

Kvalita života po transplantaci slinivky břišní a ledviny

Vladimíra Polášková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vladimíra Polášková**
Osobní číslo: **H11644**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života po transplantaci slinivky břišní a ledviny**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury vztahující se k dané problematice. Vymezení terminologie a teoretických východisek v oblasti transplantologie a kvality života.

Příprava metodiky, zpracování projektu výzkumu.

Realizace výzkumného šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výzkumu a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BALÁŽ, Petr a kolektiv. Odběry orgánů k transplantaci. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 259 s. ISBN 978-80-246-1964-4.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, 239 s. ISBN 978-80-7419-106-0.

TŘEŠKA, Vladislav a kolektiv. Transplantologie pro mediky. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 125 s. ISBN 80-246-0331-4.

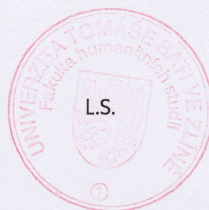
Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Jiří Gatěk, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

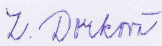
Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **23. května 2014**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.2.2014.....

.....*Beláškova*.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Opírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Téma bakalářské práce je „Kvalita života po transplantaci slinivky břišní a ledviny“. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části popisují vývoj a druhy transplantací, kritéria kladená na dárce i příjemce, případné kontraindikace ze strany dárce a příjemce. Je vhodné se alespoň krátce zmínit o koordinačním středisku, transplantačním zákoně a etice transplantací. V druhé části teoretického celku se zmiňují o přípravě a průběhu transplantace, komplikacích, imunosupresivní léčbě, domácí a dispenzární péči. Poslední kapitola se zabývá vymezením pojmu kvalita života, nástroji k měření kvality života, a psychologii zdraví a nemoci.

V praktické části se zabývám analýzou zjištěných dat, které jsem získala pomocí kvalitativního výzkumu, pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Tímto šetřením jsem především zjišťovala jak vnímají klienti po kombinované transplantaci svou kvalitu života.

Klíčová slova: transplantace, dárce, příjemce, kvalita života, komplikace

ABSTRACT

The topic of my bachelor work is „Quality of life after pancreas and kidney transplantation“. It is divided into two parts. Theoretical and practical.

In the theoretical part I describe the development and the different kinds of transplantations, criteria given to donors and recipients, possible contraindications which can occur to both donors and recipients. It is good to mention the coordination center, transplantation law and ethics of transplantation at least in a few words. In the second half of the theoretical part I write about the preparation and process of transplantation, complications, immunosuppressive treatment, home and dispensary care.

The last chapter deals with the theme of quality of life, tools to measure the quality of life and the psychology of health and illness.

In practical part I mention analysis of collected data which was gained in qualitative research with the help of qualitative halfstructured interview. By this research I mainly detected how clients after combined transplantation feel the quality of life.

Keywords: transplantation, donor, recipient, quality of life, complications

Velice ráda bych poděkovala vedoucímu práce panu primáři MUDr. Jiřímu Gařkovi PhD. za poskytnutí cenných rad, trpělivost a ochotu, ale také za připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat respondentům za čas kterými mi věnovali, ochotu, spolupráci a především upřímnost.

Mé poděkování patří i mému muži a dceři, za jejich trpělivost, ale také rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

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

Arthur Schopenhauer

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TRANSPLANTACE	13
1.1 VÝVOJ A DRUHY TRANSPLANTACÍ.....	13
1.2 KRITÉRIA PRO ZAŘAZENÍ NA ČEKACÍ LISTINU.....	14
1.2.1 Komplexní vyšetření kandidáta.....	15
1.2.2 Kontraindikace transplantace.....	16
1.3 KRITÉRIA KLADENÁ NA DÁRCE.....	16
1.3.1 Smrt mozku.....	18
1.3.2 Odběr a transport orgánů.....	18
1.4 KOORDINAČNÍ STŘEDISKO.....	19
1.5 TRANSPLANTAČNÍ ZÁKONA ETIKA TRANSPLANTACÍ.....	20
2 PRŮBĚHA A PÉČE PO TRANSPLANTACI	21
2.1 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA NA TRANSPLANTACI.....	21
2.2 TECHNIKA TRANSPLANTACE.....	23
2.3 KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI.....	23
2.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PO TRANSPLANTACI.....	26
2.5 IMUNOSUPRESIVNÍ LÉČBA PO TRANSPLANTACI.....	27
2.6 DOMÁCÍ PÉČE	28
2.7 DISPENZARIZACE.....	29
2.7.1 Ambulantní péče.....	30
2.7.2 Pravidelné kontroly – hospitalizace.....	30
3 KVALITA ŽIVOTA	31
3.1 VYJÁDŘENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	31
3.2 PROČ MĚŘIT KVALITU ŽIVOTA?.....	32
3.3 NÁSTROJE K MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	33

3.4 OBJEKTIVNÍ VERSUS SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA.....	34
3.5 ŽIVOTOSPRÁVA PO TRANSPLANTACI.....	34
3.6 PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	37
4.1 CÍLE VÝZKUMU.....	37
4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	37
4.3 PRŮZKUMNÁ METODA.....	37
4.3.1 Charakteristika položek rozhovoru.....	38
4.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	38
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	39
5.1 FAKTOGRAFICKÁ DATA.....	39
5.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ.....	40
6 DISKUSE.....	74
ZÁVĚR.....	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	81
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	84
SEZNAM TABULEK.....	86
SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

V mé bakalářské práci se budu zabývat problematikou kvality života po transplantaci slinivky břišní a ledvin.

Jelikož jsem měla možnost několik let pracovat s lidmi, kteří transplantaci prodělali, jde o problematiku v praxi mně známou, a právě proto mě toto téma transplantace a to především slinivky břišní a ledviny a dále kvalitou života po transplantaci přímo oslovilo. V současné době se stále seznamujeme s fakty, že neustále dochází ke zhoršování kvality života veškerého lidstva, tím ožehavěji vyvstávají problémy kvality života těch jedinců, jejichž způsob života, nedodržování nutných předpokladů potřebných pro zdravý vývoj organismu vede k nutné transplantaci.

K prvotním příznakům onemocnění a k diagnostikování diabetes mellitus I. typu dochází většinou u pacientů již v pubertálním věku. Období puberty přináší s sebou celou řadu změn a potíží u všech zdravých jedinců, tím komplikovanější bývá u těchto nemocných, kteří jsou informováni o potřebě léčby, uvědomují si rizika spojena s ní, případně nutná transplantace a těchto důvodů se obávají o další kvalitu svého života. Dopad této skutečnosti je velmi náročný na psychiku pacientů. Je třeba velké vůle a úsilí samotného nemocného, ale i velké podpory a citlivého působení nejen zdravotního personálu, nýbrž i celé rodiny a přátel, s nimiž je dotyčný v nejbližším vztahu.

V rámci předtransplantačního vyšetření pacienti vyplňují dotazník o kvalitě života, ovšem v období po transplantaci jsem za dobu mé působnosti nezaregistrovala žádný takový další výzkum. A proto se zajímám o to jak tito pacienti vnímají kvalitu svého života s odstupem několika let po úspěšném zákroku.

V teoretické části se zabývám samotnou transplantací – historickým vývojem, jaké jsou druhy transplantací, jaká jsou kladená kritéria na příjemce a na dárce. Dále se zmiňuji o koordinačních střediscích, transplantačním zákoně a etice transplantací. V druhé části se zabývám problematikou samotné transplantace, možnými komplikace, ošetrovatelskou péčí, imunosupresivní léčbou, domácí a ambulantní péčí. V poslední části se zabývám vymezením pojmu, co je to kvalita života, jak ji lze měřit a skutečností, zdali je rozdíl mezi objektivní a subjektivní kvalitou života.

V praktické části jsem zkoumala, jak vybraný vzorek respondentů vnímá svou kvalitu života, jak jsou spokojeni s provedenou transplantací. Kde získali potřebné informace o zá-

kroku, jestli bylo rozhodování něčím komplikováno, nebo přistoupili k této formě léčby bez rozmyšlení, a zdali by tento zákrok podstoupili opakovaně.

Cílem mé práce bylo zjistit, jak transplantovaní vnímají svoji kvalitu života v oblasti sexuality, vnímání sebe sama, partnerských vztazích, v oblíbených aktivitách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRANSPLANTACE

„Přenosy tkání (transplantace) nebo orgánů představují terapeutické zákroky, která mají za cíl nahradit nefunkční tkáň nebo orgán příjemce zdravým ekvivalentem. U většiny z nich hrají imunitní děje zásadní roli. Experimentální transplantační systémy velmi významně přispěly k poznání mnoha imunologických principů.

Nejčastějším druhem transplantace v klinické praxi jsou vlastně krevní transfúze. Z orgánových transplantací jsou nejpočetnější transplantace ledvin (celosvětově cca 25 000 ročně), srdcí (cca 4000), jater (cca 5000) a rohovky. Alogenních transplantací kostní dřeně se v Evropě provádí kolem 500 za rok.“ (Hořejší, Bartůňková, 2005, s. 182)

1.1 Vývoj, druhy transplantací

První pokusy o transplantování orgánů, které se přesunuly z oblasti legend do experimentu, se popisují na počátku 20. století. V roce 1933 byl proveden pokus Voronovem o transplantaci ledviny u mladé ženy s renálním selháním s ledvinou od zemřelého dárce. Transplantovaná ledvina neobnovila svou funkci a pacientka zemřela.

První úspěšnou transplantaci ledviny provedl v roce 1954 Murray mezi jednovaječnými dvojčaty.

Objev imunologické příčiny rejekce má za následek velký pokrok v transplantování orgánů. V roce 1958 byly objeveny histokompatibilní antigeny, které nyní známe pod pojmem HLA. Toto mělo vliv na vývoj a zavedení imunosupresivní léčby, zpočátku ozařováním celého těla, poté medikamentózně. Zavedení imunosupresivní terapie do praxe umožnilo provádět transplantace mezi nepříbuznými jedinci.

Tento objev měl za následek velký rozvoj v provádění transplantací. V roce 1963 byly transplantovány játra, v témže roce plíce, v roce 1966 pankreas, 1967 srdce.

„Transplantace jsou dnes obecně přijatou metodou léčení nezvratného selhání životně důležitých orgánů. Při transplantaci orgánů jde v klinické praxi nejčastěji o přenos orgánu z jedné osoby (dárce, donor) na osobu druhou (příjemce, recipient).“ (Zeman, 2000, s. 462)

Druhy transplantací

Transplantace dělíme podle druhu přenosu a umístění implantovaného orgánu.

- Autotransplantace: přenos tkáně, kdy dárce i příjemce je jedna a táž osoba

- Izotransplantace: přenos tkáně nebo orgánu mezi geneticky identickými jedinci (jednovaječná dvojčata)
- Alotransplantace: jedná se o přenos tkáně nebo orgánu od dárce k příjemci ve stejném živočišném druhu
- Xenotransplantace: přenos tkáně mezi živočišnými druhy

Podle toho, kam umístíme transplantovaný orgán se jedná o:

- Ortotopickou Tx: štěp je umístěn stejně jako za fyziologických podmínek
- nebo
- Heterotopická Tx: štěp je umístěn na jiné místo, kdy původní orgán zůstává na svém místě (Valenta, 2007, s. 257)

1.2 Kritéria pro zařazení na čekací listinu slinivka břišní, ledvina

Stále se zvyšující počet pacientů čekajících na transplantaci si vyžádal na začátku 90. let značné změny v transplantačním programu.

Pouze dostatek vhodných orgánů zajišťuje dobré vyhlídky pro transplantační program. Dnes jsou lékaři i sestry na anesteziologickoresuscitačních oddělení (ARO) a jednotkách intenzivní péče (JIP) dárcovských nemocnic proškoleni tak, aby dokázali vyhledat potenciálního dárce. (Třeška, 2002, s. 27)

Pouze úspěšná transplantace slinivky břišní a ledviny dokáže zlepšit kvalitu života u nemocných s diabetem. Každý operační zákrok s sebou nese různá rizika a samozřejmě, i kombinovaná Tx. Nejvhodnější příjemci orgánů jsou pacienti s diabetem mellitem 1. typu, kdy je narušené vnímání hypoglykémie s častými poruchami vědomí, a nemocný je přímo ohrožován na životě. Současně se u nemocného vyskytuje nefropatie v predialyzační fázi a hodnoty kreatininu pohybující se v rozmezí 250 -300 $\mu\text{mol/l}$. Samozřejmě se také posuzuje jaký vliv bude mít transplantace na celkový stav pacienta, kvalitu života a možné orgánové komplikace. Věková hranice u kombinované transplantace není stanovena, přihlíží se k přínosům, které vznikají po úspěšné operaci a to především, jak nemocní dokáží využívat nově získaných normálních hodnot glykemií. Samozřejmě se přihlíží na možné rizikové faktory, které souvisí s narůstajícím věkem. Kombinovaná transplantace se jen výjimečně provádí u nemocných nad 60 let. Kombinovaná Tx není kontraindikována u osob se zra-

kovým postižením, právě naopak zde může velmi zvýšit kvalitu života, neboť díky normálním hodnotám glykemie odpadá pravidelné měření a případná aplikace inzulínu. U pacientů s diabetem 1. typu se musíme dostatečně dopředu informovat, zdali by byl vhodný kandidát pro případnou transplantaci. Jedním z prvních ukazatelů na zhoršující se stav je nárůst hladiny kreatininu nad 150 $\mu\text{mol/l}$, kdy by měl být o stavu informován nefrolog. A v případě zájmu nemocného o tento výkon jej nasměřovat na pracoviště kde se zákrok provádí.

Je vhodná dlouhodobá psychologická příprava, obézním pacientům je doporučeno normalizovat svou váhu, aktivně bojovat proti vzniku syndromu diabetické nohy, provést angiografii cév na dolních končetinách. (Adamec, Saudek, 2005, s. 60-65)

Pokud nemocný s diabetem 2. typu nefropatií, dobrým fyzickým a psychickým zdravím projeví aktivní zájem na takovémto druhu léčby, může být u něj zahájeno předtransplantační vyšetření. Toto vyšetření je komplexní a má za úkol vyhledat možné závažné komplikace znemožňující případnou transplantaci. (Saudek, 2005, s. 28)

1.2.1 Komplexní vyšetření kandidáta

Pokud potencionální příjemce splňuje výše uvedená kritéria a sám se aktivně zapojuje a získává potřebné informace, je možné jej komplexně vyšetřit a poté případně zařadit na čekací listinu (WL).

U kandidáta provádíme tato vyšetření:

- základní biochemické (krev, moč), hematologické vyšetření, koagulace, HbA1c, ASTRUP, markery hepatitid, protilátky proti CMV, EBV, HIV, HLA typizace, cytotoxické protilátky, krevní skupina a Rh faktor, C-peptid
- konziliární vyšetření chirurgem
- vyšetření srdce: EKG, ECHO, ergometrie, pokud neušlape, tak dobutaminové echo, v nejasných případech se může doplňovat dobutaminové transesofagiální echokardiografie, případně se doplňuje koronarografie
- vyšetření na podiatrické ambulanci: vyloučení syndromu diabetické nohy, Charcotovy osteoartropatie, případně ICHDK, doppler DK, biothensimetrie
- vyšetření: neuropatie, retinopatie, nefropatie

- vyšetření fokusů: zubní, ORL, urologie, u žen gynekologické vyšetření
- sonografie ledvin, jater, žlučníku a pankreatu, RTG hrudníku
- psychologické vyšetření, edukace zaměřená na danou problematiku
- telefonické kontakty na dialyzační středisko, oddělení kde je pacient vyšetřován, na dopravní službu v případě přivolání k transplantaci (Adamec, Sudek, 2005, s.65)

1.2.2 Kontraindikace transplantace

Kontraindikace k provedení transplantace jsou absolutní a relativní. A vždy je nutné posoudit je velmi individuálně. Kontraindikace můžeme dále rozdělit ze strany příjemce, nebo ze strany dárce (více o této problematice v kapitole 1.3 a 1.3.1).

Absolutní kontraindikace ze strany příjemce:

- těžké systémové onemocnění
- systémové infekce
- extrémní obezita nebo kachexie
- kouření, alkoholismus, závislost na drogách
- maligní onemocnění
- multiorgánové selhání
- vředová choroba žaludku a gastroduodena

Relativní kontraindikace ze strany příjemce:

- vysoký věk příjemce
- kardiální, respirační, jaterní insuficience, renální porucha (pokud se nejedná o Tx daného orgánu, který je poškozen a již není schopen vykonávat svou funkci)
- psychosociální nestabilita (Pafko, 2008, s.359)

1.3 Kritéria kladená na dárce

Díky zvyšujícím se počtům pacientů čekajících na nový orgán, se nad kritérii, která jsou kladena na dárce a darované orgány, stále vedou diskuze. Jednoznačně můžeme označit pouze absolutní kritéria, která jsou společná pro všechny odebírané orgány. U rozšířených

kritérií vztahujících se pouze na daný orgán mluvíme o relativních kontraindikacích, která platí pouze např. pro srdce, kdy je pacient po akutním infarktu myokardu, ovšem již není důvod proč neodebrat zdravé a funkční ostatní orgány, toto rozhodnutí musí učinit transplantační centrum podle kritérií a zdravotního stavu pacienta, kterému bude orgán darován.

Kontraindikací k odběru orgánů není:

- věk
- onemocnění v anamnéze (záleží na funkčnosti orgánu a doplňujících vyšetřeních)
- patologické hodnoty laboratorních testů (musíme brát na zřetel prvotní hodnoty, a možnou příčinu jejich zvýšení)
- trvání umělé plicní ventilace
- infekční komplikace a to především dýchacích cest, močových cest, pozitivní hemokultura

Absolutní kontraindikace:

- přenosné infekční choroby, které by mohly způsobit ohrožení života příjemce, řadíme sem: AIDS, probíhající tuberkulóza, septický stav neodpovídající na léčbu, a v neposlední řadě pacienti s pozitivní hepatitidou B nebo C (ovšem je možno uvažovat o darování takového orgánu nemocnému, který má stejnou diagnózu)
- dárce s maligním onemocněním je kontraindikován z možného přenosu do těla příjemce, ovšem existuje výjimka u izolovaného karcinomu mozku, kůže a hrdla děložního in situ u žen

Rozšířená kritéria – vztahující se ke konkrétnímu orgánu

LEDVINA – věková hranice (příliš mladí nebo naopak vysoký věk), onemocnění hypertenzí, hodnota sérového kreatininu nad $133\mu\text{mol/l}$ a příčina smrti byla cévní mozková příhoda. Další kritéria jsou diabetes mellitus, hemodynamicky nestabilní pacient, dárce s nebijícím srdcem, s poškozením funkce, s anatomickými anomáliemi nebo poraněním ledviny.

SLIVKA BŘIŠNÍ – vyšší věk (nad 45 let), onemocnění diabetem v anamnéze, alkoholismus, akutní nebo chronický zánět slinivky břišní, obezita, zvýšená amyláza v séru, četné

výkony v dutině břišní, kde je možný vyšší výskyt srůstů. (Adamec, Baláž, Janek, 2011, s. 54, 58, 61)

1.3.1 Smrt mozku

V historii se za smrt považoval okamžik, kdy nebyl nemocný schopen samostatně dýchat. Po objevu krevního oběhu a klasifikováním srdce jako hnacím motorem pro správnou funkci byla za okamžik smrti považována zástava srdeční činnosti. Toto přetrvalo až do padesátých let 20. století. Až s možností vyšetření mozkové činnosti, kdy jsou mozek a prodloužená mícha pokládány za řídicí jednotku životně důležitých pochodů v organismu, můžeme stanovit smrt mozku.

Rozdělujeme dárce s bijícím a nebijícím srdcem. U nebijícího je za čas smrti považován okamžik, kdy došlo k zástavě srdce a ani po provedené kardiopulmonální resuscitaci nedošlo k obnovení činnosti. Tato se musí uskutečnit ve zdravotnickém zařízení.

