

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kristýna Nachtmannová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B5341

Kristýna Nachtmannová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROBLEMATIKA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

PLZEŇ 2018

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna NACHTMANNOVÁ**
Osobní číslo: **Z15B0022K**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.

Rozsah grafických prací:

Rozsah kvalifikační práce:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.**
- **TESAŘ, Vladimír, VIKLICKÝ Ondřej a kolektiv. Klinická nefrologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 225 s. ISBN 978-80-247-4367-7.**
- **ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.**
- **LACHMANOVÁ, Jana. Vše o hemodialýze pro sestry. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.**
- **KUMAR, Parveen, CLARK, Michael. Kumar and Clark's Clinical Medicine 8th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012. 1304 s. ISBN 978-0-7020-4499-1. International ISBN 978-0-7020-4500-4.**

Vedoucí bakalářské práce:

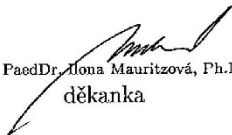
Mgr. Lenka Kroupová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

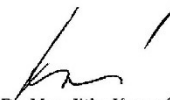
Datum zadání bakalářské práce: **31. ledna 2017**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2018**

Doc. PaedDr. Hana Mauritzová, Ph.D.
děkanka



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry



V Plzni dne 1. února 2018

Prohlášení

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

V Plzni dne 26. 03. 2018

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Kroupové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji své rodině a spolupracovníkům za trpělivost a podporu.

Anotace

Příjmení a jméno: Nachtmannová Kristýna

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 28

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: dialyzační léčba, zdravotní postižení, klient

Souhrn:

Bakalářská práce popisuje problematiku dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením. V teoretické části je popsána dialyzační léčba a druhy zdravotního postižení. Kvalitativní výzkum v praktické části zkoumá formou polostrukturovaných rozhovorů pocity a prožitky zdravotně postižených klientů podstupujících pravidelnou dialyzační léčbu. Následně je bakalářská práce doplněna o vypracovaný ošetrovatelský proces u mladé pacientky s tělesným postižením.

Annotation

Surname and name: Nachtmannová Kristýna

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: The problematics of dialyzed patients with disability

Consultant: Mgr. Lenka Kroupová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 28

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 25

Keywords: dialysis treatment, disability, client

Summary:

The Bachelor thesis describes the problematics of dialyzed patients with disability. The dialysis treatment and types of disability are described in the theoretical part. The qualitative research as a part of the practical section was provided via semi-structured interviews examining the feelings and experiences of disabled clients undergoing regular dialysis treatment. Subsequently, the bachelor's thesis is completed by a nursing proces related to a young female patient with physical disability.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ANATOMIE A STAVBA LEDVIN	13
1.1 Stavba a funkce nefronu	13
1.2 Cévní zásobení ledvin	14
2 FYZIOLOGIE LEDVIN.....	14
3 AKUTNÍ SELHÁNÍ LEDVIN	15
3.1 Komplikace akutního renálního selhání.....	15
3.2 Léčba akutního renálního selhání	15
4 CHRONICKÉ SELHÁNÍ LEDVIN	16
4.1 Komplikace chronického renálního selhání.....	16
5 METODY OČIŠŤOVÁNÍ KRVE	17
5.1 Hemodialýza	17
5.1.1 Hemodialyzační procedura	18
5.1.2 Hemodiafiltrace	18
5.1.3 Dialyzační předpis	19
5.1.4 Cévní přístupy pro dialýzu	19
5.1.5 Komplikace arteriovenózních zkratů.....	19
5.1.6 Komplikace centrálních žilních katetrů.....	20
5.1.7 Akutní komplikace dialyzační léčby	20
5.1.8 Klinické komplikace dialyzační léčby.....	21
5.1.9 Dialyzační rozvrh a monitorování pacientů.....	21
5.1.10 Výživa dialyzovaných pacientů.....	21
5.2 Peritoneální dialýza.....	22
5.2.1 Komplikace peritoneální dialýzy.....	23
5.3 Transplantace ledvin	23
6 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	25
6.1 Osoby s tělesným postižením	25
6.1.1 Zásady komunikace s tělesně postiženými osobami	26
6.2 Osoby se smyslovým postižením.....	26
6.2.1 Osoby se zrakovým postižením.....	26
6.2.2 Osoby se sluchovým postižením	27
6.3 Osoby s mentálním postižením.....	27
6.3.1 Zásady komunikace s osobami s mentálním postižením.....	28
6.4 Osoby s poruchami řeči	28

6.4.1	Zásady komunikace s osobami s poruchami řeči	29
7	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DIALYZOVANÉ PACIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	30
7.1	Před zahájením dialyzačního ošetření.....	31
7.2	Průběh dialyzačního ošetření	31
7.3	Ukončení dialyzačního ošetření.....	32
	PRAKTICKÁ ČÁST	33
8	KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	33
8.1	Formulace problému	33
8.2	Cíl výzkumu.....	34
8.2.1	Dílčí cíle	34
8.2.2	Výzkumné otázky	34
8.3	Druh výzkumu a výběr metodiky	34
8.3.1	Metoda	35
8.3.2	Výběr případu	35
8.3.3	Způsob získávání informací	35
8.3.4	Organizace výzkumu	35
8.4	Klient č. 1.....	36
8.4.1	Anamnéza	36
8.4.2	Přepis rozhovoru.....	36
8.4.3	Shrnutí	41
8.5	Klient č. 2.....	41
8.5.1	Anamnéza	41
8.5.2	Přepis rozhovoru.....	42
8.5.3	Shrnutí	47
8.6	Klient č. 3.....	47
8.6.1	Anamnéza	47
8.6.2	Přepis rozhovoru.....	48
8.6.3	Shrnutí	51
8.7	Analýza a interpretace výsledků	52
8.7.1	Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?.....	52
8.7.2	Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?	53
8.7.3	Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?	53
8.7.4	Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?.....	54

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S DIALÝZOU A ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	55
9.1 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové „Model funkčního typu zdraví“.	57
9.2 Ošetřovatelské diagnózy	61
9.3 Edukační plán	62
DISKUZE	64
ZÁVĚR.....	68
LITERATURA A PRAMENY	
SEZNAM ZKRATEK	
SEZNAM TABULEK	
SEZNAM OBRÁZKŮ	
SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“

Arthur Schopenhauer

V dnešní uspěchané době bychom se někdy měli alespoň na okamžik zastavit a být vděční za to, co momentálně prožíváme a co máme. Měli bychom vnímat krásu všedního dne a být šťastní. Nikdy totiž nevíme, kdy přijde okamžik, který nám změní celý náš dosavadní život. Někdy tím okamžikem může být pravidelná kontrola u praktického lékaře nebo v nefrologické ambulanci, kdy nám lékař zjistí natolik závažné snížení funkce ledvin, že budeme muset podstupovat pravidelnou dialyzační léčbu. A jelikož chronické onemocnění ledvin může postihnout kohokoliv z nás a nevyhýbá se ani osobám se zdravotním postižením, chtěla bych svoji bakalářskou práci věnovat právě tomuto tématu.

Téma Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením jsem si zvolila na základě stále narůstajícího počtu těchto pacientů na dialyzačním středisku, kde pracuji již sedmým rokem na pozici všeobecné sestry. Zdravotní postižení, zejména tělesné, vzniká u pacientů nejčastěji jako následek komplikací nemoci diabetes mellitus. U některých klientů došlo k rozvoji nefrologického onemocnění během jejich života se zdravotním postižením. Víím, jak je těžké dodržovat a vyrovnat se s nutnou pravidelnou dialyzační léčbou pro klienty bez zdravotního postižení. Jak je tato situace obtížná pro klienty se zdravotním postižením?

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením. Dílčí cíle se zaměřují na jednotlivé oblasti klientova života, které dialyzační léčba a zdravotní postižení ovlivňuje.

V bakalářské práci je popsáno akutní a chronické selhání ledvin a možnosti náhrady jejich funkce. Dále se věnuje rozdělení zdravotního postižení, zásadám komunikace a přístupu k těmto osobám. Kvalitativním výzkumným šetřením pomocí polostrukturovaného rozhovoru se snaží zjistit pocity a prožitky u třech zdravotně postižených klientů podstupujících pravidelnou dialyzační léčbu. U vybrané klientky je podrobně zpracován ošetrovatelský proces se všemi jeho částmi. V diskuzi jsou zpracovány jednotlivé výzkumné otázky shrnutím zjištěných údajů od oslovených respondentů. Vyhodnocením těchto údajů a zhodnocením, zda bylo dosaženo hlavního cíle bakalářské práce

se věnuji v jejím závěru. Na základě získaných informací během kvalitativního výzkumu jsem zvolila výstup bakalářské práce uspořádání semináře na dialyzačním středisku, kde pracuji, pro zkvalitnění ošetrovatelské péče o klienty se zdravotním postižením podstupujících pravidelnou dialyzační léčbu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A STAVBA LEDVIN

Ledviny hrají velmi důležitou roli při udržování vnitřního prostředí organismu. Podílí se na složení a objemu krve tím, že zajišťují tvorbu erytrocytů v kostní dřeni, regulují krevní tlak a také aktivují vitamín D. Jsou to párové orgány uložené v retroperitoneálním prostoru ve výši obratlů Th 12-L2. Jsou dlouhé 10-12 cm o hmotnosti 120–170 g a připomínají tvar fazolového bobu. Pravá ledvina bývá uložena níž než ledvina levá z důvodu velké hmoty jater v pravé brániční klenbě. Na ledvině rozeznáváme vyklenutou přední plochu, oploštělou zadní plochu, zaoblený horní a dolní pól, kde na horní pól nasedají nadledviny, a hilus (branku) ledviny, kde vstupují a vystupují cévy a vystupují odvodné cesty močové. Ledviny se skládají z kůry a dřene. Dřeň vytváří ledvinové pyramidy s vrcholem směrem k hilu ledviny a na zaobleném vrcholu nacházíme ledvinové papily. Papily mají dírkovaný povrch, kde ústí sběrací kanálky. Základní jednotkou ledvin je nefron, kterých je přibližně jeden milión a jsou uloženy v kůře ledvin. (1, s.266-281), (2, s. 355)

1.1 Stavba a funkce nefronu

Na nefronu rozlišujeme ledvinové (Malpighiho) tělíčko, z něj vystupující proximální kanálek, na něj navazující Henleovu kličku a distální kanálek. Malpighiho tělíčko se skládá z glomerulu (sít' kapilár) a ze zevního a vnitřního listu Bowmanova pouzdra, kde mezi těmito listy vystupuje proximální kanálek. Kapiláry v glomerulu začínají z přívodné tepénky a po průtoku krve klubičkem krev odtéká do odvodné tepénky. Na ploše listů Bowmanova pouzdra dochází k filtraci krevní plazmy a vytváří se zde 150-200 l primární moče, která odtéká do proximálního kanálku. V tomto kanálku se většina primární moče zpětně vstřebává spolu se sodíkem, močovinou, glukózou a aminokyselinami. Některá barviva a kreatinin jsou naopak vylučovány do kanálku. Na proximální kanálek navazuje Henleova klička, která je doprovázena vlásenkovitými kapilárami, kde krev proudí opačným směrem než tekutina uvnitř kanálku a vzniká tzv. protiproudový systém ledviny. Tento systém zajišťuje zpětné vstřebávání sodíku a vody. Na Henleovu kličku navazuje distální kanálek, který je kratší než proximální kanálek. Zde dochází také k resorpci tekutiny, k výměně sodíku za draslík a vodík a také k zásadnímu okyselení moči. Distální kanálek přechází v kanálek sběrací, který již není součástí nefronu, ale vývodných cest močových a dochází zde ještě k určité úpravě moči. Dále vstupuje do dřene ledviny a ústí do dutiny ledvinového kalichu. (2, s. 356-359)

1.2 Cévní zásobení ledvin

Tepenná krev je do ledvin přiváděna dvěma ledvinovými tepnami vystupujícími z břišní aorty. Levá ledvinová arterie je kratší a ústí přímo do hilu ledviny, pravá arterie je delší a podbíhá dolní dutou žílu. Po vstupu do ledviny se arterie dělí na pět větví pokračujících do jednotlivých segmentů ledvin. Segmentové tepny spolu vzájemně nekomunikují, a proto je možné odstranit chorobně změněnou část ledviny a zachovat tak ještě zbytek jinak funkčního orgánu. Dále se tyto tepny větví na tepny, které probíhají mezi dřevnými pyramidami. Ty se dále dělí na obloučkovité tepny, které vstupují až do kůry ledvin. Zde z nich odstupují přivodné cévy (vasa afferentia) pro Malpighiho tělísko. Po průtoku krve glomeruly odtéká krev odvodnými cévami (vasa efferentia). (2, s. 359)

2 FYZIOLOGIE LEDVIN

Ledviny jsou regulačním orgánem, který neustále kontroluje a přizpůsobuje množství vylučované vody, iontů a dalších látek jejich nepravidelnému příjmu a produkci během metabolických procesů. Pokud je příjem a výdej těchto látek vyrovnaný, jedná se o vyrovnanou bilanci. Pokud je příjem látky nižší než výdej, jedná se o negativní bilanci a pozitivní bilance nastává tehdy, pokud je příjem látky vyšší než její výdej. Ledviny spolu s dalšími orgánovými systémy udržují stálou osmolaritu, acidobazickou rovnováhu, koncentraci iontů v tělesných tekutinách a objem těchto tekutin. Jejich další funkcí je vylučování produktů metabolismu a sekrece a produkce hormonů (erythropoetin, renin, prostaglandiny, kininy, 1,25-dihydroxyvitamin D₃). (3, s. 105-106)

Základní procesy tvorby a úpravy moči jsou glomerulární filtrace (GF), tubulární resorpce a tubulární sekrece. Během glomerulární filtrace dochází při průtoku krve glomerulárními kapilárami k pasivnímu přestupu vody a nízkomolekulárních látek z plazmy do Bowmanova pouzdra, odkud glomerulární filtrát odtéká do proximálního kanálku. Při tubulární resorpci je voda transportována pasivně prostřednictvím difúze ve směru osmotického gradientu. Bez ohledu na hydrataci organismu je 67 % glomerulárního filtrátu vstřebáváno v proximálním kanálku. (3, s. 107-113) Tubulární sekrece je děj, při kterém se do kanálku vylučují některá barviva a kreatinin. (2, s. 358)

Ke zjištění glomerulární filtrace a pro vyšetření průtoku krve ledvinami se používá vyšetření clearance, která představuje očišťovací schopnost ledvin a je definována jako množství krevní plazmy, které je za určitý čas zcela očištěno od určité látky. (3, s. 129)

3 AKUTNÍ SELHÁNÍ LEDVIN

Akutní poruchy funkce ledvin jsou závažným zdravotnickým problémem. Časné odhalení, diagnostika a vhodná léčba jsou nezbytnými předpoklady pro příznivé ovlivnění nemoci, případně úmrtnosti pacientů s tímto onemocněním. Základ definice akutního selhání ledvin tvoří změny sérového kreatininu (odpadní látka metabolismu svalových buněk) a diurézy. (4, s. 335, 336)

Příčiny akutního renálního selhání jsou prerenální, renální a postrenální. Příčinou prerenálního postižení ledvin je pokles perfuze ledvin (hypovolemie, hypotenze, renovaskulární obstrukce, sepse). Důsledkem je snížená glomerulární filtrace a tím reverzibilní vzestup kreatininu a urey (konečný produkt odbourávání bílkovin), tvoří 70 % případů. Mezi renální příčiny patří postižení různých částí nefronu cytotoxickými, zánětlivými a ischemickými mechanismy (nemoci glomerulů, intersticiální nefritida, tubulární a vaskulární poškození), tvoří 10-50 % případů. Obstrukce vývodných močových cest urolitiázou, krevní sraženinou nebo malignitou jsou příčiny postrenální, které tvoří 10 % případů. (4, s. 336, 337)

3.1 Komplikace akutního renálního selhání

Důsledkem akutního renálního selhání je i nepříznivé ovlivnění funkce vzdálených orgánů. Z kardiovaskulárních komplikací může dojít ke vzniku arytmií, srdečního selhání až srdeční zástavy. U starších pacientů s oligurií (pokles diurézy pod 500ml/24 hodin) je riziko tekutinového přetížení. Kardiovaskulární komplikace se vyskytují až u 35 % nemocných s akutním renálním selháním (ARS). Nejzávažnější komplikací je rozvoj plicní kongesce (městnání krve v plicích) jako důsledek pozitivní kumulativní bilance tekutin, která vede ke snížené vzdušnosti plic a k riziku vzniku pneumonie. Může se také objevit nechutenství, nauzea, zvracení, krvácení do gastrointestinálního traktu (GIT), infekce močového ústrojí nebo infekce spojené s manipulací s dialyzačními katetry. Z neurologických komplikací jsou nejčastější poruchy spánku, kognitivních a paměťových funkcí, zmatenost, somnolence. Vznikají jako důsledek převodnění a urémie. (4, s. 340)

3.2 Léčba akutního renálního selhání

Cílem léčby je omezit jeho progresi a dosáhnout co nejrychleji a nejkompletněji úpravy poškozených funkcí ledvin. Hlavními body prevence a léčby jsou včasné rozpoznání pacienta s rizikem vzniku ARS, korekce prerenálních příčin, včasná diagnostika a léčba vyvolávající příčiny, v indikovaných případech náhrada funkce ledvin. (4, s. 344)

4 CHRONICKÉ SELHÁNÍ LEDVIN

„*Chronické onemocnění ledvin je definováno jako abnormality ledvinné struktury nebo funkce přítomné po více než 3 měsíce a ovlivňující zdraví.*“ - definice podle KDIGO 2013 (4, s. 357). Pro stanovení diagnózy chronického selhání ledvin je nutná přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků déle než 3 měsíce: albuminurie $\geq 30\text{mg}/24$ hodin, abnormality močového sedimentu, histologické, elektrolytové a strukturální abnormality a snížená GF $< 60 \text{ ml}/\text{min}/1,73 \text{ m}^2$. Většina chronických stádií je nevratných a nemocné provází po celý zbytek života. (4, s. 357)

Kategorie chronických onemocnění ledvin podle glomerulární filtrace:

- **G1** – GF normální nebo vysoká - $> 90 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$
- **G2** – GF lehce snížená - $60\text{-}89 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$
- **G3a** – GF lehce až středně snížená – $45\text{-}59 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$
- **G3b** – GF středně až těžce snížená – $30\text{-}44 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$
- **G4** – GF těžce snížená – $15\text{-}29 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$
- **G5** – selhání ledvin - $< 15 \text{ ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$ (4, s. 359)

Kategorie chronických onemocnění podle albuminurie:

- **A1** – normální až lehce zvýšená – exkrece albuminu $< 30 \text{ mg}/24$ hodin
- **A2** – středně zvýšená – exkrece albuminu $30\text{-}300 \text{ mg}/24$ hodin
- **A3** – těžce zvýšená – exkrece albuminu $> 300 \text{ mg}/24$ hodin (5, s. 18)

4.1 Komplikace chronického renálního selhání

Progrese chronické renální nedostatečnosti většinou souvisí s kontrolou krevního tlaku a probíhá rychleji u pacientů s proteinurií vyšší než $3 \text{ g}/24$ hodin než u pacientů se ztrátou bílkovin $1\text{-}3 \text{ g}/24$ hodin. Často se u pacientů objevuje kostní a minerálová porucha, kde jsou základními ukazateli koncentrace fosforu, kalcia a parathormonu (PTH) v séru. Renální anémie vzniká jako následek nedostatečné syntézy erythropoetinu v selhávajících ledvinách, deficitu železa, ale například i krevních ztrát u hemodialyzovaných pacientů.

