

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ
PO TRANSPLANTACI KOSTNÍ DŘENĚ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

VERONIKA DAŠKOVÁ

Vedoucí práce: PhDr. MARIE RYBÁŘOVÁ

HRADEC KRÁLOVÉ 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

V Hradci Králové 17.4. 2006

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Marii Rybářové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad a psychické podpory a dále svým nejbližším za oporu během celého studia.

Veronika Dašková

Motto:

„ Život je jenom hra: nezáleží na tom jak dlouho trvalo představení, ale jak dobře bylo zahráno.“

L.A. Seneca

OBSAH

	Strana
ÚVOD	7
Cíl práce	8
1.TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1. Kvalita života	9
1.1.1.Vymezení pojmu – obecné hledisko.....	9
1.1.2.Jak chápat pojem kvalita života podle různých autorů.....	9
1.1.3.Základní aspekty kvality života	11
1.1.4.Hlavní ukazatelé kvality života – obecně.....	12
1.1.5. Kvalita života u lidí nemocných.....	13
1.1.6.Specifické aspekty kvality života nemocných leukémií.....	15
1.2. Transplantace	16
1.2.1. Transplantace - výklad pojmu.....	16
1.2.2. Jednotlivé typy transplantací.....	16
1.2.3. Indikace k transplantaci.....	18
1.2.4. Vyhledávání dárců.....	19
1.2.5. Komplikace po transplantaci - časné, pozdní.....	22
1.3. Nemoc leukémie	24
1.3.1. Jednotlivé typy leukémií.....	24
1.3.2. Možnosti léčby – dříve a dnes.....	26
1.4. Psychická oblast	28
1.4.1. Psychická podpora rodinou.....	29
1.4.2. Psychická podpora zdravotníky.....	29
1.4.3. Psychická podpora okolím.....	30
1.4.4. Sociální podpora.....	31
1.5. Možnosti hodnocení kvality	31
1.5.1. Hodnocení kvality života pomocí dotazníků – obecně.....	31
1.5.2. Hodnocení kvality života pomocí dotazníků u lidí nemocných leukémií.....	33

2. EMPIRICKÁ ČÁST.....	34
2.1. Cíl výzkumu.....	34
2.2. Sledované cíle	34
2.3. Metodika	35
2.4. Charakteristika zkoumaného souboru.....	35
2.5. Výsledky	36
2.6. Diskuse.....	71
3.ZÁVĚR.....	74
4. SEZNAM POUŽITÉ LITERTURY	77
5. PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Zjištění faktu jakékoli nemoci je vždy obrovskou ranou. A snad nejhorší je zjištění onkologicko-hematologického onemocnění. Sama se setkávám s touto diagnózou, jakou je leukémie, denně. Bohužel jsem se s ní setkala i v okruhu svých nejbližších, je to pro mne hluboká a nesmazatelná vzpomínka. I přes možnosti dnešní medicíny, někdy nelze tuto zákeřnou a nevyzpytatelnou chorobu porazit a ona vyhrává a tím odchází člověk, který tolik znamenal. Snad právě proto jsem si zvolila tuto cestu ve své profesi, abych se alespoň určitou měrou mohla podílet na každodenním boji nemocných, dodávat jim odvahu, ale hlavně vidět jejich vítězství! Snad i proto jsem si zvolila téma své bakalářské práce.

Hematologická onemocnění, léčená pomocí transplantace kostní dřeně nebo periferních kmenových buněk, znamenají pro nemocného velkou zátěž. Dá se říci, že je to nelehký boj neboť celý život člověka se mění ve všech oblastech jeho života. Jaká je však ta tvář, spoutaná nemocí? Co se vlastně změnilo? Co tito lidé postrádají? Jaká je jejich kvalita života po transplantaci?

Pojem kvalita života, tento termín lze jen těžko definovat, protože je utvářen to subjektivním pocitem každého člověka. Vhodně zvolené otázky v dotazníku, na které bude možno získat odpovědi, však mohou o kvalitě života po transplantaci mnoho vypovědět.

CÍL PRÁCE

Cílem práce je zmapovat, jakou měrou ovlivňuje transplantace kostní dřeně nebo krvetvorných buněk život člověka z hlediska zdravotního, psychického a sociálního.

Cílem teoretické části je popsat kvalitu života a základní aspekty kvality života nemocných s leukémií. Přiblíží pojem transplantace, registry dárců a jejich vznik. Dále se chci zabývat problémy, které transplantace přináší a které musí tito nemocní překonávat. Leukémii chci charakterizovat a zamyslet se nad možnostmi její léčby dříve a dnes. Zabývat se budu psychickou oblastí, podporou, která je přinášena rodinou, okolím a zdravotníky. V neposlední řadě budu charakterizovat možnosti hodnocení kvality života pomocí dotazníků.

Hlavním cílem empirické části je pomocí dotazníku zmapovat kvalitu života z pohledu nemocných a zjistit, které oblasti života jsou negativně ovlivněny. V oblasti fyzické, psychické a sociální.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Kvalita života – Quality of life (QoL)

1.1.1. Vymezení pojmu kvalita života obecné hledisko

Pokud bychom pojem kvalita, hledali ve slovníku cizích slov našli bychom zajisté výklad tohoto slova, jako hodnotný, jakostní. Co si však pod tímto pojmem představit jestliže toto slovo spojíme dohromady se životem člověka, jedince, nebo nemocného? Tentýž člověk dokáže kvalitu života popsat pokaždé jinak, a to v závislosti na různých situacích.

Aristoteles říká: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“ (Křivohlavý, 2002, str.162). A stejně je tomu i u kvality života.

Literatura nabízí mnoho definic kvality života, ale i přes to je přesná definice velmi obtížná, ne-li nemožná.

(Křivohlavý, 2002)

1.1.2. Jak chápat pojem kvalita života podle různých autorů

„Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo.“(Bergsma a Engel, 1988, str.268)

Kvalitou života se odedávna zabývalo mnoho autorů, americký psycholog Abraham Maslow vytvořil teorii, že jsou-li uspokojovány potřeby jedince, pak prožívá kvalitní život. Tito jedinci jsou zdravější, šťastnější a výkonnější, než ti s neuspokojenými potřebami.

Kvalitu života pojímá také Jesenský „jako úroveň fyzických, psychických a sociálních aktivit člověka ve vztahu k jeho ekosystému. Týká se hlavně potřeb a spokojenosti v životě.“ (Jesenský, 2000, str.81).

Haškovcová chápe kvalitu života jako problémovou kategorii. Uvažuje o ni a definuje ji z různých hledisek, z ekonomického, sociálního, pracovního a jiného. Avšak zdůrazňuje kvalitu jako osobnostní a prožitkovou hodnotu. Prožitek psychického a sociálního blaha, pokládá za atribut kvality života, který je svou měrou autonomní. Pak záleží již jen na každém z nás, zda dokáže udržet kvalitu života i v komplikovaných zdravotních podmínkách, jako může být nemoc, či nikoli. (Haškovcová,1991).

„Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě - délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak je tomu však s kvalitou života? Dá- li se kvantita určit poměrně jednoduše, pak totéž nelze říci o určení kvality života.“(Křivohlavý, 2002, str.162)

V současné době se kvalita života stává důležitým základním měřítkem celkového stavu nemocného a současně i měřítkem účinku léčby. Není zaměřena jen na nemoc samotnou, ale i na dopad a důsledky léčebných zásahů, které ovlivní další život nemocného, ale i jeho rodinu.

(Salajka, 2000)

Kvalita života se dostala do mnoha úvah a empirických výzkumů dokonce i do slovníku politiků, neboť svým významem je to hodnota, ke které lze vztahovat aktivity, jež se přímo či nepřímo týkají lidské existence, tedy i života každého z nás.

(Vymětal, 2003)

Klener zahrnuje do kvality života nejen pocit fyzického zdraví, ale i psychickou kondici, společenské uplatnění, nenarušené rodinné vztahy a podobně. Na kvalitu života tedy pohlíží jako na mnohorozměrnou veličinu.

(Klener, Vorlíček, 1998).

Pokud hovoříme o kvalitě života a myslíme tím život jednotlivého člověka, je možné se z celé této široké problematiky opírat jen o dílčí oblasti. Engel a Bergsma (1988) „mapují“ tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných rovinách :

1. V makro – rovině- otázky kvality života velkých společenských celků
2. V mezo – rovině- otázky kvality života v malých sociálních skupinách
3. V personální (osobní) rovině- otázky kvality života jednotlivce

(Křivohlavý, 2002).

Bergsma a Engel (str.275,276) „Kvalita je soud – jde o subjektivní soud. Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot . Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací žití.“

(Křivohlavý, 2002, str.164).

1.1.3. Základní aspekty kvality života

Vymezení diskutovaného pojmu není snadné, a jak tomu u pojmových konstruktů bývá, setkáváme se s rozličnými přístupy a názory.

Hnilicová uvádí, že ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou východisek, a to z objektivního a subjektivního.

- Objektivní kvalita života splňuje požadavky týkající se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.
- Subjektivní kvalita života se dotýká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se svým životem, tak jak je člověk hodnotí ze svého pohledu.

Při zkoumání kvality života, je nutné obě hlediska kombinovat. Z toho plyne souvislost zdraví se spokojeností člověka, kdy však musíme brát v úvahu i jeho premorbidní osobnost včetně hodnotové orientace. Při výskytu určitého defektu zdraví je třeba přesně vymezit a zjistit rozsah a stupeň defektu zdraví. Ten, defekt zdraví, který zasahuje a mění celkový život člověka. Přičemž velmi důležité je to, jak kvalitu života hodnotí sám člověk. V rámci přístupu ke kvalitě života ve významu objektivním ji lze vymezit jako výsledek souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, které ovlivňují rozvoj lidí. Kvalita života je jakýsi stupeň, ve kterém člověk využívá důležité možnosti svého života.

Kvalita života v subjektivním přístupu je tím, jak člověk vnímá a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a to i ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Výsledkem je spokojenost či nespokojenost, která bude závislá se zdravotním stavem a smysluplností vedeného života.

(Vymětal, 2003)

1.1.4. Hlavní ukazatelé kvality života - obecně

Jestliže mluvíme o kvalitě života je vždy žádoucí rozlišit osoby jež jsou pacienti, od zdravých jedinců. Jejich aktuální hodnocení se bude přímo úměrně měnit s jejich měnícím se stavem a tím co právě prožívají a cítí.

(Vymětal, 2003)

Mezi ukazatele kvalitního života patří například :

- nezávislost
- absence utrpení
- produktivita
- naplňování očekávaných sociálních rolí
- podílení se na smysluplných aktivitách v rodině, zaměstnání a společnosti
- zachování, tělesných, emocionálních a intelektuálních funkcí
- subjektivní vnímání celkového zdraví a spokojenosti

Faktory, které ovlivňují kvalitu života jsou zejména:

- osobnostní vyzrálost
- odolnost a schopnost adaptace
- zkušenost
- přesvědčení o smysluplnosti života
- pocit sounáležitosti
- dobré sociální zázemí
- kvalitní sociální komunikace
- biopsychosociální model, který odpovídá individuální subjektivním pocitům jedince

(Vymětal, 2003)

1.1.5. Kvalita života u lidí nemocných

V hodnocení kvality života nemocného je důležité hodnotit postižení nemocného, velikost tohoto postižení, které je určováno posouzením nemocného na základě jeho vlastního posouzení. Tyto údaje a informace nám může sdělit pouze sám nemocný.

Na zdravotníkovi poté zůstává zhodnocení a posouzení příznaků onemocnění a návrat k normálním klinickým hodnotám. To znamená, že obvyklým zkoumáním hodnotí, zda se nemocný cítí zdravý či nikoli.

(Salajka, 2000).

Kvantitu života vyjadřujeme jeho délkou, kvalitu pak vyjadřujeme z hlediska nemocného jeho dobrými či špatnými zkušenostmi.

Kritérium kvality života v hodnocení výsledků léčeni vychází z definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO), která se v literatuře objevuje od sedmdesátých let.

A jež zdraví určuje jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody.“ Pokud budeme vycházet z této definice pak vidíme, že biopsychosociální paradigma medicíny přímo z této definice vychází. Kvalitní život je pak takovým životem, který odpovídá „fyzické, psychické a sociální pohodě“ (J.Vymětal, str.199, 2004) jedince ať už ji hodnotí druzí nebo jedinec sám. Proto při zkoumání lidského zdraví a kvality života musíme brát v úvahu všechny tři pohledy. (Vymětal, 2003)

„Opravdu kvalitní život může být veden tehdy, jestliže sobě rozumíme a žijeme vlastní život v nahlédnutí. Viděno filozoficky - stupňujeme to, co je specificky lidské.“ (Vymětal, str.201, 2004).

„V našem mateřském jazyce nám význam slova „nemoc“ definuje Slovník spisovné češtiny větou : „Nemoc je porucha zdraví.“. Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí.“ (Křivohlavý, str.15, 2002).

Jak se však mění kvalita života pokud člověk onemocní? Jakékoli posuzování kvality života by mělo obsahovat posuzování hodnot. Nemocný pak může posuzovat své vlastní hodnoty, stejně tak i jejich ztráty z mnoha aspektů. Totiž to, co je hodnotou pro jednoho člověka nemusí znamenat vůbec nic pro druhého. Skutečnosti, které mohou zapříčinit pokles kvality života u člověka, který onemocní je celá řada.

Od základních potřeb, kterými jsou například: hlad, žízeň, chlad..... Dále pak ztráta soběstačnosti, osamělost, která může vést až k sociální izolaci. Naopak to může být i ztráta soukromí, životních stereotypů, nemožnost rozhodovat sám o sobě. Velkým problémem je bolest, ztráta smysluplnosti a životní perspektivy, nedostatek naděje, víry, ideálů, bezmoc a beznaděj. Mohou se objevit deprese či jiné psychopatologie, které jedince negativně ovlivňují. To, že nemocný může mluvit sám o sobě, mu dává možnost, aby hovořil o své kvalitě života ze svého pohledu. Tato výpověď je velmi cennou, protože se liší od toho, jak kvalitu života nemocného posuzují zdravotníci nebo rodinní příslušníci.

(Vodvářka, 2001).

Význam posuzování kvality života spočívá ve vymezení cílů a úkolů, které pozitivně mění kvalitu života. Posuzuje vliv onemocnění dále i různé diagnostické, terapeutické, rehabilitační, pedagogické, pracovní a sociální vlivy na život nemocného jedince. V neposlední řadě i efektivitu a uplatnění intervencí.

(Jesenský, 2000)

„Každá řádně prožitá choroba se též – jak jako stará Galie – dělí na tři části: První čili přípravné stádium záleží na tom, že člověku je nějak nekale, ba přímo všivě, že ho kdesi cosi bolí a zkrátka není ve své kůži, ale že se dosud nerozhodl stonati.“

Karel Čapek, Návod kterak stonati

1.1.6. Specifické aspekty kvality života nemocných leukémií

Zjištění onko-hematologické diagnózy je faktem, ale současně obrovskou ránou.

Já sama se setkávám s touto závažnou diagnózou jakou je leukémie denně. Bohužel jsem se s ní setkala i v okruhu svých nejbližších a musím říci, že to pro mne byl hluboký a nesmazatelný zážitek, který v sobě ponesu, asi celý život. Znovu říkám bohužel, jelikož leukémie je natolik zákeřná a nevyzpytatelná choroba, kterou někdy nelze v nelehkém boji porazit a ona vyhrává a tím umírá člověk, který pro mne mnoho znamenal.

A snad právě proto jsem si zvolila tuto cestu ve své profesi, abych se alespoň určitou měrou mohla podílet na každodenním boji nemocných, dodávat jim odvalu, ale hlavně vidět jejich vítězství!

Po zjištění faktu, nezbývá než ho přijmout, je to fakt, se kterým se nemocný musí vyrovnat, jde tedy o akceptaci. Cesta k této akceptaci není však jednoduchá. U každého člověka přijde po sdělení, šok. Šok ve kterém si říká proč. „Proč se to stalo zrovna mě a právě teď? Všechny tato otázky vedou k popření, které jsou jakousi ochranou. Člověk se stahuje do sebe do izolace, ve které se chce sám vyrovnat s tímto faktem, snad i proto je zlostný a pln hněvu postupně smlouvá objevují se deprese a smutek. Na konci toho všeho je akceptace, která může být doprovázena rezignací a zoufalstvím.

To je ta tvář života spoutaná nemocí, kterou popsala Elisabeth Kübler – Ross jako psychickou odezvu na setkání s nemocí.

(Křivohlavý, 2002).

Léčba, kterou tito pacienti podstupují je velmi náročná, ať už se jedná o izolaci a další speciální postupy v ošetřování, hygieně, stravování, možnosti návštěv a v mnoha dalších.

S touto hospitalizací, při níž je provedena transplantace se kvalita života mění.

Změna se ale netýká jen hospitalizace, avšak i následného života po transplantaci, kde je třeba brát v úvahu i celkový pocit spokojenosti, vyrovnání se se změněnou situací a s důsledky onemocnění ve sféře psychosociální, sociální, kognitivní a spirituální.

(Klener, Vorlíček, 1998)

1.2. Transplantace –výklad termínu

„Transplantace – přenos tkání nebo orgánů na jiné místo téhož jedince, nebo jiného jedince téhož, nebo jiného druhu.“ (www.ABZ.cz :slovník-cizích slov).

1.2.1. Co je transplantace

Pojem transplantace krvetvorných buněk zahrnuje transplantaci kostní dřeně a nové metody, jako je transplantace kmenových (progenitorových) buněk z periferní krve a transplantace pupečnickové krve. Rozdíly v těchto metodách spočívají v druhu podávaného štěpu.

(Kozák a kol. 2001)

Laicky řečeno se jedná o výměnu špatně fungující krvetvorby, která má své sídlo v dutinách kostí, za novou krvetvornou tkáň od zdravého jedince a současně s tím i kompletní obnova celého systému obranyschopnosti organismu.

1.2.2. Jednotlivé typy transplantací

Z hlediska dárce je rozlišována transplantace

- **Alogenní- příbuzenská - HLA kompatibilní sourozenec či rodič.**

Jako štěp k obnovení činnosti kostní dřeně slouží kostní dřeň, periferní kmenové buňky nebo pupečnicková krev dárce shodná fenotypicky s příjemcem v HLA antigenech I.a II. třídy.

Pravděpodobnost, že bude sourozenec HLA shodný je teoreticky 25%, v praxi 30%.

