ZMENY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU U DIALYZOVANÝCH PACIENTOV

Changes of the life style in dialyzed patients

Ivica Gulášová

8: 1 - 200, 2006
ISSN 1212-4117

Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíne, Ústav zdravotníctva, katedra ošetrovateľstva

Summary

Information about renal disorder is not encouraging for any patient, especially if this is the case of irreversible impairment of the renal function. The author describes principal aspects of health and nursing care, which should be provided by the nurses and physicians in the course of the preparation of the patient for adopting a change of the life style as an unavoidable part of the complex treatment of a dialyzed patient. The author analyzes selected problems of the diet treatment, arrangement of the menu during the treatment by the dialysis, including control of the drinking regimen, control of the body weight, physical performance, working capacity and family and social life of the patient on dialysis. In the conclusion, she analyzes a feature, which is frequently under taboo, concerning the sexual life of patients dependent on dialysis.

Key words: dialysis – diet therapy – body weight – body performance – sexual life

Súhrn

Informácia, že pacient má poruchu obličiek, nikoho zdravého nepoteší. Osobitne, ak sa jedná o ireverzibilnú zmenu obličkovej funkcie. Autorka popisuje základné aspekty zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti, ktorým by sestra a lekár mali venovať pozornosť v príprave pacienta na prijatie zmeny životného štýlu, ako nevyhnutnej súčasti komplexnej liečby u dialyzovaného pacienta. V príspevku autorka analyzuje vybrané oblasti diétnej liečby, úpravu jedálneho lístka pri dialyzačnej liečbe, vrátane kontroly pitného režimu, kontrolu telesnej hmotnosti, telesnej výkonnosti, pracovnej schopnosti, rodinu a spoločenský život dialyzovaného pacienta. V závere príspevku analyzuje tabuizovanú tému sexuálneho života pacienta závislého od dialyzačnej liečby.

Kľúčové slová: dialýza – diétna liečba – telesná hmotnosť – telesná výkonnosť – sexuálny život

ÚVOD

Zaradenie do dialyzačnej liečby prináša so sebou celý rad zmien v živote pacienta, ako napr. kontroly krvi, opakované návštevy dialyzačného strediska. Sú to dôležité zmeny pre pacienta a jeho okolie a spočiatku je neľahké sa im prispôbiť, navyknúť si na ne a zmieriť sa s nimi. Pravidelné návštevy dialyzačného strediska vo výraznej miere narušujú doterajší zaužívaný životný štýl pacienta, v ktorom v dôsledku hemodialyzačnej liečby dochádza k viacerým zmenám v štruktúre a v spôsobe životných návykov pacienta, hemodialýza zvyšuje nároky na životosprávu pacienta. Každý pacient si kladie otázku, prečo práve on musel ochorieť, ako sa to vôbec mohlo stať? Život však ide ďalej a týmto skutočnostiam sa treba postaviť tvárou v tvár.

V prispôbení sa na tento úplne nový, iný spôsob doterajšieho života pomôže pacientovi zariadenému do dialyzačnej liečby uvedenie si

dvoch dôležitých momentov:

- dialyzačná liečba zachraňuje život, bez nej by pacient neprežil. Cieľom tejto liečby je spomaliť progresiu chronickej renálnej insuficencie úpravou metabolických porúch a zlepšiť celkový stavu pacientov a zabrániť rozvoju uremických komplikácií (Teplan, 2001).
- dialyzačná liečba je prípravou na transplantáciu obličiek, ktorá v budúcnosti umožňuje vyššiu úroveň kvality života, než akú mal pacient počas dialyzačnej liečby.

Na to, aby sa pacient v priebehu dialýzy cítil dobre, aby mal dobrú telesnú i duševnú výkonnosť, aby bol každodenne pripravený na prípadnú transplantáciu obličiek, treba dodržiavať určité zásady. Ich dodržiavanie nie je vždy ľahké, dá sa však na ne zvyknúť. Čím lepšie a skôr sa týmto zmenám pacient prispôbí, tým lepšie sa bude cítiť, bude

mat' menej komplikácií a tým viac sa môže venovať svojej rodine a okoliu.

Liečba nefropatií predstavuje medicínsky, ale aj závažný ekonomický problém. Túto terapiu možno rozdeliť na tri časti, a to na konzervatívnu, na dialyzačné metódy a na transplantáciu obličiek (Gazdíkova, Korecká, Špringer, Lehotská, Gazdík, 2003). Medzi základné faktory progresie nefropatií patria: hypertenzia, vysokobielkovinová diéta, proteinúria, anémia, poruchy metabolizmu kalcia a fosforu, hyperlipidémia ako aj infekcie močových ciest (Dzúrik, Spustová, 1997). V súčasnosti možno konštatovať, že dlhodobá konzervatívna liečba pacientov s nefropatiami oddiaľuje nástup dialyzačnej liečby a zároveň zlepšuje prežívanie dialyzovaných pacientov (Teplan, 2001).

Druhým spôsobom liečby renálnej insuficencie je peritoneálna dialýza. Pacienti sa podrobujú kontinuálnej ambulantnej peritoneálnej dialýze (CAPD), alebo si ju prevádzajú sami v domácich podmienkach so špeciálnym vybavením.

