

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetřovatelství

Miriam Sochrová

Vliv domácí parenterální výživy na kvalitu života klientů

Bakalářská práce

Praha 2015

Autor práce: Miriam Sochrová

Vedoucí práce: PhDr. Šárka Tomová PhD.

Oponent práce: PhDr. Hana Nikodemová

Datum obhajoby: 8. 6. 2015

Bibliografický záznam

SOCHROVÁ, Miriam. *Vliv domácí parenterální výživy na kvalitu života klientů*. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2015. 61 s. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová PhD.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou života dospělých nemocných v programu domácí parenterální výživy. Práce je rozdělená na teoretickou a empirickou část. V teoretické části jsou zahrnuty poznatky týkající se cévních přístupů k aplikaci, indikací a kontraindikací parenterální výživy. Dále jsou popsány dimenze a pojmy týkající se kvality života, získané prostřednictvím dostupné, již publikované literatury.

V empirické části práce je popsána metodika průzkumného šetření, které bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí distribuce dotazníků uživatelům domácí parenterální výživy. Získané údaje byly statisticky zpracovány a prezentovány pomocí tabelárních přehledů a výsečových diagramů. Cílem mé práce bylo zjistit, jak dostatečná je informovanost skupiny pacientů užívajících domácí parenterální výživu a jaký to má vliv na opětovné začlenění do pracovního procesu, věnování se svým zálibám. Výstupem práce je porovnání teoretických hypotéz se subjektivním vyjádřením pacientů pomocí dotazníku. Výsledky nabízí možnost pohledu do oblasti kvality života lidí, kteří jsou odkázáni na domácí parenterální výživu.

Abstract

My bachelor thesis deals with the life of adult patients in the program of home parenteral nutrition. The thesis is divided into theoretical and empirical parts. The theoretical part includes knowledge concerning the vascular accesses the for application, indications and contraindications of parenteral nutrition. The following describes the dimensions and concepts related to the quality of life, obtained through available, already published literature.

In the empirical part of the thesis describes the methodology of research that was carried out by a quantitative method by distributing questionnaires to users of home

parenteral nutrition. The obtained data were statistically analyzed and presented using tabular reports and pie charts. The aim of this work was to determine how adequate is the awareness of patients receiving home parenteral nutrition and how it affects the reintegration into the workforce, dedication to their hobbies. The outcome of this work is to compare theoretical hypotheses subjective expression of patients using a questionnaire. Results offer the possibility of looking into the quality of life of people who are dependent on home parenteral nutrition.

Klíčová slova

Domácí parenterální výživa; Klient; Kvalita; Život

Keywords

Client; Home parenteral nutrition; Life ; Quality

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Miriam Sochrová**Studijní program: **Ošetřovatelství**Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Vliv domácí parenterální výživy na kvalitu života klientů.**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v Opatření děkana 2. LF UK č. 12/2010. Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody). Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry. Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu. Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

- KOHOUT, Pavel — KOTRLÍKOVÁ, Eva. Základy klinické výživy. 1. vyd. v nakl. Forsapi. Praha : Forsapi, 2009. ISBN: 978-80-87250-05-1.
- KŘEMEN, Jaromír — KOTRLÍKOVÁ, Eva — SVAČINA, Štěpán. Enterální a parenterální výživa. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2009. ISBN: 978-80-204-2070-1.
- URBÁNKOVÁ, Pavla — URBÁNEK, Libor. Klinická výživa v současné praxi. Vyd. 1. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN: 978-80-7013-473-3.
- TAPPENDEN, Kelly A. (ed.). Micronutrients in parenteral nutrition: too little or too much?: proceedings from the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 2009 research workshop: January 30-31, 2009, New Orleans, Louisiana. New York : Elsevier, 2009.
- CHARVÁT, Jiří — KVAPIL, Milan. Praktikum umělé výživy: učební texty k praktickým cvičením z umělé výživy. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN: 80-246-1303-4.
- BRODANOVÁ, Marie — ANDĚL, Michal. Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa. 1. vyd. Praha : Grada, 1994. ISBN: 80-85623-60-9.
- LUKEŠOVÁ, Šárka — KOPECKÝ, Otakar. Problematika výživy u onkologicky nemocných pacientů. Praktický lékař, 2011, roč. 91, č. 6, s. 321-324. ISSN: 0032-6739.
- VRZALOVÁ, Drahomíra — KONEČNÝ, Michal — EHRMANN, Jiří. Enterální a parenterální výživa u pacientů s nespecifickými střevními záněty. Medicína pro praxi, 2011, roč. 8, č. 7-8, s. 337-338. ISSN: 1214-8687.

JANŮ, Michal — MASTEIKOVÁ, Ruta. Historie parenterální výživy. Praktické lékařství, 2009, roč. 5, č. 2, s. 97-98. ISSN: 1801-2434.
KOTRLÍKOVÁ, Eva — KŘEMEN, Jaromír. Domácí parenterální výživa. Interní medicína pro praxi, 2008, roč. 10, č. 2, s. 76-79. ISSN: 1212-7299.

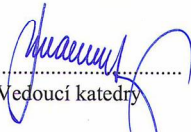
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka**

Oponenti: **Mgr. Nikodemová Hana**

Konzultanti: **Mgr. Komorousová Tereza**

Datum zadání bakalářské práce: 20.3.2014

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry
V Praze dne 20.3.2014


.....
Děkan

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze **12. 4. 2015**

Miriam Sochrová

Poděkování

Děkuji paní **PhDr. Šárce Tomové PhD.**, za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady v průběhu jejího zpracování. Dále děkuji své rodině za projevenou podporu po dobu mého studia.

OBSAH

1	ÚVOD.....	7
1.1	CÍLE A PRACOVNÍ HYPOTÉZY	8
2	PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	9
2.1	INDIKACE PARENTERÁLNÍ VÝŽIVY	9
2.2	KONTRAINDIKACE PARENTERÁLNÍ VÝŽIVY	10
2.3	CÉVNÍ PŘÍSTUPY PRO PARENTERÁLNÍ VÝŽIVU.....	10
2.3.1	Periferní žilní vstupy.....	10
2.3.2	Centrální žilní vstupy.....	11
3	DOMÁCÍ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA.....	13
3.1	PŘEDPIS VÝŽIVY A AMBULANTNÍ PÉČE	13
3.2	TECHNICKÉ ZAJIŠTĚNÍ DPV	14
3.3	PROSTŘEDKY A PŘÍPRAVKY PRO DPV	15
3.4	EDUKACE PACIENTA S DPV	16
3.5	PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DPV	16
3.6	EKONOMICKÉ ASPEKTY DPV	17
3.7	PROGNÓZA PACIENTŮ S DPV	17
4	KOMPETENCE SESTER V DPV.....	19
5	KVALITA ŽIVOTA	21
5.1	VYMEZENÍ POJMU KVALITY ŽIVOTA.....	21
5.2	DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	23
5.3	PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA.....	24
5.3.1	Psychologický přístup ke kvalitě života.....	24
5.3.2	Fyziologický přístup ke kvalitě života	25
5.3.3	Sociologický přístup ke kvalitě života	25
5.3.4	Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života	26
5.4	NÁSTROJE A METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	26
6.2	POPIS A CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	29
6.3	ORGANIZACE ŠETŘENÍ A STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ	29
6.4	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	30
6.5	SHRnutí ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ.....	44
6.6	DISKUZE.....	46
7.	ZÁVĚR.....	52

REFERENČNÍ SEZNAM.....	54
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	60
SEZNAM TABULEK	61
SEZNAM PŘÍLOH.....	62

Seznam zkratek

a.s. – akciová společnost

cca – circa

č. - číslo

ČLS JEP - Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká Republika

DPV – domácí parenterální výživa

et al. - kolektiv

FN – fakultní nemocnice

GIT – gastrointestinální trakt

JIP – Jednotka intenzivní péče

ml – mililitr

NHP - Nottingham Health Profile

odst. – odstavec

QOL – quality of life

s. – strana

SIP – Sickness Impact Profile

SKVIMP – Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče

TID - totally implanted device

tzn. - to znamená

USA – Spojené státy americké

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

WHOQOL – BREF - The World Health Organization Quality of Life

Zkratky vztahující se k průzkumnému šetření

n = absolutní četnost

% = relativní četnost

p – hodnota = hladina významnosti

H₀ = nulová hypotéza

H_A = alternativní hypotéza

1 ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila proto, že se dotýká mé každodenní praxe v zaměstnání. Při své práci na jednotce intenzivní metabolické péče se čím dál častěji setkávám s nemocnými, kteří jsou nedostatečně živeni z různých příčin. Další z důvodů, proč jsem si téma výživy vybrala, je, že se poměrně často setkávám s mylným názorem některých zdravotníků, že krátkodobé hladovění je pro nemocného bezvýznamné, nebo že je dokonce prospěšné. Při studování dostupné literatury jsem se přesvědčila o negativních důsledcích hladovění a stresu. Tyto poznatky chci dále šířit mezi zdravotnickou veřejnost. Ze zdrojů vyplývá, že právě u nemocných v těžkém stavu, u nichž jsou ohroženy základní životní funkce a kteří jsou již z důvodu základního onemocnění v katabolickém stavu, může hladovění vést a zpravidla vede k prohloubení katabolického stavu s řadou negativních, často až fatálních důsledků. S nárůstem počtu náročných operačních výkonů a závažných multiorgánových selhání vyžadujících intenzivní péči, nabývá důležitosti i nutnost dobrého nutričního stavu. Je tedy zřejmé, že s využitím klinické výživy se dnes setkáváme napříč všemi obory. Jedná se o stavy, kdy nemůžeme zajistit potřebný přísun živin enterální cestou. Nejčastější využití parenterální výživy nacházím u nemocných se syndromem krátkého střeva a chronické poruchy pasáže při onkologickém onemocnění. U těchto pacientů, po zvládnutí akutního stavu, je podávání parenterální výživy často jediným důvodem k pokračující hospitalizaci. Delší upoutání na lůžko by vedlo k riziku vzniku dalších komplikací, což by mohlo vést k jejich trvalé invalidizaci. Optimálním řešením pro tyto pacienty je tedy zajištění aplikace parenterální výživy v jejich domácím prostředí. Mým úkolem je zjistit, nakolik jsou tito pacienti schopni provádět úkony spojené s aplikací domácí parenterální výživy sami, nebo za asistence rodiny, popřípadě agentury domácí péče.

Již zmiňovaný způsob výživy má pro pacienty obrovský význam, protože jim umožňuje prakticky návrat do běžného života, mnohdy i pracovního. Tito pacienti jsou po dobu krátké hospitalizace řádně edukováni, procházejí zácvikem pod dohledem odborně školeného personálu a nadále jsou pak v dispenzarizaci specializovaných

nutričních ambulancí. Parenterální výživa je z mého pohledu typickým oborem, který nutně vyžaduje týmovou spolupráci. Podílí se na ní jak lékař, který parenterální výživu předepisuje a zavádí cévní vstup, tak všeobecná sestra, v jejíž kompetenci je příprava infuzních roztoků, jejich aplikace a svědomitá péče o cévní přístup.

O tom, že cílená nutriční intervence přináší pozitivní výsledky u mnoha nemocných v těžkých stavech, je možno se přesvědčit právě jejím praktickým prováděním.

1.1 Cíle a pracovní hypotézy

Cíle:

1. Zjistit informovanost pacientů v oblasti domácí parenterální výživy.
2. Zjistit přínos užití domácí parenterální výživy s ohledem na návrat do plnohodnotného života, včetně začlenění do pracovního procesu.
3. Zjistit věkové složení uživatelů domácí parenterální výživy.
4. Prozkoumat spokojenost uživatelů domácí parenterální výživy s úrovní edukace ze strany zdravotnického personálu a spokojenost s logistickým zabezpečením materiálu pro domácí využití parenterální výživy.
5. Provést analýzu zjištěných dat z dotazníkového šetření a prezentovat výsledky vlastního průzkumu.

Hypotézy:

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že klienti, kteří mají dostatek potřebných informací k domácí parenterální výživě (DPV), jsou méně znevýhodněni v soukromém a pracovním životě, než ti, kteří tyto informace nemají.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že provozování DPV vlastní osobou bez využití služeb domácí péče, nebo rodiny, nezávisí na pohlaví.

Hypotéza č. 3: Lze očekávat, že, jak klienti s DPV nad 50 let tak klienti pod 50 let věku mají stejnou možnost věnovat se svým zálibám.

2 PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Pod pojmem parenterální výživa rozumíme podávání živin nitrožilně, tedy mimo trávicí trakt. Při tomto způsobu výživy dochází k využití různých cévních přístupů, kdy jsou důležité živiny podávány do žilního systému. Tento způsob aplikace lze použít pouze v případě, když nejsme schopni zajistit dostatečný přívod živin perorální cestou, nebo je perorální příjem absolutně kontraindikován. Jedná se totiž o nefyziologickou cestu podávání výživy, která může být spojena s vážnějšími komplikacemi, než u enterálního příjmu živin. Neméně podstatnou stránkou věci je finanční zatížení, jedná se totiž o vysoce nákladný způsob výživy. Ze všech uvedených důvodů je potřeba podávání parenterální výživy vždy dobře zvážit a indikovat ji pouze v odůvodněných případech (Anděl, 1999).

„Dobrý nutriční stav je předpokladem nejen pro optimální rezistenci na infekci a optimální odpověď na metabolické změny při traumatu, ale také podmínkou pro optimální odpověď na farmakologickou či chirurgickou terapii“ (Anděl, 1999, s. 101).

2.1 Indikace parenterální výživy

Parenterální výživa je indikována ve všech situacích, kde není možné fyziologické podávání do gastrointestinálního traktu (dále jen GIT), je - li tento trakt nefunkční, nebo jej nelze stravou zatěžovat pro intoleranci. K indikacím patří: ileózní stav, vážná poranění GIT a pooperační fáze po chirurgických výkonech na GIT, těžká akutní pankreatitida, akutní hepato- renální selhání, těžké popáleniny. Patří sem také stavy, kdy je potřeba z terapeutického důvodu obejít trávicí trakt například: těžké formy Crohnovy nemoci, zánětlivá onemocnění střeva, syndrom krátkého střeva, silná radiační enteritida nebo těžké průjemy a zvracení. Mezi další onemocnění, kdy volíme parenterální výživu, patří: intoxikace, těžká polytraumata, poškození GIT-u chemoterapií nebo radioterapií, poruchy polykání, nádorová onemocnění a v neposlední řadě malnutrice a mentální anorexie (Urbánek, 2008; Beňo, 2001; Charvát, et al., 2006; Kohout, et al., 2005).

Domácí parenterální výživa (dále jen DPV), má pro mnohé pacienty s vážným onemocněním život zachraňující význam. Nelze ji však chápat, jako metodu, která za každou cenu prodlouží život. Je třeba zohlednit i kvalitu života, která pacientům v tomto stavu zůstává. V Evropě existují velké rozdíly v indikacích pro DPV, například v Anglii jen zlomek pacientů postižených nádory dostává DPV, kdežto v Itálii, nebo Švédsku, je jich většina (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/domaci-parenteralni-vyziva-129668>).

2.2 Kontraindikace parenterální výživy

Za absolutní kontraindikaci je považován funkční trávicí trakt, který je schopen přijímat a zpracovávat jednotlivé složky potravy. Zjednodušeně řečeno, pokud nemocný je schopen jíst a užít se. Za kontraindikaci můžeme považovat terminální stadium nemoci, těžký šokový stav doprovázený tkáňovou hypoxií a těžkou acidózou, dále pak bezprostřední období po rozsáhlých traumatech a operacích (Urbánek, 2008).

2.3 Cévní přístupy pro parenterální výživu

Volba a výběr vhodné žíly pro aplikaci parenterální výživy se řídí nejenom anatomickými poměry pacienta, nýbrž zvažovanou délkou podávání výživy a taky celkovým stavem nemocného (Anděl, 1999; Kohout, et al., 2005).

2.3.1 Periferní žilní vstupy

Aplikace parenterální výživy cestou periferních žil řadíme mezi jednoduché způsoby výživy. Tuto variantu volíme tehdy, počítáme-li s podáváním výživy po dobu kratší než sedm dní. Musíme však současně myslet na mechanické dráždění hyperosmolárními roztoky, kdy je periferní žíla ohrožena lokálním zánětem- flebitidou. Periferní přístup se využívá zejména v případech, kdy není úspěšná katetrizace centrálních žil, nebo během přechodného období, kdy není možno centrální katétr používat, například z důvodu hrozící katérové sepsy či bakteriémie.

Nejčastěji využívaným místem aplikace periferní parenterální výživy je oblast kubitální jamky, nebo lze použít i žíly předloktí, výjimečně pak i hřbet ruky. Využívají

se především vena cephalica a vena basilica. Mezi nesporné výhody podávání parenterální výživy touto cestou patří: snadný přístup, časné rozeznání vzniku zánětu v místě zavedení periferní kanyly (Anděl, 1998; Zadák, 2008).

2.3.2 *Centrální žilní vstupy*

Tento přístup volíme v případě, kdy je předpoklad nutnosti delší nutriční podpory, nebo při nutnosti volumové resuscitace pacienta. Nespornou výhodou je možnost kontrolovaného podávání roztoků vyšších koncentrací o malých objemech bez rozvoje obávané flebitidy nebo trombózy při periferním podání. Další výhodou kanylace velké žíly je i snadný přístup k odběrům krve a v intenzivní péči měření centrálního žilního tlaku, jakožto ukazatele hemodynamických změn. Pro tyto účely se nejčastěji využívá přístup cestou vena jugularis, nebo vena subclavia. Pokud se jeví tyto přístupy technicky nevyužitelné, pak lze zvolit cestu přes vena femoralis. Centrální kanyla umožňuje prakticky okamžitý přístup do krevního řečiště, z tohoto důvodu provádíme veškerou manipulaci za sterilních podmínek. Při pečlivém ošetřování centrálního žilního katétru je životnost takového vstupu několik týdnů, případně několik let. Výrobci kanyl v současnosti uvádějí použitý materiál silikon, nebo polyuretan a pro větší adhezi bakterií jsou některé kanyly potaženy stříbrem či antibiotiky (Křemen, et al., 2009). Mezi zásady v péči o katétre patří co největší omezení rozpojování infuzní linky a to z důvodu rizika kontaminace. Centrální žilní katétre, který využíváme k podávání parenterální výživy, nemá být používán pro účely odběru krve. Nasátím krve do katétru při odběru materiálu na biochemické vyšetření dochází k vysrážení bílkoviny a vzniku fibrinového povlaku, který výrazně zvyšuje riziko kontaminace a následné sepse. Z tohoto důvodu je životnost katétru a jeho bezpečnost pro pacienta přímo závislá na pečlivosti a precizním ošetřování sestrou.

