

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Magdalena Fauová

**Srovnání kvality života pacientů s peritoneální dialýzou
v roce 2004 a v roce 2012**

*Comparison between the quality of life of the patients with peritoneal dialysis
in the year of 2004 and 2012*

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Alena Mellanová, CSc.

Konzultant: prim. MUDr. Marie Pešková

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 24. 4. 2014

Magdalena Fauová

Podpis

Identifikační záznam:

FAUOVÁ, Magdalena. Srovnání kvality života pacientů s peritoneální dialýzou v roce 2004 a v roce 2012 . [Comparison between the quality of life of the patients with peritoneal dialysis in the year of 2004 and 2012]. Praha, 2014. 110 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce Mellanová, Alena.

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní PhDr. Aleně Mellanové, CSc. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Velmi si vážím jejího přístupu, ochoty a trpělivosti. Děkuji Mgr. Janě Marsové za rady a připomínky.

Další poděkování patří konzultantce mé práce prim. MUDr. Marii Peškové, která mi byla nápomocna v oblasti nefrologie.

Poděkování rovněž směřuji Mgr. Ivaně Lupoměské, hlavní sestře Fresenius Medical Care - DS, s.r.o., za pomoc k získání dotazníků.

Dále bych poděkovala mé rodině, přátelům a kolegům, kteří mi byli po celou dobu oporou. Děkuji jim za trpělivost a toleranci.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá úrovní kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou. Cílem mé práce bylo zjistit, jestli se kvalita života takto léčených pacientů v období osmi let posunula progredujícím směrem. Zda-li mají problémy v zaměstnání, jestli mají problémy v partnerském životě, jestli jim nemoc umožňuje využívat volnočasové aktivity a v neposlední řadě, jestli a jak se změnilo samotné vnímání této metody léčenými pacienty.

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na shrnutí informací, které se týkají anatomie, fyziologie ledvin, jejich selháním a náhrady ledvinných funkcí. Nedílnou součástí je rozsáhlý popis kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou.

V empirické části jsem použila kvantitativní výzkum a údaje jsem získala formou dotazníkového šetření. Dále jsem pro svůj výzkum použila komparativní výzkum a své výsledky srovnala s výzkumem provedeným v roce 2004.

Z výsledků vyplynulo, že se kvalita života zlepšila oproti roku 2004 ve všech uvedených dimenzích.

Klíčová slova

ledviny, hemodialýza, kvalita života, peritoneální dialýza, onemocnění ledvin

Abstract

The Bachelor Thesis looks into the standard of quality of life of patients undergoing peritoneal dialysis. The aim of my work was to determine if the quality of life of the patients treated within the period of eight years moved towards any progress. Whether the patients have any problems at work, in their personal life, and if their illness allows them to enjoy leisure activities and last but not least, if they perceive any change in applying this treatment and how.

In the theoretical part of my thesis, I am focused on summarizing the information related to anatomy and physiology of kidney, renal failure and compensation of renal function. The comprehensive description of the quality of life of these patients undergoing peritoneal dialysis forms an integral part of my work. In the empirical part, I have used quantitative research and data I obtained via questionnaire survey. In my further investigation I applied comparative research and its results were compared with the research undertaken in 2004.

The results have showed that the quality of life has improved in comparison to the year of 2004 in all of the mentioned dimensions.

Key words

kidney hemodialysis, quality of life, peritoneal dialysis, kidney disease

OBSAH

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Anatomie a fyziologie ledvin	11
1.1 Anatomie a fyziologie ledvin	11
2 Selhání ledvin	13
2. 1 Akutní selhání ledvin.....	13
2. 2 Chronické selhání ledvin.....	13
3 Léčebné postupy při selhání ledvin	15
3. 1 Transplantace	15
3. 1. 1 Chirurgická technika	16
3. 1. 2 Komplikace transplantace.....	16
3. 1. 5 Co znamená transplantace pro pacienty?.....	17
3. 2 Hemodialýza	17
3. 2. 1 Princip hemodialýzy.....	17
3. 2. 2 Komplikace při hemodialýze.....	18
3. 3 Peritoneální dialýza.....	18
3. 3. 1 Peritoneum.....	18
3. 3. 2 Historie PD	19
3. 3. 3 Indikace a kontraindikace pro metodu PD.....	19
3. 3. 4 Princip PD	20
3. 3. 5 Katetry a materiál.....	20
3. 3. 6 Metody peritoneální dialýzy.....	21
3. 3. 7 Komplikace při léčbě peritoneální dialýzou.....	22
3. 3. 8 Role sestry v péči o pacienta s PD.....	22
3. 3. 9 Edukace pacienta.....	23
3. 3. 10 Postup edukace sestrou.....	23
4 Kvalita života.....	25
4.1 Kvalita života.....	25
4.2 Kvalita života související se zdravím.....	26

4.3 Měřicí techniky.....	26
4.4 Kvalita života pacientů léčených peritoneální dialýzou.....	27
5 Ostatní výzkumy na téma peritoneální dialýzy.....	31
Empirická část	32
6 Cíle výzkumné práce	32
6.1 Cíle výzkumné práce	32
7 Metodika výzkumného šetření	33
7.1 Metoda výzkumného šetření	33
7.2 Charakteristika zkoumaného souboru pacientů.....	33
7.3 Průběh dotazníkového šetření	33
8 Interpretace výsledků	35
8.1 Identifikační údaje	35
8.2. Dialyzační léčba	37
8.3 Rodinný život.....	40
8.4 Zaměstnání.....	45
8.5 Volný čas.....	48
8.6 Cestování.....	52
8.7 Celková kvalita života z pohledu pacienta.....	56
9 Interpretace výsledků – komparativní výzkum.....	58
9.1 Identifikační údaje	58
9.2 Dialyzační léčba	61
9.3 Rodinný život.....	68
9.4 Zaměstnání.....	72
9.5 Volný čas.....	76
9.6 Cestování.....	82
9.7 Celková kvalita života z pohledu pacienta.....	88
Diskuze	90
Doporučení pro praxi	100
Závěr	101
Použité zdroje.....	103

Seznam grafů	106
Seznam zkratk	109
Seznam příloh	110

Úvod

Úvodem mé bakalářské práce by mělo zaznít, proč jsem se vůbec rozhodla toto téma zpracovat. Vzhledem ke své minulé praxi všeobecné sestry jsem měla vždy blízký vztah k ošetrovatelské péči o nemocné. Sama jsem pracovala na interním oddělení s následnou péčí o dialyzované pacienty a o pacienty s onemocněním ledvin. Měla jsem možnost setkat se s pacienty léčenými jak hemodialýzou, tak metodou peritoneální dialýzy.

Zajímalo mne, jak se kvalita života pacienta v tomto ohledu změnila od doby mé praxe vzhledem k současnému vývoji léčebných postupů. Protože dle mého názoru kvalita života takto nemocných lidí má přímý vztah i k jejich zdravotnímu stavu.

Vím, že vývoj léčebné metody peritoneální dialýzy od roku 2004 pokročil, např. složení dialyzačních roztoků, změna materiálů potřebných pomůcek, a proto mne velmi zajímalo, zda se tyto pokroky v lékařské vědě mohly přímo odrazit, potažmo odrazily v kvalitě života jednotlivých pacientů. Pro tuto potřebu jsem tedy zvolila jako výchozí bod výzkumu rok 2004, který jsem přímo zažila v praxi a současnost, respektive rok 2012. Mým úmyslem bylo srovnávat své zkušenosti se zkušenostmi současných pacientů i personálu zdravotnických zařízení, zaměřených tímto směrem.

Mým prvořadým zájmem v této práci není tedy vysledovat samotný pokrok v léčbě, ale práce je zaměřena především na člověka a kvalitu jeho života, který je i přes takto vážné onemocnění, které klade mnoho překážek pro běžný život, schopný vést. Jak je mu v našem zdravotnickém systému umožněno tuto kvalitu udržet a především zlepšovat. Dobu osmi let považuji za dostatečně dlouhou, aby se vývoj v lékařské vědě mohl naplno projevit v životě respondentů.

V teoretické části jsou shrnuty odborné i všeobecné informace, které se týkají problematiky léčebných postupů chronického onemocnění ledvin, zvláště pak podrobněji léčebné metody peritoneální dialýzy. Poměrná část je věnována kvalitě života takto „postižených“ pacientů.

Empirická část se skládá ze dvou částí. V první části se zabývám kvalitou života pacientů léčených peritoneální dialýzou. Do jaké míry a jak se promítá chronické selhání ledvin a jejich léčba peritoneální dialýzou do pracovní oblasti, rodinného a osobního

života. Akutním onemocněním jsem se nezabývala, protože většinou onemocnění po krátké atace odezní a její následky na pacientovo zdraví nejsou patrné. Nelze proto hovořit o snížené kvalitě života.

Pro potřeby této části bakalářské práce jsem oslovila soubor dialyzovaných pacientů v jednotlivých věkových kategoriích formou dotazníkového šetření. Většina respondentů s výzkumem souhlasila a přivítala jej.

V části druhé je obsaženo srovnání výzkumu kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou z roku 2004 se stejným výzkumem prováděným v roce 2012.

Chtěla bych touto prací přispět ke zlepšení pohledu odborné i laické veřejnosti na léčebnou metodu peritoneální dialýzy a tím i k dalšímu vývoji v péči o pacienty a nepřímo tím ovlivním v pozitivním slova smyslu kvalitu jejich běžného života.

Věřím, že tato studie, obdobně jako většina podobných prací, nezapadne někde v archivu, ale stane se využívanou součástí této problematiky. Díky intenzivní spolupráci s odborníky v oboru, se mi snad podařilo trochu změnit jejich pohled na problematiku peritoneální dialýzy a chápat více potřeby pacientů. To by měl být hlavní přínos mé práce, ve který doufám.

Teoretická část

1 Anatomie a fyziologie ledvin

1.1 Anatomie a fyziologie ledvin

Ledviny jsou velmi důležitým orgánem vylučovací soustavy. Zbavují tělo škodlivých a cizorodých látek, jejichž nahromadění by pro organismus mohlo být fatální. Podílí se na vodním hospodářství a tím udržují stálost vnitřního prostředí (Naňka, Elišková, 2009).

Ledviny jsou párový orgán fazolovitého tvaru, uloženy v retroperitoneu. Velikost ledvin je průměrně 12 x 6 x 3 cm. U dospělého člověka se váha jedné ledviny pohybuje okolo 150 gramů. Ledviny jsou obaleny tukovým polštářem a jsou připojeny mohutnými renálními tepnami na břišní aortu a renálními žilami na dolní dutou žílu. Základní stavební a funkční jednotkou ledviny je nefron. V každé ledvině je přibližně 1 mil. nefronů, které zabezpečují funkci ledvin. Na řezu ledvinou lze rozpoznat kůru a dřeň. V kůře jsou uloženy glomeruly a proximální a distální tubulus. Glomerulus slouží jako filtr protékající krve a vzniká zde primární moč, která odtéká do sběracího kanálku – tubulu. Sběrací kanálek se skládá z proximálního tubulu, Henleovy kličky a distálního tubulu. Kanálky se spojují a ústí do kalíšků, které tvoří pánvičku ledvin. Ta pak přechází v močovod, který vyúsťuje do močového měchýře (Naňka, Elišková, 2009).

Každý den se v ledvinách vytvoří 170–180 litrů primární moči, která vzniká filtrací plazmy v glomerulu. Ta se díky proximálnímu tubulu v množství 70–80 % zpětně vstřebá. Primární moč má stejné složení jako plazma, neobsahuje však žádné bílkoviny.

Ledviny mají několik funkcí. Vylučují z organismu zplodiny metabolismu, cizorodé látky a látky sice využitelné, ale v daný moment velmi koncentrované a tím zajišťují stálost vnitřního prostředí. Dále udržují stálý objem a složení extracelulární tekutiny, včetně pH. Mezi další funkce ledvin řadíme tvorbu hormonů, regulaci tlaku a objemu krve, tvorbu erythropoetinu, který stimuluje kostní dřeň k produkci erytrocytů, tvorbu vitamínu D pro zdravé kosti. Ledviny ovlivňují též metabolismus fosforu. Část fosforu přefiltrují a část je zpětně resorbována v proximálním tubulu. Resorpce je snižována parathormonem a zvyšována vitamínem D a růstovým hormonem. Při chronickém selhání ledvin dochází

k poruchám metabolismu fosforu a tudíž k poruchám metabolismu kalcia, vitamínu D a parathormonu. Díky systému renin-angiotenzin se ledviny též podílí na regulaci krevního tlaku. Pro zabezpečení všech funkcí je velmi potřebné vydatné prokrvení ledvin (Rokyta, 2008).

2 Selhání ledvin

O ledvinném selhání mluvíme tehdy, kdy ledviny nejsou schopny plnit vůbec své funkce. V organismu se hromadí voda a některé odpadní látky, např. kreatinin nebo urea, dochází k hypertenzi, ke vzniku chudokrevnosti a k poruchám složení krve s nedostatkem vápníku a nadbytkem fosforu, draslíku, často i sodíku a kyseliny močové. Současně chybí vitamin D a dochází ke zvýšení kyselosti krve. V té chvíli je nutné funkce ledvin nahradit (Teplan, 2010).

2.1 Akutní selhání ledvin

Široké veřejnosti jsou velmi dobře známy pojmy jako akutní infarkt myokardu či cévní mozková příhoda. Tato onemocnění jsou vnímána jako velmi vážná, která vyžadují neodkladný léčebný přístup. Jako méně závažné onemocnění se mezi veřejností jeví termín akutního selhání ledvin a to i přes to, že počet nových onemocnění tohoto syndromu je stejný jako počet nových onemocnění koronárního syndromu. Na rozdíl od akutních kardiovaskulárních onemocnění není akutní selhání ledvin obvykle samostatným problémem, ale je součástí jiných celkových stavů jako například sepse. Je rovněž patrné, že tato problematika se dotýká širokého spektra interních i chirurgických oborů, kde zásadně a negativně ovlivňuje celkové výsledky léčení jiných základních onemocnění (Matějovič, 2013).

O akutním selhání ledvin hovoříme mimo jiné v případě zjištění absolutního vzestupu sérového kreatininu, což je ledvinový marker a močoviny a snížené diurézy. Toto selhání ledvin se vyvíjí v rychlém časovém horizontu, během několika hodin a dní, a včasná diagnostika a účinná léčba může stupeň poškození významně ovlivnit (Teplan, 2010).

2.2 Chronické selhání ledvin

Chronické selhání ledvin je postupující stav, kdy jsou ledviny nevratně poškozeny. Chronické selhání ledvin je časté onemocnění a má pro pacienta závažné následky. Jedná se o stav, kdy funkce ledvin je snížena tak, že ledviny nejsou schopny udržet standardní složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních dietních a medikamentózních opatření a je nezbytné zahájit léčení některou metodou, která nahradí

ledvinné funkce (Kracíková, 2011). Vzniká nejčastěji po ledvinových chorobách jako je pyelonefritida, glomerulonefritida, diabetická neuropatie, dědičná onemocnění, mezi která patří polycystózy aj. V některých případech se chronické selhání ledvin může vyvíjet dlouho, plíživě a nepozorovaně. Příznaky chronického selhání ledvin odpovídají množství a koncentraci zadržovaných toxických látek v krvi. Pokud glomerulární filtrace klesne pod hraniční mez, projeví se tato skutečnost jako urémie. Urémie je rozvrat vnitřního prostředí, ke kterému dochází vlivem hromadění metabolitů, zejména močoviny, kterou ledviny nejsou schopny vyloučit. Postupně dochází k poruše funkce dalších orgánů. Hlavními projevy jsou – průjemy, zvracení, krvácivé poruchy, acidóza ze zadržování kyselin v těle, dušnost, zánět pohrudnice a osrdečníku až bezvědomí.

Z celkových příznaků se objevuje únava, nechutenství, hubnutí, žízeň, nauzea a zvracení, kůže má žlutošedé zbarvení, dochází k poklesu množství moči, nebo potřeba močení v noci. Z laboratorních výsledků jsou patrné zvýšené hodnoty kreatininu, močoviny a kyseliny močové. V moči jsou přítomny bílkoviny, tedy mluvíme o proteinurii.

Pacienti žijí s chronickým onemocněním ledvin, které vede ke snižování ledvinných funkcí až k jejich selhání různě dlouhou dobu – několik týdnů, měsíců či let.

3 Léčebné postupy selhání ledvin

V případě, že již dojde k úplnému selhání ledvin, přestává být zpravidla původní příčina onemocnění důležitá. Nejdůležitější je to, že musíme činnost ledvin nějakým způsobem nahradit, jinak by nemocný zemřel (to se také dříve stávalo). Existují tři možnosti náhrady funkce ledvin – transplantace ledviny, hemodialýza a peritoneální dialýza.

3.1 Transplantace

Transplantace orgánů je záměrné přenesení tkáně či orgánu z jednoho místa organismu na druhé (např. transplantace kůže) nebo z jednoho člověka na druhého – z dárce na příjemce (např. transplantace ledvin).

V současnosti představuje transplantace nejlepší možnou metodu léčby nezvratného selhání ledvin. Tato možnost je zvažována u každého nemocného, který nemá absolutní kontraindikace výkonu. Pacient může být transplantován od dárce živého nebo je zařazen na transplantační listinu od dárce zemřelého (Homolková, Kolářová, 2012).

V současné době převládá mínění, že transplantace ledviny od žijícího dárce je nejpriznivější metodou léčby chronického selhání ledvin. V posledních letech proto došlo k velikému rozvoji transplantací ledvin od žijících dárců. Jedním z důvodů jsou podstatně lepší výsledky v přežívání nemocných i štěpů a další nepochybnou výhodou je, že takovou transplantaci lze provést ještě před zahájením dialyzační léčby (<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/transplantace-ledvin-od-zijicich-darcu-470773>).

Transplantace dnes představuje rutinní metodu, jejímž smyslem je plná rehabilitace pacientů a jejich návrat do kvalitního plnohodnotného života (Viklický, Janoušek, Baláž, 2008).

K transplantaci ledviny je dnes navržen každý nemocný s nezvratným poškozením ledvin, který nemá absolutní kontraindikaci a který může z tohoto zákroku profitovat. Homolková s Kolářovou (2012, s. 30) ve svém článku uvádí: „*Věk příjemce není nijak omezen.*“ Avšak Tesař sděluje (2004, s. 754) „*U pacientů nad 70 let se doporučuje pečlivě*

zhodnocení „biologického“ věku nemocných, respektive funkčního stavu a poměru prospěchu a rizika zvažovaného výkonu.“

Obecně vzato, na transplantační listinu by neměl být zařazen člověk, u kterého lze zjevně odhadnout omezenou dobu života. Dále se jedná o pacienty s pokročilou aterosklerózou, neřešitelným zhoubným onemocněním, závažnou chronickou infekcí, chronickým respiračním selháním, morbidní obezitou, srdečním selháním apod.

Transplantaci nelze rovněž indikovat prokazatelně nespolupracujícím pacientům. Za zařazení pacientů do transplantačního programu je zodpovědné příslušné transplantační středisko (Viklický, Janoušek, Baláž, 2008).

3.1.2 Chirurgická technika

Chirurgická technika transplantace ledviny je skvěle propracovaná a skládá se ze dvou částí. Vaskulární část zahrnuje napojení cév štěpu na pánevní cévy příjemce a urologická část je rekonstrukce ureteru. Renální štěp je umístěn extraperitoneálně do jámy kyčelní a jeho cévy jsou napojeny na ilickou tepnu a žílu. Ústí ureteru se implantuje zpravidla do močového měchýře.

Převážné části pacientů je transplantována pouze jedna ledvina, ale v případě, je-li darovaná ledvina nižší kvality, lze transplantovat jednomu příjemci obě ledviny. Taková transplantace se nazývá duální. Vlastní ledviny se z těla obvykle neodstraňují (Homolková, Kolářová, 2012).

3.1.3 Komplikace transplantace

Jako nejčastější komplikace po transplantaci ledvin mohou nastat:

1. Odhojování štěpu – jedná se o imunitní reakci organismu proti štěpu.
2. Infekce – mikroorganismy mohou být přítomny na jakémkoli místě (moč, plíce, kůže).
3. Cévní komplikace – vyšší výskyt kardiovaskulárních komplikací.
4. Vedlejší účinky podávaných léků – převážně lék Prednison způsobuje přibývání hmotnosti, otoky, zvýšení krevního tlaku, zhoršení cukrovky aj. (Major, Svoboda, 2000).

3.1.4 Co znamená transplantace ledviny pro pacienty?

Pro nemocné znamená úspěšná transplantace ledviny prodloužení a zkvalitnění života. Odpadají omezení a potíže, které souvisí s dialyzační léčbou. Transplantovaný pacient může bez větších omezení pracovat, sportovat a cestovat, i když dnes již tyto aktivity mohou v rámci možností vykonávat i pacienti léčení peritoneální dialýzou.

Od pacienta očekáváme bezpodmínečnou kázeň v užívání imunosupresivních léků, které jsou nutné, aby organismus správně přijal transplantovaný orgán. Jejich vysazení znamená pro pacienta ohrožení života.

3.2 Hemodialýza

Pokud není pacientovi provedena transplantace ledviny, měl by si zvolit jednu z metod dialýzy – peritoneální dialýzu nebo hemodialýzu. Hemodialýza je další z léčebných metod selhání ledvin, při které se nahromaděné odpadní látky a nadbytečná voda odstraňují z těla pomocí speciálního přístroje tzv. umělé ledviny. Tato metoda je jednou ze tří terapií náhrady funkce ledvin (dalšími dvěmi jsou transplantace ledvin a peritoneální dialýza) (Ďulíková, 2008). Pravidelná hemodialýza je prováděna v dialyzačních střediscích, kam musí pacient docházet 2–3 krát týdně. Doba výměny je individuální, trvá tři, čtyři a někdy i šest hodin. Za kvalitu hemodialýzy zodpovídá lékař, za její provedení nese zodpovědnost sestra.

3.2.1 Princip hemodialýzy

Krev pacienta je odváděna do dialyzátoru – který je součástí dialyzačního přístroje (příloha B) – kde se očistí od toxických a odpadních látek. Dialyzační přístroj činí dohled nad průtokem krve a dialyzačním roztokem přes dialyzátor. Tyto látky prochází z krve pacienta přes polopropustnou membránu do dialyzačního roztoku. V průběhu dialýzy se krev zbavuje i přebytečné vody, pokud má pacient poruchu močení, buď málo močí, nebo vůbec nemočí.

Dialyzační roztok obsahuje látky, které neutralizují kyseliny po vstřebání do organismu. Pročištěná krev je vedena zpět do organismu (Kracíková, 2010).

3.2.2 Komplikace při hemodialýze

Ani při hemodialýze se zdravotní komplikace pacientům nevyhýbají. Patří mezi ně pokles krevního tlaku, způsobený odstraňováním příliš velkého objemu tekutiny, užívání léků na léčbu vysokého tlaku, pokročilá skleróza tepen, cukrovka nebo choroby srdce. Nastat může komplikace opačná a to zvýšení krevního tlaku u pacientů, kteří se s hypertenzí léčí. Dále mohou pacientům komplikovat léčbu svalové křeče, které jsou časté u velkých mezidialyzačních přírůstků, nebo při rychlém snížení koncentrace hladiny sodíku v organismu. V neposlední řadě zmíním jako komplikaci krvácení z nosu, dásní nebo kolem vpichů jehel po dialýze (Major, Svoboda, 2000).

3.3 Peritoneální dialýza

Peritoneální dialýza (dále jen PD) je plnohodnotný způsob léčení chronického selhání ledvin a je naprosto srovnatelná s hemodialýzou. Pacient si ji provádí sám v domácím prostředí. V současné době nabízí pacientům více volnosti, více nezávislosti na hemodialyzačním středisku a jeho personálu. V průběhu minulých dvaceti let se v této problematice mnoho změnilo. Zánět pobřišnice již není hlavním problémem peritoneální dialýzy, ale pozornost se soustředí hlavně na studium vlastností a poškození pobřišnice. Do středu zájmu se dostávají problémy kvality života, stavu hydratace a kardiovaskulárních komplikací. V klinické praxi se využívají nové dialyzační roztoky, které jsou pro pobřišnici méně škodlivé (Bednářová, Sulková, 2007).

3.3.1 Peritoneum

Peritoneum latinsky, česky pobřišnice, je membrána vystýlající břišní dutinu každého člověka. Můžeme si ji představit jako vak, ve kterém jsou uloženy všechny orgány dutiny břišní: střeva, játra, žaludek, slezina, slinivka aj. Peritoneum představuje obrovský povrch a je protkáno řadou cév. Při peritoneální dialýze (příloha C) se do tohoto vaku napouští dialyzační roztok, který slouží k čištění krve (<http://www.domaci-dialyza.cz/zakladni-pojmy>).

3. 3. 2 Historie peritoneální dialýzy

V údajích z historických pramenů je uvedeno, že pravděpodobně jako první popsal peritoneum slavný řecký lékař Galén se svými lékařskými učiteli, když studovali břišní dutinu raněných gladiátorů.

První zmínka o provedení peritoneální dialýzy u člověka se patrně datuje k rokem 1924–1938, kdy byla provedena opakovaná peritoneální dialýza lékařskými týmy v USA a Německu. Bylo tak dokázáno, že se může jednat o krátkodobou náhradu funkce ledvin (<http://www.fmc-ag.com/263.htm>).

V České republice se peritoneální dialýza začala používat od roku 1978. Výrazný rozvoj ve využívání zaznamenala tato metoda v 90. letech minulého století, kdy se začaly používat moderní roztoky ve vacích a zdokonalené pomůcky. To všechno znamenalo větší komfort pro pacienty a hlavně důvěryhodný způsob léčby (<http://www.domaci-dialyza.cz/historie-domaci-dialyzy>).

3. 3. 3 Indikace a kontraindikace pro metodu PD

Peritoneální dialýza je dnes považována za metodu první volby a je také indikována u pacientů, kteří nemají možnost transplantace ledviny a nemohou být léčeni hemodialýzou. Jedná se o pacienty s trombofilním stavem a komplikovaným cévním přístupem, pacienty s rizikem krvácivých stavů. Dále jsou PD léčeni pacienti s rozsáhlou cévní nedostatečností, pacienti, kteří měli na hemodialýze komplikace v podobě snížení či zvýšení krevního tlaku nebo poruchy srdečního rytmu. Tato metoda je indikována u malých dětí do 5 let, jako hlavní metoda náhrady ledvinných funkcí, protože hemodialýza je u nich neproveditelná (Bednářová, Sulková, 2007).

A pro koho peritoneální dialýza není vhodná? PD nelze provádět u nemocných se zánětlivými stavy orgánů v břišní dutině, s onemocněním pobříšnice.

Mezi relativní kontraindikace patří:

1. stavy po operacích břicha
2. opakované záněty dutiny břišní
3. břišní kýly
4. kolostomie
5. zánětlivá střevní onemocnění

Absolutní kontraindikace by dnes neměla vůbec existovat. Také platí, že tuto léčebnou metodu nebudeme indikovat tam, kde se nelze spolehnout na pacientovu spolupráci a dále v případě nevyhovujícího sociálního zázemí (Major, Svoboda, 2000).

3. 3. 4 Princip PD

Při tomto způsobu léčby tvoří dialyzační membránu vlastní pobřišnice (peritoneum). Do dutiny břišní se napouští dialyzační roztok pomocí katetru a je v ní trvale přítomen. V tomto případě se pobřišnice chová jako polopropustná membrána, přes niž pronikají voda a odpadní látky z krevních kapilár do dialyzačního roztoku a naopak.

Odpadní látky jsou v krvi nahromaděny vlivem nefunkčnosti ledvin a díky difuzi samovolně přecházejí z krve do dialyzačního roztoku, který se posléze z organismu vypustí a nahradí novým roztokem. Tak se pacientům vyčistí krev, odstraní se z organismu přebytečná tekutina a odpadní látky, jako u klasické hemodialýzy. Roztok zůstává v břiše po dobu 4 až 8 hod. Pacient jej mění obvykle čtyřikrát denně. Doba přípravy a výměny roztoku většinou nepřesáhne 30 minut.

Katetr zavede do dutiny břišní pacientovi chirurg buď v celkové anestezii, nebo v místním znecitlivění. Pacient je po zavedení katetru hospitalizován přibližně týden. Dialyzační roztok je obsažen v umělohmotných vakách. Vak má objem 500 ml – 1000 ml – 1500 ml – 2000 ml – 5000 ml. Výměna roztoků probíhá v systému dvojitéch vaků (příloha D), kdy jeden je s dialyzačním roztokem a druhý je prázdný. Pacient si napojí vaky ke katetru a nejdříve roztok z dutiny břišní vypustí a po vyprázdnění napustí dialyzační roztok nový (Kracíková, 2010).

3. 3. 5 Katétry a materiál

Pro pacienta je v zásadě základní peritoneální dialyzační katétr (příloha E), který umožňuje přístup do peritoneální dutiny. Nejčastěji se používají katétry vyrobené ze silikonového kaučuku. Mezi další materiální vybavení patří dialyzační vaky, ve kterých je dialyzační roztok a koncovka spojující peritoneální katétr se setem, která má za úkol hlavně chránit peritoneální katétr před poškozením a před možností vstupu infekce do pacientova organismu.

Transfer set se používá k připojení dialyzačních vaků k peritoneálnímu katéttru. Na katéttru je trvale umístěna titanová spojka jako koncovka, která se při výměnách koncovky dezinfikuje (Bednářová, Sulková, 2007).

3. 3. 6 Metody peritoneální dialýzy

Existují dva typy PD. První z nich je **CAPD – kontinuální ambulantní peritoneální dialýza**. Při této variantě pacient používá pouze systém hadiček a vaků. Vytékání a napouštění roztoku z břišní dutiny a do ní je umožněno díky gravitaci. Plný vak s dialyzačním roztokem je umístěn nad úroveň pacientova břicha, a tím se roztok napouští. Prázdný vak se položí na zem a roztok obsahující odpadní látky a přebytečnou vodu může pomocí gravitace odtékat. Očišťování krve (dialýza) při metodě CAPD probíhá po dobu 4–8 hodin, kdy má pacient roztok napuštěný v dutině břišní. Po uplynutí této doby dialýzy si pacient roztok vypustí a napustí si nový a od systému se odpojí. U metody CAPD si pacient provádí výměnu roztoků 4 krát denně. Jedna výměna trvá i s přípravou přibližně 30 minut. S roztokem v břišní dutině může pacient tvořit většinu běžných činností. Doba trvání výměn se řídí životním stylem pacienta a provádí se ráno, v poledne, odpoledne a večer, než jde nemocný spát.

