

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2013**

**ANNA NOVOTNÁ**

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Kvalita života hemodialyzovaných pacientů**

Bc. Anna Novotná

Navazující magisterské studium, obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, kombinovaná forma studia

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, Csc.

**Praha 2013**

# Prague college of psychosocial studies



## Quality of life in hemodialysis patients

Bc. Anna Novotná

Follow-up master's study, field of study: Social work, with a focus on communication and applied psychoterapy, the combined form of studies

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha 2013**

## **Anotace**

Cílem práce bylo zmapovat dopad hemodialyzační léčby na kvalitu života u pacientů v různých věkových skupinách.

Teoretická část se zaměřuje na stručný popis anatomie a fyziologie ledvin, příčiny selhání ledvin a možnosti léčby se zaměřením na hemodialýzu. Podrobněji je popisována problematika kvality života u hemodialyzovaných pacientů.

Výzkumným šetřením bylo sledováno, zda senioři a pacienti v produktivním věku podstupující hemodialýzu mají stejné zkušenosti s léčbou zda pocítují zhoršení kvality života a srovnání výsledků v jednotlivých skupinách. U pacientů, kteří podstupují hemodialyzační léčbu, byla prokázána nižší úroveň kvality života a to nejen v parametrech fyzického zdraví, ale také v sociální a psychologické oblasti. Dílčí analýza ukázala pozitivnější postoj u starších pacientů v porovnání s pacienty v produktivním věku. Z těchto důvodů je třeba věnovat trvalou pozornost kvalitě života u pacientů v hemodialýze a identifikovat ty oblasti kvality života, které lze různými intervenčními zákroky příznivě ovlivnit.

### **Klíčová slova**

Kvalita života, hemodialyzační léčba, chronické onemocnění.

## **Abstract**

The aim of this study was to explore the impact of hemodialysis treatment on quality of life in different age groups of patients.

The theoretical part focuses on a brief description of the anatomy and physiology of the kidneys, the causes of kidney failure and treatment options with a focus on hemodialysis. The issue of quality of life in hemodialysis patients is described in more detailed way.

The investigation traced whether seniors and working-age patients undergoing hemodialysis treatment experience the same deterioration in quality of life and compared the results in respective groups. In all patients treated by hemodialysis the lower level of quality of life was demonstrated, not only in the parameters of physical health, but also in social and psychological areas. The subanalysis of the groups showed more positive attitude in elderly patients in comparison to productive-age group. For these reasons, we must pay constant attention to the quality of life in hemodialysed patients and identify the parts of it which could be favourably affected by therapeutical interventions.

Key word: quality of life, hemodialysis treatment, chronic disease

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kvalita života hemodialyzovaných pacientů“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce.

V Praze, 17.7.2013

Anna Novotná

## Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé diplomové práce MUDr. Olze Dostálové CSc., za cenné rady a připomínky.

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Základní údaje o ledvinách z hlediska medicíny .....</b>	<b>10</b>
1.1 Význam ledvin pro lidský organismus .....	10
1.2 Morfologie a funkce ledvin .....	10
1.3 Porucha funkce ledvin .....	12
1.3.1 Definice selhání ledvin .....	12
1.3.2 Projevy akutního a chronického selhání .....	12
1.3.3 Urémie .....	16
<b>2 Přehled nemocí ledvin a způsob jejich léčby .....</b>	<b>18</b>
2.1 Glomerulopatie .....	18
2.2 Nefrotický syndrom .....	19
2.3 Tumory .....	20
2.4 Dědičná a vrozená onemocnění ledvin .....	21
<b>3 Léčebné metody u pacientů s pokročilým selháním ledvin .....</b>	<b>23</b>
3.1 Transplantace ledvin .....	23
3.2 Dialýza .....	24
3.2.1 Hemodialýza .....	24
3.2.2 Peritoneální dialýza .....	25
3.2.3 Hemofiltrace a Hemodiafiltrace .....	26
<b>4 Kvalita života z pohledu současnosti .....</b>	<b>28</b>
4.1 Úvaha nad definicí kvality života .....	28
4.2 Hodnocení kvality života .....	29
<b>5 Kvalita života u osob se závažným poškozením ledvin .....</b>	<b>32</b>
5.1 Vliv příznaků chronických ledvinových chorob na kvalitu života ....	32
5.1.1 Polyurie a nykturie .....	33
5.1.2 Zadržování tekutiny .....	33
5.1.3 Oligurie a změna barvy moče .....	34



5.1.4	Nechuť až odpor k jídlu.....	34
5.1.5	Působení na svaly a kůži .....	34
5.1.6	Zvýšený krevní tlak .....	34
5.1.7	Sdružené příznaky u nefrotického syndromu.....	35
5.1.8	Příznaky u nefritického syndromu.....	36
5.2.	Kvalita života u hemodialyzovaných pacientů .....	36
5.2.1	Přehled o počtu osob na hemodialýze .....	36
5.2.2	Současný stav kvality života hemodialyzovaných pacientů ..	37
<b>6</b>	<b>Psychosociální přístup k pacientům podstupujícím hemodialýzu .....</b>	<b>40</b>
6.1	Co je zdraví a nemoc .....	40
6.2	Psychologický přístup k pacientovi .....	41
6.2.1	Fáze, jimiž pacient v průběhu chronické nemoci prochází ...	42
6.2.2	Psychická reakce pacienta na nutnost dialýzy .....	44
6.2.3	Psychologický přístup k dialyzovanému pacientovi .....	44
6.2.4	Psychologický přístup z ohledem na etapu života .....	47
6.3	Přínos sociální práce při komplexní péči o pacienta v hemodialýze ...	50
<b>7</b>	<b>Praktická část. Vlastní výzkumné šetření .....</b>	<b>53</b>
7.1	Cíle práce a hypotézy .....	53
7.1.1	Cíle práce .....	53
7.1.2	Hypotézy .....	53
7.2	Zkoumané soubory a metodika .....	53
7.2.1	Charakteristika výzkumných souborů .....	53
7.2.2	Metodika .....	56
7.3	Výsledky .....	57
7.4	Diskuze .....	72
	<b>Závěr .....</b>	<b>78</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>80</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>83</b>

## ÚVOD

Zohledňování kvality života pacienta je důležitou součástí dnešní moderní medicíny. Její udržování a zlepšování by mělo být jedním ze základních úsilí zdravotnického personálu. Proto se nejen snažíme prodloužit život pacientů s potencionálně smrtelnými nemocemi, jako je třeba chronické selhání ledvin, ale snažíme se i o to, aby jejich život byl co nejhodnotnější. Na rozdíl od dřívějších dob, kdy měřítkem úspěchu lékaře byla hlavně délka přežití, dnes se již považuje za neméně významné, aby mohl pacient dožít svůj život v co největší možné relativní spokojenosti.

Tématem, kterým bych se chtěla zabývat ve své diplomové práci, je kvalita života pacientů závislých na hemodialyzační léčbě. Vybrala jsem si je z důvodu mé dlouholeté praxe na hemodialyzačním středisku, kde se setkávám s těmito pacienty. Cílem této práce je zjistit dopady hemodialyzační léčby na kvalitu života v různém věku jejich uživatelů a stanovit, která z oblastí je pro hemodialyzovaného pacienta nejdůležitější a zda můžeme v této oblasti pacientovi pomoci zlepšit jeho kvalitu života.

Chronické onemocnění ledvin postihuje nemalou část populace a v České republice jde o statisíce osob. V současné době žije v České republice 6000 pacientů, kteří jsou závislí na dialýze.

*„Naslouchání“*

*Když tě požádám, abys mi naslouchal,  
a ty mi začneš dávat rady,  
není to, oč jsem tě žádal.*

*Když tě požádám abys mi naslouchal,  
a ty mi začneš říkat,  
proč bych se neměl cítit, jak se cítím,  
pošlapáváš moje city.*

*Když tě požádám, abys mi naslouchal,  
a ty nabudeš dojmu, že musíš něco udělat,  
abys mé problémy řešil, nepochopils mne,  
i když to vypadá divně.*

*Když za mne uděláš něco,  
co mohu a mám udělat sám,  
prohloubíš jen mé obavy a pocity slabosti.*

*Jen mne, prosím tě, vyslechni,  
a když mi budeš chtít něco říct, počkej okamžik.  
pusťm tě ke slovu a budu zas naslouchat já.*

**Neznámý autor**

# 1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O LEDVINÁCH Z HLEDISKA MEDICÍNY

## 1.1 Význam ledvin pro lidský organismus

Ledviny mají v lidském organismu řadu nezastupitelných úkolů. Jejich funkce je exkretorická, endokrinní a metabolická (NAVRÁTIL aj., 2003).

Exkretorická je především čistící, odstraňují odpadové a škodlivé látky z těla tím, že vytvářejí moč.

Endokrinní funkce spočívá v tom, že vytvářejí hormon erythropoetin mající význam pro tvorbu červených krvinek a renin uplatňující se při úpravě krevního tlaku.

Metabolická funkce spočívá např. v ovlivňování acidobazické a minerálové rovnováhy, což se podílí na udržování homeostázy, to je stálost vnitřního prostředí.

## 1.2 Morfologie a funkce ledvin

Ledvina je párový orgán uložený v retroperitoneální oblasti. Její tvar připomíná fazoli o velikosti 12 x 6 x 3. Její hmotnost je udávána v rozmezí 120 g (ELIŠKOVÁ a NAŇKA, 2006, s.190) do 170 g (VOKUKA, HUGO aj., 2008, s. 573). Ledviny leží po obou stranách páteře ve výši TH<sub>12</sub> – L<sub>2</sub> a jsou chráněny vazivovým pouzdrem a obklopeny tukem. Parenchym ledviny se skládá z kůry a dřeně, kůra má šíři 4 - 8 mm (TROJAN, 1999) a je světlejší než dřeň, která je tvořena 8 – 10 pyramidami (VOKURKA, HUGO aj., 2008, s. 573).

Základní funkční jednotkou ledviny je nefron. Každá lidská ledvina obsahuje kolem jednoho miliónu nefronů (MERKUNOVÁ A OREL, 2008, s.167). Nefron je tvořen dvěma částmi a to glomerulem a tubulem. Glomerulus se skládá

z Bowmanova pouzdra tvořeného dvěma listy a svazku kapilárních kliček. U renálních tubulů rozeznáváme: proximální tubulus, Henleovu kličku a distální tubulus. Proximální tubulus se skládá ze stočené a rovné části, dále na něj navazuje Henleova klička, která se dělí na vzestupné a sestupné raménko. Několik distálních tubulů (8 – 10) ústí do sběrného kanálku ((ELIŠKOVÁ a NAŇKA, 2006, s.192). Tyto kanálky se opět navzájem spojují v široký ductus papillaris a několik těchto duktů vyúsťuje na zaobleném vrcholu pyramid nazvaném ledvinná papila. Tyto papily jsou obemknuty kalichy ledvin.

Ledviny jsou zásobeny renálními arteriemi, které odstupují z břišní aorty. Průtok krve ledvinami je 1000 - 1300 ml/min ((MERKUNOVÁ A OREL, 2008, s.168). Tento průtok je potřebí pro zachování vysoké glomerulární filtrace, která je základním předpokladem pro udržení stálé a optimální vodní a elektrolytové bilance. Glomerulární filtrace probíhá v oblasti glomerulárních kapilár a za fyziologických podmínek je přibližně 180 litrů za den. V glomerulech se tedy krev filtruje a vzniká glomerulární filtrát, který se svým složením prakticky neliší od extracelulární tekutiny. Obsahuje vodu, ionty, ureu, kreatinin, aminokyseliny, glukózu a jiné látky. Glomerulární filtrát je tzv. primární moč, z níž se většina vstřebává zpět do krve. Filtrát je totiž dál zpracováván v tubulech, zde dochází k reabsorpci látek, které jsou důležité pro organismus (např. ionty, voda, aminokyseliny, glukóza, aj.) a naopak dochází k vyloučení látek pro organismus nežádoucích. Výsledkem této činnosti je 99 % resorpce filtrátu a vznik 1 až 1 a půl litru moči, jejíž složení se výrazně odlišuje od složení extracelulární tekutiny (TROJAN, 1999).

Jednou z důležitých funkcí ledvin je očistit krev od toxických odpadních produktů, mezi které patří močovina a kreatinin, což jsou vedlejší produkty metabolismu bílkovin. Další nezbytnou funkcí ledvin je udržení stálosti vnitřního prostředí a acidobazické rovnováhy. Kromě těchto funkcí mají ledviny ještě další úkoly. Jedná se o jejich endokrinní činnost, vytváří se v nich erythropoetin,

hormon, který stimuluje kostní dřeň k produkci erytrocytů přenášejících kyslík v těle. Tvoří se zde i renin, hormon regulující krevní tlak a vzniká zde i aktivní forma vitamínu D, který je nezbytný pro zdraví kostí. V ledvinách také nacházíme receptory pro hormony a to jednak pro antidiuretický hormon (ADH) produkovaný neurohypofýzou, který omezuje exkreci vody a dále pro hormon aldosteron patřící mezi mineralokortikoidy a produkovaný kůrou nadledvin, který umožňuje zpětné vstřebávání sodíku a zvyšuje vylučování draslíku. Jak už bylo řečeno: ledviny zastávají funkci vylučovací, regulační a metabolickou (TEPLAN aj., 2006; LACHMANOVÁ, 2008).

### 1.3 Porucha funkce ledvin

#### 1.3.1 Definice selhání ledvin

*„ Selhání ledvin je stav, kdy ledviny ani za bazálních podmínek nejsou schopny zbavit se produktů dusíkatého metabolismu a udržet stálost vnitřního prostředí. Výsledkem je akumulace urey, kreatininu, acidóza a minerální rozvrat ... Vznikne-li náhlá ztráta funkce, mluvíme o akutním selhání ledvin. Ledviny ale mohou svou funkci za různě dlouhou dobu obnovit i do normálních hodnot. Ubývá-li funkce pozvolna (měsíce, roky), mluvíme o chronickém selhání ledvin s různou progresí“ (LACHMANOVÁ, 2008, s. 11).*

#### 1.3.2 Projevy akutního a chronického selhání ledvin

Jak vyplývá z definice, rozeznáváme selhání ledvin akutní a chronické.

K zabezpečení správné funkce ledvin je nutná dostatečná perfúze<sup>1</sup> ledvinné tkáně okysličenou krví, která je podmínkou pro zachování funkce ledvin. K zachování správné funkce je nezbytný předpoklad anatomicky i fyziologicky zdravé tkáně a také volný průchod vývodnými cestami močovými<sup>2</sup>. Dojde-li k porušení kteréhokoliv mechanismu, může vzniknout **akutní selhání ledvin**.

Z hlediska základní příčiny můžeme užít zjednodušené dělení příčin akutního selhání ledvin na prerenální, renální a postrenální.

Při prerenálním selhání příčina spočívá v nízkém průtoku krve ledvinami. Ke sníženému průtoku ledvinami dochází při hemoragickém šoku<sup>3</sup>, při uzávěru ledvinných tepen sklerotickým plátem, při nízkém extracelulárním objemu - to znamená při dehydrataci způsobenou velkými průjmy, nadměrným zvracením a při enormních popáleninách.

Důvodem renálního selhání je vlastní poškození ledvinných tkání a to jak glomerulů (rychle progredující glomerulonefritida), tak tubulů (akutní tubulární nekróza).

Při postrenálním selhání, je překážka ve vývodných cestách močových. Dochází k obstrukci močových cest způsobené kamenem, nádorem nebo koagulem a tím znemožnění odtoku moči.

U akutního selhání ledvin rozlišujeme čtyři fáze:

1. fáze počátečního poškození (oligurie<sup>4</sup> x neoligurie),
2. fáze časně diurézy<sup>5</sup>,
3. fáze pozdní diurézy,
4. fáze reparace (glomerulární, následně tubulární funkce).

---

<sup>1</sup> průtok krve

<sup>2</sup> mezi ně patří kalichy a pánvička ledviny, močovod, močový měchýř a močová roura

<sup>3</sup> těžký, život ohrožující stav způsobený nadměrnou ztrátou krve

<sup>4</sup> malé množství moče vytvořené za 24 hod., méně než 500 ml

<sup>5</sup> množství definitivní moči vytvořené ledvinami za 24 hodin

Ve fázi oligurie, která trvá 1- 2 týdny, je nemocný ohrožen hyperhydratací<sup>6</sup>, hyperkalémií<sup>7</sup> a těžkou acidózou<sup>8</sup>. Při nesprávné léčbě se od druhého týdne mohou objevit komplikace způsobené urémií.

Fáze časná diurézy se vyznačuje diurézou, která přesahuje 300 ml za den. Toto období je spojeno s nízkou glomerulární filtrací a porušenými funkcemi tubulárními. Hladina odpadových látek je stále vysoká a i zde se objevují uremické komplikace.

Fáze pozdní diurézy je charakterizována polyurií<sup>9</sup>, poklesem hladiny dusíkatých látek a postupnou obnovou glomerulární filtrace.

Fáze reparace trvá 3 - 12 měsíců, v tomto období pozvolna dochází buď k úplné normalizaci renálních funkcí, nebo tyto funkce zůstanou na nižších hodnotách.

Prognóza renálního selhání je značně závislá na včasném určení správnosti diagnózy a dále pak na okamžité terapii. Na prognóze nemocných se však velmi podílí základní onemocnění a někdy ani moderní léčebné metody, jako je hemodialýza, hemodiafiltrace, hemofiltrace<sup>10</sup> a kontinuální metody, nedokážou zvýšit podstatným způsobem přežití nemocných. Tito nemocní však neumírají na selhání ledvin, ale na následky základního onemocnění, nebo z důvodu komplikací, které vznikly během nemoci (TEPLAN aj., 2006).

V současné době se používá termín „chronické onemocnění ledvin“, v angličtině „chronic kidney disease“, odtud často používaná zkratka CKD. Za chronické onemocnění ledvin se považuje poškození ledvin, které trvá více než tři měsíce a projevuje se morfologickou nebo funkční poruchou. K tomu, aby tato definice platila, nemusí být snížena glomerulární filtrace, postačí patologické

---

<sup>6</sup> zvýšení množství vody v organismu

<sup>7</sup> zvýšená hladina draslíku (kalia) v krvi

<sup>8</sup> porucha acidobazické rovnováhy organismu na základě zvýšení kyselin

<sup>9</sup> časté a vydatné močení

<sup>10</sup> podrobnější vymezení viz v další kapitole



zobrazení ledvin nebo *nepřirozený* nález v moči. Takto rozsáhlá definice CKD obsahuje i časná stádia onemocnění ledvin, kdy k selhání ledvin může dojít až po mnoha letech. Mezi tato onemocnění patří mikroalbuminurie<sup>11</sup> v rané fázi diabetické nefropatie<sup>12</sup>, dále pak potvrzená polycystóza<sup>13</sup> ledvin se správnou hodnotou glomerulární filtrace. Diagnóza CKD zahrnuje množství pacientů, u kterých jsou minimální močové nálezy, až po uremické pacienty těsně před zahájením dialyzační léčby.

Pro bližší specifikaci péče o jednotlivé pacienty byla navržena pětistupňová klasifikace CKD. Pacienti se do jednotlivých skupin dělí podle morfologického nálezu ledvin, dále pak podle hodnoty glomerulární filtrace a podle močového nálezu. V první skupině jsou pacienti s nejlehčím nálezem, ve čtvrté skupině se jedná již o pokročilou poruchu ledvinné funkce, kdy jsou přítomny uremické komplikace, které se musí okamžitě řešit. Poslední skupinu tvoří pacienti ve stavu, kdy potřeba náhrady funkce ledvin může nastat každým dnem.

První tři skupiny zahrnují 3 % populace, zatím co skupina CKD4 zahrnuje 0,2 % a u těchto pacientů je pravděpodobné, že budou potřebovat náhradu funkce ledvin. K úplnému selhání často přispívají náhle vzniklá onemocnění jako je zápal plic, gastroenteritida<sup>14</sup>, zhoršení srdeční insuficience<sup>15</sup>. Zároveň může dojít k selhání na základě terapie, jako je léčba diuretiky či podání kontrastní látky (MAHONA a JENKINS, 2007; TÁBORSKÝ, 2011).

Chronické onemocnění ledvin je postupná progresse od stavu zdraví do stavu nemoci. Během této progresse dojde až k trvalému selhání vylučovacích, regulačních a hormonálních funkcí ledvin. Chronické onemocnění může

---

<sup>11</sup> malé množství albuminu v moči

<sup>12</sup> poškození ledvin u cukrovky

<sup>13</sup> dědičné onemocnění s tvorbou cyst (dutinek) v ledvině

<sup>14</sup> zánět žaludku a tenkého střeva

<sup>15</sup> selhávání

pokračovat pomalu po dobu mnoha měsíců až let. Během této etapy dochází k postupné ztrátě nefronů, funkce ledvin může být stabilní po určité časové období a lze ji léčit a oddálit terminální stádium. Chronické onemocnění ledvin v počátečních fázích bývá často bez příznaků. Většinou je stanoveno v okamžiku, kdy se projeví nedostatečnost ledvin a v krvi se zadržují uremické toxiny. Poškození ledvin způsobené chronickým onemocněním ledvin je ireverzibilní a záleží na tom, jak je nemocný v časných stádiích léčen. Pokud je léčba neuspokojivá, může být již nemožné zpomalit, nebo zastavit postup do pozdějších fází selhání ledvin. Dochází k tomu, že pacient pro udržení života nutně potřebuje některý z typů náhrady funkce ledvin.

Včasný záchyt chronického onemocnění ledvin je velmi důležitý, neboť poskytuje vysokou šanci zmírnit onemocnění. Tím, že zpomalíme progresi nemoci, snížíme počet pacientů vyžadujících léčbu, která nahrazuje funkce ledvin, zlepšujeme kvalitu jejich života a postup nemoci. Právě nová již zmíněná klasifikace CKD přispívá k dřívějšímu záchytu pacientů s onemocněním ledvin a následné přípravě na dialýzu. I přes tuto snahu je evidence pacientů s CKD neuspokojivá, protože dialyzační léčení zahajuje polovina pacientů nepřipravených (TESAŘ a SCHÜCK, 2006).

