

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA

V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Tereza Hrubá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B 5341

Tereza Hrubá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Životospráva u nemocných s hemodialýzou

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Körberová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně za vedení vedoucí bakalářské práce Mgr. Moniky Körberové. Dále prohlašuji, že veškeré podklady ze kterých jsem čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Datum: -----

Podpis:

Tereza Hrubá

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Monice Körberové za její cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Dále také děkuji ošetřujícímu týmu z oddělení hemodialýzy ve Fakultní nemocnici Plzeň a rovněž respondentům, kteří se podíleli na vyplňování dotazníků.

Anotace

Příjmení a jméno:	Hrubá Tereza
Katedra:	Ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Životospráva u nemocných s hemodialýzou
Vedoucí práce:	Mgr. Monika Körberová
Počet stran:	Číslované 53 Nečíslované 29
Počet příloh:	10
Počet titulů použité literatury:	27
Klíčová slova:	Ledviny - hemodialýza - pacient - cévní přístup - životospráva - ošetrovatelská péče
Souhrn:	Bakalářská práce se zabývá životosprávou u nemocných s hemodialýzou, která je velmi důležitá pro dodržování jejich léčebného režimu. Teoretická část popisuje problematiku onemocnění ledvin, hemodialýzy a životosprávy. Praktická část obsahuje výsledky studie v této oblasti, která byla tvořena na základě kvantitativního výzkumu.

Annotation

Surname and name: Hrubá Tereza

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Regimen of patients with hemodialysis.

Consultant: Mgr. Monika Körberová

Number of pages: Numbered 53 Nonnumbered 29

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 27

Key words: kidney – hemodialysis – patient – vascular access - regime – nursing care

Summary: This bachelor thesis occupies with the regime of hemodialysis patients, which is very important for the adherence of a medical regime. The theoretical part describes kidney disorders problems, hemodialysis and regime. The practical part involves results of a study of these problems. The study was based on a quantitative research.

OBSAH

ÚVOD	10
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1. Anatomie a fyziologie ledvin	11
1.2. Funkce ledvin	11
1.3. Chronické selhání ledvin	12
1.4. Hemodialýza	12
1.4.1. Cévní přístupy pro hemodialýzu	13
1.4.2. Průběh hemodialýzy	14
1.4.3. Farmakoterapie při hemodialýze	16
1.4.4. Komplikace hemodialýzy	17
1.4.5. Péče o nemocného na hemodialyzačním oddělení	19
1.5. Životaspráva u nemocných s hemodialýzou	20
1.5.1. Stravování a výživa u hemodialyzovaných nemocných	20
1.5.2. Pitný režim	22
1.5.3. Malnutrice a obezita	22
1.5.4. Dialyzovaný nemocný, jeho rodina a sexualita	23
1.5.5. Zaměstnání a studium	24
1.5.6. Trávení volného času	25
1.5.7. Pohyb jako součást života	26
1.5.8. Psychosociální pohled na problematiku onemocnění	27
1.5.9. Sociální pomoc	29
2. PRAKTICKÁ ČÁST	31
2.1. Problém práce	31
2.2. Cíl práce	31
2.3. Hypotézy	31
2.4. Metodika šetření	31
2.5. Vzorek respondentů	32
2.6. Zpracování údajů	33
3. DISKUSE	56

ZÁVĚR	62
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
SEZNAM ZKRATEK	66
SEZNAM GRAFŮ	67
SEZNAM PŘÍLOH	67
PŘÍLOHY	69

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku životosprávy u nemocných s hemodialýzou. Téma jsem si zvolila na základě absolvování odborné praxe na oddělení hemodialýzy ve Fakultní nemocnici Plzeň. Praxe pro mne byla velice přínosná a i práce s dialyzovanými nemocnými mě velice zaujala.

Dialyzační léčba zachraňuje život nemocného, ale na druhé straně přináší sebou množství omezení, která snižují jejich kvalitu života. Pravidelná dialyzační léčba, často doživotní, výrazně mění nejen způsob života, ale také psychiku a sociální zázemí nemocného. Sestra, která je v neustálém kontaktu s dialyzovaným nemocným, se stává jeho edukátorkou, psychologem a někdy i advokátem. Hemodialyzovaní nemocní absolvují pravidelné denní i noční dialýzy, podle stanoveného rozvrhu, čímž jsou vázáni na dialyzační středisko. Navýše zažívají specifický stres, který je způsobován progresivitou vlastního onemocnění, nebo dokonce samotnou léčbou. Všeobecné sestry pracující na dialyzačních střediscích by měly nemocným umožnit získat takové vědomosti, dovednosti a návyky, které mohou upevnit zdraví, nebo jej alespoň udržet na přijatelné úrovni.

Cílem mé práce je zjistit na jaké úrovni je informovanost nemocných docházejících na hemodialýzu ze strany ošetřujícího personálu, jak se se svým onemocněním vyrovnávají po psychické stránce a také jak sami přistupují ke správné životosprávě, která je základním stavebním kamenem úspěšné léčby při ledvinném onemocnění.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V první, teoretické části se zabývám anatomií a fyziologií ledvin, dále jejich funkčností a chronickým selháním. Popisuji zde proces hemodialýzy a v neposlední řadě se zmiňuji o životosprávě, do které je řazeno stravování, pitný režim, volný čas, zaměstnání, pohybová aktivita, působení negativních vlivů atd. Ve druhé, praktické části zjišťuji prostřednictvím anonymních dotazníků, jak se teoretické zásady a postupy léčby promítají a uplatňují v praxi. Na základě zjištěných informací v diskusi vyhodnocuji, které skupiny nemocných jsou nejrizikovější a zda se vypořádali s onemocněním, pro které musejí pravidelně docházet na hemodialyzační středisko.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou párovým orgánem uloženým v bederní krajině a svým tvarem připomínají fazole o velikosti $12 \times 6 \times 3$ cm a hmotnosti 150 g. Od dutiny břišní jsou odděleny peritoneem, jsou tedy uloženy retroperitoneálně. Na vnitřním okraji ledvin se nachází ledvinná branka, do níž vstupují tepny, nervy a vystupuje žíla a lymfatické cévy. Na mediálním okraji se nachází hilus, kde odstupuje ledvinná pánvička a kudy prochází ledvinné cévy. Ledviny jsou uloženy ve výši obratlů Th 12 až L 2 a hilus ledviny odpovídá úrovni obratle L 1. Povrch ledviny je kryt vazivovým pouzdem a na řezu ledvinou je patrné, že se skládá z povrchové hnědočervené kůry a centrálně uložené hnědofialové dřene. Dřeň je rozdělena na 8 – 20 ledvinných pyramid, z níž se každá pyramida obrací svou základnou zevně a přísluší k ní i odpovídající část kůry. Vrcholky pyramid (papily) směřují k hilu ledviny, kde nasedají na močové cesty (Kopecký, 2010; Trojan, 2003). Ledvinné kalichy obemykají papily a sbíhají se v pánvičku. Dále postupně navazuje močovod (ureter), močový měchýř (vesica urinaria) a močová trubice (urethra), (Kopecký, 2010). Základní stavební a funkční jednotkou ledvin je nefron. Každá ledvina obsahuje 1,5 milionu nefronů. Skládá se z Malphighiho tělíska a z kanálku. Součástí Malphighiho tělíska je cévní klubičko - tzv. glomerulus. Do prostoru mezi oba listy se z cévního klubička filtruje primitivní moč a zde začíná vystupovat ledvinový tubulus. Ten je tvořen několika částmi, které se tvarově a funkčně liší: proximální tubulus, Henleova klička, distální tubulus. Distální tubuly přechází ve sběrací kanálky, které ústí na vrcholu papil, kde se již dostává definitivní moč do močových cest (Abrahams, 2001; Kopecký, 2010). V nefronech se tvoří moč. Primární moč vzniká ultrafiltrací plazmy v kapilárách glomerulu a přechází do prostoru mezi oba listy Bowmanova pouzdra. Celkem se přibližně vyprodukuje 170 - 200 litrů primární moči za 24 hodin. Primární moč odtéká do systému ledvinných kanálků, kde se nadále zpracovává. Vlivem zpracování primární moči v kanálcích vzniká definitivní moči pouze 1 - 1,5 litru denně (Kopecký, 2010; Trojan, 2003).

1.2. Funkce ledvin

„Hlavní činností ledvin je eliminace produktů dusíkatého metabolismu (tj. zbavit se urey, kyseliny močové, kreatininu aj.), ale i jiných toxických látek (např. léků aj.) a udržení stálosti vnitřního prostředí (minerálního, vodního) a acidobazické rovnováhy” (Lachmanová, 2008, s. 9.). Ledviny mají i endokrinní funkci, tvoří hormon erythropoetin,

který stimuluje produkci erytrocytů v kostní dřeni, dále renin, který reguluje hodnoty krevního tlaku. Také se zde nachází receptory pro hormony: antidiuretický hormon, který redukuje exkreci vody, aldosteron, který podporuje vstřebávání sodíku a vylučování draslíku v konečných partiích nefronu. Navíc v ledvinách vzniká aktivní forma vitamínu D, která ovlivňuje metabolismus vápníku, fosforu a tím i stavbu kostí (Lachmanová, 2008).

1.3. Chronické selhání ledvin

Chronickým selháním je nazýváno konečné selhání funkce ledvin, kdy již není možné udržení homeostázy celého organismu bez náhrady funkce. Ledviny proto nejsou schopny zbavit se produktů dusíkatého metabolismu a udržet tak stálost vnitřního prostředí. Příčiny chronického selhání jsou buď v primárním onemocnění ledvin, nebo jsou následkem dlouhodobého poškození ledvin jiným onemocněním. Tato onemocnění většinou postihují více systémů. Ubývá - li funkce pozvolna (měsíce, roky), mluvíme o chronickém selhání (Tesař, 2006). Konečné stádium chronických nemocí vyžaduje léčbu dialýzou nebo je nutná transplantace.

„Selhání ledvin je stav, kdy ledviny ani za bazálních podmínek nejsou schopny zbavit se produktů dusíkatého metabolismu a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je akumulace urey, kreatininu, acidóza a minerální rozvrat“ (Lachmanová, 2008, s. 11.).

1.4. Hemodialýza

Hemodialýza je metoda očišťování krve, která se provádí umělou ledvinou tvořenou dialyzačním monitorem a dialyzátorem. (viz. příloha č. 1, 2). Provádí se na specializovaných pracovištích, která jsou vybavena příslušnou přístrojovou technikou a kvalitně proškoleným zdravotnickým personálem. Při hemodialýze dochází k odstranění produktů dusíkatého metabolismu, k úpravě elektrolytové disbalance a acidobazické rovnováhy. Dále dochází k přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku a naopak přes polopropustnou membránu (Kapounová, 2007). U chronického selhání se provádí dlouhodobě několikrát týdně. Často se také používá k očištění krve u akutního selhání. V České Republice je to nejčastěji používaná metoda náhrady funkce ledvin. V některých zemích je méně používaná a nemocní si běžně volí peritoneální dialýzu. Kromě volby nemocného to záleží i na místních zvyklostech, na zkušenostech ošetřujícího lékaře, vzdálenosti a dostupnosti dialyzačního centra.

Princip hemodialýzy je založen na přestupu látek z krve do dialyzačního roztoku přes polopropustnou membránu. „Rychlost prostupu látek závisí na rozdílu koncentrací mezi dvěma roztoky, na velikosti molekul roztoku a póru membrány, ale i na elektrickém náboji membrány” (Lachmanová, 2008, s. 16.).

Ultrafiltrace znamená odstraňování vody z těla dialyzovaného nemocného, kterou nashromáždil v mezidialyzační době. Množství nashromážděné vody může být různé, od 0 až po několik litrů. Rozhodující pro její určení je rozdíl tělesné hmotnosti před dialýzou a po minulé dialýze.

K provedení hemodialýzy je potřeba zajistit dialyzační monitor, dialyzátor, upravit vodu pro hemodialýzu a dialyzační roztok. Zajistit adekvátní antikoagulaci a cévní přístup.

1.4.1. Cévní přístupy pro hemodialýzu

„Cévním přístupem rozumíme vstup jehlou nebo katétrem do krevního oběhu” (Lachmanová, 2008, s. 35.). Pro nemocné v hemodialyzačním programu je nezbytné, aby měl každý nemocný vytvořen cévní přístup, kterým bude zaručen dostatečný přítok krve do dialyzačního přístroje. Do dialyzačního programu přicházejí nemocní tzv. z „ulice” bez žádné hemodialyzační přípravy, to znamená bez žádného trvalého cévního přístupu. U těchto nemocných se zavádí tzv. dočasný cévní přístup, jako předkolo trvalého přístupu, pro který se lékař rozhodne záhy dle stavu nemocného. Rozeznáváme tedy katétrů dočasné, které jsou určeny k omezenému počtu výkonů a trvalé (permanentní) pro nemocné v hemodialyzačním programu. Dočasný katétr se využívá u nemocných s akutním selháním ledvin. U nemocných, kteří jsou chronicky dialyzováni a nelze již použít trvalý přístup – arteriovenózní spojkou (dále jen AV spojkou), nebo u nemocných z peritoneálního programu, kdy tento typ léčby musí být přerušen akutně se využívají permanentní katétrů. Pro tento způsob cévního vstupu zvolíme jednu ze snadno přístupných žil s dostatečným krevním průtokem, jedná se o venu jugularis internu a venu subclavii (viz. příloha č. 3). Dnes se již také využívají dvoucestné katétrů, které jsou předem připraveny v setech od výrobce (viz. příloha č. 4). Všeobecná sestra při manipulaci s katétrem musí dodržovat přísné aseptické podmínky.

Permanentní katétrů volíme u nemocných, kteří jsou dlouhodobě dialyzováni a zejména u vyšších věkových skupin (viz. příloha č. 5). Jedná se o trvalý katétr s dakronovou manžetou, která je zaváděna do jugulární žíly a vyvedena přes klíček podkožním tunelem, takže jeho vyústění je v oblasti pod klíčkem (viz. příloha č. 6).

Životnost katétru trvá roky a riziko infekčních komplikací bývá při nedodržování pravidel sterilního prostředí, které musí být stejné, jako při ošetřování katétrů dočasných.

Nejčastější a rovněž nejvýhodnější je používání arteriovenózní fistule (dále jen AVF), která využívá vlastního žilního systému a nebo se používá umělých cévních štěpů (Lachmanová, 2008). Typ a lokalizaci určuje cévní chirurg po vyšetření nemocného před samotným chirurgickým výkonem. V anamnéze je důležité, zaměřit se na rizikové faktory stenózy centrálních žil. Jsou to zejména centrální žilní katétr, periferní žilní a tepenné katétr, kardiostimulátor. Fyzikální vyšetření je zaměřeno na periferní tepenné pulzace, měří se krevní tlak na obou pažích, duplexní sonografické vyšetření žil a tepen horních končetin. Při nejasnostech se využívá venografie nebo angiografie (Menders, 2002). U diabetiků se ještě provádí rentgenologické vyšetření předloktí.

K vytvoření cévního přístupu využíváme nedominantní horní končetinu. Může se založit v nefrologické poradně již během sledování nemocného, protože se předpokládá, že se v dohledné době zahájí dialyzační léčba. Klasická arteriovenózní spojka (dále jen AV spojka) vyžaduje po vytvoření dobu „zrání“ zhruba 4 – 6 týdnů, během níž cévní stěna zmohtne a poté lze do ní snadno zavádět dialyzační jehly (Lachmanová, 2008). Posilování předloktí izometrickým cvičením, např. mačkání gumového míčku zvyšuje krevní průtok a rovněž zvětšuje rozměr cév a tím pomáhá zrání AVF (Oder, 2003).

1.4.2. Průběh hemodialýzy

Nemocní, kteří mají pravidelný dialyzační program, trvá jedno ošetření zhruba 4 - 5 hodin s frekvencí 2 – 3 krát týdně. Při příchodu na hemodialyzační středisko se v šatně nemocní mohou a nemusí převléci do pohodlného oděvu, ale nutností je přezutí do přezůvek. Před vstupem na dialyzační sál jsou nemocní požádáni, aby si umyli ruce v rámci prevence přenosu infekce. Jsou zváženi na váze, aby bylo možné vypočítat, jaké množství tekutin bude během dialýzy odstraněno. Poté jsou odvedeni zdravotnickým personálem ke svému dialyzačnímu křeslu, kde se tzv. „zabydlí“ a vyčkají příchodu všeobecné sestry, která je napojí na dialyzační přístroj. Před napojením sestra zhodnotí zdravotní stav nemocného, změří se krevní tlak, pulz a popřípadě tělesná teplota. Všechny změny, které nastaly po minulé dialýze je nutné oznámit sestře ještě před zahájením nové dialýzy. Týká se to samozřejmě i všech problémů, které znepokojují nemocného, např. nevolnosti, nachlazení, bolest, krvácení atd.

Každý dialyzační proces obsahuje svůj dialyzační protokol. Vždy má v obsahu jméno nemocného, identifikační parametry, datum dialýzy, hmotnost, krevní tlak a tepovou frekvenci, která se zaznamenává před dialýzou, v průběhu a po skončení dialýzy. Dále způsob napojení (katétr, cévní spojka, typ jehel), parametry dialýzy, které zahrnují: délku procedury, typ dialyzátoru, dialyzační roztok, průtok krve, antikoagulace, požadovanou ultrafiltraci. Vývojem moderní technologie dnes existují dialyzační monitory, do kterých se vkládá čipová karta s údaji nemocného a všeobecná sestra nastaví pouze parametry pro daný dialyzační proces dle potřeb nemocného.

Následuje napichování jehel a poté příprava katétrů k napojení na systém dialyzačních setů. Nesmí chybět aplikace heparinu, aby se zabránilo srážení krve v dialyzačních setech. Napojování je prací všeobecných sester. Oblast musí být čistá, končetina řádně omytá. Účinnou dezinfekcí se potře nebo nastříká oblast pro zavedení jehel. Při napichování je důležité, aby sestra byla oblečena tak, aby se chránila před případnou infekcí (čepice, brýle či ochranný štít, ústenka, sterilní rukavice, zástěra). Do oblasti tzv. „zkratové žíly“ se zavedou dvě jehly. Jedna arteriální, z té se krev odebírá rovnou do přístroje ve směru proudu, nejméně 3 cm od anastomózy, pod úhlem cca 25 °, a nebo proti směru krevního toku a to již 5 cm od anastomózy. Druhá jehla venózní, kterou se očištěná krev vrací z přístroje, se zavede technikou stejnou, ale raději se zavádí co nejdále od první jehly a to z toho důvodu, aby se zabránilo recirkulaci krve (viz. příloha č. 7). Obě jehly jsou propláchnuty, otočeny o 180 ° a fixovány náplastí, která zabrání případné dislokaci jehel. U nemocných, kteří mají trvalý centrální katétr, se provede aseptické ošetření a převaz katétru (Lachmanová, 2008).

Když je celý systém, včetně dialyzátoru zbarven krví, připojí se venózní část setu na venózní jehlu nebo na druhou část kanyly. Po zkontrolování všech nastavených hodnot začíná vlastní dialýza. Po připojení je nemocný samozřejmě omezen v pohybu na dialyzačním lůžku. Během dialýzy může nemocný více méně dělat co chce, ale s ohledem na toto omezení. Může: komunikovat s ostatními nemocnými, sledovat televizi, číst si knihu, luštit křížovku, poslouchat hudbu, psát dopisy, telefonovat, smskovat, studovat, pracovat na notebooku, cvičit samozřejmě v rámci možností. Každou hodinu je změřen a zapsán do dialyzačního protokolu krevní tlak a pulz, aby byla dodržena správná léčba. Kontroluje se funkce cévního přístupu a příznaky komplikací hemodialýzy. Během ošetření je dostatek času, aby se nemocný zeptal ošetřujícího personálu na cokoliv o dialýze a popřípadě i na svůj léčebný proces. V průběhu dialýzy je podávána nemocným

strava v podobě svačiny, ale podrobněji se touto problematikou budu zabývat v následující části mé bakalářské práce.

Po uplynutí určené doby následuje ukončení dialýzy. Nemocnému je opět změřen krevní tlak, pulz. Celý systém setů a samozřejmě i dialyzátor je propláchnut sterilním fyziologickým roztokem, aby byl zajištěn návrat krve z mimotělního oběhu. Po odstranění jehel z AVF, je sterilním tampónem překryt vpich a kompresí se zastaví krvácení z místa vpichu. Po několika minutách (u každého nemocného je to individuální) se sterilní tampóny vymění za suché a místo se přelepí náplastí. Je zkontrolována tělesná hmotnost. Nemocný bez obtíží po dialýze může opustit dialyzační středisko (Lachmanová, 2008).

1.4.3. Farmakoterapie při hemodialýze

S cílem předejít všem komplikacím jsou nemocným na dialýze předepisovány některé druhy léků, protože dialýza může nahradit některé funkce, které vykonávají ledviny, ale zároveň se neobejde bez nutnosti užívat léky, které předepíše ošetřující lékař. U některých léků, které nemocný běžně užívá, se dávka před dialýzou může snížit, nebo se dá úplně vysadit, či naopak může přibýt. Velice často užívaným lékem na dialýze jsou antihypertenziva. Vysoký krevní tlak je u dialyzovaných nemocných běžný, proto je velice důležité, aby se dodržovalo předepsané množství léků přesně podle toho, jak lékař předepíše. I přesto všechno mohou být hodnoty krevního tlaku zvýšené, když nemocný vypije větší množství tekutin. Ideální hodnota krevního tlaku by v klidu neměla překročit hranici 140 / 80 mm Hg. Téměř všichni nemocní na dialýze trpí chudokrevností (anémie). Příčina spočívá v tom, že nemocné ledviny nejsou schopny produkovat hormon erythropoetin. Ten musí působit na kostní dřeň, aby vyráběla červené krvinky a udržovala jejich počet, respektive hladinu hemoglobinu v normální hodnotě. Hemoglobin je udáván v g / liter nebo v g / 100 ml. Norma: ženy 125 – 155 g / liter (12,5 – 15,5 g/100 ml), muži 135 – 175 g / liter (13,5 – 17,5 g/100 ml). U dialyzovaných se podávají injekce erythropoetinu, které nahradí tvorbu v ledvinách. Mezi příznaky anémie řadíme: slabost, únavu, dušnost, edémy, poruchy koncentrace, sníženou schopnost tělesné aktivity. Lék může být aplikován injekcí pod kůži, nebo do žíly během dialýzy. Dávka se mění podle hladiny hemoglobinu v krvi. V rámci léčby anémie se může rovněž podávat i železo. Jelikož v perorálně podané formě často způsobuje zažívací obtíže, většinou je podáván nitrožilně, opět během dialýzy. Množství železa, které je rovněž podáváno, závisí na hladině hemoglobinu, ale také na hladině železa, která je rovněž sledována. Udržení koncentrace fosforu v krvi se podporuje nejen složením diety, ale rovněž i léky,

kteře se užívají při jídle, protože pouze tak se fosfor ze stravy nevstřebává do oběhu a vyloučí se stolicí z těla ven (Jenkins, 2008). Ledvinné selhání rovněž doprovází nízká koncentrace vápníku v krvi a úbytek kostní hmoty, proto je důležité podávat vitamín D v aktivní formě, aby se předcházelo kostním nemocem. Může se podávat ústně ve formě tablet, a nebo injekční formou během ošetření. Zařazením nemocného do dialyzačního programu nese sebou změnu způsobu stravování. Samotný proces dialýzy způsobuje ztrátu vitamínů, a proto je důležité tyto ztráty nahrazovat. Mnoho lékařů nemocným předepisuje vitamíny skupiny B, C a kyselinu listovou. Zabránit srážení krve v setech a v dialyzátoru během dialýzy může pouze nefrakcionovaný (přirozený) heparin, či nízkomolekulární heparin (Clexane, Fragmin, Fraxiparin). Nefrakcionovaný heparin se aplikuje v malé dávce na začátku dialýzy, a poté je kontinuálně podáván po celou dobu dialýzy pomalou infúzí přes dávkovač na dialyzačním přístroji. Nízkomolekulární heparin je zpravidla podáván pouze jednorázově na začátku dialýzy. Dávka léku je samozřejmě pro každého nemocného individuální. Mění se podle toho, zda nemá nemocný po dialýze krevní sraženiny v dialyzátoru, v setech nebo zda – li se u něho nevyskytují krvácivé projevy jako jsou např. hematomy, krev v moči, ve stolici, krvácení z nosu či z dásní. Občas se vyskytnou situace, kdy je nutné nepodávat při dialýze žádný heparin, aby se předešlo případnému krvácení. Jedná se především o pooperační stavy či úrazy (Teplan, 2006).

