

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



**Bc. Magdalena Česneková**

**Recidiva abusu alkoholu a kvalita života po ortotopické  
transplantaci jater**

*Recurrence of Alcohol Abuse and Quality of Life after  
Ortotopic Liver Transplant*

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2015

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citovala a uvedla. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 8. 12. 2015

.....

Bc. Magdalena Česneková

## **Identifikační záznam:**

ČESNEKOVÁ MAGDALENA. *Recidiva abusu alkoholu a kvalita života po ortotopické transplantaci jater. Recurrence of Alcohol Abuse and Quality of Life after Orttopic Liver Transplant.* Praha, 2015, 93 s., 4 přílohy. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN 2015. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jaroslav Vacek.

## **Poděkování:**

Děkuji všem, kteří se podíleli na vzniku této diplomové práce. Především děkuji za podnětné připomínky a podporu při vedení práce Mgr. Jaroslavu Vackovi. Dále bych zde ráda poděkovala panu MUDr. Zdeňku Hrubému a paní MUDr. Soně Fraňkové a též i ostatním pracovníkům IKEMu za jejich obětavou práci a ochotu při sběru dat a podnětných připomínek k mé diplomové práci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mému manželovi a dětem za velkou pomoc, podporu a trpělivost, nejen při vypracování této práce, ale i po dobu mého celého studia.

**Věnování:** Mé mamince Jindře Kortánové k jejím nedožitým 62 letům.

## ABSTRAKT

**Východiska:** Alkohol působí negativně na celý organismus, jedním z nejčastěji poškozených orgánů jsou játra. Následně dochází ke vzniku jaterních onemocnění. Vlivem konzumace se může rozvinout široká škála onemocnění, od lehčích forem, jako je jaterní steatóza, až k závažnému, život zkracujícímu onemocnění - jaterní cirhóze. Alkohol má vliv na játra, a to v závislosti na dávce a trvání užívání. Poškození jater nesouvisí s druhem alkoholického nápoje, jako s jeho dávkou. V rozvoji závažných forem jaterních onemocnění hrají důležitou roli další rizikové faktory (zejména genetické), nejen množství zkonsumovaného alkoholu (Schiff a kol., 2007). Mezi léčebné postupy při alkoholovém poškození jater patří především změna životního stylu, která zahrnuje omezení jak abstinenci alkoholu, nejlépe úplné vynechání kouření cigaret, v indikovaných případech redukci hmotnosti, dále zařazení nutriční a farmakologické terapie. U těžkých případů je na místě transplantace jater.

Hlavním **cílem** mé magisterské práce je zmapovat a popsat, zda došlo po transplantaci jater ke zlepšení kvality života. Konkrétně bych se ráda zaměřila na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Druhým cílem je ověřit si, zda se mění postoj k užívání alkoholu po transplantaci v souvislosti s navazující ambulantní léčbou. Dalším cílem je získat objektivní markery související s užíváním alkoholu u pacientů po transplantaci a posledním cílem je najít vzájemné souvislosti mezi jejich subjektivním postojem k alkoholu, kvalitou života a objektivními důkazy užívání.

**Metoda tvorby dat:** Pro tyto účely jsem použila strukturovaný dotazník, který mi přinesl odpovědi na otázky spojené s kvalitou života jednotlivců v oblasti fyzické, psychické i sociální a vycházel ze standardizovaných nástrojů WHOQOL-BREF a AUDIT. **Výzkumný soubor:** Tvořilo 96 pacientů po transplantaci jater provedené z důvodu alkoholické cirhózy, kteří se léčili v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Tento totální výběr pacientů z kartotéky ambulance hepatogastroenterologické kliniky byl vymezený časovým obdobím od srpna 2014 až do ledna 2015. **Metody analýzy dat:** Získaná data byla zpracována na úrovni popisné a matematicko-analytické statistiky (chí-kvadrát, t-test a korelace) a výsledky byly uvedeny v jednotlivých tabulkách a grafech.

**Závěr a výsledky:** Výsledky ukazují, že pacienti po transplantaci jater z důvodu abúzu alkoholu, kvalitu svého života vnímají poměrně nezávisle na svém věku a pohlaví. Potvrzuje se, že samotná nemoc vždy znamená velký zásah do psychiky, fyzické síly a sociálních vazeb pacientů a má velký vliv na celkovou kvalitu života pacientů po transplantaci. Pacienti po úspěšné transplantaci jater se mohou bez závažnějších komplikací vrátit zpět k běžnému způsobu života, i ke svému povolání, zejména ti, kteří nevykonávali manuálně obtížnější práci a jsou ve skupině středního věku.

### **Klíčová slova:**

Kvalita života – recidiva – alkohol – transplantace jater

## ABSTRACT

**Foundations:** Alcohol consumption affects negatively the whole organism and the organ that is damaged most often is liver. Liver diseases start developing subsequently. A whole range of diseases, from the lighter forms such as steatosis to a serious, life-shortening illness - the liver cirrhosis, can be caused by alcohol consumption. The degree of alcohol impact on liver depends on its dosage and length of usage. The degree of liver damage does not depend on the kind of the alcoholic drink but rather on its dosage. An important role in development of serious forms of liver diseases is played by other risk factors (mostly genetic) besides volume of consumed alcohol (Schiff et al, 2007). Therapeutic procedures for people with alcoholic liver damages include above all change of lifestyle including abstinence from alcohol consumption, ideally complete abstinence from cigarette smoking, weight reduction if indicated, and nutritional and farmacological therapy. Liver transplant surgery is required in serious cases.

The main **aim** of my thesis is to chart and describe whether the quality of patients' everyday lives improves after liver transplant. In particular, I intend to focus on the physical, mental, and social areas of their lives. Another objective of this paper is to find out whether the patients' attitudes towards use of alcohol change in relation to the subsequent outpatient treatments. My goal is also to collect objective markers related to alcohol usage in patients after liver transplant, and the last aim is to find interconnections between the patients' subjective attitude towards alcohol, quality of their lives and objective evidence of their alcohol use.

**Data creation method:** To this end a structured questionnaire was used, which has brought answers to questions related to the individuals' quality of life in physical, mental, and social areas, and which was based on standardised instruments WHOQOL-BREF and AUDIT. **The research sample:** Consisted of 96 patients after liver transplant carried out because of alcoholic cirrhosis, who were treated in the Institute for Clinical and Experimental Medicine in Prague. This total selection of patients from the list of Hepatogastroenterology Department has been realized in the period between August 2014 and January 2015. **Data analysis method:** The collected data was processed by the method of descriptive statistics and the results

presented in individual tables and charts - particularly to be able to test hypotheses and their correlations of individual interval or ordinal variables. The last research question helped to form the component hypotheses and a goodness of fit test (chi-squared) for normal variables, or a t-test to compare normal and proportion variables.

**Conclusion and results:** The results indicate, that patients after liver transplant because of alcohol abuse perceive the quality of their lives relatively without regard to their age and sex. The research proves that the disease always represents a significant intervention in the patients' mental state, physical strength and social relations and has great impact on the overall quality of their lives after transplant. The patients who underwent liver transplant can return to their regular pre-transplant lifestyle without serious complications. These people can even get back to their original occupations, especially if they are middle-aged and their jobs do not require manually demanding activities.

**Key Words:**

Quality of life – relapse – alcohol – liver transplantation



# 1. ÚVOD

---

*„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“*

WHO 1994

Vlivem konzumace alkoholu může pacient trpět širokou škálou jaterních onemocnění, od lehčích forem, jako je jaterní steatóza, přes alkoholickou steatohepatitidu až k závažnému, život zkracujícímu onemocnění - jaterní cirhóze. Alkohol má vliv na játra, a to v závislosti na dávce a trvání užívání. Poškození jater nesouvisí s druhem alkoholického nápoje, ale s jeho dávkou. Poškození jater může také záviset na způsobu konzumace. (Schiff et al, 2007).

Marsano et al. (2003) uvádí, že mezi léčebné postupy při alkoholovém poškození jater patří především změna životního stylu, která zahrnuje redukci – v ideálním případě abstinenci od alkoholu, omezení a nejlépe úplné vynechání kouření cigaret, v indikovaných případech redukci hmotnosti, dále zařazení nutriční a farmakologické terapie. U pacientů, kteří mají chronické selhání jater způsobené alkoholem, je na místě transplantace jater.

Pojem kvalita života je vnímám každým z nás odlišným způsobem. Preferujeme jiné životní hodnoty. Máme jiný pohled na kvalitní život, když jsme zdraví, a jiný, když se ocitneme v pozici nemocného člověka.

Člověk v dnešní moderní době nemá zájem jen o to, aby přežil, ale chce i plnohodnotně a kvalitně žít, tak aby mohl být co nejdéle prospěšný společnosti. Rád by se věnoval i svým koníčkům a zálibám, rád by byl aktivní nejen tělesně, ale i duševně.

Kvalita života se v posledních desetiletích zkoumá v několika vědních oborech: v medicíně, sociologii, psychologii aj. Moderní medicína se snaží nejen prodloužit délku života, ale její snahou je i zlepšení nebo zachování kvality života nemocných. Z tohoto pohledu se jedná o dlouhodobý cíl zaměřený nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu nemocných a jejich návratu do běžného života, zvládnání denních aktivit, využívání zdrojů sociální opory a mnoho dalšího. To, jaký má

onemocnění vliv na nemocného, může být základem pro naplánování adekvátních intervencí, které následně povedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s pacientem a zlepšení kvality jeho života.

Hlavním cílem mé práce je proto zjistit, zda se změnila kvalita života pacientů po transplantaci jater, zda se změnila jejich fyzická, psychická a sociální oblast.

V teoretické části práce bude vymezen pojem kvalita života, jeho definice od různých autorů a jejich pojetí. Dále se budu zabývat faktory, které ovlivňují kvalitu života. Zaměřím se na měřitelnost kvality života a na existující metody a nástroje vhodné k tomuto měření. Další kapitola bude věnována stručnému seznámení se s transplantací a vším, co s ní souvisí. Navazující kapitola se bude zabývat závislostí na alkoholu a jaterními onemocněními, která tato závislost způsobuje. Poslední část mé teoretické práce bude zaměřena na kvalitu života po provedené transplantaci jater.

V praktické části budou prezentovány výsledky vlastního výzkumu, který byl proveden dotazníkovou metodou a měl za cíl zjistit, zda došlo po transplantaci jater ke zlepšení v každodenním životě nemocného. Konkrétně se budu zaměřovat na oblast fyzickou, psychickou a sociální. Dalším cílem bylo ověřit, zda se mění postoj k užívání alkoholu po transplantaci v souvislosti s navazující ambulancí léčbou.

# OBSAH

---

1. ÚVOD.....	9
1. KVALITA ŽIVOTA .....	13
1.1. Vymezení pojmu kvalita života.....	13
1.2. Definice kvality života.....	14
1.3. Faktory ovlivňující kvalitu života .....	16
1.4. Hodnocení a měření kvality života .....	16
1.5. Metody měření kvality života.....	17
2. TRANSPLANTACE .....	20
2.1. Definice transplantace jater .....	20
2.2. Zařazení nemocných na čekací listinu u transplantace .....	20
2.3. Transplantace jater.....	21
2.4. Indikace a kontraindikace k transplantaci jater .....	22
2.4.1. Indikace .....	22
2.4.2. Kontraindikace transplantace jater .....	23
2.5. Psychosociální aspekty transplantací.....	23
2.6. Život v domácím prostředí po transplantaci jater .....	24
3. ALKOHOL .....	25
3.1. Alkohol a játra .....	25
3.2. Jaterní steatóza .....	27
3.3. Alkoholická steatohepatitida.....	27
3.4. Alkoholická cirhóza.....	28
4. KVALITA ŽIVOTA PO ÚSPĚŠNÉ TRANPLANTACI JATER.....	29
5. POUŽITÉ METODY.....	31
5.1. Výzkumné cíle.....	31
5.2. Výzkumné otázky.....	31
5.3. Výzkumný soubor .....	31
5.4. Metoda sběru dat.....	32
5.5. Analýza získaných dat.....	33
5.6. Etika .....	34
6. VÝSLEDKY.....	36
6.1. Popis výzkumného vzorku respondentů .....	36
6.2. Část první: Kvalita života .....	38
6.3. Část druhá: Užívání alkoholu .....	53
6.4. Část třetí: Laboratorní biochemické vyšetření .....	62
6.5. Vzájemné souvislosti .....	64

7. DISKUZE .....	66
7. ZÁVĚR .....	75
8. LITERATURA.....	77
9. PŘÍLOHY.....	81

## II. TEORETICKÁ ČÁST

### 1. KVALITA ŽIVOTA

---

#### 1.1. Vymezení pojmu kvalita života

Vymezení pojmu kvalita života je v dnešní době uváděno v každém laickém i politickém slovníku. Sousloví kvalita života je přisvojováno řadě vědních disciplín a jako pojem je spojeno s nejrůznějšími přívlastky. Můžeme zde říci, že se jedná o pojem relativně nový, pojem interdisciplinární a multidimenzionální. V neposlední řadě také o pojem velmi kontroverzní a těžko uchopitelný (Heřmanová, 2012).

Interdisciplinární znamená, že se jím dnes zabývají různé vědní disciplíny jako například: psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, sociální ekologie, environmentalistika, ale i technické vědy a pro tuto práci důležitá medicína, ve které kvalita života a zdraví patří k ústředním tématům výzkumu (Heřmanová, 2012).

Slovo multidimenzionální označuje, že pojem kvalita života je předmětem různých pojetí. Jedná se o pojetí materiální neboli existenciální – vlastnictví a určitá míra konzumu. Dále pak pojetí psychologické – pocity radosti, úspěchu a moci, pocity štěstí, životní spokojenost, sebereflexe a sebehodnocení člověka jako jedince. Patří sem i pojetí kulturně-antropologické – vnímání kvality života v různých časových obdobích a prostředích. Pojetí morální – vztah k našim morálním hodnotám a našemu svědomí. Pojetí sociologické, které zkoumá odlišnosti života v různých sociálních skupinách. A nedílnou součástí je zde také pojetí medicínské, kam patří například fyzické a duševní zdraví nebo délka života (Heřmanová, 2012).

Vzhledem ke kontroverznosti tématu bohužel neexistuje žádný jednoznačný koncept pojmu kvalita života. Vedle samotného pojmu kvalita života – quality of life, dále QOL, jsou užívána i jiná synonyma, i když jejich přesný význam není dosud zcela dostatečně definován. Mezi taková synonyma patří například pojmy: sociální pohoda, lidský rozvoj, štěstí, spokojenost aj. (Heřmanová, 2012).

Je tedy zcela zřejmé, že je velice obtížné uchopit pojem kvalita života, neboť se zcela odvíjí od našeho lidského života jako takového. Život každého z nás se odvíjí od vnitřních a vnějších faktorů, řady nejrůznějších mezosobních interakcí a činností, které pocházejí z různých zájmových oblastí a probíhají v různých sociálních skupinách (Heřmanová, 2012).

Nejnovější pojetí pojmu kvalita života z roku 2007 uveřejněné na desátém evropském kongresu v Praze E. Olearym a M. A. Garciou-Martinem zahrnuje čtyři základní hodnocené a hodnotitelné oblasti existence člověka ve společnosti:

- 1) kontext a zázemí
- 2) prostředí
- 3) osobnostní charakteristiky
- 4) zpracování informací a regulace

Největší význam má v současné době podle autorů poslední, čtvrtá oblast, která výrazným způsobem určuje a modifikuje konečnou podobu prožívání kvality života každého z nás. Zohledňuje objektivní faktory prostředí a osobnostní kvality a zkušenosti jedince v jeho konkrétní roli (Francová, 2007).

## **1.2. Definice kvality života**

Jednou z nejstarších definic, kterou bychom mohli považovat za definici kvality života, je definice zdraví podle Světové zdravotnické organizace (WHO), která uvádí: „*Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody.*“ Tato definice zachycuje nejen stránku fyzickou či fyziologickou, ale zdůrazňuje i otázku základních lidských potřeb člověka. Nezachycuje už však škálu možných stavů mezi zdravím a nemocí, a tak se může stát, že fakticky nemocný člověk, který je se svou nemocí vyrovnaný či dokonce smířený a dále dostatečně finančně zajištěný, je podle této definice vlastně naprosto zdravý. Naproti tomu člověk fyzicky objektivně zdravý, ale hypochondr by se mohl považovat podle této definice za nemocného (Heřmanová, 2012).

Podle Dufkové má kvalita života tři základní typy pojetí:

a) makrostrukturální, které chápe kvalitu života jako jedno z kritérií společenského pokroku, a tudíž je nejméně přesné

b) mezostrukturální pojetí podchycuje kvalitu života na nižší úrovni u menších sociálních celků, ale nedostává se až k samotným jednotlivcům

c) mikrostrukturální pojetí pracuje převážně s pojmy, jakými jsou spokojenost, štěstí či sebereflexe, individuální tvorba aj. (Dufková, 1986).

Dragomerická a Škoda se zabývají kvalitou života v sociální psychiatrii a definují ji takto: *„Kvalita života spíše než na jednoznačném teoretickém základu leží v průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definitivně vymezit.“* (Dragomerická a Škoda, 1997).

Hartl a Hartlová ve svém psychologickém slovníku uvádějí obecnou definici, která vyjadřuje kvalitu života jako pocit životního štěstí. Obecnými znaky jsou podle nich soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Ze sociologického pohledu vnímají kvalitu života jako pocit a životní úroveň speciálních sociálních skupin, např. etnických. Z medicínského pohledu se zajímají o to, na jaké úrovni a s jakými omezeními žijí lidé s chronickými chorobami (Hartl, Hartlová, 2000).

Další z definic kvality života tvrdí, že je to záležitost našeho subjektivního hodnocení a jde hlavně o to, jak se ten daný jednatel sám cítí, kde žije a jaký je jeho životní styl. Zde se nejrůznějšími ekonomickými a sociálními ukazateli měří životní úroveň, která je spojena s naší spotřebou a výší příjmu. Někdo tak může mít kvalitu života nízkou, ale vysokou životní úroveň a samozřejmě i naopak (Šimková, 2007).

Pacione (2003) chápe kvalitu života jako dvě dimenze na zemi. První dimenze představuje to, jak lidé svůj život prožívají (psychologická či subjektivní), druhá dimenze to, v jakých podmínkách tito lidé žijí (environmentální a duchovní potřeby člověka).

Všechny definice se shodují v tom, že kvalita života je výsledek vzájemného působení mnoha odlišných faktorů (sociální, zdravotní, environmentální, ekonomické). Všechny tyto uvedené faktory ovlivňují náš lidský rozvoj na úrovni individuální a globální. Kvalita života se dá rozdělit na objektivní, do které spadá oblast materiální, sociální, postavení ve společnosti a zdravotní stav. Dále pak na

subjektivní, která souvisí s emočním cítěním a s celkovou spokojeností se životem (Payne, 2005).

Kvalita života patří do relativní kategorie, ve které může být označena jako kvalitativní a vycházet tak z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje. Zároveň však spadá i do kvantitativní kategorie, která je objektivní a měřitelná, což znamená, že ji můžeme hodnotit. Pro kvalitu života je předmětem hodnocení samotný život jednotlivce, skupiny, společnosti či populace (Gurková, 2011).

### **1.3. Faktory ovlivňující kvalitu života**

- 1) Fyzická kondice – určuje se výskytem různých symptomů onemocnění i nežádoucími účinky aplikované terapie.
- 2) Funkční zdatnost – posuzuje se podle stupnice WHO nebo stupnice dle Karnofského, jde o schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění se v zaměstnání, rodinném životě aj.
- 3) Psychický stav – se hodnotí podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci samotné, podle toho, jak se nemocný vyrovnává s nemocí a její léčbou, ale také osobností charakteristiky.
- 4) Spokojenost s léčbou – zde se posuzuje celkové prostředí, ve kterém je nemocný léčen, ale také technická zručnost ošetřujícího personálu při provádění diagnostických a léčebných výkonů, chování personálu a způsob komunikace s nemocným (objektivní informace o zdravotním stavu nemocného).
- 5) Sociální stav – hodnocení vztahů nemocného k blízkým lidem a jeho role ve společenských skupinách i způsobu komunikace s lidmi v jeho blízkém okolí (Slováček, 2004).

### **1.4. Hodnocení a měření kvality života**

Pro hodnocení a měření kvality života byla vyvinuta celá řada dotazníků. Za jeden ze standardních lze považovat dotazník SF-36 – Item Health Survey, obecně zaměřený na zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů (Payne, 2005).



Všeobecné dotazníky se používají pro jakýkoliv soubor pacientů nebo zdravé populace. Zaměřují se na oblast zdraví, prožívání, mezilidských vztahů, životních podmínek, prostředí a případně i na spirituální stránku života. Výhodou těchto dotazníků je, že umožňují vzájemné srovnávání různých podmínek a jsou vhodné i pro populační šetření. Mají však i svá negativa, a to že nemusí být dost citlivé na podchytení intervence zaměřené na symptomy. Oproti tomu jsou speciální dotazníky určené převážně pro jedince s již konkrétními obtížemi a hodnotí dopad těchto obtíží na život jedince. Takovéto dotazníky zachycují klinicky významné změny, ale jejich výsledky lze jen obtížně srovnávat nebo zobecňovat (Dragomerická, 2006).

Dále můžeme kvalitu života měřit individuálně, což slouží především k terapeutickému plánu a posléze vyhodnocení aplikovaných postupů. Můžeme sledovat skupinu jedinců s konkrétním typem potíží, kde je měření kvality života indikátorem efektu léčby, dopadu vedlejších účinků nebo prostředkem k hodnocení komplexních programů. Měření populačních šetření kvality života je popis rizikových skupin a je to důležitý podklad pro preventivní programy a plánování zdravotní a sociální péče (Dragomerická, 2006).

