



Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Monika Vošterová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyriánová



Awareness of patients about malignant disease prevention after renal transplantation

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Monika Vošterová**
Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Vošterová**
Osobní číslo: **Z11000124**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění
po transplantaci ledviny**
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle práce:

Zjistit míru informovanosti pacientů po transplantaci ledviny o prevenci nádorových onemocnění.

Zjistit, jestli pravidelný preventivní protinádorový program představuje pro pacienta zátěž, která by ovlivnila jeho rozhodnutí podstoupit další transplantaci.

Zjistit, jak důsledně pacienti dodržují doporučení prevence nádorových onemocnění.

Teoretická východiska:

Po transplantaci ledvin musí pacienti trvale užívat léky, které omezují činnost imunitního systému - imunosupresiva. Tyto léky mají řadu vedlejších účinků a zvyšují riziko vzniku nádorových onemocnění. Všeobecné sestry se podílí na edukačních programech zaměřených na prevenci nádorových onemocnění u pacientů po transplantaci ledviny. Tato edukační činnost má nezastupitelný význam pro včasnou diagnostiku nádorů. Cílem této práce je zdokonalit informovanost o prevenci nádorových onemocnění vytvořením informačního materiálu formou tištěného letáku.

Výzkumné otázky:

Domnívám se, že pacienti v péči transplantačního centra IKEM mají stejné znalosti o prevenci nádorových onemocnění, jako pacienti nefrologicko-dialyzačního pracoviště Krajské nemocnice Liberec a.s.

Domnívám se, že ženy budou důslednější v dodržování lékařských doporučení než muži.

Domnívám se, že preventivní nádorový program nebude důvodem odmítnutí další transplantace.

Domnívám se, že pacienti obou zdravotnických zařízení budou mít více informací o prevenci nádorových onemocnění kůže než o prevenci nádorových onemocnění trávicího traktu.

Metoda: Kvantitativní

Technika práce, vyhodnocení dat:

Dotazník, analýza dokumentů.

Místo a čas realizace výzkumu:

Prosinec 2013 - únor 2014.

Vzorek:

200 - 250 pacientů po transplantaci ledviny v transplantačních poradnách


Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Institut klinické a experimentální medicíny


Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy: **50 - 70 stran**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury: **viz příloha**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Alena Kyrianová**
Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kús
rektor




Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- CETKOVSKÁ, Petra a kol. Kožní změny po transplantaci ledvin - první výsledky klinického sledování. Československá dermatologie. 2011, roč. 86, č. 1, s. 13 - 16, ISSN 0009-0514.
- DANOVITCH, Gabriel M. Handbook of kidney transplantation. 4.th.ed., Philadelphia:Lippincott Williams and Wilkins, 2005, 542s, ISBN 0-7817-5322-8.
- GALLAGHER, M. P. a kol. Rizika malignit po imunosupresivní léčbě. Postgraduální nefrologie. 2010, roč. 8, č. 3, s. 37, ISSN 1214-178x.
- JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 77 s., ISBN 978-80-247-2171-2.
- MACHOVCOVÁ, Alena. Role fotoprotekce v prevenci kožních nádorů u běžné populace a u pacientů po orgánové transplantaci. Dermatologie pro praxi. 2011, roč. 5, č. 3, s. 144 - 149, ISSN 1803-5337.
- TOMICKÁ, Jolana, Markéta VINKLEROVÁ. Význam edukace při podávání imunosupresiv. Sestra. 2012, roč. 22, č. 10, s. 33 - 34, ISSN 1210-0404.
- ROBINSON, June a kol. Skin cancer prevention education for kidney transplant recipients a systematic evaluation of Internet sites. Progress in Transplantation. 2010, roč. 20, č. 4, s. 344 - 348.
- VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK, Peter BALÁŽ a kol. Transplantace ledviny v klinické praxi. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 384 s., ISBN 978-80-247-2455-3.
- VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ, Sylvie DUSILOVÁ-SULKOVÁ a kol. Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 192 s., ISBN 978-80-247-3227-5.
- VIKLICKÝ, Ondřej. Sekundární prevence kožních karcinomů sirolimem. Postgraduální nefrologie. 2012, roč. 10, č. 4, s. 59 - 61, ISSN 1214-178x.
- Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledviny. Astellas Pharma s.r.o. 2008, 64s.

Studentka
Monika VOŠTEROVÁ
Z11000124
Řídkého 228/4
460 10 LIBEREC 10

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 12. června 2014
č.j.: 14/8515/022946-02

Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 6. 6. 2014, zaevidované pod č.j.: 14/8515/022946-01, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu „Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30. 6. 2015.

S pozdravem



Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií
Studentská 2, 461 17 Liberec I



Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 10.6.2015

Podpis:



Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Aleně Kyrianové za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále bych ráda poděkovala MUDr. Miroslavu Rybovi za odborné konzultace a sestřám transplantačního centra IKEM za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce. Poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mi byli během mého studia obrovskou podporou.

Podpis:.....

Abstrakt v českém jazyce**Jméno a příjmení autora:** Monika Vošterová**Instituce:** Technická univerzita Liberec, Ústav zdravotnických studií**Název práce:** Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Kyrianová**Konzultant:** MUDr. Miroslav Ryba**Počet stran:** 64**Počet příloh:** 5**Rok obhajoby:** 2015

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na informovanost pacientů po transplantaci ledviny o zvýšeném riziku vzniku nádorových onemocnění spojeným s užíváním léků po transplantaci - imunosupresiv. Konkrétně na časové období, kdy získali nejvíce informací na dané téma, kde porovnává pracoviště transplantačního centra IKEM a nefrologicko-dialyzační pracoviště Krajské nemocnice Liberec. Práce se skládá se z teoretické a empirické části. V teoretické části je zachyceno schéma možností v transplantační léčbě, současná léčba a nejčastější vedlejší účinky, porovnání výskytu nádorových onemocnění transplantovaných s běžnou populací, frekvence návštěv spolu s cíli sledování a edukační proces u pacientů před a po transplantaci. Stěžejní část práce je empirická část, která je založena na kvantitativním výzkumném šetření pomocí nestandardizované dotazníkové metody. Cílem této části je zjistit do jaké míry jsou pacienti informováni o prevenci nádorových onemocnění, jak důsledně dodržují doporučení prevence nádorových onemocnění a jestli je preventivní protinádorový program takovou zátěží, že by příště transplantaci nepodstoupili. Zkoumaný soubor respondentů je tvořen 149 pacienty po transplantaci ledviny pracoviště IKEM a 73 pacienty po transplantaci ledviny pracoviště Krajské nemocnice Liberec. Výstupem práce je, na základě zjištěných výsledků z dotazníkového šetření, zhotovení informačního materiálu pro pacienty s přehledem vedlejších účinků imunosupresiv a s preventivním nádorovým programem.

Klíčová slova: transplantace, imunosupresiva, nádor, screening, edukace

Abstrakt v anglickém jazyce**Name and surname:** Monika Vošterová**Institution:** Technical university of Liberec, Institute of Health Studies**Title:** Awareness patients about prevention of tumor after kidney transplantation**Supervisor:** Mgr. Alena Kyrianová**Consultant:** MUDr. Miroslav Ryba**Pages:** 64**Appendix:** 5**Year:** 2015

Summary: Bachelor thesis is focused on patient's awareness after kidney transplantation – if they know about the increased risk of tumorous diseases caused by using drugs after transplantation - the immunosuppressant. Specifically, the time period when they got the most of information about the topic which compares workplace transplantation center the IKEM and the dialysis and nephrology department of Liberec Regional Hospital. The thesis consists of theoretical and empirical part. The theoretical part detects diagram of possibilities in transplant therapy, current treatment and the most common side effects, comparison of occurrence the incidence of tumorous diseases at transplanted patients and normal population, the frequency of visits along with objectives of monitoring and educational process for patients before and after transplantation. The main part is the empirical part, which is based on a quantitative research which is using not standardized questionnaire methods. The aim of this part is to find out how much do the patients know about prevention of tumorous diseases and if they abide recommendations. Other important aim is to find out if the preventive program is so complicated, than they would not to undergo the transplantation again. The research sample of respondents includes 149 patients after kidney transplantation from department the IKEM and 73 patients after kidney transplantation from department the Liberec Regional Hospital. The outcome of this thesis is to prepare some informational material for patients and to do some overview of side effects of immunosuppressive drugs and preventive tumor program.

Key words: transplantation, immunosuppressants, cancer, screening, education

Obsah

1	ÚVOD	14
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	15
2.1	Transplantace ledvin	15
2.1.1	Léčba po transplantaci	15
2.1.2	Nádor jako komplikace	18
2.1.2.1	Nejčastější nádory	18
2.1.2.2	Dispenzární péče po transplantaci	19
2.1.3	Nádorový screening	20
2.1.4	Role sestry.....	22
2.1.4.1	Specifika v ošetrovatelství chronicky nemocných pacientů.....	23
2.2	Edukace	24
2.2.1	Edukační proces	25
2.2.1.1	Fáze edukačního procesu.....	25
2.2.1.2	Cíle edukace	27
2.2.2	Didaktické formy edukace	27
2.2.3	Edukační metody	27
2.2.4	Edukace chronicky nemocných pacientů.....	28
2.2.5	Záznam o edukaci v ošetrovatelství.....	29
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	30
3.1	Cíle výzkumu	30
3.2	Metodika výzkumu.....	30
3.2.1	Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
3.2.2	Zpracování dat	31
3.3	Výsledky výzkumu a jeho analýza.....	32
3.4	Analýza výzkumu.....	49
4	DISKUZE	54
5	NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI	59
6	ZÁVĚR.....	60
7	SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	61
8	SEZNAM PŘÍLOH	64

Seznam použitých zkratk

IKEM - Institut klinické a experimentální medicíny

KNL - Krajská nemocnice Liberec

HIV - Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

BMI - body mass index

EKG - elektrokardiogram

RTG - radioizotopový termoelektrický generátor- rentgen

PSA - prostatický specifický antigen

UV- ultrafialové záření

ECHO - echokardiografie

ABO - Antibodies Blood Group

HLA - Human Leukocyte Antigen – Hlavní histokompatibilní komplex

Cross match - křížová zkouška HLA dárce proti příjemci

1 ÚVOD

„Non schoale sed vitae discimus“ - „Neučíme se pro školu, ale pro život.“

Seneca

Transplantace je v současné době považována za standardní léčebnou metodu, která zlepšuje kvalitu života, ale zároveň sebou nese pro pacienta rizika, mezi které patří i častější výskyt nádorových onemocnění. Tato skupina pacientů je významně ohrožena rizikem rozvoje nádorových onemocnění v souvislosti s imunosupresivní léčbou, která je po transplantaci nezbytná. Pacientů po transplantaci ledviny přibývá a jsou specifictví tím, že musí postupně zvládnout léčebný režim v chronickém dialyzačním programu a změny související s transplantací. Každá fáze ledvinného selhání obnáší množství informací, které si pacient musí osvojit. Pacienti často o svých rizicích vyplývajících z imunosupresivní léčby nevědí a nejsou tak dostatečně motivováni k důslednému dodržování opatření k prevenci vzniku malignit. Naopak dobře informovaný pacient má větší šanci má dlouhodobé přežití štěpu ledviny a vyšší kvalitu života. Edukace je důležitou součástí ošetrovatelského procesu, proto je problematika informovanosti pacientů velmi aktuální. Existuje řada edukačních materiálů pro transplantované, ale edukační materiál, který by se cíleně zabýval problematikou zvýšeného rizika vzniku nádorových onemocnění, není zatím tak propracovaný. Riziko vzniku nádorů je v této populaci jiné než v běžné populaci a proto se domníváme, že pacient, který má tak specifickou léčbu by měl znát její vedlejší účinky. Vytvořením vhodného edukačního materiálu doplněného o nádorový screening předpokládáme zlepšení informovanosti pacientů a tím zlepšení jejich motivace k dodržování preventivních opatření.

Úvodní část práce objasňuje současné možnosti v transplantační léčbě, přehled užívaných imunosupresivních léků a jejich nejčastější vedlejší účinky. Navazuje část věnovaná výskytu jednotlivých nádorových onemocnění u transplantovaných v porovnání s běžnou populací a schéma sledování pacientů po transplantaci. Jádro práce tvoří kapitoly popisující oblasti edukací před a po transplantaci ledviny.

Ve výzkumné části jsou popsány informace, získané na základě nestandardizovaného dotazníkového šetření získané u pacientů po transplantaci ledvin v Krajské nemocnici Liberec a.s. a v IKEM Praha. Následuje zpracování výsledků a návrh pro praxi.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Transplantace ledvin

„Transplantace ledviny je preferovanou metodou náhrady funkce ledvin, protože zlepšuje přežití nemocných a kvalitu jejich života a oproti dialýze je levnější.“ (Gallagher, 2010, str. 37).

Transplantace ledviny je součástí komplexní péče o pacienty se selháním ledvin, navazuje na nefrologickou péči, ale nelze ji nabídnout všem nemocným. Další možností léčby selhání ledvin je hemodialýza a peritoneální dialýza (Viklický, 2008).

Historie prvních transplantací sahá do přelomu 19. - 20. století, kdy dárcovská ledvina byla od zvířete. Od té doby prošla transplantologie významným vývojem v oblasti chirurgie, imunologie a farmakologie, ale původní cíl zůstává stejný. Nahradit postiženou ledvinu plně funkčním orgánem. Nemocní se selháním ledvin mají celou řadu komplikujících onemocnění, které mohou v případě transplantace zapříčinit život ohrožující komplikace. Proto je nutné celkové, důkladné vyšetření pacienta před zařazením do čekací listiny, aby riziko komplikací bylo minimální. Transplantaci nelze rovněž nabídnout prokazatelně nespolupracujícím pacientům (Viklický, 2008). Dárcovství orgánů a kontraindikace jsou součástí přílohy č. 1.

2.1.1 Léčba po transplantaci

Úspěšná transplantace závisí na dvou faktorech – úspěšném chirurgickém zákroku a potlačení odhojení štěpu imunosupresivní léčbou. Imunosupresiva je skupina léků, které musí pacienti po transplantaci trvale užívat. Tyto léky omezují činnost imunitního systému nebo jí zabraňují (Viklický, 2008, Tomická, 2012). *„Paradoxně to jsou právě imunosupresivní preparáty, které přispívají ke vzniku dalších komplikací ovlivňující osud štěpu i nemocného.“* (Viklický, 2008, str. 221). Úkolem nefrologa je nastavit léčbu tak, aby byla rovnováha mezi účinností a potlačením vedlejších účinků, jako jsou infekce, novotvary, metabolické komplikace a toxické projevy. Léčba se obvykle skládá z trojkombinace imunosupresiv, aby byly zasaženy různé úrovně imunitní

odpovědi (Viklický, 2008).

Rozdělení imunosupresivních režimů:

Indukční imunosuprese

Léčba v časném období po transplantaci. Jejím cílem je zabránit odhojení štěpu v době, kdy je imunitní reakce nejintenzivnější. Dávky léků jsou v tomto období velmi vysoké (Viklický, 2008).

Udržovací imunosuprese

Dlouhodobá udržovací léčba, která je méně intenzivní. Dávky léků se postupně snižují a v případě výskytu vedlejších účinků se kombinace léků mění. V současnosti se dává přednost dávkování „ušitému na míru“, které je nastaveno individuálně každému pacientovi (Viklický, 2008).

Antirejekční imunosuprese

Léčba, která se zahajuje, pokud dochází k odhojování transplantovaného štěpu (Viklický, 2008).

Potřeba imunosupresivních léků, které jsou nutné pro zachování transplantovaného orgánu, naštěstí za několik měsíců po transplantaci klesá. Určitá imunosuprese je přesto nutná po celou dobu funkčního štěpu ledviny. Bez svolení lékaře se léky nesmí přestat užívat a nesmí se ani měnit jejich dávkování. Mohlo by to ohrozit funkci transplantované ledviny (Viklický, 2008).

Rozdělení nejčastěji užívaných imunosupresiv:

Kortikosteroidy

Představují základní preparáty pro udržovací i antirejekční imunosupresi. Prednison, prednisolon a metylprednisolon se rychle vstřebávají a mají krátký poločas v plazmě, avšak dlouhý biologický poločas. Účinek kortikosteroidů spočívá v kombinaci protizánětlivých a imunosupresivních účinků. Kortikosteroidy se užívají k imunosupresivní léčbě trvale, někdy je možné je postupem času vysadit (Jenkins, 2008). Vedlejší účinky steroidů jsou časté a významné. Patří mezi ně katarakta, osteoporóza, hypertenze, diabetes, dyslipidémie, cushingoidní změny, psychické změny, poruchy spánku, vředová choroba, pankreatitida, zvýšená chuť k jídlu a obezita (Jenkins, 2008).

Inhibitory kalcineurinu

Představují základní stavební kameny imunosuprese po orgánových transplantacích. Účinek spočívá v blokaci aktivace T lymfocytů a tím brání poškození nové ledviny. Cyklosporin A byl zaveden do terapeutických schémat po orgánových transplantacích v osmdesátých letech 20. století a rychle se stal imunosupresivem první volby, protože zcela významně zlepšil jednorocní přežívání transplantovaných ledvin. Nejčastější vedlejší účinky jsou zbytnění dásní, zvýšený růst ochlupení, hypertenze, zvýšení hladiny cukru, nefrotoxicita, bolesti hlavy (Jenkins, 2008).

Tacrolimus

Makrolidové imunosupresivum používané od poloviny 90. let 20. století přináší lepší funkci ledvin, ale také vyšší riziko poškození ledvin. Nejčastější vedlejšími účinky jsou hypertenze, nefrotoxicita, zvýšení hladiny cukru, brnění končetin, třes končetin, zažívací potíže, bolesti hlavy (Viklický, 2008).

Azathioprin

Starší látka s podobným účinkem jako mykofenolát mofetil, který jej pro lepší účinnost a méně častý výskyt poklesu bílých krvinek postupně nahrazuje. Azathioprin však na rozdíl od mykofenolátu nepůsobí zažívací potíže. Nejčastější vedlejšími účinky jsou myelotoxicita, trombocytopenie, anemie, časté infekce, bolesti kloubů, malignita (Viklický, 2008).

Mykofenolát mofetil

Lék, který zpomaluje množení a vyžívání lymfocytů. V české republice poprvé použit v roce 1998 po transplantaci srdce. Od té doby je standardním preparátem. Nejčastější vedlejšími účinky jsou průjemy, nauzea, zvracení, ulcerace v tlustém střevě, leukopenie a zvýšený výskyt cytomegalovirové infekce (Jenkins, 2008).

Inhibitory mTOR

Novější makrolidové imunosupresivum, které má významnou nefrotoxicitu. Účinek spočívá v blokaci aktivace T-lymfocytů. Je indikováno především u pacientů se zjištěnou malignitou. Nejčastější vedlejší účinky jsou hematologické komplikace, leukopenie, trombocytopenie, zhoršené hojení ran bolesti břicha, průjem a hyperlipidémie (Viklický, 2008, Jenkins, 2008).

Skupinu imunosupresiv tvoří velké množství chemicky rozdílných látek, které značně rozšiřují spektrum vedlejších účinků. Obecně lze říci, že tlumením imunitního systému dochází k narušení schopnosti organismu likvidovat infekční mikroorganismy a nádorové buňky. Z tohoto důvodu je u lidí dlouhodobě užívajících imunosupresiva

vyšší výskyt infekčních komplikací a vyšší riziko vzniku nádorů (Jenkins, 2008).

2.1.2 Nádor jako komplikace

V posledních dekádách byla do léčby transplantovaných pacientů zavedena nová účinná imunosupresiva, která významně zlepšila výsledky transplantací. Osud funkce transplantované ledviny je i přes to v dlouhodobém horizontu nejistý. Kromě imunitních procesů vedoucích k selhání funkce nové ledviny jsou nejčastější příčinou úmrtí pacienta komplikace kardiovaskulární a další významnou komplikací jsou malignity po transplantaci. Současné analýzy v jednotlivých centrech svědčí pro to, že malignit přibývá. Příčiny mohou být tři: přenesení nádoru z dárce, nádor příjemce v minulosti aktivovaný po transplantaci, nádor vzniká nově po transplantaci. V souvislosti s trendem zvyšování počtu provedených transplantací a delším přežíváním transplantovaných nemocných se riziko malignit zvyšuje. Podle zahraničních publikací může malignitu vyvolat užívání imunosuprese tím, že dojde k aktivaci virů, které normálně osidlují organismus a způsobí maligní transformaci. Typickým příkladem jsou lymfomy. V současné době je celosvětově počet žijících s transplantovanou ledvinou odhadován na více než půl miliónu příjemců. K 31.12.2009 bylo v České republice podle statistických údajů 3771 žijících příjemců po transplantaci ledviny. Riziko výskytu nádorů je u transplantovaných 3,9 krát vyšší než u běžné populace. Proto je žádoucí zahrnout do komplexní péče o transplantované také onkologický screening, který oproti běžné populaci musí být prováděn i u mladších osob (Cetovská, 2011, Danovitch, 2005, Viklický, 2008, Viklický, 2012, Pokorná, 2010).

2.1.2.1 Nejčastější nádory

Dostupné informace o výskytu nádorů transplantovaných jsou u nás omezeny na přehledy z některých transplantačních pracovišť nebo z kazuistických sdělení. Oficiální počty u nás zatím nebyly publikovány.

Nádory kůže jsou podle dostupných údajů nejčastější. Objevují se o desetiletí dříve než u vrstevníků běžné populace a až dvacetinásobně častěji. Nejčastější kožní nádor u této skupiny pacientů je bazaliom, maligní melanom a aktinické keratózy. U kožních nádorů hraje roli fototyp, expozice na slunci a doba užívání imunosupresiv. Podle

zahraniční publikace Robinsona je riziko nádorů kůže o to vyšší, že u některých pacientů v době dialyzační léčby dojde vlivem zvýšené hladiny urey k zhnědnutí kůže, která po transplantaci vybledne. Bohužel někteří lidé na to reagují nadměrným opalováním, protože jsou přesvědčeni, že opálená kůže znamená lepší a zdravější vzhled (Cetovská, 2011, Machovcová, 2011, Robinson, 2010, Viklický, 2008).

