



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Diplomová práce

Komparace ošetrovatelské péče o nemocné s peritoneální dialýzou a hemodialýzou

Vypracovala: Bc. Jaroslava Janoušková
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Počet pacientů s onemocněním ledvin celosvětově stoupá. Mezi tato onemocnění patří i chronické selhání ledvin s nutností dialyzační léčby. Problematika spojená s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům v dialyzačním programu je rozsáhlá a specifická. Zahájení léčby peritoneální dialýzou nebo hemodialýzou pro pacienty znamená velkou psychickou zátěž. Výrazně ovlivňuje život nejen jim, ale i všem nejbližším. Nemocní v pravidelném dialyzačním programu se potýkají se spoustou zdravotních i sociálních problémů. Vzájemná důvěra mezi sestrou a dialyzovaným pacientem do určité míry ovlivňuje průběh léčby. Vyrovnaný a spokojený pacient může žít kvalitnější a hodnotnější život.

Cíle práce:

- 1) Zjistit, zda je srovnatelně kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou.
- 2) Zjistit, zda je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou.
- 3) Zjistit, zda jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou.

Výzkumné otázky:

- 1) Je ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou srovnatelně kvalitní?
- 2) Je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou?
- 3) Jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů hemodialýzou a s peritoneální dialýzou?

Použité metody:

V empirické části diplomové práce byl při zpracování dat použit kvalitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou nestandardizovaného rozhovoru. Vytvořeny byly tři soubory otázek pro tři skupiny respondentů a to s peritoneální dialýzou, s hemodialýzou a pro sestry, které pečují o pacienty s hemodialýzou i

s peritoneální dialýzou. Kritériem výběru respondentů byla ochota spolupracovat. Osloveným respondentům byla vysvětlena podstata a účel výzkumného šetření. Rozhovory s respondenty byly zaznamenány, následně přepsány a zanalyzovány. Z analýz vytvořeny kategorie a podkategorie. Rozhovory s pacienty se zjišťovalo, jak vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči, přístup sester a způsob vzájemné komunikace při hemodialýze a při peritoneální dialýze. Rozhovory se sestrami byly zaměřeny na srovnatelnost a náročnost poskytované ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou, dále na používané formy komunikace a způsob přístupu k těmto pacientům.

Výsledky:

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou vnímají respondenti pacienti s peritoneální dialýzou, s hemodialýzou i respondentky sestry, které tuto péči poskytují jako stejně kvalitní. Peritoneální dialýza i hemodialýza mají každá svoje specifika a jiný způsob provedení. Obě jsou poskytované v rozdílném prostředí. Peritoneální dialýzu si provádí pacient sám ve svém sociálním prostředí. Během hemodialýzy poskytují ošetrovatelskou péči pacientovi sestry na hemodialyzačním středisku. Jako srovnatelný je vnímán všemi respondenty také přístup sester k pacientům a to ke každému individuálně. Závěrem z výsledků vyplývá, že sestry při kontaktu s pacienty s peritoneální dialýzou i hemodialýzou používají srovnatelné formy komunikace i edukace.

Závěr:

V současnosti je snaha provádět dialyzační léčbu co nejvíce ve prospěch pacienta. Peritoneální dialýza i hemodialýza jsou považovány za rovnocennou náhradu funkce ledvin. Liší se jen principem a způsobem provedení. Ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou je respondenty výzkumného šetření vnímána jako srovnatelně kvalitní. Výsledky této práce mohou být podkladem pro další výzkumná šetření.

Klíčová slova: edukace; hemodialýza; komunikace; ošetrovatelská péče v nefrologii; pacient; peritoneální dialýza; psychická zátěž; sestra

Abstract

The number of patients with kidney disease is increasing worldwide. Such diseases include chronic kidney failure that needs dialysis treatment. Problems associated with providing nursing care to patients in a dialysis program are extensive and specific. Starting the treatment with a peritoneal dialysis or a haemodialysis causes a great psychological burden to patients. It noticeably affects not only patients' lives but also lives of their family and friends. Patients in the regular dialysis program are facing many health and social problems. Mutual trust between a nurse and a patient on dialysis to a certain extent influences the course of the treatment. Balanced and satisfied patient can live a better and more valuable life.

The goals of the thesis:

- 1) To determine whether a comparably high quality nursing care is provided to patients with haemodialysis and peritoneal dialysis
- 2) To determine whether the approach to the provision of nursing care to the patients with haemodialysis and peritoneal dialysis is comparable.
- 3) To determine whether comparable forms of education and communication are used in providing nursing care for the patients with haemodialysis and peritoneal dialysis.

Research questions:

- 1) Is the nursing care provided to the patients with haemodialysis and peritoneal dialysis of comparable quality?
- 2) A the approach to the provision of nursing care for patients with haemodialysis and peritoneal dialysis comparable?
- 3) Are comparable forms of education and communication used in providing nursing care for the patients with haemodialysis and peritoneal dialysis?

Methods used:

In the empirical part of the thesis a qualitative research was used to process data. The research was conducted through a non-standardized interview. Three sets of questions were created for the three groups of respondents, i.e. the respondents with peritoneal dialysis, respondents with haemodialysis and nurses who take care of patients

with haemodialysis and peritoneal dialysis. The criterion for the selection of respondents was their willingness to cooperate. The nature and purpose of the research was explained to the addressed respondents. From the interviews with patients it was determined how they perceive the provided nursing care, the nurses' approach, and the way of interaction during haemodialysis and peritoneal dialysis. Interviews with nurses were focused on comparability and demands of nursing care for patients with haemodialysis and peritoneal dialysis, as well as on the used forms of communication and the way how to approach these patients.

Results:

The results of the research show that the care provided to patients with peritoneal dialysis as well as with haemodialysis is perceived by the responding patients with peritoneal dialysis, with haemodialysis and nurses as of the same quality. Peritoneal dialysis and haemodialysis each have their specificities and a different way of execution. Both are provided in differing environments. Peritoneal dialysis is done by the patient himself in their own social environment. During haemodialysis, nursing care is provided to the patient by nurses in a haemodialysis centre. As comparable is perceived by all respondents the nurses' approach to the patients, i.e. to each patient individually. In conclusion, the results imply that nurses during the contact with the patients with peritoneal dialysis and with haemodialysis use comparable forms of communication and education.

Conclusion:

At the present time there is an attempt to perform dialysis treatment to benefit the patient as much as possible. Peritoneal dialysis and haemodialysis are considered as equivalent substitute for renal function. They differ only in the principle and the method of executing. Nursing care provided to patients with peritoneal dialysis and with haemodialysis is perceived by the respondents as of comparable quality. The results of this thesis can be the basis for further research.

Keywords: education; communication; hemodialysis; a nurse; nursing care in Nefrology; patient; peritoneal dialysis; physical burden

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – 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 dne 19. 5. 2014

.....

Bc. Jaroslava Janoušková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové za spolupráci, cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce. Děkuji také všem klientům a sestřám za jejich ochotu a pomoc při sběru informací.

Obsah

Úvod	13
1 Současný stav	14
1. 1 Historie a vývojové trendy dialyzační léčby	14
1. 1. 1 Historie dialyzační léčby	14
1. 1. 2 Vývojové trendy dialyzační léčby	18
1. 2 Selhání funkce ledvin	18
1. 2. 1 Akutní selhání ledvin	19
1. 2. 2 Chronické selhání ledvin	20
1. 3 Metody náhrady funkce ledvin	21
1. 3. 1 Hemodialýza	21
1. 3. 2 Peritoneální dialýza	24
1. 3. 3 Transplantace ledvin	26
1. 4 Ošetrovatelská problematika dialyzovaných pacientů	27
1. 4. 1 Nejčastější zdravotní komplikace dialyzovaných pacientů	29
1. 4. 2 Pacient s peritoneální dialýzou	30
1. 4. 3 Pacient s hemodialýzou	32
1. 5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou	34
1. 5. 1 Vztah dialyzovaného pacienta a sestry	36
1. 5. 2 Dialýza a její důsledky v životě pacienta	38
2 Cíl práce a výzkumné otázky	44
2. 1 Cíl práce	44
2. 2 Výzkumné otázky	44
3 Metodika	45
3. 1 Popis metodiky	45
3. 2 Charakteristika výzkumného souboru	45
3. 2. 1 Pacienti s peritoneální dialýzou	46
3. 2. 2 Pacienti s hemodialýzou	46
3. 2. 3 Sestry hemodialyzačního střediska	47

4 Výsledky	49
4. 1 Kategorizace respondentů s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou	49
4. 1. 1 Základní informace o respondentech s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou	49
4. 1. 2 Příčiny chronického selhání ledvin	50
4. 1. 3 Délka dialyzační léčby	51
4. 1. 4 Kontroly v nefrologické ambulanci	51
4. 1. 5 Možnosti výběru mezi peritoneální dialýzou a hemodialýzou	52
4. 1. 6 Hodnocení přístupu sester	53
4. 1. 7 Dostatek znalostí sester	54
4. 1. 8 Spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí	55
4. 1. 9 Poskytování informací během léčby	56
4. 1. 10 Požadavek změny při poskytování ošetrovatelské péče	57
4. 2 Kategorizace sester hemodialyzačního střediska	58
4. 2. 1 Základní informace – vzdělání a délka praxe respondentek sester HDS	58
4. 2. 2 Poskytování ošetrovatelské péče	59
4. 2. 3 Kvalita poskytované ošetrovatelské péče pacientům s PD a s HD	59
4. 2. 4 Náročnost a obsáhlost ošetrovatelské péče a pacientů s PD a s HD	61
4. 2. 5 Vliv důvěry na kvalitu ošetrovatelské péče	62
4. 2. 6 Vnímání vztahu sestry s pacientem	62
4. 2. 7 Potřeba individuálního přístupu	63
4. 2. 8 Poskytování informací během PD, HD	64
4. 2. 9 Ochota sester ke změně přístupu k pacientům s PD a s HD	65
5 Diskuse	67
6 Závěr	75
7 Seznam použitých zdrojů	77
8 Přílohy	82

Seznam použitých zkratek

ASL – akutní selhání ledvin

CHSL – chronické selhání ledvin

AVF – arterio-venózní fistule

AVG – arterio-venózní graft - permcath

HD – hemodialýza

PD – peritoneální dialýza

HDS – hemodialyzační středisko

CAPD – kontinuální (ruční) peritoneální dialýza (continual ambulatory peritoneal dialysis)

APD – automatizovaná peritoneální dialýza (automated peritoneal dialysis)

Úvod

„Nejde jen o to žít, jde o to, dobře žít.“ P.Ricour

Počet pacientů s onemocněním ledvin celosvětově stoupá. Mezinárodní federace pro nemoci ledvin a Mezinárodní nefrologická společnost proto vyhlásily **Světový den ledvin**. Koná se **13. 3.**, letos byl již 9. ročník. Cílem je u odborné i laické veřejnosti zvýšit povědomí o nemocech ledvin a podporovat jejich prevenci. Každý rok je tento den zaměřen na jedno hlavní téma, týkající se onemocnění ledvin. Letos bylo tématem **chronické onemocnění ledvin a stárnutí**. Onemocnění ledvin se může objevovat kdykoliv během života, ale ve vyšším věku je diagnostikováno mnohem častěji. V počátečním stadiu obvykle není poznat, protože ledviny nebolí a nejsou přítomny žádné příznaky. V předchozích ročnících byla zjištěna přibližně u 15 procent vyšetřených snížená funkce ledvin, z toho 80 procent z nich se do té doby vůbec nikde neléčilo.

Se stárnutím populace přibývá počet pacientů, kteří mají nějaké chronické onemocnění. Mezi tato onemocnění patří i chronické selhání ledvin s nutností dialyzační léčby. Problematika spojená s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům v dialyzačním programu je rozsáhlá a specifická. Tito pacienti mají často více chronických onemocnění najednou. Zahájení dialyzační léčby pro ně znamená velkou psychickou zátěž. Peritoneální dialýza nebo hemodialýza výrazně ovlivňuje život nejen pacientům, ale i všem nejbližším.

V této diplomové práci se zabýváme komparací ošetrovatelské péče o nemocné s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou. Nemocní v pravidelném dialyzačním programu podstupují nejen dialyzační léčbu, ale také řadu diagnostických a léčebných zákroků, které s ní souvisejí. Z toho plyne spoustou zdravotních i sociálních problémů, s kterými se musejí potýkat. Vzájemná spolupráce dialyzovaného pacienta případně i jeho rodiny s ošetřujícím personálem ovlivňuje pacientovu psychiku a ten pak může žít kvalitnější a hodnotnější život. Při navození vzájemné důvěry vnímá dialyzovaný pacient ošetřující sestru jako partnera, kterému se nebojí svěřit do péče, případně i se svými osobními problémy.

1 Současný stav

V celém světě narůstá počet pacientů s chronickým selháním ledvin (dále CHSL). Terminální stadium CHSL je stav, kdy musí být ztracená funkce ledvin nahrazena. Mezi náhrady funkce patří hemodialýza (dále HD), peritoneální dialýza (dále PD) a transplantace ledviny.

Dialyzační léčbu pacientů s CHSL v terminálním stadiu zajišťují hemodialyzační střediska (dále HDS). Dostupnost dialyzační léčby se celosvětově liší. Záleží na geografických a ekonomických možnostech jednotlivých států. Úroveň poskytované péče dialyzovaným pacientům je zkoumána ze získaných dat z jednotlivých dialyzačních středisek, která jsou statisticky zpracovaná.

Z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR vyplývá, že možnosti dialyzační léčby v České republice (dále ČR) byly ještě roku 1990 značně omezené. Až po roce 1992 došlo ke vzniku řady nových dialyzačních středisek. Podle statistik bylo v roce 1991 na území ČR evidováno 43 středisek. Na konci roku 2000 jich bylo o 43 více, včetně 3 středisek zaměřených na dialyzační léčbu dětských pacientů v terminálním stadiu CHSL (ÚZIS ČR 1990 – 2000).

Odbornou péči dialyzovaným pacientům zajišťují lékaři specialisté v oboru nefrologie, ošetrovatelskou péči poskytují sestry odborně proškolené a zaučené v problematice péče o dialyzované pacienty. V současnosti mají hemodialyzační střediska dostatečnou kapacitu pro pacienty v akutním i chronickém dialyzačním programu s možností léčby hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.

1. 1 Historie a vývojové trendy dialyzační léčby

1. 1. 1 Historie dialyzační léčby

Dějiny dialýzy sahají až do roku 1854, kdy skotský chemik Thomas Graham studoval dialýzu na propustnosti stěny hovězího močového měchýře. O rok později se německý fyziolog Adolph Fick zabýval studiem difúze koloidních roztoků. Tento princip využili v roce 1912 k sestrojení prvního dialyzátoru baltimorští fyziologové

Abel, Rowntree a Turner. První pokus s ním provedli na psech (Sulková, 2000, Tesař, 2011).

Velký posun v dialyzační léčbě nastal ve čtyřicátých letech minulého století. Mladý holandský lékař W.J.Kolff uskutečnil v roce 1940 první úspěšnou dialýzu člověka pomocí umělé ledviny v malé nemocnici v Kampenu. Výsledky své práce aplikoval v roce 1943 k léčbě 15 pacientů v terminálním stadiu chronického selhání ledvin. Bohužel bez úspěchu. Umělá ledvina si tak vysloužila jméno „smrtící stroj“. Až o dva roky později, pomocí umělé ledviny, vyléčil pacientku s akutním hepatorenálním selháním. Svým léčebným pokusem tak nakonec dokázal, že je možné pacienta s akutním selháním ledvin zachránit (Lachmanová, 1999).

První dialyzační střediska vznikala v padesátých letech minulého století v USA i v Evropě. Podle statistik bylo v roce 1957 v Evropě sedm dialyzačních středisek, z toho jedno v Praze. Dialyzační přístroje byly v té době primitivní, jednoduché, velkoobjemové, velkoplošné. První pracoviště umělé ledviny v České republice bylo na II. Interní klinice 1. LF UK u profesora Vančury v Praze. Zde byla provedena první úspěšná dialýza 10. 12. 1955, s použitím Alwallova dialyzátoru, který se skládal ze dvou dvojitých dialyzačních válců o váze 45 kg a výšce 80cm. Náplň pacientovi krve do oběhu dialyzačního okruhu mimo tělo byla 800 ml. Druhé dialyzační pracoviště vzniklo v roce 1957 na I. Interní klinice v Hradci Králové. Pacienti byli napojováni na dialyzační přístroj pomocí skleněných kanyl zavedených do vřetení tepny a loketní žíly. Pravidelná dialyzační léčba byla zahájena až od roku 1965 (Lachmanová, 2008).

Dialyzačních monitorů pro pacienty s chronickým selháním ledvin v terminálním stadiu byl v začátcích velký nedostatek. Akutní dialýzy zajišťovala pouze pracoviště v Praze a Hradci Králové. Právě pracovníkům dialyzačního střediska v Hradci Králové se podařilo vyvinout hemodialyzační přístroj s centrálním monitorem a centrálním rozvodem dialyzátu. Zvětšením kapacity mohl být na tomto středisku následně spuštěn třisměnný provoz. Sestry během noční směny, mimo péče o dialyzované pacienty, vyráběly dialyzační cívky navržené lékařem pro pacienty. Po roce provozu dialyzačních přístrojů bez poruchy byl tento systém vyroben a instalován do dalších nově vznikajících hemodialyzačních středisek v Plzni, Českých Budějovicích,

Zlíně, Olomouci, Košicích, ale i v zahraničí, v německém Magdeburgu a maďarském Debrecenu. Koncem roku 1969 byla postupně hemodialyzační léčba dostupná průměrně pro více než 100 pacientů se selháním ledvin ročně. Stejný rok se v Hradci Králové konala první celostátní nefrologická konference, kde zároveň začalo statistické hodnocení dialyzační léčby v tehdejší Československu (Sulková, 2000).

Dialyzační léčba se stále rozvíjela, přesto se vědělo, že dialyzačních monitorů je nedostatek a ne pro každého pacienta bylo volné místo. S problémem, komu dialýzu poskytnout a komu ne, se v počátcích dialyzační léčby potýkali lékaři na celém světě. Byla to pro ně velmi svízelná a emotivní situace (Haškovcová, 2012).

Ještě v roce 1992 bylo na území tehdejší Československé republiky (dále ČR) pouze 27 hemodialyzačních středisek. Byly zaměřené hlavně na poskytování hemodialýzy. Peritoneální dialýza se v té době u pacientů prováděla minimálně (Sulková, 2000).

Podle zpracování statistických dat o poskytování dialyzační léčby bylo ke konci roku 2012 v ČR evidováno 100 hemodialyzačních středisek, ve kterých se léčilo během toho roku 11 802 pacientů. Akutní hemodialyzační léčba byla provedena u 4647 pacientů. V chronickém programu bylo 7 155 pacientů, z toho 92 % s hemodialýzou a 8 % s peritoneální dialýzou (Statistická ročenka ÚZIS ČR, 2012).

Od první, úspěšné hemodialýzy provedené ve světě uplynulo bez mála 70 let, v ČR je to skoro 60 let. Nejprve byla dialyzační léčba určena jen pro pacienty s akutním selháním ledvin, od šedesátých let minulého století pak i pro pacienty s chronickým selháním ledvin. Největší rozšíření sítě dialyzačních středisek v ČR nastalo po změně politického režimu v 90. letech minulého století (Lachmanová, 2008).

Dějiny peritoneální dialýzy sahají do 70 let minulého století. V roce 1968 byl vynalezen Tenckhoffův katétr. Ten je pacientům zaveden do dutiny břišní a provádí se přes něj výměny dialyzačního roztoku. Přibližně od roku 1975 byla peritoneální dialýza zavedena jako léčebná metoda. V České republice se používá od roku 1978. Nejprve se prováděla v Brně a v Praze. Dialyzační roztok byl původně, stejně jako infuzní roztoky, ve skleněných lahvích, které se připojovaly na set. Ten se připojil na peritoneální katétr a roztok se napustil do dutiny břišní. Tekutina (dialyzát) se vypouštěla do džbánu na

sběr moči. Byla to hodně primitivní metoda s velkým množstvím komplikací a peritonitid. Výrazný zlom nastal v roce 1990. Začaly se používat moderní vaky s roztoky a zdokonalené pomůcky. To znamenalo větší komfort pro pacienty. V začátcích léčby byly hlavním problémem peritonitidy. Dnešním trendem je ochrana peritonea. Používají se šetrnějších dialyzační roztoky s bikarbonátem. Vaky se vyrábějí jinými metodami, aby v roztocích bylo co nejméně rozpadových produktů, které mohou poškozovat peritoneum (Bednářová, 2012).

Z dějin transplantace jsou první zmínky o přenosech orgánů, hlavně ledvin, zaznamenány na přelomu 19. a 20. století. Šlo o pokusy zejména na psech. Významný přínos do problematiky transplantací vnesl francouzský chirurg Carrel vypracovanou technikou cévní rekonstrukce. Publikoval jí v roce 1902, její principy jsou platné dodnes. V počátcích byly ledviny pacientům umisťovány heterotopicky na krku, na paži, v třísele, ale bez velkého úspěchu. Funkce ledviny ustávala po několika hodinách, maximálně dnech. Chirurgická technika se změnila až v padesátých letech minulého století, umístěním transplantované ledviny extraperitoneálně do jámy kyčelní s napojením na pánevní cévy a s vyústěním ureteru do močového měchýře. Tato technika se používá i dnes. Také byla v této době prvně použita imunosupresivní léčba u několika pacientů. Bohužel bez zjevného efektu. Významným milníkem ve vývoji imunosuprese byl objev cyklosporinu A v roce 1979. Jeho použití výrazně zlepšilo výsledky u pacienta. Snížil se výskyt akutních rejekcí v prvním roce po transplantaci z 80% na 50%. Cyklosporin A svým účinkem umožnil i rozvoj transplantace jiných orgánů. V České republice byl první, neúspěšný pokus transplantace v listopadu 1961 na chirurgické klinice v Hradci Králové. První úspěšná transplantace ledviny byla provedena v roce 1966 v Ústavu klinické a experimentální chirurgie v Praze (dnešní IKEM). V devadesátých letech 20. století došlo v transplantačním programu k výraznému zlepšení organizace odběru ledvin, byla zavedena funkce transplantačního koordinátora. Vývoj transplantace ledviny, za více než 50 let, je jednou z nejúspěšnějších etap soudobé medicíny. Nemocným, kteří mají poškozené životně důležité orgány, může transplantace výrazně změnit a prodloužit život (Viklický, 2008).