Alogenní štěp nepůsobí jen obnovou zničené příjemcovy dřeně, ale má též aditivní terapeutický účinek prostřednictvím současně transplantovaného nového imunitního systému. Po vysokodávkované chemoterapii je štěp podán příjemci v podobě transfúze, pak následuje pancytopenické období 1-3 týdny do přihojení a obnovy krvetvorby.

- **Alogenní – nepříbuzenská- HLA kompatibilní dárce (alternativní dárce)**

Alternativním dárce se rozumí dárce s dvěma nebo více neshodami v příslušných HLA antigenech. Tito dárce jsou vyhledáváni v registrech dárce kostní dřeně.

- **Autologní transplantace- dárce je samotný pacient**

Smysl autologní transplantace je obnova krvetvorby po vysokodávkované chemoterapii předem odebraným štěpem. Štěp se odebírá a zamrazuje před vysokodávkovanou léčbou, většinou ve formě periferních kmenových buněk. Před zmrazením může být purifikován od přítomnosti maligních buněk.

Autologní transplantace je zatížena podstatně nižší toxicitou, tolerance je dobrá, morbidita je nízká, mortalita se pohybuje okolo 5%. Nevýhodou je vyšší procento relapsů.

(Kozák a kol.2001)

Jednotlivé typy transplantací

- **Transplantace kostní dřeně**

Jde o původní metodu . Štěp se získává mnohonásobnou aspirací z lopat kostí pánevních. Jde o výkon v celkové anestézii trvající 1-2 hodiny, objem dřeně nutný k úspěšnému přijetí je 15-20ml/kg hmotnosti příjemce, obvykle 1-1,5 l dřeně.(Kozák a kol.2001).

V dnešní době se však transplantace kostní dřeně provádí méně, její místo zaujala transplantace periferních kmenových buněk.

- **Transplantace periferních kmenových buněk**

Tyto kmenové (progenitorivé) buňky za normálních okolností sídlí v kostní dřeni. Pouze po některých zákrocích (podání vyšší dávky cytostatik anebo podání vyšší dávky takzvaných leukocytárních růstových faktorů) se z kostní dřeně uvolňují a začnou cirkulovat v krvi. Pak je lze detekovat v krvi a odebrat speciálními přístroji, které se nazývají separátory krvinek, z krve izolovat a koncentrovat. Dále jsou zamrazeny a připraveny kdykoli k použití.

Výhodou této metody je, že odpadá nutnost odebírání kostní dřeně v celkové anestézii.

(www.transplantace.cz)

- **Transplantace pupečnickové krve**

Pupečnicková krev je bohatá na mladé kmenové (progenitorové) buňky. Přesto je celkový objem krve a celkový počet buněk tak malý, že většinou nepostačuje k transplantaci pacienta těžšího než 70kg. Proto se tento nový postup používá zatím zejména v pediatrii. Výhodou této metody je poměrně velká pravděpodobnost nalezení shodného dárce při předpokládané mnohonásobně větší velikosti registru. (Kozák a kol.2001).

1.2.3. Indikace k transplantaci

V naší zemi potřebují transplantaci stovky pacientů ročně. Přes veškeré pokroky současné medicíny stále existují nemoci, které jednodušším způsobem vyléčit nelze a u kterých chemoterapie, imunoterapie, radioterapie či jiné moderní postupy mohou vést jen k dočasnému zastavení choroby. To sice přinese zlepšení subjektivního i celkového stavu, nemoc však v těle zůstává a po určité době se vrací. Je proto nutné porovnat rizika, která transplantace může přinést s budoucími riziky vyplývající z choroby samotné. Situace u každého pacienta je samozřejmě velmi individuální. Důležitou součástí je rozhodnutí zda se vydat cestou transplantace je rada lékaře. Avšak definitivní rozhodnutí vždy zůstane na pacientovi samotném.

Některé choroby, které jsou indikací k transplantaci:

- Některé typy akutních i chronických leukémií (u dospělých i u dětí)
- Preleukemické stavy (myelodysplastický syndrom, Fanconiho anémie aj.)
- Některé zhoubné nádory dospělých i dětí
- Těžké krvetvorné útlumy, nezvladatelné konvenční terapií (těžká aplastická anémie aj)
- Těžké poruchy imunity u dětí
- Některé vrozené odchylky látkové přeměny a další (obvykle již vzácné) odchylky, související s vadami krve a obranyschopnosti.

(www.transplantace.cz)

1.2.4. Vyhledávání dárců – kostní dřeně, periferních kmenových buněk

Český národní registr dárců dřeně je nestátní zdravotnická organizace, založená Nadací pro transplantace kostní dřeně.

Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) pracuje v naší zemi od roku 1992 s cílem získávat a vyhledávat dobrovolné dárce a umožnit tak transplantaci dřeně co největšímu počtu nemocných, kteří tento výkon pro záchranu svého života naléhavě potřebují.

Při zrodu ČNRDD stáli sami nemocní a jejich rodiny a doposud rozvoji této organizace účinně pomáhají.

ČNRDD řeší v posledních letech ročně stovky žádostí o vyhledání nejvhodnějšího nepříbuzného dárce dřeně z České republiky i ze zahraničí. Každý registrovaný může dostat v budoucnu příležitost stát se jedinečným zachráncem lidského života.

Hlavní činností ČNRDD je:

- Nábor dobrovolných dárců dřeně na celém území ČR a vyšetřování jejich transplantačních znaků a zařazení do databáze registru.
- Hledání vhodných dárců pro konkrétní nemocné, indikované k transplantaci.
- Organizace odběrů krvevorných buněk vybraných dárců a jejich transport za příslušnými pacienty do jednotlivých transplantačních center.

(www.kostnidren.cz/registr/o-registru/)

Historie registru

Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) vznikl v červnu 1992, jako první z aktivit Nadace pro transplantace kostní dřeně založené rodiči pacientů s leukémií a nádory. Cílem bylo vybudovat v našem státě organizaci obdobnou registrům, rozvíjejícím se ve vyspělých zemích Evropy a světa, a umožnit tak i u nás záchranné transplantace co největšímu počtu nemocných, kteří ji z lékařského hlediska naléhavě potřebují.

Účinnou aspiraci a pomoc v začátku budování celé organizace poskytly již zavedené a úspěšné registry v zahraničí, především:

anglický registr Anthonyho Nolana, americký Národní program dárců dřeně a holandský Eurodonor.

Budování celostátní organizace registru si vyžádalo od prvopočátku rozprostřít nábor dárců dřeně na celém území naší republiky a získat pro jeho podporu co nejširší veřejnost. Bylo nutné dát projektu pevný řád a pravidla, která by plně obstála na mezinárodní úrovni a umožnila tak mezinárodní spolupráci. V neposlední řadě bylo nutné získat finanční prostředky na vyšetření dobrovolníků z nestátních zdrojů.

V zakládajícím roce 1992 se do společného projektu pod původním jménem Centrální registr dárců kostní dřeně (CRDKD) zapojilo sedm dárcovských center. Byla to centra v Českých Budějovicích, Hradci Králové, Mostě, Olomouci, Ostravě, Plzni a Ústí nad Labem.

Při transfúzních odděleních nemocnic, zde probíhal jak nábor dárců, tak současné vyšetřování transplantačních tkáňových typů přihlašovaných dobrovolníků v HLA laboratořích.

Na jednání CRDKD v Praze v červnu 1992 byly přijaty první závazné pracovní standardy, konzultované ve výboru Hematologické společnosti J.E.Purkyně a schválené etickou komisí. Propojení činnosti jednotlivých dárcovských center i transplantačních pracovišť zajistilo Koordinační centrum registru při hematologicko-onkologickém odd. FN v Plzni.

Kontrolou kvality vyšetřování dárců v jednotlivých centrech byla pověřena HLA laboratoř Imunologického ústavu FN v Olomouci, akreditována Evropskou společností pro imunogenetiku (EFI).

Organizační zastřešení, osvětu a finanční krytí tohoto projektu převzala Nadace pro transplantace kostní dřeně.

([www.kostnidren.cz/registr/o-registru/historie.php./](http://www.kostnidren.cz/registr/o-registru/historie.php/))

Od léta 1992 byly sítě transfúzních stanic po celé republice distribuovány náborové materiály pro dobrovolné dárce. V dopravních prostředcích byly vylepovány náborové letáky a do propagace byl zapojen denní tisk i další média.

V září 1992 –vstoupili do registru první dobrovolní dárce a již rok nato, mohla být v České republice provedena první nepříbuzenská transplantace dřeně pomocí českého dárce.

V roce 1995 se ke společnému programu připojilo osmé dárcovské centrum na transfúzním oddělení v Brně.

V roce 2002 se zapojilo i hematologické a transfúzní oddělení Ústřední vojenské nemocnici v Praze – Střešovicích.

Díky pochopení široké veřejnosti a úsilí všech lidí, kteří se na celé této akci podíleli, prokázal registr svou životaschopnost. Brzy si také získal odborné uznání a navázání mezinárodní spolupráce.

V roce 1993 byl CRDKD napojen na celosvětovou databázi dárců dřeně Bone Marrow Donors Worldwide- BMDW, která zajišťuje z centra v holandském Leidenu mezinárodní propojení jednotlivých registrů všech zemí světa.

V roce 1994 byl CRDKD přijat za člena Světové asociace dárců dřeně (World Marrow Donor Association – WMDA).

Konečně v září 1997 uzavřela správní rada Nadace pro transplantace kostní dřeně smlouvu s doposud největším registrem světa, americkým Národním registrem dárců dřeně (National Marrow Donor Program – NMDP). Váhu této smlouvy dokládá i skutečnost, že musí a byla schválena výborem Kongresu USA.

(www.kostnidren/registr/oregistru/spoluprace.php.)

Přijetí nového zákona o nadacích č.227/97Sb. si vyžádalo organizační změny.

Ke dni 1.1.1999 bylo realizováno právní osamostatnění registru formou obecně prospěšné společnosti, která přijala i nové oficiální jméno Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD). V průběhu roku 2000 se ČNRDD podařilo uzavřít smlouvy s většinou českých zdravotních pojišťoven, které tím převzaly náklady za jejich nemocné klienty.

Nábor a vstupní vyšetření nových dobrovolných dárců při zařazování do registru, však nadále finančně hradí Nadace pro transplantace kostní dřeně v rámci svého grantového programu.

Konečně v roce 2004 podal ČNRDD podklady k získání prestižní akreditace Světové asociace dárců World Marrow Donor Association -WMDA, kterou doposud získaly pouze 3 registry dárců dřeně na světě.

(www.kostnidren.cz/registr/o-registru/historie.php.)

Vyhledávání dárců

Vhodný dárcce se nejprve hledá v úzké rodině nemocného, nejlépe mezi jeho sourozenci. Většina pacientů bohužel mezi příbuznými vhodného dárcce nenajde.

Jejich nadějí je doufat, že se podaří najít cizího dobrovolného dárcce, jehož tkáňové znaky jsou náhodně podobné, a který by byl ochoten své krvetvorné buňky darovat.

Dnes je na celém světě registrováno přes 9 milionů dobrovolných dárců dřeně ochotných pomoci. Přestože registry jednotlivých zemí mezi sebou velmi úzce spolupracují, stále ještě existuje mnoho případů, kdy se dárcce pro konkrétního nemocného najít nepodaří.

Hledat jej ve vlastním národě, proto může být z mnoha důvodů mnohem snazší.

(www.kostnidren.cz/registr/darci/)

1.2.5. Komplikace po transplantaci – časně, pozdní

Pojem transplantace v praxi nezahrnuje pouze samotný převod připraveného štěpu, ale její nezbytnou součástí je i předtransplantační příprava (conditioning). Ta spočívá ve vysokodávkované chemoterapii samotné nebo v kombinaci s celotělovým ozářením a v následné obnově činnosti kostní dřeně příslušným štěpem. Vysokodávkovaná chemoterapie by byla bez návratu kostní dřeně letální. Cílem chemoterapie je překonat rezistenci u zbývajících nádorových buněk a chorobu tak zcela zlikvidovat. Tímto radikálním přístupem dochází k ireverzibilnímu poškození vlastní kostní dřeně a někdy také k mimodřeňové toxicitě. Zničená kostní dřeň je nahrazena novou, mimodřeňové poškození je většinou reverzibilní.

Období po transplantaci se nazývá pancytopenické – je to období trvající 1-3 týdny od přihojení štěpu a obnovou krvetvorby. Po tuto dobu je pacient ohrožen rozvojem těžkých forem bakteriálních infekcí a krvácením. V této době se také projevuje již zmíněná mimodřeňová toxicita vysokodávkované chemoterapie. Objevuje se mukositida (jedná se o poškození sliznice dutiny ústní v různém rozsahu), nevolnost se zvracením a nechutenství, oslabení obranyschopnosti s možností vzniku infekcí – lokálních i celkových provázených teplotami, celková únava, poškození kůže a alopecie (stav nepřítomnosti, nebo ztráty vlasů).

Často se vyskytují průjmy, dále se mohou objevovat bolesti způsobené např. zánětem, infekcí nebo jinou komplikací. V tomto období je typický syndrom nedostatečnosti kostní dřeně:

- Anémie- nedostatek červené krevní řady, projevující se zvýšenou únavou, slabostí, hučením v uších, závratěmi, palpitacemi-(bušení srdce). Celkově je nemocný bledý.
- Granulocytopenie- je to nedostatek funkčních granulocytů-(buňky podílející se na obranyschopnosti organismu), se projevuje infekcemi.
- Trombocytopenie- pokles trombocytů spojen s krvácivými projevy.

Po přihojení alogenního štěpu je velmi obávanou komplikací akutní a chronická forma reakce štěpu proti hostiteli (graft versus host disease – GVHD). Jedná se o boj transplantovaného imunitního systému vůči příjemcovým tkáním, které rozeznává jako cizí. Akutní formy GVHD postihuje především játra, sliznici trávicího ústrojí a kůži. Těžké formy mohou být smrtelné.

Chronické formy GVHD způsobují postižení trávicího ústrojí a kůže a způsobují hlubokou imunosupresi (potlačení vlastní imunity).

Největší příčinou mortality po alogenní transplantaci od příbuzného dárce je akutní GVHD a to až ve 20%, u nepříbuzných dárců se toto procento ještě zvyšuje. Alogenní transplantace se standardně neprovádějí u pacientů starších než 60 let, z důvodu malé tolerance této náročné léčby a celkově náročného postupu.

Nemocní, kteří jsou léčeni vysokodávkovanou chemoterapií jsou ohroženi nejrůznějšími infekcemi. Proto je nutná hospitalizace na specializovaných odděleních, kde vybavenost pracoviště přispívá ochranou před průnikem infekce zvenčí – ze vzduchu, stravy, vody, rukou a oděvu ošetřujícího personálu. Základním předpokladem je tedy umístění nemocného na jednolůžkovém pokoji s laminárním prouděním vzduchu. Zde je nemocný po celou dobu hospitalizace až do úplné regenerace kostní dřeně, ale i celkového zdravotního stavu.

Jak již bylo uvedeno zvýšené požadavky jsou i na stravu a vodu, jelikož by neměla obsahovat patogenní živé mikroorganismy, zvláště pak kvasinky a houby.

A to jak v období pancytopenie, kdy jsou požadavky na dodržování aseptických podmínek mnohem vyšší, ale i měsíc po autologní transplantaci a 6 měsíců po alogenní transplantaci.

Proto každý nemocný při propuštění dostává písemné informace o doporučeném režimu, který je nutno po transplantaci dodržovat, aby nedošlo k závažným komplikacím.

(Kozák a kol. 2001)

1. 3. Nemoc leukémie

Poprvé toto slovo použil Rudolf Ludwig Karl Virchow v roce 1858. Působil jako lékař, patolog, biolog a politik. Vystudoval medicínu v Berlíně na vojenské akademii, a poté se stal profesorem. Jedno jeho z nejslavnějších pravidel je „Omnis cellula e cellula“ - „Každá buňka pochází z další buňky“. To se vztahuje k jeho poznání, že ne celý organismus, ale jen jisté buňky nebo skupiny buněk se mohou stát nemocné. Virchow založil lékařské pole celulórní patologie.

(www.wikipedia.infostar.cz/1/le/leukemia.html)

Leukémie toto slovo znamená v latinském jazyce „bělokrevnost“ neboli zmnožení zhoubně změněných bílých krvinek. Leukémie, ale není jednotnou chorobou, je to souhrnný název pro skupinu chorob, které se vyznačují zmnožením bílých krvinek, které jsou obvykle maligně (zhoubně) změněné. Upřesnění typu leukémie se provádí po mikroskopickém vyšetření bílých krvinek. Obecně lze leukémie rozdělit na akutní- vznikající náhle, které by svým průběhem pokud by byly neléčené mohli nemocného usmrtit řádově v týdnech.

A dále leukémie chronické, neboli leukémie s pozvolným průběhem se kterými nemocný může i bez léčby žít i řadu let.

(www.transplantace/malyslovnicekpojmu.php.cz) .

1.3.1. Jednotlivé typy leukémií

Hematologické malignity tvoří ve vyspělých zemích 7% ze všech malignit u mužů a 6% u žen. Leukémie jsou tedy šestou nejčastější maligní chorobou u obou pohlaví. Epidemiologické studie dokázaly, že mohou existovat souvislosti mezi výskytem jednotlivých krevních malignit a například infekcí viry, expozicí chemikáliím a radioaktivnímu záření a další. Přesto však stále platí, že etiologie hematologických maligních onemocnění není ve většině případů známa. Spíše než o konkrétní etiologii hovoříme u hematologických malignit o rizikových faktorech, jejichž výskyt zvyšuje riziko vzniku hematologického onemocnění.

Známe pět rizikových faktorů:

- Ionizující záření (gama-paprsky, RTG)
- cytostatická léčba

- chemikálie (benzen, toluen, dehet např. v cigaretovém kouři)
- infekce viry
- genetické faktory

Klasifikace hematologických malignit

K maligní transformaci dochází na některém diferenciačním stupni kmenové buňky- (tzn.při dozrávání kmenové buňky, ze které za fyziologických podmínek vzniká zralá plně funkční krevní buňka). Jednotlivé choroby se proto liší úrovní předpokládaného zvratu.