Nádory ledviny a močového měchýře v souvislosti s užíváním imunosuprese jsou další častou malignitou. Podle zahraničních údajů je v Austrálii výskyt osminásobně vyšší než u běžné populace a v USA až patnáctinásobně vyšší. Údaje z Evropy zatím nebyly publikovány (Viklický, 2008).

Myelom je dalším častým nádorem, který mění plazmatické buňky bílých krvinek na buňky myelomové. Plazmatické buňky za normálních okolností sídlí v kostní dřeni, takže tato nemoc postihuje kostní dřeň a okolní kosti (Viklický, 2008).

Další zvýšený výskyt malignit je sarkom, zhoubný nádor pojivové tkáně a nádory prsu (Lyerová, 2007, Viklický, 2008).

2.1.2.2 Dispenzární péče po transplantaci

Po propuštění je pacient sledován první tři měsíce v týdenních intervalech. Pokud nejsou komplikace, intervaly kontrol se postupně prodlužují na dvakrát měsíčně a po půl roce jednou měsíčně. Po prvním roce dochází stabilizování pacientů na kontroly jednou za tři měsíce po celou dobu funkčního štěpu. Pacienti jsou sledováni v transplantační poradně na regionálním pracovišti dialýzy. Pokud transplantační poradnu dialyzační pracoviště nemá, dochází pouze do transplantačního centra. Pacient sledovaný mimo transplantační centrum je zván do centra k protokolární biopsii 3 měsíce po transplantaci a obvykle jedenkrát ročně ke kontrolnímu vyšetření. V České republice je sedm transplantačních center, každé má spádovou oblast regionálních dialyzačních pracovišť (Viklický, 2010).

Při každé kontrole se provádí odběr krve a moče. Sledují se hodnoty cukru, minerálů, jaterní funkce, renální funkce, zánětlivé parametry, hladina imunosupresivních léků v krvi a krevní obraz. V moči se vyšetřuje proteinurie, kreatinin, kultivace a citlivost a moč chemicky a sediment. Objektívni stav pacienta se posuzuje podle hodnot krevního tlaku, tělesné teploty, váhy a celkového vyšetření lékařem. Součástí vyšetření je rozhovor s pacientem, za účelem zjištění subjektivního stavu a projevů vedlejších účinků léků. Dále se u všech pacientů jedenkrát ročně provádí ultrazvuková kontrola štěpu ledviny, RTG srdce a plic a natočení EKG

(Viklický, 2010).

2.1.3 Nádorový screening

Na základě zahraničních observačních studií a jejich metaanalýz zabývajících se výskytem a frekvencí vzniku nádorů u pacientů užívajících imunosupresi a některých u nás publikovaných kazuistik, které toto tvrzení potvrzují, se v posledních šesti letech zavedl do pravidelných transplantačních kontrol nádorový screening. Sledování probíhá v rámci kontrol a je zaměřeno na vyšetření kůže a pih kožním lékařem, vyšetření stolice na okultní krvácení, laboratorní vyšetření PSA u mužů a gynekologická prohlídka u žen. Všechna screeningová vyšetření jsou pacientovi doporučována při kontrolách v transplantační poradně a provádějí se od operace v pravidelných intervalech a v podstatně mladším věku než u běžné populace. Při zjištění nádoru kontaktuje nefrolog transplantační centrum a obvykle dochází ke změně kombinace imunosupresivní léčby (Lyerová, 2007).

Nádorový screening se provádí na základě doporučení nefrologické společnosti. Frekvence sledovaných malignit může být na některých pracovištích odlišná. Na pracovišti nemocnice IKEM Praha a transplantační poradně Liberec je frekvence prováděna shodně. Sledování probíhá v rámci pravidelných kontrol v transplantační poradně. Výchozím časovým bodem nádorového screeningu je transplantace (Lyerová, 2007).

Screening kůže

Kožní nádory se u transplantovaných pacientů vyskytují nejčastěji. Pravidelné vyšetření kůže, pih a znamének je pacientům doporučeno jedenkrát ročně bez ohledu na věk pacienta. Zejména riziková jsou světlé typy lidí a osoby, které se opakovaně vystavují UV záření. Výsledky výzkumu Fakultní nemocnice Olomouc, která po dobu 15 let sledovala u 603 pacientů po transplantaci ledviny výskyt kožních nádorů, se shodují se srovnatelnými zahraničními studii. Kožní nádor byl zjištěn u 55 pacientů v době 38 – 62 měsíci od transplantace. Výsledky tohoto výzkumu a údaje publikované ve světové literatuře apelují na pravidelné vyšetřování kůže transplantovaných pacientů (Kalinová, 2010, Machovcová 2011).

Screening střeva

Česká republika dlouhodobě obsazuje 1. místo v Evropě v četnosti výskytu rakoviny tlustého střeva. V drtivé většině případů bývá diagnostikován u osob starších 50 let, ale výjimkou nejsou ani mladší lidé, kteří mohou onemocnět kvůli dědičným vlastnostem nemoci. Jelikož se rakovina tlustého střeva a konečníku rozvíjí průměrně deset let, lze ji při pravidelných prohlídkách objevit včas. Šance na to, že pacient bude vyléčen, je tak ve srovnání s jiným nádorovým onemocněním poměrně vysoká. Někteří odborníci hovoří až o 90-95 % úspěšnosti. Jedním z důvodů, proč na tento druh rakovinového onemocnění umírá tak vysoký počet lidí, je nedostatek informací například o možnostech preventivních vyšetření, které jsou v případě České republiky ve většině případů hrazeny pojišťovnami. V roce 2013 byl na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví spuštěn projekt adresného zvaní k vyšetření tlustého střeva osob běžné populace starších 55 let. Je zřejmé, že osoby užívající dlouhodobě imunosupresivní léčbu jsou velmi rizikovou skupinou. U pacientů po transplantaci se provádí vyšetření stolice na okultní krvácení každé dva roky. U pacientů do 30let věku se první test provádí 10 let po transplantaci a dále potom každé 2 roky. To znamená, že pokud je transplantovaný pacient ve věku 20 let první test se provádí ve 30. letech nejdéle ve 35 letech a dále každé 2 roky. Od 45 let se test provádí u všech pacientů jednou ročně. V případě pozitivity testu na okultní krvácení je pacientovi doporučeno kolonoskopické vyšetření (<http://www.euractiv.cz/cr-v-evropske-unii/link-dossier/prevence-rakoviny-tlusteho-streva-a-konecniku-crc/>, Jenkins, 2008).

Screening gynekologie a prsů

Karcinom prsu je v posledních letech nejčastějším nádorem u žen. Výskyt karcinomu děložního čípku je také častý, ale nemá zvyšující tendenci díky zdokonalení preventivních gynekologických prohlídek. Stejně, jako u preventivního programu střevních nádorů je spuštěn projekt adresného zvaní ke gynekologickému vyšetření a vyšetření prsů zdravotními pojišťovnami pro ženy od 45 let. U pacientek po transplantaci je doporučováno a připomínáno ošetřujícím lékařem pravidelné gynekologické vyšetření stejně, jako u běžné populace. Vyšetření prsu mamografem není doporučováno dříve než ve 40 letech věku pacientky, pokud není nález při samovyšetření prsu. U pacientek transplantovaných ve věku do 30. let je vhodné vyšetření prsů ultrazvukem 10-15 let po transplantaci. Doporučená frekvence je každé 2 - 3 roky. O způsobu a frekvenci vyšetření prsů u transplantovaných pacientek spolupracuje ošetřující nefrolog s gynekologem pacientky (<http://www.linkos.cz/co->

musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/, Jenkins, 2008).

Screening prostaty

Karcinom prostaty u mužů zaujímání třetí místo četnosti výskytu. Nádorový screening u transplantovaných mužů je stejný, jako u běžné populace. Pravidelné vyšetření v transplantační poradně by mělo odhalit prostatické potíže dříve než u mužů, kteří v lékaři nedochází. V rámci komplexního vyšetření se u mužů po transplantaci provádí 1x ročně vyšetření per rectum. Zároveň je pacient vždy dotazován na potíže při močení. Při zaznamenání odchylek od normy je pacient odeslán k urologickému vyšetření. V rámci krevních testů je pacientům vyšetřována hladina PSA v krvi 1 x ročně pacientům od 45 let věku, nebo u mladších po 10 letech po transplantaci dle uvážení nefrologa jednou za 2 roky (<http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>, Jenkins, 2008).

Pravidelné sledování a vyšetření ošetřujícím nefrologem, minimálně každé 3 měsíce, spolu s dodržováním pravidelného nádorového screeningu by mělo být výhodou pro včasné odhalení nádoru po transplantaci a lepší prognózu pacienta (Jenkins, 2008). Výsledky výzkumu Fakultní nemocnice v Olomouci, který byl zaměřen na vztah imunoprese a výskyt nádorových onemocnění apelují na nezbytnost nádorového screeningu po transplantaci. Dostatek informací a poučení je nezbytný, aby nepříznivý trend nárůstu mortality a morbidit v důsledku nádorových onemocnění byl zastaven (Kalinová, 2010).

„Je nezbytné, aby sami nemocní zodpovědně přistupovali ke svému zdravotnímu stavu a vyvarovali se působení všech faktorů, které mohou vývoj nádorového onemocnění potencovat (expozice slunečnímu záření, kouření, neracionální výživa apod).“ (Kalinová, 2010, str. 87).

2.1.4 Role sestry

Všechna screeningová vyšetření jsou pacientovi pravidelně doporučována při kontrolách v transplantační poradně. Nejdůležitějším úkolem je motivace pacienta. Role sestry zde má nezastupitelné místo. Sestra je nejen pomocníkem lékaře, ale především samostatným rovnocenným členem zdravotnického týmu. Hlavní funkcí sestry, kromě spolupráce se členy zdravotnického týmu, je řízení a poskytování ošetrovatelské péče, výchova pacientů, aktivní účast na rozvoji a výzkumu. Sestra edukátorka - mnohostranné zaměření na utváření a formování uvědomělého

a zodpovědného chování jedince v zájmu podpory zdraví nebo jeho obnovy. V péči o pacienty po transplantaci je úkolem sestry primární a sekundární edukace. Samozřejmostí by mělo být objasnit pacientovi, co jsou to imunosupresivní léky a v jakých intervalech se užívají. Zdůraznění důležitosti dodržování časového intervalu a užívání stanovených dávek, které určí lékař podle hladiny imunosuprese v krvi. Pacient by měl být seznámen i s vedlejšími účinky těchto léků a také se zvýšeným rizikem vzniku nádorů, které může kombinace těchto léků způsobit. Důležité je zdůraznit pacientovi nutnost jeho spolupráce s transplantačním týmem. Význam edukace u transplantovaných pacientů, kteří užívají imunosupresi, popisuje publikovaná kazuistika fakultní nemocnice Olomouc zaměřená na pacienty, kteří svévolně přestali užívat léky. Z kazuistiky jednoznačně vyplývá, jak důležité je edukovat pacienty již před transplantací, aby měli dostatek času uvědomit si nutnost užívat imunosupresiva. Pravidelný screening u pacientů se zvýšeným rizikem vzniku nádorů, kterými jsou pacienti po transplantaci, nám pomůže diagnostikovat nádorové onemocnění v raném stadiu a tím zvýšit šanci na to, že pacient bude vyléčen. Všechna doporučení a opakované edukace mají za cíl zajistit dobrou kvalitu života pacientům po transplantaci. Díky dodržení všech základních kroků, je velká šance, že transplantovaný štěp bude přežívat daleko déle (Čagánková, 2011, Tomická, 2012). Sledování pacienta po transplantaci je součástí přílohy č. 2.

2.1.4.1 Specifika v ošetřovatelství chronicky nemocných pacientů

Obor nefrologie je specifický několika skupinami pacientů. Podle stupně svého onemocnění jsou v nefrologické poradně, na hemodialýze, peritoneální dialýze, před nebo po transplantaci. Každá fáze onemocnění ledvin je spojena s velkým množstvím edukačních témat, které si pacient musí osvojit. Selhání ledvin je chronický stav a adaptační proces u pacientů je velmi dlouhý. Často se setkáváme s popíráním skutečnosti, která komplikuje spolupráci při edukaci. Smyslem edukačního procesu u nefrologických pacientů je systematické vedení pacienta k osvojení si odpovídajících dovedností a znalostí, které vedou k postupnému upevnění požadované změny chování. Hlavním cílem je, aby pacient pochopil svou roli v péči o svoji osobu a cítil určitou míru zodpovědnosti za své zdraví (Tomická, 2012). „*Při efektivní edukaci je třeba redukovat pacientovi pocity úzkosti a nejistoty a obavy z budoucnosti.*“ (Svěráková, 2012, str. 29). U pacientů, kteří čekají na transplantaci, probíhá obvykle edukační proces na ambulanci nebo během dialýzy (Svěráková, 2012).

Každý pacient má právo, ale i potřebu vědět, jak má pečovat o své zdraví a jak předcházet nemocem a jejich komplikacím. Kvalitní edukací pacienta před transplantací, která zahrnuje i možná rizika související s operací a léky, které bude trvale užívat, chceme umožnit pacientovi svobodně se rozhodnout a souhlasit s transplantací (Magurová, 2009).

Pacienti, kteří čekají na transplantaci ledviny, jsou obvykle v dialyzačním programu, to znamená, že 3 x týdně přicházejí na dialýzu. Díky tomu je možné posoudit připravenost pacienta na další informace a naplánovat si časové schéma kdy, kde a jakým způsobem budeme edukovat. Edukace témat spojených s dialýzou provádí sestry na dialyzačním středisku a zaznamenávají je do ošetřovatelského záznamu každého pacienta. Pro edukaci před transplantací nejsou žádná doporučení a proto i systém a obsah edukace je na dialyzačních pracovištích odlišný. Edukační materiál, který máme k dispozici je zaměřený spíše na edukaci po transplantaci. Edukaci před, ale i po transplantaci by měla být úkolem zkušené, nejlépe ambulantní sestry, která pracuje s pacienty po transplantaci a má dostatečné znalosti (Čagánková, 2010).

Nejvhodnějším prostorem k edukaci je ambulance, kde má pacient více soukromí. Díky zkušenostem na dialyzačním oddělení musíme připustit, že většina edukací probíhá během dialýzy. Hlavním důvodem je čas, který musí pacienti pobývat na dialýze. I s cestou na středisko jsou na oddělení obvykle 5 – 6 hodin a většinou nechtějí tento čas více prodlužovat edukací na ambulanci po dialýze. Nejčastější formou je ústní edukace doplněná tištěnými materiály (Juřeníková, 2010).

2.2 Edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova educo, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit.“ (Juřeníková, 2010, str. 9).

V edukaci se prolíná výchova a vzdělání jedince, která ovlivňuje jeho chování a jednání a má za cíl navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích a dovednostech. V posledních desetiletích se ukazuje, že edukovaný pacient, který zná svůj zdravotní stav a léčebný režim, lépe spolupracuje a léčebný proces je efektivnější. Edukace ve zdravotnictví je zaměřena na cílovou uživatelskou skupinu, kdy je edukace

plánována individuálně na základě edukační potřeby každého jednotlivce – pacienta. Edukace je pokládána za jednu z funkcí ošetrovatelství (Juřeníková 2010, Svěráková 2012).

2.2.1 Edukační proces

Edukační proces je nezbytnou součástí všech zdravotnických oborů. Pečlivost při přípravě edukačního procesu je velmi důležitá. Motivuje pacienta tím, že vidí zájem ze strany ošetrovatelského personálu a přistupuje k edukaci zodpovědněji. Lepší spoluprací pak usnadní práci sestrám. Do procesu edukace vstupují čtyři determinanty. Edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeníková, 2010).

Edukant ve zdravotnickém a ošetrovatelském prostředí je nejčastěji nemocný jedinec, ale může jím být i zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. Každý edukant je individuální osobnost v určitém věku, pohlaví a zdravotním stavu s životními postoji a motivacemi a s kognitivními schopnostmi učit se (Juřeníková, 2010).

Edukátor je považován za hlavního iniciátora edukační aktivity. Ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník, porodní asistentka nebo nutriční terapeut (Juřeníková, 2010).

Edukační konstrukty jsou plány, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Příkladem je ambulance nebo zasedací místnost (Svěráková, 2012, Juřeníková, 2010).

2.2.1.1 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je realizován v rámci vzájemného působení edukátora a edukanta. Kvalita edukačního procesu je závislá na úrovni jejich vzájemné interakce, na osobních kvalitách, hodnotách, motivaci, názorech a postojích (Kuberová, 2010).

První fáze počáteční diagnostiky

Jedná se o posuzování edukanta. Údaje získáváme formou pozorování, rozhovoru, fyzikálním vyšetřením a prostřednictvím zdravotnické dokumentace. Edukátor se snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, postojů a potřeb edukanta. Získané informace by měly být přesné, komplexní a systematické. „ *Informace, které získáváme, mají subjektivní a objektivní charakter.*“ (Juřeníková, 2010, str. 24) Subjektivní informace získáváme

od edukanta, ale není možné je ověřit. Objektivní informace jsou takové, které si můžeme ověřit testováním, měřením a pozorováním. Při posuzování je třeba také zohlednit fyzické aspekty, jako je věk, pohlaví dále i jeho etnickou příslušnost, víru a sociální prostředí, ve kterém žije (Juřeníková, 2010).

Druhá fáze projektování

Jedná se o proces plánování a přípravy. Na základě získaných údajů se rozhodneme, jakým směrem se bude naše edukace ubírat. Je důležité uvědomit si k jaké změně a v jaké oblasti chceme dojít, aby to pozitivně ovlivnilo zdraví pacienta. Dále se musíme zamyslet, zda se bude jednat o základní edukaci nebo reedukaci, jakou formou a metodou budeme edukovat. Stanovení časového rozsahu závisí na konkrétním problému pacienta a rozsahu edukačních témat. Nezbytnou podmínkou časového rozsahu je i multidisciplinární spolupráce celého zdravotnického týmu. Dále zvolíme prostředí, kde budeme edukovat a jaké materiály k edukaci využijeme (Juřeníková, 2010).

Třetí fáze realizace

V této fázi je rozhodující motivace edukanta. Nemělo by jít pouze o předávání informací ze strany edukátora, ale je důležitá také aktivita edukanta. Během realizace v konkrétních podmínkách využíváme své teoretické znalosti, ale měli bychom prokázat také praktické dovednosti. Během realizace průběžně hodnotíme a zaznamenáváme pochopení učiva a zájem edukanta. Získané vědomosti je třeba procvičovat, opakovat a hodnotit, zda je edukant schopen získané vědomosti a dovednosti použít (Juřeníková, 2010).

Čtvrtá fáze upevnění a prohlubování učiva

„ *Tato fáze je jedním z nezbytných kroků uchování vědomostí v dlouhodobé paměti.*“ (Juřeníková, 2010, str. 21). Cílem je učivo systematicky opakovat a procvičovat, aby došlo k jeho fixaci (Juřeníková, 2010).

Pátá fáze zpětné vazby

V této fázi hodnotíme výsledky edukanta, ale i edukátora. Hodnocení nám poskytuje zpětnou vazbu mezi námi a edukantem. Je nutné edukanta povzbudit, pochválit, ukázat pozitiva a teprve poté poukázat na případné neúspěchy a učivo, které je potřeba ještě osvojit. Na základě zjištěných informací se rozhodujeme o ukončení edukace, jejím pokračováním, případné reedukaci. Nesmíme zapomenout provést zápis o provedené a zhodnocené edukaci (Juřeníková, 2010).

2.2.1.2 Cíle edukace

Cíle edukace jsou očekávané změny v chování pacientů, kterých chceme edukací dosáhnout. Čím přesněji jsou cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit učební činnost. Jednoznačné a konkrétní stanovení cílů umožňuje objektivnější kontrolu výsledků edukační činnosti a hodnocení změn vědomostí, dovedností, návyků, postojů a názorů účastníka edukačního procesu. Stanovujeme si cíle komplexní, které působí na oblast kognitivní – při kterých edukanti využívají pamětní proces znovu-poznání osvojování si vědomostí a rozumových schopností, na oblast psychomotorickou – která formuje pohybové a pracovní činnosti a na oblast afektivní – která působí na rozvoj osobnosti, získávání názorů a postojů (Juřeníková, 2010).

2.2.2 Didaktické formy edukace

Jsou souhrnná organizační opatření o uspořádání výuky při realizaci edukačního procesu. Ve zdravotnictví se na edukaci podílí zdravotnický tým. Výuka může být individuální, skupinová nebo hromadná. Při výběru formy edukace přihlížíme k cíli, který jsme si stanovili, k potřebám a schopnostem edukanta a k možnostem zdravotnického zařízení. Výuka nemá pouze informovat, má i prakticky naučit podle získaných vědomostí v průběhu edukace. Pečlivým vedením záznamu o průběhu edukace předejdeme podávání nadbytečných informací, které zatěžují edukanta a prodlužují časový faktor, který jsme si stanovili. Naopak je nutné výuku opakovat, aby se edukant naučil praktické dovednosti a získal v co největším rozsahu potřebné vědomosti (Juřeníková, 2010).

2.2.3 Edukační metody

Edukační metody dávají odpověď na to, jak je třeba v edukačním procesu postupovat, abychom dosáhli stanovené cíle. Edukační metody můžeme rozdělit na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické. Určujícím kritériem pro výběr vhodné metody je: charakter obsahu edukace, charakter didaktických forem, předběžné vědomosti, fáze edukačního programu, didaktická připravenost a promyšlené působení edukátora. Klasické edukační metody jsou zaměřené na konkrétní obsah učiva, a proto jsou bezpečné a pohodlné. Edukátor předává informace, pracuje s fakty. K edukaci

využívá i další zdroje a prostředky komunikace, například video, názorné, didaktické pomůcky (Juřeniková, 2010).