Od polovice sedemdesiatich rokov sa metóda kontinuálnej ambulantnej peritoneálnej dialýzy (CAPD) stala metódou voľby pri liečbe uremických diabetikov. CAPD je v porovnaní s hemodialýzou výhodná v tom, že nezaťažuje kardiovaskulárny systém rýchlymi presunmi tekutín a zmenami krvného tlaku, umožňuje liečiť aj pacientov so zlými cievnyimi pomermi na končatinách a nie je potrebná celková heparinizácia. Pri tejto metóde pacient pociťuje väčšiu psychickú nezávislosť, pretože mu umožňuje určitú samostatnosť pri usmerňovaní liečby. Nevýhodou CAPD je potenciálne nebezpečenstvo vzniku peritonitídy, ktorej incidencia je asi 1 – 1,5 za rok. CAPD poskytuje určité výhody pri liečbe diabetikov tým, že umožňuje priame podávanie inzulínu cez katéter do peritoneálnej dutiny, ktorý sa z kapilár peritonea dostáva cestou portálnej veny priamo do pečene (Pont'uch et al., 1993).

DIÉTA PRI DIALYZAČNEJ LIEČBE

Treba si uvedomiť, že dialyzačná liečba nenahradí funkciu obličiek úplne. Nemožno teda všetko prenechať len na dialýzu. Dodržiavaním viacerých pravidiel, týkajúcich sa príjmu tekutín, draslíka, bielkovín u pacientov sa ich zdravotný stav však môže priblížiť k normálnemu. V experimentálnych modeloch sa zistilo, že zníženie obsahu bielkovín v diéte spomaľuje progresiu chorôb obličiek (Kalač, 2000). U pacientov s nediabetickým postihnutím obličiek možno touto diétnou úpravou spomaliť progresiu renálnej insuficencie (Šimek, 1995).

U pacientov v renálnej insuficiencii sa odporúča nízkoobielkovinová diéta (0,4 – 0,6 g/deň –

v závislosti od redukcie obličkových funkcií) pre jej nepochybne pozitívne hemodynamické ako aj nehemodynamické účinky (Fougue et al., 1992, Feber et Janda, 1997, Heidland et Šebeková, 1997, Klahr et Purkerson, 1988, Teplan et al., 2000, Teplan, 2001). Táto diéta však neobsahuje dostatok esenciálnych aminokyselín, ktoré je preto nevyhnutné suplementovať (Ketosteril) (Teplan et al., 2000). Dyslipoproteínémia predstavuje pravidelnú súčasť metabolických zmien sprevádzajúcich nefropatie a zaraďuje sa medzi faktory progresie týchto ochorení (Dzúrik et al., 1997, Vecino et al., 1998, Zahálková et al., 2000). Základom jej liečby je správna životospráva s ovplyvnením dietetických návykov. Náklady spojené s liečbou esenciálnymi aminokyselinami boli 30 533,40 Sk (pacient/rok). V skupine pacientov s významne obmedzenými obličkovými funkciami predstavovali náklady na liečbu esenciálnych aminokyselín až 41,4 % z celkových finančných nákladov (Gazdíkova, Korecká, Špringer, Lehotská, Gazdík, 2003).

ÚPRAVA JEDÁLNEHO LÍSTKA PRI DIALYZAČNEJ LIEČBE

Pitný režim

Každý človek prijíma tekutiny pitím alebo v potrave. Voda sa z tela vylučuje viacerými spôsobmi:

obličkami	1500 ml/deň
pľúcami pri dýchaní, kožou	500 ml/deň
stolicou	100 ml/deň (4)

Medzi príjmom a výdajom tekutín musí byť rovnováha. Túto rovnováhu udržiavajú práve obličky, ktoré u pacientov s ich zlyhávaním majú túto schopnosť značne až úplne obmedzenú. Správnu bilanciu tekutín môže pacient dodržať len s obmedzením príjmu tekutín. Medzi jednotlivými dialýzami pacient priberá na hmotnosti, počas dialýzy sa prebytočná voda odstraňuje. Tento jav sa nazýva „ultrafiltrácia“ a pomocou dialyzačného prístroja sa môže odstrániť väčšie množstvo tekutín. Telesnú hmotnosť si musia kontrolovať pacienti sami. Odstraňovanie tekutín počas dialýzy znižuje množstvo tekutín v obehu (intravaskulárna tekutina) a pre telo pacienta je to veľká záťaž. Už pri odstránení 1-1,5 l tekutiny z krvi sa objavuje väčšinou pokles krvného tlaku, čo sa môže prejaviť slabosťou, únavou, zvracaním, závratmi, vracaním a poklesom krvného tlaku. Tieto príznaky sú výraznejšie a častejšie u pacientov, ktorým sa počas dialýzy odstraňuje z tela väčšie množstvo nadbytočnej tekutiny. Nadmerný príjem tekutín sa prejavuje zvýšením hmot-

nosti, dýchavicou pri námahe, neskôr aj v kľude a vysokým krvným tlakom.