### 1.3.3 **Urémie**

Důležitým pojmem, se kterým je při onemocnění ledvin potřeba se seznámit, je **urémie**. Jedná se soubor klinických příznaků s charakteristickými symptomy od jednotlivých orgánů (zažívacími, nervovými, respiračními, hematologickými, kožními, srdečními) záviselými na délce trvání ledvinného selhání. Při včasném odhalení chronického onemocnění ledvin je vysoká pravděpodobnost zmírnění onemocnění a zabránění tak úplnému rozvinutí urémie. To znamená, že v dnešní době již výjimečně vidíme úplnou symptomatologii. Mezi nejčastější

příznaky urémie patří bledost, hematomy na kůži, nauzea<sup>16</sup>, zvracení, průjmy, otoky, dušnost, svědění, neklid, hypertenze<sup>17</sup>, křeče, poruchy vědomí až bezvědomí. Urémie je sice způsobena selháním ledvin, ale nemusí je provázet vždy (TEPLAN aj., 2006; LACHMANOVÁ, 2008).

---

<sup>16</sup> nevolnost, pocit na zvracení

<sup>17</sup> zvýšený krevní tlak

## 2 PŘEHLED NEMOCÍ LEDVIN A ZPŮSOBY JEJICH LÉČBY

Nemoci ledvin můžeme rozdělit dle několika kritérií. Podle původu nemoci rozlišujeme tři kategorie onemocnění:

- vrozené (takové, s nimiž se již člověk narodí),
- dědičné (onemocnění vzniká na základě chybné genetické informace),
- získané.

Ledvinné onemocnění, stejně jako i jiné nemoci, můžeme dělit na primární a sekundární. Primární onemocnění se týká jen ledvin samotných a sekundární onemocnění je zhoršení funkce ledvin, jehož příčinou je jiné systémové onemocnění.

### 2.1 Glomerulopatie<sup>18</sup>

Onemocnění glomerulů reprezentují největší část chorob v nefrologii mohou být povahy zánětlivé (glomerulonefritidy) nebo nezápětlivé (diabetická nefropatie).

Glomerulonefritidy<sup>19</sup> tvoří jednu z hlavních příčin vedoucích k chronickému selhání ledvin. Glomerulonefritidy jsou glomerulopatie, které vznikají na podkladě poruchy imunitních mechanismů často se zánětlivými změnami. Rozlišujeme primární glomerulopatie, kdy jsou onemocněním postiženy výhradně ledviny. Zatím co u sekundární glomerulopatie je postižení ledvin součástí většinou onemocnění více orgánů. Onemocnění glomerulů může být klasifikováno různými způsoby, nejčastější je podle klinického obrazu pacienta nebo podle časového vývoje nemoci na akutní, rychle progredující a chronické.

---

<sup>18</sup> onemocnění ledvinných klubiček

<sup>19</sup> zánětlivé onemocnění postihující glomerulus (klubičko krevních kapilár a Bowmanovým pozdrem). kde probíhá počáteční tvorba moči.

Klinické projevy glomerulonefritid jsou rozmanité. Mohou probíhat bez příznaků (projevují se jen hematurii<sup>20</sup>, proteinurii<sup>21</sup>, eventuálně sníženou glomerulární filtrací). Prvními projevy nemoci ledvin však mohou být u některých jedinců až příznaky chronického selhání ledvin.

Akutní postinfekční glomerulonefritida je primární onemocnění glomerulů s náhlým začátkem v časové návaznosti na prodělaném infekčním onemocnění. Toto onemocnění se často projevuje rychlým rozvojem renální nedostatečnosti, ale s postupným ústupem renálních i extrarenálních projevů a dobrou prognózou. Naopak rychle progredující glomerulonefritidy, které nejsou včas léčeny, vedou během několika týdnů k postupné ztrátě funkce ledvin. Chronické glomerulonefritidy postupují pomalu, zato však soustavně a jejich progresse vyúsťuje do chronického selhání ledvin (MAHONA a JENKINS, 2007; TESAŘ, 2003).

## 2.2 Nefrotický syndrom

Některá onemocnění bývají spojena s nefrotickým syndromem, který může vzniknout primárně v rámci glomerulárního onemocnění, či sekundárně ve spojení s řadou chorob, mezi které patří diabetes mellitus<sup>22</sup>, nádorová onemocnění, kolagenózy<sup>23</sup>, vaskulitidy<sup>24</sup> a infekce. Nefrotický syndrom může vzniknout i jako následek užívání některých léků a drog. U pacientů s nefrotickým syndromem se rozvíjejí příznaky v důsledku velké ztráty bílkovin močí. U těchto pacientů nacházíme proteinurii, hyperlipidemii<sup>25</sup> a

---

<sup>20</sup> výskytem krve v moči

<sup>21</sup> výskytem bílkoviny v moči

<sup>22</sup> cukrovka

<sup>23</sup> nemoci vyznačující se zánětlivým postižením pojiva

<sup>24</sup> zánětlivé onemocnění cév

<sup>25</sup> zvýšená hladina tuků v krvi

generalizované otoky. O příznacích tohoto syndromu bude pojednáno v další kapitole.

Diagnóza nefrotického syndromu je podložena klinickými a laboratorními nálezy, ale definitivní diagnózu umožňuje až renální biopsie. Prognóza závisí na příčině onemocnění. Léčba nefrotického syndromu je namířena především k ovlivnění prvotního chorobného procesu a je závislá na patologickém postižení, které zjistíme při renální biopsii. Pokud se podaří vyléčit základní onemocnění, zmizí i nefrotický syndrom. To však v mnoha případech není možné. Při sekundárních příčinách nefrotického syndromu zahajujeme řadu opatření včetně léčby prvotní příčiny. U některých pacientů však dochází k postupnému zhoršování funkce ledvin, které může vést až k jejich nevratnému selhání. Toto zhoršování nemusí mít žádné výraznější příznaky a proto je nutné a důsledné sledování těchto pacientů v nefrologických poradnách (TEPLAN aj., 2006).

## 2.3 Tumory

Tumory ledvin tvoří kolem 3 % všech zhoubných nádorů člověka. V dětském věku se vyskytuje především nefroblastom (Wilmsův tumor). Jde o nejčastější nádor uropoetického traktu u dětské populace. Téměř tři čtvrtiny těchto dětských nádorů se diagnostikuje do tří let a až 90 % do šesti let věku dítěte. V dnešní době se podaří vyléčit více než 90 % dětí. Nefroblastom řadíme do skupiny embryonálních nádorů. Diagnostikuje se pomocí počítačové tomografie. Základem léčebné terapie je nefrektomie<sup>26</sup>, dále pak chemoterapie a případně radioterapie (JANDA, 2006).

Karcinom je nejčastějším nádorem ledvin v dospělosti, nejvíce se vyskytuje mezi 50 - 60 rokem života, u mužů častěji než u žen v poměru 3:2. Jednoznačnou příčinu vzniku karcinomu neznáme, ale z rizikových faktorů se

---

<sup>26</sup> radikální chirurgická léčba představující odstranění celé ledviny

uvádí kouření zvyšující riziko přibližně dvakrát, obezita zejména u žen a v neposlední řadě nesprávná výživa. V dnešní době je 60 % všech renálních nádorů bez příznaků a jsou odhaleny jenom náhodně. Tyto náhodně zjištěné nádory bývají menší velikosti, jen několik cm. Jestliže však přichází pacient, který má bolesti v boku a nádor je již hmatný, znamená to, že jde o pokročilé stádium onemocnění, které je provázeno i výrazným úbytkem hmotnosti a chudokrevností. Diagnóza se potvrzuje ultrazvukovým vyšetřením a počítačovou tomografií, které se vzájemně doplňují. Pokud je nádor lokalizován, je na místě nefrektomie. V důsledku stále častějšího záchytu menších nádorů se přístup mění. Nádory do 4 cm se řeší zachovnými operacemi, které ponechávají část funkčního orgánu na místě. Prudký rozvoj v posledních dvou desetiletích v léčbě karcinomu zažívá imunoterapie (TESAŘ, 2003).

## 2.4 Dědičná a vrozená onemocnění ledvin

Vrozené vývojové vady ledvin se mohou projevit abnormální velikostí (zvětšené či malé ledviny), nerovnou konturou nebo cystickými změnami, případně chyběním ledviny nebo jsou ledviny umístěny jinde než obvykle.

Celá řada ledvinových nemocí je spojena s přítomností cyst. ***Polycystická choroba ledvin*** patří mezi nejčastější dědičné onemocnění ledvin, které se vyskytuje v populaci s frekvencí 1:500 až 1:1000 živě narozených dětí. Základním projevem tohoto onemocnění je přítomnost cyst v ledvinách, avšak v řadě případů můžeme najít asymptomatické cysty také v játrech, a pankreatu. Diagnostika cyst je snadno prokazatelná neinvazivní technikou tzv. ultrasonografií. Pro diagnózu této choroby svědčí typická pozitivní rodinná anamnéza, výskyt tohoto onemocnění u některého člena rodiny. Při již rozvinutém onemocnění lze palpačně prokázat zvětšení ledvin a jater. Jedincům s tímto onemocněním lze nabídnout dispenzarizaci, včasnou a účinnou terapii

hypertenze, infekce močových cest, hyperlipidemie a vhodnou terapii postupující chronické renální insuficience (MERTA a REITEROVÁ, 2004).



## 3 LÉČEBNÉ METODY U PACIENTŮ S POKROČILÝM SELHÁNÍM LEDVIN

Ledviny jsou orgánem, jehož funkci je možno částečně nahradit. Jsou k dispozici dva základní způsoby jejich náhrady, a to dialýza a transplantace ledvin. Existují dva hlavní typy dialýzy - peritoneální (břišní nebo pobřišnicová) dialýza a hemodialýza (krevní dialýza).

Souhrnně lze říci, že - dojde-li k selhání funkce ledvin - můžeme použít dialýzu a transplantaci. Na principu dialýzy spočívají následující léčebné metody: peritoneální dialýza, hemodialýza, hemofiltrace a hemodiafiltrace.

### 3.1 Transplantace ledvin

*Transplantace ledvin* představuje nejlepší metodu léčby pacientů s chronickým selháním ledvin, neboť je spojená s dvojnásobně vyšším přežitím na rozdíl od léčení nemocného dialyzačními metodami. Nefunkční orgán je nahrazen zdravou ledvinou, která je schopna zajistit všechny potřebné funkce. Pacient si může v rámci svých možností volit mezi transplantací ze žijícího dárce nebo z kadaverózního programu. Transplantace ze živého dárce má výhodu v možnosti načasování operace. Ta může být provedena ještě před úplným selháním funkce ledvin a pacient se tak vyhne fázi dialýzy.

V dnešní době může být dárce kromě pokrevně příbuzných i geneticky nepříbuzný manžel nebo manželka či přátelé. K podmínkám transplantace ledviny od živého dárce dříve patřila i kompatibilita krevní skupiny. V současné době se při neshodě v krevní skupině realizuje *zkřížená transplantace* neboli párová výměna. Je nezbytné najít komplementární dvojici se stejným problémem a transplantované orgány vyměnit. Možnosti dnešní medicíny již umožňují transplantovat i při neshodě v krevní skupině, za podmínek, že u příjemce bude

použít speciální imunosupresivní režim, který imunologickou bariéru překoná. Tento postup je finančně značně náročný, a proto zatím zůstane jen výjimečným řešením. Pokud pacient nemá možnost získání ledviny od živého dárce je zařazen do evidence v Národním registru osob čekajících na transplantaci na tzv. čekací listině. Průměrná čekací doba je kolem 1,5 roku. Život pacienta s transplantovanou ledvinou je zpravidla komfortnější oproti životu, kdy je pacient závislý na dialýze. Úmrtnost transplantovaných pacientů je nižší a dlouhodobě jsou nižší i finanční náklady (VIKLICKÝ, aj. 2008).

## 3.2 Dialýza

Pojem dialýza znamená v obecném pojetí rozklad, v chemickém pojetí oddělování látek procházejících organickými blanami a v lékařském pojetí odstraňování produktů vzniklých látkovou přeměnou z organismu při selhání ledvin (LINHART aj., 2003, s. 84).

Ledviny mají v lidském organismu tři základní funkce: vylučovat přebytečnou vodu a odpadní látky, vytvářet některé hormony a kontrolovat chemické složení krve. Z těchto základních funkcí ledvin nahrazuje dialýza pouze jednu - vylučování vody a odpadních látek a to ještě jen částečně. Další funkce ledvin dialýza nezvládne a je třeba je nahrazovat jinak.

### 3.2.1 Hemodialýza

U nás nejrozšířenější metodou náhrady funkce ledvin je hemodialýza. V současné době hemodialýzu zařazujeme do širší skupiny extrakorporálních metod očišťování krve, které mají společnou potřebu dialyzačního přístroje, dialyzátoru a krevního okruhu. Do této skupiny patří hemofiltrace, hemodiafiltrace, kontinuální metody a plazmaferéza.

Hemodialýza nahrazuje funkci, kterou mají ledviny při očišťování krve od látek vznikajících při látkové přeměně. Proto se jí říká umělá ledvina. Princip této metody je založen na prostupu látek polopropustnou (semipermeabilní) membránou z krve do dialyzačního roztoku (tedy z jedné tekutiny do druhé) po koncentračním spádu. Podle vlastností membrány a dialyzačního roztoku nastává přestup různých látek, jak který pacient potřebuje. Současně se vylučuje voda, kterou ledviny nemocného nemohou vyloučit. Upravuje se i porucha elektrolytové a acidobazické rovnováhy.

Krev z těla pacienta odchází do dialyzačního přístroje, kde se zbavuje odpadních látek a zase se vrací zpět do organismu. Aby byl snadný přístup k cévám, tak se u chronicky dialyzovaných osob zavádí cévní spojka tzv. shunt (VOKURKA, HUGO aj.,).

### **3.2.2 Peritoneální dialýza**

je metoda očišťování krve zcela srovnatelná s hemodialýzou. V dnešní době se stává metodou první volby, neboť pacientům poskytuje více volnosti, více nezávislosti na dialyzačním středisku a jeho personálu. Peritoneální dialýza je založena na pronikání látek pobřišnicí do tekutiny, která se zavádí do břišní dutiny cévkou vyvedenou skrze kůži ven z břišní stěny. Její předností je, že pacient toto může zvládnout i sám.

Peritoneální dialýzu je možno provádět dvěma způsoby: kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD) a automatizovaná peritoneální dialýza (APD). CAPD je metoda, při které je v dutině břišní stále dialyzační roztok. V domácím prostředí se používá aseptické techniky, při níž se speciální roztok napouští a vypouští. Tyto výměny provádí pacient sám pouze za pomoci jednoduchých pomůcek, roztok se napouští a vypouští samospádem (gravitací). Nejčastějším schématem výměn roztoku při CAPD jsou čtyři výměny denně,

v individuálních situacích třikrát nebo pětkrát. Roztok je v dutině břišní ponechán 4 - 8 hodin, nejdelší interval mezi dialýzami je v noci a spánek tedy není rušen. Dialyzační roztok je prakticky nepřetržitě (vyjma výměny roztoku cca 20 minut) v kontaktu s kapilárami peritonea a dialyzování tak probíhá kontinuálně 24 hod denně 7 dní v týdnu. Tento proces je obdobný situaci při zachované funkci ledvin.

Druhou metodou peritoneální dialýzy, jak již bylo uvedeno v předešlém textu, je APD, která se provádí pomocí přístroje. Tento přístroj se nazývá cykler (podle původního anglického výrazu, zatím nebyl nalezen vhodný český název) a pracuje na principu čerpadel pro napouštění a vypouštění nebo na principu gravitace. Pomocí tohoto přístroje provádíme kontinuální cyklickou peritoneální dialýzu (CCPD), kdy se dialyzační roztok vyměňuje jen po část dne, obvykle v noci, kdy pacient spí. Ráno je proces ukončen a dutina břišní zůstává napuštěna roztokem. Někdy je potřeba přidat i ruční výměnu.

Další možností je noční intermitentní peritoneální dialýza (NIPD). Tato metoda spočívá v tom, že po skončení noční procedury se všechny roztok z dutiny břišní vypustí a ta zůstává celý den prázdná. Pacient tak během dne nemusí na svou léčbu myslet (BEDNÁŘOVÁ, SULKOVÁ aj., 2007).

### **3.2.3 Hemofiltrace a hemodiafiltrace**

Kromě hemodialýzy jsou metody mimotělní náhrady funkce ledvin, u nichž je podíl očišťování krve pomocí transportu vody a v ní obsažených rozpuštěných látek větší, případně je filtrace principem výhradním. Důležitým východiskem je skutečnost, že i v lidských ledvinách je krev filtrována, nikoli očišťována na principu difúze. Tyto metody jsou účinné a pacienti dobře tolerované.

## **Principy filtračních metod**

Metody kombinující očišťování krve na principu difúze a filtrace jsou označovány jako metody hemodiafiltrační (HDF). Dialyzační membránou difundují jako při běžné dialýze rozpuštěné látky z krve do dialyzačního roztoku nebo opačným směrem. Navíc je z krve odčerpáváno přes membránu až několik desítek litrů ultrafiltrátu. Ten je nahrazen substitučním roztokem. Výhradně principu filtrace využívá hemofiltrace ( HF). Odfiltrovaná tekutina je hrazena substitucí stejně jako u HDF. Přístroje pro provádění HF a HDF se liší od běžného dialyzačního monitoru tím, že musejí být schopny zajistit odčerpání zvoleného množství ultrafiltrátu a současně zajistit jeho kvalitní náhradu. Je zřejmé, že vysoká přesnost bilance obou tekutin je nezbytná.

Filtrát je při HF, HDF přiváděn do krevních hadic buď před dialyzátorem (prediluce) nebo za dialyzátorem (postdiluce). Oba způsoby substituce mají výhody a úskalí (NAVRÁTIL, 2005).

## 4 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU SOUČASNOSTI

V současné době je kvalita života hodně diskutovaným tématem ve všech vědních disciplínách, zejména pak v medicínských oborech a ošetrovatelství. Koncept kvality života získal v ošetrovatelství svou nezastupitelnou specifickou pozici a úzce souvisí s dalšími pojmy, se kterými pracuje ošetrovatelství, jako jsou lidské potřeby, zdraví, péče o sebe, pohoda, denní aktivity a existencionální rozměr lidského života. Současná léčba, která nahrazuje funkci ledvin, sice tyto příznaky umí odstranit, ale přináší jinou pro pacienta zase jinou zátěž, která také ovlivňuje kvalitu jeho života.

### 4.1 Úvaha nad definicí kvality života

Samotný pojem kvalita je v českém slovníku vyjádřena jako „jakost“, ve filosofickém smyslu jako *„kategorie podstatného určení předmětu nebo jevu, kdy právě tímto určením je předmět (jev) dán v odlišnosti od jiných“* (Malá ilustrovaná encyklopedie, 1999, s. 541). Jde tedy o všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, znaků, kterými se daný objekt odlišuje od jiných objektů. Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, neboť může být vyjádřena jak kvalitativními tak kvantitativními indikátory. Jestliže chceme vymezit, na jaký druh hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit jeho předmět a zároveň normu se kterou je daný předmět porovnáván. Protože se jedná o kvalitu života, je nezbytné zodpovědět základní otázku, kvalitu jakého života hodnotíme? (PAYNE, 2005)

Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život lidského jednotlivce. Život jedince chápeme jako komplexní pojem, který zahrnuje všechny projevy v oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život). Definovat

kvalitu života není jednoduché, neboť pojem kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka, od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Problematika kvality života je zkoumána v různých vědních oborech a jejich úhel pohledu je v některých případech až zásadně rozdílný, proto koncept kvality života nemá dosud všeobecně akceptovanou definici. Pojem kvality života můžeme přirovnat k průsečíku, k bodu ve kterém se prolínají různé roviny a přístupy jeho vymezení. O kvalitě pak mluvíme jako o multiúrovňovém fenoménu, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti, který má svůj rozsah sociální, ekonomický, medicínský, psychologický a filozofický. ( KŘIVOHLAVÝ, 2002)

V konceptualizaci a měření kvality života se zaznamenávají dva hlavní přístupy. Jednak kvalita života jako konstrukt na úrovni celé populace a kvalita života jako individuální konstrukt. První přístup se představuje snahou vytvořit generické definice kvality života, které mohou být použitelné na celou lidskou populaci. V rámci toho přístupu jsou porovnávány objektivní ukazatele kvality života mezi jednotlivými společnostmi. Druhý přístup hodnocení kvality života se zaměřuje na člověka ve specifické životní situaci a to ve vztahu ke zdravotnímu stavu. Tento přístup se používá v medicíně (GURKOVÁ, 2011).

## 4.2 Hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života v klinické praxi vystupuje do popředí u pacientů s chronickým, nevyлéčitelným onemocněním. Jde o nemoci, které vyžadují celoživotní dodržování režimových zásad a opatření a způsobují omezení v běžných, každodenních aktivitách. Chronicky nemocný pacient může prožívat neustálé omezování, napětí a úsilí, které mu jen umožní přiblížit se ke kvalitě života, zatímco ostatní zdraví jedinci prožívají život automaticky, bez nutnosti neustálé sebekontroly, starostí a trápení. Dopad onemocnění kvalitu života

významně ovlivňuje, jestliže pacient musí nemoc začlenit do svého života změnou životních návyků a chování. Záleží na celoživotním charakteru léčebné terapie. Léčba mnohdy není kauzální a kurativní, ale substituční, zmírňující symptomy nemoci častokrát s nepravidelným efektem a nežádoucími účinky.

Dalším z faktorů ovlivňujícím dopad onemocnění na kvalitu života je neurčitost prognózy, nepředvídatelnost průběhu nemoci, nelze předpokládat průběh onemocnění, který může zásadně zasáhnout do života pacienta. Pacient má znalosti o závažných chronických komplikacích a akutních stavech, jinými slovy řečeno: jakmile pacient nedodrží terapeutický režim, hrozí mu rizika závažných následků. Nezanedbatelným faktorem je přesun dominantní části kontroly a zodpovědnosti na pacienta a to v případě domácí léčby. Kvalita života chronicky nemocných pacientů je multifaktoriálně podmíněná, je závislá na intenzitě a trvání symptomů nemoci, je významně determinována psychickými a sociálními faktory. (KŘIVOHLAVÝ 2002, PAYNE, 2005)

Priority ošetrovatelské, ale i medicínské péče o chronicky nemocné pacienty vycházejí mnohdy jen ze somatického pohledu na nemoc. Respektive jsou zaměřené na zvládnutí zhoršení nebo znovu vzplanutí onemocnění, zvládnutí komplikací, na snížení nepříjemnosti příznaků a na co nejdéle udržení remise. Vyhodnocení výzkumných šetření zaměřených na kvalitu života pacientů se specifickým onemocněním mohou poukazovat na ty oblasti, ve kterých pacienti vnímají nejvýraznější dopad nemoci na jejich každodenní život. Zaměření odborných zásahů se pak soustředí na zmírnění tohoto dopadu. Výsledky výzkumů pomáhají lépe chápat, jak se dané onemocnění a jeho léčba promítá do každodenního života pacienta. Je třeba porozumět jeho preferencím, očekáváním a požadavkům v souvislosti s nemocí. Údaje z výzkumů o kvalitě života pacienta se mohou pak v klinické praxi využívat pro zajištění adekvátní zdravotní a podpůrné péče a ke zlepšení adherence a sebeděče pacienta



v požadavcích náročného léčebného režimu (GURKOVÁ, 2011, DINGWALL, 2002).

