

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Životní styl a kvalita života dlouhodobě dialyzovaných
pacientů**

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Iveta Drábková

Autor práce
Eva Mészárosová

2012

Abstract

The aim of my thesis was to examine the lifestyle and life quality of chronically dialysed patients. I described this wide topic from the point of view of patients, with whom I conducted interviews according to prepared questions, i.e. qualitative research. For healthcare staff providing immediate professional care in dialysis centres I used quantitative research by means of questionnaires. I processed 71 questionnaires and spoke to 12 patients in total. I found the sources in seven healthcare facilities in South and central Bohemian regions. The aim of the thesis was met. The decisive and related aspects linked to the lifestyle and life quality of chronically dialysed patients were described. During preparation of the thesis I met new aspects like the extraordinary demandingness of the work of the healthcare staff, the important influence of science on medical procedures and psychological demandingness and patience of treated patients. The research questions were answered and in the instance of ambiguousness they were deduced and statistically substantiated. Two hypotheses, namely H 1: Nurses in dialysis centres educate dialysed patients about the limitations linked to lifestyle quality and H 2: Nurses in dialysis centres adhere to the principles of specific (structured) communication have been confirmed. My work involved a proposal of an informative brochure for chronically dialysed patients, which sets the goal to inform dialysed patients optimistically, with certain hyperbole, however realistically on the endless possibilities how to use free time in the form of topics, on self-confidence strengthening and effective communication with healthcare staff.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Životní styl a kvalita života dlouhodobě dialyzovaných pacientů“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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.

V Českých Budějovicích

.....
Eva Mészárosová

Poděkování

Na mé bakalářské práci se podílely dvě důležité skupiny lidí. Děkuji svým kolegyním na sedmi zdravotnických pracovištích Jihočeského a Středočeského kraje, které mi trpělivě vypracovaly můj dotazník a učinily tak s pochopením a pravdivě. Přitom to nebylo na úkor péče o jejich pacienty. Dvanáct pacientů jsem navštívila ve dvou nemocnicích. Zdá se mi, že byli mnou mile překvapeni a popovídali jsme si spíše vesele o životě, jejich nemoci a o tom, jak z toho společně s námi ven. Velmi jim děkuji a jistě naleznou optimismus do života a svého dárce. To jim ze srdce přeji!

Paní magistra Iveta Drábková, moje vedoucí práce, mi byla oporou a moudrou rádkyní. Měla se mnou trpělivost a naučila mě přemýšlet v širších souvislostech a uspořádat myšlenky a názory. Děkuji za její odborné vedení a přeji jí úspěchy v její zodpovědné práci, spokojenost s dalšími studenty.

Obsah

ÚVOD.....	4
1. SOUČASNÝ STAV	6
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin	6
1.1.1 Funkční anatomie ledvin	6
1.1.2 Cévní a nervové zásobení ledvin	6
1.2 Onemocnění ledvin	7
1.2.1 Akutní selhání ledvin	7
1.2.2 Chronické selhání ledvin	8
1.3 Metody náhrady funkce ledvin	9
1.3.1 Peritoneální dialýza	9
1.3.2 Hemodialýza.....	10
1.3.3 Hemofiltrace.....	11
1.3.4 Transplantační program	12
1.4 Péče o dlouhodobě dialyzované pacienty	13
1.4.1 Cévní přístupy	15
1.4.2 Výživa dlouhodobě dialyzovaných pacientů.....	15
1.4.3 Dialyzační střediska	16
1.5 Životní styl	17
1.5.1 Životní styl u dlouhodobě dialyzovaných pacientů.....	17
1.5.2 Vliv dialýzy na životní styl pacienta	18
1.6 Kvalita života	18
1.6.1 Kvalita života u dlouhodobě dialyzovaných pacientů	19
1.6.2 Komunikace s dialyzovanými pacienty.....	20
2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	21
2.1 Cíl práce	21
2.2 Hypotézy práce	21
2.3 Výzkumné otázky.....	21
3. METODIKA.....	22

3.1 Metodika práce	22
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	23
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	24
4.1 Výsledky dotazování sester	24
4.2 Výsledky dotazování pacientů	49
4.3 Výsledky obsahové analýzy dokumentů	56
5. DISKUZE	57
6. ZÁVĚR	63
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	64
8. KLÍČOVÁ SLOVA	67
9. SEZNAM PŘÍLOH	68

Seznam použitých zkratk

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

HLA – systém antigenů

ABO – systém krevní skupiny A, B, AB nebo O

JIP – jednotka intenzivní péče

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

AV - arteriovenózní

RTG – rentgenové záření

HD - hemodialýza

ÚVOD

Domnívám se, že být dobrou zdravotní sestrou, dobrou ošetřovatelkou a kvalifikovaným zdravotníkem znamená být součástí všech dějů a všech vztahů, které vznikají a působí, zanikají a přestávají působit mezi „mnou“-zdravotní sestrou a „jimi“, mými pacienty.

Už na střední zdravotnické škole v části teoretické, ale zejména potom na pracovišti, především v Oblastní nemocnici Příbram a.s. a jiných zdravotnických zařízeních jsem si uvědomila důležitost průniku práce zdravotní sestry do osobnosti svěřených pacientů. Vztahy ošetřovatele a klienta, stupeň důvěry, empatie a pozitivní závislosti se mi zdály velmi klíčové pro mou práci. Nikoliv pouze prostá ošetřovatelská technologie, suchá racionalita a tvrdá edukace, nýbrž trpělivé vysvětlování, psychologická práce a získání pacienta pro jeho vnitřní přesvědčení, že činíme „my“ i „oni“ při své léčbě možné maximum.

Problematika životního stylu a kvality života dlouhodobě dialyzovaných pacientů mne proto velmi zaujala. Během své práce nad tímto tématem jsem diskutovala se zkušenými zdravotními sestrami, které pracují na dialyzačních pracovištích, hovořila jsem volně o tomto tématu i s relativně mladšími zdravotními sestrami. Přínosem byly neřízené rozhovory s pacienty, kteří procházejí dialyzačními pracovišti a byli hospitalizováni na mém současném působišti interním - oddělení. Souhrn těchto informací a úsudků jsem si doplnila materiály mých předchůdců, kteří se tímto tématem zabývali ve svých vlastních bakalářských a magisterských pracích.

Cílem mého usilování bylo nahlédnout do vztahu pacientů a zdravotníků z pohledu - kvality edukace, kvality komunikace a schopnosti zdravotníka pozitivně působit na kvalitu života a životního stylu dlouhodobě dialyzovaného pacienta, tedy mít nadstandardní kontakt s pacientem, chápat jeho složitou situaci, zaujímat aktivní a optimistickou pozici, vycházet ze své zkušenosti, tu umět pacientovi nabídnout a pomoci mu vyhledat správný poměr nezbytného se podrobení nutným zdravotnickým zákrokům na straně jedné a plnému „oddání se“ kvalitnímu životu ve svém specifickém prostředí, s rodinou, s přáteli a se svými všestrannými potřebami na straně druhé.

Moje výzkumná činnost v pěti nemocnicích Jihočeského kraje a jedné nemocnici Středočeského kraje mi přinesla nové poznatky. Velmi oceňuji fakt, že jsem mohla rovněž nahlédnout do práce transplantačního centra, kliniky nefrologie – Hemodialýzy Praha IKEM, které provádí špičkové zdravotnické výkony.

Vlastní formulace v podobě dotazů na ošetrovatelský personál jsem tvořila se záměrem velké srozumitelnosti, jasnosti a inspirace pro respondenty. Otázky mnohdy pronikají hluboko do životního způsobu pacientů. Vlastní hodnocení mých dvou hypotéz a výzkumných otázek má za úkol postihnout tendence a směřování.

Činnost zdravotní sestry a ostatních zdravotních pracovníků má zásadní vliv na kvalitu dalšího života v š e ch pacientů, je určující nejen pro jejich fyzické bytí, psychickou stabilitu v dalším životě, ale může výrazně motivovat k posunu - tedy ke zvýšení úrovně života, může přinášet nové podněty a energii.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Nedílnou součástí lidského těla jsou ledviny, které se přirovnávají k fazolovitému tvaru o délce zhruba 12 cm, šířce 6 cm a tloušťce 3 cm, jejichž konzistence je elastická. Je to párový orgán, který je uložený v retroperitoneálním prostoru, tedy v úrovni obratlů Th12 až L2 a jsou obaleny v tukovém polštáři, který je zhuštěn do fascie. Ledvina se skládá z kůry ledvin, ve které je uložen vlastní filtrační aparát, a z dřeně, která je rozdělena do pyramid (1).

Ledviny mají endokrinní funkci a také slouží především k vylučování dusíkatých katabolitů a cizorodých látek, dále je to hospodaření s vodou a iontů, regulací krevního oběhu a acidobazické rovnováhy. Ledvinami protéká velké množství krve, přes 1,5 l/min, díky které je tekutina přefiltrovávána do ledvinných tubulů (2).

1.1.1 Funkční anatomie ledvin

„Nefron je základní morfologickou a funkční jednotkou ledvin (2, s. 192)“. Jedna ledvina obsahuje 1-1,3 miliónů nefronů. Nefron se skládá z Malpighiho tělíska, proximálního tubulu, Henleovy kličky, distálního tubulu a sběracího kanálku. Dále můžeme nefrony rozdělit podle anatomického uspořádání na juxtaglomerulární a kortikální (1, 2).

1.1.2 Cévní a nervové zásobení ledvin

Pravá ledvinová tepna je delší než levá a je umístěná pod dolní dutou žílou, zatímco levá ústí do hilu ledviny. Ledviny můžeme rozdělit do několika segmentů, do kterých vstupují ledvinové tepny jednotlivých úseků. Tyto segmentové tepny se dále dělí na další tepny, které spojují dřeňové pyramidy, kde jsou přívodné a odvodné cévy (3).

1.2 Onemocnění ledvin

Neschopnost ledvin odstraňovat z lidského organismu katabolity neboli odpadové produkty dusíkového metabolismu, jako je urea a kreatinin, kyselé katabolity, vodu a elektrolyty a neschopnost udržovat stálé vnitřní prostředí je onemocnění selhávání ledvin. Také jde o změnu ledvinných funkcí, a to glomerulární filtrace, která se při selhávání ledvin snižuje, protože dochází k úbytku filtrační plochy ledvin, tudíž zadržuje odpadní látky. Dále se snižuje tubulární resorpce z důvodu poruchy vstřebávání vody a elektrolytů. Ledvinové selhání se dělí na akutní, které je většinou reverzibilní a vyvíjí se během několika hodin až dní. Naopak chronické selhání je stav ireverzibilní, kde dochází k postupnému zhoršování funkcí ledvin (4).

1.2.1 Akutní selhání ledvin

Jde o náhle vzniklé selhání funkce ledvin, často reverzibilní stav. Hlavním příznakem je výrazný pokles diurézy. Ke správné funkci ledvin je důležitá dostatečná perfuze ledvinné tkáně oxygenovanou krví pro zachování glomerulárních a tubulárních funkcí. Akutní selhání lze rozdělit podle příčin na prerenální, renální a postrenální. U prerenální příčiny jde o výrazné snížení funkce ledvin, takzvané hypoperfuzi, která vzniká dehydratací, srdečním selháním, sepsí, anafylaxí nebo při uzávěru renálních tepen. Úprava renálních funkcí vznikne při obnovení perfuze ledvinami. Prerenální příčina je nejčastější, udává se 40-80% všech případů u akutního selhání ledvin. Je zde nutná časná diagnostika a léčba renální perfuze. U renálních příčin jde o poškození ledvin, konkrétněji některou část nefronu ischemií nebo toxiny, která má za následek nekrózu tubulů. Do této skupiny patří onemocnění, jako jsou rychle progredující glomerulonefritidy, kde dojde k ledvinnému selhání během několika dnů až týdnů. Klíčová je zde biopsie ledvin. Tubulární poškození ledvin jako jsou multiorgánové postižení a sepse, intersticiální poškození neboli nefritida poléková, kde jsou alergickou příčinou léky. K postrenální příčině dochází, je-li v urodynamice obstrukce, která nad ní vytvoří vzestup tlaku, který vede k zástavě glomerulární filtrace a ke snížení průtoku krve ledvinami. Může dojít k reverzibilnímu stavu i po pár hodinách. Příčinou je převážně oboustranná obstrukce nebo postižení solidární ledviny. Obstrukce mohou být

způsobeny vrozenou vývojovou vadou, konkrementy, u mužů zvětšenou prostatou, tumory. Akutní selhání ledvin probíhá ve čtyřech fázích, kde dochází k hyperkalemii, hyperhydrataci, acidóze, poté naopak dojde k opaku, dále pak časná diuréza 300 ml/den, pozdní diuréza charakterizována polyurií, a konečná fáze porušení tubulární funkce. Diagnostika akutního selhání ledvin spočívá v anamnestických údajích, klinických a laboratorních vyšetřeních zjištěných v co nejkratším čase, aby se zjistila příčina akutního selhání ledvin. Je nutné zahájení správné terapie, která vede ke správné prognóze (2,4,5,6,7).

1.2.2 Chronické selhání ledvin

Je stav, kdy dochází ke snížení funkce ledvin s nemožností udržet homeostázu. Příčiny chronického selhání ledvin jsou buď primární, nebo v souvislosti s jiným onemocněním, jako je u většiny případů civilizační nemoc hypertenze, hyperlipidemie a diabetes mellitus. Mezi rizikové faktory patří vyšší věk, rasa, pohlaví, kouření, špatný životní styl a genetika. U nemocných je diuréza normální, někdy je i polyurie, v konečných fázích pak oligoanurie a polydipsie u dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Je tu velké riziko dehydratace v souvislosti se ztrátou sodíku. Vzniká metabolická acidóza způsobená snížením glomerulární filtrace a malé vylučování sulfátů a fosfátů, pokles amoniaku. Terapie spočívá v léčbě hypertenze a s tím je spojeno pravidelné měření krevního tlaku, u kterého musíme dosáhnout stálých fyziologických hodnot, metabolické acidózy, hyperlipidemie, úprava krevního obrazu a kontrola glykémie. Nedílnou součástí je změna životního stylu, zákaz kouření a především dietoterapie, která musí být individuální vzhledem ke stupni postižení ledvin. Jedná se o dietu nízkobílkovinnou, která mimo jiné zpomaluje rozvoj glomerulární sklerózy, protože má dobrý vliv na glomerulární hemodynamiku. Důležitou součástí léčby je spolupráce s dietní sestrou, která má na starosti kontrolu všech výživových parametrů, edukuje nemocné i rodinné příslušníky (5,6).

1.3 Metody náhrady funkce ledvin

Za vynález dialýzy neboli umělé ledviny vděčíme holandskému lékaři Kofflerovi roku 1944. U nás byla dialýza používanou metodou při akutním i chronickém selhání ledvin od roku 1955. V dnešní moderní a vyspělé medicíně se metody náhrady funkce ledvin posouvají stále výše. Tyto metody zachraňují a zkvalitňují lidské životy. Mezi metody náhrady funkce ledvin řadíme peritoneální dialýzu, hemodialýzu a hemofiltraci (5).

1.3.1 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza je jednou z metod očišťování krve. Její léčba, převážně u nemocných s chronickým selháním ledvin, sahá do osmdesátých let 20. století. Zpočátku s peritoneální dialýzou nebyly moc dobré zkušenosti, jelikož nebylo mnoho materiálů pro tento způsob léčby. Peritoneální dialýza se tak nazývá proto, že právě peritoneum je membránou pro dialyzaci každého pacienta (5).

„Transport solutů a vody probíhá obousměrně mezi kapilárami peritonea a dialyzačním roztokem napuštěným do břišní dutiny. K transportu solutů dochází na principu difuze a částečně i konvekce. Rychlost transportu závisí zejména na molekulové hmotnosti, koncentračním gradientu a permeabilitě peritonea. Excesivní plazmatická tekutina akumulovaná při selhání ledvin je odstraňována v důsledku rozdílu osmotického tlaku mezi dialyzačním roztokem a plazmou. Osmotickým činidlem v peritoneálním dialyzačním roztoku byla tradičně glukóza, v poslední době se uplatňují i jiné látky (5, s. 561)“.

Pro uskutečnění samotné peritoneální dialýzy je nutné zavedení měkkého silikonového katétru, který má nízké riziko možné perforace orgánů, výhodou je vhojení se do tkání. Takovýto katétr se zavádí na chirurgickém sále i na lůžku pacienta, pomocí peritoneoskopu nebo trokaru. Dlouhodobou dialyzační léčbou se začíná až po stabilizování lokálních poměrů za 10-14 dní (6).

Existuje několik forem provedení peritoneální dialýzy. Za nejčastější formu se považuje kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD), kdy edukovaní klienti provádějí 3-5 krát denně za přísně aseptických podmínek, sami výměnu roztoku.

Nejvýhodnější je výměna v noci, neboť trvá dostatečně dlouhou dobu na to, aby klient mohl nerušeně spát. Tato metoda probíhá nepřetržitě, tedy kontinuálně (5).

Automatická peritoneální dialýza se uskutečňuje v domácím prostředí, konkrétně přímo u lůžka klienta, probíhá 3-7 krát týdně, když klient spí, bez přítomnosti jakéhokoliv zdravotnického personálu. Při akutním selhání ledvin je výhodná intermitentní peritoneální dialýza (IPD). Je to výměna, která zaručuje nejvyšší clearance solutů trvajících zhruba 12-48 hodin, při níž dojde k napuštění, ponechání a vypuštění peritoneální tekutiny (6).

Dialyzační roztoky se skládají z glukózy, kalia, kalcia, natria, magnesia a bikarbonátu. Důležité však je, aby se dialyzační roztok skládal z těch složek, které jsou potřeba v souvislosti s laboratorními výsledky, kontrolou minerálů a stavem acidobazické rovnováhy pacienta (2).

Stejně jako různá vyšetření a zákroky mají určité komplikace, ne jinak tomu je u peritoneální dialýzy. Jde o komplikace mechanické, kde jsou rizika hematomů v okolí peritonea, krvácení, obstrukce katétru nebo perforace orgánů v dutině břišní. Závažnou komplikací je edém plic, hypotenze, arytmie, pneumonie, které jsou zařazeny mezi kardiovaskulární a plicní komplikace. Infekční komplikace můžeme z velkého procenta ovlivnit my sami, a to především tím, že budeme přísně dodržovat aseptické podmínky (6).

Edukace pacienta, který využívá peritoneální dialýzu, je taková, že sestra navštíví domácnost pacienta a rozhodne, kde si bude pacient peritoneální dialýzu provádět. Prostor musí být vhodný i pro pomůcky a dialyzační roztoky. Sestra naučí pacienta řádné hygieně, péči o katétr, správné životosprávě. Existuje tzv. plán edukace, podle kterého sestra edukuje pacienta. Pacienta v domácím prostředí navštěvuje sestra i lékař (8, 9).

1.3.2 Hemodialýza

„Hemodialýza je metoda očišťování krve, která se provádí umělou ledvinou tvořenou dialyzačním monitorem a dialyzátorem. Dialýza odstraní z krve katabolity dusíkatého metabolismu a vodu a koriguje ionty i abnormality acidobazické rovnováhy (10, s. 16)“.

Jde o proces, při kterém odváděná krev putuje do membránové jednotky. Oddialyzovaná krev se vrací zpět k pacientovi. Dialyzát se skládá z čisté vody a elektrolytového koncentrátu, není však sterilní, ale je chemicky a bakteriologicky zkontrolovaný. Ten musí být ohřátý na tělesnou teplotu pacienta. Jako prevence proti srážení krve je důležité aplikovat heparin, který zabrání koagulaci v extrakorporálním systému. Dialyzační membrána může být různé velikosti, jsou vyrobeny z upravené celulózy. Kratší dobu dialýzy, lepší účinnost a krevní průtok zajišťuje membrána high-flux spolu s bikarbonátovou dialýzou. Během dialýzy klesá urea. Nejčastěji dialýza trvá kolem 3-5 hodin a to tři dny v týdnu (6).

Mezi komplikace během hemodialýzy patří ve většině případů hypotenze. V tomto případě hraje velkou roli špatně stanovená nebo vysoká ultrafiltrace, proto je nutné upravit polohu pacienta a to tak, že dolní končetiny dáme nahoru, podáme alespoň 200 ml fyziologického roztoku, NaCl či albumin, anebo úplně zastavíme ultrafiltraci. Dalšími nepříjemnými komplikacemi jsou nauzea, zvracení, bolesti hlavy a křeče, které jsou zejména v dolních končetinách. Velkou váhu přikládáme edukaci nemocných, a to v souvislosti s nevhodným manipulováním ruky během hemodialýzy, poněvadž může dojít ke vzniku hematomů, ať už při aplikaci či odstranění jehel. Zdravotnický personál by proto měl pracovat precizně, efektivně, rychle, dodržovat všechny předpisy a aseptické podmínky. V důsledku špatné obsluhy dialyzačního monitoru, nepozornosti a dalším faktorům může vzniknout vzduchová embolie, která by byla pro nemocného fatální. Za tuto komplikaci může zejména zdravotnický personál (10).

1.3.3 Hemofiltrace

Je proces, kdy krev cirkuluje analogicky, pomocí vakua, které se nachází zvenku na membráně nebo je-li částečně uzavřen výtok krevního setu, tím dochází k vysokému tlaku v krevním kompartmentu. Hemofiltrace odstraní přebytečnou tekutinu, ta se však poté musí nahradit pomocí izotonického roztoku, doplnění solutů, podle typu membrány. Tuto metodu je možné provádět spolu s hemodialýzou, kdy zhruba 1 hodinu probíhá nejprve hemofiltrace pomocí vakua či negativního tlaku na membráně a následně po ní hemodialýza. Je používána u nadměrně hydratovaných

dlouhodobě dialyzovaných pacientů, kdy odstraňuje přebytečné tekutiny a tím dochází k minimálnímu riziku vzniku křečí a hypotenze. Při podpůrné hemofiltraci se odstraňují i uremické soluty. Užívá se tu velké množství sterilních roztoků intravenózně s kontrolou bilance tekutin. Indikace pomalé kontinuální ultrafiltrace je velké množství tekutin, až 14 litrů denně u nemocných s akutním selháním ledvin s oligoanurií (6).