Druhou možností PD je **automatizovaná peritoneální dialýza – APD**, při níž se roztok vyměňuje pomocí přístroje – cycleru (příloha F). Očišťování krve od toxických látek obvykle trvá po dobu osmi hodin v noci, když pacient spí. Za tu dobu se roztok několikrát zcela vymění podle rozpisu dialýzy naprogramovaného v přístroji. Ráno se všechn roztok z poslední výměny z dutiny břišní vypustí. Nemocný může normálně pracovat, děti nemají omezenou docházku do školy, lze i sportovat (Bednářová, Sulková, 2007).

Zahraniční studie autorů Balasubramanian, McKitty, L.-S. Fan (2010) byla zaměřena na zjištění, jestli a jak se liší kvalita života a zdravotní stav pacientů při preferenci jedné z výše uvedených metod léčby peritoneální dialýzy.

Cílem práce bylo popsat, zda existují rozdíly v kvalitě života a zdravotním stavu pacientů, při zvolení metody APD nebo CAPD. Výsledky byly hodnoceny pomocí dotazníku SF – 36, v průběhu 5 let. Studie se zúčastnilo 372 pacientů z Velké Británie

různých věkových kategorií. Pacienti vyplnili dotazník po zavedení léčby a další po ročním trvání léčby. APD si zvolilo 194 pacientů, CAPD si vybralo 178 pacientů.

Tato studie neprokázala žádné výhody jedné metody v neprospěch metody druhé. Z výzkumu vyplývá, že obě metody léčby PD jsou rovnocenné a neexistuje průkaznost preference jedné metody před druhou.

3. 3. 7 Komplikace při léčbě peritoneální dialýzou

Mezi nejzávažnější a stále nejčastější komplikaci, která přímo souvisí s peritoneální dialýzou, patří zánět pobřišnice, latinsky peritonitis, způsobená mikroorganismy. Rozvoj peritonitidy podněcuje několik vlivů: cukrovka, věk, stav výživy, nedodržování sterilního postupu při výměně roztoků, imunitní systém.

Opakované záněty pobřišnice jsou nejčastější příčinou převedení pacienta na hemodialýzu (Bednářová, Sulková, 2007). Mezi další komplikace patří změna polohy katetru nebo jeho ucpaní.

3. 3. 8 Role sestry v péči o pacienta s PD

Zásadní náplní práce každé všeobecné sestry je kvalitní péče o pacienty především ve smyslu ošetrovatelské péče. Péče všeobecné sestry o pacienty s PD je však ve více směrech specifická. Zahrnuje provádění celé řady odborných úkonů, vyšetření a sledování, samostatné řešení řady standardních klinických situací a též rozsáhlou administrativní činnost.

Péči o pacienty, kteří jsou léčeni PD, zajišťuje tým, složený z pracovníků různých lékařských i nelékařských oborů – lékař, všeobecná sestra, klinický psycholog, nutriční terapeut, sociální pracovnice, fyzioterapeut, laborant, servisní technik, distribuční firma a další. Peritoneální dialýza je léčba dlouhodobá a její zdar je ve velké míře závislý na vysoké kvalitě práce všeobecné sestry, na jejích edukačních schopnostech a komunikačních dovednostech. To znamená, že je nutné, aby všeobecná sestra metodu dobře ovládala nejen prakticky, ale i teoreticky. Všeobecné sestry, které se starají o pacienty léčenými peritoneální dialýzou, jsou současně i jejich primárními sestrami.

V predialyzačním období jsou nemocnému poskytovány všechny nutné informace, týkající se možností léčby náhrady funkce selhávajících ledvin. Dále všeobecná sestra

poskytuje ošetrovatelskou péči při zakládání peritoneálního katetru, psychickou podporu pacientovi na operačním sále, asistuje lékaři při samotném zakládání katetru.

Následuje edukace pacienta a jeho rodiny a nejbližšího okolí. V rámci ošetrovatelské péče provádí ambulantní kontroly nemocného, spolupracuje s agenturami domácí péče, poskytuje součinnost s ostatními dialyzačními středisky při zajišťování rekreační dialýzy.

3. 3. 9 Edukace pacienta

Ať už při ručním provádění peritoneální dialýzy, nebo za pomoci přístroje, je vždy stěžejním úkolem specializovaného multidisciplinárního týmu (lékařů, všeobecných sester, psychologa, nutriční terapeutky, sociální pracovníce) podat pacientovi co nejvíce informací o léčbě a riziku možných komplikací. Edukace, čili poučení, nemocného probíhá podle zvyklostí dialyzačních středisek. Kracíková (2010, s. 11) říká, že *„Voli se metody zčásti skupinové edukace, důraz se však klade na individuální schopnosti a možnosti každého pacienta. Často se (se souhlasem pacienta) zapojují i rodinní příslušníci.“*

A Bednářová, Sulková (2007, s. 94) uvádí *„Zdravotnický personál musí v období edukace respektovat, že pacient nemá předchozí zdravotnické vzdělání – je laik. Výuka se musí provádět postupně, na nemocného se nesmí spěchat ani nesmí mít pocit, že by mohla být předpokládána kratší doba jeho výuky. Výuka musí být vždy individuální a všichni členové týmu, který pečuje o nemocné léčené touto metodou, musí dodržovat jednotné pracovní postupy.“*

Lékař a sestra zhodnotí pacientův zdravotní stav, sociální situaci, partnerský vztah a jeho schopnosti. Po zvolení vhodné metody (CAPD, APD) poskytnou pacientovi dostatek učebního materiálu (brožury, letáčky aj.) a čas pro rozhodnutí. V momentě kdy se pacient rozhodne, že si zvolí z velké části spoluúčast na léčbě v domácím prostředí, edukující sestra stanoví edukační postup (Kracíková, 2010).

3. 3. 10 Postup edukace sestrou

Jednou z klíčových členů ošetrovatelského týmu je kvalifikovaná všeobecná sestra. Měla by to být pokud možno sestra specialista se specializací v oboru nefrologie, s praxí na hemodialyzačním i lůžkovém oddělení (Bednářová, Sulková, 2007).

Po prohlídce domácího prostředí sestra doporučí vhodnou úpravu prostor, kde si bude pacient výměnu provádět. Spolu vyberou prostor, kde si bude pacient skladovat roztoky a potřebné pomůcky. Praktické školení se uskutečňuje vždy v dialyzačním středisku, kde je pacient postupně poučen o hygienických zásadách a udržování čistoty, péči o katetr, provedení bezpečné výměny, dodržování pitného a dietního doporučení, řešení problémů v domácím prostředí, objednávání vaků s dialyzačním roztokem a ostatního spotřebního materiálu. Sestra, která se tomuto zaučení věnuje, má plán lekcí. Témata, která s pacientem probrali, opakují a následně zařazuje témata nová. Na pracovištích je pacient podrobován kontrolním testům, kterými si sestra ověřuje pacientovy znalosti.

Zaškolením pacienta spolupráce sestry pro peritoneální dialýzu nekončí. Trvá po celou dobu léčení. Sestra vykonává návštěvy v pacientově domácnosti, který podstupuje pravidelné kontroly v dialyzačním středisku (Kracíková, 2010).

4 Kvalita života

Pacienti, kteří si zvolili metodu léčby peritoneální dialýzou, se shodují v názoru, že úspěšnost a účinnost léčby nelze hodnotit podle délky prožitého života, ale zejména podle jeho kvality (Bednářová, Sulková, 2007).

4.1 Kvalita života

Bednářová, Sulková (2007, s. 79) uvádí: „ *V posledních dvou desetiletích se kvalita života stala jedním z velkých témat klinické praxe a na její studium se zaměřila řada medicínských studií. Orientace na kvalitu života vychází z holistického modelu medicíny, který vnímá nemocného člověka v jeho tělesné, psychické, sociální a duchovní celistvosti a úvaha o kvalitě života by vždy měla zahrnovat všechny tyto složky.* “

Co vyjadřuje pojem kvalita života?

Definovat pojem „kvalita života“ není vůbec lehké. Kvalita není absolutní, ale relativní kategorie, tzn., že je ve vztahu k něčemu. Je relativní, protože může být vyjádřena kvalitativními (vycházejícími z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (měřitelnými) ukazateli. Jestli chceme určit, na jaký typ hodnocení je kvalita zaměřená, musíme určit jeho předmět a zároveň normu. Jelikož v případě kvality života je tématem hodnocení život, zodpovězme zásadní dotaz: Kvalitu jakého života hodnotíme? (Mareš, 2006).

V současné době panuje shodný názor odborníků, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Jenom člověk sám může konstatovat, jestli se cítí šťastný nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především klamný.

Z toho vyplývá, že i pacient s chronickou nemocí může vést kvalitní život (Gurková, 2011).

Historie pojmu

Termín kvalita života má poměrně dlouhou a zajímavou historii. První zmínka se datuje do 20. let 20. století. Jednalo se předně o snahy ekonomického a sociálního charakteru, které byly zaměřeny na státní podporu nemajetných vrstev obyvatelstva. Do širokého povědomí se tento pojem dostal až v 60. letech 20. století jako výraz politický.

Teprve později se z něj postupně stával termín vědecký, nejdřív v sociologii a následně ve vědách o člověku. Tento termín se zabydlel v mnoha působnostech lidské činnosti a v mnoha vědeckých disciplínách. Nalezneme ho také ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství a např. v ekologii (Mareš, 2006).

V 70. letech minulého století proběhlo v USA první měření a hodnocení kvality života u celého národa. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že lidem, kterým se zhoršila ekonomická situace nebo zdravotní stav, se nemusí nutně zhoršovat kvalita jejich života. Nejdůležitější je se zaměřit na hodnotové kvality daného člověka (Payne, 2005).

4.2 Kvalita života související se zdravím

Je potěšující, že součástí současné medicínské i ošetrovatelské péče jsou úvahy nejen o zachraňování lidského života, či jeho délky a prodlužování, nýbrž i úvahy o tom, jak kvalitně bude nemocný žít. Vidíme, že u všech poskytovatelů zdravotních služeb došlo k dokonalejšímu vybavení přístrojovou technikou. Téměř denně se dozvídáme ze sdělovacích prostředků o pokrocích v operačních technikách, dočítáme se o pokrocích ve farmakoterapii. To všechno spolu s novými odbornými poznatky umožňuje prodlužovat a zachraňovat lidské životy i v případech, které dřív končily smrtelně. Mareš, Marešová, (2006, s. 29) uvedli: *„Obecně lze říci, že kvalita života související se zdravím se týká především profesionálně poskytované zdravotní péče a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče.“*

4.3 Měřicí techniky

Ve zdravotnictví je těžištěm výzkumu kvality života oblast psychosomatická a oblast fyzického zdraví. Nejčastěji se setkáváme s pojmem Health Related Quality of Life (HRQoL), kvalita života ve vztahu ke zdraví, neboli subjektivně posouzeným vlastním zdravotním stavem, a dále s celkovou kvalitou života – Quality of Life, (QOL), tedy subjektivně posouzenou vlastní životní situací (Payne, 2005).

Při zjišťování kvality života se používá široká škála nástrojů: testů, dotazníků, hodnotících škál, strukturovaných rozhovorů. Pro hodnocení HRQoL se v podstatě využívají dva druhy dotazníků – generické (obecné) a specifické.

Generické dotazníky

Generické dotazníky hodnotí subjektivní vnímání celkového stavu nemocného bez

ohledu na dané onemocnění. Jsou široce použitelné u jakýchkoli skupin populace. Mezi nejčastěji používané generické dotazníky patří Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF – 36), World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL), Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), Sickness Impact Profile (SIP) a další (Gurková, 2011).

Specifické dotazníky

Specifické dotazníky jsou sestaveny pro jednotlivé typy nemocí, zaměřují se na specifické oblasti zásadní pro konkrétní nemoc, a tudíž jsou jednoznačně vnímavější. Dotazníky tohoto typu jsou schopny zachycovat klinicky významné změny, ale jejich výsledky lze obtížně srovnávat nebo konkretizovat. Všeobecně se v klinických studiích doporučuje používání obecných i specifických dotazníků současně. Pro příklad lze uvést dotazník zjišťování kvality života u nemocných s chronickým selháním ledvin Kidney Disease Quality of Life Instrument (KDQOL), jehož součástí je generický dotazník SF – 36 (Gurková, 2011).

4.4 Kvalita života pacientů léčených peritoneální dialýzou

Téma kvality života dialyzovaných jedinců ve vztahu k fyzické kondici je převážně v zahraničním písemnictví diskutováno již více než 30 let. Týká se všech oblastí jejich života, jejich aktivit, rodinného zázemí apod.

Cestování

Docházel-li pacient na hemodialýzu, musel si samozřejmě plánovat dovolenou tak, aby bylo ubytování v dosahu hemodialyzačního střediska. Tam bylo potřeba vše nejdříve domluvit. V případě peritoneální dialýzy toto neplatí. Pacient může cestovat po Čechách i do zahraničí. Pokud pacient jede na delší dobu, jsou mu na místo předem zavezeny vaky. Pokud cestuje jen na pár dní, bere si vaky ze své domácí zásoby. Také v případě, že pacienti využívají APD, nejsou v cestování omezeni. K dialyzačnímu přístroji je speciální pouzdro a lze jej snadno převážet. Vypadá pak jako obyčejný kufr. Pacient si pouze hlídá, aby jel do hotelu nebo penzionu, kde bude voda, elektřina a dobré hygienické podmínky.

Co se týká plavání, neměl by pacient navštěvovat veřejná koupaliště či bazény. Ke koupání lze doporučit moře a bazény, které jsou schváleny pro plavání kojenců. Po koupeli se pacientovi doporučuje převaz katetru.

Zaměstnání

Mnozí pacienti s peritoneální dialýzou jsou díky domácí léčbě schopni chodit do zaměstnání. Někteří pacienti si roztok vyměňují i v zaměstnání, pokud mají k dispozici samostatnou místnost, kde si roztok mohou v klidu vyměnit.

Existuje samozřejmě limitace, v jakém prostředí by pacient s PD pracovat neměl. Jde o zaměstnání, která se provádí v prašném prostředí nebo v příliš chladném nebo jsou fyzicky velmi náročná (<http://www.kidney.org.uk/help/medical-information-from-the-nkf/medical-info-pd/medical-info-pd-pdaffect/>).

Rodinný život

Člověk, který onemocní závažnou nemocí, potřebuje cítit, že není v těžké situaci sám, že má okolo sebe blízké lidi, kteří udělají vše, co je v jejich silách, aby mu pomohli. Že se o něj budou starat a zajímat se o jeho stav a stát na jeho straně.

Je dokázáno, že ti nemocní, kteří mají dostatečnou sociální podporu ve vztazích v užší či širší rodině a mezi přáteli a kamarády, mají lepší léčebné výsledky. Déle s chorobou žijí, lépe spolupracují se zdravotnickým personálem a celková kvalita jejich života je také vyšší. Sociální zázemí nemocných lidí netvoří jen vlastní rodina. Mnozí pacienti žijí sami, ale udržují si intenzivní vztahy např. se svými sourozenci a jejich dětmi.

Když se staráme o naše nemocné, pomáháme jim nést břemeno plynoucí z jejich nemoci. Má to ale i svoji odvrácenou stránku. V poslední době se hodně setkáváme s termínem o přetížení pečujících. Všichni víme, že přibývá starší populace, tím přibývá i lidí nemocných, kteří jsou více nebo méně odkázáni na pomoc druhých lidí nebo rodinných příslušníků.

Dialýza klade neobvyklé nároky na pacienty s chronickým selháním ledvin. Postihne nejen zdraví, ale všechny sféry pacientova života. Nemocní s peritoneální dialýzou, kteří jsou v produktivním věku, často nezvládají požadavky zaměstnání, to samozřejmě zhoršuje finanční situaci celé rodiny. Chronickou nemocí jsou ovlivněny

i vztahy v rodině, trávení volného času, mění se role, které jednotliví členové v rodině mají. S dialýzou se musí naučit žít nejen nemocný, ale i jeho nejbližší. I oni se musí přizpůsobit tomuto zvláštnímu dialyzačnímu režimu a rytmu, výkyvům ve zdravotním stavu pacienta i výkyvům jeho nálad. Musí se naučit jinak organizovat čas a plánovat aktivity.

Partnerský (sexuální život)

Je poměrně dobře známý fakt, že jak muži, tak i ženy trpí řadou sexuálních problémů i ve stavu, kdy jsou zcela fyzicky zdraví. Na vině je v těchto případech psychická kondice jedinců. Nejvíce frekventovaným rizikovým faktorem je stres.

I když u pacientů postižených jakýmkoliv systémovým selháním dochází k sexuálním poruchám, je přesto toto téma zanedbáváno a v rozhovorech s nemocnými ho obklopuje rozpačité mlčení, které částečně plyne ze studu a částečně z předsudku, že sexualita je výsadou zdravých a mladých lidí.

Mezi organické příčiny sexuálního dysfunkce u mužů lze jmenovat sníženou produkci mužského pohlavního hormonu testosteronu, sníženou schopnost produkovat sperma aj. Ženy se selháním ledvin udávají vedle snížení sexuální touhy, změny v menstruačním cyklu, výpadky ovulace, nedostatek poševní sekrece nebo chybění orgasmu.

Z psychologického hlediska má na sexuální funkce negativní vliv u obou pohlaví vědomí chronické nemoci, ztráta sebevědomí, omezení v životním stylu a deprese. Negativní roli hraje pocit sexuální nepřitažlivosti, který je vyvolaný porušeným tělovým obrazem, na kterém se podepisuje především vysušenost a nezdravá barva pokožky a jizvy po dialyzačních přístupech pro HD i PD. Jako psychická zátěž se u mužů uplatňuje také ztráta diurézy, která může být vnímána jako ztráta sexuální schopnosti. Nedostatek sexuální aktivity považují pacienti za významnou determinantu v hodnocení kvality života.

Snahou dialyzačního týmu by mělo být, aby nemocní dokázali v maximální možné míře naplnit své fyzické i psychosociální potřeby. Neměly by se proto vylučovat žádné možnosti, jak zlepšit sexuální život dialyzovaných nemocných, ať už formou psychiatrické a sexuologické konzultace, psychoterapie, medikace, nebo jinak. Nejdůležitějším předpokladem ovšem proto zůstává, že nám pacient o těchto svých problémech poví (Bednářová, Sulková, 2007).

Sportovní a volnočasové aktivity

Pravidelný pohyb má nezastupitelné místo v současném životním stylu nejen zdravých lidí, ale také u zdravotně oslabených osob. Pravidelné tělesné cvičení velmi prospívá nejen fyzicky, ale také psychicky pacientům léčeným dialýzou a po transplantaci ledviny. Zlepšuje se jim fyzická zdatnost, zlepšuje se funkce kardiovaskulárního a respiračního systému. Pohyb snižuje rizikové faktory srdečně-cévních onemocnění, vyrovnává hladinu krevního tlaku, zlepšuje celkový funkční stav pohybového systému, podporuje metabolické funkce svalů zlepšuje kloubní pohyblivost a pohyblivost páteře, apod.

Tyto závěry platí pro všechny skupiny populace, tedy i pro ty odkázané na léčbu hemodialýzou a peritoneální dialýzou. Platí pro ně tím více, že komplikace dávané do souvislosti se životním stylem jsou u nich několikanásobně stupňovány onemocněním a léčbou (Svoboda, Mahrová, 2008).

Špidrová (2012, <http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2012/01/index.php?ap=cviceni>) uvádí:

„Pacient s PD by měl podle při fyzické aktivitě dodržovat následující doporučení:

- 1. Peritoneální katétr nesmí být v tahu (odtržení manžety)*
- 2. Místo vstupu musí být v čistotě a katétr pečlivě uzavřen*
- 3. Necvičit cviky, při nichž ležíte na břiše, cviky ve visu či vzporu, s max. rotací trupu*
- 4. Pozor na údery do břicha, pády, skoky. Jako ochrana katétru – používat kýlní pás*
- 5. Při CAPD pozor na zvýšení intraperitoneálního tlaku (vznik kýly), při APD se riziko dalšího zvýšení intraperitoneálního tlaku při cvičení eliminuje*
- 6. Cvičit v malém rozsahu pohybu, nezadržovat dech, častěji odpočívat.*
- 7. Pokud se objeví bolesti břicha, je viditelná příměs krve v dialyzátu, objeví-li se únik dialyzátu z katétru nebo z místa vstupu, přerušete cvičení a informujte lékaře!!!*
- 8. Nekončit cvičení náhle, pomalu zvolňovat tempo“*

Výzkumy fyzické zdatnosti pacientů s chronickým selháním ledvin a příznivý vliv pravidelné fyzické aktivity na úpravu jejich celkového funkčního stavu a kvality života je probíráno převážně v zahraniční literatuře. V České republice je toto téma stále málo diskutované. Při onemocnění ledvin dochází v organismu k celé řadě složitých metabolických a humorálních změn, které následně vedou ke vzniku přidružených komplikací a v zásadě mění činnost všech orgánových systémů (Mahrová, Prajsová, Bunc, 2009).

Jsem názoru, že pravidelná pohybová aktivita by se měla stát nedílnou součástí aktivního životního stylu u pacientů s chronickým selháním ledvin, kteří jsou léčeni PD.

5. Ostatní výzkumy na toto téma

O tomto tématu pojednávají i bakalářská a diplomová práce – Bakalářská práce Věry Vandasové „Kvalita života z pohledu pacienta s peritoneální dialýzou“ a diplomová práce Bc. Elišky Vrágové „Kvalita života jedinců s chronickým selháváním ledvin léčených peritoneální dialýzou“. Obě práce používají stejné nebo podobné parametry pro hodnocení kvality života pacientů s peritoneální dialýzou. Výsledky těchto šetření byly v rámci diskuze využity k potvrzení závěrů mé práce.

Vandasová (2009, s. 8) zjišťuje: „...*jak peritoneální dialýza zasahuje do života pacientů a jejich nejbližších, jaké životní změny a omezení přináší, jak pacienti hodnotí léčbu a jak posuzují kvalitu svého života.*“ Ve výzkumu použila metoda dotazníků, které byly rozděleny pro PD a HD. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin, na pacienty léčené PD a pacienty léčené HD. Šetření se zúčastnilo 42 pacientů, 21 bylo léčeno PD a 21 docházelo na hemodialýzu. Z výsledků vyplynula převaha pacientů, kteří se lépe cítili na peritoneální dialýze.

V druhém výzkumu se šetření účastnilo 25 pacientů léčených PD. Kvalita života byla hodnocena pomocí dotazníků. Vrágová (2010, s. 89) uvádí: „*Jádrem vlastního výzkumu jsou závěry vyplývající ze standardizovaných dotazníků hodnotících kvalitu života ovlivněnou zdravím a výsledky ankety pracovní a pohybové anamnézy.*“ Rovněž se prokázalo, že ve všech zkoumaných oblastech jsou na tom pacienti, kteří se léčí PD, mnohem lépe než pacienti na hemodialýze.

Empirická část

6 Cíle výzkumné práce

6.1 Hlavní cíl práce

Hlavním cílem mé práce je srovnání kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou ve sledovaném období v rozmezí osmi let. Jak se změnila kvalita života takto postižených pacientů v roce 2012 ve srovnání s rokem 2004.

Jako podklad, ze kterého vycházím, mi byla poskytnuta bakalářská práce vrchní sestry interního oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s. Bc. Pavly Havlišové – Kvalita života u nemocných s peritoneální dialýzou z roku 2004.

Dílčí cíle

- 1) Interpretace kvality života pacientů léčených PD v roce 2012.
- 2) Srovnat hodnocení léčebné metody peritoneální dialýzy pacienty.
- 3) Srovnat, zda mají pacienti problémy v rodinných vztazích.
- 4) Srovnat zda a jaké mají pacienti problémy se zaměstnáním.
- 5) Srovnat zda a jak využívají pacienti volnočasové aktivity.

7 Metodika výzkumného šetření

7.1 Metoda výzkumného šetření

Pro mou bakalářskou práci jsem si zvolila ke zjištění potřebných informací kvantitativní formu dotazníkového šetření a komparativní výzkum. Z tohoto důvodu jsou výzkumné otázky pro rok 2012 shodné s otázkami z výzkumu v roce 2004. V dotazníku nejsou uvedeny dotazy směřující k životosprávě, protože v dotazníku z roku 2004 také nebyly použity. Výzkumu se účastnili respondenti anonymně a zcela dobrovolně.

Dotazník obsahuje 29 otázek. Z formální stránky se většina otázek dělí na otevřené, uzavřené a polootevřené. Jedna otázka je výčtová, dvě jsou škálovité, čtyři jsou filtrační. K interpretaci prvního cíle směřují všechny otázky, k druhému cíli jsou zaměřeny otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 a 13. Třetí cíl navazuje na otázky 6, 7, 8, 9, čtvrtý na č. 10, 11, 12 a pátý cíl na otázky č. 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 a 24.

Dotazníky jsem rozeslala poštou. Do každé obálky jsem vložila obálku se známkou, abych eliminovala ekonomické výdaje dotazovaných poskytovatelů zdravotních služeb.

7.2 Charakteristika zkoumaného souboru pacientů

K provedení výzkumu jsem oslovila pacienty léčené metodou peritoneální dialýzy v dialyzačních střediscích na území celé České republiky. Dotázaní pacienti byly rozděleni do čtyř věkových skupin. Věková kategorie 20–35 let, 36–50 let, 51–65 let a kategorie 66 a více. Spodní věková hranice pacientů je 20 let, horní není vymezena. Délka léčby je různá, a to od 1 měsíce do 10 let. Pacienti z mého šetření nejsou totožní s oslovenými pacienty z roku 2004.

7.3 Průběh dotazníkového šetření

V roce 2012 bylo v České republice přibližně 576 pacientů léčených peritoneální dialýzou. Oslovila jsem tedy nejprve neoficiálně všech 100 dialyzačních středisek pro dospělé v České republice, abych mohla rozeslat co nejvíce dotazníků a dosáhla tak co nejlepší vypovídající hodnoty dané problematiky.

Z celkového počtu 100 dialyzačních středisek mi odpovědělo 43 zástupců jednotlivých středisek s kladným stanoviskem, 4 odpověděli záporně. Zbytek mi neodpověděl vůbec. Důvod mi není znám.

Poté následovalo zaslání oficiálních žádostí všem 43 náměstkyním pro ošetrovatelskou péči poskytovatelům zdravotních služeb, abych získala souhlas s realizací samotného výzkumu a zjistila, kolik pacientů touto metodou na daném pracovišti léčí. Ve 38 případech mi bylo vyhověno. Zbylé odpovědi byly záporné z různých důvodů: již probíhající výzkumy, povolení pouze pro své zaměstnance anebo absence takto léčených pacientů.

Následovala distribuce samotných dotazníků v celkovém počtu 120 vrchním sestřám dialyzačních středisek. Z celkového počtu se mi vrátilo 94 dotazníků, z toho jsem 10 vyloučila kvůli nedostatečnému vyplnění jako neplnohodnotné. Vysoká návratnost byla ovlivněná předběžným neoficiálním dotazem o možnosti provedení výzkumu na oslovených dialyzačních střediscích.

Příprava a samotný výzkum byl realizován od 7. 7. 2012 do 24. 2. 2013.

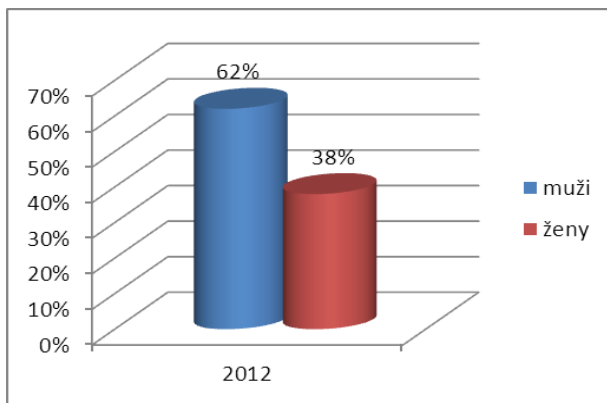
Jednotlivé otázky dotazníku (příloha A) jsou vyhodnoceny v přehledných sloupcových grafech, které znázorňují relativní četnost (procenta). V komentáři pod grafem je uvedena vždy jak relativní, tak absolutní četnost. Zjištěné a srovnávané informace ještě porovnávám s výzkumy provedenými v roce 2010 studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové Bc. Eliškou Vrágovou a v roce 2009 Věrou Vandasovou studentkou Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

8 Interpretace výsledků

8.1 Identifikační údaje

Vyhodnocení otázky č. 25: Vaše pohlaví? (n = 84)

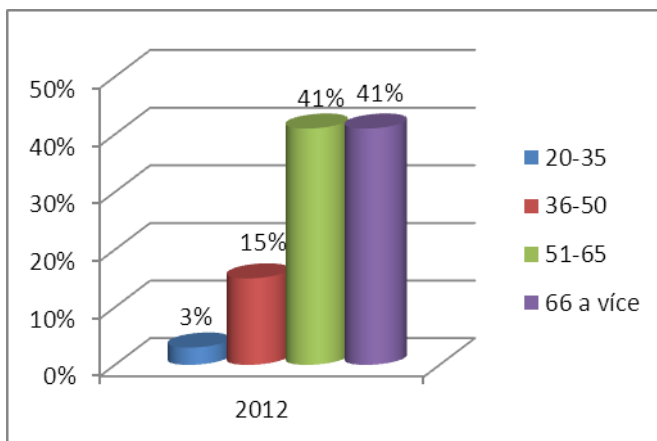
Graf č. 1: Pohlaví pacientů



Tímto dotazem jsem chtěla zjistit zastoupení pohlaví oslovených pacientů, kteří se léčili peritoneální dialýzou. Výzkumného šetření se zúčastnilo 52 (62 %) mužů a 32 (38 %) žen. Jednalo se o pacienty starší 20 let.

