

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Studijní program:
Sociální politika a sociální práce

Studijní obor:
Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Forma studia:
Kombinovaná

Diplomová práce

Kvalita života lidí po transplantaci srdce

Quality of life of the patient after heart transplatation

Bc. Jaroslava Holakovská

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.**

Praha 2010

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce panu doc. PhDr. Janu Srncovi, CSc., za velmi obětavou pomoc a čas, jeho podnětné rady a zájem, se kterým se mi během konzultací věnoval.

Děkuji také panu rektorovi PhDr. Jiřímu Růžičkovi za možnost studia na této vysoké škole, které mi je velkým přínosem pro mou práci ve zkvalitňování péče o pacienty.

Velký dík patří také i všem přednášejícím se kterými jsem měla tu čest se setkat a být přítomna na jejich přednáškách.

Poděkování patří také paní Darje Vávrové a všem pracovnícům studijního oddělení, které mi pomáhaly svým vstřícným přístupem orientovat se ve studijní problematice.

Dále děkuji koordinátore klinických studií Kliniky kardiologie IKEM paní Ivaně Kamenářové za pomoc při zpracování dat. Poděkování patří také sestřám Oddělení srdečního selhání KK IKEM za pomoc při sběru dat.

Děkuji paní Mgr. Ivetě Krčové, MBA z psychosociální poradny za podporu a cenné rady při tvorbě mé diplomové práce.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

V Praze dne:

.....

Obsah:

Úvod.....	6
1 Srdeční selhání a transplantace.....	7
1.1 Pacient se srdečním selháním.....	7
1.2 Léčba srdečního selhání.....	8
1.2.1 Vnímání léčby při chronickém srdečním selhání.....	8
1.2.2 Vnímání nemoci akutní a chronické.....	9
1.2.3 Osobní prožívání chronické nemoci.....	9
1.2.4 Vliv chronického onemocnění na rodinu pacienta.....	10
2 Transplantace srdce jako léčebná metoda.....	11
2.1 Historie transplantace srdce.....	11
2.2 Etika transplantací.....	12
2.2.1 Souhlas s odběrem orgánů.....	12
2.2.2 Legalita transplantací.....	13
2.2.3 Zařazení pacienta na čekací listinu.....	14
2.2.4 Osud nemocných na čekací listině.....	14
2.2.5 Národní akční plán pro darování a transplantaci orgánů.....	14
3 Pacient po transplantaci srdce.....	16
3.1 Nároky na transplantovaného pacienta.....	16
3.1.1 Nežádoucí účinky imunosupresiv.....	17
3.1.2 Sledování zdravotního stavu.....	18
3.1.3 Zásady hygieny.....	18
3.1.4 Výživa.....	19
3.1.5 Životní styl.....	19
3.2 Sociální problémy.....	20
3.2.1 Rodinné zázemí.....	20
3.2.2 Sexuální život.....	21
3.2.3 Zaměstnání.....	21
3.3 Psychické problémy.....	22
3.3.1 Úzkost, deprese.....	22
3.3.2 Negativní vnímání vlastního vzhledu.....	23

3.4 Kvalita života.....	23
4 Týmová spolupráce o transplantované.....	25
4.1 Úloha psychologa a sociálního pracovníka v transplantačním programu.....	25
4.2 Legislativa sociální práce.....	26
4.3 Syndrom vyhoření.....	27
5 Vlastní výzkum.....	28
5.1 Cíle výzkumu.....	28
5.2 Otázky kladené na výzkum.....	28
5.3 Metody výzkumu.....	29
5.3.1 Dotazníky.....	29
5.3.2 Analýza lékařské, psychologické a ošetrovatelské dokumentace..	30
5.3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	30
5.4 Postup a organizace výzkumu.....	30
5.5 Základní údaje o skupině respondentů.....	31
6 Výsledky průzkumu.....	33
6.1 Přehled odpovědí na otázky dotazníku WHOQOL- BREF.....	34
6.2 Interpretace výsledků jednotlivých dimenzí.....	51
6.2.1 Dimenze fyzického zdraví.....	51
6.2.2 Dimenze sociálních vztahů.....	51
6.2.3 Dimenze prožívání.....	52
6.2.4 Dimenze prostředí.....	52
6.2.5 Diskuse.....	53
Závěr.....	56
Seznam literatury.....	58
Seznam zkratk.....	60
Seznam grafů.....	61
Seznam příloh.....	62
Anotace.....	68
Abstract.....	69

ÚVOD

Celý svůj profesní život pracuji jako všeobecná sestra převážně s kardiologicky nemocnými. Nyní pracuji na Kardiologické klinice Institutu klinické a experimentální medicíny, který jako špičkové pracoviště a výzkumná základna rozvinul program ortotopické transplantace srdce pro srdeční selhání. Při svém studiu psychosociální problematiky jsem si uvědomila, že špičková lékařská a ošetrovatelská péče, kterou pacientům poskytujeme, se neobejde bez péče o psychiku člověka a sociální péče. Snažila jsem se zjistit jak vnímají lidé po transplantaci svůj další život v různých oblastech.

Je jasné, že bezprostředně po transplantaci pocítují pacienti výrazné zlepšení svého fyzického stavu a určitou psychickou euforii z úspěšně provedeného zákroku.

Život transplantovaného člověka má však svá omezení a úskalí, na která je pacient od zařazení do transplantačního programu připravován a je s nimi plně obeznámen.

V prvních měsících a letech se kvalita života transplantovaných lidí skutečně diametrálně zlepší. Po počátečním nadšení po úspěšně provedeném zákroku však některá omezení a nepříznivé účinky např. imunosupresiv mohou pacienty obtěžovat a oni začnou svou kvalitu života přehodnocovat.

Cílem mé práce bylo zjistit jak vnímají různé oblasti života lidé, kteří žijí s transplantovaným srdcem již delší dobu (více než dva roky) a zda můžeme jako tým zdravotníků, psychologů a sociálních pracovníků jejich prožívání ovlivnit.

1 SRDEČNÍ SELHÁNÍ A TRANSPLANTACE

Transplantace srdce je jediným řešením pro pacienty v konečné fázi srdečního selhání, kde ostatní formy léčby jsou již neúčinné. Znamená to, že abnormální činnost srdce má za následek neschopnost srdce přečerpávat krev v míře vyžadované danou metabolickou aktivitou tkání.

„Srdeční selhání patří mezi symptomy s velmi vážnou prognózou, pětiletá celková letalita je udávána 25 % u mužů a 40 % u žen. Průměrná prevalence v populaci činí 1 – 2 %, incidence činí 1 – 3 nové případy na 1000 obyvatel za rok a s věkem stoupá“ (KLENER, 2006, s. 205).

Příčinou srdečního selhání je nejčastěji ischemická choroba srdeční, kardiomyopatie nebo chlopenní vady srdce.

Toto onemocnění může vzniknout akutně nebo je jeho progresse postupná.

1.1 Pacient se srdečním selháním

„Lidé s levostranným srdečním selháním mají subjektivně postupně se zhoršující příznaky dušnosti hlavně v noci. Nemocní trpí dechovou tísní, pocitem nedostatku vzduchu a úzkostí. Později se přidává zhoršená výkonnost, únavnost, námahový kašel a především dušnost. Objevují se také neuropsychické poruchy, jako je zhoršení koncentrace a paměti, bolesti hlavy, spavost, inverze spánku. Někdy také neklid a zmatenost, kterou vyvolává hypoperfuze mozku.

Při pravostranném selhání se přidávají ještě trávicí obtíže jako je nechutenství a zácpa, nauzea a zvracení. Následkem je těžká kardiální kachexie“ (KLENER, 2006, s.210).

Pacient se srdečním selháním je odkázán na trvalou léčbu. Bývá opakovaně hospitalizován, pokud dojde k dekompenzaci onemocnění. Dlouhodobá pracovní neschopnost a časté hospitalizace mají za následek přiznání plného invalidního důchodu a tím zhoršení pacientovy ekonomické situace. Toto chronické onemocnění prověří i pacientovu rodinu a jeho sociální vztahy.

1.2 Léčba srdečního selhání

Moderní léčba chronického srdečního selhání byla koncipována až v devadesátých letech minulého století. Je založena na několika principech:

medikamentózní léčba - diuretika, antiagregancia, betablokátory, digitalis,

pohybová léčba – rehabilitace pro zlepšení výkonosti,

sekundární prevence onemocnění,

eliminační metody – kontinuální venovenózní hemofiltrace (pro odstranění nadbytečné tekutiny z organismu),

přístrojová léčba – oboukomorová kardiostimulace, implantace kardiovertru – defibrilátoru (k léčbě srdečních arytmií), umělé srdce, mechanické srdeční podpory,

ortotopická transplantace srdce – z mrtvého dárce nemocnému příjemci. Při vyčerpání všech léčebných možností a nalezení vhodného dárce.

1.2.1 Vnímání léčby při chronickém srdečním selhání

„U nemocných se srdečním selháním jde vždy o chronickou léčbu, která je cílena na zlepšení kvality života a na zlepšení prognózy onemocnění. V každé fázi nemoci je kladen důraz na jiný aspekt. Málo symptomatický nemocný ve středních letech očekává vyléčení nemoci nebo zabránění progresu nemoci a tím selepší jeho životní perspektiva. Naopak výrazně dekompenzovaný pacient s klidovou dušností očekává zmírnění či odstranění potíží, které mu brání být soběstačným. Spolupráce a partnerský vztah lékaře, pacienta a jeho rodiny je v léčbě tohoto onemocnění neméně důležitý“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.130).

Velkým mezníkem pro pacienta s chronickým srdečním selháním je vždy zařazení na čekací listinu OTS. Dle našich zkušeností prožívá pacient prakticky stejné fáze jako by mu byla sdělena onkologická či jiná závažná diagnóza. Elisabeth Kübler-Rossová velmi dobře popsala: *„že vysoká potřeba informací koreluje především s počátkem onemocnění“* (cit.dle HAŠKOVCOVÉ, 2007, s.55).

V tomto případě zařazení na čekací listinu je pro pacienta takovým novým počátkem onemocnění. Nemocný si fází zpracování této informace vždy projde a právě v tomto období je důležité pro ošetřující tým udělat si na pacienta a jeho rodinu dostatek času a zodpovědět všechny otázky.

1.2.2 Vnímání nemoci akutní a chronické

„Hovoříme-li o nemocných lidech, máme často na mysli lidi akutně nemocné. Jejich nemoc se objeví náhle, rychle vrcholí a její příznaky vedou člověka k lékaři. Ten nemoc diagnostikuje a zahájí léčbu. V relativně krátké době se čeká změna - návrat k původnímu stavu totálního zdraví. U chronických onemocnění je tomu jinak. Chronická nemoc přichází pomalu, plíživě. Častokrát si daný člověk ani neuvědomuje, že je nemocen a mnohdy zaujímá k tomuto onemocnění falešný postoj a nahlíží na situaci jako na akutní onemocnění“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.130).

„V představě chronické nemoci jde v první řadě o časový faktor: nemoc bude trvat dlouho, dlouho bude trvat i její léčení a není jisté, zda se kdy zbaví všech následků onemocnění. Představa je ještě spjata s představou příčin – usuzuje se obvykle, že u kořene nemoci byly pravděpodobně některé nezdravé návyky a zvyky pacienta, že se nemoc připravovala dlouho a že negativní následky nemoci budou pravděpodobně trvat stále“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.27).

U našich pacientů je situace v některých případech komplikována i tím, že vlastně jde o vrozenou chorobu, o které nevěděli, která jim dosud nedělala žádné potíže a manifestovala najednou.

1.2.3 Osobní prožívání chronické nemoci

Chronicky nemocní mají různé nepříjemné fyzické příznaky, které se v různých intervalech opakují a nabývají na intenzitě.

„Neméně pestrá je paleta psychických těžkostí. Jedná se v první řadě o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky. Zdá se, že největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta. Člověk byl někým, nežli došlo k onemocnění. Nyní je těž někým, ale někým jiným. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sama sobě může dojít tak daleko, že se chronicky

nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Pacient v krajním případě ztrácí schopnost něco řešit – kompetence, ale ztrácí dokonce pocit vlastní ceny a úcty. Tento stav se charakterizuje jako non-person (nebytí osobnosti)“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.131).

Tento psychický stav vede často pacienty k revizi a přehodnocování svého dosavadního života, chování a jednání. A to v negativním nebo pozitivním smyslu.

1.2.4 Vliv chronického onemocnění na rodinu pacienta

„Chronické onemocnění se nedotýká jen pacienta samého, ale i jeho nejbližší rodiny a sociálních vztahů. Dochází totiž ke změně rolí v rodině. Nejen pacientovy role, ale i partnerovy role. Celkově je možné říci, že rodiny, ve kterých někdo onemocní se mění. Zvyšuje se pocit celkové únavy v rodině a zvyšují se pocity deprese“ (KŘIVOHLAVÝ, 2002, s.131). Na pacienta, jeho partnera a rodinu působí neustálé změny zdravotního stavu, opakované hospitalizace. Čím déle onemocnění probíhá tím více je rodina unavená a neustále ve stresu. Trpí i sociální vztahy s přáteli. Blízkým se snažíme poskytovat dostatek informací, poukazujeme na to, že i oni musí dbát na svůj odpočinek a zachování fungující rodiny.

2 TRANSPLANTACE SRDCE JAKO LÉČEBNÁ METODA

K transplantaci srdce jsou indikováni pacienti, u nichž předpokládaná doba přežití nečiní více než 12 měsíců. Pacienti se zařazují podle daných kritérií na urgentní nebo ambulantní čekací listinu. Tento výkon má však i své kontraindikace a to absolutní a relativní.

„Absolutními kontraindikacemi jsou zdravotní kontraindikace: závažné plicní onemocnění, orgánové komplikace diabetu mellitu, nezvratné selhání jater nebo ledvin, těžká kachexie, přítomnost malignity, HIV pozitivita, osteoporóza, maligní hypertenze“ (MÁLEK, 2004, s.17). K relativním kontraindikacím pak patří věk (bývá totiž někdy rozdíl mezi věkem kalendářním a biologickým). Obézní pacient může svou váhu za pomoci lékaře - obezitologa a nutričního terapeuta snížit a pak být na čekací listinu zařazen.

Kontraindikací je tzv. **psychosociální nestabilita**. Psychosociální nestabilitou rozumíme např. alkoholismus, drogovou závislost, nevyhovující poměry v rodině a podobně. Každý kandidát transplantace absolvuje psychologické vyšetření, psychiatrické vyšetření a případně i pohovor s psychosociálním pracovníkem.

Psychicky náročné je pro pacienta i zpracování informace, že transplantace srdce je v jeho stadiu onemocnění nevyhnutelná a vlastní zařazení na čekací listinu. Někteří pacienti zařazení a transplantaci srdce odmítají. Nejčastěji z náboženských důvodů.

2.1 Historie transplantace srdce

Ortotopická transplantace srdce je přenos tohoto orgánu z mrtvého dárce nemocnému příjemci. MÁLEK (2004, s.17) uvádí, že první transplantaci provedl v Kapském městě Christian Barnard 3.12.1967. Tento první pacient zemřel 18. den po operaci na bronchopneumonii. V začátcích transplantací byla častou komplikací akutní rejekce (odhojení štěpu) při nedokonalé imunosupresi. To odradilo počáteční dobré

snahy o transplantace. V 80. letech minulého století byl však do imunosupresivní léčby zaveden cyklosporin A, po němž se přežívání pacientů značně zlepšilo. V 60. letech přežilo 25 % lidí, nyní je to více než 80 % a pětileté přežívání je kolem 70 %. První transplantace srdce v Československu byla provedena v Institutu klinické a experimentální medicíny v roce 1984.

Nyní se srdce transplantují ve dvou centrech v České republice. V IKEM Praha a od r. 1992 také v Brně.

Výroční zpráva IKEM z r. 2009 uvádí, že zde bylo ke 30.12.2009 provedeno 763 transplantací srdce a k témuž datu žilo 414 pacientů. Nejmladšímu příjemci bylo 5 let a nejstaršímu 74 let. Nejdéle žije po transplantaci pacient 24 let a těší se dobré fyzické i duševní kondici. Počet transplantací je limitován počtem dárců.

2.2 Etika transplantací

HAŠKOVCOVÁ (2002, s.174) uvádí, že laickou veřejnost hlavně zajímá o to, jakým způsobem se vybírá dárce orgánů, a často nemůže pochopit, proč není někdy k dispozici vhodný orgán a co se pojmem „vhodný“ vlastně rozumí. Občané také v neposlední řadě projevují obavy o dárce a ptají se, zda bylo učiněno vše pro jeho záchranu a zda nedošlo k předčasnému odběru, kdy by dárce byl mohl ještě přežít. Tato situace je způsobena tradičním pojetím smrti jako zástavy srdeční činnosti. O tzv. smrti mozku se dosud málo v širších vrstvách obyvatel ví. Nejasnosti jsou také v otázce, do jaké míry může rodina zasahovat do rozhodování o odběru orgánů.

Také potencionální příjemci nebo jejich rodiny mnohdy řeší otázky, zda nemůže být některý čekatel zvýhodněn či zda nelze orgán získat za úhradu.

2.2.1 Souhlas s odběrem orgánu

MUNZAROVÁ (2005, s. 135) upozorňuje, že některé státy používají strategii opting-in. To znamená, že člověk musí za svého života vyjádřit prokazatelný souhlas s odběrem orgánů po smrti. Tato strategie podporuje vlastní rozhodování každého člověka, ale nevýhodou je trvalý nedostatek orgánů k transplantacím.

V České republice se souhlas s odběrem orgánu od mrtvého dárce nevyžaduje.

Používá se strategie opting-out. Zde se předpokládá, že každý jedinec s darováním souhlasí („předpokládaný souhlas“). V případě, že člověk s posmrtným darováním orgánů nesouhlasí, musí svůj nesouhlas na patřičném místě vyjádřit. K tomuto účelu byl zřízen Registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů. Formulář lze získat na www.nrod.cz. Vyplněný a notářsky ověřený formulář je zaevidován. Tento nesouhlas lze kdykoliv, opět písemně, zrušit. Další možností je pak vyjádření nesouhlasu před svědky z řad zdravotníků při jakékoliv hospitalizaci a zápis do zdravotnické dokumentace..