2.2.4 Edukace chronicky nemocných pacientů

V rámci edukace chronicky nemocného, jímž hemodialyzovaný určitě je, musí sestra umět správně rozeznat fáze procesu adaptace na nemoc. Počáteční fáze je charakteristická odmítavým postojem pacienta. Hladina stresu, úzkosti a bezmoci, spojená se zařazením do dialýzy, je tak vysoká, že u nemocných vyžaduje značnou disciplínu a vytrvalost. Záleží na tom, jaký postoj ke své chorobě jedinec celkově zaujímá. Nejvhodnější dobou k zahájení edukace je, když je pacient ve fázi pozvolného přijímání skutečnosti, protože pacient lépe vnímá realitu a začíná akceptovat nemoc. V edukačním procesu je nutné přihlížet ke zkušenostem těchto jedinců. Je vhodnější jim poskytnout řešení daného problému a motivovat je k žádoucí změně než jim radit a autoritativně přikazovat (Magurová, 2009).

Pacientů po transplantaci ledviny přibývá a jsou specifičtí tím, že musí postupně zvládnout léčebný režim v pre-dialyzační poradně, během dialyzační léčby a změny související s transplantací. Každá fáze postupujícího ledvinného selhání obnáší množství informací, které si pacient musí osvojit. Je především úkolem sester správně zhodnotit vhodnost edukace konkrétního tématu vzhledem k celkovému stavu pacienta. Právě pro specifické složení pacientů na nefrologicko-dialyzačních odděleních mohou sestry své výchovné a vzdělávací působení směřovat na oblast primární i sekundární edukace (Svěráková, 2012).

Primární edukace - cílovou skupinou jsou zdraví lidé, jejím hlavním cílem je nejen předcházet zdravotním problémům, ale také pozitivně zlepšovat zdravotní stav jedince či skupin. V rámci primární prevence se obvykle realizují široce pojaté projekty, jako například prevence onkologických onemocnění. Dále stravovací návyky, pohybové aktivity, nekouření, očkování a další. V tomto případě jsou těmito osobami „zdraví“ transplantovaní či dialyzovaní. Jedná se především o proces podpory zdraví (Svěráková, 2012).

Sekundární edukace - je zaměřena na nemocné jedince, skupiny a jejím úkolem je přispět k vyléčení onemocnění, nebo zabránit vzniku komplikací a směřovat k obnově zdraví. Může zabránit přechodu nemoci do chronického nebo ireverzibilního stadia a obnovit zdraví. U pacientů se selháním ledvin jsou to edukační témata související

s dialýzou nebo transplantací a jejím cílem je především udržet kvalitu života a motivovat pacienta, aby z důvodu neznalosti nedošlo ke zhoršení stavu. Jsou to například, péče o cévní přístup, pitný režim, dieta, pravidelné užívání léků (Svěráková, 2012).

2.2.5 Záznam o edukaci v ošetřovatelství

„Povinností každého zdravotnického zařízení je vedení zdravotnické dokumentace.“ (Juřeniková, 2010, str. 62). Záznam o edukaci obsahuje vykonané výukové aktivity edukátora a edukanta a je součástí ošetřovatelské dokumentace. Měl by být přesný, přehledný, pravdivý a srozumitelný. Jeho vedení má informativní, odbornou, kvalitativní a právní funkci. Zajišťuje kontinuitu edukace, zefektivňuje ji, umožňuje její vyhodnocení a chrání zdravotnický personál před trestním stíháním (Juřeniková, 2010, Magurová, 2009).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

1. Zjistit míru informovanosti pacientů po transplantaci ledviny o prevenci nádorových onemocnění.
2. Zjistit, jestli pravidelný preventivní protinádorový program představuje pro pacienta zátěž, která by ovlivnila jeho rozhodnutí podstoupit další transplantaci.
3. Zjistit, jak důsledně pacienti dodržují doporučení prevence nádorových onemocnění.

Formulace předpokladů

1. Domníváme se, že pacienti v péči transplantačního centra IKEM mají stejné znalosti o prevenci nádorových onemocnění, jako pacienti nefrologicko-dialyzačního pracoviště Krajské nemocnice Liberec a.s.
2. Domníváme se, že ženy budou důslednější v dodržování lékařských doporučení než muži.
3. Domníváme se, že preventivní nádorový program nebude důvodem odmítnutí další transplantace.
4. Domníváme se, že pacienti obou zdravotnických zařízení budou mít více informací o prevenci nádorových onemocnění kůže než o prevenci nádorových onemocnění trávicího traktu.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum jsme prováděli v transplantační poradně na dvou pracovištích. Oslovili jsme hlavní sestry pracoviště IKEM Praha a KNL o svolení k provedení výzkumu. V první fázi jsme provedli předběžné šetření informačních materiálů dostupných na odděleních a ověření, jakým způsobem probíhá na obou pracovištích edukace transplantovaných pacientů. Tato fáze spočívala v polostandardizovaném rozhovoru se

sestrami na obou pracovištích. Dále jsme v listopadu 2014 u 10 pacientů po transplantaci a 10 pacientů před transplantací provedli předvýzkum formou dotazníku. Na základě zjištěných informací jsme připravili dotazník, který jsme při konzultaci s vedoucí práce ještě upravili, aby byly otázky co nejsrozumitelnější. Vlastní výzkum probíhal v období leden- únor 2015. V této fázi jsme rozdali 300 dotazníků. Celkem byla návratnost po vyřazení dotazníků, které nesplňovaly kritéria, 73% z toho vyplývá, že dotazníků k zpracování bylo 220. Na pracovišti Liberec bylo rozdáno 100 dotazníků s návratností 71% - ke zpracování bylo 71 dotazník. Na pracovišti v Praze bylo rozdáno 200 dotazníků s návratností 75% - ke zpracování bylo 149 dotazníků.

3.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou skupinou pro výzkum byli pacienti po transplantaci ledviny. Dotazníky byly rozdány během jejich návštěvy v transplantační poradně na pracovišti IKEM Praha a KNL. Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků. V nemocnici IKEM bylo rozdáno 200 dotazníků a v nemocnici Liberec 100 dotazníků. Více dotazníků na pracovišti v Praze bylo rozdáno z důvodu většího počtu pacientů sledovaných po transplantaci. Dotazník byl anonymní. Pacienti odpovídali na 19 uzavřených otázek. U dvou otázek byla možnost označit více odpovědí a dvě otázky byly informativní. V úvodu byly dotazovány základní údaje o respondentech, tj. pohlaví, věk. První část byla věnována znalostem respondentů k dané problematice. Druhá část byla věnována důslednosti v dodržování doporučení. Byla zvolena forma osobního předání a předání prostřednictvím další osoby. Nejvýhodnější bylo osobní předání, po kterém bezprostředně následovalo vyplnění dotazníků respondenty a vybrání dotazníků zpět. Výhodou byla velká návratnost dotazníků.

3.2.2 Zpracování dat

Pro vyhodnocení dotazníků byl proveden rozbor jednotlivých otázek. Byla provedena kontrola zodpovězení všech otázek a pracoviště, kde jsou pacienti sledováni. Celkem 9 dotazníků, které nesplňovaly požadovaná kritéria, bylo vyřazeno. Základní třídění 220 dotazníků bylo provedeno pomocí čárkovací metody. Na základě výsledků byla u každé otázky vytvořena tabulka s absolutní a relativní četností (zaokrouhlenou na celá čísla) a u většiny otázek i graf, který znázorňuje procentuální zastoupení

jednotlivých odpovědí. Tabulky a grafy byly vytvořeny pomocí aplikace Microsoft Excel a Microsoft Word.

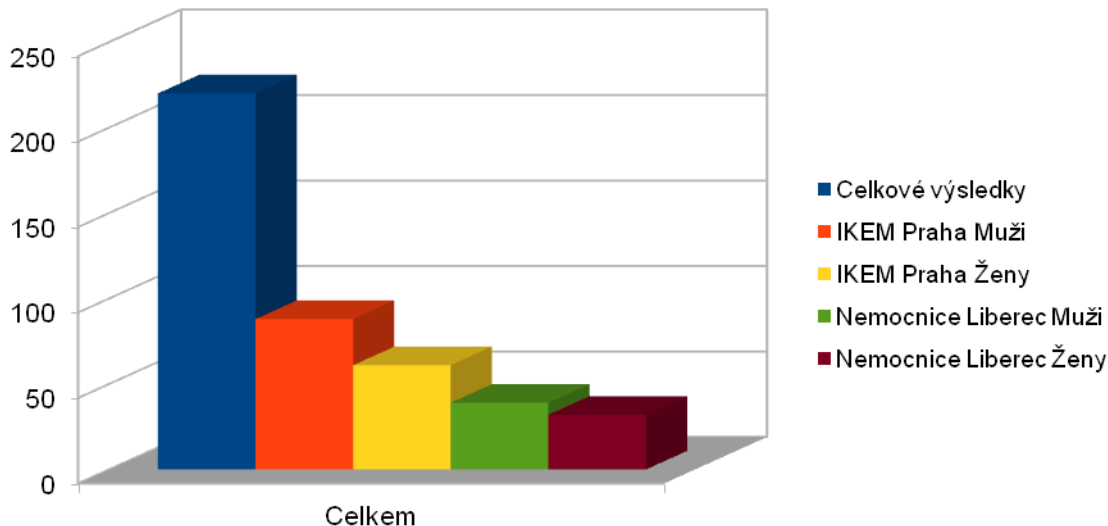
3.3 Výsledky výzkumu a jeho analýza

Vyplnění dotazníku bylo ponecháno na dobrovolném rozhodnutí respondentů. Dotazník je součástí přílohy č. 4.

Analýza dotazníkové položky č. 1

Tabulka 1 - Rozdělení podle pohlaví

Otázka 1	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Celkem	220	100%	88	40%	61	28%	39	18%	32	15%



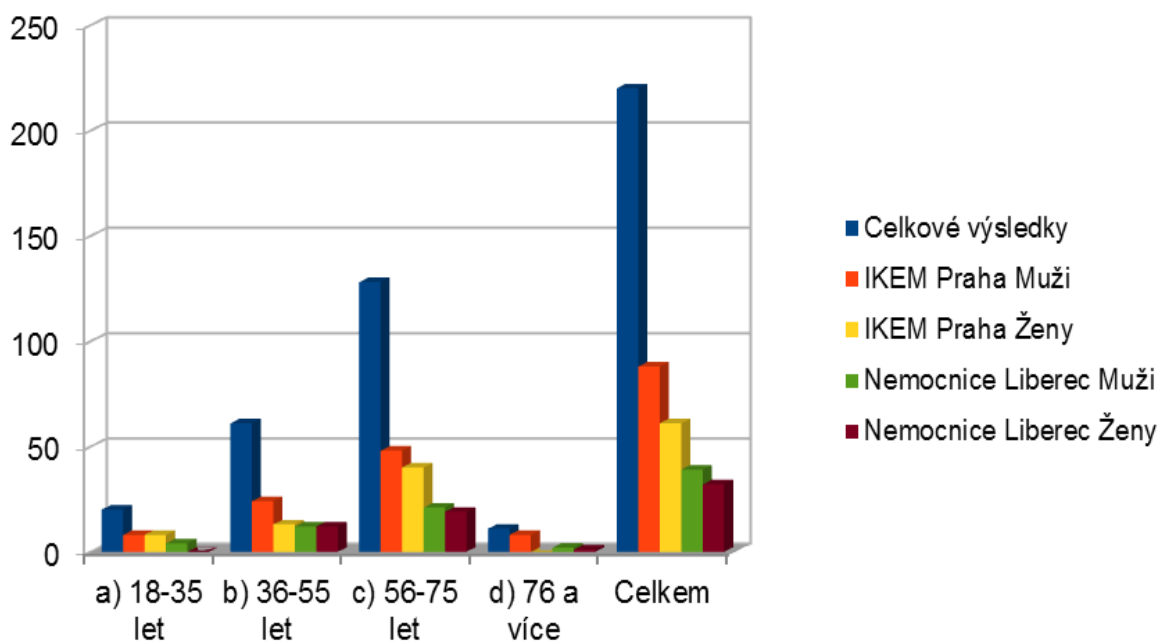
Graf 1 Rozdělení podle pohlaví

Na otázku: Jste muž nebo žena, bylo zaznamenáno celkem 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Z celkového počtu odpovědí z pracoviště Praha bylo 40% mužů a 28% žen. Z celkového počtu odpovědí z pracoviště Liberec bylo 18% mužů a 15% žen.

Analýza dotazníkové položky č. 2

Tabulka 2 - Rozdělení podle věku

Otázka 2	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	20	9%	8	9%	8	13%	4	10%	0	0%
b)	61	28%	24	27%	13	21%	12	31%	12	38%
c)	128	58%	48	55%	40	66%	21	54%	19	59%
d)	11	5%	8	9%	0	0%	2	5%	1	3%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 2 Rozdělení podle věku

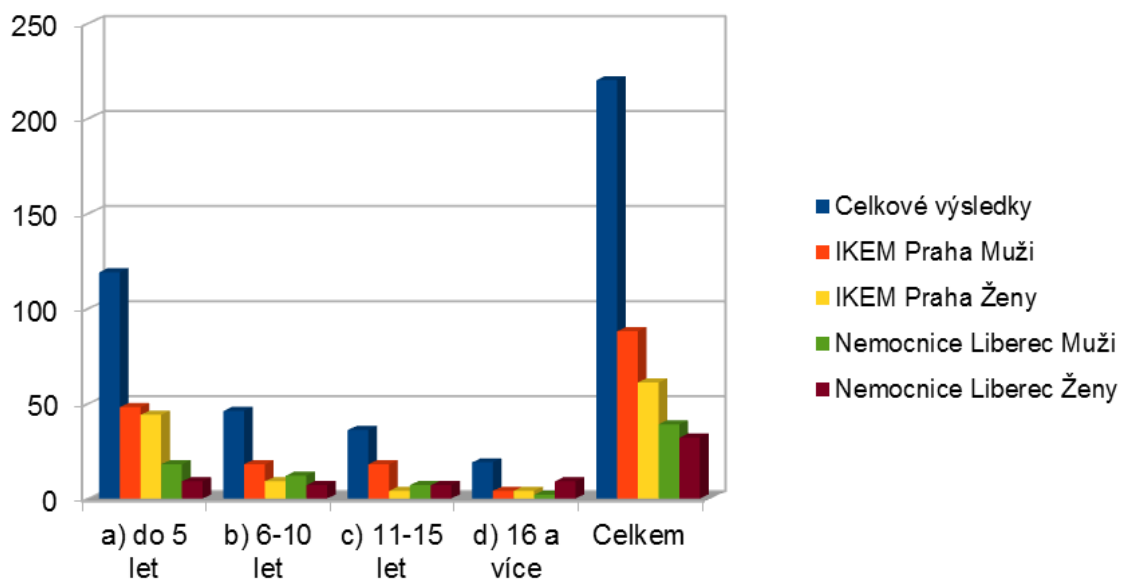
Otázka: Kolik je vám let, byla hodnocena proto, aby bylo zřejmé, v jakém počtu jsou jednotlivé věkové skupiny zastoupeny. Největší věkovou skupinu z pracoviště Praha tvoří odpověď c) ženy 66% a muži 55% ve věku 56- 75 let, druhou nejčetnější skupinu tvoří odpověď b) muži 27% a ženy 21% ve věku 36- 55 let, třetí skupinu tvoří odpověď a) ženy 13% a muži 9% ve věku 18- 35 let, nejméně zastoupená byla odpověď d) věková skupina nad 76 let muži 9% a ženy 0%. Na pracovišti v Liberci byla shodně nejčetnější věkovou skupinou odpověď c) zastoupena 59% žen a 54% mužů, druhou nejčastější byla odpověď b) ženy 38% a muži 31%, další skupinou byla

odpověď a) zastoupená muži 10% , ženy 0% a poslední skupinou byla odpověď d) muži 5% a ženy 3%. Zastoupení četnosti jednotlivých věkových skupin byla na obou pracovištích shodná.

Analýza dotazníkové položky č. 3

Tabulka 3 - Délka období po transplantaci

Otázka 3	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	119	54%	48	55%	44	72%	18	46%	9	28%
b)	46	21%	18	20%	9	15%	12	31%	7	22%
c)	36	16%	18	20%	4	7%	7	18%	7	22%
d)	19	9%	4	5%	4	7%	2	5%	9	28%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 3 Délka období po transplantaci

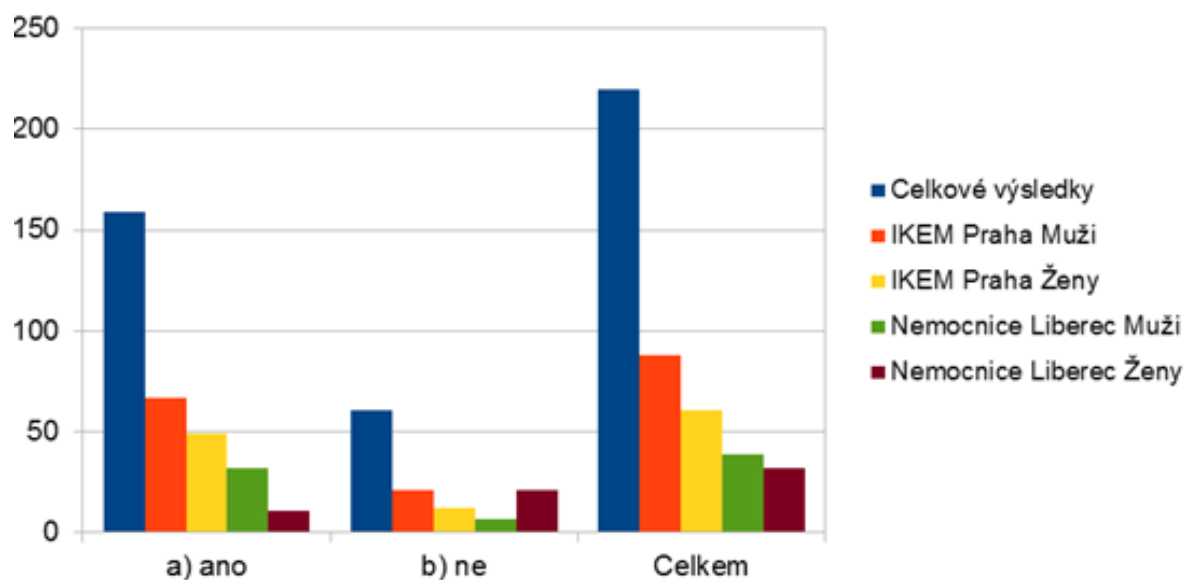
Na otázku: Jak dlouho jste po transplantaci ledviny, bylo zaznamenáno celkem 220 odpovědí, tedy 100% odpověď na otázku. Otázka byla zadána proto, abychom měli přehled o délce období, ve kterém jsou respondenti sledováni. Nejvíce odpovědí bylo shodně z obou pracovišť zaznamenáno u odpovědi a) do 5 let po transplantaci. Z pracoviště v Praze tuto odpověď označilo 48% mužů a 44% žen a z pracoviště

Liberec 46% mužů a 28% žen. Druhou nejčastější byla odpověď b) 6-10 let po transplantaci. Tato odpověď byla zaznamenána u 20% mužů a 15% žen z pracoviště v Praze a 31% mužů a 22% žen z pracoviště Liberec. Na pracovišti v Praze označilo odpověď c) 11- 15 let po transplantaci 20% mužů a 7% žen a nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u odpovědi d) 16 a více let po transplantaci, kterou označilo 7% žen a 9% mužů. Na pracovišti v Liberci byla třetí čtenější odpověď d) u žen 28% a nejméně c) 22%. U mužů bylo u odpovědi c) zaznamenáno 18% a u odpovědi d) 5%.

Analýza dotazníkové položky č. 4

Tabulka 4 – Riziko léků po transplantaci

Otázka 4	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a) ano	159	72%	67	76%	49	80%	32	82%	11	34%
b) ne	61	28%	21	24%	12	20%	7	18%	21	66%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 4 Riziko léků po transplantaci

Na otázku o zvýšeném riziku nádorových onemocnění při užívání imunosupresiv bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď na tuto otázku. Ze 149

respondentů na pracovišti v Praze byla nejčastější odpověď a), kterou označilo 80% žen a 76% mužů, odpověď b) označilo 24% mužů a 20% žen. Ze 71 respondentů na pracovišti Liberec byla nejčastější odpověď a) u mužů 82% a jako druhou odpověď b) u mužů 18%. U žen byla nejčastější odpověď b) označilo 66% žen a druhou odpověď a) označilo 34% žen.

Analýza dotazníkové položky č. 5

Tabulka 5 - Pracoviště před transplantací

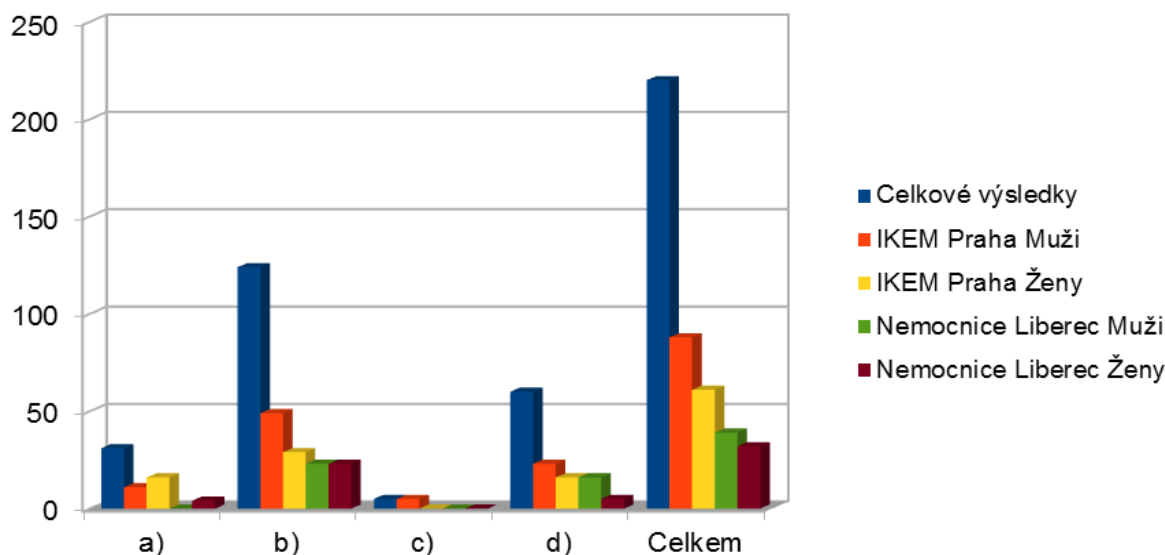
Otázka 5	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a) IKEM	149	68%	88	100%	61	100%	0	0%	0	0%
b) Liberec	71	32%	0	0%	0	0%	39	100%	32	100%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%

Tato otázka měla čistě informativní charakter. Byla rozhodující při třídění dotazníků, aby byla měřena pouze skupina pracovišť Praha a Liberec. Otázka není doplněna grafem. Dotazníky z jiných pracovišť byly vyřazeny.