Může dojít ke vzniku dyslipidemie a hyperlipidemie, které negativně ovlivňují riziko vzniku kardiovaskulárních komplikací. (6, s. 85-91)

Léčba chronického selhání ledvin vyžaduje komplexní přístup. Patří sem dietní a režimová opatření, kontrola glykémie, proteinurie, krevního tlaku a lipidového metabolismu, korekce metabolické acidózy, kalciofosfátového metabolismu, anémie a hyperurikémie. (5, s. 73)

V nefrologické ambulanci musí být zahájeno sledování pacientů v případě, že došlo k akutnímu poškození ledvin nebo k rychlému poklesu GF (kategorie G4 – G5), při přetrvávající albuminurii > 300 mg/24 hodin, při nevysvětlitelné erytrocyturii, dlouhodobě nedostatečné kompenzaci diabetu, hypertenzi vyžadující 4 a více léků, nefrolitiáze a při výskytu dědičných onemocnění ledvin. Nemocní s chronickým selháním ledvin musí být předáni do péče nefrologa včas před zahájením léčby náhrady funkce ledvin. Dostatečný čas je důležitý pro vyhledání žijícího dárce ledviny a jeho vyšetření, edukaci (vhodný je i písemný materiál), úpravu medikace, rozhodnutí o volbě metody, kdy není možná preemptivní transplantace (transplantace před zahájením chronické dialyzační léčby) a následně k zajištění dialyzačního přístupu. (5, s. 23)

Vhodné je také zajistit návštěvu dialyzačního střediska, kde bude pacient léčen a kde získá představu o tom, v jakém prostředí a jak ošetření probíhá. Měl by být dostatečně informován lékařem o způsobu léčby (délce ošetření, průběhu, komplikacích, možnostech dopravy aj.) a měl by být očkovan proti hepatitidě B. (7, s. 54)

5 METODY OČIŠŤOVÁNÍ KRVE

Cílem těchto metod je dlouhodobě nahradit funkci ledvin (pouze částečně) tzn. vyloučit z organismu nahromaděnou tekutinu a katabolity. Patří sem mimotělní eliminační metody (hemodialýza a její modifikace), peritoneální dialýza a transplantace ledvin. Transplantace ledvin jako jediná metoda náhrady jejich funkce nahrazuje i regulační a metabolicko-endokrinní funkci ledvin a tím vede k téměř úplné obnově homeostázy vnitřního prostředí. (4, s. 387, 388)

5.1 Hemodialýza

Hemodialýza je základní mimotělní eliminační metoda. Odvozenými metodami jsou hemodiafiltrace (HDF) a hemofiltrace, které společně s hemodialýzou využívají transportu látek přes polopropustnou membránu. Principem hemodialýzy je difúze a filtrace. Při difúzi

dochází k transportu rozpuštěných látek z krve do dialyzačního roztoku přes polopropustnou membránu podle koncentračního spádu, tj. z místa s vyšší koncentrací do místa s nižší koncentrací. Při filtraci dochází k odstraňování vody (ultrafiltrace) a v ní rozpuštěných látek. (4, s. 388-389)

5.1.1 Hemodialyzační procedura

K provedení dialyzačního ošetření je potřeba dialyzační monitor, dialyzátor, dialyzační set, jehly a dialyzační roztok. Dialyzační monitor slouží k přivedení a odvedení krve pacienta z dialyzátoru a k protisměrnému průtoku dialyzačního roztoku. Je vybaven celou řadou alarmů a čidel, aby byla procedura účinná a současně i bezpečná. Patří sem například krevní a heparinová pumpa, detektor vzduchu ve venózním (návratovém) setu, detektor tlaku v arteriálním i venózním úseku a regulátor teploty dialyzačního roztoku. Dialyzátor je tvořen systémem velmi tenkých a dutých kapilár a probíhá zde vlastní očišťování krve. Rozlišujeme dialyzátory nízkopropustné (low-flux) a vysokopropustné (high-flux) podle propustnosti pro vodu a pro β_2 – mikroglobulin. Dialyzační roztok má zásadní význam pro průběh dialyzačního ošetření. Obsahuje sodík nejčastěji v koncentraci 138-140 mmol/l, který je možné individuálně upravovat, draslík 2-4 mmol/l, vápník 1-1,75 mmol/l, bikarbonát, acetát a hořčík, chloridy a glukózu, které jsou obvykle v plazmatických koncentracích. (4, s. 390-394)

5.1.2 Hemodiafiltrace

Podmínkou provedení HDF jsou vysokopropustné membrány a dodávka substitučního roztoku do oběhu pacienta náhradou za odstraněný filtrát. Pro výrobu substitučního roztoku z pitné vody slouží reverzní osmóza, která ji zbaví chemických, mechanických a mikrobiologických příměsí. Upravená voda musí být v pravidelných intervalech kontrolována, protože její spotřeba při substituci je až 60 litrů za ošetření.

- **Online HDF (post-HDF)** – online vyrobený substituční roztok přitéká do mimotělního okruhu za dialyzátorem
- **Pre-HDF** – substituční roztok přitéká do mimotělního okruhu před dialyzátorem

Standardně provádíme dialyzační ošetření 4 hodiny 3krát týdně, s krevním průtokem 300-400 ml/min (podle velikosti dialyzačních jehel), průtokem dialyzačního roztoku 500 ml/min a objemem filtrace 25 % krevního průtoku. (4, s. 393-401)

5.1.3 Dialyzační předpis

V dialyzačním předpisu jsou obsaženy všechny důležité informace týkající se dialyzačního ošetření a nastavení dialyzačního monitoru. Obsahuje výběr eliminační metody, její délku a frekvenci, velikost a druh dialyzátoru, druh cévního přístupu, velikost dialyzačních jehel, parametry antikoagulace, průtok dialyzačního roztoku a krevní průtok, složení dialyzačního roztoku a jeho teplotu. Nezbytnou součástí je i záznam technických parametrů ošetření, podání léků, kontroly krevního tlaku apod. Dialyzačního předpis obsahuje i tzv. „suchou“ hmotnost pacienta, na základě které se určuje požadovaná ultrafiltrace. Ta se určuje rozdílem mezi suchou hmotností pacienta a jeho aktuální hmotností před dialyzačním ošetřením. Suchá hmotnost je taková hmotnost, kdy se pacient cítí dobře, není dušný, nemá otoky ani jiné potíže. (4, s. 391)

5.1.4 Cévní přístupy pro dialýzu

Funkční cévní přístup pacienta je nezbytný pro provedení dialyzačního ošetření. Dělíme je na chirurgicky vytvořené nativní arteriovenózní spojky (fistule – AVF), arteriovenózní spojky s využitím umělohmotných materiálů (grafty – AVG) a na žilní katetry dočasné (akutní) a permanentní, zavedené do centrálních žil. Metodou první volby u pacienta indikovaného k pravidelnému hemodialyzačnímu ošetření jsou nativní arteriovenózní zkraty. Pokud to stav cévního řečiště dovolí, zakládají se co nejdálněji na nedominantní horní končetině. Výjimečně je lze založit i na dolní končetině po vyčerpání všech možností na končetině horní. Za 6-8 týdnů od operace lze AVF použít k hemodialýze. (4, s. 403-404) Pacienti se založenou AVF spojkou mají již po roce pravidelné dialyzační léčby vyšší šanci na přežití o 43 %, než pacienti se zavedeným centrálním žilním katetrem. Tato skutečnost by neměla být opomíjena při volbě dlouhodobého cévního přístupu pacienta, pokud nejsou přítomny závažné kontraindikace nedovolující založení AVF spojky. (20, s. 104)

5.1.5 Komplikace arteriovenózních zkratů

Kvalita života pacientů podstupujících dialyzační léčbu závisí na nekomplikovaném a funkčním cévním přístupu. Pravidelné sledování funkce zkratu (přítomnost šelestu nad zkratem) a účinnosti dialyzační léčby je nezbytné pro včasné odhalení selhání cévního přístupu. Může dojít ke krvácení a k rozvoji hematomu, který ohrožuje průchodnost AVF. Dále může dojít ke vzniku stenózy a následně k trombóze zkratu, ke vzniku infekcí, hyperfunkčního zkratu a následně k ischemii končetiny, k tvorbě aneurysmatických rozšíření žil, k syndromu žilní hypertenze a neuropatii. (8, s. 33-43)

Centrální žilní katetry jsou alternativou chirurgických cévních přístupů. Akutní katetry se zavádí u pacientů s akutním selháním ledvin nebo na přechodnou dobu do možnosti použít cévní přístup. Permanentní katetry jsou vybaveny dakronovou manžetou, která tvoří bariéru vstupu infekce a je možno je používat i několik let. Nejčastěji se zavádí do vena jugularis interna, dále lze zavádět do vena subclavia a někdy i do vena femoralis. Výhodou žilních katetrů je jejich okamžitá možnost použití a nevýhodou je dyskomfort pacienta a vyšší riziko vzniku infekce než u arteriovenózních spojek. (4, s. 407,408)

5.1.6 Komplikace centrálních žilních katetrů

Nejobávanější komplikací centrálních žilních katetrů jsou infekce. Při každé zvýšené teplotě, zimnici a třesavce u pacienta s dialyzačním katetrem je potřeba na toto riziko myslet, nabrat hemokulturu a podle stavu pacienta zvážit i odstranění katetru. Riziko sepse je zde až 5krát vyšší ve srovnání s AVF nebo AVG. Další komplikací může být nízký průtok krve centrálním žilním katetrem, který vede ke snížení účinnosti dialýzy a k riziku srážení krve v mimotělním okruhu. Aby nedošlo k trombóze či stenóze aplikuje se po každém dialyzačním ošetření do ramének katetru heparin nebo další speciální přípravky. (4, s. 408,409)

5.1.7 Akutní komplikace dialyzační léčby

Během dialyzačního ošetření dochází k rychlé změně složení vnitřního prostředí a objemu tělesných tekutin a organismus na tyto změny reaguje někdy nepřiměřenými kompenzačními mechanismy. Nejčastější komplikací je hypotenze vyvolaná nepřiměřeně velkou nebo rychlou ultrafiltrací. Dále se mohou objevit bolesti na hrudi, svalové křeče (při prudkém poklesu intravaskulárního objemu nebo deficitu magnesia), nauzea, zvracení, bolesti hlavy, hypertenze a vzácné komplikace jako vzduchová embolie, anafylaktická reakce, hemolýza nebo dysekvilibrační syndrom (nauzea, zvracení, neklid až zmatenost, bolesti hlavy, vzestup krevního tlaku, křeče až porucha vědomí). Podkladem dysekvilibračního syndromu je otok mozku, který vzniká jako následek nerovnováhy koncentrací látek mezi tělesnými tekutinami, kde už byly katabolity odstraněny a nitrobuněčným prostředím, kde zůstaly katabolity ještě nahromaděny. V rámci preventivního opatření se zahajovací dialyzační ošetření musí provádět s nízkým krevním průtokem a kratší dobou trvání. (6, s. 163,164), (4, s. 398)

5.1.8 **Klinické komplikace dialyzační léčby**

Pro onemocnění ledvin jsou některé klinické komplikace typické, a proto je důležité myslet na jejich prevenci a léčbu a významně tak ovlivnit celkový stav a kvalitu života pacientů. U dialyzovaných pacientů se vyskytují zejména kardiovaskulární komplikace (ateroskleróza, hypertrofie levé komory, infekční endokarditidy, cévní mozkové příhody), poruchy imunity a infekční komplikace (stafylokokové infekce, tuberkulóza, pneumonie, infekce cévního přístupu), krvácení do GIT, neurologické komplikace (krvácení do CNS, křeče, polyneuropatie, poruchy spánku, zhoršení kognitivních funkcí, deprese), pády, problematika kostního metabolismu a metabolismu železa, anémie, malnutrice. (4, s. 417-429)

5.1.9 **Dialyzační rozvrh a monitorování pacientů**

V dialyzačním rozvrhu se stanovuje a upravuje délka a frekvence dialyzačního ošetření a určení doby jeho provedení. Standardní dialyzační rozvrh je ošetření v délce 4-5 hodin, 3x týdně v ranní, odpolední nebo noční směně podle možností dialyzačního střediska. Malé procento pacientů s dostatečnou reziduální funkcí má rozvrh stanovený na dvě dialyzační ošetření za týden. U pacientů v dialyzačním programu je pravidelně sledována bezpečnost a účinnost léčby a jejich klinický a laboratorní stav. Každému dialyzačnímu ošetření předchází fyzikální vyšetření pacienta s detekcí hyperhydratace, poslechem srdce a plic, kontrolou cévního přístupu a stavu kůže, měření krevního tlaku, pulzové frekvence a tělesné teploty. Zaměřuje se také na zhodnocení orientace, kognitivních funkcí a pohyblivosti pacienta. Jednou měsíčně se provádí pravidelná laboratorní kontrola, kdy se krev odebírá před zahájením dialyzačního ošetření z již zavedené dialyzační jehly nebo z centrálního žilního katetru a také po skončení dialýzy, aby bylo možné zhodnotit, zda je nastavená léčba účinná a dostatečná. Dialyzační střediska spolupracují s transplantačními centry a s klinickými pracovišti, která zajišťují další potřebná vyšetření a případně i lůžkové zázemí pro pacienty. (4, s. 411-413)

5.1.10 **Výživa dialyzovaných pacientů**

Dietní doporučení vycházejí ze stanovené funkce ledvin, tzn. že čím více ztrácí ledviny svoji funkci, tím více je důležité omezit příjem tekutin a nevhodných potravin. Pacientům je doporučen denní příjem zejména živočišných bílkovin 1,2 g/kg tělesné váhy, protože během dialyzačního ošetření dochází k určitým ztrátám bílkovin do dialyzačního roztoku. Denní příjem energie by měl být nejméně 35 kcal/kg tělesné váhy, aby nebyl pacient ohrožen podvýživou. Příjem tekutin by neměl převyšovat množství vyloučené moče

za 24 hodin o půl litru tzn. že anurický pacient může přijmout pouze půl litru tekutin denně. Do tohoto množství se započítávají i potraviny se skrytými tekutinami (např. ovoce, zelenina, jogurty), kde se ale hůře odhaduje množství přijaté tekutiny. Příjem sodíku se pacientům doporučuje omezit na 3,5 g denně, aby nedocházelo ke zvýšení krevního tlaku. Dále by dialyzovaní pacienti měli omezit i příjem draslíku, který může vést k poruše srdečních stahů až k srdeční zástavě. Bohaté na draslík je zejména ovoce a zelenina, např. banány, citrusové plody, peckoviny, rajčata. Denní příjem fosforu by měl být snížený na 5-10 mg/kg tělesné váhy. Potraviny bohaté na fosfor jsou zejména potraviny živočišného původu, např. maso, mléčné výrobky, vaječné žloutky, ale i čokoláda, luštěniny, sušené houby. Příjem vápníku by měl být nejméně 1-1,5 g denně, a proto se často doplňuje v tabletách, protože je téměř nemožné dodržovat dietu bohatou na vápník a zároveň chudou na fosfor. Dialyzovaní pacienti mají často i nedostatek železa, který jim je substituován v injekční formě, a vitamínů C, B₆ a D. Vitamínu C je doporučováno denně doplňovat 30-60 mg, vitamínu B₆ 10-20 mg a vitamín D₃ je doporučován dlouhodobě užívat v nízkých dávkách. (9, s. 20-25)

5.2 Peritoneální dialýza

Výběr pacientů vhodných pro léčbu peritoneální dialýzou závisí na medicínských a psychosociálních faktorech. Z psychosociálních faktorů hraje důležitou roli motivace pacienta, jeho fyzická a duševní schopnost provedení léčby a pochopení jejího principu a z medicínských faktorů je důležitá nepřítomnost kontraindikací k zahájení peritoneální dialýzy. (6, s. 169,170)

Principem peritoneální dialýzy je přestup látek přes peritoneum do dialyzačního roztoku, který je napuštěn přímo do peritoneální dutiny. K napouštění a vypouštění dialyzačního roztoku je zaveden do dutiny břišní peritoneální katetr (Tenckhoffův katetr), který je uložen na dně malé pánve a podkožním tunelem je vyveden asi 5 cm pod pupkem. Dialyzační roztoky mají různou koncentraci glukózy, která na základě své koncentrace zajišťuje odstranění přebytečné vody z organismu. U pacientů s nedostatečnou ultrafiltrací se používá roztok s icodextrinem, kdy k ultrafiltraci dochází koloidním tlakem. Dialyzační roztoky jsou naplněny obvykle ve dvoulitrových vacích spojené s prázdným vakem, který slouží k vypuštění peritoneálního dialyzátu. Před použitím se musí roztok ohřát na 37°C. Peritoneální dialýzu si pacient nebo jeho rodina provádí každý den ve svém domácím prostředí a jednou měsíčně jezdí na kontroly do dialyzačního střediska. U metody kontinuální ambulantní peritoneální dialýzy (CAPD, Continual Ambulatory Peritoneal