2.2.2 Legalita transplantací

HAŠKOVCOVÁ (2002, s. 175) konstatuje, že na transplantaci orgánů nebylo možno použít tradiční kritéria smrti. Bylo nutno vypracovat nová kritéria, což se stalo v 60 letech minulého století, kdy nastala úspěšná éra orgánových transplantací. Definice smrti je nyní také vázána na smrt mozku. Paradoxně může srdce člověka ještě bít, ač je prohlášen za mrtvého, což jistě může vzbudit u příbuzných domněnku, že toto prohlášení bylo předčasné.

V České republice postupujeme v souladu s transplantačním zákonem 285/2002 Sb. V souladu s tímto zákonem byl uveden do provozu Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů. V uvedeném zákoně se věnuje pozornost i definici smrti mozku a nutnosti vyšetření, které prokáže nevratnost tohoto nálezu. Rovněž je zde uvedeno, že se lékaři, kteří zjišťují smrt, nesmějí podílet na odběru od zemřelého dárce nebo na transplantaci a také nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce. Je tedy snaha i tímto způsobem předejít případnému zneužívání (MUNZAROVÁ, 2005, s. 135).

I když se značná část lékařů a zdravotnických pracovníků s problematikou transplantací ve své klinické praxi neseťká, je potřebná i od nich podpora vhodné osvěty a aby v dobrém slova smyslu propagovali ušlechtilé cíle transplantologů.

Je třeba soustavně vysvětlovat „*choulostivá místa transplantačních postupů, která bývají zdrojem nepochopení, pochyb a dokonce podezírání*“ (HAŠKOVCOVÁ, 2002, s.172).

2.2.3 Zařazení pacienta na čekací listinu

Každý kandidát transplantace absolvuje psychologické vyšetření, psychiatrické vyšetření a případně i pohovor s psychosociálním pracovníkem.

Psychicky náročné je pro pacienta zpracování informace, že transplantace srdce je v jeho stadiu onemocnění nevyhnutelná a vlastní zařazení na čekací listinu. Kandidáti transplantace si naplno uvědomují, že jiné řešení jejich choroby není a že, aby oni mohli žít, musí jiný člověk zemřít. V této fázi se využívá psychologické nebo psychoterapeutické pomoci.

Někteří pacienti zařazení na čekací listinu a transplantaci srdce odmítají. Nejčastěji z náboženských důvodů.

Velkou fyzickou i psychickou zátěží je pro kandidáta transplantace nejen jeho vlastní nemoc v terminálním stadiu, ale i čekání na vlastní transplantaci, které může trvat několik týdnů až měsíců.

2.2.4 Osud nemocných na čekací listině

MÁLEK (2004, s. 77) uvádí, že nerovnováha mezi množstvím pacientů v terminální fázi srdečního selhání a nabídkou vhodných dárců vede k prodloužení doby čekání na operaci. Mnoho nemocných čeká více než šest měsíců a jsou i pacienti, kteří jsou na čekací listině více než rok.

Přijímá se, že 20 až 30 % nemocných v čekací době zemře, většinou v prvních měsících po zařazení. Zařazení pacienti jsou pravidelně sledováni a kontrolováni v Kardiocentru. I to patří k transplantačnímu programu. Je to optimální způsob, jak rozhodovat o zařazení, setrvání a pořadí na čekací listině.

2.2.5 Národní akční plán pro darování a transplantaci orgánů pro léta 2010 -2016

Česká transplantační medicína je v kvalitativních i kvantitativních ukazatelích nad evropským průměrem. Jsou však ještě některé oblasti, kde máme rezervy. Proto v červnu letošního roku Ministerstvo zdravotnictví České republiky zveřejnilo národní akční plán pro darování a transplantaci orgánů na léta 2010 -2016.

V tiskové zprávě MZČR s uvádí, že jde o reakci na evropskou direktivu a cílem celého programu je jednak zvýšení kvality v oblasti transplantací a dárcovství orgánů, a také zlepšení financování těchto programů. Zahrnut je i Národní dárcovský program, legislativní opatření a zahraniční spolupráce. Na tyto aktivity bude do roku 2015 vyčleněno skoro 48 milionů korun. Plánují se i vzdělávací programy v oblasti transplantační medicíny pro management zdravotnických zařízení a zřízení funkcí koordinátorů pro identifikaci potencionálních dárců z řad pracovníků ARO a JIP. (www.mzcr.cz/dokumenty/).

Výsledkem těchto aktivit by mělo být zvýšení počtu dárců, rozšíření mezinárodní spolupráce a v neposlední řadě i legislativní úpravy pro příbuzenské transplantace.

3 PACIENT PO TRANSPLANTACI SRDCE

FABIAN aj. (2007, s. 186) konstatují, transplantace srdce způsobuje promptní a dlouhodobé zlepšení zdravotního stavu a všeobecného pocitu spokojenosti. Nejvýraznější zlepšení je patrné v oblasti fyzické výkonnosti a soběstačnosti. Také kardiální obtíže jsou daleko menší a někdy zcela vymizí.

Výsledkem úspěšně proběhlé transplantace je pacient, který se po rehabilitaci vrací do produktivního života bez výraznějších omezení.

PIRK a MÁLEK (2008, s.210) se vyjadřují k dlouhodobému osudu nemocných s transplantovaným srdcem a kladou důraz na životosprávu a dobrou spolupráci. Ideálním výsledkem je, když se pacient po rekonvalescenci zařadí do běžného života.

„Zásadní podmínkou pro úspěšné vedení potransplantační péče je dobrá compliance pacienta“ (PIRK a MÁLEK, 2008, s. 211).

Dlouhodobou potransplantační životní spokojenost může nepříznivě ovlivnit nevyhnutelná a trvalá farmakoterapie, změny vzhledu v důsledku nežádoucích účinků léků, obavy z možné rejekce, infekčních a jiných komplikací.

3.1 Nároky na transplantovaného pacienta

O tom, s jakými problémy se mohou lidé po Tx setkat a jaká budou muset dodržovat režimová opatření, jsou pacienti vždy otevřeně informováni. Edukace se týká sledování zdravotního stavu v domácích podmínkách, hygieny, výživy, tělesné aktivity a sexuálního života, tělesných změn i řešení sociálních problémů. Edukace probíhá formou rozhovorů. S pacienty vždy hovoří lékař, sestra, nutriční terapeut a případně sociální pracovníce. Dále pacienti dostanou informační brožurku k dané problematice a mají možnost v případě pochybností nebo dotazů využít e-mailové korespondence (www.transplantace.eu) nebo telefonického kontaktu.

3.1.1 Nežádoucí účinky imunosupresiv

Imunosupresiva jsou látky, které pacienti po transplantaci musí trvale užívat. Tyto léky se užívají nejčastěji ústy. Potlačují imunitu organismu a zabraňují tak odhojení štěpu (tzv. rejekci). Užívají se cyklosporin, tacrolimus, kyselina mycofenolová a kortikoidy.

Tyto léky mají řadu nežádoucích účinků, které se projevují po celou dobu užívání. Nejde jen o toxické účinky léků, ale je prokázáno, že imunosuprese znamená zvýšené riziko infekčních onemocnění a malignit.

Naštěstí potřeba množství imunosupresivních léků, které jsou potřebné k udržení zdravého transplantovaného orgánu klesá postupem času klesá. Určitá dávka imunosupresiv je nutná vždy a nesmí být pacientem svévolně vysazena.

Zjistilo se, že kombinace imunosupresivních léků snižuje vedlejší účinky jednotlivých léků při zachování optimální úrovně imunosuprese. Pro každého transplantovaného je tedy třeba zvolit individuální optimální léčbu.

MEISER a REICHART (2003, s. 37) zpracovali přehled nejčastějších nežádoucích účinků imunosupresiv.

Nejčastější vedlejší účinky imunosupresiv jsou:

- tremor rukou (třes),
- hypertenze,
- bolesti hlavy,
- zažívací potíže (průjmy, zvracení, vředy),
- parestezie (brnění),
- nadměrný růst vlasů, ochlupení nebo padání vlasů,
- poruchy vidění,
- zbytnění dásní,
- ztenčení kůže a jiné kožní reakce (vyrážky, akné),
- cushingoidní vzhled (otylé tváře, kulatá záda),
- zadržování vody v těle (otoky).

3.1.2 Sledování zdravotního stavu

Pacienty učíme, jak sledovat svůj zdravotní stav a v kterých případech kontaktovat transplantační centrum. Transplantovaní musí znát správný postup při měření tělesné teploty a správný postup při laickém měření tlaku v domácích podmínkách. Je dobré vědět, jaký systémový tlak je pro pacienta běžný a jaké odchylky je nutno řešit s lékařem. Pacienti dále sledují dušnost, otoky dolních končetin, váhu.

Praktické provádění měření tlaku si pacient vyzkouší už před propuštěním z nemocnice. Některé imunosupresivní léky mohou spustit nechtěné neurologické reakce. Mohou vyvolat poruchy spánku jako nespavost, noční můry nebo nepříjemné sny. Dále se může objevit podrážděnost a náhlé změny nálady. Někteří pacienti si stěžují na špatnou koncentraci nebo poruchy paměti. Může se objevit třes rukou nebo pocity brnění rukou a nohou. Tyto nežádoucí projevy obvykle vymizí po snížení dávek léků. Lidé po transplantaci nemohou být očkováni žádnou živou nebo oslabenou vakcínou.

3.1.3 Zásady hygieny

Protože stále hrozí zvýšené riziko infekce je dodržování pečlivé hygieny podmínkou. Pacientům doporučujeme spíše sprchování než koupele ve vaně, používání sprchového mýdla místo mýdla pevného a natírání kůže tělovým mlékem. Nutná je častá výměna ručníků a prádla. I když jde o zcela běžné zásady, které by měl dodržovat i zcela zdravý člověk, je dobré je transplantovaným zcela explicitně zopakovat a zdůvodnit.

V péči o chrup je dobré používat měkký kartáček, aby se zbytečně netraumatizovaly dásně. Návštěvy stomatologa jsou doporučeny 2x ročně s ohledem na infekční fokusy v dutině ústní. Kortikosteroidy mohou způsobit akné na obličeji, hrudníku, ramenech nebo zádech. Pokud se rozvine akné, je vhodné omývat postiženou oblast třikrát denně jemným antibakteriálním mýdlem a řádně spláchnout mýdlo z kůže. Nelze používat make-up za účelem zakrytí akné. Nutná je také péče o kůži. Pokud je kůže velmi suchá, doporučuje se postižené oblasti dočasně nemýt než nabude opět svou přirozenou vlhkost. Používání jemného mýdla a použití tělového mléka po koupání je

vhodné. Kortikosteroidy také poškozují vlasy. Nevhodné je barvení vlasů. Pacienty je také nutno upozornit na zvýšený růst ochlupení a to na obličej, což zejména ženy špatně snášejí.

3.1.4 Výživa

Seznámení se zásadami zdravé a vyvážené stravy je samozřejmostí. Dodržování jejích zásad vede k omezení nárůstu hmotnosti, protože bohužel jedním z účinků kortikosteroidů je dramatické zvýšení chuti k jídlu. Přibývání na váze je proto pro mnoho pacientů po transplantaci vážným dlouhodobým problémem a někdy je zapotřebí dodržovat dietu s nízkým obsahem tuků a cukrů a soli. Pití alkoholu je zcela nevhodné, protože alkohol se odbourává v játrech stejně tak jako léky a játra jsou pak neúměrně zatěžována. K pití jsou vhodné minerální vody s nízkým obsahem sodíku a čistá voda. Při užívání imunosuprese by se měli pacienti vyvarovat pití třezalkového čaje a konzumace grepů. Ovlivňují hladinu imunosupresiv.

3.1.5 Životní styl

Často se pacienti dotazují na možnost chovat domácí zvířata. Obecně nedoporučujeme mít domácí zvířata vzhledem ke zvýšenému riziku infekce. Ale mnozí lidé berou zvířata jako nepostradatelného společníka důležitého pro psychickou pohodu. Akvarijní ryby, plazi, pavouci a psi představují nejmenší riziko infekce. Chov koček se nedoporučuje z důvodů rizika toxoplasmózy. Rovněž se nedoporučují ptáci chovaní v klecích, protože mohou být nositeli nebezpečných bakterií. Nebezpečí infekce z půdních mikroorganismů je důvodem k eliminaci pokojových květin v květináči z bytu. Na práci s hlínou a zahradničení lze užívat ochranné rukavice. Transplantovaní lidé se musí vzdát slunění a dlouhodobého pobytu na slunci. Jsou totiž vlivem léků více ohroženi zhoubným onemocněním kůže – melanomem. Kouření je samozřejmě zcela nevhodné. Tělesná aktivita je vhodná v takové míře, aby se transplantovaný necítil vyčerpaný. Potřeba tělesné aktivity je samozřejmě u každého člověka jiná a po transplantaci nikdy nedosáhne hodnot zdravého člověka, ale rozhodně pacienty neomezujeme a naopak je k pohybu motivujeme, protože pohyb je zároveň i prevencí obezity.

3.2 Sociální problémy

Transplantovaný pacient bývá se sociálními úskalími předem dobře obeznámen. A i když je akceptuje, mívá některé sociální problémy. Nejčastěji si pacienti stěžují a řeší horší ekonomickou situaci v rodině. Fyzicky se cítí velmi dobře a jsou rozčarováni, že nemohou najít žádné odpovídající zaměstnání. Některým klientům není přiznán ani invalidní důchod. Na finanční situaci mají vliv poplatky za hospitalizaci, doplatky za léky, finanční náklady na dopravu na kontrolní vyšetření v Kardiocentru. Také sociální vazby se širší rodinou a přáteli jsou vlivem dlouhé nemoci narušeny. Při řešení těchto problémů se uplatňuje klinický psycholog a sociální pracovník. Pomoc s problémy pacientů lze řešit buď přímo v Kardiocentru nebo je klientovi doporučen odborník blíže místu bydliště.

3.2.1 Rodinné zázemí

Rodinné zázemí hraje v životě člověka důležitou roli a v případě transplantovaného člověka obzvlášť. Je nutné, aby rodina nemocného podporovala. Lze říci, že v transplantovaných lidí je tomu tak vždy. Rodina, která se svým blízkým prožila období dlouhé chronické nemoci, stresové období čekání na dárce, vlastní transplantaci a pooperační rehabilitaci, je zpravidla dobře fungující. Většinou má rodina svého blízkého ráda, má o něj starost a chce pro něj udělat to nejlepší. V podstatě ale, ve snaze mu pomoci, dělá něco, čím mu neprospívá nebo čím vyvolá nedorozumění, konflikty. Rodina může nemoc buď bagatelizovat nebo má naopak nadměrnou úzkost. Někdy může docházet k hyperprotektivnímu chování rodiny. Což je v případě transplantovaných hodně běžné. Tam, kde o pacient pečuje rodina hyperprotektivním způsobem (rozmazluje a příliš se stará, ale zároveň řídí a kontroluje), se pacient dostává do nesvéprávné pozice. Pokud dojde k takovému chování ze strany rodiny, je důležité se tomuto chování postavit, neboť pacient se stává pasivním objektem. Rodina může také vystupovat jako příliš úzkostná a opatrná. Pacient se může touto „úzkostí nakazit a upadnout do nejistoty a pasivity, nebo může

vykazovat přehnaně riskantní chování, že může vše. Mnoho nedorozumění pramení právě z neinformovanosti rodiny. Proto jsou vedeny edukační a vlastně i motivační pohovory i se členy nejbližší rodiny.

3.2.2 Sexuální život

Po období rekonvalescence po operaci je možné zahájit normální sexuální život. „*Pouze 50% nemocných vyjadřuje svou spokojenost se sexuálním životem*“ (SHAPIRO aj. 1995, s. 1462). Pacienty seznamujeme vhodnými možnostmi antikoncepce. Nejvhodnější je používání kondomu. Perorální antikoncepce a nitroděložní tělísko pro ženy se nepoužívají. Problémy v sexuální oblasti jsou u lidí po transplantaci srdce celkem časté. Nebývají však v souvislosti s vlastní OTS. Příčiny mohou být jak tělesného nebo psychického rázu případně obojí. Někdy mohou potenci nebo sexuální prožívání narušit i určité léky. Z psychických příčin to bývá stres, snížené sebevědomí, problémy ve vztahu k partnerovi, negativní vnímání vlastního těla, deprese, úzkost. Obecně lze říci, že k postupnému zhoršování sexuálního života vedou tělesné příčiny, zatímco psychické příčiny se projeví náhle.

3.2.3 Zaměstnání

Většina lidí po OTS se nevrací ke svému zaměstnání. Zejména, když jejich původní profese byla psychicky či fyzicky náročná nebo šlo o práci v nevhodném prostředí. Při posuzování dlouhodobé snížené pracovní schopnosti či přiznání plné invalidity se postupuje přísně individuálně. Závisí to také na postojích nemocného a typu dosavadního zaměstnání. Řešením by bylo vhodné fyzicky méně náročné zaměstnání na kratší úvazek. Na trhu práce není však vždy pro konkrétního člověka vhodná nabídka. Svou roli zde hraje i neochota zaměstnavatelů takového člověka zaměstnat z důvodů potencionálních častých pracovních neschopností a uvažované snížené výkonnosti. Ze zkušenosti víme, že pacienti, kteří jsou po celou dobu své chronické nemoci se zaměstnavatelem v kontaktu a udržují dobré vztahy se spolupracovníky, mají pak po úspěšné OTS větší šanci k návratu do zaměstnání. Zaměstnavatel snaží najít „pro svého“ zaměstnance vhodnou pracovní náplň tak, aby odpovídala jeho

možnostem. Úspěšná transplantační léčba zásadním způsobem ovlivní zdravotní stav, ale neřeší stíženou sociální situaci, která tento stav provází. Před výkonem je vhodné kontaktovat sociálního pracovníka. Ten by se měl zaměřit na problémy s bydlením, problémy v partnerských a sousedských vztazích. Také zhodnotit ekonomickou situaci. Sociální pracovník problémy identifikuje a pak hledá s pacientem vhodné řešení. Vhodný je i kontakt s ostatními transplantovanými pacienty. Pacienti si sdělují dobré i špatné zkušenosti, radí si a tím získávají pocit, že ve stejné situaci nejsou sami.