Analýza dotazníkové položky č. 6

Tabulka 6 - Evropský den melanomu

Otázka 6	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	31	14%	11	13%	16	26%	0	0%	4	13%
b)	124	56%	49	56%	29	48%	23	59%	23	72%
c)	5	2%	5	6%	0	0%	0	0%	0	0%
d)	60	27%	23	26%	16	26%	16	41%	5	16%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



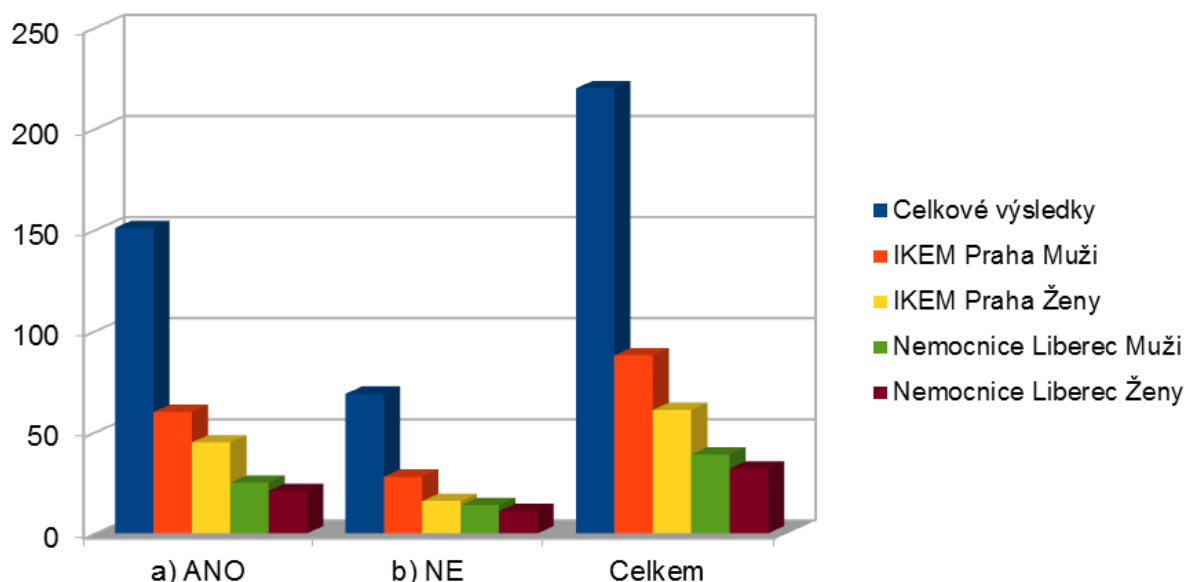
Graf 5 Evropský den melanomu

Na otázku o znalosti preventivního programu rakoviny kůže bylo zaznamenáno 220 odpovědí tedy 100%. Ze 149 respondentů na pracovišti v Praze byla nejčastější odpověď b) ano, je to preventivní program rakoviny kůže u mužů 56% a u žen 48% odpovědí, druhou nejčastější odpověď d) ne, neslyšel/a jsem označilo ji 26% mužů a 26% žen. Třetí nejčastější odpověď a) ano, ale nevím, čeho se to týká označilo 26% žen a 13% mužů. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u odpovědi d) ano je to preventivní program vyšetření zraku. Tuto odpověď označilo 6% mužů. V četnosti jednotlivých odpovědí se shodují obě pracoviště. Ze 71 respondentů v Liberci uvedlo odpověď b) 72% žen a 59% mužů. Odpověď d) označilo 41% žen a 16% mužů, a) 13% žen a 0% mužů a odpověď c) neoznačil žádný respondent.

Analýza dotazníkové položky č. 7

Tabulka 7 – Pravidelné kožní vyšetření

Otázka 7	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a) ANO	151	69%	60	68%	45	74%	25	64%	21	66%
b) NE	69	31%	28	32%	16	26%	14	36%	11	34%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



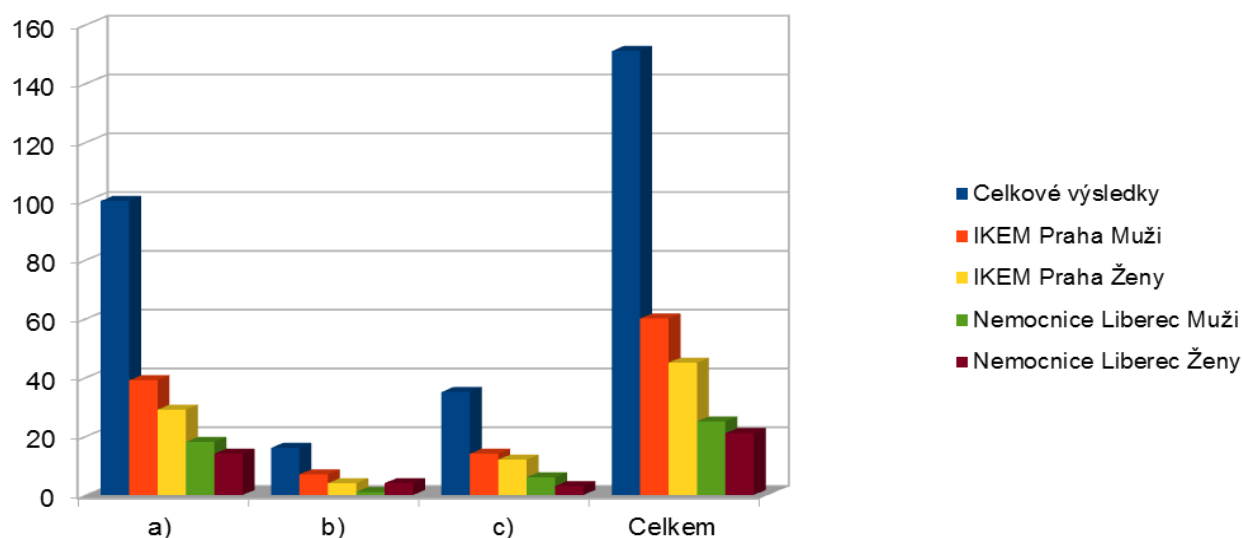
Graf 6 Doporučení preventivního kožního vyšetření

Na otázku doporučení preventivního kožního vyšetření bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Shodně byla z obou pracovišť za nejčastější označena odpověď a) ano. Tuto odpověď označilo 74% žen a 68% mužů z pracoviště v Praze a 66% žen a 64% mužů z pracoviště Liberec. Druhou odpověď b) ne označilo 32% mužů a 26% žen v Praze a 36% mužů a 34% žen v Liberci.

Analýza dotazníkové položky č. 8

Tabulka 8 - Pokud ano, chodíte na pravidelné kontroly?

Otázka 8	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	100	66%	39	65%	29	64%	18	72%	14	67%
b)	16	11%	7	12%	4	9%	1	4%	4	19%
c)	35	23%	14	23%	12	27%	6	24%	3	14%
Celkem	151	100%	60	100%	45	100%	25	100%	21	100%



Graf 7 Důslednost pravidelných kontrol

Tato otázka hodnotí odpovědi ano na předchozí otázku číslo 7. Tato otázka byla zaměřena na míru důslednosti v dodržování doporučené prevence. Na otázku 7 odpovědělo ano celkem 151 respondentů. 60 mužů a 45 žen v Praze a 25 mužů a 21 žen v Liberci. Celkem bylo zaznamenáno 151 odpovědí, tedy 100%. Nejčastěji byla zaznamenána na obou pracovištích odpověď a) pravidelně 1x ročně. V Praze tuto odpověď uvedlo 65% mužů a 64% žen a v Liberci 72% mužů a 67% žen. Druhou nejčastější odpovědí byla v Praze varianta c) nechodím, myslím, že nemám problém. Tuto označilo 27% žen a 23% mužů. V Liberci byla druhou nejčastější odpovědí c) u mužů 24% a b) u žen 19%. Nejméně odpovědí v Praze bylo zaznamenáno u b) chodím 1-2 x za 5 let. Tuto odpověď označilo 12% mužů a 9% žen. V Liberci bylo nejméně odpovědí u varianty b) u mužů 4% a ženy nejméně volily možnost c) 14%.

Analýza dotazníkové položky č. 9

Tabulka 9 – Rizikové faktory vzniku nádorů kůže

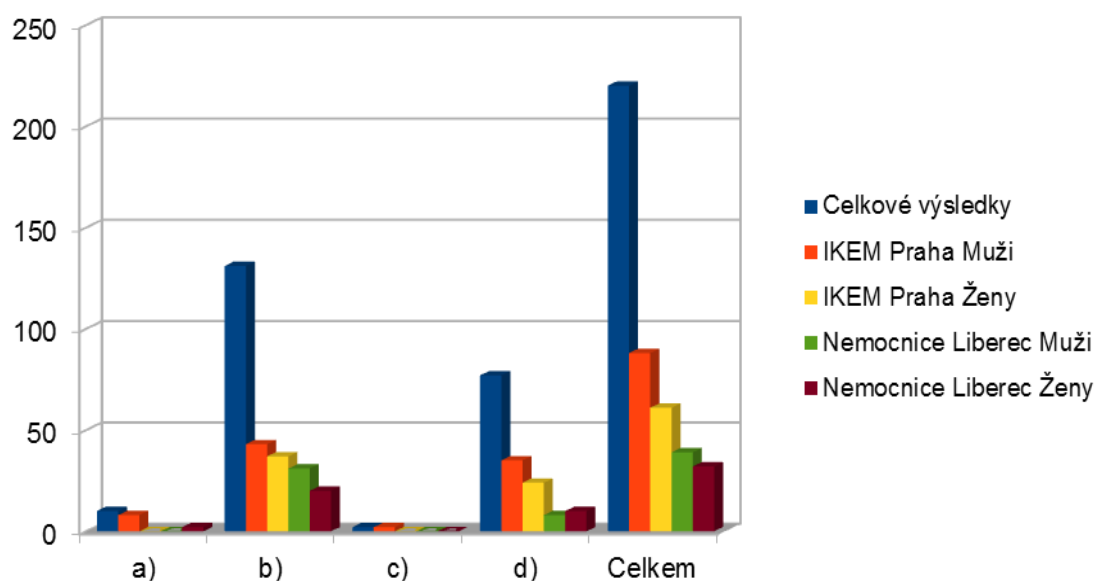
Otázka 9	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	1	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
b)	206	62%	83	64%	61	58%	34	57%	28	76%
c)	119	36%	43	33%	41	39%	26	43%	9	24%
d)	5	2%	3	2%	2	2%	0	0%	0	0%
Celkem	331	100%	129	100%	105	100%	60	100%	37	100%

Na otázku, co z uvedeného zvyšuje riziko vzniku nádoru kůže bylo možné označit více odpovědí. Správná odpověď bylo b) a c). Pro velké spektrum odpovědí jsou výsledky uvedeny pouze v absolutní četnosti v tabulce a ne v grafu. Celkem bylo zaznamenáno 331 odpovědí. Shodně byla na obou pracovištích nejčastěji zaznamenána odpověď b) nadměrné opalování a nepoužívání ochranných krémů při pobytu na slunci. Tuto odpověď označilo 83 mužů a 61 žen v Praze a 34 mužů a 28 žen v Liberci. Další nejčastější byla odpověď c) užívání imunosupresiv vybralo ji 43 mužů a 41 žen v Praze a 26 mužů a 9 žen v Liberci. Odpověď d) pravidelné saunování označili 3 muži a 2 ženy v Praze. V Liberci variantu d) neoznačil žádný respondent. Odpověď a) pití alkoholu označil z obou pracovišť jeden muž z pracoviště v Praze.

Analýza dotazníkové položky č. 10

Tabulka 10 - Preventivní program kolorektálního karcinomu

Otázka 10	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	10	5%	8	9%	0	0%	0	0%	2	6%
b)	131	60%	43	49%	37	61%	31	79%	20	63%
c)	2	1%	2	2%	0	0%	0	0%	0	0%
d)	77	35%	35	40%	24	39%	8	21%	10	31%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



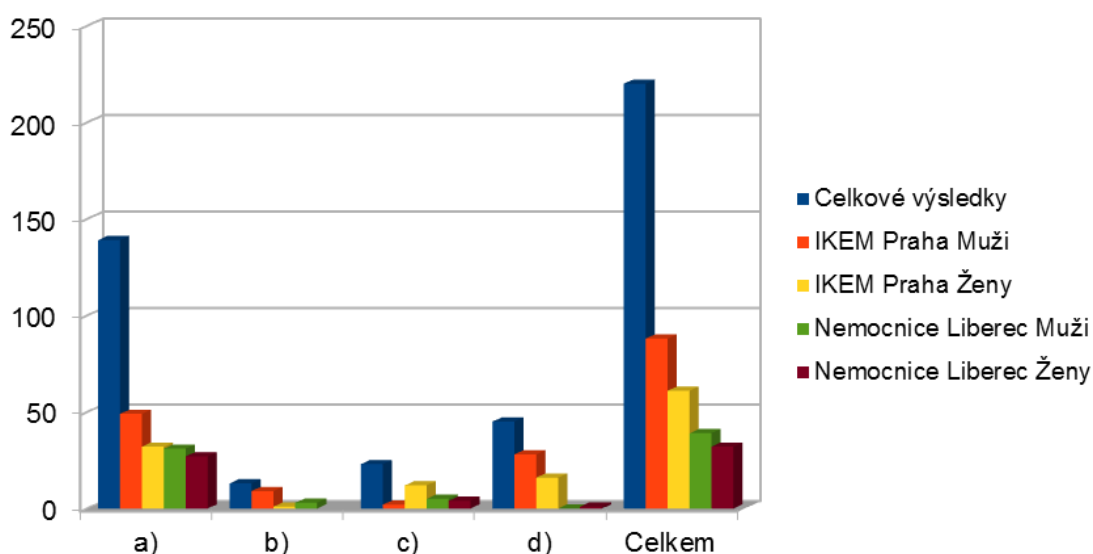
Graf 8 Preventivní program kolorektálního karcinomu

Na otázku prevence karcinomu střeva byla zaznamenána odpověď u 220 respondentů tedy 100% odpovědí. Ze 149 respondentů na pracovišti v Praze byla nejčastěji zaznamenána odpověď b) ano, je to preventivní program rakoviny tlustého střeva u 61 % žen a 49% mužů shodně i v Liberci ze 71 respondentů byla nejčastější odpověď b) u 79% mužů a 63% žen. Druhá nejčastější odpověď byla d) ne, neslyšel/a. Označilo ji 40% mužů a 39% žen v Praze a 31% žen a 21% mužů v Liberci. Odpověď a) ano, ale nevím, čeho se to týká odpovědělo v Praze 9% mužů. Ženy tuto odpověď neoznačily. V Liberci byla odpověď a) označena u žen 6% a u mužů nebyla označena. Nejméně dotázaných označilo možnost c) ano je to preventivní program proti obezitě. Tato odpověď byla zaznamenána pouze u mužů v Praze 2 %. Ostatní respondenti tuto odpověď neoznačili.

Analýza dotazníkové položky č. 11

Tabulka 11 – Vyšetření stolice na okultní krvácení

Otázka 11	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	139	63%	49	56%	32	52%	31	79%	27	84%
b)	13	6%	9	10%	1	2%	3	8%		0%
c)	23	10%	2	2%	12	20%	5	13%	4	13%
d)	45	20%	28	32%	16	26%	0	0%	1	3%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



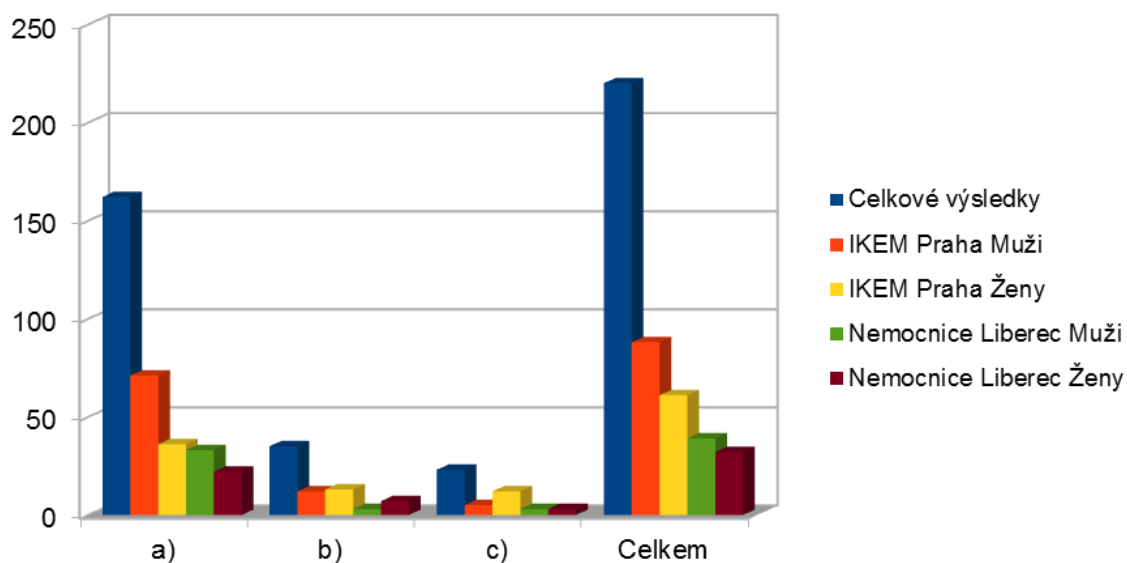
Graf 9 Vyšetření stolice na okultní krvácení

Na otázku jejímž s cílovým zjištěním, jestli bylo pacientům doporučeno vyšetření stolice na okultní krvácení odpovědělo 220 respondentů, tedy 100% odpovědí. Z celkového počtu bylo u obou skupin zaznamenáno nejvíce odpovědí u možnosti a) ano- přinesu vzorek hned před další kontrolou. Tuto odpověď zvolilo 49% mužů a 32% žen v Praze a 84% žen a 79% mužů v Liberci. Druhá nejčastější odpověď na pracovišti v Praze byla d) ne- nebylo mi to doporučeno. Bylo zaznamenáno 32% u mužů a 26% u žen. V Liberci byla druhá nejčastější odpověď c) ano- ale nepřinesu vzorek, zatím nemám problém. Tuto odpověď označilo 13% mužů a 13% žen. Odpovědi na otázky b) ano – přinesu vzorek, ale musí mi to několikrát připomenout a c) na pracovišti v Praze byly u mužů a žen označeny v poměru: Ženy odpověď c) 12% a b) 1% u mužů odpověď b) 10% a c) 2%. Na pracovišti v Liberci byla odpověď c) zaznamenána u 13% mužů a 13% žen a nejméně respondentů označilo možnost b) 8% mužů a 0% žen.

Analýza dotazníkové položky č. 12

Tabulka 12 – Kolonoskopické vyšetření střeva

Otázka 12	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	162	74%	71	81%	36	59%	33	85%	22	69%
b)	35	16%	12	14%	13	21%	3	8%	7	22%
c)	23	10%	5	6%	12	20%	3	8%	3	9%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 10 Kolonoskopické vyšetření střeva

U otázky, dalšího podrobnějšího vyšetření- kolonoskopii, při pozitivitě testu na krvácení, sledujeme míru důslednosti v dodržování doporučené prevence rakoviny tlustého střeva, odpovědělo 220 respondentů, tedy 100%. Na pracovišti v Praze bylo nejvíce odpovědí u možnosti a) nechám se vyšetřit, chci vědět, zda jsem v pořádku. Odpověď a) ze 149 respondentů označilo 81% mužů a 59% žen. Další možnost b) počkám několik měsíců, nechám si zopakovat test na krvácení a podle toho se rozhodnu označilo 14% mužů a 21% žen. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u varianty c) odmítnu vyšetření, kterou uvedlo 20% žen a 6 % mužů. Na pracovišti v Liberci bylo zaznamenáno nejvíce odpovědí a), kterou ze 71 respondentů označilo 85% mužů a 69% žen. Druhou nejčastější možností u žen bylo b) 22% a nejméně žen zvolilo možnost c) 9%. Muži označili shodně odpověď b) 8% a c) 8%. Zastoupení četnosti jednotlivých odpovědí byla na obou pracovištích shodná.