Dialysis) si pacient mění roztok obvykle 4krát denně na základě gravitace, kdy poslední výměna je před spaním a dialyzační roztok je v peritoneální dutině celou noc. U metody automatizované peritoneální dialýzy (APD) se pacient večer připojuje na přístroj zvaný cyclor, který provede dialyzační ošetření v noci, když pacient spí. Propustnost peritonea se hodnotí pomocí peritoneálního ekvilibračního testu (PET), kdy se na základě jeho výsledku stanovuje a upravuje dialyzační rozvrh. Kontraindikací peritoneální dialýzy je poškození a srůsty peritonea a není doporučována pacientům se stomií. (4, s. 439-441)

5.2.1 Komplikace peritoneální dialýzy

Z neinfekčních komplikací peritoneální dialýzy může dojít k ucpání katetru fibrinem nebo koagulem, může dojít k jeho vycestování ze dna malé pánve a tím k poruše vypouštění roztoku. Velmi častá je přítomnost hernií, únik dialyzátu do podkoží, do retroperitonea, do pleurální dutiny nebo podél peritoneálního katetru. Zejména u žen je neinfekční komplikací hemoragický dialyzát. Může vzniknout hypokalémie, hypovolémie při používání roztoků s vysokou koncentrací glukózy nebo hyperhydratace při dietních chybách nebo po ztrátě reziduální diurézy. Obávanou infekční komplikací je peritonitida, projevující se bolestmi břicha, zakaleným dialyzátem s přítomností leukocytů a pozitivním kultivačním nálezem. Další infekční komplikací je infekce podkožního tunelu a infekce v okolí zevního vyústění katetru. (4, s. 445-448)

Dietní režim při peritoneální dialýze není tak přísný jako u léčby hemodialýzou. Peritoneální dialýza má menší omezení v příjmu tekutin a draslíku, protože nedochází k jeho hromadění v organismu při provádění ošetření několikrát denně. Příjem tekutin může převyšovat množství vyloučené moče za 24 hodin až o 800ml. (1)

5.3 Transplantace ledvin

Transplantace ledviny je metodou volby léčby renálního selhání, která pacientům zajišťuje delší přežití než metody dialyzační. Účelem transplantací ledvin je návrat pacientů do jejich plnohodnotného života. (11, s. 17)

Před tím, než jsou nemocní zařazeni do čekací listiny k transplantaci ledvin, musí projít celou řadou vyšetření, která mají za cíl minimalizovat rizika závažných potransplantačních komplikací. Do této čekací listiny nemohou být zařazeni pacienti, u kterých lze odhadnout předpokládanou délku života (nemocní se závažnou malignitou, pokročilou aterosklerózou, chronickou infekcí) a prokazatelně nespolupracující pacienti. Dárci ledvin mohou být příbuzní nemocného, ale častěji dochází k transplantaci ledvin od dárců s mozkovou smrtí.

Pro úspěšnou transplantaci ledviny je důležité především bezchybné provedení zákroku a imunosupresivní terapie, která má za cíl potlačit rejekci štěpu. (11, s. 45-221)

6 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

„Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí.“ (12, s. 155)

Tělesná, smyslová, mentální nebo komunikační postižení mohou být vrozená, projevit se až v průběhu života, mohou vzniknout jako následek onemocnění nebo úrazu. Pro další život a rozvoj zdravotně postiženého člověka je důležité rozlišit, zda se jedná o vrozené nebo později získané postižení. Vrozené postižení není pro člověka tolik traumatizující, protože jedinec je na své postižení od narození adaptován. Později získané postižení člověka traumatizuje. Člověk si uvědomuje, o co přišel a svoji situaci hodnotí jako jednoznačně horší. (12, s. 156)

6.1 Osoby s tělesným postižením

Tělesné postižení zahrnuje vady nosného (svaly, kosti, klouby, šlachy) a pohybového aparátu, ale i postižení aparátu nervového, pokud se projevuje poruchou hybnosti. Do uvedené skupiny zahrnujeme také vrozené a získané deformace těla (hyperkyfóza, hyperlordóza, skolióza) a končetin. Tělesné postižení se dělí na obrnu periferní a centrální, kam patří parézy (částečné ochrnutí) a plegie (úplné ochrnutí) a dále na malformace a amputace. (2) Společným znakem tělesně postižených osob je primární omezení obvyklých pohybových aktivit a někdy až imobilita, což má zásadní vliv na jejich celkovou kvalitu života. To se může negativně promítnout do osobní, rodinné, sociální a pracovní oblasti jejich života. Pohyb je důležitý pro socializaci člověka, má vliv na jeho psychické a fyzické zdraví, samostatnost, schopnost vyvíjet smysluplnou aktivitu. U takto postižených osob se může v různé míře vyskytnout obtížná koordinace pohybů, ztížení pohybu nebo jeho úplná ztráta, patologické pohybové stereotypy, které mohou vést k druhotnému zdravotnímu postižení, možné výrazné narušení jemné motoriky, zvýšená závislost na externí pomoci a technických pomůckách a opatřeních, komunikační bariéra z důvodu narušené funkce mluvidel, nutnost dlouhodobě dodržovat určité dietní omezení, ohrožení citovou a „činnostní“ deprivací, nebezpečí sociální izolace, případná emoční labilita a možné oslabení motivace k seberozvoji. Základními cíli komplexní rehabilitace je právě omezení působení těchto nepříznivých vlivů. (14, s. 187-220)

6.1.1 Zásady komunikace s tělesně postiženými osobami

Během komunikace s osobami na invalidním vozíku je slušné se fyzicky snížit na jejich úroveň nebo se posadit vedle nich, aniž bychom se ale opírali o jejich invalidní vozík. Pokud je při rozhovoru přítomen doprovod tělesně postižené osoby, vždy se i přes to obracíme na osobu, o které právě mluvíme. Tělesné postižení bychom neměli automaticky spojovat s postižením mentálním a smyslovým a podle toho bychom měli vést formu rozhovoru. Dotyčnému poskytneme dostatek času na vyjádření, nasloucháme mu a ověřujeme si, zda jsme správně rozuměli. Pokud je to nutné, využíváme alternativních způsobů komunikace (piktogramy, mimika, gesta, písemná komunikace). (15, s. 44)

6.2 Osoby se smyslovým postižením

6.2.1 Osoby se zrakovým postižením

U osob se zrakovým postižením dochází k informačnímu deficitu, protože více než 80 % informací o okolním světě přijímáme zrakem. Dochází u nich ale také k vytváření a rozvoji kompenzačních mechanismů, které do určité míry kompenzují zrakové postižení. (14, s. 278) Jedná se o osoby, kterým nepostačuje běžná dostupná korekce zraku a jejich postižení je omezuje v činnostech každodenního života. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) dělíme zrakové postižení na střední slabozrakost (kategorie zrakového postižení 1, zraková ostrost maximum menší než 6/18, minimum rovné nebo větší než 6/60), silnou slabozrakost (kategorie zrakového postižení 2, maximum menší než 6/60, minimum rovné nebo větší než 3/60), těžce slabý zrak (kategorie zrakového postižení 3, maximum menší než 3/60, minimum rovné nebo větší 1/60), praktickou nevidomost (kategorie zrakového postižení 4, maximum 1/60) a úplnou nevidomost (kategorie zrakového postižení 5, úplná ztráta světlocitu nebo zachování světlocitu s nesprávnou světelnou projekcí). (3) U takto postižených osob se mohou objevit bolesti oka a hlavy, pálení a slzení očí, různé blesky a jiskření, kolísavé vidění, citlivost na světlo, výpadky zorného pole, deformity vnímaného obrazu, nekontrolovaná mimika a pohyby očí, častější unavitelnost, zvýšená psychická labilita, nervozita, stres, dochází k problémům při navazování zejména prvního kontaktu. Člověk se zrakovým postižením musí přemýšlet o postupu a uspořádání času a prostoru pro provádění každodenních činností, musí se soustředit a často i používat kompenzační pomůcky. Zvládání sebeobsluhy patří k nejnáročnějším úkolům samostatného života člověka se zrakovým postižením. (14, s. 285-288)

Při komunikaci se zrakově postiženým člověkem bychom se měli chovat přirozeně, a ne příliš soucitně. Měli bychom rozhovor zahajovat první, a to pozdravením a oslovením

dotyčného, aby poznal, že chceme hovořit právě s ním. Velký význam má tón hlasu a jeho zabarvení. Při rozhovoru popisujeme nevidomému člověku všechno podstatné, co se děje v jeho okolí a před fyzickou manipulací s ním ho předem slovně upozorníme. Měli bychom dbát na vhodné akustické prostředí, které dotyčného neomezuje v orientaci v prostoru a přiměřené komunikaci s okolím. (15, s. 73,74)

6.2.2 Osoby se sluchovým postižením

Sluch podstatně ovlivňuje psychický vývoj člověka, protože je založen na vnímání zvuků z okolí, jak z hlediska socializace, tak z hlediska orientace v prostředí. „*Podstatou zmíněné socializace je komunikace, která v normálních podmínkách probíhá v pevném spojení s mluvenou řečí – mluvením a nasloucháním.*“ (14, s. 353) Podle velikosti ztráty sluchu rozlišujeme nedoslýchavost na lehkou (20-40 dB), středně těžkou (40-60 dB), těžkou (61-80 dB), praktickou hluchotu (nad 81 dB) a na úplnou hluchotu bez jakéhokoliv zvukového vjemu. Osoby s lehkou nedoslýchavostí obtížně sledují televizi, hůře slyší na ulici nebo při rozhovoru s více lidmi najednou. Osoby se středně těžkou nedoslýchavostí používají sluchadla, díky kterým dobře rozumí hlasité řeči. Sluchadla jsou již nutností pro osoby s těžkou nedoslýchavostí a praktickou hluchotou, kterým k dorozumívání pomáhá ještě odezírání. Úplná ztráta sluchu se pomocí sluchadel již korigovat nedá, a proto tyto lidé využívají například znakovou řeč. (4)

Pro zahájení komunikace se sluchově postiženým člověkem se ho můžeme třeba i lehce dotknout, aby poznal, že s ním chceme komunikovat. Rozhovor by měl probíhat v klidném a dobře osvětleném prostředí, aby bylo možné dobře odezírat z tváře mluvčího. Během rozhovoru s nedoslýchavým člověkem se k němu neotáčíme zády, udržujeme stálý oční kontakt, nežvýkáme, nekouříme, nemáme ruku před ústy, mluvíme pomalu a zřetelně. Ve větší míře využíváme gesta a mimiku. Ke komunikaci volíme jednoduchá témata, ověřujeme si, zda nám dotyčný rozumí, a i při písemné komunikaci se snažíme být struční a výstižní. (15, s. 89)

6.3 Osoby s mentálním postižením

„*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.*“ (14, s. 115) Pokud se jedná o vrozenou poruchu intelektu nebo poruchu získanou do druhého roku života, jde o tzv. mentální retardaci (slabomyslnost, primární mentální postižení). Jestliže porucha inteligence vznikla

až po druhém roce života, mluvíme o demenci (sekundárním postižení), která má na rozdíl od mentální retardace tendenci postupného zhoršování. Hranice mentální retardace je 70 bodů inteligenčního kvocientu (IQ) naměřené psychologickými testy. Podle hloubky postižení dělíme mentální retardaci na lehkou (50-69 IQ), středně těžkou (35-49 IQ), těžkou (20-34 IQ) a na hlubokou mentální retardaci (pod 20 IQ). Většina osob s lehkou mentální retardací je soběstačná, mohou vykonávat jednoduchou práci a v přijatelném sociálním prostředí se dokáží chovat bez problémů. Lidé se středně těžkou mentální retardací mají omezenou řeč a myšlení, mají sníženou soběstačnost, a proto musí být celý život v chráněném prostředí. Těžká mentální retardace se projevuje příznaky celkového postižení centrální nervové soustavy, motorickými poruchami, sebepoškozováním, agresí, nulovou soběstačností a řečovým projevem. Osoby s hlubokou mentální retardací vyžadují trvalou péči. (14, s. 115-128)

6.3.1 Zásady komunikace s osobami s mentálním postižením

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením mluvíme pomalu, srozumitelně a v krátkých větách, nepoužíváme odborné výrazy, udržujeme oční kontakt, používáme neverbální komunikaci, všímáme si projevů strachu, úzkosti, bolesti. Pro komunikaci zajistíme vhodné prostředí bez rušivých elementů, dotýcného povzbuzujeme, chráníme jeho důstojnost a posilujeme rozhodovací schopnosti. (18, s. 131,132)

6.4 Osoby s poruchami řeči

„Raději nemluví, když nemusím. Kdybych mohl, tak bych těm lidem radši psal. Aspoň bych nepůsobil trapně.“ (dvacetiletý muž s balbuties), (12, s. 217)

„Rozvoj řeči a jazyka závisí na rozsáhlé neurokognitivní síti, kterou tvoří řada vzájemně propojených korových a podkorových oblastí obou hemisfér. Jakékoli narušení některé z nich či porucha jejich vzájemné souhry se projeví postižením rozvoje jazyka a řeči nebo úpadkem již osvojených schopností a dovedností.“ (12, s. 217)

Okruhy narušené komunikační schopnosti mohou být vývojová nemluvnost nebo vývojová dysfázie, získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení grafické stránky řeči (dysgrafie, dyslexie), narušení zvuku řeči (rinolalie), narušení plynulosti řeči (breptavost, koktavost), narušení člankování řeči (dysartrie, dyslalie), poruchy hlasu (dysfonie), symptomatické poruchy řeči (přítomny s dominujícím postižením), kombinované poruchy a vady řeči (kombinace koktavosti s dyslalií). (14, s. 422)

Člověka s komunikačními potížemi může zranit posměch okolí nebo jeho negativní a odmítavé neverbální reakce a pokud se tyto nepříjemné zážitky opakují, může se dotyčný začít verbální komunikaci vyhýbat. (14, s. 410)

6.4.1 Zásady komunikace s osobami s poruchami řeči

Osobám s poruchami řeči nasloucháme pozorně a nerušeně, abychom druhého člověka zbytečně neuváděli do nepříjemných situací, pokud by musel sdělené informace zopakovat. Důležité je nedávat najevo, že jsme si poruchy řeči všimli a že nás to ruší. Navozujeme příjemnou atmosféru, podporujeme dotyčného a nutně mu nepodsouváme každé slovo nebo za něj nedokončujeme věty. Volíme formulaci otázek tak, aby bylo pro takového člověka snadné odpovědět jedním slovem nebo krátkým slovním spojením. Nezapomínáme ani na velký význam neverbální komunikace. (15, s. 109,110)

7 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O DIALYZOVANÉ PACIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Život osob se zdravotním postižením, které mají ještě přidružené chronické onemocnění ledvin je náročný. Tito pacienti se musí umět vyrovnat se zhoršenou kvalitou svého života týkající se zdraví ve všech oblastech (fyzický stav a funkčnost, psychický stav, sociální oblast, celková spokojenost a vnímání zdravotního stavu). (19, s. 74) Po stránce fyzické je pacient limitován při svých každodenních aktivitách, protože dialyzační léčba ovlivňuje pacientův den i mimo dialyzační rozvrh a k tomu je pacient ještě omezen svým zdravotním postižením. U nemocných si všímáme snížené schopnosti sebeobsluhy (zhoršené čistoty a hygieny), nedodržování léčebného a dietního režimu, kolísání laboratorních ukazatelů stavu výživy. Nemalý podíl na tom má i finanční situace nemocného, který disponuje pouze omezenými finančními prostředky a nemůže si dovolit stravovat tak, jak vyžaduje dialyzační dieta. Po diagnostikování chronického selhání ledvin s nutností dialyzační léčby u pacienta se zdravotním postižením se objevuje strach z neznámého, pocity úzkosti a depresivní rozlady z toho, jak bude komplikovanou situaci zvládat. Stejně je tomu u pacientů, kteří již dialyzační léčbu podstupují, jsou zvyklí na určitý režim a najednou vlivem přidruženého onemocnění, nejčastěji diabetes mellitus nebo hypertenze, dojde ke vzniku komplikací a následně ke zdravotnímu postižení. Sociální oblast jedince je také komplikovaná, protože dochází často ke změnám rolí v rodině a dochází k navazování nových vztahů s personálem a pacienty dialyzačního střediska. Na nové prostředí si klienti zvykají obtížně, ale po určité době mezi nimi vznikají přátelské vztahy a není výjimkou, že se na další dialyzační ošetření těší, zvláště, když někdo žije sám a má minimální kontakt s okolím. Celková spokojenost se životem zdravotně postižených pacientů v dialyzačním programu je různá a hodně závisí na délce již probíhající dialyzační léčby a přítomnosti zdravotního postižení. Na dialyzačním středisku se setkávají s ostatními pacienty, kteří často mívají stejné nebo podobné problémy a vzájemně si pomáhají tím, že o nich spolu komunikují. Chronicky nemocní po nějaké době snižují svá očekávání a svůj zdravotní stav hodnotí pozitivněji. Na celkovou spokojenost pacienta má vliv i atmosféra na dialyzačním středisku a způsob interakce s ošetřujícím personálem.

7.1 Před zahájením dialyzačního ošetření

V den dialyzačního ošetření vstávají pacienti velmi brzy. Mnohdy s nimi vstávají členové rodiny, aby jim pomohli s přípravou na odjezd sanitkou do dialyzačního střediska. Tam začíná ranní směna v 6:30 hodin. Většina zdravotně postižených pacientů je přivázena na invalidním vozíku až k lůžku nebo křeslu na dialyzačním středisku. Někteří klienti s protézami po úspěšné rehabilitaci zvládají převoz sanitkou bez invalidního vozíku. Po příjezdu nebo příchodu na dialyzační sál se každý pacient musí zvážit, abychom podle hmotnosti mohli stanovit požadovanou ultrafiltraci. Při vážení asistuje vždy ošetřovatelský personál, řidiči sanitek nebo vzácně i rodinný příslušník doprovázející blízkou osobu. Už při příchodu na dialyzační sál pacienty vyšetřujeme pohledem. Všimáme si celkového vzhledu, pátráme po přítomnosti otoků, všimáme si chůze, reakce na pozdrav, ze které mnohdy můžeme poznat, jak se klient cítí po zdravotní i psychické stránce a jak strávil předešlé volné dny v dialyzačním programu. Před začátkem dialyzačního ošetření každého pacienta vyšetří lékař, zeptá se na případné potíže mezi dialyzačními ošetřeními a stanoví ultrafiltraci, případně naordinuje další potřebné intervence. Zdravotní sestra si mezi tím zkontroluje přípravu a nastavení dialyzačního přístroje. Poté změří pacientovi tlak a vyšetří cévní přístup pohledem, pohmatem případně i poslechem, u permanentních katetrů zkontroluje místo zavedení katetru a jeho okolí. Při napojování pacienta na dialyzační monitor postupujeme podle ošetřovatelských standardů. Důležitou roli hraje i komunikace mezi sestrou a pacientem, kdy pacienta informujeme o všem, co právě děláme nebo se chystáme dělat. Navození důvěry je důležité pro celkový průběh dialyzačního ošetření a psychické pohodlí pacienta.