V dřívější době byl přístup k otázce kvality života spíše intuitivní a nesystémový. Zdravotničtí pracovníci se zaměřovali na prožitky jednoho z pacientů a ty rozšířili při hodnocení kvality života i na ostatní pacienty. Proto pro systematické hodnocení dopadu léčby na pacienta v celém rozsahu nebyl tento přístup dostatečný. Proto je důležité při zkoumání kvality života a jejím hodnocení přesně specifikovat úkoly.

Je nutno si při tomto postupu uvědomit:

- a) účel hodnocení kvality života (rozdíl pojetí kvality života mezi pacienty, predikce jejího vývoje, hodnocení nákladnosti léčby, klinické efektivity léčby, zajištění preferencí pacienta s cílem dosáhnout jeho ochoty spolupracovat na léčbě),
- b) populaci, u které se kvalita života má posuzovat (diagnostická skupina, druh léčby, zkušenost s konkrétními symptomy, demografické charakteristiky),
- c) konceptuální zaměření a teoretický rámec pro hodnocení kvality života,
- d) kritéria hodnocení - současný stav měření vybraných konceptů (GURKOVÁ, 2011).

## 5 KVALITA ŽIVOTA U OSOB SE ZÁVAŽNÝM POŠKOZENÍM LEDVIN

Příznaky vznikající následkem vážně poškozené funkce ledvin značně zhoršují kvalitu života takového pacienta a velmi omezují jeho životní aktivity. Léčba, která funkci ledviny nahrazuje, sice tyto příznaky odstraňuje, ale přináší pro pacienta zase jiný typ zátěže, takže také kvalitu jeho života může ovlivňovat nepříznivě.

### 5.1 Vliv příznaků chronických ledvinových chorob na kvalitu života

Chronické poškození ledvin se zpočátku nemusí projevovat vůbec a na vážnost stavu může upozornit teprve náhodné vyšetření pro jiné onemocnění. Obvykle se však podle své závažnosti projevuje příznaky, které ovlivňují kvalitu života. Příznaky, které se mohou objevit v průběhu poškození ledvin jsou:

- časté nucení na močení včetně nucení v noci, otoky (zejména kotníků, víček, případně celého obličeje a rukou),
- změna barvy moči (žlutohnědá, hnědá nebo červená moč z přítomnosti krve v ní),
- bolesti (při močení, v zádech, v tříslech),
- únava, nechutenství, celková nevolnost,
- svědění a kožní vyrážky,
- dušnost,
- zvracení.

### **5.1.1 Polyurie a nykturie**

Pokud ledviny přiměřeně filtrují moč, ale vážně zpětný návrat vody do organismu v ledvinových tubulech, nastává zvýšení množství definitivní moči. Současně s ním se pochopitelně projevuje také žízeň a zvýšené pití tekutin. Kvalita života trpí v průběhu dne trvajících obavami o dostupnost W.C., čímž je člověk značně omezován. Netroufá si cestovat místními veřejnými dopravními prostředky a už vůbec ne dálkovými autobusy. Takovéto omezení volného pohybu vnímá člověk značně rušivě, zvláště v mladším věku, kdy tím i vzbuzuje pozornost svého okolí a dává tak podnět k všelijakým dohadům.

V noci pak se probouzí nucením na močení třeba několikrát a pro přerušovaný spánek po několika dnech už nastupuje doprovodná únava. Může se stát, že takto postižený člověk není schopen dodržovat čas nástupu do práce a – pokud jej přesto dodržuje – jeho pracovní výkonnost se snižuje.

### **5.1.2 Zadržování tekutiny**

Při větším poškození ledvin pak nastává zadržování tekutiny v těle, tedy se objevují edémy. To se projevuje otokem obličeje, zejména očních víček, později pak otoky kotníků a bérků. Člověk trpí tím, že se jeho vzhled zhoršuje, čehož si všimá i okolí, které tento stav často neprávě interpretuje, neboť přisuzuje tyto příznaky nesprávné příčině např. alkoholismu.

Postižený pak kromě takového poškození v sociální sféře, které ho znejišťuje, má tělesné obtíže při otocích končetin, které se projevují pocitem „těžkých nohou“, pocitem napínání kůže, těsností punčoch a bot, což zpočátku člověk vnímá podvědomě jako jakýsi neurčitý diskomfort, než se otok jasně projeví. Tyto potíže mají na zhoršení kvality života výrazný vliv.

### **5.1.3 Oligurie a změna barvy moče**

U výrazného poškození ledvin se také projevuje oligurie, to je snížení množství moče pod 500 ml denně. Moč bývá i jinak zbarvená, může být růžová, červená nebo červenohnědá. Může být také zpěněná, což v ní odpovídá přítomnosti bílkovin.

### **5.1.4 Nechut' až odpor k jídlu**

U pokročilejšího postižení ledvin se postupně ztrácí chuť k jídlu, která se stupňuje až k odporu při pohledu na potraviny, později je přítomna trvale nausea (nucení na zvracení) a konečně i zvracení. Tehdy už bývá značný rozvrat funkce ledvin.

### **5.1.5 Působení na svaly a kůži**

U poškození ledvin se také objevuje zpočátku svalová slabost, později pak svalové křeče, které jsou mnohdy značné. Postižený člověk nemůže pro bolest vydržet v jedné poloze, nemůže sedět, ani ležet, je nucen tlumit tyto bolesti větším množstvím analgetik, což jeho ledvinám nejen neprospívá, ale naopak jim škodí.

Mění se barva kůže, dělá nezdravý dojem, objevuje se svědění bez příčiny, která by spočívala v kůži samé.

Z uvedených příznaků je zřejmé, že při delším trvání znemožňují postiženému nejen jeho životní styl, ale dokonce i schopnost pracovat.

### **5.1.6 Zvýšený krevní tlak**

Tepenná hypertenze je časným projevem např. u polycystózy ledvin. Vyskytuje se u 50 – 70 % případů před výraznějším poklesem glomerulární filtrace.

Močové infekce jsou dalším příznakem polycystického onemocnění a vyskytují se asi u 50 % pacientů, kteří v průběhu života prodělali jednu nebo více epizod infekce močových cest, častější výskyt je u žen. Ledvinové konkrementy se vyskytují u 20 % pacientů postižených touto chorobou. K dalším klinickým projevům patří hematurie, kdy epizoda makroskopické hematurie je až u 50 % pacientů alespoň jednou v životě. V neposlední řadě běžným příznakem bývají akutní nebo chronické bolesti beder či břicha.

### **5.1.7 Sdružené příznaky u nefrotického syndromu**

Vzhledem k lokálnímu zadržování tekutin se u pacientů objevují subjektivní potíže například: obtížné dýchání, které je způsobené výpotky v pohrudniční dutině či edémem (otokem) laryngu, bolesti na hrudi může způsobovat výpotk v dutině osrdečníku. Pokud dojde k zadržování tekutiny v dutině břišní, stěžují si pacienti na bolesti břicha.

Otoky se u pacientů během dne často stěhují, ráno to bývají otoky kolem víček, večer pak otoky kolem kotníků. K dalším příznakům nefrotického syndromu náhodně zjišťovaným samotnými pacienty patří zpeněná moč. Nefrotický syndrom se může objevit v každém věku života, přetrvává - li delší dobu, vzniká řada klinických syndromů např.: porucha výživy projevující se hubnutím, zvýšená lámavost nehtů a vlasů, u dětí zpožděný růst, demineralizace kostí, cukr v moči, syndromy spojené s nedostatkem kalia, svalová slabost, snížená hladina kalcia, úporné svalové křeče a snížený metabolismus. U těchto pacientů často vznikají infekce, které by se neobjevily u zdravého člověka, a jsou tady vyvolané nízkou hladinou protilátek.

### **5.1.8 Příznaky u nefritického syndromu**

Příčinou tohoto syndromu je zánět, který může postihnout kteroukoli část ledvin.

Příznaky nastávají rychle a jsou silně vyznačeny u akutního zánětu ledvin, dostavují se však plíživě, zato přetrvávají, u chronického zánětu ledvin.

Protože akutní příznaky, pokud nepřecházejí do chronicity a jsou řádně léčeny, jsou dočasné, tedy kvalitu života delší dobu neovlivňují, zaměříme se pouze na příznaky chronického zánětlivého poškození ledvin.

Tyto příznaky jsou: časté nucení na močení a časté močení včetně noci, pálení při močení, někdy bolestivé močení, případně i pomočování, bolesti podél bederní páteře, zakalená nebo i zapáchající moč, vysoký krevní tlak, svědění kůže, zvýšená teplota, dušnost, nechutenství až zvracení.

## 5.2 Kvalita života u hemodialyzovaných nemocných

### 5.2.1 Přehled o počtu osob na hemodialýze

Problematika chronického selhání ledvin (CHSL) a rozvoj léčebných metod náhrady funkce vlastních ledvin (RRT) je neustále v pozornosti odborné i laické veřejnosti. V žádné jiné oblasti medicíny se nepodařilo nabídnout pacientům postižených ztrátou životně důležitých orgánů dlouhodobě udržitelné náhradní řešení v několika léčebných variantách. Počet pacientů s chronickým onemocněním ledvin (CKD) ve stadiu 5 dle klasifikace NKF – K/DOQI<sup>27</sup>, kde vyvstává potřeba zahájit léčbu některou z metod RRT, celosvětově stále roste. V r. 2002 byla incidence RRT v Evropě 129 nových pacientů ročně na milion obyvatel a prevalence dosáhla 770 pacientů na milion obyvatel (KOSSI a NAHAS, 2007).

Nárůst pacientů s (CHSL) je především důsledkem stárnutí populace s převažujícím typem onemocnění ledvin diabetického, aterosklerotického a

---

<sup>27</sup> kdy glomerulární filtrace klesá pod 0,25 ml/s/1.73 m<sup>2</sup>

cévního původu. Věková skladba pacientů s CHSL, u kterých je nově zahajována léčba RRT, se v poslední dekádě trvale posunuje do starších věkových skupin (MAHONA a JENKINS, 2007).

### **5.2.2 Současný stav kvality života hemodialyzovaných pacientů**

Na základě toho u závažného, chronického a jen částečně úspěšně léčitelného onemocnění, jakým je chronické selhání ledvin, vstupuje u nemocných léčených hemodialýzou zvláště do popředí otázka jejich kvality života.

Kvalitou života se označuje pocit zdraví, tak jak je pociťuje sám pacient emočně, sociálně a fyzicky, spolu s tím, jak je schopen zvládat běžné denní úkoly. V kontextu s onemocněním, jakým je např. CHSL, bývá QOL také označována jako kvalita života vázaná na zdraví (HR-QOL).

Kvalitě života se dnes věnuje dříve nebývalá pozornost. Důvodem je, že navzdory všestranně náročné a ekonomicky velice nákladné péči nelze u některých pacientů na hemodialýze zabránit postupnému vývoji závažných zdravotních komplikací. Mezi ně patří zhoršení nejen jejich tělesných a psychických funkcí, ale pochopitelně i narušení jejich sociálních vazeb. Nízká kvalita života bez možnosti zlepšení v krajní situaci může u pacienta vyústit až v dobrovolné odmítnutí hemodialýzy. Soudobý koncept kvality života je založen na předpokladu, že vyšetřovaní pacienti dávají svou aktuální situaci do vztahu k individuálnímu očekávání. Toto očekávání se může měnit během času a mohou je ovlivňovat další vlivy, kterými jsou např. přidružené chronické onemocnění, podpora rodiny atd. Stejnou objektivní situaci vnímá jinak pacient a jinak zdravotnický personál, z toho důvodu převažuje v současném období subjektivní hodnocení kvality života pomocí řady typů patientských dotazníků. Většinou se jedná o dotazníky multidimensionální všímající si širokého spektra emocionálních, fyzických, kognitivních, sociálních a pracovních pohledů a

rovněž řady příznaků nemoci nebo spjatých s vedlejšími účinky léčby. Generické dotazníky hodnotí celkový stav nemocného a to bez ohledu na dané onemocnění.

Jednoduchým a vhodným pro základní orientaci, je Karnofského skóre ("Performance status"). Toto skóre má hodnoty od 100 do 0. V tomto případě 100 je "perfektní" zdraví a 0 je smrt.

Dalším typem dotazníku je jednopoložkový dotazník s jedinou otázkou, která se týká např. toho, jak pacient hodnotí své zdraví. Pacient na otázku odpovídá v určité stupnici odpovědí (0 až 10).

Mezi nejrozšířenější generické dotazníky patří Short Form (36) Health Survey (SF-36). Dotazník zahrnuje osm oblastí pokrývajících: vitalitu, fyzické fungování, fyzické omezení, tělesnou bolest, všeobecné zdraví, emoční problémy, sociální fungování a duševní zdraví. Celkem dotazník obsahuje 36 otázek a z toho jednu samostatnou položku, která popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. Položky dotazníku jsou postaveny tak, že vyšší skóre signalizuje lepší HRQL.

Ke specifickým dotazníkům můžeme zařadit např. dotazník zjišťování kvality života u nemocných s CHSL - Kidney Disease Quality of Life - Instrument (KDQOL). Dotazník tvoří speciální nadstavbový modul, který se používá společně s generickým dotazníkem SF-36. Tento dotazník obsahuje vícečetné položky se škálovými stupnicemi týkajícími se příznaků, problémů, dopadů onemocnění ledvin na denní život pacientů. To znamená zátěže, kterou představuje onemocnění ledvin, kognitivních funkcí, pracovní situace, sexuálních funkcí, kvality sociální interakce, spánku. Dále obsahuje položky, které se vztahují k sociální podpoře, podpoře ze strany dialyzačního personálu a spokojenosti pacienta a také jednu položku hodnotící zdraví celkově ( HAYS a KALLICH, 1994; GURKOVÁ, 2011).



Pacienti s CHSL v HDL jsou ohroženi zvýšeným rizikem mortality a morbidit a nižší úrovní kvality života jak ve srovnání s běžnou populací, tak ve srovnání s pacienty v TPL. Kvalita života je u pacientů v HDL snížena především v parametrech fyzického zdraví, avšak významně narušeny jsou i další oblasti kvality života. Z těchto důvodů je třeba věnovat trvalou pozornost kvalitě života u pacientů v HDL a identifikovat ty oblasti, které lze různými intervenčními zákroky příznivě ovlivnit. Z hlediska budoucích perspektiv lze očekávat, že snaha o zvýšení kvality života u pacientů v HDL se bude vyvíjet na různých úrovních. Pro část pacientů představuje optimální řešení úspěšná transplantace ledviny. Pro skupinu pacientů odkázanou na HDL, se perspektiva zlepšení kvality života týká jednak snahy o zvýšení účinnosti HDL samotné za použití různých intenzifikovaných režimů HDL a dále snahy o komplexní řešení všech dalších modifikovatelných faktorů negativně ovlivňujících kvalitu života u pacientů v HDL.

## 6 PSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍSTUP K PACIENTŮM PODSTUPUJÍCÍM HEMODIALÝZU

### 6.1 Co je zdraví a nemoc

Nemoc přirozeně souvisí velmi úzce se zdravím, a proto nemůžeme hovořit o nemoci aniž bychom nedefinovali, co je zdraví a co v našem životě znamená. Světová zdravotnická organizace definovala zdraví takto: *„Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby“*(cit.dle JANKOVSKÉHO, 2003, s. 130).

To znamená, že za nemoc je považován stav, kdy je jedinec omezován v některé oblasti lidské pohody. Celá definice je však velmi neurčitá, neboť co je to pohoda? S tímto pojmem si každý může spojovat něco jiného, někdo má rád pouze klid v křesle, jiný zase intenzivní prožitky při adrenalinovém sportu. Ve stáří pak můžeme mít pochybnosti o tom, zda pohodu znamená člověk chodící bez hole s bolestmi kloubů, nebo člověk chodící s podporou hole bez bolestí.

Může být také rozdíl mezi subjektivním pocitem zdraví a objektivním stavem, kdy bez vyšetření zůstává nemoc skryta. Člověk může být ještě nějakou dobu plně aktivní, aniž ví o tom, že je vážně ohroženo jeho zdraví.

Také netréovaný jedinec může utrpět újmu při přehánění svých fyzických možností ve srovnání s jedincem trénovaným, který příslušnou fyzickou zátěž hladce zvládne. Přesto nemůžeme považovat netréovaného jedince za nemocného.

Zdraví je tedy víceméně relativní záležitosti, hranice jeho přechodu do nemoci je velmi neurčitá a široká. Relativně zdravý je jedinec, který je schopen z objektivního pohledu i svého subjektivního pocitu zvládat své denní zátěže. Je schopen také v určitém, kulturně daném rozmezí měnit a určovat si další běh svého života.

Nemoc však může být vnímána také jako výzva ke změně způsobu našeho života, eventuálně ke změně našeho hodnotového zaměření.

*„Člověk je kulturní a duchovní biopsychosociální bytost, která má schopnost a právo zvolit si svůj plán života, jestliže má přístup k informacím týkajícím se chování a faktorů zachování zdraví“* (Konference WHO, Vídeň 1988).

## 6.2 Psychologický přístup k pacientovi

Z úvodního citátu nám vyplývá, že člověk je holistickou bytostí, a proto je nezbytné k němu takto přistupovat. To znamená, že u člověka vnímáme celé jeho tělo, psychiku, jeho mezilidské vztahy a jeho životní orientaci. K poruše zdraví u něj dochází, jestliže dojde k tělesné nerovnováze, která pak vytváří nerovnováhu psychickou a naopak. Musíme si uvědomit, že nemoc nezasahuje jen postižený orgán, ale celý organismus a výrazně se promítá do psychiky pacienta a odráží se v jeho prožívání a chování.

Všechny typy onemocnění jsou provázeny negativními emocemi, což znamená, že v případě onemocnění prožíváme obavy, strach a úzkost. Jestliže pacient zjistí, že se jeho zdravotní stav mění k horšímu, není nic zvláštního, že se u něj objeví obavy o zdraví, obavy z toho, co bude vyplývat z dané nemoci. Obavy pacienta je možné sledovat na řadě vegetativních činností, mění se jeho dýchání (jeho frekvence, hloubka nebo časté vzdechy), zrychluje se tep, zvyšuje se svalové napětí. Může zaujímat nezvyklou polohu pro bolesti, zvyšuje se i počet nervózních pohybových projevů, např. bubnování prsty na stůl, klepání nohou atd. Na druhou stranu se obavy mohou projevit zvýšenou zamlklostí, pacient neodpovídá na naše otázky vůbec, nebo jen na některé a to jen jedním slovem.

Tyto obavy můžeme zmírnit, pokud se nám podaří pacienta ubezpečit, že v této těžké situaci není sám. Pociťuje li pacient nejistotu, dochází u něj ke

vzniku strachu a proto se snažíme jeho nejistotu zmírnit. Lékem proti strachu je láskyplná péče, ta totiž vrací pacientovi pocit bezpečí. Přesáhnou-li obavy, strach a úzkost únosné hranice, mohou vést ke ztrátě kontaktu s prostředím, někdy až k sociální izolaci a ta se zase stává příčinou negativních emocí, jako je strach, úzkosti a také i hněv. Abychom mohli těmto stavům u pacientů předcházet, je nutné je rozpoznat a zaměřit se na jejich odstranění. Musíme si uvědomit, že u chronicky nemocných pacientů jsou různé odchylky v chování, neboť přizpůsobit se životu s chronickou chorobou je značně obtížné. Odchylky se týkají jak jejich vnitřního prožívání této chronickou nemocí změněné situace, tak jejich sociálního života, to znamená jejich vztahu a jednání s druhými lidmi. Zřejmě největší dopad má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta, jak on sám sebe vidí, jak se chápe a jak se hodnotí. Jeho identita je chronickým onemocněním zasažena nejvíce.

### **6.2.1 Fáze, jimiž pacient v průběhu chronické nemoci prochází**

Abychom mohli pacientovi pomoci, je potřeba vědět, jaké jsou jeho změny v psychickém stavu v průběhu jeho nemoci. Je jisté, že duševní stav pacienta v různé fázi jeho nemoci se mění podle vývoje onemocnění. Znalost jednotlivých fází nám pomůže lépe porozumět nejen pacientům, ale i sobě. Proto se o nich v krátkosti zmíníme.

Šok - je první fází, pacient se dovídá, že je vážně nemocný. Tento stav se vyznačuje jako psychické ustrnutí na jedné straně a zděšené chování na straně druhé. V této fázi pacient není schopen zapamatovat si informace ohledně následujícího postupu léčby. To znamená, že při dalším setkání znovu pacientovi podáme již zmiňované informace, oceníme přítomnost rodinných příslušníků, kteří pacienta svou přítomností nejen podpoří, ale i oni vyslechnou potřebné informace.

Druhá fáze se nazývá popření, pacient se po šoku vrací k psychickému návratu do skutečnosti. Nejedná se však o zcela normální duševní stav, pacientovo myšlení je do určité míry neuspořádané a jeho emoce jsou výrazně negativní. Pacient odmítne uznat pravý stav věci a mnohdy disimuluje, to znamená, své obtíže činí bezvýznamnějšími, než ve skutečnosti jsou. Je přesvědčen, že on sám pozná, kdy bude dialýzu potřebovat. Nacházíme u něho obavy, strach, zármutek, žal, pocit bezmoci.

Ve třetí fázi mohou nastat i vyhocené emoční stavy, kdy se objevují výbuchy hněvu, který může být namířený proti rodině i proti zdravotnickému personálu. I za těchto okolností se snažíme pacientovi pomoci pochopit danou situaci a poskytnout podporu nejen jemu, ale i jeho rodině.