Smrt mozku dle naší legislativy musí konstatovat nezávisle na sobě dva lékaři, jeden musí mít atestaci v oboru anesteziologie, neurologie nebo neurochirurgie. Na základě dvou nezávisle provedených klinických vyšetření těchto lékařů během 4 hodin můžeme hovořit o smrti mozku. Klinicky vyšetřujeme: oboustrannou foto-reakci, oboustranný korneální reflex, oboustranné bolestivé dráždění výstupů trojklanného nervu a sledování reakcí, kašlací reflex na rource, zástava dechu, GCS. Klinické vyšetření je doplněné zobrazovacími metodami, a to především: angiografií velkých tepen – pozorujeme nepřítomnost náplně mozkových tepen, mozkovou perfuzní scintigrafií – vychytávání nebo nepřítomnost radiofarmaka. Dále může být v individuálních případech provedeno vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů. U dětí do jednoho roku je povinností provést mozkovou perfuzní scintigrafií a transkraniální dopplerovskou sonografií.

Tato vyšetření musí provádět lékaři s uznanou kvalifikací, ovšem diagnózu smrti mozku stanovují ošetřující lékaři, kteří jsou podepsáni v Protokolu o zjištění smrti a kteří prováděli vyšetření. (Baláž, Janek, Adamec, 2011, s. 38 - 41)

1.3.2 Odběr a transport orgánů

Po stanovení diagnózy je zapotřebí u dárce udržet stabilní hemodynamiku a vnitřní prostředí, elektrolytovou rovnováhu, normotermii, oxygenaci. Současně se v této době provádí základní odběry krve (krevní skupina, koagulace, krevní obraz, biochemie). Na po-

částku odběru je dárci zavedena nasogastrická sonda napojená na infuzi s 10% roztokem be-tadinu a jsou aplikovány myorelaxancia. (Adamec, Saudek, 2005, s. 69)

Obecně lze říci, že odběr orgánů se dá rozdělit do tří částí: preparace, perfuze, explantace. V první době je daný orgán s dostatečným arteriálním a venózním řečištěm co nejšetrněji vypreparován tak, aby měl operatér dostatek prostoru pro manipulaci s orgány, ale i pro následující fáze. S pankreatem zacházíme obzvláště šetrně, aby nedošlo k poškození parenchymu. Při perfuzi je dárci podán heparin 300j/kg intravenózně přes aortu, poté je do orgánů napuštěn konzervační roztok (8-12 litrů), současně probíhá chlazení orgánů pomocí chladného fyziologického roztoku s ledovou drtí. Perfuze musí být koordinovaná a provedena současně s hrudními orgány. Pankreas je postupně uvolňován od retroperitonea společně se slezinou, která je následně odpreparována. Od duodena je slinivka oddělena pomocí staplerů, kdy je část střeva ponechána a později upravena. Ledviny jsou při multior-gánovém odběru explantovány jako poslední, z důvodu jejich umístění a dobré toleranci studené ischemie. Zde je důležité, aby byly ledviny odebrány i s tukovou tkání, ve které je jejich cévní zásobení. Močovod je přerušen na úrovni křížení iliackých cév.

Orgány do transplantačního centra musí být transportovány bez poškození, podchlazené a za sterilních podmínek. Orgán je uložen ve vodotěsném sterilním vaku s konzervačním roz-tokem a teplotou 4°C. Poté je vložen do druhého sterilního vaku naplněného sterilní le-dovou drtí. Třetí vrstva je opět sterilní vodotěsný vak, kdy sterilita končí na povrchu tohoto vaku. Nakonec jsou vaky vloženy do transportního termoboxu, kde je ledová drť. Box je označen nápisem „Lidské orgány – manipulovat opatrně.“ (Baláž, Janek, Adamec, 2011, s. 81, 87-90, 94, 108)

1.4 Koordinační středisko

„Koordinační středisko transplantací je organizační složkou státu zřízenou Ministerstvem zdravotnictví dne 7.7.2003, podle ustanovení § 25 zákona č. 285/2002 Sb. tzv. transplantační zákon. KTS je v přímé působnosti Ministerstva zdravotnictví a je zřízeno za účelem zjištění a zprostředkování transplantací, přičemž plní několik zásadních úkolů.“ Ko-ordinační centrum má nepřetržitou službu, kde jsou přijímány informace o možných dárcích z regionálních transplantačních středisek. Tyto informace jsou zde zpracovány dle národní čekací listiny, orgány jsou nabídnuty do konkrétního transplantačního centra pro vybrané čekatele. Úkolem koordinačního střediska je: vedení registrů (příjemci k Tx orgánu, dárci

tkání a orgánů, národní registr o počtu zrealizovaných Tx tkání a orgánů), koordinace odběrů a transplantací (spolupráce mezi odběrovými a transplantačními týmy, výběr nejvhodnějšího příjemce, návrhy na přijetí dalších pracovišť do tohoto systému), informační činnost (sběr a vyhodnocování dat o provedených transplantacích, vypracování zprávy a její předložení na ministerstvu, monitorování novinek a jejich využití v daném oboru, výchova a vzdělávání zdravotnických pracovníků), mezinárodní spolupráce (spolupráce s okolními státy, účast na mezinárodních projektech), další činnosti (vypracování úkolů zadaných od ministerstva, připomínky k zefektivnění transplantačního programu). (O nás, © 2005)

1.5 Transplantační zákon a etika transplantací

Transplantační zákon č. 44/2013 Sb. mění a doplňuje zákon č. 285/2002 Sb. V zákoně se ustanovují pravidla pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských orgánů určených k transplantaci do lidského těla za účelem zajištění vysoké úrovně ochrany lidského zdraví a to při jejich darování, vyšetřování, charakterizaci, odběru, konzervaci, převozu a transplantaci. Dále upravuje podmínky pro darování, odběrů a transplantací tkání, buněk a orgánů prováděných výhradně za účelem poskytování zdravotních služeb. (Česko, 2013, s. 305)

Pokud chceme na transplantace pohlížet z etické roviny, musíme si položit pár otázek. Jak definujeme smrt? Kdy prohlásíme nemocného za mrtvého? Můžeme sami od sebe odpojit pacienta od přístrojů a podpůrné léčby? (Munzarová, 2005 s. 130)

Jako zdroj orgánů k transplantaci je lidské tělo, respektive mrtvé lidské tělo. V minulosti bylo považováno za smrt, pokud nebyly měřitelné fyziologické funkce (dech, tep), přestože mozek stále fungoval. Ovšem pokud je poškozen mozek, například následkem krvácení nebo úrazu, tak ostatní orgány jsou stále funkční a vhodné k darování, samozřejmě za předpokladu, že určíme smrt mozku. V roce 1969 byla zavedena do praxe metoda jak tento stav zjistit. Pokud dva zkušební lékaři nezávisle na sobě potvrdí smrt mozku, je pacient považován za mrtvého, a o této skutečnosti může být informováno koordinační středisko. Nezbytná je absence kmenových reflexů včetně neschopnosti pacienta spontánně dýchat. Otázky odnímání orgánů vyvstává u trvale vegetativních stavů, kdy pacienti mají zničeny vyšší mozkové funkce z důvodu nedostatku kyslíku, ale mozkový kmen je nepoškozený, takže vykonává svou funkci (spontánní dýchání, kontrola krevního tlaku). U těchto pacientů je pramalá, ba právě nulová šance na zlepšení zdravotního stavu. Totéž lze očekávat u anence-

falických novorozenců. Vyšší mozek nefunguje, ale mozkový kmen je v pořádku. Jenže tím, že těmto pacientům vezmeme jejich životně důležité orgány, tím způsobíme jejich smrt. A to je čin protiprávní a nemorální. Oba tyto případy jsou vyloučeny z možnosti darovat orgány za účelem transplantace. (Thomasma, Kushnerová, 2000, s. 112)

2 PRŮBĚH A PÉČE PO TRANSPLANTACI

Pokud pacient absolvoval veškerá vyšetření a byl zařazen na čekací listinu konkrétního transplantačního centra, tak mu nezbyvá než čekat na správný telefonát, který mu oznámí, že jsou pro něj k dispozici vhodné orgány. Ovšem na kombinovanou transplantaci čeká průměrně 50 – 60 pacientů, což nějakou dobu trvá než přijdou na řadu. Proto je vhodné, aby byli kandidáti sledováni, zdali nedochází ke změně jejich zdravotního stavu, také je zapotřebí jednou měsíčně do centra odesílat vzorek krve k imunologickému vyšetření. Pokud jsou pro kandidáta k dispozici vhodné orgány, je pozván do IKEMu k přípravě na možnou transplantaci. Vždy je pozváno z časových důvodů více čekatelů, kdyby první v čekací listině z nějaké příčiny nevyhovoval, přichází na řadu další v seznamu. Zde jsou poté všichni připravováni současně a pouze pro jednoho toto čekání skončí transportem na operační sál, kde se dočká nových orgánů. Po výkonu se pacient převáží na oddělení ARO, kde stráví první hodiny za intenzivní monitorace životních funkcí, ale i kontroly úspěšnosti celého operačního výkonu. A po třech dnech je pacient přeložen na intermediální jednotku kliniky diabetologie k další rekonvalescenci a sledování stavu. Postupně se začíná s vertikalizací, přijímáním potravy ústy a nácvikem sebeobsluhy. Pokud vše probíhá bez komplikací, je do 3 týdnů od výkonu propuštěn do domácího ošetřování. (Saudek, 2005, s. 29) Po celou dobu pooperačního období musí být péče prováděna za maximálně aseptických podmínek a s využitím bariérového systému ošetřování. Z důvodu užívání imunosupresiv a tím snížené imunity jsou pacienti velmi náchylní k jakékoliv banální infekci.

2.1 Bezprostřední příprava na transplantaci

Jakmile je rozhodnuto, že jsou k dispozici vhodné orgány, k transplantaci je nutné co nejdříve přivolat potencionálního příjemce na kliniku diabetologie v pražském IKEMu. Pacienti jsou na tento okamžik upozorněni již při zařazení na WL, neboť jakmile jim zazvoní mobilní telefon a na druhém konci se ozve IKEM, musí se co nejdříve dostat do Prahy. Proto mají pacienti ve většině případů již přichystanou tašku s osobními věcmi a na poslední chvíli přibalí pouze chronicky užívanou medikaci, doklady a mobilní telefon s nabíječkou. První věcí,

po přijetí oznamovacího telefonátu, kterou musí udělat, je zavolat na hemodialyzační středisko, kam pravidelně dochází, aby pro něj poslali sanitní vůz, který jej odveze do Prahy.

Poté se již všechno děje ve velmi rychlém sledu. Po příchodu na oddělení jsou pacientovi vzaty odběry (krevní obraz a diferenciální rozpočet, základní biochemie – iontogram, amyláza, glykémie, urea, kreatinin, jaterní testy, astrup, hemokoagulace, křížová zkouška a nakřížení krevních konzerv k operačnímu výkonu, glykovaný hemoglobin) a v neposlední řadě také cross mach pro vyšetření krve dárce a příjemce. Pacient je poučen, aby již nic nepřijímal ústy. Současně při odběrech je zavedena intravenózní kanyla hlavně pro úvod do anestezie a případně pro úpravu laboratorních výsledků. Dále je natočeno EKG, pacient je odeslán na RTG srdce a plic. Lékař nyní již s potencionálním příjemcem provede pečlivou anamnézu a sepíše interní předoperační konzilium. Dle laboratorních hodnot je pacientovi domluvena akutní dialýza, zde stráví několik hodin. Po hektickém začátku přichází uvolnění a zklidnění, protože se čeká na výsledek cross mach vyšetření, který určí, kdo z pacientů bude vybrán jako nejvhodnější příjemce. V tomto období je čas dát pacientům přečíst informované souhlasy (s anestezií, s kanylací, s operačním zákrokem, s podáním transfuzních přípravků) I když se vše děje velmi rychle, aby se odebrané orgány zbytečně nevystavovaly studené ischemii, musí být veškerá příprava velmi důsledná a pečlivá, protože toto je jeden ze zásadních okamžiků pro úspěšně provedenou transplantaci. Po telefonickém ohlášení výsledků cross mach a určení, kdo půjde na operační sál, se tempo opět zrychluje, neboť je zapotřebí provést bezprostřední přípravu k výkonu. Je nutná příprava operačního pole – oholení celé břišní stěny i s třísky, důkladná hygiena celého těla, odstranění zubní protézy, bandáž dolních končetin. Pacient podepíše výše přečtené informované souhlasy, podepíše úschovu osobních věcí a cenností. Před odjezdem na operačním sál je pacientovi podána první dávka imunopresiv. (Adamec, Saudek s 78)

O zbývající pacienty, kteří byli povoláni do IKEMu, ovšem výkon u nich nebyl proveden, je postaráno do druhého dne. Ve většině případů se příprava provádí v nočních hodinách, tak je pacientům umožněno na oddělení si odpočinout a přespat, ráno po snídani a drobných formalitách jako je propouštěcí zpráva, kterou předají na svém dialyzačním středisku, je jim obstarán sanitní vůz, který je opět odveze domů. Čas od času se stává, že se během přípravy narazí na nějaké komplikace, které je nutné došetřit, v takovém případě pacient zůstává k došetření a úpravě zdravotního stavu.

2.2 Technika transplantace

Neboť se jedná o rozsáhlou břišní operaci je výkon prováděn v celkové anestezii. Tento výkon se neprovádí zcela běžně, proto je zapotřebí, aby anesteziolog, který po celou dobu výkonu monitoruje pacienta, měl osobní zkušenosti s takto prováděným výkonem a také byl obeznámen s možnými riziky, které s sebou přináší chronické onemocnění. Při úvodu do anestezie je zavedena trojcestná kanyla do pravé jugulární žíly, zajištěna radiální tepna, provedena endotracheální intubace, zavedena NSG a permanentní močový katetr. Během výkonu je kontinuálně sledováno EKG, glykemie, hladina kalia a ABR. (Adamec, Saudek, 2005, s. 78,79)

Můžeme říci, že v dnešní době pro transplantaci slinivky břišní a ledviny používají dva způsoby (příloha III). První metodou je napojení pankreatu s částí duodena na močový měchýř v pravé kyčelní jámě a ledviny v levé kyčelní jámě. Tato metoda s sebou nese jisté komplikace. Nefyziologické vyústění a tím značné ztráty pankreatických šťáv způsobují metabolickou acidózu, elektrolytovou nerovnováhu a nižší objem tekutin, ale také možné uroinfekty a hematurii. Druhá metoda spočívá ve vytvoření enteroenteroanastomózy, kdy je pankreas s částí duodena spojen s jejunální kličkou a ledvina je opět umístěna v levé kyčelní jámě. Pankreas se umísťuje extraperitoneálně – toto umístění umožňuje lepší přístup při bi-optickém vyšetření a je zaznamenán nižší výskyt komplikací. (Třeška, 2002, s. 76, 77)

2.3 Komplikace po transplantaci

Každý výkon prováděný v chirurgii s sebou nese řadu komplikací. O to spíše pokud se jedná o transplantování orgánů, kdy je zapotřebí, aby byl pacient pokud možno v dobré fyzické i psychické pohodě, onemocnění, pro kterou se transplantace provádí bylo alespoň částečně pod kontrolou, další přidružená onemocnění byla kompenzována a v neposlední řadě nesmí u pacienta čekajícího na transplantaci probíhat žádné akutní onemocnění, byť by se jednalo o banální rýmu nebo zánět zubu. Tato pro nás běžné onemocnění mohou mít v pooperačním průběhu velmi neblahé následky na konečný výsledek operace.

Komplikace můžeme rozdělit na časné, které probíhají v krátké době po operačním výkonu a chronické vznikající v pozdější době.

Nejen transplantovaný pacient, ale i orgán jsou v ohrožení několika druhy komplikací:

1. Komplikace spojené s celkovým stavem a operačním výkonem

2. Selhání štěpu z důvodu technické chyby během transplantace, nebo pro neživotaschopnost darovaného orgánu
3. Rejekční selhání
4. Infekční komplikace
5. Maligní onemocnění (uvádí Ferko, 2002, s. 541)
6. Chirurgické komplikace
7. Urologické komplikace
8. Hematologické komplikace
9. Metabolické komplikace
10. Gastrointestinální komplikace

Nyní si rozebereme nejčastější a nejzávažnější komplikace, které ohrožují nejen štěp, ale i samotného příjemce. Patří sem: chirurgické komplikace, infekce, rejekce.

Chirurgické komplikace u štěpu pankreatu:

- tyto komplikace po transplantaci pankreatu jsou jednou z příčin ztráty funkce darovaného orgánu
- velmi pečlivá ošetrovatelská péče a znalost problematiky významně snižuje možnost výskytu této komplikace, nebo alespoň přispívá k brzké diagnostice a léčbě těchto život ohrožujících komplikací
- nejčastější chirurgické komplikace jsou: krvácení, únik z anastomózy duodena, trombóza (žilní i tepenná), pankreatitida štěpu (Adamec, Saudek, 2005, s. 101)

Chirurgické komplikace u štěpu ledviny:

- i zde platí výše uvedeno, že tyto komplikace mohou vést ke ztrátě štěpu ledviny a také pokud mají všichni členové zdravotnického týmu dostatečné informace k dané problematice, je možné těmto komplikacím úspěšně předcházet, nebo zajistit včasný záchyt, cílenou diagnostiku s vhodnou léčbou
- mezi nejčastější chirurgické komplikace štěpu ledviny patří: močová píštěl, stenóza močovodu, lymfokéla, a také samozřejmě trombóza (žilní i tepenná) a krvácení (Třeška, 2002, s. 66)

Infekční komplikace

- pacienti po jakékoliv transplantaci, ne jen po kombinované (pankreas, ledvina), jsou ohroženi vznikem infekce z důvodů užívání imunosupresiv
- proto je velmi důležité, aby veškeré ošetrovatelské a lékařské výkony byly prováděny za aseptických podmínek s použitím bariérového způsobu ošetřování, čímž se snižuje riziko možné infekce
- infekce můžeme rozdělit do tří period dle výskytu patogenů:
 - a) první 4 týdny: kdy dochází k infekcím z nemocničního prostředí, používání invazivních metod (močové cévky, centrální katetry atd), nebo infekce přenesená společně se štěpem
 - b) prvních 6 měsíců: k výše uvedeným potížím se může přidávat i virové onemocnění, kdy mezi nejzávažnější řadíme cytomegalovirus, virus hepatitidy B a C a virus HIV. Díky dlouhodobému užívání imunosupresiv mají viry snazší vstup do organismu
 - c) dlouhodobé potrasplantační období: kdy část pacientů má infekce jako zbytek populace tj. respirační infekce, infekce močových cest. Dále jsou pacienti trpící chronickou infekcí většinou virového původu, může vést k poruše funkce daného štěpu. Zbývající pacienti opakovaně podstupují antirejekční léčbu a je u nich diagnostikována chronická virová infekce. Z tohoto důvodu u nich stoupá možnost vzniku oportunních infekcí např. *Listeria monocytogenes*. (Adamec, Saudek, 2005, s. 106)
- z těchto důvodů je do všech terapeutických potrasplantačních schémat zařazena profylaxe infekčních komplikací. Nejčastěji jsou užívána antibiotika, virostatika, antitykotika (Pařko, 2008, s. 359) a také chemoterapeutika.

Rejekce

Rejekce neboli odhojování štěpu patří mezi hlavní imunologické problémy. Rejekce nemá konkrétní příznaky, které by ukázaly na vznikající problém. Nespecifické příznaky jsou: bolestivost, palpační citlivost a může se objevit vzestup teploty. Jako pozdní známky rejekce uvádíme zhoršující se laboratorní výsledky. (Adamec, Saudek, s 116)

Rejekce dělíme podle časového hlediska a mechanismu vzniku na několik druhů:

Hyperakutní rejekce – nastupuje během minut až hodin, dochází k ní pokud má příjemce v krevním oběhu protilátky proti antigenům buněk štěpu. Orgány jsou poškozeny komplementem, který se velmi rychle aktivuje.