1.4.4. Komplikace hemodialýzy

Během dialýzy se mohou vyskytnout nejrůznější typy komplikací. Mezi časté komplikace můžeme zařadit pokles krevního tlaku, kdy příčinou je nadměrná ultrafiltrace. Projevuje se slabostí, ospalostí, hučením v uších, zhoršeným viděním. Terapie spočívá v doplnění objemu, eventuelně se mohou podat hyperosmotické prostředky a sníží se nastavený ultrafiltrační objem. Prevence spočívá v edukaci nemocného se zaměřením na správnou techniku vážení před a po dialýze a omezení příjmu tekutin mezi dialýzami. Dále se mohou vyskytnout svalové křeče, kdy je opět stejná příčina v nepřiměřeně vysoké ultrafiltraci. Křeče často postihují svalstvo dolních končetin více než svalstvo horních končetin. Terapií je opět snížit ultrafiltraci, doplnit tekutiny a aplikovat léky dle ordinace lékaře (magnesium, dále jen MgSO₄). U nemocných s poruchou koagulace mohou vzniknout krvácivé projevy. Dále se objevuje horečka, která vzniká z mnoha příčin, např. alergickou reakcí na dialyzátor, infikovaným cévním přístupem, či kontaminací dialyzačního roztoku. Terapie spočívá v odběrech dle ordinace lékaře a nasazení antipyretické léčby. Na srdečních komplikacích se podílí hyperhydratace a je to nejčastější

příčinou úmrtí nemocných v dialyzačním programu. Kožní komplikace nejsou závažné, ale pro nemocné velmi nepříjemné. Projevují se zarudlou kůží a svědivostí. Léčba asymptomatická, podávají se antihistaminika dle ordinace lékaře. Vzácně se může vyskytnout disekvilibrační syndrom, ten je projevem poškození centrální nervové soustavy. Vzniká u akutních nemocných s vysokou koncentrací urey. Příčina je v rychlém poklesu urey v krvi. Hladina urey v likvoru je vyšší, tím pádem dojde k nitrolební hypertenzi a edému mozku. Projevuje se to bolestmi hlavy, neklidem, zmateností, nauzeou až to může dojít k poruše vědomí. Terapie je v ukončení dialýzy a antiedematózní léčba. Vzduchová embolie je ohrožující komplikace na životě nemocného, ale díky kvalitním dialyzačním monitorům se v dnešní době prakticky nevyskytuje. Jedině by k ní mohlo dojít pouze hrubou chybou ošetřujícího personálu.

Cévní přístupy mohou provázet různé komplikace, jako všechny kanylace uvedených žil – trombózu, krvácení, infekci s následnou sepsí. „Prevence těchto komplikací spočívá v bezchybné technice, sterilním provedení a pečlivém ošetřování vždy před výkonem a těsně po něm” (Lachmanová, 2008, s. 39.). Komplikace dočasných katétrů – ucpaní špičky katétru fibrinem způsobené sníženým průtokem krve, nebo vysokým venózním tlakem. Trombóza učiní katétra zcela nefunkční, stenóza vena subclavia, kdy je katétra malfunkční a projevuje se to nízkým průtokem krve a také otokem horní končetiny. V neposlední řadě infekce, jejíž výskyt se pohybuje mezi 15 – 60 % u zavedených katétrů. Výhoda pro zavedení dočasných katétrů spočívá v tom, že je zde snadné a rychlé zavedení, možnost okamžitého použití, dále jednoduchá výměna a nízká cena. Nevýhody těchto katétrů jsou v krátké životnosti, velké riziko infekce a trombózy. Komplikace permanentních katétrů – malfunkce a tedy nekvalitní hemodialýza, protože katétra neposkytuje dostatečný průtok, a nebo vyvolá venózní tlak. Tyto komplikace se mohou objevit již při první hemodialýze, protože souvisejí s technikou zavedení (zalomení v podkoží atd.). Infekce lokální, která se projevuje sekrecí a zarudnutím při místě vyústění katétra. Výhoda užívání permanentního katétra je u nemocných s chronickým selháním ledvin, zvláště u kardiaků, katétra lze ihned použít po jeho zavedení a pro nemocné je to lepší komfort, protože mají obě horní končetiny hybné. Nevýhoda u těchto katétrů spočívá v tom, že je zde vysoká morbidita (infekce, trombózy). Pro určité nemocné nese sebou i určitý diskomfort, jako je kosmetická nevhlednost, nemožnost koupání, krátká životnost oproti AVF (Lachmanová, 2008).

Komplikace ještě můžeme dále rozdělit na časné a pozdní. Kdy časné jsou do 24 hodin po operaci. Jedná se především o trombózu, krvácení s následným hematodem v blízkosti jizvy a edém. Pozdní komplikace se mohou objevit kdykoliv v průběhu dialyzačního léčení, např. stenóza, hematom, trombóza, edém končetiny, infekce a hypertenze ve venózním řečišti (Lachmanová, 2008).

1.4.5. Péče o nemocného na hemodialyzačním oddělení

Vlastní péče o nemocného začíná příjezdem na dialyzační oddělení. Někteří využijí dopravu vlastním dopravním prostředkem, jiní jsou transportováni sanitními vozy. Před příchodem na dialyzační sál se dle požadavků hygienicko – epidemiologických opatření musí nemocní převléknout v šatně a umýt si ruce, je to prevence vzniku infekcí. Po příchodu na sál, se nemocní zváží a zamíří ke svému dialyzačnímu lůžku. Po uložení na lůžko, jim všeobecná sestra změří krevní tlak, tepovou frekvenci, popřípadě tělesnou teplotu a vše řádně zaznamená do dialyzačního protokolu. Nemocnému pomůže zaujmout nejvhodnější polohu, provede vyšetření cévního přístupu a požadované parametry zadá do monitoru. Poté provede punkci AV spojky, zajistí cévní vstup, provede odběry krevních vzorků, pokud jsou ordinované lékařem a napojí nemocného na dialýzu. Pokud má nemocný permanentní katétr, provede za aseptických podmínek jeho převaz a zhodnotí místo vpichu. Vše zaznamenává do dokumentace a zajistí nemocnému, aby měl signalizační zařízení na dosah ruky (viz. příloha obr. č. 8). V průběhu dialýzy sestra plní ordinace lékaře, asistuje při vyšetření, monitoruje krevní tlak, pulz, dýchání a eventuelně i tělesnou teplotu nemocného. Všechny hodnoty zaznamenává do dialyzačního protokolu a veškeré změny hlásí lékaři. Pomáhá nemocným se zajištěním změny polohy, aby nedošlo k poranění cévního přístupu, pomáhá nesoběstačným se stravou a rovněž musí zvládnout i náhle vzniklé stavy, jako je náhlý pokles krevního tlaku, hyperglykémie, hypoglykémie, zahájení kardiopulmonální resuscitace, provedení kontrolních odběrů, výměna dialyzačních setů a dialyzátoru. Během dialýzy lze podávat i krevní transfuzi. Postup je shodný s obvyklým způsobem, akorát transfúzní set se napojuje do vstupu na arteriálním setu. Do dialyzačních setů lze rovněž aplikovat parenterální výživu nebo aplikovat léky k intravenózní aplikaci. Po skončení dialýzy sestra opět zkontroluje krevní tlak, tepovou frekvenci, popřípadě tělesnou teplotu, odstraní jehly a provede aseptické ošetření místa vpichu. Zkontroluje stav dialyzátoru, hmotnost nemocného po dialýze a vše je opět řádně zaznamenáno do dokumentace. S imobilním nemocným vyčká na příjezd sanitních vozů a pokud je nemocný plně mobilní, vyčká příjezdu sanitního vozu v čekárně sám. Důležité

upozornění na závěr, nemocný nesmí opustit oddělení hemodialýzy bez vědomí sestry! (Lachmanová, 2008).

1.5. Životaspráva u nemocných s hemodialýzou

Dialyzační léčba zachraňuje život nemocného, ale na druhé straně přináší sebou množství omezení, která snižují jejich kvalitu života. Pravidelná dialyzační léčba často doživotní, výrazně mění nejen způsob života, ale také psychiku a sociální zázemí nemocného.

1.5.1. Stravování a výživa u hemodialyzovaných nemocných

Správná životaspráva pomáhá udržovat nutriční, tedy i celkový stav nemocného a v neposlední řadě má vliv také na délku přežití v případě úspěšné transplantace. I když se pomocí dialýzy z těla odstraní mnoho odpadních látek, musí být nemocní při stravování stále opatrní, aby se vyhnuli případnému zhoršení stavu v důsledku dietní chyby (Hrubý, 2009). Cílem této diety je proto omezení hromadění některých odpadních látek v těle při udržení optimálního stavu výživy. Na každém dialyzačním středisku se nachází nutriční terapeut, který nemocnému pomůže se změnami v dietním režimu a příjmu tekutin. Doporučení jsou samozřejmě pro každého nemocného stanovena individuálně, dle výživových potřeb a zvyků. Rozhodující jsou rovněž výsledky krevních testů a aktuální hmotnost. Podle množství tvorby moče a váhových přírůstků v mezidialyzačním období se stanoví, kolik tekutin může nemocný každý den přijmout. O tom, jak má nemocný hospodařit se svým pitným režimem se budu zmiňovat v následující kapitole. Dobře vyvážená dieta je základ všeho. Nemocní nesmí být malnutriční, ale ani nesmí mít v potravě nadbytek složek (viz. příloha č. 9).

Jen co začne být nemocný dialyzovaný, musí změnit svoje stravování. K potřebě zvýšeného příjmu bílkovin přistupuje potřeba náhrady dalších cenných živin, které se při dialýze ztrácí. Nemocný rovněž musí respektovat omezení tekutin, draslíku, fosforu a jiných látek (Gulášová, 2007). Obsah bílkovin v potravě by měl činit 1 – 1,2 g/kg tělesné hmotnosti/den. Ve stravě by měly převažovat bílkoviny převážně živočišného původu, jedná se především o maso, vejce, mléko, které jsou pro organismus potřebné a velice nezbytné. Naopak bílkoviny rostlinného původu, jako jsou luštěniny, zelenina, mouka, ovoce, by měli být ve stravě zastoupeny v poněkud menším množství, protože obsahují veliké dávky draslíku a fosforu. Důležité pro nemocného je, aby přijímal kvalitní bílkoviny alespoň 3 × denně. Organismus využije bílkoviny z potravy jen tehdy, má – li k dispozici

dostatek energie, jinak dochází k použití vlastních bílkovin jako energetického zdroje. Zvyšuje se katabolismus a tím stoupá hladina močoviny, kyseliny močové a eventuelně i kreatininu. Nemocný s ledvinným selháním má sníženou schopnost vylučovat draslík. Většina draslíku v těle je umístěna uvnitř buněk, a proto je důležitý pro jejich funkci. Optimální denní dávka draslíku činí 40 – 70 mg/den. Velmi vysoká hladina v krvi, tzv. hyperkalémie, může vést až k zástavě srdce. Proto je bezpodmínečně nutné znát obsah draslíku v jednotlivých potravinách a vyvarovat se tak jeho zvýšenému příjmu. Vysoký obsah draslíku mají např. meruňky, třešně, hrozny, banány, pomeranče, švestky, ořechy, rajčata, brambory, houby, sušené mléko, luštěniny, džusy, kompoty, sójové výrobky, mák atd. Množství draslíku se snižuje vařením, proto se doporučuje zeleninu rozkrájet, vylouhovat a povařit. Vhodnými potravinami jsou: jablka, hrušky, jahody, vařená rýže, kopr atd. Při poškození ledvin se v těle hromadí rovněž fosfor, který při jeho nedostatečném vyloučení z organismu vede u dialyzovaných nemocných k rozvoji kostní choroby. Denní dávka fosforu činí 0,8 – 1,0 g/den. V dietě je proto potřeba upřednostnit potraviny, které jsou bohaté na proteiny, respektive energii, ale obsahují menší množství fosforu, jedná se především o potraviny jako je: sladká smetana, šlehačka, kukuřice, slanina, hovězí maso, zajíc, zmrzlina atd. Fosfor spolu s vápníkem je hlavní stavební součástí kostí. Nevyrovnané hladiny obou hodnot ovlivňují činnost příštítných tělísek. Zvýšené uvolňování parathormonu negativně působí na stavbu kostí. V důsledku zvyšování hladiny fosforu v krvi se hladina vápníku snižuje. Vápník je důležitý pro činnost srdce, organismus ho odbourává z kostí a v důsledku toho dochází k odvápnění a následným komplikacím (fractury). Denní dávka vápníku je 1,4 – 1,6 g. Zvýšený obsah vápníku najdeme v tvarohu, tvrdém sýru atd. U mnohých nemocných je potřebný příjem vápníku zvýšit a doplnit tak vitamínem D. Pro tvorbu červených krvinek je důležité železo. Podává se perorálně ve formě tablet, které je nejlepší užívat nalačno. U hemodialyzovaných nemocných se podává parenterálně, aplikuje se přímo do dialyzačního setu. Dostatečná hladina železa je potřebná pro úpravu sekundární anémie. Důsledkem dietetických opatření bývá snížena hladina vitamínů, zejména rozpustných ve vodě. Proto je nutné doplnit příjem vitamínů skupiny B, zejména B6, C, kyseliny listové, případně vitamínu D. Vitamíny A a K jsou kontraindikované, protože jsou rozpustné v tucích a dialyzovaní nemocní jich mají nadbytek. Zvýšená koncentrace vitamínu A má vliv na anémii a na poruchy lipidového a vápníkového metabolismu. Za zadržování vody v těle je zodpovědný sodík, který se při poškozených ledvinách hromadí v těle. Příjem sodíku se řídí aktuálním stavem nemocného (edémy, hypertenze),

bývá snížen až na polovinu ve srovnání se zdravým člověkem. Denní příjem sodíku se pohybuje v rozmezí mezi 1 – 1,5 g. Za zvýšené množství sodíku zodpovídají tyto potraviny: uzené maso, salám, hořčice, medovník atd. Ve stravování je třeba respektovat i případné další metabolické poruchy (např. diabetes). Každý nemocný by měl alespoň jednou za tři měsíce konzultovat svůj stravovací režim s nutričním terapeutem (Lachmanová, 2008).

1.5.2. Pitný režim

Jednou z hlavních funkcí ledvin je udržet si v těle rovnováhu tekutin. Pokud dojde k tomu, že ledviny selžou, tělo se těžko zbavuje jejich přebytků a vzniká převodnění. To může být zapříčiněno hypertenzí, dlouhodobým poškozením cév nebo dokonce poškozením srdce. Míra omezení příjmu tekutin závisí na objemu vytvořené moči, který může časem klesat. K množství moči, která se vyloučí za 24 hodin se musí přičíst 500 ml a výsledek je doporučený pitný režim pro nemocného. Těchto 500 ml pokryje ztrátu tekutin plicemi a kůží. Příjem tekutin dialyzovaného nemocného se pohybuje v rozmezí od 500 – 700 ml/den (Lachmanová, 2008). Aby neměl nemocný pocit žízně, není na škodu si rozložit doporučené množství tekutin rovnoměrně na celý den po malých šálkách. Během dne si rovněž nemocný může vyplachovat ústa studenou vodou, ale bez polykání, dále si může nechat rozpouštět ledovou kostku na jazyku (každá kostka obsahuje 10 – 15 ml vody!), nebo žvýkat žvýkačku. Důležité je se vyhnout slaným jídlům, např: slaným oříškům, bramborovým lupínkům atd., způsobují pocit žízně. Pokud obsah vody v těle dosáhne vysokých hodnot, nashromážděná tekutina zapříčiní tvorbu edémů, které obvykle vlivem gravitace začínají na kotnících dolních končetin a rozšiřují se po celém těle. Pokud se toto převodnění nezačne léčit, tekutina se začne hromadit v plicích a způsobí tak život ohrožující stav, který nazýváme edém plic. Mezi nejhlavnější příznaky řadíme dušnost. Pokud dojde k opakovanému převodnění, vede to k poškození srdce. Dialýzou sice odstraníme přebytečnou vodu, ale pokud se bude opakovaně hodně pít, poškození se nakonec stane trvalým a nastanou chronické dýchací a srdeční obtíže. Aby se předešlo případným komplikacím, měl by se nemocný ujistit, kolik tekutin může přijmout během jednoho dne. Pozor se zejména musí dát na skryté tekutiny v jídle, např. v ovoci, polévce, omáčce a mražených pochoutkách (Hrubý, 2009).

1.5.3. Malnutrice a obezita

Základem diety je dostatek energie pro to, aby tělo mělo dost síly a také aby bylo schopno využít všechny složky stravy. Jíst by se mělo tak, aby se pokud možno zachovala

správná hmotnost. Malnutrice s nedostatkem energie a živin je u dialyzovaných spojena s mnoha komplikacemi (anémie, snížená obranyschopnost, atd.). K malnutrici může vést nejen nechutenství a malý příjem stravy v důsledku vynechání jídel kvůli dialýze nebo vyšetřením, ale i nedostatečná dialýza, dlouhodobé zánětlivé stavy atd. Při malnutrici bývá většinou potřeba zvýšit příjem energie a přiměřeně tomu i množství bílkovin.

Mírná nadváha je u dialyzovaných méně nebezpečná než podváha, ale obezita již sebou nese velká rizika. Např. větší nebezpečí vzniku diabetu, přetížení kloubů a vznik nebo zhoršení artrózy. Obezita s Body Mass Indexem (dále jen BMI) vyšším než 35 je dokonce překážkou transplantace ledviny. Obézní nemocní by se měli po poradě s nutričním terapeutem a lékařem pokusit o mírné a zejména pomalé snížení hmotnosti. Drastické diety mohou být v případě onemocnění velice škodlivé. Většinou jde váha dolů už jen při zavedení pravidelného stravovacího režimu se třemi hlavními jídly a dvěma až třemi svačinkami, vždy s malým množstvím jídla. Současně je k tomu potřeba, aby se zvýšila pohybová aktivita. Pro začátek mohou stačit procházky, chození po schodech, atd.

Pozor, náhlý vzestup hmotnosti během několika dní nebo týdnů, zejména se spojením s otoky, hypertenzí a kratším dechem, většinou neznamena obezitu, ale zadrženi většího množství vody v těle. V tomto případě je důležité kontaktovat lékaře (Koupilková, 2008; Horák, 2011).

1.5.4. Dialyzovaný nemocný, jeho rodina a sexualita

Změna celkového stavu chronicky nemocného se netýká pouze jeho samotného, ale dotýká se i jeho rodiny, jejíž dynamiku a vztahy mění. Role a povinnosti, které před nástupem onemocnění vykonával sám nemocný, se posouvají na ostatní členy rodiny nebo zůstávají neobsazené. Nemocný nebo jeho rodina se díky tomu mohou cítit úzkostní a úzkost zvyšuje i nedostatek času při zabezpečování normálního chodu domácnosti. Někteří členové rodiny se hůře adaptují na nově vzniklou situaci a mohou hledat možnost úniku od rodiny a od stresujícího prostředí. Proto je důležité, aby rodina hledala způsob řešení vzniklých obtíží a nenechala se odradit počátečními neúspěchy. Pozornost a pomoc zdravotnického personálu by se měla ubírat nejen směrem k nemocnému, ale i k jeho rodině, která o něho pečuje. V začátcích dialyzační léčby je důležité, aby byl poskytnut dostatek informací jak nemocnému, tak jeho rodině. Případně byly zodpovězeny dotazy, aby rodina měla pocit, že se s jakýmkoliv dotazem může obrátit na zdravotnický

personál dialyzačního střediska. Edukace nemocného a jeho rodiny je důležitou součástí úspěšné léčby. Léčení tak může vytvořit další předpoklady pro aktivní život. Jak pro nemocného, tak i pro rodinu je dobré relaxovat a udržet si tak duševní a emocionální rovnováhu. Mění se role nemocného, tak i partnera, zvláště pokud došlo k onemocnění člena mužské dvojice. Ukázalo se, že za takových okolností je schopnost měnit postoje velkým kladem a v řadě případů se manželé shodují, že se jejich vzájemný vztah zlepšil, když jeden z nich onemocněl. Dopad chronického onemocnění není jen na partnera, ale také na děti, které se mohou cítit viní tím, co se stalo a mohou upadat do deprese (Kebza, 2005; Vágnerová, 2004).

Sexuální život dialyzovaných nemocných nemusí být nijak narušen, ačkoli vlivem užívaných léků a hormonálních odchylek se mohou některé obtíže objevit. U mužů se nejčastěji vyskytují poruchy erekce, snížené libido a obtížné dosažení orgasmu. U žen bývá stejný problém (snížené libido a obtížně dosažený orgasmus). U většiny dialyzovaných žen se nedostaví menstruace a tudíž jsou neplodné. Pokud má žena menstruaci, musí upozornit lékaře aby snížil dávku heparinu. Otěhotnění je během léčby vzácné a velmi rizikové pro matku a plod. Po úspěšně proběhlé transplantaci dochází k úpravě menstruačního cyklu, a tedy je možné otěhotnět snáze. Důležité je, nebát se hovořit o této problematice s lékařem či všeobecnou sestrou. Vhodný léčebný zásah může pomoci zkvalitnit sexuální život (Dingwall, 2004).