Hlavným účelom liečebnej výživy je dosiahnuť ideálnu telesnú hmotnosť a zaistiť optimálne zloženie diéty s doporučeným pomerom jednotlivých živín (Teplan, 2004). Pacienti by teda nemali priberať viac ako 2 % svojej hmotnosti. Môžu prijať len toľko tekutín, koľko vymočí za deň + 500 ml. Ak pacient nemočí vôbec, mal by prijímať len 500 ml tekutín denne. Treba si však uvedomiť, že každá potravina obsahuje vodu a najviac ovocie a zelenina. Pacienti musia tekutinou veľmi šetriť a tým viac, čím menej močí. Je známe, že udržiavanie homeostázy vnútorného prostredia je umožňované tým, že vďaka častým regulačným mechanizmom a orgánovým funkciám sú dodržiavané vzťahy medzi:

1. príjmom vody a elektrolytov (potravou) a ich prienikom z tráviaceho ústrojenstva do extracelulárnej tekutiny;
2. ich vylučovaním z organizmu, zvlášť obličkami;
3. distribúciou vody a elektrolytov do priestoru vnútrobunkového a mimobunkového, čo významne závisí na celkovom metabolickom stave organizmu (Teplan, 2004).

Tento veľmi prísny režim možno dodržiavať len s určitými zásadami:

- Každý pacient si musí uvedomiť, že tento režim je pre neho prospešný a čím lepšie ho bude dodržiavať, tým lepšie sa bude cítiť. Počas dialýzy bude mať menej komplikácií, srdce nebude namáhané prebytočnou tekutinou a bude menej dýchavičný.
- Pred začatím dialyzačnej liečby treba kvôli funkcii obličiek piť veľa tekutín a po začatí dialýzy sa musí príjem tekutín obmedziť. Pacienta treba poučiť, koľko vody má ktorákoľvek z potravín, ktoré ovocie a zelenina obsahuje veľa vody. Málo vody majú tuhé a suché potraviny, ako sú chlieb, keksy, strukoviny a pečivo. Ovocie je najlepšie konzumovať počas dialýzy, medzi dialýzami len to, ktoré obsahuje málo draslíka. Keď sa pacientovi podarí niekoľko krát nepribrať na hmotnosti medzi dvoma dialýzami, zistí, že postupne všetky ťažkosti s dodržiavaním pitného režimu vymiznú.
- Ako však utlmiť smäd pacienta? Čím viac sa pacientovi zakazuje príjem tekutín, tým viac ho to láka. Preto treba obmedzenia príjmu tekutín pojať ako obmedzenie, nie ako zákaz.
 - Piť treba len vtedy, keď je pacient skutočne smädny.
 - Piť vždy len malé množstvo tekutiny, používať

malé hrnčeky alebo šálky, dobré je zapisovať príjem tekutín.

- Sucho v ústach zvyšuje pocit smädu, vyplachovanie úst a čistenie si zubov po každom jedle sliznicu dutiny ústnej zvlhčí a osvieži. Žuvačka alebo tenký plátok pomaranča zvýši tvorbu slín.
- Nesoliť a prehnane nekoreniť. Soľ a slané potraviny zvyšujú pocit smädu a viažu vodu v tele, navyše príjem soli (sodíka) zvyšuje riziko hypertenzie. Korenené jedlá pália v ústach a vyvolávajú potrebu si vypiť.
- Sladké jedlá sú vhodnejšie ako slané. Polievky sú pre dialyzovaných pacientov nevhodné.
- Jedlá neutrálnej chuti a kyslé ako cibuľa, citrón, cesnak sú najvhodnejšie. Vhodný je kyslý bonbón ktorý dráždi k vylučovaniu slín, zamestnáva, znižuje pocit smädu a dodáva energiu.
- Minerálky obsahujúce soli nie sú vhodné.
- Chladné a mrazené nápoje a potraviny väčšmi utišujú smäd ako nechladené. Veľmi pomáha cmúľanie kociek ľadu.
- Teplý letný vzduch zvyšuje pocit smädu.
- Vo veku nad 50 rokov výrazne stúpajú nároky na prívod bielkovín a zvlášť esenciálnych aminokyselín (Teplan, 2004).

Ďalšie zaujímavé informácie ohľadne pitného režimu u pacientov je možné získať preštudovaním uvedených publikácií: Vernon, W. F.: New Start – Kniha o zdravom životnom štýle. Martin, Advent Orion, 1996, s. 73 - 79, Feketová, J.: Voda nad zlato. Zdraví, 48, 2000, č. 7, s. 28 - 29, Rážová, J.: Pití podle rozvrhu. Zdraví, 48, 2000, č. 9, s. 19 - 21, Šimonovič, R.: Ani pri vode nezaobdajte na vodu. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík, 7, 2001, č. 1, s. 38, Šimová, J.: Pite, čo hrdlo ráči. Zdraví, 48, 2000, č. 7, s. 26 - 27; v elektronickej forme: www.fitnett.cz, www.fontana-kv.cz, www.stripky.cz, www.zdrav.cz.