Akcelerovaná rejekce – nástup v rádech dnů, 3 – 5 dnů po Tx. Vyvolávají ji protilátky, které ovšem nejsou aktivovány komplementem.

K těmto typům rejekcí dochází velmi zřídka, neboť jsou zapříčiněny neshodou v systému ABO.

Akutní rejekce – jedná se o primární imunitní reakci vůči štěpu. Nastupuje během dnů až týdnů, ovšem může k tomuto stavu dojít i později. Např. přerušení léčby imunosupresivy.

Chronická rejekce – vzniká nejméně od druhého měsíce po výkonu. Nejčastěji je způsobena neimunologickými faktory jako je ischemie, i když mechanismus vzniku není zcela jasný. (Hořejší, Bartůňková, 2005, s. 186)

2.4 Ošetrovatelská péče po transplantaci

Tak jako každá velká břišní operace nebo kterýkoliv jiný operační výkon, tak i transplantace vyžaduje velmi pečlivou pooperační péči. V našem případě se jedná o zvláště specializovanou péči, neboť je proveden velmi složitý zákrok, který vyžaduje maximální pozornost od veškerého zdravotnického personálu.

První dny po Tx pacient tráví na oddělení anesteziologicko-resuscitačním. Je pod neustálým dohledem lékařů (anesteziolog, chirurg, internista) a zkušených sester, které dokáží rozeznat možné komplikace. Klient je intenzivně monitorován – fyziologické funkce, a v pravidelných intervalech jsou prováděny laboratorní testy, při kterých se kontroluje funkčnost transplantovaných orgánů. Je nutná pečlivá ošetrovatelská péče o invazivní vstupy (CŽK, NSG, PMK, arteriální katetr), ale také sledování laboratorních hodnot a stav pacienta. Po asi 3-4 dnech, dle stavu, je pacientovi odstraněna NSG a arteriální katetr a pokud to jeho stav dovoluje, je přeložen na intermediální jednotku interního oddělení. Zde je i nadále prováděna veškerá ošetrovatelská péče jako na oddělení ARO. Pravidelná monitorace fyziologických funkcí, kontrola funkčnosti štěpů – pomocí laboratorních hodnot (glykemie, kreatinin), podávání léků a především imunosupresivní léčby dle protokolu do obnovení střevní peristaltiky je podávána parenterální výživa, a je prováděna pečlivá ošetrovatelská péče o invazivní vstupy, drény, operační ránu. Pacient je podporován k vertikalizaci a sebeobsluze již první pooperační den a v tomto režimu je pokračováno i na intermediální jednot-

ce. Každý den pacienty po Tx navštíví fyzioterapeut, který předá klientovi potřebné informace jak se správně posadit, vstát a opět si lehnout, jak kašlat a také jaké jsou vhodné cviky na lůžku pro celkové zlepšení fyzické kondice v pooperačním období. (Adamec, Saudek, 2005, s. 87,88)

U těchto pacientů, kteří jsou díky vysokým dávkám imunosupresivní léčby v prvních dnech po Tx imunokompromitováni, je velmi nutné dbát na bariérový přístup v ošetřování a maximální individualizace pomůcek. Pokud chceme zajistit maximální úspěšnost výkonu, je nutné, aby byly ochráněni před možnou infekcí a tím způsobení komplikací, které prodlužují délku hospitalizace a mohou mít za následek rejekci orgánů. Pacientům je doporučeno při odchodu z intermediální jednotky používat ústenku, před jídlem a po toaletě vždy pečlivě umýt ruce a vydezinfikovat, pokud to lze, tak omezit návštěvy na minimum. V případě, že je někdo z personálu nachlazený, nebo by mohl být potencionálním zdrojem nákazy, je vyzván, aby péči o tyto pacienty přenechal kolegům, ale i přes to používal ochranné pomůcky (ústenku, rukavice), důkladná dezinfekce rukou. Dobře prováděná ošetrovatelská péče je jedním z pilířů úspěšné léčby- Pokud máme klienta, který má všechny své potřeby uspokojeny, tak se jeho mozek i tělo mohou specializovat na potřebnou regeneraci.

2.5 Imunosupresivní léčba po transplantaci

Pro úspěšnou léčbu pomocí transplantace je zapotřebí navodit v organismu vhodné prostředí, které je příznivé pro darované orgány. Za tímto účelem jsou používány léky, které nazýváme imunosupresiva. Tyto léky mají za úkol navodit úplnou nebo částečnou imunologickou toleranci. Pokud by po Tx nebyla podávána imunosupresiva, docházelo by k odhojování neboli rejekci orgánů, je tedy nutné, aby pacienti tuto medikaci užívali pravidelně a hlavně po celou dobu léčby, jestliže by pacienti tyto léky neužívali, došlo by k velmi závažné komplikaci, rejekci. Imunosupresivní léčbu můžeme rozdělit na indukční, udržovací a anti-rejekční. Indukční imunosuprese je podávána na počátku transplantace, kdy je užito větší dávky pro co nejrychlejší utlumení imunity a minimalizování vzniku časně rejekce. Udržovací imunosuprese je podávána kontinuálně a v kombinaci několika léků. Mají za úkol udržovat stálou hladinu léku v krevním séru a tím vytvářet vhodné prostředí pro darované orgány. Tato léčba by měla zabránit vzniku akutní nebo chronické rejekce a přitom minimalizovat nežádoucí účinky. Vhodná dávka se nastavuje i několik týdnů. Antirejekční imunosuprese je využívána jen pokud dojde k rejekci orgánů a používá se po velmi krátkou dobu.

Nejčastějšími imunosupresivními zástupci jsou: Prednison, Solu-Medrol, Cyclosporin A, Tacrolimus, Azathioprin, Mycophenolat mofetil, Rapamycin. (Adamec, Saudek, 2005, s. 90.)

Po transplantaci je důležité užívat ještě další lékové skupiny. Preventivně se používají antiokoagulancia, v prvních dnech v injekční formě, dále se užívá v malé dávce kyselina acetylsalicylová. Antibiotika se podávají před samotným operačním výkonem jako prevence a vysazují se do třetího den po Tx. Následně se užívají při infekcích dle mikrobiologického vyšetření. V prvních měsících se podávají protivirové léky, které se používají preventivně např. před infekcí cytomegalovirem. Pacienti, již mají slinivku břišní napojenou na močový měchýř, velmi často užívají bikarbonát, nahrazuje produkci ze slinivky břišní. (Saudek, 2005, s. 54) Dále pacienti užívají léky, které již užívali před samotnou transplantací ke kompenzaci ostatních onemocnění.

2.6 Domácí péče

Pro domácí péči lze dát pacientům pouze doporučení, která by měli dodržovat. Správná péče o fyzickou a psychickou pohodu prodlužuje dobu správného fungování obou štěpů. Klienti jsou dle zdravotního stavu zhruba po 14-i až 21-i dnech propouštěni do domácího ošetřování, kde probíhá rekonvalescence. Ještě několik týdnů po Tx se doporučuje nosit ochranou roušku, jako prevenci před vznikem infekce. Pokud by se v okolí transplantovaného pacienta vyskytla osoba s infektem, je vhodné individualizovat pomůcky, a pokud je to možné, kontakt omezit na co nejnižší míru. Také se nedoporučuje, aby pacienti navštěvovali akce s velkým počtem lidí, nebo nákupní centra v době, kdy lze předpokládat vyšší počet návštěvníků

Obecně lze říci, že pacienti s dobrou funkcí orgánů nemusí dodržovat žádnou dietu. Ovšem pokud si chtějí udržet tento stav co nejdéle je vhodné dodržovat zásady zdravého stravování. Díky lepšímu zdravotnímu stavu může docházet ke zlepšení chuti k jídlu a tím i k případnému přibírání na váze. Tomuto efektu by pacienti měli aktivně předcházet, aby nedocházelo ke vzniku obezity, která může přispívat k rozvoji komplikací. Doporučuje se jíst 5x denně dostatek ovoce a zeleniny, ve stravě omezit příjem živočišných tuků, přijímat dostatečné množství tekutin. Pacienti s dobrou funkcí štěpů mají dovolenou konzumaci alkoholických nápojů a to asi 2x - 3x týdně 2 dc vína. Fyzická aktivita závisí na komplikacích, které byly přítomny již před samotnou Tx. Pokud se u pacientů vyskytovala retinopa-

tie, nejsou vhodné aktivity v předklonu nebo se zatáťmi břišními svaly. Toto způsobuje zvýšení krevního tlaku v hlavě a tím pádem i zhoršování této komplikace. Taktéž není vhodné u již zjištěné neuropatie a cévního postižení provádět aktivity, u kterých by mohlo dojít k poranění na dolních končetinách. Pokud se bude chtít klient koupat v přírodních koupalištích, je vhodné, aby používal ochranou obuv jako prevenci před možným poraněním. Každý klient si musí najít vhodnou aktivitu, která mu bude vyhovovat, měl by brát v úvahu svůj aktuální zdravotní stav a také myslet na aktivní ochranu sebe i štěpů před možným poraněním. Je vhodné nevystavovat se přímému slunečnímu záření v době od 10 do 15 hodin a při pobytu na slunci používat krémy s ochranným faktorem a jiné pomůcky proti slunci. Sluneční paprsky a léčba imunosupresivy zvyšuje riziko vzniku rakoviny kůže. Musíme se zmínit také o možnosti otěhotnění u žen a sexuálních funkcích, neboť před transplantací je sexuální aktivita nižší z důvodu řady komplikací a užívání mnoha léků. Po Tx se tento stav zlepšuje a je možné očekávat navrácení k sexuální aktivitě. Zde se ovšem doporučuje spolupráce se sexuologem, který může doporučit speciální léčbu. U žen je třeba kontrolovat navrácení menstruačního cyklu, který velmi často u žen vymizí. Pokud se menstruace opět objevila, je vhodné používat účinné antikoncepční prostředky, aby se předešlo případnému otěhotnění. Pokud by žena po kombinované transplantaci otěhotněla, vystavuje sebe i nenarozené dítě velkému riziku vzniku možných komplikací. U ženy se mohou rozvinout komplikace (štěpy jsou uloženy v kyčelních jámách) a u plodu je velké riziko vzniku vrozených vývojových vad. Přes tato všechna doporučení je i v České republice několik žen, které po Tx porodily zdravé děti a dokonce existují i dva případy u kombinované Tx. (Saudek, 2005, s. 55-57)

2.7 Dispenzarizace

Pokud je výkon úspěšný, jsou pacienti zváni pravidelně do transplantační ambulance. Z toho důvodu, že kombinovaná transplantace slinivky břišní a ledviny se provádí pouze na jediném pracovišti v České republice a to v pražském IKEM, musí pacienti na pravidelné kontroly jezdit sem. Pacienti i nadále mohou navštěvovat své obvodní lékaře, ovšem setkala jsem s případy, kdy byli odmítnuti. Jednalo se o případy, kdy se u nich objevilo nachlazení nebo bolesti břicha. Obvodní lékaři nemají s těmito pacienty zkušenosti, a proto se pravděpodobně obávají vzniku komplikací. S přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu mohou transplantovaní pacienti navštěvovat své obvodní lékaře, oční lékaře, stomatology a ženy gynekology. Pokud by bylo nutné provádět léčebný zákrok, je možné jej provést v

IKEM, nebo po konzultaci v místě bydliště. Protože tito pacienti pocházejí různých oblastí celé republiky a dojezdový čas např. z Ostravy do Prahy je nezanedbatelný pokud by se jednalo o náhlou příhodu břišní nebo jiný stav vyžadující okamžitý zákrok, mohou být ošetřeni i ve spádových nemocnicích.

2.7.1 Ambulantní péče

Pokud je pooperační průběh a domácí léčení bez komplikací, navštěvují nemocní transplantační ambulanci zpočátku 1x týdně. Jestliže je rekonvalescence úspěšná a nevyskytují se žádné problémy, jsou pacienti zváni k pravidelným kontrolám 1x za 6 týdnů. Samozřejmě, že pokud se vyskytnou jakékoliv komplikace, mohou se pacienti kdykoliv dostavit, nebo svoji situaci telefonicky konzultovat. Během ambulantní kontroly jsou pacientovi vzaty základní odběry ukazující na funkci transplantovaných orgánů (urea, kreatinin, glykemie), ale také vyšetřena hladina imunosupresiv, vhodné nastavení dávky léků. Lékař se dotazuje na aktuální zdravotní stav a také pacient může žádat od lékaře informace týkající se jeho zdravotního stavu. (Saudek, 2005, s. 58)

2.7.2 Pravidelné kontroly – hospitalizace

Pacienti po úspěšné Tx přicházejí jedenkrát za rok až za 2 roky ke krátké plánované hospitalizaci, během níž je provedena důkladnější kontrola transplantovaných orgánů, ale také orgánů, na kterých by mohly být způsobeny nevratné změny způsobené dlouhodobým trváním diabetu. V prvním roce od Tx bývá zpravidla v pravidelných intervalech a to nejčastěji 1x za rok vyšetřena glykemická křivka a krevní hladina inzulinu. Invazivní vyšetření – biopsie pankreatu – je v prvním roce prováděno opakovaně, během tohoto vyšetření se může odhalit případná rejekce orgánu. Provádějí se také výzkumná vyšetření, o kterých je pacient informován. Tato vyšetření přispívají k vývoji transplantační léčby a dosahování lepších výsledků. (Sudek, 2005, s. 58)

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita čehokoliv, ne jen života je velmi obtížně charakterizovatelný termín. Každý totiž vnímáme kvalitu života jinak. Pro zdravého člověka znamená kvalitní život, fakt že má kde bydlet, má co jíst, má alespoň jedno auto, pravidelně jezdí na dovolené. Pro nemocného člověka se promítá kvalitní život nebo kvalita života v naprosto jiných rovinách, žebříčku hodnot. Pokud zažijeme, jaké je být zdravý a na nikoho nebýt odkázaný, je pro nás velmi těžké, když vážně onemocníme a jsme odkázáni na pomoc druhých. Je rozdílné, zda se jedná o náhlou a krátkodobou ztrátu, nebo skutečnost, že u nemocného postupuje onemocnění velmi pozvolna a tím pádem může pozorovat, jak se některé jeho funkce nebo schopnosti pomaloučku vytrácejí. Otázkou zůstává, zdali některé lékařské výkony nebo operace přispějí k lepší kvalitě života než tomu bylo před výkonem. U mnoha výkonů musíme brát ohled na benefity a možná rizika, která se mohou vyskytnout v pooperačním období. A již pouhé zlepšení nebo vyléčení některé nefungující složky lze brát za zkvalitnění života a jeho prožívání. Uveďme si příklad vztahující se k naší problematice. Jestliže pacient, který si několikrát denně musel kontrolovat glykémii a aplikovat inzulín po Tx, nemusí dodržovat žádné dietní omezení, nemusí si kontrolovat glykémii a nemusí si aplikovat inzulín, již toto všechno je pro něj velkým benefitem. Pacient je ochráněn před řadou píchnutí do prstů i do břicha a dalších úkonů, které před transplantací absolvovat musel. Již tímto se mu zkvalitňuje život.

3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Kvalitu můžeme také jinak nazvat jako hodnotu nebo jakost. Nejedná se o disciplínu, kterou lze jednoduše charakterizovat. Není to absolutní kategorie nýbrž relativní a může být kvalitativní (hlavním měřítkem je hodnotový systém posuzovatele) nebo kvantitativní (kdy výstup je měřitelný a objektivní). Je důležité rozlišovat, zdali pojem kvalita života používáme při běžném rozhovoru nebo na odborné úrovni. Při běžném rozhovoru je velice často používáno spojení kvalita/kvalitní – dobrý. Kdežto na odborné úrovni se poukazuje na pozitivní a negativní pohled na život. Vymezení pojmu kvalita života je velmi složité, protože zasahuje do mnoha oblastí lidského života. Můžeme ji označit jako multidimenzionální, multifaktoriální, multiúrovňové, multidisciplinární, proto je komplikovaná její charakteristika nebo její definice. (Gurková, 2011, s. 21- 23) Kvalitu života můžeme popisovat z několika různých pohledů: z psychologického, kam zařazujeme seberealizaci a psychickou harmonii (spokojenost, nespokojenost), ze sociologického, kam řadíme pocity a životní úroveň spe-

ciálních skupin (např. starší lidé, lidé s různým onemocněním). A také můžeme kvalitu života hodnotit z pohledu medicínského, zde hodnotíme, jak dokáží lidé žít se svými chorobami nebo omezením, která jsou jim doporučena. Heřmanová prezentuje Halečkův názor, „že kvalita života jako taková neexistuje a nabývá významu pouze tehdy, je-li vymezeno konkrétní prostředí, v němž je tato veličina měřena.“ Dle autora by měl být tento pojem spojován s otázkou „jaká kvalita, kde a pro koho.“ Heřmanová dále prezentuje definici od Zvárikové, že pokud chceme zkoumat kvalitu života, vyjadřujeme se pouze k deseti nejvýznamnějším oblastem, které jsou: zdraví, práce a povolání, finanční situace, volný čas, manželství a partnerství, vztahy k vlastním dětem, spokojenost se sebou, sexualitu, přátele známé a příbuzné, bydlení. Vyřknout přesnou definici kvality života není zcela jednoduché, protože řada autorů uvádí více možností, jaké oblasti do této kategorie lze zařadit. (Heřmanová, 2012, s. 32-39) Gurková zmiňuje názor Ferransové, která uvádí, že kvalita života v ošetřovatelství je vymezena do pěti kategorií: 1) schopnost vést normální život, 2) štěstí, spokojenost, 3) dosahování osobních cílů, 4) schopnost vést sociálně „aktivní“ život, 5) úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity. (Gurková, 2011, s. 25) Autorka se v knize zmiňuje, že kvalita života je v podstatě subjektivní pocit, jak jej momentálně teď cítíme. Ovšem pokud použijeme vhodné metody k měření kvality života lze je objektivně analyzovat. (Heřmanová, 2012, s. 41)

3.2 Proč měřit kvalitu života?

Kvalitu života můžeme měřit proto, abychom získali důležité informace týkající se celé společnosti, jak ona vnímá svůj život. Pokud se ovšem zaměříme na nějakou specifickou skupinu lidí, kterou trápí stejný problém, můžeme zde porovnávat, jak tato skupina hodnotí svůj stav. Pokud se rozhodneme hodnotit pracovníky ve státní správě, učitele, menšiny a nebo klienty, které spojuje stejný zdravotní problém – např. pacienty s kolostomií, ženy po ablaci prsu, pacienti po transplantaci, zjistíme pro každou skupinu respondentů specifický rys. Transplantované pacienty lze ještě dále rozdělit dle jednotlivých orgánů, a to se dostáváme už k malým skupinám lidí se stejnými možnými komplikacemi a problémy, které musejí denně řešit. Pokud si vybereme některou se skupin a provedeme u ní šetření na daného problému, získáme cenné informace, které nám pomůžou hledat vhodné cesty, jak sjednat nápravu při konkrétním problému, nebo navrhnout, jak by se situace dala řešit. Pokud ovšem chceme skupinu respondentů oslovit, musíme zvážit, jakou formou budeme výzkum provádět. Zdali bude vhodné využít standardizovaný dotazník, nebo si pro danou

skupinu vytvoříme svůj vlastní a nebo použijeme k výzkumu zcela jinou metodu. Dle mého názoru by bylo dobré dotazníkové šetření o kvalitě života provádět např. při nástupu do zaměstnání, pokud člověk přijde o práci nebo si ji naopak opět najde, pokud je klientovi sdělena vážná diagnóza a toto šetření zopakovat během léčby. Tyto informace by byly jistě velmi cenné nejen pro úřady práce, ale v případě vážných onemocnění především pro zdravotníky.