Vyhodnocení otázky č. 26: Vaše věková skupina? (n = 84)

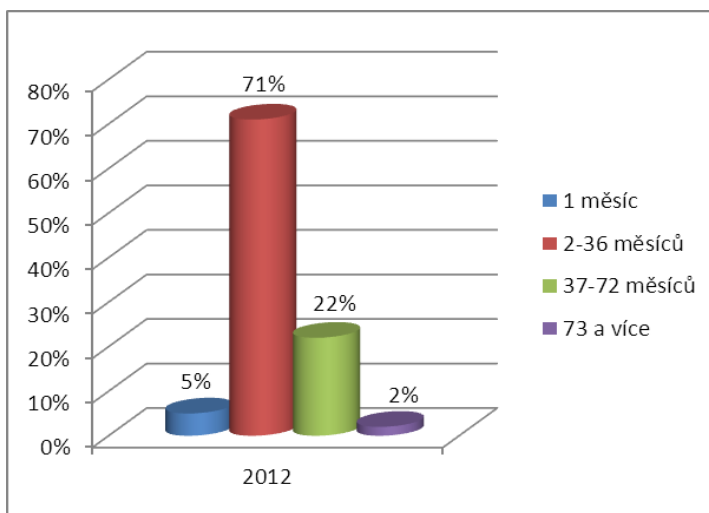
Graf č. 2: Věková skupina pacientů



Dotázaní pacienti byli rozděleni do čtyř věkových skupin. Skupiny 20–35 let, 36–50 let, 51–65 let a 66 let a více. Stejně byly zastoupeny věkové skupiny 51–65 let a 66 let a více, kde shodně odpovědělo 34 (41 %) pacientů. Ve skupině 36–50 let odpovědělo 13 (15 %) pacientů, 3 (3 %) pacienti byli ve skupině 20–35 let.

Vyhodnocení otázky č. 27: Jak dlouho si provádíte peritoneální dialýzu (dále jen PD)? (měsíců) (n = 84)

Graf č. 3: Délka léčby PD

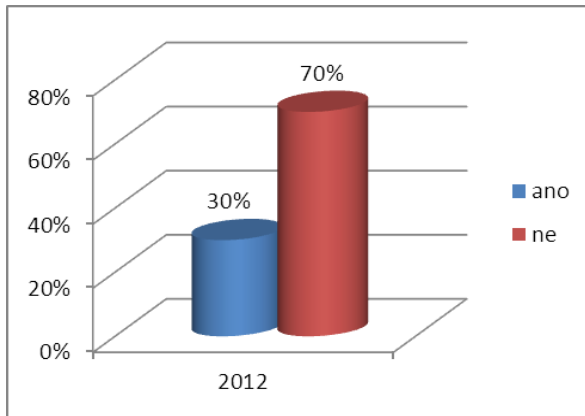


Nejvíce pacientů 60 (71 %) se léčilo PD 2–36 měsíců, 18 (22 %) bylo v léčbě 37–72 měsíců, 4 (5 %) pacienti se léčili PD 1 měsíc. Nejméně početnou skupinu tvoří 2 (2 %) pacienti, kteří se léčí PD 73 a více měsíců.

8.2 Dialyzační léčba

Vyhodnocení otázky č. 1: Docházel(a), jste před PD na hemodialýzu? (n = 84)

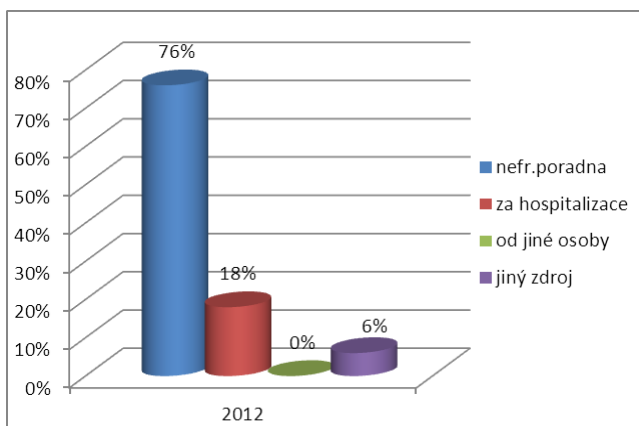
Graf č. 4: Předešla léčba PD hemodialýzou



Na tento dotaz odpovídali pacienti kladně i záporně. Chtěla jsem zjistit, kolik je pacientů, kteří mohou obě tyto léčebné metody srovnat. Dvacet pět (30 %) pacientů na hemodialýzu před PD docházelo, 59 (70 %) pacientů před PD na hemodialýzu nedocházelo. Z dotázaných pacientů bylo větší procento těch, kterým jejich vitalita umožnila léčit se hned PD v domácím prostředí, a nemuseli podstupovat hemodialyzační léčbu.

Vyhodnocení otázky č. 2: Kde jste se poprvé dozvěděl(a) o metodě peritoneální dialýzy? (n = 84)

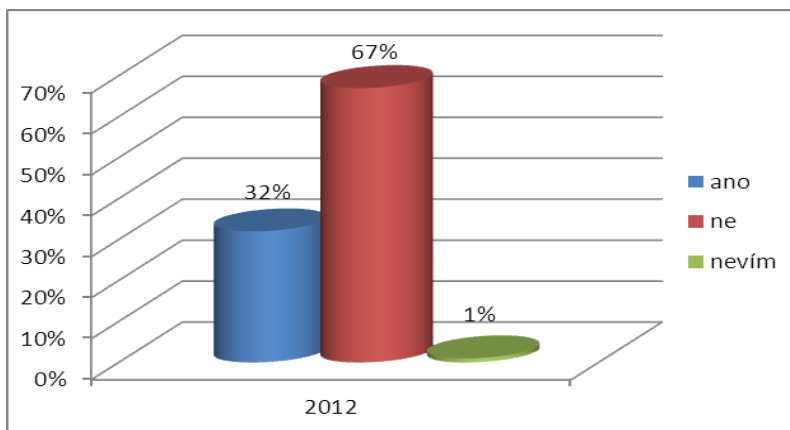
Graf č. 5: Informovanost pacientů



Otázkou jsem se chtěla zjistit, jak získali pacienti informace ohledně možnosti léčby PD. Pacienti měli na výběr ze čtyř možností. Nejvíce pacientů 64 (76 %) se o metodě PD dozvědělo v nefrologické poradně. Za hospitalizace se o této metodě dozvědělo 15 (18 %). Od jiné osoby nebyl informován nikdo. Z jiného zdroje se informovalo 5 (6 %) pacientů. Jako zdroje byly uvedeny televize nebo internet.

Vyhodnocení otázky č. 3: Jste zařazen(a) do transplantačního programu? (n = 84)

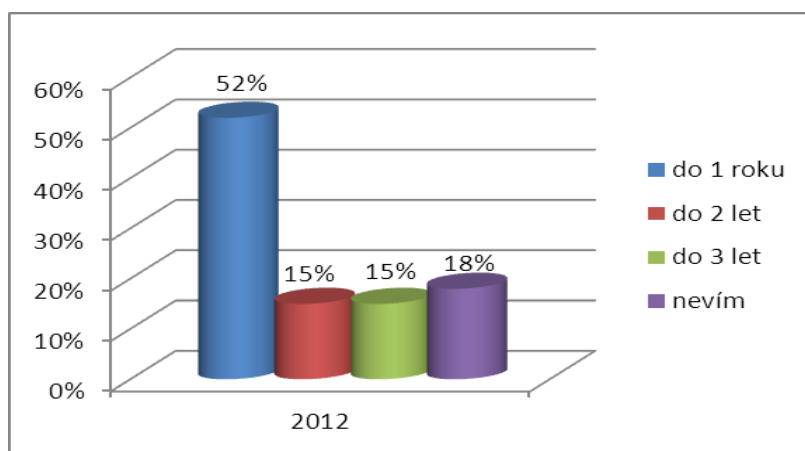
Graf č. 6: Transplantační listina



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, kolik pacientů z mého výzkumu je zařazeno na transplantační listině. V transplantačním programu bylo 27 (32 %) pacientů, 56 (67 %) nebylo zařazeno, 1 (1 %) pacient nevěděl.

Vyhodnocení podotázky č. 3a: Pokud ano, jak dlouho? (kolik měsíců)? (n = 27)

Graf č. 6a Doba čekání na transplantaci

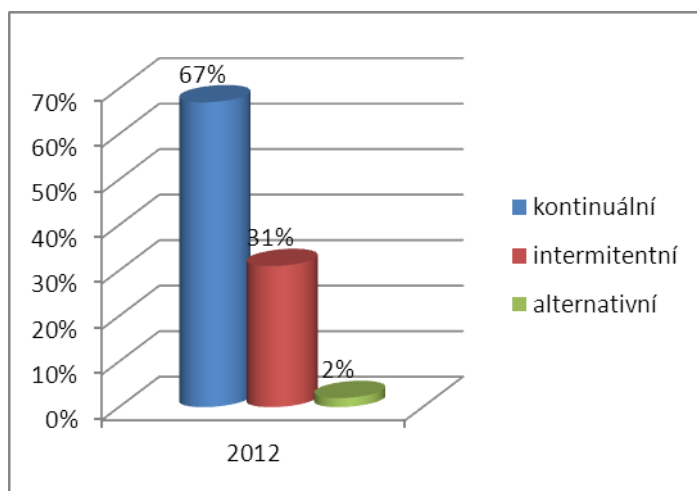


Odpovídali pouze ti, kteří v otázce, zda jsou zařazeni do transplantačního programu, odpověděli kladně. Pacienti čekající na transplantaci ledviny se zařadili do čtyř skupin.

Na transplantaci čeká nejvíce 14 (52 %) pacientů do 1 roku, 4 (15 %) pacienti čekají do 2 let, do 3 let čekají také 4 (15 %) pacienti. Pět (18 %) pacientů nevědělo, jak dlouhou dobu na transplantační listině jsou.

Vyhodnocení otázky č. 4: Na jakém dialyzačním programu jste? (n = 84)

Graf č. 7: Dialyzační program



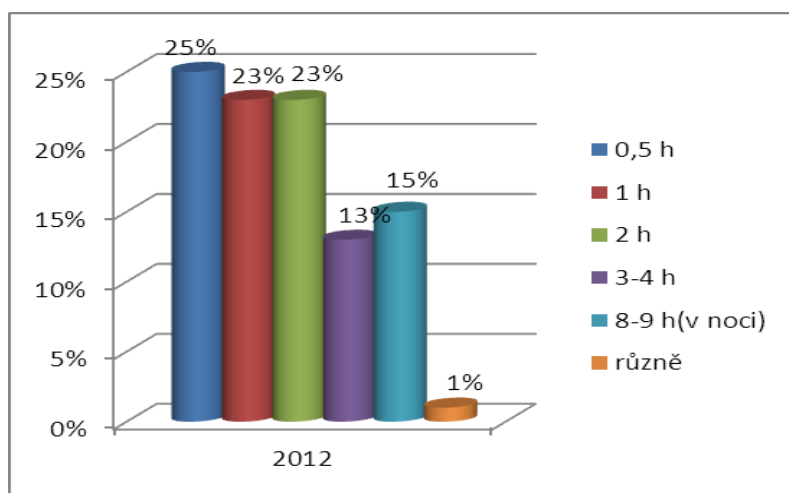
Pacienti byli dotázáni na variantu PD, kterou si v domácím prostředí provádí.

Na kontinuálním programu bylo 56 (67 %) pacientů, na intermitentním programu 26 (31 %) pacientů, v alternativním programu 2 (2 %) pacienti.

Kontinuální program je stále nejvíce využíván, avšak v léčbě se objevuje také nezanedbatelných 31 % pacientů léčených intermitentním programem.

Vyhodnocení otázky č. 5: Kolik času denně Vám zabírá příprava + vlastní výměna dialyzačních roztoků? (n = 84)

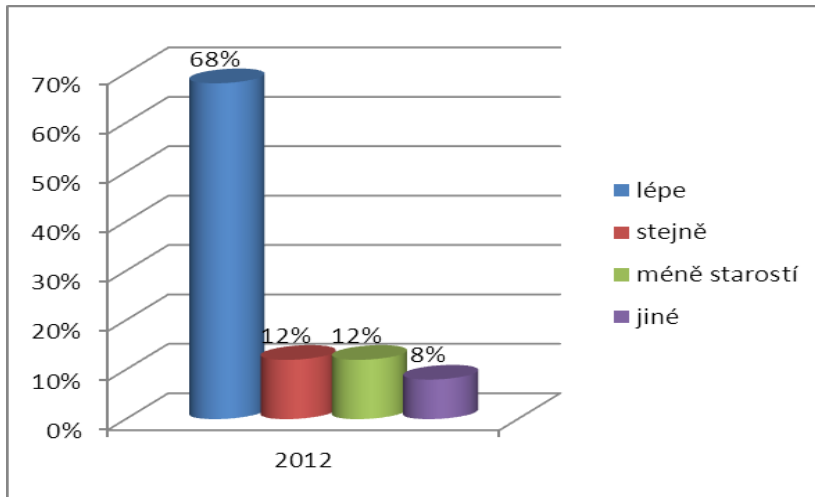
Graf č. 8: Doba přípravy a výměny dialyzačních roztoků.



V této otázce měli pacienti odpovídat na časovou náročnost přípravy a výměny dialyzačních roztoků. Nejvíce 21 (25 %) jich bylo ve skupině, kdy si pacienti zvládnou provést přípravu roztoků a následnou výměnu do 0,5 hod, 19 (23 %) pacientů potřebuje na přípravu a výměnu roztoků 1 hod, stejný počet 19 (23 %) pacientů uvedlo potřebu 2 hod, 11 (13 %) pacientům trvá výměna roztoků 3– 4 hod. Třináct (15 %) pacientů si provádí výměnu roztoků během noci, kdy příprava a výměna trvá 8–9 hod, 1 (1 %) pacientovi trvá příprava a celková výměna roztoků různě dlouho.

Vyhodnocení otázky č. 13: Pokud srovnáte metodu HD a PD, mohl(a) byste uvést, jak jste se cítil(a)? (n = 84)

Graf č. 9: Srovnání HD a PD

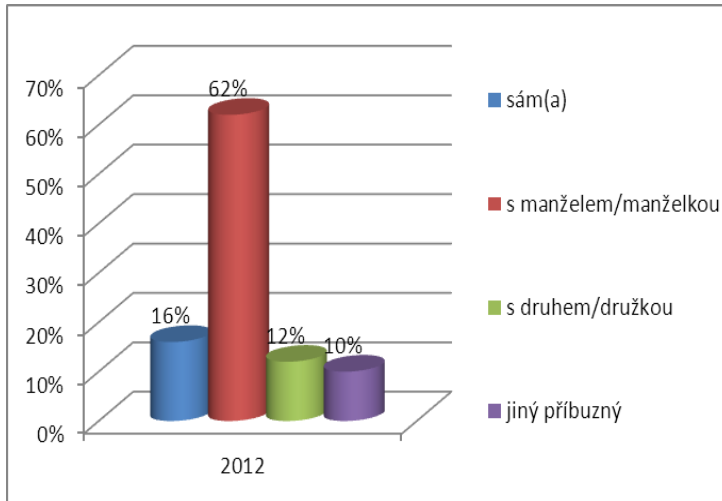


V této otázce se mohli pacienti rozhodnout mezi čtyřmi možnostmi. Zajímaly mne subjektivní pocity pacientů, kteří byli léčeni oběma metodami, jak hemodialýzou, tak PD. Lépe na PD než na hemodialýze se cítilo 17 (68 %) pacientů, 3 (12 %) odpověděli, že se cítí stejně, 3 (12 %) uvedli, že nyní, při léčbě metodou PD, mají méně starostí. Jenom 2 (8 %) pacienti uvedli, že při léčení metodou PD mají méně času.

8.3 Rodinný život

Vyhodnocení otázky č. 6: S kým žijete? (n = 84)

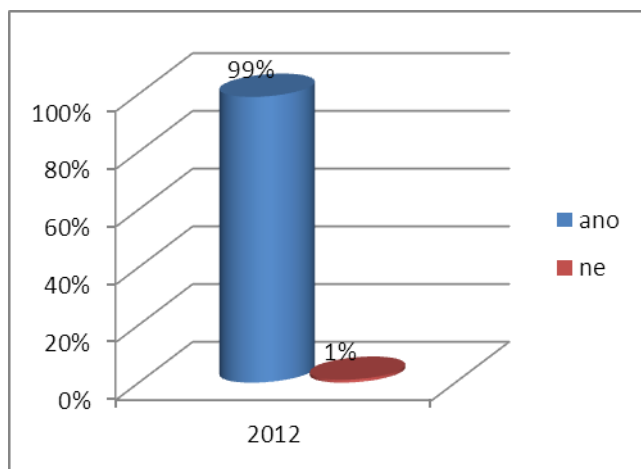
Graf č. 10: Rodinné zázemí



V této otázce si pacienti opět mohli zvolit jednu ze čtyř uvedených možností, s kým sdílí svoji domácnost. Sám(a), s manželem/manželkou, s druhem/družkou nebo s jiným příbuzným. Zjišťovala jsem rodinné zázemí takto léčených pacientů. Čtrnáct (16 %) pacientů žije bez partnera, 52 (62 %) s manželem či manželkou, 10 (12 %) s druhem či družkou, 8 (10 %) s jiným příbuzným.

Vyhodnocení otázky č. 7: Vaše rodina akceptuje metodu PD? (n = 84)

Graf č. 11: Rodinná situace

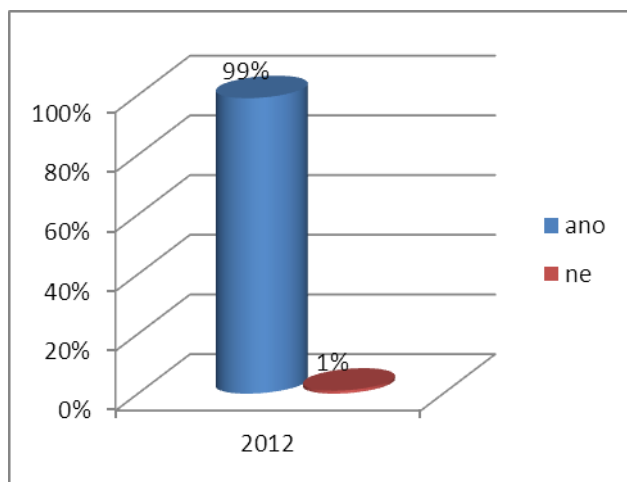


V dané otázce se pacienti podělili o své subjektivní pocity v rodinném prostředí. Zda se k nim vztah jejich nejbližších kvůli léčbě PD nějak nezměnil.

Akceptaci PD rodinou uvedlo 83 (99 %) dotázaných pacientů, 1 (1 %) pacient odpověděl, že jeho rodina metodu PD neakceptuje.

Vyhodnocení otázky č. 8: Je Vám Vaše rodina oporou? (n = 84)

Graf č. 12: Rodinná opora

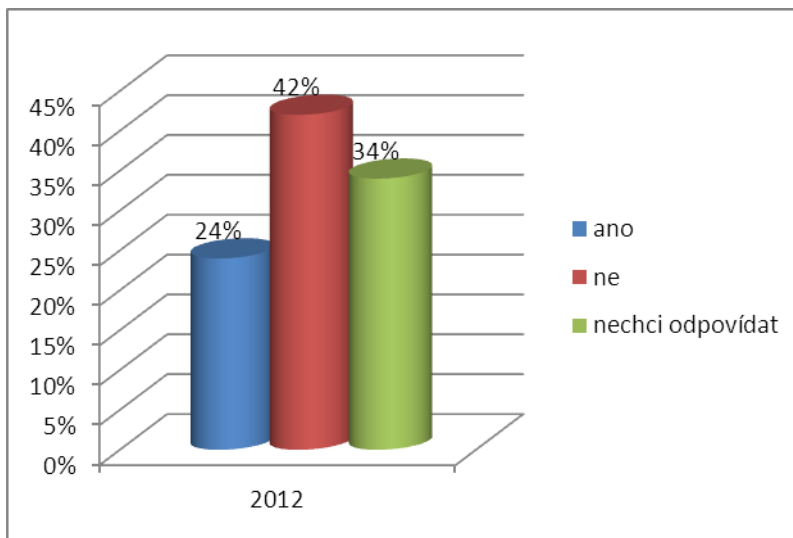


Otázka byla zaměřená na rodinnou pohodu a podporu pacientů.

Stejně jako v předešlé otázce odpovědělo 83 (99 %) kladně, pro 1 (1 %) pacienta rodinná opora chyběla.

Vyhodnocení otázky č. 9: Ovlivnila PD negativně Váš partnerský (sexuální) život? (n = 84)

Graf č. 13: Změna partnerského života



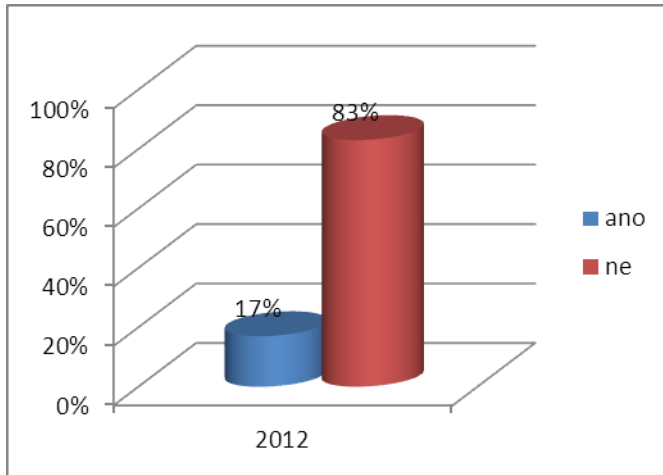
Tato oblast partnerského života mi také přišla důležitá pro kvalitu života pacientů.

Při provedeném výzkumu se pacienti vyjádřili takto: problém v partnerském životě uvedlo 20 (24 %) z nich, 35 (42 %) hodnotí svůj sexuální život stejný jako před PD, 29 (34 %) pacientů se nechtělo k tomuto dotazu vyjadřovat.

8.4 Zaměstnání

Vyhodnocení otázky č. 10: Jste zaměstnán(a)? (n = 84)

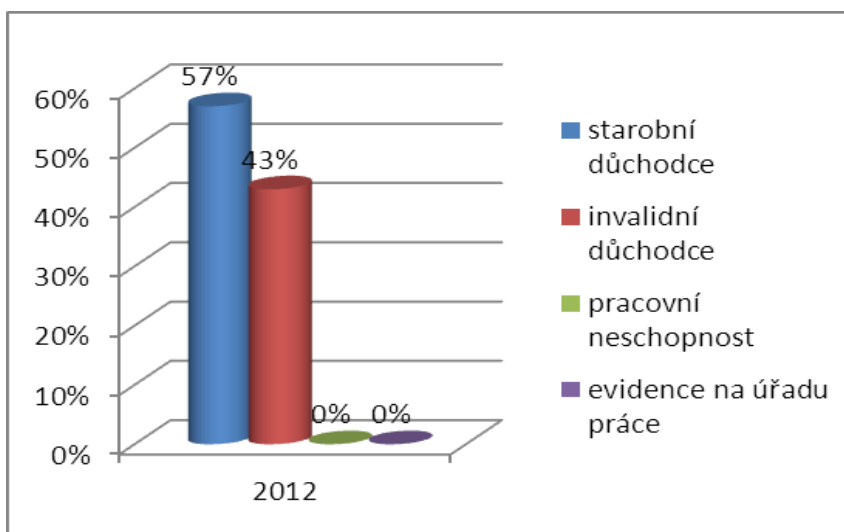
Graf č. 14: Zaměstnání během léčby



Tímto dotazem jsem chtěla zjistit ekonomickou situaci klientů při léčbě chronického onemocnění ledvin peritoneální dialýzou. Pacienti volili mezi možnostmi ano a ne. V pracovním poměru bylo během léčby PD 14 (17 %) pacientů, 70 (83 %) už nemělo trvalý pracovní poměr.

Vyhodnocení podotázky č. 10 a: Pokud ne, jste (n = 70)

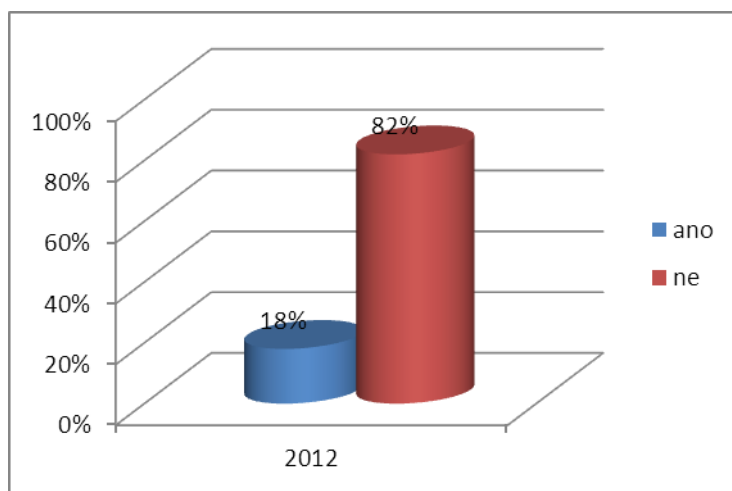
Graf č. 14a: Nepracující pacienti



Z pacientů, kteří v minulé otázce odpovídali záporně, tudíž nebyli již zaměstnaní, bylo nejvíce 40 (57 %) starobních důchodců. Invalidních důchodců bylo 30 (43 %). Na úřadu práce ani v pracovní neschopnosti nebyl evidován žádný z dotázaných pacientů.

**Vyhodnocení otázky č. 11: Změnil(a) jste zaměstnání z důvodu onemocnění ledvin?
(n = 84)**

Graf č. 15: Změna zaměstnání v průběhu léčby

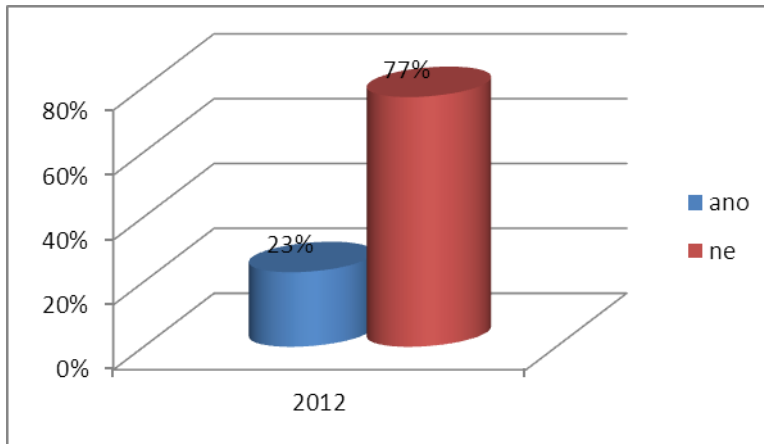


Touto otázkou jsem zjišťovala, zda došlo u pacientů ke změně sociálních podmínek.

Této otázce se zúčastnilo 84 (100 %) pacientů. Patnáct (18 %) jich z důvodu onemocnění ledvin zaměstnání změnilo, 69 (82 %) nemocných mohlo nadále vykonávat stejné zaměstnání,

Vyhodnocení otázky č. 12: Došlo ke snížení Vašeho příjmu následkem změny zaměstnání? (n = 84)

Graf č. 16: Finanční situace



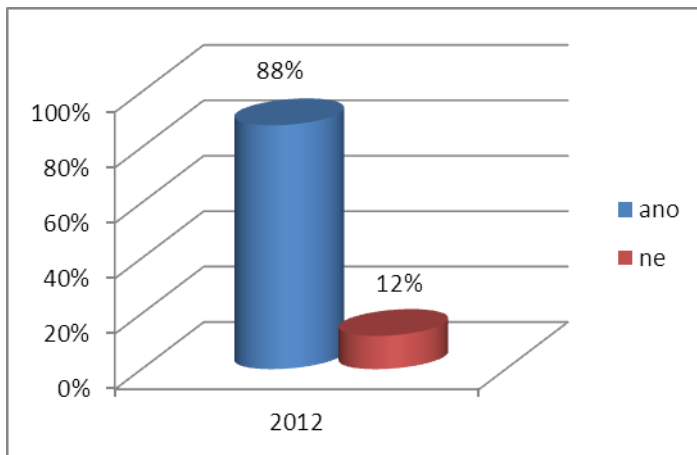
Tato otázka vedla k posouzení ekonomické situace pacientů léčených PD. Pacienti hodnotili vlastní finanční situaci v průběhu onemocnění ledvin a následné léčby.

Pouze u 19 (23 %) pacientů se v průběhu onemocnění ledvin ekonomická situace zhoršila, u 65 (77 %) z nich ke snížení finančního příjmu nedošlo.

8.5 Volný čas

Vyhodnocení otázky č. 14: Myslíte si, že nyní – v léčbě PD – máte více volného času, než když jste docházel(a) na hemodialýzu? (n = 25)

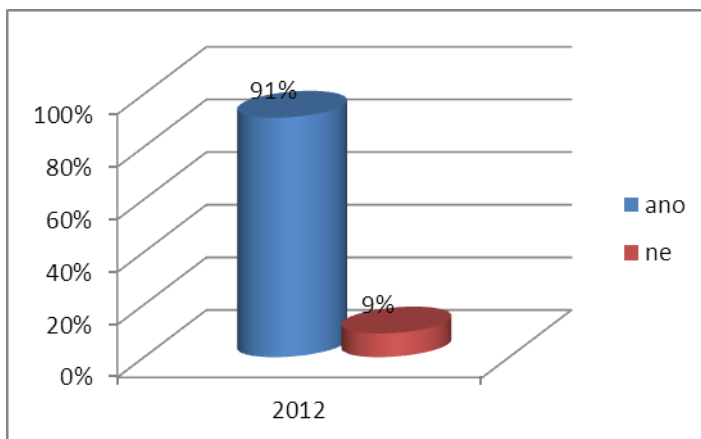
Graf č. 17: Volný čas



K této otázce se vyjadřovali pouze pacienti, kteří docházeli před PD na hemodialýzu. Ve prospěch PD odpovědělo 22 (88 %) pacientů, tzn., že pacienti, kteří se léčí PD, mají více volného času, než když docházeli na hemodialýzu. Tři (12 %) měli více volného času při docházení na hemodialýzu.

Vyhodnocení otázky č. 15: Umožňuje Vám PD provozovat volnočasové aktivity? (n = 84)

Graf č. 18: Volnočasové aktivity

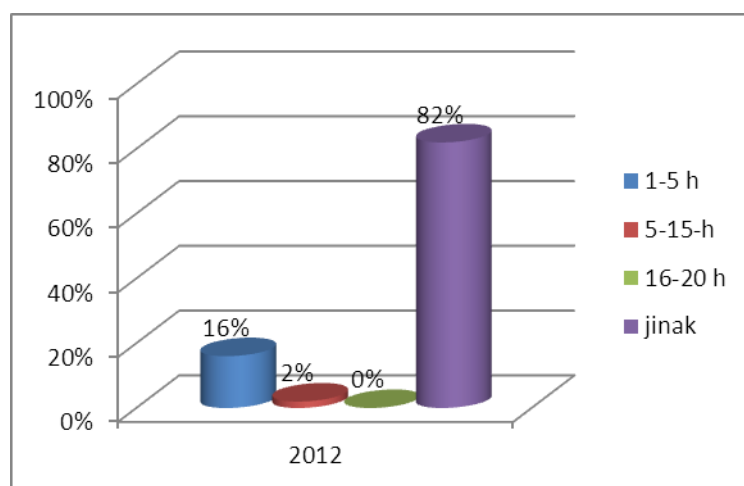


Zde jsem se zaměřila na možnosti a způsob využití volného času pacientů při léčbě PD. Pacienti volili mezi odpověďmi ano nebo ne. Dotaz byl cílen na hodnocení možnosti vykonávat volnočasové aktivity během léčby PD jednotlivými pacienty. Možnost provozovat volnočasové aktivity využívalo během léčby PD 77 (91 %) pacientů, 7 (9 %) pacientům situace trávit volný čas aktivně neumožňovala.