Analýza dotazníkové položky č. 13

Tabulka 13 – Rizikové faktory rakoviny trávicího traktu

Otázka 13	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	213	51%	87	51%	61	50%	36	51%	29	53%
b)	6	1%	0	0%	4	3%	0	0%	2	4%
c)	198	47%	84	49%	56	46%	34	49%	24	44%
d)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	417	100%	171	100%	121	100%	70	100%	55	100%

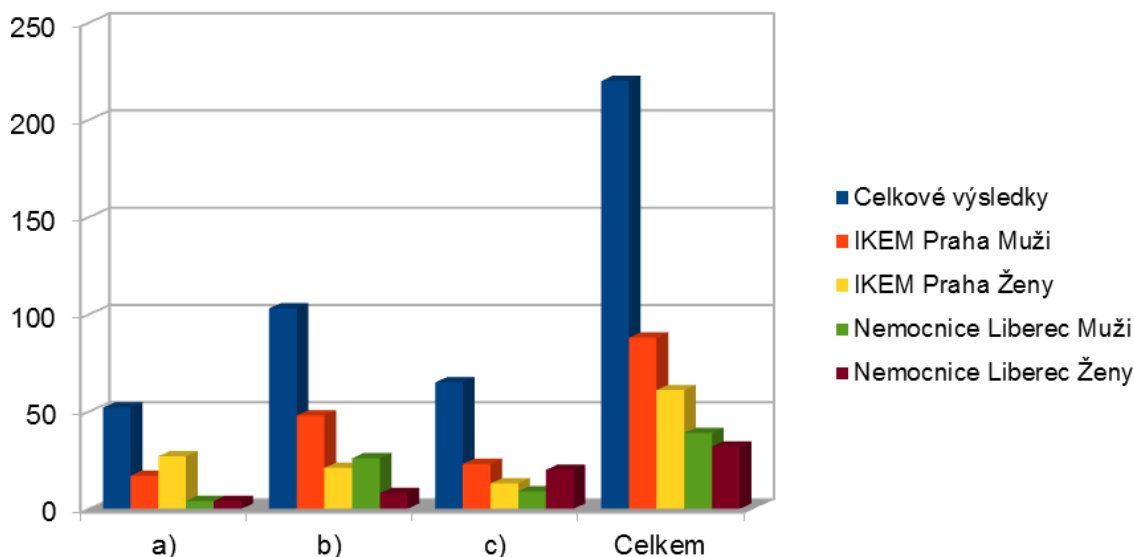
Na otázku, co z uvedeného zvyšuje riziko vzniku rakoviny střeva bylo možné označit více odpovědí. Správná odpověď byla a) a c). Pro velké spektrum odpovědí jsou výsledky uvedeny pouze v absolutní četnosti v tabulce a ne v grafu. Celkem bylo zaznamenáno 417 odpovědí. Shodně byla na obou pracovištích nejčastěji zaznamenána odpověď a) nadměrný příjem především tučných přesolených a kalorických jídel typu „fast food“ a odpověď c) kouření, nedostatečný příjem ovoce, zeleniny a celozrnných obilovin. U možnosti b) bylo zaznamenáno 87 odpovědí mužů a 61 žen na pracoviště v Praze a u 36 mužů a 29 žen na pracovišti v Liberci. U možnosti c) bylo 84 odpovědí u mužů a 56 u žen v Praze a u 34 mužů a 24 žen v Liberci. Odpověď b) zvýšený příjem

mléčných výrobků a vápníku byla zaznamenána u 4 odpovědí žen v Praze a 2 odpovědí žen v Liberci. Muži odpověď b) neoznačili. Odpověď d) častá konzumace ryb neoznačil nikdo z respondentů.

Analýza dotazníkové položky č. 14

Tabulka 14 - Období získaných informací

Otázka 14	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	52	24%	17	19%	27	44%	4	10%	4	13%
b)	103	47%	48	55%	21	34%	26	67%	8	25%
c)	65	30%	23	26%	13	21%	9	23%	20	63%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 11 Období získaných informací

Na otázku, která určuje období získaných informací o vedlejších účincích léků bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Na pracovišti v Praze byla ze 149 odpovědí nejčastěji označena u mužů odpověď b) v době po transplantaci. Tato odpověď byla zaznamenána u 55% mužů, jako druhou označili odpověď c) nevím 26% mužů a nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u a) v době před transplantací 19% mužů. U žen byla nejčastěji zaznamenána odpověď a) před transplantací 44%, jako druhá odpověď b) 34% a nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u c) 21%. Na pracovišti v Liberci byla ze 71 odpovědí nejčastěji označena u mužů odpověď b) po transplantaci 67%, jako druhou označili odpověď c) nevím 23% a nejméně odpovědí bylo

zaznamenáno u a) před transplantací 10%. U žen byla nejčastěji zaznamenána odpověď c) 63%. Druhou nejčastější byla odpověď b) 25% a nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u a) 13%.

Analýza dotazníkové položky č. 15

Tabulka 15 - Pracoviště po transplantaci

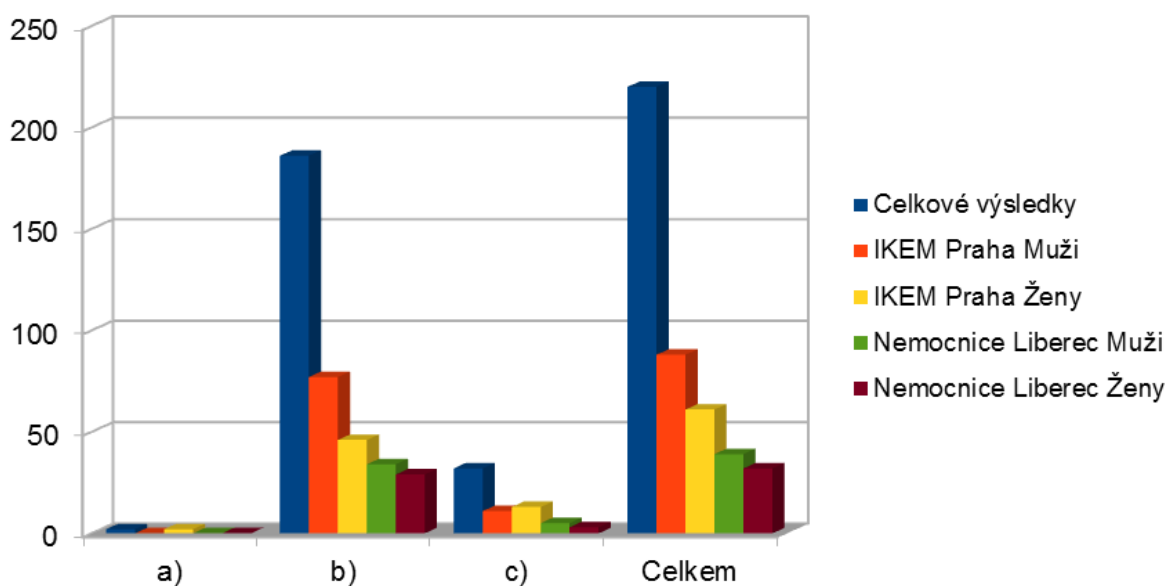
Otázka 15	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a) IKEM	149	68%	88	100%	61	100%	0	0%	0	0%
b) Liberec	71	32%	0	0%	0	0%	39	100%	32	100%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%

Tato otázka měla čistě informativní charakter. Byla rozhodující při třídění dotazníků, aby byla měřena pouze skupina pracovišť Praha a Liberec. Otázka není doplněna grafem. Dotazníky z jiných pracovišť byly vyřazeny.

Analýza dotazníkové položky č. 16

Tabulka 16 - Zátěž prevence nádorových onemocnění

Otázka 16	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	2	1%	0	0%	2	3%	0	0%	0	0%
b)	186	85%	77	88%	46	75%	34	87%	29	91%
c)	32	15%	11	13%	13	21%	5	13%	3	9%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



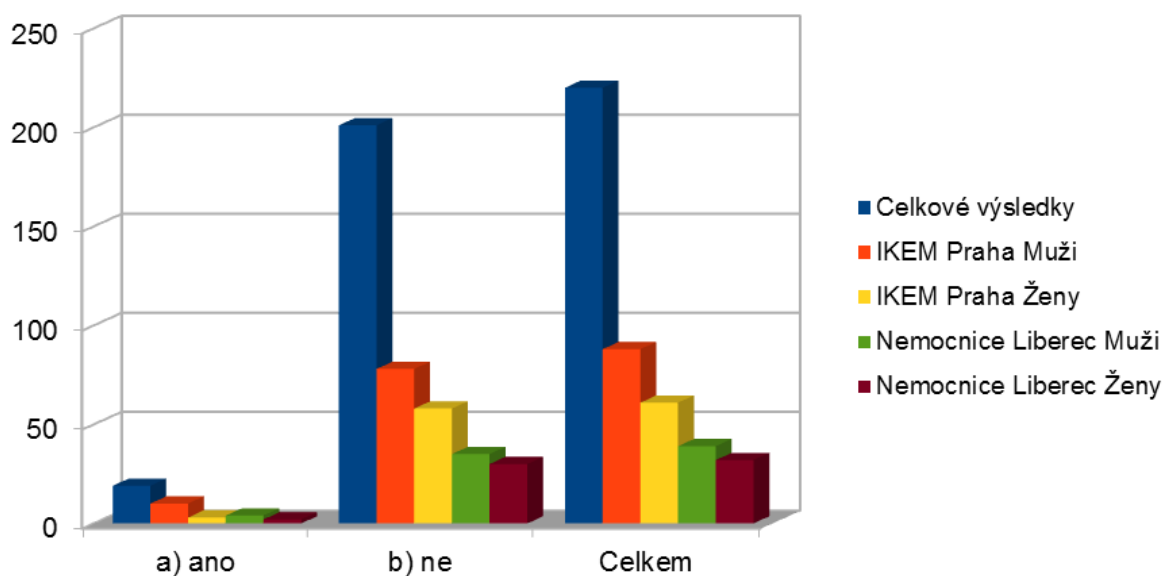
Graf 12 Zátěž prevence nádorových onemocnění

Na otázku, jakou zátěž představuje prevence nádorových onemocnění po transplantaci bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Na pracovištích v Praze a v Liberci byla četnost jednotlivých odpovědí shodná. Z celkového počtu byla nejčastěji zaznamenána odpověď b) ne. Tuto odpověď označilo 88% mužů a 75% žen v Praze a 91% žen a 87% mužů v Liberci. Druhou nejčastější byla odpověď c) nevím. Označilo ji 21% žen a 13% mužů v Praze a 13% mužů a 9% žen v Liberci. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u a) ano. Tuto odpověď označily 3% žen v Praze.

Analýza dotazníkové položky č. 17

Tabulka 17 – Diagnostika nádoru po transplantaci

Otázka 17	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a) ano	19	9%	10	11%	3	5%	4	10%	2	6%
b) ne	201	91%	78	89%	58	95%	35	90%	30	94%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



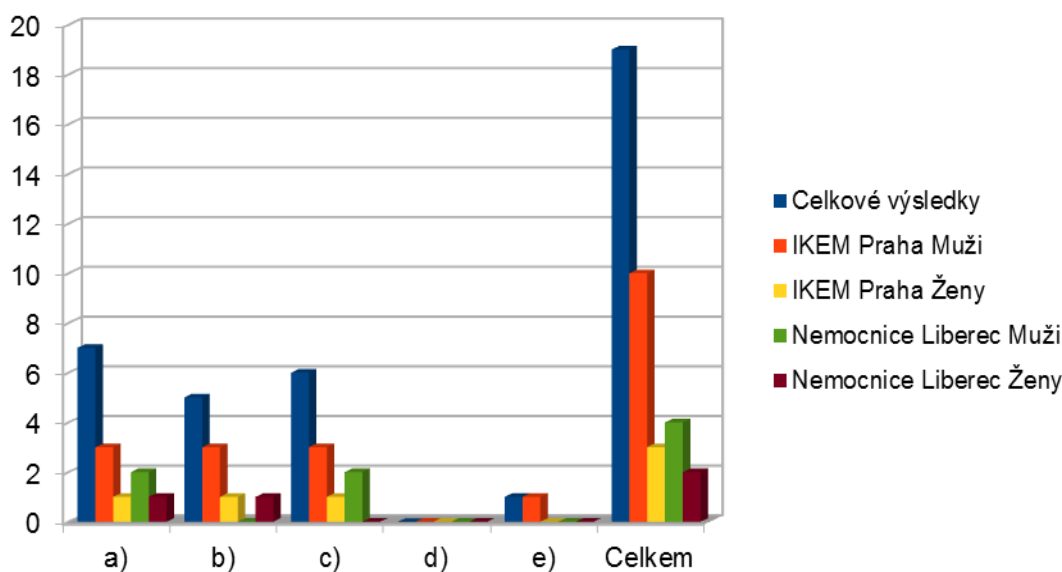
Graf 13 Diagnostika nádoru po transplantaci

Na otázku diagnostikovaného nádoru v době po transplantaci bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Na pracovištích v Praze a v Liberci byla četnost jednotlivých odpovědí shodná. Nejčastější odpovědí bylo b) ne. Tato odpověď byla zaznamenána u 95% žen a 89% mužů v Praze a u 94% žen a 90% mužů v Liberci. Odpověď a) ano byla zaznamenána u 11% mužů a 5% žen v Praze a u 10% mužů a 6% žen v Liberci.

Analýza dotazníkové položky č. 18

Tabulka 18 – Lokalizace nádoru

Otázka 18	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	7	37%	3	30%	1	33%	2	50%	1	50%
b)	5	26%	3	30%	1	33%	0	0%	1	50%
c)	6	32%	3	30%	1	33%	2	50%	0	0%
d)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
e)	1	5%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	19	100%	10	100%	3	100%	4	100%	2	100%



Graf 14 Výskyt jednotlivých nádorů

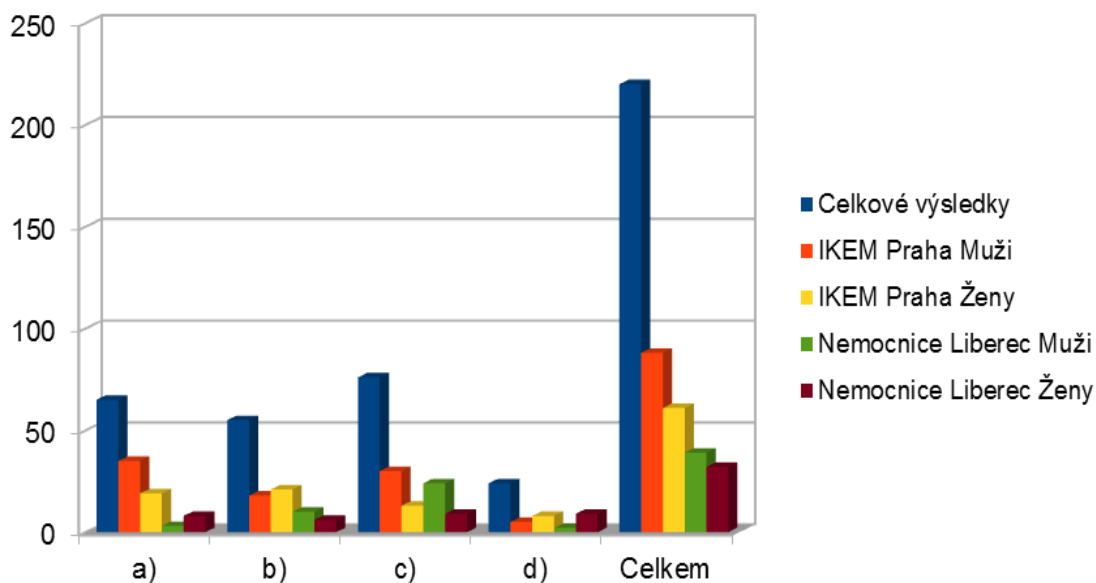
Tato otázka hodnotí odpovědi ano na předchozí otázku číslo 17. Tato otázka byla zaměřena na četnost výskytu jednotlivých nádorů diagnostikovaných u zkoumaného vzorku respondentů. Na otázku 17 odpovědělo ano celkem 19 respondentů. 10 mužů a 3 ženy v Praze a 4 muži a 2 ženy v Liberci. Celkem bylo zaznamenáno 19 odpovědí, tedy 100%.

Muži shodně uvedli odpověď a) nádor kůže a rtu 3 muži v Praze a 2 muži v Liberci, dále b) nádor prostaty, ledvin, plic označili 3 muži v Praze a odpověď c) nádor střeva označili 3 muži v Praze a 2 muži v Liberci. Odpověď d) jiný nádor uvedl 1 muž z Prahy. Ženy shodně označily odpověď a) 1 žena z Prahy a 1 žena z Liberce, dále b) 1 žena z Prahy a 1 žena z Liberce a odpověď c) označila 1 žena z Prahy. Odpověď d) nádory krve nebyla zaznamenána.

Analýza dotazníkové položky č. 19

Tabulka 19 - Zájem o přehled informací

Otázka 19	Celkové výsledky		IKEM Praha				Nemocnice Liberec			
			Muži		Ženy		Muži		Ženy	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
a)	65	30%	35	40%	19	31%	3	8%	8	25%
b)	55	25%	18	20%	21	34%	10	26%	6	19%
c)	76	35%	30	34%	13	21%	24	62%	9	28%
d)	24	11%	5	6%	8	13%	2	5%	9	28%
Celkem	220	100%	88	100%	61	100%	39	100%	32	100%



Graf 15 Zájem o přehled informací

Na otázku přehledu informací bylo zaznamenáno 220 odpovědí, tedy 100% odpověď. Zaznamenané odpovědi se liší na obou pracovištích a zároveň u obou pohlaví. Muži pracoviště v Praze nejčastěji uvedli odpověď a) ne- myslím, že informací mám dostatek 40%, druhou zaznamenanou odpovědí bylo c) ano- hlavně po transplantaci odpovědělo 34% mužů další skupinou byla odpověď b) ano- hlavně před transplantací 20%. Nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u odpovědi d) ne- nechci toho příliš vědět označilo 6% mužů. Nejčastější odpověď žen v Praze byla b) ano před transplantací 34% dále a) 31% odpověď c) označilo 21% žen a nejméně odpovědí bylo u d) 13%. Na pracovišti v Liberci byla u mužů nejčastější odpověď c) 62% dále b) 26%, třetí nejčastější odpověď a) 8% a nejméně odpovědí bylo u d) 5%. Ženy nejčastěji označily odpověď c) a d) shodně 28% dále odpověď a) 25% a nejméně odpovědí bylo zaznamenáno u b) 19%.

3.4 Analýza výzkumu

Cíle a výzkumné předpoklady byly stanoveny na základě zjištění z nastudované literatury a na základě předvýzkumu. První dva cíle byly statisticky testovány a další dva byly vyhodnoceny na základě výsledků zpracovaných z dotazníkových položek.

První cíl:

Porovnat znalosti pacientů po transplantaci ledviny o prevenci nádorových onemocnění na pracovištích v Praze a v Liberci.

První výzkumný předpoklad:

Domníváme se, že pacienti v péči transplantačního centra IKEM mají stejné znalosti o prevenci nádorových onemocnění, jako pacienti nefrologicko-dialyzačního pracoviště KNL.

Pro posouzení, zda existuje vztah mezi pracovištěm a znalostí respondentů využijeme statistický Chi-kvadrát test nezávislosti. Z výzkumných předpokladů za tímto účelem zformulujeme nulové a alternativní hypotézy.

H0: Znalosti v oblasti prevence nádorových onemocnění jsou nezávislé na pracovišti, kde jsou respondenti sledováni.

H1: Znalosti v oblasti prevence nádorových onemocnění nejsou nezávislé na pracovišti, kde jsou respondenti sledováni.

V dotazníku se k této oblasti vztahují otázky 4, 6 a 10. Respondent prokázal znalost v případě, kdy správně odpověděl na všechny otázky – to znamená 3 správné odpovědi z 3. V opačném případě znalost nebyla prokázána. Z výzkumných dat byla získána tabulka.

Tabulka číslo 20 - Znalost dotazníkových položek 4, 6, 10

Znalost otázky č. 4, 6 a 10			
	Znalost	Neznalost	Celkem
Praha	51	98	149
Liberec	28	43	71
Celkem	79	141	220

Na výsledcích z této tabulky byl proveden statistický test s těmito výsledky:

Tabulka číslo 21- Statistický test dotazníkových položek 4, 6, 10

Hodnota Chí-kvadrát	0,565
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	2,706
Hodnota P	0,45225
Hladina významnosti α	10%

Hodnota testovacího kritéria (0,565) je menší než kritická hodnota (2,706). Na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků přijímáme. Statistický test prokázal, že neexistuje signifikantní vztah znalostí v závislosti na pracovišti. **Tímto považujeme první výzkumný předpoklad za potvrzený.**

Druhý cíl:

Zjistit důslednost při dodržování lékařských doporučení.

Druhý výzkumný předpoklad:

Domníváme se, že ženy budou důslednější v dodržování lékařských doporučení než muži.

Pro posouzení, zda existuje rozdíl mezi ženami a muži v důslednosti dodržování lékařských doporučení opět využijeme statistický Chi-kvadrát test nezávislosti. Z výzkumných předpokladů za tímto účelem zformulujeme nulové a alternativní hypotézy.

H_0 : Důslednost v dodržování lékařských doporučení je rozdílná s ohledem na pohlaví respondentů.

H_1 : Důslednost v dodržování lékařských doporučení není rozdílná s ohledem na pohlaví respondentů.

V dotazníku se k této oblasti vztahují dotazníkové položky 1, 8, 11. Otázka číslo 1 rozděluje respondenty na muže a ženy. Respondent prokázal důslednost v případě, kdy odpověděl na všechny otázky a správně označil odpovědi 8 a), 11a). To znamená 2 správné odpovědi. V opačném případě důslednost nebyla prokázána. Z výzkumných dat byla získána tabulka.

Tabulka číslo 22 - Důslednost v dotazníkových položkách 8,11

Důslednost u otázky č. 8 a 11			
	Důslednost	Nedůslednost	Celkem
Muži	38	40	78
Ženy	34	32	66
Celkem	72	72	144

Na výsledcích z této tabulky byl proveden statistický test s těmito výsledky:

Tabulka číslo 23 - Statistický test dotazníkových položek 8, 11

Hodnota Chí-kvadrát	0,112
Stupně volnosti	1
Kritická hodnota	10,828
Hodnota P	0,73788
Hladina významnosti α	10%

Hodnota testovacího kritéria (0,112) je menší než kritická hodnota (10,828). Na hladině významnosti 10 % nulovou hypotézu (H_0) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme. Statistický test prokázal, že neexistuje výrazný vztah v důslednosti dodržování lékařských doporučení mezi muži a ženami. **Tímto považujeme druhý výzkumný předpoklad za nepotvrzený.**

Třetí cíl:

Zjistit, zda je preventivní nádorový program pro pacienty zátěží.

Třetí výzkumný předpoklad:

Domníváme se, že preventivní nádorový program nebude důvodem odmítnutí další transplantace.

V dotazníku se k této oblasti vztahuje dotazníková položka číslo 16.

Na otázku odpovědělo 149 (100%) respondentů z pracoviště Praha IKEM a 71 (100%) respondentů z pracoviště v Liberci. Nejčastější byla odpověď ne, není zátěží.

Zaznamenali jsme 186 (85%) odpovědí. Druhou nejčtenější byla odpověď nevím, kterou označilo 32 (15%) respondentů. Možnost ano, je zátěží, jsme zaznamenali u 2 (1%) respondentů.