1. 1. 2 Vývojové trendy dialyzační léčby

V počátcích chronické dialyzační léčby byly jednotlivé procedury hemodialýzy dlouhé a pomalé. Trvaly 8 až 12 hodin a přesto s malou účinností. Zdoluhavá byla i samotná příprava jedné procedury, která trvala až 20 hodin. Očišťování krve v té době přinášelo mnoho komplikací pacientům, ale i ošetřujícímu personálu. Největším rizikem byl přenos virových hepatitid. V průběhu vývoje dialyzační léčby, techniky i spotřebního materiálu byla a je neustálá snaha všechny případné komplikace eliminovat na minimum. Zvýšila se bezpečnost pro pacienta i ošetřující personál v celém průběhu hemodialýzy (dále HD) a stále se zvyšuje i její účinnost. Dnešní dialyzátory umožňují očištění katabolitů z organismu pacienta za podstatně kratší dobu, než v začátcích léčby. Délka jedné dialýzy trvá obvykle 4 až 5 hodin. Sestry hemodialyzačních středisek v současnosti poskytují pacientům vysoce specializovanou péči. Pracují s kvalitními a bezpečnými hemodialyzačními přístroji, které musí v rámci zachování kvality ošetrovatelské péče umět perfektně ovládat (Kracíková, 2011; Sulková, 2000).

V posledních letech se v souvislosti s rostoucím věkem populace výrazně změnilo složení dialyzovaných pacientů. Více než 60 % pacientů je starší 60 let a z toho největší skupinu tvoří pacienti nad 75 let. Vyšší věk znamená významný rizikový faktor. Se stárnutím jsou spojené morfologické a funkční změny organismu. Pacienti vyššího věku jsou převážně polymorbidní a mívají i více chronických onemocnění najednou. Vzhledem ke zdravotním komplikacím není u nich naděje na transplantaci ledviny. Zůstávají tak doživotně závislí na dialyzačním přístroji. Třetina dialyzovaných pacientů má diabetes mellitus (Kracíková, 2011).

1. 2 Selhání funkce ledvin

Selhání funkce ledvin je stav, kdy ledviny nejsou schopny organismus člověka zbavit produktů metabolismu a udržet rovnováhu vnitřního prostředí. V důsledku toho dochází k rozvratu minerálů, vzestupu urey, kreatininu, kyseliny močové a vzniku acidózy. Pokud dojde k náhlé ztrátě funkce ledvin, jedná se o akutní selhání ledvin (dále ASL). Při postupném snižování funkce ledvin (měsíce, roky) jde o chronické selhání ledvin (dále CHSL).

1. 2. 1 Akutní selhání ledvin

K ASL dochází z plného zdraví. Je to náhlá, většinou reverzibilní porucha ledvin, které byly před tím zcela v pořádku nebo jen zčásti poškozené. Při ASL dochází k poklesu glomerulární filtrace. Nejčastějším doprovodným příznakem ASL je oligurie až anurie. Pokud je ASL včas diagnostikováno a správně léčeno, bývá funkce ledvin zcela obnovena a bez trvalých následků. K ASL může dojít po zvýšené celkové zátěži organismu, např. systémová infekce, trauma, náročná operace. Obvykle se uvádí, že změna prokrvení ledvin je nejčastějším spouštěcím faktorem ASL (Teplan, 2006).

Z hlediska základní příčiny dělíme ASL na prerenální (funkční), renální, kdy dochází k primárnímu poškození ledvinného parenchymu, a postrenální, urologické, kdy je příčinou obstrukce močových cest. Prerenální příčiny ASL jsou v důsledku kombinace hypotenze, hypovolemie a ledvinové hypoperfuze. Reverzibilita tohoto děje je časově omezená. Přímé poškození ledvin a přechod do CHSL je možné. Při ASL renálního původu dochází k přímému poškození ledvinného parenchymu v důsledku ischemie nebo toxických účinků. ASL postrenální vzniká v důsledku obstrukce močových cest se stagnací odtoku moče. Důsledkem dlouhodobé obstrukce je rozvoj hydronefrózy s poškozením ledvinného parenchymu. ASL se vyvine během několika hodin až dní. Sestra by měla znát klinický obraz ASL u pacienta a zároveň i léčebná opatření. Klinický obraz ASL může zahrnovat oligurii, anurii, azotemii, hypotenzi jako časný příznak, hypertenzi jako pozdní příznak, poruchy srdečního rytmu, netečnost, únavu, psychické změny v důsledku urémie, nauzeu, zvracení, svědění kůže, žloutenku, Kussmaulovo dýchání v důsledku acidózy, trombocytopenii, purpuru (Tesař, 2006).

V případě potřeby zahájení akutní hemodialyzační léčby je nutné vytvořit cévní přístup zavedením speciálního akutního dvoucestného dialyzačního katétru do v. jugularis, v. subclavia nebo v. femoralis. Zavedení katétru provádí zkušený lékař Seldingerovou technikou za aseptických podmínek. Toto řešení je pouze dočasné. Doba ponechání akutního dialyzačního katétru je maximálně dva měsíce z důvodu možného vstupu infekce. Podle další progresu stavu pacienta a funkcí jeho ledvin, rozhodne ošetřující lékař o dalším způsobu léčby a případném vytvoření trvalého cévního přístupu založením arterio-venózní fistule (dále a.v.f.) (Janoušek, 2008).

1. 2. 2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin (CHSL) představuje významné onemocnění s dalekosáhlými následky. V terminálním stadiu CHSL představuje pro nemocné hemodialýza, peritoneální dialýza nebo transplantace ledviny jednu z možných forem terapie. Na vzniku CHSL se může podílet primární onemocnění ledvin, ale i dlouhodobé poškození ledvin jiným onemocněním, které postihuje většinou více systémů. Příčiny jsou různé v jednotlivých věkových skupinách. Záleží i na rase a pohlaví. Mezi příčiny CHSL patří vrozené polycystické ledviny, glomerulonefritidy, tubulointerstiální nefritidy, pyelonefritidy a v poměrně velké míře diabetické nefropatie. Rizikovými faktory CHSL jsou cukrovka, kardiovaskulární onemocnění, obezita, kouření, hyperlipidemie, hyperurikemie, abúzus alkoholu, kofeinu a drog, sedavý způsob života, nízký socioekonomický status (Jenkins, 2007; Levy, 2006).

Nespecifickými příznaky u CHSL jsou bolesti břicha, kloubů, hlavy, svědění kůže. Typická je polyurie, polydipsie a nykturie. Diuréza klesá až v terminálním stadiu onemocnění. Konečné stadium CHSL představuje závažné onemocnění, které je léčeno dialyzační terapií nebo transplantací. Neadekvátní konzervativní terapie v období predialýzy (před zahájením dialyzační léčby) a opožděné zahájení dialyzační léčby jsou spojeny s vyšší pravděpodobností úmrtí pacienta (Tesař, 2006, Viklický, 2013).

U pacientů s projevy CHSL je prvořadé včasné odeslání do nefrologické poradny. Zde nefrologové určí směr léčby a připraví pacienta k zahájení dialyzační léčby. Při progresy CHSL je u pacienta přes nefrologickou ambulanci a s dostatečným předstihem zajištěno vytvoření trvalého cévního přístupu, které je potřeba u pacientů s hemodialýzou k napojování na dialyzační přístroj. V případě, že je pacient vhodným adeptem pro peritoneální dialýzu a rozhodne se pro tuto metodu, pak je včas indikován k zavedení peritoneálního katetru do dutiny břišní, přes který si provádí výměny dialyzačních roztoků (Janoušek, 2008).

1. 3 Metody náhrady funkce ledvin

Pro pacienta s CHSL je z hlediska perspektivy, včasný záchyt jeho onemocnění a zahájení léčby. V současné době stále přetrvává fakt, že zhruba jedna třetina pacientů s rozvojem CHSL není včas diagnostikována. Projevy a symptomy jsou u nich rozpoznány až v terminálním stádiu CHSL s nutností zaházení dialyzační léčby. Léčba náhrady funkce ledvin by měla být individuálně přizpůsobena potřebám jednotlivých pacientů (Tesař, 2011).

Dialyzační léčba je život zachraňující výkon a dnes již patří k vysoce bezpečným. Selhání funkce ledvin lze léčit hemodialýzou (dále HD), to je mimotělní eliminační metoda, peritoneální dialýzou (dále PD), ta využívá filtračních vlastností peritonea a transplantací ledviny (Ronco, 2001).

Jak uvádí Bednářová, pacient by měl být pravdivě a objektivně informován o svém onemocnění i o všech možnostech léčby chronického selhání ledvin. Volba léčebné metody by měla být pokud možno na rozhodnutí pacienta, ale zároveň přizpůsobena celkovému zdravotnímu stavu a způsobu dosavadního života (Bednářová, 2011).

1. 3. 1 Hemodialýza

HD (Příloha 10) je mimotělní eliminační metoda, která nahrazuje funkci ledvin tím, že odvádí krev z vhodného cévního přístupu, očišťuje jí od škodlivých látek a následně jí vrací zpět do oběhu pacienta. Nedílnou součástí přípravy pacientů v terminálním stadiu chronického selhání ledvin (dále CHSL), zařazených na hemodialýzu (dále HD), by mělo být, v dostatečném časovém předstihu, ještě v nefrologické ambulanci, vytvoření trvalého cévního přístupu. V současnosti jsou pro potřeby hemodialyzační léčby 3 možnosti cévního žilního přístupu – arterio-venózní fistule (dále AVF), arterio – venózní graft (dále AVG) a centrální žilní katétr (dále CŽK). Cévní přístup by měl zajistit v mimotělním oběhu dialyzačního setu dostatečný krevní průtok (u AVF více než 350 ml/hod.). Dobrá funkčnost cévního přístupu je nejdůležitější podmínkou účinné HD. Během HD by se mělo přefiltrovat tolik litrů krve, kolik kilogramů váží pacient. U obézních je to o 10 – 20 % více. Životnost cévního

přístupu závisí nejen na vlastním výkonu cévním chirurgem, na kvalitě žilního řečiště pacienta, ale i na ovládnutí punkční techniky sester při napichování dialyzačními jehlami (Polakovič, 2014, Viklický, 2013).

Nejrozšířenějším cévním přístupem pro HD je AVF. Nelze ji ale vytvořit u všech pacientů. Problematické to bývá u diabetiků, kvůli špatným cévám na periferiích horních končetin a u pacientů se srdeční nedostatečností. Výkon provádí chirurg a je při něm spojena žíla s tepnou (Příloha 8). Nejpoužívanější jsou cévy předloktí (a.radialis, v.cephalica). Zvýšením průtoku krve v žíle dojde časem k jejímu zesílení a rozšíření. U většiny pacientů je AVF nejlépe a nejdéle fungující cévní přístup. Nevýhodou je minimální doba „zraní“ 6 týdnů od ušití. Po celou tuto dobu se nedá použít k napojení na hemodialyzační přístroj. Je zároveň vhodné, aby pacient cvičil a posiloval stisk ruky s gumovým míčkem. Pomáhá to k rychlejšímu zesílení AVF. S fonendoskopem je možné poslechem pravidelně kontrolovat typický „šelest“, který je známkou dobré funkce (Viklický, 2010, Polakovič, 2014).

Dalším možným cévním přístupem pro HD je arterio – venózní graft (dále AVG). Je to podobná cévní spojka jako AVF. Zakládá jí také chirurg, ale při výkonu používá syntetickou cévní náhradu (Teflon nebo Goretex) a spojuje s ní tepnu s žílou většinou na předloktí horních končetin (Příloha 9). Cévní náhrada je umístěná do podkoží tak, aby ji bylo možné napichovat dialyzačními jehlami. Tato cévní spojka může být použita dříve než AVF. Někdy už za 2 – 4 týdny, protože není potřeba „zraní“ jako u AVF. Je zde ale větší výskyt infekčních komplikací a kratší doba použitelnosti než u AVF. Infekční komplikace vede k odstranění cévní protézy (Polakovič, 2014).

Pro úspěšnou hemodialyzační léčbu je potřebné pečlivé ošetřování a pravidelné kontrolování cévní spojky sestrou během HD, ale i pacientem doma mimo dny HD. Může se tak předejít řadě možných komplikací. K tomu může přispět i pacient svým chováním. Udržovat místa vpichu čistá a vyvarovat se poranění. Pacient by měl být poučen, že by měl v případě zarudnutí, otoku nebo bolesti v oblasti cévní spojky AVF i AVG, neprodleně informovat personál hemodialyzačního střediska. Mohlo by jít o první signál počínající infekční komplikace. Včas zahájenou léčbou se může předejít vážnějším komplikacím a případné ztrátě cévní spojky. Infekce může být závažná a až

život ohrožující. Zde je důležité dodržovat zásady asepse při napichování cévní spojky i napojování pacienta na hemodialyzační přístroj. Pacient by měl být také poučen o sledování „šelestu“ cévní spojky, vyvarovat se tlaku na spojku, nenosit těsné oblečení, nezatěžovat končetinu, nenechat si na končetině se spojkou měřit tlak, ani dělat odběry krve. Při podezření na slábnutí „šelestu“ nebo úplném vymizení by měl pacient také informovat personál. Příčinou může být trombóza nebo stenóza cévní spojky. Stenóza nejčastěji vzniká v místě anastomózy (sešití žíly s tepnou nebo našití cévní protézy na žílu a tepnu). Včasným a úspěšným radiointervenčním zásahem může být spojka zachráněna pro další fungování. Nejčastější komplikací cévní spojky je hematoma. Vzniká při špatné punkční technice sestrou nebo nevhodným pohybem pacienta s následným propíchnutím cévní spojky. Aneurysma je také častou komplikací, hlavně u dlouhodobě funkčních spojek. Je to důsledek napichování stále stejného místa. V některých případech je nutné upravení aneurysmatu cévním chirurgem (Polakovič, 2014, Viklický, 2008).

Pokud není možné kvůli komplikacím provádět HD přes AVF nebo AVG, je nutné zavést centrální žilní katétr (dále CŽK). Výkon provádí zkušený lékař katetrizací v.jugularis, v.subclavia nebo v.femoralis Seldingerovou technikou zavedením dvoucestného dialyzačního katetru. Tento výkon musí být proveden za sterilních podmínek, stejně tak následné napojování pacienta na hemodialyzační přístroj i ošetřování místa zavedení dialyzačního katetru v průběhu celé HD. K dostatečné účinnosti HD je potřeba zajistit průtok krve minimálně 300 ml/min. CŽK dělíme na akutní – dočasné (Příloha 4), ty se zavádějí na nezbytně nutnou dobu hlavně u akutních indikací k dialyzační léčbě. Dále jsou CŽK dlouhodobé - permanentní (tzv. permcath), (Příloha 6). Ty jsou určeny pro pacienty jako překlenovací období, než „dozraje“ cévní spojka a pro pacienty, u kterých není jiná možnost cévního přístupu. Na rozdíl od akutního katétru (Příloha 5), je při zavádění permcathu vytvořen tunel v podkoží (Příloha 7). V tomto místě je na permcathu manžeta, která postupně zarůstá do podkoží, permcath fixuje a brání vstupu infekce. Po ukončení HD jsou vždy obě cesty katétru vyplněny heparinovou zátkou. Dávkování a druh látky ordinuje lékař. Výhodou CŽK je možnost okamžitého použití k napojení na HD. Nevýhodou je vysoké riziko zanesení

infekce, sraženiny v katétru, které mohou následně způsobit jeho nedostatečnou funkci a omezená životnost. Při ošetřování CŽK musí ošetřující personál postupovat podle zásad aseptiky, udržovat místo výstupu suché a čisté a používat sterilní krytí (Janoušek, 2008, Polakovič, 2014).

Taktiku HD u každého pacienta ordinuje lékař podle jeho individuálních potřeb. Obvykle na ní pacient dochází 3 x týdně na 4 – 5 hodin. V ČR jde o nejčastěji používanou metodu náhrady funkce ledvin. U pacienta s nezvratným chronickým selháním ledvin (dále CHSL) se HD provádí dlouhodobě. Krátkodobě se HD používá u náhle vzniklého akutního selhání ledvin různé etiologie (Viklický, 2008).

1. 3. 2 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza (dále PD) se jako náhrada funkce ledvin používá již více než 30 let. Dnes je spolu s hemodialýzou (dále HD) považována za rovnocennou metodu náhrady funkce ledvin. Liší se jen principem a způsobem provedení. Tak jako HD i PD má své výhody, nevýhody a komplikace. Pokud nejsou žádné medicínské kontraindikace (rozsáhlé břišní operace, srůsty a zánětlivé stavy v dutině břišní, fibrózy pobřišnice, břišní kýly, kolostomie, zánětlivá střevní onemocnění, velké polycystické ledviny, extrémní obezita nebo nespolehlivost pacienta) může být pacient s chronickým selháním ledvin zařazen na PD (Kapounová, 2010; Viklický, 2013).

PD (Příloha 14) je intrakorporální metoda očišťování krve, která jako dialyzační membránu využívá peritoneum. Dialyzační roztok na PD je do dutiny břišní napouštěn přes speciální peritoneální katétr. Mezi kapilárami peritonea a dialyzačním roztokem, napuštěným do dutiny břišní, probíhá nepřetržitě, obousměrně transport solutů a vody, tím nedochází k prudkým výkyvům vnitřního prostředí. Díky tomu se PD přibližuje funkci vlastní ledviny. Výhodou PD je dále, že pacient má stabilnější hodnoty krevního tlaku, není potřeba cévní přístup pacienta, díky tomu nedochází ke krevním ztrátám. (Kapounová, 2010).

Peritoneální katétr se zavádí operativně, laparoskopicky přes stěnu břišní. Jeho konec je zafixován v Douglasově prostoru dutiny břišní. Vyústění katétru je vedeno podkožním tunelem stěny břišní (Příloha 13). V tomto místě jsou na katétru dvě

manžety, které postupně zarostou. Katétra tím fixují a brání vstupu infekce. Po zavedení katétra následuje 2-3 týdenní období hojení, tzv. break in perioda. Pacienti jsou 5 – 7 dní hospitalizováni. Klidový režim urychluje přihojení katétra. Pravidelně se provádí převazy břicha a proplachy katétra. Po 7 dnech se odstraňují stehy po výkonu. Teprve po 2 – 3 týdnech po zavedení se začnou provádět proplachy vleže 2 x týdně malým množstvím dialyzačního roztoku. Nácvič výměn u pacienta začíná už během hospitalizace a pokračuje po propuštění ambulantně na spádovém hemodialyzačním středisku. Peritoneální sestra s pacientem opakovaně prakticky procvičuje postup výměny na simulátoru. Upozorňuje ho na možné komplikace, které se mohou vyskytnout a čeho se má vyvarovat, naučí ho, jak převazovat vyústění katétra (tzv. exitsite). Vyústění by mělo být stále kryté malým lepením. Po zhojení je možné dělat převazy obden, případně po namočení, odlepení. Dále pacienta poučí o nutnosti udržování čistoty během výměn i při převazech - vždy si umýt ruce, používat ústenku, rukavice, během výměny nechat zavřené okno, nemít v místnosti žádné domácí zvíře. Upozorní ho na nevhodnost koupání ve vaně a veřejných koupalištích, vhodné je sprchování a koupání v moři. Katétra by měl pacient chránit před prudkým taháním a mechanickým poškozením. Tato fáze přípravy pacienta je velmi důležitá pro další průběh léčby (Bednářová, 2011, Szonowska, 2013).

Součástí peritoneálního katétra je výměnná koncovka, tzv. transfer set (Příloha 12). Její výměna se provádí vždy dle ordinace lékaře, po prodělaném zánětu pobřišnice (peritonitidě), nejdéle ale po šesti měsících (Bednářová, 2007).

K transportu solutů dochází na principu difuze a částečně taky na principu konvekce. Rychlost transportu závisí hlavně na molekulové hmotnosti, koncentračním gradientu a permabilitě peritonea. Dříve byly osmotickým činidlem v PD roztoku glukóza. V současnosti se začínají uplatňovat i jiné látky. Jsou to například aminokyseliny, nebo polymer glukózy (Schrier, 2008).

Jednou z možností PD je kontinuální peritoneální dialýza – CAPD (continual ambulatory peritoneal dialysis), (Příloha 14). Jedná se o ruční výměny s vaky s dialyzačním roztokem prováděné v pravidelných intervalech během dne. U každého vaku je zároveň sběrný vak na vypouštění dialyzátu. Jedna společná koncovka se

napojuje na peritoneální katetr zavedený do dutiny břišní, jen se přepíná cesta toku dialyzačního roztoku a dialyzátu. Vaky musejí být před každou výměnou předem nahřáté na speciální ohřívací plotýnce, která má termostat nastavený na teplotu lidského těla. Nahřátí by mělo trvat minimálně 30 minut před vlastní výměnou. Výměna začíná vypouštěním dialyzátu do sběrného vaku. Teprve až když přestane dialyzát vytékat, může se začít s napouštěním nového dialyzačního roztoku. Vypuštěno by mělo být minimálně stejné množství, jaké bylo napuštěno do dutiny břišní při předešlé výměně. Dialyzačního roztoku se během 1 výměny obvykle napouští 2 litry a provádí se 4 x denně, 7 dní v týdnu. Množství vypuštěného dialyzátu si pacient po každé výměně přeměří na váze nebo pomocí mincíře a zapíše. Tak se zjišťuje ultrafiltrační schopnost peritonea. Množství dialyzátu nad 2 litry je velikost ultrafiltrace. Ultrafiltrace za 24 hodin se zjistí sečtením ultrafiltrací všech 4 výměn. Každá výměna zabere přibližně 30 minut (Bednářová, 2007, Schrier, 2008).

Další možností PD je automatizovaná peritoneální dialýza – APD (automated peritoneal dialysis), ((Příloha 15). Při té je provedeno několik cyklů výměn dialyzačního roztoku najednou pomocí přístroje „cykler“. Toto trvá přibližně 10 hodin, proto se pacient napojuje obvykle během noci. Cykler se musí vždy naprogramovat přímo na potřeby konkrétního pacienta. Tyto parametry jsou nastaveny na paměťové kartě, která je vložena do cykleru. Na ní se následně zaznamenává průběh jednotlivých výměn. Z těchto záznamů se zjišťuje účinnost léčby. Podle výsledků jsou parametry výměn různě upravovány. Pacient se může kdykoliv během napojení na cykler odpojit. Tím se ale prodlužuje celkový čas napojení. Po ukončení pacient není v průběhu dne omezován jako u ručních výměn a může se věnovat běžným činnostem (Bednářová, 2007; Viklický, 2010)

1. 3. 3 Transplantace ledvin

Z fyziologického hlediska je pro pacienta nejpříznivější transplantace ledviny ještě před zahájením dialyzační léčby. Toto se však příliš často nepodaří, protože k přípravě pacienta s CHSL a nalezení vhodného žijícího nebo zemřelého dárce ledviny je potřeba určitý čas, než se provedou všechna potřebná vyšetření. Po zahájení

dialyzační léčby pak mají největší šanci na návrat do normálního života mladší pacienti a ti, krátkodobě dialyzovaní, kteří jsou včas zařazeni do transplantačního programu a úspěšně odtransplantováni. Jejich organismus není tolik ovlivněn komplikacemi, které způsobuje dlouhodobá dialyzační léčba (anemie, kostní nemoc, hypertenze..) (Tesař, 2011).

