

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Tereza Foralová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ ZAŘAZENÝCH DO
PRAVIDELNÉHO DIALYZAČNÍHO PROGRAMU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Romana Freiová

PLZEŇ 2015

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité
prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 3. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Romaně Freiové za odborné vedení práce, za trpělivost a poskytování cenných rad a připomínek. Děkuji také dialyzovaným pacientům, kteří se rovněž podíleli na realizaci výzkumného šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Foralová Tereza

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů zařazených do pravidelného dialyzačního programu

Vedoucí práce: Mgr. Romana Freiová

Počet stran: číslované: 51

Počet stran: nečíslované (tabulky, grafy): 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: hemodialýza - kvalita života - peritoneální dialýza – transplantace - zdraví

Souhrn:

Práce je zaměřena na kvalitu života mladých lidí, kteří byli z důvodu onemocnění ledvin zařazeni do dialyzačního programu a podstupují léčbu pomocí peritoneální dialýzy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první polovině teoretické části je popsána anatomie a fyziologie ledvin, akutní a chronické selhání ledvin, vyšetřovací metody a možnosti léčby selhání ledvin. Zmíněny jsou zde i psychologické aspekty dialyzační léčby. V druhé polovině je vysvětlen pojem nemoc, a jaký vliv má na psychiku člověka. Rovněž je zde zaměření na pojem kvalita života. Praktická část je zaměřena na porovnání kvality života nemocného z hlediska bio - psycho - sociálního před a po zařazení do dialyzačního programu. Práci jsem vypracovala formou kvalitativního výzkumu. Informace od nemocných jsem získávala pomocí strukturovaných rozhovorů.

Annotation

Surname and name: Foralová Tereza

Department: Nursing and Obstetrics Assistance

Title of thesis: Patients on a regular dialysis programme and their quality of life

Consultant: Mgr. Romana Freiová

Number of pages: numbered: 51

Number of pages: unnumbered (tables, graphs): 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 38

Keywords: health – hemodialysis - peritoneal dialysis - quality of life - transplantation

Summary:

My work is focused on the quality life of young people who were due to kidney disease put on the dialysis program and they undergo treatment using peritoneal dialysis. The work is divided into a theoretical and a practical part. In the first half of the theoretical part there is a description of anatomy and physiology of the kidney, acute failure of kidney function, examination methods and possibilities of treating kidney failure. Here I also mention psychological aspects of dialysis treatment. In the other half there is an explanation of the term disease and what influence it has on the human psyche. Here I also focus on the term quality life. The practical part is focused on comparing the patients quality of life in terms of biopsychosocial before and after inclusion in the dialysis program. My thesis is developed through qualitative research. Information I gained from patients using a structured interview.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 LEDVINY.....	11
1.1 Anatomie ledvin.....	11
1.2 Fyziologie ledvin	11
2 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN.....	13
2.1 Akutní selhání ledvin	13
2.1.1 Příčiny akutního selhání ledvin	13
2.2 Chronické selhání ledvin	13
2.2.1 Příčiny chronického selhání ledvin.....	14
2.2.2 Důsledky chronického ledvinného selhání	14
3 VYŠETŘOVACÍ METODY V NEFROLOGII	15
3.1 Anamnéza	15
3.2 Fyzikální vyšetření.....	15
3.3 Laboratorní vyšetření moči	15
3.4 Laboratorní vyšetření krve.....	16
3.5 Zobrazovací metody	16
3.6 Renální biopsie	17
4 LÉČBA CHRONICKÉHO SELHÁNÍ LEDVIN	18
4.1 Konzervativní léčba	18
4.2 Hemodialýza	18
4.2.1 Cévní přístup	19
4.2.2 Antikoagulace při hemodialýze	21
4.2.3 Komplikace při hemodialýze.....	21
4.2.4 Nutriční režim při hemodialýze.....	22
4.2.5 Medikamentózní léčba.....	23
4.3 Peritoneální dialýza.....	23
4.3.1 Princip peritoneální dialýzy.....	24
4.3.2 Komplikace peritoneální dialýzy.....	24
4.3.3 Typy peritoneální dialýzy.....	25
4.3.4 Nutriční terapie při peritoneální dialýze.....	26
4.4 Transplantace ledvin	27
5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY	28
5.1 Stres a dialýza	28
6 POHYBOVÁ AKTIVITA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ	29

7 NEMOC.....	30
7.1 Prožívání nemoci	30
7.2 Životní hodnoty a potřeby chronicky nemocných pacientů.....	31
8 KVALITA ŽIVOTA.....	32
8.1 Kvalita života a zdraví	32
8.2 Typy pojetí kvality života	33
PRAKTICKÁ ČÁST	34
9 FORMULACE PROBLÉMU	34
9.1 Hlavní problém	34
9.2 Dílčí problém	34
9.3 Cíl a úkol průzkumu	34
9.4 Metody Průzkumu.....	34
9.5 Výzkumné otázky	35
9.6 Vzorek respondentů	35
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ	37
10.1 Respondent č. 1	37
10.1.1 Období před zařazením do dialyzačního programu.....	37
10.1.2 Období po zařazení do dialyzačního programu.....	39
10.2 Respondent č. 2	41
10.2.1 Období před zařazením do dialyzačního programu.....	41
10.2.2 Období po zařazení do dialyzačního programu.....	43
10.3 Respondent č. 3	45
10.3.1 Období před zařazením do dialyzačního programu.....	46
10.3.2 Období po zařazení do dialyzačního programu.....	47
10.4 Respondent č. 4	49
10.4.1 Období před zařazením do dialyzačního programu.....	50
10.4.2 Období po zařazení do dialyzačního programu.....	51
11 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ	54
12 DISKUZE	57
ZÁVĚR.....	58
SEZNAM ZDROJŮ	60
SEZNAM OBRÁZKŮ:	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	67
SEZNAM PŘÍLOH:	69
PŘÍLOHY.....	70

ÚVOD

Kvalitu života lze zkoumat z medicínského i ošetřovatelského hlediska, ale také například z hlediska sociologie, psychologie a filosofie. Od 50. let, kdy se tento termín spojoval spíše s politikou, udělala medicína velký posun. Dříve se medicína zajímala o to, aby lidé hlavně přeživali, zajímala se o nemoci, se kterými lidé bojují a zájem o jejich pocity a zkvalitňování jejich životů v přítomnosti nemoci zůstával v pozadí. Nyní se medicína zajímá o dopad nemoci na psychiku člověka, jak je jeho život nemocí ovlivněn a zajímá se o pocity spokojenosti.

Dialyzační léčba je ve většině případů dlouhodobá, mnohdy i doživotní záležitost, která naruší dosavadní život člověka. Přináší sebou řadu omezení a je důležité, aby pacienti pochopili důležitost dodržování těchto omezení a snažili se o vzájemnou spolupráci se zdravotním týmem. Jednak jde o omezení časové, omezení týkající se stravovacích návyků, dochází ke změnám v oblasti pracovní, změnám v oblasti sociálních vztahů a řadě jiných. Dialyzační léčbu lze provádět dvěma metodami a to pomocí hemodialýzy a pomocí peritoneální dialýzy. Každá z těchto metod má své výhody i nevýhody. Rozhodnutí o výběru metody je na samotné volbě pacienta, ale zvolená metoda nemusí být z medicínského pohledu vhodná. Proto je nedílnou součástí péče, konzultace s lékařem v predialýze, díky kterým se snaží najít vhodnou metodu, která bude vyhovovat, jak z pohledu medicínského, tak ze strany pacienta. Pacientům je poskytnuta multidisciplinární péče a v případě potřeby jsou svěřeni do rukou odborníkům. Mezi ně patří například nutriční terapeuti, psychologové, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Snažíme se do dialyzačního procesu zahrnout i rodinné příslušníky, kteří jsou psychickou podporou pacientů.

Ke dni 31. 12. 2013 je v České republice celkem 103 dialyzačních středisek. Celkový počet dialyzovaných pacientů je 6310, z toho 5792 pacientů léčených pomocí hemodialýzy a 518 pacientů léčených pomocí peritoneální dialýzy (1).

Vzhledem k tomu, že pracuji na dialyzačním středisku, vybrala jsem si téma vztahující se k dialyzovaným pacientům. Zaměřila jsem se na pacienty, kteří jsou léčeni peritoneální dialýzou. Cílem této práce je zmapovat jejich životy před a po zařazení do dialyzačního programu. Zjistit, jak vnímali kvalitu života v oblasti fyzického zdraví,

v oblasti psychické a sociální a také jak se změnilo trávení volného času po zařazení do dialyzačního programu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 LEDVINY

1.1 Anatomie ledvin

Ledviny jsou párový orgán uložený v bederní krajině. Tvarem připomínají fazole o velikosti 12 x 7 x 3 cm a hmotnosti přibližně 150 g. Ledvinový parenchym je obalen vazivovým pouzdrmem a celá ledvina je uložena v tukovém obalu. Každá ledvina se skládá z kůry a dřeň. Základní funkční jednotkou je nefron a je uložen v kůře. Jejich počet v každé ledvině je větší než 1 milion. Nefron se skládá z ledvinového tělíska, které obsahuje klubičko kapilár, tzv. glomerulů. Do glomerulů vstupuje přívodná větévka z arterie renalis a vychází odvodná větévka, která se větví v kapilární síti v kůře a dřeni. Glomerulus je obklopen Bowmanovým váčkem. Společně tvoří tzv. Malpighiho tělísko. Spojkou mezi proximálním a distálním stočeným kanálkem je část zvaná Henleova klička. Ta se skládá ze sestupného a vzestupného raménka, které přechází v distální stočený kanálek a následně v kanálek odvodný. Spojení odvodných kanálků tvoří ledvinovou dřeň. Na distálním tubulu je ztlustění, ve kterém je uložen tzv. juxtaglomerulární aparát, který vnímá změny průtoku krve v glomerulu a v případě snížení průtoku produkuje hormon renin, který zvyšuje krevní tlak. Ve dřeni jsou odvodné močové kanálky, které ústí do ledviných kalichů. Dřeň se směrem ke kůře rozšiřuje a tvoří renální pyramidy, do kterých zasahují výběžky kůry (2).

1.2 Fyziologie ledvin

Hlavní funkcí ledvin je udržování homeostázy, což znamená udržení stálého vnitřního prostředí organismu. Na tomto ději se podílejí změny v množství a složení moči. Močí se vylučují zplodiny metabolismu, přebytečná voda, soli i cizorodé látky, jako jsou například léky. Tvorbou definitivní moče dochází k regulaci vodní a elektrolytové rovnováhy a koncentrace iontů. Definitivní moč je konečným produktem činnosti ledvin. Její množství za 24 hodin se pohybuje okolo 1,5 – 2 litry za den. U zdravého člověka má světle žlutou barvu. Za patologických procesů jsou v moči přítomny například bílkoviny, glukóza, krev nebo bilirubin. Dalšími funkcemi ledvin je regulace acidobazické rovnováhy, která souvisí s koncentrací bikarbonátu v těle. Ledviny dále regulují krevní tlak a objem extracelulární tekutiny. Na tomto ději se podílí renin - angiotensin - aldosteronový

system (RAAS), který se aktivuje při nedostatečném průtoku krve ledvinami. Dojde k vyplavení reninu, který podpoří tvorbu hormonu angiotensinu, a tím se zvýší produkce hormonu aldosteronu. Na základě toho dochází k retenci natria a vody, zvyšuje se objem cév a stoupá krevní tlak. Další úlohou ledvin je tvorba, metabolismus a exkrece hormonu erythropoetinu, který stimuluje červenou krevní řadu a také se podílí na tvorbě aktivní formy vitamínu D3. Mezi hlavní funkce vitamínu D3 patří zejména podpora vstřebávání vápníku z potravy v zažívacím traktu. V případě, že je vápníku v potravě nedostatek, jeho vstřebávání je snižené a tím dochází k řídnutí kostí. (3).

2 ONEMOCNĚNÍ LEDVIN

Onemocnění ledvin se může jednak projevovat nápadnými příznaky, které donutí nemocného k vyhledání lékařské pomoci nebo probíhá bez klinických příznaků a to i mnoho let. V případě objevení nápadných známek jako jsou otoky, krev v moči, snížené či zvýšené močení, horečka s bolestmi v zádech, bolesti v průběhu močových cest a jiné, vede k zahájení podrobnějšího vyšetřování. Existuje ale skupina lidí tzv. „lidí z ulice“, kteří o svém onemocnění nevěděli a nemohli být léčeni. Tito lidé jsou ve většině případů ihned zařazeni do dialyzačního programu (4).

2.1 Akutní selhání ledvin

Akutní selhání ledvin (ASL) lze definovat jako náhlou, ve většině případů u dosud zdravých lidí reversibilní poruchu funkce ledvin, ke které dochází během několika hodin či dní. Dochází při ní k poklesu renálních funkcí, s retencí dusíkatých látek. Zpravidla je doprovázené snížením močením až úplnou zástavou. V takovém případě je nezbytné poskytnout včasný léčebný zákrok a snížit tím rozsah poškození ledvin.

2.1.1 Příčiny akutního selhání ledvin

Příčiny akutního selhání ledvin můžeme rozdělit podle příčiny na prerenální, renální a postrenální. Příčinou *prerenálního* akutního ledvinného selhání je snížení glomerulární filtrace, způsobené poklesem prokrvení ledvin. Důvodem může být například hypovolemie, hypotenze, kardiogenní šok, trombóza nebo vaskulitida. Dále se na vzniku ASL podílí *renální* příčiny, kam řadíme onemocnění, která postihují části nefronu. Mezi ně patří nemoci glomerulů, jako je například systémová vaskulitida, léky indukovaná nebo spojená s infekcí intersticiální nefritida, tubulární poškození z důvodu ischemie, metabolické příčiny a řada dalších příčin. *Postrenální* poškození ledvin způsobují příčiny vznikající na vývodných močových cestách. Dělíme je na vnitřní a vnější. Vnitřní dále rozdělujeme na intraluminální způsobené kamenem nebo krevní sraženinou a intramedulární, kdy příčinou je malignita či hypertrofie prostaty. Mezi vnější patří například malignita v pánvi nebo retroperitoneální fibróza (5).

2.2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin (CHSL) je stav, kdy ledviny nedokážou udržet rovnováhu vnitřního prostředí organismu. Dochází k trvalému snížení glomerulární filtrace. Toto

stádium onemocnění ledvin vyžaduje náhradu funkce ledvin pomocí hemodialýzy, peritoneální dialýzy či transplantace.

2.2.1 Příčiny chronického selhání ledvin

Ke vzniku chronického ledvinného selhání vede jednak samotné onemocnění ledvin nebo následek dlouhodobého poškození ledvin jiným onemocněním. Příčiny vzniku CHSL závisí na několika faktorech, jako jsou například věk, rasa, pohlaví, a proto se vznik ledvinného onemocnění liší v jednotlivých geografických oblastech.

Ve Spojených státech amerických se podílí na vzniku diabetická nefropatie (43%), hypertenze (26%) a glomerulonefritidy (9%). V zemích jihovýchodní Asie představuje největší riziko chronická glomerulonefritida (47%) a diabetická nefropatie (31%). V Evropě je to nejčastěji chronická glomerulonefritida (25%), diabetická nefropatie (10% - 15%), následně intersticiální nefritidy a další (6, 7).