Dostatek informací, týkající se nejen dialyzační léčby, ale i možnosti transplantace zajistí snazší přizpůsobení nové situaci a vyrovnání se s nemocí, což je další fáze boje s nemocí. Pocítí-li pacient, že jsme s ním v jeho snaze zdolat obtíže, je to pro něho velká posila a postupně se se situací smiřuje, i když samotné přijetí této situace může trvat několik měsíců i let. Po určité době se nakonec každý přizpůsobí, i když pro někoho je to velice obtížné. Pokud pacient během všech fází nachází u svých rodinných příslušníků pevné citové zázemí a bezpečí, lépe čelí nástrahám nemoci a je často podstatně silnější v boji s chorobou.

Zdravotnický personál má za úkol během těchto fází pacientovi poskytovat dostatek informací, aktivně mu naslouchat, nabídnout mu pomoc či psychosociální podporu. Z mnoha slov, která od pacienta slyšíme, je nutné rozpoznat, co nám říkají o tom, jak pacient vidí sám sebe, svou situaci a svou budoucnost ( KŘIVOHLAVÝ 1989; HONZÁK, 2005; PRAŠKO aj., 2005).

### **6.2.2 Psychická reakce pacienta na nutnost dialýzy**

Diagnóza chronického selhání ledvin s výhledovou nutností dialýzy je pro člověka, kterého se to týká, jistě enormní psychickou zátěží. Jakékoliv informace či pokyny dávané bezprostředně po oznámení diagnózy pacient s největší pravděpodobností nedokáže vstřebat. Po takové šokující zprávě pacient není schopen přijmout a zpracovat obecné informace a tím méně podrobnější instrukce o následující léčbě, i když mu jsou poskytovány právě s úmyslem snížit dopad sdělení diagnózy. Naštěstí většině pacientů je diagnóza selhání ledvin sdělována několik měsíců nebo několik let před tím, než se musí zahájit dialyzační léčba. Toto období nám poskytuje čas na přiměřenou psychologickou přípravu pacienta. Mnohdy je potřeba citlivé práce s pacientem, aby se tohoto času skutečně dobře využil.

Překážkou k tomu jsou dva extrémy. Do prvního patří ti, kteří se po sdělení diagnózy snaží v sobě jakoukoliv myšlenku na selhání ledvin potlačit a nepřipouští si možnost, že budou muset být dialyzováni. Žijí si dál svůj život. Opakem ve druhém extrému jsou jedinci, pro které se život zastaví, přestanou chodit do práce a jen očekávají, až nastane den, kdy musejí na dialýzu. Ani jedna z těchto reakcí na situaci nevyužije dobře predialyzační období, které by mělo být dobrou rozumného hodnocení a přizpůsobení se nastávající situaci.

### **6.2.3 Psychologický přístup k dialyzovanému pacientovi**

V predialýze nejde jen o využití terapeutických postupů k oddálení dialýzy, ale jde i o dostatečný rozsah informací o nemoci a o možnostech léčby. Pacient pak bude lépe připravený na vlastní léčbu a na změnu života, kterou způsobí dialyzační léčba, a je pravděpodobné, že bude lépe spolupracovat. Prvním úkolem po stanovení diagnózy je důležité rozpoznání, jakého člověka nemoc postihla. Je nezbytné zjistit jak se pacient sám prezentuje, jak vidí sebe sama, jakou sociální roli zastává. Je nutné chránit toto jeho vidění a snažit se ho

zachovat a tím pacienta podpořit. Veliký význam pro výsledek léčby má znalost charakteru pacienta a jeho životních postojů. Zjistit v čem je síla a slabost konkrétního pacienta nám dává možnost využít jeho silných stránek a apelovat na ně. Zjištění, zda je pacient pasivní a závislý, nebo je aktivní a sebejistý pro personál znamená, že snáze bude schopen předvídat pacientovy problémy a lépe porozumí jeho reakcím. Protože se nemoc netýká pouze jednoho člověka, ale zahrnuje celou rodinu, partnera nemocného, jeho děti či rodiče, sourozence, je potřeba znát rodinné zázemí. Pacient, jemuž je sdělena závažná diagnóza, potřebuje účast a podporu svých blízkých. Musí pociťovat, že jeho nejbližší jsou s ním, a že jim na něm záleží. Musí vědět, že mu pomohou překonávat všechna úskalí nemoci, že udělají vše, co je v jejich silách, aby společně nad nemocí zvítězili, případně zmírnili obtíže a prodloužili kvalitní život nemocného. Je dobré vědět, jak reagovala rodina na problémy v minulosti, popřípadě využít jejich dřívějších zkušeností (DINGWALL, 2004; HONZÁK, 1989; KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Dialýza znamená pro nemocné s chronickým selháním ledvin záchranu jejich života. Na straně druhé však přináší soubor psychosociální změn, kterým je dialyzovaný pacient vystavený. Chronické selhání ledvin je nevyléčitelné onemocnění, které výrazně ovlivňuje kvalitu života, a přes všechny dosahované pokroky omezuje pacientovy možnosti. Současné dialyzační metody jsou na vysoké úrovni, přesto však nenahradí funkci ledvin plnohodnotně a dialyzační léčba má i svá úskalí. Nejde jen o vlastní dialyzační proces, ale i o celkovou ošetrovatelskou péči o pacienta zajišťující co nejpříjemnější kvalitu života a nejen přežívání od dialýzy k dialýze (MATOUŠOVIC aj., 2009).

I přes všechny snahy zdravotnického personálu není zahájení dialýzy pro pacienta snadným obdobím, uvědomují si, že začíná nová a velmi nejistá fáze jejich života. Zařazením pacientů do pravidelné dialyzační léčby nastává v jejich životě nový rytmus. Pacienti docházejí třikrát týdně na dialyzační středisko, kde

probíhá dialyzační léčba trvající čtyři až pět hodin. Po celou tuto dobu je pacient upoutaný k dialyzačnímu přístroji, což u mnohých vyvolává stres. Dialyzovaní pacienti jsou vystavení specifickému stresu, který je vyvolaný za prvé příznaky choroby a za druhé velmi náročným způsobem léčby. Pacienti si uvědomují nezbytnou závislost na přístroji, který fakticky rozhoduje o jejich životě. Stresujícím faktorem je i vlastní provedení dialyzačního procesu, mnohdy jde o strach z napichování fistule nebo strach z poruchy dialyzačního přístroje. Objevují se obavy z nepředvídatelnosti událostí během dialýzy týkající se nejen samotného pacienta ale i ostatních pacientů. Velkým stresem je úmrtí spolupacientů při dialýze, kdy si pacienti kladou otázky : „Co potká mne? Jak to bude dál s mým životem?“ Znova musíme zdůraznit důležitost podpory v takovýchto nelehkých situacích a individuální pomoc u každého přítomného pacienta.

Velkým přínosem je možnost psychologické pomoci přímo na dialyzačním středisku. I přes všechny snahy personálu někteří pacienti bojují s úzkostí, projevující se somatickými problémy (např. bolestmi hlavy, tlakem na hrudníku) nebo psychickou nepohodou. Část pacientů prožívá úzkost již při vstupu na dialyzační středisko, jiní jen při napichování a někteří po celou dobu dialyzační léčby. Pokud se nepodaří pacientům úzkost zvládnout, může tato přejít do fáze deprese nebo vyvolat agresivní chování. Pacienti trpící depresí jsou smutní a pociťují beznaděj a bezmocnost, jsou uzavření, dostávají se do sociální izolace, odmítají spolupracovat. Včasné rozpoznání příznaků deprese a její léčba pomáhá zkvalitňovat život pacientů na dialýze a zároveň i lepší spolupráci s personálem.

Vyvolává li úzkost u pacienta agresivní chování, pak je na zdravotnickém personálu, aby tuto vypjatou situaci dovedl zvládnout, řešil ji s klidem a nenechal se ovlivnit negativními emocemi pacienta. Zkusme se na situaci podívat očima pacienta a tak lépe pochopit, co pacient se selháním ledvin cítí a co prožívá. Lépe pak porozumíme jeho chování a neodsoudíme jej, ale naopak mu



pomůžeme. Co může personál pro pacienta učinit? Rozhodně může být nápomocen uspokojovat biopsychosociální potřeby. Uspokojování psychických potřeb je zaměřeno zejména na odstranění a zmírnění bolesti. Zdravotnický personál musí brát v úvahu individuální vnímavost k bolesti každého pacienta. Významné je předcházení strachu a úzkosti empatickým přístupem a dostatečnou informovaností pacientů a to po celou dobu dialyzační léčby. Aby si pacient udržel sebeúctu, je nezbytné respektovat jeho intimitu a podporovat ho v samostatnosti. Uspokojování sociálních potřeb znamená udržování sociálních kontaktů, zejména u pacientů, kteří jsou sami. U pacientů s rodinami je potřeba poskytnout podporu a dostatečnou edukaci všem členům rodiny. Informovanost a zapojování pacientů a jejich rodinných příslušníků do svépomocných skupin jakou je např. Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy. Podpora pacienta a péče o něj by měla být přizpůsobena individuálním potřebám, po celou dobu léčebného procesu. To znamená brát potřeby pacienta a jejich proměny v čase v úvahu a tím předcházet problémům. V průběhu dialyzační léčby musíme pacientovi nejen naslouchat, ale pokládat mu správné otázky, které nás dovedou k identifikaci problémů a k jejich řešení (HAŠKOVCOVÁ, 1996).

#### **6.2.4 Psychologický přístup z ohledem na etapu života**

Jelikož každá etapa života má své specifické znaky, je důležité tyto znaky respektovat a přizpůsobovat je dané situaci.

U pacientů v období dospívání je potřeba si uvědomit, že toto období je charakterizováno budováním osobní identity a nezávislosti, což může být pro léčebný proces skutečnou katastrofou. Dosažení nezávislosti někdy vede k odmítání rodičovských hodnot a ztotožňování se s názory party, ke které jedinec náleží. Během dialyzační léčby tito pacienti narážejí na dialyzační

režim, dietní pravidla a požadavky personálu na dialyzačním středisku. Podle nich personál dává jen samé příkazy a zákazy a někteří adolescenti v tom spatřují vměšování se do jejich soukromí. Je pro ně velice těžká situace vyrovnat se jen s dospíváním, tím spíše pak se závislostí na dialyzační léčbě a ještě zvládnutí určitých omezení. Navíc od něj očekáváme, že bude myslet jako dospělí. Situaci může komplikovat i nezodpovědný přístup jeho vrstevníků, kteří ho mohou od léčby zrazovat, poukazující na to, že to vše jsou jen výmysly dospělých, kteří toho používají jako záminky, aby uplatňovali svou moc.

Selhání ledvin v raném a středním období dospělosti je mezi 25 – 45 rokem. Pro toto období je charakteristické, že se jedinec stará nejen o sebe, ale má zodpovědnost i za druhé. Selhání ledvin v tomto období přichází jako nebezpečná hrozba ztráty životních jistot. Nabourává plány a s ním spojené životní očekávání, dochází ke změně rolí v rodině. Vyskytují se i ekonomické problémy, zvláště pokud nemoc postihne člena rodiny, který byl jediným zdrojem financí.

Selhání ledvin v pokročilém věku se dožívá čím dále více jedinců, což je zásluha dobré lékařské péče. Avšak je potřeba si uvědomit, že toto období sebou nese více komplikací vyplývajících z přidružených chorob patřících ke stáří. Dochází ke snížení fyzické a duševní výkonnosti, z toho plyne postupné ubývání samostatnosti a narůstání závislosti. U těchto pacientů je pak potřeba zvýšené celkové péče a spolupráce se všemi, kdo se o něj stará, to znamená rodinu nebo sociální zařízení, kde se nachází (MAHONA a JENKINS, 2007; ZACHAROVÁ aj., 2007).

Na závěr této kapitoly si připomeňme, že nejdůležitější je brát pacienty takové, jací jsou a teprve pak jsme schopni jim pomoci v přebudování jejich života. Tento proces je dlouhý a nesnadný, ale povzbuzením pro nás je, že většina pacientů se dokáže se svou situací vyrovnat.

## 6.3 Přínos sociální práce při komplexní péči o pacienta v hemodialýze

Nezbytnou složkou komplexní péče o hemodialyzované pacienty je zdravotně sociální péče. Patří k ní také pomoc zaměřená na řešení sociálních problémů pacientů. Jde o pacienty, kteří nejsou sami schopni situaci řešit, nemají rodinu, nebo jim blízcí pomoci nemohou, či nechtějí. Proces sociální práce je zaměřen na individuální přístup k pacientovi, který motivuje pacienty k řešení vlastních sociálních problémů ( MATOUŠEK, aj.,2003).

Sociální péče o dialyzované pacienty začíná již v predialyzačním období. Dostatečné sociální hodnocení má velký význam pro budoucí stav pacienta, který musí podstoupit hemodialyzační terapii. Hodnocení se týká těchto dimenzí: bytových podmínek, rodiny a jejich kontaktů, zaměstnání, sociálních dávek a volného času a koníčků.

Bytové podmínky pacienta by měly být hodnoceny na základě návštěvy sociálního pracovníka přímo u pacienta doma. Jde o to, že dialyzovaný pacient potřebuje odpovídající bytové podmínky s vyhovujícím sociálním zařízením. U starších osob, které žijí samy, navrhneme možnost ubytování v domově s pečovatelskou službou, tu pacient po čase určitě ocení. Jestliže má pacient problémy s pohyblivostí, pak je na místě poradit a doporučit pacientovi vhodné pomůcky, které mu usnadní život. Jedná se o různá madla v koupelně, sprše a na toaletě a jiné pomůcky, které zvýší bezpečnost pacienta v domácím prostředí.

Rodina a kontakty je oblastí, v níž se zaměříme na hodnocení o rodinných příslušnících, kteří nesou hlavní díl péče o nemocné. Z hodnocení zjistíme, jakou pomoc budou pacienti v budoucnu eventuálně potřebovat. Může se jednat o pacienta, který se sám stará o nemocného partnera a tudíž bude potřebovat s touto péčí pomoci. Pomoc budou potřebovat i jedinci, jejichž rodiny se sice

starají, ale samy nejsou schopny všestrannou péči zajistit. Mimořádnou pozornost je nutno zaměřit na mladé matky, nejen ty co žijí samostatně, ale i ty, které žijí v úplné rodině. Hemodialyzační terapie znamená, že matky jsou třikrát týdně minimálně pět hodin mimo domácnost a proto je potřeba přizpůsobit jim dialyzační rozvrh, tak aby jim vyhovoval nebránil jim v péči o potomky (HONZÁK, 1989).

V zaměstnání bychom měli pacienta nejen podporovat, ale snažit se zvolit rozvrh dialýz tak, aby co nejméně zasahoval do jeho pracovního procesu. Zachování práce je pro pacienta nesmírně důležité a to z několika důvodů. Jednak stabilizuje jeho finanční situaci, dále vylepšuje jeho sebehodnocení a zároveň mu brání neustále myslet jen na svůj zdravotní stav. Další výhodou zaměstnání pro pacienta znamená udržení si své identity a dosavadní sociální role (DINGWALL, 2003).

Chronické onemocnění téměř vždy znamená zhoršení finanční situace pacienta a jeho rodiny. V rámci hodnocení situace poskytneme pacientovi informace o možných sociálních dávkách, které může využít.

Velice podstatné jsou informace o pacientových zálibách a o jeho koníčcích. Cílem léčby je, aby pacient prožíval život co nejvíce podle svých představ. Dostatečná sociální opora, kterou blízcí poskytují nemocnému, a dobré sociální vztahy výrazně přispívají k podpoře pacientova zdraví. Sociální zázemí nemocných lidí netvoří jen vlastní rodina, ale i širší příbuzenstvo nebo kamarádi a přátelé. Sociální podpora má dvě dimenze. Jednak poskytuje citovou náklonnost, kterou příbuzní a přátelé nemocnému vyjadřují. Tímto postojem posilují vědomí nemocného, přesvědčují ho, jak je pro druhé důležitý, jak ho mají rádi, jak jim na něm záleží a že s ním cítí. Druhou stránkou sociální opory je zabezpečení praktických prostředků, které nemocný potřebuje. Je prokazatelné, že nemocní s dobrými sociálními vztahy mají nejen lepší výsledky v léčbě, ale

lépe spolupracují se zdravotnickým personálem a tudíž mají i vyšší kvalitu života  
(ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ, aj.2007; VÁGNEROVÁ, 2005).

## 7 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 7.1 Cíle práce a hypotézy

#### 7.1.1 Cíle práce

Tato práce má dva cíle.

Cíl první si ukládá zjistit, jak pocít'ují dopad hemodialyzační léčby na kvalitu života seniůi.

Cíl druhý si ukládá zjistit jak pocít'ují dopad hemodialyzační léčby na kvalitu života lidé v produktivním věku.

#### 7.1.2 Hypotézy

Autorka této práce si ověřuje tyto hypotézy:

H 1. Pacienti - seniůi podstupující hemodialyzační léčbu nepocít'ují zhoršení kvality života.

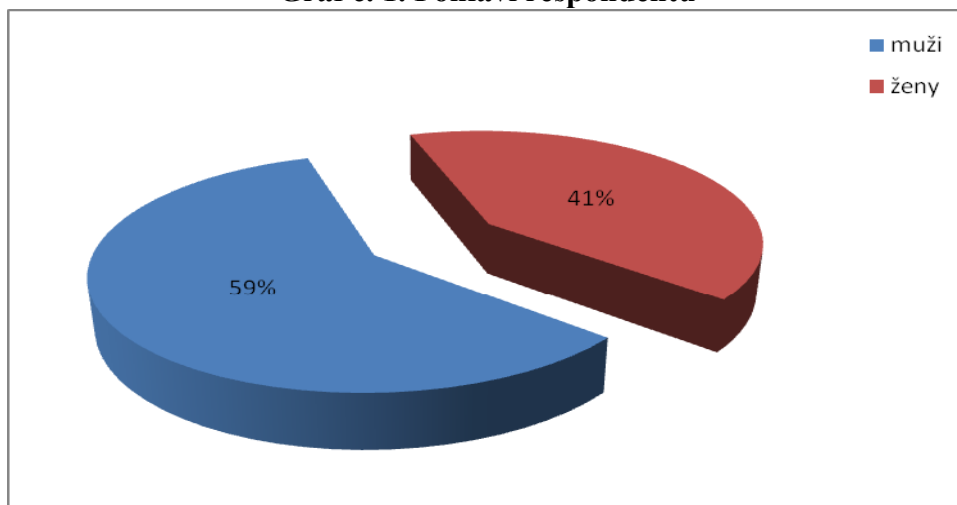
H 2. Pacienti v produktivním věku podstupující hemodialyzační léčbu pocít'ují omezení svých aktivit, tedy určité zhoršení kvality života.

### 7.2 Zkoumané soubory a metodika

#### 7.2.1 Charakteristika výzkumných souborů

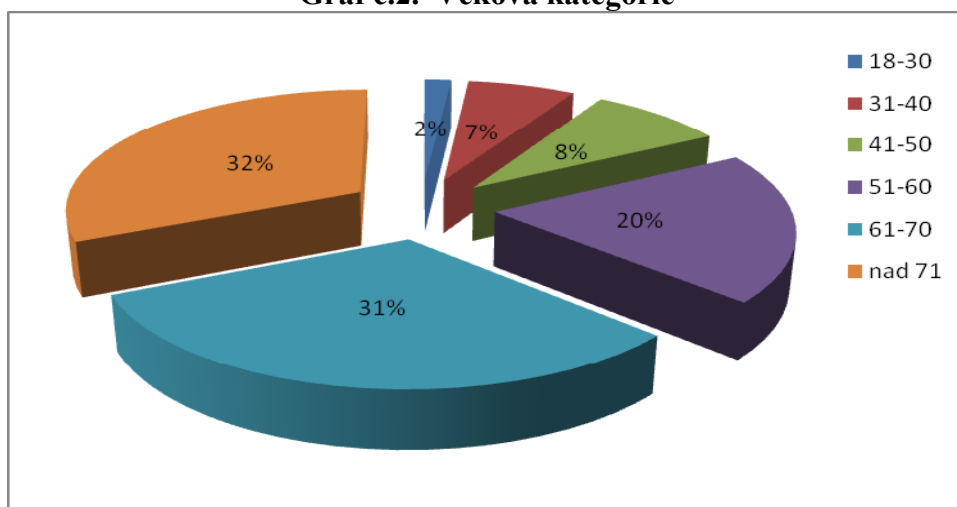
V rámci tohoto výzkumného šetření byl použit výzkumný soubor, který tvořili pacienti na hemodialyzačních střediscích s.r.o. FMC v Praze v Krči, na Vinohradech a ve Vysočanech. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 117 respondentů.

**Graf č. 1. Pohlaví respondentů**



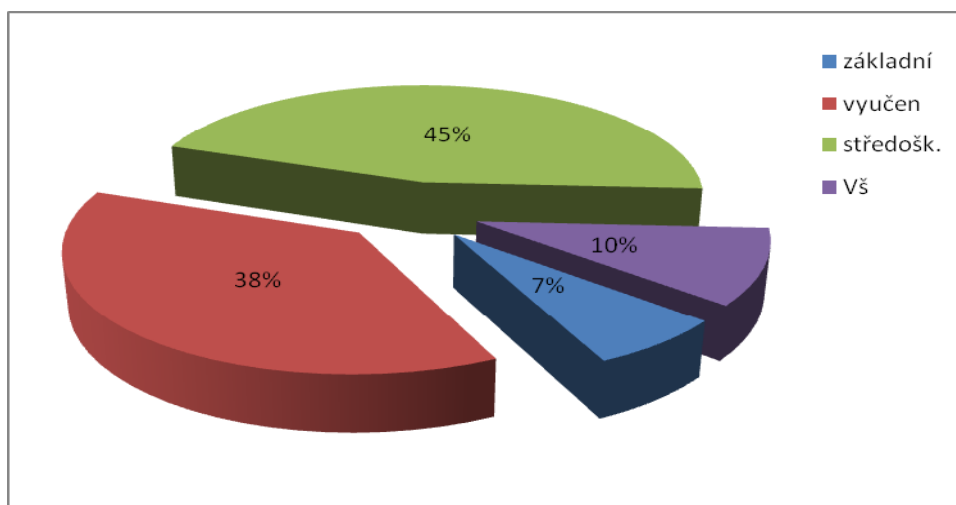
Graf č.1 ukazuje zastoupení pohlaví ve výzkumném šetření, kterého se zúčastnilo celkem 117 respondentů (100 %), z toho bylo 69 mužů (59 %) a 48 žen (41 %).