DRASLÍK, VÁPNIK A FOSFOR

Draslík sa nachádza vo väčšine potravín. Pri obličkovej nedostatočnosti sa hromadí v tele a odstraňuje sa len dialýzou. Vysoká hladina draslíka v krvi je veľmi nebezpečná, lebo zapríčiňuje poruchu srdcového rytmu a tým ohrozuje pacienta priamo na živote. Preto musí dialyzovaný pacient presne vedieť, ktoré potraviny a v akom množstve obsahujú draslík, jest' ich len v malom množstve, alebo počas dialýzy, pretože dialýzou sa draslík odstráni. Najviac draslíka obsahujú: strukoviny, orechy, mandle a arašidy, sušené ovocie, ovocie s veľkou kôstkou, marhule broskyne, slivky, banány a iné.

Dôležité je vedieť, že varením sa odstráni zo

zeleniny, mäsa i zemiakov tretina až polovica draslíka. So stúpajúcim vekom sa znižuje celkové množstvo draslíka v organizme (Teplan, 2004). Vývar však treba vyliat'. Mäso je preto vhodné najprv uvariť, vývar vyliat' a až potom ho opieť, aby bolo chutnejšie. Takisto zemiaky obsahujú veľké množstvo draslíka, najmä surové, pečené, opražené. Vhodnejšie sú varené zemiaky.

K zvýšeniu hladiny draslíka dôjde pri horúčkovitých infekciách a taktiež sa veľa draslíka nachádza v konzervovanej krvi, preto sa transfúzie erytrocytov podávajú počas dialýzy. Po podaní nadmernej dávky draslíka dochádza u týchto pacientov relatívne rýchlo k hyperkalémii, ktorá je zavinená zníženou funkciou obličiek, preto je nevyhnutné rešpektovať pri dopĺňovaní kália stav obličkových funkcií a prevádzať substitúciu pozvoľna (Teplan, 2004).

Znížená činnosť obličiek zvyšuje hladinu fosforu v krvi a znižuje hladinu vápnika.

Vápnik je životne dôležitý pre činnosť srdca, zrážanie krvi, mnohé enzýmy a iné dôležité funkcie. Organizmus pacienta s renálnou insuficienciou - na dialýze - vyrovnáva zníženú hladinu vápnika tým, že ho odbúrava z kostí a následkom toho vzniká kostná choroba, prejavujúca sa zmenami hustoty kostí, bolesťami v kostiach, svrbením kože a niekedy až zlomeninami. Ak chceme zabrániť vzniku kostnej choroby - osteoporóze, osteomalácii a z nich riziku vzniku patologickej zlomeniny, treba znížiť hladinu fosforu a zvyšovať hladinu vápnika.

Fosfor sa nachádza hlavne v orechoch, kakau, otrubách, suchej fazuli, šošovici, hrachu, sóji, mlieku a mliečnych výrobkoch. Väčšinou ide o potraviny obsahujúce zároveň veľa draslíka, takže keď sa obmedzuje draslík, obmedzuje sa aj fosfór. Od mlieka a mliečnych výrobkov však nemožno celkom upustiť, pretože obsahujú veľa vápnika, ktorý telo potrebuje.

Nedostatok vápnika sa nahrádza liekmi, ktoré vápnik do tela privádzajú a zároveň viažu fosfor. Sú to:

- calcium carbonicum, ktorý viaže fosfor z potravy v čreve, a časť vápnika sa vstrebáva
- látky typu pryskyřice, ktoré vážou fosfor a neobsahujú kalcium (napr. sevelamer)
- anacidá, ktoré sa obvykle používajú na viazanie kyseliny chlorovodíkovej v žalúdku, čím zabraňujú vzniku vredov. Okrem toho účinne viažu fosfor v čreve. Spomínané lieky treba užívať počas jedla, aby sa z jedlom v žalúdku dobre premiešali a mohli naviazať fosfor v potrave. Poznamenávam, že anacida sa ako viazače fosfátov moc neodporúčajú.

PRIJEM ENERGIE

Každý človek spotrebúva energiu na základnú látkovú výmenu ako i na telesnú činnosť. Tento výdaj energie nahradzuje človek príjmom potravy. Základné časti potravy, ktoré poskytujú energiu, sú sacharidy, tuky a bielkoviny. Dyslipidémia je častou komplikáciou sprevádzajúcou ochorenia obličiek. Zvýšené hladiny triglyceridov a znížené hladiny HDL-cholesterolu sú rizikovými faktormi aterosklerózy (Tamashiro et al., 2001). Pri dialýze sa časť sacharidov a aminokyselín stráca do dialyzáčného roztoku, preto majú mať dialyzovaní pacienti zabezpečený zvýšený príjem energie. Anémia u pacientov s renálnou insuficienciou sa vyskytuje až v 90 %. Medzi jej príčiny patria nedostatok erytropoetínu a zásob železa, prítomnosť zápalu a infekcie, hyperpara-tyreoidizmus, nadbytok alumínia a ďalšie (Muirhead et al., 1990, Macdougall et al., 1989). Suplementácia železom sa indikuje v kombinácii s rekombinantným ľudským erytropoetínom (Dzúrik, Spustová, 1999). Zistilo sa, že parenterálna (intravenózna) aplikácia preparátov železa viedla k redukcii spotreby rekombinantného ľudského erytropoetínu, čo pozitívne ovplyvňovalo finančné náklady tejto liečby (Vaňková et al., 2001). Podávanie kyseliny listovej a vitamínov skupiny B vo vysokých dávkach redukuje hyperhomocysteinémiu, ktorá taktiež predstavuje rizikový faktor kardiovas-kulárnych ochorení (Ducloux et al., 2002). Pre častý výskyt gastrointestinálnych ťažkostí a žalú-dočných vredov, hlavne u pacientov vyžadujúcich trvalú antiagregačnú terapiu, je indikovaná liečba H₂ - blokátormi (Famosan, Quamatel) (Sulková et al., 2000). Aj keď sa u dialyzovaných pacientov jednoznačne nepreukázal nedostatok pyridoxínu, jeho suplementácia zlepšila periférnu polyneuropatiu (Okada et al., 2000).