7.2 Průběh dialyzačního ošetření

Dialyzační ošetření začíná po zkontrolování správné punkce cévního přístupu, zkontrolování bezpečného připojení pacienta na dialyzační monitor, zhodnocení mezních hodnot na dialyzačním monitoru zajišťujících bezpečný průběh dialyzačního ošetření a promáčknutím ikony vstup do dialýzy na monitoru. Od té doby začíná odpočítávání někdy pro pacienty nekonečných minut dialyzačního ošetření. Během dialýzy jsou pacienti neustále monitorováni. Zjištěná data z dialyzačního monitoru jsou automaticky načítána do počítače, ve kterém má každý pacient založen svůj dialyzační protokol. Každých 30 minut je pacientům měřen krevní tlak, který následně podle nastavených mezních hodnot na monitoru spustí alarm při každém jejich překročení. Dialyzační monitor je vybaven celou řadou funkcí, senzorů a výstražným alarmem, který vždy upozorní okolo procházející personál

na to, že není něco v pořádku. Zdravotnický personál je neustále přítomen na dialyzačním sále a s pacienty komunikuje. Někteří pacienti nejsou schopni upozornit na nežádoucí událost při dialyzačním ošetření, například na dislokaci dialyzační jehly nebo uvolnění setů, proto je neustálá přítomnost personálu tak důležitá. Během dialyzačního ošetření se může vyskytnout ještě celá řada jiných komplikací, které zdravotnický personál musí řešit.

7.3 Ukončení dialyzačního ošetření

Ukončení dialyzačního ošetření nám oznámí odlišný alarm od těch předchozích. Tento alarm na rozdíl od těch varovných vždy pacienti rádi slyší. Lékař vždy zhodnotí průběh dialyzačního ošetření, pacienta opět vyšetří a zjištěný průběh zaznamená do pacientova notýsku. Po skončení dialyzačního ošetření je u pacientů nejčastější riziko krvácení při nesprávném stlačení místa vpichu nebo riziko pádu při odchodu z dialyzačního sálu. U osob se zdravotním postižením jsou tato rizika ještě vyšší, a proto u nich dbáme na zvýšenou monitoraci stavu a jsme jim nápomocni. Některé z pacientů si přímo na sále vyzvedává řidič sanitního vozu, protože tito pacienti nesmí nebo nemohou opustit dialyzační sál sami bez doprovodu druhé osoby.

Každý pacient má přidělenou svoji primární sestru, na kterou se může kdykoliv obrátit a která ho edukuje v oblasti dialyzační léčby. Primární sestra poskytuje klientovi dlouhodobou primární péči, vytváří prostředí důvěry a jistoty, motivuje klienta. Dokáže nejlépe zhodnotit vývoj pacientova zdravotního stavu, jeho spolupráci, hodnotí kvalitu ošetrovatelského procesu a edukaci klienta. Musí být nejen zručná a vzdělaná, ale musí mít i schopnost plánovat a řídit ošetrovatelskou péči. (21) Zjištěné údaje o pacientovi zaznamenává primární sestra každé tři měsíce do ošetrovatelského protokolu, který obsahuje základní údaje o pacientovi, jeho fyzický posudek, sesterské diagnózy, hodnocení rizika dislokace venózní jehly, hodnocení rizika pádů a závěr. Při hodnocení rizika dislokace venózní jehly (VND) se hodnotí jaká je pravděpodobnost, že dojde k selhání personálu stran sledování reálné či potenciální události VND, jaká je pravděpodobnost, že je pacient schopen rozpoznat a upozornit na VND událost, jaká je pravděpodobnost se pacient bude chovat tak, že zvýší riziko vzniku VND události a jaká je pravděpodobnost, že dojde k selhání fixace, která má bezpečně zajistit jehly v průběhu dialýzy. Na základě zjištěných bodů následuje plán preventivních opatření VND příhody. Při hodnocení rizika pádů zjišťujeme věk pacienta, polymedikaci včetně užívání benzodiazepinů, potřebu asistence při běžných denních aktivitách a přítomnost přidružených onemocnění a na základě výsledných bodů následuje plán preventivních opatření pádu v ošetrovatelské péči.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 KVALITATIVNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

8.1 Formulace problému

Nemocní v dialyzačním programu prochází náročnou životní etapou. Pacienti jsou znepokojení a objevují se u nich myšlenky, že život s dialýzou nemá žádnou cenu a že je pouhým přežíváním. Dochází u nich ke každodenní nepohodě v tělesné a psychické oblasti, někteří mají problém plnit své sociální role. U pracujících nemocných dochází k problémům i v profesním životě. Pacienti na jedné straně vnímají naději a na straně druhé nechtějí přijmout svůj osud, ale postupně se ho snaží akceptovat. (5, s. 164)

Ve většině případů se jedná o polymorbidní pacienty nejčastěji diabetiky, kteří musí dodržovat dietu s omezením tekutin, užívat pravidelně léky, podstupovat pravidelné dialyzační ošetření nejčastěji 3x týdně a s tím spojený převoz sanitní dopravou, na kterou musí často dlouho čekat. Obvykle mívají změněný vzhled, vysokou nemocnost, sexuální dysfunkci aj. (7, s. 100) Často se při své práci setkávám s pacienty, kteří se kromě chronického selhání ledvin musí vyrovnat i se zdravotním postižením, mnohdy vlivem progredujícího diabetu mellitus nebo jiné příčiny. Na našem dialyzačním středisku je největší procento těchto pacientů tělesně postižených, poté následují zrakově a mentálně postižení. Tito pacienti se mnohdy musí vyrovnávat s různými problémy, které s sebou onemocnění ledvin a dialyzační ošetření nese, např. pro tělesně postiženého to může být mimo jiné i obtížný transport na dialyzační středisko a přesun z křesla na lůžko, pro zrakově postiženého to může být změna místa na dialyzačním sále, na které byl zvyklý a kde znal cestu k lůžku a jeho okolí a pro mentálně postiženého může být obtížně pochopitelná a někdy až nepochopitelná jakákoliv změna v průběhu dialyzačního ošetření. Je na ošetřujícím personálu, aby rodinám i pacientům poskytl potřebnou podporu, pomoc a informace a ujistil je o zvládnutí této těžké situace společnými silami. Cílem je zodpovědný a angažovaný pacient, který lépe zvládá svoji nemoc a situaci, který je schopen řešit své problémy, dokáže se sám rozhodovat, dokáže převzít aktivitu a vybudovat si se zdravotnickým personálem partnerský vztah. (5, s. 169) Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

8.2 Cíl výzkumu

- 1) Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením.

8.2.1 Dílčí cíle

- 1) Zjistit, zda došlo ke změně role pacienta v sociálním prostředí.
- 2) Zjistit, jak pacient vnímá kvalitu svého života i přes své nefrologické onemocnění a zdravotní postižení.
- 3) Zjistit, jak pacienti s rozdílným zdravotním postižením snáší a vnímají dialyzační ošetření.
- 4) Naplánovat a zorganizovat odborné školení na téma nefrologický pacient se zdravotním postižením.

8.2.2 Výzkumné otázky

- 1) Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?
- 2) Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?
- 3) Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?
- 4) Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

8.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro vypracování tématu mé bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum v kombinaci s ošetrovatelským procesem. Tento výběr byl záměrný, protože se zajímám o pocity, prožitky a zkušenosti konkrétních pacientů podstupujících dialyzační ošetření, kteří jsou současně zdravotně postižení. Kvalitativní výzkum mi umožňuje pacientům naslouchat, být jim při výzkumu na blízku a vnímat i jejich neverbální projevy, které mi mohou sloužit také jako nevyřčená odpověď.

8.3.1 **Metoda**

Pro zpracování kvalitativního výzkumu v bakalářské práci byl využit polostrukturovaný rozhovor, který umožňuje klást dodatečné otázky dle konkrétní situace. Výhodou rozhovoru je nejen osobní kontakt s respondentem a navození důvěry, ale i možnost sledovat neverbální projevy dotazované osoby. Rozhovor jsem rozdělila do čtyř oblastí a každá oblast obsahuje ještě dalších pět až šest upřesňujících podotázek. Jednotlivé oblasti jsou věnovány vlivu dialyzační léčby na pacientův osobní život. Čtvrtá oblast otázek je odlišná vzhledem k odlišnému zdravotnímu postižení dotazovaných respondentů. Otázky k rozhovorům přikládám v příloze č.1. Kvalitativní výzkum je doplněn o zpracovaný ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové „Model funkčního typu zdraví“ zpracovaný v jedenácti oblastech.

8.3.2 **Výběr případu**

Výběr klientů pro zpracování mého tématu byl pečlivě zvažován. Byli osloveni tři pacienti z dialyzačního střediska, ve kterém pracuji a se kterými se setkávám 3x týdně během jejich dialyzačního ošetření. Oslovení pacientů s rozdílným zdravotním postižením bylo záměrné pro získání rozdílných informací v prožívání jejich onemocnění a celkovém pohledu na jejich zdravotní stav a kvalitu života. Pro výzkumné šetření byla vybrána žena se zrakovým postižením, mladá dívka s tělesným postižením a muž s mentálním postižením, který je nesvéprávný. Všichni oslovení s výzkumem souhlasili, včetně zákonného zástupce výše zmíněného nesvéprávného muže.

8.3.3 **Způsob získávání informací**

Potřebné informace pro realizaci mého kvalitativního výzkumu byly získávány polostrukturovanými rozhovory, které probíhaly na dialyzačním středisku v Plzni při dialyzačních ošetřeních dotazovaných klientů. Všichni respondenti včetně zákonného zástupce mentálně postiženého klienta byli seznámeni s důvodem mého výzkumu, jeho cílem a organizací a s provedením výzkumu všichni dobrovolně souhlasili – informovaný souhlas příloha č.2. Byl pořízen audiozáznam rozhovorů na mobilní telefon a poté zpracován. Neverbální projevy během rozhovoru byly zapsány pro pozdější zpracování.

8.3.4 **Organizace výzkumu**

Výzkum byl realizován na dialyzačním středisku v Plzni, kde pracuji na pozici všeobecné sestry a probíhal od prosince 2017 do února 2018. Vedení firmy a dialyzačního střediska s provedením výzkumu souhlasili. Žádost o provedení tohoto šetření přikládám v příloze č.3.

Na zorganizování výzkumu a jeho realizaci mi byl poskytnut dostatečný časový prostor, soukromí i prostředí, které je respondentům dobře známé.

8.4 Klient č. 1

8.4.1 Anamnéza

K realizaci svého prvního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru jsem oslovila klientku Janu K., narozenou v roce 1971, která žije se svým tatínkem v rodinném domě v Otěšicích, maminka jí zemřela. Paní Jana K. je bezdětná a spolu s tatínkem mají velké hospodářství.

Klientka je imobilní a trpí onemocněním diabetes mellitus I. typu. Od roku 2012 je klientka po proběhlé centrální mozkové příhodě postižena parézou na levé polovině těla a prakticky nevidomá na levé oko, následně oslepla po zánětu i na oko druhé. Klientce byla diagnostikována prohloubená deprese, pro kterou je sledována na psychiatrické klinice. V dubnu 2014 byla zařazena do dialyzačního programu. Transplantace vzhledem ke zdravotnímu stavu klientky není možná.

Velkou oporou paní Janě K. je její tatínek, který o ni pečuje a je jí vždy na blízku.

8.4.2 Přepis rozhovoru

Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

1. Kdy jste si poprvé všimla změn ve svém zdravotním stavu před diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění a o jaké změny šlo?

„To bylo tak půl roku před tím, než jsem začala chodit na umělou ledvinu. Byla mi furt strašná zima a pak mi selhalo srdíčko. Nečůrala jsem, byla jsem unavená a hrozně jsem otýkala a z toho mě selhalo to srdíčko. Vzali mě do nemocnice a tam mi odebrali krev a zjistili, že mi selhaly ledviny a přeložili mě na jiný oddělení, kde mi řekli, že by se to mohlo spravit. Tak jsem chodila chvíli na dialýzu, pak jsem byla doma možná půl roku a pak mi selhaly ledviny úplně.“

2. Jak jste se vyrovnala s diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění?

„Vyrovnala jsem se s tím dobře, protože mě to na tej dialýze svědčilo. Nebyla jsem tak unavená, oteklá, dobře se mi dechalo a měla jsem to jako takovou společenskou

událost, protože doma jsem byla sama s tatím a takhle jsem přišla hodně mezi lidi a bylo mi lepší jako po zdravotní stránce.“

3. Vyskytlo se u Vás dříve chronické onemocnění ledvin nebo zdravotní postižení?

„No slepá jsem byla už předtím. Možná už dva roky předtím, protože jsem jezdila na polikliniku a tam mi laserovali oči. Pak mě řekli, že mi pomůže injekce do sklivce, to se platilo, tak jsem si to zaplatila, jenže jsem z těch injekcí dostala zánět do těch očí a přestala jsem vidět. Na jedno oko po mrtvici a na druhý po tej injekci. Nakonec ted'ko zjistili, že mám zanedbanej zelenej zákal a že to mohlo všechno bejt od toho zákalu. Kdyby se to léčilo, tak jsem třeba nemusela bejt úplně slepá.“

4. Jak zvládáte dodržovat dialyzační dietu včetně nutnosti užívání pravidelné medikace i přes své zdravotní postižení?

„Zvládám to dobře, protože mi to tatínek dává. Mám takový krabičky, taťka mi to tam každou neděli rozdělí na tejdén a když mám nějaký lék výjimečně nebo jindy, třeba na bolest, tak mi to nosí taky v takovej skleničce. Taťka má takovou příručku, co se smí a nesmí jíst, to má v kuchyni na mikrovlnce a vždycky kontroluje co můžu a co ne. Má to prostudovaný. To, když jsem začla chodit na tu dialýzu, tak nám tam hned ten první den přišla dietní sestra a každému zvlášť vysvětlovala tu dietu a dostali jsme takovou poměrně silnou knížčičku co se smí a co nesmí za potraviny.“

5. V čem Vás pravidelná dialyzační léčba omezuje?

„Ani mě v ničem neomezuje, ale když člověk třeba čeká na tu sanitku, že jako pozdě jezdí domů nebo zase brzo musí ject, ale jinak mě to neomezuje.“

Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

6. Změnily se vztahy s Vašimi blízkými po diagnostikování chronického onemocnění ledvin?

„Maminka umřela ještě, než jsem začla chodit na dialýzu. Tatínek je ted'ko pozornější, kontroluje a schání takový informace. Vždycky někde něco si pučí, náskou knížku si koupí a pak to na mě zkouší. S tatínkem se určitě vztahy změnily k lepšímu. Akorát, že se nedostanu moc jako co jsem měla kamarádky, tak tam je to trošku takový horší. Já si myslím, že se bojím toho, že jsem takhle nemocná, jako co si můžou

dovolit nebo tak. Už mě tolik nekontaktují, ale některý jo. No ale zase mam hodně známých tady, když jsem začla chodit sem na dialýzu, tak sem za mnou hodně chodí ty řádový sestřičky a seznámila jsem se s tou Luckou, a to je teda zlatíčko. Ona mi i jezdí jako povlíkat postel domů.“

7. Jakým způsobem Vás rodina podporuje?

„No, synovec ten mi vždycky, když jde nakoupit, tak volá, na co bych měla chuť nebo co bych potřebovala, tak ten mi dycky nakoupí, navozí mi to domů. A taťka ten furt má starosti, jestli nemám na něco chuť, co bych mohla jíst. Starají se.“

8. Pociťujete známky selhání své role v rodině?

„Jako když nevidím. Dialýza ani mě ne, ale jako ty voči, že nemůžu dělat nějaký věci, co jsem dělala dřív jako pomáhat v rodině, s vařením nebo s úklidem. Mě strašně bavilo vařit a péct a takový věci, a to teď skoro nemůžu.“

9. Jak vnímáte svoji roli pacienta při pobytu na dialyzačním středisku?

„Dobře, mně se tady líbí. Je tu příjemný prostředí, takový kamarádský vztahy.“

10. Došlo u Vás k omezení nebo ke změně výběru účasti na společenských aktivitách?

„Nechodím se moc jakoby bavit, ale do divadla jsem začla hodně jezdit od té doby, co chodím sem na dialýzu, oni mě vždycky vyvezly. Z jedné strany byla Lucka, z druhý Hanička a oni mě špitaly, co se tam děje a ted'ko oni to věděli i ty hercí docela, že jsem slepá a ani nechodím a vždycky za mnou přiběhli z toho jeviště. Když jsem byla na Kočkach, tak vždycky okolo mě běhali a votáčeli mi ty vocásky okolo krku. Před tím jsem se chodila bavit do hospody drobet. To jsem hodně omezila, protože nemůžu tolik pít a abych to neporušila, tak tam jsem to hodně omezila. Ale taky občas mě tam taťka veme a nechá mě tam se známejma a pak si zavolam a on si pro mě přijede. Nebo mě holky berou do kina, kde je bezbariérověj přístup na nějaký filmy, který jako trošku znam a líbily se mi.“

Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

11. Došlo u Vás v důsledku onemocnění ledvin ke snížení soběstačnosti?

„Ledviny myslím že ne, to vůbec ne. To jenom ty voči, když jsem přestala úplně vidět, tak to jo, ale ledviny mě neomezily.“

