

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita života lidí s peritoneální dialýzou

bakalářská práce

Autor práce: Lucie Březnová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Němcová

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lucie Březnová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života lidí s peritoneální dialýzou
Cíl práce:	Cíl práce se věnuje přínosům peritoneální dialýzy a poukazuje na analyzované skutečnosti, z kterých tato tvrzení vyplývají.

Mgr. Lenka Němcová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou selhání ledvin a její možnou léčbou. Teoretická část projednává o anatomii a funkci ledvin. Klade důraz na rozdíl mezi hemodialýzou a peritoneální dialýzou a rozšiřuje tuto informaci o výhody či popřípadě nevýhody a rizika obou uvedených přístupů. Informace empirické části závěrečné práce jsou získávány kvalitativní formou pomocí rozhovorů s lidmi, kteří podstupují léčbu peritoneální dialýzou. Cíl práce se věnuje přínosům peritoneální dialýzy a poukazuje na analyzované skutečnosti, ze kterých tato tvrzení vyplývají.

Klíčová slova

Ledviny; dialýza; onemocnění ledvin; dietní doporučení; peritoneální dialýza

Abstract

This bachelor's thesis deals with problematics of kidney failure and its possible treatment. Theoretical part discusses anatomy and functionality of kidneys. Emphasizes difference between hemodialysis and peritoneal dialysis and extends this information with their advantages or possibly even disadvantages and risks of both approaches. Informations in empiric part of the thesis are obtained by qualitative form using interviews with people that undertake peritoneal dialysis treatment. Final part of the thesis is focused on benefits of peritoneal dialyses and points out analyzed facts from which those claims result.

Keywords

Kidneys; dialysis; kidney disease; diet recommendation; peritoneal dialysis

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 3. května 2021

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Lence Němcové za odborné vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, bez kterých by tato bakalářská práce nebyla zrealizována. Díky patří i mé rodině a blízkým, kteří mě podporovali.

Obsah

Úvod.....	9
Motivace	9
Cíl práce	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Kvalita života	11
1.2 Anatomie a fyziologie ledvin	12
1.3 Funkce	13
1.4 Komplikace onemocnění ledvin.....	14
1.5 Chronické selhání ledvin a možnosti jejich léčby	15
1.6 Stádia chronické nefropatie.....	16
1.7 Klinické příznaky	16
1.8 Léčba	16
1.8.1 Možnosti léčby – náhrada funkce ledvin	17
1.9 Peritoneální dialýza.....	20
1.10 Režimy peritoneální dialýzy	21
1.11 Péče o pacienta s peritoneální dialýzou.....	21
1.12 Hygienicko – epidemiologický režim peritoneální dialýzy.....	22
1.13 Peritoneální katétr.....	22
1.14 Komplikace peritoneální dialýzy	24
1.15 Dieta a nutrice.....	24
1.16 Výhody a nevýhody peritoneální dialýzy a hemodialýzy	26
2 Výzkumná část (praktická část)	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumu.....	27
2.3 Průběh výzkumu.....	27
2.4 Zpracování výzkumných dat	28
2.5 Výsledky	31
3 Diskuze	37
4 Návrh na řešení a doporučení pro praxi	41
Závěr	42
Seznam použité literatury	43
Přílohy.....	47

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Obecné informace dotazovaných	31
Tabulka 2 - Omezení u dialyzovaných	31
Tabulka 3 - Sociální a pracovní život	32
Tabulka 4 - Ovlivnění rodiny.....	33
Tabulka 5 - Psychika při peritoneální léčbě.....	34
Tabulka 6 - Peritoneální dialýza obecně.....	35
Tabulka 7 - Peritoneální dialýza – samotný výkon.....	36

Seznam použitých zkratek

PD	peritoneální dialýza
CHSL	chronické selhání ledvin
GFR	odhad glomerulární filtrace
PDL	pravidelné dialyzační léčby
HD	hemodialýza
CKD	ChronicKidneyDisease
KDOQI	KidneyDiseaseOutcomeQualityInitiative
TP	transplantační program

Úvod

Dialýza je základní léčebná metoda, která slouží pacientům se selháváním ledvin, vyskytujícím se převážně v chronické formě. Jde o proces očišťování krve a nahrazuje tedy účel ledvin, pokud dostatečně neplní svoji funkci. Metodami léčby u chronického selhání ledvin jsou právě zmíněná dialýza či transplantace. V ČR je celkem 113 dialyzačních středisek pro 6303 dialyzovaných pacientů, kdy PD využívá 318 pacientů, což odpovídá asi 5,3 % celkového počtu, tato data jsou k 31.12.2019. Úspěšnou transplantaci ledvin podstoupilo 510 pacientů, uvedené počty jsou též k datu 31. 12. 2019 (Česká nefrologická společnost, 2019).

Léčba dialýzou je náročná v mnoha oblastech života, především jde o celkové přizpůsobení běžného života léčbě, je proto důležité se zaměřit i na psychickou stránku léčeného. Nezbytnou součástí představuje poskytnutí důsledné edukace, tak aby došlo k porozumění problematiky a zamezení následných komplikací, z toho důvodu je nutné zapojit i členy rodiny či blízké osoby. Peritoneální dialýza není tolik o cestování jako o a rozvrhnutí běžného dne.

Motivace

Pracuji na oddělení Kardio JIP již třetím rokem, v době koronavirové pandemie však dochází k suplování ARO pacientů a setkávám se zde tedy s dialyzovanými lidmi. Tito lidé většinou bývají v kritickém stavu, a proto dochází na oddělení specializovaná sestra, která provádí hemodialýzu. U těchto pacientů dochází k akutnímu selhání ledvin, často však jde i o chronické selhání ledvin, kdy se přidává i další orgánové selhání. Přestože se mi zdá samotný proces dialýzy velice zajímavý, tak jsem si jako předmět této práce vybrala peritoneální dialýzu, kterou vnímám jako formu většího pohodlí a rovněž mám hemodialýzu spojenou právě s kritickým stavem pacienta. Popisuji tedy jejich kvalitu života v jednotlivých oblastech, v rovině společenské, pracovní a rodinné.

Cíl práce

Cílem této práce je analyzovat zmíněnou kvalitu života lidí s peritoneální dialýzou, zjistit jaký zásah do běžného života tato léčba má, jak velký je dopad na psychiku léčeného, rodiny a zda vnímají svůj život a jeho kvalitu jinak než dříve. Toho bude dosaženo pomocí kvalitativního výzkumu formou rozhovoru, které povedu s respondenty z Nemocnice Jihlava, půjde o pacienty s peritoneální dialýzou docházející na pravidelné kontroly.

1 Současný stav problematiky

1.1 Kvalita života

Pojem kvalitu života lze využít pro laickou společnost, ale také jako politické heslo. Význam slova kvalita je kontroverzní téma, na které se najde několik pohledů. Neexistuje jediná a přímá definice pojmu kvality života. S kvalitou života jsou spojovány slova jako zdraví, štěstí, bohatství, spokojenost a jiná. Kvalita života lidí je tedy zkoumána několika obory, jenž zkoumají vnitřní a vnější prostředí člověka, společnosti. Pojem kvalita života lze použít prakticky ve všech oborech (Heřmanová, 2012).

Podle několika záznamů se tento termín objevil již v 20. století v souvislosti především s ekologickou stránkou. Šlo o podporu nižších vrstev společnosti, kdy byla řešena státní podpora, v této době tedy byla brána kvalita života především jako materiální životní úroveň dané společnosti. V 30. letech 20. století přesněji rok 1935 zavedl termín kvalita života také do oboru psychologie americký psycholog E. L. Thorndike. V USA byl tento termín využit jako politický slogan v 50. letech 20. století. Pojetí kvality života bylo později spojováno s myšlenkou „žít jinak“, nikoliv „žít lépe“ jak tomu bylo doposud. Docházelo k empirickým výzkumům, které dokazovaly odklon od analýzy ekonomických a sociálních životních podmínek, ale více se začalo přistupovat ke kvalitě života jako hodnocení životních stylů, způsobu života obyvatel. Podle skutečnosti a chtěného způsobu života poté byla odvozována míra spokojenosti s vlastním životem. V 80. letech 20. století se kvalitou života začala zabývat sociální psychiatrie, kde se řešila především subjektivní spokojenost s vlastním životem, materialistické pojetí však úplně nevymizelo. Největší „boom“ přišel v 90. letech 20. století, kdy byl zájem o indikátory, které se zaměřovaly na pocity štěstí, životní spokojenost (Heřmanová, 2012; Kojanová 2014).

Nyní je kvalita života posuzována a chápána především holistickým chápáním jenž hodnotí čtyři oblasti života člověka ve společnosti. Řadíme sem kontext a zázemí, faktory prostředí, osobní charakteristiky a zpracování informací (Kavková, 2014).

Kvalitu života lze rozdělit na objektivní a subjektivní stránku. Objektivní, jenž lze do určité míry hodnotit, jako je například zdravotní stav jedince, životní podmínky daného člověka. Pokud chceme posuzovat subjektivní stránku jedince, zařadíme sem pravděpodobně emocionální spokojenost, prožívání nebo ohodnocení vlastního života.

Právě v medicíně a zdravotnictví se využívá holistického přístupu, zahrnující snahu o přístup k pacientovi jako k celku, tedy bio-psycho-socio-spirituální model (Hnilicová a Bencko, 2005).

Neexistuje tedy jasná definice „kvality života“, je však diskuzí mnoha vědních oborů. Zatímco kvantitu lze vyjádřit číslem, u kvality to nelze. Nabízí se několik pohledů odborníků, podle některých lze kvalitu života vyjádřit podle normy splňující očekávání jedince, jiná autorka zase udává kvalitu života jako jev, kdy se jedinec snaží o uspokojení svých potřeb (Němcová, 2014).

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života „*Quality of Life jako vnímání jednotlivce jeho postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům a zájmům.*“ (World Health Organization, 2021, s. 106.)

1.2 Anatomie a fyziologie ledvin

Při látkové výměně vzniká v těle mnoho odpadních látek, některé látky mohou být pro tělo toxické, pokud se dostávají do krve. Pokud by došlo k nahromadění v těle začalo by docházet k poruše vnitřního prostředí, tedy homeostáze. Tyto látky musí být tedy odváděny a z těla odstraněny. K vyloučení těchto látek slouží hned několik systémů – vylučovací, trávicí, kožní a dýchací. Nejdůležitější je však systém vylučovací, ledviny a vývodné cesty (Kachlík, 2019).

Součástí vylučovací soustavy jsou ledviny neboli *ren* řecky *nephros*, močovody (*uretery*), močový měchýř (*vesica urinaria*) a močová trubice (*uretra*). Ledviny jsou párový orgán uložen v bederní oblasti v úrovni Th12-L2. Váží přibližně 15 gramů a odpovídá fazolovitému tvaru o rozměrech asi 12 x 6 x 3 cm, tedy malé pěsti. Mají červenohnědou barvu. Ledvina je uložena retroperitoneálně tedy za nástěnnou pobřišnicí v horní části bederní krajiny, kdy ledvinová branka (*hilum renis*) je umístěna v úrovni L1 obratle. Na ledvinách rozeznáváme: horní a dolní pól (*extremitas superior et inferior*), zde nasedá nadledvina, dále přední a zadní plochu (*facies anterior et posterior*), přístřední a boční kraj (*margo medialis et lateralis*). Na mediálně straně se nachází ledvinová branka, která obsahuje ledvinové tepny viz Příloha A.1 (*aa. renales*) a nervy, ale také zde vystupují ledvinné žíly tedy vv. *renales* a ledvinná pánvička (*pelvis renalis*) (Kachlík, 2019).

Pravá ledvina je uložena těsně pod játry, a proto je o něco níže než levá. Ledviny po celém povrchu kryje vazivové pouzdro (*capsula fibrosa*). Ledviny jsou uloženy na tukovém polštáři, který je chrání před mechanickým poškozením, například při úrazech. Z hlediska struktury dělíme ledviny na kůru ledvinnou (*cortex renalis*) a pod ní se nacházející dřeň ledvinnou (*medula renalis*) viz Příloha A.2 (Kachlík, 2019).

V kůře ledvinné se nachází základní stavební a funkční jednotky ledvin – nefrony. Základní funkcí nefronů je filtrace krevní plazmy a tím odstranění škodlivých látek (Kachlík, 2019).