1.3.4 Transplantační program

První provedení transplantace ledvin v historii se uskutečnilo v Bostonu roku 1954 a u nás, tehdy ještě v bývalém Československu, proběhla v roce 1966 na klinice IKEM v Praze. K umožnění transplantace je nutné být na tzv. čekací listině. K transplantaci je řada podmínek, které je nutné splnit, jako například kompatibilita v systému HLA a ABO (4).

„Transplantace znamená přenos orgánu nebo tkáně, tj. štěpu, na jiné místo nebo jinému jedinci (11, s. 257)“.

Mezi nejčastější způsoby transplantací ledvin patří kadaverózní, tedy pocházející od zemřelého, anebo transplantace od žijícího dárce. Transplantace orgánů se stále zdokonalují, a tím je i prognóza pacientů lepší (11,12).

Před transplantací ledviny je nutná dialyzační léčba, která zajišťuje stabilitu metabolismu. Dárci nesmí mít jakékoliv poškození ledvin jako je například hypertenze, maligní nebo infekční onemocnění. U zemřelých dárců je klíčové stanovení mozkové smrti, pak se ledviny v těle omyjí a pomocí chladícího roztoku dojde k hypotermii, ochlazení ledem. Transplantace lze uskutečnit až za 48 hodin, ovšem nejlepší je doba do 24 hodin. Transplantovaná ledvina se vloží retroperitoneálně do přední jámy kyčelní, vzápětí následuje anastomóza cév štěpu. Při podezření na zhoršené funkce transplantované ledviny se provádí biopsie. Nedílnou součástí života s nově transplantovanou ledvinou je pravidelné užívání imunosupresiv. Další transplantace lze provést nejdříve po půl roce až jednom roce. Ke komplikacím po transplantaci patří rejekce štěpu, léková toxicita, znovu vzplanutí prvotního ledvinového onemocnění, infekce, zhoubná onemocnění, také metabolická onemocnění jako je diabetes mellitus, hypertenze, hyperlipoproteinémie, poruchy výživy jako obezita nebo malnutrice, avšak

správná příprava dárce a příjemce může ovlivnit vznik ischemicko-reperfuzního poškození (6, 13).

Po transplantaci je důležité přísně dodržovat aseptické podmínky, používat ochranné pomůcky. Nemocný je izolován, neboť má sníženou obranyschopnost, a jakákoliv infekce může mít fatální důsledky. Nedílnou součástí práce zdravotní sestry je kontrola celkového stavu pacienta, laboratorních hodnot, kontrola fyziologických funkcí, především pak krevního tlaku, sledování diurézy, která může být 5-20 litrů za den, a hematurie. Velkou pozornost a péči věnujeme převazům, které musí být provedeny asepticky (11).

Celkový zdravotní stav příjemce před transplantací ledviny hraje významnou roli, zejména co se přežívání štěpů týče. Uvádí se až 95% životnost přežívání nemocných po roce, kdy se transplantace uskutečnila. Hodnota jednoletého přežívání štěpů se za posledních několik let výrazně zvýšila, zatímco desetileté přežívání je na stále stejné pozici 50% (14).

1.4 Péče o dlouhodobě dialyzované pacienty

Jakákoliv nemoc či ztráta zdraví je pro každého člověka náročnou životní situací, na kterou každý jedinec reaguje zcela odlišným způsobem. U dlouhodobě dialyzovaných pacientů je však mnoho kritérií, která je nutné dodržovat a respektovat. Tito pacienti se léčí v dialyzačních centrech, při akutním stavu na metabolických jednotkách, JIP nebo ARO. Mezi základní činnosti zdravotní sestry patří měření fyziologických funkcí s následným zaznamenáváním do dokumentace pacienta, sledování celkového stavu pacienta, vědomí, otoků, laboratorních hodnot. Nemocní se vždy před a po dialýze váží. Dále sem patří péče o veškeré invazivní vstupy, jako zavedení cévního či periferního katétru, shuntu, který slouží výhradně na dialyzační napojení, permanentního močového katétru. Pečujeme o hygienu pacienta, pečujeme o celé tělo alespoň jednou denně. Sledujeme vyprazdňování moči i stolice. Zajišťujeme kvalitní a ničím nerušený spánek. Nejdůležitější oblastí je však nejen péče o tělo, ale i o duši. Zajímáme se o psychickou oblast, protože ne každý se smíří s onemocněním. K zvládnutí celé situace je potřeba podpora od všech, především od rodiny a blízkých. Zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, seznámení s onemocněním a léčbou je

nezbytné. Neměli bychom opomenout důležitost komunikace, empatie, ochoty ze strany zdravotníků, schopnost odpovídat na otázky. Naším úkolem je zajištění konzultace s odborníkem, jako například psychologem, či knězem (4).

Nefrologická poradna zařazuje na základě všech výsledků a vyšetření pacienty do dialyzačního programu. Pacienti mají strach, neví, co je čeká, v jakém prostředí se budou nacházet, jací lidé budou v jejich neustálé blízkosti. Proto je důležitý pro všechny pacienty dostatek kvalitních a srozumitelných informací od kompetentních osob, jako jsou lékaři. Je nutné dostatek času a klidné a příjemné prostředí pro sdělování všech důležitých a klíčových informací, informací o onemocnění, možnostech, způsobu léčby, délky léčby. Pacienti potřebují znát odpovědi na všechny otázky, které je zajímají, a jsou pro ně důležité. Chronicky nemocní pacienti si začnou uvědomovat, jak moc jsou závislí na dialyzačním středisku, na zdravotnickém personálu, který jim zajišťuje kvalitní a nepřetržitou péči. Většinu času tráví právě zde, více než doma, proto je to pro ně velmi psychicky náročné, ale i pro jejich rodiny. Je to neustálé dojíždění a odjíždění na dialýzu. Náhle se celý jejich dosavadní život změnil, a tu největší roli právě tady hrajeme my, zdravotnický personál, který musí být všem nemocným oporou, my musíme být obrnění trpělivostí, porozuměním, empatií, tolerancí. Pacienti mají velkou obavu z budoucnosti, z bolestí, nepříjemných vyšetření, kdo se postará o jejich rodinu, ztráty zaměstnání, všechny jejich obavy jsou oprávněné a zcela zřejmé, my je však musíme stále dokola ujišťovat, že nejdůležitější tady jsou právě oni, jejich onemocnění, jejich léčba a jejich budoucnost. Psychologové rozdělili tři fáze náročného životního období a to na fázi překvapení, kdy se pacient zajímá o léčbu a je si vědom důležitosti dialýzy, dále fázi rozčarování. Pacient to v této fázi vnímá tak, že ho dialýza spoutala, nenávidí to. A v poslední fázi „přizpůsobení se“ si zvyká na život s dialýzou (15).

1.4.1 Cévní přístupy

Operativní, chirurgické vytvoření arteriovenózního zkratu za účelem trvalého napojení pacienta k hemodialyzačnímu přístroji je nezbytné pro samotné uskutečnění dialýzy. Jde o tzv. AV zkrat, který je zaveden do žíly jugulární, femorální nebo subclaviální. Výběr, nejčastěji pak horní končetiny, je ovlivněn tím, že se arteriovenózní zkrat zavádí do nedominantní končetiny. Cévního přístupu lze dosáhnout pomocí tzv. fistule, shuntem nebo graftem (16).

Mezi základní způsob ošetřování AV shuntu je kontrola před, během a po dialýze, ochrana před poraněním a znečištěním končetiny. Tento cévní přístup slouží výhradně k potřebám dialýzy. Edukace pacientů o tom, že na končetině, ve které mají zaveden cévní přístup, nesmí nosit šperky, o odebírání krve, měření krevního tlaku, nenošení těsného oblečení, které by příliš tlačilo na tuto končetinu, je nezbytná. Nesmějí také břemena a zatěžovat končetinu. Tyto informace by neměly chybět žádnému zdravotníkovi (17).

Tzv. graft je vyroben ze speciálně umělohmotné tkaniny, je výhodný u pacientů, kteří mají drobné žíly. Centrální žilní katétr, který se zavádí pod RTG kontrolou, je další z možností cévního přístupu. Komplikací může být infekce. Přistupujeme proto k těmto vstupům asepticky, šetrně a zaznamenáváme do dokumentace vzhled, způsob ošetření a provádíme stěry (17).

1.4.2 Výživa dlouhodobě dialyzovaných pacientů

Do zdravého životního stylu neodmyslitelně patří dodržování životosprávy. Výjimkou nejsou ani dlouhodobě dialyzovaní pacienti, ba naopak, příjem potravy zde hraje klíčovou roli. Strava musí obsahovat látky potřebné pro látkovou výměnu organismu a dostatek energie. Nesmíme zapomínat na vitamíny, jako je vitamin C, kyselina listová a vitamin B6. Denně by měl dialyzovaný pacient přijmout 1,2-1,5 g/kg bílkovin, 30-35 kcal/kg kalorií, 1-2 g sodíku v případě anurie a 1 g vápníku. Pacientům se doporučuje žvýkat žvýkačku nebo sousto potravy, aby nepocíťovali pocit žízně. Tekutiny, ovoce a zelenina by se měli podávat vychlazené. Dále by se měly vyhýbat teplým nápojům (15).

Velmi často se u těchto pacientů vyskytuje malnutrice, proto je důležité věnovat pozornost výživě. Pacienta musíme včas edukovat o dietním opatření a jeho nutném dodržování. To, že pacientovi chutná, je známkou toho, že je dobře dialyzován. Naopak při neúčinném dialyzačním léčení hrozí právě velké riziko vzniku poruch příjmu potravy, jako je anorexie nebo malnutrice. Je nutné dbát od samého začátku na prevenci. Malnutrice je u těchto osob těžko řešitelná. Během dialýzy se mění potřeba substituce vitamínů rozpustných ve vodě. V jídelníčku se pacientům doporučuje odstranit potraviny z mléčných výrobků a ryby. Jako výživu můžeme u dialyzovaných pacientů uplatnit intradialyzační parenterální nutrici. Do lidského organismu jsou tak dodány aminokyseliny, tuky a glukóza pouze v 70%. Tento způsob výživy je však nákladný (18).

Dehydratace, která se projevuje pocitem žízně, únavou, úbytkem tělesné hmotnosti a nízkým krevním tlakem, je jednou z komplikací, které způsobí nedostatečný příjem tekutin. Naopak otoky, dušnost, zvýšení tělesné hmotnosti a vysoký krevní tlak jsou projevem hyperhydratace. Odborníky v této oblasti jsou nutriční terapeuti, kteří edukují pacienty s různými onemocněními, mezi něž patří i onemocnění ledvin a s ním spojená stravovací omezení (19).

1.4.3 Dialyzační střediska

V každém dialyzačním středisku sehraje velkou úlohu zdravotnický personál. Veškerý zdravotnický personál je proškolen na všechny dialyzační přístroje, které se na dialyzačním středisku nacházejí. Mezi základní pomůcky a vybavení patří dialyzační přístroje, sety, jehly, roztoky, dialyzátory, léky, ochranný materiál, převazový materiál, dezinfekční prostředky atd (20).

Členem multidisciplinárního týmu v dialyzačním středisku by měl být sociální pracovník, který pracuje s nemocnými i s jejich rodinami a je nápomocen zdravotnickému personálu. Tato spolupráce vede ke zkvalitnění péče. Sociální pracovníci napomáhají pacientům v úřední oblasti, co se posudkových komisí týče. Možnost konzultace s psychologem, by měl využít každý dialyzovaný pacient (21).

1.5 Životní styl

Každý jedinec má určitý žebříček hodnot, podle kterých se řídí a chová. O životním stylu si každý dobrovolně rozhoduje, vybírá si různé možnosti a používá různé způsoby chování. Musíme však respektovat určitá pravidla, zvyklosti, tradice, myslet na sociální pozici a ekonomickou situaci. Každý člověk je individuum, tudíž se každý liší. Životní styl samozřejmě velmi ovlivňuje věk, pohlaví, temperament, vzdělání, zaměstnání, příjem, ale také samotný postoj a hodnoty jedince. Každý člověk je zodpovědný sám za sebe, čili by měl být informován o tom, co je pro jeho zdraví dobré a co mu naopak škodí. Proto je nutné a důležité každé dítě od útlého věku vychovávat k odpovědnosti, získávání návyků a postojů. Špatný životní styl v dnešním dalo by se říci moderním světě převážně způsobuje náš styl života jako je konzumace alkoholických nápojů, užívání drog, kouření, nesprávná životospráva, nedostatek pohybu, sedavý způsob života a přebytek stresu. Populace poněkud zlenivěla, dochází ke zhoršování mezilidských vztahů honbou za úspěchem a pracovní vytížeností. V dnešní zrychlené době se není čemu divit, avšak i přesto bychom měli dělat vše proto, aby životní styl všech obyvatel byl na co nejlepší úrovni (22).

1.5.1 Životní styl u dlouhodobě dialyzovaných pacientů

Životní styl dlouhodobě dialyzovaných pacientů je bezesporu změněn. Edukace pacientů je nezbytná. Není vhodné, aby pracovali v zaprášeném prostředí, ve vysokých, ale ani v nízkých venkovních teplotách, nevykonávali fyzicky a psychicky náročnou práci a především, aby se vyvarovali infekčnímu prostředí. Přetěžování se a vyvíjení nadměrné námahy vede celkově ke zhoršení stavu pacienta a nemá dobrý vliv na jeho onemocnění. Čím více má pacient volného času, tím více myslí na své onemocnění, proto je důležité, aby se vhodně zabavil. Například ruční práce, procházky, společenské hry jsou to pravé. Pravidelné cvičení prospívá tělu i duši, a to i v případě dialyzovaných pacientů (23).

I dialyzovaní pacienti mohou jezdit na dovolenou. V místě dovolené pacienta lékař domluví v hemodialyzačním středisku návštěvy dialyzovaného pacienta, zapůjčí zprávu o pacientovi, dodá údaje o jeho zdravotním stavu. Stále více pacientů vítá tuto

možnost, dostat se ze starého a známého prostředí do prostředí nového. Avšak koupání v přírodních vodách je nebezpečné vzhledem k možnému propuknutí infekce (23).

Lidé v produktivním věku mají možnost i přes onemocnění ledvin a léčbu pomocí dialýzy studovat. Mnozí ale musí změnit zaměstnání, anebo jít do invalidního důchodu (23).

Řízení motorových vozidel je možné u pacientů s dobrým tělesným stavem, delší a náročnější cestu je proto nutno dobře zvážit a nepřeceňovat své síly (24).

1.5.2 Vliv dialýzy na životní styl pacienta

Řeší se zde otázky spojené s omezením tekutin, stravy, časové náročnosti léčby, zvýšená únava a poruchy spánku, omezení v zaměstnání a v dopravě, ale především omezení spojené s vlastním napojením na hemodialýzu. Životní styl pacienta je bezesporu ovlivněn kvůli dialýze prakticky ve všech směrech. Na samotnou osobnost pacienta, na jeho rodinu a přátele, po fyzické i psychické stránce, ale i sociální a kulturní oblast má onemocnění vliv (25).

Zmírnění životního omezení a zpříjemnění trávení času jinde, než v domácím a dobře známém prostředí, organizace už nějakou dobu zařizují tzv. prázdniny s dialýzou, kde se jezdí na různá místa po České republice, ale ani lyžování v Alpách není výjimkou. Je to bezpochyby dobrý relax (26).

1.6 Kvalita života

Kvalita života jako taková vyjadřuje nějakou hodnotu, jakost. Hodnotíme pojem život, jako všechny projevy, oblasti a činnosti. Lze hodnotit život celé skupiny nebo jen samotného jedince. Je-li život kvalitní či nikoliv souvisí s očekáváním a srovnáváním mezi konkrétním jednotlivcem a mezi jinými lidmi. Každý jinak prožívá, má jiné životní cíle, zkušenosti, fyzické funkce, proto je těžké přesně definovat kvalitu života. Dá se říci, že kvalitní život prožíváme, pokud máme dobré sociální vztahy, spiritualitu, jsme ve fyzické i psychické pohodě a netrpíme onemocněním či neprocházíme léčbou (20).

Jelikož je otázka „Kvality života“ obecně velmi diskutovaným tématem, vznikly tzv. psychometrické dotazníky. Je bezesporu, že pacienti s chronickým onemocněním ledvin mají kvalitu života horší než zdraví lidé (27).

Pohybová aktivita je důležitá nejen u zdravých jedinců, ale i u nemocných. Cvičit pacienti smí za předpokladu, že se cítí dobře. Pravidelné dýchání, dodržování základních poloh a provedení cviků, protahování nemá být opomíjeno k tomu, aby bylo cvičení užitečné a účinné (28).

1.6.1 Kvalita života u dlouhodobě dialyzovaných pacientů

U dlouhodobě dialyzovaných pacientů dochází k velké změně ve kvalitě života. Ve velké míře jsou nespokojeni s výsledky léčby, neměnností stavu a nedohled šance, že se úplně uzdraví. Důležitou roli zde hrají psychologové, kontakt s rodinou a zdravotnický personál, který se pacientům stává druhou rodinou (22).

Každý pacient hodnotí kvalitu svého života jinak, tedy subjektivně. Kdežto zdravotníci posuzují objektivně, což znamená, že se jejich pohledy mohou v mnohém lišit (27).

Dlouhodobě dialyzovaný pacient se pokládá za těžce nemocného, tudíž nemůže vykonávat ve většině případů své dosavadní ani jiné povolání, protože jejich pracovní schopnost je snížena. K pracovní činnosti je neschopen. Jde o výrazné snížení kvality života (29).

Mezi mimořádné výhody dialyzovaných pacientů patří nárok na bezplatnou dopravu MHD, slevu při autobusové a vlakové dopravě, příspěvek na provoz motorového vozidla, místo k sezení ve veřejných prostředcích, slevu na kulturní akce a přednost při osobním jednání. Dojíždění pacientů do dialyzačního střediska vlastním vozidlem proplácení zdravotní pojišťovny (30).

1.6.2 Komunikace s dialyzovanými pacienty

Komunikací rozumíme dorozumívání se mnoha způsoby - písemnou formou, mluvenou formou, pomocí gest, mimiky, čili verbální a neverbální komunikací. V dnešní době komunikace probíhá prostřednictvím rozhlasu, tisku nebo televize. Jde zde o to, že komunikaci přijímáme, rozeznáváme a vysíláme signály. Každý jedinec má jinak rozvinutou komunikaci, záleží na vzdělání, výchově, i na prostředí, ve kterém se vyskytuje. V komunikaci ve zdravotnictví je důležité zejména to, aby lékař a zdravotnický personál vždy volil vhodná slova, podával pravdivé informace, mluvil srozumitelně, pomalu, myslel na pocity pacienta. Vždy je nutná kontrola pacienta dotazem, zda vše správně pochopil a zda nemá otázky. Otázek je vždycky mnoho a na nás je, abychom na ně uměli správně a výstižně odpovědět. Snažíme se o co největší spolupráci mezi dialyzovanými pacienty a zdravotnickým personálem. Je potřeba si vybudovat důvěru a pocit bezpečí a jistoty. Před každým výkonem či vyšetřením je nutné pacienta dostatečně informovat a během celého výkonu s ním komunikovat, rozptýlit ho od případné bolesti (31).

Pro dlouhodobě dialyzované pacienty je náročná a stresová téměř každá situace, proto jsou mnohem zranitelnější a citlivější. Chováme se ohleduplně, empaticky, přátelsky a poskytujeme kvalifikovanou péči. S pacientem vždy udržujeme oční kontakt, nepoužíváme odbornou terminologii, nelitujeme pacienta, hovoříme klidným a vlídným hlasem (32).

Při komunikaci dodržujeme zásady specifické (strukturované) komunikace. S pacienty komunikujeme tak, abychom je motivovali a sdělovali jim důležitá fakta a edukovali je. Neopomínáme fakt, že hovoříme srozumitelně a vzhledem k aktuálnímu psychickému stavu pacienta. Klidné prostředí a dostatek času na komunikaci je důležitým aspektem pro srozumitelnou komunikaci. Vždy je nutné si ověřit, že pacient všem informacím a pokynům jasně rozuměl a akceptuje ho (33).

2. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit životní styl a kvalitu života dlouhodobě dialyzovaných pacientů.

2.2 Hypotézy práce

H 1: Sestry v dialyzačních střediscích edukují dialyzované pacienty o omezení spojené s kvalitou životního stylu.

H 2: Sestry v dialyzačních střediscích dodržují zásady specifické (strukturované) komunikace.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem ovlivnila dlouhodobá dialýza dosavadní životní styl pacienta?
2. Jak ovlivnila dialýza rodinný život pacienta?
3. Mohou si dialyzovaní pacienti zachovat stejnou životní úroveň jako před dialýzou?
4. Jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí poskytovanou při jednotlivých typech dialýzy?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Výzkumná část práce byla prováděná pomocí kvantitativního i kvalitativního šetření. Kvantitativní výzkumné šetření bylo realizováno formou dotazníku (Příloha 1) v Hemodialyzačním středisku v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., Hemodialyzační středisko Fresenius Medical Care Příbram, Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Strakonice a.s. a IKEM, transplantační centrum, klinika nefrologie – Hemodialýza Praha.

Sběr dat se uskutečnil po domluvě s hlavními sestrami nemocnic a vrchními a staničnými sestrami na dialyzačních střediscích. Výzkum byl prováděn v měsících dubnu a květnu roku 2012. Zdravotním sestram pracujícím na dialyzačních střediscích byl rozdán anonymní dotazník, který obsahoval 25 otázek s otevřeným, zavřeným a polootevřeným typem. Respondenti měli možnost u některých otázek označit více odpovědí, u jiných označovali pouze jednu odpověď.

S dlouhodobě dialyzovanými pacienty bylo uskutečněno kvalitativní výzkumné šetření formou standardizovaného rozhovoru (Příloha 2). Šetření probíhalo v Hemodialyzačních střediscích v Nemocnici České Budějovice a.s. a Hemodialyzačním středisku Fresenius Medical Care Příbram. Rozhovor obsahoval 35 otázek. Rozhovory s respondenty probíhaly vždy během hemodialýzy, odpovědi byly zaznamenávány písemnou formou.