Vyhodnocení otázky č. 16: Kolik času měsíčně se věnujete volnočasovým aktivitám?

(n = 84)

Graf č. 19: Doba věnovaná volnočasovým aktivitám

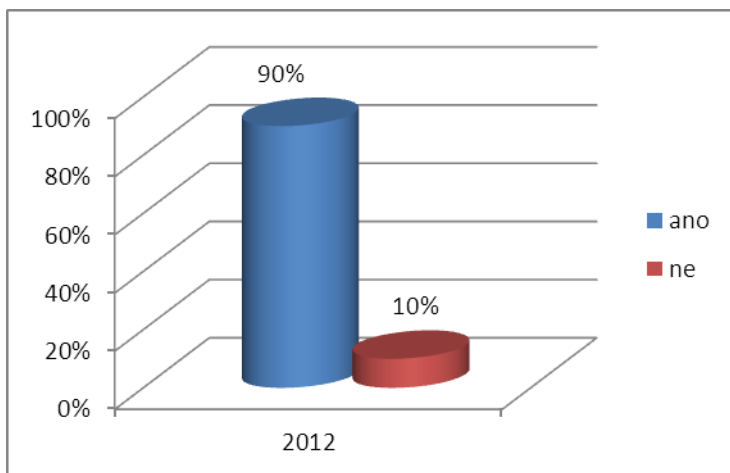


V této otázce vybírali pacienti z možností, jak dlouhou dobu se věnují volnočasovým aktivitám. Na výběr měli ze čtyř eventualit nebo mohli uvádět vlastní odpověď.

Čtrnáct (16 %) pacientů, se v průběhu léčby PD věnovalo volnočasovým aktivitám 1–5 hod, 2 (2 %) pacienti 5–15 hod, 68 (82 %) různě dlouhou dobu. Dobu 16–20 h volnočasovým aktivitám nevěnuje nikdo z oslovených pacientů.

Vyhodnocení otázky č. 17: Relaxujete? Jakým způsobem? (n = 84)

Graf č. 20: Způsob relaxace

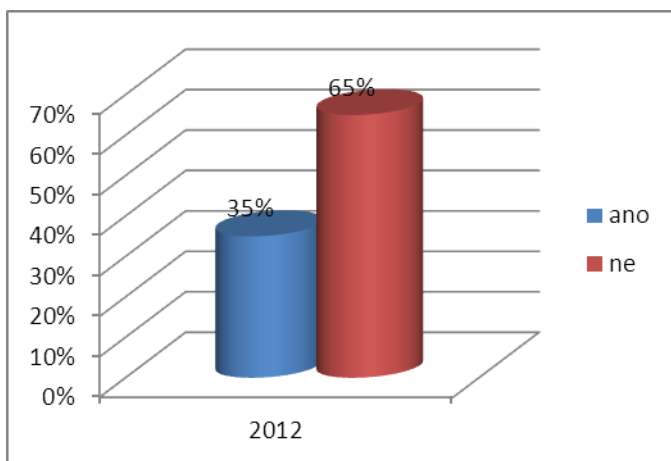


Zde měli pacienti uvést, zda a jakým způsobem relaxují.

Ze zkoumaného vzorku 84 (100 %) uvedlo 76 (90 %) pacientů, že relaxují. Jako nejčastější odpovědi byly uváděny čtení, sledování televize a práce na zahrádce. Osm (10 %) pacientů nerelaxuje.

Vyhodnocení otázky č. 18: Provozoval(a) jste před léčbou PD nějaký sport (rekreačně i aktivně)? (n = 84)

Graf č. 21: Sportovní aktivity před léčbou

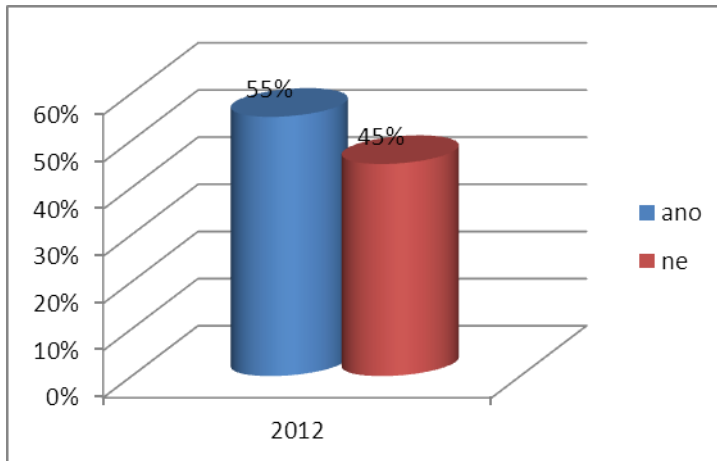


Touto otázkou jsem se chtěla dozvědět více o fyzické kondici pacientů.

Sportovním aktivitám se před léčbou PD věnovalo 29 (35 %) pacientů, nejvíce tenisu a posilovně. Padesát pět (65 %) pacientů neprovozovalo sport vůbec.

Vyhodnocení otázky č. 19: Dovoluje Vám léčba PD sportovat i nadále? (n = 29)

Graf č. 22: Sportování v režimu PD

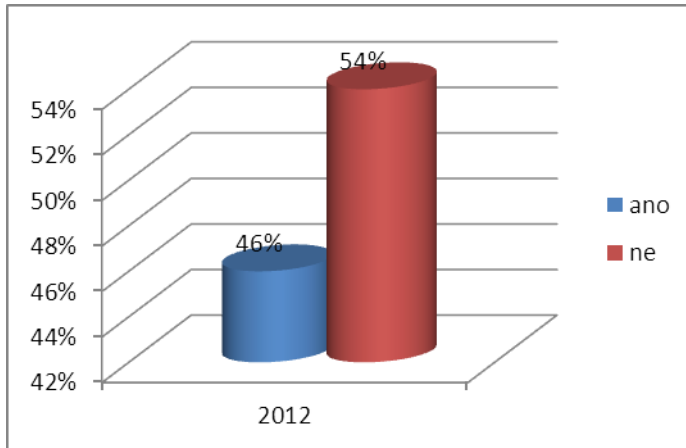


Ze pacientů, kteří v předešlé otázce uvedli, že i před PD provozovali nějaký sport, odpovědělo 16 (55 %) kladně. Ani nemoc jim sportovat nezabránila, nadále se sportovním aktivitám během léčby PD věnují. Třináct (45 %) pacientů žádný sport neprovozuje.

8.6 Cestování

Vyhodnocení otázky č. 20: Patří mezi Vaše záliby cestování? (n = 84)

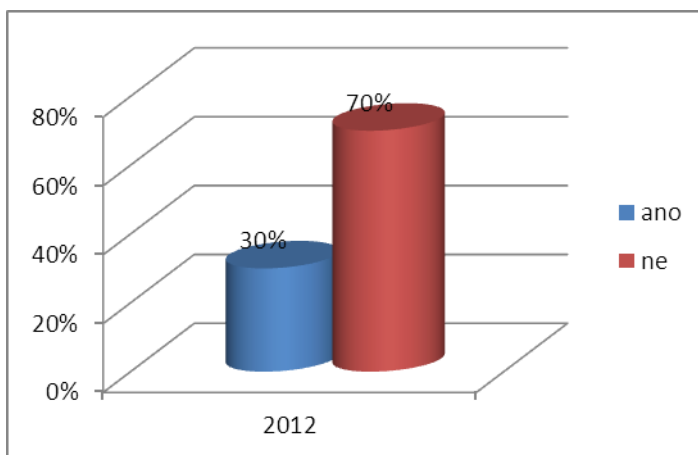
Graf č. 23: Záliba v cestování



Mým zájmem bylo touto otázkou zjistit, jestli pacienti vedou i přes zdravotní handicap aktivní život. Ze všech 84 (100 %) dotázaných pacientů 39 (46 %) všeobecně rádo cestuje, 45 (54 %) nemá v cestování zálibu.

Vyhodnocení podotázky č. 20 a: Pokud ano, jezdíte i do zahraničí? (n = 39)

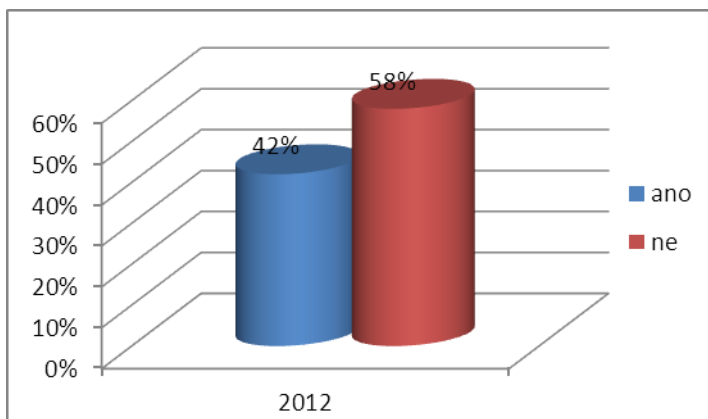
Graf 23a: Cestování do zahraničí



Odpovídali jenom ti pacienti, kteří mají v cestování zálibu. Dvanáct (30 %) pacientů jezdí rádo do zahraničí, 27 (70 %) do zahraničí vůbec necestují. Nemocní preferují cestování po České republice oproti cestování do ciziny.

Vyhodnocení otázky č. 21: Jezdíte na vícedenní cesty od doby PD? (n = 84)

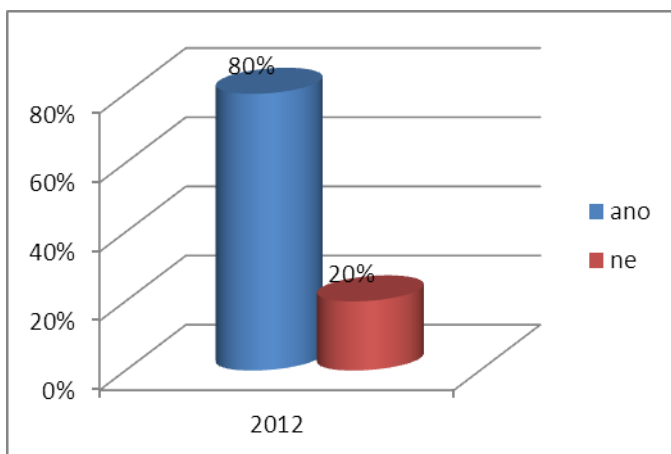
Graf č. 24: Vícedenní cestování



Pacienti si vybírali mezi možnostmi ano nebo ne. Odpovídali i ti pacienti, kteří jako svou zálibu cestování neuvedli. Od doby, kdy se pacienti začali léčit PD, 49 (58 %) z nich na delší dobu mimo domov nejezdí, 35 (42 %) pacientů vícedenní cestování absolvovalo.

Vyhodnocení otázky č. 22: Berete si s sebou vlastní dialyzační roztoky? (n = 35)

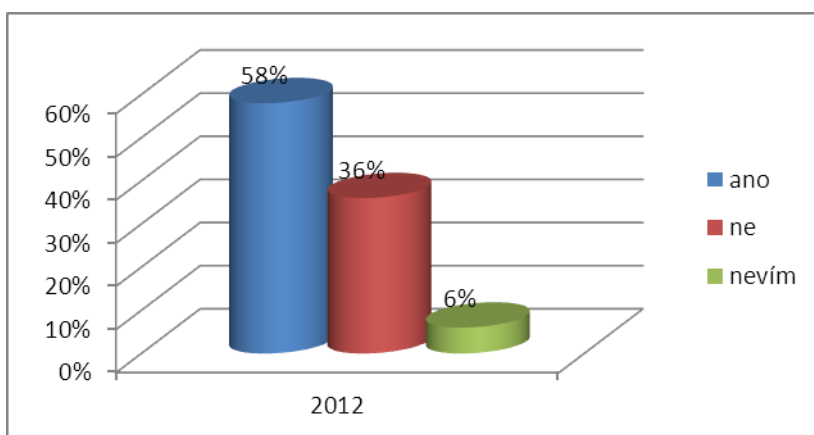
Graf č. 25: Vlastní dialyzační roztoky



Odovídali pouze ti pacienti, kteří na dlouhodobější dovolené jezdí. Vlastní roztoky si na vícedenní cesty s sebou vzalo 28 (80 %) pacientů, 7 (20 %) pacientů svoje roztoky nepoužilo. Těm, kteří si své roztoky neberou, všem 7 (20 %) zajistí roztoky jejich dialyzační středisko.

Vyhodnocení otázky č. 23: Myslíte si, že je možné zajistit si dostatečné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků, např. v hotelu? (n = 84)

Graf č. 26: Zajištění dostatečného prostředí pro výměnu roztoků

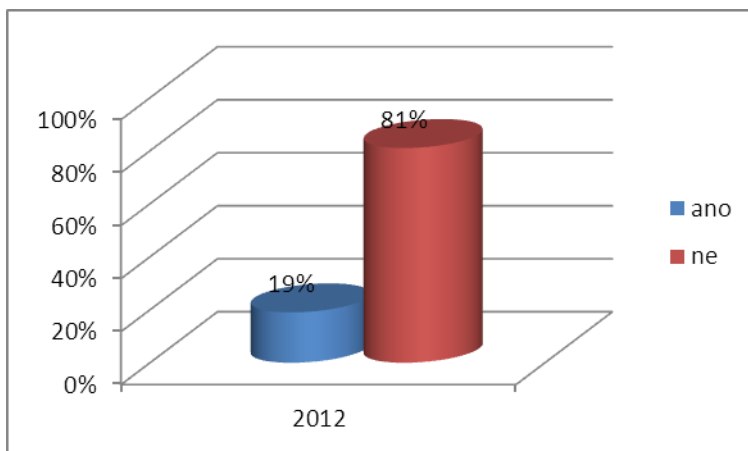


Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost pacientů o jejich možnosti výměny roztoků mimo domácí prostředí. Odpovídali ano, ne nebo tuto skutečnost nevěděli.

Čtyřicet devět (58 %) pacientů je přesvědčeno, že je možné si zajistit dostatečné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků, 30 (36 %) pacientů tento názor nesdílí, 5 (6 %) pacientů nevědělo.

Vyhodnocení otázky č. 24: Máte s tím nějaké zkušenosti? (n = 84)

Graf č. 27: Zkušenost s výměnou roztoků na dovolené



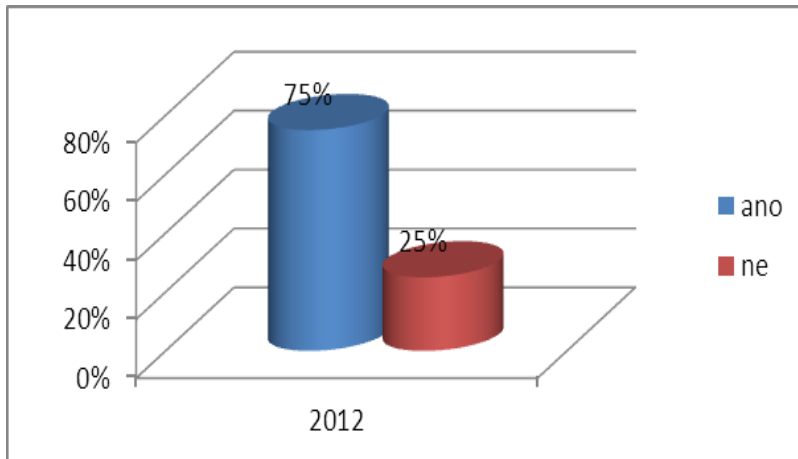
Této otázce se zúčastnilo všech 84 (100 %) dotazovaných pacientů.

Větší skupinu tvořilo 68 (81 %) pacientů, kteří s výměnou dialyzačních roztoků zkušenosti nemají, v menší skupině je 16 (19 %) pacientů, kteří tuto zkušenost potvrdilo.

8.7 Celková kvalita života z pohledu pacienta

Vyhodnocení otázky č. 28: Máte celkový pocit, že vzhledem k léčbě PD se Vaše kvalita života změnila? (n = 84)

Graf č. 28: Subjektivní hodnocení



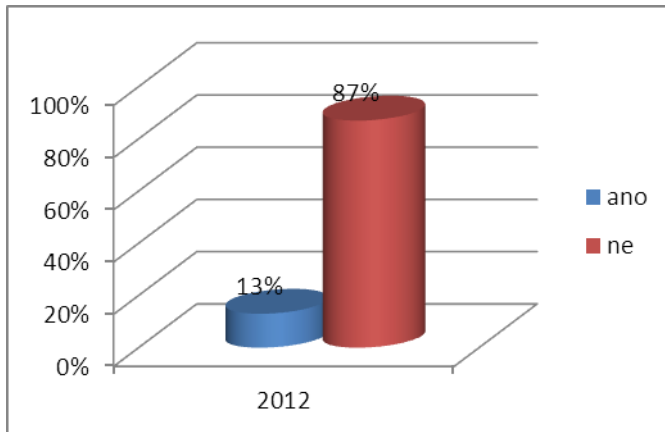
Mezi dotazovanými převažuje názor, že vzhledem k léčbě PD, se kvalita života takto „postižených“ lidí změnila. Tuto změnu potvrdilo 63 (75 %) pacientů.

Méně početnou skupinu tvořili pacienti, kterým léčba PD život nezměnila. Bylo to pouze 21 (25 %) pacientů.

Vyhodnocení otázky č. 29: Chtěl(a) byste na závěr vyjádřit nějaké Vaše zkušenosti, pocity, problémy a jiné, které jsou dle Vašeho názoru důležité v rámci Vaší léčby PD?

(n = 84)

Graf č. 29: Sdělení pacientů



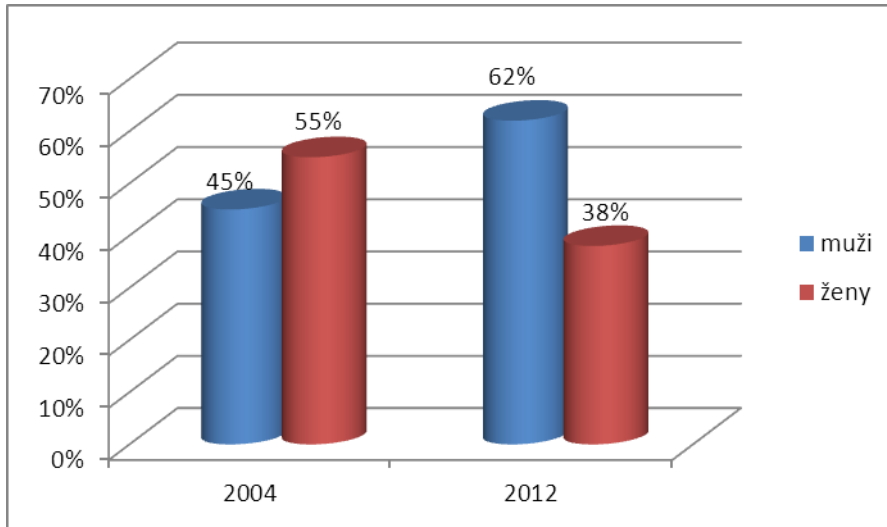
Tato poslední otázka byla otevřená. Pacienti měli možnost popsat své zkušenosti a názory v rámci léčby PD. K této otázce se vyjádřilo 11 (13 %) pacientů, kteří se léčili peritoneální dialýzou. Dva pacienti věkové skupiny 20–35 let, jeden věkové skupiny 36–50, pět pacientů věkové skupiny 51–65 a tři pacienti starší 66 let. Všechny ohlasy byly ve prospěch PD. Pacienti se cítili jednoznačně svobodněji, vyhovovalo jim domácí prostředí. Ve srovnání s PD jim na HD komplikovalo život stresující prostředí v nemocnici, střídání všeobecných sester u pacienta, problémy s kanylami. V jednom případě se pacient vyjádřil k nevybíravému chování sester. Pacienti na PD se v žádném případě nechtějí na HD vrátit.

9 Interpretace výsledků – komparativní výzkum

9.1 Identifikační údaje

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 25 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Vaše pohlaví?

Graf č. 30: Pohlaví pacientů



Bylo provedeno srovnání zastoupení pohlaví ve zkoumaných letech.

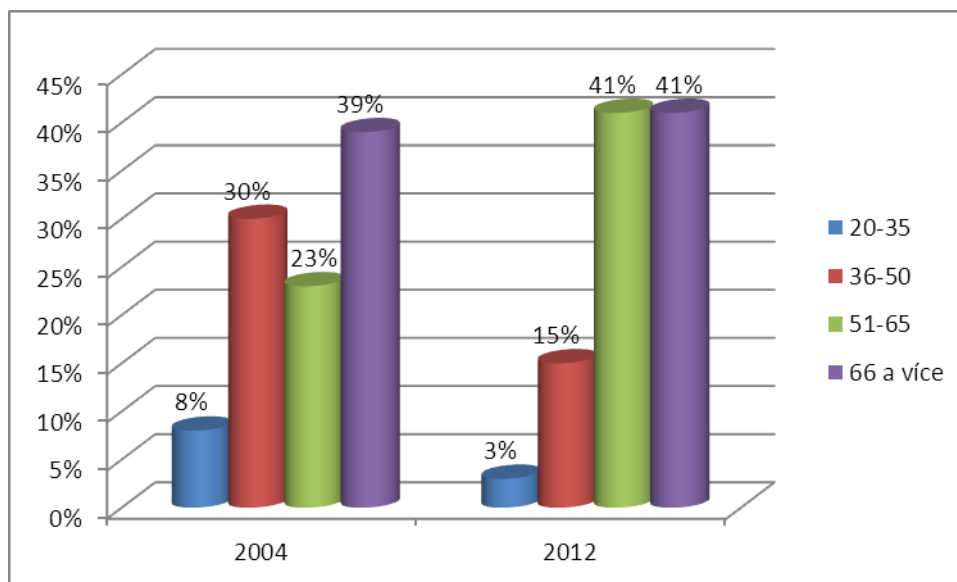
V roce 2004 odpovědělo celkem 16 (45 %) mužů a 20 (55 %) žen z celkového počtu 36 (100 %).

V roce 2012 odpovědělo celkem 52 (62 %) mužů a 32 (38 %) žen z celkového počtu 84 (100 %). V obou případech se jednalo o pacienty starší 20 let.

V roce 2012 se výzkumu zúčastnilo více mužů než v roce 2004, kdy bylo pohlaví respondentů téměř ve shodě.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 26 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Vaše věková skupina

Graf č. 31: Věková skupina pacientů



Dotázaní pacienti byli rozděleni do čtyř věkových skupin. Skupiny 20–35 let, 36–50 let, 51–65 let a kategorie 66 a více.

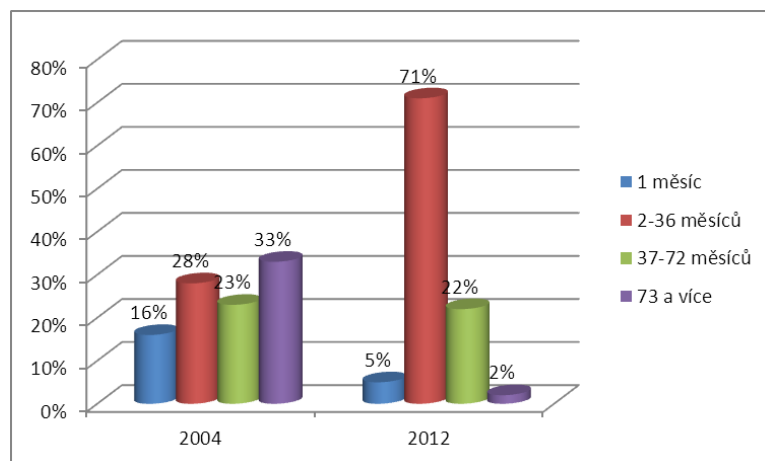
V roce 2004 byla nejvíce zastoupena skupina 66 a více, odpovědělo 14 (39 %) pacientů. Ve skupině 51–65 let odpovědělo 8 (23 %) pacientů, 11 (30 %) pacientů bylo ve skupině 36–50 let a nejmenší zastoupení měla skupina 20–35 let 3 (8 %) pacienty.

V roce 2012 byly shodně zastoupeny skupina 66 a více a věková skupina 51–65, kde shodně odpovědělo 34 (41 %) pacientů. Ve skupině 36–50 let odpovědělo 13 (15 %) pacientů, 3 (3 %) pacienti byli ve skupině 20–35 let.

Oproti roku 2004 ubylo v roce 2012 v době výzkumu mladších pacientů, naopak počet pacientů nad 50 let se zvýšil.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 č. 27 s otázkou z roku 2012: Jak dlouho si provádíte peritoneální dialýzu (dále jen PD)? (měsíců)

Graf č. 32: Délka léčby PD



V roce 2004 bylo 6 (16 %) pacientů, kteří byli léčeni metodou PD 1 měsíc, 10 (28 %) pacientů 2–36 měsíců, 8 (23 %) pacientů 37–72 měsíců a 12 (33 %) pacientů prodělávalo léčbu PD 73 a více měsíců.

V roce 2012 byli 4 (5 %) pacienti, kteří se léčili PD 1 měsíc, 60 (71 %) pacientů 2–36 měsíců, 18 (22 %) pacientů 37–72 měsíců, 2 (2 %) 73 a více měsíců.

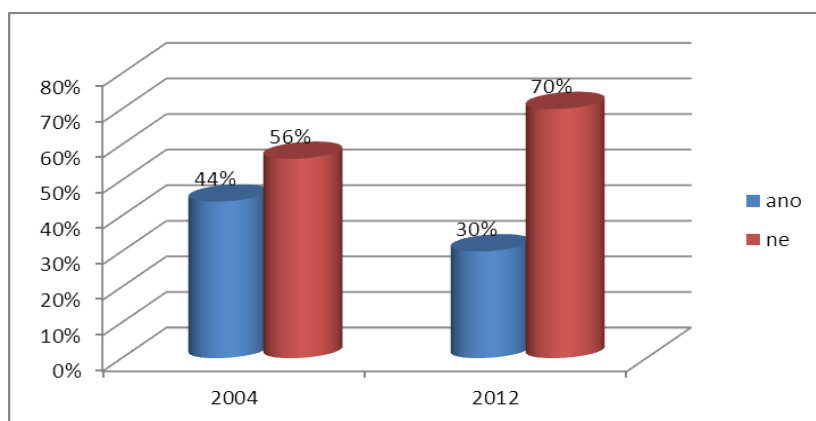
Doba, po kterou se pacienti léčili metodou PD v době prováděného výzkumu v roce 2004, byla celkem rovnoměrně zastoupená. Oproti tomu v roce 2012 bylo celých 71 % dotazovaných pacientů léčeno metodou PD 2–36 měsíců.

9.2 Dialyzační léčba

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 1 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:

Docházel(a) jste před PD na hemodialýzu?

Graf č. 33: Předešlá léčba PD hemodialýzou



Na tento dotaz odpovídali pacienti kladně i záporně. Cílem bylo srovnat, kolik pacientů mohlo rovnou zvolit metodu PD v roce 2004 a v roce 2012.

Poměr pacientů, kteří před PD docházeli na hemodialýzu oproti těm, kteří si PD mohli zvolit rovnou, byl v roce 2004 téměř vyrovnaný.

Šestnáct (44 %) pacientů docházelo na hemodialýzu, 20 (56 %) pacientů nedocházelo před PD na hemodialýzu.

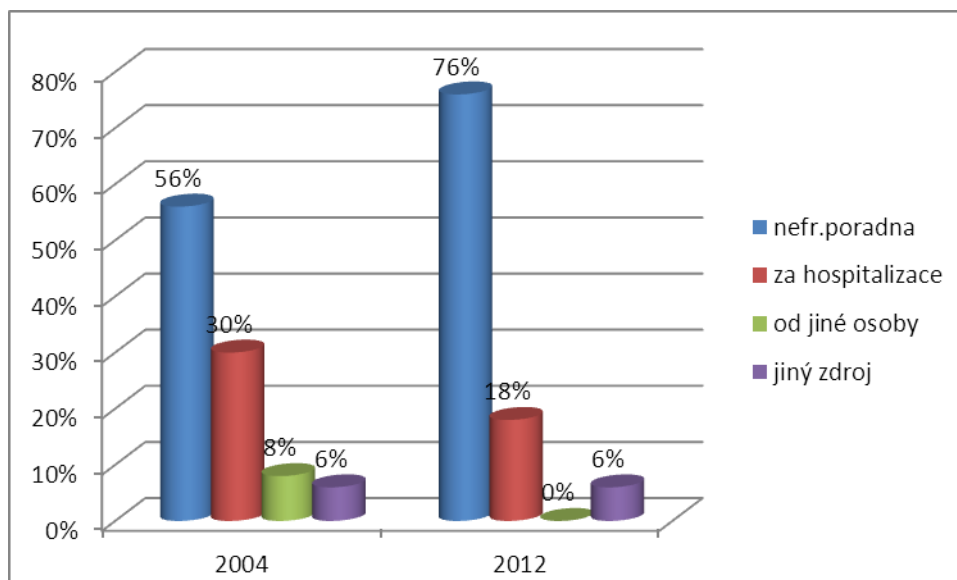
V roce 2012 je již rozdíl znatelný, 25 (30 %) pacientů docházelo, 59 (70 %) pacientů nedocházelo před PD na hemodialýzu.

V roce 2012 bylo víc pacientů schopno léčit se PD v domácím prostředí.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 2 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:

Kde jste se poprvé dozvěděl(a) o metodě peritoneální dialýzy?

Graf č. 34: Informovanost pacientů



Bylo provedeno srovnání informovanosti pacientů o léčebných metodách chronického selhání ledvin v rozmezí osmi let.

V této otázce měli pacienti na výběr ze čtyř možností. V obou letech se nejvíce pacientů o PD dozvědělo v nefrologické poradně. V roce 2004 jich bylo 20 (56 %), v roce 2012 bylo informováno 64 (76 %) pacientů.