Přehled rozdělení hematologických malignit

- *Akutní leukémie:*
 - akutní myeloblastové leukémie (AML)
 - akutní lymfoblastové leukémie (ALL)
 - *Chronické leukémie:*
 - chronická lymfocytová leukémie (CLL)
 - prolymfocytová leukémie (PLL)
 - leukémie s vlasatými buňkami (hairy cell leukemia- HCL)
 - *Myelodysplastické syndromy*
 - refrakterní anémie (RA)
 - refrakterní anémie s excesem blastů (RAEB)
 - refrakterní anémie s excesem blastů v transformaci (RAEB-T)
 - refrakterní anémie s prstenčitými sideroblasty (RAS)
 - chronická myelomonocytová leukémie (CMML)
 - *Chronické myeloidní leukémie a neleukemické myeloproliferační choroby*
 - chronická myeloidní leukémie (CML)
 - polycythaemia vera (PV)
 - esenciální trombocytémie (ET)
 - myelofibróza s myeloidní metaplázií (MMM)
 - *Neleukemické lymfoproliferční choroby*
 - Hodgkinova choroba (HD)
 - nehodgkinský lymfom (NHL)
- (Kozák a kol.2001)

1.3.2. Možnosti léčby obecně – dříve a dnes

Leukémie je velmi závažné onemocnění, které vyžaduje neodkladné řešení na specializovaném pracovišti, jelikož neléčená nebo nedostatečně léčená leukémie vede ke smrti nemocného. Za posledních 10 let bylo dosaženo velkého pokroku v léčbě. Dnešní moderní terapie je velmi razantní a tím se stává náročnou pro pacienta, ale i pro ošetřující personál. Patří tedy mezi nejnáročnější onkologické postupy vůbec. Výsledky léčby jsou i přes její náročnost korunovány úspěchy, kdy je možné říci, že stovky nemocných mohou být vyléčeni.

Prognóza u starších nemocných (nad 50 let), však zůstává nadále vážná a léčebné výsledky nejsou zdaleka tak dobré jako u nemocných mladšího věku.

V terapii hematologických malignit se využívá léčba cytostatiká, radioterapie, někdy též léčba chirurgická a transplantace krvetvorných buněk. Nedílnou součástí terapie je i léčba podpůrná, tou rozumíme opatření, která potlačují symptomy choroby, snižují negativní vedlejší účinky léčby a podporují její efektivitu.

(Kozák a kol. 2001)

Historický přehled

- V roce 1827 Velpeau poprvé popisuje onemocnění, které by mohlo být označeno jako leukémie.
- V polovině 19. století Donné a doktor Benet na jeho pracovišti v Paříži popsali preciznějším popisy nemocné s nahromaděním bílých krvinek v krvi. Domnívali se však, že jde o hnis, žádné hnisavé ložisko nebylo nalezeno.
- 1845, 1846, 1847 – Virchow poprvé popsal správně nemocné a charakterizoval onemocnění, při kterém nejde o hnisání, ale o samotné onemocnění krve. V roce 1847 pak poprvé použil termín leukémie.
- V roce 1857 Friedreich rozdělil leukémie na akutní a chronické.
- V roce 1867 Neumann poprvé použil termínu myelogenní leukémie.
- Roku 1865 zavedl Lissauer arzén do léčby leukémií.
- Začátkem 20. století byla do léčby leukémie zavedena radioterapie. Po dlouhá desetiletí byla, ale léčba neuspokojivá.

- První a druhá světová válka přinesla do léčby náhodné zjištění cytostatických účinků hořčičného bojového plynu. Krumbhaar a Krumbhaar v roce 1919 popsaly těžké změny na kostní dřeni po použití tohoto plynu. Za druhé světové války při vyšetřování havárie lodi vezoucí tento plyn, bylo zjištěno, že dochází k poškození kostní dřene a lymfatických uzlin. To vedlo k podnícení studie na zvířatech a ke klinickému zkoušení.
 - V roce 1946 Goodman et al. poprvé podal chemoterapii v léčbě leukémie. Léčba nebyla úspěšná, ale vedla k dalšímu výzkumu cytostatik.
 - 50. a 60. léta 20. století přináší objevy dalších jednotlivých cytostatik do léčby leukémie.
 - 70. léta až dosud, dochází k dramatickým změnám jednak v klasifikaci leukémií, ale přináší i poznatky o dalších způsobech léčby, kterou je i alogenní a autologní transplantace kostní dřene.
- (www.linkos.cz/vzdelavani/3-99/3.php/ článek J.Mayer II.interní klinika FN Brno)

Důležité je říci, že cesta k tomuto dnešnímu stavu poznání nebyla vůbec jednoduchá. Doufám a pevně věřím, že neustálý rozvoj v této oblasti přinese mnoho dalších poznatků a nových postupů v léčbě této zákeřné nemoci, kterou je leukémie. A díky, které budou moci být zachráněny další stovky lidských životů.

Léčbu této závažné nemoci bych přirovnala k běhu na dlouhou trať a proto bych chtěla dodat, že nezbytnou součástí je i trpělivost, naděje a víra v uzdravení bez, které by všechny léčebné metody moderní medicíny byly zbytečné.

1.4. Psychická oblast

Člověka ve zdraví i v nemoci je nutno vidět celostně. Z toho plyne, že kromě aspektů biologických je třeba uvažovat i o aspektech psychických a sociálních. Tento přístup je vyjádřen v modelu bio-psychosociálním.

Pro každého člověka je přijetí a vyrovnání se, se skutečností, že onemocněl závažným onemocněním velmi těžké. Psychické reakce a prožívání nemoci jsou velmi individuální.

Objevuje se celá paleta emočních odpovědí od rozladění po těžkou psychopatii.

Typ psychické reakce nemocného a způsob prožívání nemoci záleží na několika faktorech:

- na premorbidní osobnosti nemocného
- stavu vyšší nervové činnosti
- osobních vlastnostech a schopnostech
- hodnotové orientaci
- stylu života
- na uspokojování potřeb nemocného
- sociálním zázemí
- zvláště pak na citovém zázemí rodiny
- na funkčnosti rodiny
- vztahu k zaměstnání
- věku nemocného
- míře a rozsahu informovanosti o nemoci
- na způsobu podávání informací
- důvěře ke zdravotníkům
- na fázi a způsobu jakým onemocnění probíhá

Přechod ze zdraví do nemoci, zvláště u člověka do té doby zdravého, znamená množství nových a neznámých situací, se kterými se obtížně vyrovnává. Znamená změnu zaběhnutého životního stylu, znamená nové mezilidské vztahy s lidmi, od kterých zpočátku neví, co může očekávat. Nemoc znamená přijít do styku se zdravotnickou technikou, jejíž smysl a funkci nemocný chápe jen z části. Navíc na počátku nemocný nemá představu o tom, co vše se v jeho životě změní. To vše činí přechod do nemoci obdobím psychicky náročným svou novostí a složitostí.

(Bartlová 1993)

1.4.1. Psychická podpora rodinou

V oblasti zvládání nemoci vykazuje svou důležitost rodinné prostředí, zvláště pak dynamika rodinných vztahů. Změna celkového stavu nemocného se netýká jen jeho samého, ale často i mimořádně intenzivně jeho vztahů, manželství a rodiny. Celkově lze říci, že rodiny, ve kterých někdo onemocní se mění. Schopnost vyrovnávat se s onemocněním je rozdílná jak u nemocného, tak i u jeho rodiny. Úroveň i rozsah adaptace nemocného na nemoc je do jisté míry určována i tím, jak je rodina schopna vyrovnávat se s těžkými životními situacemi. Jak jsou členové rodiny připraveni mezi sebou komunikovat, formulovat a řešit problémy, vyjadřovat názory, zaujímat jednoznačné postoje k otázkám nemoci, prokazovat si vzájemné pochopení a podporu. Každé postižení rodiny nemocí, představuje celou řadu otázek, které musí být analyzovány s nutností hledání optimálních řešení. Rodina není na skutečnost vážné nemoci připravena, stejně tak, jako nemocný. Je proto nutné, aby nejen nemocný, ale i celá rodina přehodnotila představu své perspektivy, tak aby co nejvíce korespondovala s danou situací. To vyžaduje nejen přehodnocení životního stylu, ale i úroveň vzájemných vztahů, protože celá funkce rodiny se může podstatně změnit v rámci své vlastní struktury a i ve vztahu vůči okolnímu světu.

Základním požadavkem je však potřeba „otevřenosti“ všech.

(Bartlová 1993)

1.4.2. Psychická podpora zdravotníky

Onemocnění znamená pro člověka změnu v jeho životě. V případě hospitalizace je tato změna i dočasnou změnou jeho sociálního prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Hospitalizovaný nemocný je tedy dočasně vyřazen ze společnosti zdravých. Subjektivně se ocitá v postavení psychicky a společensky podřízeného. Nemocnému se často říká, co smí, co nesmí, co musí. To je podstatnou změnu oproti normálnímu životu a znamená pro nemocného velkou zátěž, kromě vlastní nemoci. Vstup do nemocnice znamená, nutnost osvojit si novou roli. Ne každý jedinec si však osvojuje novou roli se stejnou snadností. Někdy si zdravotníci tuto skutečnost, ani neuvědomují. Proto jedním z předpokladů pro úspěšnou léčbu je optimální zvládnutí rolí, jak zdravotnickými pracovníky, tak nemocným.

Nedílnou součástí úspěšné léčby je důvěra mezi nemocným a zdravotníky, kteří mu jsou oporou. Nemocný čeká od zdravotníků nejen somatickou péči a léčbu, ale i povzbuzení, posílení naděje a sílu k dalšímu boji s nemocí. Čeká i vyjasnění chmurných představ a předtuch. Očekává slova útěchy.

(Křivohlavý 2002)

1.4.3. Psychická podpora okolím

Kontakt s okolím je pro nemocného velmi důležitý, neboť je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav nemocného je velmi potřebný. Kromě rodiny to jsou přátelé, škola, pracoviště a další pro něho důležité, které spoluutvářejí model chování nemocného, důležité v jeho reakci na nemoc. Každá nemoc vede k omezení, či ztrátě některých vazeb, znamenajících pro nemocného silnou emotivní změnu.

Nelze však opomenout i negativní vlivy, kterými může být ovlivněn celkový zdravotní stav nemocného. Rodina nebo přátelé mohou způsobit sdělováním nepříjemných zpráv, či nevhodným srovnáváním nemocného s jinými případy nemoci, které znají ze svého okolí, psychické rozladění, až zhoršení stavu nemocného. Dochází totiž k jistému napětí mezi nemocným a chorobným stavem, které neprospívá léčebnému procesu.

Nemocný od okolí očekává spíše rozptýlení, přátelskou nebo citovou komunikaci, odreagování od problémů. Nevhodná komunikace však může vést k melancholickým náladám, či oživení problému nemoci.

Závěrem lze říci, že je nesporná souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivním, popřípadě negativním průběhu.

(Bartlová 1993)

1.4.4. Sociální opora

Každá nemoc má určité sociální důsledky. Nemocnému způsobuje nemožnost vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi. To má významný vliv na socioekonomické podmínky života. Zde se otvírá široké pole působnosti pro odborníky ze sociálních sfér, kteří mohou pomoci zvládnout negativní důsledky nemoci.

Objevují se však i změny v oblasti trávení volného času, omezení nebo nemožnost další činnosti v různých společenských, kulturních, a jiných oblastech. Proto velmi záleží na odbornících, spolupracovnících a rodinných příslušnících, aby pomohli nemocnému z tohoto stavu a zabezpečili mu návrat do společnosti. Často je velmi nutné najít činnost, ve které by se nemocný plně realizoval.

Sociální opora by se tedy měla zaměřovat na jednotlivé okruhy onemocnění, neboť není možné navrhnou sociálně technická opatření pro všechny nemocné stejně.

Jen tehdy podaří-li se zmapovat, jaké sociální důsledky to které onemocnění přináší, lze vytvořit kvalitní sociální oporu a tím zkvalitnit život nemocného.

(Bartlová 1993)

1.5. Možnosti hodnocení kvality

1.5.1. Hodnocení kvality života pomocí dotazníků- obecně

Metod, kterými může být měřena kvalita života je velmi mnoho. Můžeme je rozdělit do třech skupin: I. Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

II. Metody měření kvality života, kdy hodnotitelem je sama daná osoba

III. Metody smíšené, které jsou kombinací metod typu I.a II.

Většina metod však nemocnému předkládá hotové oblasti a hotová kritéria, ke kterým se má vyjadřovat. Část dotazníků zjišťuje objektivní data o kvalitě života nemocného a část dotazníků je zaměřena na subjektivní pocity nemocného.

Mezi nejjednodušší způsob zjišťování kvality života je metoda VAS(Visual Analogue Scale = vizuální anologová škála. Křivohlavý popisuje tuto škálu jako deseticentimetrovou svislou úsečku nebo jako vodorovnou úsečku stoupající pod úhlem 45°, na které levý konec značí mimořádně špatný stav a pravý konec úsečky velice dobrý stav.

Další metodou měření kvality života dle Křivohlavého je systém SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life = Systém individuálního hodnocení kvality života) Tento způsob neklade předem kritéria, která by stanovovala správné či nesprávné, ale vychází z osobních představ.

Metoda SEIQoL chápe kvalitu života jako individuální a vychází z nejzákladnějších cílů člověka a zjišťuje do jaké míry se mu daří cílů dosahovat. Je tedy požádán, aby uvedl pět životních cílů, které v danou chvíli pro sebe považuje za nejdůležitější. Touto metodou zjistíme i to, jak moc si toho kterého cíle váží a jak je pro něho důležitý. Vyhodnocením dotazníku pak dostáváme číselně vyjádřenou míru spokojenosti s životem. Výsledek nám dává obraz celkové životní pohody nemocného anglicky vyjádřeno jako "well-being" - pohoda.

Celková životní pohoda nemocného jak se ukázalo, v pozadí mnoha pojetí kvality života i způsobů měření kvality života, je často odlišná od fyzického stavu nemocného.

(Křivohlavý 2001,2002)

K hodnocení kvality života jak již bylo uvedeno je využíváno dotazníků, a to :

- Generických = (obecných) - všeobecně hodnotí celkový stav nemocného bez ohledu na dané onemocnění. Jejich výhodou, je že si všímají kvality života nemocných v co nejširším záběru a jsou tedy vhodné k hodnocení kvality života nevýběrových vzorků populace nebo ke srovnání velikosti ovlivnění kvality života různými onemocněními. Na druhé straně jsou však málo citlivé k jemnějším změnám zdravotního stavu.
- Specifických – ty jsou koncipovány pro hodnocení celkového stavu nemocného nebo specifického aspektu kvality života, jakým je například bolest, únava, apod.. Se specifickými dotazníky jsou často užívány i tzv. moduly zaměřené na specifické symptomy a obtíže u daných typů onemocnění. Tyto dotazníky jsou výrazem snahy o co nejpřesnější poznání faktorů ovlivňující kvalitu života.
- Kombinovaných – obsahují část generickou (obecnou) a část specifickou.

(Salajka 2000)

1.5.2. Hodnocení kvality života pomocí dotazníků u lidí nemocných leukémií

K hodnocení kvality života u nemocných po transplantaci krvetočných buněk je jak vyplývá z mnoha zahraničních studií, využíváno specifických dotazníků, z mezinárodních lze zmínit například „Functional Assesment of Cancer Treatment – Bone Marrow Transplantation Questionnaire = FACT – BMT, Cancer Quality of Life Questionnaire C30=ECORT QLQ C30, ale i generických mezinárodních dotazníků například European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D v hodnocení globální kvality života.

První studie na hodnocení kvality života nemocných po transplantaci krvetočných buněk byly provedeny v zahraničí na přelomu 70. a 80. let 20. století a to v souvislosti se vznikem prvních nástrojů na hodnocení kvality života. Nástroji k hodnocení jsou míněny dotazníky překládané nemocným. Mezi první dotazníky patří Karnofsky Performance Status Scale (KPSS). Nejvíce studií k hodnocení kvality života po transplantaci krvetočných buněk pochází většinou ze zemí západní Evropy (Finsko, Velká Británie, Švédsko), Ameriky a v neposlední řadě z asijských zemí (zejména Číny). V průběhu 90. let 20. století se možnosti hodnocení rozšiřují, a to ve smyslu vytváření, ověřování a následného užívání v praxi. Avšak jedině sám nemocný je schopen posoudit do jaké míry má jeho onemocnění a jeho léčba dopad na jeho fyzické a psychické zdraví a jak v této souvislosti ovlivňuje způsob jeho života, jak kvalitně může žít i s daným onemocněním.

(Slováček 2005)

2. EMIRICKÁ ČÁST

2.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jakou měrou ovlivňuje transplantace krvetvorných buněk kvalitu života nemocného. Snažila jsem se zaměřovat oblast fyzickou, psychickou a sociální.

Pomocí otázek zaměřených na oblast fyzickou jsem zjišťovala subjektivní vnímání změn zdravotního stavu. Cílem otázek v oblasti psychické bylo poukázat na změny v této oblasti a zjištění současného psychického stavu nemocného a jeho pocitů. Otázkami zaměřenými na oblast sociální jsem zjišťovala k jakým změnám došlo v pracovním a osobním životě.

Dále jsem zjišťovala, jak kvalitu života po transplantaci charakterizuje sám nemocný. Důraz byl kladen především na subjektivní prožívání.

2.2. Sledované cíle

Vytvořila jsem si následující sledované cíle

V oblasti fyzické

- 2.2.1. Nemocný má obtíže při vykonávání namáhavějších činností.
- 2.2.2. Nemocný se cítí unaven.
- 2.2.3. Nemocnému chybí chuť k jídlu
- 2.2.4. Transplantace pozitivně ovlivňuje kvalitu života nemocného

V oblasti psychické

- 2.2.5. Nemocný má obavy, že se nemoc vrátí
- 2.2.6. Nemocnému se změnil žebříček hodnot
- 2.2.7. Způsobuje psychické napětí
- 2.2.8. Nemocný je často podrážděn a deprimován
- 2.2.9. Nemocný má potíže se soustředit

V oblasti sociální

- 2.2.10. Pociťuje limitaci ve společenském životě
- 2.2.11. Nezpůsobí změnu v partnerském a sexuálním vztahu
- 2.2.12. Pociťuje limitaci ve sportovních aktivitách a práci
- 2.2.13. Změní se chování přátel vůči nemocnému
- 2.2.14. Nemoc ovlivní finanční situaci
- 2.2.15. Upevní se rodinné vztahy

2.3. Metodika

K získání potřebných informací jsem zvolila formu anonymního dotazníku. Užitý dotazník obsahoval celkem 35 otázek. Dotazník byl rozdělen na dvě části. Verzi A, která obsahovala 5 otázek plus vizuální analogovou škálu pro hodnocení celkové kvality života, tato část dotazníku vznikla modifikací české verze mezinárodního generického dotazníku European Quality of Life Questionnaire – Version EQ-5D- k hodnocení globální kvality života po transplantaci krvetvorných buněk.(Daňková, Dlouhý 2001). Druhá část dotazníku Verze B byla vytvořena mnou. O účelu dotazníku byli nemocní informováni v úvodní části dotazníku. Nemocní byli osloveni na oddělení a v ambulanci, pouze ti kteří měli zájem mohli tyto dotazníky vyplnit. Celkem tedy bylo rozdáno 50 dotazníků, z tohoto počtu se jich vrátilo 41 řádně vyplněných, což činí 82% návratnost.