„V ošetrovatelství vychází hodnocení kvality života z druhého, úžeji chápaného přístupu ke kvalitě života. Zaměřuje se na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu.“ (Gurková, 2011, s. 25)

3.3 Nástroje k měření kvality života

První zmínky týkající se kvality života nemocných jsou z poloviny 20. století. Zde byli ovšem předmětem zkoumání především staří lidé a chronicky nemocní. S přibývajícím množstvím onemocnění a komplikací vyvstala otázka, do jaké míry je život takto nemocných kvalitní. Ovšem nelze se na tento problém dívat jen z medicínského hlediska, ale musíme jej hodnotit i z pohledu psychologického, sociálně-psychologického a sociálního. (Payne, 2005, s. 281) „Kvalita života se v ošetrovatelství i v medicíně využívá nejčastěji jako jeden z ukazatelů hodnocení efektivity léčby.“ Pokud si nebudeme vytvářet vlastní nástroj k měření kvality života, ale budeme používat vytvořený někým jiným, musíme posoudit, zdali bude vyhovovat našemu typu výzkumu. Jestliže je originální nástroj vytvořen v jiném jazyce než je čeština, případně slovenština, měli bychom posoudit jeho platnost a spolehlivost, je vhodné jej nechat odborně přeložit a poté zkontrolovat původní a přeloženou verzi. Při výběru vhodného nástroje bereme v povědomí tato kritéria: obsah nástroje (jaké součásti zahrnuje a jak jej měří), cílová skupina, vlastnosti nástroje a psychometrická analýza (lze jej použít u multidisciplinární péče, identifikuje rozdíly v subpopulaci), copyright (zdali je potřebný souhlas autora). (Gurková, 2011, s. 116-122) Mezi možné nástroje k měření kvality života můžeme zařadit *Quality of Well-Being Scale* (QWS) od Patricka, Bushe a Chena, *Health Related Quality of Life* (HRQoL) od Patricka a Ericksona, *Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System* (APACHE II) – měří se odchylka od fyziologických funkcí a výsledek je vyjádřen číselně od 0 do 71 bodů, přičemž platí, čím více bodů tím větší pravděpodobnost úmrtí. Dalšími metodami jak lze měřit kvalitu života jsou Karnovský index, VAS, symbolické vyjádření kvality života sérií křížků, slovní vyjádření kvality života. Nejpoužívanějším systémem k měření kvality života je Spit-

zerův systém. Vyjádření kvality života pacienta hodnotíme: pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých, finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti, nepohodlí, nálada, vědomí o následcích jeho nemoci, komunikace s okolím, vztah s přáteli a rodinou. (Payne, 2005, s. 281 - 287)

3.4 Objektivní versus subjektivní kvalita života

Pokud hovoříme o objektivní kvalitě života, máme na mysli konkrétní a jednoduše měřitelné životní podmínky. Faktorů, které ovlivňují objektivní kvalitu života, je velké množství a není možné je zcela přesně prezentovat. Velmi úzce je s kvalitou života spojena životní úroveň. Obě veličiny se navzájem ovlivňují a prolínají. Můžeme říci, že pokud má člověk dostatek finančních prostředků a zdravotně se cítí velmi dobře, tak se dá říci, že jeho životní úroveň je dobrá a z toho lze usuzovat, že i jeho kvalita života je na vysoké úrovni. (Heřmanová, 2012, s. 47) Pokud bychom chtěli definovat kvalitu života, tak hlavně jako subjektivní jev, ovšem na zdravotní stav nelze pohlížet jako na objektivní kvalitu života, ale především jako na ukazatel kvality života. Otázkou zůstává jak změřit kvalitu života, zda za pomoci objektivních znaků, prostřednictvím jiných osob nebo dotazníkovou metodou. Je důležité říci, že pokud zkoumané osoby sami hodnotí svou kvalitu života, je velmi rozdílná pokud, je hodnocena jeho příbuznými nebo zdravotníky. (Gurková, 2011, s. 108) Dle výše uvedených autorů je velmi obtížné říci, která z kvalit života je lepší, zdali ta objektivní nebo subjektivní. Protože na jednu odpovídá samotný respondent a hodnotí celý svůj život z různě dlouhého hlediska, ovšem tyto informace nemusí být zcela přesné, neboť jsou ovlivněny jeho emocemi. Pokud budeme v roli pozorovatele hodnotit kvalitu života daného respondenta sami, nemusíme být zcela objektivní. Je složité najít vhodnou metodu, díky které by se výzkum co nejvíce přiblížil správnému výsledku.

3.5 Životospráva po transplantaci

Kvalita života a správná životospráva dle mého mínění patří k sobě. Pokud dodržujeme zásady správné životosprávy, tak i vnímání kvality života se zvyšuje. I když se to nezdá, tak pacienti po Tx se bohužel mylně domnívají, že jsou zcela zdraví a již žádné omezení, které před transplantací museli dodržovat, již pro ně neplatí. Sportovní aktivity a stravovací návyky by měly být vybírány s ohledem na možné komplikace nebo nežádoucí účinky, které by mohly navodit. Pacienti jsou poučeni o nevhodnosti konzumovat třešalku a grapefruity – konkrétně u tohoto ovoce je možná interakce s imunosupresivy, a to zvýšená hladina léků v

krvi. Pro někoho možná banalita, pro jiné problém, protože má tento plod v oblibě. Je doporučeno dodržovat racionální dietu s dostatečným přísunem ovoce a zeleniny s přihlédnutím k aktuálnímu zdravotnímu stavu. Pokud byl pacient před transplantací zvyklý sportovat, je to jeho velkým benefitem, protože se dříve dostane do psychické i fyzické kondice po výkonu. Ovšem je důležité říci, že ne každý sport je vhodný. Mezi rizikové sportovní aktivity můžeme zařadit všechny kontaktní sporty, u pacientů, kteří mají stále shunt, není vhodný volejbal, nedoporučuje se koupání v přírodních koupalištích nebo sporty, u kterých je velké riziko pádů, jenž by mohly způsobit poškození transplantovaných orgánů. Ovšem musíme říci, že se nejedná o zákazy, ale o doporučení, která by bylo vhodné dodržovat.

3.6 Psychologie zdraví a nemoci

Psychologie zdraví je speciální psychologickou disciplínou, která se zabývá psychologickými faktory k udržení dobrého zdravotního stavu při prevenci nemocí a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi. (Křivohlavý, 2001, s. 24) Nemoc lze v našem jazyce vyjádřit jako poruchu zdraví, čili že člověk postižený nemocí nemá sílu či moc, neboli je bezmocný. (Křivohlavý, 2002, s. 15)

Je velmi obtížné definovat co je zdraví a co je nemoc. Neboť i velmi nemocný člověk se může cítit zdravý a naopak. Záleží na každém z nás jak tyto aspekty vnímáme. Uvedme příklad z naší problematiky. Transplantovaní pacienti jsou pacienti s řadou chronických onemocnění, která ovlivňují vnímání zdraví. Velká část těchto pacientů se po úspěšné Tx považuje za zdravé, i když musí denně polykat řadu léků, které udržují jejich zdravotní stav. Avšak zdravý člověk přece nepotřebuje žádné medikamenty k tomu, aby byl v pořádku. Ale přitom člověk, který neužívá žádné léky, přesto může vykazovat známky nemoci.

Pokud se chceme zabývat kvalitou života nemocných lidí, je třeba brát na zřetel mnoho kritérií, která hodnotíme. Musíme hodnotit změny ve zdravotním stavu jak ve směru jeho zlepšení tak i zhoršování. (Křivohlavý, 2002, s. 163) Imunitní systém se podílí na obrazu našeho zdraví a tím i kvality života. Proto vlivy, které působí na naši imunitu, se odrážejí i na našem zdraví. Řadíme sem například: vliv opuštěnosti a osamocení, vliv hromadícího se stresu, akutní stres, chronický stres, vliv celkové nálady na imunitu, vliv rozvodu, vliv emocí na činnost imunitního systému. (Křivohlavý, 2001, s. 50-54)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit kvalitu života pacientů před transplantací slinivky břišní a ledviny.

Cíl 2: Zjistit kvalitu života pacientů po transplantaci slinivky břišní a ledviny.

Výzkumná otázka 1: Omezuje klienty stav po Tx v oblíbených aktivitách?

Výzkumná otázka 2: Ovlivňuje stav po Tx vnímání sebe sama?

Výzkumná otázka 3: Ovlivňuje stav po Tx partnerské vztahy?

Výzkumná otázka 4: Má kombinovaná Tx vliv na sexuální život?

Cíl 3: Zjistit jestli by pacienti využili možnost retransplantace ledviny, slinivky nebo obou orgánů.

Cíl 4: Zjistit jestli pacienti po Tx mají nějaká omezení a jak je dodržují.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Ke svému kvalitativnímu průzkumu jsem zvolila metodu rozhovoru. Díky specifickému tématu jsem měla velmi úzký okruh respondentů. Jednalo se o pacienty po kombinované transplantaci slinivky břišní a ledviny. Již dále nebylo podmínkou, aby respondentům v době šetření fungovaly oba orgány. Kontakt s touto skupinou klientů jsem navázala díky mému předchozímu zaměstnání, kdy jsem měla na jednu pacientku telefonický kontakt, díky její ochotě jsem získala kontakty na další pacienty.

4.3 Průzkumná metoda

Podle zvoleného tématu bakalářské práce byl k získání potřebných dat použit kvalitativní výzkum, k němuž byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Je charakterizován nematematickým ovšem analytickým postupem. Může se vztahovat k životu lidí, jejich chování, příběhům, vzájemnými vztahy, ale také chodem organizací. Kvalitativní výzkum umožňuje poznání širšího kontextu jevů, již mají pro badatele zásadní význam a může je hodnotit v přirozených podmínkách respondenta. (Kutnohorská, 2009, s. 22)

„Rozhovor je ucelená soustava ústního jednání mezi tazatelem a respondentem, v němž výzkumník získává informace prostřednictvím otázek, směřujících ke zjištění skutečností, vztahujících se ke zkoumané společenské realitě. Jde o vzájemnou interakci, která probíhá

mezi uvedenými partnery tváří v tvář (face to face). Rozhovor lze tedy možno definovat jako systém verbálního kontaktu mezi tazatelem a dotazovaným s cílem získat informace prostřednictvím otázek, které klade tazatel. (Bártlová, 2005, s. 41)

Jednou z variant nestandardizovaného rozhovoru je polostandardizovaný rozhovor, kdy máme nástin otázek, na které respondent odpovídá. Tento typ rozhovoru je velmi často používán v ošetrovatelských výzkumech. (Bártlová, 2005, s. 45)

4.3.1 Charakteristika položek rozhovoru

K výzkumu byl použit polostandardizovaný rozhovor, který obsahuje 34 otázek (příloha P I). Úvodní otázky jsou zaměřeny na identifikační údaje respondenta. Následující otázky se vztahují ke zvoleným cílům bakalářské práce. Rozhovor je doplněn o anamnestické otázky vztahující se k dané problematice.

Po formulaci cílů jsme zformulovali otázky dotazníku. Průměrná délka rozhovoru s dotazovaným byla 50 minut, rozhovor byl zaznamenáván do notebooku. Respondenti byli vždy seznámeni za jakým účelem je rozhovor zaznamenáván a byli ujištěni, že veškeré informace, které poskytnou budou použity výhradně pro potřeby výzkumu.

4.4 Organizace šetření

Rozhovorům předcházelo sestavení výzkumných otázek, které byly konzultovány a schváleny vedoucím bakalářské práce. Dohromady bylo provedeno 5 rozhovorů v domácím prostředí respondentů. Všichni dotazovaní měli identické otázky. Průzkumné šetření bylo realizováno v průběhu března 2014. Každé setkání bylo předem dohodnuto prostřednictvím telefonického rozhovoru.

4.5 Zpracování získaných dat

Získaná data byla autenticky přepsána vždy ke konkrétní otázce a jsou zaznamenány kurzívou. Respondentům byla přidělena čísla 1-5, každý respondent má své číslo, pod kterým jsou zaznamenány jeho odpovědi.

5 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

5.1 Faktografická data

Tabulka 1 Faktografická data

	POHLAVÍ	VĚK	BYDLIŠTĚ	RODINNÝ STAV	ROK TX
Respondent 1	žena	47	Vyškov	rozvedená	2008
Respondent 2	muž	44	Vyškov	rozvedený	2011
Respondent 3	žena	40	Olomouc	rozvedená	2007
Respondent 4	muž	54	Vyškov	rozvedený	2009
Respondent 5	muž	45	Čechyně	ženatý	2005

(vlastní zdroj)

5.2 Výsledky šetření

Otázka číslo 1: **Jak dlouho jste po transplantaci?**

RESPONDENT 1: *21.3. 2008, 6 let, ale domů jsem šla jenom s ledvinou.*

RESPONDENT 2: *Přesně 3 roky.*

RESPONDENT 3: *šest a půl roku, v srpnu to bude 7 let*

RESPONDENT 4: *Ted' to bude 5-tý rok v červnu. Přesně 3.6. 2009*

RESPONDENT 5: *18.12. 2005*

Komentář:

Na otázku číslo 1 dotazovaní odpovídali, kdy přesně byla provedena kombinovaná transplantace (slinivka břišní, ledvina). Rozmanitost je velká neboť respondent 5 je po Tx téměř 9 let oproti respondentovi 2, který je pouze 3 roky po úspěšném zákroku.

Otázka číslo 2: **Jak by jste zhodnotil/a svůj život/kvalitu života před Tx? (životní energie, výkonnost, omezení)**

RESPONDENT 1: *Moje kvalita života před transplantací nebyla nic moc extra, cukrovku mám 23 roků, v roce 2006 jsem dostala pumpu a v září se mě pokazily oči, začaly se vyskytovat problémy se zrakem. S pumpou byla kompenzace moc rychlá a upadala jsem do hypa a nepoznala jsem to a ani teď to nepoznám. Jak se zhoršovaly oči tak se ztrácela i výkonnost.*

RESPONDENT 2: *Vyloženě před transplantací, poněvadž jsem byl na hemodialýze jsem to bral jako přežívání a čekal na ten jediný bod.*

RESPONDENT 3: *Omezení bylo velké, zůstala jsem doma v plném invalidní důchodu, nepoznala jsem hypoglykemie, po dialýze jsem byla pořád unavená a bylo mě špatně.*

RESPONDENT 4: *Před dialýzou jsem makal jak oteklý, cukrovka mě nevadila, pak se to zhroutilo v roce 2006, kdy se mě udělaly pavučiny ve vočích, první v jednom a pak v druhém, pak šli i ledviny rychle pryč. Byl jsem několikrát za zimu ve špitále, pak aj ledviny šly pryč a jakmile se zhoršily ledviny tak našli shunt a to jsem věděl že bude zle. Začal jsem chodit na dialýzu a to šlo teprv do kopru. Šel jsem do důchodu takže zmizel veškerý příjem peněz a musel jsem prodat barák. Předtím jsem si v baráku udělal všechno sám teď už nevidím a samotného mě to užír.*

RESPONDENT 5: *Výkonnost byla horší, ale i před transplantací jsem jezdil na terénní motorce, normálně jsem chodil do práce i po dialýze jsem šel do práce a potom jít klidně hrát hokej. Žil jsem v podstatě normální život.*

Komentář:

Všichni respondenti se shodly, že kvalita jejich života před transplantací byla výrazně horší. Respondenti 1 a 4 uvádí výrazné zhoršení zraku. Respondenti 2 a 3 se shodují na velkém diskomfortu v podobě hemodialýzy. Pouze respondent 5 mohl vykonávat veškeré aktivity bez známek únavy, vyčerpání nebo zásadního zhoršení kvality života.

Otázka číslo 3: Od koho jste se dozvěděl/a o možnosti kombinované transplantace a co jste pociťoval/a?

RESPONDENT 1: *Od diabetoložky v Brně, která má spolužáka v IKEMu (primář Bouček) a ta mě řekla o této možnosti.*

RESPONDENT 2: *Od primáře na dialýze ve Slavkově, bral jsem to dobře, že existuje nějaká možnost jak se z tohoto stavu nějak dostat, a viděl jsem to jako jedinou možnost. Ale strach jsem měl, bude to bolet, proberu se, ale na misce vah to bylo rozhodně pozitivní.*

RESPONDENT 3: *Už v roce 1992, to mě bylo 16 jsem bydlela u tety v Praze v Krči a viděla jsem jak se IKEM staví, a dělala jsem si srandu že tam mě jednou vymění „součástky“. Potom další informace jsem získala od lékařů na diabetických táborech, na které jsem jezdila jako instruktorka lyžování. A nejvíce informací od diabetoložky a na nefrologii. Pociťovala jsem to jako šanci na zlepšení života.*

RESPONDENT 4: *Na dialýze od doktorky Venclové, že mám dobré výsledky a že mě dají na čekací listinu. Nedá se říct, že bych se těšil, ale doktoři ví co říkají, a věřil jsem jim.*

RESPONDENT 5: *Jak se začaly objevovat komplikace tak manželka napsala Saudkovi a on si mě pozval do IKEMu, a tam mě sledovali, a jak jsem začal jezdit na dialýzu tak jsem byl zařazený na čekací listinu.*

Komentář:

Respondenti 2 a 4 shodně uvádějí, že informace týkající se transplantace získali na hemodialýze, respondentka 1 získala informace u své diabetoložky. Respondentka 3 získala první informace na lyžařském kurzu a dále od lékařů na diabetologii a hemodialýze. Pouze respondent 5 získává informace přímo v samotném IKEMu.

Otázka číslo 4: **Jak dlouho jste se rozmýšlel/a zda podstoupíte tento zákrok. Vyskytly se u Vás nějaké obavy, strach?**

RESPONDENT 1: *Hned.*

RESPONDENT 2: *Strach jsem měl, rozhodl jsem se v podstatě hned, nějaké informace jsem měl, ale rozhodl jsem se z hodiny na hodinu. Věděl jsem že něco takového existuje, ale nevěděl že tam spadám taky to této kategorie, ale rozhodl sem se hned.*

RESPONDENT 3: *Nerozmýšlela jsem se, jak to nabídli tak jsem to hned přijala. Měla jsem strach že to špatně dopadne, ze smrti, z operace.*

RESPONDENT 4: *Hned jsem řekl ano, věřil jsem doktorům. Šel jsem do toho bezhlavě. Absolutně nic jsem nenamítal. Nejvíc mě štvalo když jsem si musel píchat inzulin.*

RESPONDENT 5: *Nijak jsem se nerozmýšlel, šel jsem do toho hned.*

Komentář:

Všichni respondenti uvádějí, že k rozhodnutí podstoupit transplantaci slinivky břišní a ledviny nepotřebovali žádný čas na rozmyšlenou, a pro tuto formu léčby se rozhodly okamžitě. Respondentka 3 uvádí strach ze smrti, samotné operace a vyslovuje obavy nad možným neúspěchem.

Otázka číslo 5: **Kde jste získal/a potřebné informace o této léčbě? Jak dlouho trvalo než došlo k samotné transplantaci?**

RESPONDENT 1: *Plný zdroj byl od lékařů, nikoho jsem neznala, a mluvící internet neměla. Od prvních informací k samotné transplantaci to bylo za 18 měsíců. K druhé za 12 měsíců, ale to byla izolovaná slinivka.*

RESPONDENT 2: *Od primáře na dialýze, na internetu, v průběhu předtransplantačního vyšetření. V květnu 2009 jsem začal jezdit na dialýzu a 3.3. 2011 došlo k transplantaci.*

RESPONDENT 3: *Jak jsem říkala už před tím na táboře a od lékařů, ale taky jsem si dohledávala na internetu. Od předoperačního vyšetřování to byli 3 roky do transplantace.*

RESPONDENT 4: *Od lékařů. Rok a osm měsíců jsem byl na dialýze, ale rok a 3 měsíce jsem byl na čekací listině.*

RESPONDENT 5: *Byl jsem vedený v IKEMu, informace jsem dostal tam a od ošetřujícího lékaře. Trvalo to asi 2 roky.*

Komentář:

Všech pět dotazovaných uvádí jako hlavní zdroj informací lékaře. Respondent 2 si aktivně hledal doplňující informace pomocí internetu. Průměrná délka na čekací listině je mezi 15 měsíci až 3-mi lety.