## **1.5. Metody měření kvality života**

Metod, kterými se měří a hodnotí kvalita života, je několik, ale dají se rozdělit do tří skupin:

- 1) Metoda, při které hodnotí a měří kvalitu života přímo sama daná osoba. Z definice kvality života je patrné, že se zde klade velký důraz na životní spokojenost. Kvalitní život má jen ten, kdo je se svým životem spokojen, a to jen tehdy, když dosahuje svých stanovených cílů. V takovém případě žije spokojený život. Při tomto měření lze použít metodu zvanou „Stupnice spokojenosti se životem“ (SEIQoL). Pro samotnou diagnostiku se používá dotazník s pěti otázkami, které zjišťují míru spokojenosti daného člověka a ponechávají mu možnost, aby si sám zvolil hodnocení míry spokojenosti se svým životem. SEIQoL patří mezi nejrozšířenější metody diagnostikování kvality života (Křivohlavý, 2002).
- 2) Metoda, při které hodnotí a měří kvalitu života druhá osoba. Mohli bychom se domnívat, že metodám měření kvality života jedince předcházela jeho zdravotnická dokumentace. Zde se zdravotní stav člověka posuzuje z pohledu

lékaře, z obecně fyziologického hlediska. Metoda, která se pokouší vystihnout celkový stav jedince fyziologickým a patologickým kritériem, se nazývá hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Tato metoda spočívá v tom, že předpokládáme vážnost onemocnění dle toho, jak se jeho stav kvantitativně odchyluje od stavu normálního. Stejným způsobem změříme odchylky od všech abnormálních fyziologických funkcí a výsledek vyjádříme pomocí číselné osy, jedním číslem. U této metody se předpokládá, že pravděpodobně je míra korelace vyšší mezi takovýmto údajem a vážností nemoci a úmrtností klientů. Bodové hodnocení se pohybuje mezi 0 až 17 body. V celosvětovém měřítku se nejčastěji používá metoda podle W. O. Spitzera, ve které se hodnotí pracovní schopnost, fyzická nezávislost na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti, nepohodlí, nálady, vědomí o následcích nemoci, komunikace s okolím, vztahy jedince s přáteli a rodinou (Křivohlavý, 2002).

Hodnotící metoda kvality života druhou osobou však vykazovala rozdílné výsledky ve srovnání s hodnocením samotného hodnoceného, což vedlo k hledání jiných cest k hodnocení a měření kvality života (Křivohlavý, 2002).

- 3) Metoda, která je kombinací první a druhé metody. Do této skupiny patří MANSA (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru) a LSS (Měření spokojenosti) (Křivohlavý, 2002).

Metoda MANSA hodnotí celkovou spokojenost se životem společně se spokojeností s předem přesně danou dimenzí života. Zjišťuje se zde spokojenost s vlastním zdravotním stavem, sebepojetím, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím a účastí na aktivitách volného času. Jde o to, abychom pomocí této metody vystihli skutečný obraz kvality života člověka v danou chvíli. Dle výsledků se pak můžeme zaměřit na konkrétní pomoc dle individuálních potřeb zkoumaného jedince (Křivohlavý, 2002).

Metoda LSS používá k měření vizuální stupnici se sedmi stupni. Na vodorovné ose od minima „nemůže to být již horší“ až po maximum „nemůže to být lepší“. Po obou stranách od středu, kdy je člověk stejně uspokojen nebo nespokojen, se nacházejí další dva stupně, a to z větší části spokojen (nespokojen) a nespokojen (spokojen). Obdobou této metody je pak Cantrilův žebřík s dvanácti příčkami. MANSA a podobné metodiky pro měření kvality života jsou určeny k podstatným charakteristikám života

občanů, nejen samotného jedince. Těchto metod se využívá při řízení zdravotní a sociální politiky v daném regionu a v určené populaci (Křivohlavý, 2002).

## **2. TRANSPLANTACE**

---

### **2.1. Definice transplantace jater**

Ortotopická transplantace jater je komplexní léčebná metoda, při které jsou v průběhu chirurgického výkonu po provedené hepatektomii do oběhu příjemce zapojena játra dárce, případně jejich část. Transplantace jater představuje v současnosti standardní a optimální léčbu akutního a chronického jaterního selhání. Transplantace jater je náročná metoda, vyžadující určitou rezervu fyzických a psychických sil příjemce, nezbytnou k překonání operační zátěže, pooperační péče a rehabilitace a dále i k návratu do normálního aktivního života. U pacienta s malou nadějí na příznivý průběh léčby není transplantace indikována. Vlastní indikace je odpovědností transplantačního centra. V procesu indikace k transplantaci je zvažována jak potřeba transplantace (daná ohrožením pacienta jaterním onemocněním), tak míra rizika, které tato léčba představuje (Trunečka a kol., 2009).

### **2.2. Zařazení nemocných na čekací listinu u transplantace**

Zařazení nemocných na čekací listinu provádějí transplantační centra, vlastní zařazení a správu čekací listiny má na starosti Koordinační středisko transplantací.

Doba čekání na transplantaci závisí na tom, je-li k dispozici vhodný dárce. Žijícím dárčům lze transplantaci časově přizpůsobit. U zemřelých dárců se čekací doba různí a může se velice lišit. Čekací listina je seznam čekatelů, ze kterého se vybírá nejvhodnější příjemce pro orgán, který je zrovna k dispozici. Kritérium není jen doba čekání, ale i medicínská kritéria, jako například krevní skupina, naléhavost transplantace, váhový poměr mezi dárce a příjemcem ([http://ap.mzcr.cz/koordinacni-stredisko-transplantaci/otazky-a-odpovedi\\_48\\_245n.html](http://ap.mzcr.cz/koordinacni-stredisko-transplantaci/otazky-a-odpovedi_48_245n.html)).

### **2.3. Transplantace jater**

Historicky první transplantace jater u člověka byla provedena v roce 1963 a od osmdesátých let dvacátého století se stala běžnou léčebnou metodou. U nás se provádí od roku 1983 v Brně, od roku 1995 pak v Praze. Jedná se o komplexní léčebnou metodu, která je určena především pro pacienty s jaterním selháním. Samotná transplantace je velmi složitý chirurgický zákrok, po jehož provedení nemocný podstupuje specializovanou pooperační péči, postupnou rehabilitaci s pomalým návratem do běžného života (Trunečka, 2004).

Transplantace jater je chirurgická operace, při jejímž průběhu se odstraní nemocná játra a na stejné místo se umístí do krevního oběhu zapojená játra nová. Skoro vždy jde o játra, která jsou od zemřelého dárce. Takto přenesené tkáni se říká štěp. Játra, která jsou od živého dárce, se transplantují jen v důsledku nedostatku zemřelých dárců. Nedílnou součástí transplantace musí být i úprava orgánů od dárce, mrtvého nebo živého. Již v průběhu operace začíná imunosupresivní léčba. Podstatou této léčby je podávání léků, které zabraňují odhojení transplantovaných jater. Chirurgickým výkonem transplantace nekončí, nedílnou součástí péče o pacienta je dlouhodobé sledování v transplantačním centru (Trunečka, 2004).

## **2.4. Indikace a kontraindikace k transplantaci jater**

### **2.4.1. Indikace**

Indikace je nezbytnou součástí transplantace, protože nám určuje v tomto případě nemocné s jaterním onemocněním, pro které je transplantace jater vhodná a kteří zároveň netrpí takovou chorobou, která by zásadně negativně ovlivnila přežití pacienta po transplantaci (Ehrmann, 2006).

Indikací k transplantaci jater je nezvratné a progresivní onemocnění jater, které nelze léčit medikamentózně či chirurgicky a zajistit tak delší přežití. Transplantace jater by měla zvrátit nepříznivou prognózu pacienta, její přesné načasování je proto velmi důležité. Pacient má být k transplantaci indikován časně, aby pokročilost jeho jaterního onemocnění neměla vliv na bezproblémové zařazení do čekací listiny. K transplantaci jater jsou ideálně indikováni spíše mladší nemocní s horní hranicí věku kolem 65 let. Důležitý a nezbytný je i dobrý psychický stav nemocného, protože se musí počítat s dlouhodobou spoluprací po operaci (Brodanová, 1997).

Proces indikace k transplantaci jater tak v sobě zahrnuje dva protichůdné aspekty:

řešení medicínské potřeby náhrady funkce jater a snahu o optimální využití omezeného množství dárců. Toho lze docílit využitím štěpů pro nemocné, kteří transplantaci sice nevyhnutelně potřebují, ale zároveň mají dostatečně vysokou pravděpodobnost dlouhodobě příznivého výsledku transplantační léčby. To nutně vede k omezení vysoce rizikových výkonů s malou nadějí na úspěch. Indikační a alokační mechanismy se snaží reagovat na mortalitu na čekací listině. Vznikají nástroje k objektivizaci predikce přežívání pacienta bez transplantace a k objektivnímu hodnocení rizikovosti kandidátů (Trunečka a kol., 2009).

### **2.4.2. Kontraindikace transplantace jater**

Kontraindikace jater dělíme na absolutní a relativní. Absolutní kontraindikaci představují sepse, pokročilé mimojaterní maligní onemocnění a metastazující hepatocelulární karcinom. Kontraindikací k výkonu může být rovněž pokročilé kardiopulmonální onemocnění, pokračující závislost na alkoholu či drogách, AIDS, nespolupráce pacienta (Chopra, 2006).

Relativními kontraindikacemi jsou: věk nad 65 let, trombóza portálního řečiště, HIV bez anamnézy oportunní infekce, pokročilá podvýživa (Chopra, 2006).

### **2.5. Psychosociální aspekty transplantací**

Na co nikdy nesmíme zapomínat, je komunikace s nemocným pacientem. Můžeme tak zvýšit jeho spolupráci a naše výsledky v procesu uzdravování mohou být mnohem příznivější. Pacienti mají obvykle předoperační strach, trpí úzkostí a nedůvěrou. Když neinformujeme pacienta v přípravné fázi na transplantaci, má sklony k úzkosti a nespolupracovat. Transplantace je pro nemocného změna, která zasahuje do všech částí jeho života (Brožková, 1994).

Pěkný ve své studii uvedl stresory u transplantovaných pacientů: strach z reakce, imunosupresivní léčba a její vedlejší účinky, nejistota týkající se budoucnosti a strach z infekce.

Pacienti mají velmi často nerealistická očekávání, optimismus a upínají se k přání, aby transplantace byla definitivním řešením jejich zdravotních problémů. I přes dostatečnou informovanost negativní možnosti vytěsňují. Proto je tak velmi důležité nejen pacienty informovat, ale i ověřovat, zda podané informace a fakta o celém průběhu léčby plně pochopili (Pěkný, 2008).

## **2.6. Život v domácím prostředí po transplantaci jater**

Po transplantaci je návrat do domácího prostředí obvykle šťastná událost, ale během několika týdnů zde může dojít i k pocitům úzkosti, strachu a deprese. Musíme mít na paměti, že zotavení je dlouhotrvající proces psychické a zejména fyzické rehabilitace. U transplantace jater dochází v posledních 10 letech k přežívání v 90 % rok po operaci, v 80 % 5 let a v 75 % jde již o 10leté přežívání. Ovšem i přes tyto pozitivní výsledky je transplantace jater spojena s častými komplikacemi, a její úspěch je tak dán rovněž schopností časně diagnostikovat a účinně případné komplikace léčit.

Cílem v současné době není pouze zlepšení přežití nemocných. Novým cílem se stává odstranění komplikací spojených s transplantací jater a dlouhodobou imunosupresivní léčbou, pacient by měl dosáhnout pocitu pohody jak ve fyzické, tak v psychosociální sféře (Fraňková, 2009).

U většiny pacientů je kvalita života po návratu k normálnímu životu výborná, a to jak v osobní sféře, tak i v zaměstnání. Omezující mohou být nežádoucí účinky léků a nutnost pravidelných a častých kontrol u lékaře. Čtyřicet tři procent pacientů v aktivním věku, kteří přežijí 9 měsíců, pracuje. Tuto skutečnost významně ovlivňuje věk pacienta, to, jak dlouho před transplantací pracoval, a druh jeho zaměstnání (Sherlocková a Dooley, 2004).



## 3. ALKOHOL

---

Česká republika je již dlouhodobě na prvních příčkách celosvětového žebříčku ve spotřebě alkoholických nápojů – cca 10 l na jednoho obyvatele za rok (Popov, 2003).

MKN – 10 uvádí v oddílu F10 poruchy, které jsou vyvolané nadměrným užíváním alkoholu:

- 1) poruchy, které působí přímo na centrální nervový systém (intoxikace alkoholem), nebo následkem chronického abúzu alkoholu (odvykací stav, psychotická porucha, amnestický syndrom)
- 2) poruchy, které souvisejí s již dlouhodobým užíváním alkoholu až samotným syndromem závislosti – ztrátou kontroly nad užíváním alkoholu.

Nebezpečí nadměrného užívání alkoholu je v jeho rozvoji tělesné i psychické závislosti, která se rozvíjí po dlouhodobém užívání, čemuž předchází poměrně dlouhé období, kdy je již viditelné tělesné i psychické poškození. V této fázi je možné ještě abúzus zastavit bez větších následků.

Alkoholová závislost patří mezi chronická recidivující onemocnění, která poškozují organismus.

### **3.1. Alkohol a játra**

Vnímavost k toxickému vlivu etanolu je u různých jedinců různá. Pouze u 40% pijáků se vyvine jaterní steatóza a méně než u 5% se vyvine jaterní cirhóza (Bellentani, 2001).

V poškození jater etanolem hraje klíčovou úlohu aktivace buněk jaterní imunity tzv. Kupfferových buněk bakteriálními endotoxiny, které jsou součástí stěny Gram negativních bakterií, a které ve zvýšené míře pronikají do portální krve následkem alkoholem indukovaného zvýšení střevní průchodnosti (Crews, 2006).

Aktivace Kupfferových buněk je vyvolána interakcí endotoxinu s proteiny buňkové stěny, které zahrnují následující tři typy proteinů: lipopolysacharidy vázající protein (lipopolysaccharide binding protein, LBP), baktericidní/permeabilitu zvyšující protein (bactericidal/permeability increasing protein, BPI) a endotoxinový receptor CD14 a TLR4. Protein LBP, produkováný v hepatocytech, váže a transportuje LPS k

cílovému komplexu receptorů CD14/TLR4 na Kupfferových buňkách (Schafer., 2002).

Receptor TLR4 je součástí membrány transmembránového komplexu Kupfferových buněk a spolu s receptorem CD14 zprostředkuje signály o přítomnosti mikroorganismů v těle (Opal, 2002). Aktivované Kupfferovy buňky zvýšeně produkují prozánětlivé cytokiny. Tyto cytokiny vyvolávají programovou smrt jaterních buněk, která je charakteristická pro akutní alkoholickou hepatitidu a vyvolávají infiltraci jater bílými krvinkami v chronickém průběhu alkoholické nemoci jater (Thurman, 2002).

U chronického abúzu alkoholu dochází k řadě změn. Mezi tyto změny patří: zvýšená tvorba lipoproteinů, laktátu, pyruvátu a zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. Klesá zásoba glykogenu v játrech, zpomalí se glukoneogeneze a naopak stoupá obsah tuků a železa. V některých případech může dojít po vysazení některých léků ke zlepšení, ale když se vysadí alkohol, dojde opět ke zhoršení. Obecně je tolerance alkoholu větší u mužů a menší u žen. U mužů se považuje za velmi nebezpečnou dávka nad 60 g čistého alkoholu/den (cca 2 l piva, 0,7 l vína nebo 0,2 l tvrdého alkoholu), což může vést k rozvoji jaterního onemocnění. U žen je tato nebezpečná dávka 20 g čistého alkoholu/den (cca 1 sklenička vína nebo jedno pivo). Ovšem největší riziko je stálý přísun alkoholu (Klener a kolektiv, 1997).

Alkohol je zastoupen při celkovém počtu jaterních transplantací kolem 17 %. Dle evropského registru se podíl transplantací zapříčiněných abúzem alkoholu v jednotlivých zemích liší. Největší počet, 30 %, se provádí ve Španělsku. 20 % je podíl ve Francii, Dánsku a Rakousku. Zajímavé jsou výsledky z Polska, kde od roku 1988 do 2000 nebyla provedena jediná transplantace jater z důvodu alkoholického jaterního poškození (Ehrmann jr., Schneiderka, Ehrmann, 2006).

U nás v IKEM Praha bylo v letech 1995 až 2002 provedeno 246 transplantací, z toho jich bylo pro alkoholickou jaterní cirhózu provedeno 17,1 % a 12,1 % pro jaterní cirhózu kombinovanou s podílem abúzu alkoholu (Ehrmann jr., Schneiderka, Ehrmann, 2006).

Alkohol způsobuje: jaterní steatózu, steatohepatitidu a alkoholickou cirhózu, závažnou akutní komplikací je akutní alkoholická hepatitida (Klener a kolektiv, 1997).

### **3.2. Jaterní steatóza**

Jaterní steatóza je onemocnění, které je charakterizováno hromaděním tuků v jaterní tkáni z původních 5 % suché hmotnosti na několiknásobek (Lukáš a Ták, 2007).

Při chronickém abúzu alkoholu je první změnou v játrech a vzniká u všech alkoholiků. Při terapii je přísně zakázán jakýkoliv alkohol a je upravena výživa (Klener et al., 1997).

Steatóza jater je onemocnění reverzibilní. V případě, že je jejím důvodem konzumace alkoholu, je možné játra úplně vyléčit jen tím, že pacient abstínuje od alkoholu. Pokud ovšem konzumace alkoholu stále trvá, dochází k postupné progresi fibrózy až do stadia cirhózy. Takto poškozená játra se již neobnoví pouhou abstinencí (Klener a kolektiv, 1997).

### **3.3. Alkoholická steatohepatitida**

Jde o neinfekční jaterní poškození způsobené alkoholem. Je důležitým momentem pro rozvoj závažných chronických poškození. Má charakteristický histologický obraz. V mnoha případech jde převážně o muže středního věku po mnohaletém abúzu alkoholu, hlavně koncentrátů. Impulzem bývá větší alkoholický exces, ale i přidružené infekce. Klinický obraz může kolísat od pouhého asymptomatického zvýšení jaterních testů až po život ohrožující stav, kterým je akutní alkoholická hepatitida. Tato významná komplikace se projevuje žloutenkou a poruchou jaterní funkce. Mortalita onemocnění je vysoká, prognóza je u těchto případů vážná a u těžších forem již z hlediska krátkodobého přežití. Při delším časovém odstupu je rozhodující především abstinence. Zde je velmi důležité, aby si pacient uvědomil vážnost svého stavu a že o dalším svém osudu si rozhoduje jen on sám (Klener a kolektiv, 1997).

### **3.4. Alkoholická cirhóza**

Patří mezi nejčastější onemocnění, za jejichž vznikem je dlouhodobá, mnohaletá a každodenní konzumace alkoholu. Vzhledem k tomu, že nevzniká u všech alkoholiků, k onemocnění přispívají další faktory: genetické, imunitní změny, infekce virem hepatitidy C či poruchy výživy a vliv abúzu léků (Klener a kolektiv, 1997).

Ti, kdo onemocní alkoholickou cirhózou, trpí pak vyšším výskytem maligních nádorů horních dýchacích cest a trávicího systému (Špičák a kolektiv, 2008).

V současné době patří jaterní alkoholická cirhóza k nejčastějším důvodům k transplantaci jater. K transplantaci jsou indikováni nemocní, kteří mají dekompenzovanou jaterní cirhózu se známkami jaterního selhání. Indikaci k transplantaci může rovněž představovat malý hepatocelulární karcinom. Transplantaci jater podstupují pouze ti pacienti, u kterých byla shledána vysoká pravděpodobnost dlouhodobé abstinence na základě doporučení ošetřujícího lékaře (obvykle gastroenterologa či hepatologa) a psychiatra (posuzuje pouze léčbu návykového onemocnění),

I přes veškerou snahu dochází k rekurenci abúzu alkoholu po transplantaci jater u cca 25 % příjemců. Rekurence tak zhoršuje dlouhodobé přežívání příjemců, a to o desítky procent.

## 4. KVALITA ŽIVOTA PO ÚSPĚŠNÉ TRASNPLANTACI JATER

---

Transplantace jater oproti jiným léčebným intervencím u letálních onemocnění přináší dlouhodobý efekt. Přežívání pacientů dosahuje 90 % rok po operaci, 80 % po 5 letech a 75 % po 10 letech. I tak je většina transplantací spojena s častými komplikacemi, a jejich úspěch je tak dán rovněž schopností časně diagnostikovat a účinně případné komplikace léčit (Zavoral a Venerová, 2007, Hepp a kol., 2008).

U většiny pacientů je s návratem k normálnímu životu kvalita života zpravidla výborná, a to jak doma, tak i v zaměstnání. Jako komplikace se některým pacientům mohou jevit užívání léků a pravidelné kontroly. Do zaměstnání se vrátí kolem 43 % pacientů, kteří přežijí 9 měsíců. Nástup do zaměstnání po transplantaci významně ovlivňuje věk pacienta, trvání pracovní neschopnosti před transplantací a druh zaměstnání (Sherlocková a Dooley, 2004).

Robert Plitzmann provedl mezi lety 1989 až 2002 retrospektivní analýzu u 300 pacientů, kteří podstoupili transplantaci jater s ohledem na opakující se konzumace alkoholu (Robert Plitzmann a kol., 2007). Sledování trvalo 89 měsíců. Hodnotila se konzumace alkoholu, přežití a příčiny úmrtí. Dále věk, pohlaví, trvání předtransplantační střízlivosti, sociální podpory, přítomnost dětí. Výsledky psychosomatické evaluace byly analyzovány z hlediska jejich dopadu na opakující se konzumaci alkoholu po transplantaci jater. Pití různého stupně bylo pozorováno u 19 % pacientů. Se zvýšeným rizikem recidivy konzumace alkoholu byla spojena předtransplantační střízlivost kratší než 6 měsíců. Opakující se alkoholické onemocnění jater tvořilo drtivou většinu úmrtí u pacientů, kteří pokračovali v konzumaci alkoholu, zatímco zhoubné nádory, infekce a kardiovaskulární onemocnění bylo nejčastější příčinou úmrtí mezi abstinujícími pacienty. Závěrem lze říci, že konzumace alkoholu u pacientů po transplantaci jater vede k předčasnému úmrtí. Analýza rizikových faktorů by mohla pomoci v identifikaci pacientů s vysokým rizikem recidivy zneužívání alkoholu po transplantaci jater.

Další studie si kladla za cíl rozlišit typy konzumace alkoholu po transplantaci jater z důvodu jaterní cirhózy a zhodnotit následky nadměrného pití. Zda dochází k recidivě abúzu alkoholu, bylo zjišťováno pomocí vyšetření jaterních testů, biopsie štěpu a testu na alkohol v moči. Sledováno bylo 128 pacientů, průměrná doba

sledování byla 53,8 měsíců. Po transplantaci jater bylo 69 % pacientů abstinentů, 10 % byli příležitostní pijáci a u 21 % šlo o těžký alkoholismus. U 7 sledovaných došlo k úmrtí, z nichž 3 prokazatelně přímo souvisela s recidivou alkoholu. Mezi těmito 3 sledovanými nebyl žádný rozdíl, který by se týkal odmítnutí transplantovaného orgánu. Všechna odmítnutí transplantovaných orgánů, která se vyskytla ve skupině těžkých pijáků, byla v souvislosti s nedostatečným dodržováním léčby imunosupresivy. U jednoho těžkého konzumenta alkoholu se vyvinula alkoholická cirhóza.