Data jsem zpracovala a graficky zaznamenala do tabulek a grafů.

2.4. Charakteristika zkoumaného souboru

Do souboru byly zařazeni nemocní po transplantaci krvetvorných buněk tedy kostní dřeň a periferních kmenových buněk na Oddělení klinické hematologie II. Interní kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Výběr byl spoluurčován ochotou nemocných se na výzkumu podílet. Celkem bylo osloveno 50 nemocných z tohoto počtu se zapojilo 41 nemocných. Skupina byla tvořena 21 muži a 20 ženami. Největší počet byl tvořen nemocnými v rozmezí od 35-55 let , ve věku 30 let a méně bylo 14 nemocných, nejstarším nemocným bylo do 70 let. Periferními kmenovými buňkami bylo transplantováno 37 nemocných a kostní dřeň 4 nemocní. Neznámých dárců krvetvorných buněk bylo 5, dárců příbuzných 6 a převod vlastního štěpu byl proveden 30 nemocným.

(Podrobnější charakteristiky jsou uvedeny v tabulkách a grafech).

2.5. Výsledky

Výsledky jsou rozděleny dle metodiky výzkumu. Pro přehlednost a názornost uvádím výsledky výzkumu v tabulkách a některé současně v grafech (graf výsečový, sloupcový). Zjištěná data jsem shromáždila v tabulkách četností.

Symbolika použitá v tabulkách:

- absolutní četnost n_i
- relativní četnost v % f_i
- pro výpočet relativní četnosti byl použit vzorec $f_i = n_i / n \cdot 100$
- celková četnost Σ

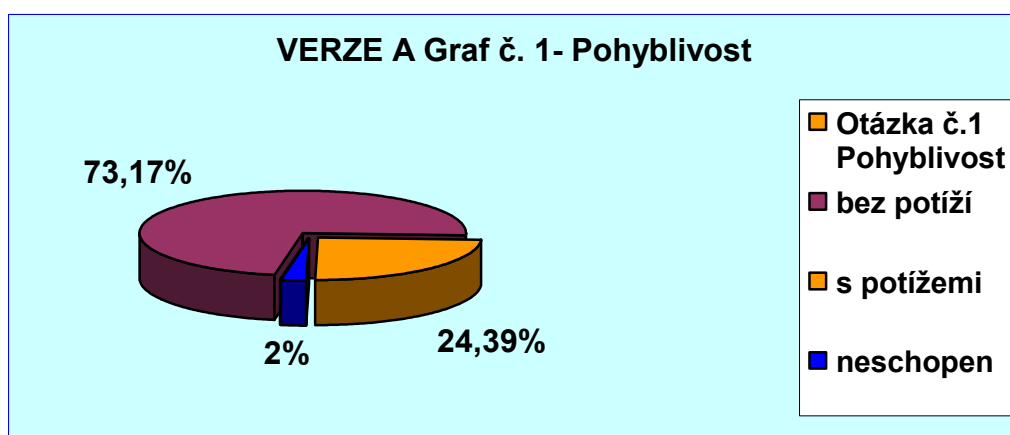
Poznámka: hodnoty relativních četností jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

I.ČÁST DOTAZNÍKU = VERZE A

OTÁZKA č.1

POHYBLIVOST

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Bez potíží	30	74%
S potížemi	10	24%
Neschopen	1	2%
Σ	41	100,00



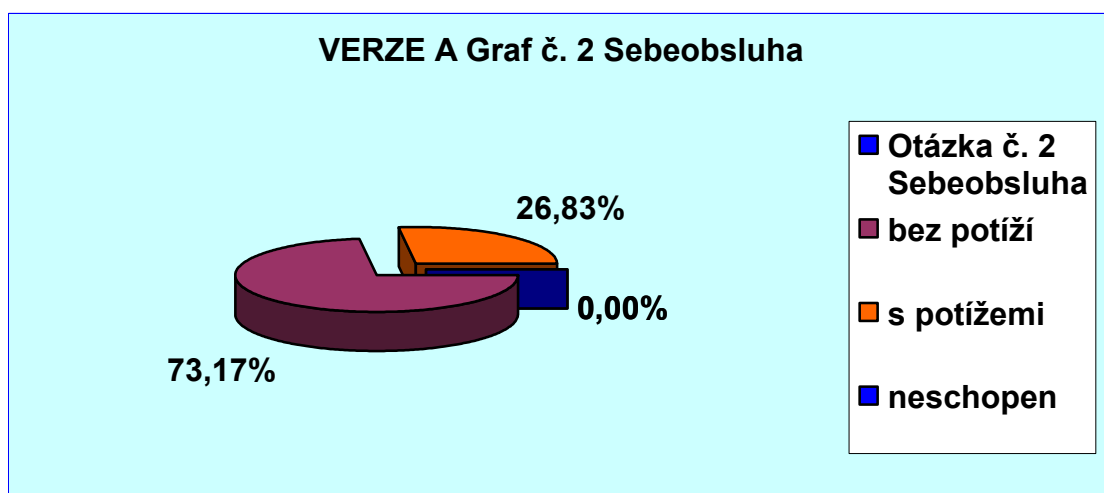
- Komentář:**
1. 74% respondentů uvádí pohyblivost bez obtíží
 2. 24 % respondentů uvádí pohyblivost s obtížemi
 3. 2% respondentů uvádí neschopnost u oblasti pohyblivosti

OTÁZKA č. 2

SEBEOSLUHA

Tabulka č.2

Odpovědi	ni	f _i (%)
Bez potíží	30	73,17
S potížemi	11	26,83
Neschopen	0	0
Σ	41	100,00



Komentář : 1. 73,17% respondentů nemělo potíže při sebeobsluze

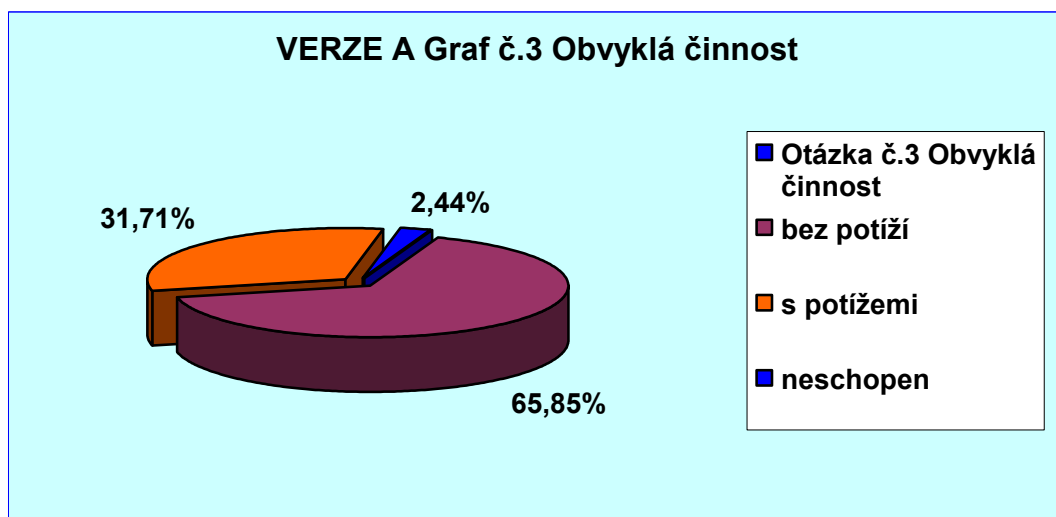
2. 26,83 % respondentů mělo potíže při sebeobsluze

OTÁZKA č. 3

OBVYKLÁ ČINNOST

Tabulka č. 3

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Bez potíží	27	65,85
S potížemi	13	31,71
Samostatně neschopen	1	2,44
Σ	41	100,00



Komentář : 1. 65,85% respondentů nemá obtíže s obvyklou činností

2. 31,71% respondentů uvádí obtíže s obvyklou činností

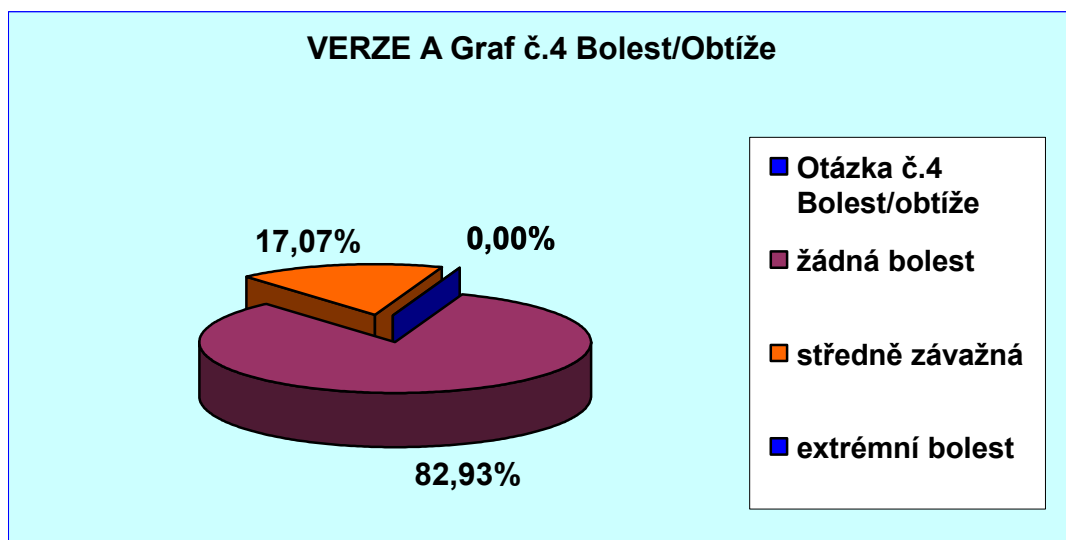
3. 2,44 % respondentů je samostatně neschopno obvyklé činnosti

OTÁZKA č.4

BOLEST / OBTÍŽE

Tabulka č. 4

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Žádná bolest	34	82,93
Středně závažná bolest	7	17,07
Extrémní bolest	0	0,00
Σ	41	100,00



Komentář : 1. 82,93 % respondentů neudává bolesti

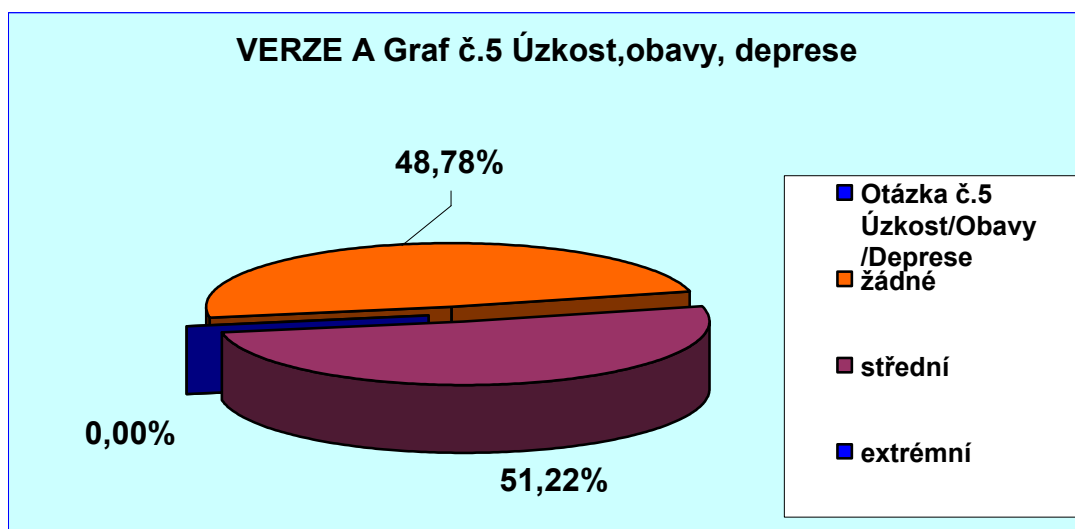
2. 17,07 % respondentů udává středně závažné bolesti

OTÁZKA č.5

ÚZKOST / OBAVY / DEPRESE

Tabulka č.5

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Žádné	20	48,78
Střední	21	51,22
Extrémní	0	0,00
Σ	41	100,00



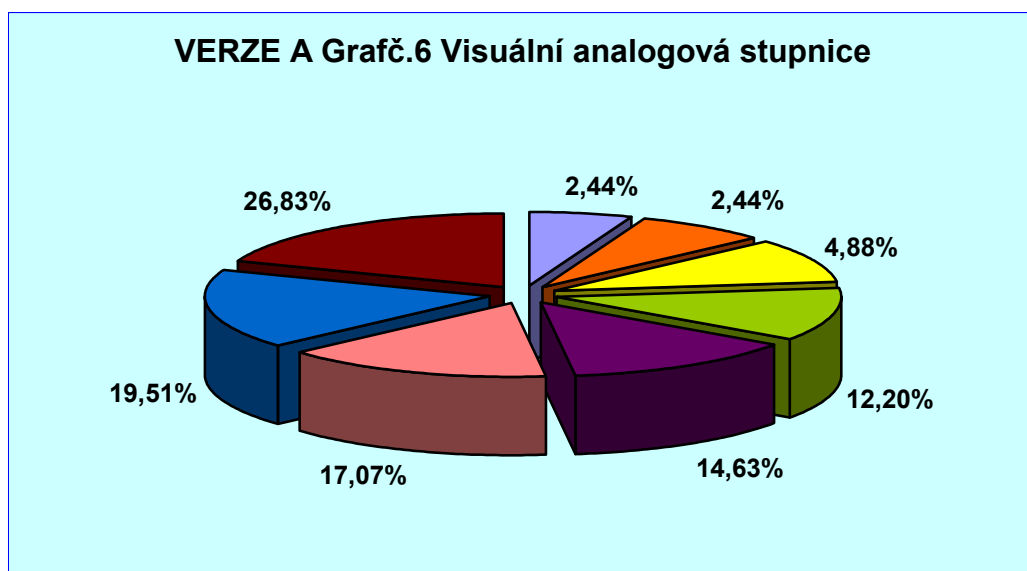
- Komentář:**
1. 48,78 % respondenti neuvádí žádné deprese, obavy ani úzkost
 2. 51,22 % respondenti uvádí úzkost, obavy a deprese

VERZE A

Visuální analogová stupnice pro hodnocení kvality života po transplantaci

Tabulka č. 6

Odpovědi v procentech	n _i	f _i (%)
30%	1	2,44
40%	1	2,44
50%	8	19,51
60%	2	4,88
70%	6	14,63
80%	7	17,07
90%	11	26,83
100%	5	12,20
Σ	41	100,00



- Komentář :**
1. Na 30 % se cítí 2,44 % respondentů
 2. Na 40 % se cítí 2,44 % respondentů
 3. Na 50 % se cítí 19,51 % respondentů
 4. Na 60 % se cítí 4,88 % respondentů
 5. Na 70 % se cítí 14,63 % respondentů
 6. Na 80 % se cítí 17,07 % respondentů
 7. Na 90 % se cítí 26,83 % respondentů
 8. Na 100 % se cítí 12,20 % respondentů

II. ČÁST DOTAZNÍKU = VERZE B

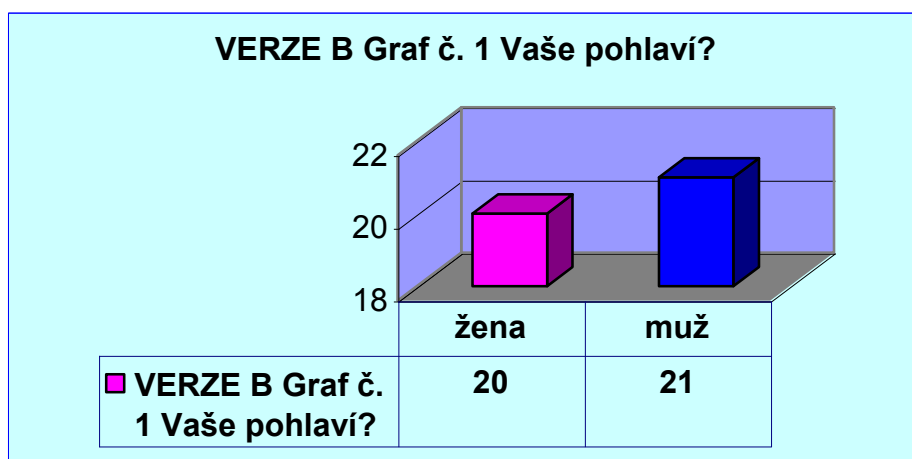
Mnou vytvořené dopňující otázky k verzi A

OTÁZKA č.1

Vaše pohlaví?

Tabulka č.1

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Muži	21	51,22
Ženy	20	48,78
Σ	41	100,00



Komantář: 1. Dotazník vyplnilo 21 mužů, což je 51,22%

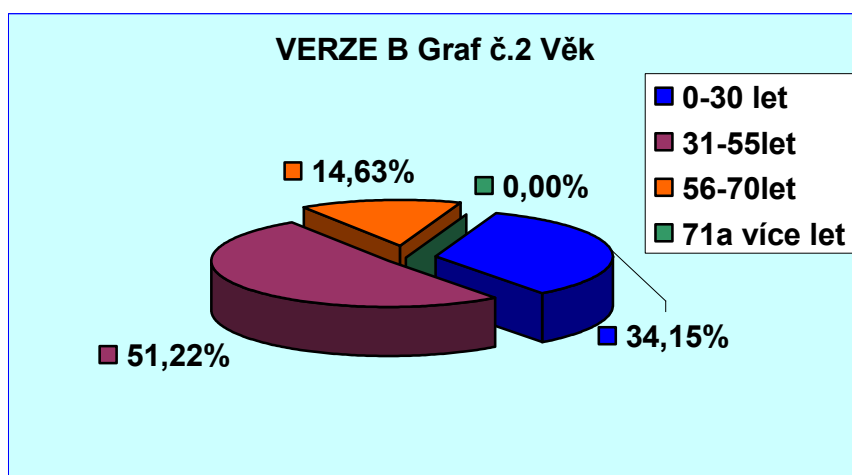
2. Dotazník vyplnilo 20 žen, což je 48,78%

OTÁZKA č.2

Váš věk?