Príjem tejto energie treba dodržiavať, pretože inak začne pacient chudnúť, čo zvyšuje jeho náklonnosť k infekciám a znižuje jeho pripravenosť na transplantáciu obličiek.

Úprava jedálneho lístku pri dialyzačnej liečbe:

- znížiť príjem tekutín tak, aby prírastok hmotnosti nebol väčší ako 2 % telesnej hmotnosti
- naučiť pacienta, ktoré potraviny obsahujú najviac draslíka
- zabezpečiť každodenný dostatočný príjem energie
- príjem minerálov, ktoré sa oddialyzujú, nahrádzať ovocím, resp. vitamínovými doplnkami.

TELESNÁ HMOTNOSŤ

Takmer každý pacient, ktorý začína s dialyzačnou

liečbou, je viac či menej „prevodnený“, má vyšší tlak krvi, opuchy celého tela, sťažené dýchanie apod. Sú to príznaky preplnenia cievneho systému tekutinou prejavujúce sa najmä opuchmi okolo členkov, na predkolení sa do kože dajú vtlačiť jamky. Koža je napätá, hladká v tvári nevidno vrásky, pacient vyzerá zdanlivo mlado. Liečebné opatrenia je potrebné riadiť podľa zistených hodnôt mineralogramu a vodného metabolizmu a ich bilancie. Je potrebné varovať pred schématickým použitím doporučovaných postupov pre dospelých pacientov mladšieho veku, ktoré by mohlo viesť až k iatrogénnemu poškodeniu pacienta (Teplan, 2004). V tomto období má pacient pocit, že vlastne nič neje a neustále priberá. Trávenie a rezorpcia sú menej efektívne a môžu byť príčinou rôznych gastrointestinálnych porúch (Teplan, 2004). Obličky už nestačia odfiltrovať prebytočnú tekutinu, tá sa hromadí v tele a spôsobuje prírastok na hmotnosti. Táto prebytočná tekutina je však škodlivá, pretože namáha srdce, ktoré ju nestačí prečerpať a ktoré sa po určitom čase zväčšuje. Preto ju treba v prvých týždňoch dialyzačnej liečby odstrániť, aby sa dosiahla u pacienta tzv. „suchá hmotnosť“, ktorá je pre neho optimálna. Je to hmotnosť, pri ktorej sa pacient cíti dobre, nemá opuchy dolných končatín, normalizuje sa krvný tlak, neobjavujú sa svalové kŕče. Medzidialyzačný prírastok na hmotnosti by nemal presahovať viac ako 2 % suchej hmotnosti.

U chorého je dôležité všimnúť si aj dlhodobé zmeny hmotnosti:

Postupné zvyšovanie hmotnosti.

- priberanie na svalovej a tukovej hmote, po výdatnom jedle
- následne je nutné zvýšiť suchú hmotnosť, aby počas dialýzy nedochádzalo ku vyššie uvedeným komplikáciám
- postupné prevodenie, pri neefektívnej dialyzačnej liečbe
- následne je nutné zväziť predĺženie dialyzačného času a prípadne možnosť využiť izolovanú ultrafiltráciu

Postupné znižovanie hmotnosti na podklade:

- nechutenstva
- zvýšenej spotreby energie pri infekčných ochoreniach
- snažiť sa edukovať pacienta v dostatočnom príjme energicky hodnotných potravín

TELESNÁ VÝKONNOSŤ

Keď si pacient zvykne na dialyzačnú liečbu, máva zvyčajne takú fyzickú výkonnosť, že je schopný fyzicky vykonávať telesne menej namáhavú prácu

v domácnosti. Pre dialyzovaného pacienta nie je vhodná namáhavá práca, nemusí sa však prehnane šetriť. Vhodné sú prechádzky, chvíľka cvičenia alebo tanec, pretože podporujú krvný obeh, udržiavajú svalovú hmotu a napomáhajú dobrému spánku. Dôležitá je pravidelnosť, nie jednorázové výkony.

PRACOVNÁ SCHOPNOSŤ

Ochorenie a dialyzačná liečba znamená síce ovplyvnenie doterajšieho životného štýlu, životných návykov, pacient však môže dokončiť školskú, ba aj vysokoškolskú dochádzku, u pracujúcich to znamená naďalej pracovať, aj keď s určitými väčšími, či menšími obmedzeniami. Nevhodná je telesne namáhavá práca, práca v teréne – v prírode, v nechránenom prostredí, vo vlhkom a studenom prostredí, v prostredí s veľkými teplotnými výkyvmi a v nočných smenách. Vhodná je práca v suchom a teplom prostredí, skôr sedavá, nie namáhavá.

