

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2018

Kateřina Křížková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Kateřina Křížková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**TRANSPLANTACE LEDVIN A JEJÍ VLIV NA KVALITU
ŽIVOTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eliška Čagánková, Dis.

PLZEŇ 2018

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Elišce Čagánkové, Dis. za její odborné vedení práce, za její ochotu, trpělivost a cenné rady, které mi při zpracování práce ochotně poskytla. Dále děkuji své rodině a partnerovi, kteří mi byli oporou při psaní mé práce. Mé poděkování patří také všem nemocnicím, ve kterých mi byl povolen výzkum.

Anotace

Příjmení a jméno: Kateřina Křížková

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Transplantace ledvin a její vliv na kvalitu života

Vedoucí práce: Mgr. Eliška Čagánková, Dis.

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 23

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: transplantace ledvin, dialýza, selhání ledvin, péče o pacienta po transplantaci, kvalita života

Souhrn:

Bakalářská práce na téma “Transplantace ledvin a její vliv na kvalitu života“ je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje kapitolu o anatomii a fyziologii ledvin, dále pak kapitoly popisující selhání ledvin, dialyzační léčbu, transplantaci ledvin, ošetrovatelskou péči zaměřenou na potransplantační období a dále taky stručnou kapitolu o kvalitě života. Praktická část je tvořena kvantitativním výzkumem, který zkoumá kvalitu života pacientů před transplantací ledvin a po ní. Výstupem mé práce bude edukační materiál o transplantaci ledvin a životě po ní zaměřený na pacienty čekající na transplantaci ledvin.

Annotation

Surname and name: Kateřina Křížková

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The quality of life after kidney transplantation

Consultant: Mgr. Eliška Čagánková, Dis.

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 23

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 31

Keywords: kidney transplantation, dialysis, kidney failure, care about patient after kidney transplantation, quality of life

Summary:

The bachelor thesis on subject “Quality of life after kidney transplantation ” is split to two parts : part theoretical and practical part. The theoretical part contains chapter on anatomy and physiology of kidneys, next chapters describe kidney failure, dialysis treatment, kidney transplantation, nursing plan focused on post-transplantation period and also brief chapter on quality of life. The practical part is made up of quantitative research which is studying quality of life of patients before and after transplantation. Outcome of my work will be educational material about kidney transplantation and life after it. This material is primarily focused on patients waiting on transplantation.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN.....	12
1.1 Anatomie ledvin.....	12
1.1.1 Obecná stavba ledviny.....	12
1.1.2 Nefron.....	12
1.1.3 Odvodné a sběrací kanálky.....	13
1.2 Fyziologie ledvin.....	13
1.2.1 Tvorba moči.....	13
1.2.2 Glomerulární filtrace.....	13
1.2.3 Tubulární resorpce.....	13
1.2.4 Tubulární sekrece.....	14
1.2.5 Koncentrace moče.....	14
2 SELHÁNÍ LEDVIN.....	15
2.1 Akutní selhání ledvin.....	15
2.2 Chronické selhání ledvin.....	16
2.2.1 Klasifikace CKD.....	16
2.2.2 Progrese CKD.....	17
2.2.3 Léčba CKD.....	18
3 DIALYZAČNÍ METODY.....	19
3.1 Hemodialýza.....	19
3.1.1 Cévní přístupy.....	19
3.1.2 Princip hemodialýzy.....	20
3.1.3 Domácí hemodialýza.....	20
3.2 Peritoneální dialýza.....	21
3.2.1 Peritoneální katétr.....	21
3.2.2 Princip peritoneální dialýzy.....	21
4 TRANSPLANTACE LEDVIN.....	22
4.1 Čekací listina.....	22
4.2 Dárci orgánů a kontraindikace.....	22
4.2.1 Zemřelí dárci.....	23
4.2.2 Žijící dárci.....	23
4.3 Příjemce ledviny.....	24
4.3.1 Krevní skupina.....	24
4.3.2 Frekvence cytotoxických protilátek.....	24

4.3.3 HLA antigeny.....	24
4.3.4 Délka na čekací listině.....	24
4.4 Postup transplantace.....	25
4.5 Komplikace.....	25
4.6 Etika transplantace.....	25
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO TRANSPLANTACI LEDVINY.....	27
5.1 Časná péče.....	27
5.2 Následná péče.....	28
5.3 Propuštění.....	28
5.4 Edukace transplantovaných.....	29
5.4.1 Imunosupresivní léčba.....	29
5.4.2 Riziko infekce.....	29
5.4.3 Pohyb a zaměstnání.....	29
6 KVALITA ŽIVOTA.....	31
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
7 FORMULACE PROBLÉMU.....	32
8 CÍL VÝZKUMU.....	32
9 DÍLČÍ CÍLE A PŘEDPOKLADY.....	32
10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	33
11 METODA SBĚRU DAT.....	33
12 ORGANIZACE VÝZKUMU.....	33
13 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	35
DISKUZE.....	70
ZÁVĚR.....	74
14 LITERATURA A PRAMENY.....	75
SEZNAM ZKRATEK.....	78
SEZNAM GRAFŮ.....	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

ÚVOD

Ledviny patří mezi životně důležité orgány. Člověk může žít i s jednou ledvinou, ale bez obou bohužel lidské tělo fungovat nedokáže. Jak postupoval čas a společně s ním se rozvíjela i medicína, obzvláště chirurgické obory v oblasti transplantologie, docházelo postupně k vývoji novějších technologií k odběru orgánů a jejich následné voperování do nového příjemce. Tento pokrok jednak zkrátil čas operatérů strávený na sále, ale hlavně umožnil výrazně zkrátit dlouhé pooperační léčení transplantovaných pacientů.

Již několik let v ČR je nejvíce transplantovaný orgán právě ledvina. Proč tomu tak je? Ledviny jako jediný orgán v těle mají tu schopnost čistit naši krev od nepotřebných a škodlivých látek. V závislosti na velikosti objemu těchto látek v krvi, musí vyvinout ledviny tomu adekvátní práci, aby vnitřní prostředí organismu zůstalo v rovnováze. Vlivem zhoršujícího se prostředí, nezdravého životního stylu, kouření, alkoholismu, civilizačních chorob a částečně i genetickým vlivům dochází k selhávání tohoto orgánu a postupné otravě organismu látkami, které nejsou tělu vlastní. A proto je nutno nefunkční orgán nahradit novým.

Lidé se selhávajícími ledvinami jsou omezováni ve všech aspektech svého života. Život s náhradní ledvinou vítají, i když tuto vidinu narušují obavy z operace, života po operaci či zda se nová ledvina dobře uchytí v jejich těle. Proto jsem se ve své bakalářské práci zaměřila na vnímání kvality života před a po transplantaci ledviny. Aby budoucí pacienti čekající na novou ledvinu věděli, že život po transplantaci může být plnohodnotný.

Zdroje ve své bakalářské práci jsem hledala ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje, dále v Knihovně zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

Právo na kvalitní život má každý z nás.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE LEDVIN

Ledviny patří mezi párový orgán lidského těla, které mají nezastupitelnou úlohu v zachování lidského života. Bez jejich správné funkce nedochází k odstraňování odpadních látek z krve, návratu potřebných látek zpět do těla, a postupně dochází k otravě organismu.

1.1 Anatomie ledvin

Ledviny patří mezi párové orgány lidského těla. Dokáží zachovat život svou stavbou a funkcí jednotlivých částí.

1.1.1 Obecná stavba ledviny

Ledviny (ren, nephros) jsou uloženy v bederní krajině (Th12-L2/3) po obou stranách páteře obklopeny silným tukovým pouzdrém, který je chrání před poškozením a zároveň udržuje jejich stálou teplotu. Svým tvarem připomínají fazoli. Pravidlem bývá, že pravá ledvina má vzhledem k levé nižší polohu. To je dáno uložením a rozsáhlým tvarem jater nacházejících se nad touto ledvinou.

Ledviny mají 2 vrstvy, které se od sebe liší barvou a jsou patrné na jejich podélném řezu. Zevně a povrchověji se nachází kůra ledviny (cortex renalis), má světle hnědou barvu. Vnitřní vrstva se nazývá dřev ledviny (medulla renalis), má tmavě hnědou barvu. Dřev utváří ve svém průběhu celky připomínající svým tvarem pyramidy (pyramides renales), které jsou od sebe oddělené pruhy vycházejících z kůry (columnae renales).

1.1.2 Nefron

Základní stavební jednotkou každé ledviny je nefron. Jejich množství v ledvině je značně individuální, ale můžeme říct, že průměrně má každá ledvina 1-1,5 milionu těchto tělísek. První částí každého nefronu je ledvinové tělísko (corpusculum renale, Malpighi), které obsahuje cévní klubíčko (glomerulus) a dále pouzdro obklopující toto klubíčko (capsula glomeruli), které je složeno z vnějšího listu (obklopuje celé tělísko) a vnitřního listu (naléhá na cévní klubíčko). Mezi těmito listy se vytváří prostor, do kterého se filtruje tzv. glomerulární filtrát někdy označovaný jako primitivní moč. Druhou částí každého nefronu je systém kanálků (tubulů), který odvádí tento filtrát k vývodným močovým cestám. První velmi výrazný je proximální kanálek, který postupně přechází v distální

kanálek. Přejich mezi nimi se nazývá Henleova klička. Kanálky svým průběhem zasahují do kůry i dřene ledviny.

1.1.3 Odvodné a sběrací kanálky

K odvodu filtrátu z nefronů dochází dalším systémem kanálků, které se proto nazývají sběrací a odvodné (tubuli colligentes). Každý z nich dokáže pojmout filtrát přibližně z 5-10 nefronů. (Čihák, 2013, s. 266 - 275, 281; Teplan a kol., 2006, s. 3)

1.2 Fyziologie ledvin

Hlavní funkcí ledvin je produkce moči, ve které se vyskytují odpadní látky, nadměrné množství vody a elektrolytů. Tímto procesem se udržuje v těle optimální rovnováha mezi elektrolyty a potřebným množstvím vody. Jinak řečeno, zachovává se stálost vnitřního prostředí. (Čihák, 2013, s. 265 - 266; Langmeier a kol., 2009, s. 105)

1.2.1 Tvorba moči

Vzhledem k náročnosti procesů, které v ledvinách probíhají, je poloha v blízkosti páteře, kde probíhá břišní aorta, velmi výhodná. Ledviny potřebují být bohatě krevně zásobené, což je zajištěno ledvinnými tepnami odstupujícími přímo z aorty. Zároveň dochází v glomerulech k ultrafiltraci plazmy na základě vysokého krevního tlaku v kapilárah (cca 60 mmHg). Tohoto tlaku je dosaženo i vlivem malého větvení ledvinných tepen. Je prokázáno, že zdravý dospělý člověk vyprodukuje za 24 h přibližně 1,5 - 2 litry moče. K tvorbě moči dochází na základě tří pochodů, odehrávajících se v nefronu:

- glomerulární filtrace
- tubulární resorpce
- tubulární sekrece

1.2.2 Glomerulární filtrace

Tento proces probíhá jedním směrem, kdy je dochází k filtraci plazmy z kapilár glomerulu do prostoru Bowmanova pouzdra. Přes stěnu kapilár volně prochází voda a v ní rozpuštěné látky a albumin. Vlivem velkého průtoku krve ledvinami se za minutu vytvoří 125 ml ultrafiltrátu. Za celý den činí množství ultrafiltrátu 180 l, což by nebylo v lidských silách vyloučit z těla. Proto se takto velké množství reguluje dalšími procesy v tubulech.

1.2.3 Tubulární resorpce

Hlavní funkcí tohoto procesu je zpětně resorbovat vyloučenou vodu do ultrafiltrátu a spolu s ní i ionty potřebné pro udržení jejich stálých hladin v organismu. Vstřebávání

vody a iontů se děje buď na základě pasivního transportu bez spotřeby energie (voda a ionty přestupují na základě koncentračního nebo elektrického gradientu) nebo aktivního transportu za spotřeby energie.

V proximálním kanálku probíhá tzv. obligátní (povinná) resorpce, kdy se vstřebá třetina z celkového množství ultrafiltrátu bez ohledu na to, zda máme či nemáme dostatek vody v těle. Kromě vody se zde vstřebává Na^+ , HCO_3^- , glukóza, aminokyseliny, laktát, močovina, fosfáty, bílkoviny, Cl^- a malé množství K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+} .

V Henleově kličce se vstřebá už jen 15% vody, protože většina byla vstřebána v předchozím segmentu. Kromě malého množství vody se zde resorbují stejné ionty jako v proximálním kanálku.

V distálním a sběracím kanálku probíhá tzv. fakultativní (výběrová) resorpce, kdy se vstřebá pokaždé odlišné množství vody a to v závislosti na množství ADH v plazmě. Dále se zde vstřebávají pouze ionty Na^+ , Cl^- , K^+ , HCO_3^- .

1.2.4 Tubulární sekrece

Tento děj naopak přesouvá látky do ultrafiltrátu. V proximálním kanálku se secernují např.: žlučové soli, oxalát, dopamin, adrenalin, cizorodé látky a léky (PAH, PNC). V distálním kanálku přechází do ultrafiltrátu ionty K^+ a H^+ . (Langmeier a kol., 2009, s. 106 - 122, Čihák, 2013, s. 273)

1.2.5 Koncentrace moče

Schopnost ledvin je udržovat stálost vnitřního prostředí na základě vylučování velkého množství vody nebo látek v ní rozpuštěných. Zda bude definitivní moč koncentrovaná či nikoliv záleží na množství vstřebané vody v průběhu tubulárního systému nefronu a také na plazmatické koncentraci ADH.

Pokud příjem vody do organismu bude vysoký, plazmatická koncentrace ADH bude na nízkých hladinách, tím pádem se v tubulech vstřebá minimum vody. Naopak bude-li příjem vody do organismu nízký, plazmatická koncentrace ADH vzroste, tím pádem se v tubulárním systému vstřebá velké množství vody pro zachování ABR. (Teplan a kolektiv, 2006, s. 11 - 12; Langmeier, 2009, s. 123 - 126)

2 SELHÁNÍ LEDVIN

Jedním z nejčastějších důvodů, který vede k transplantaci, je selhání funkce ledvin. Většina pacientů trpí dlouhodobým selháváním tohoto orgánu, a proto budu této problematice věnovat větší část v této kapitole.

2.1 Akutní selhání ledvin

Tento stav je charakteristický náhlým poklesem ledvinných funkcí. Poklesem ledvinných funkcí máme na mysli zvýšené hodnoty sérového kreatininu (konkrétně vzestup o více než 26 $\mu\text{mol/l}$ nebo 1,5 \times jeho vyšší hladina oproti původní hodnotě) nebo pokles tvorby moči (konkrétně pod hodnotu 0,5 ml/kg za hodinu po časový interval delší než 6 hodin).

V dnešní době je termín „akutní selhání ledvin“ zastaralý. Místo toho byl zaveden nový termín a to „akutní poškození ledvin“ (AKI). Podle klasifikačního systému AKIN (Acute Kidney Injury Network) můžeme AKI dělit do 3. stádií. Do prvního stádia spadají rizikovní pacienti se zachovanou nebo lehce sníženou diurézou a lehce zvýšenou hladinou sérového kreatininu. Druhé stádium je typické pro pacienty již s výrazným poškozením ledvinných funkcí a do třetího stádia spadají ti pacienti, jejichž hodnoty sérového kreatininu jsou několikanásobně zvýšené a zároveň je výrazně omezena tvorba moči až k nulovým hodnotám. Do posledního stádia bývají zařazováni i ti, kteří se léčí dialyzačními metodami.

Příčin vzniku AKI je hned několik a všeobecně se dají rozdělit na prerenální, renální a postrenální. První skupina obsahuje 40-80% případů a je charakteristická poruchou renální autoregulace a s tím související zvýšené hodnoty kreatininu a urey v séru a pokles GF. Renální příčiny obsahují velkou skupinu onemocnění, která se podílejí na poškození různých částí ledvin (glomeruly, cévy, tubuly, ...). Postrenální příčiny jsou spjaty s obstrukcí vývodných močových cest, která způsobí masivní vzestup tlaku nad překážkou a tím poškození ledviny. (Teplan, 2013, s. 61 – 74; Teplan a kol., 2010, s. 17 - 19, 37 - 52; Viklický a kol., 2010, s. 93; Merta, 2009, s. 347 - 348)

Vlivem rozvoje diagnostických a léčebných metod můžeme časněji identifikovat toto onemocnění a nastavit pacientovi účinnou léčbu. Hospitalizace pacientů s AKI je ve většině případů na jednotkách intenzivní péče nebo anesteziologicko-resuscitačních

odděleních, kde je zajištěna jejich adekvátní léčba a monitorace celkového stavu. Úspěšnost léčby spočívá také ve spolupráci s nefrologem a včasným odhalením příčiny. (Teplan a kol., 2010, s. 17; Merta, 2009, s. 349)

2.2 Chronické selhání ledvin

CKD neboli „chronické onemocnění ledvin“ (používaný termín místo „chronické selhání ledvin“) je v naší populaci stále častěji se vyskytující onemocnění. Trend v navyšování takto ohrožených pacientů je dán nárůstem výskytu civilizačních chorob, zejména se jedná o hypertenzi a diabetes mellitus (hlavně 2. typu). Definovat toto onemocnění můžeme jako poškození renální struktury nebo funkce, které trvá déle než 3 měsíce. Určení časového intervalu je důležité kvůli odlišení od AKI a jiných onemocnění ledvin. Nejlepším ukazatelem poškození renální funkce je GF, kdy hodnota $< 0,25$ ml/s je považována za selhání ledvin. S přibývajícím věkem je zcela fyziologické, že dochází k poklesu GF, avšak masivní pokles pod hodnotu 1 ml/s přináší s sebou řadu komplikací, mezi které patří např. toxicita léků vylučovaných ledvinami či komplikace spojené s kardiovaskulárním aparátem. Dalším věrohodným ukazatelem poškození renální funkce je únik albuminu do moči, kdy hodnota > 30 mg/den a trvající déle než 3 měsíce jasně poukazuje na CKD. (Viklický a kol., 2013, s. 14 - 17; Vachek a kol., 2012, s. 107; Viklický a kol., 2010, s. 85)

2.2.1 Klasifikace CKD

Dělení chronických onemocnění ledvin dle stupně závažnosti se děje na základě dvou výše zmíněných ukazatelů funkce ledvin (tedy GF, albuminurie) a dále i podle příčiny vzniku. Při detailnějším zaměření na GF máme následující kategorie:

- G1 – GF $> 1,5$ ml/s
- G2 – GF v rozmezí 1,0 – 1,49 ml/s
- G3a – GF v rozmezí 0,75 – 0,99 ml/s
- G3b – GF v rozmezí 0,5 – 0,74 ml/s
- G4 – GF v rozmezí 0,25 – 0,49 ml/s
- G5 – GF $< 0,25$ ml/s

První 4 kategorie poukazují na poškození ledvin, 5. kategorie na těžké poškození ledvin a poslední kategorie svědčí o chronickém selhání ledvin s indikací k léčbě některou z náhradních funkcí ledvin, kterým se budu věnovat v následující kapitole. (Viklický a kol., 2013, s. 18; Teplan, 2013, s. 253)

2.2.2 Progrese CKD

Z předchozí klasifikace zcela jasně vyplývá, že dochází k rozvoji tohoto onemocnění až do stádia, kdy kompenzační mechanismy nestačí pokrýt nároky lidského organismu. Pacienti tedy musí přecházet na náhradní funkce ledvin. Jak onemocnění postupuje, projevují se současně i některé změny na ledvinách. Tyto změny zahrnují hlavně glomerulosklerózu, tubulointersticiální fibrózu a vaskulární sklerózu. Ke glomeruloskleróze dochází, když se ještě zdravé glomeruly snaží zvýšením tlaku zachovat funkci ledvin. Na zvýšení tohoto tlaku má z převážné části vliv látka nazývaná se angiotenzin II, která zároveň způsobuje i vyšší propustnost těchto glomerulů pro proteiny. Další zmiňovaná změna se děje na podkladě poruchy buněk tubulů. Takto porušené buňky kaskádovitou reakcí aktivují fibroblasty k tvorbě vaziva. Vaskulární skleróza způsobí nedostatečné prokrvení intersticia, což má za následek zmnožení vaziva v tomto prostoru. (Viklický a kol., 2013, s. 34 - 40; Vachek a kol., 2012, s. 108; Viklický a kol., 2010, s. 85)

Při pokračujícím rozvoji onemocnění dochází i k poruše resorpčních a sekrečních mechanismů v tubulech. Postupně dochází k zadržování mnoha látek v těle (např.: sodík, fosfor, amoniak...) v posledních fázích chronického onemocnění i vody. Může však docházet i k opačnému jevu a to k nadměrnému vylučování vody společně s ionty sodíku. Tento jev se snaží lidské tělo vykompenzovat nadměrným příjmem tekutin na základě polydipsie. Na základě těchto výrazných změn funkce tubulů a hromaděním odpadních látek (převážně kyselých) v našem těle dochází i k nabourání stálosti vnitřního prostředí. Tomuto jevu říkáme metabolická acidóza.

CKD je typické celou řadou doprovázejících komplikací, mezi které patří např.: poruchy výživy, anémie, poruchy lipidového metabolismu, kostní poruchy a zvýšené riziko kardiovaskulárních komplikací. (Teplan, 2013, s. 253 - 257; Vachek, 2012, s. 109)

2.2.3 Léčba CKD

Nejlepším možným řešením je včasné a pravidelné sledování nefrologem. Většina pacientů vyhledává lékařskou pomoc pozdě, kdy jim je diagnostikována již některá z pokročilých forem ledvinového selhání. Pacient má pak větší šanci na léčbu bez nutnosti náhrady funkce ledvin nebo dostatek času na přípravu k léčbě jednou z těchto variant. Předede se tak celé řadě komplikací a po finanční stránce je léčba méně nákladná. Tomu se však neděje u tzv. pacientů z ulice. Další volbou je konzervativní terapie zpomalující rozvoj onemocnění. Do této kategorie patří: dietní režim (nízkobílkovinná dieta, omezit solení), léčba hypertenze, léčba cukrovky, úprava metabolické acidózy a anémie, fyzická aktivita a mnohé další. (Viklický a kol., 2013, s. 23 - 24, 73; Teplan, 2013, s. 257 - 258; Vachek a kol., 2012, s. 109; Viklický a kol., 2010, s. 85)

3 DIALYZAČNÍ METODY

Z předcházející kapitoly víme, že může docházet k akutnímu poškození a chronickému onemocnění ledvin, což vede k nahromadění škodlivých látek v těle. Aby se tělo těchto škodlivin zbavovalo, slouží pro tyto účely dialyzační metody patřící mezi tzv. náhradní funkce ledvin.

3.1 Hemodialýza

Tento druh náhradní funkce ledvin má u nás široké zastoupení. K tomu, aby byla prováděna, je nutno, aby měl pacient zaveden vhodný cévní přístup.