Mezi další techniku sběru dat byla zařazena obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace, která je používána v dialyzačních střediscích. Analyzovány byly 2 dokumenty z hemodialyzačního střediska Fresenius Medical Care Příbram (Příloha 4) a Nemocnice České Budějovice a.s (Příloha 3).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Mezi první kvantitativní výzkumné šetření patřily zdravotní sestry pracující v Hemodialyzačních střediscích v Nemocnici České Budějovice a.s., Nemocnice Tábor a.s., Nemocnice Český Krumlov a.s., v Hemodialyzačním středisku Fresenius Medical Care Příbram, Nemocnice Písek a.s., Nemocnice Strakonice a.s. a IKEM, transplantační centrum, klinika nefrologie – Hemodialýza Praha formou dotazníku. Rozdaných dotazníků bylo celkem 80, z toho 2 dotazníky byly vyřazeny a 7 dotazníků nebylo vyplněno. Konečný počet dotazníků tedy činil 71 (100%).

Mezi druhé výzkumné šetření patřil standardizovaný rozhovor, tedy kvalitativní šetření. Respondenty zde byli dlouhodobě dialyzovaní pacienti, kteří navštěvují Hemodialyzační středisko v Nemocnici České Budějovice a.s. a Hemodialyzační středisko Fresenius Medical Care Příbram. Uskutečněno bylo celkem 12 rozhovorů.

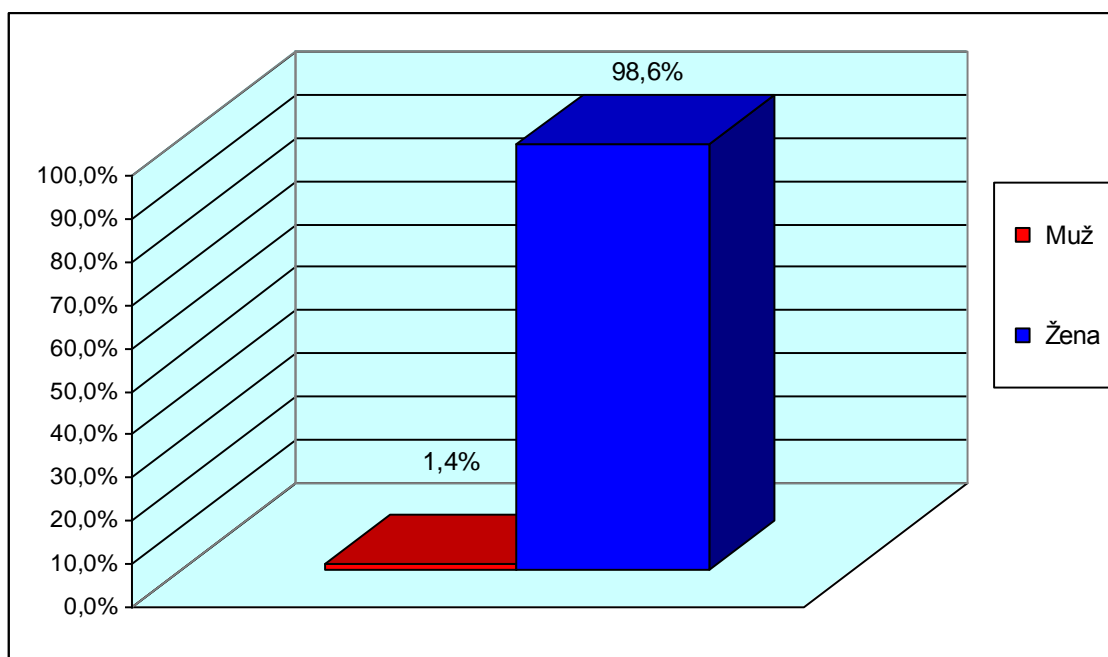
Posledním výzkumným šetřením byla obsahová analýza ošetrovatelské dokumentace v Hemodialyzačním středisku v Nemocnici České Budějovice a.s. a hemodialyzační středisko Fresenius Medical Care Příbram.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Výsledky dotazování sester

Graf 1 Pohlaví respondentů

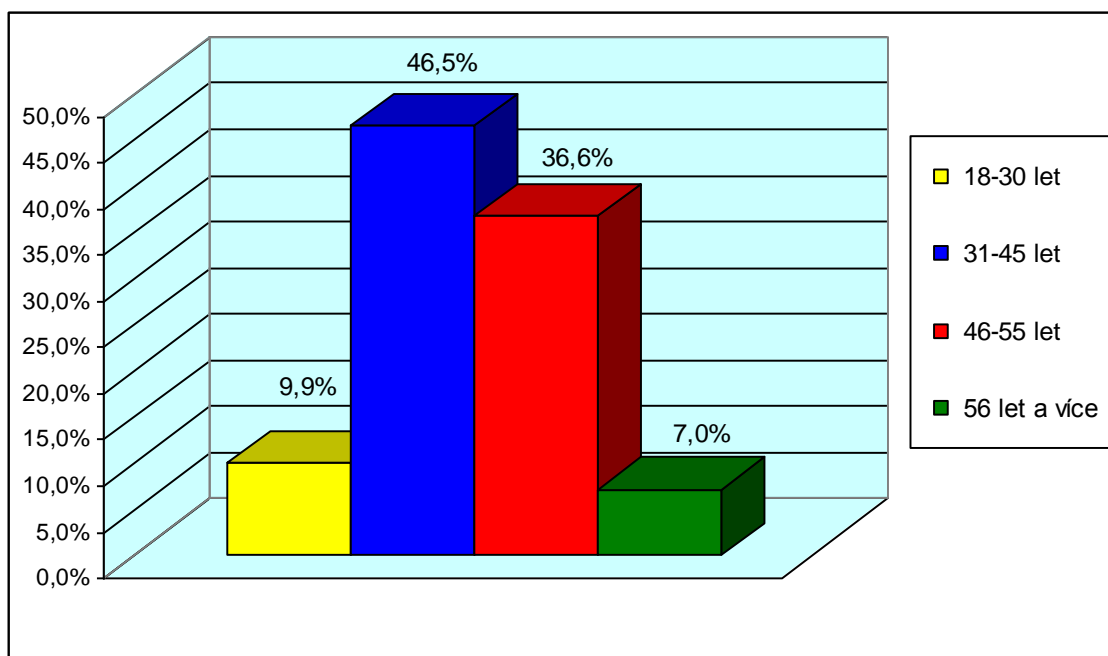
Otázka č. 1 Vaše pohlaví?



Graf 1 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na pohlaví. Z celkového počtu 71 (100%) je 70 respondentů (98,6%) ženského pohlaví, a zbylý 1 respondent (1,4%) je pohlaví mužského.

Graf 2 Věk respondentů

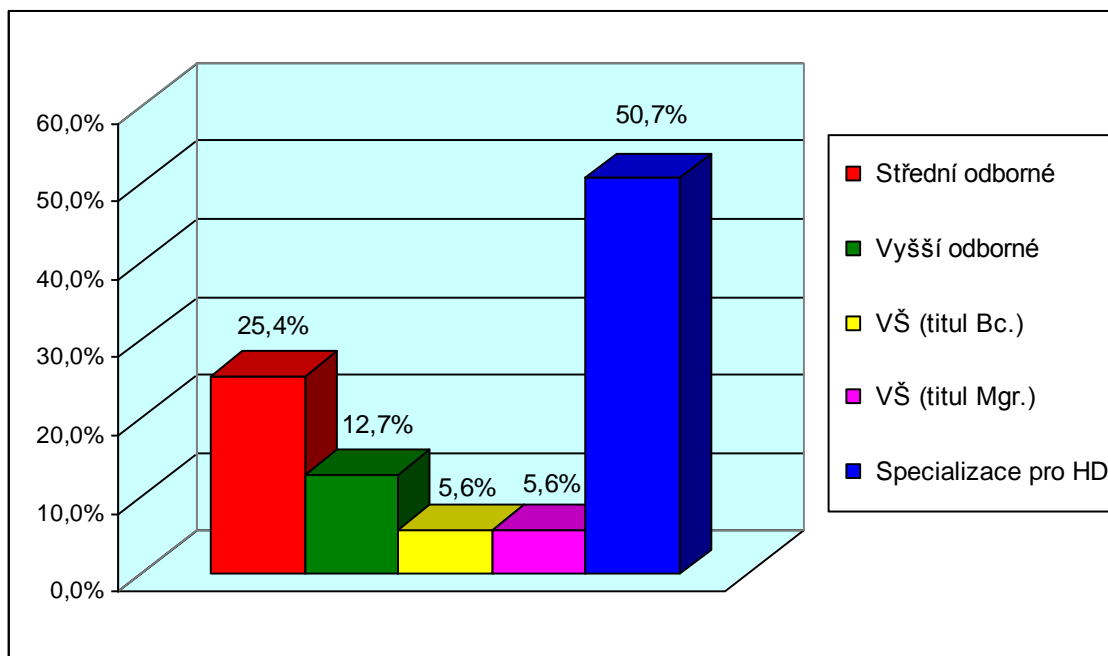
Otázka č. 2 Váš věk?



Graf 2 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na věkové kategorii. Z celkového počtu 71 respondentů (100%) je 7 respondentů (9,9%) ve věkové kategorii 18-30 let, 33 respondentů (46,5%) je ve věkové kategorii 31-45 let, 26 respondentů (36,6%) je ve věkové kategorii 46-55 let a zbylých 5 respondentů (7,0%) je ve věkové kategorii 56 let a více.

Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

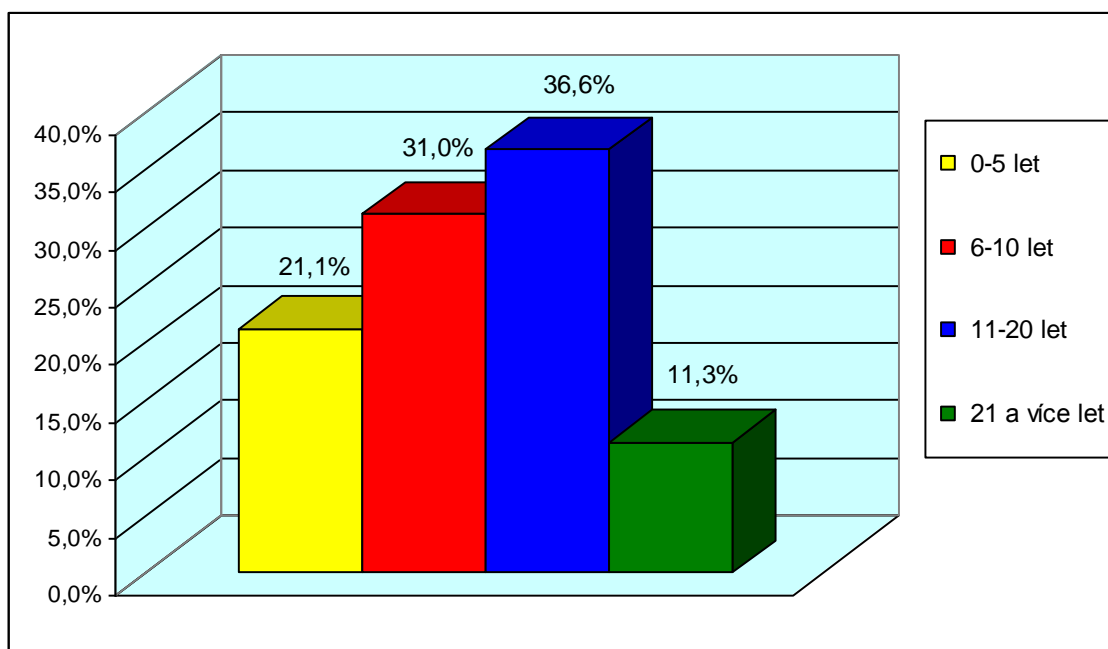
Otázka č. 3 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání. Z celkového počtu 71 respondentů (100%) má 18 respondentů (25,4%) střední odborné vzdělání, 9 respondentů (12,7%) má vyšší odborné vzdělání, 4 respondenti (5,6%) mají vysokoškolské vzdělání bakalářské, 4 respondenti (5,6%) mají vysokoškolské vzdělání magisterské, 36 respondentů (50,7%) má specializaci pro hemodialýzu.

Graf 4 Délka praxe na HD

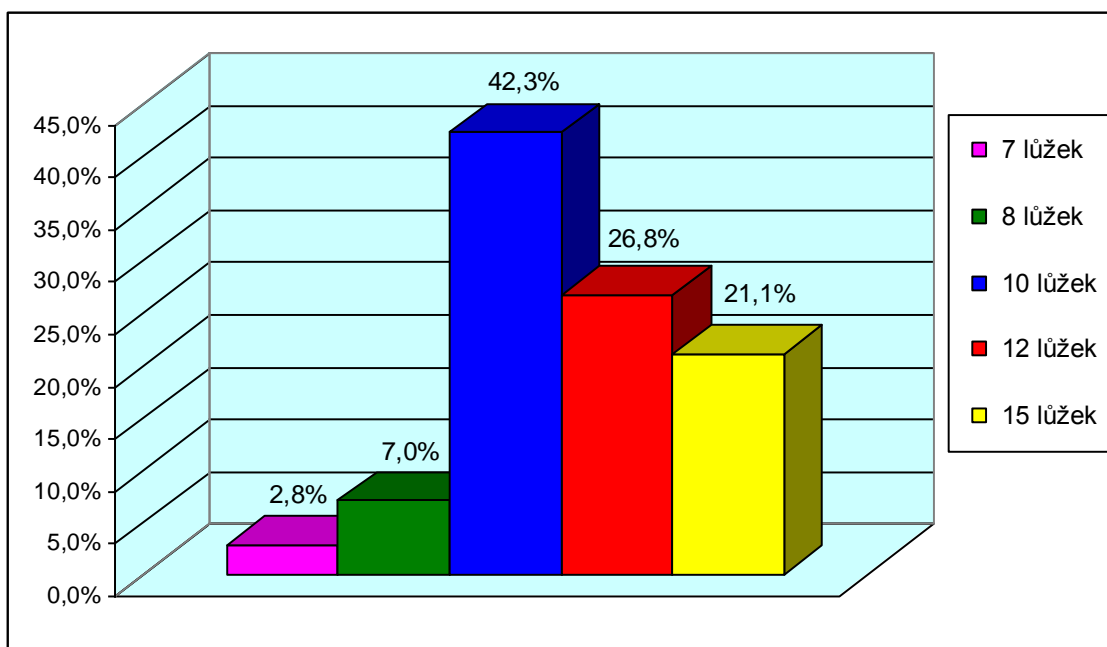
Otázka č. 4 Jak dlouho pracujete na dialyzačním středisku?



Graf 4 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na délce praxe. Z celkového počtu 71 respondentů (100%) pracuje 15 respondentů (21,1%) v dialyzačním středisku 0-5 let, 22 respondentů (31,0%) má praxi v dialyzačním středisku 6-10 let, 26 respondentů (36,6%), tedy nejvyšší počet respondentů označilo, že jejich délka praxe je 11-20 let, 8 respondentů (11,3%) mají praxi na dialyzačním středisku 21 let a více.

Graf 5 Počet lůžek

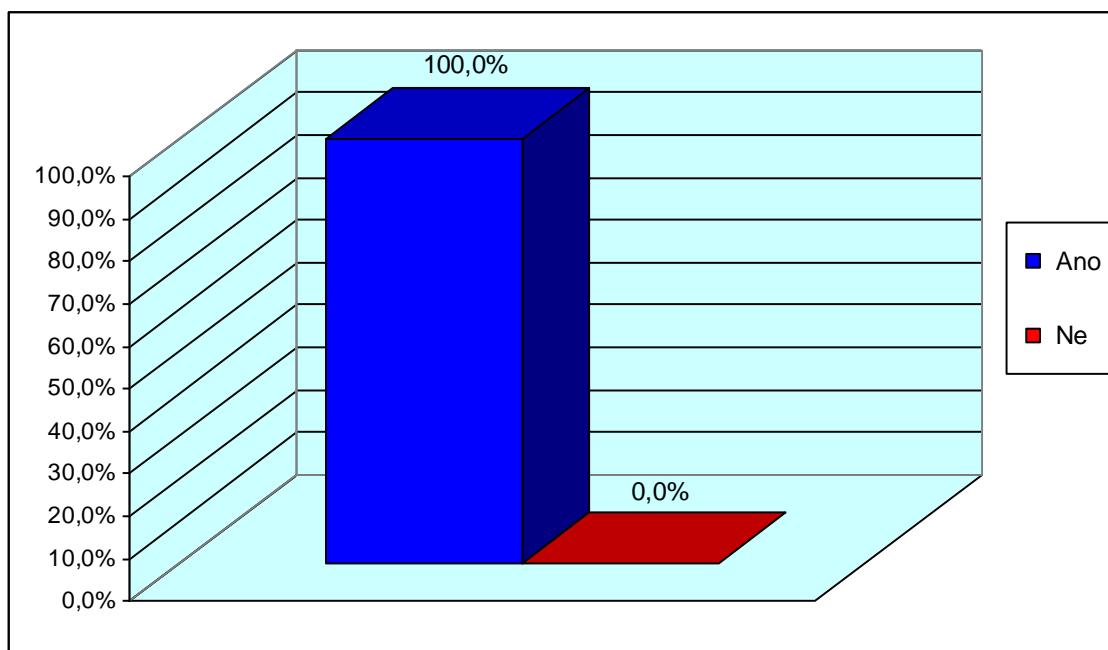
Otázka č. 5 Jaká je kapacita lůžek Vašeho dialyzačního střediska?



Graf 5 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na kapacitě lůžek na dialyzačních střediscích. Z celkového počtu 71 respondentů (100%) uvedli 2 respondenti (2,8%) uvedly, že se v jejich dialyzačním středisku nachází 7 lůžek, 5 respondentů (7,0%) uvedlo, že jejich počet lůžek je 8. Největší počet, 30 respondentů (42,3%) uvedlo 10 lůžek, dále 19 respondentů (26,8%) pracuje na dialyzačním středisku, které obsahuje 12 lůžek, 15 respondentů (21,1%) uvedlo, že jejich počet lůžek na dialyzačním středisku je 15.

Graf 6 Pocity pacientů

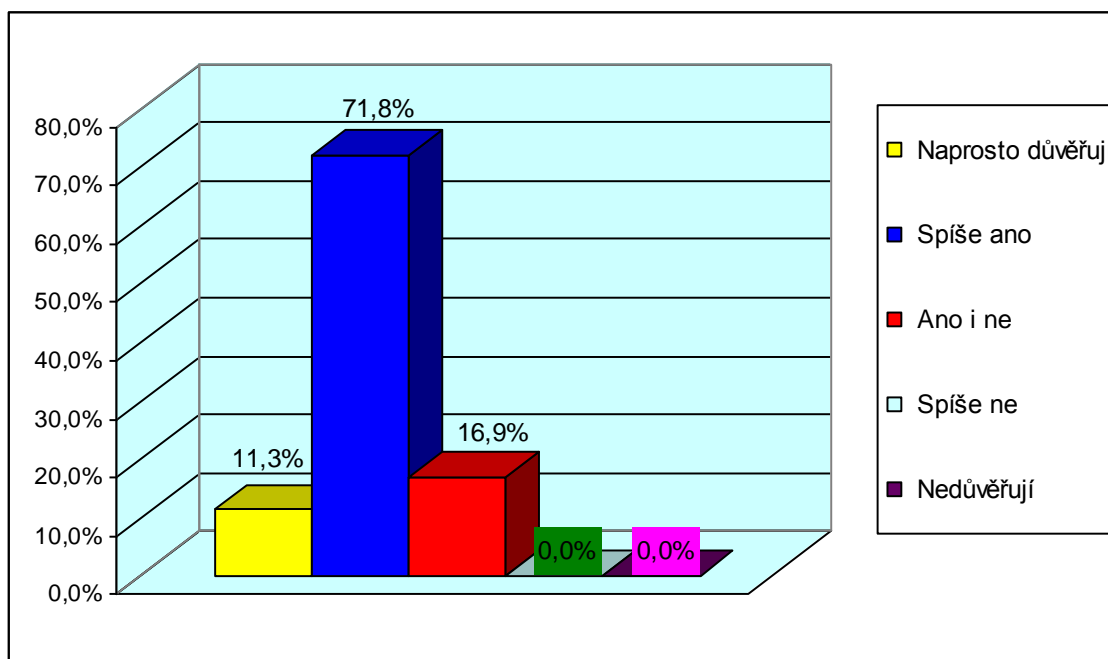
Otázka č. 6 Svěřují se Vám pacienti se svými pocity?



Graf 6 zobrazuje dotazované respondenty, kteří na úrovni 100% (71 respondentů) ukazují svou potřebu „svěřovat se“.

Graf 7 Důvěra pacientů

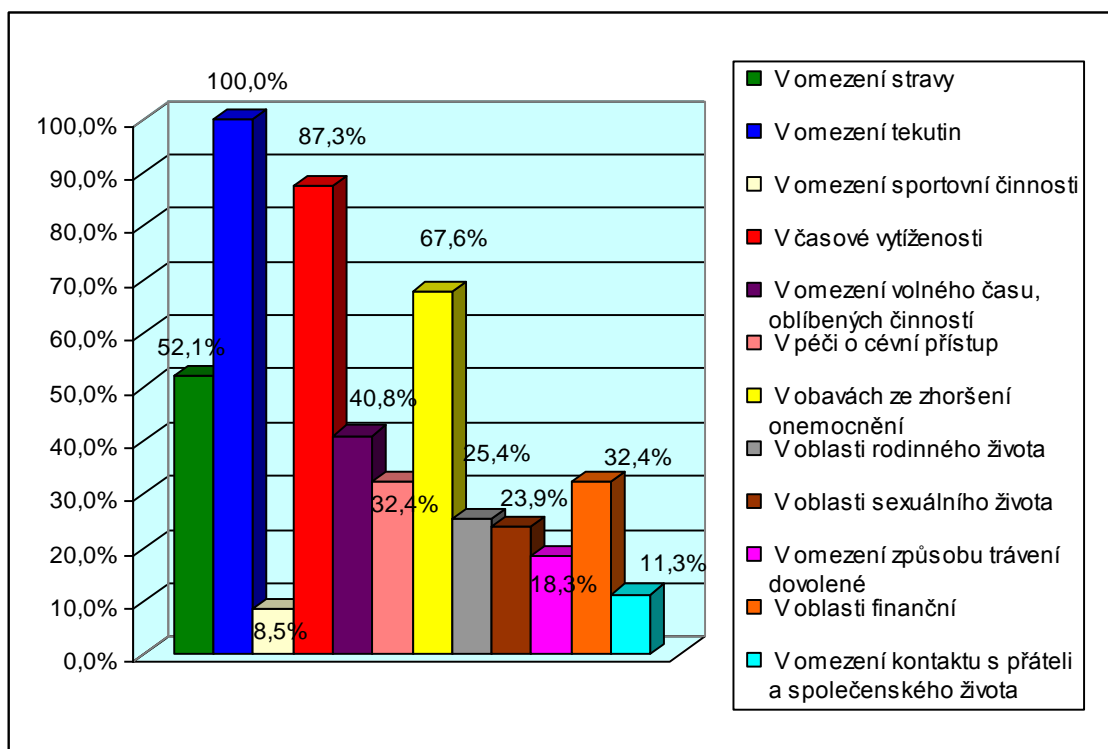
Otázka č. 7 Myslíte si, že Vám pacienti důvěřují?



