

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE

KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH
A TRANSPLANTOVANÝCH PACIENTŮ

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Praha 2008

Konzultant rigorózní práce:

MUDr. Gabriela Šivicová

Vypracoval:

Mgr. Radek Pěkný

Prohlašuji,

že jsem rigorózní práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité
prameny a literaturu.

28.2.2008 Radek Pěkný

Za skvělou spolupráci děkuji MUDr. Gabriele Šivicové, MUDr. Radkinu Honzákovi, CSc., PhDr. Marcele Znojové, PhDr. Evě Dragomirecké, Ivaně Brůžkové, Mgr. Jeleně Skibové, Mgr. Daně Černochové, Mgr. Tereze Tesařové a všem vstřícným lékařům a sestřám pražských hemodialyzačních center.

Obsah

Úvod	7
Teoretická část	8
<u>I. MEDICÍNSKÉ ASPEKTY NEZVRATNÉHO SELHÁNÍ LEDVIN (ESRD)</u>	8
1. Základní pojmy	8
2. Diagnostika ESRD	9
3. Příčiny ESRD	9
4. Rizikové faktory ESRD	10
5. Epidemiologie ESRD	12
6. Projevy ESRD	12
7. Klinické a metabolické komplikace ESRD	12
8. Terapie ESRD	14
<u>II. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ</u>	23
1. Somatické aspekty	23
2. Psychické aspekty	24
3. Sociální aspekty	33
<u>A) PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DIALYZAČNÍ LÉČBY</u>	35
1. Stres a dialýza	35
2. Volba dialyzační metody	37
3. Obranné mechanismy	39
4. Coping	40
5. Fáze adaptace na dialyzační program	41
6. Úzkost	41
7. Deprese	41
8. Sexuální dysfunkce	43
9. Poruchy spánku	44
10. Sociální aspekty	45
<u>B) PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY TRANSPLANTAČNÍ LÉČBY</u>	47
1. Stres po transplantaci	47
2. Představa o vlastním těle	49
3. Regrese	51
4. Deprese	51
5. Úzkost	52
6. Sociální aspekty	52
<u>III. KVALITA ŽIVOTA</u>	55
1. Definice kvality života	56
2. Měření kvality života	59
<u>A) KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ</u>	65
<u>B) KVALITA ŽIVOTA TRANSPLANTOVANÝCH PACIENTŮ</u>	68

Empirická část	71
1. Stanovení výzkumných cílů.....	71
2. Sběr dat a výzkumný soubor.....	72
3. Použité metody.....	76
4. Zpracování dat.....	80
5. Výsledky.....	81
6. Shrnutí výsledků a diskuse.....	99
Závěr	111
Literatura:	112
Příloha č. 1 Dotazník demografických údajů.....	121
Příloha č. 2 Dotazník SF - 36.....	123
Příloha č. 3 Dotazník WHOQOL - BREF.....	128

Abstract

End-stage renal disease (ESRD) is a chronic illness, which significantly influences patient's life. Two widespread possibilities of renal replacement therapy are dialysis and kidney transplantation.

The first section of the theoretical part summarizes medical aspects of ESRD. The second section deals with psychosocial aspects of chronic illness generally, which are replenished with a particularity of dialysis and transplantation therapy. The last section hands in theoretical constructs of quality of life and summarizes results of foreign studies, which have dealt with Health Related Quality of Life (HRQoL) of dialysis and transplant patients.

Empirical part of the thesis maps HRQoL in relation to some selected factors (gender, marital status, age, level of education and period of treatment) in group of dialysis and transplant patients. The main goal of the whole thesis is comparing HRQoL among dialysis and transplant patients through questionnaires SF-36 and WHOQoL-BREF.

Key words: end stage renal disease (ESRD) - dialysis – kidney transplantation – Health Related Quality of Life (HRQoL) – SF-36 – WHOQoL-BREF

Úvod

Tato práce zjišťuje rozdíly v kvalitě života dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Během své stáže v psychiatrické ambulanci IKEM jsem měl jedinečnou možnost účastnit se psychosociálních vyšetření živých příbuzných a nepříbuzných dárců ledviny. Postupem času jsem se také seznámil s chodem transplantačního centra, etickými aspekty transplantační léčby a hlavně s psychosociální problematikou jak dárců, tak příjemců orgánů. Indikací k transplantaci je diagnóza nezvratného selhání ledvin, které je neodmyslitelně spjata s dialyzační léčbou.

K rozhodnutí zabývat se kvalitou života dialyzovaných a transplantovaných pacientů mě vedl nedostatek literárních pramenů a výzkumů z českého prostředí. Zde předložený výzkumný projekt je tedy spíše pilotní studií, jejíž snahou je vymezit oblasti, které jsou důležité v subjektivním hodnocení kvality života dialyzovanými a transplantovanými v České republice.

Teoretická část nejprve shrnuje medicínské aspekty týkající se diagnózy nezvratného selhání ledvin. V druhém oddíle jsou rozebírány psychosociální aspekty chronického onemocnění obecně, které jsou doplněny specifiky dialyzační a transplantační léčby. Třetí oddíl pojednává o teoretických konstruktech a způsobech měření kvality života. Poté navazuje přehled dosavadních výzkumných studií zaměřených na kvalitu života dialyzovaných a transplantovaných.

V empirické části je nejprve zkoumána kvalita života dialyzovaných a transplantovaných pacientů v závislosti na vybraných charakteristikách. Hlavním cílem empirické části a zároveň celé rigorózní práce je porovnání kvality života dialyzovaných a transplantovaných pacientů v dimenzích a doménách dotazníků SF-36 a WHOQoL-BREF.

Teoretická část

I. MEDICÍNSKÉ ASPEKTY NEZVRATNÉHO SELHÁNÍ LEDVIN (ESRD)

1. Základní pojmy

Klasifikace selhání ledvin není zcela přehledná a definice týkající se chronického selhání ledvin nejsou jednotné, proto považujeme za nutné nejprve vysvětlit pojmy, které se v této klinické oblasti běžně používají.

Akutní selhání ledvin (*acute renal failure*) – je náhlý, často reverzibilní pokles exkretně metabolické funkce ledvin, který je ve své těžší formě spojen s výrazným poklesem diurézy (vyučování moči).

Renální insuficience (*renal insufficiency*) - je stav charakterizovaný kvantitativním snížením ledvinných funkcí, které jsou schopny udržovat normální složení vnitřního prostředí za bazálních podmínek, ale již nedovedou reagovat na zvýšené nároky (infekce, operace apod.) (Kawaciuk, 2000).

Chronické selhání ledvin (*chronic renal failure*) – je stav, kdy je funkce ledvin snížena natolik, že ledviny již nejsou schopny udržet normální složení vnitřního prostředí ani za bazálních podmínek, speciálních medikamentózních a dietních opatření a za vyrovnané metabolické situace organismu (Teplan et al. In: Teplan et al. 2006).

Nezvratné selhání ledvin (*end-stage renal disease*), dále jen ESRD – označuje stav, kdy chronické selhání ledvin postoupilo do konečné fáze, kdy ledviny fungují na méně než 10% své původní funkce. Udržení homeostázy celého organismu není možné bez náhrady funkce ledvin (hemodialýza, transplantace aj.) (Viklický In: Tesař, Schück et al., 2006).

Urémie (uremický syndrom, *uremic syndrome*) – je komplex symptomů, který je tvořen příznaky gastrointestinálními, nervovými a respiračními. Uremický syndrom doprovází nezvratné selhání ledvin bez ohledu na povahu základního onemocnění. (Teplan In: Teplan et al., 2006)

2. Diagnostika ESRD

Nejjednoduššími metodami posouzení funkčnosti ledvin jsou měření glomerulární filtrace (GF), koncentrace sérového (plazmatického) kreatininu a močoviny (Teplan, In: Schüek et al., 1995). Hodnota GF stanovuje množství primární moči vzniklé za jednotku času (sekundu nebo minutu). A právě na základě hodnoty GF můžeme stanovit závažnost stupně chronického renálního onemocnění (viz. Tabulka č. 1)

Tabulka č. 1: Stádia chronického onemocnění ledvin (Teplan et al., 2006)

Stupeň nemoci	Klinický popis	GFR (ml/s)
1	Poškození ledvin s normální GF	> 1,5
2	Poškození ledvin s lehkým poklesem GF Chronická renální insuficience lehkého stupně	1-1,49
3	Poškození ledvin se středním poklesem GF Chronická renální insuficience středního stupně	0,50-0,99
4	Těžké poškození ledvin s poklesem GF Chronická renální insuficience těžkého stupně	0,25-0,49
5	Nezvratné selhání ledvin (event. uremický syndrom) Nutná léčba selhání funkce ledvin (dialýza, transplantace)	< 0,25

GF=GFR = glomerulární filtrace

3. Příčiny ESRD

Největší podíl (cca 90 %) na rozvoji chronického selhání ledvin mají „primární nemoci ledvin“, mezi které patří například glomerulonefritida, chronická intersticiální nefritida či polycystická degenerace ledvin. Další příčinou mohou být tzv. systémové

choroby, kde jsou ledviny jedním z postižených orgánů. Mezi tyto choroby lze počítat i diabetes mellitus, při kterém může docházet k diabetické nefropatii (Lachmanová et al., 1990).

4. Rizikové faktory ESRD

Přestože je velmi obtížné přesně popsat příčinu chronického selhání ledvin, jsou známy rizikové faktory, které přispívají k rozvoji tohoto onemocnění. Viklický (In: Tesař, Schück et al., 2006) popisuje následující rizikové faktory.

Vyšší věk

Ve vyšším věku jsou ledviny častěji vystaveny působení nejen patologických, ale i fyziologických změn. Mezi patologické změny patří zejména vliv aterosklerózy, hypertenze či diabetu. Za nejvýraznější fyziologickou změnu je považován úbytek hmotnosti ledvin s přibývajícím věkem. Tato fyziologická ztráta renální tkáně postihuje zejména ledvinnou kůru, kde se nachází veškeré nefrony (morfologická i funkční jednotka ledviny).

Rasa

Na základě četných výzkumů je již dlouhou dobu známo, že u amerických černochů dochází v porovnání s bělochy k častějšímu výskytu chronického selhání ledvin. Pro toto zjištění se nabízejí dvě možná vysvětlení. Jedním vysvětlením může být častější výskyt diabetu a hypertenze. Druhým vysvětlením může být obecně nižší socioekonomický statut amerického černošského obyvatelstva, který prokazatelně ovlivňuje dostupnost lékařské péče a v konečném důsledku omezuje včasný záchyt těchto onemocnění. Socioekonomický status také ovšem souvisí s životním stylem a stravovacími návyky, které se podílejí na prevalenci tohoto onemocnění.

Pohlaví

Statistiky dialyzační léčby ukazují na častější zastoupení mužů v porovnání s ženami. Četné výzkumy neuropatií na zvířatech sice ukázaly, že samci mají rychlejší

progresi onemocnění než samice, přesto neexistuje jednoznačné vysvětlení, proč tomu tak je.

Dědičnost

V současné době přibývá důkazů o vlivu dědičnosti při rozvoji a v průběhu chronického renálního selhání. Toto zjištění má význam v tom, že na základě genové varianty bude možné odhalit jedince náchylnější ke vzniku nemoci nebo k rychlejšímu vývoji renálního selhání. Tyto „náchylnější“ jedince bude možné intenzivněji sledovat a tím i včas začít s léčbou.

Mezi nejčastější vrozená onemocnění ledvin patří tzv. polycystická renální onemocnění, při kterých se v ledvinách tvoří cysty. Tyto cysty zvětšují ledviny a zároveň redukuje funkční parenchym.

Hypertenze

Vysoký krevní tlak se objevuje u většiny pacientů s chronickým selháním ledvin. Hypertenze způsobuje zvýšení intraglomerulárního tlaku, což vede k poškození renální struktury a ke snížení počtu funkčních nefronů.

Kouření

Kouření je nezávislým rizikovým faktorem vzniku kardiovaskulárních potíží, které úzce souvisí s onemocněním ledvin. Na tuto souvislost se v poslední době zaměřilo několik vědeckých studií, které potvrdily, že kouření představuje riziko i pro průběh chronického renálního selhání.

Toxické vlivy

Chronické užívání analgetik, které se vylučují ledvinami, může způsobit analgetickou nefropatii.

5. Epidemiologie ESRD

Statistická ročenka České nefrologické společnosti uvádí, že k 31.12.2006 bylo v České republice léčeno celkem 4738 pacientů (tj. 464 pacientů/milion obyvatel). Z tohoto celkového počtu pacientů bylo 4380 léčených hemodialýzou a 358 peritoneální dialýzou. Úspěšně bylo transplantováno 395 pacientů.. Necelých 1900 nemocných bylo v roce 2006 nově zařazeno do dialyzačního programu.

6. Projevy ESRD

Pokud primární onemocnění ledvin nemá výraznou symptomatiku, může se chronické selhání ledvin vyvíjet plíživým a nepozorovaným způsobem. Z celkových příznaků se objevuje únava, úbytek na váze, snížená chuť k jídlu, žízeň, nevolnost nebo zvracení. Dále se mohou vyskytnout změny na kůži, která je popelavě žlutá, suchá a objevují se četné petechie (drobné tečkovité krvácení do kůže). Také se objevují respirační obtíže, dyspnoe a Kussmaulovo dýchání, jež jsou výsledkem rozvíjející se anémie a acidózy. V terminální fázi může dojít ke stavům polovědomí až bezvědomí (tzv. uremické kóma) a svalovým záškubům (projev porušené nervosvalové dráždivosti). V dechu je cítit zápach močoviny (foetor azotemicus). Ke klinickému obrazu většinou ještě náleží hypertenze a poruchy kostního metabolismu.

Diuréza v konečné fázi onemocnění klesá. Koncentrace kreatininu a močoviny v séru stoupá nad horní hranici normy při současném poklesu GF na 20-25% (Kawaciuk, 2000).

7. Klinické a metabolické komplikace ESRD

O významném postavení ledvin ve fungování celého organismu vypovídá množství klinických a metabolických komplikací, ke kterým může na základě chronického renálního selhání docházet.

Kardiovaskulární komplikace

V kapitole o rizikových faktorech jsme uvedli, že hypertenze je jedním z rizikových faktorů napomáhajících vzniku renálního selhání. To však platí i naopak, neboť chronické selhání ledvin se významně podílí na rozvoji kardiovaskulárních komplikací. Muntner et al. (2002) uvádí, že kardiovaskulární onemocnění představují nejčastější příčinu mortality a morbidit u nemocných s renálním selháním.

Poruchy kostního metabolismu

Nejzávažnější poruchou kostního metabolismu je tzv. renální osteodystrofie. Toto onemocnění v sobě zahrnuje poruchy kostního obratu a poruchy kostní denzity. V klinickém obrazu dominují bolesti kostí, zad, svalová slabost, fraktury a deformity.

Anémie a poruchy koagulace

Anémie (chudokrevnost) je onemocnění, při němž je v krvi sníženo množství krevního barviva (hemoglobinu) a červených krvinek (erytrocytů). To vede k omezení přenosu kyslíku, který je nezbytný pro všechny tkáně lidského organismu. Člověk je proto méně výkonný, cítí se slabý, může trpět hučením v uších, závratěmi a bývá bledý. Při těžších anémiích bývá dušný a má zrychlenou srdeční činnost.

Poruchy koagulace (koagulopatie) jsou onemocnění charakterizovaná zvýšenou krvácivostí způsobenou nedostatkem nebo poruchou koagulačních (srážecích) faktorů.

Poruchy acidobazické rovnováhy (ABR)

Acidobazická rovnováha je rovnováha mezi kyselými a zásaditými látkami v těle, tj. mezi jejich tvorbou na jedné straně a vylučováním na straně druhé. Její přesné udržení v určitém rozmezí je nezbytné pro správnou činnost organismu. Renální selhání je obvykle doprovázeno metabolickou acidózou, která je kompenzována zvýšenou respirací (hyperventilací).

Neurologické poruchy

V současnosti jsou nejčastějšími neurologickými komplikacemi nezvratného selhání ledvin převážně senzomotorické polyneuropatie, poruchy kognitivních funkcí a tzv. syndrom neklidných nohou.

Senzomotorická polyneuropatie je nezánettivé onemocnění více nervů. Mnohem častěji se vyskytuje u nemocných již léčených dialyzačními metodami. Nejběžnějším projevem této poruchy je porucha čítí (dysestezie), kdy nemocný vnímá vysílaný podnět neadekvátně (např. dotyk jako pálení). Syndrom neklidných nohou je charakteristický nekontrolovatelnými záškuby a třesem končetin.

Endokrinní poruchy

Mezi charakteristické endokrinní poruchy vyskytující se u ESRD patří abnormální produkce vitamínu D, parathormonu a erythropoetinu. Významné jsou též poruchy produkce pohlavních hormonů. Vyšší hladina prolaktinu vede často k sexuálním dysfunkcím u mužů a k neplodnosti u žen.

Poruchy imunity

Viklický (In: Tesař, Schück, 2006) uvádí, že infekce jsou po kardiovaskulárních onemocněních druhou nejčastější příčinou úmrtí pacientů v pokročilém selhání ledvin. Příčinami infekcí jsou na jedné straně opakovaná zavádění cévních vstupů, na straně druhé celkové oslabení imunitního systému.

Poruchy imunity zahrnují tzv. poruchy imunitního dohledu nad malignitami, proto dochází u dialyzovaných pacientů k častějšímu výskytu karcinomů jater, ledvin a myelomům.

Malnutrice

Hemodialyzovaní pacienti trpí mnohem více než peritoneálně dialyzovaní pacienti malnutricí, což představuje výrazný podíl na úmrtnosti u této populace pacientů.

8. Terapie ESRD

U chronického renálního selhání existují dvě skupiny možných terapeutických zásahů:

8.1 Konzervativní léčení

Teplan s Lamačovou (1991, s. 6) definují konzervativní léčbu následovně: „Konzervativním léčením rozumíme postupy spočívající v úpravě či příznivém ovlivňování metabolických odchylek při chronickém selhání ledvin cestou dietní a medikamentózní“. Tento terapeutický přístup je ovšem vhodný pouze pro pacienty, kteří nejsou v pokročilém stádiu renálního selhání (tj. sérový kreatinin není vyšší než 600 $\mu\text{mol/l}$, resp. clearance endogenního kreatininu neklesla pod 0,2 ml/s), kde přichází na řadu mimotělní metody náhrady funkce ledvin (hemodialýza aj.) (Teplan et al., 2000).

Konzervativní léčebné postupy spočívají především v úpravě příjmu bílkovin, energie, tekutin, sodíku, draslíku, acidobazické rovnováhy, kalciofosfátového metabolismu, krevního obrazu a případně se vyskytující arteriální hypertenze (Lachmanová et al., 1990).

8.2 Metody náhrady funkce ledvin (renal replacement therapy)

Mimotělní metody náhrady funkce ledvin nahrazují vylučovací činnost ledvin pouze částečně. Přestože není nahrazena metabolická funkce ledvin (tvorba hormonů apod.), jde o život zachraňující metody. U chronického selhání ledvin mohou prodloužit život pacienta i o desítky let.

8.2.1 Hemodialýza (HD)

Hemodialýza byla v klinické praxi historicky první úspěšná metoda nahrazující funkci ledvin. Princip dialýzy spočívá v prostupu látek semipermeabilní membránou na základě difúze. Difúze je definována jako spontánní pasivní transport látky z prostředí o vyšší koncentraci do prostředí s koncentrací nižší. Během hemodialýzy prostupují katabolity z krve přes membránu (extrakorporálně uvnitř dialyzátoru) do dialyzačního roztoku a tím se z organismu odstraňují (Sulková et al., 2000).

Jednou z podmínek účinného očištění krve je dostatečný průtok krve dialyzátorem (250-350 ml/min.). To se zajišťuje žilním vpichem obyčejnou jehlou. Většina pacientů je k dialyzačnímu léčení předem připravena chirurgicky založenou arterio-venózní spojkou (fistulí, zkratem či shuntem). U pacientů, kteří se dostanou k lékaři pozdě a musí se u nich začít s dialýzou ihned, je nutné zavedení dialyzačního katétru do některé z velkých žil na krku nebo na tříse (Major, Svoboda, 2000).

I když se délka a frekvence dialýzy stanovuje pro každého pacienta individuálně, uvádí se obecná frekvence léčby třikrát týdně po dobu 4-5 hodin. Po příchodu do hemodialyzačního centra je pacientovi změřen tlak a hmotnost, aby bylo možné určit, kolik tekutiny je třeba během dialýzy odstranit. Poté je pacient napojován na dialyzátor. Po spuštění a nastavení všech parametrů léčení začíná vlastní hemodialýza. Během dialýzy mohou pacienti spát, studovat, číst, povídat si nebo sledovat televizi. Jejich jedinou povinností je dávat pozor na stálou polohu jehel, aby nedošlo k poškození fistule. Na konci dialýzy je pacientovi opět změřen krevní tlak a hmotnost, aby se zjistila účinnost dialýzy (Major, Svoboda, 2000).

V současné době se pacienti dialyzují převážně v dialyzačních centrech. Existuje také možnost domácí hemodialýzy, která není tak finančně nákladná a zároveň umožňuje pacientovi lepší kvalitu života. K domácímu léčení je ovšem nutné absolvovat dostatečnou průpravu, aby byl pacient zcela soběstačný v obsluze dialyzačního monitoru a aby byl schopen se sám napichovat. Dalšími podmínkami domácí dialýzy jsou dostatek vhodných prostor, telefonické spojení s dialyzačním centrem a přítomnost další osoby v době provádění hemodialýzy (Major, Svoboda, 2000).

8.2.2 Peritoneální dialýza (PD)

Peritoneální dialýza je intrakorporální metoda očištění krve, která jako semipermeabilní membránu využívá peritoneum nemocného. Transport rozpuštěných látek (solutů) a vody probíhá obousměrně mezi kapilárami peritonea a dialyzačním roztokem napuštěným do břišní dutiny (Opatrná, In: Teplan et al., 2006). Trvalý přístup

do břišní dutiny je zajištěn peritoneálním katétrem, který se nejčastěji chirurgicky zavádí do břišní stěny.

Při chronické peritoneální dialýze lze na základě časového rozvrhu výměn rozlišit několik základních režimů (Bednářová In: Bednářová, 2007):

Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (*continuous ambulatory peritoneal dialysis – CAPD*)

CAPD je nejčastěji používaný režim, při kterém má pacient dialyzační roztok trvale v břišní dutině. Výměny roztoku provádí pacient sám či za pomoci druhé osoby, a to většinou čtyřikrát denně, výjimečně třikrát či pětkrát. Vypouštění a napouštění roztoku se děje vlivem gravitace.

Kontinuální cyklická peritoneální dialýza (*continuous cyclic peritoneal dialysis – CCPD*)

CCPD je jeden z typů automatizované peritoneální dialýzy, neboť výměna probíhá za pomoci přístroje – cyklovače (cycleru). Tento přístroj provádí výměny dialyzačního roztoku v rychlém sledu, obvykle během noci. Ráno je procedura ukončena a břišní dutina se naplní roztokem, který zde zůstává celý den.

Intermitentní peritoneální dialýza (*intermittent peritoneal dialysis – IPD*)

IPD je léčebným režimem, kdy se peritoneální dialýza provádí jen po část dne a několik dní v týdnu. Výměny roztoku se dělají buď ručně nebo za pomoci cycleru. Tato metoda je vhodná především pro pacienty s dostatečnou reziduální renální funkcí v době zahájení dialyzačního léčení. Počet výměn se postupně zvyšuje tak, jak dochází k poklesu reziduální diurézy.

Noční intermitentní peritoneální dialýza (*nightly intermittent peritoneal dialysis – NIPD*)

NIPD je formou automatizované peritoneální dialýzy. Výměny probíhají v krátkém sledu v průběhu noci. Ráno se všechnen roztok vypustí, takže přes den je břišní dutina prázdná.

Časově obrácenou formou od NIPD je denní intermitentní peritoneální dialýza (daily intermittent peritoneal dialysis – DIPD), kdy se výměny dějí v krátkých intervalech během dne a v noci je břišní dutina naopak prázdná. Tento postup se však používá zcela minimálně, např. u pacientů upoutaných na lůžko.

Přílivová (tidal) peritoneální dialýza (*tidal peritoneal dialysis – TPD*)

TPD je formou automatizované peritoneální dialýzy, při které zůstává v břišní dutině rezervní objem a v krátkých časových intervalech se vypouští jen část objemu, tzv. příliv. Tímto postupem se zkracuje doba, po kterou není peritoneum ve styku s dialyzační tekutinou, takže se látky mohou z krve odstraňovat kontinuálně. Tato metoda je vhodná pro pacienty, kteří mají problémy se peritoneálním katétrem.

Absolutní indikací k PD je nemožnost zajištění cévního přístupu pro HD. PD se také upřednostňuje u pacientů s kardiovaskulárními chorobami, které mohou po napojení na mimotělní oběh způsobovat různé komplikace. Nelze ovšem také zapomínat na preferenci „očišťovací“ metody samotného pacienta. Někteří nemocní totiž trpí obavami z opakovaného napichování cévního přístupu. Nespornou výhodou PD je větší časová flexibilita pacienta, který není pevně vázán na dostupnost dialyzačního střediska.

Absolutní kontraindikací pro PD mohou být rozsáhlé srůsty v břišní dutině, které znemožňují zavedení peritoneálního katétru.

Obecně lze výhody a nevýhody obou metod charakterizovat následovně:

Výhody PD (oproti HD):

- lepší kontrola krevního tlaku
- delší udržení zbytkové funkce ledvin
- není nutné zakládat cévní přístup
- z psychosociálního hlediska je důležité, že nemocní jsou léčeni ambulantně, tj. odpadá nutnost dojíždění do dialyzačního centra

Nevýhody PD (oproti HD):

- u PD zůstává riziko infekčních komplikací (peritonitida)

- výskyt metabolických problémů vyplývajících ze ztráty proteinů přes peritoneum do dialyzačního roztoku

8.2.3 Hemofiltrace (HF) a Hemodiafiltrace (HDF)

Hemofiltrace (HF) je metoda očišťování krve založená výhradně na konvektivním transportu solutů a vody semipermeabilní membránou. Konvekce je proces splavování rozpuštěných látek spolu s rozpouštědlem, které přestupuje přes membránu filtrací, jejíž hnací silou je tlakový gradient na membráně. HF odstraňuje efektivněji látky o větší molekulové hmotnosti (Sulková et al., 2000).

Hemodiafiltrace (HDF) je vlastně kombinací HD a HF, tj. při čištění krve se uplatňuje zároveň difúze i filtrace. Teoreticky lze HDF považovat za nejúčinnější mimotělní metodu očišťování krve (Opatrný, Polakovič In: Teplan et al., 2006).

8.2.4 Transplantace

Podle Velkého lékařského slovníku je transplantace definována jako „*záměrné přenesení tkáně či orgánu z jednoho místa organismu na druhé (např. transplantované kůže v plastické chirurgii) nebo z jednoho člověka na druhého (z dárce na příjemce)*“. U pacientů s nezvratným selháním ledvin je transplantace nejdokonalejším a zároveň nejlevnějším způsobem náhrady funkce ledviny. Zároveň umožňuje pacientům pravděpodobně nejlepší kvalitu života.