1.5.5. Zaměstnání a studium

V zaměstnání to dialyzovaný nemocný nemá jednoduché. Pokud se chce do zaměstnání vrátit tak jen za předpokladu, že je jeho zdravotní stav dobrý, že je pracovní prostředí suché, teplé a že jeho fyzická zátěž bude minimální. Fyzicky namáhavé práce jsou pro nemocné dosti únavné a mohly by vést ke zhoršení zdravotního stavu. Mnoho lidí se chce vrátit do práce co nejdříve, aby měli pocit, že je jejich život normální, jiní si zase nechávají čas na rozmyšlenou. Výhodou je, když zaměstnavatel vyjde vstříc svému zaměstnanci. Doporučuje se poloviční úvazek zejména nemocným v produktivním věku. Daleko větší možnosti mají ti nemocní, kteří jsou samostatně výdělečně činní, ti si mohou upravit pracovní dobu jak potřebují. Pokud nemocný před onemocněním vykonával fyzicky náročnou práci, bude se muset zamyslet nad tím, zda v ní může pokračovat a zda se dokáže vyrovnat s nároky, které jsou na práci kladeny. Aby se mohla sladit pracovní doba s harmonogramem dialyzačního ošetření je nutné o onemocnění říci zaměstnavateli

a seznámit ho s léčebným režimem. Toto rozhodnutí je pouze na nemocném, ale i tak ho musí prodiskutovat se svou rodinou, lékařem a zaměstnavatelem.

Stabilizovaný nemocný navštěvující pravidelně dialýzu nemá ve většině případů dostatek sil na to, aby zvládl studium na střední či vysoké škole. Někdy je pro nemocné lepší, požádat o individuální studijní plán, který zdaleka nebude nemocné tak vyčerpávat (Džumelová, 2009).

1.5.6. Trávení volného času

Pravidelná dialyzační léčba znamená pro nemocné výrazné změny, zvláště v jejich životním stylu a v trávení volného času. Pokud nemocný navštěvuje dialyzační středisko 3 × týdně na několik hodin a zároveň je z jiného či vzdáleného města nebo vesnice, je jeho životní a pracovní harmonogram narušený. Aby se zhodnotila kvalita života dialyzovaných, je velice důležité subjektivní hodnocení samotného nemocného, jak sám nemocný vnímá svůj zdravotní stav a jak moc je s ním spokojený. Starší dialyzovaní, kteří často žijí sami, nacházejí na dialýze pravidelný kontakt s jinými lidmi, ať už se jedná o spolupacienty či o zdravotnický personál. Za to mladí lidé jsou často frustrováni v potřebě partnerského vztahu, v potřebě mít děti, realizovat se v zaměstnání, rozvíjet zájmové a rekreační aktivity. Jestliže nemocný nemá svůj volný čas čím vyplnit, zaobírá se a přemýšlí o svém onemocnění. Tím se zvyšuje jeho strach z nemoci, která ho postihla. U některých se může objevit apatie a lhostejnost. Mezi vhodné aktivity pro dialyzované řadíme: procházky v přírodě, turistiku, ruční práce, rekreační jízdu na kole, golf, stolní tenis. Nemocným není dovoleno, aby vykonávali sport vytrvalostní a závodní. Nadměrná námaha by vedla ke zhoršení stavu a nemocného by to mohlo demotivovat. Dovoleno je vykonávat rekreační sport, kde je zátěž dávkovaná postupně. Nemocní si mohou najít aktivitu v každém věku a důležité je vybrat vhodný sport, který je příliš nezatíží a naopak povede ke zvýšení jejich tělesné i psychické zdatnosti. Pro dialyzované je důležité, aby se pohybovali pravidelně, protože pravidelné cvičení vede ke zvyšování výkonnosti kardiovaskulárního systému, napomáhá stabilizaci krevního tlaku, udržuje svalovou sílu a výkonnost, správnou tělesnou hmotnost a v neposlední řadě může odstranit poruchy spánku a zlepšit tak jeho kvalitu. V průběhu cvičení dochází k uvolňování endorfinů, které mají vliv na psychiku, zároveň navodí dobrou náladu, emocionální stabilitu, celkovou tělesnou výkonnost a schopnost relaxace.

Společenský a kulturní život je pro duševní a psychickou pohodu nemocného také velmi důležitý. Vzájemné návštěvy mezi příbuznými a známými pomohou odvrátit pozornost nemocného od jeho problémů, motivují ho, potěší, povzbudí a probudí u něho chuť do života. To vše se pak odráží i na spolupráci mezi nemocným a zdravotnickým personálem. Kulturní akce jako jsou návštěvy divadla, koncertů, různých výstav, galerií, četba knih, zůstává nadále bez omezení (Džumelová, 2009).

Nemocní, kteří mají rádi cestování se vůbec nemusí obávat, že o svůj koníček přijdou, protože v dnešní době existuje tzv. prázdninová dialýza. Síť dialyzačních středisek je opravdu veliká a kontakty je možno sehnat v jakémkoliv dialyzačním středisku. Mnoho tak dialyzovaných nemocných si užívá svoji dovolenou v České republice, nebo dokonce v zahraničí. Po celém světě existují dialyzační centra, která jsou schopná přijmout nemocné na tzv. prázdninovou dialýzu. V dnešní době je možno se dialyzovat i při pobytu v zahraničí, jen je potřeba se domluvit s mateřským střediskem, které vybaví nemocného lékařskou zprávou. Než se ale nemocný rozhodne pro prázdninovou dialýzu, měl by to oznámit svému ošetřujícímu lékaři, který zhodnotí jeho zdravotní stav, a poté se může vybrat místo pobytu dovolené. Musí se tak plánovat s dostatečným předstihem, aby měl zdravotnický personál dostatek času rezervovat dialýzu v blízkosti pobytu, kde bude nemocný trávit svoji dovolenou. Platby za dialýzu se liší státem od státu, ale také i středisko od střediska, proto je potřeba vědět, zda jde o státy Evropské Unie a zda je se státem mimo Evropskou Unii uzavřena mezinárodní smlouva. Pokud má Česká republika uzavřenou mezinárodní smlouvu, tak má nemocný zaručeny stejné podmínky s místními. Nemocný si pouze u své zdravotní pojišťovny vyžádá speciální formulář, a ten pak odevzdá v příslušném městě na nejbližší pobočce zdravotní pojišťovny. Poté je veškerá finanční transakce vyřizována mezi pojišťovnami. Pokud tomu tak není, tak si veškeré náklady na léčbu nemocný hradí sám a po příjezdu do České republiky mu jsou náklady vráceny, ale pouze do výše platné v České republice. Pokud nemocný hledá pouze středisko, které přijímá Evropský průkaz pojištěnce, tak si může vybírat mezi následujícími destinacemi: Kréta, Mallorka, Kanárské ostrovy, Egypt, Itálie, Thajsko, Malajsie a Mexiko (Černá, 2009).

1.5.7. Pohyb jako součást života

Cvičení a sportovní aktivity pomáhají v prevenci zdravotních komplikací, proto se dialyzační léčba snaží dosáhnout toho, aby měl nemocný stejnou fyzickou kondici a mohl tak vyvíjet stejnou fyzickou aktivitu jako před onemocněním. Nemocní, kteří

nemají sníženou mobilitu se mohou snažit být stále fit, ale musí se o míře pohybových aktivit poradit se svým lékařem. Funkční nezávislost by měla být podporována formami pohybových aktivit zaměřených na motorickou výkonnost. Mezi tyto aktivity se řadí: kloubní pohyblivost, hbitost, svalová síla, pohybová obratnost, koordinace aj. I cvičení během dialýzy může nemocnému zkrátit a zpříjemnit pobyt na dialýze a zlepšit tak účinnost léčení, kdy nemocný dělá něco pro své zdraví. Pro tento účel jsou vytvořeny speciální cviky, které by měly probíhat pod vedením odborníků a měly by být prováděny opatrně a s ohledem na AVF. Kombinace pohybových aktivit mimo dialyzační středisko (chůze, plavání, cyklistika) je pro nemocné nejlepším způsobem, jak se udržet v dobré kondici. Pohybový trénink je u mladších a pracujících zaměřen na zachování dostatečné tělesné výkonnosti, prevenci zdravotních komplikací, udržení zaměstnání a zachování si místa v rodině a ve společnosti, znovu nabytí sebevědomí a pohody. Obecně je ale známo, že je mezi odbornou veřejností rehabilitační potenciál nemocných podceňován a že těch, kterým by mohla pohybová aktivita uškodit, je jen velice málo. Společnost dialyzovaných a transplantovaných pořádá pro dialyzované pravidelné rekondiční pobyty, pomáhají organizovat sportovní hry, provozují rehabilitační středisko a nemocný se tak může přihlásit do klubu, který pořádá letní a zimní sportovní hry jak doma, tak v zahraničí (Svoboda, 2009).

1.5.8. Psychosociální pohled na problematiku onemocnění

Hemodialyzační léčba je velice náročná a nesmíme zapomínat na prožitky nemocného, kdy je na dialýze vystaven stresujícím situacím. Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který může být přímo něčím ohrožen, nebo takové ohrožení očekává. Přitom se ale domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná (Hrstka, 2008). Vyplývající jak z těžce nevléčitelné doživotní choroby, tak ze zcela specifických situací. Jedná se zejména o příznaky onemocnění, mezi které se řadí únava, úbytek energie, svědění kůže, úporná žízeň, bolesti svalů a kloubů, potíže se spánkem. Další zátěží je způsob léčby, kdy jsou nemocní stresováni dietním omezením, pitným režimem, omezeným plánováním volného času, závislostí na druhých lidech, na dialyzačním středisku a času. Nemocný nelibě snáší závislost na dialyzačním přístroji, kterému nerozumí a dalším stresem je prožívání v rámci svého rodinného života. Časová náročnost omezuje nemocné v plánování rodinných aktivit a u mužů je to navíc spojeno s psychickým tlakem, jak ob stojí u svých pracovních závazků, v partnerském a sexuálním životě. Naproti tomu ženy mají obavy z toho jak zvládnou domácnost a výchovu dětí.

Potřeby sociální intervence se odvíjejí od úrovně soběstačnosti nemocného, funkčnosti rodiny, ekonomické situace, domácího prostředí, dostupnosti sociálních a zdravotnických služeb. Postupně si nemocní začnou uvědomovat, že vlastní charakter nemoci nedává naději na úplné vyléčení a že neustále hrozí zhoršení zdravotního stavu. Přibývají komplikace, ubývá fyzických sil, soběstačnosti a nezávislosti. Silně stresující je i vlastní procedura, která je spojena se strachem z napojení, z bolesti, případných komplikací. Mohou se objevit nepředvídatelné komplikace zejména technického rázu při proceduře, může dojít k poruchovosti přístroje, tak události během dialýzy týkající se přímo nemocného nebo okolí (Hrozenská, 2008). Psychosociální aspekty úzce souvisí s typem nemoci, které člověka často provází celý život. Tyto aspekty úzce souvisí i s komplikacemi základního onemocnění a způsobem léčby. Nemocný zařazený do dialyzačního programu může procházet několika fázemi stresu. Může se jednat o fázi poplašnou, která se projevuje v tělesné oblasti, zvyšuje se tepová a dechová frekvence, pocení, vyšší krevní tlak, nižší teplota, bolesti hlavy, migrény, těžké usínání, pocity neklidu a vnitřního napětí. Dále může jít o adaptační fázi, kdy se nemocný musí přizpůsobit, pokusit se srovnat s příznaky a překonat je. V neposlední řadě může dojít k vyčerpání, záleží na tom, jak často je nemocný ve stresu. Důsledkem dlouhotrvajících stresů jsou psychosomatické nemoci. Jedná se především o nemoci srdce, zažívacího traktu, a pod.

U nemocných se proto můžeme setkávat s nevědomými obrannými mechanismy, které se vzájemně doplňují a které jsou propojeny. Mezi obranné mechanismy patří: vytěsnění, popření, infantilní formy chování, racionalizace, kompenzace, snížení horizontu vědomí a snížené sebevědomí (Farkašová, 2006).

Nemocní léčení na hemodialýze jsou odkázáni vzhledem k charakteru onemocnění k doživotní dialyzační léčbě, pokud u nich nelze indikovat léčbu transplantací či peritoneální dialýzu. Musí se umět vyrovnat se ztrátou a smrtí ostatních nemocných a každý člověk se bojí smrti, utrpení a samoty. Nemocní rekapituluji vlastní život, hodnotí pozitiva, negativa a podstatné je znát jejich subjektivní hodnocení. Podporovat je v těžkých situacích, pomoci překlenout těžké situace, být oporou, komunikovat s nimi, znát jejich duchovní hodnoty, názory na smysl života, jejich vztah ke koníčkům, zájmům, životním stylům. Podporovat je a najít tak ztracenou rovnováhu (Haškovcová, 2007).

V průběhu dialyzační léčby se nemocný může setkat s celou řadou náročných situací, které ho mohou zatěžovat a jejich situace bude vyžadovat mnoho energie k adaptaci

na negativní vlivy, které narušují rovnováhu a vyvolávají napětí a strach. Budou se objevovat změny v chování, jako je zvýšená agrese a snížená komunikace. Mezi nejčastěji prožívané pocity patří úzkost, strach, konflikt, frustrace, deprivace a stres.

1.5.9. Sociální pomoc

Nemocný, u kterého se objevilo chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Je v kontaktu se zdravotnickým personálem, rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Všechny tyto sociální vztahy jsou ovlivněny chronickou nemocí, a proto velmi často dochází k neshodám mezi nemocným a jeho okolím. Pod vlivem onemocnění se rovněž mění základní psychické hodnoty a potřeby, které s nimi souvisejí a tudíž má nemocný člověk potřebu se ve své situaci orientovat a znát svůj zdravotní stav (Černá, 2003). Vědět co jej čeká a proč. Často jde o obavy z fyzické bolesti a v některých případech je obava o vlastní život. Navenek se to může projevovat různými způsoby, mění se např. chování nemocného, mění se změny v sebeúctě, sebehodnocení a může docházet ke snížení sebevědomí. Mnohdy se člověk musí vzdát svých koníčků, zálib a s nastupující nejistotou dochází ke změnám v citovém stavu.

Dnešní síť dialyzačních středisek je po celé České republice dostačující, a proto můžeme s klidem říci, že každému, kdo dialýzu potřebuje, se jí dostane. I když se může zdát, že někdy je situace nemocného až příliš složitá, něco se přeci dělat dá. Nemocný potřebuje někoho, komu by mohl říci, co vše ho trápí a schopnost sdílet problém je často prvním krokem v adaptačním procesu. Role sociálního pracovníka je nedílnou součástí pomocníka pro dialyzované osoby. Právě sociální pracovník je jedním z prvních, kdo přispěchá nemocnému na pomoc při jeho rozhodování, který mu poradí a v případě potřeby odkáže na příslušného odborníka. Nikdo si nedovede představit ten zmatek v hlavě nemocného, který netuší, co život s dialýzou přináší, neví jak ovlivní jeho život a hlavně jak dál bude probíhat. Úkol sociálního pracovníka není jednoduchý, v první řadě musí zjistit, jaké onemocnění nemocného postihlo, jak nemocný vidí sám sebe, jaké má rodinné a sociální zázemí. Pokud sociální pracovník nepozná osobnost nemocného nebude schopen předvídat problémy a ani neporozumí jeho případným reakcím. Dále je sociální pracovník nepostradatelný k vyřizování sociálních dávek. Jedná se především o dávky důchodového zabezpečení, posouzení zdravotního stavu na poskytnutí výhod pro osoby tělesně postižené (Vágnerová, 2004; Vymětal, 2003).

V současné době je činnost sociálních pracovníků na čtyřech místech České republiky. Jedná se o Plzeň, Prahu, Jihlavu a Rychnov nad Kněžnou. Velice se osvědčilo, když se stal sociálním pracovníkem bývalý nebo současný nemocný. Snadno se vžil do pocitů nemocného a věděl o čem nemocný hovoří. Nejdůležitější a naprosto nezastupitelnou funkci má pracovník v roli naslouchače, je tím kdo naslouchá a kdo se nesnaží vnutit své řešení problému (Jelínková, 2001).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Problém práce

Správná životospráva pomáhá udržovat nemocným dobrý nutriční i celkový stav a pozitivně ovlivňuje i délku života. Proto musí být nemocní ve stravování stále opatrní, aby se vyhnuli případnému zhoršení stavu v důsledku dietní chyby. Mezi závažné komplikace se řadí: zástava srdce, kostní choroby – především jde o fraktury kostí, dále anémie, infekce, edémy, hypertenze aj.

2.2. Cíl práce

Cílem této práce je zmapovat, jak je dodržována životospráva u dlouhodobě dialyzovaných nemocných. Pro dosažení stanovených domněnek jsem si zvolila následující hypotézy, ve kterých se zaměřuji na demografické údaje, stravování, na působení negativních a stresových faktorů a v neposlední řadě na záliby, koníčky.

2.3. Hypotézy

Hypotéza H 1 - Domnívám se, že u mužů nad 70 let častěji dochází k chronickému selhání ledvin.

Hypotéza H 2 - Domnívám se, že v rámci správné edukace nemocní dodržují správnou životosprávu.

Hypotéza H 3 - Domnívám se, že nemocní vnímají negativně omezení pitného režimu.

Hypotéza H 4 - Domnívám se, že působení negativních vlivů na nemocného má značný vliv na psychické prožívání nemocného.

Hypotéza H 5 - Domnívám se, že u dialyzovaných nemocných došlo v důsledku onemocnění ke změně všedních denních aktivit.

2.4. Metodika šetření

Pro praktickou část k získání potřebných informací a podkladů k vypracování bakalářské práce byla zvolena kvantitativní výzkumná forma dotazníkového šetření. Byl vytvořen jeden dotazník (viz. příloha č. 10), který byl anonymní a obsahoval celkem 23 otázek. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí. První oblast se týkala demografických údajů, druhá se zaměřila na edukaci nemocného v oblasti stravování a dietních opatření, třetí tvořila otázky na téma, jak působí negativní vlivy a stresové faktory na průběh

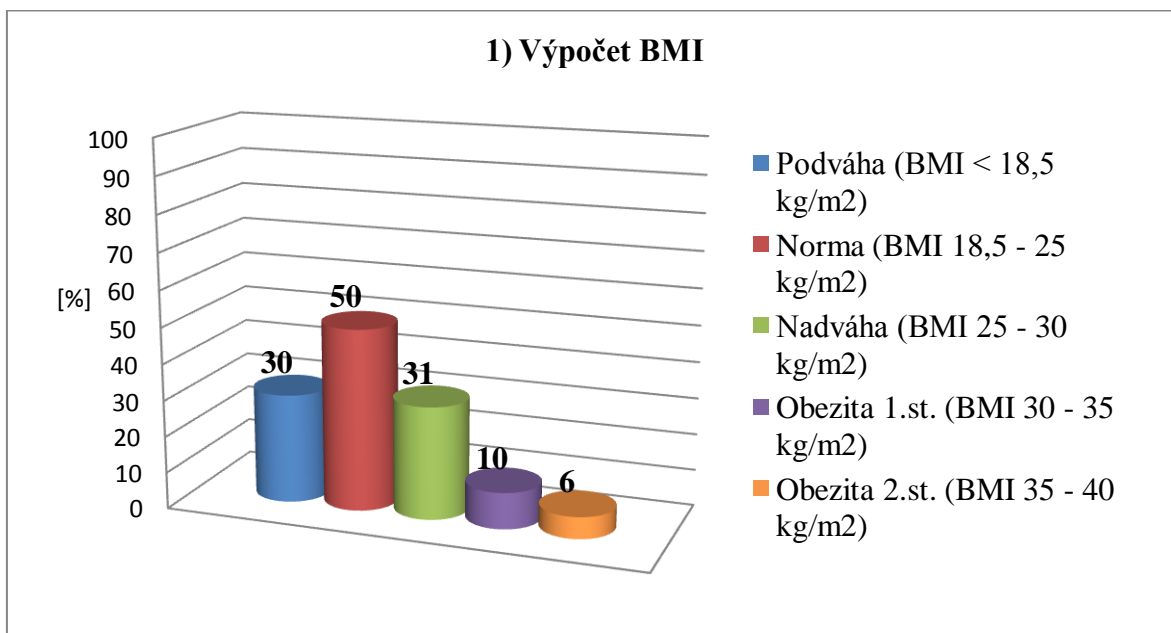
hemodialýzy a ve čtvrté byla zmíněna volnočasová činnost nemocného. Otázky v dotazníku byly zvoleny tak, aby se co nejvíce přiblížily srozumitelnosti vzorku respondentů. Výzkumné šetření bylo provedeno během měsíce ledna a února 2012. Distribuce dotazníků proběhla za pomoci pracovníků z hemodialýzy ve Fakultní nemocnici Plzeň. Podmínka byla, že dotazník musí každý respondent vyplnit sám. Anonymita byla zajištěna sběrným boxem, kam respondenti vkládali vyplněné dotazníky. Nemocní měli možnost odnést si dotazník domů vzhledem k dočasné imobilitě při hemodialýze a zajištění správných údajů (váha po dialýze). Rozdáno bylo celkem 120 dotazníků (100 %) a návratnost byla 100 dotazníků (83,3 %). 13 dotazníků se nevrátilo (10,9 %) a 7 dotazníků (5,8 %) muselo být pro neúplné vyplnění zcela vyřazeno. Celková návratnost dotazníků tedy činila 83,3 %. K získání statistických dat jsem použila ruční třídění dotazníků. Data byla zaznamenána a vyhodnocena prostřednictvím grafů v programu Microsoft Excel.

2.5. Vzorek respondentů

Výzkumný vzorek respondentů tvoří muži i ženy rozdílných věkových kategorií. Průzkum byl proveden na oddělení hemodialýzy ve Fakultní nemocnici Plzeň. Výzkumný vzorek tvořilo 100 respondentů. Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné a anonymní.