2.2.2 Důsledky chronického ledvinného selhání

V důsledku poruchy metabolismu dochází k urémii a tím je postižena většina orgánů. Pacienti mají problémy s trávicím ústrojím, jako jsou nevolnosti, zvracení, škytání, dále je svědí pokožka, mají hypertenzi a anemii z důvodu snížení erythropoetinu. V důsledku nedostatečné tvorby vitamínu D pociťují nemocní bolest kostí a může také dojít k selhání srdce z důvodu zadržování vody. Postižená může být i nervová soustava, kdy dochází k ukládání toxických látek a vede ke vzniku uremické neuropatie. Ta se projevuje apatií, nespavostí a podrážděností. V důsledku neléčeného chronického selhání ledvin může dojít až k poruše řeči, třesu končetin a k záchvatům (8, 9).

3 VYŠETŘOVACÍ METODY V NEFROLOGII

Mezi základní nefrologické vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření, laboratorního vyšetření moči a krve a zobrazovací metody. K získání vzorku ledvinné tkáně provádíme renální biopsii.

3.1 Anamnéza

Z hlediska anamnézy klademe důraz především na rodinnou a osobní anamnézu. Rodinná anamnéza je zaměřena na zjištění výskytu hypertenze a onemocnění ledvin v rodině, popřípadě příčiny úmrtí členů rodiny. V osobní anamnéze se ptáme na chronologický výskyt nemocí, úrazů a operací. Zajímají nás prodělaná onemocnění v dětství, vážnější úrazy i operace. Ptáme se na předchozí onemocnění ledvin a infekce, na nynější onemocnění, jako je například hypertenze, diabetes mellitus, na dlouhodobé užívání léků, na alergie, na požívání alkoholu a kouření (10).

3.2 Fyzikální vyšetření

Při fyzikálním vyšetření si všímáme barvy kůže pacienta, příznaky doprovázející onemocnění ledvin jako je dušnost, otoky víček a dolních končetin. Z dutiny ústní můžeme cítit foetor uremicus, z důvodu rozkladu močoviny ve slinách. Při vyšetření hrudníku můžeme nacházet odchylky u hyperhydratovaných pacientů. Vyšetřením břicha můžeme zjistit ascites, zvětšení jater a jiných orgánů. Ke zjištění například infekce ledvin či ledvinné pánvičky, provádíme vyšetření citlivosti, mírným úderem do krajiny bederní (tapotement). Při glomerulonefritidě bývá pozitivní oboustranný tapotement (11).

3.3 Laboratorní vyšetření moči

Moč můžeme vyšetřovat chemicky, mikroskopicky a bakteriologicky. Před odběrem je doporučeno si okolí vyústění močové trubice umýt pomocí oplachu. K němu lze použít například borovou nebo čistou vodu. Poté odebereme střední proud moči. Ta by se měla zpracovat do 1 hodiny po odběru.

Hodnotíme vzhled moči, její barvu, zákal, příměsi i zápach. Při biochemickém vyšetření se provádí chemický a mikroskopický rozbor ke zjištění přítomnosti bílkovin, glukózy, krve, ketolátek, žlučových barviv, amyláz, kreatininu, hormonů, léků. K určení funkčního stavu ledvin se stanovují hodnoty plasmatické koncentrace kreatininu. Při

poklesu glomerulární filtrace hladina stoupá. Glomerulární filtraci stanovujeme pomocí clearance kreatininu při 8 - 24 hodinovém sběru moči.

3.4 Laboratorní vyšetření krve

Vyšetření krve spočívá v odebrání žilní krve na hematologické vyšetření krevního obrazu, hemokoagulačních parametrů, krevní skupiny, biochemického vyšetření na určení hladiny iontů - natrium (Na), kalium (K), chloridy (Cl), vápník (Ca) a fosfor (P), urey, kreatininu, jaterních testů - bilirubin, aspartátaminotransferáza (AST), alaninaminotransferáza (ALT), gamaglutamyltransferáza (GMT), parathormonu (PTH), albuminu, glukózy. Pomocí odběru kapilární krve hodnotíme acidobazickou rovnováhu (12, 13).

3.5 Zobrazovací metody

Mezi základní zobrazovací metody v nefrologii řadíme ultrasonografii (USG). Dalšími zobrazovacími metodami jsou například počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) a počítačová tomografie - angiografie (CT - angiografie).

USG patří mezi vyšetřovací metodu ledvin, kterou upřednostňujeme z důvodu její neinvazivnosti. Je indikována nejčastěji jako screeningové vyšetření. Pomocí *USG* zjišťujeme uložení, velikost, tvar, přítomnost konkrementů, cyst, stav arteriálního a venózního řečiště i patologické procesy v okolí ledvin.

Indikací k *CT* ledvin je například podezření na tumor a možnost jeho klasifikace nebo při traumatech.

Díky *MR* lze zobrazit patologické změny v parenchymu ledvin. Pomocí speciálních postupů lze zobrazit i duté systémy ledvin a jejich cévní systém.

CT - angiografie slouží k diagnostice onemocnění ledvinných cév. Dokáže zobrazit cévní struktury, vzniklé anomálie i zhodnotit cévní zásobení ledvin (11).

Z rentgenových vyšetření ledvin provádíme *nativní snímek ledvin*, což je jedna z neinvazivních a nejjednodušších metod. Pomocí tohoto vyšetření posuzujeme velikost, tvar a uložení ledvin. *Intravenózní urografii* se nám zobrazuje dutý systém ledvin. Jedná se o rentgenové vyšetření s kontrastní látkou, která se vylučuje ledvinami.

3.6 Renální biopsie

Pomocí renální biopsie můžeme odebrat vzorek ledvinné tkáně a na základě jejího vyšetření určit přesnou diagnózu. Vzorek se odebírá pomocí bioptické jehly a výkon probíhá pod sonografickou kontrolou. Předtím než se pro biopsii rozhodneme, je doporučené provést odběr krve na laboratorní vyšetření krevní skupiny, krevního obrazu, koagulačních parametrů, urey, kreatininu, dále kultivační vyšetření moči, USG vyšetření ledvin, musíme znát hodnoty krevního tlaku a vysadit antiagregační a antikoagulační léčbu, přibližně sedm dní před výkonem. Renální biopsie je významným vyšetřením u osob po transplantaci ledvin, díky které zjišťujeme celulární imunologickou aktivitu. U osob s jednou ledvinou se biopsie nedoporučuje. Výjimku tvoří život ohrožující stavy (14).

4 LÉČBA CHRONICKÉHO SELHÁNÍ LEDVIN

Pro účinnost léčebných opatření je důležité, aby byli pacienti s chronickým onemocněním ledvin včas předáni do péče nefrologů. Proto je nedílnou součástí role nefrologa kolegy z jiných oborů medicíny edukovat, o významu včasného předání nemocných do péče. Poté co jsou pacienti předáni do péče nefrologa, jsou pravidelně dispenzarizováni a léčeni v nefrologické ambulanci. Zde je pečováno i o pacienty s peritoneální dialýzou a dochází zde k přípravě pacientů do dialyzačně - transplantačního programu. V časném stádiu snížení ledvinných funkcí může postačit konzervativní léčba. V opačném případě přichází na řadu metody náhrady funkce ledvin, mezi které patří hemodialýza, peritoneální dialýza či transplantace ledvin (15).

4.1 Konzervativní léčba

Spočívá v úpravě či pozitivním ovlivnění metabolických odchylek při chronickém selhání ledvin. Opatření spočívá v kontrole příjmu tekutin, v dietním opatření a v medikamentózní léčbě. Vzhledem k postupně zhoršující se funkci ledvin, v této době pacienty připravujeme k zařazení do dialyzačně - transplantačního programu. Někdy lze konzervativní léčbou překlenout dobu, kdy vyčkáváme na rozvoj arterio - venózní píštěle (4).

4.2 Hemodialýza

První úspěšná hemodialýza člověka byla provedena v roce 1945 holandským lékařem J. W. Kolffem. První pracoviště v naší republice bylo vybudováno na II. interní klinice 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde byla v roce 1955 úspěšně provedena akutní dialýza. Tato metoda je schopna umožnit některým pacientům s akutním selháním ledvin návrat k plnému zdraví. U chronického onemocnění, kdy je selhání ledvin nezvratné, lze těmito metodami nemocnému prodloužit život i o 20 let a díky tomu může vést kvalitní život (16).

Při *hemodialýze*, dochází k očištění krve tím, že prochází kapilárou, ve které je polopropustná membrána, která propouští látky o určité molekulové hmotnosti a zároveň nepropouští krevní elementy. Základními principy této léčby jsou difúze a filtrace. Pomocí difúze dochází k odstraňování látek z místa o vyšší koncentraci do místa s nižší koncentrací. Hnací silou při difúzi je rozdílný koncentrační gradient. Druhým

mechanismem, díky kterému hemodialýza pracuje, je filtrace, ke které dochází pomocí tlakové síly. Tato síla je na obou stranách rozdílná.

Kromě klasické hemodialýzy existují ještě techniky hemofiltrace a hemodiafiltrace. Při **hemofiltraci** krev prochází membránou pomocí filtrace. To znamená, že u této metody nedochází k použití dialyzačního roztoku. Slouží k ní vysoce propustná membrána, která dostatečně neočistí krev od malých látek, tudíž by nebyla dialýza dosti účinná. Aby se tomu předešlo, musí být filtrované krve dostatek. Toto množství se pohybuje okolo 30 - 100 l za 1 proceduru. Odstraněné množství tekutiny se nahrazuje speciálním sterilním roztokem. **Hemodiafiltrace** je kombinace hemodialýzy a hemofiltrace, kdy dochází k odstraňování látek pomocí difúze i filtrace zároveň. Díky tomu se odstraňují látky, jak o větší molekulové hmotnosti, tak i látky, které mají molekulovou hmotnost nižší. Výhodou této metody je i to, že přístroj dokáže připravit náhradního roztok z právě odfiltrované tekutiny. Obliba dialyzačních přístrojů díky této metodě roste (6, 17).

4.2.1 Cévní přístup

Cévní přístup zajišťuje přítok krve z pacienta do mimotělního krevního oběhu umělé ledviny, kde dochází k očištění krve a poté se vrací zpět do krevního oběhu. U pacientů, u kterých předpokládáme nutnost hemodialýzy na dobu nezbytně nutnou, zavádíme dočasný cévní přístup pomocí centrálního žilního katétru. U pacientů zařazených do dialyzačně - transplantačního programu, kdy nelze stádium chronického selhání ledvin ovlivnit konzervativní léčbou, volíme trvalý cévní přístup pomocí arteriovenózní spojky nebo permanentního katétru.

Dočasný cévní přístup volíme u pacientů s náhlým selháním ledvin, u intoxikovaných osob, u chronicky dialyzovaných pacientů, u kterých nelze trvalý cévní přístup použít nebo u pacientů léčených peritoneální dialýzou, kdy nelze peritoneální katétr použít například z důvodu nějaké komplikace. K zavedení katétru pomocí Seldingerovy metody (jehla - vodič - dilatátor - katétr) volíme jednu ze tří žil - vena jugularis interna, vena subclavia a vena femoralis. Důležitá je bezchybná technika, sterilní provedení a pečlivé ošetření před a po výkonu, abychom předešli možným komplikacím, jako jsou krvácení, infekce s následnou sepsí a trombóza.

Dlouhodobý cévní přístup je zajištěn pomocí arteriovenózní spojky (píštěle, arteriovenózní fistule - AVF) nebo permanentního katétru - permcathu. **Arteriovenózní**

spojka dále jen AV spojka je vytvořená nejčastěji na předloktí mezi arteria radialis a vena cephalica. V žíle dochází k rozšíření a lze provádět opakované punkce. Nad funkční AV spojkou hmatáme vír a slyšíme kontinuální šelest. Životnost AV spojky závisí na správném provedení cévním chirurgem a především na správné punkční technice sester. Nově zhotovenou AV spojkou nelze ihned punktovat, proto dbáme na včasné založení. AV spojka vyžaduje „zrání“ průměrně 4 - 6 týdnů. Lze provádět AV spojky pomocí umělé cévní náhrady - goretexu, kde postačí „zrání“ 2 - 3 týdny. O končetinu s AV spojkou musíme pečovat a šetřit ji. To znamená, že z ní neodebíráme krevní vzorky, neměříme tlak krve, nezaškrcujeme, končetinu nijak nezatěžujeme, nenosíme náramky a snažíme se vyvarovat poranění. Dodržujeme hygienická opatření a před punkcí desinfikujeme místa vpichu. Úkolem pacienta je denně si kontrolovat šelest a hmatný pulz a případnou každou změnu v okolí fistule hlásit ošetřujícímu personálu.

U AV spojek hrozí **komplikace**, které vznikají buď krátce, nebo později po operaci a patří sem například *trombóza*, související především se špatnou technikou provedení. Trombóza vzniklá později může být způsobená hematodem v oblasti píštěle nebo například následkem hypotenze. Pokud dojde k úplnému uzávěru žíly, na končetině necítíme vír a ani neslyšíme šelest. Další komplikací může být hematom, vznikající nejčastěji špatnou punkční technikou píštěle, při nevhodné manipulaci již zavedené jehly nebo při nevhodné manipulaci končetiny s píštělí při hemodialýze. Může vzniknout i při nedostatečné kompresi vpichů po odstranění jehel na konci dialýzy. Další komplikací je *aneuryzma*, ke kterému dochází při změně hemodynamických poměrů, které vedou k oslabení stěny žíly. K tomu dochází především při opakované punkci stejného místa. K *infekci* píštěle dochází častěji u goretexových náhrad. Důležitá je sterilní punkce, aseptická manipulace s jehlami a edukace pacienta. Nedostatečným prokrvením končetiny pod anastomózou dochází k *ischemické bolesti* končetiny. Důvodem je, že krev teče především do zkratové žíly a v periférii jí je nedostatek. K *venózní hypertenzi* vede stenóza žíly nebo vysoký průtok krve anastomózou.

Permanentní katétr je v dnešní době velice oblíbený a to především pro využití u nemocných vstupujících do dialyzačního programu ve vyšším věku, kteří mají nekvalitní periferní žilní systém a úspěšnost vytvoření AV spojky je nízká. Permanentní katétr se zavádí nejčastěji do jugulární žíly s vývodem v podklíčkové oblasti.

Komplikace mohou vznikat již při zavádění katétru, jako například nechtěná *punkce arterie*, vznik *pneumotoraxu*, *krvácení* nebo *vzduchová embolie*. Tyto komplikace patří mezi komplikace časně. Mezi komplikace pozdní patří například *špatná funkce katétru*, *stenózy*, *trombózy* a *infekce*, které závisí především na kvalitě ošetrovatelské péče (18).

