

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Kvalita života pacientů po transplantaci jater

Bc. Monika Šindelářová

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



The quality of life of patients after liver transplantation

Bc. Monika Šindelářová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem svou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze podklady uvedené v příloženém seznamu literatury.

V Praze dne

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji paní MUDr. Olze Dostálové, CSc. za vedení mojí práce a za čas, který mi tímto věnovala.

Děkuji všem, kteří mi byli oporou při vzniku této práce.

ANOTACE

Kvalita života pacientů po transplantaci jater je tématem této diplomové práce. Autorka pracuje již více než 15 let v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze a s nemocnými s diagnózou selhání jater a následnou transplantací tohoto orgánu se setkává po celou tuto dobu. Kontakt s pacientem byl vždy omezen pouze na pobyt v nemocnici, který je však pro pacienta nestandardní a mnohdy i problematický. Ošetřující zdravotnický personál často nevnímá nemocného jako člověka, který jednou z nemocnice odejde a bude se svojí nemocí muset dál žít. Vlastní selhání jater provází závažné symptomy a komplikace mající vliv nejen na fyzický stav pacienta, ale představují i obrovské psychické následky pro něj i pro příbuzné. Současná nedostačující znalost v této oblasti vedla autorku k výběru tohoto tématu práce.

V teoretické části je popsána problematika jaterního selhání, transplantací a kvality života jako sociální práce. Následuje vlastní výzkum subjektivního hodnocení kvality života těchto transplantovaných pacientů kvalitativní metodou výzkumu vedenou rozhovorem.

Výsledky tohoto výzkumu potvrzují lepší kvalitu života nemocných po transplantaci jater.

KLÍČOVÁ SLOVA

Transplantace, játra, pacient, zdraví, nemoc, kvalita života, výzkum, sociální práce.

ABSTRACT

"The quality of life of patients after liver transplantation" has been chosen as topic of this thesis. The author meets those suffering from liver failure and subsequent operation frequently since she has already been working in the Institute for clinical and experimental medicine in Prague more than 15 years. However, seeing patients was always limited to their stay in the hospital which represents non-standard and often problematic condition for them. Attending medical staff do often not perceive the patient as a person who is about to leave the hospital one day and will have to live with their disease at home. Liver failure itself is accompanied with serious symptoms and potential complications that may have impact not only on patient's physical well-being but also represent huge psychological consequences for him and for their relatives. Current lack of knowledge in this area led the author to selection of this topic.

The issue of hepatic failure, transplantation and quality of life is described in the theoretical part as a social work. It is followed by the research of subjective assessment of the quality of life among liver transplant recipients by means of qualitative method of research led by conversation.

The results of this research confirm better quality of life of patients after liver transplantation.

KEY WORDS

Transplantation, liver, patient, health, disease, quality of life, research, social work.

OBSAH

ÚVOD	10
1 VYMEZENÍ POJMŮ	11
1.1 Pojem: zdraví	11
1.2 Pojem: nemoc.....	11
1.3 Pojem: játra	11
1.4 Pojem: transplantace	12
1.5 Pojem: kvalita života.....	12
1.6 Pojem: sociální práce	12
2 HISTORIE A LEGISLATIVA TRANSPLANTACE JATER	13
2.1 Historie transplantace jater	13
2.2 Legislativa transplantací v ČR.....	14
3 JÁTRA Z HLEDISKA MEDICÍNY	15
3.1 Anatomie jater.....	15
3.2 Funkce jater.....	15
3.3 Jaterní selhání.....	16
3.4 Transplantace jater	17
3.5 Komplikace po transplantaci jater	18
4 KVALITA ŽIVOTA	20
4.1 Kvalita života historický kontext.....	20
4.2 Zdraví a kvalita života	21
4.3 Nemoc a kvalita života.....	21
4.4 Hospitalizovaný nemocný.....	23

4.5	Chronicky nemocný pacient	24
4.6	Rozsah pojetí kvality života.....	25
4.7	Metody měření kvality života.....	26
4.7.1	Metody objektivního hodnocení.....	26
4.7.2	Metody subjektivního hodnocení.....	26
4.7.3	Smíšené metody hodnocení.....	27
4.8	Kvalita života pacientů po transplantaci jater.....	27
5	SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	30
5.1	Sociální péče	30
5.2	Sociální služba	31
5.2.1	Sociální poradenství	32
5.2.2	Sociální péče	32
5.2.3	Sociální prevence	33
5.3	Sociální pracovník	33
5.4	Sociální pracovník ve zdravotnictví	34
5.5	Sociální dávky.....	35
5.6	Využívání sociálního systému transplantovanými pacienty.....	36
5.7	Psychoterapie a odborná pomoc	37
5.8	Skupinová psychoterapie a komunitní péče.....	39
6	OBECNÉ ZÁSADY PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU	41
6.1	Metodologie výzkumu	41
6.2	Kvantitativní výzkum.....	42
6.3	Kvalitativní výzkum.....	43
6.4	Fenomenologické zkoumání	43
6.5	Dotazník kvality života WHOQOL	44
7	PRAKTICKÁ ČÁST: VLASTNÍ ZKOUMÁNÍ.....	46
7.1	Cíle výzkumu a stanovení hypotéz	46
7.2	Použité metody výzkumu.....	47

7.3	Strategie výběru výzkumného vzorku	47
7.4	Průběh výzkumu	50
7.5	Metody zpracování dat.....	51
7.6	Výsledky výzkumu	52
7.7	Diskuse a závěr výzkumu	69
	ZÁVĚR.....	72
	Literatura.....	74
	Seznam grafů	77
	Seznam zkratk	78
	Seznam příloh.....	79

ÚVOD

Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze existuje již 40 let. Je to jedno z největších specializovaných klinických a vědeckovýzkumných pracovišť v České republice.

Každý rok je uskutečněno jenom v IKEM zhruba 300 transplantací některého z orgánu – srdce, jater, slinivky břišní, ledviny či žíly. Při selhání některých z těchto orgánů dochází k úmrtí nemocného, při ostatních dojde k výraznému zdravotnímu omezení. Za posledních 16 let bylo v Institutu klinické a experimentální medicíny provedeno přibližně 820 transplantací jater.

Práce je orientovaná na kvalitu života pacientů s transplantovanými játry. První teoretická část je zaměřená na vlastní problematiku transplantací, na její historii, legislativu, onemocnění jater, na kvalitu života těchto nemocných. Věnuje se kvalitě života vůbec a otázkám sociální práce.

Empirická část obsahuje vlastní výzkum kvality života transplantovaných pacientů. Předlohou pro vznik výzkumných otázek byl dotazník kvality života WHOQOL. Výzkumná část práce popisuje přípravu a průběh výzkumu, metody získávání dat, jejich zpracování a závěry.

Pracuji jako vrchní sestra na Klinice transplantační chirurgie. Již od svého nástupu v IKEM v roce 1996 se setkávám s pacienty po transplantaci jater, nejdříve jako zdravotní sestra na jednotce metabolické intenzivní péče, poté, bezprostředně po transplantaci, na resuscitačním oddělení a nyní na chirurgii, v době, kdy odcházejí z nemocnice domů. Úkolem zdravotnického personálu je starost a péče o pacienta v nemocnici. Často ani nepřemýšlíme o pacientovi jako o člověku, který se vrací domů, kde bude muset se svým onemocněním dál žít. Toto onemocnění provází těžké závažné symptomy a komplikace mající vliv na fyzický stav pacienta a způsobující velkou psychickou zátěž pacientovi i jeho příbuzným. Využila jsem této jedinečné možnosti zjistit, jak tito nemocní žijí, jaké mají hodnoty, plánují-li vlastní budoucnost a jak jsou spokojeni se svým životem.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Pojem: zdraví

Jednou z nejznámějších definic zdraví je dle WHO, kdy „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci a vady“ (cit. dle HOLČÍKA, 2005).

Tato definice je spojena více se zdravím, ale důležité je postihnout i osoby nešťastné, negativního myšlení, nespokojené. Mohou být zdravé, ale ne šťastné.

Zdraví jako takové ovlivňují dědičné dispozice, oddělíme-li je, tak je zdraví tak ze 60 % ovlivněno způsobem života, z 20 % úrovní zdravotní péče a z 20 % vnějším prostředím jako je životní a sociální prostředí (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 701).

1.2 Pojem: nemoc

Nemoc (morbus, nosos, pathos) je porucha zdraví. Nemocná osoba nemoc zaznamená, vyhledá lékaře a ten ji dokáže objektivně zjistit (VOKURKA a HUGO, 2005, s. 612).

Zdravý organismus má určitou míru přizpůsobení se škodlivým vlivům. Snaží se udržet svůj fyzický a psychický stav v určité normě. Vznikne-li odchylka od tohoto normálního stavu, rozvíjí se nemoc. Nemoc je určována právě těmito odchylkami. Občas je ale problém stanovit hranici normálního stavu (STRÍTESKÝ, 2001).

Jako sociální událost je nemoc chápána v okamžiku, kdy nemocný již nemůže odvrátit poruchu svého zdraví. Tuto poruchu nemůže odstranit bez zásahu druhého člověka (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 345). Sama sociální událost je ovšem pojem mnohem širší.

1.3 Pojem: játra

Játra (hepar, iecus) jsou součástí trávicího ústrojí. Je to největší žláza lidského těla nezbytná pro život. Je uložena v horní části břicha v pravém podžebří.

K hlavním funkcím patří tvorba žluče, hemokoagulačních faktorů, detoxikační funkce. Jsou důležité pro metabolismus cukrů, tuků a bílkovin (VOKURKA a HUGO, 2005, s. 437).

1.4 Pojem: transplantace

Transplantace je přenos orgánu, části orgánu či tkáně z místa na těle na jiné místo či z jednoho těla do druhého, a to z důvodu poškození nebo selhání původního vlastního orgánu (TŘEŠKA, 2002).

1.5 Pojem: kvalita života

Kvalita života je popisována jako určitá míra pocitu „štěstí“, jisté životní úrovně v subjektivním vnímání jedince. V souvislosti s naplněním základních biologických potřeb jde o soběstačnost a pohyblivost. Dalším znakem jisté kvality života je míra spokojenosti s vlastním životem, naplnění svých schopností a záměrů.

Kvalita života se hodně zmiňuje v souvislosti s lékařským oborem, kde se zkoumá míra omezení a život s určitými nemocemi, jako je nemoc chronická, kardiovaskulární či choroby geriatrické, Parkinsonova nemoc aj. (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 284).

1.6 Pojem: sociální práce

Sociální práce je povolání, ale i akademický obor, jenž využívá společenské teorie a výzkum pro vylepšení kvality života lidí, sociálních skupin a společnosti. Využívá další společenské vědy ke zlepšení životních podmínek a snaží se o změnu postoje společnosti k chronickým problémům. Původ význam sociální práce je v boji proti chudobě a jejích problémů (*Wikipedie, otevřená encyklopedie*, 2011).

Sociální práce je práce pro lidi v nepříznivé životní sociální události. Je to vědní obor a také konkrétní reálná aktivita zaměřená na odhalení, objasnění a pomoc při nápravě sociálního problému (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 446).

Jsou to právní předpisy a zákony, které se ve své podstatě zaměřují na řešení obtížným životních podmínek jedinců (ARNOLDOVÁ, 2002, s. 351).

2 HISTORIE A LEGISLATIVA TRANSPLANTACE JATER

2.1 Historie transplantace jater

Rozvoj transplantační medicíny je charakteristický pro dvacáté století. K úspěšnému provedení transplantací bylo zapotřebí úspěšně vyřešit tři základní problémy: sešít cévu, vyřešit odběr, konzervaci orgánu a techniku transplantace, a zabránit odhojení (rejekci). Sutura rány úspěšně řešil na přelomu dvacátého století francouzský chirurg Alexis Carrel, který se učil techniku vyšívání v módním salónu. V následujících letech s americkým kolegou úspěšně transplantovali ledviny a srdce u psů.

První heterotopickou (umístění štěpu na jiné místo než je původní orgán) transplantaci jater popsal v roce 1955 C. S. Welch z USA v experimentu u psa a o rok později se uskutečnila, také u psa, první ortotopická (umístění štěpu na stejné místo jako původní orgán) transplantace jater.

První transplantaci jater u člověka provedl Thomas Starzl v Denveru v roce 1963 u tříletého chlapce s biliární atrezií již za použití imunosupresivním léků (léky potlačující činnost imunitního systému). Pacient tehdy nepřežil z důvodu komplikace poruchy hemokoagulace s nezvládnutelným krvácením. Další transplantace byly též neúspěšné. Úspěchem bylo až 400denní přežití 18 měsíční holčičky, která byla transplantovaná pro maligní tumor jater. Opět ji provedl Thomas Starzl v roce 1967.

V 70. letech se dosahovalo v této oblasti ne zcela úspěšných výsledků. Důvodem byla nedokonalá imunosuprese a infekční komplikace. Jednoroční přežívání tehdy bylo kolem 30 %. Teprve až v roce 1983 byla transplantace uznána jako účinná metoda léčby selhání jater. Bylo to v souvislosti se zavedením nového imunosupresivního léku cyclosporinu A, který v kombinaci s dalšími léky zdvojnásobil dobu přežívání pacientů.

V Československu byla provedena první úspěšná transplantace jater v Brně v roce 1983 týmem lékařů V. Kořistky a J. Černého. Během dalších deseti let zde bylo provedeno pouze 13 transplantací, proto se začal rozvíjet další transplantaci

program v Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Od roku 1995 se tedy provádějí transplantace v IKEM a do této doby bylo provedeno téměř 820 transplantací jater. O tři roky později byl zahájen ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Motol a Fakultní Thomayerovou nemocnicí program transplantací jater u dětí (FILIP, 2009; TŘEŠKA, 2002).

2.2 Legislativa transplantací v ČR

Zákonným předpisem, který upravuje a stanovují problematiku dárcovství orgánů a transplantací je „ZÁKON 285 ze dne 30. května 2002 o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)“ (Zákon 285/2011 Sb.).

Tento zákon upravuje kdy a za jakých podmínek se stanovuje smrt mozku, za jakých podmínek je možné odebrat tkáň či orgán od živého a mrtvého dárce.

Toto přímo upravuje díl 3, § 16, který praví, že:

Z těla zemřelé osoby se nemůže odběr provést, vyslovil-li tento zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce u nezletilé osoby nebo osoby zbavené svéprávnosti prokazatelně nesouhlas s odběrem orgánu. Za nesouhlas se pokládá:

- a) registrace zemřelého v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, nebo
- b) došlo-li k nesouhlasu ještě za života za přítomnosti lékaře a jednoho svědka k vyslovení nesouhlasu s posmrtným darováním orgánů, nebo
- c) vysloví-li zákonný zástupce nezletilé osoby nebo nesvéprávné osoby za přítomnosti lékaře a jednoho svědka nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů a to za jejího života nebo v případě úmrtí této svěřené osoby (Zákon 285/2011 Sb.).

V České republice platí tzv. předpokládaný souhlas, který v tuto chvíli zajišťuje relativní dostatek tkání a orgánů k transplantaci. Tím se pochopitelně zlepšuje šance nemocných na dobré fungování štěpu, neboť nemocný v dosti případech dostává orgán ještě v době, kdy se jeho zdravotní stav nedostává do terminální fáze selhání daného orgánu.

3 JÁTRA Z HLEDISKA MEDICÍNY

3.1 Anatomie jater

Játra jsou důležitou součástí trávicího systému a jsou největší žlázou lidského těla.

Játra jsou uložena vpravo pod bránicí, zasahují až do středu levé brániční klenby a váží v průměru 1,5 kg. Stavbou vypadají jako hnědočervená poddajná, měkká a křehká tkáň, kterou je možné při nárazu snadno natrhnout a tak může dojít k masivnímu krvácení. Játra jsou zřetelně rozdělena na přední straně na dvě hlavní části, pravý větší čtvercový lalok a levý lalok. Toto dělení odpovídá i větvení portální žíly. Rozdělení zadní plochy jater připomíná písmeno H, přičemž v pravé rýze leží žlučový měchýř, jehož dno přesahuje okraj jater.

Hepatocyt, jaterní buňka, je základní stavební jednotkou této žlázy. Hepatocyty jsou seskupeny do tzv. trámců, těsně seskupených dvou řad těchto jaterních buněk. Buňky mají dva póly, krevní a žlučový pól. Krevní pól je omýván krví, která přitéká do jater venou portae, jaterní portální oběh. Tento oběh sbírá krev z břišních orgánů a přes portální jaterní oběh jde do dolní duté žíly. Krev obsahuje živiny vstřebané sliznicí trávicího systému, které prostupují do jater, kde jsou metabolizovány. V mezibuněčném prostoru jaterních buněk na žlučovém pólu začínají žlučovody, které se spojují až do velkých vývodů a tvoří pravý a levý jaterní žlučovod, které odvádějí žluč z jater do žlučníku (ČIHÁK, 2002; DYLEVSKÝ, 2000).

3.2 Funkce jater

Játra zasahují v podstatě do všech metabolických procesů v těle. Přeměňují cukr na glykogen, rozkládají bílkoviny na aminokyseliny a tvoří nové bílkoviny, ukládají se zde cukry a tuky. Je to zásobárna vitamínů, místo syntézy albuminu, hemokoagulačních faktorů, lipoproteidů, glukózy, cholesterolu a dalších látek. Játra jsou součástí imunitního systému, jsou velkým rezervoárem krve, tvoří žluč

nezbytnou pro trávicí pochody v tenkém střevě (DYLEVSKÝ, 2000; HORÁK a KMENT, 1995).

3.3 Jaterní selhání

Selhání orgánu či systému znamená jeho neschopnost plnit základní funkce a to ani za klidových podmínek. Rozlišuje se, zda k selhání došlo akutně či chronicky (VOKURKA a HUGO, 2005, s. 814).

- Akutní selhání vzniká při těžké hepatitidě, otravou hepatotoxickými látkami jako třeba paracetamolem (Paralen), nádorem či šokem.
- Chronické selhání je většinou důsledek jaterní cirhózy.

Jaterní cirhóza je jaterní onemocnění charakteristické přestavbou jaterní tkáně a následným postižením příslušného cévního řečiště. Dochází k poruše průtoku krve játry a zmenšuje se tak množství funkční jaterní tkáně. Hlavní příčiny cirhózy jsou jaterní virové infekce a nadužívání alkoholu či obstrukce žlučových cest.

Játra jsou nezbytná pro život. Mají velkou schopnost regenerace a k jejich základní funkci jich stačí jedna pětina. Jestliže není dosaženo kritického množství funkční tkáně, tak se jaterní onemocnění manifestuje jako do jisté míry kompenzovaná jaterní insuficience, nedostatečnost (TRUNEČKA, 2009).

Z toho důvodu se klinický obraz akutního a chronického selhání značně liší.

Akutní jaterní selhání se rozvíjí u velkého akutního postižení jaterní tkáně, které je komplikováno otokem mozku a rozvojem multiorgánového selhání. Až třetina pacientů umírá na herniaci mozkového kmene při otoku mozku (ŠAFKA a LATA, 2009).

Pro chronické jaterní selhání jsou typické tyto příznaky: snížená fyzická odolnost, nevolnost, hubnutí, ikterus - žloutenka, typické pavoučkovité névy, otoky kolem kotníků.

Komplikací selhání jater je portální hypertenze s následnými jícnovými varixy, ascitem, otoky, poruchy srážlivosti, hormonálními a metabolickými změnami. Vážnou komplikací jsou důsledky této portální hypertenze, např. letální krvácení z jícnových varixů. V konečné fázi dochází i k hepaterenálnímu selhání, selhání jater a ledvin.

Neurologické a psychické změny se nazývají jaterní encefalopatie. Ta vzniká poruchou metabolismu dusíku. Typickým příznakem je zpomalenost, dezorientace, nesrozumitelná řeč, poruchy spánku a pozornosti. Tyto změny mohou vyústit až v jaterní kóma, v hluboké bezvědomí (ZAKIM a BOYER, 2003).