Pro použití v domácí parenterální výživě jsou obvykle využívány katétre typu Broviakova nebo Hickmanova. Tyto katétre se zavádějí přes podkožní tunel. Dále se využívají implantace podkožního portu - TID. Tento způsob vyžaduje vytvoření podkožní kapsy, do které je port implantován. Port je překrytý speciální umělohmotnou membránou, která umožňuje opakované punkce speciální zahnutou Huberovou jehlou. Aplikace pomocí této jehly je pouze po dobu terapie, poté je jehla vytažena a membrána se uzavře způsobem, který brání dalšímu pronikání krve do podkoží. Implantace portu je

pro nemocného výhodou, port poskytuje nemocnému v období mezi infuzemi větší volnost a svobodu aktivit.

Podobně jako u periferních katétrů se mohou u pacienta projevit alergické reakce na dezinfekční prostředek, nebo na lokální anestetikum. Komplikace centrálních žilních katétrů jsou mnohem závažnější a vyplývají z anatomických poměrů. Dělíme je na mechanické, metabolické a infekční (Zadák, 2008).

3 DOMÁCÍ PARENTERÁLNÍ VÝŽIVA

Podávání parenterálních léčiv je historicky nastartováno objevem oběhu krve anglickým lékařem Williamem Harweyem v roce 1628, o necelých třicet let později již začínají pokusy s vlastní parenterální aplikací roztoků. Dokumentované případy pak sahají do roku 1831, kdy skotský lékař T. Latta použil infuse fyziologického roztoku u postižených cholerou. Roku 1843 pak C. Bernard podal infuse roztoku glukózy zvířatům i sám sobě. V sedmdesátých letech dvacátého století sledujeme první komerční parenterální přípravky aminokyselin a tukových emulzí. Ve stejném období se světově rozvíjí koncepce parenterální výživy, včetně domácí. Také v ČR od sedmdesátých let lze dokumentovat vývoj, zejména aminokyselinových roztoků. Mezi lety 1920 až 1960 vědci v USA a v Japonsku testovali stovky tukových emulzí různého složení. V Československu byla situace komplikovanější, neboť ještě počátkem devadesátých let byl náš trh poznamenán nedostatkem základních infuzních roztoků. V současné době byl výzkumný potenciál přesunut do zahraničí, jelikož Infusia Hořátev byla v roce 2006 přiřazena k Freseniu Kabi a.s. (www.praktickelekarstvi.cz, 2009).

Domácí parenterální výživa je pro řadu pacientů vhodnou alternativou k hospitalizaci. Pobyt v domácím prostředí, fyzická blízkost nejbližších a psychická podpora, to jsou klady pro takto zvolenou léčbu. Používá se zejména tam, kde lze očekávat dlouhodobou výživu parenterální cestou (zažívací trakt je nefunkční). Nejčastější indikací k tomuto typu výživy je obstrukce při nádorovém onemocnění zažívacího ústrojí, malnutrice při syndromu krátkého střeva, těžké chirurgické zákroky v břišní dutině, nebo těžké formy střevních zánětů. DPV je podávána převážně v nočních hodinách, a to z důvodu pacientova komfortu. Podává se zpravidla infuzní pumpou s obsluhou, s kterou jsou pacienti před propuštěním do domácí péče obeznámeni. Výživa je podávána ve formě předem připravených 2- 3 litrových vaků. Tyto vaky jsou farmaceuticky vyráběny tak, aby obsahovaly veškeré potřebné nutrienty pro zajištění metabolických nároků nemocných (www.internimedicina.cz, 2008).

3.1 Předpis výživy a ambulantní péče

Pro zajištění dostupnosti nutričních ambulancí v celorepublikovém měřítku byl v roce 2007 Společností klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS JEP - Česká

lékařská společnost J. E. Purkyně a vedením VZP zveřejněn projekt jednotné Sítě nutričních ambulancí, který chtěl přiblížit specializovanou péči obyvatelům všech okresů. Předpoklad projektu byl 1 ambulance na 1 okres. Tím vznikl předpoklad pro vznik kolem 125 ambulancí, který by nabízel adekvátní dostupnost pacientům všech regionů. Později byl však původní návrh projektu ze strany VZP přehodnocen.

V současnosti působí v České republice v rámci Společnosti klinické výživy a intenzivní metabolické péče (dále jen SKVIMP) skupina pro DPV sdružující centra poskytující tento typ péče. K datu 24. 2. 2009 bylo v ČR registrováno 53 nutričních ambulancí (SKVIMP). Pracoviště zajišťující DPV musí splňovat zvýšené nároky na zázemí, musí být součástí lůžkového zařízení a musí disponovat potřebným odborným a technickým vybavením. Tato pracoviště musí být v těsné spolupráci s JIP metabolického zaměření. V současnosti existuje v ČR 29 pracovišť s uvedeným zaměřením. Pacienti po dobu hospitalizace, kteří byli sledováni nutričním týmem nemocnice, jsou po propuštění do domácí péče předáváni do péče nutričních poraden, které jim poskytují superkonziliární péči, hodnocení jídelníčku, provedení nepřímé kalorimetrie, odběry krve a samotný předpis výživových vaků a spotřebního materiálu.

Co zahrnuje kontrola v nutriční ambulanci?

- celkové vyšetření lékařem
- antropometrické vyšetření (váha, výška...)
- zhodnocení vývoje hmotnosti a hydratace,
- zhodnocení příjmu stravy, zažívacích obtíží, stupně adaptace (přizpůsobení) střeva
- krevní odběry – parametry vnitřního prostředí, hydratace, výživy, krevní obraz, srážlivost krve

Na základě výsledků vyšetření je pak v případě potřeby upraveno složení parenterální výživy (<http://www.skvimp.cz/?action=changecategory&value=12>).

3.2 Technické zajištění DPV

Pacienti v systému DPV mají zavedené nejčastěji centrální žilní katétry a pro domácí aplikaci výživy jsou vybaveni zdravotnickým materiálem: infuzní sety, infuzní filtry, jednorázové stříkačky a jehly, sterilní rukavice, heparin, dlouhé spojovací hadičky, dezinfekce na ruce, sterilní čtverce a samotné tříkomorové vaky, které si pacienti míchají těsně před použitím. Pro přesné podávání DPV je z technického hlediska nejdůležitější zapůjčení infuzní pumpy. Jsou to elektronická zařízení, která

přesně aktivním tlakem podávají zvolený objem infuzních roztoků za předem definovaný čas do žilního systému pacienta. Všechny infuzní pumpy jsou vybaveny světelným a zvukovým alarmem, nastavováním rychlosti průtoku, detektorem kapek a vzduchu (Mikšová, et al., 2006; Jirkovský, 2012).

3.3 Prostředky a přípravky pro DPV

„V zásadě dělíme parenterální výživu na úplnou a částečnou. Úplná parenterální výživa je schopna pokrýt veškeré energetické a metabolické nároky, zatímco částečná kryje pouze nároky nepokryté enterální cestou“ (www.internimedicina.cz, 2008, s. 78).

Částečnou parenterální výživu lze aplikovat různými formami - využití jednoho vaku po dva dny, či pouze některé dny v týdnu, rovněž lze využít maloobjemové komerčně vyráběné vaky, či hypokalorické vaky připravované v lékárnách. U některých pacientů s dostatečnou enterální utilizací potravy, ale vysokými odpady za zaživacího traktu, vystačíme jen s rehydratačními infuzemi.

Původně byla parenterální výživa podávána systémem jednotlivých lahví. Nazývaným též multi- bottle systém. Nevýhodou této varianty byla zdlouhavá příprava a manipulace s jednotlivými infuzními lahvemi, častá výměna lahví, přepichování a výměna setů, která byla spojena se zvýšeným rizikem zanesením infekce do katétru. Systém více láhví znamenal též vyšší zátěž sester a byl nesrovnatelně dražší (Tappenden, 2009).

Dnes se prakticky setkáváme pouze s vaky systému „All- in- one“. Tento systém je preferován z důvodu ekonomického a taky z důvodu snazší manipulace. Vaky jsou firemně dodávány, nebo v případě nutnosti speciálního složení (onemocnění jater, ledvin, plicní onemocnění) lze připravit vaky v lékárně. Vak se skládá nejčastěji ze tří komor, obsah jednotlivých komor se smíchá těsně před podáním výživy. Výhodou je současné podávání všech základních nutrientů, které prakticky lépe simulují běžný režim příjmu potravy (Urbánek, 2008; Zadák, 2008).

Dvoukomorové vaky mají v jedné komoře glukózu, ve druhé pak roztok aminokyselin, stlačením vaku dojde k narušení švu mezi komorami a následnému smíchání obsahu obou komor. Do těchto vaků se pak přidávají tukové emulze zvláště, neboť nejsou součástí. Z toho důvodu jsou výhodnější tříkomorové vaky, které obsahují ve třetí komoře tukovou emulzi. Manipulace s těmito vaky je stejná. Před aplikací si pacient vak doplní ještě jednou ampulkou polyvitaminózní směsí a ampulkou obsahující

stopové prvky. Vaky se podávají rychlostí do 150ml/ hodinu. Výhodou farmaceuticky vyráběných vaků je dlouhá expirace, čili pacienti se mohou jimi zásobit prakticky i na několik měsíců dopředu (Grofová, 2007; Charvát, et al., 2006).

3.4 Edukace pacienta s DPV

Edukace pacienta nebo častěji jeho rodiny, je zásadní podmínkou pro úspěšný průběh podávání DPV. Probíhá ještě v čase hospitalizace, během které se nemocný naučí pod dohledem vyškoleného personálu: připravovat infuzní vaky, přidávat vitaminové preparáty, nebo tukové emulze do vaku s výživou, manipulovat s vakem, infuzní pumpou a zakládat infuzní set do pumpy. Zásadním krokem pro minimalizaci komplikací, je perfektní a pečlivé osvojení pravidel dodržování asepse při přípravě vaků a ošetřování katétru, či napojování infuze na katétr. Pacienta dále seznámíme s komplikacemi podávání DPV a jejich symptomy (především kanylové sepse), sdělíme mu kontakt v případě potřeby konzultace problému. Právě výskyty kanylové infekce si vynucují opakované hospitalizace. Kultivačně je nejčastěji prokazován *Staphylococcus aureus*, nebo *epidermidis*, které jsou až v 80% vyvolavateli katéetrových septik. Při průkazu nejvíce obávané *Kandidy*, vzdorující antimykotické léčbě, to pro nemocného znamená zrušení katétru či portu a zavedení nového (Kohout, et al., 2005).

3.5 Psychosociální aspekty DPV

Musíme si především uvědomit, že pro každého člověka je změna v kvalitě zdraví natolik výrazná, že jí může vyhodnotit leckdy za kritickou zátěžovou situaci. Obzvláště, jedná - li se o přechod z plného zdraví do nemoci, vyžaduje tento fakt smíření s nastalou situací, akceptaci stavu a posléze nabytí ztracené životní rovnováhy - adaptaci, která může být u každého nemocného různě dlouhá. Každý pacient prožívá onemocnění odlišně. Vliv má například věk pacienta, typ osobnosti, temperament, rodinné a sociální zázemí, informace o problematice onemocnění, předchozí pozitivní, nebo negativní zkušenosti se zdravotním personálem, atd.

Dá se říci, že přesunutí aplikace dlouhodobé parenterální výživy z prostředí stresujícího pro nemocné do domácího, je považováno jistým způsobem za revoluční

řešení. Tito pacienti byli v dřívějších dobách odkázáni na nemocnici a zde prakticky velmi brzy umírali na přidružené komplikace.

„Zavedení DPV umožňuje těmto pacientům i přes velmi závažná onemocnění prakticky návrat do poměrně kvalitního života s minimálním omezením aktivit, mohou pracovat, studovat, věnovat se svým koníčkům, apod. Pacienti si aplikují parenterální výživu převážně během večerních a nočních hodin (vak kape cca 16- 20 hodin dle tolerance pacienta), takže nejsou během dne upoutáni na lůžko, i během aplikace výživy mají zajištěn volný pohyb po místnosti díky dlouhým infuzním setům“ (Kohout, et al., 2005, s. 99).

3.6 Ekonomické aspekty DPV

Domácí parenterální výživa je v České republice plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zahrnuje nejen náklady na samotné vaky, ale i na další uvedené pomůcky nutné k aplikaci výživy. Jednotlivá nutriční centra poskytují různé spektrum pomůcek, ve většině případů si nemocný sám musí zařídit infuzní stojan (koupit nebo lze i vypůjčit od agentur domácí péče apod.) I když jsou náklady na DPV hodně vysoké, přesto jsou několikanásobně nižší, než když je pacient hospitalizován. Rovněž výskyt septických komplikací vzniklých v domácím prostředí je nižší. V souvislosti s katérovou sepsí, jakožto komplikací musíme mít na paměti velice nákladnou péči s využitím mnohdy drahých antibiotik. V ČR je úplná parenterální výživa v současnosti předepisována lékařem specialistou s nutriční licenci. Předpis musí schválit revizní lékař zdravotní pojišťovny. Léčba parenterální výživou měsíčně stojí řádově desetitisíce korun. Zdravotní pojišťovny hradí nejen náklady na samotné vaky, ale i spotřební materiál potřebný k aplikaci parenterální výživy, eventuálně pronájem infuzní pumpy (www.internimedcina.cz).

3.7 Prognóza pacientů s DPV

Prognóza pacientů na DPV závisí často na průběhu základního onemocnění a je obecně velmi dobrá. Statistiky uvádějí u nemocných s nenádorovým onemocněním pětileté přežití v 70- 80%. Pokud si uvědomíme, že tito pacienti v době před érou DPV měli mizivou šanci na přežití, lze dnešní stav považovat za obrovský úspěch vědy a medicíny (Rosenberg IH, et al., 2001).

DPV nemusí být v žádném případě trvalé řešení, jak zajistit výživu nemocného. Tenké střevo má obdivuhodnou schopnost adaptace i po rozsáhlých resekčních výkonech zbylá část střeva může zvýšit svou resorpční a trávící funkci. V těchto případech lze očekávat možnost převodu pacienta na úplnou enterální výživu (www.internimedica.cz).

4 KOMPETENCE SESTER V DPV

Zajištění adekvátní výživy pacientů vyžaduje souhru celého týmu odborníků, kteří participují na bezprostřední péči o nemocného. Základním přesvědčením všech pracovníků by měl být fakt, že hladovění, byť krátkodobé, může mít fatální důsledky na celkový stav, zvláště u závažně nemocných. Součástí nutričního týmu je: všeobecná sestra, lékař, nutriční terapeut a lékárník. Souhra týmu zajišťuje optimální nutriční diagnostiku a z ní vyplývající odpovídající léčbu pro pacienta (Anděl, et al., 1999).

Lékař je odpovědný za indikaci, volí přístupové cesty pro podávání parenterální výživy. Nutriční terapeut je primárně odpovědný za to, v jakém nutričním stavu se nemocný nachází. Jeho povinností je aktivně vyhledávat nemocné ohrožené malnutricí, v případě potřeby dává podnět k zahájení parenterální výživy. Funkcí lékárníka je plynulé zajištění prostředků nutriční podpory od výrobců, nebo distribuujících firem a dodání na jednotlivá oddělení nemocnice (Zadák, 2002).

V dnešním moderním ošetrovatelství je stěžejní rolí sestry systematické vyhledávání, plánování a hodnocení ošetrovatelského procesu, které vede k uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Patří sem i úsilí vedené v oblasti výživy, příjmu potravy, které patří k biologickým potřebám člověka. Sestra představuje styčný bod mezi zdravím a pacientem a svou intervencí v oblasti edukace je schopna zlepšit stav výživy, což vede často k celkovému zlepšení stavu nemocného. Předpokládá to ovšem zájem, odborné znalosti a pochopení ze strany sestry (Hudáčková, 2009).

Posuzování stavu výživy předpokládá u sester potřebné znalosti v oboru, schopnost a dovednost pracovat s výživovou anamnézou, která je již dnes součástí příjmové anamnézy. Tato obsahuje údaje o denním příjmu stravy, tekutin, o úbytku nebo nárůstu hmotnosti. Sestra dále sleduje vývoj laboratorních hodnot, které napovídají o stavu výživy nemocného. V případě indikované parenterální výživy je sestra schopná správným podáním za dodržení všech aseptických pokynů zabezpečit kalorický a nutriční příjem u pacienta (Charvát, et al., 2006; Kohout, et al., 2005; Marek, et al., 2002; Molčanová, 2008).

Dle vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se stanovuje: „*Všeobecným sestram vykonávat činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy.*“ (<http://www.mzcr.cz/dokumenty>).

Z této vyhlášky vyplývá, že sestra poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy. Pracuje se zdravotnickou dokumentací a nemocničním informačním systémem, edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech. Dále sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, provádí nácvik sebeobsluhy, s cílem zvyšování soběstačnosti. Podílí se a má nedílnou zodpovědnost za nutriční stav nemocného.

Nutriční screening je jednoduchý nástroj pro základní posouzení stavu výživy pacienta při přijetí do nemocnice, ambulantním nebo jiném kontaktu. Hodnocení stavu výživy je součástí ošetrovatelské anamnézy, kterou vyplňuje všeobecná sestra u každého pacienta do 12 hodin od přijetí do ústavního léčení a podle ní pak následně sestavuje plán ošetrovatelské péče. Do ošetrovatelské anamnézy sestra zaznamenává údaje o stavu výživy a metabolismu pacienta, hodnotí a popisuje způsob příjmu jídla a tekutin ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Hodnotí stav kůže, poranění, schopnost hojení ran, výšku, hmotnost, užívání náhradních výživných látek, vitamínových preparátů, individuální způsob stravování, diety apod. Nutriční screening jako součást ošetrovatelské anamnézy pomáhá zhodnotit stav výživy pacienta při příjmu a vyhledávat případnou malnutrici. Nutriční screening je jednoduchý, většinou se skládá ze tří nebo čtyř otázek, kterými lze jednoduše zhodnotit stav výživy pacienta. Bodové hodnocení otázek ukáže případné zvýšené nebezpečí vzniku malnutrice. Včasné zjištění rizika podvýživy umožňuje i včas zahájenou nutriční podporou zabránit řadě komplikací.

5 KVALITA ŽIVOTA

Koncept kvality života získává v poslední době svou nezastupitelnou pozici i v odvětví ošetrovatelství. Nacházíme ho v konceptuálních modelech, stejně tak v nástrojích měření v různých oblastech ošetrovatelského výzkumu, nebo v klinické praxi. V ošetrovatelství pracujeme s pojmy lidské potřeby, zdraví, sebepéče, denní aktivity a tyto úzce souvisí s kvalitou života. V souvislosti s dnešními trendy se tak řadí kvalita života hned za konceptem zdraví.