Tato studie poukazuje na to, že pacienti mohou po transplantaci jater pro alkoholické onemocnění jater pokračovat v konzumaci. Poškození jejich jaterních štěpů pak může nastat kvůli špatnému dodržování léčby imunosupresivy a v souvislosti s poškozením jater alkoholem. Ačkoliv přežití pacientů nebylo ovlivněno abúzem alkoholu, tak těžká konzumace alkoholu může být důvod smrti (Georges-Philippe Pageaux a kol., 2003).

Výsledky hodnocení transplantace jater u pacientů s alkoholickou cirhózou s ohledem na kritéria výběru, přežití a důkazy, které nasvědčují k návratu ke škodlivému pití. Studie z Cambridge a King's College Hospital zkoumala 24 pacientů. Po úspěšné transplantaci byla míra přežití jednoho roku 66 % a z 18 pacientů přeživších nejméně tři měsíce. U 3 pacientů došlo podle laboratorních parametrů a histologického vyšetření jater k opětovné konzumaci alkoholu, i když měli alkohol přísně zakázaný. Tito pacienti patřili výhradně do skupiny těch, kteří před transplantací nebyli abstinenty. Závěry jsou takové, že přežití pacientů, kteří podstoupili transplantaci pro cirhózu jater, byly příznivější u těch, kteří podstoupili transplantaci pro cirhózu jiné etiologie než etylické. Dle všeho by měla kritéria pro výběr vhodných kandidátů transplantace jater u pacientů s alkoholickou cirhózou zahrnovat oproti jiným diagnózám minimální dobu šesti měsíců abstinence před transplantací (George L. A. Bird a kol., 1990).

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 5. POUŽITÉ METODY

---

#### 5.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit dotazníkovou metodou, zda došlo po transplantaci jater ke zlepšení kvality života v každodenním životě. Konkrétně jsem se zaměřila na oblast fyzickou, psychickou a sociální.

Výstupem tohoto výzkumu bude moje diplomová práce.

#### 5.2. Výzkumné otázky

- 1) Jaký je postoj, chování, cítění a myšlení pacientů ambulantně se léčících po transplantaci jater k užívání alkoholu?
- 2) Jaká je kvalita života podle WHO QOL-BREF po transplantaci jater?
- 3) Jaké jsou objektivní markery užívání alkoholu pacientů ambulantně se léčících po transplantaci jater?
- 4) Jaké jsou vzájemné souvislosti jejich subjektivního postoje k alkoholu, kvality života a objektivních důkazů užívání?

#### 5.3. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořil totální výběr pacientů z kartotéky ambulance hepatogastroenterologické kliniky IKEMu, vymezeným časovým obdobím od srpna 2014 až do ledna 2015. Tito pacienti byli do sledování zařazeni byly na základě pevně daných kritérií zařazeny pouze osoby, které splňovaly následující kritéria: osoby ve věku nad 18 let, osoby s diagnózou jaterní cirhózy z důvodu užívání

alkoholu, osoby po úspěšné transplantaci jater, osoby minimálně půl roku po výkonu, osoby ošetřené v ambulanci Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, osoby léčené ambulantně i za hospitalizace.

#### **5.4. Metoda sběru dat**

K nejpoužívanějším metodám pro zjišťování kvality života patří dotazník nebo strukturovaný rozhovor. Nejdříve musí být požádáno o povolení výzkumu na pracovišti, kde bude výzkum probíhat (Institut klinické a experimentální medicíny v Praze). Na základě povolení je s pomocí odborných konzultantů diplomové práce sestaven individuální dotazník a za tohoto předpokladu může být zahájen terénní výzkum na předem stanovené ambulanci s přímým oslovením respondentů.

Nástrojem pro sběr dat je individuální dotazník (viz Příloha č. 1), který je rozdělen na tři části. První část je zaměřena na zjišťování kvality života a čítá 15 otázek. Druhá část je zaměřena na užívání alkoholu a čítá 8 otázek. Poslední část dotazníku zjišťuje laboratorní biochemické vyšetření, které vyplňuje ošetřující lékař a obsahuje 4 otázky. Celkem tedy dotazník tvoří 27 otázek.

Individuální dotazník obsahuje průvodní dopis s tématem práce a instrukcemi na pravdivé vyplnění odpovědí, dále se ptá na základní údaje respondentů: pohlaví, dosažené vzdělání a věk. První část dotazníku zjišťuje, jaký byl život pacienta před transplantací a jak se mu změnil po transplantaci. Jako výchozí vodítko při kladení otázek sloužil dotazník WHOQOL-BREF, který se sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Tato zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQOL-100, který je uveden v Příručce pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace (Dragomirecká, 2006). Pro účely diplomové práce není třeba žádat písemný souhlas k jeho použití. Výběr položek byl proveden tak, aby individuální dotazník pokrýval aspekty v oblastech fyzického zdraví, duševního zdraví, sociálních vztahů a životních podmínek kvality života.

Poté se individuální dotazník zaměřuje na užívání alkoholu, konkrétně na to, jaký má v současné době pacient vztah k alkoholu, jako základ byl použit test pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu Alcohol Use Disorder Identification Test



(dotazník AUDIT), který vyvinula WHO, Světová zdravotnická organizace, na konci 80. let 20. století (Babor, 2001). Použito bylo osm otázek, opět po konzultaci s pracovištěm, kde probíhal výzkum.

Poslední, třetí část dotazníku mého výzkumu vyplňovala sestra ošetřující lékaře respondenta. Pomocí čtyř laboratorních hodnot se zjišťovalo u respondentů, jaká je koncentrace jaterních enzymů ALT (alaninaminotransferáza), AST (aspartátaminotransferáza), GGT ( $\gamma$ -glutamyltransferáza) v séru a MCV (střední objem erytrocytu). Tyto laboratorní testy poskytují informaci o různých funkcích jater a jsou důležité pro diagnostiku jaterních chorob (Liangpunsakul, 2010). Jejich zvýšené hodnoty mohou v krvi poukazovat na poškození jaterní tkáně a na poruchu odtoku žluči z jater. Díky tomu můžeme s určitou pravděpodobností odhadnout, jak moc závažně jsou játra poškozená. Ve většině případů se jedná o poškození jaterní tkáně nějakou toxickou látkou nebo nějakou nemocí (infekce, nádory, jiné).

Otázky byly zaměřeny na kvalitativní a kvantitativní údaje. Majoritní podíl však tvořily otázky uzavřené, tedy kvantitativní, ale použity byly i 3 otázky otevřené.

Dotazníky byly určeny ke sběru dat na ambulanci zmíněného pracoviště, kde ho respondenti vyplňovali písemně v čekárně. Na rozdání dotazníků se podíleli zdravotní sestry, event. lékaři či lékařky a samotná autorka práce. Institut obdržel celkem 136 (100 %) dotazníků, celková návratnost byla 96 (71 %) dotazníků.

Na vyplnění dotazníku měli respondenti 15–20 minut. Sběr dat probíhal v několika etapách od srpna 2014 až do ledna 2015.

## **5.5. Analýza získaných dat**

Ke sběru dat byla zvolena metoda anonymního a dobrovolného dotazníku pro své výhody – rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů a snadné vyhodnocování výsledků výzkumného šetření.

Získaná data byla zpracována na úrovni popisné statistiky a výsledky byly uvedeny v jednotlivých tabulkách a grafech. Otázky 1–15 zaměřené na kvalitu života jsou vyhodnoceny v podobě doménových skóru, které představují průměrný hrubý skór spočítaný z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života. Otázky 16–23 v dotazníku AUDIT

byly obodovány za získané odpovědi na jednotlivé otázky. Ke každé odpovědi se přiřadily body v rozsahu od 0 do 4. Všechny body se následně sečetly. Sečtením všech bodů jsme získali celkový skóre. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 40. Čím vyšší hodnota, tím větší problémy s pitím alkoholu.

Získané výsledky byly převedeny do tabulek a grafů a doplněny o výpočty součinné korelace pomocí Pearsonova koeficientu, který měří statistickou závislost u lineárních dat.

Tento korelační koeficient je velmi ovlivněn odlehlými hodnotami a vypočítá se pomocí směrodatných odchylek obou proměnných a jejich míry vzájemné vazby mezi veličinami (kovariance). Hodnoty blízké nule u tohoto korelačního koeficientu naznačují to, že pořadí jsou náhodně zpřeházená, a mezi sledovanými veličinami tedy není závislost.

Pro konstrukci tabulek byl využit Microsoft Word, pro konstrukci grafů byl využit Microsoft Excel, obojí pod operačním systémem Windows 10, výpočty prostřednictvím softwaru SPSS.

## **5.6. Etika**

Pacienti byli předem informováni o účelu dotazníku a metodách výzkumu, o použití získaných dat, o času potřebném k vyplnění dotazníku, dále že účast je dobrovolná a anonymní s možností odstoupit bez jakéhokoli důsledku. Vše proběhlo prostřednictvím ústního informovaného souhlasu, jenž obsahoval základní informace o studii a jejím účelu, o formě a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb. K ochraně respondentů přispělo anonymizování dat a výpovědí a snaha o co největší znemožnění identifikace jednotlivých účastníků.

Respondenti dotazník vyplňovali při čekání na kontrolní ošetření na ambulanci. Po vyplnění respondentem přiřadil vyšetřující lékař číslo ke jménu a pak podle jména vyplnil třetí část dotazníku. Následně byl dotazník vložen do obálky a vhozen do připraveného zapečetěného boxu.

Po zpracování dat pro účely mé diplomové práce byly dotazníky následně skartovány.

## 6. VÝSLEDKY

---

### 6.1. Popis výzkumného vzorku respondentů

Výzkumný soubor tvořilo 96 respondentů. Z toho 17 žen a 79 mužů.

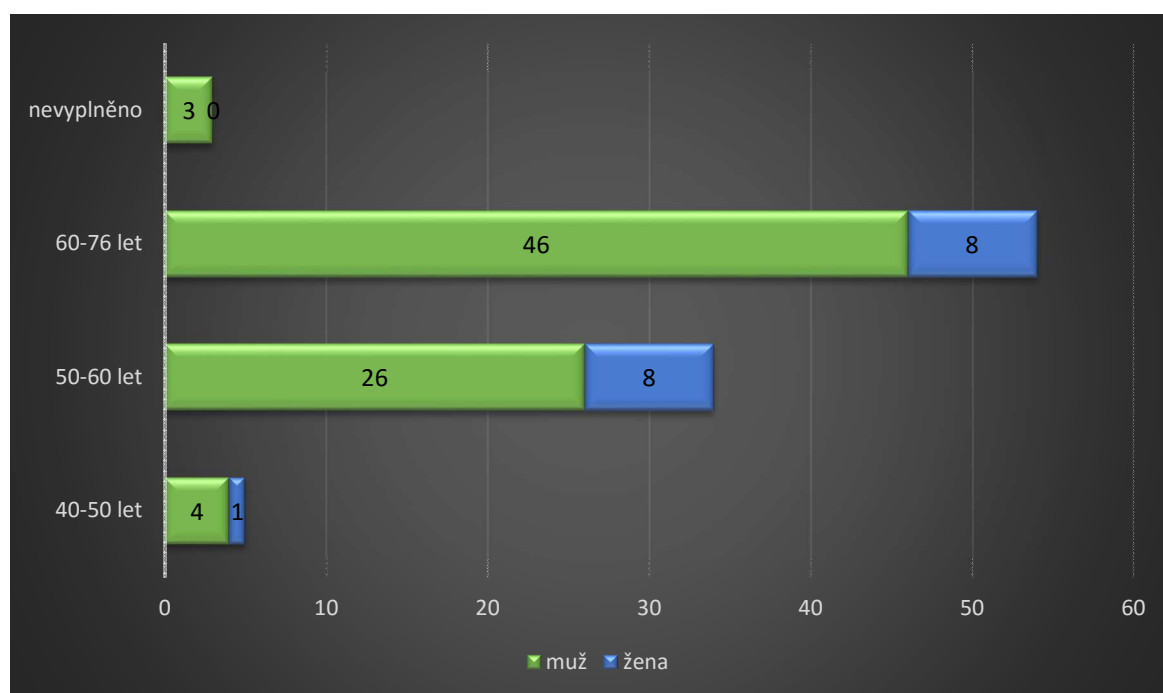
Přehled respondentů je uveden v tabulce číslo 1 níže.

**Tabulka č. 1**

		počet
pohlaví	žena	17
	muž	79
	Celkem	96

Výzkumný soubor tvořilo 96 respondentů. Z toho 17 žen a 79 mužů. Věk respondentů se pohybuje v rozsahu 40–76 let. Nejmladší respondentka byla žena (40 let), nejstarší byl muž (76 let). Podrobnější přehled věkového rozložení je uveden v grafu číslo 1 níže. Svůj věk nevedli 3 muži.

**Graf číslo 1: Věkové rozložení respondentů**



Tabulka číslo 2 nám ukazuje, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů. Z tabulky je patrné, že nejvíce, u 50 (53,8 %) dotazovaných, je zastoupeno vzdělání středoškolské. Následuje vysokoškolské vzdělání u 18 (19,4 %) dotazovaných. Dále 21 (22,6 %) respondentů absolvovalo střední odborné učiliště. Na posledním místě je základní vzdělání, které uvedli 4 (4,3 %) respondenti. Ostatní 3 neuvedli žádné vzdělání.

**Tabulka číslo 2: Nejvyšší dosažené vzdělání**

		Žena		Muž		Celkem	
		Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
vzdělání	ZŠ	2	12,5%	2	2,6%	4	4,3%
	SOU	4	25,0%	17	22,1%	21	22,6%
	SŠ	6	37,5%	44	57,1%	50	53,8%
	VŠ	4	25,0%	14	18,2%	18	19,4%

## **6.2. Část první: Kvalita života**

Výsledky mapují, jak transplantace jater ovlivnila kvalitu života respondentů v každodenním životě, hlavní zaměření bylo na oblast fyzickou, psychickou a sociální. V tomto oddíle jsem využila položky z první části dotazníku.

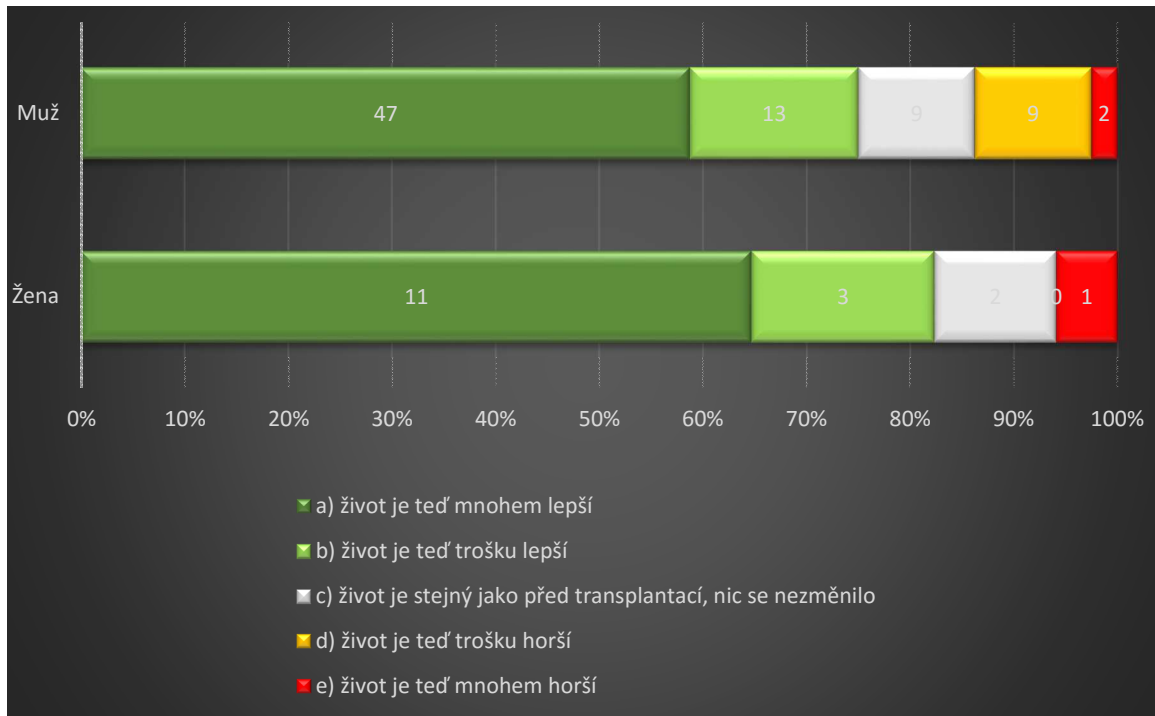
Následující tabulka nám ukazuje odpovědi na otázky 1 a 2: Jak dlouho jste po transplantaci jater a Jak dlouho jste na transplantaci čekali. Respondenti se pohybují na časové ose od 7 měsíců do 20 let po transplantaci. Celkem 48 (50,0 %) respondentů je po transplantaci max. do 5 let. O něco menší počet, 34 (35,4 %) respondentů, je po transplantaci mezi 6 a 12 lety. Dále 12 (12,5 %) respondentů uvedlo dobu po transplantaci 13–20 let. U 2 (2,1 %) respondentů doba po transplantaci nebyla uvedena. V druhé části tabulky se dozvídáme dobu, jakou respondenti na transplantaci čekali. Zde se časové rozmezí pohybovalo od 1 dne až po dobu 3 let. Největší počet, 88 (91,7 %) respondentů, byl transplantován do jednoho roku. Rok až dva roky čekalo 5 (5,2 %) dotazovaných, dva roky a více čekali 3 (3,1 %) respondenti.

**Tabulka číslo 3: Doba čekání na transplantaci a doba po transplantaci**

	Doba	Pohlaví					
		Žena		Muž		Celkem	
		Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
doba po transplantaci	0-5 let	8	<b>47,1%</b>	40	<b>50,6%</b>	48	<b>50,0%</b>
	6-12 let	6	<b>35,3%</b>	28	<b>35,4%</b>	34	<b>35,4%</b>
	13-20 let	2	<b>11,8%</b>	10	<b>12,7%</b>	12	<b>12,5%</b>
	nevyplněno	1	<b>5,9%</b>	1	<b>1,3%</b>	2	<b>2,1%</b>
doba čekání na transplantaci	0-1 rok	15	<b>88,2%</b>	73	<b>92,4%</b>	88	<b>91,7%</b>
	1-2 roky	1	<b>5,9%</b>	4	<b>5,1%</b>	5	<b>5,2%</b>
	2-více let	1	<b>5,9%</b>	2	<b>2,5%</b>	3	<b>3,1%</b>
	nevyplněno		<b>0,0%</b>		<b>0,0%</b>	0	<b>0,0%</b>

Další graf přináší odpověď na otázku číslo 3, kde se ptáme respondentů na názor na jejich život po transplantaci. Je patrné, že většina, 58 respondentů, si myslí, že jejich život je teď po transplantaci mnohem lepší. Menší počet, 15 respondentů, se domnívá, že život je teď jen trošku lepší. Poměrně stejná část, 11 respondentů, odpověděla, že život je na stejné úrovni a nic se nezměnilo, a za trošku horší označila život po transplantaci skoro totožná část, 9 respondentů. A poslední možnost, že život je po transplantaci mnohem horší, si vybrali jen 3 respondenti.