3.4 Transplantace jater

Transplantace jater je jedna z mála léčebných zásahů, jež je spojena s tak výrazným zlepšením prognózy nemocných se smrtelným onemocněním. Kvalitou života se tito nemocní přibližují zdravým lidem. Transplantovaní mohou pracovat, studovat, mít děti, sportovat.

„Úspěšná transplantace jater tak mění naději smrtelně nemocných v realitu“ (TRUNEČKA a ADAMEC, 2009, s. 15).

Transplantace jater je jediným řešením v případě selhání jater akutních i chronických onemocnění. Hlavním indikačním kritériem je předpoklad, že při konzervativní léčbě základního jaterního onemocnění pacient nepřežije více jak jeden rok. Ke stanovení tohoto předpokladu se užívá univerzální skórování systém pro všechna onemocnění, tzv. Child – Pugh skóre. Pro dobrou funkci transplantovaného orgánu je důležitá jasná a včasná diagnostika a efektivní léčba. V současnosti je jednoleté přežívání pacientů po Tx 90 % a desetileté 75 %. Nejčastější příčinou úmrtí v prvních letech po Tx je infekce. Od pátého roku je to nádorové a kardiovaskulární onemocnění (TRUNEČKA, 2009).

Hlavní indikace k Tx jsou:

- jaterní selhání akutní nebo chronické,
- vrozená metabolická vada,

- nádorové onemocnění.

Etiologicky to jsou nemocní s jaterní cirhózou na podkladě hepatitid, s cholestatickými onemocněními, s vrozenými vadami, primárními nádory, metabolickými poruchami postihujícími játra – při atrezii žlučových cest a urgentním fulminantním selhání - Wilsonově chorobě, otravách (BUSUTTIL a KLINTMALM, 2005).

3.5 Komplikace po transplantaci jater

Jako každý operační výkon i transplantace mají své komplikace. Jsou to komplikace časně, které souvisejí se samotným operačním výkonem, a komplikace pozdní, dlouhodobé. Na vzniku těchto komplikací se značně podílí stav pacienta před výkonem. K časným pooperačním komplikacím patří břišní či respirační infekce, krvácení, vaskulární a biliární komplikace (TRUNEČKA, 2009).

K dalším důležitým - časným i pozdním - komplikacím patří rejekce. Rejekce je zničení štěpu, jde o obrannou reakci organismu, která poškozují transplantovaný orgán, je to imunitní proces (TŘEŠKA, 2002).

Rejekce může být akutní a chronická.

- Akutní rejekce není tak vzácná, nejčastěji se objevuje v prvních třech měsících po operaci. Vždy se provádí biopsie jaterní tkáně a podávají vyšší dávky imunosupresiv jako antirejekční léčba. Tato léčba je úspěšná až u 95 % případů.
- Chronická rejekce může vzniknout kdykoliv po transplantaci. Může se objevit bez příčiny, ale i jako následek akutní rejekce či při nižších dávkách imunosupresiv. Často je nenávratná a vede k selhání štěpu.

Pozdní komplikace vznikají často v souvislosti s užíváním imunosupresivních léků, kterým se říká nežádoucí účinky léků. K těmto nežádoucím účinkům patří vznik arteriální hypertenze, jež se musí korigovat léky. U zhruba pětiny transplantovaných vzniká diabetes mellitus – cukrovka - léčena stejně jako u běžné

populace. Další zdravotní projevy těchto účinků se projevují jako obezita, hyperlipémie, kardiovaskulární komplikace, kostní denzita a ledvinné komplikace. Nádorová onemocnění jsou nezanedbatelnou příčinou morbidit a mortality u transplantovaných pacientů. Jejich riziko vzniku, pro některé typy nádorů, je několikanásobně větší než u běžné populace (TRUNEČKA, 2009).

4 KVALITA ŽIVOTA

4.1 Kvalita života historický kontext

Myšlenka na jakési zkoumání kvality života byla poprvé formulována v době osvícenství v 18. století. Poprvé se začalo myslet na člověka jako na jedince, jehož existence je tím hlavním smyslem. Vlastní štěstí a seberealizace dostávaly přednost před službou Bohu či králi. Dobré podmínky pro život má vytvářet společnost. Století 19. žádalo prospěch a štěstí pro co nejvíce lidí. Na tomto základě ve 20. století vznikly tzv. sociální státy, které se snažily bojovat s chudobou, nemocemi, negramotností. Tyto sociální reformy vedly ke vzniku sociálních statistik. Začaly se shromažďovat údaje o úspěšnosti reforem, tj. údaje o nemocech, gramotnosti, eliminaci hladu. Měřítkem kvality života byl určitý materiální standard, jenž byl měřen průměrnými příjmy. Odtud pochází dnešní sociální výzkumy směřované na výzkum míry chudoby a sociální nerovnosti.

Původní význam kvality života souvisel s ekonomickými parametry a s posuzováním především kvality života chudších vrstev obyvatelstva v souvislosti se státními dotacemi. Poprvé byl tento termín použit na počátku 19. století ve 20. letech a užíval se spíše jako měřítko společenské prosperity. V USA se k tomu využívalo sledování tzv. sociálních indikátorů, které pozorovaly již zmíněnou výkonnost ekonomiky.

Přesná definice pojmu kvality života dosud není vymezena, ač se hojně používá. Tento termín se totiž používá v různých vědních oborech a souvislostech. V čem ale panuje shoda, to jsou dvě základní hlediska hodnocení kvality života: objektivní a subjektivní. Subjektivně jde o prožívání a spokojenost se životem. Objektivně jde o materiální a sociální zajištění, o sociální statut (HNILICOVÁ, 2005).

4.2 Zdraví a kvalita života

Malldan Mahler, generální ředitel WHO v roce 1988 řekl: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím*“ (cit. dle HOLČÍKA, 2005, s. 13).

Je vždy důležité znát, který člověk tohoto pojmu zdraví používá a jaká je jeho profese. Lékař si zpravidla představuje zdraví jako nepřítomnost nemoci nebo úrazu. Sociolog chápe pojem zdraví v tom smyslu, že zdravý člověk funguje ve všech sociálních rolích. Idealista si představuje ideální stav po stránce duševní, fyzické, duchovní a sociální.

Zdraví se může také chápat jako důležitý prostředek k dosažení cíle, ale také může být cílem samo o sobě. To bývá u lidí handicapovaných, chronicky nemocných, trpících bolestí a umírajících (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Definice snažící se vystihnout kvalitu života ji popisuje jako jisté „pilíře štěstí“. Tyto pilíře znamenají kompetenci – pocit umění, dělám něco smysluplného a jsem aktivní; autonomii – mám kontrolu nad svým životem a rozhoduji o něm; spokojenost – pocit spojenosti s ostatními lidmi. Vše toto ústí v sebeúctu, tedy vážit si sám sebe.

Sociologické pojetí je zase spojeno s vnějšími náležitostmi, jako je postavení, majetek, vzdělání, rodinný stav. Sociologické studie zkoumají také vliv jednotlivých sociálních programů na kvalitu života určitých obyvatel (HNILICOVÁ, 2005).

V souvislosti s medicínským pojetím termínu kvalita života je důležité pojetí zdraví a jeho vymezení dle WHO, které definuje zdraví jako stav fyzické, duševní a sociální pohody a nejen absence choroby (HOLČÍK, 2005).

Zdraví se považuje za nejdůležitější hodnotu člověka. Zdraví a nemoc je většinou chápáno jako dva protilehlé póly.

4.3 Nemoc a kvalita života

Podle Hogenové je nemoc ne-možností realizovat životní pohyb na cestě, který je vlastní životu každého člověka. Cestu tvoří lidé, Země, svět a bozi, což by mělo být v harmonii. Medicína, lékaři by měli být zaměřeni na všechny tyto součásti.

Žijeme ale ve výkonové společnosti zaměřené na efektivitu a účinnost, hlavní je vůle k moci. Často lékaři odstraňují nemoc jen jako to, co musíme odstranit, jako technickou věc a ostatní nikoho nezajímá (HOGENOVÁ, 2009).

Jednoduché chápání nemoci je porucha zdraví. Blízké tomu je nemohoucí, který nemá žádnou sílu či moc. Lidové chápání nemoci zahrnuje představu, že něco funguje obtížně, že je něco v nepořádku.

Toto jsou spíše objektivní náhledy na nemoc, tak jak by o ní mluvil lékař. Druhou stránkou je, jak nemoc vidí pacient, tedy subjektivní náhled. Lékař by měl vědět, jak pacient nahlíží na svoji nemoc (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Každý člověk si nosí určité kognitivní schéma nemoci, které ovlivňuje jeho chápání nemoci, vztah k příznakům a také chování.

Kognitivní schéma nemoci:

- Identifikace – pojmenování nemoci, určení.
- Důsledky nemoci – léčení, průběh a následky nemoci, důsledky pro rodinu, zaměstnání.
- Představy o příčině nemoci – co ji způsobilo a proč.
- Trvání nemoci – délka nemoci, rekonvalescence, pracovní neschopnost
- Možnosti léčení.

Při studování kognitivních schémat nemocí se ukázalo, že se mohou rozdělit do následujících skupin:

- Akutní nemoc – vzniká působením bakterií nebo virů, netrvá dlouho a je bez následků (nebo je taky možnost, že organismus zahubí).
- Chronická nemoc – příčinou jsou pravděpodobně nezdravé návyky, významné je uvědomování si, že nemoc bude trvat dlouho a možná bude mít i trvalé následky.
- Cyklická nemoc – střídání úseků, kdy odezní příznaky a nemocný se cítí zdravý s úseky s nemocí (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

O kvalitě života v oblasti medicínské péče Dragomirecká říká, že „zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. V současné době, pro kterou je charakteristické prodlužování délky života a převaha chronicky dlouhotrvajících nemocí nad nemocemi infekčními, se za hlavní cíl medicíny nepovažuje zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale zachování nebo zlepšení kvality života“ (DRAGOMIRECKÁ, 2006. s. 9).

V současné době se více přesunulo chápání kvality života z objektivní stránky na pacientovo subjektivní chápání kvality jeho dalšího života. Jeho vlastní hodnocení se promítá při řešení dlouhodobých onemocnění, postižení či neuspokojivých životních podmínek (DRAGOMIRECKÁ, 2006).

Zkoumání kvality života ve zdravotnictví má velký význam pro další péči o nemocné. Prakticky jde o sledování dopadu nemoci a jejího léčení na jednotlivé oblasti života, které tak určují další hodnotu žití. V případě vážně nemocných pacientů to nemusí vždy znamenat strádání ve všech oblastech života (HNILICOVÁ, 2005). Tedy přítomnost nemoci, její překonání či akceptace neznamena, že nemocný vnímá svůj život jako nekvalitní. Nemusí to bránit to radosti ze života.

4.4 Hospitalizovaný nemocný

Nemocný, jehož zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci, přichází do nemocnice ve většině případů nedobrovolně, plný úzkosti. Prostředí nemocnice je pro něj neznámé, podřizuje se nemocničnímu režimu. Nedobrovolně dochází ke změně sociálních rolí a nastupuje jediná role, role pacienta. Také si začíná být vědom toho, že jeho hospitalizací je jeho zdravotní stav vážnější než si původně myslel.

Co nemocnice přináší do života člověka?

- Depersonalizace – ztrácí sociální identitu.
- Rozhovory – moc se mu nenaslouchá, jde o sled dotazů a příkazů.
- Neosobní jednání – je tu jen jako případ (jako stroj s porouchaným kolečkem).
- Potřeby – v popředí jsou jen zdravotní potřeby.

- Aktivita – očekává se pasivita.
- Bolest – rozdílné vnímání bolesti pacientem a personálem.
- Informovanost – má plno otázek o diagnóze, o vyšetřeních, ale nedostane na ně vždy plné odpovědi, má pocit nedostatku informací.
- Sebekontrola – nemá možnost ovlivnit dění v nemocnici (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

4.5 Chronicky nemocný pacient

Chronická nemoc je typická tím, že se často přiblíží tak plíživě, že to pacient ani nezaznamená a mnohdy první příznaky pokládá za příznaky akutní nemoci. Většinou si ani neuvědomuje, že s nemocí může žít dlouho a ta může hodně ovlivnit jeho kvalitu života. Nemocný se musí vyrovnávat se stresem, který tato nemoc přináší. Často se jejím příchodem mění vztahy s druhými lidmi. Nemocný na svoji nemoc myslí často, dá se říci neustále. Mění jeho vidění sama sebe, jeho hodnoty. Pacient se stává někým jiným, může se cítit i bezvýznamným člověkem. Ztrácí pocit kompetence k řešení problémů, ale i úctu a hodnotu. Pro tento stav se nazývá *non-person* – nebytí osobností.

Tento stav často vyústí k přehodnocení – *strategické přebudování vlastní identity*. Tyto strategie jsou podobné reakcím na stres. Jedna ze strategií je vyhýbání se skutečnosti, další jsou úniková zkratová řešení, jako jsou drogy, alkohol, ale i přejídání. Někteří se snaží hledat v dané situaci to lepší, např. čas na rodinu.

Chronicky nemocný má také jiný vztah k lékaři než člověk s akutním onemocněním. Krátkodobě nemocný mívá větší důvěru k lékaři. Chronický nemocný vždy spíše pochybuje. Podvědomě si představuje rychlé uzdravení, ale to se neděje. Nedůvěřuje v kompetentnost lékaře, může nedodržovat léčebný režim či se obracet k alternativní medicíně. Lékař, který je zaměřen jen na fyzickou stránku pacienta může být překvapen pro něj neočekávaným citovým projevem (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Kvalitou života chronicky nemocných pacientů a stárnoucí populace se začali sociologové zabývat v polovině minulého století. Zkoumalo se, zda je postačující pouze medicínský přístup k léčbě chronických nemocných. Ukázalo se, že je potřeba na tento problém nahlížet v širších souvislostech, a to z hlediska psychologického, sociálně-psychologického, sociálního (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

4.6 Rozsah pojetí kvality života

Engel a Bergsma rozlišují zkoumání kvality života na třech hierarchicky odlišných úrovních. Mluví-li se o kvalitě života, je to samozřejmě úroveň jednotlivce, další už je ale v kontextu celé skupiny a velkého společenství.

- Makro-rovina

Tato rovina představuje velké společenské celky jako je stát či kontinent. Problematika kvality života je obsažena v základních politických úvahách a je součástí dalších politických rozhodnutí. Jde o zamyšlení nad absolutním smyslem života a jeho morální hodnotou.

- Mezo-rovina

Kvalita života se zde řeší na úrovni malých sociálních skupin, jako je škola, nemocnice, různé sociální zařízení, podnik. Vedle základního respektu k hodnotě života člověka musí docházet i k uspokojování základních potřeb jedince v té určité skupině. Mluví se o vzájemném vztahu mezi lidmi, míře uspokojení, společných hodnotách, sociálních oporách.

- Osobní rovina

Je kvalita života každého jednotlivce, jenž si sám hodnotí kvalitu vlastního života. Dochází zde k subjektivnímu hodnocení spokojenosti, zdravotního stavu, bolesti, které jsou ovšem ovlivněné zase osobními hodnotami jednotlivce, a tedy kvalita života může být vnímána hodně odlišně (cit. dle KŘIVOHLAVÉHO, 2004, s. 2).

4.7 Metody měření kvality života

Křivohlavý rozdělil metody měření kvality života do tří skupin. Je velké množství metod, ale pro správné chápání výsledků měření musíme nejdříve znát, kdo je hodnotitelem při použité metodě.

Tyto metody měření kvality života dále dělíme:

4.7.1 Metody objektivního hodnocení

Hodnotitelem kvality života je druhá osoba.

Příkladem této metody je APACHE II – „*Hodnotící systém akutního a chronicky změněného stavu pacienta*“ (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Měří se odchylka od normálního stavu pacienta.

Dalším příkladem je tzv. Karnofský index, který slouží pro stanovení jediné hodnoty k určitému datu. Používá se v onkologii.

Tyto formy měření jsou velmi subjektivní a to v čase a osobách, které hodnotí. Záleží zde na hodnotách člověka, který hodnotí. Důležité bylo zavedení standardizovaného hodnocení, jako je Symbolické vyjádření pomocí sérií křížků.

Převratné bylo zavedení slovního formulování kritérií – QL Index ILF – Index kvality života pacienta ILF. Byla zde formulována předem stanovená kritéria, která se zaznamenala na odstupňované škále, a hodnotitel již nebyl sám, ale bylo zapotřebí souhlasu více lidí: zdravotní sestry, lékaře, psychologa a pacienta.

Vůbec k nejužívanějšímu systému měření kvality života v této skupině patří dotazník W.O.Spitzera QoL of the patient. Zde jsou detailně rozpracované jednotlivé oblasti, které jsou měřeny.

Všechna tato hodnocení druhou osobou se ovšem v některých případech značně odlišovala od toho, jak hodnotil kvalitu svého života sám pacient, z toho důvodu se hledaly další způsoby hodnocení.

4.7.2 Metody subjektivního hodnocení

Nejrozšířenější metodou je SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života). Základem je

představa pacienta, co považuje ve svém životě za důležité, jeho vlastní individuální žebříček hodnot. Metodou výzkumu je strukturovaný rozhovor, kdy je hodnocený požádán o uvedení pěti, pro danou osobu nejdůležitějších, životních cílů. Poté se pracuje s těmito tématy – popsat konkrétněji, míra spokojenosti a důležitost. Nakonec se stanovuje celková míra spokojenosti se životem (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

4.7.3 Smíšené metody hodnocení

Smíšené metody hodnocení se používají zejména jako podklad pro rozhodování např. zdravotní či sociální politiky určité oblasti. Jedna z metod je MANSA (Manchester Short Assessment of Duality of Life) – Krátký způsob hodnocení kvality života. Hodnotí se spokojenost se životem a předem stanovené dimenze života a výsledkem je celkový obraz kvality života člověka v dané chvíli. Cílem je efektivní pomoc v problematické oblasti. LSS (Life Satisfaction Scale) představuje stupnici spokojenosti dle MANSA (KŘIVOHLAVÝ, 2004).

4.8 Kvalita života pacientů po transplantaci jater

Hlavním cílem transplantace orgánů je zachování a prodloužení života. Dnešní zdokonalené metody a imunosupresiva přispívají k většímu počtu takto léčených lidí a k prodlužování života transplantovaných. U těchto nemocných se objevují další onemocnění - lépe řečeno komplikace - související s doživotním užíváním léků. Mimo tyto komplikace se mění i psychosociální citění. Mění se vztah k rodině, k životu, pacient se zbavuje svého předchozího onemocnění a jakoby začíná transplantací nový život.

Tito nemocní ve své nemoci mají dva základní momenty, které mají velký vliv na psychiku.

- První moment je před transplantací. Tehdy se jedná o vyšetření před zařazením na čekací listinu. Často probíhá toto vyšetření za hospitalizace v nemocnici. Nemocný navazuje kontakt s personálem, s lékařem, s transplantační koordinátorkou. Všechn tento personál mu bude napomáhat

po zbytek jeho života. Po zařazení na waiting list dochází pacient pravidelně na kontroly a navazuje další vztah se svým ošetřujícím lékařem. Kvalita života v této fázi je u převážné většiny pacientů velmi nízká. Základní onemocnění sebou přináší ve většině případů velké zdravotní problémy. Subjektivně cítí značnou únavu, malou svalovou sílu, nízkou výkonnost, poruchy spánku, soustředění a časté změny nálad. Strach z možnosti, že umře dřív, než se dočká transplantace, pacientovi přináší depresivní stavy a je velkou zátěží i pro příbuzné.

- Druhým momentem je návrat k normálnímu způsobu života po transplantaci.

První studie na kvalitu života se prováděly jen na malých vzorcích s krátkou dobou sledování po transplantaci. Důvodem pro tento postup bylo také, že nebyl tak velký soubor nemocných. V současné době se provádí studie na srovnávání života transplantovaných před a po výkonu. Často se užívá dotazník SF-36 hodnotící subjektivní náhled na kvalitu života. Z provedených studií bylo zjištěno, že kvalita života se výrazně zlepšuje v oblasti fyzického zdraví než psychického zdraví. Do určité míry přetrvává deprese u úzkosti.