„V definování a měření kvality života, uchopování jejich subjektivních a objektivních aspektů v rámci zdravotní péče přetrvává nejednotnost a nejednoznačnost. Všeobecně je konstatována absence jeho univerzálně platné definice, základních atributů formujících její konceptuální parametry a taktéž chybějící metodologický konsenzus při jejich měření.“ (Gurková, 2011, s. 13).

5.1 Vymezení pojmu kvality života

Samotný pojem „kvalita“ pochází z latinského slova „qualis“, který v překladu znamená „jakost“. Popisuje se tak charakteristický rys toho daného předmětu, jeho specifické vlastnosti, nebo čím se odlišuje od jiného předmětu. V kontextu se životem jde o to, jak se vyznačuje život toho- kterého jedince, ve srovnání s životy jiných. Využívá se pohled historický nebo přítomný (Křivohlavý, 2001).

Protože v případě kvality života se hodnotí předmět život, je důležité si ujasnit otázku: Kvalitu jakého života hodnotíme? Nejčastěji volíme objektem hodnocení individuální život vybraného jedince. Ten se skládá z činností charakterizujících živý organizmus. Jednotlivce tak chápeme komplexně, pojmy zahrnující všechny oblasti jeho činnosti. Například: rodinný, společenský, citový, pracovní život apod. V ošetrovatelství pak můžeme hovořit o kvalitě života skupiny pacientů např. s onkologickým onemocněním (Gurková, 2011).

Holandský psycholog J. Bergsma z univerzity v Utrechtu, k tomuto problému kvality života píše: *"Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo."* (Bergsma; Engel, 1988).

Definovat kvalitu života není snadné, je nutno přihlížet k podmínkám, v nichž jedinec žije. Je ovlivněna někdy zásadně kulturními, politickými, socioekonomickými faktory a v neposlední řadě zdravotním stavem. V literatuře se uvádí, že definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tzn. uspokojení základních fyziologických potřeb (spánek, jídlo, pití) a je předpokladem pro nastolení a uspokojení potřeb ostatních (bezpečí, sebeúcta). Současné však autoři poukazují na skutečnost, že existuje celá řada definic kvality života, zdá se však, že žádná z nich není všeobecně přijatelná. V čem se autoři shodují, je, že jednotlivé definice mají fyzické, psychické a sociální oblasti zkoumání jedince (Slováček, et al., 2004).

Kvalitu života můžeme definovat z různých úhlů pohledu. Ústava Světové zdravotnické organizace definuje zdraví z medicínského pohledu jako: stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze absenci choroby. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO), je kvalita života definována jako *„jedincova percepce jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept. Multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“* (Vařšurová; Mühlpachr, 2005, s. 11).

Kvalitu života lze definovat také vyjmenováním čtyř oblastí spokojenosti podle Bludena, kam řadíme fyzickou pohodu, materiální pohodu, kognitivní pohodu -pocit spokojenosti, sociální pohodu - sounáležitost ke společnosti (Dragomirecká, et al., 1997).

Kvalita života je víceúrovňový a multikomponentní fenomén, který se projeví v psychické reflexi jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí (Kováč, 2004).

Pokud uvažujeme o kvalitě života v různých rovinách, pak je to:

- Makro - rovina je zaměřena na kvalitu života velkých společenských celků, (států, kontinentu). Jde o hlubší zamyšlení nad pojmem kvality života (dále jen quality of life-QOL). V této rovině se stává problematika QOL součástí politických úvah.
- Mezo-rovina, v tomto případě jde o měření QOL na úrovni malých sociálních skupin (školy, podniky, nemocnice). Středem zájmu jsou otázky vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky sociálního klimatu, sdílení hodnot, uspokojování nebo neuspokojování základních potřeb každého člena dané skupiny.

- Personální rovina se věnuje životu jedince. Soustředí se na subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, naděje, spokojenosti. Jelikož získané informace jsou subjektivní, může být vnímání QOL značně ovlivněno osobními hodnotami jednotlivce.
- Rovina fyzické existence, zájmem zkoumání je fyzická (tělesná) existence člověka. Předmětem je pozorovatelné chování druhých lidí, je měřitelné a srovnávací (Křivohlavý, 2002).

5.2 Dimenze kvality života

Při měření kvality života v ošetrovatelství a medicíně se setkáváme se zásadním rozdělením na dvě části: objektivní a subjektivní.

- **Objektivní dimenze QOL** zahrnuje splnění požadavků týkajících se materiálního zabezpečení, sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce.
- **Subjektivní dimenze QOL** se týká subjektivní pohody a spokojenosti jedince, vychází z jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou a jeho hodnotovým systémem. Je ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu jedince (Gurková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (WHO) se řídila při zkoumání dimenzí lidského života čtyřmi oblastmi. Nebere při tom ohled na věk, pohlaví, etnikum a postižení a zahrnuje je do měřicích nástrojů WHOQOL- BREF a WHOQOL-100. Sledovanými oblastmi jsou:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (bolest, mobilita, únava, schopnost pracovat, každodenní život);
- sociální vztahy (sociální podpora, sexuální aktivity, osobní vztahy);
- prostředí (bezpečí, finanční zdroje, svoboda, fyzikální prostředí);
- psychické zdraví a duchovní stránka (sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, víra, vyznání, sebepojetí). (www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm).

Zajímavé pojetí má American Thoracic Society (ATS), která si vysvětluje pod pojmem kvality života veškeré oblasti života. Dělí spokojenost se životem na dvě složky a sice, jakou důležitost jedinec dané oblasti přikládá a potom v jaké míře je

s danou oblastí spokojen. Ve výsledku to interpretuje tak, že pokud je jedinec s určitou oblastí svého života, kterou považuje za důležitou spokojen, bude kvalita života vyšší, než když tomu bude naopak (www.ats.org/qol/key.asp).

Výzkumem QOL se u nás zabývá například Dragomirecká a Škoda. Nezaměřují se na konkrétní oblast, nýbrž se snaží o komplexní a subjektivní charakteristiku. V jejich pojetí najdeme čtyři oblasti skládající se ze zdravotního stavu, každodenních aktivit, sociální oblasti, vnitřní reality.

Významným způsobem se podílel na kategorizaci konceptů kvality života též Veenhoven svou teorií „čtyř kvalit života“. Jeho teorie zvažuje životní šance, předpoklady, životní výsledky, vnější kvality čili charakteristiky prostředí, včetně společnosti a vnitřní charakteristiky, či kvality jednotlivce (Veenhoven in: Dragomirecká, 2006).

5.3 Přístupy ke kvalitě života

Přístupy ke kvalitě života rozlišujeme podle oboru, který se kvalitou života zabývá.

5.3.1 Psychologický přístup ke kvalitě života

Pacienti léčení DPV se potýkají s mnoha problémy, které ovlivňují jejich kvalitu života. Výskyt bolestí břicha, průjmu, ztráta hmotnosti, teploty a další příznaky v mnohém zhoršují průběh samotné léčby. Kvalita života je pak významně determinována tím, v jakém psychickém stavu se nemocný nachází, jaký má charakter osobnosti, nebo jakou cítí sociální podporu. Ošetrovatelská péče se proto zabývá v souvislosti s compliance pacienta v rámci terapie také psychosociálními aspekty nemoci. Zde je v popředí snaha o návrat pacientů do běžného života, využívání zdrojů sociální podpory a zvládnání aktivit běžného života (Gurková; Lilková, 2009).

Pacienti s DPV musí často řešit složité a nepohodlné úkoly spojené s vlastní přípravou infuze, délkou aplikace, nepříjemným odvodněním, které způsobují stomie a podobně. Tyto všechny negativní aspekty interferují s jejich společenským životem. Ve Spojených státech působí už delší období skupina pečovatelů Oley Foundation - národní podpůrná skupina s vnitrostátní podporou, která se specializuje na pomoc a poskytování informací pacientům s DPV. Jejím úkolem je zlepšovat výsledky v oblasti kvality života, předcházení depresivního syndromu a eliminací katéetrových infekcí (www.oley.org).

Z hlediska psychologického přístupu je důležité, jak pacient tuto situaci prožívá, hodnotí, jaké má potřeby a přání, jakou má možnost seberealizace. V kontextu s tímto hodnocením vystupují do popředí i negativní vlivy jako: krize, deprese, životní trauma a zejména poruchy nálad. Z hlediska autonomie, předmětem pozornosti je možnost rozhodovat se, z hlediska autenticity, jde o pozorování jak je jedinec sám sebou (Vaňurová; Mühlpachr, 2005).

S pocity vyjadřující duševní pohodu a spokojenost se setkáváme v pojmu „well-being“, který je kladným kognitivním a emocionálním vyhodnocením kvality vlastního života. Tu pak posuzujeme z hlediska toho, zda se očekávání jedince shoduje se subjektivním hodnocením životní reality (Calman, 2002).

5.3.2 Fyziologický přístup ke kvalitě života

Pojmem, který se objevuje v souvislosti s medicínským přístupem ke kvalitě života je „Health- Related Quality of Life“ neboli „kvalita života týkající se zdraví“. HRQOL porovnává, jak nemocný subjektivně prožívá nemoc, jak zvládá sociální role se stavem, který by byl ideální. Účelem metody měření není zjistit přítomnost a závažnost symptomů onemocnění, ale poukázat na to, jaké jsou symptomy onemocnění a léčba pacientem prožívány (Libigerová, et al., 2001).

Projekt Světové zdravotnické organizace WHOQOL nabízí z pohledu medicínského šest domén, které se podílí na kvalitě života. Jimi jsou:

- fyzická stránka
- stupeň samostatnosti
- psychická stránka
- sociální vztahy
- spiritualita
- životní prostředí

(www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm).

5.3.3 Sociologický přístup ke kvalitě života

Z pohledu sociologie hodnotíme kvalitu života vzhledem ke způsobu života, životní úrovni a životního stylu.

Způsob života ukazuje, jaký je život člověka jako celku, jaký má charakter, obsah. Vyjadřuje typické vztahy ve společnosti, skupinách, mezi vrstevníky, etniky. Všímá si vzájemného vztahu činností lidí (pracovní, kulturní, rodinné) a zkoumá jejich spoluúčast na vzájemné tvorbě vztahů. Z uvedeného vyplývá, že způsob života, je determinován tradicemi, podmínkami a hodnotovou orientací.

Životní úroveň je stupněm uspokojení potřeb, která je závislá na uvědomělé potřebě a možné spotřebě jedince. Toto hodnocení je subjektivní, jelikož míra kvality není závislá na míře uspokojování materiálních potřeb (Tokárová, 2002).

Životní styl je spolu s příjmem významným atributem sociálního statusu a lze jej vztahovat jak k individu, tak i k sociálním skupinám. Životní styl je dále funkční prvek života, resp. funkční systém člověka i sociálna, který si člověk vybírá z repertoáru dané kultury za určitých podmínek jisté prvky podle svých kritérií (hodnot, cíle atd.) a potřeb; a rovněž to, jak tyto prvky propojuje, transformuje a obohacuje a přetváří do vlastního systému. Je to způsob propojení soukromé a veřejné sféry, přizpůsobování zvolených prvků privátnímu, osobnímu rozměru (Šmídová, 1992).

5.3.4 Psychoterapeutický přístup ke kvalitě života

Psychoterapie je definována jako léčba sekundární prevence, ale i jako primární prevence poruch zdraví (Vymětal, 2003).

Je uskutečňována psychologickými metodami, které jsou zaměřeny na komunikaci a vztahy. Představuje ojedinělý přístup, který formou psychologické intervence ovlivňuje duševní život, chování jedince, formuje interpersonální vztahy. Hlavním cílem psychoterapie je navodit žádoucí změny ve smyslu podpory uzdravení, či znesnadnění vzniku a rozvoje určité poruchy zdraví. Tato metoda se uplatňuje s rehabilitačními technikami například fyzioterapií, ergoterapií. Podstata QOL tkví v rozvoji a naplnění co nejvyšší možné kvality života cestou pozitivních možností jedince (Vymětal, 2001).

5.4 Nástroje a metody měření kvality života

Způsob hodnocení kvality života se mění v závislosti na účelu, který sledujeme (Linková a kol. 2010). Pacient s chronickým onemocněním může prožívat neustálé omezování, napětí či úsilí, jež mu umožní přiblížit se ke kvalitě života, kterou ostatní prožívají automaticky, bez nutnosti neustálé sebekontroly, starostí a trápení (Gurková, 2011). V rámci klinické praxe používáme pro měření kvality života široké spektrum

nástrojů. U pacientů s chronickým onemocněním využíváme rozdělení nástrojů měřících kvalitu života do dvou skupin a to na generické a specifické.

- *Generické nástroje* měření QOL zahrnují měření schopností jednotlivých oblastí a profily zdraví, které mají formu dotazníku, zjišťující nejdůležitější aspekty QOL jedince. V celosvětovém měřítku byly využívány dva nástroje – Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). V našich podmínkách jsou nejčastěji využívány WHOOL- BREF, EQ-5, SF-36 verze dostupné i v českém jazyce. Výhodou jejich použití je, že pokrývají množství oblastí a mohou být aplikovány na osoby s různým druhem onemocnění. Využití nacházejí v průzkumu obecného zdravotního stavu, u programů zdravotní péče a při porovnání jednotlivých nemocí. Jako možný nedostatek je uváděna jejich nízká citlivost v některých oblastech měření (Martínez, 1998).

- *Specifické nástroje* měření QOL jsou výsledkem snahy o co nejpřesnější identifikaci faktorů, ovlivňujících kvalitu života pacientů. Soustřeďují se na aspekty, které jsou považovány za nejdůležitější pro danou oblast měření. Hodnotí poměrně úzké spektrum faktorů, které bezprostředně souvisí s konkrétním onemocněním. Mají tedy větší citlivost na straně druhé, jsou však úzce zaměřeny na oblast symptomatologie onemocnění a preference kauzálních proměnných (Vaďurová; Mühlpachr, 2005).

Křivohlavý uvádí tři základní skupiny metod měření QOL:

1. **Objektivní** - metody měření kvality, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Nejpoužívanějším způsobem hodnocení kvality života jinou osobou jsou kritéria kvality života pacienta podle W. O. Spitzera, která zahrnují pracovní schopnost, způsob trávení volného času, fyzickou nezávislost na druhých, bolesti, nepohodlí, náladu, finanční situaci, komunikaci, vztahy s okolím a vědomosti pacienta o nemoci. Spitzer vytvořil první verzi QL Indexu, která však není určena pro zjišťování QOL u zdravé populace (Musilová, 2009).

2. **Subjektivní** - hodnotitelem je sama daná osoba.

Nejčastěji používanou metodu hodnocení kvality života sebou samým je metoda SEIQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality Life) (Musilová, 2009). Metoda SEIQOL se snaží v rozhovoru s určitou osobou zjistit aspekty života, které jsou pro daného člověka kriticky závažné. Nejde o volný rozhovor, ale o rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tematicky omezen pouze na nejdůležitější aspekty kvality života

(Křivohlavý, 2009). Jde o individuální metodu založenou na vlastním systému hodnot, které jsou pro jedince v dané situaci důležité (Musilová, 2009).

3. *Smíšené* - jsou kombinací metod typu 1 a 2.

Příkladem kombinované metody může být MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), kterou se získává obraz kvality života osoby v konkrétní chvíli, což je možné využít přímo v ošetrovatelském procesu. Hodnotí se vlastní zdravotní stav, sebepojetí, sociální vztahy, rodinné vztahy, bezpečnostní situace, právní stav, životní prostředí, finanční situace, náboženství, volný čas (Musilová, 2009).

Všechny metody či přístupy hodnocení kvality života bývají v různých variantách součástí formalizovaných a standardizovaných dotazníků, které jsou vypracované za účelem měření kvality života v jednotlivých oblastech medicíny. Hlavním důvodem jejich použití je komplexní vyhodnocení efektu léčby, nejen podle somatických a laboratorních ukazatelů. V našich podmínkách jsou používány především z výzkumných důvodů, nejsou běžnou součástí léčebných programů.

Vytvořeny byly hodnotící nástroje na měření kvality života pacientů se specifickým onemocněním, zejména onkologickým, diabetem mellitem, kardiovaskulárními chorobami (ischemická choroba srdeční, stavy po překonání akutního koronárního syndromu, selhání srdce, ischemická choroba dolních končetin), gastrointestinálními poruchami (virové hepatitidy, nespecifické střevní záněty), respiračními chorobami (asthma bronchiale, chronická obstrukční plicní nemoc), s kožními chorobami, neurologickými chorobami (Parkinsonova nemoc, skleróza multiplex, stavy po náhlé cévní mozkové příhodě, epilepsie), s chorobami pohybového aparátu (revmatoidní artritida, osteoporóza) a specifické nástroje měření kvality života u dětí, seniorů a pečujících osob (Gurková, 2011).

Tak jako je každý jedinec individualita v uspokojování biopsychosociálních potřeb, vnímá i kvalitu života každý individuálně. To, že někdo trpí onemocněním (zejména chronickým), ještě neznamená, že vnímá kvalitu svého života jako nedostatečnou, a naopak není pravidlem, že ten, kdo je zdravý, považuje také kvalitu svého života za dobrou. Z toho vyplývá, že úlohou sester v rámci ošetrovatelského procesu je posuzovat jednotlivé definující charakteristiky narušující potřeby pacientů. Dále by pak měly být schopny posoudit také vnímání kvality života každého pacienta za využití generických anebo specifických nástrojů jejího hodnocení.

6 EMPIRICKÁ ČÁST

6.1 Metodika

K získání potřebných dat, která se vztahovala ke kvalitě života pacientů užívajících domácí parenterální výživu, byla použita kvantitativní metoda šetření pomocí strukturovaného dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 25 otázek, z nichž bylo 23 otázek uzavřených a 2 otázky polo-uzavřené. Plné znění je uvedeno v Příloze č. 2. Byly sem zahrnuty faktory sociální (věk, pohlaví), anamnestické (délka zařazení do programu DPV). Další otázky se týkají kvality života a byly použity v souladu s WHOQOL- 100 české verze. Před samotnou distribucí jsem otázky a jejich formulaci konzultovala s vedoucí mé práce, tak aby dotazování bylo srozumitelné a vyhodnotitelné v souladu se stanovenými hypotézami.

6.2 Popis a charakteristika respondentů

V rámci výzkumného šetření jsem se zaměřila na dospělé pacienty evidované v nutriční poradně sídlící ve FN Motol a Nemocnici na Homolce v Praze. Jednalo se celkem o 58 uživatelů DPV, z nichž řada prošla léčbou na metabolické jednotce, kde pracuji.