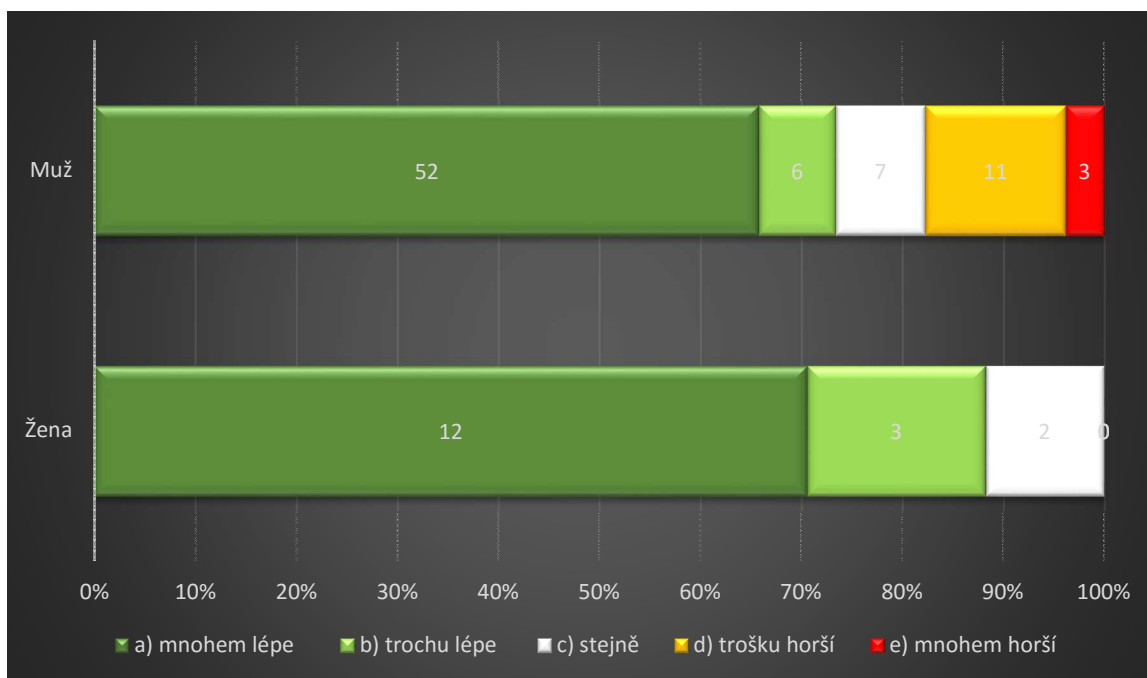
**Graf 2: Co myslíte, změnil se Váš život po transplantaci jater?**



Další otázka ohledně pohledu na kvalitu života se týkala přímo toho, zda se změnil celkový pocit zdraví oproti období před transplantací. Zde více než polovina respondentů, 64, odpověděla, že své zdraví hodnotí mnohem lépe. Trochu lépe odpovědělo 9 respondentů, stejně se cítí 9 respondentů. Celkový pocit svého zdraví hodnotí 11 respondentů jako trošku horší a jen 3 jako mnohem horší. (Graf č. 3)

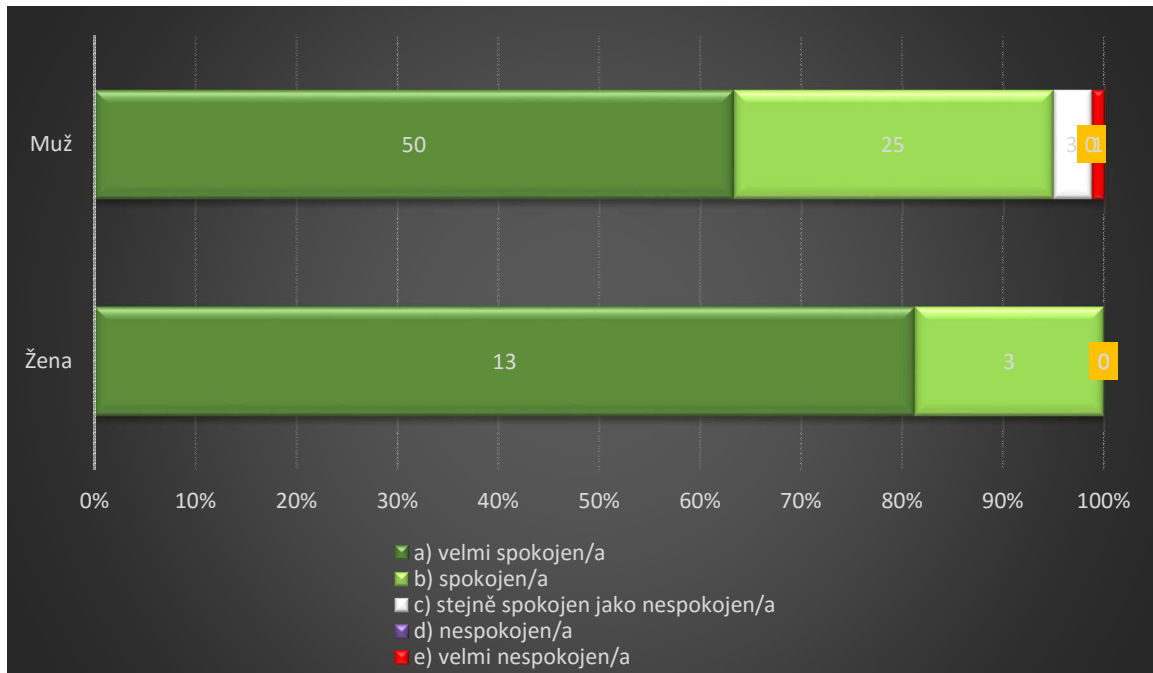


**Graf 3: Jak byste nyní zhodnotil Váš celkový pocit zdraví oproti období před transplantací?**



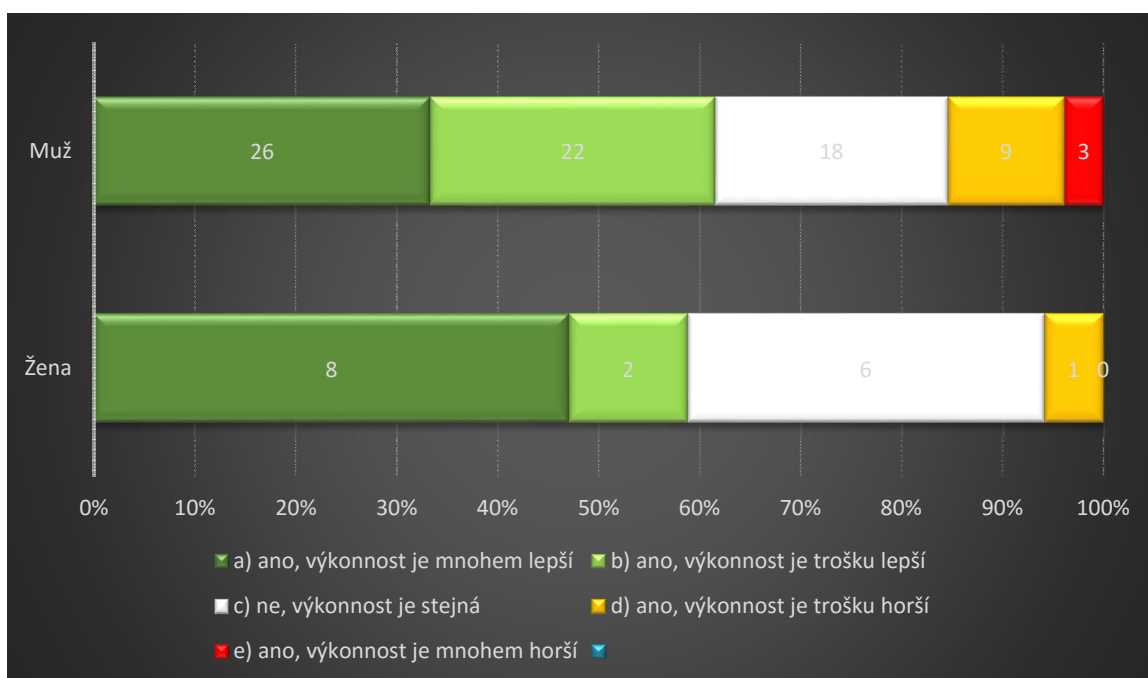
U otázky číslo 5, která byla zaměřena na spokojenost s podporou a zázemím, které jim poskytla jejich rodina, odpovědělo 63 respondentů, že jsou velmi spokojeni s podporou a zázemím, stejně spokojeno i nespokojeno je 28 respondentů. Velmi nespokojeni a nevyplněno zvolilo stejný počet respondentů, a to 2. Vůbec nebyla využita odpověď: nespokojen. Pozitivní spokojenost s rodinným zázemím převládla u většiny dotázaných. (Graf č. 4)

**Graf 4: Byl/byla jste spokojen/spokojena s podporou a zázemím, kterou Vám rodina poskytla? (V případě, že žádnou rodinu nemáte, otázku prosím nevyplňujte.)**



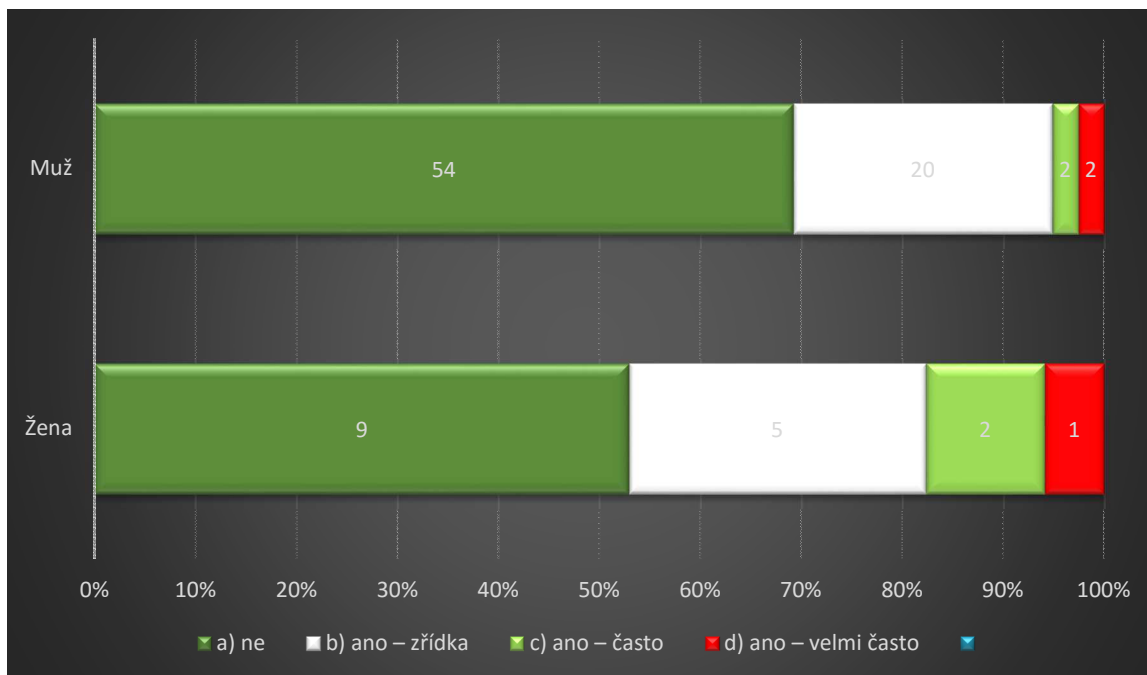
V další, 6 otázce jsem se respondentů ptala, zda byla ovlivněna jejich psychická výkonnost díky samotné transplantaci. Jako velké zlepšení ohodnotilo svou psychickou výkonnost 34 respondentů. Za jen trochu lepší a za stejnou jí označil stejný počet 24 respondentů. Trošku horší odpovědělo 10 respondentů a za mnohem horší ji označili 3 respondenti. U této otázky 2 respondenti nevyplnili žádnou z nabízených možností. (Graf č. 5)

**Graf 5: Co myslíte, ovlivnila transplantace Vaši psychickou výkonnost?**



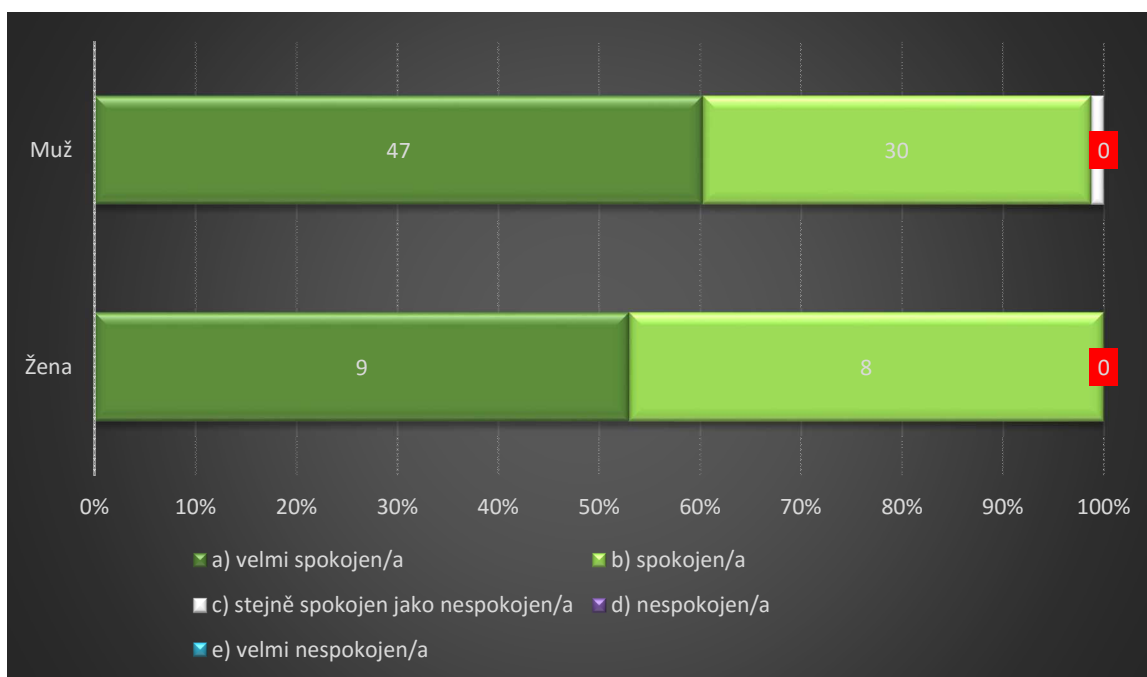
Samotná transplantace jater představuje pro nemocné výraznou změnu, která zasahuje do všech částí jejich osobního i profesního života. Další moje otázka tedy směřovala k tomu, zda mají respondenti v souvislosti s novými játry strach, úzkost, beznaděj nebo jiné negativní pocity. Žádnými negativními pocity netrpí dle odpovědí 63 respondentů. Jen zřídka má tyto pocity 25 respondentů, často jimi trpí 4 respondenti a velmi často 3 respondenti. I u této otázky se objevily 3 dotazníky nevyplněné.

**Graf 6: Trápí Vás strach, úzkost, deprese, beznaděj nebo jiné negativní pocity v souvislosti s „novými“ játry?**



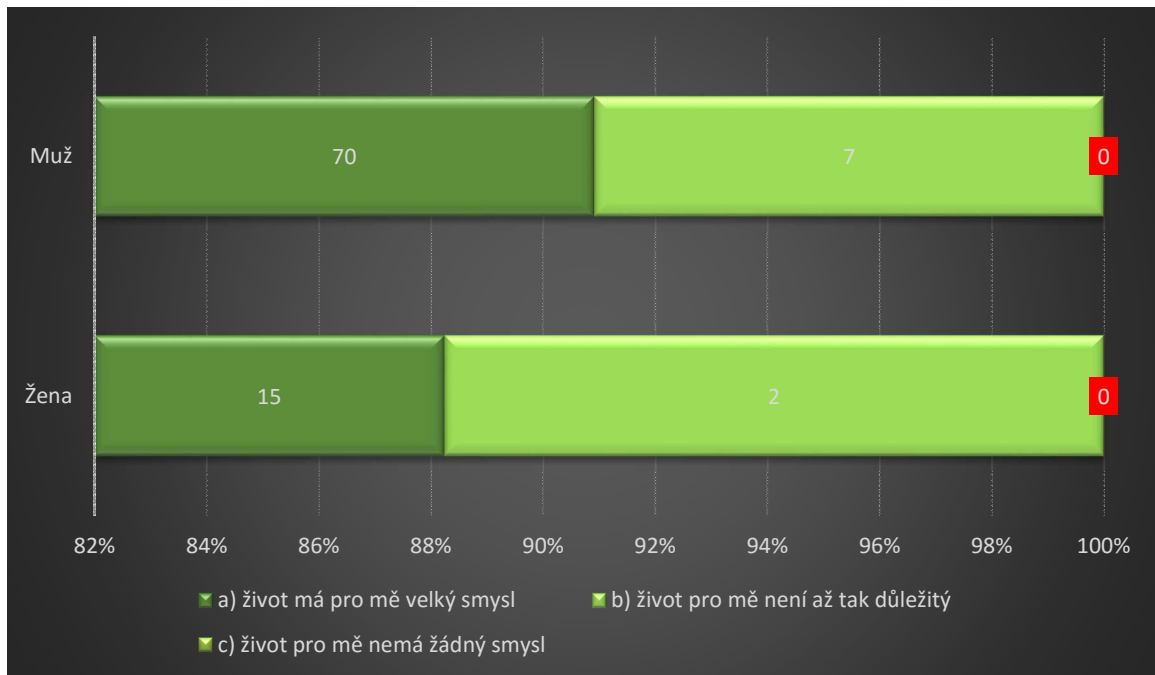
Navazující 8. otázka zkoumající spokojenost pacientů s transplantovanými játry. Oslovení respondenti vybrali z nabídnutých 5 možných odpovědí jen 3 odpovědi. Velmi spokojeno s transplantovanými játry je 56 respondentů, 38 je jen spokojeno. A jen 1 dotazovaný se cítí stejně spokojen jako nespokojen. Odpovědi d) „nespokojen“ e) „velmi nespokojen“ se v dotazníkovém šetření nevyskytly.

**Graf 7: Jak celkově hodnotíte svou spokojenost s transplantovanými játry?**



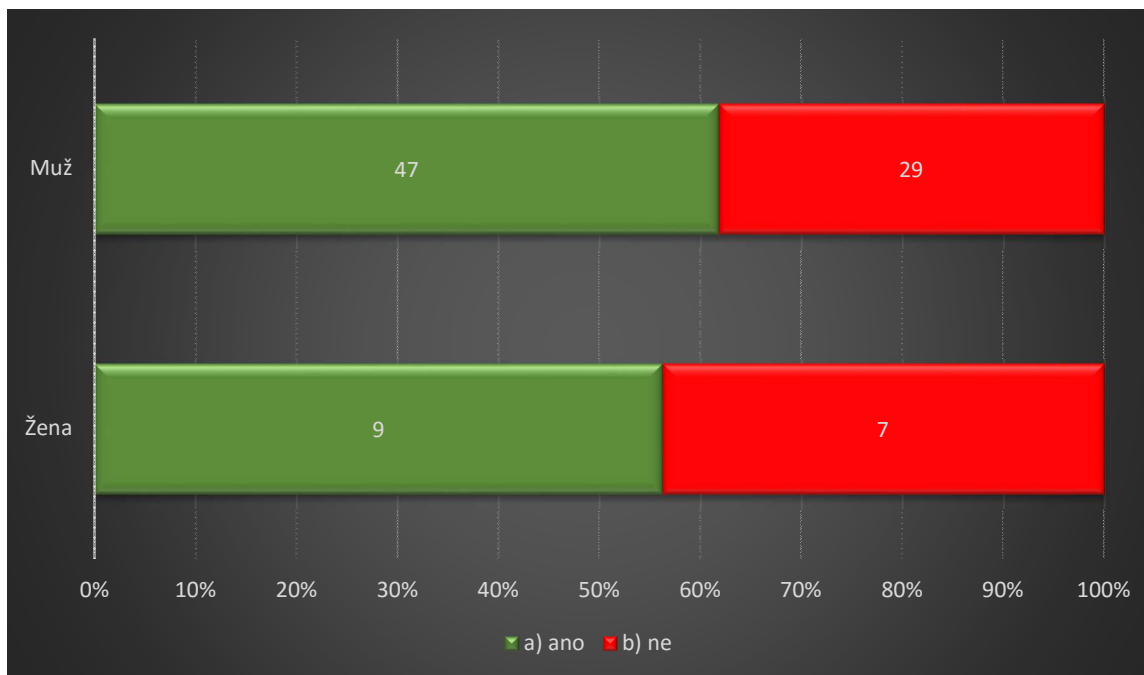
Na další otázku, číslo 9, která se zabývá pacientovým postojem ke smyslu života, reagovali respondenti následovně: pro 85 respondentů, což je nadpoloviční většina, má jejich život velký smysl, pro necelých 9 respondentů není jejich smysl života až tak důležitý, odpověď c) „život pro mě nemá žádný smysl“ neoznačil v našem dotazníkovém šetření nikdo a 2 respondenti tuto otázku nevyplnili vůbec.

**Graf 8: Jak vnímáte smysl svého života?**



Otázka číslo 10, ve které jsem se ptala, zda se změnila pracovní schopnost po transplantaci. V případě odpovědi ano – 56 respondentů, byli vyzváni k tomu, aby odpověděli i na následující otázku číslo 11. V případě odpovědi ne – 36 respondentů se jich otázka číslo 11 netýkala. Nevyplnili 4 respondenti. (Graf č. 9)

**Graf 9: Změnila se po transplantaci Vaše pracovní schopnost? Pokud ano, odpovězte prosím i na následující otázku číslo 11.**



Následující, 11. otázka se týkala toho, jaké bylo pracovní zařazení respondentů před transplantací a jaké po transplantaci.

Před transplantací pracovalo 35 respondentů jako zaměstnanci, 11 respondentů jako OSVČ, 10 respondentů bylo v důchodu, 3 respondenti byli v invalidním důchodu, 2 respondenti nezaměstnaní a 7 respondentů uvedlo jiná zaměstnání, 28 respondentů otázku nevyplnilo.

Po transplantaci pracovalo 6 respondentů ve státní sféře, 7 respondentů jako OSVČ, 2 respondenti byli nezaměstnaní, 19 respondentů v invalidním důchodu a 35 respondentů ve starobním důchodu. Jiné zaměstnání uvedlo 6 dotazovaných a nevyplněná odpověď byla u 19 respondentů. Srovnání pracovního zařazení ukazuje tabulka číslo 4.