**Graf č.2. Věková kategorie**



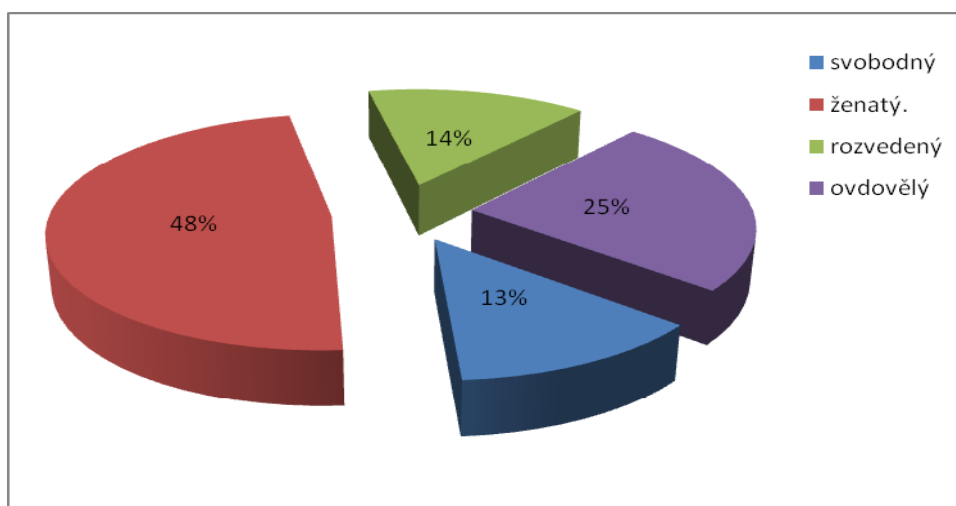
Graf č.2 zachycuje rozsah věkové kategorie. Ze 117 respondentů (100 %) jsou 2 respondenti (2 %) ve věku 18-30 let, 8 respondentů (7 %) je ve věku 31- 40 let, 10 respondentů (8 %) je ve věku 41-50 let, 23 respondentů (20 %) je ve věku 51 - 60 let, 37 espondentů (31 %) je ve věkové kategorii 61-70 let a stejně zastoupenou věkovou kategorií je věk nad 71, který je zastoupen 37 respondenty (32 %).

**Graf č. 3. Nejvyšší dosažené vzdělání**



Graf č.3 ukazuje, že ze 117 respondentů (100 %) má 8 respondentů (7 %) základní vzdělání, 44 respondentů (38 %) je vyučeno, 53 respondentů (45 %) má středoškolské vzdělání a 12 respondentů (10 %) má vysokoškolské vzdělání.

**Graf č. 4. Rodinný stav**



Graf č.4 ukazuje, že ze 117 respondentů (100 %) je 15 respondentů (13 %) svobodných, 56 respondentů (48 %) je ženatých nebo vdaných, 17 respondentů (14 %) je rozvedených a 29 respondentů (25 %) je ovdovělých.



## 7.2.2 Metodika

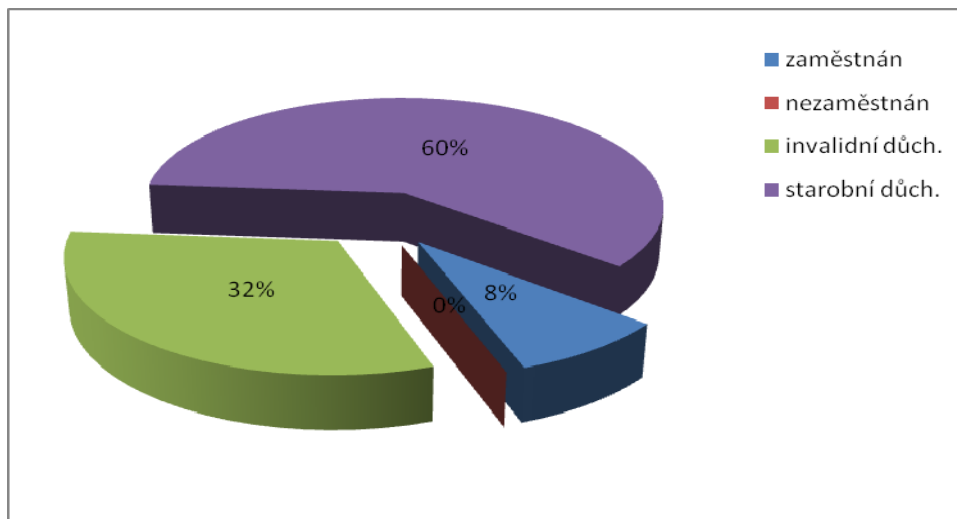
Jedná se o kvantitativně výzkumné šetření. Provedeným šetřením se zjišťovalo, zda senioři a pacienti v produktivním věku podstupující hemodialyzační léčbu pociťují zhoršení kvality života a jejich vzájemné porovnání.

Sběr dat byl proveden metodou dotazování, technikou dotazníku. Tento dotazník (Příloha I,) byl sestaven pro pacienty na hemodialyzačních střediscích a obsahuje 21 otázek. Z toho 20 otázek je uzavřených a jedna otázka je otevřená. Z uzavřených otázek jsou zde otázky identifikační (které jsou zařazeny do popisu souboru zkoumaných osob) a otázky zjišťující kvalitu života. Sběr těchto dat probíhal od ledna 2013 do května 2013. Vyplnění dotazníku probíhalo anonymně do předtištěných formulářů, pacienti vyplňovali tyto dotazníky doma. Pacientům byly dotazníky rozdány při příchodu na hemodialyzační středisko a při následující hemodialyzační terapii je odevzdávali.

Nejprve bylo rozdáno 15 dotazníků, které byly použity pro pilotní studii. Po té bylo rozdáno 120 dotazníků, vrátilo se 119 a dva byly pro nekomplexnost vyplnění vyřazeny. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 117 dotazníků. Dotazníky byly zpracovány pomocí grafů a čísla jsou udávána v procentech.

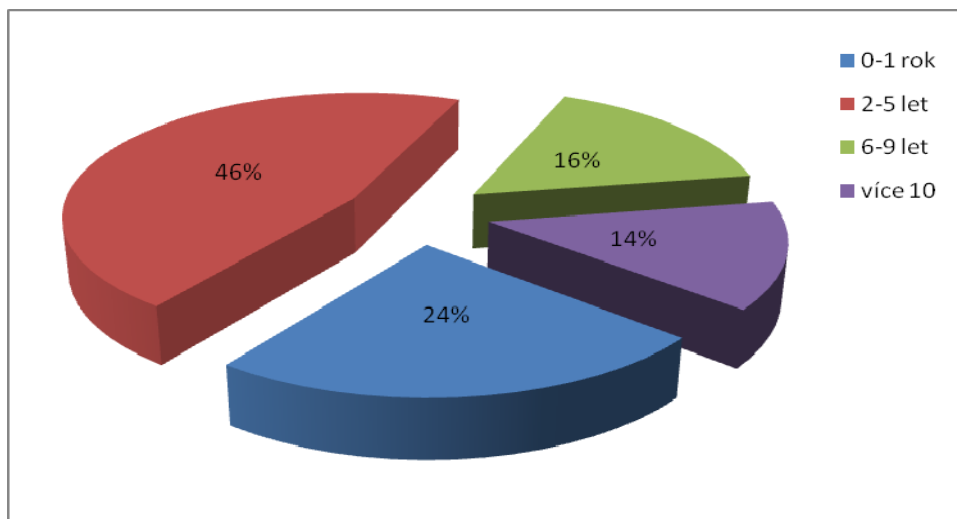
## 7.3 Výsledky

**Graf č. 5. Zaměstnanost pacientů**



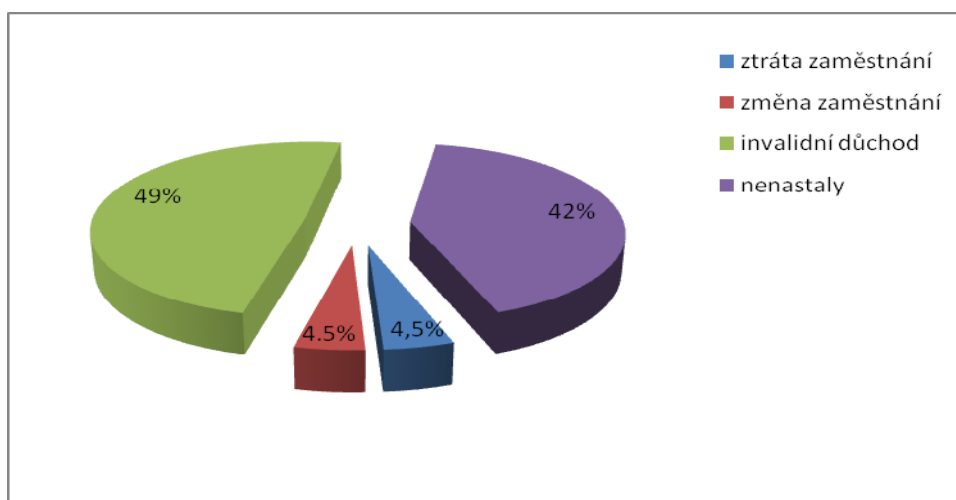
Graf č.5 zachycuje, že ze 117 respondentů (100 %) 10 respondentů je zaměstnáno, žádný pacient není nezaměstnaný, 37 respondentů (32 %) je v invalidním důchodu a 70 respondentů (60 %) je ve starobním důchodu.

**Graf č. 6. Délka zařazení v hemodialyzačním programu**



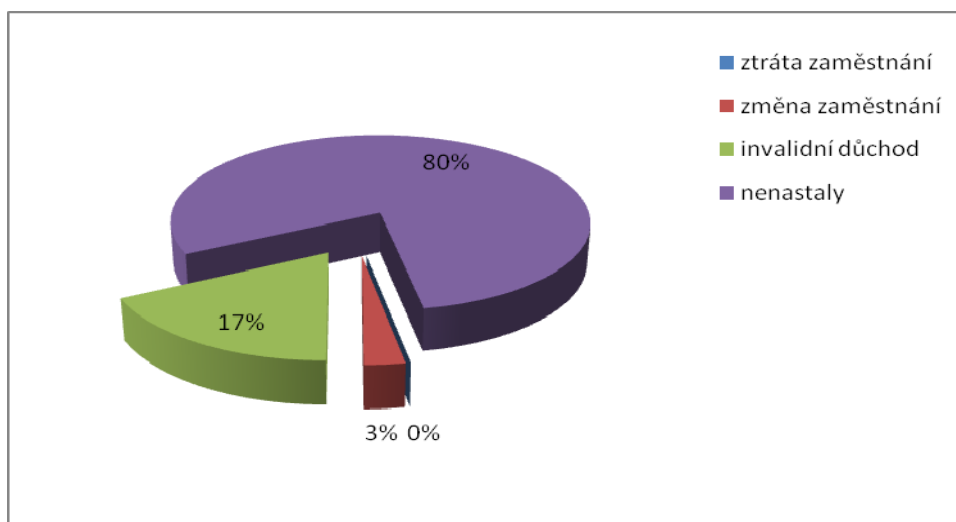
Graf č.6 zachycuje, že ze 117 respondentů (100 %) 28 respondentů (24 %) dochází na hd cca 1 rok, 54 respondentů (46 %) dochází na hd 2- 5 let, 19 respondentů (16 %) dochází na hd 6-9 let a 16 respondentů (14 %) dochází na hd více než 10 let.

**Graf č. 7. Změny pracovního zařazení po zahájení hd léčby- pacienti v produktivním věku**



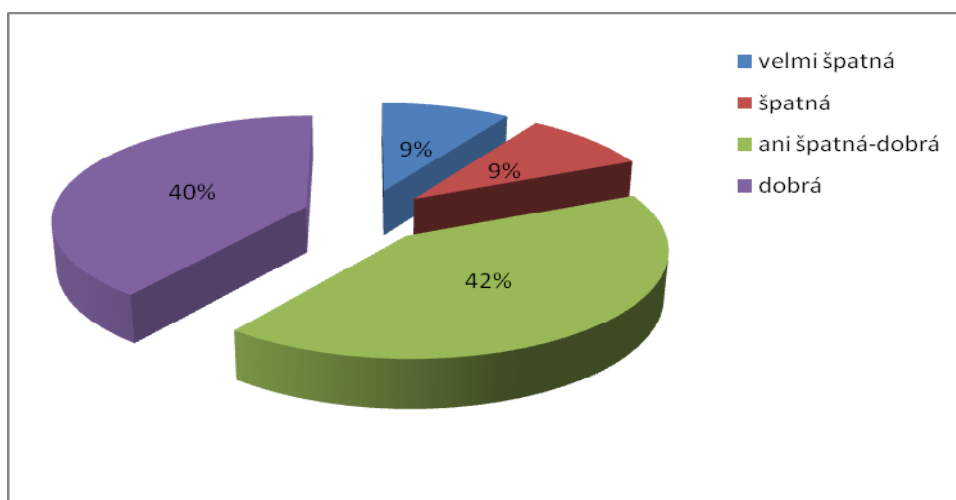
Graf č.7 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) zaměstnání ztratili 2 respondenti (4 %), 2 respondenti (5 %) zaměstnání změnili, 21 respondentů (48 %) odešlo do invalidního důchodu a u 18 respondentů (42 %) změny nenastaly.

**Graf č. 8. Změny pracovního zařazení po zahájení hd léčby?- pacienti -senioři**



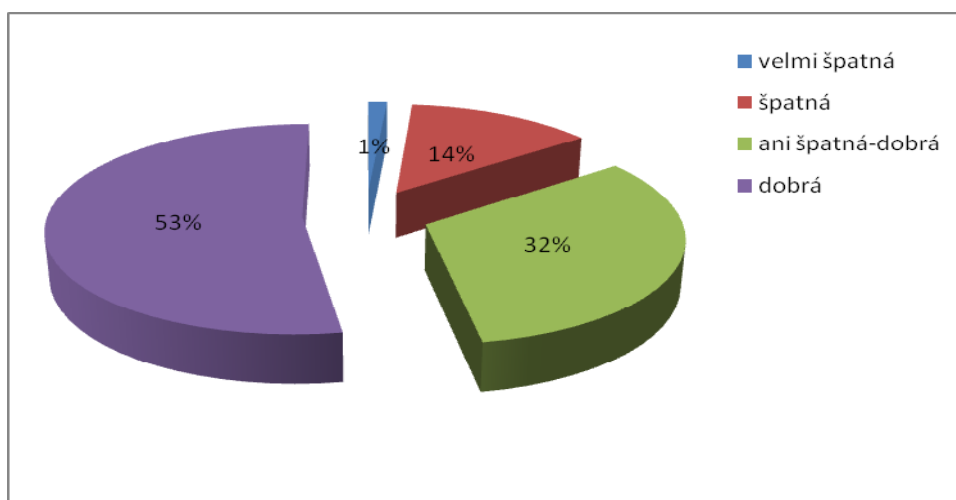
Graf č.8 znázorňuje vliv zahájení hd léčby na změny v pracovním procesu. Ukazuje se, že ze 74 respondentů (100 %) zaměstnání neztratili žádní respondenti, 2 respondenti (3 %) zaměstnání změnili, 13 respondentů (17 %) odešlo do invalidního důchodu a u 59 respondentů (80 %) změny nenastaly.

**Graf č. 9. Kvalita života - pacienti v produktivním věku**



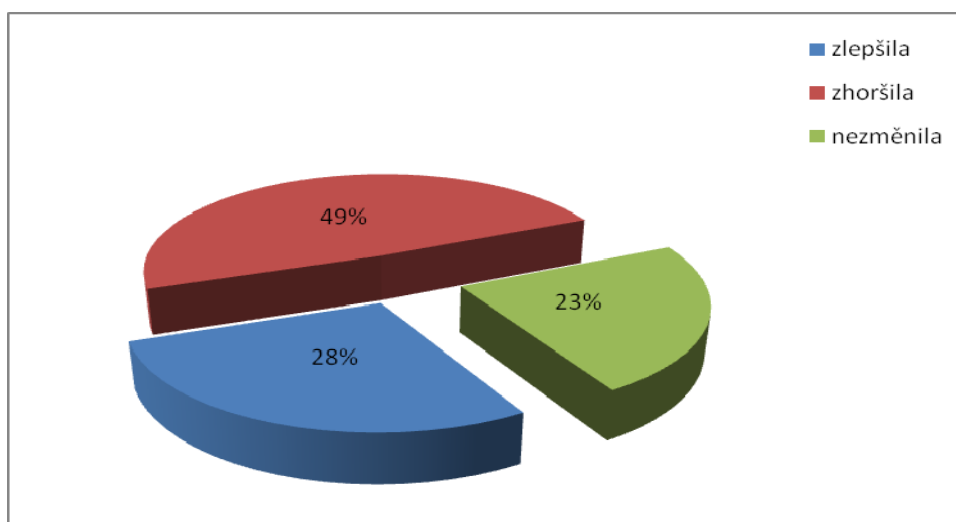
Graf č.9 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 4 respondenti (9 %) kvalitu života hodnotí jako velmi špatnou, 4 respondenti (9 %) ji hodnotí jako špatnou, 18 respondentů (42 %) ji zaznamenává jako ani špatnou ani dobrou a 17 respondentů (40 %) kvalitu života hodnotí jako dobrou.

**Graf č. 10. Kvalita života - pacienti - senioři**



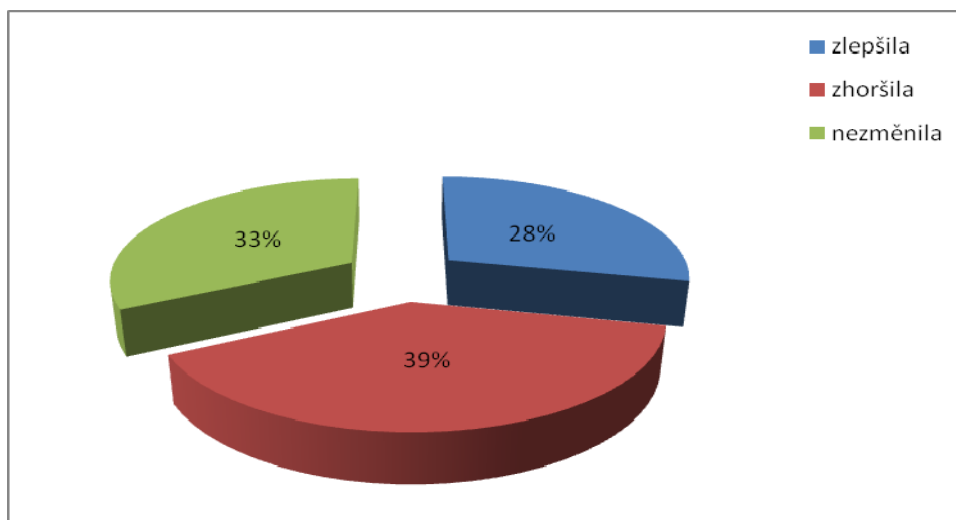
Graf č.10 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 1 respondent (1 %) kvalitu života hodnotí jako velmi špatnou, 10 respondentů (14 %) ji hodnotí jako špatnou, 24 respondentů (32 %) ji hodnotí jako ani špatnou ani dobrou a 39 respondentů (53 %) kvalitu života označuje jako dobrou.

**Graf č. 11. Tělesná výkonnost v souvislosti s hd - pacienti v produktivním věku**



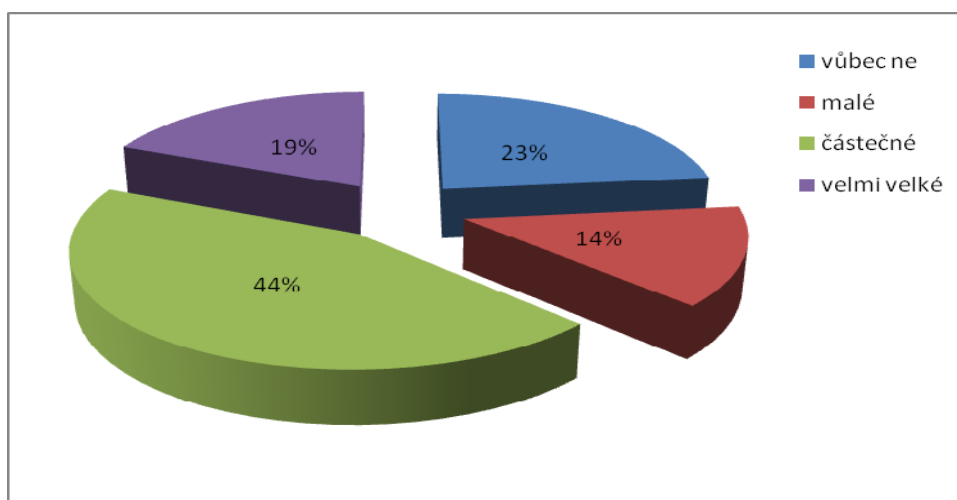
Graf č.11 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 12 respondentů (28 %) udává zlepšení tělesné výkonnosti v souvislosti s hd, 21 respondentů (49 %) tvrdí, že došlo ke zhoršení tělesné výkonnosti a 10 respondentů (23 %) zaznamenává, že se situace nezměnila.

**Graf č. 12. Tělesná výkonnost v souvislosti s hd- pacienti - senioři**



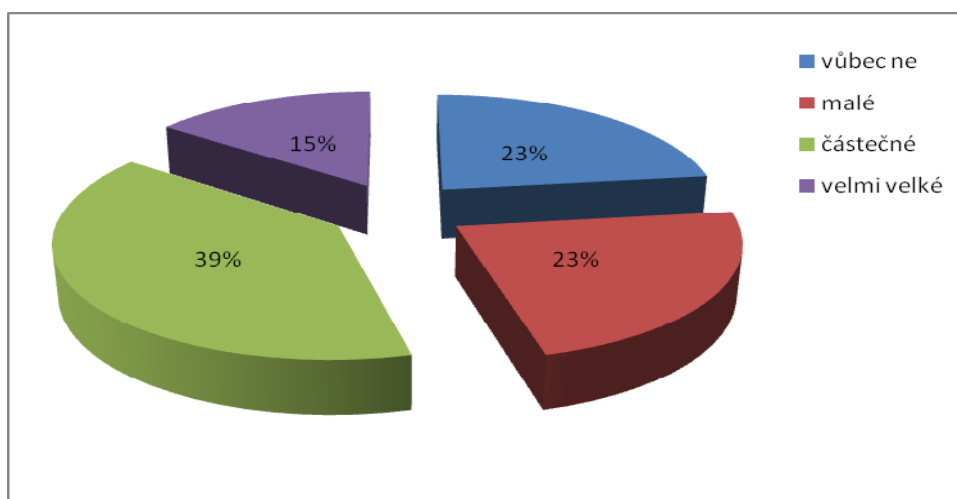
Graf č.12 znázorňuje, že ze 74 osob (100 %) udává zlepšení tělesné výkonnosti v souvislosti s hd 21 respondentů (28 %) 29 respondentů (39 %) tvrdí, že došlo ke zhoršení tělesné výkonnosti a 24 respondentů (33 %) zaznamenává, že se situace nezměnila.