3.3 Psychické problémy

„Při hodnocení vlivu srdeční transplantace na prožívání nemocných musíme brát do úvahy i období, které nemocný stráví na čekací listině. I když je těmto pacientům věnována velká pozornost, je nutno přijmout, že někteří z nich zemřou dříve než se transplantace dočkají“ (PIRK a MÁLEK, 2008, s. 217). Lidé, kteří na OTS čekali v Kardiocentru se setkávali i s pacienty, které osobně znali a kteří se transplantace nedočkali. Potkávali se při kontrolních vyšetřeních s transplantovanými s komplikacemi. Lze říci, že někteří pacienti si vytvořili až přátelské vazby. Tyto zážitky a předchozí vleklá choroba působí na další prožívání. Strach z komplikací a možných budoucích obtíží podvědomě ovlivňuje životní spokojenost.

3.3.1 Úzkost, deprese

Jak již bylo výše uvedeno, zážitky a zkušenosti z období před OTS a raného potransplantačního období jsou někdy zdrojem úzkosti až depresí. Pacienti jsou stále v napětí, hlídají se. Nebo naopak až tak zcela nedodržují doporučený režim a očekávají, kdy se problémy dostaví. Pak vyžadují po zdravotnících urychlené řešení. Vliv má dlouhodobá imunosupresivní léčba a její nežádoucí účinky. Třes rukou, bolesti hlavy, parestezie a někdy i poruchy vidění. Je důležité s pacienty hodně komunikovat a jejich stesky nebagatelizovat. Hodně stesků je i na nespavost a nekvalitní spánek vůbec.

3.3.2 Negativní vnímání vlastního vzhledu

Zvláště ženy negativně vnímají změny, které dlouhodobá imunosupresivní léčba způsobuje. Nejvíce negativně je vnímán zvýšený růst ochlupení, hlavně v obličeji, zvýšený výskyt akné a kožních problémů vůbec. Také nárůst váhy až obezita způsobená částečně léky je nepříjemným faktorem. Zde hraje roli práce nutričního terapeuta, který edukuje pacienta o tom jak se správně stravovat. Pacienti mají často sklon obezitu přisuzovat pouze lékům a nezdravě se přejídat. Často říkají: „ Já stejně nemůžu zhubnout“ nebo „To dělají ty léky“.

(LOUGH aj. 1985, s.446) uvádějí, že více subjektivních stesků mají po transplantaci ženy, i když jejich prognóza je lepší než u mužů.

3.4 Kvalita života

S pojmem kvalita života se pracuje v různých oblastech lidského myšlení. Do psychologie jej uvedl koncem 30. let Thorndike. „*V 50. letech se kvalita života stala politickým cílem a sloganem ve Spojených státech amerických a teprve poté se stala předmětem zájmu medicíny*“ (DRAGOMIRECKÁ a ŠKODA, 1993, s. 1023).

Pojem kvalita života jako kritérium se v současné době užívá v mnoha průzkumech a šetřeních. Je to například hodnocení životní úrovně obyvatel, hodnocení kvality služeb, změna kvality života u chronicky nemocných, individuální spokojenosti.

Dalším současným trendem, podporující zájem o měření kvality života, je zaměření se na pozitivní charakteristiky života nemocných a nikoli na pouhou absenci symptomů, což souvisí s celkovým posunem ve vnímání zdraví. „*Měření kvality života však nemusí sloužit jen bezprostředním praktickým účelům, ale pomáhá vytvářet komplexnější pohled na to, jak určitá nemoc mění život jedince, do jakých životních oblastí nejvíce zasahuje a zda není možné dopad nemoci zmírnit nabídkou jiné, než zdravotnické péče*“ (DRAGOMIRECKÁ a ŠKODA, 1993, s. 431).

„Z hlediska vnějšího hodnocení kvality života byly navrženy různé způsoby, jak objektivně hodnotit subjektivní názor pacienta na kvalitu života, a to pomocí speciálních dotazníků“ (HAŠKOVCOVÁ, 2007, s. 426).

Hodnocení kvality života jedincem je ryze subjektivní a nemusí vždy souviset s pocitem biologického zdraví. *„WHO definice zdraví jako „stavu úplné fyzické, psychické a sociální pohody“ narušila jednoznačnou vazbu mezi zdravím a nemocí a dovoluje tak uvažovat o zvyšování kvality zdraví i v nemoci“ (DRAGOMIRECKÁ a ŠKODA, 1993, s. 103).*

Pojem kvalita života je velmi frekventovaný a to v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. (PAYNE, 2005, s. 207) uvádí, že s jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept kvality života dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života zahrnuje emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem. Objektivní kvalita života zahrnuje splnění požadavků na sociální a materiální podmínky života, sociální statusu a fyzické zdraví.

Dotazování hodnotí jednotlivé dimenze. Hodnocení je přísně subjektivní a může se vlivem okolních událostí nebo vlastních momentálních prožitků měnit. Uvádím některé komponenty, které mohou mít vliv na spokojenost člověka: partnerské a vůbec mezilidské vztahy, aktivita v zaměstnání i ve volném čase, nezávislost, soběstačnost, ocenění, sounáležitost, vliv prostředí, pocit zdraví, politická situace, morální hodnoty a další.

4 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE O TRANSPLANTOVANÉ

Program srdečních transplantací je náročný jak ekonomicky tak organizačně. Na péči o transplantované pacienty se podílí mnoho profesí zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, psychologů. Každý má svou oblast, ve které může být pacientům nápomocen. Je ale třeba, aby všichni v týmu měli základní znalosti o celé organizaci transplantačního programu a specifikách každé profese. Z tohoto důvodu se pořádají různé školicí akce, semináře pro pracovníky transplantačního centra, semináře pro jiná zdravotnická pracoviště, transplantační kongresy. Tím, že OTS se v Čechách provádí jen ve dvou centrech, jsou praktické informace pro ostatní zúčastněné profese velmi cenné. Informace laické veřejnosti a jiným zájemcům lze najít na internetu a podílíme se i na medializaci transplantačního programu ve sdělovacích prostředcích. Také sami transplantovaní pacienti se setkávají a to zpravidla 1x ročně na malé společenské akci se svými pečovateli.

4.1 Úloha psychologa a sociálního pracovníka v transplantačním programu

Psychologické vyšetření příp. intervence psychologa je nedílnou součástí vyšetřovacího programu už při zařazování pacientů na čekací listinu transplantace srdce. Po transplantaci pacienti využívají spíše služeb sociálního pracovníka a psychoterapeuta. Není výjimkou, že pomoc psychologa vyhledá i někdo z pečujících zaměstnanců.

Psychosociální práci jako součást komplexní péče o transplantované pacienty jsme v IKEMu zavedli v roce 1999. Jde o pomoc sociálního pracovníka pacientovi při zmírnění nebo odstranění sociálních nebo zdravotních důsledků nemoci. Sociální pracovník je členem multidisciplinárního týmu. Tento pracovník dodržuje etický

kodeks sociálních pracovníků ČR. Pomáhá lidem řešit a zvládnout problémy fungování v interakcích s jejich sociálním prostředím. Pomáhá jim zlepšovat kvalitu jejich života. Cílem sociální práce je informovanost, podpora, pomoc a spokojenost pacienta. V současné době se nejvíce setkáváme s tím, že vymezení cíle sociální práce se opírá o koncept sociálního fungování. Práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví se skládá z mnoha oblastí pomoci. Jde o kontakty s rodinou a dalšími fyzickými osobami, kteří poskytují pomoc danému pacientovi. Poskytují poradenství v oblasti sociálních dávek, zabezpečení duchovních služeb, notářských služeb a kontaktů na organizace, které mohou být pacientům užitečné.

4.2 Legislativa sociální práce

Sociální práce je odborná disciplína zaměřená na člověka. Můžeme ji charakterizovat jako činnost sociálního pracovníka, která je zaměřena na klienta, na různé životní situace, do kterých se dostal a které neumí sám svými silami ani s pomocí rodiny řešit. *„Sociální pracovník vystupuje jako zástupce majoritní společnosti a jako prostředník mezi sociálním klientem a společností“* (GOLDMANN aj. 2006, s. 98). V této roli stojí na straně státu a zákona, stojí tedy na straně mocnějšího.

Sociální služba dle zákona je činnost, kterou se zajišťuje pomoc v nepříznivé situaci potřebným osobám. *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování“* (Zákon č.108/2006Sb.).

Pro práci sociálního pracovníka je nejdůležitější Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dále je to Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, který obsahuje informace o příspěvku na živobytí, doplatek na bydlení, řeší okamžitou mimořádnou pomoc. Vyhláškou č. 504/2006 se provádějí některá ustanovení tohoto zákona. Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu má hlavní využití

v Zákoně č.111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi. Jedním z dalších důležitých zákonů je Zákon č. 117/1995 Sb. O státní sociální podpoře a Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnictví. To jsou nejdůležitější zákony a Vyhlášky , které sociální pracovník musí nejen znát, ale hlavně je musí umět aplikovat do praxe.

4.3 Syndrom vyhoření

„Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého stresu“(MATOUŠEK, 2003, s.55). K projevům syndromu vyhoření patří: vyhýbání se kontaktu s klienty, upřednostňování administrativní práce, konflikty s klienty i spolupracovníky, časté pracovní neschopnosti, omezení komunikace, pocity vyčerpání, ztráta dobrého pocitu z konané práce. Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu pracovníka do zaměstnání. *„Syndrom vyhoření definujeme změnou v chování pracovníka. Pokud se někdo ke klientům od začátku své pracovní dráhy chová tak, jako se chovají pracovníci trpící syndromem vyhoření, nejde u něj o reakci na pracovní stres, ale o stálý postoj“*(MATOUŠEK, 2003, s.56).

Ani pracovníci věnující se transplantovaným nejsou před syndromem vyhoření imunní. Se svými pacienty se velmi dobře znají několik měsíců i let. Někdy dochází až k familiárnímu chování ze strany pacientů i personálu. Velkým nešvarem je, když si zejména sestry tykají s pacienty. Stává se to u mladších pacientů, kteří jsou hospitalizováni opakovaně a dlouhodobě. Je třeba stále apelovat na profesionální chování, pečlivě se věnovat zacvičení nově nastupujících zaměstnanců, věnovat pozornost potřebám a stížnostem personálu, jejich osobnímu rozvoji. Všichni pracovníci mají jasně stanoveny své kompetence a náplně práce. V některých případech je nutná i změna pracoviště v rámci IKEM, aby ošetřující personál přišel do styku s jinou skladbou pacientů. Přínosná je supervize, která je už poměrně hojně využívána u psychologů, psychoterapeutů a sociálních pracovníků, ale do zdravotnických služeb zatím nepronikla.

5 VLASTNÍ VÝZKUM

Pro výzkum kvality života lidí s transplantom srdcem bylo použito kvantitativního typu výzkumu. Tento výzkum vychází z deduktivní logiky. Znamená to, že problém, „*který existuje v teorii nebo v sociální rovině, je vyjádřen v hypotézách. Hypotézy jsou pak základem pro výběr proměnných*“ (SRNEC, 2006, s. 6). Pro testování hypotéz se pak použijí sebraná data. Soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz je pak výstupem kvantitativního výzkumu. Protože v mém výzkumu nemohly být splněny všechny podmínky pro verifikaci, neověřovala jsem platnost předem daných hypotéz, ale hledala jsem odpovědi na položené otázky. Jednalo se tedy o přehledový typ výzkumu.

5.1 Cíle výzkumu

Cílem přehledové studie zaměřené na život lidí s transplantom srdcem, bylo:

- 1) zjistit, jak vnímají kvalitu života lidé s transplantom srdcem,
- 2) odpovědět na položené otázky.

5.2 Otázky kladené na výzkum

- 1) Zda pacienti ve sledované skupině pocítují známky zhoršení kvality života
- 2) Zda jsou zhoršené nebo ovlivněné vztahy a pocity lidí v oblastech:
 - fyzické,
 - psychické,
 - sociální.
- 3) Jestli mají negativní pocity vliv na kvalitu života.

5.3 Metody výzkumu

Ke stanovení stanoveného cíle a zjištění odpovědí na kladené otázky byly zvoleny tyto metody:

- 1) Dotazník: a) dotazník vlastní konstrukce, který zjišťuje demografická data,
b) standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (krátká verze).
- 2) Analýza lékařské, psychologické a ošetrovatelské dokumentace.

5.3.1 Dotazníky

Ke zjištění demografických údajů jsem použila **dotazník vlastní konstrukce** (věk, pohlaví, rodinný stav, doba od transplantace, zaměstnání). (**Příloha č.1.**)

K vytvoření **mezinárodního dotazníku pro měření kvality života** dal podnět Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Rozvoj zjišťování a měření kvality života ukázal jako nezbytné čtyři principy, které by měl nový nástroj naplnit.

1. Komplexnost – pokrytí širokého spektra aspektů života.
2. Subjektivnost – sebezposouzení při eliminaci hodnocení jinou osobou.
3. Relativní důležitost – nástroj by měl obsahovat hodnocení subjektivních aspektů života a odrážet poznatky o důležitosti položek a oblastí ve své struktuře.
4. Kulturní relevance – tento aspekt umožňuje zapojení více výzkumných center.

Definice kvality života podle Světové zdravotnické organizace:

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“
(DRAGOMIRECKÁ a BARTOŇOVÁ, 2006,s. 108).

5.3.2 Analýza lékařské, psychologické a ošetrovatelské dokumentace

Metoda byla použita pro výběr vhodných respondentů do zkoumaného vzorku tak, aby odpovídal stanoveným kritériím výzkumu.

Kritéria pro nezařazení do výzkumu:

1. Pacient transplantován před méně než dvěma roky,
2. Nesouhlas pacienta s výzkumem.
3. Přítomnost další závažné choroby nebo hospitalizace v době výzkumu.
4. Účast v jiné klinické studii.

5.3.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Osloveno bylo 70 pacientů s transplantovaným srdcem na základě stanovených kritérií. Těmto pacientům byly rozdány připravené dotazníky a to vždy při plánované kontrole v ambulanci transplantovaných. K vyhodnocení se vrátilo 58 dotazníků. Návratnost byla tedy 83 %. Z těchto 58 dotazníků byly 4 vyřazeny, protože neobsahovaly úplná data.

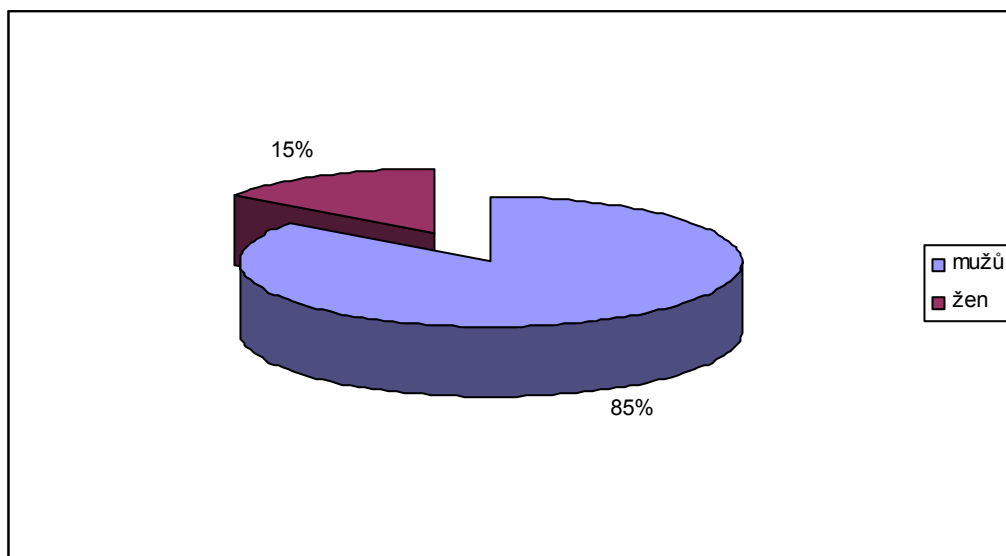
5.4 Postup a organizace výzkumu

Výzkum byl prováděn na Klinice kardiologie IKEM od ledna do března 2009 u mužů i žen bez rozdílu věku. Respondenti byli poučeni o tom, že se podílejí na šetření, které je součástí diplomové práce. Dotazníky byly vyplňovány dobrovolně a anonymně. Výstupy byly hodnoceny v procentuálních poměrech a hrubých skorech.

Dotazník zaměřený na demografické údaje byl zpracován v programu Excel do grafů. Dotazník kvality života WHOQOL - BREF byl zpracováván podle příručky pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Údaje byly opět zpracovány v programu Excel do grafů a spočítány hrubé skóry jednotlivých domén.