Duševné schopnosti nie sú pri chorobách obličiek a pri dialyzačnej liečbe postihnuté. Mnohí pacienti dokonca zastávajú vedúce funkcie, naďalej zaujímajú svoju pracovnú pozíciu.

Možno pracovať doma, v podniku, avšak dôležité je pochopenie vedenia pri umožnení menlivého pracovného času, ako aj zohľadnenie časov dialyzačnej liečby. V prípade postihnutia ešte i inou chorobou, či výskytom komplikácií, alebo ak si pacient nemôže nájsť vhodnú prácu, je východiskom invalidita. Ženy sú väčšinou vytvárajúce v domácnosti, takže pre niektoré je vhodnejší invalidný dôchodok, na druhej strane nič nebráni v tom, že i žena môže byť naďalej zamestnaná, najmä ak má už odrastené deti, vhodnú prácu a cíti potrebu naďalej pracovať a seberealizovať sa. Práca v domácnosti môže rozdeliť nanovo, časť z nich môže prevziať partner a deti.

Muži hľadajú skôr úspech v práci, alebo sa realizujú v mimopracovnej činnosti. Mužom sa mení život výraznejšie, zvlášť telesne pracujúcim, najmä v zamestnaniach v nechránenom prostredí. Pri týchto profesiách je potrebné prevedenie do inej práce alebo čiastočný či úplný invalidný dôchodok.

Skutočnosťou však môže byť, že ani vhodná práca pre takto chorého človeka nemusí mať trvalý charakter, pretože zdravotné problémy, ktoré dialyzačnú liečbu sprevádzajú môžu zamestnávateľa i s tým najvyšším stupňom sociálneho cítenia, od takéhoto zamestnanca (pacienta liečeného hemodialýzou) postupne odradiť.

RODINA A SPOLOČENSKÝ ŽIVOT

V prípade, že je pacient slobodný, nie sú násled-

kami choroby a liečby postihnúť partner a deti. Ak má pacient rodinu, postihuje jeho choroba nepriamo i členov jeho rodiny.

Manželských partnerov sa po zaradení jedného z nich do dialyzačnej liečby zmocňuje úzkosť, obavy z ďalšieho osudu, niekedy vzniká napätie, alebo dokonca spory vyvolané finančnou tiesňou, viazanosťou partnera na dialyzačné stredisko, nemožnosťou dlhodobej dovolenky, horším zdravotným stavom a celkovo zníženou výkonnosťou partnera. Výčitky zdravého partnera ešte väčšmi strpčujú dialyzovanému pacientovi jeho patientský údel, chýba mu práve v týchto ťažkých, krízových momentoch opora a útecha. Výčitky sú nevhodné už aj preto, lebo naďalej negatívne ovplyvňujú možný prínos pacienta do rodinného života.

V takýchto prípadoch je najlepšie si otvorene pohovoriť, určiť si vzájomné hranice, upustiť od prehnaných nárokov a nanovo formovať vzájomné spoluzitie a fungovanie rodiny. Partneri si pri svadbe sľúbili vernosť a vzájomnú pomoc v dobrých i v zlých časoch a nemali by na tento sľub zabudnúť. V tejto súvislosti by som odporučila navštíviť spoločne manželskú poradňu, respektíve psychológa.

V praxi sa stretávame mnohokrát s opakom, dialyzovaný pacient sa stáva stredobodom rodiny, ostatní členovia sa mu snažia všemožne pomôcť a pacient zaujme v rodine pozitívnejšiu úlohu ako v predchorobí.

Spoločenský život sa nemá prerušiť. Vzájomné návštevy s príbuznými a známymi odvrátia pozornosť dialyzovaného pacienta od vlastných problémov a potešia ho. Pacient by mal byť schopný odoláť pokušeniu a nepiť veľa tekutín. Taktiež tanec je vhodným doplnkom aktivity pacienta. Kultúrny život je v podstate bez obmedzenia.

Hoci dialyzačná liečba nedovoľuje dlhšie pobyty na vzdialené miesta, väčšia vzdialenosť sa dá prekonať vlakom či autom za dva - tri dni. Pacienti sa preto nemusia zriecť účasti na rodinných oslavách a podobných akciách. Je možné predĺžiť interval medzi dialýzami o jeden-dva dni. Dlhšia dovolenka na inom mieste je možná len vtedy, keď sa počas dovolenkového pobytu zabezpečí dovolenková dialýza v najbližšom dialyzačnom stredisku.

Cestovanie je v podstate možné všetkými dopravnými prostriedkami. U citlivých pacientov je potrebná opatrnosť pri cestovaní lietadlom. Slnenie a opaľovanie treba obmedzovať, dráždi pokožku a podporuje svrbenie.

U disciplinovaných pacientov s dobrým telesným stavom niet námietok proti vedeniu osobného automobilu. Disciplinovanosť tu však zname-

ná aj schopnosť zväžiť svoje sily pred nástupom na cestu. V prípade nevoľnosti alebo komplikácií by mal pacient jazdu prerušiť, alebo prenechať vedenie vozidla inému. Nedisciplinovaným pacientom, ku ktorým nie je možné odhadnúť ich reakcie, sa vedenie vozidla neodporúča.