**Graf č. 13. Dodržování pitného režimu - pacienti v produktivním věku**



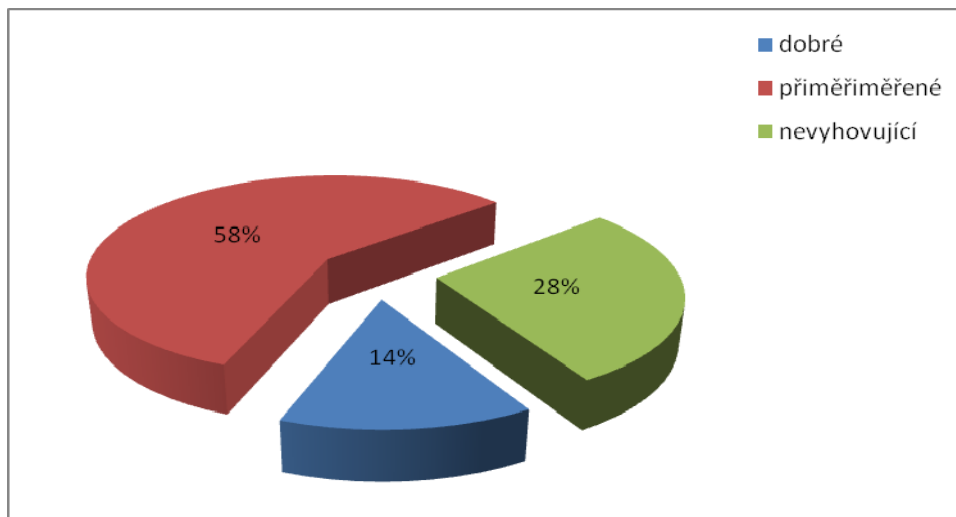
Graf č.13 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 10 respondentů (23 %), nemá problémy s dodržováním pitného režimu, 6 respondentů (14 %) má jen malé problémy, 19 respondentů (44 %) má problémy částečné a 8 respondentů (19 %) má velmi velké problémy s dodržováním pitného režimu.

**Graf č. 14. Dodržování pitného režimu - pacienti - senioři**



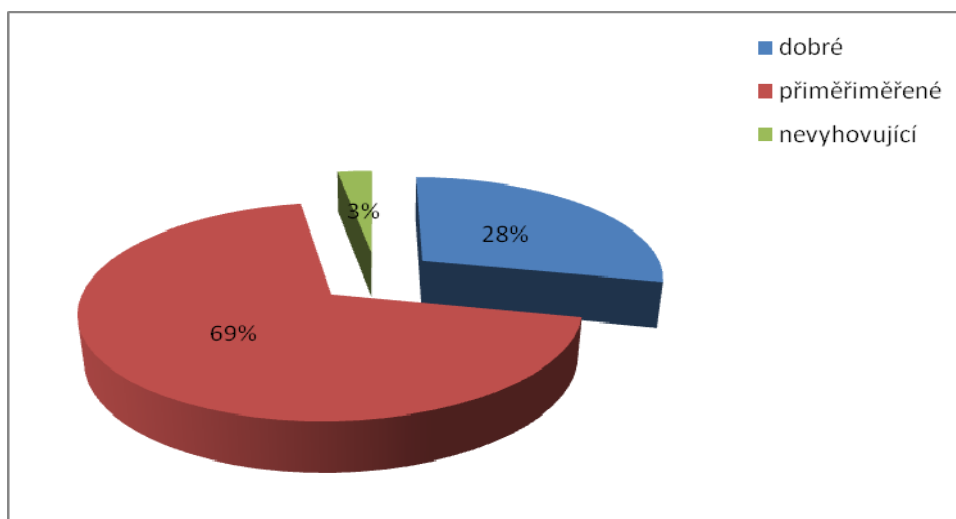
Graf č.14 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) s dodržováním pitného režimu nemá žádné problémy 17 respondentů (23 %), malé problémy má 17 respondentů (23 %), částečné problémy má 29 respondentů (39 %) a velké problémy s dodržováním pitného režimu má 11 respondentů (15 %).

**Graf č. 15. Finanční zabezpečení pacienti - v produktivním věku**



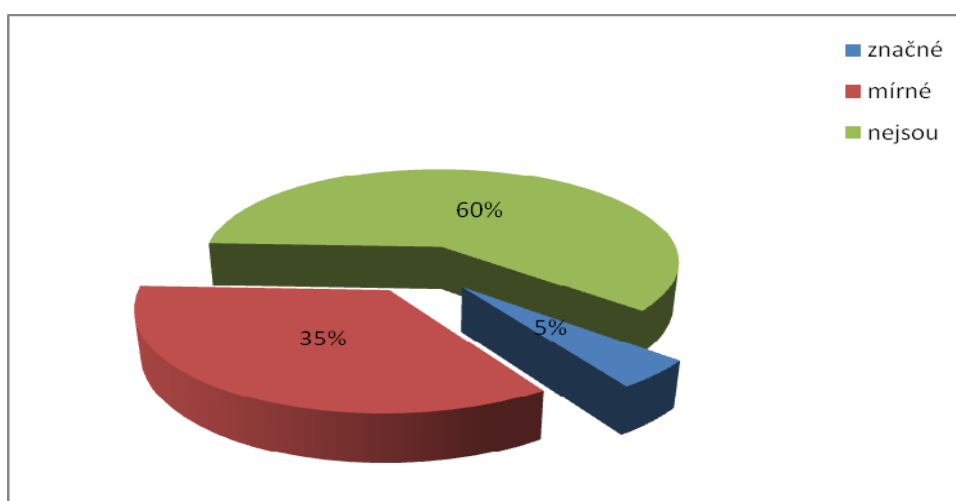
Graf č.15 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) hodnotí finanční situaci jako dobrou 6 respondentů (14 %), 25 respondentů (58 %) ji hodnotí jako přiměřenou a 12 respondentů (28 %) finanční situaci hodnotí jako nevyhovující.

**Graf č.16. Finanční zabezpečení pacienti - senioři**



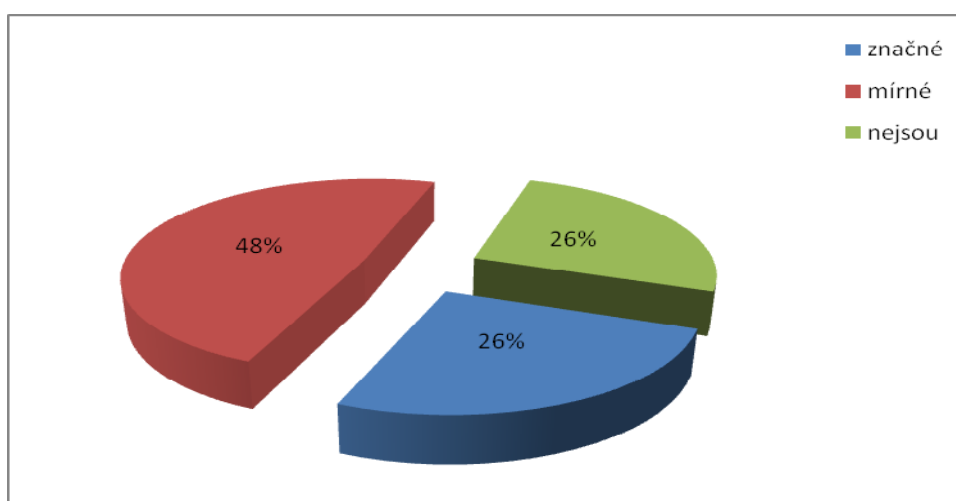
Graf č.16 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) hodnotí finanční situaci jako dobrou 21 respondentů (28 %), 51 respondentů (69 %) ji hodnotí jako přiměřenou a pouze 2 respondenti (3 %) finanční situaci hodnotí jako nevyhovující.

**Graf č. 17. Potíže pohybovat se mimo domov pacienti - v produktivním věku**



Graf č.17 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) jsou 2 respondenti (5 %), kteří udávají, že mají značné problémy pohybovat se mimo domov, 15 respondentů (35%) svoje problémy s pohybem mimo domov uvádí jako mírné a 26 respondentů (60 %) tvrdí, že problémy s pohybem mimo domov žádné nemá.

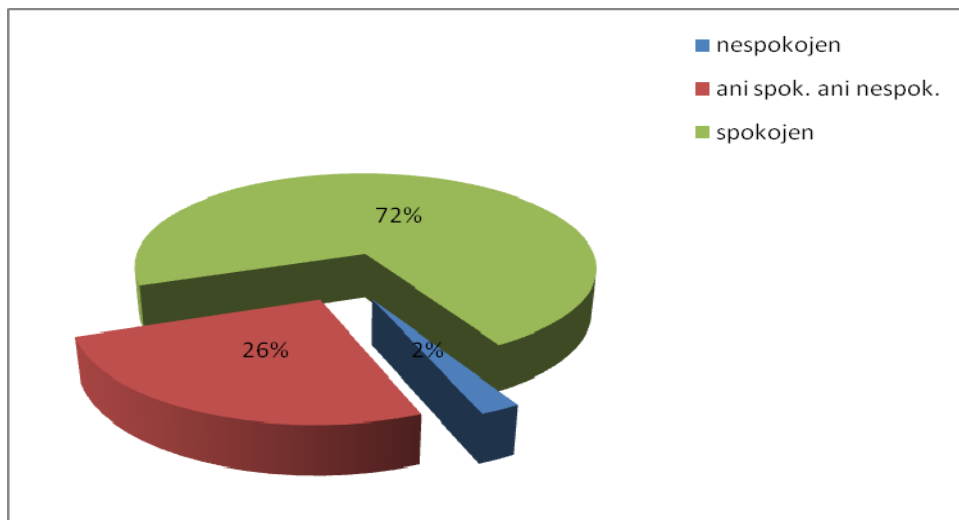
**Graf č.18. Potíže pohybovat se mimo domov pacienti - senioři**



Graf č.18 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) udává 19 respondentů (26 %) značné problémy pohybovat se mimo domov, 36 respondentů (48 %) uvádí svoje problémy s pohybem mimo domov jako mírné a 19 respondentů (26 %) tvrdí, že problémy s pohybem mimo domov žádné nemá.

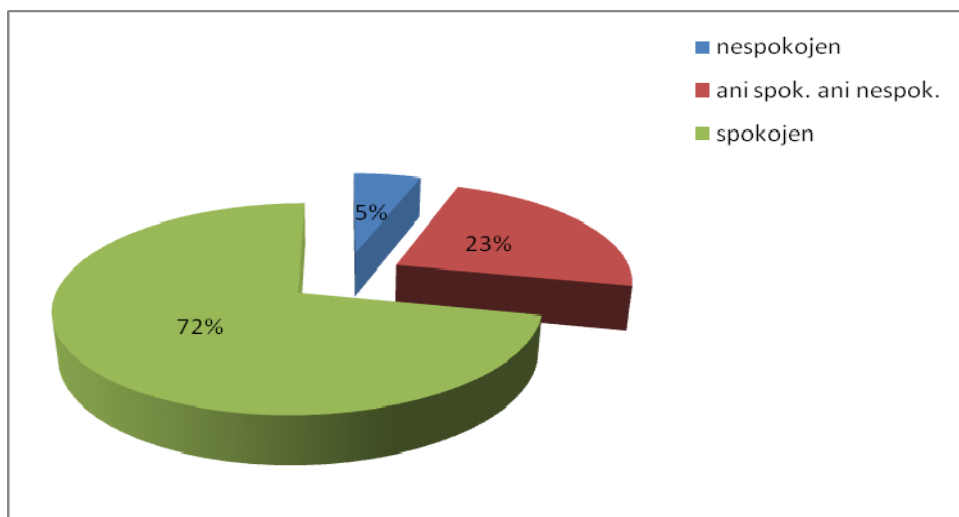


**Graf č. 19. Spokojenost s osobními vztahy pacienti - v produktivním věku**



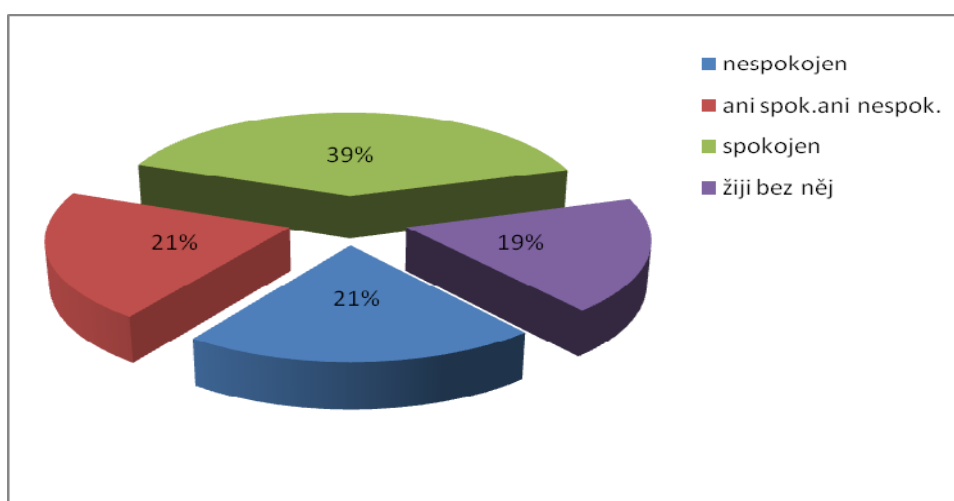
Graf č.19 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) uvádí 1 respondent (2 %) nespokojenost s osobními vztahy, 11 respondentů (26 %) není ani spokojeno ani nespokojeno a 31 respondentů (72 %) udává spokojenost s osobními vztahy.

**Graf č. 20. Spokojenost s osobními vztahy pacienti - senioři**



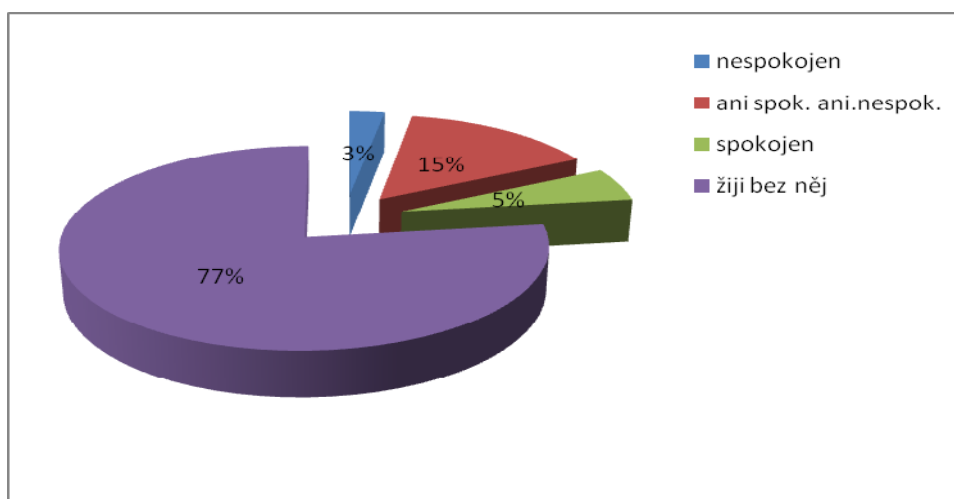
Graf č.20 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 4 respondenti (5 %), udávají nespokojenost s osobními vztahy, 17 respondentů (23 %) není ani spokojeno ani nespokojeno a 53 respondentů (72 %) udává spokojenost s osobními vztahy.

**Graf č. 21. Spokojenost se sexuálním životem pacienti - v produktivním věku**



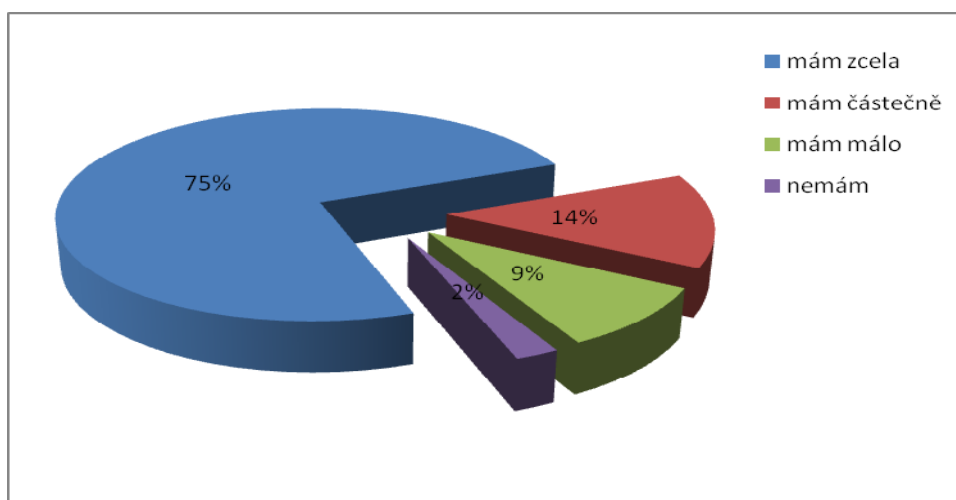
Graf č.21 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 9 respondentů (21 %), udává nespokojenost se sexuálním životem, 9 respondentů (21 %) není ani spokojeno ani nespokojeno a 17 respondentů (39 %) udává spokojenost a 8 respondentů (19 %) uvádí, že nežije sexuálním životem.

**Graf č. 22. Spokojenost se sexuálním životem pacienti - senioři**



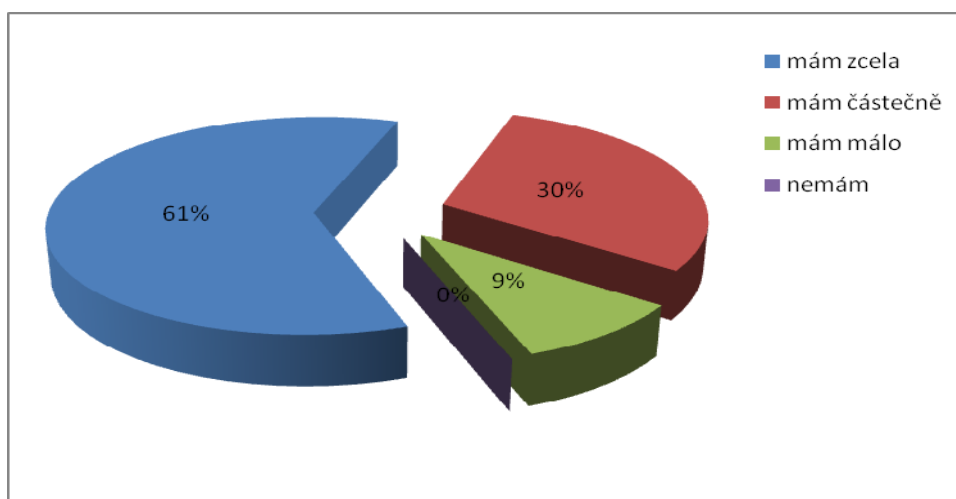
Graf č.22 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 2 respondenti (3 %), udávají nespokojenost se sexuálním životem, 11 respondentů (15 %) není ani spokojeno ani nespokojeno a 4 respondenti (5 %) udávají spokojenost a 57 respondentů (77 %) uvádí, že již sexuálním životem nežije.

**Graf č. 23. Podpora rodiny a přátel pacienti - v produktivním věku**



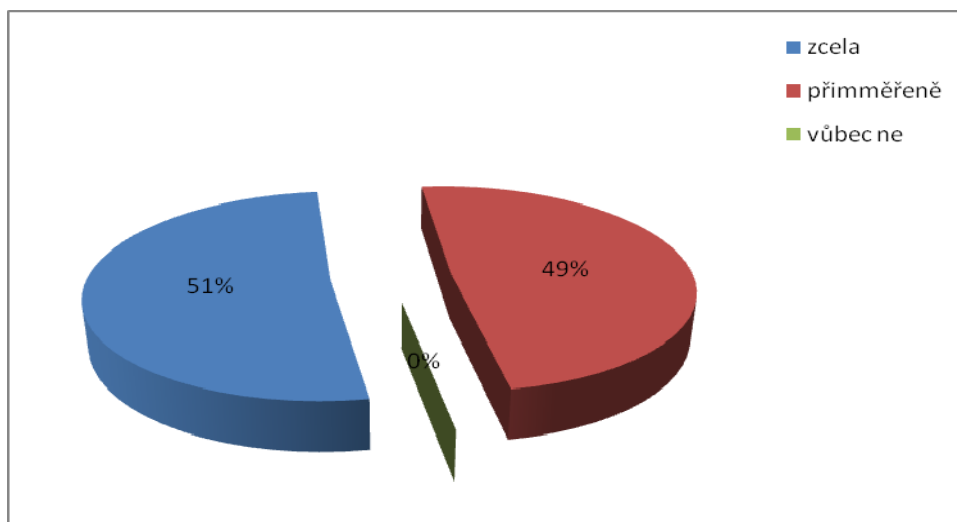
Graf č.23 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 32 respondentů (75 %), tvrdí, že má zcela podporu rodiny, 6 respondentů (14 %) má jen částečnou podporu, 4 respondenti (9 %) udávají, že podpora rodiny je malá a 1 respondent (2 %) nemá žádnou podporu od rodiny.