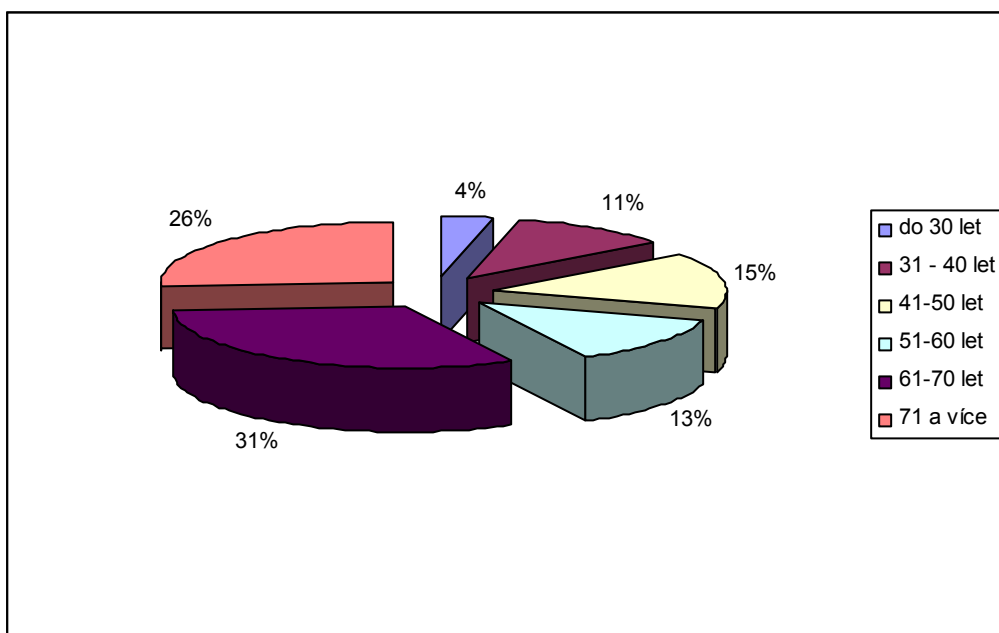
5.5 Základní údaje o skupině respondentů

Graf.č.1. Pohlaví respondentů



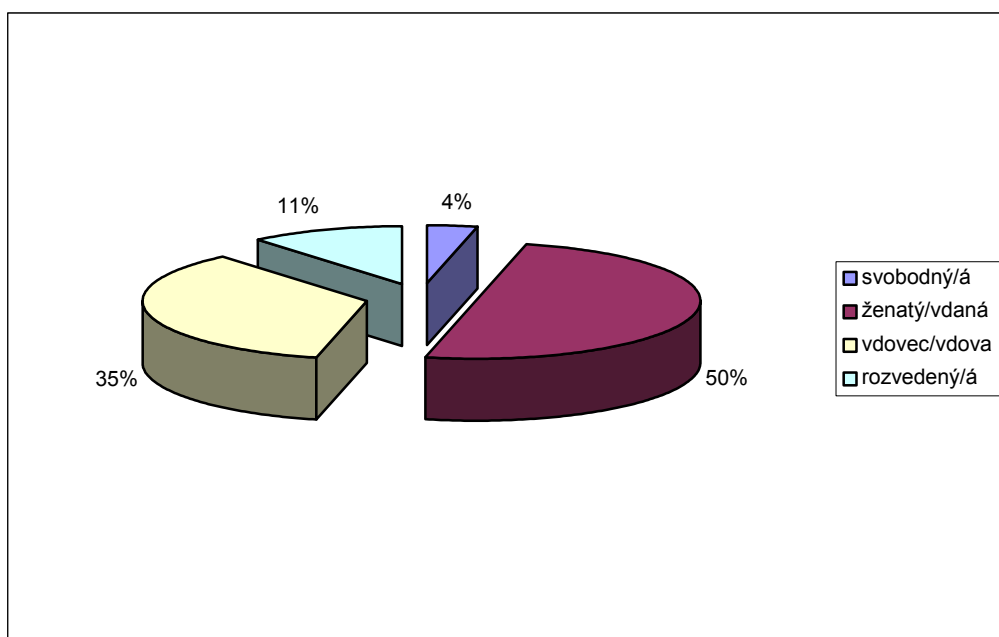
Graf č.1 ukazuje, že ve zkoumaném souboru byla převaha žen, 86 % proti 16 % mužů.

Graf. č. 2. Věk respondentů



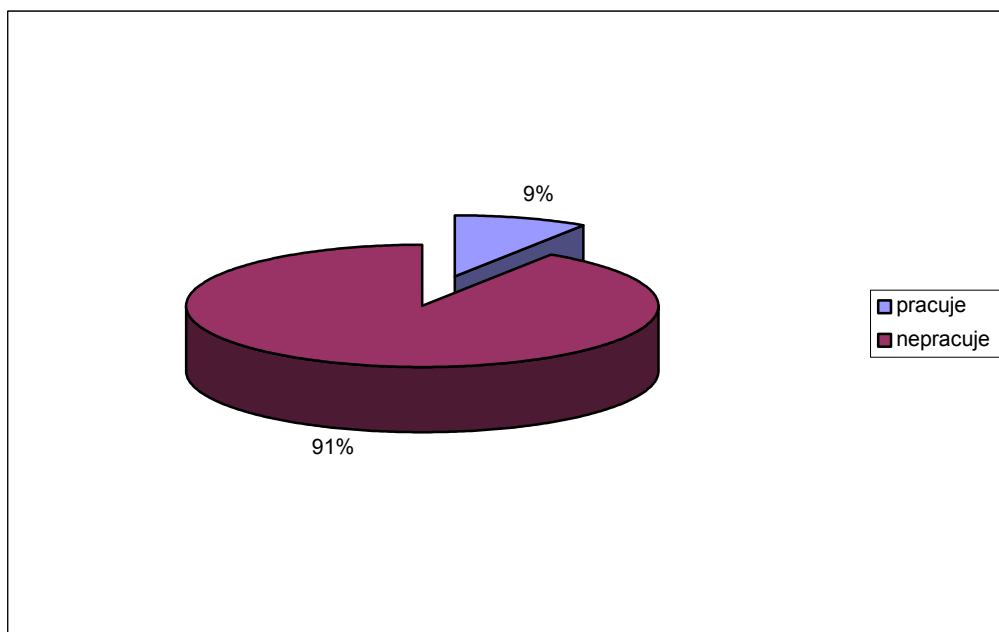
Na grafu je znázorněno, že průzkumu se zúčastnilo 46 mužů tj. 85 % a 8 žen tj. 15 %. Na grafu č.1 je znázorněno věkové rozložení respondentů. Nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 61 -70 let což je 31 %. Do 30 let jsou 4 % respondentů, od 31 do 40 let je 11 % , 41-50 let 15 %, 51-60 let 13 % a nad 71 let 26 % dotazovaných.

Graf č.3. Rodinný stav



Tento graf informuje o rodinném stavu respondentů. Žnatých /vdaných bylo 50 % , rozvedených 11 % , svobodných 4 % a vdovec či vdova 35 % respondentů.

Graf č.4. Zaměstnání



Tento graf znázorňuje, že pracuje 9 % a nepracuje 91 % tázaných.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

V dotazníku WHOQOL-BREF (krátká verze) je 26 otázek zaměřených na celkem čtyři dimenze – domény.

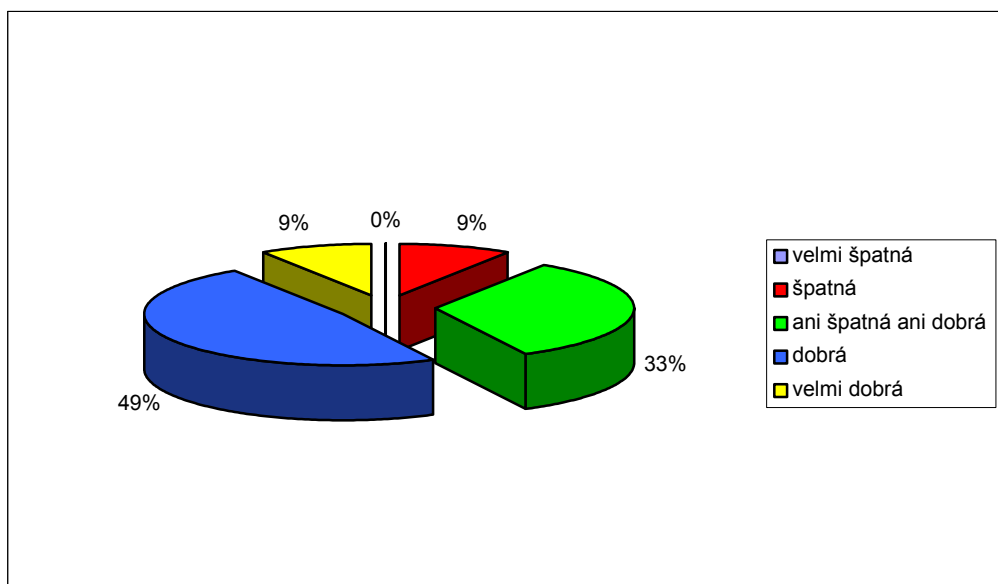
- 1) Fyzické zdraví (otázky č. 2,3,4,15,16,17,18).
- 2) Sociální vztahy (otázky č. 12,13,14,20,21,22).
- 3) Prožívání (otázky č. 5,6,7,8,10,11,19,26).
- 4) Prostředí (otázky č. 9,23,24,25).

Odpovědi respondentů na každou z otázek byly zpracovány do grafů. Ke změření kvality života byly spočítány průměrné hrubé skóry jednotlivých domén. Průměrné hrubé skóry jsou standartizované průměrné hodnoty položek, které přísluší každé doméně. Hodnoty hrubých skórů jednotlivých domén se pohybují od 0 do 6. Vyšší hodnota pak ukazuje na lepší kvalitu života. Samostatná otázka přímo na kvalitu života je vyjádřena pouze procentuálně.

6.1 Přehled odpovědí na otázky z dotazníku WHOQOL- BREF

Otázka č.1: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

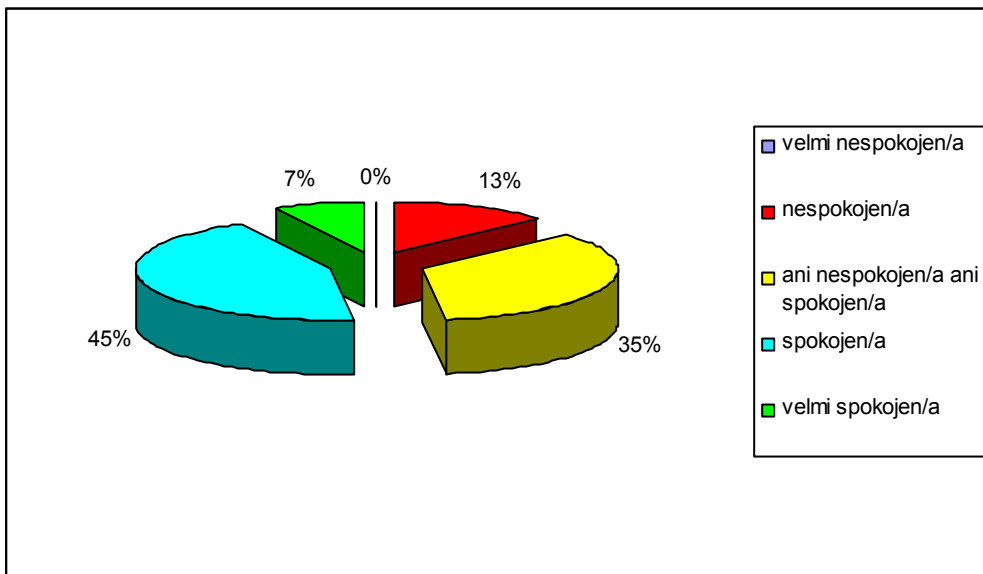
Graf.č.5. Hodnocení kvality vlastního života



Na grafu č. 5 je znázorněno celkové hodnocení své kvality života respondentů. Jako dobrou ji hodnotí 26 tj. 50 % tázaných a velmi dobrou 5 tj. 9 % . Jako špatnou 5 tj. také 9 % a ani dobrou ani špatnou 18 tj. 33 % dotazovaných. Vysloveně špatnou kvalitu svého života neoznačil ani jeden respondent.

Otázka č.2: Jak jste spokojen se svým zdravím?

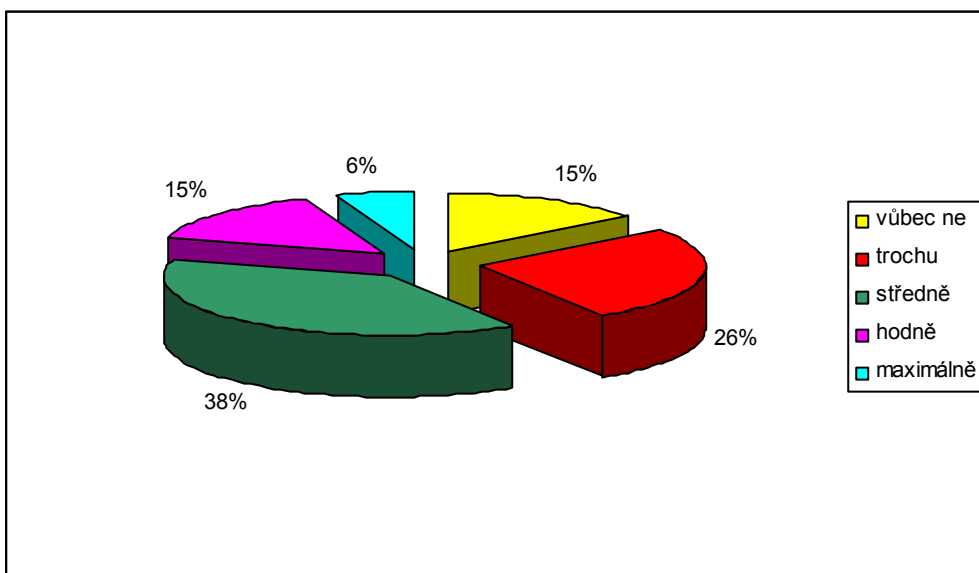
Graf.č.6. Spokojenost s vlastním zdravím



Tento graf ukazuje spokojenost transplantovaných pacientů se svým aktuálním zdravím. Velmi spokojeni jsou 4 tj. 7 % dotazovaných a spokojeno 24 tj. 45 %. Ani spokojeno ani nespokojeno je 19 tj. 35 % pacientů. Nespokojenost vnímá 7 tj. 13 % pacientů a velmi nespokojen není žádný respondent.

Otázka č.3: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

Graf.č.7. Vliv bolesti na běžnou činnost

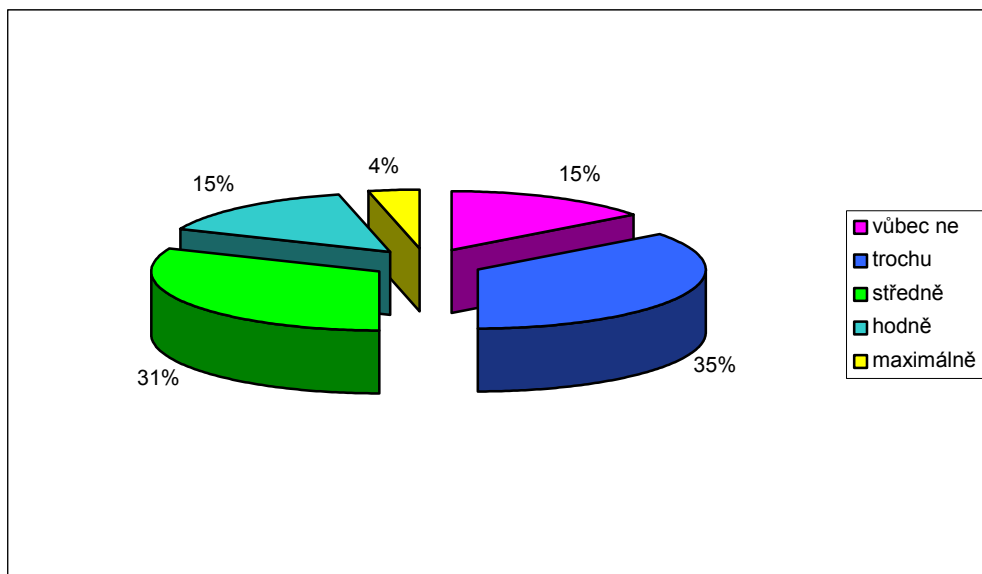


Graf č.7 zobrazuje zda klienti pociťují bolest a jak jim bolest brání v běžné činnosti.

Vůbec a trochu bolest brání 8 tj. 15 % a 14 tj. 26 % dotazovaných. Středně obtěžující pak bolest hodnotí 21 tj. 38 %, hodně 8 tj. 15 % a maximálně 3 tj. 6 % respondentů.

Otázka č.4: Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

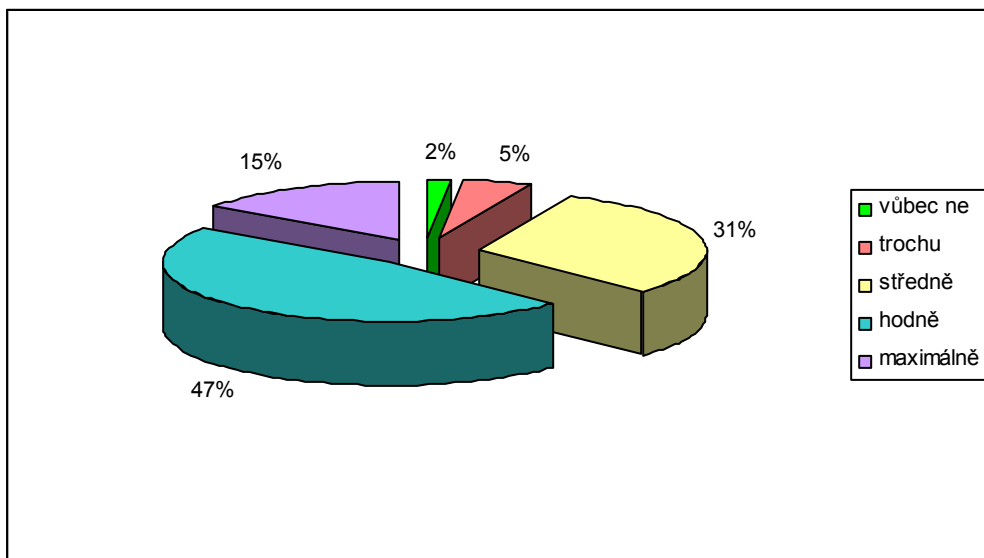
Graf.č.8. Potřeba léčebné péče v běžném životě



Graf. č 8 ukazuje jak moc potřebují pacienti lékařskou péči. Pacientů, kteří vůbec nepotřebují lékařskou péči je 8 tj. 15 %, 19 tj. 35 % trochu a 17 tj. 31 % středně. Maximálně pak potřebují lékařskou péči 2 tj. 4 % respondentů a hodně 8 tj. 15 %.