2.6. Zpracování údajů

Graf č. 1 Výpočet BMI

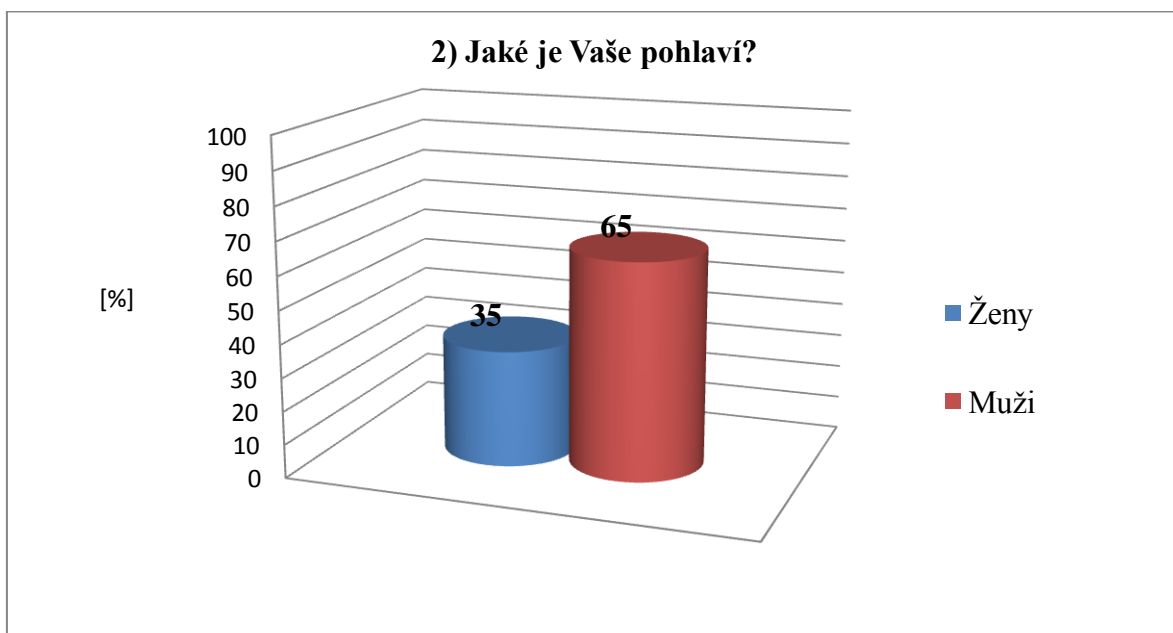


Na Grafu 1 jsou znázorněny výsledky po výpočtu BMI, pro jehož stanovení jsou vstupními hodnotami tělesná hmotnost člověka (kg) a jeho výška (m). Na základě výsledných hodnot BMI, dělíme v tomto případě respondenty do 5 - ti skupin: Podváha, Norma, Nadváha, Obezita 1. stupně a Obezita 2. Stupně. Výpočet BMI vychází ze vztahu: (v 2.1).

$$\text{BMI} = \frac{\text{tělesná hmotnost (kg)}}{\text{výška (m}^2\text{)}}. \quad (\text{v } 2.1)$$

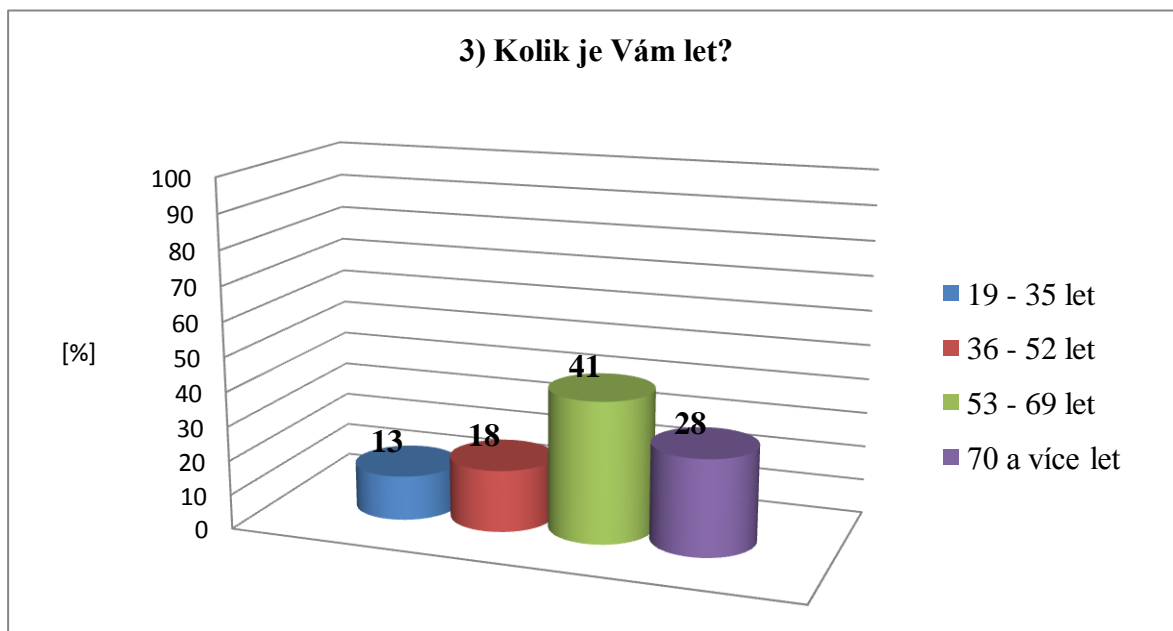
50 (50 %) respondentů spadá do skupiny Norma, u které se limitní hodnoty pohybují v rozmezí 18,5 – 25 kg/m². U 31 (31 %) respondentů se BMI pohybuje v rozmezí 25 - 30 kg/m² => Nadváha. U 10 (10 %) respondentů, byla stanovena Obezita 1. stupně v mezích 30 – 35 kg/m². 6 (6 %) respondentů spadá do skupiny Obezita 2. stupně, u které se hodnoty BMI pohybují v rozmezí 35 - 40 kg/m². U 3 (3 %) respondentů, jsou hodnoty pod hranicí 18,5 kg/m² => Podváha.

Graf č. 2 Pohlaví respondentů



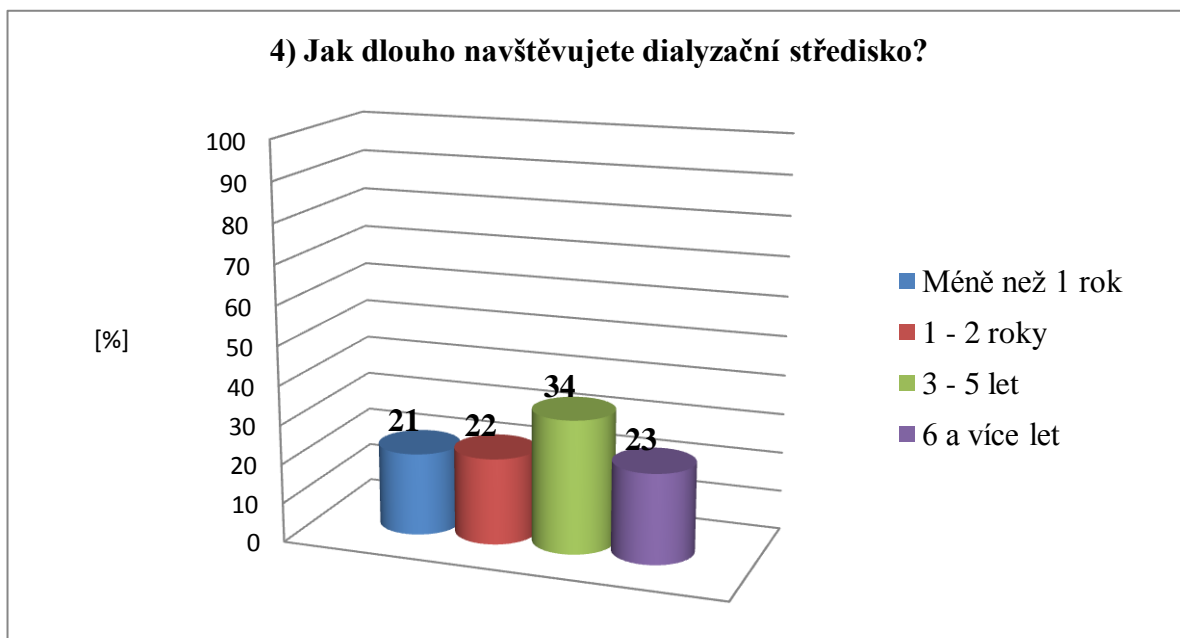
Graf 2 znázorňuje, že více než polovinou respondentů 65 (65 %) byli muži a zbylá část 35 (35 %) ženy.

Graf č. 3 Rozdělení nemocných dle kalendářního stáří



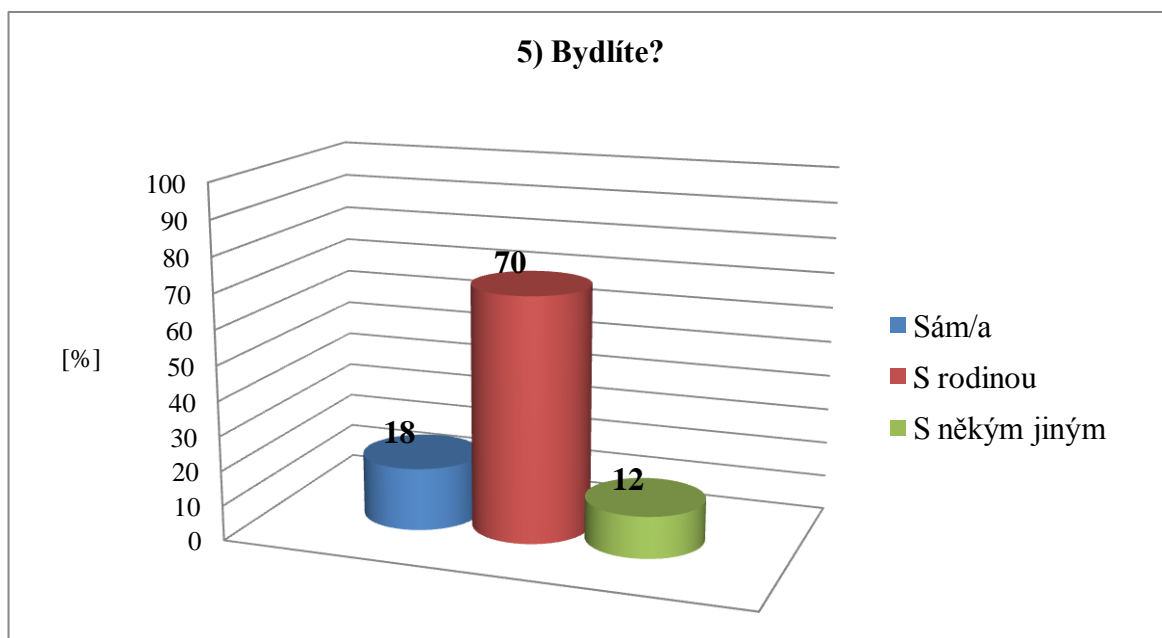
Nejvíce, tedy 41 (41 %) dotázaných respondentů spadá do věkové kategorie 53 - 69 let. Do kategorie s věkem 70 a více let spadá 28 (28 %) respondentů a zbývajících 31 (31 %) spadá do posledních dvou věkových kategorií, které jsou zastoupeny 13 respondenty (13 %) s věkem 19 – 35 let a 18 respondenty (18 %) s věkem 36 – 52 let.

Graf č. 4 Délka návštěvnosti dialyzačního střediska



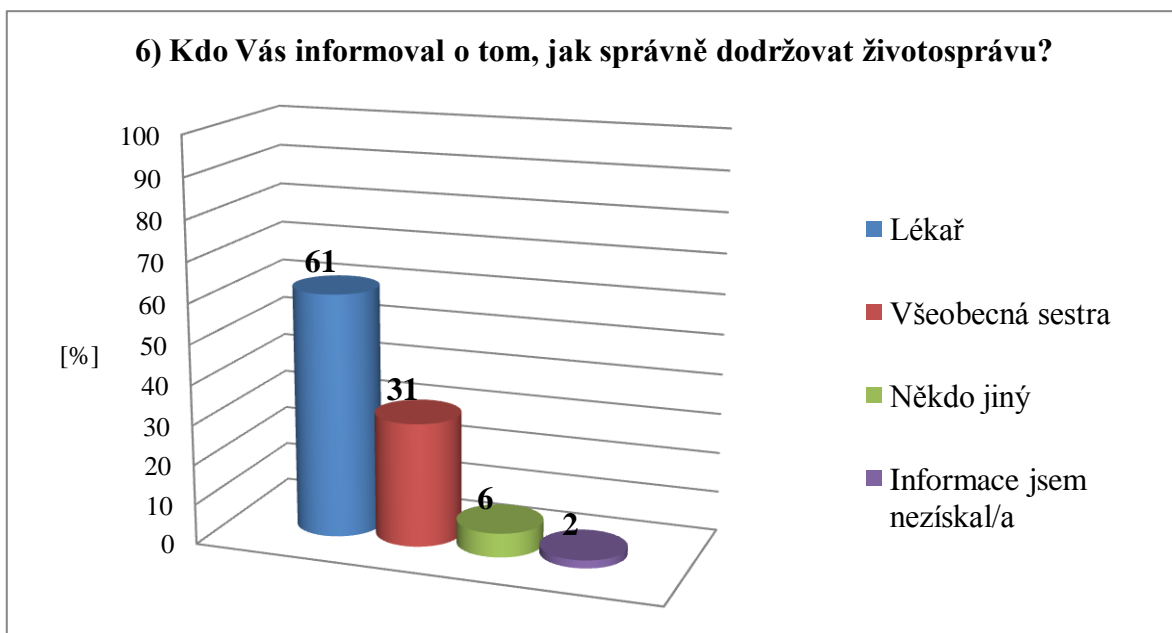
Z grafu vyplývá, že 34 (34 %) respondentů navštěvuje dialyzační středisko v horizontu 3 – 5 let. Další skupinu tvořili respondenti dialyzovaní 6 a více let, tam spadalo 23 (23 %) dotázaných. Do skupiny 1 – 2 roky 22 (22 %) respondentů a ve skupině s časovým obdobím méně než 1 rok je 21 (21 %) dotázaných.

Graf č. 5 Bytová situace respondentů



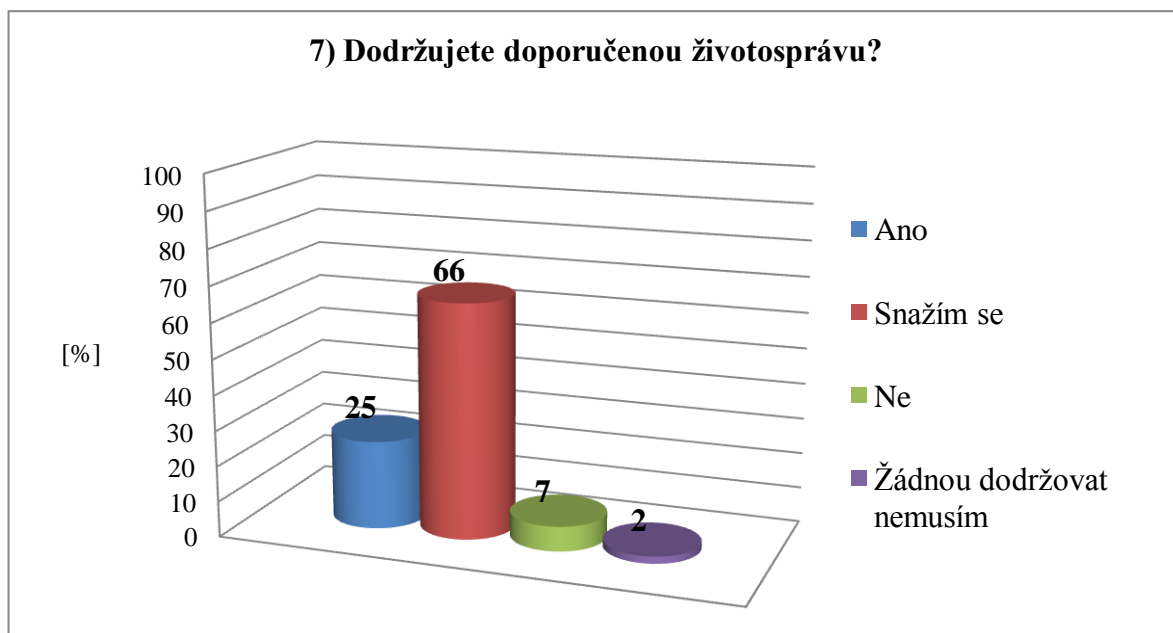
Dle grafu je zřejmé, že u 70 (70 %) dotázaných bylo odpověďí “Bydlím s rodinou“. 18 (18 %) respondentů se přiklonilo k odpovědi “Bydlím sám“ a zbylých 12 (12 %) dotázaných sdílí společné bydlení s někým jiným.

Graf č. 6 Zdroj největšího množství informací



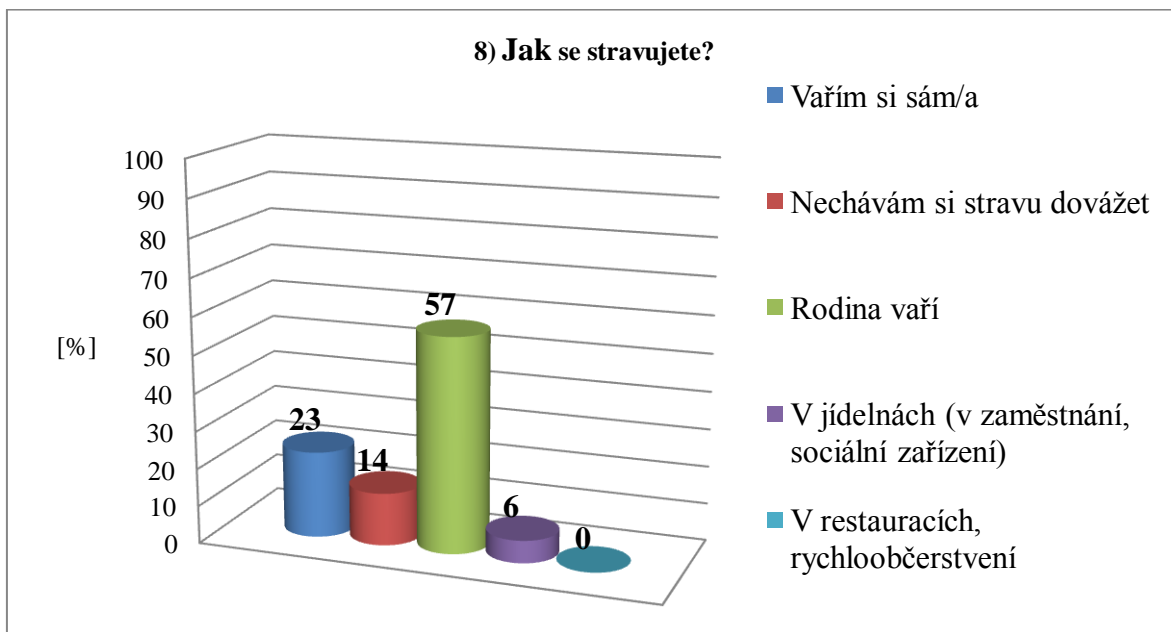
Z grafu 6 bezpochyby vyplývá, že více než polovina, tedy 61 (61 %) respondentů za zdroj informovanosti považuje lékaře. Druhým nejčastějším zdrojem informací je s počtem 31 (31 %) dotázaných všeobecná sestra. Na třetím místě se umístila odpověď, kdy nemocného o dodržování správné životosprávy informoval někdo jiný. Takto odpovědělo 6 (6 %) dotázaných a pouze 2 (2 %) respondenti informace vůbec neobdrželi.

Graf č. 7 Dodržování životosprávy



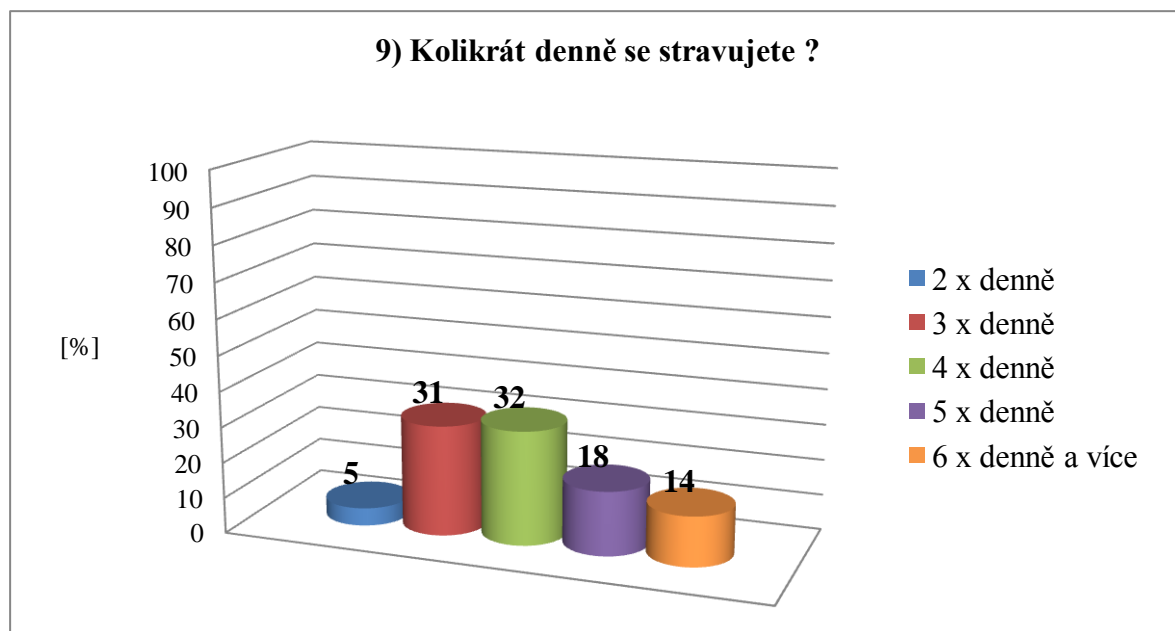
Z grafu 7 vyplývá, že více jak polovina dotázaných 66 (66%) uvedla, že se snaží dodržovat doporučenou životosprávu. Zanedbatelná nebyla ani odpověď „ano“, která byla v zastoupení čtvrtiny odpovědí v počtu 25 (25%). 7 (7%) respondentů odpovědělo, že doporučenou životosprávu nedodržují a 2 (2%) respondenti uvedli, že žádnou životosprávu dodržovat nemusí.