Ne každý dialyzovaný pacient je automaticky zařazen na čekací listinu (*waiting list*) pro transplantaci ledviny. Výběr příjemce z dialyzačního programu je totiž ovlivněn řadou faktorů. Vítko (In: Schück et al., 1995) uvádí, že z čistě medicínského hlediska lze identifikovat tři skupiny nemocných se selháním ledvin:

- a) nemocní bez známých medicínských kontraindikací, kteří jsou k transplantaci jednoznačně **indikováni**,

- b) nemocní s **absolutní kontraindikací** (kontraindikace uvedeny v Tabulce č. 2), pro které by transplantace znamenala horší dlouhodobé přežití než léčba dialýzou nebo dokonce bezprostřední ohrožení života,
- c) mezní skupinu tvořenou více či méně rizikovými nemocnými, u kterých lze identifikovat některé **relativní kontraindikace**.

Tabulka č. 2: Absolutní kontraindikace transplantace ledviny (Matl, 2006)

přítomnost maligního nádoru
aktivní tuberkulóza
akutní infekce
HIV-pozitivita
onemocnění jiných orgánů s prognózou kratší než dva roky

U pacienta, který je indikovaný k transplantaci, musí být před zařazením na čekací listinu stanovena krevní skupina a provedena tzv. HLA typizace. HLA typizace je vyšetření, při kterém se z krve zjišťuje přítomnost některých tkáňových znaků, tzv. HLA antigenů. Podle nich se vybírá vhodná ledvina pro transplantaci. Čím více má dárce a příjemce shodných antigenů, tím větší je pravděpodobnost, že nedojde k odhojení štěpu (Major, Svoboda, 2000).

Dalšími nezbytnými podmínkami pro zařazení na čekací listinu jsou dosažitelnost příjemce v kteroukoliv denní dobu a informovaný souhlas pacienta po předchozím poučení lékařem.

V současné době se ledviny k transplantaci získávají ze tří možných zdrojů (Major, Svoboda, 2000):

- a) od živých příbuzných dárců (otec, matka, sourozenec)
- b) od živých nepříbuzných dárců (manžel, manželka aj.)
- c) od zemřelých (kadaverózních) dárců

Při vlastní transplantaci je transplantovaná ledvina obvykle umístěna nad lopatu kosti kyčelní, kde je napojena na pánevní tepnu a žílu a močovodem na močový měchýř. Vlastní nefunkční ledviny se ponechávají na místě, pokud není jiný závažný důvod k jejich odstranění (Major, Svoboda, 2000).

Po úspěšné transplantaci je hlavní léčebnou metodou imunosupresivní léčba. Imunosupresiva jsou léky, které potlačují nežádoucí imunitní reakce organismu a zabraňují tak odhojení štěpu. Nejužívanějšími preparáty jsou Cyklosporin, Tacrolimus a Prednison (Vítko et al. In: Tesař, Schück, et al., 2006).

Přes veškerou snahu a nasazení lékařů i samotných transplantovaných pacientů se mohou objevit různé komplikace, které jsou důsledkem vlastního chirurgického zákroku, imunobiologických pochodů nebo imunosupresivní léčby. Major a Svoboda (2000) uvádí, že mezi nejčastější posttransplantační komplikace patří:

a) **Odhojování štěpu (rejekce)**

Transplantovaný štěp může být na základě imunologické reakce lidského organismu z mnoha důvodů odmítnut.

b) **Infekce**

Příčinou častějšího výskytu infekcí u transplantovaných pacientů je užívání imunosupresivních léků, které částečně potlačují obranyschopnost organismu, čímž ho vystavují působení nejrůznějších mikroorganismů.

c) **Nádory**

V dlouhodobém sledování pacientů po transplantaci se zjistilo, že výskyt zhoubných onemocnění je u transplantovaných o něco vyšší než v ostatní populaci. Příčina tohoto jevu ovšem není jasná. V souvislosti s příčinami se nejčastěji spekuluje o vlivu virových infekcí nebo imunosupresivní léčby.

d) **Vedlejší účinky imunosupresivní léčby**

Jedním ze základních pilířů imunosupresivní léčby je prednison. Je to látka odvozená od přirozených hormonů kůry nadledvin. Při jeho užívání často pacienti přibývají na hmotnosti a mívají otoky. Jinými vedlejšími účinky jsou: tendence k hypertenzi, vznik nebo zhoršení cukrovky, riziko vředové choroby žaludku a dvanáctníku, zvýšená krevní srážlivost a poruchy nálady, v extrémních případech až prednisonová psychóza. (Honzák In: Baštecký et al., 1993)

e) **Cévní komplikace**

U populace transplantovaných pacientů je pozorován vyšší výskyt kardiovaskulárních komplikací (např. ischemická choroba srdeční, ischemická choroba cév dolních končetin, cévní mozková příhoda nebo srdeční selhání). Příčina těchto komplikací může spočívat ve farmakologické léčbě nebo v rizikových faktorech, jež jsou zcela stejné jako v běžné populaci.

II. PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY CHRONICKÉHO ONEMOCNĚNÍ

Chronické onemocnění se vyznačuje vleklým, dlouhotrvajícím, často celoživotním průběhem. Podle své závažnosti ovlivňují život nemocného na dlouhou dobu. Některé zdravotní požadavky mohou být nepodstatné, přesto však obtěžující. Jiné naopak zásadně mění chod i kvalitu pacientova života, a to jak v biologické, tak i v psychosociální oblasti.

Každé onemocnění lze tedy obecně posuzovat ze tří hledisek:

- 1) **Somatický aspekt** – vymezuje příznaky onemocnění a aktuální nebo trvalé tělesné obtíže.
- 2) **Psychický aspekt** – zahrnuje emoční prožitky vyvolané v souvislosti s onemocněním, rozumové hodnocení nemoci a z toho vyplývající chování nemocného.
- 3) **Sociální aspekt** – obsahuje společenské hodnocení nemoci a z něho vyplývající postoje a chování okolí.

1. Somatické aspekty

Pokud tělo funguje normálně, tak vnímáme naše tělo jako samozřejmou součást vlastní osobnosti. Dojde-li však k selhání nějakého orgánu či nějaké tělesné funkce, stává se tělo objektem, kterým je nutno se zabývat. Dochází tak k symbolickému oddělení somatické a psychické složky naší osobnosti. V důsledku této skutečnosti se mění vnímání, prožívání i vztah k vlastnímu tělu, které se může stát obtížným, odmítaným apod. (Vágnerová, 2004).

Bolest

Mezi důležité symptomy patří bolest. Podle obecné definice bolesti přijaté Mezinárodní společností pro výzkum bolesti je bolest „nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potenciální poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození.“ (Mareš, 1997)

Pacienti se mohou setkat se čtyřmi základními druhy bolesti (Vymětal, 2003):

Akutní bolest je bolest, která zpravidla vzniká na základě mechanického poškození tkáně. Doba trvání se pohybuje v řádu dnů až týdnů

Chronická bolest je charakteristická tím, že buď není známa její příčina anebo je tato příčina neodstranitelná. Diagnostické kritérium pro chronickou bolest je doba trvání, která musí být delší než půl roku.

Rekurentní bolest je záchvatovitá, epizodická a svým průběhem neodhadnutelná bolest.

Procedurální bolest vzniká jako následek určitých lékařských výkonů (např. endoskopie aj.)

Podle Vymětala (1994) ovlivňují prožívání bolesti následující čtyři složky:

- 1) **Citlivost k bolesti** je interindividuálně odlišná. Závisí na mnoha biologických a sociálních faktorech. Rovněž je ovlivněna aktuálním stavem organismu.
- 2) **Emoční prožitek bolesti** představuje emoční reakci na bolest. Ta je téměř vždy nepříznivá.
- 3) **Rozumové hodnocení bolesti** závisí na schopnosti nemocného přemýšlet o příčině bolesti.
- 4) **Paměť pro bolest.** Prožitek bolesti se ukládá v paměti, ze které může být vyvolán pouze určitou situací, která byla s prožitkem bolesti byt' i jen asociována.

2. Psychické aspekty

Každý člověk nějakým způsobem reaguje na vážné onemocnění či defekt. Podle Vymětala (2003) závisí míra a způsob jeho odezvy (reakce na onemocnění) na:

- b) kvalitě rodinného prostředí
- c) projevech onemocnění či defektu
- d) pocitu ohrožení života
- e) celkové kvalitě dosavadního života

Zajímavým pohledem na nemoc a její vnitřní obraz, jak jej vnímá sám pacient, je autoplastický model vycházející z práce R. A. Lurije. Autor popisuje chování pacienta

na základě toho, jak prožívá svoji nemoc a co si o ní myslí. Obraz nemoci má potom tyto stránky (Baštecká, 2003):

- **Senzitivní** – co pacient **pocit'uje**.
- **Emoční** – jak to co pocit'uje **prožívá** (obavy, úzkosti aj.)
- **Racionální a informativní** - co o nemoci ví, co se o ní dozvídá a co si o celé situaci **myslí**.
- **Volní** – co s tím vším **dělá**.

Konečný a Bouchal (1979) uvádějí činitele, kterými je vnitřní obraz nemoci podmíněn:

- ráz onemocnění – zda-li jde o akutní či chronické, s viditelnými či bez viditelných příznaků apod.
- okolnosti, za nichž nemoc probíhá – existenční nejistoty v důsledku nemoci, otázky zavinění nemoci
- osobnost pacienta před propuknutím onemocnění (tzv. premorbidní osobnost), která je určena věkem pacienta, temperamentem, charakterem apod.
- socioekonomický status nemocného

2.1 Emoční prožívání

Každé těžké (eventuálně nevléčitelné) onemocnění je možné chápat jako osobní ohrožení, které vyvolává **strach a úzkost**. Strach a úzkost mají podobné až totožné příznaky, přesto se tyto prožitky liší ve své příčině. Strach má viditelnou a konkrétní příčinu, a je tedy racionální a srozumitelný (např. strach z bolesti při lékařském zákroku). Naopak příčina úzkosti se nenachází v oblasti reálného a konkrétního světa, ale v oblasti myšlenkové (např. pacient se bojí, „že to špatně dopadne“) (Honzák, 1995). Obecně vyjadřují strach a úzkost negativní očekávání nemocného.

Dalšími emočními reakcemi na ztrátu zdraví jsou **smutek a truchlení**. Prožívání smutku a truchlení je považováno za přirozenou součást procesu vyrovnávání se se

závažným onemocněním, bez kterého může nemocný jen těžko přijmout svou novou identitu.

Smutek může přejít až do **deprese**. U chronických onemocnění se nejčastěji vyskytují následující dva druhy depresí (Vágnerová, 2004):

Symptomatická deprese se objevuje jako druhotný důsledek poškození mozku organickou nemocí (např. ateroskleróza, atrofie CNS) nebo celkovou metabolickou poruchou (např. urémie, jaterní selhání atd.)

Reaktivní deprese představuje nepřiměřeně velkou a nepřiměřeně dlouhou reakci na utrpenou ztrátu nebo zátěž (Honzák, 1999).

V extrémních případech depresivního prožívání se mohou objevit **suicidální tendence**. Ty se nejčastěji vyskytují u nemocných, kteří jsou přesvědčeni, že se se svou situací nikdy nevyrovnají. Za těchto okolností ztrácí jejich život smysl (Vágnerová, 2004).

Zcela opačnou reakcí než je smutek a deprese je **hněv a vztek**. Hněv a vztek nepředstavují dva pojmy se stejným významem. Hněv i vztek sice jsou silné afektivní reakce, s tím rozdílem, že hněv zahrnuje i racionální hodnocení. Obě reakce mohou být výrazem potřeby ztrestat domnělého viníka, což velmi často vede k zaměření těchto emocí buď na sociální okolí (lékaře, rodinné příslušníky atd.), nebo na vlastní osobu (sebeobviňování). Ve většině případů však není podstatné zaměření agrese, nýbrž uspokojení potřeby odreagovat si svou tenzi. Paradoxně nemocní, kteří dokážou projevit své negativní city, mají zároveň podle několika výzkumných studií mnohem větší šanci na přežití (Vágnerová, 2004).

2.2 Kognice

Chronické onemocnění podstatně ovlivňuje sebepojetí nemocného. Sebpojetí je charakterizováno jako představa o vlastní osobě, do které spadá sebeobraz (emoční část sebepojetí), sebehodnocení, sebeúcta a další. Vznik a rozvoj sebepojetí je umožněn sebepoznáním, které se uskutečňuje ve vztahu s ostatními lidmi a poznáváním světa (Baštecká, Goldman, 2001).

Závažné onemocnění ve většině případů vede v očích nemocného ke snížení sebeúcty a sebehodnocení. V takové situaci může pacient ztrácet nejen pocit schopnosti něco řešit (kompetence), ale i osobní úctu a cenu. Tento stav je v odborné literatuře označován jako *non – person* (nebytí osobnosti) (Křivohlavý, 2002).

2.3 Změna základních potřeb

Pod vlivem nemoci se mění základní psychické potřeby a hodnoty, které s nimi souvisejí. Může se měnit nejen jejich hierarchie, nýbrž i způsob jejich uspokojování. Hlavní potřebou se obvykle stává zdraví. Nejvíce jsou ovlivněny následující potřeby (Vágnerová, 2004):

- Vlivem různých potíží a celkové vyčerpanosti se snižuje **potřeba stimulace a nových zkušeností**.
- Nemocný jedinec má **potřebu se ve své situaci orientovat** (tj. znát svůj zdravotní stav, vědět, co ho čeká apod.).
- Pod vlivem nemoci se zvyšuje **potřeba citové jistoty a bezpečí**.
- **Potřeba sociálního kontaktu** může být obtížněji uspokojována, protože nemocný bývá více izolován.
- **Potřeba seberealizace** se pod vlivem nemoci mění.
- Závažné (chronické) onemocnění většinou nenaplnuje (neuspokojuje) **potřebu otevřené budoucnosti**.

2.4 Zvládání zátěže (coping)

V souvislosti se zvládáním či vyrovnáváním se s náročnou životní situací (nemocí) se v odborné literatuře objevuje řada termínů, přesto má jeden z nich ústřední postavení. Jde o **coping**. Hartl a Hartlová (2000, s.88) definují coping jako „*zvládání nebo zvládací chování; schopnost člověka vyrovnat se (adekvátně) s nároky, které jsou na něj kladeny.*“ Obecně řečeno jde o základní způsoby (strategie), kterými se jedinci

vyrovnávají s náročnými životními situacemi. Křivohlavý (1994) dodává, že termín coping označuje především zvládnání nepřiměřené, nadlimitní (ve smyslu nepřiměřeně dlouhé a intenzivní) zátěže.

Moos a Schafer (1984, In: Křivohlavý, 2002) uvádí výčet změn, se kterými se musí pacient vyrovnat:

- změna osobní identity
- změna prostoru, v němž se pacient pohybuje
- změna role, kterou pacient zaujímá
- změna v souboru osob, které pacientovi mohou poskytovat sociální oporu
- změny perspektivy – co může pacient v budoucnu očekávat.

Odborná literatura je vskutku bohatá na nejrůznější dělení copingových strategií, proto je následující rozdělení pouze nástinem jedné z možností již existujících dělení a pojetí týkajících se zvládnání zátěže.

Křivohlavý (1994) dělí způsoby řešení závažných životních situací, jakými jsou i chronická onemocnění, do dvou skupin:

- a) Řešení pomocí souboru vhodných strategií.
- b) Řešení pomocí obranných mechanismů.

2.4.1 Řešení pomocí souboru vhodných strategií

Pro tyto způsoby řešení je charakteristické, že vycházejí z hodnocení dané situace i z posouzení vlastních možností. Dále je typické, že jsou zaměřeny na určitý cíl, jehož dosažením by mělo dojít k pozitivní změně (např. změny postoje, smíření se situací apod.). Podle zaměření lze tyto strategie ještě dělit na (Lazarus a Folkmanová In: Vágnerová, 2004)

Strategie zaměřené na řešení problému zahrnují vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci (např. likvidace nežádoucích situačních vlivů, hledání i jen symbolické podpory).

Strategie zaměřené na zlepšení emoční bilance jsou zaměřeny na regulaci emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku nemoci (např. snížení míry strachu a obav, snížení míry zlosti).

2.4.2 Řešení pomocí obranných mechanismů

Hartl a Hartlová (2000) definují obranné mechanismy jako způsoby chování, myšlení nebo cítění, které odstraňují úzkost a ohrožení. Jejich smyslem je zachování celistvosti a neporušenosti ega. Společným znakem je to, že popírají či překrucují realitu a pracují nevědomě (jedinec si je neuvědomuje). Tyto mechanismy sice slouží k udržení psychické rovnováhy, přesto z dlouhodobého hlediska je přínosnost některých z nich velmi diskutabilní.

Jelikož existuje velké množství obranných mechanismů, vyskytly se snahy o zjednodušení těchto způsobů zvládání zátěže. Nejčastěji používanou klasifikací je tzv. systém Defense Mechanism Inventory (DMI). Tento systém rozděluje obranné mechanismy do pěti skupin (Křivohlavý, 1994):

Nepřiměřené nebo přehnaně agresivní a hostilní reakce. Jde o způsoby chování, které vytvářejí klamný dojem síly a moc, pocit nadvlády, dominance a schopnosti řídit chod dění. Příkladem je identifikace s agresorem, která se často objevovala v koncentračních táborech, kdy „kápové“ (dozorci z řad vězňů) týrali své spoluvězně, neboť se snažili ztotožnit se svými „pány“.

Sebeobviňující reakce. Do této skupiny patří snahy o obviňování vlastní osoby. Jde určitým způsobem o předcházení budoucnosti, protože ponižováním vlastní osoby vlastně zabraňuje druhým v tom, aby ho nečekaně ponížili. Podobným mechanismem je sebekritika. Ukazuje se, že všechny tyto postupy jsou úzce spjaty s úzkostností (anxietou).

Projekce. Do této kategorie patří externalizace viny a postupy, kdy vlastní záměry podsouváme jiným lidem. Účelem je ospravedlnění vlastní osoby na úkor druhých lidí. Patří jsem žárlivost, hledání obětního beránka, předsudky apod.

Vytěšňování a popírání. Podstatou těchto obranných mechanismů je odstranění vnímaného ohrožení a konfliktů z oblasti vědomí, čehož je dosahováno např. negací,

přehnaně veselou náladou, protikladným chováním apod. Dalo by se říci, že logikou tohoto postupu je: „Když to nevidím, tak mne to netrápí.“

Intelektualizace a racionalizace. Těmito termíny se označují takové formy řešení náročných životních situací, kde je skutečnost interpretována falešně. Zpravidla jde o zdůvodňování vlastního chování nebo jednání druhých lidí motivy, které jsou únosné a přijatelné, avšak neodpovídají skutečnosti (Vymětal, 2003). Racionalizace používají nejčastěji lidé, kteří potřebují sami před sebou zdůvodnit svůj neúspěch či selhání.

Podoby výsledků procesu zvládnání životních těžkostí se mohou vyskytnout ve dvou extrémech (Křivohlavý, 2002):

- **Zdravá adaptace** projevující se smířením, zdravým nadhledem či přijetím stavu do kterého se pacient dostal, což je projevem zralé osobnosti.
- **Maladaptace** – nezvládnutí situace, které se projevuje prohlubující se beznadějí, bezmocí a jinými projevy osobnostní nezralosti.

2.5 Prožívání nemoci v čase

Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, je obvykle popisováno v pěti fázích. Názvy těchto fází se u některých autorů liší. Přesto je možné vysledovat společný základ, který spočívá v práci americké lékařky švýcarského původu Elizabeth Kübler-Ross. Tato americká lékařka popsala na základě rozhovorů s pacienty v terminálním stadiu onemocnění pět stádií vyrovnávání se s vlastní smrtí. Vágnerová (2004) popisuje tyto fáze následovně:

1) Fáze nejistoty před stanovením diagnózy

V této fázi se objevují různé tělesné potíže, které upoutávají pozornost nemocného. Fungování vlastního těla již nelze brát jako samozřejmost a nemocný začíná mnohem více přemýšlet o svém tělesném stavu, který je zdrojem nepříjemných

pocitů. Pokud potíže trvají příliš dlouho anebo přestávají být snesitelné, hledá nemocný pomoc u lékaře. Tato fáze končí diagnostikováním příslušného onemocnění (Vágnerová, 2004).

2) Fáze šoku a popření

Jako první reakce na sdělení závažné diagnózy se objevuje **šok**, někdy také popisovaný jako **výkřik**. Mívá buď podobu odbržděného afektu s výrazným psychomotorickým neklidem nebo se naopak může projevovat jako stažení do sebe doprovázené afektivním útlumem (Honzák, 2000).

Většina nemocných reaguje na to, že se dozví závažnou pravdu o svém zdravotním stavu, snahou o potlačení této informace. Odborná literatura dokonce uvádí, že 10-20 % nemocných, kteří se bez obalu dozvěděli svou diagnózu, i po několika týdnech popře, že by byli kdykoli slyšeli něco o svém zdravotním stavu (Honzák, 2000). Účelem popření jakožto způsobu obrany je poskytnout nemocnému čas, aby mohl přijmout traumatický fakt, že již nikdy nebude zcela zdravý (Vágnerová, 2004).

3) Fáze generalizace negativního hodnocení

Přítomnost vážného onemocnění nelze neustále popírat a proto začne daný jedinec postupně přijímat skutečnost, že je nemocný. Z kognitivního hlediska v této fázi dochází k **dezorientaci** - nemocný neví, co se s ním děje, ani co bude dál. Přesto se musí začít postupně vyrovnávat s těžkostmi svého onemocnění a někdy dokonce i s ohrožením vlastní existence. Reakce nemocných mohou být různé, protože jsou z velké části ovlivněny osobnostními vlastnostmi a zkušenostmi daného jedince. Dost často se v tomto období objevuje **tendence ke generalizované negaci**, kdy je z hlediska pacienta všechno špatně a beze smyslu. Je přesvědčen, že může být šťastný pouze v případě, že se uzdraví. Tyto stavy jsou obvykle doprovázeny silnými emočními reakcemi (Vágnerová, 2004).

Převažujícím pocitem a projevem nemocného je **hněv**, který se velmi často zaměřuje proti jeho okolí. Člověk se projevuje nepřátelsky, agresivně, za jeho jednáním může být cítit závist ke zdraví či k lepšímu celkovému stavu spolupacientů, příbuzných, přátel i zdravotníků. Může svým jednáním vyvolávat dojem, že dělá schválnosti, může se projevovat bezmocným vztekem, agresivitou. Ta může být mírněna do té podoby, že nedává najevo vděčnost, ironickými poznámkami a dalším chováním, které je nespolečenské, nevlídné a obtížně tolerované.

Další emoční reakcí je **deprese**. Jde o depresi, která je všem okolo i nemocnému zcela srozumitelná, protože je vyvolána vědomím ztráty všech hodnot, které na světě uznával. Proto se více než deprese objevuje opravdový smutek (Honzák, 2000).

4) Fáze postupné adaptace

Pro tuto fázi je charakteristické **smlouvání**. To ze všeho nejvíce připomíná období dětství, kdy se dítě snaží na rodičích usmlouvat něco, co má zakázáno, tím způsobem, že místo toho slibuje cokoli jiného. Nemocní hledají ve své minulosti viny, slibují si od jejich nápravy záchranu a vykoupení svého těžkého stavu a doufají, že jim taková aktivita pomůže ke zlepšení zdraví (Honzák, 2000).

Z kognitivního hlediska dochází k **reorientaci**, kdy nemocný hodnotí svou situaci jinak než dřív. Toto hodnocení je ovlivněno aktuálním stavem nemocného (Vágnerová, 2004).

5) Fáze smíření

V tomto období již nemocný přijímá svou nemoc a všechny skutečnosti, které s jeho onemocněním souvisí. Moc dobře si totiž uvědomuje, že jeho zdravotní stav nelze významným způsobem změnit a tuto skutečnost bere v úvahu. Akceptuje omezení, která přináší onemocnění a přizpůsobuje jim svůj životní styl. Signálem dobrého vyrovnání je nalezení nového smyslu života, snaha o udržení dostupných uspokojení nebo hledání nových (Vágnerová, 2004).

Honzák (2000) ještě připomíná, že pacienti nemusí projít všemi výše uvedenými fázemi. Také je nemusí procházet v přesně stanoveném pořadí. Některé fáze se rovněž mohou opakovat a jiné se nemusí objevit vůbec.

3. Sociální aspekty

3.1 Sociální role nemocného

S přítomností závažného onemocnění se mění sociální status pacienta i jeho sociální role. Pacient totiž současně se svou nemocí automaticky získává novou, kvalitativně horší roli – roli nemocného. Vnímání role nemocného společností vymezuje Vágnerová (2004) následujícími znaky:

- Nemocný nebývá považován za viníka svého nežádoucího stavu a nepředpokládá se, že by si dokázal pomoci sám.
- Nemocný má jistá privilegia, tj. je zproštěn určitých povinností, ale zároveň nemá stejná práva jako zdraví lidé.
- Od nemocného se očekává, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě. Pokud to nedělá, svá privilegia ztrácí. Společnost jej přestává tolerovat, protože nerespektuje pravidla, která mu určila.

S přijetím role nemocného bývá nemocný zároveň o mnohé role ochuzen. Vážně nemocný si jen stěží dokáže udržet svou profesní roli nebo původní roli v rodině. V rodině ovšem nedochází pouze ke změnám rolí, nýbrž také ke změně stylu života rodiny, který je podřizován potřebám nemocného (Vágnerová, 2004).

V řadě prací byla věnována pozornost sledování vzájemných vztahů manželů v důsledku chronického onemocnění jednoho z nich. Manželé většinou svorně tvrdili, že se jejich vzájemný vztah v důsledku přítomnosti vážného onemocnění zlepšil. Při podrobnějším zkoumání se však ukázalo, že se sice snížila sociální vzdálenost mezi manželi, avšak míra jejich spokojenosti v manželství se nezvýšila. Po určité době se jejich vztah nakonec vrátil k normálu (Křivohlavý, 2002).

Mluví - li se o vlivu závažného onemocnění na rodinu a rodinné vztahy, nelze zapomínat na děti. Magické myšlení dětí totiž někdy způsobuje u dětí pocity viny za to, co se stalo jednomu z rodičů. To u nich nezřídka vede k depresím a sebeobviňování. V případě, že se onemocnění rodiče zhoršovalo, byly u dětí zaznamenány nevyjádřené obavy, že obdobnou nemocí onemocní i druhý rodič. Také bylo zjištěno, že v rodinách, ve kterých onemocněl jeden z rodičů, „trpěla“ rodičovská disciplína (Křivohlavý, 2002).

3.2 Vztah lékaře a pacienta

Neméně důležitým sociálním aspektem chronického onemocnění je změna vztahu pacienta k lékaři. Vzájemný vztah lékaře a chronicky nemocného je totiž kvalitativně odlišný od vztahu, který je možné pozorovat u akutně nemocného pacienta.

U akutních onemocnění se uplatňuje na lékaře a nemoc orientovaný model, též zvaný **paternalistický**. V tomto modelu je lékař autoritou, která ve vztahu vede a určuje, je direktivní a vyžaduje pacientovu poslušnost. Lékař pacientovi nenaslouchá, nevede s ním dialog a řídí se výlučně sebou a tím, co je třeba dělat z hlediska onemocnění. Mezi lékařem a pacientem je neosobní vztah a případným pokusům o jeho navázání se lékař brání (Vymětal, 2003).