Otázka číslo 6: **Než jste podstoupil/a transplantaci, vyskytovaly se u Vás již nějaké komplikace? Jaké?**

RESPONDENT 1: *Ano, neuropatie, oči, hemodialýzu jsem ještě nemusela podstoupit. (ovšem respondentka již měla přichystaný A-V shunt)*

RESPONDENT 2: *První komplikace byly zvýšený tlak a proteinurie asi 10 roků před transplantací, a 2 roky před transplantací sem musel začít jezdit na dialýzu a tam se během 3 měsíců hrozně zhoršilo vidění.*

RESPONDENT 3: *Už jsem měla nefropatie, neuropatie, nepoznala jsem hypo a nejhorší komplikací byla dialýza.*

RESPONDENT 4: *Lítal mě tlak, a začalo mě pískat v uších, musel jsem chodit na dialýzu, a taky retinopatie která se vystupňovala ve slepotu.*

RESPONDENT 5: *No jasně, ledviny špatně fungovaly, jezdil jsem na dialýzu, měl jsem nehojící se rány na ruce od práce (automechanik), retinopatie.*

Komentář:

Dotazovaní se shodují na různých stupních nefropatie až na úplné ztrátě funkce ledvin. Dále se respondenti 1, 2, 4 a 5 shodují na zhoršujícím se zraku až v případě respondentů 1 a 4 na úplné ztrátě zraku.

Otázka číslo 7: **Jak probíhalo pooperační období? Bylo zcela bez potíží nebo se vyskytovaly nějaké komplikace?**

RESPONDENT 1: *Relativně bez obtíží. Za týden jsem dostala první močovou infekci a ty se táhly, po 3 týdnech jsem jela domů. Sice už bez slinivky, protože ta mě dělala ty záněty a museli ji odstranit. Za delší dobu se vracely teploty, zimnice a to se na furt střídalo. První rok po transplantaci jsem v IKEMu skoro bydlela, byla jsem tam 5 měsíců v kuse a jinak jsem tam byla z celého roku asi 40 týdnů dohromady.*

RESPONDENT 2: *Prvních devět dní bylo bez problémů. Desátý den jsem šel na sál znovu, vytvořila se u ledviny lymfokéla a ta utlačovala ledvinu, proto přestávala fungovat, pak už to bylo všechno dobré a do týdne jsem jel domů.*

RESPONDENT 3: *Bylo to hrozné, chtěla jsem to vzdát, byli to nejhorší 3 týdny mého života. Musela jsem 2x na reoperaci, něco tam furt bylo špatně. Byla tam trombóza a nějaké komplikace s anastomózou. Ale všechno nakonec dopadlo dobře.*

RESPONDENT 4: *Po transplantaci jsem šel za měsíc domů. Když jsem ležel na ARU přestal jsem vidět a ztratil veškerý zájem o život. Ale jakmile jsem se dostal na diabetologii tak se to zvrátilo, byla tam Medková. Přesně po roce od transplantace se mě začala užírat slinivka, byl jsem ve špitále, kde udělali biopsii a zvedly Cell Cept a bylo to v pohodě. Loni začaly přicházet horečky, ale jak přišly tak odešly. Před půl rokem jsem začal mít až 39,8°C a začal jsem mít strach, přišli mi na zánět v noze, přeléčilo se to a od té doby je všechno v pohodě.*

RESPONDENT 5: *Byly komplikace, slinivka se špatně hojila, ledvina byla v pohodě. Byla tam nějaká infekce tak jsem dostával antibiotika, udělali i nějakou revizi, aby našli ložisko infekce. Potom se ještě ten zánět přeléčil a bylo všechno v pořádku. V nemocnici jsem byl zhruba měsíc.*

Komentář:

Respondenti 1, 2 a 5 uvádí, že v prvních zhruba první týden byl relativně bez komplikací. Až v pozdější fázi se vyskytly komplikace jako infekce nebo lymfokéla. Respondentka 3 nevzpomíná na toto období ráda, bylo provázeno řadou komplikací, také respondent 4 mě v počátku psychické problémy, ty úspěšně překonal a i počínající rejekci se podařilo zdárně vyléčit.

Otázka číslo 8: **Za jak dlouhou dobu jste se opět dostal/a do dobré fyzické a psychické kondice?**

RESPONDENT 1: *Dá se říct, že v podstatě až před 3 rokama skončily infekce a díky tomu se veškerý stav zlepšil.*

RESPONDENT 2: *Velmi brzy. Do psychické hned co odezněly bolesti, protože je člověk v euforii. Postupně jsem si začal zvyšovat dávky takže do fyzické jsem se dostal asi za 2 měsíce.*

RESPONDENT 3: *Po půl roce.*

RESPONDENT 4: *Na sídlišti je „školka“ pro nevidomé, kam mě dotáhla Jana (Medková), potkal jsem se tady s novými lidmi, podnikají nějaké výlety. Díky této instituci se mě psychika zlepšila asi za 3 měsíce. Fyzická kondice se už nevrátí.*

RESPONDENT 5: *Za 3 měsíce, než jsem začal normálně fungovat.*

Komentář:

Respondentka 1 uvádí zlepšení stavu až před 3 lety z důvodu dlouhotrvající infekce, které ji odebíraly síly psychické i fyzické. Dotazovaní 2, 3 a 5 uvádí navrácení síly a pohody v rámci 2 až 5-ti měsíců. Respondent 4 poukazuje pouze na zlepšení psychické pohody, pro navrácení nebo zlepšení fyzické kondice nepodniká žádné aktivní kroky.

Otázka číslo 9: **Máte více energie/fyzické síly než před Tx?**

RESPONDENT 1: *Určitě jo, ale je to limitované očním omezením.*

RESPONDENT 2: *Já si myslím že jo.*

RESPONDENT 3: *Ted' ano.*

RESPONDENT 4: *To ani náhodou, podlehl jsem lenoře. Nic mě nebaví. Jak nevidím tak mě nic nejde.*

RESPONDENT 5: *Já myslím že jo, i předtím jsem se snažil víc udržovat. Běh nebo jakákoliv námaha mě tak moc neunavovala.*

Komentář:

Dotazovaní 1, 2, 3 a 5 se shodují, že mají více energie nebo fyzické síly. I přes případné oční omezení se snaží o přiměřenou aktivitu. Respondent 4 připouští, že jej žádný pohyb netěší z důvodu očního omezení, které je podle jeho slov velmi omezující.

Otázka číslo 10: **Pokud jste před Tx pracoval/a, dovolil Vám stav po výkonu pokračovat v zaměstnání?**

RESPONDENT 1: *Pracovala jsem jako floristka v květinářství do roku 2006, tehdy se mě začaly zhoršovat oči a už jsem to nemohla dělat. A po transplantaci se oči nezlepšily tak ani pracovat jsem znova nemohla.*

RESPONDENT 2: *Kdybych chtěl tak v podstatě ano, ale z důvodu že jsem se dostal do invalidního důchodu tak jsem přišel o místo. Ale teď by mi můj stav dovolil se vrátit do zaměstnání.*

RESPONDENT 3: *Nepracovala jsem kvůli hypoglykemiím, a ani teď to můj stav nedovoluje. Abych se z toho nezbláznila tak hlídám děti a chodím dělat společnost jedné starší dámě.*

RESPONDENT 4: *Ne, už na dialýze jsem byl v invalidním důchodu. Přiznaly mě důchod v roce 2007.*

RESPONDENT 5: *Určitě můžu dál pokračovat. (i když je respondent v plném invalidním důchodu tak i nadále provozuje svoje povolání, je automechanik)*

Komentář:

Respondenti se shodují na ztrátě zaměstnání způsobené komplikacemi jež způsobuje primární onemocnění. Ještě před samotným zařazením respondentů na čekací listinu, již všichni pobírali invalidní důchod. Respondenti 3 a 5 uvádí, že pokud to jejich zdravotní stav dovoluje tak provádí aktivity, které napomáhají jejich rozpočtu.

Otázka číslo 11: **Můžete po Tx provádět své oblíbené zájmové aktivity (sport, kultura)?**

RESPONDENT 1: *Kulturu ano, sport ne, pouze turistiku.*

RESPONDENT 2: *Určitě jo, ale neprovádím vše jak před transplantací, ale ne kvůli transplantaci, ale kvůli zhoršení zraku, před zhoršením jsem byl na kole denně, dnes na kole nejždím, protože mám strach kvůli vidění, na kulturu a jiné zájmy mám více času protože jsem v invalidním důchodu.*

RESPONDENT 3: *Ano, divadla, kino, diskotéka, zumba.*

RESPONDENT 4: *Sport vůbec a kulturu jenom když něco pořádají nevidomí např. jsem byli v Prostějově na letišti, byli jsme na Izerovi, v červnu mám jet na rekondiční pobyt.*

RESPONDENT 5: *Můžu.*

Komentář:

Respondent 4 sám aktivně nevyhledává ani kulturu ani sportovní aktivity, chodí pouze do „školky“ pro nevidomé, kde se nemusí nijak aktivně zapojovat. Ostatní respondenti se i v rámci svého postižení snaží zapojovat do aktivního života. Respondentka 1 se i přes výrazný zrakový hendikep aktivně zapojuje do pěší turistiky s přítelem, a také se zúčastňuje kulturních akcí pořádanými klubem nevidomých v jejím místě bydliště ve kterém aktivně pracuje a sama vymýšlí nejrůznější aktivity.

Otázka číslo 12: **Jaká byla Vaše oblíbená sportovní aktivita před transplantací? Můžete ji provozovat i nadále?**

RESPONDENT 1: *Rekreačně kolo, běžky, ruční práce a vaření. Pouze vaření a pečení zůstalo jako koníček.*

RESPONDENT 2: *Kolo, již ale nelze provozovat.*

RESPONDENT 3: *Kolektivní cvičení, zumba, plavání, saunování všechno můžu provozovat i teď, a chodím na dlouhé procházky.*

RESPONDENT 4: *Hrál jsem hokej, ale to bylo ještě na škole. Pak už nic.*

RESPONDENT 5: *Jezdil jsem na terénní motorce a provádím to i nadále.*

Komentář:

Všichni respondenti na otázku odpověděli kladně, každý provozoval sportovní aktivitu, která mu nejvíce vyhovovala. Až s nástupem komplikací respondenti 1 a 2 upustili od oblíbených aktivit (převážně od cyklistiky). Respondent 4 uvádí, že hrál v mládí lední hokej v průběhu let ovšem od této aktivity odešel a žádnému dalšímu sportu se již nevěnoval. Respondentce 1 ze sportovních aktivit nezůstala žádná, našla si alternativu.

Otázka číslo 13: **Udržujete se nějakým sportem v dobré fyzické kondici?**

RESPONDENT 1: *Žádným, jen procházky se psem a Dušanem.*

RESPONDENT 2: *Řekl bych se pěší turistikou, ne jen po městě nebo po parku, klidně zlehka do hor, je to aktivita která mě udržuje v dobré fyzické kondici, přes léto plavání, a když mě popadne záchvat cvičení tak mám doma činky, ale že by to bylo kvůli muskulatuře to ne, spíš kvůli fyzické kondici.*

RESPONDENT 3: *Ano, procházkama se psem.*

RESPONDENT 4: *Neudržuji se žádným sportem. Jen procházky se psem. Tady máme orbitrek a balón. (ukazuje do kouta kde je cvičí stroj na kterém je oblečení, dle stavu výživy lze usoudit, že se se psem moc dlouhé procházky neprovazují, i když jedná se o slepeckého psa)*

RESPONDENT 5: *Asi bych měl více než teď provozuju. Volejbal, jízda na kole, plavání. Času je méně protože máme 5-ti letého syna. Na krytý bazén plavat nejdu, protože lidé se dívají na jizvy na břiše.*

Komentář:

Respondentka 1 uvádí pouze procházky s přítelem a psem, respondent 2 uvádí turistiku a čas od času si zacvičí doma s činkami. Respondentka 3 uvádí shodně jako respondentka 1 procházky se psem, totéž uvádí i respondent 4, ovšem od přátel respondenta jsem se dozvěděla, že skoro nevychází z domu, vidí pouze na 30 cm před sebe a chce se vyhnout kontaktu s lidmi. Respondent 5 provozuje cyklistiku, plavání tyto aktivity provádí hlavně díky malému synovi, kterému chce jít příkladem.

Otázka číslo 14: **Přináší Vám tento pohyb radost?**

RESPONDENT 1: *Jo.*

RESPONDENT 2: *Jo, přináší, docela velkou, by se dalo říct.*

RESPONDENT 3: *Ano.*

RESPONDENT 4: *Určitě, pes je ukázkový. Vždycky vzbudí pozdvižení na sídlišti, když s ním jdu ven.*

RESPONDENT 5: *Ano.*

Komentář:

Všichni dotazovaní se shodli, že pohyb který provozují jim přináší radost, i když se nejedná o sportovní aktivitu, která jim přinášela radost před manifestací komplikací, nebo není sport doporučen v rámci potransplantačního režimu.

Otázka číslo 15: **Jaké jsou Vaše koníčky, které můžete provozovat bez omezení?**

RESPONDENT 1: *Zejména vaření a turistika.*

RESPONDENT 2: *Pěší turistika, máme zahradu, kde od jara do podzimu něco vytváříme, s přítelkyní jsme floristi, takže zkulturňujeme. Mezi záliby patří pes a veškerá činnost s ním.*

RESPONDENT 3: *Vaření, hlídání dětí (rodině, kamarádkám), sauna, internet. (i během našeho rozhovoru respondentka hlídala osmi letou holčičku, byla to akutní situace, neumí říct ne)*

RESPONDENT 4: *Koníček, hm, vnutily mě počítač tak stahuju filmy, poslouchám písničky a Izera. Poslouchám rádio – minule jsme vyhrály pizzu.*

RESPONDENT 5: *Šachy, počítač, čtení, volejbal, děti.*

Komentář:

Na otázku týkající se koníčků odpověděli respondenti takto: respondentka 1 uvádí vaření a turistiku, respondent 2 provozuje pěší turistiku a také má zálibu ve floristice, respondentka 3 uvádí taktéž vaření a protože sama nemá děti tak hlídá děti rodinným příslušníkům a kamarádkám, respondent 4 našel zálibu ve stahování filmů a poslechu rádia, respondent 5 má nejvíce různorodé koníčky od stolních her po počítač, volejbal a vlastní děti, které jsou hlavním důvodem pro udržování zdraví.

Otázka číslo 16: **Jak vnímáte změny po Tx na Vašem těle?**

RESPONDENT 1: *Kromě toho že mě narostlo břicho tak nijak.*

RESPONDENT 2: *No, tak jasně něco tam přibylo na bříše, jizva tam musí být, mám chlu-
patější břicho takže se jizva ztratila, a před transplantací jsem měl pár kilo na víc díky
vodě, takže teď jsem jako chciplina. Co mi vadí je jediné shunt.*

RESPONDENT 3: *Jizvy neřeším, a že mám větší břicho také ne.*

RESPONDENT 4: *O jizvách ani nevím, břicho bylo v počátku o něco větší, ale protože
jsem přibral 20 kilo tak je i tělo větší.*

RESPONDENT 5: *Jizvy mě v podstatě nevadí. Loni jsem si nechal odstranit shunt. Na-
rostli mě prsa.*

Komentář:

Dotazované nijak netrápí změny, které jsou spojené s operačním zákrokem. Jizvy v levém a pravém podbříšku ani ženy nevnímají jako vady na kráse. Minimální nárůst objemu břicha vnímají jako součást jejich těla. Respondent 5 uvádí nárůst prsou což mu vadí více než zvětšení břicha nebo jizvy na něm.

Otázka číslo 17: **Jste smířen/á se změnou vzhledu Vašeho těla?**

RESPONDENT 1: *Jo jsem, shunt mě roste i když se nepoužívá, vadí mi to víc než břicho.*

RESPONDENT 2: *Jo su smířený, jediné co mě trošku vadí je stav mého oka, ale to nesouvisí s transplantací, ale s onemocněním.*

RESPONDENT 3: *Nevadí mi to v břiše mám „Andělku“ (ledvina), a „Zlatušku“ (slinivka břišní), ani shunt mi nijak nepřekáží.*

RESPONDENT 4: *Na sebe nevidím tak to neřeším. Družka mě říká, že chlap má mít břicho. A všichni ostatní jsou mi ukradení.*

RESPONDENT 5: *Ano, vadí mi pouze ta prsa.*

Komentář:

Více než následky po transplantaci, respondenty trápí změny které jsou spojené s primárním onemocněním nebo jako vedlejší účinek imunosupresiv. Respondentka 1 uvádí, že je nespokojená s růstem shuntu. Respondent 5 si shunt nechal odstranit, nyní mu nejvíce vadí větší prsa. Respondent 2 je nespokojený se stavem levého oka, na které je zcela nevidomí, ostatní změny nevnímá. Respondentka 3 si nové orgány pojmenovala a tudíž má k nim i svému tělu velmi pozitivní vztah. Respondent 4 i před nárůst váhy svůj vzhled neřeší a jak vadí, družka je spokojená, když má muž břicho.

Otázka číslo 18: **Jak přijalo tuto změnu Vaše okolí (přátelé, rodina, děti)?**

RESPONDENT 1: *Postavu nikdo neřeší. Všichni to vnímají jako změnu k horšímu, začali být víc opatrní, abych nikam nechodila více se oblékala, že mám být opatrná.*

RESPONDENT 2: *Změny na těle nikdo nevnímá. Jako změnu zdravotního stavu všichni přijali pozitivně, bratr tomu nevěřil, že to všechno dopadlo, rodiče byli nadšení protože jsem se vrátil zpět do života. Syn to pociťuje nejvíc, protože s ním můžu začít víc sportovat, kvalita jeho života i moje se zlepšila několikanásobně protože můžu normálně žít. Přátelé mě před transplantací brali jako nemocného člověka, nyní mě berou jako zdravého a normálního a říkají že vypadám dobře.*

RESPONDENT 3: *Rodina i přátelé to vnímali pozitivně.*

RESPONDENT 4: *Dcera to pochopila jako že bych mohl umřít, 28 let jsem s ní nemluvil. Po transplantaci jsem byl zalezlý doma a pak jsem zmizel. Nikdy jsem moc kamarádů neměl a s rodinou se nenavštěvujeme. Občas přijede brácha, ale ten bydlí v Prostějově tak je to jen na otočku.*

RESPONDENT 5: *Někteří o tom ani nevěděli, takže nijak.*

Komentář:

Respondentka 1 uvádí, že tato změna je spíše k horšímu, postavu sice nikdo neřešil ovšem co se týkalo zdravotního stavu, měli všichni velký strach a byli velmi opatrní. Respondent 2 měl reakci od rodinných příslušníků opačnou, všichni byli velmi rádi, že všechno dopadlo dobře, nejlépe změnu přijal syn a sám respondent neboť mohli spolu začít sportovat jako obyčejný otec a syn. Respondentka 3 uvádí pozitivní přijetí jak ze strany přátel i rodiny. Respondent 4 se zmiňuje o dceři se kterou dlouhá léta nemluvil a nyní měla strach o otce, přítel nikdy moc neměl a brzy po transplantaci se odstěhoval z rodinného domu do panelového bytu, kde ho nikdo nezná. Respondent 5 svůj zdravotní stav nijak neventiloval ani před příbuznými ani před kamarády, takže řada z nich o operačním výkonu ani nevěděla.