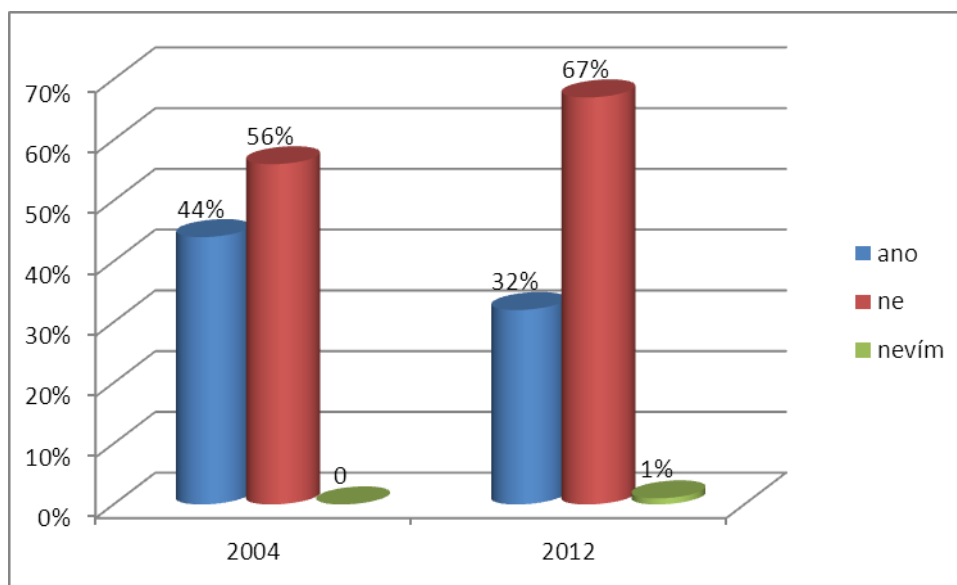
Za hospitalizace se o této metodě dozvědělo v roce 2004 11 (30 %) pacientů, v roce 2012 jich bylo 15 (18 %).

Od jiné osoby bylo informováno v roce 2004 3 (8 %) pacientů, v roce 2012 nebyl takto informován nikdo. Z jiného zdroje uvedli 2 (6 %) pacienti informace v roce 2004, odkud, ve výzkumu neuvedeno. V roce 2012 se z jiného zdroje informovalo 5 (6 %) pacientů. Jako zdroje byly uvedeny televize nebo internet.

Zdroje informovanosti pacientů se nezměnily. Stále se nejvíce informací pacienti dozvídají v nefrologické poradně. V roce 2012 ani jeden z pacientů neuvedl, že by byl informován od jiné osoby.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 3 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Jste zařazen(a) do transplantačního programu?

Graf č. 35: Transplantační listina



Otázka vedla ke srovnání zdravotního stavu pacientů a jejich možnost být zařazen na transplantační listinu.

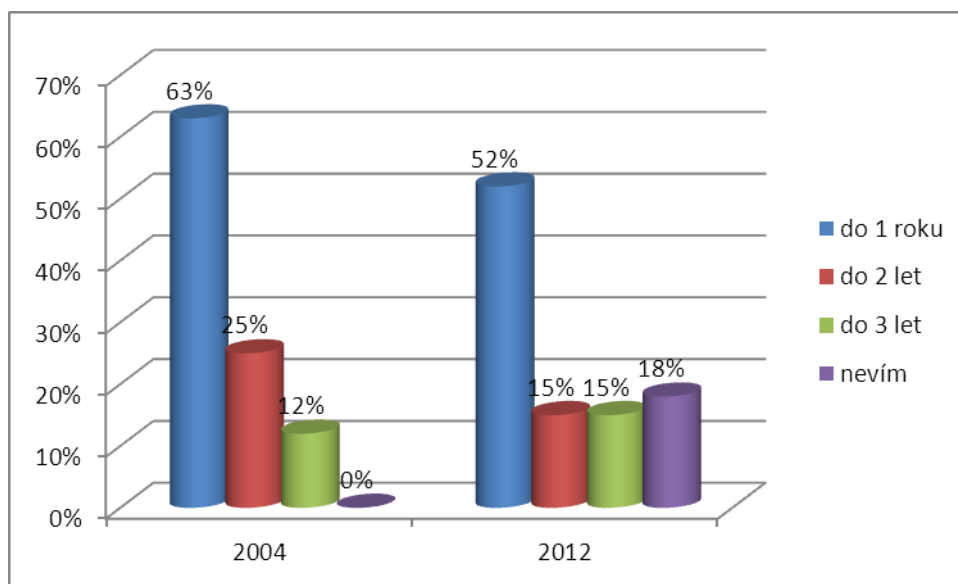
Procentuálně více pacientů bylo zařazeno na transplantační listině v roce 2004, kdy jich bylo 16 (44 %) z celkových 36. Dvacet (56 %) pacientů z dotázaných nebylo na transplantační listinu zařazeno.

V roce 2012 bylo v transplantačním programu 27 (32 %) pacientů, 56 (67 %) nebylo zařazeno,

1 (1 %) pacient nevěděl. Odpovědělo také všech 84 (100 %) pacientů.

V roce 2004 bylo z celkového množství léčených pacientů na transplantační listině zařazeno víc pacientů než v roce 2012.

Graf č. 35a: Doba čekání na transplantaci



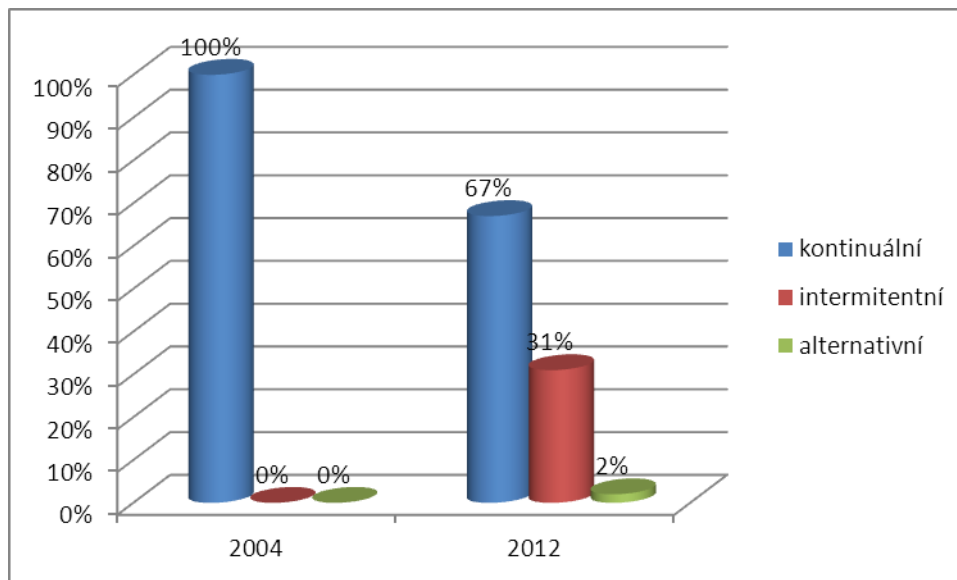
Pacienti byli zařazeni do čtyř skupin. V roce 2004 čekalo na transplantaci do 1 roku 10 (63 %) pacientů, do 2 let 4 (25 %) pacienti, do 3 let 2 (12 %) pacienti. Celkový počet zařazených pacientů byl do transplantačního programu 16 (100 %).

V roce 2012 bylo na transplantační listině do 1 roku 14 (52 %) pacientů, do 2 let 4 (15 %) pacienti, do 3 let 4 (15 %) pacienti. Pět (18 %) pacientů nevědělo. Celkový počet zařazených pacientů byl 27 (100 %).

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 4 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:

Na jakém dialyzačním programu jste?

Graf č. 36: Dialyzační program



Důvodem dotazu bylo zjistit, zda došlo během osmi let k nějakému výraznému posunu v oblasti léčebné péče PD.

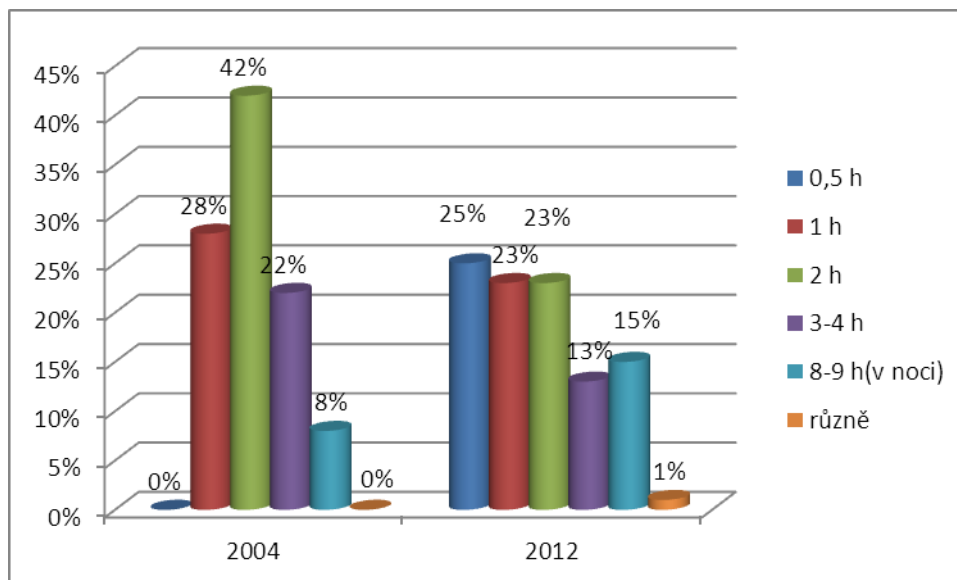
Pacienti byli dotázáni na variantu PD, kterou si v domácím prostředí provádí. V roce 2004 byli všichni dotázaní pacienti 36 (100 %) na kontinuálním programu.

V roce 2012 bylo na kontinuálním programu 56 (67 %) pacientů, na intermitentním programu 26 (31 %) pacientů, v alternativním programu 2 (2 %) pacienti.

Výsledky ukazují, že během osmi let došlo k poklesu počtu pacientů léčených kontinuálním dialyzačním programem. Tento program je stále nejvíce využívaný, avšak v léčbě se objevuje také nezanedbatelných 31 % pacientů léčených intermitentním programem.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 5 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Kolik času denně Vám zabírá příprava + vlastní výměna dialyzačních roztoků?

Graf č. 37: Doba přípravy a výměny dialyzačních roztoků



V této otázce měli pacienti odpovídat na časovou náročnost přípravy + výměny dialyzačních roztoků.

V roce 2004 uvedlo 10 (28 %) pacientů, že potřebují 1 hod, 15 (42 %) pacientů potřebuje 2 hod, 8 (22 %) pacientů 3-4 hod a 3 (8 %)pacienti si provádí výměnu pomocí cykleru během noci 8–9 hod.

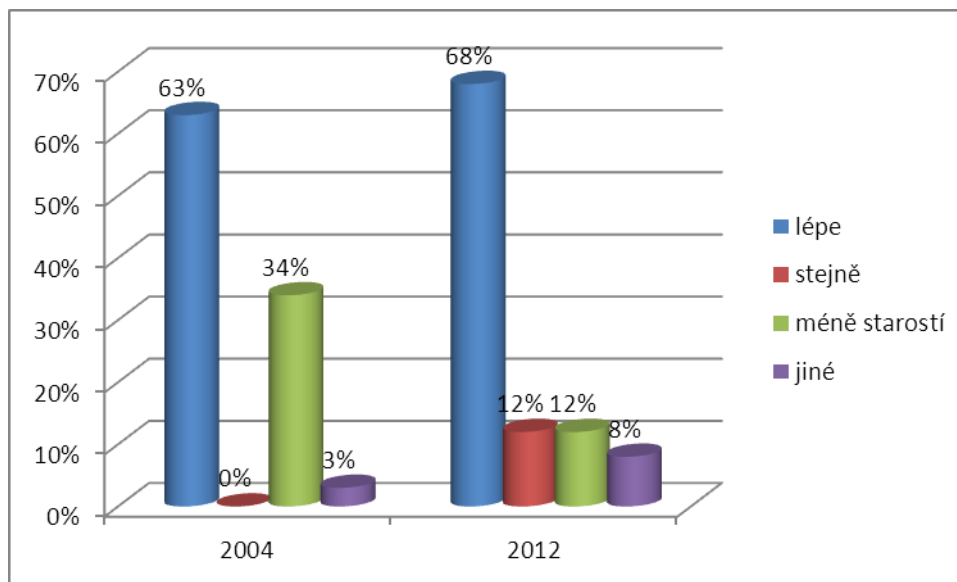
V roce 2012 přibylo pacientů 21 (25 %), kteří si zvládnou provést přípravu + výměnu do 0,5 hod, 19 (23 %) pacientů potřebují 1 hod, stejný počet 19 (23 %) pacientů uvedlo 2 hod, 11 (13 %) pacientům trvá výměna 3–4 hod, 13 (15 %) pacientů si provádí výměnu během noci 8–9 hod, 1(1 %) pacientovi trvá příprava různě dlouho.

V roce 2012 zvládlo tyto úkony nejvíce pacientů do půl hodiny, kdežto v roce 2004 žádný z pacientů takto krátký časový interval neuvedl.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 13 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:

Pokud srovnáte metodu HD a PD, mohl(a) byste uvést, jak jste se cítil(a)?

Graf č. 38: Srovnání HD a PD



V této otázce se mohli pacienti rozhodnout mezi čtyřmi možnostmi.. Srovnávala jsem subjektivní pocity pacientů, kteří byli léčeni oběma metodami, jak hemodialýzou, tak PD.

V roce 2004 se cítilo lépe na PD oproti léčbě hemodialýzou 10 (63 %) pacientů, 5 (34 %) pacientů uvedlo méně starostí, 1 (3 %) pacient odpověděl, že se cítí na PD svobodněji. Stejně, se necítil žádný z dotazovaných pacientů.

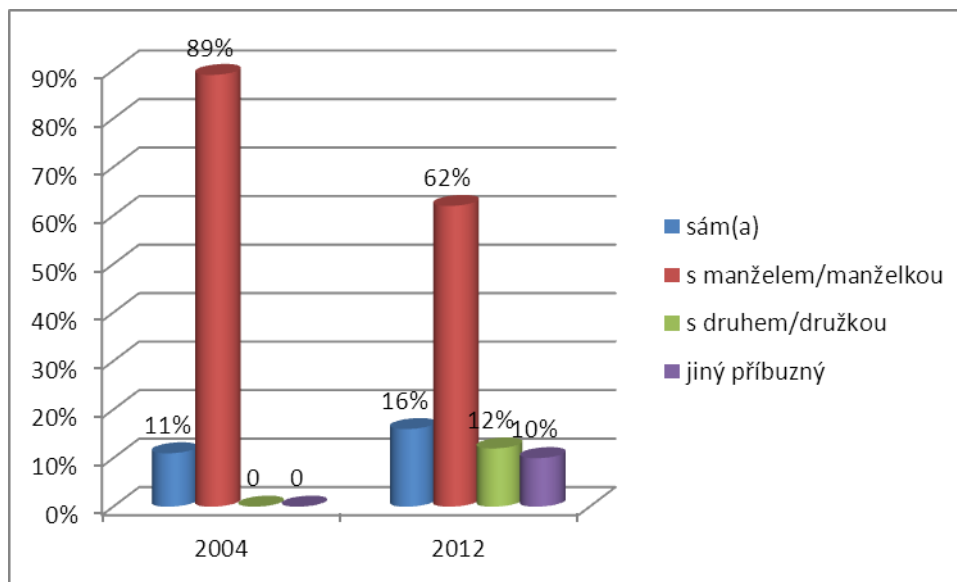
V roce 2012 se cítilo lépe na PD než na hemodialýze 17 (68 %) pacientů, 3 (12 %) odpověděli, že se cítí stejně, 3 (12 %) uvedli, že nyní na PD mají méně starostí a 2 (8 %) pacienti uvedli, že mají méně času.

Uvedený graf jednoznačně ukazuje, že v obou letech pacientům více vyhovovala peritoneální dialýza v porovnání s hemodialýzou.

9. 3 Rodinný život

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 6 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: S kým žijete?

Graf č. 39: Rodinné zázemí



V této otázce si pacienti z uvedených možností zvolili jednu z možností, s kým sdílí svoji domácnost. Sám (a), s manželem/manželkou, s druhem/družkou nebo s jiným příbuzným. Srovnávala jsem rodinné zázemí takto nemocných pacientů.

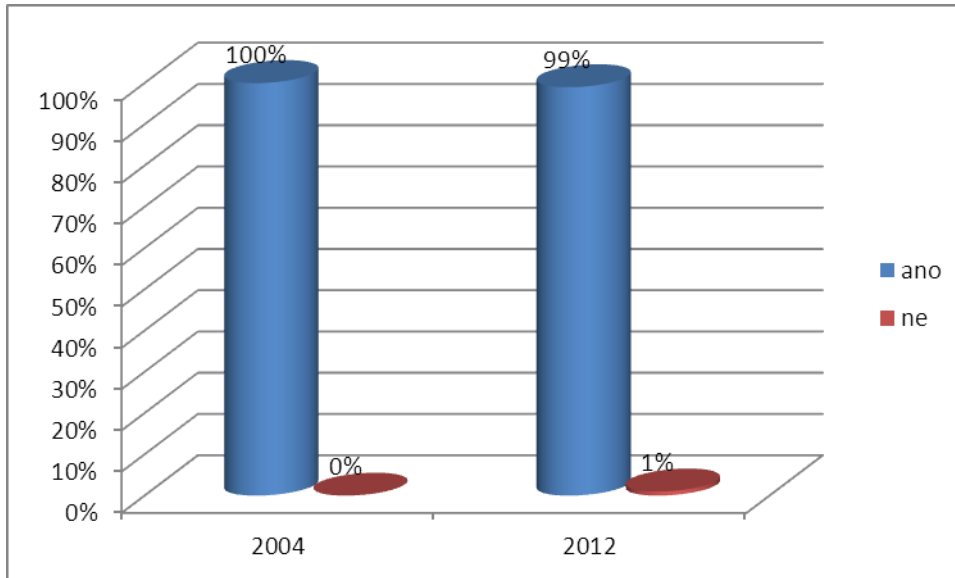
V roce 2004 žili 4 (11 %) pacienti sami, nejvíc pacientů 32 (89 %) žilo s manželem/manželkou.

V roce 2012 žilo 14 (16 %) pacientů bez partnera, 52 (62 %) s manželem/manželkou, 10 (12 %) s druhem/družkou, 8 (10 %) pacientů bydlelo s jiným příbuzným.

V obou letech žilo nejvíce pacientů s partnerem.

**Vyhodnocení a srovnání otázky č. 7 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:
Vaše rodina akceptuje metodu PD?**

Graf č. 40: Rodinná situace



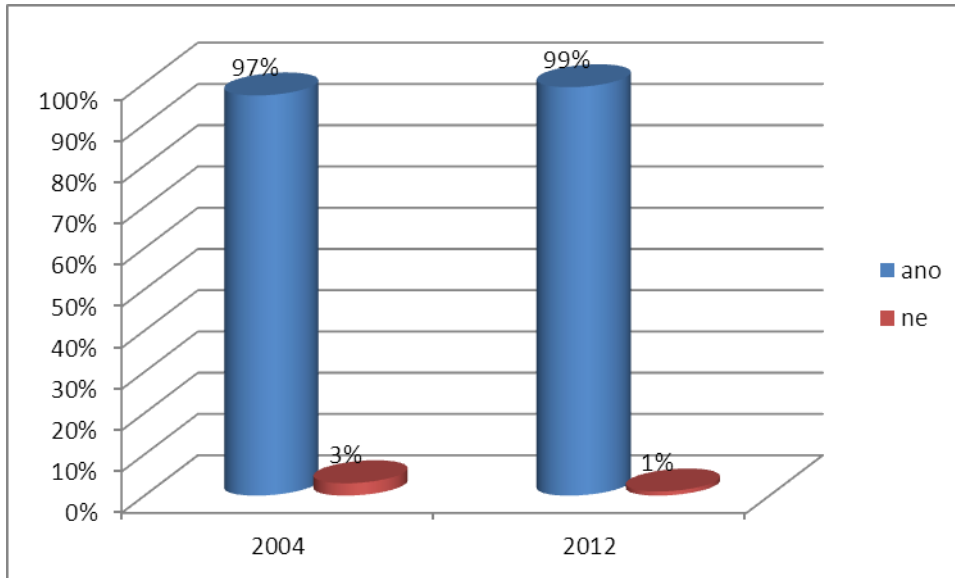
V dané otázce se pacienti podělili o své pocity v rodinném prostředí.

V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 pacientů a všech 36 (100 %) odpovědělo kladně.

V roce 2012 odpovědělo 83 (99 %) dotázaných kladně, 1 (1 %) záporně.

**Vyhodnocení a srovnání otázky č. 8 z roku 2004 s otázkou z roku 2012:
Je Vám Vaše rodina oporou?**

Graf č. 41: Rodinná opora



Otázka byla zaměřená na srovnání rodinné pohody a podpory rodinou pacientů ve zmiňovaných letech.

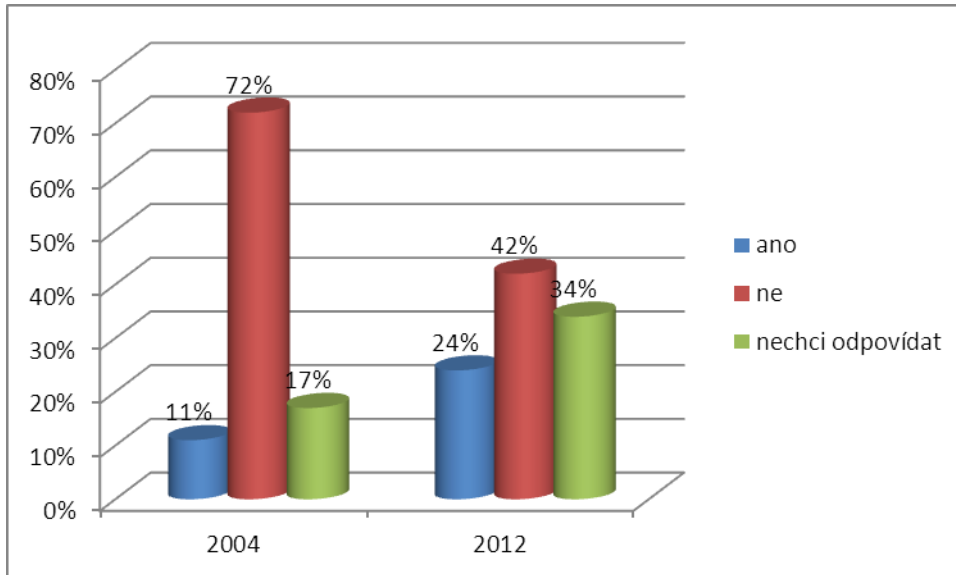
V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů. Pro 35 (97 %) z nich, je jejich rodina oporou, 1 (3 %) pacient podporu od svých nejbližších necítí.

V roce 2012 odpovědělo 83 (99 %) kladně, pro 1 (1 %)pacienta rodinná opora chyběla. Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů.

Graf jasně ukazuje, že téměř 100 % dotázaných jedinců cítí ve své rodině oporu a tento fakt se během 8 let výrazně nezměnil.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 9 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Ovlivnila PD negativně Váš partnerský (sexuální) život?

Graf č. 42: Změna partnerského života



Tuto oblast partnerského života také považují za důležitou pro srovnání kvality života pacientů léčených PD.

V roce 2004 na tuto choulostivou otázku odpovědělo 30 pacientů z celkem 36. Čtyři (11 %) problém přiznali, 26 (72 %) pacientů uvedlo, že se jejich sexuální život nezměnil, 6 (17 %) pacientů neodpovědělo.

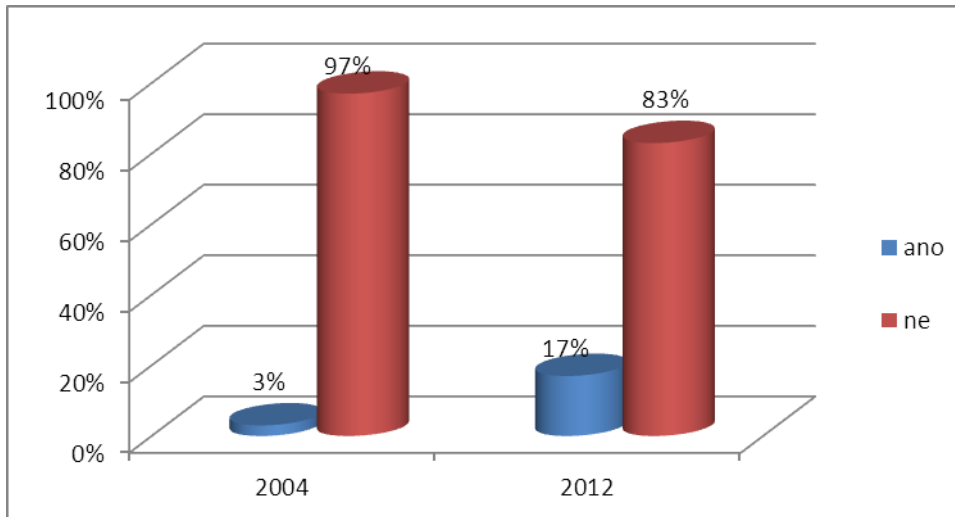
Při provedeném výzkumu v roce 2012 se pacienti vyjádřili takto: sexuální problém uvedlo 20 (24 %) z nich, 35 (42 %) hodnotí svůj sexuální život stejný jako před PD, 29 (34 %) pacientů nechtělo odpovídat.

V roce 2012 bylo více pacientů ochotných přiznat problém v sexuálním životě než v roce 2004, celkově jich ale bylo ochotno odpovídat na tuto otázku méně.

9.4 Zaměstnání

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 10 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Jste zaměstnán(a)?

Graf č. 43: Zaměstnání během léčby



Dotaz směřoval ke srovnání ekonomické situace pacientů.

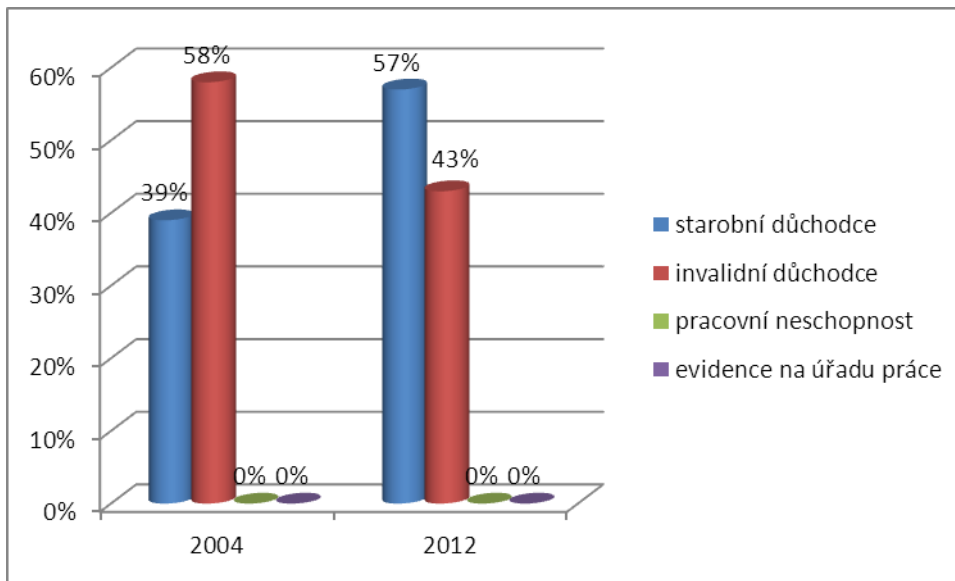
V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů. Jeden (3 %) pacient byl zaměstnán, 35 (97 %) pacientů již nepracovalo.

V roce 2012 bylo v pracovním poměru již 14 (17 %) pacientů, 70 (83 %) už v pracovním procesu nebylo. Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů.

V obou srovnávacích obdobích bylo shodně více pacientů nepracujících.

V roce 2012 se zvýšil počet pacientů, kterým onemocnění nebránilo pracovat.

Graf č. 43a: Nepracující pacienti



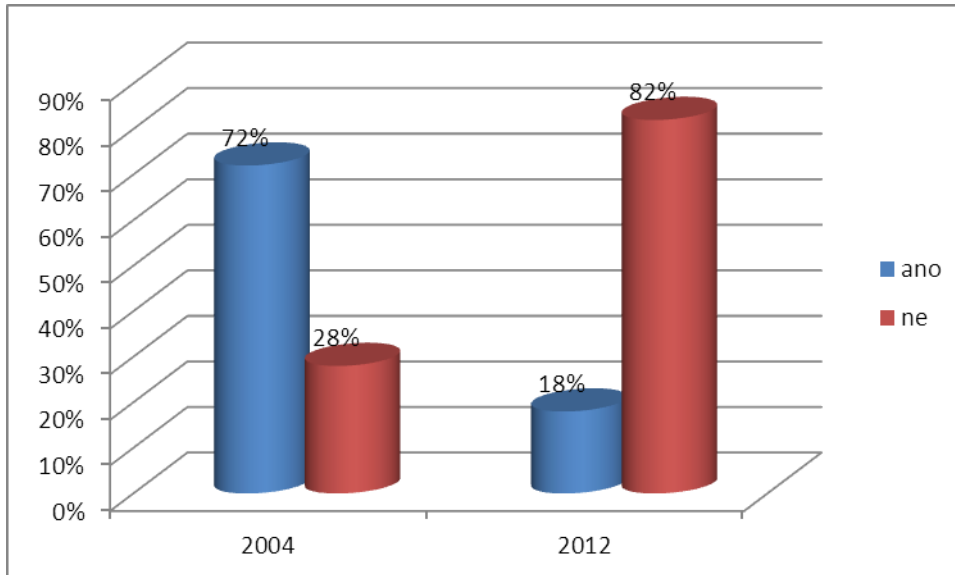
Z klientů, kteří v minulé otázce odpovídali záporně, tedy, že v době léčení PD již nepracují, bylo nejvíce ve zkoumaném období roku 2004 21 (58 %) v invalidním důchodu, 14 (39 %) pacientů byli starobní důchodci.

V roce 2012 byla situace opačná, nejvíc pacientů 40 (57 %) tvořili starobní důchodci. Invalidních důchodců bylo 30 (43 %).

Na úřadu práce ani v pracovní neschopnosti nebyl evidován v roce 2004 ani v roce 2012 žádný z dotázaných klientů.