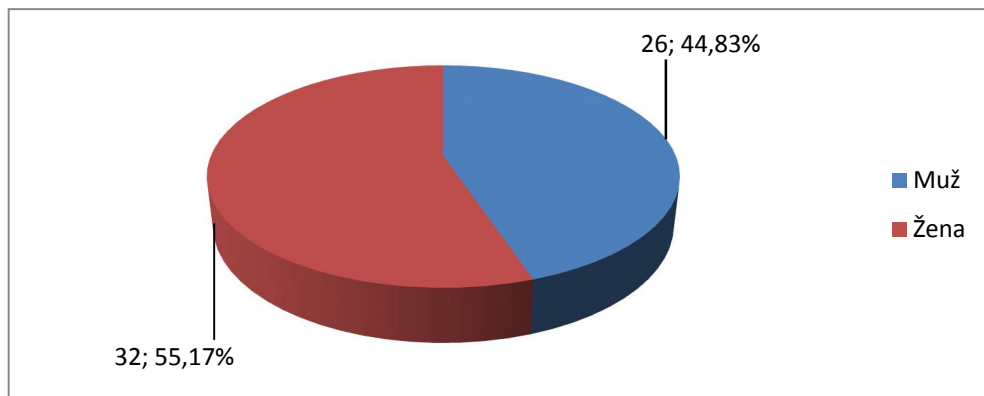
6.3 Organizace šetření a statistické zpracování

Vlastní distribuce dotazníků probíhala v období 5- 10/2014 za pomoci sester v nutričních poradnách. Část dotazníků byla doručována klientům poštou. Z celkového počtu 58 distribuovaných dotazníků bylo staticky zpracováno všech 58 dotazníků. Analýza takto získaných dat a vytvoření tabulek a grafů byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007. U každé položky byla vypočtena četnost absolutní a relativní se zaokrouhlením na dvě desetinné místa.

6.4 Analýza a interpretace výsledků

V prvních dvou grafech jsou prezentovány demografické údaje respondentů.

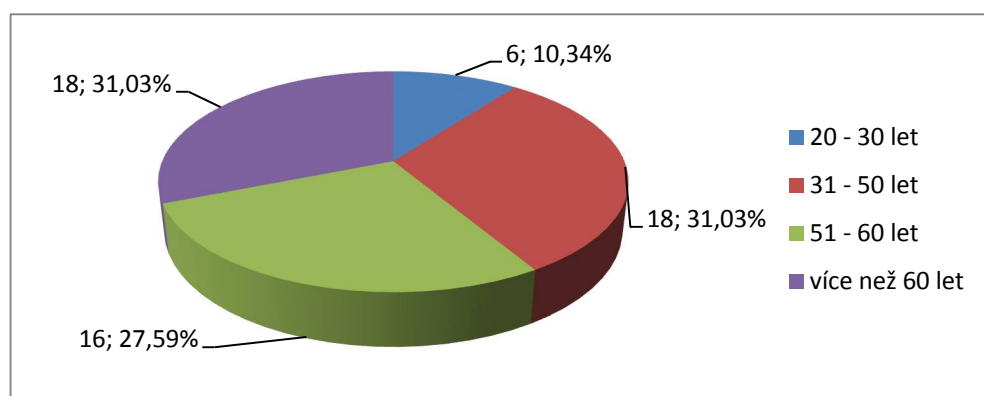
Otázka č. 1: Vaše pohlaví:



Obr. 1: Pohlaví respondentů (%)

V první otázce bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Z 58 respondentů je 32 žen (55,17%), 26 mužů (44,83%).

Otázka č. 2: Váš věk:

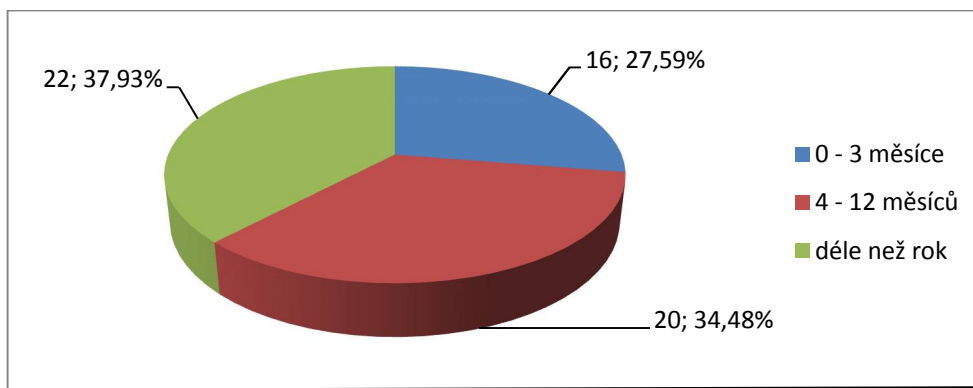


Obr. 2: Věk respondentů (%)

Ve druhé otázce jsem zjišťovala věk respondentů. Věk jsem rozdělila do čtyř kategorií. Skupinu respondentů ve věku od 20 - 30let tvoří 6 respondentů (10,34%). Do věkové

kategorie 31 - 50 let se zařadilo 18 respondentů (31,03%), stejně velkou skupinou 18 respondentů je věková kategorie nad 60 let (31,03%). Ve skupině od 51 - 60let je pak 16 respondentů (27,59%).

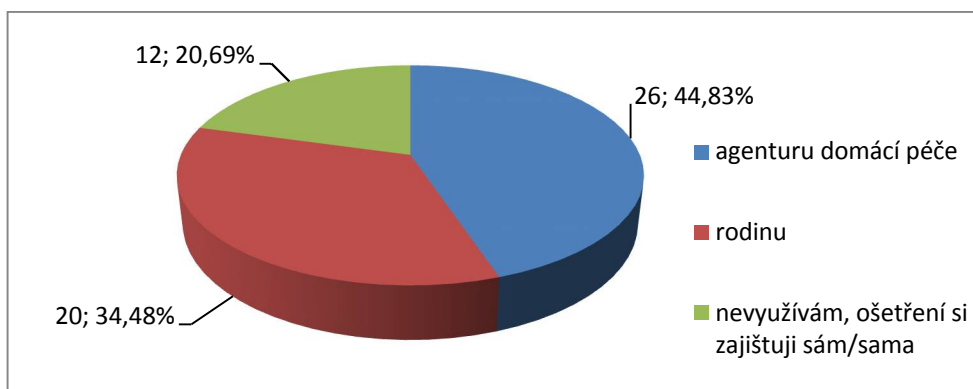
Otázka č. 3: Jak dlouho jste uživatelem domácí parenterální výživy?



Obr. 3: Délka užívání DPV (%)

Ve třetí otázce jsem zjišťovala časový úsek, jak dlouho jsou respondenti živeni domácí parenterální výživou. Z daného grafu vyplývá, že 16 (27,59%) respondentů je uživatelem DPV 0 - 3 měsíce, 20 (34,48%) respondentů uvedlo délku léčby 4 - 12 měsíců a nejpočetnější skupinou jsou respondenti s délkou užívání DPV delší než rok a to v počtu 22 (37,93%).

Otázka č. 4: Využíváte k ošetřování/ provozování DPV:

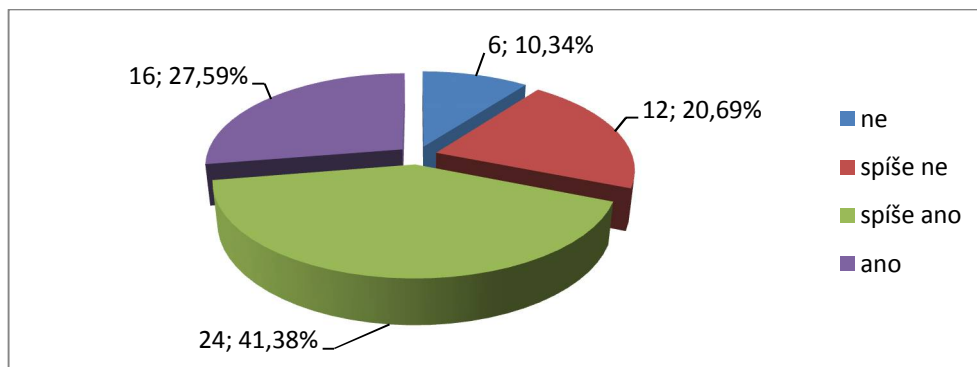


Obr. 4: Zajištění/ provozování DPV (%)

Otázka č. 4 měla za úkol zjistit, nakolik jsou respondenti schopni se postarat o provozování a ošetřování spojené s domácí parenterální výživou sami, nebo s pomocí rodiny, či agentury domácí péče. Z grafu vyplývající největší skupinou jsou respondenti v počtu 26 (44,83%) a ti uvedli, že k provozování DPV využívají služeb agentury. Z celkového počtu 58 respondentů odpovědělo 20 (34,48%), že péči zvládají za pomoci rodiny a 12 (20,69%) respondentů uvedlo, že provozování i ošetření si zajišťují sami, bez pomoci cizí osoby.

Otázka č. 5: Zhodnoťte, jak jste schopni/a provádět uvedené každodenní činnosti:

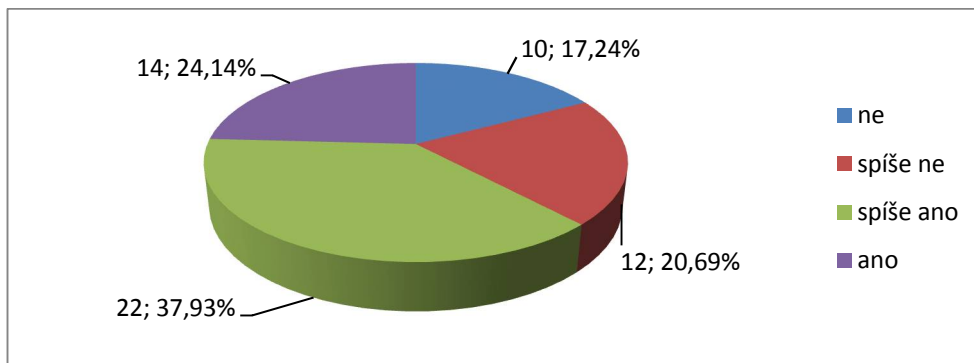
Otázka č. 5a: Úklid domácnosti



Obr. 5a: Schopnost provádět úklid (%)

Pátou otázku jsem rozdělila na pět dílčích (a, b, c, d, e) vzhledem k nutnosti vyjádřit se k jednotlivým každodenním činnostem zvlášť. Otázka č. 5a měla za úkol zjistit míru schopnosti respondentů provádět úklid domácnosti. Na tuto otázku odpovědělo spíše ano nejvíc 24 (41,38%) respondentů z celkového počtu 58 respondentů. Ano odpovědělo 16 (27,59%) respondentů, spíše ne odpovědělo 12 (20,69%) respondentů a 6 (10,34%) respondentů uvedlo, že není schopno vůbec provádět úklid domácnosti.

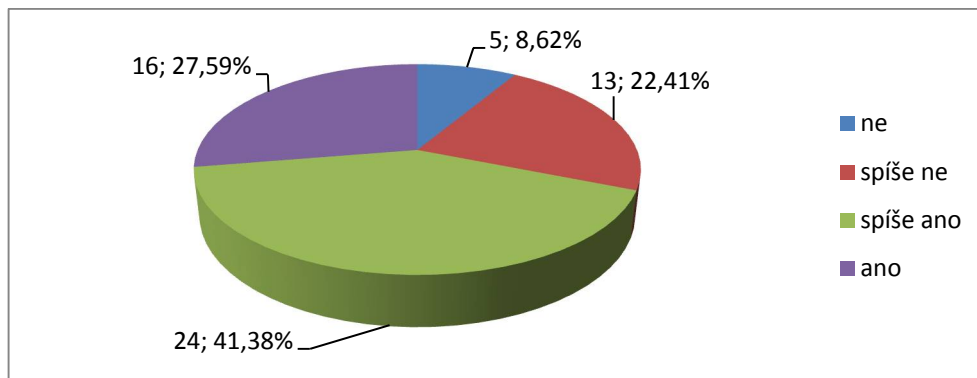
Otázka č. 5b: Rodinný nákup



Obr. 5b: Schopnost nakoupit (%)

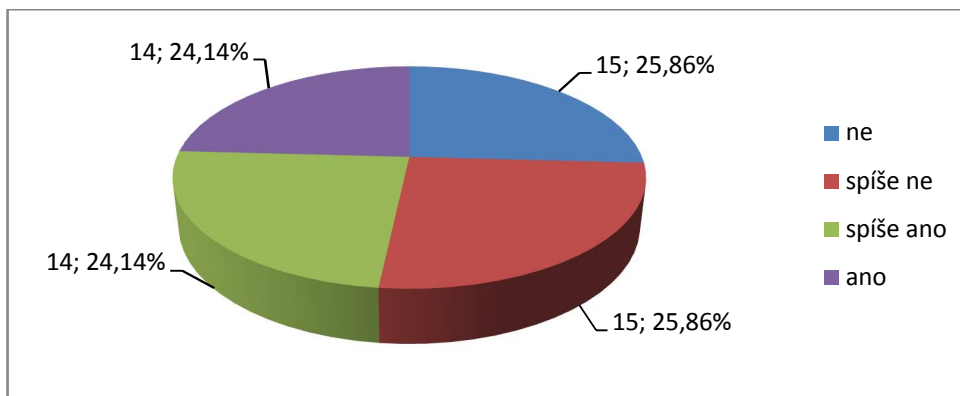
Otázka č. 5b zjišťovala schopnost respondentů v oblasti rodinného nákupu. Na tuto otázku odpovědělo 10 (17,24%) respondentů ne, z čeho vyplývá, že 10 z celkového počtu 58 respondentů není schopno zajistit rodinný nákup. Spíše ne odpovědělo 12 (20,69%) respondentů, spíše ano uvedlo 22 (37,93%) respondentů a 14 (24,14%) respondentů odpovědělo, že je plně soběstačných v této činnosti.

Otázka č. 5c: Vaření

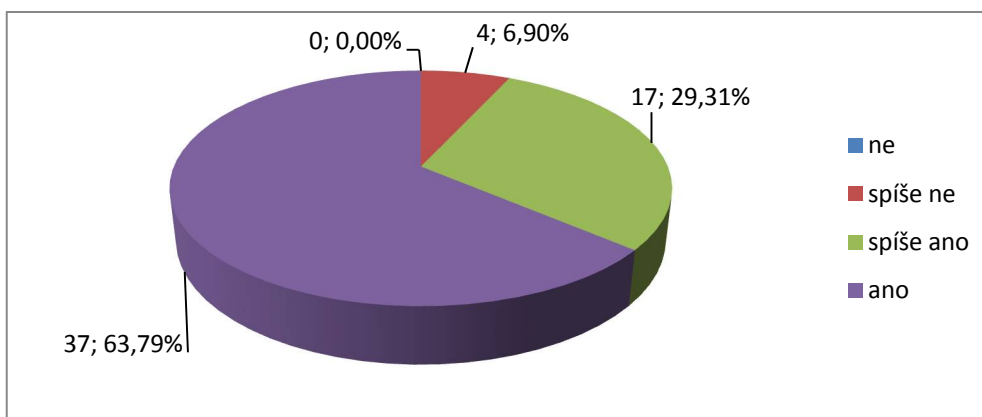


Obr. 5c: Schopnost uvařit (%)

Ze zjištěných dat vyplývá, že uvařit si není schopno 5 (8,62%) respondentů, spíše ne uvedlo 13 (22,41%) respondentů, největší skupinou s počtem 24 (41,38%) jsou klienti, kteří se vyjádřili spíše ano a bez problémů zvládá vaření 16 (27,59%) respondentů z celkového počtu 58 dotazovaných.

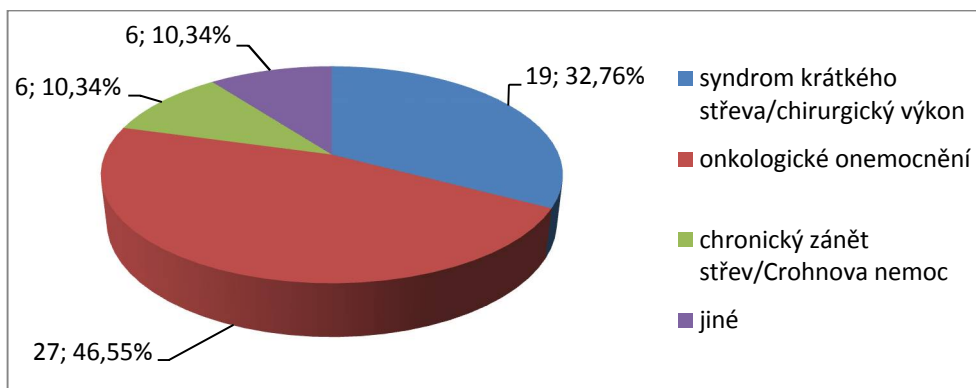
Otázka č. 5d: Praní, žehlení**Obr. 5d: Schopnost praní, žehlení (%)**

K této otázce se vyjádřili respondenti následovně: 15 (25,86%) respondentů odpovědělo, že není v jejich silách vyprat si a vyžehlit, stejný počet respondentů 15 (25,86%) uvedl, že spíše nejsou schopni provádět tyto úkony, spíše ano se vyjádřilo 14 (24,14%) respondentů a stejný počet 14 (24,14%) respondentů uvedlo k otázce, že zvládá praní i žehlení.

Otázka č. 5e: Osobní hygiena**Obr. 5d: Provádění osobní hygieny (%)**

Ze zjištěných dat vyplývá, že bezvýhradně je schopno provádět osobní hygienu 37 (63,79%) dotazovaných, spíše ano odpovědělo 17 (29,31%) respondentů, spíše nejsou schopni v provádění osobní hygieny 4 (6,90%) respondenti. Variantu odpovědi nejsem schopen provádět osobní hygienu, nevybral si žádný respondent (0,00%).