Návrat pacienta do zaměstnání je ve velké míře závislý na fyzické kondici, na vzdělání, na době, kterou nemocný strávil na čekací listině. Z důvodu základního onemocnění až tři čtvrtiny nemocných před transplantací nepracuje, ale po transplantaci se jich do zaměstnání vrací více jak 60 %.

Na lepší život po transplantaci má vliv fyzická aktivita. Dobrá fyzická kondice vede ke zlepšení vitality, k vnímání bolesti a předcházení sociální izolace. Nemocný se rychleji vrací do zaměstnání a zaměstnání pozitivně ovlivňuje psychickou kondici.

Jednou ze základních předpokladů pro zařazení na čekací listinu je jistá disciplinovanost pacienta. Jeho další život je závislý na užívání imunosupresivních léků. Neužívání těchto léků může později vést k rejekci a selhání orgánu. Rizikovými skupinami jsou adolescenti z důvodu vývojových změn a pocitů

nezávislosti a psychologických problému tohoto věku. Důležité je předcházet tomuto nebezpečí a psychologicky působit na takto ohrožené jedince.

Většina studií uvádí, že fyzické zdraví v prvních měsících po operaci se zlepšuje daleko výrazněji než zdraví psychosociální. I přes výrazné zlepšení kvality života po transplantaci vychází hodnocení jako nižší než kvalita života u zdravé populace. Velkou úlohu v tomto mají vedlejší účinky a komplikace imunosupresivní terapie. Zjednodušeně se dá říct, že základní onemocnění je nahrazeno dalšími onemocněními. Velmi důležitá je plná informovanost pacienta a snaha o co nejlepší sociální adaptaci (FRANĀKOVÁ, 2009).

5 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Tuto kapitolu věnuji širšímu pojetí sociální práce a úkolům sociálního pracovníka, abych návazně dospěla k tomu, jak by měla vypadat tato činnost ve zdravotnictví vůbec a zvláště pak u transplantovaných osob.

Podle definice programu Phare Evropské unie je sociální práce odbornou aktivitou vytvářející podmínky pro růst a lepší využití hodnot osob, skupin a společností tvorbou vzájemné snadnější komunikace i změnou legislativních a společenských podmínek. Cílem je ochránit a posílit kompetence ohrožených jedinců a skupin (ARNOLDOVÁ, 2002, s. 354).

Nemoc je sociální událostí teprve v případě, kdy jedinec nemůže odvrátit chorobu nebo nemá sílu, aby vadu odstranil či vyléčil. Je to tehdy, potřebuje-li pomoc fyzickou – jiné osoby, finanční – ekonomickou nebo pomoc institucionální – službu (TOMEŠ, 1996).

5.1 Sociální péče

Cílem sociální péče je pomoc člověku, který není v tu danou chvíli schopen se o sebe sám postarat v sociálně těžké situaci. Je třeba mu pomoci navrátit se k soběstačnému životu prostřednictvím zákonů či specializovaných organizací a institucí. Cílovou skupinou jsou rodiny s dětmi, staří občané, zdravotně postižení, společensky nepřizpůsobiví a ti, kteří potřebují zvláštní pomoc.

Tento cíl je naplňován poskytováním sociálních dávek a sociálních služeb prostřednictvím státních orgánů sociálního zabezpečení a nestátních subjektů (ARNOLDOVÁ, 2002, s. 351). Jde o sociální ochranu jedinců oslabených neschopných či nemohoucích vykonat svoji společenskou úlohu (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 402).

Sociální péče umožňuje provádět tyto sociální služby:

- výchovná a poradenská péče,
- sociálně právní ochrana,
- ústavní sociální péče,

- péče v ostatních zařízeních sociální péče (např. domovy pro matky s dětmi),
- pečovatelská služba,
- stravování,
- kulturní a rekreační péče,
- mimořádné výhody,
- bezúročné půjčky,
- poskytování sociálních služeb organizacemi a občany (ARNOLDOVÁ, 2002, s. 357-358).

5.2 Sociální služba

Sociální službu upravuje zákon č. 108/2006 Sb., který byl novelizován 347/2010 Sb.

„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení“ (cit. dle MATOUŠKA, 2007, s. 39).

Pomoc musí být cílená na potřeby dané osoby, musí podporovat jejich lidskou důstojnost, jejich aktivitu, rozvíjet samostatnost, podporovat k činnostem, které vedou ke zlepšování jejich sociální situace. Musí být vždy zajištěno dodržování všech lidských práv a svobod. Sociální služby nejprve dávají klientovi informace, abych mohl svoji situaci řešit sám. Nestačí-li tato pomoc, pak teprve nastupují sociální služby.

Sociální služby jsou činnosti, kdy někdo pro někoho něco koná, nejsou to regulace ani dávky. Sociální služby se mohou rozdělit na dvě základní skupiny (státní a obecní) a nestátní. Všechny tyto služby jsou vždy regulované státem a jsou veřejnoprávní a vždy financované podle zákona (MATOUŠEK, 2001).

Sociální služby se dělí na tyto služby:

- sociální poradenství,
- sociální péče,
- sociální prevence.

Služby jsou poskytované v těchto formách:

- terénní,
- ambulantní,
- pobytové.

5.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje informace důležité pro příslušnou osobu, která řeší nepříznivou životní situaci. Tyto informace jsou:

- Základní – klient dostává potřebné informace důležité pro řešení jeho nepříznivé situace. Pomáhá orientovat se v situaci, vyhledává vhodný typ služby či pomoci.
- Odborné – poskytuje poradenství ve specializovaných poradnách pro jednotlivé sociální skupiny - zdravotně postižené, seniory, rodiny s dětmi.

V poradnách se řeší především dávky sociální péče a státní podpory, různé finanční příspěvky jako příspěvek na bydlení a provoz vozidla, různé typy průkazek. Hledají se potřebné kontakty a služby.

5.2.2 Sociální péče

Služby sociální péče jsou definovány jako služby, které pomáhají posilovat fyzickou a psychickou soběstačnost, jež má za cíl tohoto jedince zapojit v plné míře do běžného společenského života a není-li to možné, tedy se postarat o důstojné prostředí a zacházení (MATOUŠEK, 2007).

Sociální péče zahrnuje tyto služby:

osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, pro seniory a se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

5.2.3 Sociální prevence

Služby sociální prevence jsou zaměřené na pomoc osobám překonat daný sociální problém, pomáhají, aby tyto osoby nebyly vyloučeny ze společnosti. Snaží se svojí činností napomáhat ohroženým jedincům, kteří pocházejí ze sociálně znevýhodněného prostředí, kteří prožívají určitou problematickou sociální situaci či svým způsobem života ohrožují společnost. Tedy svojí prevencí chrání nejen ohrožené osoby, ale též chrání společnost před dopady této izolace.

Preventivní služby zahrnují tyto programy:

Raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy a domy na půl cesty, krizová pomoc, kontaktní a nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace (MATOUŠEK, 2007).

5.3 Sociální pracovník

Zákon uvádí, že sociální pracovník *“vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“* (MATOUŠEK, 2007, s. 47).

Sociální pracovník je osobou, která služby koordinuje, plánuje a vyhodnocuje přesně pro daného klienta. Sociální pracovník sám o sobě neposkytuje odborné služby psychologa, zdravotníka, právníka ani jiné. Musí mít ale znalosti ze všech těchto oblastí a klienta odkazuje na všechny odborníky (MATOUŠEK, 2001).

Sociální pracovníky podle jejich zaměření na cílovou skupinu můžeme rozlišovat na pracovníky v sociálních službách, zdravotnické nebo pedagogické

pracovníky. Nutnou podmínkou pro výkon sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, zdravotní a odborná způsobilost a bezúhonnost. V průběhu výkonu sociálního pracovníka je nutné další specializační vzdělávání a také určitá forma celoživotního vzdělávání (MATOUŠEK, 2007).

5.4 Sociální pracovník ve zdravotnictví

Pro nemocné lidi, kteří vyžadují hospitalizaci, jsou zdravotnická zařízení, kde působí též sociální a zdravotně sociální pracovníci. Tito pracovníci se nejvíce zajímají o podmínky, do kterých se pacient vrací domů. Vyhledávají a pomáhají řešit situace u potencionálně ohrožených osob se vztahovými, bytovými a finančními problémy. Probíhá sociální šetření, které se zaměřuje na bydlení a finance. Je tedy evidentní, že sociální pracovníci zde mají překročit mezeru, která v komplexní pomoci pacientům dosud stále existuje, totiž skončení této celkové péče jeho propuštěním z nemocnice a mnohdy tak vystavení nejisté budoucnosti, co se týče jeho sociálních podmínek, do nichž se vrací.

K trendům posledních let patří snižování hospitalizačních dnů a umožňuje-li to zdravotní stav, doléčovat pacienta doma v jeho přirozeném prostředí a bez rizik, která přináší ústavní péče (nozokomiální nákazy). V tomto ohledu dobře fungují agentury domácí péče, které poskytují výhradně zdravotnickou péči (MATOUŠEK, 2007).

Agentura domácí péče (home car)

Prezentuje druh odborné péče, která je poskytovaná pacientovi v jeho domácím prostředí. Tato péče je hrazena ze zdravotního pojištění a je pacientovi poskytována na základě doporučení praktického lékaře, lékaře pro děti a dorost či ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Cílovou skupinou jsou nemocní s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně, mentálně či psychicky postižení či závislí na cizí pomoci (ARNOLDOVÁ, 2002, s. 70). Typické pro tuto službu je pooperační a poúrazová péči jako je ošetřování ran a defektů, pomoc s hygienou, stravováním či rehabilitací, dále péče o nemocné s chronickým onemocněním plic, s umělým vývodem střev,

péče o klienty s cukrovkou a jejími komplikacemi, péče o duševně nemocné, po mozkových příhodách, umírající (ARNOLDOVÁ, 2002).

5.5 Sociální dávky

Sociální dávky jsou vypláceny osobám, jež se nacházejí v nepříznivé životní situaci, předchází se jimi nepříznivým sociálním rizikům a pomáhá se jimi odstraňovat důsledky této situace, která může finančně i společensky zatížit ohroženého jedince nebo jeho rodinu.

Sociální dávky rozeznáváme:

- obligatorní nárokové (při splnění zákonem daných podmínek) a fakultativní (nenárokové, jsou poskytovány dobrovolně dle úvahy poskytovatele) vyplácené jednorázově (porodné) nebo opakující se (důchod),
- peněžité (náhrady části mzdy nebo doplněk mzdy),
- věcné (zdravotní pojištění).

Přiznání sociálních dávek upravují zákony českého systému sociálního zabezpečení.

Sociální dávky jsou vypláceny ze 4 systémů:

- nemocenské pojištění (nemocenská, peněžitá pomoc v mateřství, ošetřovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství),
- důchodové pojištění (starobní, invalidní důchod, vdovský a vdovecký důchod, sirotčí důchod),
- státní sociální podpory (přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče, porodné, pohřebné),
- dávky sociální pomoci (dávky na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení, péče o občany těžce zdravotně postižené, péči o osoby při sociální potřebnosti).

Zákony, které upravují sociální zabezpečení, jsou:

- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanovující za jakých podmínek a komu se bude poskytovat podpora a pomoc prostřednictvím sociálních příspěvků a služeb. Dále stanovuje podmínky pro výkon povolání sociálního pracovníka.
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, který vymezuje pomoc občanovi v nouzi spojené s naplněním základních životních potřeb, např. bydlení, obživa a mimořádné události.
- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Tento zákon upravuje důchodové a nemocenské pojištění, pojištění na sociální zabezpečení.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který upravuje invalidní důchody a stanovuje invaliditu. Od 1. 1. 2010 se zásadními změnami posuzování invalidity daný Vyhláškou č. 359/2009 Sb.

5.6 Využívání sociálního systému transplantovanými pacienty

Většina transplantovaných nemocných během svého života má nárok na některý ze stupňů invalidního důchodu a také jej využívá. Dále někteří mají nárok na příspěvek v hmotné nouzi a příspěvek na péči. Nemocní vyžadující léčebnou péči jsou hospitalizováni. Nemocní, již mohou svůj zdravotní problém řešit ve svém domácím prostředí, využívají agentury domácí péče.

Všechna tato pomoc se poskytuje nemocnému na základě sociálního šetření, které provádí, i v případě transplantovaných nemocných, sociální pracovník.

Práce sociálního pracovníka je nedílnou součástí léčebného procesu a zaujímá velmi důležité místo. Pacient je v tíživé zdravotní situaci, kterou zvládá dle svých možností, a v tuto chvíli je mu tento pracovník nápomocen v orientaci v systému sociálních služeb vůbec. Pomáhá nemocnému řešit zlepšit jeho životní podmínky po návratu z nemocnice.

Transplantovaní pacienti nejčastěji využívají tyto sociální podpory:

- Invalidní důchod

Nová úprava zařazení a výše sociálních dávek vstoupila v platnost od 1. ledna 2010. Upravuje stupně invalidity do 3. stupňů dle procentuálního vyčíslení poklesu pracovní schopnosti a stanovuje jejich výši.

- Příspěvek na péči

Příspěvek na péči vyplácený ze státního rozpočtu je poskytován osobám, které jsou závislé na fyzické pomoci jiné osoby. Tato závislost na jiné osobě je rozdělena do čtyř stupňů a zákonem daného výčtu výkonů se stanovuje míra soběstačnosti a výše příspěvku. Od 1. 1. 2011 se změnila výše tohoto příspěvku na péči.

- Příspěvek v hmotné nouzi

Tento příspěvek se vyplácí z prostředků obecních úřadů a poskytuje se na bydlení, na živobytí a jako mimořádná okamžitá pomoc (MPSV, 2011).

5.7 Psychoterapie a odborná pomoc

V pomáhajících profesích je pomoc člověku podle Machana „poskytnout moc“. Je to vrchol pomoci, aby on sám mohl jednat tak, aby terapeuta už nepotřeboval. Znamená to: bude moci sám za sebe (MACHAN, 2011).

Jsou to psychologické prostředky působení na nemoc, poruchu či odchylku.

Pojem psychoterapie má dva základní významy: psychoterapie jako obor a psychoterapie jako činnost.

1. Vědní obor psychoterapie má své využití pro léčbu onemocnění a poruch. Obsahuje kolem deseti uznávaných přístupů, které mají svoje teorie, procesy, zásady, metody, techniky terapie. Jako vědní obor se dělí na obecnou a speciální část. Obecná se zabývá teoriemi, metodami a výzkumnými daty a speciální psychoterapie se používá u konkrétních poruch.

2. Psychoterapie jako činnost je proces záměrného ovlivňování, soubor léčebných metod. Důležité je, jak a na co působí, proč a co se děje a kdo působí
- Jak? Psychoterapie působí psychologickými prostředky. Cíleně používá slova, rozhovor, vzbuzuje emoce a neverbální projevy. Vytváří terapeutické vztahy, ovlivňování a skupinové interakce.
 - Na co? Na nemoc, poruchu či odchylku. Cíleně působí na psychické procesy, stavy činnosti, působí na osobnost jedince, na poruchy a vyvolávající faktory.
 - Proč? Má pomáhat nemocnému odstranit nebo zmírnit obtíže či odstranit vyvolávající příčinu. Vše směřuje ke zlepšení pacientova života, pocitu spokojenosti a vyrovnanosti, k seberealizaci.
 - Co se děje? V konečném důsledku dochází ke změně v prožívání a chování nemocného.
 - Kdo působí? Vždy způsobilá osoba mající potřebnou kvalifikaci a kompetenci k psychoterapeutickému výkonu. Týmovou práci mohou provádět vyškolené zdravotní sestry a sociální pracovníce, podpůrnou terapii lékař či psycholog a na odbornou a systematickou terapii je třeba speciální výcvik (KRATOCHVÍL, 2007).

Psychoterapie se dále může rozlišovat podle působení na nemocného a to:

- direktivní, která přímo usměřňuje pacienta vyžadováním splnění úkolů, rad a příkazů a tak působí na jeho myšlení, postoje a jednání,
- nedirektivní psychoterapie podněcuje nemocného ke slovnímu, emočnímu výkonu, nechává mu volnost a prostor k vyjádření,
- symptomatická terapie se snaží řešit chorobný příznak,
- kauzální terapie se snaží nalézt a odstranit příčinu,
- rekonstrukční psychoterapie se snaží o přestavbu osobnosti, postojů, motivací a hodnot,

- podpůrná terapie nemění osobnost, ale snaží se o její pochopení a poskytnutí pomoci a podpory. Usiluje o přijetí osoby takové, jaká je, podněcuje pozitivní přístup a důvěru v ní,
- náhledová psychoterapie se zaměřuje na vysvětlení a porozumění,
- akční terapie představuje výuku k nacvičování potřebných dovedností a zvládání problémů.

Zjednodušeně se psychoterapie rozděluje podle rozdílných zaměření na dynamickou, kognitivně-behaviorální a humanistickou.

- Dynamická psychoterapie – zkoumá vlivy prožitků v různých životních obdobích a nevědomých pochodů na současné problémy a těžkosti.
- Kognitivně-behaviorální psychoterapie – zvládání problémů se řeší nacvičováním potřebného jednání a myšlení.
- Humanistická psychoterapie – se zabývá vnitřním prožíváním a možnostmi jedince, seberealizací a naplňováním smyslu života (KRATOCHVÍL, 2007).

5.8 Skupinová psychoterapie a komunitní péče

Komunita je z latinského slova *communitas*, tj. společenství, společnost, vlídnost, laskavost. Komunita je prostředí, kde se jedinci poskytují podpora, uznání a věcná pomoc. Ze sociologického hlediska se komunita chápe jako soubor osob tvořících nezávislou ohraničenou jednotku vykonávající rutinní činnosti. Z psychologického hlediska jde o rovnoprávné společenství.

Terapeutická komunita je komunita vytvořená uměle za účelem léčebným. *„Komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na správné úrovni, ve správné podobě a ve správný čas tak, aby pacient dosáhl co největší úrovně soběstačnosti a kontroly nad svým životem. Jde o systém služeb, systém odborné pomoci a podpory, a to nejen samotnému pacientovi, ale i jeho okolí“* (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009, s. 211).

Skupinová psychoterapie pomáhá porozumět a přijímat osobní zodpovědnost každého pacienta. Tato míra přijímání je u každého jedince jiná. Ve skupině vznikají různé interpersonální vztahy, které jsou podobné vztahům v reálném životě. Zpětná vazba poskytována jednotlivým osobám pomáhá pacientovi převzít již zmiňovanou vlastní zodpovědnost za události v jejich životě. Tím mohou také pracovat na změně konkrétní situace, neboť jestliže si způsobili určité potíže, mohou je také změnit.

Skupina dává zpětnou vazbu v tom, že se pacient dozvídá, jak ho vidí okolí, jaké pocity vyvolává svým chováním v druhých lidech a sám pozoruje proces změny názorů na ně změnou vlastního chování. To vše utváří určitý pocit, který má pacient ze sebe a začíná si to uvědomovat. Tento proces zpětné vazby je založen na vlastním oceňování sama sebe a oceňování druhými (YALOM, 2004).

Transplantovaní nemocní vytvářejí vlastní organizace, formální organizace i místní komunity. Jedna z těchto organizací je Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy. Společnost vznikla již v roce 1989 v Praze. Původně byla jen pro nemocné s ledvinným onemocněním, ale nyní sdružuje i nemocné s transplantovanými játry. Nabízí sociální poradenství, organizuje rekondiční pobyty a pomáhá organizovat různé hry transplantovaných a dialyzovaných pacientů, vydává informační tisk.

Další organizací je Český Tým Transplantovaných se sídlem IKEM, který podporuje sportovní a rekreační činnost skupiny občanů se specifickým zdravotním postižením. Tato nezisková společnost vznikla v roce 2008.

K dalším místním setkáváním transplantovaných pacientů dochází v Chomutově či v Českých Budějovicích.

Vznik těchto organizací a setkávání transplantovaných signalizuje potřebu vzniku těchto komunit. Tato společenství pomáhají nemocným dostávat psychickou podporu stejně postižených jedinců, výměnu informací a zkušeností.

6 OBECNÉ ZÁSADY PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

6.1 Metodologie výzkumu

„Metodologie se zabývá systematizací, posuzováním a navrhováním strategií a metod výzkumu“ (HENDL, 2005, s. 34).