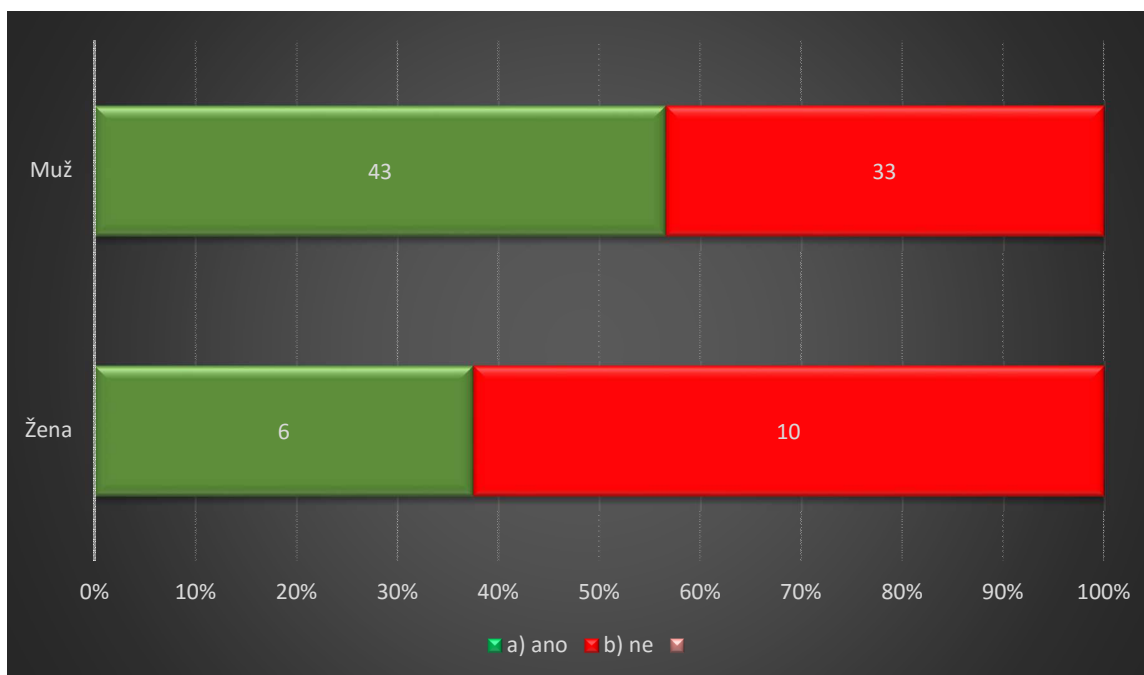
**Tabulka číslo 4.: Pracovní zařazení před a po transplantaci.**

Pracovní zařazení	Zařazení	Pohlaví					
		Žena		Muž		Celkem	
		Počet	v %	Počet	v %	Počet	v %
před transplantací	zaměstnanec	5	29,4%	30	38,0%	35	36,5%
	OSVČ	0	0,0%	11	13,9%	11	11,5%
	důchod	3	17,6%	7	8,9%	10	10,4%
	inv.důchod	1	5,9%	2	2,5%	3	3,1%
	nezaměstnaný	1	5,9%	1	1,3%	2	2,1%
	jiné	1	5,9%	6	7,6%	7	7,3%
	nevyplněno	6	35,3%	22	27,8%	28	29,2%
po transplantaci	zaměstnanec	0	0,0%	6	7,6%	6	6,3%
	OSVČ	2	11,8%	5	6,3%	7	7,3%
	důchod	5	29,4%	30	38,0%	35	36,5%
	inv.důchod	4	23,5%	15	19,0%	19	19,8%
	nezaměstnaný	2	11,8%	2	2,5%	4	4,2%
	jiné	1	5,9%	5	6,3%	6	6,3%
	nevyplněno	3	17,6%	16	20,3%	19	19,8%

Následující, 12. otázka mého dotazníku byla zaměřena na finanční situaci v rodině v souvislosti s transplantací. Z celkového počtu dotazovaných se finanční situace změnila u 49 respondentů, 43 respondentů odpovědělo, že ke změně finanční situace nedošlo, a 4 respondenti na otázku neodpověděli. (Graf č. 10)

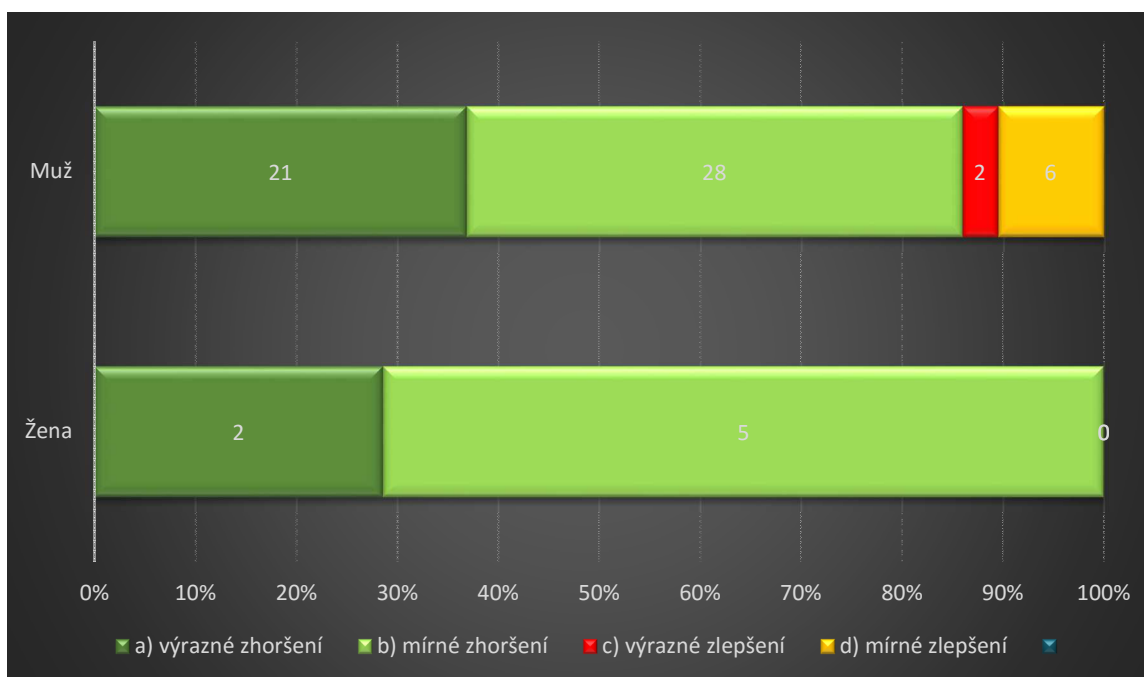


**Graf 10: Změnila se Vám finanční situace v rodině v souvislosti s transplantací?**



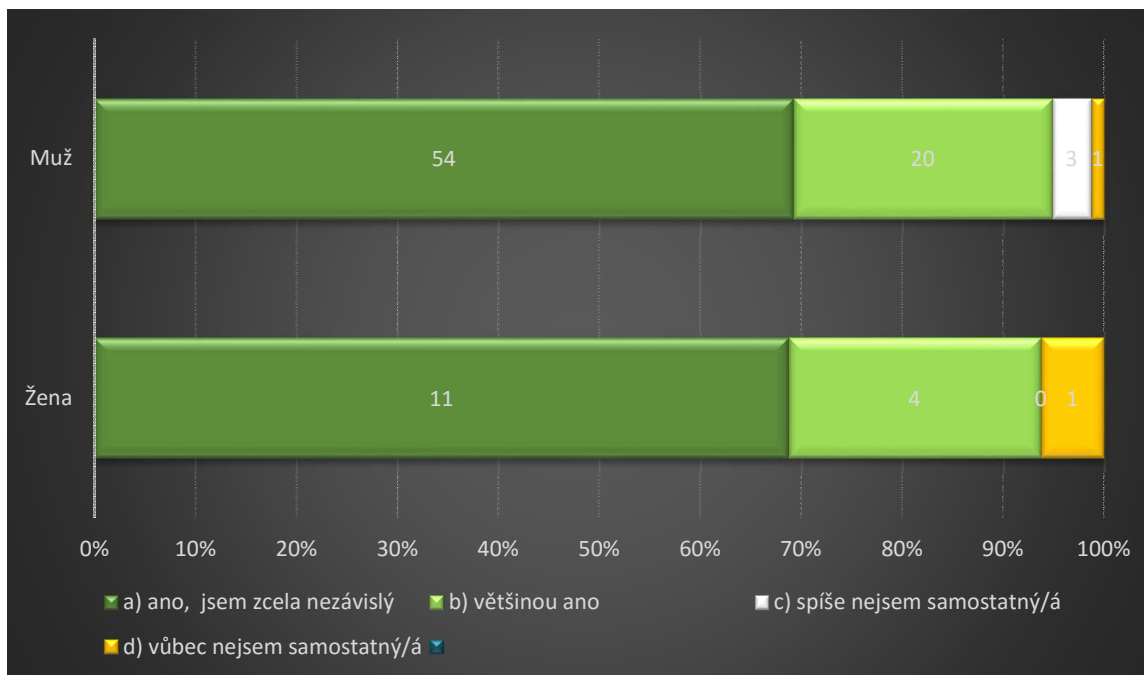
V navazující otázce číslo 13, jak se situace změnila, hodnotilo 23 respondentů tak, že došlo k výraznému zhoršení finanční situace v souvislosti s transplantací, mírné zhoršení pocítilo 33 respondentů, k výraznému zlepšení došlo jen u 2 respondentů, k mírnému zlepšení došlo u 6 respondentů a 32 respondentů tuto otázku nezodpovědělo. (Graf č. 11)

**Graf 11: Pokud ano, jak?**



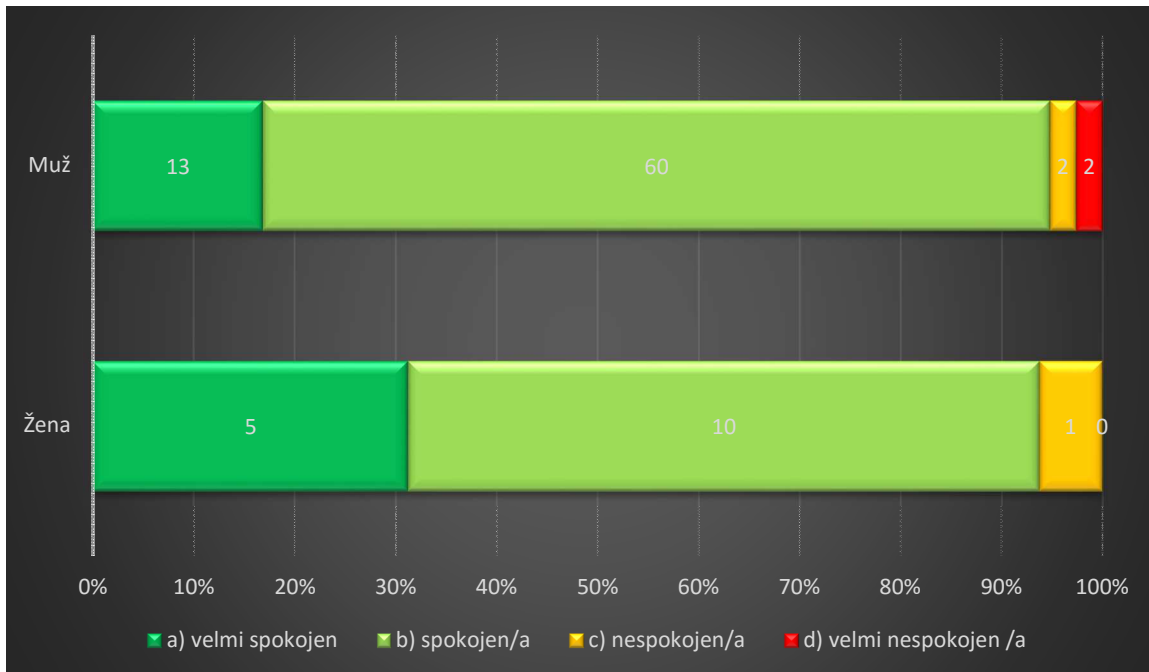
V předposlední, 14. otázce ohledně kvality života jsem se ptala, zda se respondentům díky transplantaci změnila schopnost soběstačnosti v péči o sebe samé. Za zcela nezávislé se považuje většina, 65 respondentů, většinou ano odpovědělo 24 respondentů. Respondenti, kteří potřebují občasnou pomoc s mytím, oblékáním a soběstačností, se označili 3. A za zcela nesamostatné a odkázané na pomoc další osoby se označili 2 respondenti. I u této otázky neodpovědělo 23 respondentů. (Graf č. 12)

**Graf 12: Změnila Vám transplantace schopnost lépe se o sebe samostatně postarat (soběstačnost, mytí, oblékání)?**



V poslední, 15. otázce zaměřené na kvalitu života jsem se chtěla dozvědět, zdali jsou respondenti spokojeni s možností věnovat se jiným, novým koníčkům, zájmům, zálibám v porovnání s obdobím před transplantací. Velmi spokojeno je pouze 18 respondentů, jen spokojeno s možností svého volnočasového vyžití je 70 respondentů, nespokojeni jsou 3 respondenti, velmi nespokojeni 2 respondenti. Otázku nevyplnili 2 respondenti. (Graf č. 13)

**Graf 13: Jste spokojen s možností věnovat se jiným, novým koníčkům, zájmům, zálibám v porovnání s obdobím před transplantací?**



Celkové vyhodnocení kvality života ukazuje následující tabulka číslo 5. Hrubé skóry jsou přepočítány na z-skóry, kde průměr představuje hodnota 0 a rozmezí -1 až +1 pásmo širšího průměru v rámci jedné směrodatné odchylky. Z celkového počtu dotazovaných 17 respondentů hodnotilo svoji kvalitu života jako podprůměrnou, stejný počet jako nadprůměrnou. Většina dotazovaných, 62, ocenila kvalitu svého života jako průměrnou.

**Tabulka číslo 5: Celkově QOL**

QOL	pohlaví								
	ženy			muži			celkem		
	počet	věk	z-skóre	počet	věk	z-skóre	počet	věk	z-skóre
1	5	64	-1,23	12	64	-1,33	17	64	-1,31
2	10	61	0,10	52	61	-0,11	62	62	-0,08
3	2	46	2,08	15	61	3,00	17	60	1,59

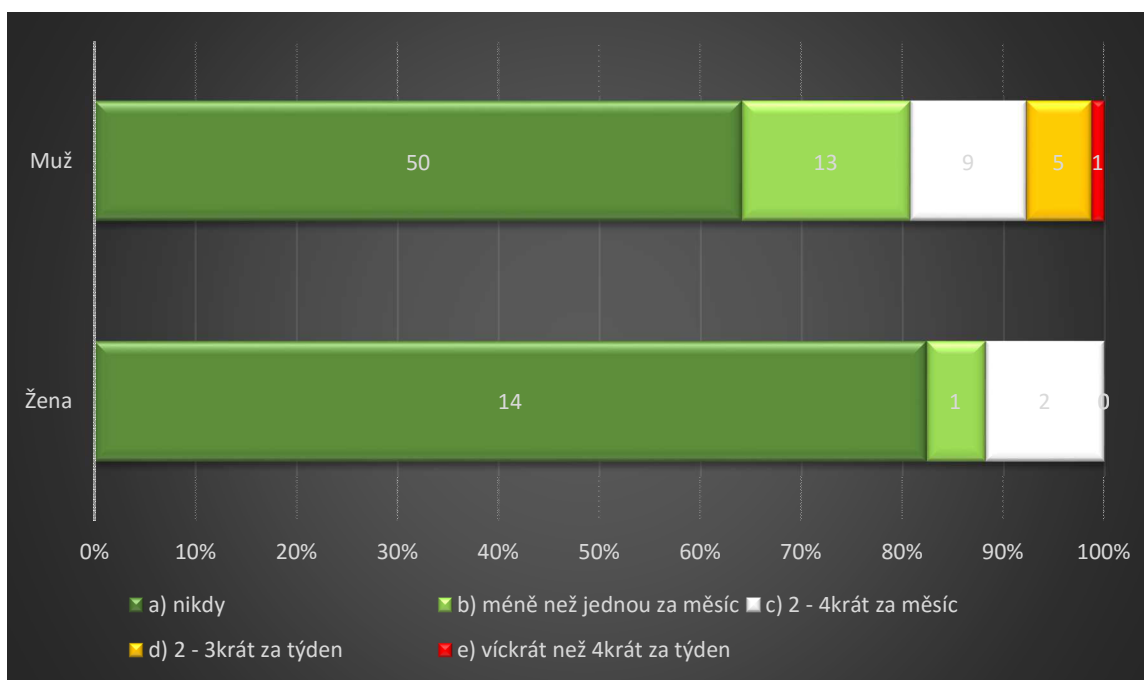
1 = pásmo podprůměru, 2 = pásmo průměru a 3 = pásmo nadprůměru

### 6.3. Část druhá: Užívání alkoholu

K těmto výsledkům jsem využila položky z druhé části dotazníku, celkově kompletní vyhodnocení podle AUDITU, jako testu pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu.

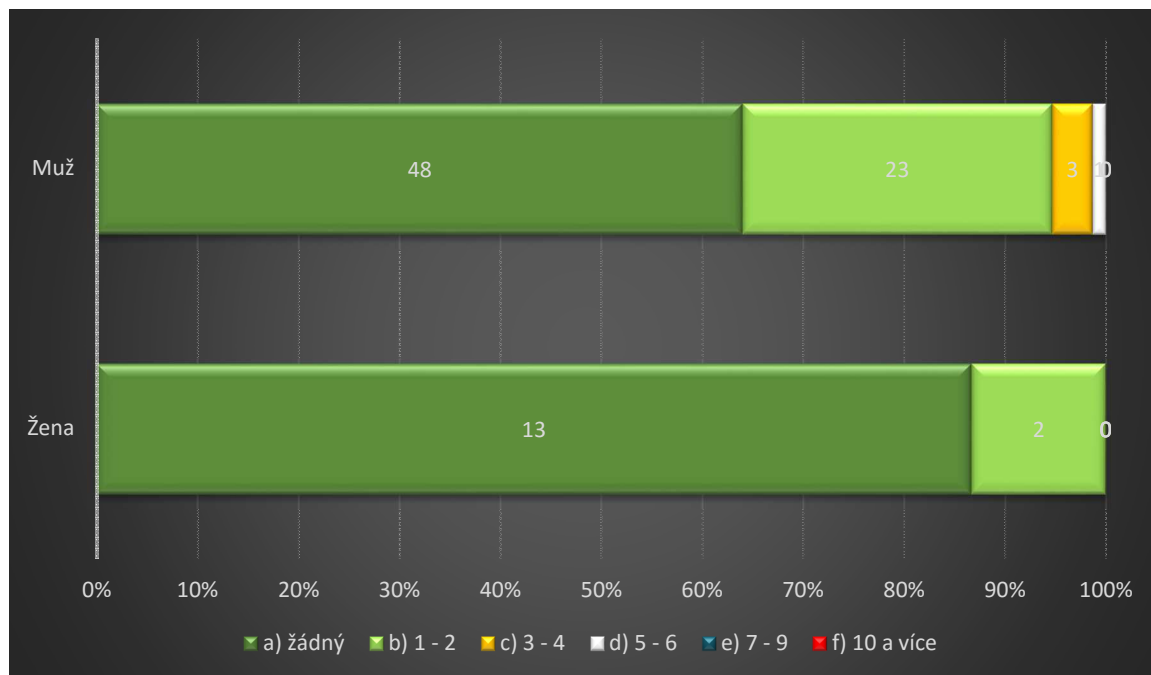
Otázka číslo 16 mapovala dobu, kdy se stane, že si respondent dá nápoj s obsahem alkoholu. Většina dotazovaných, 64, zaškrtnla možnou odpověď „nikdy“, méně než jednou měsíčně zvolilo 14 dotázaných, 11 respondentů odpovědělo „2–4x za měsíc“, „2–3x za týden“ si dá nápoj s obsahem alkoholu 5 respondentů, „vícekrát než 4x za týden“ vyplnil 1 dotazovaný, též 1 dotazovaný neodpověděl. (Graf č. 14)

**Graf 14: Jak často se stává, že si dáte nápoj s obsahem alkoholu?**



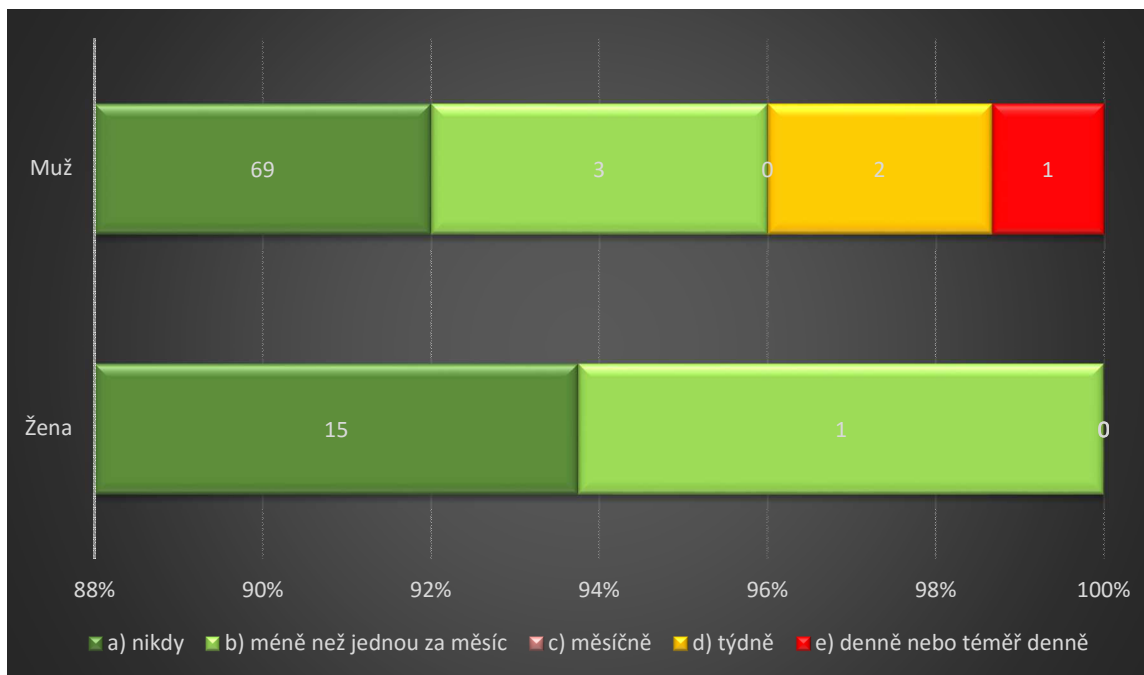
Otázka číslo 17 zjišťovala, kolik nápojů respondenti vypijí v jeden den, pokud si už dají alkoholický nápoj. Odpověď „žádný“ zvolilo 61 dotazovaných, odpověď „1–2 nápoje“ vyplnilo 25 respondentů, 3 dotazovaní zvolili možnost za c: „3–4 nápoje“, 1 respondent uvedl jako svoji odpověď „5–6 nápojů“. Nevyplněno zůstalo 6 dotazníků. (Graf č. 15)

**Graf 15: Pokud si dáte alkoholický nápoj, kolik takových nápojů vypijete v jeden den?**



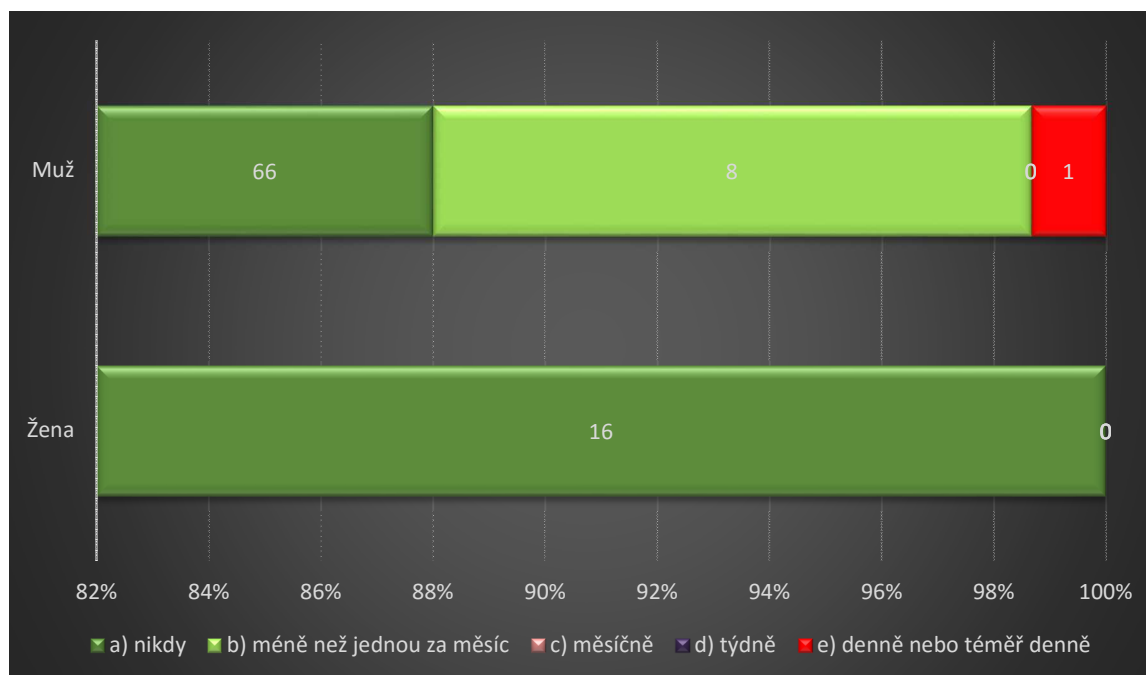
Otázka číslo 18 hledala odpověď, zda nastane situace, kdy si respondenti dají 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti. Naprostá většina dotazovaných, 84, odpověděla, že „nikdy“. 4 respondenti odpověděli „méně než jednou za měsíc“, 2 muži zvolili možnost „týdně“ a 1 muž odpověděl „denně nebo téměř denně“. Zbytek respondentů, 5, odpověď nevyplnilo. (Graf č. 16)