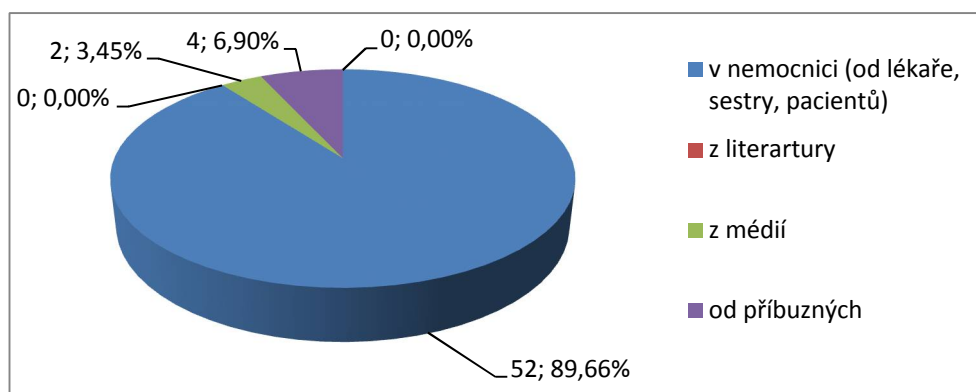
Otázka č. 6: Jaké onemocnění u Vás vedlo k zavedení DPV?



Obr. 6: Typy onemocnění (%)

Z uvedeného grafu vyplývá, že nejčetnější skupinou respondentů, u kterých onemocnění vedlo k zavedení DPV, je onkologické onemocnění 27 (46,55%) respondentů, poté následuje syndrom krátkého střeva/ chirurgický výkon 19 (32,76%) respondentů. Shodného počtu dosáhly skupiny chronický zánět střev/ Crohnova nemoc a varianta jiné, na které odpovědělo 6 (10,34%) respondentů v každé z uvedených možností.

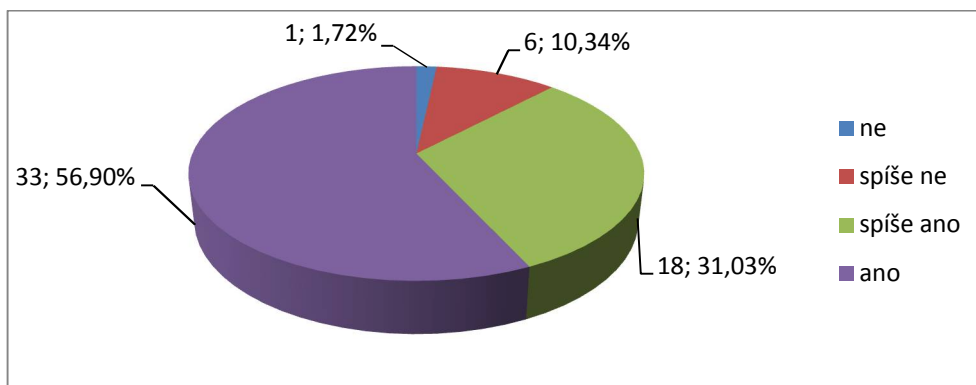
Otázka č. 7: Jak jste se dozvěděl/a o možnosti DPV?



Obr. 7: Informovanost o DPV (%)

Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo jak je patrné z grafu, že o DPV se 52 (89,66%) respondentů dozvědělo v nemocnici (od lékaře, sestry, pacientů), 2 (3,45%) respondentů odpovědělo, že informace o DPV získali z médií a 4 (6,90%) respondentů získalo povědomí o této léčbě od příbuzných. Žádný z respondentů si nevybral variantu informovanosti z literatury (0,00%), což mně osobně překvapilo.

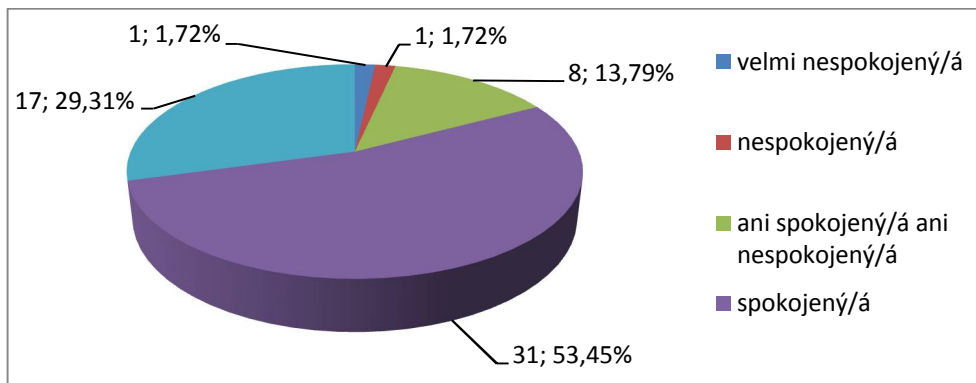
Otázka č. 8: Máte dostatek potřebných informací k DPV?



Obr. 8: Dostatečná informovanost (%)

Otázka č. 8 zjišťovala informovanost mezi klienty využívající DPV. Z grafu vyplývá, že 33 (56,90%) respondentů uvedlo naprostý dostatek informací, spíše ano si vybralo 18 (31,03%) respondentů, spíše nedostatek informací uvedlo 6 (10,34%) respondentů a naprostý nedostatek informací uvádí 1 (1,72%) respondent.

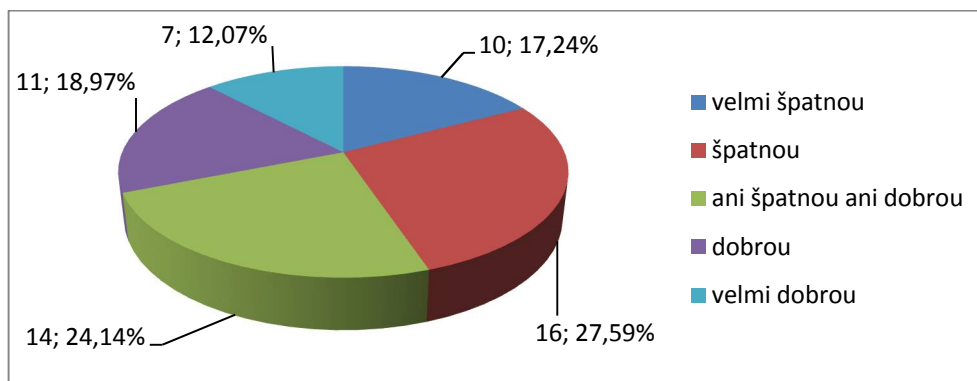
Otázka č. 9: Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?



Obr. 9: Rodinná podpora (%)

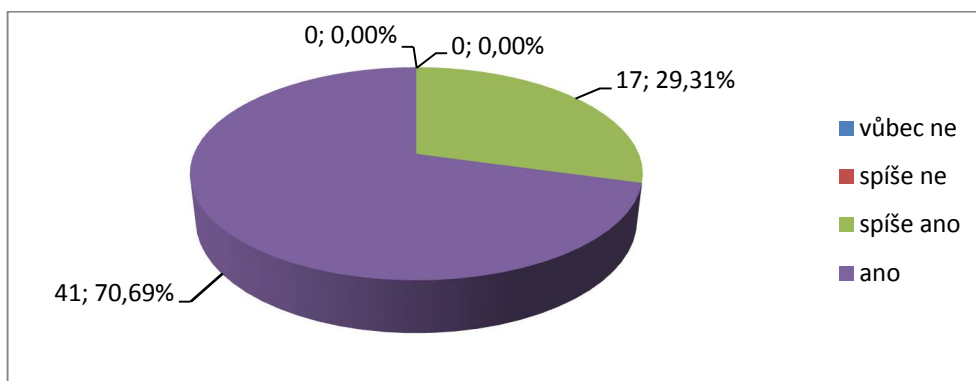
Z výsledků grafu vyplývá, že: spokojený s podporou v rodině je 31 (53,45%) respondentů, velmi nespokojených s podporou, kterou mu poskytuje rodina je 17 (29,31%) respondentů. Variantu ani spokojený/á ani nespokojený/á si vybralo 8 (13,79%) respondentů a nespokojený s podporou rodiny je 1 (1,72%) respondent z celkového počtu 58 dotazovaných.

Otázka č. 10: Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovně se realizovat?

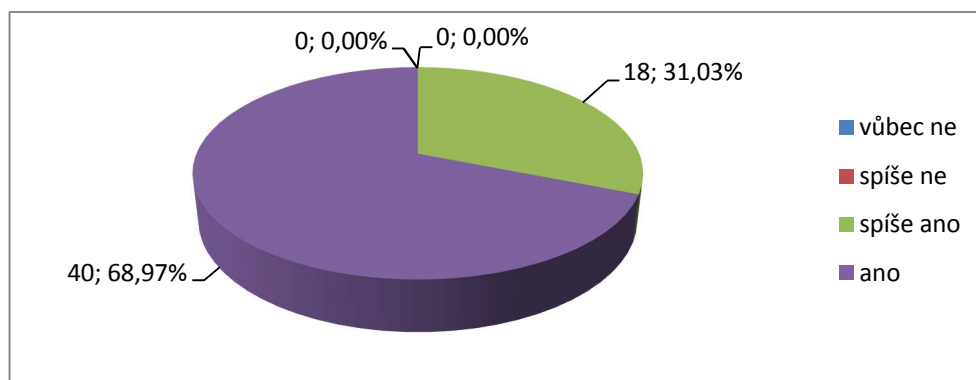


Obr. 10: Schopnost pracovat (%)

Desátá otázka dotazníku zjišťovala schopnost pracovně se realizovat v průběhu léčby DPV. Respondenti odpovídali následovně: 10 (17,24%) respondentů uvedlo, že mají velmi špatnou schopnost pracovně se realizovat, 16 (27,59%) uvedlo špatnou možnost pracovat, 14 (24,14%) respondentů vybralo variantu ani špatnou ani dobrou. Naopak dobrou schopnost pracovně se realizovat uvedlo 11 (18,97%) respondentů a velmi dobrou schopnost pracovat 7 (12,07%) respondentů.

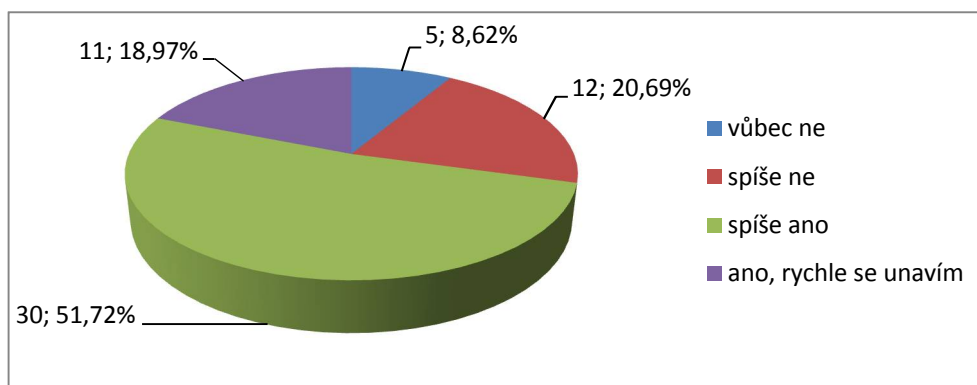
Otázka č. 11: Byl/a jste dostatečně poučen/a- edukován/a před započítím užívání DPV?**Obr. 11: Edukace (%)**

V této otázce respondenti hodnotili kladně edukaci prováděnou převážně v nemocnici před propuštěním do domácí péče. Z výsledků vyplývá, že: dostatečně poučeno bylo 41 (70,69%) respondent, spíše dostatečně pak 17 (29,31%) respondentů. V závěrečné analýze žádný z respondentů nevedl možnost vůbec žádné edukace, nebo možnost spíše nepoučení (0,00%).

Otázka č. 12: Jak jste spokojený/á s organizací v zajišťování spotřebního materiálu k DPV?**Obr. 12: Spokojenost s materiálním zajištěním (%)**

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že: všichni respondenti kladně hodnotili organizaci v zajišťování spotřebním materiálem pro DPV. V důsledku spokojených s materiálním zajištěním je 40 (68,97%) respondentů, spíše spokojených je 18 (31,03%) respondentů. V dotazníkovém šetření není žádný respondent, který by uvedl možnost vůbec nespokojený, nebo spíše nespokojený s organizací v zajišťování materiálu, znamená to tedy (0,00%) nespokojených respondentů.

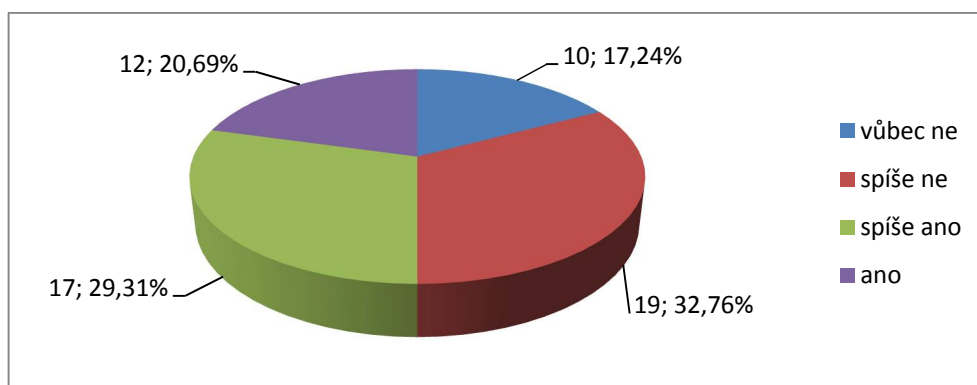
Otázka č. 13: Máte pocity zvýšené únavy?



Obr. 13: Únava (%)

Z výše vyobrazeného grafu vyplývá, že: vůbec nepocítují únavu 5 (8,62%) respondentů, spíše ne 12 (20,69%) respondentů, spíše pocítují únavu, jak uvádí 30 (51,72%) respondentů a možnost rychle se unavím, vybralo 11 (18,97%) respondent.

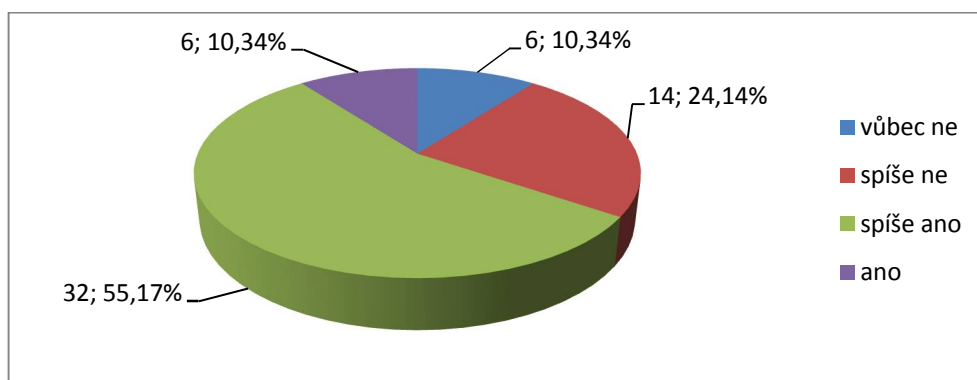
Otázka č. 14: Má DPV nějaký vliv na kvalitu Vašeho spánku?



Obr. 14: Vliv na spánek (%)

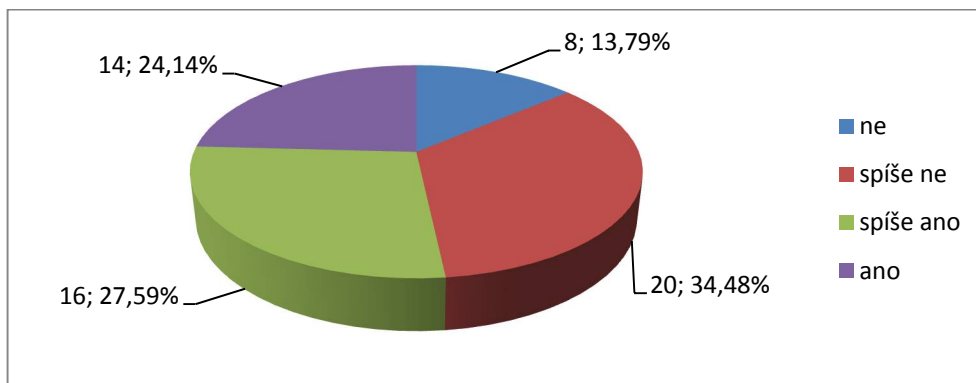
Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo 10 (17,24%) dotazovaných, že DPV nemá vůbec žádný vliv na kvalitu jejich spánku, naopak 12 (20,69%) respondentů uvedlo, že DPV má vliv na kvalitu jejich spánku. Variantu spíše nemá vliv na spánek, vybralo 19 (32,76%) respondentů a spíše má vliv na spánek uvedlo 17 (29,31%) respondentů.

Otázka č. 15: Cítíte se znevýhodněný/á díky DPV v soukromém a pracovním životě?

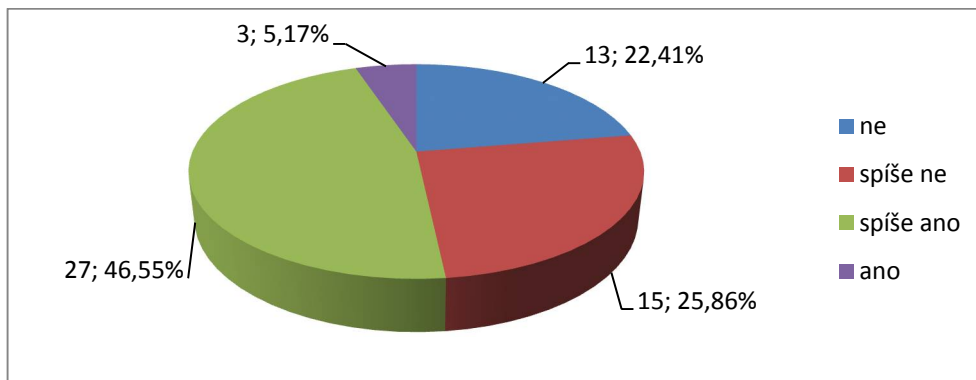


Obr. 15: Znevýhodnění v životě díky DPV (%)

Z grafu je zřejmé, dochází k znevýhodnění klientů užívajících DPV. Analýzou pak bylo zjištěno, že: 32 (55,17%) respondentů uvedlo spíše znevýhodnění v soukromém a pracovním životě, 6 (10,34%) respondentů pak potvrdilo odpovědí jednoznačně ano znevýhodnění. Variantu vůbec neznevýhodňuje v soukromém a v pracovním životě volilo 6 (10,34%) respondentů a variantu odpovědi spíše nemá vliv na znevýhodnění, volilo 14 (24,14%) respondentů.