Vyhodnocení a srovnání otázky č. 11 z roku 2004 s otázkou z roku 2012: Změnil(a) jste zaměstnání z důvodu onemocnění ledvin?

Graf č. 44: Změna zaměstnání v průběhu léčby



Otázkou jsem zjišťovala, zda došlo v rozmezí osmi let k nějakému posunu v sociálních podmínkách pacientů.

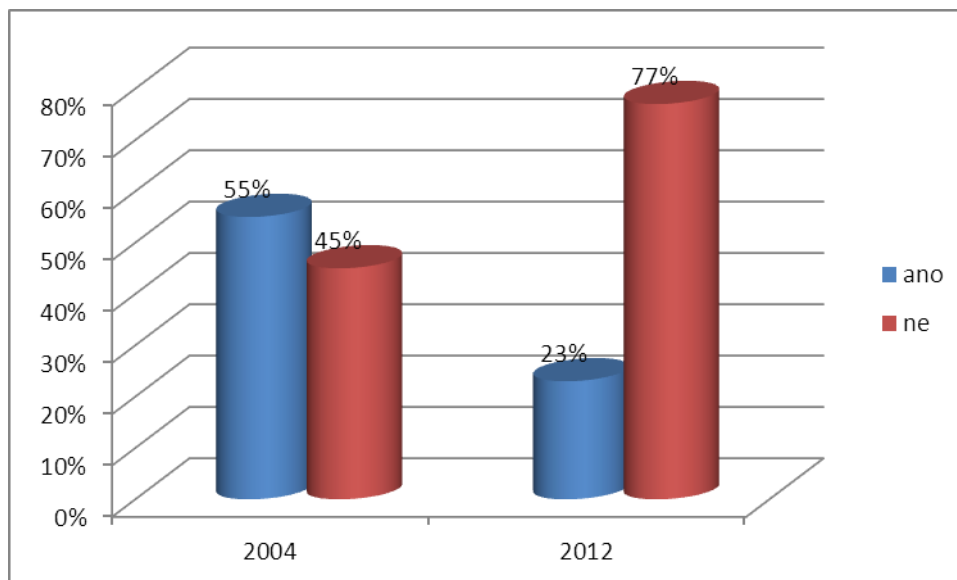
V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů. Dvacet šest (72 %) pacientů bylo nuceno změnit zaměstnání z důvodu onemocnění ledvin, 10 (28 %) změnit zaměstnání nemuselo.

V roce 2012 se této otázky zúčastnilo 84 (100 %) klientů. Patnáct (18 %) zaměstnání změnilo, 69 (82 %) nemocných mohlo nadále vykonávat stejné zaměstnání.

Rozdíl pacientů, kteří kvůli onemocnění ledvin nemuseli změnit zaměstnání činí 54 % ve prospěch roku 2012.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 12: Došlo ke snížení Vašeho příjmu následkem změny zaměstnání?

Graf č. 45: Finanční situace



Tato otázka vedla ke srovnání ekonomické situace klientů ve zkoumaných letech 2004 a 2012. Klienti hodnotili vlastní finanční situaci v průběhu onemocnění ledvin.

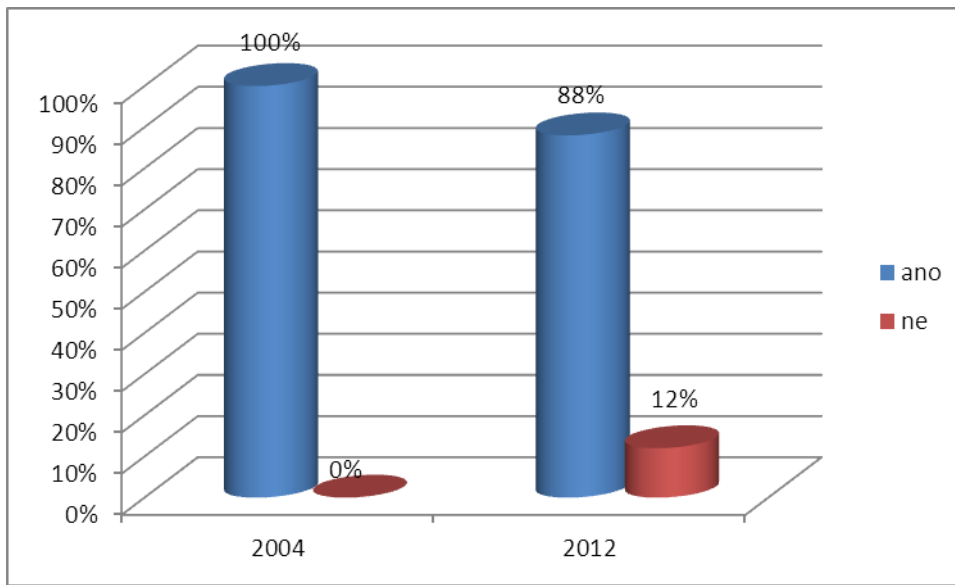
V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů. U dvaceti (55 %) pacientů ke zhoršení finanční situace došlo, 16 (45 %) pacientům se finanční situace nezhoršila.

Pouze u 19 (23 %) pacientů se ekonomická situace zhoršila v roce 2012, u 65 (77 %) se tato situace nezhoršila z celkového počtu 84 (100 %). Uvedený graf poukazuje na příznivější ekonomickou situaci nemocných v roce 2012. V tomto roce u celých 77 % dotázaných nedošlo v důsledku nemoci ke snížení jejich příjmu.

9.5 Volný čas

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 14: Myslíte si, že nyní – v léčbě PD – máte více volného času, než když jste docházel(a) na hemodialýzu?

Graf č. 46: Volný čas



K této otázce se vyjadřovali pouze pacienti, kteří docházeli před PD na hemodialýzu.

V roce 2004 jich bylo 16 (100 %), v roce 2012 bylo pacientů 25 (100 %).

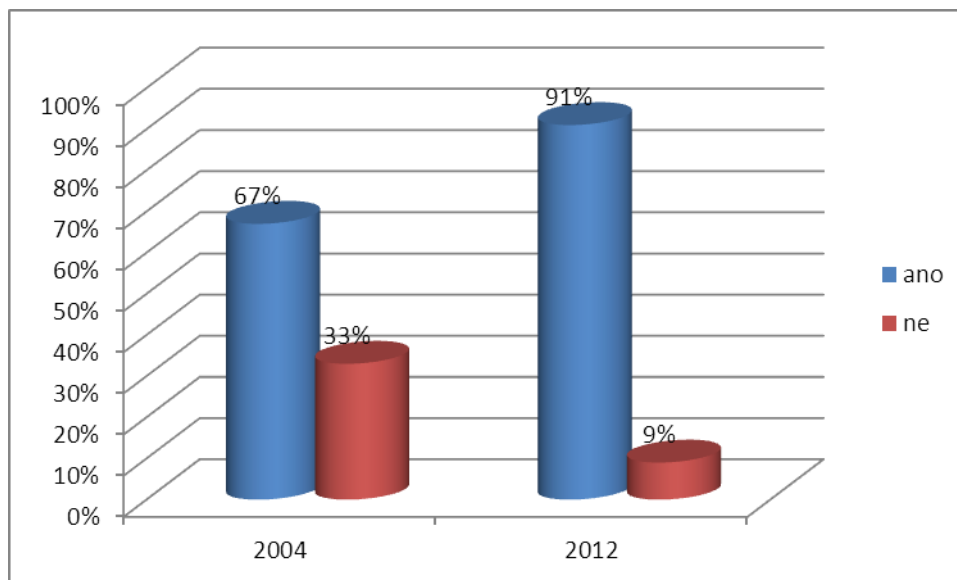
Ve prospěch PD odpovědělo kladně v roce 2004 všech 16 (100 %) pacientů, více volného času při docházení na hemodialýzu neuvedl v témže roce žádný pacient.

Oproti tomu v roce 2012 zaznamenalo více času 22 (88 %) pacientů, 3 (12 %) měli více času při docházení na hemodialýzu.

V obou letech jak v roce 2004, tak v roce 2012 se většina pacientů vyjádřila ve prospěch PD.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 15: Umožňuje Vám PD provozovat volnočasové aktivity?

Graf č. 47: Volnočasové aktivity



Zde jsem chtěla srovnat možnosti a způsob pacientů využívat volný čas.

Klienti volili mezi odpovědí ano nebo ne. Dotaz byl cílen na srovnání možnosti vykonávat volnočasové aktivity během léčby PD.

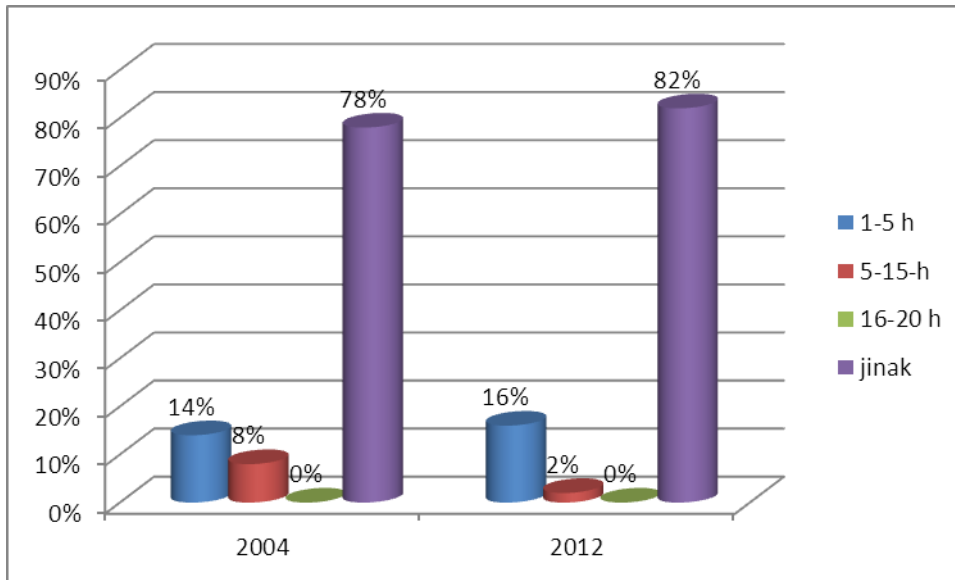
V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů. Dvacet čtyři (67 %) odpovědělo kladně, 12 (33 %) záporně.

V roce 2012 využívali volnočasové aktivity 77 (91 %) pacientů, 7 (9 %) pacientům situace trávit volný čas aktivně neumožňovala. Odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů.

V obou srovnávacích letech výsledky ukazují, že většinu pacientů PD nelimituje ve využívání volného času. V roce 2012 byl zaznamenán nárůst kladných odpovědí oproti roku 2004.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 16: Kolik času měsíčně se věnujete volnočasovým aktivitám?

Graf č. 48: Doba věnovaná volnočasovým aktivitám



V této otázce vybírali pacienti z možností, jak dlouhou dobu se věnují volnočasovým aktivitám. Na výběr měli ze čtyř eventualit: 1–5 hod, 5–15 hod, 16–20 hod, jinak – zde mohli uvádět vlastní odpověď.

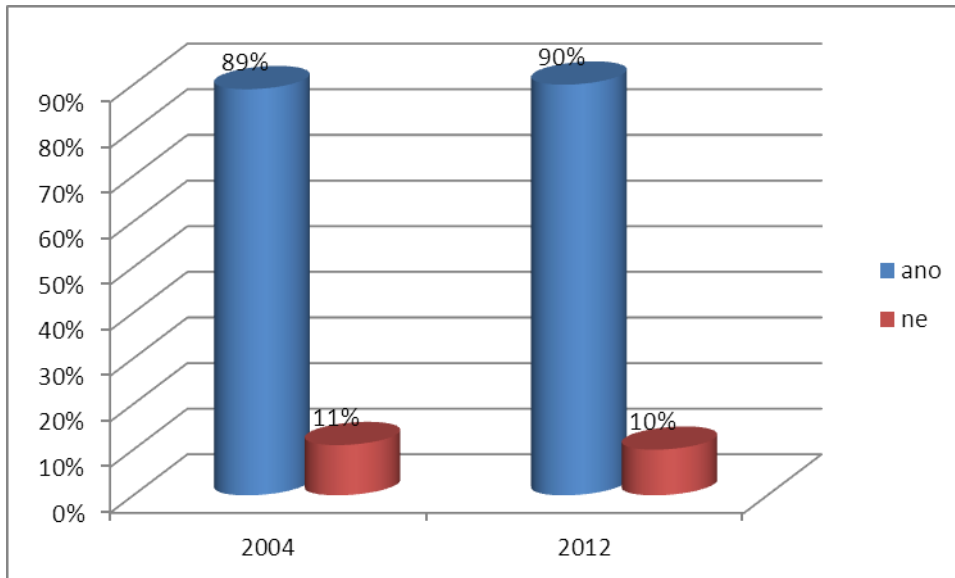
V roce 2004 bylo 5 (14 %) pacientů, kteří se věnovali volnočasovým aktivitám 1–5 hod, 3 (8 %) pacientů 5–15 hod, 0 (0 %) pacientů 16–20 hod, 28 (78 %) různě dlouhou dobu

V roce 2012 bylo 14 (16 %) pacientů, kteří se věnovali volnočasovým aktivitám 1–5 hod, 2 (2 %) pacientů 5–15 hod, 0 (0 %) pacientů 16–20 hod, 68 (82 %) různě dlouhou dobu.

Obě období se jeví v tomto ohledu srovnatelná.

**Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 17: Relaxujete?
Jakým způsobem?**

Graf č. 49: Způsob relaxace



Zde měli klienti uvést, zda a jakým způsobem relaxují. Záměrem bylo srovnat míru a způsob relaxace.

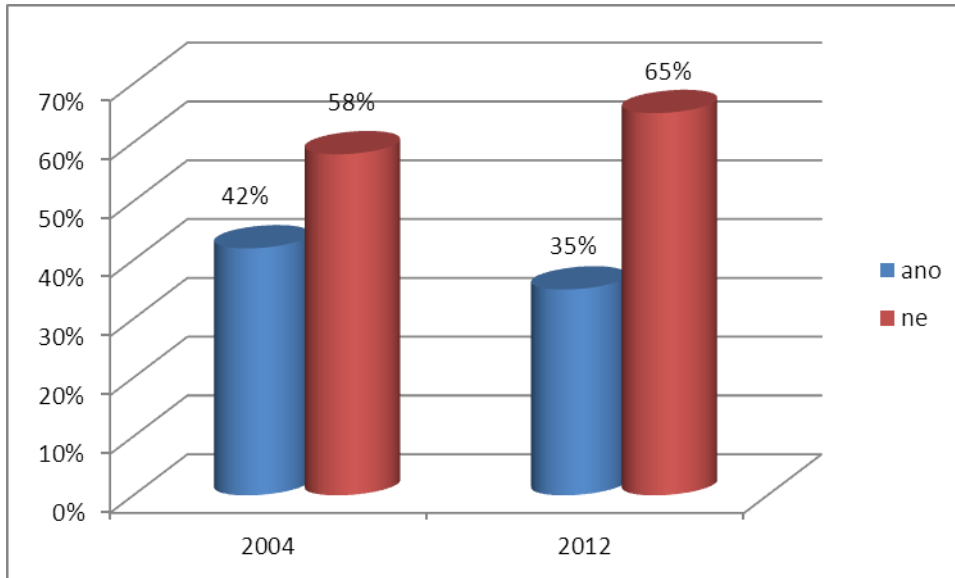
V roce 2004 zvolilo 32 (89 %) pacientů, že relaxují. Nejčastěji to byly ruční práce, čtení, sledování televize a práce na zahrádce. Čtyři (11 %) pacienti z těchto nerelaxují.

V roce 2012 uvedlo 76 (90 %) pacientů, že relaxují, i v tomto roce byly nejčastější odpovědi čtení, sledování televize a práce na zahrádce. Osm (10 %) pacientů nerelaxuje.

V obou letech se způsob a míra relaxace dotázaných nemocných téměř nemění.

**Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 18:
Provozoval(a) jste před léčbou PD nějaký sport (rekreačně i aktivně)?**

Graf č. 50: Sportovní aktivity před léčbou

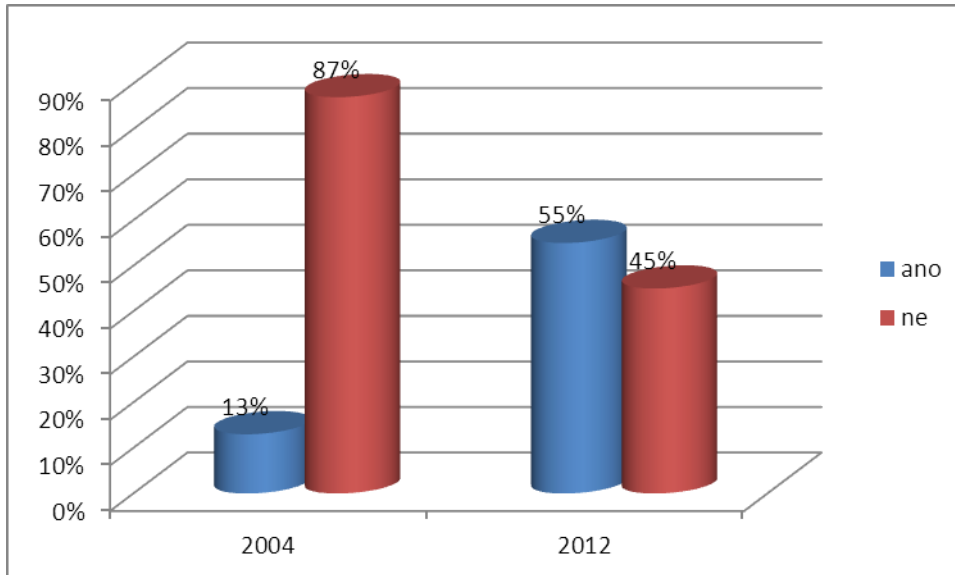


Všech 36 (100 %) dotazovaných pacientů v roce 2004 zaškrtovalo odpovědi buď ano nebo ne. Patnáct (42 %) pacientů před PD aktivně či jenom rekreačně sportovalo, nejvíce byly zastoupeny turistika a cyklistika, 21 (58 %) pacientů se sportu nevěnovalo vůbec.

V roce 2012 se věnovalo sportovním aktivitám 29 (35 %) pacientů, nejvíce tenisu a posilovně, 55 (65 %) pacientů nesportuje. Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů. V obou zkoumaných letech převládají pacienti, kteří před PD spíše nesportovali.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 19: Dovoluje Vám léčba PD sportovat i nadále?

Graf č. 51: Sportování v režimu PD



V roce 2004 na dotaz odpovědělo všech 15 (100 %) pacientů, kteří sportovali i před PD.

Dva (13 %) pacienti dále sportují, 12 (87 %) se sportu již nevěnují.

V roce 2012 byla situace jiná. Ze všech 29 (100 %) pacientů, kteří se před PD sportu věnovali, odpovědělo 16 (55 %) kladně, 13 (45 %) pacientů žádný sport neprovozuje.

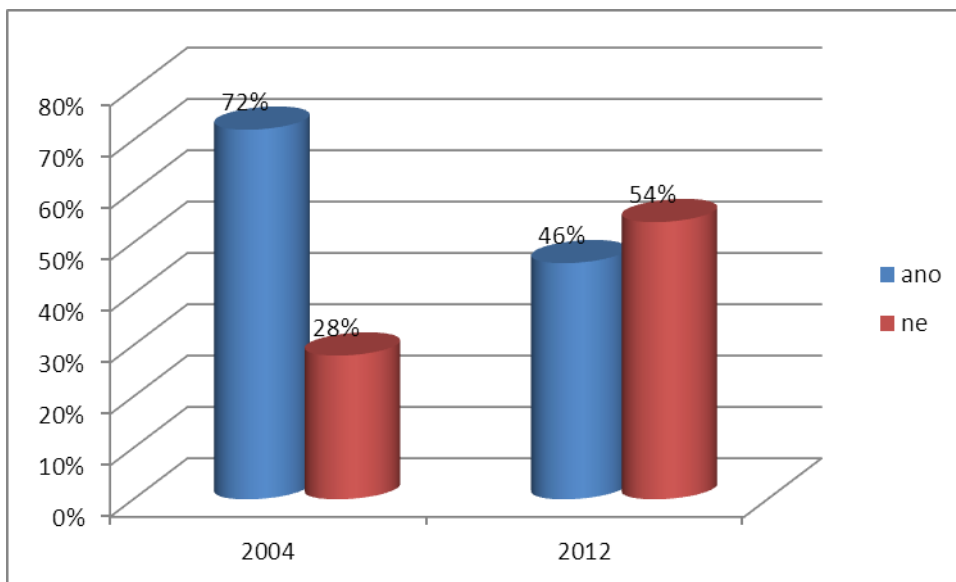
Oproti roku 2004 přesto stoupl počet pacientů, kteří i nadále sportují.

Rozdíl pacientů, kteří kvůli onemocnění ledvin nemuseli přestat sportovat činí 42 % ve prospěch roku 2012.

9.6 Cestování

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 20: Patří mezi Vaše záliby cestování?

Graf č. 52: Záliba v cestování

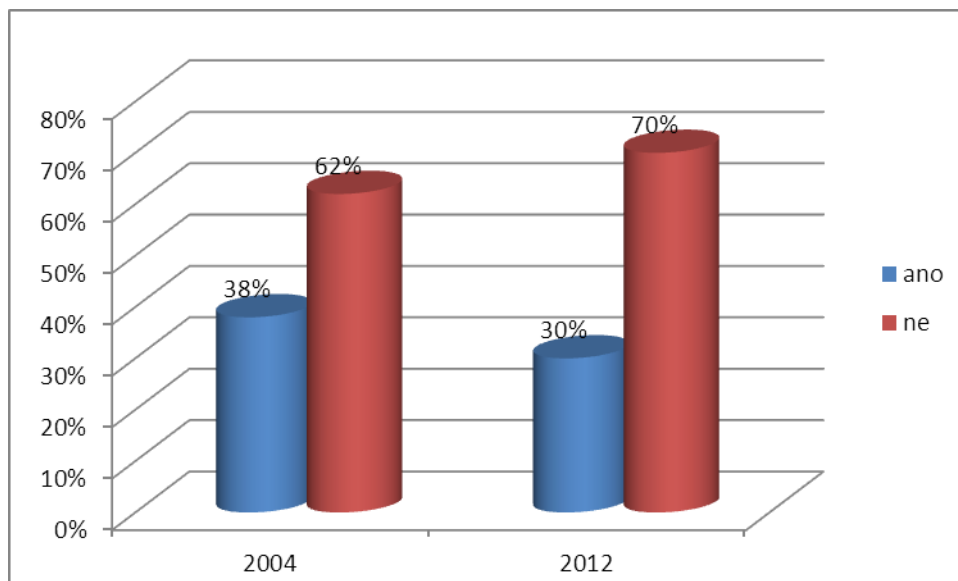


V roce 2004 uvedlo zálibu v cestování 26 (72 %) pacientů ze všech 36 (100 %). Deset (28 %) pacientů tuto zálibu nesdíleli.

V roce 2012 odpovědělo z 84 (100 %) dotázaných 39 (46 %) pacientů, že rádi cestují, 45 (54 %) pacientů nemají v cestování zálibu.

Oproti roku 2004 klesl v roce 2012 počet nemocných, kteří mají oblibu v cestování. Výsledky ukazují pokles této záliby za sledované období o 26 %.

Graf č. 52a: Cestování do zahraničí



V roce 2004 i v roce 2012 na tento dotaz odpovídali jen ti pacienti, kteří mají cestování jako zálibu. Odpovědělo všech 26 (100 %) pacientů v roce 2004 a v roce 2012 jich bylo 39 (100 %).

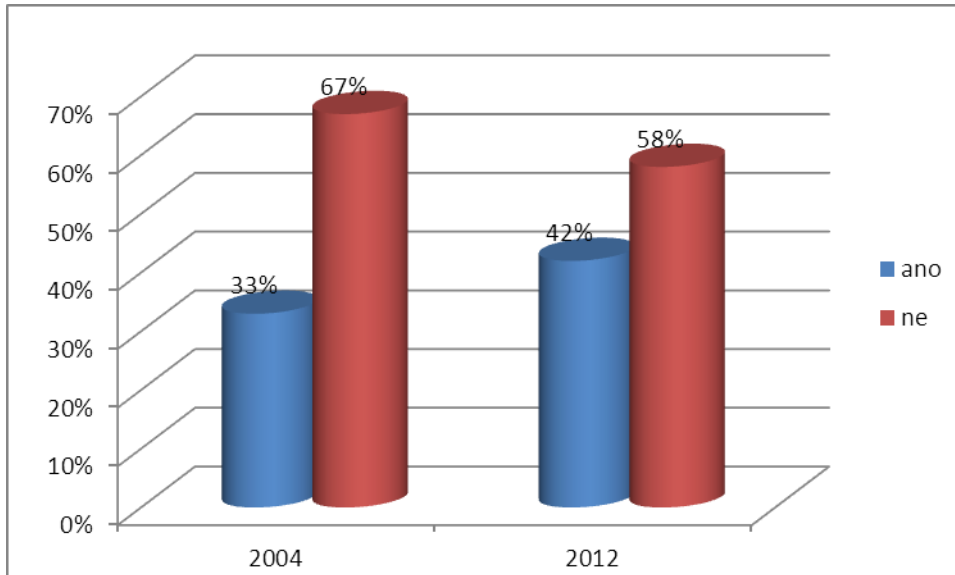
V roce 2004 10 (38 %) pacientů cestuje do ciziny, 16 (62 %) zůstává v tuzemsku.

V roce 2012 odpovídali jenom ti pacienti, kteří mají jako zálibu cestování. Dvanáct (30 %) pacientů jezdí rádo do ciziny, 27 (70 %) do ciziny nejezdí.

V obou sledovaných letech preferují nemocní cestování po České republice oproti cestování do zahraničí.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 21: Jezdíte na vícedenní cesty od doby léčení PD?

Graf č. 53: Vícedenní cestování

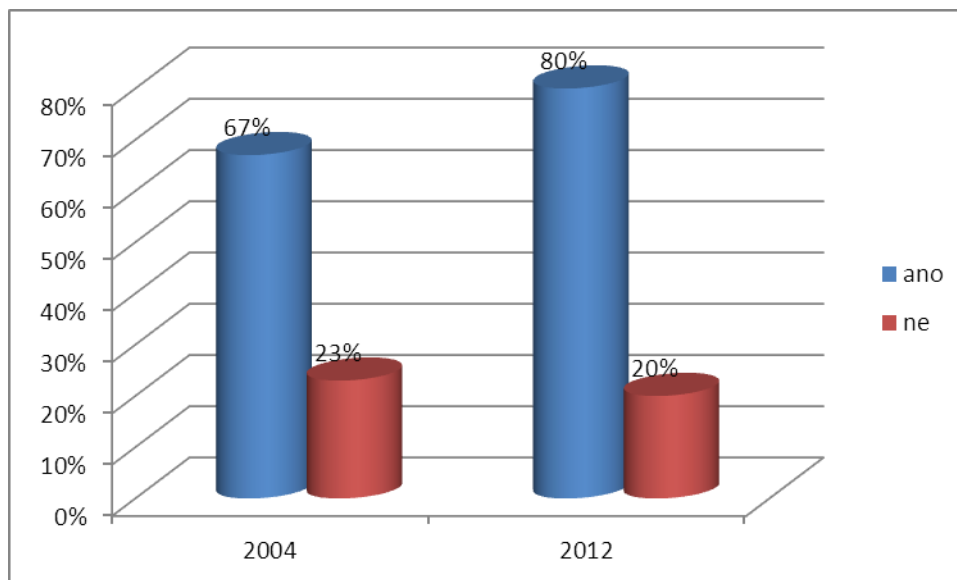


Pacienti si vybírali mezi možnostmi ano nebo ne. Menší skupinu tvořilo v roce 2004 12 (33 %) pacientů, kteří vícedenní cesty absolvují, 24 (67 %) pacientů na vícedenní cesty nejedí. Všechny 36 (100 %) dotázaných pacientů se výzkumné otázky zúčastnilo.

V roce 2012 byla situace obdobná. Více pacientů 49 (58 %) na delší dobu mimo domov nejedí, 35 (42 %) tento způsob cestování využívají. Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 22: Berete si s sebou vlastní dialyzační roztoky?

Graf č. 54: Vlastní dialyzační roztoky



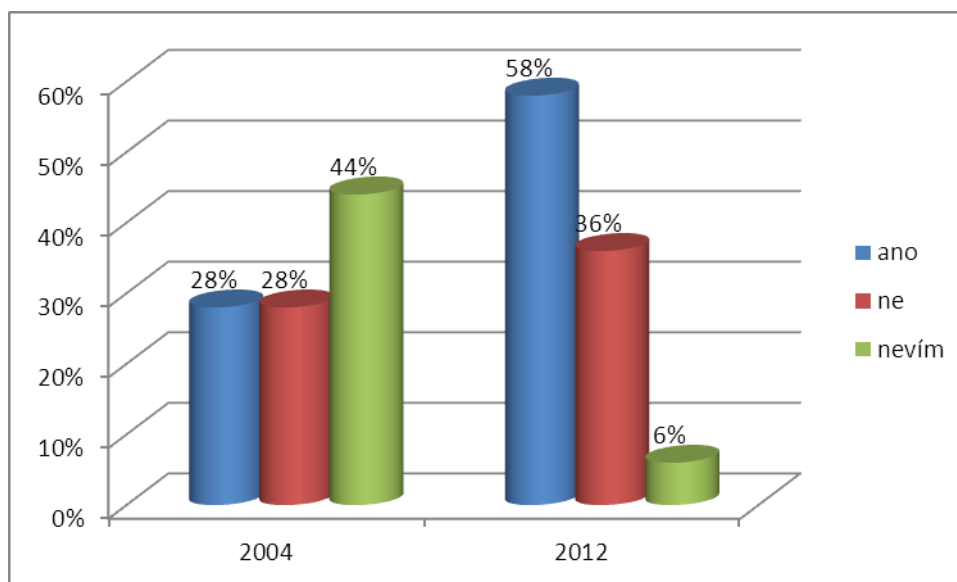
V obou letech odpovídali pouze ti pacienti, kteří odpověděli v předešlé otázce, že na vícedenní cesty jezdí. V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 12 (100 %) pacientů. Osm (67 %) pacientů z 12 (100 %) si roztoky brali, 4 (23 %) pacienti své roztoky nepoužili.