**Graf 16: Nastane i situace, kdy si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?**



Otázkou číslo 19 jsme zjišťovali možnost návratu k dřívějšímu návyku po požití alkoholu v posledním roce. Naprostá většina dotazovaných, 82, odpověděla, že „nikdy“, 8 mužů udalo „méně než jednou za měsíc“, 1 dotazovaný zvolil „denně nebo téměř denně“. Nezodpovězeno zůstalo 5 dotazníků, možnost c: měsíčně a d: týdně nezvolil žádný respondent. (Graf č. 17)

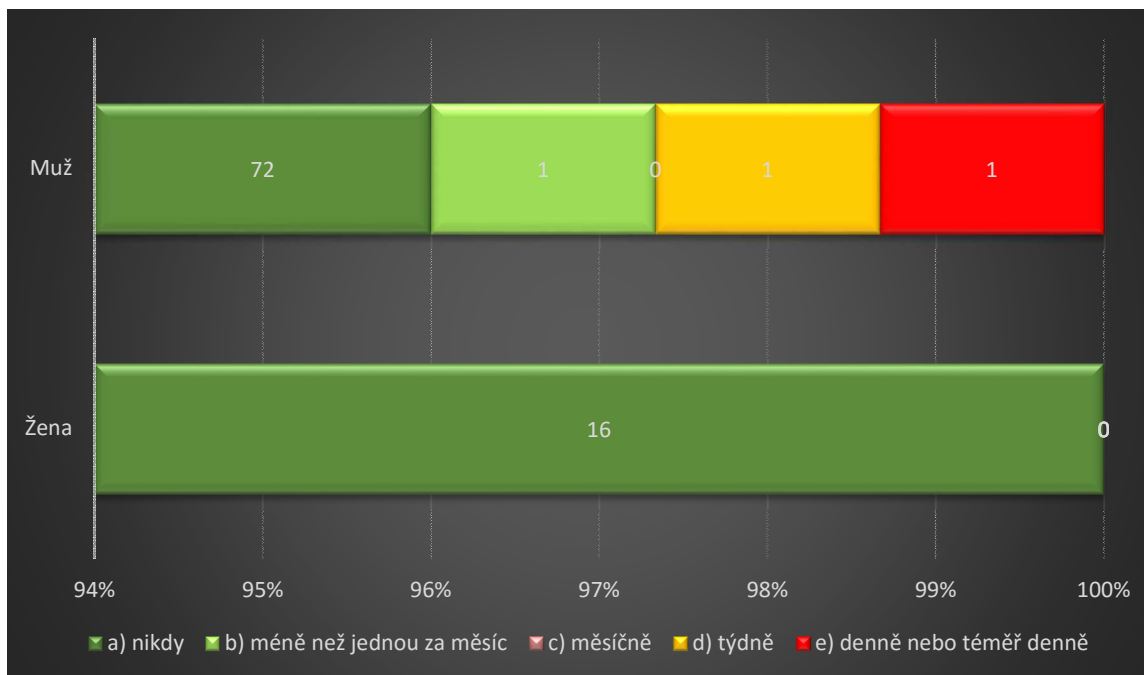
**Graf 17: Stalo se v posledním roce, že po požití alkoholu jste pozoroval/a návrat k dřívějšímu návyku?**



Otázka číslo 20 byla zaměřena na možnost ovlivnění alkoholem při plnění důležitých povinností v posledním roce. Naprostá většina, 88 dotázaných, zvolila odpověď „nikdy“, 1 muž zvolil možnost b: „méně než jednou za měsíc“, též 1 muž vybral odpověď za d: „týdně“ a 1 respondent odpověděl za e: „denně nebo téměř denně“. Celkem 5 respondentů dotaz nevyplnilo a nikdo nezvolil možnost za c: „měsíčně“. (Graf č. 18)

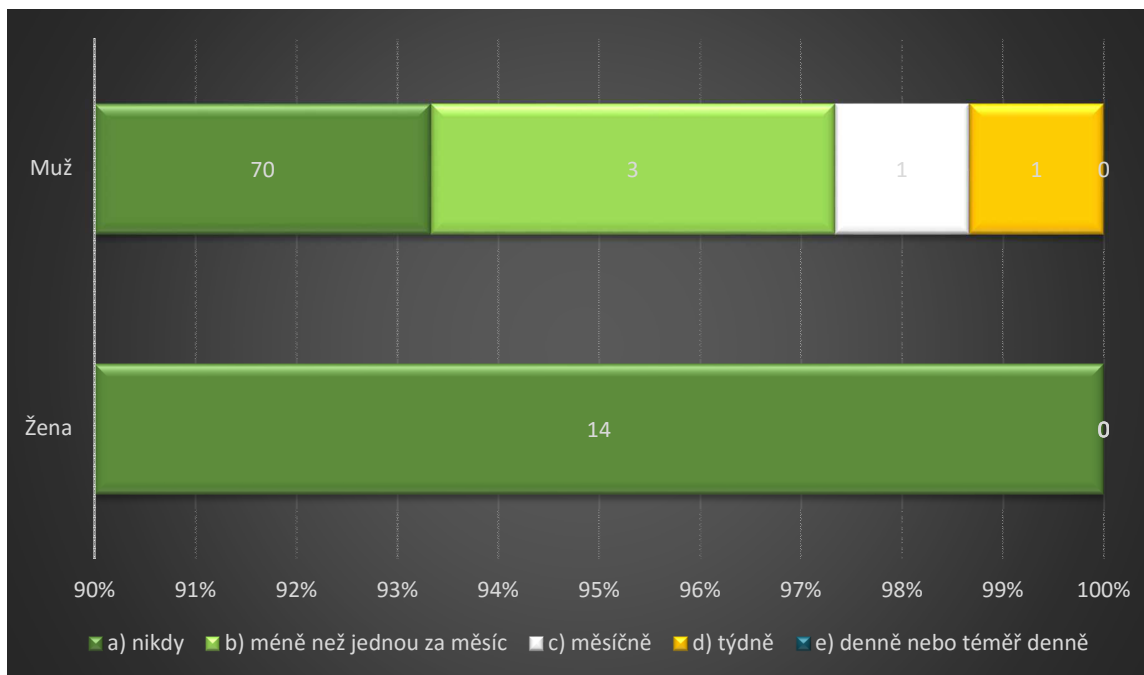


**Graf 18: Stalo se v posledním roce, že by alkohol zásadně ovlivnil plnění Vašich důležitých povinností?**



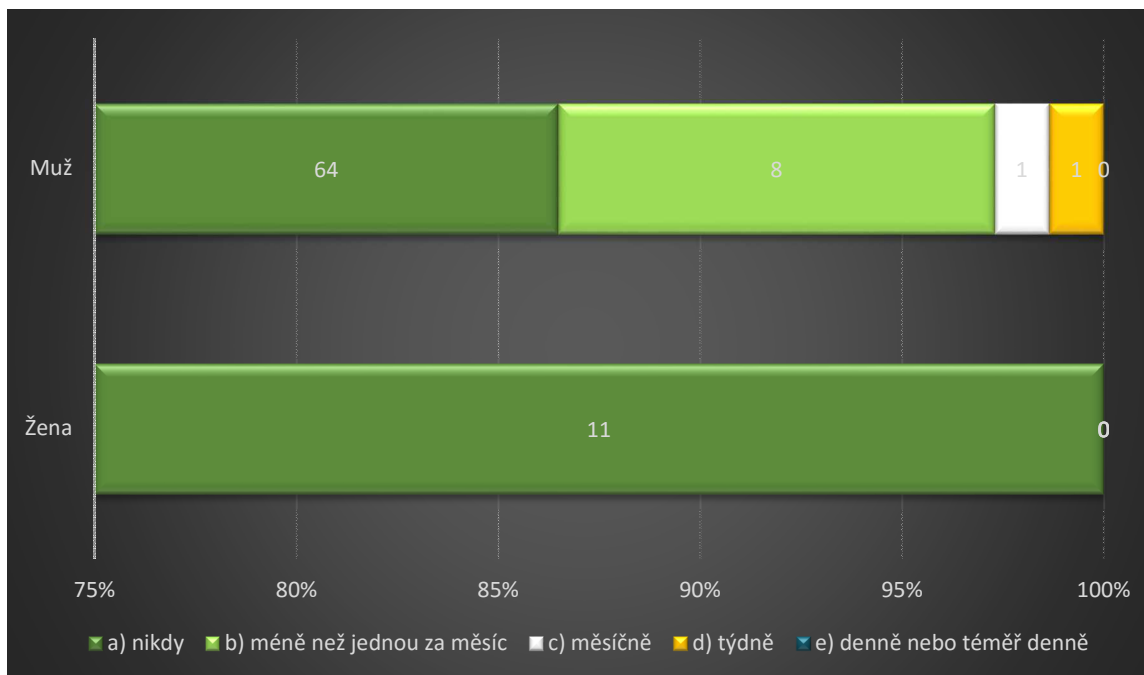
Další otázka, číslo 21, monitoruje situaci potřeby ranního požití alkoholu v návaznosti na předchozí vypití většího množství alkoholických nápojů v posledním roce. Opět většina respondentů, 84, zvolila možnost „nikdy“, 3 muži udávají možnost „méně než jednou za měsíc“, 1 muž odpověděl „měsíčně“ a též 1 muž zodpověděl „týdně“. Celkem 7 respondentů otázku nevyplnilo. (Graf č. 19)

**Graf 19: Nastala v posledním roce situace potřeby požití alkoholu (včetně piva) v návaznosti na předchozí vypití většího množství alkoholických nápojů?**



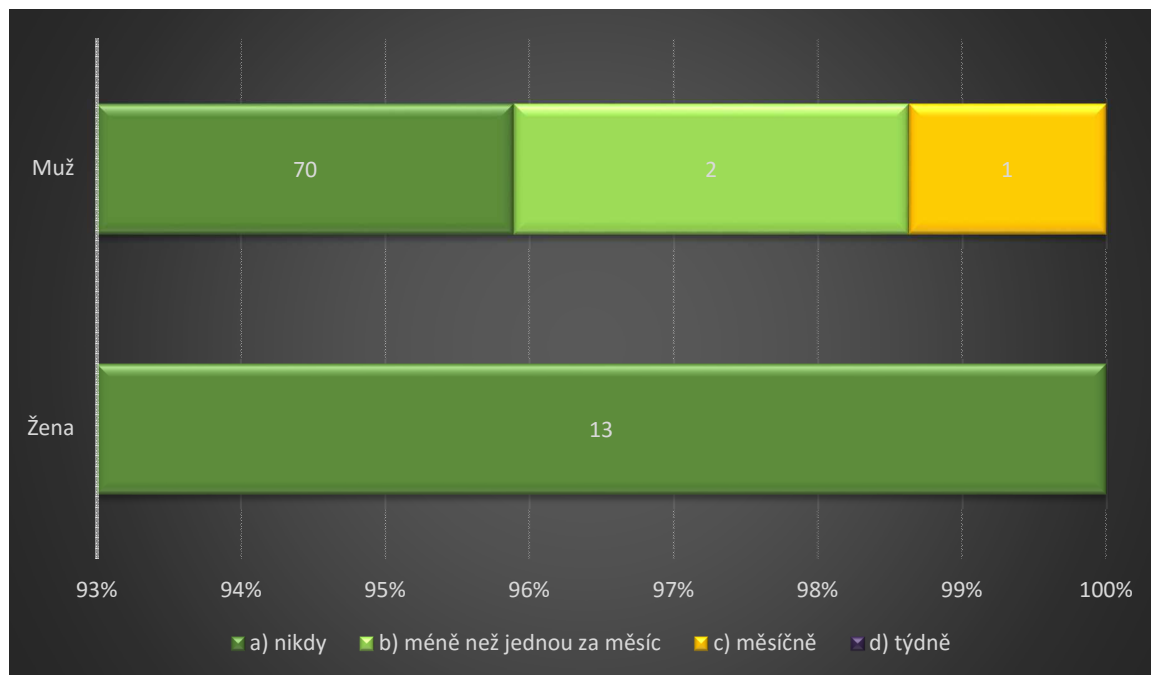
Na otázku číslo 22, která se ptá na výčitky svědomí po vypití alkoholického nápoje v posledním roce, odpovědělo 75 respondentů „nikdy“, 8 mužů zvolilo možnost „méně než jednou za měsíc“, odpověď „měsíčně“ zaškrtl 1 muž, též 1 muž odpověděl „týdně“. Celkem 11 respondentů na tuto otázku neodpovědělo. Také odpověď za e: „denně nebo téměř denně“ nebyla využita. (Graf č. 20)

**Graf 20: Měl/a jste v posledním roce po vypití alkoholického nápoje výčitky svědomí?**



Poslední otázka v druhé části, číslo 23, směřovala ke zjištění, jak často se stávalo, že si respondenti nemohli vzpomenout kvůli alkoholu na to, co se stalo předchozí večer nebo noc. Většina, 83 dotazovaných, odpověděla „nikdy“, 2 muži označili možnost b: „méně než jednou za měsíc“, 1 muž odpověděl za c: „měsíčně“, 1 muž zvolil možnost e: „denně nebo téměř denně“. Celkem 9 respondentů na tuto otázku neodpovědělo. (Graf č. 21)

**Graf 21: Jak často v posledním roce jste si kvůli pití nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc?**



Celkové vyhodnocení AUDITU, probíhalo standardním způsobem, i když bylo pro účel tohoto výzkumu použito z původního AUDITU jen 8 otázek. Jednotlivé otázky AUDITU byly ohodnoceny body za získané odpovědi. Ke každé odpovědi se přiřadily body v rozsahu od 0 do 4. Všechny body se následně sečetly. Sečtením všech bodů jsme získali celkový skóre. Celkové skóre se může pohybovat od 0 do 40. Čím vyšší hodnota, tím větší problémy s pitím alkoholu. Identifikaci poruch působených užíváním alkoholu ukazuje následující tabulka číslo 6. Z celkového počtu dotazovaných se naprostá většina, 88 respondentů, klasifikovala jako bezproblémová, 4 muži jsou hodnoceni jako osoby s nízkým rizikem užívání. 1 respondent má již střední úroveň problémů – rizikové (nebezpečné) pití, další 1 muž má již vysokou úroveň problémů – škodlivé pití nebo závislost. A možnou závislost naznačuje 1 respondent. U 1 respondenta zůstala tato část dotazníku nevyplněna, není proto v následující tabulce zahrnut. (Tabulka číslo 6)

**Tabulka číslo 6: Celkový AUDIT**

AUDIT kategorie	pohlaví											
	ženy				muži				celkem			
	počet	věk	průměr	Celkový skór AUDITU	počet	věk	průměr	Celkový skór AUDITU	počet	věk	průměr	Celkový skór AUDITU
bez problémů	17	60,2	0,07	0,65	71	61,7	0,12	1,20	88	61,4	0,11	0,65
riziko					4	69,0	0,83	8,25	4	69,0	0,83	8,25
střední úroveň problémů					1	62,0	1,25	12,50	1	62,0	1,25	12,50
vysoká úroveň problémů					1	56,0	1,75	17,50	1	56,0	1,75	17,50
závislost					1	57,0	3,25	32,50	1	57,0	3,3	32,50

## **6.4. Část třetí: Laboratorní biochemické vyšetření**

Poslední, třetí část mého výzkumu vyplňovala sestra ošetřujícího lékaře respondenta.

Pomocí posledních čtyř otázek se zjišťovalo u respondentů, jaká je koncentrace jaterních enzymů ALT (alaninaminotransferáza), AST (aspartátaminotransferáza), GGT ( $\gamma$ -glutamyltransferáza) a parametr MCV (*mean corpuscular volume*, střední objem erytrocytu) v krvi.

Otázka číslo 24 zjišťovala hodnotu GGT. U 55 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu GGT v krvi v rozmezí menším než 1n. U 19 respondentů byly testy v rozmezí 1n – 2n. Dalších 14 respondentů vykazovalo hodnotu větší než 2n – 5n. 8 respondentů mělo hodnoty větší než 5n. (Graf č. 22)

Otázka číslo 25 hledala hodnotu MCV. U 88 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu menší než 1n, kdy horní hranice normy = 98fl. Zbývajících 6 respondentů mělo výsledky v rozmezí 1n – 110n. Žádný respondent neměl hodnotu větší než 110. (Tabulka č. 7)

**Tabulka číslo 7**

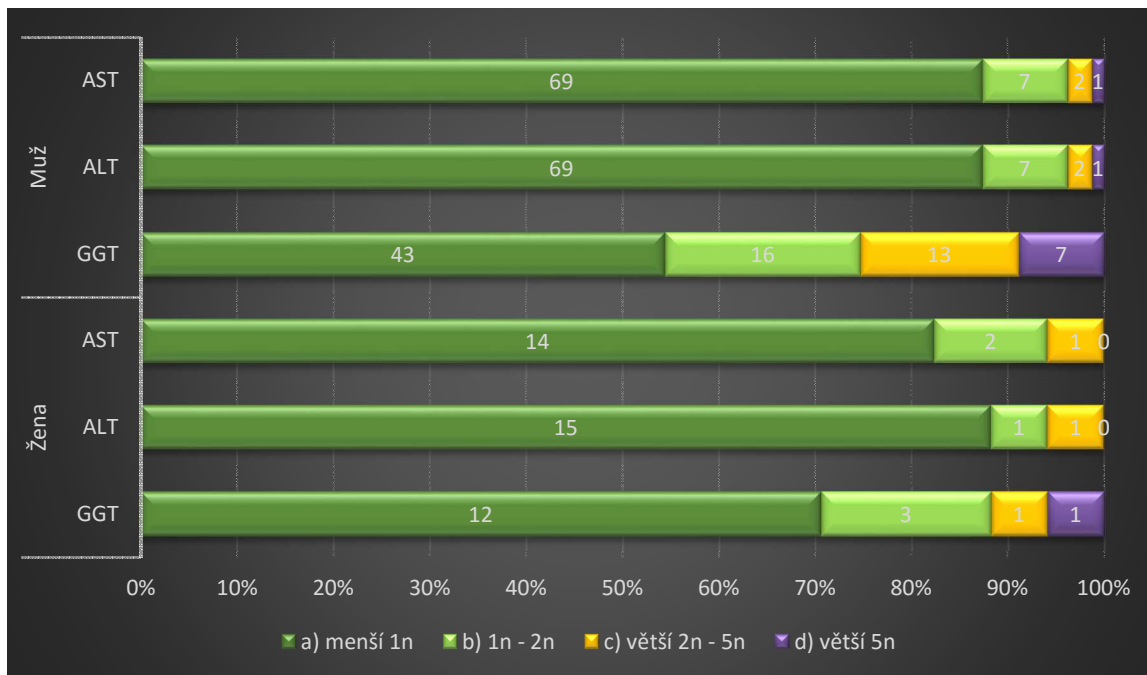
	žena	muž
	MCV	
a) menší 1n	15	73
b) 1n – 110n	2	6
c) větší než 110n		

Otázka číslo 26 zjišťovala hodnotu ALT v krvi respondentů. U 84 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu ALT v krvi v rozmezí menším než 1n, přičemž horní hranice normy = 1,17ukat/l. U 8 respondentů byly výsledky v rozmezí 1n – 2n. Další 3 respondenti vykazovali hodnotu větší než 2n – 5n. Poslední 1 muž měl hodnoty větší než 5n. (Graf č. 22)

Naproti tomu poslední otázka číslo 27 zjišťovala hodnotu AST. Zde dopadly výsledky poněkud příznivěji. U 83 respondentů se hodnota AST pohybovala v rozmezí

menším než 1n, kdy hranice normy = 0,75 ukat/l. Jen 9 dotazovaných mělo hodnoty od 1n do 2n. Pouze 3 respondenti měli hranici hodnot větší než 2n – 5n. Poslední 1 muž měl hodnoty vyšší než 5n. (Graf č. 22)

**Graf č. 22: Biochemické laboratorní hodnoty**



## 6.5. Vzájemné souvislosti

Pro srovnání respondentů v aspektech věku, doby před a po transplantaci, převodu na AUDIT a z-skóru QOL slouží tabulka číslo 8. Celkový věkový průměr mezi respondenty je 61,7 roku, z toho ženy mají lehce nižší, 60,2 roku, než muži, 62,0. Doba od uplynutí transplantace je průměrně za respondenty 8,6 roku, z čehož ženy přežívají déle (11,9 roku) než muži (7,9 roku). Celkem respondenti v průměru čekali na transplantaci 240 dní, z toho ženy déle (321 dní) než muži (223). Všichni respondenti v průměru v převodu na AUDIT získali hodnotu 2,02, což odpovídá bezproblémovému užívání, z toho ženy získaly hodnotu 0,65, nižší než muži, kteří získali 2,31. Celkový počet respondentů ohodnotil kvalitu svého života QOL jako průměrnou, z toho ženy směřovaly více k podprůměru a muži lehce k nadprůměru. (Tabulka č. 8)

**Tabulka číslo 8.**

		věk	Jak dlouho jste po transplantaci jater?	Jak dlouho jste na transplantaci jater čekali/a?	převod na AUDIT	z-skór QOL
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean
pohlaví	žena	60,2	11,9	321	,65	-,06
	muž	62,0	7,9	223	2,31	,01
	Celkem	61,7	8,6	240	2,02	,00

Věk pacientů byl korelován s hodnotami z-skóru QOL, skóre AUDITU, laboratorními hodnotami jaterních testů, dobou po transplantaci a dobou čekání na transplantaci. Byly vypočteny hodnoty Pearsonova korelačního koeficientu a bylo ověřeno, zda jsou tyto hodnoty statisticky významné. Statisticky zajímavá je vzájemná spojitost mezi všemi laboratorními hodnotami a testem pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). Hodnoty korelačního koeficientu  $r = 0,240$ , a  $0,215$  (AUDIT vs. GGT a MCV) jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti ( $p < 0,05$ ), hodnoty  $r = 0,642$  a  $0,620$  (AST a ALV) pak na 1% hladině významnosti ( $p < 0,01$ ), tzn., že s rostoucími laboratorními hodnotami jaterních testů významně roste i indikátor rizikového pití. V posledním řádku tabulky č. 9 jsou uvedeny hladiny



signifikance pro test významnosti korelačního koeficientu. Vzájemná korelace laboratorních markerů je logická a není předmětem zkoumání v této práci. Hodnoty uvedené v tabulce „2 – tailed „ znamenají oboustranná.