Graf č. 8 Možnosti stravování



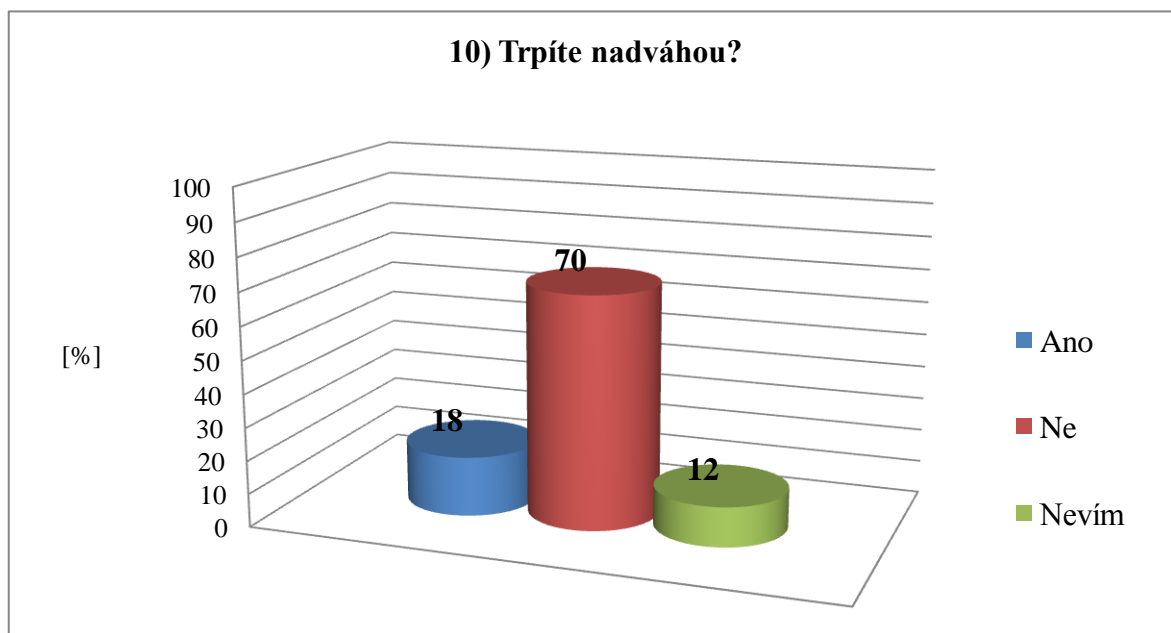
U více než poloviny dotázaných 57 (57 %), bylo dotazníkem zjištěno, že se stravují doma s přičiněním vlastní rodiny. Téměř čtvrtina respondentů 23 (23 %) si vaří sama, 14 (14 %) dotázaných si nechává stravu dovážet a u 6 (6 %) byla odpověď, že se stravují v jídelnách (v zaměstnání nebo sociálním zařízení). Ke stravování v rámci restaurací, či rychloobčerstvení se nepřiklonil žádný z dotázaných.

Graf č. 9 Četnost stravování



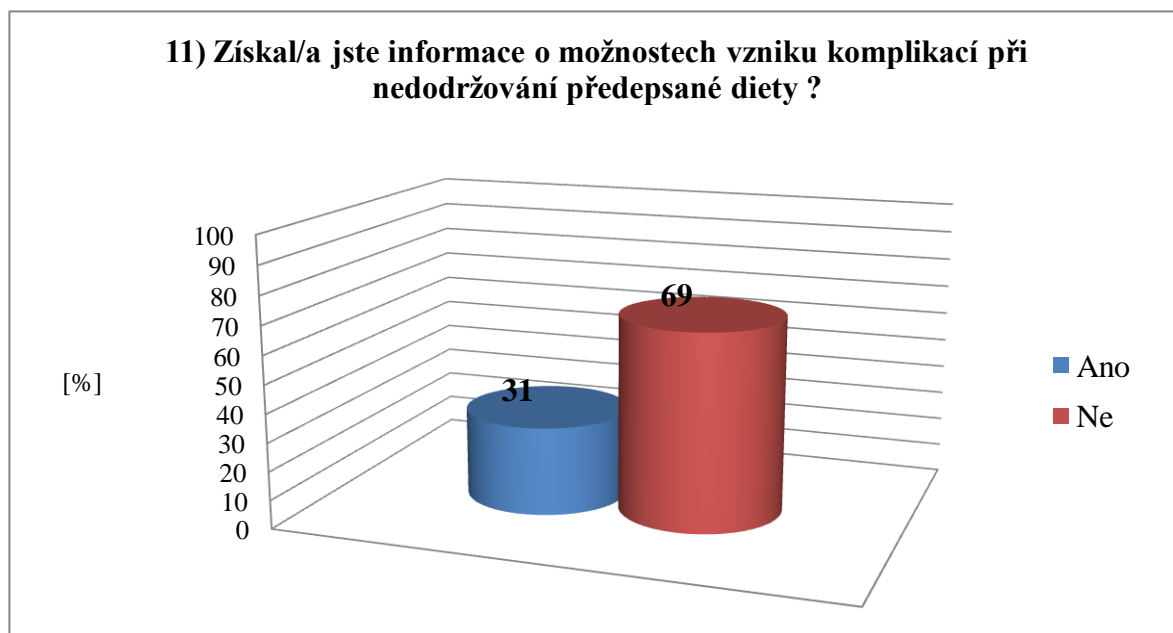
Graf 9 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „kolikrát denně se stravujete“ ? Respondenti se v počtu 31 (31 %) stravují 3 x denně a v počtu 32 (32 %) 4 x denně. 5 x denně se ke stravování odhodlá 18 (18 %) a 6 x denně 14 (14 %) respondentů. Zbýlých 5 (5 %) se stravuje pouze 2 x denně.

Graf č. 10 Nadváha respondentů



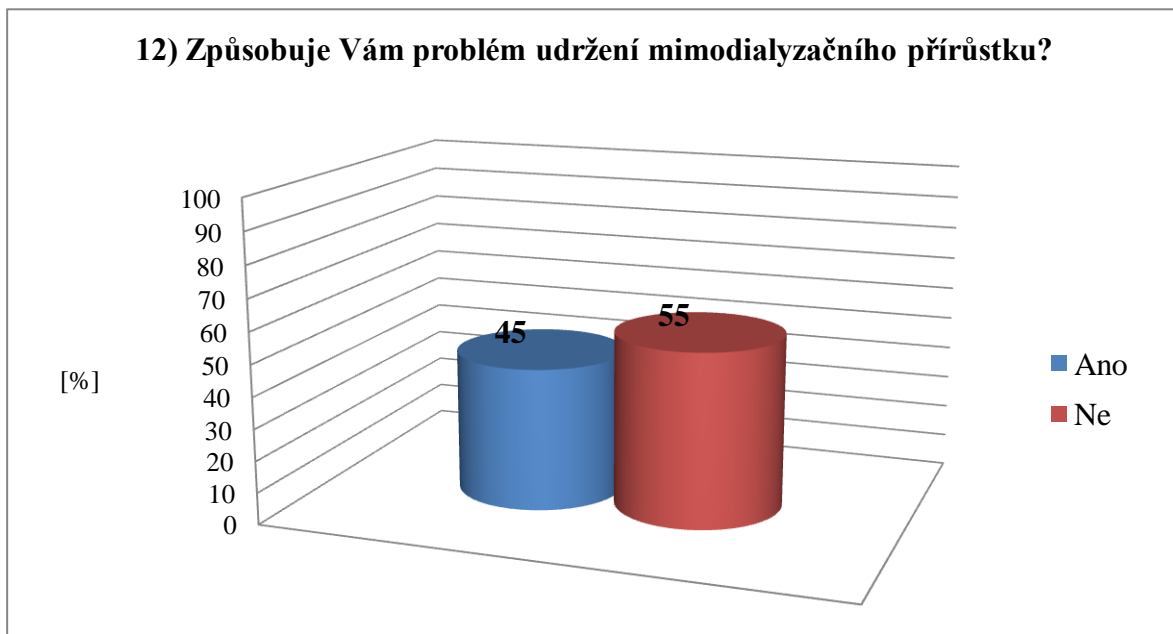
Tuto otázku jsem položila proto, abych zjistila, jak se nemocní pohybují ve váhovém rozmezí. Ve velmi vysokém počtu byla u 70 (70 %) respondentů označena varianta „ne“, která uvádí, že s nadváhou nemají žádný problém. 18 (18 %) respondentů označilo variantu „ano“, že nadváhou trpí a pouze 12 (12 %) uvedlo, že bohužel neví, jak jsou na tom s váhovým přírůstkem.

Graf č. 11 Získané informace o komplikacích při nedodržení diety



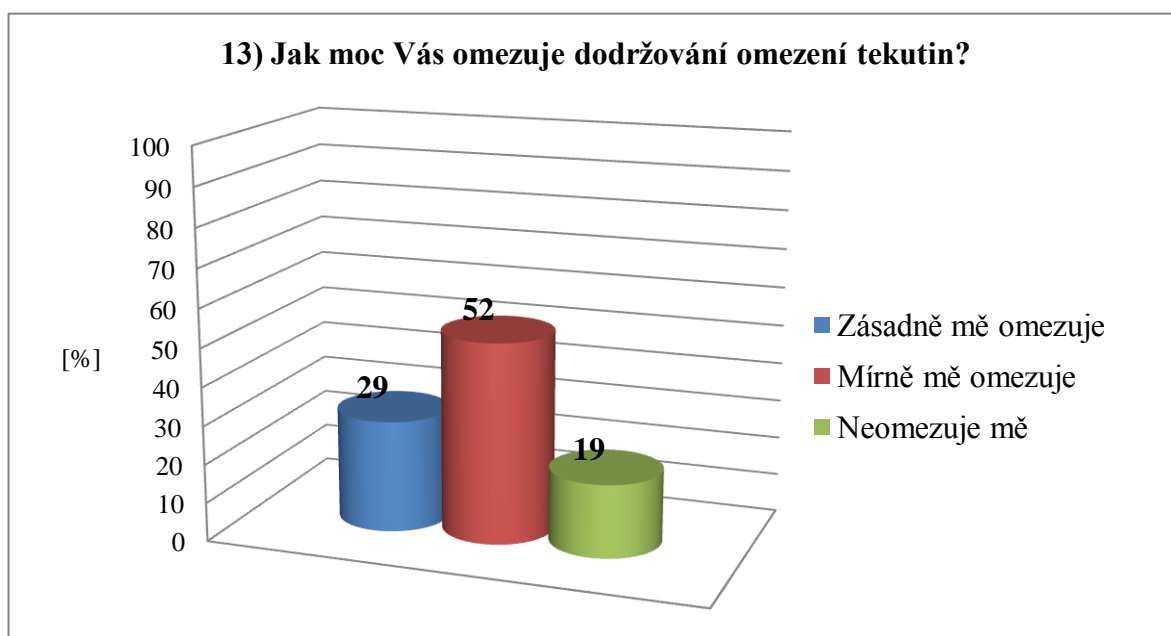
Graf 11 znázorňuje, že je 69 (69 %) respondentů informováno o možnosti vzniku komplikací, které mohou nastat při nedodržování předepsané diety. Zbylá část respondentů 31 (31 %) je v této oblasti zcela neinformována.

Graf č. 12 Problémy s udržением mimodialyzačního přírůstku



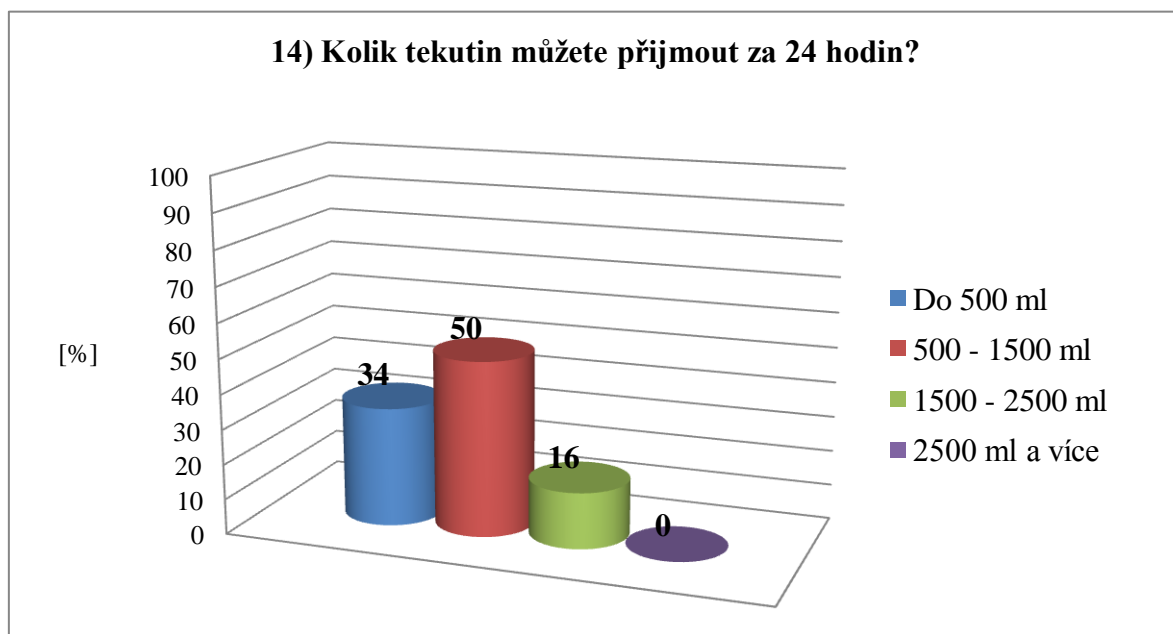
Velmi vyrovnané hodnoty znázorňuje graf 12. Na prvním místě se umístila odpověď s počtem 55 (55 %) která ukazuje, že respondentům nedělá žádný problém udržení mimodialyzačního přírůstku, podle kterého se nastavuje ultrafiltrace při dialýze. Zbytek tvořila necelá polovina respondentů 45 (45 %) která uvedla, že jim dodržování mimodialyzačního přírůstku způsobuje problémy.

Graf č. 13 Omezený režim příjmu tekutin



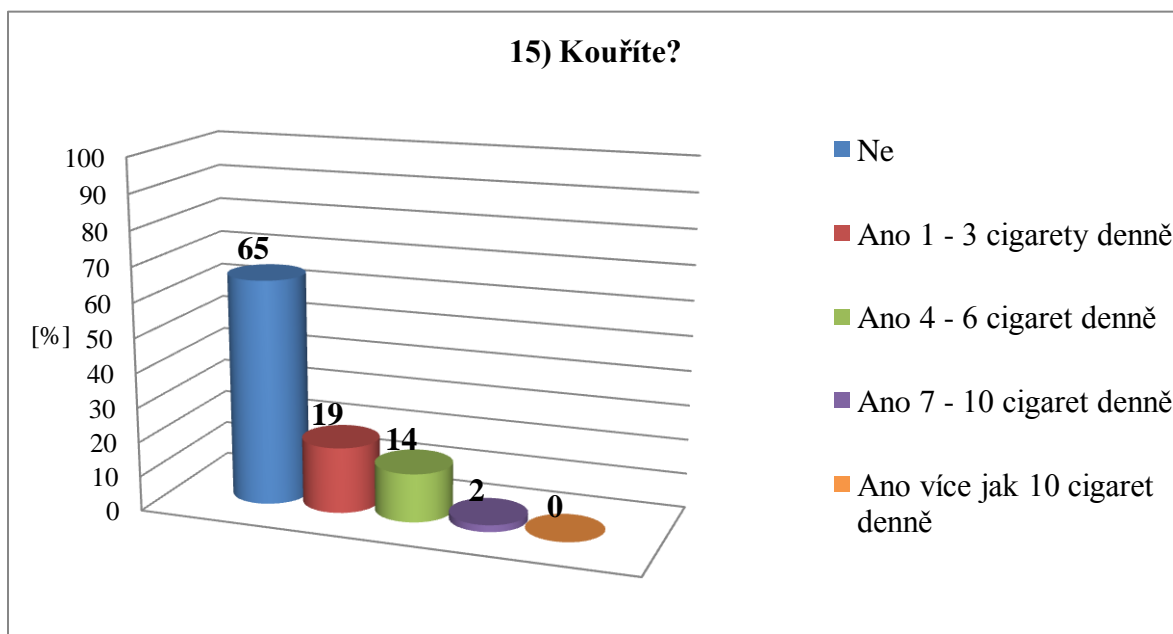
Jak je zřejmé z grafu 13, více než polovina dotazovaných uvedla, celkem 52 (52 %), že je mírně omezuje dodržování omezení tekutin. Avšak více než čtvrtina zaujímá názor s počtem 29 (29 %), že je omezení pitného režimu zásadně omezuje. 19 (19 %) respondentů nemá problém s omezeným dodržováním pitného režimu.

Graf č. 14 Příjem tekutin za 24 hodin



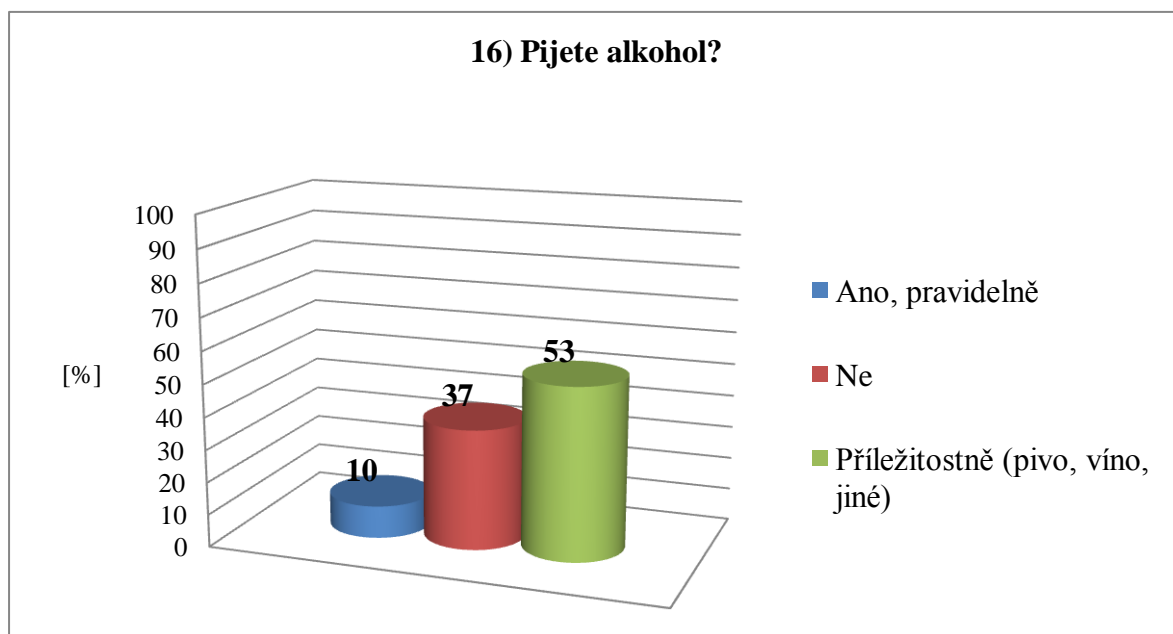
Přesná polovina dotazovaných (50 %) uvedla, že mají od lékaře povoleno přijmout 500 – 1500 ml za 24 hodin. Množství do 500 ml přijme dle grafu 34 (34 %) respondentů a naopak celých 16 (16 %) dotazovaných uvedlo, že mohou přijmout tekutiny v rozmezí 1500 – 2500 ml za 24 hodin. Poslední je kategorie s hodnotami 2500 ml a více, do které spadalo 0 (0 %) dotazovaných.

Graf č. 15 Působení negativních vlivů - kouření



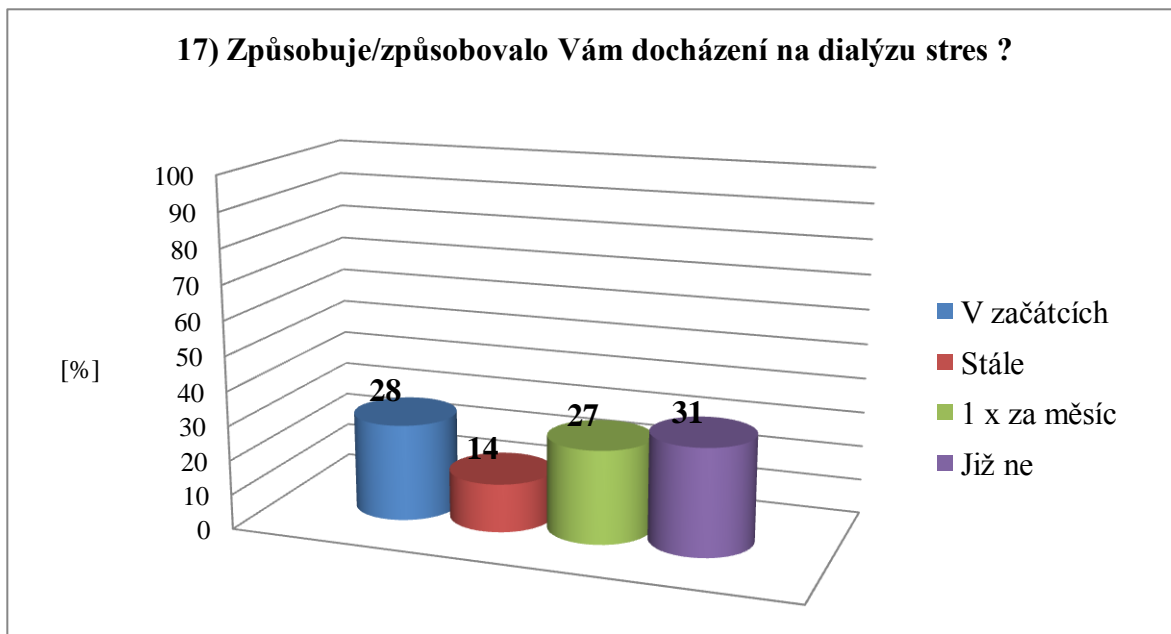
Více než polovina respondentů odpověděla, že nekouří vůbec, tudíž na ně nepůsobí negativní vlivy v podobě kouření. Jedná se o 65 (65 %) dotázaných. 19 (19 %) respondentů uvedlo, že vykouří 1 – 3 cigarety denně. 4 – 6 cigaret vykouří 14 (14%) respondentů, 7- 10 cigaret 2 respondenti (2 %) a více jak 10 cigaret denně nevykouří ani jeden respondent, tedy 0 (0 %).

Graf č. 16 Působení negativních vlivů – alkohol



Graf 16 znázorňuje, že 53 (53 %) respondentů pije alkohol příležitostně, občas se napijí vína, piva aj. Více než třetina 37 (37%) respondentů uvedlo, že alkoholu vůbec neholduje naproti tomu 10 (10 %) dotázaných si alkohol dopřává pravidelně.