Metodologie se dá rozdělit na obecnou a speciální. Metodologie obecná studuje celé vědní obory a vědy vůbec. Speciální metodologie se soustředí na specifické metody v určitém vědním oboru.

Na nalezení odpovědí na metodologické otázky má vliv filozofický pohled zkoumajícího, tedy vnitřní vlivy. Jsou to jeho hodnotová a morální hlediska, názor na okolní sociální svět. K externím vlivům patří zadavatel, dotace výzkumu, bezprostřední okolí a neméně cíl výzkumu.

Subjektivní teorie jsou čerpány ze zkušeností každého člověka a z učení získaného v procesu socializace vycházející z primárního prostředí. Z tohoto důvodu jsou tyto teorie podmíněné i společensky.

Metodologií se také někdy nazývá vlastní uspořádání výzkumné činnosti (HENDL, 2005).

Výzkum je promyšlené systematické naplánované jednání, jehož cílem je zodpovědět zkoumané otázky. Tvoří se zde nové poznatky. Vědecké pozorování se může teoreticky přirovnat k prostému běžnému sledování, ale toto vědecké poznávání je záměrné, plánovité a systematické. Jde o získávání věcných poznatků, které mají obecnější platnost a jsou tak základem pro různé teorie (SRNEC, 2006).

Teoreticky se výzkum dělí na základní a aplikovaný. Základní výzkum řeší otázky většinou obecné teoretické vytvářející převážně základní poznatky. Je více laboratorní. Aplikovaný výzkum se zaměřuje na praktické úkoly, které mají řešit nějaký problém a tak zlepšovat podmínky života lidí. Probíhá více v přirozeném prostředí.

Při konkrétním výzkumu se používá dvou obecných metod, jež jsou charakterizovány těmito dvojicemi: analýza – syntéza a postup induktivní – deduktivní.

- Analýza - rozděluje celek na jeho části a zkoumá, jak tyto části fungují samostatně a navzájem. Při analýze dochází k průzkumům a různým odhalením.
- Syntéza - skládá části v celek, který pak zkoumá a popisuje principy v nich.
- Dedukce - má teoretický základ, který ukazuje na určitou zákonitost, a ta se poté sběrem dat potvrzuje či vyvrací.
- Indukce - se vyznačuje sběrem poznatků, nalezení pravidelností a vyslovení obecných pravidel.

Důvody výzkumu v sociálních vědách se dají rozdělit do tří kategorií:

- Explorace – zde dochází k prozkoumávání nového jevu. Ptá se kdo, jak a kolik.
- Explanace – zkoumaný jev je znám a důležité je proč se tak děje, tedy se vysvětluje.
- Predikce – jde o předpověď dalších události na základě známých údajů či statistických údajů (HENDL, 2005).

6.2 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum využívá deduktivní metody zkoumání. Nejdříve se stanoví obecná hypotéza, teoretický základ. Na tomto základě se stanoví proměnné, provede se měření, sběr dat, která se použijí na testování stanovených hypotéz. Naposledy dochází ke kontrole pravdivosti hypotézy srovnáváním s dosaženými výsledky – verifikace. Měření musí být validní – zjišťujeme to, co se skutečně měřit má a spolehlivost. Spolehlivost znamená, že - pokud se bude měřit stejná věc - bude dosaženo stejného výsledku.

Výhody kvantitativního výzkumu: lze jej zobecnit, rychlý sběr přesných a numerických dat, rychlá analýza, nezávisí na výzkumníkovi, zkoumání velkých skupin.

Nevýhody kvantitativního výzkumu: teorie nemusí odpovídat místním zvláštnostem, soustřeďuje se jen na určitou teorii a může opominout další jevy, získává omezený počet dat.

6.3 Kvalitativní výzkum

V kvalitativním výzkumu se používá induktivní logiky. Nejdříve se určí téma a stanoví se základní otázky. V průběhu sběru dat se mohou otázky doplňovat a upravovat. Výzkumník analyzuje informace, dělá závěry a rozhoduje, která data použije a která ne. Tato metoda sběru dat trvá delší dobu, výzkumník pracuje v terénu a osobně se seznamuje s novými lidmi.

Výhody kvalitativního výzkumu: zkoumá se v přirozeném prostředí, je zde přímá reakce na situace a okolnosti, více dat zkoumaného objektu, studuje procesy, navrhuje teorie.

Nevýhody kvalitativního výzkumu: subjektivní náhled výzkumníka může ovlivnit výsledky, delší doba sběru dat a jejich analýza, nesnadné testování hypotéz a teorií.

V kvalitativním výzkumu lze dobře pracovat v souvislostech, vnímat situaci a podmínky. Neulpívá se na povrchu, ale získávají se podrobné informace.

Dotazníkové otázky nemusí všichni chápat stejně, někdy je třeba dovysvětlení, upřesnění (HENDL, 2005).

6.4 Fenomenologické zkoumání

Základem fenomenologického zkoumání je kvalitativní výzkum provedený rozhovorem. V tomto zkoumání jde o popis a analýzu určité zkušenosti s určitým fenoménem, kterou má jedinec či skupina. Výzkumník se pokouší pochopit zkoumaného člověka, aby porozuměl, jakou důležitost přikládá zkoumaného jevu. Získaná data analyzuje a interpretuje a výsledek je „pravda“ pro člověka se stejnou zkušeností a porozumění pro toho, kdo ji nemá. Otázka může vznikat během sběru dat a mohou se i dotvářet další otázky v průběhu tohoto sběru. Ve sběru dat jde

hlavně o reflexi zkušenosti a jejího významu pro tázaného. Jde o vnímání určité zkušenosti příslušnými jedinci.

Fenomenologický přístup se volí:

- je-li potřeba prozkoumat určité zkušenosti a porozumět jim,
- jestliže se danému fenoménu nejlépe porozumí pochopením zažitých zkušeností účastníka,
- jestliže tento jev není dostatečně prozkoumán (HENDL, 2005).

6.5 Dotazník kvality života WHOQOL

WHOQOL – World Health Organization Duality of Life Assessment.

Tento standardizovaný dotazník začal vznikat na základě podnětu Odboru duševního zdraví WHO v roce 1991. Cílem zadání bylo překonat dosavadní chápání pojetí kvality života. Tento nový prostředek měl naplnit čtyři důležité zásady měření kvality života a to:

- Komplexnost – bylo třeba rozšířit stávající hodnocení fyzického zdraví i o další hlediska života.
- Subjektivnost – vlastní hodnocení kvality života nemusí nutně korespondovat s hodnocením nemocného. Důležité je sebeuposuzování, jež je odrazem vlastních vnitřních norem a zkušeností. Studie dokazují, že chronicky nemocní hodnotí svoji kvalitu života lépe než lékaři.
- Důležitost jednotlivých oblastí není pro všechny stejná. Dotazník má obsahovat i hodnocení důležitosti jednotlivých zkoumaných hledisek života.
- Kulturní relevance – jistá mezinárodní univerzálnost v použití dotazníku, bez ohledu na jazykové a kulturní prostředí.

Tento dotazník obsahuje 5 domén zkoumajících hodnocení kvality života ze subjektivního hlediska respondenta.

- Doména I. – fyzický stav (bolest a nepříjemné pocity, energie a únava, spánek a odpočinek).

- Doména II. – prožívání (pozitivní pocity, myšlení, učení, paměť a soustředění, sebedůvěra, sebeúcta, vnímání těla a vzhledu, negativní pocity).
- Doména III. – nezávislost (pohyblivost, každodenní činnost, závislost na lécích nebo léčebných postupech, pracovní výkonnost).
- Doména IV. – sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální život).
- Doména V. – prostředí (fyzické bezpečí a jistota, domácí prostředí, finanční situace, zdravotní a sociální péče, možnosti získávat nové informace a dovednosti, volný čas a záliby, životní prostředí, doprava).
- Doména VI. – duchovní oblast, víra a osobní přesvědčení, celková kvalita života a zdraví).

Dotazník má dvě verze. Krátká verze s 26 otázkami se nazývá WHOQOL-BREF. Plná verze je WHOQOL 100 (DRAGOMIRECKÁ, 2006).

7 PRAKTICKÁ ČÁST: VLASTNÍ ZKOUMÁNÍ

7.1 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Cíl této práce je zjistit úroveň kvality života u nemocných po transplantaci jater. Transplantace je posledním řešením u pacientů s jaterním selháním. Je to život zachraňující operační výkon. V tomto výzkumu jde o subjektivní vnímání kvality života před a po transplantaci.

K tématu tohoto výzkumného zkoumání mě přivedla má práce v Institutu klinické a experimentální medicíny. Zde se již 15 let setkávám s problematikou transplantace jater a s těmito nemocnými. Vždy jsem se s nimi však dosud setkávala jen v době jejich hospitalizace při transplantaci orgánu. Nejdříve jsem o ně pečovala v době hned po výkonu na resuscitačním pooperačním oddělení. Nyní se s nimi setkávám na chirurgickém oddělení, odkud odcházejí domů. Je zajímavé, že někteří pacienti jsou propuštěni už po 14 dnech hospitalizace po transplantaci. Nyní jsem využila možnosti sama zjistit, jak tito lidé žijí po transplantaci a jak velký rozdíl cítí ve vnímání života.

Hlavní cíl práce

je zjistit kvalitu života u pacientů s transplantovanými játry prostřednictvím:

1. zajištění validních odpovědí a
2. osobního setkání s transplantovanými pacienty.

Stanovení hypotéz

Pro naplnění svého výzkumného záměru jsem stanovila několik otázek k ověření kvality života těchto nemocných.

Hypotéza č. 1. Převážná většina respondentů vnímá svůj somatický stav po transplantaci jater jako značně zlepšený.

Hypotéza č. 2. Kvalita života po transplantaci jater je lepší než před ní.

Hypotéza č. 3. Pacienti po transplantaci jater by měli zájem využít v některé fázi svého nemocnění odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta.

Hypotéza č. 4. Většina respondentů neplánuje svoji budoucnost.

7.2 Použité metody výzkumu

Metodou výzkumu bylo jednak kvalitativní zkoumání formou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, jednak statistické zpracování v rámci každé jednotlivé otázky. Vzorem pro vznik otázek byl dotazník kvality života WHOQOL. Otázky k výzkumu jsem zvolila podle vlastního subjektivního náhledu na tuto problematiku a také podle důležitosti pro život transplantovaných pacientů.

Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami je složen z přímo formulovaných otázek. U těchto otázek je větší pravděpodobnost, že získaná data se nebudou strukturně výrazně odlišovat. Dochází k následné snadnější analýze získaných dat. Účastníkům pokládáme stejně strukturované otázky. Tento druh rozhovoru je vhodný, když jde o jediný rozhovor, na kratší dobu a opovědí se v analýze srovnávají. Je zde lepší možnost zopakování průzkumu v jiném čase a jinými výzkumníky (HENDL, 2005).

Kritéria zařazení do výzkumu:

1. Operační výkon transplantace jater.
2. Minimální hranice od operačního výkonu transplantace jater jeden rok.
3. Souhlas s výzkumem.

7.3 Strategie výběru výzkumného vzorku

Hlavním podstatným znakem pro výběr respondentů byl operační výkon transplantace jater. V současné době bylo v IKEM transplantováno kolem 820 pacientů s diagnózou jaterního selhání různého původu. Výběr vzorku pro můj výzkum byl tedy omezený počtem těchto osob.

Zkoumaný soubor obsahuje 75 pacientů po transplantaci jater. Osloveno bylo 100 osob, z toho 16 odmítlo se zúčastnit a 9 pacientů jsem sama vyloučila z důvodu nesplnění stanovených kritérií, jelikož nemocný byl kratší dobu po transplantaci než jeden rok.

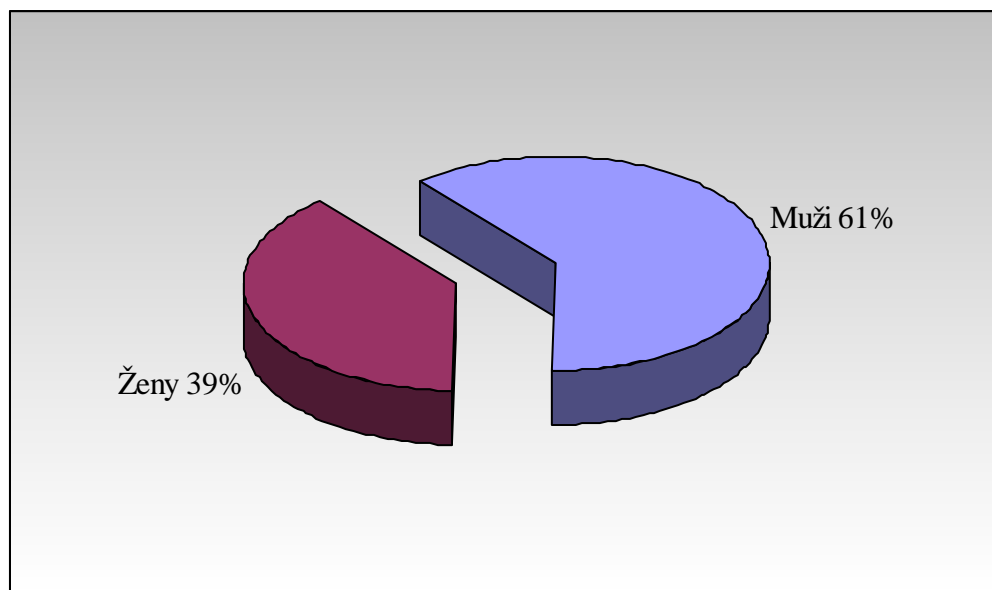
Procentuelně bylo osloveno 12 % z celkového počtu 820 pacientů po transplantaci jater operovaných v IKEM. Vlastního výzkumu se zúčastnilo 9 % z počtu 820 těchto pacientů a 75 % z celkového počtu oslovených respondentů. Zúčastnit se výzkumu odmítlo 16 % a 9 % bylo vyloučeno, protože výsledek nebylo možno hodnotit.

Ve zkoumaném vzorku bylo více mužů než žen. Věkové rozmezí respondentů bylo od 21 do 73 let a průměrný věk byl 50,8 let. Nejkratší doba od transplantace jater byl 1 rok a nejdelší 15 let. Téměř 2/3 respondentů žilo v manželství a ostatní byli rozvedení či svobodní, malá část byli ovdovělí.

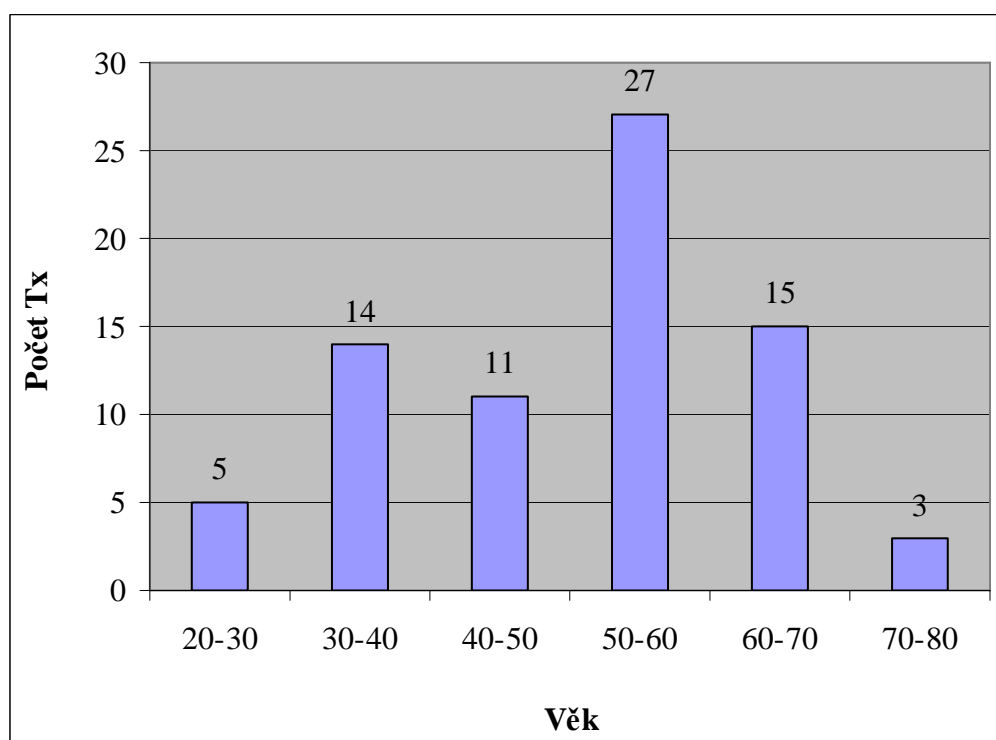
Výběr respondentů byl náhodný, neúmyslný.

V následujících grafech je znázorněno rozložení respondentů ve zkoumaném vzorku podle základních údajů.

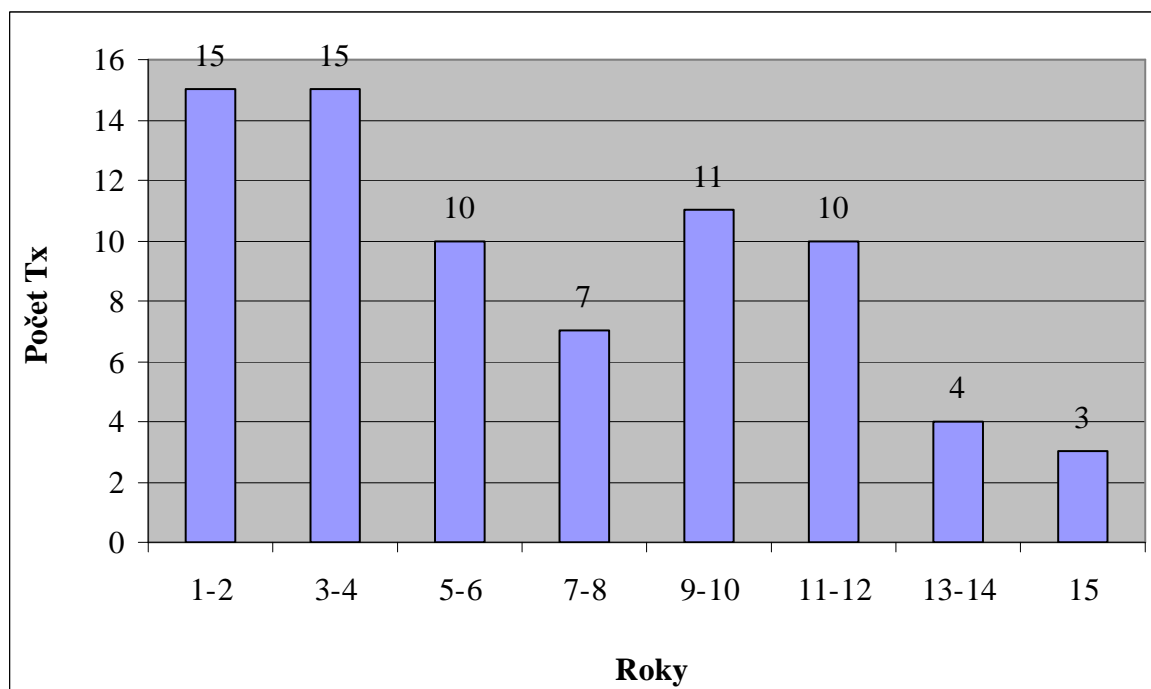
Graf č. 1. Pohlaví respondentů



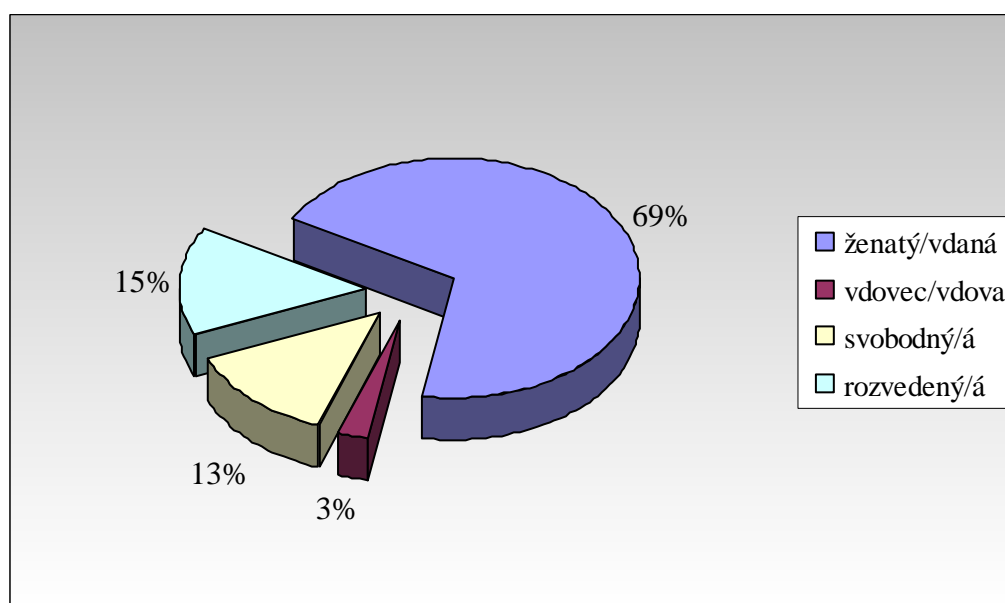
Graf č. 2. Věk respondentů



Graf č. 3. Doba od transplantace



Graf č. 4. Rodinný stav respondentů



7.4 Průběh výzkumu

Vlastní výzkum probíhal v IKEM od prosince 2010 do konce března 2011. Osloveni byli pacienti po transplantaci jater, kteří navštívili IKEM z důvodu následných pravidelných kontrol po transplantaci. Respondenti pocházejí z transplantačního regionu Prahy, tedy regionu pro celé Čechy. Místem, kde probíhalo zkoumání, byla hepatologická ambulance a hepatologická klinika v IKEM. Osloveni byli pacienti, kteří v danou dobu přišli na pravidelnou lékařskou kontrolu a čekali před ambulancí nebo ti transplantovaní, jejichž pravidelná kontrola probíhala za hospitalizace. Výběr respondentů byl náhodný. Pacienty před ambulancí jsem identifikovala pomocí staniční sestry hepatologické ambulance, která mezi všemi čekajícími lidmi mi označila ty, kteří jsou po transplantaci jater. Tito nemocní chodí na pravidelné kontroly po zbytek svého života a ambulantní sestry je již důvěrně znají. Nemocné jsem oslovovala a žádala o rozhovor pro diplomovou práci. Někteří nemocní na moje otázky odpovídali z časových důvodů a pro sběr většího počtu respondentů písemnou formou. Všechny rozhovory byly uskutečněny se souhlasem pacienta. K rozhovoru jsme použili aktuálně vždy jednu

z prázdných ambulantních místností. Nejdříve jsem si vždy vyžádala souhlas s tímto anonymním dotazováním.

Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře, jelikož mnoho z respondentů se cítí po zdravotní stránce docela dobře a do IKEMu se i rádi vracejí.

7.5 Metody zpracování dat

Začátek dotazníku obsahoval základní údaje a poté jsme se již věnovali rozhovoru. Rozhovor trval v průměru kolem 20 minut. Velmi záleželo na sdílnosti nemocného. Některé rozhovory byly stručné a některé delší příjemnou rozmluvou. Odpovědi jsem vždy pečlivě zapisovala do připraveného dotazníku. Pokud nemocný měl potíže s odpovědí, nabídla jsem mu možnost odpovědět podle hodnot na předem připravené hodnotící pořadové škále. Výhodou tohoto rozhovoru je případné další upřesnění otázky, aby dotazovaný správně porozuměl pokládané otázce. Také je tímto dána možnost různých typů odpovědí.

Po prvních rozhovorech jsem přistoupila k úpravě zkoumaných otázek. Odstranila jsem otázku, zda před onemocněním respondenti preferovali zdravý způsob života, neboť bylo těžké vymezit, co sami respondenti považují za zdravý způsob života. Na podnět respondentů jsem zařadila otázku, zda mají zájem o společné setkávání transplantovaných pacientů. Jednou z posledních otázek bylo i šetření, zda by nemocní využili možnosti v průběhu onemocnění navštěvovat psychologa či psychoterapeuta.

Po ukončení sběru dat jsem všechny jednotlivé odpovědi na každou otázku zaznamenala samostatně na list papíru. Hledala jsem společné znaky a pokusila se stanovit společné závěry. Výsledky výzkumu jsem popsala a graficky znázornila.

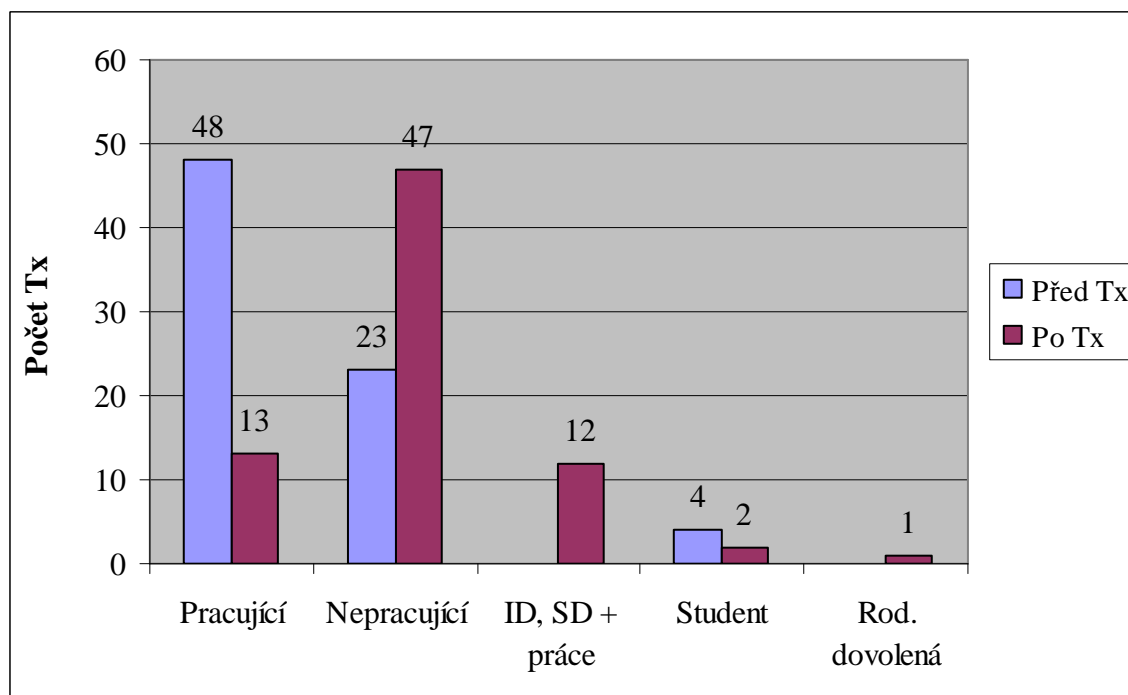
7.6 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou popsány v následujících komentářích ke každé otázce výzkumu a číselně či procentuelně zaznamenány v příslušných grafech.

1. otázka: návrat do zaměstnání

První otázka zabývající se rozdílem před a po transplantaci byla otázka, zda nemocní pracovali před ní a zda pracují po ní. Z přiložené tabulky je patrné, že před transplantací většina nemocných pracovala a po transplantaci jich přímo pracuje daleko menší část. Důležité je také přihlídnutí k věku respondentů, jelikož z Grafu č. 2. je patrné, že největší část zkoumaného vzorku je ve věku 50. let a více a mnoho z nich již pobírá starobní důchod. Nepracujících po Tx je 47, více jak polovina respondentů. Z tohoto počtu nepracujících je 17 penzistů a ostatní mají invalidní důchod. Celkem je tedy 28 respondentů (pracující + studenti + rodičovská dovolená), kteří se mohli vrátit k normálnímu způsobu života.

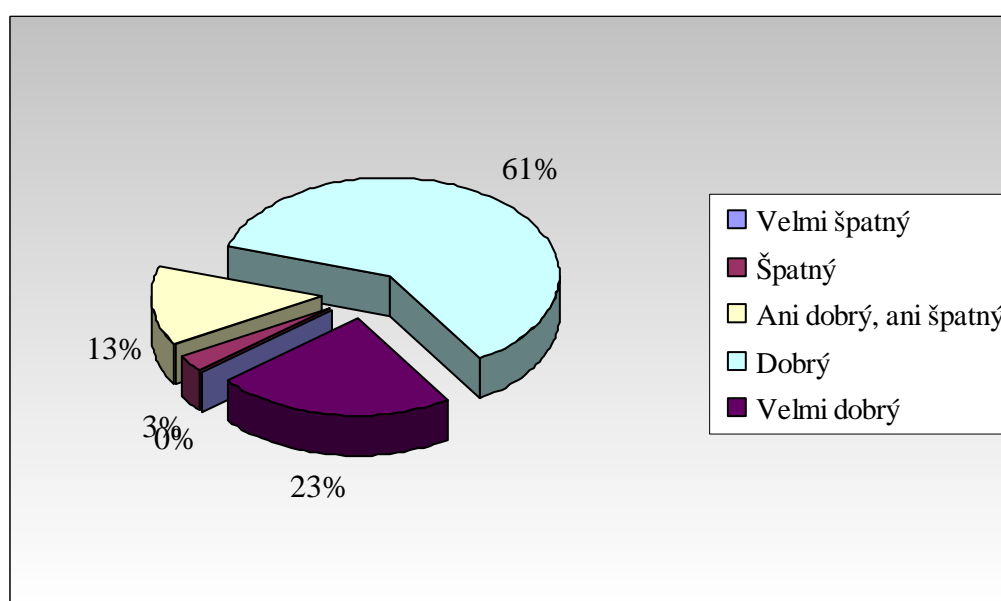
Graf č. 5. Zaměstnanost pacientů po transplantaci jater



2. otázka: subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Otázka subjektivního nahlížení na zdravotní stav přinesla tyto výsledky: všichni respondenti využili možnosti nabízené hodnotící škály a své zdraví hodnotili v rozsahu ani dobrý, ani špatný až velmi dobrý. 61 % hodnotilo své zdraví jako dobré a 23 % jako velmi dobré. 13 % hodnotilo své zdraví ani dobré, ani špatné a jen 3 % jako špatné.

Graf č. 6. Subjektivní hodnocení zdravotního stavu u respondentů



3. otázka: vliv zdravotního omezení na život respondentů

Otázka je zaměřená na omezení, jež nemocným způsobují příznaky jejich zhoršeného zdravotního stavu.

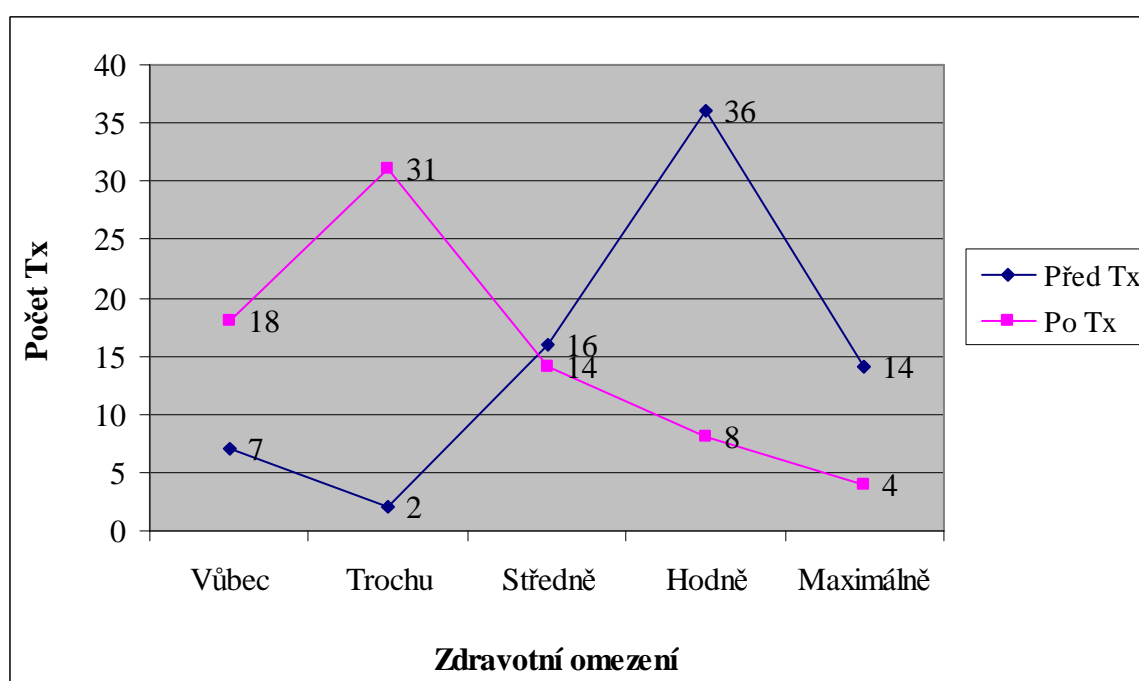
Z následujícího grafu je patrné, že po transplantaci došlo k výraznému zlepšení zdravotního stavu. Záznamy na hodnotící škále před a po Tx jsou více v protikladu.

Před transplantací si respondenti stěžovali na únavu, horečky, nesoustředěnost, bolest, krvácení z jícnových varixů, krvácení odjinud, otoky, ascites, nevolnost, otoky dolních končetin, svědění kůže, zežloutnutí. Také zaznělo, že si to nemocný nepřipouštěl, jiný to vnímal jako konečnou fázi, další nemohl sportovat, či byl dlouho před Tx v nemocnici. Zde hodně záleží také na skutečnosti, zda nemocný prožil akutní či chronickou formu selhání jater.

Po transplantaci nemocní vnímají omezení spíše v projevech nežádoucích účinků imunosupresivních léků. Některým vznikl jako komplikace diabetes mellitus, osteoporóza, objevila se náchylnost k infekcím. Spíše ojediněle si respondenti stěžovali na bolesti břicha či zad, pohybovou únavu, bolesti hlavy, svědění, nemožnost pobývat na slunci, vznik kýly v jizvě.

Před transplantací ale i po ní si většina pacientů stěžuje hlavně na únavu, která limituje jejich fyzické možnosti.

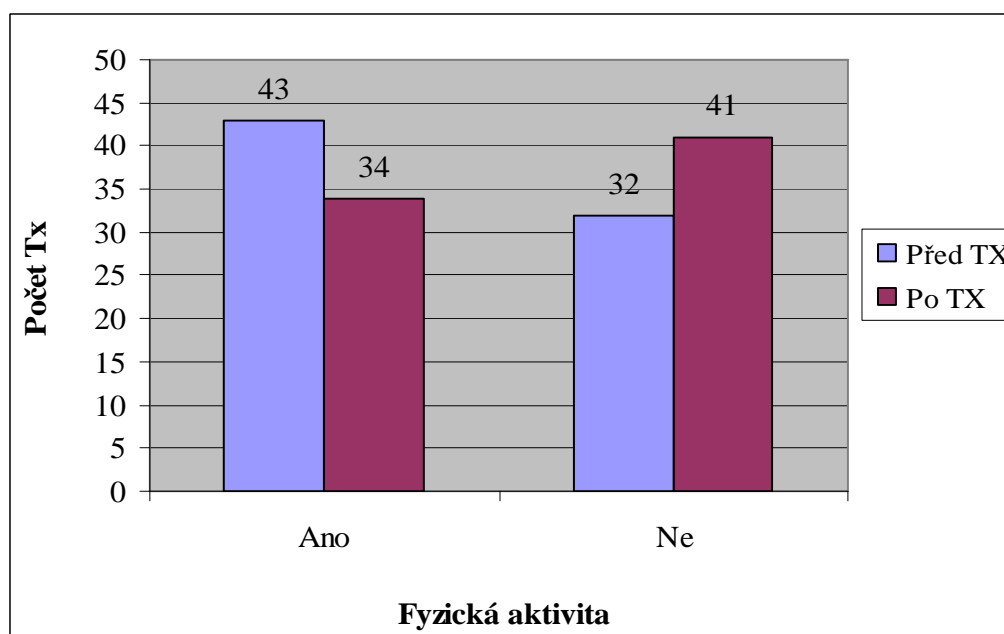
Graf č. 7. Hodnocení zdravotního omezení u respondentů



4. otázka: fyzická aktivita a sport

Tato otázka přinesla hodně slovních odpovědí. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů, pokud sportovala před transplantací, tak se snažila sportovat i po transplantaci a naopak, když nesportovali před transplantací, tak ani po ní. Spíše věkově mladší uváděli fyzickou aktivitu, lyžování, aerobic, kolo, plavání, squash. Většina respondentů mluvila o rekreačním sportu, o chůzi, turistice a práci na zahrádce či hlídání vnučat. Hodně limitující je pro všechny opět únava.

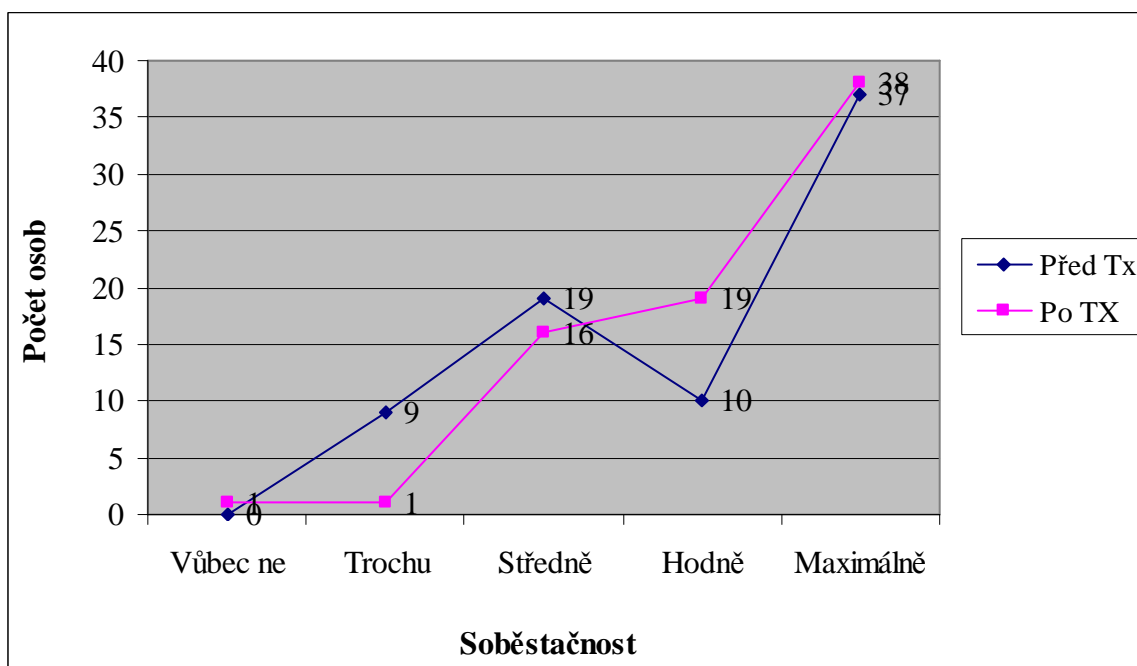
Graf č. 8. Fyzická aktivita a sport u respondentů



5. otázka: soběstačnost respondentů

Další otázkou byl rozdíl ve zvládnání každodenních činností před a po transplantaci. Ve výsledcích není zvláštního rozdílu ve vnímání skutečnosti, zda šlo o období před nebo po transplantaci. Je zde opět nutné přihlídnout na fázi jaterního selhání v době transplantace. Také bylo z odpovědí zřejmé, že soběstačnost a snaha o ni je prioritní. Jedna nemocná po transplantaci se o sebe nedokáže starat, jelikož má nové zhoubné onemocnění, je po ozařování a nyní využívá služeb domácí péče - home care.

