

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Petra Braumová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Petra Braumová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

VYNUCENÝ TRANSFER U DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Plzeň 2015

Prohlášení

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

V Plzni dne:

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat prof. MUDr. Sylvii Opatrné, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování odborných rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své velké rodině za podporu, trpělivost, pomoc a lásku během studia. Touto cestou bych také chtěla poděkovat mým kolegyním na oddělení hemodialýzy a ambulanci peritoneální dialýzy, sestřičce Hance Šlajsové FN Lochotín v Plzni. Velké poděkování patří především všem respondentům za jejich čas a ochotu podělit se o své zkušenosti a pocity, které prožívají při léčbě chronického selhávání ledvin.

Petra Braumová

ANOTACE

Příjmení a jméno: Braumová Petra

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů

Vedoucí práce: Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Počet stran: číslované 56 , nečíslované 15

Počet příloh: 12

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: dialýza, hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace, kvalita života.

Souhrn:

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na kvalitu života dialyzovaných pacientů při změně léčebné metody. Určila jsem si základní výzkumné otázky a práci rozdělila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem podrobně popsala anatomii a fyziologii ledvin, léčbu při renálním selhání, transplantaci a dialýzu. Dále jsem se věnovala tématu kvality života a potřeby chronicky nemocných. V praktické části jsem se zaměřila na porovnání kvality života respondentů před a po vynuceném transferu dialyzační léčby. Jejich pocity a spokojenost s léčbou jsem zaznamenala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, při kterých jsem se snažila dávat otevřené otázky. Pro svoje šetření jsem si vybrala kvalitativní výzkum.

Anotation

Name and surname: Petra Braumová

Department: Nursing and Midwifery

Title: The Forced Transfer of Dialysis Patients

Supervisor: Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Number of pages: numbered 56, unnumbered 15

Number of attachments: 12

Number of titles of literature: 27

Keywords: dialysis, hemodialysis, peritoneal dialysis, transplantation, quality of life.

In my bachelor thesis, I focus on the quality of dialysis patients' life during the change of treatment methods. I identified basic research questions. I divided my work into theoretical and practical parts. In the theoretical part, I describe in detail the anatomy and physiology of the kidney, a treatment for renal failure, a transplantation and a dialysis. I also focus on the issue of chronically ill patients' quality of life and on their needs. In the practical part, I focus on the comparison of the quality of respondents' life before and after the forced transfer of dialysis therapy. I tracked down their feelings and satisfaction with their treatment through semi-structured interviews. In those interviews I tried to ask open-ended questions. For my investigation I chose qualitative research.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN.....	12
1.1 Anatomie ledvin	12
1.2 Fyziologie ledvin.....	13
2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	14
2.1 Akutní selhání ledvin	14
2.2 Chronické selhání ledvin.....	16
3 TRANSPLANTACE LEDVIN	17
4 INTERMITENTNÍ MIMOTĚLNÍ METODY	19
4.1 Hemodialýza	19
4.1.1 Velmi časté komplikace při HD.....	21
4.1.2 Nejčastější komplikace onemocnění ledvin	21
4.2 Peritoneální dialýza.....	23
4.2.1 Princip a technika provedení.....	23
4.2.2 Procedura peritoneální dialýzy	25
4.2.3 Výhody peritoneální dialýzy oproti hemodialýze	25
4.2.4 Kontraindikace peritoneální dialýzy.....	26
4.2.5 Komplikace peritonální dialýzy.....	26
4.2.6 Negativní dopad peritoneální dialýzy na pacienty.....	27
5 PSYCHIKA A POTŘEBY CHRONICKY NEMOCNÝCH	28
PRAKTICKÁ ČÁST	30
6 FORMULACE PROBLÉMU	30
6.1 Hlavní problém	30
6.2 Dílčí problémy	30
7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU.....	31

8	METODIKA	32
9	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
10	VZOREK RESPONDENTŮ	34
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ.....	35
11.1	První respondent	35
11.1.1	Rozhovor s respondentem č. 1	36
11.2	Druhý respondent.....	41
11.2.1	Rozhovor s respondentem č. 2	41
11.3	Třetí respondent	44
11.3.1	Rozhovor s respondentem č. 3	44
11.4	Čtvrtý respondent.....	48
11.4.1	Rozhovor s respondentem č. 4	48
12	DISKUZE.....	52
	ZÁVĚR.....	55

ÚVOD

Koncem čtyřicátých let minulého století často pacienti s diagnózou renálního selhání umírali. V této době nebyli k dispozici přístroje, léky, technologie, materiály, které známe dnes. Pacienti, kterým selhávaly ledviny a kteří potřebovali dialyzační léčbu, museli projít výběrovým řízením dříve, než byli zařazeni do dialyzační léčby. Léčeno bylo pouze malé procento „vyvolených“ nemocných. Ve světě k velkému rozvoji kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy došlo až v sedmdesátých letech, což bylo velkým přínosem pro léčbu renální nedostatečnosti. V České republice se začalo v roce 1978 a pro špatné technické vybavení bylo léčeno jen malé množství pacientů. K rozvoji peritoneálních pracovišť došlo po roce 1990, kdy dochází ke srovnatelnému vybavení a dostupnosti materiálů jako ve světě. V dnešní době je naštěstí dostatek dialyzačních středisek a léčba je zajištěna pro všechny nemocné se selháním ledvin. Ve Fakultní plzeňské nemocnici máme integrovanou péči, která umožňuje pacientům s chronickým selháním ledvin přecházet během léčby na jednotlivé léčebné metody: peritoneální dialýzu, hemodialýzu i transplantaci. Záleží na momentálním zdravotním a psychickém stavu daného pacienta, aby mu stávající metoda co nejvíce vyhovovala a umožňovala uspokojovat jeho potřeby a životní cíle.

Z celkového počtu dialyzovaných pacientů je 60 % těch, kteří se po poradě s lékařem a rodinou mohou sami rozhodnout, jakou metodu léčby při selhání ledvin zvolí. Při léčbě chronického onemocnění ledvin dochází ke spolupráci lékařů z mnoha oborů: nefrologie, urologie, psychologie, chirurgie, fyzioterapie. Nesmíme opominout ani spolupráci s nutriční a dialyzační sestrou.

Pracuji na oddělení hemodialýzy čtvrtým rokem a často jsem si pokládala otázku, jakou metodu bych doporučila „Já“. Proto jsem si pro svoji bakalářskou práci vybrala téma, vynucený transfer u dialyzovaných pacientů. Snažila jsem se zaznamenat subjektivní pohled kvality života pacientů, kteří museli podstoupit vynucený transfer z hemodialýzy na peritoneální dialýzu a opačně. Popisuji jejich kvalitu života na jednotlivých metodách, jak se jim změnil rodinný, společenský a pracovní život. Snažila jsem se zjistit, jaká metoda respondentům více vyhovovala a jakou by doporučili budoucím

pacientům, před kterými bude nelehký úkol volby léčebné metody chronického selhání ledvin.

Cílem mého výzkumu je porovnat kvalitu života pacienta, který při vynuceném transferu vyzkoušel obě dialyzační metody a jejich dopad na celkový psychický stav pacienta a jeho rodiny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN

1.1 Anatomie ledvin

Ledvina, latinsky ren, řecky nephros, má charakteristický fazolový tvar. Ledviny jsou párovým orgánem, umístěné v horní části dutiny břišní, po obou stranách bederní páteře ve výši dvanáctého hrudního (Th12) a třetího bederního (L3) obratle. Pravá ledvina je uložena níže než levá (to je podmíněno stlačením játry). Ledviny jsou uloženy retroperitoneálně, od břišní dutiny jsou odděleny pobřišnicí – peritoneum (Čihák, 2002, s. 248).

Rozměry ledvin u normálního dospělého člověka jsou: délka 11cm, šířka 5 až 7,5 cm, tloušťka 3 cm. Váha jedné ledviny se pohybuje okolo 150 g. Místo, ve kterém tepna vstupuje a žíla vystupuje do ledviny, se označuje hilus a je ve výši prvního bederního obratle. Rozřízneme-li ledvinu podélně, spatříme část korovou (cortex) a dřevnou (medulla). Šířka korové části je přibližně 1 cm a má hnědočervenou barvu. Dřeň tvoří více než 10 pyramidových útvarů, vrcholky (papily) pyramid jsou obrácené k hilu. Papily přiléhají ke kalichu pánvičky a následuje močovod, kterým je moč odváděna do močového měchýře.

Základní funkční jednotkou ledviny je nefron. Každá ledvina se skládá z 1 milionu nefronů, které jsou tvořeny glomeruly a tubuly. Glomerus je tvořen svazkem kapilárních kliček. Tyto kapilární klubíčka jsou uvnitř Bowmanova pouzdra, což je začátek kanálku (Kelner a kol., 2006, s. 189). Glomerulární kapiláry mají tři vrstvy. Ploché endoteliální buňky, které jsou na vnitřní straně v kontaktu s krví. Dále zde nacházíme bazální membránu a pogocyty epitelové buňky, které leží na zevní straně bazální membrány. Mezangiální buňky vyplňují prostor mezi glomerulárními kapilárami, které mají schopnost regulovat velikost plochy glomerulárních kapilár (Schück 1994, s. 9). Následuje tubulus, kanálkovitý útvar tvořený ze stočené a rovné části proximální tubulus. Navazuje na Henleovu kličku; tato část se dělí na tenké sestupné (descendentní) a vzestupné (ascendentní) raménko a uzavírá se tlustým vzestupným raménkem. Další částí je distální stočený tubulus, kterému chybí kartáčový lem proximálního tubulu. Spojovací

tubulus, který spojuje distální konec tubulu se sběrným korovým a dřeňovým kanálkem (Teplan a kol., 2006, s. 3).

1.2 Fyziologie ledvin

Hlavní funkce ledvin je odstraňovat z organismu produkty látkové přeměny (metabolismu) a toxických látek prostřednictvím tvorby moče. Hlavně močoviny (odpad dusíkatých látek), kreatininu (odpadní látka svalové činnosti). Stálé očišťování mimobuněčné tekutiny, která obklopuje každou buňku v těle (Schück, 1994, s. 11).

Zachování stálé homeostázy vnitřního prostředí, udržet objem a elektrolytového složení, osmotické koncentrace mimobuněčné tekutiny.

Důležitá metabolickohormonální funkce. Tvoří se zde hormon erythropoetin, který stimuluje kostní dřeň a vznik červených krvinek. Přeměňují provitamin D na aktivní metabolit kalcitriol, který ovlivňuje metabolismus vápníku a fosforu v těle.

Dále se zde tvoří renin a posglandiny, které přímo nebo nepřímo ovlivňují oběhové ústrojí. Rovněž zde dochází k metabolické degradaci biologicky aktivních látek inzulinu nebo parathormonu (Klener et al., 2006, s. 725).

2 CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ

Základní charakteristika onemocnění ledvin je především ztráta nebo snížení jejich funkce. Nedochází k odstraňování odpadních látek, přebytečné vody a zachování elektrolytové rovnováhy, homeostázy vnitřního prostředí těla. Patologicky rozeznáváme dva způsoby: nefrotický a nefritický syndrom onemocnění ledvin.

Nefrotický syndrom se projevuje velkým množstvím bílkoviny (proteinurií) a tuků (lipidurií) v moči. Dochází ke snížení albuminu (hypoalbuminémii) a zvýšení lipidů (hyperlipidémii) v krvi.

Nefritický syndrom se projevuje velkým množstvím krve (hematurii) v moči. Vysokými hodnotami urey, kreatininu, kyseliny močové, zvýšením draslíku (hyperkalemie), acidózou v krvi. Dochází k poškození glomerulárních kapilár, a tím nedochází k dostatečné glomerulární filtraci (GF) krve. Sníží-li se hodnota GF pod 0.16 – 0.2 ml/sec a trvá ledvinová nedostatečnost déle, dojde k urémii (Schück a kol., 1994, s. 59).

Ledvinové selhávání dělíme podle času, při kterém dochází k poškození funkce ledvin, na akutní a chronické.

2.1 Akutní selhání ledvin

Akutní selhání ledvin (ASL) je náhlá ztráta funkce ledvin očistit organismus od zplodin kyselých katabolitů a metabolismu dusíkatých látek. Zadržování vody a iontů (Na, K, Cl, P, Ca) vede k rozvratu vnitřního prostředí, což může způsobit uremický syndrom. Nedostatečný průtok okysličené krve ledvinami nejčastěji způsobuje ASL. Podle příčiny se ASL dělí na prerenální, renální parenchymatózní, postrenální. U ASL dochází během 48 hodin k náhlému snížení funkce ledvin, projevující se vzestupem kreatininu, urey v séru a snížení diurézy pod 0,5 ml/kg za hodinu za více než 6 hodin. Dochází ke snížení moči oligurii - 300 ml/24 hodin, anurii - 100 ml/24 hodin (Viklický, Tesař, Dusilová Sulková, 2010, s. 93).

Prerenální ASL (55 %) je vyvoláno nedostatečnou perfúzí krve ledvinami, ale samotné ledviny jsou zdravé, vzniká ledvinová ischemie. Trvá-li ischemie delší dobu, vzniknou tubulární nekrózy. Příčina prerenálního selhání: je hypovolémie (krvácení, dehydratace, popáleniny, gastrointestinální ztráty, diuretika, únik tekutin do extravaskulárního prostoru), intrarenální vazokonstrikce (centralizace krevního oběhu působením adrenalinu), nízký srdeční výdej (nemoci srdce, plicní hypertenze, plicní embolii), periferní vazodilatace (seps, šok, anafylaxe, anestézie, antihypertenziva), hyperviskozita krve (mnohočetný myelom, makroglobulinémie, polycytémie), obstrukce renálních cév. K poškození ledvin dochází sekundárně při změně systémové hemodynamiky. Dojde-li k rychlé úpravě perfúze ledvin, nastane obnovení renálních funkcí (Šatránková, Nejedlá, 2006, s. 37).

Renální ASL (40 %) je přímé poškození ledvinového parenchymu ischemií nebo toxickými látkami, které vede k poškození tubulární buňky (tubulární nekróze). Patří sem velká skupina nemocí, které způsobují poškození glomerulů, tubulů, vaskulatury, intersticia. Podle vývoje onemocnění a diurézy máme období iniciální - postupně klesající diuréza, oligoanurické - při tubulární nekróze, polyurické - chybí koncentrovaná moč a vytváří se více než 5 litrů za 24 h (Teplan, 2003, s. 124 – 127).

Postrenální ASL (5 %) je způsobeno akutní obstrukcí močových cest a dochází k zástavě močení. Možné příčiny ucpání močových cest: konkrementy (urolitiáza), hypertrofie prostaty (tumor, zánět, litiáza), tumory (pánvičky, ureteru, močového měchýře), nekrózy papil (analgetické, urátové nefropatie, diabetes mellitus, tuberkulóza ledvin), ligatura močovodu, retroperitoneální hematoma (trauma, operace), urologické vyšetření (otok sliznice), retroperitoneální fibróza, krevní sraženiny a odumřelé tkáně (biopsie, operace, nekrózy), lymfokéla (operace, transplantace), ztráta napětí a ruptura močového měchýře. Při odstranění překážky dochází ke změně funkce tubulů a dochází k postobstručnímu syndromu polyurie (Teplan a kol., 2006, s. 338).

Nedojde-li k úpravě funkce ledvin konzervativní léčbou, musíme přistoupit k dialyzační léčbě. Mortalita nemocných s ASL je velmi vysoká 50 – 80 % u multiorgánových selhání i přes použití nových léčebných postupů (Teplan, 2003, s. 130).

2.2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhávání ledvin = chronická renální insuficience (CHSL), může dlouhou dobu probíhat bez potíží. Množství vylučované moči je stejné, může se objevit polyurie, polydipsie (žíznivost) až dehydratace organismu. CHSL se postupně vyvíjí, nejdříve dochází ke snížení funkce ledvin na 75 % GF, kdy zbývající nefrony hypertrofují a nedochází k rozvratu vnitřního prostředí organismu.

Postupně dojde ke snížení GF na 25%, a pokud nedojde k zátěži organismu, jsou minimální příznaky chronického selhávání: nykturie (noční diuréza), anémie (chudokrevnost, kterou způsobuje nedostatečná tvorba erythropoetinu v ledvinách).

Při poklesu GF pod 0,25 ml/s (10 %) dojde k selhání ledvin. Ledviny nedokáží udržet stálost vnitřního prostředí, dojde k zániku zbylých nefronů. Dochází ke konečné fázi CHSL, uremickému syndromu. Jde o poškození orgánů změnou metabolismu a vnitřního prostředí. K zachování života je nutné zahájit dialyzační léčbu nebo podstoupit transplantaci ledvin. Než bude pacient zařazen na hemodialyzační léčbu, měl by mít trvalý funkční cévní přístup (AVF) a preventivní očkování proti hepatitidě B (Klener a kol., 2006, str. 779).

Tyto dva způsoby vytváří integrovaný systém, který v ČR (ČSSR) je od roku 1975 (Teplan a kol., 2006, s. 421). Celkový počet dialyzovaných pacientů v ČR k 31. 12. 2013 je 6310. Pojem dialýza zahrnuje obě tyto léčebné metody - hemodialýzu i peritoneální dialýzu. Pro peritoneální dialýzu se rozhoduje jen 10 % pacientů s chronickým onemocněním ledvin. Plzeňský kraj má 502 dialyzovaných pacientů. Do peritoneální ambulance dochází ve FN v Plzni (www.nefrol.cz).

3 TRANSPLANTACE LEDVIN

Transplantace ledvin je dnes běžnou léčebnou metodou náhrady ledvin, která je doporučena u všech nemocných s chronickým selháváním ledvin. První úspěšná transplantace ledvin se povedla v roce 1954 lékařům z Bostonu. V ČR (ČSSR) byla první transplantace ledvin provedena v pražském IKEMu v roce 1966. Nejčastější onemocnění, která vedou k terminálnímu stádiu: glomerulopatie, diabetická nefropatie, chronická tubulární onemocnění, polycystická choroba ledvin. Jednoznačnou kontraindikací transplantace je AIDS (syndrom získaného imunodeficitu), koagulopatie, akutní a chronická infekce, srdeční selhání, pokročilá, život ohrožující onemocnění plic, jater, maligní tumory. (Šatránková, Nejedlá, 2006, s. 42).

K transplantaci ledvin je 95 % ledvinných štěpů získáno od zemřelých (kaderozních) a 5 % od živých dárců (rodič, sourozenci). Ledvina se odebírá u kaderozních dárců co nejrychleji po konstatování diagnózy mozkové smrti. Odebraný štěp se uchovává v hypotermii při teplotě 4 °C (studená ischemie). Nejlepší časová prodleva u transplantace je do 24 hodin po odběru štěpu. Do 48 hodin je možné transplantovat, ale výsledná funkce štěpu je zhoršená. Všichni pacienti zařazení na waiting list (čekací listinu) na transplantaci ledviny jsou vyšetřeni na fenotyp antigenů hlavního histokompatibilního systému (HLA) a hladiny cytotoxických protilátek. Příjemce štěpu musí splňovat tyto podmínky: shoda v krevní skupině ABO, negativní cross – match (křížová zkouška) a velkou shodu antigenů lokusu B, DR.

Transplantovaná ledvina je většinou uložena v pravé kyčelní jámě (fossa iliaca) pro její snazší cévní přístup. Cévy štěpu se napojí na arterii a věnu iliaca a močový měchýř se propojí s močovodem. Transplantovaní pacienti musejí užívat imunosupresivní léky, snižující rejekci (odmítnutí) štěpu příjemcem.

Po transplantaci se může objevit mnoho problémů: rejekce a postupné zhoršení funkce štěpu, kardiovaskulární onemocnění, nádory, trombóza cév štěpu, sekundární diabetes, jaterní selhání (toxicita z léků), znovu propuknutí základního onemocnění ledvin (Teplan, 2003, s. 147 - 148).

Roční počet transplantací ledvin v ČR za rok 2014 byl 507 (www.kst.cz).
Naše plzeňské transplantační centro provedlo 33 transplantací za rok 2014. V témže roce žilo v Plzeňském kraji po transplantaci ledviny 511 pacientů.

4 INTERMITENTNÍ MIMOTĚLNÍ METODY

Dialýza je činnost, při které dochází k oddělení látek o odlišné molekulární hmotnosti z tekutiny přes polopropustné (semiperabilní) membrány na základě koncentračního spádu. Podílí se při ní difúze a konvekce (filtrace). Při difúzi dochází k přestupu látek, hlavně malých a středně velkých molekul (ionty, urea, kreatinin) přes membránu až se koncentrace na obou stranách vyrovnají. U konvekce je důležitý rozdíl hydrostatického tlaku na obou stranách membrány. Při konvekci se přes membránu filtruje hlavně voda. Nejčastější očišťovací metoda náhrady funkce ledvin je hemodialýza (HD), dále pak peritoneální dialýza (PD).

4.1 Hemodialýza

Hemodialýza (HD) je metoda mimotělního oběhu (extrakorporální), při které dochází 3x týdně na 4 -5 hodin k očišťování krve přes dialyzátor, který je vybavený polopropustnou membránou v přístroji zvaném „umělá ledvina“ (Teplan, 2006, s. 140).

Dnes se používají kapilární dialyzátory syntetické (polyamid, polykarbonát, polysulfon aj.) a z celulózy. Krev proudí vnitřkem kapilár a mezi kapilárami v protisměru dialyzační roztok. Kapilára má 4 výstupy (2 pro krevní cestu + 2 pro dialyzační roztok). Při HD dochází k difúzi a konvekci. Součástí přístroje je dialyzační monitor a dialyzační roztok. Dialyzační monitor se skládá: Z **krevní pumpy**, kterou je krev vedena do dialyzátoru, ve kterém je očištěna a vrácena zpět do krevního oběhu pacienta, a **dialyzačního modulu**, ve kterém je připravován dialyzační roztok. Tento roztok je míchán z připraveného koncentrátu a upravené vody přes reverzní osmózu. Takto upravená voda nesmí obsahovat bakterie a musí splňovat náročné chemické složení. Rychlost dialyzačního roztoku je 500 ml/min (přibližně 120 l vody). Dialyzační roztok obsahuje Na, K, Ca, Mg, NaHCO₃. Přestup odpadních látek a vody z krve do dialyzačního roztoku jde i obráceně (bikarbonát). Bohužel z krve přecházejí také důležité látky pro tělo. Dochází k neselektivnímu přestupu látek (aminokyseliny, vitaminy, albumin – speciální membrány). Teplota dialyzačního roztoku závisí na tom, co danému pacientovi vyhovuje, většinou se nastavuje na 37°C. Při nižších teplotách 36 - 35°C ochlazující se krev způsobí

zúžení cév (vazokonstrikci), což pomáhá s oběhovou stabilitou nemocného během léčby. Ultrafiltrační modul zajišťuje snížení požadovaného množství tekutin za nastavený časový úsek. Akustické a optické signalizační funkce hlídají bezpečný průběh celé metody.

Pro zajištění účinné HD u nemocného je důležitý zajištěný kvalitní cévní přístup. Před založením trvalého cévního přístupu (permcath) zavádíme dvojcestný katetr, ten je pouze dočasný, abychom získali kvalitní průtok dialyzátorem 200 – 300 ml/min. Katetr se zavádí do véna femoralis, véna juguláris a véna subclavia. Komplikace se zavedením kanyly: krvácení, stenóza, trombóza, infekce s pozdější sepsí. Pro nemocné zařazené do dialyzačního programu je výhodná chirurgicky vytvořená arteriovenózní fistule (AVF) mezi arterií radialis a véna cephalica. Nová AVF se může začít používat až 6 týdnů po našíti, aby se plně rozvinula. Pacient s AVF by měl dodržovat několik pravidel: neměl by zvedat těžké předměty, na této ruce nenosit těsné náramky, hodinky, chránit ruku před poraněním, nenechat si na této ruce měřit TK, nepoužívat AVF k náběrům krve. Přiložením ruky ucítíme na AVF pulzující vír. Fistule se během opakované punkce vyklene a je snadno dostupná. Komplikace: krvácení, hematoma, trombóza, aneuryzma, infekce. U pacientů se špatným cévním řečištěm se můžou použít žilní štěpy nebo umělé cévní náhrady (graft), které se našijí na paži, předloktí nebo trvalý permcath (dvouluminární, rentgenkontrastní silikonová kanyla s Filz-Cuff), která se zavádí nejčastěji do véna jugularis interna pod rengenem a je vybavena prstencem, který časem splyne s podkožím, a tím se zafixuje (Teplan, 2006, s. 386 - 388).

U každého pacienta před hemodialýzou lékař určuje: počet HD za týden, délku terapie, typ dialyzátoru, složení dialyzačního roztoku, dávku heparinu, množství ultrafiltrace, stanovení suché váhy (ideální váha po HD), pravidelné kontrolní náběry krve a odpovídá za dialyzační léčbu (množství erythropoetinu, Fe, vazače fosfátů, vitamínu D, metabolitů). Za přípravu dialyzačního přístroje a za napojení má velkou zodpovědnost sestra, která plní ordinace lékaře (Klener, 2006, s. 784).

4.1.1 Velmi časté komplikace při HD

Hypotenze (snížení TK) vzniká nejčastěji z nastavení velké ultrafiltrace. **Křeče** v končetinách způsobuje nedostatek tekutin a iontová nevyrovnanost při špatně zvoleném dialyzačním roztoku. **Dysekvilibrační syndrom** je rychlý pokles urey v krvi při terapii, ale malý pokles urey v likvoru. To způsobuje vysoký nitrolebeční tlak a otok mozku. **Krvácivé poruchy** jsou z předávkování léky na ředění (antikoagulancia). **Bolest hrudníku a zad** způsobuje alergie na dialyzátor. **Arytmie** nemocných ICHS. **Horečka** je projevem infekce cévního přístupu.

4.1.2 Nejčastější komplikace onemocnění ledvin

K srdečně – cévním onemocněním patří **ischemická choroba srdeční (ICHS)**, **infarkt myokardu (IM)**, **srdeční selhávání**, **cévní mozkové příhody (CMP)**. Jsou nejčastější příčinou úmrtí u dialyzovaných pacientů. Velké riziko zde hraje kouření, obezita! Léčení: důležitá je prevence (nekouřit, dostatek pohybu, zdravá výživa).

Anémii (chudokrevnost) způsobuje nedostatečná tvorba hormonu erythropoetinu v ledvinách. Jeho nedostatek způsobí útlum krvetvorby (snížená tvorba červených krvinek) v kostní dřeni a tím klesne jejich počet. Při HD dochází ke ztrátě až jednoho litru krve za rok, což je způsobeno pravidelnými krevními náběry a určitá část krve zůstane v HD setech přístroje. Příznaky nemoci: bledost, slabost, únava, dušnost, poruchy soustředění, snížená tělesná aktivita. Léčbou je doplnění Fe během dialýzy injekčně nebo infúzí. Dále injekční aplikace erythropoetinu (EPO) injekčně pod kůži nebo do setů během procedury. Množství se určuje podle hladiny hemoglobinu (červeného krevního barviva) v krvi, které se pravidelně kontroluje.

Hypertenze (vysoký krevní tlak) u ledvinového selhávání je velmi časté, pokud nedojde k jeho snížení, vede to ke zhoršení funkce ledvin, mozkové příhodě, ICHS, IM, kornatění tepen. Léčba: pravidelně užívat léky na snížení tlaku, omezení solení, dostatek pohybu, zákaz kouření.

Po delší době u většiny pacientů dojde k **zániku zbytkové funkce ledvin** a zástavě močení (anurii). U pacientů s anurií je důležité dodržovat omezení pití a potravin s velkým množstvím draslíku.

Renální osteopatie u nemocných s poruchou funkce ledvin je porucha kalciofosfátového metabolismu. Toto onemocnění kostí a příštítných tělísek má za následek kardiovaskulární poškození. Krystalky fosforu (P) a vápníku (Ca) se usazují (kalcifikují) téměř všude: kolem kloubů, v cévách, na srdečních chlopních, v kůži, ve spojivkách, plicích (Klener, 2006, s. 786). Léčba: udržet hladinu P, parathormonu (PTH) v normě a doplnit vitamin D, který pomáhá vstřebávat Ca. Omezit příjem potravin obsahující P, léky snižující hladinu P v krvi (vazače fosfátů), které se musejí užívat s potravou (www.bbraun-avitum.cz).

Infekce jsou závažnou komplikací a příčinou úmrtí pacientů na dialýze. Pacienti s CHSL mají sníženou obranyschopnost organismu (imunitu), to často vede k infekci cévního přístupu, uroinfekci, bronchopneumonii, virové hepatitidy B, C. Léčba: ATB, preventivní očkování na chřipku, virovou žloutenku typu B, dodržování zvýšené osobní hygieny a pokud možno vyvarovat se kontaktu s infekčním onemocněním (chřipka, nachlazení, angína, kašel).

Dialyzační amyloidóza je onemocnění spojené s délkou dialyzační léčby a ukládáním beta 2 – mikroglobulinu do kloubní tekutiny, kostí, nervů a šlach. Je projevem kontaktu krve s biokompatibilními dialyzačními membránami.

Krvácení u dialyzovaných pacientů způsobuje poruchu přilnavosti a slučování krevních destiček (trombocytopenie) a srážecích prvků. Projevují se náchylností k tvorbě modřin, krvácením z nosu, do zažívacího traktu, při chirurgických operacích. Při těchto krvácivých stavech se provádí citrátová dialýza (bez heparinu).

Poškození periferního nervového systému a CNS dochází u dialyzovaných pacientů při hromadění toxinů, které poškozují mozek (uremická encefalopatie). Periferní poškození se projevuje sníženou citlivostí a atrofií okrajových částí, hlavně dolních končetin.

Endokrinní poruchy jsou především poruchy hormonální k hyperprolaktémii, které vedou k impotenci a gynekomastii (zvětšení mléčné žlázy) u mužů. Ženy mají problémy s ovulací, poruchou menstruačního cyklu, infertilitou (neschopnost donosit životaschopné dítě).

Malnutrice (nedostatečná výživa) je velmi častá u pacientů na dialýze. Mohou za to metabolické změny a nedodržování správné výživy. Správná dieta musí dodržovat omezení tekutin, draslíku, fosforu a dostatečné množství bílkovin a energie. Správné množství bílkovin na den je 1,2 – 1,4 g/kg , energetický příjem 150 – 160 kJ/kg hmotnosti těla. Ke zpracování bílkovin je třeba dostatek energie, slouží-li bílkoviny jako zdroj energie, zvyšuje se hladina odpadních látek v těle (Schúck a kol., 1994, s. 59).

U **psychosociální problematiky** pacientů se selháváním ledvin je velmi důležitá psychika a sledování změny chování a vyrovnání se se změnou životní situace (Klener, 2006, s. 786 - 787).

4.2 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza (PD) je intrakorporální (uvnitř těla) metoda první volby, nahrazující funkci ledvin pomocí peritonea (pobřišnice), která 24 hodin 7 dní v týdnu funguje jako přirozený dialyzační filtr. PD se využívá jen výjimečně u akutního selhání ledvin, ale využívá se u léčby chronického renálního selhání.

4.2.1 Princip a technika provedení

Velikost pobřišnice je 1,7 – 2,0 m², ale díky mezoteliálním buňkám a jejich cytoplazmatickým výběžkům může být vnitřní plocha i 40 m². (S.Sulková, L. Nermutová, 1998, s. 5). Peritoneum má tři vrstvy: **první mesoteliální vrstva** vystýlající břišní dutinu, **druhá interstícium**, **endotel** (vnitřní výstelka cév) a **bazální membrány tvoří třetí vrstvu**. Jsou zde nejmenší póry a dochází k propustnosti jen vody (akvaporinů). Zde dochází k více než 50 % filtraci vody díky vodním kanálkům akvaporinům. Mezenterickými tepnami je viscerální peritoneum zásobováno krví a venózní krev odtéká do portálního oběhu, průtok krve je zde přibližně 70 ml/min. Vstřebané látky (glukosa,

inzulin, léky), které přešly z dialyzačního roztoku přes pobřišnici do krve, putují nejprve do jater a zde se mohou vstřebávat nebo znehodnotit (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007, s. 15).

Na transportu látek se podílí difuze a částečně i konvekce. Rychlost přestupu látek je podmíněn molekulovou hmotností a propustností peritonea. Klientovi se napustí a vypustí (po 3 - 10hodinách) ohřátý dialyzační roztok (37 °C) 1 – 3 litry do peritoneální dutiny pomocí peritoneálního katetru, opatřeným jedním nebo dvěma dakronovými manžetami, do kterých vrůstají fibrózní vlákna, a tím ho fixují. Intraperitoneální část katetru u dospělého klienta má 15 cm a posledních 7 cm je perforováno. V České republice se nejčastěji používají dva typy katetrů - Tenckhoffův, který je rovný a Swan-neck, který má kolénko a lépe se udrží v malé pánvi v oblasti Douglasova prostoru. Jeho vyústění směřuje distálně. Zavedení peritoneálního katetru je malý chirurgický výkon, který se provádí v lokální nebo celkové anestézii. Může být zaveden také laparoskopicky nebo punkcí (Sulková a kol., 1993, s. 11).

Dialyzační roztok je připraven do dvojitých vaků se setem přímo z výroby. Tento systém je neustále vylepšován, aby byl co nejbezpečnější a zabránilo se tak vzniku a šíření infekce. Důležitá je také snadná manipulace při výměně roztoku, protože po zaškolení v nemocnici si pacient vše zajišťuje sám nebo s pomocí rodinného příslušníka doma. Složení dialyzačního roztoku je podobné jako při HD, ale k zvyšování osmolality se užívá glukóza v koncentraci 1,36 % - 4,25 %, 70 – 198 mmol/l. Konečná osmolalita dialyzačních roztoků je 334 – 483 mosmol/l. Ponecháním roztoku delší dobu v peritoneální dutině dochází ke vstřebávání glukózy přes pobřišnici, osmotický tlak se postupně snižuje, dochází k přestupu dialyzačního roztoku do krevního oběhu. Materiál, ze kterého jsou vaky vyrobeny, nesmí uvolňovat změkčovadla, propouštět vodní páru, měl by být tepelně odolný (sterilizace), lehký a pevný. Dnes používáme roztoky ve dvou komorových vacích: v jedné komoře je glukóza s velkou koncentrací a nízkým pH, ve druhé je báze. Před podáním se obě komory smísí. Vaky mají port pro podání léků nebo slouží k odběru materiálu. Další vybavení je koncovka (transfer set), která spojuje peritoneální katetr se setem. Ta se napojí s titanovým adaptérem nebo plastovou spojkou ke katetru a je krytý uzávěrem. K vybavení na PD patří váhy, mincíř na změření vypuštěného dialyzačního roztoku, plotny na ohřev roztoku, stojany, pás pro znehybnění katetru k tělu, vaničky

s dezinfekcí, ochranné koncovky, dezinfekce, rukavice, ústenky, sterilní materiál k ošetření výstupu katetru z břicha.

4.2.2 Procedura peritoneální dialýzy

Máme dvě možnosti jak PD provádět. Za prvé ručně v režimu kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy (CAPD), což je nejčastěji používaná metoda (pacient si výměny provádí doma sám 4 x denně, napouštění a vypouštění roztoku je samospádem, pomocí gravitace). Za druhé pomocí přístroje (cykleru): dialyzační roztok je ponechán v peritoneální dutině přes den bez výměn a výměny jsou prováděny přes noc pomocí cykleru, 4 -5 výměn. Před samotnou výměnou musí pacient zkontrolovat vaky, sety, nejsou-li poškozené a ohřát roztok. Pak vezme dvouvak (jeden je prázdný), ke kterému je připojena Y spojka a ta se připojí na transfer set. Do prázdného vaku nechá dialyzát vyprázdnit z břišní dutiny pomocí klapky na koncovce. Pak se klapka uzavře a pustí se vak s novým roztokem. Set se propláchne 50 ml nového roztoku přímo do drenážního vaku. Po propláchnutí se drenážní vak zaklapne, otevře se koncovka pacienta a nechá se natéci nový dialyzační roztok. Po naplnění břišní dutiny se zavře koncovka, odpojí se Y set s vaky a nasadí se sterilní zátka na koncovku. Celá výměna trvá kolem 20 minut (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007, s. 24).

Druhy peritoneálního dialyzačního režimu: kontinuální (nepřetržitý), intermitentní (přerušovaný), alternativní (Sulková, Nermutová, 1998, s. 30- 31).

4.2.3 Výhody peritoneální dialýzy oproti hemodialýze

Není potřeba krevního přístupu (AVF), někdy se nedaří vytvořit AVF u diabetiků, nemocných ICH tepen a starých lidí. Nemusí se ředit krev heparinem proti vysrážení jako při HD. Nedochází ke kolísání krevního oběhu. PD může probíhat u malých dětí do 5 let. PD se provádí doma a odpadá cesta na HD, pacientům ušetří čas. Nedochází ke krevním ztrátám při napojení a odpojení jako u HD. Malé nebezpečí přenosu hepatitidy B a C, AIDSu. Výrazné zlepšení anémie. Delší čas zachování zbytkové funkce ledvin. Rychlejší nástup štěpu po transplantaci. Lepší a kvalitnější život (cestování, práce, méně

pobytů v nemocnici). Menší dietní opatření a v neposlední řadě se jedná o ekonomicky výhodnější metodu (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007, s. 57).

4.2.4 Kontraindikace peritoneální dialýzy

V žádném případě se neuvažuje o PD při ztrátě funkce pobřišnice (fibróza, srůsty). To způsobí nemožnost zavést peritoneální katetr (anatomické změny) a provádět výměny. Dále se neuvažuje o PD při špatném psychickém stavu pacienta (demence, psychóza), špatném sociálním zázemí a špatném dodržování hygienických návyků. Relativní kontraindikace jsou u pacientům po závažných břišních operacích, při neaktivním chronickém onemocnění střev, kolostomii, agresivní imunosupresivní léčbě, polycystóze ledvin, onemocnění plic, po stomii, těžké malnutrici, divertikulóze a musí se posoudit celkový stav nemocného (Sulková, 1993, s. 31).

4.2.5 Komplikace peritoneální dialýzy

Peritonitida je infekční zánět pobřišnice a je nejčastější a nejobávanější komplikací. Vstupem infekce může být špatná manipulace s katetrem, porušení zásady asepse. Infekce vstupuje katetrem, podél katetru proniká při tunelové infekci v místě vyústění a netěsnosti kolem katetru. Příznaky: velké bolesti břicha, pocit na zvracení a zvracení, zimnice a třesavka, problémy s vyprazdňováním, změněná barva dialyzátu, tvrdé břicho, zvýšení tělesné teploty. Opakované peritonitidy často vedou k vynucenému přechodu na hemodialýzu.

Metabolické komplikace představuje hyperglykemie, proteinová nedostatečnost, kdy proteiny přechází do dialyzátu a opačně se vstřebává glukóza. Příznaky: nechutenství, pocit plnosti.

Hernie (kýly) jsou velmi časté u 10 % pacientů na PD. Velmi časté jsou kýly pupeční, tříselné a často jde o kýly v jizvách po zavedení peritonálního katetru. U kontinuální ambulantní peritonální dialýzy jsou kýly častější pro větší nitrobřišní tlak po napuštění dialyzačního roztoku. Příznaky: nauzea, zvracení, bolest břicha. Při chirurgickém řešení se na 4 – 6 týdnů přechází na HD.

4.2.6 Negativní dopad peritoneální dialýzy na pacienty

Dochází k poškození peritonea (především mezoteliální části) při dlouhodobé peritoneální léčbě a opakovaných peritonitidách. Při změně vrstvy submezotelia může být tloušťka až 1000 um (norma 40 um), což potvrdíme biopsií peritonea (Opatrná, 2009, s. 9).

Pacient se ve velké míře podílí na léčbě, má velkou zodpovědnost za své zdraví (psychická zátěž), někdy může dojít k syndromu vyhoření. Zhoršuje se arterioskleróza zvýšením lipidů v krvi (hyperlipoproteinemie). Objevují se bolesti zad, bílkovina přechází do dialyzátu, po ztrátě diurézy nastane menší hyperhydratace. Dříve bylo zakázané plavání a koupání ve vaně. Dnes je to možné s pomocí sterilních sáčků na kolostomii (Bednářová, Dusilová Sulková a kol., 2007, s. 56 - 57).

5 PSYCHIKA A POTŘEBY CHRONICKY NEMOCNÝCH

V dnešním 21. století všichni víme, co je správné, jak nahlížet na chronicky nemocného kompletně bio-psycho-sociálně, což zahrnuje spolupráci sociálních, psychologických a biologických faktorů.

Vyrovnaní se s nemocí má různé fáze: Fáze adaptace, kterou můžeme přirovnat k optimistickému a radostnému období: „Ještě neumřu, budu se léčit, mám šanci. Bude to jako před onemocněním, budu zase chodit do práce.“ Období euforie většinou trvá pár týdnů, měsíců. Pak nastane návrat do reality všedních dnů. Nastávají stavy úzkosti, deprese, kdy nemocný žije, ale o vyléčení nemůže být řeč, naopak přibývají komplikace související s chronickým onemocněním ledvin (anémie, parathyreoidismu, kachexie, renální osteopatie, metabolická acidóza, sexuální problémy...). Pacient je pesimista, negativní: „Nemá to cenu, jsem k ničemu.“ Ztrácejí víru, mají depresi. Tento úsek může trvat pár týdnů nebo celý život s nemocí. Záleží na odolnosti pacienta vyrovnat se s nemocí a léčbou. Konečná fáze adaptace je dlouhodobá adaptace (vyrovnávání se s nemocí). Tyto fáze se u pacientů mohou prolínat, jako když jedete na horské dráze. Také je důležitá skutečnost, v jaké životní etapě se daný jedinec nachází a kdy dojde k chronickému onemocnění ledvin. Dojde-li k onemocnění ledvin v období dospívání (18- 24 let) nebo v rané a střední dospělosti (25-45 let) či v pokročilém věku.

Na začátku léčby jsou počáteční psychické reakce: šok, náhlá ztráta životní jistoty a bezpečí. Někdy, pokud se onemocnění objeví náhle a není na žádné přípravy čas, přichází období nejistoty. Především v této životní situaci pacienta by měli pomoci zdravotníci! Měli by si najít čas na podporu, na vyslechnutí pacienta, s čím se potýká a jak by mu mohli pomoci a nejen jemu, ale i jeho rodině. Následuje špatné prožívání léčby a krizové stavy. Řada pacientů má velký problém s napichováním jehel při napojení a mohou vzniknout až fobie. Tady by měl pomoci zkušený psycholog nebo psychoterapeut. Psychologické reakce na fyzické projevy: velký počet pacientů na začátku léčby dialýzou zažívá pocit únavy, jsou bez energie, jsou zklamáni. Citové strádání (deprivace) může vyvolat hněv proti samotnému pacientovi, jeho rodině nebo zdravotníkům. Silné citové prožívání (úzkosti, hněv, deprese, smutek) vede k tomu, že se pacient cítí nemocí ohrožen a je úzkostlivý. Domnívá-li se, že mu chronické onemocnění ledvin znemožňuje dosažení

životních cílů, pociťuje hněv a vztek. Pocity ze ztráty vedou k pocitům smutku a depresi. Selhání budoucího zdraví, síly a dlouhého života vede k nedůvěře k svému zdravotnímu stavu a z pacienta se stává hypochondr. V sexuální oblasti dochází vlivem onemocnění ke zhoršení, což způsobuje až ztrátu sebeúcty, odmítání sebe sama: „Jsem k ničemu, jsem přítěží, jsem bezmocný.“ Životním ochuzením je stav pacienta, který ztrácí víru ve své sny a po propuknutí nemoci nežije, ale přežívá. Snažme se pomoci pacientům přenést se přes negativní myšlenky, na které mají nárok a znovu nalézt smysl života (EDTNA/ERCA, 2004, s 27- 29).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

6.1 Hlavní problém

Ve své praktické části bakalářské práce popisují kvalitu života pacientů, kteří podstoupili vynucený transfer z hemodialýzy na peritoneální dialýzu.

6.2 Dílčí problémy

1. Zjistit, jaká dialyzační metoda danému pacientovy vyhovovala více a kterou by preferoval při své léčbě.
2. Porovnat výsledky kvalitativního výzkumu jednotlivých pacientů.
3. Zjistit, na co by pacienti po předešlé zkušenosti sami upozornili při svém rozhodování mezi dialyzačními metodami.

7 CÍL A ÚKOL VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů, kteří během své léčby chronického selhání ledvin podstoupili obě dialyzační metody - hemodialýzu i peritoneální dialýzu. Určila jsem si základní výzkumné otázky: Jak vnímají sami pacienti změnu dialyzační metody a jakým přínosem nebo naopak zátěží pro ně samotná změna byla. Jak ovlivnila nová léčba stávající rodinný a pracovní život. Zjistit, na co by sami pacienti upozornili při rozhodování, jakou dialyzační metodu zvolit, a tím pomoci při rozhodování budoucím pacientům.

8 METODIKA

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu mi umožňoval, abych se podrobně zajímala o pacienty, kteří podstoupili vynucený transfer mezi HD a PD či naopak. Informace jsem získávala polostrukturovanými rozhovory.

K provedení rozhovorů jsem oslovovala pacienty, kteří docházejí na oddělení hemodialýzy. Téma bakalářské práce jsem zvolila „Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů“. Porovnávala jsem dvě metody dialýzy u pacientů, kteří podstoupili vynucený transfer. Zajímala jsem se o jejich pocity, kvalitu života a spokojenost s jednotlivými metodami. Podrobný popis této problematiky mi zajistil kvalitativní výzkum.

9 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumné otázky jsem vytvořila tak, aby odpovídaly charakteru bakalářské práce. Při sestavování otázek jsem vycházela z mého osobního kontaktu s pacienty na oddělení hemodialýzy, kde pracuji již čtyři roky.

- 1) Jak se Vám změnila psychika při změně metody?
- 2) Ovlivnila Vám změna metody pracovní život?
- 3) Jak se změnila Vaše doba ošetření při změně metody?
- 4) Jak hodnotíte Vaše nové připojení při změně metody?
- 5) Jak hodnotíte Vaši změnu metody při trávení volného času?
- 6) Jaké změny v pitném režimu jste musel učinit při změně metody?
- 7) Jak se změnil Váš jídelníček při změně metody?
- 8) Jakým způsobem se Vám změnila kvalita spánku při změně metody?
- 9) Jak vnímáte své tělo při změně metody?
- 10) Došlo u Vás ke změně medikace léků při změně metody?
- 11) Jak Vám ovlivnila změna metody rodinný život?

10 VZOREK RESPONDENTŮ

Pro výběr případu jsem oslovila pacienty, kteří vynucený transfer zažili a byli ochotni se o své zkušenosti s jednotlivými dialyzačními metodami podělit.

Pracuji na dialyzačním středisku ve FN Plzeň a proto jsem oslovila pacienty tohoto střediska. Požádala jsem je o spolupráci a vysvětlila jim, čeho se výzkum týká a proč jsem si vybrala právě je. Zdůraznila jsem, že veškeré informace použiji pouze anonymně, jen za účelem vypracování bakalářské práce.

Rozhovory jsem prováděla na oddělení hemodialýzy, které jsem se svolením pacientů zaznamenala na diktafon. Po kompletaci studie jsem záznamy rozhovorů vymazala. Polostrukturované rozhovory s pacienty trvaly kolem 50 minut. Oslovila jsem též vedení FN Plzeň, aby mi umožnilo a povolilo daný výzkum. Souhlasy dokládám v příloze.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

11.1 První respondent

Prvním respondentem je muž ve věku 50 let. Sledován v nefrologické ambulanci od 18 let, kam byl odeslán po zjištění bílkoviny v moči při odvodu branců, do té doby byl zdravý. Zde byl sledován 7 let, do zhoršení stavu, kdy se rozvinuly otoky. Hemodialyzační léčba zahájena v roce 1990. Po roce léčby - příbuzenská transplantace, dárce byl otec.

Po 9 měsících provedena graftektomie (odebrání transplantátu) pro rekurenci základního onemocnění FSGS (Fokální segmentální glomeroskleróza) ve štěpu a navrácení na HD. Musela být zavedena nová AVF, ta původní zanikla. Pro špatný stav cév při agresivní imunosupresivní léčbě založena AVF až při 3. pokusu. Při hemodialyzační léčbě AVF praskla a pacientovi byla zavedena dialyzační kanyla.

V roce 1992 proběhl vynucený transfer z HD na PD pro špatný krevní přístup. Na PD byl mezi prvními pacienty, kteří zahájili činnost peritoneální ambulance ve FN v Plzni. Mezi tím byla v roce 1994 provedena druhá transplantace od zemřelého dárce (kadaverózní ledvina). Funkce štěpu trvala 6 měsíců, ale znovu se objevil nefrotický syndrom.

CAPD od roku 1992. Závažná komplikace peritonitidy způsobila, že v roce 1993 následoval dočasný návrat na HD. Po vyléčení pacient opět přešel na CAPD. V roce 1997 došlo k návratu na HD, protože se zhoršila funkce peritonea. CAPD začala být nevyhovující pro zvýšenou propustnost. Při normálním příjmu tekutin docházelo k častým otokům dolních končetin.

Muž je rozvedený a má dvě třináctileté dcery – dvojčata, která má ve střídavé péči. Bydlí v rodinném domku společně s matkou (72 let), o kterou pečuje. Otec zemřel před rokem ve věku 78 let. Pracuje jako pojišťovací konzultant na živnostenský list.

11.1.1 Rozhovor s respondentem č. 1

Jak se změnila Vaše psychika při změně metody?

Změnu metody z HD na PD jsem považoval za velký přínos. Skončil stres z nemocnice, z napichování jehel, zbavil jsem se závislosti na přístroji, nemusel jsem dlouhé hodiny trávit v sanitce a čekáním na ni. Byla to velká úleva, psychicky jsem se srovnal díky PD a přijal toto onemocnění.

Po návratu k HD metodě nastal zvrát psychiky. Po prodělané plicní embolii ve spánku jsem musel navštívit psychiatra. Měl jsem panickou hrůzu usnout, trpěl jsem nespavostí a depresemi. Léčil jsem se rok, užíval jsem antidepressiva.

Ovlivnila změna metody Váš pracovní život?

Změna metody z HD na PD mě v pracovní činnosti neomezovala. Pracuji jako pojišťovací konzultant a v té době před 16 lety jsem pracoval z domova. Schůzky s klienty jsem si sjednával po telefonu, jak jsem potřeboval já a jezdil za nimi domů. Ani dnes mě změna z PD na HD neobtěžuje. Dnes mám kancelář ve středu Plzně a dojíždím do práce každý den autem a na HD si chodím na pět hodin odpočinout. Při proceduře spím, pracuji na počítači, vyřizuji telefonáty, což u mě před 25 lety nebylo možné. Po HD mi bývalo špatně a býval jsem unavený. Dnes je mi dobře, nejsem unavený, napichování jehel už mi nevadí. Z nemocničního prostředí se mi už nedělá špatně, s pacienty na terapii si mohu bezstarostně popovídat. Sestřičky po 25 letech znám jménem a mám k nim i lékařům plnou důvěru.

Jak se změnila Vaše doba ošetření, při změně metody?

Ano, při HD jsem strávil i s cestováním v sanitce 8 hodin, to bylo pekelné. Viděl jsem pacienty, které jsem znal z nefrologické ambulance, jak se ztrácejí před očima. Jejich vyschlé, šedivé postavy, věčně nespokojené, kteří měli hemodialýzu i na 8 hodin. „Tak to mám pěkné vyhlídky!“, říkal jsem si, „to je má budoucnost.“ Dnes jsem s docházením na HD vyrovnaný a díky novým postupům a lékům mně po HD není špatně

a nejsem unavený jako na začátku léčby v roce 1990. Časově mně samotná HD trvá 5 hodin a hodinu na cestu, díky dopravě vlastním autem.

Při PD jsem strávil napouštěním a vypouštěním dialyzačního roztoku 15 minut. Měl jsem zlepšovák - při napouštění dialyzačního roztoku jsem měl vak hodně vysoko, při vypouštění jsem byl na stoličce, tím jsem proceduru urychlil o 10 minut. Celkově za den jsem měl 4 výměny po 15 minutách, to je celkově 60 minut.

Jak hodnotíte vaše nové připojení při změně metody?

Negativně hodnotím napojování při HD na dialyzační kanylu. Bylo mi nepříjemné, že kanylu jsem těžko mohl maskovat, aby nebyla vidět na krku a časté zalomení a nefunkčnost mě stresovalo. Kladně hodnotím ukončení po HD. Odpadá čekání na zastavení krvácení po vyndání jehel a bolest při napojování na AVF. Ze začátku jsem si nemohl zvyknout a dělalo se mi špatně z pohledu na dvě jehly v ruce. Dnes jsem v pohodě, už na tom nic děsivého nevidím.

Na PD je důležité dodržování standardů při vlastní výměně a zamezení vstupu a šíření infekce, používání sterilních pomůcek a dezinfekce. Po týdenní edukaci v nemocnici jsem vše zvládal. Problém s napojením jsem neměl.

Jak hodnotíte Vaši změnu metody při trávení volného času?

Na začátku léčby jsem byl po HD strašně unavený. O sportu jsem si mohl nechat jenom zdát, a to jsem do 18 let aktivně hrál tenis, fotbal, hokej, jezdil na kole. Najednou bylo všechno pryč a všechno se točilo kolem nemoci. Den po HD jsem už jenom odpočíval. Měl jsem velmi nízkou hladinu hemoglobinu, trpěl jsem anémií.

Dnes po HD můžu jezdit autem a chodit do práce, dělat běžné nákupy, opravy a úpravy kolem domu a na zahradě. Rád rekreačně jezdím s dcerami na kole, do aquaparků a vyrážíme na výlety po hradech a zámcích v České republice. Moc si pochvaluji prázdninové dialýzy, které hlavně o prázdninách rád využívám. Díky této možnosti můžu cestovat do zahraničí. Letošní prázdniny pojedeme s dětmi a přítelkyní k moři do Chorvatska.

Po změně léčby na PD jsem začal zase rekreačně sportovat, hrát tenis, fotbal, jezdit na kole. Nebyl jsem unavený. Měl jsem chuť do života a v této době jsem poznal svoji budoucí ženu. Oženil jsem se a po dvou letech se nám narodily děvčátka - dvojčata. Můj svět se začal točit kolem rodiny. Psychicky jsem se srovnal a byl šťastný a spokojený.

Jaké změny v pitném režimu jste musel učinit při změně metody?

Na HD jsem měl prvních 15 let problémy s dodržováním pitného režimu, měl jsem neustálý pocit žízně. Dnes už pocitem žízně netrpím, vypiju bez problémů pouhý litr denně, jsem ve váhové toleranci do další HD.

Na PD je to s pitným režimem podstatně lepší, mohl jsem si dovolit vypít větší množství tekutin, kolem 2 litrů.

Jak se změnil Váš jídelníček při změně metody?

Jídelníček se při změnách metody nezměnil, problém s vyšším fosforem zůstal. Snažím se vyvarovat potravinám s vysokým obsahem fosfátu (P), nejím tavené sýry, kakao, ořechy, čokoládu. Snažím se nepoužívat masox, vegetu, grilovací koření a při jídle užívám vazače fosfátů.

Jakým způsobem se změnila Vaše kvalita spánku při změně metody?

Se spánkem jsem neměl problém. Vždy jsem spal dobře, ale ve spánku jsem dostal plicní embolii a od té doby jsem nemohl spát. Báł jsem se usnout, měl jsem úzkostné stavy. Báł jsem se, že se neprobudím. V té době jsem chodil na HD. Myslel jsem, že se zblázním a začal jsem se léčit na psychiatrii a užíval antidepresiva. To trvalo zhruba jeden rok. Dnes usínám bez prášků a spím dobře.

Na PD žádné změny se spánkem nebyly.

Jak vnímáte své tělo při změně metody?

Na začátku léčby při HD jsem se strašně bál, nemohl jsem se ani pohnout. Sledoval jsem jen hodiny a monitor a modlil se, aby to už skončilo. Bál jsem se napichování; neustálé problémy z AVF. Při HD jsem měl vysoký krevní tlak. Moje tělo bylo v neustálém stresu. Kolem mě leželi samí staří nemocní pacienti, které jsem znal z nefrologické ambulance a bylo na nich vidět, jak z nich postupně prchá život. Bylo to hrozné! Po HD jsem byl unavený, neschopný nic dělat. Dnes už mě dialyzační procedura nestresuje, jsem psychicky vyrovnaný. Chodím na ranní program od 6 – do 11 hodin, pak vyrazím do práce. Do nemocnice jezdím autem, což dříve nebylo vůbec možné kvůli mému špatnému fyzickému i psychickému stavu. Cítil jsem se jako troška bez budoucnosti. Naštěstí jsem měl skvělé rodiče, kteří mě drželi nad vodou. Jinak bych to vše nikdy nemohl ustát.

Na PD je nepříjemné vyústění peritoneálního katetru z břišní dutiny. Tehdy jsem byl mladý (26 let) a sám. Měl jsem strach, že si nenajdu žádnou dívku. Cítil jsem se méněcenný oproti mým kamarádům. Při seznamování s dívkou jsem byl nejistý. Do inzerátu jsem napsal: „Mladý muž s tělesnou vadou hledá partnerku.“ Seznámil jsem se s dívkou, se kterou jsem se po dvou letech oženil. Hodně mně v té době pomohla, hlavně psychicky. Začal jsem si věřit a neřešil svůj vzhled. Měl jsem budoucnost, chuť do života. V této době se nám narodily holčičky - dvojčátka.

Došlo u Vás ke změně medikace léků při změně metody?

Na HD musím brát léky na ředění krve antikoagulancia, dříve jsem často dostával transfuze krve. V krevním obrazu jsem míval velmi nízkou hladinu hemoglobinu, ale po zavedení léčby erythropoetinem se vše upravilo.

Na PD odpadá ředění krve. Anémie se u mě projevila velmi mírná a po několika letech není nutné podávat erythropoetin.

Jak Vám změna metody ovlivnila rodinný život?

Ze začátku léčby jsem byl v rodině středem pozornosti, vše se točilo kolem mé nemoci. Po HD jsem nemohl rodičům pomáhat s domem a zahradou, byl jsem unavený. Pro rodiče bylo obrovskou psychickou zátěží vyrovnat se s tím, že jsem chronicky nemocný, že jsem nedokončil studia na vysoké škole. Co budu dělat? Po určitém čase se můj život ustálil. Nebyl jsem jen v nemocnici; začal jsem plánovat a hledět do budoucnosti optimisticky. Dnes docházím na HD v klidu, nemocniční prostředí mě nestresuje. Jezdím autem, a tím jsem se zbavil nekonečného čekání na sanitku. Všechny sestřičky znám jménem, jim i lékařům plně důvěřuji. Na zavádění jehel jsem si zvykl a dnes mi to nečiní žádné potíže. Léčbu dobře snáším a po zbytek dne se můžu aktivně věnovat práci, rodině a koníčkům.

Změna na PD byla pro mě vysvobozením. Nemusel jsem do nemocnice a podstupovat bolestivé napichování na HD. Zodpovědnost za léčbu jsem velkou mírou převzal do svých rukou. Neustále jsem se podceňoval a nevěřil si. Mohl za to peritoneální katetr, se kterým jsem se musel vyrovnat. To se postupem času změnilo. Našel jsem si partnerku, narodily se mi dcery a můj život dostal nový impuls.

Co byste doporučil při Vaší zkušenosti s dialyzačními metodami budoucím pacientům při jejich rozhodování?

Jestli je to jen trochu možné, doporučil bych určitě peritoneální dialýzu a minimalizoval tak časté dojíždění do nemocnice. PD je šetrnější a nedochází ke křečím, hypotenzi. Při dlouhodobých psychických problémech navštívit odborníka a nezůstávat se svými problémy sami, nechat si pomoci vyrovnat se s chronickým onemocněním. Pro mě je dnes snazší život s HD, protože se nemusím celý den starat o výměny. Ráno přijdu a za 5 hodin odcházím s čistou hlavou.

11.2 Druhý respondent

Druhý respondent je muž ve věku 68 let. Dnes je dva roky po transplantaci a žije s manželkou. Jejich dvě odrostlé dcery mají své rodiny a žijí samostatně. Do nefrologické ambulance byl poslán v roce 2010 pro zhoršení IgA nefropatie. Zde byl sledován půl roku a při akutním zhoršení ledvinových funkcí byl zařazen do pravidelné dialyzační léčby. Na hemodialýze zůstal dva měsíce, mezitím se připravoval na PD. Spolu se založením peritoneálního katetru došlo k úpravě pupeční kýly v celkové anestezii. Za tři týdny po zavedení byla zahájena CAPD. Po třech letech na peritoneální dialýze se podařila transplantace.

11.2.1 Rozhovor s respondentem č. 2

Jak se změnila Vaše psychika při změně metody?

Hemodialyzační léčbu jsem špatně snášel. Dělalo se mi špatně, často mi kolísal tlak. Měl jsem strach z každého alarmu na dialyzační mašině. Byl jsem napojen na permcath zavedený v jugulární žíle, který byl velmi citlivý na pohyb a já se cítil jako přikovaný na lůžku, protože jsem se nesměl čtyři hodiny ani pohnout. Bylo to velmi psychicky náročné.

Z CAPD jsem ze začátku měl strach, zda vše zvládnou. Po týdenní edukaci v nemocnici jsem zvládal provádění výměn bez problémů díky vlídnému přístupu sestřičky, která mě měla na starosti. Psychicky jsem byl v pořádku.

Ovlivnila změna metody Váš pracovní život?

Už jsem byl v invalidním důchodu, nemělo to na můj pracovní život žádný vliv.

Jak se změnila Vaše doba ošetření, při změně metody?

Při hemodialýze trvalo ošetření i s cestou do nemocnice šest hodin. Bylo to utrpení. Ráno jsem odjížděl před pátou hodinou a vracel jsem se odpoledne opět kolem páté.

Při CAPD mi celá výměna trvala dvacet minut i s převazem katetru. Výměnu jsem prováděl první měsíc třikrát denně, ale to bylo málo. Výměny se musely zvýšit na čtyřikrát denně. Dohromady mi to zabralo pouze 80 minut.

Jak hodnotíte Vaše nové připojení při změně metody?

Nové připojení na CAPD bylo šetrnější, neměl jsem s ním žádný problém. Napojení na permcath bylo velmi problémové. Kanyla se mi často přisávala a celou dobu jsem se bál pohnout.

Jak hodnotíte Vaši změnu metody při trávení volného času?

Po HD jsem byl často unavený a neměl jsem čas ani sílu pracovat na zahrádce.

Při CAPD jsem nebyl unavený, protože metoda je velmi šetrná. Mohl jsem s ní cestovat. Měl jsem vyčleněný cestovní košík s materiálem na výměnu a nebyl problém ji provést mimo domov.

Jaké změny v pitném režimu jste musel učinit při změně metody?

Nebyl jsem zvyklý moc pít, proto nebyl problém dodržovat stanovené omezení pitného režimu na jeden litr denně na HD. Při PD ke změně též nedošlo.

Jak se změnil Váš jídelníček při změně metody?

Jídelníček jsem měl v normálu, nedodržoval jsem žádnou dietu. Při změně metody jsem nic neměnil.

Jakým způsobem se Vám změnila kvalita spánku při změně metody?

Před HD jsem špatně spal, často jsem se probouzel, abych nezaspal a sanitka na mě nemusela čekat a bál jsem se návštěvy nemocnice. Také jsem musel užívat léky na spaní.

Při CAPD jsem žádné léky brát nemusel, spal jsem dobře.

Jak vnímáte své tělo při změně metody?

S permcathem jsem neměl žádné problémy ani s peritoneálním katetrem.

Došlo u Vás ke změně medikace léků při změně metody?

Na HD jsem musel brát léky na ředění krve a léky na spaní. Při CAPD jsem tyto léky užívat nemusel.

Jak Vám ovlivnila změna metody rodinný život?

HD podstatně zatížila moji rodinu. Často jsem byl dlouhé hodiny pryč z domova, kde na mě čekala moje manželka, která měla o mě velký strach. Byla na mně závislá, proto se mnou každé ráno vstávala a poté čekala, až se vrátím. Vše velmi intenzivně prožívala.

Na CAPD jsem mohl zůstat doma se ženou, trávit více času na zahradě a pomáhat jí s domácností a hlídáním našich vnoučat, které máme velmi rádi. Protože je metoda velmi šetrná, měl jsem dostatek sil si užívat života s mými nejbližšími. Jednoznačně doporučuji CAPD. Za celé tři roky jsem neměl vážné zdravotní problémy, s kterými bych musel být hospitalizován v nemocnici.

Co byste doporučil při Vaší zkušenosti s dialyzačními metodami budoucím pacientům při jejich rozhodování?

Já bych jednoznačně doporučil domácí peritoneální dialýzu, která je šetrnější. Nebývalo mi po ní špatně, mohl jsem více času trávit doma se svojí rodinou, odpadlo nekonečné čekání na sanitku a 2 hodinová zpáteční cesta. Nejdříve jsem měl obavu, že si nezvládnou dělat výměny sám, ale po zaškolení v nemocnici byl tento strach pryč a já jsem to hravě zvládal. Chtěl bych pochválit zdravotní sestru Markétu, která se mnou měla velkou trpělivost a vše mi podrobně vysvětlila tak, že jsem to rychle pochopil.

11.3 Třetí respondent

Respondentka je žena ve věku 32 let, nevidomá, diabetička. V současné době je vdaná, vychovává s manželem dvě děti ve věku 3 a 9 let. Komplikace nastaly v roce 2001 při prvním těhotenství. Stěžovala si na otoky nohou a vysoký krevní tlak, který způsobil slepotu. Ve druhém těhotenství, které probíhalo v roce 2008, měla pacientka zvýšené renální testy a proteinurii. Těmito problémy se nezabývala. Nefrologickou ambulanci navštívila pouze jednou v roce 2009 i přesto, že byla lékaři poučena a měla chodit na pravidelné kontroly. Celkový zdravotní stav se jí zhoršil. Dostala zápal plic a brala 14 dní antibiotika. Léčba nezabírala, ale naopak se vše zhoršovalo, až nemohla dýchat. Převodněnou ji přijali do nemocnice, kde lékaři provedli akutní hemodialýzu. Po dvou měsících byla převedena na domácí peritoneální dialýzu.

11.3.1 Rozhovor s respondentem č. 3

Jak se Vám změnila psychika při změně metody?

Při HD jsem byla velmi psychicky labilní. Měla jsem velké starosti s hlídáním dětí, když jsem musela opustit domov na šest hodin 3x týdně a jet do nemocnice na hemodialýzu. Babičky v tu dobu ještě pracovaly, manžel chodil na směny do práce a nemohli se vždy z práce uvolnit. V horších případech zůstaly děti doma samy. Starší dcera chodila do třetí třídy základní školy. Byla velmi šikovná a statečná, když se starala o svého mladšího sourozence. Mohla jsem je kontrolovat pouze telefonicky.

Sestřičky na oddělení byly zpočátku zaskočené z mé slepoty, protože svoji práci dělají automaticky a nejsou zvyklé všechno dopodrobna vysvětlovat, jako to bylo v mém případě. Potřebovala jsem vědět, kdy a co přesně sestra nebo doktor zvedá, zapíná, vypíná a co se děje kolem mě a v mém okolí. Děsily mě zvuky, které jsem neznala. Před každou hemodialýzou jsem večer zvracela, nemohla jsem spát a často jsem se budila se strachem, co se bude dít v nemocnici.

Na PD je vše jinak. Cítím se uvolněněji, jsem doma s dětmi, odpadlo cestování a nemusím shánět hlídání pro děti a mít o ně strach. Spím klidněji. Z výměn nemám strach, je to pro mě pohodlnější. V začátcích mi hodně pomohla moje starší dcerka. Rychle se

naučila, jak se výměny provádí, a protože nevidím, vše mi společně s manželem velmi ulehčovala. Dnes si vše obstarávám sama. Snažím se tím co nejméně zatěžovat rodinu.

Ovlivnila Vám změna metody pracovní život?

Jsem invalidní důchodce a v době léčby jsem byla na mateřské dovolené, takže jsem žádné pracovní změny neřešila.

Jak se změnila Vaše doba ošetření při změně metody?

Na HD jsem chodila 3x v týdnu na 4hodiny. S dopravou vše trvalo 6 hodin, což je 18 hodin týdně mimo domov.

CAPD jsem prováděla 4x denně. Výměna trvala 20 minut i s převazem, což je hodinu 20 minut denně. Týdně mi to zabere 9 hodin 20 minut, ale jsem stále doma. To je rozhodně pozitivní.

Jak hodnotíte Vaše nové připojení při změně metody?

Na HD mi všechno sestry musely vysvětlovat.

Na CAPD si dělám vše sama. Nebyl to žádný problém, s permcatem ani s kanylou jsem si nedělala hlavu.

Jak hodnotíte Vaši změnu metody při trávení volného času?

Po HD jsem cítila velkou únavu, na nic jsem neměla chuť ani sílu, chodila jsem s rodinou jen na malé procházky.

Po CAPD mohu chodit na delší procházky, necítím únavu. Od té doby, co mám vodícího psa, chodím na delší procházky a mohu si dovolit i vyjít sama na nákup do města a pro syna do školky. Stala jsem se více samostatnou a cítím se se svým vodícím psem bezpečněji.

Jaké změny v pitném režimu jste musela učinit při změně metody?

Na HD docházelo při ultrafiltraci dvou litrů ke křečím po celém těle, snížení krevního tlaku. Bylo mi velmi špatně. Sestřičky mi musely podávat infuze k regulaci tlaku. Při křečích jsem dostávala hořčík, po kterém jsem brzy cítila úlevu. Doma jsem se bála napít po špatné zkušenosti s nízkým tlakem a křečemi.

S CAPD jsem pitný režim jen mírně omezila. Žádné jiné problémy se neobjevily.

Jak se změnil Váš jídelníček při změně metody?

Na HD mi přibylo k diabetické dietě ještě omezení fosfátu v potravinách.

Na CAPD se jídelníček nezměnil, dále užívám fosfátové vazáče během jídla. Často trpím na zácpu, proto jsem si přidala do jídelníčku 6 jablek denně a na pročištění střev jsem zakoupila v lékárně přírodní písek.

Jakým způsobem se Vám změnila kvalita spánku při změně metody?

Před HD: stres, strach, poruchy spánku, časté buzení, velká únava z nevyspání, zvracení

Na CAPD: zlepšení spánku, žádné větší problémy.

Jak vnímáte své tělo při změně metody?

Tělo vnímám dobře, psychicky jsem se z toho nehroutila, hadičky v těle mi nevadí ani při jedné metodě a nemám s nimi problém ani v intimním životě.

Došlo u Vás ke změně medikace léků při změně metody?

Ano, na CAPD jsem již dále neužívala léky na ředění krve a kvůli zácpě jsem začala pravidelně užívat laktulózu. Snížily se mi dávky antidepressiv.

Jak Vám ovlivnila změna metody rodinný život?

Na HD jsem byla úplně zničená, podléhala jsem únavě, bolestem. Měla jsem strach o děti, protože jsem je někdy musela doma nechat samotné. Bála jsem se napít, aby mi nebylo špatně. Sáhla jsem si až na úplné psychické dno, kdy jsem musela vyhledat lékařskou pomoc a začít brát léky na deprese. Asi bych se zbláznila.

Na CAPD se cítím mnohem lépe. Nejsm unavená, mám více síly a času pro své nejbližší. Jsem více soběstačná a více užitečná pro okolí. Život se mi zlepšil minimálně o 96%.

Psychicky jsem na tom mnohem lépe. V noci dobře spím, nemám zlé sny.

Co byste doporučila při Vaší zkušenosti s dialyzačními metodami budoucím pacientům při jejich rozhodování?

V každém případě CADP. I přes svůj handicap lze metodu dobře zvládnout a díky ní mít kvalitnější život. Ale všechno má své pro i proti. Při HD jsem se seznámila v nemocnici s pacienty se stejným zdravotním problémem a dodnes s nimi udržuji kontakty. Často si telefonujeme a navzájem se podporujeme. Abych se doma neuzavřela, pomohl mi velice můj vodící pes.

11.4 Čtvrtý respondent

Čtvrtou respondentkou je žena ve věku 65 let. V roce 1983 byla sledovaná v nefrologické ambulanci. Po půl roce začala s léčbou na CAPD. Po půlroční léčbě se povedla transplantace. Po osmnácti letech jí po gynekologické operaci selhala ledvina a nemohla se vrátit na CAPD, proto se léčila hemodialýzou. Před rokem ovdověla. Doma zůstala sama, její dvě dcery žijí samostatně.

11.4.1 Rozhovor s respondentem č. 4

Jak se Vám změnila psychika při změně metody?

Psychicky jsem byla na dně. Zemřel mi manžel, selhala mi ledvina a musela jsem se vrátit k HD. Vyrovnávala jsem se s nepříjemnými pocity při zavádění jehel. Bála jsem se závislosti na přístroji. Časem jsem si zvykla a dnes už nejsem vystrašená z každého alarmu na přístroji. Pomohl mi i vlídný přístup sestřiček a přátelské rozhovory s pacienty.

Na CAPD jsem se už nemohla vrátit po gynekologických komplikacích. Byla jsem z toho velmi smutná, metoda mi předtím velmi vyhovovala. Nemusela jsem dojíždět do nemocnice, strávila jsem doma více času s mužem, který byl v té době těžce nemocný.

Ovlivnila Vám změna metody pracovní život?

Do práce už jsem nechodila, protože jsem měla invalidní důchod, takže se pro mě nic nezměnilo.

Jak se změnila Vaše doba ošetření při změně metody?

Na HD jsem ležela 4 hodiny 3x v týdnu + doprava 2 hodiny. Celkově mi to zabralo 18 hodin týdně.

Na CAPD jsem si v rodinném prostředí dělala výměny 4x denně, celkové ošetření trvalo 20 minut. Celkově jsem ztratila 1 hodinu 20 minut ze svého času. Týdně to dělalo 9 hodin 20 minut.

Jak hodnotíte Vaše nové připojení při změně metody?

Ze začátku léčby jsem nesnášela napojování. Bála jsem se bolesti při aplikaci jehel do AVF a měla jsem neustálý strach, jestli se neobjeví komplikace a moje ošetření se tím neprodlouží a nebudu zdržovat dalšího pacienta, který čeká na HD.

Když mi oznámili, že nebudu moci chodit na CAPD, byla jsem velmi smutná, protože jsem tuto metodu už znala a upřednostňovala ji před HD. Přinesla mi velké ulehčení do života.

Jak hodnotíte Vaši změnu metody při trávení volného času?

Při HD jsem byla moc unavená, takže jsem neměla sílu dojíždět na chatu, kterou mám od bydliště vzdálenou 10 kilometrů. Poté co jsem měla autonehodu, přestala jsem jezdit autem a dopravování bylo složitější. Z chaty jsem si udělala sezónní bydlení na léto a přes zimu bydlím v panelovém domě v Plzni. Do nemocnice mě dopravuje sanitka. V létě jsem zvažovala prázdninovou HD v zahraničí, ale mám strach cestovat sama.

Na CAPD jsem jezdila s manželem na dovolené k moři. Nebyl problém odvézt materiál do zahraničí. Firma, která mi dodávala tento materiál na výměny, vše zajistila a poslala mi ho na místo pobytu. Volný čas jsem trávila na chatě. Ráda jsem se starala o zahradu. Čistý vzduch a hodně prostoru byl rájem pro mé psy.

Jaké změny v pitném režimu jste musela učinit při změně metody?

Na HD jsem musela hodně omezit pitný režim, protože už nemočím. Měla jsem neustálý pocit žízně a nejhorší to pro mě bylo v létě, v období parna a sucha. Sestřičkami jsem byla poučena, jak pocit žízně potlačit, takže nosím balíčky žvýkaček neustále při sobě. Doma jsem cucala citronové kostky ledu, které jsem si vytvářela.

Na CAPD nenastalo žádné omezení. Ještě jsem měla částečně zachovanou funkci ledvin, denní diuréza byla 1 litr. Mohla jsem vypít 1,5 litru tekutin denně, což mi vyhovovalo.

Jak se změnil Váš jídelníček při změně metody?

HD: Protože se i v jídle nachází voda, musela jsem si dávat pozor na potraviny, které obsahují hodně vody a soli. Z jídelníčku jsem vyřadila rajčatové a okurkové saláty, polévky, pochutiny s vyšším obsahem soli, jogurtové nápoje a zmrzlinu.

CAPD: Nenastalo žádné omezení, mohla jsem jíst vše. Žádnou dietu jsem nedržela.

Jakým způsobem se Vám změnila kvalita spánku při změně metody?

Na HD mi nespavost zapříčinil stres. Musela jsem si pomáhat léky na spaní. Při CAPD jsem spala krásně.

Jak vnímáte své tělo při změně metody?

Ani při jedné z metod jsem neměla problém.

Došlo u Vás ke změně medikace léků při změně metody?

Na HD jsem měla psychické problémy, proto jsem začala užívat antidepresiva, léky na spaní a ředění krve. Objevily se bolesti kloubů, kvůli kterým často užívám analgetika. Zvedla se mi dávka prednisonu.

Jak Vám ovlivnila změna metody rodinný život?

Při HD jsem musela často odjíždět na dlouhé hodiny z domova. Do toho jsem se starala o velmi vážně nemocného manžela. Měla jsem strach, aby se mu nepřítižilo v době mé nepřítomnosti. Psychicky jsem to špatně snášela. Když jsem se jednoho dne vracela z nemocnice autem, měla jsem autohavárii. Naštěstí se nikomu nic nestalo, ale od té doby už jsem za volant nesesla. Stále se nemohu zbavit strachu.

Na CAPD jsem byla spokojená. Neměla jsem ještě žádné starosti s manželem, protože byl zdravý a trávili jsme společně volný čas. Mohli jsme cestovat, navštěvovat různé památky po České republice a nebyl problém ani zajet do ciziny.

Co byste doporučila při Vaší zkušenosti s dialyzačními metodami budoucím pacientům při jejich rozhodování?

Pokud je ještě možnost výběru, doporučuji CAPD, se kterou jsem měla jen velmi dobré zkušenosti ve srovnání s HD. Určitě máte více volnosti a můžete se rozhodovat svobodněji. Já jsem sice neměla možnost vidět, jak CAPD probíhá, protože byla v nemocnici pouze v začátcích a musela jsem si o ní informace hodně zjišťovat sama. To v dnešní době není žádný risk. Lékaři i sestry již vše bez problémů zvládají a zodpoví Vám všechny možné dotazy. Také je možné pohovořit s pacienty, kteří léčbou prošli. Tuto šanci jsem neměla, protože v době mé léčby tato metoda teprve začínala a já jsem byla mezi prvními pacienty.

12 DISKUZE

Cíl mé bakalářské práce byl prostý. Snažila jsem se nahlédnout a zaznamenat život dialyzovaných pacientů, kteří podstoupili během léčby chronického onemocnění ledvin dva typy léčby - hemodialýzu a peritoneální dialýzu.

Měla jsem čtyři respondenty. Není to sice velký počet, ale určitou představu mi pomohli utvořit. Po psychické stránce se respondenti vyjádřili k peritoneální dialýze pozitivněji než k hemodialýze. Tři ze čtyř by se bez váhání k ní vrátili. Objevil se jen jeden respondent, který začínal na HD, na které strádal. Když se objevila možnost, přešel na PD, zkompenzoval se, založil rodinu a následně pak přešel na HD, která mu nyní v současné životní situaci vyhovuje a už by se k PD nevrátil. Dnes, po 25 letech, je se svým chronickým onemocněním psychicky vyrovnaný, je soběstačný, sebejistý, nepodceňuje se, vidí sám sebe jako člověka, který má co říci a má svoji cenu, začal si sám sebe vážit. Nehroutí se, když se blíží k nemocnici, po HD je mu dobře, nemá vysoký krevní tlak, dovede se při metodě uvolnit, popovídat si s personálem a pacienty, často si vyřizuje pracovní záležitosti po internetu. Není vyděšený, strnulý, nemá strach. Dodržuje doporučený režim. Chodí na HD na pět hodin, jak říká, jako do práce. Zná personál i jménem. Podařilo se mu svoji nemoc přijmout a bere ji jako výzvu osudu.

Co se týče vlivu typu dialýzy na pracovní podmínky, respondenti uvádějí, že ani v jednom z případů se pracovní podmínky nezměnily, všichni byli totiž v invalidním důchodu. V České republice je pravidlem, pokud pacient dospěje k dialýze a přeje si to, získává invalidní důchod. V zahraničí často pokračují v práci, třeba na snížený úvazek. K tomu vytváří většinou lepší podmínky PD.

Pokud se pacienti měli vyjádřit k době ošetření, jsou výsledky jednoznačné. Doba ošetření se podstatně změnila u každého z pacientů. Každý z nich trávil kolem 18 hodin i s dopravou na HD týdně. Není tedy pochyb, že se jim CAPD zamlouvala více, neboť s tou strávili pouze 9 hodin 20 minut týdně a nemuseli se nikam dopravovat.

S připojením / vstupem do organismu měli všichni bez výjimky problém na HD. Svěřili se mi, že měli strach z alarmů přístrojů, z napichování jehel a bolesti. Ti, kteří měli AVF, špatně snášeli čekání na zastavení krvácení po vyjmutí jehly (dochází k omezení pohybu). Na CAPD nikdo žádný problém nezmiňuje, jen zpočátku měli obavy, jak budou

zvládat samostatné výměny doma, ale po týdenní edukaci v nemocnici zjistili, že na tom nic není.

Na HD se cítili vysílení a unavení, zejména po očišťovací proceduře, takže jim po návratu domů nezbývalo mnoho času ani síly. Na CAPD byli všichni šťastni, že mohou trávit svůj volný čas venku, na zahradě, s rodinou nebo dokonce odcestovat. Jeden z respondentů uvedl, že na CAPD začal znovu rekreačně sportovat a zlepšila se mu tělesná kondice. Příčinou je skutečnost, že při PD probíhá očišťování organismu nepřetržitě, kontinuálně, 24 h denně, 7 dní v týdnu, což napodobuje situaci vlastních zdravých ledvin. Hemodialyzační procedury jsou 3x týdně. Očišťování je efektivní, ale dochází k prudkým výkyvům ve vnitřním prostředí, v důsledku čehož jsou pak pacienti unavení, vyčerpaní, ospalí, mají nechutenství minimálně ½-1 den po proceduře.

Na HD se musí dodržovat přísný omezující pitný režim, se kterým měla většina pacientů problém hlavně v letním období, kdy je těžké dodržet stanovený limit tekutin. Když se po změně metody na PD nemuseli ohlížet na limity, cítili se svobodněji.

Při změně metody nebyl problém s jídelníčkem. Pokud se dodržovaly nějaké diety, zůstaly jim i poté. Jen jedna respondentka si musela dávat pozor na jídla s větším obsahem vody a soli, aby při HD nepřekročila denní množství tekutin. Při PD je volný příjem ovoce a zeleniny kvůli tomu, že je draslík v nich obsažený odstraňován kontinuálně.

Kvalita spánku se výrazně zhoršila u všech respondentů. Při HD je buď úzkostné stavy, hlavně den před dialýzou, protože mají strach z návratu do nemocnice. Jeden pacient prodělal embolii ve spánku a měl panický strach usnout. Většina si musela pomoci léky na spaní a antidepresivy. S metodou CAPD se všem ulevilo, zmizely problémy s nespavostí.

Překvapilo mě zjištění, že ženy nemají žádný problém s přijetím svého těla. Nevadilo jim vyústění z těla permcathu ani peritoneálního katetru. Naopak, byly nadšené, když se zbavily několika hodinové hemodialýzy. Na CAPD se všem respondentům ulevilo, cítili se lépe po fyzické i psychické stránce až na jednoho muže, který se v mládí i přes úlevu nemohl smířit s peritoneální kanylou, faktem, že má ve svém těle něco navíc. Připadal si jako invalida. Byl si jistý, že ho nebude žádná dívka chtít. Přemýšlel i o sebevraždě, ale naštěstí bydlel s rodiči a uvědomil si, že smrtí by nic nevyřešil, naopak

by rodičům jen ublížil. Z období, kdy se cítil úplně na dně, ho vytáhla dívka, která ho brala jako super kluka nikoli jako invalidu, jak se viděl on sám.

Na hemodialýze přibyly léky na ředění krve (antikoagulancia), antidepressiva, léky na spaní, léky na anémii. Na CAPD po zmírnění psychické zátěže odpadají léky na úzkosti a deprese.

Rodinný život se změnil každému respondentovi, se kterým jsem hovořila. Hemodialýza většinu pacientů omezovala. Nemocnice je stresovala, neměli příliš času na rodinu, domácnost a především sami na sebe. Po možnosti přejít na CAPD všichni mluvili o úlevě a větší svobodě. Maminka mohla trávit čas se svými malými dětmi, připravovat je do školy. Starší žena měla dost elánu, aby jela se svým mužem do zahraničí. Ulevilo se i blízkým léčených. Měli je na očích a nebáli se o ně, když se dlouho nevraceli z nemocnice. Mladý muž se díky CAPD vrátil ke svým sportovním koníčkům. Užívání důchodu nabralo jiný směr. Měli dostatek síly na opečovávání domácích mazlíčků, dost síly věnovat se zahradničení a užívat si s vnoučaty.

Z pohledu zdravotníků je hodně zveřejněných studií, které se zabývají porovnáváním kvality života pacientů na HD a PD, ale já si myslím, že má daleko větší cenu se zeptat samotných pacientů, kteří si prošli oběma metodami a mají s nimi zkušenosti.

Jejich poznatky a doporučení bych chtěla použít tak, aby pomohly nově příchozím pacientům v nefrologických ambulancích při rozhodování jakou dialyzační metodu zvolit.

Neměli bychom opomíjet, co všechno musejí zvládat zdravotní sestry. Z velmi silných emočních výpovědí jsem zjistila, jak moc pomohl pacientům právě personál. Na dialyzačním středisku není žádný psycholog, a tak jejich úlohu často přejímají sestry, které kromě jiného pomáhají pacientům psychicky se vyrovnat se svou nemocí.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů, kteří během své léčby chronického onemocnění ledvin podstoupili obě dialyzační metody - hemodialýzu i peritoneální dialýzu, z pohledu jich samotných. Pro práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Tento typ výzkumu mi umožnil podrobně se zabývat problematikou dialýzy a jejími důsledky, které přináší tato léčba do života pacientů. Důležitý je samozřejmě věk pacientů - čím mladší, tím hůře se s nemocí vyrovnávají a smiřují.

Připravila jsem si dopředu otázky, které jsem respondentům pokládala. Všichni byli velice přívětiví a otevření k dotazům. Potvrdilo se, jak je pro ně důležitý kontakt a rozhovor se zdravotníkem. Hodně mně pomohlo, že respondenty osobně znám. Při jejich léčbě se s nimi často setkávám na oddělení hemodialýzy.

Všichni dotazovaní by jednoznačně doporučili peritoneální dialýzu pro její šetrnější formu a lepší účinek na tělo pacientů. V začátku léčby (prvních pět let) nedochází k velkým změnám krevního tlaku, křečím, bolesti při napojování. Tato metoda je daleko schůdnější pro rodinný život, dovoluje větší volnost a pohodlí domova. Odpadají pravidelné cesty do nemocnice a umožňuje větší pracovní zapojení do chodu domácnosti. Některým tato metoda umožnila vrátit se k rekreačním sportům.

Z mé práce jednoznačně vyplynulo, jak těžké je pro ně samotné se s nemocí vypořádat, ale s pomocí rodiny a vstřícných zdravotnických pracovníků se to mým respondentům daří. Samotní respondenti doporučují novým pacientům: Nebát se zeptat na to, čemu nerozumím a nechat si ukázat ve skutečnosti, jak která metoda vypadá, co obnáší, a tím snížit jejich úzkost a strach z neznámého. Mluvit o svých problémech a těžkostech a nestydět si o pomoc říci.

Při péči o pacienty na dialýze by v ošetrovatelském týmu kromě lékařů nefrologů, dialyzačních sester měl být přítomen psycholog, sociální pracovník, nutriční specialista a fyzioterapeut

SEZNAM ZDROJŮ

- 1) BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 334 s. ISBN 978-807-3450-052.
- 2) HAŠKOVCOVÁ, H. *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985, 376 s. ISBN 11-094-85.
- 3) ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
- 4) DINGWALL, Editor Richard R. a [překlad František LOPOT]. *Pro lepší porozumění: příručka pro psychosociální práci : (určeno všem pracovníkům v oblasti péče o nemocné se selháním ledvin)*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80-701-3406-2.
- 5) KOVÁČ, Alexander. *Ako žiť s umělou obličkou*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1992. ISBN 80-715-9000-2.
- 6) KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství: pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2000, 225 s. ISBN 80-860-7376-9.
- 7) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179
- 8) LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 978-807-2625-529.
- 9) MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.

10) OPATRŇA, Sylvie. *Peritoneální dialyzační roztoky druhé generace: preklinické studie a klinické zkušenosti*. Vyd. 1. Plzeň: Euroverlag, 2009, 83 s. ISBN 978-80-7177-017-6.

11) ROKYTA, Richard. *Fyziologie: pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000, 359 s. ISBN 80-858-6645-5.

12) SCHÜCK, Otto, V TESAŘ a V TEPLAN. *Klinická nefrologie*. [1. vyd.]. Praha: MEDPRINT, c1995, 406 s. ISBN 80-902-0360-4.

13) SCHÜCK, Ota. *Nefrologie pro sestry: Učeb. text*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. ISBN 80-701-3165-9.

14) STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999, 66 s. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3283-3.

15) SULKOVÁ, Sylvie. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, c2000, 693 s. ISBN 80-859-1222-8.

16) SULKOVÁ, Sylvie a Graf. úprava Jan ROSA. *Peritoneální dialýza*. Praha: Jessenius, 1993. ISBN 80-858-0004-7.

17) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství: pro střední zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 211, [4] s. Sestra, sv. 5. ISBN 80-247-1777-8.

18) TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, xxviii, 496 s., 12 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1122-2.

- 19) TESAŘ, Vladimír a Otto SCHÜCK. *Klinická nefrologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 650 s. ISBN 80-247-0503-6.
- 20) TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- 21) VALENTA, Jiří. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 237 s., il. ISBN 80-246-0644-5.
- 22) VIKLICKÝ, Ondřej a Sylvie SULKOVÁ. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vyd. Editor Vladimír Tesař. Praha: Grada, 2010, 192 s. ISBN 978-802-4732-275.
- 23) VOKURKA, Martin. *Velký lékařský slovník*. 5. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2005, xv, 1001 s. ISBN 80-734-5058-5.
- 24) KOSATÍKOVÁ, Z., 2013. Hemodialýza a peritoneální dialýza, jejich komplikace [online].[cit.2015-02-22]. Dostupné z: [www/3ik/vyuka/zimni_semestr/kosatikova/hemodialyza_a_peritonealni_dialyza_%20jejich_komplikace.pdf](http://www.3ik/vyuka/zimni_semestr/kosatikova/hemodialyza_a_peritonealni_dialyza_%20jejich_komplikace.pdf)
- 25) RYCHLÍK, I a F. LOPOT A KOL., 2014. Co je nového v RDP [online].[cit.2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.nefrol.cz/odbornici/registry/registr-dialyzovanych-pacientu/prezentace>
- 26) Peritoneal Dialysis.Learn more about peritoneal dialysis and whether it's right for you[online].[cit.2015-02-22]. Dostupné z: <http://www.ultracare-dialysis.com/treating-kidney-failure/about%20dialysis/home-dialysis/home-peritoneal-dialysis.aspx>
- 27) Transplantační aktivita v ČR od roku 2006-2014[online].[cit.2015-02-22]. Dostupné z: www.kst.cz

SEZNAM ZKRATEK

AIDS – syndrom získaného imunodeficitu

ASL – akutní selhání ledvin

ATB - antibiotika

AVF – arteriovenózní fistule (trvalý funkční cévní přístup)

CA - vápník

CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza

Cl - chlór

CCPD – kontinuální cyklická peritoneální dialýza

CNP – cévní mozková příhoda

CNS – centrální nervový systém

EPO - erythropoetin

FE – železo

FN – Fakultní nemocnice Plzeň

FSGS – fokální segmentální glomeroskleróza

GF – glomerulární filtrace

HD – hemodialýza

HLA – hlavní histokompatibilní systém

CHSL – chronické selhání ledvin

IgA - Imunoglobulin A

ICHS – ischemická choroba srdeční

IM – infarkt myokardu

K - draslík

L3 – třetí bederní obratel

Mg - magnésium

Na – sodík

NaHCO₃ - Hydrogenuhličitan sodný (jedá soda)

P - fosfor

PD – peritoneální dialýza

pH – acidobazická rovnováha organismu

PTH - parathormon

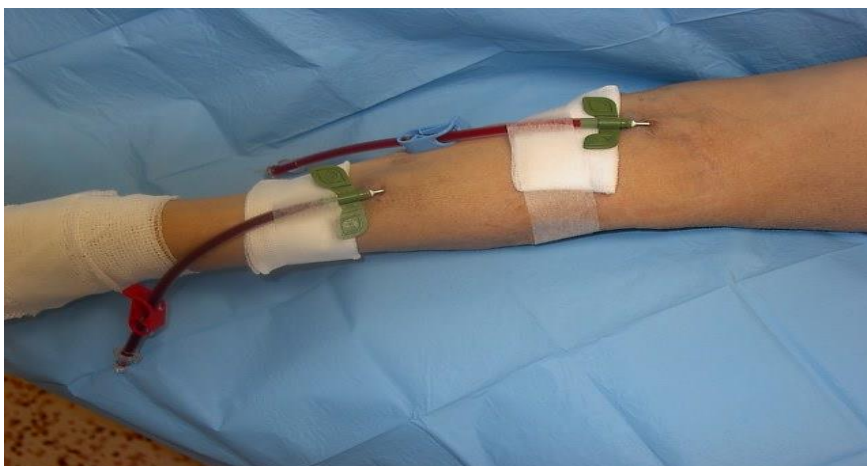
Th12 – dvanáctý hrudní obratel

TK – krevní tlak

SEZNAM PŘÍLOH

1. Obrázek nápichu arteriovenózní fistule (zdroj: vlastní)
2. Obrázek napojení arteriovenózní fistule (zdroj: vlastní)
3. Obrázek hemodialyzačního přístroje (zdroj: vlastní)
4. Obrázek různých druhů kanyl na hemodialýzu (zdroj: vlastní)
5. Obrázek vyústění peritoneální kanyly (zdroj:
[www/3ik/vyuka/zimni_semestr/kosatikova/hemodialyza_a_peritonealni_dialyza_%20jejich_komplikace.pdf](http://www.3ik/vyuka/zimni_semestr/kosatikova/hemodialyza_a_peritonealni_dialyza_%20jejich_komplikace.pdf))
6. Obrázek přístroje na kontinuální cyklickou peritoneální dialýzu „CCPD“ (zdroj:
<http://www.ultracare-dialysis.com/treating-kidney-failure/about%20dialysis/home-dialysis/home-peritoneal-dialysis.aspx>)
7. Obrázek zavedení PD kanyly (zdroj: <http://www.ultracare-dialysis.com/treating-kidney-failure/about%20dialysis/home-dialysis/home-peritoneal-dialysis.aspx>)
8. Příloha - povolení sběru informací ve FN Plzeň
9. Příloha - informovaný souhlas č. 1
10. Příloha - informovaný souhlas č. 2
11. Příloha - informovaný souhlas č. 3
12. Příloha - informovaný souhlas č. 4

Obrázek č. 1 (zdroj: vlastní)



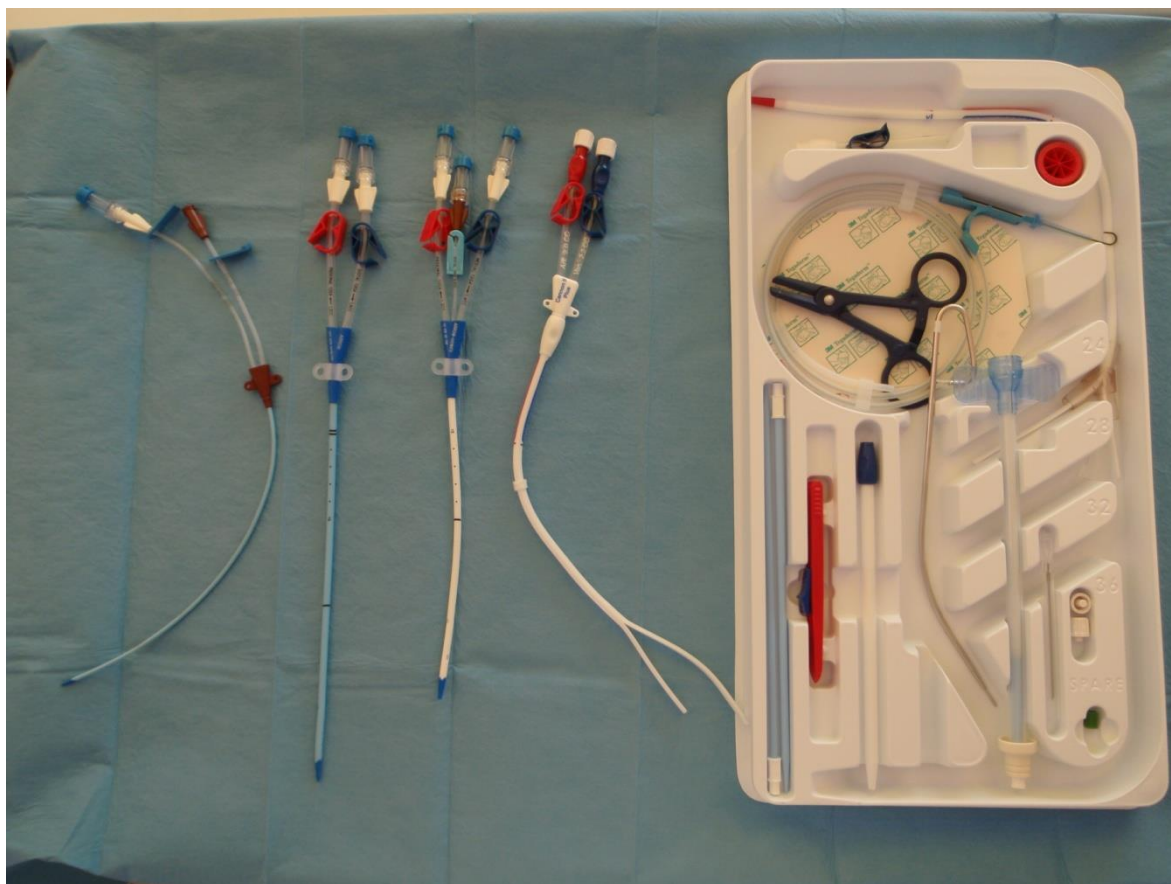
Obrázek č. 2 (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 3 (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 4 (zdroj: vlastní)



Obrázek č. 5

(zdroj:

www.3ik/vyuka/zimni_semestr/kosatikova/hemodialyza_a_peritonealni_dialyza_%20jejich_komplikace.pdf)

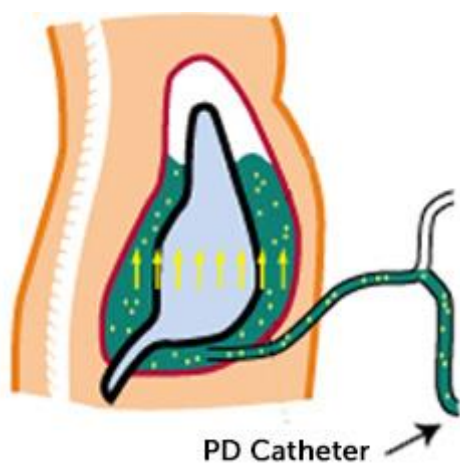


Obrázek č. 6

(zdroj: <http://www.ultracare-dialysis.com/treating-kidney-failure/about%20dialysis/home-dialysis/home-peritoneal-dialysis.aspx>)



Obrázek č.7 (zdroj: <http://www.ultracare-dialysis.com/treating-kidney-failure/about%20dialysis/home-dialysis/home-peritoneal-dialysis.aspx>)



Vážená paní
Petra Braumová
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetřovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *I. interní klinice (I IK) FN Plzeň*, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů, vedených s pacienty *I. IK*.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění.
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spoluprací s Vámi respondenti pociťovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených respondentů / pacientů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů

STUDENT

Petra Braumová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: petra.braumova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: OPATRNA@FNPLZEN.CZ

CÍL STUDIE

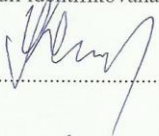
Cílem studie je porovnat kvalitu života pacientů, kteří při vynuceném transferu vyzkoušeli obě dialyzační metody, při léčbě chronického selhání ledvin.

*S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já VACLAV STRNAD

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

Podpis účastníka výzkumu:  Datum: 23. 1. 2015

Podpis studenta:  Datum: 23. 1. 2015

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů

STUDENT

Petra Braumová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: petra.braumova@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: OPATRNA@FNPLZEN.CZ

CÍL STUDIE

Cílem studie je porovnat kvalitu života pacientů, kteří při vynuceném transferu vyzkoušeli obě dialyzační metody, při léčbě chronického selhání ledvin.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já MARKÉTA KOUDELOVÁ

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

Podpis účastníka výzkumu: R. a. K. 2015 Datum: 8.2. 2015

Podpis studenta: P. Braumová Datum: 8.2. 2015

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů

STUDENT

Petra Braunová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: petra.braumova@seznam.cz

VEDOUcí BP

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: OPATRNA@FNPLZEN.CZ

CÍL STUDIE

Cílem studie je porovnat kvalitu života pacientů, kteří při vynuceném transferu vyzkoušeli obě dialyzační metody, při léčbě chronického selhání ledvin.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já VAČLAV TRCCH

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

Podpis účastníka výzkumu: Br. J. V. Datum: 11. 4. 2015

Podpis studenta: Petra Braunová Datum: 11. 4. 2015

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Vynucený transfer u dialyzovaných pacientů

STUDENT

Petra Braumová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: petra.braumova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Prof. MUDr. Sylvie Opatrná, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: OPATRNA@FNPLZEN.CZ

CÍL STUDIE

Cílem studie je porovnat kvalitu života pacientů, kteří při vynuceném transferu vyzkoušeli obě dialyzační metody, při léčbě chronického selhání ledvin.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já ALENA BECKOVA

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

Podpis účastelka výzkumu:  Datum: 22. 2011

Podpis studenta:  Datum: 22. 2011