

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Monika Heplová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Role sestry v komplexním procesu transplantace

diplomová práce

Autor práce: Monika Heplová, Bc.
Studijní program: Ošetřovatelství
Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech
Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, PhD.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Role sestry v komplexním procesu transplantace

Diplomová práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče a postavením sestry v komplexním procesu transplantace. Transplantační léčba postupem doby nabývá na významu. Nastávají situace, kdy transplantace zbývá jako jediná možnost navrácení a uchování zdraví nemocného člověka. Komplexní proces transplantace je řetěz na sebe navazujících výkonů, do něhož je zainteresována celá řada lékařských, ale i nelékařských pracovníků, kteří jsou v neustálé interakci nejen s pacientem. Klasicky nejpočetnější složku v poskytování péče nemocnému tvoří všeobecné sestry, které přijímají odpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče, pracují samostatně a za poskytnutou péči zodpovídají. Jejich práce se neobejde bez hlubokých znalostí oboru a řady odborných činností, aniž by bylo potlačeno jejich původní poslání. Dnešní sestra je plnohodnotným členem týmu, partner lékaře při výkonu povolání.

Teoretická část se zabývá komplexně problematikou odběru orgánů zejména od zemřelých dárců, jejich transplantace, právní úpravou ČR a zejména rolí sestry, kterou v tomto procesu zaujímá. Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, zda se sestra v tomto náročném oboru poskytování ošetrovatelské péče opravdu cítí být partnerem lékaře, jaký je jejich postoj k výkonu vlastního povolání v tomto oboru a zmapovat rozsáhlost jejich znalostí a možností ke vzdělávání v této problematice. Dalším cílem bylo zmapování postoje samotných pacientů k péči v procesu transplantační léčby.

Při výzkumném šetření byla použita kvantitativní metoda, realizována distribucí dotazníků všeobecným sestrám pracujícím na pracovišti transplantační medicíny. Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do přehledných tabulek. Kvalitativní část výzkumného šetření byla realizována formou rozhovorů s pacienty, kteří se nacházejí v procesu transplantační léčby. Rozhovory byly zpracovány do písemné podoby a myšlenkových map.

The nurse's role in the complex process of transplantation

The diploma thesis deals with the issues of nursing care and the nurse's position in the complex process of transplantation. Transplantation treatment becomes more important in the course of time. There are such situations that there is no other choice of restoring and saving the health of the sick person but to transplant. The complex process of transplantation is a chain of successive operations in which not only many doctors but also other medical and paramedical staff are involved and they constantly interact not only with the patient. Classically, the largest group in providing patient care is general nurses who assume the responsibility for the direct provision of nursing care, work independently and are responsible for the care provided. Their work requires a deep knowledge of the branch and many professional activities without suppressing their original mission. Today's nurse is a full member of the team and the doctor's partner in practicing his or her profession.

The theoretical part deals comprehensively with the issues of the removal of organs especially from deceased donors, their transplantation and legislation in the Czech Republic and especially with the role of a nurse which she has in this process. An objective of the research survey was to map whether a nurse really felt to be the doctor's partner in this challenging branch of providing nursing care and what their attitudes towards practicing their own profession in this branch were and to map the extensiveness of their knowledge and educational opportunities in these issues. Another objective was to map the attitudes of patients themselves towards care in the transplantation treatment process.

In the research survey a quantitative method was used and applied by distributing questionnaires to general nurses working at a department of transplantation medicine. The results of the questionnaire survey were processed to create well-arranged tables. The qualitative part of the research survey was carried out through interviews with patients who are in the transplantation treatment process. The interviews were processed in writing and the results were summarized in mind maps.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

Monika Heplová, Bc.

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Sylvě Bártlové, PhD. za vedení práce a za ochotu a vstřícnost. Velký dík patří vrchní sestře Kliniky transplantační chirurgie IKEM, Bc. Tomáši Komínkovi za konzultace a cenné připomínky.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	- 4 -
1.1 TRANSPLANTACE JAKO METODA LÉČBY	- 4 -
1.1.1 <i>Historie</i>	- 5 -
1.1.2 <i>Etický aspekt transplantací</i>	- 6 -
1.1.3 <i>Transplantace ledvin</i>	- 8 -
1.1.4 <i>Transplantace srdce</i>	- 8 -
1.1.5 <i>Transplantace jater</i>	- 9 -
1.1.6 <i>Transplantace pankreatu</i>	- 9 -
1.1.7 <i>Transplantace plic</i>	- 10 -
1.2 LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA TRANSPLANTACE	- 10 -
1.2.1 <i>Legislativa v minulosti</i>	- 10 -
1.2.2 <i>Legislativa v ČR do roku 2002</i>	- 11 -
1.2.3 <i>Transplantační zákon 285/2002 Sb.</i>	- 12 -
1.2.4 <i>Vyjádření souhlasu</i>	- 12 -
1.2.5 <i>Princip předpokládaného souhlasu</i>	- 13 -
1.2.6 <i>Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů</i>	- 14 -
1.3 ODBĚR ORGÁNŮ	- 15 -
1.3.1 <i>Přípustnost odběru orgánů</i>	- 15 -
1.3.2 <i>Kadaverózní dárce s bijícím srdcem (HBD)</i>	- 16 -
1.3.3 <i>Kadaverózní dárce s nebijícím srdcem (NHBD)</i>	- 16 -
1.3.4 <i>Okamžik smrti</i>	- 17 -
1.3.5 <i>Srdeční zástava</i>	- 18 -
1.3.6 <i>Smrt mozku</i>	- 19 -
1.3.7 <i>Klinické známky smrti mozku</i>	- 19 -
1.3.8 <i>Stanovení smrti v ČR</i>	- 20 -
1.4 ÚLOHA SESTRY	- 20 -
1.4.1 <i>Etický Kodex sestry</i>	- 21 -
1.4.2 <i>Činnosti sestry v ošetrovatelském procesu</i>	- 21 -
1.4.3 <i>Multidisciplinární tým v ošetrovatelství</i>	- 22 -
1.4.4 <i>Role sestry</i>	- 23 -
1.4.5 <i>Znalosti a dovednosti sestry</i>	- 25 -
1.5 KADAVERÓZNÍ DÁRCE	- 25 -
1.5.1 <i>Ošetrovatelská péče sestry o kadaverózního dárce orgánů</i>	- 26 -
1.5.2 <i>Hygienická péče</i>	- 28 -
1.5.3 <i>Péče sestry o zemřelého</i>	- 28 -
1.6 PÉČE O PACIENTA PO TRANSPLANTACI	- 29 -
1.6.1 <i>Monitoring fyziologických funkcí</i>	- 29 -
1.6.2 <i>Sledování bolesti</i>	- 30 -
1.6.3 <i>Vyprazdňování</i>	- 30 -
1.6.4 <i>Edukační činnost sestry</i>	- 30 -
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	- 32 -
2.1 CÍL PRÁCE	- 32 -
2.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA	- 32 -
2.3 HYPOTÉZY	- 32 -

3	METODIKA	- 33 -
3.1	POUŽITÉ METODY	- 33 -
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	- 33 -
3.3	REALIZACE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	- 34 -
3.4	REALIZACE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	- 34 -
4	VÝSLEDKY.....	- 35 -
4.1	VYHODNOCENÍ KVALITATIVNÍ ČÁSTI ŠETŘENÍ.....	- 35 -
4.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ DO MYŠLENKOVÝCH MAP.....	- 42 -
4.3	VYHODNOCENÍ KVANTITATIVNÍ ČÁSTI ŠETŘENÍ NA ZÁKLADĚ DOTAZNÍKU	- 46 -
5	DISKUZE.....	77
6	ZÁVĚR.....	82
7	TERMINOLOGIE	84
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	87
9	KLÍČOVÁ SLOVA	93
10	PŘÍLOHY	94
	PŘÍLOHA 1 – KATEGORIZACE OTÁZEK PRO VEDENÍ ROZHOVORŮ S PACIENTY	94
	PŘÍLOHA 2 – DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY	96

Úvod

Medicína je všeobecně na stále vyšší úrovni. Neustále se vyvíjejí a zdokonalují nové metody, jež zachraňují nemocné, kterým by ještě v relativně nedávné době nebylo pomoci a kvalita jejich života by klesala přímo úměrně rozvíjející se nemoci a jejím důsledkům. Navzdory stále dokonalejším způsobům léčby a stále se zdokonalující technice v medicíně dochází ve velké míře k vyčerpání všech dostupných možností a finální šanci pro uzdravení se stává transplantace orgánu či tkáně. Tento bezesporu zázrak velmi často dokáže vrátit nemocného do plnohodnotného života. Nezpochybnitelnou zásluhu na tom mají lékaři, kteří nemocného celým procesem provází a zejména chirurgové, kteří dokončí finální akt náhrady orgánu.

Do tohoto zdraví a život zachraňujícího komplexního procesu je však zainteresováno kromě samotných lékařů i značné množství nelékařských zdravotnických pracovníků, kteří jsou v neustálé interakci nejen s nemocným příjemcem, ale také s žijícím dárce orgánu a blízkými kadaverózního dárce orgánu. Jsou to nelékařští pracovníci, kteří zkoordinují celý proces transplantace od prvního telefonátu ohlašujícího eventuelního dárce konkrétního orgánu, přes kompletní potřebná vyšetření dárce i příjemce až po mobilizaci celého chirurgického týmu a zázemí. Nedílnou součástí celého procesu jsou všeobecné sestry, které o nemocného pečují v období před transplantací, v jejím průběhu, v náročném období po výkonu a také v dalším časovém horizontu, kdy se transplantovaný pacient v rámci sledování zdravotního stavu do zdravotnického zařízení vrací. Komplexní ošetrovatelská péče v transplantační medicíně je velmi specifická, vyžaduje rozsáhlé spektrum znalostí, dovedností, empatie, ale také značnou míru odolnosti vůči stresu a organizační schopnosti.

1. Současný stav

1.1 Transplantace jako metoda léčby

V léčebné praxi dochází k situacím, kdy všechny dostupné léčebné možnosti byly vyčerpány a lidský život může být dočasně zkvalitněn či zachráněn jedině transplantací. Transplantace je léčebný výkon, při kterém dochází k záměrnému přenosu tkáně či orgánu z jednoho organismu do druhého. Transplantace je nepochybným přínosem moderní medicíny 2. poloviny 20. století a představuje velké vítězství medicínské vědy. Je to výkon, jehož smyslem a cílem je nahradit chybějící funkci orgánu, která důsledkem onemocnění zanikla (Raudenská, 2011; Slezáková, 2010; Zeman, 2011).

Transplantace lze rozdělit do tří základních okruhů: transplantace tkání, transplantace krvevorných buněk a transplantace orgánů. Z tkání lze transplantovat tkáň srdeční, cévní, kostní, kožní, vazy, šlachy, fascie a také tkáň oční. Transplantace oční rohovky je nejstarší úspěšnou operací tohoto druhu, provedenou v roce 1905 v Olomouci. Transplantaci krvevorných buněk se věnuje zcela samostatná kapitola medicíny (Zákon 434/2004 Sb.; Slezáková, 2010).

Transplantaci orgánů se v ČR věnuje celkem 7 transplantačních center. Nejčastější transplantaci ledvin provádí Transplantační centrum Institutu klinické a experimentální medicíny Praha (IKEM), Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, Transplantační centrum Motol Praha, Ostrava, Olomouc, Hradec Králové a Plzeň. Transplantaci srdce provádí Transplantační centrum IKEM Praha a Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno. Plíce se transplantují v Transplantačním centru Motol Praha, játra v Ikem Praha a Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno a slinivka břišní včetně Langerhansových ostrůvků v Transplantačním centru IKEM Praha (Slezáková, 2010; www.kst.cz).

Transplantace navrácí řadu nemocných do života, který se díky tomuto výkonu výrazně zkvalitní, ačkoliv jsou orgány, jejichž fatálně poškozená funkce může být díky medicínskému a technickému pokroku dlouhodobě nahrazena moderními přístroji. To je případ nemocných s chronickým selháváním ledvin, jejichž životně důležitá vylučovací funkce může být dlouhodobě nahrazena hemodialýzou či peritoneální dialýzou. Právě v tomto případě lze zdůraznit i ekonomický aspekt problematiky. Náklady právě na transplantaci ledviny jsou velmi vysoké, ale ve srovnání s dlouhodobou léčbou pomocí dialýzy jsou podstatně nižší. V ČR čekalo celkově v roce 2012 na nový orgán na 700 nemocných (Zeman, 2011; www.kst.cz).

Fungující transplantační program v ČR však zahrnuje nejen dárce orgánů a čekatele na ně, ale také celé týmy zdravotnických lékařských i nelékařských týmů, kteří se tohoto procesu účastní v celém komplexním kontextu. Jde nejen o chirurgické týmy lékařů, ale i koordinátorů, pracovníků registrů a také sester, které o tyto nemocné pečují v celém procesu. Pomáhají tak naplňovat teze transplantačního programu, který si dává za cíl nahradit ztracené funkce selhávajících orgánů a zlepšovat kvalitu života nemocným. Díky transplantaci orgánů přežila celá řada nemocných kritické a beznadějné stavy a nyní se mohou těšit ze života (Slezáková, 2010; www.kst.cz).