Rozlišujeme hned několik typů cévních přístupů, kdy metodou volby je vždy ten, který je pro pacienta nejvhodnější. Všeobecně můžeme říct, že u mladších pacientů není problém se zavedením AV píštěle, vzhledem k jejich dobrému stavu cévního řečiště. Častější metodou volby u starších pacientů je centrální žilní katetr právě kvůli špatnému a křehkému stavu cévního řečiště, kdy se zavádí katetr do větší a odolnější žíly (v. subclavia, v. jugularis interna, v. jugularis externa). Takovýto zásah do cévního řečiště vyžaduje koordinaci mezi několika specialisty. Konkrétně se jedná o nefrologa, který doporučí k zákroku. Dále o kardiologa, který zhodnotí stav srdce a cévního řečiště. Dále cévního chirurga zabývající se samotným vytvořením cévního přístupu dle nejlepší volby v závislosti na kvalitě cév pacienta. A v neposlední řadě je to radiolog, který kontroluje zobrazovacími metodami správné zavedení katetru či vytvoření AV píštěle. (Chytilová a kol., 2015, s. 64 – 65, 86; Teplan a kolektiv, 2015, s. 290; Lachmanová, 2008, s. 42 – 43)

3.1.1 Cévní přístupy

AV píštěl je vytvoření spojky mezi tepnou a žílou na horní končetině. Dle míst zavedení můžeme rozlišovat píštěl ve fossa radialis, na zápěstí, na předloktí, v loketní jamce. Indikaci k zavedení spojky dává nefrolog a to u pacientů s pokročilým selháváním ledvin. Píštěl je vhodná k použití až za několik týdnů po jejím vytvoření. Během této doby dozrává, protože napojením tepny na žílu protéká žílou mnohem větší průtok krve a její cévní stěna postupně zesiluje. Se vznikem píštěle přibývají pacientovi i určitá omezení, o kterých je ho nezbytné informovat. Jedná se např.: minimální zátěž na končetinu s píštělí, nesmí si na této končetině měřit TK, atd. (Chytilová a kol., 2015, s. 15, 20, 67; Lachmanová, 2008, 42 - 45)

Zavedení centrálních žilních katétrů je dlouhodobou záležitostí i na několik let. Existuje několik typů katétrů co se týče do počtu linek, materiálu, délky, ceny, atd. Všechny tyto parametry a mnoho dalších je pravidelně sledováno a vlivem vývoje nových technologií dochází i k jejich neustálému vylepšování. Vedle řady výhod má zavedení katétrů i některé nevýhody jako jsou: infekce, nižší průtok krve, životnost katétrů, aj. (Chytilová a kol., 2015, s. 82 – 85)

3.1.2 Princip hemodialýzy

Ač by se někomu mohlo na první pohled zdát, že proces hemodialýzy je jednoduchý, opak je však pravdou. Tento proces u některých pacientů trvá i několik hodin, kdy pacient je po tuto dobu uložen na dialyzačním lehátku poblíž přístroje (dialyzační monitor, dialyzátor). Pacientova krev je přiváděna do dialyzátoru z jeho cévního přístupu. V dialyzátoru dochází k procesu, kdy přes polopropustnou membránu dochází k přestupu látek na základě jejich koncentračního spádu z krve do dialyzačního roztoku (tzn. látky z míst o vyšší koncentraci putují do míst s nižší koncentrací) a ultrafiltrace. Takto se očišťuje krev od odpadních a toxických látek a udržuje se rovnováha elektrolytů v krvi, která se vrací do pacientova oběhu. Jelikož je hemodialýza časově dlouhý proces, je nutno krev ředit zpravidla nízkomolekulárními hepariny, aby se dialyzovaná krev nesrazila. Dalším nezbytným krokem je i ohřívání již dialyzované krve na tělesnou teplotu a také kontrola na vzduchové emboly pomocí speciálního čidla umístěného před návratem krve do oběhu pacienta (prevence plicní embolie). Většina pacientů potřebuje dialýzu 2 – 3× týdně, což sebou přináší potřebu větší časové rezervy z důvodu dopravy do dialyzačního centra. Pacienti bývají po procesu i často unavení, proto je vhodné, aby měli přítomen doprovod. (Teplan, 2013, s. 296 – 297; Viklický a kol. 2010, s. 145; Viklický a kol., 2008, s. 22 – 23)

3.1.3 Domácí hemodialýza

Od roku 2016 je v České republice pomalu zaváděna léčba hemodialýzou v domácím prostředí. Pacient má v domácnosti přístroj podobný tomu v nemocnici avšak s tím rozdílem, že je naučen k jeho samoobsluze. Nutnou podmínkou je zavedení plně funkčního cévního přístupu. Tato forma dialýzy je určena pro pacienty čekající na transplantaci nebo těm, kteří nemohou podstupovat peritoneální dialýzu. Sestra k pacientovi dochází pouze jednou za měsíc na kontrolu jak samotného přístroje, tak celkového stavu pacienta, objednává materiál, edukuje pacienta a odebírá krev. (www.dialyza.cz)

3.2 Peritoneální dialýza

Tento typ náhradní funkce ledvin není v naší zemi tak častý, ale přesto se u pacientů, kteří PD mají, těší veliké oblibě. Jedná se hlavně o to, že pacienti si mohou provádět dialýzu v pohodlí svého domova a nemusí se stresovat dojížděním do dialyzačního centra. Jak jsem již napsala, pacient si může provádět dialýzu zcela sám a nebo za pomoci dalšího rodinného příslušníka. K tomu je nutná výborná znalost dialyzační techniky, kterou zajišťuje sestra se speciálním vzděláním. Ta může docházet i do domácnosti pacienta a zajišťovat tak jeho dialýzu. Tomuto procesu se říká tzv. asistovaná dialýza. PD se zpravidla provádí v intervalu 4× denně, což samozřejmě souvisí s nárokem na čas a vzhledem k četnosti dialýz i na množství materiálu, který musí pacient doma skladovat. Může se provádět i během pacientova spánku, kdy je vše řízeno přístrojem. (Teplan, 2015, s. 292; Viklický a kol., 2008, s. 26)

3.2.1 Peritoneální katétr

K tomu, aby mohla PD prováděna, je nutno, aby každý pacient měl založený peritoneální katétr. Jak už z názvu vyplývá, jeho umístění je v oblasti břicha, která je pečlivě vybírána s ohledem na výšku pasu, množství tukových záhybů, lokalizace jizev a hernií. Katétrů je velké množství stejně jako hemodialyzačních. V zásadě však můžeme říct, že při jejich zavádění rozlišujeme 3 části: intraabdominální, intramurální a extraabdominální. První část je zavedena uvnitř břišní dutiny a slouží pro samotnou výměnu roztoku. Další část katétru prochází skrz svaly břišní stěny a poslední část katétru je viditelná na povrchu těla. Samotné zavádění vyžaduje koordinaci více specialistů. Obdobně jako při zavádění cévních přístupů se jedná hlavně o nefrologa, chirurga a radiologa. Po zavedení katétru se čeká zhruba 14 dní na jeho úplné zhojení. Poté je pacient plně připraven na používání PD. Důležitou roli hraje také pravidelná a správná péče o katétr. Se zavedením souvisí i možné komplikace, které mohou nastat. Mezi ně patří: infekce (kožní, peritonitida), hematomy v okolí, nitrobřišní krvácení, dislokace katétru a mnohé další. (Viklický a kol., 2013, s. 206 - 211; Teplan, 2013, s. 294)

3.2.2 Princip peritoneální dialýzy

Jak vůbec celý tento děj probíhá? Hlavní podstatu má stejnou s hemodialýzou. Do dutiny břišní je pomocí katétru napuštěn dialyzační roztok. V břišní dutině pak následuje výměna látek po koncentračním gradientu a ultrafiltrací přes polopropustnou membránu, což je v tomto případě pobřišnice. Následně je roztok po výměně vypuštěn. (Teplan, 2013, s. 291 – 292; Teplan, 2015, s. 292; Vísnerová, 2017, s. 2)

4 TRANSPLANTACE LEDVIN

Nejlepší volbou léčby selhávajících ledvin je její transplantace. S postupným přibýváním pacientů s onemocněním ledvin roste i počet čekatelů na tuto operaci. (Viklický a kol., 2013, s. 214)

4.1 Čekací listina

Waiting list (WL) neboli čekací listina dává každému pacientovi se selhávajícími ledvinami šanci na prodloužení života. V posledních letech dochází k nárůstu počtu čekatelů na transplantaci ledvin, ale i ostatních orgánů. Dle statistik Koordinačního střediska je počet čekatelů na novou ledvinu 564 (k 5. 3. 2018). K tomu, aby byl pacient zařazen na čekací listinu, musí absolvovat určitá vyšetření, který napoví o jeho zdravotním stavu. Tato informace je velice důležitá pro eliminaci nežádoucích komplikací, které se mohou vyskytnout po transplantaci. Onemocnění, která brání zařazení na WL, jsou např.: nevyřešená malignita, aktivní infekce, jaterní onemocnění v terminálním stádiu, masivní obezita, závažná kardiovaskulární onemocnění, respirační selhání a další. Pacientům na WL je aktivně vyhledáván dárcé, proto je délka čekací lhůty na operaci značně individuální. Specialisté se shodují, že nejlepší čas na transplantaci je ještě před zahájením dialýzy, tzv. preemptivní transplantace. Pokud je délka čekací doby na transplantaci delší než 2 roky, výrazně se tím snižuje šance na správné uchycení štěpu v těle příjemce. (Hanuš a kol., 2015, s. 240 – 241; Dedinská a kol., 2014, s. 61; Viklický a kol., 2013, s. 215; www.kst.cz)

4.2 Dárci orgánů a kontraindikace

V České republice upravuje darování, odběr a metodu transplantace tzv. transplantační zákon (zákon č. 285/2002 Sb.). Mezi nejdůležitější body tohoto zákona patří přesné vymezení postupu u pacientů se smrtí mozku jako potencionálních dárců. Jako potencionální dárcé je v naší republice považován každý, kdo za svého života nevyjádřil nesouhlas s posmrtným darováním orgánů. Lidé, kteří odmítají darovat posmrtně své orgány jsou evidovány v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtných odběrem tkání a orgánů, nebo mohou za svého života vyslovit nesouhlas za přítomnosti lékaře a dalšího svědka ve zdravotnickém zařízení. Další právo na nesouhlas s odběrem orgánů mají i zákonní zástupci osob do 18 let. Patří sem i stav, kdy nemůžeme zcela jasně vyloučit, pokud zemřelí netrpěli závažným stavem, který by mohl následně ohrozit

příjemce na životě. (Hanuš a kol., 2015, s. 242; Teplan, 2013, s. 302; Zákon č. 285/2002 Sb.)

Další kontraindikace v darování orgánů patří do oblasti medicíny. V první řadě se jedná o přenosné infekční onemocnění (AIDS, hepatitida B a C, tuberkulóza) vyskytující se u potencionálního dárce. Dále se jedná o různá maligní onemocnění dárce, které by se vlivem transplantace mohlo přenést do těla příjemce (tumor mozku, kůže, ...). Také sem můžeme zařadit i obavu z nedostatečné funkce orgánu po jeho transplantaci. (Teplan a kol., 2015, s. 314 – 316; Viklický a kol., 2010, s. 119 - 120)

Dárce jako takové můžeme rozdělit do 2 velkých skupin: žijící a zemřelí. I když v ČR převažují zemřelí dárce, postupně dochází k rozvoji transplantací od živých dárců. (Teplan a kol., 2015, s. 317)

4.2.1 Zemřelí dárce

Za zemřelého dárce je považován každý, pokud u něj byla prokázána smrt mozku. Jelikož v každé zemi je tento pojem chápán trochu odlišně, v širokém slova smyslu se vyskytují 2 velké skupiny názorů na smrt celého mozku nebo smrt mozkového kmene. K určení smrti mozku existuje daný postup, v zásadě se jedná o vyšetření kmenových reflexů. Od zemřelého dárce se neodebírají pouze ledviny, ale i další orgány určené k možné transplantaci (srdce, játra, ...). Odběr orgánů má přísná pravidla a časový limit k tomu určený musí být co nejkratší. To vyžaduje souhru všech multioborových specialistů. Kroky, které se musí učinit k odběru orgánu, mají daný postup. Nejdříve se musí orgán vypreparovat, poté se musí omývat konzervačním roztokem a následně se může orgán vyjmout z těla pro účely transplantace. (Hanuš a kol., 2015, s. 242 – 243; Třeška a spol., 2008, s. 40; Viklický a kol., 2008, s. 97 - 103)

4.2.2 Žijící dárce

V současné době se klade stále větší důraz na transplantaci ledvin od žijícího dárce, ať již v příbuzenském či nepříbuzenském stavu. Možnost darování ledvin od živého dárce několikrát zvyšuje délku přežití příjemce a nabízí mu tak kvalitnější život. To, jestli je kandidát vhodným dárce, rozhodne až série předtransplantačních vyšetření. Mezi ně patří vyšetření renálních funkcí – zda u dárce bude dostatečná GF při zachovalé funkci jedné ledviny. Dále vyšetření TK, kdy je nutno vyloučit jeho vysoké hodnoty nad 140/90 mmHg. Vyšetření nutričního stavu má odhalit obezitu, kdy takovýto dárce jsou nevhodní pro darování, jelikož s obezitou se pojí hodně rizikových faktorů. Vyloučení diabetu,

proteinurie a hematurie také patří k těmto vyšetřením. (Hanuš a kol., 2015, s. 242 – 243; Viklický a kol., 2013, s. 223 - 226)

Odběr ledviny od žijícího dárce se děje v celkové anestezii na operačním sále. Pokud to lze, raději se volí jako dárcovská levá ledvina z důvodu jejího delšího žilního zásobení. Pro chirurga je nutné před odnětím orgánu znát cévní zásobení ledvin. K těmto účelům se využívá CT a MR angiografie. Odebrat orgán může chirurg buď otevřenou cestou nebo laparoskopicky. Druhý zmiňovaný způsob je více preferován vzhledem k nižšímu výskytu komplikací a výraznému zkrácení pooperačního léčení. (Hanuš a kol., 2015, s. 243 – 244; Viklický a kol., 2008, s. 104)

4.3 Příjemce ledviny

Vzhledem k vysokému počtu čekatelů na novou ledvinu a nedostatečnému počtu vhodných ledvin k transplantaci musela být vytvořena určitá pravidla, který z čekatelů danou ledvinu dostane. V ČR se zastávají 4 základní pravidla: krevní skupina, frekvence cytotoxických protilátek, HLA antigeny a délka na čekací listině.

4.3.1 Krevní skupina

Dárce a příjemce se musejí shodovat v typu krevní skupiny. Obdobně se tomu tak děje i při transfuzi krve. Možné krevní skupiny jsou: A, AB, B, 0.

4.3.2 Frekvence cytotoxických protilátek

Je kladen velký důraz, aby hladina těchto látek byla co nejnižší.

4.3.3 HLA antigeny

Pravidlo shody v HLA antigenech je to nejdůležitější. Prokazuje se shoda antigenů lokusů A, B a DR. Při absolutním shodování antigenů je dokázána lepší funkčnost a delší životnost štěpů.

4.3.4 Délka na čekací listině

Platí zásada, že pacienti čekající na ledvinu déle než 5 let jsou upřednostňováni. Pokud je pacient z WL na nějakou dobu vyřazen, zohledňuje se při dalším výběru vhodného kandidáta pouze aktivní doba strávená na tomto seznamu. (Viklický a kol, 2008, s. 117 – 119)

4.4 Postup transplantace

Samotnému chirurgickému řešení předchází podrobný odběr anamnézy a fyzikální vyšetření v oblasti pánve. Samotné operační řešení má 2 velké fáze: vaskulární a urologickou. V první z nich se odehrává napojení tepen a žil darované ledviny na tepny a žíly v pánevní oblasti příjemce. Ve druhé fázi se obnoví průchodnost močovodu. (Hanuš a kol., 2015, s. 244; Teplan, 2013, s. 303)

4.5 Komplikace

Transplantace jako chirurgický zákrok s sebou přináší i řadu rizik. Mohou nastat během operace (krvácení, anomálie cévního zásobení štěpu, ...) ale také po ní. Mezi pooperační řadíme cévní komplikace (trombóza renálních cév, HŽT, ...). Tyto komplikace mohou být tak závažné, že způsobí špatnou funkčnost štěpu. Další pooperační komplikace jsou spojeny s urologickými problémy, zejména s obstrukcí močovodů. Dále je pacient ohrožen rizikem vzniku infekce z důvodu operační rány a mnoha dalšími komplikacemi (GIT obtíže, erektilní dysfunkce, ...). Z hlediska dlouhodobých komplikací jsou pacienti pravidelně sledováni kvůli cukrovce, TK, nutričním hodnotám, atd.

K výrazným problémům patří rejekce transplantované ledviny neboli její odhojení. K tomuto stavu může docházet kdykoliv po transplantaci. Podle časového intervalu od transplantace po vznik rejekce můžeme tyto rejekce dělit na akutní (do 3 měsíců od transplantace) a chronické (období delší než 3 měsíců od transplantace). Aby k rejekcím nedocházelo, je nutné, aby pacienti po transplantaci dlouhodobě užívali léky potlačující imunitu (tzv. imunosupresivní léčba). (Hanuš a kol., 2015, s. 246 – 247; Teplan, 2013, s. 303 - 306)

4.6 Etika transplantace

Hodně diskutovaným tématem bývá smrt mozku. Pro laika je představa smrti spojená s nebijícím srdcem. Smrt mozku je pak pro ně neuchopitelná představa, kdy srdce a ptažmo i plíce vykazují stále činnost při napojení na přístroje, ale mozek již dávno přestal fungovat. Dřívější vnímání smrti spojené se zástavou činnosti srdce vedlo k tomu, že potenciaální orgány v těle zemřelého podléhaly ischemii a pro případnou následnou transplantaci byly nepoužitelné. Z tohoto důvodu se zavedlo nové vnímání smrti jako smrti mozku, při které nedochází k ischemii transplantovatelných orgánů. Pro většinu lidí by možná mohla vyvstat otázka, zda tento způsob prohlášení za mrtvého lze zneužít. Ale opak

je pravdou. Konstatování smrti mozku je velice přísně medicinsky kontrolováno na základě speciálních vyšetření a zároveň i několikerou kontrolou více na sobě nezávislých lékařů.

S rodinou se zdravotní pracovníci setkávají napříč všemi obory. Ne jinak tomu je i v transplantologii, kdy právě rodina může ukládat nebo odpírat souhlas s odběrem orgánů u svého zemřelého příbuzného. Je třeba v tomto ohledu rodinu ujistit, že pro záchranu života jejich příbuzného bylo uděláno maximum, jelikož pud sebezáchovy je u každého z nás na prvním místě. Právě na toto pomýšlí i lékaři a snaží se vždy zachovat lidský život. Pokud to není v jejich silách a je konstatována smrt mozku a zemřelí neměl za průběhu jeho života výslovné či písemné námitky k odmítnutí darování jeho orgánů, je možné orgány odebrat k transplantaci.

Dalším diskutovaným problémem hlavně mezi samotnými čekateli na transplantaci je délka čekací doby. V zásadě se jedná o individuální záležitost, na kterou pacientovi přesně neodpoví žádný lékař. Většina lidí v transplantacích vidí pouze tu operační část, avšak úplně pomíjejí to, že se orgány příjemce a dárce musí shodovat na imunologické úrovni (HLA antigeny). Někteří pacienti na WL mají tak dříve dostupného vhodného dárce než ti, kteří čekají na novou ledvinu léta. Je proto nezbytností těmto pacientům vysvětlovat, že nedochází k upřednostnění jiných pacientů před jimi samotnými. (Haškovcová, 2015, s. 155 – 157; Šimek, 2015, s. 187 – 189)

Obrovským problémem je nelegální obchod s orgány. K narůstající poptávce čekatelů na novou ledvinu se do budoucna můžeme dočkat i toho, že naši pacienti budou vycestovávat za transplantací do východních zemí, kde jim bude voperována ledvina od nepříbuzného žijícího dárce, který svou ledvinu obětoval tamnímu nemocničnímu zařízení za jistý finanční obnos. (Ptáček a kol., 2014, s. 305)

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA PO TRANSPLANTACI LEDVINY

V předcházející kapitole jsem se částečně věnovala péči o pacienta před transplantací, proto bych se v této kapitole zmínila hlavně o ošetřovatelské péči na lůžkovém oddělení interní kliniky FN Plzeň, kde jsem strávila část své praxe. Konkrétně se jedná o pooperační ošetřovatelskou péči až do doby propuštění pacienta.

5.1 Časná péče

Pokud je pacient stabilizovaný, není nutný jeho pobyt po operaci na intenzivním lůžku. Překlad pacienta z chirurgického lůžka na interní se uskutečňuje zpravidla 3. až 4. den po operaci. Při příjezdu se pacient postupně seznamuje s ošetřujícím personálem, chodem a prostředím pro něj nového oddělení. V této fázi péče se začíná s intenzivní edukací ohledně transplantačního režimu. Je důležité, aby se edukace zúčastnili i rodinní příslušníci, kteří mohou být nápomocni pacientovi v domácím ošetřování.

Jak takový režim vypadá? Ošetřující personál pravidelně kontroluje u pacienta FF, TT, příjem a výdej tekutin po 6 hodinách. Dále je nutné sledovat každý den hmotnost pacienta kvůli zjištění optimální hydratace těla. Je normální, že v pooperačním období mají pacienti několik kilogramů navíc z důvodu masivní hydratace a postupnému navyšování funkce transplantované ledviny. Váhový příbytek se posléze upraví sám vlivem diurézy. Všechny tyto údaje jsou pravidelně zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Personál má také na starosti pravidelnou kontrolu CŽK a jeho převaz, kontrolu množství tekutiny v drénech a celkovou péči o PMK. Jejich vyndání se uskutečňuje v závislosti na probíhající léčbě a funkčnosti štěpu. Velkou roli hraje dodržování ochranné bariéry. Platí to jak pro pacienta, tak i jeho rodinné příslušníky či ošetřující personál. Nutností je pravidelné mytí a dezinfekce rukou a nošení ústních roušek při vstupu na pokoj transplantovaného. (Vísnerová, 2017, s. 1; Viklický a kol., 2010, s. 130; Viklický a kol., 2008, s. 249)

Každý pacient po transplantaci je doporučován do transplantační ambulance, kam bude pravidelně docházet na kontroly a kde mu je personál plně k dispozici. Proto za doby hospitalizace přichází k pacientovi sestra z této ambulance, aby pacienta začala postupně edukovat se situacemi, které se pro něho po transplantaci změní. Sestra dává

k dispozici i veškerý edukační materiál, aby měl pacient možnost si vše v klidu přečíst a zopakovat.

Důležitá je i spolupráce s fyzioterapeutem, kdy se dbá na včasnou pooperační rehabilitaci, jelikož pacienti jsou před výkonem soběstační. (Vísnerová, 2017, s. 1)

5.2 Následná péče

Vzhledem k tomu, že transplantace je chirurgický zákrok, je brán zřetel na každodenní kontrolu, dezinfekci a převaz rány. Pacienti jsou informováni, že mají udržovat ránu a její okolí v čistotě a v případě komplikací mají kontaktovat ošetřující personál. Denně je také pacient vystavován odběrům krve, které jsou nutné pro optimální nastavení imunosupresivní léčby každého pacienta. Toto je nutné pacientům připomínat, protože pro některé je to velmi stresující záležitost. Zároveň dbáme na aktivní spolupráci mezi personálem a pacientem, což je jeden z hlavních důvodů správného dodržování léčebného postupu.

Dle ordinace lékaře se řídí sonografické kontroly štěpu. V časně péči by tyto kontroly měly být zajištěny každý den. Stále pokračujeme v opakující se edukaci o transplantačním režimu, aby pacient pochopil jeho důležitost. (Vísnerová, 2017, s. 1; Viklický a kol., 2010, s. 130)

Pokud je pacient bez komplikací a má nastavenou imunosupresivní léčbu, dochází 7. až 14. den po operaci k vyndávání stehů z rány. Ze začátku je nutné udržovat ránu v čistotě a omývat ji pouze čistou vodou jako prevence zanesení infekce do rány a poté do transplantované ledviny. Postupně se domlouvá i propuštění do domácího ošetřování.

5.3 Propuštění

Na den propuštění čeká každý pacient ze všeho nejvíce. Ne jinak tomu je i u transplantovaných pacientů, kteří se těší na své známé prostředí. K tomu, aby byl pacient bezstarostně propuštěn, slouží i opětovná důkladná edukace ambulantní sestrou. Pacient je také vybaven kontakty na jednotlivá pracoviště, kde mu jsou k dispozici celých 24 hodin denně. Operační ránu může pacient nechávat volně a smí se pouze sprchovat, aby nedošlo k namokvání a následnému rozpadu rány. Při odchodu má pacient naplánovanou i příští návštěvu ambulance. (Vísnerová, 2017, s. 1)

5.4 Edukace transplantovaných

U každého pacienta by měla být provedena důkladná edukace o možných situacích, kterých mohou nastat v potransplantačním období. Mnoho činností, které běžně zvládali, se pro ně stává složitějšími a u některých to může být naopak. O všem by se měli dozvědět od ambulantní sestry a svého ošetřujícího nefrologa. Je vytvořeno i mnoho edukačních materiálů, které mohou mít pacienti doma, tím pádem je mají stále po ruce. V této kapitole se chci věnovat těm nejdůležitějším oblastem edukace.