Graf 7 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na důvěře pacientů ke zdravotnickému personálu, kdy pacienti naprosto důvěřují sestřám, označilo 8 (11,3%) respondentů, nejvíce respondentů, tedy 51 (71,8%) označilo spíše ano, 12 (16,9%) respondentů si myslí, že jim pacienti důvěřují ano i ne a odpovědi spíše ne a nedůvěřují, neoznačil žádný respondent.

Graf 8 Omezení dialyzovaného pacienta

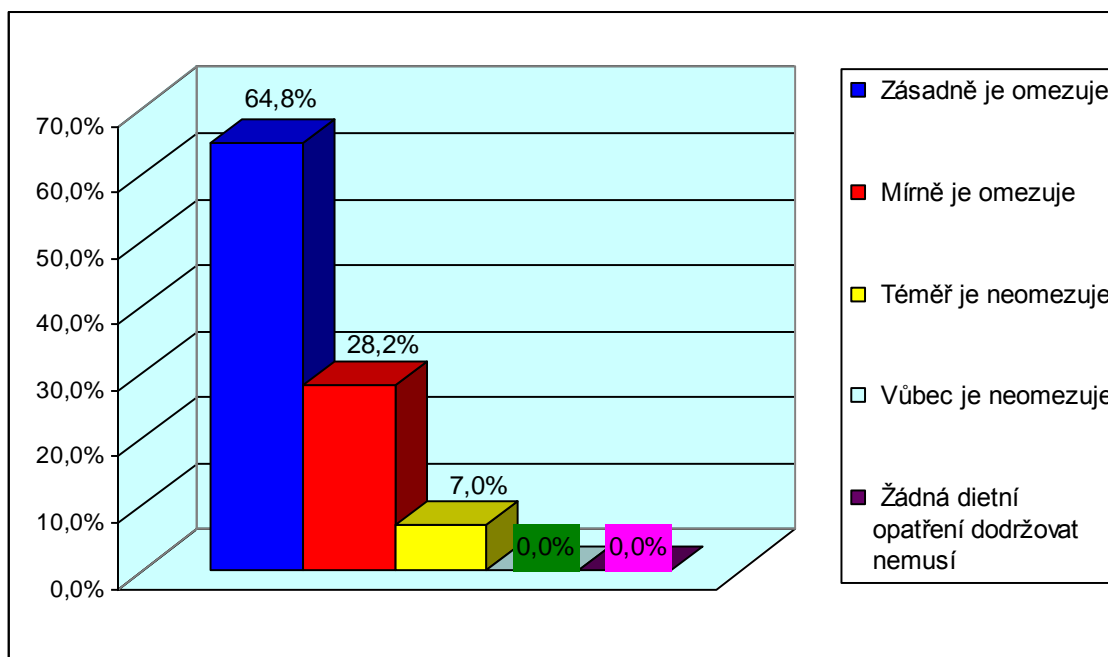
Otázka č. 8 V čem si myslíte, že dialýza představuje pro pacienty největší omezení?



Graf 8 zobrazuje omezení dialyzovaných pacientů. Respondenti zde měli možnost označit 5 odpovědí. 37 (52,1%) respondentů uvedlo omezení pacientů ve stravě, všech 71 (100%) respondentů označilo jako největší omezení pro dialyzovaného pacienta omezení tekutin, 6 (8,5%) respondentů označilo omezení ve sportovní činnosti, 62 (87,3%) respondentů se shodlo na časové vyčerpání pacientů, 29 (40,8%) respondentů označilo omezení volného času a oblíbených činností, 23 (32,4%) respondentů uvedli omezení v péči o cévní přístup, 48 (67,6%) respondentů uvedlo obavy ze zhoršení onemocnění, 18 (25,4%) respondentů si myslí, že jsou pacienti omezeni v oblasti rodinného života, 17 (23,9%) respondentů označilo omezení v oblasti sexuálního života, 13 (18,3%) respondentů uvedlo omezení ve způsobu trávení dovolené, 23 (32,4%) respondentů označilo omezení ve finanční oblasti a zbylých 8 (11,3%) respondentů označilo omezení kontaktu s přáteli a společenského života.

Graf 9 Omezení dietních opatření

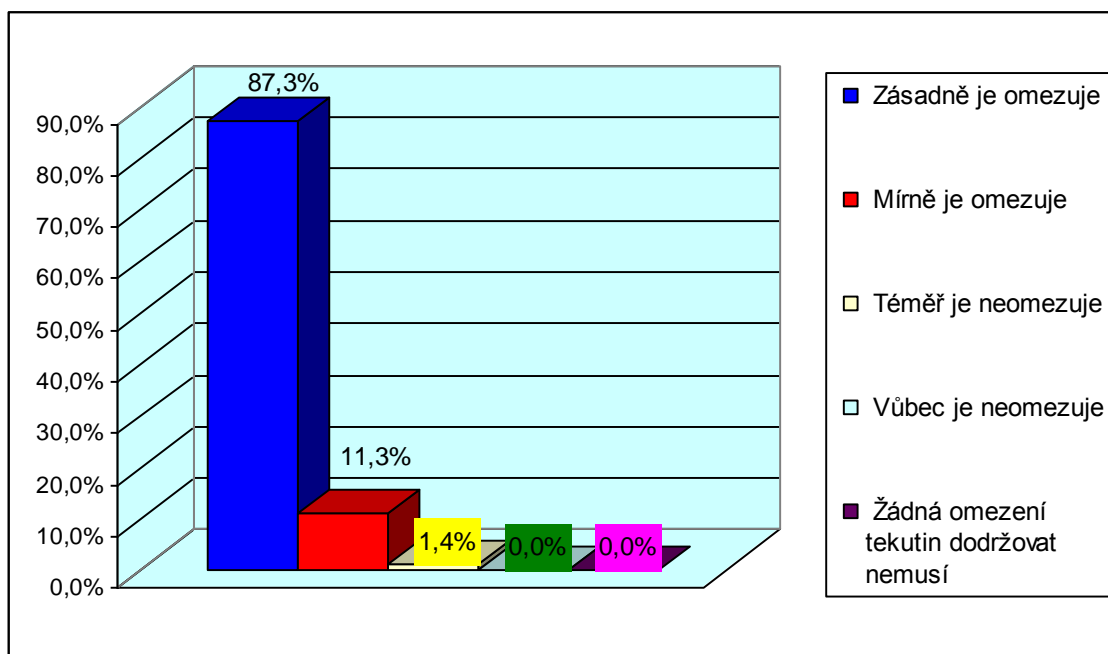
Otázka č. 9 Jak pacienti omezuje dodržování dietních opatření v souvislosti s onemocněním ledvin?



Graf 9 zobrazuje dotazované respondenty v souvislosti s dietním omezením dialyzovaných pacientů, kdy největší počet respondentů 46 (64,8%) označilo odpověď, že pacienti zásadně omezuje, 20 (28,2%) respondentů uvádí, že je mírně omezuje a 5 respondentů si myslí, že pacienti dietní omezení téměř neomezuje. Odpověď vůbec je neomezuje a žádná dietní opatření dodržovat nemusí, neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf 10 Omezení tekutin

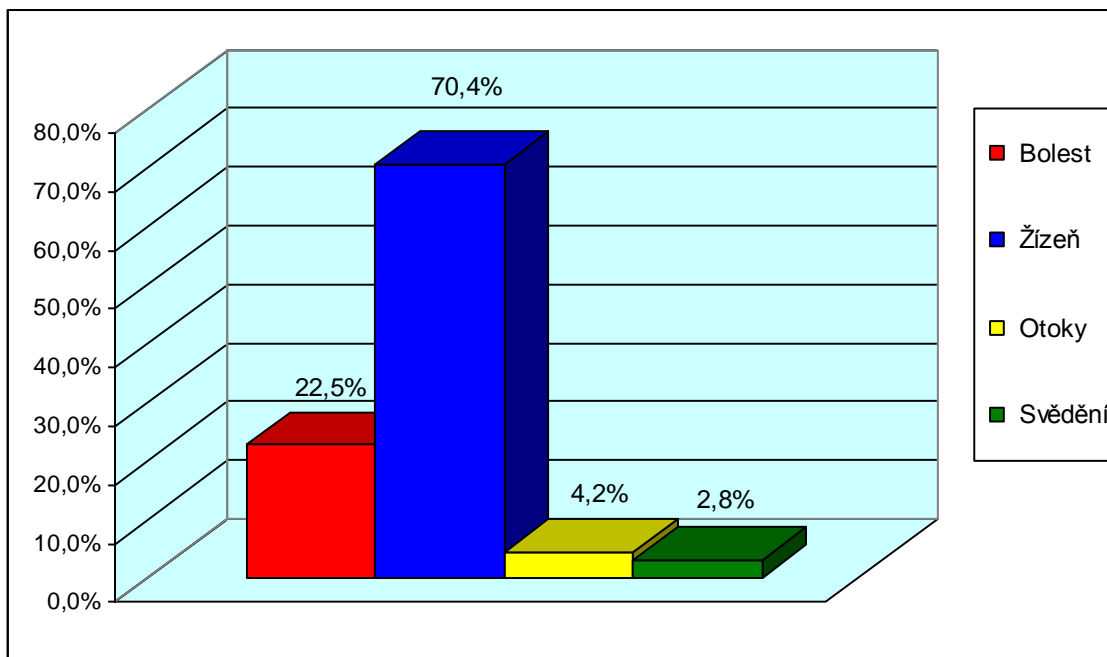
Otázka č. 10 Jak pacienty omezuje dodržování omezení tekutin?



Graf 10 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na omezení tekutin u dialyzovaných pacientů, kdy nejvyšší počet respondentů 62 (87,3%) si myslí, že pacienty zásadně omezuje dodržování omezení tekutin, 8 (11,3%) respondentů označilo odpověď, že je toto omezení mírně omezuje, zbylý 1 (1,4%) respondent uvedl, že ho téměř neomezuje. Odpovědi vůbec je neomezuje a žádná omezení tekutin dodržovat nemusí, neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf 11 Komplikace, které omezují hemodialyzované pacienty

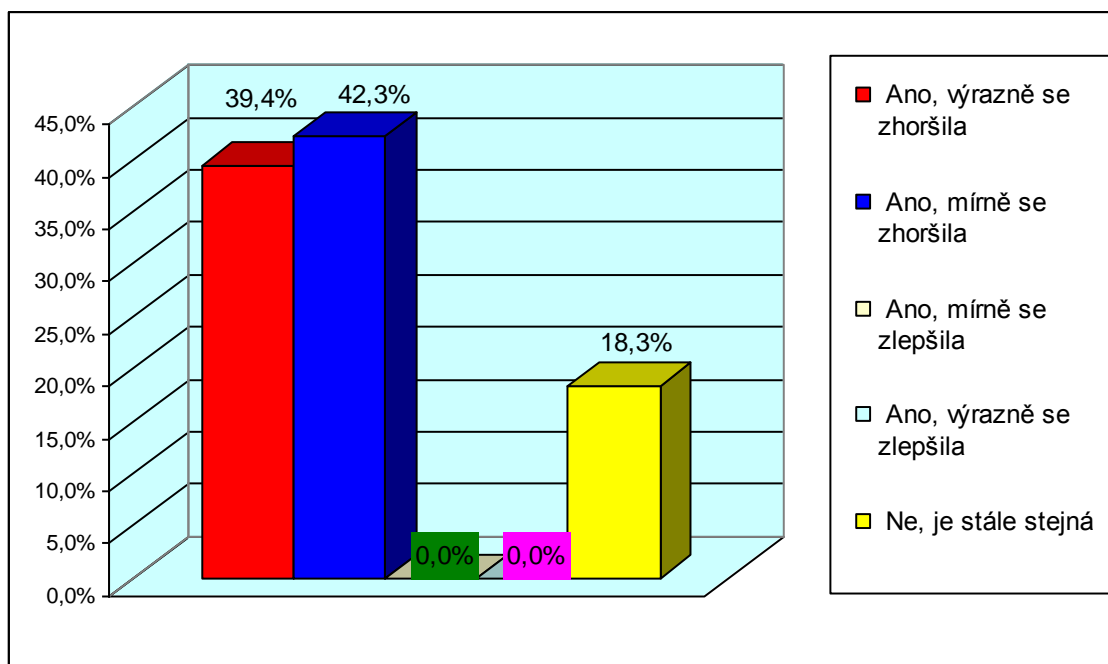
Otázka č. 11 Jaké komplikace pacienty nejčastěji omezují v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou?



Graf 11 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na nejčastějších komplikacích dialyzovaných pacientů, které je omezují. 16 (22,5%) respondentů označilo jako jednu z komplikací bolest, 50 (70,4%) respondentů, tedy většina dotazovaných, označila jako komplikaci žízeň, 3 (4,2%) respondenti uvedli jako komplikaci otoky a 2 (2,8%) respondenti označili svědění jako komplikaci, která pacienty omezuje.

Graf 12 Finanční situace

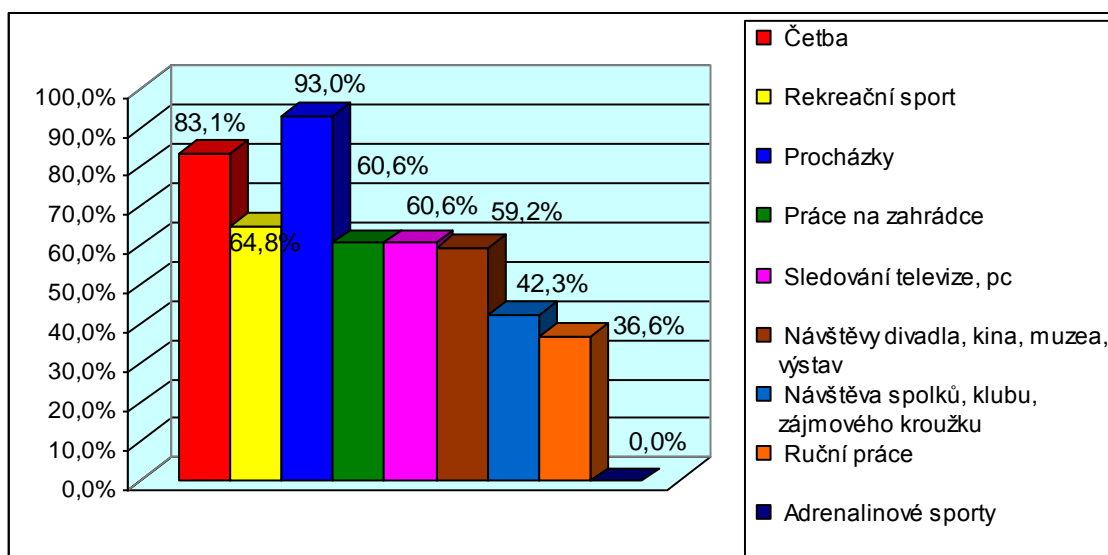
Otázka č. 12 Změnila se v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou finanční situace dialyzovaných pacientů?



Graf 12 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na změnu finanční situace u dialyzovaných pacientů. 28 (39,4%) respondentů označilo odpověď ano, výrazně se zhoršila finanční situace dialyzovaného pacienta, 30 (42,3%) respondentů uvedlo odpověď „ano, mírně se zhoršila“ a 13 (18,3%) respondentů si myslí, že se finanční situace nezměnila, že je stále stejná. Odpovědi ano, mírně se zlepšila a ano, výrazně se zlepšila, neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf 13 Vhodné aktivity

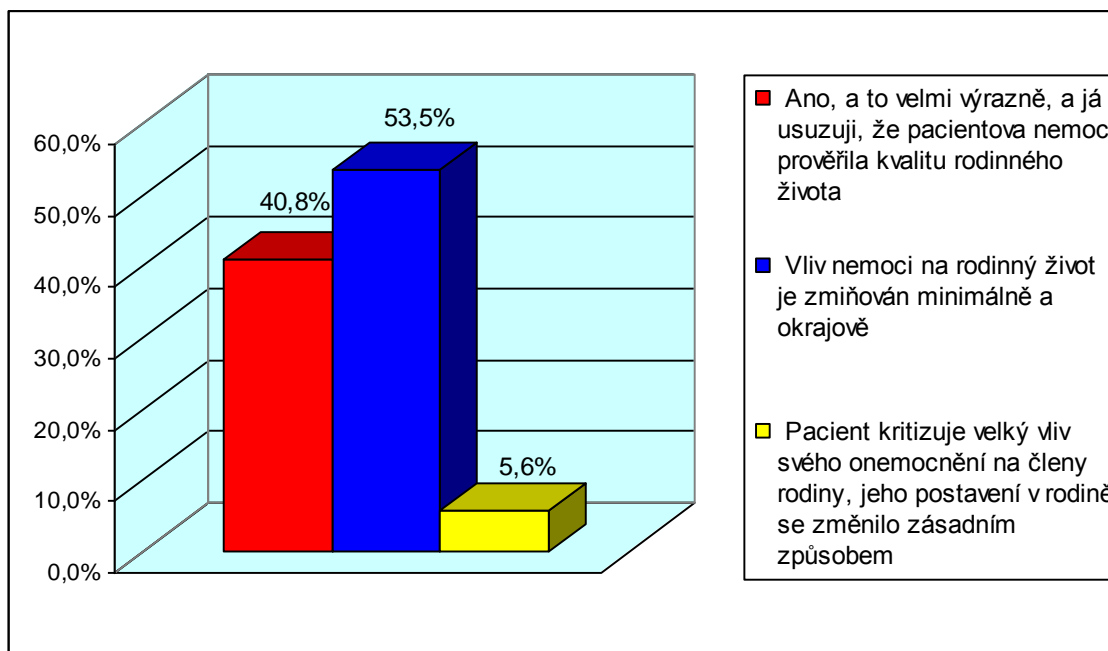
Otázka č. 13 Jaké jsou vhodné aktivity pro HD pacienty?



Graf 13 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na vhodných aktivitách pro dialyzované pacienty, kdy respondenti měli možnost označit 5 odpovědí. 59 (83,1%) respondentů uvádí, že je vhodná četba, 46 (64,8%) označilo rekreační sport, 66 (93,0%) respondentů označilo procházky, které jsou v zastoupení největšího počtu dotazovaných. Práci na zahrádce označilo 43 (60,6%) respondentů, stejně tak i sledování televize a pc uvedl stejný počet respondentů, tedy 43 (60,6%), 42 (59,2%) respondenti uvedli jako vhodnou aktivitu návštěvy divadla, kina, muzea a výstav, 30 (42,3%) respondentů uvedlo návštěvu spolků, klubu a zájmových kroužků, 26 (36,6%) respondentů uvedlo aktivitu ruční práce Zbylou možnou odpověď adrenalinové sporty neoznačil žádný z respondentů.

Graf 14 Pomoc rodiny

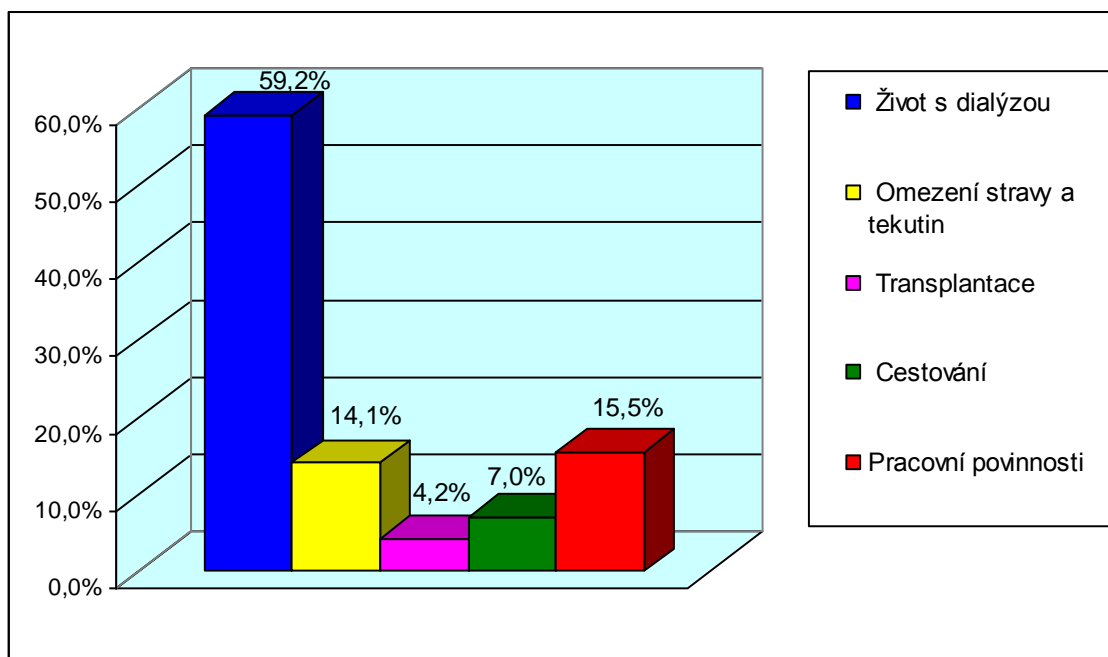
Otázka č. 14 Vyjadřuje pacient pozitivní názory na členy své rodiny z hlediska jejich praktické pomoci a soucítění při rozhovoru s Vámi?