I v roce 2012 si své roztoky s sebou vzalo 28 (80 %) pacientů, 7 (20 %) pacientů svoje roztoky nepoužilo. Taktéž odpovědělo všech 35 (100 %) pacientů, kteří na vícedenní cesty jezdí.

Z grafu vyplývá, že v obou letech si většina nemocných s sebou na vícedenní cesty bere vlastní dialyzační roztoky. V obou letech shodně pacienti uvedli, pokud si nevezmou své roztoky, převoz jim ve všech případech zajistí jejich dialyzační středisko.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 23: Myslíte si, že je možné zajistit si dostatečné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků, např. v hotelu?

Graf č. 55: Zajištění dostatečného prostředí pro výměnu roztoků



Cílem dotazu bylo srovnat možnosti cestujících pacientů při výměně roztoků mimo domácí prostředí.

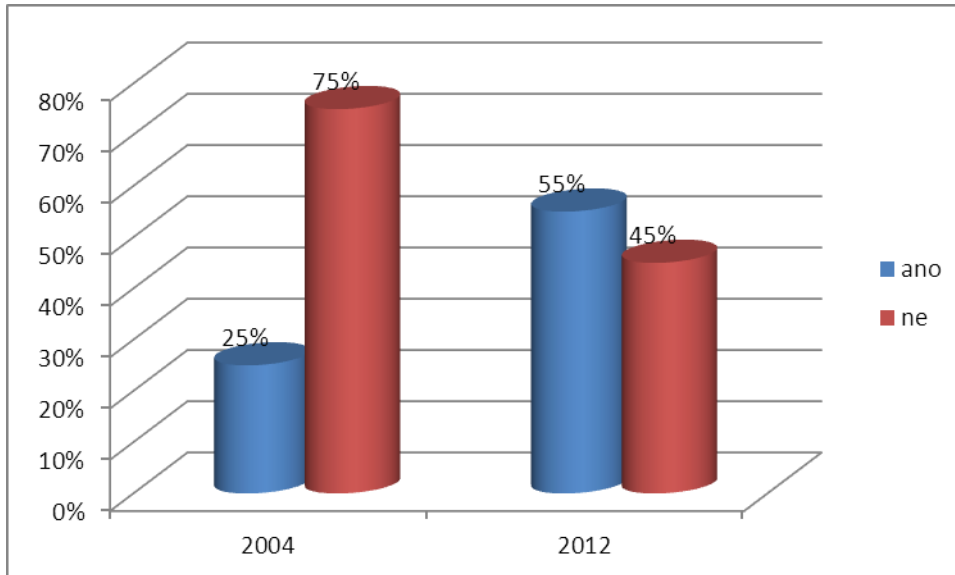
V roce 2004 se k této otázce vyjádřilo všech 36 (100 %) pacientů, odpovídali ano, ne nebo nevím. Deset (28 %) pacientů je přesvědčeno, že je možné si zajistit dostatečné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků, 10 (28 %) pacientů tento názor nesdílí, 16 (44 %) pacientů neví.

Výzkum v roce 2012 ukázal, že 49 (58 %) pacientů hodnotí tuto možnost kladně, 30 (36 %) záporně a 5 (6 %) pacientů neví. Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů.

Srovnáním ve dvou zkoumaných letech bylo zjištěno, že v roce 2012 došlo k nárůstu nemocných, kteří jsou přesvědčeni, že vhodné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků lze zajistit i na cestách, např. v hotelu. V tomto roce tuto možnost kladně hodnotí 58 % oproti 24 % nemocných v roce 2004.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 24: Máte s tím nějaké zkušenosti?

Graf č. 56: Zkušenost s výměnou roztoků na dovolené



Této otázce se zúčastnili jak v roce 2004, tak v roce 2012 všichni dotazovaní pacienti.

V roce 2004 odpovědělo 36 (100 %), v roce 2012 84 (100 %) pacientů.

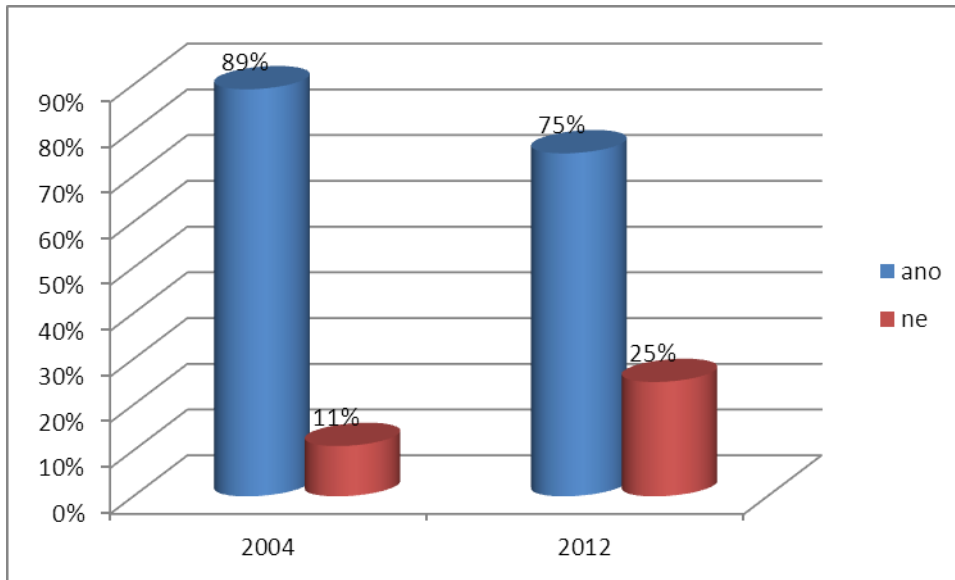
V roce 2004 mělo 9 (25 %) pacientů zkušenost se zajištěním dokonalého prostředí pro výměnou roztoků, 27 (75 %) pacientů tuto zkušenost nemají.

V roce 2012 tvoří menší skupinu pacienti 38 (45 %), kteří s tím zkušenosti nemají, 46 (55 %) pacientů tuto zkušenost potvrdili.

9.7 Celková kvalita života z pohledu pacienta

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 28: Máte celkový pocit, že vzhledem k léčbě PD se Vaše kvalita života změnila?

Graf č. 57: Subjektivní hodnocení



V obou letech se klienti shodli, že vzhledem k léčbě PD se jejich kvalita života změnila.

V roce 2004 tuto změnu pocítilo 32 (89 %) pacientů, v roce 2012 63 (75 %) pacientů.

Méně početnou skupinu tvořili pacienti, kterým léčba PD život nezměnila. V roce 2004 to byli pouze 4 (11 %) a v roce 2012 jen 21 (25 %) pacientů.

V roce 2004 na tuto otázku odpovědělo všech 36 (100 %) pacientů.

Taktéž odpovědělo všech 84 (100 %) pacientů v roce 2012.

Vyhodnocení a srovnání otázky z roku 2004 s otázkou z roku 2012 č. 29:

Chtěl(a) byste na závěr vyjádřit nějaké Vaše zkušenosti, pocity, problémy a jiné, které jsou dle Vašeho názoru důležité v rámci Vaší léčby PD?

Graf č. 58: Sdělení pacientů

Tato poslední otázka byla otevřená. Nemocní měli možnost popsat své zkušenosti a názory v rámci léčby PD. Tuto možnost v roce 2004 využili 3 (16 %) pacienti, kteří se léčili peritoneální dialýzou. Konkrétní vyjádření těchto pacientů nejsou k dispozici. Zbytek pacientů tuto možnost nevyužil.

V roce 2012 se vyjádřilo 11 (13 %) pacientů, kteří se léčili peritoneální dialýzou. Dva pacienti věkové skupiny 20–35 let, jeden věkové skupiny 36–50, pět pacientů věkové skupiny 51–65 a tři pacienti starší 66 let.

Všechny ohlasy byly ve prospěch PD. Pacienti se cítili jednoznačně svobodněji, vyhovovalo jim domácí prostředí. Ve srovnání s HD jim na HD komplikovalo život stresující prostředí v nemocnici, střídání sester, problémy s kanylami. V jednom případě se pacient vyjádřil k nevybíravému chování sester.

Pacienti na PD se v žádném případě nechtějí vrátit na HD.

Diskuze

V této části bych ráda shrnula výsledky, kterými jsem se podrobněji zabývala v předchozí kapitole mé bakalářské práce. Nemocných s chronickým selháním ledvin neustále přibývá a jako nejvíce využívanou léčebnou metodou tohoto onemocnění stále zůstává léčba hemodialýzou (dále jen HD). Peritoneální dialýza (dále jen PD) – léčba v domácím prostředí – je stále málo využívaná metoda. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma a srovnala výzkum z roku 2004 na téma Kvalita života u nemocných s peritoneální dialýzou s výzkumem na stejné téma provedeným mnou v roce 2012. K výzkumu byla použita kvantitativní metoda sběru dat technikou anonymního dotazníku.

Hlavním cílem bylo srovnání kvality života pacientů léčených peritoneální dialýzou ve sledovaném období. Dalšími dílčími cíly bylo vyhodnotit kvalitu života pacientů v roce 2012, srovnat metody léčby HD a PD, srovnat problémy v partnerských vztazích, potíže v zaměstnání a využívání volného času pacientů.

Jelikož jsem si zvolila komparativní výzkum, dotazník je převzatý z bakalářské práce Bc. Pavly Havlišové. Z toho důvodu jsem použila přesné znění otázek, jaký byl použit v roce 2004. Myslím si, že na kvalitu života má významný vliv také kvalitní spánek, vyvážená strava a stres. Protože se těmito ukazateli výzkum v roce 2004 nezabýval, nejsou ani součástí mého výzkumu v roce 2012. Celá příprava a samotný výzkum byly realizovány od 7. 7. 2012 do 24. 2. 2013.

Prvním dílčím cílem mé práce bylo zhodnotit kvalitu života pacientů léčených peritoneální dialýzou v roce **2012**. Hodnocení samotné metody PD je ze strany pacientů výrazně pozitivnější než metoda HD. Metoda PD klade menší nároky na návštěvy pacientů u lékaře, umožňuje provádět dialýzu v domácím prostředí a pomáhá se zachováním kvality života pacientů. Je také šetrnější než HD, ale i přes to se ale jedná o méně využívanou metodu. Očekávala jsem, že oproti zdravé populaci bude kvalita života takto léčených pacientů horší, ale ne tak významně, aby je léčba omezovala v provozování běžných denních aktivit.

Výzkumu se zúčastnilo více mužů (62 %) – viz graf č. 1 – než žen, nejvíce pacientů bylo starší 51 let (graf č. 2). Metodou PD se v době šetření pacienti léčili nejčastěji 2–36 měsíců (71 %) – viz graf č. 3. Pouze 30 % pacientů mělo předchozí zkušenosti s hemodialýzou (graf č. 4). Naprostá většina pacientů (76 %) měla o metodách léčby

chronického selhání ledvin kvalitní informace z nefrologické poradny (graf č. 5), což je dobře. Většina pacientů (67 %) nebyla zařazena na transplantační listinu (graf č. 6). Pokud byli zařazeni, více než polovina (52 %) z nich byla na čekací listině do 1 roku (graf č. 6a). Většina pacientů (67 %) byla zařazena v kontinuálním programu PD (graf č. 7), ale již se začínají rozvíjet i další specifické programy reflektující na skutečné potřeby pacientů. Vlastní příprava a výměna dialyzačních roztoků zabrala pacientům nejčastěji maximálně 2 hodiny denně (graf č. 8), i přes to, že odborná literatura uvádí obvyklou dobu 30 minut. Téměř 80 % pacientů uvedlo, že se cítí lépe na metodě PD a mají méně starostí (graf č. 9). Převážná část nemocných žila v manželském vztahu, někteří pouze v partnerském (graf č. 10). Pro 99 % z nich byla rodina velice důležitou oporou a u stejného počtu pacientů rodina metodu PD akceptovala (graf č. 11, 12). Dvacetčtyři procent nemocných přiznalo sexuální problémy (graf č. 13). Převážná část pacientů (57 %) byla ve starobním důchodu, pouze část pacientů pracovala (17 %) a část pacientů (43 %) byla v invalidním důchodu (graf č. 14, 14a). Důležitým faktem bylo, že většina pracujících pacientů (82 %) nemusela měnit své dosavadní zaměstnání kvůli PD (graf č. 15). Z těchto důvodů také dotazovaní pacienti (77 %) uvedli, že se nezměnila jejich finanční situace po nástupu na léčbu PD (graf č. 16).

Naprostá většina pacientů (88 %) léčených PD, kteří měli zkušenosti i s HD, uvedla, že mají více volného času při metodě PD a metoda PD jim také umožňuje provozovat volnočasové aktivity (graf č. 17, 18). Nadpoloviční většině pacientů (55 %) umožnila metoda PD pokračovat ve sportování (graf č. 21). Je ale zřejmé, že HD neumožňuje vést pacientům stejně kvalitní život jako zdravým lidem a omezuje je při cestování (graf č. 23, 23a, 24, 25, 26, 27). I tak je metoda je výrazně šetrnější než HD, pacienti se nemusí tolik omezovat, nemá takový vliv na jejich dosavadní fungování. Mé očekávání, že kvalita života bude oproti zdravé populaci horší, ale oproti pacientům léčeným na HD lepší, se potvrdilo.

První, na co jsem se zaměřila, ve své bakalářské práci při komparaci výsledků, bylo srovnání počtu samotného vzorku pacientů a jeho složení. Výzkum v roce 2004, na který tato práce navazuje, se zabýval vzorkem 36 (100 %) pacientů z celkového počtu 403 pacientů léčených touto metodou v České republice. Pacienti byli rozděleni do čtyř věkových skupin 20–35, 36–50, 51–65 a 66 a více. Výzkumu se v tomto roce zúčastnilo více žen než mužů (graf č. 31).

Ve výzkumu v roce 2012 jsem pracovala se vzorkem 84 (100 %) pacientů z celkového počtu 573 pacientů léčených touto metodou v České republice. Pacienti byli jiní, než ti v roce 2004. Rozdělení věkových kategorií zůstalo ponecháno stejné (graf č. 30, 31). Z výzkumu vyplývá, že i když mnou zkoumaný vzorek pacientů byl mnohem větší, vzhledem k celkovému počtu pacientů léčených PD – a je v současnosti mnohem obsáhlejší – činí rozdíl procentuelně pouhých 6 %. Vzorek pacientů je tedy podobný s tím rozdílem, že v mém vzorku pacientů převládají muži, a to o 17 %. Dalším rysem, který mírně odlišuje oba vzorky pacientů, je vyšší počet starších pacientů od 51 let v mém šetření v roce 2012, což je dle mého názoru dáno momentální skladbou pacientů v oslovených střediscích. V roce 2012 se pouze 2 % pacientů léčila déle než 73 měsíců, v roce 2004 to bylo 33 % pacientů.

Druhým cílem této práce bylo srovnat, jak pacienti hodnotili samotnou metodu peritoneální dialýzy v roce 2004 a v roce 2012. PD je v České republice poměrně málo využívaná léčebná metoda, i přes to, že umožňuje provádět dialýzu v domácím prostředí a pomáhá se zachováním kvality života pacientů. Vzhledem k těmto skutečnostem jsem předpokládala, že pacienti budou tuto metodu vnímat pozitivně.

Z grafu č. 33 je patrné, že zkušenosti jak s léčbou PD, tak i s metodou HD, mělo v roce 2004 o 14 % pacientů více než v roce 2012 (44 % pacientů v roce 2004 proti „pouhým“ 30 % v roce 2012). Je tedy zřejmé, že PD přináší pro rok 2012 výrazné zlepšení kvality života již od samotného začátku dialyzační léčby a metoda PD se stává pro pacienty první volbou.

Graf č. 34 naznačuje, že se také výrazně zlepšila informovanost pacientů. V roce 2004 bylo 56 % pacientů informováno o metodě léčby PD v nefrologické poradně oproti 76 % pacientů v roce 2012. Jsem toho názoru, že informace podané v nefrologické poradně mají pro pacienty vyšší váhu a větší informační význam než např. informace od jiných osob (v roce 2012 neuvedl žádný z pacientů, že se o PD dozvěděl od jiné osoby, ale v roce 2004 toto uvedlo 8 % pacientů). Očekávala jsem možnost informace o metodě PD od jiných osob i v roce 2012, velmi kladně jsem zhodnotila 0 % výsledek.

V roce 2004 bylo víc pacientů 44 % zařazeno do transplantačního programu oproti roku 2012, kdy jich je zařazeno 32 %, jak je patrné z grafu č. 35. Ač by se mohlo na první pohled zdát, že v roce 2012 je situace horší, opak je pravdou. V České republice

se v současné době zařazují nemocní na transplantační listinu bez absolutní kontraindikace, ještě v době před zahájením chronické dialyzační léčby. Je jich tedy více transplantováno před zahájením léčby chronického selhání ledvin a tudíž méně na transplantační listině. Pro pacienty je samozřejmě výhodnější, pokud je transplantace provedena již před zahájením léčby PD. Je možno se tak vyhnout případným komplikacím, které každou dialyzační léčbu doprovází.

Vzhledem k neúplným odpovědím ohledně délky zařazení na transplantaci v grafu č. 35a (18 % pacientů v roce 2012 neumělo odpovědět) nelze stanovit, k jakému posunu v době čekání na transplantaci došlo mezi oběma hodnocenými obdobími.

Z grafu č. 36 je patrné, že se rozšiřují i možnosti programů PD. Pokud srovnáme zařazení pacientů v jednotlivých dialyzačních programech mezi roky 2004 a 2012, došlo k výrazně vyššímu využívání specifických programů dle individuálních potřeb jednotlivých pacientů. V roce 2004 bylo 100 % pacientů léčeno pouze v kontinuálním programu, ale v roce 2012 již 31 % pacientů mělo stanoven program intermitentní a 2 % pacientů program alternativní.

Ve sledovaných obdobích došlo k výraznému snížení času pacientů potřebného pro přípravu a výměnu dialyzačních roztoků. Zatímco v roce 2004 neuvedl žádný z pacientů, že mu výměna roztoku trvá méně než 30 minut, v roce 2012 to již bylo 25 % pacientů (přehled uveden v grafu č. 37). Dvojnásobek pacientů v roce 2012 (15 %) proti roku 2004 (8 %) využívá možnost výměny roztoků v noci pomocí přístroje (cycler). Tato skutečnost opět napomáhá k pozitivnímu vnímání PD a přináší další zlepšení komfortu pacientů na PD. Tento výsledek je dán rozšířenou nabídkou dialyzačních vaků, které mají objem 500 ml – 1000 ml – 1500 ml oproti dřívější nabídce, kdy měly vaky 2000 ml. Byť by se mohl jevit málo významným, ale ke zrychlení doby přípravy a výměny roztoku přispívá také nově vyvinutý TransferSet unikátní technologií DISC, který pro pacienta znamená snadnou manipulaci. Již nemusí přemýšlet nad tím, zda svorkuje správné hadičky, kde se v sekvenci jednotlivých kroků výměny právě nachází. Výhody nových metod splnily má očekávání, že používání PD je pro pacienty stále jednodušší.

Pacienti, kteří mají zkušenosti s oběma dialyzačními metodami, shodně v obou letech upřednostňují metodu PD (63 % pacientů v roce 2004, 68 % v roce 2012) – graf č. 38. Je zcela zřejmé, že metoda PD je pacienty vnímána podstatně lépe než standardní

HD, a to v obou srovnávacích obdobích (v roce 2012 ještě lépe než v roce 2004). Vzhledem ke všem skutečnostem a výhodám PD (léčba v domácím prostředí, nezávislost pacientů na poskytovateli zdravotních služeb) jsem tento výsledek očekávala.

Třetím cílem práce bylo srovnání rodinné situace pacientů, jejich rodinný stav, akceptace PD rodinou a obecně spokojenost pacientů s rodinnými vztahy. Pacienti odpovídali na otázky ohledně jejich partnerského života, na to, zda cítí ve své rodině dostatečné silné zázemí. Předpokládala jsem, že rodina bude v obou srovnávaných letech znamenat pro pacienty mnoho a bude jim ulehčovat jejich situaci.

V roce 2004 uvedlo 89 % pacientů, že žijí s manželem či manželkou, v roce 2012 to již bylo jen 62 % pacientů. Podstatně přibylo pacientů, kteří žijí sami, a především pacientů, kteří žijí s druhem či družkou nebo jiným příbuzným (graf č. 39). Tento rozdíl určitě souvisí s novými trendy ve společnosti a s vyšším počtem rozvodů. Podstatně více lidí dnes žije ve vztazích mimo manželství a také podstatně méně lidí po případném rozvodu realizuje další manželský vztah. Téměř všichni pacienti uvedli, že jejich rodina akceptuje metodu PD, a že je jim jejich rodina oporou (v obou letech téměř 100 % pacientů – graf č. 40 a 41). V roce 2012 1 % pacientů uvedlo (pouze 1 osoba), že rodina metodu PD neakceptuje a oporou mu není. Domnívám se, že důvodem neakceptování PD není samotná metoda dialýzy, ale spíše problémy v rodině, které nesouvisí s onemocněním a problémy by existovaly i bez onemocnění. Ve fungujícím vztahu by onemocnění nemělo být důvodem odcizení.

Ke změně došlo ve vnímání kvality partnerského života. V roce 2004 pouze 11 % pacientů uvedlo, že PD negativně ovlivnila jejich sexuální život, v roce 2012 to uvedlo již 24 % pacientů. Zároveň ale narostl počet pacientů, kteří na tuto otázku nechtěli odpovídat (17 % v roce 2004, 34 % v roce 2012) – graf č. 42. Domnívám se, že vyšší počet kladných odpovědí v roce 2012 byl způsoben spíše tím, že pacienti byli více otevření, ochotni o problémech hovořit a byli upřímnější než v roce 2004, kdy naprostá většina uvedla, že k žádným změnám nedošlo. Ke stejnému závěru došla i Vandasová ve své práci z roku 2009. V jejím výzkumu přiznalo problémy v partnerském životě celých 62 % pacientů z celkového počtu 21 (100 %). Výrazný rozdíl 38 % v jejím a mém výzkumu si vysvětlují jednak různorodou skladbou pacientů v jednotlivých střediscích

a také tím, že v mém výzkumu pomáhal pacientům s vyplněním zdravotní personál, před kterým samozřejmě ze strany pacientů panuje určitý ostych.

Čtvrtým cílem práce bylo srovnání ekonomické situace pacientů, jejich možnosti zaměstnání a pracovního života. Srovnávala jsem, zda pacienti mohou pracovat, zda mohou setrvat na svých původních pozicích před vznikem onemocnění a k jakým změnám došlo v oblasti rodinných rozpočtů. Předpokládala jsem, že ekonomická situace pacientů bude lepší v roce 2012, že metoda PD umožní více lidem setrvat v jejich původním zaměstnání, případně nalézt zaměstnání odpovídající jejich onemocnění.

V roce 2004 téměř žádný z pacientů v době svého onemocnění nepracoval (pouze 3 % pacientů měla zaměstnání). V roce 2012 již 17 % pacientů uvedlo, že pracují (graf č. 43a 43a). Je patrný značný nárůst pacientů, kteří opět mohou plnohodnotněji žít a chodit do zaměstnání. Je také patrné, že více pacientů odchází do klasického starobního důchodu, méně do invalidního důchodu (v roce 2004 bylo 58 % pacientů v invalidním důchodu, v roce 2012 již pouze 43 %). I tato fakta potvrdila můj předpoklad zlepšení kvality života pacientů léčených PD. Ke stejnému výsledku došla i Vandasová ve svém výzkumu z roku 2009. Z 21 pacientů jich 24 % bylo v průběhu léčby zaměstnáno, stejně tak Vargová, kdy v jejím výzkumu bylo zaměstnáno 20 % pacientů.

K naprosto zásadní změně došlo u pacientů v tom, že nemoc neovlivnila jejich stávající zaměstnání a mohli ho vykonávat i nadále. V roce 2004 uvedlo 72 % pacientů, že je nemoc donutila změnit zaměstnání, ale v roce 2012 již pouze 18 % pacientů muselo zaměstnání změnit (graf č. 44). Rozdíl činí 54 % ve prospěch roku 2012.

S tím souvisí také změny výše příjmů pacientů. V roce 2004 uvedlo 55 % pacientů, že došlo z důvodu jejich nemoci ke snížení příjmů, v roce 2012 to již bylo pouze 23 % pacientů (graf č. 45). Ve výzkumu z roku 2009 Vandasová uvedla u 57 % pacientů změnu zaměstnání, u 43 % se pracovní pozice vlivem nemoci nezměnila. Je tedy patrné, že pozice pacientů v zaměstnání se v průběhu času neustále zlepšuje a výsledky jednotlivých výzkumů se shodují.

Ze všech odpovědí je zřejmé, že v oblasti financí, zaměstnání a pracovního života došlo mezi srovnávanými obdobími ke zlepšení situace u většiny pacientů. Více pacientů pracuje, více pacientů mohlo zůstat ve svém původním zaměstnání a u více pacientů nedošlo ke snížení příjmů z důvodu nemoci. Pravdou ale je, že každá dialyzační metoda znamená zásah do standardního fungování pacienta, přináší únavu, otupělost, omezuje

ho v běžném životě. Nikdy nemůže dojít k tomu, že všichni pacienti budou plnohodnotně pracovat a jejich život nebude nemocí ovlivněn.

Pátým cílem práce je srovnání kvality života pacientů s PD ve vztahu k využívání volnočasových aktivit, jestli a jaké činnosti pacienti provozují. Zjišťovala jsem, jaké možnosti pacientů na PD jsou v oblastech cestování, sportování a dalšího využití jejich volného času a srovnávala vývoj těchto oblastí v čase. Očekávala jsem, že jejich prožívání bude plnohodnotnější, pacienti nebudou tolik omezováni jako pacienti léčení hemodialýzou.

V obou letech uvedla naprostá většina pacientů, že více volného času mají v případě PD (100 % v roce 2004 a 88 % v roce 2012), jak je uvedeno v grafu č. 46. Překvapivé bylo, že v roce 2012 uvedlo 12 % pacientů léčených PD, že mají méně volného času než při standardní HD (v roce 2004 to neuvedl žádný pacient). Myslím si, že se jedná o negativní a pasivní pacienty, které zatěžuje starost o svůj zdravotní stav a kteří berou poskytování HD v dialyzačním středisku jako „odpočinek“ (nic nedělají, pouze čekají, až bude procedura ukončena). Péči o katetr nebo výměnu roztoků považují za činnost, která je zatěžuje.

Jak je patrné z dalšího grafu (graf č. 47), podstatně více pacientů v roce 2012 uvádí, že jim PD umožňuje provozovat volnočasové aktivity (67 % v roce 2004, 91 % v roce 2012) i nadále. Je tedy zřejmé, že PD většinu pacientů nelimituje ve využívání volného času. Při vyhodnocení doby věnované volnočasovým aktivitám (graf č. 48) nebylo možné kvalifikovaně stanovit závěr. V obou srovnávacích letech pacienti shodně uvedli, že se věnují volnočasovým aktivitám různě dlouhou dobu (78 % v roce 2004, 82 % v roce 2012).

Při srovnání míry a způsobu relaxace mezi roky 2004 a 2012 (graf č. 49) nedošlo k žádným výrazným změnám. V roce 2004 stejně jako v roce 2012 relaxovalo přibližně 90 % oslovených pacientů. I způsob relaxace byl v obou srovnávaných obdobích podobný (ruční práce, čtení, sledování televize atd.)

Obdobně při srovnání, zda pacienti před vznikem nemoci sportovali, byly v obou obdobích odpovědi podobné (graf č. 50) – 42 % pacientů v roce 2004 uvedlo, že sportovali, v roce 2012 tuto skutečnost uvedlo jen 35 % pacientů.

K zásadní změně ve srovnávaných obdobích došlo ale u otázky, zda léčba pomocí PD umožňuje pacientům sportovat i nadále (graf č. 51). V roce 2004 uvedlo 13 % pacientů, že mohou dále sportovat, v roce 2012 to bylo již plných 55 %. Rozdíl činí celých 42 %, což považují za velký pokrok. Tento rozdíl je dán především rozvojem informovanosti pacientů. Nyní mají pacienti jako hlavní zdroj informací internet, kde najdou různé rady a doporučení, jak sportovat s katetrem, jaké cviky jsou vhodné, jaké ne a vůbec jaké druhy sportů mohou provozovat. Takovéto informace v roce 2004 chyběly. Firmy, které se zabývají výrobou a distribucí zdravotnických prostředků a zdravotnického materiálu vynakládají nemalé prostředky na výrobu propagačních materiálů (brožury).

U oblasti cestování (graf č. 52) došlo k výrazné změně mezi srovnávanými obdobími. Zatímco v roce 2004 uvedlo 72 % pacientů, že k jejich zálibám patří cestování, v roce 2012 to bylo pouze 46 % pacientů. Mírně také poklesl počet pacientů, kteří pokud cestují, upřednostňují zahraniční dovolenou (38 % v roce 2004 proti 30 % v roce 2012, graf č. 52a). Tento pokles může být způsoben jinou věkovou skupinou pacientů. V roce 2012 bylo podstatně více pacientů ve vyšších věkových skupinách než v roce 2004. S vyšším věkem také souvisí vyšší počet přidružených chorob a tím i celkově horší zdravotní stav, který by cestování stejně neumožňoval.

Ke změnám odpovědí došlo v případě srovnání absolvování vícedenní dovolené. Zatímco v roce 2004 pouze 33 % pacientů jezdilo na delší cesty, v roce 2012 to již bylo 42 % pacientů (graf č. 53).

V případě, že pacienti jezdí na vícedenní dovolené, většina z nich si bere vlastní dialyzační roztoky. Tento počet pacientů se také zvyšuje (67 % v roce 2004, 80 % v roce 2012 – graf č. 54). Pokud si pacienti své roztoky neberou, jsou jim zajištěny jejich dialyzačním střediskem (v obou letech shodně 100 %).

K výrazné změně došlo ve vnímání situace, zda je možné zajistit si dostatečně vhodné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků. Zatímco v roce 2004 si myslelo, že ano 28 % pacientů, v roce 2012 již 58 %. Naprosto se také změnil počet pacientů, kteří na tuto otázku nedokázali odpovědět (odpověď „nevím“ uvedlo v roce 2004 44 % pacientů, v roce 2012 již pouze 6 %) – vše v grafu č. 55. Toto svědčí opět o podstatně lepší informovanosti pacientů

Mnohem více pacientů tedy mělo zkušenost s výměnou roztoků na dovolené. V roce 2004 pouze 25 %, v roce 2012 již 55 % (graf č. 56). Tento nárůst souvisí s tím, že v roce 2012 podstatně více pacientů absolvovalo vícedenní dovolenou, kdy je výměna roztoků již nezbytná. U pacientů v roce 2004 se jednalo spíše o individuální a krátkodobé výlety, kdy výměna roztoků proběhla v domácím prostředí a délka pobytu mimo domov nenutila pacienty k výměně roztoku. Tento 30 % rozdíl je dle mého názoru způsoben lepší informovaností pacientů a tedy větším využíváním všech výhod, které PD poskytuje.