O možnosti zařazení pacienta do transplantačního programu individuálně rozhoduje ošetřující lékař a nakonec i sám pacient, který musí podstoupit celou řadu předtransplantačních vyšetření - kardiologické, urologické, sono břicha, zubní, ORL, u žen gynekologické včetně mamografie, vyšetření krve na protilátky, atd. Největším problémem transplantace je imunitní reakce na transplantovanou ledvinu, proto se vyšetřuje krev na protilátky (HLA, Cross-match), aby byla co největší shoda s dárce. Po transplantaci musí pacient dlouhodobě užívat imunosupresiva. Ty jsou ordinovány kvůli potlačení vlastní imunity, aby byla co největší pravděpodobnost přijetí „cizího“ transplantovaného orgánu. Po úspěšné transplantaci se kvalita života pacienta podstatně zlepšuje. Je to nejdokonalejší způsob náhrady funkce ledvin. Ledvinu od dárce operátor umístí do jámy kyčelní. Transplantuje se vždy jen jedna ledvina, proto je tento výkon možné provádět i od živého dárce, kterému po odběru stačí pro život jedna plně funkční ledvina. Funkci transplantované ledviny ovlivňuje mnoho faktorů. Pacient by měl dodržovat doporučený režim, chránit se před nachlazením, brát předepsané léky.... Vše záleží na celkovém přístupu pacienta. Pokud je transplantovaná ledvina nefunkční, ale nezpůsobuje žádné zdravotní komplikace (hlavně infekce), ponechá se na místě. V opačném případě je to důvod k jejímu odstranění (Schrier, 2008, Viklický, 2008).

1. 4 Ošetřovatelská problematika dialyzovaných pacientů

Do dialyzačního programu přichází pacient se selháním ledvin obvykle z nefrologické poradny, kde je systematicky a opakovaně s celým průběhem dialyzační léčby seznamován a připravován na ni. Hemodialýza, peritoneální dialýza a transplantace ledviny jsou jediné terapeutické možnosti. Nemocný s úplným zánikem funkce ledvin může žít jen díky tomu, že je pravidelně dialyzován. Nejlepší náhradou funkce ledvin je transplantace ledviny ještě před zahájením dialyzační terapie. To ale

není možné provést hned. Nejdříve je nutné najít vhodného dárce a to určitou dobu trvá. Výjimku tvoří příbuzenská transplantace od živého dárce, kdy se dá termín předem naplánovat (Viklický, 2008).

Není zcela jednoznačné, jaká z léčebných metod, hemodialýza nebo peritoneální dialýza, je pro pacienta nejvhodnější. Na jedné straně zůstává zájem pacienta a na druhé medicínské důvody, které mohou výběr terapie v konkrétních případech omezit. Podstatnými faktory při výběru vhodné metody je sám pacient, jeho zdravotní stav, rodina, bytové podmínky, možnosti dialyzačního střediska a možnost být příjemcem transplantované ledviny. Tyto faktory se mohou průběžně měnit. Pacienti, kteří volí hemodialýzu, dávají přednost tomu, že se o ně na hemodialyzačním středisku postará někdo jiný, cítí se tak více v bezpečí. Naopak ti, co mají raději větší pocit volnosti a nezávislosti, volí raději peritoneální dialýzu. Podstatné je, aby byla léčebná metoda z lékařského hlediska pro pacienta nejvhodnější a vyhovovala také jemu samotnému. I pokud se pacient rozhodne pro jeden typ terapie, může přejít sám, z osobního rozhodnutí nebo být převeden lékařem, ze zdravotního hlediska kdykoliv v průběhu léčby, na druhý typ terapie (Bednářová, 2007).

Pro pacienta s hemodialýzou (dále HD) se stává „nechtěnou“ součástí jeho života dialyzační přístroj, bez kterého by moc dlouho nepřežil. Specifická je i ošetrovatelská péče pro personál hemodialyzačního střediska. Sestry v pravidelných intervalech, po různě dlouhou dobu (i několik let), vidí stále stejné pacienty. Uvědomují si, že se nikdo z nich neuzdraví, pouze se jim v různé kvalitě prodlužuje život. Pokud není pacient kvůli dalším zdravotním komplikacím zařazen do transplantačního programu, dochází na HD až do smrti. Jsou to měsíce i léta (Lachmanová, 2008).

Dlouhodobě dialyzovaný pacient má obvykle řadu přidružených zdravotních komplikací, které mohou být díky pečlivému sledování ošetřujícího personálu do určité míry korigovány. I přesto dochází ke zhoršování celkové prognózy a kvality života těchto pacientů (Navrátil, 2008).

1. 4. 1 Nejčastější zdravotní komplikace dialyzovaných pacientů

V současnosti je snaha, provádět dialyzační léčbu co nejvíce ve prospěch pacienta. Přesto mohou nastat různé zdravotní komplikace. Jednou z nich je anémie. Může být způsobena nedostatkem erythropoetinu, který podporuje krvetvorbu. Za normálních okolností se vytváří v ledvinách, ale protože nejsou plně funkční, jeho produkce je snížena. Další příčinou anemie jsou krevní ztráty během hemodialýzy (dále HD). K tomu u peritoneální dialýzy (dále PD) nedochází, protože nejsou žádné krevní ztráty během procedur. Anemie se projevuje celkovou únavou, dušností, může dojít i ke zhoršení řady dalších funkcí. Anémie se u dialyzovaných pacientů zjišťuje pravidelně odběrem krve na krevní obraz a hladinu železa. Odběry krve dle ordinace lékaře provádí sestra. Léčba spočívá v podávání erythropoetinu injekčně v kombinaci s podáváním železa v injekční formě, dávku ordinuje lékař a sestra pak aplikuje pacientovi během hemodialýzy (Teplan, 2006).

Častou komplikací dialyzovaných pacientů je svědivka. Úporné svědění podstatně zhoršuje kvalitu jejich života. Může to být zhoršeno postižením jater nebo alergií. Pacienti mívají tyto potíže nejvíce během hemodialýzy. Jejich krev se dostává opakovaně během mimotělního oběhu do kontaktu s dialyzačním setem, dialyzátorem, dialyzačním roztokem a to může u pacientů vyvolávat alergické reakce projevující se svědivkou. Proto už dnes většina spotřebního materiálu určeného pro HD i PD neobsahuje ftaláty, ani jiné alergizující látky. Sestra během HD pacienty pravidelně kontroluje a o všech vzniklých potížích ihned informuje lékaře. Ten pak rozhodne o dalším postupu léčby. Potíže způsobené svěděním se zmírňují promazáváním kůže, UV zářením a léky proti alergii. Sestra pacientovi vysvětlí, jak o pokožku pečovat doma a případně mu ji na požádání promaže i v průběhu HD (Lachmanová, 2008).

Hypertenze je další komplikací. Jde o rizikový faktor rozvoje aterosklerózy. Velmi často souvisí s převoněním organismu a vysokým příjmem soli. Dialyzovaní pacienti jsou lékařem i sestrou opakovaně edukováni o nutnosti a významu dodržování pitného a dietního režimu. Krevní tlak u pacienta během HD pravidelně kontroluje sestra. Podle naměřených hodnot pak lékař případně upraví taktiku HD event. medikaci (Tesař, 2006).

K neurologickým a duševním komplikacím patří akutní uremická encefalopatie. Ta obvykle vymizí po několika hemodialyzačních terapiích. Jak uvádí Viklický, pacienti s HD jsou během každé terapie heparinizováni. Je to kvůli možnosti sražení krve při mimotělním oběhu. U každého pacienta je množství heparinu nastaveno lékařem dle hodnot koagulace. Ty jsou pravidelně kontrolovány, protože hrozí vyšší riziko cévní mozkové příhody trombolitické etiologie. U pacientů s PD je tato komplikace minimalizována, ti heparin během léčby nemají (Viklický, 2010).

Zvláštním neurologickým syndromem je dialyzační demence, která je charakteristická svou progresí, dyspraxií, grimasami, myoklonickými záškuby a typickým nálezem na EEG. Kromě organických poruch trpí pacienti s HD i PD mnoha jinými funkčními poruchami, od schizofrenie, manických depresí až po maladaptivní chování. K potvrzení diagnózy je potřeba podrobné neurologické a psychiatrické vyšetření (Teplan, 2006).

Akutními komplikacemi během hemodialýzy jsou teplota, způsobená pyrogeny nebo přehřátím dialyzátu, anafylaxe jako alergická reakce na dialyzační materiál, hyper nebo hypotenze, srdeční arytmie, vzduchová embolie, krvácení (kvůli heparinizaci), metabolické komplikace (rozvrat acidobazické rovnováhy a minerálů), záchvaty, svalové křeče, neklid a demence. Jednotlivé výše uvedené komplikace mají standardizované postupy, kterými se sestry při jejich řešení řídí. V jejich kompetenci je pacienty hned na začátku léčby seznámit s komplikacemi, které mohou nastat během dialyzační terapie a jak se mohou projevit. Tuto edukaci sestra u každého pacienta provádí opakovaně. Vhodným přístupem a formou komunikace naváže s pacientem kontakt a získá si tak jeho důvěru a zpětnou vazbou může ověřit, zda pacient všem informacím porozuměl. Vzájemná spolupráce má velmi pozitivní vliv na celkový průběh léčby (Krška, 2011; Tesař, 2006).

1. 4. 2 Pacient s peritoneální dialýzou

Jak bylo výše uvedeno, informace o možnostech léčby získávají pacienti již během pravidelných kontrol v nefrologické ambulanci. Pacient se sám rozhoduje, kterou formu dialyzační terapie zvolí. Všechny potřebné informace poskytuje lékař,

sestra, případně psycholog postupně a opakovaně. Pacient má možnost aktivně se ptát a ujasnit si vše, čemu nerozuměl. Zároveň je nabídnuta odborná konzultace i pro členy jeho rodiny. Pacienta, který se rozhodne pro PD, je vhodné seznámit i s jinými pacienty s PD, pro lepší představu dané problematiky. Musí být vysvětleny všechny výhody i nevýhody, aby se opravdu ujistil ve svém rozhodnutí pro PD. Pacientovi je pak zaveden peritoneální katétr. Tento výkon je prováděn laparoskopicky na specializovaném pracovišti s krátkodobou hospitalizací (Bednářová, 2007).

Podstatnou roli v péči o pacienta s PD má sestra dialyzačního střediska, která má tyto pacienty na starosti. S každým pacientem a jeho rodinou je v kontaktu ještě před zahájením vlastní terapie. Zaučuje ho praktické provádění výměn, poprvé navštíví pacienta v domácím prostředí, kde doporučí vhodné a nevhodné prostředí pro provádění výměn, monitoruje jeho osobní, sociální potřeby, upozorňuje na režimová a dietní opatření. Účelem dalších návštěv je ověření správného provádění výměn pacientem, hlavně kvůli upozornění na eventuální škodlivé návyky. Významný efekt má povzbuzení pacienta i rodiny a celkové posílení jeho motivace k léčbě (Bednářová, 2007).

Závodná ve své publikaci uvádí, že: *„Edukace pacienta a jeho blízkých je nástrojem na zabezpečení lepší účasti v procesu poskytování zdravotní péče a především mu umožňuje se kvalifikovaně rozhodnout. Edukace zahrnuje informace, které si má pacient v průběhu péče osvojit.“* (Závodná, 2005, str. 83).

Práce sester, které pečují o pacienty s PD, je relativně samostatná a individualizovaná. Tyto sestry jsou tak současně pro tyto pacienty sestrami primárními. Chronická PD je léčba dlouhodobá a její úspěch ve značné míře závisí na vysoké kvalitě práce sestry, na jejích edukačních a komunikačních dovednostech. K zajištění kvalitní péče o pacienta je nezbytné, aby sestra metodu dobře ovládala nejen prakticky, ale i teoreticky. Přesné a jednotné dodržování postupu je nutným požadavkem pro úspěšnou léčbu. PD je prováděna doma, přesto musí být dodržovány zásady asepse při výměnách dialyzačních roztoků. Byt by měl být dostatečně prostorný a hlavně udržovaný v čistotě. Pokud si pacient provádí ruční výměny peritoneálního roztoku - CAPD, pak je ideální samostatná místnost, kde si bude provádět výměny i všechny další výkony související

s PD. Každá výměna trvá přibližně 30 minut, 4xdenně, optimálně po 6 hodinách. Doba mezi jednotlivými výměnami si pacient v případě potřeby může upravit. Neměla by ale být kratší než 4 hodiny, aby se dostatečně přenesly odpadní látky z těla pacienta přes peritoneum do dialyzačního roztoku a nebyt delší než 8 hodin, to pak dochází ke vstřebávání dialyzačního roztoku přes peritoneum zpět do těla pacienta a snížení účinnosti očištění. Výměny dialyzačního roztoku je možné provádět také pomocí přístroje cykler - APD, který má pacient umístěný většinou v ložnici v blízkosti lůžka. Tato forma PD spočívá v tom, že pacient je napojen na cykler, který provádí několik cyklů výměn dialyzačního roztoku za sebou. To trvá zhruba 10 hodin. Optimální je proto doba v noci. Přes den pak pacient není nijak omezován. Předpokladem úspěšné léčby pacienta peritoneální dialýzou je dobré rodinné zázemí (Bednářová, 2007).

PD pacientům poskytuje více volnosti a nezávislosti než HD. Velká výhoda metody PD je v tom, že je stále ve svém sociálním prostředí. Při vhodně zvolené taktice výměn může pacient vykonávat zaměstnání, cestovat. Je sám více odpovědný za průběh léčby a má tak jakousi kontrolu nad svou nemocí. Zároveň odpadá nutné dojíždění sanitkou několikrát týdně na dialyzační středisko jako u HD (Nermutová, 2011).

Spotřební materiál na PD je pacientovi pravidelně dodáván firmou poskytující vybavení na PD přímo k němu domů. Tento materiál zajišťuje sestra, která má pacienty s PD na starosti. Potřebné množství tohoto materiálu pravidelně konzultuje přímo s pacientem a následně objednává u dodavatelské firmy.

1. 4. 2 Pacient s hemodialýzou

Hemodialyzační středisko a jeho zdravotnický personál se pro pacienta stává jakousi druhou rodinou i na několik let. Pokud je dialyzační léčba prováděna dobře, jsou předpoklady pro kvalitnější život pacientů. Vše ale ovlivňuje neustálá tíha velkého stresu. Ten vyvolává samotná dialýza, celkový zdravotní stav a životní perspektiva dialyzovaného pacienta. Dochází k zatížení celé rodiny. Součástí dialyzačního týmu by proto měli být psychologové a poradci, kteří by byli schopni řešit tyto problémy aktuálně a co nejdříve. Někdy je potřeba pacientům pomoci najít zpět smysl života a překonat psychické potíže, které dialyzační léčba přináší. Prospěšná je i jejich

aktivizace, nejen po stránce fyzické, ale i psychické. V kompetenci sestry je, aby opakovanou motivací v klientech podporovala jejich aktivitu i zájem o dění kolem sebe. K tomu ve velké míře pomůže i dobré rodinné zázemí (Svoboda, 2009).

Pacient s hemodialýzou se dostává do menší či větší sociální izolace. Musí pravidelně dvakrát až třikrát týdně dojíždět na dialyzační středisko. Doba jedné procedury je dle ordinace lékaře 4 - 5 hodin. Pacient je v pravidelném kontaktu s ošetřujícím personálem hemodialyzačního střediska i s ostatními pacienty. Sestrou je napojen na hemodialyzační přístroj. V průběhu HD jsou pravidelně monitorovány jeho fyziologické funkce, stav vědomí. Zároveň sestra sleduje a ošetřuje cévní vstupy (AVF, AVG, akutní CŽK, permcath), snaží se pacienta psychicky podporovat a dle potřeby provádí edukaci (Šafránková, 2006).

Doprava na hemodialyzační středisko (dále HDS) je většinou uskutečňována prostřednictvím sanitních vozů. Pacienti jsou hromadně, v pravidelně daný čas, dopravováni na HDS. Pokud se některý z pacientů rozhodne a jeho zdravotní stav to dovoluje, může dojíždět na HDS sám, vlastním vozem. Musí to ale být písemně sepsané s lékařem a oboustranně podepsané. Tuto možnost většinou volí mladí pacienti a ti, kteří chodí do zaměstnání. Nejsou tak časově vázáni a omezováni, jako při dojíždění sanitkou. Pracujícím pacientům se snaží personál HDS co nejvíce přizpůsobit možnosti HD tak, aby bez problémů mohli stále chodit do zaměstnání.

Pokud to pacientův zdravotní stav dovoluje a on má možnost udržet si zaměstnání alespoň na částečný úvazek, je to pro něho velmi povzbuzující. Má stále pocit své užitečnosti a je do určité míry zachovaná kvalita jeho života. Většinou jsou ale dialyzovaní pacienti kvůli zdravotnímu stavu v plném invalidním důchodu. Ztrácí tím jakousi stabilní pozici, musí rezignovat na řadu dosavadních aktivit, postupně se zmenšuje okruh jejich přátel. To vše vyvolává pocity viny a napětí, které mohou ovlivňovat vztahy mezi partnery i v celé rodině. Zařazením do pravidelné dialyzační léčby dostává pacientův život zcela nový směr. Nemocný musí dodržovat léčebný, dietní a pitný režim. To je velká stresová zátěž, která má vliv nejen na samotného pacienta, ale i na jeho blízké. Stresující jsou též ztráty tělesných funkcí (ztráta diurézy,

fyzické aktivity, snížení sexuálních funkcí, aj.), které s onemocněním ledvin a dialyzační terapií souvisí (Svoboda, 2009).

Dlouhodobé chronické onemocnění celkově u pacienta snižuje plnou kvalitu života. Velmi potřebné je dobré rodinné zázemí a vzájemné vztahy. Pokud je podpora všech zúčastněných, lze toto obtížné období lépe zvládnout. Pomoci může i sestra svým pozitivním přístupem. Někdy je vhodné nabídnout pomoc psychologa nebo psychiatra. Ti v rámci komplexní terapie, mohou výrazně pomoci nemocným při zvládnání stresu, deprese, poruch chování a ztrátě zájmu o dění kolem sebe. Nejhorší je v tomto období pro pacienta zůstat o samotě a bez zájmu okolí (Faleide, 2004; Gurková, 2011).

1. 5 Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou

Podle národních standardů pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi poskytuje péči dialyzovaným pacientům multidisciplinární tým složený ze sester, pomocného ošetrovatelského personálu, technika atd. Při poskytování ošetrovatelské péče dialyzovaným pacientům se uplatní registrované všeobecné sestry bez odborného dohledu všech stupňů vzdělání (SŠ, VOŠ, VŠ). Většina z nich má navíc specializační vzdělání. Dříve bylo možné studovat zvlášť obor „Intenzivní péče v nefrologii“ nebo tzv. „ARIP“. Dnes již samostatný obor nefrologie studovat nelze. Je zahrnut v rámci specializačního vzdělávání nazvaného „Intenzivní péče“ (Národní standardy pro oš.p.).

Předpokladem pro práci sestry na HDS jsou její osobnostní, povahové a charakterové vlastnosti, odborné, sociální a technické schopnosti, ochota celoživotního vzdělávání a profesionální adaptace. Hlavně na začátku terapie dochází u dialyzovaných pacientů k emočně vypjatým situacím. Zde je potřeba zachovat profesionální přístup. K tomu sestry potřebují nejen dostatečnou znalost problematiky dialyzační terapie, ale i psychologie, aby byly schopné zachovat si emocionální odstup a správně zhodnotit danou situaci (Svoboda, 2009).

Při poskytování ošetrovatelské péče dialyzovaným pacientům postupují sestry dialyzačního střediska podle stanovených standardů. Analyzují u pacientů celkové

prospívání, spokojenost, vzájemnou spolupráci a následně úspěšnost léčby (Amato, 2005).

Sestry pracující na dialyzačních střediscích poskytují pacientům vysoce specializovanou péči. Musí být kvalitně zaškoleny, aby byly schopné samostatně zvládat složité technické výkony při obsluze dialyzačních přístrojů, napojování pacientů na ně, ošetřování cévních přístupů v celém průběhu léčby a dokázat pohotově řešit vzniklé komplikace, které s léčbou dialyzovaných pacientů souvisí (Kracíková, 2011).

Zároveň se sestry průběžně seznamují s novinkami souvisejícími s péčí o dialyzované pacienty na různých školeních, kurzech a seminářích. Takto získané informace mohou uplatnit ve své praxi v rámci dodržování standardů a kvality ošetrovatelské péče a individuálních potřeb dialyzovaných pacientů. Sestry hemodialyzačních středisek (dále HDS) musejí mít dostatek informací a zkušeností s ošetřováním pacientů nejen s hemodialýzou (dále HD), ale i s peritoneální dialýzou (dále PD). Na HD pacient dochází pravidelně v určený čas. Napojování a veškerou odbornou ošetrovatelskou péči v průběhu terapie provádějí střídavě všechny sestry HDS z dané směny. O konkrétního pacienta se tedy nestará jen jedna sestra, ale střídavě všechny. O pacienty s PD se starají jen sestry, které jsou na tuto problematiku zaměřené a mají s ní nejvíce zkušeností. Buď jsou to sestry z nefrologické ambulance, kam docházejí tito pacienti na pravidelná kontrolní vyšetření, nebo je to vyčleněná sestra z HDS, která má tyto pacienty s PD na starosti. Záleží na zvyklosti daného HDS. Přesto musí být na obě dialyzační metody zaškoleny všechny sestry z HDS, aby byly schopné v případě potřeby (hospitalizace pacienta, neschopnost si provádět výměny, vyšetření...) zajistit všem pacientům kvalitní a odbornou péči (Kracíková, 2011, Vybíhalová, 2011).

Ošetrovatelská péče o pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou má své specifika. Sestra při své práci používá i některé formy psychoterapie. Je to léčebné působení psychologickými prostředky na narušenou činnost organismu. Psychologickými prostředky je myšlena řeč, naslouchání, mimika, emoce, emoční vazby a působení mezilidských vztahů, postoje, chování, manipulace prostředím. To se týká i záměrné úpravy prostředí v nemocnici, které na pacienta působí (Bonner, 2006).

Základním prostředkem psychoterapie je vztah mezi sestrou a pacientem. Nejvíce se psychoterapie využívá u psychogenně podmíněných poruch, ale může ovlivňovat i somatické stavy a být součástí komplexní léčby. Při kontaktu s pacientem využívá sestra jisté formy psychoterapie už svým přístupem, aniž by si to uvědomovala. Její snahou je pacientovi naslouchat, být empatická, ke každému přistupovat individuálně. Předpokladem k navázání dobrého kontaktu mezi sestrou a pacientem je vytvoření prostředí vzájemné důvěry, ve kterém bude mít pacient možnost volně vyjádřit své pocity a myšlenky (Zacharová, 2007).