4.2.2 Antikoagulace při hemodialýze

Adekvátní antikoagulace hraje v hemodialýze důležitou roli. Jelikož jsou dialyzátory a krevní sety trombogenní, podáváme antikoagulancia do mimotělního oběhu, která mají zabránit srážení krve. Nejčastěji používaným preparátem je heparin. Lze ho podávat cestou kontinuální, kdy během celé procedury dodáváme určité dávky heparinu nebo cestou intermitentní, která je v praxi častější. Spočívá v podání úvodní dávky a další se přidávají v průběhu hemodialýzy do arteriálního setu (18).

4.2.3 Komplikace při hemodialýze

Krvácení je komplikace vznikající v souvislosti s dialýzou i mimo ní. Krvácivé projevy mohou nastat například při uremické koagulopatii, trombocytopatii nebo z důvodu medikace. V souvislosti s hemodialýzou se jedná především o nežádoucí vliv heparinu. K *trombofilním stavům* dochází při zvýšeném srážení v mimotělním oběhu a dochází tak k poklesu účinnosti hemodialýzy. Příčinou může být nedostatečná antikoagulace, snížený průtok krevní pumpy nebo kontakt krve se vzduchem v lapači bublin. Při vysoké ultrafiltraci či vysoké teplotě dialyzačního roztoku dochází k poklesu krevního tlaku až s následnou *hypotenzí*. Následkem jsou křeče, zvracení a bolesti na hrudi. *Hypertenzní reakce* často bývá kompenzací na ultrafiltraci, při zvýšené viskozitě krve v důsledku ultrafiltrace, oddialyzováním antihypertenziv a při zvýšené koncentraci vápníku v dialyzačním roztoku. *Zvracení* a *křeče* vznikající jako následek hypotenze, křeče způsobené poklesem koncentrace natria a vápníku, v důsledku hypoglykémie a rychlé úpravě metabolické acidózy. Při technické chybě, jakou je například dialyzační roztok kontaminovaný chemikálií, vysoká teplota dialyzačního roztoku a špatně seřízená pumpa dochází k *hemolýze*. U dialyzátorů, které se dříve sterilizovaly pomocí etylenoxidu, docházelo ke vzniku hypersensitivních reakcí - *anafylaktické reakci*. Při rychlém odstranění nízkomolekulárních látek z krve vzniká *disekvilibrační syndrom*. Dojde při něm k poklesu koncentrace látek v krvi, ale v mozkomíšním moku je koncentrace látek stále vysoká. Tím dochází k přesunu tekutiny do oblasti centrální nervové soustavy a následně k

vzestupu nitrolebního tlaku. *Horečka* a *třesavka* může být projevem infekce, biokompatibility dialyzačních membrán, vysoké teploty dialyzačního roztoku a vzácně může vzniknout při přestupu pyrogenních látek z kontaminovaného dialyzačního roztoku do krve pacienta. Ke vzniku *vzduchové embolie* může dojít například při rozpojení okruhu mimotělního oběhu pacienta. *Zástava dechu* a *oběhu* většinou nesouvisí s hemodialýzou, ale vzniká u pacientů v chronickém hemodialyzačním programu, u kterých je riziko náhlé smrti zvýšené.

Dalšími komplikacemi jsou komplikace *kardiovaskulární*, které bývají častou příčinou smrti, *poruchy imunity*, *poškození centrální nervové soustavy*, *anémie*, *kožní komplikace*, *ateroskleróza*, *amyloidóza* způsobená ukládáním β_2 mikroglobulinů, *malnutrice* a jiné (17, 19).

4.2.4 Nutriční režim při hemodialýze

Nutriční režim musí splňovat dva hlavní požadavky. Za prvé zajistit dostatečné množství energie a látek potřebných pro organismus, kterými jsou především aminokyseliny, důležité pro tvorbu bílkovin, dále vápník, vitamíny, železo a jiné. Za druhé, omezit látky, které při hromadění v organismu působí škodlivě. Jsou jimi bílkoviny, ze kterých vzniká močovina, fosfor, který postihuje kosti a draslík, způsobující poruchy srdečního rytmu.

Množství přijatých tekutin je u jednotlivých pacientů různé. Závisí především na diuréze, na zbytkové funkci ledvin a na krevním tlaku. Optimální příjem tekutin by měl odpovídat zbytkové diuréze a k tomu příjem 600 - 800 ml tekutin navíc. V období mezi dialýzami dochází k hmotnostním přírůstkům, které způsobuje hromadící se tekutina. Objem nahromaděné tekutiny se zjistí pomocí stanovení tzv. suché váhy. Což je optimální váha pacienta, při které se cítí dobře. Pacient si nesmí stěžovat na křeče, nepocítovat slabost, nemít hypotenzi a ani nejevit známky hyperhydratace, jako jsou otoky, dušnost a podobně. Za optimální přírůstek považujeme přírůstek do 5% tělesné hmotnosti. Rovnováha tekutin v organismu, kterou reguluje sodík, může být ovlivněna příjmem potravin obsahující sůl. Je proto důležité dbát i na tyto potraviny. Mezi ně patří například kuchyňská sůl, uzeniny, konzervované výrobky, polotovary, instantní polévky, některé minerálky, pochutiny jako jsou například chipsy. Vhodné není ani stravování v rychlém občerstvení a restauracích.

Příjem bílkovin by měl činit 1 - 2g denně na 1kg optimální tělesné váhy. Protože si je tělo nedokáže vytvořit samo, jsou přijímány stravou. Jsou obsaženy v mase, vejcích, mléce a mléčných výrobcích, obilovinách, luštěninách, zelenině, bramborách.

Obsah přijatého fosforu je prakticky ve všech potravinách a proto pečlivě vybíráme správné potraviny. Z nich lze vyloučit většinu sýrů, především s velkým obsahem tuků, mléčné sušiny, kakao, čokoládu. Při potřebě snížení fosforu vynecháváme i potraviny jako jsou mléko, mléčné krémy, jogurty, máslo, žloutky. Doporučený příjem je do 10 mg na kg optimální váhy na den (20, 21).

Doporučené množství příjmu draslíku na den činí 1950 - 2730 mg/den. Dodržení množství příjmu draslíku je především důležité u nemocných s reziduální diurézou menší než 1000 ml. Nebezpečné je zejména ovoce a zelenina, ale i maso, mastné výrobky, celozrnné výrobky, ořechy (22).

Sacharidy by měly tvořit 50 - 56% z celkového příjmu, to znamená 5,0 - 5,6 g na kg optimální tělesné hmotnosti. Pro efektivnější zpracování bílkovin je dostatečný příjem energie důležitý. Jinak jsou bílkoviny využívány jako energetický zdroj a zvýší se hladina močoviny, kyseliny močové a kreatininu (20).

4.2.5 Medikamentózní léčba

Mezi nejčastěji užívané skupiny léků patří léky na vysoký tlak (antihypertenziva), léky na odvodnění (diuretika), léky na chudokrevnost - železo, erythropoetin (například Eprex, Recormon), vitamíny (acidum folicum, vitamin B6, vitamin C, vitamin D) a vápník ve formě uhličitanu vápenatého (CaCO_3).

4.3 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza (PD) se používá více než 30 let. V roce 1927 byla provedena první akutní peritoneální dialýza. Do roku 1970 byly možnosti této léčby omezeny a k velkému posunu došlo v roce 1976 a to prvním popsáním kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy. V této době byla mortalita vysoká, až 60% pacientů přežívalo jen 2 roky. Důvodem tak vysoké úmrtnosti byly komplikace spojené s dialýzou a přidružená onemocnění jako byl například diabetes mellitus. Metoda se začala rozšiřovat až kolem roku 1990 díky dostupnějším a modernějším pomůckám (23).

4.3.1 Princip peritoneální dialýzy

PD je jedna z možností náhrady funkce ledvin, při které je využita vlastní břišní dutina pacienta. K tomu, aby bylo možno provádět dialýzu je zapotřebí do dutiny břišní implantovat katétr (tenká silikonová hadička), která umožňuje napouštění a vypouštění dialyzačního roztoku do dutiny břišní. Přes peritoneální membránu dochází k přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku. K tomu, aby látky přestoupily, slouží dva děje - difúze a ultrafiltrace.

Dialyzační roztok, který se napouští do dutiny břišní, je sterilní roztok používaný pro peritoneální dialýzu. Jeho hlavní složkou je glukóza, která má osmotickou funkci a díky ní dochází k odstraňování přebytečné vody z těla. Čím vyšší je koncentrace glukózy, tím dojde k většímu odstranění vody. Použitý roztok se v určitých intervalech vypouští a dutina břišní se napouští roztokem čistým. Látky, které se z těla odstraňují, přecházejí přes stěnu krevních kapilár, intersticiium a peritoneum (23).

4.3.2 Komplikace peritoneální dialýzy

Mezi komplikace PD patří infekce. Mohou vznikat *infekce v okolí vyústění katétru* projevující se zarudnutím. K jejich vzniku přispívá špatná péče o katétr nebo neopatrné zacházení s katétrem, při kterém můžeme způsobit poranění. Další infekcí, je *infekce tunelová*, vyskytující se v podkožním tunelu katétru. Mezi její příznaky patří bolestivost v průběhu katétru, sekrece v okolí katétru a febrilní stavy. Mezi závažné infekce patří *peritonitida*. V současné době se vyskytuje podstatně méně než dříve. Faktorů k jejímu vzniku je několik. Patří sem například imunitní stav pacienta, přítomnost diabetu mellitu, stav nutriční, hygiena a jiné. Nejčastějšími agens jsou grampozitivní koky, které se do těla mohou dostat cestou intraluminální (katétrem při výměně), periluminální (podél katétru), či transmurální (střešní cestou, při apendicitidě nebo cholecystitidě). Jako prevence slouží důkladná edukace pacientů v predialyzačním období. Je důležité pacienty upozornit na možnost vzniku infekce, jak rozeznat známky infekce a upozornit na nutné dodržování hygienických zásad při manipulaci s katétrem.

Neinfekčními komplikacemi jsou komplikace související s katétrem, které vznikají při nedodržení doby hojení po založení tzv. BREAK IN PERIODY a jsou důsledkem vzniku *podkožního leaku*. Tato doba činí 4 - 5 týdnů po implantaci katétru. Při zkrácení této doby dochází k úniku dialyzátu do dutiny břišní. Pacient má větší váhové přírůstky,

problémy s vypouštěním dialyzačního roztoku a je přítomna tekutina v okolí katétru. Může dojít k *neprůchodnosti katétru*, způsobenou například ucpáním katétru fibrinem nebo střevními kličkami, tak i zalomením katétru či dislokací. Neprůchodnost poznáme špatným napouštěním a vypouštěním dialyzačního roztoku.

Dalšími komplikacemi jsou komplikace související s vodním a minerálním hospodářstvím jako je hyperhydratace, dehydratace a hypokalémie. Příčinou *hyperhydratace* je nejčastěji nadměrný příjem vody a soli v potravě a nedodržování denního režimu výměn dialyzačního roztoku. Například pokud pacient vynechává výměny. Hyperhydratace se projevuje otoky, hypertenzí či dušností. Naopak *dehydratace*, může být způsobena velkou ultrafiltrací, velkou diurézou, nedostatečným příjmem tekutin. Mezi její projevy patří hypotenze, slabost a suché sliznice. Při průjmech, zvracení a malnutrici může vzniknout *hypokalémie*, která je velmi častou komplikací peritoneální dialýzy. Metabolickou komplikací je *hyperglykémie*, ke které dochází v důsledku vstřebávání glukózy z roztoku a projevuje se obezitou, nechutenstvím a malnutricí, ke které, dochází při velké ztrátě bílkovin do dialyzátu.

Komplikace, která může vzniknout v souvislosti s náplní dialyzačního roztoku v dutině břišní, je *hernie*. Vznikají převážně u pacientů s režimem kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy (CAPD), při kterém se napouští větší objem roztoku na delší dobu do břišní dutiny. Další komplikací je *hydrothorax*, který vzniká při úniku dialyzátu do pohrudniční dutiny. Může být způsobený určitým druhem leaku nebo vrozeným či získaným defektem membrány. Projevuje se retencí dialyzátu, dušností a kašlem. Při zátěži kosterního a svalového ústrojí dochází k *bolestem zad*. U žen je nutné provést před zahájením peritoneální dialýzy gynekologické vyšetření z důvodu rizika prolapsu rodidel. Pokud dochází k vypouštění menšího množství roztoku, než bylo napuštěno, může jít o *poruchu ultrafiltrace*. Její příčinou může být malfunkce katétru, podkožní leak, porucha funkce peritonea a jiné. Technickou komplikací může být netěsnost mezi katétretem a transfersetem či prasklá koncovka (23).

4.3.3 Typy peritoneální dialýzy

Podle časového rozvrhu výměn, rozlišujeme několik základních režimů. Nejčastěji používaným režimem je kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), při které si pacient dělá výměny většinou 4x denně. V čase mezi výměnami roztok zůstává v dutině

břišní. Této době říkáme prodleva a trvá 4 až 8 hodin. Mezi automatizované peritoneální dialýzy, patří kontinuální cyklická peritoneální dialýza (CCPD), kterou provádíme pomocí přístroje = cycler. K výměně dochází převážně v noci, když pacient spí. Intervaly trvají 60 - 120 min a počet výměn je mezi 5 - 7. Ráno když pacient vstane, tak se napustí dutina břišní roztokem, který v ní zůstává přes den. Při noční intermitentní peritoneální dialýze (NIPD) dochází ke krátkým výměnám v noci a ráno zůstává břišní dutina prázdná. Taktéž jde o automatizovanou peritoneální dialýzu. Mezi režimy automatizované peritoneální dialýzy patří i přílivová neboli tidal peritoneální dialýza (TPD), při které v dutině břišní zůstává tzv. rezervní objem a vypouští se jen část objemu. U pacientů s dostatečnou reziduální funkcí ledvin je vhodný režim, který umožňuje intermitentní peritoneální dialýza (IPD) a spočívá v provádění výměn jen v určitou část dne a jen několik dní v týdnu (23).

4.3.4 Nutriční terapie při peritoneální dialýze

Nutriční terapie stejně jako u hemodialyzovaných pacientů musí splňovat určité požadavky. Je velmi důležité, aby přísun živin byl vyvážený. Podle nutričního stavu lékař určí příjem energie, která se pohybuje okolo 125 - 150 kJ na den. Co se týče příjmu bílkovin, tak ten je vyšší než u hemodialyzovaných pacientů. Pohybuje se okolo 1,4 g bílkovin na kg optimální tělesné váhy na den a upřednostňujeme bílkoviny živočišného původu. Z tuků upřednostňujeme ty rostlinné a doporučené množství je 1,1 – 1,3 g na kg optimální tělesné hmotnosti na den. Vzhledem k tomu, že dialyzační roztok obsahuje glukózu, která se v určitém množství vstřebává do organismu, musíme toto množství připočítat k příjmu sacharidů v potravě, které by nemělo přesáhnout 50 % energie. Příjem sodíku by neměl být vyšší než 28 - 35 mg na 1 kg optimální tělesné hmotnosti na den. U anurických pacientů je příjem sodíku snížen na 17 - 24 mg na 1 kg optimální tělesné hmotnosti. Draslík je doporučován v množství 47 - 59 mg na 1 kg optimální tělesné hmotnosti na den, denní příjem vápníku se pohybuje mezi 7,1 - 14,3 mg na 1 kg optimální tělesné hmotnosti na den. Fosfor by se měl udržovat v rozmezí od 1,1 - 1,4 g na 1 kg optimální tělesné hmotnosti na den. Pacienti na peritoneální dialýze většinou mají větší diurézu, proto omezení v příjmu tekutin není až tak vysoké. Ale přesto platí, že příjem tekutin by se měl rovnat 750 ml + diuréza (23).