Bohužel dlouhodobě panuje situace skrovné nabídky životně důležitých orgánů, která neodpovídá objektivní potřebě. Dokazují to dlouhé čekací listiny plné nemocných lidí, jejichž jedinou nadějí na přežití je nabídka orgánů, které tak jako na celém světě nejsou k dispozici v dostatečném množství. Darování orgánů a jejich transplantace je oblastí, která zaznamenává stále větší rozvoj a pokroky v pomoci nemocným. Je to metoda, která zachraňuje životy pacientů, pro které bývá ve finále jediným možným léčebným postupem (Transplantační akční plán, 2011; www.florence.cz; www.kst.cz).

1.1.1 Historie

Již od pradávna lidé přemýšleli, jakým způsobem nahradit části těla, které byly funkčně poškozené nebo ztracené. Nevědecké pokusy se datují už do doby před Kristem. První vědecké experimenty proběhly na počátku 20. století. O první experimentální transplantaci ledviny se pokusil v roce 1902 vídeňský chirurg Emmerich Ullmann u psa. Odebranou ledvinu následně transplantoval zpět do těla psa napojením na krční tepny. Po této heterotopické transplantaci štěp ještě několik dní vylučoval moč (www.kst.cz; Třeška, 2008).

Poprvé transplantovat ledvinu u člověka se pokusil v roce 1933 ukrajinský chirurg J. J. Voronaj. Jeho pacientka, mladá žena se pokusila o sebevraždu požitím chloridu rtuťnatého, který byl v té době častý způsob páchání sebevražd. Byla to první alotransplantace ledviny u člověka, kdy se ledvina napojila na cévy v pravém třísele. Tato transplantace proběhla v lokálním umrtvení a dárce byl 60 ti letý muž, který 6 hodin před odběrem štěpu zemřel v důsledku úrazu hlavy. Funkce ledviny však nebyla po operaci obnovena a žena zemřela (Viklický a kolektiv, 2008; Třeška, 2002).

V roce 1952 byla provedena v Paříži příbuzenská transplantace ledviny u 15 ti letého dítěte, kdy orgán darovala jeho matka. Dítě přišlo o svou jedinou ledvinu vlivem úrazu. Transplantovaná ledvina obnovila svou funkci ihned po operaci, avšak pouze dočasně. Po 22

dnech poté přestala fungovat a dítě za dalších 15 dní zemřelo v důsledku selhání ledvin. Důvodem selhání transplantovaného orgánu byla rejekce (www.kst.cz; Třeška, 2008).

První úspěšná transplantace ledviny byla provedena v USA v roce 1954. Lékaři Joseph Murray a Hartwel Harrison provedli přenos ledviny mezi bratry, jednovaječnými dvojčaty. Pacient žil s bratrovou darovanou ledvinou dalších 9 let. Po této první úspěšné transplantaci bylo provedeno dalších sedm transplantací, kdy darovaný orgán pocházel od žijícího dárce. Jak uvádí Třeška, funkce jednoho z těchto prvních štěpů vydržela nemocnému dokonce déle, než 30 let (Třeška, 2002, s.17). Nadále probíhaly pokusy transplantací kadaverózních orgánů, které však úspěšné nebyly, neboť docházelo k odhojení transplantovaných orgánů (Třeška, 2002).

První úspěšné pokusy o zamezení odhojení orgánu se datují rokem 1959, příjemci byli před transplantací ozařováni subletální dávkou celotělového ozáření. Od tohoto postupu se však vzhledem k nežádoucím účinkům brzy upustilo. Následující léta byla ve znamení řady objevů: v Oxfordu byl předložen důkaz o schopnosti lymfocytů reagovat na antigenní podnět a byla popsána jejich úloha v rejekci štěpu. V roce 1958 byl objeven hlavní histokompatibilní komplex HLA (Human Leukocyte Antigen). V následujících letech byly velmi zkoumány také možnosti přenosu jiných orgánů. Díky poznatkům z imunologie v souvislosti s transplantací ledvin byly provedeny úspěšné přenosy například jater v roce 1963 v Denveru, pankreatu v roce 1966 v Minneapolis či dokonce srdce v roce 1967 v Kapském Městě (Viklický a kolektiv, 2008; Třeška, 2002).

U nás byla první úspěšná transplantace provedena v roce 1966. V tehdejší Ústavu klinické a experimentální chirurgie byla nemocnému muži transplantována ledvina, kterou mu darovala jeho matka. Ledvina od počátku plnila svou funkci až do pacientova úmrtí na krvácení do mozku. Po tomto nemocném (Karlů Pavlíkovi) byla pojmenována Nadace na podporu transplantačního programu u nás (Viklický, 2008).

1.1.2 Etický aspekt transplantací

Odběr orgánu nelze chápat pouze jako prosté vyjmutí, ale doslova jako dar. Je zákonem definováno, že darování orgánu musí mít přísně non-profitní charakter a nesmí se stát záležitostí obchodu. Odběr se nikdy nesmí uskutečnit proti vůli dárce (Baláž a kolektiv, 2011; Kuře, 2010).

V případě odběru orgánu od žijícího dárce je problematika zákonem vytyčena dle jasně určených kritérií a kromě vůle a vyjádřeného souhlasu dárce zde hraje významnou úlohu i etická komise. Ta musí mít pro tyto účely nejméně pět členů, jsou v ní zastoupeni jak lékaři,

tak i klinický psycholog a právník. Aby byl vyloučen jakýkoliv střet zájmů, nesmí být minimálně dvě třetiny komise v jakémkoliv vztahu k odebírajícímu zdravotnickému zařízení. Dále musí být dle platné legislativy absolutně vyloučen jakýkoliv osobní zájem či účast na provedeném odběru orgánu. Tato etická komise objektivně posoudí situaci a v případě uděleného souhlasu na celý proces a zachovávání práv dárce dohlíží. S odběrem od žijícího dárce musí aktivně a prokazatelně souhlasit i konkrétní budoucí příjemce (Baláž a kolektiv, 2011; Těšínová a kolektiv, 2011).

Jde-li o odběr kadaverózního orgánu, je etický aspekt obsáhlejší. V kontextu odběru orgánů od zemřelého dárce jsou nejdůležitějšími otázkami ty, které se zaměřují na souhlas s odběrem. Zemřelý musí prokazatelně za svého života vyjádřit případný nesouhlas s posmrtným odběrem. Za tímto účelem je dle zákona zřízen Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Dále je zde možnost za splnění určitých podmínek vyjádřit svou vůli například ve zdravotnickém zařízení. Stejně tak jako má jedinec právo určit, jak bude po jeho smrti nakládáno s jeho majetkem, dostává také právo určit, co se po jeho smrti stane s jeho tělem (Těšínová a kolektiv, 2011; Viklický a kolektiv, 2008; Kuře, 2010).

Další oblastí problematiky etiky odběru orgánů a transplantace je ta, která klade otázku, kdy je člověk mrtev. Od nepaměti byla smrt dokazována na základě zkušenosti. Když ustalo dýchání a srdeční činnost, záhy se objevily další známky smrti vrcholící rozkladem těla. Ovšem s rozvojem znalostí a možností zejména na poli resuscitace, umělého udržování dechových a oběhových funkcí se tyto otázky výrazně posunuly dál (Aulisio a team, 2007; Raudenská, 2011; Viklický a kolektiv, 2008).

V roce 1959 popsali dva francouzští neurologové nový typ komatu. Nemocní neměli přítomny kmenové reflexy, trpěli svalovou hypotonií, chybělo jim vlastní dechové úsilí a mozek nevykazoval žádnou elektrickou aktivitu. Šlo o nemocné s kompletní absencí kognitivních a vegetativních funkcí, s hlubším komatem, než bylo do té doby popsáno. Stav byl nazván „le coma dépassé“, v překladu ireverzibilní. Tito lékaři už v té době vznesli ožehavou otázku: „... kdy ukončit péči o takové nemocné ...?“ (Kapitoly z lékařské etiky, 2010, s. 52). Přežívání těchto nemocných umožnila intenzivní medicína, zejména možnost umělé plicní ventilace. Tato nová technologie postavila odborníky před nové otázky. Další péče o nemocné s mozkovou smrtí nemá smysl, ale některé orgány jsou stále funkční a tak pro transplantaci vhodné. Transplantační medicína tak nabízí nové šance. Ne již pro člověka s prokázanou smrtí mozku, ale pro nemocné, kteří čekají na novou naději v podobě funkčního orgánu. Transplantace je tak pojatá jako dar života (Kuře, 2010).

Dárcovství je nesmírně humánním rozhodnutím, v jehož prospěch hovoří i řada morálních argumentů. Jde o argument solidarity a reciprocity, neboť každý se může ocitnout v situaci, kdy bude odkázán na podobné humánní rozhodnutí pomoci jinému člověku v nouzi. Dále jde o argument užitečnosti. Smrt všeobecně užitečná není, avšak v případě dárcovství orgánů může být díky ní zachráněn život několika lidem a může být tak umožněno prodloužení spokojeného života o řadu let (Baláž a kolektiv, 2011; www.uzis.cz).

Kromě záchrany a zkvalitnění života přináší ve svém důsledku transplantace i prospěch pro společnost, neboť může ušetřit výdaje solidárního pojištění. Transplantovaný pacient se velmi často vrací do zaměstnání a je tak ekonomickým přínosem pro společnost (Kuře, 2010).

1.1.3 Transplantace ledvin

Transplantace ledvin je nejčastěji prováděnou transplantací, kterou provádí všech sedm Transplantačních center v ČR. Transplantace ledviny je v současné době již relativně rutinní terapie renálního selhání. Průměrná čekací doba na tento orgán je cca 1 rok. Dle WHO je na světě ročně provedeno kolem 70000 transplantací ledvin, v ČR je to přibližně 20 – 30 na milion obyvatel ročně. V ČR čeká na náhradní ledvinu dle údajů z roku 2012 zhruba 680 nemocných (Slezáková, 2010; www.florence.cz).

Odběr orgánu je možný od zemřelého i od žijícího dárce. U nás tvoří přibližně 10% žijící dárce, nikoliv však pouze rodiče, sourozenci či jiní příbuzní, ale také osoby bez příbuzenského vztahu, kteří splňují určitá kritéria pro darování ledviny. Odběrem nesmí být ohroženo dárcovo zdraví, které je prioritní před odebráním orgánem. Kromě medicínské a psychologické přípravy je také nutný souhlas etické komise, souhlas dárce a aktivní souhlas budoucího příjemce. Ledvinový štěp je transplantován heterotopicky, tzn. na jiné místo, než se nacházejí ledviny normálně. Štěp je implantován do jámy kyčelní a původní ledviny zůstávají na svém místě (Baláž a kolektiv, 2011; Kracíková, 2011; Viklický, 2008).

1.1.4 Transplantace srdce

Vývoj směřující k počátkům klinické transplantace srdce byl podložen více než 60 let trvajícím úsilím experimentálních laboratoří v mnoha zemích na světě. První úspěšnou transplantaci srdce u člověka provedl v Kapském Městě v roce 1967 Christiaan Barnard. Jeho transplantovaný pacient však zemřel po 18 dnech na pneumonii (Pirk a kolektiv, 2008).

U nás lze považovat za úspěšný začátek transplantace srdce rok 1984, kdy bylo transplantováno srdce 34 letému muži, který následně žil dalších 13 let, než zemřel na selhání ledvin v důsledku dlouhodobé farmakologické zátěže organismu. V ČR provádí transplantaci

srdce dvě transplantační centra: IKEM Praha a Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, přičemž zaujímá od začátku vedoucí postavení IKEM, který uskuteční ročně 30 – 40 transplantací srdce (www.ikem.cz).

Transplantace srdce je nejčastěji indikována při pokročilém selhání srdce, při dilatační kardiomyopatii, při pokročilé ICHS, u pacientů, jejichž prognóza přežití nepřevyšuje 1 rok. Dalšími indikacemi jsou chlopňové vady či hypertrofická kardiomyopatie. Transplantace srdce je ortotopická transplantace, tzn., že štěp je umístěn na stejné místo, jako odebraný orgán (Slezáková a kolektiv, 2010; Sovová a kolektiv, 2012).

1.1.5 Transplantace jater

Transplantace jater představuje v současné době jedno z nejvýraznějších zlepšení prognózy nemocných s letálním onemocněním. Desetileté přežití pacientů s transplantovanými játry pro nezhoubné onemocnění se blíží až 80 %, je běžné přežití za hranicí 20 let a kvalita života těchto nemocných se od zdravé populace až tolik neliší. Příjemci jaterního štěpu mohou pracovat, zakládat rodiny a dokonce i vrcholově sportovat. V současné době se ve dvou transplantačních centrech, v Praze v IKEM a Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno transplantuje přibližně 100 těchto orgánů ročně. Transplantace jater se stala postupem doby standardním léčebným postupem. U nás byla první úspěšná transplantace jater provedena v roce 1983. Příjemcem byl nemocný s tumorem jater, který se těší dobrému zdraví a je nejdéle přežívajícím pacientem po transplantaci jater v ČR (Ahmad, 2012; Trunečka, Adamec a kolektiv, 2009; Lata, Vaňásek a kolektiv, 2005).