U chronických onemocnění však dochází k velké změně. Uplatňuje se zde spíše model **partnerský**, který se opírá o psychologické poznatky a rozvíjí se v rámci biopsychosociálního přístupu. Lékař se zajímá o osobní život pacienta a o jeho rodinu. V projevu je spíše nedirektivní, na spolupráci se domlouvá, nabízí více možností a při sestavování terapeutického plánu se snaží brát ohledy na přání a potřeby pacienta. Nemocný a jeho rodina jsou pro lékaře spolupracovníky při léčbě (Vymětal, 2003).

Kvalita vztahu mezi pacientem a lékařem má značný význam pro průběh a výsledek léčby, protože ovlivňuje vzájemnou spolupráci (compliance). Křivohlavý (2002) překládá termín „compliance“ jako poslušnost v dodržování léčby. Jak je patrné z většiny výzkumných studií, tak míra compliance významně ovlivňuje dobu přežívání pacientů se závažným onemocněním.

A) PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY DIALYZAČNÍ LÉČBY

1. Stres a dialýza

Psychika nemocného v terminálním stádiu renálního selhání je vystavena působení nadměrného stresu. Zdrojem stresu je nejenom těžká a nevléčitelná nemoc, nýbrž také velmi náročný způsob léčby.

Stresory, kterým je pacient vystaven, je možné rozdělit do tří skupin. První skupinu tvoří stresory, jež jsou společné všem nemocným s ESRD bez ohledu na dialyzační metodu. Další dvě skupiny tvoří stresory, jež jsou typické pro pacienty s danou dialyzační metodou (HD nebo PD). Znojová (In: Bednářová et al, 2007) uvádí následující přehled nejvýznamnějších stresorů:

Stresory společné pro všechny pacienty s ESRD

- ztráta vitality
- zhoršení fyzické kondice
- ztráta svobody a nezávislosti
- časová a prostorová vázanost
- strach ze smrti
- sexuální poruchy
- problémy s realizací dovolené aj.

Stresory typické pro HD pacienty

- častý kontakt se zdravotnickým zařízením
- podřízení se dialyzačnímu režimu
- doprava často i na velké vzdálenosti
- konfrontace s bolestí a trápením ostatních nemocných
- napichování
- nuda při dialýze aj.

Stresory typické pro PD pacienty

- vědomí cizího tělesa (katétru) v těle

- neestetičnost peritoneálního katétru
- odpovědnost za léčbu
- pocity viny v případě peritonitidy
- časové i prostorové omezení rodiny vlastní léčebnou procedurou
- ztráta radosti z koupání ve vaně i volné přírodě
- každodennost léčby, která neumožňuje „zapomenout na nemoc“
- sociální izolace, která může být důsledkem domácího léčení
- interference denních výměn se zaměstnáním aj.

Léčba ovšem není náročná pouze pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu. Rodina nemocného je nejvíce stresována všeobecnou nejistotou, změnami v chování nemocného člena, změnami rolí v rodině a v neposlední řadě také finančními problémy (Kaplan De Nour In: Levy, 1983).

Znojová uvádí (In: Sulková, 2000), že podle většiny autorů je velmi významným stresem u HD pacientů závislost na přístroji a středisku. Tato závislost může pro některé pacienty představovat dokonce mnohem větší psychickou zátěž než vlastní ohrožení života v důsledku těžkého onemocnění. Silně stresující je však i vlastní léčebná procedura, ke které patří strach z napojení, z bolesti a z případných komplikací při napojení, obavy z poruchovosti přístroje nebo z nepředvídatelných událostí během dialýzy.

Pro potřeby zjišťování hlavních stresorů u hemodialyzovaných pacientů byl vytvořen specifický dotazník, tzv. *Hemodialysis Stressor Scale (HSS – Škála hemodialyzačních stresorů)*, obsahující 31 položek vztahujících se k chronickému selhání ledvin a k léčení dialýzou. Z celkového počtu 31 položek, se 6 položek týká fyziologických stresorů a 25 položek psychosociálních stresorů. Znojová a Sulková (2001) aplikovaly tuto dotazníkovou metodu na vzorek 66 českých pacientů s velmi zajímavými zjištěními:

- Mezi pět nejvíce závažných stresorů patřily: omezení fyzických aktivit, omezené možnosti rekreace, ztráta tělesných funkcí, únava a omezení tekutin.
- Mezi pět nejméně závažných stresorů patřily: výměna rolí s dětmi v rodině, výměna rolí s partnerem v rodině, podmínky léčení na středisku, dialyzační přístroj a nuda.

- Stresy spojené s dialýzou doléhají na muže a ženy ve stejné míře.
- Podstatně více jsou stresům vystaveni pacienti starší padesáti let.
- Trvání dialyzační léčby má vliv na míru prožívaného stresu. Celkový stresový skóre byl totiž významně vyšší u jedinců, kteří se na dialýze léčili déle než 12 měsíců, oproti nemocným, kteří se léčili méně než jeden rok. Při podrobnější analýze výsledků bylo ale zjištěno, že nemocní dialyzovaní méně než 12 měsíců se statisticky významně nelišili v míře prožívaného stresu od nemocných, kteří se léčí déle než 90 měsíců.

Obecně se uvádí, že největším zdrojem stresu je pro dialyzované pacienty úbytek fyzických sil. To dokládají výsledky nejen českého výzkumu, ale také studií zabývajících se kvalitou života nemocných s renálním selháním (Carmichael et al., 2000; Lindqvist et al., 1998; Wight et al., 1998). K postupnému úbytku sil dochází zároveň s progresí onemocnění, což nejčastěji končí ztrátou zaměstnání a odchodem do invalidního důchodu (Orlic et al., 2004).

Přestože z výsledků vyplývá, že dialyzovaní muži se neodlišují v míře prožívaného stresu od žen, existují stresory, které vykazují více příslušníci jednotlivých pohlaví. Muže více stresuje omezení v zaměstnání, finanční problémy, pokles sexuální aktivity a křeče (Znojová, Sulková, 2001). Dialýza bývá také mnohem větším stresem pro muže v produktivním věku. Žena, ač v invalidním důchodu, mívá obvykle spoustu práce s dětmi a chodem domácnosti. Od muže se očekává, a on to i tak pocítuje, že by měl být živitelem rodiny (Zamykalová, Šimek, Znojová, 2004). Naopak ženy více trápí změny zevnějšku, omezení ve způsobu oblékání, doprava do dialyzačního střediska, ztuhlost kloubů a nevolnost spolu se zvracením (Znojová, Sulková, 2001).

2. Volba dialyzační metody

Podstatou dialyzačního léčení je nejen samotné zachování života, ale také udržení co nejvyšší kvality života v oblasti fyzické, psychické i sociální. Ačkoliv je fyzická stránka kvality života podobná u pacientů léčených HD nebo PD, psychická i sociální stránka se může významně lišit v závislosti na typu metody. Jedním z důležitých faktorů ovlivňujících pozdější kvalitu života je i možnost nemocného

svobodně si zvolit způsob náhrady funkce ledvin. Četnými výzkumy bylo prokázáno, že pokud má nemocný s ESRD možnost volby dialyzační metody, je usnadněna jeho adaptace na dialyzační léčbu, významně zlepšena jeho compliance s léčbou a také psychická stránka kvality jeho života (Szabo et al., 1997).

Při volbě dialyzační metody hrají roli nejen medicínské či socioekonomické faktory, ale také například preference lékaře a pacienta. Zcela základním medicínským faktorem, který může rozhodovat o tom, zda se pacient bude moci podílet na výběru dialyzační metody, je včasné stanovení diagnózy a zahájení predialyzační péče.

Chronické selhání ledvin bohužel patří k onemocněním, která mají pozvolný průběh a jeho příznaky se objevují nenápadně a pomalu. První klinické příznaky se objevují teprve v době, kdy funkce ledvin poklesla zhruba na 35-40% původní funkce. U mnohých nemocných ještě i později (Kantor, 2008). Nežádá se tedy může stát, že se nemocný dostane k odborníkovi pozdě, čímž je připraven o možnost svobodné volby metody. Podle Znojové (2003) je takový pacient ve stavu fyzické i psychické nepohody, které dominuje šok ze ztráty zdraví. V tomto stavu není schopen udělat správné rozhodnutí a přiklání se k hemodialýze, která na něj v samém počátku léčby klade menší nároky.

Je-li ovšem onemocnění rozpoznáno včas, začíná léčba pacienta nejprve konzervativním způsobem (medikace, dieta, pitný režim). V současné době již dokáží lékaři celkem spolehlivě odhadnout průběh onemocnění u daného pacienta a tím i stanovit čas, kdy bude nutné zahájit dialyzační léčbu. Toto tzv. predialyzační období je nejlepší dobou k zahájení edukace pacienta o terapeutických možnostech. Nejsou-li medicínské kontraindikace k nějaké z léčebných metod, což se může týkat až 80% pacientů (Little et al., 2001), měl by být pacient během této predialyzační edukace seznámen se všemi možnými a dostupnými způsoby léčení nezvratného selhání ledvin a zvláště pak s výhodami a nevýhodami jednotlivých metod. Standardně se také doporučuje návštěva dialyzačních center a pohovoření se zkušenějšími dialyzovanými pacienty (Davison In: Jacobs et al, 1996).

Četnými zahraničními studii je prokázáno, že pokud je pacient diagnostikován včas a podstoupí predialyzační edukační program - čímž se dialýza stává plánovanou událostí - mnohem častěji si jako léčebnou metodu vybírá peritoneální dialýzu (Goovaerts et al., 2005; Marrón et al., 2006; Wuerth et al., 2002).

Na otázku, kteří pacienti si spíše vybírají PD, se pokusil odpovědět vědecký tým Kutnera. Kutner et al. (2005) na základě výsledků své studie vysledovali společné charakteristiky pacientů, kteří si jako léčebnou modalitu vybírali PD. Podle Kutnera jsou PD pacienti oproti HD pacientům mladší, mají vyšší vzdělání, mají zaměstnání, jsou ženatí, nežijí sami, k nefrologovi byli odesláni dříve jak čtyři měsíce před diagnózou nezvratného selhání ledvin a mají méně přidružených onemocnění (Miskulin et al., 2002).

Badatele ovšem nezajímaly pouze charakteristiky pacientů vybírajících si PD před HD, ale také motivy, které je k této volbě vedly. Ve výzkumu Wuerth et al. (2002) byly pacienty nejčastěji uváděny tyto motivy: časová flexibilita, možnost provádět dialýzu doma a možnost provádět dialýzu během spánku. Motivы vedoucí k volbě PD zjišťovala na souboru 94 PD českých pacientů také Znojová (2003). Tři nejčastěji uváděné důvody k volbě PD byly následující: 1. větší vzdálenost pacientova bydliště od dialyzačního střediska a snaha vyhnout se dojíždění (45% nemocných), 2. potřeba omezit kontakt s nemocnicí a nemocnými včetně špatné zkušenosti se zdravotníky (34%) a 3. potřeba svobody, nezávislosti a samostatnosti (31%).

3. Obranné mechanismy

Dialyzovaný pacient s nezvratným selháním ledvin je vystaven velké psychické zátěži. Aby mohl tuto zátěž zvládnout, je jeho psychika vybavena nevědomými obrannými mechanismy. Obranné mechanismy jsou vnitřní strategie, jejichž podstatou je ochrana před nadměrnou úzkostí a ohrožením pozitivního sebepojetí člověka. Přestože je obranných mechanismů velké množství, existují tři strategie, se kterými se u dialyzovaných pacientů setkáváme nejčastěji. Jedná se o vytěsnění, popření a regresi (Znojová In: Sulková, 2000).

Vytěsnění je charakteristické aktivním zapomínáním těch obsahů vědomí, které nejsou slučitelné se sebepojetím člověka. Dialyzovaný pacient tak zapomene, že byl poučen o dietě, že se musí šetřit, že musí pravidelně docházet na dialýzu apod.

Druhou frekventovanou reakcí je **popření**, jehož podstatou je výběrové zaměření na určité jevy a ignorování jiných, které jsou pro člověka znepokojující

(Vymětal, 2003). Pacient například popírá známky únavy a fyzického vyčerpání, nebo „lže“ ohledně dodržování léčebného režimu.

Třetí nejčastější strategií je u dialyzovaných pacientů **regrese**, kdy se nemocný začne chovat způsobem, který neodpovídá jeho věku a který náleží k vývojově mladšímu období. Prakticky se mechanismus regrese projevuje častými výkyvy nálad, strháváním pozornosti na sebe a častým urážením.

4. Coping

V souvislosti s působením stresu se odborníci zajímají také o to, jaké strategie (coping) pacienti při zvládání stresu používají. Stres při dialyzační léčbě je sice takřka totožný pro všechny nemocné, přesto jsou způsoby vyrovnávání se s ním velmi variabilní. A právě volba copingové strategie rozhoduje o tom, jestli se pacient adaptuje na dialýzu dobře nebo špatně.

Ve světě se ustálilo pojetí copingových strategií podle autorů Lazaruse a Folkmanové. Ti rozdělili způsoby copingu podle zaměření, jež se může týkat řešení problému nebo zlepšení emoční bilance. Bylo zjištěno, že dialyzovaní pacienti mnohem častěji volí strategie zaměřené na zvládání problému, na rozdíl od těch, které jsou zaměřené na zlepšení emoční bilance (Cristovao, 1999; Klang, Bjorvell, Cronqvist, 1996; Lok, 1996). Dále byly zjišťovány vzájemné vztahy mezi demografickými údaji a volbou vyrovnávací strategie. V této oblasti se ovšem výsledky výzkumů značně rozcházejí.

Přes značnou nejednotnost empirických výsledků na poli copingu, uvádí Znojová (In: Sulková et al., 2000) následující výčet vyrovnávacích strategií, které se objevují u dobře adaptovaných jedinců:

- umění přijmout situaci takovou, jaká je
- schopnost udržet si naději na smysluplný život
- vědomí, že lze mít život pod kontrolou i v nemoci
- schopnost objektivně nahlížet na problémy
- hledání rozmanitých způsobů, jak v životě řešit problémy
- víra a modlitba, které povzbuzují optimismu a naději

5. Fáze adaptace na dialyzační program

Po zařazení do dialyzačního programu prochází nemocný následujícími třemi fázemi (Reichsman, In: Levy et al., 1981; Lachmanová In: Schück et al., 1995):

1) „Líbánky“ (*honeymoon*) je období, které trvá několik týdnů a je charakteristické pacientovou euforií. Pacient je dialyzačnímu přístroji vděčný za záchranu svého života.

2) Rozčarování je období, které trvá 6 až 18 měsíců. V tomto období se umělá ledvina stává nenáviděným předmětem. Sice nemocnému zachránila život, ale zároveň se stala zdrojem závislosti (prostorové i časové) a někdy i subjektivních potíží.

3) Dlouhodobá adaptace je nejdelší fází, na jejímž konci pacient akceptuje životní styl spojený s dialyzačním přístrojem.

6. Úzkost

Dialyzovaný pacient je vystaven široké škále stresů, proto není divu, že úzkost je pravděpodobně nejčastějším pocitem zažívaným nemocnými na dialýze. Podoby úzkosti jsou u dialyzovaných různé. U některých se projevuje spíše jako psychická nepohoda, u jiných může docházet až k somatizacím (bolesti hlavy, svírání na prsou aj.). Někteří pacienti jsou úzkostní již večer před dialýzou, někteří až v den dialýzy a jiní těsně před napojením. Většina pacientů zvládá pocity úzkosti za pomoci obranných mechanismů. Pokud však tyto mechanismy selhávají, úzkost narůstá a může se objevit deprese nebo agresivní chování (Znojová In: Sulková, 2000).

7. Deprese

Odborná literatura se v odhadech míry prevalence deprese u dialyzovaných pacientů značně rozchází, proto je možné setkat se s údaji v rozmezí 5-60%. Shoda

panuje pouze v tom, že deprese představuje normální reakci na ztrátu. A dialyzovaní ztrácí opravdu hodně. Kromě ztráty fyziologických funkcí ledvin, přichází dialyzovaní také o svůj navyký způsob života, někdy ztrácí rodinné zázemí a častokrát ztrácí i své zaměstnání (Finkelstein, Finkelstein, 1999).

Deprese výrazně narušuje všechny dimenze pacientova života, čímž výrazně ovlivňuje vnímanou kvalitu života, a to ve všech dimenzích. Řada studií také ukázala, že deprese má vztah k vyšší úmrtnosti dialyzovaných. Ačkoli je prevalence deprese celosvětový problém, který se týká somaticky zdravých i nemocných lidí, má deprese u dialyzovaných pacientů své specifické aspekty.

Specifikum obnáší již samotná diagnostika deprese u dialyzovaných pacientů. Finkelstein a Finkelstein (In: Brown, Parfrey, 1999) upozorňují na používání standardních dotazníků ke zjišťování deprese. Autoři uvádí, že různé dotazníky mají i různé zastoupení otázek týkajících se somatických projevů deprese. A vzhledem k tomu, že nezvratné selhání ledvin je doprovázeno pestrou paletou somatických změn, mohou být tyto somatické komplikace mylně interpretovány jako projevy deprese. Tento problém se týká například Beckovy škály depresivity, která obsahuje větší zastoupení „somatických“ otázek. To způsobuje, že dialyzovaní pacienti v tomto dotazníku dosahují vyšších průměrných výsledků.

Těžká deprese je vždy spojena s rizikem suicidálního jednání. Hrozba suicidia u dialyzovaných má ovšem svůj specifický rozměr. Pokud se dialyzovaný rozhodne ukončit svůj život, stačí mu pouze, když přestane dodržovat striktní dietní a pitný režim a přestane podstupovat pravidelnou dialyzační léčbu, což vede k fatálním následkům.

Další specifikum obnáší léčení deprese u dialyzovaných. Lehká deprese je zvládnutelná prostředky sociální opory nebo psychoterapií. Těžší depresivní stavy si ovšem už žádají psychofarmakologickou léčbu (antidepresiva). Farmakologická léčba deprese dialyzovaných pacientů má výrazná omezení, která spočívají v dávkování a vedlejších účincích. Dávkování antidepresiv musí být velmi obezřetné, neboť metabolity většiny léků se vylučují právě ledvinami, které jsou u nemocných s renálním selháním nefunkční. Vedlejší účinky psychofarmak, jež jsou pro normální populaci téměř zanedbatelné, mohou naopak dialyzovaným způsobit vážné fyziologické komplikace (hypertenze, hypotenze, tachykardie apod.). Výrazná omezení psychofarmakologické

léčby znatelně snižují úspěšnost terapeutického ovlivnění deprese u dialyzovaných pacientů (Finkelstein, Finkelstein In: Brown, Parfrey, 1999).

8. Sexuální dysfunkce

Sexuální dysfunkce patří mezi běžné komplikace spojené s chronickým selháním ledvin, které se vyskytují nejen v dialyzačním období, ale také v predialyzačním nebo posttransplantačním období. Sexuální problémy uvádí většina nemocných, a to bez ohledu na pohlaví nebo způsob dialyzační léčby.

Uvádí se, že sexuální dysfunkce postihují okolo 40% žen a kolem 80% dialyzovaných mužů trpí určitým stupněm erektilní dysfunkce. Auer et al. (1990) zaznamenali dramatický pokles spokojenosti v sexuálním životě u dialyzovaných (HD i PD) pacientů v porovnání s obdobím před začátkem dialyzační léčby. V predialyzačním období bylo se svým sexuálním životem spokojeno téměř 60% respondentů, kdežto po zahájení léčby bylo spokojeno pouze 31% pacientů. Navíc došlo k nárůstu počtu nemocných, kteří nežili sexuálním životem, z 22% v predialyzačním období na téměř 50% v dialyzačním období.

Mezi nejčastěji uváděné problémy - shodně ženami i muži - patří pokles libida, nízká frekvence sexuálních styků a snížená plodnost (Lindsey et al. In: Nolph, 1985). Ženy s renálním selháním udávají změny v menstruačním cyklu, výpadky ovulace, nedostatek poševní sekrece a chybění orgasmu. U mužů zcela jednoznačně dominují erektilní dysfunkce (Znojová In: Bednářová et al., 2007).

Příčiny sexuálních dysfunkcí jsou sice považovány za multifaktoriální, přesto zde hrají významnou roli somatické komplikace spojené s progresí nezvratného selhání ledvin a s jeho terapií. Mezi zmíněné komplikace patří například postižení periferních cév, polyneuropatie, anémie, snížená hladina testosteronu (u mužů) a snížená hladina estrogeneru (u žen), ale taktéž vedlejší účinky užívaných léků (např. antihypertenziva aj.). Přes převahu medicínských příčin sexuálních dysfunkcí se nesmí zapomínat na možné příčiny psychologické, mezi které patří změněný tělový obraz, snížené sebehodnocení, deprese, partnerské neshody a obrácení rolí v rodině (Mahonová In: Dingwall, 2004).

Velmi podstatnou roli v psychologických příčinách hrají změny v tělovém obrazu. Každý jedinec má unikátní vztah ke svému tělu, který se vyvíjí již od dětství. Na základě tohoto vztahu je také přikládána patřičná důležitost tělesnému vzhledu. Samotné onemocnění a jeho léčba s sebou ovšem přinášejí velkou spoustu medicínských zákroků, což se velmi silně podepisuje na vnímání vlastního těla nemocného s nezvratným selháním ledvin. Pozornost pacientů s renálním selháním se upíná na vnější vzhled již od samého počátku onemocnění, kdy se objevují tělesné změny v souvislosti se zadržováním tekutin. U mužů se často jako významná příčina změny v tělesném obrazu uvádí samotná zástava močení, čímž je podstatně postižena jejich maskulinita. Dalším podstatným zásahem do vnímání vlastního těla je dialyzační léčba, pro kterou je nutné našít permanentního arterio-venózního shuntu (u HD) či permanentního břišního katétru (u PD). Jelikož například shunt je na viditelném místě, považují ho někteří pacienti za jakési stigma, které nezřídka vede k pocitům snížené atraktivnosti a sebehodnocení (sebeúcty) (Zamykalová, Šimek, Znojová, 2004).

Není překvapující, že sexuální dysfunkce jsou nejlépe prozkoumány u mužské části populace dialyzovaných pacientů. Mezi sexuálními problémy dominují erektilní dysfunkce. Za dvě nejčastější psychologické příčiny jsou považovány změny v tělesném vnímání (obrazu) a deprese. Je obecně známo, že deprese s sebou přináší celkový útlum ve všech oblastech lidského života, intimního soužití nevyjímaje. U mužů však deprese stojí na samém počátku „začarovaného kruhu“. Jedním z příznaků depresivní symptomatiky je i snížené libido a erektilní dysfunkce. Poruchy erekce vedou k častějším selháním mužů při pokusu o pohlavní styk. Dostavuje se „strach ze selhání“ a přemotivování, což obvykle opětovně vede k poruchám erekce. Výsledkem je nakonec snížení nebo úplné vymizení sexuální aktivity u dialyzovaných mužů (Finkelstein, Finkelstein In: Brown, Prafrey, 1999).

9. Poruchy spánku

Potřeba spánku je jednou ze základních fyziologických potřeb každého člověka. Nedostatek spánku nebo jeho špatná kvalita ovlivňují nejen pohodu během dne, ale při déle trvajících obtížích mohou negativně ovlivňovat celkovou kvalitu našeho života.

Do současnosti bylo ve světě provedeno mnoho studií, které se zabývaly mapováním problematiky poruch spánku u dialyzovaných pacientů. Pravděpodobně nejrozsáhlejší studii provedli Merlino et al.(2006). Merlino zkoumal skupinu 883 dialyzovaných pacientů, z nichž 69% trpělo nespavostí, téměř 24% trpělo syndromem spánkové apnoe, téměř 19% trpělo syndromem neklidných nohou, 12% trpělo ospalostí během dne, a 13% trpělo nočními můrami. Z celkového vzorku trpělo kolem 80% (708) pacientů aspoň jednou spánkovou poruchou. Přestože se prevalence jednotlivých spánkových poruch v zahraničních výzkumech znatelně liší, lze pro všechny tyto výzkumy nalézt dva společné body. Prvním bodem je zjištění, že poruchy spánku se vyskytují u pacientů s ESRD bez ohledu na způsob dialyzačního léčení (DeVecchi et al., 2000; Holley, Nesor, Rault, 1992). Druhým společným bodem je identifikace tří nejčastěji se vyskytujících poruch: nespavost, syndrom neklidných nohou a syndrom spánkové apnoe. K výše uvedeným spánkovým poruchám si pacienti ještě velmi často stěžují na nadměrnou denní ospalost, což ovšem není vlastní spánková porucha, ale pouze důsledek snížené kvality spánku (Hui et al., 2000; Walker, Fine, Kryger, 1995).

Výskyt poruch spánku byl také zjišťován na vzorku dialyzovaných pacientů v České republice. Kalousová et al. (2001) zjišťovali poruchy spánku u 102 HD a 25 PD pacientů. Výsledky ukázaly, že stesky pacientů týkající se kvality spánku se objevují u obou skupin téměř stejně (34% HD a 40% PD). Nejčastějším problémem byla nadměrná denní ospalost, neboť necelých 52% HD a 64% PD pacientů přiznalo, že během dne usíná. Další časté stížnosti se shodně u obou skupin týkaly syndromu neklidných nohou (45% HD a 36% PD) a špatného usínání (36% HD i PD). Na základě výše uvedených výsledků lze konstatovat, že závěry českého výzkumu podporují zjištění většiny zahraničních studií.

10. Sociální aspekty

Dialyzační terapie zasahuje do všech oblastí sociální sféry pacienta, ve kterých je patrný trend směřující k izolaci. Nejvíce jsou dialýzou ovlivněny partnerské a rodinné vztahy.

V rodině nemocného se může situace vyvíjet velmi nepříznivě. Rodina se může (v rámci současné krize rodiny) velmi snadno rozpadnout a ponechat tak nemocného v péči rodičů, především hyperprotektivní matky (Honzák In: Baštecký et al., 1993). V lepším případě dojde pouze ke změně rolí v rodině. Zdravá osoba obvykle přebírá starost o vedení rodiny a otázky financí a nemocný naopak přebírá starost o domácnost a o děti. Pokud je to jen trochu možné, tak se část starostí a zodpovědnosti přenáší i na dítě (např. hlídání mladších sourozenců nebo jednodušší domácí práce). (Wilson In: Briggs et al., 1994).

Neméně jsou dialyzační léčbou zatíženy i partnerské vztahy. Wilson (In: Briggs et al., 1994) dokonce uvádí, že pacienti s nezvratným selháním ledvin a jejich životní partneři tvoří skupinu s vysokým procentem rozvodů a rozchodů. Příčinou rozchodů bývají problémy ve vzájemné komunikaci, které často vedou k problémům v intimním soužití. Finkelstein a Finkelstein (In: Brown, Prafrey, 1999) k problematice partnerského soužití a dialyzačního léčení dodávají, že se často zapomíná na pocity partnerů a blízkých. Životní partneři pacientů totiž sdílejí stres a zátěž související s onemocněním bez zisku adekvátní pozornosti a podpory, které se dostává samotným pacientům. To může vést k narůstající vnitřní tenzi, která stojí v pozadí partnerských konfliktů.