4.4 Transplantace ledvin

V roce 1961 byl u nás učiněn první pokus o alotransplantaci ze živého dárce na chirurgické klinice v Hradci Králové. Jednalo se o šestnáctiletou dívku, kdy dárce byla její matka. Tento pokus skončil neúspěchem. Již v roce 1966 došlo k první úspěšné transplantaci ledvin v Ústavu klinické a experimentální chirurgie, nyní Institutu klinické a experimentální medicíny - IKEM. V současné době se provádějí transplantace ledvin v pražském IKEMU, ve Fakultní nemocnici v Plzni, v Hradci Králové, v Olomouci, v Ostravě a v Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně.

Existují dva typy transplantace ledvin a to od žijícího dárce a od zemřelého dárce (kadaverózní). Štěpy od živých dárců přežívají déle než ledviny od zemřelých dárců. Co se týká původce dárce a délky přežití štěpu, jsou nejlepší jednovaječná dvojčata. Menší životnost štěpů jsou u sourozenců, rodiči s dětmi a při shodě v polovině HLA (Human Leukocyte Antigen) znaků. Lepší přežití prokazují štěpy z živých nepříbuzných dárců, oproti kadaverózním. Mezi další výhody štěpu od žijícího dárce je možnost výkon načasovat a provést transplantaci dříve než příjemce podstoupí dialyzační léčbu.

Podmínkami dárcovství je absolutní nutnost kompatibility AB0 systému, negativní křížová zkouška, normální fyzikální a laboratorní nález. Po splnění těchto podmínek následuje invazivní vyšetření (angiografie, vylučovací urologie) ke zjištění anatomických poměrů (24).

5 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

V počátcích dialyzačního léčení, lékařům nezbýval čas na řešení emocionálních prožitků pacientů, protože hlavním zájmem byl boj o jeho přežití a tudíž docházelo spíše k řešení medicínských a technických záležitostí. V roce 1964 se profesor Scribner domníval, že vlivem rozvoje dialyzační techniky, bude narůstat počet pacientů potřebujících dialýzu, jejich život se bude prodlužovat a zároveň bude narůstat i jejich emoční labilita. V 70. letech díky studii zkoumající psychický stav pacientů, byla potvrzena Scribnerova domněnka a zároveň, tato studie odstartovala zájem o psychickou a sociální problematiku dialyzovaných pacientů. Mezi zkoumaná témata patřila například fáze adaptace na dialýzu a projevy spojené s maladaptací, zvládání dialyzačního stresu, agresivní chování vůči personálu, suicidální stavy a sexuální stránka dialyzovaných pacientů. V zájmu byla i pacientova rodina a dopad léčby na ni. Při této studii zkoumání kvality života, byli dialyzovaní pacienti porovnání s běžnou populací, s odtransplantovanými, ale i s ostatními chronicky nemocnými pacienty (16).

5.1 Stres a dialýza

Důležitým faktorem, kterým lze lépe zvládat stres spojený s dialýzou je věk. Mnohem hůře dialýzu snášejí muži mladšího věku, kteří svoji roli vidí v zajištění rodiny, oproti mužům staršího věku, kteří svojí roli v životě splnili, a dialýza pro ně může být místem společenských kontaktů. Dalším faktorem ovlivňující vnímání léčby, je volba metody, jakou je například peritoneální dialýza. Pacienti s touto léčbou na sebe sice přebírají část zodpovědnosti, ale za to jsou odměněni větší volností. Nemusí dojíždět na středisko, mohou volně cestovat, dietní opatření není tak přísné. Pro pacienta by se léčba měla stát součástí jeho života, nikoli celým životem. Pacient by měl zůstat co nejaktivnější, neizolovat se od rodiny a přátel, kteří stojí po jeho boku a jsou na blízku, když je potřeba podpora a porozumění. Přestože dojde v důsledku léčby k řadě změn, život pokračuje dál (25).

6 POHYBOVÁ AKTIVITA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ

U pacientů mladšího a středního věku se snažíme pohybovou aktivitou udržet aktivní životní styl, zlepšit fyzickou kondici a snažíme se předejít komplikacím. Pacienty je důležité podporovat v dosavadním zaměstnání a snažit se ho udržet. U mladších pacientů je trénink intenzivnější a náročnější. Vzhledem k tomu, že dnes vstupují do dialyzačně - transplantačního programu, pacienti starší 60 - ti let s řadou dalších onemocnění, je cílem tréninku, zachovat především aerobní kapacitu a svalovou sílu. Tím se snažíme zachovat soběstačnost. Cvičení je zaměřené na dolní končetiny a skupinový trénink, který spočívá v udržení stability, koordinace a předcházení pádů.

Pravidelné sportování zlepšuje nejen výkonnost srdce a cév a tím předcházení kardiovaskulárních rizik, ale vytrvalostí se snažíme zabránit i svalové atrofii. Díky pohybu zlepšujeme korekci hypertenze, a tudíž snížíme i množství užívaných léků. Pohyb má příznivý vliv i na anémii, kterou zlepšuje a tím se také snižuje spotřeba erythropoetinu. Při pravidelné pohybové aktivitě docílíme dobré nálady, zlepšení psychické odolnosti, výkonnosti a budeme mít větší sebedůvěru. U dialyzovaných pacientů je vhodné poradit se, se svým ošetřujícím lékařem, jaký pohyb je pro ně vhodný a jakou úroveň zátěže zvolit. I přesto vše je nejdůležitější subjektivní pocit pacienta. Nesmí své síly přeceňovat a naopak by se neměl pohybové aktivitě vyhýbat a podceňovat se.

V roce 1995 byl v České republice založen Sportovní klub dialyzovaných a transplantovaných, který v současné době má přes 200 členů. Hlavními úkoly klubu, jsou například vytváření rehabilitačního programu pro dialyzované a transplantované pacienty, organizování akcí, které jsou zaměřené na zkvalitňování života dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Podílí se na podpoře zdravotnického i nezdravotnického personálu, vedení konzultačních činností a mnoho dalších aktivit (25, 26).

7 NEMOC

Nemoc má stejně jako zdraví několik definic. Pomocí jedné z nich lze nemoc definovat jako poruchu zdraví. Dochází při ní k neuspokojování řady potřeb a narušuje dosavadní způsob života. Nemoc vyžaduje adaptaci na změny způsobené novou situací. Mnohdy dochází ke změnám sociálních rolí, může přinášet negativní změny v oblasti ekonomické. Omezení, která přichází s nemocí, působí na psychiku člověka (27).

7.1 Prožívání nemoci

To, jak člověk prožívá onemocnění, které ho postihlo, záleží na jeho osobnosti. Na jeho temperamentu, charakteru, věku a v neposlední řadě důležitých faktorů je jeho rodinné zázemí. Touto problematikou se zabývají autoři, vycházející z díla Elisabeth Kübler - Rossové, která v něm popsala fáze psychického prožívání, kterými nemocný člověk prochází. Fázím Elisabeth Kubler - Rossové předchází, podle autorky Haškovcové, fáze nulová (28).

Fáze nulová je charakteristická tím, že si člověk začíná uvědomovat, že není něco v pořádku. Signálům, které se objevují, nedává velkou váhu a v takových případech se může stát, že dojde k zanedbání včasné diagnostiky závažného onemocnění. Naopak, pokud dojde k diagnostice nemoci a je sdělena pacientovi, nastává fáze počátečního šoku. Tato fáze je doprovázena obavami, pocitem strachu z bolesti a smrti. Pacient si většinou dává otázky, proč právě on, proč právě v tuhle chvíli. V okamžiku, kdy odezní počáteční fáze šoku, začíná nemocný popírat fakt, že je nemocný = fáze popření. Nemocný se stahuje do izolace s vědomím, že se někde musela stát chyba a jedná se o omyl. Okolí, jako je jeho rodina a ošetřující personál nejvíce vnímá období agrese a hněvu. Terčem bývají právě ti, kteří jsou v blízkosti nemocného. Je zapotřebí, aby byli trpěliví a porozuměli pacientovi. Následuje fáze smlouvání, kdy si nemocný odezněním hněvu začíná uvědomovat závažnost onemocnění a že není úniku. Proto zkouší různé alternativy léčby, shání léky, vyhledává léčitele. Klade si cíle, kterých by chtěl dosáhnout. Pro vyčerpaného pacienta je naprosto běžné, že dochází k rozvoji deprese, doprovázenou smutkem, skleslostí, nemocný je v napětí, ztrácí zájem o okolí. Po období deprese nastává fáze akceptace, kdy pacient přijme skutečnost. Buď dojde ke smíření, kdy se pacient cítí v klidu nebo dochází k rozvoji zoufalství, ke kterému mají nemocní větší sklony. Proto je důležité, aby všichni, co jsou

pacientovi nablízku, udělali vše proto, aby nedošlo k rezignaci a zoufalství, ale naopak ke smíření (28).

7.2 Životní hodnoty a potřeby chronicky nemocných pacientů

Každý člověk - bio - psycho - socio - spirituální bytost má své potřeby, které jsou nějakým způsobem hierarchicky řazené a to v době plného zdraví. Pakliže jedinec čelí chronické nemoci, tyto potřeby se mění. Mění se žebříček hodnot a v popředí je především zdraví. Chronická nemoc demotivuje pacienta, ten je nejistý a může propadat depresím. Nemoc dopadá na jeho psychiku, mění se jeho chování, prožívání, reagování i vnímání. Má potřebu orientovat se v situaci. Vlivem negativních projevů nemoci, dochází k menší potřebě seberealizace a získávání nových zkušeností (29, 30).

8 KVALITA ŽIVOTA

Kvalitou života se poprvé začali zabývat lidé ve 20. letech a to v souvislosti s materiálním zajištěním nižších společenských vrstev. Jednalo se o termín objevující se spíše v politické souvislosti a to i v 60. letech, kdy tehdejší americký prezident zdůraznil, že blaho společnosti není důsledkem toho kolik majetku vlastní, ale jak se lidem žije. V 70. letech tento termín sloužil k odlišení životních podmínek a nezajímal se o pocit lidí. Až do doby, kdy v USA proběhlo celonárodní šetření kvality života obyvatel a úkolem bylo zjistit subjektivní ukazatele, jimiž lidé hodnotili svůj život. Zjištěním bylo, že pro subjektivní vnímání kvality jsou rozhodující emoce prožívající v osobním životě, oproti sociálním a ekonomickým faktorům.

V současné době se studium kvality života zajímá především o zjišťování faktorů, které vedou k dobrému, naplňujícímu životu a k pocitu štěstí. Kvalita života znamená míru tělesné a duševní činnosti, pracovní výkonnosti, duševní a sociální pohody a zvláště úrovní osobní spokojenosti a radosti ze života (31).

8.1 Kvalita života a zdraví

Zdraví patří mezi hlavní příčky žebříčku životních hodnot a je nezbytnou složkou k zajištění plnohodnotného života člověka. Definici zdraví nelze jednoznačně určit, na čemž se shodují někteří autoři. Pod pojmem zdraví si každý člověk představí něco jiného. Například lékaři vidí zdraví jako nepřítomnost nemoci nebo úrazu, ale pro sociologa je známkou zdraví, pokud jedinec obstává v sociálních rolích. Humanista zase vidí zdravého člověka takového, který se dokáže vyrovnávat s úkoly a překážkami života bez zdravotní újmy. Pro idealistu je zdravý člověk takový, který nemá fyzické, psychické, duchovní ani sociální problémy.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Tyto tři složky tvoří jednotný celek. Podle upravené verze definice zdraví, kterou zveřejnila WHO v roce 1984, zdraví nelze chápat jako cíl našeho života, ale jako zdroj každodenního života a také jako proces, kdy jsme schopni maximálního rozvoje, na základě možnosti organismu.

Zdraví a kvalita života, jsou spolu úzce spjaty. Pokud hodnotíme kvalitu života, musíme zahrnout informace o fyzickém, psychickém i sociálním stavu člověka. Pokud lékař či jiný odborník objektivně zhodnotí zdravotní stav, nemusí odpovídat subjektivnímu pocitu člověka. Protože i chronicky nemocný člověk může hodnotit svůj život jako kvalitní a může být spokojený. K měření hodnocení a porovnávání kvality života byly vytvořeny dotazníky. Pro rozlišení skupin pacientů byly vytvořeny obecné dotazníky tzv. generické a dotazníky specifické, které sledují dopad chorob na kvalitu života (27).

8.2 Typy pojetí kvality života

Kvalitu života lze hodnotit podle třech hierarchicky odlišných sfér. První sféře, zabývající se kvalitou života velkých společenských celků jako je například země či světadíl říkáme sféra v makro - rovině. Jedná o problematice ovlivňující kvalitu života a stává se součástí politických úvah, týkající se například bojů s epidemiemi.

Druhá sféra je v mezo - rovině, která se zajímá o otázky, týkající se kvality života v malých sociálních skupinách jako je škola, nemocnice, firmy a podobně. Zajímá se o otázky vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování a neuspokojování potřeb jedince v dané společenské skupině.

Poslední sférou je osobní neboli personální rovina. Tato rovina definuje život každého z nás jako jednotlivce. Zajímá se o subjektivní prožívání zdravotního stavu, naděje a spokojenosti každého člověka (32).

PRAKTICKÁ ČÁST

9 FORMULACE PROBLÉMU

9.1 Hlavní problém

Mezi využívanější eliminační metody stále patří hemodialýza a léčba ledvin pomocí peritoneální dialýzy zůstává nadále v pozadí. Důvodem této skutečnosti je to, že léčbu pomocí hemodialýzy podstupují často pacienti přicházející „z ulice“, u kterých není jiná možnost, než zahájit akutní hemodialýzu pomocí centrálního katétru. Většina pacientů u této metody už zůstane a nepřemýšlí o možnosti přechodu na léčbu pomocí peritoneální dialýzy. Dalším důvodem je větší znalost lékařů v problematice hemodialýzy, se kterou mají větší zkušenosti, a proto předávají informace o peritoneální dialýze v menší míře. To potvrzuje nízký počet pacientů indikovaných k této metodě a méně než 10% peritoneálně léčených pacientů v České republice. Hlavním problémem práce je zjistit, jaký dopad na kvalitu života mladých lidí mělo zařazení do dialyzačního programu.

9.2 Dílčí problém

- Zjistit, jak nemocný vnímal kvalitu života v oblasti fyzického zdraví před a po zařazení do dialyzačního programu.
- Zjistit, jaké pocity prožíval v psychické oblasti před a po zařazení do dialyzačního programu.
- Zmapovat, k jakým změnám došlo z hlediska sociálních vztahů před a po zařazení do dialyzačního programu
- Zjistit, k jakým změnám došlo v oblasti volnočasových aktivit

9.3 Cíl a úkol průzkumu

Hlavní cíl této práce je zaměřen na hodnocení kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou z hlediska bio - psycho - sociálního. Zajímalo mě, k jakým změnám došlo v jejich životě po zařazení do dialyzačního programu a jak tyto změny vnímali.