Otázka č. 16: Máte možnost věnovat se svým zálibám?**Obr. 16: Záliby (%)**

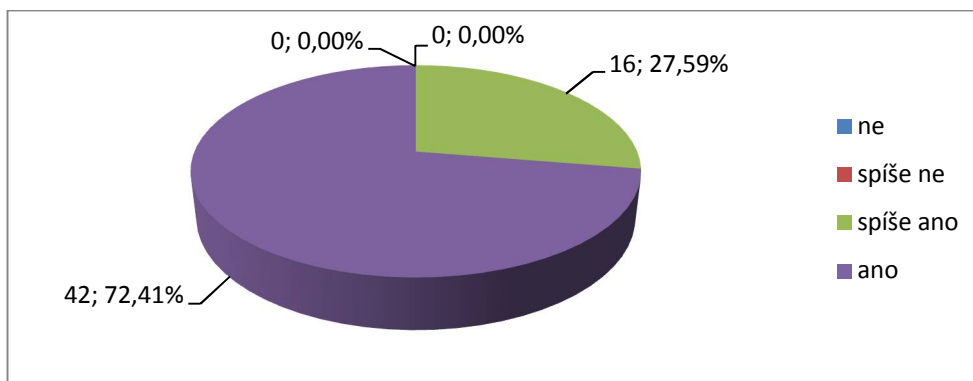
Otázka č. 16 zjišťovala omezení v oblasti pěstování zálib u klientů léčených DPV. Z celkového počtu 58 dotazovaných se vyjádřilo k možnosti věnovat se svým zálibám takto: 16 (27,59%) respondentů uvedlo, že se svým zálibám má spíše možnost věnovat, 20 (34,48%) respondentů naopak uvedlo, že se spíše nemá možnost věnovat zálibám. Další skupina 14 (24,14%) respondentů vybrala možnost ano, mám možnost se věnovat svým zálibám a 8 (13,79%) respondentů uvedlo, že nemá možnost trávit čas svými zálibami.

Otázka č. 17: Objevují se u Vás v souvislosti s DPV negativní pocity, jako je například: rozmrzelost, beznaděj, úzkost, bolest nebo deprese?**Obr. 17: Negativní pocity (%)**

Z výsledného grafu je zřejmé, že negativními pocity trpí spíše ano 27 (46,55%) respondentů, spíše ne 15 (25,86%) respondentů. 13 (22,41%) respondentů vylučuje

jakékoliv negativní pocity, naopak 3 (5,17%) respondenti potvrzují výskyt negativních pocitů v souvislosti s podáváním DPV.

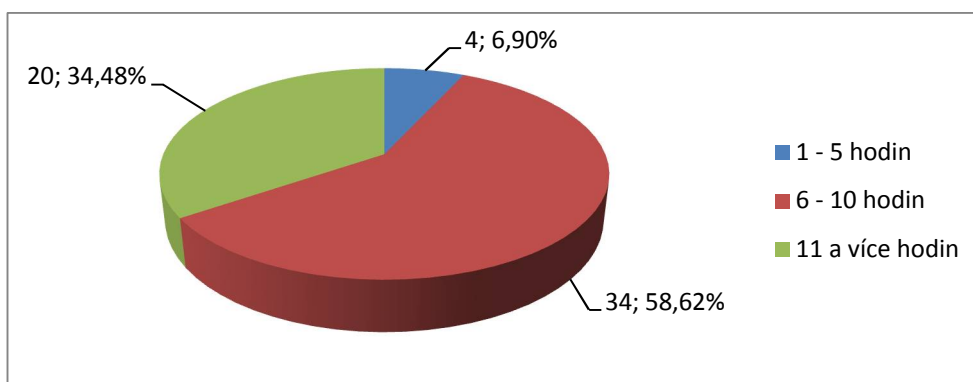
Otázka č. 18: Byly Vám poskytnuty základní informace, co dělat v případě vzniku komplikací?



Obr. 18: Informovanost při komplikacích (%)

Z analýzy výsledků vyplývá, že 42 (72,41%) respondentů vyslovilo naprostou spokojenost s informovaností ohledně výskytu komplikací, 16 (27,59%) respondentů uvedlo spíše dobrou informovanost. Žádný z dotazovaných nevedl možnost nedostatečné, nebo spíše nedostatečné informovanosti v případě výskytu komplikací spojených s podáváním DPV, tomu odpovídá 0 (0,00%) respondentů.

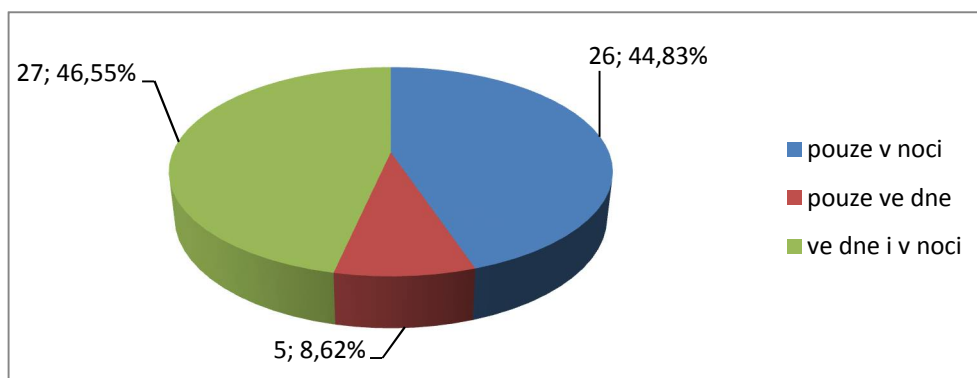
Otázka č. 19: Kolik hodin denně probíhá u Vás podávání parenterální výživy?



Obr. 19: Délka aplikace výživy (%)

Otázka č. 19 zjišťovala délku podávání parenterální výživy u klientů v domácím prostředí. Z grafu je zřejmé, že největší skupinou je 34 (58,62%) respondentů, kteří uvedli délku aplikace DPV od 6 - 10 hodin. Poté následuje skupina 20 (34,48%) respondentů, kteří si aplikují parenterální výživu 11 a více hodin. Nejméně zastoupenou skupinou je varianta podávání DPV v délce 1 - 5 hodin, ke které se přihlásili 4 (6,90%) respondenti.

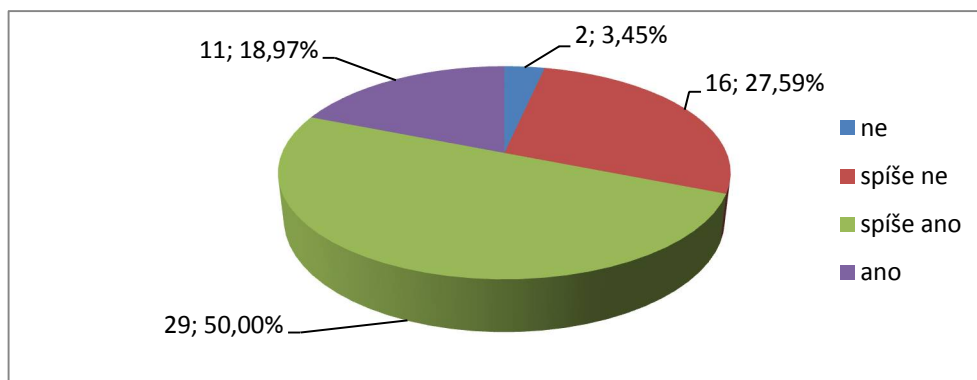
Otázka č. 20: V jakou denní dobu u Vás probíhá podávání DPV?



Obr. 20: Doba podávání DPV (%)

Z celkového počtu 58 respondentů uvedlo 27 (46,55%) dotazovaných, že podávání DPV u nich probíhá ve dne i v noci, 26 (44,83%) respondentů uvádí, že aplikují DPV pouze v noci a 5 (8,62%) respondentů uvedlo, že podávání DPV probíhá pouze ve dne.

Otázka č. 21: Změnily se Vaše společenské aktivity v průběhu léčby DPV?



Obr. 21: Aktivity v průběhu léčby (%)

Z grafu je zřejmé, že u 29 (50,00%) respondentů došlo spíše ke změně společenských aktivit v průběhu léčby, 16 (27,59%) dotazovaných uvedlo, že ke změně společenských aktivit spíše nedošlo. 2 (3,45%) respondenti vyloučili jakoukoliv změnu ve společenských aktivitách v průběhu léčby a 11 (18,97%) respondentů uvedlo, že ke změně v průběhu léčby DPV určitě došlo.

6.5 Shrnutí zjištěných výsledků

Cíl 1: Zjistit informovanost pacientů v oblasti domácí parenterální výživy.

K cíli 1 se vztahují otázky č: 7, 8, 11, 18.

Na otázku č. 7, jak jste se dozvěděl/a o možnosti domácí parenterální výživy odpovědělo 52 (89,66%) respondentů, že informace získali v nemocnici (od lékaře, sestry, pacientů).

Na otázku č. 8, zda mají dotazovaní dostatek informací k DPV odpovědělo 33 (56,90%) respondentů ano a dalších 18 (31,03%) respondentů volilo variantu spíše ano.

Na otázku č. 11, zda byli respondenti dostatečně edukováni před započítím užívání DPV odpovědělo 41 (70,69%) respondentů ano a další možnost spíše ano si vybralo 17 (29,31%) dotazovaných.

Na otázku č. 18, jestli byly respondentům poskytnuty základní informace, co dělat v případě vzniku komplikací, uvedlo 42 (72,41%) respondentů, že měli dostatečné informace a dalších 16 (27,59%) uvedlo, že měli spíše dostatek informací. Z uvedeného vyplývá, že klienti jsou spokojeni s mírou edukace a poskytnutými informacemi a převážná většina dotazovaných je poučena o tom, co dělat v případě vzniku komplikací.

Stanovený cíl se mi podařilo splnit.

Cíl 2: Zjistit přínos užití domácí parenterální výživy s ohledem na návrat do plnohodnotného života, včetně začlenění do pracovního procesu.

K cíli 2 se vztahují otázky č. 10, 15, 16, 21.

V otázce č. 10 jsem zjišťovala schopnost respondentů se pracovní realizovat. Respondenti odpovídali následovně: 16 (27,59%) dotazovaných uvedlo, že jejich schopnost pracovní se realizovat je špatná, 10 (17,24%) respondentů uvedlo situaci pracovní se realizovat za velmi špatnou. Velká část zkoumaného vzorku uvedla, že

jejich schopnost pracovat není ani špatná ani dobrá 14 (24,14%) respondentů. Za dobrou schopnost pracovat se považuje pouze 11 (18,97%) respondentů za velmi dobrou pouze 10 (17,24%) respondentů.

V otázce č. 15 jsem zjišťovala, zda se cítí uživatelé DPV znevýhodnění v soukromém a pracovním životě. 32 (55,17%) respondentů se cítí spíše znevýhodněno, dalších 6 (10,34%) respondentů uvedlo, že určitě se cítí znevýhodněno. Z toho vyplývá, že většina respondentů se cítí znevýhodněna v soukromém i v pracovním životě.

Na otázku č. 16, zda mají respondenti možnost věnovat se svým zálibám, odpovídali následovně: 16 (27,59%) respondentů odpovědělo, že se svým zálibám spíše mají možnost věnovat, 20 (34,48%) dotazovaných odpovědělo, že se spíše nemohou svým zálibám věnovat. Dalších 14 (24,14%) respondentů odpovědělo, že se zálibám věnuje a 8 (13,79%) dotazovaných se vyjádřilo k provozování zálib negativně. Z toho vyplývá, že přibližně polovina respondentů je schopna se věnovat svým zálibám i v rámci léčby parenterální výživou a druhá polovina je limitována a není schopna se zálibám věnovat.

V otázce č. 21 jsem zjišťovala, zda se v průběhu léčby DPV změnila společenské aktivity respondentů. 29 (50,00%) respondentů uvedlo, že spíše ano, 11 (18,97%) respondentů odpovědělo ano.

Z výsledků tedy vyplývá, že léčba DPV zasahuje negativně do soukromí pracovního i společenského života poměrně závažným způsobem a brání tak téměř polovině uživatelů ve vykonávání pracovních činností, provozování svých zálib a společenských aktivit.

Stanovený cíl se mi podařilo splnit, byť výsledek není zcela jednoznačně pozitivní.

Cíl 4: Zjistit věkové složení uživatelů domácí parenterální výživy.

K cíli 4 se vztahuje otázka č. 2.

V otázce č. 2 jsem zjišťovala věkové složení uživatelů DPV. Z celkového počtu 58 respondentů je 6 (10,34%) ve věkové kategorii od 20 - 30 let, 18 (31,03%) v kategorii 31 - 50 let, 16 (27,59%) v kategorii 51 - 60 let a 18 (31,03%) respondentů je starších 60- ti let. Z výsledků šetření vyplývá, že složení uživatelů DPV počínaje věkovou hranicí 31 až 60 a více let přibližně stejné.

Stanovený cíl se mi podařilo splnit.

Cíl 5: Prozkoumat spokojenost uživatelů domácí parenterální výživy s úrovní edukace ze strany zdravotnického personálu a spokojenost s logistickým zabezpečením materiálu pro domácí využití parenterální výživy.

K cíli 5 se vztahují otázky č. 11, 12.

Na otázku č. 11, byl/a jste dostatečně poučen/a před započítáním užívání DPV, respondenti odpovídali následovně. 41 (70,69%) respondent odpovědělo, že bylo dostatečně poučeno a dalších 17 (29,31%) dotazovaných odpovědělo, že bylo spíše dostatečně edukováno. Z výsledku vyplývá, že klienti využívající DPV jsou spokojeni s úrovní edukace ze strany zdravotnického personálu. Žádný z respondentů neuvedl negativní zkušenost (0,00%), co můžeme považovat za úspěch.

V otázce č. 12 jsem zjišťovala spokojenost uživatelů DPV se samotným zajišťováním spotřebního materiálu. 40 (68,97%) respondentů uvedlo, že je spokojeno se zajištěním pro DPV a dalších 18 (31,03%) respondentů se vyjádřilo, že je spíše spokojeno s organizací v zajištění pomůcek k DPV. Žádný z respondentů 0 (0,00%) neuvedl negativní zkušenost v tomto ohledu.

Z tohoto šetření vyplývá, že mezi uživateli DPV je naprostá spokojenost v otázce edukace a logistického zabezpečení materiálem k DPV.

Stanovený cíl se mi podařilo splnit.

6.6 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku vlivu domácí parenterální výživy na kvalitu života pacientů. V současné době se setkáváme často s možností pokračování léčby onemocnění v domácím prostředí. Jednou z metod je domácí parenterální výživa, která může být pro pacienta benefitem vzhledem k možnosti pobývat doma. Zároveň však dochází k velkému zásahu do běžného života pacienta, který způsobují mnohé omezení v pracovním i soukromém životě. Léčba bývá často spojena s obavami a strachem ze strany pacientů ohledně vzniku možných komplikací při samotné aplikaci domácí parenterální výživy. Ve své práci jsem se soustředila na zjišťování informovanosti pacientů v oblasti samotné domácí parenterální výživy, která je z mého pohledu důležitá pro zvládnutí počátečních i následných problémů a z toho vyplývajících obav. Dále jsem zjišťovala míru možnosti opětovného začlenění se do pracovního procesu. Ve své práci jsem zkoumala i věkové složení uživatelů a s ohledem

na tento aspekt, mně zajímalo, jak moc zasahuje léčba v domácím prostředí do aktivit a provozování zálib mnou vybraných respondentů.

Pro splnění cílů a potvrzení hypotéz jsem použila dotazník v úvodu, kterého jsem zjišťovala sociometrické údaje. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 58 respondentů, kteří byli v období 5- 10/2014 v programu domácí parenterální výživy. Z této skupiny bylo celkem 32 (55,17%) žen a 26 (44,83%) mužů. Nejčastěji zastoupenou skupinou byly shodně skupiny respondentů ve věku 31 - 50 a více než 60 let počtem 18 (31,03%) respondentů. Ve skupině od 51 - 60 let bylo 16 (27,59%) respondentů a pouze 6 (10,34%) respondentů bylo z věkové kategorie 20 - 30 let.

Analýzou a interpretací jednotlivých výsledků otázek se zabývá podrobně kapitola 6.4.

V následující části budou interpretovány jednotlivé hypotézy. Na základě stanovených cílů byly vymezeny tři pracovní hypotézy, které byly pomocí testu nezávislosti (chí kvadrátu) ověřeny, zda je lze s odkazem na uvedený soubor přijmout nebo odmítnout.

Hypotéza č. 1: Lze předpokládat, že klienti, kteří mají dostatek potřebných informací k domácí parenterální výživě, jsou méně znevýhodněni v soukromém a pracovním životě, než ti, kteří tyto informace nemají.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 8 a 15.

Tab. 22a: Hypotéza 1- dostatek informací x znevýhodnění

Informovanost	2 – rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Cítíte se znevýhodnění kvůli DPV?		
	ANO	NE	Řádkové součty
Dostatek informací	31	20	51
Sloupcová relativní četnost	81,57%	100%	
Řádková relativní četnost	60,78%	39,21%	
Málo informací	7	0	7
Sloupcová relativní četnost	18,42%	0%	
Řádková relativní četnost	100%	0%	
Celkem	38	20	58

Tab. 22b: Hypotéza 1- Pearsonův Chí kvadrát

Statistika	Dostatek informací x znevýhodnění		
	Chí – kvadr.	sv	p
Pearson's Chí-kv.	2,6339	df=1	0,1046

$p = 0,1046 > \text{než } 0,05$

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi dostatečnou informovaností a znevýhodněním v soukromém, pracovním životě.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi dostatečnou informovaností a znevýhodněním v soukromém, pracovním životě.

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi dostatečnou informovaností a možným znevýhodněním v soukromém a pracovním životě.

Hypotéza č. 2: Lze předpokládat, že provozování DPV vlastní osobou bez využití služeb domácí péče, nebo rodiny, nezávisí na pohlaví.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 1 a 4.

Tab. 23a: Hypotéza 2- pohlaví x provozování vlastní osobou

Pohlaví respondenta	2 – rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Provozování DPV		
	Nezvládne sám	Zvládne sám	Řádkové součty
Muž	24	2	26
Sloupcová relativní četnost	52,17%	16,66%	
Řádková relativní četnost	92,30%	7,69%	
Žena	22	10	32
Sloupcová relativní četnost	47,82%	83,33%	
Řádková relativní četnost	68,75%	31,25%	
Celkem	46	12	58

Tab. 23b: Hypotéza 2- Pearsonův Chí kvadrát

Statistika	pohlaví respondenta x provozování DPV vlastní osobou		
	Chí – kvadr.	sv	p
Pearson's Chí-kv.	3,5221	df=1	0,06056

$p = 0,06056 > \text{než } 0,05$

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím respondentů a možností provozování DPV vlastní osobou, bez využití služeb domácí péče nebo rodiny.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím respondentů a možností provozování DPV vlastní osobou, bez využití služeb domácí péče nebo rodiny.