**Tabulka číslo 9.**

Korelace										
		věk	Jak dlouho jste po transplantaci jater?	Jak dlouho jste na transplantaci jater čekal/a?	GGT	MCV	AST	ALT	převod na AUDIT	z-skór QOL
věk	Pearsonova korelace	1	,149	-,021	-,097	,044	-,161	-,153	,071	-,227*
	Význ. (2-tailed)		,153	,839	,353	,674	,122	,142	,499	,028
	Počet	94	94	94	94	94	94	94	93	94
Jak dlouho jste po transplantaci jater?	Pearsonova korelace	,149	1	,020	-,048	,038	-,061	-,070	-,015	,078
	Význ. (2-tailed)	,153		,847	,645	,713	,555	,501	,884	,453
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
Jak dlouho jste na transplantaci jater čekal/a?	Pearsonova korelace	-,021	,020	1	-,124	-,137	,011	-,025	-,032	,011
	Význ. (2-tailed)	,839	,847		,230	,184	,914	,811	,756	,916
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
GGT	Pearsonova korelace	-,097	-,048	-,124	1	,375**	,552**	,592**	,240*	,173
	Význ. (2-tailed)	,353	,645	,230		,000	,000	,000	,019	,091
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
MCV	Pearsonova korelace	,044	,038	-,137	,375**	1	,237*	,339**	,215*	,068
	Význ. (2-tailed)	,674	,713	,184	,000		,020	,001	,037	,512
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
AST	Pearsonova korelace	-,161	-,061	,011	,552**	,237*	1	,944**	,642**	,149
	Význ. (2-tailed)	,122	,555	,914	,000	,020		,000	,000	,148
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
ALT	Pearsonova korelace	-,153	-,070	-,025	,592**	,339**	,944**	1	,620**	,133
	Význ. (2-tailed)	,142	,501	,811	,000	,001	,000		,000	,197
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96
převod na AUDIT	Pearsonova korelace	,071	-,015	-,032	,240*	,215*	,642**	,620**	1	,043
	Význ. (2-tailed)	,499	,884	,756	,019	,037	,000	,000		,681
	Počet	93	95	95	95	95	95	95	95	95
z-skór QOL	Pearsonova korelace	-,227*	,078	,011	,173	,068	,149	,133	,043	1
	Význ. (2-tailed)	,028	,453	,916	,091	,512	,148	,197	,681	
	Počet	94	96	96	96	96	96	96	95	96

\*. Korelace je významná od úrovně 0,05 (2-tailed).

\*\*. Korelace je významná od úrovně 0,01 (2-tailed).

## 7. DISKUZE

---

Hlavním cílem léčby pacienta ve zdravotnických zařízeních je léčba organického onemocnění. Do pozadí ustupuje skutečnost, že pacient přichází s vlastním očekáváním změny kvality života. Míra očekávání změny bývá u nemocného mnohdy výrazně vyšší, než můžeme rozumně očekávat. Nastává pak rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou ohledně kvality života, což ovlivňuje to, jak je nemocný spokojen se svou léčbou. Lékaři často neumějí rozpoznat skrytou část pacientova přání, které pak mnohdy vede k zásadním obtížím při řešení konfliktů vyplývajících z duševní nespokojenosti s výsledky léčby. Samotní pacienti si mnohdy neuvědomují, že souvislost mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není tak bezprostřední, jak by se mohlo zdát. Nezbytnou součástí léčby by měla být zvýšená pozornost k očekávání pacientů. Takové neporozumění povaze pacientova očekávání znemožňuje nabídnout mu pak takovou péči, jaká by mohla lépe splnit jeho očekávání. Neznamená to však, že odmítneme zákrok, který si pacient přeje, protože může být zcela na místě. Lékař by měl umět pacientovi vysvětlit limity, které zákrok přináší, z hlediska jeho východiska a na základě toho doporučit pacientovi další část léčby (Payne, 2005).

Výzkum samotný byl orientován na čtyři cíle související s kvalitou života pacientů po transplantaci, dále na ověření, zda se mění postoj k užívání alkoholu po transplantaci v souvislosti s navazující ambulantní léčbou. Dalším cílem bylo získat objektivní markery související s užíváním alkoholu u pacientů po transplantaci a posledním cílem je najít vzájemné souvislosti jejich subjektivního postoje k alkoholu, kvality života a objektivních důkazů užívání.

Ohledně umožnění výzkumného šetření bylo osloveno pracoviště IKEM v Praze. Pro získání dat byl po zvážení všech jeho kladů a záporů zvolen anonymní dotazník, který respondenti vyplňovali zcela dobrovolně. Respondenti neměli při vyplňování dotazníku žádné problémy.

Nejvíce chybějících odpovědí měla otázka číslo 13 (32) týkající se kvality života, konkrétně zda se po transplantaci změnila finanční situace respondentů. Dále pak chyběla odpověď u otázky číslo 11 (28), která se ptala, jaké bylo pracovní zařazení u respondentů před transplantací a následně po transplantaci. Obě tyto otázky patří

do části týkající se kvality života, a mohla tak být pro respondenty příliš intimní z oblasti jejich osobního života.

O něco méně chybějících odpovědí bylo v části zaměřené na užívání alkoholu. V této části bylo nejvíce nezodpovězených odpovědí u otázky číslo 22 (11).

### **Cíl č. 1**

Jedním z cílů mé diplomové práce bylo zjistit, jaká je kvalita života respondentů v oblastech fyzického zdraví, duševního zdraví, sociálních vztahů a životních podmínek. Šetření mělo zmapovat a tím odpovědět i na položenou výzkumnou otázku, jak transplantace jater ovlivnila kvalitu života respondentů ve fyzické, psychické a sociální oblasti spolu s postojem a zázemím rodiny. V tomto výzkumném šetření bylo pracováno s první částí dotazníku.

Otázka číslo 1 byla zaměřena na dobu po transplantaci jater a otázka číslo 2 bylo zjištění průměrné čekací doby na transplantaci jater. Zjistila jsem tedy, že celkem 48 (50,0 %) respondentů je po transplantaci max. 5 let. O něco menší počet, 34 (35,4 %) respondentů je po transplantaci 6–12 let. Dále 12 (12,5 %) respondentů uvedlo dobu po transplantaci 13–20 let. Dále jsem zjistila, že průměrná čekací doba odpovídá horizontu max. jednoho roku, což by korespondovalo s průměrnou čekací dobou 113 dní, kterou uvádí tisková zpráva v archívu IKEM. V České republice v současnosti fungují 2 centra, která provádějí transplantace jater. Celé 2/3 všech transplantací jater v ČR však byly provedeny v IKEM. ([http://www.ikem.cz/www?docid=1004487.](http://www.ikem.cz/www?docid=1004487))

V další otázce (č. 3) jsme zjišťovali, zda došlo ke změně v životě pacienta po provedené transplantaci. Dalo by se očekávat, že nějaké změny musely nastat, protože před vlastní transplantací jich pacient prodělal více než dost (v souvislosti se základním onemocněním, jeho stadiem apod.), a to spíše k horšímu. U našich respondentů jsme se setkali s kladnou odpovědí, většina, 58 respondentů, si myslí, že jejich život je teď po transplantaci mnohem lepší. Menší počet, 15 respondentů, se domnívá, že život je teď jen trošku lepší. Poměrně stejná část, 11 respondentů, odpověděla, že život je na stejné úrovni a nic se nezměnilo, a za trošku horší nazvala život po transplantaci skoro totožná část 9 respondentů. A poslední možnost, že život je po transplantaci mnohem horší, si vybrali jen 3 respondenti. Jde o subjektivní

zhodnocení celkového zdraví po transplantaci jater, kde nacházíme jednoznačně pozitivní výsledky.

Výzkumné šetření nám také pečlivě zmapovalo celkový pocit zdraví respondentů po transplantaci jater oproti období před transplantací, čehož se týkala otázka číslo 4. Zde více než polovina respondentů, 64, odpověděla, že své zdraví hodnotí mnohem lépe. Trochu lépe odpovědělo 9 respondentů, stejně se cítí také 9 respondentů. Celkový pocit svého zdraví hodnotí 11 respondentů jako trošku horší a jen 3 jako mnohem horší.

U otázky číslo 5, která byla zaměřena na spokojenost s podporou a zázemím, které jim poskytla jejich rodina, odpovědělo 63 respondentů, že jsou s podporou a zázemím velmi spokojeni, stejně spokojeno i nespokojeno je 28 respondentů. Velmi nespokojeni a nevyplněno zvolil stejný počet respondentů, a to 2. Vůbec nebyla využita odpověď nespokojen. Pozitivní spokojenost s rodinným zázemím převládla u většiny dotázaných.

Dotazem číslo 6 „Co myslíte, ovlivnila Vám transplantace psychickou výkonnost?“ jsem se respondentů ptala, zda díky samotné transplantaci byla ovlivněna jejich psychická výkonnost. Jako velké zlepšení ohodnotilo svou psychickou výkonnost 34 respondentů. Za jen trošku lepší a za stejnou ji považoval stejný počet, 24 respondentů. Trošku horší odpovědělo 10 respondentů a za mnohem horší ji označili 3 respondenti. U této otázky 2 respondenti nevyplnili žádnou z nabízených možností.

Toto zjištění bylo pro mě poměrně zajímavé, protože psychika nemocného zažívá před transplantací velký tlak a jistě způsobuje pacientovi i velký stres. Domnívám se, že lepší psychická kondice těchto respondentů zajisté souvisí nejen s otázkou týkající se rodinného zázemí a postoje rodiny k okolnostem léčby, ale i se splněním očekávání pacientů. U tohoto vzorku pacientů se zřejmě očekávání a naděje potvrdily, proto se cítí dobře po psychické stránce. V tomto bodu by bylo jistě zajímavé a podnětné více se věnovat stresujícím faktorům, což však nebylo předmětem naší práce.

Otázka číslo 7 se snažila zmapovat výpovědi respondentů v souvislosti s negativními psychickými pocity, jako je např. strach, úzkost, beznaděj a deprese. Bylo by jistě zajímavé zkoumat každý tento jev samostatně, ale náš dotazník byl i tak výstižný. Samotná transplantace jater představuje pro nemocné výraznou změnu, která

zasahuje do všech částí jejich osobního i profesního života. Když je transplantace úspěšná, jistě to změní prožívání pacienta. Žádnými negativními pocity netrpí dle odpovědí 63 respondentů. Jen zřídka má tyto pocity 25 respondentů, často jimi trpí 4 respondenti a velmi často 3 respondenti. I u této otázky se objevily 3 dotazníky nevyplněné. Sice se jedná o subjektivní pocity každého nemocného, ukazuje se ale, že deprese a další negativní pocity u již transplantovaných pacientů s novými játry není tolik rozšířená jako u jiných nemocných. Navazovala 8. otázka, zkoumající spokojenost pacientů s transplantovanými játry. Oslovení respondenti vybrali z nabídnutých 5 možných odpovědí jen 3. Velmi spokojeno s transplantovanými játry je 56 respondentů, 38 je spokojeno. A jen 1 dotazovaný se cítí stejně spokojen jako nespokojen. Odpovědi d „nespokojen“ a e „velmi nespokojen“ se v dotazníkovém šetření nevyskytly. Domnívám se, že se tito respondenti v odpovědích mírně nadhodnocovali ze svých subjektivních důvodů. Na další otázku, číslo 9, která se zabývá pacientovým postojem ke smyslu života, nám zhodnotila význam života respondentů. 85 respondentů, což je nadpoloviční většina, považovalo svůj život za smysluplný. Dalo by se říci, že nová játra všem zachránila život a u mnohých z nich vedla k výraznému kvalitativnímu posunu jeho prožívání. Pro 9 respondentů není jejich smysl života až tak důležitý, odpověď c: „život pro mě nemá žádný smysl“ neoznačil v našem dotazníkovém šetření nikdo a 2 respondenti tuto otázku nevyplnili.

Otázky číslo 10 a číslo 11 zjišťovaly, jak se změnila pracovní schopnost respondentů před a po transplantaci. V našem souboru necelá polovina, 48 % respondentů, uvedla, že vykonávala pracovní činnost před transplantací ve státním nebo soukromém sektoru. Naproti tomu se u respondentů po transplantaci změnila pracovní schopnost natolik, že 56,3 % jich odešlo do invalidního nebo starobního důchodu. Zbylá část našich respondentů pociťovala určité změny ve své pracovní schopnosti nebo tuto otázku ponechali nevyplněnou.

Otázky číslo 12 a 13 se týkaly toho, jak se změnila finanční situace respondentů v souvislosti s provedeným výkonem. Odpovědi lze rozdělit do dvou takřka totožně velkých skupin. V první z nich jsou respondenti, kteří změnu finanční situace nepocítili vůbec, zatímco u druhé poloviny nastal opak, a to v různé míře. Z celkového počtu dotazovaných se finanční situace změnila u 49 respondentů, 43 respondentů odpovědělo, že ke změně finanční situace nedošlo, a 4 respondenti na otázku neodpověděli.

Navazující otázku číslo 13, jak se situace změnila, hodnotilo 23 respondentů tak, že došlo k výraznému zhoršení finanční situace v souvislosti s transplantací, mírné zhoršení pocítilo 33 respondentů, k výraznému zlepšení došlo jen u 2 respondentů, k mírnému zlepšení došlo u 6 respondentů a 32 respondentů tuto otázku nezodpovědělo. Finanční obtíže se častěji vyskytují u nezaměstnaných, starobních a invalidních důchodců. Pro mě toto zjištění není překvapivé, neboť výsledky korespondují s běžným stavem zdravé populace.

Dále jsme se respondentů ptali (otázka číslo 14), zda jim transplantace změnila schopnost se o sebe samostatně postarat. Při tvorbě této otázky jsem vycházela ze všeobecného předpokladu, že transplantace jater vrací nemocné do plnohodnotného života. Za zcela nezávislé se považuje většina, 65 respondentů, většinou ano se cítí 24 respondentů. Respondenti, kteří potřebují občasnou pomoc s mytím, oblékáním a soběstačností, se označili 3. A za zcela nesamostatné, odkázané na pomoc další osoby se označili 2 respondenti. Toto bych uzavřela konstatováním, že vzorek dotazovaných respondentů byl velmi uspokojivý, co se pozitivních změn v soběstačnosti týče, a to i přesto, že většina respondentů byla starší 50 let.

V poslední, 15. otázce zaměřené na kvalitu života jsem se chtěla dozvědět, zdali jsou respondenti spokojeni s možností věnovat se jiným, novým koníčkům, zájmům, zálibám v porovnání s obdobím před transplantací. Velmi spokojeno je pouze 18 respondentů, spokojeno s možností svého volnočasového vyžití je 70 respondentů, nespokojeni jsou 3 respondenti, velmi nespokojeni 2 respondenti. Opět převládají pozitivní odpovědi. Bylo by zajímavé rozšířit tuto problematiku o to, jaké nové možnosti se této skupině otevírají.

Závěr, který jsem u tohoto cíle učinila, je, že po vyhodnocení všech otázek v jednom celku se transplantace jater jeví jako zákrok, který jednoznačně přispívá k lepší kvalitě života. Z celkového počtu dotazovaných 17 respondentů hodnotilo kvalitu svého života jako podprůměrnou, stejný počet jako nadprůměrnou. Většina dotazovaných, 62, ocenila kvalitu svého života jako průměrnou. Celkovou prospěšnost transplantace jater lze vyvodit také z toho, že v tomto cíli odpovídali respondenti celkově nad očekávání pozitivně. Je vidět, že jednotlivé dimenze kvality života (fyzická, psychická a sociální) spolu úzce souvisejí. To je zřejmé již z dob dávno minulých. Trachtová v této souvislosti například uvádí, že člověk je bytostí bio-psycho-sociální a je nutno jej takto chápat jako jeden celek (Trachtová, 2001).

## **Cíl č. 2**

Dalším z cílů mé diplomové práce bylo zjistit, jaký je postoj a chování pacientů ambulantně se léčících po transplantaci, jejich myšlení a cítění, co deklarují k užívání alkoholu. Šetření mělo zmapovat a tím odpovědět i na položenou výzkumnou otázku, jaký je postoj pacientů ambulantně se léčících po transplantaci k užívání alkoholu. V tomto výzkumném šetření bylo pracováno s druhou částí dotazníku. Z celkového počtu dotazovaných se naprostá většina, 88 respondentů, klasifikovala jako bezproblémová, 4 muži jsou hodnoceni jako respondenti s nízkým rizikem užívání. I když není třeba žádné intervence, je poučení o alkoholu pro tyto respondenty vhodné z několika důvodů: přispívá k obecné informovanosti o rizicích spojených s alkoholem a působí preventivně, může být účinné u osob, které při vyplňování testu zmenšily rozsah své konzumace. 1 respondent má již střední úroveň problémů – rizikové (nebezpečné) pití. Nejvhodnější intervencí pro něho je jednoduchá rada zaměřená na omezení rizikového pití. Další muž má již vysokou úroveň problémů – škodlivé pití nebo závislost. Pro pacienty v tomto rozmezí je nutná kombinace jednoduchého poučení, stručné rady a soustavného sledování. A na možnou závislost ukazuje také 1 respondent. Tento dotazník však není diagnostickým nástrojem a neopravňuje k závěru o formálním stanovení diagnózy závislosti na alkoholu, k tomu je nutné další diagnostické hodnocení.

Z nedostatku dalších výzkumných znalostí by tato doporučení měla být považována za předběžná a měla by být předmětem klinického posouzení, které zohledňuje zdravotní stav jedince, rodinnou anamnézu ve vztahu k problémům s alkoholem a dojem poctivosti odpovědí na otázky. Klinický úsudek je nutný pro rozpoznání situací, kdy celkové skóre v AUDITU nemusí představovat skutečnou úroveň rizika, např. pokud relativně nízká hladina pití maskuje významnou škodlivost nebo závislost.

Podrobnější analýzu celkového skóre respondentů by bylo možné získat určením otázek, ve kterých získali nejvíce bodů.

## **Cíl č. 3**

Cílem třetí části mého výzkumu je získat objektivní markery související s užíváním alkoholu u pacientů po transplantaci. Pomocí posledních čtyř laboratorních markerů

se zjišťovalo u respondentů, jaká je koncentrace jaterních enzymů ALT (alaninaminotransferáza), AST (aspartátaminotransferáza), GGT ( $\gamma$ -glutamyltransferáza) a parametr MCV v séru. Jejich zvýšené hodnoty mohou v krvi poukazovat na poškození jaterní tkáně a na poruchu odtoku žluči z jater. Díky tomu můžeme s určitou pravděpodobností odhadnout, jak moc závažně jsou játra poškozená. Ve většině případů se jedná o poškození jaterní tkáně nějakou toxickou látkou nebo nějakou nemocí (infekce, nádory, jiné). Může se jednat například o tyto stavy: požití větší dávky alkoholu, mononukleóza, rakovina jater a mnohé další.

Otázka číslo 24 zjišťovala hodnotu GGT. Stanovení GGT také pomáhá detekovat onemocnění jater a žlučových cest, případně podezření na abúzus alkoholu a používá se pro diferenciální diagnostiku jaterních a kostních chorob. U léčených alkoholiků se vyšetření GGT může použít ke sledování, zda pacient dodržuje léčebný režim (abstinenci). U 55 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu GGT v krvi v rozmezí menším než 1n. U 19 respondentů byly testy v rozmezí 1n – 2n. Dalších 14 respondentů vykazovalo hodnoty 2n – 5n. 8 respondentů mělo hodnoty větší než 5n, toto zvýšení GGT je typické především pro poškození hepatobiliárního traktu: vysoké izolované zvýšení GGT může být známkou poškození jater z důvodů chronického požívání alkoholu; zvýšená aktivita je u alkoholiků i v případě, že ještě nejsou poškozena játra (indukce syntézy GGT).

Fyziologické hodnoty fS-GGT: muži 0,14–0,84  $\mu$ kat/l, ženy 0,14–0,68  $\mu$ kat/l.

Fyziologicky jsou vyšší hodnoty GGT u mužů vzhledem k vyššímu obsahu v prostatě.

Otázka číslo 25 hledala hodnotu MCV – parametr erytrocytů, tj. jejich střední objem. Zvýšení může signalizovat abúzus alkoholu. MCV je průměr objemu červeného krevního tělíska (nebo červených krvinek). Parametr je dosažen vynásobením objemu buněčné krve a tento výsledek vydělíme počtem červených krvinek v tomto objemu. Při laboratorním testu, který vypočítává MCV, jsou červené krvinky zhutněny při odstředování.

U 88 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu menší než 1n, kdy horní hranice normy = 98fl. Zbývajících 6 respondentů mělo výsledky v rozmezí 1n – 110n. Žádný respondent neměl hodnotu větší než 110.

Obvyklé referenční rozmezí je zpravidla 80 až 100 fL.



Otázka číslo 26 zjišťovala hodnotu ALT v krvi respondentů. U 84 dotazovaných vykazovaly testy hodnotu ALT v krvi v rozmezí menším než 1n, přičemž horní hranice normy = 1,17 $\mu$ kat/l. U 8 respondentů byly výsledky v rozmezí 1n – 2n. Další 3 respondenti vykazovali hodnotu větší než 2n – 5n. Poslední 1 muž měl hodnoty větší než 5n.

Naproti tomu poslední otázka číslo 27 zjišťovala hodnotu AST. Zde dopadly výsledky podobně jako u hodnoty ALT. U 83 respondentů se hodnota AST pohybovala v rozmezí menším než 1n, kdy hranice normy = 0,75  $\mu$ kat/l. Jen 9 dotazovaných mělo hodnoty od 1n do 2n. Pouze 3 respondenti měli hranici hodnot 2n – 5n. Poslední 1 muž měl hodnoty vyšší než 5n. Tato poslední hodnota by mohla znamenat, že se jedná o poškození jaterní tkáně nějakou toxickou látkou nebo nemocí.

Normální hodnoty u AST a ALT mají být vždy nižší, než je 1  $\mu$ kat/l. Průměrné hodnoty se pohybují v těchto rozmezích: AST: 0,05–0,75  $\mu$ kat/l, ALT: 0,1–0,78  $\mu$ kat/l.

#### **Cíl č. 4**

Posledním cílem je najít vzájemné souvislosti subjektivního postoje respondentů k alkoholu, kvality jejich života a objektivních důkazů užívání.