Tabulka č. 2

Odpovědi	n _i	f _i (%)
0-30 let	14	34,15
31-55let	21	48,78
56-70let	6	14,63
71 a více let	0	0,00
Σ	41	100,00



Komentář: 1. Do věku 30 let odpovědělo 14 respondentů což je 34,15%

2. Od 31-55 let odpovědělo 21 respondentů což je 51,22%

3. Od 56-70 let odpovědělo 6 respondentů což je 14,63%

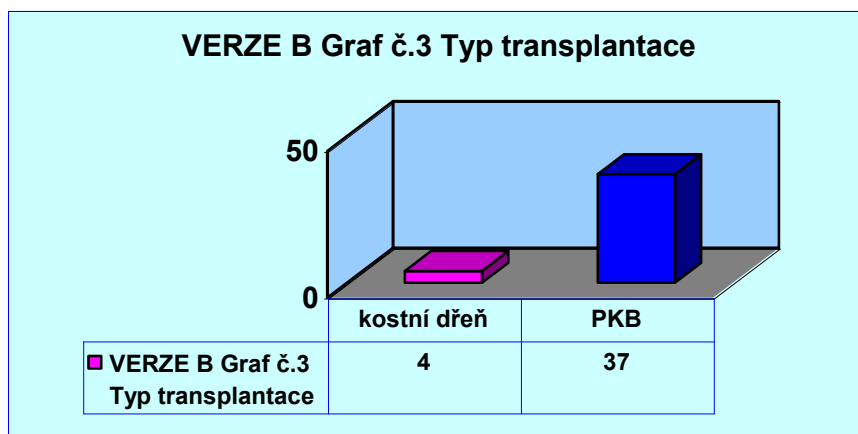
4. Nad 70 let neodpovídal žádný respondent

OTÁZKA č. 3

Typ transplantace?

Tabulka č. 3

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Kostní dřeň	4	9,76
PKB	37	90,24
Σ	41	100,00



Komentář: Transplantace kostní dřeně u 4 respondentů, což je 9,76%

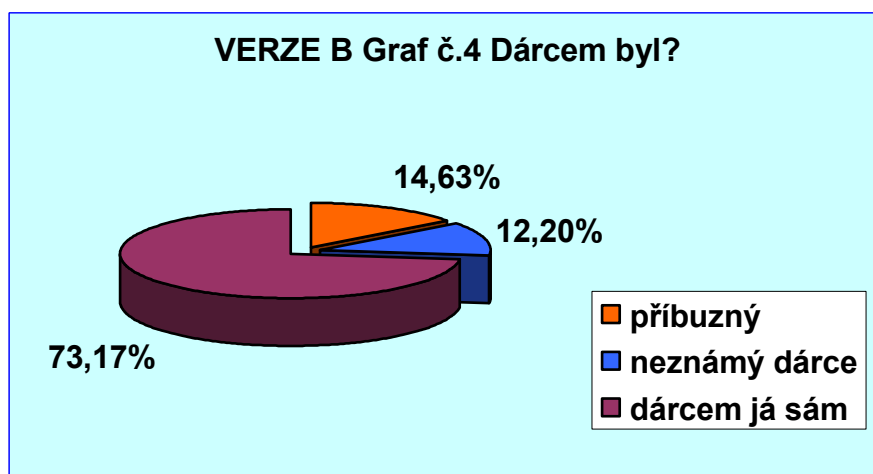
Transplantace periferních kmenových buněk u 37 respondentů,
což je 90,24%

OTÁZKA č. 4

Dárce byl?

Tabulka č. 4

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Neznámý dárce	5	12,20
Příbuzný dárce	6	14,63
Dárce jsem byl já sám	30	73,17
Σ	41	100,00



Komentář: Neznámý dárce 12,20%

Dárce byl příbuzný 14,63%

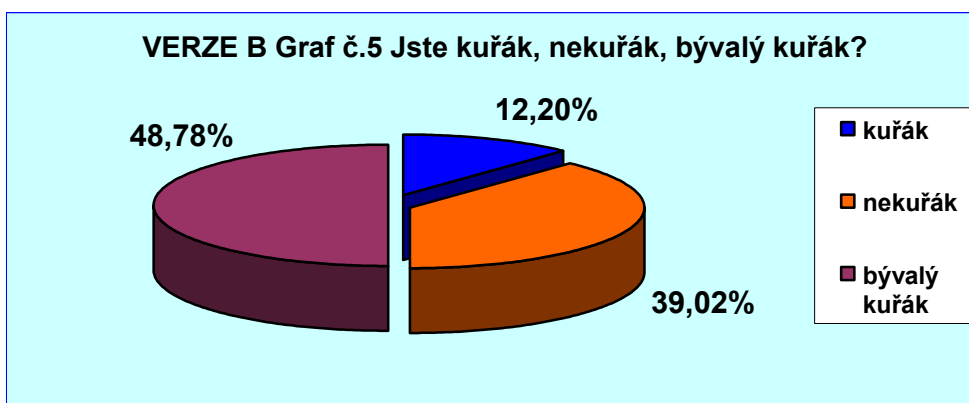
Dárce jsem byl já sám 73,17%

OTÁZKA č.5

Jste kuřák, nekuřák, bývalý kuřák?

Tabulka č. 5

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Kuřák	5	12,20
Nekuřák	16	39,02
Bývalý kuřák	20	48,78
Σ	41	100,00



Komantář: Kuřákem je 12,20% respondentů

Nekuřák je 39,02 % respondentů

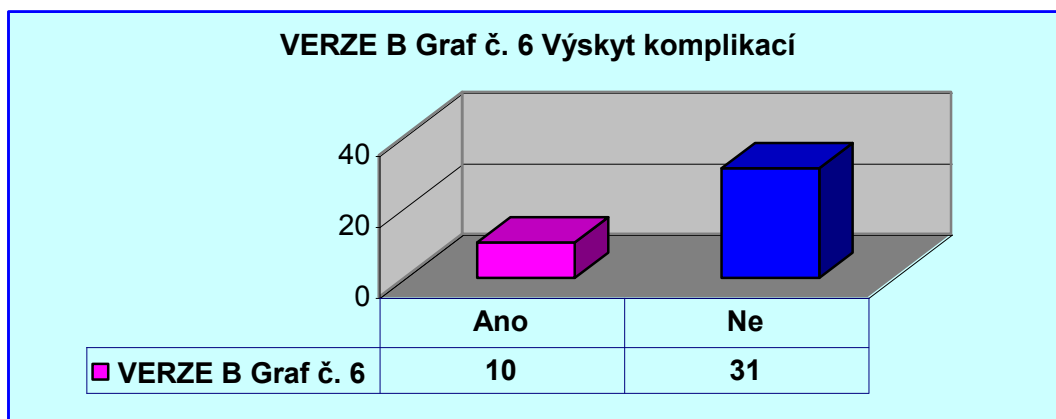
Bývalým kuřákem je 48,78% respondentů

OTÁZKA č. 6

Výskyt komplikací?

Tabulka č. 6

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	10	24,39
Ne	31	75,61
Σ	41	100,00



Komentář: Výskyt komplikací byl u 10 respondentů, což je 24,39%

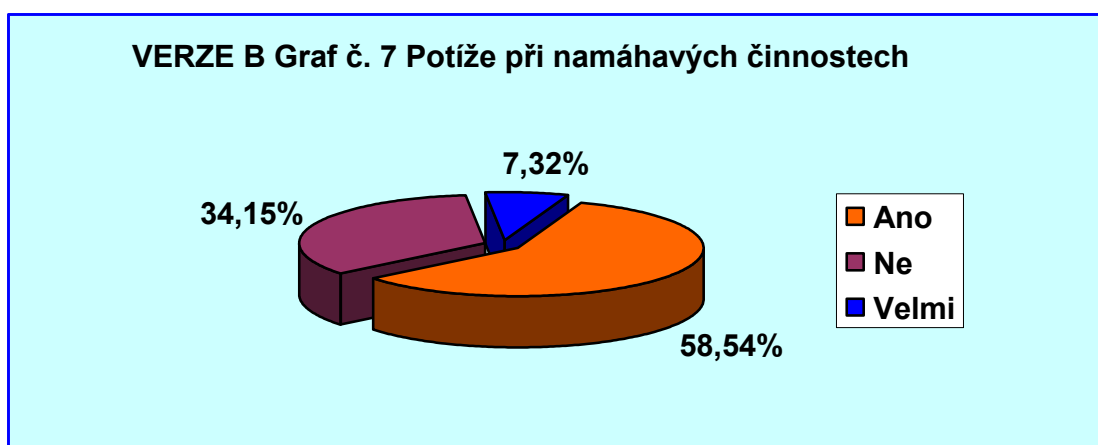
Bez komplikací bylo 31 respondentů, což je 75,61%

OTÁZKA č. 7

Máte potíže při vykonávání namáhavějších činností?

Tabulka č.7

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	24	58,54
Ne	14	31,15
Velmi	3	7,32
Σ	41	100,00



Komentář: 58,54% respondentů uvedlo potíže při zvýšené námaze

34,15% respondentů nemělo potíže při zvýšené námaze

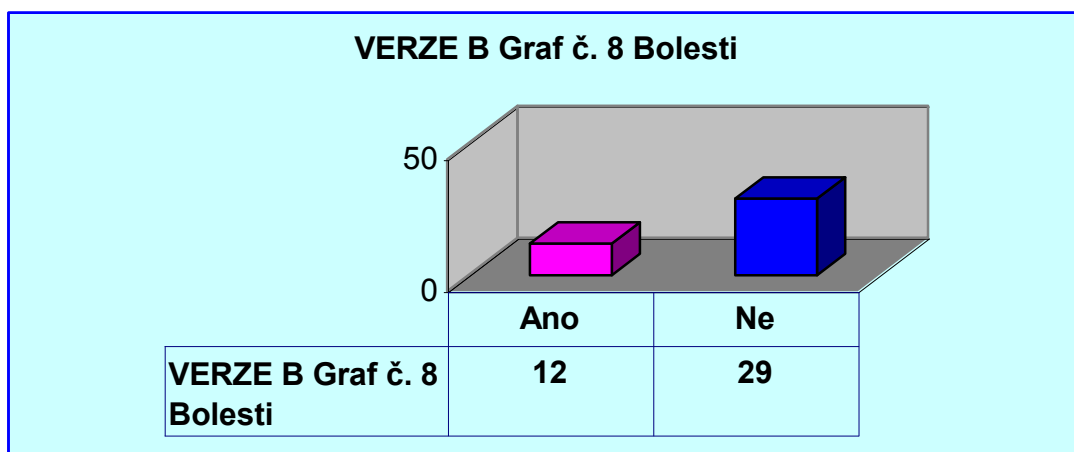
7,32% respondentů mělo velké potíže při zvýšené námaze

OTÁZKA č. 8

Máte bolesti?

Tabulka č. 8

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Ano	12	29,27
Ne	29	70,73
Σ	41	100,00



Komentář: Bolesti udalo 12 respondentů, což je 29,27%

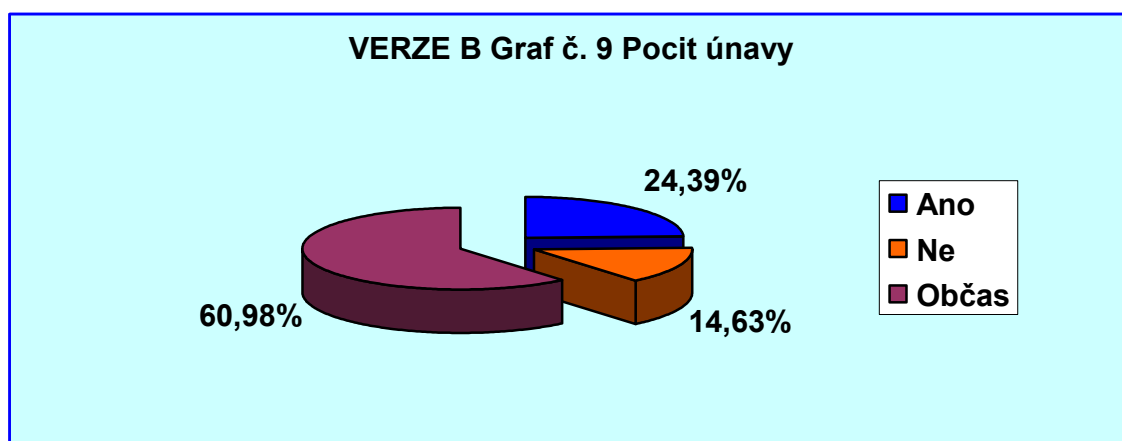
Bolest neudalo 29 respondentů, což je 70,73%

OTÁZKA č. 9

Cítíte se někdy unaven(a)?

Tabulka č.9

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	10	24,39
Ne	6	14,63
Občas	25	60,98
Σ	30	100,00



Komentář: Únavu pocíťovalo 24,39 % respondentů

Občasnou únavu pocíťovalo 60,98% respondentů

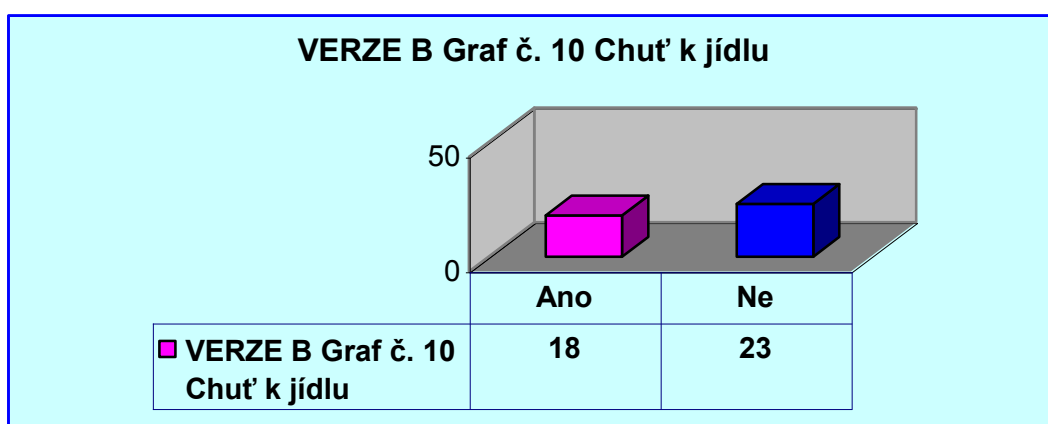
Bez obtíží se cíťilo 14,63% respondentů

OTÁZKA č. 10

Chybí Vám chuť k jídlu?

Tabulka č.10

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	18	43,90
Ne	23	56,10
Σ	41	100,00



Komentář: Normální chuť k jídlu uvedlo 23 respondentů, což je 56,10%

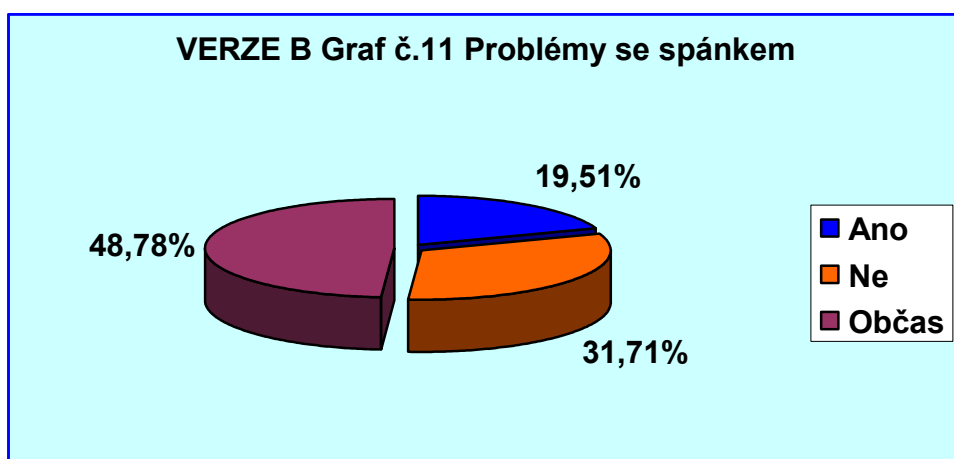
Nechutenstvím trpělo 18 respondentů, což je 43,90%

OTÁZKA č. 11

Máte potíže se spánkem?

Tabulka č. 11

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	8	19,51
Ne	13	31,71
Občas	20	48,78
Σ	30	100,00



Komentář: Problémy se spánkem udávalo 19,51% respondentů

Občasné problémy se spánkem udávalo 48,78% respondentů

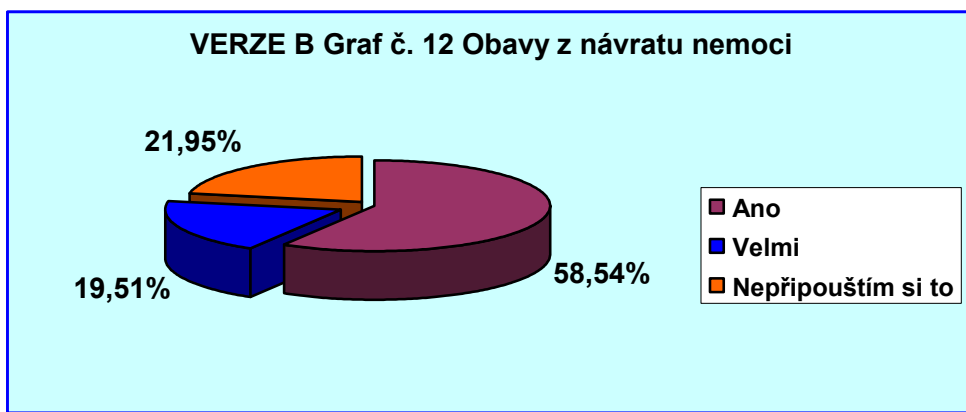
Bez problémů se spánkem bylo 31,71%

OTÁZKA č.12

Máte obavy z návratu onemocnění nebo možných komplikací, cítíte se těmito obavami stresován(a)?