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi pohlavím respondentů a možností provozování DPV vlastní osobou, bez využití služeb domácí péče nebo rodiny. Výsledek se pohybuje v těsné blízkosti 5% hladiny významnosti, z tohoto důvodu lze usuzovat, že závislost, byť minimální, zde nastává.

Hypotéza č. 3: Lze očekávat, že, jak klienti nad 50 let tak klienti pod 50 let věku mají stejnou možnost věnovat se svým zálibám.

K této hypotéze se vztahují otázky č. 2 a 16.

Tab. 24a: Hypotéza 3- věk x možnost věnovat se svým zálibám

Věk respondenta	2 – rozměrná tabulka: Pozorované četnosti		
	Možnost věnovat se svým zálibám.		
	ANO	NE	Řádkové součty
Do 50 let	14	10	24
Sloupcová relativní četnost	46,66%	35,71%	
Řádková relativní četnost	58,33%	41,66%	
Nad 50 let	16	18	34
Sloupcová relativní četnost	53,33%	64,28%	
Řádková relativní četnost	47,05%	52,94%	
Celkem	30	28	58

Tab. 24b: Hypotéza 3- Chí kvadrát

Statistika	Věk respondenta x možnost věnovat se svým zálibám		
	Chí – kvadr.	sv	p
Pearson´s Chí-kv.	0,3358	df=1	0,5622

$p = 0,5622 > \text{než } 0,05$

H₀ Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a možností věnovat se svým zálibám.

H_A Existuje statisticky významná závislost mezi věkem respondentů a možností věnovat se svým zálibám.

Nelze přijmout alternativní hypotézu, tj. že na 5% hladině významnosti existuje statisticky signifikantní závislost mezi věkem respondentů a možností věnovat se svým zálibám.

Do diskuse jsem dále zařadila porovnání již provedené studie, která se zabývala také tématem hodnocení kvality života pacientů na domácí parenterální výživě. Výzkum byl proveden studentkou 1. LF UK v Praze v roce 2014. Zkoumaný vzorek byl poměrně malý, sčítal 13 respondentů z řad klientů IV. Interní kliniky Všeobecné fakultní

nemocnice v Praze. Jak uvádí autorka výzkumného šetření, nízký počet respondentů byl ovlivněn neochotou pacientů spolupracovat na výzkumu. Z vlastní zkušenosti jsem ráda, že jsem se s podobným přístupem nesešla. Ve srovnávací studii jsem hledala především otázky spojené s kvalitou života a návratem do pracovního procesu, s možností věnovat se svým zálibám i v průběhu léčby DPV. Z celkových výsledků studie provedené v loňském roce vyplynulo, že forma léčby pomocí DPV má negativní dopad na některé oblasti běžného pacientova života. Byly zaznamenány negativní zkušenosti v možnosti opětovného zařazení do společnosti a byl zaznamenán negativní dopad na některé oblasti běžného života respondentů. Pokud porovnáím tyto již publikované výsledky a srovnám je se svým šetřením, musím konstatovat, že souhlasím s tvrzením negativního zásahu do soukromí, pracovního i společenského života. Jak vyplynulo z odpovědí respondentů, tato léčba poměrně závažným způsobem mění a brání tak téměř polovině uživatelů ve vykonávání pracovních činností, provozování svých zálib a společenských aktivit (DVOŘÁKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života na domácí parenterální výživě*. Praha, 2014. 68 s., 2 přílohy. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, IV. interní klinika VFN. Vedoucí práce As. MUDr. Meisnerová, Eva).

7 ZÁVĚR

Záměrem bakalářské práce bylo zjistit vliv domácí parenterální výživy na kvalitu života klientů. Toto téma je v souvislosti s narůstajícím počtem pacientů léčených DPV velmi aktuální. Ve svém výzkumném šetření jsem oslovila 58 respondentů, což není zcela velký soubor. Tento počet je dán poměrně specifickou oblastí léčby a také definovanými kritérii šetření. Oslovení respondenti odpovídali v dotazníkovém šetření na otázky týkající se omezení v pracovním a soukromém životě v průběhu léčby DPV. Cílem práce bylo zjistit informovanost v oblasti samotné DPV, její aplikace a možnosti vzniku komplikací.

Bakalářská práce byla rozdělena do dvou hlavních částí. V teoretické části bakalářské práce byla definována parenterální výživa, její indikace. Dále domácí parenterální výživa a její využití, vysvětlení pojmu kvality života a metodologie jejího měření. V empirické části bylo vycházeno z teoretických poznatků, na jejichž základě byly stanoveny cíle pro empirickou část, které je možné prohlásit za splněné. Pro získání potřebných dat byla použita kvantitativní metoda pomocí strukturovaného dotazníku.

Průzkum prokázal, že pacienti, kterých se léčba domácí parenterální výživou týká, jsou velice dobře informováni o možnostech léčby, zvládají postup v případě výskytu komplikací a jsou velice spokojeni s organizací v zajišťování spotřebního materiálu k DPV. Z toho vyplývá, že jsou správně a pečlivě připravováni na léčbu v domácích podmínkách již při hospitalizaci v nemocnici. Další zkoumanou oblastí je vliv DPV na oblast života klientů. V této části jsem dospěla ke zjištění, že DPV je jedinečnou pomocí pro některé pacienty, která ale zároveň snižuje kvalitu jejich života, protože se negativně projevuje v možnosti návratu do pracovního procesu, omezuje schopnost věnovat se svým zálibám téměř polovině klientů a mění schopnost společenských aktivit spíše k horšímu.

V závěru se chci zmínit o horké novince, která by mohla ulehčit život pacientům užívajícím DPV. Jedná se o studii prováděnou Institutem klinické a experimentální medicíny (IKEM), Praha. Jde o přenosné- mobilní zařízení, které by mělo nahradit stávající infuzní pumpy. Tato zařízení výrazným způsobem zvyšují kvalitu života pacientů a to tím, že váží pouze 325 gramů a součástí výbavy je i batoh, tím pádem je pacient schopen takřka normálně fungovat během celého dne. Kromě toho ale umožňují i dálkové monitorování pacienta. Největší výhoda spočívá v přítomnosti vzduchových

filtrů eliminujících vzduch při pohybu a možnosti napojení na infúzi během dne při běžných aktivitách. Pacienti používající statickou pumpu v současnosti se potýkají s mnoha problémy. Nevyspí se, protože pumpy jsou vybaveny zejména zvukovými alarmy, které se při pohybu spouštějí, taktéž manipulace se stojanem, na kterém je pumpa připevněna, je poměrně složitá a celá sestava je poměrně těžká. Tito pacienti nemají žádný soukromý život. Mobilní novinka jim to umožní. Mohou se ráno napojit a odpojit večer, přes den se věnovat řadě aktivit a v noci se v klidu vyspat, což je pro ně výrazný benefit. Dálkové monitorování, které toto zařízení umožňuje, se prozatím využívá spíše v zahraničí. Výhodou je, že lékař dostává přesnou informaci, jak si pacient infuzi aplikuje. Zejména nežádoucí rychlost infuze, která může velmi zásadně poškodit funkci jater, by tímto způsobem mohla být odhalena. Princip, na kterém funguje tento přenos dat formou SIM karty a je zabudován do zařízení.

Pacienti, kteří již mobilní režim vyzkoušeli v rámci pilotní studie, nesdělili jediný negativní aspekt, jsou spokojeni, cestují, sportují. Jsou na dobré cestě k tomu, aby žili relativně kvalitní život.

REFERENČNÍ SEZNAM

Acta Universitatis Palackianae Olomouensis. Facultas philosophica. Sociologica - andragogica ... Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, [1992]- . ISSN 1803-0246.

ANDĚL, Michal a BENEŠ, Petr. *Výživa nemocných v těžkých stavech: parenterální výživa*. Vyd. 3., dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 101 s. ISBN 80-7013-271-X.

BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorov*. In MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.

BEŇO, Igor. *Funkčné a morfológické zmeny na tráviacich orgánoch u pacientov s pretrvávajúcimi obtiažami po resekcii žalúdka*. [S.l.: s.n., 19--]. 219 l.

BERGSMA, Daniel, ed. *Birth defects compendium*. 2nd Ed. London: Macmillan, 1979. 34, 1183 s.

BRODANOVÁ, M., ANDĚL, M., *Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 1994, 287 s. ISBN 80-85623-60-9

BUSCH, Christine. *Stressmanagement für Teams: Entwicklung und Evaluation eines Trainings im Call Center*. Hamburg: Kovač, 2004. 293 s. Schriften zur Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie, Bd. 12. ISBN 3-8300-1503-8.

CALMAN, Smil. *Diagnostic de l'insuffisance du ventricule gauche dans l'arythmie complète*. Paris: [s.n.], 1926. (63 s.).

ČESKOSLOVENSKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. *Symposium, ŠKODA, Ctirad, ed., DRAGOMIRECKÁ, Eva, ed. a MIKULA, Vladimír, ed. Současný stav péče o duševní zdraví obyvatelstva v ČSSR: 15. symposium o aktuálních otázkách sociální psychiatrie Kroměříž 22.-24. 9. 1987, Čs. psychiatrická společ.... [aj.]: Sborník referátů a diskuse. Část 1. Kroměříž: Psychiatrická léčebna, 1988. [181] s.*

DRAGOMIRECKÁ, Eva; BARTOŇOVÁ, Jitka. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 88 s. ISBN: 80-85121-82-4.

EUROPEAN DIALYSIS AND TRANSPLANT NURSES ASSOCIATION - EUROPEAN RENAL CARE ASSOCIATION. International Conference. *39th EDTNA/ERCA International Conference: moving forward together - education & innovation in renal care: abstract book: Dublin, Ireland, 18-21 September 2010*. Prague: Czech-in, [2010]. 102 s. ISBN 978-80-254-7892-9.

GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: Praktický rádce pro sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 237 s. ISBN 978-80-247-1868-2.

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-802-4736-259.

GURKOVÁ, Elena, ŽIAKOVÁ, Katarína a ČÁP, Juraj. *Vybrané ošetrovatelské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: Osveta, ©2009. 242 s. ISBN 978-80-8063-308-0.

CHARVÁT, J.; KVAPIL, M. *Praktikum umělé výživy*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 155 s. ISBN 80-246-1303-4.

JIRKOVSKÝ, Daniel a kol. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012. 411 s. ISBN 978-80-87347-13-3.

KOHOUT, Pavel et al. *Výživa u pacientů s idiopatickými střevními záněty*. Praha: MAXDORF, 2004. 174 s. ISBN 80-7345-023-2.

KOHOUT, P.; KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Vyd. 1. Praha: Forsapi, 2009, 113 s. ISBN 978-80-87250-05-1.

KOHOUT, Pavel a KOTRLÍKOVÁ, Eva. *Základy klinické výživy*. 1. vyd. Praha: Krigl, 2005. 113 s. ISBN 80-86912-08-6.

KŘEMEN, J.; KOTRLÍKOVÁ, E.; SVAČINA, Š. *Enterální a parenterální výživa*. Praha: Mladá Fronta, 2009. 134 s. ISBN 978-80-204-2070-1.

KŘEN, Jiří, JANÍČEK, Přemysl a ROSENBERG, Josef. *Biomechanika*. 2. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, Fakulta aplikovaných věd, 2001. 380 s. ISBN 80-7082-792-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

MAREK, Josef et al. *Vnitřní lékařství. Sv. VI*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2002. 266 s. Scripta. Malá řada. ISBN 80-7262-169-6.

MIKŠOVÁ, Zdeňka et al. *Kapitoly z ošetrovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. (V této podobě 1.). Praha: Grada, 2006. 2 sv. (248, 171 s.). Sestra. ISBN 80-247-1442-6.

MOLČANOVÁ, Jana. Enterální a parenterální výživa z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: 2008, roč. 4, č. 6, s. 14-15. ISSN 1801-1349.

MUSIL, Jiří V. a MUSILOVÁ, Marcela. *Prolegomena psychologického poradenství: úvod do psychologického výchovného a kariérního poradenství pro sociální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna, 2009. 95 s. ISBN 978-80-903449-8-3.

PARÁKOVÁ, Zdeňka, ed., PRCHALOVÁ, Eva, ed. a SALAJKA, František, ed. *Aktuality oboru pneumologie, fizeologie a ošetrovatelství: obstrukce, tuberkulóza: postgraduální kurz Paliativní a symptomatická péče v pneumologii: blok II. - nutrice*. 1. vyd. Hradec Králové: [s.n.], 2010. 96 s. ISBN 978-80-254-6939-2.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Sjezd, RABOCH, Jiří, ed., ZRZAVECKÁ, Irena, ed. a DOUBEK, Pavel, ed. *Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta: [sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí]*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2006. xix, 286 s. ISBN 80-7262-420-2.

SLOVÁČEK, Ladislav et al. Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, č. 1, s. 6-9.

SOBOTKA, Luboš, ed., TĚŠÍNSKÝ, Pavel, ed. a VAŇKOVÁ, Dana, ed. *XXIV. kongres SKVIMP: [od diety po farmakonutrici: Hradec Králové, 28.2.-1.3.2008: program a sborník]*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2008. 114 s. ISBN 978-80-87009-39-0.

SOBOTKA, L., et al. *Basic in clinical nutrition*. 4rd edition. Praha: Galén, 2011. 723 s. ISBN 978- 80-7262-821-6.

SOBOTKA, Luboš - SCHNEIDER, S.M. - BERNER, Y.N, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: geriatrics. *Clinical nutrition*, 2009, roč. 28, č. 4, s. 461-466. ISSN: 0261-5614.

TAPPENDEN, Kelly A. (ed.). *Micronutrients in parenteral nutrition: too little or too much?: proceedings from the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition 2009 research workshop: January 30-31, 2009, New Orleans, Louisiana. New York :* Elsevier, 2009.

TOKÁROVÁ, Anna, ed., KREDÁTUS, Jozef, ed. a FRK, Vladimír, ed. *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou: 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Vyd. 1. Prešov: Prešovská univerzita, 2005. 897 s. Acta Facultatis philosophicae Universitatis Prešovensis. Humanistický zborník; 10. ISBN 80-8068-425-1.

URBÁNEK, Libor a URBÁNKOVÁ, Pavla. *Klinická výživa v současné praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 104 s. ISBN 978-807-0134-733.

VAĎUROVÁ, Helena; MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÍŠEK, J., Péče o tunelizované žilní katétrů u nemocných na domácí parenterální výživě podle současných doporučení, *Vnitřní lékařství*, Praha: Ambit Media, a.s. ISSN 0042- 773X, 2012, č. 12, s. 955

VYMĚTAL, Jan a REZKOVÁ, Vlasta. *Rogerovský přístup k dospělým a dětem*. Vyd. 2., přeprac., V nakl. Portál 1. Praha: Portál, 2001. 240 s. ISBN 80-7178-561-X.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.

ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2844-5.

Internetové zdroje

Zdraví E15: *Domácí parenterální výživa*, [online]. 2000 [cit. 2015-01-13]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/domaci-parenteralni-vyziva-129668>

Historie parenterální výživy, [online]. 2009 [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2009/02/11.pdf>

Interní medicína pro praxi: [online]. 2014 [cit. 2014-12-03]. Dostupné z: www.internimedicina.cz

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, [online]. 2015 [cit. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty>

American Technion Society, [online]. 2014 [cit. 2014-11-23]. Dostupné z: www.ats.org/qol/key.asp

Oley Foundation Home Page, [online]. 2014 [cit. 2014-11-03]. Dostupné z: www.oley.org

World Health Organization, [online]. 2014 [cit. 2014-11-24]. Dostupné z: www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/index.htm

KOLEKTIV AUTORŮ, *Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče* [online]. 2014,[cit. 2014-11-22]. Dostupné z: <http://www.skvimp.cz/?action=changecategory&value=12>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Pohlaví respondentů (%).....	30
Obr. 2: Věk respondentů (%).....	30
Obr. 3: Délka užívání DPV (%).....	31
Obr. 4: Zajištění/ provozování DPV (%).....	31
Obr. 5a: Schopnost provádět úklid (%).....	32
Obr. 5b: Schopnost nakoupit (%).....	33
Obr. 5c: Schopnost uvařit (%).....	33
Obr. 5d: Schopnost praní, žehlení (%).....	34
Obr. 5d: Provádění osobní hygieny (%).....	34
Obr. 6: Typy onemocnění (%).....	35
Obr. 7: Informovanost o DPV (%).....	35
Obr. 8: Dostatečná informovanost (%).....	36
Obr. 9: Rodinná podpora (%).....	36
Obr. 10: Schopnost pracovat (%).....	37
Obr. 11: Edukace (%).....	38
Obr. 12: Spokojenost s materiálním zajištěním (%).....	38
Obr. 13: Únava (%).....	39
Obr. 14: Vliv na spánek (%).....	39
Obr. 15: Znevýhodnění v životě díky DPV (%).....	40
Obr. 16: Záliby (%).....	41
Obr. 17: Negativní pocity (%).....	41
Obr. 18: Informovanost při komplikacích (%).....	42
Obr. 19: Délka aplikace výživy (%).....	42
Obr. 20: Doba podávání DPV (%).....	43
Obr. 21: Aktivity v průběhu léčby (%).....	43

SEZNAM TABULEK

Tab. 22a: Hypotéza 1- dostatek informací x znevýhodnění	47
Tab. 22b: Hypotéza 1- Pearsonův Chí kvadrát	48
Tab. 23a: Hypotéza 2- pohlaví x provozování vlastní osobou.....	48
Tab. 23b: Hypotéza 2- Pearsonův Chí kvadrát	49
Tab. 24a: Hypotéza 3- věk x možnost věnovat se svým zálibám	50
Tab. 24b: Hypotéza 3- Chí kvadrát	50
Tab. 1: Pohlaví	63
Tab. 2: Věk.....	63
Tab. 3: Doba užívání DPV.....	63
Tab. 4: Zajištění/provozování DPV.....	63
Tab. 5a: Úklid domácnosti.....	64
Tab. 5b: rodinný nákup.....	64
Tab. 5c: Vaření.....	64
Tab. 5d: Praní, žehlení.....	64
Tab. 5e: Osobní hygiena	65
Tab. 6: Onemocnění vedoucí k DPV.....	65
Tab. 7: Informovanost o DPV.....	65
Tab. 8: Dostatečná informovanost.....	65
Tab. 9: Podpora rodiny	66
Tab. 10: Schopnost pracovat.....	66
Tab. 11: Edukace.....	66
Tab. 12: Spokojenost s materiálním zajištěním	66
Tab. 13: Únava	67
Tab. 14: Spánek.....	67
Tab. 15: Znevýhodnění kvůli DPV	67
Tab. 16: Záliby	67
Tab. 17: Výskyt negativních pocitů	68
Tab. 18: Informovanost při komplikacích	68
Tab. 19: Délka aplikace DPV	68
Tab. 20: Doba podávání DPV	68
Tab. 21: Aktivity v průběhu léčby.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Tabulky.....	63
Příloha č. 2: Dotazník.....	70
Příloha č. 3: Edukace pacienta s DPV.....	75