Otázka číslo 19: **Cítil/a jste oporu od rodiny a přátel?**

RESPONDENT 1: *Určitě, někdy až moc velkou až to bylo nepříjemné.*

RESPONDENT 2: *Před transplantací jsem byl už přes rok rozvedený tak jsem na to byl sám. Ještě před výkonem jsem byl se synem, byl to můj světlý bod v životě, a řekl jsem si že do toho musím jít pro syna. Rodiče měli strach a řekli že je to můj život a zdraví, bratr byl mimo. Můj primář na dialýze mě při druhé návštěvě řekl o možnosti transplantace a že by to v Praze bylo možné provést.*

RESPONDENT 3: *Od rodiny ne, od přátel velkou.*

RESPONDENT 4: *Ani ne protože to nikdo nevěděl. Rodiče už nebyli a sourozenci jsou v Prostějově a nic nikdo nevěděl. Spíš si myslím že ne, nikoho jsem nevyhledával.*

RESPONDENT 5: *Já myslím že jo.*

Komentář:

Respondentka 1 uvádí s hodně jako v předešlé otázce, že sice ano cítila zájem od rodinných příslušníků, ovšem tento stav byl až přespříliš nepříjemný. Respondent 2 byl v této těžké životní situaci sám neboť byl již nějaký čas rozvedený, a rodiče měli strach o syna. Ovšem respondent získal notnou podporu od od primáře na hemodialýze a také tento výkon viděl jako možnost návratu do života a viděl pouze benefity nerozmýšlel se nad možnými komplikacemi. Respondentka 3 se zmiňuje, že velkou oporou v tomto období jí právě naopak byli kamarádky než rodinní příslušníci. Respondent 4 v tomto období nikoho blízkého neměl, tudíž se s celou situací musel vypořádat sám. Respondent 5 neměl zapotřebí celou situaci někde ventilovat, ale od nejbližších vycítil pozitivní ladění.

Otázka číslo 20: **Změnil se po Tx přístup Vašeho partnera k Vaší osobě?**

RESPONDENT 1: *Nezměnil.*

RESPONDENT 2: *Stejnou partnerku jsem neměl, před transplantací jsem byl rozvedený a Jana si mě v podstatě ulovila v IKEMu.*

RESPONDENT 3: *Velmi, stal se z něho chorobný žárlivec, až příliš se staral, abych nebyla nikým rušená, abych se nenachladila, hrozně si mě k sobě připoutal. Jeho přístup se změnil k horšímu, zakazoval mi veškeré aktivity, nechtěl abych se s někým stýkala.*

RESPONDENT 4: *Nezměnil, v té době jsem byl rozvedený a žádnou partnerku jsem neměl.*

RESPONDENT 5: *Nezměnil.*

Komentář:

Z rozhovorů vyplynulo, že pouze respondenti 1, 3 a 5 měli v době transplantace stálého partnera. K respondentce 1 se přístup jejího partnera nijak nezměnil. Respondentka 3 poukazuje na velkou změnu v chování manžela, neboť se ji snažil připoutat k sobě a vykazoval známky žárlivosti. Respondent 5 neuvádí žádnou změnu ve vztahu, neboť s manželkou je již 26 let v pevném svazku. Respondenti 2 a 3 byli v tomto období bez stálého partnera.

Otázka číslo 21: **Vyskytly se momenty, kdy jste nevcítil/a víru od svého partnera?**

RESPONDENT 1: *Partner i všichni ostatní byli velkou oporou, a jsou do dnes.*

RESPONDENT 2: *Necítil protože jsem v té době byl na to sám.*

RESPONDENT 3: *Ano, nebylo to dobré období. Hodně jsem to řešila s kamarádkama.*

RESPONDENT 4: *Nevyskytly, protože jsem nikoho neměl.*

RESPONDENT 5: *Nebyly.*

Komentář:

Respondentka 1 uvádí, že pro ni byl partner velkou oporou, nyní jsou rozvedení, ale přesto má se svým bývalým manželem velmi dobré vztahy. Pokud se u respondenty vyskytne nějaký problém nepovažuje výpomoc za obtěžování. Respondenti 2 a 4 shodně uvádějí, že na celou situaci byli sami neboť v té době byli bez partnerek. Respondentka 3 se zmínila o změně chování jejího manžela, k němuž již necítila dostatečnou důvěru a proto veškeré problémy raději řešila s kamarádkami. Respondent 5 popírá, že by se vyskytly takové momenty.

Otázka číslo 22: **Neměla tato těžká životní situace vliv na Váš partnerský/rodinný život?**

RESPONDENT 1: *Ne všechno zůstalo při starém, až před 3 lety jsem se s partnerem rozešla z důvodu velkého omezení kvůli očím, ale jsem s ním stále v kontaktu. Když se vyskytne nějaká komplikace tak se na bývalého partnera můžu obrátit. Se současným partnerem mám krásný vztah, ale Dušan má pocit, že je zdraví. Oba udržujeme kontakt s bývalou rodinou. (respondentka 1 se seznámila se respondentem 2 v IKEMu, mají stejné onemocnění, stejné komplikace, žijí ve společné domácnosti)*

RESPONDENT 2: *Nemůžu to říct z vlastní zkušenosti, protože jsem v té době rodinu už neměl, ale vliv to mít musí, člověku to změní hodně, protože je to komplikovaný stav, člověku se změní hodně.*

RESPONDENT 3: *Měla, přehodnotila jsem svůj žebříček hodnot a výsledkem byl rozvod.*

RESPONDENT 4: *Jak jsem řekl, žil jsem v té době sám.*

RESPONDENT 5: *Určitě to mělo vliv. Manželka si mě brala s cukrovkou, po 26 letech manželství je ta situace jiná, žijeme spolu už dlouhou dobu, takže bych tento vliv nepřisuzoval transplantaci.*

Komentář:

Respondentka 1 popírá, že by tato situace měla negativní vliv na její manželství, sice se 3 roky po Tx rozvedla, ovšem bylo to po vzájemné dohodě a i dnes se může na svého bývalého partnera kdykoliv obrátit. Respondenti 2 a 4 byly v tomto období již rozvedeni takže tato situace na jejich rodinný život neměla žádný vliv. Respondentka 3 uvádí, že tato změna v chování jejího manžela byla po transplantaci tak markantní až vedla k rozpadu manželského svazku. Respondent 5 sice připouští, že k nějakým změnám ve vztahu došlo, ovšem tento stav nepřisuzuje transplantaci, ale již dlouhému soužití v manželském svazku.

Otázka číslo 23: **Zhodnoťte stav před transplantací, jak jste zvládal/a běžné denní činnosti (úklid, vaření, práce okolo domu/bytu, nákupy)?**

RESPONDENT 1: *Stejně, ale dnes je to horší kvůli očím. Po fyzické stránce je to stejné.*

RESPONDENT 2: *Kdybych bral období před transplantací 2 roky, tak 90% činností jsem nevykonával, protože jsem byl omezený dialýzou a nemocí, po transplantaci se to částečně obrátilo ale jen o 10%.*

RESPONDENT 3: *Byla jsem unavená, neměla jsem o nic zájem, nic mě nebavilo, byla jsem v depresi. Po transplantaci jsem se vrátila zpět do života.*

RESPONDENT 4: *Zvládal i když jsem byl na dialýze, ale na hrubou práci jsem už sílu neměl, jinak jsem si zvládl okolo sebe všechnu práci udělat sám. Teď protože špatně vidím tak je to horší.*

RESPONDENT 5: *Stejně.*

Komentář:

Respondentka 1 hodnotí stav před Tx, po fyzické stránce stejně ovšem značně limitující je pro ni postižení očí. Respondent 2 uvádí, že před Tx neprováděl až 90% činností, z důvodů dialýzy, ale i když je nyní na tom fyzicky i psychicky velmi dobře, tak dle vlastního slov vykonává pouze o 10% více činností. Respondentka 3 díky dialýze ztratila veškerý zájem a vyskytovaly se u ní deprese. Díky Tx opět zvládá veškeré denní činnosti. Respondent 4 neměl problém vykonávat běžné denní činnost, nyní je tento stav naopak horší, neboť se mu velmi zhoršuje zrak. Respondent 5 nezpozoroval žádnou změnu ve stavu před a po transplantaci.

Otázka číslo 24: **Jak by jste zhodnotil/a Vaši sexuální aktivitu před transplantací?**

RESPONDENT 1: *Dobře, pokud by člověk chtěl tak by mohl pořád.*

RESPONDENT 2: *Když to vezmu úplně od začátku, tak prvních deset let sexuální aktivity bylo dobré, postupem času jak se začaly přidávat komplikace tak se to začalo zhoršovat. A dalších deset let před transplantací to nestálo za nic, 2 roky před operací jsem se rozvedl, ale toto nebyl důvod k rozvodu. A po transplantaci je to mnohem lepší než těsně před.*

RESPONDENT 3: *Díky partnerovi nebyla dobrá.*

RESPONDENT 4: *To nešlo vůbec, byl jsem na dialýze a byl jsem na to sám. Ani na to nebyla síla.*

RESPONDENT 5: *Stejnou.*

Komentář:

Respondenti 1 a 5 se shodují na stejné sexuální aktivitě. Respondent 2 zhodnotil celou dobu své sexuální aktivity a uvádí klesající tendenci, po Tx se stav zlepšil. Respondentka 3 uvádí, že nebyla dobrá, ovšem bylo to způsobeno partnerem a ne zdravotním stavem Respondent 4 hodnotí stav jako velmi špatný.

Otázka číslo 25: **A po transplantaci?**

RESPONDENT 1: *Dobrá, jak to bylo před tak je to i po.*

RESPONDENT 2: *Je lepší.*

RESPONDENT 3: *Lepší, díky jinému partnerovi.*

RESPONDENT 4: *Po transplantaci chuť je, ale nejde to už za ty roky.*

RESPONDENT 5: *Stejnou.*

Komentář:

Respondenti 2 a 3 se shodují na zlepšení. Respondent 4 sice uvádí zlepšení, ovšem není to již takové jako za mladších let. Respondenti 1 a 5 neshledávají žádnou změnu.

Otázka číslo 26: **Pocitujete nežádoucí účinky imunosupresiv na Vaše libido?**

RESPONDENT 1: *Ne.*

RESPONDENT 2: *Ne.*

RESPONDENT 3: *Ne, spíše větší chuť.*

RESPONDENT 4: *Asi zřejmě jo, ale zas mám v sobě nové součástky.*

RESPONDENT 5: *Zvýšenou.*

Komentář:

Respondenti 1 a 2 nepocitují žádnou změnu. Respondenti 3 a 5 uvádí spíše zvýšenou chuť na sex. Respondent 4 zřejmě pocituje nežádoucí účinky, ovšem nevidí to jako závažný problém, neboť má nové orgány, které fungují jak mají.

Otázka číslo 27: **Jste spokojen/á se svým sexuálním životem a přináší Vám to lepší kvalitu života?**

RESPONDENT 1: *Jo, určitě.*

RESPONDENT 2: *Tak všeobecně sex k životu patří a každému přináší lepší kvalitu života, není to ale zcela to pravé ořechové, ale ano přináší mi to lepší kvalitu života.*

RESPONDENT 3: *Ano.*

RESPONDENT 4: *Patří to k životu.*

RESPONDENT 5: *Nejsem.*

Komentář:

Respondenti 1, 2 a 3 jsou spokojeni se svým sexuálním životem. Respondent 4 pouze konstatuje, že tato aktivita k životu patří. Respondent 5 není spokojen se sexuálním životem.

Otázka číslo 28: **Podstoupil/a by jste tento zákrok opakovaně? Nebo jen některý z orgánů?**

RESPONDENT 1: *Už mě transplantovali jednou izolovanou slinivku, ale ta taky odešla a velmi prosím o další transplantaci. Ale Saudek ji nedoporučuje, protože jsem náchylnější k infekcím a trombózám. Velice ráda bych dostala ještě jednu šanci, protože pokud mám hypo a nepoznám ho, tak se nedokážu postarat ani sama o sebe natož, aby mi dcery půjčili na hlídání vnučky, ani tak nevdí ty oči jako to hypo.*

RESPONDENT 2: *Určitě bych ho podstoupil opakovaně, první dny po transplantaci asi ne, ale s odstupem času bych šel do toho znova. Klidně oba orgány.*

RESPONDENT 3: *Opakovaně, s odstupem času, ale v prvních chvílích po transplantaci rozhodně ne.*

RESPONDENT 4: *Určitě bych podstoupil, ale už jenom ledvinu.*

RESPONDENT 5: *Asi ano, asi oba znova.*

Komentář:

Všichni respondenti se shodli na opětovné retransplantaci pokud by byla nutná. Respondent 4 by opětovně podstoupil pouze ledvinu. Respondentka 1 by velmi ráda podstoupila v pořadí již třetí transplantaci slinivky břišní, neboť ji komplikace znepríjemňují plnění sociální role – nemůže být plnohodnotná babička, což ji brání v normálním životě. Respondenti 2, 3 a 5 by podstoupili oba orgány.

Otázka číslo 29: **Jaká jsou pro Vás největší omezení, které musíte dodržovat?**

RESPONDENT 1: (odpověď se jí hned nevybavila, až jsem zmínila grepy tak si vzpomněla). *Jo dieta, grepy, třezalka.*

RESPONDENT 2: *Dietní omezení nemám žádné, co se týká fyzických tak žádné, jediné co se týče zraku, protože 30 let cukrovky se na vás podepíše, ale zbytky zraku stále mám. Největší omezení je od partnerky protože ta je zcela nevidomá – odpovídá se smíchem.*

RESPONDENT 3: *Grepy, třezalka, ale nijak mě to neomezuje.*

RESPONDENT 4: *Nepocituju že bych měl nějaké omezení. (nyní respondenta bolí záda tak ani na procházky se psem nechodí, pokud nemusí tak neopouští byt, i masérka nebo pedikérka dochází za respondentem domů)*

RESPONDENT 5: *Žádné, asi bych měl ale nedodržuju.*

Komentář:

Respondentka 1 dodržuje pouze diabetickou dietu, na nevhodné potraviny při užívání imunosupresiv si nevzpomněla. Respondenti 2, 4 a 5 nepocitují nějaká omezení, která by museli dodržovat. Respondentka 3 uvádí grapefruity a třezalku, ovšem to nepovažuje za omezení.

Otázka číslo 30: **Co všechno nesmíte nebo by jste neměl/a?**

RESPONDENT 1: *Slunko, sama jsem jsem si zakázala koupání pro časté infekce močových cest.*

RESPONDENT 2: *Nevnímám že něco nesmím. Z počátku jsem byl vyplašený, více si myl ruce, ale nyní už žádné omezení nevnímám. Když vezmu že jsem od 7 let měl cukrovku, tak to bylo samé omezování, teď po transplantaci žiju jako zdraví člověk, jediné co je, tak jedno oko na které nevidím.*

RESPONDENT 3: *Grepy prý to nějak ovlivňuje hladinu imunosupresiv, a neměla bych chodit do prostředí kde je hodně lidí.*

RESPONDENT 4: *Jak jsem říkal tak nepociťuju žádné omezení.*

RESPONDENT 5: *Nevím, sport.*

Komentář:

Respondentka 1 nepociťuje, že by měla dodržovat nějaká opatření. Respondent 2 se nyní považuje za naprosto zdravého a žádná omezení které by měl dodržovat si nevybavuje. Respondentka 3 uvádí grapefruity a třezalku pro možné ovlivnění hladiny imunosupresiv a také, že by se měla vyhýbat velké koncentraci lidí. Respondent 4 nepociťuje žádná omezení a respondent 5 neví, zmiňuje sport ovšem má na mysli adrenalinové nebo kontaktní sporty.

Otázka číslo 31: **Máte strach/obavy jak se bude celá situace dál vyvíjet?**

RESPONDENT 1: *Už jsem zvyklá a vím z dřívějších jaké jsou nástrahy, bylo tolik moc komplikací, že toto období klidu беру jako ve snu.*

RESPONDENT 2: *Ne, na to nemyslím, žiju přítomností co bude teď, a nemyslím co bude dál, to se bude řešit až potom.*

RESPONDENT 3: *Obavy mám, ale nepřipouštím si je. Hodně přemýšlím, žiju ze dne na den, plánování nefunguje.*

RESPONDENT 4: *Radši na to nemyslím, co se má stát to se stane, neřeším to nehlídám se, když mám žízeň tak se napiju, jen co nedělám tak nekouřím.*

RESPONDENT 5: *Ano, nevím jak dlouho orgány vydrží. Všechno je v pořádku, ale nevím jak dlouho to v tomto stavu ještě vydrží.*

Komentář:

Respondentka 1 má již s touto situací zkušenost a ví co ji případně čeká, proto si toto období, kdy je relativně zdravá a bez komplikací užívá. Respondenti 2, 3 a 4 si tuto možnost nepřipouští, neplánují pokud se vyskytne konkrétní problém tak se řeší až v danou chvíli, žijí přítomností a tím co jim dá konkrétní den. Respondent 5 má obavy z celé situace, přeci jen má orgány nejdéle a nikdo netuší jak dlouhou dobu budou ještě fungovat.

Otázka číslo 32: **Fungují Vám oba orgány?**

RESPONDENT 1: *Jen ledvina, slinivka před 3 lety odešla na embolii (pozn. první Tx 2008, retransplantace slinivky 2009, a od roku 2011 je pacientka opět na inzulinu)*

RESPONDENT 2: *Ano, od začátku skvěle.*

RESPONDENT 3: *Ano.*

RESPONDENT 4: *Jo.*

RESPONDENT 5: *Ano.*

Komentář:

Respondentka 1 je již po jedné retransplantaci a i druhá slinivka břišní jí v současné době nefunguje a musí být na intenzifikovaném inzulinovém režimu, pro lepší úpravu glykemií používá inzulinovou pumpu. Zbývajícím respondentům fungují oba orgány bez komplikací.

Otázka číslo 33: **Pokud ne, jak tuto situaci zvládáte?**

RESPONDENT 1: *Musím.*

RESPONDENT 2: -

RESPONDENT 3: -

RESPONDENT 4: -

RESPONDENT 5: -

Komentář:

Na tuto otázku odpovídala pouze respondentka 1 a dle vlastních slov se snaží tuto situaci zvládnout jak jen to jde. Je šťastná za období bez komplikací, které ji provázely dlouhou dobu. Pokud by ovšem byla opět zařazená na WL, viděla by určitou naději ve zlepšení celkového stavu.

Otázka číslo 34: **Jak často musíte jezdit na kontroly? Byl/a jste již hospitalizován/a kvůli kontrolním vyšetřením?**

RESPONDENT 1: *1x za 2 měsíce. Díky komplikacím jsem zatím nebyla hospitalizována jen na kontrolní vyšetření. Když jsem přišla s infektem tak se udělalo i všechno ostatní.*

RESPONDENT 2: *Po 2 měsících, ležet jsem ještě nebyl.*

RESPONDENT 3: *1x za 6 týdnů, hospitalizovaná jsem byla naposledy před 2 roky a teď jsem tam zas pozvaná asi za 14 dní.*

RESPONDENT 4: *Jezdím tak za 6-7 týdnů. Ležet jsem nemusel.*

RESPONDENT 5: *1x za 4 měsíce. Ještě jsem nebyl hospitalizovaný.*

Komentář:

Kontroly jsou závislé na celkovém stavu klientů a každý jezdí v jiném intervalu. Respondenti 1 a 2 jezdí 1x za 2 měsíce, ani jeden nebyl hospitalizován výhradně ke kontrolním vyšetřením. Respondenti 3 a 4 jezdí za 6 až 7 týdnů, respondentka 3 již byla hospitalizována před dvěma lety a v brzké době ji čeká další kontrola, respondent 4 hospitalizován nebyl. Respondent 5 jezdí ke kontrole 1x za 4 měsíce a i když je nejdéle po transplantaci ještě hospitalizovaný nebyl.

DISKUZE

V diskuzi bych se ráda zaměřila na výsledky výzkumu a také na zodpovězení cílů, které jsem stanovila pro tuto bakalářskou práci. K získání potřebných dat byla použita kvalitativní metoda, polostrukturovaný rozhovor. K rozhovorům bylo vybráno pět respondentů, které spojovalo stejné onemocnění. S rozhovorem všichni dotazovaní souhlasili, výzkum byl prováděn v prostředí pro ně vlastní – tedy u respondentů doma. Všem dotazovaným byly položeny totožné otázky. Rozhovor má dohromady 34 otázek. K cílům se vztahuje 24 otázek, zbývající mají anamnestický význam. Každý rozhovor byl individuální a všichni respondenti měli dostatek prostoru pro vyjádření vlastního názoru. Časová náročnost rozhovorů byla 50 minut.