Tabulka č. 12

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	24	58,54
Velmi	8	19,51
Nepřipouštím si to	9	21,95
Σ	41	100,00



Komentář: Stresováno obavami z návratu onemocnění se cítilo 58,54% respondentů.

Velmi stresováno se cítilo 19,51% respondentů

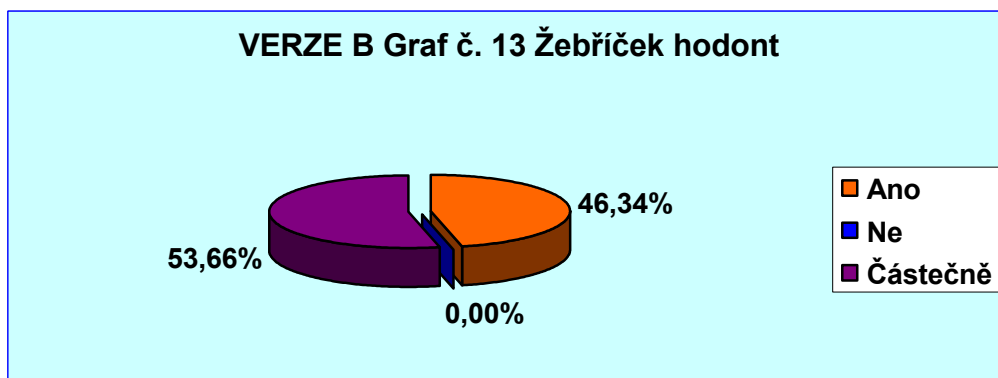
Obavy z návratu nemoci si nepřipouštělo 21,95% respondentů

OTÁZKA č. 13

Změnil se Váš žebříček hodnot?

Tabulka č.13

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	19	46,34
Ne	0	0,00
Částečně	22	53,66
Σ	30	100,00



Komentář: 46,34% respondentů udalo změnu žebříčku hodnot

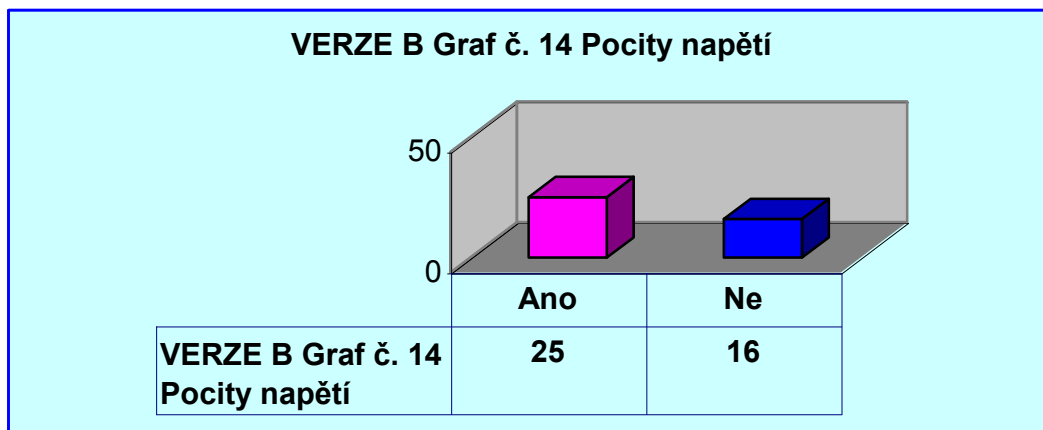
53,66% respondentů udalo částečnou změnu v žebříčku hodnot

OTÁZKA č. 14

Pocítujete psychické napětí?

Tabulka č.14

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	25	60,98
Ne	16	39,02
Σ	30	100,00



Komentář: 25 respondentů udalo psychické napětí, což je 60,98%

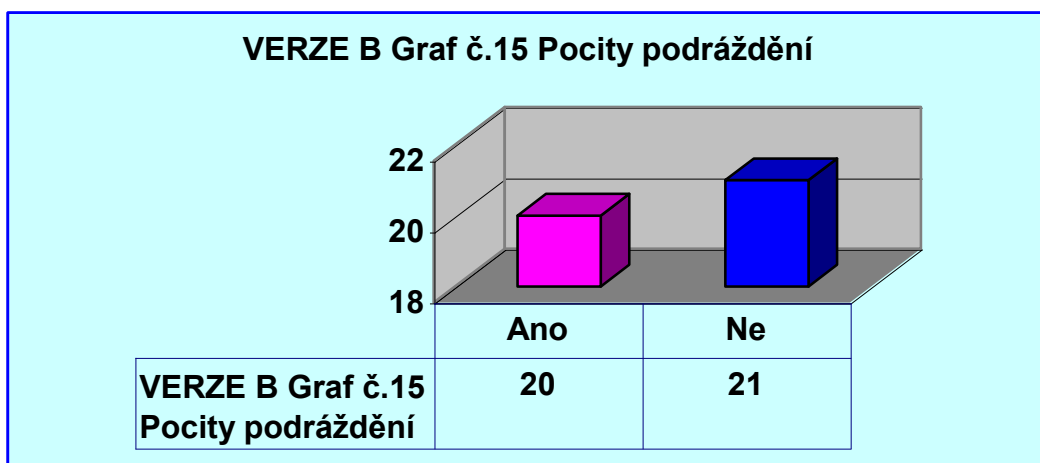
16 respondentů se cítilo bez obtíží, což je 39,02%

OTÁZKA č. 15

Cítíte se někdy podrážděn(a)?

Tabulka č.15

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	20	48,78
Ne	21	51,22
Σ	41	100,00



Komentář: Pocity podráždění pocíťovalo 20 respondentů, což je 48,78%

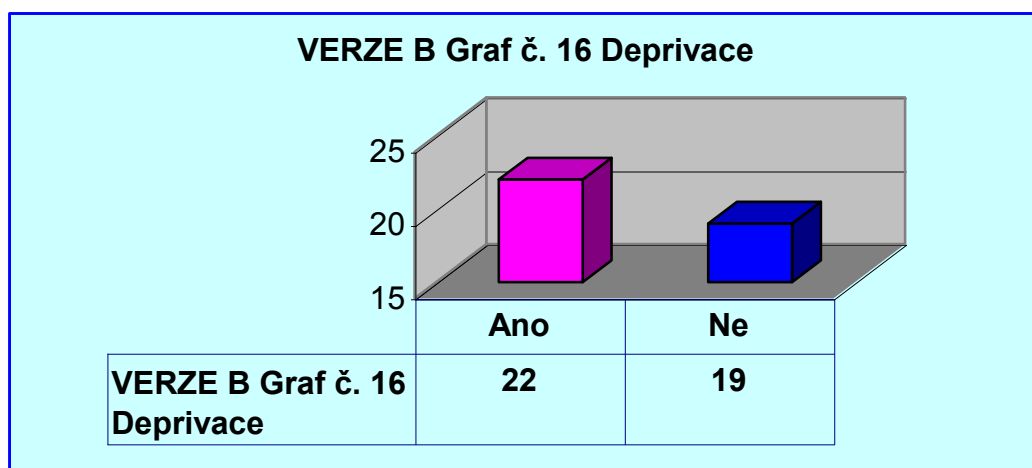
Bez obtíží se cíťilo 20 respondentů, což je 51,22%

OTÁZKA č. 16

Cítíte se být deprimován(a)?

Tabulka č. 16

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Ano	22	53,66
Ne	19	46,34
Σ	41	100,00



Komentář: Pocit deprivace udalo 22 respondentů, což je 53,66%

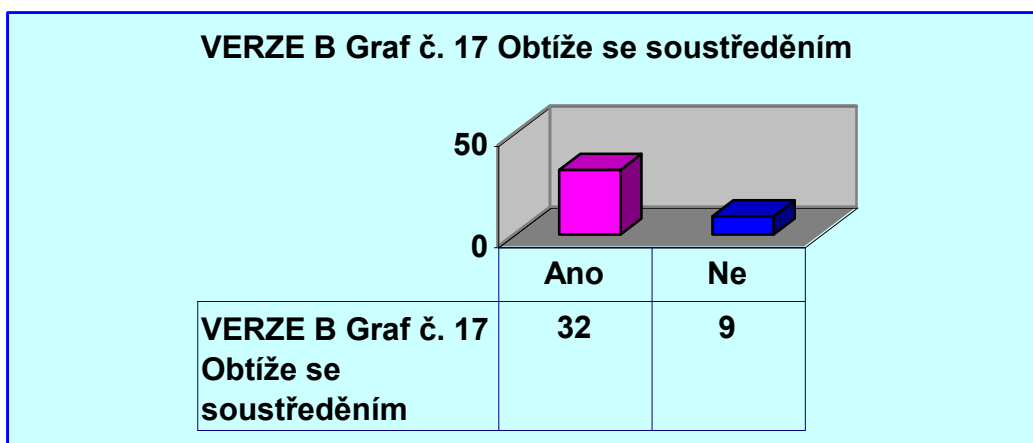
Deprivaci nepocítovalo 19 respondentů, což je 46,34%

OTÁZKA č. 17

Máte potíže se soustředit, neustále se Vám „honí hlavou“ spousta myšlenek týkající se Vašeho onemocnění?

Tabulka č. 17

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	32	78,05
Ne	9	21,95
Σ	41	100,00



Komentář: Potíže se soustředěním mělo 32 respondentů, což je 78,05%

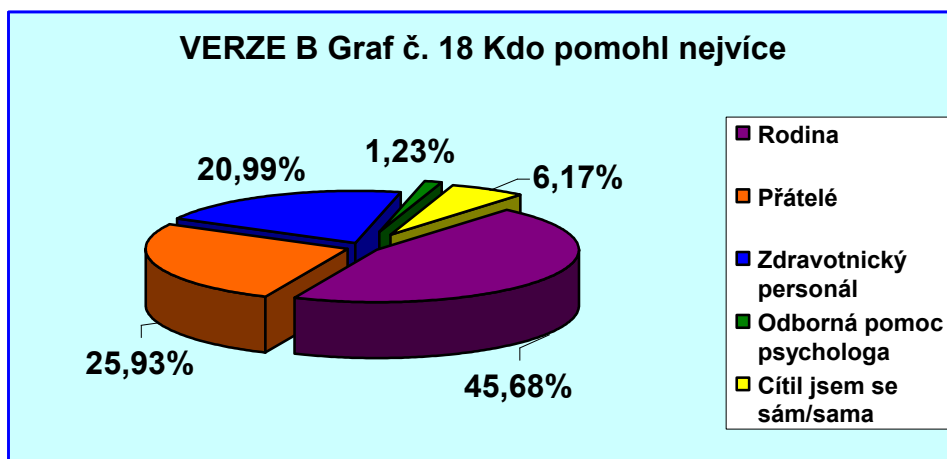
Bez potíží bylo 9 respondentů, což je 21,95%

OTÁZKA č. 18

Kdo Vám pomohl v nejtěžších chvílích?

Tabulka č.18

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Rodina	37	45,68
Přátelé	21	25,93
Zdravotnický personál	17	20,99
Odborná pomoc psychologa	1	1,23
Cítil jsem se sám(a)	5	6,17
Σ	81	100,00



Komentář: 45,68% respondentů pomohla rodina

25,93% respondentů pomohli přátelé

20,99% respondentů pomohl zdravotnický personál

6,17% respondentů se cítili sami

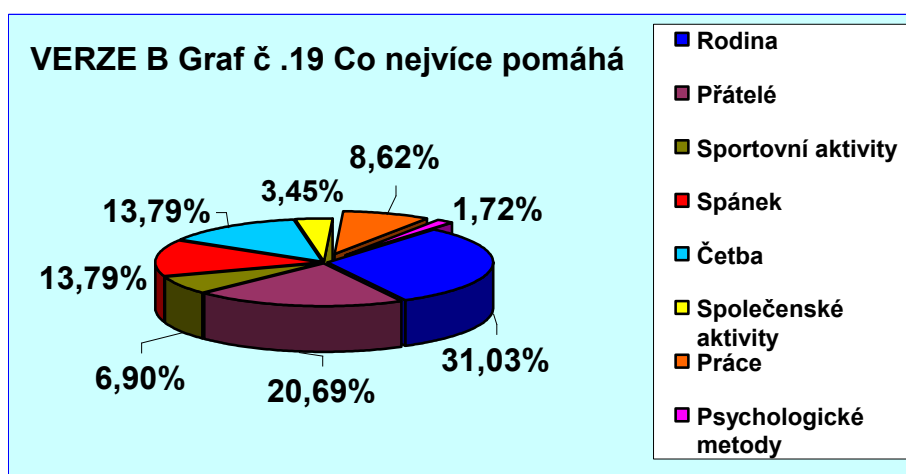
1,23% respondentů pomohla odborná pomoc psychologa

OTÁZKA č. 19

Co Vám nejvíce pomáhá při relaxaci?

Tabulka č. 19

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Rodina	36	31,03
Přátelé	24	20,69
Sportovní aktivity	8	6,90
Spánek	16	13,79
Četba	16	13,79
Společenské aktivity	4	3,45
Práce	10	8,62
Psychologické metody	2	1,72
Σ	81	100



Komentář: 31,03% respondentů uvedlo rodinu

20,69% respondentů uvedlo přátele

6,90% respondentů uvedlo sportovní aktivity

13,79% respondentů uvedlo spánek

13,79% respondentů uvedlo četbu

3,45% respondentů uvedlo společenské aktivity

8,62% uvedlo práci

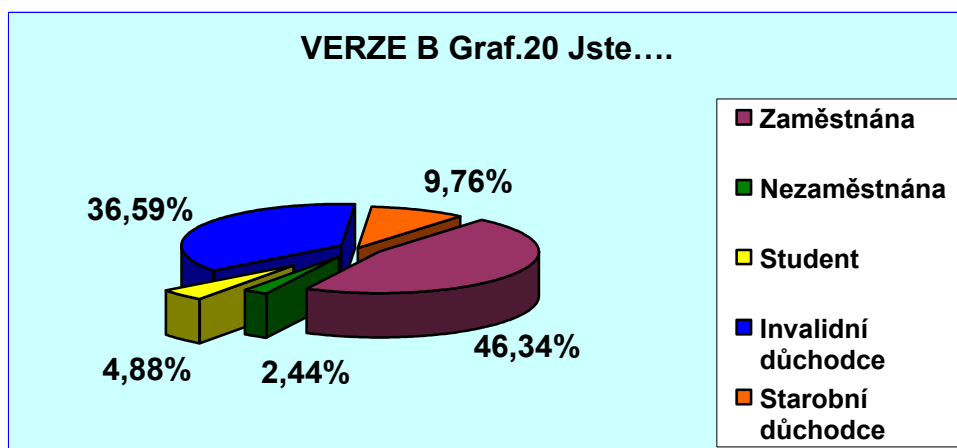
1,72% uvedlo psychologické metody

OTÁZKA č. 20

Jste zaměstnán, nezaměstnán, student, invalidní důchodce, starobní důchodce?

Tabulka č. 20

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Zaměstnán	19	46,34
Nezaměstnán	1	2,44
Invalidní důchodce	15	36,59
Student	2	4,88
Starobní důchodce	4	9,76
Σ	41	100



Komentář: 46,34% respondentů bylo zaměstnáno

2,44% respondentů bylo nezaměstnáno

4,88% bylo studenty

36,59% bylo invalidními důchodci

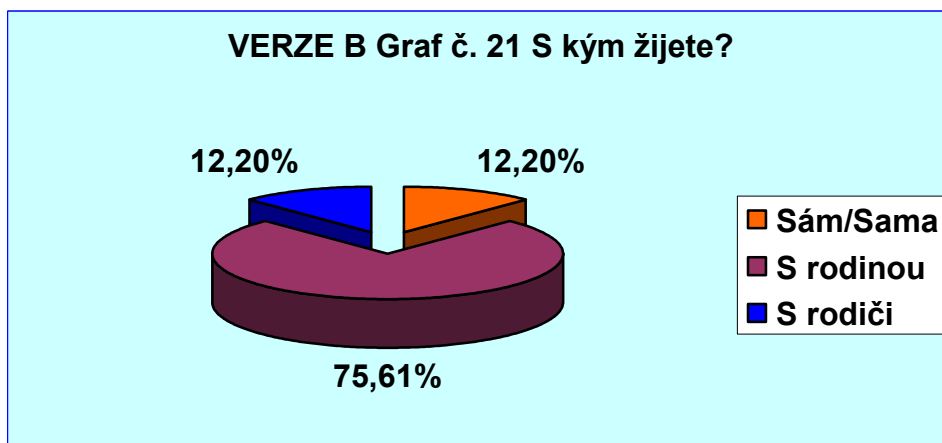
9,76% bylo starobními důchodci

OTÁZKA č. 21

Žijete sám/sama, s rodinou, s rodiči?

Tabulka č.21

Odpovědi	n _i	f _i (%)
S rodinou	31	75,61
S rodiči	5	12,20
Sám/sama	5	12,20
Σ	41	100,00



Komentář: 75,61% respondentů žilo s rodinou

12,20% respondentů žilo s rodiči

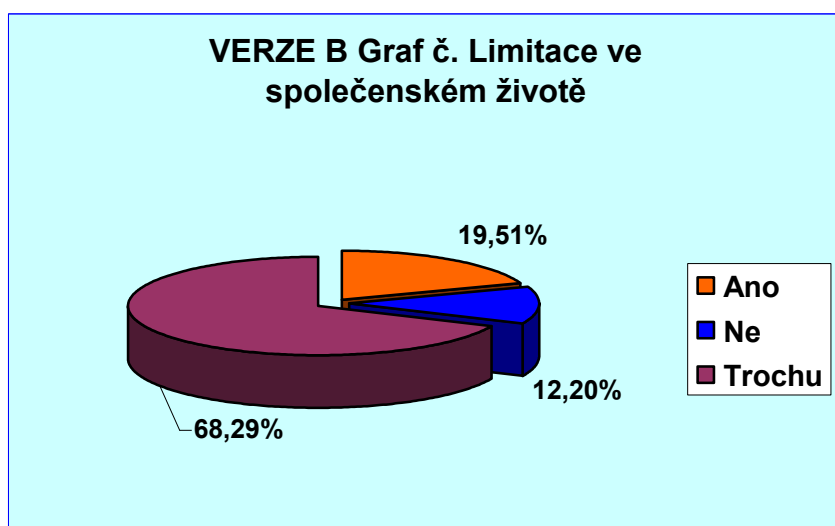
12,20% respondentů žili sami

OTÁZKA č. 22

Cítíte se limitován(a) ve společenském životě?