9.4 Metody Průzkumu

Jako metodu šetření byl zvolen kvalitativní výzkum, který umožnil hlouběji zachytit pocity a vnímání dialyzovaných pacientů. Ke sběru dat byl použit předem připravený

strukturovaný rozhovor, se stejným zněním otázek, pro všechny dotazované. Plné znění otázek je součástí přílohy části bakalářské práce (viz příloha č. 1). Výzkum byl zahájen pilotní studií, díky které byly pomocí zkušebního rozhovoru s jedním dotazovaným později finálně upraveny otázky k rozhovoru. Rozhovory byly uskutečněny na předem domluvených místech a každý dotazovaný měl možnost výběru prostředí, které pro něj bylo příjemné. Celý rozhovor s časem věnovaným snaze, získání důvěry mezi mnou a dotazovaným trval přibližně 1,5 hodiny. Tato doba stačila k zachycení podstatných faktorů změn kvality života. Rozhovor je rozdělen do čtyř následujících oblastí - fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a volnočasové aktivity. Každá tato oblast byla použita v rozhovoru s rozdělením na období před zařazením dotazovaného do dialyzačního programu a po jeho zařazení (33).

9.5 Výzkumné otázky

Vzhledem ke stanoveným cílům byly stanoveny tyto výzkumné otázky.

VO1: Jak nemocní vnímají kvalitu života v oblasti fyzického zdraví před a po zařazení do dialyzačního programu?

VO2: Jak ovlivňuje psychiku nemocných zařazení do dialyzačního programu?

VO3: Jak se změnil sociální vztahy dialyzovaných pacientů před a po zařazení do dialyzačního programu?

VO4: K jakým změnám došlo v trávení volného času před a po zařazení do dialyzačního programu?

9.6 Vzorek respondentů

Výzkumný vzorek tvořili čtyři dotazovaní, dva mladí muži a dvě mladé ženy. Pro potřeby tohoto výzkumu byli zvoleni mladí lidé ve věku 20 - 30 let. Kritériem výběru u všech respondentů byla věková skupina do 30 let a ochota spolupráce při výzkumu. Všem osloveným respondentům byl vysvětlen účel rozhovorů, byli obeznámeni s tím, že bude zachována jejich anonymita a že získaná data budou použita jen pro účely zpracování této bakalářské práce. S rozhovorem dotazovaní souhlasili. Všichni z oslovených byli velice ochotní. Vzhledem k malému věkovému rozdílu mezi mnou a respondenty byla při rozhovorech navozena uvolněná atmosféra, s možností volného vyjádření svého názoru. Z důvodu malého počtu dotazovaných nelze výsledky mého šetření statisticky

vyhodnocovat. Lze však předpokládat, že získané údaje poukážou na změny týkající se kvality života osob podstupující peritoneální dialyzační léčbu.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ

10.1 Respondent č. 1

Prvním respondentem je žena ve věku 28 let. Čerstvě rozvedená, 2 malé děti. Vystudovala střední obchodní učiliště. Onemocnění se začalo projevovat po porodu druhé dcery, předtím byla zdravá. Nyní žije s matkou v rodinném domě. Pacientka na první pohled velmi příjemná a usměvavá. Komunikace mezi námi byla otevřená a bez viditelných známek ostychu. Po celou dobu rozhovoru u stolu panuje příjemná atmosféra.

10.1.1 Období před zařazením do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?

Měla jsem teploty, bolelo mě v krku, bolely mě klouby. Zpočátku mě léčili na chřipku. Až pak se mi objevila krev v moči, tak mi udělali testy.

V čem jste nejvíc pocítil/a omezení v souvislosti s těmito projevy?

Byla jsem strašně unavená. Pořád se mi chtělo spát, takže jsem doma nějak nefungovala.

Jakým aktivitám jste se věnoval/a před zařazením do dialyzačního programu?

Že bych nějak hodně sportovala to ne, ale jezdila jsem na kole, občas si šla zaplavat.

Psychická oblast

Jaký byl Váš psychický stav, před zařazením do dialyzačního programu?

Byla jsem těsně po porodu, takže jsem se moc dobře necítila. Cítila jsem se unavená, neměla jsem chuť do života.

Jak jste vnímal/a sám/sama sebe a své tělo?

Já byla vlastně po porodu, takže když jsem se na sebe podívala, tak jsem si říkala: „ježišmarjá“. Říkala jsem si, že mám hrozný břicho a vůbec jsem se sama sobě nelíbila. Říkala jsem si: „ holka, s tím tedy musíš něco udělat“.

Jaká byla Vaše přání do budoucna?

Předtím, než jsem onemocněla, jsem si říkala, ať jsme hlavně všichni zdraví. Hlavně děti, aby byly v pořádku, to jsem si pořád říkala.

Sociální vztahy

Povězte mi, jaké vztahy jste měl/a se svými rodiči?

S rodiči mám dobré vztahy. Žiji tedy jen s mamkou, ale mám s ní dobrý vztah.

Jak vypadal Váš partnerský život?

Já bych řekla, že bylo všechno v pořádku. První dcera se nám narodila neplánovaně, tak jsme si řekli, že když máme jedno dítě, tak si pořídíme druhé. Chtěli jsme druhou dceru a říkali jsme si, že 4 roky rozestup jsou ideální.

Jak byste zhodnotil/a Váš intimní život?

V pořádku.

Mohl/a byste charakterizovat vztahy se svými přáteli?

Mám dobré vztahy se svými přáteli. Scházeli jsme se třeba na kafe, navštěvovali se, dělali třídní srazy. Povídali jsme si, co máme v plánu nebo kdo má děti a kdo ne.

Jakých společenských aktivit jste se zúčastňoval/a?

Tak byla jsem třeba na koncertě, ale spíš jsme dělali ty třídní srazy. Nebylo to, že bych chodívala na večírky nebo tak.

Volnočasové aktivity

Co patřilo mezi Vaše zájmy ve volném čase?

Kolo, procházky, jako abych chodila do posilovny to ne.

Jakým způsobem jste získával/a finanční prostředky na své koníčky?

Kolo jsem měla, na to jsem nepotřebovala peníze.

10.1.2 Období po zařazení do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Dokázal/a byste shrnout změny týkající se Vašeho fyzického stavu po zařazení do dialyzačního programu?

Problémy byly vlastně menší. Všichni v nemocnici to říkali, že se mi uleví a já jim nevěřila. Nebyla jsem tak unavená, měla jsem více energie. Sama jsem se divila, když jsem ráno vstala a fungovala do večera. To jsem předtím neznala, byla pořád unavená.

Jak byl ovlivněn Váš aktivní život po zavedení peritoneální dialýzy?

Zjistila jsem, že můžu jezdit na kole, na procházky jsem mohla předtím a teď můžu také. Divila jsem se, že mě to v ničem neomezuje. Bála jsem se, že mě dialýza bude omezovat, ale vůbec.

Jak jste vnímal/a bolest po zavedení peritoneálního katétru?

První den po operaci břicho bolelo, ale nebylo to tak hrozné, jak jsem si myslela. Vstala jsem a cítila jsem bolest v podbřišku, ale dalo se to ustát.

Psychická oblast

Popište mi Vaše myšlenky a pocity, když jste začínal/a s peritoneální dialýzou?

Tak já už jsem se bála předtím. Večer jsem brečela, říkala jsem si: „ježišmarja“. Nedovedla jsem si představit, co mě čeká. Bála jsem se co děti. Že se toho budou štítit, že to nebude ono. Ale bála jsem se zbytečně. Když jsem si brala roušku, tak si jí malá brala taky, jako že je sestřička. Překvapilo mě, jak to vzala a že já to brala tak tragicky.

Jak vnímáte změny na Vašem těle?

Bála jsem se, že mi bude vadit ta hadička. Že mi tady bude trčet. Než jsem to přijala, tak mi to nějakou dobu trvalo, teď to беру jako součást mého těla. Teď si třeba říkám, až budu mít tu ledvinu, tak mi jako tu hadičku vezmou? Že to bude takový zvláštní, protože je to součást mě.

Jak se změnilo plnění Vašich přání po zařazení do dialyzačního programu?

Já byla první, u koho problémy s ledvinami byly, tak jsem si říkala, aby to děti neměly po mně. Tohle přání jsem si přála ještě víc. Mé sny směřují k tomu, aby děti byly zdravé.

Sociální vztahy

Jak jste vnímal/a podporu Vaší rodiny?

Podpora maminky byla velká. Hlíдалa mi malou, nebo když jsem něco potřebovala, tak mi pomohla. Když jsem měla zdravotní problémy, tak vše bylo na mamce a na partnerovi, takže se střídali a hodně pomáhali.

V jaké oblasti Vás rodina nejvíce podpořila?

Hlavně když mi pomáhala s malou.

Jak peritoneální dialýza ovlivnila Váš partnerský život?

Partner mě držel nad vodou. Říkal, že to zvládneme, hlavně když mi to pomůže. Jsme spolu nějakých 8 let, takže se známe a nebylo to nic hrozného. Možná kdybychom spolu byli krátce, tak je to taky něco jiného. Ale když toho člověka znáte, tak prostě stalo se. Kdybych přišla o nohu, je to taky něco jiného, ale tohle.

Jak hodnotíte nyní svůj intimní život?

Partnerovi to nevadilo, ale já jsem se cítila divně. Přece na tom těle máte něco navíc, takže z mého hlediska, jsem se cítila zvláště. Říkala jsem si, že on to musí špatně vnímat, ale on to bral normálně, je to jen v mojí hlavě.

Jak na léčbu reagovali Vaši přátelé?

Přátelé to vědí a neřekla bych, že to brali nějak divně. Jako vyptávali se, ale jako ta moje největší kamarádka semnou soucítila, říkala, že jsem chudáček. Nabídla se, když bych měla problémy, že můžu zavolat, že mi pomůže. Samozřejmě ty co vidáte jednou za měsíc, tak těm když řeknete, že máte problémy, tak se zeptají z čeho.

Jakým způsobem se peritoneální dialýza dotkla společenských aktivit, kterým jste se věnoval/a dříve?

Zjistila jsem, že mě to vůbec neomezuje. Možná v létě, že nemůžu chodit s kamarádkami plavat, to mi trochu vadí. Ale to je asi jenom to léto, v zimě mě to tak netrápí. To je asi to co mi chybí. Ponoření do té vody, to je asi to jediné.

Volnočasové aktivity

Jak se nadále věnujete svým zájmům?

Ty zůstaly pořád stejné. Vůbec mě to neomezuje.

Jak vidíte finanční situaci nyní?

Financí se to vůbec nedotýká. Kupuji si prášky, ale to je jednou za 3 měsíce. Jsou lidi na tom hůř než já.

10.2 Respondent č. 2

Druhým respondentem je žena ve věku 30 let, vdaná, jedno dítě. Má vysokoškolské vzdělání. Několik měsíců sledována v nefrologické ambulanci. Vzhledem ke zhoršujícím se laboratorním výsledkům indikována hospitalizace a zavedení peritoneálního katétru. I tato žena na mě působila velmi vyrovnaným dojmem. Usměvavá a už na začátku zřejmé, že i velmi komunikativní žena. Rozhovor s ní byl příjemný a moc hezky se poslouchala. Jednak pro její otevřenost a optimismus, který z ní vyzařoval, tak i pro možnost, sdílet zážitky jejího pestrého života plný elánu.

10.2.1 Období před zařazením do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?

Velká únava, obrovské otoky, nevolnost, dýchavičnost, velmi vysoký krevní tlak, který nešlo korigovat léky.

V čem jste nejvíc pocítil/a omezení v souvislosti s těmito projevy?

Bylo mi velmi špatně a měla jsem problémy ujít i pár metrů po bytě. Nemohla jsem chodit do schodů a byla jsem zadýchaná i při sezení.

Jakým aktivitám jste se věnoval/a před zařazením do dialyzačního programu?

Žila jsem normálně aktivní život. Chodila do práce, sportovala jsem, turistika, jízda na kole, běžky, sjezdovky, 3x týdně plavání.

Psychická oblast

Jaký byl Váš psychický stav, před zařazením do dialyzačního programu?

Studovala jsem a zajímalo mě, abych měla hotové zkoušky a mohla odjet na dovolenou se svým přítelem.

Jak jste vnímal/a sama sebe a své tělo?

Nijak zvlášť. Byla jsem spokojená. Měla jsem partnera a plánovali jsme bydlení a rodinu.

Jaká byla Vaše přání do budoucna?

Mít dobrou práci, kde bydlet, někam se podívat a pak až přijde čas, tak si pořídit děti.

Sociální vztahy

Povězte mi, jaké vztahy jste měl/a se svými rodiči?

Velmi dobré. Měla jsem hezké dětství a máme stále dobré vztahy a pravidelně se stýkáme.

Jak vypadal Váš partnerský život?

Sehnali jsme malý vybydlený byt, který jsme svépomocí zrekonstruovali, pak jsme se vzali. Nyní jsme s manželem 9 let. Máme harmonické manželství. Vždy mi byl oporou a hodně mi pomáhal.

Jak byste zhodnotil/a Váš intimní život?

Harmonický, dlouhodobě spokojený, aktivní.

Mohl/a byste charakterizovat vztahy se svými přáteli?

Máme několik blízkých přátel, se kterými trávíme poměrně dost času.

Jakých společenských aktivit jste se zúčastňoval/a?

Patříme mezi aktivní rodiče, kteří tráví poměrně dost času se svým dítětem a to aktivně a většinou právě ve společnosti přátel. Ti mají podobně staré děti a podobné zájmy. Jezdili jsme na kole, chodili jsme po horách, jezdili na běžky, sjezdovky. Navštěvovali jsme zajímavá místa po republice. Chodili do divadla, kina. Hodně jsme jezdili pod stan, sjížděli jsme řeky.

Volnočasové aktivity

Co patřilo mezi Vaše zájmy ve volném čase?

Jakýkoliv pohyb turistickým tempem. Máme rádi hory, plavání, šnorchlování a potápění v moři. Jezdili jsme na poznávací cesty jak v tuzemsku, tak i v zahraničí. S oblibou hrajeme stolní hry. Cestování obytným autem.

Jakým způsobem jste získávala finanční prostředky na své koníčky?

Prací, já i manžel pracujeme a vyděláváme.

10.2.2 Období po zařazení do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Dokázal/a byste shrnout změny týkající se Vašeho fyzického stavu po zařazení do dialyzačního programu?

Na začátku peritoneální dialýzy jsem byla ještě hodně unavená a dělalo se mi špatně. Většina negativních pocitů pramenila z celkového vysílení. Trvalo asi měsíc, než jsem se zmátořila.

Jak byl ovlivněn Váš aktivní život po zavedení peritoneální dialýzy?

Veškeré síly byly směřovány na provedení dialýzy, návštěvy lékařů. Hodně jsem odpočívala.

Jak jste vnímal/a bolest po zavedení peritoneálního katétru?

Nijak zvlášť, po císařském řezu to bylo významně horší.