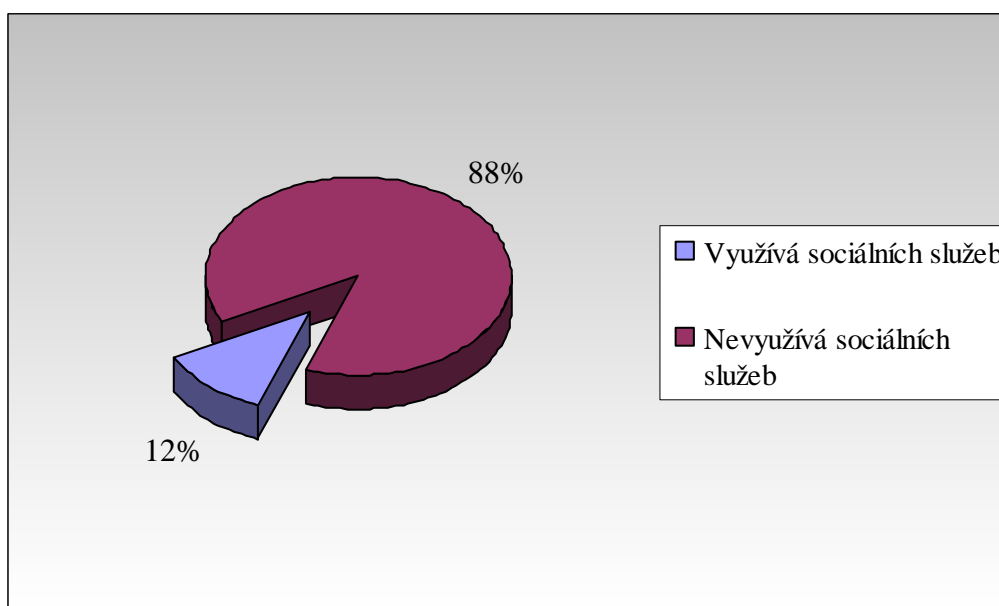
Graf č. 9. Úroveň soběstačnosti respondentů



6. otázka: využití sociálních služeb

V současnosti 88 %, většina respondentů, nevyužívá žádné sociální služby. Ti, co je využívají, mají průkazky zdravotně tělesně postiženého, jeden pobírá příspěvek na benzín, jeden využívá dovozu obědů a jeden služby domácí péče.

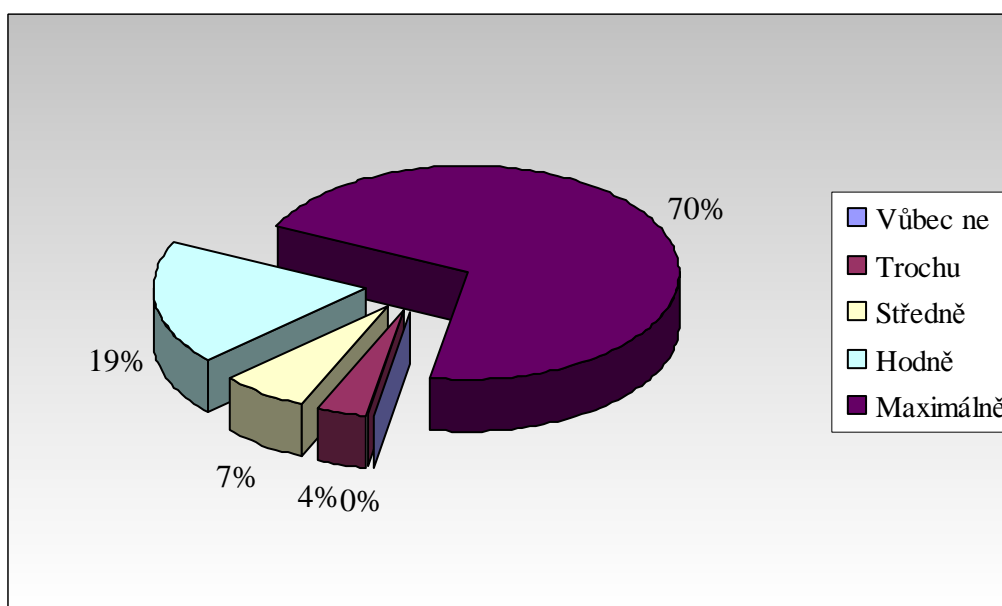
Graf č. 10. Využití sociálních služeb u respondentů



7. otázka: rodinné zázemí respondentů

70 % respondentů má maximálně funkční rodinné zázemí, 19 % má hodně funkční zázemí. Tato informace úzce souvisí i s rodinným stavem respondenta, kde většina je vdaná či ženatý. Hodnocení trochu: 4 % či středně: 7 % použili většinou rozvedení jedinci.

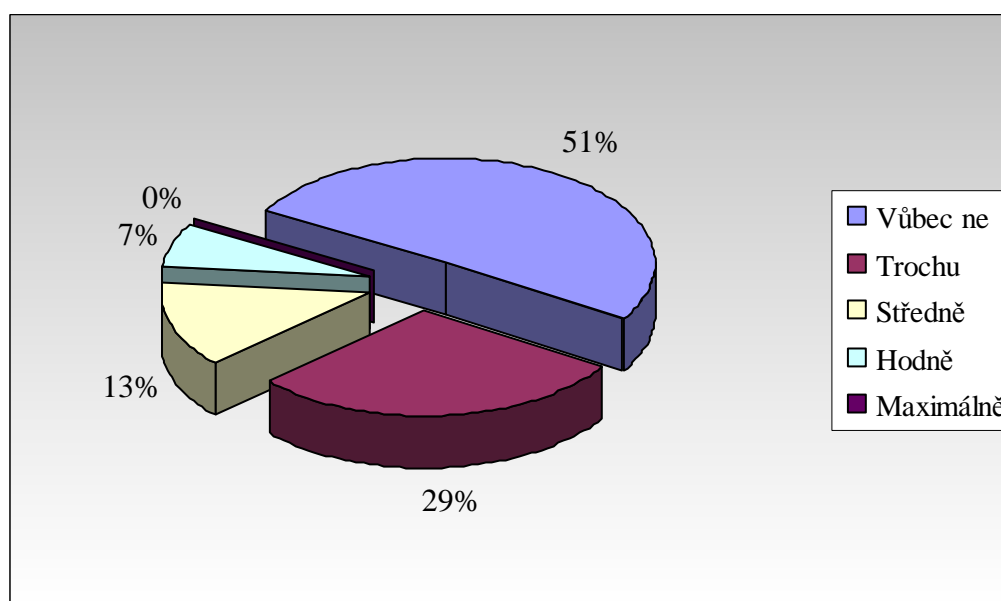
Graf č. 11 Funkčnost rodinného zázemí



8. otázka: změny v chování okolních osob vůči osobám po transplantaci

Tato otázka směřuje na změnu postoje okolí vůči transplantovaným nemocným. Polovina 51 % uvedla, že necítí žádnou změnu v chování okolních osob po Tx. Ostatní 29 % většinou vnímají chování okolí v pozitivním smyslu, že je okolí šetří či obdivuje. Jedna odpověď byla i negativní, neboť šlo o mladého člověka, který prodělal transplantaci ve školním věku a spolužáci se k němu chovali „jako kdyby měl AIDS“.

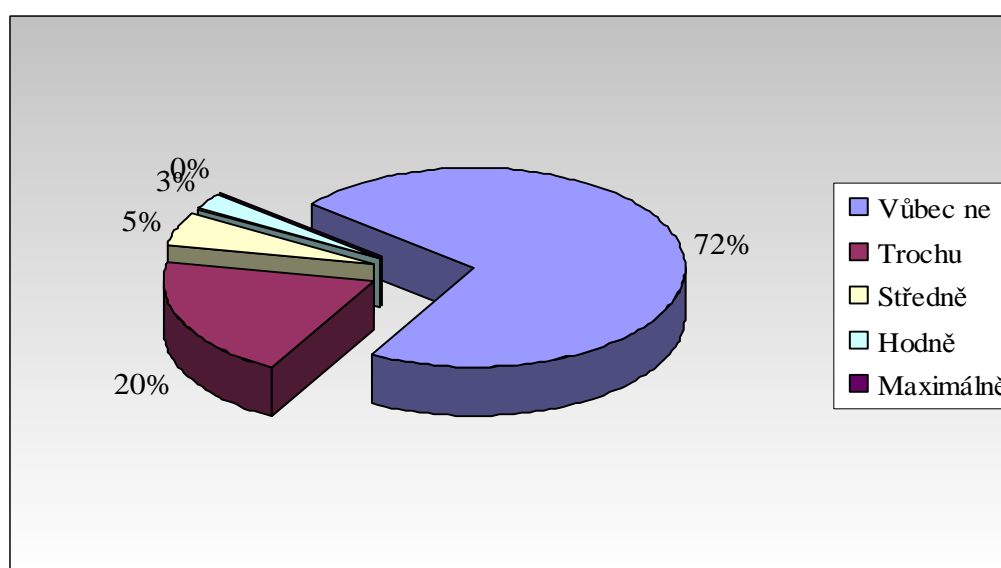
Graf č. 12. Chování okolních osob vůči osobám po transplantaci



9. otázka: pocit osamělosti respondentů

Na osamělost v různé míře si stěžovali lidé rozvedení či ovdovělí. Tato otázka měla přímou souvislost s rodinným stavem nemocného. 72 % odpovědělo, že se vůbec necítí osamoceni a 20 % trochu. Všichni uváděli funkční rodinné zázemí a většina jich byla zadaná.

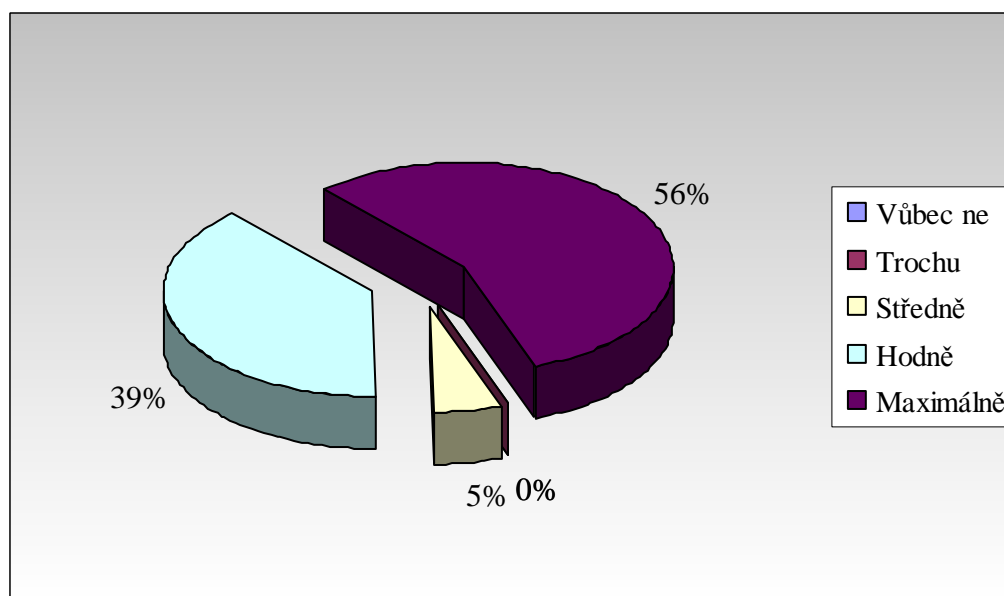
Graf č. 13. Pocit osamělosti u respondentů



10. otázka: dodržování léčebného režimu

Transplantace kteréhokoliv orgánu vyžaduje zodpovědný přístup v dodržování léčebného režimu. Dle přiloženého grafu je patrné, že všichni respondenti udávají, že dodržují v menší či větší míře daná pravidla, 56 % maximálně a 39 % hodně. Všichni si uvědomují, že nedisciplinovanost vede k velkým, život ohrožujícím komplikacím.

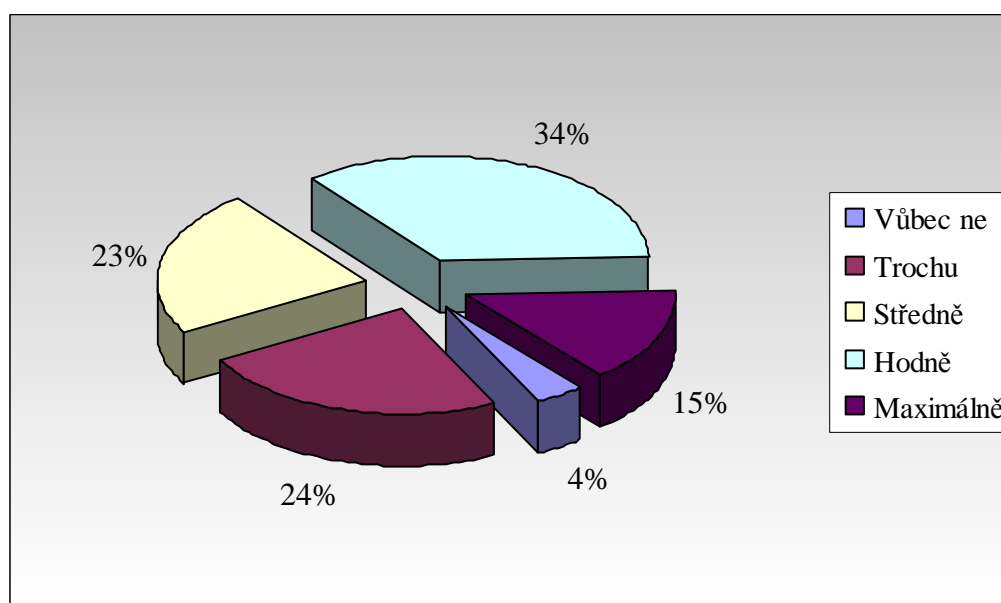
Graf č. 14. Dodržování léčebného režimu respondentů



11. otázka: plány do budoucnosti u respondentů

Jednou z důležitých otázek bylo, zda tito nemocní přemýšlí o svojí budoucnosti. V 15 % respondenti o svojí budoucnosti přemýšlí maximálně a 34 % hodně a do nějaké míry ji i plánují. 4 % jedinců nad budoucností vůbec nepřemýšlí ani neplánují. Někteří plánují pouze v krátkodobém či střednědobém horizontu, ale plánují ji. Hodně respondentů svoji budoucnost plánuje s ohledem na svoje onemocnění.

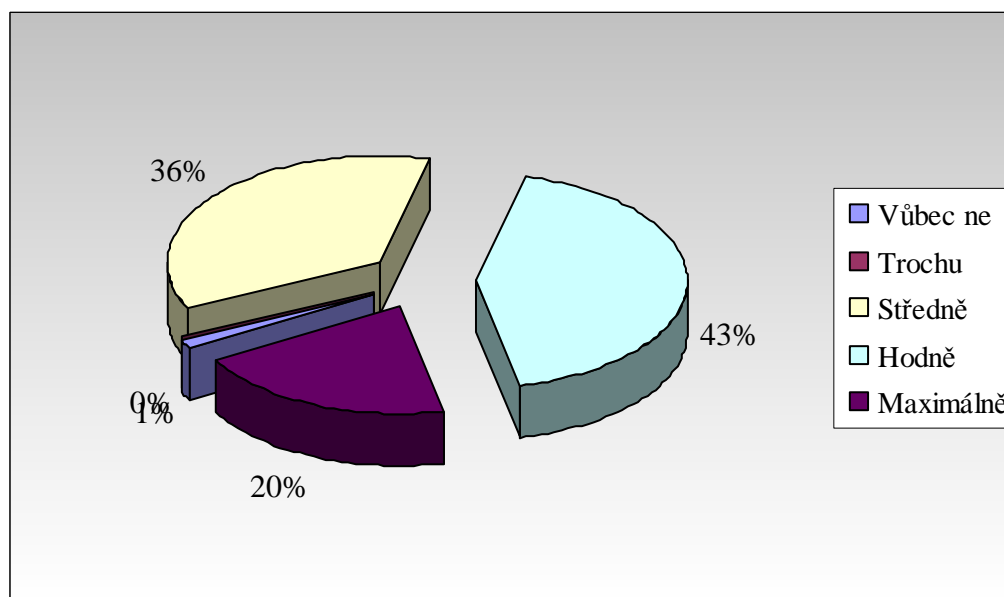
Graf č. 15. Plánování budoucnosti



12. otázka: spokojenost se životem ze stran respondentů

Otázka spokojenosti se životem je znázorněna v následujícím grafu. Většina respondentů hodnotí svoji spokojenost kladně. Maximálně je spokojeno 20 % respondentů, 43 % je spokojeno hodně a 36 % je spokojeno středně. Jeden respondent není vůbec spokojen. Jeho nespokojenost je dána současným zhoubným onemocněním, chemoterapií a nemohoucností. Oproti tomu věkově mladší jedinci, kteří byli transplantovaní v dospívajícím věku, udávali maximální spokojenost se životem.

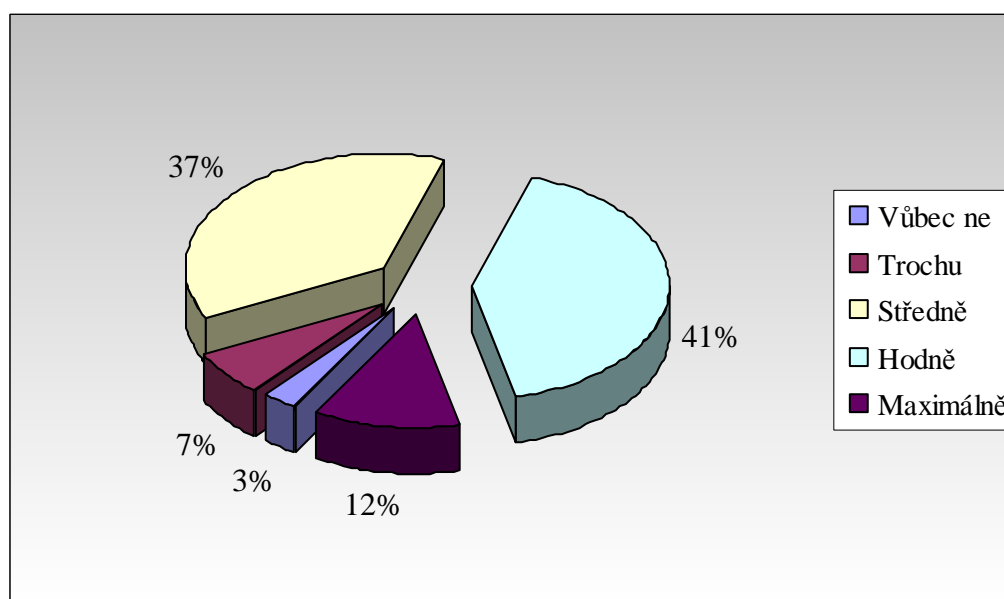
Graf č. 16. Spokojenost se životem ze strany respondentů



13. otázka: spokojenost se životem

Tato otázka má ve své podstatě i podtext bilancování se životem, zda jsou respondenti spokojeni s tím, čeho v životě dosáhli. Nejvíce 41 % je se svým životem hodně spokojeno. 37 % je spokojeno normálně, středně. Úplnou nespokojenost udával jeden jedinec udávající další přidružené zhoubné onemocnění.