Otázka č.5: Jak moc Vás těší život?

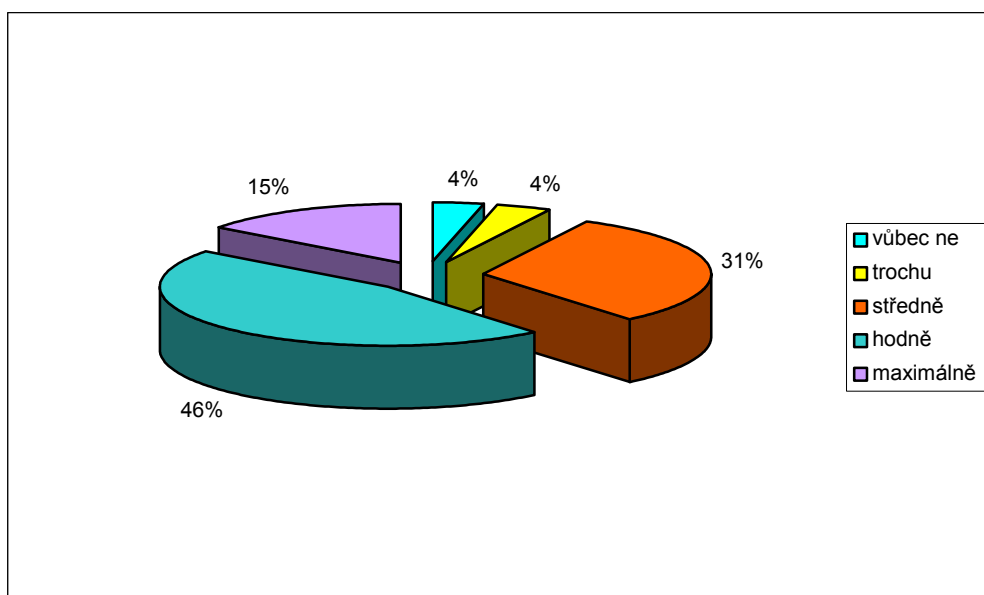
Graf.č.9. Míra potěšení ze života



Následující graf č.9 zobrazuje jak moc klienty těší život. Maximálně těší život 9 tj. 15 % klientů, hodně 23 tj. 47 % a středně 18 tj. 31 %. Trochu a vřbec ne těší život 3 tj. 5 % a 1 tj. 2 % pacientů.

Otázka č.6: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

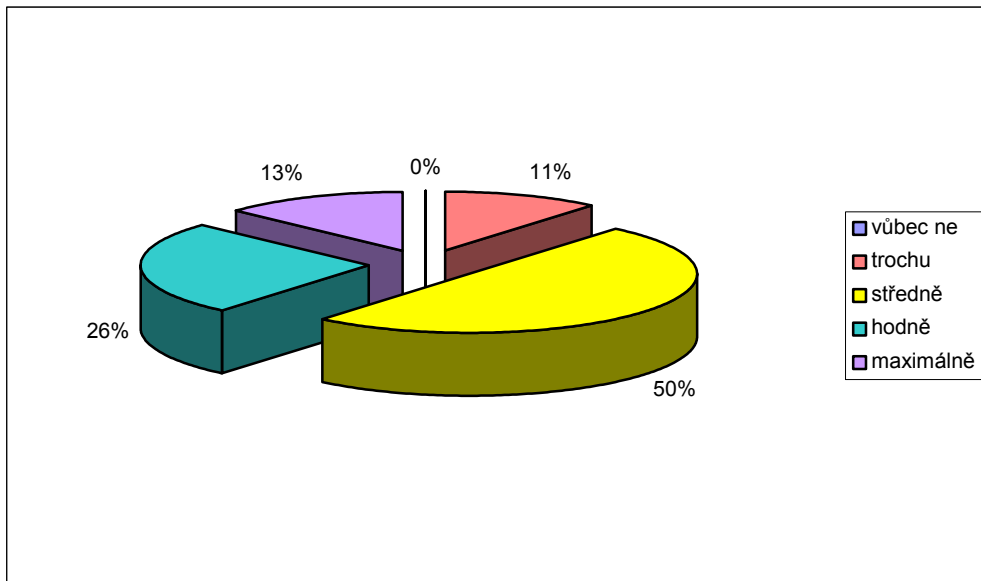
Graf.č.10. Vnímání smyslu života



Tento graf zobrazuje vnímání smyslu života klientů. Smysl života vnímá maximálně 8 tj. 15 % a hodně 25 tj. 46 % dotazovaných. Středně pak 17 tj. 31 %, trochu a vůbec ne vždy 2 tj. po 4 % dotazovaných.

Otázka č.7: Jak se dokážete soustředit?

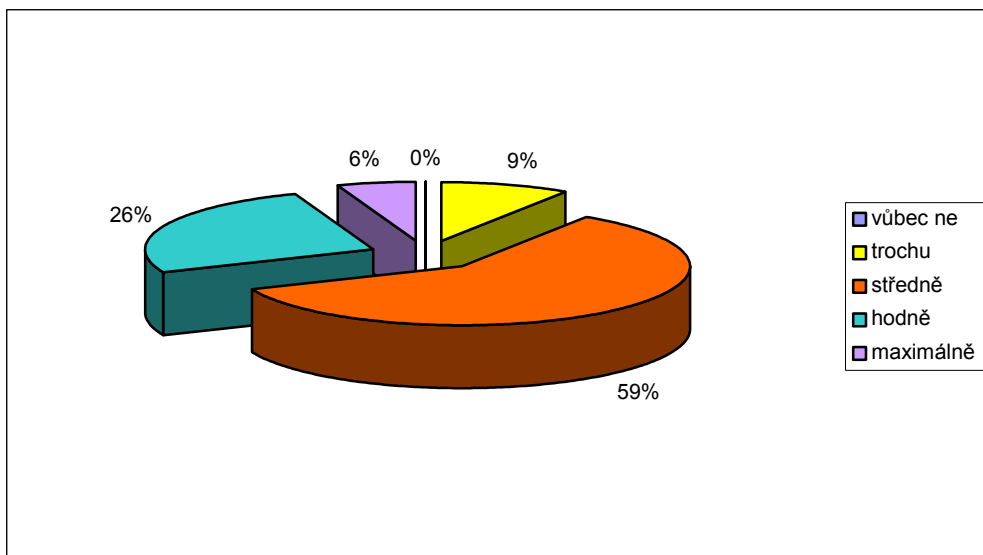
Graf.č.11. Hodnocení schopnosti soustředění



Graf č.11 ukazuje jak klienti hodnotí svou schopnost soustředění. Jako maximální ji označilo 7 tj. 13 % a hodně 14 tj. 26 % klientů. Střední soustředění uvádí 27 tj. 50 % a trochu 6 tj. 11 % dotazovaných. Odpověď vůbec ne ne zvolil žádný dotazovaný.

Otázka č.8: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

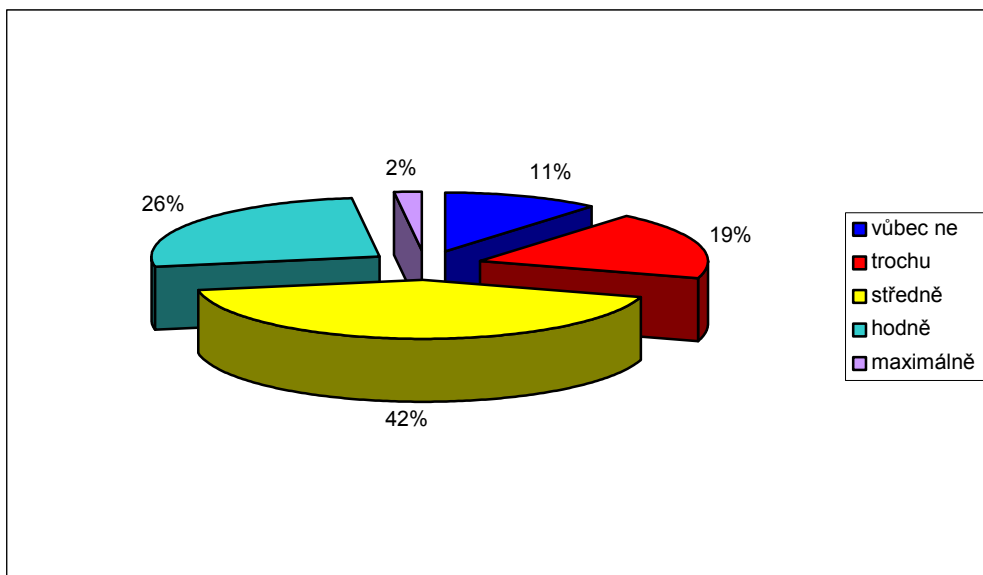
Graf.č.12. Pocit bezpečnosti v životě



Graf zobrazuje jak se klienti cítí v každodenním životě bezpečně. Maximální bezpečí pociťují 3 tj. 6 % klientů. Hodně bezpečně se cítí 14 tj. 26 % , střední pocit bezpečí udává 32 tj. 59 % a trochu 5 tj. 9 %. Variantu vůbec ne nezvolil žádný klient.

Otázka č.9: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

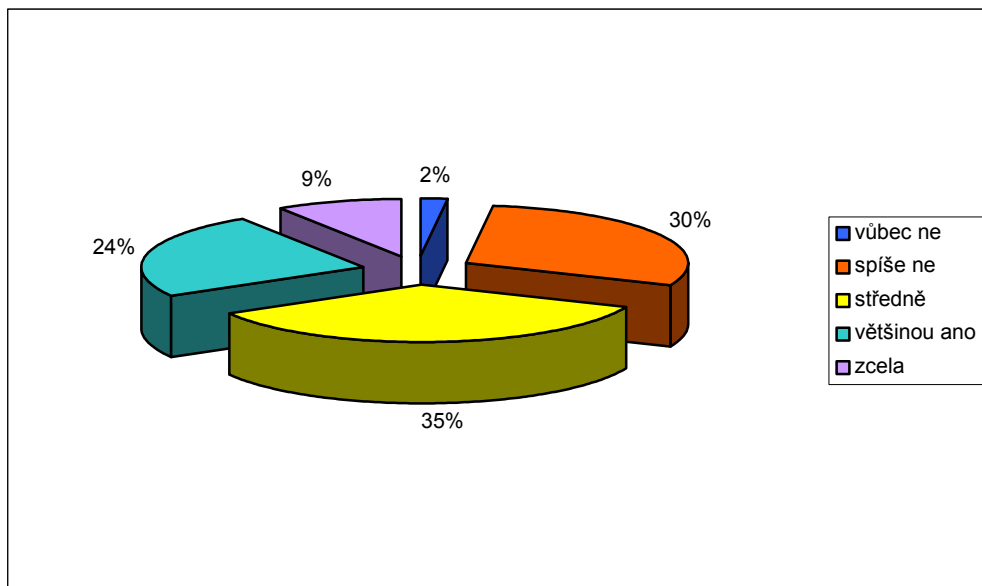
Graf.č.13. Hodnocení zdraví životního prostředí



Následující graf zobrazuje jak zdravé je podle klientů prostředí, ve kterém žijí. Jako maximálně zdravé ho vnímá 1 tj. 2 % a hodně zdravé 14 tj. 26 % pacientů. Jako středně zdravé ho hodnotí 23 tj. 42 %, trochu 10 tj. 19 % a jako vůbec ne 6 tj. 11 % klientů.

Otázka č.10: Máte dost energie pro každodenní život?

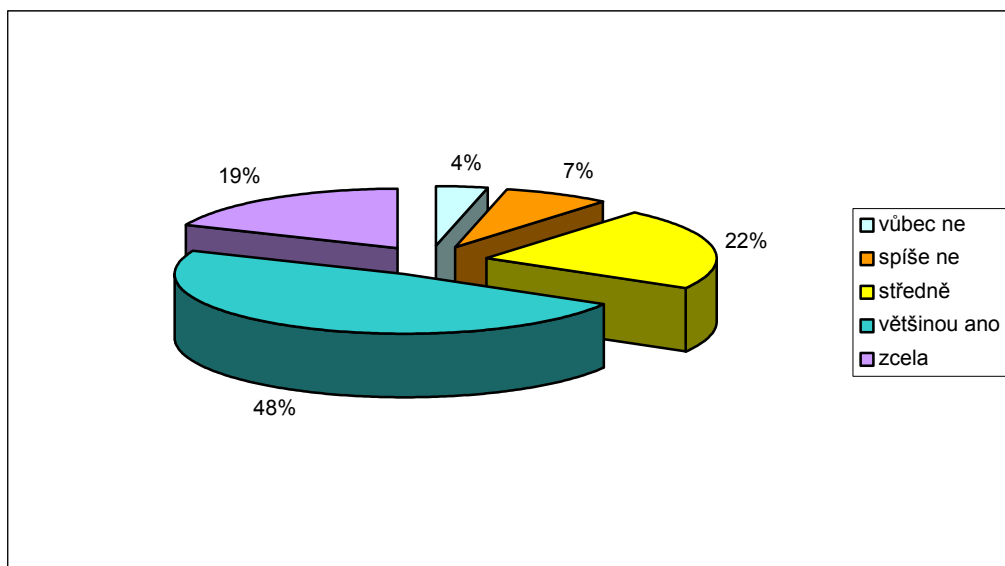
Graf.č.14. Hodnocení míry životní energie



Na tomto grafu č.14 jsou údaje o tom zda mají respondenti dost energie pro každodenní život. Zcela dostatek energie má 5 tj. 9 % a většinou ano 13 tj. 26 % klientů. Středně pak dostatek energie pocítuje 19 tj. 35 % a spíše ne 16 tj. 30 % dotazovaných. 1 klient tj. 2 % pak nemají dostatek energie

Otázka č.11: Dokážete akceptovat svůj tělesný zjev?

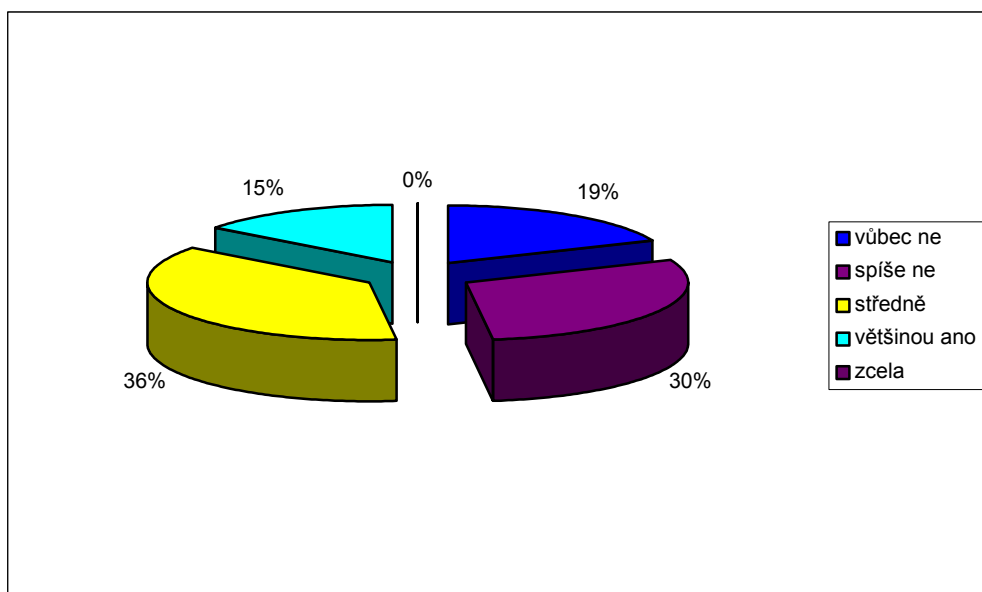
Graf.č.15. Míra akceptace vlastního zjevu



Míru akceptace vlastního vzhledu respondentů zobrazuje následující graf. Zcela svůj vzhled akceptuje 10 tj. 19 % a většinou ano 26 tj. 48 % respondentů.. Středně pak 12 tj. 22 % a spíše ne 4 tj. 7 % dotazovaných. Vůbec neakceptují svůj vzhled 2 tj. 4 % tázaných.

Otázka č.12: Máte dost peněz k uspokojení svých tělesných potřeb?

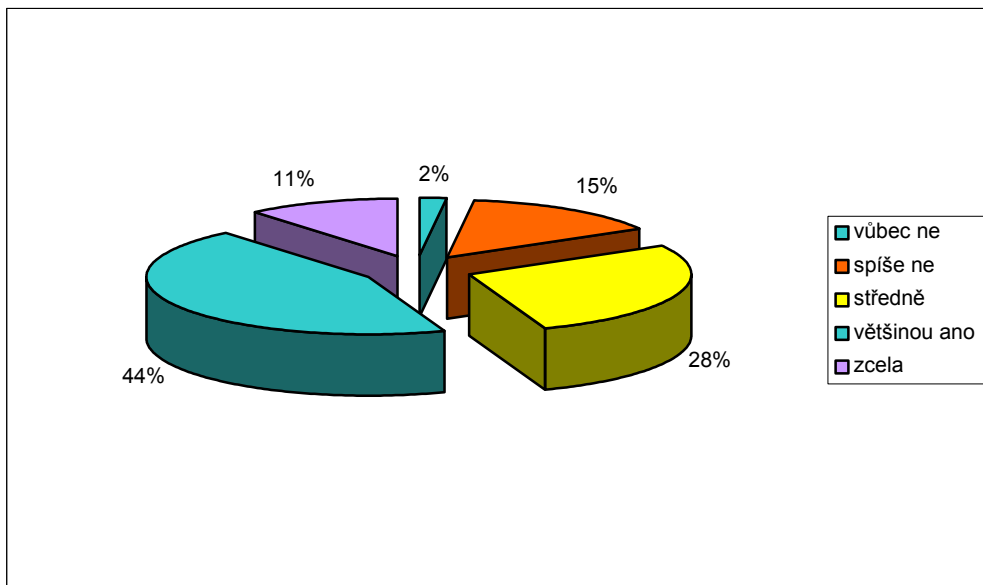
Graf č. 16. Finanční situace k zajištění svých potřeb



Graf zobrazuje zda mají klienti dost peněz k uspokojení svých potřeb. Zcela dost finančních prostředků nemá žádný klient. Většinou ano pak 8 tj. 15 % a středně 20 tj. 36 % respondentů. Spíše ne pak 16 tj. 30 % a vůbec ne 10 tj. 19 % dotazovaných.