Graf č. 17 Působení negativních vlivů - stres



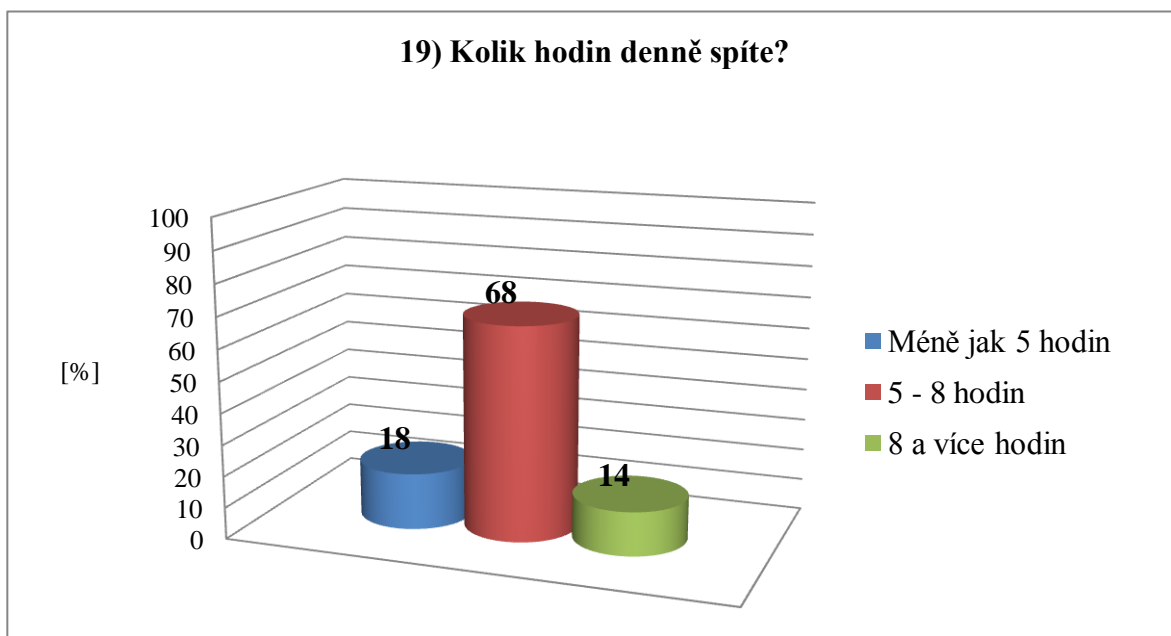
Graf 17 je zaměřen na zjištění zda a v jakém časovém intervalu způsobuje dialyzační proces respondentům stres. 31 (31 %) dialyzovaných přiznala, že už jim docházení na dialyzační léčbu stres nezpůsobuje. Téměř čtvrtina respondentů 28 (28 %) uvedla, že jim docházení na dialýzu způsobovalo stres v začátcích léčby. 1 x za měsíc je dialyzační proces doprovázen stresem u 27 (27%) respondentů a 14 (14%) dialyzovaných je stresu vystaveno stále.

Graf č. 18 Jak respondenti vnímají své onemocnění



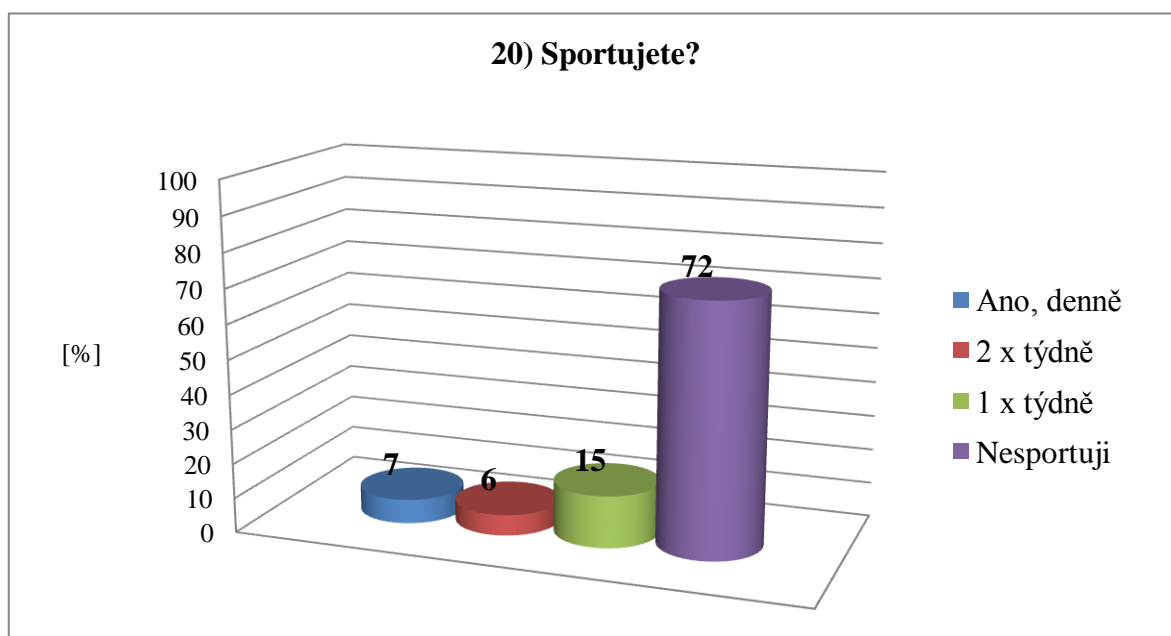
42 (42 %) respondentů uvádí, že si zvykli na proces dialýzy, ale trvalo jim to delší dobu. Stejně dnes vnímá své onemocnění 40 (40%) respondentů, jenž se dokázali s tímto handicapem vyrovnat rychleji. Je celkem přirozené, že jsou mezi dotázanými i tací, kteří se s onemocněním svých ledvin nedokázali prozatím smířit, jedná se o 18 (18 %) respondentů.

Graf č. 19 Délka spánku



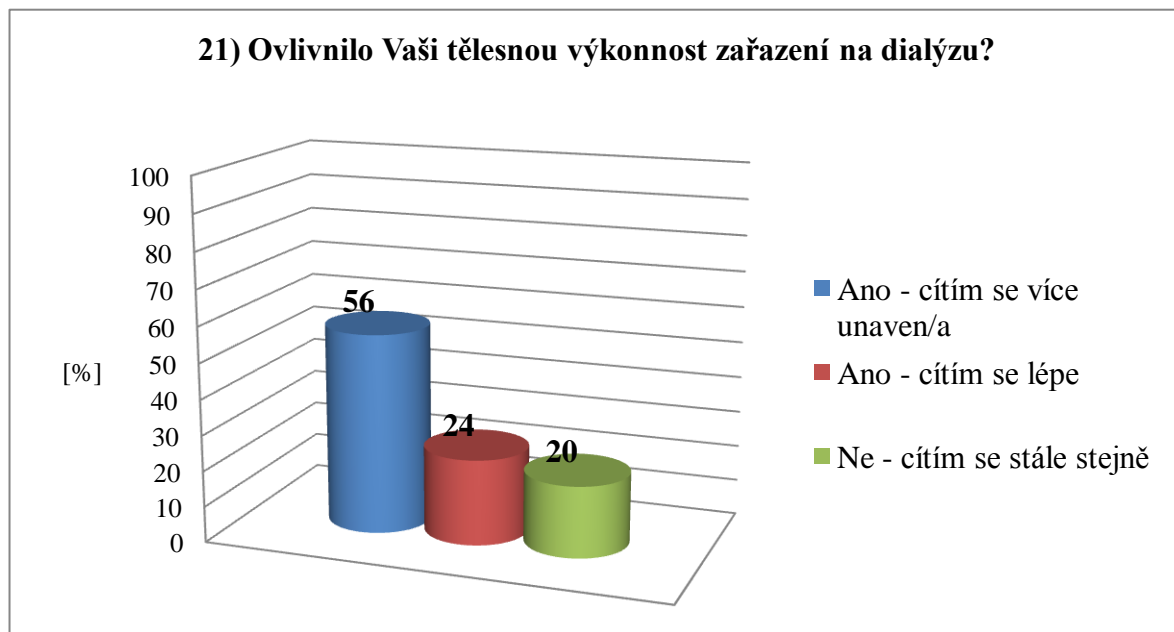
Cílem otázky č. 19 bylo zjistit, kolik hodin denně tráví respondent spánkem. Nad poloviční většina respondentů 68 (68 %) zvolila odpověď, že nemocní vyplňují čas spánkem v rozmezí 5 – 8 hodin denně. Méně jak čtvrtina respondentů se zařadila do kategorie, kde jejich odpověď zněla méně jak 5 hodin a 14 respondentů se dennímu spánku věnuje 8 a více hodin.

Graf č. 20 Pohybová aktivita



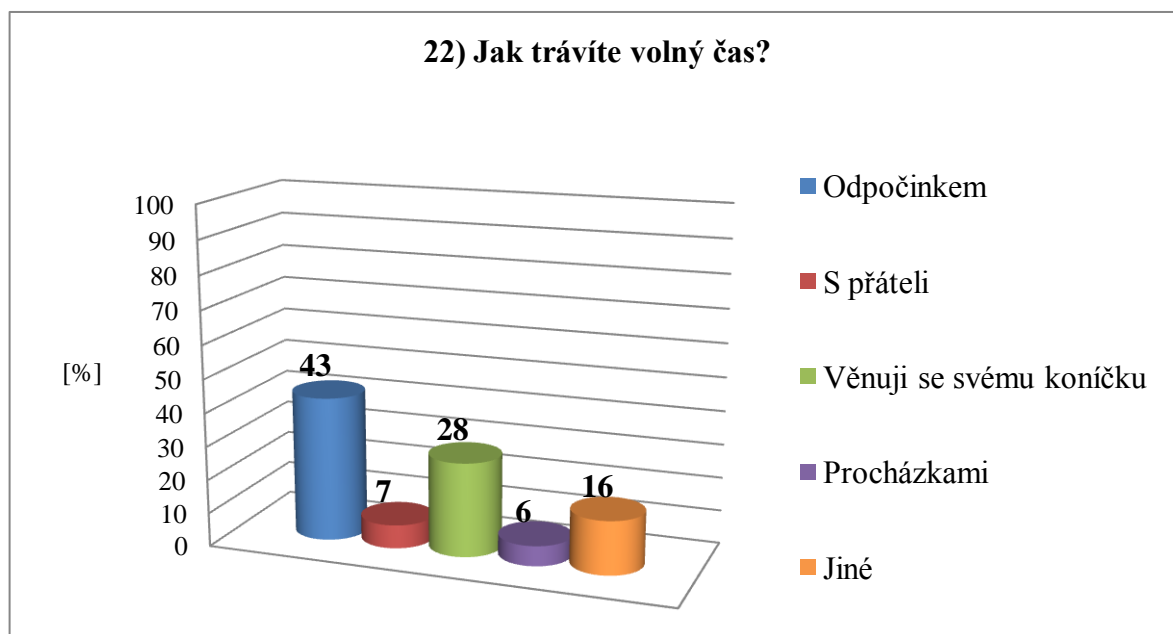
Graf 20 informuje o současné pohybové aktivitě. 72 (72 %) respondentů nesportuje. 15 (15 %) se věnuje sportu 1 × týdně. 7 (7 %) respondentů uvedlo, že se sportování věnují pravidelně každý den a 6 (6 %) 2 × týdně.

Graf č. 21 Tělesná výkonnost respondentů



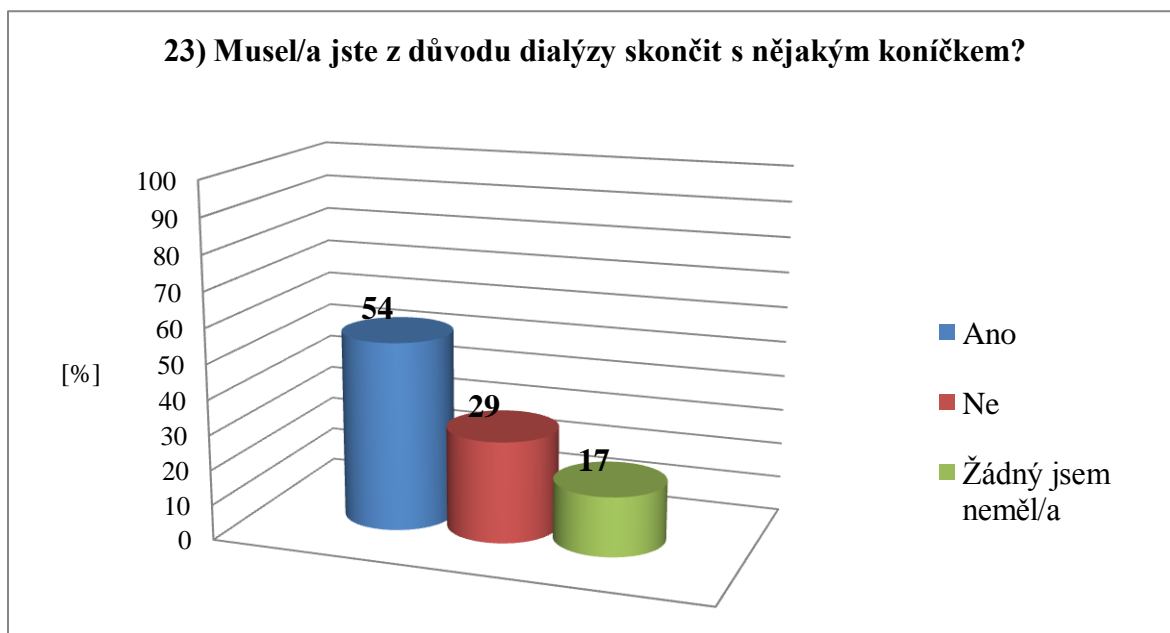
Cílem otázky č. 21 bylo zmapovat, jak se zařazení nemocných na dialýzu promítlo do jejich celkové tělesné výkonnosti. Nadpoloviční skupina respondentů 56 (56 %) uvedla, že jejich zařazení do dialyzačního programu ovlivnilo jejich tělesnou výkonnost a oni se tedy cítí více unaveni. Oproti tomu 24 (24 %) respondentů uvedlo, že zařazení na dialýzu sice ovlivnilo jejich tělesnou výkonnost, ale na druhé straně se cítí lépe a pociťují zlepšení. Pouze 20 (20 %) respondentů vyplnilo možnost třetí, že po zařazení na dialýzu se jejich tělesná výkonnost nezměnila a nemocní se cítí stále stejně.

Graf č. 22 Způsob trávení volného času



Graf 22 znázorňuje, jak nemocní tráví svůj volný čas. Zda dokáží relaxovat, či se zaměřit na něco povzbudivého, než je náročný proces hemodialýzy. Téměř polovina uvedla 43 (43 %), že se ve svém volném čase věnují odpočinku. 28 (28 %) respondentů se rádo věnuje svým zálibám a koníčkům. K odpovědi „jiné“ se přiklonilo 16 (16 %) respondentů. S přáteli tráví volný čas 7 (7 %) a pouze 6 (6 %) respondentů uvedlo, že tráví volný čas procházkami.

Graf č. 23 Záliby respondentů



Jak je zřejmé z grafu, 54 (54 %) respondentů uvádí, že dialýza zapříčinila ukončení jejich vlastního koníčka. Zanedbatelná není ani odpověď druhá a to s počtem 29 (29 %), která zní : „nemusel/a jsem z důvodu dialýzy přestat se svým koníčkem“. Zbytek dotazovaných 17 (17 %) zvolilo označení odpovědi poslední, že z důvodu dialyzačního léčení nemuseli skončit se svým koníčkem, protože žádný neměli.

3. DISKUSE

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou životosprávy u nemocných s hemodialýzou. Cílem této práce bylo zmapovat, jak je dodržována životospráva u nemocných léčených hemodialýzou. Pro dosažení stanovených domněnek jsem si zvolila hypotézy, ve kterých se zaměřuji na demografické údaje, stravování, na působení negativních a stresových faktorů a v neposlední řadě na záliby, koníčky. Průzkumu se celkem zúčastnilo 100 respondentů různého pohlaví a věkových kategorií. Výzkum byl prováděn na oddělení hemodialýzy ve Fakultní nemocnici Plzeň. Na základě analýzy výsledků dotazníkového šetření mohu přistoupit k vyhodnocení stanovených hypotéz.

Hypotéza H 1 - Domnívám se, že u mužů nad 70 let častěji dochází k chronickému selhání ledvin.

K hypotéze H 1 se vztahovaly otázky 2 – 5. Otázkou č. 2 jsem zjišťovala pohlaví respondentů, kdy převážná část dotázaných byla mužské populace, celkem 65 % a zbylou část tvořily ženy s počtem 35 %. K vyhodnocení výsledků podle věkové kategorie jsem celou otázku č. 3 rozdělila na čtyři skupiny dle kalendářního stáří, aby bylo možné zhodnotit, ve které věkové kategorii dochází nejčastěji k chronickému selhání ledvin. Podle mého předpokladu se nejpočetnější skupinou nestala kategorie 70 a více let, jak jsem předpokládala, ale kategorie 53 – 69 let, která tvořila 41 % dotázaných. Stejně jako autorka Sylvie Sulková jsem se domnívala, že jednou z hlavních charakteristik demografického vývoje dialyzačního léčení je stoupající věk nemocných. Sulková uvádí: „Zatímco v počátcích chronického dialyzačního programu byli staří nemocní zařazováni ojedinele, nyní je téměř polovina pacientů vstupujících do dialyzačního programu ve věku nad 65 let.“ (Sulková, 2000, s. 5). Oproti tomu nejmenší kategorii tvořila složka 13 % dotázaných ve věku 19 – 35 let. Dalším tříděním bylo rozdělení zkoumaného vzorku na délku návštěvnosti dialyzačního střediska, kdy hodnoty byly velmi vyrovnané, ale převážná část respondentů spadala do kategorie 3 – 5 let s počtem 34 %. Pro lepší přehlednost uvádím i další hodnoty, kde se ukázalo, že zbylé možnosti tvořili přibližně stejný počet respondentů. 23 % uvedlo 6 a více let, 22 % 1 – 2 roky a zbylých 21 % dochází na dialýzu méně než 1 kalendářní rok. U otázky, která se zaměřovala na bytovou situaci respondentů, převážná část zvolila kategorii, v počtu 70 %, že bydlí s rodinou. Zbylá část uvedla 18 %, že bydlí sami a zbylých 12 % se přiklonilo k odpovědi, že společné bydlení sdílí s někým jiným.

Hypotéza H 1 se nepotvrdila, domnívala jsem se, že staří lidé spadající do věkové kategorie 70 a více let mají obvykle řadu přidružených komplikací vyplývajících z faktoru vyššího věku, jsou zranitelnější, hůře udržují homeostázu, odlišně reagují na dietu a medikaci. Z grafu tedy vyplývá, že ne vždy biologické stáří odpovídá kalendářnímu věku a že 70 – ti a více letý nemocný se na dialyzační léčení může dobře adaptovat. Nicméně v otázce pohlaví převážná část respondentů dle mého tušení spadala do mužské kategorie s počtem 65 %.

Hypotéza H 2 – Domnívám se, že v rámci správné edukace nemocní dodržují správnou životosprávu.

K hypotéze H 2 se vztahovaly otázky 1, 6 – 11. Otázka č. 1 měla znázornit výsledky po výpočtu BMI, pro jehož stanovení jsou vstupními hodnotami jak tělesná hmotnost nemocných po dialýze, tak jejich výška. Toto stanovení mělo kontrolní charakter. Z pohledu nemocného je nadváha či podváha čistě subjektivní vnímání, proto jsem zadala výpočet BMI. Na základě výsledných hodnot jsem respondenty rozdělila do pěti kategorií, abych se přesvědčila, jak jsou na tom ohledně životosprávy, jak se stravují, kolikrát denně, zda netrpí nadváhou a zda získali informace o komplikacích, které by mohly nastat při nesprávném stravování. S počtem 50 % spadali respondenti do kategorie „Norma“, kdy se BMI pohybuje v rozmezí $18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$ a tato výsledná hodnota potvrzuje správnost otázky č. 10, která uvádí, že 55 % respondentů nadváhou netrpí. Nad pozastavením hodnot BMI je ale i nadváha v rozmezí $25 - 30 \text{ kg/m}^2$, kam spadá 31 % dotázaných, kteří u otázky nadváhy odpověděli, buď že neví, 27 % zda trpí nadváhou, nebo jasně odpověděli „ne“ 18 %. Domnívám se, že u položky mnou navrženou, která uvádí možnost „nevím“, nastala chyba buď ze strany zdravotnického personálu, který nekontroluje skutečnou váhu respondentů, nebo ze strany respondenta, kde 27 % uvádí, že neví, zda trpí nadváhou. 10 % dotázaných na základě stanovení hodnot BMI se zařadilo do položky Obezita I. stupně, která se pohybuje v rozmezí $30 - 35 \text{ kg/m}^2$ a k mému překvapení se 6 % zařadilo do kategorie Obezita II. stupně s hodnotami $35 - 40 \text{ kg/m}^2$. Za zmínku stojí uvést i podváhu respondentů, kam spadala větší třetina dotázaných a to 30 %. Po zjištění těchto údajů s hodnotami BMI se pozastavuji nad myšlenkou, že na otázku č. 6 respondenti odpověděli, že největším zdrojem informací byl pro ně lékař s počtem 61 %. Teď nastává otázka, zda byly informace o tom, jak správně dodržovat životosprávu kompletní. Vyvrací se i otázky zda jsou nemocní informováni o vzniku komplikací při nedodržování

předepsané diety. Kdy převážná část, v počtu 69 % uvedla, že o komplikacích informováni jsou.

Hypotéza H 2 se nepotvrdila, pokládám si tedy otázku, zda někteří respondenti berou své závažné onemocnění na lehkou váhu, když se neřídí informacemi od zdravotnického personálu, nebo by rádi spolupracovali, ale informace ze strany zdravotníků nejsou kompletní a nemocný tedy neví, jak má postupovat, a nebo se nabízí ještě třetí varianta, kdy mají nemocní přidružená onemocnění vyplývající již z faktoru vyššího věku a respondenti s touto problematikou nic nezmohou. Stejně jako autorka knihy z roku 2000 Sylvie Sulková se domnívám, že proteino – energetická malnutrice a nadbytek tělesné hmotnosti představují závažný problém u nemocných s chronickým selháním ledvin. Myslím si, že tento výsledek je částečně zatížen chybou. Objasnilo by to další výzkumné šetření.

Hypotéza H 3 – Domnívám se, že nemocní vnímají negativně omezení pitného režimu.

K hypotéze H 3 se vztahovaly otázky 12 – 14. Otázka číslo 12 znázorňovala, zda nemocným způsobuje problém udržení mimodialyzačního přírůstku. Jedná se o tekutinu, kterou nemocný nashromáždil v mezodialyzační době. Velmi vyrovnané hodnoty znázorňoval graf respondentů, kdy 55 % uvedlo, že jim udržení mimodialyzačního přírůstku nezpůsobuje žádný problém, ale na druhé straně zbytek dotazovaných tvořila necelá polovina respondentů s počtem 45 %, která uvedla, že s udržením přírůstku mají problém. V otázce posouzení, jak moc omezuje nemocné dodržování omezení tekutin odpovídalo 52 % dotázaných, že jim to způsobuje mírné omezení. 29 % dotázaných uvedlo, že je omezování v pitném režimu zásadně omezuje a zbylých 19 % změnu nezaznamenalo. Na otázku omezení tekutin navazoval graf následující, který měl přispět k vyhodnocení, kolik tekutin mohou respondenti přijmout za 24 hodin. Přesná polovina 50 % dotázaných uvedla, že mohou přijmout 500 – 1500 ml za 24 hodin a s počtem 34 % byla zařazena kategorie, která může přijmout pouze 500 ml za 24 hodin, což se domnívám, že v letních obdobích je to pro nemocného velmi málo a toto procentuální znázornění poukazuje na předešlou otázku, že nadpoloviční většině způsobuje problém udržení mimodialyzačního přírůstku a velké většině, v zastoupení 81 % způsobuje omezování se v tekutinách značné omezení.