Výzkumy bylo potvrzeno, že sociální podpora ovlivňuje compliance pacienta a tím i jeho přežívání na dialýze. Někteří pacienti, obzvláště ti starší a osamocení, navazují intenzivní vztahy jak se spolupacienty, tak i se zdravotnickým personálem na hemodialyzačním středisku. Tyto vztahy jim nahrazují sociální oporu, které se jim jinde nedostává. Není proto divu, že se pro takové pacienty stává dialyzační procedura jakousi významnou společenskou událostí.

B) PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY TRANSPLANTAČNÍ LÉČBY

1. Stres po transplantaci

Transplantace má pro pacienta obrovský význam a stojí na počátku výrazných změn týkajících se všech dimenzí pacientova života. Ke změně, a to hlavně kvalitativní, dochází i na poli stresorů, kterým je pacient po transplantaci vystaven.

Výsledky studií mapující výskyt stresorů u transplantovaných pacientů shodně uvádějí, že pacienty nejvíce stresuje strach z rejekce (odmítnutí) štěpu. Mezi dalšími stresory bývají uváděny: imunosupresivní léčba a její vedlejší účinky, nejistota týkající se budoucnosti a strach z infekce (Kong, Molassiotis, 1999; Sutton, Murény, 1989).

Trochu opomíjeným, ale přesto velmi závažným stresorem, může být pacientovo nerealistické očekávání týkající se transplantace. Steinberg et al. (In: Levy, 1981) došli ve své výzkumné studii zabývající se pacienty těsně před transplantací k následujícím závažným zjištěním:

- Z celkového počtu 26 pacientů, bylo u většiny zjištěno, že od transplantace očekávali mnohem více, než co jim transplantace mohla nabídnout. U těchto pacientů byly zjištěny fantazie o tom, že je transplantace zcela vyléčí a oni budou moci vést stejně plnohodnotný život, jaký vedli před rozvojem renálního selhání.
- 6 pacientů nemělo reálnou představu o tom, co obnáší imunosupresivní léčba.
- 7 pacientů nemělo reálnou představu o fenoménu rejekce štěpu.

Výše uvedená zjištění jsou opravdu překvapující, vezmeme-li v úvahu, že všech 26 pacientů bylo dostatečně včas informováno o obtížnostech a možných rizicích souvisejících s transplantační léčbou. Sami autoři vidí příčinu těchto znepokojujících zjištění v přáních pacientů. Někteří pacienti si tak moc přejí, aby transplantace byla definitivním řešením jejich zdravotních problémů, že informace a fakta (např. hrozba rejekce štěpu, vedlejší účinky imunosupresivní léčby apod.) ohrožující jejich přání jednoduše vytěsňují. Výsledky této studie jednoznačně ukazují, jak důležité je nejen samotné informování, nýbrž i ověřování míry pochopení těchto informací u pacientů v perioperačním období.

Freyberger (In: Levy, 1983) uvádí tři významná období, kterými pacient postupně prochází:

1) Perioperační období

Vzhledem k tomu, že si pacienti velmi dobře uvědomují závažnost svého onemocnění, očekávají transplantaci s velkými nadějemi a optimismem. Svou předoperační nervozitu lépe zvládají v nemocničních zařízeních, kde se mohou setkat s pacienty čekajícími na stejný zákrok. Podstatná je ovšem přítomnost odborného zdravotnického personálu, která v pacientovi vyvolává pocit bezpečí a tím snižuje jeho úzkost.

Ihned po transplantaci cítí nemocní určitou úlevu. Tu záhy střídá velmi silná obava z možného selhání štěpu, která je nejvýraznějším pocitem posttransplantačního období. V tomto období mají pacienti velkou potřebu kontaktu s lidmi, nejčastěji se zdravotnickým personálem, kteří jsou ochotni vyslechnout si jejich obavy, pochybnosti a otázky týkající se léčebného režimu. Kvalita této „časné“ vazby s ošetrovatelským týmem je důležitým faktorem, který může ovlivnit přežívání štěpu a tím i úspěch transplantace.

2) Časné posttransplantační období

Pokud je časné postransplantační období bez vážnějších komplikací, začne si pacient uvědomovat svoji svobodu v porovnání se závislostí na dialyzační léčbě. Toto období je charakteristické pocity vděku a euforie. Není divu, že je toto období často popisováno jako „znovuzrození“.

I přes pocity euforie a radosti si pacienti moc dobře uvědomují vážnou hrozbu rejekce štěpu. To vede ke zvýšenému sebezpozorování a zájmu o detaily svého zdravotního stavu. Pokud se přeci jen objeví první známky možné rejekce štěpu, objevují se u transplantovaných silné projevy úzkosti a deprese. Střídá se u nich agitovanost s depresí a pesimismem. Dominujícím obranným mechanismem je popření.

Svou situaci a pocity v období prvních známek možného selhání transplantátu pacienti často přirovnávají k „sezení na sudu střelného prachu“.

3) Pozdní posttransplantační období

V tomto období jsou již pacienti v ambulantní péči svého transplantačního centra. Zažívají pocity nepodobné těm z časného předtransplantačního období. Ve vzduchu však stále visí hrozba rejekce štěpu. Nejčastěji kladenou otázkou transplantovaného pacienta je, jak dlouho mu štěp vydrží. Přes tuto trvalou hrozbu si velmi cení své nezávislosti na umělé ledvině a začínají spřádat plány do budoucna. Vyskytne-li se v tomto období vážnější zdravotní komplikace související s transplantátem, dostávají se pacienti velmi rychle do pocitů popisovaných v časném posttransplantačním období, tj. „sezení na sudu střelného prachu“.

2. Představa o vlastním těle (*body image*)

Transplantace je velkým zásahem do tělesné struktury člověka. Protože součástí konceptu Já je i představa o vlastním těle (*body image*) dostává se do popředí zájmu problematika zkoumání změn představ o vlastním těle následkem transplantační léčby.

Představa o vlastním těle (*body image*) má podle Castelnovo-Tedesco (In: Levy, 1981) následující charakteristiky:

- Týká se vnějšího vzhledu, který se odvíjí od změn v anatomii našeho těla.
- Je konceptem mentální konfigurace vlastního těla.
- Je velmi významnou součástí sebe prezentace a pocitů, kým vlastně jsme.
- Mění se následkem změny tělesné struktury.
- Jde o fluidní (tekutou) strukturu, která je schopná oddělovat staré části a přijímat nové.
- Změna představy o vlastním těle je postupná, pomalá a obvykle doprovázená výraznou úzkostí.

V souvislosti s představou o vlastním těle, rozděluje Castelnovo-Tedesco (In: Levy, 1981) chirurgické zákroky (výkony, operace) do dvou kategorií:

Život zachraňující zákroky

Při tomto druhu zákroků se nejčastěji odstraňuje nemocná část těla (např. amputace). Ztráta části těla vede k ochuzení představ tělesného obrazu. Typickou reakcí bývá deprese, která je považována za normální reakci na ztrátu. Někteří pacienti navíc nabývají falešného přesvědčení, že ztrátou části svého těla se jim zároveň zkrátí i čas, který jim byl na tomto světě vymezen. Tyto zákroky pacientovi umožňují vrátit se k funkčně naplněnému životu.

Život prodlužující zákroky

Mezi život prodlužující zákroky se počítají i transplantace orgánů. V tomto případě však pacienti nic neztrácejí, nýbrž získávají. Jejich představa o vlastním těle je obohacena o novou část, která musí být integrována do tělesného schématu. V této souvislosti někteří pacienti naopak podléhají falešnému přesvědčení, že získáním nového orgánu zároveň získali i více času, který jim byl vymezen na tomto světě. Proto se tak často mluví o „znovuzrození“, „darů života“ nebo „druhé šanci“, což je doprovázeno pocitem euforie.

Získání nového orgánu ovšem není pouze anatomicko-fyziologickou záležitostí. Samotný orgán má totiž svůj psychologický význam a aktivitu, což se projevuje od prvních chvil po transplantaci, kdy začíná postupná integrace nového orgánu do tělesného obrazu v mysli příjemce. Do mysli transplantovaného jedince je ovšem registrován nejen orgán po anatomické stránce, nýbrž i symbolická reprezentace dárce daného orgánu. V této souvislosti se nezřídka mohou vynořit archaické struktury magického myšlení. Ty se mohou projevit například jako strach z feminizace u mužského příjemce, který obdržel ledvinu od ženy nebo přesvědčení o získání uměleckých schopností dárce přijetím jeho ledviny apod. (Honzák In: Baštecký et al., 1993). Tato forma magického myšlení se objevuje i u příjemců kadaverózních orgánů. Přijetí orgánu od jedince opačného pohlaví může být komplikované tam, kde je štěpu připisován sexuální atribut.

Plné integrace nového orgánu do tělesného schématu se podaří pouze několika málo pacientům. Ostatní pacienti dosáhnou částečné integrace a někteří z nich dokonce nedosáhnou integrace nikdy. Velmi často bývá příčinou nedosažené integrace nového orgánu do tělesného schématu stav tzv. regrese.

3. Regrese

Při regresi, tj. sestoupení jedince na nižší vývojový stupeň, se u pacienta objevují silné pocity viny vyplývající z přesvědčení, že transplantací živému dárci „ukradl“ životně důležitý orgán, což ve svém důsledku dárce buď zabije nebo vážně poškodí. V souvislosti se silnými pocity viny se zákonitě objevuje i strach z trestu nebo odplaty.

Ať jsou pocity k nově získanému orgánu v regresivní fázi jakékoliv, existuje zde riziko, že pacient začne vnímat transplantát jako něco obtěžujícího nebo jako cizí předmět či v horším případě jako potenciálně maligní těleso. Vše je obvykle doprovázeno depresí a masivní úzkostí. Výrazně se zde uplatňuje obranný mechanismus popření. Jsou popsány dokonce i případy psychogenních rejekcí.

4. Deprese

Deprese již u transplantovaných pacientů není tolik rozšířená jako u nemocných léčených hemodialýzou. Akman et al. (2004) zjišťovali míru deprese u hemodialyzovaných a transplantovaných pacientů. Výsledky ukázaly, že určitým stupněm deprese trpělo 20% transplantovaných a celých 40% hemodialyzovaných pacientů, což je statisticky signifikantní rozdíl. Navíc byla zjištěna záporná korelace ($r = -0,370$) mezi stupněm deprese a dobou fungování transplantátu. To znamená, že čím déle měli pacienti funkční štěp, tím méně vykazovali jakýkoliv stupeň depresivní symptomatiky.

Zlepšení depresivní symptomatiky je u transplantovaných pacientů sice jasně prokázané, přesto tomu v určitém procentu může být naopak. Odborná literatura totiž

popisuje případy, kdy se deprese u pacientů po transplantaci výrazně zhoršila. Mluví se o tzv. paradoxní depresi (*paradoxical depression*), která se může objevovat buď samostatně, nebo jako součást tzv. paradoxního psychiatrického syndromu (*paradoxical psychiatric syndrome*). Paradoxní na výskytu těchto psychických komplikací je to, že se objevují po úspěšné transplantaci, tj. bez známek rejekce štěpu či jiných zdravotních komplikací. Nejčastějšími projevy jsou silné pocity viny vůči dárci a vyhybavé chování, kterým se pacient snaží potlačit své vnitřní konflikty. S těmito projevy se nejčastěji setkáváme u příjemců, přesto se nezdá, že by se objevují i u dárců (Haruki, 2005; Fukunishi, et al., 2001).

5. Úzkost

Na rozdíl od deprese je u pacientů po transplantaci zaznamenán vyšší výskyt úzkosti a obav. Sagduyu et al. (2006) ve své studii zabývající se porovnáváním výskytu psychiatrických chorob mezi hemodialyzovanými a transplantovanými pacienty zjistil, že klinicky významnou depresivní symptomatiku vykazovalo 41% hemodialyzovaných a necelých 37% transplantovaných, kdežto anxiózní symptomatiku vykazovalo pouhých 12% hemodialyzovaných a 20% transplantovaných. Vysvětlení vyššího výskytu úzkosti u transplantovaných pacientů zřejmě souvisí s podstatnou změnou pro pacienta významných stresorů. Jak již bylo uvedeno výše, dominujícími stresory vyskytující se v posttransplantačním období jsou totiž strach z rejekce štěpu, obavy z vedlejších účinků imunosupresivní léčby či nejistota týkající se budoucnosti.

6. Sociální aspekty

Mezi sociální aspekty transplantační léčby neodmyslitelně patří téma příbuzných živých dárců. Úspěšnost transplantací od kadaverózních dárců se sice rozvojem imunosupresivní léčby zvýšila, přesto je úspěšnost transplantací od příbuzných živých dárců o 10–15 % vyšší (Honzák, 2005). Přes nadějnou úspěšnost má i tento druh transplantační léčby své kritické oblasti, které mohou mít svůj vliv na

úspěšnost transplantace. Neboť nejen problémy příjemce, nýbrž i problémy dárce se mohou významně promítat jak do vzájemného vztahu, tak i do rodinných interakcí.

První kritickou oblastí je vlastní motivace dárce k darování orgánu. Převažuje totiž široce rozšířený skepticismus týkající se schopnosti příbuzných přinášet tak velkou oběť, jakou darování orgánu dozajista je, bez pozdějšího litování. Nejčastěji uváděným důvodem rozhodnutí darovat orgán svému příbuznému je altruismus, nebo-li snaha o nesobeckou pomoc bližnímu. Proklamovaná motivace není ale vždy tím skutečným důvodem k dárcovství. Zjistit pravou motivaci k dárcovství orgánu je úkolem konzultačního psychiatricko-psychologického vyšetření. Nezřídka se totiž stává, že skutečnými důvody dárcovství jsou například nedostatečná informovanost dárce, chorobná porucha nálady doprovázená pocity viny a potřebou tuto vinu odčinit, emoční vydírání („dám ti ledvinu a ty neodejdeš z domova“) nebo patologická dynamika rodiny, která přinutí „černou ovci“ k původně nezamýšlené oběti (Honzák, 2005).

S motivací k darování orgánu úzce souvisí kvalita a charakter interpersonálního vztahu mezi dárce a příjemcem. Steinberg et al. (In: Levy, N.B., 1981) uvádí, že dárce obvykle chtěli dárcovstvím obnovit blízkost nebo vzdálenost vztahu s příjemcem, kterou měli před vypuknutím renálního onemocnění. Jako příklad uvádějí autoři případ bratra a sestry, kteří byli po smrti matky vychováni sadistickým otcem. V časně dospělosti bratra u něj došlo k rozvoji renálního onemocnění. Jeho sestra viděla v transplantaci příležitost pro „znovuzrození“ svého bratra, který by mohl být, podle její fantazie, jejím synem a ona jemu postrádanou matkou. V případech, kdy darují ledvinu matky svému dítěti, je nejčastěji uváděným důvodem příležitost pro „znovuzrození“ jejich dítěte, jakožto zdravého jedince.

Většina dárců uvádí, že po transplantaci cítí větší blízkost vztahu s příjemcem orgánu. V několika málo případech vedla naopak transplantace k různě závažným vztahovým problémům. U těchto případů však byly pozorovány interpersonální problémy již před vlastní transplantací (Simmons In: Levy, 1981).

Třetí kritickou oblastí v případě příbuzenského dárcovství je rodina pacienta, kde může být skryta závažná patologie. Podle Simmonse (In: Levy, 1981) sice rodinné problémy po transplantaci nejsou časté, ale když se už náhodou objeví, bývají velmi

dramatické. Honzák (2005, s.596) na závěr dodává, že *„stejně jako může být rodina nejpevnějším zdrojem podpory, může být doslova pářeništěm konfliktů.“*

III. KVALITA ŽIVOTA

Termín kvalita života se poprvé v historii objevil už ve 20. letech dvacátého století, a to v souvislosti s úvahami o úloze státu v oblasti materiální podpory chudých lidí. Ve 30. letech se pojem kvalita života dostává do psychologie, kam ho uvedl Thorndike. V 50. letech se kvalita života opět stala spíše politickým sloganem, teprve poté se stala kvalita života předmětem zájmu také medicíny, a to především v oblasti onkologie, traumatologie a farmakologie. V 80. letech již dochází k rozmachu zkoumání kvality života v různých oblastech lidské činnosti (Hnilicová, Bencko, 2005; Dragomirecká, Škoda, 1997a).

Křivohlavý (2002) se domnívá, že hlavním důvodem zvýšení zájmu o oblast kvality života, byl nárůst počtu chronicky nemocných a starých lidí. Tuto domněnku potvrzuje i první vydaná monografie zabývající se kvalitou života, která byla věnována právě problematice chronicky nemocných a starých lidí. Jednou z příčin zvětšování této skupiny obyvatelstva je určitě zvýšení efektivity léčebných metod medicíny (operace srdce, používání umělé ledviny, transplantace atd.) (Levine In: Guggenmoos-Holzmann et al., 1995).

Dragomirecká a Škoda (1997b) uvádějí, že nárůst počtu chronicky nemocných pacientů vedl v medicíně k odklonu od zaměření na nemoc k důrazu na pacienta; od léčení k rehabilitaci; od prodloužení života ke zlepšení jeho kvality atd.

V současnosti se kvalita života jako kritérium uplatňuje ve výzkumech (Kirby In: Dragomirecká, Škoda, 1997a):

- a) hodnocení životní úrovně národní populace
- b) psychiatrické komunitní péče
- c) porovnání potřeb různých skupin populace
- d) měření individuální spokojenosti.

1. Definice kvality života

V současnosti existuje velká rozmanitost teoretických konstruktů týkajících se pojetí kvality života. Tato nejednotnost se projevuje i v rozdílnosti názorů na definování vlastní kvality života. Dragomirecká (1997a) rozdělila jednotlivé definice týkající se kvality života do 6 skupin:

- 1) Definice vyjadřující kvalitu života jiným pojmem
- 2) Definice zaměřené na typický znak kvality života
- 3) Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami kvality života
- 4) Definice kvality života výčtem
- 5) Definice kvality života jako měřitelné veličiny
- 6) Modely kvality života
- 7) Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Definice vyjadřující kvalitu života jiným pojmem

Příkladem tohoto druhu definice je starší Cambellova a Conversova definice, jež vycházela z pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace. V jejich definici je kvalita života ztotožňována se subjektivně pocíťovaným zdravím (Nagpall, Sell, 1985, In: Dragomirecká, Škoda 1997a, s.104):

„Kvalita života je komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem či skupinou“.

Dostí nejednoznačné je vymezení kvality života vůči spokojenosti. Někteří autoři totiž oba pojmy zaměňují nebo ztotožňují.

Definice zaměřené na typický znak kvality života

Pro tento druh definic je charakteristická subjektivní podstata vnímání kvality života. Tato pojetí tedy uvažují o kvalitě života relativně nezávisle na objektivně

stanoveném zdravotním stavu (Skantze et al., 1992, In: Dragomirecká, Škoda, 1997a, s. 104):

„Kvalita života je to, jak člověk subjektivně hodnotí svou životní situaci.“

Definice vyjadřující vztah mezi charakteristikami kvality života

V definicích zaměřených na vztah okolí a subjektivního prožívání se klade důraz na naplnění potřeb, soulad přání a očekávání a na možnost jedince do okolí zasahovat (Zannotti et al, 1994 In: Dragomirecká, Škoda, 1997a, s. 104):

„Kvalita života znamená individuální, subjektivní a emoční stav ve vztahu k okolí. Je ovlivňována stejně tak sociálními a kulturními charakteristikami jako přáními. Pohodlí moderní společnosti není samo o sobě pro to, co člověk od dobré kvality života očekává, dostačující“.

Definice kvality života výčtem

V těchto definicích autoři vymezují kvalitu života výčtem oblastí, jež jsou klíčové v jejich pojetích a chápáních kvality života. Například Bluden vymezuje kvalitu života jako 4 oblasti spokojenosti/pohody (In: Dragomirecká, Škoda, 1997a, s.104):

- 1) Fyzická pohoda
- 2) Materiální pohoda (bydlení, příjem)
- 3) Kognitivní pohoda (pocit spokojenosti)
- 4) Sociální pohoda (vztahy k ostatním)

Definice kvality života jako měřitelné veličiny

Kvalita života je v této souvislosti vymezena tím, za jakým účelem je měřena. Kirby et al. (1994, In: Dragomirecká, Škoda, 1997a, s. 105) rozlišují měření kvality života ze tří perspektiv:

- 1) Objektivní měření sociálních ukazatelů (např. zdraví, bezpečí, vzdělání)
- 2) Subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem
- 3) Subjektivní odhad spokojenosti v různých oblastech života

„Kvalita života je individuální pocit pohody pramenící ze spokojenosti či nespokojenosti v oblastech života pro něj důležitých“.

Modely kvality života

Jako příklad může posloužit Kováčův model, který vymezuje tři úrovně kvality života (2001):

- 1) Bazální úroveň, tj. existenční (všelidská).
- 2) Mezo-úroveň, tj. individuálně – specifická (civilizační).
- 3) Meta-úroveň, tj. elitní (kulturně – duchovní).

Kvalita života ve vztahu ke zdraví

Kvalita života ve vztahu ke zdraví (*Health Related Quality of Life – HRQoL*) je ta část kvality života, která je prvotně určována zdravím jedince a zdravotní péčí. Je úzce zaměřena na oblast zdravotního stavu, resp. na přítomnost nebo nepřítomnost symptomů, celkový funkční stav a stupeň postižení, Můžeme na ní tedy nahlížet jako na subjektivně pocíťovaný dopad nemoci hodnocený samotným pacientem.

2. Měření kvality života

Autoři Bergsma a Engel (1988, In: Kebza, 2005) rozlišili obecně tři perspektivy zkoumání kvality života:

- 1) Makroúroveň – kde se zkoumá kvalita života velkých společenských útvarů (země, kontinenty)
- 2) Mezoúroveň – kde se zkoumá kvalita života malých sociálních skupin
- 3) Osobní úroveň – kde se zkoumá kvalita života jednotlivce.

Vlastní metody měření kvality života rozděluje Křivohlavý (2002) do tří skupin:

2.1 Metody, kde kvalitu života měří druhá osoba

Křivohlavý (2002) se domnívá, že předchůdcem metod měření kvality pacientova života byly tzv. Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta (*Health state - HS*), které byly postupem času zdokonaleny do formy tzv. Profilů zdravotního stavu pacienta (*Health State Profiles – HSP*). Podstatou těchto rejstříků byla snaha nastítnit zdravotní stav z čistě lékařského (fyziologického) hlediska.

Později se objevují metody, jejichž snahou je vystižení momentálního stavu pacienta čistě fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Příkladem tohoto přístupu může být tzv. Karnofskyho index (*Performance Status Index – PSI*). Tento index stanovuje lékař, který tak vyjadřuje svůj názor na celkový zdravotní stav pacienta.

Tabulka č. 3: Karnofskyho index (Křivohlavý, 2002)

100	Normální stav pacienta, neprojevují se žádné obtíže.
90	Normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby.
80	Normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci.
70	Omezená výkonnost pacienta, samoobslužnost zachována, pracovní neschopnost pacienta.
60	Omezená výkonnost pacienta, ten však občas potřebuje cizí pomoc.
50	Omezená výkonnost pacienta, ten není trvale upoután na lůžko, potřebuje však ošetřovatelskou a lékařskou péči.
40	Pacient je trvale upoután na lůžko, potřebuje nutně odbornou lékařskou péči.
30	Pacient je vážně nemocen, nutná je odborná péče a podpůrná léčba, je indikována hospitalizace.
20	Pacient je velmi těžce nemocen, je nutná hospitalizace, odborná péče a aktivní podpůrná péče.
10	Pacient je moribundní (pomalu umírá), nemoc rychle pokračuje a léčení nezaznamenává účinné zlepšení.
0	Pacient je mrtev.

Od metod typu rejstříku zdravotních problémů se přešlo k celku vystihujícímu pojetí. V tomto pojetí jde o hodnocení kvality pacientova života jako celkového stavu a ne jako souboru jeho zdravotních problémů. První metodou odpovídající potřebě hodnocení celkového stavu pacienta byla tzv. Vizuálně analogová škála (*Visual Analogous Scale – VAS*). Tato škála je obvykle představována deseticentimetrovou čarou s označenými oběma extrémy. Úkolem hodnotitele (obvykle lékař či zdravotní sestra) je udělat na této čáře křížek v místě, kde se - podle jeho vlastního názoru - nachází posuzovaný (obvykle pacient).

Dalším krokem vpřed bylo zavedení symbolického vyjádření kvality života. K hodnocení kvality života se používala soustava křížků. Kvalita pacientova života byla tím horší, čím více křížků bylo uvedeno. Tento systém se obvykle používal v našich nemocnicích, jako rychlé a hlavně unifikované hodnocení kvality pacientova života, z hlediska jeho soběstačnosti, schopnosti komunikace s obsluhujícím personálem a celkového psychického stavu.

Dalším posunem vpřed ve snahách o vyjádření kvality pacientova života bylo zavedení slovně formulovaných kritérií. Příkladem může být Index kvality života pacienta ILF (Křivohlavý, 1986). Tento systém se vyznačuje předem stanovenými kritérii, která již nevytváří pouze hodnotitel, ale jsou obvykle stanoveny na základě shody většího počtu lidí - lékařů, zdravotních sester aj. Záznam o stavu pacienta je možné odstupňovat v jednotlivých dimenzích (např. na pětistupňové škále). Kvalita

pacientova života může být měřena v předem stanovených časových úsecích a situacích.

Nespornou výhodou tzv. externích forem hodnocení kvality života je jejich komplexnost, neboť berou v úvahu více dimenzí života. Na druhou stranu mají také svou velkou nevýhodu, která spočívá v subjektivnosti hodnocení. Tímto způsobem může docházet a také dochází k velkým rozdílům v hodnocení pacientova života nejen různými hodnotiteli, ale i v hodnocení kvality pacientova života v různých časových úsecích či situacích.

2.2 Metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba

Reakcí na řadu nedostatků externího přístupu hodnocení kvality pacientova života bylo zavedení subjektivního měření kvality pacientova života jeho interními kritérii. Patrick a Erickson (1993, In: Křivohlavý, 2002) upozornili na to, že kritéria a dimenze kvality života jsou v externích metodách stanovovány arbitrárně a tudíž nemusí být v souladu s tím, jak sám pacient hodnotí svůj stav. Proto oba autoři navrhovali, aby se nejdříve u každého pacienta zjistili prioritní dimenze kvality života, které se poté stanou předmětem měření. Připuštění osobního hlediska pacienta (hodnoceného) znamenalo radikální změnu v měření kvality života. Do hry vstoupila tzv. Analýza subjektivního posuzování (*Judgement Analysis – JA*), která se stává podkladem pro měření kvality pacientova života v pojetí Kvality života ve vztahu ke zdraví (*Health Related Quality of Life - HRQoL*).

Dalším posunem ve vývoji bylo pojetí kvality života v termínech spokojenosti. V definicích kvality života je kladen velký důraz na spokojenost. Podle tohoto pojetí tedy žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Zástupcem toho pojetí kvality života je tzv. Stupnice spokojenosti se životem (*The Satisfaction with Life Scale – SWLS*).