1.1.6 Transplantace pankreatu

Transplantace pankreatu či izolovaných ostrůvků je metodou, kdy lze nahradit chybějící sekreci inzulínu při diabetu. Úspěšná operace může zajistit nemocnému život bez aplikace inzulínu a může zastavit progresivní vývoj diabetické mikroangiopatie. Transplantuje se samotný pankreas nebo v kombinaci s ledvinou u nemocných, kteří jsou indikováni i pro transplantaci ledviny pro pokročilé diabetické komplikace. Slinivka břišní včetně Langerhansových ostrůvků se transplantuje v Transplantačním centru IKEM Praha. Zatímco transplantace slinivky se provádí klasickou operační cestou, transplantace Langerhansových ostrůvků je ve srovnání s orgánovou transplantací velmi jednoduchý výkon, který přináší málo komplikací. Izolované ostrůvky se transplantují injekcí či pomalou infuzí do vrátnicové žíly. Pokud počet ostrůvků nestačí, transplantace se v odstupě několika dní až týdnů opakuje.

Transplantace Langerhansových ostrůvků zatím není úplně běžně zavedenou metodou (Saudek, 2010; Slezáková, 2010; Adamec, Saudek, 2005).

1.1.7 Transplantace plic

Transplantace plic je indikována při chronické respirační insuficienci, kdy je nemocný odkázán na inhalaci kyslíku s očekávanou délkou života kratší než 18 měsíců. Provádí se několik typů transplantací plic. Transplantuje se buď jedno plicní křídlo, obě plíce nebo komplex srdce a plíce. Plíce se transplantují spolu se srdcem tehdy, selhávají-li oba orgány anebo selhává jeden a druhý má špatnou funkci. Plíce se transplantují v Transplantačním centru Motol Praha (Slezáková, 2010).

1.2 Legislativní úprava transplantace

Jelikož je potřeba chránit osobnost a ctít právo na tělesnou integritu, je nutné vymezit práva a povinnosti a vyloučit tak střet zájmů zúčastněných stran v procesu transplantace, je legislativní regulace odběru a transplantace tkání a orgánů nezbytná. Vezme-li se proces transplantace tkání a orgánů do důsledků, naskytnou se přinejmenším dva pohledy na danou problematiku. Ze strany medicíny jde o celý sled odborných událostí od odejmutí tkáně či orgánu z lidského těla, přes řadu postupů jeho zachování a uchování na cestě k čekajícímu příjemci a jeho finální implantace, až po řadu činností lékařské a ošetrovatelské péče o dárce a příjemce. Z právního pohledu je podstata lidského těla ať už živého nebo zemřelého rovněž složitá a nepříliš ujasněná. Ze živé či zemřelé bytosti se odebere jeho část, aniž by důvodem byla péče o jeho zdraví. Tato odebraná část se potom přenese do těla cizí osoby. Podle platných právních norem nemůže člověk se svým tělem nakládat takovým způsobem, který lze definovat jako prodej, dar či zapůjčení. V procesu odběru tkání a orgánů a transplantace se však něco v tomto smyslu děje (Třeška, 2002; Těšíňová a kolektiv, 2011).

1.2.1 Legislativa v minulosti

Transplantační medicína zaznamenala ve druhé polovině 20. století významné pokroky a v souvislosti s nimi i rozsáhlé etické a právní polemiky. Etické zásady pro tuto problematiku, jež byly obecně přijaty jsou formulovány v deklaraci o transplantacích orgánů přijaté Světovou lékařskou asociací v roce 1985 v tzv. Kalifornské deklaraci a o rok později revidované v Madridu. V návaznosti s touto situací v transplantační medicíně prošla vlna legislativních úprav v celém světě. Pokud jde o vyspělé země, byly už tehdy přijaty speciální zákony, které odběr a transplantace tkání a orgánů jasně definovaly a upravovaly. Ve státech

východního bloku však taková legislativní úprava chyběla a většinou se jednalo maximálně o pouhé zmínky o takových výkonech. Například v Polsku právní úprava neexistovala a v této problematice se vycházelo z předpisu o pitvách. Konkrétně šlo o dekret z 30.12. 1949, který byl vztažen i na odebrání tkání a orgánů a dále se postupovalo v souladu s obecně platnými právními zásadami (Adamus, Loyka, 2005).

1.2.2 Legislativa v ČR do roku 2002

U nás byla platná právní úprava odběrů a transplantace orgánů obsažena v ustanoveních zákona O péči a zdraví lidu č. 20/1966 Sb., dále se touto problematikou zabývala v omezené míře vyhláška Ministerstva zdravotnictví O poskytování léčebné péče č. 42/1966, směrnice Ministerstva zdravotnictví O mimořádném odnímání tkání a orgánů z těl mrtvým č. 1/1984 Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Dále byla problematika upravována vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 19/1988 Sb. O postupu při úmrtí a o pohřebnictví. Na problematiku odběru orgánů a tkání a transplantace je dále cíleno množstvím ustanovení Občanského zákoníku. Na této úrovni jsou legislativně definované obecné podmínky odběrů tkání a orgánů a transplantace. Jde o zajištění ochrany a anonymity dárce i příjemce, dále je dle zmíněných právních norem zajištěna absolutní nepřipustnost úplaty za transplantovaný orgán. Rovněž je zde definován účel odběru a transplantace tkání a orgánů . § 26 zákona č. 20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu definuje aspekty odběru orgánů od žijících dárců. Uvádí, že odběr krve, tkání a orgánů od živých osob může být proveden pouze se souhlasem dárce a jen tehdy, pokud odběr neohrožuje jeho zdravotní stav. Podle prováděcí vyhlášky č. 42/1966 je odběr orgánu od žijícího dárce přípustný jedině tehdy, shledala-li posuzující odborná komise předpoklad úspěšného provedení výkonu a prospěch pro příjemce převažovaný nad případnou újmou dárce (Třeška, 2005).

Problematice odběru tkání a orgánů od zemřelého dárce se věnuje především směrnice Ministerstva zdravotnictví č. 1/1984 Věstníku MZ, která definuje kým, kdy a za jakých podmínek ho provést nelze. Dále definuje způsob, kterým je nutné diagnostikovat smrt. Ukládá nutnost souhlasu s odběrem orgánu ze strany odborné komise a vydává příkaz, že transplantující lékaři v žádném případě nemohou být do rozhodující komise zaangažováni. Postup z této doby je založen na principu předpokládaného souhlasu s posmrtným odběrem orgánu. Nebyly však právně definovány kroky, které musí lékař učinit, aby se přesvědčil o případném nesouhlasu zemřelého orgány či tkáně po své smrti darovat. Uvedené legislativní normy nijak nereflktují právní postavení rodiny a pozůstalých zemřelého v souvislosti s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Nebyla ani ukládána povinnost informovat pozůstalé o

úmyslu odebrat tkáně a orgány, ani je informovat o odběru již provedeném. Rodina tedy ani neměla možnost se k odběru jakkoliv vyjádřit (Třeška, 2005).

Právní řád ČR do roku 2002 téměř neřešil vůli svých občanů v souvislosti s posmrtným odběrem orgánů, vedení registrů dárců ani čekatelů, dokonce ani vedení registrů provedených transplantací. Nebyla registrována ani kontrola kvality a dostupnosti transplantační péče. Rozvoj transplantační medicíny byl u nás brzděn právními normami, jejichž řada ustanovení a formulací byla zastaralá a nevyhovující (Třeška, 2005).

1.2.3 Transplantační zákon 285/2002 Sb.

Vzhledem k odborné i právní složitosti transplantační problematiky je proces od roku 2002 legislativně regulován zcela samostatným zákonem. Dne 1. 9. 2002 vstoupil v platnost dlouho očekávaný zákon upravující podmínky darování, odběr tkání a orgánů lidského původu a transplantace č. 285/2002 Sb. Nahrazuje a sjednocuje tak dosavadní nejednotnou a neucelenou úpravu transplantační problematiky a posiluje tak právní záruky správného postupu při odběrech a transplantacích tkání a orgánů, zajišťuje práva žijících i zemřelých dárců a rovněž i nemocných, kterým jsou tkáně a orgány implantovány. Tento odborně obsáhlý zákon specifikuje darování, odběry a transplantace lidských tkání a orgánů, přičemž účelem je výlučně poskytnutí léčebné péče (Zákon 285/2002 Sb.).

1.2.4 Vyjádření souhlasu

V právních normách, které upravují posmrtný odběr tkání a orgánů za účelem transplantace se uplatňují po celém světě dvě zákonné možnosti. Tzv. princip předpokládaného souhlasu znamená, že pokud zemřelý ještě za svého života nevyjádřil prokazatelný nesouhlas s posmrtným odběrem v případě své smrti, je předpokládáno, že s odběrem souhlasí. Tzv. princip předpokládaného nesouhlasu znamená, že pokud se člověk za svého života rovněž prokazatelně nevyjádřil, je to bráno jako povinnost získat souhlas od pozůstalé rodiny (Baláž a kolektiv, 2011).

Zásadou je, aby měl každý občan dānu možnost se k případnému posmrtnému darování tkání a orgánů vyjádřit. Řada zemí využívá alternativu národních registrů, kde má každý občan možnost prokazatelně vyjádřit svůj souhlas, nebo naopak nesouhlas s případným posmrtným odběrem tkání a orgánů. Některé země mají ve vydávaných řidičských průkazech kolonku se záznamem, zda držitel průkazu v případě své smrti s odběrem tkání a orgánů souhlasí, jinde zase existují tzv. dárcovské karty. Například na Floridě probíhala svého času náborová akce, kde probíhala jakási agitace ve prospěch této problematiky s možnou

výměnou řidičských průkazů. Za zmínku stojí i další ze způsobů projevu vůle darovat po smrti orgán k transplantaci v Jižní Americe, kde člověk, který souhlasil s posmrtným odběrem svých orgánů, měl na chodidle vytetováno písmeno „D“, jako donor = dárce (Baláž a kolektiv, 2011; Pokorná, Vítko, 2008; Loyka, Adamus, 2005).

Princip předpokládaného souhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů k transplantaci platí například v ČR, Rakousku, Francii, Belgii, Finsku, Řecku, Maďarsku, Itálii a v Bulharsku. Naopak zákonné možnosti předpokládaného nesouhlasu je využíváno například v Německu, Dánsku, Velké Británii, Irsku, Nizozemí, Kanadě, v USA, Japonsku, Jihoafrické republice a Austrálii (www.ksrzs.cz).

1.2.5 Princip předpokládaného souhlasu

Platná legislativa v ČR, konkrétně již zmiňovaný Zákon 285/2002 Sb. definuje, kdy nelze provést odběr tkání a orgánů pro transplantaci. Jde o situace, kdy zemřelého nelze identifikovat, dále když nelze na základě zdravotní způsobilosti prokázat, že nemocný netrpěl nemocí či stavem, který by mohl příjemce ohrozit na zdraví či na životě, a konečně tehdy, kdy zemřelý za svého života prokazatelně vyslovil nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Pokud není jasně prokázáno, že člověk ještě za svého života vyslovil prokazatelný nesouhlas s odběrem orgánů v případě své smrti, platí, že s odběrem souhlasí (Těšínová a kolektiv, 2011; Pokorná, Vítko, 2008; Zákon 285/2002 Sb.).

Každý občan ČR má možnost se k dané problematice vyjádřit a je několik způsobů, jak to může učinit. Zemřelý ještě za svého života přímo ve zdravotnickém zařízení může před ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásit, že si nepřeje provést odběr orgánů po své smrti. O tomto vyjádření nesouhlasu se musí neprodleně provést zápis, jež je pacientem podepsaný, a který je součástí pacientovi zdravotnické dokumentace. Jeho kopii je třeba nejdéle do 3 dnů od pořízení zápisu zaslat na adresu Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy ke zpracování a zaevidování do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Zápis musí být dle zákona stvrzen pacientovým podpisem, podpisem lékaře a přítomného svědka. Není-li pacient ve stavu, kdy byl podpisu schopen, potvrdí projev jeho vůle další svědek. Další možností jak může občan naší republiky vyjádřit svůj nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů je osobní evidence do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, který je pro tyto účely zřízen od roku 2004 (Těšínová a kolektiv, 2011; Pokorná, Vítko, 2008; Viklický a kolektiv, 2008; Zákon 285/2002 Sb.).

1.2.6 Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů

Účelem registrace je evidence těch osob, které nesouhlasí s posmrtným darováním tkání a orgánů. Je tak zajištěno, že po jejich smrti nedojde k manipulaci s jejich tělem v případě, že si to prokazatelně nepřály. Každý z nás má právo svobodně za svého života rozhodnout, zda po své smrti ponecháme své tělo tak humánnímu účelu, jakým darování tkání a orgánů bezesporu je (www.uzis.cz).

Tento registr dává možnost občanům ČR vyjádřit prokazatelným způsobem nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů a eviduje je, aby bylo v souladu se zákonem zajištěno, že těmto osobám nebudou tkáně a orgány pro transplantaci odebrány. Úkol registru je zakotven v transplantačním zákonu č. 285/2002 Sb., § 16 a §18. Do doby vzniku tohoto transplantačního zákona bylo velmi obtížné dokazovat, zda a jak člověk za svého života nesouhlas s posmrtným odběrem vyjádřil (Zákon 285/2002 Sb.; Adamus, Loyka, 2005; www.nrod.cz).