Hypotéza H 3 se potvrdila. Autorka Sulková ve své knize uvádí „Zdravý člověk přijde prostřednictvím zažívacího traktu do styku s cca 2 litry vody denně, to znamená 14 litrů týdně a hemodialyzovaný nemocný je naproti tomu vystaven přes membránu dialyzátoru týdně cca 350 – 450 litrům vody.“ (Sulková, 2000, s. 109). Jeho vlastní ledviny jsou nefunkční a nemohou z těla vylučovat nežádoucí látky. Autorka Sulková se domnívá, že nemocní vnímají negativně omezení v pitném režimu a ve většině případů jim to způsobuje omezení a narůstá stres. S tímto názorem samozřejmě souhlasím.

Hypotéza H 4 – Domnívám se, že působení negativních vlivů má značný vliv na psychické prožívání nemocného.

K hypotéze H 4 se vztahovaly otázky 15 – 19, kdy do prvních 3 otázek jsem zařadila působení negativních vlivů v podobě kouření, alkoholu a stresu a zbylé 2 otázky se zabývaly délkou spánku a vnímáním onemocnění respondentů. Domnívala jsem se, že položka kouření bude zastoupena ve větším počtu dotázaných, ale pouze 65 % uvedlo že nekouří. 19 % užívá v rozmezí 1 – 3 cigarety denně a k mému překvapení, zbylých 16 % uvedlo, že vykouří více jak 4 cigarety denně. Naštěstí se do položky více jak 10 cigaret denně nezařadil ani jeden respondent. S požíváním alkoholu to bylo velmi podobné, převážná většina dotázaných požívá alkohol. 53 % příležitostně a 10 % uvedlo, že bez alkoholu si nedovedou představit žít. Pouze 37 % zastávalo názor, že alkohol nepijí vůbec. Následující otázka se zaměřovala na působení stresu při docházení na dialýzu. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti pociťovali stres v začátcích návštěvy dialýzy, či ho pociťují stále a nebo se dostaví v průběhu, tak jednou za měsíc. Hodnoty z grafu byly velmi vyrovnané, kdy 31 % respondentů uvedlo, že působení stresu již nepociťují. O 3 respondenty méně znázorňovala položka s počtem 28 %, kde nemocní uvedli, že v začátcích dialýzy stres pociťovali. U 27 % dotázaných se stres vyskytuje tak jednou za měsíc a 14 % uvedlo, že se stresu od nástupu na dialýzu vůbec nezbavili. Otázka číslo 18 se zabývala vnímáním onemocnění respondentů, kdy položky byly opět velmi vyrovnané, ale převážná většina s počtem 42 % uvedla, že si na své onemocnění zvykly, ale trvalo jim to delší dobu (více než jeden rok). 40 % dotázaných se podařilo na onemocnění zvyknout za kratší dobu, která je dle autora R. Dingwalla uváděna méně než jeden rok. Zbylých 18 % se do dnešního dne s onemocněním nedokázalo smířit. Poslední položka v kategorii působení negativních vlivů jsem se zaměřila na dobu spánku, kde jsem chtěla zmapovat, kolik hodin denně tráví respondenti spánkem. Značná odpověď

byla 5 – 8 hodin, která tvořila 68 % dotázaných. 18 % respondentů se spánku věnuje méně jak 5 hodin a zbylých 14 % se zařadilo do kategorie 8 a více hodin.

Hypotéza H 4 se potvrdila. Dialyzovaní nemocní jsou stejně jako nemocní s chronickými chorobami vystaveni stresu, který plyne z těžké nevléčitelné a tudíž doživotní nemoci. Někdo si stres může kompenzovat tím, že kouří cigarety, jiní zase vidí smysl v požívání alkoholu. Někdo se s onemocněním do dnešního dne nevyrovnal, a proto je pro něho délka spánku kratší. Přes svoji různorodost a někdy i protikladnost docházím opět ke shodnému závěru s autorkou Sulkovou, která ve své knize z roku 2000 uvádí, že život dialyzovaných pacientů je obrovským břemenem a že důležitým úkolem medicínské, ošetrovatelské i psychologické péče je pomoci nemocnému toto břemeno unést.

Hypotéza H 5 – Domnívám se, že u dialyzovaných nemocných došlo v důsledku onemocnění ke změně všedních denních aktivit.

K hypotéze H 5 se vztahovaly otázky 20 – 23, kdy jsem se zaměřovala na denní aktivity respondentů. Na otázku „Sportujete“? mi zcela jednoznačně odpovědělo 72 % dotázaných, že nesportují. Zbylých 28 % se zařadilo do kategorie, že alespoň minimálně 1 x týdně sportují, kam spadá 15 %. Pravidelně, tedy každý den sportuje 7 % a zbytek dotázaných s počtem 6 % se zařadilo do kategorie 2 x týdně. V následující otázce jsem se zaměřovala na položku, jak dialýza ovlivnila tělesnou výkonnost respondentů. Nadpoloviční většina s počtem 56 % uvedla, že je zařazení na dialýzu ovlivnilo, protože se cítí velmi unaveni. Oproti tomu 24 % se po dialýze cítí lépe a zbylých 20 % žádnou změnu tělesné výkonnosti nezaznamenalo. Respondenti uvedli, že se cítí stále stejně. Na způsob trávení volného času dotázaných jsem se zaměřila u předposlední otázky, kde jsem se zajímala o to, jak respondenti tráví svůj volný čas, kterého jim z důvodu častých návštěv dialýzy moc nezbývá. 43 % uvedlo, že volný čas tráví spánkem, jelikož jsou z důvodu svého onemocnění velmi unaveni. 28 % nejčastěji svůj volný čas věnuje svému koníčku, kdy se u něho dokáží zrelaxovat a zaměřit se i na to, co jim způsobuje radost. Tato možnost obsahovala i v některých dotaznících zálibu, které se nejvíce respondent věnuje (údržba zahrádky, četba, nakupování, rybaření a domácí zvíře). 7 % tráví svůj volný čas s přáteli a zbylých 6 % nejraději chodí na procházky. Poslední otázka v dotazníku byla zvolena tak, abych zjistila kolik procent respondentů muselo z důvodu dialýzy skončit s nějakým svým oblíbeným koníčkem. 54 % uvedlo, že se této náročné léčbě museli obětovat a tedy z tohoto důvodu opustit svůj oblíbený koníček.

Položka s počtem 29 % se řadí do kategorie s možností, že se respondenti žádného svého koníčku vzdát nemuseli, neboť jim to nenarušuje průběh léčby a zbytek dotázaných s počtem 17 % si zvolilo označení mnou nabízených možností, kde uvádí, že z důvodu dialyzačního léčení nemuseli skončit se svým koníčkem, protože žádný před zahájením léčby neměli.

Hypotéza H 5 se potvrdila, protože v důsledku onemocnění respondentů došlo ke změně všedních denních aktivit, jak vyplývá z mých předešlých hodnot. Tyto údaje mnou zjištěných, ale vyvracejí názor jedné bakalářské studie, kde byla zjišťována kvalita života dialyzovaných pacientů. Autorka prováděla kvalitativní rozhovor s nemocnými v Klatovské nemocnici, kde se zaměřovala na jejich kvalitu života, na zaměstnání, záliby atd. Autorka Skřivánková ve své bakalářské práci z roku 2011 uvádí, že při rozhovorech neměla pocit, že by byl nemocný léčen hemodialýzou výrazně omezen ve svém životě a že dokonce navštěvuje i několik zaměstnání najednou. Dále uvádí, že ani jeden nemocný léčen hemodialýzou nebyl nucen přestat s nějakým svým koníčkem. Z jejího výzkumu tedy vyplývá, že dialyzovaní nemocní nemusejí být omezováni v osobním, společenském, ale i pracovním životě. Z mého výzkumu, který nebyl prováděn v Klatovské nemocnici, nýbrž ve Fakultní nemocnici v Plzni vyplývá, že zařazení na dialýzu ovlivnilo tělesnou výkonnost respondentů, kde se nadpoloviční většina cítí více unavena. I jejich způsob trávení volného času se zaměřil na spánek. Z mého výzkumu se tedy domnívám, že jsou respondenti omezeni v osobním a společenském životě a že nadpoloviční většina byla nucena z důvodu dialýzy skončit se svým koníčkem. Jak uvádí snížená tělesná výkonnost dotázaných, tak bych si dovolila oponovat autorce, že respondenti léčení hemodialýzou by nezvládli více zaměstnání najednou z důvodu celkové vyčerpanosti, ale to by lépe objasnilo další výzkumné šetření.

ZÁVĚR

Dialýza představuje vážný zásah do života nemocného, kde na jedné straně je záchranou a na druhé pochopitelnou zátěží. Bakalářská práce se zabývala problematikou životosprávy u nemocných s hemodialýzou. Cílem práce bylo zjistit, na jaké úrovni je informovanost nemocných docházejících na hemodialýzu ze strany ošetřujícího personálu, jak se se svým onemocněním vyrovnávají po psychické stránce, a také jak sami přistupují ke správné životosprávě, která je základním stavebním kamenem úspěšné léčby při ledvinovém onemocnění. Hypotéza, která měla zjistit ve které věkové kategorii dochází nejčastěji k selhání ledvin se nepotvrdila. V počtu 41 % tvořila kategorie ve věku 53 - 69 let, která objasnila skutečnost, že v tomto věku je výskyt onemocnění nejčastější. Následující hypotéza, která se zaměřovala, že v rámci správné edukace nemocní dodržují správnou životosprávu se nepotvrdila. Tato skutečnost poukazuje na to, že i když byl největším zdrojem informací lékař v počtu 61 %, přesto z výpočtu BMI vyplývá, že pouze 50 % respondentů se zařadilo do skupiny Norma, která hodnoty BMI udává ($18,5 - 25 \text{ kg/m}^2$). Respondenti by měli zásadním způsobem přehodnotit svoji situaci a začít s dodržováním předepsané životosprávy, neboť je primárním léčebným faktorem při chronickém selhání ledvin. Nabízí se ještě možnost, že zdravotnický personál nemá návod pro edukaci nemocných, který by mohl být předpokladem pro práci sester. Hypotéza, která se vztahovala k otázkám zda nemocní vnímají negativně omezení pitného režimu se potvrdila. 81 % dotázaných uvedlo, že je omezuje dodržovat pitný režim. Hypotéza, kde jsem se domnívala, že negativní vlivy mají značný vliv na psychické prožívání nemocného se rovněž potvrdila, kdy dialyzovaní nemocní jsou stejně jako nemocní s chronickými chorobami vystaveni stresu, který plyne z těžké nevléčitelné a tudíž doživotní nemoci. Poslední hypotéza, která byla zaměřena na pohybovou aktivitu respondentů se také potvrdila, kde 56 % dotázaných uvedlo, že jejich tělesná výkonnost byla po zařazení na dialýzu velmi ovlivněna a že převážná část dotázaných tráví svůj volný čas spánkem.

Výsledky mé bakalářské práce ukázaly, že cíl byl splněn. Přínos této práce pro praxi může spočívat v zamyšlení nad budoucím zkvalitněním péče o nemocné, zejména vytvořením edukačního plánu, kde by se zdravotnický personál mohl více zaměřit na edukaci v rámci správného životního stylu, který je pro dialyzované pacienty velmi důležitý. Jednalo by se především o četnosti stravování v menších porcích, zvýšení četnosti kontaktů s nutričním terapeutem, edukaci nemocných o pitném režimu a dietních omezeních, která vyplývají ze screeningových laboratorních vyšetření. Dále by se mohlo

více využívat návštěvnosti psychologa a v neposlední řadě je důležité zmínit rizika, která sebou toto nedodržování přináší. Výsledky také budou poskytnuty personálu hemodialyzačního oddělení ve Fakultní nemocnici Plzeň.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ABRAHAMS, P., GRUGA, R. *Lidské tělo – Atlas anatomie člověka*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2001. 256 s. ISBN 80-7181-955-7.
- 2) ČERNÁ, M. *Co nabízí sociální pracovník dialyzovaným pacientům*. Stěžeň, časopis dialyzovaných a transplantovaných. 2003, roč. 12, č. 4, s. 11 - 13. ISSN 1210-0153.
- 3) ČERNÁ, M. *Jak vycestovat s dialýzou*. Stěžeň, časopis dialyzovaných a transplantovaných. 2009, roč. 20, č. 1, s. 20 – 24. ISSN 1210-0153.
- 4) DINGWALL, R. *Pro lepší porozumění (příručka pro psychosociální práci)*. 1. Vyd. Praha: Fresenius, 2004. 95 s. ISBN 80-7013-406-2.
- 5) DŽUMELOVÁ, M. *Dialyzovaný pacient a trávení volného času*. Florenc. 2009, roč. 5, č. 1, s. 28. ISSN 1801-464X.
- 6) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
- 7) GULÁŠOVÁ, I. *Životaspráva u pacienta s chronickou reálnou insuficienciou zaradeného do dialyzačního programu*. Urologie pro praxi. 2007, roč. 8, č. 4, s. 186 – 188. ISSN 1213-1768.
- 8) HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 9) HORÁK, J. *Malnutrice u hemodialyzovaných nemocných*. In: Zdravotnické noviny.cz [cit. 2011-14-09]. Dostupné na:
<http://www.zdn.cz/archiv/postgradualnimedicina/articles?page=128>
- 10) HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko - praktické východiská*. Martin: Osvěta, 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- 11) HRUBÝ, M., MENGEROVÁ, O. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. 1. vyd. Praha: Forsapí, 2009. 119 s. ISBN 978-80-87250-06-8.
- 12) JELÍNKOVÁ, K. *Prostor pro sociální práci na dialyzačním pracovišti*. Stěžeň, časopis dialyzovaných a transplantovaných. 2001, roč. 12, č. 4, s. 7 – 8, ISSN 1210-0153.
- 13) JENKINS, K., MAHON, A. *Chronic kidney disease*. 1. vyd. Madrid, 2008, 273 s. ISBN 978-84-612-5925-0.
- 14) KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

- 15) KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- 16) KOPECKÝ, M. a kol. *Somatologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 314 s. ISBN 978-80-244-2271-8.
- 17) KOUPILKOVÁ, P. *Malnutrice a obezita u dialyzovaných pacientů*. Florenc. 2008, roč. 4, č. 9, s. 336 – 337, ISSN 18-01-464X.
- 18) LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
- 19) MENDERS, RR. *Prediction of wrist arteriovenous fistula maturation with preoperative vein mapping with ultrasonography*. Burnham: S.J., 2002. 36 s. ISSN 460-463.
- 20) ODER, TF. *Effect of exercise on the diameter of arteriovenous fistulae in hemodialys patients*. *Asaio: J*, 2003. 49 s. ISSN 554-555.
- 21) PECHÁČKOVÁ, E. *Edukace hemodialyzovaných pacientů*. Olomouc 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta pedagogická. Vedoucí práce Martina Jedlinská.
- 22) SVOBODA, L. *Proč je pohyb pro dialyzované pacienty užitečný*. *Dialog*. 2009, roč. 4, s. 8-9. ISSN 1803-7267.
- 23) TEPLAN, V. a kol. *Praktická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 536 s. ISBN 80-247-1122-2.
- 24) TESAŘ, V., SCHÜCK, O. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 652 s. ISBN 80-247-0503-6.
- 25) TROJAN, S. a kol. *Lékařská fyziologie*. 4. vyd. Praha: Grada, 2004. 772 s. ISBN 80-247-0512-5.
- 26) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 27) VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 396 s. ISBN 80-7178-740-X.

SEZNAM ZKRATEK

TH oblast	torakální oblast
L oblast	lumbální oblast
AVF	arteriovenózní fistule
AV spojka	arteriovenózní spojka
BMI	body mass index
MgSo4	magnesium

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 - Výpočet BMI
- Graf č. 2 - Pohlaví respondentů
- Graf č. 3 - Rozdělení nemocných dle kalendářního věku
- Graf č. 4 - Délka návštěvnosti dialyzačního střediska
- Graf č. 5 - Bytová situace respondentů
- Graf č. 6 - Zdroj největšího množství informací
- Graf č. 7 - Dodržování životosprávy
- Graf č. 8 - Možnosti stravování
- Graf č. 9 - Četnost stravování
- Graf č. 10 - Nadváha respondentů
- Graf č. 11 - Získané informace o komplikacích při nedodržení životosprávy
- Graf č. 12 - Problémy s mimodialyzačním přírůstkem
- Graf č. 13 - Omezený režim příjmu tekutin
- Graf č. 14 - Příjem tekutin za 24 hodin
- Graf č. 15 - Působení negativních vlivů - kouření
- Graf č. 16 - Působení negativních vlivů - alkohol
- Graf č. 17 - Působení negativních vlivů- stres
- Graf č. 18 - Jak respondenti vnímají své onemocnění
- Graf č. 19 - Délka spánku
- Graf č. 20 - Pohybová aktivita respondentů
- Graf č. 21 - Tělesná výkonnost respondentů
- Graf č. 22 - Způsob trávení volného času
- Graf č. 23 - Záliby respondentů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dialyzační monitor

Příloha č. 2 - Dialyzátor

Příloha č. 3 - Uložení permanentního katétru

Příloha č. 4 - Dvoucestné katétry

Příloha č. 5 - Permanentní katétr

Příloha č. 6 - Permcath

Příloha č. 7 - Zavedení dialyzačních jehel

Příloha č. 8 - Dialyzační sál

Příloha č. 9 - Výživová tabulka

Příloha č. 10 - Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dialyzační monitor



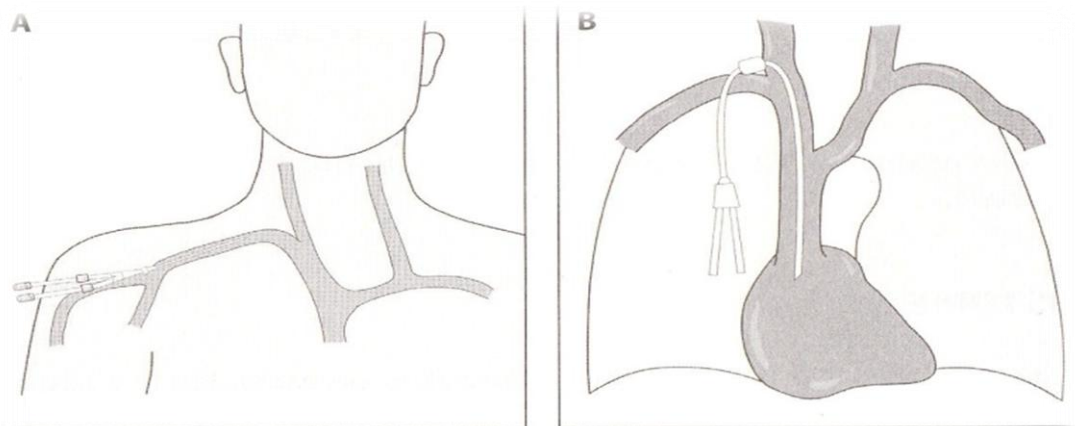
Dostupné z: Braunoviny, [online] [cit. 2012-02-27]. Dostupné na: (<http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/dialog-evolution/>)

Příloha č. 2 - Dialyzátor



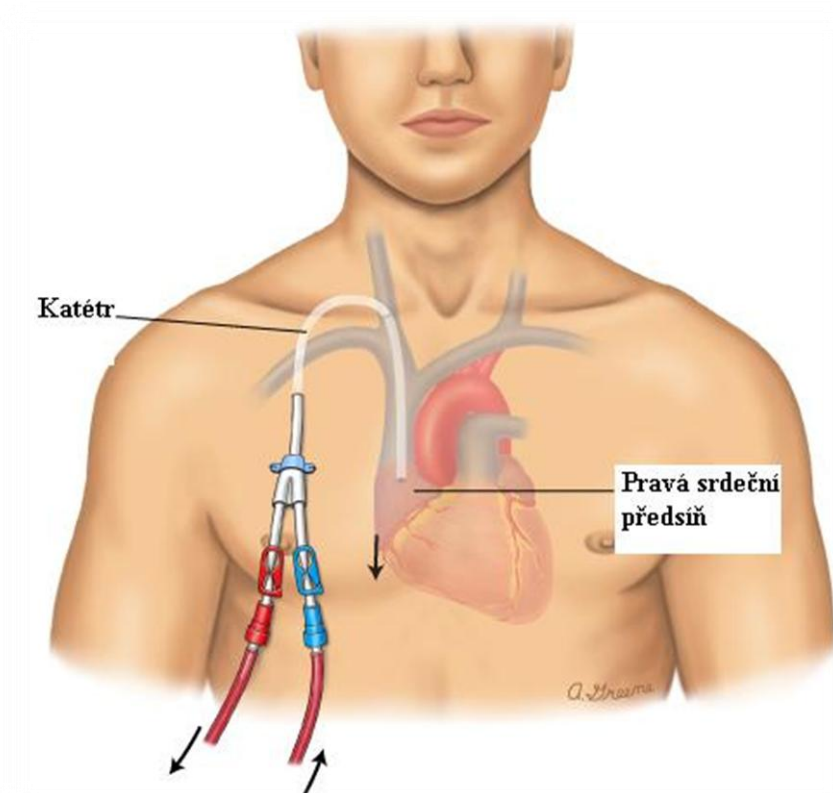
Dostupné z: Braunoviny, [online] [cit. 2012-02-27]. Dostupné na: (<http://braunoviny.bbraun.sk/clanky/diacapz-polysulfone-hiflo/>)