5.4.1 Imunosupresivní léčba

Jedná se o pravidelné užívání léků, které potlačují imunitu tělu vlastní. Proč je vlastně důležité tyto léky brát pravidelně? Důvod je prostý. Transplantovaná ledvina není tělu vlastní a všemu cizímu se naše tělo brání. Logicky by naše tělo začalo odmítat novou ledvinu a z tohoto důvodu je nutné brát imunosupresiva. Pacient by nikdy neměl zdvojit předepsanou dávku ani tehdy, pokud si jednu dávku zapomene vzít. O těchto změnách je pacient povinen informovat svého nefrologa. Imunosupresiva jako i jiné léky mají v kombinaci s některými potravinami vyšší účinek, což může být toxické pro transplantovanou ledvinu. Pacienti by se měli vyhýbat např.: pomelu nebo grapefruitu. (Karlíková, nedatováno, s. 3 – 5)

5.4.2 Riziko infekce

V předcházejícím odstavci bylo řečeno, jak imunosupresiva potlačují naši imunitu. To je prospěšné pro správné fungování nové ledviny, avšak naše utlumená imunita nemůže účinně bojovat proti mikroorganismům způsobujících infekce. Běžný člověk si s většinou lehčích infekcí poradí v pohodlí domova, ale pro transplantovaného mohou mít fatální důsledky, ze kterých plyne špatná funkce štěpu. Při střevních infekcích navíc hrozí riziko dehydratace. Při veškerých komplikacích je nutné kontaktovat svého nefrologa.

Pacienti mohou těmto infekcím částečně předcházet sami, pokud dodržují bariérový režim zahrnující např.: pravidelné mytí a dezinfekci rukou, omývání potravin před jejich konzumací nebo pití vody pouze ze známých zdrojů. (Karlíková, nedatováno, s. 7 – 8)

5.4.3 Pohyb a zaměstnání

Život s transplantovanou ledvinou neznamena život bez pohybu. Někteří mohou mít obavy, že svým pohybem mohou poškodit ledvinu. Pohyb je celkově důležitý, i když s jeho intenzitou bychom měli v začátcích po transplantaci šetřit. Lze však postupem času intenzitu navyšovat. Nejvhodnějšími sporty k provozování v potransplantačním období

jsou ty individuální jako např. jízda na kole, běh, sjezdové lyžování a další. Pacienti by se měli vyhýbat kontaktním sportům, kde hrozí riziko poranění břišní oblasti a tím i ledviny.

Do zaměstnání se pacient po dočasné neschopnosti může vrátit, pokud ho nebude ohrožovat na životě. Jako riziková povolání jsou považována všechna pracoviště, kde se pracuje s infekčním materiálem nebo kde se lze nakazit. Také pracoviště, kde pacient přichází do pravidelného kontaktu s chemikáliemi není vhodné. Proto je nutné se o návratu do svého či případně jiného zaměstnání poradit s lékařem. (Karlíková, nedatováno, s. 12 – 13)

Oblastí, ve kterých je třeba vzdělávat, je celá řada. Proto je důležité při každé návštěvě ambulance odpovídat na pacientovi dotazy, protože není pravidlem, že je vše, na co se chce pacient zeptat, obsaženo v informační brožuře. Neustále se tak buduje vztah založený na vzájemné spolupráci lékaře, sestry, pacienta a jeho rodiny.

6 KVALITA ŽIVOTA

Při bližším zkoumání významu slova „kvalita“ zjistíme, že jeho význam je stejný jako slovo „jakost“. Kvalita vypovídá o rozdílnosti jak mezi předměty, tak i živými organismy. V lidské populaci je se slovem kvalita často pojen život jako takový. Života si každý ceníme, a proto jeho míra prožívání a spokojenost s ním má pro nás značný význam. Tento význam můžeme zjistit hodnocením. Nehodnotíme jednotlivce jen jako biologický organismus společnosti, ale bereme v úvahu i jeho psychologické, sociální a duševní nároky.

Ve zdravotnictví se můžeme setkávat s hodnocením kvality života pouze určitých skupin, který mají daný společný znak. Hodnotíme např. kvalitu života diabetiků, popálených, ...

V běžné populaci se pojmem kvalita rozumí jen pozitivní stránky života. Ve zdravotnické praxi ale víme, že pojem kvalita zahrnuje jak pozitivní, tak negativní prožívání. To, jak každý jednatelce svůj život vnímá, je značně individuální. Proto nelze stanovit jednotnou definici kvality života. Další faktor, který to ovlivňuje, je, že tímto termínem se zabývá mnoho specialistů z různých vědních oborů (sociologie, psychologie, ...). (Gurková, 2011, s. 21 - 23)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 FORMULACE PROBLÉMU

Ledviny jsou nejčastěji transplantovaným orgánem v naší republice. Ročně se provede kolem 450 transplantací, z toho většina voperovaných ledvin je od nežijících dárců. Od první transplantace uplynulo mnoho let a během této doby došlo k masivnímu zdokonalení a rozvoji jak transplantačních metod, tak odběru orgánů od dárců. (www.kst.cz)

Toto téma jsem si vybrala z důvodu vysoké četnosti provedených transplantací v ČR, současně selhávání ledvin je jednou z nejčastějších potíží pacientů. Chtěla bych široké veřejnosti přiblížit problematiku této transplantace a zároveň i to, jak se může život s novou funkční ledvinou výrazně zlepšit. Cílem mého šetření bude získat informace od transplantovaných lidí, jak se jejich život změnil po transplantaci (denní aktivity, osobní život, práce, záliby, bolest, celkový zdravotní stav, ...) a zároveň, jaké měli problémy před transplantací. Na konci mého šetření bych chtěla vytvořit edukační materiál pro pacienty, kteří čekají na transplantaci a zmírnit jejich obavy ze samotné operace a zároveň jim ukázat, že kvalita života bude po operaci výrazně lepší.

Zlepší se kvalita života po transplantaci?

8 CÍL VÝZKUMU

Zjistit, jaká je kvalita života pacientů před a po transplantaci ledviny.

9 DÍLČÍ CÍLE A PŘEDPOKLADY

Cíl 1: Zjistit, jaký druh dialyzační léčby pacienti podstoupili před transplantací.

Předpoklad: Domnívám se, že u více než poloviny pacientů byla nejčastějším druhem dialyzační léčby hemodialýza po dobu minimálně 1 roku.

Číslo otázek: 5, 6, 7

Cíl 2: Zjistit, jaká je nejčastější délka čekací doby na transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že méně než polovina pacientů čeká minimálně 1 rok na transplantaci.

Čísla otázek: 8, 9, 10

Cíl 3: Zjistit kvalitu života před a po transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že kvalita života je po transplantaci lepší.

Čísla otázek: 11 - 28

Cíl 4: Zjistit, jaké emoce pacienti prožívali před a po transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že více než polovina pacientů prožívala před transplantací negativní emoce a po transplantaci naopak pozitivní.

Čísla otázek: 15, 18, 23, 26

10 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

V dotazníkovém šetření jsem zvolila záměrný výběr respondentů a to pacienty, kteří jsou minimálně 1 rok po transplantaci. Respondenti mohli být různého pohlaví i věku. Dotazníky jsem rozdala nebo zaslala do transplantačních ambulancí nemocnic, které jsou současně transplantačními centry. Konkrétně jsem rozdala dotazníky ve Fakultní nemocnici Plzeň a zaslala do Transplantačního centra Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze a Fakultní nemocnice Olomouc.

11 METODA SBĚRU DAT

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní výzkum, pomocí dotazníkového šetření. Polostrukturovaný dotazník obsahuje 28 otázek, které jsou uzavřené a polo-uzavřené. Většina otázek je zaměřena na zjištění kvality života před a po transplantaci ledviny. Dále mě zajímalo, jaké pocity a emoce pacienti prožívali před a po transplantaci, jak dlouho museli čekat na vhodného dárce a jaký druh léčby dlouhodobě podstupovali před transplantací. Začátek dotazníku tvoří 4 demografické otázky na pohlaví, věk, bydliště a pracovní zařazení respondentů.

12 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkumné šetření probíhalo od začátku do poloviny března 2018. Dotazníky byly rozdány v tištěné formě ve FN Plzeň a zaslány rovněž v tištěné podobě do Transplantačního centra IKEM a FN Olomouc. Konkrétně se jednalo o pracoviště

transplantačních ambulancí, kam pravidelně docházejí transplantovaní na kontroly. Ve všech případech byla zajištěna anonymita respondentů. Celkem bylo rozdáno 25 dotazníků ve FN Plzeň, 90 dotazníků v IKEMu a 20 dotazníků ve FN Olomouc. návratnost ze všech nemocnic byla 100%, ale 4 dotazníky z FN Plzeň jsem musela vyřadit, protože nebyly zcela vyplněné. K dispozici jsem tedy měla 131 dotazníků vhodných k vyhodnocování. V každé nemocnici jsem měla po vzájemné domluvě povolen výzkum, což dokazují informovanými souhlasy.

13 ANALÝZA ÚDAJŮ

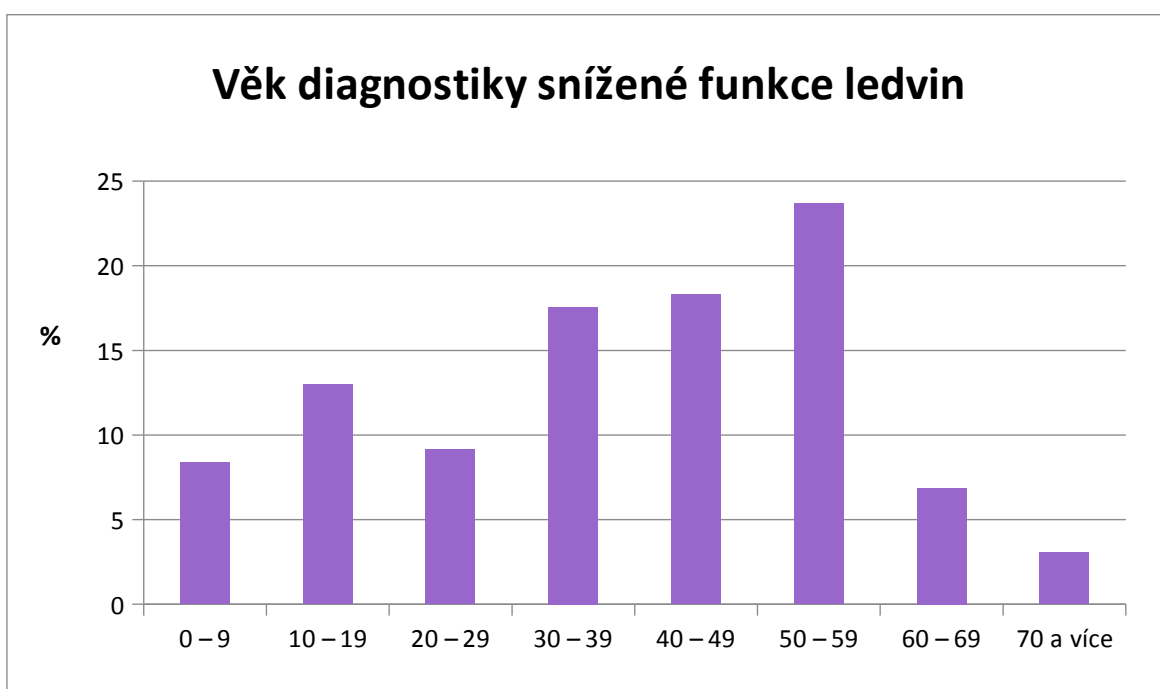
Cíl 1: Zjistit, jaký druh dialyzační léčby pacienti podstoupili před transplantací.

Předpoklad: Domnívám se, že u více než poloviny pacientů byla nejčastějším druhem dialyzační léčby hemodialýza po dobu minimálně 1 roku.

Číslo otázek: 5, 6, 7

Otázka č. 5: V kolika letech Vám byla diagnostikována snížená funkce ledvin?

Graf č. 1 Věk diagnostiky snížené funkce ledvin



Zdroj: vlastní

Celkem bylo dotazováno 21 respondentů (100%) z FN Plzeň, 20 respondentů (100%) z FN Olomouc a 90 respondentů (100%) z Transplantačního centra IKEM.

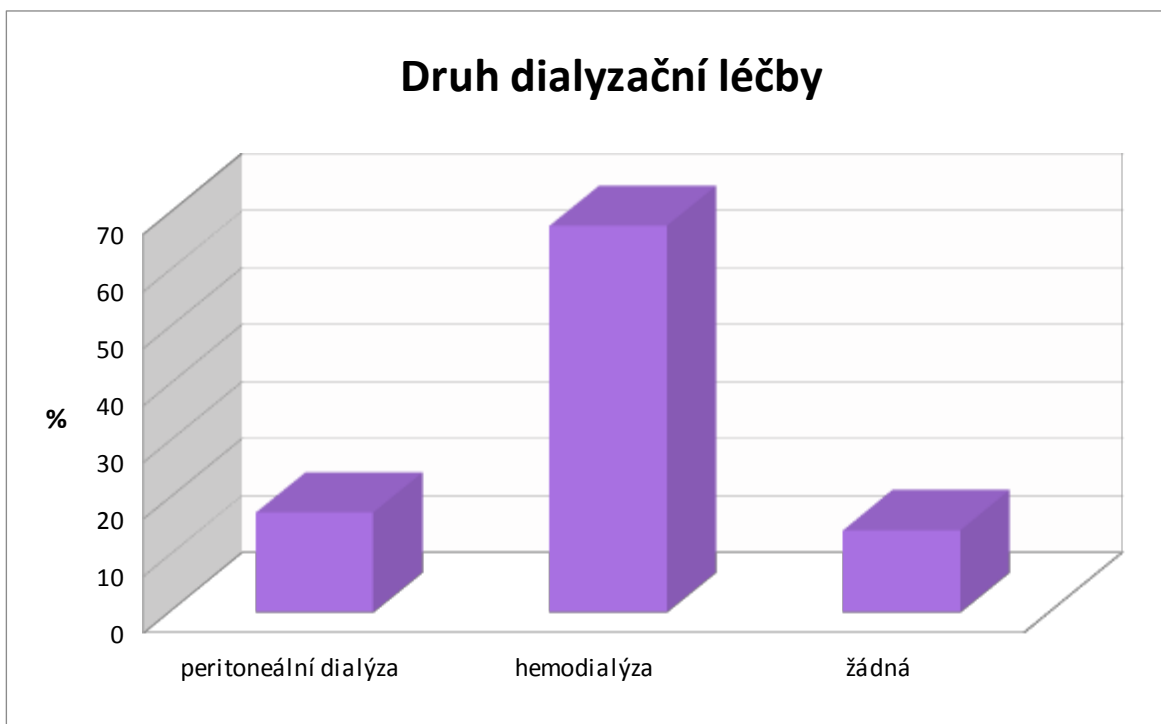
Na tuto otázku neměli respondenti možnost volby odpovědi, tudíž psali skutečný věk, ve kterém jim byla diagnostikována snížená funkce ledvin. Z rozdílných odpovědí jsem si pro lepší hodnocení rozdělila respondenty na věkové kategorie vždy v rozmezí 10 let.

U 11 respondentů (8, 40%) byla diagnostikována snížená funkce ledvin v období od jejich narození do 9 let včetně. 17 respondentů (12, 98%) mělo sníženou funkci ledvin v období 10 až 19 let. 12 respondentů (9, 16%) začalo mít sníženou funkci ledvin v rozmezí 20 až 29 let jejich života. 23 respondentů (17, 56%) mělo sníženou funkci ledvin

mezi 30 až 39 lety. 24 respondentů (18, 32%) mělo sníženou funkci ledvin až v období mezi léty 40 až 49. 31 respondentů (23, 66%) začalo mít problémy s ledvinami ve věku mezi 50 až 59 lety. U 9 respondentů (6, 87%) se diagnostikovala snížená funkce ledvin až v rozmezí mezi léty 60 až 69. U poslední kategorie nad 70 let bylo diagnostikována snížená funkce ledvin pouze u 4 respondentů (3, 05%).

Otázka č. 6: Jaký druh dialyzační léčby jste podstoupili před transplantací?

Graf č. 2 Druh dialyzační léčby

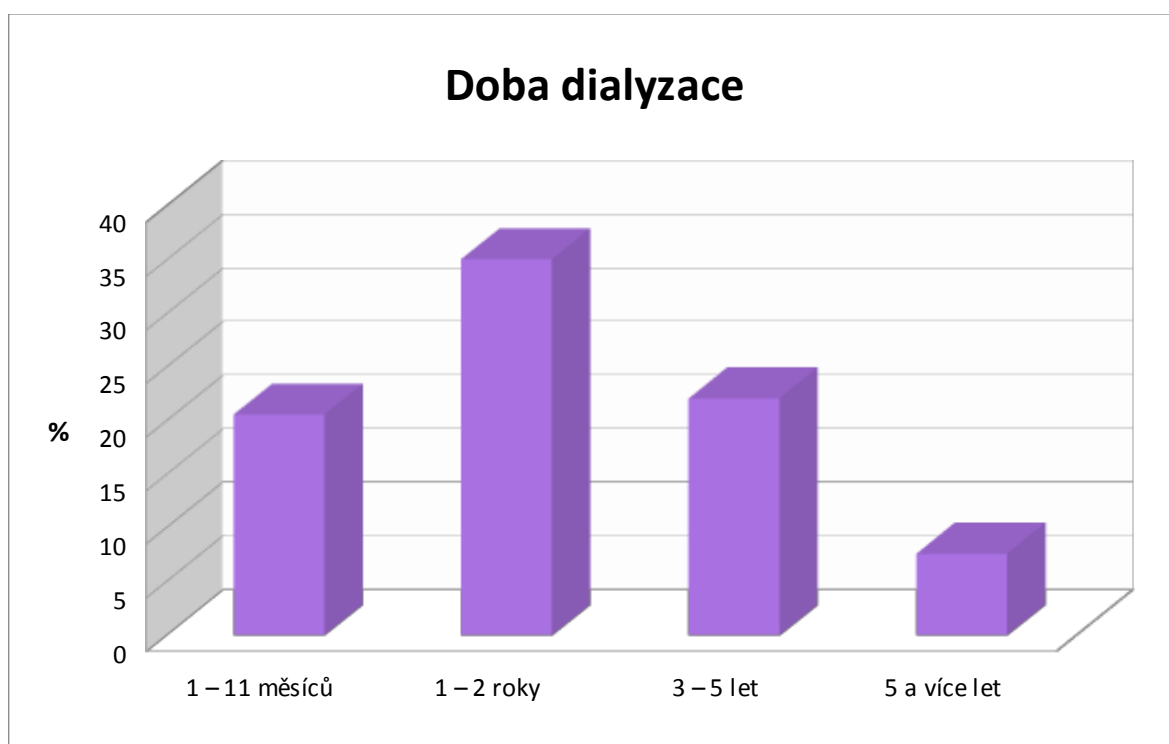


Zdroj: vlastní

23 respondentů (17, 56%) z celkového počtu 131 odpovědělo, že před transplantací ledvin dlouhodobě podstupovali léčbu snížené funkce ledvin pomocí peritoneální dialýzy. 89 respondentů (67, 94%) podstupovalo léčbu pomocí hemodialýzy a pouze 19 respondentů (14, 50%) před transplantací nepodstoupilo žádnou z dialyzačních metod.

Otázka č. 7: Jak dlouho jste byli dialyzováni před transplantací?

Graf č. 3 Doba dialyzace



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce podstoupili jednu z dialyzačních metod. Na tuto otázku odpovídalo 112 respondentů (85, 49%) z celkového počtu 131.

27 respondentů (20, 61%) bylo dialyzováno po dobu 1 až 11 měsíců před transplantací. Dalších 45 respondentů (35, 11%) bylo dialyzováno 1 až 2 roky před transplantací. 29 respondentů (22, 14%) podstoupilo jednu z forem dialýzy po dobu 3 až 5 let před transplantací. Pouhých 10 respondentů (10, 63%) bylo dialyzováno více než 5 let.

INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, jaký druh dialyzační léčby pacienti podstoupili před transplantací.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 5, 6, 7, ve kterých jsou obsaženy dotazy ohledně dialyzační léčby respondentů a jejich snížené funkce ledvin.

K tomuto cíli se vztahoval **předpoklad 1**: Domnívám se, že u více než poloviny pacientů byla nejčastějším druhem dialyzační léčby hemodialýza po dobu minimálně 1 roku.

Na otázku snížené funkce ledvin odpovídalo celkem 131 respondentů (100%). Z četnosti odpovědí lze vypovídat, že snížená funkce ledvin bývá nejčastěji diagnostikována u pacientů v rozmezí 30 až 59 let. V mém šetření se jednalo konkrétně o 23 respondentů (17, 56%) mezi 30 až 39 lety, 24 respondentů (18, 32%) mezi lety 40 až 49 a 31 respondentů (23, 66%) mezi 50 až 59 lety. V těchto nejpočetnějších věkových skupinách se vyskytovalo 78 respondentů (59, 54%) z celkového počtu 131, což je nadpoloviční většina.

Na otázku č. 6 týkající se druhu dialyzační léčby, kterou podstoupili respondenti před transplantací odpovídalo rovněž 131 respondentů (100%). Z toho počtu 19 respondentů (14, 50%) nepodstoupilo žádnou dialyzační léčbu. Zbývajících 112 respondentů (85, 49%) nějaký druh léčby podstoupil. Konkrétně se jednalo o 23 respondentů (17, 56%) s peritoneální dialýzou a 89 respondentů (67, 94%) s hemodialýzou. Z procentuálního zastoupení jasně vyplývá, že více než polovina z dotazovaných respondentů podstupovalo léčbu snížené funkce ledviny pomocí hemodialýzy.

Na otázku č. 7 týkající se délky dialyzačního období před transplantací odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce volili možnost peritoneální dialýzy nebo hemodialýzy. Konkrétně se jednalo o 112 respondentů (85, 49%) z celkového počtu 131 respondentů. 27 respondentů (20, 61%) bylo dialyzováno po dobu 1 až 11 měsíců před transplantací, 45 dalších (35, 11%) po dobu 1 až 2 let před transplantací, 29 respondentů (22, 14%) po dobu 3 až 5 let a pouhých 10 respondentů (10, 63%) bylo dialyzováno více než 5 let. Předpokládala jsem, že více než polovina pacientů podstupuje hemodialýzu minimálně po dobu 1 roku. Po sečtení respondentů, kteří podstupovali dialýzu více než rok, dojdeme k počtu 84 respondentů (75%).

Předpoklad se potvrdil.

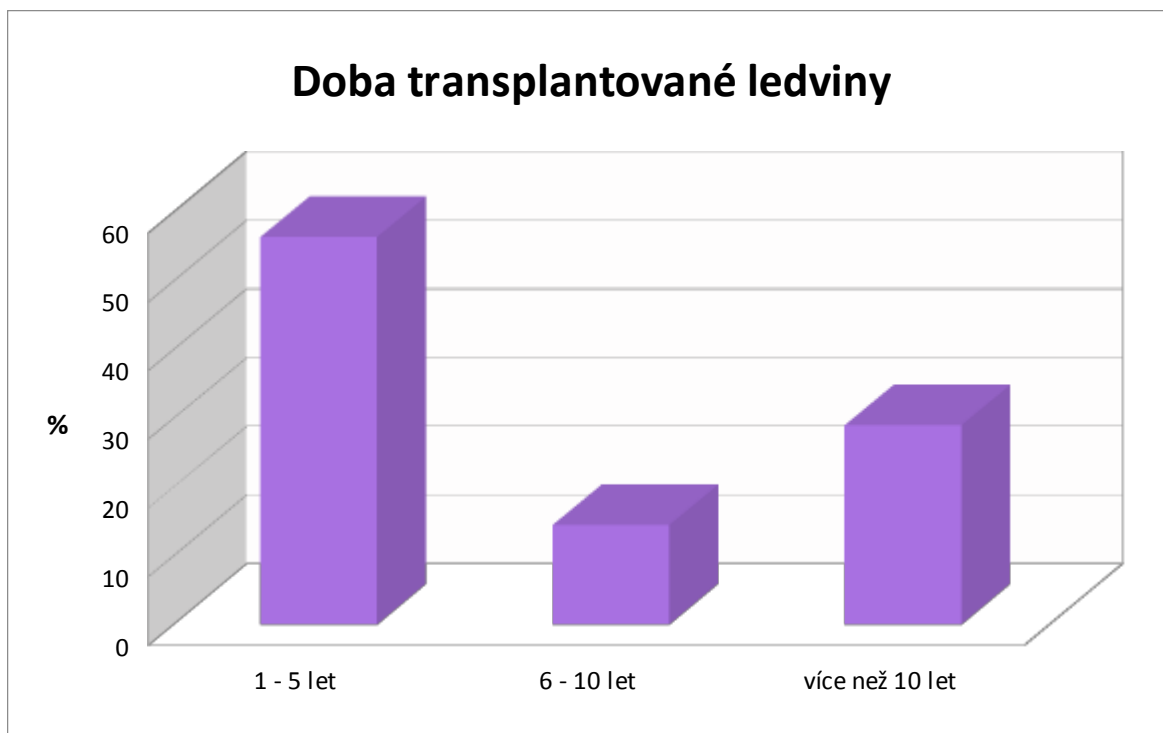
Cíl 2: Zjistit, jaká je nejčastější délka čekací doby na transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že méně než polovina pacientů čeká minimálně 1 rok na transplantaci.