Schopnost empatie je náročný proces. Předpokladem je uvědomit si vlastní pocity a dokázat se vcítit do druhého. To zjistíme získáním zpětné vazby od pacienta, jestli jsme na něho působili blahodárně a pozitivně. Jednou z nejdůležitějších schopností pro empatii je umění aktivně naslouchat. Opakováním toho, co jsme slyšeli, dáváme pacientovi najevo svůj zájem o jeho osobu a problémy (Prekop, 2004).

1. 5. 1 Vztah dialyzovaného pacienta a sestry

Ve vztahu s pacientem by měla sestra dbát na verbální i neverbální komunikaci. Motsching ve své publikaci uvádí, že: „*Komunikace zaměřená na člověka znamená setkání člověka s člověkem jako rovnocenných partnerů, s respektem k různým názorům a se snahou jim porozumět.*“ (Motschnig, 2011, str. 35).

Dialyzovaní pacienti potřebují zvláště citlivý a ohleduplný přístup na profesionální úrovni. Sestra by neměla zapomínat, že pacient potřebuje nejen odbornou pomoc, ale i lidský přístup. Vzájemná komunikace, slova, gesta, výraz tváře či pohyb mohou utěšit, povzbudit, požehnat, ale při nevhodném použití také způsobit velkou bolest. Vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem a způsob komunikace ovlivňuje průběh onemocnění i dialyzační léčby (Vybíral, 2005).

Sestra, pracující na dialyzačním středisku, by si měla uvědomovat, že život s dialýzou není pro pacienta vůbec jednoduchý. Pro poskytování kvalitní péče je potřeba navázání vzájemného kontaktu. Pokud bude pacient sestře důvěřovat, dokáže sdělit různé potíže a problémy, které ho trápí. Při jejich řešení se může předejít dalším

komplikacím (zdravotním i osobním). Sestra se mimo jiné musí umět sama rychle rozhodnout při nenadále vzniklých situacích (Prekop, 2004).

Komunikace mezi sestrou a pacientem neznamená pouze mluvit, ale sdělovat a získávat informace, na kterých závisí zdraví a někdy i život. Sestra by měla vědět, co chce říci a umět se rozhodnout kde, kdy a jak informaci nejlépe pacientovi poskytnout. Pro efektivní vzájemnou komunikaci je charakteristické, že informace jsou podávány jasně, stručně, srozumitelně, bez odborných výrazů, sdělovány odpovídajícím tónem a přiměřeným tempem. Nemělo by se zapomínat na zpětnou vazbu od pacienta, zda informace opravdu vyslechl a správně pochopil. Nechá se i dostatečný prostor na jeho dotazy a případné zopakování podaných informací (Janáčková, 2008).

Pacient od sestry očekává, že opravdu naslouchá, co říká, co si myslí, nepodceňuje jeho problémy, jedná s ním jako s člověkem a ne jako s diagnózou, respektuje jeho soukromí, poskytuje mu dostatek potřebných informací, pamatuje na jeho minulost a hlavně dává najevo, že má o něho zájem (Venglářová, 2005).

Sestra musí být mimo jiné připravena odpovídat na nejrůznější otázky pacienta, současně ho dokázat nenuceně edukovat o nutnosti dodržování léčebného režimu (omezení příjmu tekutin, udržet si mezidialyzační přírůstky, vyřazení nevhodných potravin ze stravy...). Vhodné je pacientovi poskytnout brožury nebo jiné edukační materiály k prostudování domů a nabídnout možnost další konzultace při jakékoliv nejasnosti. Edukační materiály jsou k dispozici na každém hemodialyzačním středisku i v nefrologické ambulanci. Dlouhodobou léčbou vzniká mezi pacientem a sestrou různě intenzivní vzájemný vztah. Sestra se pro některé z nich stává blízkou osobou, které se s důvěrou svěří se svými problémy. Perfektní sestra musí umět nejen zvládat techniku dialýzy, ale také být lidskou bytostí (Lachmanová, 2008).

Čechová ve své publikaci uvádí, že práce sester na dialyzačním středisku je psychicky náročná a tak by neměly zapomínat ani na sebe. Snažit se dodržovat duševní hygienu, být psychicky vyrovnané. V určitých situacích se dokázat povznést, určit si své priority, co je a není důležité, naučit se radovat z maličkostí, které život přináší, udržovat si dobré rodinné zázemí, dopřát si dostatek spánku a odpočinku, dokázat relaxovat, naučit se hospodařit s časem, aktivně odpočívat, mít své koníčky. K dobrému

výkonu povolání sestry je potřeba dostatek psychické síly, kterou předává pacientům. Musí si ale vytvořit hranici, přes kterou nepůjde, jinak hrozí psychické vyčerpání. To pak začne být bez energie a motivace, nedokáže se radovat, je unavená, vyčerpaná a vůči okolí lhostejná. Tomu je potřeba včas předcházet (Čechová, 2004).

Sestra by se měla snažit uspokojovat své potřeby, žít smysluplný život, vytýčit si reálné cíle, které chce v životě dosáhnout. Velkou výhodou je i zdravé a klidné pracovní prostředí. To má pozitivní vliv nejen na duševní pohodu celého týmu, ale i na pacienty. Ti se budou určitě lépe cítit v prostředí klidu a pohody, než tam kde je chaos a napjatá atmosféra. Psychicky vyrovnaná sestra může pro pacienta znamenat víc, než sebelépe vybavené pracoviště se špičkovými odborníky (Hájek, 2006; Šišláková, 2006).

1. 5. 2 Dialýza a její důsledky v životě pacienta

Každá nemoc, zejména dlouhodobá, se pro pacienta stává zátěží, stresem. Onemocnění vyvolává úzkost, ovlivňuje vztahy, rodinu, zaměstnání. Vyrovnat se s chronickou nemocí nejde najednou. Pro další život nemocného a jeho kvalitu je to velice důležité. U dlouhodobé nemoci je podstatné najít nový smysl života a smířit se s omezeními, které nemoc přináší. Kvůli nim je nutné změnit dosavadní život, navázat nové vztahy a vytvořit si nové reálné cíle. Chronické onemocnění nevyřazuje člověka z lidské společnosti, jen z některých činností (Paulík, 2010; Vinay, 2005).

Jak uvádí ve své publikaci Mikšík: „*Vpravování se do nových podmínek života a činností představuje složitý proces utváření nového styku s prostředím, inovaci zvyklostí a vztahů. Klient se musí vyrovnat s nově vzniklou a nevratnou životní situací.*“ (Mikšík, 2009, str. 49).

Pokud se pacient ocitne v náročné životní situaci, kterou chronická nemoc je a nemá dostatek energie adaptovat se na negativní vlivy, narušuje to jeho vnitřní rovnováhu a vyvolává pocity strachu a napětí. Mění se jeho prožívání a chování. Na zvládnutí náročných psychických situací využívá člověk psychické obranné mechanismy. Čím je zralejší, stabilnější a čím příznivější jsou jeho sociální vazby a prostředí, ve kterém žije, tím lépe zvládne náročné situace a tím méně se bude uchýlovat k obranným mechanismům (Farkašová, 2006).

V každodenním životě bychom si měli uvědomovat, co se nám povedlo, co nás baví a na co se těšíme. Jsou to tři ukazatele šťastného života. Pokud se z života vytratí, je to známka, že se snižuje jeho kvalita (Hájek, 2006).

Od pacienta se očekává, že bude s nemocí bojovat. Většina dialyzovaných pacientů si neuvědomuje, že jejich onemocnění je nezvratné a doživotní. Mnozí se snaží stále dělat činnosti, na které už ale nemají díky svému onemocnění tolik síly. V první řadě musí sami akceptovat změnu zdravotního stavu. Dochází tak k vzájemné interakci mezi pacientem a danou zdravotní situací. Nemoc na pacienta klade určité požadavky a působí řadou vlivů. Ukazuje, jak může být zranitelný. Nemoc vyvolává pocit ohrožení, strachu, až vysilující úzkost, která dokáže člověka mimořádně zatížit a vyčerpat. Může být také vnímána jako výzva ke změně dosavadního způsobu života a umožnit jiný úhel pohledu na každodenní součásti života (Šamánková, 2011).

Chronická dialyzační léčba má nepříznivé následky na sociální i ekonomickou situaci pacientů. Změny v oblasti profese, snížení příjmů nebo dokonce ztráta zaměstnání, jsou pro pacienta obzvlášť citlivé. Dochází k narušení stabilizace osobnosti. To ovlivňuje i sociální oblast, kdy dochází ke změně vztahů k rodině, dětem i mezi partnery. Nemocný se nemůže účastnit domácích prací tak, jak by si představoval a jak by rodina potřebovala. Někdy dochází k nesouladu v sexuálním životě. Je třeba dodat, že změny v rodinných vztazích působí v obou směrech. Mohou vést ke zlepšování vztahů, nebo k jejich zhoršování. Chronické onemocnění podstatně ovlivňuje každodenní činnosti rodinného života. Léčba, kromě medikamentózní terapie, zpravidla zahrnuje i řadu doporučení a omezení. Pacient a jeho rodina si musí tento léčebný režim osvojit a přizpůsobit se mu. Rodina jako sociální skupina má proto v procesu terapie svou nezastupitelnou úlohu. Ovlivňuje jednání nemocného, poskytuje mu podporu. V průběhu nemoci se mění somatický i psychický stav a sociální situace nemocného. Vzájemně propojeným působením těchto tří faktorů jsou určeny kvalitativní hranice mezi zdravím a nemocí i stupni uvnitř nemoci. Pochopitelně jsou tyto hranice ovlivněny i individuálními vlastnostmi jedince. Do určité míry lze odstraňovat sociální důsledky nemoci. Vhodná opatření je mohou mírnit až minimalizovat. V případě, že důsledky nemoci brání některým pacientovým aktivitám, je možné je nahrazovat aktivitami

jinými. Tyto změny se však netýkají jen samotného nemocného, ale i jeho bezprostředního sociálního prostředí. Sociální aspekty nemoci se tak stávají nedílnou součástí zdravotní péče (Bártlová, 2005).

Chronická nemoc znamená pro většinu pacientů závažnou zátěžovou životní událost. Obecně je v krizových (stresových) situacích kromě mobilizace vlastních obranných mechanismů důležitá i pomoc zvenčí, která zajistí pocit bezpečí, uklidnění, emoční oporu a důležité informace (Paulík, 2010).

Zvládání stresové zátěže záleží na vrozené míře citlivosti, vnímavosti, na celé řadě postojů a vlastností. To se učíme a průběžně zdokonalujeme během života. Někdy je obtížné oddělit projevy dlouhodobého stresu od úzkostné poruchy. Mnohé části těla jsou stresem negativně ovlivňovány. Produkce hormonů adrenalinu a kortizonu se zvyšuje a způsobuje změny srdeční frekvence, krevního tlaku a metabolismu. Problematika zvládání těžkých životních situací lidí byla předmětem studia mnoha badatelů. Faleide ve své publikaci uvádí, že stresové situace ovlivňují činnost fyziologických funkcí. Ty mají určitou stálost, ale při dlouhodobém působení stresu dochází k rozvoji hypertenze, diabetu mellitu, astmatu, únavy, poruchám spánku a jiným chronickým onemocněním. Pokud je organismus v boji se stresem vyčerpán, hroutí se. Začnou se projevovat příznaky deprese a v nejkrajnějším případě hrozí úmrtí z úplného vyčerpání organismu (Faleide, 2010).

Stresové situace nám pomáhají zvládat dvě strategie. Podle Křivohlavého jsou to ještě specifičtější způsoby zvládání stresu. Jedna strategie je zaměřená na řešení problému. Jde o vyvinutí vlastní aktivity a snahy vyřešit danou situaci. Odstranit to, co způsobuje obavy a strach. Změnit podmínky, které zhoršují celkový stav. Druhá strategie je zaměřená na vyrovnávání se s emocionálním stavem - „uklidňování nálady“. Je zaměřená na regulaci emocionálního stavu, který se změnil v důsledku stresu. Jde o snížení míry obav, strachu, zlosti. Se strategií řešení problému se setkáváme již u malých dětí. Se strategií „uklidňování nálady“ a vyrovnáním se s vlastními emocemi se setkáváme až u adolescentů (Křivohlavý, 2009).

Vysoká úroveň stresu blokuje adekvátní myšlení a chování. Je provázen pocitem úzkosti a ohrožení. Zvládat stresové situace se musíme nejen naučit, ale také pochopit

jejich příčinu. Příliš mnoho změn a událostí najednou se projeví tělesnými nebo psychickými důsledky stresu. Následuje rezignace na všechny cíle až apatie, které jdou ruku v ruce s depresí. Nezbytná je změna životního stylu a přizpůsobení tempa svým možnostem. Přehlížení varovných příznaků stresu může vyústit až k úplnému psychickému selhání (Kraska-Ludecke, 2007).

Dialyzované pacienty ovlivňují nejen mikrostresory běžného života, ale navíc i různá omezení, která souvisejí s dialyzační léčbou. V období nemoci je odolnost proti stresu normálně snížena. Klienti potřebují výraznější podporu okolí, hlavně od rodiny a přátel. Pomoci může i sestra, která je s klientem v úzkém kontaktu. Stává se jeho pomocníkem a někdy i důvěrníkem. Ke zvládnání stresových situací, jako je nemoc i dialýza, potřebuje klient dostatek sebevědomí. Jeho míru může ovlivnit sestra svým individuálním přístupem a empatií. Měla by se snažit klienta neustále podporovat a motivovat. Opakovaně vysvětlovat význam dodržování léčebného režimu a nutnost léčby (Juřeníková, 2010; Kontrová, 2006).

Pokud nejsou dialyzovaní pacienti zařazeni do transplantačního programu, tak nemají reálnou šanci na vyléčení. Velkým stresorem se pro ně stává výrazná změna životního stylu související s pravidelnou dialyzační léčbou, které se musí přizpůsobit všechny dosavadní aktivity, včetně dodržování dietního, léčebného a pitného režimu. U některých pacientů dochází poměrně rychle k postupnému snižování denní diurézy. Pokud si dialyzovaní pacienti množství tekutin přijímaných během dne nehlídají, hrozí převodnění organismu. Zbytečně dochází k přetěžování kardiovaskulárního systému. To negativně ovlivňuje celkové prospívání. Dialyzační přístroj se stává „nechtěným“ pomocníkem na dlouhou dobu. U mnohých je to doživotní záležitost (Teplan, 2006).

Dialyzovaní pacienti jsou vlivem dlouhodobého stresu často ohroženi rozvojem deprese. Velkou oporu mohou hledat u sestry. Klient potřebuje mít pocit, že na těžkou životní situaci, jakou je dialýza, není sám. Oceňuje, pokud mu někdo naslouchá a nenechá ho s jeho úzkostí a strachem o samotě. Důkazem může být úleva, kterou pocítí, když se může vypovídat. Psychicky stabilizovaný pacient není tolik ohrožen zdravotními komplikacemi, které stres způsobuje. Mezi ně patří hypertenze, diabetes mellitus, vředová choroba, astma, aj. (Svoboda, 2009).

Jakékoliv vleklé těžké onemocnění a jeho léčba působí na tělo i na psychiku. Dialyzovaný pacient na začátku léčby prochází fázemi, které jsou přirozenou reakcí na závažné změny zdravotního stavu. Tyto změny, očekávání a sebehodnocení často vedou k emočně vypjatým reakcím. Profesionální přístup sester, informovanost pacienta a rodiny, někdy i pomoc psychologa a medikace mohou vést k rychlejší stabilizaci a adaptaci na tuto novou situaci.

Svoboda uvádí, že: „*Pacient, který dostal novou informaci o svém závažném onemocnění a o jeho nevléčitelnosti, reaguje do určité míry typickým a proto předvídatelným způsobem.*“ (Svoboda, 2009, str. 100)

Toto období psychických procesů u pacientů je rozděleno do několika fází. První je fáze překvapení, kdy si nemocný uvědomuje nutnost dialyzační léčby. Je vděčný za záchranu života a snaží se spolupracovat při léčbě. Druhá je fáze rozčarování, v níž se dialýza stává nenáviděnou součástí jeho života, přestože mu život zachraňuje. Třetí je fáze přizpůsobení, kdy se pacient smiřuje se životem s dialýzou. Těmito fázemi si projdou všichni pacienti v dialyzačním programu. U každého probíhají jinak dlouho a v různé intenzitě (Kapounová, 2010).

Sestra při kontaktu s dialyzovaným pacientem svým přístupem a schopnostmi může včas rozpoznat projevy pacientova nepohodlí a ovlivnit tak průběh léčby. Během komunikace s klientem často odhalí, že jeho potíže mohou souviset se stresem, který způsobuje dialýza. Dlouhodobý stres se může u klienta projevovat zhoršením jeho chronických onemocnění a způsobit další zdravotní komplikace. Často pacientovi pomůže jen to, že sestra vyslechne, co ho tíží, případně mu může nabídnout pomoc psychologa (Svoboda, 2009).

Pohyb je přirozený a svým způsobem nutný k udržení zdraví a kvality života. Přiměřené množství pohybu je prospěšné a naopak jeho nedostatek je pro organismus devastující. Důsledky nízké pohybové aktivity souvisejí s většinou civilizačních chorob. Ovlivňuje to zejména kardiovaskulární systém, progresi aterosklerózy, pohybový aparát. U dialyzovaných pacientů jsou tyto zdravotní komplikace ve velké míře zastoupeny a tak vliv sedavého způsobu života a snížení pohybové aktivity může tyto komplikace ještě více zhoršovat. V průběhu léčby je k podporování aktivity vhodná i

spolupráce rodiny. V zahraničí se propaguje cvičení během dialýzy. Některá dialyzační střediska ho odzkoušela i u nás. Pacienti si tak krátí a zpříjemňují čas na dialýze, dělají něco pro své zdraví a přímo pod dohledem zdravotníků. Dialyzovaní pacienti mají ale specifické změny vnitřního prostředí s tendencí okyselení svalů kyselinou mléčnou a to vede k bolestivým křečím. Proto je vhodné provozovat aktivity opatrně. Jakákoliv přiměřená aktivita je prospěšná nejen pro organismus, jako prevence tělesných a zdravotních komplikací, ale i pro duševní zdraví. Pokud bude pacient fyzicky samostatný, soběstačný a pohybově aktivní, bude to mít pozitivní vliv na jeho psychiku i průběh léčby (Svoboda, 2009).

Slezáčková ve své publikaci uvádí: „*Neměli bychom zapomenout, že i malá změna k lepšímu v jedné oblasti, může spustit proces, který postupně kladně ovlivní další aspekty života. Důležité je začít.*“ (Slezáčková, 2012, str. 253)

2 Cíle a výzkumné otázky

2. 1 Cíle práce

Na základě předmětu výzkumného šetření byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1: Zjistit, zda je srovnatelně kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou

Cíl 2: Zjistit, zda je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou

Cíl 3: Zjistit, zda jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou

2. 2 Výzkumné otázky

- 1.** Je ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou srovnatelně kvalitní?
- 2.** Je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou?
- 3.** Jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou?

3 Metodika

3.1 Popis metodiky

Pro výzkumnou část této diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Byla použita metoda nestandardizovaného rozhovoru. Vytvořeny byly tři soubory otázek pro tři skupiny respondentů a to s peritoneální dialýzou (Příloha 1), s hemodialýzou (Příloha 2) a pro respondenty sestry (Příloha 3), které pečují o dialyzované pacienty. Všichni respondenti byli před rozhovorem informováni o anonymitě výzkumu a byli ujisti, že získané informace poslouží pouze pro účely této diplomové práce.

Výhodou metody rozhovorů je získání citlivých a cenných údajů o tom, jak jedinec danou situaci vnímá, co si o ní myslí, jak na ní reaguje. Tato metoda je náročná na čas, ale může nám pomoci proniknout do hloubky problému. Rozhovory byly zaznamenány, následně přepsány (Příloha CD) a zanalyzovány. Z analýz rozhovorů byly vytvořeny kategorie, se kterými jsme dále pracovaly, v rámci diskuse.

Záměrem šetření bylo, zjistit jak vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči pacienti s peritoneální dialýzou a jak pacienti s hemodialýzou a zda je tato péče srovnatelně kvalitní. Zároveň bylo záměrem zjistit, jak vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči sestry, které o pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou pečují, zda je tato péče z jejich pohledu srovnatelná nebo každá jiná. Šetření probíhalo v období leden – duben 2014.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo 5 respondentů s peritoneální dialýzou, druhý 6 respondentů s hemodialýzou a třetí soubor tvořilo 6 respondentek sester pracujících na hemodialyzačním středisku. Kritériem výběru u všech respondentů byla ochota spolupracovat při výzkumu. Ve všech případech šlo o záměrný výběr.

3. 2. 1 Pacienti s peritoneální dialýzou

Respondenty s peritoneální dialýzou jsem oslovila během pravidelných kontrol v nefrologické ambulanci. Kritériem výběru nebyl věk ani pohlaví, ale ochota spolupracovat. Požádala jsem šest respondentů, jestli by byli ochotni udělat se mnou rozhovor pro výzkumné šetření mé diplomové práce. Pět respondentů souhlasilo, jeden odmítl. Následně jsem respondenty seznámila s tématem diplomové práce a průběhem výzkumného šetření. S každým respondentem jsem si nakonec domluvila individuálně schůzku, kdy výzkumné šetření probíhalo vždy v domácím prostředí. Jména respondentů jsou kvůli zachování anonymity smyšlená.

První respondent (pan Karel), je mu 58 let, peritoneální dialýzou je léčen skoro 3 roky, na pravidelné kontroly dojíždí sám vlastním vozem.

Druhá respondentka (paní Marie), je jí 64 let, peritoneální dialýzou je léčena 5 let, na kontroly do ambulance ji vozí manžel vlastním autem.

Třetí respondentka (paní Květa), je jí 60 let, peritoneální dialýzou je léčena 3 roky a 3 měsíce, na kontroly jezdí sanitkou.

Čtvrtý respondent (pan Milan), je mu 56 let, peritoneální dialýzou je léčen přes 2 roky, na kontroly do ambulance jezdí sanitkou.

Pátý respondent (pan Jan), je mu 45 let, peritoneální dialýzou je léčen necelé 2 roky, na kontroly do ambulance jezdí sám vlastním vozem.

3. 2. 2 Pacienti s hemodialýzou

Respondenty s hemodialýzou jsem oslovila v průběhu dialyzační léčby na hemodialyzačním středisku. Kritériem výběru nebyl věk ani pohlaví, ale ochota spolupracovat. Požádala jsem osm respondentů, zda by byli ochotní se mnou udělat rozhovor pro výzkumné šetření. Šest respondentů souhlasilo, dvě respondentky odmítly. Respondenty jsem nejdříve seznámila s tématem diplomové práce a průběhem šetření. Výzkumné šetření jsme si většinou domluvili na příští hemodialýzu. Jména respondentů jsou kvůli zachování anonymity také smyšlená.