SEXUÁLNY ŽIVOT

U oboch pohlaví platí, že pohlavný život je možný. Je samozrejme, že zmena zdravotného stavu jedného z partnerov ovplyvní aj túto krásnu oblasť manželského života. Mnohí pacienti, ktorí sú zaradení v dialyzačnej liečbe, však obmedzujú svoj pohlavný život. V podstatnej miere ide o zbytočné zábrany a strach jedného alebo nepotrebný ostych či prehnanú ohľaduplnosť druhého partnera. Obchádzanie tohto problému, vyhýbanie sa otvoreným rozhovorom (čo ho trápi, čoho sa obáva, po čom túži, čo mu chýba ...) o prežívaní, problémoch v uvedenej oblasti môže viesť k vzájomnej ľahostajnosti oboch partnerov, alebo jedného z nich. Pri dostatočnom vzájomnom porozumení sa však nemusia partneri vzájomnému pohlavnému styku vyhýbať. U dialyzovaného partnera je predpokladom pre uspokojivú úroveň pohlavného styku a sexuálneho života vôbec dostatočná telesná výkonnosť a odpočinok.

Dobre liečená žena má takú telesnú výkonnosť, ktorá jej dovoľuje v podstate normálny sexuálny život, i keď túžba po pohlavnom styku nebýva u nej až taká výrazná a potrebná, aká je u zdravej ženy.

Žena by sa nemala vzdávať alebo dokonca vyhýbať styku s partnerom, naopak tým, že poskytne svojmu partnerovi to, čo iné zdravé ženy, sa zvyšuje jej vlastné sebavedomie, stále sa cíti byť ženou – milovanou, milujúcou, žiadanou a prítiažlivou, čo jej musí prirodzene prinášať pocit šťastia a blaha. Jej partner to ocení, nehľadá uspokojenie inde a je ochotný jej aj viac pomáhať. Niektoré ženy majú i po rokoch dialyzačnej liečby pravidelnú menštruáciu a sú známe i prípady úspešnej gravidity, lekári ale otehotnenie u dialyzovaných žien až na výnimky neodporúčajú. Avšak u väčšiny žien sa menštruácia stáva nepravidelnou, slabšou a niekedy úplne vymizne. To však v žiadnom prípade nemôže prekážať sexuálnemu životu, partnerskému spoluzitiu. Ak sa žena ostýcha položiť túto otázku a my vycítime, že ju to trápi, je na mieste pomôcť jej s otvorením sa, vyjadrením sa k tomuto jej, no zároveň i partnerovmu intímne problému.

Muž je taktiež schopný pohlavného styku, i keď potreba a túžba po ňom nebýva až taká intenzívna a častá, akú mával pred ochorením. Pacient na dialýze – partner by sa mal o tejto skutoč-

nosti porozprávť so svojou partnerkou. Úlohou lekára a sestry je poučiť pacienta, že pri výskyte rôznych komplikácií a pri nedodržiavaní dialyzačného režimu sa podstatne znižuje i kvalita a celková úroveň pohlavných funkcií, čo môže prirodzene narušiť partnerské spolužitie. I tu platí, že netreba podliehať strachu, zábranám, alebo si zúfať pri prvom nepodarenom sexuálnom styku v dôsledku ochorenia. Treba si udržiavať celkovo dobrú telesnú výkonnosť, dbať na zovňajšok a doterajší spôsob správania sa k rodine. Nielen pohlavný styk sám, ale aj neha a láskavosť k manželke či k partnerke udržiujú vzájomnú príťažlivosť a tým atmosféru prispievajúcu k telesnému zblíženiu sa a zvyšujú u partnerov libido.

V týchto prípadoch, keď je pre ženu alebo muža zvyčajný spôsob styku namáhavý, existujú i iné techniky, ktorými možno uspokojiť partnera. Netreba sa hanbiť opýtať sa lekára či navštíviť sexuológa. Otvorený rozhovor s partnerom, alebo v skupinovom rozhovore so sexuológom a vedomie, že sa to dá aj inak, že mnohé zdravé dvojice dokonca takéto formy uprednostňujú, pomôže prekonať vzájomný ostych a prinesie, otvorí im novú dimenziu prežívania vzájomného šťastia pri telesnom spojení s partnerom.

ZÁVER

Chronické ochorenie, akým je insuficiencia obličiek, výrazne mení doterajší spôsob života. Je množstvo faktorov, ktoré vo väčšej, alebo menšej miere ovplyvňujú zvládnutie, prijatie - adaptáciu na inú úroveň a kvalitu zdravia. Ďalšou skúškou pacienta je zvládnutie adaptácie na dialyzačnú liečbu, prijatie tejto zmeny, ako i dialyzačného strediska, ktoré sa stáva jeho „krátkodobým prechodným domovom“, zdravotníckych pracovníkov, ktorí mu budú dialyzačnú liečbu zabezpečovať a medzi ktorými vznikne vzťah – či už formálny, alebo neformálny, v závislosti od snahy a záujmu oboch zúčastnených strán – pacienta a zdravotníkov.