Čísla otázek: 8, 9, 10

Otázka č. 8: Kolik roků/let máte transplantovanou ledvinu?

Graf č. 4 Doba transplantované ledviny



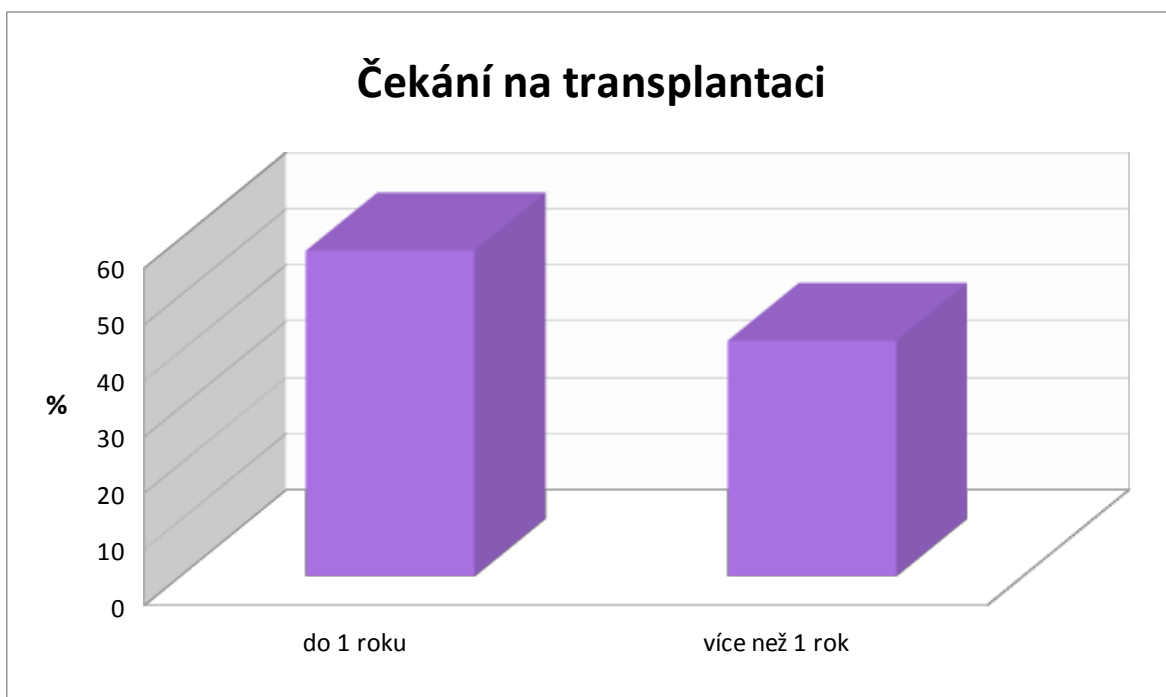
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 131 respondentů (100%). Je třeba říct, že jsem chtěla, aby se mého výzkumu účastnili ti respondenti, kteří budou minimálně 1 rok po transplantaci. Touto otázkou jsem si můj požadavek zajistila. Zároveň o tom věděli všechny sestry, které můj dotazník distribuovaly.

74 respondentů (56, 49%) odpovědělo, že transplantovanou ledvinu mají 1 až 5 let. 19 respondentů (14, 50%) má transplantovanou ledvinu 6 až 10 let. Posledních 38 respondentů (29, 01%) má transplantovanou ledvinu více než 10 let.

Otázka č. 9: Uveďte, jak dlouho jste čekali na transplantaci ledvin.

Graf č. 5 Čekání na transplantaci



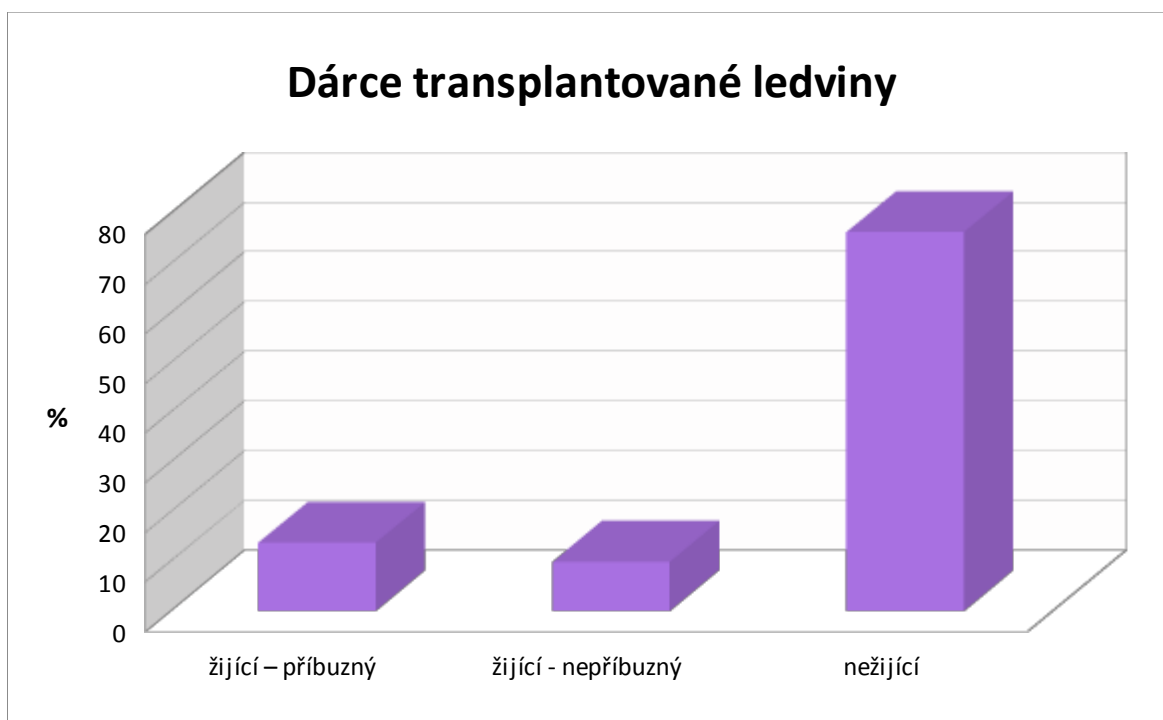
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo všech 131 respondentů (100%). Jelikož mohli respondenti odpovídat volně a neměli zde možnost volby odpovědi, rozdělila jsem si jejich odpovědi na 2 kategorie podle mého předpokladu.

76 respondentů (58, 02%) odpovědělo, že na transplantaci ledvin čekalo méně než 1 rok. Zbýlých 55 respondentů (41, 98%) čekalo na transplantaci více než 1 rok.

Otázka č. 10: Od jaké dárce máte transplantovanou ledvinu?

Graf č. 6 Dárce transplantované ledviny



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo opět všech 131 respondentů (100%). 18 respondentů (13, 74%) odpovědělo, že mají transplantovanou ledvinu od žijícího příbuzného. Dalších 13 respondentů (9, 92%) odpovědělo, že jejich ledvina je od žijícího nepříbuzného dárce. Zbýlých 100 respondentů (76, 34%) má transplantovanou ledvinu od neživého dárce.

INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 2: Zjistit, jaká je nejčastější délka čekací doby na transplantaci.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 8, 9, a 10, které se zabývaly délkou transplantované ledviny, čekací dobou na transplantaci a zda respondenti vědí, od jakého dárce je jejich nová ledvina.

Můj **předpoklad 2** byl: Domnívám se, že méně než polovina pacientů čeká minimálně 1 rok na transplantaci.

V 8. otázce mě zajímalo, jak dlouho mají respondenti transplantovanou ledvinu. Vzhledem k tomu, že jsem ve svém výzkumu chtěla respondenty, kteří měli transplantovanou ledvinu minimálně 1 rok, byla tato otázka zároveň filtrační. 74 respondentů (56, 49%) ze 131 odpovědělo, že transplantovanou ledvinu mají 1 až 5 let, 19 respondentů (14, 50%) má

6 až 10 let a 38 respondentů (29, 01%) má transplantovanou ledvinu více než 10 let. Nejvíce respondentů má transplantovanou ledvinu méně než 5 let.

V 9. otázce mě zajímala, jaká je čekací doba na transplantaci u jednotlivých respondentů. Na otázku mohli odpovídat volně, jelikož zde nebyla možnost volby odpovědi. Proto jsem si následně při zpracovávání výsledků rozdělila respondenty dle mého předpokladu na ty, kteří čekají méně a kteří naopak více než 1 rok na transplantaci. Z odpovědí vyplynulo, že 76 respondentů (58, 02%) čekalo méně než 1 rok a 55 respondentů (41, 98%) čekalo více než 1 rok na transplantaci. Tedy méně než polovina dotazovaných čekalo na transplantaci minimálně 1 rok. Avšak k celkovému cíli jsem zjistila, že nejčastější délka čekací doby je méně než 1 rok. Z toho lze konstatovat, že v ČR se úspěšně daří najít vhodného dárce v relativně krátkém časovém intervalu od zařazení na čekací listinu.

Otázka č. 10 byla spíše doplňková k tomuto cíli, kdy mě zajímalo, od jakého dárce mají respondenti svou novou ledvinu. Vědělo to všech 131 respondentů (100%), ale každý měl ledvinu od jiného dárce. 18 respondentů (13, 74%) má transplantovanou ledvinu od žijícího příbuzného, 13 respondentů (9, 92%) od žijícího nepříbuzného dárce a 100 respondentů (76, 34%) má transplantovanou ledvinu od neživého dárce. Z toho vyplývá, že v ČR stále převládá transplantace ledvin od neživých dárců.

Předpoklad se potvrdil.

Cíl 3: Zjistit kvalitu života před a po transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že kvalita života je po transplantaci lepší.

Číslo otázek: 11 - 28

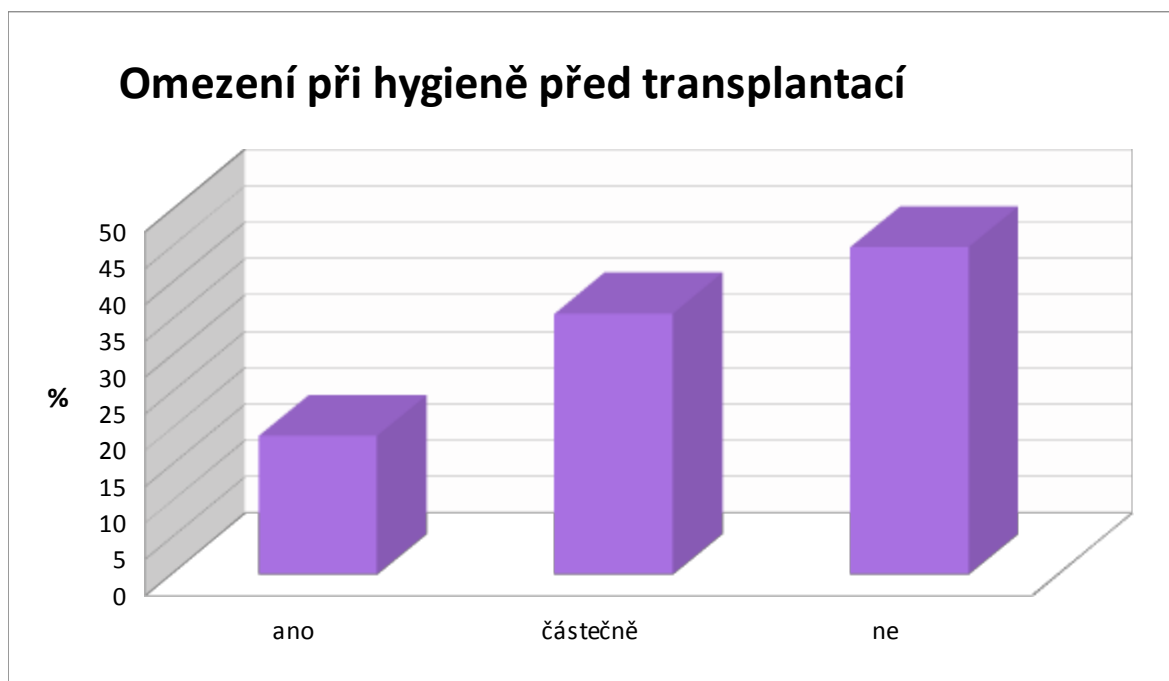
Cíl 4: Zjistit, jaké emoce pacienti prožívali před a po transplantaci.

Předpoklad: Domnívám se, že více než polovina pacientů prožívala před transplantací negativní emoce a po transplantaci naopak pozitivní.

Číslo otázek: 15, 18, 23, 26

Otázka č. 11: Omezovalo Vás onemocnění při běžných denních činnostech (hygiena, úklid, ...)?

Graf č. 7 Omezení při hygieně před transplantací

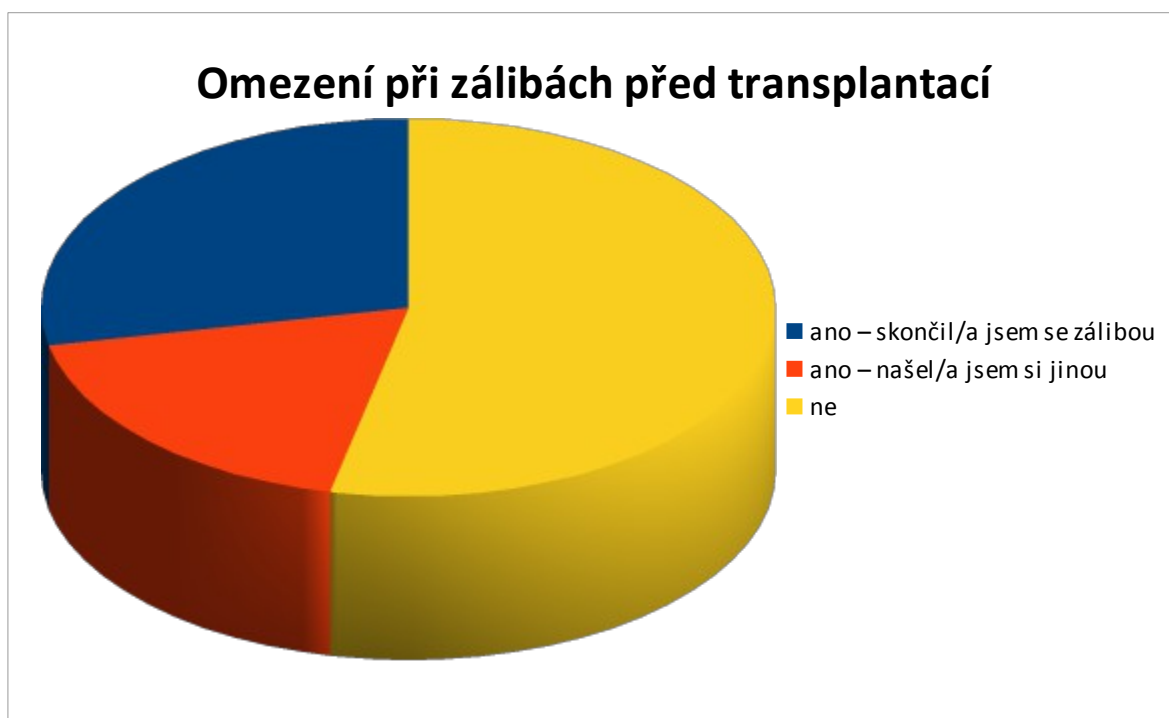


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo 131 respondentů (100%). 25 z nich (19,08%) odpovědělo, že je onemocnění ledvin omezovalo při běžných denních činnostech. 47 respondentů (35,88%) vnímalo, že je onemocnění ledvin omezuje částečně a 59 respondentů (45,04%) vnímalo, že je onemocnění ledvin neomezuje vůbec.

Otázka č. 12: Omezovalo Vás onemocnění při vykonávání Vašich zálib?

Graf č. 8 Omezení při zálibách před transplantací

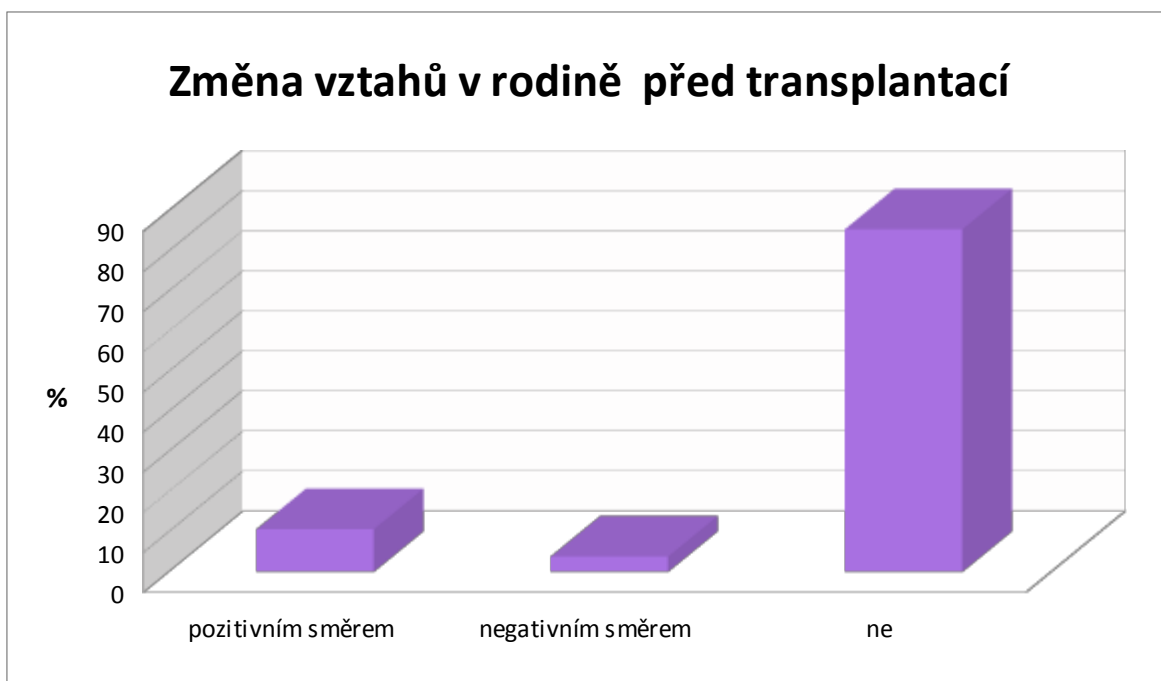


Zdroj: vlastní

Všech 131 respondentů (100%) odpovídalo na tuto otázku. 37 z nich (28, 24%) odpovědělo, že je onemocnění ledvin omezovalo při vykonávání jejich zálib natolik, že s nimi museli skončit. 24 respondentů (18, 32%) odpovědělo, že je sice omezovalo onemocnění ledvin při jejich zálibách, ale dokázali si najít jiné, při kterých tomu tak nebylo. 70 respondentů (53, 44%) nemělo s vykonáváním svých zálib nejmenší problém i při snížené funkci ledvin.

Otázka č. 13: Změnilo Vaše onemocnění vztahy v rodině?

Graf č. 9 Změna vztahů v rodině před transplantací

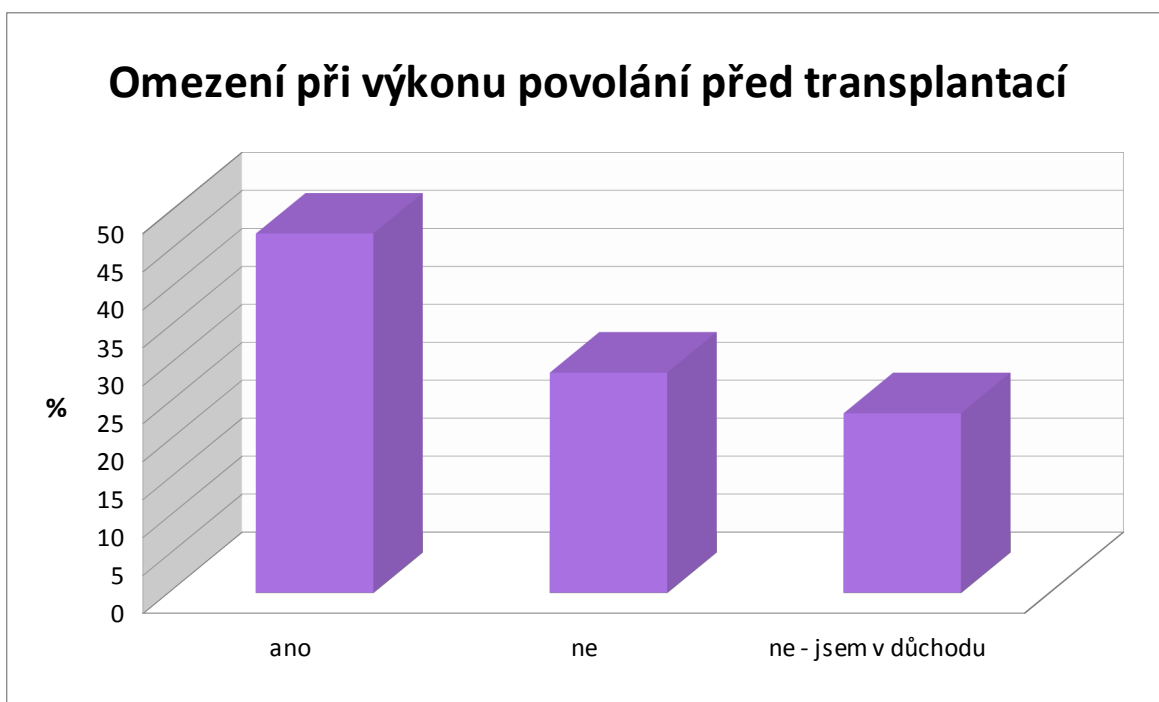


Zdroj: vlastní

Odpovídalo opět všech 131 respondentů (100%). 14 z nich (10, 69%) odpovědělo, že jejich vztahy v rodině se změnilo pozitivním směrem. 5 respondentů (3, 82%) odpovědělo, že vztahy v rodině se obrátily k horšímu a u naprosté většiny 112 respondentů (85, 50%) nedošlo k žádným změnám vztahů v rodině.

Otázka č. 14: Omezovalo Vás onemocnění při výkonu povolání?