12. Vyskytují se u Vás po dialýze obtíže, které Vás omezují v každodenním životě?

„Bejvam po dialýze taková trošku vyčerpaná nebo unavená. Musím si hned lehnout, to jsem jako kdybych byla přeražená. Když tady ležím, tak právě někdy mam bolesti už při nebo po dialýze pokaždý, to je ale tou dopravou, sanitkou, jak tam to se mnou hází.“

13. Vyskytují se u Vás negativní emoce, strach z budoucnosti?

„No to jo, to mam deprese, a to se léčím na psychiatrii. Mam někdy jako takový špatný nálady, takovej jako smutek a nemůžu přestat brečet. To mam z těch depresí, a to už jsem měla dřív, než jsem měla ty ledviny, ale léčím se až od tý dialýzy, to mě tam poslala tady paní doktorka.“

14. Brání Vám pravidelná dialyzační léčba a Vaše zdravotní postižení v plnění Vašich životních cílů a plánů?

„Dialýza ani ne, ale jako ty voči jo, jako že člověk nemůže všude kam by chtěl. Ale jako já si myslím, že kdybych chtěla někam na dovolenou, tak že to jde i s tou dialýzou, že se to dá zařídit. Ale zase třeba bych jela do lázní, jenže bych musela mít 24 hodin sebou doprovod, kterej by mě všude vodil a tak, ale jako ta dialýza ani ne.“

15. Přinesla Vám do života pravidelná dialyzační léčba něco pozitivního?

„No, že dycky po dialýze druhý den je mi vopravdu dobře, lepší. Že jako nejsem voteklá, necítím jako nákou bolest a úplně jako nemam takový ty deprese, ten smutek., že je mi jako lepší, když je to tělo vyčištěný. Dialýza mi přinesla ty vztahy, kamarády, proto se mi líbí na dialýze.“

Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

16. Jaké pocity se u Vás objevují ráno před odjezdem na dialyzační středisko?

„Hm, to já mam pocity docela dobrý. Já se docela těším a i vim, že mi bude lepší, že nebudu voteklá, budu moct dobře dechat a tak. Docela teda když je dycky delší pauza mezi dialýzama, tak to už jsem docela taková nervózní, protože celej den jakoby třeba už se docela těším, až budu zase mezi lidma.“

17. Je pro Vás příprava a transport na dialyzační středisko obtížný?

„No v tej sanitce jo. Doma já mam pečovatelku, která mi pomůže se umejt a oblíct, tak to mi jako nějak neomezuje, ale ta cesta. To mam 35 kilometrů, tak to jako jediné ta cesta, že se nemůžu v tej sanitce pořádně držet, když mám jednu tu ruku chromou, ale jinak ani ne. To mi dycky moje kmotra chodí domů před dialýzou. Když jdu na dialýzu, tak mě pomůže umejt a oblíct. Tatka pro ní dojede a někdy, když nemůže, tak mě holt musí pomoct tatí.“

18. Vyskytují se u Vás nějaké komplikace při dialyzačním ošetření?

„Akorát někdy mi klesá ten tlak a jsem taková, když mi klesne ten tlak, tak se mi i špatně dechá nebo někdy zkouším modrat, jestli tady někoho zaujmu, ale jinak dobrý. Někdy mívam bolesti, ale to je zase, když třeba ležim, tak že ty záda jsou v jiné poloze než si tady změním polohu na tom křesle.“

19. Jak byste snášela změnu Vašeho místa na dialyzačním sále? Ovlivnilo by to Vaši prostorovou orientaci a celkové vnímání dialyzačního ošetření?

„Ne, ted' už vůbec ne. Mně na tom záleželo, když tu byl ten Fanouš, protože my jsme spolu vařili, povídali jsme si akorát o jídle a o dětech, ale ted' by mě to nevadilo. Mně by ani nevadilo taková nějaká jakoby samotka, hlavně teda abych tam měla okno, jako abych čerstvej vzduch, tak to bych na tom jako trochu trvala, ale jinak by mě to nevadilo. Mě přiveze saniták a přendá mě na křeslo nebo na postel nebo kde bych byla, ale jako líbí se mi víc to křesílko než ta postel, ale jinak jako místo mě nevadí, protože voni mě tam dovezou a návštěva si mě najde. Já bych mohla bejt každou dialýzu jinde, aspoň by ty návštěvy měly co dělat, než mě najdou.“

20. Cítíte se při každém dialyzačním ošetření dostatečně informována o veškerých pracovních postupech zdravotnického personálu týkající se Vaší osoby?

„Jo, když nepoznam náhodou, kdo je u mě, tak se zeptám a jinak asi sestřičky už to ví, jak nevidím, že prostě nepoznam, tak mi kolikrát sestřička řekne, kdo je u mě. A to mi většinou řekne každé, co dělají nebo co jdou dělat. To já už někoho poznám už podle ťapání bot.“

21. Jak se cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při průběhu dialyzačního ošetření?

„Docela dobře. Když mam třeba ty bolesti, tak mi něco na to dají a že nemusím třeba polykat ty tabletky, takže mi řekla paní doktorka, že mi můžou jako dát tu kapačku, že se ten žaludek jako voběhne. Někdy po tabletce na bolest doma zvracím a tady že mi jako ta kapačka pomůže. Nebo když mám nějaký problém, tak mi prostě tady lékaři pomůžou nebo mi někam pošlou, když potřebuju, že jsem jako pod dohledem lékařů. Já vždycky, když doma si stěžuju, že mě něco bolí, tak mi tatí řekne, ať to řeknu zítra na dialýze, že on není doktor.“

8.4.3 Shrnutí

Celý rozhovor s klientkou probíhal v pozitivní náladě. Neverbální komunikace klientky nenaznačovala, že by jí byly kladené otázky nepříjemné. Byla uvolněná a otevřená. Nutnost podstupovat dialyzační ošetření 3x týdně vnímá spíš jako společenskou událost a pomoc než jako nutnou léčbu jejího chronického onemocnění ledvin. Klientce i přes její zrakové postižení nevádí změna místa při dialýze, zdravotnickým personálem je o veškerých intervencích informována dostatečně. V osobním životě ji víc limituje její zrakové postižení než pravidelná dialyzační léčba. Velkou oporou jí je tatínek, na kterém je plně závislá a díky kterému zvládá dodržovat dialyzační léčbu i přes své zrakové postižení.

8.5 Klient č. 2

8.5.1 Anamnéza

Klientka, kterou jsem oslovila pro realizaci mého druhého výzkumného šetření, se jmenuje Renata K., je jí 29 let, pochází z Klatov a nyní žije sama se svým psem v bytě v Plzni. Rodiče jsou rozvedení, oporou je jí hlavně její maminka.

Na konci roku 2016 ji náhle z plného zdraví postihla meningokoková sepe s rozvojem diseminované intravaskulární koagulopatie, která ji od základu změnila život.

Po probuzení z umělého spánku měla oboustranně amputované dolní končetiny pod kolena, rozvinula se u ní nekróza kůže horních i dolních končetin a trupu. Trpěla nesnesitelnými bolestmi a došlo u ní i k poškození ledvin natolik, že musí podstupovat pravidelnou dialyzační léčbu. Od srpna 2017 má protézy, na které si zvykla a pohybuje se s nimi stabilně. Klientka navštěvuje centrum pro léčbu bolesti, protože u ní přetrvávají fantomové bolesti a bolest již částečně zhojených defektů na kůži.

8.5.2 Přepis rozhovoru

Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

1. Kdy jste si poprvé všimla změn ve svém zdravotním stavu před diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění a o jaké změny šlo?

„No, nevšimla. To bylo hlavně meningokokovou infekcí, která za to mohla. Byla jsem v umělém spánku, a to jsem byla denně na dialýze. Nestihla jsem si ani nějakých změn všimnout. Přišla jsem ráno do nemocnice v Klatovech a probudila jsem se po několika dnech v nemocnici tady v Plzni a vůbec jsem nevěděla, co se stalo. Po probuzení z umělého spánku už jsem byla po částečné amputaci nohou a pak až po měsíci došlo k další amputaci obou nohou pod kolenem.“

2. Jak jste se vyrovnala s diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění?

„Ze začátku, jak jsem chodila denně na tu dialýzu, tak jsem to brala takovou jakoby součástí toho léčení a hlavně i sami lékaři nám dávali ještě naději, že se ty ledviny můžou zase rozběhnout jako se rozběhly všechny ostatní orgány, který v té době nefungovaly. A hlavně jsem byla první měsíc pod takovým množstvím léků, že jsem si to vlastně ani úplně neuvědomovala. A na tu dialýzu mě i první dny uspávali, protože vlastně aby ta kanyla byla v klidu, což to tělo prostě v klidu nebylo, takže to jinak nešlo. Tak nám furt ještě tak rok dávali naději, že by se to mohlo zlepšit, jenomže u mě, když mi vlastně zavedli tu dialyzační kanylu, tak jsem dostala další infekci, stafylokoka, díky kterému jsem brala další půl roku antibiotika, takže tím už bylo tak trošku rozhodnuto, že ty antibiotika to prostě úplně zastaví a že se prostě ty ledviny nemůžou začít léčit. Takže rok jsem ještě čekala, že přijde takovej zázrak a rozběhnou se. Přeju si, aby transplantace proběhla co nejdřív a hlavně, aby možná byla, což

ted'ka po určitých vyšetřeních vypadá, že jo, takže aby to všechno proběhlo co nejdřív. A smířená s tím nejsem, protože chci, aby to skončilo.“

3. Vyskytlo se u Vás dříve chronické onemocnění ledvin nebo zdravotní postižení?

„To bylo současně díky té rychlé infekci.“

4. Jak zvládáte dodržovat dialyzační dietu včetně nutnosti užívání pravidelné medikace i přes své zdravotní postižení?

„Já těch léků naštěstí nemam moc. Vlastně mam dva léky z dialýzy. Myslím, že to zvládam. Dietu prostě nedodržuju, protože by se mi rozsypany zuby, rozsypano by se mi celý tělo, takže prostě to tělo ty vitamíny potřebuje a myslím, že si řekne, co potřebuje. Tak třeba omezila jsem věci, co se týčou fosforu, tak ten ano, třeba čokoládu, máslo, sýry, to jsem přestala jíst, ale co se týče ovoce a zeleniny, tak ne. Protože někdy jsem si to hlídala a přišla jsem a ten draslík byl ještě vyšší, než když jsem se doma naládovala miskou salátu a druhý den miskou ovoce a draslík byl v normě. Tak nejím jako velký množství, to asi dřív jsem teda jedla víc. Jim určitý ovoce, nejím zase všechno. To, co obsahuje nejvíc toho draslíku, tak to se snažím vynechat. Jo, je pravda, že u okurky třeba vydloubu tam ty semínka, že si dam jen tu dužinu, ale jako že bych to přestala jíst, tak se mi potom jednu dobu začaly drolit zuby. A hlavně, co si potom teda člověk má dát, aby furt nepřibíral. Večer třeba, když mam na něco chuť, tak si prostě dam radši trochu zeleniny.“

5. V čem Vás pravidelná dialyzační léčba omezuje?

„V první řadě, tak to je určitě práce, protože chodím pondělí, středa, pátek, takže zbejvaj vlastně dva dny, kdy bych mohla chodit pracovat. Tak po dialýze jsem ráda, že jdu aspoň na chvíli se psem ven, a to je tak všechno, co za ten den člověk udělá. Jsem unavená, tak dělám v podstatě jen ty nejnnutnější věci, co ještě člověk musí udělat.“

Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

6. Změnily se vztahy s Vašimi blízkými po diagnostikování chronického onemocnění ledvin?

„Tak určitě mě víc podporují. Tak oni se snaží, abych to brala tak, že se to brzo vyřeší, že ta transplantace bude, že to všechno dobře dopadne. Vztahy se víc upevnily, ale taťka ten to prostě nevzal, to, co se stalo. Nedokáže se s tím pořád vyrovnat ani po tom roce. Nevidáme se, on je takovej materiálně založený. Když jsem byla v nemocnici, tak to jezdil. Jezdil celkem pravidelně, ale ono to spíš bylo, že mamka nemohla přijet, tak mu volala a trošku mu to i nařídila. Podporu mam od maminy a od všech příbuzných z maminy strany.“

7. Jakým způsobem Vás rodina podporuje?

„Snaží se mezi sebou domlouvat, kdo kdy za mnou pojede, kdo s čím mi pomůže, kdo mi vyvenčí pořádně psa, protože ten můj pohyb je pořád omezený, takže se aspoň někde rozlítá.“

8. Pociťujete známky selhání své role v rodině?

„Tak to asi ne. Měli jsme i takový věci dřív, který jsme si vlastně vyříkali a vylepšilo se to.“

9. Jak vnímáte svoji roli pacienta při pobytu na dialyzačním středisku?

„Asi jak kdy, to nejde říct úplně jednoznačně. To závisí na mých zdravotních komplikacích, který přijdou a který tady potom řešíme. Takže to potom nejsem úplně v pohodě a jak se hlavně zdaří nápich. Když mi ruka bolí celý čtyři hodiny, tak to se cítím úplně hrozně.“

10. Došlo u Vás k omezení nebo ke změně výběru účasti na společenských aktivitách?

„Tak částečně. Tak jako určitě takový ty charitativní akce jsem nenavštěvovala, protože prostě jsem o nich vlastně ani nevěděla. Moc jsem v kontaktu takhle s lidma nebyla. Z kamarádů nebyl asi nikdo, kdo by měl zdravotní postižení nebo ať už i ty ledviny takhle mladej. Nebráním se úplně ani těm stejným akcím. To zase i přes to, že mam protézy a nemam nohy, tak na ten bál jdu. Co jsem vypustila je bazén, který

vlastně díky tý pokožce nejde, abych vlastně chodila. Ale co se týče sportu všechno nejde, ale nevím i do tý posilovny bych prostě šla, že zase to nevidím jako velký problém, nejsem jediná.“

Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

11. Došlo u Vás v důsledku onemocnění ledvin ke snížení soběstačnosti?

„Myslím, že ne. To se spíš týká toho tělesného postižení.“

12. Vyskytují se u Vás po dialýze obtíže, které Vás omezují v každodenním životě?

„No, tak i ta únava je prostě pro mě tak neobvyklá. Prostě dřív jsem třeba byla unavená, ale řekla jsem si, ale to stejně teď ještě zvládnou tu hodinu, ale teď to vůbec. Prostě to nejde.“

13. Vyskytují se u Vás negativní emoce, strach z budoucnosti?

„Mám obavy, že třeba ta transplantace nebude možná, když nejsou ještě všechny ty vyšetření. A tak možná že strach z dalšího života, co bude.“

14. Brání Vám pravidelná dialyzační léčba a Vaše zdravotní postižení v plnění Vašich životních cílů a plánů?

„No tak to určitě. Abych mohla chodit do práce, abych si našla vhodnou, aby šla s tou dialýzou dohromady teda. Ať už i vztahy, kdyby se to nestalo, tak teď už by to všechno třeba bylo úplně jinak. Ten vztah s partnerem by se za ten rok nějak vyvinul, ať už i těhotenství. Zase nemůžu plánovat těhotenství, když chci transplantaci. Teď si nemyslím, že je ta správná chvíle na vztah, ale kdybych byla jako to bylo dřív, tak už dávno jo.“

15. Přinesla Vám do života pravidelná dialyzační léčba něco pozitivního?

„Nic mě nenapadá.“

Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

16. Jaké pocity se u Vás objevují ráno před odjezdem na dialyzační středisko?

„Štve mi to, chtěla bych zpátky svůj život. Chtěla bych ject do práce. Ráno v 5 hodin vstávat a ject prostě jako i dřív na ten hotel, kde jsem uklízela, kde jsem se potkávala s dalšíma lidma. Takže asi jako takovýhle pocity. Že nestihnu ani toho psa vyvenčit, že než si nasadím protézy.“

17. Je pro Vás příprava a transport na dialyzační středisko obtížný?

„No, nestíham prostě, potřebuju dvakrát víc času než dřív, protože díky těm protézám prostě není to jen tak. Nandaný jsou rychle, ale ta kůže se trošku musí s tím silikonem prostě sžít a je lepší zůstat na vozíku třeba ještě dalších deset minut, aby ta kůže změkla než se postavím, protože zase má další sklon k tomu, aby někde praskla. Takže když opravdu ten čas není a rychle se postavím, tak většinou dochází k něčemu, že ta kůže se někde naruší. No, ty otláčeniny z těch protéž jsou víceméně pořád. Když jsem dřív odcházela, tak jsem byla za půl hodiny hotová, teď potřebuju hodinu. Na vyvenčení se psem vyběhnem jen strašně rychle a jinak musí počkat do oběda.“

18. Vyskytují se u Vás nějaké komplikace při dialyzačním ošetření?

„No, ten nápich buď se zdaří nebo se nezdaří, ale pro mě víc horší asi bejvá, když se sestříčka v tej ruce trefí někam, kde zrovna vede nerv a mě ta ruka celý čtyři hodiny bolí, ale to je prostě jako když člověk dostane křeč a ta křeč za celý čtyři hodiny nepovolí.“

19. Je Vám na dialyzačním středisku umožněn bezproblémový přístup až k Vašemu lůžku na dialyzačním sále?

„Jo, určitě. Všechno je v pořádku.“

20. Jak byste snášela změnu Vašeho místa na dialyzačním sále? Ovlivnilo by to Vaše celkové vnímání dialyzačního ošetření?

„Tak ze začátku mě každá změna rozhodila i sebemenší, ale teď už to беру tak, jak to je. Co se týče toho, tak určitě v pohodě. Já myslím, že i s vozíkem by nebyl takový problém. Teď jsem tady docela umístěná na dobrým místě. Teď jsou tady dobrý lidi,

na který jsem zvyklá a oni na mě a to, že přijdu na protézách je nijak neudivuje. Spíš bych to hůř zvládala psychicky než fyzicky, že bych musela čelit tomu, že mě bude zase někdo pozorovat, což je vlastně pořád i v jiných situacích, třeba při nákupu to neovlivním.“

21. Jak se cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při průběhu dialyzačního ošetření?

„Celkově přijdu a přeju si, už aby byl konec a byl další den a mohla jsem zase fungovat tak trošku normálně. Horší jak ve škole. Možná, že kdybych byla starší, tak potom ten pohled na to už je jinej. Jsou potom ty lidi zvyklí odpoledne odpočívat, což já zvyklá nebyla, prostě pořád jsem ten čas nějak využila.“

8.5.3 Shrnutí

Před rozhovorem s Renatou K. jsem se cítila nejistě, protože jsem nedokázala odhadnout, jak bude klientce tento rozhovor příjemný či nikoliv a do jaké míry bude chtít a mít sílu na dané otázky reagovat. Rozhovor s Renatou K. byl pro mě příjemným překvapením, protože o svém životě během posledních necelých dvou let vyprávěla celkem vyrovnaně a ani její neverbální komunikace nenasvědčovala duševním rozladám. Pravidelnou dialyzační léčbu vnímá jako dočasnou léčbu postižení ledvin a doufá v brzkou transplantaci ledvin, která by jí ulehčila její složitou životní situaci. Tělesné postižení klientku při pobytu na dialyzačním středisku neomezuje, je samostatná.