Cíl 1: Zjistit kvalitu života pacientů před transplantací slinivky břišní a ledviny

K tomuto cíli se vztahují otázky číslo 2, 6, 23, 24.

Touto otázkou jsem se pokoušela zjistit, jak respondenti hodnotí svůj zdravotní stav před operačním výkonem. Jak bylo uvedeno v komentáři, tak všichni dotazovaní se shodli na postupném a výrazném zhoršování kvality života. Neboť všichni trpěli onemocněním, které sice nemá výrazné a viditelné komplikace, ovšem postupem času způsobují řadu nepříjemných komplikací, které mohou poškodit lidské zdraví. Čtyři respondenti uvádějí progredující retinopatii, která u dvou respondentů způsobila částečnou ztrátu zraku, kdy jsou tito pacienti schopni rozeznat pouze obrysy. Taktéž všichni pacienti měli již výraznou nefropatii. Čtyři pravidelně navštěvovaly pravidelně hemodialýzu, jedna respondentka byla v predialyzační fázi, kdy již byl přichystán A-V shunt, ovšem samotná dialýza ještě neprobíhala. Mezi velmi nepříjemnou komplikací, která výrazně zhoršuje kvalitu života, ale jež má značně nepříznivý vliv na celkový stav organismu, stavy hyperglykemie a také hypoglykemie. Dvě respondentky nerozpoznaly, že mají hypoglykémii a tudíž upadaly do bezvědomí. Tento stav se výrazně projevuje na funkčnosti mozku a může způsobovat ireverzibilní změny. Mezi další faktory ovlivňující kvalitu života můžeme zařadit: kolísavý tlak krve, pískot v uších, špatně nebo nehojící se rány, únava, nevolnost, deprese, sexuální dysfunkce.

Z výzkumu vyplynulo, že respondenti měli výrazně zhoršenou kvalitu života. U všech se sice nevyskytovaly totožné komplikace, ovšem vždy se jednalo o soubor několika příznaků, které vedli k invaliditě respondentů.

Druhý cíl se zabývá kvalitou života po transplantaci slinivky břišní a ledviny. Poněvadž je tento cíl rozsáhlý, byl rozdělen na výzkumné otázky. Každá výzkumná otázka je zaměřena na jinou oblast zkoumání.

Cíl 2: Zjistit kvalitu života po transplantaci slinivky břišní a ledviny

K druhému cíli se vztahují otázky 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 a 27.

Díky rozhovoru byly získány důležité informace vypovídající o kvalitě života po transplantaci. Všichni respondenti se shodly na zvýšení kvality života, neboť již nemuseli podstupovat hemodialýzu nebo pravidelné kontroly glykemií a aplikaci inzulínu. Vymizela také řada nežádoucích účinků, které s sebou nesly tyto nezbytné procedury. Díky transplantaci byli respondenti v podstatě vráceni do běžného života a mohly opět prožívat plnohodnotný život.

Výzkumná otázka 1 : Omezuje klienty stav po Tx v oblíbených aktivitách?

K této problematice se vztahují otázky 11, 12, 13, 14 a 15.

Tato výzkumná otázka přinesla odpovědi na otázku ohledně omezení po Tx a oblíbených aktivitách. Čtyři respondenti z pěti uvádí, že je stav po Tx nijak neomezuje, ba právě naopak mohou provádět sportovní aktivity, aniž by byli ohroženi hypoglykemií. Respondentka 1 sice uvádí, že sport neprovádí, ovšem domnívám se, že i pravidelné procházky se psem a pěší turistika lze považovat za sportovní aktivitu. Respondent 4 aktivně sám nevyhledává žádné zájmové aktivity, i když má slepeckého psa a tudíž není odkázaný jen na pomoc druhých, pokud může raději nevychází z domu i z důvodu, že jej obtěžuje když nevidí na lidi, kteří se s ním dají do řeči a on netuší o koho se jedná. Proto raději volí izolaci a společnost družky. Oblíbené sportovní aktivity, které provozovaly před propuknutím komplikací dotazovaní neprovádí, protože jsou limitovány zrakovým postižením, které značně omezuje. Respondentka 3 provozovala kolektivní cvičení, plavání procházky a může provozovat i nadále. Respondent 5 provozuje dle mého mínění pro něj nevhodnou aktivitu, a to jízdu na terénní motorce, je si této skutečnosti vědom, přesto tento koníček provozuje i nadále. Pokud se jedná o udržování dobré fyzické kondice převládá mezi respondenty chůze, procházky a pouze v jednom případě je to jízda na bicyklu, plavání a volejbal. Všem dotazovaným přináší tento pohyb radost.

Z výzkumu tedy vyplynulo, že stav po Tx nijak neomezuje klienty v oblíbených sportovních aktivitách. Omezení jsou způsobena komplikacemi vzniklými již v předtransplantačním období.

Výzkumná otázka 2: **Ovlivňuje stav po Tx vnímání sebe sama?**

K této problematice se vztahují tyto otázky: 16, 17.

Touto výzkumnou otázkou bylo zjištěno, jak respondenti vnímají sebe sama. Neboť transplantace je chirurgický zákrok, přináší s sebou řadu vedlejších následků jako jsou jizvy. Druhý faktor, který může ovlivňovat vzhled těla je heterotopické umístění orgánů. Všichni respondenti shodně odpověděli, že jizvy je nijak netrápí a větší objem břicha neřeší neboť si uvědomují, že tam mají uložené nové orgány, které jim zajišťují lepší život. Respondenti jsou smíření se vzhledem vlastního těla. Jedná se pouze o drobnosti, které pokud by šlo vylepšit, byli by naprosto spokojeni. Respondentka 1 i přesto, že se její shunt nepoužíval stejně roste, uvažuje o odstranění. Respondent 2 není spokojen se stavem svého okolo, ovšem toto jsou následky dekompenzovaného diabetu. Respondent 5 uvádí jako zásadní změnu na svém těle růst prsou a toto jej také nejvíc trápí.

Můžeme tedy říci, že pacienti po Tx nevnímají negativně změnu vzhledu, a případné změny na svém těle vnímají jako součást léčebného procesu.

Výzkumná otázka 3: **Ovlivňuje stav po Tx partnerské vztahy?**

K této otázce se vztahují následující otázky: 19, 20, 21 a 22.

Díky této otázce jsme získali informace o partnerských vztazích. Již v úvodu rozhovoru jsem se dotazovaných ptala jaký je jejich rodinný stav. Pouze jeden dotazovaný žije v manželském svazku ostatní jsou rozvedení. Na otázku zdali se dostávalo respondentům opory od rodiny a přátel bylo odpovězeno takto: dva respondenti dostávali, někdy až přespráši, dva žádnou od rodiny neboť byli rozvedení a jeden ne od rodiny ale od přátel ano. Otázka týkající se změny chování partnerů byla zodpovězena tímto způsobem: ve čtyřech případech se přístup nijak nezměnil (2x již byli rozvedení), a v jednom případě došlo k výrazné změně v chování partnera. Manžel měl pocit, že musí manželce nějak pomoci od všeho zlého a snažil se ji k sobě připoutat, v tomto období necítila respondentka víru ve svého muže a nastalé problémy řešila s kamarádkou, celá situace vyústila v rozvod.

Na tuto otázku není jednoznačná odpověď. Dvě respondentky se rozvedly až po úspěšné Tx, z toho jedna pro vážné neshody v manželství, druhá po vzájemné dohodě s manželem. Dva respondenti již byli rozvedení a tudíž stav po Tx neměl vliv na jejich partnerské vztahy. A jeden respondent zůstává i nadále v manželském svazku.

Výzkumná otázka 4: **Má kombinovaná Tx vliv na sexuální život?**

K této otázce se vztahují následující otázky: 24, 25, 26 a 27.

Respondenti se měli vyjádřit ke své sexuální aktivitě před Tx, z čehož vyplynulo následující. Dva respondenti nepozorovaly žádnou změnu, u dvou se jednalo o naprostou ztrátu sexuálních zájmů, a jedna respondentka nebyla spokojená díky partnerovi. Po Tx hodnotili respondenti sexuální aktivitu na stejné úrovni nebo lepší. Na otázku zdali vnímají nežádoucí účinky imunosupresiv na své libido byly získány tyto odpovědi: ve dvou případech ne, ve dvou případech spíše zvýšené a v jednom zřejmě ano, ovšem respondent si není zcela jist zdali to již není věkem. Se svým sexuálním životem jsou spokojeni čtyři respondenti z pěti.

Odpovědi na tuto výzkumnou otázku můžeme shrnout následujícím způsobem. Před Tx byli tři z pěti nespokojeni, po Tx došlo u těchto tří respondentů ke zlepšení. Čtyři z pěti jsou spokojeni, pouze jeden je nespokojen, ovšem tuto vinu dává manželce, která již tak často nevyžaduje sex, jak by si představoval respondent.

Cíl 3: Zjistit jestli by pacienti využili možnost retransplantace ledviny, slinivky nebo obou orgánů.

K problematice se vztahuje následující otázka: 28.

U jedné respondentky již byla provedena retransplantace slinivky břišní, a byla by velmi ráda, kdyby tuto Tx mohla podstoupit ještě jednou, neboť komplikace způsobené diabetem jí velmi komplikují běžný život. Respondenti 2, 3 a 5 by s odstupem času podstoupili retransplantaci obou orgánů, respondent 4 pouze ledvinu.

Z těchto výsledků lze vyvodit, že pokud by klienti měli možnost volby, určitě by opakovanou transplantaci podstoupili. Pouze v jednom případě by respondent volil pouze ledvinu.

Cíl 4: Zjistit jestli pacienti po Tx mají nějaká omezení a jak je dodržují.

K této problematice se vztahují otázky: 29 a 30.

Respondenti téměř totožně odpověděli, že žádná omezení nedodržují a jsou rádi za normální život. Když jsem se zmínila o doporučení nekonzumovat grapefruity a třezalku, jen pokývali hlavou, že ano toto nesmí, ovšem neberou to jako zvláštní omezení. Respondent 2 se považuje za naprosto zdravého a tudíž nemusí nic dodržovat. Naopak respondent 5 si uvědomuje, že je stále nemocný, protože kdyby byl zdraví tak nemusí denně polykat řadu léků, ale žije tak jako by žádná omezení nebo doporučení nebyla. Otázka zda něco nesmí nebo by neměli, měla stejný efekt jako předcházející. Dva respondenti nepocítují žádná omezení, jedna respondentka si sama omezila koupání kvůli častým infekcím močových cest, druhá si vzpomněla na velké davy lidí, kterým by se měla vyhýbat.

Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti nepocítují potřebu se nějakým způsobem chránit před možnými infekcemi nebo komplikacemi, které mohou vzniknout z důvodu špatné hygieny nebo nevhodného zacházení s vlastním tělem.

O kvalitě života bylo napsáno již mnoho bakalářských a diplomových prací, ovšem v našich podmínkách jsem nezaznamenala žádný výzkum který by byl zaměřený na kvalitu života u pacientů po kombinované transplantaci slinivka – ledvina. Ani po dobu mého působení v pražském IKEM, jsem nezpozorovala žádný podobný výzkum. Pacienti sice v rámci předtransplantačního vyšetření vyplňovali dotazník o kvalitě života, ovšem ten se týkal období před Tx. Proto jsem hledala v zahraničních zdrojích. V americkém časopise JASN je v článku z roku 2008 pouze zmínka o zlepšení kvality života díky normoglykemiím a a fyziologické hodnotě HbA1c. (Morath a Zeier, 2008, s. 1557-1563) V dalším článku z téhož časopisu, který je věnovaný současné transplantaci slinivky a ledviny je uvedený odstavec o výhodách po transplantaci slinivky. Autoři zde uvádí jako lepší kvalitu života normoglykemie, nedodržování žádné diety, život bez aplikace inzulínu, v této studii je dále zmínka o retinopatii, kdy dochází v časném pooperačním období ke zhoršení zraku (což uvedl i respondent 4). Dále se autoři zmiňují o možném vlivu na sexuální aktivitu, v článku se uvádí, že vliv je minimální nebo se zvyšuje sexuální dysfunkce po transplantaci. (Becker a Odorico, 2001, s. 2517-2527)

Můžeme tedy říci, že touto problematikou se odborná veřejnost zabývá již několik let. A jak je v samotném názvu IKEM – tedy experimentální medicína, by měla zjišťovat a doufám, že také zjišťuje jak se pacienti cítí, co prožívají a zdali je jejich život po všech stránkách kvalitnější.

ZÁVĚR

Vnímání kvality života je pro každého jedince zcela odlišná. Řada z nás nepřemýšlí nad běžnými věcmi, které bereme jako součást našeho každodenního života, a přesto je v naší společnosti mnoho lidí, kterým tyto maličkosti nejsou dopřány. O to je důležitější se zajímat jak vnímají kvalitu svého života pacienti s různými typy onemocnění. Naše vybraná skupina respondentů je velmi malá, ale o to důležitější jsou informace, které jsme získali. Můžeme slyšet názor, že léčba těchto pacientů je velmi nákladná a stejně se jejich zdravotní stav nijak nezlepší a i nadále zůstávají v plném invalidním důchodu. Ovšem nikdy nevíme, kdy budeme sami potřebovat takto odbornou léčbu, aby se naše kvalita života zlepšila jen o nepatrný kousek. Každá lidská bytost má právo na humánní zacházení a lékařskou péči odpovídající ekonomické situaci dané země. Za rok to můžeme být mi sami, kdo bude vyžadovat nejlepší a nejkvalitnější péči, která nám zajistí alespoň částečné zlepšení naší kvality života.

O možnosti léčby a pojmech jako je kvalita života jsem se zmiňovala v teoretické části. Jsou zde uvedeny termíny jako transplantace, dárce, příjemce, komplikace, kvalita života. V praktické části se zabývám samotným výzkumem, jak pacienti po transplantaci slinivky břišní a ledviny vnímají svou kvalitu života.

Praktická část se uskutečnila za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory jsem prováděla v domácím prostředí každého respondenta. Na začátku byl pouze jeden kontakt na pacientku s tímto onemocněním. Díky její spolupráci a vzájemným sympatiím z doby mého působení na oddělení diabetologie v IKEMu jsem získala další kontakty. Respondenti byli velmi ochotní a odpovídali na všechny mé otázky.

Domnívám se, že na položené otázky mi výzkum poskytl dostatečné odpovědi. Je velmi důležité, že i pro pacienty, kteří trpí chronickým onemocněním od adolescentního nebo dětského věku, je možnost a naděje na lepší kvalitu života než na jakou byli doposud zvyklí. Cukrovku můžeme nazvat epidemií třetího tisíciletí, neboť je to civilizační choroba, kterou můžeme z malé části ovlivnit. Diabetes je zákeřné onemocnění, které nebolí a v počátcích nejsou na pacientovi vidět žádné komplikace. Až to bolí a vidíme komplikace, je již velmi často pozdě na záchranu. A přesto existuje možnost, ale tato léčba není určena pro všechny nemocné a musí být vidět, že dotyčný má aktivní zájem něco na svém zdravotní stavu změnit. A proto je pozitivní vidět jak pacienti s touto chorobou bojují. Tři respondenti mají výrazně limitující postižení očí, a přesto se dva aktivně zapojují do domácích prací, pomá-

hají svým rodinám a snaží se být užiteční i přes svůj handicap. Je až s podivem, že jedna z respondentek, i když je nevidomá, sama v nemocnici pomohla mnoha jiným takto nemocným pacientům, vrátila je zpět do života a když sestry neměli čas na kousek vlídného slova, ona za pacientem přišla a podělila se s nimi o svou radost z nových orgánů byť to bylo u slinivky jen na krátkou dobu. Všichni respondenti jsou velmi rádi za možnost vést normální život, a pokud by bylo třeba podstoupili by tento zákrok opakovaně, protože již ví jaké to je žít normální život bez dietního omezení, injekcí a hemodialýzy.

Je moc příjemné vidět, že i v dnešní době jsou lidé, kteří si i přes různá postižení dokáží navzájem pomáhat. Díky rozhovorům se z části respondentů stali kamarádi, se kterými jsem v kontaktu. Bude velmi zajímavé i nadále sledovat jak Dušan, Jana a Silva dál válčí svůj nekonečný boj o lepší kvalitu života a jak si každý den, který je jim dán užívají plnými douškami.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie:

- [1] ADAMEC, Miloš, František SAUDEK et al., 2005. *Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 80-246-1166-X.
- [2] BALÁŽ, Petr et al., 2011. *Odběry orgánů k transplantaci*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1964-4.
- [3] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-416-X.
- [4] FERKO, Alexandr, 2002. *Chirurgie v kostce: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0230-4.
- [5] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [6] HEŘMANOVÁ, Eva, 2012. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-106-0.
- [7] HOŘEJŠÍ, Václav, Jiřina, Bartůňková, 2005. *Základy imunologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-686-4.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [9] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-774-4.
- [10] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-213-4.
- [11] KUTNOHOSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-206-2.
- [12] MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1024-2.
- [13] PAFKO, Pavel, et. al., 2008. *Základy speciální chirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-402-7, ISBN 978-80-246-1344-4.

- [14] PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- [15] SAUDEK, František, 2005. *Příprava na transplantaci. Příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-055-0.
- [16] THOMASMA, David C., Thomasine, Kushner, et. al., 2000. *Od narození do smrti*. Cambridge: Press. ISBN 80-204-0883-5.
- [17] TŘEŠKA, Vladislav, 2002. *Transplantologie pro mediky*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0331-4.
- [18] VALENTA, Jiří, et. al., 2007. *Základy chirurgie*. 2. doplněné a předpracované vydání. Praha: Galén, Karolinum. ISBN 978-80-7262-403-4, ISBN 978-80-246-1344-4.
- [19] ZEMAN, Miroslav, 2000. *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.