Graf č. 10 Omezení při výkonu povolání před transplantací

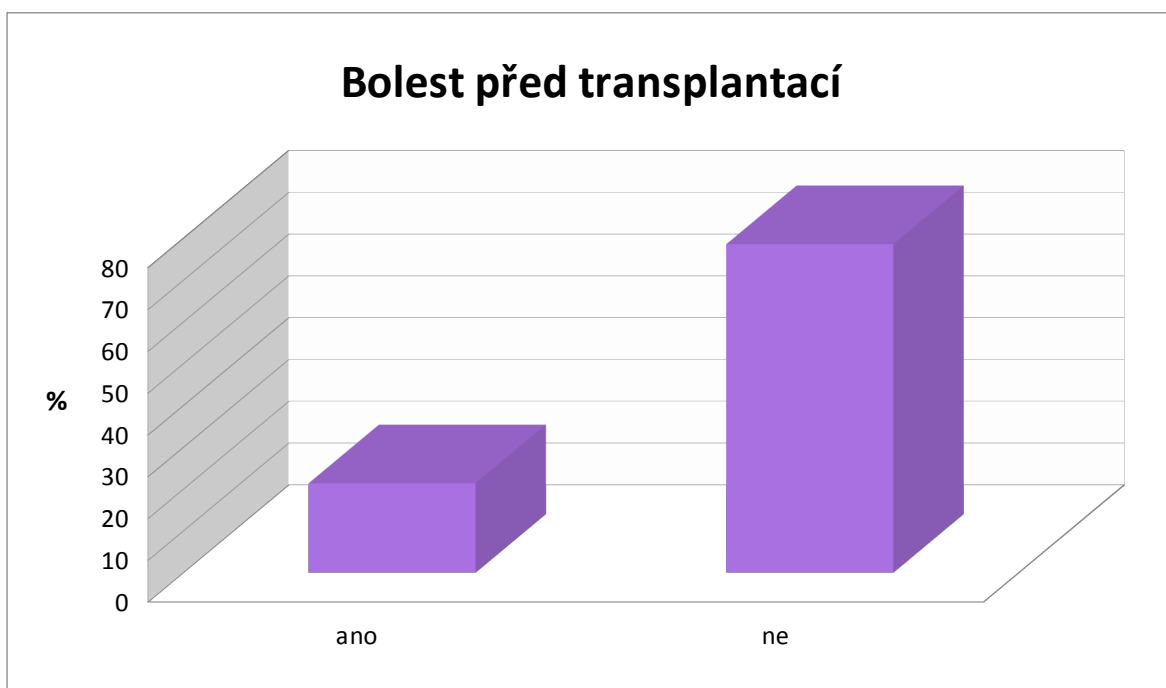


Zdroj: vlastní

Ze 131 respondentů (100%) odpovědělo 62 z nich (47, 33%), že je onemocnění ledvin výrazně omezovalo při výkonu povolání. Dalších 38 respondentů (29, 01%) odpovědělo, že je onemocnění ledvin ve výkonu povolání neomezovalo. Zbýlých 31 respondentů (23, 66%) odpovědělo, že je onemocnění ledvin ve výkonu povolání neomezovalo a to z toho důvodu, že jsou již v důchodu (ať už starobním nebo invalidním).

Otázka č. 15: Pociťovali jste bolest před transplantací?

Graf č. 11Bolest před transplantací

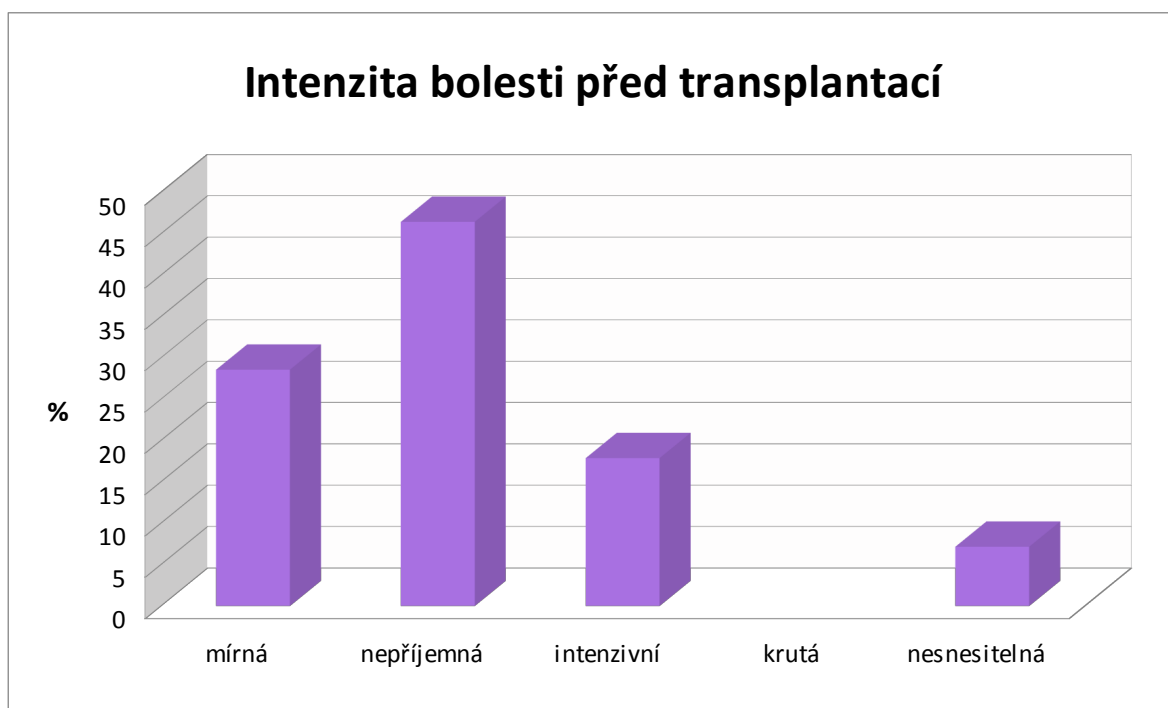


Zdroj: vlastní

Ze 131 respondentů (100%), kteří odpovídali na tuto otázku, 28 z nich (21, 37%) odpovědělo, že pociťovali bolest spojenou s onemocněním ledvin. Naprostá většina 103 respondentů (78, 63%) nepociťovalo před transplantací žádnou bolest.

Otázka č. 16: Jakou intenzitu měla Vaše bolest?

Graf č. 12 Intenzita bolesti před transplantací



Zdroj: vlastní

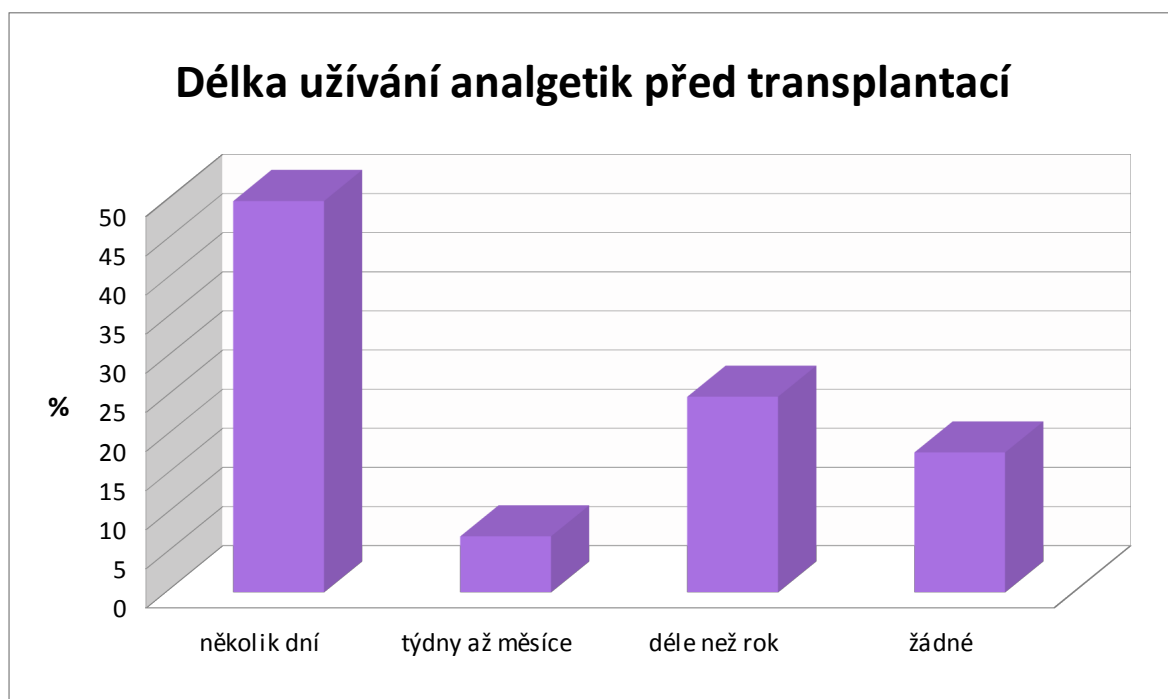
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce zodpověděli, že pociťovali bolest před transplantací. Jednalo se tedy o 28 respondentů (21, 37%) z celkových 131 (100%).

Na hodnocení bolesti jsem si vybrala Melzackovu stupnici, která mi k dotazníkovému šetření přišla nejvhodnější.

8 respondentů (28, 57%) hodnotilo svou bolest jako mírnou. 13 respondentů (46, 43%) hodnotilo svou bolest jako nepříjemnou. 5 respondentů (17, 86%) vnímalo svou bolest jako intenzivní. Žádný respondent neuvěděl, že by svou bolest vnímal jako krutou. A pouhý 2 respondenti (7, 14%) odpovědělo, že jejich bolest je nesnesitelná.

Otázka č. 17: Jak dlouho jste užívali léky proti bolesti před transplantací?

Graf č. 13 Délka užívání analgetik před transplantací



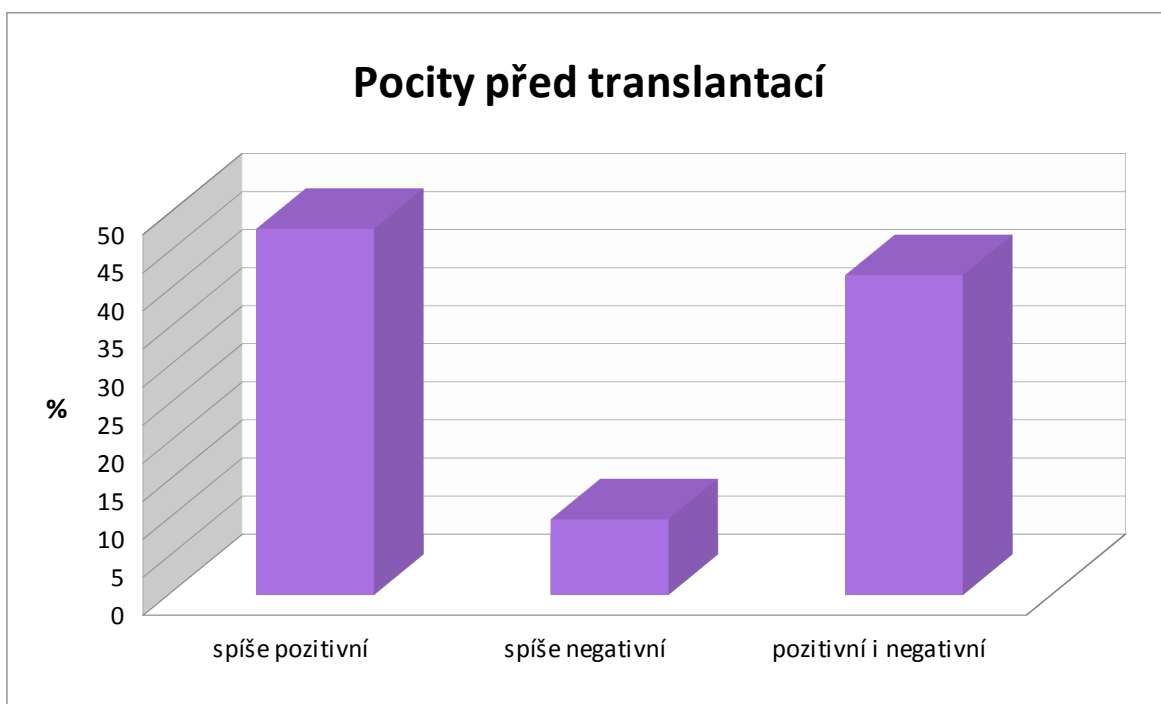
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo opět 28 respondentů (21, 37%) ze 131 (100%), kteří v otázce č. 15 odpověděli, že pociťovali bolest před transplantací.

14 respondentů (50%) odpovědělo, že užívali analgetika pouze několik dní před transplantací. 2 respondenti (7, 14%) užívali analgetika po dobu týdnů až měsíců před transplantací. Déle než rok užívalo analgetika 7 respondentů (25%) a zbylých 5 respondentů (17, 86%) neužívalo žádné léky na bolest.

Otázka č. 18: Jaké pocity jste měli nejčastěji před transplantací?

Graf č. 14 Pocity před transplantací

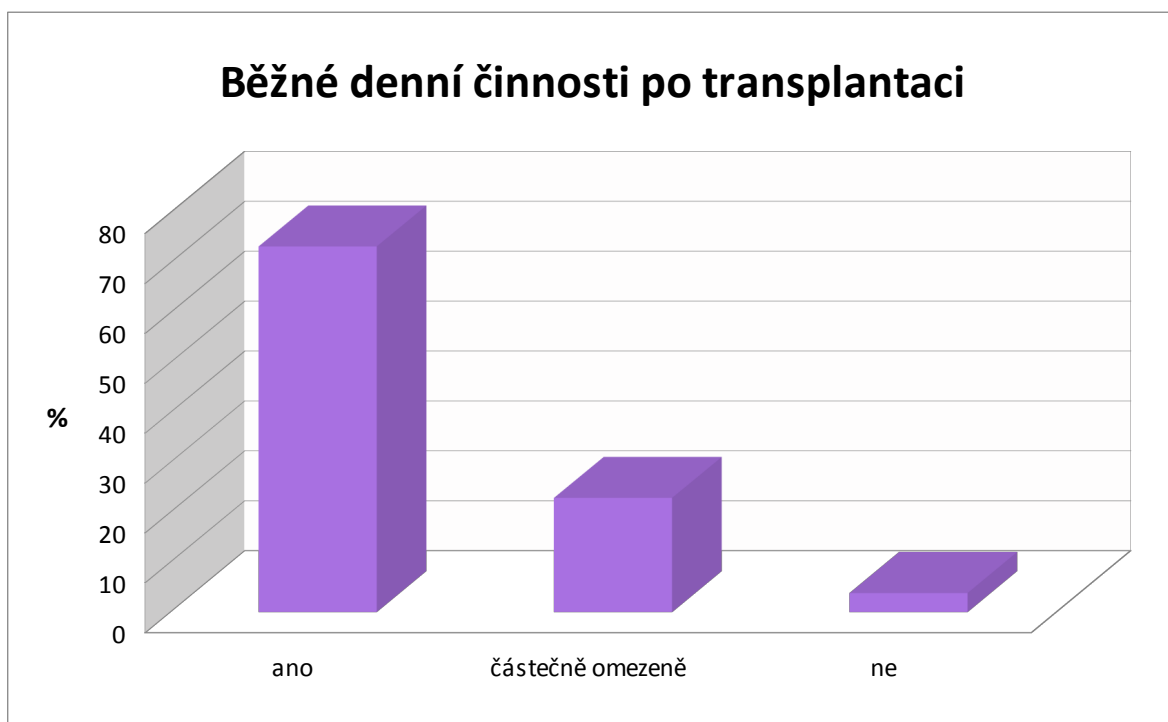


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo opět všech 131 respondentů (100%). 63 respondentů (48, 09%) uvedlo, že vnímalo spíše pozitivní pocity jako jsou např. radost, štěstí, očekávání, naděje. 13 respondentů (9, 92%) vnímalo spíše negativní pocity před transplantací jako jsou např. úzkost, strach, zlost, utrpení. 55 respondentů (41, 98%) vnímalo jak pozitivní, tak negativní pocity zároveň.

Otázka č. 19: Můžete provádět běžné denní činnosti (hygiena, nákupy, úklid, ...)?

Graf č. 15 Běžné denní činnosti po transplantaci

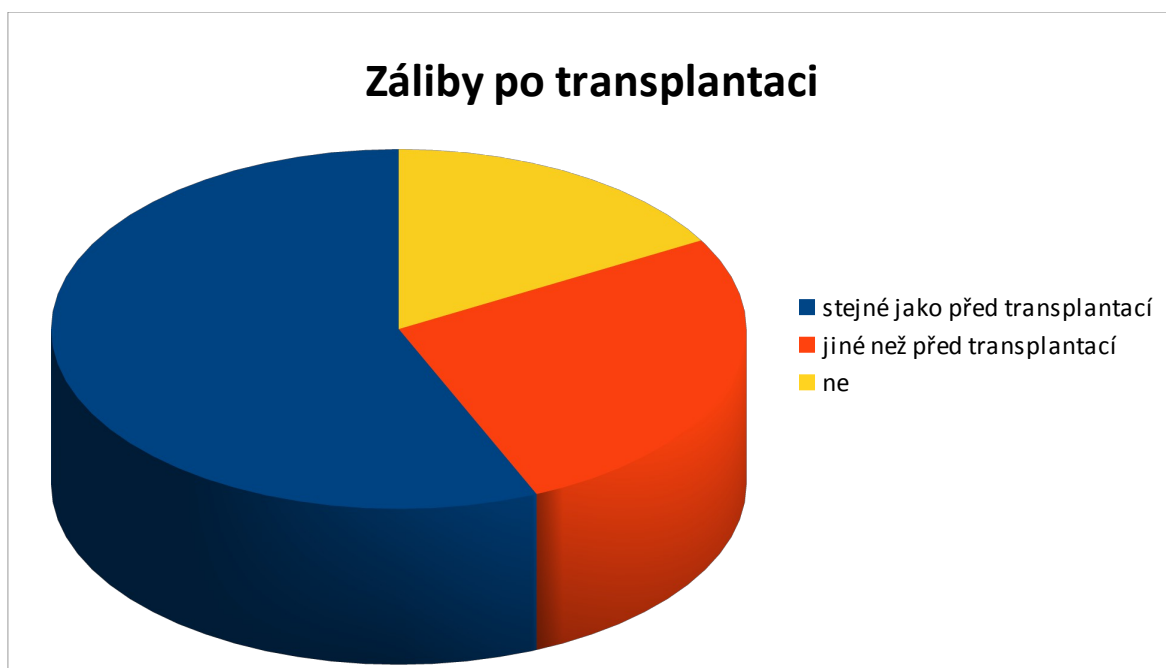


Zdroj: vlastní

Životu po transplantaci se věnuje zbytek otázek v dotazníku počínaje touto otázkou. Ze 131 respondentů (100%) odpovědělo 96 (73, 28%), že mohou běžné denní činnosti provádět bez jakéhokoliv omezení. Dalších 30 respondentů (22, 90%) odpovědělo, že tyto činnosti může provádět s částečným omezením. Zbýlých 5 respondentů (3, 82%) odpovědělo, že po transplantaci nemohou provádět běžné denní činnosti sami.

Otázka č. 20: Provozujete Vaše záliby?

Graf č. 16 Záliby po transplantaci

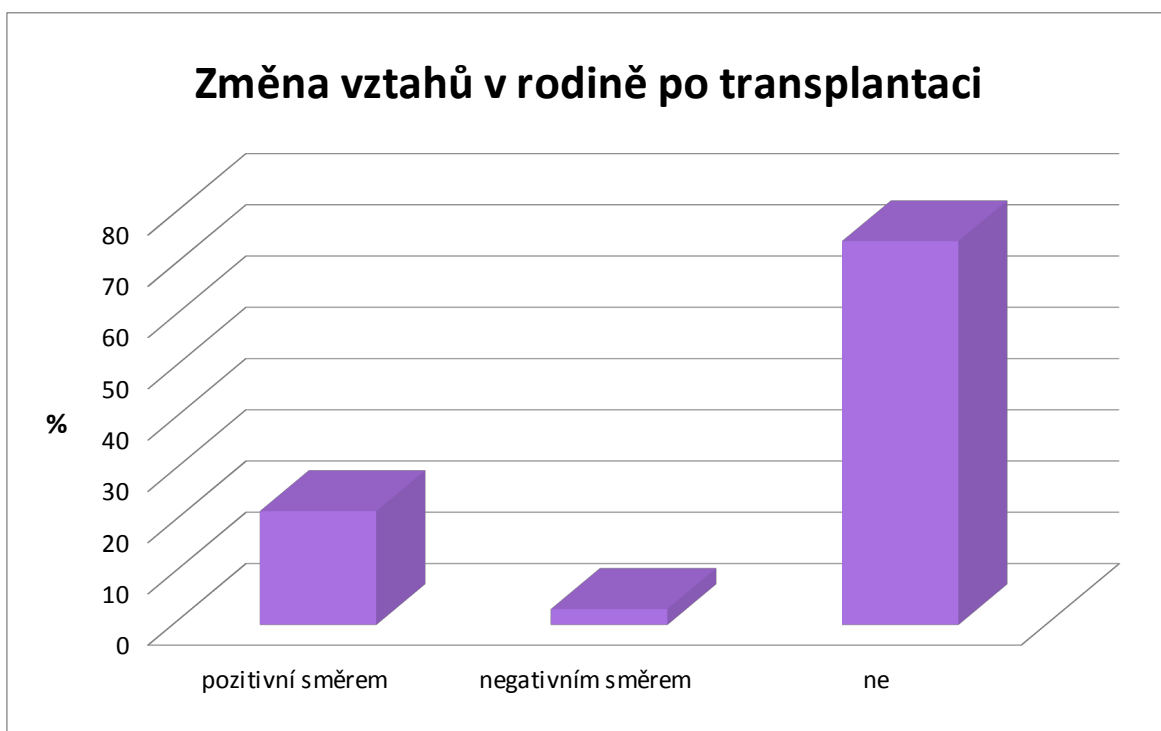


Zdroj: vlastní

Ze 131 dotazovaných (100%) odpovědělo 74 (56, 48%), že provozuje stejné záliby jako měli před transplantací. 35 respondentů (26, 71%) odpovědělo, že si museli najít jinou zálibu, než měli před transplantací. Zbýlých 22 respondentů (16, 79%) odpovědělo, že neprovozuje žádnou zálibu po transplantaci.

Otázka č. 21: Změnily se vztahy v rodině?

Graf č. 17 Změna vztahů v rodině po transplantaci

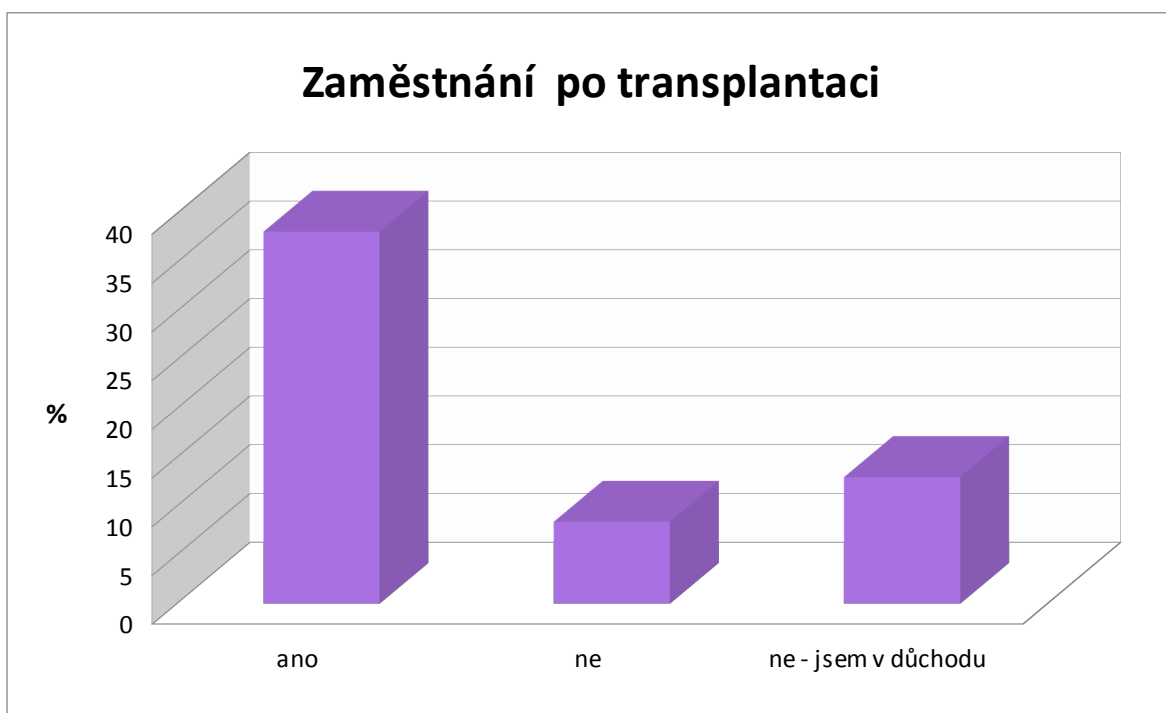


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku jsem získala 131 odpovědí, tedy od všech respondentů (100%). 29 respondentů (22, 14%) uvedlo, že vztahy v rodině se po transplantaci změnilo výrazně pozitivním směrem. U pouhých 4 respondentů (3, 05%) došlo k situaci, kdy se rodinné vztahy změnilo spíše negativním směrem. U zbylých 98 respondentů (74, 81%) zůstaly rodinné vztahy nezměněny.