**Graf č. 24. Podpora rodiny a přátel pacienti - senioři**



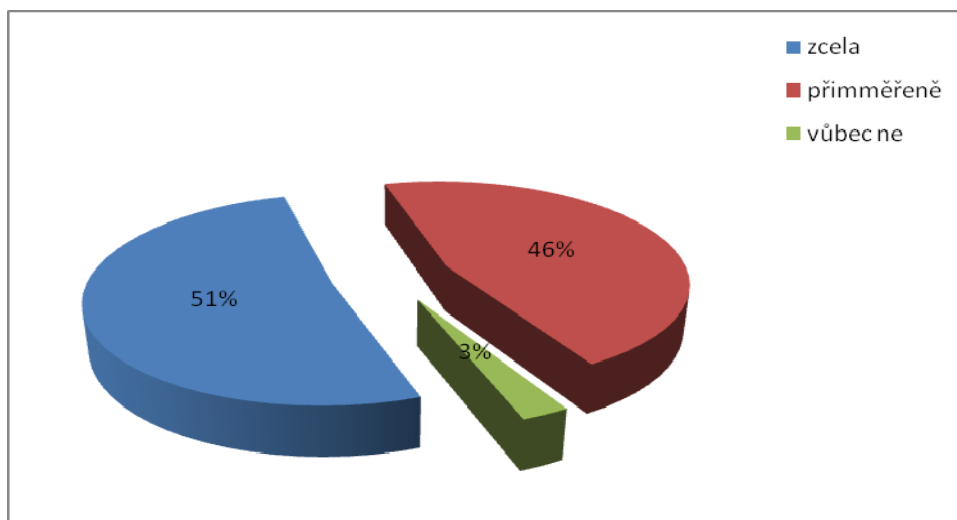
Graf č.24 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 45 respondentů (61 %), tvrdí, že má zcela podporu rodiny, 22 respondentů (30 %) má jen částečnou podporu a 7 respondentů (9 %) udává, že podpora rodiny je malá.

**Graf č. 25. Spokojenost s dostupností zdravotní péče pacienti - v produktivním věku**



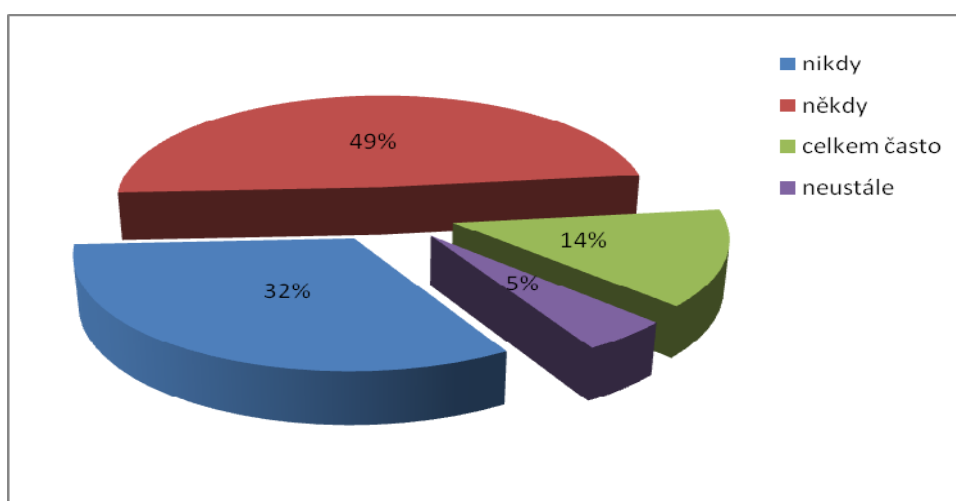
Graf č.25 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 22 respondentů (51 %), udává, že je zcela spokojeno s dostupností zdravotní péče, 21 respondentů (49 %) je spokojeně přiměřeně a nespokojen není žádný respondent.

**Graf č. 26. Spokojenost s dostupností zdravotní péče pacienti - senioři**



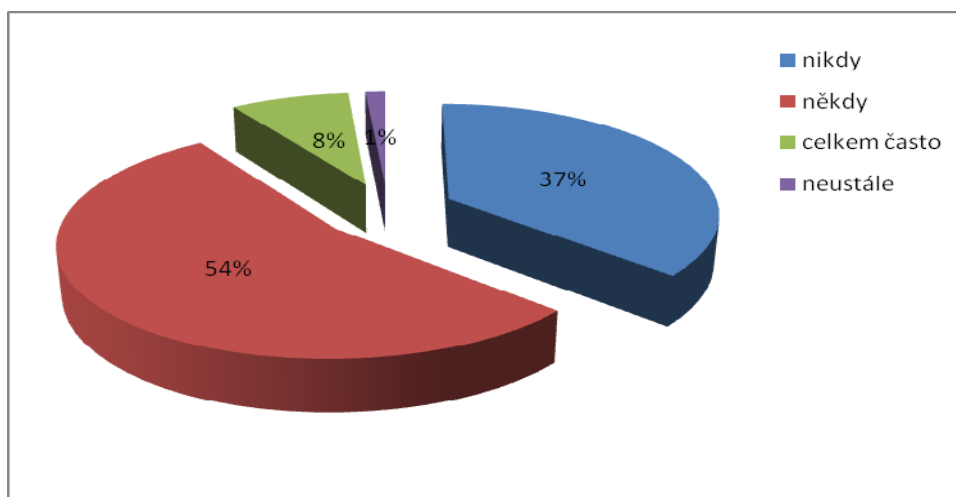
Graf č.26 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 38 respondentů (51 %), udává, že je zcela spokojeno s dostupností zdravotní péče, 34 respondentů (46 %) je spokojeno přiměřeně a 2 respondenti (3 %) nejsou spokojeni vůbec.

**Graf č. 27. Prožívání úzkosti pacienti - v produktivním věku**



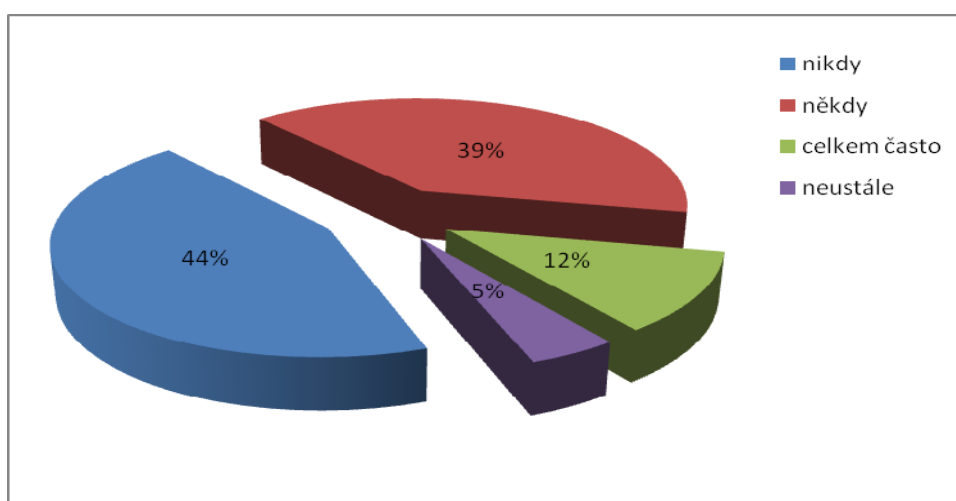
Graf č.27 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 14 respondentů (32 %), udává, že úzkost nikdy nepocítuje, 21 respondentů (49 %) úzkost pocítuje někdy, 6 respondentů (14 %) udává, že úzkost pocítuje celkem často a 2 respondenti (5 %) úzkost vnímají neustále.

**Graf č. 28. Prožívání úzkosti pacienti - senioři**



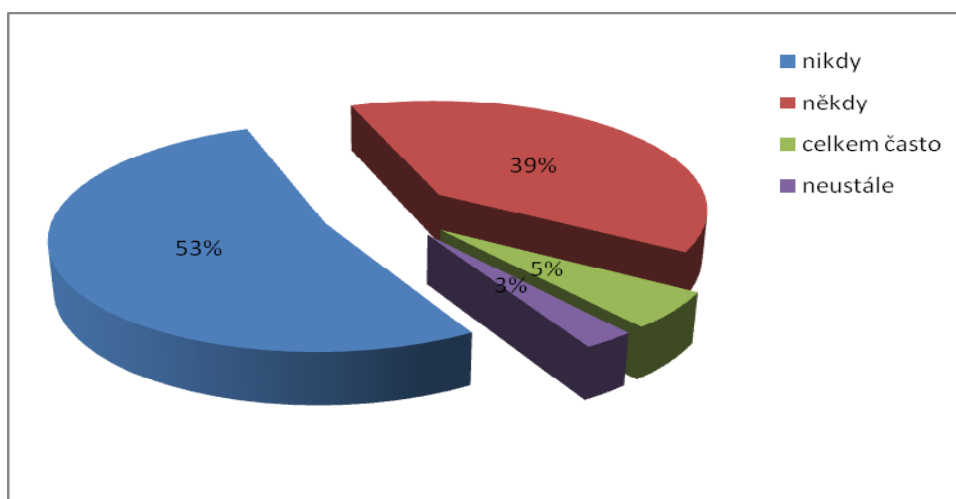
Graf č.28 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100%) 27 respondentů (37 %), udává, že úzkost nikdy nepocítuje, 40 respondentů (54 %) úzkost pocítuje někdy, 6 respondentů (8 %) udává, že úzkost pocítuje celkem často a 1 respondent (1 %) úzkost vnímá neustále.

**Graf č. 29. Prožívání beznaděje pacienti - v produktivním věku**



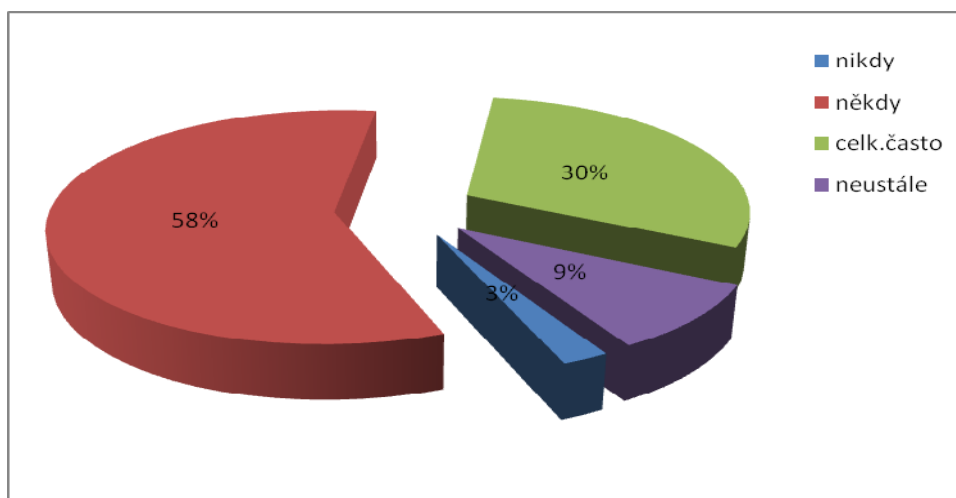
Graf č.29 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 19 respondentů (44 %), udává, že nikdy nepocítuje beznaděj, 17 respondentů (39 %) beznaděj pocítuje někdy, 5 respondentů (12 %) udává, že beznaděj pocítuje celkem často a 2 respondenti (5 %) beznaděj vnímají neustále.

**Graf č. 30. Prožívání beznaděje pacienti - senioři**



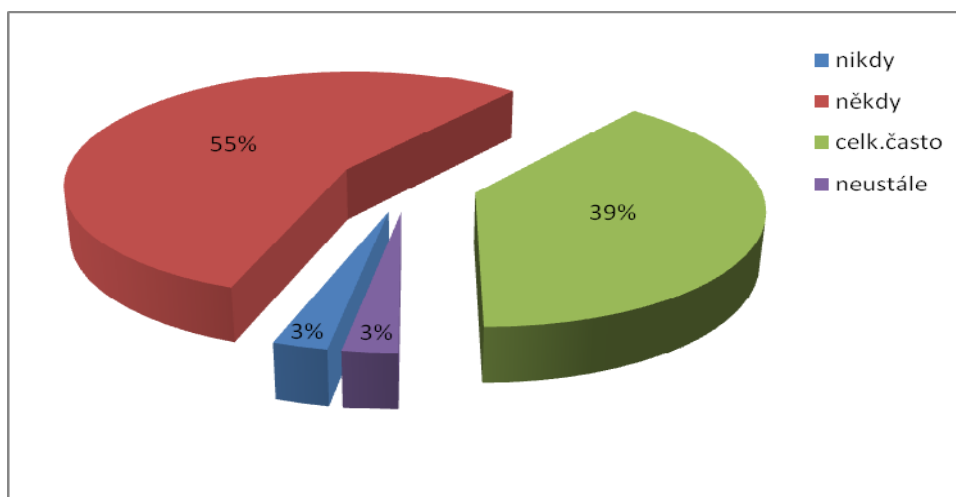
Graf č.30 ukazuje že ze 74 respondentů (100 %) 39 respondentů (53 %), udává, že nikdy nepocítuje beznaděj, 29 respondentů (39 %) beznaděj pocítuje někdy, 4 respondenti (5 %) udávají, že beznaděj pocítují celkem často a 2 respondenti (3 %) beznaděj vnímají neustále.

**Graf č. 31. Prožívání kladných pocitů pacienti - v produktivním věku**



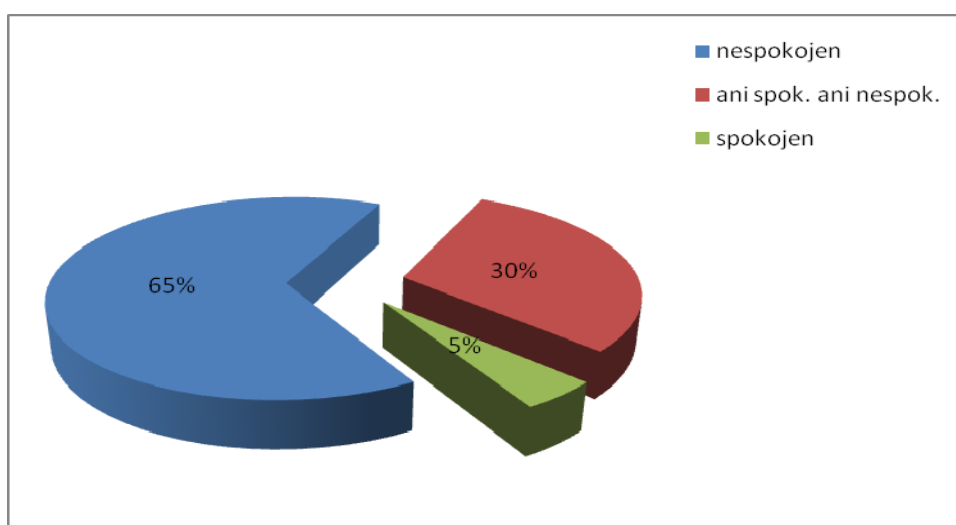
Graf č.31 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %) 1 respondent (3 %), udává, že nikdy neprožívá kladné pocity, 25 respondentů (58 %) prožívá kladné pocity někdy, 13 respondentů (30 %) prožívá kladné pocity celkem často a 4 respondenti (9 %) prožívají kladné pocity neustále.

**Graf č. 32. Prožívání kladných pocitů pacienti - senioři**



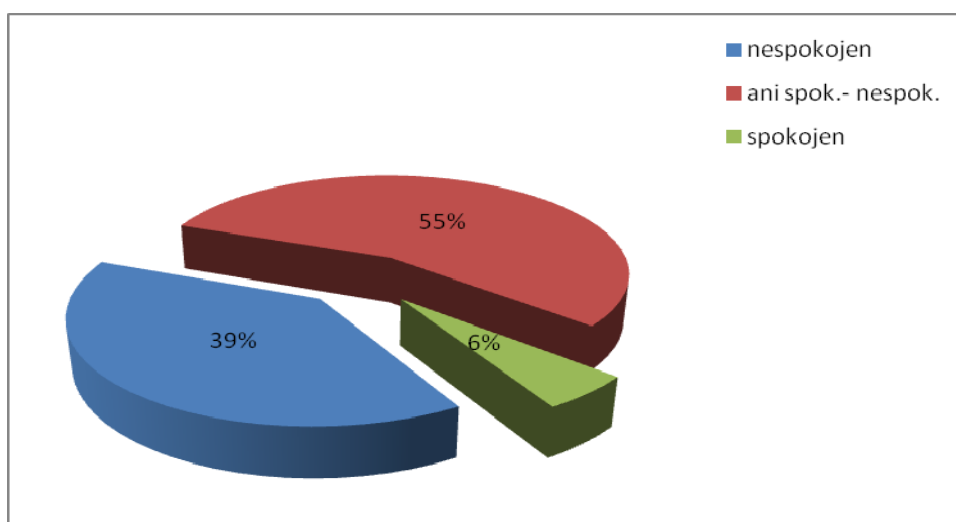
Graf č.32 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 2 respondenti (3 %), udávají, že nikdy neprožívají kladné pocity, 41 respondentů (55 %) prožívá kladné pocity někdy, 29 respondentů (39 %) prožívá kladné pocity celkem často a 2 respondenti (3 %) prožívají kladné pocity neustále.

**Graf č. 33. Spokojenost se zdravím pacienti - v produktivním věku**



Graf č.33 znázorňuje, že ze 43 respondentů (100 %), 28 respondentů (65 %), udává, že jsou nespokojeni se svým zdravím, 13 respondentů (30 %) není spokojeno ani nespokojeno a 2 respondenti (5 %) jsou se svým zdravím spokojeni.

**Graf č. 34. Spokojenost se zdravím pacienti - v produktivním věku**



Graf č.34 znázorňuje, že ze 74 respondentů (100 %) 29 respondentů (39 %), udává, že jsou nespokojeni se svým zdravím, 41 respondentů (55 %) není spokojeno ani nespokojeno a 4 respondenti (6 %) jsou se svým zdravím spokojeni.



## 7.4 Diskuse

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaký je dopad hemodialyzační léčby jednak na kvalitu života seniorů, jednak na kvalitu života pacientů v produktivním věku a jejich vzájemné porovnání.

Sledovanými byli pacienti docházející na dialyzační střediska Fresenius Medical Care v Praze - Krči, Vinohradech, Vysočanech.

Ze zkoumaného vzorku 117 pacientů tvořili 59 % muži a 41 % bylo žen. Největší skupina dotazovaných (32 %) byli pacienti jednasedmdesátiletí a starší. Tento výsledek se shoduje s výsledky, které jsou uvedeny v Ročence ČSN 2012, také zde jsou pacienti nad 75 let nejvíce zastoupenou kategorií v dialýze. Tento vysoký věkový průměr je dán stárnutím populace. Jak uvádí ve své publikaci A. MAHON a K. JENKINS (2007), za prvé se lidský život prodlužuje a za druhé dochází ke kvalitnější léčbě různých chronických onemocnění.

Pro naše šetření je potřeba srovnávat obě skupiny. Skupina od 18 - 60 let je zastoupena 43 respondenty (v následujícím textu je budeme nazývat pacienty v produktivním věku) a zbývajících 74 respondentů je ve věku 61 a více let (ty budeme nazývat seniory). Zjistilo se, že 7 % respondentů má základní vzdělání, 38 % je vyučeno, 45 % má středoškolské vzdělání a 10 % má vysokoškolské vzdělání, tyto údaje zřejmě souvisí s věkem dotazovaných (viz Graf č. 3). Věk respondentů se odráží i v následujícím šetření, jehož záměrem bylo zjistit zaměstnanost respondentů. Ve starobním důchodu je 60 % dotazovaných, 31 % je v invalidním důchodu, tato situace zřejmě vyplývá z náročnosti sladit pracovní závazky a hemodialyzační léčbu. Pouze 8 % respondentů v současné době pracuje. Velké množství odborné literatury, která se věnuje sociálním aspektům, uvádí, že udržení pracovního místa zvyšuje pacientovo sebehodnocení a tudíž přispívá i k celkové spokojenosti. Hlavním cílem sociální práce je uspokojování potřeb člověka s ohledem k individuální kvalitě života, k dosažení cíle je však

potřeba nejen spolupráce všech členů interdisciplinárního týmu, ale i samotného pacienta.

Souhlasím s literaturou, která uvádí, že délka dialýzy ovlivňuje kvalitu života. Na výše jmenovaná dialyzační střediska dochází 24 % respondentů 1 rok, 46 % respondentů 2-5 let, 16 % respondentů 6-9 let a 14 % respondentů dochází na hemodialýzu déle než 10 let (viz Graf č. 6). Incidence osob zařazených do chronického dialyzačního programu neustále stoupá. Jak uvádí Ročenka ČNS 2012, bylo k 31.12.2012 v hemodialyzačním léčení celkem 6261 pacientů tj. 596 pacientů na 1 milion obyvatel proti roku 2011, kdy bylo hemodialýzou léčeno 6116 pacientů, to je 582 pacientů na 1 milion obyvatel. Nárůst léčby je podle literatury ovlivněn několika faktory: stárnutím populace, zkvalitněním zdravotnických služeb, pokroky medicíny, dostatkem dialyzačních lůžek a žádnými stanovenými kontraindikacemi hemodialýzy.

Hemodialýza klade mimořádné nároky na pacienty a mnozí pacienti v produktivním věku nezvládají nároky v zaměstnání a tudíž odcházejí do invalidního důchodu. U 42 % respondentů v produktivním věku nedošlo ke změnám v zaměstnání, 4,5 % respondentů přišlo o práci a 4,5 % práci změnilo, 49 % odešlo do invalidního důchodu. Vzhledem k tomu, že většina seniorů již pobírala starobní důchod, nedošlo ke změně pracovního zařazení. U 80 % dotazovaných změny nenastaly.

Velké množství odborné literatury, která se věnuje problematice kvality života, uvádí nutnost uspokojovat pacientovy biopsychosociální potřeby. K tomu je nezbytná spolupráce nejen celého zdravotnického týmu, ale i pacienta a jeho rodiny. Jak popisuje M. ZNOJOVÁ (2009), senioři, kteří žijí s pocitem naplněného a dobře prožitého života, dialýzu přijímají jako šanci k prodloužení života. Samozřejmě to znamená, že u seniorů musí být zachovány smyslové a rozumové kvality, alespoň částečná pohyblivost a dobré rodinné zázemí. Graf č.

10 potvrzuje spolu s literaturou, že senioři skutečně vnímají kvalitu života lépe než respondenti v produktivním věku.

Výkonnost pacientů hemodialyzační léčba ovlivnila, 49 % dotazovaných respondentů v produktivním věku pociťuje zhoršení výkonnosti, zatímco u seniorů je to o 10 % méně, tzn. 39 % dotazovaných seniorů má pocit, že došlo ke zhoršení.