Tabulka č.22

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Ano	8	19,51
Ne	5	12,20
Trochu	28	68,29
Σ	30	100,00



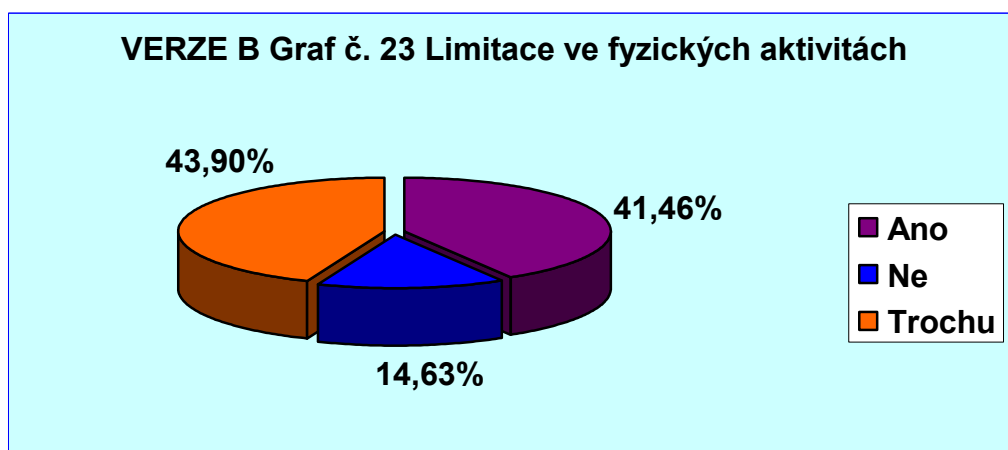
Komentář: 19,51% respondentů se cítilo limitováno
68,29% respondentů se cítilo limitováno trochu
12,20% respondentů se necítilo limitováno

OTÁZKA č. 23

Cítíte se limitován(a) ve fyzických a sportovních aktivitách?

Tabulka č. 23

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	17	41,46
Ne	6	14,63
Trochu	18	43,90
Σ	30	100,00



Komentář: 41,46% respondentů se cítilo limitováno
43,90% respondentů se cítilo limitováno trochu
14,63% respondentů nepocíťovalo limitaci

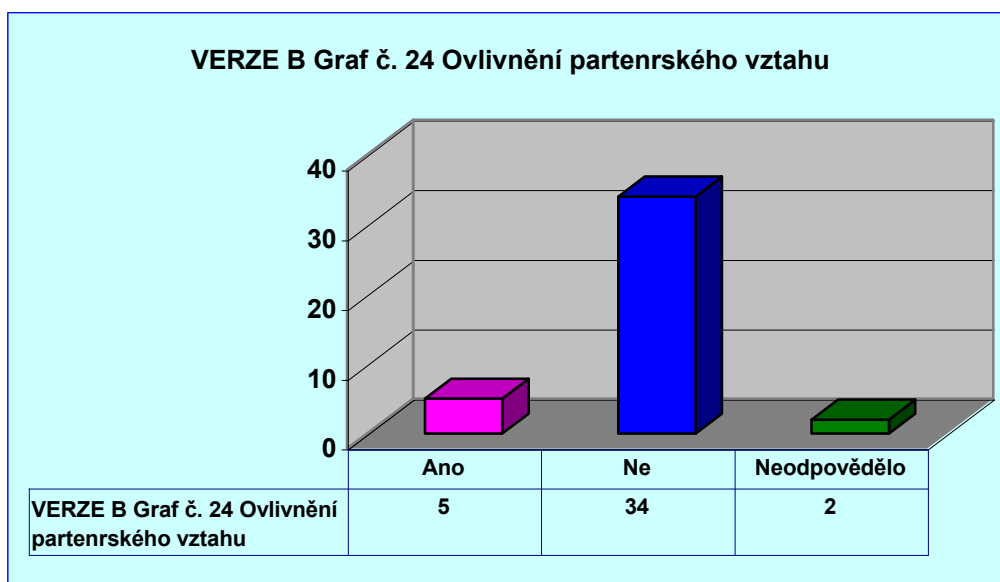
OTÁZKA č. 24

Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš partnerský vztah?

(Na tuto otázku nemuseli respondenti odpovídat = odpovědělo 39 respondentů)

Tabulka č.24

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	5	12,20
Ne	34	82,93
Neodpovědělo	2	4,88
Σ	30	100,00



Komentář: Partnerský vztah nemoc ovlivnila 5 respondentům, což je 12,20 %

Partnerský vztah nemoc neovlivnila 34 respondentům, což je 82,93 %

Nechtěli odpovídat 2 respondenti, což je 4,88%

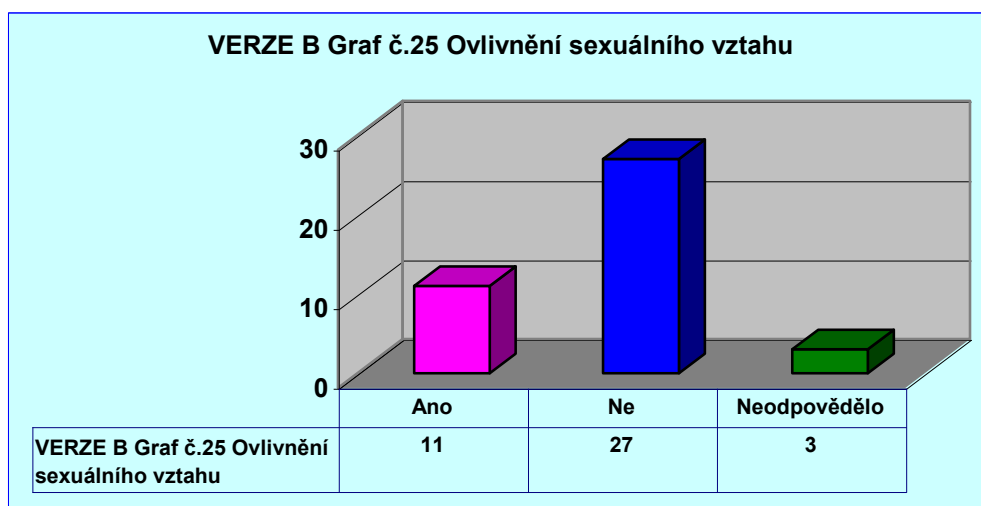
OTÁZKA č. 25

Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš sexuální vztah?

(Na tuto otázku nemuseli respondenti odpovídat = odpovědělo 38 respondentů)

Tabulka č. 25

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	11	26,83
Ne	27	65,85
Neodpovědělo	3	7,32
Σ	41	100,00



Komentář: Sexuální vztah nemoc ovlivnila 11 respondentům, což je 26,83%

Sexuální vztah neovlivnila 27 respondentům, což je 68,29%

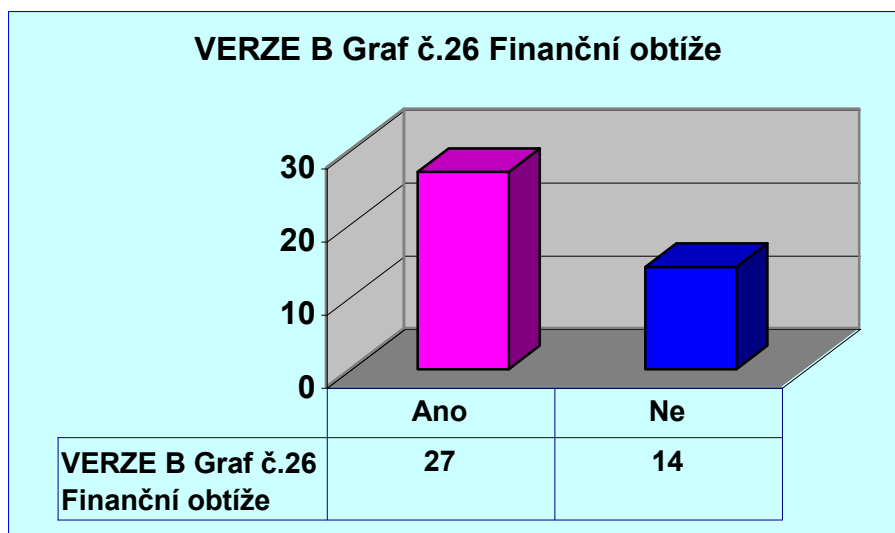
Nechtěli odpovídat 3 respondenti, což je 7,32%

OTÁZKA č. 26

Způsobilo Vám Vaše onemocnění finanční obtíže?

Tabulka č. 26

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	27	65,85
Ne	14	34,15
Σ	41	100,00



Komentář: Finanční obtíže udalo 27 respondentů, což je 65,85%

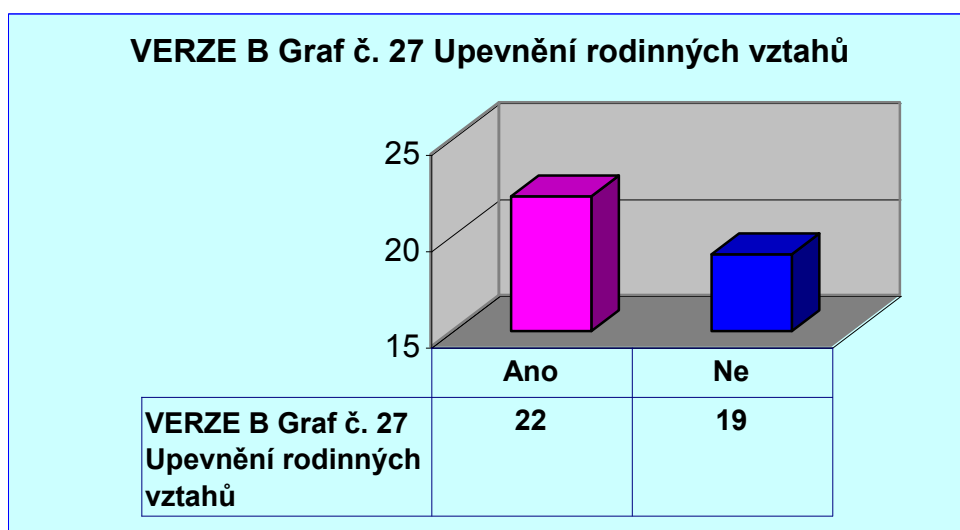
Bez obtíží bylo 14 respondentů, což je 34,15%

OTÁZKA č. 27

Upevnila nemoc Vaše rodinné vztahy?

Tabulka č.27

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Ano	22	53,66
Ne	19	46,34
Σ	41	100,00



Komentář: Upevnění rodinných vztahů uvedlo 22 respondentů, což je 53,66%

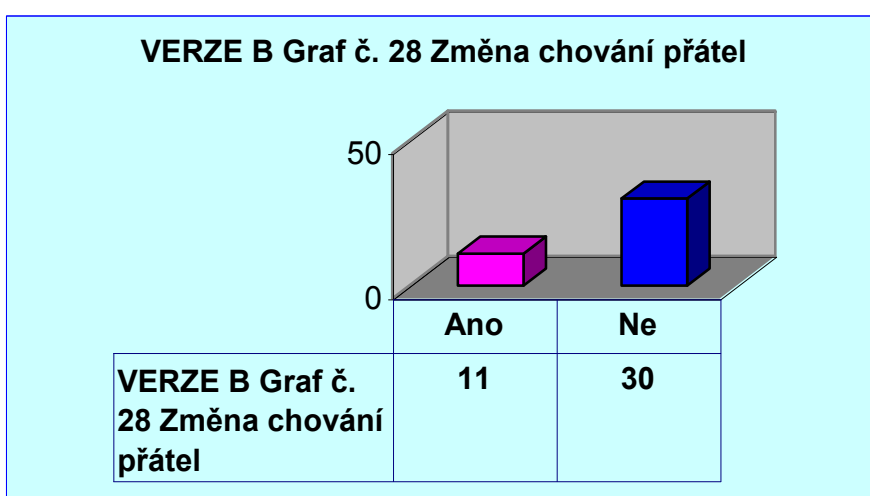
Rodinné vztahy beze změn uvedlo 19 respondentů, což je 46,34

OTÁZKA č. 28

Změnilo se chování přátel vůči Vám?

Tabulka č.28

Odpovědi	n_i	f_i (%)
Ano	11	26,83
Ne	30	73,17
Σ	41	100,00



Komentář: Změnu chování přátel zaznamenalo 11 respondentů, což je 26,83%

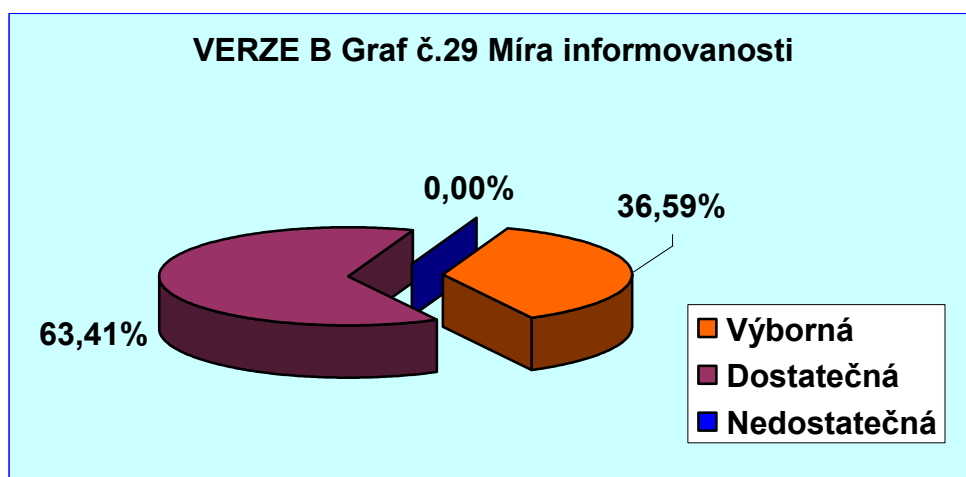
Změnu chování přátel nezaznamenalo 30 respondentů, což je 73,17%

OTÁZKA č. 29

Jak hodnotíte míru informovanosti o svém zdravotním stavu?

Tabulka č. 29

Odpovědi	n _i	f _i (%)
Výborná	15	36,58
Dostatečná	26	63,41
Nedostatečná	0	0,00
Σ	41	100,00



Komentář: 36,59% respondentů uvedlo míru informovanosti jako výbornou
63,41% respondentů uvedlo míru informovanosti jako dostatečnou

2.6. DISKUSE

Ve své práci jsem si stanovila cíle, které jsem si následně ověřovala pomocí odpovědí na otázky v dotazníku. Cíle jsem si rozdělila do oblasti fyzické, psychické, sociální.

Cíle fyzické

Cíl 2.2.1. *Nemocný má obtíže při vykonávání namáhavých činností.*

Tento cíl se mi podařilo potvrdit pomocí otázky č. 7. Kdy 58,54% respondentů uvedlo *obtíže při zvýšené námaze*. **Velké** obtíže mělo 7,32% respondentů. Při vykonávání obvyklých činností, sebeobsluhy, potíže neudávali.

Cíl 2.2.2. *Nemocný se cítí unaven*

Únavu pocíťovalo 24,39% respondentů, občasnou únavu udalo 60,97% respondentů. Tento cíl se mi potvrdil otázkou č. 9.

Cíl 2.2.3. *Nemocnému chybí chuť k jídlu*

Tento cíl se mi nepotvrdil, což mne pozitivně překvapilo i přesto, že rozdíl nebyl tak markantní, jelikož nechutenství často nemocného obtěžuje. Nechutenstvím tedy trpělo 43,90% respondentů. Normální chuť k jídlu mělo 56,10% respondentů.

Cíl 2.2.4. *Transplantace pozitivně změní kvalitu života*

Tento cíl jsem si ověřovala pomocí Visuální analogové škály kvality života po transplantaci. Přičemž nejlepší kvalita života byla 100% a nejhorší 0%. 75,61% respondentů uvedla svou kvalitu života po transplantaci hodnotou nad 50%, kdy nejčastěji uváděnou hodnotou bylo 90% a to až ve 35,48%.

24,39% respondentů uvedlo svou kvalitu života na 50% a méně, nejnižší uvedená hodnota byla 30%.

Cíle psychické

Cíl 2.2.5. *Nemocný má obavy, že se nemoc vrátí*

Odpovědi na otázku č. 12 mi potvrdili cíl. Nemocný je psychicky stresován obavami z návratu onemocnění nebo možných komplikací. Stresováno těmito obavami se cítilo 58,54% respondentů, **velmi** stresováno se cítilo 19,51%. Návrat nemoci si nepřipouštělo 21,95% respondentů. Skutečný výskyt komplikací jsem ověřovala otázkou č. 6. Kdy výskyt komplikací byl u 24,39% respondentů. Bez komplikací bylo 75,61% respondentů. To poukazuje na psychické obavy, které nemocného velmi sužují.

Cíl 2.2.6. Nemocnému se změni žebříček hodnot

Odpověďmi na otázku č. 13 byl potvrzen tento cíl. 46,34% respondentů uvedlo změnu v žebříčku hodnot. 53,66% respondentů uvedlo částečnou změnu v žebříčku svých hodnou. Zajímavé bylo zjištění, že žádný respondent neponechal svůj stávající žebříček hodnot.

Cíl 2.2.7. Způsobuje psychické napětí

Tento cíl byl potvrzen otázkou č. 14. Kdy 60,98% respondentů uvedlo psychické napětí. Respondenti se mohli vyjádřit z čeho nevíce se cítí psychické napětí. Nejčastěji byly zaznamenány odpovědi kdy bylo psychické napětí způsobeno nemocí, budoucností, bezmocností, strachem a beznadějí, strachem o rodinu, strachem o partnerský vztah, ale i napětí způsobené nemocnicí a hospitalizací.

Cíl 2.2.8. Nemocný je často podrážděn a deprimován

Otázkou č.15 se mi částečně nepotvrdil tento cíl. Podráždění, pocíťovalo pouze 48,78% respondentů a to nejčastěji nemocí, bezmocností, únavou, špatnou náladou někdy i lidskou hloupostí. Otázka č.16 mi však potvrdila část cíle, která se týkala deprivace 53,66% respondentů uvedlo pocit deprivace. Nejčastěji byl způsoben opět nemocí, strachem o budoucnost, strachem o budoucí život, starostí o rodinu, „vším co se mi stalo.“

Cíl 2.2.9. Nemocný má potíže se soustředit

Myšlenky týkající se nemoci se nemocnému „honí hlavou“ a brání mu v soustředění, tento cíl byl potvrzen. 78,05% respondentů udalo tyto obtíže. I přes zdárnou transplantaci krvevorných buněk, má nemocný potíže se soustředěním, jeho myšlenky odbíhají k nemoci a k její zákeřnosti v podobě jejího návratu, způsobují tak nemocnému strach z budoucnosti proti, které jsme tak bezmocní.