K lepšímu pochopení kvality pacientova života přispěla Kellyho metoda zvaná Metoda sítí životních pojetí a cílů (*Repertory Grid*), která slouží k vystižení mentálních konstruktů. Tato metoda vychází z pojetí tzv. osobních konstruktů. Kelly byl přesvědčen, že naše myšlenky a činy jsou důsledkem osobních přestav (mentálních

konstruktů). Tyto konstrukty jsou uspořádány hierarchicky. Chceme-li určitému člověku porozumět, musíme nejdříve zjistit, jak vypadá repertoár jeho mentálních konstruktů (představ, hodnot, cílů apod.).

Velmi významnou metodou, kde je hodnotitelem sama daná osoba, se stala metoda Systém individuálního hodnocení kvality života (*Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life – SEIQoL*). Jde o způsob zjišťování kvality života, který vychází z osobních představ dotazovaného a neklade tak předem žádná kritéria hodnocení. Základní myšlenkové konstrukty metody SEIQoL vypadají následovně (Křivohlavý, 2002):

- Pojetí kvality života, jak je chápáno metodou SEIQoL, je *individuální*. Znamená to, že se vychází z toho, jak je kvalita definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními údaji jsou výpovědi dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby tak závisí na *jejím vlastním systému hodnot*. Ten je při měření kvality života plně respektován.
- *Aspekty života*, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako závažné. Mohou se v průběhu života měnit.
- Ty *aspekty života* daného člověka, které jsou pro danou osobu kriticky závažné, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru s touto osobou.
- Relativní *důležitost* každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení.

2.3 Metody smíšené

Do této skupiny metod náleží pojetí kvality života vypracované týmem odborníků z britského Manchesteru, tzv. Krátký způsob hodnocení kvality života (*Manchester Short Assessment of Quality of Life – MANSA*). Jde o metodu, která hodnotí nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost v předem stanovených dimenzích života. Spokojenost se zjišťuje v následujících oblastech (Křivohlavý, 2002):

- zdravotní stav
- sebepojetí
- sociální vztahy
- rodinné vztahy
- bezpečnostní situace
- právní stav
- životní prostředí
- finanční situace
- náboženství
- účast na volnočasových aktivitách
- zaměstnání (škola)

Každá z výše uvedených dimenzí MANSA je měřena tzv. metodou Stupnice spokojenosti (*Life Satisfaction Scale – LSS*), která svou podstatou odpovídá typu vizuálně analogové škály na které je vyznačeno sedm stupňů.

Metoda MANSA a obdobné způsoby zjišťování kvality života v širším rozsahu jsou převážně určeny k diagnostice podstatných charakteristik života občanů (nejen pacientů).

2.4 Druhy dotazníků

Pro hodnocení kvality života ve vztahu ke zdraví (*HRQoL*) se v podstatě používají dvě skupiny dotazníků – **obecné a specifické**.

Obecné dotazníky

Obecné (generické) dotazníky se zaměřují na celkové posouzení míry zdraví z pohledu nemocných. Umožňují srovnání kvality života pacientů s různými diagnózami, a také srovnání nemocných se zdravou populací.

Mezi nepoužívanější obecné dotazníky patří *Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36)*, *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL)*, *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)*, *Sickness Impact Profile (SIP)*, *Nottingham Health Profile (NHP)*.

Jednotlivá chronická onemocnění s sebou přinášejí specifické problémy a omezení, která významně ovlivňují kvalitu života pacientů. Vzhledem k tomu, že obecné dotazníky musí postihnout široký okruh problémů, nejsou dostatečně citlivé k specifickým dopadům jednotlivých onemocnění a konkrétních typů jejich léčby.

Specifické dotazníky

Výhodou specificky konstruovaných dotazníků je jejich zaměření na témata a oblasti, která jsou důležitá pro konkrétní nemoc. Na druhou stranu nemohou být specifické dotazníky použity pro jinou skupinu pacientů, čímž není možné provádět komparativní studie kvality života u pacientů s různými diagnózami. Obecně se v klinických studiích doporučuje používání obecných i specifických dotazníků současně.

Mezi specifické dotazníky zaměřené na onemocnění ledvin patří *Kidney Disease Questionnaire (KDQ a Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL –SF))*.

A) KVALITA ŽIVOTA DIALYZOVANÝCH PACIENTŮ

V současné době již existuje značné množství studií zabývajících se **kvalitou života starších pacientů** (starších 60 let). Hodnocení kvality života starších dialyzovaných pacientů ovšem závisí na skupině, se kterou je srovnávána. Znojová (In: Bednářová, 2007) uvádí, že rozdíly v kvalitě života mezi staršími dialyzovanými pacienty a jejich vrstevníky z běžné populace jsou menší, nežli rozdíly mladších dialyzovaných pacientů s jejich vrstevníky z běžné populace. V případě porovnávání dialyzovaných pacientů s jejich vrstevníky z běžné populace, vykazují pacienti na dialýze signifikantně nižší výsledky ve většině zjišťovaných dimenzích kvality života oproti kontrolní skupině (Altintepe et al., 2006). Výzkumy porovnávající kvalitu života mezi staršími a mladšími dialyzovanými pacienty zjistily, že starší pacienti obvykle dosahovali v dotaznících nižších skóre než pacienti mladší, což tedy znamená i nižší subjektivně vnímanou kvalitu života (Line et al., 2003). Někteří autoři však nevidí otázku vztahu kvality života a věku až tak jasně. Tito autoři totiž upozorňují, že velmi záleží na interpretaci výsledků. Při zohledňování hrubých skóre dimenzí v jednotlivých dotaznících kvality života sice vychází, že starší pacienti mají nižší kvalitu života, ale po převedení hrubých skóre na standardizované vychází naopak, že starší pacienti mají kvalitu života lepší než mladší populace dialyzovaných pacientů (Rebollo et al., 2001; Gonzalez et al., 2000). Znojová (In: Bednářová, 2007) dodává, že vyšší životní spokojenost starších pacientů pravděpodobně vyplývá ze skutečnosti plně prožitého života, splněných plánů a naplnění základních životních rolí.

Bylo provedeno mnoho výzkumů, kde byla porovnávána **kvalita života pacientů léčených hemodialýzou a peritoneální dialýzou**. Výsledky většiny studií ovšem neukazují významné rozdíly v kvalitě života mezi těmito skupinami nemocných. Výjimku tvoří pacienti absolvující hemodialyzační nebo peritoneálně dialyzační léčbu v domácím prostředí. U nich byla totiž zjištěna signifikantně vyšší kvalita života než u pacientů, kteří musí za léčbou dojíždět do hemodialyzačního centra (Gokal et al., 1999). Určitým vysvětlením, proč nebyly zjištěny významnější výsledky v kvalitě života mezi těmito skupinami pacientů, je, že v masivní většině byly provedeny pouze průřezové studie, které ve své podstatě hodnotí kvalitu života pouze v daném okamžiku. Někteří autoři proto doporučují provádění spíše longitudinálních studií, které

mohou odhalit, jak se mění kvalita života v závislosti na průběhu času, na rozvoji různých zdravotních komplikací apod. (Wasserfallen et al., 2004; Wu et al., 2004; Carmichael et al., 2000).

Jinými výzkumy byly zjišťovány rozdíly v **kvalitě života mezi muži a ženami**. Převážná většina studií sice uvádí, že ženy dosahují nižších skóre než muži ve všech uváděných oblastech kvality života, nicméně tento rozdíl nebyl v žádném z výzkumů statisticky signifikantní (Acaray, Pinar, 2005; Kalantar-Zadeh et. al, 2001; Mingardi et al., 1999).

Při porovnávání **kvality života mezi rasami** (nejčastěji mezi černochoy a bělochoy) se zjistilo, že černošští pacienti obecně vykazují lepší kvalitu života, a to ve všech dimenzích, než bělošští pacienti. Největší rozdíly mezi rasami byly v hodnocení dopadu renálního selhání na běžně vykonávané aktivity, kde černošští pacienti vykazovali mnohem lepší výsledky. Vysvětlení těchto výsledků může spočívat v demografických charakteristikách černošské populace, u které byl zjištěn, v porovnání s bělochoy, nižší příjem, menší zaměstnanost a dokonce i nižší hodnota hematokritu. S nižší zaměstnaností může souviset i méně denně vykonávaných aktivit. Tím pádem nemá renální selhání na tyto činnosti takový dopad (Hicks et al., 2004; Unruh et al., 2004; Tell et al., 1995; Kutner, Zhanq, Broqan, 2005).

Dialyzovaní pacienti často trpí únavou a významným snížením funkční kapacity. Výzkumy zaměřené na zjišťování **vlivu tělesného cvičení na kvalitu života** došly k jednoznačným závěrům. Tělesné cvičení provozované aspoň třikrát týdně významně zlepšuje funkční kapacitu (zvětšení maximální spotřeby kyslíku) a kvalitu pacientova života. Pravidelný pohyb také statisticky signifikantně snižuje úzkost a depresi (Levendoglu et al., 2004; Suh et al., 2002). Úplně nejlepších výsledků bylo dosaženo při tělesném tréninku ve dnech, kdy pacient nešel na pravidelnou dialýzu. Při tréninku v dialyzačních dnech bylo sice také zaznamenáno zlepšení, to však nedosahovalo takových hodnot, jako v nedialyzačních dnech (Konstantinidou et al., 2002; Kouidi et al., 2004).

Odborníci rovněž zaměřili svou pozornost na zkoumání vztahu **kvality života a pracovního statutu**. Tato oblast lidského života pacientů s ESRD je trochu složitější. Problémem je, že s progredujícím renálním selháním nemocným postupně ubývají fyzické síly. Některé výzkumy dokonce uvádějí, že u pacientů s nezvratným selháním

ledvin dochází k úbytku fyzických sil o 40 až 60% v porovnání s normální populací. To znamená, že většina pacientů, která se dostane až do terminální fáze svého onemocnění a musí zahájit pravidelnou dialyzační léčbu, již není schopna pracovat a může být v invalidním důchodu. Orlic et al. (2004) se ve své studii zaměřili na pracující pacienty, kteří docházeli na pravidelnou dialýzu, a na dobu, kdy tito pacienti přestanou být schopni pracovat. Bylo zjištěno, že z původních 30 zaměstnaných pacientů na začátku studie, odešlo během prvního roku dialyzačního léčení 13 nemocných do invalidního důchodu. Během druhého roku je následovalo dalších 6 pacientů. To znamená, že během prvních dvou let na dialýze došlo k takovému zhoršení fyzické výkonnosti, že celé 2/3 pacientů musely odejít do invalidního důchodu.

Zaměstnaní pacienti obvykle dosahují vyšších skóre kvality života v dimenzích týkajících se fyzického fungování a někdy i kognitivního fungování (Acaray, Pinar, 2005; Vazquez et al., 2005).

Jednoznačně shodných výsledků bylo dosaženo při zjišťování **kvality života dialyzovaných v porovnání se zdravou populací**. Nejpoužívanějším dotazníkem byl SF-36, kde dialyzovaní dosahovali signifikantně nižších skóre, a to ve všech měřených dimenzích oproti vrstevníkům ze zdravé populace. Nejmarkantnější rozdíl mezi oběma skupinami však byl dimenzi týkající se tělesného fungování a zdraví (Carmichael et al., 2000; Lindqvist et al., 1998; Wight et al., 1998; Kusztal et al., 2003; Merkus et al., 1997; Molsted et al., 2004).

B) KVALITA ŽIVOTA TRANSPLANTOVANÝCH PACIENTŮ

Naprosto ojedinělou prací na poli kvality života transplantovaných pacientů je přehledová studie mapující výsledky výzkumů, jež hodnotily vliv transplantace na jednotlivé dimenze kvality života za období od roku 1977 do roku 1995. Dew et al. (In: Trzepacz, DiMartini, 2000) uvádí, že za toto období bylo provedeno celkem 144 studií, z nichž celých 40 (27 průřezových a 13 longitudinálních) bylo zaměřeno na problematiku transplantací ledvin. Pro lepší porozumění byla kvalita života chápána jako průnik tří dimenzí – fyzické, psychické a sociální. Některé z výzkumů se zabývaly pouze určitými dimenzemi kvality života, jiné byly naopak zaměřeny na zkoumání celkové úrovně kvality života. Výsledky byly následující:

- 67% z celkových 28 výzkumů zjistilo zlepšení fyzického fungování po transplantaci.
- 100% z celkového počtu 32 studií potvrdilo zlepšení v psychické oblasti transplantovaného pacienta.
- 83% z celkových 34 výzkumů zaznamenalo zlepšení v sociální oblasti příjemce štěpu.
- 100% z celkového počtu 22 studií prokázalo zlepšení celkové kvality života transplantovaných pacientů.

Na výsledky této přehledové studie navázaly další výzkumy zjišťující změny kvality života u pacientů po transplantaci. Největší zastoupení mají průřezové studie, které porovnávají kvalitu života dvou skupin pacientů – hemodialyzovaných a transplantovaných. Z většiny výzkumů shodně vyplývá, že kvalita života pacientů po transplantaci je signifikantně lepší než u skupiny hemodialyzovaných pacientů (Lee et al., 2005; Rebollo et al., 2000; Ogutmen et al., 2006; Tomasz, Piotr, 2003). Přestože u některých výzkumů nebylo možné prokázat signifikantní zlepšení ve všech dimenzích kvality života, lze u těchto studií vysledovat jeden společný výsledek. Ať byly celkové výsledky studií jakékoliv, vždy bylo u transplantovaných pacientů prokázáno signifikantní zlepšení v dimenzích týkajících se fyzického fungování (Overbeck et al., 2005; Fujisawa et al., 2000).

Výrazné zlepšení kvality života u pacientů po transplantaci vedlo některé odborníky k výzkumným studiím zaměřeným na porovnávání kvality života mezi transplantovanými pacienty a zdravými jedinci. V této oblasti již poznatky nejsou tak jednoznačné. Podle dosažených výsledků je možné výzkumné studie rozdělit do dvou skupin. V první skupině jsou výzkumné práce, které shodně došly k poznatku, že kvalitu života transplantovaných pacientů je možné považovat za shodnou s kvalitou života normální populace (Reimer et al., 2002; Neipp et al., 2006; Rebollo et al., 2000). V druhé skupině se pak nacházejí výzkumné studie, které sice zjistily výrazné zlepšení kvality života transplantovaných pacientů, přesto byly tyto výsledky, alespoň v některých dimenzích (někdy dokonce ve všech), stále signifikantně horší než u normální populace (Tanriverdi et al., 2004; Ogutmen et al., 2006). Všechny tyto výsledky potvrzují fakt, že transplantace je lékařskou metodou stejně zachraňující lidské tělo, jako povzbuzující lidskou duši.

Pokroky v transplantologii a imunosupresivní farmakologii umožňují pacientům delší přežívání s transplantovaným orgánem. Proto se začínají také objevovat výzkumné studie, jejichž cílem je **zjištění změn kvality života v závislosti na délce doby po transplantaci**. Takovou studií je i práce Neipp et al. (2006), která porovnávala kvalitu života pacientů, kteří byli více než 15 let po transplantaci ledviny, se skupinou zdravých jedinců. Studie ukázala, že transplantovaní pacienti dosahovali srovnatelných výsledků se zdravou populací v polovině dimenzí dotazníku SF-36 (omezení rolí - fyzicky, sociální funkce, omezení rolí - emocionálně a emocionální pohoda). Ve zbylých dimenzích (tj. fyzická činnost, bolest, celkové zdraví a energie/únava) dotazníku SF-36 dosahovali transplantovaní jedinci horších výsledků. K podobným výsledkům dospěla i studie zabývající se hodnocením kvality života u pacientů s desetiletým a dvacetiletým odstupem od transplantace. Z 69 zkoumaných pacientů považovalo 16% svou kvalitu života za velmi dobrou, 48% jako dobrou, 29% jako průměrnou a pouze 6% pacientů za špatnou (Gorlen et al., 1993).

Jak již bylo uvedeno výše, narůstající zdravotní komplikace a únava spojené s progresí renálního selhání odsuzují většinu dialyzovaných pacientů k odchodu do invalidního důchodu. Úspěšná transplantace však vrací pacientům příležitost opětovného nalezení pracovního uplatnění, kterou také většina transplantovaných v produktivním věku využívá. Neipp et al. (2006) zjistili, že pracující jedinci ze

skupiny transplantovaných pacientů dosahují signifikantně vyšších skóre v dimenzích kvality života než pacienti nepracující či v důchodu. Pracovní status se tedy stává významným faktorem, který se podílí na zlepšení kvality života pacientů po transplantaci.

Empirická část

1. Stanovení výzkumných cílů

Výzkumná část rigorózní práce je zaměřena na zjištění subjektivně vnímané kvality života u souboru osob s nezvratným selháním ledvin **lčených hemodialýzou**, peritoneální dialýzou a transplantací ledviny. Výzkumné cíle rigorózní práce lze rozdělit do několika oblastí:

I) První oblast výzkumu je zaměřena na subjektivně vnímanou kvalitu života u osob s diagnózou nezvratného selhání ledvin **lčených hemodialýzou** a na faktory, které mohou tuto subjektivně vnímanou kvalitu života ovlivňovat.

II) Druhá oblast výzkumu je zaměřena na subjektivně vnímanou kvalitu života u osob s diagnózou nezvratného selhání ledvin **lčených peritoneální dialýzou** a na faktory, které mohou tuto subjektivně vnímanou kvalitu života ovlivňovat.

III) Třetí oblast výzkumu je zaměřena na subjektivně vnímanou kvalitu života u osob s diagnózou nezvratného selhání ledvin **lčených transplantací ledviny** a na faktory, které mohou tuto subjektivně vnímanou kvalitu života ovlivňovat.

U všech tří částí bude proveden mapující výzkum, ve kterém sledujeme vliv některých objektivních ukazatelů na subjektivně vnímanou kvalitu života. Srovnáváme rozdíly v kvalitě života, hodnocené dotazníky SF-36 a WHOQoL-BREF, v závislosti na následujících znacích:

- A) Pohlaví
- B) Rodinný stav
- C) Věk
- D) Vzdělání
- E) Doba trvání léčby

IV) Čtvrtá oblast výzkumu je zaměřena na porovnání subjektivně vnímané kvality života u skupin osob s diagnózou nezvratného selhání ledvin léčených hemodialýzou, peritoneální dialýzou a transplantací ledviny.

Bude provedena analýza dat, jejímž cílem bude porovnání průměrných výsledků v jednotlivých dimenzích/doménách dotazníků SF-36 a WHOQoL-BREF mezi skupinou pacientů léčených hemodialýzou, peritoneální dialýzou a transplantací ledviny. Cílem této čtvrté části a zároveň celé rigorózní práce je vyloučit nulovou hypotézu, která je formulována následovně:

„Subjektivně vnímaná kvalita života pacientů s diagnózou nezvratného selhání ledvin léčených dialýzou (hemodialýza a peritoneální dialýza) je stejná jako subjektivně vnímaná kvalita života pacientů s diagnózou nezvratného selhání ledvin léčených transplantací ledviny“.

Výzkumné otázky

Ve třech oblastech I) až III) jsou to tyto otázky:

- A)** Sledujeme, zda se liší kvalita života v závislosti na pohlaví.
- B)** Sledujeme, zda se liší kvalita života v závislosti na rodinném statutu.
- C)** Sledujeme, zda existuje vztah mezi kvalitou života a věkem.
- D)** Sledujeme, zda existuje vztah mezi kvalitou života a vzděláním.
- E)** Sledujeme, zda existuje vztah mezi kvalitou života a dobou léčby.

V oblasti IV) pak sledujeme, zda se liší kvalita života v závislosti na druhu léčby.

2. Sběr dat a výzkumný soubor

2.1 Hemodialyzování

Nejdříve byli osloveni vedoucí pracovníci všech pražských hemodialyzačních center (HDC) a byli seznámeni s výzkumným záměrem. Spolupráci potvrdilo 8 HDC

z celkového počtu 11 pražských HDC. Samotné sbírání dat probíhalo od ledna do května 2006. V tomto období bylo osloveno celkem 171 pacientů. Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti, jež:

- byli minimálně 18 let staří.
- byli léčeni hemodialýzou minimálně 6 měsíců.
- byli léčeni pouze hemodialyzační metodou.
- nebyli na dialýze po rejekci štěpu.

Kritéria nakonec splňovalo 122 pacientů z celkového počtu 172 oslovených. Výsledný soubor je tedy složen ze 122 osob (72 mužů a 50 žen) ve věku 24 – 86 let (průměrný věk celého souboru byl 63,41 let, S.D. = 13,04). Délka dialyzačního léčení byla v rozmezí 6 – 360 měsíců (průměrná délka léčení byla 52,34 měsíců, S.D. = 55,28).

Soubor hemodialyzovaných pacientů jsme dále členili na skupiny dle rodinného stavu, vzdělání, pracovního statutu a výskytu diabetu. Základní popisné charakteristiky souboru hemodialyzovaných pacientů jsou uvedeny níže v Tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Základní charakteristiky souboru hemodialyzovaných pacientů

Charakteristiky zkoumaných osob		absolutní četnost	%
Počet osob v souboru celkem		122	100,0
Pohlaví	muži	72	59,0
	ženy	50	41,0
Rodinný stav	svobodný/á	15	12,3
	ženatý/vdaná	70	57,4
	rozvedený/á	16	13,1
	ovdovělý/á	21	17,2
Vzdělání	základní	12	9,8
	vyučen/a	24	19,7
	střední	66	54,1
	vysokoškolské	20	16,4
Pracovní status	plný úvazek	13	10,7
	částečný úvazek	9	7,3
	důchod	61	50,0
	invalidní důchod	39	32,0
Diabetes	ne	92	75,4
	ano (dieta)	10	8,2
	ano (inzulin)	20	16,4

2.2 Peritoneálně dialyzovaní

Nejprve byli osloveni vedoucí lékaři všech pražských hemodialyzačních center, kteří byli zároveň seznámeni s výzkumným záměrem. Spolupráci nakonec přislíbilo 6 HDC z celkového počtu 11 HDC. Vzhledem k tomu, že pacienti na peritoneální dialýze dochází do HDC pouze na pravidelné měsíční kontroly, byl sběr dat zajišťován poučenými zdravotními sestrami, které jsou na každém HDC vyčleněny k péči o tyto pacienty. Samotné sbírání dat probíhalo od ledna do poloviny února 2008. Během této doby bylo osloveno celkem 43 pacientů. Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti, jež:

- byli minimálně 18 let staří.
- byli léčeni peritoneální dialýzou minimálně 6 měsíců.
- byli léčeni pouze peritoneální dialýzou.
- nebyli na dialýze po rejekci štěpu.

Kritéria nakonec splňovalo 30 pacientů z celkového počtu 43 oslovených. Výsledný soubor je tedy složen ze 30 osob (19 mužů a 11 žen) ve věku 31 – 80 let (průměrný věk celého souboru byl 60,80 let, S.D. = 12,44). Délka dialyzačního léčení byla v rozmezí 6 – 72 měsíců (průměrná délka léčení byla 24,93 měsíců, S.D. = 18,17).

Soubor peritoneálně dialyzovaných pacientů jsme dále členili na skupiny dle rodinného stavu, vzdělání, pracovního statutu a výskytu diabetu. Základní popisné charakteristiky souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů jsou uvedeny níže v Tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Základní charakteristiky souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů.

Charakteristiky zkoumaných osob		absolutní četnost	%
Počet osob v souboru celkem		30	100,0
Pohlaví	muži	19	63,3
	ženy	11	36,7
Rodinný stav	svobodný/á	5	16,7
	ženatý/vdaná	15	50,0
	rozvedený/á	5	16,7
	ovdovělý/á	5	16,7
Vzdělání	základní	3	10,0
	vyučen/a	10	33,3
	střední	10	33,3
	vysokoškolské	7	23,3
Pracovní status	plný úvazek	5	16,7
	částečný úvazek	1	3,3
	OSVČ	1	3,3
	důchod	14	46,7
	invalidní důchod	9	30,0
Diabetes	ne	24	80,0
	ano (dieta)	2	6,7
	ano (inzulin)	4	13,3

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

2.3 Transplantování

Nejdříve byl kontaktován vedoucí lékař Transplacentra v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) s žádostí o umožnění sběru dat na tomto pracovišti. Po obdržení souhlasného vyjádření byla oslovena koordinátorka transplantačního programu, která sbírala data v období od února do června 2006. Cílovou skupinou byli transplantovaní pacienti, kteří jezdili do IKEMu na pravidelné kontroly. Pacienti vyplňovali dotazníky samostatně, neboť všechny důležité informace včetně instrukcí byly součástí testové baterie. Celkem bylo osloveno 39 pacientů. Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti, jež:

- byli minimálně 18 let staří.
- byli minimálně 6 měsíců po transplantaci.
- nebyli transplantováni opakovaně.

Kritéria splňovalo 33 pacientů z celkového počtu 39 oslovených. Výsledný soubor je tedy složen z 33 osob (23 mužů a 10 žen) ve věku 24 – 73 let (průměrný věk celého souboru byl 44,58 let, S.D. = 12,43). Délka období po transplantaci byla v rozmezí 6 – 240 měsíců (průměrná doba po transplantaci byla 42,73 měsíců, S.D. = 50,1).

Soubor transplantovaných pacientů jsme dále členili na skupiny dle rodinného stavu, vzdělání, pracovního statutu a výskytu diabetu. Základní popisné charakteristiky souboru transplantovaných pacientů jsou uvedeny níže v Tabulce č. 6.

Tabulka č. 6: Základní charakteristiky souboru transplantovaných pacientů

Charakteristiky zkoumaných osob		absolutní četnost	%
Počet osob v souboru celkem		33	100,0
Pohlaví	muži	23	69,7
	ženy	10	30,3
Rodinný stav	svobodný/á	6	18,2
	ženatý/vdaná	23	69,7
	rozvedený/á	4	12,1
	ovdovělý/á	0	0,0
Vzdělání	základní	4	12,1
	vyučen/a	10	30,3
	střední	17	51,5
	vysokoškolské	2	6,1
Pracovní status	plný úvazek	10	30,3
	částečný úvazek	7	21,2
	důchod	0	0,0
	invalidní důchod	16	48,5
Diabetes	ne	30	90,9
	ano (dieta)	1	3,0
	ano (inzulin)	2	6,1

3. Použité metody

3.1 Demografické údaje

Pro získání demografických údajů o pacientovi byl vytvořen zvláštní záznamový arch. V tomto záznamovém archu byly otázky zjišťující faktory: pohlaví, věk, současný rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, pracovní status, místo bydliště,

hmotné zabezpečení, počet dětí, doba léčení dialýzou/doba po transplantaci, typ dialýzy, diabetes, pohyblivost a soběstačnost.

3.2 World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL-BREF)

WHOQoL-BREF je zkrácenou verzí multidimenzionálního dotazníku WHOQoL vytvořeného Světovou zdravotnickou organizací (WHO) pro interkulturální hodnocení kvality života.

Dotazník WHOQoL vznikl na základě činnosti pracovní skupiny, jež byla tvořena zástupci 15 výzkumných center z celého světa. Konstrukce dotazníku vycházela z definice zdraví WHO, tudíž stejnou měrou zjišťuje pozitivní, jakožto i negativní vlivy narušeného zdraví na jednotlivé dimenze kvality života nemocného. Dotazník hodnotí vnímání životní situace nemocného vzhledem k jeho životním cílům a očekáváním s ohledem na jeho kulturní a hodnotový systém. (Carr, 2003).