Co se týče dodržování pitného režimu, má 19 % respondentů v produktivním věku velký problém s udržení mimodialyzačního přírůstku. U seniorů má tento problém 15 % respondentů. Pro pacienty v produktivním věku je dodržování příjmu tekutin velmi těžké, což ovlivňuje kvalitu jejich života. Jak popisuje J. KŘIVOHLAVÝ (2003), při dodržování příkazů hraje velkou roli vliv lékaře na pacienta. Věří-li pacient, že rady, doporučení a nařízení od lékaře mu pomohou, pak lépe spolupracuje a snaží se dodržovat vše, co po něm lékař vyžaduje. Základem je nejen dobrý vztah mezi pacientem, lékařem a ostatním zdravotnickým personálem, ale i správná komunikace. Jak popisuje O. MATOUŠEK (2003), pro celý proces práce s pacientem je zásadně důležité umět správně zvládnout rozhovor. Nejen zjistit co nejvíce informací o pacientovi, ale předat pacientovi co nejpřesnější a srozumitelné informace.

V tomto souboru bere 28 % respondentů v produktivním věku svou finanční situaci jako vyhovující, zatímco pouhé 3 % dotazovaných seniorů ji vidí jako nevyhovující. Většina respondentů v produktivním věku přestává pracovat a odchází do invalidního důchodu, čímž se finanční situace značně zhorší pro celou jejich rodinu na rozdíl od seniorů, kteří jsou již zajištěni starobním důchodem. Jak uvádí J.PAYNE (2005), jednou ze tří hlavních domén hodnocení kvality života jsou sociologické aspekty, mezi které právě patří ekonomická situace. Z toho vyplývá, že pacienti v produktivním věku pociťují zhoršení kvality života i v tomto bodě. Odchod do invalidního důchodu pro mnoho pacientů mimo

finanční ztráty znamená i ohrožení jejich sociálního postavení, společenské a rodinné prestiže.

Na základě výsledků získaných tímto výzkumným šetřením bylo zjištěno, že senioři mají na rozdíl od ostatních respondentů značné problémy pohybovat se mimo domov. Souhlasím s J. KŘIVOHLAVÝM (2003), že u seniorů způsobuje zhoršení pohyblivosti nejen nemoc, ale i biologické projevy stárnutí, neboť 26 % seniorů má značné potíže pohybovat se mimo domov, 48 % pak udává mírné potíže a 26 % uvádí, že nemá žádné potíže s pohybem. V. Teplan uvádí, že u hemodialyzovaných pacientů může být postiženo více orgánových systémů zároveň, pacientům se naprosto mění jejich životní styl. Změněným životním režimem je nejčastěji poznamenán pohybový a kardiovaskulární systém a tyto komplikace pak značně zhoršují kvalitu života. Snížená pohybová aktivita se vyznačuje funkčními poruchami pohybového systému, jako jsou bolesti v zádech a bolesti kloubů, s nimiž souvisí omezený rozsah kloubní pohyblivosti, svalové kontraktury, poruchy rovnováhy, poruchy koordinace chůze. V dnešní době je více než 65 % pacientů vstupujících do dialyzačního programu starších 60 let, a proto je důležité k zachování jejich soběstačnosti a psychické rovnováhy podporování fyzioterapie nejen během hemodialýzy, ale i mimo ni. Respondenti v produktivním věku mají menší problémy s pohyblivostí, jen 5 % udává značné problémy pohybovat se mimo domov a u 60 % nejsou žádné problémy.

Na kvalitě života se samozřejmě odráží i psychická spokojenost a její součástí je i spokojenost s osobními vztahy. Jak popisuje E. ZACHAROVÁ (2007) v literatuře dojde-li k narušení v sociálních a mezilidských vztazích vzniká sociální izolace. Nemocný ztrácí životní jistoty a tak se postupně stává sociálně závislým s potřebou pomoci. Naopak jak uvádí J. KŘIVOHLAVÝ (1989), dobré vztahy výrazně podporují zvládnout těžké životní období, kterým pacient prochází. Obě srovnávané skupiny odpověděly shodně, že jsou spokojeni

se svými vztahy, takto odpovědělo 72 % respondentů. Jen 2 % pacientů v produktivním věku a 5 % seniorů bylo nespokojeno se svými vztahy.

Jednou z otázek bylo zjištění spokojenosti se sexuálním životem. Jde o oblast, které se v rozhovorech mnoho zdravotnického personálu i pacientů vyhýbá, přičemž sexualita je silně závislá na dobrém sebehodnocení a sebedůvěře. Podle literatury se sexuální potíže u pacientů na dialýze objevují a to nejen u mužů, ale i u žen. Obtíže pak mohou ovlivnit partnerské vztahy, změnit přístup k léčbě a snížit radost ze života. V tomto šetření odpovědělo 39 % pacientů v produktivním věku, že je spokojeno se svým sexuálním životem, 21 % vyjádřilo nespokojenost, 19 % žije bez sexu. Senioři odpověděli takto: 77 % žije bez sexu, 5 % je spokojených a 3 % nespokojených. Domnívám se, že senioři jsou v této oblasti schopni se spíše přizpůsobit a již nekladou sexualitě takovou důležitost jako ostatní respondenti. Tato oblast u pacientů v produktivním věku rovněž přispívá k celkovému zhoršení kvality života.

R. HONZÁK (2005) popisuje nelehkou situaci, do které se pacient s chronickým onemocněním dostává a je nezbytné jej podpořit, to znamená podpora rodiny a přátel. Každá bytost potřebuje cítit, že je pro své okolí důležitá, že ji okolí respektuje a má o ni zájem. Podporu rodiny a přátel má 75 % pacientů v produktivním věku, 59 % seniorů uvedlo úplnou podporu, 30 % jen částečnou a 11 % malou. Nestalo se však, že by neměli senioři žádnou podporu, zatímco pacienti v produktivním věku neměli žádnou podporu ve 2 %. Je však z praxe známo, že senioři si sami nechtějí přiznat nedostatek opory a tají to zvláště před okolím, zatímco lidé v produktivním věku jsou spíše schopni to připustit.

S dostupností zdravotní péče je 51 % osob zcela spokojeno a 49 % je spokojeno přiměřeně. Pacienti ze skupiny seniorů uvedli v 51 % úplnou spokojenost, 46 % přiměřenou a zbývající 3 % nespokojenost. Domnívám se, že dostupnost péče v tomto případě podstatně neovlivňuje kvalitu života.

R. HONZÁK (2005) uvádí, že každá nemoc - a zejména pak chronická - je provázena nežádoucími pocity úzkosti, strachu, beznaděje a obav, které pramení z nejistoty. Tyto pocity zažívají také pacienti na hemodialýze, jež pacientům umožní žít dál, avšak jejich život již není stejný jako předtím. Pacienti v produktivním věku se s nemocí těžko vyrovnávají, proti seniorům častěji pociťují úzkost a beznaděj. Zde se shodují s literaturou, která udává, že pacienti v produktivním věku se hůře adaptují na situaci, kterou onemocnění způsobuje. Tato situace je daná tím, že pacienti v produktivním věku zastávají důležité sociální role jak v práci, tak i v rodině a obávají se změn, které nastanou. Dialýza jim přinese radikální zvrát v jejich plánech. Dialyzovaní pacienti si musí uspořádat život, ve kterém bude mít své místo i dialýza.

Pacienti senioři prožívají kladné pocity častěji než pacienti v produktivním věku. Domnívám se, že tato situace je dána tím, že senioři žijící s pocitem naplněného a dobře prožitého života přijímají dialýzu jako šanci k prodloužení života a tudíž více vnímají kladné pocity.

Na grafu č.33. a 34 vidíme, že 65 % pacientů v produktivním věku není spokojeno se svým zdravím, zatímco u seniorů to je jen 39 %. V obou skupinách je po 2 % pacientů, kteří jsou spokojeni se svým zdravím. Zbytek pacientů není ani spokojeno ani nespokojeno.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřena na zhodnocení kvality života hemodialyzovaných pacientů v různých věkových kategoriích. Teoretická část se zabývá základními údaji o ledvinách z hlediska medicíny a stručně pojednává a poškození, které je postihuje. Další část teorie je věnována kvalitě života, která je rozdělena na kvalitu života obecně a na kvalitu života zaměřeného na hemodialyzované pacienty. Teoretická část se také zabývá psychologickým přístupem k pacientům, kteří podstupují hemodialýzu. Poslední kapitola teoretické části pojednává o přínosu sociální práce do komplexní péče o pacienty v hemodialýze.

Praktická část zkoumá soubor dialyzovaných pacientů rozdělený na dva podsoubory, jedna část se zabývá lidmi v produktivním věku, druhá seniory. Z toho vyplývají dva cíle výzkumného šetření, tedy dopad hemodialyzační léčby na kvalitu života na každou z těchto dvou skupin.

Byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza předpokládá, že pro seniory se v průběhu hemodialýzy kvalita života nezhoršuje. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti – senioři pocítují určité zhoršení kvality života, tedy tato hypotéza se plně nepotvrdila. Druhá hypotéza předpokládala, že pacienti podstupující hemodialyzační léčbu v produktivním věku pocítují výrazná omezení v životě a tedy i zhoršení jeho kvality. Tato hypotéza se potvrdila.

Pacienti v hemodialýze jsou ohroženi zvýšeným rizikem mortality a morbidity a nižší úrovní kvality života jak ve srovnání s běžnou populací, tak ve srovnání s pacienty po transplantaci ledvin. Kvalita života je u pacientů v hemodialýze snížena především v parametrech fyzického zdraví, ale významně jsou narušeny i ostatní oblasti kvality života. A proto je nezbytné věnovat trvalou pozornost kvalitě života u pacientů v hemodialýze a identifikovat ty oblasti života, které lze různými intervenčními zákroky příznivě ovlivnit.

Z hlediska budoucích perspektiv lze očekávat, že snaha o zvýšení kvality života u pacientů v hemodialýze se bude vyvíjet na různých úrovních. Pro část pacientů představuje optimální řešení úspěšná transplantace ledviny. Pro skupinu pacientů odkázanou na hemodialýzu se perspektiva zlepšení kvality života týká jednak snahy o zvýšení účinnosti hemodialýzy samotné a dále snahy o komplexní řešení všech dalších modifikovatelných faktorů negativně ovlivňujících kvalitu života u pacientů závislých na hemodialýze.



## LITERATURA

1. BACHLEDA, P. a ROČEK, M. *Cévní náhrady v chirurgii arteriovenózních spojek k hemodialýze*. Olomouc: Prodos, 2001. ISBN 80-7230-101-2.
2. BEDNÁŘOVÁ, V., DUSILOVÁ-SULKOVÁ, S. aj. *Peritoneální dialýza*. 2.vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 333 s. ISBN 978-80-7345-005-2.
3. DINGWALL, R.R. *Pro lepší porozumění*. Přel. F. LOPOT. Brno: NCO NZO, 2004. 95 s. ISBN 80-7013-406-2.
4. ELIŠKOVÁ Miloslava a NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1260-X.
5. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. Edice Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetrovatelství 5. Manuálek o etice*. Brno: IDV PZ, 2000. 46 s. ISBN 80-7013-310-4.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů*. Havířov: A.Krtilová, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.
8. HAYS R. D., KALLICH J. D., MAPES D. L. et al. Development of the Kidney Disease Quality of Life (KDQLTM) Instrument. *Quality of Life Research*, 1994, Vol. 3, Number 5, 329-338.
9. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galen, 1997. 159 s. ISBN 80-85824-60-4.
10. HONZÁK, R. *I v nemoci si buď přítelem*. Praha: Avicenum, 1989. 160 s. 08-058-89.
11. HONZÁK, R. aj. *Úzkostný pacient*. Praha: Galen, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-2.
12. HONZÁK, R. *Psychické změny a poruchy při interních chorobách*. Praha: Avicenum, 1985. 100 s. 08-087-85.
13. JANDA, J. *Dětská neurologie*. Praha: Galén, 2006. 261 s. ISBN 80-7262-378-8.
14. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.

15. KOSSI, M. El a. NAHAS M. El. Epidemiology and Pathophysiology of Chronic Kidney Disease: : Natural History, Risk Factors and Management. In: .J. FEEHALY, J. FLOEGE a. R.J.JOHONSON. *Comprehensive Clinical Nephrology*. 3rd ed. Mosby, 2007. S. 813-822.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1989. 108 s. 08-065-89.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
18. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. Praha: Galén, 2008 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
19. MAHON, A. a JENKINS, K. *Chronické onemocnění ledvin. Úvod do klinické praxe*. Praha: RRD, 2007. 185 s. ISBN 978-84-611-8259-6.
20. *Malá ilustrovaná encyklopedie*. Praha: Encyklopedický dům, 1999, s. ISBN 80-86044-12-2.
21. MATOUŠEK, O. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
22. MATOUŠOVIC, K., RYCHLÍK,I. a DUSILOVÁ-SULKOVÁ, S. *Hereditatis petitio české nefrologie*. Praha: Tigis, 2009. 456 s. ISBN 978-80-903750-8-6.
23. MERKUNOVA, Alena a OREL Miroslav. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1521-6.
24. MERTA, M. a REITEROVÁ, J. *Dědičná onemocnění ledvin*. Praha: Triton, 2004. 272 s. ISBN 80-7254-505-1.
25. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
26. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
27. NAVRÁTIL, Leoš, ed. *Vnitřní lékařství pro nelékařské fakulty*. Praha: Manus, 2003. ISBN 80-86571-02-5.
28. NAVRÁTIL, L. a ROSINA, J. *Medicínská biofyzika*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1152-4.

29. PAYNE, J. a aj. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
30. PRAŠKO, J., VYSKOČILOVÁ, J. a PRAŠKOVÁ, J. *Nadměrné obavy a úzkost a jak je překonat*. Praha: TNM Print, 2005. 95 s. ISBN 80-903539-1-6.
31. ROKYTA, Richard a ŠŤASTNÝ, František. *Struktura a funkce lidského těla*. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-2-3.
32. TÁBORSKÝ, P. *Novinky v selhání ledvin I. Bulletin* Praha, 2011,čl,s.46 ISSN 1212-6152.
33. TEPLAN, V. aj. *Metabolismus a ledviny*. Praha: Grada, 2000. 416 s. ISBN 80-7169-731-1.
34. TEPLAN, V. aj. *Praktická nefrologie*. Praha: Grada, 2006 496 s. ISBN 80-247-1122-2.
35. TESAŘ, V a aj. *Nefrologie*. Praha: Karolinum, 2003.130 s. ISBN 80-7262-209-9.
36. TESAŘ, V. a SCHÜCK, O. aj. *Klinická nefrologie*. Praha: Grada, 2006. 652 s. ISBN 30-247-05-03-6.
37. TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-788-5.
38. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
39. VIKLICKÝ, O., JANOUŠEK, L.,BALÁŽ, P. aj. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. Praha: Grada, 2008, 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.
40. *Výkladový ošetřovatelský slovník*. Přel. V. DICARA a H. VIDOVIČOVÁ Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
41. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan aj. *Velký lékařský slovník*. 8.aktual. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-166-0.
42. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M. a ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
43. ZNOJOVÁ, M. *Rozhovor Aktuality v Nefrologii*. Praha: TIGIS, 2009 čl,s.174 ISSN 1210-955X

## **Internetové zdroje**

DŽUMELOVÁ, M. a KADUČÁKOVÁ, H. Efektivna komunikácia s pacientom v ambulancii [online]. *Florence*. 2007, roč.2, č.10, s. 415-416. ISSN 1801-464X. [cit. 2008-06-08]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=632>

MOROVICSOVÁ, E. Nemoc v prožívání člověka [online]. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 4. ISSN 1210-0404. [cit. 2013-06-18]. Dostupné z:

<http://www.sestra.cz/scripts/detail.ph?id=277577> cit.2008-15-8

## PŘÍLOHA č.I

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Anna Novotná a jsem studentkou 5. ročníku sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Obracejím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je nedílnou součástí mé závěrečné diplomové práce.

Dotazník bude zpracován naprosto **anonymně**. Účast na tomto výzkumu je zcela **dobrovolná**.

Výzkum je prováděn se souhlasem hlavní sestry, Fresenius Medical Care – DS, s.r.o.

Děkuji Vám za Vaši ochotu a čas, který jste strávili vyplňováním dotazníku.

**1. Jste:**

- muž
- žena

**2. Vaše věková skupina je:**

- 18-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- 61-70
- 71 let a výše

**3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:**

- základní
- vyučen/á
- středoškolské
- vysokoškolské

**4. Váš rodinný stav:**

- svobodný/á
- ženatý, vdaná nebo s partnerem
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

**5. Jste:**

- jsem zaměstnán/a
- nezaměstnan/a
- v invalidním důchodu
- ve starobním důchodu

**6. Vaše zařazení v dialyzačním programu je:**

- 0-1 rok
- 2-5 let
- 6-9 let
- Více než 10 let

**7 a) Změny pracovního zařazení po zahájení hemodialýzy u vás:**

- nastaly
- nenastaly

**b) Pokud ano, jaké změny?**

- ztráta zaměstnání
- změna zaměstnání
- odchod do invalidního důchodu
- ukončení studia
- přerušování studia

**8. Kvalita vašeho života je podle vašeho názoru:**

- velmi špatná
- špatná
- ani špatná ani dobrá
- dobrá
- velmi dobrá

**9. Vaše tělesná výkonnost se v souvislosti s dialyzační léčbou:**

- zlepšila
- zhoršila
- nezměnila

**10. Máte problémy s dodržováním pitného režimu?**

- vůbec ne
- malé
- částečné
- velmi velké

**11. Finanční zabezpečení je u vás:**

- dobré
- přiměřené
- nevyhovující

**12. Potíže pohybovat se mimo domov u vás jsou:**

- značné
- mírné, ne příliš značné
- nejsou

**13. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?**

- nespokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- spokojen/a

**14. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?**

- nespokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- spokojen/a
- žijete bez něj

**15. Podporou, od své rodiny nebo přátel:**

- máte zcela
- máte částečně



- máte málo
- nemáte

**16. Jak jste spokojen/a s dostupností vaší zdravotní péče?**

- zcela
- přiměřeně
- vůbec ne

**17. Jak často prožíváte úzkost?**

- nikdy
- někdy
- celkem často
- neustále

**18. Jak často prožíváte beznaděj?**

- nikdy
- někdy
- celkem často
- neustále

**19. Jak často prožíváte kladné pocity?**

- nikdy
- někdy
- celkem často
- neustále

**20. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?**

- nespokojen/a
- ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- spokojen/a

**21. Máte nějaké připomínky, které jsem v dotazníku nezmínila a chtěl/a byste nám je sdělit?**

.....

Zdroj: autor

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Anna Novotná

**Studijní program:** Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Kvalita života hemodialyzovaných pacientů

**Počet stran (bez příloh):** 82

**Celkový počet stran příloh:** 6

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 2

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 2

**Vedoucí práce:** MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Rok dokončení práce:** 2013





**Posudek vedoucího diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Anna Novotná

**Obor studia:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

**Název práce:** Kvalita života hemodialyzovaných pacientů

**Vedoucí práce:** MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 82

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 43

Počet internetových zdrojů: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

**Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:**

Popište, jaké jsou úkoly sociálního pracovníka při péči o dialyzované pacienty a jaké by mohly být ještě jeho další možné úkoly!

**Celkové hodnocení práce** (klady, nedostatky):

Volba tématu je velmi vhodná, protože počet dialyzovaných osob bude spíše narůstat. Autorka nezapře, že její původní zaměření je zdravotnické, odborné medicínské problematice věnuje v práci 19 stránek. Obecným otázkám, jako je kvalita života obecně a pojednání o zdraví a nemoci pak věnuje dalších 7 stránek. Přesto se však neopomíjí na dalších stránkách poměrně rozsáhlé práce zabývat kvalitně i sociální problematikou.

Literatury je dostatek, autorka prokázala, že s ní umí pracovat, citace jsou správné.

Chyba počtu publikací je vzadu v Bibliografických údajích, kde vypadla ze dvou čísel osmička, a proto jsou uvedeny pouze 2 publikace.

Některé údaje jsou ve zvoleném tématu nadbytečné např. obecné pojednání o zdraví a nemoci v kapitole 6. Lze ocenit, že autorka shromáždila 119 dotazníků po provedené pilotní studii. Průkaznost zjištěných tvrzení autorka neověřovala.

Doporučení k obhajobě: doporučuji.

**Navrhovaná klasifikace:**

Velmi dobře, případně i výborně podle úrovně obhajoby.

*polra:*

V Praze, 14. 9. 2013



MUDr. Olga Dostálová, CSC.



**Posudek oponenta diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

**Jméno a příjmení studentky:** Anna Novotná

**Obor studia:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychologii

**Název práce:** Kvalita života hemodialyzovaných pacientů

**Oponent práce:** PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 82

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 43

Počet internetových zdrojů: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

## Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

## Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké možnosti má sociální pracovník v tom, aby výrazně přispěl ke zlepšení kvality života dialyzovaných pacientů?

Popište konkrétně, jaké úkoly má sociální pracovník ve zdravotnickém týmu!

## Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je aktuální jak obecně, tak i pro studovaný obor.

V teoretické části se autorka nadměrně věnuje lékařské problematice tématu, která je jí evidentně bližší než přístup z hlediska sociální práce. Úloze sociálního pracovníka ve vztahu ke zpracovávané oblasti se věnuje méně, než by se očekávalo.

Po stránce zpracování literatury a správnosti citací není námitek. Vzadu v tiráži autorka má u uvedeného počtu literatury číslo 2 místo skutečného čísla použitých publikací.

Hlavní námitkou je, že třetina této práce je věnována zcela medicínské problematice. Dále pak obsahuje práce hodně obecných informací o kvalitě života vůbec, v kapitole 6 pod nadpisem Psychosociální přístup k pacientům podstupujícím dialýzu má 4 velmi obecné stránky např. 6.1 Zdraví a nemoc 6.2 Psychologický přístup k pacientovi, fáze, jimiž pacient prochází v průběhu chronické nemoci, teprve pak navazuje přístup k dialyzovanému pacientovi. Přesto však považuji úsek práce, který pojednává o tématu za dostačující. Především pak považuji za záslužné, že autorka shromáždila 119 dotazníků po provedené pilotní studii. Pro tyto klady nemám námitek proti obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji.

## Navrhovaná klasifikace:

Z hlediska sociální práce spíše dobře. Pokud při obhajobě zodpoví uspokojivě otázky týkající se sociální práce, je možno připustit i velmi dobře.

6. 9. 2013

PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