Čím skôr sa nám podarí pomôcť pacientovi v prijatí komplexu všetkých uvedených zmien, tým lepšia bude perspektíva jeho ďalšej spolupráce, dodržiavania novej životosprávy, opätovnému zaradeniu sa do života, vyhnutiu sa komplikáciám jednak z psychosociálnej oblasti, duchovnej, ale i telesnej stránky života pacienta. Motivácia, komunikácia a individuálny, vhodne načasovaný psychologický prístup k pacientovi sú jedinečné terapeutické prostriedky, ktoré môžeme a mali by sme používať v interakcii s pacientom zaradeným do dialyzačnej liečby.

LITERATÚRA:

- DZÚRIK, R., SPUSTOVÁ, V.: *Vyšetrenia a liečba chorôb obličiek v predialyzačnej fáze*. Lekársky Obzor 48: 165 – 168, 1999.
- DUCLOUX, D. ET AL.: *Hyperhomocysteinaemia therapy in haemodialysis patients: folic versus folic acid in combination with vitamine B6 and B12n*. Nephrol Dial Transplant 17: p. 865 – 870, 2002.
- FOUGE, D. ET AL.: *Controlled low protein diets in chronic renal insufficiency: meta – analysis*. BMJ 304: p. 216 – 220, 1992.
- FEBER, J., JANDA, J.: *Vliv nízkobílkovinné diety na progresi chronické ho selhání ledvin*. Akt Nefrol 3 . s. 11 – 17, 1997.
- GAZDÍKOVÁ, K., KORECKÁ, P., ŠPRINGER, V., LEHOTSKÁ, A., GAZDÍK, F.: *Konzervatívna liečba nefropatií – súčasný stav farmakoterapie*. Akt Nefrol 9 , s. 73 – 77, 2003.
- HEIDLAND, A., ŠEBEKOVÁ, K.: *Vplyv nízkoproteínovej diety (NPD) na progresiu nefropatií: mechanizmy účinku NPD v experimente a výsledky klinických sledovaní*. Akt Nefrol 3, s. 4 – 10, 1997.
- KALAČ, J.: *Tiene nášho stravovacieho a pitného režimu*. Revue profesionálnej sestry, 7, č. 1 s. 11- 12, 2000.
- KLÄHR, S., PURKERSON, M. L.: *Effects of dietary protein on renal function and on the progression of renal diseases*. Am J Clin Nutr 47: p. 146 –152 , 1998.
- MACDOUGALL I. C, HUTTON, D., CAVILL, I., COLES, G. A., WILLIAMS, J. D.: *Poor response to treatment of renal anaemia with erythropoietin corrected by iron given intravenously*. Brit Med J 229: p. 157 – 158, 1989.
- MUIHEAD, N., HODSMAN, A. B.: *Occult infection and resistance of anaemia to r – HuEPO therapy in renal failure*. Nephrol Dial Transplant 5, p. 232 – 234, 1990.
- OKADA, H. ET AL.: *Vitamin B6 supplementation can improve peripheral polyneuropathy in patients with chronic failure on high – flux haemodialysis and human recombinant erythropoietin*. Nephrol Dial Transplant 15: p. 1410 – 1413, 2000.
- PONTUCH, P., STRMEŇ, P., KRAHULEC, B., VOZÁR, J.: *Diabetická nefropatia, retinopatia, neuropatia*. Banská Bystrica, BB s.r.o., 1993.
- SULKOVÁ, S. ET AL.: *Hemodialýza*. Praha, Maxdorf, s. 693, 2000.
- ŠIMEK, J.: *Číslo o ludsom tele a jak jim rozumět*. Praha, Victoria Publishing, 1995.
- TAMASHIRO, M. ET AL.: *Significant associaton between the progression of coronary artery calcification and dyslipidemia in patients on chronic hemodialysis*. Am J. Kidney Dis 38: p. 64 – 69, 2001.
- TEPLAN, V., SHUCK, O., ŠTOLLOVÁ, M., MENGEROVÁ, O., RUŽIČKOVÁ, J., SKIBOVÁ, J.: *Vliv ketoanalog esenciálních aminokyselin na metabolismus a renální vylučování rozvětvených aminokyselin u nemocných v chronické renální insuficienci*. Klin Biochem Metabol 8 (29, 3), s. 136 – 140, 2000.
- TEPLAN, V.: *Konzervativní léčení chronické renální insuficience*. Akt Nefrol 7 (4), s. 134 – 140, 2001.
- TEPLAN, V.: *Poruchy metabolismu a funkce ledvin ve stáří*. Akt Nefrol, 2, s. 56 – 60, 2004.
- VÁNKOVÁ, S., ŠAFAŘOVÁ, R., HORÁČKOVÁ, M., HERINK, J., RYCHLÍK, I., BAHBOUH, R., PUTOVÁ, I.: *Klinický a ekonomický význam důsledné náhrady železa při léčbě anémiew rekombinantním humánním erythropoetinem u hemodialyzovaných nemocných*. Čs. Lék čes 140, s. 209 – 213, 2001.

ZAHÁLKOVÁ, J., VAVERKOVÁ, H., KRIŠTOF, V.:
Dyslipoproteinémie a chronické selhání ledvin. Vnitř Lékař-
ství 46 (9), s. 539 – 546, 2000.

Ivica Gulášová
ivica.gulasova@post.sk