V souvislosti s tímto však vyvstala jedna z výtek tomuto zákonu. Ačkoliv Zákon 285/2002 Sb. nabyl účinnosti v září 2002, Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů, který je v tomto zákoně definován, vznikl až v září 2004. Proto platila do doby jeho zřízení praxe fungující i v minulosti a sice nahlížení a prohlížení osobních dokladů a věcí, které měl zemřelý u sebe, ve snaze nalézt relevantní projev jeho vůle. Pokud se nic nenalezlo, odběr bylo možné provést, neboť platil princip předpokládaného souhlasu s odběrem (Adamus, Loyka, 2005).

Občan evidovaný v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů může vyjádřit svůj nesouhlas s odběrem některých konkrétních tkání nebo orgánů, podle přiloženého seznamu, přičemž rozsah nesouhlasu lze doplnit i o další vysvětlení nebo upřesnění. Jak definuje Vyhláška 434/2004 Sb., je možné vyjádřit nesouhlas s odběrem všech orgánů, nebo jen některých z tohoto seznamu: srdce, plíce, játra, ledviny, slinivka břišní a tenké střevo. Stejně tak může vyjádřit nesouhlas s odběrem jen některých tkání podle seznamu příslušné vyhlášky, a sice: tkáně srdeční, cévní, kostní, kožní, oční, dále vazy, šlachy, fascie a jiné (www.nrod.cz; Vyhláška 434/2004 Sb.).

Na webových stránkách www.nrod.cz je možné pro tyto účely využít stažení formuláře, který je možné vyplnit a následně vytisknout, nebo nejprve vytisknout a vyplnit. Formulář musí v souladu s Vyhláškou 434/2004 Sb. obsahovat povinné osobní údaje jako příjmení, jméno, rodné číslo a kontaktní adresu. Dále je třeba označit ty tkáně nebo orgány, na které se nesouhlas vztahuje nebo označit všechny tkáně a orgány najednou. Pokud je nesouhlas vyjadřován za nezletilou osobu nebo osobu zbavenou způsobilosti, musí zákonný

zástupce vyplnit kromě odstavce týkajícího se dotyčné nesouhlasící osoby i odstavec s údaji vlastními. Pokud se občan ČR zaeviduje do registru a po čase své rozhodnutí přehodnotí, lze jednou vyjádřený nesouhlas zrušit nebo provést jeho úpravu kdykoliv zasláním formuláře nového. Platí vždy to vyjádření o nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů, které je zaevidováno jako poslední. Tato data podléhají utajení a přístup k nim mají pouze vybraní a schválení pracovníci zdravotnických zařízení, která odběry tkání a orgánů za účelem transplantací provádějí. Formulář vyplněný předepsaným způsobem je odeslán na adresu Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy, Vídeňská 1958/9, Praha 4, 14021. (Vyhláška 434/2004 Sb.; www.nrod.cz).

1.3 Odběr orgánů

Tuto kapitolu vystihuje známé a všeobecně akceptované rčení, které Baláž a kolektiv uvádí ve své knize: „Není transplantace bez orgánu a není orgánu bez jeho dárce“ (Baláž a kolektiv, 2011, s. 34). Ať už je každý transplantační program v jakékoliv zemi sebelépe fungující a finančně zajištěný, vždy je jeho úspěšnost a perspektiva závislá na počtu dárců (Baláž a kolektiv, 2011; Pestana, 2010).

Žijící dárce orgánů tvoří u nás pouze 3 - 8 % dárců a je jich využíváno při transplantaci ledvin. Například v USA nebo v Norsku je více než 50 % všech transplantací ledvin právě od žijících dárců. Žijící dárce je po odběru dlouhodobě pečlivě sledován. Kadaver, nebo-li zemřelý dárce orgánů tvoří v transplantačním programu hlavní skupinu dárců. Vyhledávání možných zemřelých dárců a péče o ně je běžnou rutinou lékařů a sester na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a jednotkách intenzivní péče. Zákon 285/2002 Sb. ukládá za povinnost každému zdravotnickému zařízení nahlásit příslušnému transplantačnímu centru, že se na jeho oddělení vyskytuje nemocný, jehož lze po splnění klinických náležitostí považovat za potenciálního dárce tkání a orgánů. V řadě zemí je praxe i taková, že se na této problematice aktivně podílejí studenti lékařských fakult v rámci své klinické praxe. Bývají často jedni z prvních, kteří své kolegy konfrontují s možností dárce (Třeška, 2002; Zákon 285/2002 Sb.; Otázky a odpovědi, Program transplantací ledvin od žijících dárců).

1.3.1 Přípustnost odběru orgánů

Odběr od žijícího dárce je možný tehdy, pokud jsou naplněny určité podmínky. Zdraví a život dárce nesmí být odběrem ohrožen a musí mít přísně nonprofítní charakter. Jak již bylo uvedeno, s odběrem musí souhlasit dárce, příjemce i etická komise, která je pro tyto případy zřízena. Odběr orgánů od zemřelého dárce je možný pouze za splnění určených podmínek.

Odběr je vyloučen tehdy, pokud zemřelý za dobu svého života, či jeho zákonný zástupce, prokazatelně vyjádřil nesouhlas s odběrem tkání či orgánů v případě své smrti. Dalším důvodem, pro který není možné odběr provést je ten, že zemřelého nelze identifikovat a dále pokud nelze vyloučit, že trpěl nemocí, která by mohla ohrozit zdraví či život potenciálního příjemce. Tuto zodpovědnost o zdravotní způsobilosti zemřelého dárce má zdravotnické zařízení, jež odběr provádí (Zákon 285/2002 Sb.; Těšínová a kolektiv, 2011).

Odběr lze provést jedině tehdy, byla-li zjištěna smrt dárce. Potvrzení smrti musí být vyjádřeno nejméně dvěma odborně způsobilými lékaři, kteří vyšetří možného dárce nezávisle na sobě. Dle zákona se tito lékaři nesmějí zúčastnit odběru orgánů od zemřelého dárce, nesmějí se účastnit ani transplantace a nesmějí být ani ošetřujícími lékaři případného příjemce orgánů (Zákon 285/2002 Sb.; Život²).

1.3.2 Kadaverózní dárce s bijícím srdcem (HBD)

S takovým dárce se lze setkat v transplantační medicíně nejčastěji. Je to dárce, u něhož byla dle platné legislativy prokázána smrt mozku, ale srdce funguje a je tedy zachována perfuze. Tento dárce umožňuje provést multiorgánový odběr, to znamená, že po důkladném zvážení všech indikací a kontraindikací je možné využít: ledviny, játra, slinivku břišní, srdce, plíce, tenké střevo, kožní štěpy, cévní štěpy, srdeční chlopně (Třeška, 2002).

Obrovskou výhodou odběru orgánů od kadaverózního dárce s bijícím srdcem je to, že teplá ischémie je minimální nebo žádná. Pokud přece jen dojde k teplé ischemii, nebo-li k pauze od zástavy oběhu do zahájení proplachu orgánu ledovým perfuzním roztokem, jedná se vždy o technickou chybu při odběru orgánu (Baláž a kolektiv, 2011).

Kadaverózního dárce s bijícím srdcem lze v podstatě podle klinických kritérií rozdělit na dva typy. Prvním je ideální dárce, který je vzácný. Takový dárce je mladý, dosud zdravý a nemá žádná vedlejší onemocnění. Druhý typ, který se vyskytuje častěji je marginální dárce, který v jednom či více parametrech vybočuje z akceptovatelného rozmezí pro odběr určitého orgánu. V praxi jde o věk, přidružená onemocnění, hypertenzi, ischemická choroba srdeční, může i probíhat infekce, nikoliv však septický stav (Baláž a kolektiv, 2011).

1.3.3 Kadaverózní dárce s nebijícím srdcem (NHBD)

Tento dárce je v transplantačním programu méně frekventovaný, jak uvádí Baláž a kolektiv (Baláž a kolektiv, 2011, s. 34), do 15 % dle programu. Jedná se o osobu, u které došlo k zástavě srdeční činnosti, a kterou se resuscitací nepodařilo obnovit. Účinná kardiopulmonální resuscitace trvá minimálně 30 minut. Po tzv. non touch intervalu, který je

zpravidla 10 minut, kdy již nelze konat léčebné či jiné úkony pro záchranu nemocného, se přistoupí k odběru. Nejčastějším mechanismem smrti těchto dárců bývá polytrauma, infarkt myokardu či devastující poranění mozku. Za okamžik smrti je považována zástava srdeční aktivity. Je to zemřelý dárce s nezvratnou zástavou krevního oběhu a je vždy přítomna teplá ischemie, která je akceptovatelná do 30 minut. Program odběru orgánů od zemřelých dárců s nebijícím srdcem je rozšířený zejména v zahraničí, kde se u těchto dárců provádí i multiorganové odběry, a sice ledvin, jater, plic, ale dokonce i srdce. V některých zemích, jako například v Německu je však odběr od těchto dárců nepřípustný. U nás se od těchto dárců odebírají pouze ledviny (Třeška, 2002; Baláž a kolektiv, 2011; Pokorná, Vítko, 2008; Třeška, 2008).

Kadaverózní dárce s nebijícím srdcem se rozdělují od roku 2003 podle tzv. Maastrichtských kritérií do 5 kategorií:

- a. „Mrtvý přivezený“ – kdy byl nemocný mrtvý již při příjezdu do zdravotnického zařízení, jde o tzv. nekontrolovaného kadaverózního dárce, neboť není znám čas zástavy oběhu.
- b. Nemocný po neúspěšné kardio-pulmonální resuscitaci.
- c. Očekávaná zástava srdeční činnosti u nemocných s rozsáhlým, nezvratným poraněním mozku, jde o tzv. kontrolovaného zemřelého.
- d. Náhlá zástava srdeční u dárce se smrtí mozku, který byl dosud zemřelý, ale s bijícím srdcem, k zástavě srdeční činnosti došlo při přípravě k odběru orgánů.
- e. Náhlá zástava srdeční u nemocného hospitalizovaného (například na jednotce intenzivní péče), jde o tzv. kontrolovaného dárce (Baláž a kolektiv, 2011; Třeška a kolektiv, 2008; Viklický, 2008).

1.3.4 Okamžik smrti

Smrt je jedním ze základních předpokladů pro provedení odběru tkání a orgánů od zemřelého dárce a musí být stanovena podle přísných podmínek platné legislativy. Ve starověku se za okamžik smrti považoval stav, kdy člověk přestal dýchat. Teorie zástavy dechu jako okamžiku smrti je již dávno překonaná, vzhledem k možnostem umělého dýchání. Základ další teorie okamžiku smrti byl položen v roce 1628. Tehdy Wiliam Harvey objevil a popsal princip krevního oběhu a potom i funkci srdce jako pumpy. Za okamžik smrti se tedy začal považovat okamžik, kdy srdce přestalo bít. Byla to teorie, která vydržela až do 50. let minulého století. V této době Američan českého původu, doktor Peter Safar položil základy

moderní kardiopulmonální resuscitace a opět se potvrdilo, že ani stav, kdy dojde k srdeční zástavě, nemusí být definitivní. Řada nemocných se po kvalitně odvedené resuscitaci vrátila do plnohodnotného života. Ovšem ne každá kardiopulmonální resuscitace bývá úspěšná, ne vždy se podaří funkci srdce obnovit ani účinně podporovat (Baláž a kolektiv, 2011; Třeška a kolektiv, 2008).

Teorie smrti mozku vznikla původně v 50. letech minulého století ve Spojených státech. Její přijetí v tehdejší Československu však nebylo snadné. Tato teorie, kterou zejména sovětská vědci neakceptovali, byla u nás vzhledem k politické situaci nepřijatelná. V Sovětském svazu byla nakonec teorie mozkové smrti přijata až o více než 20 let později. Pro účely odběru tkání a orgánů pro transplantace lze stanovit okamžik smrti dvěma způsoby: srdeční zástavu a smrt mozku (Baláž a kolektiv, 2011).

1.3.5 Srdeční zástava

Srdeční zástava je stav, kdy dojde k přerušení krevního oběhu v důsledku chybějící mechanické činnosti srdečního svalů. Srdce přestává bít nebo bije abnormálně a v důsledku toho neefektivně přečerpává krev. Pokud nedojde v průběhu několika minut k obnovení cirkulace, může vést srdeční zástava ke ztrátě tepenného tlaku, poškození mozku a smrti. Za okamžik smrti se považuje stav, kdy dojde k srdeční zástavě za současného provádění srdeční masáže a umělého dýchání, aniž by se podařilo srdeční aktivitu obnovit a/nebo ji účinně podporovat. Kardiopulmonální resuscitace má trvat alespoň 30 minut (Kolektiv autorů, 2008; Baláž a kolektiv, 2011; Třeška a kolektiv, 2008).