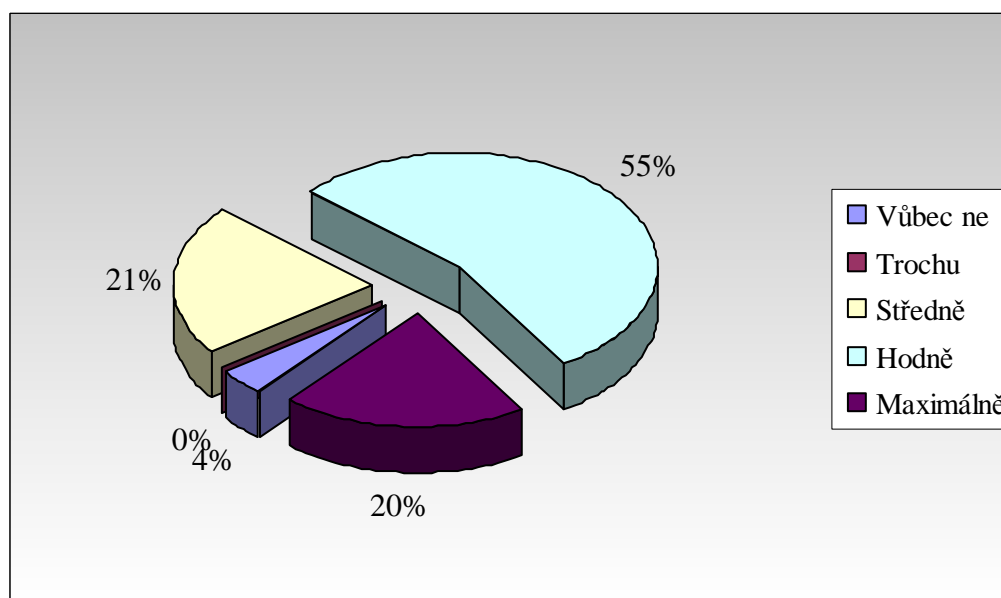
Graf č. 17. Subjektivní hodnocení spokojenosti se životem



14. otázka: možnosti ovlivnění zdraví vlastními možnostmi

Zajímavý je náhled respondentů na to, zda mohou ovlivnit svým chováním své zdraví. Nejvíce respondentů, tj. 55 % odpovědělo, že je mohou ovlivnit hodně. Maximálně je může ovlivnit 21 % respondentů, trochu 20 % a 4 % tázaných se domnívá, že svůj zdravotní stav vůbec nemohou ovlivnit. U některých těchto nemocných bylo důvodem k transplantaci dědičné onemocnění.

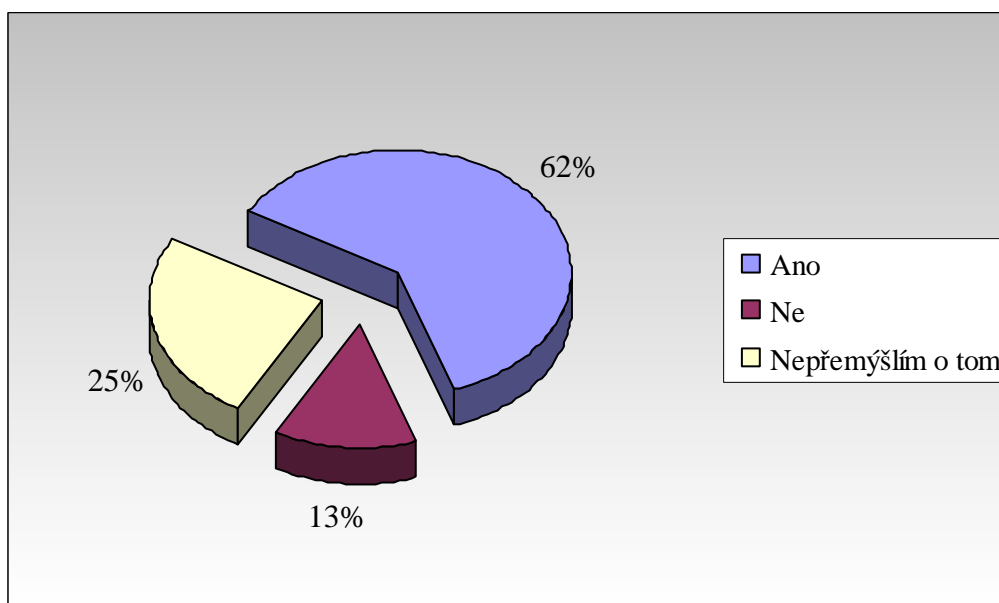
Graf č. 18 Možnost ovlivnění vlastního zdraví respondenty



15. otázka: další životní cíle dotazovaných osob

Další otázka byla směřována na vnímání budoucnosti a to na stanovování cílů. Při této otázce byli dotazovaní často váhaví, ale když jsem je ujistila, že nebudu chtít vědět konkrétní cíle, ale jen jestli je plánují, tak mi odpověděli. Převážná většina, tj. 62 % odpověděla, že cíle má. Ostatní cíle neměli nebo o nich již nepřemýšleli. Jedna z odpovědí byla, že cílem je život bez bolesti. U starších žen také zaznívalo, že by rády pomohly s výchovou vnoučat.

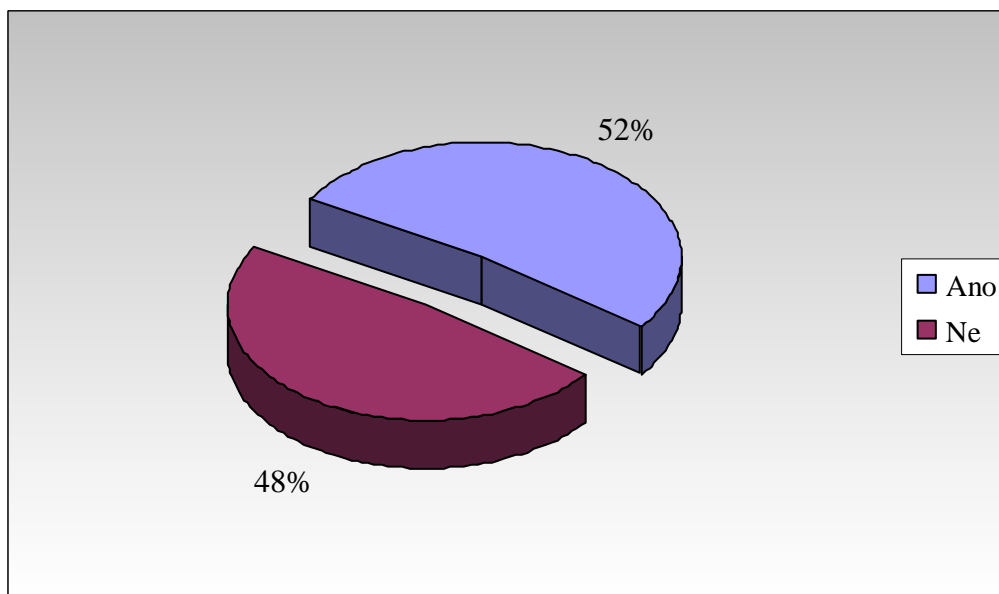
Graf č. 19. Existence životních cílů respondentů



16. otázka: vnímání zdraví před transplantací

Otázka byla zaměřená na vnímání zdraví před onemocněním, tedy před transplantací. Polovina respondentů o svém zdraví nepřemýšlela a polovina ano.

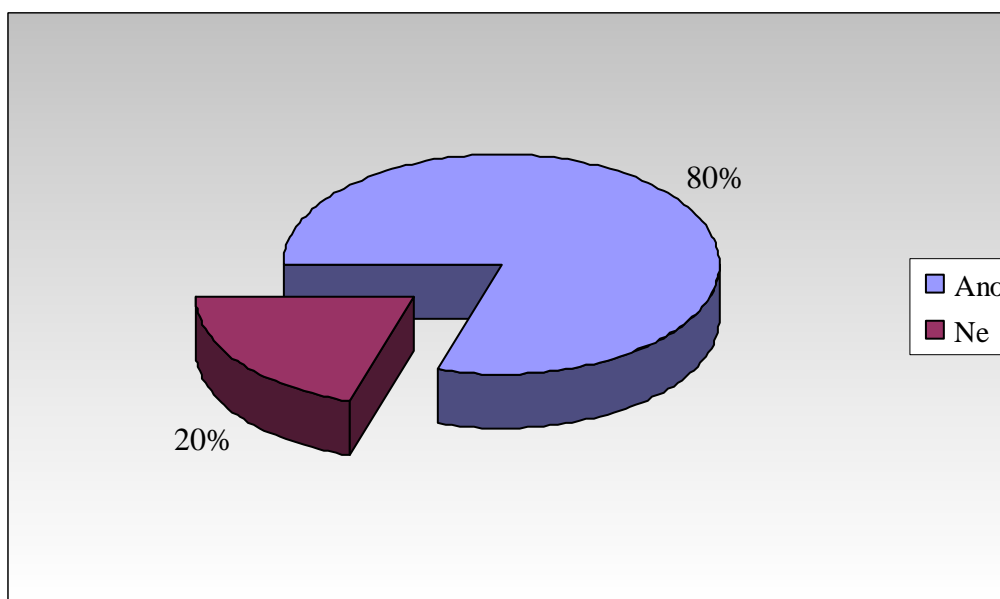
Graf č. 20. Vztah ke zdraví před Tx u respondentů



17. otázka: nahlížení na zdraví po transplantaci respondenty

Nahlížení na zdraví u tak vážně nemocných se hodně změnilo. Jen 20 % respondentů odpovědělo, že se jejich vztah ke zdraví nezměnil. U ostatních, 80 %, se nahlížení na zdraví výrazně změnilo. V odpovědích převažovalo, že si respondenti více váží svého života, více o ně pečují, jsou zodpovědnější a opatrují se, více dbají rad lékařů. Někteří také hovořili o změnách životních hodnot. Zdraví považují v tuto chvíli za nejdůležitější hodnotu života. Jiní děkují za každý nový den, každého nového dne si víc váží, nic kolem sebe nenechají bez povšimnutí. Zazněl také strach o život a sebe a obava, aby nezpůsobil opět trápení své rodině, přátelům a sobě. Jedna odpověď byla úplně negativní a vyjadřovala úplnou rezignaci na život. Byla to odpověď, že nic nemá cenu a všechno je na nic. Přicházela od nemocného se zhoubným onemocněním po ozařování.

Graf č. 21. Nahlížení na zdraví po Tx

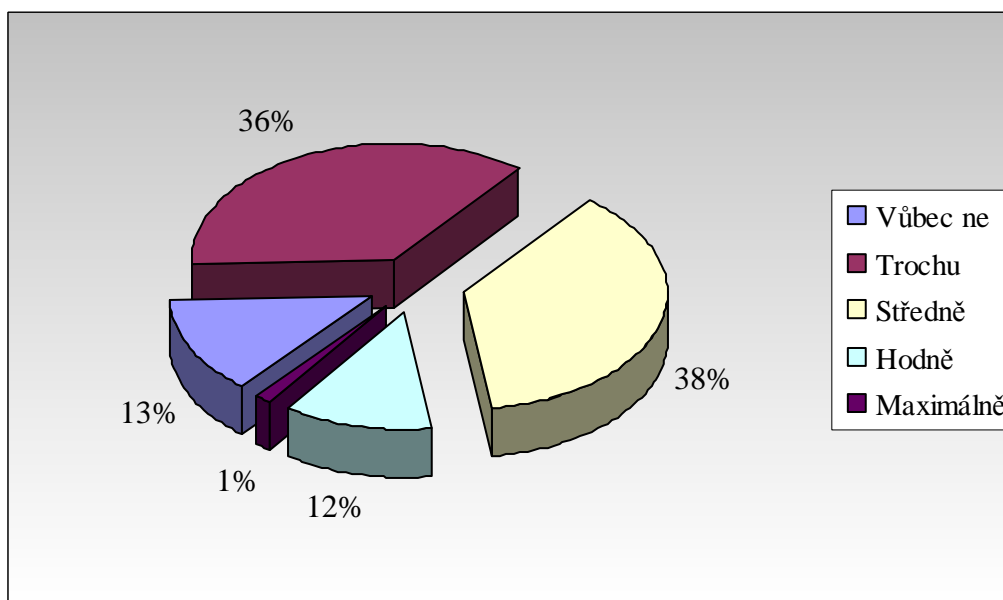


18. otázka: stálost myšlení na nemoci, vnímání nemoci

Otázka zněla, zda nemocní myslí na své onemocnění často, v běžném životě. Jen 13 % nemocných odpovědělo, že na svoji nemoc nemyslí vůbec. Víc jak polovina vyslovila odpověď trochu a středně, 13 % na nemoc myslí téměř neustále.

Každodenní pomyšlení na nemoc dávají hodně do souvislosti s pravidelným užíváním léků, pravidelnými kontrolami a nutností dodržování doporučení.

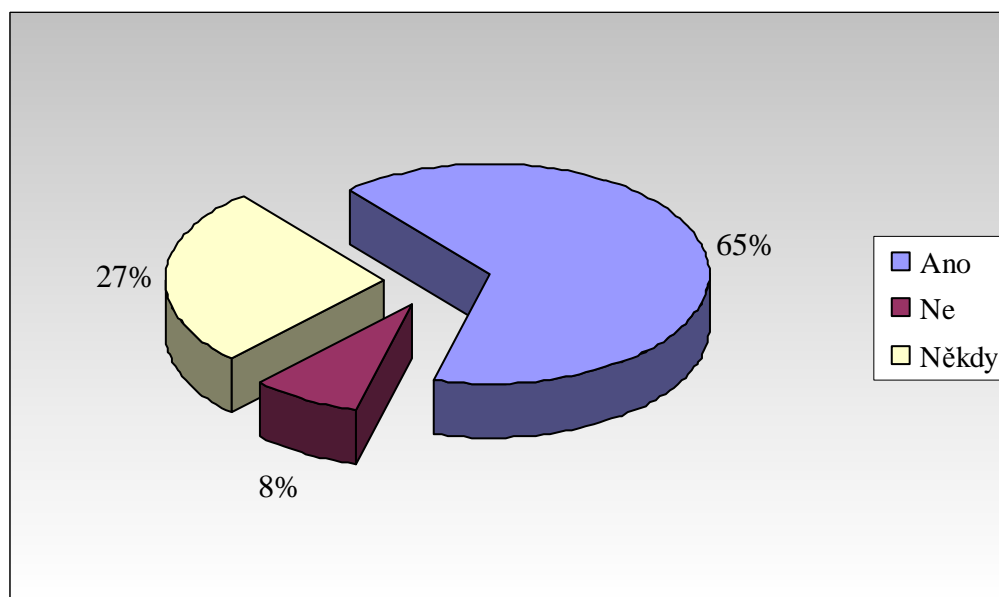
Graf č. 22. Vnímání své nemoci respondenty



19. otázka: sdílení pocitů s jinými lidmi

Tato otázka je zaměřena na sdílení pocitů transplantovaných nemocných, zda mohou o sobě s někým hovořit. 65 % dotázaných odpovědělo, že mají možnost o sobě hovořit a nejčastěji své pocity sdíleli s partnerem, s rodinou. Jen 8 % nemělo možnost s nikým hovořit. Také zazněly odpovědi, že nemají potřebu o tom hovořit, že není důvod.

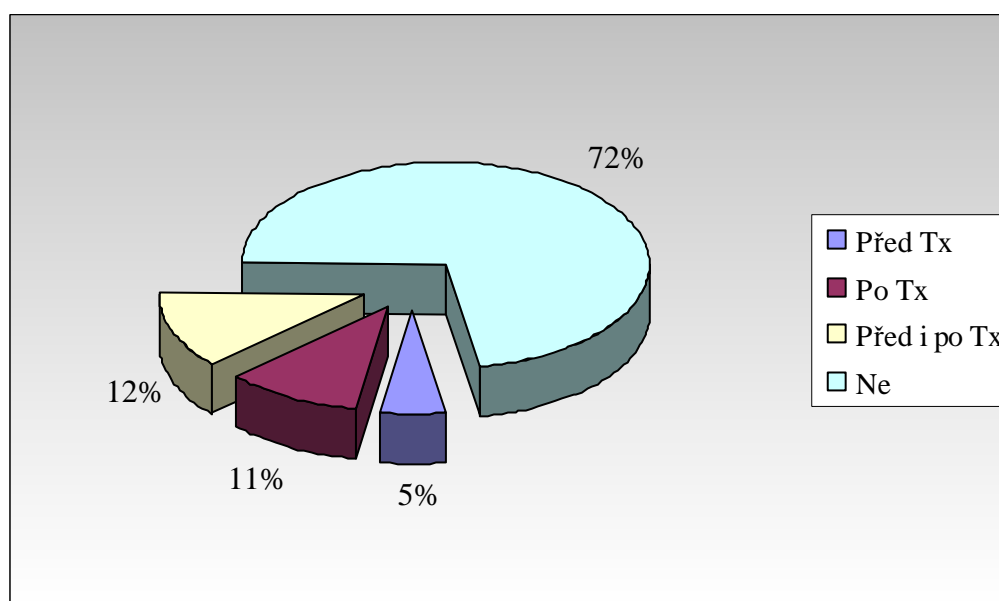
Graf č. 23. Sdílení pocitů respondentů s jinými lidmi



20. otázka: využití jiné odborné pomoci

Otázka využití odborné pomoci se týkala psychologa či psychoterapeuta a Dost koresponduje s odpověďmi na otázku číslo 19. Většina dotázaných, tj. 72 % nemá potřebu odborné pomoci. V minulé otázce většina má možnost hovořit se svými blízkými, možnost sdílení pocitů. Zhruba třetina by uvítala možnost v nějaké fázi svého onemocnění využít odborné pomoci. Někteří i psychoterapeuta navštěvovali. Názorem také bylo, že psychoterapeut by měl být členem lékařského týmu. Měl by fungovat jak pro pacienta, tak i pro lékařský tým a to z důvodu velké náročnosti povolání.

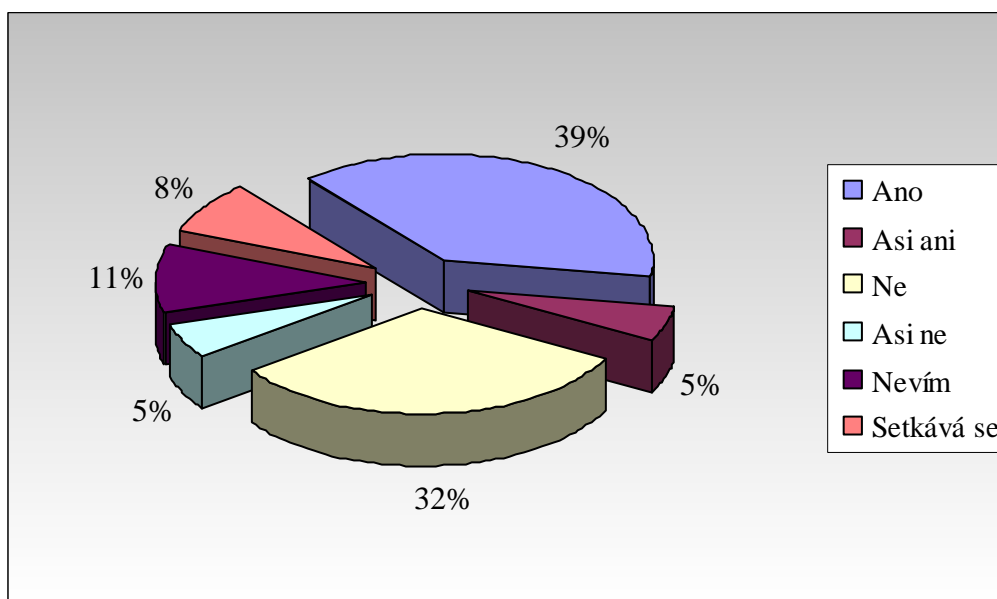
Graf č. 24. Využití jiné odborné pomoci



21. otázka: setkávání transplantovaných pacientů

Otázku setkávání transplantovaných pacientů jsem zařadila po několika rozhovorech s respondenty, neboť o ni měli zájem. Zhruba polovina by využila možnosti společných setkání a kolem třetiny nemocných ne nebo spíše ne. 8 % se již se stejně nemocnými setkává. Je zajímavé, že jedna odpověď byla, že setkávání probíhalo, ale že o ně zájem nebyl. Důvodem k následnému setkávání byla též možnost pohovořit o svých zkušenostech, zda ostatní mají stejné či podobné problémy. Některé zkušenosti čekajících transplantovaných pacientů jsou zřejmě stresující pro ostatní nemocné. Podněcující odpověď byla od pacienta, který vyzdvihl svoji zkušenost, kdy před zařazením na čekací listinu k Tx ležel na pokoji s pacientem po transplantaci jater. Získal tak veškeré informace a zkušenosti člověka, který to zažil. Po transplantaci na pravidelné kontrole za hospitalizace měl tu možnost seznámit zase on se svými zkušenostmi pacienta před transplantací.