Nefron se skládá z glomerulu, kde vzniká primární moč, tento děj se nazývá glomerulární filtrace. Glomerulus neboli klubičko cév, obsahuje *a. renalis*. Začíná přívodnou cévou (*vas afferens*), přivádí krev se spodinami. Tato céva se stáčí do klubička a zde vystupuje jako odvodná céva (*vas efferens*). Další část nefronu je Bowmanův váček, dvoustvité pouzdro, obalující glomerulus a dohromady vytváří Malpighiho tělísko. Stěna cév slouží k filtraci plazmy. Na Bowmanův váček navazuje systém kanálků. Kanálky se dají rozlišit na tři části, proximální tubulus, tenkou Henleovu kličku, distální tubulus. Zde se vstřebává až 99 % vody, látky jako jsou sodík, draslík, vápník, chlór, glukóza. Moč se zahušťuje a mění se na definitivní moč, které je přibližně 1,5 – 2 l /den, nazýváme to tubulární resorpce. Kanálky glomerulů navazují na větší sběrné kanálky, ty ústí na vrcholu kalichů v dřeni ledvinné. Z nich odtékají do vývodných cest močových. Dřeň ledvin je tmavší než kůra. Tvoří pyramidy, do kterých je ze sběrných kanálků odváděna moč. Ledvinná pánvička neboli rezervoár moči vzniká spojením kalichů (Kachlík, 2019).

1.3 Funkce

Ledviny se významně podílejí na udržování stálého vnitřního prostředí (*homeostáza*). Podle potřeb těla vylučují nebo resorbují vodu a sůl, udržují složení tělních tekutin. Ledviny vylučují z těla odpadní látky jako je močovina, kyselina močová, kreatinin. V korové části ledvin se tvoří hormon erythropoetin, jenž řídí tvorbu červených krvinek. Dále hormon renin, který zasahuje do řízení funkce ledvin (Hradová, Křivánková, 2009).

Řízení činnosti ledvin je ovlivněna hormony: renin, antidiuretický hormon (ADH) a aldosteronem. Renin ovlivňuje funkci glomerulů, při tomto procesu vzniká až 180 l za

24 hodin primární moči. Za fyziologických podmínek by moč neměla obsahovat bílkoviny ani červené krvinky. ADH je tvořen v hypothalamu. Jeho hlavní funkcí je zvyšování tubulární resorpce a tím snížit denní diurézu. Aldosteron je tvořen v kůře nadledvin, podílí se na zadržování soli a vody v organismu. Činnost ledvin ovlivňuje také významně tlak krve protékající glomeruly a složení krevní plazmy (Hradová, Křivánková, 2009).

1.4 Komplikace onemocnění ledvin

Při onemocnění ledvin dochází k poškození více funkcí ledvin, a proto mají pacienti různé druhy komplikací. Jedná se o příznaky u ledvinové nedostatečnosti a u pacientů se selháním ledvin (Hartmann Rico a. s., 2021).

Mezi komplikace patří chudokrevnost (*anémie*), nedostatek červených krvinek neboli erytrocytů, která vzniká nedostatečnou tvorbou. Hodnotu erytrocytů lze poznat z laboratorního vyšetření krve, podle hladiny hemoglobinu, krevního barviva. Příznaky anémie mohou být nespecifické, jako je únava, snížení výkonnosti, ale také bledost, pálení jazyka. Anémii dělíme podle vzniku onemocnění a podle toho ji také léčíme. Dodáváme suplementy železa, kyseliny listové (Hartmann Rico a. s., 2021).

Další komplikací u onemocnění ledvin lze považovat vysoký krevní tlak. O hypertenzi lze mluvit, pokud jsou hodnoty po opakovaném měření hodny nebo vyšší než 140/90 mmHg. Vysoký krevní tlak (hypertenze) se vyskytuje u těžší formy nemocných. Pokud nedochází k léčbě hypertenze, dochází k rychlému zhoršování funkce ledvin, srdečním infarktům, kornatění tepen a dalším onemocněním. Léčba hypertenze spočívá v upravení stravy a životního stylu pacienta. Pacient musí mít dostatek pohybu, méně solit, nekouřit a užívat antihypertenziva dle ordinace lékaře (Hartmann Rico a. s., 2021; Dialýza.cz, c 2021).

Další významnou komplikací je ledvinná kostní nemoc. Jde o nemoc, která snižuje pevnost kostí, ale ovlivňuje i další orgány. Tato nemoc spočívá v neschopnosti upravovat vitamín D, což vede k zhoršenému vstřebávání vápníku z potravy a nedostatečnému ukládání do kostí. Kostí jsou tedy ohroženy měknutím (*osteoporózou*). Ledviny při snížené funkci nedostatečně vylučují fosfor a dochází k ukládání právě fosforu v těle. Pokud tělo zaznamená nadbytek fosforu a nedostatek vitamínu D v těle, nutí příštítná tělíska k nadměrné tvorbě parathormonu, který zajistí uvolnění vápníku z kostí a fosforu

do krve. Dochází k hromadění v krvi a vznikají krystalky vápníku a fosfory, dochází ke kalcifikaci v tepnách, kolem kloubů, srdečních chlopních. Poté dochází ke změknutí, tedy křehkosti kostí a snadným zlomeninám. Klouby, kosti mohou bolet. Kornatění tepen může způsobit IM. Pacienti s onemocněním ledvin jsou více ohroženi na srdečně – cévních nemocích (Smržová, 2021).

Komplikací onemocnění ledvin může být dále vysoká hladina draslíku (*hyperkalémie*), ke které dochází u těžkého postižení. Projevuje se mravenčením prstů, sníženou svalovou silou, a především poruchy srdečního rytmu, kdy může způsobit srdeční zástavu. Hladinu draslíku lze ovlivnit stravou, léky (Smržová, 2021).

Vysoká hladina kyseliny močové v krvi lze způsobit pacientovi dnu. Toto onemocnění se projevuje bolestivostí kloubu u palce na noze, kde se právě kyselina močová ukládá v podobě krystalků. Léčba spočívá v upravení jídelníčku, omezení masa, alkoholu a potravin s vysokým obsahem purinů. Lze podávat léky (Smržová, 2021).

Pacienti s onemocněním ledvin mají sníženou obranyschopnost. Pacienty edukujeme o dodržování důkladné osobní hygieny a omezení kontaktu s lidmi s nakažlivou chorobou. Nabízíme očkování proti chřipce, hepatitidě B (Smržová, 2021).

1.5 Chronické selhání ledvin a možnosti jejich léčby

Selhání ledvin může být akutní nebo chronické. Akutní selhání je velice náhlé. Dojde k poklesu funkce ledvin, kdy toto selhání je způsobené například rozpadem myoglobinu při crush syndromu (mechanické ucpání cév), požitím nefrotoxických látek (otrava houbami) nebo třeba použitím kontrastní látky. Pokud dojde k včasné léčbě, je toto selhání v řadě případů vratné a funkce ledvin se může obnovit během několika týdnů (Szonowská, 2013).

Chronické selhání ledvin (CHSL) je konečné stadium chronického onemocnění ledvin. Jedná se o dlouhotrvající onemocnění, kdy u pacienta dochází k postupné ztrátě funkce ledvin. Chronické onemocnění ledvin je častější než akutní. V tomto stadiu již není možné funkci ledvin obnovit, jde však zpomalit nebo pozastavit jejich pokles (Szonowská, 2013).

Chronické onemocnění ledvin může dojít do stadia tzv. konečného stadia selhání ledvin, kdy je pacient ohrožen na životě, a proto je mu nabízena možnost léčby, a to

transplantací nebo dialýzou. Příčiny chronického selhávání ledvin jsou u důvodu diabetické nefropatie, chronické glomerulonefritidy, kdy tyto dvě onemocnění jsou zhruba ze čtvrtiny. Dále sem řadíme hypertenzní nefropatie zhruba asi z 15 % a intersticiální a dědičné nefritidy (Szonowska, 2013).

1.6 Stádia chronické nefropatie

Stupně CKD dle KDOQI:

1. Znamky poškození ledvin a normální GFR (nad 1,5 ml/s)
2. Lehký pokles GFR (1-1,48ml/s)
3. Střední pokles GFR (0,5 – 1,47ml/s)
4. Závažný pokles GFR (0,25- 0,49ml/s)
5. Selhání ledvin pod 0,25ml/s

Tato klasifikace chronického onemocnění ledvin poukazuje na to, že průběh chronických nefropatií je kontinuální děj, kdy se komplikace vyvíjejí, tudíž nejde o žádný skok (Šálek, 2015).

GFR udává Odhad glomerulární filtrace, což je nejdůležitější ukazatel renálních funkcí. Znalost právě této filtrace je klíčová pro dávkování léků (Šálek, 2015).

1.7 Klinické příznaky

Projevy onemocnění ledvin jsou často dlouho nenápadné tzv. asymptomatické onemocnění. Pacienti nepocítují žádné zásadní potíže až do doby, než dojde k selhávání ledvin. Pokud k selhávání dochází pacienti udávají příznaky jako jsou únava, dušnost, otoky, nechutenství, nespavost, svalové křeče nebo tmavší zbarvení kůže. Pokud dojde k nezvratnému selhání ledvin je glomerulární filtrace snížena na méně jak osminu fyziologické hodnoty (Szonowska, 2013).

1.8 Léčba

Jako u spousty dalších onemocnění je zásadní včasná dispenzarizace u nefrologa. Pokud dojde k proteinurii nebo již dvakrát k zachytu zvýšené hodnoty S-kreatininu je

důležité pacienta doporučit k nefrologickému vyšetření. Hodnoty S – kreatininu u žen nad 120 $\mu\text{mol/l}$ a u mužů je tato hodnota nad 150 $\mu\text{mol/l}$ (Szonowská, 2013).

Nefrologická dispenzarizace spočívá v cílené léčbě vlastního onemocnění. Lékař se snaží o normalizaci krevního tlaku, minimalizaci osteopatie, acidózy, dále třeba také o zajištění nutrice, kompenzaci diabetu aj (Szonowská, 2013).

Pokud však není jiná možnost zajišťuje také přípravu na dialyzační nebo transplantační léčbu. Predialyzační příprava spočívá v seznámení pacienta s možnostmi léčby, možnost volby, lékař posuzuje možnost zařadit pacienta před dialýzou do transplantační listiny. Vytvoření přístupu pro dialýzu – Shunt a také očkování proti hepatitidě B (Szonowská, 2013).

1.8.1 Možnosti léčby – náhrada funkce ledvin

Mezi hlavní možnosti léčby onemocnění ledvin patří transplantace, hemodialýza či peritoneální dialýza.

Transplantace

Jedna z možností léčby náhrady funkce ledvin. Transplantace je chirurgický výkon, při kterém se zdravá ledvina přemístí od jednoho člověka (dárce) do těla druhého člověka tedy příjemce. Úspěšná transplantace je nejefektivnější terapií CHSL. Obnoví prakticky všechny funkce ledvin, jako jsou vylučovací, regulační, metabolická, endokrinní. Podmínkou transplantace je trvalá imunosuprese. Pacient je zařazen do čekací listiny, kdy dárce může být zemřelý – tzv. kadaverózní dárce, žijící dárce, kdy jde o geneticky příbuzného či emotivní dárce. Jako poslední možnost je preemptivní transplantace, jde o transplantaci před zahájenou dialýzou (Szonowská, 2013).

Pro preemptivní transplantaci je důležitá včasná reference a následná dispenzarizace ve specializované nefrologické ambulanci. Pokud je u pacienta nutnost zahájení pravidelné dialyzační léčby (PDL), je cílem uskutečnit transplantaci, co nejdříve. Preemptivně lze transplantaci provést od žijícího i zemřelého pacienta. V ČR lze zařadit pacienta do čekací listiny na transplantaci ledvin, kdy GFR dosahují setrvalého poklesu pod hodnoty 0,18 – 1,73 ml/s nebo pokud lze očekávat u pacienta časné zahájení pravidelné dialyzační léčby v horizontu do tří měsíců. Zásadní pro realizaci preemptivní transplantace je edukace pacienta a rodiny, blízkých. Zahájení první edukace by mělo přijít v CKD 4, je zde časový prostor pro rozhodnutí, pochopení a hledání vhodného

dárce. Preemptivní transplantace je spojena s lepšími výsledky, nižší incidencí akutních rejekcí, nižší mortalita nemocných a morbidita v porovnání s transplantací po dialýze. Nesporná výhoda je lepší zdravotní stav pacienta v době transplantace, rychlejší rekonvalescence, lepší kvalita života (Rajnochová, Bloudíčková, 2018).

Příprava pacienta spočívá ve znalosti imunologických parametrů příjemce a jeho dárce před transplantací. Podle těchto parametrů stanoví lékař imunosupresivní přípravu pacienta před samotným výkonem (Institut klinické a experimentální medicíny, 2021).