Všichni respondenti v průměru v převodu na AUDIT získali hodnotu 2,02, což odpovídá bezproblémovému užívání, z toho ženy získaly hodnotu 0,65, nižší než muži 2,31. Celkový počet respondentů ohodnotil svoji kvalitu života QOL jako průměrnou, z toho ženy směřovaly více k podprůměru a muži lehce k nadprůměru, celkově se neprokázaly signifikantní rozdíly v kvalitě života mezi muži a ženami.

To by přibližně potvrzovala i studie Bravaty, kde zjistili, že podle HRQL 3576 pacientů byla před transplantací jater narušena psychika a po zavedení transplantátu v této oblasti došlo k menšímu zlepšení (Bravaty at al., 2005).

Pearsonova korelační analýza prokázala mírnou signifikantní závislost mezi věkem pacientů a kvalitou jejich života. To zjišťuje i Younosse ve své studii, totiž že starší věk má slabý negativní vliv na fyzické zdraví pacientů s chronickým jaterním onemocněním (Younosse, 2001). K podobným výsledkům došla ve své práci, prováděné v letech 2001–2002 u 131 litevských pacientů s jaterní cirhózou Sumskiene (Sumskiene, 2006). Sobhonslidsuka ve svých výsledcích prezentuje

snížení kvality života u starších pacientů s jaterním postižením (Sobhonslidsuka, 2006).

Pro náš výzkum je statisticky zajímavá vzájemná souvislost mezi laboratorními hodnotami a testem pro identifikaci poruch působených užíváním alkoholu (AUDIT). Hodnota korelačního koeficientu  $r = 0,240, 0,215, 0,642$  a  $0,620$  a hladina signifikance  $p = < 0,05$ , tzn., že s rostoucími laboratorními hodnotami jaterních testů významně roste i indikátor rizikového pití. Neprokázala se žádná souvislost s dobou po transplantaci a dobou čekání na transplantaci.

Z hlediska reprezentativního vzorku dotázaných pro účely tohoto výzkumu nebyla vyčerpaná celková databáze pacientů léčících se v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze léčících se po transplantaci jater s diagnózou jaterní cirhózy z důvodu užívání alkoholu.

Dotazník, který byl použit pro účely této práce, musel být zkrácen a upraven vzhledem k požadavkům pracoviště. Stejně tak byl zkrácen i AUDIT ohledně užívání alkoholu po úspěšné transplantaci jater. Vzhledem k těmto skutečnostem nemohla být zajištěna dostatečná spolehlivost a výpovědní hodnota výzkumného souboru.

## 7. ZÁVĚR

---

Diplomová práce se snažila zmapovat problematiku kvality života pacientů po transplantaci jater, ambulantně léčených v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Teoretická část je zaměřena na problematiku transplantace jater a charakteristiku kvality života. Poznatky z teoretické části byly využity k analýze a interpretaci výsledků průzkumného šetření. Jako výzkumná technika pro sběr dat byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Výzkumný nástroj tvořil individuální anonymní dotazník.

Transplantace, která je úspěšná, vede obvykle ke zlepšení kvality života. Po jejím absolvování musí transplantovaný pacient po celý zbytek života dodržovat jistá nezbytná omezení: například trvale užívat imunosupresivní léky a docházet na opakované návštěvy a kontroly na specializovaných lékařských pracovištích.

Z mého dotazníkového šetření je patrné, že i přes tato omezení hodnotí většina pacientů kvalitu života jako velmi dobrou. Ve sledovaném souboru respondentů se potvrdila existence velice silného vztahu mezi fyzickými, psychickými a sociálními aspekty kvality života u pacientů po transplantaci jater.

Získaná data lze považovat za soubor reprezentující subjektivní pocity respondentů. Každý z nich hodnotil kvalitu svého života odlišným způsobem, a vnímání kvality života je ovlivněno řadou tělesných, duševních a sociálních faktorů. Vzorek zkoumaných pacientů ukazuje, že transplantace jater se týká především skupiny pacientů středního a staršího věku. Při pohledu na předpokládaný vývoj společnosti, očekávané prodloužení délky aktivního života, vyšší technologickou vyspělost a z toho plynoucí lepší přístup k moderní zdravotní péči, považuji tento výzkum za zajímavý.

Pacienti po úspěšné transplantaci jater se mohou bez závažnějších komplikací vrátit zpět k běžnému způsobu života, na který byli před transplantací zvyklí. Mohou se vrátit i ke svému původnímu povolání. Zejména ti, kteří nevykonávali manuálně obtížnější práci, a jsou ve skupině lidí ve středním věku. Domnívám se, že tyto výsledky korelují s dosavadními výzkumy a ukazují jak mnoho nemoc a její úskalí ovlivňuje psychiku lidského života. Je proto velmi důležité, aby se zdravotnická veřejnost zabývala i psychickým stavem nemocných a jejich prožíváním nemoci.

Doufám tedy, že má diplomová práce přinese rozšíření obzorů nejen pro poskytovatele zdravotní péče, studenty, ale i pro širokou veřejnost. Jsem přesvědčena, že tato práce bude zdrojem inspirace a poslouží jako námět pro další odborné práce.

## 8. LITERATURA

---

1. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G., (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition. Geneva: World Health Organization.
2. Bellentani S, Tiribelli C. (2001). The spectrum of liver disease in the general population: lesson from the Dionysos study. *J Hepatol* ;35:531-7]
3. Bird G., O'Grady J., Harvey F., Calne R., Williams R., (1990). Liver transplantation in patients with alcoholic cirrhosis: selection criteria and rates of survival and relapse.
4. Brodanová M. (1997). Hepatologie v praxi. Praha: Galén.
5. Brožková, M. (1994). Ošetřování pacienta po transplantaci ledvin. In SCHÜCK, O., et al. Nefrologie pro sestry: učební text. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
6. Bravata D. M., Olkin I., Barnato A. E., Keeffe E. B., a Owens D. K. (1999). Health-Related Quality of Life After Liver Transplantation: A Meta-Analysis, *Liver Transplantation and Surgery*, Vol 5, No 4 (July), pp 318-331.
7. Crews FT, Bechara R, Brown LA (2006) Cytokines and alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 30:720-30.
8. Dragomerická, E. (2006). Česká verze dotazníku kvality života WHOQOL. Překlad položek a konstrukce škál.
9. Dragomerická, E., Bartoňová, J. (2006). WHOQOL – BREF. WHOQOL – 100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Psychiatrické centrum, Praha.
10. Dragomerická, E., Škoda, C. (1997). Kvalita života: Vymezení, definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii, *Česká a sociální psychiatrie*, Roč. 93, č. 2, Praha.
11. Dufková, F. (1986). Pojetí kvality života v současné nemarxistické sociologii, *SČ*, roč. 22, č 2, Praha.
12. Ehrmann J. (2006) *Alkohol a játra*. Praha: Grada.
13. Francová, T. (2007). Networking a kvalita života. In: *Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice*, Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference, VŠE, Praha.

14. Fraňková, S. (2009). Kvalita života po transplantaci jater. In Trunečka, P. (Ed.) *Transplantace jater* (pp. 158 – 159). Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.
15. Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života – pro klinickou a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.
16. Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*, Portál, Praha.
17. Hepp J., Zapata R., Buckel E., Martínez J., Uribe M., Díaz J. C., Ferrario M., Sanhueza E., Pérez R. M., Hunter B., Ríos G., Humeres R., Poniachik J., Oksenberg D., Arrese M. (2008); General considerations, indications and contraindications for liver transplantation in Chile; *La Revista Médica de Chile*; vol. 136, no. 6, p. 793-804.
18. Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Sociologické nakladatelství, Praha.
19. Chopra S. (2006). *Játra: Diagnóza Terapie Rekonvalescence*. Praha: Pragma
20. Klener P. a kolektiv (1997). *Vnitřní lékařství*. Díl 3, A. Onemocnění trávicího ústrojí, B. Choroby jater, C. Onemocnění žlučníku, žlučových cest a pankreatu, D. Nemoci pohybového ústrojí. Praha: Karolinum.
21. Koordinační transplantační středisko. [online]. 2005, [cit. 2015-08-15]. Dostupné na WWW <[http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2303](http://www.kst.cz/web/?page_id=2303) >
22. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
23. Liangpunsakul, S., Qi, R., Crabb, D. W., & Witzmann, F. (2010). Relationship Between Alcohol Drinking and Aspartate Aminotransferase:Alanine Aminotransferase (AST:ALT) Ratio, Mean Corpuscular Volume (MCV), Gamma-Glutamyl Transpeptidase (GGT), and Apolipoprotein A1 and B in the U. S. Population . *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(2), 249–252.
24. Lukáš K. a Ťák L. (2007). *Gastroenterologie a hepatologie*. Praha: Grada.
25. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
26. Opal SM, Huber CE. (2002) Bench-to-bedside review: Toll-like receptors and their role in septic shock. *Crit Care*;6:125-36].
27. Pacione, M. (2003). *Urban Environmental Quality and Human Wellbeing – a Social Geographical Perspective*. Landscape and Urban Planning.
28. Pageaux G. P., Bismuth M., Perney P., Costes V., Jaber S., Possoz P., Fabre J. M., Navarro F., Blanc P., Domergue J., Eledjam J. J. Larrey D. (2003).

Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic liver disease: does it matter?

29. Payne, J. a kolektiv (2005). Kvalita života a zdraví, Triton.
30. Pěkný, R. (2008). Kvalita života dialyzovaných a transplantovaných pacientů. Praha, Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Gabriela Šivicová.
31. Pfitzmann R., Schwenger J., Rayes N., Seehofer D., Neuhaus R., Nüssler N.. (2007). Long-term Survival and Predictors of Relapse After Orthotopic Liver Transplantation for Alcoholic Liver Disease.
32. Popov, P. (2003). Alkohol. In Kalina, K. (Ed.), Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1 (pp. 151-157). Praha: Úřad vlády České republiky.
33. Sherlocková S. a Dooley J. (2004). Nemoci jater a žlučových cest. Hradec Králové: Olga Čermáková.
34. Schafer C, Parlesak A, Schutt C (2002) Concentrations of lipopolysaccharide-binding protein, bactericidal/permeability-increasing protein, soluble CD14 and plasma lipids in relation to endotoxaemia in patients with alcoholic liver disease. *Alcohol Alcohol* ;37:81-6].
35. Slováček, L., Kvalita života nemocných- jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. [online]. (2004), [cit. 2015-08-15]. Dostupné na <[http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vzl1\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf)>
36. Sobhonsklidsuk A., Silpakit C., Kongsakon R., Satitpornkul., Sripetch C. a Khanthavit A. (2006). Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease. *World J Gastroenterol.* č. 12(48), s. 7786–7791.
37. Sumskiene J., Sumskas L., Petrauskas D. a Kupcinskas L., (2006). Disease-specific health-related quality of life and its determinants in liver cirrhosis patients in Lithuania *World J Gastroenterol.* č. 12(48), s. 7792–7797.
38. Šimková, E. (2007). Analýza kvality života a úloha venkovské turistiky. In: Svět práce a kvalita života v globalizované ekonomice. Sborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference. VŠE. Praha.
39. Špičák J. a kolektiv (2008). Novinky v gastroenterologii a hepatologii. Praha: Grada. Vaňásek J., Starý J., Kavan P., Vaňásek J. jr. (1996). Transplantace kostní dřeně. Praha: Galén.
40. Tesař, V., Schuck, O. (2006). Klinická nefrologie. Praha: Grada Publishing. 581 s. ISBN 80–247–0503–6.

41. Trachtová, E. 2001. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 80–7013–324–8.
42. Thurman RG, Bradford BU, Iimuro Y (2002) Mechanisms of alcohol-induced hepatotoxicity: studies in rats. *Front Biosci* 1999;4:e42-6][ Bautista AP. Neutrophilic infiltration in alcoholic hepatitis. *Alcohol*;27:17-21.
43. Trunečka, P. (2004). Co je třeba vědět o transplantaci jater. Příručka pro pacienty před a po transplantaci a jejich blízké. Plzeň: Euroverlag, s. r. o.
44. Trunečka, P. a kolektiv (2009). Transplantace jater. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum.
45. YOUNOSSI, Z. M. et al. Chronic liver disease and health-related quality of life. *Gastroenterology*. [online]. 2001, č. 120, s. 305–307. [cit. 2014-02-11]. DOI: 10.1053/gast.2001.22073. Dostupné na: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508501879798>
46. Zavoral M., Venerová J. a kolektiv. (2007). Gastroenterologie a hepatologie. Praha: Triton.
47. Wheeler MD, Kono H, Yin M, et al. (2001) The role of Kupffer cell oxidant production in early ethanol-induced liver disease. *Free Radic Biol Med*;31:1544-9].



## 9. PŘÍLOHY

---

Příloha č. 1: Dotazník k diplomové práci

# Dotazník k diplomové práci

Vážená paní / pane,

jsem v posledním ročníku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze – magisterského studia v oboru adiktologie. Tématem mé závěrečné práce je recidiva abusu alkoholu a kvalita života po úspěšné transplantaci jater. Tento dotazník byl vytvořen proto, abych zjistila, zda se změnila Vaše kvalita života po transplantaci jater v oblasti psychické, sociální a fyzické.

Dotazník má dvě části. První část se týká kvality života, druhá se zaměřuje na užívání alkoholu.

**Dotazník není a nebude součástí zdravotnické dokumentace!**

**Dotazník, prosím, nepodepisujte!**

Dále se, prosím, věnujte přečtení a vyplnění samotného dotazníku. Postup je jednoduchý, **zakroužkujte vždy jednu odpověď!** Tam, kde je uvedeno odpověď vypsát, prosím vypište.

Vyplněný dotazník vraťte sestřičce v kartotéce, kde je k tomu účelu zajištěná sběrná schránka. Prosím Vás o co největší upřímnost při jeho vyplňování – jedná se o vědecký výzkum, ve kterém mají smysl pouze pravdivé odpovědi.

Za vyplnění velmi děkuji.

Bc. Magdalena Česneková



- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) stejně spokojen jako nespokojen/a
- d) nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

**6. Co myslíte, ovlivnila transplantace Vaši psychickou výkonnost?**

- a) ano, výkonnost je mnohem lepší
- b) ano, výkonnost je trošku lepší
- c) ne, výkonnost je stejná
- d) ano, výkonnost je trošku horší
- e) ano, výkonnost je mnohem horší

**7. Trápí Vás strach, úzkost, deprese, beznaděj nebo jiné negativní pocity v souvislosti s „novými“ játry?**

- a) ne
- b) ano – zřídka
- c) ano – často
- d) ano – velmi často

**8. Jak celkově hodnotíte svou spokojenost s transplantovanými játry?**

- a) velmi spokojen/a
- b) spokojen/a
- c) stejně spokojen jako nespokojen/a
- d) nespokojen/a
- e) velmi nespokojen/a

**9. Jak vnímáte smysl svého života?**

- a) život má pro mě velký smysl
- b) život pro mě není až tak důležitý
- c) život pro mě nemá žádný smysl

**10. Změnila se po transplantaci Vaše pracovní schopnost? Pokud ano odpovězte prosím i na následující otázku číslo 11.**

- a) ano
- b) ne

**11. Jaké bylo Vaše pracovní zařazení před transplantací a jaké je teď. Prosím uveďte.**

Před :.....

Nyní :.....

**12. Změnila se Vám finanční situace v rodině v souvislosti s transplantací?**

- a) ano
- b) ne

**13. Pokud ano, jak?**

- a) výrazné zhoršení
- b) mírné zhoršení
- c) výrazné zlepšení
- d) mírné zlepšení

**14. Změnila Vám transplantace schopnost lépe se o sebe samostatně postarat (soběstačnost, mytí, oblékání)?**

- a) ano, zcela jsem nezávislý
- b) většinou ano
- c) spíše nejsem samostatný/á
- d) vůbec nejsem samostatný/á

**15. Jste spokojen s možností věnovat se jiným, novým koníčkům, zájmům, zálibám v porovnání s obdobím před transplantací?**

- a) velmi spokojen
- b) spokojen/a
- c) nespokojen/a
- d) velmi nespokojen/a

**ČÁST DRUHÁ: UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU**

**16. Jak často se stává, že si dáte nápoj s obsahem alkoholu?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) 2-4krát za měsíc
- d) 2-3krát za týden
- e) vícekrát než 4krát za týden

**17. Pokud si dáte alkoholický nápoj, kolik takových nápojů vypijete v jeden den?**

- a) žádný
- b) 1-2
- c) 3-4
- d) 5-6
- e) 7-9
- f) 10 a více

**18. Nastane i situace, kdy si dáte 6 a více alkoholických nápojů při jedné příležitosti?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

**19. Stalo se v posledním roce, že po požití alkoholu jste pozoroval/a návrat k dřívějšímu návyku?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

**20. Stalo se v posledním roce, že by alkohol zásadně ovlivnil splnění Vašich důležitých povinností?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

**21. Nastala v posledním roce situace potřeby ranního požití alkoholu (včetně piva) v návaznosti na předchozí vypití většího množství alkoholických nápojů?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

**22. Měl/a jste v posledním roce po vypití alkoholického nápoje výčitky svědomí?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

**23. Jak často v posledním roce jste si kvůli alkoholu nemohl/a vzpomenout na to, co se stalo předchozí večer nebo noc?**

- a) nikdy
- b) méně než jednou za měsíc
- c) měsíčně
- d) týdně
- e) denně nebo téměř denně

### **ČÁST TŘETÍ: LABORATORNÍ BIOCHEMICKÉ VYŠETŘENÍ (VYPLNÍ LÉKAŘ)**

**24. Hodnota GGT**

- a)  $< 1n$  (horní hranice normy = 1,07ukat/l)
- b)  $1n - 2n$
- c)  $> 2n - 5n$
- d)  $> 5n$

**25. Hodnota MCV**

- a)  $< 1n$  (horní hranice normy = 98 fl)
- b)  $1n - 110$
- c)  $> 110$

## 26. Hodnota ALT

a)  $< 1n$  (horní hranice normy = 1,17 ukat/l)

b)  $1n - 2n$

c)  $> 2n - 5n$

d)  $> 5n$

## 27. Hodnota AST

a)  $< 1n$  (horní hranice normy = 0,75 ukat/l)

b)  $1n - 2n$

c)  $> 2n - 5n$

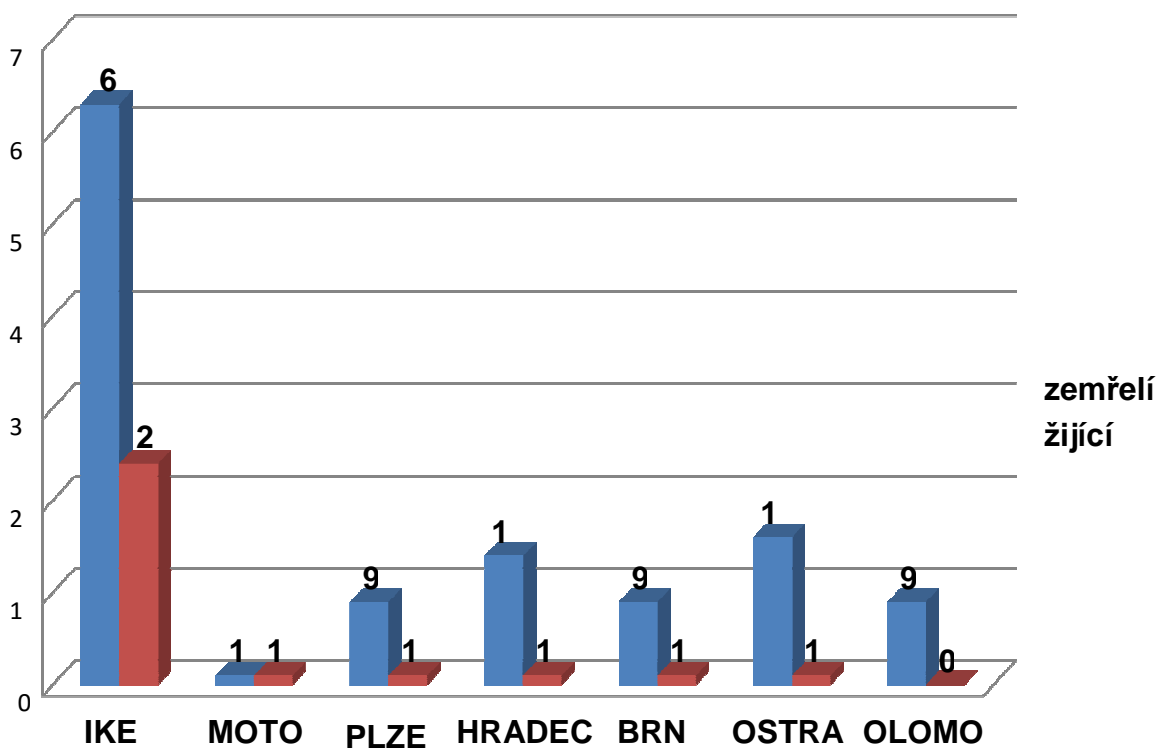
d)  $> 5n$



Příloha č. 2:

Počet dárců v regionech transplantačních center v ČR od 1. 1. do 30. 6. 2015

Počet dárců v regionech transplantačních center v ČR  
od 1. 1. do 30. 6. 2015



Příloha č. 3: Transplantační aktivita v ČR v roce 2015



TRANSPLANTAČNÍ AKTIVITA V ČR V ROCE 2015

	2014 celkem	leden- březen	duben- červen	červenec- září	říjen- prosinec	2015 celkem
Dárci orgánů (zemřelí + žijící) - celkem	327	64	86			
Zemřelí dárci orgánů - celkem	263	53	68			
zemřelí dárci orgánů po smrti mozku (DBD)	259	51	66			
zemřelí dárci orgánů po zástavě oběhu (DCD)	4	2	2			
zemřelí dárci přepočtení na milion obyvatel (PMP)	24,932	5,024				
Žijící dárci orgánů	65	11	18			
Transplantace ledvin (zemřelí + žijící) - celkem	507	92	130			
transplantace ledvin od kadaverozních dárců (včetně kombinací)	444	81	112			
Transplantace ledvin od žijících dárců	63	11	18			
Transplantace srdce - celkem	87	14	20			
Transplantace jater - celkem	169	43	46			
	167	43	46			

transplantace jater od kadaverozních dárců	2	0	0			
transplantace jater od žijících dárců						
Transplantace plic celkem	32	8	6			
Transplantace pankreatu celkem	40	7	9			
Transplantace Langerhansových ostrůvků - celkem	9	1	2			
Transplantace tenkého střeva - celkem	2	0	0			

#### Příloha č. 4:

#### Transplantace orgánů v období od 1. 1. do 30. 6. v ČR