Příloha č. 1 Tabulky

Jakého jste pohlaví?		
Proměnná	n	%
Muž	26	44,83%
Žena	32	55,17%
Celkem	58	100,00%

Tab. 1: Pohlaví

Jaký je Váš věk?		
Proměnná	n	%
20 - 30 let	6	10,34%
31 - 50 let	18	31,03%
51 - 60 let	16	27,59%
více než 60 let	18	31,03%
Celkem	58	100,00%

Tab. 2: Věk

Jak dlouho jste uživatelem domácí parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
0 - 3 měsíce	16	27,59%
4 - 12 měsíců	20	34,48%
déle než rok	22	37,93%
Celkem	58	100,00%

Tab. 3: Doba užívání DPV

Využíváte k ošetřování/provozování domácí parenterální výživy:		
Proměnná	n	%
agenturu domácí péče	26	44,83%
rodinu	20	34,48%
nevyužívám, ošetření si zajišťuji sám/sama	12	20,69%
Celkem	58	100,00%

Tab. 4: Zajištění/provozování DPV

Zhodnoťte, jak jste schopen provádět úklid domácnosti.		
Proměnná	n	%
ne	6	10,34%
spíše ne	12	20,69%
spíše ano	24	41,38%
ano	16	27,59%
Celkem	58	100,00%

Tab. 5a: Úklid domácnosti

Zhodnoťte, jak jste schopen provádět rodinný nákup.		
Proměnná	n	%
ne	10	17,24%
spíše ne	12	20,69%
spíše ano	22	37,93%
ano	14	24,14%
Celkem	58	100,00%

Tab. 5b: rodinný nákup

Zhodnoťte, jak jste schopen provádět vaření.		
Proměnná	n	%
ne	5	8,62%
spíše ne	13	22,41%
spíše ano	24	41,38%
ano	16	27,59%
Celkem	58	100,00%

Tab. 5c: Vaření

Zhodnoťte, jak jste schopni provádět praní, žehlení.		
Proměnná	n	%
ne	15	25,86%
spíše ne	15	25,86%
spíše ano	14	24,14%
ano	14	24,14%
Celkem	58	100,00%

Tab. 5d: Praní, žehlení

Zhodnoťte, jak jste schopni provádět osobní hygienu.		
Proměnná	n	%
ne	0	0,00%
spíše ne	4	6,90%
spíše ano	17	29,31%
ano	37	63,79%
Celkem	58	100,00%

Tab. 5e: Osobní hygiena

Jaké onemocnění u Vás vedlo k zavedení domácí parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
syndrom krátkého střeva/chirurgický výkon	19	32,76%
onkologické onemocnění	27	46,55%
chronický zánět střev/Crohнова nemoc	6	10,34%
jiné	6	10,34%
Celkem	58	100,00%

Tab. 6: Onemocnění vedoucí k DPV

Jak jste se dozvěděl/a o možnosti domácí parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
v nemocnici (od lékaře, sestry, pacientů)	52	89,66%
z literatury	0	0,00%
z médií	2	3,45%
od příbuzných	4	6,90%
jinak	0	0,00%
Celkem	58	100,00%

Tab. 7: Informovanost o DPV

Máte dostatek potřebných informací k domácí parenterální výživě?		
Proměnná	n	%
ne	1	1,72%
spíše ne	6	10,34%
spíše ano	18	31,03%
ano	33	56,90%
Celkem	58	100,00%

Tab. 8: Dostatečná informovanost

Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?		
Proměnná	n	%
velmi nespokojený/á	1	1,72%
nespokojený/á	1	1,72%
ani spokojený/á ani nespokojený/á	8	13,79%
spokojený/á	31	53,45%
velmi spokojený/á	17	29,31%
Celkem	58	100,00%

Tab. 9: Podpora rodiny

Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovně se realizovat?		
Proměnná	n	%
velmi špatnou	10	17,24%
špatnou	16	27,59%
ani špatnou ani dobrou	14	24,14%
dobrou	11	18,97%
velmi dobrou	7	12,07%
Celkem	58	100,00%

Tab. 10: Schopnost pracovat

Byl/a jste dostatečně poučen/a - edukován/a před započatím užívání domácí parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
vůbec ne	0	0,00%
spíše ne	0	0,00%
spíše ano	17	29,31%
ano	41	70,69%
Celkem	58	100,00%

Tab. 11: Edukace

Jak jste spokojený/á s organizací v zajišťování spotřebního materiálu k domácí parenterální výživě?		
Proměnná	n	%
vůbec ne	0	0,00%
spíše ne	0	0,00%
spíše ano	18	31,03%
ano	40	68,97%
Celkem	58	100,00%

Tab. 12: Spokojenost s materiálním zajištěním

Máte pocity zvýšené únavy?		
Proměnná	n	%
vůbec ne	5	8,62%
spíše ne	12	20,69%
spíše ano	30	51,72%
ano, rychle se unavím	11	18,97%
Celkem	58	100,00%

Tab. 13: Únava

Má domácí parenterální výživa nějaký vliv na kvalitu Vašeho spánku?		
Proměnná	n	%
vůbec ne	10	17,24%
spíše ne	19	32,76%
spíše ano	17	29,31%
ano	12	20,69%
Celkem	58	100,00%

Tab. 14: Spánek

Cítíte se znevýhodněný/á kvůli domácí parenterální výživě v soukromém a pracovním životě?		
Proměnná	n	%
vůbec ne	6	10,34%
spíše ne	14	24,14%
spíše ano	32	55,17%
ano	6	10,34%
Celkem	58	100,00%

Tab. 15: Znevýhodnění kvůli DPV

Máte možnost se věnovat svým zálibám?		
Proměnná	n	%
ne	8	13,79%
spíše ne	20	34,48%
spíše ano	16	27,59%
ano	14	24,14%
Celkem	58	100,00%

Tab. 16: Záliby

Objevují se u Vás v souvislosti s domácí parenterální výživou negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, bolest nebo deprese?		
Proměnná	n	%
ne	13	22,41%
spíše ne	15	25,86%
spíše ano	27	46,55%
ano	3	5,17%
Celkem	58	100,00%

Tab. 17: Výskyt negativních pocitů

Byly Vám poskytnuty základní informace, co dělat v případě vzniku komplikací?		
Proměnná	n	%
ne	0	0,00%
spíše ne	0	0,00%
spíše ano	16	27,59%
ano	42	72,41%
Celkem	58	100,00%

Tab. 18: Informovanost při komplikacích

Kolik hodin denně u Vás probíhá podávání parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
1 - 5 hodin	4	6,90%
6 - 10 hodin	34	58,62%
11 a více hodin	20	34,48%
Celkem	58	100,00%

Tab. 19: Délka aplikace DPV

V jakou denní dobu u Vás probíhá podávání domácí parenterální výživy?		
Proměnná	n	%
pouze v noci	26	44,83%
pouze ve dne	5	8,62%
ve dne i v noci	27	46,55%
Celkem	58	100,00%

Tab. 20: Doba podávání DPV

Změnily se Vaše společenské aktivity v průběhu léčby domácí parenterální výživou?		
Proměnná	n	%
ne	2	3,45%
spíše ne	16	27,59%
spíše ano	29	50,00%
ano	11	18,97%
Celkem	58	100,00%

Tab. 21: Aktivity v průběhu léčby

Příloha č. 2: Dotazník

Vážená paní, pane,

jmenuji se Miriam Sochrová a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studijního programu Všeobecná sestra na 2. LF UK v Praze. Dovolte mi požádat Vás o spolupráci při vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma *Vliv domácí parenterální výživy na kvalitu života klientů*. Získané informace budou sloužit výhradně pro účely této práce.

Informace Vámi sdělené i Vaše identita zůstanou anonymní. Máte právo neodpovědět na jakoukoli otázku bez udání důvodu.

Za ochotu, důvěru a čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku Vám předem děkuji.

Miriam Sochrová

Dotazník:

1. Vaše pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Váš věk:

- a) 20- 30
- b) 31- 50
- c) 51- 60
- d) více než 60 let

3. Jak dlouho jste uživatelem domácí parenterální výživy?

- a) 0- 3 měsíce

- b) 4- 12 měsíců
- c) déle než rok

4. Využíváte k ošetřování/ provozování domácí parenterální výživy:

- a) agenturu domácí péče
- b) rodinu
- c) nevyužívám, ošetření si zajišťuji sám/sama

5. Zhodnoťte, jak jste schopen/a provádět uvedené každodenní činnosti:

5a. Rodinný nákup	Ne	Spíše ne	Spíše ano	Ano
5b. Vaření	Ne	Spíše ne	Spíše ano	Ano
5c. Praní, žehlení	Ne	Spíše ne	Spíše ano	Ano
5d. Osobní hygienu	Ne	Spíše ne	Spíše ano	Ano
5e. Úklid domácnosti	Ne	Spíše ne	Spíše ano	Ano

6. Jaké onemocnění u Vás vedlo k zavedení domácí parenterální výživy?

- a) syndrom krátkého střeva/ chirurgický výkon
- b) onkologické onemocnění
- c) chronický zánět střev/ Crohnova nemoc
- d) jiné (doplňte jaké)

7. Jak jste se dozvěděl/a o možnosti domácí parenterální výživy?

- a) v nemocnici (od lékaře, sestry, pacientů)
- b) z literatury
- c) z médií
- d) od příbuzných
- e) jinak (doplňte jak)

8. Máte dostatek potřebných informací k domácí parenterální výživě?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano

d) ano

9. Jak jste spokojený/á s podporou, kterou Vám poskytuje rodina?

- a) velmi nespokojený/á
- b) nespokojený/á
- c) ani spokojený/á ani nespokojený/á
- d) spokojený/á
- e) velmi spokojený/á

10. Jak byste hodnotil/a svoji schopnost pracovně se realizovat?

- a) velmi špatnou
- b) špatnou
- c) ani špatnou ani dobrou
- d) dobrou
- e) velmi dobrou

11. Byl/a jste dostatečně poučen/a - edukován/a před započatím užívání domácí parenterální výživy?

- a) vůbec ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

12. Jak jste spokojený/á s organizací v zajišťování spotřebního materiálu k domácí parenterální výživě?

- a) vůbec ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

13. Máte pocity zvýšené únavy?

- a) vůbec ne
- b) spíše ne

- c) spíše ano
- d) ano, rychle se unavím

14. Má domácí parenterální výživa nějaký vliv na kvalitu Vašeho spánku?

- a) vůbec ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

15. Cítíte se znevýhodněný/á díky domácí parenterální výživě v soukromém a pracovním životě?

- a) vůbec ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

16. Máte možnost věnovat se svým zálibám?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

17. Objevují se u Vás v souvislosti s domácí parenterální výživou negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost, bolest nebo deprese?

- a) Ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

18. Byly Vám poskytnuty základní informace, co dělat v případě vzniku komplikací?

- a) ne
- b) spíše ne

- c) spíše ano
- d) ano

19. Kolik hodin denně probíhá u Vás podávání parenterální výživy?

- a) 1- 5 hodin
- b) 6- 10 hodin
- c) 11 a více hodin

20. V jakou denní dobu u Vás probíhá podávání domácí parenterální výživy?

- a) pouze v noci
- b) pouze ve dne
- c) ve dne i v noci

21. Změnily se Vaše společenské aktivity v průběhu léčby domácí parenterální výživou?

- a) ne
- b) spíše ne
- c) spíše ano
- d) ano

Příloha č. 2: Edukace pacienta s DPV

Titulace pacienta s periferně zavedeným centrálním žilním katétre

Definice :

Katétr je určený k zajištění dlouhodobého žilního přístupu. Katétr vede z povrchové žíly na paži do hlubokého žilního systému a ústí v horní duté žíle

Cíl edukace:

Pacient, ošetřující osoba:

- zná indikaci zavedení katétru
- zná a ovládá zásady ošetřování katétru
- zná a ovládá zásady přípravy podávaného vaku - výživy
- zná a ovládá zásady napojení infúzního setu
- ovládá manipulaci s infúzní pumpou
- zná zásady ošetření katétru po vykapání infúze

Indikace:

1. **Zajištění dlouhodobé domácí parenterální výživy.**
2. Nutnost aplikace některých léků
3. Nutnost opakovaného a rychlého přístupu do centrálního žilního řečiště

Zásady ošetřování nutričního katétru:

- ✓ Při manipulaci s katétre dodržovat vždy veškeré zásady zachování sterility
- ✓ Při převazu, napichování setu, ukončení terapie vždy pracovat v ústence a sterilních rukavicích
- ✓ Všechny spoje před jejich spojováním dostatečně dezinfikovat

Zásady přípravy vaku

1. Připravit k ruce všechny potřebné pomůcky:
 - Vak
 - Dezinfekce přípravné plochy - Desprej
 - Dezinfekce rukou - Septoderm, Promanum
 - Infúzní set
 - Spojovací hadička, bakteriální filtr
 - Sterilní rukavice
 - Ústěnka
2. Nasadit si ústěnku
3. Umýt si ruce, dosucha otřít a vmasírovat dezinfekcí /Promanum nebo Septoderm/ nechat zaschnout
4. Propojit jednotlivá pole vaku
5. Odlopnutí krytu vstupního portu pro set
6. Dezinfekce tohoto portu - Skinsept F
7. Vyjmutí infúzního setu z obalu
8. Uzavření tlačky setu
9. Sejmutí krytu z aplikačního tmu infúzního setu
10. Zavedení setu do vaku
11. Vyjmutí prodlužovací hadičky z obalu
12. Opatrné odstranění krytu setu a spojovací hadičky na stranách, které se spolu spojí
13. Set a hadičku držet dále od míst, které spolu spojujeme

14. Na prodlužovací hadičku nasadit bakteriální filtr – (šipka na filtru směřuje směrem ke katétru – po proudu toku roztoku)
15. Bakteriální filtr – obsahuje –li Vaše výživa tuk (mléčné – bílé pole ve vaku) – **použijte filtr na tukové emulze – žluté šipky na filtru**, neobsahuje –li Vaše výživa tukové emulze – pouze čirá průhledná tekutina použijte filtr s modrými šipkami
16. Vytvoření hladinky infúzního roztoku v komoře setu
 - Hladinku vytvoříme opakovaným stlačením komory setu - naplnit ji maximálně do poloviny spodní části komory
17. Otevření tlačky setu
18. Celý systém dostatečně propláchnout – set s hadičkou podržet níže než je umístěn vak
19. Při proplachu infúzního setu s hadičkou koncovku setu nesundávat – prevence znesterilnění
20. Po dostatečném proplachu uzavřít tlačku setu
21. Pořadí zapojení infúzních setů
 - a. Od katétru : katétre → bakterieální filtr → infúzní set
 - dlouhá spojovací hadička → infúzní set
 - zapichnutý v láhvi

Napojení setu na hadičku samotného katétru:

1. Nasadit sterilní rukavice
2. Dezinfekce koncovky katétru – koncovky katétru se dezinfikují sterilním čiverečkem polířým Betadineem
3. Dezinfekce koncovky setu – použít dezinfekci Skinsept F
4. Odstranit španty /kryty/ katétru
5. Spojit kryt sterilním alobalem posřikávaným dezinfekcí

Ukončení polávaní infúze – po dokupání vaku

1. Před dokupáním a vypnutím pumpy připravit :
 - a. Proplach FR – předplněná 10 ml sřřikačka s fyziologickým roztokem -
 - b. Vyjmout sřřikačku z obalu
- Připravit všechny pomůcky k ruce (dezinfekce, sterilní rukavice, špantík na uzavřetí propláchnuté hadičky portu, předplněná sřřikačka, ústenka)
- Po dokupání vaku zavřít tlačku na hadičce katétru
- Nasadit sterilní rukavice a ústenku
- Dezinfekce spoje hadička katétru s infúzní hadička
- Odpojit infúzní set resp. filtr s prodlužovací hadičkou od katétru
- Znovu odezinfikovat katétru – a konus sřřikačky s FR – nedotknout se hadičkou okolí
- Nasadit pevně sřřikačku s 10 ml FR.

- Aplikovat pulzově celou stříkačku FR – aplikovat 2 ml na vtrčnu přestat a znovu aplikovat
- Odstranit stříkačku
- Katétr nijak nezalamujeme a nezaštipujeme – speciální membrána zabraňuje samovolnému vytékání krve. Membrána se otevírá pouze v případě aplikace infúzi, rozlúka stříkačkou nebo naopak odsávání z katétru.

Ošetřování katétru :

- Pravidelné po 7- 10 dnech převazy katétru – lúlií s chlorhexidinem
- Při odchlípnutí náplasti obvaz obnovit
- S kanylou je možné se sprechovat (nekape –li infúze) , je-li dobře překryta fólií. Konec katétru uložit do igelitového sáčku a řádně zafixovat, a hy do něho nenáteklo.
- Při převazu katétru :
 - ✓ Nasadit ústenku
 - ✓ Odstranit opatrně původní obvaz
 - ✓ Odezinfikovat místo vpichu dezinfekce na kúži – Betadine
 - ✓ Nasadit sterilní rukavice
 - ✓ Sterilním čtverečkem očistit místo vpichu – směrem od vpichu ven
 - ✓ (S fólií lépe manipulovat již bez rukavic, ale nedotýkat se lepicí části fólie)
 - ✓ Zbývající část katétru fixovat kouskem náplasti – prevence povytažení
 - ✓ Katétr není po zavedení nijak fixován ke kúži stehem – je použit tzv. Stat Lock – zařízení, které katétr fixuje. Výměna Statlocku stačí při zachování jeho funkčnosti 1 x za 14 dní i déle při provádění převazu katétru nebo dle potřeby. Často ale dojde k jeho odloučení v případě strhávání náplasti při převazu.

Ošetřování katétru provádíme zásadně ve sterilních rukaviciích

Náplast (lúlií), kterou je místo vstupu katétru přelepeno odstraňovat opatrně tak, aby nedošlo k vytažení katétru, lépe odtrhávat od spodu směrem nahoru. Po odstranění fólie místo vstupu řádně dezinfikovat a dezinfekci nechat zaschnout. Po prvním zaschnutí dezinfikovat znovu a místo vpichu pomoci sterilního čtverečku očistit od např. zbytků zaschlé krve. Čištění čtvereem provádět vždy spirálovitě od místa vpichu směrem ven – nikdy nic nelhmut směrem ke vpichu