Hemodialýza (HD)

První úspěšná HD proběhla v Holandsku roku 1945, vedl MUDr. W.Kolff. Při HD dochází k očišťování krve od odpadních látek s využitím dialyzačního roztoku přes polopropustnou membránu dialyzačního přístroje, tedy dialyzátoru difuzí za principu koncentračního spádu. Mezi odpadní látky patří močovina, fosfor, draslík, kreatinin. Prostředí s vyšší koncentrací odpadních látek (což je pacientova krev) se odpadní látky přesouvají do prostředí, kde je nižší nebo nulová koncentrace (dialyzační roztok). Krev proudí přes dialyzační membrány, kde je čištěna dialyzačním roztokem. Krev očištěná od odpadních látek a přebytku vody se vrací do oběhu pacienta. Dialyzační roztok je připravován v dialyzačním přístroji (umělá ledvina), z dialyzačního koncentrátu (Dialýza.cz,b 2021; Braum, 2021).

Každá dialyzační procedura trvá 4 až 5 hodin a provádí se zpravidla třikrát týdně. Je využívána i přechodně u akutního selhání ledvin. Standardní hemodialýza fungující na principu difúze se typicky vyznačuje nižší účinností, k této skutečnosti přispívá především fakt, že způsob odstranění toxických látek je redukován téměř výhradně na část nízkomolekulárních látek. Tato zmíněná okolnost představuje zásadní obtíž při odstraňování toxických látek o vyšší molekulové hmotnosti, popřípadě toxických látek vázaných na bílkoviny; takový proces je provázen malou či prázdnou úspěšností. Přesto existuje obecný způsob, kterým lze zvýšit celkovou úspěšnost postupu, a to za pomoci zvýšení frekvence výkonů, popřípadě prodloužením doby jednotlivých výkonů (Dialýza.cz, b2021).

Během dialýzy se může objevit pokles krevního tlaku, nevolnost, bolesti hlavy. Tyto obtíže však při dodržování léčebného režimu a správně prováděné dialýzy vymizí. Lze provádět domácí hemodialýzu, která výrazně zvyšuje kvalitu života pacientů, nejsou odkázáni na pravidelné návštěvy. Tito pacienti však musí splnit řadu podmínek. Je třeba

mít dostatečný prostor, musí se naučit samostatně přístroj obsluhovat a také se na něj připojit. Často dialýzu podstupují staří lidé, a proto je splnění těchto podmínek často problematické (Braum, 2021).

I přesto, že na dialýzu pacienti musí docházet pravidelně a často, lze cestovat. Právě pro tyto pacienty vzniká postupně více středisek, a proto lze například i jako dialyzovaný pacient odletět do exotické destinace. Pokud jde o ČR, je zde mnoho středisek, stačí tedy nahlásit před plánovaným odjezdem místo náhradního pobytu a lze domluvit nejbližší dialyzační středisko. Pokud jde o zahraniční pobyty, lze s pomocí agentury „Holiday Dialysis International“ zajistit pro české turisty veškeré potřebné výkony i v zahraničí. Firma zařizuje komunikaci mezi pacientem a zahraničním dialyzačním střediskem. V zemích EU je zprostředkování hemodialýzy pro pojištěnce zcela bezplatná – hrazena zdravotní pojišťovnou. V zemích mimo EU je spoluúčast nebo plné hrazení (Dialýza.cz, a2021).

Cévní přístupy pro dialýzu

Podmínkou pro HD je zajištění cévního přístupu. Pro napojení na dialyzační přístroj je nutno chirurgicky vytvořit arteriovenózní zkrat. Jedná se o A-V Shunt, fistule, píštěl. Jde o napojení žíly pacienta na horní končetině (HK) s blízko ležící tepnou, kde pak proudí tepenná krev. Dojde k přerušení žíly a následnému přišití k tepně, k výkonu dochází většinou za místního znecitlivění. Vhodná místa pro napojení je nejčastěji zápěstí nebo loketní jamka. Jde o operační výkon, tudíž pacient podepisuje informovaný souhlas. Zákrok trvá přibližně 60 až 90 minut, pokud operátor rozhodne, že místa na HK nejsou vhodná, lze zavést A-V Shunt i na dolní končetině, za využití umělé cévy. Tento výkon je podstatně obtížnější a delší, a proto probíhá v celkové nebo svodné anestezii, operátor před výkonem zvažuje vhodné místo a provádí předoperační vyšetření. Při výkonu hrozí komplikace jako jsou krvácení, infekce, uzávěr aj. (Institut klinické a experimentální medicíny, 2021; Braum, 2021; Fakultní nemocnice Brno, 2021).

Peritoneální dialýza

Odhady odborníků naznačují, že onemocněním ledvin trpí každý desátý Čech a že s přibývajícím věkem se vyskytuje stále častěji, například u osob starších 75 let se poruchy ledvin objevují u každého druhého. Dokonce se často stává, že si lidé onemocnění v počátečních fázích, tedy když se ještě rozvíjí, ani neuvědomují. Od roku 2009 se zvýšil počet pacientů využívajících dialyzační péči přibližně o pětinu, což

lze vnímat do budoucna jako varovný signál. Způsob, jak se dlouhodobě osvobodit od dialýzy představuje transplantace ledvin, tu však podstupuje pouze 7 % pacientů, je tedy pro velké množství zájemců nedostupná (Dialýza.cz, d2021).

Mezi příčiny tak nízkého počtu prováděných transplantací spadá hned několik aspektů, patří sem především přidružené zdravotní problémy, ale také obavy z tohoto operačního výkonu. V neposlední řadě však často chybí dárce těchto orgánů, a to má za následek, že se na novou ledvinu čeká v průměru až rok. Během prvních devíti měsíců v roce 2019 postoupilo transplantaci ledvin téměř 400 pacientů (Dialýza.cz, d2021).

Na území České republiky se nachází v současné době přibližně sedm tisíc osob odkázaných na dialyzační péči. Ta zahrnuje buď pravidelné návštěvy dialyzačního střediska, anebo peritoneální dialýzu, popřípadě hemodialýzu prováděnou v pohodlí domova. Počet zmíněných dialyzačních středisek lze aktuálně odhadovat na více než 110; jsou rozmístěna po celé republice a jejich množství stále roste, což je často doprovázeno i rozšířením kapacity již stávajících středisek. Jen během loňského roku bylo v těchto dialyzačních střediscích provedeno více než 960 tisíc hemoeliminačních výkonů (Dialýza.cz, d2021).

1.9 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza spadá pod intrakorporální metody očišťování krve a je třeba rovněž zmínit, že jako dialyzační membránu uplatňuje peritoneum. Mezi kapilárami peritonea a dialyzačním roztokem napuštěným v dutině břišní dochází k obousměrnému přenosu solutů a vody viz Příloha A.3, A.4. Trvalý přístup do dutiny břišní je umožněn pomocí peritoneálního katétru viz Příloha A.5, ten je zaveden do peritoneální dutiny do Douglasova prostoru za pomoci drobné chirurgického zákroku. Osmotické činidlo ve zmíněném peritoneálním dialyzačním roztoku typicky zastávala glukóza v různých koncentracích, v současné době je možné se setkat rovněž i s aminokyselinami a polymery glukózy. Nejrozšířenějším typem této dialýzy je kontinuální ambulantní peritoneální dialýza, při které si pacient aseptickou technikou vyměňuje třikrát až pětkrát denně dialyzační roztok o objemu 1,5 až 3 litry. K této výměně lze využít přístroj Cycler, který proces automatizuje a provádí jej v noci, což je druhý způsob PD zvaný APD (Řehořová, Štěpánková a Ševčík, 2010).

1.10 Režimy peritoneální dialýzy

Mezi typy PD patří CAPD a APD.

CAPD je kontinuální¹ ambulantní peritoneální dialýza. Ambulantní peritoneální dialýza znamená, že není léčený připoután k přístroji, léčí se mimo zdravotnické zařízení. Výměna se provádí ručně čtyřikrát denně, výměna zabere asi 20 až 30 minut. Dialyzační roztok je v plastových vacích, které jsou zavřeny. Vaky se k peritoneálnímu katetru připojují a odpojují pomocí hadiček a svorek. Je nutnost vaky zahřát na tělesnou teplotu. Není nutno dodržovat přesný čas na výměnu. Lze si výměnu rozvrhnout například jako výměna před snídaní, obědem, večeří, spánkem (Szonowská, 2013).

APD je automatizovaná peritoneální dialýza. Dialyzační přístroj (Cycler) provádí výměnu během spánku. Cycler si hlídá čas výměny, teplotu dialyzačního roztoku, vypouští roztok a naplňuje dutinu novým roztokem. Ovládání je velice snadné. Pacient se večer připojí k přístroji a ráno se odpojí. Délka noční léčby je přibližně 8 až 10 hodin (Szonowská, 2013).

Cycler je přístroj o velikosti malého kufříku, lze ho tedy jednoduše přenášet a zapojit všude, kde je zdroj elektřiny. Lze zajistit dodání dialyzačních roztoků na místo přechodného pobytu (Szonowská, 2013).

1.11 Péče o pacienta s peritoneální dialýzou

Peritoneální dialýza využívá dva základní systémy – Baxter a Fresenius. V ČR dochází k využití především systému Baxter. Výměna při CAPD probíhá v pěti fázích při kterých se musí dodržovat hygienických zásad, správnou techniku. Edukace probíhá již za hospitalizace. Dále dochází k domácím návštěvám dialyzovaných pacientů. Hlavním významem návštěv je poznání zázemí, posouzení schopni sebepéče, včasné odhalení chyb aj. První návštěva probíhá již před zahájením PD, dále co nejdříve po ukončení hospitalizace. Následně průběžné zhruba po 6 až 8 týdnech, respektujeme pacienta. Sestra si při návštěvě všimá hygienických podmínek, koutku pro PD, uložení a skladování vaků, vedení domácí dokumentace, zapojení rodiny a další. Mezi nejčastější chyby dochází

¹ Nepřetržitá, tedy po dobu 24 hodin, 7 dní v týdnu.

k nedodržení režimu výměn, nedodržení sterility, špatné ošetřování katetru, samořešení vzniklých nežádoucích situací (Řeháková, 2013).

Výměna při CAPD má pět fází. Příprava, napojení, vypouštění, napouštění, ukončení. U pacienta, u kterého probíhá PD měříme Intraperitoneální tlak (IPP), je to jednoduché, neinvazivní a nezatěžující měření podobné jako u centrálního žilního tlaku (CŽT). Normální hodnota je přibližně 12 cm H₂O, patologická hodnota je 18 cm, pokud je více jak 18 cm vodního sloupce, musí se ubrat dialýza. Pokud je IPP vysoké dochází ke komplikacím jako je zhoršení vitální kapacity plic, herniím, hydrothoraxu, může docházet k úniku dialyzačního roztoku. Velikost IPP závisí na BMI pacienta, pohlaví, věku a povrchu pacienta. Výsledek měření nám pomáhá k optimalizaci množství napuštěného objemu. U žen jsou hodnoty IPP vyšší (Diallo, 2013).

1.12 Hygienicko – epidemiologický režim peritoneální dialýzy

Je důležité dodržovat striktně hygienická opatření, infekce je druhá nejčastější příčina úmrtí u dialyzovaného pacienta. Patří k nejčastějším příčinám hospitalizací. Infekce se do peritoneální dutiny dostává intraluminálně což je při nedostatečné pečlivosti při manipulaci a otevírání katetru. Dále se infekce může dostat periluminálně, kdy patogen proniká do dutiny břišní podél katetru při infekci podkožního tunelu (tunelové infekce), při zánětu kolem zevního vyústění katetru (infekční zánět exit – site), při netěsnosti břišní stěny katetru, při úniku dialyzátu podél katetru. Infekci v dutině břišní nazýváme peritonitida (Řeháková, 2013).

Pro zabránění infekce je potřeba důsledně edukovat pacienta, je to jeden z předpokladů úspěšné léčby. Edukace zahrnuje individuální přístup k pacientovi, vysvětlit krok za krokem postup, nutnost vysvětlit rozdíl v pojmech sterilní a čistý, jak používat pomůcky, edukace výměn, čistá místnost dezinfekce a další (Řeháková, 2013).