Otázka č.13: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

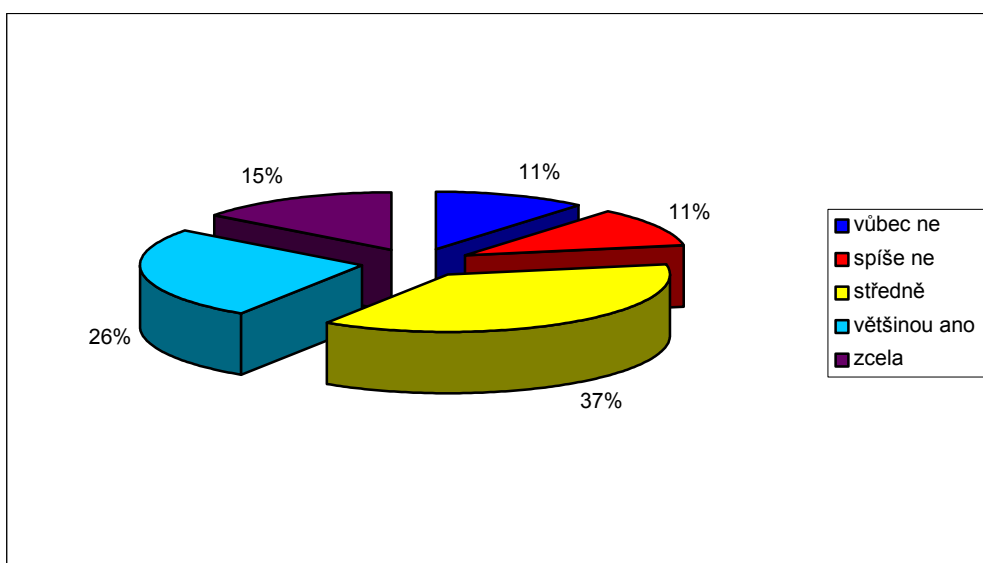
Graf.č.17. Hodnocení stupně informovanosti



Na grafu č.17 je ukázáno jak klienti hodnotí přístup k informacím, které pro svůj každodenní život potřebují. Zcela a většinou ano má přístup k informacím 6 tj. 11 % a 24 tj. 44 % respondentů. Středně hodnotí přístup 15 tj. 28 %, spíše nemá 8 tj. 15 % a vůbec ne 1 klient tj. 2 %.

Otázka č.14: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

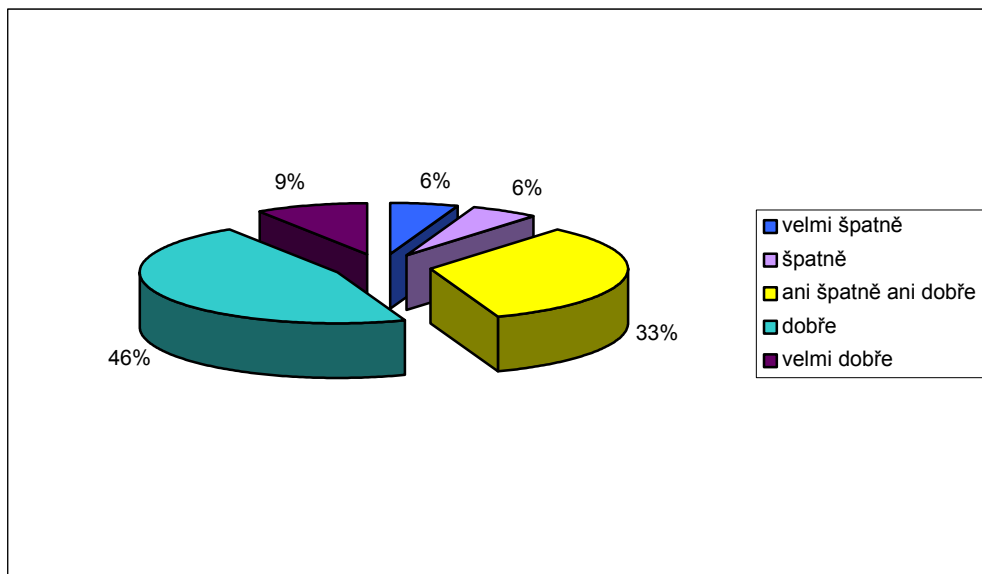
Graf.č.18. Možnost věnovat se svým zálibám



Hodnocení možnosti věnovat se svým zálibám je zobrazena na grafu č. 18. Zcela je to 8 tj. 15 % a většinou ano 14 tj. 26 % dotazovaných. Středně 2 tj. 37 %, spíše ne a vůbec ne vždy 6 tj. po 11 % dotazovaných.

Otázka č.15: Jak se dokážete pohybovat?

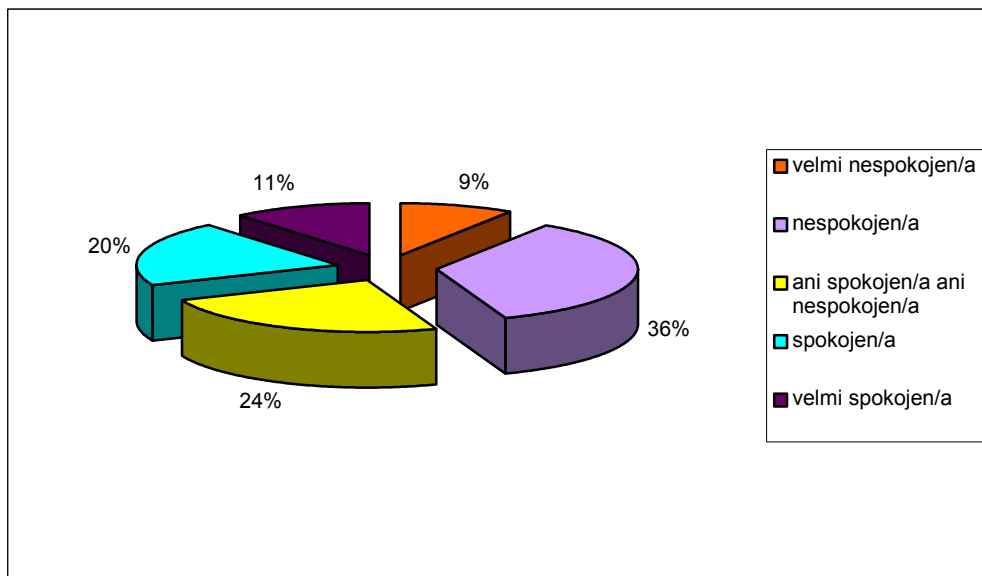
Graf.č.19. Hodnocení stupně pohyblivosti



Jak se klienti dokáží pohybovat je ukázáno na následujícím grafu. Velmi dobře hodnotí tuto schopnost 5 tj. 9 % a dobře 25 tj. 46 % dotazovaných. Ani špatně ani dobře – tak svou hybnost klasifikovalo 18 tj. 33 %, jako špatnou 3 a velmi špatnou také 3 klienti tj. vždy 6 %.

Otázka č.16: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

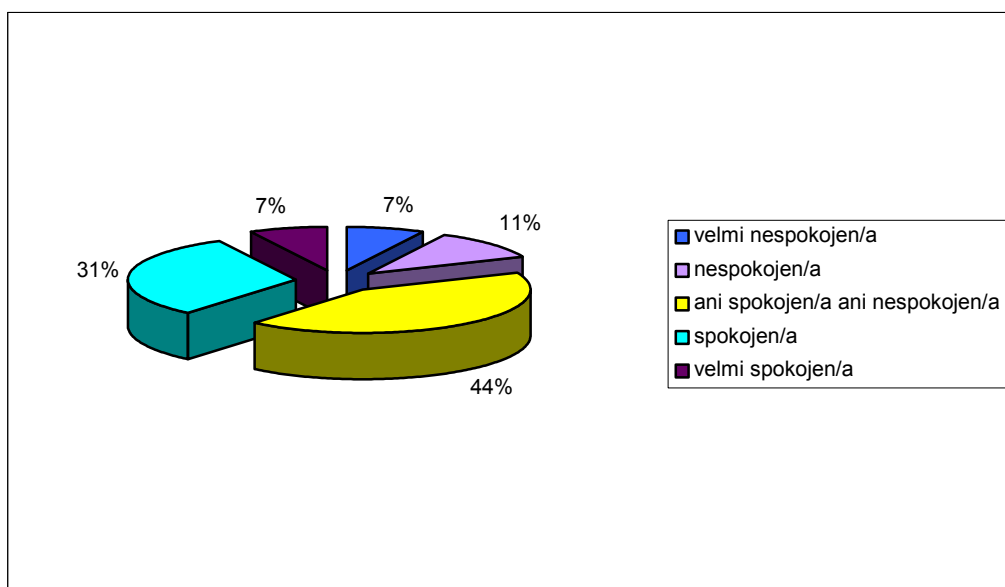
Graf.č.20. Spokojenost s kvalitou spánku



Spokojenost se svým spánkem hodnotí respondenti takto: velmi spokojeno je 6 tj. 11 % a spokojeno 11 tj. 20 % dotazovaných. Ani spokojeno ani nespokojeno je 13 tj. 24 %; nespokojeno 19 tj. 36 % a velmi nespokojeno 5 tj. 9 % klientů.

Otázka č.17: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

Graf.č.21. Schopnost vykonávat běžné činnosti

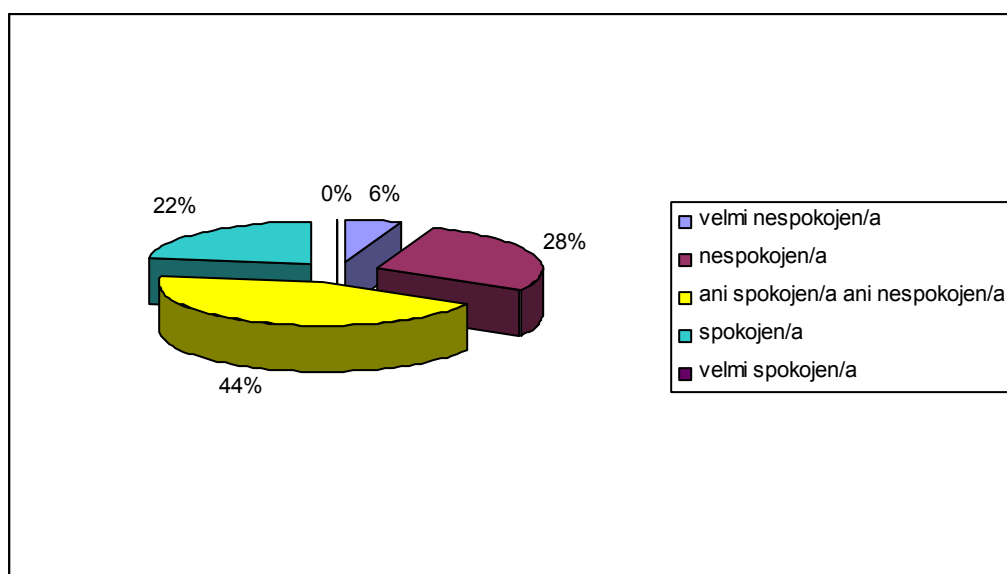


Jak jsou transplantovaní lidé spokojeni se schopností provádět každodenní činnosti ukazuje následující graf. Velmi spokojeni jsou 4 tj. 7 % a spokojených 17 tj. 31 % pacientů. Ani spokojeno ani nespokojeno je 23 tj. 44 %.

Nespokojeno je pak 6 tj. 11 % a velmi nespokojeni 4 tj. 7 % pacientů.

Otázka č.18: Jak jste spokojena/a se svým pracovním výkonem?

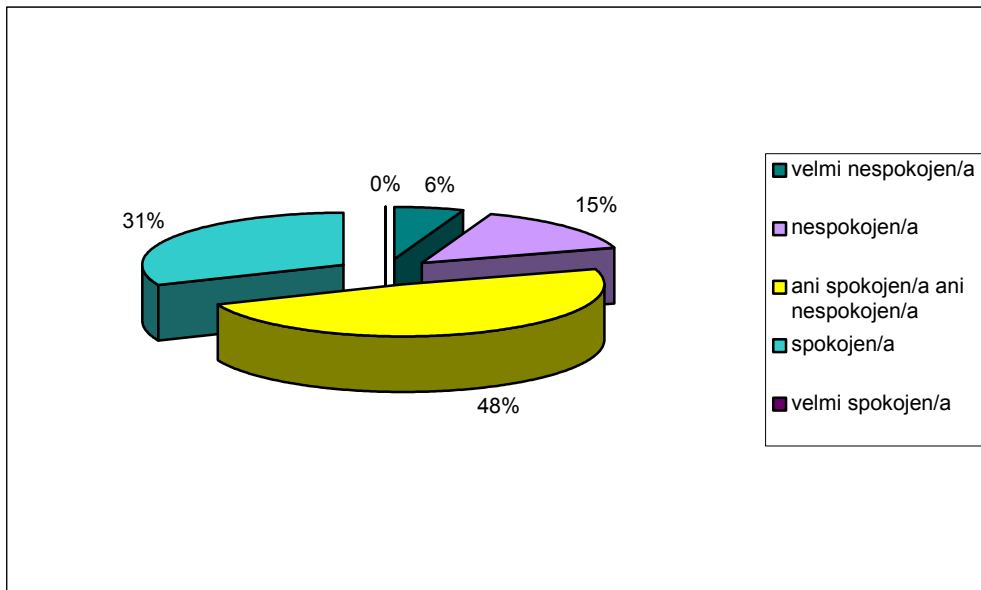
Graf.č.22. Spokojenost s pracovním výkonem



Tento graf zobrazuje spokojenost klientů se svým pracovním výkonem. Velmi spokojen není žádný respondent, spokojeno je 12 tj. 22 % a ani spokojeno ani nespokojeno 24 tj. 44 % dotazovaných. Nespokojeno je pak 15 tj. 28 % a velmi nespokojeni 3 tj. 6 % dotazovaných.

Otázka č.19: Jak jste spokojen/a sám/a se sebou?

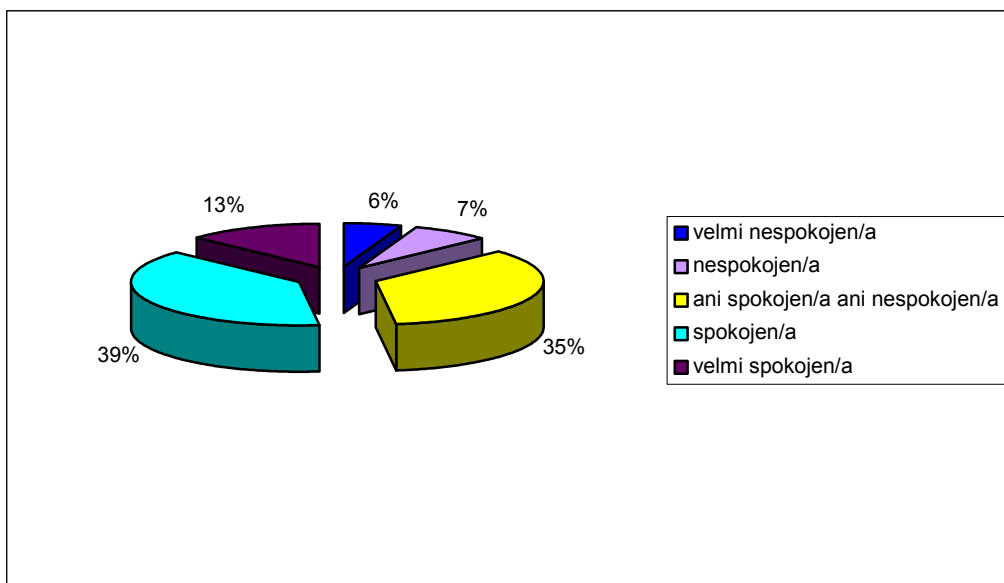
Graf.č.23. Spokojenost sám se sebou



Jak jsou respondenti spokojeni sami se sebou je znázorněno na následujícím grafu. Velmi spokojen není žádný klient. Spokojeno je 17 tj. 31 % , ani spokojeno ani nespokojeno je 26 tj. 48 %. Nespokojenost uvádí 8 klientů tj. 15 % a velkou nespokojenost 3 tj. 6 % dotazovaných.

Otázka č.20: Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?.

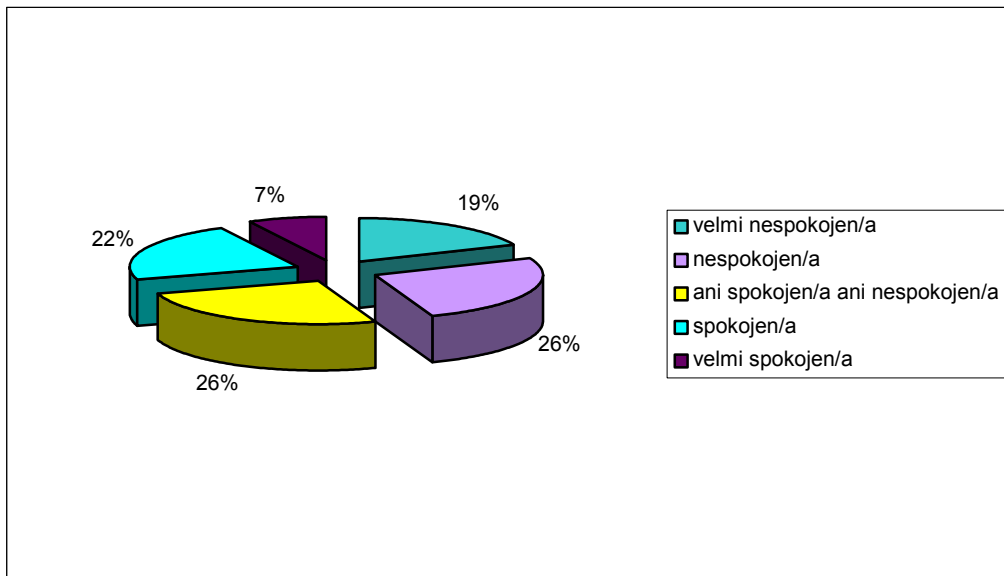
Graf.č.24. Spokojenost s osobními vztahy



Se svými osobními vztahy jsou respondenti spokojeni takto: velmi spokojeno a spokojeno je 7 tj. 13 a 21 tj. 39 % pacientů. Ani spokojeno ani nespokojeno je pak 19 tj. 35 %. Nespokojeni jsou 2 tj. 7 % a velmi nespokojeni 3 tj. 6 % pacientů.