8.6 Klient č. 3

8.6.1 Anamnéza

Poslední klient, se kterým jsem realizovala výzkumné šetření se jmenuje Bohuslav M., žije v domácnosti v Domově Chotěšov a je mu 65 let. Tento klient trpí středním stupněm mentální retardace (intelligenční kvocient 35-49) a v důsledku toho je nesvéprávný. Jeho zákonným zástupcem je jeho sestra, která mi poskytla souhlas k tomuto rozhovoru. Bohuslav M. má ještě bratra, o kterém také často hovoří. Od října 2015 je klient zařazen do pravidelného dialyzačního programu. Dříve chodil na dialyzační ošetření s doprovodným personálem z Domova Chotěšov, nyní ho na dialyzační sál a zpět doprovází řidič sanitní přepravy.

8.6.2 Přepis rozhovoru

Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

1. Kdy jste si poprvé všiml, že se s Vámi něco děje před tím, než jste k nám začal chodit na dialýzu? Pozoroval jste na sobě nějaké změny, třeba otoky nebo že by se Vám špatně dýchalo?

„*Ne, ne, ne.*“

2. Jak jste zvládl to, že Vám paní doktorka řekla, že musíte chodit na dialýzu?

„*Dobře.*“

Neměl jste strach? Třeba z nových lidí, zážitků?

„*Ne.*“

3. Od kdy chodíte na dialýzu?

„*Rok.*“

4. Jak zvládáte dodržovat dialyzační dietu?

„*Jo, jo.*“

Nemáte třeba žízeň nebo potřebu víc pít, když Vám to zakazujeme?

„*Ne, ne.*“

A co léky? Ty Vám připravuje sestřička v tom domově?

„*Beru. Jo, jo.*“

5. Omezuje Vás dialýze v něčem? Třeba ve Vašem volném čase? Nevadí Vám, že sem musíte jezdit 3x týdně?

„*Ne, ne.*“

Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

6. Když jste sem začal jezdit na dialýzu, změnily se vztahy třeba s Vaší sestrou?

„*Ne.*“

Byla k Vám sestra víc milá, navštěvovala Vás v domově víc? Zajímala se o Vás víc?

„Jo, jo. Teď jde na operaci s nohou.“

7. Jak Vás třeba sestra nebo bratr podporuje? Podporují Vás nějak, když jezdíte na dialýzu? Volají Vám víc?

„Ne, ne, nevolají.“

8. Jak se cítíte při pobytu tady na dialýze?

„Dobře.“

Vy sem jezdíte rád?

„Jo.“

9. Chodil jste před tím, než jste začal chodit na dialýzu třeba do divadla nebo chodili jste někde se sestřičkami na výlety?

„Ne.“

A ani teď nikam nechodíte?

„Pojedeme letos.“

Kam pojedete?

„Nevím.“

Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

10. Zvládáte se sám o sebe postarat, obléct, umýt?

„Jo, jo.“

Dialýza Vás v tom neomezuje?

„Ne.“

11. Jak je Vám po dialýze?

„Dobře.“

Vždycky Vám je dobře?

„Ne. Bolí hlava.“

Když přijedete domů, jste unavený, že si musíte lehnout?

„Jo, až do rána spím.“

12. Chtěl byste se v budoucnu někam podívat? Máte nějaké plány?

„Ne, ne.“

13. Přinesla Vám do života pravidelná dialyzační léčba něco pozitivního? Třeba kamarády?

„Nevim.“

Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

14. Jak se cítíte ráno, když musíte jet na dialýzu? Chce se Vám sem?

„Chce. Brzy vstávám.“

15. S ranní přípravou na odjezd na dialýzu Vám pomáhají sestřičky nebo to zvládáte sám?

„Sám.“

Sám vstanete, oblečete se a čekáte na sanitku?

„Jo.“

Jak zvládáte dopravu na dialýzu?

„Dobře.“

16. Vyskytují se u Vás komplikace při dialýze?

„Ne.“

Celé 4,5 hodiny dialýzy Vám je dobře?

„Jo.“

17. Vysvětlují Vám dostatečně sestřičky, co budou právě dělat za výkony týkající se Vaší osoby?

„Jo.“

18. Jak se celkově cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při dialýze?

„Dobře. Ted' mě chytla křeč do nohou.“

8.6.3 Shrnutí

Vzhledem k diagnóze pacienta byl zvolen individuální přístup k získání co nejpřesnějších odpovědí použitím jednodušší verze otázek se zachováním jejich významu a použitím otázek doplňujících. Klient se při rozhovoru necítil dobře, byl neklidný a uhýbal pohledem. Při zmínění jeho sestry nebo bratra během dotazování projevil větší zájem o komunikaci, i když přímo nesouvisela s položenou otázkou. Z daných odpovědí při rozhovoru je patrné, že podstupovanou pravidelnou dialyzační léčbu klient vnímá pozitivně a nijak ho neomezuje.

8.7 Analýza a interpretace výsledků

8.7.1 Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

Tabulka 1 - Vliv dialyzační léčby

	Respondent č.1	Respondent č.2	Respondent č.3
První známky onemocnění ledvin	Zimnice, nemočila, otoky, únava	Nestihla jsem si všimnout	Nepozoroval
Vyrovnání se s diagnózou	Dobře, cítila úlevu od obtíží	Smířená s tím nejsem, chci, aby to skončilo	Dobře
Dříve onemocnění ledvin nebo zdravotní postižení	Dříve zrakové postižení	Současně díky rychlé infekci	Dříve mentální postižení
Dialyzační dieta se zdravotním postižením	Zvládá dobře díky otci	Myslím, že to zvládam	Zvládá
Omezení s dialyzační léčbou	Ani mě v ničem neomezuje	Nemožnost najít práci, únava	Ne

Zdroj: vlastní

8.7.2 Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

Tabulka 2 - Změna role pacienta

	Respondent č.1	Respondent č.2	Respondent č.3
Změna vztahů s blízkými	Matka zemřela, otec je pozornější, nové kontakty	Větší podpora, upevnění vztahů, s otcem nikoliv	Sestra ho víc navštěvovala
Podpora rodiny	Starají se	Snaží se mi pomáhat	Ne
Známky selhání role v rodině	V důsledku zrakového postižení	Tak to asi ne	—
Role pacienta na dialýze	Dobře, líbí se mi tady	Jak kdy, závisí na punkci AVF	Dobře
Změna nebo omezení zájmů	Nově návštěvy divadla nebo kina s kamarádkami	Částečně, bazén nyní ne, nově charitativní akce	Ne, pojedete na výlet, ale neví kam

Zdroj: vlastní

8.7.3 Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

Tabulka 3 – Kvalita života s dialýzou a zdravotním postižením

	Respondent č.1	Respondent č.2	Respondent č.3
Snížená soběstačnost	Ledviny mě neomezily, to ty oči	Myslím, že ne.	Ne
Omezující obtíže po dialýze	Vyčerpanost, únava	Únava	Někdy bolí hlava, únava
Negativní emoce, strach z budoucnosti	Deprese, neutišitelný pláč	Obavy z nemožné transplantace, z budoucnosti	—
Plnění životních cílů a plánů	Dialýza ani ne, to ty oči.	Dialýza brání nalézt práci, nový vztah	Nemá plány
Pozitivní přínos dialýzy do života	Úleva od obtíží, noví kamarádi	Nic mě nenapadá	Nevim

Zdroj: vlastní

8.7.4 Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

Tabulka 4 – Rozdílné vnímání dialyzační léčby

	Respondent č.1
Pocity před ranním odjezdem na dialýzu	Docela dobrý pocity
Příprava a transport na dialýzu	Pomáhá pečovatelka, obtížný transport sanitkou
Komplikace při dialyzačním ošetření	Nízký krevní tlak, někdy bolesti zad
Změna místa na dialyzačním sále	Nevadilo by mě to
Dostatečně informující personál	Ano
Celkový pocit při dialyzačním ošetření	Docela dobrý, úleva od obtíží
	Respondent č.2
Pocity před ranním odjezdem na dialýzu	Štve mi to, chci zpátky svůj život
Příprava a transport na dialýzu	Nestíham, potřeba více času díky protézám
Komplikace při dialyzačním ošetření	Obtížná a bolestivá punkce AVF
Bezproblémový přístup až k lůžku	Jo, určitě
Změna místa na dialyzačním sále	Horší zvládnání psychicky než fyzicky
Celkový pocit při dialyzačním ošetření	Přijdu a přeju si, aby byl konec
	Respondent č.3
Pocity před ranním odjezdem na dialýzu	Chce se mu na dialýzu, brzy vstává
Příprava a transport na dialýzu	Sám, převoz v sanitce zvládá
Komplikace při dialyzačním ošetření	Ne
Dostatečně informující personál	Jo
Celkový pocit při dialyzačním ošetření	Dobrá

Zdroj: vlastní

9 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U KLIENTA S DIALÝZOU A ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Identifikační údaje

Jméno a příjmení: R. K.

Věk: 29 let

Bydliště: Plzeň

Vzdělání: základní, nedokončené studium na střední ekonomické škole

Zaměstnání: dříve pokojská, nyní v invalidním důchodu

Informace získány: od klientky, ze zdravotnické dokumentace se souhlasem vedení organizace

Osobní anamnéza

Prodělaná běžná dětská onemocnění; Appendektomie (03/2004)

A 394 - Meningokoková seps (12/2016)

Z 897 - Získané chybění obou dolních končetin (stav po amputaci dolních končetin v bérkách bilaterálně)

N 179 – Akutní ledvinné selhání (přechod do chronického programu pro přetrvávající renální insuficienci)

Z 992 - Závislost na renální dialýze (od 12/2016)

A 419 – Septikémie (stav po zavedení permcatu do vena jugularis interna dextra 7.4.2017)

I 770 – Arteriovenózní píštěl (od 7/2017 brachiocefalická AVF na levé horní končetině)

I 744 – Embolie a trombóza tepen končetin (kritická končetinová ischemie při periferním cévním postižení – na horních i dolních končetinách při diseminované intravaskulární koagulopatii)

Alergie neudává, kouří 5 cigaret denně, alkohol užívá jen příležitostně.

Rodinná anamnéza

Děti nemá. Rodiče jsou rozvedení a žijí odděleně. Oba jsou zdraví. O 9 let starší sestra je zdráva. Výskyt závažného onemocnění v rodině neudává.

Sociální anamnéza

Žije sama se svým psem v bezbariérovém bytě v Plzni.

Farmakologická anamnéza

Aranesp 20 MCG 1x měsíčně, s.c., naposledy podáno 14.3.2018; Calcii Carbonici 0,5 tbl. Medicamenta 0,5 g 2-2-2, denně, rozkousat s jídly; Clexane 4000 IU (40 mg) /0,4 ml v úvodu HD i.v., doma s.c. mimo dny HD; Ferrlecit ve 100ml FR i.v. každou středu při HD; Lyrica 150 mg 1-0-1, denně, dávkování doporučeno z ambulance bolesti; Nolpaza 40 mg enterosolventní tbl. 1-0-0 denně; Rivotril 2,5 mg/ml 0-0-0-1, denně; Trombex 75 mg 1-0-0, denně; Vigantol 0,5 mg/ml 0-0-15 gtt, 1x týdně

Nefrologická anamnéza

Klientka je zařazena do chronického dialyzačního programu od prosince 2016 z důvodu agresivní meningokokové sepse, která sekundárně postihla i ledviny a tím došlo k jejich poškození. Na našem dialyzačním středisku byla pacientka poprvé dialyzována v březnu 2017 cestou permcathu ve vena jugularis interna dextra. Krátce po zavedení permcathu došlo u klientky ke vzniku kanylové a tunelové infekce a bylo nutné nasadit dlouhodobou intravenózní antibiotickou léčbu Vancomycinem. Vždy po ukončení antibiotické léčby docházelo k atakám kanylové sepse, a proto se nám podařilo s klientkou domluvit na založení AVF. Terapie Vancomycinem byla nutná do odstranění permcathu, které proběhlo v lednu 2018. Od té doby je pacientka napojována na AVF, kterou bylo nutné již několikrát intervenovat pro její problematickou punkci.

V současnosti je opět punkce AVF obtížnější a účinnost dialyzačního ošetření je těsně pod normu. Obtížný nápich AVF klientka špatně snáší, ale s nutností postupovat pravidelnou dialyzační léčbu se celkem postupně vyrovnává. Dodržování správného pitného režimu klientka zvládá, ale bylo jí doporučeno dodržovat nízkofosforovou dietu. Průměrná ultrafiltrace u pacientky za poslední měsíc je 283,33 ml/hod a její průměrný tlak krve před dialyzačním ošetřením za poslední měsíc je 130/77 mmHg. Výsledky pravidelné měsíční laboratorní kontroly před dialyzačním ošetřením a po jeho ukončení příkládám v příloze č.4.

Dialyzační parametry

Délka trvání jednotlivého dialyzačního ošetření jsou 4 hodiny s frekvencí 3x týdně (pondělí, středa, pátek od 6:30 hod). Klientka má založenou brachiocefalickou arteriovenózní fistuli na levé horní končetině. Antikoagulací při dialyzačním ošetření je Clexane 4000 IU (40 mg) /0,4 ml. Krevní průtok je při punkci AVF dialyzačními jehlami s průměrem 17 G do 250 ml/min. Průtok dialyzačního roztoku je 600ml/min se složením K^+ 2mmol/l; Ca^{2+} 1,25 mmol/l; Citrate 0,8mmol/l; Glukóza 1 g/l a teplotou 37°C. Dialyzátor je používán Diacap 17 L. Optimální hmotnost pacientky pro výpočet ultrafiltrace je 70 kg.

Fyzikální vyšetření sestrou

Pacientka je upravená, čistá. Vědomí bdělé, jasné, je orientována místem, časem i osobou. Oční kontakt v pořádku, řeč plynulá, srozumitelná. Zrak i sluch v pořádku. Dýchání pravidelné, 16 dechů/min. Dech bez patologického zápachu, chrup čistý. Saturace O₂ 98 %. Hrudník symetrický, kůže teplá se zhojenými defekty po nekróze vyvolané meningitidou na horních a dolních končetinách a na hýždích. Na levé horní končetině získaná brachiocefalická fistule. Vír hmatný, šelest slyšitelná, okolí klidné. Amputace obou dolních končetin pod kolena. Kůže na spodině pahýlů není ještě zcela zhojená, přítomny puchýře a ragády z důvodu neustálé manipulace s protézami. Udávaná bolest dle Melzackovy škály bolesti na stupni 2–3. Chůze s protézami je samostatná, pomalá, někdy vrávoravá. Výška 140 cm, váha 70 kg, BMI 25, TK 116/64 mmHg, 65 pulsů/min., tělesná teplota 36,6°C.

9.1 Ošetřovatelský proces dle Marjory Gordonové „Model funkčního typu zdraví“

Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Subjektivně: Klientka se postupně se svým zdravotním stavem vyrovnává. Uvědomuje si, že takto zdravotně postižená není jediná. Doufá v možnou transplantaci ledvin.

Objektivně: Klientka popisuje svůj zdravotní stav bez negativních emocí, snaží se adaptovat na nastalou situaci. I přes svůj handicap mluví o svých plánech do budoucna. Uvědomuje si rizika spojená se svým zdravotním stavem a snaží se je eliminovat. O své zdraví aktivně pečuje. Chodí 2x denně se psem na procházky, prochází se po poli, aby trénovala stabilitu chůze s protézami, zkouší jezdit na kole, účastní se různých charitativních akcí, sportovních

akcí pro handicapované s nehandicapovanými, řídí svůj automobil se speciálně upraveným řízením. Lékařská doporučení dodržuje pouze částečně.

Výživa a metabolismus

Subjektivně: Klientka cítí, že přibrala na váze. Dialyzační dietu zná, ale nevyhovuje jí, proto ji dodržuje jen částečně. S dodržováním pitného režimu problém nemá.

Objektivně: Klientka má vyšší hmotnost o 10 kg a zmohutněla jí ramena. BMI má 25. Dialyzační dietu zná a částečně se jí naučila dodržovat, ale někdy se řídí heslem, že si tělo řekne, co potřebuje. Snaží se dodržovat nízkofosforovou dietu. Upřednostňuje kvalitní potravu před kvantitou. Dialyzační dieta ji v příjmu tekutin neomezuje, má ráda obyčejnou vodu. Užívá Kolostrum, hořčičkové preparáty a nemá ráda houby. Na kůži horních i dolních končetin a hýždí má zhojené defekty po nekróze vyvolané meningokokovou infekcí. Kůže na pahýlech amputovaných končetin ještě není zcela zhojená. Pravidelná kontrola těchto ran probíhá na dialyzačním středisku po dialyzačním ošetření a také na chirurgické ambulanci. Na levé horní končetině má založenou brachiocefalickou fistuli.

Vylučování

Subjektivně: Klientka neudává potíže v této oblasti.

Objektivně: Klientka močí 1700ml/24 hodin. Moč i stolice je bez příměsí a patologického zápachu. Stolice pravidelná, projímadla neužívá. Pocení pacientka udává přiměřené.

Aktivita, cvičení

Subjektivně: Klientka je aktivní, běžné denní aktivity zvládá sama bez pomoci. Volný čas tráví s matkou a se svým psem.