Odborníci se zaměřili na pět hlavních oblastí kvality života (tělesný stav a funkce; psychologické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy a prostředí), které byly rozděleny na 33 podoblastí (facet) představujících užší ucelené aspekty kvality života (např. spokojenost s prací, kognitivní funkce aj.). Pilotní verze instrumentu WHOQoL obsahovala 236 položek a 41 otázek na důležitost jednotlivých podoblastí. Po analýze výsledků byl vytvořen výsledný sto položkový instrument, známý pod názvem WHOQOL-100. Tento výsledný instrument obsahuje 24 definovaných podoblastí (facet) a jednu nespecifickou podoblast sdružující položky hodnotící celkovou kvalitu života a celkové zdraví. Každá podoblast má čtyři položky. Původní struktura WHOQOL-100 byla šestifaktorová. Zahrnovala oblast fyzického zdraví, psychologickou oblast, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualitu a celkovou kvalitu života. Po dalších analýzách byl však vytvořen model čtyřfaktorový, odpovídající struktuře WHOQoL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Vzhledem k tomu, že sto položkový dotazník byl pro použití v klinické praxi příliš dlouhý, byla vytvořena jeho zkrácená verze, 26 položkový WHOQOL-BREF. Zatímco v dlouhé verzi WHOQOL-100 má každá podoblast 4 položky, pro WHOQOL-BREF byla z každé podoblasti vybrána pouze jedna položka s nejlepšími

psychometrickými vlastnostmi. WHOQOL-BREF se tedy ve výsledku skládá z 24 položek, odpovídající 24 podoblastem (facetám) WHOQOL-100, sdružených do čtyř domén a dvou položek hodnocení celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Domény jsou následující (Dragomirecká, Bartoňová, 2006):

Tabulka č. 7: Domény dotazníku WHOQOL-BREF

Domény	Počet položek
Fyzické zdraví	7
Prožívání	6
Sociální vztahy	3
Prostředí	7

Dotazník WHOQOL-BREF mohou vyplňovat respondenti samostatně nebo může být v případě potřeby předložen formou rozhovoru. Uvádí se, že vyplnění WHOQOL-BREF trvá přibližně 5 minut a administrace formou rozhovoru 15-20 minut. Cílová skupina není uvedena (Carr, 2003).

Respondent skóruje tak, že u každé položky zaznamenává svou odpověď na pětistupňové Likertově škále vyjadřujících množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý). Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují v podobě čtyř tzv. doménových skórů, což jsou průměrné hrubé skóry domén. Tyto průměrné hrubé skóry domén jsou standardizovány tak, aby je bylo možné srovnávat s doménami WHOQOL-100, tzn. že rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima (4) do maxima (20), přičemž vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3.3 Short Form 36 Health Subject Questionnaire (SF-36)

SF-36 je obecný (generický) dotazník zaměřený na zjišťování se zdravím spojené kvality života (HRQoL) v populačních studiích.

Dotazník SF-36 je celosvětově rozšířeným instrumentem, který je využíván při výzkumech zdravé i nemocné populace, při komparativních studiích pacientů s různými

diagnózami apod. Dotazník je zaměřen spíše než na jednotlivé symptomy nemoci, na její dopady a vliv léčebných metod na kvalitu života respondentů (Carr, 2003).

Dotazník byl vyvinut Johnem E. Warem a společností Rand Corporation v rámci studie zdravotního pojištění v USA (*Medical Outcome Study – MOS*). Dotazník SF-36 je zkrácenou verzí 149 položkové baterie zaměřené na zdravotní stav, která byla používána společností Rand Corporation v již zmíněné studii MOS. Pilotní verze dotazníku byla uveřejněna v roce 1988 a finální verze pak v roce 1990. Původní verze dotazníku, tzv. SF-36v1 byl revidován a upraven, čímž vznikla verze SF-36v2. Změny ovšem nebyly zásadního charakteru. Z původního dotazníku SF-36 také vznikly zkrácené verze – SF-12 a SF-8.

V našem výzkumu byla použita původní verze dotazníku SF-36. Dotazník obsahuje celkem 36 položek a je rozdělen do 8 dimenzí (subškál):

Tabulka č. 8: Dimenze dotazníku SF - 36

Dimenze	Počet položek
Fyzické fungování (PF)	10
Omezení rolí z důvodu fyzických potíží (RP)	4
Tělesná bolest (BP)	2
Celkové zdraví (GH)	5
Vitalita (VT)	4
Sociální fungování (SF)	2
Omezení rolí z důvodu emočních obtíží (RE)	3
Duševní zdraví (MH)	5

Dotazník lze administrovat individuálně nebo skupinově. Respondent může dotazník vyplnit samostatně nebo může být v případě potřeby předložen formou rozhovoru. Většině respondentů stačí k vyplnění 10 minut, starším respondentům obvykle 15 – 20 minut. Cílovou skupinou jsou jedinci od 14 do 61 let (Carr, 2003).

Dotazník SF-36 obsahuje směs třístupňové, pětistupňové a šestistupňové škály Likertova typu pro určité položky. Výsledky v SF-36 se vyjadřují v podobě škálových skóre. Škálové skóre jsou průměrné hrubé skóre pro jednotlivé dimenze, které byly přetransformovány na 0-100 bodovou škálu, kde vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života (Carr, 2003; Bodláková et al., 2001).

4. Zpracování dat

Deskriptivní statistika byla zpracována pomocí programu MS Excel. Charakteristiky Věk a Délka léčby jsou vyjádřeny jako průměr \pm směrodatná odchylka (S.D.). Ostatní charakteristiky jsou vyjádřeny jako absolutní četnost a relativní četnost (%).

Induktivní statistika byla zpracována za pomoci statistických programů BMDP (verze PC 90) a SPSS (verze 16.0). K hodnocení vztahů mezi dimenzemi/doménami dotazníků kvality života a vybranými charakteristikami byl použit Pearsonův korelační koeficient (r). Vzájemné vztahy byly sledovány na hladinách významnosti $p < 0,05$ a $p < 0,01$. Statisticky nevýznamné rozdíly či korelace jsou označovány NS (nonsignifikantní).

Pro hodnocení rozdílů v jednotlivých dimenzích/doménách dotazníků kvality života mezi skupinami pacientů léčenými danou terapeutickou modalitou byly použity Mannův-Whitneyův test a t-test pro dva nezávislé výběry.

5. Výsledky

I) Vztah kvality života a některých objektivních ukazatelů v souboru hemodialyzovaných pacientů

A) Kvalita života a pohlaví

a) V dotazníku SF - 36 se skupiny mužů a žen statisticky významně nelišily v žádné dimenzi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 9: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u hemodialyzovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=72)	Ženy (n=50)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	59,65 ± 28,41	56,1 ± 32,14	NS
RP	51,74 ± 40,97	49,00 ± 43,14	NS
BP	67,74 ± 28,78	59,20 ± 27,96	NS
GH	35,90 ± 18,81	39,70 ± 20,37	NS
VT	49,38 ± 19,66	52,70 ± 19,38	NS
SF	61,11 ± 30,66	67,25 ± 29,55	NS
RE	65,28 ± 40,51	58,00 ± 40,86	NS
MH	67,28 ± 18,62	65,92 ± 16,84	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF se skupina mužů a žen lišila v pouze v doméně Sociální vztahy. Ženy v této doméně vykazovaly signifikantně vyšších skóre než muži.

Tabulka č. 10: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=72)	Ženy (n=50)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	12,85 ± 2,83	12,90 ± 3,21	NS
Prožívání	14,31 ± 2,37	14,41 ± 2,26	NS
Sociální vztahy	13,83 ± 2,92	14,91 ± 2,12	0,05
Prostředí	14,61 ± 2,01	15,22 ± 2,28	NS

B) Kvalita života a rodinný stav

a) Mezi osobami svobodnými, ženatými/vdanými, rozvedenými a ovdovělými nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly v žádné z dimenzí dotazníku SF – 36.

Tabulka č. 11: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u hemodialyzovaných v závislosti na rodinném stavu

	Svobodný/á (n=15)	Ženatý/Vdaná (n=70)	Rozvedený/á (n=16)	Ovdovělý/á (n=21)
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.
PF	67,00 ± 33,64	57,86 ± 29,76	60,63 ± 25,81	51,19 ± 30,86
RP	55,00 ± 42,47	53,21 ± 42,33	37,50 ± 38,73	48,81 ± 42,19
BP	62,67 ± 30,80	68,86 ± 28,82	54,84 ± 23,50	57,14 ± 28,58
GH	38,00 ± 17,81	35,71 ± 19,57	37,50 ± 21,45	42,86 ± 20,04
VT	49,67 ± 16,95	51,64 ± 20,46	42,50 ± 18,17	54,76 ± 18,47
SF	65,00 ± 35,10	65,00 ± 29,07	51,56 ± 24,95	67,26 ± 33,88
RE	66,66 ± 39,84	60,48 ± 41,43	58,33 ± 44,72	68,25 ± 37,23
MH	59,73 ± 21,72	68,74 ± 17,54	61,25 ± 15,85	69,14 ± 16,35

b) U domény Sociální vztahy dotazníku WHOQoL-BREF byly zjištěny signifikantně nižší skóry u osob rozvedených v porovnání s osobami ženatými/vdanými a ovdovělými. Průměrné skóry rozvedených se zároveň nelišily od průměrných skóre svobodných.

Tabulka č. 12: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných v závislosti na rodinném stavu

	Svobodný/á (n=15)	Ženatý/Vdaná (n=70)	Rozvedený/á (n=16)	Ovdovělý/á (n=21)
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.
Fyzické zdraví	14,13 ± 3,21	12,77 ± 2,97	12,17 ± 2,78	12,84 ± 2,89
Prožívání	15,64 ± 2,19	14,16 ± 2,38	13,92 ± 2,40	14,38 ± 1,94
Sociální vztahy	13,96 ± 3,66	14,63 ± 2,39	12,33 ± 2,94	14,79 ± 1,88
Prostředí	14,25 ± 2,46	14,87 ± 2,17	14,71 ± 2,29	15,37 ± 1,64

C) Kvalita života a věk

a) V souboru hemodialyzovaných pacientů byl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem a třemi dimenzemi dotazníku SF – 36. Se zvyšujícím se věkem hemodialyzovaných pacientů byly zjištěny signifikantně nižší skóry v dimenzích Fyzické fungování (PF), Omezení rolí z důvodu fyzických potíží (RP) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží (RE).

Tabulka č. 13: Míra závislosti věku a dimenzí dotazníku SF – 36 u hemodialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,4097	0,01
RP	-0,2542	0,01
BP	-0,1707	NS
GH	-0,0451	NS
VT	-0,0932	NS
SF	-0,1526	NS
RE	-0,2051	0,05
MH	-0,0524	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF byl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem a doménou Fyzické zdraví. S rostoucím věkem hemodialyzovaných pacientů signifikantně klesal skór v doméně Fyzické zdraví ($p < 0,01$).

Tabulka č. 14: Míra závislosti věku a domén dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,2426	0,01
Prožívání	-0,1691	NS
Sociální vztahy	-0,1000	NS
Prostředí	0,1446	NS

D) Kvalita života a vzdělání

a) V dotazníku SF – 36 byl zjištěn statisticky významný vztah mezi úrovní vzdělání a dimenzí Omezení rolí z důvodu emočních obtíží (RE). Čím bylo vzdělání

hemodialyzovaných pacientů vyšší, tím lepší skóre byl u nich zjištěn v dimenzi Omezení rolí z důvodu emočních obtíží ($p < 0,01$). Lepší skóre v této dimenzi znamená, že emoční obtíže mnohem méně omezují pacientovy sociální role.

Tabulka č. 15: Míra závislosti vzdělání a dimenzí dotazníku SF – 36 u hemodialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	0,1029	NS
RP	0,0883	NS
BP	0,1335	NS
GH	-0,0105	NS
VT	0,0265	NS
SF	-0,0092	NS
RE	0,2618	0,01
MH	0,1581	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi úrovní vzdělání a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 16: Míra závislosti vzdělání a domén dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	0,0699	NS
Prožívání	0,1604	NS
Sociální vztahy	0,0698	NS
Prostředí	0,0369	NS

E) Kvalita života a doba trvání léčby

a) V dotazníku SF – 36 nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání hemodialyzační léčby a jednotlivými dimenzemi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 17: Míra závislosti doby trvání léčby a dimenzí dotazníku SF – 36 u hemodialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	0,1058	NS
RP	0,1803	NS
BP	-0,0394	NS
GH	-0,0575	NS
VT	0,0320	NS
SF	0,0789	NS
RE	0,1482	NS
MH	0,0652	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání hemodialyzační léčby a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 18: Míra závislosti doby trvání léčby a domén dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	0,0589	NS
Prožívání	-0,0068	NS
Sociální vztahy	0,0697	NS
Prostředí	-0,0533	NS

II) Vztah kvality života a některých objektivních ukazatelů v souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů

A) Kvalita života a pohlaví

a) V dotazníku SF - 36 se skupiny mužů a žen statisticky významně nelišily v žádné dimenzi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 19: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u peritoneálně dialyzovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=19)	Ženy (n=11)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	60,79 ± 23,11	45,00 ± 24,49	NS
RP	42,11 ± 35,41	47,73 ± 37,84	NS
BP	67,76 ± 28,40	62,50 ± 29,90	NS
GH	41,16 ± 22,39	40,45 ± 19,16	NS
VT	44,74 ± 20,38	39,55 ± 20,06	NS
SF	53,29 ± 30,86	53,41 ± 23,11	NS
RE	75,44 ± 36,59	45,45 ± 42,88	NS
MH	69,05 ± 19,54	60,00 ± 20,86	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF se skupiny mužů a žen statisticky významně nelišily v žádné doméně tohoto dotazníku.

Tabulka č. 20: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=19)	Ženy (n=11)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	13,77 ± 2,64	13,19 ± 2,87	NS
Prožívání	14,77 ± 2,66	13,39 ± 2,39	NS
Sociální vztahy	13,47 ± 2,88	14,06 ± 3,06	NS
Prostředí	14,39 ± 2,25	15,09 ± 2,44	NS

B) Kvalita života a rodinný stav

Vzhledem k nízkému počtu svobodných, rozvedených a ovdovělých osob (přehled viz. Tabulka č. 5) v souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů jsme přistoupili k vytvoření pouze dvou kategorií: Bez partnera (odpovídá skupině svobodných, rozvedených a ovdovělých osob) a S partnerem (odpovídá skupině ženatých/vdaných osob nebo osob s partnerem).

a) V dotazníku SF – 36 se skupiny osob žijící s partnerem a bez partnera statisticky významně nelišily v žádné dimenzi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 21: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u peritoneálně dialyzovaných v závislosti na rodinném stavu

	Bez partnera (n=15)	S partnerem (n=15)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	56,67 ± 25,19	53,33 ± 24,47	NS
RP	46,67 ± 35,19	41,67 ± 37,40	NS
BP	71,00 ± 27,05	60,67 ± 29,96	NS
GH	39,07 ± 18,68	42,73 ± 23,48	NS
VT	39,67 ± 14,94	46,00 ± 24,29	NS
SF	57,50 ± 27,47	49,17 ± 28,53	NS
RE	66,67 ± 45,43	62,22 ± 37,52	NS
MH	67,47 ± 14,09	64,00 ± 25,25	NS

b) V žádné z domén dotazníku WHOQoL-BREF nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi osobami žijícími s partnerem a bez partnera.

Tabulka č. 22: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných v závislosti na rodinném stavu

	Bez partnera (n=15)	S partnerem (n=15)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	14,06 ± 2,30	13,07 ± 3,03	NS
Prožívání	14,36 ± 2,40	14,18 ± 2,89	NS
Sociální vztahy	14,22 ± 2,97	13,16 ± 2,85	NS
Prostředí	15,00 ± 2,21	14,30 ± 2,42	NS

C) Kvalita života a věk

a) V dotazníku SF-36 byl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem a dimenzemi Fyzické fungování (PF) a Tělesná bolest (BP). Se zvyšujícím se věkem vykazovali peritoneálně dialyzovaní pacienti signifikantně nižší skóre v těchto dvou dimenzích.

Tabulka č. 23: Míra závislosti věku a dimenzí dotazníku SF – 36 u peritoneálně dialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,5695	0,01
RP	-0,2507	NS
BP	-0,3490	0,05
GH	-0,0819	NS
VT	-0,0184	NS
SF	0,0468	NS
RE	-0,1181	NS
MH	-0,1630	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi věkem a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 24: Míra závislosti věku a domén dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,3310	NS
Prožívání	0,0074	NS
Sociální vztahy	0,0898	NS
Prostředí	0,1833	NS

D) Kvalita života a vzdělání

a) V dotazníku SF – 36 nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi úrovní vzdělání a jednotlivými dimenzemi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 25: Míra závislosti vzdělání a dimenzí dotazníku SF – 36 u peritoneálně dialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	0,1497	NS
RP	0,1342	NS
BP	0,0349	NS
GH	-0,0632	NS
VT	-0,1735	NS
SF	-0,2316	NS
RE	0,1297	NS
MH	-0,1620	NS

b) V dotazníku WHOQoL – BREF byl zjištěn statisticky významný vztah mezi úrovní vzdělání a doménou Sociální vztahy. Čím bylo vzdělání peritoneálně dialyzovaných pacientů vyšší, tím nižší skóre tito jedinci vykazovali v doméně Sociální vztahy.

Tabulka č. 26: Míra závislosti vzdělání a domén dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,2480	NS
Prožívání	-0,1757	NS
Sociální vztahy	-0,4941	0,01
Prostředí	-0,2086	NS

E) Kvalita života a doba trvání léčby

a) V dotazníku SF – 36 nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání peritoneálně dialyzační léčby a jednotlivými dimenzemi tohoto dotazníku.

Tabulka č. 27: Míra závislosti doby trvání léčby a dimenzí dotazníku SF - 36 u peritoneálně dialyzovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,0310	NS
RP	0,1121	NS
BP	0,0480	NS
GH	-0,1681	NS
VT	-0,0203	NS
SF	-0,0362	NS
RE	0,0739	NS
MH	-0,1186	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání peritoneálně dialyzační léčby a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 28: Míra závislosti doby trvání léčby a domén dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,0880	NS
Prožívání	-0,0839	NS
Sociální vztahy	-0,1667	NS
Prostředí	-0,2254	NS

III) Vztah kvality života a některých objektivních ukazatelů v souboru transplantovaných pacientů

A) Kvalita života a pohlaví

a) V dotazníku SF - 36 se skupina mužů a žen lišila v dimenzích Fyzické fungování (PF), Celkové zdraví (GH) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží. Ženy v těchto dimenzích vykazovaly statisticky nižších skóre než muži.

Tabulka č. 29: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u transplantovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=23)	Ženy (n=10)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	85,87 ± 13,29	74,00 ± 15,24	0,05
RP	60,87 ± 35,22	55,00 ± 32,91	NS
BP	76,52 ± 25,08	68,75 ± 20,08	NS
GH	56,74 ± 15,93	43,50 ± 19,30	0,05
VT	58,91 ± 14,92	55,00 ± 15,99	NS
SF	79,35 ± 16,26	70,00 ± 18,82	NS
RE	71,01 ± 38,01	46,67 ± 32,20	0,05
MH	76,70 ± 13,73	68,80 ± 14,82	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF se skupiny mužů a žen statisticky významně nelišily v žádné doméně tohoto dotazníku..

Tabulka č. 30: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u transplantovaných v závislosti na pohlaví

	Muži (n=23)	Ženy (n=10)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	16,08 ± 1,99	13,77 ± 2,18	NS
Prožívání	15,97 ± 1,61	15,13 ± 2,95	NS
Sociální vztahy	16,24 ± 1,68	14,93 ± 2,73	NS
Prostředí	15,35 ± 1,13	15,20 ± 2,07	NS

B) Kvalita života a rodinný stav

Vzhledem k nízkému počtu rozvedených a ovdovělých osob (přehled viz. Tabulka č. 6) v souboru transplantovaných pacientů jsme přistoupili k vytvoření pouze dvou kategorií: Bez partnera (odpovídá skupině svobodných, rozvedených a ovdovělých osob) a S partnerem (odpovídá skupině ženatých/vdaných osob nebo osob s partnerem).

a) V dotazníku SF – 36 byl mezi osobami S partnerem a Bez partnera zjištěn statisticky významný rozdíl v dimenzích Fyzické fungování (PF) a Omezení rolí z důvodů fyzických potíží (RP). V těchto dimenzích vykazovaly osoby žijící v partnerském vztahu signifikantně nižších skóre než osoby bez partnerského vztahu.

Tabulka č. 31: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF – 36 u transplantovaných v závislosti na rodinném stavu

	Bez partnera (n=10)	S partnerem (n=23)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	90,00 ± 8,50	78,91 ± 15,74	0,05
RP	70,00 ± 40,48	54,35 ± 30,76	0,05
BP	79,25 ± 23,04	71,96 ± 24,06	NS
GH	58,50 ± 19,59	50,22 ± 16,82	NS
VT	61,50 ± 17,49	56,09 ± 14,06	NS
SF	81,25 ± 20,62	74,46 ± 17,76	NS
RE	66,67 ± 41,57	62,32 ± 36,66	NS
MH	76,00 ± 15,20	73,57 ± 14,21	NS

b) V žádné z domén dotazníku WHOQoL-BREF nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi osobami žijícími s partnerem a bez partnera.

Tabulka č. 32: Průměry a směrodatné odchylky domén dotazníku WHOQoL-BREF u transplantovaných v závislosti na rodinném stavu

	Bez partnera (n=10)	S partnerem (n=23)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	15,83 ± 2,67	15,14 ± 2,13	NS
Prožívání	16,40 ± 1,78	15,39 ± 2,21	NS
Sociální vztahy	15,47 ± 2,53	16,00 ± 1,93	NS
Prostředí	15,83 ± 1,29	15,06 ± 1,49	NS

C) Kvalita života a věk

a) V dotazníku SF – 36 byl zjištěn statisticky významný vztah mezi věkem a dimenzemi Fyzické fungování (PF), Omezení rolí z důvodu fyzických potíží (RP), Tělesná bolest (BP) a Celkové zdraví (GH). Čím byl věk transplantovaných pacientů vyšší, tím nižší skóry vykazovali v uvedených dimenzích dotazníku SF-36. Nižší skór v dimenzi Omezení rolí z důvodu fyzických potíží znamená, že fyzické potíže mnohem více omezují pacienta v jeho sociálních rolích. Nižší skór v dimenzi Tělesná bolest znamená, že tělesná bolest mnohem víc zhoršuje vnímanou kvalitu života.

Tabulka č. 33: Míra závislosti věku a dimenzí dotazníku SF – 36 u transplantovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,5419	0,01
RP	-0,3386	0,05
BP	-0,4741	0,01
GH	-0,3431	0,05
VT	-0,1184	NS
SF	-0,2689	NS
RE	-0,1633	NS
MH	-0,1502	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF byly zjištěny statisticky významné vztahy mezi věkem a doménami Fyzické zdraví a Sociální vztahy. S rostoucím věkem transplantovaných pacientů signifikantně klesal skór v doméně Fyzické zdraví a Sociální vztahy.

Tabulka č. 34: Míra závislosti věku a domén dotazníku WHOQoL-BREF u transplantovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,4275	0,01
Prožívání	-0,1107	NS
Sociální vztahy	-0,3328	0,05
Prostředí	-0,0874	NS

D) Kvalita života a vzdělání

a) V dotazníku SF – 36 byl zjištěn statisticky významný vztah mezi úrovní vzdělání a dimenzí Celkové zdraví (GH). Čím byla úroveň vzdělání transplantovaných pacientů vyšší, tím menší skór tyto jedinci vykazovali v dimenzi Celkové zdraví.

Tabulka č. 35: Míra závislosti vzdělání a dimenzí dotazníku SF – 36 u transplantovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,0362	NS
RP	0,1095	NS
BP	-0,0874	NS
GH	-0,3363	0,05
VT	-0,2065	NS
SF	-0,2966	NS
RE	0,0421	NS
MH	-0,1885	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi úrovní vzdělání a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 36: Míra závislosti vzdělání a domén dotazníku WHOQoL-BREF u transplantovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	0,0641	NS
Prožívání	-0,1905	NS
Sociální vztahy	-0,2358	NS
Prostředí	-0,1800	NS

E) Kvalita života a doba trvání léčby

a) V dotazníku SF – 36 byl zjištěn statisticky významný vztah mezi dobou trvání léčby transplantací ledviny a dimenzemi Fyzické fungování (PF), Celkové zdraví (GH) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží (RE). Čím déle byli pacienti po transplantaci ledviny, tím nižší skóre vykazovali v daných dimenzích dotazníku SF – 36.

Tabulka č. 37: Míra závislosti doby trvání léčby a dimenzí dotazníku SF - 36 u transplantovaných

Dimenze	r	p <
PF	-0,4757	0,01
RP	0,0179	NS
BP	-0,1946	NS
GH	-0,3899	0,05
VT	-0,1464	NS
SF	-0,2280	NS
RE	-0,3935	0,05
MH	-0,2564	NS

b) V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání léčby transplantací ledviny a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Tabulka č. 38: Míra závislosti doby trvání léčby a domén dotazníku WHOQoL-BREF u transplantovaných

Domény	r	p <
Fyzické zdraví	-0,2887	NS
Prožívání	-0,1456	NS
Sociální vztahy	0,0605	NS
Prostředí	0,0769	NS

IV) Vztah kvality života a metody náhrady funkce ledvin

Pro lepší přehlednost a zvýraznění možných signifikantních rozdílů mezi skupinami pacientů léčených danou terapeutickou metodou porovnáváme mezi sebou vždy pouze dva výzkumné soubory.

A) Srovnání kvality života hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů

a) V žádné dimenzi dotazníku SF - 36 nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi hemodialyzovanými a peritoneálně dialyzovanými pacienty.

Tabulka č. 39: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF - 36 u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných

	HD (n=122)	PD (n=30)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	58,20 ± 29,92	55,00 ± 24,46	NS
RP	50,62 ± 41,72	44,17 ± 35,77	NS
BP	64,24 ± 28,64	65,83 ± 28,54	NS
GH	37,46 ± 19,63	40,90 ± 20,93	NS
VT	50,74 ± 19,54	42,83 ± 20,07	NS
SF	63,63 ± 30,24	53,33 ± 27,84	NS
RE	62,30 ± 40,65	64,44 ± 40,99	NS
MH	66,72 ± 17,85	65,73 ± 20,17	NS

b) V žádné z domén dotazníku WHOQoL-BREF nebyly v zjištěny statisticky významné rozdíly mezi hemodialyzovanými a peritoneálně dialyzovanými pacienty.

Tabulka č. 40: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných

	HD (n=122)	PD (n=30)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	12,87 ± 2,97	13,56 ± 2,69	NS
Prožívání	14,35 ± 2,32	14,27 ± 2,61	NS
Sociální vztahy	14,27 ± 2,66	13,69 ± 2,91	NS
Prostředí	14,86 ± 2,14	14,65 ± 2,31	NS

B) Srovnání kvality života hemodialyzovaných a transplantovaných pacientů

a) V dotazníku SF- 36 bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre v dimenzích Fyzické fungování (PF), Tělesná bolest (BP), Celkové zdraví (GH), Vitalita (VT), Sociální fungování (SF) a Duševní zdraví (MH).