Psychická oblast

Popište mi Vaše myšlenky a pocity, když jste začínal/a s peritoneální dialýzou?

Těšila jsem se, až to začne zabírat a bude mi konečně lépe.

Jak vnímáte změny na Vašem těle?

Moc si toho nevšímám. Pod oblečením to není vidět. Jen musím dávat pozor, abych třeba při sprchování někde s ním nezachytila. Nosím krajkový pás s kapsou a manžel říká, že je to sexy.

Jak se změnilo plnění Vašich přání po zařazení do dialyzačního programu?

Asi se zatím nevydám někam daleko na dovolenou, spíš jen po vlastech českých. Chtěli jsme dětí víc, ale lékař nám vysvětlil, že každé těhotenství ledviny zatěžuje. Tak jsme spokojení, že máme holčičku.

Sociální vztahy

Jak jste vnímal/a podporu Vaší rodiny?

Hodně mi pomáhali, podporovali, starali se o mě a podřídili aktivity mému stavu. Bylo to pro mě důležité.

V jaké oblasti Vás rodina nejvíce podpořila?

Jednak mě navštěvovali v nemocnici, ale převzali automaticky všechny domácí činnosti. Rozdělili si úkoly, starali se o mě a povzbuzovali mě.

Jak peritoneální dialýza ovlivnila Váš partnerský život?

Já bych řekla, že nijak. Spíš se jen potvrdilo, že náš vztah je i po letech manželství velmi dobrý.

Jak hodnotíte nyní svůj intimní život?

Nijak zvlášť. Poprvé jsem byla nervózní, ale jinak celkem pohoda. Nepříjemné je, že mě občas bolí břicho, pak nemám na sex chuť, ale manžel je tolerantní. Je fajn, když má člověk pás s kapsičkou. Když je pěkně udělaný, tak katétr není vidět, navíc krajka vypadá hezky.

Jak na léčbu reagovali Vaši přátelé?

Moc mě podrželi, jezdili za mnou. Pomohli manželovi s domácností, brali dceru na výlety, aby se rozptýlila. Pravidelně jsme si volali.

Jakým způsobem se peritoneální dialýza dotkla společenských aktivit, kterým jste se věnoval/a dříve?

Nijak. Chodím do divadla, kina, na koncerty. Stýkám se s přáteli, navštěvujeme se, jezdíme společně na hory. Jediné, co s nimi nemůžu absolvovat, jsou návštěvy bazénu a sjíždět vodu. Ale to není problém. Vždycky si vymyslíme s nějakou kamarádkou náhradní program, než kluci s dětmi absolvují ten svůj.

Volnočasové aktivity

Jak se nadále věnujete svým zájmům?

Postupně se vracím ke svým koníčkům. Není to problém.

Jak vidíte finanční situaci nyní?

Moc to neřeším. Opět chodím do práce, ale jsem někdy unavená a tak uvažuji a zkrácení úvazku, abych chodila do práce na 4 dny a 3 dny měla volno. Když to zaměstnavateli nebude vyhovovat, najdu si něco jiného. Člověk musí mít na paměti, že zdraví má jen jedno a musí svůj zdravotní stav respektovat. Na druhou stranu nemá smysl sedět doma. Člověk potřebuje podněty a ne se zabývat jen svou nemocí.

10.3 Respondent č. 3

Třetím respondentem je muž ve věku 22 let. Žije se svou přítelkyní, bezdětný. Nyní v invalidním důchodu. Onemocnění ledvin se začalo projevovat ve 20 letech. Můj dojem z rozhovoru s tímto mladým mužem je takový, že atmosféra byla ovlivněna opačným pohlavím mezi námi. Roli zřejmě hrál také věk tohoto muže. Respondent mi odpověděl na veškeré otázky, které jsem položila. Na rozdíl od předešlých rozhovorů s ženami, byl tento rozhovor doplněn občasným přemýšlením a zamýšlením nad odpověďmi. Přesto komunikace probíhala v klidném a příjemném duchu a po zodpovězení poslední otázky, ukončena úsměvnou větou respondenta: „To je všechno? Myslel jsem, že toho bude více“.

10.3.1 Období před zařazením do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?

Zhoršilo se mi vidění, bolela mě hlava, zadýchával jsem se, když jsem šel do schodů. Hlavně to bylo zhoršení vidění, kvůli tomu jsem šel do nemocnice a tam zjistili, že mám nemocné ledviny.

V čem jste nejvíc pocítil/a omezení v souvislosti s těmito projevy?

Nejvíce při běhu a jízdě na kole. To jsem se zadýchával a potom se mi chtělo zvracet.

Jakým aktivitám jste se věnoval/a před zařazením do dialyzačního programu?

Běhání, jízda na kole, hrál jsem fotbal.

Psychická oblast

Jaký byl Váš psychický stav, před zařazením do dialyzačního programu?

Byl jsem úplně spokojený, v pohodě.

Jak jste vnímal/a sama sebe a své tělo?

Měl jsem velkou nadváhu, se svým tělem jsem moc spokojený nebyl. Ledviny mi zadržovaly vodu a já vlastně měl moc vody.

Jaká byla Vaše přání do budoucna?

Tak já jsem žádná extra přání neměl. Školu jsem dostudoval, našel si práci. Chtěl jsem cestovat.

Sociální vztahy

Povězte mi, jaké vztahy jste měl/a se svými rodiči?

S mamkou jsem měl dobrý vztah. Žil jsem s ní vlastně do 18 - ti let, potom jsem šel studovat do Prahy. Ale měli jsme dobrý vztah. I teď máme. S tátou nežijeme.

Jak vypadal Váš partnerský život?

S partnerkou jsme měli vztah v pohodě, nic extra, prostě normální vztah.

Jak byste zhodnotil/a Váš intimní život?

I v něm jsem byl spokojený. Všechno v pořádku.

Mohl/a byste charakterizovat vztahy se svými přáteli?

Tak já měl hodně kamarádů na Vysočině, s těmi se už teď moc nevidám. Mám jinou partu. Převážně lidi z fotbalu.

Jakých společenských aktivit jste se zúčastňoval/a?

Tak chodil jsem na plesy, diskotéky, bary. Každý víkend jsem chodil na diskotéky. Prostě jako každý mladý kluk. Byl jsem vlastně pátek, sobota na diskotéce, v neděli zápas a v týdnu tréninky a škola.

Volnočasové aktivity

Co patřilo mezi Vaše zájmy ve volném čase?

Fotbal, občas to kolo, nějaké výlety s přítelkyní.

Jakým způsobem jste získával/a finanční prostředky na své koníčky?

Než jsem si našel práci, tak mě sponzorovala máma. Ten fotbal hlavně.

10.3.2 Období po zařazení do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Dokázal/a byste shrnout změny týkající se Vašeho fyzického stavu po zařazení do dialyzačního programu?

Tak jako je to lepší, dost jsem zhubnul. Nějakých 15 - 20 kilo. Cítil jsem se lehčí, nezadýchával jsem se. Úplně v pohodě to bylo.

Jak byl ovlivněn Váš aktivní život po zavedení peritoneální dialýzy?

Fotbal si nezačínám. Žádné běhání, nic. V létě občas zajdu na tenis třeba, na squash. Teď jsem byl po dlouhé době na lyžích. Vlastně minulý rok jsem nebyl. To jsem nevěděl, že můžu, ale teď jsem byl celý víkend. To mi každopádně zvedlo náladu, protože jsem

z toho sportu moc neměl. Sportovat nějak nemůžu, tak to mě docela chybí. Já jsem chtěl vlastně na snowboard, ale ten mi zakázali, protože na něm neumím, takže bych hodně padal. Takže jsem se teď vyřádl, takže dobrý.

Jak jste vnímal/a bolest po zavedení peritoneálního katétru?

Žádnou bolest jsem necítil. Jako kolem katétru vůbec ne, jen když jsem si napouštěl víc a víc dialyzačního roztoku, tak jsem trochu něco cítil, ale to žádná bolest nebyla.

Psychická oblast

Popište mi Vaše myšlenky a pocity, když jste začínal/a s peritoneální dialýzou?

Tak já jsem do té doby nevěděl, že něco takového vůbec existuje, tak jsem si říkal, že je to dobrý nápad. Já jsem vlastně peritoneální dialýzu chtěl, abych nemusel jezdit 3x týdně do nemocnice. Překvapilo mě, že je to tak jednoduchý. Docela jsem se s tím smířil i kamarádi kolem mě říkali, že nečekali, že se s tím smířím. Říkali, že by se z toho zhroutili a brali to úplně jinak.

Jak vnímáte změny na Vašem těle?

Já jsem si na katétr zvykl docela rychle. Nějak mi nevaří, v pohodě.

Jak se změnilo plnění Vašich přání po zařazení do dialyzačního programu?

Tak, co jsem chtěl, je to cestování, které je teď trochu omezený. Můžu třeba jet k moři, ale musím si to domluvit předem, aby mi tam ty vaky dovezli. Takže já si počkám, až budu moct. Chtěl bych do Ameriky, to se také víc oddálí. Ale spíš se na to víc těším. Když to teď nemůžu, o to víc mě to láká.

Sociální vztahy

Jak jste vnímal/a podporu Vaší rodiny?

Tak podpora od mamky celkem normální. Spíš větší intenzita byla ze strany rodičů mé přítelkyně. Ale je to tím, že jsem s nimi trávil víc času.

V jaké oblasti Vás rodina nejvíce podpořila?

Já se snažím vše udělat sám a fungovat jako předtím. Ale třeba nosit krabice to mi pomáhají přítelkyně rodiče nebo ona sama. Přítelkyně mi hlídá i prášky.

Jak peritoneální dialýza ovlivnila Váš partnerský život?

Jediné co vnímáme je omezení časové. Maximálně to, že se zdržuji, když se musím napustit. Jinak nás neovlivnila.

Jak hodnotíte nyní svůj intimní život?

Ten zůstal pořád stejný. Nezměnilo se nic. Ani vlivem dialýzy.

Jak na léčbu reagovali Vaši přátelé?

Tak přátelé mě obdivují po té psychické stránce. Jinak o té léčbě také nic nevěděli. Na začátku jsem jim řekl, jako to funguje a teď to berou úplně normálně.

Jakým způsobem se peritoneální dialýza dotkla společenských aktivit, kterým jste se věnoval/a dříve?

Na diskotéky už nechodím, víme, jak to tam chodí. Je to nebezpečné. Rvačky, strkanice. Jinak se to moc nezměnilo. Chodil jsem na Spartu, chodím tam dál. Plavat tedy nemůžu. Pořídil jsem si psa, tak se mu věnuji. Teď mám chuť dopřávat si věci, které jsem předtím mohl a teď ne. Určitě si to splním, až budu moct.

Volnočasové aktivity

Jak se nadále věnujete svým zájmům?

Tak pořád se věnuji fotbalu, ale spíš teda tréninky.

Jak vidíte finanční situaci nyní?

Nyní mám důchod. S přítelkyní chceme rozjet podnikání. Akorát začínáme, tak snad to vyjde. Jsem spokojený, především vím, že na to nejsem sám.

10.4 Respondent č. 4

Posledním respondentem je muž ve věku 24 let. Žije se svou přítelkyní, je bezdětný. Vystudované středoškolské studium. Rozhovor s tímto mladým mužem byl obdobný jako

u předešlého rozhovoru. Přesto v příjemné atmosféře a bez zábran odpovědět na kteroukoliv otázku.

10.4.1 Období před zařazením do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?

Otékaly mi oči, nohy, měl jsem zvýšený tlak, špatné laboratorní výsledky.

V čem jste nejvíc pocítil/a omezení v souvislosti s těmito projevy?

Většinou jsem se z toho vyspal a druhý den mi bylo lépe, takže se dá říct, že mě to nijak neomezilo.

Jakým aktivitám jste se věnoval/a před zařazením do dialyzačního programu?

Ve volném čase jsem se věnoval mým velkým koníčkům Capoeira, což je bojové umění a Airsoft, což je jednoduše řečeno „hraní si na vojáky“.

Psychická oblast

Jaký byl Váš psychický stav, před zařazením do dialyzačního programu?

Cítil jsem se dobře, byl jsem v pohodě.

Jak jste vnímal/a sám/a sebe a své tělo?

Nijak zvlášť, byl jsem celkem spokojený.

Jaká byla Vaše přání do budoucna?

Chtěl jsem cestovat.

Sociální vztahy

Povězte mi, jaké vztahy jste měl/a se svými rodiči?

S rodiči mám velmi dobrý vztah.

Jak vypadal Váš partnerský život?

Měl jsem přítelkyni. Nebydleli jsme ve stejném městě, tak jsme za sebou dojížděli.

Jak byste zhodnotil/a Váš intimní život?

Já si myslím, že je vše v pořádku. Žádný problém nevidím.

Mohl/a byste charakterizovat vztahy se svými přáteli?

S přáteli mám dobré vztahy. Kamarádím se s lidmi z Capoiery a Airsoftu.

Volnočasové aktivity

Jakých společenských aktivit jste se zúčastňoval/a?

Nejsem asociální člověk, ale nikdy jsem nevyhledával diskotéky, koncerty, ale občas si někde zajdu.

Jakým způsobem jste získával/a finanční prostředky na své koníčky?

Peníze na mé koníčky mi dávali rodiče.

10.4.2 Období po zařazení do dialyzačního programu

Fyzická oblast

Dokázal/a byste shrnout změny týkající se Vašeho fyzického stavu po zařazení do dialyzačního programu?

Zpočátku jsem se cítil hůř, omezovalo mě to v pohybu, ale brzy to přešlo a bylo mi dobře.

Jak byl ovlivněn Váš aktivní život po zavedení peritoneální dialýzy?

Dělal jsem většinou, co jsem chtěl. Takže se nijak nezměnil.

Jak jste vnímal/a bolest po zavedení peritoneálního katétru?

Občas mě to zbolelo při špatném pohybu, ale nebyla to žádná velká bolest.

Psychická oblast

Popište mi Vaše myšlenky a pocity, když jste začínal/a s peritoneální dialýzou?

Občas jsem propadal chvilkovým depresím, kdy jsem se sám sebe ptal, proč zrovna, proč to potkalo zrovna mě. Byl jsem sám sebou psychologem. Velký podíl měla

také psycholožka, která docházela do střediska. Teď je to pro mě rutinou, jako ráno vstát a vyčistit si zuby, tak pro mě ještě si udělat výměnu.

Jak vnímáte změny na Vašem těle?

Občas mi to vadilo, přemýšlel jsem, jak dlouho to budu mít, ale na druhou stranu jsem si říkal, že to bude ale lepší, že to není napořád.

Jak se změnilo plnění Vašich přání po zařazení do dialyzačního programu?

V omezené míře si je plním cestováním.

Sociální vztahy

Jak jste vnímal/a podporu Vaší rodiny?

Byli a jsou pro mě velkou především psychickou oporou. Zajímali se o postup PD. Z počátku mi pomáhali s hygienou, když jsem se necítil dobře. Vyšli mi se vším vstříc. V dobách kdy jsem začínal, tak mě vozili, kam jsem potřeboval, abych nemusel jezdit s místní hromadnou dopravou.

V jaké oblasti Vás rodina nejvíce podpořila?