Graf 14 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na pomoci a soucítění rodiny dialyzovaných pacientů, kdy 29 (40,8%) respondentů uvedlo odpověď, že ano, a to velmi výrazně, a já usuzuji, že pacientova nemoc prověřila kvalitu rodinného života, 38 (53,5%) respondentů označilo odpověď, že vliv nemoci na rodinný život je zmiňován minimálně a okrajově a zbylí 4 (5,6%) respondenti uvedli možnost, že pacient kritizuje velký vliv svého onemocnění na členy rodiny, jeho postavení v rodině se změnilo zásadním způsobem.

Graf 15 Nejčastěji kladené otázky sestřám

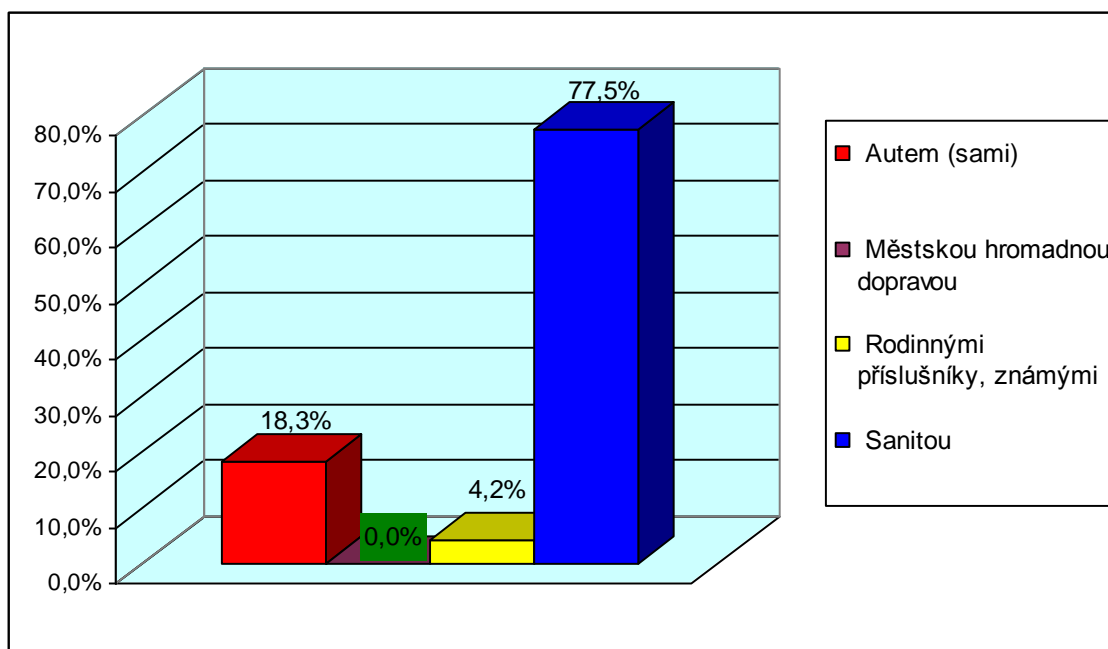
Otázka č. 15 Jaké otázky Vám pacienti nejčastěji pokládají v souvislosti s kvalitou a stylem života?



Graf 15 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na nejčastěji kladené otázce dialyzovaných pacientů zdravotním sestřám na dialyzačním středisku, v souvislosti s kvalitou a stylem jejich života. 42 (59,2%) respondentů, tedy téměř polovina dotazovaných, uvedla jako nejčastější otázku samotný život s dialýzou, 10 (14,1%) respondentů uvedlo jako otázku pacientů směřovanou na sestry v omezení stravy a tekutin, 3 (4,2%) respondenti uvedli možnost transplantace, 5 (7,0%) respondentů uvedlo cestování a 11 (15,5%) respondentů označilo pracovní povinnosti jako otázku, kterou často pacienti pokládají sestřám.

Graf 16 Doprava pacientů na HD

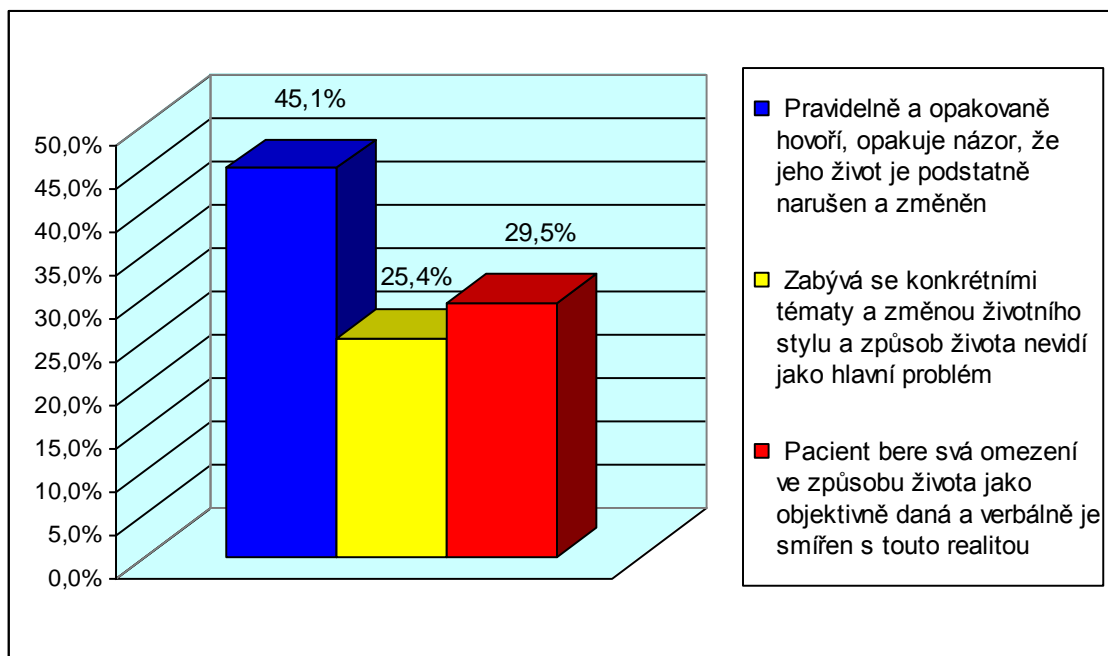
Otázka č. 16 Jak se pacienti nejčastěji dopravují do dialyzačního střediska?



Graf 16 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na nejčastějším dopravení pacientů do hemodialyzačního střediska. 13 (18,3%) respondentů označilo možnost dopravy autem, způsob dopravy městskou hromadnou dopravou neoznačil žádný z dotazovaných respondentů, 3 (4,2%) respondenti označili, že jsou na hemodialýzu dopraveni rodinnými příslušníky či známými, 55 (77,5%) respondentů, tedy většina dotazovaných respondentů, označila možnost dopravení pacientů sanitou.

Graf 17 Změna životního stylu

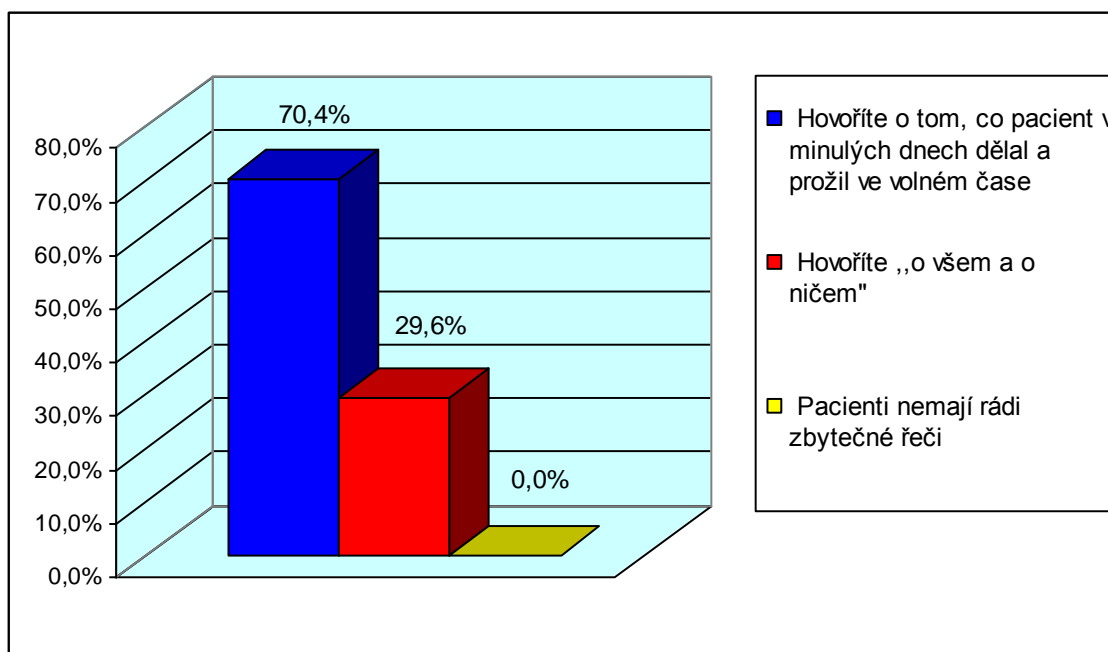
Otázka č. 17 Zmiňuje pacient při rozhovoru s Vámi změnu životního stylu?



Graf 17 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na rozhovoru mezi pacienty a sestrami, zda pacienti zmiňují změnu životního stylu. 32 (45,1%) respondentů označilo odpověď, že pravidelně a opakovaně hovoří, opakují názor, že jejich život je podstatně narušen a změněn, 18 (25,4%) respondentů označilo odpověď, že se pacienti zabývají konkrétními tématy a změnou životního stylu a způsob života nevidí jako hlavní problém a 21 (29,5%) respondentů uvedlo jako odpověď, že pacienti berou svá omezení ve způsobu života jako objektivně daná a verbálně jsou smířeni s touto realitou.

Graf 18 Rozhovor mezi pacientem a sestrou

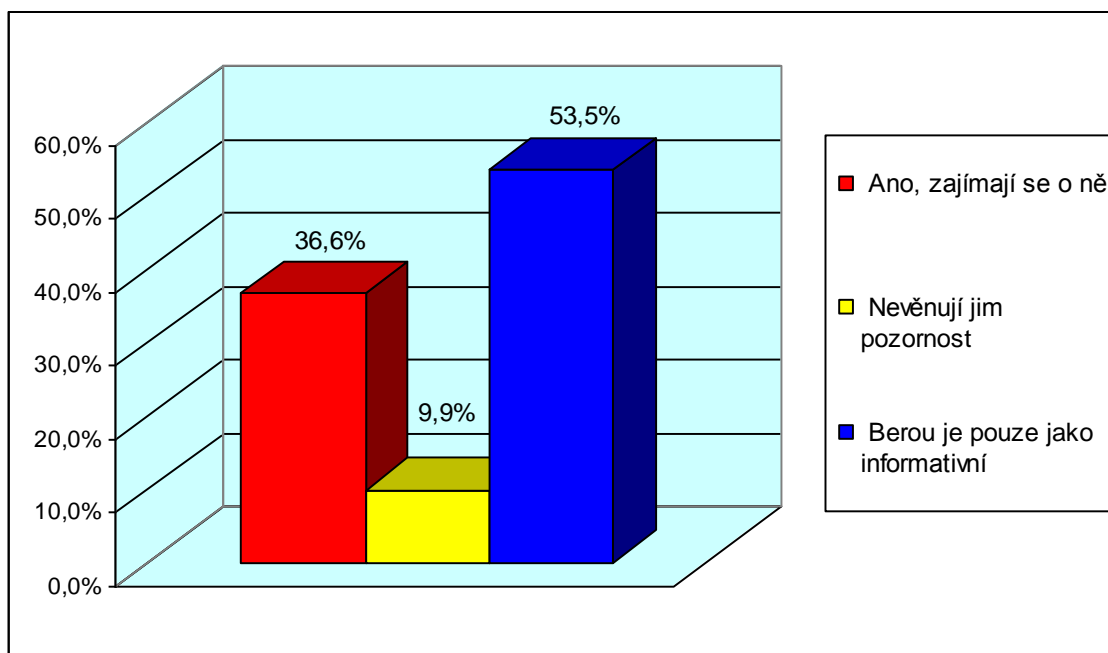
Otázka č. 18 Zřejmě vedete rozhovor s pacientem při ošetřování. Lze říci, že:



Graf 18 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na rozhovoru při ošetřování mezi sestrou a pacientem, kdy 50 (70,4%) respondentů, tedy většina dotazovaných, uvedla, že hovoří o tom, co pacient v minulých dnech dělal a prožil ve volném čase, 21 (29,6%) uvedlo jako odpověď, že hovoří „o všem a o ničem“. Poslední, třetí možnou odpověď, neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

Graf 19 Nové poznatky pro pacienty

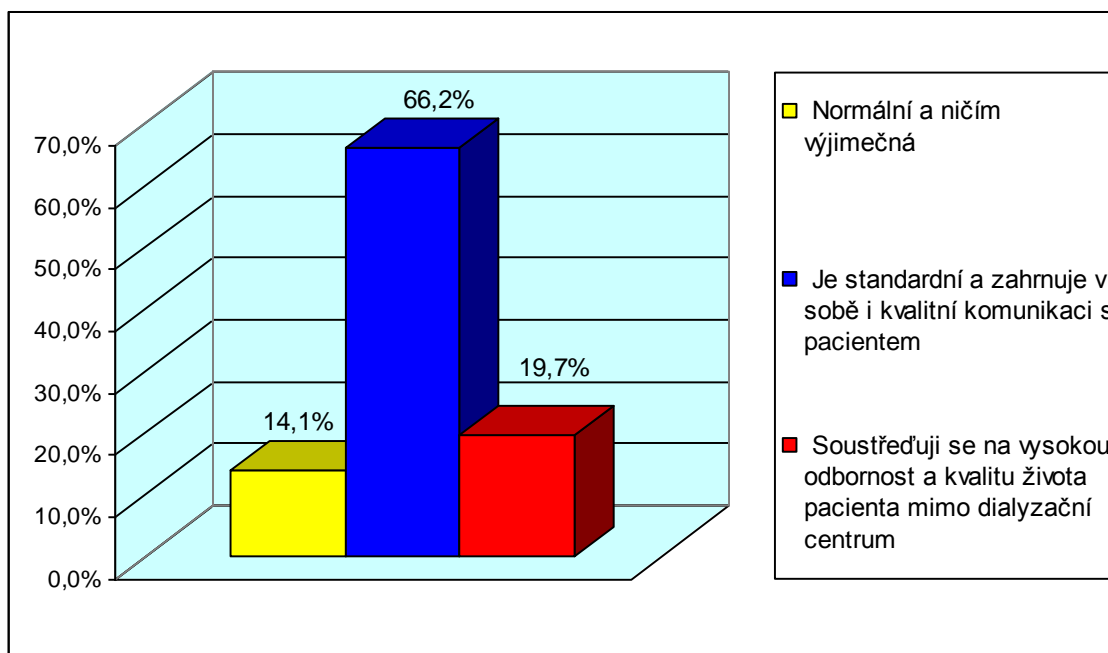
Otázka č. 19 Myslíte si, že je pro Vaše pacienty přínosem dozvídat se o nových odborných poznatcích?



Graf 19 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na tom, zda se pacienti zajímají o nové odborné poznatky spojené s jejich onemocněním či léčbou, kdy 26 (36,6%) respondentů uvedlo, že ano, zajímají se o ně, 7 (9,9%) respondentů označilo možnost, že jim nevěnují pozornost a 38 (53,5%) respondentů uvedlo, že nové odborné poznatky pacienti berou pouze jako informativní.

Graf 20 Ošetrovatelská péče

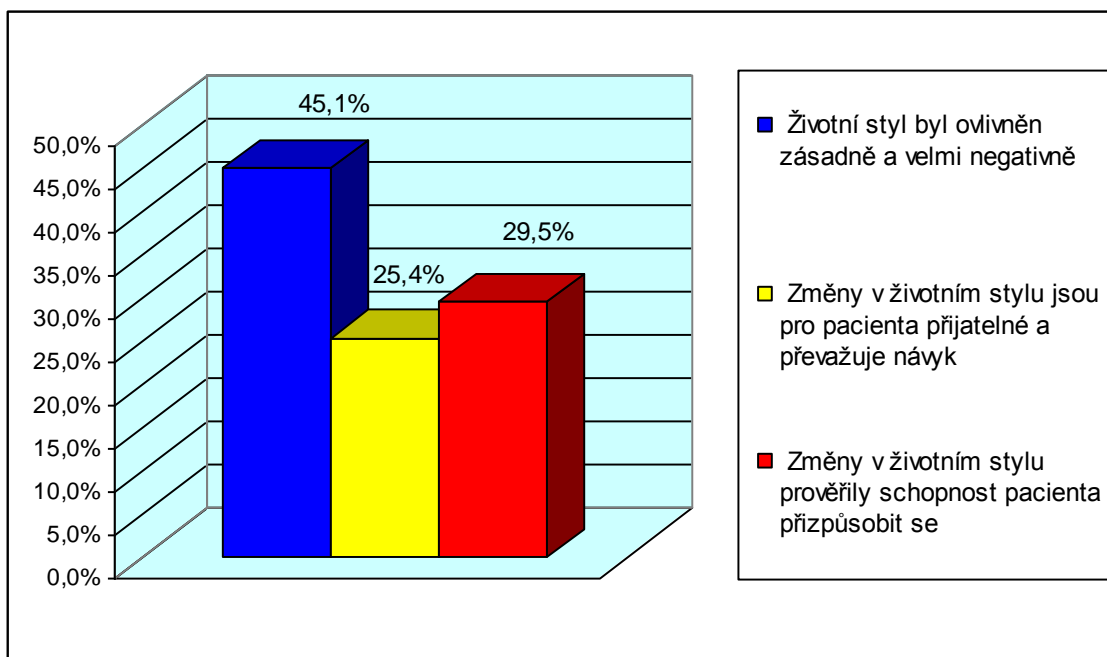
Otázka č. 20 Ošetrovatelská péče, ktorou poskytuje svým pacientům, je podle Vašeho soudu:



Graf 20 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na poskytování ošetrovatelské péče pacientům, za normální a ničím výjimečnou, přičemž tuto možnost označilo 10 (14,1%) respondentů, 47 (66,2%) respondentů uvedlo odpověď, že ošetrovatelská péče je standardní a zahrnuje v sobě i kvalitní komunikaci s pacientem, zbylých 14 (19,7%) respondentů uvedlo jako odpověď, že se sestry soustřeďují na vysokou odbornost a kvalitu života pacienta mimo dialyzační centrum.

Graf 21 Dlouhodobá dialýza

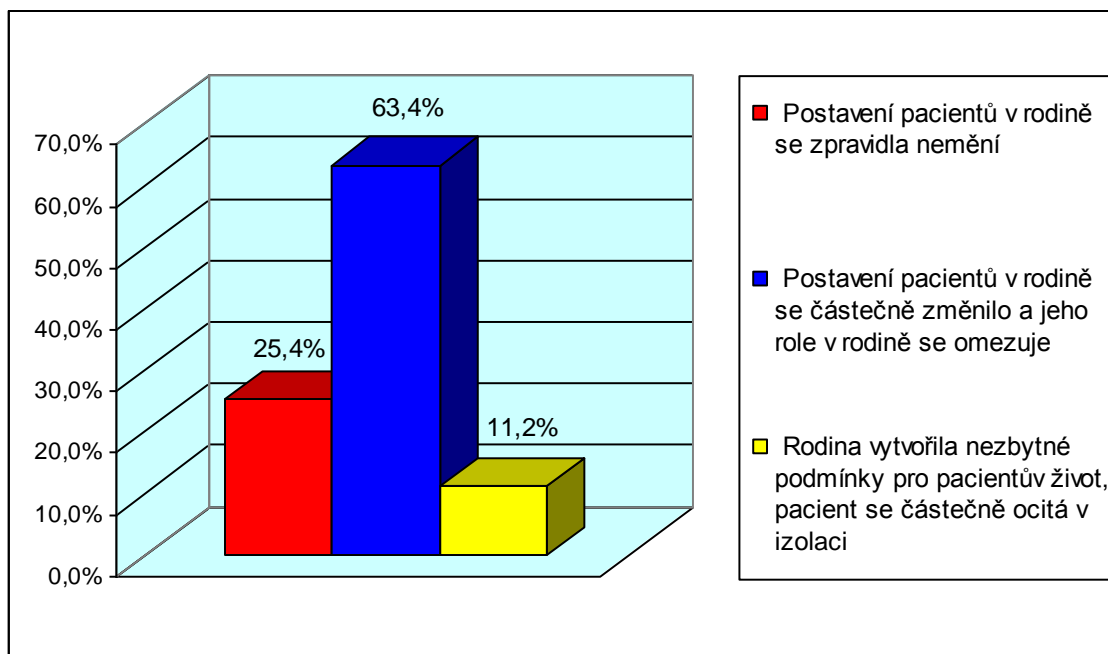
Otázka č. 21 Domníváte se, že dlouhodobá dialýza u Vašich pacientů s největší pravděpodobností znamená:



Graf 21 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na domnění, že dlouhodobá dialýza představuje pro pacienty, že životní styl byl ovlivněn zásadně a velmi negativně, kdy tuto odpověď označilo 32 (45,1%) respondentů, 18 (25,4%) respondentů se domnívá, že změny v životním stylu jsou pro pacienta přijatelné a převažuje návyk a 21 (29,5%) respondentů se domnívá, že změny v životním stylu prověřily schopnost pacienta přizpůsobit se.

Graf 22 Postavení pacienta v rodině

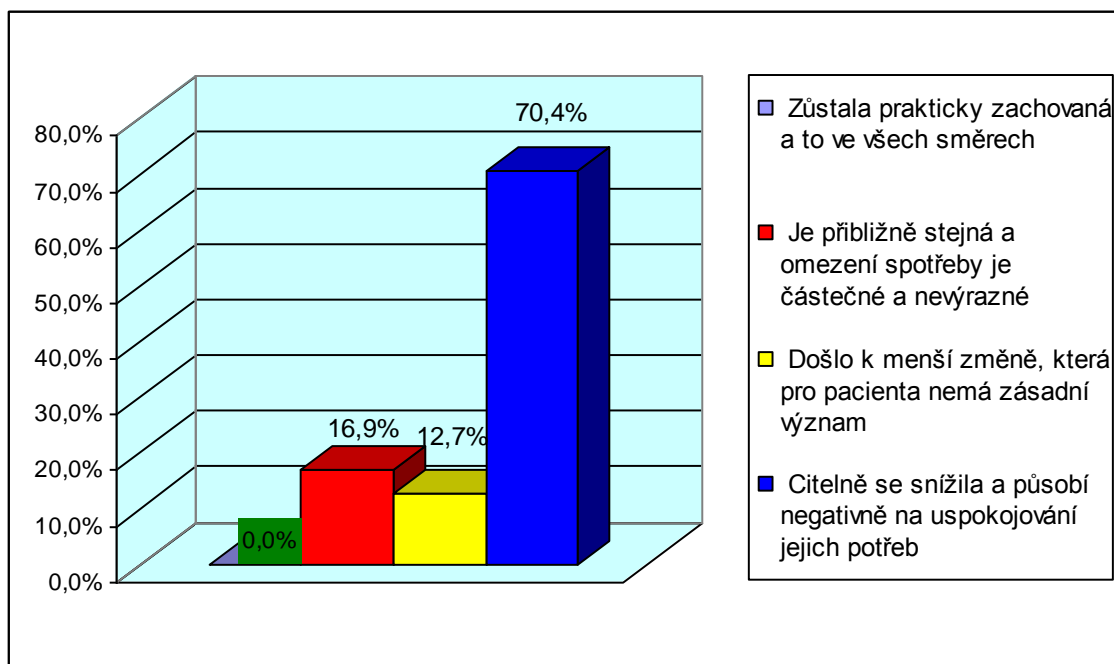
Otázka č. 22 Můžete zevšeobecnit a formulovat jedno z těchto konstatování?



Graf 22 zobrazuje dotazované pacienty v závislosti na postavení pacienta v rodině v souvislosti s onemocněním a dialýzou, kdy 18 (25,4%) respondentů označilo odpověď, že postavení pacientů v rodině se zpravidla nemění, 45 (63,4%) respondentů, tedy největší počet, uvedlo jako odpověď, že postavení pacientů v rodině se částečně změnilo a jeho role v rodině se omezuje a 8 (11,2%) respondentů uvedlo, že rodina vytvořila nezbytné podmínky pro pacientův život, pacient se částečně ocitá v izolaci.

Graf 23 Životní úroveň pacienta

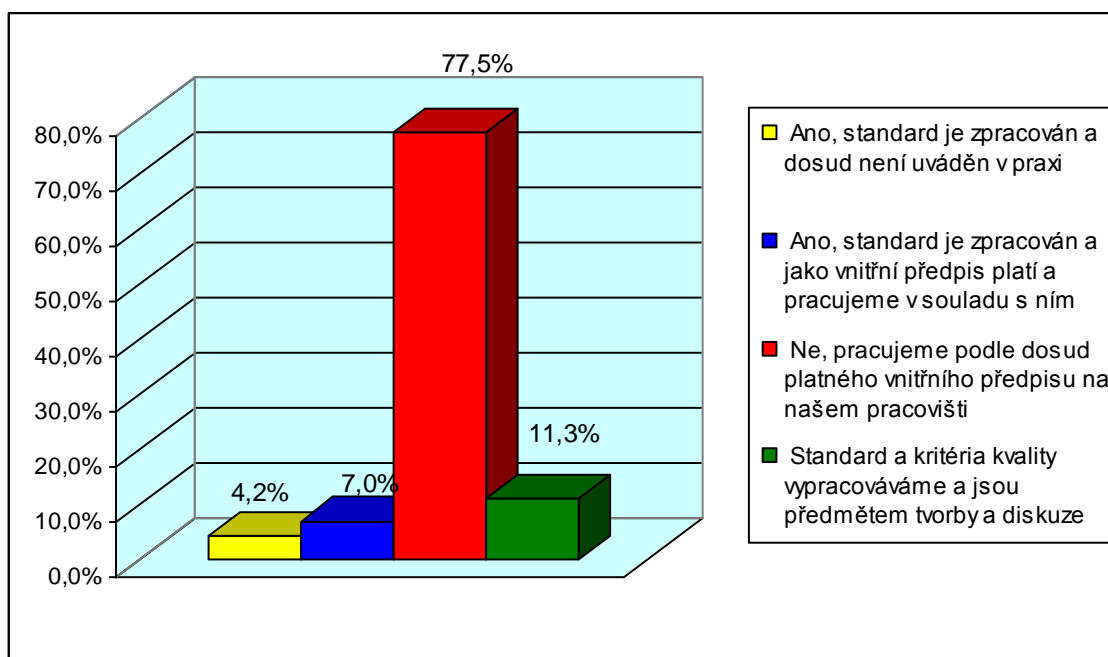
Otázka č. 23 Z vyjádření pacientů vyplývá, že jejich životní úroveň vlivem onemocnění a dialýzy:



Graf 23 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na změnu životní úrovně vlivem onemocnění a dialýzy, kdy tvrzení, že zůstala prakticky zachovaná a to ve všech směrech neoznačil žádný z dotazovaných respondentů, 12 (16,9%) respondentů uvedlo, že je životní úroveň přibližně stejná a omezení spotřeby je částečné a nevýrazné, 9 (12,7%) respondentů označilo odpověď, že došlo k menší změně, která pro pacienta nemá zásadní význam a 50 (70,4%) respondentů, tedy největší počet dotazovaných, uvedlo jako odpověď, že se životní úroveň citelně snížila a působí negativně na uspokojování jejich potřeb.

Graf 24 Standard ošetrovateľskej péče u dialyzovaných pacientů

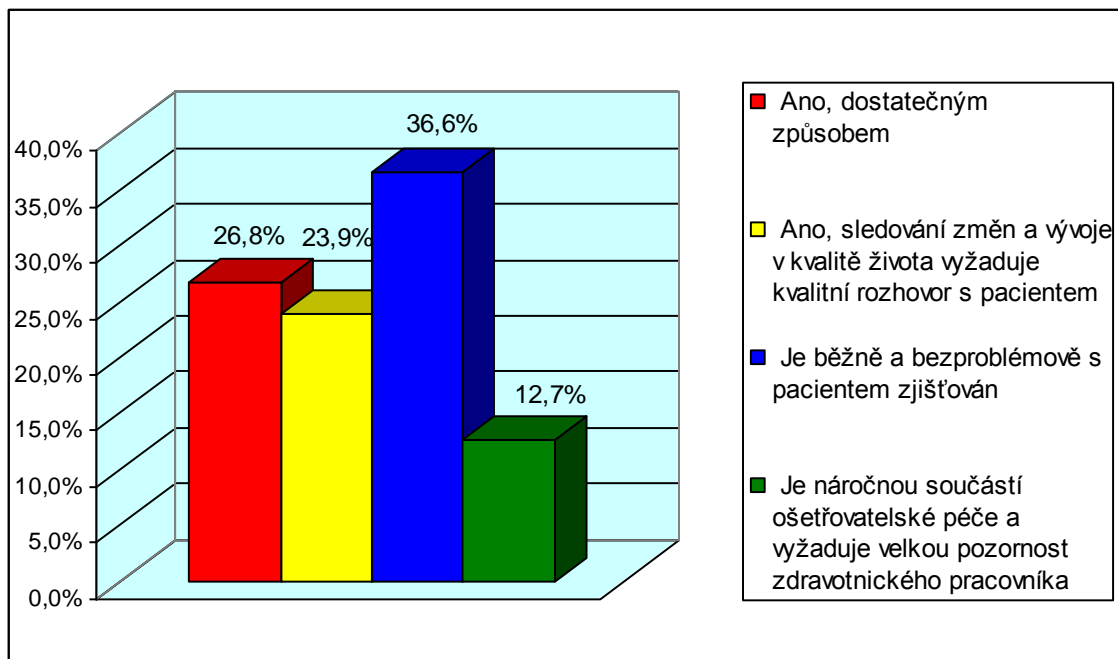
Otázka č. 24 Je ve Vašem dialyzačním středisku zpracován standard poskytované ošetrovateľskej péče u dialyzovaných pacientů podle metodických pokynů Spojené akreditační komise?



Graf 24 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na poskytované ošetrovateľskou péči u dialyzovaných pacientů podle standardu, kdy 3 (4,2%) respondenti uvedli, že ano, standard je zpracován a dosud není uváděn v praxi, 5 (7,0%) respondentů, tedy téměř většina dotazovaných, uvedl, že ano, standard je zpracován a jako vnitřní předpis platí a pracujeme v souladu s ním, 55 (77,5%) respondentů uvedlo odpověď, že ne, pracujeme podle dosud platného vnitřního předpisu na našem pracovišti. Odpověď, že standard a kritéria kvality vypracováváme a jsou předmětem tvorby a diskuze, označil 8 (11,3%) z dotazovaných respondentů.

Graf 25 Záznam životního stylu a kvality života do dokumentace

Otázka č. 25 Zaznamenává ošetrovatelská dokumentace životní styl a kvalitu života a jejich průběžné změny?



Graf 25 zobrazuje dotazované respondenty v závislosti na zaznamenávání životního stylu a kvality života a jejich změny do ošetrovatelské dokumentace, kdy 19 (26,8%) respondentů uvedlo odpověď, že ano, dostatečným způsobem, 17 (23,9%) respondentů uvedlo možnost, že ano, sledování změn a vývoje v kvalitě života vyžaduje kvalitní rozhovor s pacientem, 26 (36,6%) respondentů uvedlo, že je běžně a bezproblémově s pacientem zjišťován a 9 (12,7%) respondentů označilo odpověď, že je náročnou součástí ošetrovatelské péče a vyžaduje velkou pozornost zdravotnického pracovníka.

4.2 Výsledky dotazování pacientů

Otázka č. 1 Jak dlouho jste zařazen do dialyzačního programu?

Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že pacienti docházejí do dialyzačního střediska průměrně 2-3 roky, a to bez ohledu na pohlaví a věkovou strukturu dotazovaných.

Otázka č. 2 Kolikrát týdně dialyzační středisko navštěvujete?

V odpovědi na tuto otázku se pacienti shodli, že docházejí do dialyzačního střediska pravidelně a to třikrát týdně vždy po 4 hodinách. Poznávám, že tato konstatování jsou dlouhodobá a nedochází u nich ke změně. Je to dáno objektivně charakterem onemocnění a nynější úrovní možné poskytované péče z hlediska kapacit, zařízení, technologií a především z charakteru diagnóz a přirozené biologické potřeby jedince.

Otázka č. 3 Jak vnímáte kvalitu svého života?

Pacienti odpovídají jednoznačně – a to termínem „špatně“. Prakticky nikdo neodpověděl jinak.

Otázka č. 4 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

Je formulována z 80% odpověď „velmi nespokojen/a“ a z 20% „nespokojen/a“.

Otázka č. 5 Máte pocit nedostatku energie a elánu pro běžný život?

Na tuto otázku pacienti hledali dost dlouho patřičnou odpověď. Většina odpověděla, že málokdy, respektive občas.

Otázka č. 6 Ovlivnilo u Vás zařazení do dialyzačního programu Vaši tělesnou výkonnost?

Polovina odpovídá, že výkonnost je značně omezená, pouze ve dvou případech se pacient cítil stejně jako v období před počátkem jeho onemocnění.

Otázka č. 7 Jste spokojen/a se svou schopností vykonávat běžné každodenní aktivity?

Převažuje názor nespokojenosti, nedostatku času a únavy.

Otázka č. 8 Jak jste spokojen/a se zvládnutím cestování na kratší vzdálenosti?

Pacienti nemívají obtíže při přepravě na kratší vzdálenosti, náročná je pro ně přeprava trvající více než půl hodinu. Cestování vůbec je příjemnou změnou a pacienti v zásadě rádi cestují pohodlným dopravním prostředkem a vyhledávají změnu prostředí.

Otázka č. 9 Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho spánku v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou?

Zdá se, že déle dialyzovaní pacienti mají uspořádaný denní a noční biorytmus a mají spánek klidnější než pacienti docházející nově do dialyzačních středisek.

Otázka č. 10 Jste spokojený/á s podporou, kterou Vám v rámci Vašeho onemocnění ledvin poskytují rodina a přátelé?

Každý druhý pacient „vůbec není spokojen“ nebo je „spíše nespokojen“. Je to kategorie pacientů nad 50 let. Mladší pacienti jsou „spíše spokojeni“, anebo „naprosto spokojeni“.

Otázka č. 11 Jak moc je pro Vás důležitá opora, kterou Vám poskytuje rodina a přátelé?

Všichni dotázaní pacienti považují oporu v rodině a u přátel jednoznačně za velmi důležitou, avšak reálně se této opory dostává každému třetímu pacientu.

Otázka č. 12 Změnilo u Vás onemocnění ledvin a léčba možnost věnovat se svým zálibám a koníčkům?

Všichni pacienti jednoznačně odpovídají „ano, došlo k negativním změnám, došlo k zásadnímu přehodnocení životních priorit, ekonomie a racionality využívání času“.

Otázka č. 13 Změnila u Vás léčba a onemocnění ledvin délku Vašeho volného času?

Dotazovaní jednoznačně odpovídají, že mají méně volného času, polovinu týdne věnují „sobě“, do zbývajících dnů se koncentrují ostatní činnosti a to s jistými „deformacemi“.

Otázka č. 14 Jak trávíte svůj volný čas?

Procházky, práce na zahradě, sledování televize a setkání s přáteli byly nejčastější odpovědi a to bez ohledu na pohlaví, věk a délku onemocnění.

Otázka č. 15 Víte, které aktivity jsou vhodné?

Dotazovaní jsou přesvědčeni, že vědí, které aktivity mohou vykonávat. Dávají přednost neriskantním činnostem a v blízkosti dalších dospělých osob.

Otázka č. 16 Nastaly u Vás v důsledku dialýzy nějaké změny v zaměstnání?

Odpovědi byly individuální. Přibližně jedna třetina se domnívá, že zásadní změny nenastaly. Tedy student se podrobuje léčbě, studuje podle individuálního studijního plánu a jeho cílem je studia ukončit. Nepřipouští, že jeho návštěvy v dialyzačním středisku zásadně ovlivňují jeho životní cíl a směřování. Obdobně je tomu u osob, které jsou pracovně činné. Druhá skupina v pokročilejším seniorském věku připouští zásadní změnu, avšak plně respektuje daný stav a tvoří disciplinované pacienty. Poslední skupina s ohledem na krátkost docházení do dialyzačních středisek hledá řešení a neumí na tuto otázku jednoznačně odpovědět.

Otázka č. 17 Změnila se v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou Vaše finanční situace?

Z provedených rozhovorů soudím, že odpovědi dotazovaných byly pravdivé, vyplývá z nich, že se jejich situace jak mírně zlepšila, tak i mírně zhoršila. Tento zřejmý rozpor vyplývá z toho, že pacienti jsou z různých sociálních prostředí, s různým stupněm vzdělání, s různými potřebami, část z nich je schopna práce a část využívá zajištění ze státních zdrojů.

Otázka č. 18 Jak jste spokojen/a se způsobem trávení dovolené?

Zejména mladší pacienti si mohou dovolit cestovat. Umí najít kontakty na dialyzační střediska v zemích Evropské Unie a realizovat tak svou dovolenou. Tak tomu bylo u dvou pacientů. Zbývající pacienti nejsou spokojeni s trávením dovolené a prakticky se nevzdalují od místa, kde se nachází dialyzační středisko.

Otázka č. 19 V čem pro Vás dialýza představuje největší omezení?

Na tuto otázku jsem nabídla pacientům předem připravené možnosti. Všichni se shodli, že jsou časově vytížení a věnují péči cévním přístupům. Nepocit'ují zásadní omezení ve svém stravování, v oblasti oblíbených činností, kvality rodinného a sexuálního života. V odpovědích všech jsem však našla přirozenou obavu o zhoršení zdravotního stavu.

Otázka č. 20 Do jaké míry Vám vadí nutnost pravidelně navštěvovat dialyzační středisko?

Návštěvy dialyzačních středisek chápou všichni jako nevyhnutelnou. Většinou jsou smířeni s úpravami týdenního a denního režimu. Někteří říkají, že jim tyto změny nedělají problémy, usuzují však, že jde spíše o zvykovou pozici.

Otázka č. 21 Jak moc Vás omezuje dodržování dietních opatření v souvislosti s onemocněním ledvin?

Odpovědi jsou shodné, pacienti se necítí omezeni, anebo se cítí jen mírně-přijatelně omezeni.

Otázka č. 22 Víte, proč je pro Vás dodržování správné životosprávy důležité?

Jednoznačné odpovědi ukazují, že pacienti byli řádně edukováni, jsou poučeni a jejich omezení jim byla náležitě vysvětlena.

Otázka č. 23 Jste schopni si sestavit jídelníček na celý den?

Rovněž na tuto otázku odpovídají pacienti shodně, jsou schopni a činí tak buďto sami, anebo je jim strava připravována partnerem či rodinou, na kterou uměli přenést pravidla sestavení jídelníčku.

Otázka č. 24 Jak moc Vás omezuje dodržování omezení tekutin?

V pitném režimu se cítí pacienti zásadně, anebo mírně omezení. Hovořili o zvyku a spojují pitný režim a jeho případné porušení s možným zhoršením zdravotního stavu. Soudím, že v tomto smyslu převažuje u pacientů vysoká disciplína.

Otázka č. 25 Vedete si záznamy o příjmu tekutin?

Zjistila jsem, že pacienti nově zařazení do dialyzačního programu velmi pozorně evidují příjmy tekutin, přibližně po půl roce si jsou jisti návykem a evidenci neprovádějí. Ze zkoumaného vzorku pacientů polovina evidenci provádí trvale.

Otázka č. 26 Trpíte nechutenstvím?

Osmdesát procent pacientů potvrdilo nechutenství po vlastní dialýze, jde však o krátkodobý stav, který trvá asi 4-5 hodin.

Otázka č. 27 Nakolik Vás omezují komplikace jako je bolest, žízeň, otoky, svědění související s onemocněním ledvin a dialýzou?

Obtíže jako je bolest, žízeň, otoky a svědění uvedli všichni pacienti, se kterými jsem hovořila. Jejich projevy a intenzita je velmi různorodá, působí individuálně a v zásadě pacienty buďto neomezují, anebo omezují jen mírně. Dochází i k odeznění těchto potíží a k jejich opakování po několika dnech.

Otázka č. 28 Důvěřujete zdravotnickému personálu?

Důvěra ve zdravotnický personál na všech pracovištích je charakterizována jako velmi vysoká, až maximální, tedy hraniční – fakticky absolutní. Nesetkala jsem se s žádnými pochybnostmi a odpovědi byly jednoznačné a pevné.

Otázka č. 29 Jste spokojený/á s přístupem zdravotnického personálu k Vaší osobě?

Obdobně odpovídali pacienti a použili výrazu „velmi spokojený/á“. Tato spokojenost se týká všeho zdravotnického personálu.

Otázka č. 30 Co vyžadujete od zdravotnického personálu?

Část pacientů, se kterými jsem hovořila, a to zejména starší lidé, se omezila na požadavek „pomoci, vyléčení, porozumění“. Mladší pacienti zdůraznili „profesionalitu, empatii, přátelský vztah a zkušenosti zdravotnického personálu“.

Otázka č. 31 Byla Vám nabídnuta peritoneální dialýza?

Tato možnost byla nabídnuta polovině pacientů ze zkoumaného vzorku. U této skupiny ji však nikdo nevyužil.

Otázka č. 32 Z jakého důvodu jste nevyužil/a peritoneální dialýzu?

Nevyužití nabídky vyplývá z důvodu subjektivního odmítnutí, převažuje strach ze zásahu do vlastního těla, obava sebepoškození, a tím i zhoršení zdravotního stavu. Tedy nezvládnutí vlastního postupu. Objektivně nejsou tito pacienti schopni zajistit nezbytné podmínky – tedy ve svém bytě či domácnosti vytvořit aseptické podmínky pro uskutečňování peritoneální dialýzy. Toto zjištění koresponduje i s názory a poznatky zdravotních sester a ukazuje na nevyužité možnosti.

Otázka č. 33 Máte k dispozici sociální pracovníci?

Tuto možnost využívá dvacet procent mnou dotázaných pacientů. Nabídka zde byla učiněna všem.

Otázka č. 34 Myslíte si, že jste dostatečně informován/a?

Při svém rozhovoru s pacienty jsem vyžadovala jednoznačnou odpověď, ano, všichni pacienti se cítí být dobře informováni, dílčími dotazy – asi deseti podotázkami jsem si ověřila, že tomu tak opravdu je.

Otázka č. 35 Jste zařazen/a do transplantačního programu?

V průběhu dvou měsíců jsem hovořila s dvanácti pacienty. V tomto období bylo do transplantačního programu zařazeno deset pacientů. Z této skupiny jeden pacient nastoupil k transplantaci po krátkodobém zařazení do dialyzačního střediska. Dva pacienti do programu zařazení nebyli, jednalo se o komplikovanější diagnózy a souběh jiných chorob.

4.3 Výsledky obsahové analýzy dokumentů

Analýza dokumentů byla uskutečněna v hemodialyzačním středisku v Nemocnici České Budějovice a.s. (Příloha 3) a v hemodialyzačním středisku Fresenius Medical Care Příbram. Do těchto dialyzačních protokolů jsou zaznamenávány osobní údaje pacienta, jako je jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovna a bydliště. Samozřejmě i datum a přesný čas zahájení a ukončení HD, číslo dialyzačního protokolu a cévní přístup pacienta. Dále pak krevní skupina, množství vyloučené moče za 24 hodin neboli diuréza a dieta pacienta. Optimální suchá hmotnost pacienta v kilogramech, kterou stanoví lékař, druh dialyzátoru, způsob napojení a náplň. Před výkonem a po výkonu jsou zaznamenávány fyziologické funkce pacienta, jako je krevní tlak, puls, tělesná teplota a hmotnost pacienta. Vyhrazené místo je v dialyzačním protokolu i pro případné komplikace během HD. Trvalá medikace pacienta i podávané léky během HD jsou v dialyzačním protokolu také uvedeny, i to, zda pacient nedostal během HD transfuzi. Lékař do protokolu zaznamenává klinický stav nemocného a závěr.

Dialyzační protokol v hemodialyzačním středisku Fresenius Medical Care Příbram (Příloha 4) obsahuje místo pro poznámky sester, které zde například uvádějí komplikace pacientů, jako jsou křeče, ale i to, že pacienti byli od sester edukováni. Uvádí se i indikace transportu sanitním či soukromým vozem. Jméno a podpis lékaře a sestry nechybí v žádném ze zmíněných protokolů.

Na otázku, zda „Je ve Vašem dialyzačním středisku zpracován standard poskytované ošetrovatelské péče u dialyzovaných pacientů podle metodických pokynů Spojené akreditační komise?“, se v těchto zdravotnických zařízeních řídí vnitřními předpisy, anebo závaznými pokyny přednostů klinik nebo primáři oddělení, jejich cílem je zachycovat podstatné informace sdělované pacienty a to pro okamžitá rozhodnutí či jako sběr dat pro rozhodování v příštím období. Avšak životní styl a kvalita života dlouhodobě dialyzovaného pacienta nejsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace.

5. DISKUZE

Máme-li shrnout v částečně koncentrované podobě problematiku životního stylu a kvality života dlouhodobě dialyzovaných pacientů, domníváme se, že je nezbytné z pohledu nás vyloučit naše vlastní subjektivní pocity, dále pak dobře rozumět tomu, co nám zdravotní sestry a pacienti verbálně sdělily či napsaly. Máme za to, že vždy mezi rozhovorem či písemným dotazem existuje jistá odchylka, která souvisí s momentálním psychickým stavem, úrovní soustředění a prostorem pro vyvážené racionální odpovědi. Platí to zejména u zdravotnického personálu, tedy u zdravotních sester pracujících na exponovaném pracovišti, tak i o pacientech, kteří na rozdíl od jiných neprocházejí typickým medicínským a ošetrovatelským procesem (obtěže, diagnostika, léčba, edukace, medikace, návrat pacienta do původního stavu či zmírnění obtíží), nýbrž naši pacienti jsou v cyklu – obtěže, diagnóza, léčba formou dlouhodobé péče s dlouhodobými a pravidelnými návštěvami, trvalé ohrožení na životě a komplikovaná perspektiva, významná závislost na jimi neovlivnitelných okolnostech. Významným fenoménem tohoto cyklu je aspekt bolesti, který popisuje Mgr. Drábková ve své bakalářské práci na téma „Problematika bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů“ (34).

Cílem naší práce bylo zjistit životní styl a kvalitu života dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Tuto tematiku jsme posuzovaly z pohledu pacientů a zdravotních sester. Posuzování životního stylu chápeme jako šíři aktivity lidského individua v podmínkách společnosti, aspekty uspokojování hmotných zájmů a duchovního života. Jde o individuální kvalitu, která vychází bytostně ze schopností lidského jedince a vedle jisté univerzálnosti je nepředstavitelně pestrá. Je dána geneticky úrovní vzdělání a výchovy, mírou svobodomyšlnosti a kultury. Nesoustředily jsme se na popis ideálního stavu, typů životního stylu a rozmanitých forem u člověka obecně. Předmětem našeho zájmu byl člověk nemocný, člověk dlouhodobě nemocný a člověk vážně nemocný. Kategorii „kvality života“ jsme uchopily jako hloubku životního stylu, jako tendenci, která je dána člověku, který má přirozeně zájem neustále zvyšovat své potřeby a posouvat tyto potřeby stále dále podle svých individuálních zájmů. Filosoficky vzato – kvalita je „to, co je“. Slovo kvalita znamená něco

pozitivního, něco přijatelného, něco přínosného. Ale není tomu tak vždycky. Co je kvalitní pro nás, nemusí být kvalitní pro jiného. Co je nekvalitní pro nás, může být velmi kvalitní pro nemocného člověka. Proto jsme přistoupily k posuzování kvality života nikoli z pohledu ošetrovatelského personálu, nýbrž z pohledu pacienta, přičemž jsme využily ve značné míře úsudků zdravotních sester. Toto využití pohledu zdravotních sester však neposuzujeme mechanicky. Jsme si vědomi toho, že „dlouhodobost“ čehokoliv prohlubuje rozumovou i citovou složku našeho pozorování a vnímání. Jednorázová návštěva u lékaře vytěsňuje vnímání mnoha souvislostí a pod tlakem času zjednodušuje přijímání informací na úroveň racionality. Pacient, který stráví vždy po čtyřech hodinách třikrát v týdnu svůj čas prakticky ve stejných prostorách, lůžku či křesle, vnímá velmi pozorně všechny detaily ošetrovatelského procesu. Úroveň jeho životního stylu a kvality života si psychicky a fyzicky přenáší na dialyzační pracoviště.

V tomto smyslu chápeme naše zjištění jako malý příspěvek velmi rozsáhlé problematiky. Předmětem našeho posuzování se stal pacient. On představuje kvalitativní složku našeho výzkumu. Pohled zdravotních sester je podpůrný a vyjadřuje kvantitativní složku našeho výzkumu.

Naši první výzkumnou otázkou bylo: „Jakým způsobem ovlivnila dlouhodobá dialýza dosavadní životní styl pacienta?“ Naše odpověď je v tomto smyslu jednoznačná. Dlouhodobá dialýza zásadním způsobem ovlivnila dosavadní životní styl pacientů. Došlo k omezení prostoru z důvodů ztráty času na běžný život. Grafy 8, 9, 10 a 11 ukazují omezení pacientů. Tento čas byl vyjmut z dosavadního životního stylu a „věnován“ činnosti – dialýze. Bez dialýzy by nebyl žádný prostor ani čas. Je zde fenomén závislosti: „Pokud chci žít, musím část svého času věnovat na nezbytný úkon a odměnou mi bude možnost využívat většiny času.“ Je to zjednodušený popis skutečnosti. Pacienti, se kterými jsme hovořily, si to uvědomují. Ztotožňují se s tímto faktem, protože tato „výměna“ nemá jiné řešení, opomeneme-li perspektivní možnost transplantace. Vlastní dlouhodobou dialýzu pacient nebere jako nekonečnou skutečnost, ale spíše jako cestu, na jejímž konci je uskutečnění transplantace, tedy trvalé východisko. V tom je specifikum a jedinečnost těchto pacientů. Graf 15 ukazuje

nejčastěji pokládané otázky zdravotním sestřám během hemodialýzy, kdy se pacienti ptají mimo jiné také na to, jak žít s dialýzou?

Druhá výzkumná otázka: „Jak ovlivnila dialýza rodinný život pacienta?“. Pacienti, se kterými jsem hovořila, měli své úplné rodiny v osmi případech, ve čtyřech případech se jednalo o samotně žijící osoby. Rodinný život chápeme v širším kontextu a to jak z hlediska života vlastních dětí z manželství či vztahů, tak i kontakty na širší rodinu. Zdá se, že obdobně jako u první výzkumné otázky, dlouhodobá dialýza nemocných významně (tedy „jakoby“ méně) ovlivnila i rodinný život. Graf 14 ukazuje, že vliv nemoci na rodinný život je zmiňován minimálně a okrajově. Materiálně se rodinný život vyvíjí i nadále spontánně. Samostatnou problematiku tvoří u mladých pacientů (manželských a vztahových párů) problematika plánovaného rodičovství. Zjistili jsme, že dialyzovaní pacienti jsou úspěšnými otci. U žen se otěhotnění nedoporučuje z důvodů vysoké rizikovosti. Na otázky týkající se rodinného života pacienti odpovídali spíše při druhém rozhovoru s nimi. V tomto smyslu přirozeně je pro dialyzovaného pacienta důležitá psychická podpora nejbližších rodinných příslušníků a zejména přirozených autorit v rodině, anebo rodinných příslušníků, kteří překonali závažnější onemocnění.

Třetí výzkumná otázka: „Mohou si dialyzovaní pacienti zachovat stejnou životní úroveň jako před dialýzou?“. Z výše uvedených analýz rozhovorů s pacienty usuzujeme, že si pacienti mohou zachovat svou životní úroveň jako před dialýzou. Závisí to přímo na nich samotných a na rodinném zázemí. Část z nich zmiňuje mírné zhoršení životní úrovně, neboť soudí, že existence podrobování se dialýze je faktor, který je absolutně negativní. Graf 17 ukazuje, jak změnu životního stylu u dialyzovaných pacientů vidí zdravotní sestry při samotném výkonu dialýzy, kdy spolu navzájem komunikují. Nedovozují, že vysoká úroveň zdravotnictví je součástí jejich životní úrovně. Bez této kvality zdravotnictví, bez vědeckých, medicínských poznatků by byl jejich život zásadně ohrožen. Materiálně nedochází ke snížení finančních příjmů. Otevírá se zde možnost pro sociální pomoc a přímou pomoc sociálními pracovníky. Z hlediska společenského postavení vnímá veřejnost dialyzované pacienty jako plnohodnotné občany a respektuje jejich zdravotní potřeby a při práci nad touto otázkou jsme si

uvědomily, že životní úroveň jako pojem zabírá široký prostor a velmi významné místo – snad jedno z hlavních – zaujímá kvalitní české zdravotnictví. Graf 3 ukazuje, že zdravotní sestry na dialyzačních střediscích mají v převážné většině specializaci na toto specifické pracoviště i vysokoškolské vzdělání sester ukazuje na kvalitu zdravotnického zařízení. Výsledky výzkumu dále ukázaly, že pacienti mají k zdravotnickému personálu naprostou důvěru a svěřování a „otevření se“ nám, je naprostou samozřejmostí. Toto tvrzení zobrazuje graf 6 a 7.

Čtvrtá výzkumná otázka: „Jsou pacienti spokojeni s ošetrovatelskou péčí poskytovanou při jednotlivých typech dialýzy?“. Můžeme konstatovat, že odpovědi pacientů na naše otázky z obou pracovišť – Hemodialyzačního střediska České Budějovice, a.s. i Hemodialyzačního střediska Fresenius Medical Care byly shodné. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti jsou spokojeni a velmi spokojeni. Jejich kladné hodnocení nemá patřičnou vypovídající hodnotu, kterou bychom mohli hluboce rozvést. Pacienti přijímají to, co můžou pracoviště nabídnout. Na úseku dialýzy se neustále vědecky bádá a experimentuje. Poznatky biofyziky a biochemie v této oblasti jsou velmi rychle přenášeny do praxe. Dialyzační pracoviště jsou souhrnem toho nejlepšího, co poskytuje světová věda na tomto úseku. Tento fakt vzdělání a vnímání pacienti dostatečně umí docenit a v jejich odpovědích jsem toto zaznamenala. Nicméně jistá pasivita u pacientů přetrvává na úseku peritoneální dialýzy. Jde jistě o progresivní druh spolupráce a spolu aktivity pacienta, fakticky jsme se s touto eliminační metodou blíže nezabývali. Tato závěrečná výzkumná otázka předznamenává hypotézy naší práce.

První naše hypotéza zní: „Sestry v dialyzačních střediscích edukují dialyzované pacienty o omezení spojené s kvalitou životního stylu.“ Souhrnně a objektivně poskytují kvalifikované a dlouhodobě pracující zdravotní sestry pacientům na dialyzačních střediscích kvalitní informace o omezeních. Graf 13 ukazuje aktivity dialyzovaných pacientů, které jsou vhodné vzhledem k jejich onemocnění. Kvalitní informace není edukace. Edukací rozumíme vysvětlení informace pacientovi a jeho přesvědčení a ztotožnění se s novou informací, která je omezující. Omezení, o kterých edukují zdravotní sestry, jsou taxativně formulovány v ošetrovatelských postupech či formulovány v národních standardech. Chronologii důrazu na edukaci je možno seřadit

od maximální po minimální následovně: omezení tekutin, časová vyčíženost, obavy ze zhoršení onemocnění, omezení stravy, omezení volného času a oblíbených činností, péče o cévní přístup, vztahy v rodině a sexuální život, problematika dovolené, omezení kontaktů s přáteli a omezení sportovní činnosti (Graf 8). Edukace v těchto oblastech je pro pacienty životně důležitá. Tento fakt si zdravotní sestry uvědomují a plní tak svou pracovní povinnost. Ve shodě s výsledky našeho šetření a s odbornou literaturou od Kapounové (15).

Dříve, než provedeme vyhodnocení uvedené hypotézy, musíme provést nezbytný krok. Na rozdíl od výzkumné otázky musíme být přísnějšími posuzovateli. Každé omezení, které sestry edukují, by mělo mít plnohodnotný důraz a plnohodnotnou kvalitu. Neboť všechna omezení spolu velmi úzce souvisí a nedodržování jednoho může způsobit vážné problémy pacientovi a tím také porušování dalších omezení. K hypotéze H 1: Sestry v dialyzačních střediscích edukují dialyzované pacienty o omezení spojené s kvalitou životního stylu se dále vztahují grafy 9, 10, 11 a 13. Edukace je proces komunikativní a komunikace je součástí edukace. Soulad a souhrn těchto dvou složek umožňuje kvalitu. Na základě výsledků byla tedy hypotéza H 1 potvrzena.

Druhou hypotézou je: „Sestry v dialyzačních střediscích dodržují zásady specifické (strukturované) komunikace“.

Zdravotní sestra během vlastní dialýzy je prakticky fyzicky neustále u pacienta. Vedle odborných činností, napojování, průběhu dialýzy a při ukončení procesu dialýzy dochází k přirozené a nadstandardní komunikaci. To jednoznačně dokazují vyjádření zdravotních sester a v klíčových tvrzeních odpovídají názorům dialyzovaných pacientů. Do popředí vystupuje obsah a kvalita slovní komunikace. Na dialyzačních pracovištích má jistý intimní charakter, aby nebyli rušeni ostatní pacienti a personál. Dochází k svěřování na základě postupné důvěry, ke které se vztahují grafy 6, 7. Tato komunikace musí mít parametr vzájemnosti. V případě jednosměrné komunikace pacient – zdravotní sestra nelze hovořit o profesionální – řízené a specifické komunikaci. Zde velmi záleží i na nezdravotnické slovní zásobě zdravotní sestry a na její ochotě přijmout svěřování, otevřenost a důvěru a přiměřeně vpouštět pacienta částečně ke své osobě. Tyto vlastnosti jsou klíčové a ukazuje se, že se tato schopnost

zdravotní sestry „předpokládá“. Z hlediska obsahu jsou ponejvíce zmiňována témata rodiny, dalšího života pacienta s dialýzou, průběh transplantace a kvalita života po transplantaci, zvládnání pracovních povinností pacientů, stravování a příjem tekutin, cestování a dovolená. Tato témata představují vysoký zájem pacientů (Graf 15). Důležité pro pacienta je hovořit o tom, co dělal v minulých dnech a co prožil ve volném čase (Graf 18).

Komunikace, která vzniká mezi pacientem a zdravotní sestrou, musí mít přirozený vývoj, hybným činitelem by měl být zdravotnický pracovník. Jeho specifické postavení, závažnost jeho práce vyžaduje i cílevědomou periodickou průpravu. Usuzujeme, že exponovaní pracovníci u lůžek dialyzovaných pacientů by mohli procházet krátkodobým školením, které by mohli organizačně garantovat primáři těchto oddělení s využitím odborných vědeckých pracovišť z oboru psychologie a komunikace. Venglářová (33) ukazuje na důležitost motivování pacientů a srozumitelnému sdělování. Výsledky tedy potvrdily hypotézu H 2 a na jmenovaných pracovištích doporučujeme provádět systém účinných proškolení.

6. ZÁVĚR

Naším cílem bylo zjistit životní styl a kvalitu života dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Máme za to, že jsme popsaly značnou část života dialyzovaných pacientů. Učinili jsme tak proto, že pro pracovníka ve zdravotnictví je nezbytná široká anamnéza a to jak před započítím léčby, tak i v jejím průběhu. Životní styl a kvalita života do ní jednoznačně patří, přičemž ani životní styl ani kvalita života nejsou pro dialyzovaného pacienta definitivně dané s proměnou jen po úspěšné transplantaci. Jakákoliv společenská, i částečná izolace přináší negativní vliv na dialyzovaného pacienta. V tomto smyslu si nemůžeme neuvědomit velkou psychickou zátěž u dialyzovaných dětí, což tvoří bezesporu mimořádně závažnou problematiku.

Osobní setkání s dialyzovanými pacienty přímo na dialyzačních střediscích pro mě bylo novým poznatkem. A to přesto, že již třetím rokem pracuji vedle studia na naší fakultě Jihočeské univerzity na interním oddělení Oblastní nemocnice Příbram a.s. I na tomto mém pracovišti se setkávám s dlouhodobě dialyzovanými pacienty, podílím se na jejich přípravě k dialýze a přijímám je po úkonu zpět na naše oddělení. Své poznatky z práce s nimi jsem využila v této mé bakalářské práci.

Součástí mé práce je návrh informativní brožury pro dlouhodobě dialyzované pacienty, která si klade za cíl optimisticky, s jistou nadsázkou, nicméně realisticky informovat dialyzované pacienty o nevyčerpatelných možnostech využívání volného času námětovou formou, o posílení sebevědomí a o dobré komunikaci s ošetrovatelským personálem.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2007. 309 s. ISBN 978-80-246-1216-4.
2. NOVÁK, I., MATĚJOVIČ, M., ČERNÝ, V. *Akutní selhání ledvin a eliminační techniky v intenzivní péči*. Praha: Maxdorf, 2008. 147 s. ISBN 978-80-7345-162-2.
3. DYLEVSKÝ, I. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
4. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
5. TESAŘ, V. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. 652 s. ISBN 80-247-0503-6.
6. TEPLAN, V. *Nefrologie*. Praha: Triton, 2003. 182 s. ISBN 80-7254-422-5.
7. NAVRÁTIL, L. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
8. KRACÍKOVÁ, J. Význam peritoneální dialýzy v léčbě pacienta při chronickém selhání ledvin a role sestry. In: *Florence*. 2010, roč. 6, č. 11, s. 10-11. ISSN 1801-464X.
9. VALACHOVIČOVÁ, J. Dialyzační přístup pro peritoneální dialýzu. In: *Stěžej.* 2010, roč. 21, č. 3, s. 26-27. ISSN 1210-0153.
10. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
11. VALENTA, J. *Základy chirurgie*. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
12. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 9. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.
13. TEPLAN, V. *Akutní poškození a selhání ledvin v klinické medicíně*. Praha: Galén, 2010. 416 s. ISBN 978-80-247-1121-8.
14. TESAŘ, V. *Nefrologie*. Praha: Galén, 2003. 130 s. ISBN 80-7262-209-9.
15. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

16. JANOUŠEK, L., BALÁŽ, P. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2547-5.
17. NEUMANNOVÁ, L. Cévní přístupy u dialyzovaných pacientů. In: *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 11, s. 39-40. ISSN 1210-0404.
18. SVAČINA, Š. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2256-6.
19. JOUKLOVÁ, M., HALMO, R. Edukace výživy hemodialyzovaných pacientů. In: *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 7, s. 257-258. ISSN 1801-1349.
20. KONTROVÁ, L. *Ošetrovatel'ské štandardy v nefrológii*. Martin: Osveta, 2006. 83 s. ISBN 80-8063-237-5.
21. JELÍNKOVÁ, K. Prostor pro sociální práci na dialyzačním pracovišti. In: *Chronické selhání ledvin*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra Ošetrovatelství, 2004, s. 27-29. ISBN 80-7040-729-8.
22. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
23. DŽUMELOVÁ-IŽOVÁ, M. Dialyzovaný pacient a trávenie voľného času. In: *Florence*. 2009, roč. 5, č. 1, s. 28-29. ISSN 1801-464X.
24. GULÁŠOVÁ, I. Životospráva u pacienta s chronickou renálnou insuficienciou zaradeného do dialyzačného programu. In: *Urologie v praxi*. 2007, roč. 8, č.4, s. 186-188. ISSN 1213-1768.
25. REICHELOVÁ, H., ROUBALOVÁ, A. Život s dialýzou. In: *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 5, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
26. KLANČÍKOVÁ, A., KLANČÍK, L. Prázdniny s dialýzou, tentokrát v Oravě. In: *Stěžeň*. 2010, roč. 21, č. 1, s. 29-34. ISSN 1210-0153.
27. BODLÁKOVÁ, B. Hodnocení kvality života u dialyzovaných pacientů metodou KDQOL-SF-pilotní studie. In: *Praktický lékař*. 2001, roč. 81, č. 6, s. 354-356. ISSN 0032-6739.

28. MAHROVÁ, A. Obecná doporučení ke kondičnímu cvičení pro jedince dialyzované a po transplantaci ledviny. In: *Stěžeň*. 2010, roč. 21, č. 1, s. 15-17. ISSN 1210-0153.
29. ZVONÍKOVÁ, A. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada, 2010. 360 s. ISBN 978-80-247-3535-1.
30. ČERNÁ, M. Sociálně-právní informace pro dialyzované a transplantované pacienty. In: *Chronické selhání ledvin*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra Ošetřovatelství, 2004, s. 30-36. ISBN 80-7040-729-8.
31. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
32. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
33. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
34. DRÁBKOVÁ, I. *Problematika bolesti u chronicky dialyzovaných pacientů*. České Budějovice, 2008. In *Bakalářská práce*. Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Andrea Hudáčková, R.N.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Hemodialýza

Životní styl

Kvalita života

KEY WORDS

Hemodialysis

Lifestyle

Quality of life

9. SEZNAM PŘÍLOH

9.1 Dotazník pro zdravotní sestry

9.2 Rozhovor s pacienty

9.3 Dialyzační protokol HEMODIALYZAČNÍHO STŘEDISKA NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S.

9.4 Dialyzační protokol HEMODIALYZAČNÍHO STŘEDISKA FRESENIUS
MEDICAL CARE PŘÍBRAM

9.5 Informační brožura pro dialyzované pacienty

9.1 Dotazník pro zdravotní sestry

Milá kolegyně, milý kolego,
dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit životní styl a kvalitu života dlouhodobě dialyzovaných pacientů. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze pro bakalářskou práci. Vaše odpovědi prosím zaškrtněte nebo vypište.

Děkuji za Váš čas

Studentka 3. ročníku všeobecné sestry Zdravotně-sociální fakulty
Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích

Eva Mészárosová

1. Vaše pohlaví

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk?

- a) 18-30 let
- b) 31-45 let
- c) 46-55 let
- d) 55 let a více

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné
- b) Vyšší odborné
- c) VŠ (titul Bc.)
- d) VŠ (titul Mgr.)

4. Jak dlouho pracujete na dialyzačním středisku?

- a) 0-5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) 21 a více let

5. Jaká je kapacita lůžek Vašeho dialyzačního střediska?

Prosím uveďte:.....

6. Svěřují se Vám pacienti se svými pocity?

- a) Ano
- b) Ne

7. Myslíte si, že Vám pacienti důvěřují?

- a) Naprosto důvěřují
- b) Spíše ano
- c) Ano i ne
- d) Spíše ne
- e) Nedůvěřují

8. Zakroužkujte 5 možností, v čem dialýza představuje pro pacienty největší omezení?

- a) v omezení stravy
- b) v omezení tekutin
- c) v omezení sportovní činnosti
- d) v časové vytíženosti
- e) v omezení volného času, oblíbených činností
- f) v péči o cévní přístup
- g) v obavách ze zhoršení onemocnění

- h) v oblasti rodinného života
- i) v oblasti sexuálního života
- j) v omezení způsobu trávení dovolené
- k) v oblasti finanční
- l) v omezení kontaktu s přáteli a společenského života

9. Jak moc pacienty omezuje dodržování doporučených dietních opatření v souvislosti s onemocněním ledvin?

- a) zásadně je omezuje
- b) mírně je omezuje
- c) téměř je neomezuje
- d) vůbec je neomezuje
- e) žádná dietní omezení dodržovat nemusí

10. Jak moc pacienty omezuje dodržování omezení tekutin?

- a) zásadně je omezuje
- b) mírně je omezuje
- c) téměř je neomezuje
- d) vůbec je neomezuje
- e) žádná omezení tekutin dodržovat nemusí

11. Jaké komplikace pacienty nejčastěji omezují v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou?

- a) bolest
- b) žízeň
- c) otoky
- d) svědění

12. Změnila se v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou finanční situace dialyzovaných pacientů?

- a) ano, výrazně se zhoršila
- b) ano, mírně se zhoršila
- c) ano, mírně se zlepšila
- d) ano, výrazně se zlepšila
- e) ne, je stále stejná

13. Jaké jsou vhodné aktivity pro HD pacienty? (zakroužkujte 5 možností)

- a) čtení
- b) rekreační sport
- c) procházky
- d) práce na zahrádce
- e) sledování televize
- f) návštěvy divadla, kina, muzea, výstav
- g) návštěva spolku/klubu/zájmového kroužku
- h) ruční práce (pletení, háčkování, paličkování, výroba modelů)
- i) adrenalinové sporty

14. Vyjadřuje pacient pozitivní názory na členy své rodiny z hlediska jejich praktické pomoci a soucítění při rozhovoru s Vámi?

- a) ano, a to velmi výrazně, a já usuzuji, že pacientova nemoc prověřila kvalitu rodinného života
- b) vliv nemoci na rodinný život je zmiňován minimálně a okrajově
- c) pacient kritizuje velký vliv svého onemocnění na členy rodiny, jeho postavení v rodině se změnilo zásadním způsobem

15. Jaké otázky Vám pacienti nejčastěji pokládají v souvislosti s kvalitou a stylem života?

Prosím uveďte:.....

16. Jak se pacienti nejčastěji dopravují do dialyzačního střediska?

- a) autem (sami)
- b) městskou hromadnou dopravou
- c) rodinnými příslušníky, známými
- d) sanitou

17. Zmiňuje pacient při rozhovoru s Vámi změnu životního stylu?

- a) pravidelně a opakovaně hovoří, opakuje názor, že jeho život je podstatně narušen a změněn
- b) zabývá se konkrétními tématy a změnu životního stylu a způsobu života nevidí jako hlavní problém
- c) pacient bere svá omezení ve způsobu života jako objektivně daná a verbálně je smířen s touto realitou

18. Zřejmě vedete rozhovor s pacientem při ošetřování. Lze říci, že:

- a) hovoříte o tom, co pacient v minulých dnech dělal a prožil ve volném čase
- b) hovoříte „o všem a o ničem“
- c) pacienti nemají rádi zbytečné řeči

19. Myslíte si, že je pro Vaše pacienty přínosem dozvídat se o nových odborných poznatcích?

- a) ano, zajímají se o ně
- b) nevěnují jim pozornost
- c) berou je pouze jako informativní

20. Ošetrovatelská péče, kterou poskytujete svým pacientům, je podle Vašeho soudu:

- a) normální a ničím výjimečná
- b) je standardní a zahrnuje v sobě i kvalitní komunikaci s pacientem

c) soustředí se na vysokou odbornost a kvalitu života pacienta mimo dialyzační centrum

21. Domníváte se, že dlouhodobá dialýza u Vašich pacientů s největší pravděpodobností znamená:

- a) životní styl byl ovlivněn zásadně a velmi negativně
- b) změny v životním stylu jsou pro pacienta přijatelné a převažuje návyk
- c) změny v životním stylu prověřily schopnost pacienta přizpůsobit se

22. Můžete zevšeobecnit a formulovat jedno z těchto konstatování?

- a) postavení pacientů v rodině se zpravidla nemění
- b) postavení pacientů v rodině se částečně změnilo a jeho role v rodině se omezuje
- c) rodina vytvořila nezbytné podmínky pro pacientův život, pacient se částečně ocitá v izolaci

23. Z vyjádření pacientů vyplývá, že jejich životní úroveň vlivem onemocnění a dialýzy:

- a) zůstala prakticky zachovaná a to ve všech směrech
- b) je přibližně stejná a omezení spotřeby je částečné a nevýrazné
- c) došlo k menší změně, která pro pacienta nemá zásadní význam
- d) citelně se snížila a působí negativně na uspokojování jejich potřeb

24. Je ve Vašem dialyzačním středisku zpracován standard poskytované ošetrovatelské péče u dialyzovaných pacientů podle metodických pokynů Státní akreditační komise?

- a) ano, standard je zpracován a dosud není uváděn v praxi
- b) ano, standard je zpracován a jako vnitřní předpis platí a pracujeme v souladu s ním
- c) ne, pracujeme podle dosud platného vnitřního předpisu na našem pracovišti
- d) standard a kritéria kvality vypracováváme a jsou předmětem tvorby a diskuze

25. Zaznamenává ošetrovatelská dokumentace životní styl a kvalitu života a jejich průběžné změny?

- a) ano, dostatečným způsobem
- b) ano, sledování změn a vývoje v kvalitě života vyžaduje kvalitní rozhovor s pacientem
- c) je běžně a bezproblémově s pacientem zjišťován
- d) je náročnou součástí ošetrovatelské péče a vyžaduje velkou pozornost zdravotnického pracovníka

Příloha 2 Rozhovor s pacienty

1. Jak dlouho jste zařazen do dialyzačního programu?
2. Kolikrát týdně dialyzační středisko navštěvujete?
3. Jak vnímáte kvalitu svého života?
4. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?
5. Máte pocit dostatku energie a elánu pro běžný život?
6. Ovlivnilo u Vás zařazení do dialyzačního programu Vaši tělesnou výkonnost?
7. Jste spokojen/a se svou schopností vykonávat běžné každodenní aktivity?
8. Jak jste spokojen/a se zvládnutím cestování na kratší vzdálenosti?
9. Jste spokojen/a s kvalitou Vašeho spánku v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou?
10. Jste spokojený/á s podporou, kterou Vám v rámci Vašeho onemocnění ledvin poskytují rodina a přátelé?
11. Jak moc je pro Vás důležitá opora, kterou Vám poskytuje rodina a přátelé?
12. Změnilo u Vás onemocnění ledvin a léčba možnost věnovat se svým zálibám a koníčkům?
13. Změnila u Vás léčba a onemocnění ledvin délku Vašeho volného času?
14. Jak trávíte svůj volný čas?
15. Víte, které aktivity jsou vhodné?
16. Nastaly u Vás v důsledku dialýzy nějaké změny v zaměstnání?
17. Změnila se v souvislosti s onemocněním ledvin a dialýzou Vaše finanční situace?
18. Jak jste spokojen/a se způsobem trávení dovolené?
19. V čem pro Vás dialýza představuje největší omezení?
20. Do jaké míry Vám vadí nutnost pravidelně navštěvovat dialyzační středisko?
21. Jak moc Vás omezuje dodržování dietních opatření v souvislosti s onemocněním ledvin?
22. Víte, proč je pro Vás dodržování správné životosprávy důležité?
23. Jste schopni si sestavit jídelníček na celý den?
24. Jak moc Vás omezuje dodržování omezení tekutin?

25. Vedete si záznamy o příjmu tekutin?
26. Trpíte nechutenstvím?
27. Nakolik Vás omezují komplikace jako je bolest, žízeň, otoky, svědění související s onemocněním ledvin a dialýzou?
28. Důvěřujete zdravotnickému personálu?
29. Jste spokojený/á s přístupem zdravotnického personálu k Vaší osobě?
30. Co vyžadujete od zdravotnického personálu?
31. Byla Vám nabídnuta peritoneální dialýza?
32. Z jakého důvodu jste nevyužil/a peritoneální dialýzu?
33. Máte k dispozici sociální pracovníci?
34. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a?
35. Jste zařazen/a do transplantačního programu?

9.3 Dialyzační protokol HEMODIALYZAČNÍHO STŘEDISKA NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE A.S.

Datum: _____ Přístroj: _____ Číslo protokolu: _____

Protokol ambulantní hemofiltrace HF / hemodiafiltrace HDF

Jméno: _____ Rodné číslo: Číslo HF: _____

Krevní skupina: _____ Diureza za 24 h _____ ml Počet HF týdně: _____ Trvání HF _____ h Dieta: _____

Optimální suchá hmotnost _____ kg (stanovi lékař) Dialyzátor: _____ Náptí: _____ Způsob napojení: _____

Klinický stav nemocného:

Trvalá terapie při dialýze: _____

Hodina dialýzy	0	1	2	3	4	5	6	Ultrafiltrace celkem	ml	za 1 hodinu	ml
Čas								Před výkonem:			
Heparin (mg)								TK: _____ / _____ mmHg			
Úbytek (kg)								Puls: _____ /min.			
Teplota °C 40 TK 280								Hmotnost: _____ kg			
39 260								Čas: _____			
38 240								TMP: _____			
37 220								UF: _____			
36 200								UF rate: _____			
35 180								Směňovaný objem: _____			
160								Profiling: _____			
120 120								Komplikace při výkonu:			
100 100											
80 80											
60 60											
40 40											
20 20											
10 10											
0 0											

Transfuze:

Léky:

Předepsáno	Vydáno

Předepsáno	Vydáno

ZP:	Dg.:	ZULP:
18530 hemofiltrace HF	18550 hemodiafiltrace HDF	09225 kanylace CŽT
11111 EKG (internista)	09227 apl. krve a krev. der.	81441 glykemie
09115 odběr biol. mat. (Q)*	09119 odběr krve ze žíly (Q)*	

*Q - výkon je při hospitalizaci agregován do ošetřovacího dne - nevykazuje se

Sestry ve službě: _____ Lékař: _____

Datum: / /

Přístroj: _____

Číslo protokolu: _____

Protokol ambulantní chronické hemodialýzy / ultrafiltrace

Jméno: _____ Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

 Číslo dialýzy: _____

Krevní skupina: _____ Diureza za 24 hod.: _____ ml Počet dialýz týdně: _____ Trvání dialýzy: _____ hod. Typ dialýzy: _____ Dieta: _____

Optimální suchá hmotnost: _____ kg (stanovi lékař) - Dialyzátor: _____ Náplň: _____ UF celkem _____ ml • UF _____ ml/hod.

Cévní přístup: _____ Funkce: _____

Venosní odpor: _____ mmHg Průtok: _____ ml/min.

Klinický stav nemocného:

Před dialýzou:

TK: _____ / _____ mmHg

puls: _____ / min.

hmotnost: _____ kg

Po dialýze:

TK: _____ / _____ mmHg

puls: _____ / min.

hmotnost: _____ kg

Hodina dialýzy	0	1	2	3	4	5	6
Čas							
Heparin (mg)							
Úbytek (kg)							
Teplota °C	TK	280					
39	260						
38	240						
37	220						
36	200						
35	180						
160							
puls/min.	140	140					
120	120						
100	100						
80	80						
60	60						
40	40						
20	20						
10	10						
0	0						

Trvalá terapie po dialýze _____

Transfuze _____

Komplikace při výkonu - aktuální terapie

Léky:

Předepsáno:	Vydáno:

Předepsáno:	Vydáno:

ZP:	DG:	ZUM-ZULP:			
18522 chronická dialýza	18521 akutní dialýza	18590 izolovaná ultrafiltrace	81441 glykemie		
09225 kanylace CŽT	09233 okskrová anestézie	11111 EKG (internista)	09227 apl. krve a den		
09115 odběr biol. materiálu (Q)*	09119 odběr krve ze žíly (Q)*				

* při hospit. sreggován do ošetrovacího dne

Sestry ve službě: _____ Lékař: _____

Tisk: TISKARNA FRING - 24/01/08

9.4 Dialyzační protokol HEMODIALYZAČNÍHO STŘEDISKA FRESENIUS MEDICAL CARE PŘÍBRAM



Fresenius Medical Care

FMC-DS Příbram

Podbrdská 269 Příbram 261 01

Dialyzační protokol

16/07/2012

Rodné číslo

Číslo dialýzy

Diabetes

218

ZP

Skupina pacienta

HD

Dialýza navíc?

Ne

Základní údaje	Časy	Hmotnost / UF	Krev	Dialyzát/UF
Metoda: HDF	Frekvence: 3 x 4:20	Celková UF (ml): 2900.0	Průměrný průtok krve (ml/min): 357.87	Auto Flow index: 1
Směna: Po/Sl/Pá odpolední	Čas napojení (h:m): 12:33	Cílová hmotnost (kg): 68.0	Objem ošetřené krve (l): 90.90	Na profil/Požadovaný Na: -138
Sál/Lůžko: Sál C1 / HD Station 004	Čas odpojení (h:m): 16:58	Hmotnost před (kg): 70.6	Průměrný arteriální tlak (mmHg): -235	UF profil:
ID Monitoru: 7	Efektivní čas dialýzy (h:m): 4:14	Hmotnost po (kg): 68.6	Průměrný venózní tlak (mmHg): 100	Koncentrace HCO3 (mmol/l): 32
Typ monitoru: 5006	Celková doba dialýzy: 4:20	Poslední BCM: 13/06/2012	OCM Kt/V: 1.86	Teplota dialyzátu (°C): 35.5
Výr. číslo monitoru: 6VEA4432		Hmotnost NH BCM (Kg): 67.8	Průměrná OCM clearance (ml/min): 192.56	
		Rozdíl proti NH BCM (Kg): 0.8	Dosažený objem substituce (l): 20.02	
		Příjem tekutin (kg): 0.50	Vzhled dialyzátoru: Čistý	
		Vracený objem (kg): 0.20		

Alergie:

Anatomická pozice	Datum vytvoření	Stav	Cévní přístup	Typ cévního přístupu	Poznámka z předpisu	Poznámky	Použit?
Radiocefalický distální vlevo	05/13/2011	používán pro dialýzu	fistule	fistula A-V radiocephalica l.sin side to end	25.86		Ano

Antikoagulace

Léčivo	Bolus	Dávka do konce	Udržovací dávka	Čas vypnutí	Podáno?	Čas	Důvod pro nepodání	Poznámky	Šarže
FRAXIPARINE INJ SOL 10X0.4ML			3800		Ano				

Material

	Material	Personál
Dialyzátor:	FX CorDiax 600 HDF - 1 - TEX021;	Sestra
Set:	AV set Online Plus 3008-R - 1 - TBU093;	Napojil: 12:00 15:30
BiBag:	BiBag 8008 650g - 1 - TDS171;	Převzal: 15:30 18:00
Kyselý koncentrát:	AF 81 - CDS;	Odpojil:
Fyziologický roztok / FrekaFlex:		
Jehly:	FISTULA NEEDLE 16G ART. ROT.WING T16,N25 - 1 - TCN101; FISTULA NEEDLE 16G VEN. ROT.WING T16,N25 - 1 - SFN254;	
Produkt:		

Proplach

Typ proplachu	Objem proplachu (ml)	Čas proplachu	Byl proplach proveden?	Čas	Poznámky
---------------	----------------------	---------------	------------------------	-----	----------

Plánované úkony

Čas	TK	Pulz	Teplota	Art.tlak	Ven.tlak	TMP	UF		Těl.teplota	Prútok	Měření fistule				
							rychlost	objem			Čas	Ef.Prútok	Rec. RZ	Rec. SZ	Prútok ve fistuli
[h:m]	[mmHg]	[F/min]	[°C]	[mmHg]	[mmHg]	[mmHg]	[ml/h]	[ml]	[°C]	[ml/min]					
12:33	101/41	67	36.2								Průměr				
13:15	86/41	49		-200	135	215	954			380					
14:00	94/47	75		-240	115	225	866			380					
14:45	90/40	55		-250	95	250	707			360					
15:30	94/44	64		-270	70	205	627			330					
15:36	96/38	65		-270	70	205	627			330					
15:46	108/53	67		-180	115	160	660			350					
16:58	94/54	48													

Podané terapie

Léčivo	Od	Do	Poznámky	Podáno?	Dávka	Šarže
ARANESP 10 MCG SDR+IVN INJ SOL 1X0.4ML NB				Ano	1 INJ SOL	1 INJ SOL
NATRIUM CHLORATUM BIOTIKA 10% INJ SOL 5X10ML 10%				Ano	10.00 ml	
CALCIUM GLUCONICUM 10% B.BRAUN INJ SOL 20X10ML				Ano	10.00 ml	
TRALGIT 50 INJ SOL 5X1ML/50MG				Ano	1 INJ SOL	

Podaná transfúze

Termosterilná dezinfekce provedena ?	Ano	Dezinfekce	Dekontaminace povrchu provedena ?	Ano

Glykemický test / Insulin

Čas	Hodnota glykémie (mmol/l)	Čas	Insulin	Typ insulinu	Typ insulinu	Šarže

Komplikace

Čas	Typ	Podtyp	Poznámky
15:45	Jiné	Jiné	Aplikace Natrium chloratum 10%+ Calcium Gluconicum 10% i.v.

Symptomy

Poznámka sestry

bez komplikací,
kontrola pac.po 1 hodině,
Křeče

Poznámka lékaře / Závěr

Stoňol ji zádá
O: dýchání skřipkové, čisté, srdce nezv., akce reg., 2. ozvy, syst.š., 1/6v, prekorđiu, břiřho klidné, játra ani slezina nezv., DK bez otoků, bez známek zánětu
Nabrat KO chybi v náběřech, Tramaf 50 1 v, koncem HD /na cestu/p. p.
bez komplikací, UF nedodržána, KP komp., bez hypotense

Poznámka z předpisu

BCM 6 normohydratace 67,8kg
Pacientka poučena o dietě s omezením potravin obsahujících P a K.
Pacientka na HDF-ON z důvodů oběťové stability.

Indikace transportu

Doprava sanitním/soukromým vozem na HD/po HD indikována.

Sestra: _____

Lékař: _____

9.5 Informační brožura pro dialyzované pacienty

Veselé čtení pro DLOUHODOBĚ DIALYZOVANÉ PACIENTY



O čem to je?

O Vašich nevyčerpatelných možnostech!

CO MUSÍME:

- důvěřovat zdravotnickému personálu a rodině
- být řádně edukováni
- komunikovat
- ptát se a zajímat se
- umět pečovat o cévní přístupy
- dodržovat dietní omezení
- najít si vhodné aktivity

CO NESMÍME:

- stranit se svému okolí
- propadat panice
- psychicky a fyzicky se přetěžovat

A hlavně.....neházet flintu do žita...

CO NÁM NEBYLO ZAKÁZÁNO:

- přemýšlet o svém využívání volného času
- udělat jasné kroky k tomu, abychom nedovolily změnu kvality života k horšímu
- hledat řešení ze svých omezení, která z důvodů nemoci musíme respektovat
- radit se s našimi nejbližšími v rodině a s přáteli a hledat v nich dobré náměty k tomu, jak si vhodně upravit svůj denní a týdenní režim a nechat se inspirovat jejich nekonečnými nápady
- Vymýšlet si, co s volným časem a začít je postupně uskutečňovat

CO OD NÁS OČEKÁVAJÍ:

Na dialyzačním středisku?

- mimo důležitých nezbytností také naši dobrou náladu, optimismus a chytré rozumování
- pochopení toho, že „ti lidé od dialýzy“ mohou být i Vašimi dobrými přáteli
- neplatí vždy „mluviti stříbro a mlčeti zlato“
- komunikujte a mluvte
- hledejte společně se zdravotníky inspiraci, sílu a dobré nápady k tomu - jak se umět vrátit k tomu, co nás baví a zajímá

NAŠI NEJBLIŽŠÍ?

- obtěžujte je a nešetřete je
- zahrňte je svými nápady a přesvědčujte je, že vy nejste tak nemocní, abyste nemohli dělat „tamto a tohle“
- zajímejte se o jejich záliby, koníčky a hobby, pochvalte jim je a nechte se přizvat a zapojte se
- vyzkoušejte vše, co Vám přináší radost a uspokojení a hledejte i technické a časové řešení svých aktivit

CO BYCHOM MOHLI ZMĚNIT SAMI NA SOBĚ?

- Přestaňme se litovat, buďme tvůrci dobrých skutků a odmítněte lenost
- síla je v přírodě a v lidech kolem Vás
- máme v sobě netušené schopnosti ve své psychice, rozumu a intuici
- spolupracujme se zdravotníky, opakovaně zkoušejme to, co nejde, radme se a buďme trpěliví
- a také buďme dobří rádci ostatním kolegům, tedy těm ostatním dlouhodobě dialyzovaným pacientům a umějme se podělit o dobrou zkušenost

A HLAVNĚ:

- soustředíme se na svůj život v očekávání dobrého, nejsme vyřazeni z života, jen malinko omezení...
- mějme dobrou náladu
- hledějme takové činnosti, aby každá volná minutka byla vyplněná činností, která je milá pro nás a ostatní...

Zpracovala: Eva Mészárosová

Zdroje: Obrázek [online]. [cit. 2012-22-6].

Dostupné z: <<http://www.google.cz/>>.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2006.

211 s. ISBN 978-80-247-1777-7.