Graf č. 25. Setkávání transplantovaných pacientů



22. otázka: jaké vzpomínky má pacient(ka) na nemocnici

Poslední otázka byla položena pro zjištění zpětné vazby pro personál nemocnice. Zajímalo mě první dojem, který vyvolá tato otázka, první co respondenta napadne, jaký udá pocit, který vyvolá vzpomínka na hospitalizaci. Někteří odpověděli, že mají pocity smíšené, i že tu byla nuda, také samota a bylo to deprimující, s pocity bolesti. Převážná většina transplantovaných pacientů odpověděla, že mají vzpomínky dobré. Také zazněly odpovědi ve smyslu, že jim zde zachránili život či je vrátili zpět do života. Několik nemocných chodí do nemocnice jako „domů“ a moc si chválí ambulantní sestřičky.

7.7 Diskuse a závěr výzkumu

Kvalitou života chronicky nemocných pacientů se zabývalo a bude zabývat hodně studií a výzkumů. Kvalitu života těchto transplantovaných nemocných popisuje lékařka IKEM Soňa Franková ve svém příspěvku v knize Transplantace jater. Uvádí výrazné zlepšení života po vlastním operačním výkonu. Výsledky jsou výraznější v oblasti fyzické než v oblasti psychosociální. V delším časovém odstupu od transplantace je celková kvalita života nižší než u zdravých jedinců. Toto se dává do souvislosti i se vznikem dalších komplikací vznikajících s užíváním životně důležitých léků.

Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater publikovala v roce 1999 A. Ptáčková v Československé psychologii. Zjišťovala zde kvalitu života pomocí dvou standardizovaných dotazníků u stejných nemocných před a po Tx jeden rok. Výsledkem bylo význačné zlepšení jejich kvality života.

Tato práce porovnává subjektivní pohled na život před a po transplantaci u transplantovaných osob. Z výzkumu jednoznačně vyplývá, že v oblasti zdravotního stavu tyto hodnotí svůj zdravotní stav, který před transplantací představoval ohrožení života, velmi pozitivně. V oblasti zdravotního omezení v době před a po Tx dochází k diametrálnímu rozdílu v hodnocení omezení. Zatímco před transplantací byl výčet zdravotních problémů velký a výrazně negativně hodnocen, po transplantaci dochází k pozitivnímu hodnocení a k výraznému ústupu problému. Přetrvávající je únava. Hodnocení fyzické aktivity je přibližně stejné před i po transplantaci. Hodnocení je závislé na věku a koresponduje většinou s tím, zda se věnovali či nevěnovali sportu před Tx.

Soběstačnost nemocných není odlišná před ani po Tx. Je zřejmé, že se tito nemocní snaží co nejvíce sami o sebe postarat.

Ke stejnému způsobu života, zaměstnání, se vrací třetina respondentů, ale je potřeba zohlednit, že je zde velká skupina lidí ve starobním důchodu. Započítáme-li je k pacientům vracejícím se k normálnímu způsobu života, tak se víc jak polovina nemocných k normálnímu způsobu života skutečně vrací. Třetina pacientů uvádí plnou invaliditu.

Další oblasti zkoumání jsou více zaměřeny na současný psychický stav. Z výzkumu vyplývá, že nemocní mají ve velké míře funkční rodinné zázemí, necítí se osamoceně.

Tito transplantovaní pacienti mohou být během krátké doby opět ohroženi na životě, a přesto jich hodně přemýšlí o své budoucnosti, plánují ji a také plánují další životní cíle.

Se svým životem jsou spíše spokojeni a s dosaženými výsledky také.

K výrazné změně postojů před a po transplantaci došlo u vnímání vlastního zdraví. Přehodnocení životních priorit a vztahu ke zdraví je velmi patrné.

K důležitým otázkám patřilo mapování psychosociálních potřeb pacientů. Téměř nikdo z transplantovaných nevyužívá sociální služby. Téměř polovina respondentů má invalidní důchod.

Potřebu psychologické pomoci v nějaké fázi takto závažného onemocnění má zhruba třetina respondentů. Malé množství i využívalo nějaké konkrétní odborné pomoci. Ostatní, kteří ale většinou udávali funkční rodinné zázemí s možností sdílení pocitů, neměli potřebu odborné pomoci. U respondentů, kteří by uvítali odbornou pomoc, se však tato souvislost s rodinným stavem nepozorovala.

Více transplantovaných pacientů by též uvítalo setkávání transplantovaných a to hlavně z důvodů výměny zkušeností. Příslušná občanská sdružení existují a někteří jich využívají. Z odpovědí respondentů vyplývá, že se jedná spíše o neinformovanost, nikoliv o odmítání setkávání.

Většina transplantovaných nemocných má velmi dobré vzpomínky na pobyt v IKEM. Je k zamyšlení, zda nemocní hodnotili pobyt v nemocnici kladně, jelikož mají doživotní vazbu na tento institut, nebo zda jsou vzpomínky kladné z toho důvodu, že šlo opravdu o záchranu jejich života. Důležitým faktem mohlo být i to, že výzkum provádí zdravotník v bílé uniformě.

Tato práce dává náhled na prožívání určitých oblastí života transplantovaných pacientů a hodnocení jejich vlastní spokojenosti se životem. Hodnoceno bylo subjektivní vnímání kvality života a rozdílů před a po transplantaci. S ohledem na

závažnost onemocnění, což respondenti velmi vnímají, je jejich kvalita života velmi dobrá a jejich odpovědi jsou převážně kladné.

Stanovila jsem čtyři hypotézy:

Hypotéza č. 1: Pacienti po transplantaci jater budou svůj somatický stav vnímat jako značně zlepšený. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2: Kvalita života nemocných po transplantaci je lepší než před Tx. Tato hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3: Pacienti po transplantaci jater by využili v některé fázi svého onemocnění odbornou pomoc psychologa nebo psychoterapeuta. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4: Pacienti po transplantaci neplánují svoji budoucnost. Tato hypotéza se nepotvrdila.

ZÁVĚR

Tato práce měla zjistit kvalitu života pacientů po transplantaci jater. V teoretické části jsou vymezeny pojmy a popsána problematika jaterního onemocnění, transplantace jater, kvalita života a sociální práce. V empirické části práce pojednává o vlastním kvalitativním výzkumu zkoumajícím kvalitu života těchto nemocných.

Pro sestavení otázek byl použit jako předloha standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL. Jednotlivé otázky byly kvantitativně zpracovány. Dále byla použita kvalitativní metoda výzkumu s otevřenými strukturovanými otázkami.

Z celkového počtu 820 transplantovaných pacientů v IKEM jich bylo osloveno 100, tj. 12 %. Vlastního výzkumu se jich zúčastnilo 75, tj. 75 % z celkového počtu oslovených pacientů, 16 % jich odmítlo a 9 % bylo vyřazeno. Z dosažených výsledků výzkumu vyplývá, že kvalita života nemocných je po transplantaci jednoznačně lepší než před transplantací.

Závažnost tohoto onemocnění a způsob řešení transplantací jater, tedy přijetí cizího orgánu, na jehož funkčnosti záleží zbytek života, může velmi zatěžovat psychiku pacienta. Součástí vyšetření pacienta k zařazení na čekací listinu je psychologické a psychiatrické vyšetření, které zkoumá, zda nemocný je schopen dodržovat pravidla po Tx, zjišťuje funkčnost jeho zázemí, stávající psychický stav nemocného. Cíleně se ovšem nemocnému nevěnuje v dalších fázích onemocnění ani po transplantaci. Vyhledání této psychické pomoci je na každém jedinci.

K oblastem, které se mohou v tomto směru ještě dále rozvíjet, určitě patří duševní stav nemocného a pomoc při zvládnutí tak velkého psychického zatížení. V tomto má přístup k transplantovaným pacientům ještě citelné rezervy.

Výhodou kvalitativního výzkumu se strukturovanými otevřenými otázkami je v možnosti použít tuto metodu v jiném čase a jinými výzkumníky. Tento výzkum kvality života pacientů po transplantaci jater je vymezen ovšem pouze touto diagnózou. Otázkou zůstává, nakolik se mohou tyto výsledky pokládat za všeobecně platné pro tyto pacienty. Domnívám se, že sice výzkum téměř desetiny transplantovaných pacientů má jistou míru obecné platnosti, ale přes to by k větší

validitě byl zapotřebí stejně provedený výzkum alespoň poloviny z celkového počtu pacientů se stejnou diagnózou.

Literatura

ARNOLDOVÁ, A. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galén, 2002, s. 70, 351, 354, 357 - 358. ISBN 80-7262-175-0.

BUSUTTIL, R. W. a KLINTMALM, G. K. *Transplantation of the liver*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2005. ISBN 0-7216-0118-9.

ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0143-X.

DRAGOMIRECKÁ, E. a BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-86297-05-5.

FILIP, K. Historie transplantace jater. In TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. aj. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009, s. 21 – 27. ISBN 978-80-246-1671-1.

FRAŇKOVÁ, S. Život s transplantovanými játry. In TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. aj. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009, s. 260 – 266. ISBN 978-80-246-1671-1.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 284, 345, 402, 446, 701. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYN, J. aj. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 205 – 216. ISBN 80-7254-657-0.

HOGENOVÁ, A. *Starost o duši*. Praha: UK – Pedagogická fakulta, 2009. ISBN 978-80-7290-393-1.

HOLČÍK, J. aj. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-417-8.

HORÁK, J. a KMENT, M. *Vnitřní lékařství: hepatologie, gastroenterologie, pankreatologie, nefrologie, revmatologie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-986-1.

HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-351-6.

KERN, H. aj. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-121-2.

- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-122-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4 vydání 3
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- PĚČ, O. a PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- STRÍTESKÝ, J. *Patologie*. Olomouc: Epava, 2001. ISBN 80-86297-06-03.
- ŠAFKA, V. a LATA, J. Patofyziologie jaterního selhání. In TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. aj. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009, s. 28 – 38. ISBN 978-80-246-1671-1.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 1996. ISBN 80-902260-0-0.
- TRUNEČKA, P. Indikace, kontraindikace a časování transplantace jater. In TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. aj. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009, s. 39 – 48. ISBN 978-80-246-1671-1.
- TRUNEČKA, P. Pozdní komplikace po transplantaci jater. In TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. aj. *Transplantace jater*. Praha: Karolinum, 2009, s. 221 – 227. ISBN 978-80-246-1671-1.
- TŘEŠKA, V. aj. *Transplantologie pro mediky*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0331-4.
- VOKURKA, M. a HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2005, s. 437, 612, 814. ISBN 80-7345-058-5.
- YALOM, I. D. *Chvála psychoterapie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-894-4.
- ZAKIM, D. a BOYER, T. D. *Hematology. A textbook of liver disease*. 5nd ed. Philadelphia, USA: Elsevier Science, 2003. ISBN 0-7216-9051-3.

Internetové zdroje

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*

[online]. c2004. [cit. 2011.06.01]. Dostupné na:

http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html

MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí). *Zákony* [online]. c2011 [cit.

2011.06.03]. Dostupné na:

<http://www.mpsv.cz/cs/>

PTÁČKOVÁ, A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater.

Československá psychologie [online]. c2011 [cit. 2011.25.03.]. Dostupné na:

<http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=174&to=174>

Česká republika. *Zákon 285/2002 Sb.* [online]. c2011 [cit. 2011.15. 02.]. Dostupné

na:

<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb02285&cd=76&typ=r>

Sociální práce/Wikipedie, otevřená encyklopedie [online]. c2002, poslední revize

9.3.2011 [cit. 2011.12.03]. Dostupné na:

http://cs.wikipedia.org/wiki/Soci%C3%A1ln%C3%AD_pr%C3%A1ce

Přednášky

MACHAN, R. *Péče o duši*. Přednášky pro 5. ročník. Praha: PVŠPS, 2011.

Seznam grafů

Graf č. 1	Pohlaví respondentů.....	48
Graf č. 2	Věk respondentů.....	49
Graf č. 3	Doba od transplantace.....	49
Graf č. 4	Rodinný stav respondentů	50
Graf č. 5	Zaměstnanost pacientů po transplantaci jater.....	52
Graf č. 6	Subjektivní hodnocení zdravotního stavu u respondentů..	53
Graf č. 7	Hodnocení zdravotního omezení u respondentů.....	54
Graf č. 8	Fyzická aktivita a sport u respondentů.....	55
Graf č. 9	Úroveň soběstačnosti respondentů	56
Graf č. 10	Využití sociálních služeb u respondentů.....	56
Graf č. 11	Funkčnost rodinného zázemí.....	57
Graf č. 12	Chování okolních osob vůči osobám po transplantaci.....	58
Graf č. 13	Pocit osamělosti u respondentů.....	58
Graf č. 14	Dodržování léčebného režimu respondenty.....	59
Graf č. 15	Plánování budoucnosti.....	60
Graf č. 16	Spokojenost se životem ze strany respondentů.....	61
Graf č. 17	Subjektivní hodnocení spokojenosti se životem.....	61
Graf č. 18	Možnost ovlivnění vlastního zdraví respondenty.....	62
Graf č. 19	Existence životních cílů u respondentů.....	63
Graf č. 20	Vztah ke zdraví před Tx u respondentů.....	63
Graf č. 21	Nahlížení na zdraví po Tx.....	64
Graf č. 22	Vnímání své nemoci respondenty.....	65
Graf č. 23	Sdílení pocitů respondentů s jinými lidmi.....	66
Graf č. 24	Využití jiné odborné pomoci.....	67
Graf č. 25	Setkávání transplantovaných pacientů.....	68

Seznam zkratk

IKEM	Institut klinické a experimentální transplantace
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Tx	Transplantace
WHO	World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1 Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem „Kvalita života pacientů po transplantaci jater“.

Příloha č. 2 Dotazník kvality života.

Příloha č. 1 Souhlas zdravotnického zařízení s výzkumem „Kvalita života pacientů po transplantaci jater“.

Základní demografické údaje

Muž – žena

Rodinný stav

Věk

Kolik let jste po transplantaci?

Jaká nemoc byla důvodem k transplantaci jater?

Fyzické zdraví

1. Pracujete? Důchodce? Máte invalidní důchod? Jiné.....

Pracoval jste před transplantací?

2. Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?

Velmi špatný špatný ani špatný, ani dobrý dobrý
velmi dobrý

3. Způsobuje Vám Váš zdravotní stav v současné době nějaké omezení?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně
Jaké?

Jak moc Vás limitoval váš zdravotní stav před transplantací?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně
Jak?

4. Sportujete? Věnujete se nějaké fyzické aktivitě? Jaké?

Ano – ne

Věnoval jste se sportu před onemocněním?

Ano – ne

5. Zvládal jste vykonávat před transplantací každodenní činnosti – postarat se o sebe?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

Zvládáte nyní bez problému každodenní činnosti?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

6. Využíváte nějakou formu sociálních služeb? Ano - ne
Jakou?

Mezilidské vztahy

7. Máte funkční rodinné zázemí?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

8. Pociťujete nějakou změnu v chování k Vám ve svém okolí po transplantaci?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

9. Cítíte se osamělý ve svém životě?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

10. Dodržujete nyní všechna doporučení po transplantaci?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

Prožívání

11. Přemýšlíte o svoji budoucnosti, plánujete svoji budoucnost?

Nikdy někdy středně celkem často neustále

12. Jste spokojen se svým životem?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

13. Jste spokojený s tím, čeho jste v životě dosáhl?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

14. Máte pocit, že jste schopen ovlivnit svým chováním své zdraví?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

15. Máte cíle, kterých chcete ve svém životě dosáhnout?

Ano – ne – nepřemýšlím o tom

16. Přemýšlel jste o svém zdraví před onemocněním?

Ano – ne

17. Změnilo se Vaše nahlížení na zdraví po transplantaci?

Jak?

18. Myslíte na svůj zdravotní stav často, na svoji nemoc?

Vůbec ne trochu středně hodně maximálně

19. Máte možnost s někým hovořit o tom, jak se cítíte, jaké máte pocity? Mluvit o onemocnění, o sobě?

Ano – ne – někdy

20. Uvítal byste možnost navštěvovat psychologa, psychoterapeuta?

Před transplantací – po transplantaci – před i po - ne

21. Uvítal byste možnost setkávání transplantovaných pacientů?

22. Jaké máte vzpomínky na pobyt v nemocnici?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Monika Šindelářová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Kvalita života pacientů po transplantaci jater

Počet stran (bez příloh): 81

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 30

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 5

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2011

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

Posudek vedoucího diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Monika ŠINDELÁŘOVÁ**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **KVALITA ŽIVOTA PO TRANSPLANTACI JATER**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 37 + přednášky

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

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

parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace,
cizojazyčná literatura)

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

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakým způsobem bylo možno ověřit statisticky platnost uvedených výsledků?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je vhodná, původně sice zdravotnická, ale autorka se poctivě snaží tuto problematiku rozšířit i mimo zdravotnictví, především o kvalitu života těchto pacientů.

Teoretická část je napsána pěkně, autorka postupuje pečlivě od kapitoly ke kapitole, po formální stránce zvládla vše podle požadavků školy, práci s literaturou uspokojivě ovládá.

Praktická část pracuje se souborem 77 osob, což je pro diplomovou práci střední soubor. Autorka si dala značně práce s pečlivým sestrojováním grafů, jichž je 25.

Připomínky:

Některé kapitoly jsou pojaty až příliš široce, i když nakonec autorka spojuje tyto širší, obecné informace s problematikou transplantovaných osob.

U souboru v praktické části nejsou využity všechny statistické možnosti, které by bylo možno na tomto souboru uplatnit.

Legendy ke grafům uvádí autorka před graf, což je poněkud nezvyklé. Zřejmě to dělá proto, že chtěla ušetřit místo. Vzhledem k tomu, že tento postup pojala jednotně, lze to akceptovat.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně, pokud tomu bude odpovídat i úroveň obhajoby.

Datum, podpis:

16.5.2011


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

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

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Monika Šindelářová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a psychoterapii

Název práce: **Kvalita života po transplantaci jater**

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 37 + přednášky

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost 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			
--	---	--	--	--

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

Využití praktických zkušeností

Obsahová kritéria a přínos práce

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

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co je směrodatná odchylka a proč jste ji nepoužila? 77 pacientů není tak málo, aby to bylo zbytečné.

Co je hladina významnosti?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je zakotvena ve zdravotnické problematice, z níž autorka vychází, a snaží se dále rozšiřovat tuto problematiku do komplexnějšího pojetí. V nemedicínských oblastech postupuje od obecného ke zvláštnímu, pojednává např. o kvalitě života obecně a posléze o kvalitě života u pacientů s transplantací jater, nebo přistupuje široce obecně k pojmům ze sociální práce, sociální péče, vyjmenovává sociální dávky, až se posléze dostane k specifickým dávкам u transplantovaných pacientů.

Na práci oceňuji, že se snaží o komplexní pohled na danou problematiku, což zatím nebývá zvykem, a problematika bývá zúžena pouze na medicínskou oblast.

Dále hodnotím velmi pozitivně, že po formální stránce je práce vytvořena s pečlivostí, je po stylistické i gramatické stránce správná, stejně tak jako úpravou.

Výtky:

Obecným údajům je věnováno příliš mnoho prostoru např. na 6 a půl stránce se pojednává obecně o sociální práci, sociální péči a sociálních dávkách, načež následuje jedna stránka aplikace těchto údajů na pacienty s transplantací jater, pak další dvě stránky o psychoterapii vůbec a půl stránky o psychoterapii u těchto nemocných. Podobně je to v kapitole o kvalitě života, 7 a půl stránky je věnováno kvalitě života obecně, dále u hospitalizovaného pacienta,

pak u chronicky nemocného pacienta a pak 2 stránky o kvalitě života u těchto transplantovaných pacientů.

Formální připomínka: přílohy se číslují zvláště.

Co se týče vlastního výzkumu, postrádám tam některé statistické prvky.

Postrádám tam také uvedení konkrétního časového intervalu od-do, v němž se pohyboval sběr dotazníků.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Výborně (pokud autorka uspokojivě zodpoví shora položené otázky), jinak velmi dobře.

Datum, podpis:

16.5.2011


PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.