Otázka č.21: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

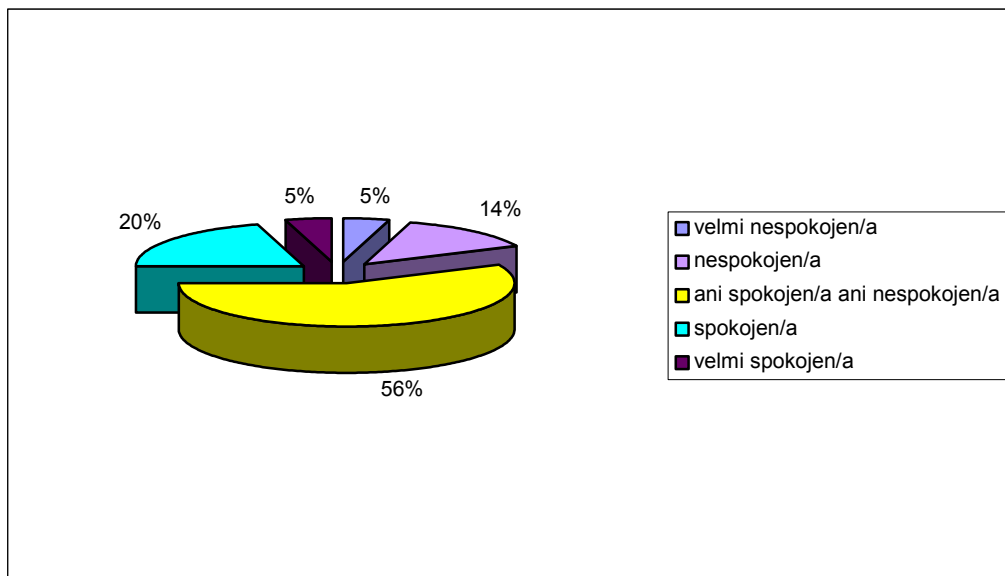
Graf.č.25. Hodnocení svého sexuálního života



Graf č. 25 zobrazuje spokojenost pacientů se svým sexuálním životem. Velmi nespokojeno je 10 tj. 19 % dotázaných, nespokojeno 14 tj. 26 %, ani spokojeno ani nespokojeno také 14 tj. 26 % pacientů. Spokojeno je 12 tj. 22 % a velmi spokojeni jsou 4 tj. 7 % dotazovaných.

Otázka č.22: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou vám poskytují přátelé?

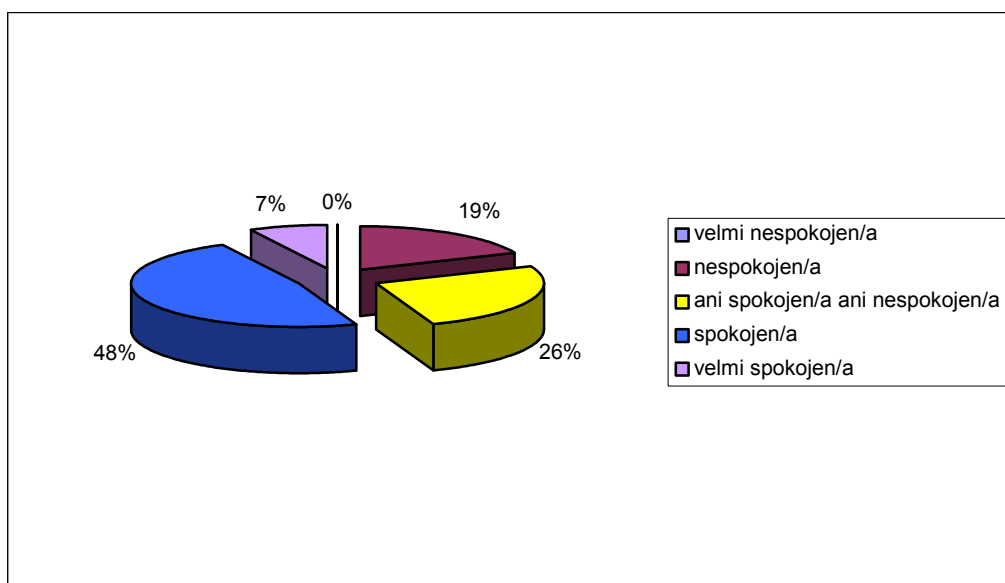
Graf.č.26. Podpora přátel



Na tomto grafu je zobrazena spokojenost dotazovaných s podporou přátel. Velmi spokojeni jsou 2 tj. 5 % a spokojeno 19 tj. 20 % dotazovaných. Ani spokojeno ani nespokojeno je 25 tj. 56 %. Nespokojeno je 6 tj. 14 % a velmi nespokojeni 2 tj. 5 %.

Otázka č.23: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

Graf.č.27. Hodnocení podmínek vlastního životního prostředí

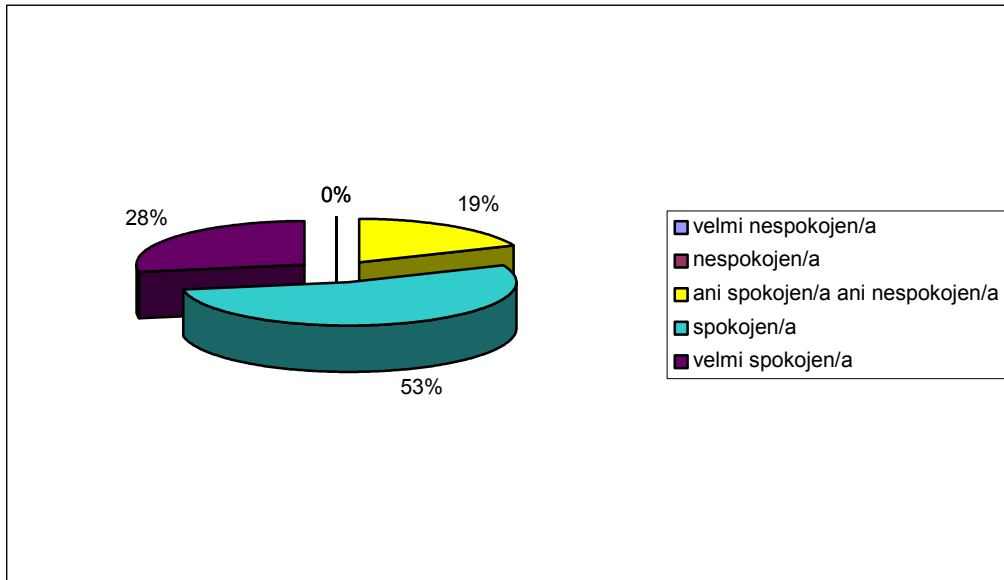


Spokojenost s podmínkami v místě žití je zobrazena na grafu č.27. Velmi spokojeni jsou 4 tj. 7 % a spokojeno 26 tj. 48 % dotazovaných. Neutrální odpověď volilo 14 tj.

26 % . Nespokojeno je 10 tj. 19 % respondentů. Odpověď velmi nespokojen nevolil žádný respondent.

Otázka č.24: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

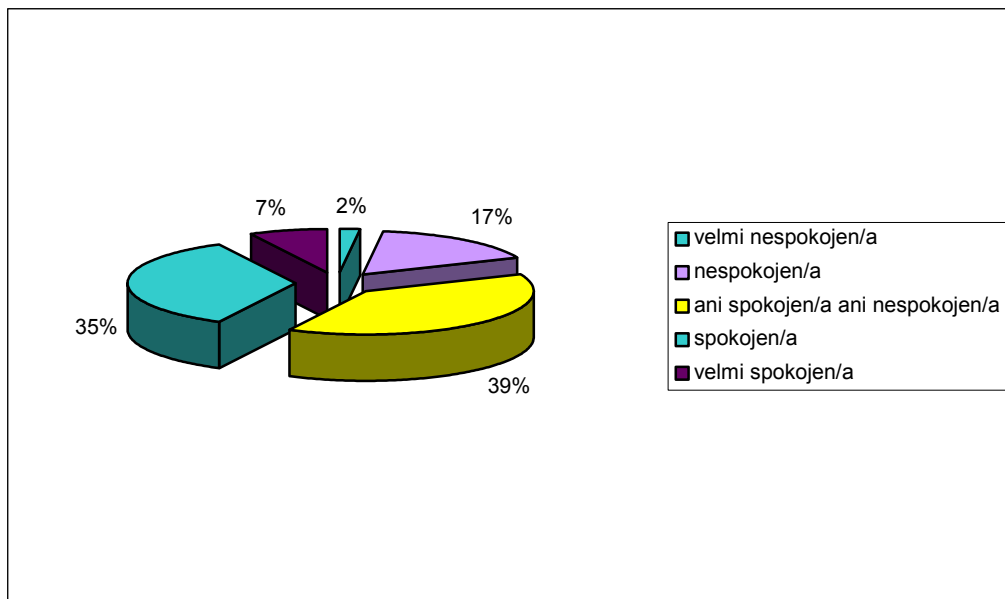
Graf.č.28. Spokojenost s dostupností zdravotní péče



Spokojenost s dostupností zdravotní péče hodnotí respondenti takto: velmi spokojeno je 15 tj. 28 % a spokojeno 29 tj. 53 % respondentů. Ani spokojeno ani nespokojeno je 10 tj. 19 % Variantu nespokojen a velmi nespokojen ne zvolil žádný respondent.

Otázka č.25: Jak jste spokojen/a s dopravou?

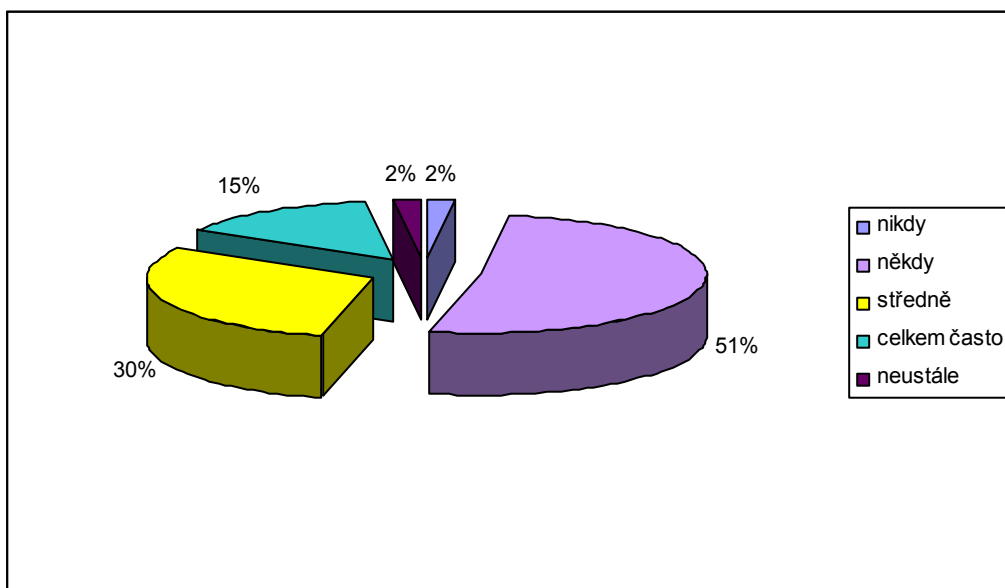
Graf.č.29. Spokojenost s dopravou z místa bydliště



Spokojenost s dopravou znázorňuje graf č. 29. Velmi spokojeni jsou 4 tj. 7 % a spokojeno 19 tj. 35 % dotazovaných. Ani spokojeno ani nespokojeno je 21 tj. 39 %. Nespokojenost vyjádřilo 9 tj. 17 % a velkou nespokojenost 1 klient tj. 2 %.

Otázka č. 26: Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Graf.č.30. Častost negativních pocitů



Tento graf zobrazuje jak často klienti prožívají negativní pocity. Hodnocení neustále volil 1 tj. 2 % a celkem často 8 tj. 15 % dotazovaných. Středně pak 16 tj. 30 %, někdy 28 tj. 51 % a nikdy 1 tj. 2 % dotazovaných.

6.2 Interpretace výsledků jednotlivých dimenzí

6.2.1 Dimenze fyzického zdraví

V odpovědích na otázky této domény respondenti hodnotili zda mají bolesti a do jaké míry jim brání v běžné denní činnosti. Bolest pociťuje hodně a maximálně 20 % pacientů. To je celá 1/5. Dále se vyjadřovali ke spokojenosti se svým spánkem, protože kvalita spánku je důležitá pro pocit dobrého zdraví a stejně tak schopnost pohybu. Do domény fyzického zdraví je zařazena i otázka se spokojeností provádět běžné denní činnosti a spokojenost se svým pracovním výkonem. V této otázce patrně respondenti hodnotili pracovní výkon v běžném denním životě nikoliv výkon v zaměstnání. Transplantovaní pacienti mají většinou plný invalidní důchod nebo důchod starobní. Ze sledovaného vzorku 54 lidí pracuje pouze 6.

Je zde zařazena i otázka na celkovou spokojenost se svým zdravím a pouze 7 odpovědělo, že se svým celkovým zdravím je nespokojeno.

Hrubé skóre odpovědí na otázky této domény je **3,3**.

6.2.2 Dimenze sociálních vztahů

Sociální vztahy a vazby jsou pro kvalitu života neméně důležité. A zvláště u pacientů s dlouhodobým onemocněním. Transplantovaní potřebují podporu ostatních. V této doméně pacienti hodnotili spokojenost s osobními vztahy v rodině ale i spokojenost se vztahy přátelskými a podporou přátel. V této doméně je zařazena i otázka na spokojenost se sexuálním životem.

Dále jsou zde zařazeny otázky zda klienti mají a v jaké míře přístup k informacím. Další otázka je věnována využívání volného času (záliby). Samostatná otázka je pak věnována ekonomické situaci respondenta - dostatek peněz k uspokojení svých potřeb.

Hrubé skóre otázek z této domény je **3,0**

6.2.3 Dimenze prožívání

Prožívání klientů je vysoce subjektivní pocit, který je vždy ovlivněn celkovým emocionálním laděním klienta, momentální náladou případně aktuálním zdravotním stavem. V této doméně jsou zařazeny dotazy na smysl života a jak moc dotazované těší život. Je hodnocena i otázka spokojenosti s vlastním soustředěním a dostatkem energie pro každodenní život. Klienti hodnotili i míru spokojenosti sami se sebou a akceptaci svého vzhledu. Poslední byla zařazena otázka na častost prožívání negativních pocitů, na kterou 44 respondentů odpovědělo někdy nebo středně.

Hodnota hrubého skóre této dimenze je **3,3**

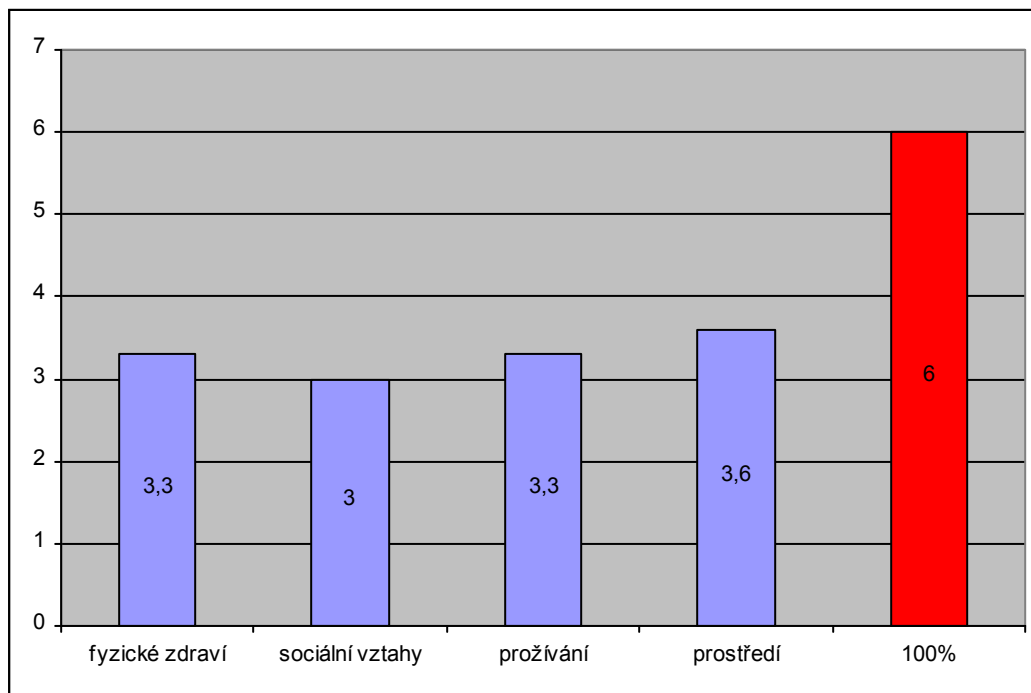
6.2.4 Dimenze prostředí

Otázky této oblasti mapují podmínky v místě života klientů, spokojenost s dopravou a dostupnost zdravotní péče. Očekávala jsem, že dostupnost zdravotní péče nebude pacienty dobře hodnocena, protože pacienti jsou sledováni vždy v příslušném transplantačním centru (Praha, Brno). Odpověď velmi nespokojen a nespokojen neutil ani jeden respondent. Celkový názor respondentů na to jak moc je zdravé prostředí, ve kterém žijí, mapuje otázka č. 9.