Otázka č. 22: Docházíte do zaměstnání?

Graf č. 18 Zaměstnání po transplantaci

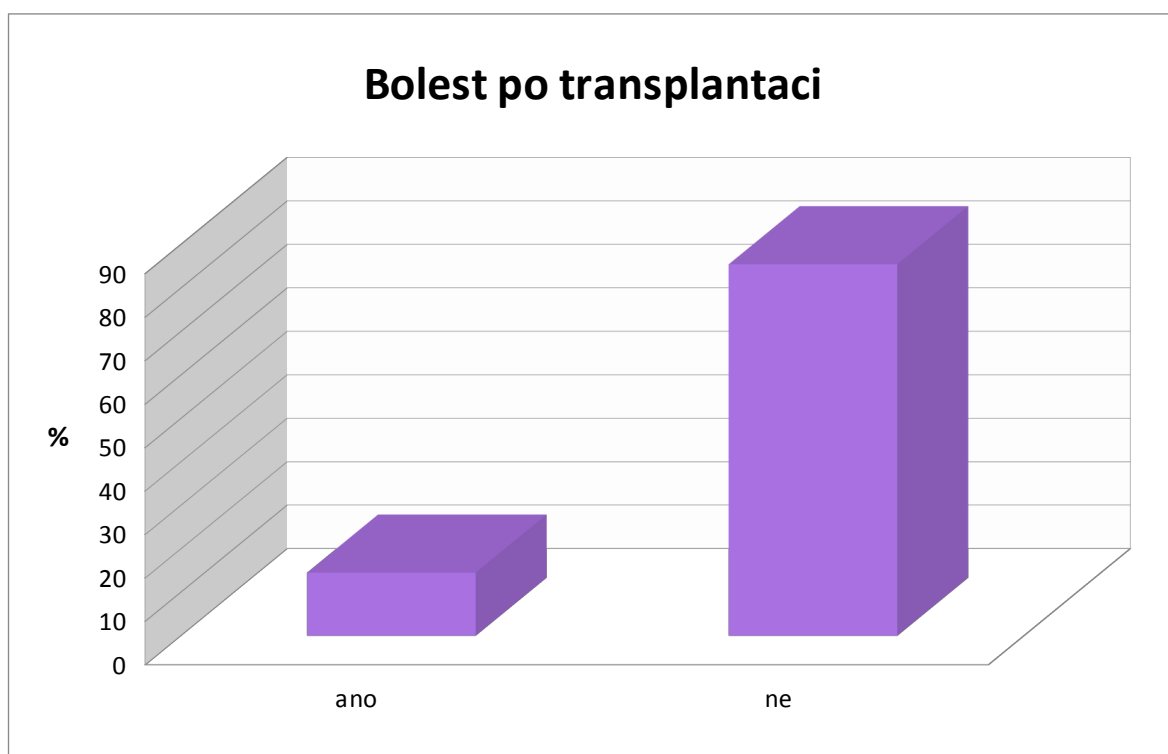


Zdroj: vlastní

50 respondentů (38, 17%) z celkových 131 (100%) odpovědělo, že po transplantaci dochází do zaměstnání. 11 respondentů (8, 40%) odpovědělo, že po transplantaci nedochází do žádného zaměstnání. 17 respondentů (12, 98%) odpovědělo, že do zaměstnání nedochází z důvodu, že jsou v důchodu (ať už starobním nebo invalidním).

Otázka č. 23: Pociťujete bolest?

Graf č. 19 Bolest po transplantaci

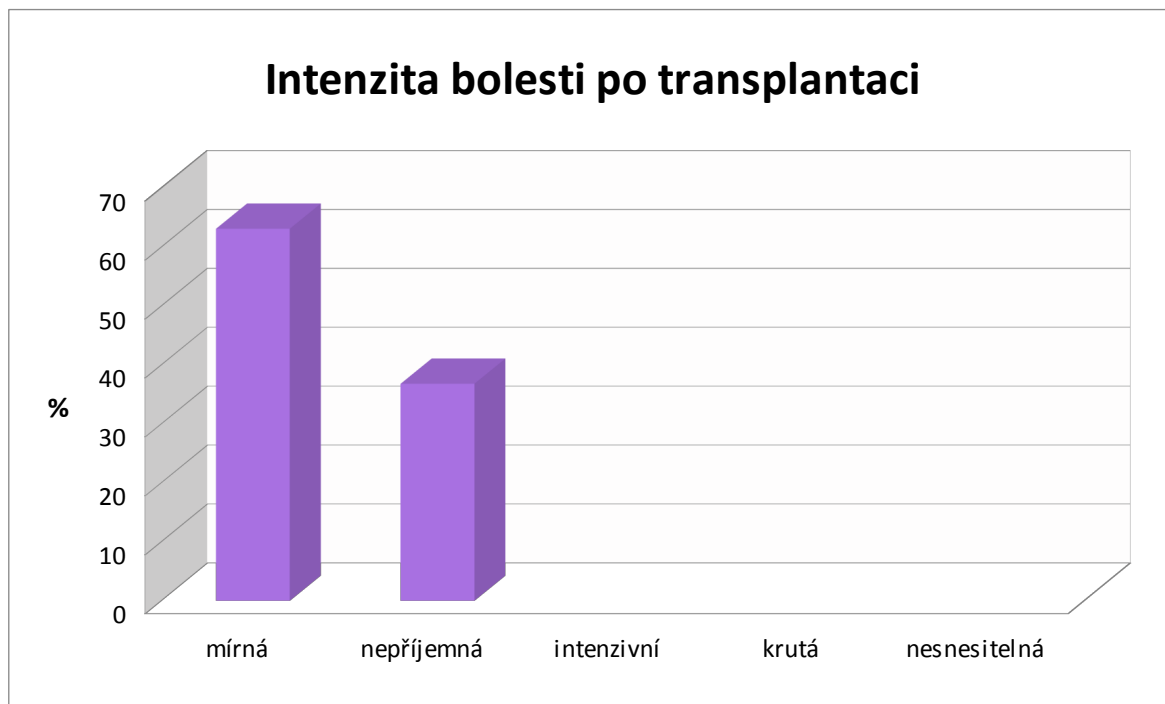


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 131 respondentů (100%) odpovědělo pouhých 19 (14, 50%), že po transplantaci pociťují bolest. Zbýlých 112 (85, 50%) odpovědělo, že jsou po transplantaci zcela bez bolesti.

Otázka č. 24: Jakou intenzitu má Vaše bolest?

Graf č. 20 Intenzita bolesti po transplantaci



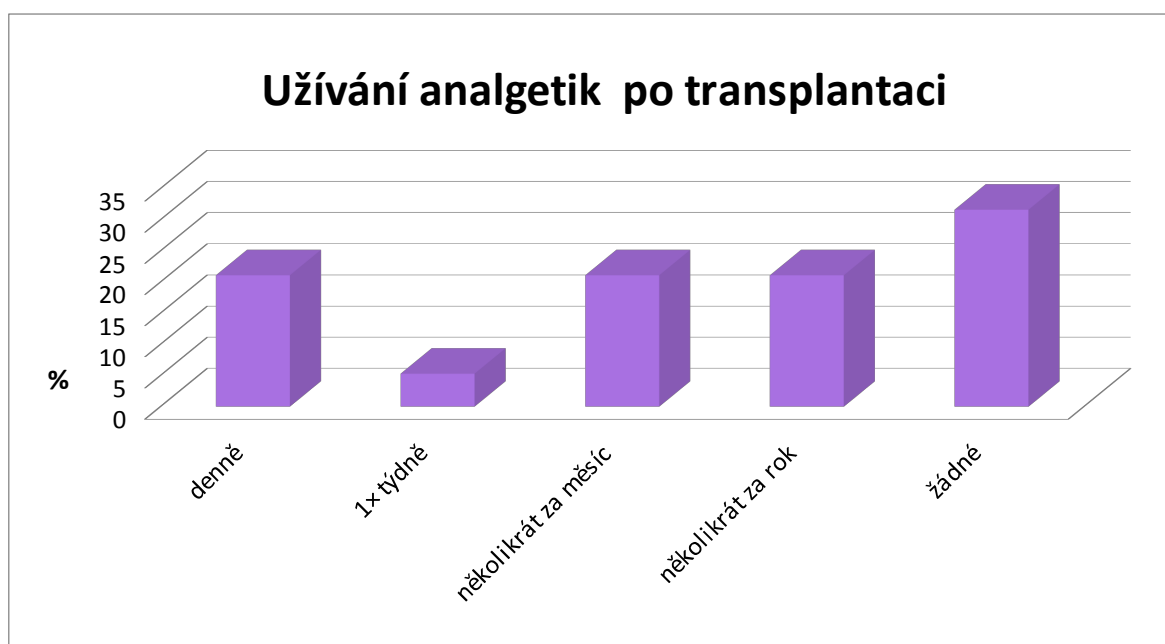
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli, že po transplantaci pociťují bolest. Odpovídalo tedy 19 respondentů (14, 50%) z celkového počtu 131 (100%). Opět jsem pro hodnocení bolesti volila Melzackovu stupnici.

12 respondentů (63, 16%) vnímalo intenzitu bolesti po transplantaci jako mírnou. Zbýlých 7 respondentů (36, 84%) vnímalo svou bolest po transplantaci jako nepříjemnou. Jsem osobně velice ráda, že vnímání bolesti po transplantaci bylo ovlivněno k nižším hodnotám.

Otázka č. 25: Jak často užíváte léky proti bolesti?

Graf č. 21 Užívání analgetik po transplantaci

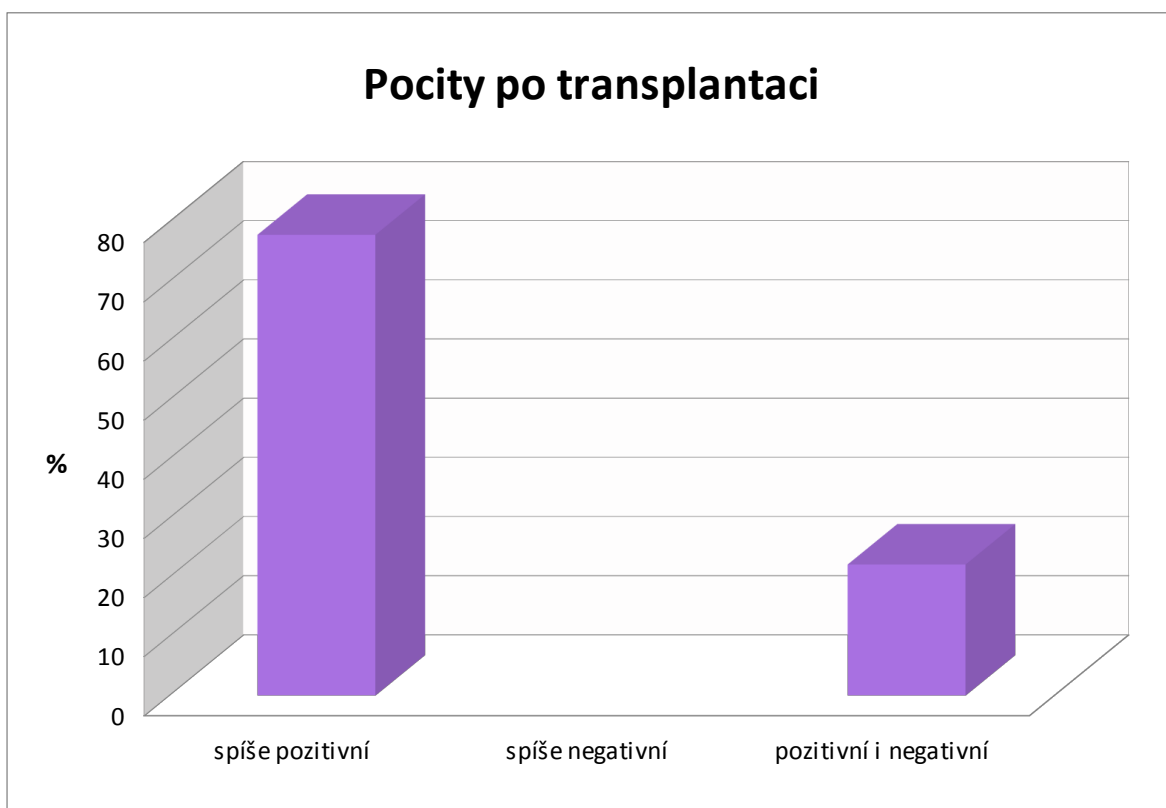


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku jsem získala 19 odpovědí (14, 50%) z celkového počtu 131 (100%). Z tohoto počtu 4 respondenti (21, 05%) uvedli, že užívají analgetika po transplantaci každý den. Pouze 1 respondent (5, 26%) odpověděl, že užívá analgetika 1× v týdnu. Další 4 respondenti (21, 05%) užívají analgetika několikrát za měsíc. Stejný počet respondentů (21, 05%) užívá léky na bolest pouze výjimečně několikrát za rok. Zbýlých 6 respondentů (31, 58%) uvedlo, že žádné léky na bolest po transplantaci neužívá.

Otázka č. 26: Jaké pocity zažíváte po transplantaci?

Graf č. 22 Pocity po transplantaci

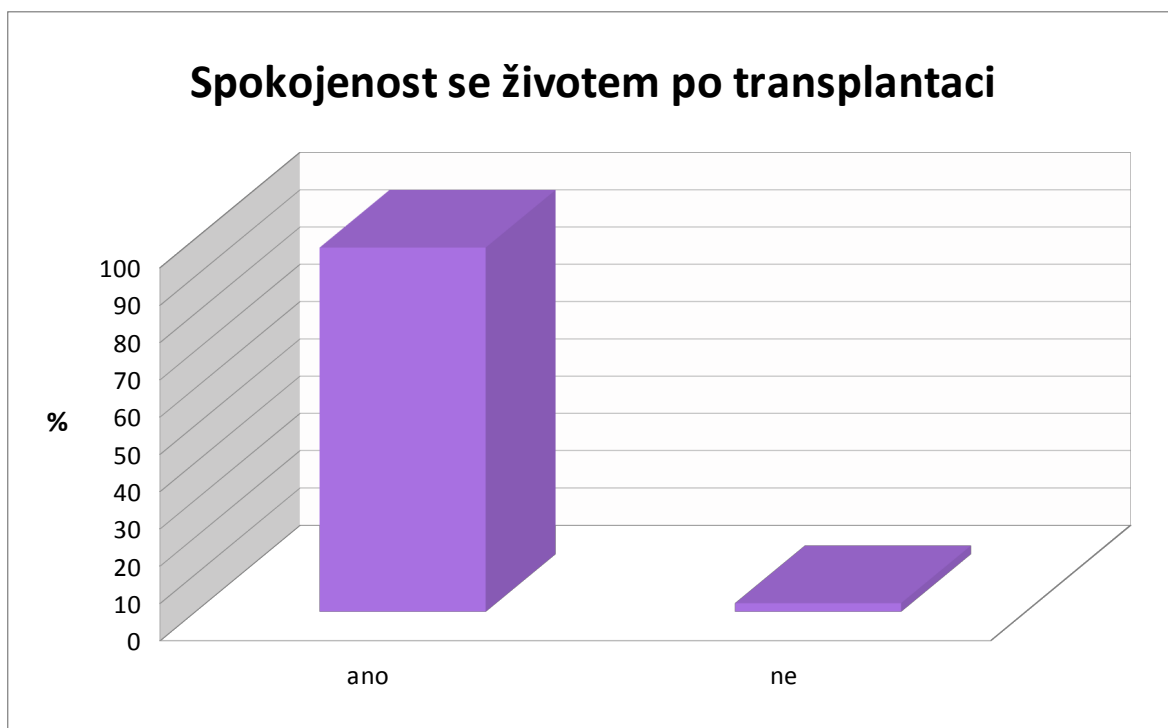


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovídalo opět všech 131 respondentů (100%). 102 z nich (77, 86%) odpovědělo, že pocity, které zažívají po transplantaci jsou pozitivní (radost, štěstí, ...). Žádný z respondentů neprožívá negativní pocity, což svědčí o kladném vlivu transplantace na další život. 29 respondentů (22, 14%) odpovědělo, že po transplantaci má pozitivní i negativní pocity zároveň.

Otázka č. 27: Jste spokojeni se svým životem po transplantaci?

Graf č. 23 Spokojenost se životem po transplantaci

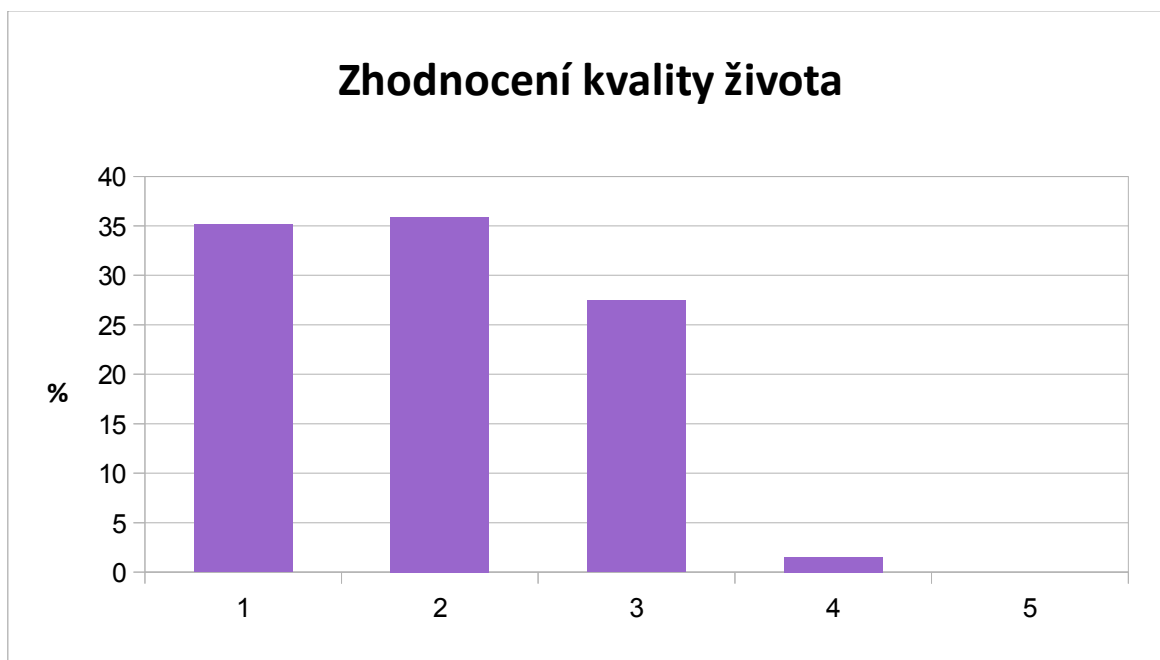


Zdroj: vlastní

Ze všech 131 respondentů (100%) odpověděli pouze 3 (2, 29%), že nejsou spokojeni se svým životem po transplantaci. Zbylá naprostá většina 128 respondentů (97, 71%) se svým životem po transplantaci spokojena je.

Otázka č. 28: Jak byste celkově zhodnotili kvalitu Vašeho života po transplantaci?

Graf č. 24 Zhodnocení kvality života



Zdroj: vlastní

Celkem odpovídalo 131 respondentů (100%). Pro toto hodnocení jsem si vybrala stupnici, jaká se používá ve školách k vyhodnocování znalostí studentů. Dle mého názoru je tato stupnice pro běžné pacienty nejvhodnější.

46 respondentů (35, 11%) odpovědělo, že vnímají kvalitu svého života na výbornou. 47 respondentů (35, 88%) respondentů ohodnotilo kvalitu svého života po transplantaci jako chvalitebný. 36 respondentů (27, 48%) vnímá svůj život dobře. Pouhý 2 respondenti (1, 53%) odpověděli, že jejich život je nedostačující oproti jejím představám. Nikdo z dotazovaných nevnímá svůj život jako nedostatečný, čili že by se mu život po transplantaci výrazně zhoršil.

INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 3: Zjistit kvalitu života před a po transplantaci.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky 11 – 28, které se zaměřovaly na kvalitu života před a po transplantaci v oblastech běžných denních činností, zálib, zaměstnání, vztahů v rodině, bolesti, vnímaných emocí a celkové spokojenosti se životem. Konkrétně otázky 11 – 18 se zaměřovaly na kvalitu života před transplantací a otázky 19 – 28 se týkaly života po transplantaci.

Můj **předpoklad 3** byl: Domnívám se, že kvalita života je po transplantaci lepší.

Na otázky odpovídalo všech 131 respondentů (100%) kromě těch, které se týkaly bolesti. Tam odpovídali pouze ti, kteří bolest pociťovali.

Otázka č. 11 se zabývala tím, zda respondenty omezovalo onemocnění ledvin při běžných denních činnostech. 25 z nich (19, 08%) odpovědělo, že je onemocnění omezuje. 47 respondentů (35, 88%) omezovalo onemocnění částečně a 59 respondentů (45, 04%) neomezovalo vůbec. Na stejný typ činnosti jsem se dotazovala i v otázce č. 19, která byla zaměřena na život po transplantaci. 96 z nich (73, 28%) odpovědělo, že mohou běžné denní činnosti provádět bez problémů. Dalších 30 respondentů (22, 90%) s částečným omezením a zbylých 5 respondentů (3, 82%) odpovědělo, že po transplantaci nemohou provádět běžné denní činnosti. **Z toho vyplývá, že došlo k nárůstu pacientů o 18%, kteří zvládají běžné denní činnosti po transplantaci zcela sami.**

Otázka č. 12 se týkala toho, zda respondenty omezovalo onemocnění ledvin při zálibách. 37 z nich (28, 24%) odpovědělo, že museli skončit se zálibou. 24 respondentů (18, 32%) si našlo jinou zálibou, kterou mohli vykonávat plnohodnotně. 70 respondentů (53, 44%) své záliby provozovalo bez omezení. Otázka č. 20 se týkala stejného tématu avšak s ohledem na život po transplantaci. 74 respondentů (56, 48%) provozuje stejné záliby jako před transplantací. 35 respondentů (26, 71%) si našlo jinou zálibu a 22 respondentů (16, 79%) nemá žádnou zálibu po transplantaci. Po shrnutí lze konstatovat, že 53,44% respondentů provozovalo záliby před transplantací a 83, 19% provozuje záliby po transplantaci. **Z toho vyplývá, že dalších téměř 30% pacientů začne provozovat zálibu po transplantaci.**

Otázka č. 13 se zabývala celkem choulostivým tématem a to vztahy v rodině. U 14 respondentů (10, 69%) se změnil vztahy v rodině pozitivním směrem. U 5 respondentů (3, 82%) se obrátily k horšímu a u 112 respondentů (85, 50%) nedošlo k žádným změnám v rodinných vztazích. Stejného tématu se týkala i otázka č. 21, ale se zaměřením na vztahy v rodině po transplantaci. 29 respondentů (22, 14%) má změněné vztahy pozitivním směrem. Pouhý 4 respondenti (3, 05%) mají spíše negativní vztahy v rodině a u zbylých 98 respondentů (74, 81%) zůstaly rodinné vztahy stejné jako před transplantací. Před transplantací mělo celkem 85, 50% respondentů pozitivní vztahy v rodině nebo nezměněné. Po transplantaci 96, 95% respondentů má pozitivnější vztahy v rodině nebo jim zůstaly v nezměny. **Z toho vyplývá, že po transplantaci došlo**

k nárůstu pacientů o téměř 11% , kterým se změnilly rodinné vztahy pozitivně nebo zůstaly nezměněny.