Výsledkem výzkumu jsme zjistili, že pro většinu respondentů (85%) není nádorový program důvodem odmítnutí další transplantace. **Tímto považujeme třetí výzkumný předpoklad za potvrzený.**

Čtvrtý cíl:

Porovnat znalosti v oblasti prevence nádorů kůže a střev.

Čtvrtý výzkumný předpoklad:

Domníváme se, že pacienti obou zdravotnických zařízení budou mít více znalostí o prevenci nádorových onemocnění kůže než o prevenci nádorových onemocnění trávicího traktu.

V dotazníku se k této oblasti vztahují dotazníkové položky číslo 6, 9, 10, 13. U odpovědí na dotazníkové položky 9 a 13, kde bylo možné označit více odpovědí jsme zaznamenali více než 80% správných odpovědí u prevence kůže a více než 90% správných odpovědí u prevence trávicího traktu, shodně na obou pracovištích. U znalostí dotazníkových položek číslo 6 a 9 jsme zjistili rozdíl ve znalostech s tímto výsledkem. Respondenti v Praze u obou programů prokázali menší znalost než respondenti v Liberci. V Praze byla o 4% menší znalost nádorového programu trávicího traktu a o 14% menší znalost preventivního programu nádorů kůže. V celkovém poměru prevence kůže a prevence trávicího traktu je rozdíl o 2% více znalostí o prevenci kůže. Dále jsme zjistili, že téměř u poloviny respondentů na obou pracovištích byla prokázána menší znalost rizika vlivu imunosuprese na nádory. Na základě zjištěných faktů, kdy rozdíly znalostí nepřekračují významnost 10% **považujeme čtvrtý výzkumný předpoklad za nepotvrzený.**

4 DISKUZE

V bakalářské práci jsme se zaměřili na to, jaká je informovanost pacientů po transplantaci ledvin o zvýšeném riziku vzniku nádorů. Rozhodujícím kritériem byla skutečnost, že zvyšování počtu transplantací a delší přežívání transplantovaných má souvislost s větším rizikem vzniku malignit. Zvýšené riziko vzniku malignit podporuje nejen transplantační statistika (Pokorná, 2010), ale celá řada klinických studií a kazuistik (Gallagher, Kalinová, 2010, Hošková, 2008). Dalším kritériem našeho výzkumu je období, kdy byl nádorový screening do režimu pravidelných kontrol zařazen. Podle KDIGO (2009 suppl. 3., Vol 9), byl zařazen před 6 lety.

Při realizaci našeho výzkumu jsme došli ke zjištění, že k této konkrétní problematice v edukačních standardech pro transplantované pacienty nejsou dostatečné informace. V současné době je k dispozici celá řada edukačních materiálů a především brožur (příloha č. 3). Dostupné brožury jsou velmi podrobně zpracované a poskytují pacientům dostatek informací. Výhodou je i dostupnost informací na internetu. V brožuře „Život pokračuje“ autor uvádí možné riziko vzniku nádorů, které je méně než 3%. Obdobně Viklický (2012) uvádí riziko vzniku nádorů 3,9%. U zmiňované brožury jsme zaznamenali při aktualizaci v roce 2012 doplnění informací o ochraně kůže pro zvýšené riziko vzniku nádorů. Na základě těchto skutečností se domníváme, že problematika nádorové prevence po transplantaci je aktuální. Konkrétní informaci o nádorovém programu, který je součástí celého potransplantačního období jsme v edukačních materiálech nezaznamenali.

Před porovnáváním znalostí pacientů po transplantaci jsme nejprve na obou pracovištích ověřili způsob, jakým jsou pacienti edukováni. Pro srovnání jsme vycházeli z diplomové práce Čagánkové (2010) zaměřené na efekt edukací po transplantaci. Čagánková uvádí, že na pracovišti v Olomouci provádí u dialyzovaných pacientů verbální edukaci před transplantací o všech tématech spojených s transplantací, ale konkrétně o riziku nádorů se nezmiňuje. S tímto přístupem jsme se nesetkali ani v Praze ani v Liberci. Během realizace výzkumu jsme si ověřili, že na obou pracovištích je větší pozornost věnována edukaci po transplantaci. Tento názor se shoduje i s výsledky dotazníku, kde 103 respondentů uvedlo, že byli edukováni po transplantaci a 65 respondentů uvedlo, že neví, kdy informace získali. Naše zkušenost v Liberci byla taková, že před transplantací se pacientům předá informační brožura a zdůrazňuje se především dostupnost (být stále na telefonu). Vždy se jednalo o verbální typ edukace,

kdy verifikace úspěšnosti nebyla ověřována. Tento názor se nám potvrdil již během předvýzkumu. Můžeme se tedy pouze domnívat, kolik procent znalostí mají pacienti o transplantaci před tím, než ji podstoupí. Naopak po transplantaci, což jsme si ověřili také již v předvýzkumu, jsou pacienti opakovaně edukováni a znalosti jsou ověřovány při návštěvách v transplantační poradně. Přehled edukačních témat je součástí přílohy č. 2. Vzhledem k tomu, že způsob a obsah edukací před a po transplantaci nebyl hodnotícím kritériem naší práce, považujeme získané informace za dostačující k tomu, abychom ověřili míru znalostí.

Výzkum nám potvrdil, že 58% respondentů má znalost o tom, že imunosuprese zvyšuje riziko nádorů, ale u otázek konkrétních prevencí byly znalosti odlišné. Překvapivé bylo zjištění významné neznalosti prevence nádorů trávicího traktu u 40% respondentů v Praze a významné neznalosti rizika imunosupresivní léčby ve spojitosti s nádory kůže u 42% respondentů v Liberci. U otázek týkajících se trávicího traktu se můžeme domnívat, že zdrojem informací jsou i média a zdravotní pojišťovny, které od roku 2013 na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví spustily projekt adresného zvaní k vyšetření tlustého střeva osob běžné populace starších 55 let. Neznalost této problematiky je překvapující i z pohledu věkového složení zkoumaného vzorku. Nejčetnější věkovou skupinou byli respondenti starší 55 let zastoupeni 128 respondenty, ale také z pohledu délky období po transplantaci, kde nejčetnější skupinou jsou respondenti do 5 let po transplantaci, celkem 119. Právě u respondentů, kteří jsou kratší dobu po transplantaci, jsme předpokládali větší znalost, vzhledem k screeningu zahájenému před 6 lety. Složení vzorku věkem i dobou po transplantaci koresponduje s údaji v transplantační statistice (Pokorná, 2010). V našem výzkumu se prokázalo, že není rozdíl ve znalostech mezi pracovišti v Praze a Liberci, ale zároveň zjištění poměrně významných neznalostí nás utvrdilo v záměru zdokonalit edukační materiál pro transplantované.

Důslednost dodržování doporučeného vyšetřovacího schématu hodnotí v dotazníku dvě dotazníkové položky, které byly statisticky zhodnoceny. Náš studijní soubor byl tvořen 78 muži a 66 ženami. Z výzkumu vyplynulo, že předpoklad, že ženy budou důslednější než muži, nebyl potvrzen. Vycházeli jsme z životní role žena – matka a z toho plynoucí větší opatrnost a pečlivost. K podobným závěrům u populace transplantovaných pacientů dospěla i Tomická (2012), která se zabývala důsledností pravidelného užívání imunosupresiv, rovněž neshledala z tohoto pohledu statisticky významné odlišnosti mezi pohlavími. V našem výzkumu jsme zjistili, že ženy jsou

ochotny spíše provést odběr stolice na okultní krvácení, než podstoupit kožní vyšetření. U mužů byl přístup k oběma vyšetřením přibližně stejný. Domníváme se, že je tomu tak v důsledku masivní medializace prevence nádorů trávicího traktu.

Dalším sledovaným faktorem bylo odmítnutí transplantace kvůli nádorovému programu. V naší dostupné literatuře jsme hodnocení tohoto faktoru nenalezli. Porovnávali jsme se slovinskou studií, která se problematikou nejčastějších důvodů odmítnutí transplantace zabývala. Nizič-Kos (2013) ve své studii uvádí, jako nejčastější důvod odmítnutí transplantace vedlejší účinky imunosupresivní léčby 31,6% a dále nepředvídatelnost výsledku transplantace 29,8%. Jako nejčastější důvod uvádí problémy s mobilitou a nově vzniklý diabetes. Riziko vzniku nádorů prezentuje, jako důvod odmítnutí transplantace na pátém místě u 21,1 % respondentů. Z výsledků této studie nevyplývá, že by zvýšené riziko vzniku nádorů spojené s užíváním imunosupresiv představovalo významnou překážku, která by pacienty od transplantace odradila. Výsledky našeho výzkumu nezaznamenali významné odlišnosti se slovinskou studií. Z našeho výzkumného vzorku uvedli 2 respondenti, že by příště transplantaci odmítli a 32 respondentů zvolilo odpověď nevím. Problematikou výskytu nádorů po transplantacích se zabývá stále více studií a kazuistik. Kalinová (2010) zaměřila svou práci na četnost výskytu nádorů u jednotlivých imunosupresiv. Výsledky porovnává s řadou amerických lékových studií a uvádí i kontroverzní tvrzení lékařů na onkogenní aktivity imunosupresiv. V závěru své studie apeluje na nezbytnost onkologického screeningu po transplantaci. Hošková (2008) se ve své práci zabývala výskytem nádorů po transplantaci srdce. Výsledky studie uvádí alarmující zjištění vzniku nádoru u 14,8% pacientů a shodně s Kalinovou zdůrazňuje nutnost nádorových screeningů významných pro časnou diagnostiku a tím lepší prognózu. Výsledky naší studie jsme porovnávali s Viklickým (2012), který uvádí výskyt nádorů po transplantaci u 3,9%. U našeho souboru uvedlo celkem 9% respondentů diagnostikovaný nádor po transplantaci. Tento výsledek určitě stojí za zamyšlení, že pokud by se procento výskytu nádorů zvyšovalo, můžeme se domnívat, že se riziko výskytu nádorů po transplantaci stane častějším důvodem odmítnutí transplantace.

Sledovaným parametrem ve studii byl výskyt nádorů kůže. Zahraniční literatura uvádí, že nádory kůže jsou podle dostupných údajů nejčastější. Objevují se o desetiletí dříve než u vrstevníků běžné populace a až dvacetinásobně častěji (Robinson, 2010). Dále Viklický (2008) prezentuje výsledky zahraničních studií v Austrálii, kde je výskyt nádorů kůže osminásobně vyšší než u běžné populace a v USA až patnáctinásobně

vyšší. Vzhledem k výrazným klimatickým rozdílům Austrálie a České republiky jsme zjišťovali údaje z České republiky. V naší republice jsou údaje omezeny na přehledy z některých transplantačních pracovišť nebo z kazuistických sdělení. Oficiální počty u nás zatím nebyly publikovány. Cetovská (2011) publikuje výsledky z pracoviště v Plzni, kde 5 let sledovali výskyt kožních nádorů po transplantaci. Zaznamenali zjištění kožního nádoru u 21,3% pacientů. Z výsledků této studie vyplývá statisticky významná závislost vzniku kožních nádorů na věku pacienta, fototypu kůže a délce působení imunosupresiv. Podobné závěry svého výzkumu uvádí Machovcová (2011), která porovnává výskyt nádorů kůže u populace transplantovaných s běžnou populací v souvislosti s fototypem kůže. Z výzkumu vyplývá, že pacienti po orgánové transplantaci by měli být v pravidelných intervalech sledováni dermatovenerologem. Kůže je snadno vyšetřitelným orgánem, vyšetření je zcela nebolestivé a je hrazeno ze zdravotního pojištění. Je lépe opakovaně přijít na vyšetření s banalitou než zameškat ten správný čas a přijít pozdě. Výsledky studie Kalinové (2010) a Salga (2010) došli ke stejným závěrům a shodně uvádějí výskyt nádorů kůže po transplantaci, jako nejčastější. Na základě podložených zahraničních i domácích studií a kazuistik jsme tedy předpokládali, že znalosti o nádorovém screeningu kůže budou u respondentů převyšovat oproti nádorům trávicího traktu. Náš názor podpořila i skutečnost, že při aktualizaci nejčastěji používané brožury pro transplantované (Život pokračuje) v roce 2012 byly informace rozšířeny o prevence ochrany kůže a o upozornění na zvýšené riziko kožních nádorů. Výsledek z dotazníkového šetření, nepotvrdil náš předpoklad. V našem výzkumu jsme zaznamenali pouze 2% rozdíl mezi znalostmi prevence kůže a trávicího traktu. Tento výsledek považujeme za statisticky nevýznamný. Výsledky srovnatelné s jinými pracovišti jsme zaznamenali u četnosti výskytu jednotlivých nádorů. V našem výzkumném vzorku byla diagnostika kožního nádoru také nejčastější. Potvrdilo ji 37% respondentů. Domníváme se, že jedním z důvodů může být i skutečnost, že Evropský den melanomu není tak medializovaný jako prevence trávicího traktu. Tento výsledek podporuje náš cíl posílit edukační materiály o informace zaměřené na konkrétní oblasti nádorových prevencí. Souhlasíme s Machovcovou, že vyšetření kůže je nebolestivé a hrazené pojišťovnou a podstoupení vyšetření je především na motivaci pacienta ze strany ošetřujícího týmu. V problematice kožních nádorů po transplantaci je zajímavým zjištěním podle zahraniční publikace (Robinsona, 2010) údaj, že riziko nádorů kůže je o to vyšší, že u některých pacientů dojde v době dialyzační léčby vlivem zvýšené hladiny urey k zhnědnutí kůže, která

po transplantaci vybledne. Někteří lidé na to reagují nadměrným opalováním, protože jsou přesvědčeni, že opálená kůže znamená lepší a zdravější vzhled.

V závěru našeho výzkumu jsme se zaměřili na získané informace. Zjišťovali jsme, kdy respondenti získali nejvíce informací o vedlejších účincích léků po transplantaci a zajímal nás zájem respondentů o přehled nejčastějších komplikací a rizik spojených s užíváním léků po transplantaci. Z našich výsledků vyplývá, že nejčastějším obdobím získaných informací je období po transplantaci. Překvapující bylo zjištění, že 65 respondentů neví, kdy informace získali. Výsledky odpovědí na otázku, jestli a zároveň, kdy by uvítali informační leták nejčastějších rizik a komplikací, byly s ohledem na odpovědi předchozí otázky překvapující. Ačkoli nejvíce respondentů uvedlo, že informace získali po transplantaci, tak shodně potřebu deficitu informací by uvítali také po transplantaci. Jako další byla označena možnost myslím, že informací mám dostatek a třetí čtenější byla odpověď respondentů, kteří by informace uvítali před transplantací.

V našem výzkumu jsme si ověřili znalosti pacientů po transplantaci ledviny o nádorové prevenci. Výsledky nám ukazují, že pacienti mají vcelku dobré znalosti dané problematiky, ale zároveň jsme odhalili, že nejsou zcela ucelené. Toto zjištění podporují i výsledky, hodnotící důslednost v dodržování preventivních vyšetření. Zde jsme zaznamenali poměrně významný znalostní deficit. Zájem respondentů o edukační materiál nám potvrdil zrealizování původně plánovaného edukačního materiálu rozšířeného o preventivní nádorový program.

5 NÁVRH DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dostupné edukační materiály pro transplantované jsou rozsáhlé a propracované (příloha č. 3). Během realizace výzkumu jsme si ověřili, že jsou při edukacích přínosné a jsou používány na obou pracovištích. Na základě zjištěných skutečností se domníváme, že edukační témata jsou realizována spíše po transplantaci. Toto období je pro pacienta velkou životní změnou a je pochopitelné, že velké množství informací, nemusí uchovat. Domníváme se, že by bylo vhodné informace, které se podávají po transplantaci poskytnout pacientům ve větší míře i v době čekání na transplantaci. Rozhodující je, jakým způsobem je nastaven edukační proces na jednotlivých pracovištích. Konkrétně problematika prevence nádorů, může být obsahem edukačních materiálů již před transplantací. Tím bychom mohli docílit nejen lepší spolupráce s ošetrovatelským týmem a zároveň předáme dostatek informací, které jsme povinni pacientovi poskytnout, aby se mohl svobodně rozhodnout a s transplantací souhlasit. Zvolili jsme formu informační brožury pro pacienty před transplantací, která může být doplněním ústní edukace a pacient si ji může ponechat. Domníváme se, že informační brožura by mohla být přínosem také pro sestry na dialyzačních odděleních a samozřejmě i pro pacienty po transplantaci. Brožura je součástí přílohy č.5.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se zaměřili na ověření znalostí o prevenci nádorů u pacientů po transplantaci ledviny. Výzkum jsme realizovali v transplantační poradně na pracovišti IKEM Praha a KNL. K cílům práce patřilo zjistit míru informovanosti k dané problematice, dále zjistit, jestli preventivní nádorový program představuje takovou zátěž pro pacienty, že by příště transplantaci nepodstoupili. Posledním cílem bylo ověřit, jak důsledně pacienti dodržují doporučenou prevenci nádorových onemocnění. Analýzou výsledků z dotazníkového šetření jsme došli k zjištění, že pacienti mají celkem dobré znalosti o problematice prevence nádorů a zároveň by kvůli prevenci další transplantaci neodmítli. Výsledky porovnání pracovišť a pohlaví jsme statisticky otestovali a nezaznamenali jsme významný rozdíl ve znalostech na jednotlivých pracovištích ani mezi pohlavími. U některých otázek jsme zaznamenali poměrně významnou neznalost a určitý deficit jsme zjistili i v důslednosti dodržování preventivních doporučení.

Zaměřili jsme se na problematiku, která je pro tuto skupinu pacientů specifická. Během psaní bakalářské práce jsme čerpali z mnoha různých zdrojů, jak domácích, tak zahraničních. V literatuře jsme si ověřili, že v souvislosti s delším přežíváním pacientů po transplantaci se zvyšuje riziko vzniku nádorů a zkoumaná problematika je aktuální. Nádorový screening byl do pravidelných kontrol po transplantaci zaveden v posledních šesti letech a není mu zatím v současných edukačních materiálech věnována významná pozornost.

Naším cílem je, aby nově vzniklá informační brožura pomohla rozšířit pohled a zlepšit orientaci u transplantovaných pacientů v otázce nezbytných preventivních vyšetření, která stav po orgánové transplantaci vyžaduje. Věříme, že informační brožura bude přínosem nejen pro pacienty, ale i pro sestry na dialyzačních odděleních.

7 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Monografie:

- 1) JENKINS, Karen (ed.), Althea MAHON (ed.). EDTNA/ERCA. *Chronické onemocnění ledvin-doporučení pro klinickou praxi. Stádia 4-5*. 1. vyd. Praha: RRD a.s., 2008, 288 s., ISBN 978-84-612-5925-0.
- 2) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2010, 77 s., ISBN 978- 80-247-2171-2.
- 3) KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 482 s., ISBN 978-80-7367-684-1.
- 4) MAGUROVÁ, Dagmar, Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukační proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2009, 155 s., ISBN 978-80-8063-326-4.
- 5) SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry- úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén 2012, 63 s., ISBN 978-80-7262-845-2.
- 6) VIKLICKÝ, Ondřej, Libor JANOUŠEK, Peter BALÁŽ a kol. *Transplantace ledviny v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 384 s., ISBN 978-80-247-2455-3.
- 7) VIKLICKÝ, Ondřej, Vladimír TESAŘ, Sylvie DUSILOVÁ-SULKOVÁ a kol. *Doporučené postupy a algoritmy v nefrologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2010, 192 s., ISBN 978-80-247-3227-5.

Odborná periodika:

- 8) CETKOVSKÁ, Petra a kol. Kožní změny po transplantaci ledvin - první výsledky klinického sledování. *Československá dermatologie*. 2011, roč. 86, č. 1, s. 13 – 16. ISSN 0009-0514.
- 9) GALLAGHER, M. P. a kol. Rizika malignit po imunosupresivní léčbě. *Postgraduální nefrologie*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 37. ISSN 1214-178x.
- 10) HOŠKOVÁ, Lenka, Ivan, MÁLEK, Mariana, PODZIMKOVÁ a kol. Výskyt nádorových onemocnění u pacientů po transplantaci srdce. *Onkologie*. 2008, roč. 2, č. 2, s. 126-127. ISSN 1802-4475.
- 11) KALINOVÁ, Lucie, Jarmila JINDRÁKOVÁ, Monika VÁCHALOVÁ a kol. Role imunosupresivní terapie ve vztahu k výskytu nádorových onemocnění po orgánové

transplantaci. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2010, roč. 24, č. 4, s. 85- 88. ISSN 1803-5353.

12)MACHOVCOVÁ, Alena. Role fotoprotekce v prevenci kožních nádorů u běžné populace a u pacientů po orgánové transplantaci. *Dermatologie pro praxi*. 2011, roč. 5, č. 3, s. 144 – 149. ISSN 1803-5337.

13)TOMICKÁ, Jolana, Markéta VINKLEROVÁ. Význam edukace při podávání imunosupresiv. *Sestra*. 2012, roč. 22, č. 10, s. 33 -34. ISSN 1210-0404.

14)VIKLICKÝ, Ondřej. Sekundární prevence kožních karcinomů sirolimem. *Postgraduální nefrologie*. 2012, roč. 10, č. 4, s. 59 – 61. ISSN 1214-178x.

Absolventské práce:

15)ČAGÁNKOVÁ, Eliška. Efekt edukace nemocných po transplantaci. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí diplomové práce Tomáš Reischig. Dostupné z: http://theses.cz/id/fmwkmn/Elika_agnkov_Efekt_edukace_u_pacient_po_tx_ledvin.pdf

Zahraniční zdroje:

16)DANOVITCH, Gabriel M. *Handbook of kidney transplantation*. 4. th.ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2005, 542s. ISBN 0-7817-5322-8.

17)ROBINSON, June a kol. Skin cancer prevention education for kidney transplant recipients a systematic evaluation of Internet sites. *Progress in Transplantation*. 2010, roč. 20, č. 4, s. 344 – 348.

18)KDIGO clinical practice guidelines for the care of kidney transplant recipients. Kidney disease: Improving Global Outcomes. Transplant Work Group. *American Journal of Transplantation*. 2009, vol. 9, (suppl. 3): s. 131-155. ISSN 1600-6143

19)NIZIČ-KOS, Tea, Anja Ponikvar, J. B Ponikvar, Reasons for refusing kidney transplantation among chronic dialysis patients. August 2013, *Contributions From the 5-th Slovenian Congress of Nephrology With International Participation*. 2013, vol. 17,(suppl.4): s. 355-356.