Ta psychická podpora především.

Jak peritoneální dialýza ovlivnila Váš partnerský život?

V době, kdy jsem začínal s PD, jsem jednu partnerku ztratil. Byl to takový romantický vztah na dálku. Skloubit PD a partnerku na dálku bylo obtížné. Po rozchodu jsem si asi za půl roku našel novou partnerku. Chápala, jakým procházím léčebným režimem, že jsem nemocný. Ihned po seznámení jsem jí řekl, že jsem na waiting listu a řekl jsem jí, co to obnáší.

Jak hodnotíte nyní svůj intimní život?

V intimním životě jsem neviděl problém. Vyrobil jsem si bederní pás, který byl esteticky vhodný pro intimní život. Nikdy jsem si s tím nedělal velké starosti.

Jak na léčbu reagovali Vaši přátelé?

Změny u spolužáků jsem nepozoroval, jestli by se ke mně chovali jinak. Spolužáky jsem informoval o tom, jak jsem nemocný, co to obnáší a poprosil, aby na to brali zřetel. Dlouhodobé změny jsem nemohl posuzovat, protože jsem s PD začal na konci čtvrtého ročníku a pak se maturovalo. Ze skupiny lidí z bojového umění všichni věděli o mém zdravotním stavu a věděli co to je. Když děláme večírky a přespávám u kamarádů, není problém se s nimi domluvit a vzít si sebou vak a udělat si někde v čistém prostředí výměnu.

Jakým způsobem se peritoneální dialýza dotkla společenských aktivit, kterým jste se věnoval/a dříve?

Nikdy mě to neomezovalo, protože jsem si to dokázal dobře zorganizovat a podporovali mě rodiče. Capoiery dělám několik let a nechtěli, abych odešel a investovali do mě peníze, abych mohl cestovat po Evropě po různých seminářích o tomto koníčku. PD jsem nevnímal jako velký problém, protože jsem mohl alespoň trénovat.

Volnočasové aktivity

Jak se nadále věnujete svým zájmům?

Změnila se intenzita věnování se mým koníčkům.

Jak vidíte finanční situaci nyní?

Nejdříve mi peníze dávali rodiče a pak jsem si zjistil, že mám nárok na důchod, tak jsem toho využil.

11 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

První oblast otázek byla zaměřena na fyzické zdraví pacientů před zařazením do dialyzačního programu. Na to, jak vnímali svůj zdravotní stav před tím, než onemocněli. Zjištěním bylo, že u všech čtyř respondentů se objevovaly příznaky charakterizující onemocnění ledvin, jako je únava, zadýchávání se a otoky. Mimo tyto příznaky, došlo u respondenta číslo 3 ke zhoršenému vidění a respondentka číslo 1 udávala příznaky chřipky, jako je bolest v krku, kloubů a teploty.

Druhá část otázek byla zaměřena na psychiku pacientů. Jak se cítili po psychické stránce, před tím, než zjistili, že jim onemocněly ledviny. Vzhledem k tomu, že každý z respondentů prožíval jiné období života, byly odpovědi různorodé. Myšlenky respondentky číslo 2 směřovaly na dostudování školy a poté možnost věnovat se svému partnerovi. Žena byla sama se sebou spokojená a plánovala společnou budoucnost s partnerem, která byla i jejím přáním. Respondentka číslo 1 prožívala poporodní období, které se projevovalo na jejím psychickém stavu. Svě tělo vnímala vlivem porodu negativně a věděla, že s tím musí něco udělat. Její přání směřovala ke zdraví rodiny a především dítěte. Spokojenost a jak sami říkali „v pohodě“, se cítili respondenti číslo 3 a 4. Jediné co trápilo respondenta číslo 3, byla jeho nadváha. Jelikož měl dostudováno a měl práci, směřovaly jeho plány k cestování, stejně jako u respondenta číslo 3.

V oblasti sociálních vztahů všichni čtyři respondenti udávali kladné vztahy se svými rodiči. V partnerských vztazích byli taktéž spokojeni. Svůj volný čas trávili se svými nejbližšími přáteli. Co se týče společenského života, všichni se věnovali nejrůznějším činnostem.

Poslední oblast se týkala trávení volného času a způsobu získávání financí na jejich zájmy. Během rozhovorů bylo zjištěno, že všichni čtyři respondenti byli velice aktivní a věnovali se koníčkům, jako jsou procházky, výlety, jízda na kole, fotbal a jiné. S finanční situací si starosti nedělali, protože na některé zájmy peníze nepotřebují, jak uvedla respondentka číslo 1 a ti co ano, si vydělávali nebo je financovali rodiče.

Pomocí tohoto šetření bylo zjištěno, že do doby, než se objevily první příznaky nemoci, neměl žádný z respondentů zdravotní problémy a tři respondenti byli psychicky vyrovnaní a cítili se spokojeni. Výjimkou byla žena, která právě prodělávala poporodní

období, které mělo vliv na její psychiku. K dobrému psychickému stavu přispívaly kladné vztahy s jejich rodiči, partnery i přáteli.

Podobné znění otázek se stejnými oblastmi bylo využito ke zjištění kvality života v období po zařazení do dialyzačního programu.

Od té doby, kdy si nemocní začali provádět peritoneální dialýzu, pocítili zlepšení jejich fyzického zdraví. Respondentka číslo 1 a respondent číslo 3 registrovali zlepšení v začátcích léčby, zbylí dva respondenti o něco později. Respondentka číslo 2 udávala vyčerpanost, která přetrvávala z období objevení prvních příznaků až do doby, kdy začínala s peritoneální dialýzou. Toto období, než došlo k návratu sil, trvalo přibližně jeden měsíc. Respondent číslo 4, se cítil hůře a byl prý omezován v pohybu, ale brzy se jeho stav zlepšil.

Zajímali jsme se, zda dotazovaní pocítovali bolest spojenou se zavedením peritoneálního katétru, při čemž se všichni respondenti shodli, že nepocítovali žádnou velkou bolest, která by je omezovala.

Začátky peritoneální dialýzy vnímali nemocní rozdílně. Vyskytovaly se u nich pocity udivení, jak je provádění peritoneální dialýzy jednoduché, těšení se až začne peritoneální dialýza působit a dojde k navrácení fyzické síly, pocítovali obavy z průběhu provádění peritoneální dialýzy, z reakce dětí, ale objevily se stavy jako deprese a vyčítání, které podle respondenta číslo 4, brzy odezněly a dialýza se stala rutinou. Zjištěním bylo, že muži jsou vyrovnanější, jelikož je zatím netíží myšlenky spojené s rodičovstvím. Obdobný případ je vnímání zavedeného katétru, které je intenzivnější spíše u žen v oblasti intimního života. Přesto tyto pocity přetrvávaly jen krátce a nevnímaly je jako důvod k trápení. Naopak si na katétru zvykly a berou ho jako součást svého těla.

K určitému omezení došlo u nemocných v rámci plnění jejich přání. Tak jako asi pro většinu z nás, tak bylo i pro respondentku číslo 1 nejdůležitější zdraví. Sama říká, že když to se jí nesplnilo a onemocněla, tak teď si hlavně přeje, aby byly zdravý děti. Respondentka číslo 2 si přála mít dvě děti, ale poté co se jí narodilo jedno zdravé dítě, tak jí lékař další nedoporučoval. Zbylá přání se týkala cestování. Snem respondenta číslo 3 bylo jet do Ameriky, který si nyní uskutečnit nemůže. Přesto není zklamaný a naopak říká, že o to víc se těší, až bude moci. Respondent číslo 4 si své sny plnil cestováním v rámci České republiky.

Co se týká sociálních vztahů, mají nemocní velkou podporu v rodině, partnerech i přátelích. Pomoc nacházejí jak v činnostech týkající se chodu domácnosti, tak v ostatních činnostech, které sami nemohou. Ale především jsou jim psychickou oporou a díky nim mají pocit, že na to vše nejsou sami. Psychickou podporu vnímají i ze strany přátel, kteří se zajímají o jejich nemoc. Někteří přizpůsobují své zájmy zájmům nemocných a především nabízejí pomoc v případě potřeby.

V rámci trávení volného času a společenských aktivit se vyskytla určitá omezení. Některá vlivem vyčerpání, soustředěním se na léčbu, odpočíváním, jiná z důvodu bezpečnosti zavedeného katétru. K některým se nemocní postupně vracejí, k jiným pro bezpečnost související s peritoneálním katétrem a samotnou dialýzou ne. Mezi tyto zájmy patří například hraní fotbalu, plavání, sjíždění řek, některé zimní sporty i navštěvování diskoték. Tyto omezení nevedou u nemocných k pocitům zoufalství. Jsou to velice aktivní lidé, s mnoha zájmy, ze kterých si lze vybrat ty, které uspokojí jejich potřeby. Jejich finanční situace se příliš nezměnila. Jednak pobírají důchod, někteří pracují a především mají podporu v partnerovi, i co se finanční stránky týče.

12 DISKUZE

Tématem bakalářské práce bylo zjistit změny týkající se kvality života, které nastanou u dialyzovaných pacientů po zařazení do dialyzačního programu. Byli vybráni pacienti ve věku 20 - 30 let, které jsou léčeni peritoneální dialýzou.

Cíle, které byly stanovené, se týkaly změn v oblasti fyzické, psychické, sociální a změn v trávení volného času od doby, kdy byli zařazeni do dialyzačního programu.

Během šetření bylo zjištěno, že s příchodem léčby peritoneální dialýzou je hodnocení fyzického zdraví pozitivní. Někteří pacienti vnímali změny k lepšímu hned v začátcích léčby, jiní o něco později. Co se týče vnímání bolesti po zavedení katétru, tak se odpovědi shodují, že bolest je zanedbatelná a prakticky je neomezuje.

Pocity spojené s peritoneální dialýzou byly u nemocných kladné, ale objevovaly se i pocity strachu z nevědomosti v začátcích léčby a chvilkové depresivní stavy. Nakonec se ukázalo, že obavy byly zbytečné a negativní emoce odezněly. V rámci plnění svých přání do budoucna došlo k určitým omezením, ale přesto nejsou zklamáni a naopak se o to více těší, až si své sny budou moci splnit. Pozitivní názor na peritoneální dialýzu v rozhovoru v časopise NephroCare vyjadřuje i pacientka, která byla dříve touto metodou léčena. V něm vzkazuje lidem s onemocněním ledvin, aby se nevzdávali a mysleli pozitivně. Její názor se shoduje s názory respondentů, kteří tvrdí, že i s peritoneální dialýzou se dá žít plnohodnotný život (26). Tento fakt potvrzuje i klinická psycholožka Marcela Znojová, která uvádí, že velký počet dialyzovaných pacientů, žije spokojený život (38).

Ke zvládnání změn přicházejících s léčbou byla nemocným velkou psychickou oporou rodina, partneři i přátelé, kteří podle jejich slov byli na blízku v případě potřeby. Se všemi své vztahy hodnotí kladně.

Poslední zkoumanou oblastí bylo zjistit, jak se změnilo trávení volného času po zařazení do dialyzačního programu. Odpovědi nemocných vypovídají o tom, že k menším změnám došlo a to především ve volbě aktivit. Někteří nemocní se ke svým zájmům postupně vrací nebo jen omezili intenzitu svých zájmů.

ZÁVĚR

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života čtyř mladých lidí léčených peritoneální dialýzou. Zajímala jsem se o to, jak vnímají kvalitu svého života v jednotlivých oblastech v době před a po zařazení do dialyzačního programu. K vyhodnocení této práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu, za použití strukturovaných rozhovorů.

Každé závažné onemocnění s sebou přináší změny v životě dosud zdravého a většinou ničím omezovaného člověka. I onemocnění ledvin a s ním spojená léčba náhrady funkce ledvin pomocí peritoneální dialýzy tyto změny a omezení přináší.

Díky této práci a možnosti vést rozhovory s nemocnými, kteří mi poskytli informace o pocitech a vnímání života s peritoneální dialýzou, je mi tato metoda náhrady funkce ledvin ještě bližší, než byla. Během rozhovorů, kdy mi tito nemocní líčili život s peritoneální dialýzou, jsem měla pocit, že žijí mnohem zajímavější život, nežli někteří jejich zdraví vrstevníci. Bylo pro mne udivující to, jaký mají pohled na jejich onemocnění, jak se s onemocněním dokázali sžít, a i přes změny, které onemocnění ledvin a peritoneální dialýza přinesla, jsou plní optimismu a vedou plnohodnotný život. Velkou podporou nemocných je rodina, přátelé a především zkušená peritoneální sestra, na kterou se mohou kdykoliv obrátit, a která jim dodává sebevědomí.

Počet nemocných léčených peritoneální dialýzou v České republice je oproti hemodialýze a počtu léčených pacientů touto metodou v jiných státech podstatně nižší. Důvodů je několik. Například záleží na strategii plátce zdravotní péče, ale také na větší dostupnosti hemodialýzy. Podle autorky Paříkové, až 66 % pacientů nebylo v predialýze seznámeno s možností peritoneální dialýzy (34).

Pro praxi bych doporučila soustavné vzdělávání lékařského i nelékařského personálu v oblasti edukace pacientů v predialýze a jejich rodinných příslušníků. Informovat je o všech možnostech náhrady funkce ledvin jako jsou hemodialýza, peritoneální dialýza i transplantace. Pokud to medicínské aspekty umožňují, je výběr metody na svobodné volbě pacienta. Tato práce poukazuje na život mladých lidí, léčených peritoneální dialýzou a jejím základem je větší motivace k této metodě, která je k tělu šetrnější a pro mladého pacienta, čekající na transplantaci méně zatěžující. Pro laickou

veřejnost lze doporučit webové stránky, na kterých naleznou potřebné informace týkající se onemocnění ledvin. (www.nephrocare.cz).

SEZNAM ZDROJŮ

1. RYCHLÍK, Ivan, LOPOT, František, Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice v roce 2013 [online]. Česká nefrologická společnost [cit. 2014-06-24]. Dostupné na: www.nefrol.cz v sekci Dialyzační statistika.
2. FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Anatomie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 136 s. ISBN 80-246-0804-9.
3. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.
4. TESAŘ, Vladimír a Otto SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 650 s. ISBN 80-247-0503-6.
5. TEPLAN, Vladimír. *Akutní poškození a selhání ledvin*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 416 s. ISBN 978-802-4711-218.
6. TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, xxviii, 496 s., 12 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1122-2.
7. Postgraduální medicína. Chronická onemocnění ledvin. Jsou častá? A umíme je včas rozpoznat a dobře léčit? [online]. [cit. 11. 09. 2007]. ISSN 1212 – 4184. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/chronicka-onemocneni-ledvin-jsou-casta-a-umime-je-vcas-rozpoznat-319048>
8. RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
9. DAUGIRDAS, John T, Peter Gerard BLAKE a Todd S ING. *Handbook of dialysis*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, c2007, xx, 774 p. ISBN 978-078-1752-534.