Okamžik smrti srdce je možností pro odběr orgánů od zemřelého dárce s nebijícím srdcem, tzv. non-heart beating donor. Vystává zde však jakýsi střet. Jde zde o nemocného, u kterého dochází k rozhodnutí o smrti, ukončení resuscitace a odpojení řízené ventilace na základě nulové šance na přežití. Jde o hranici mezi rozhodnutím o nezvratné smrti u jednoho jedince a mezi omezením doby teplé ischemie, která musí být co nejkratší, aby byla zvýšena šance takto odebraného a následně transplantovaného orgánu na co nejlepší funkci, s cílem maximálně prospět příjemci. Dalším aspektem je i doba, kdy se může začít s provedením odběru od chvíle, kdy byl resuscitovaný prohlášen za mrtvého, tzv. non-touch interval. Většina států má tento interval stanoven na 10 minut, neboť těmto zemřelým s nebijícím srdcem se nejčastěji odebírají ledviny a takto dlouhý non-touch interval je akceptovatelný. Ovšem jak už zaznělo, některé země u těchto dárců provádějí i multiorgánové odběry, kdy například pro odběr jater je non-touch interval 10 minut již likvidační. Na základě obšírných debat a zkušeností týmu specialistů pittsburgského transplantčního centra byla stanovena

pravidla pro takové odběry orgánů. Tzv. Pittsburgský protokol byl přijat 2.5.1992 a určuje, že v případě odběru i jiných orgánů od dárců s nebijícím srdcem je třeba interval zkrátit na 2 minuty (Třeška a kolektiv, 2008).

U zemřelých dárců s nebijícím srdcem musí být znám naprosto přesný čas srdeční zástavy, který musí být dle české legislativy zaznamenán ve zdravotnickém zařízení, tolerována je i srdeční zástava ve voze RZP s lékařem. Takto zjištěná smrt je výchozím bodem pro program odběru orgánů od dárců s nebijícím srdcem. V ČR se od těchto zemřelých provádí pouze odběr ledvin a zmiňovaný non-touch interval je akceptován do 10 minut. Pokud jde o tzv. kadaverózního dárce s nebijícím srdcem I. skupiny dle Maastrichtských kritérií, to znamená „mrtvý přivezený“ – kdy byl nemocný mrtvý již při příjezdu do zdravotnického zařízení a jde tedy o tzv. nekontrolovaného kadaverózního dárce, neboť není znám čas zástavy oběhu, není podle české legislativy odběr orgánů přípustný (Baláž a kolektiv, 2011; Třeška, 2002).

1.3.6 Smrt mozku

Při mozkové smrti jde o velmi složitý proces, kdy selhávají jednotlivé systémy a koordinace mezi nimi. Mozek je orgán, který je uzavřen v pevné kostěné schránce, ze které nemá možnost v případě náhlého zvýšení nitrolebního tlaku expandovat navenek. Tkáň mozku je velmi citlivá na jakýkoliv druh poškození, ať už jde o hypoxii, traumatické poškození nebo krvácení, vždy reaguje naprosto stejně – vznikem otoku, někdy spolu s krvácením. Čím vyšší je tento tlak, tím více je omezena perfuze mozkovou tkání, hypoxie mozku se prohlubuje a energetické rezervy mozku se omezují a to opět vede k ještě vyššímu edému mozkové tkáně. Dochází k poškození jemných mozkových struktur a funkce mozku vyhasínají. Díky obrovským tlakům se mozkový kmen vtlačí do foramen occipitale a mozková perfuze již v tuto dobu neexistuje, mozková tkáň je nevratně poškozena. Aktivita mozku je vyhaslá a neexistuje komunikace mezi mozkem a míchou (Baláž a kolektiv, 2011; Kapounová, 2007).

1.3.7 Klinické známky smrti mozku

Díky citlivosti mozkové tkáně na jakýkoliv druh poškození dochází velmi rychle k otoku tkáně, k rapidnímu snížení perfuze a k vtlačení mozkového kmene do foramen occipitale. Aktivita mozku je nevratně postižená a vyhaslá, nad oblastí C1 již neexistují žádné reflexy, chybí komunikace mezi míchou a mozkem. Mozek neobdrží už žádné impulsy z periferie, nastane trvalá a nezvratná apnoe, dochází k rozvoji podchlazení. Po zániku

mozkového kmene se hroučí všechny regulační mechanismy organismu a i přes umělou podporu dojde během 24 – 48 hodin k metabolickému rozvratu a zástavě dechu. Je povinností sestry monitorovat projevy svědčící pro rozvoj mozkové smrti a neprodleně lékaře upozornit při jakékoliv změně stavu nemocného (Baláž a kolektiv, 2011; Ševčík a kolektiv, 2003).

1.3.8 Stanovení smrti v ČR

Transplantační zákon ukládá povinné klinické vyšetření smrti nemocného, u něhož se předpokládá, že by se mohl stát potencionálním dárce tkání a orgánů k transplantaci. Vyšetření musí být provedeno dvěma lékaři nezávisle na sobě a sice dvakrát, v odstupu nejméně 4 hodin. Lékaři, kteří diagnostikují smrt u možného dárce nesmí být jakkoliv zaangażovaní do transplantačního procesu, nesmějí být ošetřujícími lékaři příjemce. Je nutné, aby bylo vyloučeno, že se na stavu nemocného podílejí tlumící nebo relaxační léky, intoxikace nebo podchlazení. O provedených vyšetřeních musí být neprodleně vyplněn „Protokol o zjištění smrti“, který je přílohou transplantačního zákona. Vyhláška 479/2002 definuje, kteří lékaři mohou stanovit diagnózu smrti (Vyhláška 479/2002 Sb.; Těšínová a kolektiv, 2011; Baláž a kolektiv, 2011).

1.4 Úloha sestry

Ošetrovatelství jako vědní disciplína podléhá značným změnám, plynoucích z vývoje v oblasti medicíny a systému zdravotní péče. Společnost vynakládá nemalé prostředky na zdravotní péči a je nutné dokázat, jak působení ošetrovatelství prostřednictvím sester přispívá ke zdraví společnosti. Cílem moderního ošetrovatelství je poskytovat vysoce kvalitní, vědecky podloženou a vysoce humánní ošetrovatelskou péči. Sestra zaujímá v péči o nemocného výjimečné postavení. Jsou na ní kladeny vysoké nároky, specifické povinnosti a odpovědnost, které vyžadují navyšování jejích znalostí a dovedností a jsou na ní kladeny stále větší požadavky. Úloha sestry v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je postupem doby stále komplexnější a nevyhnutelným předpokladem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče je soustavné celoživotní vzdělávání a také schopnost nabyté teoretické vědomosti efektivně využít v praxi. Tak jako v každém oboru medicíny, i v transplantologii jsou nedílnou a nejpočetnější složkou právě všeobecné sestry. Kromě obětavosti, trpělivosti a manuální zručnosti se od nich vyžaduje navíc i celá škála znalostí, rozhodnost, rychlost a přesnost v celém kontextu výkonu ošetrovatelské péče. Předpokladem správného a samostatného jednání sester, na který se klade důraz v moderním ošetrovatelství, je hluboká znalost oboru (Beďaniková, 2013; Kolář a kolektiv, 2009).

1.4.1 Etický Kodex sestry

Etika je věda o morálce a v ošetrovatelství ji definujeme jako teorii, jež pojednává o podmínkách a příčinách ošetrovatelsky žádoucího a nežádoucího chování a jednání. Ošetrovatelská etika vycházející z cílů moderního ošetrovatelství a z profesionálního chování sestry si mimo jiné klade za cíl humanizaci mezilidských vztahů jak mezi sestrou a lékařem, tak mezi sestrou a pacientem. Vztah sestry a pacienta v ošetrovatelském procesu je ten nejdůležitější, do nichž sestra při výkonu své profese vstupuje. Sestra bývá nemocným nejbližší, bere na svá bedra břemeno spočívající ve spolunesení jeho trápení, bolesti a úzkosti. Velmi úzké vztahy mezi sestrami a nemocným vznikají logicky na pracovištích, kde jsou nemocní hospitalizovaní delší dobu, či se sem v rámci svého onemocnění opakovaně vrací. Vztahy mezi takovými pacienty a sestrami bývají mimo jiné ovlivňovány také tím, jak sestry vnímají schopnost a ochotu nemocného dodržovat léčebný režim a nést zodpovědnost za své zdraví (Heřmanová a kolektiv, 2012).

Povinnosti sestry byly vždy nedílnou součástí profesního Kodexu sestry, který slouží jako veřejné prohlášení sestry vůči pacientovi a společnosti vůbec, lze ho považovat za jakousi společenskou smlouvu mezi sestrami a těmi, pro které tu sestra je – jejími pacienty. K jejím povinnostem patří respektování práv pacientů na osobní autonomii, důstojnost a soukromí, respektovat nemocného jako jedinečnou bytost, udržovat profesionální dovednosti, znalosti a schopnosti a vykonávat svědomitě činnosti, které zajišťují a zachovávají kvalitní ošetrovatelskou péči o nemocné. Úkolem zdravotnického pracovníka je i poskytnout co nejúplnější informace, pomoci nemocným uvědomit si vlastní hodnoty a preference a v jejich rozhodnutí je podporovat. Sestra je odpovědná za provedení činností v rámci své profese v rozsahu dosaženého vzdělání a kompetencí. Za tyto činnosti nese sestra morální i právní odpovědnost. Úplnou právní odpovědnost nese za provedení činností, jež koná bez indikace lékaře (Heřmanová a kolektiv, 2012; Kutnohorská, 2007).

1.4.2 Činnosti sestry v ošetrovatelském procesu

Činnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků jsou vymezeny Vyhláškou č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Touto vyhláškou se ruší původní Vyhláška č. 424/2004 Sb. Vyhláška č. 55/2011 vymezuje pojmy jako je ošetrovatelská péče, základní ošetrovatelská péče, specializovaná ošetrovatelská péče a vysoce specializovaná ošetrovatelská péče. Podle této Vyhlášky 55/2011 Sb., paragrafu 3 všeobecná sestra bez odborného dohledu a bez indikace v souladu se stanovenou diagnózou poskytuje a zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči

prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Základní ošetrovatelskou péčí se rozumí ošetrovatelská péče poskytovaná pacientovi, jemuž zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života a u něhož riziko ohrožení základních životních funkcí je minimální. Specializovanou ošetrovatelskou péčí, kterou sestra dle této vyhlášky poskytuje bez odborného dohledu se rozumí ošetrovatelská péče o pacienta, jemuž zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup výrazně omezuje běžné aktivity denního života a u něhož riziko narušení základních životních funkcí nebo jejich selhání je reálné. Sestra vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti nemocných, projevů jejich onemocnění a rizikových faktorů. Sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacienta a jeho stav. Provádí v případě potřeby odsávání sekretů z horních cest dýchacích, hodnotí a ošetřuje porušenou celistvost kůže a chronické rány, pečuje o atonie, centrální a periferní žilní vstupy v souladu se standardy pracoviště. Edukuje nemocné, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně vhodné edukační materiály. Vyhláška přesně vymezuje činnosti všeobecné sestry a jiných zdravotnických pracovníků a udává jejich kompetence vzhledem k výkonu povolání (Vyhláška 55/2011).

1.4.3 Multidisciplinární tým v ošetrovatelství

Ve zdravotnictví je zdravotnický tým tvořen mnoha profesionálními pracovníky, kteří jsou nedílnou součástí péče o nemocného. Počet osob, které se účastní procesu uzdravení nemocného nebo na jeho preventivním chování je přímo závislý na oblasti, ve které je péče nemocnému poskytována. Ve zdravotnictví je týmová práce nevyhnutelná a to nejen z důvodu naplnění holistického přístupu a tím uspokojení potřeb nemocného, ale také k jeho vyléčení a zamezení možných komplikací. Zdravotnický tým je vždycky týmem multidisciplinárním. V péči o nemocného v procesu transplantace se do něj řadí lékaři, sestry, transplantační koordinátoři, administrativní pracovníci transplantačních center, zdravotničtí asistenti, ošetrovatelé, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, sociálně zdravotní pracovníci a další. Celá řada osob, zdravotnických i nezdravotnických, lékařských i nelékařských pracovníků, kteří jsou zúčastněni péči o pacienta před transplantací, v jejím průběhu i řadu let poté. Metoda týmového ošetrovatelství, jež se stává rysem moderního ošetrovatelství přispívá svou efektivní funkcí k maximální možné míře kvality péče o nemocné (Plevová, 2012).

Kvalifikovaná sestra tvoří nejpočetnější složku pracovníků ve zdravotnictví a má v tomto týmu naprosto nezastupitelnou roli. Postupem doby se v něm dostává do partnerského postavení. Tým v ošetrovatelské péči je svým charakterem a působením velmi specifický. Sestra při výkonu své profese vstupuje do nejrozmanitějších mezilidských vztahů, přičemž ten

nejdůležitější je vztah k nemocnému. Při práci v ošetrovatelském týmu ale nelze opomenout celou řadu spolupracovníků, jejichž společným zájmem je spokojený a dobře ošetřený pacient. Vztahy mezi například sestrami a lékaři, které postrádají kooperaci, významně ovlivňují pracovní atmosféru, spolupráci, přenos informací a přinášejí velmi negativní a neprofesionální dopad na výsledky poskytované péče (Bártlová, Chloubová, 2009; Plevová 2012).