V některých případech je patrné, že se situace pacientů mezi roky 2004 a 2012 příliš nezměnila (způsob trávení volného času, doba věnovaná volnočasovým aktivitám). K zásadním rozdílům ale došlo v tom, že podstatně více pacientů je schopno vykonávat aktivity stejně jako před onemocněním a léčba jim umožňuje provozovat více volnočasových aktivit a trávit více času dle svého uvážení. Využití volného času je také kvalitnější, a to především v oblasti cestování a sportování. Tento pozitivní rozdíl v možnostech pacientů vznikl dle mého názoru i díky vývoji dialyzačních roztoků a materiálu dialyzačních vaků. Kolem roku 2004 se používaly roztoky s obsahem vyšší koncentrace glukózy, která ve větší míře poškozovala peritoneum, čímž se měnila jeho vlastnost jako dialyzační membrány (zvyšuje se jeho propustnost) a tím docházelo častěji ke zdravotním komplikacím. Dále vyšší koncentrace glukózy v dialyzačním roztoku způsobuje zhoršení metabolismu tuků a cukrů. Vaky se dříve vyráběli z PVC a jejich delší doba skladování způsobila uvolňování různých chemických látek do roztoků. Nyní se používají dialyzační roztoky s nižší koncentrací glukózy, s aminokyselinami nebo s polymerem glukózy – icodextrinem. Tyto roztoky pacienta méně zatěžují, protože jsou šetrnější k peritoneu. Stejně tak vaky, které se v současnosti vyrábí ze stabilních a ekologicky nezávadných materiálů. Jsem přesvědčená, že tento rozvoj ve velké míře způsobil větší možnosti pacientů ve všech oblastech jejich života včetně trávení svých volnočasových aktivit.

Metoda PD umožnila pacientům bezesporu plnohodnotnější život ve všech směrech. Je zcela zřejmé, že rozvoj metody PD a její postupné vylepšování umožňuje vést pacientům plnohodnotnější život než dříve a méně je omezuje v jejich aktivitách.

Pacienti v dotazníku subjektivně hodnotili své vnímání metody PD a mohli se volně vyjádřit ke svému zdravotnímu stavu a ke všem problémům. Při vnímání celkové kvality života uvedlo v roce 2004 89 % pacientů, že došlo v jejich případě ke změně. V roce 2012 to bylo 75 % pacientů (graf č. 57), došlo tedy k poklesu počtu pacientů, kteří subjektivně vnímají změnu kvality života při léčbě prostřednictvím PD. Možnosti volného vyjádření svých pocitů a dalších postřehů, které nebyly součástí dotazníku, využilo v roce 2004 pouze 8 % pacientů (tyto údaje nemám k dispozici), v roce 2012 13 % pacientů (graf č. 58). V naprosté většině těchto subjektivních vyjádření pacienti uváděli, že metoda PD je v každém případě výhodnější než hemodialýza. Pacienti se cítili jednoznačně svobodněji, vyhovovalo jim domácí prostředí. Při HD jim nevyhovovalo stresující prostředí v nemocnici, střídání sester, problémy s kanyly, případně i nevybíravé chování sester. Žádný z pacientů se nechtěl vrátit k metodě hemodialýzy.

V České republice je tomu pravděpodobně i proto, že z minulosti jsme jako pacienti zvyklí spoléhat ve všem na lékaře. Nejsme zvyklí diskutovat o možnostech léčby a zejména jako pacienti nejsme ochotni převzít aktivně léčbu do svých rukou. Raději se odevzdáváme do rukou zdravotníků, aniž by to vždycky bylo nutné. Právě pro provádění peritoneální dialýzy je nejdůležitější ochota a odhodlání vzít věci do vlastních rukou. Většina lidí to zvládne sama nebo za pomoci rodiny. Peritoneální dialýza prodělala v 90. letech minulého století výrazný rozvoj, začaly se používat moderní roztoky ve vacích a zdokonalené pomůcky. To všechno přineslo větší komfort pro pacienty.

Z šetření vyplývá, že hlavním rysem, který spojuje výzkum z roku 2004 a rok 2012 je převládající lepší pocit z léčby u všech pacientů bez ohledu na věk a pohlaví.

I přes složité období, které pacientům nemoc v životě přichystala, převládá a to mnohdy díky neustále vpřed postupujícím medicínským postupům a přístupům k pacientům u většiny sledovaných osob optimistický výhled do budoucnosti, a to nejen z hlediska zdravotního stavu, ale i z hlediska kvality jejich životů.

Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že pacientů léčených PD je i v současné době málo. Metoda není stále dostatečně využívána a celá řada pacientů léčených HD by mohla využívat všech výhod PD. Malé využívání PD může být způsobeno i přístupem lékařů a sester hemodialyzačních středisek, případně i přístupem managementů nemocnic k těmto metodám. Z pohledu finančních nákladů u plátců poskytovaných zdravotních služeb se naopak jedná o metodu, která je v každém případě levnější než HD.

Zároveň existuje málo srovnávacích výzkumů, které by sledovaly vývoj využívání PD v čase. Takovéto či podobné srovnávací výzkumy by měly a mohly probíhat v pravidelných časových intervalech, aby byla problematika podchycena a sledována, aby byla zpětná vazba na pacienta neustále sledována z pohledu celostátní péče o něj a poskytovaná péče se mohla dále zkvalitňovat a život pacientů zlepšovat.

Vzhledem k výsledkům, které z mého výzkumu vzešly, bych uvítala větší propagaci této léčebné metody. Jedním z řešení by bylo zvýšení informovanosti lékařů a sester hemodialyzačních středisek, oslovení odborné veřejnosti i plátců zdravotních služeb a seznámení s výsledky všech výzkumů a srovnání. Stálo by za úvahu oslovit představitele České nefrologické společnosti, a nabídnout jim závěry mého výzkumu k nahlédnutí, protože lékař je ten kdo pacienta seznamuje s vhodnými léčebnými metodami chronického selhání ledvin. Otázkou je, nakolik jsou oni této léčebné metody zastánci?

Zároveň by bylo vhodné oslovovat i pacienty formou propagačních materiálů, umístěných v nefrologických poradnách. Tito pacienti by svým aktivním přístupem a vyžadováním PD mohli dosáhnout zvýšeného využití této metody. Tím by zároveň došlo k nárůstu pacientů, kteří mohou svou léčbu absolvovat v domácím prostředí pohodlněji, než ve zdravotnickém zařízení.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zabývali úrovní kvality života pacientů s chronickým onemocněním ledvin, kteří jsou léčeni peritoneální dialýzou (dále jen PD) a jejím srovnáním s výzkumem provedeným v roce 2004. Hodnotili jsme mezi sebou jednotlivé oblasti kvality života, jako jsou: osobní vztahy, pracovní vztahy, ekonomická situace, volnočasové aktivity. Téma jsme zvolili z důvodu narůstajícího počtu pacientů s chronickým onemocněním ledvin a proto, že přestože je PD šetrnější metoda výhodnější pro pacienty, její podíl na ostatních typech léčby se nezvyšuje tak, jak by odpovídalo vývoji.

Práce je rozdělena do teoretické a empirické části. Teoretická část obsahuje anatomický a fyziologický popis ledvin, jejich následnou léčbu při chronickém selhání. Stručně popisuje jednotlivé metody léčby (transplantaci, hemodialýzu), detailněji se zabývá peritoneální dialýzou. Významná část je věnovaná definici kvalitě života obecně kvalitě života pacientů léčenými PD.

Empirická část je složena z vlastního výzkumu v roce 2012 a následné komparace s výzkumem provedeným v roce 2004. Dotazníkový výzkum byl v roce 2012 uskutečněn ve 37 dialyzačních střediscích, zúčastnilo se ho 84 (100 %) pacientů. V roce 2004 bylo pacientů zapojených do průzkumu 36 (100 %). Nejmladšímu pacientovi bylo 20 let, horní hranice nebyla vymezena. Mezi jednotlivými roky byly rozdíly ve věkové struktuře pacientů. V roce 2012 se výzkumu zúčastnilo více starších pacientů než v roce 2004. V roce 2012 bylo také ve vzorku pacientů více mužů než v roce 2004.

Z hlediska vnímání PD pacienty je zcela zřejmé, že tato metoda je jimi vnímána podstatně lépe než hemodialýza (dále jen HD), a to v obou srovnávacích obdobích (v roce 2012 ještě o něco lépe než v roce 2004). Je patrná řada výhod PD proti standardní HD a je patrné zvýšení počtu pacientů, kteří pozitivně vnímají výhody PD a změny v postupech léčby, ke kterým v průběhu času dochází (snižuje se doba pro výměnu dialyzačních roztoků – rozdíl 25 % ve prospěch roku 2012, kdy si pacienti zvládnou výměnu + přípravu do 30 minut – , pacienti jsou podstatně lépe informovaní – o 20 % více v nefrologické poradně a 0 % od jiné osoby. Lepší informovanost jim umožňuje lépe využívat všechny výhody PD, zavádí se nové programy pro PD – nově 31 % léčených intermitentním programem, které všechny výhody ještě dále vylepšují s ohledem na individuální potřeby konkrétního pacienta). Všichni pacienti v roce 2012 byli se svou léčbou spokojeni, a ačkoli

je kvalita života pacientů léčených PD samozřejmě horší než u zdravé populace, pořád je lepší než u pacientů léčených HD.

V případě rodinného života pacientů nedošlo k výrazným změnám, pouze k dílčím rozdílům, které neovlivňují celkové vnímání rodinného zázemí a rodinné pohody. Je zřejmé, že rodina má zásadní vliv na kvalitu života pacientů, pouze se liší samotná definice rodiny. V roce 2004 naprostá většina pacientů žila v manželském vztahu, v roce 2012 již nezáleží, zda se jedná o manželství nebo partnerství. Pozitivní vliv na pacienta, jeho zdravotní stav a kvalitu jeho života má každý způsob soužití, který partnerům vyhovuje.

V oblasti financí a pracovního života došlo mezi srovnávanými obdobími ke zlepšení situace u velké většiny pacientů. Tato oblast se změnila nejvíce, a to v pozitivním smyslu. Větší počet pacientů pracuje (rozdíl 14 % ve prospěch 2012), více pacientů mohlo zůstat ve svém původním zaměstnání (o 54 % víc pacientů v roce 2012) a u více pacientů (o 32 % více v roce 2012) nedošlo ke snížení příjmů z důvodu nemoci. Pravdou ale je, že každá dialyzační metoda znamená zásah do standardního fungování pacienta, přináší únavu, otupělost, omezuje ho v běžném fungování a nikdy nemůže dojít k tomu, že všichni pacienti budou pracovat a jejich život nebude nemocí nijak ovlivněn.

Zlepšení situace pacientů je patrné i v případě využití volnočasových aktivit. Metoda PD umožnila pacientům lépe a kvalitněji trávit svůj volný čas (o 24 % víc v roce 2012). Co je důležité zmínit, že větší počet pacientů (o 42 % víc v roce 2012) může i nadále po PD sportovat.

Větší počet pacientů mohlo trávit více času na dovolených, prožívat vícedenní dovolené bez strachu z výměny roztoků, bez obavy o zajištění vhodného prostředí pro svou nemoc.

Je zcela zřejmé, že rozvoj metody PD, její postupné vylepšování umožňuje vést pacientům plnohodnotnější život než dříve a méně je omezuje v jejich aktivitách. Tím byly naše cíle splněny.

Byli bychom rádi, kdyby toto porovnání pomohlo ozřejmit pocity jednotlivých pacientů a pomohlo posunout vnímání pacienta i z pohledu zdravotního personálu v pozitivním slova smyslu.

Knižní zdroje a periodika

- 1.** BEDNÁŘOVÁ, Vladimíra a Sylvie SULKOVÁ. *Peritoneální dialýza: pro bakalářská studia v medicíně, ošetrovatelství, přírodovědných, pedagogických a tělovýchovných oborech*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 426 s. ISBN 978-807-3450-052.
- 2.** ĎULÍKOVÁ, Josefa. Komplexní péče u dialyzovaného pacienta. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9., č. 6, s. 326-327. ISSN: 1213-1768.
- 3.** HOMOLKOVÁ, Vladěna a Marie KOLÁŘOVÁ. Transplantace ledvin: úvod do problematiky. *Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky*. 2012, roč.8, č. 3,s. 30 - 31. ISSN 1801-1349.
- 4.** GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736-259.
- 5.** KRACÍKOVÁ, Jindra. Chronické selhání ledvin a jeho léčba z pohledu všeobecné sestry. *Medicína pro praxi*. 2011, roč. 8, 7-8, s. 339-341. ISSN: 1214-8687.
- 6.** KRACÍKOVÁ, Jindra. Význam peritoneální dialýzy v léčbě pacienta při chronickém selhání ledvin a role sestry. *Florence*. 2010, roč. 6, č. 11, s. 10-11 ISSN 1801-464X
- 7.** MAHROVÁ, Andrea, Jitka PRAJSOVÁ a Václav BUNC. Kvalita života dialyzovaných jedinců ČR ve vztahu k fyzické aktivitě. *Kontakt: odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky*. 2009, roč. 11, č. 2, s. 424-432. ISSN: 1212-4117.
- 8.** MAJOR, Marek a Lukáš SVOBODA. *Náhrada funkce ledvin - hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2000, 38 s., sv. 12. ISBN 80-725-4127-7.
- 9.** MAREŠ, Jiří. A KOL. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In: MAREŠ, Jiří. *Kvalita života: u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006, s.11-28. ISBN 80-86633-65-9.
- 10.** MAREŠ, Jiří a Jana MAREŠOVÁ. Kvalita života související se zdravím. In: MAREŠ, Jiří. *Kvalita života: u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006, s. 29-42. ISBN 80-86633-65-9.
- 11.** MATĚJOVIČ, Martin. Akutní poškození a selhání ledvin – výběr z nových doporučení. *Postgraduální medicína*. 2013, roč. 15, č. 6, s. 52. ISSN: 1212-4184.
- 12.** NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.
- 13.** PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-725-4657-0.

Zahraniční zdroje

25. BALASUBRAMANIAN, Gowrie, Khadija MCKITTY a Stanley L.-S. FAN. Comparing automated peritoneal dialysis with continuous ambulatory peritoneal dialysis: survival and quality of life differences?. 2010, [online]. [cit. 2014-04-12]. Dostupné z: <http://ndt.oxfordjournals.org/content/26/5/1702.abstract?sid=9036fa2b-4858-4f36-bc55-02268bfabe0c>
26. History of Peritoneal Dialysis: The term. In: *Fresenius Medical Care* [online].c2014 [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://www.fmc-ag.com/263.htm>
27. Will I be able to lead a normal life on PD?: Will I be able to go to work?. In: *The National Kidney Federation: NKF supporting kidney patients* [online]. 2001, poslední aktualizace 20.9.2013 [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: <http://www.kidney.org.uk/help/medical-information-from-the-nkf-/medical-info-pd/medical-info-pd-pdaffect/#top>

Akademické práce

28. HAVLIŠOVÁ, Pavla. *Kvalita života u nemocných s peritoneální dialýzou*. České Budějovice, 2005, 58 l. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Valérie Tóthová,
29. VANDASOVÁ, Věra. *Kvalita života z pohledu pacienta s peritoneální dialýzou* [online]. Hradec Králové, 2009 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71937/>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze.
30. VRÁGOVÁ, Eliška. *Kvalita života jedinců s chronickým selháváním ledvin léčených peritoneální dialýzou* [online]. Praha, 2010 [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/66941/>. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze.

Seznam grafů

- Graf č. 2: Pohlaví pacientů
- Graf č. 2: Věková skupina pacientů
- Graf č. 3: Délka léčby PD
- Graf č. 4: Předešlá léčba PD hemodialýzou
- Graf č. 5: Informovanost pacientů
- Graf č. 6: Transplantační listina
- Graf č. 6a: Doba čekání na transplantaci
- Graf č. 7: Dialyzační program
- Graf č. 8: Doba přípravy a výměny dialyzačních roztoků.
- Graf č. 9: Srovnání HD a PD
- Graf č. 10: Rodinné zázemí
- Graf č. 11: Rodinná situace
- Graf č. 12: Rodinná opora
- Graf č. 13: Změna partnerského života
- Graf č. 14: Zaměstnání během léčby
- Graf č. 14a: Nepracující pacienti
- Graf č. 15: Změna zaměstnání v průběhu léčby
- Graf č. 16: Finanční situace
- Graf č. 17: Volný čas
- Graf č. 18: Volnočasové aktivity
- Graf č. 19: Doba věnovaná volnočasovým aktivitám
- Graf č. 20: Způsob relaxace
- Graf č. 21: Sportovní aktivity před léčbou
- Graf č. 22: Sportování v režimu PD
- Graf č. 23: Záliba v cestování
- Graf č. 23a: Cestování do zahraničí
- Graf č. 24: Vícedenní cestování
- Graf č. 25: Vlastní dialyzační roztoky
- Graf č. 26: Zajištění dostatečného prostředí pro výměnu roztoků
- Graf č. 27: Zkušenost s výměnou roztoků na dovolené

Graf č. 28: Subjektivní hodnocení
Graf č. 29: Sdělení pacientů
Graf č. 30: Pohlaví pacientů
Graf č. 31: Věková skupina pacientů
Graf č. 32: Délka léčby PD
Graf č. 33: Předešlá léčba PD hemodialýzou
Graf č. 34: Informovanost pacientů
Graf č. 35: Transplantační listina
Graf č. 35a: Doba čekání na transplantaci
Graf č. 36: Dialyzační program
Graf č. 37: Doba přípravy a výměny dialyzačních roztoků
Graf č. 38: Srovnání HD a PD
Graf č. 39: Rodinné zázemí
Graf č. 40: Rodinná situace
Graf č. 41: Rodinná opora
Graf č. 42: Změna partnerského života
Graf č. 43: Zaměstnání během léčby
Graf č. 43a: Nepracující pacienti
Graf č. 44: Změna zaměstnání v průběhu léčby
Graf č. 45: Finanční situace
Graf č. 46: Volný čas
Graf č. 47: Volnočasové aktivity
Graf č. 48: Doba věnovaná volnočasovým aktivitám
Graf č. 49: Způsob relaxace
Graf č. 50: Sportovní aktivity před léčbou
Graf č. 51: Sportování v režimu PD
Graf č. 52: Záliba v cestování
Graf č. 52a: Cestování do zahraničí
Graf č. 53: Vícedenní cestování
Graf č. 54: Vlastní dialyzační roztoky
Graf č. 55: Zajištění dostatečného prostředí pro výměnu roztoků
Graf č. 56: Zkušenost s výměnou roztoků na dovolené

Graf č. 57: Subjektivní hodnocení

Graf č. 58: Sdělení pacientů

Seznam zkratk :

APD – automated peritoneal dialysis

CAPD – continuous ambulatory peritoneal dialysis

PD – peritoneální dialýza

HD – hemodialýza

HRQoL – Health Related Quality of Life

QOL – Quality of Life

WHOQoL – World Health Organization Quality of Life Assessment

SF-36 – Short Form 36 Health Subject Questionnaire

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life

SIP – Sickness Impact Profile

KDQOL – Kidney Disease Quality of Life Instrument

apod. – a podobně

např. – například

aj. – a jiné

tzv. – tak zvané

Seznam příloh

Příloha A Dotazník

Příloha B Hemodialyzační přístroj

Příloha C Peritoneální dialýza

Příloha D Systém vaků

Příloha E Peritoneální katétr

Příloha F Cyclor

Příloha G Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce

Příloha A

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Magda Fauová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. K závěru studia zpracovávám práci zabývající se zhodnocením kvality života a ošetrovatelské péče nemocného s peritoneální dialýzou.

Tímto bych Vás ráda poprosila o spolupráci vyplněním tohoto dotazníku. Na otázky odpovídejte zaškrtnutím odpovědi, která nejvíce odpovídá Vašemu názoru, vždy pouze jednu, v místě teček doplňte odpověď podle skutečnosti. Vyplnění dotazníku je naprosto anonymní a zcela dobrovolné, tímto Vám za jeho vyplnění děkuji.

- 1. Docházel(a) jste před peritoneální dialýzou(dále jen PD) na hemodialýzu(dále jen HD)?** ano ne

pokud ANO, kolikrát týdně a jak dlouho?(kolik měsíců)?.....

- 2. Kde jste se poprvé dozvěděl(a) o metodě peritoneální dialýzy?**

- v nefrologické poradně až při selhání ledvin, během hospitalizace
 od jiné osoby jiný zdroj.....

- 3. Jste zařazen(a) do transplantačního programu?** ano ne nevím

pokud ANO, jak dlouho? (kolik měsíců) ?.....

- 4. Na jakém dialyzačním programu jste?**

- kontinuální (v dutině břišní je neustále roztok)
 intermitentní (dutina břišní je po určitou dobu bez roztoku)
 alternativní (určité spojení předchozích metod)

5. Kolik času denně Vám zabírá příprava+vlastní výměna dialyzačních roztoků ?

.....hod

6. S kým žijete: sám(a) s manželkou, manželem s druhem, družkou
 jiný příbuzný

7. Vaše rodina akceptuje metodu PD? ano ne

8. Je Vám Vaše rodina oporou? ano ne

9. Ovlivnila PD negativně Váš partnerský (sexuálním) život? ano ne
 nechci odpovědět

10. Jste zaměstnán(a)? ano ne

pokud NE, jste: starobní důchodce invalidní důchodce

evidován(a) na úřadu práce pracovní neschopnost

11. Změnil(a) jste zaměstnání z důvodu onemocnění ledvin? ano ne

12. Došlo ke snížení Vašeho příjmu následkem změny zaměstnání? ano ne

13. Pokud srovnáte metodu HD a PD, mohl(a) byste uvést, jak jste se cítil(a)?(k dané metodě uveďte odpověď, která nejvíce odpovídá Vaším pocitům, pokud jste léčeni rovnou PD, na tuto otázku neodpovídejte)

HD lépe stejně méně starostí méně času
 jiné

PD lépe stejně méně starostí méně času
 jiné

14. Myslíte si, že nyní – v léčbě PD - máte více volného času, než když jste docházel(a) na hemodialýzu? (odpovězte pouze, pokud jste v otázce č. 1 odpověděli ANO)

ano ne

15. Umožňuje Vám PD provozovat volnočasové aktivity? (četba, sport, zahradničení...)

pokud ANO odpovídejte dále ano ne

16. Kolik času měsíčně se věnujete volnočasovým aktivitám?

1-5 h 5-15 h 16-20 h je to pokaždé jinak

17. Relaxujete? Jakým způsobem?

ANO.... NE

četba sledování televize luštění křížovek internet procházky
v přírodě jiné.....

18. Provozoval(a) jste před léčbou PD nějaký sport (rekreačně i aktivně)?

ano ne

Pokud ANO jaký druh sportu?.....

19. Dovoluje Vám léčba PD sportovat i nadále? ano ne

20. Patří mezi Vaše záliby cestování? ano ne

Pokud ano, jezdíte i do zahraničí? ano ne

21. Jezdíte na vícedenní cesty od doby léčení PD? ano ne

22. Berete si s sebou vlastní dialyzační roztoky? ano ne

pokud NE, zajistí Vám převoz roztoků vaše dialyzační středisko? ano ne

23. Myslíte si, že je možné zajistit si dostatečné prostředí pro výměnu dialyzačních roztoků, např. v hotelu? ano ne nevím

24. Máte s tím nějaké zkušenosti? ano ne

25. Vaše pohlaví : žena muž

26. Vaše věková skupina : a) 20-35 b) 36-50 c) 51-65 d) 66 a více

27. Jak dlouho si provádíte peritoneální dialýzu? (měsíců).....

28. Máte celkový pocit, že vzhledem k léčbě PD se Vaše kvalita života změnila?

ano ne

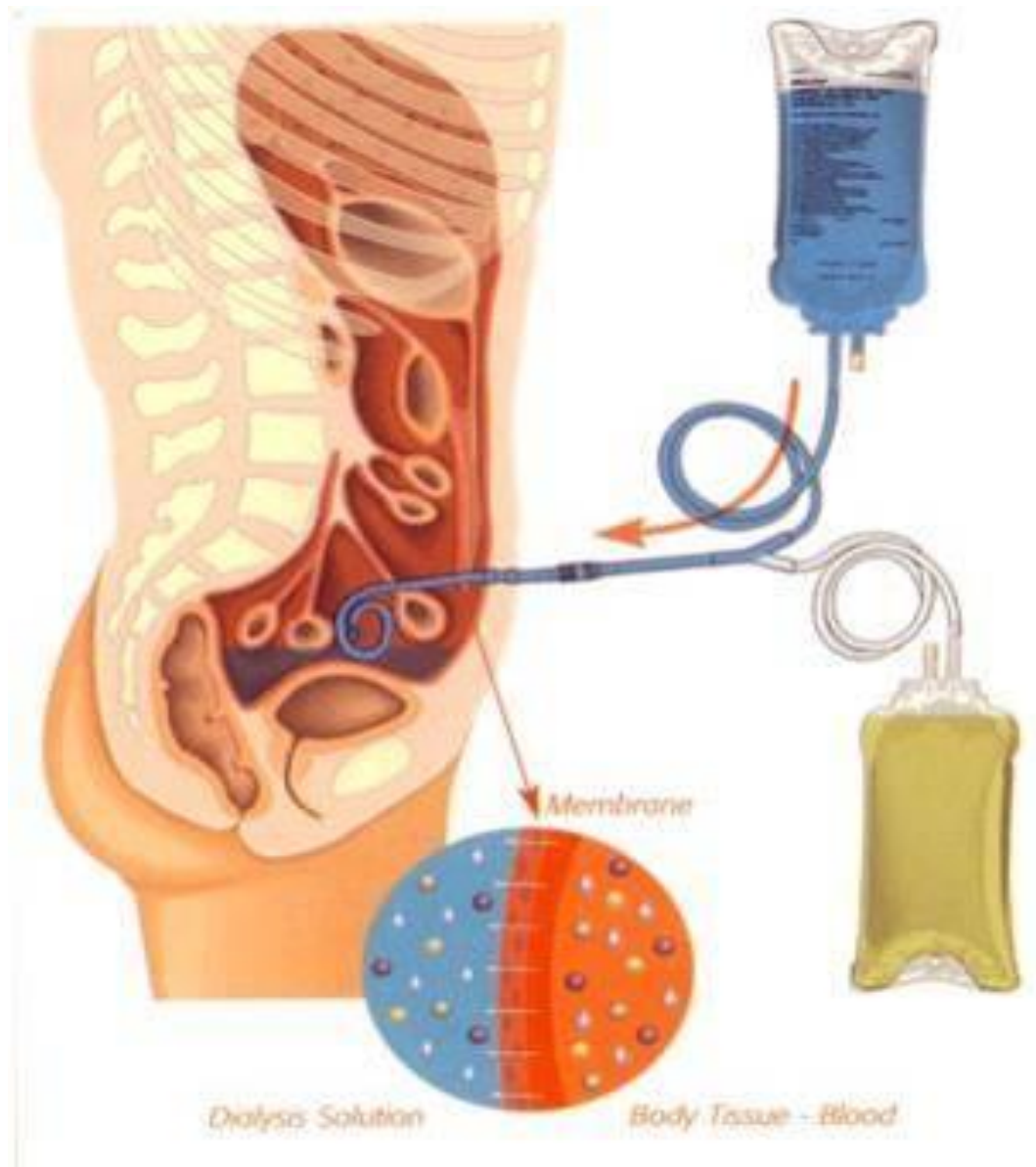
29. Chtěl(a) byste na závěr vyjádřit nějaké Vaše zkušenosti, pocity, problémy a jiné, které jsou dle Vašeho názoru důležité v rámci Vaší léčby PD?

Příloha B



<http://braunoviny.bbraun.cz/clanky/dialog-evolution/>

Příloha C



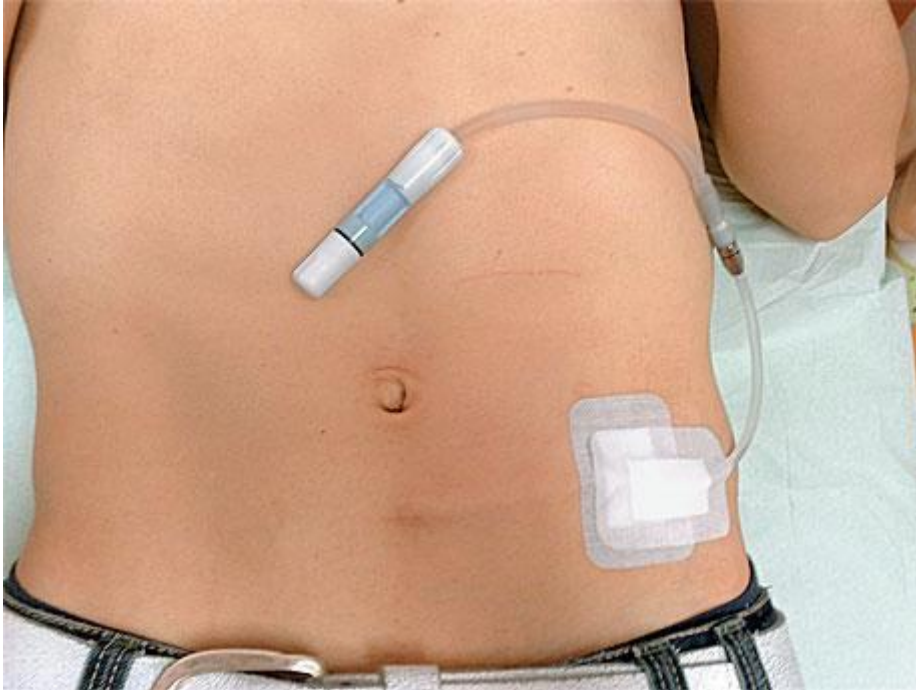
http://www.baxterhealthcare.com.au/patients_and_caregivers/areas_of_expertise/renal/treatment_options.html

Příloha D



Peritoneální dialýza. Více vám a vašim pacientům. Fresenius Mediale Car Deutschland GmbH.2009

Příloha E



<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/priprava-pacienta-s-diabetes-mellitus-pred-dialyzou-a-peritoneal-418775>

Příloha F



<http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/2011/04/index.php?ap=zkušenostspd>