20)SALGO, Rebekka, J. Gossmann, J. Schofer. Switch to a sirolimus- based immunosuppression in long-term renal transplant recipient: reduced rate of (pre-) malignancies and nonmelanoma skin cancer in a prospective, randomized, assessor-blinded, controlled clinical trial. *American Journal of Transplantation*. 2010, 10: s. 1385-1393. ISSN 1600- 6135.

Jiné internetové zdroje:

- 21) Česká republika a rakovina v číslech. *Www.linkos.cz* [online]. 2011 [vid. 2015-05-09]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/co-musite-vedet/ceska-republika-a-rakovina-v-cislech/>.
- 22) Prevence rakoviny tlustého střeva a konečníku (CRC). *EU- Media, s.r.o* [online]. 2013 [vid. 2015-05-02]. ISSN 1803-2486. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/cr-v-evropské-unii/link-dossier/prevence-rakoviny-tlusteho-streva-a-konecniku-crc/>.
- 23) LYEROVÁ, Ladislava. Nádory po transplantaci. Praha, 16.2.2007. *Pracovní den České transplantální společnosti a České nefrologické společnosti*. Přednáška [online]. 2007 [vid. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.transplant.cz/akce/ceske.php>
- 24) POKORNÁ, Eva. IKEM PRAHA. Praha, 16.-18.9.2010. *III. česko-slovenský transplantální kongres*. Přehled odběrové a transplantální aktivity. Přednáška [online]. 2010. [vid. 2015-03-15]. Dostupné z: www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/transplantacni-medicina/prehled-odberove-a-transplantacni.aktivita/
- 25) POKORNÁ, Eva. Dárci ledvin. Praha, 16.2.2007. *Pracovní den České transplantální společnosti a České nefrologické společnosti*. Přednáška [online]. 2007 [vid. 2015-01-20]. Dostupné z: <http://www.transplant.cz/akce/ceske.php>
- 26) Život pokračuje! *Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledviny*. Astellas Pharma s.r.o., 2008, 64s. Aktualizace [online]. 2012 Dostupné z: http://www.transplantace.eu/brozury/zivot%20pokracuje_A5.pdf

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1 Vyšetření před transplantací

Příloha číslo 2 Základní schéma sledování po transplantaci

Příloha číslo 3 Dostupný edukační materiál

Příloha číslo 4 Dotazník

Příloha číslo 5 Informační brožura pro pacienty

Seznam tabulek

Seznam grafů

Protokol k provádění výzkumu v IKEM Praha

Protokol k provádění výzkumu v KNL

Příloha číslo 1 – Problematika transplantací

Vyšetření před transplantací

Vyšetření před transplantací probíhá nejdříve v dialyzačním středisku a následně je pacient s výsledky odeslán do transplantačního centra k posouzení možného zařazení do čekací listiny. Ideální doba na předtransplantační vyšetření je 3. - 4. stadium onemocnění, kdy 5. stadium je konečné selhání ledvin spojené se zařazením do dialýzy. Důkladnost vyšetření má významný podíl nejen na výsledku transplantace, ale také na dlouhodobé prognóze nemocného po transplantaci. Předtransplantační vyšetření jsou zaměřena na komplexní vyšetření kardiovaskulárního systému EKG, ECHO eventuelně zátěžové testy, RTG srdce a plic, vyloučení infekčních procesů zahrnuje zubní vyšetření a kontrolu zánětlivých parametrů dále vyloučení malignit, urologické vyšetření a vyšetření ledvin. Vyšetření krve biochemické a hematologické, krevní skupinu, žloutenky typu B, C a HIV. Pacienti mohou čekat na transplantaci i několik let. Během té doby jsou léčeni dialýzou a jejich zdravotní stav prochází změnami souvisejícími s dialýzou. Proto je třeba nemocného řádně vyšetřovat i během čekání na transplantaci. Tyto vyšetření se provádí rutinně v rámci pravidelné dialyzační léčby. Všechny významné změny zdravotního stavu je třeba konzultovat s lékařem transplantačního centra. V České republice je sedm transplantačních center. Každé má svou spádovou oblast nefrologických a dialyzačních pracovišť (Viklický, 2008, Viklický, 2010).

Kontraindikace

Za kontraindikace lze označit všechny stavy, kdy riziko vlastní operace a následné imunosuprese ohrožuje zdraví či život nemocného, nebo pokud je vysoká pravděpodobnost selhání funkce ledvinného štěpu. Mezi tyto stavy řadíme zejména těžké medikamentózně neovlivnitelné krvácivé poruchy, všechny akutní infekce, některé chronické infekce jako jsou HIV, aktivní tuberkulóza, chronická aktivní hepatitida, chronická onemocnění neovlivnitelná léčbou s prognózou přežití horší než 1 rok a maligní onemocnění před léčbou nebo před uplynutím vyčkávacího období po úspěšné léčbě (vyčkávací období je 5 let). Kontraindikací transplantace je také obezita. Obézní pacienti mají prokazatelně delší rozvoj funkce štěpu, komplikované hojení operační rány a mají i více akutních rejekcí. Rovněž i přežití těchto nemocných

je kratší. Transplantace není doporučována nemocným s morbidní obezitou (BMI>35). Absolutní kontraindikací je nesouhlas nemocného, nebo těžká mentální porucha zabráňující spolupráci s ošetřujícím personálem (Viklický, 2008).

Živí dárce

„Transplantace ledviny od žijícího dárce je v současné době považována za nejvýhodnější metodu léčby chronického selhání ledvin.“ (Viklický, 2010, str. 123)

Přínosem je rozšíření počtu dárců, zkrácení čekací doby na transplantaci a možnosti vyhnout se dialyzační léčbě, zlepšení kvality života a rychlejší návrat k ekonomicky aktivnímu životu. Přežívání štěpů od živých dárců je podstatně lepší než u transplantací kadaverózních dárců. Vyšetření příjemce před transplantací od živého dárce není odlišné od vyšetření před zařazením do čekací listiny. Z hlediska etiky transplantací od živých dárců je nezbytné podrobné zhodnocení všech rizik a výhod, jak u příjemce, tak u dárce. Stav dárce představuje nejvyšší hodnotu, která musí být posuzována bez ohledu na potřeby příjemce. Dárce může být pokrevně příbuzný rodič, sourozenec nebo nepokrevně příbuzný partner, emočně spřízněná osoba. Součástí vyšetření transplantace od živého dárce je psychologický pohovor a zodpovězení otázek etické komise. Jedním z důvodů je vyloučit darování ledviny za úplatu, které není v České republice dovoleno (Pokorná, 2007, Viklický, 2010).

Kadaverózní dárce

Pokud není u pacienta možná transplantace od živého dárce, je zařazen na čekací listinu. Čekací listina je seznam pacientů čekajících na transplantaci ledviny od kadaverózního (zemřelého dárce). Doba strávená na dialýze je nezávislým faktorem, který zvyšuje mortalitu nemocných. To znamená, že nejvhodnější dobou pro transplantaci je období před zařazením do dialýzy nebo krátce po zařazení do dialýzy. V České republice lze zařadit nemocného na čekací listinu 3 měsíce před zahájením dialyzační léčby. Za zařazení nemocných do čekací listiny je odpovědné transplantační centrum. Pokud je k dispozici „nová“ ledvina je pomocí počítačového algoritmu na základě parametrů získaných od dárce a příjemce (krevní skupiny, HLA typizace, výše protilátek proti panelu) vybrán vhodný příjemce. V případě rovnosti parametrů u více příjemců je upřednostněn ten, který čeká déle a tomu je ledvina přidělena. Každé transplantační centrum má databázi čekatelů své spádové oblasti, která je měsíčně aktualizována a v tištěné formě zasilána na spádová dialyzační pracoviště. Průměrná délka čekání je

2 roky (Viklický, 2010).

Rejekce ledvinného štěpu

Rejekcí je označován soubor imunitních dějů vyvolaných odlišností dárce a příjemce. Výsledkem je poškození transplantovaného orgánu snížení funkce a někdy i definitivní ztráta jeho funkce. Klinické rozdělení v praxi rozlišuje rejekci hyperakutní, akutní a chronickou. Při hyperakutní rejekci dojde během několika minut až hodin – po znovuoobnovení průtoku krve transplantovaným orgánem k jeho totální destrukci a nekróze doprovázené trombotizací cév. Příčinou této reakce je přítomnost protilátek v organismu příjemce v době již před transplantací. Hyperakutní rejekce je současnými postupy terapeuticky nevládnutelná. Prevencí je dodržení kompatibility v ABO systému a negativní HLA „cross match“. Akutní rejekce je nejčastější druh imunitní reakce vznikající v prvních třech měsících po transplantaci. Příčinou bývá intersticiální zánět způsobený aktivací T lymfocytů, které jsou namířeny proti transplantátu. Ve většině případů je tato rejekce léčitelná zvýšením dávek imunopresivních preparátů. Chronická rejekce je dlouhodobá reakce organismu příjemce, vyvíjející se v delším časovém odstupu (6 měsíců i více) po transplantaci. Způsobuje pozvolný pokles funkce přeneseného orgánu. Příčinou může být neadekvátně léčená akutní rejekce, nedostatečná udržovací imunoprese, infekce aj. Tato reakce může skončit úplným selháním transplantátu, ale v některých případech je funkce zachována (Viklický, 2010).

Příloha číslo 2 – Základní schéma sledování po transplantaci

Sledování pacienta po transplantaci

K 31.12.2009 bylo sledováno po transplantaci ledviny 3771, srdce 581, jater 817, plíce 76 a pankreasu 183 pacientů (Pokorná, 2010)

Transplantací ledviny začíná období pravidelných kontrol a sledování po celou dobu funkčnosti nové ledviny. Cílem je sledovat zdravotní stav a odhalit možné komplikace. Časné potransplantační sledování je v zásadě shodné s běžnou pooperační péčí. Zahrnuje monitoraci, stav hydratace, oběhovou stabilitu, sledování bolesti, sledování hojení rány, laboratorní kontroly a monitoraci rozvoje funkce štěpu. Při výkonu je zahájena antibiotická profylaxe intravenózně a po 24 - 48 hodinách je podávána perorálně. Pro vysoké riziko infekce užívají všichni pacienti antibiotika, nejčastěji preparát Biseptol, tři až šest měsíců po transplantaci. Po stabilizaci stavu je pacient propuštěn do ambulantního sledování. Pacienti dochází do ambulance transplantačního centra, kde byla transplantace provedena nebo do transplantační ambulance dialyzačního pracoviště v místě bydliště (Viklický, 2008).

Základní informace, které by měl pacient před transplantací vědět:

Dostupnost 24 hodin

Poté, co je pacient zařazen do čekací listiny musí být nepřetržitě k dispozici, aby mohl být co nejdříve transportován do transplantačního centra k operaci. Vhodné je mít mobilní telefon, kontaktní telefonní číslo je k dispozici na dialyzačním pracovišti, kde je pacient léčen. Čekání na transplantaci je různě dlouhé. Průměrná doba je dva roky (Život pokračuje, 2012).

Pobyt v nemocnici, co může očekávat

Pacient by měl mít připravené zavazadlo se základními věcmi pro pobyt v nemocnici, aby neztrácel čas před odjezdem k operaci. (Život pokračuje, 2012).

Příprava před operací

Po příjezdu do transplantačního centra bude probíhat řada předoperačních vyšetření. Vyhodnocení výsledků trvá tři až čtyři hodiny. Krevní vzorky pacienta a dárce budou porovnány, aby byla jistota slučitelnosti. U některých pacientů je před transplantací nutné provést ještě dialýzu. Pokud nebude žádná kontraindikace, proběhne transplantace. (Život pokračuje, 2012).

Průběh operace

Operace trvá obvykle dvě až tři hodiny. „Nová“ ledvina se umísťuje do pravé nebo levé jámy kyčelní. V operační ráně bude drén, který odvádí tekutinu z okolí ledviny. Během operace se zavádí močová cévka, protože se musí sledovat diuréza. Cévkou se odstraňuje obvykle 4. den po operaci. (Život pokračuje, 2012).

Po operaci

Po operaci je pacient umístěn na jednotce intenzivní péče, kde je neustále monitorován. Ledvina dárce potřebuje různě dlouhou dobu než začne opět pracovat. Proto je možné, že u některých pacientů bude třeba provést ještě několikrát dialýzu. V pooperačním období je nutná dostatečná hydratace, tekutiny jsou podávány parenterálně a po mobilizaci pacienta perorálně. Hospitalizace trvá obvykle dva až tři týdny a po celou dobu je pacient intenzivně sledován. Po propuštění z nemocnice přechází větší část zodpovědnosti za zdravotní stav na pacientovi. Pacient potřebuje oporu v týmu zdravotníků, na které se může při jakýchkoli komplikacích obrátit o pomoc (Život pokračuje, 2012).

Pacient by měl být informován i o možnosti, že transplantace neproběhne úspěšně, nebo že jeho imunitní systém nepřijme „novou ledvinu“ (Život pokračuje, 2012).

Ošetrovatelský proces u pacientů po transplantaci

Pravidelné kontroly - Pacient by měl vědět, že po propuštění z nemocnice musí jednou až dvakrát týdně docházet na kontroly do transplantační poradny. Při každé návštěvě se sledují hodnoty funkce ledviny, projevy infekce, kontrola hladiny imunopresiv v krvi. (Život pokračuje, 2012).

Sledování teploty - Včasné zjištění infekce nebo počínající rejekce lze zachytit pokud je pacient poučen, že při vzestupu teploty nad 38°C, která trvá déle než jeden den je nutné kontaktovat nefrologa. Každá včasně zaléčená infekce nebo rejekce zabrání nevratnému poškození štěpu (Život pokračuje, 2012).

Sledování výdeje moči - Pacienti po transplantaci jsou z důvodu snížené imunity více náchylní k močovým infekcím. Neléčená močová infekce může významně ohrozit funkci štěpu, proto pacient musí sledovat množství moči, její barvu nebo zápach. Při zjištění komplikace je nutné navštívit nefrologa a přinést vzorek moči k vyšetření (Život pokračuje, 2012).

Pravidelné užívání léků po transplantaci viz kapitola 2.1.1

Sledování vedlejších účinků léků viz kapitola 2.1.1

Nádorový screening viz. kapitola 2.1.3

Příloha číslo 3 - Informační brožury



Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledviny. Astellas, 2012



**Janda Jan; Špatenka Jaroslav; Dušek Jiří; Vlachová Eva; Seeman Tomáš
Chronické poruchy funkce ledvin a jejich transplantace u dětí a dorostu. Informační brožura pro rodiče pacientů a samotné starší dětské pacienty. FN MOTOL 2006**



**Lékaři a sestry Transplantcentra IKEM a Kliniky nefrologie IKEM
Otázky a odpovědi, Láska prochází ledvinou.
Program transplantace od žijících dárců IKEM, 2011**



**M. Jindrová ve spolupráci s I. Brůžkovou
Příběhy pacientů. Láska prochází ledvinou.
Program transplantace od žijících dárců. IKEM**

Příloha číslo 4 – Dotazník

Vážení pacienti po transplantaci ledviny,

jmenuji se Monika Vošterová a jsem studentkou třetího ročníku Technické univerzity Liberec oboru všeobecná sestra na Ústavu zdravotnických studií. Dovoluji si Vás požádat o pravdivé vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny“ Dotazník je anonymní a skládá se z 19 otázek. Vaše odpovědi budou zpracovány pouze pro účel mé bakalářské práce. Děkuji za vyplnění dotazníku.

Zvolenou odpověď zakroužkujte.

1) Jste?

- a) muž
- b) žena

2) Kolik je Vám let?

- a) 18- 35
- b) 36 – 55
- c) 56 – 75
- d) 76 a více

3) Jak dlouho jste po transplantaci ledviny?

- a) do 5 let včetně
- b) více než 5 -10 let včetně
- c) 11- 15 let včetně
- d) více než 16 let

4) Víte, že užívání léků po transplantaci (imunopresiv) zvyšuje riziko vzniku nádorů?

- a) ano
- b) ne

5) Na kterém pracovišti probíhala příprava před transplantací?

- a) nefrologie IKEM
- b) nefrologie Liberec
- c) jinde (můžete uvést)

6) Slyšel (a) jste o Evropském dnu melanomu?

- a) ano, ale nevím, čeho se to týká
- b) ano, je to preventivní program rakoviny kůže
- c) ano, je to preventivní program vyšetření zraku
- d) ne, neslyšel (a)

7) Bylo Vám lékařem v transplantační poradně doporučeno pravidelně docházet ke kožnímu lékaři na kontroly mateřských znamének a pih?

- a) ano
- b) ne

8) Pokud ano, chodíte na pravidelné kontroly?

- a) pravidelně 1x ročně
- b) 1 – 2x za 5 let
- c) nechodím, myslím, že nemám problém

9) Označte, co z uvedeného zvyšuje riziko vzniku nádorů kůže (možno vybrat více odpovědí):

- a) pití alkoholu
- b) nadměrné opalování a nepoužívání krémů s ochranným faktorem při pobytu na slunci
- c) užívání léků po transplantaci – imunosupresiv
- d) pravidelné saunování

- 10) Slyšel (a) jste o preventivním programu kolorektálního karcinomu?
- a) ano, ale nevím, čeho se to týká
 - b) ano, je to preventivní program rakoviny tlustého střeva
 - c) ano, je to preventivní program proti obezitě
 - d) ne, neslyšel (a)

- 11) Byl(a) jste lékařem v transplantační poradně vyzván(a) k odběru stolice na okultní krvácení?
- a) ano- přinesu vzorek hned před další kontrolou
 - b) ano- přinesu vzorek, ale musí mi to několikrát připomenout personál
 - c) ano -ale nepřinesu vzorek, zatím nemám žádný problém
 - d) ne - nebylo mi to doporučeno

- 12) Pokud by vyšetření stolice vyžadovalo další podrobnější vyšetření – kolonoskopii (zavedení optické hadičky do střeva):
- a) nechám se vyšetřit, chci vědět, zda jsem v pořádku
 - b) počkám několik měsíců, nechám si zopakovat vyšetření stolice a podle toho se rozhodnu
 - c) odmítnu vyšetření

- 13) Označte, co z uvedeného zvyšuje riziko vzniku rakoviny střeva (možno vybrat více odpovědí)
- a) nadměrný příjem především tučných přesolených a kalorických jídel typu „fast food“
 - b) zvýšený příjem mléčných výrobků a vápníku
 - c) kouření, nedostatečný příjem ovoce, zeleniny a celozrnných obilovin
 - d) častá konzumace ryb

- 14) Kdy jste se dozvěděl (a) nejvíce informací o vedlejších účincích léků užívaných po transplantaci a o zvýšeném riziku vzniku nádorů při jejich užívání?
- a) v době před transplantací
 - b) v době po transplantaci
 - c) nevím

15) Na kterém pracovišti jste po transplantaci sledován (a)?

- a) IKEM
- b) Liberec
- c) jinde, prosím uveďte.....

16) Je ve Vašem životě prevence nádorových onemocnění po transplantaci natolik zatěžující, že byste již další transplantaci příště raději nepodstoupil (a)?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

17) Byl Vám v době po transplantaci diagnostikován nádor?

- a) ano
- b) ne

18) Pokud ano, jaké tělesné části se týkal?

- a) nádor kůže nebo rtu
- b) nádor prsu, prostaty, ledvin, plic
- c) nádor střeva,
- d) nádor krve
- e) jiné

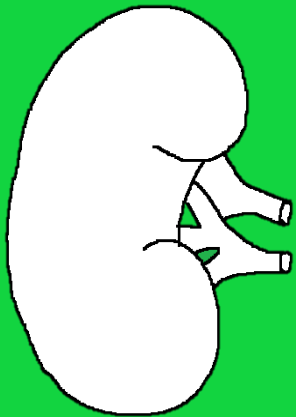
19) Uvítal(a) byste informační leták obsahující přehled nejčastějších komplikací a rizik spojených s užíváním léků po transplantaci?

- a) ne – myslím, že informací mám dostatek
- b) ano – hlavně před transplantací
- c) ano – hlavně po transplantaci
- d) ne – nechci toho příliš vědět

Příloha č. 5 – Informační brožura
Informační brožura pro pacienty

Ústav zdravotnických studií
Technická universita v Liberci
2015
Autor: Monika Vošterová

ŽIVOT PO TRANSPLANTACI



**Informace pro pacienty
před transplantací ledviny**

Imunosupresivní léky

Tato informační brožura byla vytvořena jako výstup z bakalářské práce na téma: Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny.



Informační brožura je určena pacientům kteří čekají na transplantaci ledviny. Brožura je doplňkem k informacím od zdravotnických pracovníků a je zaměřena především na léky po transplantaci a jejich vedlejší účinky.

Chceme, aby jste měli dostatek informací o problematice léčby po transplantaci ledviny.

*„Teprve když zdravý onemocní,
uvědomí si, co měl.“
Thomas Carlyle*

imunosupresivní léky

Po transplantaci ledviny je nutné užívat léky, které snižují imunitní reakci těla proti nové transplantované ledvině. Tyto léky se nazývají imunosupresiva. Všechny imunosupresivní léky, které se v současnosti používají, mohou mít zároveň i vedlejší účinky. Imunosuprese například může způsobit, že se stanete vnímavějšími k infekcím. Proto je třeba najít ideální rovnováhu mezi dvěma potřebami: potřebou zabránit odmítnutí (rejekci) ledviny a potřebou dostatečné obranyschopnosti proti infekcím. Potřeba imunosupresivních léků, které jsou nutné pro zachování transplantovaného orgánu za několik měsíců po transplantaci klesá. Určitá imunosuprese je přesto nutná i po mnoha letech po transplantaci. Bez svolení lékaře nesmíte nikdy přestat léky užívat ani měnit jejich dávky, mohlo by to ohrozit funkci transplantované ledviny. Lékaři zjistili, že kombinace imunosupresivních léků snižuje vedlejší účinky jednotlivých léků při zachování optimální úrovně imunosuprese. Vaše léčba, proto bude pravděpodobně složena z několika druhů léků. Protože různí pacienti mohou mít různé reakce na tyto léky, bude imunosupresivní režim upraven podle vašich specifických potřeb. Nemějte proto obavy, pokud jiní pacienti užívají jiné léky nebo méně či více léků než vy.