1.13 Peritoneální katétr

Základní podmínkou pro PD je uložení katétru na dno malé pánve, pokud dojde k dlouhodobému uložení této polohy a dobrému hojení vzniká podkožní tunel jako bariéra proti infekci. Mezi způsoby zakládání katetru řadíme laparotomii, asistovanou punkční laparoskopii, lze dělat i laparoskopicky nebo punkčně – naslepo. Pacienta jako před každým výkonem připravíme a to psychicky, fyzicky a medicínsky. Peritoneální katétr

obsahuje rentgenově pozitivní částice, na RTG tedy lze zjistit správné uložení. Po výkonu pacient vyžaduje péči, která spočívá v kontrole celkového stavu, kontrole fyziologických funkcí, edukaci pacienta, převazy, které se provádí v leže, z důvodu nárustu IPP, odběry biologického materiálu a další (Nermutová, 2013).

Převaz provádíme s ústenkou, v místnosti jsou zavřená okna a dveře. Exit – tedy vyústění katetru odezinfikujeme bílým dezinfekčním prostředkem (Softasept aj.), v rukavicích jedním sterilním čtvercem setřeme dezinfekci do půlkruhu od vyústění katetru směrem ven. Nikdy ne naopak. Totéž opakujeme i z druhé strany. Můžeme použít stejný čtverec. Podložíme katetr přeloženým čtvercem a zakape roztokem Betadine. Betadine na katetru nenecháváme z důvodu možné alergie či toxicity, a proto je nutné znovu odezinfikovat bílým dezinfekčním roztokem a Betadine setřeme. Okolí utřeme do sucha. Jedním čtvercem přeloženým na půl katetr podložíme a druhý dáme navrch. Podél směru katetru nalepíme Tegaderm 10x12cm. Asi 10 cm od vyústění katetru fixujeme na kůži pomocí náplasti (Nermutová, 2013).

Pro hodnocení exit – site vstupu využíváme klasifikaci podle Twardowského. Zde hodnotíme stav, dobu trvání, sekreci, granulaci, barvu, otoky, krustu a bolest (Nermutová, 2013).

Při léčbě PD je nezbytností posuzování transportních charakteristik peritonea. Podle transportní funkce peritonea lze odhadnout úspěchy PD metody u pacienta. Při využívání PD dochází ke změnám na peritoneu. U pacientů dochází k pravidelnému testování a lze tak předejít komplikacím. Testování probíhá PET a PFT testováním (Česká internistická společnost, 2021).

Testováním PET testem nám pomáhá k sestavení rozvrhu výměn dialyzačního roztoku u pacientů s PD. Tento test funguje na principu zjištění rychlosti přestupu solutů z krve peritoneem do dialyzátu, zatímco u PFT testu lze získat navíc informace o nutričním stavu pacienta, funkci ledvin a peritonea. PFT test se dělá pouze u pacientů na CAPD (Česká internistická společnost, 2021).

1.14 Komplikace peritoneální dialýzy

Komplikace můžeme rozdělit na infekční a neinfekční.

Mezi infekční komplikace patří především peritonitida, infekční zánět pobřišnice z důvodů technických chyb, faktorů jako jsou další onemocnění, věk, stafylokok, který má spojitost s nosičstvím pozitivitu jinde v těle. Infekce projevující se bolestí břicha, zkaleným dialyzátem, poruchou vypouštění – přestane se vypouštět nebo minimální množství. Pacient je nucen transportu do nemocnice. Vak nevypouštět a vzít s sebou. Další infekční komplikací je zánět v okolí vyústění katetru s příznaky zarudnutí, sekrece, bolestivost. Místo ošetřujeme Bactroban mast a je nutná konzultace s PD střediskem. Je možno udělat stěr na kultivaci. Zánět v podkožním tunelu patří k další komplikaci. Projevující se sekretem, zarudnutím, pruhovité zarudnutí podél podkožního tunelu, bolestivost, teploty, zimnice, třesavky. Je nutný zajistit transport do nemocnice (Szonowská, 2013).

Do neinfekčních komplikací řadíme převodnění neboli *hyperhydratace*, proto je doporučení se denně vážit. *Hyperhydratace* se projevuje otoky DK, možno obličeje či zad u ležících pacientů, dušnost. Konzultujeme s PD střediskem. Porucha vypouštění patří ke komplikaci, kdy dochází k vypouštění méně dialyzátu, než bylo napuštěno nebo nevypustí pacient vůbec nic. Příčinou bývá vysunutí katetru ze dna malé pánve nebo vzedmutá střeva. Řešením je konzultace s PD střediskem, možno zkusit Espumisan 3x2, polohování a pohyb pacienta (Szonowská, 2013).

Stručný výčet nejčastějších komplikací. Je tedy nutné sledovat váhu pacienta, množství vypuštěného roztoku a jeho zbarvení, přítomnost otoků, příznaky zánětu, močení, stolice, exit – site katetru (Szonowská, 2013).

1.15 Dieta a nutrice

Dieta při ledvinném selhání či nedostatečnosti přispívá k celkové spokojenosti a ke snížení možných komplikací. Při této dietě nejde o žádnou redukční dietu. Základem této diety je dostatek energie. Pokud je pacient dialyzován je nutné zvýšit příjem bílkovin. Mezi další důležité doporučení patří omezení sodíku, draslíku, fosforu, tuků, purinů a v neposlední řadě omezení tekutin (Kolářová, 2013).

Sodík na sebe váže vodu, proto tedy není vhodný vysoký příjem sodíku, vznikají pak otoky, zvýšený krevní tlak a způsobuje nadměrnou žízeň. Potraviny bohaté na sodík jsou uzeniny, sýry, některé minerálky, konzervované výrobky, vegeta, sójová omáčka a jiné viz Příloha A.6 (Kolářová, 2013).

Draslík najdeme především v ovoci a zelenině nebo také mase. Mezi nejbohatší potraviny na draslík patří meruňky, banány, meloun, sušené ovoce, sušené houby, ale také brambory, kde ho můžeme odstranit několika hodinovým louhováním, výměnou vody a následným zpracováním viz Příloha A.7. Snížení obsahu draslíku pomocí máčení ve vodě po dobu alespoň dvou hodin klesne obsah draslíku o 30 %, pokud zmrazíme potravinu klesne také o 30 %, vařením a máčením přibližně o 50 % (Kolářová, 2013).

Omezení tuků patří jako základní dietní doporučení u všech druhů onemocnění. Jak moc je vhodné omezovat tuky záleží na krevních výsledcích, případně jestli pacient trpí podváhou či nikoliv. Obecně jsou vhodnější rostlinné tuky viz Příloha A.8 (Kolářová, 2013).

Omezení fosforu je základ u onemocnění ledvin, je tedy třeba potraviny s vysokým obsahem úplně vyloučit nebo výrazně omezit. Jde o mléko a mléčné výrobky, paštiky, vejčeka, luštěniny, čokoláda aj. (Kolářová, 2013).

Puriny jsou látky, ze kterých vzniká kyselina močová, může vést ke dně. Je tedy potřeba vynechat vnitřnosti, zvěřinu, uzeniny, luštěniny, silný černý čaj a podobně (Kolářová, 2013).

Pokud je pacient dialyzován nebo ledviny netvoří moč je nutné omezit příjem tekutin. Nadbytek tekutin v těle se pozná podle otoků kolem kotníku, můžou být i jiné, vyššího tlaku, kratšího dechu a vyšší hmotnosti. Převodnění je velká zátěž pro srdce. Je tedy potřeba aby pacient hlídal příjem tekutin, ať už se jedná o minerálky, džusy, kávu, aj. Při zvýšeném pocitu žízně se nedoporučuje přidat příjem tekutin, ale snížit příjem soli viz Příloha A.9. Tento pocit lze zahnat cucáním kostky ledu, žvýkáním žvýkaček bez cukru. Příjem pacienta musí být maximálně o 50 ml vyšší, než objem, co vymočí. Je třeba si dávat pozor, že tekutiny nepřijímáme pouze v tekutinách, ale také stravě (Kolářová, 2013).

Důležité je myslet na velikost porce, je rozdíl 100 g čokolády a 100 g například melounu. Doporučená maximální dávka draslíku je 1950 až 2730 mg za den, bílkovin asi

1,2 g na kg za den, kdy kvalitní bílkoviny nalezneme v mase, vejcích, mléčných výrobcích. Doporučená dávka příjmu fosforu u dialyzovaných pacientů je 1000 až 1200 mg na den. Maximální dávka sodíku je 5 g kuchyňské soli na den (Matějková, Sasaková, 2012).

1.16 Výhody a nevýhody peritoneální dialýzy a hemodialýzy

Mezi výhody PD patří nepochybně soukromí a flexibilita, pacienti nemusí dojíždět na dialýzu do zdravotnického střediska, možná práce z domu. Další nepochybnou výhodou je možnost cestování. Mezi další výhody řadíme minimální riziko přenosu hepatitidy B a C, lepší snášenlivost u kardiaků a diabetiků. Dále je zachovaná schopnost ledvin vylučovat moč. Jedná se o kontinuální metodu, při které není potřeba cévního přístupu. Při PD je větší volnost v dietě a příjmu tekutin (Institut klinické a experimentální medicíny, 2021).

U pacientů s PD bylo opakovaně prokázáno, že při nutnosti transplantace nebyl tak často pozorován opoždění nástup funkce štěpu. Oproti hemodialýze při CAPD je u pacienta metabolicky vyrovnaný stav vnitřního prostředí bez výkyvů, což je výhoda pro kontrolu krevního tlaku. Při PD lze také říct, že dochází k menšímu riziku renální anémie (Kučera, 2003).

Mezi nevýhody patří nutnost mít dostatek skladovacího prostoru pro dialyzační materiál, nutnost dodržovat sterilitu a hygienu. Je nutná dobrá spolupráce s dialyzačním centrem. Největší nevýhodou PD je však riziko infekce, při nedodržení hygienických podmínek (Institut klinické a experimentální medicíny, 2021).

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit kvalitu života pacientů s peritoneální dialýzou v praxi

VO1: Jaká omezení přišla s léčbou peritoneální dialýzy?

VO2: Jaký vliv na sociální a pracovní život má nutnost peritoneální dialýzy?

VO3: K jakému přizpůsobení muselo přijít ze stran celé rodiny, blízkých?

VO4: Jaký vliv na psychiku má léčba peritoneální dialýzou?

VO5: Co přimělo respondenty k výběru peritoneální dialýzy, před hemodialýzou?

VO6: Jak probíhá samostatný výkon, pocítují nějaké změny?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl získáván kvalitativní formou pomocí rozhovorů s lidmi, kteří peritoneální dialýzu podstupují. Výzkum probíhal osobně s respondenty v nefrologické ambulanci. Tuto výzkumnou metodu jsem si vybrala z důvodu osobního kontaktu s dialyzovanými, větší důvěra respondentů. Otázky o obecných informacích se váží k výzkumným otázkám č. 1 a 5. K podkapitole Ovlivnění kvality života v různých oblastech se vztahují otázky na výzkumné otázky č. 2 a 3. Dále byl rozhovor dělen na otázky na samostatný výkon, kdy se otázky vázaly na výzkumné otázky č. 5 a 6.

2.3 Průběh výzkumu

Výzkum byl prováděn v Nemocnici Jihlava, nefrologická ambulance od ledna 2021 do dubna 2021. Rozhovory probíhaly na domluvené pravidelné kontrole, kdy dialyzovaní byli předem obeznámeni se situací. Časová dotace rozhovorů byla přibližně 30 až 45 minut, kdy všichni respondenti spolupracovali a byli velice ochotní. Setkání s respondenty bylo velice zajímavé a obohacující.

2.4 Zpracování výzkumných dat

Respondent č.1

Jedná se o 52letou ženu, její nejvyšší dosažené vzdělání je gymnázium, pobírá invalidní důchod 2. stupně. Žena udává problémy s ledvinami asi 30 let z toho 4. rokem podstupuje peritoneální dialýzu což pro ni představuje větší svobodu, není vázaná na dojíždění a nemocnici, dále udává, že díky ní může docházet do práce a pro peritoneální dialýzu se také rozhodla, protože je šetrnější k tělu. Navštěvuje nefrologickou ambulanci jedenkrát do měsíce a říká, že dostala dostatečnou edukaci od proškoleného personálu. Žena je zařazena v transplantačním programu a odmítá skutečnost, že by před onemocněním ledvin nadměrně užívala alkohol. Při otázkách na ovlivnění způsobu života odpovídá, že omezila konzumaci masa, mírně zhubla a je nucena se vzdát svého koníčku jímž je plavání v bazénu/rybníku. Ovlivnění společenských návyků neudává, peritoneální dialýzu v zahraničí nevyužila, o této možnosti však ví. Při rozhovoru také zazněly otázky, které se týkali okolí nemocného jako například zda ztratila z důvodu PD některé blízké, rodinu nebo byla nucena se vzdát domácích mazlíčků, na obě otázky zněla odpověď ne. Na otázku, jak moc ovlivnila PD plánování dne odpověděla, že vše si podle PD plánuje a rozvrhuje a udržování nadstandardně čisté prostředí pro ni není náročné. Tázaná je vdaná a nepociťuje stud před svým partnerem, nezměnilo to její sexuální život. PD ji nikdy nestresovala, je si vědoma, že ji pomáhá, a proto nikdy nepotřebovala antidepressiva. Žena udává změnu zdravotního stavu po PD, kdy udává svědění pokožky, pupeční kýlu a zvětšení břicha. Komplikace při PD nikdy neměla a při výkonu nevnímá, že je něco jinak.