Internetové zdroje:

- [20] BECKER, Bryan N a Jon S ODORICO a kolektiv, 2001. Simultaneous Pancreas-Kidney and Pancreas Transplantation. *JASN* [online]. November 2001, vol. 12, s. 2517-2527 [cit. 2014-05-18]. Dostupné z: <http://jasn.asnjournals.org/content/12/11/2517.full.pdf+html>
- [21] ČESKO. Zákon č. 44 ze dne 25. února 2013 o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony
In: Sběrka zákonů České republiky. 2013, částka 19, s. 305-317.[cit. 2014-01-28] ISSN 1211-1244. Dostupný také z: www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?o=6&T=825
- [22] Kidney/Pancreas Transplant Process, © 2014. *California Pacific Medical Center* [online]. San Francisco: California Pacific Medical Center. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: http://www.cpmc.org/advanced/kidney/patients/topics/pancreas_transplant.html
- [24] MORATH, Christian a Martin ZEIER a kolektiv, 2008. Metabolic Control Improves Long-Term Renal Allograft and Patient Survival in Type 1 Diabetes. *JASN* [online]. August 2008, vol. 19, s. 1557-1563 [cit. 2014-05-18]. DOI: 10.1681/ASN.2007070804 Dostupné z: <http://jasn.asnjournals.org/content/19/8/1557.full?sid=540cca81-5ef5-4246-942f-02b1b8f99711>

- [25] O nás, © 2005. *Koordinální Středisko Transplantací* [online]. Praha: Koordinální Středisko Transplantací [cit. 2014-02-24]. Dostupné z: www.kst.cz/web/?page_id=1103
- [26] Pancreas, © 1996-2014. *Transplant Pathology Internet Services* [online]. Pittsburgh: Transplant Pathology Internet Services. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://tpis.upmc.com/changeBody.cfm?url=/tpis/EN/E00002n.jsp>
- [27] Transplantační zákon-vzor protokolu o zjištění smrti, © 2010. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/transplantacni-zakon-vzor-protokolu -o-zjisteni-smrti_7647_1154_3.html

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ABR	Acido bazická rovnováha
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APACHE	Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
cca	circa
CMV	Cytomegalovirus
CŽK	Centrální žilní katetr
č	číslo
dc	decilitr
DK	dolní končetina
EBV	Virus Epstein-Barrové
ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiograf
GCS	Glasgow coma scale
HbA1c	glykovaný hemoglobin
HIV	Human Immunodeficiency virus
HLA	Human Leucocyte Antigens
HRQoL	Health Related Quality of Life
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
IKEM	Institut Klinické a Experimentální Medicíny
JASN	Journal of the American Society of Nephrology
JIP	jednotka intenzivní péče
KST	Koordinační středisko
např	například

NSG	Nasogastrická sonda
ORL	Otorinolaryngologie
PMK	Permanentní močový katetr
pozn	poznámka
QWS	Quality of Well-Being Scale
Rh	Rhesus faktor
RTG	rentgen
s	strana
Sb	sbírky
tj	to je
Tx	transplantace
tzv	takzvaný
VAS	Visuální analogová škála
WL	Waiting list

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Faktografická data.....	39
--------------------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I	ROZHOVOR
Příloha II	PROTOKOL O ZJIŠTĚNÍ SMRTI
Příloha III	UMÍSTĚNÍ TRANSPLANTOVANÝCH ORGÁNŮ
Příloha IV	PRÁVA KRITICKY NEMOCNÉHO
Příloha V	ÚMLUVA O LIDSKÝCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ RADY EVROPY

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR

I. FAKTOGRAFICKÁ DATA:

VĚK:

POHLAVÍ:

RODINNÝ STAV:

BYDLIŠTĚ:

ROK TRANSPLANTACE:

II. ROZHOVOR:

- 1) Jak dlouho jste po transplantaci?
- 2) Jak by jste zhodnotil/a svůj život/kvalitu života před transplantací? (omezení, životní energie, výkonnost)
- 3) Od koho jste se dozvěděl/a o možnosti kombinované transplantace a co jste pociťoval/a?
- 4) Jak dlouho jste se rozmýšlel/a zda podstoupíte tento zákrok? Vyskytly se u Vás nějaké obavy, strach?
- 5) Kde jste získal/a potřebné informace o této léčbě? Jak dlouho trvalo než došlo k samotné transplantaci?
- 6) Než jste podstoupil/a transplantaci, vyskytovaly se u Vás již nějaké komplikace? Jaké?
- 7) Jak probíhalo pooperační období? Bylo zcela bez potíží nebo se vyskytovaly nějaké komplikace?
- 8) Za jak dlouhou dobu jste se opět dostal/a do dobré fyzické a psychické kondice?
- 9) Máte více energie/fyzické síly než před Tx?
- 10) Pokud jste před Tx pracoval/a, dovolil Vám stav po výkonu pokračovat v zaměstnání?
- 11) Můžete po Tx provádět své oblíbené zájmové aktivity (sport, kultura)?
- 12) Jaká byla Vaše oblíbená sportovní aktivita před transplantací? Můžete ji provozovat i nadále?
- 13) Udržujete se nějakým sportem v dobré fyzické kondici?
- 14) Přináší Vám tento pohyb radost?

- 15) Jaké jsou Vaše oblíbené koníčky, které můžete provozovat bez omezení?
- 16) Jak vnímáte změny po Tx na Vašem těle?
- 17) Jste smířen/á se změnou vzhledu Vašeho těla?
- 18) Jak přijalo tuto změnu Vaše okolí (rodina, děti, přátelé)?
- 19) Cítil/a jste oporu od rodiny a přátel?
- 20) Změnil se po Tx přístup Vašeho partnera k Vaší osobě?
- 21) Vyskytly se momenty, kdy jste nevy cítil/a víru od svého partnera?
- 22) Měla tato těžká životní situace vliv na Váš partnerský/rodinný život?
- 23) Zhodnoťte stav před Tx jak jste zvládal/a běžné denní činnosti (úklid, vaření, práce okolo domu/bytu, nákupy)?
- 24) Jak by jste zhodnotil/a Vaši sexuální aktivitu před transplantací?
- 25) A po transplantaci?
- 26) Pociťujete nežádoucí účinky imunosupresiv na Vaše libido?
- 27) Jste spokojený/á se svým sexuálním životem a přináší Vám to lepší kvalitu života?
- 28) Podstoupil/a by jste tento zákrok opakovaně? Nebo jen některý z orgánů?
- 29) Jaká jsou pro Vás největší omezení, která musíte dodržovat?
- 30) Co všechno nesmíte nebo by jste neměl/a?
- 31) Máte strach/obavy jak se bude celá situace dál vyvíjet?
- 32) Fungují Vám oba orgány?
- 33) Pokud ne, jak tuto situaci zvládáte?
- 34) Jak často musíte jezdit na kontroly? Byl/a jste již hospitalizován/a kvůli kontrolním vyšetřením?

PŘÍLOHA P II: PROTOKOL O ZJIŠTĚNÍ SMRTI

Za účelem umožnění postupu podle zákona č. 44/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), účinného od 1. dubna 2013, po dobu do nabytí účinnosti novely vyhlášky č. 437/2002 Sb., kterou se stanoví bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření žijícího nebo zemřelého dárce tkání nebo orgánů pro účely transplantací (vyhláška o zdravotní způsobilosti dárce tkání a orgánů pro účely transplantací), zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví vzor **Protokolu o zjištění smrti**. Tento vzor protokolu odpovídá vzoru protokolu uvedenému v návrhu novely vyhlášky č. 437/2002 Sb., který byl zaslán k projednání pracovním komisím Legislativní rady vlády.

Vzor protokolu o zjištění smrti

Jméno, popřípadě jména a příjmení
pacienta:.....

Rodné číslo (nebylo-li rodné číslo přiděleno, datum narození):.....

Pracoviště:

Číslo chorobopisu:

Číslo zdravotní pojišťovny (je-li pacient
pojištěn):

1. lékař zjišťující smrt

2. lékař zjišťující smrt

(lékař A):

(lékař B):

.....

.....

jméno, popřípadě jména a příjmení

jméno, popřípadě jména a příjmení

.....

pracovní zařazení

.....

pracovní zařazení

I. Zjištění smrti průkazem nevratné zástavy krevního oběhu

Zjištěna nevratná zástava krevního oběhu:

lékař A:

.....

datum

.....

čas (hod : min)

.....

podpis

lékař B:

.....

datum

.....

čas (hod : min)

.....

podpis

II. Zjištění smrti průkazem nevratné ztráty funkce celého mozku

1. Předpoklady, na základě kterých lze uvažovat o diagnóze smrti mozku

1.1. Diagnóza základního mozkového postižení:

lékař A: lékař B:.....

1.2. Vedlejší diagnózy

1.3. Datum a čas úrazu nebo onemocnění

lékař A: lékař B:.....

(den, měsíc, rok)

(den, měsíc, rok)

(hodina : minuta)

(hodina : minuta)

Bylo vyloučeno, že na bezvědomí se v okamžiku vyšetření podílí

(odpověď ano/ne):

lékař A

lékař B

intoxikace

tlumivé a relaxační účinky léčiv

metabolický nebo endokrinní rozvrat

primární podchlazení

2. Klinické známky smrti mozku

lékař A

lékař B

fotoreakce - oboustranně chybí (ano/ne)

korneální reflex - oboustranně chybí (ano/ne)

vestibulookulární reflex - oboustranně chybí

(ano/ne)

motorická reakce při algickém podráždění

v inervační oblasti n. trigeminus - oboustranně chybí (ano/ne)

kašlací reflex provokovaný hlubokým

tracheobronchiálním odsáváním - chybí (ano/ne)

hluboké bezvědomí (Glasgow coma scale-skóre)

trvalá zástava spontánního dýchání

- apnoický test při $p\text{aCO}_2$ mmHg-splněn (ano/ne)

lékař A:

.....

.....

.....

datum

čas (hod : min)

podpis

lékař B:

.....
datum čas (hod : min) podpis

3. Potvrzení nevratnosti klinických známek smrti mozku

3.1. angiografie mozkových tepen

zjištěna absence náplně cerebrálních úseků mozkových tepen:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.2. mozková perfuzní scintigrafie

zjištěna absence zachytu radiofarmaka v mozkové tkáni:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.3. vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů

časně akusticky evokovaná potencionála mozkového kmene vlny

II - V vyhaslé oboustranně (ano/ne)

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.4. transkraniální dopplerovská sonografie

zjištěna zástava toku v mozkových tepnách:

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

3.5. CT angiografie

zjištěna absence náplně cerebrálních úseků mozkových cév

.....
datum hodina jméno a podpis vyšetřujícího lékaře

4. Závěrečná diagnóza: _____

na základě výše uvedených vyšetření byla zjištěna smrt mozku:

lékař A:

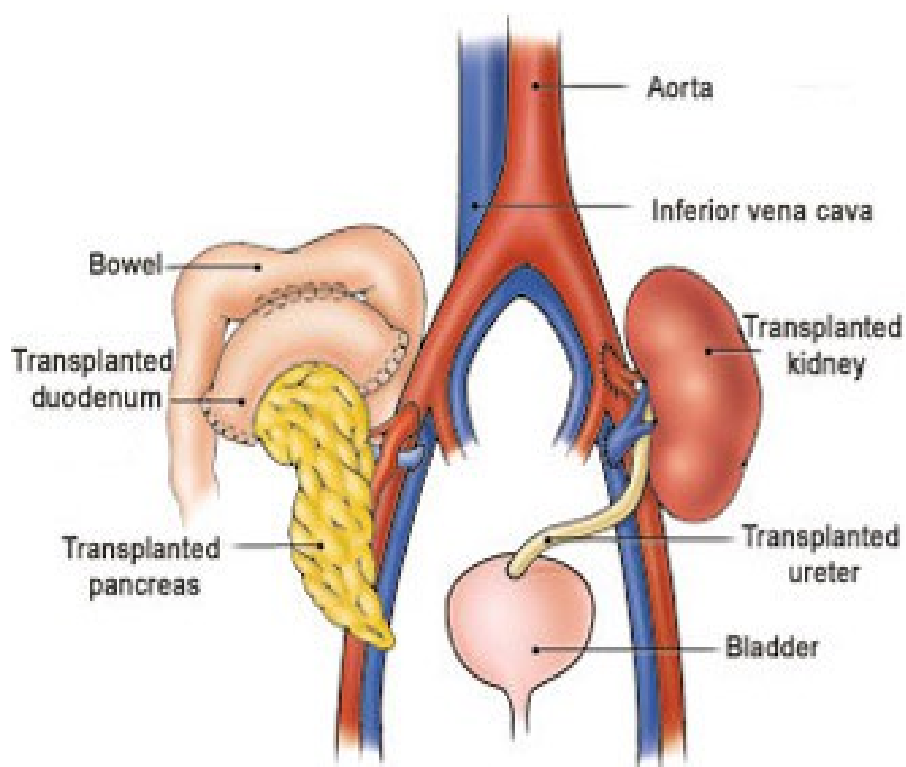
.....|
datum čas (hod:min) podpis

lékař B:

.....
datum	čas (hod:min)	podpis
+-----+		

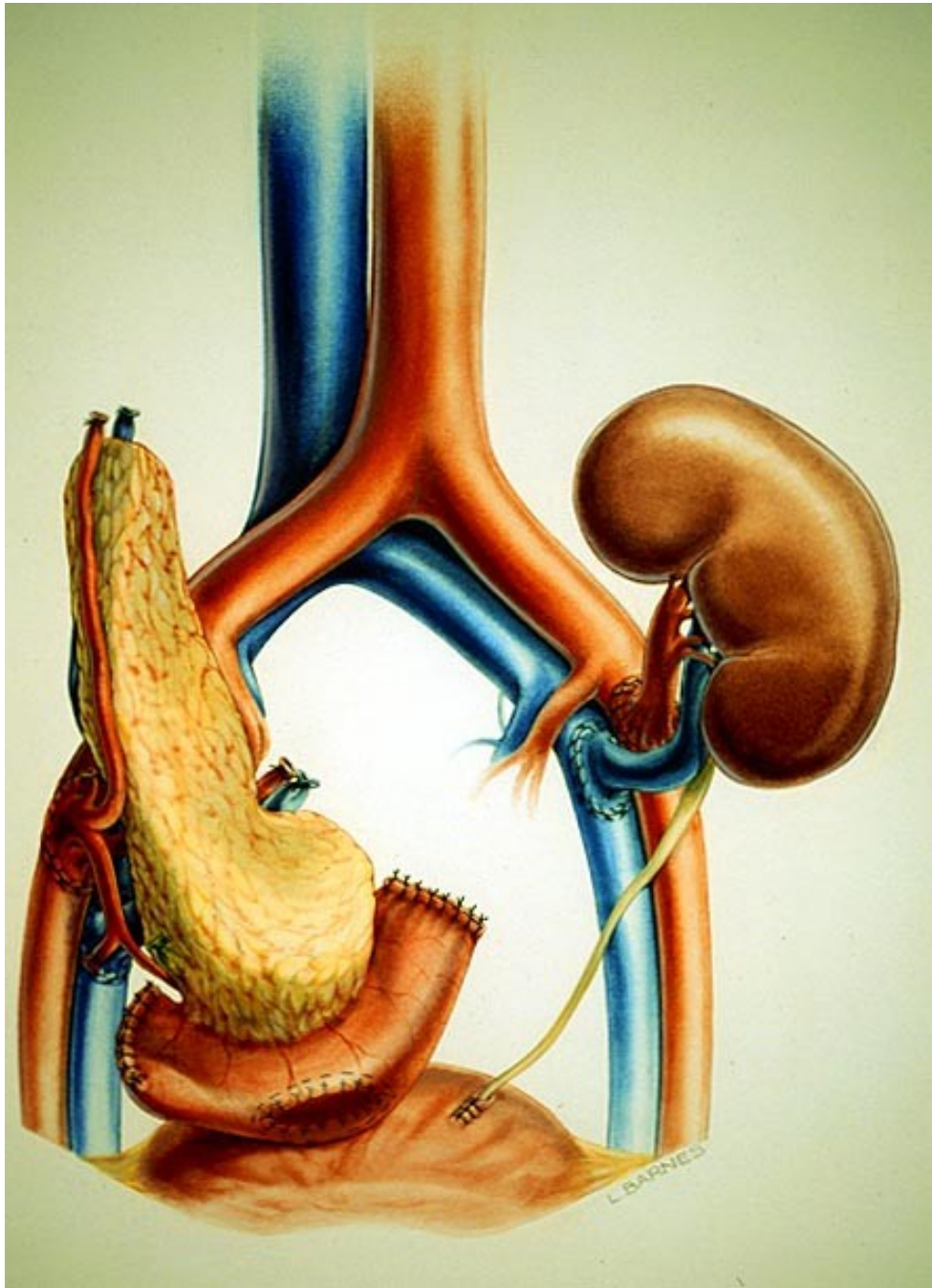
Převzato z: Transplantační zákon – vzor protokolu o zjištění smrti © 2010. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: http://mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/transplantacni-zakon-vzor-protokolu-o-zjisteni-smrti_7647_1154_3.html

PŘÍLOHA P III : UMÍSTĚNÍ TRANSPLANTOVANÝCH ORGÁNŮ



Kidney - Pancreas Transplant

Převzato z: Kidney/Pancreas Transplant Process, @2014. *California Pacific Medical Center* [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: http://www.cpmc.org/advanced/kidney/patients/topics/pancreas_transplant.html



Převzato z: Pancreas, @1996-2014. *Transplant Pathology Internet Services* [online]. [cit. 2014-05-10]. Dostupné z: <http://tpis.upmc.com/changeBody.cfm?url=/tpis/EN/E00002n.jsp>

PŘÍLOHA P IV: PRÁVA KRITICKY NEMOCNÉHO

- 1) Kriticky nemocní pacienti mají právo na specializovanou péči, aby se minimalizovala rizika smrti nebo trvalé invalidity.
- 2) Kriticky nemocní pacienti mají právo na pravdivé a přiměřené informace o svém stavu a o léčbě od svého lékaře. Není-li však nemocný schopen chápání a když se nevyjádří zamítavě, může lékař informovat bližší příbuzné nebo osoby pověřené péčí o zájmy nemocného. Vždy však musí respektovat jeho soukromí.
- 3) Kriticky nemocní mají právo, je-li to možné, být informováni lékařem předtím, než dají souhlas k navrhované léčbě. Není-li to z důvodů zdravotního stavu pacienta možné, svolení by měla dát jiná osoba v soulase s právními předpisy dané země. V naléhavých situacích však nemusí být možné získat tento souhlas vzhledem k mentální neschopnosti pacienta nebo vzhledem k nedostupnosti osob, které by mohly v souladu s právními předpisy dané země dát souhlas ve prospěch pacienta.
- 4) Kriticky nemocní mají právo léčbu odmítnout. V těchto případech by měl být nemocný poučen o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí, toto rozhodnutí by mělo být dokumentováno v plném rozsahu. Lékaři i zdravotní sestry oborů intenzivní medicíny mají povinnost jednat v souladu se zákona dané země.
- 5) Kriticky nemocní mají právo být léčeni v plně odpovídajících specializovaných zařízeních a být do nich přiměřeným způsobem transportováni.
- 6) Kriticky nemocní mají právo být navštěvováni svými milovanými v souladu s lékařem každé jednotky intenzivní péče a s ohledem na svůj zdravotní stav.
- 7) Kriticky nemocní mají právo na duševní nebo morální podporu, nebo mají právo ji odmítnout. Mají právo na pomoc v osobních i právních záležitostech.
- 8) Kriticky nemocní mají právo, aby se všemi informacemi týkajícími se jejich péče bylo zacházeno jako s důvěrnými
- 9) Kriticky nemocní mají právo na důstojné zacházení ze strany personálu jednotky intenzivní péče.

Převzato z: KUTNOHORSKÁ, Jana, 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.

PŘÍLOHA V: ÚMLUVA O LIDSKCH PRÁVECH A BIOMEDICÍNĚ RADY EVROPY (kratší dohodnutý termín)

Kapitola II: Souhlas

článek 5: Obecné pravidlo

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotyčná osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat.

článek 6 : Ochrana osob neschopných dát souhlas

1. Podle článků 17 a 20 uvedených níže může být proveden zákrok na osobě, která není schopná dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.
2. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být proveden bez svolení jejího zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které stanoví zákon. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.
3. Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů. Lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotyčná osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.
4. Zákonný zástupce, příslušný orgán, osoba nebo instituce pověřená ze zákona podle výše uvedených odstavců 2 a 3 obdrží na základě stejných podmínek informace uvedené níže v článku 5.
5. Zástupný souhlas podle výše uvedených odstavců 2 a 3 lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejvlastnějším zájmu dotyčné osoby.

Kapitola VI: Odběr orgánů a tkáně z žijících dárců pro účely transplantace

článek 19: Obecné pravidlo

1. Odběr orgánů nebo tkání od žijící osoby pro účely transplantace lze provádět výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce, a pouze, pokud není k dispozici žádný vhodný orgán nebo tkáň zemřelé osoby, nebo jiná alternativní metoda srovnatelného účinku.

2. Nezbytný souhlas podle článku 5 musí být vyjádřen výslovně a konkrétně buď písemnou formou, nebo před příslušným úředním orgánem.

článek 20: Ochrana osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánu

a) Odběr orgánu či tkáně nelze provést u osoby, která není schopna dát souhlas podle článku 5.

b) Při plnění podmínek stanovených zákonem na ochranu těchto osob lze výjimečně povolit odběr obnovitelné tkáně u osoby, která není sama schopna dát souhlas, pokud jsou splněny následující podmínky:

ba) není k dispozici žádný kompatibilní dárce, který je schopný dát souhlas,

bb) příjemcem je bratr nebo sestra dárce

bc) darování musí představovat možnost záchrany života příjemce

bd) souhlas podle odstavců 2 a 3 článku 6 byl dán konkrétně a písemně v souladu se zákonem a se souhlasem příslušného orgánu, uvažovaný dárce s tím neprojevuje nesouhlas