Otázka č. 14 se týkala toho, zda respondenty omezovalo onemocnění ledvin při výkonu povolání. 62 respondentů (47, 33%) onemocnění ledvin výrazně omezovalo, 38 respondentů (29, 01%) neomezovalo ve výkonu povolání neomezovalo a zbylých 31 respondentů (23, 66%) odpovědělo, že jsou v důchodu (ať už starobním nebo invalidním). Opět stejným tématem se zabývá otázka č. 22 se zaměřením na výkon povolání po transplantaci. 50 respondentů (38, 17%) dochází do zaměstnání. 11 respondentů (8, 40%) nedochází do zaměstnání a 17 respondentů (12, 98%) je v důchodu (ať už starobním nebo invalidním). **Z toho vyplývá, že došlo k nárůstu pacientů téměř o 10%, kteří dochází do zaměstnání.**

Otázka č. 15 se týkala toho, zda pacienti před transplantací pociťují bolest. 28 respondentů (21, 37%) bolest vnímalo. Naproti tomu 103 respondentů (78, 63%) nepociťovalo žádnou bolest. Tématu pocitu bolesti se věnuje i otázka č. 23, opět se zaměřením na vnímání bolesti po transplantaci. 19 respondentů (14, 50%) vnímá bolest po transplantaci a 112 (85, 50%) je zcela bez bolesti. **Z toho vyplývá, že po transplantaci došlo k úbytku pacientů, kteří vnímají bolest, téměř o 7%.**

Otázka č. 16 se také věnovala tématu bolesti, konkrétně její intenzitou před transplantací. 8 respondentů (28, 57%) hodnotilo svou bolest jako mírnou. 13 respondentů (46, 43%) hodnotilo svou bolest jako nepříjemnou. 5 respondentů (17, 86%) vnímalo svou bolest jako intenzivní. Žádný respondent neměl krutou bolest. A 2 respondenti (7, 14%) odpovědělo, že jejich bolest byla nesnesitelná. Otázka č. 24 má stejné téma, avšak se zaměřením na intenzitu bolesti po transplantaci. 12 respondentů (63, 16%) vnímá intenzitu bolesti po transplantaci jako mírnou. 7 respondentů (36, 84%) vnímá svou bolest po transplantaci jako nepříjemnou. Zbylé intenzity bolesti se v odpovědích nevyskytovaly. **Z toho vyplývá, že po transplantaci se pacientům bolest snižuje a vnímají ji nejhůř jako nepříjemnou.**

Otázka č. 17 se věnovala užívání analgetik před transplantací. 14 respondentů (50%) užívalo analgetika pouze několik dní. 2 respondenti (7, 14%) užívali analgetika po dobu týdnů až měsíců. Déle než rok užívalo analgetika 7 respondentů (25%) a zbylých 5 respondentů (17, 86%) neužívalo žádné léky na bolest. Otázka č. 25 je zaměřena na stejné téma s přihlédnutím na potransplantační život. 4 respondenti (21, 05%) užívají analgetika po transplantaci každý den. 1 respondent (5, 26%) užívá analgetika 1× v týdnu.

Další 4 respondenti (21, 05%) užívají analgetika několikrát za měsíc. Stejný počet respondentů (21, 05%) užívá léky na bolest několikrát za rok. Zbýlých 6 respondentů (31, 58%) žádné léky na bolest po transplantaci neužívá. **Z toho vyplývá, že pacient po transplantaci užívá analgetika v menším množství než před transplantací.**

Otázka č. 18 se věnovala pocitům před transplantací. 63 respondentů (48, 09%) mělo pozitivní pocity jako jsou např. radost, štěstí, očekávání, naděje. 13 respondentů (9, 92%) mělo spíše negativní pocity před transplantací jako jsou např. úzkost, strach, zlost, utrpení. 55 respondentů (41, 98%) vnímalo jak pozitivní, tak negativní pocity zároveň. Opět stejnému tématu se věnovala otázka č. 26 se zaměřením na život po transplantaci. 102 respondentů (77, 86%) zažívá pozitivní pocity. Žádný z respondentů neprožívá negativní pocity a 29 respondentů (22, 14%) má pozitivní i negativní pocity zároveň. **Z toho vyplývá, že pacienti mají po transplantaci pozitivnější pocity než před ní. Došlo k jejich nárůstu téměř o 30%.**

Otázka č. 27 se věnovala tématu spokojenosti se životem po transplantaci. Pouhý 3 respondenti (2, 29%) nejsou spokojeni se svým životem po transplantaci. Ale 128 respondentů (97, 71%) se svým životem po transplantaci spokojena je. **Z toho jasně vyplývá, že většina respondentů vidí v transplantaci obrovský přínos pro svůj budoucí život.**

Otázka č. 28. se zabývala celkových zhodnocením života respondentů po transplantaci. 46 respondentů (35, 11%) vnímá kvalitu svého života na výbornou. 47 respondentů (35, 88%) respondentů ohodnotilo kvalitu svého života po transplantaci chvalitebně. 36 respondentů (27, 48%) vnímá svůj život dobře. Pouhý 2 respondenti (1, 53%) vnímají svůj život nedostatečně oproti svým představám. Nikdo z dotazovaných nevnímá svůj život jako nedostatečný. Z toho vyplývá, že hodnocení kvality života je zcela individuální. I když je většina respondentů spokojena se svým životem po transplantaci, každý z nich pak této spokojenosti dává jinou hodnotu. **Celkově však nikdo z respondentů nevnímá svůj život po transplantaci jako nedostačující, čili že by se mu život výrazně zhoršil.**

Předpoklad se potvrdil.

Cíl 4: Zjistit, jaké emoce pacienti prožívali před a po transplantaci.

K tomuto cíli se vztahovaly otázky č. 15, 18, 23, 26, které porovnávali emoce před a po transplantaci. Zařadila jsem zde i otázky týkající se pociťování bolesti, protože bolest velmi ovlivňuje náš emoční stav.

K tomuto cíli se vztahoval předpoklad **předpoklad 4**: Domnívám se, že více než polovina pacientů prožívala před transplantací negativní emoce a po transplantaci naopak pozitivní.

Na otázky mi odpovědělo všech 131 respondentů (100%).

Otázka č. 15 se týkala toho, zda pacienti před transplantací pociťují bolest. 28 respondentů (21, 37%) bolest vnímalo. Naproti tomu 103 respondentů (78, 63%) nepociťovalo žádnou bolest. Tématu pocitu bolesti se věnuje i otázka č. 23, opět se zaměřením na vnímání bolesti po transplantaci. 19 respondentů (14, 50%) vnímá bolest po transplantaci a 112 (85, 50%) je zcela bez bolesti. **Z toho vyplývá, že po transplantaci došlo k úbytku pacientů, kteří vnímají bolest, téměř o 7%.**

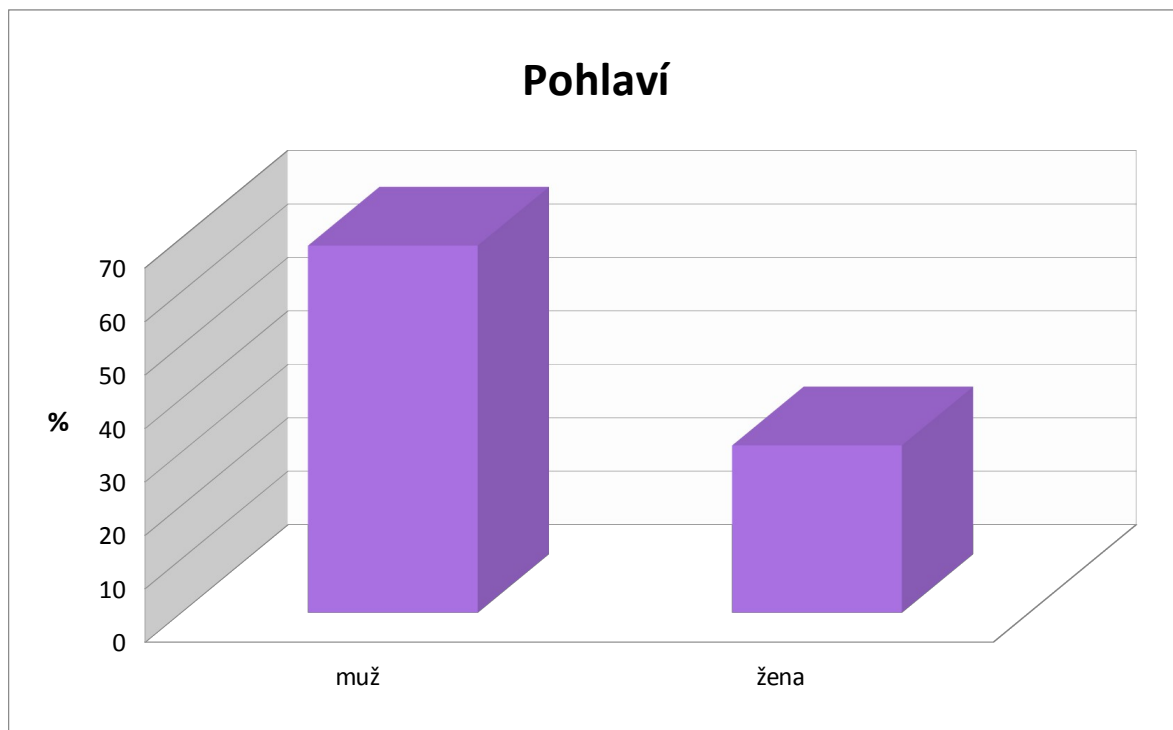
Otázka č. 18 se věnovala pocitům před transplantací. 63 respondentů (48, 09%) mělo pozitivní pocity jako jsou např. radost, štěstí, očekávání, naděje. 13 respondentů (9, 92%) mělo spíše negativní pocity před transplantací jako jsou např. úzkost, strach, zlost, utrpení. 55 respondentů (41, 98%) vnímalo jak pozitivní, tak negativní pocity zároveň. Opět stejnému tématu se věnovala otázka č. 26 se zaměřením na život po transplantaci. 102 respondentů (77, 86%) zažívá pozitivní pocity. Žádný z respondentů neprožívá negativní pocity a 29 respondentů (22, 14%) má pozitivní i negativní pocity zároveň. **Z toho vyplývá, že méně než polovina pacientů prožívá před transplantací negativní emoce a naopak více než polovina pacientů prožívá po transplantaci pozitivní emoce.**

Předpoklad se z části vyplnil.

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

Otázka č. 1: Uveďte Vaše pohlaví.

Graf č. 25 Pohlaví

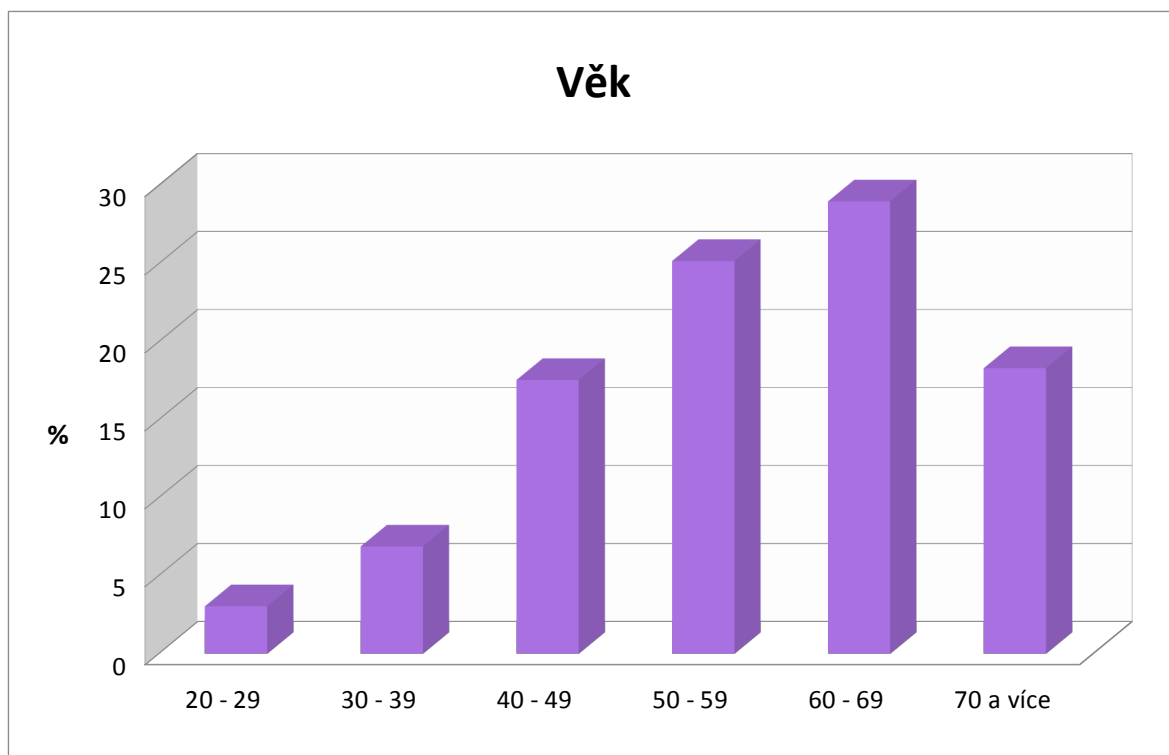


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 131 respondentů (100%) bylo 90 respondentů (68, 7%) mužů a 31 respondentů (31, 3%) žen.

Otázka č. 2: Uveďte Váš věk.

Graf č. 26 Věk



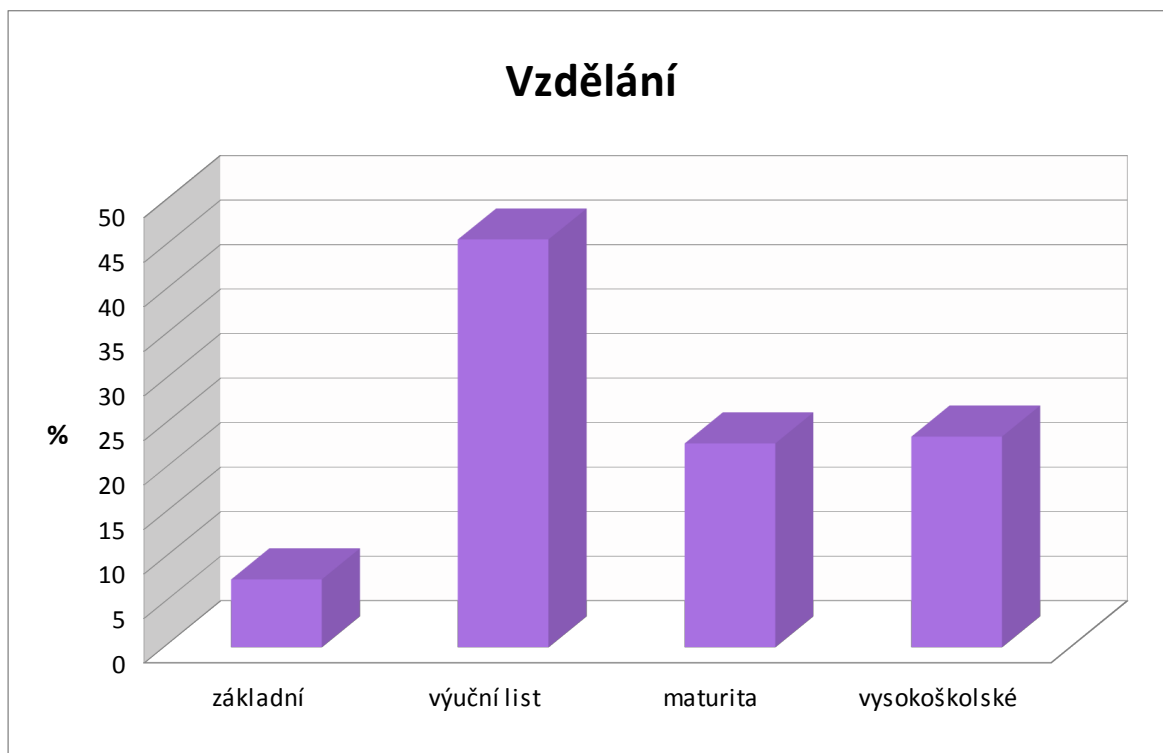
Zdroj: vlastní

Tato otázka neměla možnou volbu odpovědi. Respondenti udávali svůj skutečný věk. Pro lepší vyhodnocení jsem si dle četností věků rozdělila respondenty do 6 skupin. Každá skupina zahrnuje respondenty v rozmezí 10 let.

Ze 131 respondentů (100%) byli 4 respondenti (3,05%) ve věku mezi 20 až 29 lety. 9 respondentů (6,88%) bylo ve věku mezi 30 až 39 lety. 23 respondentů (17,56%) bylo ve věku mezi 40 až 49 lety. Dalších 33 respondentů (25,19%) bylo ve věku mezi 50 až 59 lety. Nejvíce respondentů v počtu 38 (29,01%) bylo ve věku mezi lety 60 až 69. Zbýlých 24 respondentů (18,32%) bylo ve věkové kategorii 70 let a více.

Otázka č. 3: Uveďte Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

Graf č. 27 Vzdělání

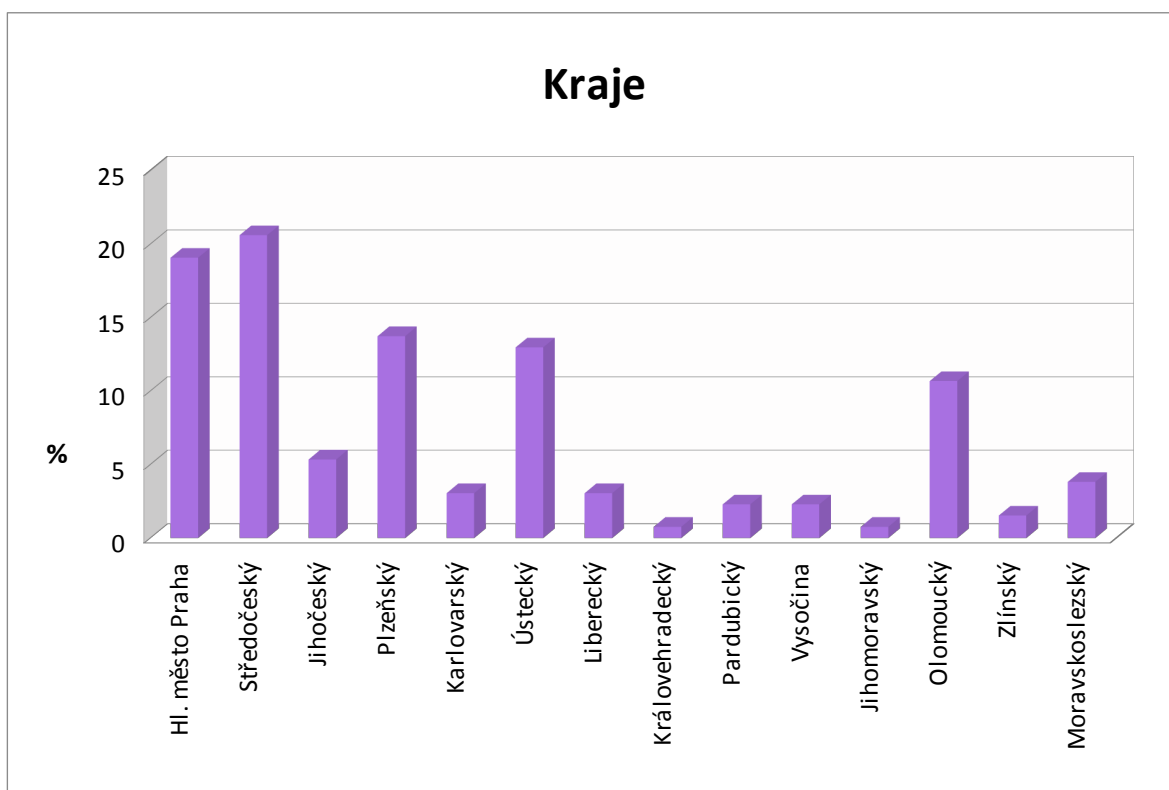


Zdroj: vlastní

Odpovídalo opět všech 131 respondentů (100%). 10 respondentů (7, 63%) mělo dosažené pouze základní vzdělání. 60 respondentů (45, 8%) mělo výuční list. Dalších 30 respondentů (22, 9%) mělo jako nejvyšší dosažené maturitní vzdělání. Zbýlých 31 respondentů (23, 67%) dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Otázka č. 4: Uveďte, ve kterém kraji bydlíte.

Graf č. 28 Kraje



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku mi odpovědělo opět všech 131 respondentů (100%). Respondenti neměli možnost volby. Uváděli skutečný kraj, ve kterém bydlí. Zpracování odpovědí probíhalo podle jednotlivých krajů ČR.

25 respondentů (19, 08%) bylo z hlavního města Prahy. 27 respondentů (20, 61%) bylo ze Středočeského kraje. 7 respondentů (5, 34%) bylo z Jihočeského kraje. 18 respondentů (13, 74%) bylo z Plzeňského kraje. 4 respondenti (3, 05%) byli z Karlovarského kraje. 17 respondentů (12, 98%) bylo z Ústeckého kraje. 4 respondenti (3, 05%) byli z Libereckého kraje. Pouze 1 respondent (0, 76%) byl z Královehradeckého kraje. 3 respondenti (2, 29%) byli z Pardubického kraje. Stejný počet byl i z kraje Vysočina. Z Jihomoravského kraje byl pouze 1 respondent (0,76%). 14 respondentů (10, 69%) bylo z Olomouckého kraje. 2 respondenti (1, 53%) byli ze Zlínského kraje a 5 respondentů (3, 82%) bylo z Moravskoslezského kraje.

DISKUZE

Transplantace ledvin patří mezi nejvíce prováděné transplantace v naší republice. Vzhledem k přibývajícím onemocnění ledvin roste i poptávka po vhodných dárcích. I přes to, že kritéria pro vhodné dárce se postupem let poněkud „zmírnila“ a rozšířila o dárce s vyšším věkem, stále počet dárců není dostačující. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na ty pacienty, kteří měli to štěstí, a vhodný dárce se pro ně našel. Zajímalo mě, do jaké míry byl jejich život omezován před transplantací vlivem snížené funkce ledvin a do jaké míry se jejich život změnil (ať už k lepšímu nebo horšímu) po transplantaci. Osobně jsem doufala, že transplantace každému respondentovi přinese pouze pozitivní přínos pro budoucí život.