1.4.4 Role sestry

Profese sestry jak známo zahrnuje velké množství rolí, které jsou dané společenským statutem tohoto povolání. Role jsou určeny objektivními danostmi společnosti a přestože jsou historicky dané a podmíněné, prochází takovými změnami, jako snad málokteré jiné povolání. Sesterská profese prochází svým vývojem kontinuálně, od minulosti až po současnost. Současná koncepce ošetrovatelství klade důraz na samostatnější a náročnější práci ošetrovatelského personálu, zejména sester. Klade důraz na práci metodou ošetrovatelského procesu, který je doprovázen řádným a svědomitým vedením ošetrovatelské dokumentace, což je základní metodický postup ošetrovatelského personálu při práci se zdravým i nemocným člověkem, jeho rodinou a jeho sociálním prostředím. Charakteristickým rysem ošetrovatelské péče je individualizovaná péče o člověka, která je založena na aktivním vyhledávání a plánovitém uspokojování jeho potřeb ve vztahu k jeho zdraví nebo ve vztahu k potřebám, které vznikly či byly pozměněny nemocí. Ošetrovatelství je obor, který neoddiskutovatelně tvoří velmi podstatnou část komplexní péče o nemocného. Jako v každém oboru medicíny i zde je zdravotnický tým, pečující o nemocného v komplexním procesu transplantace multidisciplinární, přičemž všichni zúčastnění mají jeden společný cíl a to je spokojený pacient. Ošetrovatelský tým poskytuje ošetrovatelskou péči, která je definována jako soubor odborných činností, které jsou zaměřené na udržení, podporu a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, které jsou změněné nebo vznikly v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin. Dále jsou to činnosti cílené na rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti. Významné místo ve zdravotnickém týmu zaujímá sestra, která tvoří nejpočetnější složku pracovníků ve zdravotnictví a je vedle porodní asistentky historicky nejstarší. Sestra vnímá nemocného jako celek charakterizovaný neustálým uspokojováním potřeb. Sestra zaujímá významné místo ve zdravotnickém týmu nejen tím, že je nejbližší spolupracovnice lékaře, ale zejména tím, že s pacientem tráví nejvíce času a celkově má k němu blíže, než lékař (Vytejšková a kolektiv, 2011; Farkašová, 2006; Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Sestra nikdy nezastávala a nebude zastávat ve svém profesionálním působení jednu roli, ale vždy to bude rolí celá řada. Role sestry je ovlivněna změnami ve společnosti, systémem zdravotní péče, novými poznatky, novými technologiemi, celkovým stavem obyvatelstva a podobně. V souvislosti s těmito tendencemi se mění i role sester (Farkašová, 2006;).

Sestra v celém širokém komplexním procesu ošetrovatelské péče o nemocného zastává nejčastěji roli:

- Poskytovatelka ošetrovatelské péče – chápe nemocného holisticky, zohledňuje jeho zdraví a prostředí v zájmu uspokojování potřeb.
- Manažerka – sestra působí v řízení a organizaci na různých úrovních, plní úlohy manažerky ošetrovatelské péče přímo týkající se jednotlivce a skupin tím, že řídí ošetrovatelský proces. Tato role je nedílnou součástí každé ošetrovatelské činnosti a pokud se sestra s touto rolí neztotožní, má to za následek péči, která je nekoordinovaná a neefektivní.
- Edukátorka – sestra napomáhá utvářet a formovat uvědomělé a zodpovědné chování a jednání jedince a skupiny v zájmu podpory a zachování zdraví. Edukační činnost provádí sestra formou získávání nových vědomostí, postojů a přesvědčení.
- Nositelka změn – stejně jako každá činnost a profese i ta ošetrovatelská podléhá změnám, bez jejichž využívání by se ošetrovatelství stalo stagnující profesí. Sestry by měly být hnacími silami změn ve svém oboru.
- Advokátka – sestra tráví s nemocným nejvíce času, je mu nejbližší. Reprezentuje jeho práva, vysvětluje mu je, tlumočí jeho názory a požadavky, obhajuje jeho zájmy. Uplatňuje-li sestra tuto roli, projevuje tím zájem o pacienta.
- Výzkumnice – ošetrovatelství se utváří ve společnosti jako významná a důvěryhodná vědecká profese (Farkašová, 2006; Plevová a kolektiv, 2011).

Sestra přijímá odpovědnost za svá rozhodnutí při ošetrování nemocného, uplatňuje získané znalosti a řídí se individuální způsobilostí a schopností, usiluje o nejvyšší možný standard ošetrovatelské péče v mezích možností konkrétní situace. Spolupracuje a kooperuje s jinými profesionály zdravotní péče, uznává a respektuje jejich přínos a roli a vyvíjí patřičné úsilí o dobrou úroveň vztahů ve zdravotnickém týmu. Provádí zodpovědně indikovanou odbornou péči, klade na svou osobu nejvyšší požadavky při výkonu své profese. Stále větší uplatnění v práci sestry nachází technika, kterou musí sestra umět obsluhovat a její znalosti a dovednosti se tak stále rozšiřují a prohlubují. Sestře rovněž připadá zásadní role podpory pacienta v koordinaci s celým týmem (Plevová a kolektiv, 2011; Linhartová, 2005).

Nedílnou součástí každodenní práce sestry jsou i komunikační dovednosti. Sestra musí dokázat při výkonu svého povolání efektivně komunikovat s nejrůznějšími druhy osobností, nejen s pacienty, ale také s jeho blízkými a svými kolegy. Další základní schopností sestry je schopnost empatie. Znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Znamená umět pochopit, poznat, v jakém duševním stavu se druhý člověk nachází. Správně vedeným rozhovorem, vědomostmi a využíváním komunikačních dovedností má sestra možnost získat informace, pozitivně ovlivnit pacienta, edukovat jej, motivovat a přesvědčit k optimální spolupráci (Vybíhalová, 2011; Taliánová, Řeřuchová, 2011).

1.4.5 Znalosti a dovednosti sestry

Ošetrovatelství je vědní disciplína, která podléhá dynamickým změnám. Jak uvádí Beďaniková, je cílem moderního ošetrovatelství poskytovat vysoce kvalitní, vědecky fundovanou a vysoce humánní ošetrovatelskou péči (Beďaniková, 2013, s. 28). Aby byl dosažen a udržen standard ošetrovatelské péče, jsou vyžadovány od sester stále nové vědomosti a stále širší spektrum znalostí a poznatků, které se vztahují k problémům, jež provázejí nemoc, zdraví jedince či skupiny. Zdravotnická technika se rychle vyvíjí a zdokonaluje. Sestra musí zvládat nabývání stále nových dovedností a znalostí, neboť nemocným poskytuje stále specializovanější péči v souladu s novými technologiemi. Musí zvládnout složité ošetrovatelské výkony po stránce technické, předcházet technickým komplikacím a přitom nesmí opomíjet svou prvotní a nadčasovou činnost, kterou stále zůstává ošetrovatelská péče o nemocného (Kracíková, 2011).

Každá situace v ošetrovatelství přináší sestře nespočetné množství příležitostí k sebevzdělávání, které sestra potom využívá. Pouze systematické a celoživotní vzdělávání může zajistit sestře odbornou úroveň. Sestra, která si v průběhu péče o pacienty klade otázky a nepodléhá rutině, hledá informace z dostupných zdrojů, zkoumá nové alternativy zažitých ošetrovatelských praktik, je sestrou, která bude pokračovat ve vzdělávání prostřednictvím svých vlastních snah a motivace (Beďaniková, 2013).

1.5 Kadaverózní dárce

V problematice posmrtného dárce tkání a orgánů rozlišujeme dárce potenciálního a zemřelého, nebo-li kadaverózního. Potenciální dárce orgánů je osoba, která i přes všechny dostupné možnosti léčby vykazuje rozvíjející se smrt mozku. Kadaverózní, nebo-li zemřelý dárce orgánů je osoba, jež má zákonem stanovenými postupy potvrzenou smrt mozku a po splnění zákonných podmínek pro odběr orgánů je považován oficiálně za dárce orgánů.

Vyhledávání potencionálních dárců a péče o ně je rutinní záležitostí na každém oddělení anesteziologicko-resuscitační péče a na některých jednotkách intenzivní péče. Jak ukládá Zákon 285/2002 Sb., je každé zdravotnické zařízení povinno nahlásit příslušnému transplantačnímu centru přítomnost pacienta, který vykazuje známky mozkové smrti a lze ho tedy po splnění všech zákonných podmínek považovat za potencionálního dárce orgánů (Viklický a kolektiv, 2008; Třeška, 2002; Zákon 285/2002 Sb.).

Jakkoliv to zní necitlivě, měla by úvaha o možném dárcovství orgánů u pacienta, který má nevratné poškození mozku, být učiněna co nejrychleji. Priority léčebného postupu v období před stanovením smrti mozku jsou jasně cílené na léčbu poranění mozku a zachování života a navrácení zdraví nemocnému v co nejoptimálnější a možné míře. Od chvíle potvrzení mozkové smrti pacienta, kdy je považován za kadaverózního dárce, se tyto priority mění ve prospěch ochrany zejména konkrétních orgánů, ačkoliv základní principy intenzivní péče zůstávají v podstatě nezměněné. V tomto období, od chvíle stanovení mozkové smrti a stanovení všech zákonných podmínek pro odběr orgánů již hovoříme o péči o kadaverózního dárce orgánů, nikoliv o péči o nemocného. Velkou roli v péči o kadaverózního dárce orgánů hraje časový faktor. I přes veškerou snahu a péči dochází v průběhu 48 až 72 hodin po stanovení mozkové smrti k rozvoji terminálních arytmií, které mohou celý proces péče ohrozit. Proto je důležité, aby všechny poruchy byly včas rozpoznány a včas byla zahájena jejich účinná terapie a monitoring. Jde o intenzivní péči s cílem zachovat co nejlepší funkci orgánů pro budoucího příjemce (Viklický a kolektiv, 2008; Ševčík a kolektiv, 2003).

1.5.1 Ošetrovatelská péče sestry o kadaverózního dárce orgánů

Nemocnému je zajištěno dýchání za pomoci umělé plicní ventilace, kdy cesty dýchací jsou zajištěné endotracheální rourkou nebo tracheotomickou kanylou. Sestra věnuje zvláštní pozornost prevenci zalomení tracheální rourky. Měří tlak v obturační manžetě pomocí manometru a to dvakrát denně v rámci celkové hygieny nemocného. Výměna fixační náplasti nebo obinadla je prováděna rovněž dvakrát denně v rámci celkové hygieny, případně vždy, když je potřeba. V rámci prevence vzniku dekubitu ústního koutku je nutno měnit polohu kanyly každý den, obvykle ráno v rámci ranní hygieny za asistence lékaře. V případě endotracheální kanyly věnuje sestra pozornost krytu kanyly. Dvakrát denně nebo v případě potřeby je prováděn sterilní převaz. Nemocný je nejprve odsáván a odstraní se původní podložení kanyly. Okolí stomatu se zkontroluje a očistí se dle standardu pracoviště. Následuje aplikace léčebných přípravků, je-li to třeba a aplikuje se materiál na podložení. Kanyla je

fixována obinadlem nebo speciálním fixačním páskem. Sestra dohlíží, aby fixace byla přiměřená, neboť při nepřiměřeném pnutí může dojít k porušení integrity kůže. V případě nedostatečného zafixování může naopak dojít ke změnám polohy kanyly. Kanyla je dle zvyklostí oddělení pravidelně měněna. Další nedílnou součástí péče sestry o tohoto pacienta je i péče o okruhy ventilátorů. Jejich pravidelné výměny vycházejí ze standardů pracoviště. Ve chvíli výměny okruhu je pacient zajištěn druhou sestrou, která s nemocným dýchá za pomoci ambuvaku. V současné době se používá mnoho typů dýchacích okruhů, na jedno použití i těch k opakované sterilizaci (Kapounová, 2007; Ševčík a kolektiv, 2003).

Úlohou sestry je péče o infuzní linku a centrální žilní katétr. Centrální žilní katétr je pravidelně převazován za přísně aseptických podmínek a za použití dvou párů rukavic. Nejprve je odstraněno krytí katétru a spolu sním je odstraněn první pár rukavic. Okolí vpichu je setřeno sterilní štětičkou a vzorek je odeslán na bakteriologické vyšetření. Sěr se provádí vždy, když je místo vpichu zarudlé nebo se v jeho okolí objeví sekret. Sěr se provádí i pravidelně dle zvyklostí oddělení. Místo vpichu je desinfikováno a okolní kůže očištěna. Nejčastěji je na krytí použita semipermeabilní membrána, přičemž převaz se provádí každých 24 – 72 hodin. Datum převazu sestra řádně zaznamená v ošetřovatelské dokumentaci (Kapounová, 2007).

Sestra sleduje kontinuálně křivku EKG a tlak krve. Dojde-li k hypotenzi, dle ordinace jsou aplikovány katecholaminy – dopamin. Vyrovnaná bilance tekutin je udržována masivním hrazením krystaloidních a koloidních roztoků. Sestra sleduje laboratorní výsledky zejména hladin kalia, natria, chloridů, výsledky jaterních testů a zánětlivých ukazatelů a jakékoliv změny neprodleně hlásí lékaři. Rovněž pravidelně sleduje hodnoty krevních plynů, sleduje teplotu těla, která by měla být udržena nad 35 °C. Sestra odebere a připraví na transport do transplantcentra dvě zkumavky srážlivé krve přibližně po 5 – 8 ml krve, dbá na označení štítkem a vyplněnou průvodku dle zvyklostí pracoviště. Odběr orgánů se provádí na operačním sále zdravotnického zařízení, ve kterém byla stanovena smrt mozku nebo na operačním sále transplantujícího pracoviště. Na operační sál je dárce předán obvykle s kompletní dokumentací, která obsahuje 3 krát List o prohlídce mrtvého, 1 krát Průvodní list k pitvě, Protokol o stanovení smrti mozku a doklad o vyšetření krevní skupiny. Je povinností sestry ještě před odesláním na sál tělo dárce identifikovat stejným způsobem jako tělo zemřelého (Kapounová, 2007).