Objektivně: Klientka je plně soběstačná dle Barthelova testu základních všedních činností 100 bodů, na dialyzačním středisku se pohybuje sama bez pomoci. V září 2017 celý měsíc intenzivně rehabilitovala na rehabilitační klinice u Prahy a na dialyzační ošetření jezdila do Prahy. Nyní na rehabilitaci nechodí, ale opět ji do budoucna plánuje. Někdy ji v provozování aktivit omezuje brnění a bolest pahýlů dolních končetin, ale říká: „*musí se to překonat, jestli chci fungovat*“.

Spánek, odpočinek

Subjektivně: Potíže se spánkem klientka neudává.

Objektivně: Spánek má klientka kvalitní, nepřerušovaný. Medikamenty na spaní neužívá. Po probuzení se cítí odpočatá. Často klientka spí i během dialyzačního ošetření a někdy, když je unavená, tak si doma odpočine i po návratu z dialyzačního střediska. Večer před spaním kromě osobní hygieny ještě pacientka čistí a dezinfikuje protézy.

Vnímání, poznávání

Subjektivně: Smyslové vnímání je bez potíží, pro zkvalitnění pohybu někdy klientka používá ještě kompenzační pomůcky. Udává občasnou bolest a svědění pahýlů dolních končetin hlavně při dialyzačním ošetření a svědění kůže celého těla. Dříve chodila na fototerapii, ale nevyhovovala jí. Nyní občas chodí na laserové ošetření defektů na dolních končetinách, ale udává po tomto ošetření zhoršení bolesti pahýlů. Prý se často rozhoduje moc rychle. Lituje, že nedostudovala střední školu.

Objektivně: Klientka je po částečné amputaci obou dolních končetin pod kolenem a nosí protézy, které jí neustále brání v úplném zhojení pahýlů. Na stupnici Melzackovy škály bolesti od jedné do pěti udává bolest pahýlů mezi stupni 2 a 3. Navštěvuje Centrum léčby bolesti a užívá léky na tlumení této bolesti. Udávaná bolest nemá vliv na kvalitu spánku. Někdy udává bolest i po nápichu AVF na levé horní končetině. Kůži na těle si promazává hojivými mastmi.

Sebekoncepce, sebeúcta

Subjektivně: Klientka se za svůj aktuální vzhled nestydí, jen jí mrzí, že přibrala 10 kg a že jí zmohutněla ramena. Je na sebe hrdá, že se zvládla celkem dobře vypořádat s následky závažného onemocnění a je ráda, že už lidem ve svém okolí nepřidělává jen starosti, ale že dokáže být i druhým oporou.

Objektivně: Klientka o sebe dbá, navštěvuje pravidelně kadeřnici, líčí se. Při komunikaci nedává najevo známky sebelítosti nebo podceňování se. Oční kontakt udržuje, neuhýbá pohledem.

Plnění rolí, vztahy

Subjektivně: Klientka v této oblasti neudává žádné potíže.

Objektivně: Klientka plní roli dcery a sestry a při dialyzačním ošetření plní roli pacientky. Snaží se mamince nepřidělovat moc starostí a někdy jí i pomáhá. Vztahy se sestrou jsou v pořádku. S otcem klientka komunikuje pouze někdy po telefonu. Na dialyzačním středisku je klientka bezkonfliktní, na prostředí dialyzačního střediska si zvykla dobře. Se zdravotnickým personálem si někdy ráda povídá.

Sexualita, reprodukce

Subjektivně: Klientka v této oblasti není spokojená.

Objektivně: Klientka je bezdětná, stálého partnera nemá. Zmínila se pouze o kamarádech.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládnání

Subjektivně: Klientka má pocit, že nic nestíhá. Někdy má nabitý týden a někdy je celý týden doma.

Objektivně: V současné době se klientka cítí dobře, žádný stres nepocituje. I když má nabitý týden různými charitativními akcemi a setkáními s přáteli, tak to zvládá dobře a je za tato setkání ráda. Se smíchem dodává, že stres pocituje pouze někdy ráno, když zaspí na dialyzační ošetření.

Životní hodnoty, víra

Subjektivně: Klientka po těžké nemoci a jejích následcích přehodnotila svůj život a životní hodnoty.

Objektivně: Klientka není věřící, ale je křtěná. Uvědomuje si, že nyní má pro ni rodina a zdraví větší význam než v období, kdy byla zdravá a kdy z jejího nynějšího pohledu řešila nepodstatné věci.

Jiné: Klientka neudává žádný další problém.

9.2 Ošetrovatelské diagnózy

00046 – Narušená integrita kůže v oblasti AVF na levé horní končetině z důvodu opakovaných punkcí dialyzačními jehlami projevující se subjektivně bolestí vpichů a objektivně krvácením ze vpichů po odstranění dialyzačních jehel na konci dialyzačního ošetření.

Ošetrovatelské cíle: Zabránit vzniku infekce v okolí AVF a edukovat pacienta v oblasti správné techniky a délky stlačení vpichů na AVF.

Ošetrovatelské intervence: Při manipulaci s AVF postupuj přísně sterilně dle ošetrovatelských standardů, pátrej po známkách infekce v okolí AVF, o případných změnách informuj lékaře, vpichy po zavedení dialyzačních jehel kryj sterilním materiálem, edukuj pacienta o bodovém stlačení vpichů a jeho minimální délce trvání 10 minut a nutné kontroly AVF pro případné rozkrvácení ze vpichů.

Hodnocení: Pacientka dokáže zopakovat a uplatňovat zásady v oblasti správné techniky a délky stlačení vpichů na AVF. K rozvoji infekce na AVF nedošlo.

00133 – Chronická bolest z důvodu částečné amputace obou dolních končetin po prodělané meningitidě projevující se subjektivně sdělením a označením bolesti a objektivně bolestivými grimasami.

Ošetrovatelské cíle: Pacientka dodržuje farmakologický režim a udává, že je bolest zmírněná.

Ošetrovatelské intervence: Pozoruj neverbální projevy bolesti, zhodnot' vliv bolesti na spánek a duševní pohodu pacientky, při dialyzačním ošetření pečuj o pohodlí pacientky, podávej analgetika dle ordinace lékaře, sleduj účinky analgetik.

Hodnocení: Klientka nastavenou analgetickou léčbu z Centra pro léčbu bolesti dodržuje jen částečně, po analgeticích udává úlevu od bolesti pouze dočasně na stupeň 1-2.

00155 – Riziko pádů z důvodu užívání protéz dolních končetin a jiných kompenzačních pomůcek z důvodu částečné amputace dolních končetin pod koleno.

Ošetrovatelské cíle: Klientka se vyhýbá rizikovému chování, které by náhlý pád mohlo způsobit a ví, jak správně používat kompenzační pomůcky.

Ošetřovatelské intervence: Zajisti pacientce bezpečné prostředí na dialyzačním středisku, sleduj její zdravotní stav, hodnoty krevního tlaku, pouč ji o pomalém opouštění dialyzačního lůžka a nutnosti používání kompenzačních pomůcek.

Hodnocení: Klientka zná rizikové chování, které by mohlo způsobit náhlý pád.

9.3 Edukační plán

Edukace klientky probíhala individuálně na dialyzačním středisku při dialyzačním ošetření formou rozhovoru a vysvětlováním. Účelem edukace je poskytnout klientce dostatek informací o dialyzační léčbě a správné péči o AVF. Klientce byly poskytnuty edukační materiály. Délka trvání edukace byla 45 minut. Cílem edukace je pacientka se znalostmi v oblasti dialyzační léčby včetně správné péče o AVF.

Afektivní cíl: Klientka bude chápat nutnost punkce AVF i přes nepříjemné bolestivé podněty, které ji doprovází.

Výsledná kritéria: Klientka si uvědomuje, že je správná punkce AVF důležitá pro bezproblémový průběh dialyzačního ošetření, které je pro ni životně důležité.

Kognitivní cíl: Klientka má dostatek informací o dialyzační léčbě a o správné péči o cévní přístup.

Výsledná kritéria: Klientka získaným informacím porozuměla a dokáže je zopakovat. Uvědomuje si případné negativní následky při nedodržování daných informací.

Psychomotorický cíl: Klientka ví, jak si má vyšetřovat funkčnost AVF na levé horní končetině.

Výsledná kritéria: Klientka si umí vyšetřit funkčnost svého cévního přístupu a ví, že si má levou horní končetinu se založenou AVF chránit, protože je to její jediný cévní přístup k dialyzační léčbě. Ví, že v končetině nemá nosit nic těžkého, že si na ní nemá měřit krevní tlak, že má jakoukoliv změnu vzhledu končetiny hlásit lékaři a že nemá nosit těsné náramky nebo hodinky.

Zhodnocení efektivity péče: Klientka se s nutnou pravidelnou dialyzační léčbou postupně vyrovnává. Nebrání jí v tom ani její tělesné postižení, které již nevnímá jako handicap, ale jako začátek nové etapy života. Podpora rodiny a nejbližšího okolí pomohla klientce cítit

se dobře po psychické i fyzické stránce. Někdy si klientka prosazuje názory na léčbu svého zdravotního stavu, ale dialyzační omezení zvládá dobře.

DISKUZE

V této části bakalářské práce se věnuji podrobnému rozboru a zamyšlení nad výzkumnými otázkami směřujícími k odpovědi na hlavní cíl kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením. Dílčími cíli zjišťuji, zda došlo ke změně role pacienta v sociálním prostředí a jak pacient vnímá kvalitu svého života i přes své nefrologické onemocnění a zdravotní postižení. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jak vnímají a snáší dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením a naplánovat a zorganizovat odborné školení na téma nefrologický pacient se zdravotním postižením.

Hlavním důvodem volby tématu Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením pro mojí bakalářskou práci bylo zjištění, že tato kombinace daných onemocnění je tabuizované téma. Dialyzovaného pacienta si asi většina z nás představí jako soběstačného člověka docházejícího nebo dojíždějícího 2 - 3x týdně na pravidelné dialyzační ošetření. Ale co když je tento pacient zdravotně postižený? Vnímá dialyzační léčbu stejně jako ostatní pacienti? Je pro něj pravidelný dialyzační režim zvládnutelný na stejné úrovni? Pro vypracování kvalitativního výzkumu jsem záměrně oslovila klienty dialyzačního střediska s odlišným zdravotním postižením, abych získala rozdílné informace o vnímání jejich života se zdravotním postižením a současnou pravidelnou dialyzační léčbou.

Výzkumná otázka č.1 – Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

Z rozhovoru s respondentem č.1, pacientkou se zrakovým postižením, je patrné, že pravidelnou dialyzační léčbu vnímá i přes své zrakové postižení jako součást svého života, která ji neomezuje. Dialyzační léčba jí ulevila od obtíží, které předcházely diagnostikování chronického onemocnění ledvin. Dialyzační omezení zvládá dodržovat díky svému starostlivému otci, bez kterého by složitou životní situaci nezvládla.

Respondentka č.2, klientka s tělesným postižením, vnímá pravidelnou dialyzační léčbu jako náhlý šok ve svém životě. Jelikož došlo ke vzniku jejího tělesného postižení a onemocnění ledvin současně, o to jsou její pocity intenzivnější. Život klientky negativně ovlivňuje nejen pravidelná dialyzační léčba, ale i tělesné postižení. Onemocnění ledvin ji omezuje hlavně ve volném čase a brání jí najít si plnohodnotnou práci, která by ji naplňovala. Doufá v možnou transplantaci, která by jí změnila život.

Z jednoslovných odpovědí respondenta č.3, klienta s mentálním postižením, není zcela patrné, zda si plně uvědomuje dopady dialyzační léčby na svůj dosavadní život. Může se nabízet otázka, zda to není štěstí na jeho již tak nelehké životní cestě.

Výzkumná otázka č.2 – Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

Respondentka č.1 uvádí, že vlivem svého zdravotního stavu ztratila některé kamarádky, ale získala nové známé na dialyzačním středisku, kteří ji pomáhají i v soukromém životě. Vztahy v rodině se více upevnily, ale klientku mrzí, že nemůže vlivem zrakového postižení zastávat plně svoji funkci dcery a otcí pomáhat s domácími pracemi, které ji tolik bavily. Role pacienta na dialyzačním středisku je klientce příjemná, cítí se tam dobře. Díky nově navázaným vztahům na dialyzačním středisku se klientka nebrání ani společné návštěvě kina nebo divadla.

Respondentka č.2 cítí velkou podporu od matky a od všech příbuzných z její strany. Roli dcery se snaží plnit zodpovědně, uvádí zlepšení vztahu s matkou. Je pyšná na to, že i přes svůj zdravotní stav dokáže být matce oporou. Vztah s otcem se i přes zdravotní komplikace v klientčině životě nezměnil. To, jak se klientka cítí v roli pacientky na dialyzačním středisku, závisí na průběhu dialyzačního ošetření. U klientky došlo vlivem jejího zdravotního stavu k částečné změně aktivit. Nyní tráví většinu svého volného času s osobami s podobnými zdravotními komplikacemi, ale za svůj zdravotní stav se nestydí a neváhá jít například ani na bál.

Respondent č.3 se při dotazu na vztahy s jeho sestrou poprvé rozpovídal a neodpověděl pouze jedním slovem. Změny ve vztahu se svými sourozenci neuvádí. Při pobytu na dialyzačním středisku se cítí dobře, jezdí tam rád. Do budoucna plánují s personálem z Domova výlet.

Výzkumná otázka č. 3 – Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

Respondentka č.1 nevnímá snížení kvality svého života vlivem nefrologického onemocnění, ale vlivem zdravotního postižení, které mu předcházelo. Klientka je sledována na psychiatrii pro depresivní stavy, kterými ale trpěla již před příchodem do dialyzačního programu. V plnění klientčiných snů o cestování ji brání zrakové postižení, protože jak sama říká, tak cestovat se dá i s dialýzou. Pozitivním přínosem dialyzační léčby je pro klientku úleva od obtíží fyzických i psychických a nově vzniklé vztahy.

Respondentka č.2 také nevnímá snížení kvality života vlivem nefrologického onemocnění, ale vlivem tělesného postižení, ke kterému došlo současně. Po dialyzačním ošetření se u ní objevuje únava, kterou dříve neznala. U klientky se vyskytují obavy z nemožné transplantace a celkový strach z budoucnosti. Pravidelná dialyzační léčba ji brání v získání stabilního zaměstnání a společně s tělesným postižením ji omezuje v navazování vztahů s opačným pohlavím. Žádná pozitiva v podstupování pravidelné dialyzační léčby nevidí.

Respondent č.3 si vlivem mentálního postižení zřejmě nedokáže plně uvědomit dopad svého onemocnění na osobní život, ale na základě jeho stručných odpovědí můžeme zjistit, že nefrologické onemocnění i s jeho důsledky vnímá pozitivně.

Výzkumná otázka č.4 – Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

Respondentka č.1 vnímá dialyzační léčbu velice pozitivně. Těší se na změnu prostředí a na úlevu od obtíží, které ji doma mezi dialyzačními ošetřeními provází. Obtížný je pro klientku pouze transport sanitkou na dialyzační středisko. O pomoc s přípravami na odjezd musí požádat svoji kmotru. Při dialyzačním ošetření se u klientky někdy vyskytuje hypotenze a bolesti zad, ale jinak ošetření zvládá dobře. Změnám místa na dialyzačním sále se i přes své zrakové postižení a obtížnou orientaci v prostoru nebrání. Při rozhovoru klientka uvádí, že zdravotnický personál bere ohled na její zrakové postižení a o všech intervencích ji předem informuje.

Respondentka č.2 vnímá dialyzační léčbu negativně. Chtěla by zpátky svůj bezstarostný život. Ranní příprava je pro klientku velice náročná, protože žije sama se svým psem, o kterého se musí před odjezdem postarat. Nejvíce času jí zabere opatrné nasazování protéz, důležité pro prevenci porušení kožní integrity na pahýlech dolních končetin. Klientčino vnímání dialyzačního ošetření se odvíjí od toho, zda je nápich AVF bolestivý či nikoliv. Klientka udává, že je jí na dialyzačním středisku umožněn bezbariérový přístup až k jejímu lůžku a že nyní by změnu místa na dialyzačním sále snášela lépe fyzicky než psychicky.

Respondent č.3 vnímá pravidelná dialyzační ošetření dobře. Je soběstačný a přípravu na dialyzační ošetření zvládá dle jeho slov sám. Komplikace při dialýze klient neuvádí, celkově je během pobytu na dialyzačním středisku spokojený.

Získané informace od těchto respondentů během kvalitativního výzkumu nám slouží k podrobnějšímu prozkoumání pocitů a prožitků v jejich komplikované životní situaci a vedou k hlubší empatii při práci s těmito klienty.

Na téma Dialyzovaný pacient se zdravotním postižením není dostupná relevantní literatura. Dosažené výsledky jsem porovnávala se zahraniční přednáškou na téma Dialyzovaný pacient a zmyslové postihnutie. (23) Přednáška obsahuje rozdělení zdravotního postižení, zásady komunikace s neslyšícími pacienty a jejich edukace a zpracování kazuistiky u neslyšícího klienta léčeného hemodialýzou, ale nevěnuje pozornost pocitům a prožitkům klienta, na které bychom neměli zapomínat. Právě jejich pocity a prožitky nám mohou sloužit jako zpětná vazba při péči o dialyzované klienty se zdravotním postižením.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována problematice dialyzovaných osob se zdravotním postižením. Cílem kvalitativního výzkumu, který jsem pro zpracování práce použila, bylo získat informace o tom, jak pravidelná dialyzační léčba ovlivňuje život zdravotně postiženého klienta, které bychom následně mohli využít pro zkvalitnění ošetrovatelské péče poskytované na dialyzačních střediscích. Kvalitní zdravotnický pracovník by neměl disponovat pouze odbornými praktickými dovednostmi a znalostmi, ale měl by mít i schopnost empatie, měl by umět naslouchat a neuposuzovat chování nemocného bez předchozího zjištění, co ho právě k danému chování vedlo. Právě pro zkvalitnění těchto schopností nám pomáhá trávení času s nemocným a vzájemná komunikace.

Teoretická část přibližuje čtenáři problematiku ledvinného selhání včetně možností jeho léčby. Dále se věnuje rozdělení zdravotního postižení a zásadám komunikace se zdravotně postiženými klienty. Praktická část bakalářské práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaných rozhovorů včetně zpracovaného ošetrovatelského procesu. Nabízí nám možnost nahlédnout do osobních životů tří záměrně vybraných zdravotně postižených klientů podstupujících pravidelnou dialyzační léčbu. Tímto bych chtěla respondentům poděkovat za jejich souhlas s rozhovory, bez kterých by realizace této bakalářské práce nebyla možná. V diskuzi jsou zpracovány jednotlivé výzkumné otázky a shrnuty zjištěné informace získané během rozhovorů s klienty.