Na otázku „jak vnímáte kvalitu Vašeho života,“ odpověděla následovně: *„Díky peritoneální dialýze můžu žít skoro normální život bez větších omezení.“*

Respondent č.2

Druhý rozhovor proběhl s mužem, jemuž je 65 let, jeho vzdělání je střední škola bez maturity. Při otázce, kolik let má problémy s onemocněním ledvin se rozpovídal. *„Problémy začaly po chemoterapii v roce 1996, kdy jsem byl sledován na nefrologické ambulanci a v roce 2015 léčen medikací,“* z tohoto důvodu také vysvětluje proč se rozhodl pro PD namísto HD, po šesti cyklech chemoterapie a po autotransplantaci kostní dřeně má již fobii z nemocnic. Nefrologickou ambulanci již navštěvuje pouze jedenkrát

za měsíc a podle jeho slov dostal kvalitní edukaci od personálu. Tázaný odmítá skutečnost, že by užíval nadměrné množství alkoholu, je abstinent, avšak kouřil do 60ti let. Od letošního února je zařazen do transplantačního programu a ví o možnosti PD v zahraničí, udává však, že by mu to bylo trapné. Respondent je ženatý a nepociťuje stud před partnerkou, ani PD neovlivnila jeho sexuální život, pouze dodává, že je důležité si dávat pozor na vývod. Svůj den musí přizpůsobovat PD, avšak přesto chodí na pár hodin denně vypomáhat do bývalého zaměstnání, nyní je v důchodu. Stravovací návyky se nijak nezměnily, jí stále stejně, netrpí nechutenstvím, trochu přibral. Onemocnění podle jeho slov neovlivnilo jeho společenské návyky a stýká se s přáteli a rodinou stejně jako dříve, o jeho nemoci ví a nemají s tím problém. Komplikace při fyzické aktivitě nepociťuje, vyhýbá se však těžší fyzické práci. Vzhledem k tomu, že dotazovaný uvádí jako jeho koníčky elektroniku a počítač, nebyl nucen se zbavit svých koníčků. Udržování nadstandardně čistého prostředí mu prý problém nedělá, má vyhrazený pokoj a nebyl tedy nucen se ani zbavit domácích mazlíčků, v jeho případě psa. Při otázce, zda ho stresuje PD odmítá tuto skutečnost a nebral nikdy antidepresiva, je prý „*flegmatik*“ jak o něm říkají jeho blízcí. Komplikace při PD neměl a při samotném výkonu pociťuje nafouklé břicho.

Přesto, že ho PD nestresuje a svůj život žije podle jeho slov stále stejně, chodí do práce na 4 hodiny občas se prý do něčeho zabere a musí to přerušit kvůli pravidelné dialýze, tak nadává, přesto však bere svůj život jako plnohodnotný. „*Chce to klid a čekat až bude líp,*“ dodává.

Respondent č.3

Třetí rozhovor byl opět se ženou ve věku 75 let, ve starobním důchodu a její nejvyšší vzdělání je učební obor – švadlena. Problémy s onemocněním ledvin udává přibližně 8 let, z toho 7 let podstupuje PD. Pro PD se rozhodla po opakovaných hospitalizacích na interním oddělení a doporučení primářem interny. Na kontroly dochází každý měsíc a chválí si přístup personálu, dostatečnou edukaci a starost, telefonování a zajišťování dodávání vaků. V transplantačním programu zařazena není, nadměrné množství alkoholu neužívala. Podle odpovědí dotazované se nijak nezměnily stravovací návyky, nastal úbytek váhy z důsledku ztráty otoků. Došlo však k ovlivnění společenských návyků, musí si podle jejích slov neustále hlídat čas, a proto se již nechce ani účastnit rodinných oslav a návštěv, má pocit, že si stále musí hlídat čas, aby byla včas doma na vypouštění. PD tedy zasahuje výrazně do jejího plánování dne a není s tím

spokojena, bere to však stále jako lepší možnost než HD, při které by musela často dojíždět větší dálky a musela by „obtěžovat rodinné příslušníky“. Nemusela se vzdát svých domácích mazlíčků a snaží se udržovat nadstandardně čisté prostředí. Žena je ovdovělá, avšak udává, že její manžel jí byl ze začátku velkou oporou a byl také kvalitně edukován. Stres odpadl zhruba po půl roce a antidepressiva nikdy neužívala. Při PD sleduje televizi a udává, že dříve si při samotném výkonu připadala „*jako vlk z červené karkulky, pocit plnosti, až by se člověk tzv. převážil.*“ PD v zahraničí nikdy nevyužila, ví o této možnosti. Nepociťuje jiné změny zdravotního stavu. V roce 2017 prodělala peritonitidu.

Při otázce „Jak vnímáte kvalitu Vašeho života,“ odpověděla: „*Obtěžuje mě dialýza, ale lépe než dojíždět denně v nočních hodinách na HD.*“

Respondent č.4

Respondent č. 4 je žena ve věku 76 let, pobírá starobní důchod. Problémy s onemocněním ledvin má 8 let a rozhodla se při léčbě v nemocnici, byla jí nabídnuta. Peritoneální dialýzu podstupuje 7 let, v transplantačním programu není. Na kontroly chodí každý měsíc a chválí si edukaci kvalifikovaného personálu a přístup. Podle jejích slov onemocnění nijak neovlivnilo stravovací ani společenské návyky, o možnosti PD v zahraničí ví, ale nevyužila ji, do zahraničí nejedí. Nadměrné množství alkoholu před onemocněním nekonsumovala. PD ji podle jejích slov nestresuje, antidepressiva nikdy nepotřebovala. Při samotném výkonu tráví čas četbou nebo sledováním TV. Změny zdravotního stavu v důsledku PD nezaznamenává, váha se nijak nezměnila a onemocnění ji nijak neomezuje při fyzické aktivitě. Žena je vdova a neodpovídala na otázky ohledně sexuálního života a studu. Ke ztrátě blízkých, rodiny nedošlo, domácí mazlíčky nemá. Komplikace při PD nikdy neměla a pokoje udržuje nadstandardně čisté stále. Kvůli PD si musí neustále hlídat čas a při samotném výkonu nezaznamenává žádné změny a něco neobvyklého.

Na otázku „Jak vnímáte kvalitu Vašeho života?“ odpovídá: „*přiměřeně věku.*“

2.5 Výsledky

Tabulka 1 - Obecné informace dotazovaných

	Věk	Pohlaví	Vzdělání
Respondent č.1	52	Žena	Gymnázium
Respondent č.2	65	Muž	Střední škola bez maturity
Respondent č.3	75	Žena	Učební obor – švadlena
Respondent č.4	76	Žena	Učební obor

V rámci celého výzkumu jsou zahrnuti 4 respondenti, 3 ženy a 1 muž ve věku od 52 let do věku 76 let. Jejich vzdělání je různorodé.

Tabulka 2 - Omezení u dialyzovaných

	Stravovací návyky	Změna váhy	Domácí mazlíčci	Fyzická aktivita	Koníčky
Respondent č.1	Ano, omezení konzumace masa	Zhubla	Ne	Ano, nekoupe se v rybníku	Ano, plavání
Respondent č.2	Ne	Mírně přibral	Ne	Ne	Ne
Respondent č.3	Ne	Zhubla	Ne	Ano, pocit plnosti	Ano, rodinné setkání
Respondent č.4	Ne	Nezměnila	Ne	Ne	Ne

V oblasti omezení u dialyzovaných bylo zjištěno, že peritoneální dialýza omezuje nejvíce dialyzované v oblasti fyzické aktivity a s tím spojené oblíbené koníčky, jako je například koupaní se v rybníku či bazénu, ale také pociťují nafouknutí břicha a mají pocity plnosti. Jedna respondentka uvedla tento pocit plnosti, cituji: „jako vlk z červené karkulky, pocit plnosti, až by se člověk tzv. převážil.“

Z výzkumu vyšlo, že dialyzovaní pacienti nejsou nuceni vzdát se svých domácích mazlíčků i přes přísnou hygienu. Někteří respondenti uvádějí mírný snížení váhy, spíše

však z důvodu snížení otoků a nijak zvlášť nemusí omezovat svoje stravovací návyky, jedna udává pouze omezení konzumace masa.

Tabulka 3 - Sociální a pracovní život

	Kontroly	Zaměstnání	Zásah do plánování dne	Společenské návyky	Ztráta blízkých
Respondent č.1	1x za měsíc	Invalidní důchod 2. stupně	Ano	Ne	Ne
Respondent č.2	1x za měsíc	Starobní důchod	Ano, hodně	Ne	Ne
Respondent č.3	1x za měsíc	Starobní důchod	Ano, hodně	Ano, musím být doma každý den a hlídat si čas	Ne
Respondent č.4	1x za měsíc	Starobní důchod	Ano, hodně	Ne	Ne

V oblasti omezení u dialyzovaných v oblasti společenského a sociálního života odpovídali 4 respondenti. Z hlediska sociálního se 2 respondenti shodli, že jejich osobní život peritoneální dialýza nijak neovlivnila. Respondentka č. 3 však udává omezení styků s rodinou z důvodu neustálého si hlídání času. Všichni respondenti uvedli, že návštěva 1x za měsíc v nefrologické ambulanci je únosná a lepší varianta než pravidelné dojíždění několikrát týdně. Zároveň se všichni dotazovaní shodli, že PD zasahuje hodně do plánování dne a musí tomu přizpůsobit celý den. Respondent č. 2 však uvedl, že i přesto 4 hodiny denně pracuje. Nikdo z dotazovaných nepřišel v důsledku své léčby o své blízké či rodinné příslušníky.

Tabulka 4 - Ovlivnění rodiny

	Edukace	Rodinný stav	Sexuální život	Stud	Sterilita, hygiena
Respondent č.1	Ano	Vdaná	Ne	Ne	Dodržuji, není náročné
Respondent č.2	Ano	Ženatý	Ne	Ne	Dodržuji, nijak těžké
Respondent č.3	Ano	Ovdovělá	Ne	Ne	Dodržuji, snažím se
Respondent č.4	Ano	Ovdovělá	Ne	Ne	Dodržuji

Otázky na oblasti rodinného života, edukaci a změny pro blízké byly též u 4 respondentů. Jak z dotazníků vyplývá onemocnění ledvina s tím spojená léčba nijak neovlivnila rodinný stav respondentů. Všichni dotazovaní uvedli, že dostali mnoho informací, materiálů a všemu od kvalifikovaného personálu porozuměli. Do edukace byla zapojena i rodina, která je při léčbě velkou oporou. Na oblast sexuálního života a studu před partnerem byla též jednotná odpověď, že stud nepociťují a nijak je to neomezuje, je třeba si však dávat pozor na vývod.

Neodmyslitelně patří k PD čisté a sterilní prostředí, kdy je nejvhodnější mít na léčbu vyhrazenou místnost, pokud to jde. Respondenti uvedli, že udržet domov nadstandardně čistý jim nedělá potíže a snaží se pro to udělat maximum.

Tabulka 5 - Psychika při peritoneální léčbě

	Stres	Antidepresiva	Nadměrná konzumace alkoholu
Respondent č.1	Ne	Ne	Ne, ale kouřil
Respondent č.2	Ne	Ne	Ne
Respondent č.3	Ano, ½ roku	Ne	Ne
Respondent č.4	Ne	Ne	Ne

Další otázky se týkaly psychiky dialyzovaných pacientů, jaký vliv na jejich psychiku léčba má? Dotazovaní se shodli, že je peritoneální dialýza nestresovala vůbec, respondentka č. 3 však uvedla, že asi půl roku ji PD stresovala, nyní již ne. Shodli se, že ví, jak moc jim tato léčba pomáhá, a proto není důvod se stresovat. Nikdy nebyli nuceni v důsledku své nemoci užívat antidepresiva či jiné pomocné léky. Jedna z otázek na respondenty byla, zda před onemocněním ledvin užívali nadměrné množství alkoholu, to zamítli. Respondent č. 2 uvedl, že je abstinent, avšak do 60ti let kouřil.

Tabulka 6–Peritoneální dialýza obecně

	Problémy s ledvinami	PD X HD	Kolik let podstupujete PD?	TP	Dialýza v zahrani čí	Změna kvality života
Respondent č.1	30 let	Větší svoboda, šetrnější	4 roky	Ano	Ne, ale vím	Ne
Respondent č.2	25 let	Fobie z nemocnice	6 let	Ano	Ne, ale vím	Ne
Respondent č.3	8 let	Bylo nabídnuto MUDr. Točík	7 let	Ne	Ne, ale vím	Ano, obtěžuje mě dialýza
Respondent č.4	8 let	Byla mi nabídnuta	7 let	Ne	Ne, ale vím	Ne

Rozšiřující otázky na peritoneální dialýzu, které se týkají volby peritoneální dialýzy před hemodialýzou. Výsledky ukázaly, že respondenti trpěli onemocněním ledvin více než 8 let, nejvíce však 30 z toho léčbu pomocí peritoneální dialýzou podstupují 4 až 7 let. 2 respondenti uvedli zařazení do transplantačního programu, 2 nejsou zařazeni.

K této otázce byla zařazena otázka na dialýzu v zahraničí, kdy funguje na mnoha místech EU a je hrazena zdravotním pojištěním. Všichni dotazovaní odpověděli, že o této možnosti ví, nikdy ji však nevyužili. Respondent č. 2 uvedl, že by se styděl.

Důležitou otázkou byl dotaz, jak vnímají kvalitu svého života nyní. 3 respondenti uvedli, že žijí život jako doposud, jedna respondentka uvedla, že ji PD obtěžuje.

Tabulka 7 - Peritoneální dialýza – samotný výkon

	Využití času při PD	Něco jinak?	Jiné zdravotní problémy	Komplikace PD
Respondent č.1	Meditace, práce na PC, spánek	Ne	Ano – svědění kůže, pupeční kýla, nafouklé břicho	Ne
Respondent č.2	Práce na PC	Ano, nafouknuté břicho	Ne	Ne
Respondent č.3	Sledováním TV	Ano, pocit plnosti	Ne	Ano, peritonitida
Respondent č.4	Četba, TV	Ne	Ne	Ne

Poslední otázky byly cílené na samotný výkon. Jak probíhá samostatný výkon, pociťují nějaké změny? Čas při samotné dialýze využívají na odpočinek, jako je sledování televize, čtení knih, práce na počítači, meditací nebo spánkem. Otázka, která zazněla se zaměřovala, zda pociťují, že je něco jinak při dialýze, dva respondenti odpověděli, že necítí nic jinak, respondentka č. 2 odpověděla, že má nafouklé břicho, respondentka č.3 odpověděla, že dříve zaznamenávala pocit plnosti, nyní už ne. Komplikace peritoneální dialýzy měla pouze respondentka č. 3, která měla peritonitidu.

3 Diskuze

V bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života lidí s peritoneální dialýzou. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum formou rozhovorů, při kterém jsem si vybrala čtyři respondenty z kraje Vysočina. Z výzkumu vychází, že i přes potřebu plánování a rozvržení dne podle nutnosti výměny roztoku jsou si respondenti vědomi pomoci dialýzy. Rovněž z výzkumu vyplývá, že i navzdory ztíženým okolnostem hodnotí svůj život jako plnohodnotný, podobný tomu dřívějšímu; tento závěr mě osobně překvapil. Paní doktorka Marcela Znojová² jenž přišla s teorií, že lidé s tímto onemocněním jsou často šťastnější, než si myslíme (M.Znojová, 2021). Toto tvrzení je však odvážné a nelze ho podložit výsledky, z důvodu nedostatku respondentů. Pokud vezmeme v potaz nutnost být několikrát denně dialyzován, nelze mít pochyby, že to zasáhne do běžného, pracovního i společenského života. Z výsledků vyplývá, že je dialýza opravdu časově hodně náročná, a přestože jsou dvě respondentky ve starobním důchodu, tak tuto skutečnost nepopírají. Respondent č. 2 si však najde 4 hodiny denně, které tráví v práci, lze tedy říci, že to jde, ale opravdu záleží na našich možnostech, možná i štěstí a závažnosti onemocnění, nelze však pochybovat dosah na tyto oblasti. U lidí, kteří přijdou o práci, a to z důvodu nemoci nebo jiné příčiny. Je možné tvrdit, že klesá sebeúcta a může docházet ke změně psychiky, k agresi, apatii, depresím a z tohoto důvodu je pak omezena schopnost spolupráce. S omezením pracovní možnosti přichází i ztížená finanční situace, avšak respondenti, u kterých jsem prováděla výzkum jsou již ve středním či důchodovém věku. Nicméně dovedu si představit problémy u mladých lidí, kteří často chtějí cestovat a mají větší nároky na život. Dialyzační centra nabízí dialýzu i v zahraničí, o této možnosti jsem se zmiňovala ve své práci, avšak nikdo z dotazovaných ji nevyužil a jedna osoba dokonce uvedla, že by pociťovala stud. Tato skutečnost je pro mě překvapivá, předpokládala jsem, že pokud dialyzovaný člověk o této možnosti ví, je dokonce hrazena, je její využití osvobozující a přidává nemocným možnost cestovat. Domnívám se, že tato skutečnost vyplývá z důsledku vyššího věku respondentů.

Nadměrná hygiena a sterilita v domácím prostředí nedělá nikomu z dotazovaných problém a nebyli nuceni se vzdát domácích mazlíčků. Většina z nich však uvedla, že se jim udržet hygienu daří, protože již nebydlí s dětmi. Přesto jedna respondentka uvedla komplikace peritoneální dialýzy.

²Psycholožka dialyzačního střediska Na Strahově v Praze.

Jako hlavní výhodu PD uvádí zdroje možnost větší svobody pro dialyzované, což z dat výzkumu vyšlo též najevo. Pro všechny dotazované byla možnost větší svobody a nutné kontroly pouze jedenkrát za měsíc brána jako hlavní výhoda. Někteří uvedli, že konečně nejsou nuceni obtěžovat své členy rodiny z důvodu častého transportu do nemocnice.

Výsledky své práce, tedy v části praktické jsem dále porovnávala s výsledky bakalářské práce Pavlína Zelinkové z UPCE, kdy práce byla vypracovávána na stejné téma, kdy v její práci obsahovala navíc informace o hemodialyzovaných pacientech. V následujícím textu budu zodpovídat na jednotlivé výzkumné otázky.

Jaká omezení přišla s léčbou peritoneální dialýzy?

Na omezení se zaměřovaly otázky B.2 Ovlivnění kvality života v různých oblastech. Dotazovaní hodnotili, v jaké míře dochází k ovlivnění v dietním opatření, společenském, sexuálním a pracovním životě, dále třeba zda se byli nuceni vzdát svých koníčků či domácích mazlíčků kvůli peritoneální dialýze. Z výzkumu vyšlo, že k omezení dochází, avšak jde o menší omezení než při HD. Překvapilo mě, že i přestože se zdají tyto omezení jako významná, samotní dialyzovaní to takto nevnímají.

Zelinková (2015) dospěla ve své práci ke stejným výsledkům, a to, že u všech pacientů s onemocněním ledvin dochází k ovlivnění života, častěji to však vnímají pacienti s HD. Častěji berou své onemocnění jako přítěž hemodialyzovaní. Pouze 40 % dialyzovaných uvádí problémy v oblasti sexuálního života, pacienti s HD uvádí problémy v 62 %.

Při srovnání výsledků obou prací dojdeme k závěru, že omezení u pacientů s PD jsou, u pacientů s HD jich je však podstatně více a více pacienty obtěžují.

Jaký vliv na sociální a pracovní život má nutnost peritoneální dialýzy?

Respondenti uvedli, že k omezení dochází, avšak ne, tak jak s PD. Navštěvují své blízké, rodinu, žijí společenský život, je však nutné hlídat si čas a naplánovat si to. Dotazovaní jsou již ve starobním, či invalidním důchodu, nepracují tedy. 1 respondent však uvedl, že na pár hodin denně do práce dojíždí a zvládá to. Výsledky výzkumu mě nepřekvapily, PD je časově náročná, avšak ne tolik jako HD. Sociální i pracovní život tedy probíhá dál bez větších nutností omezení.

P. Zelinková uvádí, že nikdy nebylo omezeno ve společenském životě 40 % pacientů na PD a 33 % pacientů na HD (Zelinková, 2015).

Výsledky obou prací jsou velmi podobné, z dat však nepochybně vychází, že nejde o velké omezení ve společenském životě.

K jakému přizpůsobení muselo přijít ze stran celé rodiny, blízkých?

Všichni respondenti jsou spokojeni s podporou své rodiny a blízkých, společenskému životu se nevyhýbají, musí si však hlídat čas. Došlo k edukaci celé rodiny, to si však respondenti chválí. Rodina a blízcí jsou pro ně velká opora. Tento výsledek mě nijak nepřekvapil, opora rodiny a blízkých je velice důležitá.

Jaký vliv na psychiku má léčba peritoneální dialýzou?

Na vliv na psychiku dialyzovaného byly otázky B.2 Ovlivnění kvality života v různých oblastech, ale také B.3 Otázky na samotný výkon peritoneální dialýzy. Otázky se zaměřovali na stres při samotném výkonu, zda respondenti užívali antidepressiva.

Respondenti hodnotili svoji psychickou stránku jako pozitivní, nebyli nuceni brát antidepressiva a PD je nestresuje nebo spíše vůbec nestresuje a po čase stres odpadl. Vycházející data z výzkumu mě překvapily, domnívala jsem se, že to je velice stresující a nelze to zvládat bez většího stresu.

S vyhodnocením lze zjistit, že u pacientů s HD i u pacientů s PD převládají spíše kladné emoce. Pokud však chceme porovnávat podrobněji, vychází z odpovědí více negativních emocí u HD, kdy u těchto pacientů dochází více ke zpomaleným reakcím. (Zelinková, 2015)

U obou prací data poukazují na spíše pozitivní emoce.

Co přimělo respondenty k výběru peritoneální dialýzy, před hemodialýzou?

Všichni dotazovaní uvedli své dlouhodobé problémy s onemocněním ledvin, kdy dva respondenti uvedli přibližně 8 let, z toho 7 let podstupují PD, zbylí dva respondenti mají problémy více než 25 let a PD podstupují 4 až 6 let. 50 % respondentů je zapsáno do transplantačního programu. Pro PD se dotazovaní rozhodli z důvodu větší šetrnosti pro tělo, dále uváděli veliké zatížení na čas při HD a fobie z nemocnic. Jako další důvod uváděli, že jim to bylo nabídnuto lékařem a pro výhody PD se rozhodli zvolit tuto možnost léčby. 3 respondenti, tedy 75 % dotazovaných odpověděli, že je PD neobtěžuje, naopak při HD byli nuceni obtěžovat své blízké, což považovali za velice nepříjemné.

Jak probíhá samostatný výkon, pociťují nějaké změny?

Všichni respondenti se shodli, že čas při PD využívají k relaxaci, ať už jakýmkoliv způsobem, nejčastěji však četbou, TV či práci na PC. Uvědomují si, že při HD by si tolik neodpočinuli a strávili hodně času na cestách, uvedli, že po příjezdu domu byli unaveni. Dva respondenti uvedli, že při samotném výkonu nepociťují žádné změny, zbylí dva uvedli pocit plnosti a nafouknutého břicha, množství roztoku je prý prostě znát. Sterilitu a zvýšenou hygienu zvládají dotazovaní dobře, avšak jedna respondentka uvedla problém s peritonitidou. Respondent č. 1 uvedl jako další zdravotní potíže svědění kůže a pupeční kýlu. Překvapilo mě, že dialyzovaní nepociťují při samotném výkonu žádné větší změny.

Zelinková (2015) uvádí ve své práci, že nejčastěji se vyskytující symptomy u hemodialyzovaných pacientů jsou bolesti svalů, křeče, svědění a vyčerpání či velká únava. U peritoneálně dialyzovaných to jsou křeče, bolesti svalů, svědění, vyčerpání nebo velká únava. Zelinková uvádí obecné komplikace nikoliv komplikace během samotného výkonu. K těmto potížím u dotazovaných respondentů dochází zřídka. Pokud porovnáme výsledky, lze říci, že u pacientů s HD připravuje cestování a dialyzační proces o mnoho času a úsilí.

Data výzkumu ukazují stejné komplikace, nejde však o samostatný výkon, ale celkovou léčbu.

4 Návrh na řešení a doporučení pro praxi

Z obou prací vyplývají nepochybné výhody peritoneální dialýzy. Jak již uvádím v kapitole diskuze, lze nepochybně říci, že PD je pro dialyzované pacienty výhodnější, šetrnější a dochází ke zlepšení stavu, což se u HD ne vždy dá říci. Přes nesmírné výhody PD však nelze využít tento způsob léčby u všech dialyzovaných. Výsledky výzkumu mě samotnou nijak zvlášť nepřekvapily. Dle výsledků k omezení u pacientů s onemocněním ledvin, v tomto případě dialyzovaných dochází, avšak i dle jejich slov jsou tyto omezení únosná. Výzkumů na téma PD a HD je veliké množství, výsledky se však příliš neliší.

Nutno říci, že stále větší množství nemocných s tímto možným způsobem léčby podstupují HD, lze tedy pacienty více edukovat o možnostech, sdělit možné výhody, ale samozřejmě i nevýhody, zapojit rodinu. PD je jak vyšlo z mých dat nabízena lékaři, nelze však vyloučit, že by mohlo dojít k větší propagaci ať už ze stran lékařů či přes prostředky masové komunikace, které jsou v dnešní době velmi mocné a ovlivňují velké množství lidí.

Pokud to lze a specializovaný lékař tuto možnost léčby doporučí je dle mého názoru důležité tuto možnost zvážit. Přes zvýšenou nutnost sterility či hygieny se domnívám a z výzkumů vychází, že je tato metoda pro tělo šetrnější, dochází ke zlepšení stavu pacientů a samotní pacienti se cítí více spokojeni a nedochází u těchto pacientů k nutnosti užití antidepresiv nebo jiných léků, emoce jsou spíše pozitivní a sami dialyzovaní hodnotí jejich život jako stejný jako dříve.

Závěr

Stále více výzkumů se zaměřuje na kvalitu života lidí s onemocněním, proto tedy dialyzovaní pacienti a pacienti s onemocněním ledvin nejsou výjimkou. Lze říci, že jakékoliv onemocnění zasahuje psychickou i fyzickou stránku člověka. Tuto skutečnost je možné pozorovat rovněž u onemocnění ledvin a dialýzy, kde se promítá i do pracovního a osobního či sociálního života.

Tato práce byla zaměřena na to, jak vnímají kvalitu života sami dialyzovaní. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje nejen problematiku onemocnění ledvin, možnosti léčby, výhody a nevýhody peritoneální dialýzy, ale i způsoby provádění peritoneální dialýzy a ostatní náležitosti, které s tímto tématem souvisí. V uvedené části práce je pozornost věnována též kvalitě života. Praktická část mé práce byla provedena kvalitativní formou pomocí výzkumu se čtyřmi respondenty pro Kraj Vysočina. Všichni uvedení dotazovaní spolupracovali a odpovídali vstřícně na předem připravené otázky pro rozhovor, přestože některé otázky by se mohli zdát příliš osobní. Lze říci, že pro rozhovor se zdravotnickým personálem jsou velice otevření a nebojí se sdělovat informace o jejich léčbě.

Data výzkumu ukazují spokojenost pacientů s peritoneální dialýzou, kde z výsledků vychází, že lidé podstupující peritoneální dialýzu žijí prakticky plnohodnotný život a nevnímají léčbu jako významné omezení. Z této práce vychází, že i na takto vážné onemocnění, které je mnohdy vnímáno jako velké omezení, si může dialyzovaný i přes dané obtíže zvyknout a brát léčbu jako prostředek k přežití a udržení si možnosti společenského i rodinného kontaktu.

Cíl bakalářské práce byl z mého pohledu splněn, přestože byl popisovaný výzkum proveden ve spolupráci s menším počtem respondentů. Respondenti potvrdili nesporné výhody peritoneální dialýzy a možnost navrácení do běžného života. Dotazovaní si jsou však plně vědomi skutečnosti, že jsou odkázáni na přístroj, což vede k omezením a nutnosti plánování běžného dne.

Respondenti uváděli 100 % edukaci a spokojenost se zdravotnickým personálem. Edukace se týká nejen jich samotných, ale také členů rodiny. Do týmu starající se o dialyzované by měl patřit nejen lékař, nefrolog či dialyzační sestra, ale také psycholog či sociální pracovník, možno i nutriční poradce. Peritoneální dialýzu vnímají jako šetrnější volbu. Přes všechna zmíněná úskalí, se dle jejich slov kvalita života nijak významně nezměnila.

Seznam použité literatury

- [1] AG25 s.r.o., *Peritoneální dialýza* [online], 2018 [cit.2021-04-12]. Dostupné z: <http://www.nadaceledviny.cz/informacni-brozurky/peritonealni-dialyza>
- [2] B. BRAUM. *Vše o dialýze* [online]. Brno, 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.bbraun.cz/cs/spolecnost/b-braun-avitum/vse-o-dialyze.html#>
- [3] BIOMEDICA spol. s r.o., *Přehled produktů dle zastoupení tuzemských a zahraničních společností* [online],[cit.2021-04-12]. Dostupné z: <http://www.gml-dialyza.cz/gml-produkty-nikkiso-asahi-biomedica-alleman#prettyPhoto>
- [4] ČESKÁ NEFROLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Dialyzační statistika* [online]. Praha, 2019 [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: <https://www.nefrol.cz/force-download/1542>
- [5] ČESKÁ INTERNISTICKÁ SPOLEČNOST. *Peritoneální dialýza* [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <http://pacienti.9e.cz/peritonealni-brisni-dialyza-ma-medicinske-psychosocialni-vyhody>
- [6] DIALLO, F. Péče o pacienta léčeného asistovanou peritoneální dialýzou. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Interní oddělení Strahov, Praha: Certifikovaný kurz MZ ČR,2013 [cit. 2021-02-28].
- [7] DIALÝZA.CZ. *Cestování s dialýzou* [online], a 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/cestovat/>
- [8] DIALÝZA.CZ. *Hemodialýza* [online], b 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/porozumet/nahrada-funkce-ledvin/hemoeliminacni-metody/hemodialyza/>
- [9] DIALÝZA.CZ. *Selhání ledvin* [online], c 2021[cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/porozumet/selhani-ledvin/>
- [10] DIALÝZA.CZ. *Světový den ledvin 2021* [online], d 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/aktuality/>
- [11] FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. *Založení A-V shuntu pro dialýzu 2 s.*[online]. Brno, 2021, [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/arterio-venozni-shunt/f3971>
- [12] HARTMANN – RICO A.S. *Hypertenze*[online], 2021 [cit.2021-02-08]. Dostupné z: <https://www.tlakomery.cz/encyklopedie-krevniho-tlaku/hypertenze>
- [13] HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu* [online]. In Sociológia 44, č. 4, Slovenská Akadémia Vied, 2012

[cit. 2021-03-08]. Dostupné z:

<https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>

[14] HNILICOVÁ, H. a V. BENCKO. *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví* [online]. Praktický lékař – Číslo 11/2005, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, 2005

[cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2005-11/kvalita-zivota-vymezeni-pojmu-a-jeho-vyznam-pro-medicinu-a-zdravotnictvi-5939>

[15] HRUŠKA, M. A KOL. *Biologie člověka pro gymnázia*. [online] Praha. Fortuna, 1995. Dostupné z: <https://eluc.kr-olomoucky.cz/verejne/lekce/220>

[16] INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Informace pro dialyzované pacienty* [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/transplantcentrum/klinika-nefrologie/pro-pacienty/informace-pro-dialyzovane-pacienty/a-1414/>

[17] KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum, 2019, 156 s. ISBN 978-80-246-4101-0.

[18] KAVKOVÁ, Veronika. *Celostní přístupy ke zdraví – holismus* [online]. Studijní materiály předmětu Psychologie zdraví, Masarykova univerzita, 2014 [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fsps/podzim2014/np2275/2_Celostni_pristupy_ke_zdravi_-_Holismus.pdf

[19] KOJANOVÁ, Barbora. *Edward Thorndike* [online]. Univerzita Karlova: wikisofia, 2014 [cit. 2021-02-08]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Edward_Thorndike

[20] KOLÁŘOVÁ, Kateřina. *Péče o pacienta léčeného asistovanou peritoneální dialýzou: Dieta*. VFN Praha, Interní oddělení Strahov, Praha: *Certifikovaný kurz MZ ČR*, 2013 [cit. 2021-02-28].

[21] KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ. *Somatologie*. Praha: Grada, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-2988-6.

[22] KUČERA. *Peritoneální dialýza – aktuální trendy* [online]. Univerzita Karlova v Praze, LF a FN Plzeň, I. interní klinika, 2003 [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/peritonealni-dialyza-aktualni-trendy-158505>

- [23] NERMUTOVÁ, Ludmila. *Péče o pacienta léčeného asistovanou peritoneální dialýzou: Ošetřování katetru*. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Interní oddělení Strahov, Praha: *Certifikovaný kurz MZ ČR*, 2013 [cit. 2021-02-28].
- [24] NĚMCOVÁ, Iva. *Vnímání kvality života a zdraví uživateli Ošetrovatelského domova ve Šternberku* [online]. Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filosofická fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 79 s. Diplomová práce. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/5x9pqz/13582888>
- [25] RAJNOCHOVÁ BLOUDÍČKOVÁ, Silvie. *Preemptivní transplantace ledviny* [online]. Klinika nefrologie, Transplant centrum IKEM, Praha, 2018 [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://www.postgradualnefrologie.cz/cislo-xvi-4/preemptivni-transplantace-ledviny>
- [26] ŘEHÁKOVÁ, Jitka. *Domácí návštěvy u peritoneálně dialyzovaných pacientů a hygienicko-epidemiologický režim*. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Interní oddělení Strahov, Praha: *Certifikovaný kurz MZ ČR*, 2013 [cit. 2021-02-28].
- [27] ŘEHOŘOVÁ, Jitka, Soňa ŠTĚPÁNKOVÁ a Jakub ŠEVČÍK. *Spolupráce praktického lékaře se specialistou v péči o nemocné na dialýze* [online]. Interní hepatogastroenterologická klinika FN a LF MU, Hemodialyzační středisko, Brno, 2010, [cit. 2021-03-11]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/06/04.pdf>
- [28] SASAKOVÁ, Dana a Miroslava MATĚJKOVÁ. *Výživový průvodce pro dialyzované pacienty* [online]. Praha: Mladá fronta, 2012, 19 s. [cit. 2021-03-29]. Dostupné z: <http://www.nadaceledviny.cz/nutricni-poradna/vyzivovy-pruvodce/pro-dialyzovane-nemocne>
- [29] SMRŽOVÁ, Jana. *Onemocnění ledvin: informace pro pacienty [brožura pro pacienty]*. Abbott Renal s.r.o, 2021 [cit. 2021-02-28].
- [30] SZONOWSKÁ, Barbora. *Peritoneální dialýza, její komplikace a příznaky*. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Interní oddělení Strahov, Praha: *Certifikovaný kurz MZ ČR*, 2013 [cit. 2021-02-28].
- [31] ŠÁLEK, Tomáš. *Odhadovaná glomerulární filtrace dospělých pacientů* [online]. Klinická farmakologie a farmacie, Katedra biomedicínských oborů, Univerzita Ostrava, 2015 [cit. 2021-02-02]. Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2015/04/05.pdf>
- [32] WIKISKRIPTA, *Hemodialýza* [online], 2018 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.wikiskripta.eu/w/Hemodialýza>

- [33] WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Measuring Quality of Life* [online]. 2012, 106 s.[cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/tools/whoqol>
- [34] ZELINKOVÁ, Pavlína. *Kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou*. Pardubice, 2015. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/wdqrjb/>
- [35] ZNOJOVÁ, Marcela. *Psychologická poradna*. [online] Dialýza.cz, 2021 [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.dialyza.cz/cs/poradna/psychologicka-poradna/vase-dotazy/>

Přílohy

Příloha A – Obrázky peritoneální dialýzy

Příloha A. 1 - Ledviny průřez

Příloha A. 2 - Vylučovací soustava

Příloha A. 3 - Peritoneální dialýza

Příloha A. 4 - Peritoneální dialýza schéma

Příloha A. 5 - Dialyzační katetr

Příloha A. 6 - Jídelníček 1

Příloha A. 7 - Jídelníček 2

Příloha A. 8 - Jídelníček 3

Příloha A. 9 - Jídelníček 4

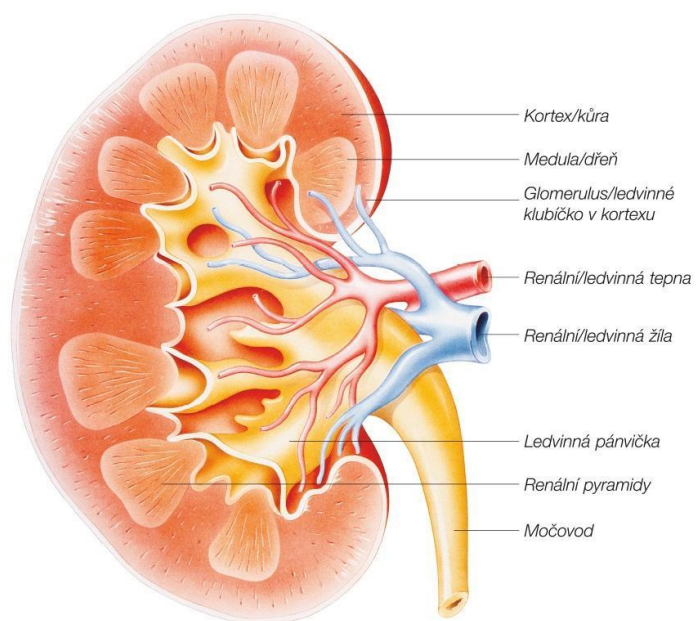
Příloha B – Otázky rozhovoru s pacienty

Příloha B. 1 - Obecné informace o pacientovi

Příloha B. 2 - Ovlivnění kvality života v různých oblastech

Příloha B. 3 - Otázky na samotný výkon peritoneální dialýzy

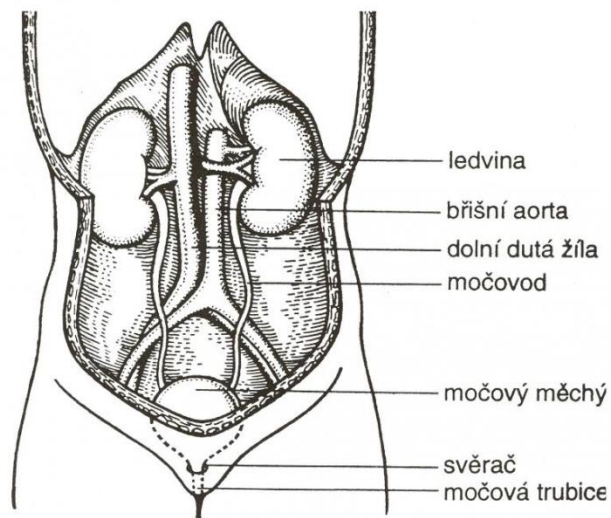
A.1



Příloha A. 1 - Ledviny průřez

Zdroj: Dialýza.cz

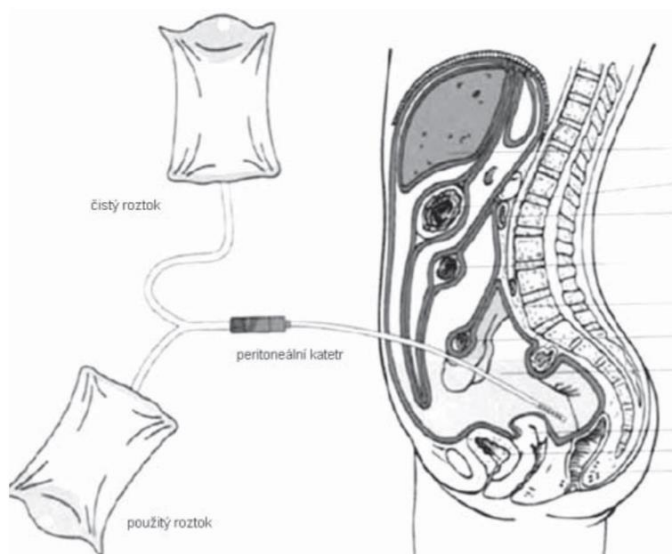
A.2



Příloha A. 2 - Vylučovací soustava

Zdroj: Hruška a kol., 1995

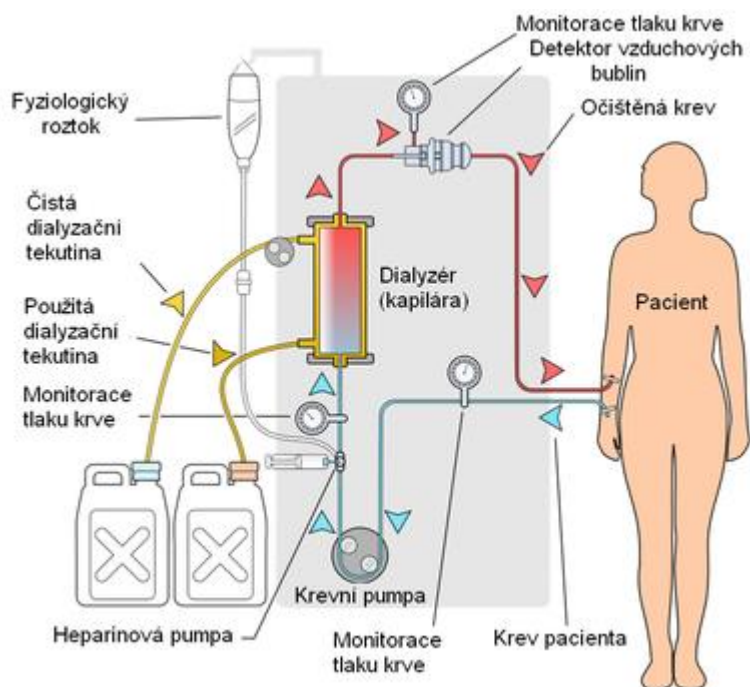
A.3



Příloha A. 3 - Peritoneální dialýza

Zdroj: AG25 s.r.o., 2018

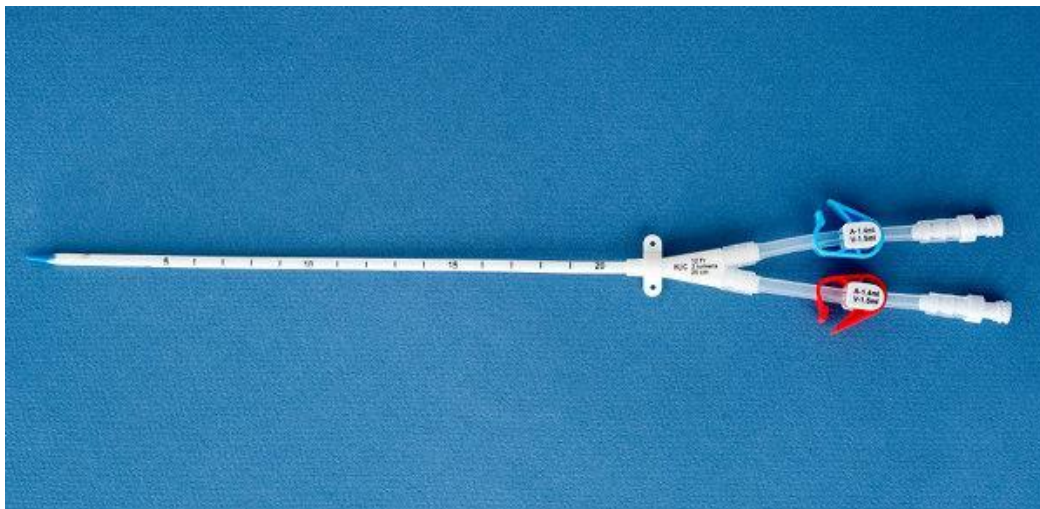
A.4



Příloha A. 4 - Peritoneální dialýza schéma

Zdroj: WikiSkripta, 2018

A.5



Příloha A. 5 - Dialyzační katetr

Zdroj: BIOMEDICA spol. s r.o., CZ

A.6

CO MŮŽE NASTAT PŘI NEDOSTATKU SODÍKU?	CO MŮŽE NASTAT PŘI NADBYTKU SODÍKU?
• Závratě • Nízký krevní tlak • Svalové křeče • Nevolnost • Poruchy soustředění • Bolesti hlavy	• Otoky končetin, okolo očí • Nárůst krevního tlaku • Zadýchávání, vyšší zátěž srdce • Nadměrná žízeň • Přírůstky hmotnosti
	
Vepřová pečeně	Uzené maso
	
Pufované lupínky	Slané chipsy
	
Tvarohová pomazánka s pažitkou	Plísňové sýry

Příloha A. 6 - Jídelníček 1

Zdroj: AG25 s.r.o., 2018

A.7

VYSOKÝ X NÍZKÝ DRASLÍK			
			
NE	ANO	NE	ANO
Čaj + sušené ovoce (křída)	Černý čaj, sáčekový čaj	Minerálka	Perlivá voda
			
NE	ANO	NE	ANO
Sklenička mléka	1/3 tekuté 33% šlehačky + 2/3 vody	Banány, grep, peckoviny	Kompotovaný ananas, mandarinky
			
NE	ANO	NE	ANO
Půllitr piva	Malá sklenička vína	Rajče	Sterilované loupané rajče

Příloha A. 7 - Jídelníček 2

Zdroj: AG25 s.r.o., 2018

A.8



Příloha A. 8 - Jídelníček 3

Zdroj: AG25 s.r.o., 2018

A.9

PROJEVY NEDOSTATKU TEKUTIN: • Sucho v ústech • Slabost, malátnost • Pokles krevního tlaku • Pokles hmotnosti • Suchá kůže	PROJEVY NADBYTKU TEKUTIN: • Otoky kotníků, lýtek • Kratší dech • Nárůst hmotnosti • Únava • Zvýšený krevní tlak, který zatěžuje srdce
 NE ANO Sójová omáčka Bylinky, klasická koření (pepř, bobkový list, líbeček)	 NE ANO Slané pečivo Neslané bílé pečivo
 NE ANO omáčky přírodní šťávy	 NE ANO mineralizovaná voda čistá voda

Příloha A. 9 - Jídelníček 4

Zdroj: AG25 s.r.o., 2018

Příloha B. 1 - Obecné informace o pacientovi

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Pracujete, studujete nebo pobíráte invalidní či starobní důchod?

Jaký je Váš rodinný stav?

Kolik let máte problémy s onemocněním ledvin?

Proč jste se rozhodli pro peritoneální dialýzu, ne hemodialýzu?

Kolik let podstupujete peritoneální dialýzu?

Dostali jste od kvalifikovaného personálu dostatek informací a pro Vás přiměřenou edukaci?

Jak často navštěvujete nefrologickou ambulanci?

Jste zařazeni v transplantačním programu?

Užívali jste před onemocněním ledvin nadměrné množství alkoholu?

Příloha B. 2 - Ovlivnění kvality života v různých oblastech

Do jaké míry ovlivnilo Vaše onemocnění stravovací návyky?

Do jaké míry a jak ovlivnilo Vaše onemocnění společenské návyky?

Využili jste někdy zajištění peritoneální dialýzy v zahraničí? Pokud ne, víte o této možnosti?

Změnila se nějak výrazně Vaše váha?

Omezuje Vás vaše onemocnění a s tím spojené komplikace při fyzické aktivitě? Jak?

Byli jste nuceni vzdát se svých koníčků? Jakých?

Došlo u Vás z důvodu léčby peritoneální dialýzou ke ztrátě přátel, rodiny či někoho blízkého?

Museli jste se při léčbě peritoneální dialýzy vzdát domácích mazlíčků?

Jak moc zasahuje peritoneální dialýza do Vašeho plánování dne?

Jak náročné je pro Vás udržování nadstandardně čistého a sterilního prostředí?

Do jaké míry ovlivnila peritoneální dialýza Váš sexuální život?

Pocitujete stud před svým partnerem?

Užíváte nebo jste užívali někdy antidepresiva v souvislosti s tímto onemocněním?

Příloha B. 3 - Otázky na samotný výkon peritoneální dialýzy

Jak trávíte čas při samotném výkonu?

Myslíte si, že peritoneální dialýza ovlivnila jiným způsobem Váš zdravotní stav (např. vlasy, zuby)?

Stresuje Vás vykonávání peritoneální dialýzy? Pokud ne, po jaké době stres odpadl?

Měli jste již někdy komplikace spojené s peritoneální dialýzou (peritonitida aj.)? Pokud ano, jaké?

Vnímáte přímo při výkonu, že je něco jinak?

Jak vnímáte kvalitu Vašeho života?