Cíle sociální

Cíl 2.2.10. Pocíťuje limitaci ve společenském životě

Tento cíl se mi potvrdil pomocí otázky č. 22. Limitace ve společenském životě obtěžovala 87,80 % respondentů z toho 68,29% respondentů udalo pouze částečnou limitaci. Respondenti mohli vyjádřit v čem se cítí limitováni. Nejčastější odpovědí byl strach z infekce, a únava.

Cíl 2.2.11. Nezpůsobí změnu v partnerském a sexuálním životě

K ověření tohoto cíle mi pomohly otázky č. 24 a č.25, přičemž na tyto otázky nemuseli respondenti odpovídat. Této možnosti využili u otázky č. 24, dva respondenti a u otázky č.25 pak tři respondenti. Tento cíl byl potvrzen. Nemoc a transplantace nezpůsobí změnu v partnerském vztahu, to uvedlo 87,18% respondentů. Také nezpůsobí změnu v sexuálním vztahu, to bylo uvedeno 71,05% respondentů.

Cíl 2.2.12. *Pocituje limitaci ve fyzických a sportovních aktivitách*

Tento cíl jsem ověřoval otázkou č. 23, kdy 41,46 % respondentů se cítilo v těchto aktivitách limitováno a 43,90% se cítilo limitováno trochu.

Bez obtíží bylo pouze 14,64% respondentů. Zde se znovu potvrdil cíl 2.2.2.(zvýšená únava)

Cíl 2.2.13. *Změní se chování přátel*

Otázka č. 28 mi tento cíl nepotvrdila, změnu v chování přátel vůči respondentům zaznamenalo pouze 26,83%, u 73,17% respondentů nedošlo ke změnám v chování přátel.

Cíl 2.2.14. *Nemoc ovlivní finanční situaci*

Tento cíl se potvrdil otázkou č. 26. Kdy finanční potíže postihly 65,85% respondentů, do ekonomických potíží se nedostalo 34,15% respondentů. Finanční potíže mohly být způsobeny dlouhodobou pracovní neschopností, nebo invalidními či starobními důchody. To se potvrdilo v otázce č.19 kdy 46,34% respondentů bylo zaměstnaných, ale zřejmě v pracovní neschopnosti a 46,34% respondentů bylo invalidními a starobními důchodci

Cíl 2.2.15. *Upevní se rodinné vztahy*

Otázka č. 27 potvrdila tento cíl. 53,66% respondentů uvedlo upevnění rodinných vztahů vlivem nemoci. 46,34% nevedlo upevnění rodinných vztahů. Respondenti se mohli vyjádřit v čem se rodinné vztahy upevnily. Nejvíce se zlepšila komunikace v rodině, naslouchání, vazby jsou pevnější častěji se navštěvují, každou volnou chvíli tráví spolu ve smíru.

3. ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice kvality života nemocných po transplantaci kostní dřeně a periferních kmenových buněk.

Cílem práce bylo zjistit, jakou měrou ovlivňuje transplantace každodenní život nemocného z hlediska fyzického, psychického a sociálního. Transplantace výrazně přispěje k ovlivnění kvality života nemocného leukémií, ale i celé jeho rodiny. Nemoc samotná představuje zásah v podobě náročné životní situace, která sebou nese mnoho změn. Transplantací dojde k dalším velmi závažným změnám v životě nemocného a to ve sféře veřejné, kdy nemoc vyřadí nemocného dočasně nebo trvale z pracovního procesu a on nemůže vykonávat dosavadní profesní roli a tím se tak může dostat do finančních potíží. Často je také omezen ve svých společenských aktivitách a to především bezprostředně po transplantaci, kdy může být vyšší vnímavost k běžným infekcím. Ke změnám však dochází i ve sféře privátní, nemoc působí na upevnění rodinných vztahů, jejich zesílení, někdy dojde i k usmíření svárů. Osobně si však myslím, že by nemoc samotná neměla být jediným důvodem k usmírování. Bohužel se tomu tak někdy děje. V době nemoci a po transplantaci potřebují nemocní svou rodinu a své přátele k tomu, aby tuto těžkou a náročnou etapu života překonali.

Myslím, že i přes změny ve fyzické oblasti, které nemocného limitují, sem nepochybně patří únava, snížení výkonnosti, někdy nechutenství a mnoho dalších velmi individuálních obtíží, dochází také ke změnám ve sféře psychické. Psychika nemocného leukémií je touto nemocí značně ovlivněna. V současné době je transplantace kostní dřeně nebo periferních kmenových buněk často jedinou možnou léčebnou metodou a proto nemocný i rodina doufají a věří, že léčba bude úspěšná. To celou náročnou situaci ještě komplikuje, protože obě strany se musí s tímto faktem vyrovnat a to je mnohdy tím nejnáročnějším momentem v životě člověka.

V úvodních kapitolách jsem přiblížila pojem transplantace, její rozlišení z hlediska typu a druhu. Dále jsem ozřejmila i indikace vedoucí k transplantaci. Avšak není možno opomenout ani komplikace, které sebou transplantace krvetvorných buněk nesou. Důležitou součástí transplantací, jsou však i registry bez kterých by v některých případech nebylo možné transplantaci provést. Popsala jsem tedy jejich úlohy, ale i nelehké prvopočátky jejich existence.

V pasáži věnované kvalitě života, jsem vymezila tento pojem, který je v souvislosti s životem nejen zdravých, ale zvláště pak nemocných lidí často používán. Naznačila jsem tedy i možné úhly pohledu na kvalitu života jakož to na mnohorozměrnou veličinu v současné době tolik diskutovanou.

Jednu kapitolu, jsem věnovala leukémiím. Tuto závažnou chorobu jsem přiblížila i z hlediska historického. Jakožto i možnosti chemoterapeutické léčby, která si ve svých začátcích vyžádala často i životy lidí. Dnes je však cytostatikum lékem, který životy zachraňuje a bez kterého si již moderní medicínu nedokážeme představit.

V závěru teoretické části jsem věnovala pozornost možnostem hodnocení kvality života pomocí dotazníků. Zmínila jsem i některé dotazníky, které jsou využívány u transplantologii krvinek.

Z výsledků empirické části vyplývá, že kvalita života je ovlivňována výskytem zdravotních, psychických, ale i sociálních problémů. Nemoc, která je léčena transplantací omezí nemocného v jeho fyzických aktivitách, jelikož více než polovina nemocných se cítí unavena myslím, že i to je jedním z hlavních důvodů proč více než polovina nemocných sportovní aktivity omezí nebo zcela vynechá. Šetření ukázalo že společenský život je zasažen u velkého procenta nemocných.

Také se ukázalo, že největší oporou pro nemocného je rodina, přátelé a zdravotnický personál. Ovšem velmi nízké procento lidí využívá odbornou pomoc psychologa. A to i přesto, že značné procento nemocných pociťuje psychické napětí, strach, často se cítí podráždění a deprimováni. Byl prokázán i negativní vliv na soustředění se. Více než polovina nemocných udalo tento problém.

Při zpracování výsledků dále vyplynul fakt, že relaxací je pro nemocného rodina a přátelé. Další velmi účinnou relaxací je četba, spánek v některých případech i práce. Jen velmi malé procento nemocných využilo některou z psychologických metod. Z toho vyplývá, že odborná psychologická pomoc je nemocnými jen málo využívána. Dnešní trh jistě nabízí mnoho léků na potlačení úzkosti a deprese, ale osobně si myslím, že lidské slovo, empatie a naslouchání mnohdy dokáže pomoci mnohem více než farmaka.

Ve svém dotazníkovém výzkumu jsem se snažila shromáždit údaje týkající se nové životní etapy v životě člověka nemocného leukémií, který podstoupil transplantaci kostní dřeně nebo periferních kmenových buněk. Mou snahou bylo poukázat na některé problémy, které nemocní pociťují, a které by neměli opomínány.

Provedený výzkum byl spíše orientační, ale přesto byly získány zajímavé informace a podněty, k dalšímu možnému rozpracování. Myslím, že by bylo velmi zajímavé srovnání pocitů rodiny a přátel, jak celou tuto situaci spolu s nemocným prožívala.

Výstupní data budou, jak doufám, zajímavá a přínosná i pro lékaře a zdravotní sestry, které se v této problematice pohybují.

Avšak nejvíce je tato práce a výsledky výzkumu určeny nemocným, jejich rodinám a blízkým, kterým by mohla poskytnout cenné informace a pomoci jim vyrovnat se, s tak náročnou situací, kterou je leukémie a její léčba v podobě transplantace.

Velký přínos tato práce a výsledky výzkumu přináší i pro mne. Neboť s těmito lidmi se denně setkávám a pomohla mi tak pochopit jejich vnitřní svět, který je tak poraněn.

Na závěr bych ocitoval děkovný dopis nemocné svému dárci

„Na otázku, co pro nemocného člověka znamená DÁRCE, těžko hledáte slova. Mám pocit, že situace, ve které se člověk ocitá při prvním zjištění diagnózy se dá přirovnat k trosečnickovi. Plujete si po moři života a najednou se zvedne vítr a zanesse vás na pustý ostrov s minimálními zásobami a rozbije vaši loď. Jste sám a víte, že do vyčerpání zásob zbývá pár měsíců , snad pár let? Jen na tuhle dobu vám ostrov poskytne obživu a potom zemřete. Zemřete sám, tiše, pokud se včas nenaplní vaše jediná naděje. A tou NADĚJÍ je pro nás nemocné právě DÁRCE. Dárce, který připluje na velké lodi, vezme nás na palubu a daruje nám život! Slyšíte to krásné slovo?! ŽIVOT! Ten pocit se nedá vyjádřit slovy. Dárce je pro nás anděl, který nám vrátí to, co by bez něj zmizelo. Zmizelo v nekonečném tichu, pokryto bolestí a slzami našich blízkých. Dárce je pro nás třetí rodič, stejně jako máma a táta. Upřímné DÍKY VÁM VŠEM, kteří máte odvahu a nabídnete svou loď na záchranu našich životů!“

4. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTLOVÁ, S.: *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, 2.vydání, Brno, 2004, IDVPZ, ISBN 80-7013-186-1
2. DAŇKOVÁ, I., DLOUHÝ, M.: *Měření zdravotního stavu pomocí dotazníku Euro QoL. In, Zdravotní politika a ekonomika*, sborník č. 2, Kostelec nad Černými lesy, 2001, Institut zdravotní politiky a ekonomiky
3. DOLEŽALOVÁ, K.: *Kvalita života pacientů/klientů s kolostomií*, Bakalářská práce, LFUK, Hradec Králové, 2005.
4. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Sputaný život*. Praha, 3. LFUK, 1991.
5. JESENSKÝ, J.: *Andragogika a gerontogogika hendikepovaných*, 1.vydání, Praha, Karolinum 2000,
6. KOZÁK, T. A KOLEKTIV.: *Vnitřní lékařství, díl III b, Hematologie*, 1.vydání, Praha, Galén, 2001 ISBN 80-7262-085-1
7. KLENER, P., VORLÍČEK, J. ET AL.: *Podpůrná léčba v onkologii*, 1.vydání, Praha, Galén, ISBN 80-902501-2-2
8. KŘIVOHALVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 1.vydání, Praha, Grada Publishing, 2001, ISBN,
9. KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoc*. 1.vydání, Praha, Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0179-0.
10. SALAJKA, F.: *Hodnocení kvality života u onkologicky nemocných*, Onkologická péče, 4. vydání, 2000, č. 2., s. 2-4
11. SLOVÁČEK, L.: *Transplantace krevetvorných buněk a kvalita života*, Vojenské zdravotnické listy, ročník LXXIV, 2005, č. 1, str. 9-14
12. VODVÁŘKA, P.: *Třicet dialogů o rakovině*, 1.vydání, Praha, Galén, 2001, ISBN 80-7262-086
13. VYMĚTAL, J.: *Úvod do psychoterapie*, 1.vydání, Praha, Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0253-3
14. VYMĚTAL, J.: *Obecná psychoterapie*, 2.vydání, Praha, Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0723-3
15. <http://www.ABZ.cz/>(datum stažení - 4.1.2006)
16. <http://www.kostnidren.cz/>(datum stažení - 12.1.2006)

17. <http://www.linkos.cz/>(datum stažení - 26.1.2006)
18. <http://www.transplantace.cz/>(datum stažení - 1.2.2006)
19. <http://www.wikipedia.cz/>(datum stažení - 1.2.2006)

5. PŘÍLOHY

5.1. Průvodní dopis k dotazníku

5.2. Dotazník k hodnocené kvalitě života pro nemocné po transplantaci kostní dřeně

5.1. PRŮVODNÍ DOPIS K DOTAZNÍKU

V Hradci Králové 26.11.2005

Kvalita života po transplantaci

Vážený pane, paní,
dovoluji si Vás oslovit v souvislosti s průzkumem, který se týká
Kvality života po transplantaci. Cílem tohoto průzkumu je vyhodnotit do jaké míry
ovlivnilo onemocnění a transplantace Váš každodenní život, z hlediska zdravotního,
psychického a sociálního.

Výsledky tohoto průzkumu budou součástí mé závěrečné bakalářské práce
v oboru Ošetrovatelství na LFUK v Hradci Králové.

Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné.
Chci Vás ujistit, že Vámi sdělené informace budou použity pouze pro účely této
závěrečné práce.

Předem děkuji za vyplnění tohoto dotazníku a cenné informace.

S pozdravem

Dašková Veronika

VERZE B.

Doplňující otázky k Verzi A

***OBLAST FYZICKÁ**

1. Vaše pohlaví

žena muž

2. Váš věk

0-30 31-55 56-70 71a více

3. Typ transplantace kostní dřeň

periferních kmenových buněk

4. Dárce byl příbuzný /sourozenec, rodič.../

neznámý dárce

dárce jsem byl já sám / autologní transplantace /

5. Jste kuřák

nekuřák

bývalý kuřák

6. Výskyt komplikací ano ne

7. Máte potíže při vykonávání namáhavějších činností?

ano ne velmi

8. Máte bolesti?

ano ne

9. Cítíte se unaven(a)?

ano ne občas

10. Chybí Vám chuť k jídlu?

ano ne

11. Máte potíže se spánkem?

ano ne občas

***OBLAST PSYCHICKÁ**

12. Máte obavy z návratu onemocnění nebo možných komplikací, cítíte se těmito obavami stresován/a?

ano velmi nepřipouštím si to

13. Změnil se Váš žebříček hodnot?

ano ne částečně

14. Pociťujete napětí?

ano ne Z čeho nejvíce?.....

15. Cítíte se někdy podrážděn(a)?

ano ne Čím nejvíce?.....

16. Cítíte se být deprimován(a)?

ano ne .Z čeho nejvíce?.....

17. Máte obtíže se soustředit, neustále se Vám „hlavou honí“ spousta myšlenek týkající se Vašeho onemocnění.

ano ne

18. Kdo Vám pomohl ve nejtěžších chvílích?

- rodina
- přátelé
- zdravotnický personál
- odborná pomoc psychologa
- cítil jsem se sám/sama

19. Co Vám nejvíce pomáhá při relaxaci

- rodina
- přátelé
- sportovní aktivity
- spánek
- četba
- společenské aktivity
- práce
- psychologické metody

***OBLAST SOCIÁLNÍ**

20. Jste zaměstnán(a)

- nezaměstnán(a)
- student
- invalidní důchodce
- starobní důchodce

21. Žijete sám(a)

- s rodinou
- s rodiči

22. Cítíte se limitován(a) ve společenském životě?

- ano ne trochu V čem?

23. Cítíte se limitován(a) ve fyzických a sportovních aktivitách?

- ano ne trochu

24. Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš partnerský vztah?

ano ne V čem? * Chcete-li odpovězte

25. Ovlivnilo Vaše onemocnění Váš sexuální vztah?

ano ne * Chcete-li odpovězte

26. Způsobilo Vám Vaše onemocnění finanční obtíže?

ano ne

27. Upevnila nemoc Vaše rodinné vztahy?

ano ne

28. Změnilo se chování přátel vůči Vám?

ano ne

29. Jak hodnotíte míru informovanosti o svém zdravotním stavu?

- výborná
- dostatečná
- nedostatečná

30. Jestliže máte nějaké přání, problém, který zde nezazněl prosím o

Vaše sdělení
.....
.....
.....

Za vyplnění a další informace ještě jednou děkuji.

RESUMÉ

KVALITA ŽIVOTA KLIENTŮ PO TRANSPLANTACI KOSTNÍ DŘENĚ

V roce 2005-2006 byl proveden výzkum „Kvality života klientů po transplantaci kostní dřeně“ na vzorku 41 nemocných, kteří byli léčeni pomocí transplantace krvetvorných buněk. Výzkum byl proveden na Transplantačním oddělení II. interní kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové.

V teoretické části byly stanoveny cíle, které byly ověřovány částí empirickou. Podobně jako jiné léčebné metody ovlivňuje transplantace další průběh onemocnění a tím i kvalitu života nemocných. Výstupem výzkumu bylo posouzení, jakou měrou ovlivňuje onemocnění a transplantace krvetvorných buněk kvalitu života nemocných a to v oblasti fyzické, psychické, ale i sociální.

Z výzkumu vyplynuly pozitivní, ale i negativní závěry v ovlivnění kvality života nemocných a to ve všech uvedených oblastech života.

SUMMARY

LIFE QUALITY OF PATIENTS AFTER BONE MARROW TRANSPLANTATION

In the year 2005-2006 a research was conducted on the life quality of patients after bone marrow transplantation. The study group involved samples from 41 patients treated with hematogenous cells transplantation. The research was conducted in the Department of Transplantation of Internal medicine clinics II in the University Hospital in Hradec Kralové.

In a theoretical part there were determined some aims which were verified in an empirical part. Likewise another theoretical methods the transplantation affects the further progress of the disease and the life quality connected to it. The out come of the research was to determine the extent of the influence between the disease and the haematogenous cells transplantation on the life quality of the patients.

The determinants involved considerations of physical, psychological and also social aspects of the subject. The results of this study demonstrates both positive and negative influence of the respective treatment in the life quality of the patients in their above mentioned fields.