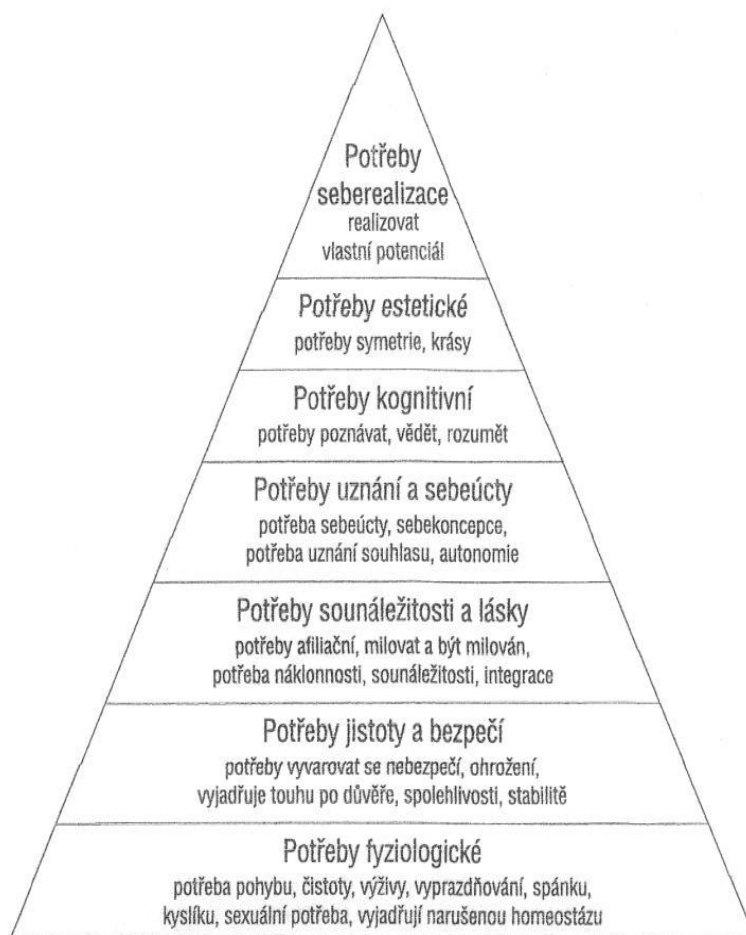
10. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. 4., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Galén, 2011, xlii, 1174 s. ISBN 978-807-2627-059.
11. TŘEŠKA, Vladislav. *Propedeutika vybraných klinických oborů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 459 s. ISBN 80-247-0239-8.
12. RYŠAVÁ, Romana a Pavel BREJNÍK. *Základy nefrologie 2011: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011, 16 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-46-6.
13. RACEK, Jaroslav. *Klinická biochemie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2006, 329 s. ISBN 80-726-2324-9.
14. HORÁČKOVÁ, Miroslava, Otto SCHÜCK a Karel MATOUŠOVIC. *Preventivní nefrologie v příkladech*. 1. vyd. V Praze: Karolinum, 2012, 191 s. ISBN 978-802-4615-400.
15. VIKLICKÝ, Ondřej a Petr BOUČEK. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013, 298 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-565.
16. LEVY, Jeremy, Julie MORGAN a Edwina A BROWN. *Oxford handbook of dialysis*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004, xxx, 903 p. ISBN 01-985-2954-6.
17. SULKOVÁ, Sylvie. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, c2000, 693 s. ISBN 80-859-1222-8.
18. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 978-807-2625-529.
19. TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 317 s. Aeskulap. ISBN 978-802-0428-813.
20. SASÁKOVÁ, Dana a Miroslava MATĚJKOVÁ. *Výživový průvodce pro dialyzované pacienty*. Praha: Mladá fronta a. s., 2012.

21. HRUBÝ, Milan a Olga MENGEROVÁ. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. 1. vyd. Praha: Forsapi, c2009, 118 s. Rady lékaře, průvodce dietou, sv. 11. ISBN 978-808-7250-068.
22. TEPLAN, Vladimír a Olga MENGEROVÁ. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2010, 353 s. ISBN 978-802-0422-088.
23. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 334 s. ISBN 978-807-3450-052.
24. VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 380 s. ISBN 978-802-4724-553.
25. SVOBODA, Lukáš a Andrea MAHROVÁ. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008, 271 s. ISBN 978-807-3871-475.
26. Nephrocare: *Péče pro mne*. Praha, 2011, 3. vydání. MK E 19648.
27. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.
28. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223s. ISBN 8072543296
29. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
30. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1996, 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
31. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.
32. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

33. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
34. PAŘÍKOVÁ, A. 2010. Peritoneální dialýza má v ČR stále nízké využití. *Lékařské listy*. 2010, číslo 27, s. 5. ISSN: 0044 - 1996
35. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd., 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006 ISBN 80-7013-324-4
36. Vilímovský Michal. Vnější morfologie ledviny a renální clearance [online]. Medlicker [cit.2013-01-11]. Dostupné na: http://cs.medlicker.com/pictures/article_editor/2013/01/11/ledvina-makroskopicka-anatomie-1357925196-7009cfaf.jpg
37. IKEM Institut klinické a experimentální medicíny. Dialyzační program (hemodialýza, peritoneální dialýza) [online]. Dostupné na: <http://www.ikem-nefrologie.cz/cs/o-nas/co-u-nas-lecime/dialyzacni-program/>
38. ZNOJOVÁ, M. 2004. Kvalita života dialyzovaných z pohledu psychologa. *Stěžeň*. 2004, č. 3, s. 15–17. ISSN: 1210-0153.

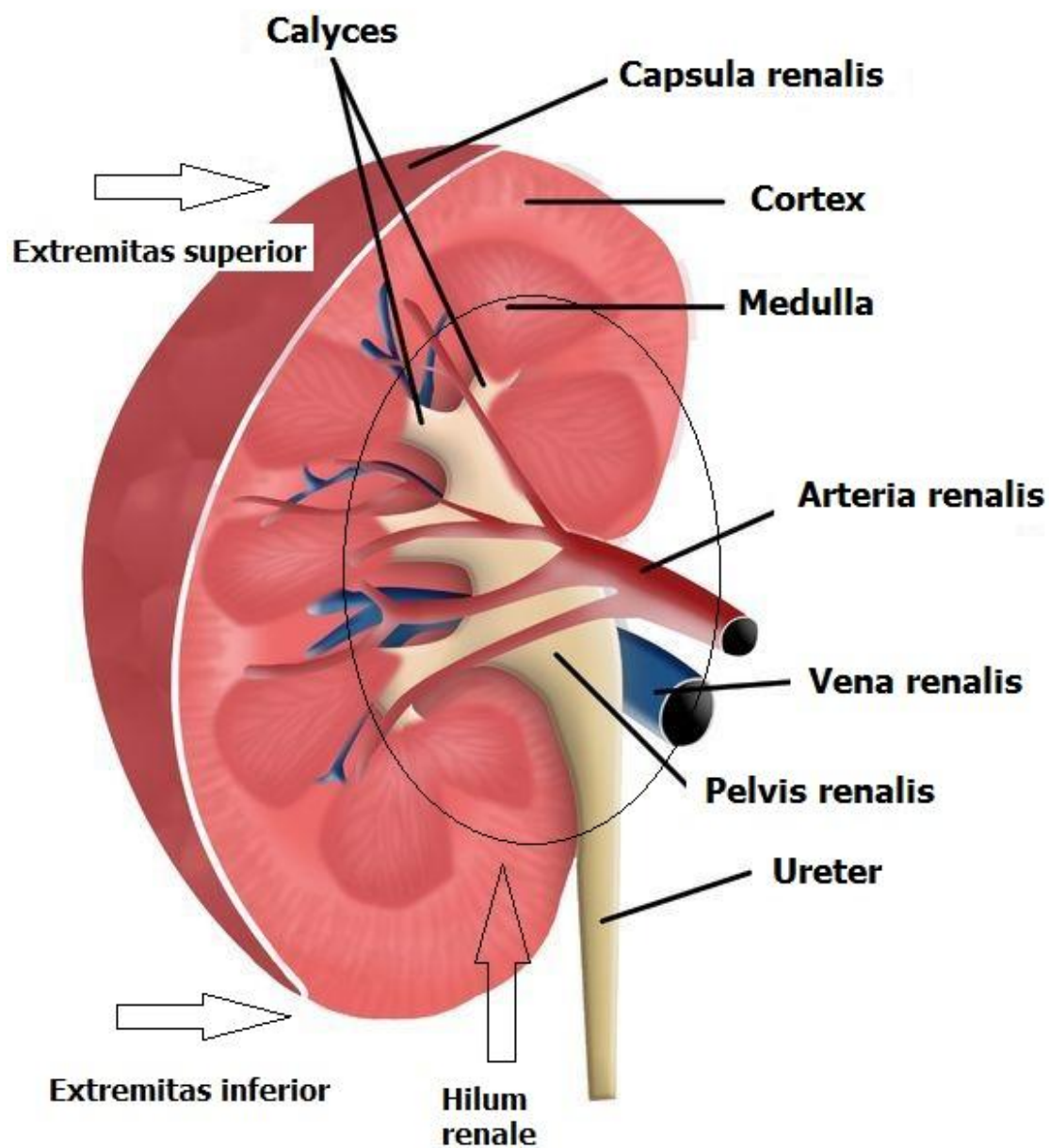
SEZNAM OBRÁZKŮ:

Obrázek 1: Maslowova hierarchie potřeb



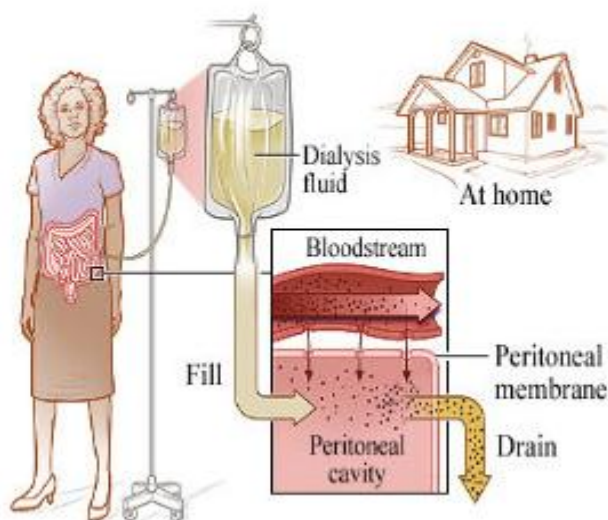
Zdroj: (35)

Makroskopická anatomie ledviny

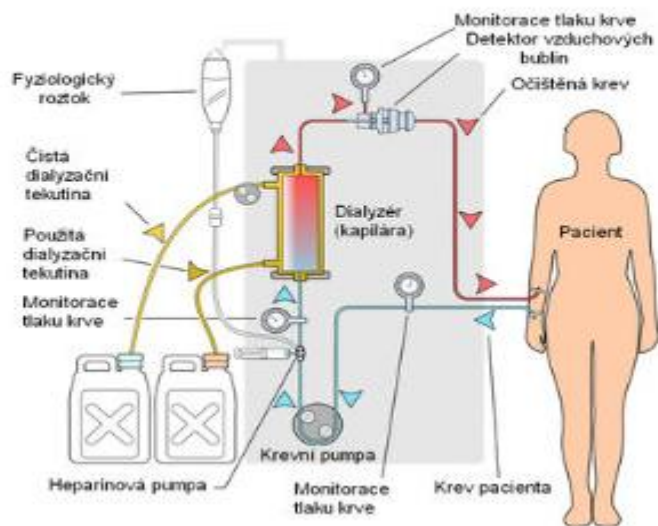


Obrázek 3: Principy peritoneální dialýzy a hemodialýzy

Peritoneální dialýza



Hemodialýza



Zdroj: (37)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ALT	alaninaminotransferáza
ASL	akutní selhání ledvin
AST	aspartátaminotransferáza
AVF	arteriovenózní fistule
AV SPOJKA	arteriovenózní spojka
Ca	vápník
CaCO ₃	uhličitan vápenatý
CAPD	kontinuální ambulantní peritoneální dialýza
CCPD	kontinuální cyklická peritoneální dialýza
Cl	chloridy
CT	computer tomography (počítačová tomografie)
CT ANGIOGRAFIE	computer tomography - angiografie
GMT	gamaglutamyltransferáza
HLA	human leukocyte antigen
CHSL	chronické selhání ledvin
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IPD	intermitentní peritoneální dialýza
K+	kalium
MR	magnetická rezonance
Na	natrium
NIPD	noční intermitentní peritoneální dialýza

P	fosfor
PD	peritoneální dialýza
PERMCATH	permanentní katétru
PTH	parathormon
RAAS	renin - angiotensin - aldosteronový systém
TPD	tidal peritoneální dialýza
USA	UNITED STATES OF AMERICA
USG	ultrasonografie
WHO	světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha 1 - otázky k rozhovoru

Příloha 2 - informovaný souhlas

PŘÍLOHY

Příloha 1

Období před zařazením do dialyzačního programu

Fyzická oblast

- *Jaké příznaky nemoci se u Vás projevovaly?*
- *V čem jste nejvíc pocítil/a omezení v souvislosti s těmito projevy?.*
- *Jakým aktivitám jste se věnoval/a před zařazením do dialyzačního programu?*

Psychická oblast

- *Jaký byl Váš psychický stav, před zařazením do dialyzačního programu?*
- *Jak jste vnímal/a sam/a sebe a své tělo?*
- *Jaká byla Vaše přání do budoucna?*

Sociální vztahy

- *Povězte mi, jaké vztahy jste měl/a se svými rodiči?*
- *Jak vypadal Váš partnerský život?*
- *Jak byste zhodnotil/a Váš intimní život?*
- *Mohl/a byste charakterizovat vztahy se svými přáteli?*
- *Jakých společenských aktivit jste se zúčastňoval/a?*

Volnočasové aktivity

- *Co patřilo mezi Vaše zájmy ve volném čase?*
- *Jakým způsobem jste získával/a finanční prostředky na své koníčky?*

Období po zařazení do dialyzačního programu

Fyzická oblast

- *Dokázal/a byste shrnout změny týkající se Vašeho fyzického stavu po zařazení do dialyzačního programu?*
- *Jak byl ovlivněn Váš aktivní život po zavedení peritoneální dialýzy?*
- *Jak jste vnímal/a bolest po zavedení peritoneálního katétru?*

Psychická oblast

- *Popište mi Vaše myšlenky a pocity, když jste začínal/a s peritoneální dialýzou?*
- *Jak vnímáte změny na Vašem těle?*
- *Jak se změnilo plnění Vašich přání po zařazení do dialyzačního programu?*

Sociální vztahy

- *Jak jste vnímal/a podporu Vaší rodiny?*
- *V jaké oblasti Vás rodina nejvíce podpořila?*
- *Jak peritoneální dialýza ovlivnila Váš partnerský život?*
- *Jak hodnotíte nyní svůj intimní život?*
- *Jak na léčbu reagovali Vaši přátelé?*
- *Jakým způsobem se peritoneální dialýza dotkla společenských aktivit, kterým jste se věnoval/a dříve?*

Volnočasové aktivity

- *Jak se nadále věnujete svým zájmům?*
- *Jak vidíte finanční situaci nyní?*

Příloha 2:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

VEDOUCÍ BP:

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

CÍL STUDIE

Cílem studie je...

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebude ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: