

Jiho česká univerzita v českých Budějovicích
Zdravotní sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Veronika Šváblová

Jiho česká univerzita v českých Budějovicích
Zdravotní sociální fakulta

Trvalý cévní přístup u dialyzovaných pacientů z pohledu sestry a pacienta

Diplomová práce

Vedoucí práce:
PhDr. Andrea Hudáková

Autor práce:
Bc. Veronika Švábová

2010

Abstract

Permanent Vascular Access in Dialysis Patients from the viewpoint of Nurses and Patients.

The issue of chronic renal failure and cannulation of permanent venous accesses in patients treated at haemodialysis centres is a topical and widespread problem of these days. According to generally accessible resources the incidence of terminal stage of renal failure, and thus the necessity to treat a patient by means of elimination methods, is very high, it reaches four individuals per thousand inhabitants according to the statistics. It is obviously a widespread nursing problem.

The theoretical part of the thesis is divided into a summary and description of the present situation in chronic renal failure, particularly a brief insight into the chronic renal failure and its causes and syndromes. It also deals with the topic of the present treatment possibilities with stress on patient treatment at nephrologic outpatient clinics and in haemodialysis centres.

The next chapter of the thesis describes the development from haemodialysis history up to the present advanced elimination methods. The present elimination methods bring the necessity of functional provision of venous access, particularly cannulation of AV fistulas, it is a very frequent nursing operation provided by nurses treating chronically affected patients at haemodialysis centres. This chapter is concluded by general knowledge of the techniques of cannulation of permanent venous accesses, possible occurrence of complications during the cannula penetration itself in relation to the physical phase of nursing treatment about patients with chronic renal failure.

The practical part of the thesis was aimed at discovering or possible confirmation of the hypotheses discussed in the theoretical part. The practical research was based on searching for problems among dialyzed patients related to the permanent venous access, on finding the approach of nurses working at dialysis centres to cannulation of permanent accesses and on mapping the access of patients with permanent venous access to nurses with short time experience at a dialysis centre. Research questions were determined for this purpose and were processed within qualitative research into case reports upon depth interviews with nurses working at the dialysis centres of eské Bud jovice Hospital, eský Krumlov Hospital and Písek Hospital and their patients.

The research data were processed into charts, where responses from patients and those from nurses were assessed separately. Occurrence frequency of the individual answers was particularly monitored in the individual output tables, however the responses were not processed by means of standard statistic methods because of the chosen methodology and thus a low number of respondents, but the output data served for drawing conclusions and preparing recommendations for application of nursing methods.

The thesis conclusion summarizes the obtained knowledge and recommends possible procedures of solving the problems of cannulation of permanent venous accesses in patients with chronic renal failure treated at haemodialysis centres.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma: Trvalý cévní přístup u dialyzovaných pacientů z pohledu sestry a pacienta jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotní sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Českých Budějovicích 16. 8. 2010

.....

Bc. Veronika Šváblová

Pod kování

Ráda bych podkovala PhDr. Andreee Hudákové a všem ostatním, kteří jakýmkoli způsobem přispěli k vzniku této diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	3
1. Sou asný stav.....	4
1.1 Chronické selhání ledvin	4
1.1.1 D lení chronického renálního selhání.....	4
1.1.2 P í iny chronického selhání ledvin.....	5
1.1.3 P í znaky chronického selhání ledvin	5
1.1.4 Lé ba chronického selhání ledvin a dietní opat ení.....	7
1.1.1.1 Úprava p íjmu bílkovin a energie	7
1.1.1.2 Úprava p íjmu tekutin a sodíku.	8
1.1.1.3 Úprava p íjmu draslíku.	8
1.1.1.4 Úpravu acidobazické rovnováhy.	8
1.1.1.5 Úpravu metabolismu vápníku a fosfát	9
1.1.1.6 Úprava renální anémie.	9
1.1.1.7 Lé ba arteriální hypertenze.....	9
1.1.5 Nefrologické poradny.	10
1.1.6 Hemodialyza ní st ediska.	11
1.2 Historie hemodialýzy	11
1.2.1 Principy hemodialýzy	13
1.2.2 Technické zabezpe ení hemodialýzy.....	14
1.2.3 Trvalé cévní p ístupy – historie	15
1.2.3.1 Techniky zhotovení trvalých cévních p ístup	16
2. Cíle práce a výzkumné otázky	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky	22
3. Metodika	23
3.1 Technika sb ru dat	23
3.2 Výzkumný soubor.....	23
4. Výsledky	25
4.1 Rozhovory – pacienti	25

4.2	Rozhovory – sestry	37
4.3	Kategorizace dat v tabulkách - pacienti	56
4.4	Kategorizace dat v tabulkách - sestry	61
5.	Diskuze	66
6.	Záv r	72
7.	Seznam použitých zdroj	74
8.	Klí ová slova	79
9.	P ílohy.....	80

Úvod

V současné době došlo k velkému nárůstu dialyzačních středisek v celé České republice. Tento jev vznikl na podkladě rozvoje dialyzační techniky a odstraněním v krevních cívkách platných před rokem 1989. Technický pokrok, ale v takové míře nepostihl jednu ze základních součástí dialyzační léčby a to kanylací trvalých cévních přístupů. Problematika spojená s ošetřováním pacientů s diagnózou chronického selhání ledvin je rozsáhlá a specifická. Sestry na hemodialyzačních střediscích ošetřují stále větší počet pacientů zejména pak pacienty ve vyšším věku a s přidruženým onemocněním.

Technika zavádění dialyzačních jehel byla po řadu let nezměnná. Zkušenosti sester v bezchybné kanylaci trvalé cévní spojky jsou ovlivněny zručností, znalostmi a dovednostmi, které si sestry v současné době osvojí až při působení na dialyzačním středisku. Vzhledem k významu správného zajištění cévní spojky je otázkou jak v současné době moderní ošetřovatelství přispívá k řešení vzniklé situace. Sestry nemohou v kvalifikační ani specializační přípravě na své budoucí povolání získat praktické zkušenosti a dovednosti, které by pomohly snížit obtíže vznikající během samotného výkonu.

Předkládaná diplomová práce se věnuje problematice trvalých cévních přístupů pohledem sestry i pacienta. Zaměřuje se na aktuální ošetrovatelskou péči související s technikami kanylace trvalých cévních spojení a možnostmi řešení stávající situace. Volba tématu diplomové práce byla ovlivněna mým zájmem o ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s chronickým selháním ledvin na hemodialyzačních střediscích, zejména pak na poskytování speciální péče zaměřené na zpevnění vztahů mezi sestrou a pacientem.

1. Současný stav

1.1 Chronické selhání ledvin

Na celém světě narůstá počet pacientů s chronickým selháním ledvin. Pod pojmem chronického selhání ledvin rozumíme stav konečného selhání ledvin, kdy ztracenou funkci musíme nahradit. Nejčastější metody náhrady funkce ledvin jsou transplantace ledvin, dialýza níže léba a peritoneální dialýza.

Chronická renální insuficience je stav, kdy pacient je postižen nedostatečnou funkcí ledvin, ale ještě nedošlo k terminálnímu stavu. Insuficience je určována poklesem funkce ledvin, změnou vnitřního prostředí a s tím souvisejícími laboratorními odchylkami (19, 29, 41).

Chronické renální selhání je dle National Kidney Foundation děleno do 5 stádií.

1 stádium: normální glomerulární filtrace <1,5 ml/s

2 stádium: mírné snížení glomerulární filtrace 1,0 - 1,49 ml/s

3 stádium: středně těžké snížení, hodnota glomerulární filtrace je 0,50 – 0,99 ml/s

4 stádium: těžké snížení glomerulární filtrace 0,25 – 0,49 ml/s

5 stádium: terminální stádium chronického selhání ledvin, glomerulární filtrace je pod 0,25 ml/s. Léba eliminována metodou či transplantací je na místě při hodnotě pod 0,08 ml/s (5, 19).

1.1.1 Definice chronického renálního selhání.

Chronická renální insuficience je prvním stupněm onemocnění. Jde o stav, který přímo pacienta neohrožuje na život. Dle předpokladů je jeho výskyt v populaci častější než stav chronického selhání ledvin. Je spojen s řadou typických změn, jako je například elevace kreatininu a urey v séru. V organismu dochází k celé řadě kompenzačních mechanismů, jejichž následkem jsou hodnoty elektrolytů a vnitřního prostředí udržovány ve fyziologických hodnotách. S insuficiencí je spojen zvýšený výskyt vysokého krevního tlaku a chudokrevnost. Tito pacienti jsou lébeni konzervativně v nefrologických ambulancích.

V případě propagace onemocnění nastává fáze chronického selhání ledvin. Ledvinné funkce jsou sníženy a projevem je neschopnost organismu udržet si stálost vnitřního prostředí, farmakologická podpora ani dietní opatření na vzniklém stavu nezaznamenají žádnou pozitivní odezvu. Způsob řešení stavu je v náhradě renálních funkcí. V České republice je eliminace metodou léčeno přibližně 400 na milion obyvatel a 300 pacientů na milion je po úspěšné transplantaci ledvinového štěpu. Za předpokladu nezačínání léčby chronického renálního selhání nastává vývoj uremického syndromu (5, 19, 29, 37).

1.1.2 Příčiny chronického selhání ledvin

K hlavním příčinám chronického selhání ledvin v Evropě patří diabetické postižení (diabetická nefropatie 15-20 %), ischemické postižení (hypertenzní nefropatie 10-15 %) a z jedné třetiny je tvořeno na podkladě chronické glomerulonefritidy. Následkem zvyšujícího se výskytu diabetu mellitu v populaci je objektivně pozorován nárůst chronického selhání ledvin na podkladě tohoto onemocnění. Podpůrné vlivy mající vliv na vznik chronického onemocnění ledvin tvoří významnou složku v diagnostice onemocnění. K podpůrným vlivům patří v krevním obrazu pacienta, vysoká hladina cholesterolu v krvi, vysoký krevní tlak, proteinurie i genetická zátěž v rodině. Vedlejší účinky léků a toxických látek mohou být jednou z příčin vzniku závažného onemocnění ledvin (5, 19, 29, 38).

1.1.3 Příznaky chronického selhání ledvin

Soubor příznaků chronického selhání ledvin je rozmanitý. Nezvratná stadia onemocnění mohou probíhat pod asymptomatickým obrazem, kdy náhodné stanovení diagnózy vzniká při vyšetření pacienta z jiného důvodu například preventivní lékařské prohlídky.

Při poklesu glomerulární filtrace pod 0,25 ml/s vzniká u pacienta uremický syndrom, který je charakterizován celou řadou typických příznaků. Jedná se o klinický stav, při kterém dochází k postižení jak orgánů tak i vnitřního prostředí pacienta. Pacienti s uremickým syndromem zvrací, pociťují nauzeu, trpí krvavými průjmy,

dyspnoí a anorexií. Ovšem s vývojem lé by pacient s chronickým selháním ledvin výše uvedené příznaky nejsou časté. Vzhledem k nedostatku erythropoetinu u 80 % případů je přítomna anémie. Anemické projevy jsou způsobeny z důvodu pozvolného úbytku krevního barviva a přizpůsobení se organismu na nově vzniklou situaci. K dalším objektivním příznakům patří hypertenze a vznik hematomů. Zvýšený výskyt infekčních onemocnění se projevuje na podkladě postižení bílé krevní řady. Pohledem je patrný tzv. uremický kolorit kůže, pokožka vykazuje známky povrchového poškození na podkladě pruritu. Nervový systém je postižen podrážděnostmi, nespavostí, zhoršenými kognitivními funkcemi, svalovou křečí a syndromem tzv. neklidných nohou. Množství vyloučené moči na počátku onemocnění není patologické. Změny nastávají při poruše tubulární resorbce. U pacientů léčených pomocí hemodialýzy pozorujeme oligoanurii.

Pro metabolické změny je častá metabolická acidóza způsobená snížením glomerulární filtrace ledvin. Základním parametrem v diagnostice je sérová koncentrace močoviny a kreatininu. Hladina urey 30 mmol/l a kreatininu od 150 mmol/l prokazují změny v metabolismu bílkovin. Odchytky v metabolismu sacharidů jsou častější u pacientů s chronickou renální insuficiencí a projevují se zvýšenou hladinou cukru v krvi.

Katabolity látkové výměny jsou zadržovány v organismu a jsou označovány za tzv. uremické toxiny. Současná literatura popisuje přibližně 90 typů organických typů látek, které se liší dle molekulové hmotnosti. Následkem toxinů vznikají kardiovaskulární komplikace například v podobě hypertenze, komplikace neurologické a hematologické. Pouze látky, které se naváží na bílkoviny, lze odstranit eliminací metodami běžně užívanými u chronického selhání. Změny v mineralogramu nepatří mezi základní příznaky onemocnění s výraznými odchylkami v pokročilém stadiu onemocnění sníženou hladinou vápníku, zvýšenou hladinou draslíku a zvýšenou hladinou fosfátů.

Průběh onemocnění je dělen do dvou fází. Pro první část je typický zánik základních stavebních jednotek ledvin následkem patologického stavu. Druhá fáze probíhá nezávisle na prvotním onemocnění ledvin. Dochází k hypertrofii tubulů, skleróze až devastaci nefronů (5, 19, 29, 37).

1.1.4 Léčba chronického selhání ledvin a dietní opatření

Léčba chronického onemocnění ledvin lze rozdělit dle stádia onemocnění a s tím se pojící vhodnou metodu. Konzervativní postupy jsou indikovány u chronické renální insuficience a zaměřují se na úpravu příjmu bílkovin a energie, příjmu tekutin, sodíku, draslíku, acidobazické rovnováhy, metabolismu vápníku a fosfátů, renální anémie a léčbu arteriální hypertenze. Cílenou spoluprací mezi ošetřujícími personálem a pacientem oddalujeme nástup terminálního stavu onemocnění. Včas zahájená konzervativní léčba ovlivňuje budoucí vývoj onemocnění. Její nástup je vhodný již při hodnotách sérového kreatininu v rozmezí 140 – 150 mmol/l a jen minimálně sníženou glomerulární filtraceí. Konzervativní postupy mohou proklenout období nutné k rozvoji nově zhotovené arteriovenózní přístře (6, 17, 19, 45).

1.1.1.1 Úprava příjmu bílkovin a energie

Úprava je podmíněna stupněm snížených funkcí ledvin a zejména pak metabolickým stavem pacienta. Součástí doporučení zůstává zachovat příjem proteinů mezi rostlinnými a živočišnými v poměru 1 : 1. Energetická hodnota přijímané stravy by měla pokrýt požadavky organismu, jelikož v případě nedostatku energetického příjmu dochází ke sníženému využití i proteinů. Dietní opatření jsou ovlivněna nejen klinickým stavem nemocného, ale i aktuálními laboratorními hodnotami. Nízkoproteinová dieta není indikována u pacientů v terminálním stadiu ledvinového selhání, při uremických komplikacích jako například těžká metabolická acidóza, perikarditida a polyneuropatie, pokud pacient prokazuje známky retence vody a iontů a v neposlední řadě odmítnutím spolupráce ze strany pacienta.

Optimální složení stravy zahrnují vitamíny. Pacientům s chronickou renální insuficiencí je doplněn vitamín C, pyridoxin a kyselina listová. Naopak skupina vitamínů rozpustných v tucích je v době onemocnění dostatečně až zvýšená. Eliminace proteinů v potravě má za následek snížení kyseliny močové. Pokud k cílenému efektu nedojde, je možno hladinu snižovat farmakologicky (17, 19, 45).

1.1.1.2 Úprava p íjmu tekutin a sodíku.

Ohrožení pacienta s chronickou renální insuficiencí v podobě dvou odlišných klinických stavů, dehydratace a hyperhydratace, je možné. V případě většího výdeje tekutin než je příjem nastává dehydratace. Pokud organismus tekutiny vylouje s menším množstvím než je příjem pacienta hovoříme o retenci tekutin. Bilanci sodia monitorujeme v příjmu i výdeji. Hodnoty příjmaného sodíku jsou sledovány ve stravě i infúzní terapii. Výdej lze hodnotit pravidelně v odběrech vyloučené moči. Doporučená denní dávka příjmu sodíku v nízkobílkovinné dietě je stanovena na 100 – 150 mmol/den. Hypertenze i srdeční selhání jsou projevy porušeného vodního hospodářství ve smyslu zadržování tekutin. Korekce je aplikována v podávání diuretik například furosemidu (17, 19, 45).

1.1.1.3 Úprava p íjmu draslíku.

Referenční mez doporučená pro kalium v séru je 3,8 – 5,0 mmol/l. V pokročilé fázi chronické ledvinové nedostatečnosti mohou být laboratorní hodnoty nad referenční mezí. Stav se označuje jako hyperkalémie, kdy je pacient ohrožen na život nejvíce v oblasti kardiovaskulárního systému. Při zvýšené hodnotě kalia je indikována léčba zvyšující vyloučení iontu z organismu pacienta. Doporučená denní dávka kalia v nízkobílkovinné dietě činí 40 – 60 mmol/den. Draslík ztrácí pacient vylouje gastrointestinálním traktem a ledvinami. Sníženou hladinu draselných iontů /hypokalémii/ koriguje pacient zvýšeným příjmem kalia ve stravě. Pokud nedojde k nápravě užívá pacient draslík per os nejčastěji ve formě tablet (19, 45).

1.1.1.4 Úpravu acidobazické rovnováhy.

Narušená rovnováha vnitřního prostředí u pacienta s insuficiencí ledvin má za následek vznik metabolické acidózy. Výzkumy prováděné u pacienta s chronickou renální insuficiencí objektivizovaly souvislost mezi metabolickou acidózou a katabolismem organismu. Ke stanovení diagnózy využíváme vyšetření vnitřního prostředí, nejlépe odběrem arteriální krve. Acidóza ovlivňuje hormonální funkce i

metabolismus kalcia, dochází k uvolnění kalcia z kostí a následně k renální osteopatii. Podíl na rozvoji anémie souvisí s metabolickou acidózou (27, 44, 45).

1.1.1.5 Úpravu metabolismu vápníku a fosfát .

Metabolismus kalcia a fosfát je jednou z dalších částí látkové výměny ovlivněné vznikem chronické renální nedostatečnosti. Renální osteopatie je uváděna jako jeden z projevů patologického stavu v organismu pacienta. Referenční hodnota celkového kalcia v séru je 2,0- 2,75 mmol/l. Substitucí vápníku dšme hodnoty pod dolní fyziologickou hranici. Vápník přijímají pacienti nejčastěji per os souasn s vitamínem D. Stav spojený se zvýšenou koncentrací fosfát koriguje dietní opatření, speciální látky podporující vazbu fosfát a jejich následné vyloučení z organismu (19, 38, 45.) .

1.1.1.6 Úprava renální anémie.

Anémie patří k typickému nálezu pro pacienty s chronickou renální insuficiencí. Zpravidla se jedná o pacienty s mírným stupněm postižení, které má příčinu v nedostatečné tvorbě erythropoetinu v ledvinách. Anémie je léčená kauzálně podáváním erythropoetinu v případě začlenění pacienta do dialyzačního programu. Období před dialýzou se erythropoetin nepodává, ale jsou suplementovány vitamíny skupiny B a železo. Transfúzní preparáty indikuje lékař u stavu, kdy léčba erythropoetinem nemá očekávanou odezvu. Nejúčinnější léčbou renální anémie je úspěšná transplantace ledviny (5, 19, 44).

1.1.1.7 Léčba arteriální hypertenze.

Součástí konzervativní léčby chronické renální nedostatečnosti je i léčba vysokého krevního tlaku. Cílem léčebného procesu jsou hodnoty 130-80mm Hg. Neléčená arteriální hypertenze působí na základní stavební jednotku ledviny a vede k rozvoji ledvinného postižení s následky kardiovaskulárních komplikací. Krevní tlak máme opakovaně nejčastěji auskultační metodou během návštěv v nefrologických poradnách. Pravidelná monitorace krevního tlaku je sestrou prováděna i v případě samotné eliminační metody zvolené k léčbě renálního selhání. K vyhodnocení získaných údajů je zvažován aktuální stav pacienta. Lékař indikuje nejčastěji

antihypertenziva ze skupiny inhibitor enzymu konvertujícího angiotenzin, blokátor kalciových kanálů a beta blokátor (5, 19, 44).

1.1.5 Nefrologické poradny.

Nefrologické poradny i ambulance patří k základní součásti ošetrovatelské a lékařské péče o pacienty s chronickou renální insuficiencí. Specializované ambulance mohou být součástí zdravotnických zařízení ambulantního a lůžkového typu. Do druhé skupiny patří specializované ambulance mimo zdravotnická zařízení provozovaná soukromou osobou s potřebným oprávněním k výkonu povolání.

Náplň ambulancí je komplexní péče o pacienty s onemocněním ledvin. Sestra ošetřuje pacienty s chronickou renální insuficiencí, kdy se jedná o tzv. predialyzační péči před začleněním do chronického programu léčby nejčastěji pomocí hemodialýzy. Spektrum pacientů je široké. Sledování jsou též pacienti po prodělaném akutním selhání ledvin, po úspěšné transplantaci ledvin i pacienti doporučení k léčbě pomocí peritoneální dialýzy. Na která zařízení nabízejí pacienti mimo standardní péči i péči odbornou, spojenou se speciálními vyšetřovacími metodami jako například s biopsií ledvin, vyšetřením kostní hustoty tzv. densitometrie. Zvláštní péče je poskytována pacientům v preventivních opatřeních potlačujících nástup terminálních stádií chronické renální insuficience s ohledem na výskyt arteriální hypertenze a diabetu mellitu. Edukační činnost sestry je zaměřena na úpravu dietních opatření ve smyslu nízkobílkovinné diety u pacientů s diagnózou chronické renální insuficience. Píjí tekutin i úprava příjmu minerálů podléhá změně závislé klinickým stavem pacienta. Nefrologické ambulance zajišťují přípravu pacienta na cévní operační výkon, který způsobí trvalé spojení mezi cévami na horní končetině. Výsledkem je zhotovení trvalé cévní spojky nazývané AV fistule nebo shunt potřebné k léčbě hemodialyzační.

Nefrologové a sestry pracující v ambulanci určené pro pacienty s onemocněním ledvin se zabývají preventivní péčí. Světový den ledvin je stanoven na 13.3. Odborná veřejnost věnuje pozornost depistáži pacientů v laické veřejnosti jednoduchým vyšetřením – krevního tlaku a orientačního vyšetření moče. Personál zhodnotí výsledky vyšetření a doporučí opatření vycházející z aktuálního klinického stavu pacienta (4, 30, 31, 32, 50, 51).

1.1.6 Hemodialyza ní st ediska.

Hemodialyza ní lé ení pacient s chronickým renálním selháním zajiš ují hemodialyza ní st ediska (HDS). Dostupnost lé by elimina ními metodami je celosv tov odlišná a závisí na geografické i ekonomické dostupnosti stát . Statistické zpracování tvo í hlavní pilí mapování evropské i celosv tové úrovn pé e o pacienty s chronickým selháním ledvin. Evropská dialyza ní a transplanta ní spole nost (EDTA) zpracovává a získává data z jednotlivých st edisek na našem kontinent . Odborníci poukazují na menším vypovídají hodnoty statistického zpracování ovlivn né až 10 % chyb ním dat.

Možnosti dialyza ní lé by byly v eské republice korigovány do roku 1990. Po roce 1990 došlo na našem území ke zbudování ady nových dialyza níh st edisek. V roce 1991 uvád jí statistiky 43 st edisek v celé eské republice a na konci roku 2000 je patrný nár st o 43 za ízení v etn t í, které se specializují se na problematiku d tské náhrady funkce ledvin. Hemodialyza ní st ediska jsou vytvá ena na r zných úrovních. Jsou sou ástí fakultních nemocnic a dalších nemocnic z izovaných státem i akciových spole ností i soukromých dialyza níh st edisek. Odborná pé e je poskytována specialisty v oboru nefrologie a ošet ujícím personálem na vysoké úrovni. V tšina hemodialyza níh st edisek je propojena s ambulantní nefrologickou pé í. Pracovišt poskytují pé i o pacienty za azené v chronickém i akutním dialyza níh programu. Odd lenou a p esto spolu související pé i aplikují sestry a léka i pacient m lé eným peritoneální dialýzou.

V dalším rozvoji síť sou asných dialyza níh st edisek jsou doporu ovány postupy k zvyšování kvality poskytované pé e. Odborná ve ejnost up ednost uje rozši ování stávajících HDS, rozvoj peritoneální dialýzy, p ed budováním nových dialyza níh st edisek (2, 3, 8, 14, 18, 20, 35, 38, 44, 47, 49, 52).

1.2 Historie hemodialýzy

První, kdo studoval dialýzu na prostupnosti st ny hov zího mo ového m chý e, byl v roce 1854 skotský chemik Thomas Graham. Se slovem dialýza je spojováno práv jeho jméno. O rok pozd jí se studiem difúze koloidních roztok zabýval n mecký fyziolog Adoplh Fick. Princip byl ov en v laboratorních podmínkách a vytvo il

podmínky pro baltimorské fyziology J. Abela, L.G. Rowntree a B.B. Turnera, kteří zhotovili první dialyzátor v roce 1912.

Pozitivní výsledky napomohly k první dialýze člověka s použitím Heparinu německého lékaře Goerge Haase roku 1928, ale bohužel tento první pokus nebyl úspěšný. Ve čtyřicátých letech minulého století došlo k velkému posunu v dialyzační léčbě. Holandským lékařem Willem J. Kolffem byla vyvíjená myšlenka o odstranění zplodin látkové výměny z krve člověka. První sestavení použitelné umělé ledviny proběhlo tímto Holanďanem v roce 1940 na malé nemocnici v Kampenu. O tři roky později aplikoval výsledky své práce v léčbě celkem u 15 pacientů v terminálním stádiu chronického renálního selhání, ale bez úspěchu. Pozitivní odezva přišla o dva roky později, kdy byla vyléčena pacientka s akutním hepatorenálním syndromem. Svým úspěšným pokusem poukázal na možnost léčby pacientů jeho metodou. Od roku 1945 přestěhoval Willem J. Kolff v Clevelandu, kde založil první oddělení umělých orgánů na světě.

Švédský lékař Nils Alwall roku 1950 využil k dialyzační technice celofánovou hadici, která byla navinuta ve vertikálně postaveném bubnu. První přístroj tohoto typu byl použit v Praze na II. Interní klinice 1. lékařské fakulty roku 1955. Druhým pracovištěm v naší republice se stal Hradec Králové dva roky poté. Prvenství v provedení akutní dialýzy patří II. Interní klinice prof. Van ury v Praze dne 10. 12. 1955. Bylo použito Alwallova dialyzátoru s náplní krve 800 ml. Pravidelná dialyzační léčba byla zahájena roku 1965.

Akutní dialýzy v našem státě zajišťovala státní dvě pracoviště v Praze. Léčba na 1. lékařské fakultě University Karlovy v Praze byla poskytnuta i občanům z Maarska, Polska a NDR.

Na základě nedostatku dialyzačního přístroje a dialyzátorů došlo k vývoji kovové dialyzační cívky. Pracovníci v Hradci Králové vyvinuli hemodialyzační přístroj s centrálním rozvodem dialyzátu a centrálním monitorem. Výsledkem jejich práce vznikla možnost trvalého provozu. Práce sester na nemocnici mimo péči o pacienty zahrnovala výrobu lékařských a navržených dialyzačních cívek. Funkční systém pro normální bezporuchový provoz byl implementován do ostatních hemodialyzačních stadií v Plzni, českých Budjovicích, Zlíně, Olomouci, Košicích a německého Magdeburgu a maarského Debrecenu. Sbor hlavních internistů v roce 1969 přijal

první koncepce pravidelné dialyzační léčby. Téhož roku se konala první celostátní nefrologická konference v Hradci Králové, která dala základ pro statistické sledování výsledků léčby v tehdejší Československu. Dialyzační léčba se dále rozvíjela, ale dostatečně nepokrývala aktuální potřeby. V osmdesátých letech se práce československých nefrologů a sester omezila v Evropské dialyzační a transplantací asociaci. Péče o dialyzované pacienty se dle nových poznatků do nově vznikajících podoborů, které přinesly zlepšení poskytované zdravotní a léčebné péče (15, 24, 38, 41).

1.2.1 Principy hemodialýzy

Princip hemodialýzy je založen na dvou fyzikálních jevech. Jedná se o difúzi a konvekci. Metoda používá polopropustnou (semipermeabilní) membránu, dialyzační roztok a krev pacienta. V průběhu hemodialýzy dochází k odstranění zplodin metabolismu a vody z organismu pacienta.

„Difúze je definována jako spontánní pasivní transport látky z prostředí o vyšší koncentraci do prostředí s nižší koncentrací“ (38, str. 59).

Pokud k této metodě využíváme semipermeabilní membránu jedná se o dialýzu. V případě, že zplodiny látkového metabolismu přecházejí z dialyzačního roztoku do krve hovoříme o tzv. zpětné difúzi.

„Konvekce znamená přestup látek rozpuštěných v roztoku přes membránu filtrací“ (24, str. 18).

Tlakový gradient na membráně ovlivuje objem odstraněné tekutiny. Shodně jako u difúze je možné provést filtraci obráceně a to z dialyzačního roztoku do krve. Tento děj se označuje jako zpětná filtrace. Mimořádné eliminační metody se liší podle využívání difúze a konvekce. Pro hemodialýzu je využíván první z popsaných fyzikálních jevů – difúze. Během hemodialýzy se odstraní zejména látky s malou molekulou. Pro hemodialýzu se využívá syntetických membrán, kde účinnost spočívá v adsorpci proteinů. Ke základním principům eliminačních metod patří clearance, ultrafiltraci a dialyzanci. Pojem clearance je označováno množstvím látky odstraněné z krve po průtoku dialyzátorem. Clearance je ovlivněna krevním průtokem, průtokem

dialyza ního roztoku, tlouštkou membrány a molekulární hmotností látek, které mají být eliminovány metodou odstranění.

Ultrafiltrace je fyzikální děj, který odstraňuje z organismu pacienta tekutinu nashromážděnou v těle mezi jednotlivými dialyzačními procedurami. K výpočtu ultrafiltrace sestru musí znát tělesnou hmotnost pacienta po poslední hemodialýze a před zahájením hemodialýze. Rychlost ultrafiltrace ovlivňuje poréznost a plocha membrány. Hodnota ultrafiltrace je sestrou zadávána do dialyzačního přístroje, který na základě vložených dat zpracuje požadavek.

„Dialyzance je definována jako množství látky odstraněné z krve za jednotku času dělené rozdílem mezi koncentrací látky v krvi na vstupu dialyzátoru a koncentrací látky v dialyzačním roztoku na vstupu do dialyzátoru“ (38, str. 66).

Uvedený jev je využíván k sledování iontů v dialyzačním roztoku (24, 38).

1.2.2 Technické zabezpečení hemodialýzy

Lečba pomocí eliminačních metod je úzce propojena s využíváním nejmodernějších techniky. Práce s dialyzačním přístrojem je zpravidla doménou sester pracujících na specializovaných pracovištích. Základem je používání dialyzačních přístrojů. Na trhu je používána celá řada přístrojů od několika zahraničních výrobců zdravotnické techniky. Technické zázemí sestává z doplnění základní části v podobě dialyzačního přístroje úpravny vody a laboratorní technika tzv. „bed side“.

Dialyzační přístroj se skládá z několika součástí, které se dále dělí na základní a doplňující. Základní část obsahuje krevní pumpu, dialyzační systém, ultrafiltrační modul, součástí monitorující efektivnost hemodialýzy a automatický dezinfekční přístroj. Krevní pumpa čerpá krev z trvalého či dočasného cévního přístupu do dialyzátoru zpravidla rychlostí okolo 250 – 300 ml/minutu.

Příprava dialyzačního roztoku požadované kvality je uskutečňována v dialyzačním systému. Dochází k ohevu vody, odvědušnění a k jejímu míšení s bikarbonátovými koncentráty. Funkčnost systému je kontrolována měřeními a bezpečnostními idly. Ultrafiltrační část zabezpečuje optimální množství vody eliminované z krevního oběhu pacienta. Dezinfekce vnitřní části dialyzačního přístroje je plně automatická a provádí se dle nejaktuálnějších doporučení ústavních

epidemiolog . Dezinfekční postupy sestry evidují v příslušné dokumentaci hemodialyzačního střediska. K nejpoužívanějším způsobům dezinfekce jsou chemické sloučeniny na bázi chlornanu a kyseliny peroctové.

Doplňující součástí dialyzace pomocí přístrojů mají za cíl zlepšení kvality léčby, k nimž patří například neinvazivní automatické tonometry. Pacientovi je v průběhu eliminace metody měření krevního tlaku v intervalech předem určených sestrou. Vzhledem k možnosti vzniku komplikací v podobě náhlé hypotenze je monitorace základní fyziologické funkce žádoucí. Nové přístroje jsou vybaveny monitorem k měření recirkulace, kdy výsledkem měření je hodnota ukazující velikost průtoku cévního průstupu pacienta (21, 24, 26, 38).

1.2.3 Trvalé cévní průstupy – historie

Historický vývoj hemodialyzační léčby úzce souvisel s vývojem cévních spojení. Na počátku dialyzační léčby byl cévní průstup prováděn preparací žíly a tepny toto spojení umožňovalo vkládání kanyly vyrobené z kovu, plastu i skla. 9. března 1960 Američané Belding Scribner a Wayne Quinton zavedli první zevní arteriovenózní zkratku. Dostal název Scribner v shunt. Části kanyly zaváděné do cévy byly opatřeny tetrafluoropolymerovými koncovkami. První kanylace femorální žíly pro potřeby akutní hemodialýzy provedl Angličan Stanley Shaldon roku 1961. Italové J.M. Cimino a M.J. Brescia v New Yorku roku 1966 provedli první spojení mezi a. radialis a v. cephalica. Vznikla tzv. arteriovenózní podkožní píštěl nazývaná též fistula. O tři roky později J. Erben poprvé zavedl punkční technikou kanylu do vény subclaviae.

V roce 1974 se podařilo poprvé v klinické praxi aplikovat štěp z karotidy zvířete, pro který se začal používat termín graft. Zavedení jednocestné centrální kanyly cestou vena jugularis interna provedl poprvé roku 1979 Kanadčan Uldall a o rok později byl vyvinut dvoucestný centrální žilní katétr. Poznatky z výzkumu zejména ve Spojených státech amerických přispěly k rozvoji syntetických (Gore-tex) nebo autologních štěpů. Na konci dvacátého století pokrok ve vývoji přinesl do klinické praxe nové typy katétrů tzv. katétrů permanentní (15, 19, 24, 28, 33, 38).

1.2.3.1 Techniky zhotovení trvalých cévních přístupů

Trvalé cévní přístupy jsou zhotovovány chirurgickým spojením tepny a žíly. Rozeznáváme dva způsoby provedení. První je tzv. spojením „side to side“, jehož výsledkem je spojením otvoru v žilní stěně s otvorem ve stěně tepny. Při druhé alternativě cévní chirurg konec žíly po celém obvodu našije na otvor ve stěně tepny. Způsob se nazývá „end to side“.

Lokalizace cévních spojení je upřednostňována na horních končetinách pacientů. Cílem výkonu je zhotovit dostatečně široké cévní spojení, na jehož základě není ohrožena končetina nedokrevností. Po spojení artérie a žíly dochází k rozvinutí žilní části, která se působením tlaku tepenné krve rozvine. Tento proces je individuální, avšak za orientaci lze považovat rozmezí 4 – 6 týdnů. Arteriovenózní fistule, po uplynutí potrubné doby, je možno opakovaně kanylovat, protože neztrácí elasticitu jakou mají žíly.

Doba pro přípravu arteriovenózní fistule je doporučována na podklad klinického stavu pacienta, laboratorních hodnot a časové indikace zahájení dialýzy níže. V případě pozvolného nástupu konečné fáze renální nedostatečnosti lze s určitým časovým předstihem pacienta připravit na léčbu navazující po dispenzarizaci v nefrologické ambulanci.

Pokud se setkáme se stavem, kdy diagnóza chronického ledvinného selhání je stanovena bez předchozích přítomných klinických příznaků, není možné cévní spojení zhotovit v předstihu. V tomto případě je cévní přístup na počátku hemodialýzy níže by zajištěn speciálním centrálním žilním katétre.

Na základě vyšetření pacienta je platný postup upřednostvující prosté radiocephalické spojení. Spojení artérie a žíly na palcové straně zápěstí je preferováno na nedominantní končetině. Radiocephalická spojka je preferována pro snazší technické obtížnosti i nižšího výskytu vzniku komplikací. Mezi nevýhody patří delší doba vyzrávání. Se spojením cév v brachiocephalické oblasti vzniká zajištění pacienta o větším průtoku krve. Kanylace takto uložené fistule není obtížná. Obě spojky prokazují dlouhé funkční období a malé procento výskytu komplikací v průběhu operačního výkonu i po něm. Nevýhody lokalizace uložené na horních končetinách jsou estetické

d vody pacient lé ených pomocí hemodialýzy. Období, kdy je spojení funk ní, m že trvat 10 – 15 let.

Arteriovenózní fistule lze zhotovit též pomocí um lých cévních protéz. Na našem trhu se používají p ípravky z polytetrafluoroethylenu. K pozitivním vlastnostem materiálu adíme dlouhou životnost, odolnost a pevnost. Na p edloktí je požadován rovný úsek a. radialis a v. mediana nebo v. cephalica. Druhou možností využití um lého materiálu je spojení cév ve tvaru oválu i U. Doba vyžrání cévní spojky je zkrácena na t i týdny po výkonu, ale funk nost je snížena na dobu 3 – 5 let.

K mén astým míst m ke zhotovení cévní spojky využíváme ulnobazilické a brachiobazilické lokalizace na horních kon etinách. Místa vhodná pro netypická spojení mohou být vybrána i na dolních kon etinách a hrudníku pacienta (1, 7, 24, 26, 38, 39, 40, 42) .

1.2.3.2 P íprava nemocného na zhotovení trvalého cévního p ístupu

P íprava pacienta p ed zhotovením trvalé cévní spojky obsahuje n kolik krok , které nelze opomenout. Sestra p sobící v nefrologické ambulanci spolupracuje úzce s lékařem a pacientem v plánování ošet ovatelského procesu. Soubor vyšet ení je zam en na podrobné zmapování stavu žilního a tepenného systému pacienta, kardiovaskulárního systému a souvisejících okolností ovliv ující plánovaná ošet ení. Anamnéza je získána ošet ujícím personálem již v pr b hu návště v nefrologické ambulance a je pr b žn aktualizována dle zm n ve zdravotním stavu pacienta. Sestra provede podrobný záznam do dokumentace na podklad získaných informací.

Ve fyzikálním vyšet ení se zam ujeme na zhodnocení stavu cév pacienta. Pohledem lze hodnotit kvalitu k že na p edpokládaném míst zhotovení cévní spojky. V p ípad atrofie k že se sníženým podkožním tukem m žeme usuzovat na nedostate né prokrvení kon etiny. Barva k že s nádechem do fialova a bledostí signalizuje neefektivní cévní zásobení horní kon etiny. Pohmatem neboli palpa n hodnotíme t lesnou teplotu. Palpací na již zhotovené cévní spojce lze vyhmatat vír, který je zp soben spojením mezi tepnou a žílou. Pulzace tepen sestra vyšet uje na obou horních kon etinách. Hodnotí kvalitu, frekvenci a symetrii srde ní innosti. Z d vodu

volby potenciálního místa vyšetříme zejména a. radialis uloženou na volární části předloktí, a. brachialis na vnitřní straně paže a a. ulnaris.

Auskultaci metodou pomocí fonendoskopu pátráme po šelestech i vlnění krve. Pokud je tepna zúžená je poslechový nález negativní. Typický kontinuální lokomotivový šelest auskultujeme nad fistulí. Pro chodnost tepenného systému vyšetříme nutným Allenovým testem. Pacient je seznámen s minimální náročností testu. Vyšetřující provede stlačení a. radialis pacientovi horní končetiny sevřeně v polst. Poté pacienta vyzve k povolení ruky, ale stlačení a. radialis trvá. Prokrvení dlaně v etn prst by mělo nastat do 30 sec. Není-li zbarvení a teplota obnovena je test považován za pozitivní. Zásobení na palcové straně ruky není dostatečné a končetina není vhodná pro cévní operativní výkon (1, 6, 10, 16, 22, 24, 38, 41, 42, 46, 48, 49).

1.2.3.3 Ošetřovatelská technika kanylace fistule

Příprava pacienta na zavedení kanyly do trvalé cévní spojky po jejím dostatečném rozvinutí je individuální. Psychické vlastnosti pacienta s renálním selháním a samotný průběh operativního výkonu ovlivňuje ve všech směrech poátky hemodialyzační péče. Ošetřovatelský výkon sestry provádí za přísně aseptických podmínek. Pacienta vyzve k důkladné očištění kanylované končetiny pomocí mýdla a tekuté vody. Po mechanické očištění sestra aplikuje na pokožku dezinfekční roztok, který má bakteriostatický účinek. Prostředky k dezinfekci kůže jsou vybírány ústavním epidemiologem a podléhají dezinfekčnímu řádu v nemocničním zařízení. Sestra ponechá dezinfekční roztok zaschnout a provede řádnou očištění svých rukou.

Pomůcky pro kanylaci fistule jsou zabaleny v ochranném obalu, jejíž obsah je sterilní. V současné době je spolupráce mezi hemodialyzačním střediskem a výrobcem na dobré úrovni. Obsah jednorázových pomůcek určených ke kanylaci je možno upravit dle požadavků sester každého oddělení. Ve sterilním setu jsou obsaženy tyto pomůcky: rouška, podložka, tampony a náplast k fixaci jehel. Výkon sestry provádí ve sterilních rukavicích pomocí speciálních dialyzačních jehel.

Před zaváděním jehly do fistule sestra zhodnotí celkový stav pacienta, místo vpichu a dle potřeby pomůže pacientovi zaujmout co nejvhodnější polohu na lůžku. Zvláštní péči zaměřuje na pacienty s diabetem mellitem, kdy předpokládá zhoršenou

funkcí cévního spojení. Esmarchovo škrtidlo se položí pod loket, aby místo vhodné k zavedení kanyly bylo patrné. Položené škrtidlo může v žádané poloze pomoci zafixovat sám pacient nebo sestra pomáhající k bezproblémové kanylaci. Položením sterilní roušky zamezí sestra možné kontaminaci dezinfikovaného místa vpichu. Dialyzační jehly se vybírají k punkci fistule na poklad naordinovaného průtoku krve v průběhu hemodialýzy. Průměr používaných jehel je v rozmezí 1,6 – 1,8 mm. První je zaváděna jehlou arteriální jejíž úkolem je odvádět krev z cévní spojky směrem k hemodialyzačnímu přístroji. Místo vpichu vybírá sestra nejméně 3 cm vzdálené od jizvy na pokožce způsobené hojením rány po cévní operaci. Sestra má dvě možnosti kanylace fistule. První způsobem kanyluje cévní spojku ve směru proudu krve pod úhlem 25°, druhá možnost vyžaduje aplikaci kanyly proti směru toku krve ve vzdálenosti přibližně 5 cm od anastomózy.

Návrat krve zpět k pacientovi zajistí jehlou venózní. Místo zavedení sestru upadne v dostatečné vzdálenosti od jehly arteriální. Důvodem je minimální možnost v míšení krve ve fistuli. Sestra výkon provádí dle nejnovějších epidemiologických doporučení za použití sterilních rukavic a pláště, ústenky a epice. Pokud se v průběhu kanylace vyskytnou obtíže a sestra není úspěšná v zavedení kanyly do trvalé cévní spojky, zpravidla po druhém negativním výsledku svého výkonu požádá kolegyni o převzetí ošetřovatelského výkonu.

Jehly je nutné fixovat k pokožce pacienta zakryté sterilním mulovým tvrdem a náplastí po otočení o 180°. Důkladné připevnění jehel i úprava dialyzačního setu zabrání možnému vzniku komplikací.

Cílem specifické ošetřovatelské péče je dobrá a efektivní kanylace fistule, která přímo ovlivňuje léčbu pomocí hemodialýzy. Sestry dodržují shodná doporučení s cílem zachování funkčního cévního spojení. K doporučením patří výše uvedené umístění dialyzačních jehel, používání tzv. žebříkové metody a punkce fistule pod místem, kde vznikl hematoma. Žebříkovou metodu sestry aplikují u pacientů s rozvinutou cévní spojkou. Hematom vzniká při tzv. nerozvinuté fistule jako jedna z komplikací kanylace. Sestra zavádí dialyzační jehlu návratovou pod postižené místo.

Po skonění ošetřovací metody sestru odstraní arteriální jehlu a vyzve pacienta ke kompresi místa vpichu. Spolupráce mezi pacientem a sestrou je ovlivněna mnoha faktory jako například aktuálním zdravotním stavem, průběhem samotné dialýzy a

psychickým stavem. Úinné sta ení místa vpichu vyžaduje zru nost a síly pacienta. Cílem je zabrán ní vzniku hematomu v míst vpichu a s tím související optimální zhojení fistule, tento p edpoklad je jednou z mnoha faktor zajiš ující bezproblémové kanylace trvalého cévního spojení p i další hemodialyza ní lé b .

Pom cka, která zkvalitní ošet ovatelský výkon v podob zkrácení doby komprese místa vpichu je používána na hemodialyza níh st ediscích ojedine. Speciální gelová o ka je sestrou p iložena na vybrané místo vpichu na fistuli. Punkce sestra provádí bez p edchozího palpa ního vyšet ení a proto je vhodné využít pom cku pouze u pacient s kvalitní cévní spojkou (10, 12, 13, 23, 24, 25, 26, 33, 36, 38).

1.2.3.4 Komplikace fistule

Komplikace trvalé cévní spojky rozd lujeme na asného a pozdního typu. Správná ošet ovatelská pé e napomáhá k v asné diagnostice vzniklých obtíží a následnému vhodnému ešení podle r zných typ .

Za komplikace asné ozna ujeme vzniklé odchylky od normálního stavu do 24 hodin po opera níh cévním výkonu. Stav se projevuje trombózou, krvácením a otokem. Trombózu AV fistule rozpozná zpravidla sestra, protože není možné doposud funk ní spojku zajistit dialyza ní kanylou. Komplikace v podob krvácení v oblasti opera ní rány provázejí asné poopera ní období, kdy je pacient zpravidla hospitalizován na interním i nefrologickém odd lení.

Ke komplikacím pozdním pat í tzv. steal fenomén, infekce fistule, aneurysma a pseudoaneurysma, ischémie kon etiny s fistulí a kardiální dekompenzace. Steal syndrom pat í mezi závažné komplikace, které se vyskytují ast ji u pacient s diabetem mellitem a onemocn ním cév r zného p vodu. K projev m adíme ischemickou bolest prst nebo ruky, kdy je zhotovena trvalá cévní spojka. Sestra pomýšlí na tuto komplikaci zejména u pacient ve vyšším v ku a s diagnózou diabetes mellitus.

Infekce fistule je pro pacienta lé eného pomocí elimina ní metody na hemodialyza níh st edisku závažnou zm nou ve zdravotním stavu. S touto komplikací bychom se v p ípad dodržování bariérové ošet ovatelské pé e nem li setkat. P vodci infek ního onemocn ní nejd íve pokožky jsou Staphylococcus aureus a Staphylococcus

epidermidis. Infekční onemocnění se zpočátku projevuje místněj až zarudnutím a zapálením. Sestry před zahájením kanylce trvalé cévní spojky musí důkladně auskultovat místo vpichu a zamezit tím pozdějšímu vzniku infekčního onemocnění (7, 9, 11, 12, 19, 24, 38).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- ❖ Cíl 1: Zjistit problémy dialyzovaných pacientů, které souvisejí s trvalým cévním přístupem.
- ❖ Cíl 2: Zjistit postoje sester, pracujících na dialyzačních střediscích, ke kanylaci trvalých cévních přístupů.
- ❖ Cíl 3: Zmapovat přístup pacientů s trvalým cévním přístupem k sestřím s krátkou dobou praxe na hemodialyzačním středisku.

2.2 Výzkumné otázky

- ❖ 1. Jaké problémy ve vztahu ke své nemoci mají pacienti s trvalým cévním přístupem?
- ❖ 2. Jaké jsou postoje sester pracujících na hemodialyzačním středisku ke kanylaci cévních přístupů?
- ❖ 3. Ovlivňuje délka praxe sestry na hemodialyzačním středisku vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem?
- ❖ 4. Existuje souvislost mezi minulým negativním zážitkem/ zkušeností pacienta a jeho postojem k sestřím pracujících na hemodialyzačním středisku?

3. Metodika

3.1 Technika sběru dat

Pro zpracování praktické části diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. U pacientů léčených na hemodialyzaci stědišcích byla provedena pilotáž v letních a podzimních měsících roku 2009. Pilotní šetření bylo zaměřeno na problematiku ošetřování pacientů s trvalým cévním přístupem. Použitou metodou bylo zúčastněné pozorování, analýza ošetřovatelské a lékařské dokumentace a rozhovory se sestrami pracujícími na hemodialyzaci stědišku Nemocnice české Budjovice a.s.

Získané zkušenosti přispěly k detailní přípravě samotného výzkumného šetření, které bylo realizováno od února do dubna roku 2010. Hlubkové rozhovory byly zaznamenány na diktafon. Okruhy otázek pro rozhovor vedený se sestrami (Příloha 1) a okruhy otázek pro hlubkové rozhovory s pacienty (Příloha 2) byly zaměřeny na stanovené cíle práce a výzkumné otázky.

Výzkumné šetření bylo ovlivněno pilotní studií dané problematiky. Pracoviště českobudjovické nemocnice včetně pacientů a sester bylo opakovaně navštěvováno i mimo probíhající výzkumný záměr. Zmapování a získání informací o ošetřujících i ošetřovaných přispěly k zařazení výzkumníka do místa šetření. Pozitivní odezva ze strany zkoumaného vzorku pozitivně ovlivnila zájem o hlubší poznání problematiky kanylace trvalých cévních přístupů u pacientů s chronickým selháním ledvin.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen devíti sestrami pracujícími na hemodialyzaci stědišcích v Nemocnice české Budjovice a.s., Nemocnice český Krumlov a.s. a Nemocnice Písek a.s. Výběr respondentek se řídil pouze aktuálním výkonem práce na požadovaném oddělení. Sestry byly seznámeny s účelem výzkumného šetření a vyzvány k vyslovení názoru pro následnou spolupráci. Respondentky nevyjádřily negativní postoj ke sdělení dat. Rozhovory pro pozdější optimální zpracování byly zaznamenány na diktafon.

Druhý výzkumný soubor tvořili pacienti s lékařskou diagnózou chronického selhání ledvin mající zhotovenou trvalou cévní spojku. Všechny respondenty bylo léčeno pomocí hemodialýzy či hemodiafiltrace v Nemocnici české Budjovice a.s., Nemocnici český Krumlov a.s. a Nemocnici Písek a.s. Výběr respondentů byl ovlivněn svobodnou volbou k vedení rozhovoru, místem uložení pacienta a doporučením ošetřujícího personálu. Všem respondentům před zahájením hloubkového rozhovoru byl předložen dotazník výzkumného šetření i rámcový obsah rozhovoru. Bylo využito diktafonu z důvodu eliminace nepříjemného zpracování získaných dat.

4. Výsledky

4.1 Rozhovory – pacienti

Respondent 1 (P1)

Respondent .1 je pacientem Hemodialyza ního st ediska v Nemocnici eský Krumlov a.s.. V k uvádí 77 let. Lé en pomocí hemodialýzy je 2,5 roku. Délka dialýzy trvá 4 hod. P í inu selhání ledvin pacient nezná. Na za átku svého onemocn ní pozoroval nechutenství, úbytek na t lesné hmotnosti o 20 kg. Na základ celkového stavu byl hospitalizován a poté léka stanovil diagnózu chronického selhání ledvin. P idružená onemocn ní respondent neuvádí a cítí se zdrav.

Od za átku lé by má pacient funk ní AV fistuli na levém p edloktí, pouze jednou bylo provedeno „profouknutí“ neboli fistulografie. Výkon byl proveden p ed rokem z d vodu zpr chodn ní cévního spojení. V sou asné dob hodnotí fistuli jako funk ní. Na otázku problém s fistulí odpovídá, že nejsou. V rychlém sledu dopl uje omezení, která souvisejí se zhotovením cévního spojení, za nejvýznamn jší omezení považuje zákaz zalévání a s tím související nošení t žkých b emen. Doporu ení získal od primá ky odd lení a sester a snaží se je dodržovat.

Na otázku d ležitých složek ošet ovatelské pé e odpovídá: „Jsem spokojen a na nic si nest žuji“. Popisuje podrobn pr b h návšt vy na odd lení, mezi které adí p evle ení na šatn do vlastního pyžama. Vy ká na vyzvání od sestry, která jej uloží na l žku. Po ulehnutí: „ ekám až bude mít sestra as. Pacient je více než sester, proto musím ekat“. B hem dialýzy nemá žádné potíže. Pozitivn hodnotí nem níci se uložení na l žku a možnost komunikace s pacientem na vedlejším l žku. B hem rozhovoru zd raz uje omezený pitný režim v etn následk na zdravotní stav. Pacient je p esn informován o doporu ením p íjmu tekutin za 24 hodin, který v nedávné dob zvýšil z p vodních 500 ml na 750 ml. V sou asné dob pacient eká na operaci, od které o ekává „prodloužení života“. Kladn vnímá možnost hemodialýzy a d kuje za možnost ji využít. Pacient je za azen do transplanta ního programu, a proto absolvoval nutná vyšet ení s tím související. Transplantace nebyla provedena z d vodu „zvýšené teploty“.

Na otázku, kdo provádí kanylaci trvalého cévního přístupu, pacient udává: „Vždy kanyluje ta sestra, která má službu. Sestry se střídají“. Obtíže s nemožností zavedení kanyly se vyskytly opakovaně. Přítomnost v obtížném zavedení kanyly vyjadřuje na přibližně jedenkrát měsíčně. Dialýzu označuje jako „život zachraňující metodu“.

Nejdležitější je pro pacienta dobré zavedení kanyly i dobrý průběh dialýzy. Bohem o těchto metodách má omezenou hybnost končetiny, která má návaznost na signalizaci za řízení dialyzačního přístroje.

Pacient v době přípravy na transplantaci ledvin byl dialyzován mimo stávající zdravotnické zařízení. Současně pracoviště vnímá jako lepší, jak sám popisuje: „Jsem zde zvyklý“.

Ležko má pacient stabilní, ale „problém je všechny“. Je spokojený, „je stále na svém místě“.

Do nemocnice je přivážen sanitkou a cestu označuje za „okružní jízdu“.

Respondent 2 (P2)

Respondent . 2 je starobní důchodkyně ve věku 65 let. Vstává ve 4:30 „musí se postarat o pejska“. Návrat z HDS je okolo 13 hod. V běžných denních aktivitách pociťuje velkou únavu, zejména ve dnech, kdy navštěvuje hemodialyzační středisko.

Bydlí v Jihozápadním regionu. Přítomnost eliminační metody je 2krát týdně po dobu 4 hodin. Léčba na středisku trvá 4 roky.

Fistule na pravé horní končetině, kde je zhotoveno brachiocephalické spojení. Obtíže s fistulí má. Přívodní trvalé cévní spojení bylo radiocephalické. Ruku nezatěžuje a obává se komplikací. V případě nepříznivého stavu je seznámena s možností vytvoření fistule na dolní končetině. Této situaci se obává. Na místo vpichu aplikuje 2krát denně mast Heparoid včetně „šetření končetiny“. Komplikace při kanylaci má opakovaně. Nejprve jí vznikl hematom a poté bolestivost v místě vpichu.

Omezení popisuje zejména z důvodu zhotovení fistule na dominantní končetině. Nevhodné aktivity musí provádět levou končetinou, čímž vznikají nestandardní situace v běžných denních aktivitách. Nejbližší rodina žije v jiném regionu, a proto využívá k drobným domácím pracím v domácnosti a okolo domu domovníky. Velké omezení

v souvislosti s fistulí popisuje v péči o svou maminku, která potřebuje komplexní péči. Vzhledem k cévní spojce nedokáže zajistit péči v domácím prostředí. Uvdomuje si důležitost funkčního cévního přístupu a snaží se předjet komplikacím v podobě nefunkčnosti fistule. Mamince zajistila péči s domov pro seniory ve stejném městě, kde žije. Omezení v nemožnosti péče o rodinného příslušníka vzhledem ke svému onemocnění přijímá neutrálně.

Žije sama, sociální kontakty udržuje například vležitostných setkáních s bývalými kolegyněmi ze zaměstnání.

Pacientka je zařazena do transplantačního programu a absolvovala dvakrát soubor vyšetření.

Na otázku, zda byla dialyzována v jiném zdravotnickém zařízení, chvíli váhá. Poté uvádí, že byla dialyzována v nemocnici krajského typu. Eliminační metoda byla prováděna v souvislosti s operativním výkonem na krční páteři. Dialýzu popisuje ve velkém prostoru a vzhledem k únavě využila možnosti spánku. V kanylaci nemá oblíbenou žádnou sestru.

Svou domovskou dialýzu označuje za „pohodovější, sestry za ty léta znám“. Nechtěla by mít pracoviště v jiném. Ve stávající situaci si je v domě výhodnější spojených.

Léčko nemá pacientka při každé návštěvě shodné. Sdíluje, že požádala ošetřující personál o změnu uložení. Udává nesympatie k pacientovi uloženému na vedlejším lůžku. Staniční sestra nabídla pacientce řešení, které přijala a ohodnotila kladně. Doufá, že „to bude fajn“.

Respondent 3 (P3)

Respondentka .3 je vku 75 let. Hemodialyzační léčba byla zahájena v prosinci roku 2009. Interval je třikrát týdně na 4 hodiny. Před zahájením dialýzy docházela do nefrologické poradny. V poradně byla připravována na možnost léčby pomocí hemodialýzy. V prosinci došlo k náhlé změně zdravotního stavu s následkem hospitalizace na jednotce intenzivní péče interního oddělení. Hospitalizace trvala

přibližně jeden měsíc. V jejím průběhu byla pacientce zavedena dialyzační kanyla, která umožnila aktuální řešení klinického stavu.

Respondentka byla sledována pro hypertenzi, která se s nástupem léčby na HDS upravila. Jiná přidružená onemocnění neuvádí.

Trvalý cévní přístup je zhotoven na levém předloktí. Na počátku hemodialýzy popisuje respondentka mnoho obtíží spojených s AV fistulí. Nejvíce zdrazňuje bolest při samotném zavedení kanyly a tvorbu hematomů. Postupem času došlo k úpravám a v současné době hodnotí vše „že to jde“.

Respondentka je spokojená s přístupem sester a vedoucího lékaře. Místa vpichu ošetřuje na doporučení ošetřujícího personálu 2 x denně Heparoidem. O končetinu s fistulí se snaží pečovat dle doporučení. Sama zkusila aplikovat na místa vpichu studené obklady, které snižují bolest a pomáhají k rychlému zhojení pokožky. Doporučení v péči o končetinu neporušuje.

Mezi další omezení, která pacientka pocítuje, je snížení příjmu tekutin. Uvádí: „Během dispenzarizace v nefrologické ambulanci jsem byla zvyklá hodně pít. Nyní mi žije vypít 500 ml za den.“ V doporučené dávce je zahrnuto ovoce, polévky. Úpravu pitného režimu pokládá za nejvíce omezující.

Na otázku, zda má respondentka svou sestru odpovídá, že tomu tak není. „Mám všechny sestry, které se o mne starají“. Sestry označuje jako druhou rodinu.

Na komplikace kanylace AV fistule si vzpomíná nejvíce na začátku léčby: „Jednou se to nepodařilo vůbec, to bylo na začátku mé léčby na HDS“. Situace byla řešena pomocí tzv. jednojehlové hemodialýzy.

S provedením hemodialýzy na jiném pracovišti pacientka zkušenosti nemá.

Negativní zážitky spojené s hemodialýzou nemá. Velkou oporou má pacientka v manželovi, dětech a vnoučatech.

Respondent 4 (P4)

Respondentka P. 4 je narozena před 72 roky, ve starobním důchodu žijící v Pečovatelském domě. Léčba na HDS byla zahájena před 2,5 rokem, jednalo se o následek odstranění ledviny pro nádorové onemocnění. Eliminační metoda je prováděna

každé dva dny v délce 4 hodin. Od dětství udává migrény. Diagnostika na neurologickém oddělení byla popsána bez jasného nálezu. V poslední době pociťuje palpitace, které se stupují. Byla ošetřena rychlou záchranou léky s pomocí.

Trvalý cévní přístup zhotovil cévní chirurg radiocephalický na pravé končetině. Omezení spojená s fistulí má v nošení tlumičů tašek a viditelné změny pokožky na předloktí pravé horní končetiny. Domácí práce zastává sama. Větší nákupy musí absolvovat za pomoci dcery.

Problém se zajištěním trvalého cévního přístupu před hemodialýzou se několikrát objevil. Ve všeobecném hodnocení považuje ale spokojenost. Během poátků léčby HDS se opakovaně vyskytly komplikace se zavedením kanyly a následnou rupturou i vznikem hematomu. Tento stav respondentka popisuje sestře provádějící zavedení kanyly. Sestra pacientce položila led. Končetina respondentky reagovala velkým hematoma až po zástavě s bolestivostí. Poátků kanylace hodnotí nepříjemně, prožitá zkušenost ovlivnila negativně další ošetřování. Poté došlo k úpravě stavu s snížením počtu komplikací. Mezi negativní zážitky zahrnuje techniku zavedení kanyly od konkrétní sestry.

Na otázku, zda má předloženou sestru, která by prováděla ošetřovatelskou péči, odpovídá ne. Před návštěvou HDS nezná sestru, která bude kanylaci provádět. Oblíbené sestry má dvě, s délkou praxe v rozmezí 8 – 10 let. Respondentka je spokojená s technikou zavedení kanyly a laskavým přístupem. Sestry na začátku profesního působení na HDS kanylovaly respondentku. Respondentka je nikdy neodmítla. Služebně starší sestry nově začínajícím sestrám pomáhají. Pozorováním zjistila, že sestry nově nastupující nejdříve nepracují, ale shromažďují nové informace. Situaci popisuje: „sestra se to naučit musí“. Obavy, strach ani nedvěru v sestru, kterou ještě nezná neuvádí.

Negativní zážitek se sestrou nesmlouvěně poznává. Nebyla spokojena se zavedením kanyly do fistule. Po ošetření měla vždy hematoma a zvýšenou bolestivost v místě vpichu. Zástavu krvácení vtláčením sestry utišují pomocí Gelasponu, ale tato sestra odmítla pacientce je položit.

Situaci respondentka řešila sdělením situace jiné sestře. Při následujících návštěvách sestra, která prováděla kanylaci fistule s nespokojením respondentky, již nikdy pacientku neošetřovala. Pacientka hodnotí: „jsem ráda, že ke mně nechodí“.

Uložení během ošetřovací metody se stíhá mezi dvěma lžky. Respondentka si cení shodného umístění v klidnější části hemodialyzačního sálu.

Respondent 5 (P5)

Respondentka P5 je vku 65 let. V nefrologické ambulanci léčená 1,5 roku nyní na HDS v péči 3 roky. Mezi přidružená onemocnění respondentka uvádí diabetes mellitus I. typu a dnu. Fistule první na levé horní končetině je plně funkční. Uvádí, že se o ruku bojí. Opatření dodržuje dle doporučení zdravotníků. Žije s manželem, který zastává běžné domácí práce a pomáhá s nošením nákupů. Na HDS dochází třikrát týdně v délce 4 hodiny. Před 6 měsíci byla doba prodloužena na 5 hodin, ale vzhledem ke komplikacím v podobě velké únavy a zvracení se po dohodě s ošetřujícím lékařem přistoupilo zpět ke zkrácené verzi. Respondentka je ve starobním důchodu, dříve pracovala jako spojovatelka. Na rozhovor se velmi těšila a nadšeně spolupracovala.

Problematikou na HDS popisuje podrobně. Možnost léčby eliminací metodou hodnotí za významnou. Je si plně v domě nepostradatelné funkce ledvin, která byla v době minulá nedostupná pro pacienty s vyšším věkem. Dříve v ošetrovatelské péči klade respondentka na kanylaci fistule. V kolektivu sester má oblíbené sestry. Oblíbenost vysvětluje bezproblémovým zavedením kanyly. Skupina preferovaných sester je tvořena zkušenou sestrou s praxí na HDS minimálně 8 let. Na otázku vztahu mezi nově nastupující sestrou a pacientem podrobně vypráví zkušenost starou přibližně jeden rok. Kanylaci fistule prováděla sestra s krátkou dobou praxe se slovním svolením respondentky. Během dialýzy došlo k ruptuře fistule, tvorbě hematomu i bolestivosti. Bolest respondentka uvádí již při zavedení jehly a v souvislosti s hematodem v místě vpichu. Vzniklou komplikaci přitáhla nezkušená sestřina. Odmítá i po roce její ošetření. Nesouhlasí s názorem, že nově nastupující sestřina na HDS nemá zkušenosti v zavedení kanyly do fistule. Má strach, obavu a necítí důvěru k sestře s krátkou dobou praxe.

Respondentka se zamyslela a doplnila sdělení: „Sestry se zkušeností by neměly být nuceny odejít z pracovišť“. Dialýza u respondentky probíhá vždy na shodném místě v klidnější části dialyzačního sálu. S umístěním je spokojena. Během pobytu ráda poslouchá vlastní rádio, pozoruje zahradu nebo si čte. Hemodialyzační středisko označuje jako druhý domov. Nejdůležitější v práci sestry označila bezproblémové zavedení kanyly. Bolest při výkonu si spojuje se zkušeností sestry.

Respondentka není zájemce o transplantaci v transplantčním programu. V rodinném kruhu zvažovali i příbuzenskou transplantaci. Výhody a nevýhody řešení situace byly předmětem dlouhých diskusí. Konečné rozhodnutí je nepodstoupit výkon. Manžela označila jako osobu, která obstarává domácnost a zdraví je pro ni důležitější. Obává se možné komplikace po transplantaci, která by mohla ovlivnit funkci manžela v domácnosti. Dotazy respondentky nejsou vhodnými dárci z důvodu chronického onemocnění. Významné omezení pocitu je s nutným snížením příjmu tekutin po nástupu na dialyzační středisko.

Respondent 6 (P6)

Respondentka P. 6 dochází k léčbě na hemodialyzační středisko od konce února 2010. Je starobní děložní chodkyně ve věku 63 let, předtím pracovala jako šička. Respondentka se léčí pro mnohočetný myelom již několik let. Prodělala transplantaci kostní dřeně ve fakultní nemocnici. Chronické selhání ledvin vysvítuje jako následek užívání léků pro onemocnění bílé krevní řady. Stav vznikl náhle s jediným projevem, kterým byla zástava močení. Jiné projevy nástupu chronického onemocnění nejeví. Po transplantaci kostní dřeně byla dispenzarizována na plzeňské pracovišti pět let. Nyní je léčena pomocí hemodialýzy a léčba maligního onemocnění je zastavena. Eliminační metoda je poskytována třikrát týdně po dobu 4 hodin.

Na otázku zajištění cévního vstupu chronologicky popisuje proces. Zpočátku byla zavedený dialyzační katétr v téhle a poté na krku. S tímto způsobem zajištění nepociťovala žádné omezení. Po akutní fázi byla založena cévní spojka na levé horní končetině brachiocephalického spojení.

Omezení s fistulí vnímá jako „nepříjemné, vše se s rukou dělá špatně“. Má strach o funkci spojení, je seznámena se zákazem odbírání krve a měření krevního tlaku na končetině, kde má vytvořenou fistuli. V běžném životě má zvýšenou pozornost k fistuli, ale její inorodnost a aktivita není příliš omezena. Provádí pravidelnou kontrolu fistule pomocí pohmatu, kdy je nutné pociťovat při přiložení prstu ruky „vrnění“. Lokalizace fistule byla zvolena cévním chirurgem na paži z důvodu trvalého poškození cévy chemoterapií. Fistule je zhotovena na levé končetině i přes fakt, že pacientka je levák. Před zhotovením byla dotazována jakou rukou píše. Vzhledem ke skutečnosti, že píše pravou zdravotníci vytvořili spojnku na opačné končetině. V dnešním rozhovoru respondentka uvádí, že jedinou aktivitou provozované pravou rukou je psaní. Sama sebe označuje za leváka.

K problémům s fistulí u respondentky v poslední době patří omezení domácích prací. Do posledních dnů se snažila všem členům být oporou a poskytnout jim prvotní péči. Po nástupu na HDS v tísňové práci spojených s domácností zajišťuje manžel.

Význam ošetřovatelské péče poskytované na HDS označuje vysvětlení celého procesu. Zpočátku léčení nebyla dostatečně seznámena s vážným pacientem a zjistila, že má nadbytek vody. Při prvních kanylacích fistule uvádí nepříjemné pocity. Vzápětí porovnává průběh minulého onemocnění, kdy respondentce byly aplikovány stovky injekcí. Hemodialyzační jehly popisuje jako silnější, než klasické jehly injekční. Bolestivost výkonu je náhodná.

Komplikace v podobě hematomu měla opakovaně, kdy končetinu označuje červenou barvou. Tvorbu hematomu do jisté míry přispívá špatná koagulace krve.

Uložení na shodné lůžko vítá i když není pravidlem. Zmínku o uložení na lůžko si vysvětluje aktuální potřebou sestry. Při ošetřování nepreferuje konkrétní sestru a předloženou sestru nemá. Konflikt mezi respondentkou a sestrou prozatím nemá. Zkušenost sestry a šetrnou kanylaci vysvětluje: „lovku se nikdy nepodaří a nikdy nepodaří“.

Přístup ošetřujícího personálu porovnává s pracovišti, kde byla léčena pro onemocnění bílé krevní srádky. Péči na předchozích pracovištích od sestry hodnotí jako

lepší vzhledem k poáte ní lékařské diagnóze. Personál pracovišť hodnotí s vysokou odborností na lébu i transplantaci kostní dřeně. Transplantaci kostní dřeně prodala před pti lety. Svůj zdravotní stav označuje: „jako složitý a plný trápení“. Od lékaře získala informace o negativní možnosti léby a použila označení „udržovací metoda“. Respondentka uvádí, že veškerá léba na závažné onemocnění byla použita.

Jistá omezení souvisejí s dojížděním na noční hemodialýzu i úpravou pitného režimu. Návrat domů je v brzkých ranních hodinách a to má za následek změnu spánkového rytmu respondentky.

Respondent 7 (P7)

Pacientka je 65 let stará. Na hemodialýzu, kde byl výzkum realizován, dochází pouze v prázdninách. Rozhovor byl veden tak, abychom získaly informace o domovské HDS i tzv. prázdninové. Domovská HDS se nachází v nemocnici krajského typu. Respondentka se rekreuje na chalupě. Na HDS dochází tři roky. Za átek onemocnění popisuje „divn“, měla DM. Za átek popisuje chybou ve stravování, vynechala snídani, následně kolaps a hospitalizace. Při pobytu ve zdravotnickém zařízení byla stanovena nová lékařská diagnóza chronického selhání ledvin.

Eliminační metoda je naordinována na 3 dny v týdnu o délce 4,5 hodiny.

První zkušenosti s HDS má pacientka negativní. Nebyla spokojena s ošetřujícími ani lékařským personálem. Postup k ní samé hodnotí velmi špatně. Z neuspokojivé situace našla východisko ve změně stědiška. Na stávajícím pracovišti je spokojena a nechce měnit své rozhodnutí. Na prázdninové HDS nelze hodnotit absenci převlékání lžka po jednotlivé návštěvy pacienta. Respondentka popisuje, že v prázdninách se jí nově objevily kožní problémy. Tuto změnu ve svém zdravotním stavu považuje za nedostatek výměny ložního prádla.

Pacientka má fistuli na pravé horní končetině v dolní části. Zpočátku měla velké obtíže s koordinací pohybů, protože její pravá ruka je dominantní. S dříve zhotovení cévní spojky na pravé ruce respondentka není seznámena. Vysvětluje si jinak rozhodnutím vedoucí lékařky, která dala pokyn pro vytvoření spojky po vyšetření končetiny pohmatem. Cévní spojka je první zhotovená. Nyní, při pobytu na prázdninové

HDS se dozvěděla od sestry, že horní část fistule prokazuje ne zcela vyhovující parametry. Sestry mají obtíže s kvalitním zajištěním fistule a následnému ošetření pacientky. Respondentka byla seznámena s možností řešení situace pomocí tzv. „profuku“ po návratu do domácího prostředí. Za účty na HDS respondentka hodnotí špatně. Problém s fistulí nemá, ale HDS byla doprovázena řadou komplikací jako například pády, povrchové zranění hlavy, fraktura žeber po pádu, zvracení, průjem. Váhu pacientky udržovala tabulka, která se ale neshodovala s aktuálním stavem pacienta.

Omezení ve svém životě v souvislosti s fistulí na horní končetině pozoruje. Avšak dodržování všech doporučení není možné, protože manžel používá kompenzační pomůcky usnadňující chůzi a pacientka zajišťuje péči o rodinu. Velké komplikace zažívala po návratu z první HDS, kdy trpěla komplikacemi. Manžel zajišťuje respondentce transport, protože doprava pomocí sanitky je velmi zdlouhavá. Při průjmech, zvracení a pádech návrat do domácího prostředí byl pro manžele nejsložitější. Zmínou HDS došlo k odstranění všech obtíží a stav popisuje velmi dobře. Pitný režim pacientky je doporučen na 500 ml za den. Vysvícení přichází v zápatí: „protože nemožím“. Příjem tekutin zahrnuje polévky, ovoce i zeleninu. Doma polévky nevaří. Zde na HDS má možnost obědu pouze polévky nebo jogurtu s rohlíkem. Dietní opatření má ve sníženém množství potravy, omezení příjmu luštěnin.

Na domovské HDS je respondentka v péči „své sestry“. Vztah popisuje následovně: „Sestra má své smůlky, takže při každé mé návštěvě se neseškápe“. Určená sestra zajistí potřeby respondentky a spolupracují spolu na aktuálních obtížích, které se vyskytnou v průběhu ošetřování. Dostupnost sestry není vždy, protože její práci je doprovázet pacienta na hromadné dovolené pořízené státním úřadem. Na prázdninové dialýze nemá přítel sestru.

Na otázku jaké má zkušenosti se zajištěním cévního vstupu odpovídá, že sestry si musí na pacienta zvyknout. Fistule je krátkým úseku uložena hlouběji. V případě kanylace právě této části pociťuje respondentka bolest. Hematomy v místě vpichu měla opakovaně. Nyní užívá antikoagulační léky a zná souvislost mezi tvorbou hematomů a užíváním léků.

Sestry označila za oblíbené. Respondentka nevyžaduje péči navíc, sestry si udělají svou práci a je spokojená. Čas si krátí poslechem rádia. Sledování televize bylo upraveno ováno pacientem, který již zemřel.

Uložení při každé návštěvě zdejšího studenta se liší. Na své domovské HDS je uložena vždy ve shodném lůžku. Zmínku uložení při krátkodobému pobytu zde. Na HDS má své blízké přítele, nejraději si v průběhu návštěvy vypráví nové zážitky a vzpomínky. Sestry jsou dle respondentky služební mladé. Výhodu vidí v asaném zahájení hemodialýzy již v 5,30 hod. Návrat domů je okolo 11 hodiny. Za útek HDS uskutečnila sestra z noční směny a poté péči přebírá ranní sestra. Respondentce je měřen krevní tlak každou hodinu. Dostane snídaní v 8 hod., poté probíhá vizita.

Respondent 8 (P8)

Pacient je 72 let starý a léčí se 9 měsíců na HDS. Předtím se nijak neléčil. Za útek svého onemocnění bylo zjištěno při hospitalizaci na interním oddělení. Diagnóza chronického selhání ledvin mu byla sdělena primárně oddělení. Hemodialýza trvá 5 hodin ve frekvenci 3 týdně. Množení je nepatrně zachováno. Obtíže před zjištěním diagnózy. Přidružená onemocnění má diabetes mellitus, stav po akutním infarktu myokardu, diabetická neuropatie.

Léčba AIM byla vedena ve spádovém kardiocentru opakovaným operačním zákrokem. Vše si zcela nepamatuje, protože měl ordinovanou analgosedaci. Vyšetření proběhlo na neurologii, kde byla indikována léčba, po které respondent uvádí subjektivní obtíže a kolaps.

Cévní spojku má pacient zhotovenou na levé horní končetině v oblasti radiocephalické. Uvádí, že je pravák. Zpočátku léčby na HDS měl zavedenou dialyzační kanylu v centrální žíle na krku. Cévním chirurgem byla zhotovila fistule. Obtíže spatřuje v tzv. boulicích na ruce a bolestivosti. Respondent si nevzpomíná na obtížné zavedení kanyly a s tím související komplikovanou dialýzu. Bolest respondent pociťuje během každé kanylace fistule, která je v těsinou lokalizována v horní části cévního spojení. Léky ke snížení bolesti neužívá z důvodu: „Abych neužíval prášek zbytečně moc.“

Omezení s hemodialyzací lébou pociuje ve sníženém příjmu tekutin, omezeném množství konzumovaného ovoce a zeleniny.

Respondent žije sám. Omezení vzhledem k cévní spojce žádné nezná ani nedodrhuje. Je nucen si vařit nejvíce během pracovního týdne, o víkendech dochází na návštěvu k dce i. Oficiálně žije v domácnosti se synem, ale ve skutečnosti tomu tak není. Běžné domácí práce se snaží obstarávat sám.

Pohyblivost je omezená, používá kompenzační pomůcky. Transport zajišťuje na HDS zdravotnické zařízení. Mezi sestrami nemá žádné oblíbenky. Vzpomíná se si, že jedna ze sester je přítelkyní dcery. Hodnotí velké množství práce sester a nedostatek času na komunikaci s pacienty. Ošetřovatelskou péči hodnotí, vše je ve fofru.

Primární sestru nezná. Sestra je určená dle příchodu pacienta na oddělení. Pokud je uložen na stávajícím lůžku je zpravidla připojen k přístroji poslední.

Během nástupu pacienta na HDS nastoupila též nová sestra. Za dobu, kdy je pacient léčen na stávajícím oddělení odešla jedna sestra do starobního důchodu. Bližší vzájemný vztah mezi sestrami a respondentem není. Největší omezení pociuje v délce trvání hemodialýzy. Popisuje: „Pět hodin co si budeme vykládat je to dlouho“.

Respondent byl ošetřen v průběhu hospitalizace na kardiocentru mimo domovskou HDS. Pocity byly ovlivněny pooperačním stavem a nemožností samostatného pobytu. Při otázce preference stěhování uvedl domovské pracoviště. Stav po operaci byl provázen zvýšenou únavou, uvádí: „Nebyla to žádná sranda“. Ošetřující personál hodnotí: „Primární oddělení ani sestry nejsou špatné.“

4.2 Rozhovory – sestry

Respondentka . 9 (S1)

Respondentka pracuje v oboru ošetřovatelství 35 let z toho 8 let na hemodialyzačním středisku. Vystudovala Střední zdravotnickou školu v Táboře obor Dětská sestra. Pracovala na porodním sále, dětském oddělení a v jeslovém zařízení. Z důvodu zrušení jeslí pracovala v lébně dlouhodobě nemocných, následně byla LDN zrušena a nové zaměstnání získala na standardním interním oddělení a až poté dostala nabídku pracovat na HDS.

První vstup na HDS byl u ní na základě nabídky lékaře oddělení. Říká: „Netušila jsem co té doby co dialýza je. Věděla jsem, jenom že je to umělá ledvina“. Bližší upřesnění pojmu si neuměla představit. Nabídku konzultovala s vrchní sestrou, která byla názoru: „Nenechat si příležitost ujít“. Poté zhodnotila náročnost práce na standardního a specializovaného oddělení a nabídku přijala. Za zážitek svého působení na hemodialýze hodnotí popisuje: „Byla jsem jako v Jiřkově vidění. První půl rok byl šílený.“ Vzpomíná, že přibližně jeden rok potřebovala na úplnou adaptaci. Princip eliminačních metod plně pochopila až při specializačním studiu oboru Intenzivní péče v nefrologii. Studium trvalo 1,5 roku a úspěšné ukončení respondentka uvádí před 4 roky.

Po studiu získala nejen znalosti o procesu ošetřování metod, ale podrobně si objasnila i náplň práce. Doslova říká: „Pochopila jsem pro to tak funguje, problematika je vysvětlována do hloubky“. Při práci na HDS není čas na doplňování si znalostí. Nevěděla jak má získávat informace a neznala ani souvislosti mezi nimi: „Dialýzu jsem pochopila až při studiu. Specializační studium mi hodně dalo“. Základní techniku ošetřování pacientů na HDS získala respondentka v krátkém časovém úseku, ale myslí si, že komplexní péči mohla poskytnout až po ukončení studia.

Na otázku kanylace sestry okamžitě odpovídá zkušenostmi s asistencí při kanylaci centrálních žil. Zkušenosti má již ze standardního interního oddělení.

Otázka kanylace trvalých cévních přístupů vedla sestru k zamyšlení. Rozpomínala se na zážitky a porovnávala je s kanylací periferních žil. Rozdíl

spat ovala zejména ve velikosti fistule. Obavu ze zavedení kanyly mimo cévu neměla. Samotné kanylace se nebála: „Do takové tlusté se musím trefit. Je pravda, že když párkrát je spojka plyná, ale ona ujela nebo podpíchlá“.

Myslí si, že lov k nikdy není úplně dokonale připravena k zavedení kanyly. Důležitou rolí je stav trvalého cévního spojení, momentální rozpoložení sestry a pacienta.

Strach vnímala v případě, když byla seznámena s komplikovaným výkonem již před jeho začátkem. Zkušenost má, že pokud si problém nepřipouští kanylace je ve většině případů bez komplikací. Vzápětí dodává myšlenku, že připsáním si problému před zavedením kanyly, je potom zpravidla výkon ovlivněn negativním postojem sestry. „Sestra ke kanylaci potěbuje klid“.

Popisuje i situace, ve kterých jasně „suverenita sestry“ může být a je předpokladem. Zkušenost v kanylacích trvalých cévních přístupů respondentka . 10 získala po šesti měsících práce na HDS. K výkonu zavedení kanyly sestra potěbuje klid, který je snižován manipulací s přístrojem. Akustický alarm může sestru v začátku její pracovní kariéry negativně ovlivnit v bezchybném ošetřovatelském výkonu.

Při nástupu na oddělení byla v adaptacím procesu vedena staniční sestrou a po celou dobu jednoho měsíce pracovala na ranním směnu. Staniční sestra určovala pacienty, kteří jsou vhodní k zavedení kanyly pro začínající sestru. Seznámila ji s dialyzacím přístrojem, ve volném páse získávala znalosti v obsluhování a osazování dialyzacího přístroje speciálním setem. Na oddělení pracují v současné době s těmi odlišnými přístroji v režimu hemodialýzy a hemodiafiltrace. Respondentka uvádí: „První měsíc jsem měla sny, kde se opakovala obava z nezapamatování ovládání dialyzacího přístroje, dezinfekce a doplňování roztoků.“

Po měsíci ranních směnu byla sestra začleněna do směnného provozu a jistotu pocítila po roce práce na HDS. Její oporou při problémech byla staniční sestra nebo služební starší sestra.

Na otázku problematiky pacient v ošetřování sestra uvádí zkušenosti s pacientkou, která již není léčená na HDS. Po chvíli zamýšlení doplňuje odpověď. Speciální ošetřovatelskou péči poskytuje u pacientky se zhoršenou tvorbou krevních

sraženin, kdy se opakovaně nedaří zastavit krvácení z místa vpichu po kanylaci trvalého cévního přístupu. Sestry si vedou evidenci po tu ošetření a pravidelně dochází k výměnám i ošetření. „Přístupují k pacientce s hrůzou“.

Krvácení sestry stavily pomocí Adrenalinu, Gelasponu bez úspěchu. Cévní chirurg vytvořil suturu s rizikem zániku AV fistule. Po 24 hodinách byla funkce trvalého cévního vstupu neporušená. Sestra uvádí, že nikdy neví jaký bude průběh kanylace. Uvádí, že se bojí u pacientky krvácení po odstranění jehel.

Velké obavy má respondentka u nově punktovaných AV fistulí. U tzv. erstv zralých fistulí má obavu ze způsobené bolesti pacientovi následkem ruptury a následně tvorby hematomu. Při další návštěvě je nutná aplikace jehel opět do stejného místa, pacient „trpí“. Popisuje nepříjemné pocity spojené s výkonem.

Otázku, jaké možnosti by mohly usnadnit sestře nácvik kanylace trvalých cévních spojek, odpovídá bez zaváhání. Na pracovišti měla možnost vyzkoušet speciální gelovou náplast, která se přilepila na potencionální místo vpichu. Pomocí aplikovali pouze na pacienty s vyžralou cévní spojkou. Postup zahrnoval dokonalou dezinfekci a punkci přes nalepenou náplast. Výhodou pomocí bylo, že „po vyndání jehel náplast zůstala v místě vpichu a způsobila kompresi. Odstranění gelové náplasti provedl pacient po 24 hodinách v domácím prostředí“. Výhodou metody bylo žádná komprese pacienta po odstranění jehel z trvalé cévní spojky a s tím související rychlý transport domů. Pacienti nevykazovali jinou výhodu této metody i když výrobce deklaroval omezení bolestivosti v průběhu kanylace.

Zlepšení současných situací pro pacienty sledává respondentka v aplikaci anestetika na místo vpichu. Pacienti používají dostupný lékový přípravek, který není finančně nedostupný pro všechny nemocné. Na zátku léku by pomocí HDS kdy se fistule tzv. rozpíchává, sestra sama před zavedením kanyly nezná přesné místo aplikace kanyly. Tato skutečnost značně omezuje pacienta v množství aplikovaného léku potažmo výsledku znecitlivnění pokožky. Vhodná je aplikace u pacientů kde jsou místa aplikace jistá, protože během opakovaných kanylací pacient přesně zná konkrétní lokalizaci jehly. Respondentka by uvítala pro začínající pacienty, kteří nejvíce trpí bolestí, omezení bolestivosti.

Otázku, jaké možnosti by pomohly Vám jako sestře v praktickém nácviku kanylace trvalých cévních přístupů, zodpověděla po chvíli přemýšlení: „Nejtěžší obtíže jsou u začínajících sester a pacientů na začátku léčby pomocí hemodialýzy. Na našem pracovišti pacienti, kteří zahajují léčbu kanylují vždy staniční sestra. Nejčastější problém je v ruptu e fistuli, která je způsobena křehkou tkání“. Respondentka je názoru, že nácvik kanylace je důležitý. Vzpomíná na své začátky profesní kariéry, kdy jako studentka měla možnost zkusit si zavedení periferního žilního katétru ve třídě na ruce kolegyni. Možnost praktického nácviku na modelu speciálně vyvinutého pro potřeby sester pracujících na HDS označila kladně. V rozhovoru přiznává, že nácvik kanylace je velmi náročný, zvláště v případě pacientů s vícečetným onemocněním. Stav označuje jako „profesionální deformaci, sestra si neuvědomuje, že by kanylace pacienta mohla bolet“. Přístup sebe při kanylaci označila, že není možná lítost s pacientem. Má pocit, že je „deformovaná“.

Techniku zavádění kanyly upřednostňuje pomocí tzv. ebíkového typu. Tato technika není vhodná pro všechny pacienty, zejména u krátkých úseků fistulí. V případě nemožnosti technikou ebíkovou, punktuje sestra pokaždé stejné místo. Nově na pracovišti staniční sestra zahájila techniku tzv. knoflíku. Pacient je v péči výhradně vedoucí sestry, která se pokouší zavést novou techniku na pracovišti. Pozitivem knoflíkové metody je snížení bolestivosti z důvodu vytvoření tunelu v podkoží. Metoda je nová a respondentka uvádí, že budou zvažovat, dle výsledků, její další používání. Jisté obavy vyslovuje zejména s punkcí cévy ve shodném místě všech sester na oddělení. Odlišné metody používá v případech Goretexových náhrad cév.

Na závěr rozhovoru vysvětluje nastášení pacientů mezi které patří: „To si mi nikdy nestalo, takovou modlinu jsem nikdy neměl“. Přisuzuje je popření situace pacientem i změnám vnímání pacientů.

Respondentka . 10 (S2)

Respondentka vykonává povolání sestry 29 let z toho posledních 11 let na hemodialyzačním oddělení. Po ukončení studiu na Státní zdravotnické škole zahájila profesní dráhu na chirurgickém oddělení. Další odborné zkušenosti získala na pozici

geriatrické sestry, sestry u praktického lékaře a v nemocničním zařízení lékařského typu se zaměřením na interní obory. Důvodem pro vstup respondentky na HDS byla nabídka vedoucího lékaře. Nejhezčí vzpomínky má sestra na chirurgické oddělení. Zaměřením v povolání byla zapříčiněna stávkou rodiny na základě speciálního profesního poskytování rodinného poskytovatele.

Jehož prostedí označila jako „sobecké, snobské a neotevřené“. Uvádí, že za její do společnosti byl problém. Specializaci vzdělání studovat odmítala. Nabídku možnosti specializačního studia oboru nefrologie od vedení oddělení přijala. Nevýhodu spatřuje ve všeobecném zaměřením studia. Sebe sama hodnotí jako osobu se špatnou verbální komunikací.

Otázka, jaké zkušenosti má s kanylací trvalých cévních přístupů ze zážitku svého poskytování na HDS, byla předmětem rozvíjených odpovědí. Největší obtíž spatřovala v zavedení jehly do fistule, které byly poskytovány rozdílností jednotlivých vstupů. Zručnost v kanylaci a jistotu ve výkonu získala přibližně po 5 měsících. Svě pocity popisuje: „lov k jde k nemocnému s obavou abych mu neublížila. lov k ví, že pokud fistuli propíchnu dojde k zátíží a bolesti a dalším problémům“. Nevýhodou označuje nedostatek cviku a dokonalého postupu.

Otázku upřesnění konkrétních sester pacienty popírá. Na oddělení pracují systémem primární sestry. Počet pacientů je přibližně 4-5 na jednu sestru. K výhodám primárního systému ošetření by viděla v případě pravidelného ošetření. Respondentka ale neposkytuje ošetřovatelskou péči pouze pacientům. Ve smíšeném provozu ošetřuje všechny nemocné na HDS. Svě své pacienty nemá možnost ošetřit při každé jejich návštěvě na hemodialýze. Na otázku zda by preferovala ošetření vždy shodné skupiny pacientů odpovídá okamžitě ne. Svě pocity by označila za „ponorkové a vždy stejné.“ Sestra podrobně zná pacientovi zdravotní i osobní stránky a v případě pravidelného kontaktu se obává zevšednění vztahu. V nepravidelném rytmu služeb sledává výhodu.

Na otázku, jaké možnosti by navrhla z zlepšení nácviku kanylace trvalých cévních přístupů, odpovídá po zaváhání následovně: „Nevím, co by mi mohlo pomoci. Já jsem si vzala umělohmotnou hadičku z infúzního setu a zkusila si výkon“. Cílem

praktického nácviku sestry v domácím prostředí bylo především komplikacím u pacientů. Vzpomíná na výuku na Střední zdravotnické škole, kde nácvik odběr krve probíhal vzájemně mezi studenty. Označuje jakoukoli možnost předchozího nácviku postupu před kanylací pacienta s výhodou. Stresujícím faktorem je nutnost zajištění fistulí, protože bez kvalitního postupu nelze o istnou metodu pacientovi poskytnout. Výrazným aspektem v kanylaci je bolestivost místa vpichu. Doporučení sestry má v možnosti aplikaci znečítlivujícího gelu. Efekt lokální masti je u pacientů rozdílný, proto by uvítala jinou možnost řešení problému. Je názoru, že zde roli musíme přisoudit též individuálnímu vnímání bolesti každého pacienta.

Respondentka se domnívá, že psychická zátěž na HDS je způsobena nejvíce ztrátou pacientů. Ve většině případů se jedná o osoby léčené v rozmezí několika let a vztah mezi sestrou a pacientem je i v rovině osobní. Respondentka volí k zmírnění a odstranění stresu sportovní aktivity jako například volejbal, běh a procházky v přírodě.

Respondentka . 11 (S3)

Respondentka uvádí délku praxe v oboru 28 let včetně 14 let na HDS. Vzdělání získala na Střední zdravotnické škole a poté jej doplnila o specializaci v nefrologii. Po ukončení středního vzdělání pracovala na JIP interního oddělení.

Na otázku kanylace trvalých cévních přístupů na začátku působení na HDS odpovídá po zamyšlení. Největší problém měla s přeměnou zaváděných jehly a představou nutnosti aplikace pacientovi. Strach má i nyní u nových pacientů s nerozvinutou fistulí. Po 6 týdnech zpravidla dochází k úplnému rozvinutí a počet komplikací se snižuje. Uvádí: „Při první kanylaci se bojí pacient i sestry“. Význam přikládá též bolestivosti výkonu, která lze omezit pouze částečně pomocí speciální masti. Mast není hrazena zdravotní pojišťovnou a pro pacienty ve starobním důchodu není vždy finančně dostupná. Zrušení v kanylaci sestry pocítila po 6 měsících.

Nově na oddělení je poskytována péče primární sestrou. Výhodu v systému nespátá: „Abych mohla zlepšení postihnout musela by jsem mít shodné služby se svými pacienty“. Dny, kdy se primární sestry nesetkávají s pacienty, zastává její funkci kolegyně s nimi. Mezi sestrami někdy funguje zápis do ošetřovatelské dokumentace

a upozorní písemnou formou na případnou vzniklou změnu. Na otázku, zda by upřednostnila možnost péče vždy o shodné pacienty, nevidí. Zná podrobně dialyzační program a je seznámena s potřebnou náplní práce na budoucí směnu. Jisté známky vyhození a stagnace zažívá vždy po šesti letech práce na oddělení. Při nástupu na HDS se obávala kanylace silnou jehlou, protože na předchozím oddělení neměla možnost se s výkonem seznámit.

Práci na JIP si myslí, že je pro mladé sestry. Na souasném oddělení postrádá „akčnost“.

Otázka výběru sester ze strany pacientů hodnotí následovně: „S požadavkem od pacientů jsem se setkala. Situaci řešila vždy staniční sestra“. Pacientovi bylo sděleno, že pro dnešní den lze vyhovět, ale nemůže očekávat vždy splnění jeho požadavku. Mezi hlavní odmítnutí sestry patilo například velká bolestivost při zavedení kanyly od konkrétní sestry. Následovalo vysvětlení techniky pacientovi a jak dodává: „Někdy si pacient situaci nechal vysvětlit, někdy ovšem ne“.

Otázkou, jaké možnosti by mohly pomoci k zlepšení kanylace u sestry na začátku práce na HDS, je překvapena. Chvilí se emyšlí a vzpomíná na zahájení pracovního procesu na stávajícím oddělení. Vyjmenovává zkušenosti s aplikací injekcí a kanylů během studia na střední škole.

Nácvik byl pro ni důležitý. Vyzkoušení si zavedení katétru do fistuli s typickým „k upnutím“ je nutné. Jasně odděluje techniku kanylace, kdy je použit umělý materiál ke zhotovení cévního spojení. Začátky byly vždy provázeny strachem. Při nástupu pacient k nové sestře je rozrušený. Některí pacienti nedají znát své negativní emoce: „Pro mne jako sestru nebylo lehké přejít k pacientovi a seznámit jej s tím, že se jdu na směnu“.

Náročnou práci se snaží obohatit relaxací. Do zaměstnání dochází pěšky. Mezi koníčky patří jízda na kole. Dovolenu v tšinou tráví mimo město. Dívodem je poměrně malá anonymita respondentky.

Respondentka . 12 (S4)

Respondentka po ukončeném st ední zdravotnické škole p sobila 8 let na JIP interního odd lení. Na HDS p estoupila p ed 8 lety, v pr b hu praxe si doplnila specializa ní vzd lání v oboru akutní a resuscita ní pé e pro dosp lé.

Sv j postoj ke kanylaci trvalých cévních p ístup zprvu hodnotí jako bezproblémový. Obavy z kanylace nem la. Zlom nastal po prvním zavedení kanyly. Vzpomíná na zkušenosti získané p i zavád ní periferních katétr na JIP. Rozdíl udává v technice zavád ní do žíly a fistule. Praktické zkušenosti po nástupu na odd lení získala od stani ní sestry, která ur ila pacienty s optimálním trvalým cévním spojením vhodné k nácvi ku kanylace. Intenzivní spolupráce mezi sestrami trvala jeden týden, kdy po skon ení byla respondentka zapojena do plného provozu odd lení. Významným stresorem, mimo kanylace fistulí, byla obsluha dialyza ního p ístroje. Stav popisuje: „O hadicích se mi zdálo“.

Další oblast rozhovoru byla v nována reakcím pacient na za átek profesní dráhy sestry na HDS. Respondentka popírá negativní postoj pacient p i získávání dovedností v kanylaci fistulí. Slovní vyjád ení pacient nezazn lo, ale pozorováním pacient sestra zjistila strach.

Techniku žeb í ku používá respondentka u vhodných pacient . Vždy p ed kanylací zhodnotí stav fistule a poté zvolí optimální místo vpichu. Nová technika „knoflíková“ na pracovišti nebyla vyzkoušena. Sestra zná její výhody a popisuje podrobn techniku zavedení.

Bolest v souvislosti s punkcí fistule je individuální. ást pacient poci uje bolest již p ed zahájením výkonu avšak nejv tší intenzita je jednozna n na po átku kanylací. Bolest není na pracovišti žádným zp sobem ešena. Psychická p íprava se zam ením na bolestivost není na HDS aplikována. Respondentka se domnívá, že by informace m la poskytnout pacient m nefrologická ambulance. Proces p ípravy pacient v nefrologické ambulanci na bolestivost p i zavád ní kanyl do fistule zhodnotí negativn .

Jistotu v kanylaci fistulí sestra získala po roce praxe na HDS. Zpoátku se pokoušela o kanylaci bezproblémových vstupů. Obávala se „zbytečného ubližování pacientovi“.

Přístup pacientů k sestřím s kratší dobou praxe popisuje respondentka za typický. Většina pacientů odmítá sestru po nástupu na HDS. Pacienti své problémy ve většině případů nevyslovují, ale k výběru preferované sestry používají různé metody. Respondentka popisuje pomalé ukládání na lůžko s cílem záměrného výběru sestry s delší dobou praxe. Malé procento pacientů své problémy sdělí odmítané sestře slovně. Situaci sestry řeší akceptováním pacientova odmítnutí. Následně sestra neposkytuje ošetřovatelskou péči pacientovi, který ji odmítl. Snahou je odstranit stres pacienta i sestry.

S negativním hodnocením pacientů se setkala respondentka s ohledem na zavedení kanyly. Pacient nebyl spokojen se zavedením kanyly do fistule od sestry s dostatečnou dobou praxe. V případě negativního postupu pacienta k sestře je standardní situací omezení kontaktu mezi sestrou a pacientem. Pacienti označují stav „že sestra fistuli špatně píchla“. Respondentka se domnívá, že ne vždy se jedná o chybu sestry. Vzhledem ke komplikovaným cévním spojeníům je zavedení jehly mimo cévu možným nedostatkem.

Možnosti získání praktické dovednosti v nácviku kanylace fistule před kanylací pacient nezná.

Respondentka . 13 (S5)

Respondentka vystudovala čtyřletý obor Zdravotní sestra a vzdělání si doplnila na Vyšší zdravotnické škole při studiu zaměřeném Ošetřovatelsví v intenzivní péči. Po ukončení pětiletého studia zahájila praxi na Anesteziologicko – resuscitačním oddělení kde působila 12 let. V průběhu zaměstnání studovala kombinovanou formu oboru Ošetřovatelsví v bakalářské formě studia. Na Hemodialyzačním oddělení pracuje jeden rok a tím síce.

Postoje na počátku praxe na HDS popisuje zděšením. Obavovala se respondentka z velikosti jehly používané ke kanylaci a aneurysmat na trvalých cévních spojeních. Svědomí, které prožívala označila jako strach a respekt. Respondentka byla po nástupu na

oddělení v péči sestry služebně starší, která měla za úkol nové kolegyni předat zkušenosti s provozem oddělení a ošetřovatelskou péčí. Jistotu v kanylaci sestra získala po roce působení na HDS. První spokojenost s kanylací trvalých cévních přístupů přišly po 4 měsících, kdy se jednalo o pacienty s nekomplikovaným cévním spojením. Nejistotu při kanylaci u pacientů majících komplikovanou fistuli má i po více než roce každodenní praxe. Pacienti zahajující léčbu pomocí HDS mívají kanylaci zpravidla s komplikacemi, která není způsobena postupem sestry. Komplikace jsou zapříčiněny nedostatečným vyžráním cévního spojení, vysokým tlakem na cévu. Zahajovaná dialýza ní léčba je upravena na nižší počet otáček na 200 ml za minutu oproti 300 ml za minutu z důvodu snížení rizika ruptury cévy s následnou tvorbou hematomu. Rupturu fistuli při zahajování HDS vyřluje na 98 %. Po vzniklé komplikaci se u pacientů objevuje hematoma, bolestivost a otok končetiny. Respondentka vysvětluje důležitost seznámení pacienta s možnými komplikacemi. Pacienti, pokud nejsou informováni, nepovažují prvotní příznaky jako je mírná bolest, pocity tepla z důležitosti a sestru je nesdělí. Právčasné rozpoznání problému ovlivní míru poškození okolní tkáně. Při hematomech dochází k útlaku cévy a následně obtížné opeťování kanylaci fistuli. Pokud nastane situace, kdy kanylace není možná je na místě tzv. jednojehlová dialýza nebo se může v případě, že má stále pacient zavedenou využít dialýza ní kanylu.

Přístup pacientů k nově nastupující sestře spojuje strach u obou aktérů. Strach pacienti mají: „z toho jestli neuděláme nic špatně, špatné nastavení přístroje, dotazují se zda vše umíme a zvládneme“. Otázky od pacientů jsou nenápadné, ale směřují cíleně na zjištění pocitů sestry. Pacienti projevují zájem, zda sestra vše ovládá, ale tím se pokouší skrýt otázky s cílem jasnějšího zjištění. Respondentka se setkala s názorem pacienta: „Na mně se učit nebudete“. Pacienti odmítali pozici pokusného subjektu. Někdy se setkala s přímou otázkou typu: „Už to umíte?“. Proces adaptace dle respondentky chce svůj čas.

Některí pacienti byli vstřícní a nezkušenost v kanylaci nebyla překážkou. Nemale skupinu pacientů tvořili ti, kteří své obavy nevyslovili. Dnes respondentku označují za sestru zkušenou. Se získáním zkušeností respondentka hodnotí jak přistupují pacienti nyní k nově nastupující sestře. Během pozorování je patrný strach a obavy

pacient . „Jako sestra s malou zkušeností jsem projevy strachu vnímala v menším rozsahu než skute n jsou“. Výbě r sestry pacienti skute ůjí tím, že osloví zkušen ější sestru, oddalují i urychlují uložení do l ůžka.

Technika ůžeb í ku je nyní jediná metoda zajišt ění fistule na zkoumaném pracovišti. Respondentka mne seznamuje s nov ější metodou tzv. knoflíkovou. Zkušenosti získala na odborném seminá i. Technika má zastání v odborné ve ejnosti, ale nevýhodou je nutnost zahájení kanylace vůdy shodnou sestrou a ekonomickou náro ností spojenou se speciální jehlou ke kanylaci. P ěnos nové metody je v delší životnosti fistule, která je zp sobena kanylací stále ve stejném míst . Dle výzkum bylo prokázáno, že funk nost fistule je prodloužena o n kolik m síc ě let. Knoflíková metoda výrazn snižuje po et vpich do cévní spojky. Pro p ěpravu fistule na knoflíkovou metodu se doporu uje zahájení vůdy jednou sestrou z d vodu odlišné techniky každého jedince. Cílem opakované kanylace je tvorba tunelu. Pom ckou na trhuje silikonový adaptér, který má za cíl vytvo it tunel v krátké dob t ech týdn . Bez použití pom cky se ůadoucí tunel vytvo í do 3 m síc . Pokud je tunelizace dokon ena zkušená sestra zjistí ůadoucí stav a v míst vpichu vzniká malý strup.

Ten je vodící pro následnou kanylaci, kdy sestra suchý ůtvar na k ůži odstraní a provede zavedení speciální jehly do totožného místa. Mezi další výhody pro pacienty pat í omezení bolestivosti, snížení vzniku aneurysmat a trombóz. Bolestivost je prvotním d vodem, který sestru vede k zamyšlení nad novou metodou.

Respondentka vnímá negativn výskyt bolestivosti u pacient ě ených na HDS. Po zamyšlení odpovídá: „Bolest bohužel ne ešíme“. Pokoušela se aplikovat lokáln Mesocain gel, ale pozitivního efektu nebylo dosaženo. Pacientka na odd lení vyzkoušela jiný preparát, aplikovaný lokáln , avšak s minimálním efektem. Respondentka má snahu míru bolesti ovlivnit napnutím pokožky na fistuli a tím i zmenšení odporu proti jehle. Bolestivost výkonu je závislá na míst punkce, kterou se u ůžeb í kové metody není možno p edem ovlivnit.

Možnost ešení snížení i odstraní bolesti je nám tem pro další ást rozhovoru. Sestra se domnívá, že podávání lék do zažívacího traktu i injek ní formou není vhodné. Sama by navrhovala lokální aplikace lé iva s dobrou odezvou pacienta.

V závěru rozhovoru jsme se zaměřily na možnosti zefektivnění postupu kanylace fistule na počátku praxe na HDS. Návrh v řešení vidí v pomoci umožňující sestře praktický nácvik kanylace fistule. Nově založené fistule přirovnává svými vlastnostmi k arterii. Výkon si spojuje s jednorázovou punkcí arterie radialis. Pod prsty sestra cítí vrtnutí a cítí její průběh. Viditelnost je minimální a pohmat je důležitou součástí úspěšného zavedení kanyly do fistule.

U rozvinuté fistule s aneurysmatem považuje respondentka nebezpečí v ruptuře. Respondentka se setkala při studiu s modelem pro odběr krve i zavedení periferního katétru. Souhlasně poznává, že zpočátku kanylace by jistě mohla přispět k zlepšení techniky sester před výkony na HDS. V nácviku sledává snížení stresu sestry a získání více zkušeností pro ošetřovatelský výkon. Obtížné zavedení kanyly do fistule je pokud pacient má aneurysma, které výrazně snižuje úspěšnost ošetřovatelského výkonu. Zde praktický nácvik považuje za dobrý postup řešení.

Vztah mezi pacientem a sestrou je ovlivněn délkou praxe i osobními sympatiemi. Respondentka se setkala se situací kdy pacient odmítl ošetření konkrétní sestrou. Nelehké stavy jsou zpravidla řešeny eliminací kontaktu mezi sestrou a pacientem. Respondentka uvádí příklad kdy ona sama nekanyluje pacientku, která odmítla na základě komplikované kanylace jakákoli další ošetření. Obtížná kanylace byla: „Na začátku mého působení na oddělení, ale dodnes u pacientky nezavádím kanylu do fistule“. Respondentka je názoru, že v případě nutnosti by ošetřovatelský výkon pacientka již neodmítla, ale přesto jej neprovádí. Situaci popisuje: „Pokud není důvod a já mám zakanylovat jiné pacienty, tak výkon provedu u nich“.

Totožné situace zažívají i ostatní kolegyně. Pacient odmítl péči poskytovanou sestrou a jeho právo je respektováno. Při získávání zkušeností v zajištění trvalého cévního spojení získávala svolení od pacienta. Pacientova negativní odpověď byla sestrou respektována.

Respondentka doplňuje další možnost vedoucí ke zlepšení péče o pacienty. Je jí pomůcka Vitaclip, která zvýší komfort u pacientů s fistulí. Na které sestry ji označují jako gelovou fólii kdy principem je nalepení malé speciální náplasti na budoucí místo vpichu. Přinos sestry sledává až po odstranění jehly z fistule, kdy do otvory je nasáto

malé množství krve. Poté se gel zvedá svj objem a stlačí místo po vytažení jehly. Komprese je účinnější než v případě kdy pacient musí odstranit jehlu místo stlačení svými prsty. Indikace je z důvodu hmatné a stálé fistule a vykazující minimální stupeň komplikací. Po zavedení jehly přes gelovou obručku je omezen pohyb jehly na minimální. Ke výhodám této metody patří snížení doby komprese pacientem na 2 minuty. Pacienti odcházejí po eliminaci metodou z krátkémase. Samotná komprese prsty pacienta je zejména pro polymorbidní pacienty náročná z hlediska techniky a síly stálé komprese. Ke častým komplikacím v době stlačení místa vpichu patří krev do prstů ruky i horní končetiny. Pomocí snižuje vznik hematomů i funkčnost fistule. Respondentka uvádí: „Pokud komprese místa vpichu je dlouhodobá dojde k omezení průtoku fistulí, což má za následek snížení její funkce“. Pomocí je finančně náročná a její využití závisí na stavu fistule, délce komprese a délce krvácení. Ze strany pacienta, po uvedení do provozu, byl zájem o pomoc. V případě nepřítomnosti komplikací, které určují indikaci výrobku byla pacientům sdělena ekonomická náročnost a dle vody indikace u ostatních pacientů ošetřujícím personálem. Vedení oddělení umožnilo pomoci využívat neindikovaným pacientům způsobem finanční úhrady. Ve zdravotnickém zařízení je pomoc hodnocena jako nadstandardní a není možné ji využívat u všech pacientů HDS. Významnou časovou úsporou sestry využívají například i objednání pacientů na vyšetření, kdy komprese místa vpichu může ovlivnit přítomnost pacienta na ambulanci v požadovaném termínu.

Respondentka . 14 (S6)

Sestra pracuje na HDS 2 roky. Vzdělání získala na Střední zdravotnické škole, doplnila si jej bakalářským vzděláním v oboru ošetřovatelsví. Praktické dovednosti získala na neurologickém a interním oddělení jako sestra pracující u lékaře. Přístup na souasně oddělení realizovala z důvodu pracovní doby.

Zkušenosti v ošetřování pacientů na oddělení jsou různé. Pacienti upřednostují poskytnutí ošetřovatelské péče konkrétní sestrou často. Výběr pacientů je ovlivněn osobní sympatií k sestře. Na základě sympatií se zpravidla vyvine hlubší vztah mezi ošetřující sestrou a pacientem.

Slovní vyjádření preferencí v rámci služeb méně zkušené sestry popírá. Nevzpomíná si, že by se setkala s odmítnutím své osoby při kanylaci fistule.

Zaátek pracovního procesu byl obtížný v kanylaci fistule a obsluhy při ústrojového vybavení oddělení. Kanylaci označuje za jinou. Právní rámec předložený k ošetřování byl nedostatečný a nebyla jsem dobrým partnerem své kolegyni ve směnách. Za zkušenou sestru v kanylaci fistule byla při nástupu na oddělení služebně starší sestrou byl označen rok. Právní údaj považovala za dlouhý a subjektivně očekávala získání zručnosti do 14 dní. S odstupem času souhlasí s názorem sestry, že minimálně jeden rok výkonu povolání sestry na HDS je nutný k základnímu osvojení si techniky kanylace.

Respekt před kanylací sestra má pokud se jedná o pacienty na poátku dialyzační léčby. Mezi komplikující faktory označuje ruptury fistule. Na začátku pracovní činnosti na HDS měla strach. Stres se zvyšoval při komunikaci s pacienty a manipulací s dialyzačním ústrojem souasně.

Práce ve dvou sestrách je problém. Na oddělení se setkala s pacientem, který odmítal ošetření od kolegyní. Příčinou byla nesympatie. Projevem nespokojenosti pacienta bylo odmítnutí ošetřovatelské péče od konkrétní sestry s delší dobou praxe.

S výběrem sestry služebně starší se nesečkala. Ovšem mnohokrát pacient dal ve svém chování najevo sympatie k sestře, které jsou v tšinou ošetřujícím personálem akceptovány. Respondentka popisuje vztah mezi sestrou pacientem na HDS za intenzivní. Příkladem je 15 hodin týdně pobytu na HDS a vzájemné propojení. Jako příklad uvádí oslovení od pacienta jménem: „Je mi to příjemné“. Na minulém pracovišti se s oslovením jménem od pacienta nesečkala.

Sestra na HDS má určený pracovní počet, v souasně době osm pacientů, u kterých má zajišovat primární péči. Služby respondentky nekorelují s návštěvou pacienta na HDS.

Zkušenost a nácvik techniky kanylace je rozdílný. Na pracovišti pracují dvěma metodami. Pacienti, kteří zahájili léčbu na HDS před více jak rokem, jsou kanylováni tzv. oběkovou metodou. Přibližně jeden rok respondentka, na základě doporučení vrchní sestry, dialyzační jehlu zavádí metodou knoflíkové dírky. Novou metodu si

oblíbila. Domnívá se, že snižuje počet vzniku komplikací u fistule a eliminuje bolestivost kanylace samotné. Mezi výhody zahrnuje viditelnost místa vpichu, menší krvácení odstranění jehly, vyšší péče pacienta o fistuli. Zejména časová úspora při kompresi je jedním z výhod metody. Pokud se nedostaví zastavení krvácení svou rolí hraje i stres, vzestup tlaku a s tím spojené dlouhotrvající krvácení. Sestra se snaží metodu knoflíkové dírky aplikovat u všech nově přichozících pacientů.

Možnosti k naučení se techniky kanylace fistule respondentka uvedla dostatek časového prostoru od pacienta i kolegyní ve směnách a předání důvěry od sestry služebně starší. „Vždy jsem věděla, že se mohu na kolegyni obrátit, ale postup si udělám sama“. Po nástupu na oddělení měla respondentka sestru, která vedla její adaptaci na proces jeden měsíc.

Po nástupu na HDS nastala situace, kdy pacient odmítl kanylaci fistule a napojení na dialyzační přístroj „ode mne“. Sestra si negativní postoj pacienta vysvětluje sympatií a nesympatií pacientů. Jako nevýhodou zpravidla hodnotí zkrácený pracovní úvazek na záležitost poskytování na oddělení.

Respondentka . 15 (S 7)

Respondentka pracuje na hemodialyzačním oddělení 17 let. Zkušenosti v ošetřování pacientů má z interního, chirurgického a ušního, nosního a krčního oddělení. Kvalifikační vzdělání získala na Střední zdravotnické škole. Specializační vzdělání absolvovala v zaměření na ošetřování pacientů na interních odděleních a instrumentování na operačních sálech.

Nástup na souasně oddělení popisuje jako velkou změnu. Byla to nová práce v podobě obsluhy dialyzačních přístrojů. Techniku kanylace fistulí bez komplikací ovládala po 3 měsících. Naopak komplikovaná cévní spojení byla pro respondentku nelehkým úkolem. Označuje je: „S obtížnou kanylací fistule se setkávám i nyní po mnoha letech praxe“. Možným řešením situace je pokus zavedení kanyly kolegyní se služeb.

Pokud nastane situace nemožnosti zavedení druhé kanyly, pokusí se sestra o tzv. jednojehlovou dialýzu. Dodává, že standardním postupem je konzultace s lékařem.

Lékař dle klinického stavu nemocného a laboratorních výsledků ordinuje další postup v ošetřování. Lékař se nepokouší o zavedení jehly do fistule, ale v případě nutnosti provede aplikaci dialyzačního katétru do centrální žíly. Pacienta je možno ošetřit v jiném zdravotnickém zařízení, kde se specialista pokusí o zprohnutí a obnovení funkce fistule.

Nejčastější problém v kanylaci fistule respondentka má v krvácení, ruptu cévní spojky a hematomu v místě vpichu.

Práce s pacientem s akutním selháním je obtížnější. Pacienti stále více v uzdravení, neagují a nepřijímají nové onemocnění.

K nejčastějším komplikacím patří sepra propíchnutí fistule. Možností řešení této komplikace je novější metoda kanylace, zkušenost sestry a dostatečný čas na správné provedení výkonu.

Na každém místě je jiný typ dialyzačního přístroje. Na začátku byl před sestrou nelehký úkol: „Poradit si s pacientem a dialyzačním přístrojem“.

Konfliktní situace na HDS se vyskytují, jsou řešeny řeší vrchní sestrou na podklad sdělení pacienta. Vztah mezi nově nastupující sestrou a pacientem popisuje respondentka jako odmítavý. Odmítnutí se projevuje nejčastěji v preferenci kanylace sestrou služebně starší. Sestry s menší praxí se pokoušejí ze začátku zavést dialyzační jehlu do fistule s předpokládaným minimem komplikací. Pacienti slovně vyzvou sestru ke kanylaci fistule.

Systém primární péče respondentka zná. Ovšem služby se s návštěvou pacient nejsou shodné. Počet setkání a ošetření pacientů příslušnou sestrou je náhodný.

Techniku kanylace aplikují dříve zavedení jedílek. Nové zkušenosti má sepra i s tzv. knoflíkovou dírkou. Nová technika zavedení dialyzační jehly se osvědčila i když každá sepra nemá v manipulaci rozdílný postup. Respondentka si myslí, že všechny sestry na oddělení se nesnaží zavést jehlu stejným způsobem. Vzhledem k rozdílnému systému služeb sester a návštěv u pacientů není možné zajistit v kanylaci přítomnost pouze jedné sestry.

Na začátku praxe na HDS neměla respondentka kolegyni, která by urychlila proces zapracování. Stres po nástupu na oddělení měl z kanylace fistule i při strojového vybavení oddělení. Možnost řešení nácviku kanylace fistule neuvádí.

Respondentka se setkala opakovaně se slovním vyjádřením pacientových obav v případě ošetřování sestrou s kratší dobou praxe na HDS.

Respondentka 16 (S 8)

Sestra pracuje na HDS 10 let. Profesionálně se soustředila na plicním a gynekologickém oddělení. Studium zahájila na Střední zdravotnické škole a během praxe si jej doplnila o specializační vzdělávání v ošetřování nemocných v interních oborech. V současné době se zaměřuje i na peritoneální dialýzu. Důvodem k nástupu na HDS byly dva. Zájem o práci sestry a osobní důvod, kterým bylo chronické onemocnění ledvin blízkého rodinného příslušníka. V současné době je léčen na HDS: „Práce mne vždy zajímala, protože onemocnění bylo v rodině od narození rodinného příslušníka“.

Na začátku profesní dráhy označila obtíže se zajištěním fistuli za „jinou práci“. Uvádí, že si nevzpomíná na strach s výkonem související. Zpočátku se pokoušela o zajištění fistulí s dobrými funkcemi, rozvinutými a bez výdutí. Praktický nácvik kanylace fistule byl zahájen až po nástupu na HDS. Stav popisuje: „Potom do toho zaplujete ani nevíte jak“.

Adaptace proces nebyl realizován. Vysvětluje spojitost s jiným kolektivem sester než nyní. Při nástupu na oddělení měla mezi personálem přítelkyni, která se snažila respondentce předat technickou stránku ošetřování. V současné době je při nástupu sestře předána zkušenější kolegyně. Cílem je předání a zapracování nově nastupující sestry. Situaci hodnotí: „Já jsem možnost neměla“. Zručnost a jistotu v kanylaci trvalých cévních přístupů získala podobně za jeden rok.

Po nástupu na HDS neprožívala dobré období. Stávající sestry neměly snahu předat znalosti a dovednosti ve specifické práci. Možná proto hodnotí svůj postoj slovy: „To mne přeci neodradí“. Techniku kanylace se učila od sestry pozorováním.

Odlíšné postoje pacientů k sestrám respondentka vnímá více než v délce praxe v osobnosti sestry. Odmítnutí ošetření sestrou s kratší dobou praxe není neobvyklou

situací na oddělení. Domnívá se, že situace je zapříčiněná sympatiemi a antipatiemi pacienta. Řešení situace je ve výměně sestry a respektování pacientova názoru. Ošetřující personál za bližší budoucnost se pokusí vzájemný vztah obnovit. Největší problém se jedná o pokus v zavedení dialyzační jehly do trvalé cévní spojky.

Na oddělení má respondentka přidělené pacienty. Výhody nepozoruje. Systém funguje „formálně“. Respondentka má za úkol vedení ošetrovatelské dokumentace. Negativem je nepravidelný kontakt mezi sestrou a pacienty.

Za dlouhou dobu praxe měla možnost rozlišit odlišné projevy pacientů v preferenci kanylace fistule. Pohledem na pacienta rozezná odlišnou gestiku a posturologii.

Ve své práci kanylace trvalých cévních přístupů používá techniku knoflíkové dírky. Označuje ji za bezproblémovou, bezbolestnou a s pozitivní stránkou pro pacienty.

Proces řešení obtíží na pracovišti práce na HDS nevidí příliš jasně. Konkrétní návrhy k řešení předání praktických dovedností a zkušeností sestrou služběn strší.

Respondent . 17 (S 9)

Sestra pracuje na souasném oddělení 6 měsíců. Vystudovala Střední zdravotnickou školu a poté získávala zkušenosti s ošetřováním pacientů na jednotce intenzivní péče i standardní jednotce interního oddělení a anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Přestup na HDS byl na podkladě očekávání „klidnější práce“. Od kolegy byla opakovaně upozorována na práci s chronickými pacienty a malým rozsahem spektra ošetrovatelské péče. Sebe sama hodnotí jako klidnější povahu a zpětně se domnívá, že rozhodnutí bylo správné.

Kolektivem sester na oddělení byla přivítána dobře. Proces adaptace probíhal jeden měsíc v doprovodu sestry služběn starší. Během určené doby získala základní poznatky o práci. Pocit jistoty v kanylaci fistule má až nyní a to pouze u některých pacientů.

Postoj ke kanylaci označila za bezproblémový. Zkušenosti s technikou kanylace fistule neměla. Při studiu na střední škole se neseznámila se specifickým cévním přístupem u pacientů s chronickým selháním ledvin. Ošetřování dialyzačních kanylů měla

možnost na JIP a ARO. S výhodou hodnotí stav, kdy měla možnost využití zkušeností od kolegy. Po nástupu nepocítila odlišný postoj pacient k její osobě a kolegyním. Zručnost k výkonu získávala postupně. Doporučení od sester, který pacient je vhodný k nácviku zavést kanylu, respektovala. Odmítavý postoj pacienta v době zaučení poznala. Projev výběru pacient vyslovil slovně. Sdílel své rozhodnutí sestře s delší dobou praxe. Respondentka názor pacienta respektovala.

Dávru pacient si získala klidným přístupem, seznámením s rozsahem své dosavadní praxe a zručností. Plně zapracování na oddělení nepociťuje. Komplikace v kanylaci prožívá nejvíce u pacientů, kteří nemají fistuli zcela rozvinutou. Respondentka pracuje metodou žebříku. Bolest při kanylaci fistule u pacientů je mála. Ovšem na oddělení není bolestivost výkonu řešena. Technické zabezpečení dialýzy v prvních měsících označila za stres. Sama si určila systém, kdy nejdříve ošetřovala pacienty dialyzované na shodném typu přístroje. Po zapracování přistoupila k ošetřování nového druhu dialyzátového monitoru.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách - pacienti

TABULKA 1 - V k pacienta

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>
V k (rok)	77	65	75	72	65	63	65	72

Tabulka 1 - Tabulka znázorňuje v k pacient lé ených na hemodialyza ním st edisku. Z celkového po tu osmi pacient je nejmladší pacient 63 let starý, t i pacienti jsou v ku 65 let, dva pacienti jsou 72 let sta í, jeden pacient dosáhl v ku 75 let a nejstarším pacientem je 77 let starý.

TABULKA 2 - Délka lé by na hemodialyza ním st edisku

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>
Délka HD (m síc)	30	48	7	30	36	6	32	9

Tabulka 2 - Tabulka znázorňuje délku lé by na hemodialyza ním st edisku uvedenou v m sících. Z celkového po tu osmi pacient byli lé eni pomocí HDS t i pacienti 6,7, a 9 m síc . Druhou skupinu tvo íli dva pacienti lé eni 30 m síc , jeden pacient 32 m síc , jeden pacient 36 m síc a nejdéle byl lé en pacient 48 m síc .

TABULKA 3 - Typ cévního přístupu

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
radio-cephalické	X		X	X	X		X	X	6
brachio-cephalické		X				X			2

Tabulka 3 - Tabulka znázorňuje typ cévního spojení u pacientů léčených pomocí hemodialyzační techniky. Z celkového počtu osmi pacientů jich má šest funkční radiocephalické cévní spojení a pouze dva pacienti mají zajištěné trvalé cévní spojky brachiocephalickým uložením.

TABULKA 4 - Počet zhotovených fistulí

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
1	X		X	X	X	X	X	X	7
2		X							1

Tabulka 4 - Tabulka znázorňuje počet zhotovených fistulí u osmi pacientů. Většina pacientů má funkční první fistuli. Pouze jeden pacient má zhotovenou druhou cévní spojku.

TABULKA 5 - Omezení pacienta fistulí

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
Uvádí	x	x	x	x	x	x	x	0	7

Tabulka 5 - Tabulka znázorňuje výskyt omezení pacientů v souvislosti s fistulí. Z celkového počtu osmi odpovědí uvedlo omezení sedm pacientů. Pouze jeden respondent se necítí být omezen zhotovením fistule na horní končetině.

TABULKA 6 - Preference sestry k provedení kanylace fistule

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
Preferuje	0	0	0	x	x	0	x	0	3

Tabulka 6 - Tabulka znázorňuje, zda pacienti preferují konkrétní sestru v kanylaci trvalých cévních přístupů. Odpovídalo všech osm respondentů. Z odpovědí je patrné, že výběr sestry pro kanylaci preferují tři pacienti. Pět pacientů nepreferuje konkrétní sestru k zavedení kanyly do fistule.

TABULKA 7 - Komplikace při kanylaci fistule

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
hematom	x	x	x	x	x	x	x	0	7
bolestivost	0	x	x	x	x	x	0	x	6
ruptura	x	0	x	x	x	x	x	x	7

Tabulka 7 - Tabulka znázorňuje výskyt komplikací při kanylaci trvalého cévního přístupu. Z celkového počtu osmi pacientů hematom v místě vpichu označilo sedm pacientů. Bolestivost při kanylaci fistule prožilo šest respondentů a rupturu cévy v místě zavedení kanyly označilo sedm pacientů.

TABULKA 8 - Odmítnutí sestry s krátkou dobou praxe

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
ano	0	0	0	0	x	0	0	0	1

Tabulka 8 - Tabulka znázorňuje rozhodnutí pacienta, zda odmítl ke kanylaci trvalého cévního spojení sestru s krátkou dobou praxe. Pouze jeden pacient uvedl, že vyslovil nesouhlas s provedením výkonu sestrou s krátkou dobou praxe na hemodialyzačním stole. V zbytku tj. sedm respondentů nesdělilo odmítnutí sestry s krátkou dobou praxe při kanylaci trvalého cévního spojení.

TABULKA 9 - Výběr hemodialyzačního střediska

<i>Pacient</i>	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>	<i>P4</i>	<i>P5</i>	<i>P6</i>	<i>P7</i>	<i>P8</i>	
domácí HD	X	X	X	0	0	0	X	X	5
prázdninová HD	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabulka 9 - Tabulka znázorňuje preferenci dialyzačního střediska. Odpovídalo všem osm respondentů, pouze pět z celkového počtu mělo možnost být ošetřeno na jiném hemodialyzačním středisku než obvykle. Všechny pět respondentů, kteří měli zkušenost s ošetřením i na jiném než domovském pracovišti vyslovilo názor nemít hemodialyzační středisko. Tři z respondentů však by na hemodialyzačním středisku nemělo možnost být ošetřeno na jiné než domovské stanici.

LEGENDA

součet etností výskytu dané odpovědi respondent

X kladná odpověď

0 záporná odpověď

4.4 Kategorizace dat v tabulkách - sestry

TABULKA 10 - Délka praxe na hemodialyza ní m st edisku									
Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Délka (m síc)	96	124	168	96	15	24	194	112	6

Tabulka 10 - Tabulka znázor ůje délku praxe sester na hemodialyza ní m st ediscích v m sících. Sestra I pracuje na HDS 96 m síc , sestra II 124 m síc , sestra III 168 m síc , sestra IV 96 m síc , sestra V 15 m síc , sestra VI 24 m síc , sestra VII 194 m síc , sestra VIII 112 m síc a nejkratší dobu 6 m síc p sobí na stávajícím pracovišti sestra IX.

TABULKA 11 - Vzdlání sester

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
SZŠ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
VZŠ	o	0	o	o	x	o	o	o	o	1
PSS	x	0	x	x	o	o	x	x	o	5
VŠ	o	0	o	o	x	x	o	o	o	2

Tabulka 11 - Tabulka znázorňuje dosažené vzdělání devíti sester. Všechny sestry získaly střední zdravotnické vzdělání, jedna sestra vystudovala Vyšší zdravotnickou školu, pět sester pokračovalo ve specializačním studiu a pouze dvě sestry získaly vysokoškolské vzdělání.

TABULKA 12 - Strach při zavádění kanyly do trvalého cévního spojení

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
ano, byl	x	x	x	0	x	x	0	0	0	5

Tabulka 12 - Tabulka znázorňuje výskyt strachu z ošetřovatelského výkonu při zavedení kanyly do trvalého cévního spojení. Strach mělo pět sester z celkového počtu devíti dotázaných. Tyto sestry pocily strachu nepociťovaly.

TABULKA 13 - Bolest v pr b hu kanylace fistule

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
zp sobují	x	x	x	x	x	x	0	0	x	7

Tabulka 13 - Tabulka znázor uje negativní vnímání bolesti b hem kanylace trvalého cévního p ístupu zp sobené sestrou. Sedm sester uvádí bolest p sobící pacientovi za negativní složku ošet ování a pouze dv sestry se domnívají, že kanylace není bolestivá.

TABULKA 14 - Používané metody kanylace trvalého cévního p ístupu

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
žeb í ek	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
knoflíková dírka	x	x	x	0	0	x	x	x	0	6

Tabulka .14 - Tabulka znázor uje zp soby zajišt ní trvalé cévní spojky pro samotnou hemodialýzu. Všechny sestry využívají metodu tzv. žeb í ku. Technikou knoflíkové dírky kanyluje šeste sester. T i sestry aplikují sou asn ob metody. Žádná ze sester nekanyluje pouze metodou tzv. knoflíkové dírky.

TABULKA 15 - Realizace adaptačního procesu na HDS

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Délka (týdny)	4	4	4	1	4	4	0	0	4

Tabulka 15 - Tabulka znázorňuje délku adaptačního procesu u sestry nastupující na hemodialyzační středisko. Jedna sestra z celkového počtu devíti nebyla zapojena do adaptačního procesu. Sestra IV uvedla trvání adaptačního procesu v délce jeden týden. U šesti sester probíhal adaptační proces po nástupu na hemodialyzační středisko čtyři týdny.

TABULKA 16 - Používání pomůcky Vitaclip

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
Ano	0	0	0	x	x	0	0	0	x	3

Tabulka 16 - Tabulka znázorňuje používání pomůcky Vitaclip. Pomůcku používají ve své práci pouze tři sestry z celkového počtu devíti.

TABULKA 17 - Pocit jistoty v kanylaci fistule

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Délka (m síc)	6	5	6	12	12	12	3	12	6

Tabulka 17 - Tabulka znázorňuje dobu, kterou sestry potřebovaly k pocitu získání jistoty z kanylace trvalého cévního přístupu. Z celkového počtu devíti odpovědí pocit jistoty získala jedna sestra po 3 m sících provádění výkonů. Jedna sestra se cítila jistá v kanylaci trvalé cévní spojky po 5 m sících, tři sestry pocit jistoty získaly za šest m sící. Největší část odpovědí byla skupina čtyřech sester, které měly pocit jistoty po dvanácti m sících kanylování pacientů s trvalým cévním přístupem.

TABULKA 18 - Respektování odmítnutí pacienta kanylace fistule

Sestra	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	
akceptují	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9

Tabulka 18 - Tabulka znázorňuje skutečnost, že všechny sestry v rozhovoru uvedly souhlas s vyslovením odmítnutí pacienta v souvislosti k její osobě při kanylaci fistule.

5. Diskuze

Pro výzkumné šetření řešené diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda získání dat v podobě cílených rozhovorů s pacienty s trvalým cévním přístupem a paralelní cílené rozhovory se sestrami pracujícími na hemodialyzacích pracovištích. Hlubkové rozhovory s pacienty byly zpracovány do podrobných kasuistik dle okruhů vztahující se ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám, stejně tak druhý výzkumný soubor, tvořený sestrami s různou délkou praxe na hemodialyzacích stedišcích byl založen na zpracování výzkumných otázek. Pro obě skupiny respondentů byly vytvořeny specifické soubory otázek určené pro cílovou skupinu.

V části šetření na skupině pacientů, odpovědi k první výzkumné otázce ve znění: *„Jaké problémy ve vztahu ke své nemoci mají pacienti s trvalým cévním přístupem?“* byly velmi různorodé. Problematika chronického selhání ledvin spojená s léčbou pomocí eliminačních metod představuje pro pacienty významnou změnu v dosavadním způsobu života a složitou životní zkoušku. Zacharová (51) uvádí: *„Chronické onemocnění je velkou zátěží pro člověka, který se musí přizpůsobit úplně novým podmínkám. Nemocný bývá často depresivní, rezignuje a poddává se nemoci“*. Problémy pacientů jsou nejčastěji spojovány s pravidelnou návštěvou dialyzacního střediska zpravidla třikrát týdně o délce i přes tři hodiny. Negativní je vnímání pacienty transportu do zdravotnického zařízení ze vzdáleného místa bydliště (viz. rozhovor s respondentem 1, 2, 7), protože zpravidla není realizován přímo z bydliště pacienta do hemodialyzacní stanice, ale formou sběru pacientů, kdy tento způsob přepravy je logicky srovnatelně výrazně náročnější, což vede k tomu, že někteří pacienti stráví srovnatelnou dobu přepravou do zdravotnického zařízení a zpět domů, jako při vlastním ošetření na hemodialyzacním středisku. Možností řešení je několik, z nichž jedna varianta je již aplikována sedmou respondentkou. Na svém domovské dialyzacním středisku je transportována z domácího prostředí osobním automobilem za asistence manžela. Je vyplynulo z zpracování této výzkumné otázky, je zřejmé, že spektrum pacientů navštěvujících dialyzacní střediska nemá zpravidla možnost využití individuální přepravy a tedy tento zjištěný fenomén je podstatný.

Okruh cílových problémů, pojících se k trvalému cévnímu spojení zejména u žen, je tvořen kožními obtížemi. V publikaci od Lachmanové (24) jsou uvedeny jaké nejast jim žeme na pokožce sledovat změny v místě trvalé cévní spojky. Ekzematická pokožka vzniká nejast jim p i astém kontaktu s dezinfekčními prostředky, které mají za cíl odstranit možnou kontaminaci krve pacienta. Prostor pro řešení nacházíme v detekci dezinfekčního prostředku, který způsobuje pacientovi obtíže a jeho následné eliminaci. Na místech v radiocephalické i brachiocephalické oblasti mohou být po komplikacích se zaváděním dialyzační kanyly hematomy. Pacientům je na některých pracovištích, kde bylo výzkumné šetření prováděno, doporučováno ošetření mastí s dezinfekčním a protizánětlivým účinkem.

Míra subjektivního vnímání výše uvedeného problému výskytu hematom v oblasti zaváděcí dialyzačních jehel, je nepřímo úměrná délce kanylace trvalé cévní spojky u daného pacienta. Tato skutečnost je ve shodě s odbornou literaturou, kdy dle klinické praxe je míra tvorby hematomů u pacientů, kteří zahájili hemodialyzační léčbu pomocí trvalé cévní spojky vyšší, než u pacientů, kteří tuto léčbu absolvují již delší dobu, zpravidla déle než dva až tři měsíce.

V odpovědích s vymezením problému omezení pitného režimu, uvedla většina respondentů (viz. rozhovor s respondentem 1, 3, 5, 6, 7) za zásadní vliv na jejich život. Domníváme se, že i přes péči v nefrologických ambulancích nejsou pacienti na budoucí omezení dostatečně informováni a připraveni. Zejména pak byl zjištěn problém, spoívající v rozdílném doporučení stran příjmu tekutin, kdy v rámci dispenzarizace v nefrologických ambulancích je pacientům doporučen vysoký denní příjem tekutin, zpravidla na úrovni 2 – 3 litry denně, naopak v případě léčby na dialyzačním stědisku je pacient seznám s tím, že pro úspěšnost terapie je nutný nízký příjem tekutin, odvíjející se od množství vyloučené moči za 24 hodin. Zahájením dialyzační léčby dochází v organismu pacienta k postupnému snižování vytvářené moči a v souvislosti s tímto je doporučováno snížení příjmu tekutin. Skutečnost, že je pacientům ve velmi krátkém čase radikálně změněn pitný režim, vyvolává u pacientů ekávaný diskomfort.

Všichni respondenti se cítí být omezeni v běžném životě svou nemocí a trvalým cévním spojením na horní končetině (viz. tabulka 5). Výzkumného šetření se zúčastnili

respondenti ve věku od 63 do 77 let (viz. tabulka 1), kde musíme předpokládat psychické změny vyplývající ze stáří respondentů. Adaptabilita neboli psychologická sobivost se u pacientů se srdečními onemocněními snižuje, proto zjištění potvrdilo tvrzení, které jsou uváděny v mnoha psychologických publikacích (1, 51). Pro přesnou kvantifikaci problematiky vnímání omezení v běžném životě by bylo nutné zpracovat rozsáhlejší statistické šetření na velké široké populaci lidí-pacientů léčených se na dialyzačních stanicích, které však je nad rámce této diplomové práce.

Posledním fenoménem, souvisejícím s vnímáním omezení v souvislosti s trvalým cévním přístupem, bylo zjištění, kdy respondentka . 2 uvedla, že díky nutnosti dodržování opatření vztahujících se k zachování dlouhodobé funkčnosti trvalé cévní spojky, kdy nesmí výrazně namáhat horní končetinu, byla nucena zajistit komplexní péči o matku i ošetřovatelskou péči pro svoji imobilní matku v zařízení k tomu určeném. V době před svým chronickým onemocněním byla schopna plně zajistit ošetřování matky v domácím prostředí. V této odpovědi pacientky se potvrdilo obecné očekávání, že problematika péče o pacienty s trvalým cévním přístupem ovlivňuje i blízké okolí pacientů.

Ve druhé výzkumné otázce *„Jaké jsou postoje sester pracujících na hemodialyzačních střediscích ke kanylaci cévních přístupů?“* jsou postoje sester pracujících na hemodialyzačních střediscích ke kanylaci trvalých cévních přístupů ovlivněny zkušenostmi, zručností a psychosociálními vlastnostmi sestry. Černá (2) nabádá k dotazování pacientů na poskytovanou ošetřovatelskou, lékařskou a nadstandardní péči. Za poslední roky došlo k výjimečnému rozvoji dialyzačních center po celé naší republice. Pacienti mohou vyžadovat různou ošetřovatelskou péči a jednotlivá pracoviště jim ji také poskytují na odlišné úrovni. Během výzkumného šetření jsme měli možnost zjistit rozdíly v technickém zázemí, personálním obsazení středisek, v podávání tekutin a stravy pacientů i ve využívání pomůcek zvyšujících komfort pacientů během dialyzačního proceduru. Postoje sester jsou ovlivněny nejen výše uvedenými skutečnostmi, ale též klimatem na oddělení i v samotném zdravotnickém zařízení. Mezi postojem, které ovlivňují poskytovanou ošetřovatelskou

pé i související s kanylací trvalých cévních p ístup pat í strach p í zavád ní kanyly do trvalého cévního p ístupu u p ti respondentek (viz. tabulka 12). Bolestivost výkonu negativn vnímá v tšina sester , které se zú astnily hloubkového rozhovor . viz. tabulka 10, 13). Postoj sester ke kanylaci fistule je ovlivn n adou okolností, avšak zásadní k bezchybnému provedení je subjektivní pocit zvládnutí výkonu. Sestry shodn uvád jí, že typický pocit jistoty ze zvládnuté techniky kanylace se respondentek dostavuje po více než p l roku praxe (viz. tabulka 17). Je tedy z ejmé, že sestry nov pracujíc na hemodialyza ním st edisku v prvních m sících nemají pot ebou jistotu v ošet ovatelském výkonu, jež se pravd podobn m že projevit na kvalit poskytnuté pé e.

K problematice t etí výzkumné otázky, „*Jak ovliv uje délka praxe sestry na hemodialyza ním st edisku vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem?*“, uvádí Šlapáková a Sedláková (42), „Ošet ování dialyzovaných pacient zahrnuje celý ád interpersonálních vztah , z nichž nejd ležit jší je práv vztah mezi sestrou a pacientem“. Vzhledem ke skute nosti, kdy typová lé ba pacienta v dialyza ním st edisku probíhá zpravidla t íkrát týdn o délce ty i až p t hodin, po které asto doprovází mnohahodinové cestování, pacient stráví více než 65 hodin m sí n , což v subjektivním vnímání pacient vede v rozhovorech k ozna ení „druhý domov“ (viz. rozhovor s respondentem 2, 3, 7). Vzájemné vztahy mezi sestrou a pacientem jsou pro pacienty klí ové. Tento fenomén se projevuje nap íklad tak, že v pokud na dialyza ním pracovišti nastoupí nová sestra, pacienti k ní zpo átku nemají d v ru. N kte í své obavy a pocity verbalizují, ovšem jiní pacienti, a už z d vodu stydlivosti i nedostate né komunika ní dovednosti, takto ne iní a vzniklá situace m že asto ovlivnit vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem již od po átku. Respondenti z ad sester s delší praxí (viz. tabulka 10), potvrdili výše popsany jev na vlastní zkušenosti, kdy popisují, že na za átku svého profesního p sobení v dialyza ním st edisku nem li dostatek zkušeností, které by vedly k rozpoznání obav a dalších negativních emocí pacient . Dále popsany jev vede k praxi, kdy pacienti p ímo i nep ímo zjiš ují, zda sestra je pln seznámena s chodem odd lení, umí bezchybn ovládat dialyza ní p ístroj a bezpe n zvládá techniku kanylace trvalé cévní spojky.

Jak uvádí Verešová (48) „Vlivem onemocnění se zvyšuje potřeba citové jistoty a bezpečí. Onemocnění představuje ohrožení, proto je logickým důsledkem pání po bezpečí a jistotě. V této fixaci na blízké lidi může být i projevem obranných mechanismů“. Zjištění provedená v rámci diplomové práce potvrdila výše uvedené tvrzení.

S předcházející řešenou problematikou též úzce souvisí následující tvrdá výzkumná otázka, zda *existuje souvislost mezi minulým negativním zážitkem/ zkušeností pacienta a jeho postojem k sestřím pracujících na hemodialyzačním středisku*.

Ze zjištění provedených v rámci hloubkových rozhovorů vyplynulo, že v případě, že v minulosti se konkrétní sestře, zejména pak u nově nastoupivších sester, nezdařilo bezchybné zavedení dialyzační jehly do trvalé cévní spojky, pacient si tuto zkušenost velmi často spojil s konkrétní sestrou, které bez ohledu na objektivní okolnosti plně připsal odpovědnost za nezdařené zavedení dialyzační jehly, a následně i dalších návštěvách dialyzačního střediska, přímě i nepřímě vyžadoval sestru jinou, a spíše preferoval ty sestry, se kterými ho pojili dobré zkušenosti s ošetrovatelskou péčí.

Dle rozhovorů se sestrami pracujícími na dialyzačních střediscích je obecným trendem vyhovět pacientovi ve věci jejich osobních preferencí k jednotlivým sestřím, s cílem minimalizovat stresovou zátěž pacienta i kanylující sestry. Toto zjištění bylo nezávisle potvrzeno sestrami ze všech pracovišť, kde byl výzkum realizován. V rámci šetření byla zjištěna skutečnost, kdy nově přichozí sestry nemají praktické zkušenosti a dovednosti s kanylací trvalého cévního přístupu u dialyzovaných pacientů (viz. tabulka 18).

Jak uvádí Klener (19), k hlavním příčinám chronického selhání ledvin v Evropě patří diabetické postižení (diabetická nefropatie 15- 20 %), ischemické postižení (hypertenzní nefropatie 10-15 %) a z jedné třetiny je tvořeno na podkladě chronické glomerulonefritidy. V případě diabetického a ischemického onemocnění, sekundárním projevem je postižení cév obecně. Je tedy zřejmé, že kanylace trvalých cévních vstupů představuje pro nově nastupující sestry obtížný ošetrovatelský výkon.

V současné době jsou k dispozici mnohé učební pomůcky, umožňující v mnohé simulaci a praktický nácvik ošetrovatelských výkonů souvisejících s péčí o pacienta. Zjištěná praxe ovšem poukazuje na fakt, že sestry (viz. rozhovor s respondentem 9, 10, 11, 13) pracující v dialyzačním středisku projevily zájem o možnost praktického nácviku i možnosti zdokonalování se v nových technikách, avšak uvedené učební pomůcky nejsou pro ně k dispozici. Výsledkem je stav, kdy nově nastupující sestry jsou nuceny nácvik a získání prvních praktických zkušeností provádět přímo na pacientech.

Sulková (38) uvádí, že správná technika kanylace je jednou z prevencí komplikací trvalého cévního přístupu. Kanylace musí být provedena odborně, správně a šetrně, kdy úspěch závisí na kvalitě zkratu, na zkušenosti, manuálních zručnostech a zodpovědnosti sestry.

6. Závěr

Diplomová práce na téma „Trvalý cévní přístup u dialyzovaných pacientů z pohledu sestry a pacienta“ obsahovala cíle kvalitativního výzkumu, zaměřené především na poznání dané problematiky a její vnímání oběma stranami ošetrovatelské péče, tj. sestrami pracujícími na dialyzačních stedišcích tak i jejich pacienty. Prvním cílem bylo poznání problémů dialyzovaných pacientů, které souvisejí s trvalým cévním přístupem, druhým cílem bylo zjištění postoje sester pracujících v dialyzačních stedišcích ke kanylaci trvalých cévních přístupů a tímto cílem bylo zmapování přístupu pacientů k sestram s krátkou dobou praxe. Kvalitativní šetření v podobě výzkumných otázek splnilo očekávání na daná, respondenti otevřeně uváděli své postoje, zkušenosti a názory, což umožnilo konkretizaci závěrů této diplomové práce.

Závěrem lze konstatovat, že s rozvojem dialyzační léčby v České republice došlo ke zvýšení počtu sester poskytujících ošetrovatelskou péči ve specializovaném oboru, nefrologii. Logickým důsledkem je skutečnost, že nefrologická oddělení a dialyzační stedišiska nejsou již ojedinělým jevem na úrovni krajských nemocnic, ale jsou všeobecně rozšířena. Zároveň dochází, v souladu s obecně platným demografickým trendem, k nárůstu průměrného věku pacientů léčených pomocí dialýzy a zejména tato skutečnost se projevuje horším stavem jejich cév, a z toho vyplývající zvýšenou pravděpodobností vzniku komplikací, jako například tvorba hematomů, bolestivost, omezená hybnost a horší subjektivní prožívání vlastní nemoci.

Souasně ošetrovatelství by mělo mít možnost aplikovat soudobé poznatky do praxe, jako například tzv. „knoflíková metoda“, jejíž přínosem je nižší četnost vyvolaných komplikací. Dále pak je zjevná absence možnosti praktického nácviku a možnosti průběžného zdokonalování ošetrovatelských technik zavádění kanylů do trvalých cévních přístupů pomocí simulačních učebních pomůcek.

Na základě zjištěné skutečnosti, kdy sestry nemají k dispozici cílené učební pomůcky pro nácvik zavádění kanylů do trvalého cévního přístupu, se jeví jako žádoucí, aby odborná ošetrovatelská veřejnost projevila konkrétní zájem, směrující ke specializovaným firmám, jež se zabývají výrobou a distribucí specializovaných

u ebních pom cek pro obor ošet ovatelství, o u ební pom cky p ímo ur ené k nácvi ku kanylace trvalých cévních p ístup . Používání takovýchto pom cek, stejn tak i obecn správn provedený ošet ovatelství výkon kanylace trvalého cévního p ístupu, snižuje pravd podobnost vzniku kolizních i konfliktních situací p i ošet ování pacient , vlastní jistota sester v provád ěném výkonu se projeví omezením stresu jak na stran sestry, tak na stran pacienta.

Onemocn ění chronického selhání ledvin a s tím související problematika dialyza ní lé by je celospole enským jevem, který v posledních letech dosáhl výrazného rozvoje v technické oblasti vlastních dialyza ních p ístroj , avšak nikoliv v otázce správného zajišt ění trvalého cévního p ístupu, který je nezbytný pro optimální pr b h dialyza ní lé by.

7. Seznam použitých zdroj

1. ECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ M. *Speciální psychologie*. 4 vyd. Brno: NCO NZO. 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4
2. ERNÁ, M. Jak si vybrat dialyzační středisko? *Středisko*. 2007, ro. 18, . 2, str. 10-18. ISSN 1210-0153
3. ERNÁ, M. Sexuální problematika dialyzovaných a transplantovaných pacientů. *Středisko*. 2006, ro. 17, . 2, str.7-11. ISSN 1210-0153
4. Česká nefrologická společnost [online]. 5.5.2008 [cit. 2010-06-11]. Zpráva o Světovém dni ledvin 13. 3. 2008 v České republice. Dostupné z WWW: <www.nefrol.cz>
5. DÍT, P. et al. *Vnitřní lékařství*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 586 s. ISBN 978-80-7262-496-6
6. ULÍKOVÁ, J. Komplexní péče o dialyzovaného pacienta. *Urologie pro praxi* [online]. 2008, 9, 6, [cit. 2010-06-13]. Dostupný z WWW: <www.urologiepropraxi.cz>.
7. DUŠEK, M. Cévní přístup pro hemodialýzu. *Dialog - časopis nejen pro dialyzované*. 2009, 5, s. 8-9. ISSN 1803- 7267
8. DUŠKOVÁ, K. Změna dialyzačního střediska. *Středisko*. 2007, ro. 18, . 2, str. 19-20. ISSN 1210-0153
9. DŽUMELOVÁ, M. Dialyzovaný pacient a trávení v nemocnici. *Florence*. 2009. ročník V. . 1, s. 28-29. ISSN 1801-464X
10. GAJDUŠKOVÁ, I. Etika sestry ve vztahu k chronickému dialyzovanému pacientovi. *Sestra*. 2003, ro. 13, .4, str. 41. ISSN 1210-0404
11. GULÁŠOVÁ, I. Psychosociální problémy a význam komunikace sestry u dialyzovaných pacientů. *Aktuality v nefrologii*. 2004, ro. 10, . 2, str. 61-66. ISSN 1210-955X
12. HAJSKÝ, L. Intervence radiologie aneb když fistule zazlobí. *Dialog - časopis nejen pro dialyzované*. 2010 s. 10. ISSN 1803- 7267

13. HAJSKÝ, L. Není sestra jako sestra. *Dialog - časopis nejen pro dialyzované*. 2009, 5, s. 10. ISSN 1803- 7267
14. <http://www.tigis.cz/AVN/AVN401/03.htm> koncepce oboru nefrologie Nefrologie číslo X, 200X
15. HUDÁ KOVÁ, A. Historie hemodialyza ní lé by. In: *Chronické selhání ledvin*. Sborník p ísp vk z informa ního seminá e. eské Bud jovice: ZSF JU, 2004. str. 3 - 8 ISBN 80-7040-729-8
16. CHOBÁK, L. a kolektiv. *Propedeutika vnit ního léka ství*. 1 vyd. Praha: Grada 2003. 200 s. ISBN 80-247-0609-1
17. JANDA, J. Chronické selhání ledvin – klinické aspekty. In: *Chronické selhání ledvin*. Sborník p ísp vk z informa ního seminá e. eské Bud jovice: ZSF JU, 2004. str. 9 - 14 ISBN 80-7040-729-8
18. JELÍNKOVÁ, K. Cestování- Itálie. *St že* . 2005, ro . 17, . 3, str. 28-29. ISSN 1210-0153
19. KLENER, P. et al. *Vnit ní léka ství*. 3 vyd. Praha: Galén, 2006. 1158 s. ISBN 80-7262-4230-x
20. KLVA OVÁ, A., SÝKOROVÁ, V. Úloha sestry na dialyza ní m st edisku. *Sestra*. 2003, ro . 13, .4, str. 42. ISSN 1210-0404
21. KRATOCHVÍLOVÁ, E. Hemodialýza o ima sestry. In: *Jiho eská konference neléka ských zdravotnických pracovník eské Bud jovice 23.-24.10.2008 Sborník p ednášek*. Vydavatel Nemocnice eské Bud jovice a.s. 148 s. ISBN 978-80-254-2730-9
22. K IVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X
23. KUBÍ EK, J. V N mecku se zav eným shuntem. *St že* . 2008, ro . 19, . 2, str. 16-21. ISSN 1210-0153
24. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1 vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80- 7262-552-9

25. MACKOVÁ, D., PANOŠOVÁ, Z., BERDYCH, M., TÁBORSKÝ, P. Monitorace a-v píst lí z pohledu sestry. *Aktuality v nefrologii*. 2004, ro . 10, .1, str. 48. ISSN 1210-955X
26. MAJOR, M., SVOBODA, L. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. 1 vyd. Praha: Triton 2000 38 s. ISBN 80-7254-127-7
27. MIKŠOVÁ, Z., FRO KOVÁ, M. , ZAJÍ KOVÁ, M. *Kapitoly z ošet ovatelské pé e II*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2006 172 s. ISBN 80-247-1443-4
28. MIKŠOVÁ, Z., FRO KOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍ KOVÁ, M. *Kapitoly z ošet ovatelské pé e I*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1442-6
29. NAVRÁTIL, L. a kolektiv. *Vnit ní léka ství pro neléka ské zdravotnické obory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8
30. Nemocnice Havlí k v Brod [online]. 24.3.2006, 2007 [cit. 2010-05-23]. Nefrologická ambulance. Dostupné z WWW: <www.onhb.cz>
31. Nemocnice Jihlava [online]. 30.5.2010 [cit. 2010-06-10]. Nefrologická ambulance. Dostupné z WWW: www.nemji.cz
32. Nemocnice Tábor [online]. 2008 [cit. 2010-04-13]. Ambulance/ Hemodialýza. Dostupné z WWW: <www.nemta.cz>
33. NOVOTNÁ, G., VESELÁ, M., PELLEOVÁ, M., BIŠKOŠOVÁ, M. Cévní p ístupy pro hemodialýzu u diabetik . *Aktuality v nefrologii*. 2002, ro . 8, .1, str. 57. ISSN 1210-955X
34. NOVOTNÝ, J. Chronické selhání ledvin z pohledu psychosociálních souvislostí. In: *Chronické selhání ledvin*. Sborník p ísp vk z informa ního seminá e. eské Bud jovice: ZSF JU, 2004. str. 9 - 14 ISBN 80-7040-729-8
35. OPATRNÝ, K., et al. *Koncepce oboru nefrologie v eské republice. Aktuality v nefrologii: asopis pro klinickou nefrologii a metody náhrady funkce ledvin*. 2001, ro ník 7, 4, s. 118-126. Dostupný také z WWW: <www.tignis.cz>. ISSN 1210-955x.

36. RABANOVÁ, N., DUŠEK, M., KRACÍKOVÁ, J., SVOBODA, L. Lze změnit ošetřovatelský proces v podmínkách hemodialyzačního střediska? *Aktuality v nefrologii*. 2002, ro. 8, .1, str. 47. ISSN 1210-955X
37. REICHELOVÁ, H., ROUBALOVÁ, A. Život s dialýzou. *Sestra*. 2010, ro. 20, .5, str. 30-31. ISSN 1210-0404
38. SULKOVÁ, S. a kolektiv. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8
39. SVOBODA, L. *Cvičební soubor pro dialyzované a transplantované pacienty*. 1 vyd. Praha: Triton 2000 39 str. ISBN 80-7254-126-9
40. SÝKOROVÁ, V. Druhy cévních přístupů na našem pracovišti. *Sestra*. 2003, ro. 13, .4, str. 43-44. ISSN 1210-0404
41. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. 1 vyd. Praha: Grada 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8
42. ŠLAPÁKOVÁ, M., SEDLÁKOVÁ, G. Ošetřovatelský model Kingové a jeho možnosti aplikace v praxi. In: *Nové trendy v ošetřovatelství VI. Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí. VI. Jiho české ošetřovatelské dny 20.-21. září 2007* s. 378- 385. ISBN 978-80-7040-992-3
43. ŠTĚPÁNKOVÁ, S., ŠUREL, S., ŠEHOVÁ, J., ŠEVÍK, J., BULIKOVÁ, A. Problematika heparinových zátek v dialyzačních kanylách. *Aktuality v nefrologii*. 2008, ro. 14, .2, str. 70. ISSN 1210-955X
44. TEPLAN, V. *Praktická nefrologie*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing 1998. 274 s. ISBN 80-7169-474-6
45. TEPLAN, V., MENGEROVÁ, O. *Dieta a nutriční opatření u chorob ledvin a močových cest*. 1 vyd. Praha: Mladá fronta 2010. 353 s. ISBN 978-80 204-2208-8
46. TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 1 vyd. Praha: Triton 2009. 159 s. ISBN 978-80-7387-286-1
47. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2007. 13.5.2010 [cit. 2010-06-15]. *Aktuální informace*. 14/10 - *Činnost hemodialyzačních středisk v české republice v roce 2009*. Dostupné z WWW: <www.uzis.cz>

48. VEREŠOVÁ M. a kolektiv. *Psychológia*. 1 vyd. Martin: Osveta 2007. 191 s. ISBN 80-8063-239-1
49. VESELKÝ, Z., JURÁŠKOVÁ, B. Biopsie ledvin- indikace, specifika ošet ovatelské pé e. *Ošet ovatelství teorie a praxe moderního ošet ovatelství*. 2006 sv. 8 . 3-4, s. 90-92. ISSN 1212-725-X
50. www.homolka.cz [online]. 2003-2009 [cit. 2010-05-13]. Komplexní stálá dialyza ní pé e. Dostupné z WWW: www.homolka.cz
51. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1 vyd. Praha: Grada 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
52. ZNOJOVÁ, M. Deprese u dialyzovaných pacient . *St že* . 2007, ro . 18, . 3, str. 5-8. ISSN 1210-0153

8. Klíčová slova

trvalý cévní přístup

fistule

AV shunt

chronické selhání ledvin

hemodialýza

hemodialyzační střediska

9. Přílohy

Příloha .1 Okruhy otázek k hloubkovému rozhovoru pro sestry.

Příloha .2 Okruhy otázek k hloubkovému rozhovoru pro pacienty s trvalým cévním
přístupem léčených na hemodialyzačním středisku.

Příloha .3 Vitaclip

Příloha .4 Fistula – fotografie zavedených dialyzačních jehel

Příloha .5 Schéma hemodialýzy

Příloha 1

Okruhy otázek k hloubkovému rozhovoru pro sestry.

Obecné informace:

- Jaká je délka praxe v oboru ošetřovatelství / na hemodialyzačním středisku?
- Kde jste získala své pracovní zkušenosti?
- Jaké formy studia jste absolvovala?

Kanylace trvalých cévních přístupů .

- Popište mi zkušenosti na zápisce práce na HDS.
- Jaké máte zkušenosti s kanylací trvalých cévních přístupů ?
- Kdy si myslíte, že sestra je vykonávat kanylaci bez „problémů“ a si je tzv. jistá?
- Jaké jsou Vaše nejčastější komplikace při kanylacích trvalých cévních přístupů ?
- Kde jste získala dovednosti v této činnosti?
- Jaké techniky provádíte?
- Existuje nějaká možnost, která by Vám pomohla v nábviku techniky kanylace?
- Co považujete při kanylaci za nejvážnější problémy?

Osobní rovina sestra / nemocný.

- Pracujete na Vašem pracovišti systémem primární sestry?
- Jak hodnotíte systém na Vašem oddělení?
- Může být vztah mezi pacientem a sestrou ovlivněn zručností sestry?
- Setkáváte se s konflikty od pacientů vůči své osobě ?
- Jaký způsob řešení konfliktů preferujete?
- Jaké formy duševní hygieny praktikujete?

Příloha 2

Okruhy otázek k hloubkovému rozhovoru pro pacienty s trvalým cévním přístupem léčených na hemodialyzačním středisku.

Obecné informace:

- věk,
- délka trvání onemocnění,
- délka léčby na HDS,
- přidružená onemocnění.

Trvalý cévní přístup.

- Co považujete za nejdůležitější součást ošetřovatelské / sesterské péče o Vás?
- Kdy Vám byl trvalý cévní přístup zhotoven?
- Jak by jste popsal/a celý proces?
- Ovlivňuje zkušenost sestry proces kanylace trvalého cévního přístupu?

Informace o péči o fistuli:

- Jak pečujete o trvalý cévní přístup?
- Které činnosti jsou omezeny?

Osobní rovina sestry / nemocný.

- Máte přidělenou sestru?
- Jak hodnotíte práci sestry na HDS?
- Považujete některou ze sester za nejlepší?
- Existují nějaké negativní zážitky mezi Vámi a sestrami?

P iloah 3

Vitaclip

Wonderfully simple. Simply wonderful!
and this is how it works ...

- 

The puncture area simply needs to be disinfected as usual, before **VitaClip®** is attached.
- 

VitaClip® is provided with a dermatologically tested skin adhesive..
- 

Optimal fixation during puncture is guaranteed by the polished silicone lens with magnifying power.



VitaClip®
SMOOTH AND CONTINUOUS PRESSURE

Quick, safe and simple.

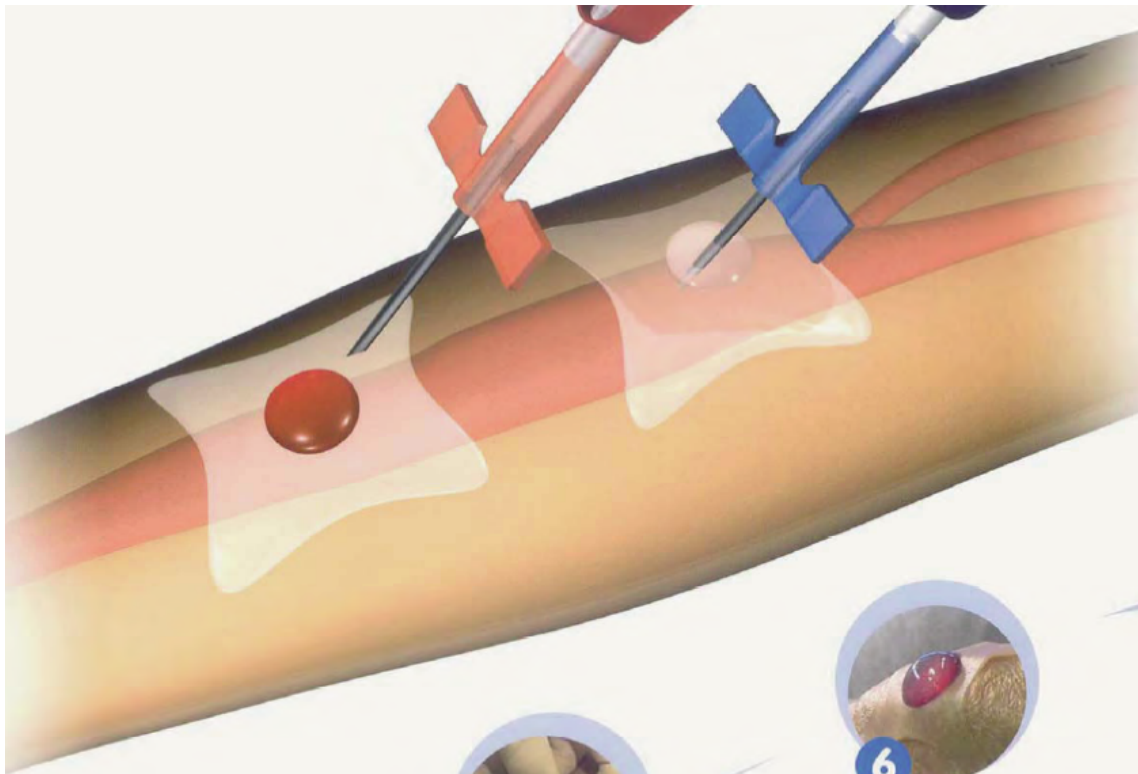
This innovative vascular closure device is a silicone seal which can be stuck onto the skin and punctured by a cannula; it reseals by itself after the cannula has been withdrawn.

After withdrawal of the cannula, it prevents re-bleeding of the punctured vessel (vein or artery)

in the patient, without manual compression being necessary.

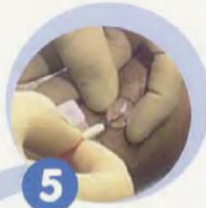
The pressure of the blood collected in the reservoir is equivalent to the internal pressure of the patient's vein or artery. The closure device produces an extracorporeal haematoma.

→ Ideal for haemodialysis.



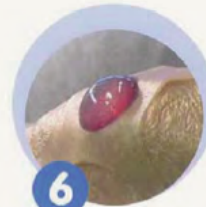
4

During dialysis, the puncture site remains sterile and the cannula is firmly fixed by the silicone lens.



5

The cannula is withdrawn once dialysis is completed. The silicone lens closes the puncture channel and the reservoir fills up with blood.

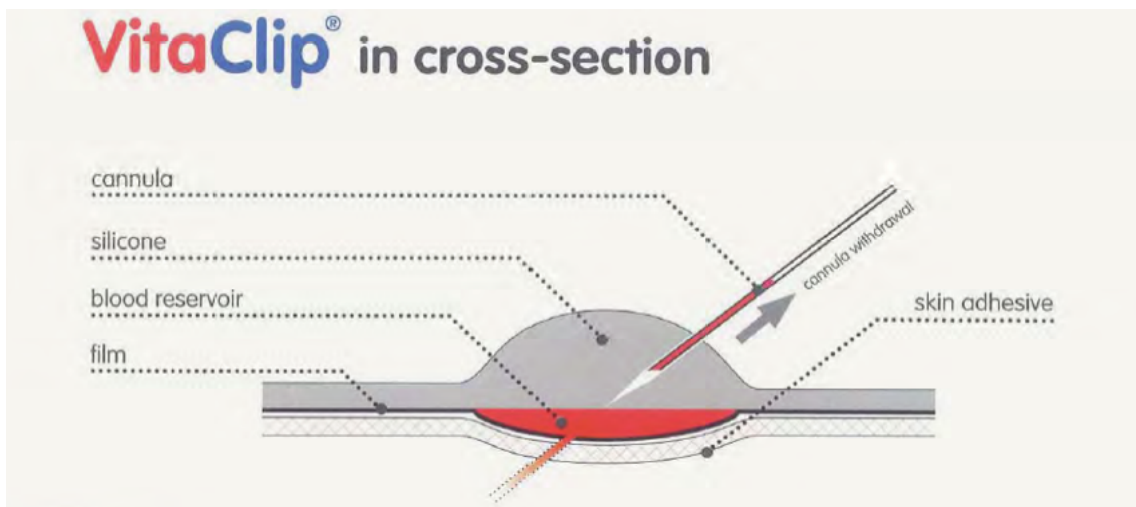


6

The filled reservoir seals the puncture site in the fistula without manual compression being required.

Use in haemodialysis.

An extracorporeal haematoma forms after withdrawal of the cannula. The vessel closure device seals by itself as a result of the restoring force of the silicone.



Zdroj:

http://www.mediform.cz/Data/files/dokumenty_kestazeni/PDF/2008%20-%20VitaClip-%20original-2.pdf

Příloha 4

Fistula – fotografie zavedených dialyzačních jehel

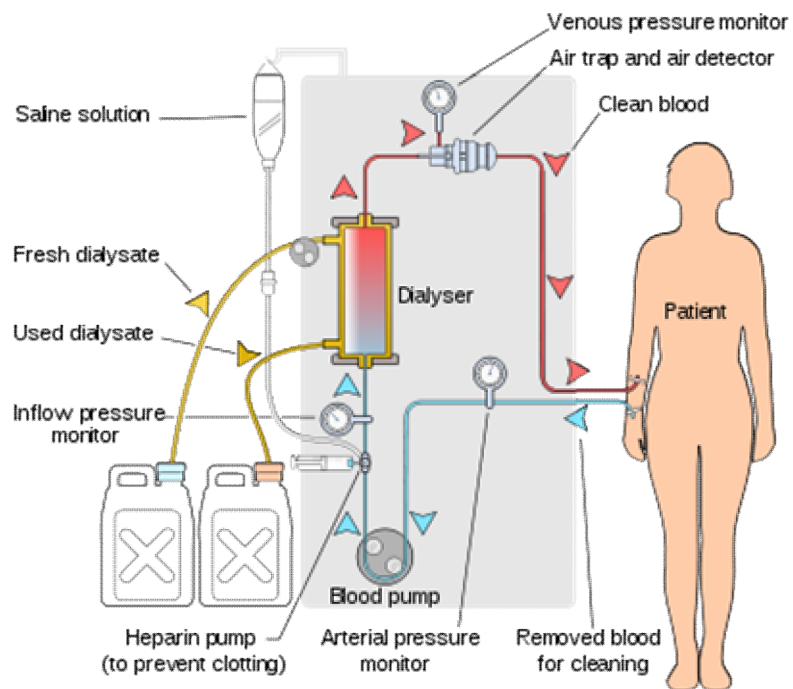


Zdroj:

<http://www.statcrux.co.uk/renal/hdipu.htm>

Příloha 5

Schéma hemodialýzy



Zdroj:

<http://www.globaldialysis.com/haemodialysis.html>