1.5.2 Hygienická péče

Hygienickou péči o pacienta zabezpečuje sestra 2 krát denně. Celková hygiena nemocného je prováděna osobními hygienickými prostředky pacienta nebo prostředky, které jsou na pracovišti k dispozici. Jak uvádí vrchní sestra transplantační chirurgie IKEM, neoptimálnější jsou přípravky působící proti resistantním mikroorganismům. Hygiena dutiny ústní je prováděna šetrně pomocí glycerinových štětiček nebo tamponů namočených v peroxidu vodíku, obvykle dle potřeby či každé 2 – 4 hodiny. Sestra čistí jazyk, postupuje od kořene ke špičce, dále patro a tvářovou sliznici. Sleduje při této činnosti změny barvy sliznice (například žlutavé zbarvení na hranici měkkého a tvrdého patra značí jaterní selhávání). Rozpraskané rty jsou ošetřeny vazelínou. Spojivkový vak očí se vyplachuje borovou vodou nebo oftalem a nanese se dostatečné množství Oftalmoazulenu. Tělo nemocného je po celkové hygieně promazáno (Kapounová, 2007; Vybíhalová, 2011).

1.5.3 Péče sestry o zemřelého

Péče o mrtvé tělo je poslední povinností sestry vůči nemocnému a měla by k němu přistupovat se značným taktem a důstojností. Sestra odstraní z lůžka všechna pomocná zařízení, lůžkoviny a zemřelého případně svlékne. Odstraní případně všechny šperky a ozdobné předměty, zkontroluje stav chrupu. Odnímatelnou zubní náhradu vyjme, spočítá zuby ze žlutého a bílého kovu a provede záznam do ošetřovatelské dokumentace, stejný záznam musí provést i lékař do Listu o prohlídce zemřelého. Sestra z těla odstraní nazogastrickou a enterální sondu, permanentní močový katétr, epicystostomii, tracheotomickou kanylu, periferní žilní katétr a obvazy, pokud tím nepoškodí pokožku zemřelého nebo vlastní ránu. Sestra musí brát v úvahu stav zemřelého před smrtí. Pokud byla přítomna porucha koagulace, nic neodstraňuje, neboť v krátké době po smrti dochází stále ke krvácení. Ze stejného důvodu sestra neodstraňuje centrální žilní katétr, Swanův – Ganzův nebo epidurální katétr, Redonův, hrudní, biliární, T-drén nebo drén z rány, pouze ho zastříhne cca 1 – 2 cm u těla. Jakékoliv rány, například operační, sestra překryje obvazovým materiálem, aby zamezila prosakování sekretu z rány. Provede kompletní očistu těla, srovná tělo do vodorovné polohy s horními končetinami podél těla. Zajistí, aby zemřelý měl zavřené oči a ústa, provede podvaz brady obinadlem. Označí tělo štítkem s celým jménem, rodným číslem, datem i časem úmrtí a oddělením, tento štítek upevní na palec u nohy. Tytéž údaje napíše fixem přímo na pokožku nebo na pruh náplasti. Umístění identifikačního popisu se liší dle standardu oddělení, nejčastěji se však využívá stehenní část pravé dolní končetiny. Tělo zabalí do prostěradla a ponechá v klidu 2 hodiny. Poté zajistí odvoz těla na patologii s příslušnou dokumentací.

Přiloží 3krát List o prohlídce mrtvého, 1krát Průvodní list k pitvě, které vyplňuje lékař. Originály obou dokumentů zůstávají v dokumentaci zemřelého. Sestra dále do dokumentace zaznamenává poslední chvíle zemřelého, provedené činnosti a čas úmrtí. Pokud je přítomna rodina, informuje ji lékař. Pokud rodina přítomna není, informuje ji lékař telefonicky a sestra zaznamená čas a jméno informujícího lékaře do ošetrovatelské dokumentace. Sestra připraví veškerou dokumentaci, odepíše zemřelého ze stavu pacientů a za účasti svědka sepíše seznam všech věcí zemřelého na zvláštní formulář. Osobní věci, mobilní telefon, šperky, hodinky a finanční částky obvykle do 1000 Kč se předávají proti podpisu pozůstalým, kteří se prokáží dokladem totožnosti (Kapounová, 2007).

1.6 Péče o pacienta po transplantaci

Pacient po transplantaci je různě dlouhou dobu umístěn na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a dále na jednotku intenzivní péče. Jsou mu monitorovány základní životní funkce, dle ordinace lékaře. 0. den jsou fyziologické funkce monitorovány každou hodinu, dále dle stavu nemocného a ordinace lékaře. V pravidelných intervalech sestra sleduje stav operační rány a vzhled a množství odpadů do drénů. Velmi pečlivě jsou sledovány známky funkce transplantovaných štěpů. Pacient má již před operací zaveden centrální žilní katétr a permanentní močový katétr. V případě transplantace jater a pankreatu je zavedena i nazogastrická sonda a někdy nasojejunální sonda z důvodu nutné postupné realimentace. Péče o všechny vstupy do pacientova těla jsou plně v kompetenci sestry. Transplantovaný pacient po výkonu dostává svou nutnou chronickou medikaci, dále imunosupresiva per os a antibiotika intravenózně dle ordinace lékaře po 12 hodinách. Již první den po výkonu je pacient postupně mobilizován, dle tolerance přijímá tekutiny per os. Druhý den po výkonu je již nemocný v ideálním případě plně mobilní (Adamec, Saudek, 2005; Valentová, Zemanová, 2008).

1.6.1 Monitoring fyziologických funkcí

Monitoringem rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta. Sestra monitoruje dechovou frekvenci, obvykle za pomoci elektrod EKG, které snímají ventilační pohyby hrudníku. Dále sleduje saturaci hemoglobinu kyslíkem pomocí pulsní oxymetrie. Dalším ukazatelem dechových funkcí je kapnometrie, která udává hodnoty CO₂ na konci výdechu, a kapnografie, která graficky znázorňuje křivku CO₂ během dechového cyklu. Nedílnou součástí sledování pacienta po transplantaci je snímání křivky EKG, přičemž na monitoru je nejčastěji volen záznam II. svodu, na kterém je obvykle nejlépe

sledovatelná vlna P. Sestra sleduje tlak krve po výkonu pomocí moderní techniky, která umožňuje automatické měření tlaku krve v předem nastavených intervalech. Nemocnému je pravidelně sledována teplota těla, nejčastěji pomocí kožního čidla, která jí kontinuálně snímají. V tomto případě musí sestra dohlédnout a zajistit pravidelnou změnu umístění čidla z důvodu prevence dekubitu (Kapounová, 2007; Kholová, 2011).

1.6.2 Sledování bolesti

Bolest v operační ráně je častým projevem. I u nekomplikovaného průběhu hojení vymizí po jednom až dvou dnech. Přetrvávající intenzivní bolest může znamenat hojení rány per secundam, proto sestra bolest u pacienta nikdy nepodceňuje. Při hodnocení bolesti sestra využívá různých hodnotících metod, nejčastěji jde o hodnocení bolesti pomocí verbální škály – nemocný vyjadřuje intenzitu bolesti číslem na stupnici stanovené od 1 do 10. Další metodou vyjádření bolesti je slovní, kdy nemocný popisuje bolest od slabé po nesnesitelnou. Sestra musí oplývat i pozorovacím talentem v případě hodnocení bolesti podle neverbálních projevů nemocného – pláč, vzdechy, mimika, grimasy a podobně. Sestra sleduje výskyt bolesti současně s fyziologickými funkcemi a informuje o nich lékaře. Obvykle jsou ordinována analgetika intravenózně dle potřeby, maximálně po 4 hodinách (Slezáková, 2010; Valentová, Zemanová, 2008).

1.6.3 Vyprazdňování

Nemocný má zavedený permanentní močový katétr. Sestra sleduje příjem a výdej tekutin za 24 hodin. Obzvláště u nemocného po transplantaci ledviny je diuréza na prvním místě, neboť svědčí pro dobrou funkci štěpu. Diuréza by měla činit cca 250 – 300 ml za hodinu. Sestra sleduje vzhled moči, její konzistenci a barvu. K přechodným stavům po operačních výkonech patří zástava plynů a stolice, neboť dojde k dočasnému omezení střevní peristaltiky. Sestra sleduje odchod plynů do 24 hodin, sleduje subjektivní pocity pacienta a informuje lékaře (Slezáková, 2010; Mikšová a kolektiv, 2006).

1.6.4 Edukační činnost sestry

Pacient přichází k operačnímu výkonu většinou velmi důkladně poučen ze strany lékařů, transplantačních koordinátorů i sester z ambulancí i lůžkových oddělení, kterými v náročném procesu transplantace projde. Sestra během poskytování ošetrovatelské péče rychle zjistí, do jaké míry je nemocný informován z předoperačního období. Informuje průběžně pacienta o pohybovém režimu v pooperačním období, o významu dostatečné

aktivitu na lůžku a včasného vstávání. Při první vertikalizaci po výkonu je přítomna a do doby obnovení dostatečné pohyblivosti sleduje kvalitu přiložených bandáží a sleduje případné projevy tromboembolické nemoci. Aplikuje k její prevenci léky ordinované lékařem. Sestra informuje nemocného o péči a sledování operační rány, o sledování prosakování, výskytu bolesti a vzhledu okolí rány. Transplantovaný pacient by se měl důsledně vyvarovat kouření a konzumace alkoholu, měl by dodržovat vhodný aktivní pohybový režim dle doporučení lékaře. Pacient je opakovaně poučen o nutnosti pravidelných kontrol u lékaře, o nutnosti pravidelného užívání léků předepsaných lékařem a měl by být srozumitelně poučen o zákazu požívání některých druhů potravin. Například konzumace grepů či pomela mohou zvýšit koncentrace imunosupresivních léků v krvi a tak způsobovat vedlejší účinky. Dále by neměl konzumovat ve větší míře například plísňové sýry kvůli možnému obsahu listérií a dále by měl mít ve stravě omezené tuky a sacharidy, neboť léčba kortikoidy způsobuje zvýšenou chuť k jídlu a následnou nadváhu a vznik diabetu. Sestra dále edukuje pacienta o nevhodnosti opalování na slunci bez použití krému s vysokým ochranným faktorem, což ovšem neznamená, že transplantovaný pacient nemůže jet k moři. Dále se nedoporučuje opalování v soláriích z důvodu nebezpečí vzniku kožního nádoru, který je nejčastějším nádorovým onemocněním u transplantovaných osob. Transplantovaný by měl dále omezit kontakt s nemocnými lidmi, zachovávat zásady osobní hygieny, často si mýt ruce a omezit příliš blízký kontakt se zvířaty. Transplantovaný pacient je také důrazně poučen o omezení práce na zahrádce, neboť při práci s hlínou existuje riziko infekce clostridiemi. Transplantovaný pacient je opakovaně informován o lékařských kontrolách, o možnostech jakéhokoliv dotazu a podobně. Kontroly mají svůj harmonogram, obvykle probíhají zpočátku týdně, v případě příznivého stavu do konce prvního roku jednou měsíčně a po dvou letech každé tři měsíce. Transplantovaný pacient pravidelně podstupuje vyšetření jako je SONO, biochemické vyšetření krve, krevní obraz, dále absolvuje pravidelně onkologické preventivní vyšetření dle ordinace lékaře, rentgen srdce a plic, EKG. Transplantovaný pacient také pravidelně podstupuje kontrolní vyšetření kostního metabolismu, který může být imunosupresivní léčbou ovlivněn (Málek, 2004; Slezáková, 2010; Valentová, Zemanová, 2008).

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

- C 1: Zmapovat spektrum činností nelékařského personálu ve zdravotnickém týmu transplantační medicíny.
- C 2: Zmapovat postoje všeobecných sester k vlastní práci v komplexním procesu transplantace.
- C 3: Zmapovat postoje transplantovaného pacienta k sesterské práci v rámci poskytování zdravotní péče.

2.2 Výzkumná otázka

Vyžaduje tento obor od sester zvláštní znalosti a dovednosti?

2.3 Hypotézy

- H 1: Práce v nelékařském týmu transplantační medicíny je podmíněna vysokou mírou znalostí.
- H 2: Sestry vnímají svou úlohu v ošetrovatelském procesu transplantovaného pacienta jako vysoce hodnocenou pacientem.
- H 3: Sestry vnímají svou práci v komplexním procesu transplantace jako vysoce hodnocenou spolupracujícími lékaři.

3 Metodika

Pro zpracování výzkumné části této diplomové práce bylo využito kvalitativní a kvantitativní metody. Data pro kvalitativní metodu výzkumného šetření byla sbírána během měsíců červenec až říjen roku 2012. Data pro kvantitativní metodu výzkumného šetření byla sbírána v období měsíců března a dubna roku 2013.