Příloha č. 3 – Uložení permanentního katétru



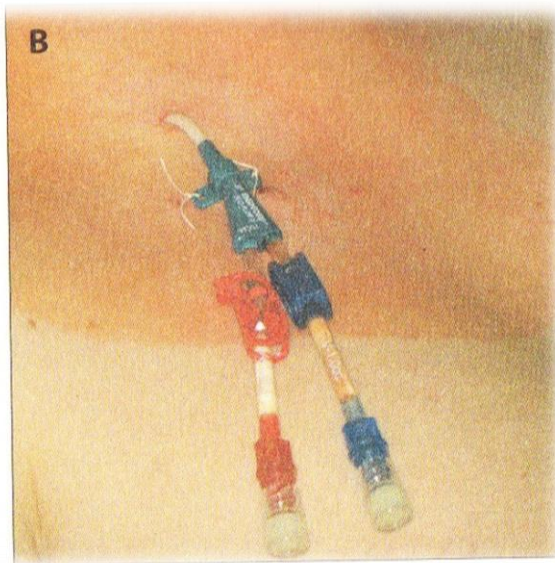
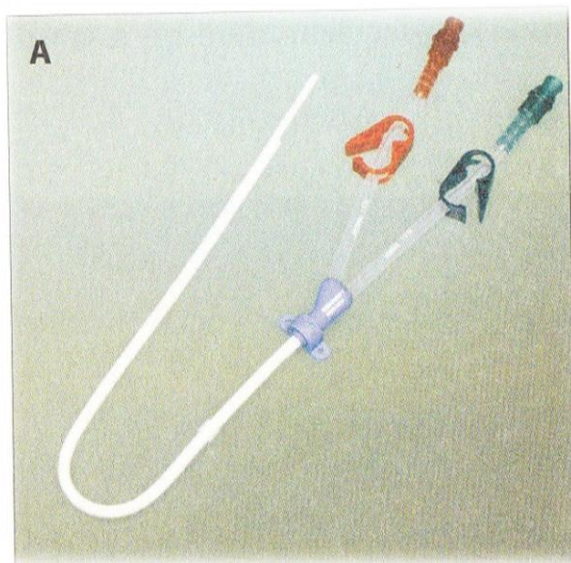
Obr. 18. Uložení katétru ve v. subclavia (A) a ve v. jugularis interna (B)

Dostupné z: Vše o hemodialýze pro sestry (Lachmanová, 2008, s. 36)



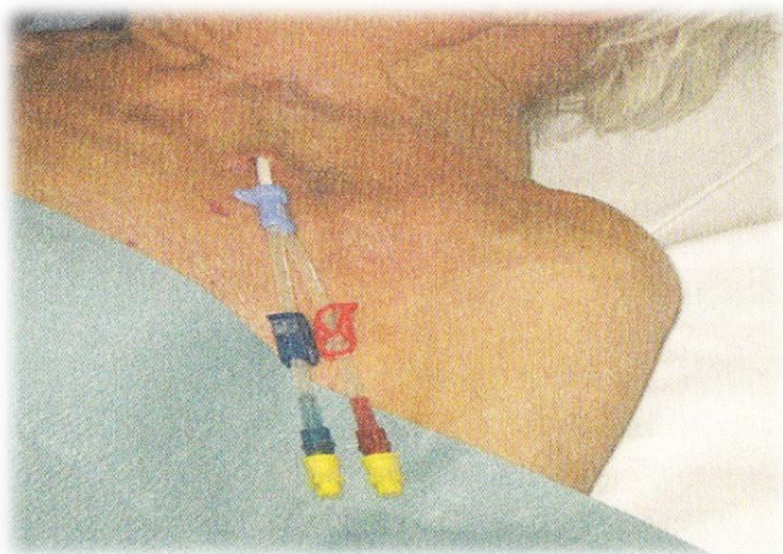
Dostupné z: Edukace hemodialyzovaných pacientů (Pecháčková, 2011)

Příloha č. 4 – Dvoucestné katétry



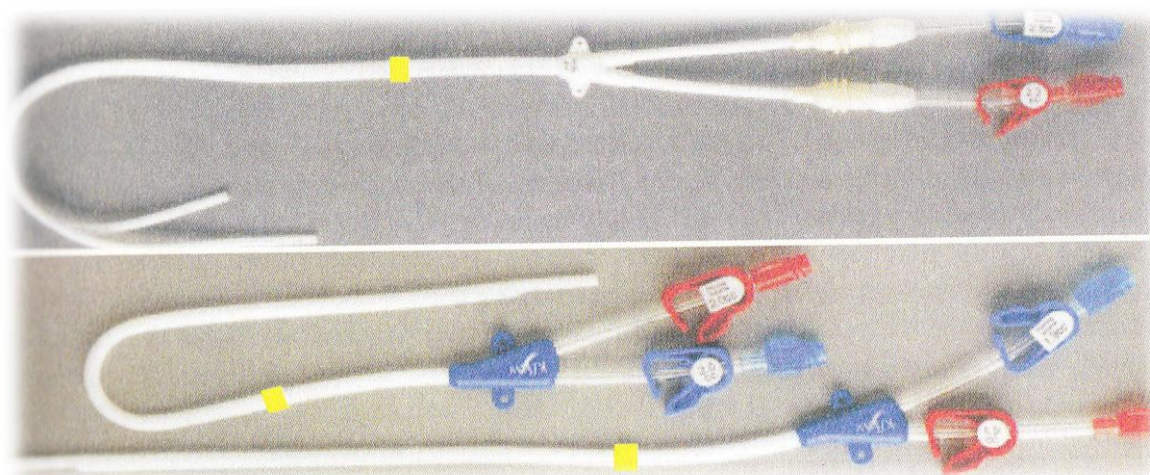
Dostupné z: Vše o hemodialýze pro sestry (Lachmanová, 2008, s. 36)

Příloha č. 5 – Permanentní katétr



Dostupné z: Dostupné z: Vše o hemodialýze pro sestry (Lachmanová, 2008, s. 41)

Příloha č. 6 – Permcath

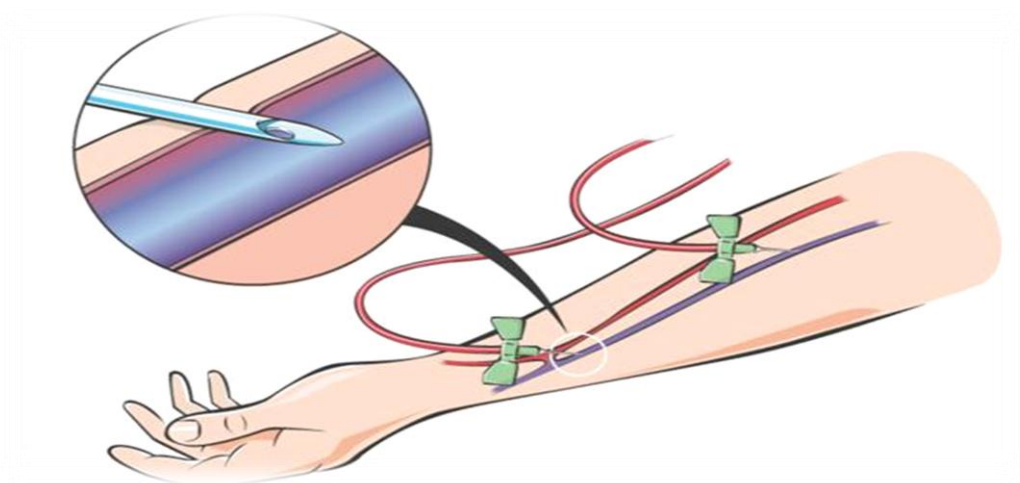


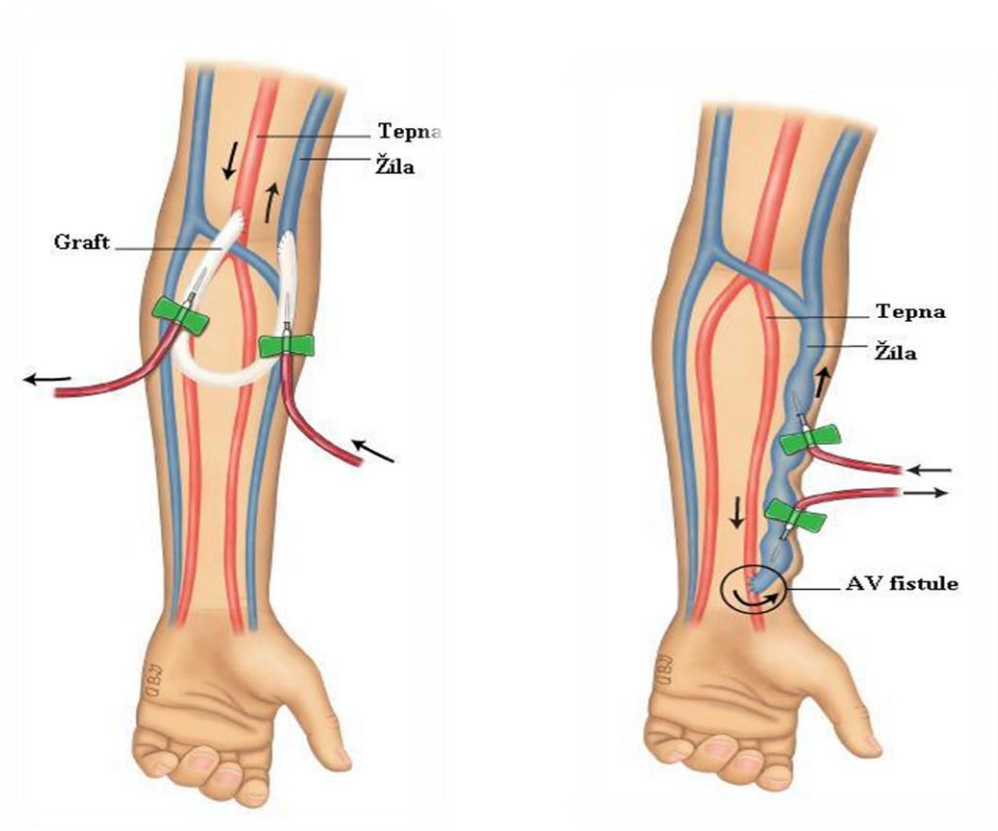
Dostupné z: Vše o hemodialýze pro sestry (Lachmanová, 2008, s. 37)

Příloha č. 7 – Zavádění dialyzačních jehel

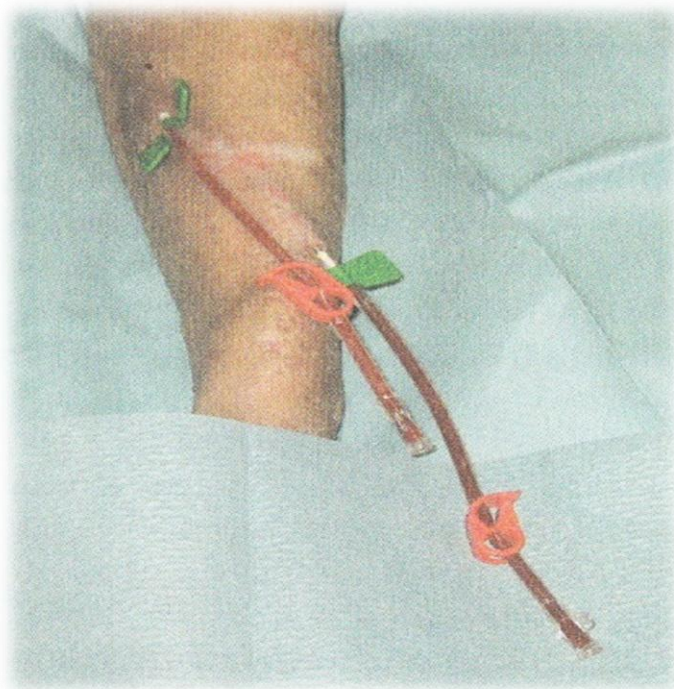


Dostupné z: Braunoviny, [online] [cit. 2012-02-27]. Dostupné na: <http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/dialog-evolution/>



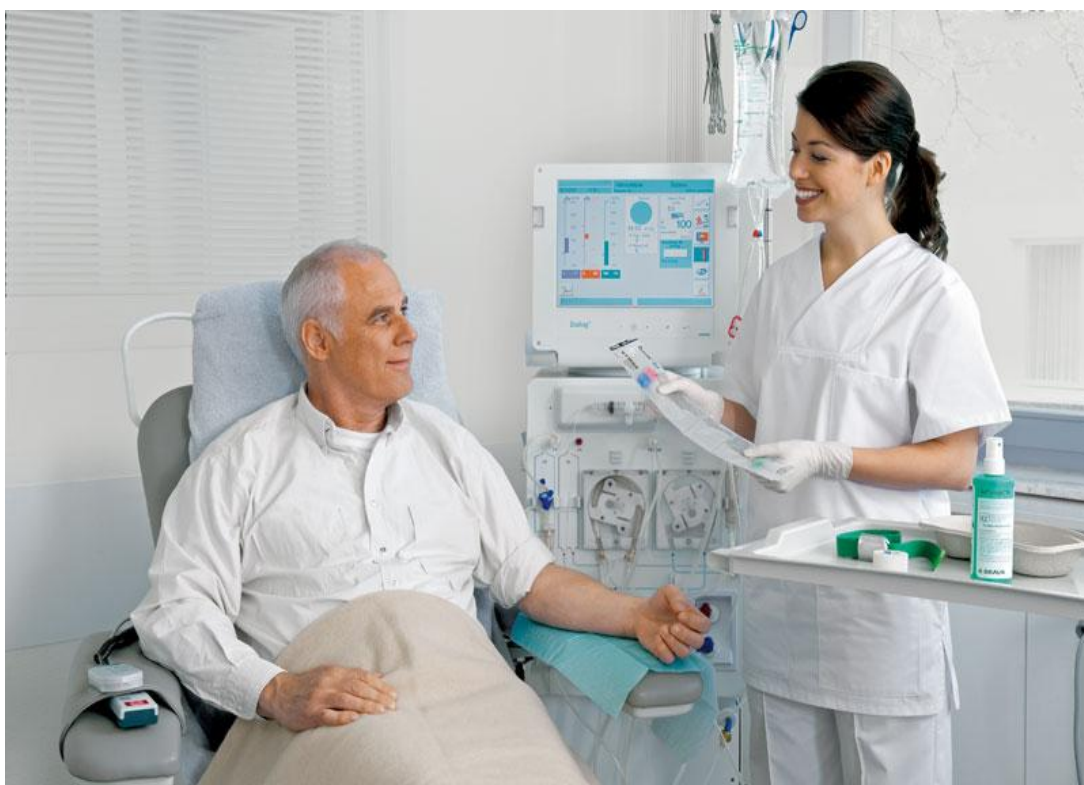


Dostupné z: Edukace hemodialyzovaných pacientů (Pecháčková, 2011)



Dostupné z: Vše o hemodialýze pro sestry (Lachmanová, 2008, s. 43)

Příloha č. 8 – Dialyzační sál



Dostupné z: Braunoviny, [online] [cit. 2012-02-27]. Dostupné na: <http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/dialog-evolution/>

Příloha č. 9 - Výživová tabulka

Potravina (100 g)	B (g)	T (g)	S (g)	kJ	Na (mg)	K (mg)	Ca (mg)	P (mg)
hovězí maso	20,8	7,8		668	69	334	8	152
vepřové maso libové	17,3	18,2		992	45	400	24	175
vepřový bůček	9,1	56		2282	45	400	6	84
telecí maso	21,8	3	0,5	508	107	537	10	160
husa	16	33		1533	145	406	10	170
kapr	16	4,2		445	46	306	10	215
filé	16,5	0,4		311	100	360	25	194
kuře	22,5	3,2		521	46	407	12	200
játra	19,7	4,8	1,7	554	86	325	12	354
ledvinky	16,3	4,6	0,8	475	254	231	10	234
šunka	26,6	27,9		1512	1540	223	10	197
párky	14	27,7	1,2	1319	827	130	42	142
salám šunkový	16,3	13,6	0,1	806	1540	223	12	149
salám Vysočina	21,8	34,1	0,1	1680	818	260	16	191
jogurt bílý	5,7	4,5	9,7	424	62	190	180	135
šlehačka	2,4	33	2,7	1306	26	77	80	61
biokys	5,4	3,5	7,5	348	58	180	195	101
kefir	3,3	3,6	1,7	218	50	160	120	93
tvářoh tučný	13,7	12	2,8	735	29	106	366	253
žervé	12,4	15	1,8	806	44	109	322	222
sýr Hermelín	20,2	20,2	1,6	1134	1408	114	157	330
sýr Eidam (30%)	30,1	15	1,8	1121	983	159	690	440
sýr Ementál	26,8	27	2,2	360	983	159	887	539

máslo	0,5	81,1	0,3	3011	0	15	15	14
olej	0	98,2	0	3650	0	0	1	0
sádlo	0,3	99,3	0	3759	2	1	1	5
brambory vařené	2	0,2	20,1	370	3	325	0	0
květák vařený	2,4	0,2	4,9	118	50	87	0	0
kedlubny	2,1	0,2	6,2	139	7	206	46	50
rajčata	1	0,3	4,8	105	3	288	13	28
mrkev	1,1	0,2	9,1	172	23	287	39	37
ředkvičky	1,1	0,1	4,2	88	50	240	37	31
zelí hlávkové	1,8	0,4	4,2	105	22	263	56	22
houby sušené	36,7	2,7	41,4	1239	14	2000	70	500

Potravina (100 g)	B (g)	T (g)	S (g)	kJ	Na (mg)	K (mg)	Ca (mg)	P (mg)
houby syrové	2,6	0,4	3,8	109	9	467	7	70
hrách	3,8	1,4	60,2	1394	38	985	57	388
čočka	25	1	59,5	1382	36	673	59	423
banán	1,2	0,2	23	380	1	348	8	28
ananas	0,5	0,2	22,1	357	1	57	0	0
angrešt	1	0,4	9,8	176	2	210	22	30
švestky	0,7	0,2	16,4	265	2	195	17	22
meruňky	0,9	0,2	12,9	2147	1	320	16	25
pomeranče	0,9	0,2	11,3	189	3	197	33	25
jablka	0,3	0,4	14,7	239	2	120	7	11
třešně	1,1	0,4	14,6	248	3	275	18	20
víno hroznové	0,8	0,4	16,8	277	2	250	21	20

kompot průměr	0,3	0,2	21,3	340	2	183	7	11
chléb	5,6	0,9	51,4	1004	614	110	20	156
housky	9,9	3,5	60,4	1331	614	110	21	108
rýže	6,7	0,7	78,9	1487	6	113	24	135
těstoviny	11,7	2,2	74,1	1537	7	155	25	153
džem	0,4	0,1	65,2	1058	14	14	10	13
čokoláda hořká	4,9	31,9	60,5	2230	143	257	26	140
mandle	18,6	54,1	19,6	2482	6	856	254	475
ořechy vlašské	15	64,4	15,6	2726	3	687	83	380

Dostupné z: Přehled potravin a jejich složení (Lachmanová, 2008, s. 95-96)

Dotazník životosprávy u nemocných s hemodialýzou

Vážená paní/pane

Jmenuji se Tereza Hrubá a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního bakalářského studia na fakultě Zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni. Dotazník, který jste právě obdržel/a, je podkladem pro mou bakalářskou práci, ve které zjišťuji životosprávu u nemocných, kteří pravidelně docházejí na hemodialýzu. Cílem práce je zhodnotit životosprávu u dialyzovaných nemocných. Chtěla bych Vás touto cestou požádat o spolupráci a o vyplnění dotazníku. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné zpracování bude použito jen na vyhodnocení získaných údajů a v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoliv komerčním účelům. Pokud nebude uvedeno jinak, prosím, zakroužkujte pouze jednu z uvedených možností.

Předem děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku. S pozdravem a přáním hezkého dne studentka Tereza Hrubá.

1) Váha po dialýze(prosím doplňte)

Výška(prosím doplňte)

BMI (prosím **nedoplňujte**)

2) Jaké je Vaše pohlaví?

a) Žena

b) Muž

3) Kolik je Vám let?

a) 19 – 35 let

b) 36 – 52 let

c) 53 – 69 let

d) 70 a více let

- 4) Jak dlouho navštěvujete dialyzační středisko?**
- a) Méně než 1rok
 - b) 1 - 2 roky
 - c) 3 – 5 let
 - d) 6 a více let
- 5) Bydlíte?**
- a) Sám/a
 - b) S rodinou
 - c) S někým jiným
- 6) Kdo Vás informoval o tom, jak správně dodržovat životosprávu?**
- a) Lékař
 - b) Všeobecná sestra
 - c) Někdo jiný
 - d) Informace jsem nezískal/a
- 7) Dodržujete doporučenou životosprávu?**
- a) Ano
 - b) Snažím se
 - c) Ne
 - d) Žádnou dodržovat nemusím
- 8) Jak se stravujete?**
- a) Vařím si sám/a
 - b) Nechávám si stravu dovážet
 - c) Rodina vaří
 - d) V jídelnách (v zaměstnání, sociální zařízení)
 - e) V restauracích, rychlo občerstvení
- 9) Kolikrát denně se stravujete?**
- a) 2 × denně
 - b) 3 × denně
 - c) 4 × denně
 - d) 5 × denně
 - e) 6 × denně a více

10) Trpíte nadváhou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11) Získal/a jste informace o možnostech vzniku komplikací při nedodržování předepsané diety?

- a) Ano
- b) Ne

12) Způsobuje Vám problém udržení mimodialyzačního přírůstku?

- a) Ano
- b) Ne

13) Jak moc Vás omezuje dodržování omezení tekutin?

- a) Zásadně mě omezuje
- b) Mírně mě omezuje
- c) Neomezuje mě

14) Kolik tekutin můžete přijmout za 24 hodin?

- a) Do 500 ml
- b) 500 - 1500 ml
- c) 1500 - 2500 ml
- d) 2500 ml a více

15) Kouříte?

- a) Ne
- b) Ano 1 - 3 cigarety denně
- c) Ano 4 - 6 cigaret den
- d) Ano 7 - 10 cigaret denně
- e) Ano více jak 10 denně

16) Pijete alkohol?

- a) Ano, pravidelně
- b) Ne
- c) Příležitostně (pivo, víno, jiné)

17) Způsobuje/způsobovalo Vám docházení na dialýzu stres?

- a) V začátcích
- b) Stále
- c) 1 × za měsíc
- d) Již ne

18) Jak sám/a vnímáte své onemocnění?

- a) Zvykl/a jsem si, trvalo mi to kratší dobu (< než 1 rok)
- b) Zvykl/a jsem si, trvalo mi to delší dobu (> než 1 rok)
- c) Nejsem s ním smířen/a

19) Kolik hodin denně spíte?

- a) Méně jak 5 hodin
- b) 5 – 8 hodin
- c) 8 a více hodin

20) Sportujete?

- a) Ano, denně
- b) 2 × týdně
- c) 1 × týdně
- d) Nesportuji

21) Ovlivnilo Vaši tělesnou výkonnost zařazení na dialýzu?

- a) Ano - cítím se více unaven/a
- b) Ano - cítím se lépe
- c) Ne - cítím se stále stejně

22) Jak trávíte volný čas?

- a) Odpočinkem
- b) S přáteli
- c) Věnuji se svému koníčku
- d) Procházkami
- e) Jiné

23) Musel/a jste z důvodu dialýzy skončit s nějakým koníčkem?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Žádný jsem neměl/a