Tabulka č. 41: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF - 36 u hemodialyzovaných a transplantovaných

	HD (n=122)	Tx (n=33)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	58,20 ± 29,92	82,27 ± 14,74	0,01
RP	50,62 ± 41,72	59,09 ± 34,13	NS
BP	64,24 ± 28,64	74,17 ± 23,64	0,05
GH	37,46 ± 19,63	52,73 ± 17,81	0,01
VT	50,74 ± 19,54	57,73 ± 15,11	0,05
SF	63,63 ± 30,24	76,52 ± 17,33	0,01
RE	62,30 ± 40,65	63,64 ± 37,61	NS
MH	66,72 ± 17,85	74,30 ± 14,32	0,05

b) V dotazníku WHOQoL-BREF bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre v doménách Fyzické zdraví, Prožívání a Sociální vztahy.

Tabulka č. 42: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku WHOQoL-BREF u hemodialyzovaných a transplantovaných

	HD (n=122)	Tx (n=33)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	12,87 ± 2,97	15,34 ± 2,25	0,01
Prožívání	14,35 ± 2,32	15,74 ± 2,08	0,05
Sociální vztahy	14,27 ± 2,66	15,76 ± 2,12	0,05
Prostředí	14,86 ± 2,14	15,32 ± 1,44	NS

C) Srovnání kvality života peritoneálně dialyzovaných a transplantovaných pacientů

a) V dotazníku SF- 36 bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre v dimenzích Fyzické fungování (PF), Celkové zdraví (GH), Vitalita (VT), Sociální fungování (SF) a Duševní zdraví (MH).

Tabulka č. 43: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku SF - 36 u peritoneálně dialyzovaných a transplantovaných

	PD (n=30)	Tx (n=33)	
Dimenze	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
PF	55,00 ± 24,46	82,27 ± 14,74	0,01
RP	44,17 ± 35,77	59,09 ± 34,13	NS
BP	65,83 ± 28,54	74,17 ± 23,64	NS
GH	40,90 ± 20,93	52,73 ± 17,81	0,05
VT	42,83 ± 20,07	57,73 ± 15,11	0,01
SF	53,33 ± 27,84	76,52 ± 17,33	0,01
RE	64,44 ± 40,99	63,64 ± 37,61	NS
MH	65,73 ± 20,17	74,30 ± 14,32	0,05

b) V dotazníku WHOQoL-BREF bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre v doménách Fyzické zdraví, Prožívání a Sociální vztahy.

Tabulka č. 44: Průměry a směrodatné odchylky dimenzí dotazníku WHOQoL-BREF u peritoneálně dialyzovaných a transplantovaných

	PD (n=30)	Tx (n=33)	
Domény	Průměr ± S.D.	Průměr ± S.D.	p <
Fyzické zdraví	13,56 ± 2,69	15,34 ± 2,25	0,01
Prožívání	14,27 ± 2,61	15,74 ± 2,08	0,05
Sociální vztahy	13,69 ± 2,91	15,76 ± 2,12	0,01
Prostředí	14,65 ± 2,31	15,32 ± 1,44	NS

Na základě zjištěných výsledků zamítáme nulovou hypotézu, tj:

„Subjektivně vnímaná kvalita života pacientů s diagnózou nezvratného selhání ledvin léčených dialýzou (hemodialýza a peritoneální dialýza) **není stejná** jako subjektivně

vnímaná kvalita života pacientů s diagnózou nezvratného selhání ledvin léčených transplantací ledviny.“

6. Shrnutí výsledků a diskuse

I) Kvalita života hemodialyzovaných pacientů

A) V dotazníku SF – 36 se skupiny mužů a žen statisticky významně nelišily v žádné dimenzi. V doméně Sociální vztahy dotazníku WHOQoL-BREF vykazovaly ženy signifikantně vyšší skóry ($p < 0,05$) než muži.

Zahraniční studie posuzující rozdíl v kvalitě života mezi muži a ženami na hemodialýze se sice shodují v tom, že ženy obecně dosahují nižších průměrných skóre ve většině měřených dimenzích kvality života, přesto tyto rozdíly nejsou statisticky významné (Acaray, Pinar, 2005; Kalantar-Zadeh et. al, 2001; Mingardi et al., 1999). Náš výzkum tato zjištění nepotvrzuje. Ženy v našem výzkumném vzorku dosahovaly oproti mužům nesignifikantně vyšších průměrných skóre v polovině dimenzích dotazníku SF – 36 a ve třech doménách dotazníku WHOQoL-BREF. V doméně Sociální vztahy dotazníku WHOQoL-BREF byl u žen dokonce zjištěn signifikantně vyšší ($p < 0,05$) průměrný skór než u mužů.

Možným vysvětlením tohoto významného rozdílu v doméně Sociální vztahy je skutečnost, že ženy mají premorbidně lepší sociální síť a přikládají jí také větší důležitost než muži. Ženy jsou oproti mužům mnohem ochotnější o svých problémech a pocitech mluvit s okolím. Proto předpokládáme, že snaha žen o udržení sociální sítě i po rozvoji onemocnění je jednou ze strategií vyrovnávání se se závažnou životní situací.

B) V dotazníku SF – 36 nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v žádné dimenzi kvality života u pacientů s různým rodinným stavem. U domény Sociální vztahy dotazníku WHOQoL-BREF byl zjištěn signifikantně nižší skór ($p < 0,05$) u osob rozvedených v porovnání s ženatými/vdanými a ovdovělými osobami. Mezi rozvedenými a svobodnými osobami byl rozdíl průměrného skóru nesignifikantní.

Americká studie zkoumající na vzorku 80 018 respondentů vztah mezi rodinným stavem a délkou života zjistila, že osoby ženaté nebo vdané se dožívají signifikantně vyššího věku než osoby, které byly rozvedené, ovdovělé nebo svobodné.

Nejsignifikantnější rozdíl byl nakonec zjištěn mezi skupinou ženatých nebo vdaných a osobami svobodnými (Kaplan, Kronick, 2006). Předpokládáme tedy, že když se osoby žijící v manželském svazku dožívají významně vyššího věku, vykazují zároveň lepší kvalitu života v porovnání s kontrolními skupina (rozvedení, ovdovělí aj.).

Jedna z možných příčin našich výsledků může spočívat v nepřesném vyplnění dotazníku týkajícího se demografických údajů samotnými pacienty. Jedna z kategorií charakteristiky Rodinný stav byla přesně formulována jako Ženatý/Vdaná nebo s partnerem. Do této kategorie se tedy měly zařazovat i osoby sice ovdovělé (svobodné nebo rozvedené), ale žijící v partnerském vztahu. Tato skutečnost by potom vysvětlovala velmi podobný průměrný skór u osob ženatých/vdaných a ovdovělých.

Ve skupině rozvedených mohou být významným faktorem nižších skórů okolnosti rozvodu. Jestliže rozvedené osoby vyplňovaly dotazník v krátké době po rozvodu, kdy si teprve zvykaly na nové životní podmínky a případně se vyrovnávaly s odchodem partnera, mohly se tyto skutečnosti promítnout do subjektivního vnímání kvality života.

C) S rostoucím věkem hemodialyzovaných pacientů byly v dotazníku SF - 36 zjištěny signifikantně nižší skóry v dimenzích Fyzické fungování ($p < 0,01$), Omezení rolí z důvodu fyzických potíží ($p < 0,01$) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží ($p < 0,05$). V dotazníku WHOQoL-BREF bylo zjištěno, že s rostoucím věkem hemodialyzovaných pacientů signifikantně klesal skór v doméně Fyzické zdraví ($p < 0,01$).

Oba dotazníky kvality života jasně ukazují, že s rostoucím věkem dochází k úbytku fyzických sil. Tyto výsledky už ale nenaznačují, do jaké míry tento úbytek souvisí s hemodialyzační léčbou a do jaké míry je pouhým fyziologickým důsledkem procesu stárnutí. Vzhledem k tomu, že průměrné skóry v dimenzích Fyzické fungování, Omezení rolí z důvodu fyzických potíží a doméně Fyzické zdraví silně pozitivně korelují ($p < 0,01$) s věkem, domníváme se, že dialyzační léčba není hlavní příčinou úbytku fyzických sil, ale významně se na rychlosti tělesného „chátrání“ podílí.

Možností, jak zmapovat oblasti kvality života, které v pozdějším věku mohou ještě souviset s hemodialyzační léčbou a ne s věkem, je provedení kontrolní studie porovnávající kvalitu života mezi staršími pacienty na hemodialýze a jejich vrstevníky

ze zdravé populace. Oblasti kvality života, ve kterých by starší dialyzovaní pacienti dosahovali signifikantně horších výsledků, by byly velmi pravděpodobně ovlivněny onemocněním ESRD a dialyzační léčbou.

D) V dotazníku SF – 36 bylo zjištěno, že čím byla úroveň vzdělání hemodialyzovaných pacientů vyšší, tím lepší skóre vykazovali v dimenzi Omezení rolí z důvodu emočních obtíží ($p < 0,01$). V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi úrovní vzdělání a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Možným vysvětlením tohoto zjištění je, že vzdělanější lidé mají mnohem lepší přehled o dostupnosti sítě psychosociálních služeb. Vyhledání odborné pomoci a včasné zahájení psychosociální intervence může významně snížit dopad emočních obtíží na sociální role nemocného.

E) V dotazníku SF – 36 a WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání hemodialyzační léčby a jednotlivými dimenzemi/doménami těchto dotazníků.

Námi zjištěné výsledky jsou zcela určitě ovlivněny typem výzkumné studie. Z časových a ekonomických důvodů jsme pro naše výzkumné záměry zvolili transverzální typ výzkumu. Uvědomujeme si ovšem, že pro zkoumání proměnných v čase je mnohem vhodnější longitudinální typ výzkumu. Nedostatek transverzálních studií spočívá v tom, že měří subjektivní kvalitu života pouze v jednom daném okamžiku, což dává prostor k významnému zkreslení výsledků.

II) Kvalita života peritoneálně dialyzovaných pacientů

A) V dotazníku SF – 36 a WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami v jednotlivých dimenzích/doménách těchto dotazníků.

Naše výsledky se shodují se zjištěními zahraničních studií, ve kterých rovněž nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v subjektivně vnímané kvalitě života

mezi muži a ženami. S ostatními výzkumy se už ovšem neshodujeme v tom, že ženy většinou dosahují v jednotlivých dimenzích dotazníků kvality život nižších průměrných skóre než muži. Již ve skupině hemodialyzovaných pacientů dosáhly ženy vyšších průměrů než muži ve více jak polovině dimenzí/domén obou dotazníků. V případě peritoneálně dialyzovaných pacientů, dosáhly ženy vyšších průměrných skóre pouze ve třetině dimenzí/domén. Naše výsledky ukazují, že otázka kvality života u mužů a žen nebude mít tak jednoznačnou odpověď, jak naznačuje většina zahraničních studií. Naše tvrzení podporuje i švédská studie peritoneálně dialyzovaných pacientů, ve které sice ženy dosáhly signifikantně nižšího skóre v jedné dimenzi ze 13 zkoumaných, ale v polovině zbylých 12 dimenzí vykázaly vyšší průměrné skóre než muži. Navíc při porovnávání kvality života mezi peritoneálně dialyzovanými pacientkami a jejich vrstevnicemi ze zdravé populace, dosáhly dialyzované ženy dokonce v jedné dimenzi vyššího průměru než ženy zdravé (Lindqvist, Sjørdén, 1998).

B) Vzhledem k nízkému počtu svobodných, rozvedených a ovdovělých osob v souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů jsme přistoupili k vytvoření pouze dvou kategorií: Bez partnera (odpovídá skupině svobodných, rozvedených a ovdovělých osob) a S partnerem (odpovídá skupině ženatých/vdaných osob nebo osob s partnerem).

V dimenzích a doménách dotazníků SF – 36 a WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly mezi pacienty žijící s partnerem a bez partnera.

Naše zjištění mohou být ovlivněna dvěma faktory. Prvním z nich je již u hemodialyzovaných pacientů zmíněné nepřesné vyplnění dotazníku týkající se demografických údajů samotnými pacienty. Kategorie Rodinný stav byla přesně formulována jako Ženatý/Vdaná nebo s partnerem. Do této kategorie se tudíž měly zařazovat i osoby sice ovdovělé (svobodné nebo rozvedené), ale žijící v partnerském vztahu. Tato specifikace bohužel nebyla dostatečně zvýrazněna.

Druhým ovlivňujícím faktorem by mohl být samotný věk. Věkový průměr souboru peritoneálně dialyzovaných pacientů činí necelých 61 let. Po rozdělení souboru měla skupina pacientů žijících s partnerem věkový průměr 63 let a skupina pacientů žijících bez partnera 58 let. Nižší věkový průměr skupiny pacientů bez partnera byl navíc zapříčiněn přítomností dvou třicátníků v této skupině. Po vyřazení těchto dvou

výrazně mladších pacientů jsme došli k věkovému průměru 63 let. Obě skupiny pacientů jsou tedy tvořeny staršími, věkově téměř rovnocennými, pacienty. Starší pacienti oproti mladším vykazují vyšší životní spokojenost, která je pravděpodobně dána plně prožitým životem a splněnými plány. Myslíme si, že v této věkové kategorii se obecně stírají rozdíly mezi jednotlivci, což se mohlo promítnout i do našich výsledků.

C) S rostoucím věkem peritoneálně dialyzovaných pacientů byly v dotazníku SF – 36 zjištěny signifikantně nižší skóry v dimenzi Fyzické fungování ($p < 0,01$) a Tělesná bolest ($p < 0,05$). V dotazníku WHOQoL – BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi věkem pacientů a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Dotazník SF - 36 ukazuje, že s rostoucím věkem je kvalita života negativně ovlivněna úbytkem fyzických sil, což potvrzuje i studie Lin et al. (2003). Náš výsledek už ale nenaznačuje, do jaké míry tento úbytek souvisí s peritoneálně dialyzační léčbou a do jaké míry je pouhým fyziologickým důsledkem procesu stárnutí. Vzhledem k tomu, že průměrný skór v dimenzi Fyzické fungování silně pozitivně koreluje ($p < 0,01$) s věkem, domníváme se, že dialyzační léčba není hlavní příčinou úbytku fyzických sil, ale významně se na rychlosti tělesného „chátrání“ podílí.

S rostoucím věkem a dobou peritoneálně dialyzačního léčení se k základnímu onemocnění nezvratného selhání ledvin přidružují další nemoci a zdravotní komplikace. Nemusí jít o nemoci, které přímo souvisí s renálním selháním, ale o tzv. nemoci stáří. S narůstajícími zdravotními problémy zároveň přibývá bolesti, kterou pacienti zažívají. Tímto faktem může být ovlivněn i náš výsledek, ze kterého není jasné, zda-li nárůst bolesti u starších pacientů souvisí s dialyzační léčbou nebo jde - jako v případě dimenze Fyzické potíže - pouze o fyziologický důsledek stárnutí.

Možností, jak zmapovat oblasti kvality života, které v pozdějším věku mohou ještě souviset s peritoneálně dialyzační léčbou a ne s věkem, je provedení kontrolní studie porovnáující kvalitu života mezi staršími pacienty na peritoneální dialýze a jejich vrstevníky ze zdravé populace. Oblasti kvality života, ve kterých by starší peritoneálně dialyzovaní pacienti dosahovali signifikantně horších výsledků, by byly velmi pravděpodobně ovlivněny onemocněním ESRD a peritoneálně dialyzační léčbou.

D) V dotazníku SF – 36 nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi úrovní vzdělání a jednotlivými dimenzemi tohoto dotazníku. V dotazníku WHOQoL-BREF bylo zjištěno, že čím byla úroveň vzdělání peritoneálně dialyzovaných pacientů vyšší, tím nižší skóre vykazovali v doméně Sociální vztahy ($p < 0,01$).

Domníváme se, že u lidí s vyšším vzděláním hraje práce důležitější roli v jejich životech. V zaměstnání tráví více času a jejich soukromé vztahy častěji vznikají v pracovním prostředí. S progredujícím renálním selháním a následnou peritoneálně dialyzační léčbou dochází k významnému úbytku fyzických sil, které nečistka nemocného donutí opustit své zaměstnání. Odchodem do invalidního důchodu přichází nemocný nejen o zaměstnání samotné, ale také o většinu svých vztahů, které byly vázané na pracovní prostředí.

E) V dotaznících SF – 36 a WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání dialyzační léčby a jednotlivými dimenzemi/doménami těchto dotazníků.

Skupina peritoneálně dialyzovaných pacientů se v tomto směru zcela shoduje se skupinou hemodialyzovaných. I zde se tedy přikláníme k názoru, že námi zjištěné výsledky jsou pravděpodobně ovlivněny typem výzkumné studie. Pro zkoumání proměnných v čase je mnohem vhodnější longitudinální typ výzkumu, neboť transverzálními studiemi měříme subjektivní kvalitu života pouze v jednom daném okamžiku, což dává prostor k významnému zkreslení výsledků.

III) Kvalita života transplantovaných pacientů

A) V dotazníku SF - 36 vykazovaly ženy statisticky významně nižších skóre než muži v dimenzích Fyzické fungování ($p < 0,05$), Celkové zdraví ($p < 0,05$) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží ($p < 0,05$). V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly v žádné z jeho domén zjištěny statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami.

Jedním z aspektů dialyzační léčby je i značný úbytek tělesných sil, což velmi často vede k odchodu nemocného do invalidního důchodu. V souvislosti s dialyzačním

lěčením také dochází k podstatným změnám sociálních rolí. Všechny výše zmíněné aspekty související s ESRD a dialyzační léčbou zvládají muži mnohem hůře než ženy. Těžší to bývá hlavně pro muže v produktivním věku. Zatímco žena v invalidním důchodu má obvykle spoustu práce s péčí o domácnost a o děti a tato její role je společensky akceptována, u muže se očekává (a on to tak i pociťuje), že bude živitelem rodiny (Zamykalová et al., 2004). Po transplantaci však dochází ve fyzické oblasti zdravotního stavu k výraznému zlepšení. Domníváme se, že zlepšení v této oblasti je pro muže natolik významné, že mohou svůj aktuální zdravotní stav (který vnímají jako podstatnou součást kvality svého života) výrazně nadhodnocovat. Zlepšení fyzické dimenze kvality života umožňuje většině pacientů najít si opět pracovní uplatnění. Muži proto pravděpodobně s alespoň částečným návratem svých fyzických sil a obnovením původních sociálních rolí vnímají svoje zdraví i kvalitu života jako mnohem lepší, než jak je vnímali na dialyzační léčbě.

B) Vzhledem k nízkému počtu rozvedených a ovdovělých osob v souboru transplantovaných pacientů jsme přistoupili k vytvoření pouze dvou kategorií: Bez partnera (odpovídá skupině svobodných, rozvedených a ovdovělých osob) a S partnerem (odpovídá skupině ženatých/vdaných osob nebo osob s partnerem).

V dimenzích Fyzické fungování ($p < 0,05$) a Omezení rolí z důvodu fyzických potíží ($p < 0,05$) dotazníku SF – 36 dosahovaly osoby žijící v partnerském vztahu signifikantně nižších skóre než osoby bez partnerského vztahu. V žádné z domén dotazníku WHOQoL-BREF nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi osobami žijícími s partnerem a bez partnera.

Tento výsledek je velmi pravděpodobně ovlivněn věkem. Při analýze věkového průměru obou porovnávaných skupin jsme zjistili, že průměrný věk osob ze skupiny Bez partnera byl 38 let, kdežto věkový průměr osob ze skupiny S partnerem byl 50 let. Je zřejmé, že věk je významným činitelem podílejícím se na úbytku fyzických sil. Navíc dimenze Fyzické fungování dotazníku SF-36 u skupiny transplantovaných koreluje pozitivně s věkem na hladině významnosti $p < 0,01$.

C) S rostoucím věkem transplantovaných pacientů byly v dotazníku SF – 36 zjištěny signifikantně nižší skóry v dimenzích Fyzické fungování ($p < 0,01$), Omezení rolí z důvodu fyzických potíží ($p < 0,05$), Tělesná bolest ($p < 0,01$) a Celkové zdraví ($p < 0,05$). S rostoucím věkem transplantovaných pacientů byly v dotazníku WHOQoL-BREF zároveň zjištěny signifikantně nižší skóry v doménách Fyzické zdraví ($p < 0,01$) a Sociální vztahy ($p < 0,05$).

Naše výsledky jsou téměř totožné se studií, která porovnávala kvalitu života pacientů, kteří byli více než 15 let po transplantaci ledviny, se skupinou zdravých jedinců (Neipp et al., 2006). Náš výzkum shodně zjistil, že s rostoucím věkem klesá spokojenost pacientů s fyzickým zdravím.

D) V dotazníku SF – 36 bylo zjištěno, že s rostoucí úrovní vzdělání transplantovaných pacientů statisticky významně klesal průměrný skór v dimenzi Celkové zdraví ($p < 0,05$). V žádné z domén dotazníku WHOQoL-BREF nebyl zjištěn statisticky významný vztah s úrovní vzdělání.

Lidé s vyšším vzděláním se pravděpodobně mnohem více zajímají o informace týkající se jejich onemocnění a léčby. S lepší informovaností často zároveň souvisí i znatelnější obavy z výskytu možných komplikací. Pacienti se proto mnohem více pozorují a úzkostně reagují na každou změnu svého zdravotního stavu. Uvědomění si závažnosti svého zdravotního stavu proto může ovlivňovat subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu.

Vzhledem k tomu, že je tento výsledek jediný signifikantní ze všech dvanácti dimenzí kvality života a pouze na hladině významnosti $p < 0,05$, přikláníme se spíše k názoru, že jde o náhodný výsledek.

E) V dotazníku SF – 36 bylo zjištěno, že s narůstající dobou transplantační léčby signifikantně klesal skór v dimenzích Fyzické fungování ($p < 0,01$), Celkové zdraví ($p < 0,05$) a Omezení rolí z důvodu emočních obtíží ($p < 0,05$). V dotazníku WHOQoL-BREF nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy mezi dobou trvání léčby a jednotlivými doménami tohoto dotazníku.

Námi zjištěné výsledky jsou velmi pravděpodobně ovlivněny složením výzkumného vzorku. Z celkového počtu 33 transplantovaných pacientů bylo 25 osob do 4 let po transplantaci ledviny. To znamená, že v našem výzkumném vzorku bylo pouze 8 pacientů s dobou po transplantaci delší než 4 roky, což je v kombinaci s malým počtem respondentů ve vzorku podstatným nedostatkem v hodnocení změn kvality života s narůstající dobou léčby.

Výsledky jsou také nepochybně ovlivněny typem výzkumné studie. Použití longitudinální studie by bylo v tomto případě mnohem vhodnější.

IV) Srovnání kvality života dialyzovaných a transplantovaných pacientů

A) V dotaznících SF – 36 a WHOQoL-BREF nebyly mezi skupinami hemodialyzovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů zjištěny statisticky významné rozdíly v žádné dimenzi/doméně těchto dotazníků.

Většina publikovaných studií uvádí, že mezi hemodialyzovanými a peritoneálně dialyzovanými pacienty sice nejsou signifikantní rozdíly v subjektivně vnímané kvalitě života, přesto peritoneálně dialyzovaní dosahovali oproti hemodialyzovaným průměrně vyšších skóre v jednotlivých dimenzích dotazníků. Tento závěr podpořily také výzkumy, které porovnávaly kvalitu života dialyzovaných (HD i PD) s transplantovanými pacienty. Podle těchto výzkumů tvořila kvalita života peritoneálně dialyzovaných jakýsi mezistupeň mezi hemodialyzovanými a transplantovanými pacienty.

Naše zjištění se s výsledky zahraničních výzkumů shodují pouze částečně. Shodně nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl v kvalitě života mezi dialyzovanými pacienty. Při porovnání průměrů v jednotlivých dimenzích/doménách dotazníků kvality života jsme ovšem zjistili, že peritoneálně dialyzovaní pacienti dosáhli vyššího průměrného skóre pouze ve čtyřech dimenzích/doménách z celkového počtu dvanácti možných. Tento výsledek přičítáme dvěma faktorům. Prvním je relativně malý rozsah souboru peritoneálně dialyzovaných a druhým je skutečnost, že jsme při vyhodnocování objevili několik dotazníků, ve kterých se až na pár výjimek objevovala pouze negativní hodnocení ve většině oblastí kvality života daného pacienta. Nevíme,

zda-li tito pacienti opravdu vnímali svou kvalitu života obecně tak špatně nebo právě prožívali období zhoršení svých zdravotních problémů. Přesto těchto několik dotazníků mohlo při relativně malém počtu respondentů znatelně snížit celkové průměry v jednotlivých dimenzích/doménách dotazníků kvality života ve skupině peritoneálně dialyzovaných pacientů.

Vzhledem k tomu, že při porovnávání kvality života dialyzovaných pacientů se skupinou transplantovaných, bylo dosahováno statisticky významných rozdílů v téměř stejných dimenzích/doménách dotazníků SF-36 a WHOQoL – BREF, přistoupili jsme ke společnému shrnutí a zhodnocení výsledků.

B) V dotazníku SF - 36 bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre než hemodialyzovaní pacienti v dimenzích Fyzické fungování ($p<0,01$), Tělesná bolest ($p<0,05$), Celkové zdraví ($p<0,01$), Vitalita ($p<0,05$) Sociální fungování ($p<0,01$) a Duševní zdraví ($p<0,05$). V dotazníku WHOQoL-BREF dosáhli transplantovaní pacienti signifikantně vyšších skóre v doménách Fyzické zdraví ($p<0,01$), Prožívání ($p<0,05$) a Sociální vztahy ($p<0,05$).

C) V dotazníku SF - 36 bylo zjištěno, že transplantovaní pacienti dosahují signifikantně vyšších skóre než peritoneálně dialyzovaní pacienti v dimenzích Fyzické fungování ($p<0,01$), Celkové zdraví ($p<0,05$), Vitalita ($p<0,01$) Sociální fungování ($p<0,01$) a Duševní zdraví ($p<0,05$). V dotazníku WHOQoL-BREF dosáhli transplantovaní pacienti signifikantně vyšších skóre v doménách Fyzické zdraví ($p<0,01$), Prožívání ($p<0,05$) a Sociální vztahy ($p<0,01$).

Z většiny výzkumů shodně vyplývá, že kvalita života pacientů po transplantaci je signifikantně lepší než u skupiny dialyzovaných pacientů (Lee et al., 2005; Rebollo et al., 2000; Ogutmen et al., 2006; Tomasz, Piotr, 2003). Přestože u některých výzkumů nebylo možné prokázat signifikantní zlepšení ve všech dimenzích kvality života, lze u těchto studií vysledovat jeden společný výsledek. Ať byly celkové výsledky studií jakékoli, vždy bylo u transplantovaných pacientů prokázáno signifikantní zlepšení v dimenzích týkajících se fyzického fungování (Overbeck et al., 2005; Fujisawa et al.,

2000). Výsledky naší studie stojí na pomezí těchto dvou skupin výzkumů. Transplantovaní pacienti v našem výzkumu dosáhli signifikantně lepších výsledků v 8, resp. 9 ze 12 dimenzí/domén obou dotazníků. V obou dotaznících bylo shodně zjištěno zlepšení fyzického zdraví a to dokonce na hladině významnosti $p < 0,01$.