Hrubé skóre otázek sledované domény činí **3,6**

Graf č. 31.

Porovnání hrubých skóre jednotlivých domén



6.3 Diskuse

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit aktuální kvalitu života lidí s transplantovaným srdcem. Bezprostředně po úspěšné transplantaci se prokazatelně kvalita života lidí po fyzické, psychické a sociální stránce rapidně zlepšila. Pacienti však musí dodržovat určitá důležitá režimová opatření a hlavně doživotně užívat léky, které v negativním smyslu ovlivňují imunitní systém. Zaměřila jsem se tedy na to, jak vnímají kvalitu života transplantovaní lidé ve stabilizovaném stavu. Zda pociťují oproti ostatním lidem zhoršení kvality života a případně v kterých oblastech.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. V teoretické části je popsán vliv dlouhodobého chronického onemocnění na prožívání a vnímání pacientů. Dále historie transplantací a etické otázky transplantologie. V teoretické části práce jsem

shrnuje režimová opatření, která jsou pacienti nuceni dodržovat a jejich sociální dopad, vliv na psychiku a osobní život.

V druhé – empirické části jsou zpracovány výsledky dotazníků. Jedná se o dotazník vlastní konstrukce a dotazník WHO WHOQOL –BREF (krátká verze).

Výzkum probíhal na Klinice kardiologie IKEM od ledna do března 2009 u ambulantních transplantovaných pacientů při pravidelné kontrole v ambulanci transplantovaných. Nebyli zařazeni pacienti právě hospitalizovaní, transplantovaní před méně než dvěma lety a pacienti zařazení do jiné klinické studie. Respondenti byli více než dva roky po zákroku a netrpěli jinou závažnou chorobou, která by mohla jejich vnímání kvality života ovlivnit. Samozřejmostí byl souhlas se zařazením do průzkumu. Bylo osloveno celkem 70 respondentů. Vrátilo se 58 dotazníků (návrstnost 83 %). K vyhodnocení bylo využito 54 dotazníků, protože 4 neobsahovaly úplná data.

Vyhodnocení dotazníků, přiřazení otázek ke sledovaným doménám a výpočet hrubých skóre přinesl odpovědi na zkoumané otázky. Na otázku č.1, zda pacienti pocítují zhoršenou kvalitu života lze dle výsledků říci, že nikoliv. Hrubé skóre jednotlivých domén se pohybovaly od 3 do 3,6. To svědčí o nadprůměrně dobrém vnímání kvality života.

Otázka č. 2 se ptala, zda jsou zhoršené nebo v negativním smyslu ovlivněné pocity a vztahy v oblastech fyzické, psychické a sociální. Nejhorší hrubé skóre (3) měly odpovědi na otázky zahrnující sociální oblast. Hodnota 3 je průměrná a to považují za velmi dobré hodnocení sociální oblasti. Klienti většinou v návaznosti na svou diagnózu nepracují, pobírají invalidní nebo starobní důchod, a z toho pak plyne i zhoršená ekonomická situace klientů. Otázky na ekonomickou situaci a pracovní výkon průměrnou hodnotu nejvíce snížily.

Odpovědi na otázku č. 3 pak hodnotily častost prožívání negativních pocitů a jejich vliv na kvalitu života. Očekávala jsem, že negativní pocity jako časté uvede více respondentů. Celkem časté a neustálé prožívání těchto pocitů označilo jen 5 dotazovaných. Ostatní volili odpověď středně nebo někdy. Negativní pocity tedy nemají vliv na zhoršení kvality života.

Celkové hodnocení kvality života u transplantovaných lidí je velmi dobré. Na těchto výsledcích se podílí i velmi kvalitní psychická příprava pacientů před zařazením do

transplantačního programu a účelně vypracovaný celoživotní systém péče o transplantované a to nejen po stránce fyzické, ale i psychosociální.

Závěr

V diplomové práci jsem se věnovala tématu kvality života u pacientů s transplantovaným srdcem. Těchto lidí není v populaci mnoho, protože metoda je limitována počtem dárců.

Transplantovaní však mají své problémy. Jedná se o teoreticko-empirickou práci.

Ke zjištění demografických údajů jsem použila dotazník vlastní konstrukce (příloha č.1) K vlastnímu zjišťování kvality života byl použit dotazník WHO WHOQOL-BREF (krátká verze) (příloha č.2), který se používá k měření kvality života u pacientů s různým onemocněním.

Respondenti byli vybráni po prostudování zdravotnické dokumentace. Zařazeni byli pacienti, kteří souhlasili se šetřením, byli transplantováni před více než 2 lety, nebyli v době výzkumu hospitalizováni a nebyli zařazeni v jiné klinické studii. Zařazeno bylo 70 transplantovaných. K vyhodnocení se vrátilo 58 dotazníků. Z tohoto počtu musely být 4 dotazníky vyřazeny pro neúplnost údajů. Odpovědi byly zpracovány běžnými statistickými metodami.

Výsledky šetření neprokázaly výrazně špatnou kvalitu života u lidí po transplantaci srdce.

Jistě se na tom podílí i velmi dobře koncipovaný program transplantační péče, který se ovšem neustále vyvíjí a modifikuje podle potřeb našich pacientů. Vliv má jistě i poměrně přísný výběr vhodných kandidátů na OTS. Kriteria jsou stanovena mezinárodními standardy.

Nutno také zdůraznit, že OTS je stále pouze léčebnou metodou se svými úskalími, nežádoucími účinky a komplikacemi a ne prostředkem k úplnému vyléčení. Mediální obraz této metody je do jisté míry idealizován. Proto je dobré v tomto směru edukovat pacienty, laickou ale i odbornou veřejnost.

Výzkumy kvality života lidí po OTS se zaměřují většinou na zlepšení fyzické kondice a výkonnosti, na vymizení limitujících příznaků. Je jasné, že v této oblasti bude kvalita diametrálně vyšší než před OTS. V některých šetřeních je věnována

pozornost i části sociální dimenze a to je zaměstnání. Většinou se omezuje na počet lidí, kteří našli po OTS pracovní uplatnění. Proto jsem se rozhodla zmapovat celou škálu dimenzí majících na vnímání kvality života vliv. V současné době jsme vyzvali druhé pracoviště, které se v České republice transplantacemi srdce zabývá, v Brně, aby se k podobnému šetření přidalo. Výsledky bychom pak mohli porovnat a použít při dalším vývoji dlouhodobé potransplantační péče.

Seznam literatury

- DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života*. Praha: Světová zdravotnické organizace, Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Kvalita života-vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997, roč.93,č.2, s.103
- DRAGOMIRECKÁ, E., ŠKODA, C. Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997, roč.93, č.8, s.431
- GOLDMANN, R. aj. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1454-6.
- FABIAN, J., GONCALVESOVÁ, E., ŠTEFANKOVÁ, J. *Zlyhávanie a transplantácia srdca*. Bratislava: Herba, 2007. ISBN 978-80-89171-50-7
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
- KLENER, P. aj. *Vnitřní lékařství*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-430-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- MATOUŠEK, O. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MÁLEK, I. *Transplantace srdce – pohled kardiologa*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-510-8.
- MEISER, B.M., REICHART, B. *Život pokračuje – informační brožura pro pacienty po transplantaci srdce*. Praha: Maxdorf, 2003. ISBN není
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- PAYNE, J. aj. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PIRK, J., MÁLEK, I. *Transplantace srdce* . Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1606-3.

SRNEC, J. *Strategie a metody psychosociálního výzkumu*. Praha: PVŠPS, 2006

LOUGH, M., LINDSEY, A., SHIAN, J., STOOTTS, N. Life satisfaction following heart transplant. *J. Heart Lung Transplant.*, 1985, 4, s.434

SHAPIRO, P., WILLIAMS, D., FORAY, A., et al. *Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation*. *Transplantation*.1995, 12, s. 123

Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

Seznam zkratk

IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
WHO	World Health Organization
Tx	transplantace
OTS	ortotopická transplantace srdce

Seznam grafů

Graf č. 1	Pohlaví respondentů	31
Graf č. 2	Věkové dekády respondentů	31
Graf č. 3	Rodinný stav	32
Graf.č. 4	Zaměstnání	33
Graf č. 5	Jak by jste hodnotil kvalitu svého života?.....	34
Graf č. 6	Jak jste spokojen se svým zdravím?.....	35
Graf č. 7	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?.....	35
Graf č. 8	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl fungovat v každodenním životě?.....	36
Graf č. 9	Jak moc Vás těší život?.....	37
Graf č. 10	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?.....	37
Graf č. 11	Jak se dokážete soustředit?.....	38
Graf č. 12	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?.....	39
Graf č. 13	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?.....	39
Graf č. 14	Máte dost energie pro každodenní život?.....	40
Graf č. 15	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	41
Graf č. 16	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?.....	41
Graf č. 17	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?..	42
Graf č. 18	Máte možnost věnovat se svým zálibám?.....	43
Graf č. 19	Jak se dokážete pohybovat?.....	43
Graf č. 20	Jak jste spokojen se svým spánkem?.....	44
Graf č. 21	Jak jste spokojen se svou schopností provádět každodenní činnost?.....	44
Graf č. 22	Jak jste spokojen se svým pracovním výkonem?.....	45
Graf č. 23	Jak jste spokojen sám se sebou?.....	46
Graf č. 24	Jak jste spokojen se svými osobními vztahy?.....	46
Graf č. 25	Jak jste spokojen se svým sexuálním životem?.....	47
Graf č. 26	Jak jste spokojen s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?.....	48
Graf č. 27	Jak jste spokojen s podmínkami v místě, kde žijete?	48
Graf č. 28	Jak jste spokojen s dostupností zdravotní péče?.....	49
Graf č. 29	Jak jste spokojen s dopravou?.....	50
Graf č. 30	Jak často prožíváte negativní pocity?	50
Graf č. 31	Porovnání hrubých skóreů jednotlivých domén.....	53

Seznam příloh

Příloha č. 1 Dotazník vlastní konstrukce

Příloha č. 2 Dotazník světové zdravotnické organizace -WHOQOL-BREF (krátká verze)

Příloha č. 1

Dotazník vlastní konstrukce

Vážená paní,
Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci na projektu, který je součástí mé diplomové práce navazujícího psychosociálního studia. Cílem je zjištění, jak vnímáte kvalitu svého života a jak jsou pro Vás důležité různé oblasti života.

Jde o anonymní šetření.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Bc. Jaroslava Holakovská

Výběr prosím zaškrtněte

1. pohlaví	muž			žena	
2. věk	do 30 let			31 -40 let	
	41 – 50 let			51 -60 let	
	61 -70 let			71 let a více	
3. rok transplantace					
4. rodinný stav	svobodná/ý			vdaná/ženatý	
5. zaměstnána/ý	ano			ne	

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	vůbec ne 1	Trochu 2	středně 3	hodně ④	maximálně 5
---------------------------------------------------------------	---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5
---------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	Špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Jaroslava Holakovská
Škola: Pražská vysoká škola psychosociální
Studijní program: Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii
Název práce: Kvalita života lidí po transplantaci srdce
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jan Srnec, CSc.
Počet stran: 69
Rok: 2010
Klíčová slova: kvalita života, pacient, transplantace, nemoc, výzkum

Diplomová práce je zaměřena na aktuální kvalitu života lidí po transplantaci srdce ve stabilizovaném stavu v určitém časovém odstupu po transplantaci. Výsledky nepotvrdily, že by kvalita života těchto lidí byla výrazně zhoršená. Nejlépe je pacienty hodnoceno fyzické zdraví. Nejhůře a to průměrně byla hodnocena sociální oblast, protože dochází ke změně v pracovním uplatnění a tím ke zhoršení ekonomické situace. Hodnocení psychického prožívání a negativních pocitů bylo velmi dobré.

Výsledky průzkumu potvrdily předpoklad, že intervence klinického psychologa a sociálního pracovníka v transplantačním programu má kladný vliv na následnou kvalitu života pacientů.

Problémem je zobecnění výsledků na jiná pracoviště, protože komplexní péči o transplantované provádí pouze IKEM.

Abstract

Author's name: Jaroslava Holakovská
School: Pražská vysoká škola psychosociální
Program: Social policy and social work
Branch: Social work with the aim of communication and applied psychotherapy
Title: Quality of life of.
Konsultant: Jan Srnec
Number of pages: 69
Year: 2010
Key words: quality of life, patient, transplantation, illness, research

Diploma paper is aimed for actual quality of life analysis in patients in their stable conditions during specific time delay after heart transplantation. Our results did not confirm any substantial worsening in quality of life. Somatic health evaluated subjectively by patients was the best of weighted parameters and vice versa the social sphere was evaluated as the weakest point (average balanced value). This was due to work ability problems with economical impact on the patients. Analysis as well as evaluation of psychical aspects as negative feeling and associated experiences was in a very good position.

Results of our investigation fully confirmed positive outcomes both of interventions mediated by clinical psychologist and medical social worker involved into heart transplantation program with positive influence on further QOL.

Obtained result generalization and their transmission as well into another medical institutions we regard as a problem. The reason for explanation is based on the fact that complex care of patients after heart transplantation belongs to IKEM only.

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Jaroslava Holakovská**

Obor studia: Sociální práce

Název práce: Kvalita života lidí po transplantaci srdce

Vedoucí práce: Jan Srnec

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 58

Počet stránek příloh: 8

Počet titulů v seznamu literatury: asi 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěš/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Aby nezůstalo jen u popisu vzorku z IKEMu, jsou kromě Brna i jiné možnosti srovnání? Například vyhledat studie, kde byl použit WHOQOL-BREF u pacientů s jiným transplantovaným orgánem (za účelem porovnání aspoň v některých položkách).

Možná by se přes Internet našla i zahraniční studie, kde byl týž dotazník použit u pacientů s OTS?.

Otázka:

Pracujete 10 let jako zdrav. sestra, z toho 2 roky (od zavedení systému psychosoc. péče) o pacienty po transplantaci srdce. Vyskytl se za tu dobu mezi Vašimi spolupracovníky někdo s tzv. syndromem vyhoření? Pokud ano, jak se to projevovalo?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Poznámka:

Pro vážnou zdravotní krizi jsem nečetl konečnou verzi DP před jejím odevzdáním. Až teď jsem objevil chyby, které je třeba opravit:

1/ V „interpretaci“ ke grafu 1 na s.31 jsou procenta mužů a žen obrácená: převažují muži, ne ženy
2/ Na str. 24 u obou odkazů na *Dragomirecká, Škoda* je chybně uveden rok 1993, má být 1997.

Práce se týká velmi závažné zdravotní problematiky;

Autorka má výjimečné předpoklady k tomu, aby – hlavně na podkladě dlouholeté profesní praxe v dané oblasti – vyzdvihla v obecných kapitolách (str.7-27) specifické psychosociální aspekty této problematiky.

Ve vlastní „výzkumná studii“ (str. 28-55) realizovala autorka jednoduchý, metodologicky nenáročný projekt, jehož výsledky mají pouze lokální validitu. Přesto, i na úrovni pouze popisné jsou výsledky zajímavé a podporují program psychosociální péče jako nezbytné součásti komplexní péče o transplantované pacienty.

Positivně hodnotím jazykovou a stylistickou úroveň textu. Jen ještě poznámka: „score“ je podle pravidel vyhrazeno sportu, v psycho-sociální vědách se má užívat maskulinum „skór“.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

Svůj návrh klasifikace sděluji zásadně jen členům komise pro obhajoby

Datum, podpis:
22. září 2010



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Jaroslava Holakovská**
 Obor studia: Sociální práce
 Název práce: Kvalita života lidí po transplantaci srdce
 Vedoucí práce: Jan Srnec

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 58
 Počet stránek příloh: 8
 Počet titulů v seznamu literatury: asi 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěla/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Aby nezůstalo jen u popisu vzorku z IKEMu, jsou kromě Brna i jiné možnosti srovnání? Například vyhledat studie, kde byl použit WHOQOL-BREF u pacientů s jiným transplantovaným orgánem (za účelem porovnání aspoň v některých položkách).
Možná by se přes Internet našla i zahraniční studie, kde byl týž dotazník použit u pacientů s OTS?

Otázka:

Pracujete 10 let jako zdrav. sestra, z toho 2 roky (od zavedení systému psychosoc. péče) o pacienty po transplantaci srdce. Vyskytl se za tu dobu mezi Vašimi spolupracovníky někdo s tzv. syndromem vyhoření? Pokud ano, jak se to projevovalo?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Poznámka:

Pro vážnou zdravotní krizi jsem nečetl konečnou verzi DP před jejím odevzdáním. Až teď jsem objevil chyby, které je třeba opravit:

- 1/ V „interpretaci“ ke grafu 1 na s.31 jsou procenta mužů a žen obrácená: převažují muži, ne ženy
- 2/ Na str. 24 u obou odkazů na *Dragomirecká, Škoda* je chybně uveden rok 1993, má být 1997.

Práce se týká velmi závažné zdravotní problematiky;

Autorka má výjimečné předpoklady k tomu, aby – hlavně na podkladě dlouholeté profesní praxe v dané oblasti – vyzdvihla v obecných kapitolách (str.7-27) specifické psychosociální aspekty této problematiky.

Ve vlastní „výzkumná studii“ (str. 28-55) realizovala autorka jednoduchý, metodologicky nenáročný projekt, jehož výsledky mají pouze lokální validitu. Přesto, i na úrovni pouze popisné jsou výsledky zajímavé a podporují program psychosociální péče jako nezbytné součásti komplexní péče o transplantované pacienty.

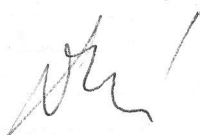
Pozitivně hodnotím jazykovou a stylistickou úroveň textu. Jen ještě poznámka: „score“ je podle pravidel vyhrazeno sportu, v psycho-sociální věděch se má užívat maskulinum „skór“.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace:

Svůj návrh klasifikace sděluji zásadně jen členům komise pro obhajoby

Datum, podpis:
22. září 2010



* nehodící se, škrtněte