První respondent (pan Petr), je mu 73 let, hemodialýzou je léčen 2 roky, na dialyzační středisko jezdí sanitkou.

Druhý respondent (pan Václav), je mu 52 let, hemodialýzou je léčen skoro 5 let, na dialyzační středisko jezdí sám vlastním vozem.

Třetí respondentka (paní Ivana), je jí 51 let, hemodialýzou je léčena 3 roky, na dialyzační středisko jezdí sanitkou.

Čtvrtá respondentka (paní Jana), je jí 76 let, hemodialýzou je léčena už 8 let, na dialyzační středisko jezdí sanitkou.

Pátý respondent (pan Jiří), je mu 75 let, hemodialýzou je léčen asi 1 a ½ roku, na dialyzační středisko jezdí sanitkou.

Šestá respondentka (paní Jiřina), je jí 67 let, hemodialýzou je léčena ½ roku, na dialyzační středisko jezdí sanitkou.

3. 2. 3 Sestry hemodialyzačního střediska

U respondentek sester, které pracují na hemodialyzačním středisku a poskytují ošetrovatelkou péči dialyzovaným pacientům, kritériem výběru nebyla délka praxe ani vzdělání, ale ochota spolupracovat při výzkumném šetření. Oslovila jsem sedm respondentek, jedna nesouhlasila. Nejdříve jsem je seznámila s tématem diplomové práce a pak s průběhem výzkumného šetření. Schůzku na rozhovor jsme si vždy domluvily mimo pracovní dobu, aby byl klid a průběh šetření nenarušovaly pracovní povinnosti.

První respondentka (paní Alena), na hemodialyzačním středisku pracuje jako sestra skoro 20 let. Má středoškolské vzdělání a specializaci v Intenzivní péči v nefrologii. Ošetřuje pacienty s hemodialýzou.

Druhá respondentka (paní Dana), na hemodialyzačním středisku pracuje jako sestra 7 let. Má středoškolské vzdělání, nyní studuje specializaci v oboru Intenzivní péče. Ošetřuje pacienty s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou.

Třetí respondentka (paní Věra), na hemodialyzačním středisku pracuje jako sestra 18 let. Má středoškolské vzdělání a specializaci v Intenzivní péči v nefrologii. Ošetřuje pacienty s hemodialýzou, je zástupkyní staniční sestry.

Čtvrtá respondentka (paní Lada), na hemodialyzačním středisku má funkci staniční sestry, zároveň je sestrou v nefrologické ambulanci, pracuje zde 16 let. Má středoškolské vzdělání a specializaci v Intenzivní péči (tzv. ARIP). Ošetřuje pacienty s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou a pacienty v nefrologické ambulanci.

Pátá respondentka (paní Petra), na hemodialyzačním středisku pracuje skoro 20 let. Má vysokoškolské vzdělání (Bc.) a specializaci v Intenzivní péči v nefrologii. Ošetřuje pacienty s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou.

Šestá respondentka (paní Anna), na hemodialyzačním středisku pracuje jako sestra necelých 17 let. Má středoškolské vzdělání a specializaci v Intenzivní péči v nefrologii. Ošetřuje pacienty s hemodialýzou.

4 Výsledky

V této části práce přistoupíme k prezentaci samotných výsledků. Jak je uvedeno v metodice, získaná data jsou zpracována do kategorií. Kurzívou jsou uvedeny přesné citace respondentů bez lingvistické korekce.

4. 1 Kategorizace respondentů s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou

4. 1. 1 *Základní informace o respondentech s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou*

Průměrný věk respondentů s peritoneální dialýzou činí 56,6 let. U respondentů s hemodialýzou je to 65,6 let. Sice je vzorek respondentů obou skupin malý, ale ukazuje na celkovou věkovou bilanci dialyzovaných pacientů v obou skupinách. Peritoneální dialýzu si většinou vybírají mladší pacienti, kteří jsou soběstační a stále aktivní. Díky ní mají větší volnost a mohou se věnovat svým dosavadním aktivitám. Hemodialýzou jsou mimo jiné léčeni pacienti vyššího věku, kteří bývají polymorbidní, s více chronickými onemocněními a odkázáni na pomoc druhých.

Způsob dopravy respondentů na dialyzační středisko je sanitním vozem nebo vlastním automobilem. Zde mimo jiné záleží na možnostech respondentů, zda mají automobil a sami ho i řídí, nebo někoho, kdo by je dovezl. Vlastní odvoz má jistě výhodu v tom, že není žádná časová ztráta a dotyčný není na nikom závislý. Naopak výhodou odvozu sanitkou je zase to, že pokud pacientovi po dialýze není úplně nejlépe, cítí se slabý, je odvezen až domů. Všichni dialyzovaní pacienti mají na odvoz sanitkou nárok, je to plně hrazeno ze zdravotního pojištění. Záleží tedy na jejich rozhodnutí, co jim vyhovuje nejlépe. Vlastní odvoz často volí dialyzovaní pacienti, kteří ještě chodí do zaměstnání. Mohou si tak díky ušetřenému času lépe naplánovat práci a dialýzu dohromady. Dojížděním sanitkou pacient tráví hodně času čekáním na odvoz i při samotné jízdě. Málokdy jede pacient sám, tak musí počkat na ostatní pacienty a tím pádem ho čeká objíždění míst, kde ostatní pacienti bydlí, než se dočká i on. Z dvaceti minut jízdy vlastním autem to tak může být i jeden a půl hodiny v sanitce na cestách.

Respondenti s peritoneální dialýzou v rozhovorech uvedli: „*Jezdit autem mi nevadí, jen kdyby to bylo blíž. Sanitkou by mi to přišlo zbytečně zdlouhavý*“ (pan Karel); „*Manžel mě odveze autem bez problémů, jezdí se mnou všude. Vždycky to spojíme i s nákupem*“ (paní Marie); „*My auto nemáme. Sanitkou mi to nevadí, stejně musím na každou kontrolu přinést i ten vak s dialýzou. To bych daleko nosit nechtěla. A když mám dlouho čekat na odvoz, tak se klidně projdu. To už mi pak nevadí nebo jedu autobusem*“ (paní Květa); „*Do práce jezdím taky autem, tak mi to nevadí. Aspoň se nemusím nikde zdržovat*“ (pan Jan). Respondenti s hemodialýzou uvedli: „*Já bych se neměl jak dostat. Je to dlouhý, ale to se nedá nic dělat*: (pan Petr); „*Autem jezdím i do práce. Kolikrát na dialýzu jedu rovnou z práce*“ (pan Václav); „*Už jsem si na sanitku zvykla. Stejně jinou možnost nemám*“ (paní Jana); „*Na dialýzu jezdím vždycky sanitkou a domů si pro mě někdy přijedou, když se mi nechce dlouho čekat na sanitku*“ (paní Ivana); „*Jezdím sanitkou, proto bych chtěla tu peritoneální dialýzu, protože to dojíždění je hrozný*“ (paní Danuše).

4. 1. 2 Příčiny chronického selhání ledvin

Příčiny chronického selhání ledvin u respondentů léčených peritoneální dialýzou a hemodialýzou jsou různé. Z rozhovorů vyplynulo, že někteří respondenti se o svém onemocnění dověděli náhodně, při vyšetření jiného onemocnění. „*Byl jsem na vyšetření v Praze, měl jsem vodu na srdci. Tam mi zjistili, že mám nemocné ledviny, že už selhávají*“ (pan Petr). Jiný respondent uvedl: „*U mě to byl nejdřív nádor žaludku, byl jsem v Praze na vyšetření. Vzali mi kus žaludku, chemoterapii mi dělat nemuseli. Po návratu do nemocnice v Prachaticích mi na chirurgii zjistili špatné testy ledvin*“ (pan Jiří). Náhodně se může zjistit i to, že má pacient pouze jednu funkční ledvinu, jako uvedl jeden respondent. „*Já jsem vůbec netušil, že něco takového mám. Asi je to 20 let, co jsem byl po úraze na CT vyšetření a tam mi zjistili, že mám jenom jednu ledvinu. Ta druhá, že je zakrnělá*“ (pan Karel). Někdy pacienti ani netuší, že by onemocnění ledvin mohli mít. Dlouhou dobu nemají žádné příznaky, které by tomu nasvědčovaly a k lékaři je to donutí, až když už je onemocnění ledvin ve stadiu, že je nutná dialyzační léčba. To uvádí i jeden respondent. „*Byl jsem nějaký čas takový unavený, bolely mě*

nohy... celkově jsem neměl sílu. Šel jsem k obvodnímu doktorovi a ten mi zjistil, že to asi budou ledviny, že mám špatné výsledky a poslal mě do nemocnice. Hned další den mi dělali dialýzu“ (pan Jan).

4. 1. 3 Délka dialyzační léčby

Dialyzační léčbu pacienti podstupují různě dlouhou dobu. Pokud nejsou zařazeni do transplantačního programu, je pro ně „nechtěnou“ součástí do konce života. Dlouhodobá dialyzační léčba má negativní vliv nejen na celkový zdravotní stav pacienta, ale i na kvalitu života. Jedna dlouhodobě dialyzovaná respondentka to uvedla i v rozhovoru. *„Sama se divím, že po tom všem, tu ještě jsem, když už jsem tak dlouho nemocná a jezdím na dialýzu tolik let“ (paní Jana).* Jiný respondent uvedl: *„Je to hrozný, ale už sem na dialýzu jezdím skoro 5 let“ (pan Václav).* Na začátku dialyzační léčby pacient neví, co ho čeká, jak moc mu dialyzační léčba změní život. Jedna respondentka léčená hemodialýzou půl roku, nyní zvažuje přechod na peritoneální dialýzu. *„Hrozné je to dojíždění na dialýzu. To jsem si vůbec tak nepředstavovala. Teď uvažuji o peritoneální dialýze, ale nemám na to doma podmínky. Máme doma málo místa a nebylo by kam dávat ten materiál, ty krabice. Budu si to muset ještě promyslet“ (paní Danuše).*

4. 1. 4 Kontroly v nefrologické ambulanci

Nefrologickou ambulanci navštěvovali respondenti různě dlouhou dobu. Z toho i vyplývá, kdy bylo onemocnění ledvin u nich zjištěno. Některý respondent byl sledován roky a jiný absolvoval pouze vyšetření na potvrzení diagnózy a musela být zahájena dialyzační léčba. V rozhovorech zaznělo: *„O onemocnění ledvin vím asi od svých 6 let. Postoupila jsem řadu vyšetření. Někdy od roku 1987, to mi bylo 37 let, jsem začala chodit do ambulance v Českých Budějovicích, pak sem do Prachatic k paní doktorce“ (paní Květa).* Jiný respondent naopak uvedl: *„Všechno to bylo tak rychle. Na kontrole v ambulanci jsem byl asi 2x až 3x a pak hned byly dialýza“ (pan Jiří).* Vliv na délku docházení do nefrologické ambulance má také progresse onemocnění. Jedna respondentka uvedla: *„Do ambulance jsem docházela asi 5 let, mám jenom jednu*

ledvinu, tu druhou mi brali pro nádor. Tak nějak se to drželo, výsledky furt byly dobrý. Přišlo to najednou, nic mi nebylo. Zjistilo se to při kontrole, že budu muset začít chodit na dialýzu“ (paní Danuše). Ne všichni pacienti, u kterých byla zjištěna nějaká porucha funkce ledvin, byli sledováni v nefrologické ambulanci. „Bílkovinu v moči mi zjistili před odvodem na vojnu, ostatní hodnoty byly v normě. Bylo to opakovaně a nikdo s tím nic nedělal. Žádná vyšetření jsem neabsolvoval, byl jsem odveden. Tam jsem dostal zápal plic a skončil v nemocnici. Zase to zjistili, ale stejně mě nevyšetřili. Ted' vím, že to asi bylo špatně...“ (pan Václav). Toto se respondentovi stalo na konci osmdesátých let minulého století, kdy sledování pacientů s podezřením na onemocnění ledvin nebylo tak důkladné.

4. 1. 5 Možnost výběru mezi peritoneální dialýzou a hemodialýzou

Z rozhovorů vyplynulo, že skoro všem byla před zahájením dialyzační léčby nabídnuta možnost rozhodnout se mezi peritoneální dialýzou a hemodialýzou. Informace o možnostech léčby, včetně kladů a záporů, byly těmto respondentům poskytovány v nefrologické ambulanci opakovaně lékařkou i sestrou. Většina z nich se potom rozhodla sama. Respondenty léčené hemodialýzou k jejich rozhodnutí vedly například obavy z toho, že je peritoneální dialýza složitá a oni by to nezvládli. V rozhovorech to uvedli takto: „Bylo mi to nabídnuto, ale sama jsem peritoneální dialýzu zamítla. Jednodušší mi to přišlo na hemodialýze a doma by se to muselo předělávat“ (paní Ivana); „Rozhodla jsem se pro hemodialýzu. Doma nemáme pro to podmínky, máme zvířata. Viděla jsem to jako problém. Peritoneální dialýza mi přišla hodně složitá i ohledně zajištění hygieny a čistoty. Z toho jsem měla strach“ (paní Jana); „Od paní doktorky jsem se dověděl o této možnosti, ale zvolil jsem hemodialýzu. Peritoneální dialýza by byla pro mě náročnější na hygienu a tak. To bych asi nezvládl, přišlo mi to složité a rizikové. Na hemodialýze mi to přijde v pohodě. Sestry se o mě starají. Je zde všechno po ruce“ (pan Jiří). Naopak respondentka léčená peritoneální dialýzou o svém rozhodnutí pro tuto metodu v rozhovoru uvedla: „Rozhodla jsem se pro peritoneální dialýzu, že jsem si to mohla dělat doma sama, nebudu tak omezená jako u hemodialýzy. Vadil by mi šant a píchání, ta bolest. Vyhovoval mi ten volnější

režim“ (paní Květa). Někdy se ale může stát, že i když se pacient rozhodne pro jednu metodu léčby, může být nakonec kvůli různým komplikacím zařazen na tu druhou. „Byl jsem rozhodnutý pro hemodialýzu, ale 3x mi dělali fistuli na obou rukách. Ani jednou se to nepovedlo, tak jsem musel jít na peritoneální dialýzu. Hemodialýza mi přišla jednodušší a ta peritoneální dialýza hrozně složitá. Ted’ jsem za tu peritoneální dialýzu rád“ (pan Karel). Pokud lékař přistupuje k léčbě pacienta bez možnosti výběru, má k tomu medicínské důvody. Bývá to v případě okamžitého zahájení dialyzační léčby, kdy není čas na dlouhé přípravy nebo je nejvhodnější jen jeden možný způsob terapie. Jeden respondent uvedl: „O možnostech peritoneální dialýzy jsem žádné informace neměl, byl jsem rovnou seznámen s možností hemodialýzy“ (pan Petr). V rozhovorech respondenti dále uvedli, že měli dostatečný čas na rozmyšlenou. „Měla jsem času dost. Rozhodnutá jsem byla více méně hned“ (paní Ivana); „Čas na rozmyšlenou, ten jsem ani nepotřebovala. Tím, že nemáme doma místo, tak jsem byla rozhodnutá pro hemodialýzu“ (paní Danuše).

4. 1. 6 Hodnocení přístupu sester

Všichni respondenti hodnotili přístup sester k pacientům kladně. Označili ho shodně pacienti s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou jako vyhovující, pozitivní, perfektní. V rozhovorech zaznělo: *Jejich přístup mi vyhovuje. Co je třeba, tak udělají. Vcelku si nemůžu stěžovat“ (pan Petr); „Nemám sebemenší problém. Kdykoliv je nějaký problém, sestry se okamžitě snaží ho vyřešit a pomoc mi“ (pan Václav); „Mám pocit, že se věnují dost. Nemůžu si ztěžovat. Určitě se snaží ochotně pomoc, když něco potřebuji“ (pan Jiří); „Mám pocit, že všechny se chovají stejně ke všem pacientům a snaží se opravdu pomoc kdykoliv a s čímkoliv“ (paní Danuše); „Jsou vždycky ochotné a vstřícné. Ten přístup je opravdu perfektní“ (pan Karel); „Hodně mi pomohl přístup sestry, hlavně na začátku. Měl jsem velký strach, jak to sám zvládnu, ale ona mi moc pomohla. Všechno mi to pečlivě vysvětlila, že jsem z toho přestal mít strach“ (pan Jan). Respondenti s hemodialýzou hodnotili i prostředí dialyzačního střediska: *Na našem středisku je to takové klidné a domácí. Sestry jsou moc ochotné“ (paní Ivana); „S přístupem sester jsem moc spokojená. Je to u nás takové domácí. Všechny se chovají**

stejně. Mám je ráda. I doma o tom vyprávím manželovi. Fakt jsem moc spokojená“ (paní Jana).

4. 1. 7 Dostatek znalostí sester

Sestry pracující na hemodialyzačním středisku ke své práci potřebují hodně znalostí o problematice péče o pacienty s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou, musí být dostatečně zručné při napojování pacientů s hemodialýzou na dialyzační přístroj. Musí mít i vztah k technice, protože dialyzační přístroje obsluhují dnes a denně. Práce sestry na hemodialyzačním středisku je hodně samostatná. Sice jsou ve směně vždy minimálně dvě sestry, ale každá z nich se musí umět dokázat rychle rozhodovat, pokud vzniknou jakékoliv komplikace při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi. Sestry, které mají na starosti pacienty s peritoneální dialýzou, musí perfektně ovládat problematiku obou metod léčby (hemodialýzy i peritoneální dialýzy). To, jak sestra zaučí pacienta s peritoneální dialýzou, provádění výměn, čeho se vyvarovat a co je vhodné, ovlivní další průběh pacientovi léčby. Je to všechno i o komunikačních a edukačních schopnostech sestry a vzájemném vztahu mezi sestrou a pacientem. Pokud bude pacient s peritoneální dialýzou dobře zaučený, sestře důvěřovat a mít v ní oporu, bude si jistější v tom, co dělá a jeho léčba bude probíhat tak, jak by měla. Všichni respondenti uvedli, že sestry znalosti pro tuto práci mají. Je to podle nich práce velmi náročná a sestry toho musí hodně vědět. Zaznělo: „*Nesetkal jsem se s tím, že by byly sestry nějak mimo. Vždy vědí, co je třeba*“ (pan Václav); „*Proškolené jsou podle mého názoru velmi dobře*“ (paní Ivana); „*Mám pocit, že to není jednoduché, ale jinak by tu dělat nemohly*“ (paní Danuše). Nejdéle dialyzovaná respondentka z oslovených uvedla: „*Za těch 8 let, co jsem tady, tak jistě o tom mají sestry přehled. Jsou pohotové, zručné. Plně jim důvěřuju*“ (paní Jana). Jiný respondent uvedl: „*Určitě si s dialyzačním strojem rozumí perfektně. Během dialýzy je klid. Určitě ovládají ty věci dobře. Když vidím, jak jim to jde, motat ty hadičky...mně by se o tom zdálo*“ (pan Jiří). Respondenti s peritoneální dialýzou také v rozhovorech uvedli, že mají sestry dostatek znalostí pro tuto práci. „*Vždy mi perfektně pomohla. Je vidět, že ví, co dělá. Už když mi to vysvětlovala a zaučovala. Měla velkou trpělivost*“ (pan Karel); „*Je poznat, že sestřička*

toho hodně ví. Všechno mi perfektně vysvětlila. A na co jsem se zeptala, tak se snažila odpovědět. Určitě ví, co dělá. Je určitě dost zkušená a zručná“ (paní Marie); „Ať jsem se zeptala na cokoliv, vždy mi bylo kvalifikovaně odpovězeno“ (paní Květa).

4. 1. 8 Spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí

Všichni oslovení respondenti vnímají poskytovanou ošetrovatelskou péči kladně, jsou s ní spokojeni. Respondenti dále preferují způsob poskytování ošetrovatelské péče takový, na který jsou zvyklí. Respondentům s peritoneální dialýzou vyhovuje péče 1-2 sestrami. V rozhovorech uvedli: *„Vyhovuje mi to. Ta sestra ví o mně nejvíce. Je to pro mě tak lepší“ (pan Karel); „Tady to je víc osobní a sestřička mě víc zná“ (paní Marie); „Vyhovuje mi to, důvěra se zvýšila. Více sester by mi nevyhovovalo“ (paní Květa).* Respondentům s hemodialýzou zase vyhovuje týmová ošetrovatelská péče poskytovaná střídavě všemi sestrami dialyzačního střediska. V rozhovorech pak uvedli: *„Tato péče mi naprosto vyhovuje. Nikdy jsem s žádnou sestrou neměl problém“ (pan Petr); „Vyhovuje mi to, tak jak to je, neměnil bych“ (pan Václav); „Vyhovuje mi tenhle způsob péče. Takhle se dostanu aspoň mezi lidi a vidím i jiné tváře“ (paní Ivana); „Pochvaluji si to. Docela by mi i vadilo, kdybych měla jen jednu sestru“ (paní Jana).* Respondenti s hemodialýzou dále uvedli, že jsou sestrami během jednotlivých dialýz pravidelně kontrolovány. Sestry mají po celou dobu přehled o všech napojených pacientech na dialyzační přístroj. Pokud vznikne nějaká komplikace (technická, zdravotní..), musí umět pohotově reagovat a danou situaci vyřešit. V rozhovorech uvedli: *„V kontaktu se sestrou jsem několikrát, stačí mi to. Stejně jsme pořád pod dohledem a já jsem rád, když mám klid a můžu si při dialýze chvilku zdřímnout“ (pan Petr); „Vyhovuje mi klid, nepotřebuju mít sestřičku celou dialýzu u sebe. Stačí změřit tlak a zeptat se, jestli je všechno v pořádku“ (pan Václav); „Mám pocit, že kontakt je dostatečný. Pod dohledem jsme pořád“ (paní Ivana); „Vyhovuje mi to, když je třeba, máme zvonky. Nejsm moc řečný“ (pan Jiří).* Respondenti s peritoneální dialýzou nejsou se sestrou tak často v kontaktu, jako respondenti s hemodialýzou. Sestra je s pacientem nejvíce na začátku léčby, kdy ho zaučuje, jak provádět výměny a vysvětluje všechno potřebné. Pak už jsou spolu v kontaktu jen při pravidelných kontrolách, nebo dle potřeby. Uvedli: *„V kontaktu*

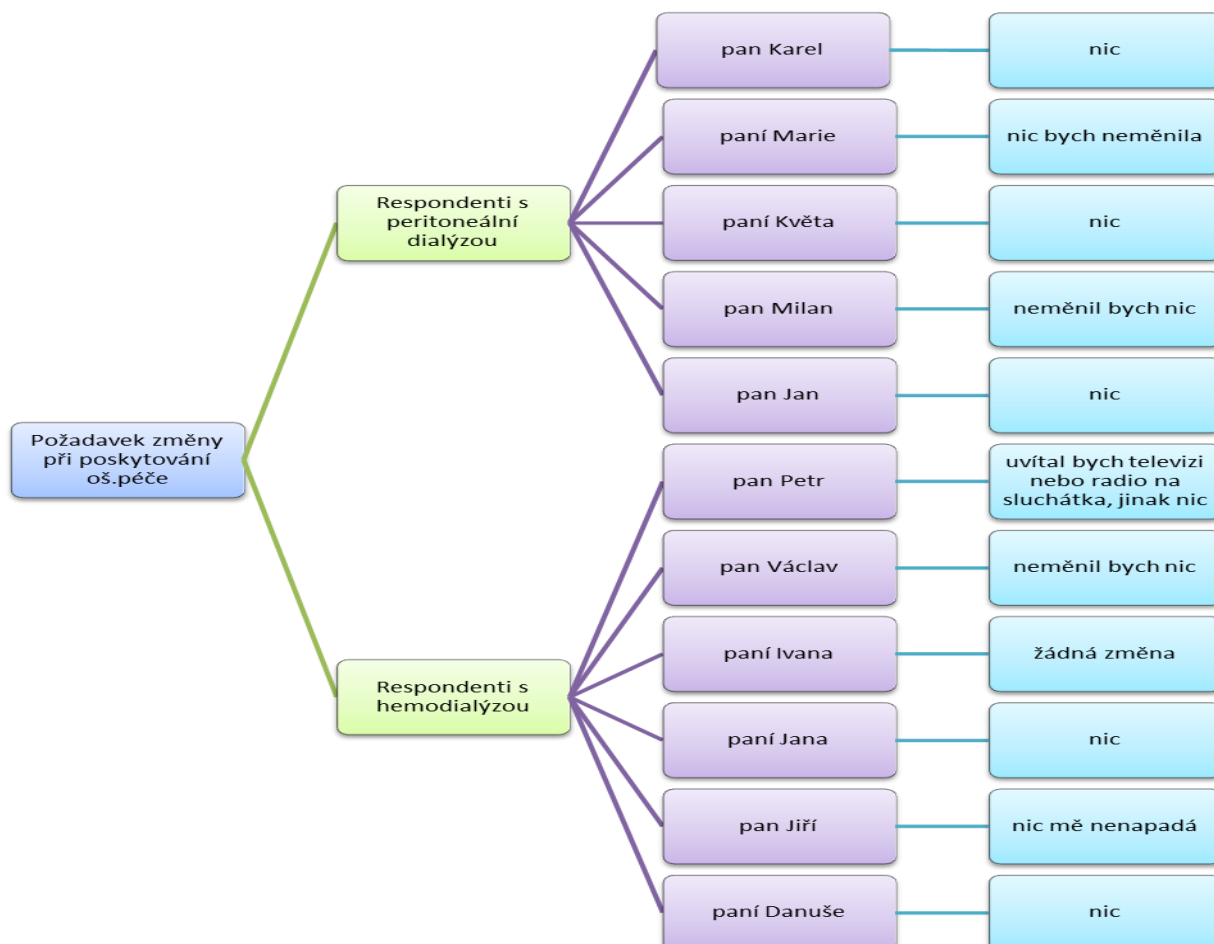
jsme, jak je potřeba“ (paní Marie); „Podle potřeby, můžu kdykoliv zavolat“ (paní Květa); „ V kontaktu jsme myslím dost. Když potřebuji, tak jí zavolám nebo ona mně“ (pan Jan).

4. 1. 9 Poskytování informací během léčby

Respondenti informace během dialyzační léčby od sester dostávají. Jsou to informace týkající se léčby, dodržování režimu, omezení příjmu tekutin, dietní opatření, informace o plánovaných vyšetřeních a příprava na ně... Respondenti uvedli: *„Informace mi poskytují pravidelně a opakovaně. Upozorňují mě na omezený příjem tekutin, na fosfor, v kterých potravinách je, připomínají mi brát pravidelně ty vazače“ (pan Václav); „Hlavně omezení tekutin, s tím mám problém. Už jsem omezil polívky“ (pan Jiří); „opakovaně mě upozorňují, na co bych neměla zapomínat...ty tekutiny, fosfor..“ (paní Marie).* Pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou sestry opakovaně poskytují informace a připomínají, co je a není pro ně vhodné. Pokud pacient opravdu bude dodržovat režimová doporučení, může tak sám předejít mnoha zdravotním komplikacím, které s nedodržováním souvisí. Aby pacient opravdu pochopil smysl a význam poskytovaných informací, musí sestra zvolit tu nejvhodnější formu edukace pro toho konkrétního pacienta, protože podanou informaci nemusí pochopit všichni pacienti stejně. Edukace a komunikace jsou dvě činnosti, které se musí sestra naučit dobře zvládat. Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou používá sestra tyto činnosti denně.

4. 1. 10 Požadavek změny při poskytování ošetrovatelské péče

Schéma 1: Požadavek změny při poskytování ošetrovatelské péče



V rozhovorech bylo také zjišťováno, jestli mají respondenti s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou požadavky na změnu při poskytování ošetrovatelské péče sestrami dialyzačního střediska. Všichni respondenti uvedli, že by nic neměnili. Jsou spokojeni s péčí sester tak, jak jí poskytují. „Ošetrovatelská péče je dostatečná. Vyhovuje mi. Stejně se ptají, jestli mi něco nechybí, tak by se to dalo vyřešit aktuálně“ (paní Danuše); „Nenapadá mě nic, co bych chtěla změnit. Už jsem si na přístup sestry zvykla a asi bych ani nic měnit nechtěla“ (paní Marie); „Sestry vědí, co je třeba. Neměnil bych nic. Jsem spokojený“ (pan Jiří). Změny by respondenti ale uvítali v jiných oblastech, než je ošetrovatelská péče. Jako pozitivní by vnímali komfortnější vybavení dialyzačního střediska pro lepší pohodlí a krácení „dlouhé chvíle“ při pravidelném

pobytu. Nebo by uvítali kratší dosažitelnost dialyzačního střediska z místa bydliště. V rozhovorech uvedli: „*Pro mě by bylo výhodnější, kdybych bydlel v místě dialyzačního střediska, abych to měl blíž*“ (pan Karel); „*Já bych uvítal, kdyby líp fungovaly televize nebo rádio a aby mohl mít každý sluchátka a nerušil tak ostatní. Lépe by mi to uteklo. Jinak, co se týče péče, bych nic neměnil*“ (pan Petr).

4. 2 Kategorizace sester hemodialyzačního střediska

4. 2. 1 Základní informace - vzdělání a délka praxe respondentek sester HDS

Výzkumným šetřením byla zjištěna úroveň vzdělání respondentek sester pracujících na hemodialyzačním středisku. Všech 6 respondentek je registrovaných, schopných pracovat bez odborného dohledu. Jedna má vysokoškolské vzdělání (Bc.), ostatní středoškolské, 4 mají specializaci v intenzivní péči v nefrologii, 1 specializaci v intenzivní péči (ARIP), jedna respondentka specializační vzdělání v intenzivní péči nyní studuje. V rozhovorech s respondentkami zaznělo, že jim specializační vzdělání pomohlo k lepšímu pochopení problematiky poskytování ošetrovatelské péče dialyzovaným pacientům. Za důležité také považují doplňovat si novinky v tomto oboru na různých seminářích a kurzech. Tyto vzdělávací akce pořádají i medicínské firmy zaměřené na dialyzační léčbu (Fresenius, Braun, Baxter). Respondentky uvedly: „*Specializace mi hodně pomohla. Více jsem pochopila ty souvislosti. Dialyzační léčba je obor, který se rychle vyvíjí. Zúčastňuju se kurzů a seminářů, hlavně firemních, ty jsou na dialýzu zaměřené*“ (paní Petra); „*Řekla bych, že mi specializace pomohla. Jezdíme na semináře a školení, je to užitečné*“ (paní Anna). Respondentka, která specializaci teprve studuje, uvedla: „*Mně moje vzdělání k pochopení dialýzy nepomohlo. Specializaci teprve studuji. Hodně mi spíš daly semináře. Vyhovují mi ty firemní, zaměřené na dialýzu*“ (paní Dana). Dále bylo zjištěno, jak dlouhou mají respondentky praxi na hemodialyzačním středisku. Průměrná délka praxe je 16,2 roku. Z toho vyplývá, že na tomto hemodialyzačním středisku pracují zkušené sestry s dlouhodobou

praxí. Dostatek zkušeností a léta praxe u sester zmiňovali v rozhovorech i respondenti s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou.

4. 2. 2 Poskytovaná ošetrovatelská péče

V rozhovorech respondentky dále uvedly, jestli poskytují ošetrovatelskou péči pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou. Všech šest respondentek poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům s hemodialýzou, z toho tři respondentky jen pacientům s hemodialýzou a tři respondentky pacientům s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou. I když ne všechny respondentky poskytují péči u obou způsobů léčby, jsou zaučené a proškolené, aby byly schopné zajistit ošetrovatelskou péči pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou. Ty, co pečují jen o pacienty s hemodialýzou, sice nemají s péčí o pacienty s peritoneální dialýzou tolik zkušeností, ale základní ošetrovatelskou péči v případě potřeby (výměny dialyzačního roztoku, ošetření peritoneálního katétru, výměnu koncovky peritoneálního katétru...) dokáží zajistit. Respondentky to uvedly i v rozhovorech: „*Pokud by si výměny pacient nemohl dělat sám, třeba při hospitalizaci v nemocnici, tak bych výměny určitě zvládla*“ (paní Alena); „*Základní péči u pacienta s peritoneální dialýzou určitě zvládnu. Když by byl nějaký problém, tak se zeptám peritoneální sestry nebo paní doktorky*“ (paní Věra).

4. 2. 3 Kvalita poskytované ošetrovatelské péče pacientům s PD a s HD

Dále nás zajímalo, jak respondentky vnímají kvalitu poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou. Podle všech respondentek jsou obě poskytované péče stejně kvalitní. Respondentky, které pečují jen o pacienty s hemodialýzou, nedokázaly obě péče úplně hodnotit, protože se o pacienty s peritoneální dialýzou nestarají a nemají tolik potřebných zkušeností. Všechny respondentky ale uvedly, že každá péče má svá určitá specifika a je tak trochu jiná. „*S pacienty s peritoneální dialýzou v kontaktu nejsem. Každá ta péče je asi trochu jiná. S pacienty s hemodialýzou jsme jako sestry v kontaktu pořád, vidíme je častěji, staráme se o ně vlastně my. Ty s peritoneální dialýzou si dělají dialýzu doma sami a sestru vidí při kontrolách nebo jí zavolají, když se něco děje*“ (paní Alena); „*Každá péče má svá*

specifika. Nevadí mi ani jedna z metod. Při hemodialýze je pacient v kontaktu se všemi sestrami. Pacient s peritoneální dialýzou je v kontaktu s jednou sestrou, a když má problém, tak má na ní telefon a řeší to s ní nebo s lékařem. Je to podle mě víc osobnější přístup, než u hemodialýzy“ (paní Dana); „Pacienty s peritoneální dialýzou nemám na starosti, tak nedokážu úplně posoudit. Na hemodialýzu pacienti přijdou, my se o ně postaráme, dialýzu zajistíme a jedou zase domů. Pacient s peritoneální dialýzou se stará sám o sebe. Pak záleží na něm, jestli se ozve, když něco není v pořádku“ (paní Věra); „U peritoneální dialýzy je důležité dodržování postupů napojení při výměnách. Tam je důležitá důslednost na začátku, při zaučování. Pacient to musí umět dělat pořádně“ (paní Lada). Kvalitu ošetrovatelské péče poskytovanou pacientům s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou ovlivňuje sestra svým přístupem, postoji, způsobem komunikace, schopností adekvátně reagovat... Důležitý je i vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem, který může do určité míry ovlivnit jak kvalitu péče, tak i celkový průběh léčby. Pacient s peritoneální dialýzou o sebe do značné míry pečuje sám. Sestra je mu oporou a poradcem. Vhodnou formou provádí opakovaně edukaci, doporučí co je a není pro něho vhodné, radí mu, na co nezapomínat a čeho se vyvarovat při provádění výměn dialyzačního roztoku. Díky tomu pacient získává jistotu, že vše zvládá dobře a cítí se pak klidnější a spokojenější. Kdykoliv si neví rady, může se na sestru obrátit telefonicky nebo osobně a vzniklý problém společně vyřešit. U pacientů s hemodialýzou sestry také opakovaně provádí edukaci během dialýzy, upozorňují na nutnost dodržování režimu (omezení příjmu tekutin, vyvarovat se potravin s vysokým obsahem kalia, fosforu...). Někteří pacienti jsou ale neukáznění, doporučením se neřídí. Tam je to potřeba edukaci provádět častěji, aby si opravdu uvědomili, že je to pro jejich dobro a že tím nedodržováním škodí jen sami sobě. Jedna respondentka uvedla: „Někdy je to náročné. Člověk má pocit, že u některých pacientů je nějaká edukace úplně zbytečná. Dokola je poučujeme, co by měli a neměli... a stejně to nemá žádný efekt. Ten pacient si stejně dělá, co chce“ (paní Lada).

4. 2. 4 Náročnost a obsáhlost ošetrovatelské péče u pacientů s PD a s HD

Respondentky také uvedly, že ošetrovatelská péče pacientů s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou je obsáhlá a náročná. Sestry se toho musí pro práci na hemodialyzačním středisku hodně naučit. Jsou to činnosti týkající se obsluhy dialyzačních přístrojů, zvládnutí techniky napojování pacienta na dialyzační přístroj z trvalého i akutního cévního přístupu, zvládnutí technik komunikace a edukace. Sestry se musí umět dokázat rychle rozhodovat při náhle vzniklých komplikacích u pacienta (technických i zdravotních). K tomu všemu je práce s dokumentací, které je čím dál více. Každé sestře trvá určitý čas, než se zapracuje a je schopná pracovat samostatně. Nejvíce zkušeností získává sestra během praxe. Respondentky uvedly: „Ze začátku toho bylo dost. Přišlo mi to hodně složitý. Dokonce se mi o tom zdálo“ (paní Alena); „Když to vezmu u hemodialýzy, tak toho sestry musí hodně umět. Je to práce hodně samostatná. Obsluha dialýzy, umět namotat, napíchnout, napojit pacienta, zajistit sanitky, ordinace lékaře... K tomu komunikace s pacienty...“ (paní Věra); „Je toho dost. Na hemodialýze potřebuje pacient péči 3x týdně, 4-5 hodin. Náročnost se odvíjí od zdravotního stavu pacientů a jejich počtu ve směně a případných komplikací. Náročnější mi přijde zavedení peritoneální dialýzy u pacienta. Jeho edukace, zvládnutí náviku, aby byl pacient samostatný a neměl komplikace...“ (paní Dana); „Papírování je čím dál víc. To nás jednou zahubí. Kvůli tomu není tolik času na pacienty“ (paní Lada); „Chvilí trvá, než může sestra pracovat samostatně. Musí mít vztah i k přístrojům. Je dost věcí, s kterými si musí umět poradit...ovládat přístroj, pohotově reagovat, umět komunikovat“ (paní Petra). Práce na hemodialyzačním středisku je náročná i po psychické stránce. Sestry jsou v kontaktu s chronicky nemocnými pacienty, kteří jsou odkázáni na dialýzu. Jedny a ty samé tváře vidí měsíce, často i dlouhé roky. Během té doby sledují, jak se pacienti postupně mění, „chátrají“. Jedna respondentka uvedla: „Stále vidíme stejné pacienty. Je to vlastně až do smrti, pokud nejdou na transplantaci...někdy je to náročné“ (paní Lada).

4. 2. 5 Vliv důvěry na kvalitu ošetrovatelské péče

Také nás zajímalo, jaký vliv má vzájemná důvěra mezi respondentkami sestrami a pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Všechny respondentky v rozhovorech uvedly, že vzájemná důvěra má vliv na kvalitu péče. Pokud pacient sestře důvěřuje, je ochoten lépe spolupracovat. Každý pacient je jiný, tak se k nim musí přistupovat individuálně. U některých pacientů to chvíli trvá, než začnou sestře důvěřovat. Hlavně na začátku léčby, kdy mají strach z neznámého, nevědí, co je vlastně během dialýzy čeká a neznají ani sestry. Respondentky uvedly: „Každý pacient je jiný. S každým se jinak komunikuje. Pro získání jeho důvěry je důležité nejen to, co říkáme, ale hlavně jak, jakým tónem to říkáme“ (paní Alena); „Záleží na přístupu personálu a povahových vlastnostech a postojích pacienta k léčbě. Všem pacientům je poskytována stejně kvalitní péče. Jen důvěra a spolupráce pacienta má lepší výsledky v léčbě“ (paní Dana); „Někdy je obtížné získat si důvěru pacienta, hlavně na začátku léčby. Když pacient víc důvěřuje, je klidnější“ (paní Věra); „Chvíli to trvá, než si získám pacientovu důvěru, ale většinou se mi to podaří“ (paní Lada); „Hlavně na začátku mají někteří pacienti velký strach, neví, co je čeká. Musí se přistupovat velmi individuálně, aby pacient neměl ještě větší strach. Všechno mu vysvětlit a uklidnit ho“ (paní Petra)

4. 2. 6 Vnímání vztahu sestry s pacientem

Vztah mezi sestrami a pacienty s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou hodnotí respondentky vesměs dobře. Tyto vztahy jsou dlouhodobé, postupně se vyvíjí a jsou různě intenzivní. Personál dialyzačního střediska se pro pacienta stává jakousi druhou rodinou. Sdílí s ním jednu část pacientova života spojeného s dialýzou. Pacienti s peritoneální dialýzou mívají vzájemný vztah se sestrou více osobní, než pacienti s hemodialýzou. O pacienty s peritoneální dialýzou se většinou stará 1 sestra, má o nich více informací a větší přehled. Pacienty navštěvuje v domácím prostředí a může tak sledovat i jejich zázemí, osobní a rodinné vztahy. Dostává se mnohem více do jejich osobního života. Pacienti s hemodialýzou takto blízký vztah se sestrami nemají. Různé informace o svém soukromí a osobním životě sestrám sdělují, jen když oni sami chtějí.

Sestry dialyzačního střediska mají se všemi dialyzovanými pacienty určitý vztah. Vždy by to mělo být v rámci slušného chování. Pacienti jsou, tak jako lidé, různí a ne vždy dobře naladěni. Se všemi a v každé situaci si musí umět sestry poradit. Důležitá je jejich schopnost empatie a vzájemná tolerance. Respondentky v rozhovorech uvedly: *„Jako v každém vztahu jde o zásady slušného chování. Příjemný a pozitivní přístup všech. Důležitá je schopnost tolerance a empatie. V takových případech bývají vztahy na velice dobré úrovni“* (paní Dana); *„Jsou různí pacienti a se všemi musíme komunikovat“* (paní Lada); *„Sestra se snaží být ke všem pacientům stejně milé a ochotné. I když někdy nejsou pacienti zrovna naladěni, tak se snaží tuto situaci vzájemně vyřešit“* (paní Petra); *„Každá máme sympatického a nesympatického pacienta, tak jako oni mají nás sestry. Sestra by se měla ale chovat ke všem pacientům stejně, tak aby to nevnímali“* (paní Anna).

4. 2. 7 Potřeba individuálního přístupu

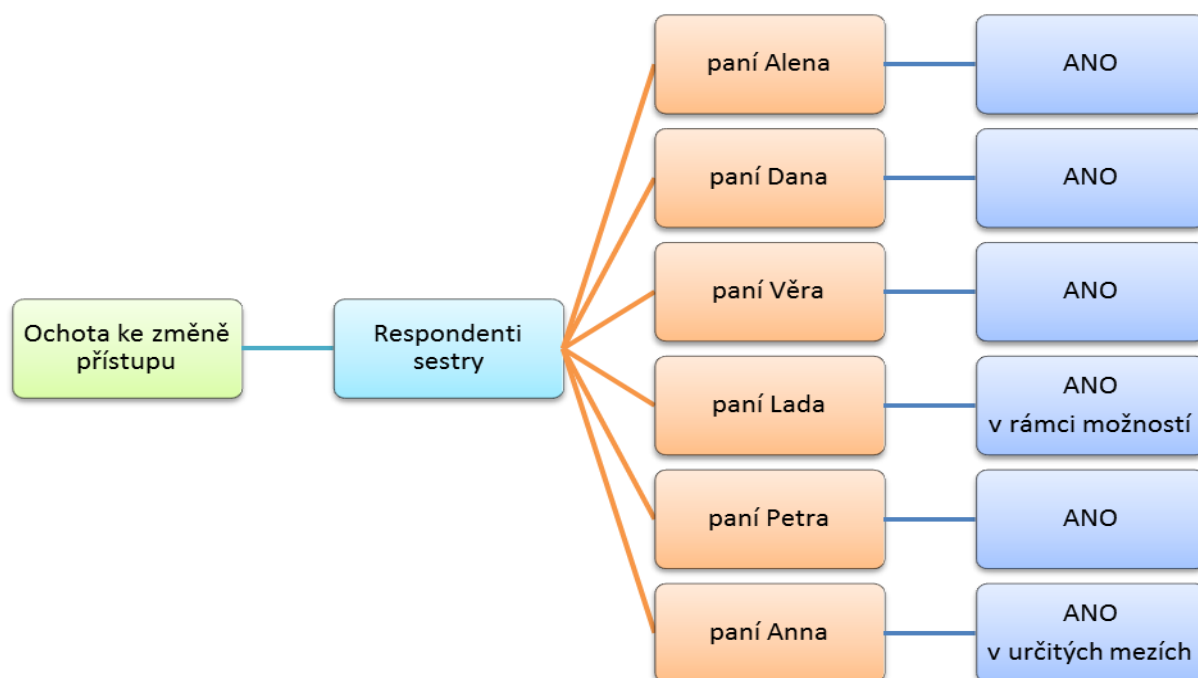
Dále nás zajímalo, zda je potřeba individuálního přístupu respondentek k pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou. Respondentky v rozhovorech uvedly, že k pacientům je potřeba přistupovat individuálně. Každý z pacientů je jiný a má jiné potřeby a požadavky. Vše záleží na vzájemné komunikaci. Dá se tak předejít i různým nedorozuměním. Pro sestry by měl být hlavním cílem při poskytování ošetrovatelské péče spokojený pacient. Respondentky uvedly: *„Zvyšuje se věk pacientů, zhoršuje se jejich zdravotní stav a tím se i snižuje úroveň sebeobsluhy. Sestra by měla mít dostatek empatie a trpělivosti při ošetřování pacientů. Cílem je spokojený pacient“* (paní Alena); *„Individuální přístup určitě ano. Sestra by měla respektovat schopnosti a momentální indispozice pacienta“* (paní Dana); *„Každý pacient je jiný, má jiné potíže“* (paní Věra); *„Nevidím rozdíl v přístupu k pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou. Vždy se musí přistupovat k pacientovi jako jedné osobě, která má své konkrétní potřeby“* (paní Petra); *„Někomu vyhovuje to a někomu zas něco jiného. Záleží na domluvě“* (paní Anna).

4. 2. 8 Poskytování informací během PD, HD

K poskytování informací pacientům během hemodialýzy a peritoneální dialýzy respondentky v rozhovorech uvedly, že informace pacientům poskytují opakovaně, obzvlášť u těch neukázněných. Volí k tomu různé způsoby, názorné ukázky, poskytují brožury, zvýrazní v nich ty nejdůležitější informace. Snaží se o to, aby pacienti co nejlépe pochopili smysl a význam podaných informací. Když například sestry pacienty upozorňují na nutnost dodržování omezeného příjmu tekutin, nestačí jen zdůraznit, kolik může dotyčný pacient za den vypít tekutin, ale musí ho zároveň upozornit, že plno tekutin je ukrytých i v jídle. Nejlepší je potom poskytnout zmíněnou brožuru, ve které to přímo zdůrazní, aby to pacient viděl „černé na bílém“. Sestra by se také měla vyvarovat používání cizích slov, informace poskytovat pomalu a srozumitelně. Zpětnou vazbou od pacienta si může zjistit, zda informacím rozuměl. Pokud ne, tak zkusit zvolit jinou taktiku. Na poskytování informací a jakoukoliv edukaci pacienta by měla mít sestra dost času a trochu soukromí. Zajistit soukromí u pacientů s hemodialýzou zrovna moc dobře vždycky nejde. Poskytování informací nebo edukaci u pacientů s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou respondentky hodnotily stejně. U obou skupin jí provádějí pravidelně, opakovaně, vlastně neustále. V rozhovorech uvedly: „*Informace poskytujeme každou hemodialýzu i návštěvu pacienta s peritoneální dialýzou. Pořád dokola*“ (paní Lada); „*Řekla bych, že informace poskytujeme dost často, alespoň některým neukázněným pacientům určitě, snad každou dialýzu*“ (paní Věra); „*Informace poskytují často. Bohužel není dostatek času a soukromí při hemodialýze*“ (paní Dana); „*Jak u koho, ale skoro pořád*“ (paní Alena).

4. 2. 9 Ochota sester ke změně přístupu k pacientům s PD a s HD

Schéma 2: Ochota sester ke změně přístupu k pacientům s PD a s HD



Ke změně přístupu při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou respondentky uvedly, že pokud je to vhodné a pacientovi to prospěje, lze cokoliv změnit a upravit. Musí to být ale v určitých mezích, aby toho pacient nezneužíval. Pokud například pacientovi nevyhovuje jezdit na dialýzu na ráno, dá se to změnit. Pacienti, kteří chodí do zaměstnání, také mají požadavky na určité změny v plánech dialýz. Vše se dá v rámci možností upravit a domluvit. Vždy se dá najít nějaký kompromis. Prioritou při poskytování ošetrovatelské péče by měla být spokojenost pacienta a jeho pohodlí. Sestrám to mnohdy může ušetřit zbytečnou práci. Respondentky uvedly: „*Spokojený a klidný pacient je priorita. Lépe vstřebává informace. Je nutné eliminovat rušivé elementy*“ (paní Dana); „*Je to pro pohodlí pacienta a nám to může ušetřit práci*“ (paní Věra); „*Snažíme se, ale pacienti si nemohou dělat, co chtějí. Jsou určité hranice, ale vždy se najde východisko*“ (paní Lada); „*Pokud pacientovi něco nevyhovuje, tak se snažíme o změnu*“ (paní Petra); „*Je to na domluvě. Pacient musí říct, že to tak nechce a pak se to v rámci možností dá*

upravit“ (paní Anna). Toto popisuje, že sestry se snaží dialyzovaným pacientům pokud možno upravit podmínky tak, aby se během léčby cítili co nejlépe. Všechno je v určitých mezích, aby to nebylo na úkor ostatních pacientů a ani na úkor práce sester.

5 Diskuse

Tato diplomová práce byla zaměřena na porovnání ošetrovatelské péče u pacientů s peritoneální dialýzou a hemodialýzou. Jak uvádí Viklický (2008) ve své publikaci, peritoneální dialýza a hemodialýza jsou dnes považovány za rovnocenné metody náhrady funkce ledvin. Liší se jen způsobem a principem provádění. K výběru tématu nás vedlo, zda je srovnatelná i ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou. Zajímalo nás, jak tuto péči vnímají sami pacienti. Zároveň nás zajímal i pohled sester, které ošetrovatelskou péčí pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou poskytují. Právě sestry jsou s pacienty nejvíce v kontaktu. Jejich role je nezastupitelná. Často sdílejí problémy a starosti pacientů a následně se jim snaží pomoci s jejich řešením.

Není zcela jednoznačné, jaká z léčebných metod, hemodialýza nebo peritoneální dialýza, je pro pacienta nejvhodnější. Na jedné straně zůstává zájem pacienta a na druhé medicínské důvody, které mohou výběr terapie v konkrétních případech omezit. Důležitými faktory při výběru vhodné metody je sám pacient, jeho zdravotní stav, ale také rodina, bytové podmínky a možnosti dialyzačního střediska. Podstatné je, aby byla zvolená dialyzační metoda z lékařského hlediska pro pacienta nejvhodnější a vyhovovala i jemu samotnému.

Pro výzkumnou část bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření a použita metoda nestandardizovaného rozhovoru. Byly vytvořeny tři soubory výzkumných otázek pro pacienty s peritoneální dialýzou, pacienty s hemodialýzou a sestry, které pečují o dialyzované pacienty. Výzkumného šetření se zúčastnilo 5 respondentů s peritoneální dialýzou, 6 respondentů s hemodialýzou a 6 respondentek sester hemodialyzačního střediska. Prezentované výsledky výzkumu jsou tvořeny z relativně malého výzkumného vzorku respondentů, kteří jsou z jednoho menšího hemodialyzačního střediska, proto je nelze zevšeobecňovat. Tato práce plní spíše funkci pilotního výzkumu, na který by měla navazovat rozsáhlejší studie z více a různě velkých hemodialyzačních středisek.

Na začátku práce byly stanoveny výzkumné otázky, na které si odpovíme v následujícím rozboru získaných dat.

1. Je ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou srovnatelně kvalitní?

Kvalita a ucelenost ošetrovatelské péče je základní a nezpochybnitelný požadavek, který musí být splněn při ošetrování pacientů s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou. Každá z léčebných metod má svá specifika. Sestry, pracující na dialyzačních střediscích, podle Kracíkové (2011) poskytují pacientům vysoce specializovanou péči, při které postupují podle stanovených standardů. Kvalitu poskytované péče dialyzovaným pacientům výrazně zvyšuje míra znalostí sester. Dialyzační léčba a ošetrovatelská péče s ní spojená se velmi rychle vyvíjí. Pro udržení kvality poskytované ošetrovatelské péče je vhodné doplňovat si nové informace na různých vzdělávacích akcích. Respondentky sestry se těchto akcí zúčastňují. Pro svou ošetrovatelskou praxi tyto akce považují za užitečné. Většina respondentek má specializační vzdělání v oboru Intenzivní péče v nefrologii. Podle jejich slov jim toto vzdělání pomohlo lépe pochopit problematiku dialyzační péče.

Sama tuto „specializaci v nefrologii“ mám a je jen škoda, že už ji nelze jako samostatný obor v rámci specializačního vzdělávání studovat. Bylo zde opravdu zešíroka a dopodrobna probráno vše podstatné, od anatomie, fyziologie, vnitřního prostředí...až po principy a způsoby provedení všech dialyzačních metod. V rámci studia byla i psychologie, komunikace, ošetrovatelské postupy... Vždy bylo k obecné části předneseno i zaměření na dialyzační léčbu. Díky těmto návaznostem bylo jednodušší pochopit podstatu toho, co je potřeba pro práci sestry na dialyzačním středisku. Je určitě řada dialyzačních středisek, kde nemá většina sester nějaké specializační vzdělání. To by možná mohlo být tématem na další výzkumné šetření, kolik sester z celkového počtu na hemodialyzačních střediscích má specializační vzdělání.

Předpokladem pro práci sestry na dialyzačním středisku jsou nejen znalosti, vztah k technice, zručnost, ochota celoživotního vzdělávání, schopnost profesionální

adaptace, organizační schopnosti, ale i osobnostní, povahové, charakterové a sociální vlastnosti. Jak uvádí Svoboda (2009), hlavně na začátku terapie dochází u dialyzovaných pacientů k emočně vypjatým situacím. Zde je potřeba zachovat profesionální přístup. K tomu sestry potřebují již zmiňovanou znalost problematiky dialyzační terapie, ale i psychologie, aby byly schopné správně zhodnotit danou situaci, rychle se rozhodnout a zachovat si emocionální odstup. K tomu, aby to dobře ovládaly, jim pomůže dlouholetá praxe. Práce sestry na hemodialyzačním středisku není po psychické stránce zrovna jednoduchá. Každý pacient je jiný.

Náplň práce sestry na dialyzačním středisku zahrnuje nejen poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou a hemodialýzou, plnění ordinací lékaře, ale i spoustu administrativy. Sestry zapisují úkony provedené u všech pacientů během směny v písemné i elektronické podobě, zajišťují dopravu pacientů na další dialýzu, odepisují spotřebovaný materiál a kontrolují jeho stav, při poruše dialyzačního přístroje zajistí opravu u příslušného servisního technika...

Péče o dialyzované pacienty je náročná i po psychické stránce. Sestry jsou v kontaktu s pacienty, kteří jsou většinou doživotně odkázáni na peritoneální dialýzu nebo hemodialýzu. Vidí je pravidelně měsíce i dlouhé roky. Během té doby mezi nimi vznikají různě intenzivní vzájemné vztahy. Personál dialyzačního střediska se pro pacienta stává jakousi „druhou rodinou“ a dialýza nutnou součástí jeho života.

Kvalitu poskytované péče pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou může ovlivňovat sestra svým přístupem, postoji a způsobem komunikace. Důležitý je vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem, který do značné míry ovlivňuje kvalitu poskytované péče, ale i celkový průběh léčby. Pokud pacient sestře důvěřuje, je klidnější a získává větší sebejistotu.

Při ošetrování pacientů s hemodialýzou musí být všechny sestry schopné samostatně zvládat složité technické výkony při obsluze dialyzačních přístrojů, napojování pacientů na ně, ošetrovat cévní přístupy v celém průběhu léčby a dokázat pohotově řešit vzniklé komplikace, které s léčbou pacientů s hemodialýzou souvisí. Sestry hemodialyzačních středisek musejí mít dostatek informací a zkušeností s ošetrováním pacientů nejen s hemodialýzou, ale i s peritoneální dialýzou.

Pacient s hemodialýzou musí pravidelně 2-3 krát týdně dojíždět na dialyzační středisko. Je tak v pravidelném kontaktu s ošetřujícím personálem i s ostatními pacienty. Sestra pacienta napojí na hemodialyzační přístroj a v průběhu terapie mu pravidelně kontroluje fyziologické funkce a stav vědomí. Zároveň sleduje a ošetřuje cévní vstupy, pacienta psychicky podporuje a v případě potřeby provádí edukaci.

Při poskytování péče pacientům s peritoneální dialýzou má podstatnou roli obvykle jedna „peritoneální“ sestra, která je na tuto problematiku na každém dialyzačním středisku zvláště zaměřená a má s ní nejvíce zkušeností. S každým pacientem i jeho rodinou je tato sestra v kontaktu ještě před zahájením léčby. Pacienta zaučuje v praktickém provádění výměn, navštěvuje ho v domácím prostředí. Zde zjišťuje skutečný stav podmínek a případně doporučí vhodné a nevhodné úpravy prostředí pro provádění výměn, monitoruje jeho osobní, sociální potřeby, upozorňuje na režimová a dietní opatření. Kontrolní návštěvy u pacienta doma probíhají hlavně za účelem ověření, zda pacient provádí výměny správně. Včasným záchytem lze předejít případným škodlivým návykům. Významný efekt na průběh léčby má podle Bednářové (2007) povzbuzení pacienta i rodiny a posílení celkové motivace.

Způsob dopravy pacientů na dialyzační středisko je většinou prostřednictvím sanitních vozů. Všichni dialyzovaní pacienti mají na dopravu nárok, je to plně hrazené ze zdravotního pojištění. Pacienti s hemodialýzou jsou dopravováni hromadně a v pravidelně daný čas. Pacienti s peritoneální dialýzou jezdí do nefrologické ambulance na pravidelné kontroly 1x za 6-8 týdnů, jinak jsou doma ve svém prostředí. Pacienti se ale mohou rozhodnout i pro vlastní dopravu automobilem, záleží na jejich možnostech a zdravotnímu stavu. Tuto možnost většinou volí mladí pacienti a ti, co chodí do zaměstnání. Nejsou tak časově vázáni a omezováni, jako při dojíždění sanitkou.

Dialyzační léčba u pacientů dlouhodobě snižuje plnou kvalitu jejich osobního života. Zvládat toto obtížné období pomůže do značné míry kvalitní rodinné zázemí a dobré vzájemné vztahy. Podíl může mít i sestra svým pozitivním přístupem. Někdy je vhodné nabídnout pomoc psychologa nebo psychiatra. Nejhorší je podle Gurkové (2011) v tomto období pro pacienta samota a nezájem okolí.

2. Je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou?

Dialyzovaní pacienti potřebují zvláště citlivý a ohleduplný přístup. Sestra by neměla podle Vybírala (2005) zapomínat, že pacient potřebuje nejen odbornou pomoc, ale i lidský přístup. Vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem a způsob komunikace ovlivňuje průběh onemocnění i dialyzační léčby.

Dlouhodobou léčbou vzniká podle Lachmanové (2008) mezi pacientem a sestrou různě intenzivní vzájemný vztah. Sestra se pro některé z nich stává blízkou osobou, které se s důvěrou svěří se svými problémy. Perfektní sestra musí umět nejen zvládat techniku dialýzy, ale také být lidskou bytostí.

Podmínky při poskytování ošetrovatelské péče jsou u pacientů s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou do určité míry rozdílné. Respondenti s peritoneální dialýzou jsou ve svém sociálním prostředí. U této formy léčby hodně záleží na přístupu sestry k pacientovi, na jejích komunikačních a edukačních schopnostech. To, jak pacienta na začátku léčby zaučí, má velký vliv na další průběh. Výměny dialyzačního roztoku si provádějí pacienti ručně nebo pomocí přístroje. Pečují o sebe sami a mají tak svou nemoc pod kontrolou. Režim výměn si můžou pacienti přiměřeně upravit s denními aktivitami. Peritoneální sestra je s nimi stále v kontaktu a v případě potřeby spolu řeší zdravotní nebo osobní problémy. Respondenti s hemodialýzou jsou pravidelně dopravováni na dialyzační středisko, mimo své sociální prostředí a ošetrovatelskou péči jim během hemodialýzy poskytují sestry. Termíny jednotlivých hemodialýz si pacienti mohou upravovat jen v případě potřeby (vyšetření, osobní důvody..), jinak jsou dané podle rozpisu dialyzačního střediska. Tomu pak musí přizpůsobit i své osobní aktivity. Ošetrovatelská péče je pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou poskytovaná každá v jiném prostředí. Přesto jí respondenti pacienti obou skupin vnímají kladně a jsou spokojeni s ní i s přístupem sester. Podle respondentek sester je poskytovaná péče pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou každá v jiném prostředí, ale obě jsou poskytovány stejně kvalitně.

Způsob poskytování ošetrovatelské péče preferují pacienti takový, na který jsou zvyklí. Pacientům s hemodialýzou vyhovuje ošetrovatelská péče poskytovaná střídavě

všemi sestrami. Hemodialýzu podstupují pravidelně 3x týdně po dobu 4-5 hodin na hemodialyzačním středisku. Musí tak opakovaně opouštět svoje sociální prostředí. Dopravování jsou sanitkou nebo jezdí vlastním vozem. Sestry pacienty napojí na dialyzační přístroj a v průběhu celé dialýzy je pravidelně kontrolují. Jsou vlastně po celou dobu hemodialýzy pod dohledem. Pacientům s peritoneální dialýzou pro změnu vyhovuje ošetrovatelská péče poskytovaná jednou „peritoneální“ sestrou. Zůstávají stále ve svém sociálním prostředí. Výměny si provádí sami 4x denně, 7 dní v týdnu. Odpadá tak dojíždění sanitkou několikrát týdně na dialyzační středisko. Pacienti jsou sami více zodpovědní za průběh léčby, mají jakousi kontrolu nad svou nemocí. Naopak nejsou se sestrou tak často v kontaktu jako pacienti s hemodialýzou, ale jim to vyhovuje. Pokud potřebují, tak „peritoneální“ sestru kontaktují nebo ona je.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že respondentky sestry se snaží k pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou přistupovat stejně, ke každému individuálně. Respondenti pacienti s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou hodnotili přístup sester jako vyhovující, pozitivní, perfektní. Jsou s ním spokojeni. Sestry podle nich kdykoliv ochotně, vstřícně pomohou, ke každému přistupují stejně. Vliv má také atmosféra dialyzačního střediska, která je podle pacientů klidná a domácí. Klidné a zdravé pracovní prostředí má pozitivní vliv nejen na duševní pohodu celého ošetřujícího týmu, ale i na pacienty. Ti se lépe cítí v prostředí klidu a pohody, než tam kde je chaos a napjatá atmosféra. Psychicky vyrovnaná sestra může podle Hájka (2006) pro pacienta znamenat víc, než sebelépe vybavené pracoviště se špičkovými odborníky.

Výsledek výzkumného šetření týkající se přístupu sester k dialyzovaným pacientům ale vůbec nemusí být směrodatný. Toto šetření bylo provedeno na malém středisku, kde je jakási rodinná atmosféra. Tak to vzešlo z výsledků hodnocení respondentů. Ve velkých střediscích je, podle mého názoru, vztah mezi sestrami a pacienty více formální, protože sestry mají během směny na starosti podstatně více pacientů. Nemají tolik času, aby se každému mohly více věnovat. To by mohlo mít vliv na jiné hodnocení přístupu sester k pacientům a jejich vzájemné vztahy. Možná by bylo zajímavé porovnat tato hodnocení z malých a velkých dialyzačních středisek ve výzkumném šetření.

3. Jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou?

Z výzkumného šetření vyplývá, že respondentky sestry z hemodialyzačního střediska mají podle respondentů pacientů s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou dostatečné odborné znalosti. Juřeníková (2010) uvádí, že úkolem zdravotníka je umožnit pacientovi získat takové vědomosti, dovednosti a návyky, které mu pomůžou obnovit zdraví, nebo ho udržet alespoň na přijatelné úrovni.

Během poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou musí být sestry neustále připraveny, odpovídat na nejrůznější otázky pacientů a současně je nenuceně edukovat. Respondentky během výzkumného šetření uvedly, že informace pacientům poskytují opakovaně, obzvláště u těch neukázněných. Volí k tomu různé způsoby, názorné ukázky, poskytují brožury, zvýrazní v nich ty nejdůležitější informace. Snaží se o to, aby pacienti co nejvíce pochopili smysl a význam podaných informací. Informace by měly sestry poskytovat pomalu a srozumitelně. Vyvarovat se při tom používání cizích, nesrozumitelných výrazů. Zpětnou vazbou od pacientů se může zjistit, zda informacím rozuměli. Pokud ne, tak zkoušet zvolit jinou taktiku. Na poskytování informací a jakoukoliv edukaci pacientů by měly mít sestry dost času a trochu soukromí. Zajistit soukromí u pacientů s hemodialýzou zrovna moc dobře vždycky nejde. Poskytování informací nebo edukaci u pacientů s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou respondentky hodnotily stejně. U obou skupin jí provádějí pravidelně, opakovaně a vlastně neustále. Edukační materiály jsou k dispozici na každém hemodialyzačním středisku i v nefrologické ambulanci. Stejně tak respondenti pacienti uvedli, že jim sestry informace poskytují opakovaně, některým, co si jsou vědomi, že zanedbávají dodržování režimu (hlavně omezení tekutin), to sestry zdůrazňují a opakují každou dialýzu.

Závodná (2005) uvádí, že edukace pacienta a jeho blízkých je nástrojem na zabezpečení lepší účasti v procesu poskytování zdravotní péče a především mu umožňuje se kvalifikovaně rozhodnout. Edukace zahrnuje informace, které si má pacient v průběhu péče osvojit.

Pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou sestry opakovaně poskytují informace a připomínají, co je a není pro ně vhodné. Pokud pacient opravdu bude dodržovat režimová doporučení, může tak sám předejít mnoha zdravotním komplikacím, které s nedodržováním souvisí. Aby pacient opravdu pochopil smysl a význam poskytovaných informací, musí sestra zvolit tu nejvhodnější formu edukace pro toho konkrétního pacienta, protože podanou informaci nemusí pochopit všichni pacienti stejně. Edukace a komunikace jsou dvě činnosti, které se musí sestra dobře naučit. Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům s peritoneální dialýzou i s hemodialýzou tyto činnosti používá sestra denně. Při zaučování pacienta s peritoneální dialýzou, jak provádět výměny dialyzačního roztoku, do značné míry závisí na edukačních a komunikačních dovednostech sestry. Naučit pacienta přesné a jednotné dodržování postupu je základem pro úspěšnou léčbu.

K pacientům je potřeba přistupovat individuálně. Každý je jiný a má jiné potřeby a požadavky. Vše vždy záleží na domluvě a vzájemné komunikaci. Dá se tak předejít i různým nedorozuměním. Pro sestry by měl být hlavním cílem při poskytování ošetrovatelské péče spokojený pacient.

6 Závěr

Téma této diplomové práce: Komparace ošetrovatelské péče o nemocné s peritoneální dialýzou a hemodialýzou je tématem velmi zajímavým. V současnosti je snaha provádět dialyzační léčbu co nejvíce ve prospěch pacienta. Peritoneální dialýza i hemodialýza jsou považovány za rovnocennou náhradu funkce ledvin. Liší se jen principem a způsobem provedení a místem, kde je sestrami poskytovaná ošetrovatelská péče. Problematika spojená s poskytováním ošetrovatelské péče pacientům v dialyzačním programu je rozsáhlá a specifická. Sestry musí mít dostatek znalostí a zkušeností, aby byly schopné poskytovat kvalitní péči pacientům s hemodialýzou, ale i s peritoneální dialýzou. Zahájení dialyzační léčby znamená pro pacienty velkou psychickou zátěž. Výrazně ovlivňuje jejich dosavadní život. Při poskytování ošetrovatelské péče potřebují sestry nejen ovládat praktické provedení obou léčených metod, ale musí umět používat i vhodné formy komunikace, edukace a psychologie.

Stanovili jsme tři cíle. Těmi bylo zjistit, zda je srovnatelně kvalitní ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou, zjistit, zda je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou a zjistit, zda jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou. K zjištění cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: Je ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům s hemodialýzou a s peritoneální dialýzou srovnatelně kvalitní? Je srovnatelný přístup při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou? Jsou používány srovnatelné formy edukace a komunikace při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů s hemodialýzou i s peritoneální dialýzou? Za pomoci výzkumných otázek byly cíle zjištěny a podrobně rozebrány.

Ve výzkumné části této diplomové práce byl použit kvalitativní výzkum a metodou sběru dat byly nestandardizované rozhovory. Pro ty byly vytvořeny tři soubory otázek určené pro respondenty pacienty s peritoneální dialýzou, s hemodialýzou a pro respondenty sestry, které pečují o dialyzované pacienty. Zjišťovalo se, jak vnímají

poskytovanou ošetrovatelskou péčí, přístup sester a způsoby vzájemné komunikace respondenti pacienti s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou. Zároveň se zjišťovalo, jak tyto oblasti zkoumání vnímají respondentky sestry. Porovnávalo se, nakolik je ošetrovatelská péče u respondentů s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou stejně kvalitní nebo rozdílná.

Tato práce byla zaměřena na to, jak vnímají pacienti s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou a sestry poskytovanou ošetrovatelskou péčí. Ve výzkumném šetření se porovnávalo, zda je možné ohodnotit ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům s peritoneální dialýzou a s hemodialýzou jako srovnatelně kvalitní.

7 Seznam použitých zdrojů

1. AMATO, Rebecca L. Changes to the Nephrology Nursing Standards of Practice and Guidelines for Care. *Hemodialysis Horizons* [online]. 2005, p. 76-79 [cit. 2014-3-14]
<http://www.aami.org/publications/hh/Nephrology.Nursing.Amato.pdf>
2. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-2471197-4.
3. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra, DUSILOVÁ – SULKOVÁ, Sylvie a kol. *Peritoneální dialýza*. 2. Vydání. Praha: Maxdorf, 2007. 334 s. ISBN 978-80-7345-005-2.
4. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra. Metoda léčby selhání ledvin. *NephroCare*. Praha: 2012, č. 5, s. 18-25.
5. BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra. Peritoneální dialýza a její modifikace v léčbě chronického selhání ledvin. *Vnitřní lékařství*. Praha: 2011. roč. 57, č. 7-8, str. 635-639. ISSN 0042-773X.
6. BONNER, Ann. Uncovering the evidence of non-expert nephrology nursing practice. *International Journal Of Nursing Practice* [online]. 2006, vol. 12, no 2, p. 51-56 [cit. 2014-3-15]. ISSN 1440/172x. <http://eprints.qut.edu.au/43791/>
7. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ, Alena a Marie, ROZSYPALOVÁ. *Speciální psychologie*. Brno: NCO NZO, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
8. FALEIDE, Absjorn, O., LIAN, Lilleba, B. a Eyolf, K. FALEIDE. *Vliv psychiky na zdraví*. 1. vydání. Praha: Grada. 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.
9. FARKAŠOVÁ, Dana. Et all. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. Vydání. Martin: Osveta, 2006. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
10. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
11. HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2006. 119 s. ISBN 80-7367-107-7.

12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. „Dřevní“ doby české dialýzy I. Vzpomínání. *Dialog – časopis nejen pro dialyzované*. Praha: 2012. roč. 4, č. 1, str. 7-8. ISSN 1803-7267.
13. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 3. Vydání. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
14. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr, WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
15. JANOUŠEK, Libor a Peter, BALÁŽ. *Hemodialyzační arteriovenózní přístupy*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-2547-5.
16. JENKINS, Karen, LIOSSATOU, Anastasia a kol. *Chronické onemocnění ledvin – Úvod do klinické praxe*. 1. Vydání. Praha: RRD, 2007. 185 s. ISBN 978-84-611-8259-6.
17. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
18. KAPOUNOÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2010. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
19. KONTROVÁ, Lubica, BORBÉLYOVÁ, Viera a kol. *Ošetrovatelské štandardy v nefrológii*. Martin: Osveta, 2006. 83 s. ISBN 80-8063-237-5.
20. KRACÍKOVÁ, Jindra. Chronické selhání ledvin a jeho léčba z pohledu sestry. *Medicína pro praxi*. Olomouc: 2011. roč. 8, č. 7-8, str. 339-341. ISSN 1214-8687
21. KRASKA – LUDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2007. 116 s. ISBN 978-80-247-1833-0.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 3. Vydání. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
24. KRŠKA, Zdeněk a kol. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3815-4.

25. LACHMANOVÁ, Jana. *Očišťovací metody krve*. 1. Vydání. Praha: Grada, 1999. 125 s. ISBN 80-716-9749-4.
26. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
27. LEVY, Jeremy, PUSEY, Charles, SINGH, Ajay. *Fast Facts: Renal Disorders*. 1. St. ed. Health Press, 2006. 150 p. ISBN 978-1-903734-68-1.
28. MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. 1. Vydání. Praha: Karolinum, 2009. 302 s. ISBN 978-80-246-1600-1.
29. MOTSCHNIG, Renate a Ladislav, NYKL. *Komunikace zaměřená na člověka*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2011. 176 s. ISBN 978-80-247-3612-9.
30. *Národní standardy pro nefrologickou ošetrovatelskou praxi* [online]. [cit. 2014-04-02]. Dostupný na: http://www.cnna.cz/docs/sekce/12_standardy_2005.pdf
31. NAVRÁTIL, Leoš a kol. *Vnitřní lékařství*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.
32. NERMUTOVÁ, Ludmila. *Provádění peritoneální dialýzy sestrou. Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2011. roč. 7, č. 2, str. 11. ISSN 1801-1349.
33. PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
34. POLAKOVIČ, Vladimír. *Cévní přístupy pro hemodialýzu. Stěžeň*. Praha: 2014. roč. 25, č. 1. ISSN 1210-0153
35. PREKOP, Jirina. *Empatie Vcítění v každodenním životě*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0672-5.
36. RONCO, Claudio, BELLOMO, Rinaldo, GRECA, G,La. *Blood Purification in Intense Care*. Karger Publishers, 2001. 433 p. ISBN 9783805572071.
37. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ. *Interní ošetrovatelství II*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 211 s. ISBN 978-80-247-1777-7.
38. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. Vydání. Praha: Grada. 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

39. SCHRIER, Robert, W. *Manual of Nephrology*. Lippincott Williams&Wilkins, 2008. 326 p. ISBN 9780781796194.
40. ŠIŠLÁKOVÁ, P. Udržování duševního zdraví sestry. *Sestra*. 2006. č. 7-8, s. 20. ISSN 1210-0404.
41. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3507-8.
42. SULKOVÁ, Sylvie. *Hemodialýza*. Praha: Maxdorf, 2000. 693 s. ISBN 80-85912-22-8
43. SVOBODA, Lukáš a Andrea, MAHROVÁ. *Pohyb jako součást léčby dialyzovaných a transplantovaných pacientů*. 1. Vydání. Praha: Triton, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7387-174-5.
44. SZONOWSKÁ, Barbora. Katétr pro peritoneální dialýzu. *Stěžeň*. Praha: 2013, roč. 24, č. 4. ISSN 1210-0153.
45. TEPLAN, Vladimír a kol. *Praktická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. 524 s. ISBN 80-247-1122-2.
46. TESAŘ, Vladimír, SCHÜCK, Otto a kol. *Klinická nefrologie*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2006. 650 s. ISBN 80-247-503-6.
47. TESAŘ, Vladimír. Minulost, současnost a budoucnost náhrady funkce ledvin. *Vnitřní lékařství*. Praha: 2011. roč. 57, č. 7-8, str. 603-606. ISSN 0042-773X.
48. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR [online]. [cit. 2014-04-08]. *Aktuální informace č. 48/2013 – Činnost hemodialyzačních středisek v České republice v roce 2012*. Dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz>
49. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR [online]. [cit. 2014-04-09]. Dostupný na WWW: <http://www.uzis.cz>
50. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela, MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
51. VIKLICKÝ, Ondřej a kol. *Predialýza*. 1. Vydání. Praha: Maxdorf, 2013. 298 s. ISBN 978-80-7345-356-5.

52. VIKLICKÝ, Ondřej, JANOUŠEK, Libor, BALÁŽ, Peter a kol. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.
53. VIKLICKÝ, Ondřej, TESAŘ, Vladimír, SULKOVÁ, Sylvie a kol. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2010. 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.
54. VINAY, Joshi. *Stress: From Burnout To Balance*. Stage, 2005. 209 p. ISBN 9780761933120.
55. VYBÍHALOVÁ, Lenka. Dialyzovaný pacient na oddělení. *Sestra*. Praha: 2011, roč. 8, č. 11, str. 37-38. ISSN 1210-0404.
56. VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie komunikace*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
57. ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie*. 1. Vydání. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
58. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. Vydání. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8 Přílohy

Příloha 8. 1 Seznam otázek k rozhovoru s pacienty s peritoneální dialýzou (PD)

Příloha 8. 2 Seznam otázek k rozhovoru s pacienty s hemodialýzou (HD)

Příloha 8. 3 Seznam otázek k rozhovoru se sestrami HDS

Příloha 8. 4 Obr. příloha - Akutní dialyzační katétr

Příloha 8. 5 Obr. příloha - Umístění akutního dialyzačního katétru

Příloha 8. 6 Obr. příloha - Permanentní dialyzační katétr

Příloha 8. 7 Obr. příloha - Umístění permanentního katétru

Příloha 8. 8 Obr. příloha - Arterio-venózní fistule (AVF)

Příloha 8. 9 Obr. příloha - Arterio-venózní graft (cévní náhrada - AVG)

Příloha 8. 10 Obr. příloha - Pacientka napojená na hemodialýzu

Příloha 8. 11 Obr. příloha - Katétr na peritonální dialýzu

Příloha 8. 12 Obr. příloha - Výměnná koncovka peritoneálního katétru

Příloha 8. 13 Obr. příloha - Vyústění peritoneálního katétru

Příloha 8. 14 Obr. příloha - Schéma kontinuální peritoneální dialýzy – CAPD

Příloha 8. 15 Obr. příloha - Přístroj Cykler na automatizovanou PD - APD

Příloha CD s přepisy rozhovorů

Příloha 8. 1 Seznam otázek k rozhovoru s pacienty s peritoneální dialýzou (PD)

1. Jak dlouho si provádíte PD?
2. Kdy jste se dověděl/a o svém onemocnění ledvin?
3. Docházel/a jste na kontroly do nefrologické ambulance?
4. Od koho nebo odkud jste získal/a informace o onemocnění ledvin a možnostech léčby?
5. Měl/a jste ještě před zahájením léčby možnost volby mezi HD a PD?
6. Měl/a jste nějaký čas na rozmyšlenou?
7. Kdo nebo co vám pomohlo k výběru PD?
8. Jste stále v kontaktu se stejnou sestrou, která vás zaučovala?
9. Jak vnímáte přístup sestry, byl na začátku léčby jiný, než teď?
10. Bylo pro vás obtížné důvěřovat sestře a obracet se na ní s radou o pomoc?
11. Myslíte si, že mají sestry HDS dostatek znalostí a schopností pro práci s pacienty s PD?
12. Vyhovuje vám primární ošetřovatelská péče jedné sestry?
13. Jak jste spokojen s poskytovanou ošetřovatelskou péčí a přístupem sestry?
14. Jak často jste spolu v kontaktu?
15. Jak obvykle probíhá vaše vzájemná komunikace?
16. Poskytuje vám sestra různé informace týkající se režimu pacientů s PD?
17. Je něco, týkající se ošetřovatelské péče, co vám nevyhovuje nebo chybí?

Příloha 8. 2 Seznam otázek k rozhovoru s pacienty s hemodialýzou (HD)

1. Jak dlouho docházíte na HD?
2. Kdy jste se dověděl/a o svém onemocnění ledvin?
3. Byl/a jste sledován v nefrologické ambulanci?
4. Odkud nebo od koho jste získal/a informace o onemocnění a ledvin a možnostech léčby?
5. Měl/a jste ještě před zahájením léčby možnost volby mezi HD a PD?
6. Měl/a jste nějaký čas na rozmyšlenou?
7. Kdo nebo co vám pomohlo k výběru HD?
8. Jak vnímáte přístup sester HDS?
9. Myslíte si, že mají sestry HDS dostatek znalostí a schopností pro práci s pacienty s HD?
10. Vyhovuje vám týmová ošetrovatelská péče střídavě od všech sester HDS?
11. Jak jste spokojen/a s poskytovanou ošetrovatelskou péčí sestrami během HD?
12. Kolikrát během HD jste se sestrami v kontaktu?
13. Jak obvykle probíhá vaše vzájemná komunikace během HD?
14. Poskytují vám sestry během HD různé informace týkající se režimu pacientů s HD?
15. Je něco týkající se ošetrovatelské péče, co vám nevyhovuje nebo chybí?

Příloha 8. 3 Seznam otázek k rozhovoru se sestrami HDS

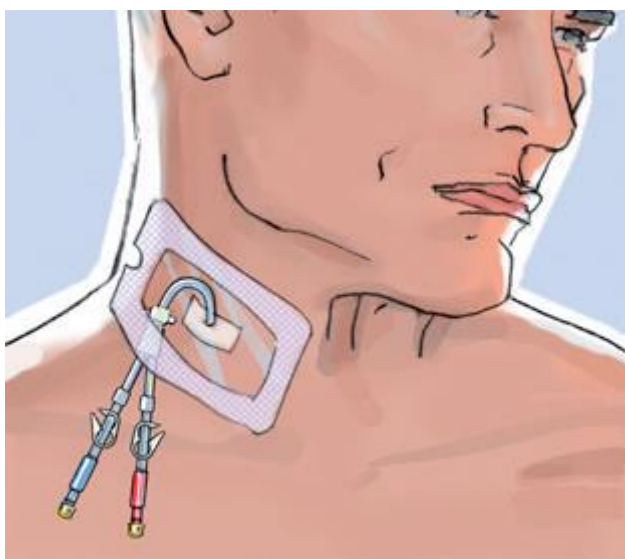
1. Jak dlouhou praxi máte na HDS?
2. Jaké máte nejvyšší a odborné vzdělání?
3. Pomohlo vám vaše vzdělání k lepšímu pochopení problematiky práce na HDS?
4. Poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům s HD i s PD?
5. Jak vnímáte rozdíl mezi poskytováním ošetrovatelské péče u pacientů s HD a s PD?
6. Je podle vás tato péče obsáhlá a náročná?
7. Je podle vás důležité doplňovat si novinky v oboru péče o dialyzované pacienty?
8. Je obtížné získat si důvěru u pacientů s HD a PD?
9. Má tato důvěra vliv na kvalitu a průběh ošetrovatelské péče?
10. Jak obvykle probíhá vzájemná komunikace s dialyzovanými pacienty?
11. Je rozdílná mezi pacienty s HD a s PD?
12. Pokud se pacient s HD nebo s PD na vás obrátí s radou o pomoc, dokážete vždy adekvátně pomoc?
13. Jak vnímáte vztahy mezi sestrami a dialyzovanými pacienty?
14. Dochází podle vás v průběhu léčby k určitému vývoji, změnám?
15. Je důležitý individuální přístup k HD a PD pacientům a proč?
16. Poskytujete v průběhu léčby pacientů s HD i s PD různé informace týkající se dodržování režimu, vyšetření atd.?
17. Snažíte se o změnu přístupu při poskytování ošetrovatelské péče, když pacientovi s HD nebo s PD něco nevyhovuje?
18. Pokud ano, je to přínosné pro průběh léčby?

Příloha 8. 4 Obr. příloha - Akutní dialyzační katétr



Zdroj: autor neznámý. 2013. cit.[10-4-2014]. Dostupné z: <http://www.gml-dialyza.cz/gml-produkty-nikkiso-asahi-biomedica-alleman>

Příloha 8. 5 Obr. příloha - Umístění akutního dialyzačního katétru



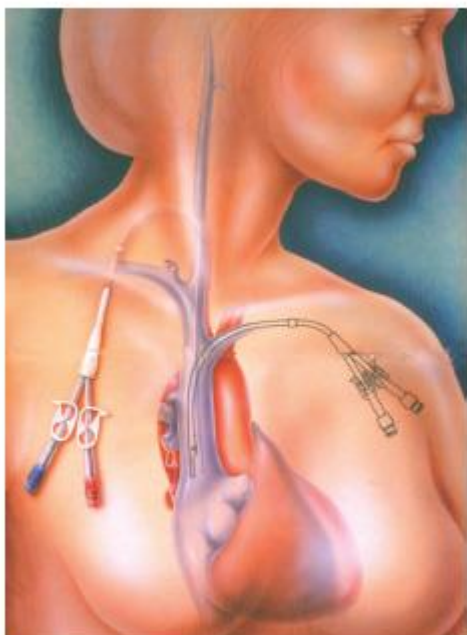
Zdroj: kolektiv autorů. 2013. cit.[10-4-2014]. Dostupné z: http://www.fresenius.cz/storage/upload/nephrocare_for_me_07_4.12.2013.pdf

Příloha 8. 6 Obr. příloha - Permanentní dialyzační katétr



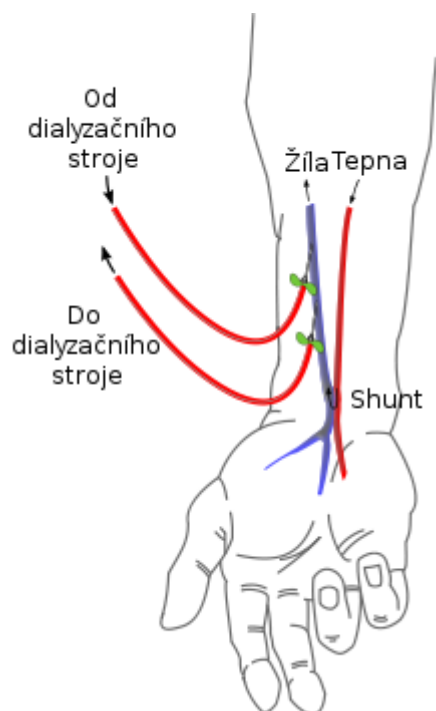
Zdroj: Polakovič, Vladimír. 2014. cit.[10-4-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html

Příloha 8. 7 Obr. příloha - Umístění permanentního katétru



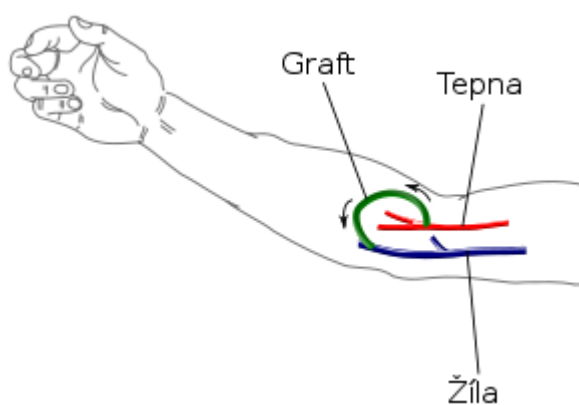
Zdroj: Polakovič, Vladimír. 2014. cit.[10-4-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html

Příloha 8. 8 Obr. příloha - Arterio-venózní fistule (AVF)



Zdroj: Polakovič, Vladimír. 2014. cit.[10-4-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html

Příloha 8. 9 Obr. příloha - Arterio-venózní graft (cévní náhrada - AVG)



Zdroj: Polakovič, Vladimír. 2014. cit.[10-4-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2014/01/clanky/clanek_06.html

Příloha 8. 10 Obr. příloha - Pacientka napojená na hemodialýzu



Zdroj: Kubát, Jan. 2012. cit. [10-04-2014]. Dostupné z:
<http://www.novinky.cz/zena/zdravi/261017-pravidelnou-prevenci-ke-zdravym-ledvinam.html>

Příloha 8. 11 Obr. příloha - Katétr na peritonální dialýzu



Zdroj: Szonowská, B. cit. [10-04-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2013/04/clanky/clanek_12.html

Příloha 8. 12 Obr. příloha - Výměnná koncovka peritoneálního katétru



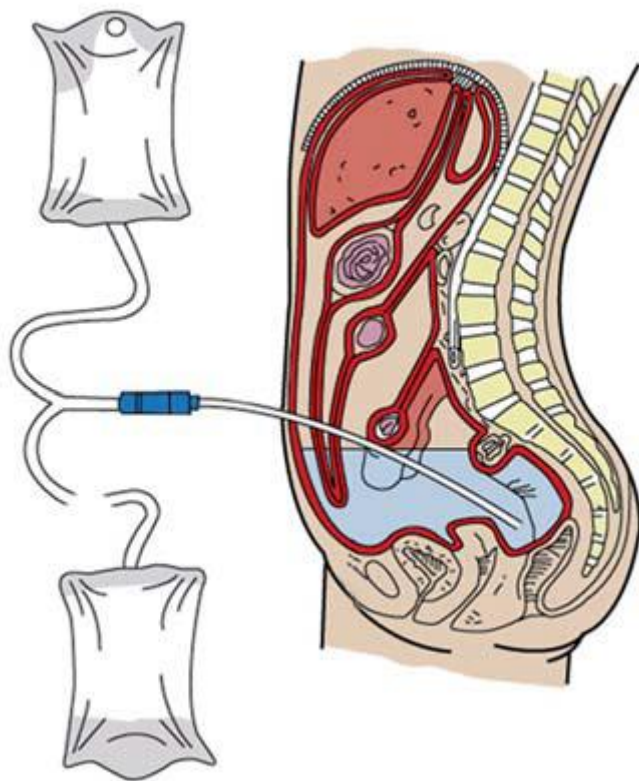
Zdroj: Szonowská, B. 2013. cit. [10-04-2014]. Dostupné z:
http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2013/04/clanky/clanek_12.html

Příloha 8. 13 Obr. příloha - Vyústění peritoneálního katétru



Zdroj: Ptáčková, Jana. 2011. cit. [10-04-2014]. Dostupné z:
<http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/04/index.php?ap=zkušenostspd>

Příloha 8. 14 Obr. příloha - Schéma kontinuální peritoneální dialýzy - CAPD



Zdroj: Kracíková, Jindra. 2011. cit. [10-04-2014]. Dostupné z:
<http://www.medicinapraxi.cz/pdfs/med/2011/07/09.pdf>

Příloha 8. 15 Obr. příloha - Příklad přístroje Cykler na automatizovanou PD - APD



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/priprava-pacienta-s-diabetes-mellitus-pred-dialyzou-a-peritoneal-418775> [10-04-2014]