Na základě vypracování kvalitativního výzkumu se nám podařilo dosáhnout cíle bakalářské práce, který byl zjistit, jak pravidelná dialyzační léčba ovlivňuje život pacienta se zdravotním postižením. Byli vybráni respondenti s rozdílným zdravotním postižením i životními příběhy, abychom získali odlišné výsledky kvalitativního šetření. Výsledky a průběh kvalitativního výzkumu budou prezentovány na odborném semináři na pracovišti, který je výstupem bakalářské práce.

Dialyzační léčba s sebou nese spoustu úskalí a nepříjemných komplikací, se kterými se klienti musí vyrovnávat. Každý pacient má jedinečnou osobnost a s touto skutečností se vyrovnává odlišně. Někteří klienti mohou pravidelnou dialyzační léčbu vnímat dokonce jako pozitivní změnu ve svém životě, jak nám dokazují zjištěné informace od respondentky č.1. Je jen na nás, zdravotnických pracovnících, abychom klientům pomohli vyrovnat se s touto nelehkou situací co nejlépe a abychom jim byli nablízku vždy, když to budou potřebovat.

LITERATURA A PRAMENY

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. str. 512. ISBN 978-80-247-4788-0.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. str. 544. ISBN 978-80-247-3240-4.
3. LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. str. 320. ISBN 978-80-247-2526-0.
4. TESAŘ Vladimír, VIKLICKÝ Ondřej a kol. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. str. 560. ISBN 978-80-247-4367-7.
5. VIKLICKÝ, Ondřej a kol. *Predialýza*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2013. str. 298. ISBN 978-80-7345-356-5.
6. VIKLICKÝ Ondřej, TESAŘ Vladimír, DUSILOVÁ Sylvie a kolektiv. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. str. 192. ISBN 978-80-247-3227-5.
7. LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008. str. 130. ISBN 978-80-7262-552-9.
8. CHYTILOVÁ, Eva a kol. *Cévní přístupy pro hemodialýzu*. Praha: Mladá fronta a.s., 2015. str. 190. ISBN 978-80-204-3657-3.
9. HRUBÝ Milan, MENGEROVÁ Olga. *Výživa při pravidelném dialyzačním léčení*. Praha: Forsapi, s.r.o., 2009. str. 118. ISBN 978-80-87250-06-8.
10. ANDRÝSOVÁ, Kateřina. *Výživa hemodialyzovaných pacientů*. Pardubice, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce Michaela VOTROUBKOVÁ.
11. VIKLICKÝ Ondřej, JANOUŠEK Libor, BALÁŽ Peter a kolektiv. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. str. 384. ISBN 978-80-247-2455-3.
12. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2014. str. 815. ISBN 978-80-262-0696-5.

13. SOMMEROVÁ, Kateřina. *Postoj a povědomí veřejnosti na Jihlavsku ke zdravotně postiženým lidem*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Jarmila ŠTASTNÁ.
14. MICHALÍK, Jan a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, s.r.o., 2011. str. 512. ISBN 978-80-7367-859-3.
15. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, s.r.o., 2010. str. 160. ISBN 978-80-7367-691-9.
16. ČÁKIOVÁ, Julie. Klasifikace zrakového postižení. In: *Nicm.cz* [online]. 28.03.2014 [cit. 04.02.2018]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/klasifikace-zrakoveho-postizeni>.
17. KOLESOVÁ, Eva. Vady a poruchy sluchu. In: *Logopedonline.cz* [online]. 03.09.2010 [cit. 04.02.2018]. Dostupné z: <http://www.logopedonline.cz/vady-sluchu/vady-a-poruchy-sluchu.html>.
18. JANÁČKOVÁ Laura, WEISS Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. str. 136. ISBN 978-80-7367-477-9.
19. PANČOCHA Karel, PROCHÁZKOVÁ Lucie, SOLÁROVÁ SAYOUD Kateřina et al. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. str. 272. ISBN 978-80-210-6306-8.
20. MAJERNÍKOVÁ Mária, ROSENBERG Jaroslav, ROLAND Robert. Cievny prístup ako prognostický faktor prežívania hemodialyzovanej populácie. *Aktuality v nefrologii* [online]. 2015, 3(114) [cit. 21.03.2018]. ISSN 1210-955X. Dostupné z: www.tigis.cz/images/stories/Aktuality_nefro/2015/03/05_abstrakta.pdf
21. PÁSTOROVÁ Silvia, ANTONÍKOVÁ Alena. Ošetrovanie kontaktnou sestrou a jeho význam pri edukácii non-adherentného pacienta. In: *Nefrosestry.sk* [online]. 11.11.2016 [cit. 21.03.2018]. Dostupné z: nefroscopy.sk/download/prednasky/Osetrovanie%20kontaktnou%20sestrou%20a%20jej%20význam%20pri%20edukácii%20pacienta.pdf
22. HERDMAN T. Heather, KAMITSURU Shigemi. *Ošetrovatelské diagnózy: definice a klasifikace NANDA-International 2015-2017*. Praha: Grada Publishing a.s., 2015. str. 464. ISBN 978-80-247-5412-3.

23. PAVÚKOVÁ J., VARGOVČÍKOVÁ L. Dialyzovaný pacient a zmyslové postihnutie. In: *Nefrosestry.sk* [online]. 10.09.2011 [cit. 21.03.2018]. Dostupné z: nefrostry.sk/download/prednasky/Pavukova.pdf.
24. VČELÁK, Petr. Petr Včelák: Šablona pro kvalifikační práce studentů Fakulty zdravotnických studií na ZČU v Plzni. In: *Home.zcu.cz* [online]. 13.02.2015 [cit. 10.09.2017]. Dostupné z: <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>
25. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, s.r.o., 2008. str. 408. ISBN 978-80-7367-485-4.

SEZNAM ZKRATEK

ARS.....	Akutní renální selhání
GIT.....	Gastrointestinální trakt
KDIGO.....	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
GF	Glomerulární filtrace
PTH.....	Parathormon, hormon příštítných tělísek
HDF	Hemodiafiltrace
CNS.....	Centrální nervová soustava
CAPD.....	Continual Ambulatory Peritoneal Dialysis
APD	Automatizovaná peritoneální dialýza
PET	Peritoneální ekvilibrační test
WHO.....	World Health Organization
VND.....	Dislokace venózní jehly
AVF	Arteriovenózní fistule
IQ	Intelligenční kvocient

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Vliv dialyzační léčby.....	52
Tabulka 2 – Změna role pacienta.....	53
Tabulka 3 – Kvalita života s dialýzou a zdravotním postižením.....	53
Tabulka 4 – Rozdílné vnímání dialyzační léčby.....	54

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Hemodialyzační monitor

Obrázek 2 - Radiocefalická AVF

OBRÁZEK 1 – HEMODIALYZAČNÍ MONITOR



Zdroj: vlastní

OBRÁZEK 2 – RADIOCEFALICKÁ AVF



Zdroj: vlastní

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovorům

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Příloha 3 – Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce

Příloha 4 – Výsledky pravidelné měsíční laboratorní kontroly před dialyzačním ošetřením a po jeho ukončení

Příloha 5 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha 6 – Melzackova škála bolesti

Příloha 7 – Pozvánka na seminář

PŘÍLOHA 1 – OTÁZKY K ROZHOVORŮM

Jak ovlivňuje pravidelná dialyzační léčba život pacienta se zdravotním postižením?

1. Kdy jste si poprvé všiml(a) změn ve svém zdravotním stavu před diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění a o jaké změny šlo?
2. Jak jste se vyrovnal(a) s diagnostikováním chronického ledvinného onemocnění?
3. Vyskytlo se u Vás dříve chronické onemocnění ledvin nebo zdravotní postižení?
4. Jak zvládáte dodržovat dialyzační dietu včetně nutnosti užívání pravidelné medikace i přes své zdravotní postižení?
5. V čem Vás pravidelná dialyzační léčba omezuje?

Změnila se role pacienta v sociálním prostředí?

6. Změnily se vztahy s Vašimi blízkými po diagnostikování chronického onemocnění ledvin?
7. Jakým způsobem Vás rodina podporuje?
8. Pociťujete známky selhání své role v rodině?
9. Jak vnímáte svojí roli pacienta při pobytu na dialyzačním středisku?
10. Došlo u Vás k omezení nebo ke změně výběru účasti na společenských aktivitách?

Jak vnímá kvalitu svého života pacient s nefrologickým onemocněním a zdravotním postižením současně?

11. Došlo u Vás v důsledku onemocnění ledvin ke snížení soběstačnosti?
12. Vyskytují se u Vás po dialýze obtíže, které Vás omezují v každodenním životě?
13. Vyskytují se u Vás negativní emoce, strach z budoucnosti?
14. Brání Vám pravidelná dialyzační léčba a Vaše zdravotní postižení v plnění Vašich životních cílů a plánů?
15. Přinesla Vám do života pravidelná dialyzační léčba něco pozitivního (např. upevnění vztahů v rodině nebo získání nových kontaktů)?

Jak snáší a vnímají dialyzační ošetření pacienti s rozdílným zdravotním postižením?

Otázky pro pacientku se zrakovým postižením:

16. Jaké pocity se u Vás objevují ráno před odjezdem na dialyzační středisko?
17. Je pro Vás příprava a transport na dialyzační středisko obtížný?
18. Vyskytují se u Vás nějaké komplikace při dialyzačním ošetření?
19. Jak byste snášela změnu Vašeho místa na dialyzačním sále, ovlivnilo by to Vaši prostorovou orientaci a celkové vnímání dialyzačního ošetření?
20. Cítíte se při každém dialyzačním ošetření dostatečně informována o veškerých pracovních postupech zdravotnického personálu týkající se Vaší osoby?
21. Jak se cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při průběhu dialyzačního ošetření?

Otázky pro pacientku s tělesným postižením:

22. Jaké pocity se u Vás objevují ráno před odjezdem na dialyzační středisko?
23. Je pro Vás příprava a transport na dialyzační středisko obtížný?
24. Vyskytují se u Vás nějaké komplikace při dialyzačním ošetření?

25. Je Vám na dialyzačním středisku umožněn bezproblémový přístup až k Vašemu lůžku na dialyzačním sále?
26. Jak byste snášela změnu Vašeho místa na dialyzačním sále, ovlivnilo by to Vaše celkové vnímání dialyzačního ošetření? (např. umístění daleko od vchodu na dialyzační sál, výměna lůžka za křeslo)
27. Jak se cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při průběhu dialyzačního ošetření?

Otázky pro pacienta s mentálním postižením:

28. Jaké pocity se u Vás objevují ráno před odjezdem na dialyzační středisko?
29. Je pro Vás příprava a transport na dialyzační středisko obtížný?
30. Vyskytují se u Vás nějaké komplikace při dialyzačním ošetření?
31. Cítíte se při každém dialyzačním ošetření dostatečně informován o veškerých pracovních postupech zdravotnického personálu týkající se Vaší osoby?
32. Jak se cítíte při pobytu na dialyzačním středisku a při průběhu dialyzačního ošetření?

PŘÍLOHA 2 – INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PROBLEMATIKA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

STUDENT

Jméno: Kristýna Nachtmannová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kristyna@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:

Jméno: Mgr. Lenka Kroupová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: lenkroup@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je poukázat na odlišnosti v přístupu k pacientům se zdravotním postižením při provádění dialyzační léčby.

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

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

PŘÍLOHA 3 – ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení studentky: Kristýna Nachtmannová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor / ročník: Všeobecná sestra, 3. ročník

Název bakalářské práce: Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Kroupová, Západočeská univerzita v Plzni

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): lenkroup@kos.zcu.cz, 377 633 780

Jsem zaměstnancem poskytovatele zdravotních služeb:

Název poskytovatele zdr. služeb: B.Braun Avitum s.r.o., V Parku 2335/20, Praha 4, 14800

Pracoviště: HDS Plzeň

Pracovní pozice: všeobecná sestra

Cíle bakalářské práce: Uvedeným tématem chci poukázat na odlišnosti v přístupu k pacientům se zdravotním postižením při provádění dialyzační léčby. Výstup z bakalářské práce bude obsahovat doporučení, která zmírní nejistotu ošetrovatelského personálu v komunikaci s těmito pacienty a zvýší kvalitu ošetrovatelské péče.

Termín přípravy pro empirickou část práce: listopad 2017 – únor 2018

Kontaktní pracoviště B.Braun Avitum s.r.o. pro empirickou část: Dialyzační středisko Plzeň, Edvarda Beneše 9, Plzeň 301 00, Tel.: 377 423 001

Metoda empirické části práce

1. Pomocí rozhovoru

Pro sběr informací pomocí rozhovoru oslovím: pacienty

Plánovaný počet respondentů z HDS Plzeň: 3 respondenti

2. Vypracováním ošetrovatelského procesu

Žádám o možnost poskytnutí informací o:

- léčebných metodách
- ošetrovatelských postupech
- zobrazovacích metodách
- radioterapeutických metodách
- laboratorních metodách / analýzách / výsledcích
- metodách / možnostech fyzioterapie / ergoterapie

v rámci přípravy podkladů pro vypracování mé bakalářské práce.

Žádost podává student: Kristýna Nachtmannová, 774049043,

kristyna@students.zcu.cz

V Plzni dne: 25.10.2017

B | BRAUN

3

IC: 618 56 827
DIČ: CZ61856827

B. Braun Avitum s.r.o.
V Parku 2335/20
CZ-148 00 Praha 4
Tel: +420-271 031 911
Fax: +420-271 037 912

DOUHLAVÍM S ŠETŘENÍM



PŘÍLOHA 4 – VÝSLEDKY PRAVIDELNÉ MĚSÍČNÍ LABORATORNÍ KONTROLY PŘED DIALYZAČNÍM OŠETŘENÍ A PO JEHO UKONČENÍ

Biochem. hodnoty

07.03.2018 1 HD - MK 1 měsíční

S_Vazebná kapacita F 49,9 umol/l

07.03.2018 1 HD roční

S_Protein	61,0-	g/l	S_Bilirubin celkový	5,7	umol/l
S_Cholesterol	5,34	mmol/l	S_P	1,87+	mmol/l
S_Cholesterol HDL	1,27	mmol/l	S_Fe	14,30	umol/l
S_Cholesterol LDL	3,42	mmol/l	S_Ca	2,31	mmol/l
S_Triglycerid	1,23	mmol/l	S_Cl	106	mmol/l
S_HBsAg	Negativní	arb.j.	S_K	5,5+	mmol/l
S_Anti-HBsAg	517,00	arb.j.	S_Na	138	mmol/l
S_Anti-HCV	Negativní	arb.j.	S_Transferin	1,98	g/l
S_Kreatinin	522,0+	umol/l	S_Saturace transferi	29,70	l
S_Urea	13,0+	mmol/l	S_Ferritin	114,3-	ug/l
S_Albumin	41,0	g/l	S_CRP	1,66	mg/l
S_GGT	0,19	ukat/l	S_Glukóza	5,00	mmol/l
S_AST	0,29	ukat/l	PTH	299+	pg/ml
S_ALT	0,24	ukat/l	S_HIV 1,2	Negativní	arb.j.
S_ALP	1,33	ukat/l			

07.03.2018 1 Krevní obraz + dif.

B_Leukocyty	8,89	10 ⁹ /l	LKC(B)_Monocyty	0,117	l
B_Hemoglobin	120	g/l	LKC(B)_Neutrofilly	0,400	l
B_Erytrocyty	3,70-	10 ¹² /L	LKC(B)_Eozinofily	0,112	l
B_Hematokrit	0,366	l	LKC(B)_Bazofily	0,013	l
B_Trombocyty	395	10 ⁹ /l	ERC(B)_Hemogl.(MCH)	32,4	pg
B_Stř. objem erytr.(99	fl	ERC(B)_Obj. variab.	0,133	l
PLT(B)_Trombocyt (MP	10,70	fl	ERC(B)_Hemogl.(MCHC)	328,00	g/l
LKC(B)_Lymfocyty	0,358	l			

07.03.2018 Krevní obraz + dif.

PLT(B)_Trombocyty (P	11,400-	fl	B_Bazofily	0,12+	10 ⁹ /l
B_Neutrofilly	3,55	10 ⁹ /l	B_Monocyty	1,04+	10 ⁹ /l
B_Eozinofily	1,00+	10 ⁹ /l	B_Lymfocyty	3,18+	10 ⁹ /l

07.03.2018 Ostatní

S_Urát	236	umol/l	GF podle CKD- EPI	0,45	ml/s/1,73m ²
S_CHOL/HDL index	4,20	l	S_Osmolalita - výpoč	294	mmol/kg

NEFIS ver. 5.0.43.1 - ProDiz Software® Ústavní 16.2.2018 19:05:20 Strana 1

07.03.2018 1 HD - MK 2

S_Urea	4,1	mmol/l	S_K	4,1	mmol/l
S_Kreatinin	211,0+	umol/l	S_Ca	2,07-	mmol/l
S_Na	137	mmol/l	S_P	0,71-	mmol/l

PŘÍLOHA 5 – BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ



Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

PŘÍLOHA 6 – MELZACKOVA ŠKÁLA BOLESTI



Melzackova škála bolesti



Problematika dialyzovaných pacientů se zdravotním postižením

Datum a místo konání: 30. 4. 2018 v 9:00 hod, Dialyzační středisko B. Braun Avitum s.r.o., Edvarda Beneše 9, Plzeň (areál bývalé vojenské nemocnice)

Program školení:

- Úvod do problematiky zdravotního postižení (druhy zdravotního postižení a jejich specifika)
- Zásady komunikace se zdravotně postiženými osobami
- Praktický nácvik situací
- Zdravotně postižený klient v pravidelném dialyzačním programu

Všichni zúčastnění získají komplexnější vhled do pocitů a prožitků zdravotně postižených klientů v pravidelném dialyzačním programu a získají tak sebejistější přístup k těmto pacientům důležitý pro navození vzájemného pocitu důvěry a pochopení.



ZDROJ: Internet