Diplomová práce Bc. Evy Jetmarové se zabývala podobnou problematikou. Její práce byla zaměřena hlavně na kvalitu života po transplantaci, ale v její práci se objevily výzkumné otázky i na podobná témata, kterými jsem se zabývala ve své práci já. Jednou z nich bylo téma zálib před a po transplantaci. Autorka měla podobný počet respondentů a porovnávala, zda měli respondenti čas na své aktivity před a po transplantaci. Došla k závěru, že téměř 31% dotazovaných nemělo možnost se věnovat svým zálibám před transplantací a po transplantaci pouze necelých 10% neměli možnost se věnovat svým zálibám. V mém dotazníkovém šetření, jsem otázku položila jiným způsobem a to tím, zda je onemocnění ledvin omezovalo při výkonu zálib a zda po transplantaci mají možnost je provozovat. 29% mnou dotazovaných vnímalo, že je onemocnění ovlivňuje natolik, že museli skončit se zálibou, a u 19% dotazovaných to ovlivňovalo natolik, že si našli méně náročnou zálibu. Necelých 17% mých respondentů nemělo žádnou zálibu. Z dosažených výsledků lze konstatovat, že obou našich výzkumech došlo k výraznému vzestupu pacientů, kteří mohli po transplantaci provozovat své záliby. (Jetmarová, 2013, s. 57, 65)

Ve svém výzkumu jsem se zabývala i pocity, jaké měli respondenti před transplantací a po ní. Zařadila jsem tuto otázku do dotazníku z toho důvodu, že vnímání tak důležitého zákroku jako je transplantace, ovlivňuje výrazně emoční stav člověka. Pravdou je, že darováním orgánu daruje dotyčný i šanci na lepší život někomu jinému. V mém dotazníkovém šetření jsem zařadila odpovědi jak pozitivních i negativních pocitů před i po transplantaci. V absolventské práci Evy Francové je téma pocitů také zmíněno. Zarazilo mě však, že v jejím dotazníkovém šetření se objevují

v předtransplantačním období jako možnost odpovědi samé negativní pocity a naopak po transplantaci většina možných odpovědí charakterizuje pocity pozitivní. Vždyť přeci každý z nás je individuální a vnímá celý proces transplantace jinak. V mém dotazníkovém šetření například respondenti odpovídali, že vnímají oboje pocity zároveň. Konkrétně téměř 42% respondentů mělo smíšené pocity před transplantací a 22% respondentů po transplantaci. Nepřijde mi správné upřednostňovat v jednotlivých obdobích určité pocity. Proto jsem volila do mého dotazníku všechny známé pocity rozdělené na 2 hlavní kategorie a to pozitivní a negativní. (Francová, 2011, s. 63, 66)

Další mou zkoumanou oblastí byla schopnost vykonávat běžné denní činnosti před a po transplantaci. Stejnou oblastí se zabývala i Mgr. Irena Kozáková ve své práci s názvem *Kvalita života pacientů po transplantaci ledviny*. Jejího dotazníkového šetření se účastnilo 79 respondentů, což je o 60% méně respondentů, než odpovídalo v mém šetření. U této autorky odpovědělo 53%, že může provádět běžné denní činnosti bez problémů, dalších 47% má určitá omezení při jejich vykonávání a překvapivě žádný z jejích respondentů neodpověděl, že by nebyl schopen tyto činnosti vykonávat. V mém dotazníkovém šetření se objevilo necelých 4% respondentů, kteří nejsou schopni tyto činnosti provádět. Můžu jen hádat, proč tomu tak v mém šetření je. Může jít o vliv vyššího věku respondentů, kteří se účastnili mého šetření, kdy ve vyšším věku ubývá fyzických sil na zvládnání těchto činností. Dále toho může být příčinou další přidružené onemocnění, které trápí respondenty, jako např. kardiovaskulární onemocnění, cukrovka, atd. (Kozáková, 2013, s. 107)

Dalším mým zkoumaným bodem byla bolest. Tuto oblast jsem zařadila do svého výzkumu proto, že vzhledem k tomu, jak individuálně je bolest vnímána, neměli bychom ji u pacientů, obzvlášť jako zdravotničtí pracovníci, opomíjet. Tématem bolesti se ve svých pracích rovněž zabývaly 3 autorky. Konkrétně se jedná o Zuzanu Stačkovou, Dis.; Bc. Eva Jetmarová a Mgr. Irena Kozáková. První zmiňovaná autorka uvádí ve své práci, že před transplantací nemělo bolest 44% a po transplantaci 60% respondentů. Došlo tedy k nárůstu respondentů po transplantaci, kteří nepociťovali bolest. Druhá autorka se věnuje vnímání bolesti pouze v období po transplantaci, kdy 8% jejích respondentů nemělo bolesti. Nemáme tedy srovnání, jestli došlo k poklesu či nárůstu respondentů bez bolesti v potransplantačním období. Poslední zmiňovaná autorka se věnovala také bolesti po transplantaci. V jejím výzkumu uvedlo 35% respondentů, že nemá žádné bolesti. Opět tedy nemáme srovnání, zda došlo k nárůstu či poklesu respondentů bez bolesti. V mém

výzkumu 78% respondentů před transplantací netrpělo bolestí a po transplantaci došlo k navýšení respondentů bez bolesti na 85%. Stejně jako u první autorky, i v mém případě došlo k nárůstu respondentů, kteří byli po transplantaci bez bolesti. Z toho lze usuzovat, že většina respondentů se zbavila po transplantaci bolestí, které byly spojované s onemocněním ledvin. (Stačková, 2015, s. 65; Jetmarová, 2013, s. 52; Kozáková, 2013, s. 130)

Čekací doba na transplantaci u jednotlivých pacientů je velice diskutované téma. Každý z čekatelů ji má jinak dlouhou podle toho, jak rychle se pro něho najde vhodný dárcce dle kritérií, které jsem zmínila v teoretické části. Někdo nečeká vůbec (většinou jde o příbuzného dárce), někdo čeká jen měsíce, někdo i několik let. Před začátkem výzkumné části jsem se domnívala, že méně než polovina čeká na transplantaci minimálně rok, což se mi při zpracování výsledků potvrdilo. Opačně tomu je však v bakalářské práci Lenky Francové, které ve výzkumu vyšlo, že 53% jejích respondentů čekalo na transplantaci více než rok. Rozdílnost našich výsledků vidím v tom, že mého výzkumu se účastnilo 131 respondentů. U kolegyně Francové bylo ve výzkumném šetření pouze 41 respondentů, což je téměř o 70% méně respondentů, než se účastnilo mého výzkumu. Dalším rozdílným faktorem mezi našimi výzkumy může být i to, že transplantologie od roku 2011 udělala značný pokrok a délka čekací doby se postupně snižuje i vlivem rozvoje příbuzenského dárcovství. (Francová, 2011, s. 57)

Všechny již zmíněné autorky se zabývaly vlivem transplantace na kvalitu života stejně jako já. Mám upřímně radost, že v otázce na zhodnocení kvality života se výsledky jejich výzkumů shodují s tím mým. Téměř ve všech případech (včetně mého) žádný z respondentů neodpověděl, že by transplantace vedla ke zhoršení kvality života oproti životu před transplantací. Výjimku tvoří jen necelé 1% ve výzkumu Evy Jetmarové, kdy se mezi jejími respondenty našel někdo, kdo vnímal kvalitu svého života po transplantaci jako velmi špatnou oproti kvalitě života před transplantací. Samozřejmě, že vnímání kvality života je opět zcela individuální záležitost. Jsem však ráda, že ve všech výzkumech bylo téměř 99% respondentů, kteří viděli pozitivní přístup (ať už více či méně) transplantace na jejich budoucí život. (Francová, 2011, s. 65; Jetmarová, 2013, s. 51; Kozáková, 2013, s. 100; Stačková, 2015, s. 57)

Osobně jsem velice ráda, že problematikou kvality života před a po transplantaci se věnovalo tolik studentek vysokých škol. Četností těchto prací je poukazováno na to,

že problematika transplantací ledvin je v naší zemi velmi aktuální a těší se stále postupujícímu vývoji. V Evropě patří naše republika mezi špičku v oboru transplantologie a jsem ráda, že jména našich transplantačních lékařů mají ve světě takový zvuk a jejich práce je úspěšná.

Transplantace ledvin je jednou z mála transplantací orgánů, která se u nás provádí. Svoji četností provedení zákroků patří však mezi ty nejpočetnější. Nová ledvina, ať už od žijícího nebo nežijícího dárce, dává naději všem pacientům na prožití kvalitnějšího života. Nikdo z nás neví, jestli někdy bude tuto operaci potřebovat, aby nám zachránila nebo výrazně prodloužila dosavadní život. Buďme proto rádi, že tato možnost je tu pro všechny.

ZÁVĚR

Transplantace ledvin jako nejúčinnější metoda léčby selhání funkce ledvin je nejpočetnější operací v oboru transplantologie u nás. Její vliv na kvalitu života je obrovský.

Proto jsem se ve své bakalářské práci touto problematikou zabývala. Konkrétně v teoretické části jsem zmínila obecnou anatomii ledvin. Dále jsem se věnovala onemocněním, která vedou ke snížené funkci ledvin. Následovaly kapitoly věnující se léčbě tohoto onemocnění včetně transplantace a v poslední části teorie jsem se věnovala pojmu „kvalita života“. V praktické části jsem provedla výzkum pomocí dotazníkového šetření u respondentů, kteří byli minimálně 1 rok po transplantaci. Výběr těchto respondentů spočíval v tom, že jsem chtěla, aby měli objektivní náhled na kvalitu života po transplantaci, což čerstvě transplantovaní nemají z důvodu čtenějšího výskytu komplikací. Výzkum jsem prováděla ve třech nemocnicích, kde mi byl povolen výzkum. Oslovila jsem i ostatní transplantační centra, ve kterých mi byl výzkum buď zamítnut, nebo na mou žádost nereagovali. Jedním z mých cílů bylo zjistit, jaký nejčastější druh dialyzační léčby pacienti podstupují před transplantací. Potvrdil se mi všeobecně známý fakt, že převládá hemodialýza. Dále jsem zkoumala délku čekací doby na transplantaci s tím, že jsem doufala, že méně než polovina mých respondentů čekala minimálně 1 rok. Výsledek se mi potvrdil. Nejhlavnějším cílem však bylo zjistit kvalitu života před a po transplantaci. Byla jsem velice ráda, že se mi potvrdilo, že kvalita života po transplantaci je výrazně lepší. Poslední cíl týkající se pocitů před a po transplantaci se vyplnil pouze z části a to tak, že po transplantaci pacienti vnímají spíše pozitivní pocity. Ač by většina z nás předpokládala, že před transplantací budou převažovat negativní pocity, v mém výzkumu tomu tak nebylo.

Na závěr bych ráda zmínila, že jakákoliv transplantace dává šanci na lepší život. Buďme rádi, že medicína se v tomto směru dále vyvíjí. I my se můžeme zapojit do tohoto procesu, ať už jako dárce nebo příjemce orgánu. Vždyť přeci každý z nás má právo na lepší život.

14 LITERATURA A PRAMENY

Aktuální waiting list v ČR. Koordinační středisko transplantací [online]. Praha: Skylab, 2014, [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: http://www.kst.cz/wp-content/uploads/2018/01/Aktualni-waiting-list-v-CR-02_2018.pdf

ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 2013, 512 s. ISBN 978-80-247-4788-0.

DEDINSKÁ, Ivana a Juraj MIKLUŠICA. *Základy pre odber orgánov a transplantácie obličiek*. 1. vydání. Turany: P + M, 2014, 136 s. ISBN 978-80-89694-12-9 .

Domácí hemodialýza. Průvodce životem s dialýzou [online]. Praha: FlashHealth, 2018 [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <http://www.dialyza.cz/cs/porozumet/nahrada-funkce-ledvin/hemoeliminacni-metody/domaci-dialyza/domaci-hemodialyza/>

Domácí statistiky. Koordinační středisko transplantací [online]. Praha: Skylab, 2014 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: <http://www.kst.cz/statistiky/domaci/>

FRANCOVÁ, Lenka. *Kvalita života pacientů po transplantaci ledviny*. Hradec Králové, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Lékařská fakulta v Hradci Králové. Ústav sociálního lékařství. Oddělení ošetřovatelství.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HANUŠ, Tomáš a Petr MACEK a kolektiv. *Urologie pro mediky*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2015, 305 s. ISBN 978-80-246-3008-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 4., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015, 272 s. ISBN 978-80-7492-204-6.

CHYTILOVÁ, Eva a kol. *Cévní přístupy pro hemodialýzu*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015, 190 s. ISBN 978-80-204-3657-3.

JETMAROVÁ, Eva. *Kvalita života pacientů po transplantaci ledvin*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetřovatelství.

KARLÍKOVÁ, Lenka. *Transplantace ledviny: co dělat když* Plzeň: Fakultní nemocnice Plzeň, nedatováno, 14 s.

- KOZÁKOVÁ, Irena. *Kvalita života u pacientů po transplantaci ledviny*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Katedra antropologie a zdravotní vědy.
- LACHMANOVÁ, Jana. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vydání. Praha: Galén, 2008, 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9.
- LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, 320 s. ISBN 978-80-247-2526-0.
- MERTA, Miroslav. Základní charakteristika akutního selhání ledvin. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2009, **10**(6), 347-350. ISSN 1213-1768.
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014, 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.
- STAČKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života pacientů po transplantaci ledviny*. Jihlava, 2015. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.
- ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015, 222 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
- TEPLAN, Vladimír a kol. *Nefrologie vyššího věku*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2015, 358 s. ISBN 978-80-204-3521-7.
- TEPLAN, Vladimír a kolektiv. *Akutní poškození a selhání ledvin: v klinické medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 416 s. ISBN 978-80-247-1121-8.
- TEPLAN, Vladimír. *Nefrologické minimum pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2013, 317 s. ISBN 978-80-204-2881-3.
- TEPLAN, Vladimír. *Praktická nefrologie*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006, 536 s. ISBN 80-247-1122-2.
- TŘEŠKA, Vladislav, Daniel HASMAN, Tomáš REISCHIG a Ondřej HES. *Transplantace ledvin od nebijících dárců*. Praha: Maxdorf, 2008, 107 s. ISBN 978-80-7345-167-7.
- VACHEK, Jan, Oskar ZAKIYANOV a Vladimír TESAŘ. Chronické onemocnění ledvin. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen, 2012, **14**(3), 107-110. ISSN 1212-7299.
- VIKLICKÝ, Ondřej a kol. *Predialýza*. Praha: Maxdorf, 2013, 298 s. ISBN 978-80-7345-356-5.

VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK a Peter BALÁŽ a kolektiv. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, 380 s. ISBN 978-80-247-2455-3.

VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ, Sylvie DUSILOVÁ SULKOVÁ a kolektiv. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, 192 s. ISBN 978-80-247-3227-5.

VÍSNEROVÁ, Zuzana. *Pacient po transplantaci ledviny (Tx)*. Plzeň: Fakultní nemocnice Plzeň, 2017, 1 s.

VÍSNEROVÁ, Zuzana. *Provedení peritoneální dialýzy*. Plzeň: Fakultní nemocnice Plzeň, 2017, 5 s.

Zákon č. 285/2002 Sb. ze dne 30. května 2002, o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon).

SEZNAM ZKRATEK

ABR – acidobazická rovnováha

ADH – antidiuretický hormon

AIDS – syndrom získaného selhání imunity (acquired immune deficiency syndrome)

AKI – akutní poškození ledvin (acute kidney injury)

AKIN – klasifikační systém akutního poškození ledvin (acute kidney injury network)

AV – arteriovenózní

CKD – chronické onemocnění ledvin (chronic kidney disease)

CT – počítačová tomografie (computed tomography)

CŽK – centrální žilní katétr

ČR – Česká republika

FF – fyziologické funkce

FN – fakultní nemocnice

GF – glomerulární filtrace

GIT – gastrointestinální (související se zažívacím traktem)

HLA – hlavní lidský histokompatibilní komplex (human leukocyte antigen)

HŽT – hluboká žilní trombóza

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

MR – magnetická rezonance

PAH – paraaminohippurová kyselina

PD – peritoneální dialýza

PMK – permanentní močový katétr

PNC – penicilin

TK – tlak krve

WL – čekací listina (waiting list)

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk diagnostiky snížené funkce ledvin.....	35
Graf č. 2 Druh dializační léčby.....	37
Graf č. 3 Doba dialyzace.....	38
Graf č. 4 Doba transplantované ledviny.....	40
Graf č. 5 Čekání na transplantaci.....	41
Graf č. 6 Dárce transplantované ledviny.....	42
Graf č. 7 Omezení při hygieně před transplantací.....	44
Graf č. 8 Omezení při zálibách před transplantací.....	45
Graf č. 9 Změna vztahů v rodině před transplantací.....	46
Graf č. 10 Omezení při výkonu povolání před transplantací.....	47
Graf č. 11 Bolest před transplantací.....	48
Graf č. 12 Intenzita bolesti před transplantací.....	49
Graf č. 13 Délka užívání analgetik před transplantací.....	50
Graf č. 14 Pocity před transplantací.....	51
Graf č. 15 Běžné denní činnosti po transplantaci.....	52
Graf č. 16 Záliby po transplantaci.....	53
Graf č. 17 Změna vztahů v rodině po transplantaci.....	54
Graf č. 18 Zaměstnání po transplantaci.....	55
Graf č. 19 Bolest po transplantaci.....	56
Graf č. 20 Intenzita bolesti po transplantaci.....	57
Graf č. 21 Užívání analgetik po transplantaci.....	58
Graf č. 22 Pocity po transplantaci.....	59
Graf č. 23 Spokojenost se životem po transplantaci.....	60
Graf č. 24 Zhodnocení kvality života.....	61
Graf č. 25 Pohlaví.....	66
Graf č. 26 Věk.....	67
Graf č. 27 Vzdělání.....	68
Graf č. 28 Kraje.....	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník.....	81
Příloha č. 2 Žádost o poskytnutí informací - FN Olomoc, IKEM.....	84
Příloha č. 3 Žádost o poskytnutí informací - FN Plzeň.....	85
Příloha č. 4 Povolení sběru informací - FN Plzeň.....	87
Příloha č. 5 Povolení výzkumu - Olomouc.....	88
Příloha č. 6 Povolení výzkumu - IKEM.....	88

Příloha č. 1 Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Kateřina Křížková, jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, bakalářského oboru Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku k mé bakalářské práci, jejíž téma je Transplantace ledvin a její vliv na kvalitu života. Výsledky tohoto dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé bakalářské práce a jsou zcela **anonymní**. **V dotazníku můžete dle potřeby zakroužkovat 1 nebo více odpovědí, popřípadě dopsat vlastní.** Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. **Uved'te Vaše pohlaví.**
 - a) muž
 - b) žena
 2. **Uved'te Váš věk:**
 3. **Uved'te Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.**
 - a) základní
 - b) středoškolské – výuční list
 - c) středoškolské – maturita
 - d) vysokoškolské
 4. **Uved'te, ve kterém kraji bydlíte.**
 5. **V kolika letech Vám byla diagnostikována snížená funkce ledvin?**
 6. **Jaký druh dialyzační léčby jste podstoupil/a před transplantací?**
 - a) peritoneální dialýza
 - b) hemodialýza
 - c) žádnou
 7. **Jak dlouho jste byl/a dialyzován/a před transplantací?**
 - a) 1 – 11 měsíců
 - b) 1-2 roky
 - c) 3-5 let
 - d) více než 5 let
 8. **Kolik roků/let máte transplantovanou ledvinu?**
 - a) 1 – 5 let
 - b) 6 – 10 let
 - c) více než 10 let
 9. **Uved'te, jak dlouho jste čekal/a na transplantaci ledvin.**
 10. **Od jakého dárce máte transplantovanou ledvinu?**
 - a) žijící – příbuzný
 - b) žijící – nepříbuzný
 - c) nežijící
- (Otázky 11 – 18 se věnují Vašemu životu před transplantací ledvin.)*
11. **Omezovalo Vás onemocnění při běžných denních činnostech (hygiena, úklid, ...)?**
 - a) ano
 - b) částečně
 - c) ne
 12. **Omezovalo Vás onemocnění při vykonávání Vašich zálib?**
 - a) ano – skončil/a jsem se zálibou
 - b) ano – našel/a jsem si jinou zálibu
 - c) ne

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ
PRÁCE
– FN OLOMOUC, IKEM**

Jméno a příjmení studentky: KATEŘINA KRÍŽKOVÁ

Úplný název vysoké školy: ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta / katedra: FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY V PLZNI / KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE

Studijní obor / ročník: VŠEOBECNÁ SESTRA / 3. ROČNÍK

Název bakalářské práce: TRANSPLANTACE LEDVIN A JEJÍ VLIV NA KVALITU
ŽIVOTA

Vedoucí práce: Mgr. ELIŠKA ČAGÁNKOVÁ, Dis., FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH
STUDIÍ

Kontakt na vedoucího práce: e-mail: cagankov@kos.zcu.cz, telefon: 775 956 115

Cíl mé bakalářské práce – ZJISTIT KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ PŘED A PO
TRANSPLANTACI LEDVIN, JAKÉ POCITY NEJČASTĚJI PROŽÍVALI.

Termín přípravy pro empirickou část práce: OD 5.3.2018 DO 20.5.2018

Metoda empirické části práce

1. Pomocí dotazníku

Pro sběr informací, pomocí dotazníku oslovím:

Pacienty

Plánovaný počet respondentů? Cca 20 RESPONDENTŮ (dle možností jednotlivých pracovišť)

Žádost podává student: KATEŘINA KRÍŽKOVÁ, telefon: 732 201 260, e-mail:
katharina.krizkova@seznam.cz

V Plzni dne: 4.3.2018

Příloha č. 3 Žádost o poskytnutí informací - FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči
Edvarda Beneše 13, 305 09 Plzeň - Bory
alaj Svobody 89, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00869806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ INFORMACÍ V SOUVISLOSTI
S VYPRACOVÁNÍM BAKALÁŘSKÉ / DIPLOMOVÉ / JINÉ
PRÁCE
– FN PLZEŇ**

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky: KATEŘINA KRŽIŽKOVÁ

Úplný název vysoké školy: ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta / katedra: FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ ZÁPADOČESKÉ
UNIVERZITY V PLZNI / KATEDRA OŠETŘOVATELSTVÍ A PORODNÍ ASISTENCE

Studijní obor / ročník: VŠEOBECNÁ SESTRA / 3. ROČNÍK

Název bakalářské práce: TRANSPLANTACE LEDVIN A JEJÍ VLIV NA KVALITU
ŽIVOTA

Vedoucí práce: Mgr. ELIŠKA ČAGÁNKOVÁ, Dis., FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH
STUDIÍ

Kontakt na vedoucího práce: e-mail: cagankov@kos.zcu.cz, telefon: 775 956 115

Nejsem v pracovním poměru.

Cíl mé bakalářské práce – ZJISTIT KVALITU ŽIVOTA PACIENTŮ PŘED A PO
TRANSPLANTACI LEDVIN, JAKÉ POCITY NEJČASTĚJI PROŽÍVALI.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce:

PRAXE NA AMBULANCI TRANSPLANTAČNÍ NEFROLOGIE V TERMÍNU OD 9.4.
DO 13.4.2018 (během této doby budu rozdávat dotazníky pacientům sama).

SESTRA Bc. LENKA KARLÍKOVÁ JE OCHOTNA ROZDÁVAT DOTAZNÍKY
PACIENTŮM K VYPLNĚNÍ I BĚHEM MĚSÍCE BŘEZNA (po naší vzájemné
domluvě).

5 / 2016 FN Plzeň

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část: AMBULANCE
TRANSPLANTAČNÍ NEFROLOGIE, 1. INTERNÍ KLINIKA

Metoda empirické části práce

1. Pomocí dotazníku – KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Pro sběr informací, pomocí dotazníku oslovím:

Pacienty

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň? Cca 50 - 100 RESPONDENTŮ (dle možností objednaných pacientů ambulance)

***Poznámka:** Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetřování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.*

- **Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je:**

Bc. LENKA KARLÍKOVÁ, SESTRA AMBULANCE TRANSPLANTAČNÍ NEFROLOGIE, 1. INTERNÍ KLINIKA

Sestra mě poskytne informace ohledně edukace pacientů po transplantaci ledviny včetně poskytnutých tištěných edukačních publikací, které má v ambulanci k dispozici.

- **Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň:**

telefon: 377 103 650, e-mail: karlikoval@fnplzen.cz, Bc. LENKA KARLÍKOVÁ, SESTRA AMBULANCE TRANSPLANTAČNÍ NEFROLOGIE, 1. INTERNÍ KLINIKA

***Poznámka:** Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.*

Žádost podává student: KATEŘINA KRÍŽKOVÁ, telefon: 732 201 260, e-mail: katarina.krizkova@seznam.cz

V Plzni dne: 13.3.2018

Příloha č. 4 Povolení sběru informací - FN Plzeň



Vážená paní
Kateřina Křížková
Studentka oboru Všeobecná sestra
Fakulta zdravotnických studií - Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Západočeská univerzita v Plzni

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *I. interní klinice (I. IK)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*TRANSPLANTACE LEDVIN A JEJÍ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí dotazníku určeného pacientům I. IK a sběrem informací o odborných ošetrovatelských postupech.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra *I. IK* souhlasí s vaším postupem
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, **ochrany dat pacientů** a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb.,** o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- Údaje ze zdravotnické dokumentace pacientů, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány. Sběr informací budete provádět v době Vaší, školou schválené, odborné praxe **a pod přímým vedením** oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň, kterým je **paní Bc. Lenka Karlíková, všeobecná sestra I. IK FN Plzeň.**
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu či s dotazováním nevyslovil souhlas, nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

15. 3. 2018

Příloha č. 5 Povolení výzkumu - Olomouc

✉ RE: Povolení výzkumu k BP

Vážená studentko,
Vaše žádost o dotazníkové šetření byla schválena. Pro další spolupráci se obraťte na kolegyni Chrásteckou, kontakt viz.níže.

S pozdravem

Mgr. Jiřina Cahlíková, MBA

vedoucí Odboru kvality



Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 185/6

779 00 Olomouc

Tel.: +420 588 444 635

Mobil: +420 724 622 962

E-mail: jirina.cahlikova@fnol.cz

web: www.fnol.cz

Příloha č. 6 Povolení výzkumu - IKEM

✉ FW: Povolení výzkumu k BP



Vážená paní Křížková,
dostala se ke mně Vaše žádost ohledně průzkumu u pacientů po transplantaci ledviny. Souhlasím s distribucí dotazníků u našich pacientů na ambulanci. Spojte se se staniční sestrou nefrologické ambulance paní Olgou Kauckou – email olga.kaucka@ikem.cz nebo na tel. 733616671 a domluvte se na předání dotazníků.

S pozdravem

Bc. Vladěna Homolková

vrchní sestra Kliniky nefrologie



Institut klinické a experimentální medicíny

Vídeňská 1958/9, 140 21, Praha 4

Mobil: +420 734 390 749

e-mail: vladena.homolkova@ikem.cz