Cyklosporin – Equoral, Sandimmun Neoral

Cyklosporin se obvykle podává ústy v kombinaci buď s azathioprinem, nebo mykofenolátem a s kortikosteroidy. Několik dní po operaci můžete dostávat tento lék i nitrožilně. Koncentraci cyklosporinu kolujícího ve vaší krvi lze měřit vyšetřením krve a získané výsledky se používají k rozhodování, kdy a jak dávky v případě potřeby upravit. Tyto léky se dodávají ve formě roztoku a tobolek.

Užívání cyklosporinu

Dávka se vypočítá podle vaší tělesné hmotnosti, hladin léku v krvi, zdravotního stavu, výsledků laboratorních vyšetření a přítomnosti vedlejších účinků. Užívejte léky každý den ve stejnou dobu. Pokud užíváte cyklosporin 2× denně, dodržujte 12hodinové intervaly. V den své kontrolní návštěvy u lékaře si neberte cyklosporin do doby určené zdravotnickým personálem. Lék si nezapomeňte vzít s sebou.

Vedlejší účinky

- poruchy funkce ledviny
- vysoký krevní tlak
- zduření dásní
- vyšší hladiny cukru v krvi, cukrovka
- zvýšený růst ochlupení
- zažívací obtíže jako průjem, nucení na zvracení a zvracen
- poruchy funkce jater
- zvýšená hladina cholesterolu

Většina těchto nežádoucích účinků ustoupí nebo se zmírní po snížení dávky léku. Je nepravděpodobné, že se u vás vyskytnou všechny nebo většina vedlejších účinků. Jakmile bude postupem času dávka léku snížena, pravděpodobně budete mít i méně vedlejších účinků.

Tacrolimus - Prograf

Tacrolimus, stejně jako cyklosporin, se obvykle užívá v kombinaci buď s azathioprinem, nebo mykofenolátem a s kortikosteroidy. Koncentraci tacrolimu ve vaší krvi lze změřit vyšetřením krve a získané výsledky se používají k rozhodování, kdy a jak dávky v případě potřeby upravit

Užívání cyklosporinu

Dávka se vypočítá podle vaší tělesné hmotnosti, hladin léku v krvi, zdravotního stavu, výsledků laboratorních vyšetření a přítomnosti vedlejších účinků. Celková denní dávka tacrolimu se rozdělí na dvě a užívá se po 12 hodinách. Tobolky užívejte nejméně jednu hodinu před jídlem nebo 2–3 hodiny po jídle. V den své kontrolní návštěvy u lékaře si neberte tacrolimus do doby odběru krve. Nezapomeňte si vzít lék s sebou, abyste si ho mohli vzít ihned po odběru krve na vyšetření.

Vedlejší účinky

- poruchy funkce ledvin
- vysoký krevní tlak
- poruchy spánku
- vyšší hladiny cukru v krvi, cukrovka
- snížená citlivost a brnění rukou a nohou, třes rukou
- zažívací obtíže jako průjem, zvracení, nucení na zvracení
- zvýšená hladina cholesterolu

Většina těchto nežádoucích účinků ustoupí nebo se zmírní po snížení dávky léku. Je nepravděpodobné, že se u vás vyskytnou všechny nebo většina vedlejších účinků. Jakmile bude postupem času dávka léku snížena, pravděpodobně budete mít i méně vedlejších účinků.

Kortikosteroidy -Prednison

Kortikosteroidy se užívají k udržovací imunosupresivní léčbě s cílem prevence rejekce, ve vyšších dávkách pak také i k léčbě rejekce. Kortikosteroidy se v organismu tvoří přirozeně v nadledvinách a jsou nezbytné pro normální funkci většiny tkání. Organismus si vytváří kortikosteroidy v 24hodinovém rytmu. K nejvyšší produkci kortikosteroidů dochází ráno, během dne pak jejich produkce klesá. To je důvod, proč byste měli kortikosteroidy užívat ráno. Kopírujete tím přirozený rytmus svého organismu. Vzhledem k nízkým hladinám kortikosteroidů a s tím spojeným rizikem rejekce budou někteří pacienti muset užívat polovinu své denní dávky ráno a polovinu večer. Kortikosteroidy se užívají vždy navíc k základní imunosupresivní léčbě cyklosporinu nebo tacrolimu. Někteří pacienti musí užívat kortikosteroidy trvale, u některých je možné je postupem času vysadit

Užívání kortikosteroidů

Dávka se vypočítá podle vaší tělesné hmotnosti, zdravotního stavu a doby od provedení transplantace. Tablety užívejte s jídlem. Pokud užíváte tablety jednou denně, vezměte si je ráno se snídaní

Vedlejší účinky

Krátkodobé vedlejší účinky kortikosteroidů jsou:

- **zvýšená náchylnost k infekcím, zhoršené hojení poranění**
- **potlačení některých známek rejekce, např horečky**
- **zvýšení hladiny cukru v krvi, zejména u pacientů, kteří již mají cukrovku**
- **změny nálady kolísající od neklidu a zmatenosti v některých případech až k pocitům deprese**

Kortikosteroidy -Prednison

Vedlejší účinky kortikosteroidů vyskytující se při dlouhodobém užívání mohou způsobovat:

- **zvýšení chuti k jídlu s následným vzestupem tělesné hmotnosti**
- **přeměnu rozložení tělesného tuku (vytvoření tzv cushingoidního charakteru otylosti – kulaté tváře, ukládání tuku na zádech a břiše)**
- **oslabení kostí (osteoporózu), svalovou slabost**
- **větší náchylnost ke vzniku vysokého krevního tlaku**
- **ztenčení kůže, náchylnost k snadné tvorbě podlitin**
- **nežádoucí účinky na trávicí systém, jako např. pálení žáhy, žaludeční nebo dvanáctníkový vřed**
- **Cukrovku**
- **šedý zákal**
- **zvýšenou tvorbu akné, zvýšený růst chloupků v obličeji**

I když tento seznam vedlejších účinků vypadá poněkud hrozivě, musíme zdůraznit, že při relativně nízkých dávkách, které se nyní užívají k zabránění rejekce, je výskyt těchto nežádoucích vedlejších účinků mnohem menší, než tomu bylo v minulosti Kortikosteroidy mají oproti ostatním imunosupresivním lékům některé výhody – nepotlačují tvorbu kostní dřeně a mohou se bezpečně užívat v kombinaci s jinými léky a nemají přímý toxický vliv na transplantovaný orgán.

Mykofenolát Mofetil - Cellcept

Látky s obsahem kyseliny mykofenolové působí tím, že brání množení lymfocytů (bílých krvinek). Používá se vždy v kombinaci s dalšími imunosupresivními léky, jako je cyklosporin nebo tacrolimus. Ne všichni pacienti užívají MMF, takže nemějte obavy, pokud tento lék není součástí vašeho režimu imunosupresivní léčby.

Užívání mykofenolátu

Celková dávka léku se má rozdělit do dvou denních dávek a užívat ve 12hodinových intervalech. Vyndejte tobolku z blistru a ihned ji zapijte větším množstvím vody.

Doporučuje se, abyste užívali MMF nalačno, nejméně jednu hodinu před jídlem nebo 2–3 hodiny po jídle.

Vedlejší účinky

Buňky kostní dřeně se rychle dělí a jsou velmi citlivé na účinky MMF. Pacienti, kteří užívají MMF, mohou mít snížený počet bílých krvinek a krevních destiček, a proto zvýšenou náchylnost k infekcím. Někteří pacienti mohou mít pocity na zvracení a často se objevuje průjem. Těmto vedlejším účinkům lze snížením dávky obvykle zabránit nebo je alespoň snížit.



Sirolimus - Rapamune

Sirolimus se obvykle užívá v kombinaci s kortikosteroidy, event i jinými imunosupresivními léky. Koncentraci sirolimu lze změřit vyšetřením krve a získané výsledky se používají k rozhodování, kdy a jak dávky v případě potřeby upravit.

Užívání mykofenolátu

Dávka se vypočítá podle vaší tělesné hmotnosti, hladin léku v krvi, zdravotního stavu, výsledků laboratorních vyšetření a přítomnosti vedlejších účinků. Sirolimus se obvykle užívá v jedné denní dávce. Zapijte jej větším množstvím vody. V případě, že užíváte také cyklosporin, musíte oba léky užívat s odstupem přibližně 4 hodin.

Vedlejší účinky

- snížený počet červených krvinek a krevních des-tiček
- bolesti břicha, průjem
- zvýšená hladina cholesterolu a tuků v krvi
- bolesti kloubů
- akné
- infekce močových cest
- otoky končetin.

Většina těchto nežádoucích účinků ustoupí nebo se zmírní po snížení dávky léku. Je nepravděpodobné, že se u vás vyskytnou všechny nebo většina vedlejších účinků. Jakmile bude postupem času dávka léku snížena, pravděpodobně budete mít i méně vedlejších účinků. Sirolimus vzájemně reaguje s některými často používanými léky. Před použitím jakéhokoliv nového léku se vždy poraďte se svým lékařem nebo transplantačním týmem.

Azathioprin - Imuran

Azathioprin působí tak, že zasahuje do schopnosti buněk se dělit. Používá se vždy v kombinaci s dalšími imunosupresivními léky, jako je cyklosporin nebo tacrolimus. V kombinaci lze podávat nižší dávky ostatních léků. Azathioprin představuje užitečnou alternativu, pokud je nutná kombinace imunosupresivních léků. Ne všichni pacienti po transplantaci užívají azathioprin, takže se nezneklidňujte, pokud tento lék není součástí vaší imunosupresivní léčby.

Užívání azathioprinu

Dávka se vypočítá podle vaší tělesné hmotnosti, zdravotního stavu a doby od provedení transplantace. Tablety můžete užívat v kteroukoliv denní dobu. Snažte se však dodržovat každý den stejnou dobu.

Vedlejší účinky

Pacienti, kteří užívají azathioprin, mohou mít snížený počet bílých krvinek a tím zvýšenou náchylnost k infekcím. Mohou mít i chu-dokrevnost (anemii). Je proto nezbytné provádět pravidelné vyšetření krevního obrazu a při sníženém počtu bílých krvinek přestat tento lék užívat, aby kostní dřeň měla čas se zotavit.

Kromě toho se může při užívání azathioprinu vyskytovat:

- padání vlasů
- horečka
- bolesti kloubů
- poruchy funkce jater
- zvýšené riziko tvorby nádorů

Frekvence zmíněných vedlejších účinků je relativně malá. Azathioprin se užívá k prevenci rejekce již více než 40 let. U většiny lidí je v nízkých dávkách potřebných k prevenci rejekce bezpečný.

následující pravidla se týkají všech léků:



- Snažte se užívat léky každý den ve stejnou denní dobu.
- Nikdy sami neměňte ani nevysazujte dávku léku, i když se cítíte lépe.
- Pokud jste si náhodou vzali větší než doporučenou dávku léku, oznamte to ihned svému lékaři.
- Pokud jste si zapomněli vzít lék, vezměte si ho ihned, jakmile si vzpomenete.
- Pamatujte, že vaše léky jsou určeny pouze pro vás. Nikdy je nedávejte někomu jinému.
- Nepoužívejte žádný lék po uplynutí doby použitelnosti vytištěné na obalu.
- Je možné, že vám lékař předepíše lék se stejnou účinnou látkou, který již užíváte, ale název je jiný. Proto je nutné, abyste si kontrolovali účinnou látku léku, která je zpravidla napsána na krabičce pod názvem léku, aby nedošlo ke zdvojení dávky.
- V současné době jsou na trhu imunosupresiva, která obsahují stejnou účinnou látku. Změnu v předpisu imunosuprese může provést výhradně ošetřující lékař, který také zabezpečí vaše následné kontroly. Lékárník by vám neměl vydat lék s jiným názvem, než uvedl lékař na receptu
- Informujte svého lékaře nebo transplantační tým o všech no-vých nebo neobvyklých vedlejších účincích, ke kterým dojde při užívání léků.
- Neordinujte si volně prodejné léky bez povolení lékaře.
- Uchovávejte své léky na chladném a suchém místě mimo sluneční světlo a mimo dosah dětí.
- Pokud vám bylo změněno dávkování, zkontrolujte si, zda máte dostatek léků.

Infekce

Protože k prevenci rejeckce ledviny je třeba oslabit imunitní systém, oslabuje tato léčba rovněž schopnost vašeho těla bojovat proti infekci. Zřejmě zjistíte, že v počátečním období po operaci jste náchylnější k nastydnutí a chřipce.

Prevence infekcí

Svět kolem nás je přirozeně obklopen mikroorganismy. I když je důležité omezit váš kontakt s potenciálně nakažlivými mikroorganismy, nemusíte žít v izolaci. Naopak, měli byste se snažit žít aktivním životem, pracovat, užívat si zábavy a cestování. Existují však některá jednoduchá opatření, která byste vy a vaše rodina měli dodržovat. Snížíte tak riziko infekce, aniž byste nadměru ovlivnili svůj životní styl. Mezi tato opatření patří:

- dostatek odpočinku
- zdravá a vyrovnaná strava
- pravidelné cvičení a udržování tělesné hmotnosti v přijatelném rozmezí
- vystříhání se pobytu v přeplněných obchodech, divadlech a kinech v chřipkovém období
- omezení kontaktu s osobami s aktivní infekcí
- pečlivé mytí rukou po toaletě a před jídlem, doporučujeme desinfekci rukou
- nošení rukavic při práci na zahradě nebo při špinavých činnostech
- nekuřte!

Infekce

Obraťte se na svého lékaře nebo na transplantační tým ihned, jakmile se u vás objeví:

- teplota nad 38 °C trvající déle než dva dny, zejména pokud je doprovázena zimnicí
- průjem, nucení na zvracení a zvracení
- nevysvětlitelné bolesti hlavy
- únava, ztráta chuti k jídlu
- Dušnost
- obtíže při močení nebo nepříjemné pocity při močení
- bolesti břicha
- jakákoliv změna zbarvení kůže nebo očí, kožní vyrážka
- bolesti při polykání Lékař vám předepíše příslušné léky, které pomohou zvládnout vzniklou infekci

Očkování

Nesmíte dostat žádnou živou ani oslabenou vakcínu (např vakcínu proti dětské obrně, která se podává ústy, vakcínu proti zarděnkám nebo žluté zimnici) Očkování usmrcenými nebo inaktivovanými viry je povoleno, informujte však předem svého lékaře nebo transplantační tým. Nemáte-li jistotu o imunitě proti různým chorobám, požádejte svého lékaře o provedení sérologických testů před očkováním.



Nádory

Všechny imunosupresivní léky mohou mírně zvyšovat riziko vzniku nádorů, zejména lymfomu z B-buněk (druh bílých krvinek). Riziko vzniku nádorového onemocnění při léčbě imunosupresivními léky je velmi malé (méně než 4 %). Budete docházet na pravidelné kontrolní návštěvy k lékaři a je pravděpodobné, že jakékoliv možné komplikace budou včas zjištěny. Pokud budete důsledně dodržovat opatření na ochranu proti slunci, výrazně omezíte možnost tvorby rakoviny kůže. Ultrafialové paprsky obsažené ve slunečním světle způsobují předčasné stárnutí kůže a rakovinu kůže. Pacienti po transplantaci mají zvýšené riziko kožních nádorů, protože jejich imunitní systém není schopný napravovat všechna poškození způsobená ultrafialovým světlem pronikajícím kůží. Musíte si proto vždy chránit kůži před sluncem dodržováním následujících jednoduchých pravidel:

- Chraňte se před sluncem kolem poledne, kdy jsou ultrafialové paprsky nejsilnější. Snažte se sedět ve stínu, kdykoliv je to možné
- Venku noste klobouk, dlouhé rukávy a lehké kalhoty, pokud se nechráníte opalovacím krémem. Používejte kvalitní opalovací krém minimálně s ochranným faktorem 30. Opakujte aplikaci, pokud se nadměrně potíte, a zejména po plavání

U pacientů po transplantaci je vyšší riziko přeměny mateřských znamének ve zhoubné nádory. Pokud zpozorujete, že mateřské znaménko mění barvu nebo se jeho hranice stávají nepravidelnými, musíte ihned kontaktovat svého lékaře.

Nádorová prevence

Pro bezpečnost vašeho zdraví bude v rámci pravidelných kontrol probíhat nádorový preventivní program. Bude zaměřen na prevenci nádorů kůže, trávicího traktu, prostaty (u mužů), a gynekologie a prsu (u žen). Vaše spolupráce s ošetřovatelským týmem je pro nás velmi důležitá a pro vás může být jistotou včasného odhalení nemoci a tím dobré prognózy případných komplikací

Kvalita života

Není neobvyklé, že pacienti po transplantaci mají po počátečním nadšení obavy nebo deprese. Eventuální změny vzhledu mohou pacienty trápit, zejména ženy a děti. Někteří pacienti mají obavy, že jejich život po transplantaci nebude stejný jako dříve. To může vytvářet problémy nebo napětí v rodině. Pro partnera nebo rodinu může být obtížné pochopit zvláštní potřeby transplantovaného pacienta. V těchto případech jsou k dispozici poradenské služby. obraťte se na svého lékaře nebo na transplantační tým s dotazem na tyto služby.

Transplantace nové ledviny není totéž jako výměna motoru v autě! Ve vašem životě nastanou změny. Budete muset pravidelně každý den užívat léky, budete docházet na pravidelné kontroly. Většina pacientů přesto považuje kvalitu života po transplantaci za velmi dobrou.

Důležité kontakty:

Dialyzační středisko 485312769

Odkazy:

Informační materiály České transplantční společnosti. Dostupné z:
<http://www.transplantace.eu/info/informace.php?t=Ledviny&z=Bro%9Eura&Hledej=Vyhledat>

Použitá literatura:

Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci ledviny. Astellas Pharma s.r.o., 2008, 64s. Dostupné z:
http://www.transplantace.eu/brozury/zivot%20pokracuje_A5.pdf

JENKINS, Karen (ed.), Althea MAHON (ed.). EDTNA/ERCA. Chronické onemocnění ledvin-doporučení pro klinickou praxi. Stádia 4-5. 1. vydání, Praha: RRD a.s., 2008, 288 s., ISBN 978-84-612-5925-0.



Autor kresby: M. Vošterová

obrázky zdroj: Google

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Rozdělení podle pohlaví	32
Tabulka č. 2 Rozdělení podle věku	33
Tabulka č. 3 Délka období po transplantaci	34
Tabulka č. 4 Riziko léků po transplantaci	35
Tabulka č. 5 Pracoviště před transplantací	36
Tabulka č. 6 Evropský den melanomu	36
Tabulka č. 7 Pravidelné kožní vyšetření	37
Tabulka č. 8 Dodržování doporučení kožního vyšetření	38
Tabulka č. 9 Rizikové faktory nádorů kůže	39
Tabulka č. 10 Preventivní program kolorektálního karcinomu	40
Tabulka č. 11 Vyšetření stolice na okultní krvácení	41
Tabulka č. 12 Kolonoskopické vyšetření střeva	42
Tabulka č. 13 Rizikové faktory nádorů trávicího traktu	43
Tabulka č. 14 Období získaných informací	44
Tabulka č. 15 Pracoviště po transplantaci	45
Tabulka č. 16 zátěž prevence nádorových onemocnění	45
Tabulka č. 17 Diagnostika nádoru po transplantaci	46
Tabulka č. 18 Lokalizace nádorů	47
Tabulka č. 19 Zájem o přehled informací	48
Tabulka č. 20 Znalost dotazníkových položek 4, 6, 10	50

Tabulka č. 21 Statistický test dotazníkových položek 4, 6, 10	51
Tabulka č. 22 Důslednost v dotazníkových položkách 8, 11	52
Tabulka č. 23 Statistický test dotazníkových položek 8, 11	52

Seznam grafů

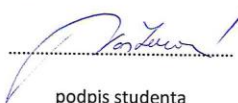
Graf č. 1 Rozdělení podle pohlaví	32
Graf č. 2 Rozdělení podle věku	33
Graf č. 3 Délka období po transplantaci	34
Graf č. 4 Riziko léků po transplantaci	35
Graf č. 5 Evropský den melanomu	37
Graf č. 6 Doporučení preventivního kožního vyšetření	38
Graf č. 7 Důslednost pravidelných kontrol	39
Graf č. 8 Preventivní program kolorektálního karcinomu	40
Graf č. 9 Vyšetření stolice na okultní krvácení	41
Graf č. 10 Kolonoskopické vyšetření střeva	42
Graf č. 11 Období získaných informací	44
Graf č. 12 Zátěž prevence nádorových onemocnění	46
Graf č. 13 Diagnostika nádoru po transplantaci	47
Graf č. 14 Výskyt jednotlivých nádorů	48
Graf č. 15 Zájem o přehled informací	49

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Vošterová Monika	
Studijní obor Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta Z11000124	Ročník 3.
Téma práce	Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledviny	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Institut klinické a experimentální medicíny Praha 4	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Kyriánová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis A. KYRIÁNOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Dr. Martina Šochmanová, MBA	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Kaudl	
Datum zahájení výzkumu	7.1.2015	
Datum ukončení výzkumu	27.2.2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	2	
Počet oslovených respondentů (klientů)		
Poznámka:		

V Praze dne 7.1.2015.



 podpis studenta

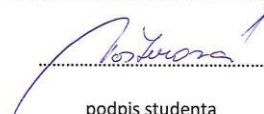


PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Vošterová Monika	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z11000124	Ročník 3.
Téma práce	Informovanost pacientů o prevenci nádorových onemocnění po transplantaci ledvin	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Krajská nemocnice Liberec a.s.	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Kyriánová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis  Mgr. A. KYRIÁNOVÁ
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	podpis
Datum zahájení výzkumu	7.1.2015	
Datum ukončení výzkumu	27.2.2015	
Počet oslovených respondentů (personálu)	1	
Počet oslovených respondentů (klientů)	100	
Poznámka:		

V Liberci..... dne 5.1.2015.



 podpis studenta