Protože bylo u skupiny transplantovaných pacientů zjištěno tak výrazně zlepšení v kvalitě života, jistě by bylo vhodné provést komparativní studii kvality života mezi transplantovanými pacienty a skupinou jedinců ze „zdravé“ populace, aby se mohlo ověřit, jestli je kvalita života po transplantaci srovnatelná s kvalitou života zdravých jedinců.

Přestože byly ve většině dimenzí zjištěny signifikantní rozdíly v kvalitě života dialyzovaných a transplantovaných, uvědomujeme si dva základní metodologické nedostatky tohoto výzkumu.

Prvním z nich je výrazným rozdíl v počtu probandů mezi skupinami dialyzovaných a transplantovaných. Tento rozdíl je na jedné straně dán obecně vyšším počtem pacientů léčených hemodialýzou v porovnání s počty peritoneálně dialyzovaných či transplantovaných pacientů. Dále je ovlivněn obtížnější dostupností transplantovaných a peritoneálně dialyzovaných pacientů. Pokud chceme navázat kontakt s transplantovanými pacienty, můžeme udělat výzkum buď korespondenčním způsobem anebo transplantované kontaktovat při pravidelných šestiměsíčních kontrolách v jejich kmenovém transplantačním centru. V případě peritoneálně dialyzovaných můžeme sbírat data opět korespondenčním způsobem nebo peritoneálně dialyzované kontaktovat během jejich pravidelných 4 – 6 týdenních kontrol. U souboru hemodialyzovaných je situace mnohem jednodušší kvůli pravidelným (několikrát týdně) návštěvám v hemodialyzačním centru, které jsou dány jejich závislostí na umělé ledvině. To znamená, že pokud strávíme tři dny v kuse na jednom hemodialyzačním pracovišti, máme velmi vysokou pravděpodobnost, že se potkáme se všemi pacienty tohoto pracoviště.

Druhým metodologickým nedostatkem je rozdílný věkový průměr dialyzovaných a transplantovaných. Průměrný věk hemodialyzovaných byl 63,4 let a 60,8 u peritoneálně dialyzovaných, kdežto průměrný věk transplantovaných byl 44,5 let. Tento věkový rozdíl je dán složením populace dialyzovaných

a transplantovaných pacientů. Vyšší věkový průměr dialyzovaných pacientů je dán dvěma faktory:

1) S přibývajícím věkem zároveň stoupá riziko výskytu komorbidních onemocnění (onemocnění srdce a cév, maligní tumory apod.), které mohou být ve svém důsledku příčinou absolutní kontraindikace transplantace ledviny. Velkou část populace dialyzovaných proto tvoří pacienti s různými kontraindikacemi k transplantaci ledviny, jejichž jedinou možností k přežití je pravidelná hemodialyzační léčba.

2) Díky technickému pokroku na poli medicíny se objevují stále lepší dialyzační přístroje a léčebné metody, které postupně umožňují prodlužovat věk pacientů přežívajících na dialýze.

Vzhledem k tomu, že mají naše výzkumné soubory dosti rozdílný věkový průměr, bylo by pravděpodobně lepší neinterpretovat výsledky v dimenzích /doménách, které signifikantně souvisí s věkem. Druhým možným řešením tohoto nedostatku by mohla být adjustace průměrných skóreů na věk.

Závěr

V poslední době se odborníci z celého světa čím dál více zajímají o kvalitu života pacientů s různými onemocněními. Pacienti léčení pro nezvratné selhání ledvin nejsou výjimkou. Důvodem tohoto zvýšeného zájmu je uznání, že každá nemoc s sebou nepřináší pouze obtíže fyzického rázu, ale že velmi často také zasahuje do všech ostatních úrovní lidského života (psychická, sociální).

Subjektivně vnímaná kvalita života u jedinců s ESRD je složitý komplex, jenž je ovlivněn velkým množstvím faktorů. Cílem této práce bylo objevení těch faktorů, které mohou nejvíce ovlivňovat kvalitu života pacientů s touto závažnou diagnózou.

Náš výzkum ve shodě se zahraničními studiemi potvrzuje, že pohlaví nemá významný vliv na kvalitu života a že věk významně negativně ovlivňuje převážně fyzickou oblast kvality života ve skupině hemodialyzovaných pacientů.

Ve skupině peritoneálně dialyzovaných pacientů se opět ukazuje, že s vyšším věkem dochází ke zhoršení kvality života převážně ve fyzické oblasti. Sociální vztahy jsou dialyzační léčbou nejvíce poznamenány u pacientů s vyšším vzděláním.

U skupiny transplantovaných pacientů se ukazuje, že ženy vnímají svou fyzickou kondici a emoční problémy omezující jejich sociální role hůře v porovnání s muži. Rostoucí věk pacientů a narůstající doba po transplantaci ledviny negativně ovlivňují zejména fyzickou oblast kvality života.

Při porovnávání kvality života mezi skupinou dialyzovaných a transplantovaných pacientů se - shodně s většinou zahraničních studií - ukázalo, že transplantace má významný vliv na zlepšení ve většině zkoumaných dimenzí/doménách kvality života dotazníků SF-36 a WHOQoL-BREF. Nejmarkantnější zlepšení bylo u transplantovaných zaznamenáno ve fyzické oblasti kvality života.

Ačkoli se výsledek našeho výzkumu shoduje s výsledky zahraničních studií, považujeme naše zjištění spíše za jakýsi možný odrazový můstek k dalším výzkumným studiím zaměřeným na české pacienty.

Literatura:

Acaray, A., Pinar, R.: Quality of life in Turkish haemodialysis patients. *Int Urol Nephrol*, 37, 3, 2005, s. 595-602.

Akman, B. et al.: Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proc*, 36, 1, 2004, s. 111-113.

Altintepe, L. et al.: Physical disability, psychological status, and health-related quality of life in older hemodialysis patients and age-matched controls. *Hemodial Int*, 10, 3, 2006, s. 260-266.

Auer, J. et al.: The Oxford-Manchester study of dialysis patients. *Scand J Urol Nephrol*, 131, Suppl., 1990, s. 31-37.

Baštecká, B., Goldman, P.: *Základy klinické psychologie*. Portál, Praha 2001.

Baštecká, B.: *Klinická psychologie v praxi*. Portál, Praha 2003.

Bednářová, V.: Technické aspekty peritoneální dialýzy. In: Bednářová, V. et al.: *Peritoneální dialýza*. Maxdorf, Praha 2007.

Bodláková, B. et al.: Hodnocení kvality života u dialyzovaných pacientů metodou KDQOL-SF – pilotní studie. *Praktický lékař*, 81, 6, 2001, s. 354-356.

Carmichael, P. et al.: Assessment of quality of life in a single centre dialysis population using the KDQOL-SF questionnaire. *Quality of life research*, 9, 2, 2000, s. 195-205.

Carr, A.: Adult measures of quality of life. *Arthritis Care Res*, 49, S5, 2003, s. 113-133.

Castelnuovo-Tedesco, P.: Transplantation: Psychological implications of changes in body image. In: Levy, N.B.: *Psychonephrology 1*. Plenum Publishing, New York 1981.

Cristovao, F.: Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *EDTNA ERCA J*, 25, 4, 1999, s. 35-38.

Davison, A. M.: Options in renal replacement therapy. In: Jacobs, C. et al.: *Replacement of renal function by dialysis*. Kluwer academic publishers, Dordrecht 1996.

De Vecchi, A. et al.: Sleep disorders in peritoneal and haemodialysis patients as assessed by a self-administered questionnaire. *Int J Artif Organs*, 23, 4, 2000, s. 237-242.

Dew, M.A. et al.: Quality of life in organ transplantation: effects on adult recipients and their families. In: Trzepacz, P., DiMartini, A.: *The transplant patient*. Cambridge University Press, Cambridge 2000.

Dragomirecká, E., Škoda, C.: Kvalita života - vymezení, definice a historický vývoj v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93, 2, 1997a, s. 102-108.

Dragomirecká, E., Škoda, C.: Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93, 8, 1997b, s. 423-432.

Dragomirecká, E., Bartoňová, J.: Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, WHOQOL-100. Psychiatrické centrum Praha, Praha 2006.

Finkelstein, F.O., Finkelstein, S.H.: Psychological adaptation and quality of life of the patient with end-stage renal disease. In: Brown, E., Parfrey, P.: *Complications of long-term dialysis*. Oxford University Press, Oxford 1999.

Freyberger, H.: The renal transplant patient: Three-stage model and psychotherapeutic strategy. In: Levy, N. B.: *Psychonephrology 2*. Plenum Publishing Corporation, New York 1983.

Fujisawa, M. et al.: Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology*, 56, 2, 2000, s. 201-206.

Fukunishi, I. et al.: Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics*, 42, 4, 2001, s. 337-343.

Gokal, R. et al.: Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis - a comparative assessment of survival and quality of life. *Nephrol Dial Transplant*, 14, Suppl. 6, 1999, s. 24-30.

Gonzalez, M.P. et al.: Interpretation of health-related quality of life of patients on replacement therapy in end-stage renal disease. *Nefrologia*, 20, 5, 2000, s. 431-439.

Goovaerts, T., Jadoul, M., Goffin, E.: Influence of Pre-Dialysis Education Programme (PDEP) on the mode of renal replacement therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 20, 9, 2005, s. 1842-1847.

Gorlen, T. et al.: Quality of life after kidney transplantation. A 10-22 years follow-up. *Scand J Urol Nephrol*, 27, 1, 1993, s. 89-92.

Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Portál, Praha 2000.

Haruki, S.: Psychiatric problems in organ transplants: examples on the renal transplants from living relatives in Japan. *Transplant Proc*, 63, 11, 2005, s. 1908-1912.

Hicks, L.S. et al.: Differences in health-related quality of life and treatment preferences among black and white patients with end-stage renal disease. *Qual Life Res*, 13, 6, 2004, s. 1129-1137.

Hnilicová, H., Bencko, V.: Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 85, 11, 2005, s. 656-660.

Holley, J. L., Nespore, S., Rault, R.: A comparison of reported sleep disorders in patients on chronic hemodialysis and continuous peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, 19, 2, 1992, s. 156-161.

Honzák, R.: Psychosomatická problematika dialyzační a transplantační terapie. In: Baštecký, J. et al.: *Psychosomatická medicína*. Grada Avicenum, Praha 1993.

Honzák, R.: Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat. Maxdorf, Praha 1995.

Honzák, R.: Deprese. Galén, Praha 1999.

Honzák, R.: Psychologická pomoc onkologicky nemocným a umírajícím. *Forum medicinae*, 2, 1, 2000, s. 72-76.

Honzák, R.: Transplantace ledvin – živí dárci; pohled psychiatra. *Praktický lékař*, 85, 10, 2005, s. 594-596.

Hui, D.S. et al.: Prevalence of sleep disturbances in Chinese patients with end-stage renal failure on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis*, 36, 4, 2000, s. 783-788.

Kalantar-Zadeh, K. et al.: Association among SF-36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol*, 12, 12, 2001, s. 2797-2806.

Kalousová, M. et al.: Poruchy spánku u hemodialyzovaných pacientů. *Časopis lékařů českých*, 140, 16, 2001a, s. 500-502.

Kalousová, M. et al.: Poruchy spánku u pacientů léčených kontinuální ambulantní peritoneální dialýzou. *Sborník lékařský*, 102, 3, 2001b, s. 395-400.

Kantor, R.: Selhání ledvin [online]. Dostupné na internetu (přístup 12.2. 2008):

<http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/5225_3914.html>

Kaplan De Nour, A.: An overview of psychological problems in hemodialysis patients. In: Levy, N. B.: Psychonephrology 2. Plenum Publishing Corporation, New York 1983.

Kaplan, R.M., Kronick, R.G.: Marital status and longevity in the United States population. Epidemiol Community Health, 60, 9, 2006, s. 760-765.

Kawaciuk, I.: Urologie. Nakladatelství H & H, Jinočany 2000.

Kebza, V.: Psychosociální determinanty zdraví. Academia, Praha, 2005.

Klang, B., Bjorvell, H., Cronqvist, A.: Patients with chronic renal failure and their ability to cope. Scand J Caring Sci, 10, 2, 1996, s. 89-95.

Konečný, R., Bouchal, M.: Psychologie v lékařství. Avicenum, Praha 1979.

Kong, I.L., Molassiotis, A.: Quality of life, coping and concerns in Chinese patients after renal transplantation. Int J Nurs Stud, 36, 4, 1999, s. 313-322.

Konstantinidou, E. et al.: Exercise training in patients with end-stage renal disease on hemodialysis: comparison of three rehabilitation programs. J Rehabil Med, 34, 1, 2002, s. 40-45.

Kouidi, E. et al.: Outcomes of long-term exercise training in dialysis patients: comparison of two training programs. Clin Nephrol, 61, Suppl. 1, 2004, s. 31-38.

Kováč, D.: Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. Čes. Psychologie, XLV, 1, 2001, s. 34-44.

Křivohlavý, J.: Jak zvládat stres. Grada, Praha 1994.

Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Grada publishing, Praha 2002.

Kusztal, M. et al.: Evaluation of health-related quality of life in dialysis patients. Personal experience using questionnaire SF-36. Pol Merkuriusz Lek, 14, 80, 2003, s. 113-117.

Kutner, N.G., Zhanq, R., Brogan, D.: Race, gender, and incident dialysis patient's reported health status and quality of life. J Am Soc Nephrol, 16, 5, 2005, s. 1440-1448.

Lachmanová, J. et al.: Selhání ledvin a jeho léčení. SPN, Praha 1990.

Lachmanová, J.: Očišťovací metody krve. In: Schüick, O., Tesař, V., Teplan, V. et al.: Klinická nefrologie. Medprint, 1995.

Lee, A. J. et al.: Characterisation and comparison of health-related quality of life for patients with renal failure. *Curr Med Res Opin.*, 21, 11, 2005, s. 1777-1783.

Levendoglu, F. et al.: A twelve week exercise programme improves the psychological status, quality of life and work capacity in hemodialysis patients. *J Nephrol*, 17, 6, 2004, s. 826-832.

Levine, S.: The meanings of health, illness and quality of life. In: Guggenmoose-Holzmann, I., Bloomfield, K., Brenner, H., Flink, U.: *Quality of life and health*. Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin-Wien, 1995.

Lin, A.W. et al.: Quality of life in elderly continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*, 23, Suppl. 2, 2003, s. 95-98.

Lindqvist, R., Sjördén, P.O.: Coping strategies and quality of life among patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *J Adv Nurs*, 27, 2, 1998, s. 312-319.

Lindqvist, R. et al.: Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scand J Caring Sci*, 12, 4, 1998, s. 223-230.

Lindsey, R.M., Buton, H.J., Kline, S.A.: Quality of life and psychosocial aspects of chronic peritoneal dialysis. In: Nolph, K. D.: *Peritoneal dialysis*. Martinus Nijhoff Publisher, Dordrecht 1985.

Little, J. et al.: Predicting a patient's choice of dialysis modality: Experience in the United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis*, 37, 5, 2001, s. 981-986.

Lok, P.: Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs*, 23, 5, 1996, s. 873-881.

Mahonová, A.: Sexualita a erektilní dysfunkce. In: Dingwall, R.R. et al.: *Pro lepší porozumění*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Praha 2004.

Major, M., Svoboda, L.: Náhrada funkce ledvin. Triton, Praha 2000.

Mareš, J.: Dítě a bolest. Grada, Praha 1997.

Marrón, B. et al.: Impact of end-stage renal disease care in planned dialysis start and type of renal replacement therapy - Spanish multicentre experience. *Nephrol Dial Transplant*, 21, Suppl. 2, 2006, s. ii51-55.

Matl, I.: Transplantace ledvin. In: Teplan, V. et al.: *Praktická nefrologie*. Grada publishing, Praha 2006.

Merkus, M.P. et al.: Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. The Necosad Study Group. *Am J Kidney Dis*, 29, 4, 1997, s. 584-592.

Merlino, G. Et al.: Sleep disorders in patients with end-stage renal disease undergoing dialysis therapy. *Nephrol Dial Transplant*, 21, 1, 2006, s. 184-190.

Mingardi, G. et al.: Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrol Dial Transplant*, 14, 6, 1999, s. 1503-1510.

Miskulin, D.C. et al.: Comorbidity and other factors associated with modality selection in incident dialysis patients: the CHOICE Study. Choices for Healthy Outcomes in Caring for End-Stage Renal Disease. *Am J Kidney Dis*, 39, 2, 2002, s. 324-336.

Molsted, S. et al.: Self-rated health and employment status in chronic haemodialysis patients. *Scand J Urol Nephrol*, 38, 2, 2004, s. 174-178.

Muntner, P. et al.: Renal insufficiency and subsequent death resulting from cardiovascular disease in the United States. *J Am Soc Nephrol*, 2002, 13, s. 745-753.

Neipp, M. et al.: Quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after kidney transplantation. *Transplantation*, 81, 12, 2006, s. 1640-1644.

Ogutmen, B. et al.: Health-related quality of life after kidney transplantation in comparison intermittent hemodialysis, peritoneal dialysis, and normal controls. *Transplant Proc*, 38, 2, 2006, s. 419-421.

Opatrná, S.: Peritoneální dialýza. In: Teplan, V. et al.: *Praktická nefrologie*. Grada publishing, Praha 2006.

Opatrný, K., Polakovič, V.: Mimetělní metody nahrazující funkci ledvin. In: Teplan, V. et al.: *Praktická nefrologie*. Grada publishing, Praha 2006.

Orlic, L. et al.: Work capacity in patients on hemodialysis. *Acta Med Croatica*, 58, 1, 2004, s. 67-71.

Overbeck, I. et al.: Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplant Proc*, 37, 3, 2005, s. 1618-1621.

Pěkný, R.: Kvalita života dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, Praha 2006.

Rebollo, P. et al.: Health related quality of life of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clin Transplant*, 14, 3, 2000, s. 199-207.

Rebollo, P. et al.: Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrol Dial Transplant*, 16, 8, 2001, s. 1675-1680.

Reichsman, F.: A brief overview of psychosocial research on hemodialysis patients. In: Levy, N.B.: *Psychonephrology 1*. Plenum Publishing, New York 1981.

Reimer, J. et al.: Quality of life in patients before and after kidney transplantation. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52, 1, 2002, s. 16-23.

Sagduyu, A. et al.: Psychiatric problems, life quality and compliance in patients treated with haemodialysis and renal transplantation [online]. Dostupné na internetu (přístup 15.7.2006): <<http://www.turkpsikiyatri.com/en/article.aspx?id=533>>.

Simmons, R.G.: Psychological reactions to giving a kidney. In: Levy, N.B.: *Psychonephrology 1*. Plenum Publishing, New York 1981.

Statistická ročenka dialyzační léčby v České republice za rok 2006 [online]. Česka nefrologická společnost. Dostupné na internetu (přístup 9.2.2008): <http://www.nefrol.cz/resources/upload/data/83_rocenka_2006.pdf>.

Steinberg, J. et al.: Psychological factors affecting acceptance or rejection of kidney transplants. In: Levy, N.B.: *Psychonephrology 1*. Plenum Publishing, New York 1981.

Suh, M.R. et al.: Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Ren Fail*, 24, 3, 2002, s. 337-345.

Sulková, S.: Základní principy hemodialýzy. In: Sulková, S. et al.: *Hemodialýza*. Maxdorf, Praha 2000.

Sutton, T.D., Murény, S.P.: Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nurs Res*, 38, 1, 1989, s. 46-49.

Szabo, E. et al.: Choice of treatment improves quality of life. Arch Intern Med, 157, 12, 1997, s. 1352-1356.

Tanriverdi, N. et al.: Quality of life and mood in renal transplantation recipients, donors, and controls: preliminary report. Transplant Proc, 36, 1, 2004, s. 117-119.

Tell, G.S. et al.: Social support and health-related quality of life in black and white dialysis patients. ANNA J, 22, 3, 1995, s. 301-308.

Teplan, V., Lamačová, V.: Současné možnosti dietoterapie u nemocných s chronickým selháním ledvin. IPVZ, Praha 1991.

Teplan, V.: Chronické selhání ledvin. In: Schüek, O., Tesař, V. et al.: Klinická nefrologie. Medprint, 1995.

Teplan, V. et al.: Metabolismus a ledviny. Grada publishing, Praha 2000.

Teplan, V.: Akutní selhání ledvin. In: Teplan, V. et al.: Praktická nefrologie. Grada publishing, Praha 2006.

Teplan, V. et al.: Chronická renální insuficience. In: Teplan, V. et al.: Praktická nefrologie. Grada publishing, Praha 2006.

Tomasz, W., Piotr, S.: A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. Ann Transplant, 8, 2, 2003, s. 47-53.

Unruh, M. et al.: Racial differences in health-related quality of life among hemodialysis patients. Kidney Int, 65, 4, 2004, s. 1482-1491.

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Portál, Praha 2004.

Vazquez, I. et al.: Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. Qual Life Res, 14, 1, 2005, s. 179-190.

Viklický, O.: Chronické selhání ledvin a uremický syndrom. In: Tesař, V., Schüek, O. et al.: Klinická nefrologie. Grada publishing, Praha 2006.

Vítko, Š.: Transplantace ledvin. In: Schüek, O., Tesař, V. et al.: Klinická nefrologie. Medprint, 1995.

- Vítko, Š. et al.:** Transplantace ledviny. In: Tesař, V., Schück, O. et al.: Klinická nefrologie. Grada publishing, Praha 2006
- Vymětal, J.:** Základy lékařské psychologie. Psychoanalytické nakladatelství, Praha 1994.
- Vymětal, J.:** Lékařská psychologie. Portál, Praha 2003.
- Walker, S., Fine, A., Kryger, M. H.:** Sleep complaints are common in a dialysis unit. Am J Kidney Dis, 26, 5, 1995, s. 751-756.
- Wasserfallen, J.B. et al.:** Quality of life on chronic dialysis: comparison between haemodialysis and peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant, 19, 6, 2004, s. 1594-1599.
- Wight, J.P. et al.:** The SF-36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. Qual Health Care, 7, 4, 1998, s. 209-221.
- Wilson, P.G.:** Psychological and sociocultural aspects of renal dialysis. In: Briggs, J.D. et al.: Renal dialysis. Chapman & Hall, London 1994.
- Wu, A.W. et al.:** Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. J Am Soc Nephrol, 15, 3, 2004, s. 743-753.
- Wuerth, D.B. et al.:** Patient's descriptions of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. Perit Dial Int, 22, 2, 2002, s. 184-190.
- Zamykalová, L., Šimek, J., Znojová, M.:** Spoutaný život...(s) dialýzou? Praktický lékař, 84, 6, 2004, s. 347-351.
- Znojová, M., Sulková, S.:** Hodnocení stresu u dialyzovaných pacientů. Časopis lékařů českých, 140, 4, 2001, s. 108-111.
- Znojová, M.:** Kvalita života In: Bednářová, V. et al.: Peritoneální dialýza. Maxdorf, Praha 2007.
- Znojová, M.:** Svobodná volba dialyzační metody: Motivy vedoucí k volbě peritoneální dialýzy. Aktuality v nefrologii, 9, 4, 2003, s. 126-129.
- Znojová, M.:** Psychologické a sociální aspekty dialyzačního léčení. In: Sulková, S. et al.: Hemodialýza. Maxdorf, Praha 2000.

Příloha č. 1

Dotazník demografických údajů

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O VÁS

Číslo respondenta _____

1 Pohlaví:

- muž
- žena

2 Věk: _____

3 Současný rodinný stav:

- svobodný/á
- ženatý/vdaná nebo s partnerem
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

4 Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen/a
- střední bez maturity
- střední s maturitou
- vysokoškolské

5 Pracovní status: Označte, prosím, ty možnosti, které pro Vás platí (i více možností):

- pracuji na plný úvazek
- pracuji na částečný úvazek
- jsem samostatně výdělečně činný/á
- jsem nezaměstnaný/á, hledám práci
- jsem v starobním důchodu
- jsem v invalidním důchodu
- studuji
- jsem v domácnosti nebo na mateřské dovolené
- jiné (prosím, popište) _____

6 Kde bydlíte?

- v obci do 10 000 obyvatel
- ve městě od 10 000 do 50 000 obyvatel
- ve městě od 50 000 do 100 000 obyvatel
- ve velkoměstě nad 100 000 obyvatel

7 Jak byste hodnotil/a své hmotné zabezpečení ve srovnání s lidmi svého věku? (označte jednu možnost)

- velmi nadprůměrné
- lehce nadprůměrné
- průměrné
- lehce podprůměrné
- velmi podprůměrné

8 Kolik máte dětí? _____

9 Na dialýze jsem byl/a od roku _____, transplantován/a jsem byl/a roku _____
(v případě více transplantací, uveďte jednotlivé roky)

10 Jste diabetik?

- ne
- ano, dieta
- ano, inzulín

11 Jaká byla Vaše pohyblivost během posledního měsíce?

- velmi dobrá (pohyb doma i venku bez omezení)
- mírné omezení (např. venku jen vzdálenosti do 1 km, doma bez omezení)
- střední omezení (např. venku jen krátké pochůzky, doma mírné omezení)
- výrazné omezení (pohyb pouze doma, s omezením)

12 Jak byste hodnotil/a svou soběstačnost v běžných každodenních činnostech během posledního měsíce?

- zcela soběstačný/á
- potřeboval/a jsem příležitostnou pomoc s namáhavějšími činnostmi jako je např. větší nákup, úklid apod.
- potřeboval/a jsem pravidelnou pomoc s domácností, ale byl/a jsem soběstačný/á v sebeobsluze
- potřeboval/a jsem stálou péči jiné osoby

DĚKUJI VÁM ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU

Příloha č. 2

Dotazník SF - 36

DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU
--

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na každou z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

	(zakroužkujte jedno číslo)
výtečné.....	1
velmi dobré.....	2
dobré.....	3
docela špatné.....	4
špatné.....	5

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

	(zakroužkujte jedno číslo)
mnohem lepší než před rokem.....	1
poněkud lepší než před rokem.....	2
přibližně stejné jako před rokem.....	3
poněkud horší než před rokem.....	4
mnohem horší než před rokem.....	5

3. Následující otázky se týkají činnosti, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

ČINNOSTI	ano, omezuje hodně	ano, omezuje trochu	ne, vůbec neomezuje
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. Středně namáhavé činnosti , jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
h. Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
i. Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

4. Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo v každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	1	2

6. Uveďte, do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

vůbec ne.....	1
trochu.....	2
mírně.....	3
poměrně dost.....	4
velmi silně.....	5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

žádné.....	1
velmi mírné.....	2
mírné.....	3
střední.....	4
silné.....	5
velmi silné.....	6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily při práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

vůbec ne.....	1
trochu.....	2
mírně.....	3
poměrně dost.....	4
velmi silně.....	5

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítila(a).

Jak často v posledních 4 týdnech

(zakroužkujte jedno číslo v každé řádce)

	pořád	většinou	dost často	občas	málokdy	nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v minulých 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

(zakroužkujte jedno číslo)

- pořád..... 1
většinu času..... 2
občas..... 3
málokdy..... 4
nikdy..... 5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	určitě ano	většinou ano	nejsem si jist	většinou ne	určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Příloha č. 3

Dotazník WHOQOL-BREF (krátká verze)

**KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE**

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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