3.1 Použité metody

Pro kvalitativní výzkumné šetření byl zvolen rozhovor s pacienty, který probíhal individuálně v průběhu jejich hospitalizace. Pro rozhovor byl připraven soubor oblastí otázek, které byly otevřené a poskytovaly nemocnému dostatečný prostor k vyjádření svých názorů a postojů k problematice. První klíčové otázky byly zaměřené na postavení pacienta v komplexním procesu transplantace, v jaké části procesu se nacházel a jaká byla jeho zkušenost s hospitalizací. Další otázky se zaměřovaly na postoj nemocného k úloze a postavení lékaře, koordinátora a hlavně všeobecné sestry v procesu jeho léčby (příloha 1). Množství získaných údajů bylo zpracováno písemně a vhodně slohově upraveno. Podstatná fakta byla shrnuta do myšlenkových map.

Pro kvantitativní výzkumné řešení byl využit vlastní dotazník, který obsahoval 33 otázek (příloha 2). Úvodní otázky byly cílené na identifikační údaje respondentů, další otázky směřovaly k aspektům ošetrovatelské péče poskytované pacientům v procesu transplantace. Byly i zařazeny otázky týkající se vzdělávání sester v problematice transplantovaných nemocných, motivace pro práci v tomto oboru a jejich postoj ke spolupráci se samotným nemocným i spolupracujícími lékaři. Dotazník obsahoval otázky uzavřené, polouzavřené a na závěr byla zařazena jedna otevřená otázka, kde měl každý respondent možnost vyjádřit svůj případný názor k dané problematice.

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo realizováno pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 a dalším zpracováním za pomoci programu SPSS 17,0 do jednoduchých a kontingenčních tabulek.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor pro kvalitativní výzkumné šetření byl tvořen 5 pacienty, kteří byly před nebo již po transplantaci. Pacienti byli ujištěni o naprosté anonymitě a využití získaných informací pouze pro zpracování diplomové práce. Pacienti pro kvalitativní výzkumné šetření diplomové práce byly vybíráni podle míry zkušenosti s personálem přicházejícím do kontaktu s pacienty v procesu transplantace. Dalším kritériem byla ochota a přínosnost rozhovoru.

Soubor pro kvantitativní výzkumné šetření byl tvořen všeobecnými sestrami poskytujícími ošetrovatelskou péči zejména nemocným v procesu transplantace. Šlo o sestry, které se setkávají s pacienty před i po transplantaci. Vzhledem ke specifickému zaměření výzkumného šetření byl výzkumný soubor oslovených sester relativně limitován. Bylo zasláno 200 anonymních dotazníků, návratnost činila 133 dotazníků. Pro neúplnost či chybné vyplnění bylo vyřazeno 19 dotazníků. Pro zpracování bylo použito 114 dotazníků (100 %).

3.3 Realizace kvalitativního výzkumu

Rozhovory probíhaly individuálně v období druhé poloviny roku 2012. Rozhovor byl otevřený, probíhal na neutrální půdě zdravotnického zařízení podle předem připraveného schématu otázek (příloha 1). Vybraní pacienti byli ochotní k poskytnutí rozhovoru, odpovídali přiléhavě a nečinilo jim potíže hovořit o svých pocitech. Vzhledem k ochraně osobních údajů byla učiněna následující opatření: jména byla změněna, není uvedeno místo sběru dat. Údaje, které by mohly vést k odhalení respondenta byly záměrně vynechané.

3.4 Realizace kvantitativního výzkumu

O realizaci výzkumného šetření metodou distribuce dotazníků byla požádána Transplantační centra v České republice. Vzhledem k zaměření výzkumného šetření ve specifické oblasti poskytování ošetrovatelské péče bylo distribuováno 200 dotazníků. Z rozeslaných 200 dotazníků se vrátilo 133 dotazníků. Z tohoto počtu bylo dalších 19 dotazníků vyřazeno pro chybné zpracování. Nejčastěji šlo o neúplné vyplnění nebo označení více odpovědí tam, kde bylo specifikováno, že se požaduje odpověď pouze jedna.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení kvalitativní části šetření

1. pacient

První rozhovor proběhl s nemocným, kterému budeme v rámci ochrany osobních údajů říkat třeba pan Zdeněk. Je ve středním věku, ačkoliv je pohublý, tak se jeví být v dobré tělesné kondici. Rozhovor proběhl na neutrálním místě ve zdravotnickém zařízení, pan Zdeněk si dal kávu z automatu, kterou prý smí. Je otevřený, nečiní mu problém o sobě hovořit, zdá se, že mu rozhovor dodává jakýsi pocit důležitosti. Pan Zdeněk během hovoru příliš neodbíhá od dotazů. Pacient byl informován o anonymitě, je ujištěn, že jeho jméno bude v diplomové práci změněno a že nebudou zaznamenány žádné informace, které by mohly prozradit jeho identitu.

Pan Zdeněk podstoupil druhou transplantaci ledviny, je informován, že pochází od kadaverózního dárce. „... už ani nespočítám, pokolikátý jsem v nemocnici, asi od 35 let jsem v nemocnici jak doma ...“. Než došlo k transplantaci, pobýval často na interním oddělení, postupem onemocnění dojížděl na dialýzu. Zde v tomto zařízení je počtvrté. Jeho nejdelší pobyt ve zdravotnickém zařízení byl kolem šesti týdnů a bylo to právě v tomto zařízení. „*Na interně jsem byl nejdýl 14 dní...*“. Zrovna teď a tady je hospitalizován 13. den. Nyní je po transplantaci ledviny, ví, že byla od zemřelého dárce.

Je to už druhá transplantace, první transplantovaná ledvina, která byla také kadaverózní, mu fungovala sedm let. Nebylo to tak dlouho, jak by si představoval, ale přesto je vděčný. Jak říká: „*Byl to úplně jiný život – žádná dialýza, po který je člověku zle, prostě pohoda...*“. Na tuto druhou transplantaci čekal pan Zdeněk 11 měsíců, což považuje za docela úspěch. Po druhé transplantaci se cítí docela dobře, jen musí podstoupit ještě řadu vyšetření.

Se zdejší péčí je spokojený, považuje jí za velice odbornou a na úrovni. Na dotaz, co pro něj znamená lékař odpovídá bez většího zaváhání: „... je to někdo nenahraditelný ...“. Hned na začátku se mu přišel představit, pan Zdeněk si ho pamatuje už z předchozích pobytů zde. Lékař si na něj udělá vždycky čas, když potřebuje. Přestože veškerou péčí obstarávají sestry a ostatní ošetrovatelský personál, lékař je základ. Rovněž vidí rozdíl v přístupu lékařů před lety a dnes, není již jako pacient v tak podřízené roli jako kdysi. Zdejší současnou koordinátorku poznal ve chvíli, kdy bylo rozhodnuto o druhé transplantaci. Ve chvíli, kdy byl zařazen na čekací listinu a proces transplantace začal naplno plynout, považuje koordinátorky za klíčové v celém procesu. Musí zvládat zorganizovat celý proces tak, aby všechno navazovalo jak má, musí zajistit celý proces od odběru orgánu až po jeho transplantaci, dává

dohromady tým lékařů, dokáže zodpovědět všechny otázky. Myslí si, že koordinátorka ve své práci zastupitelná rozhodně není. Pan Zdeněk odpovídá, že za ta léta, kdy se pohybuje po zdravotnických zařízeních (interní oddělení, postupem doby dialyzační léčba, později konfrontace se zdravotnickými zařízeními v rámci předtransplantačních vyšetření, hospitalizace v průběhu procesu první transplantace a následně opakované pobyty v souvislosti s druhou transplantací) má zdravotnických zařízení „až, až...“, ale zároveň má možnost hodnocení vývoje poskytované péče a také může srovnávat. Uvádí, že je na jednu stranu patrný velký pokrok v tom, co sestry musí umět a stihnout. Obdivuje je za velké množství techniky, kterou musí umět ovládat, často byl svědkem toho, kdy si sestra sama musela umět poradit s technickými problémy přístrojů (monitory, dialyzační zařízení atd.), neboť jí prostě nic jiného nezbylo. Práci sester vnímá pozitivně. „*Musí toho hodně umět a stihnout a s pacienty to občas taky není snadný...*“. Na přímo položený dotaz, zda vnímá sestru jako partnera lékaře odpovídá po krátkém přemýšlení, že sestra partnerem lékaře být spíše nemůže. Sestry všeobecně tento pacient hodnotí velmi kladně, musí umět spoustu věcí, dle jeho slov se „... *celý den ani nezastaví a ocenění malé ...*“. Jedním dechem však dodává, že je to jejich poslání, které si sestry samy zvolily. Každá je ale jiná, setkává se i se sestrami, které „... *se bojí oslovit, když něco potřebuje ...*“. Občas si říká, proč nejdou dělat něco jiného, když je to nebaví. Co se týká porovnání, tak srovnat může hlavně sestry zde a na dialýze, kde pobýval opakovaně a jejich práci tedy docela zná. Oboje musí hodnotit pozitivně. Sestra je pro něho velmi důležitá, nahraditelná určitě není, nedovede si představit, kdo by její práci zastal. Na dotaz, kdo ho nejvíc informuje kolem transplantace se zamyslí a pak říká, že asi koordinátorka, která mu dokázala vysvětlit i odborné věci lékařského rázu.

Když se na cokoli zeptá sester, většinou se dozví srozumitelné informace nebo mu sestra zprostředkuje rozhovor s lékařem, pokud jde o informace odbornějšího rázu. Odpovědi sester jsou různé, některá je ochotná pustit se i do odbornější debaty, jiná ne. Občas bývá problém v nedostatku času, provoz je občas velmi hektický, na to aby ještě zdržoval dotazy.

Pokud by měl pan Zdeněk vytvořit pomyslný žebříček pro něj důležitých osob v tomto procesu, byl by po chvilce přemýšlení asi následující: lékař – koordinátorka – sestra.

2. pacient

Druhý pacient, který poskytl rozhovor k této práci je rovněž muž ve středním věku a pro účely tohoto rozhovoru mu budeme říkat pan Martin. I tento pacient byl ujištěn, že informace, které poskytne budou použity jen pro účely diplomové práce a jeho identifikační údaje

nebudou zveřejněny. Pan Martin hovoří ochotně, s rozhovorem souhlasí, chvílemi však během hovoru odbíhá od probíraných témat. Pacient je kachektický, ikterický.

Celkově byl za svůj život hospitalizován asi tak desetkrát, jak odhaduje. Od té doby, kdy ho zradilo zdraví byl v nemocnici několikrát do roka, začalo to asi před 4 roky. Býval často pacientem interního oddělení jedné menší okresní nemocnice, v tomto zdravotnickém zařízení je dle svých slov po třetí, dnes je tu druhý den. Je zde hospitalizován v rámci kompletních vyšetření, neboť je kandidát na transplantaci jater a pochází z dalekého kraje a nemohl by na specializovaná vyšetření dojíždět. Transplantace je to jeho první, sebekriticky přiznává, že se k ní dopracoval vlastní vinou. Musel značně přehodnotit svůj život, jinak by ho nemohli lékaři zařadit do procesu. Na dotaz, jak se cítí neodpovídá hned. Až po chvílce přemýšlení odpovídá. „... *není to nejlepší, horší je to asi po psychický stránce...*“. Má dle svých slov strach, zda všechno zvládne, zda všechno dobře dopadne, jestli to není zbytečné... Zdejší péči hodnotí pozitivně: „... *všichni jsou hrozně slušní...*“. Svého lékaře zná, představoval se mu, ale on si už nepamatuje jeho jméno. Důležité pro pana Martina je, že když potřeboval vysvětlit jeho stav, tak lékař docela rychle přišel, udělal si na něj čas. Lékař je jinak pro něj ta nejdůležitější osoba, provede samotnou transplantaci. Po lékaři považuje za další nejdůležitější článek koordinátora, je informován o tom, že právě koordinátor zorganizuje vše potřebné, poskytne mu průběžně veškeré informace. Celý proces je plně v jeho rukou. Setkal se s ním, působil na něj pozitivně, ale ještě by se měli setkat, až bude mít za sebou všechna potřebná vyšetření. Už ho i informoval o průběhu celého procesu, ale panu Martinovi spousta informací uniklo, říká: „... *je toho na mně fakt moc ...*“.

S péčí poskytovanou sestrami je spokojen, ale občas má pocit, že ho stále „dirigují“ co smí a nesmí. Většina sester, které dosud na tomto oddělení poznal, je ochotných, kdykoliv něco potřebuje, poradí a pomohou. Připadají mu většinou chytré a šikovné. Ale tak jako vždy, „...*je to o lidech, nejsou všechny stejné...*“. Porovnávat sestry tady a v jiných zdravotnických zařízeních, která navštívil nějak nedokáže, zdají se mu v podstatě stejné. Říká: „... *bez nich by to nešlo, jsou práce, který nikdo jiný neudělá...*“. Na dotaz, jak to myslí nedokáže specifikovat svou myšlenku. Považuje tedy sestru za důležitou ve své léčbě? „... *to ano, je tu pro nás ...*“. Co se týká dotazu na partnerství sestry a lékaře při výkonu povolání, není schopen posoudit. Pokud potřebuje něco vědět o svém stavu, poprosí lékaře, ptá se ho na všechno, i na to, co nesouvisí s operací a léčbou. Všechno je pro něj nové, neznámé, má ze všeho trochu strach a lékař je prostě odborník.

3. pacient

Třetím respondentem v rozhovorech pro tuto práci je žena mladého věku, kterou budeme v rámci zachování anonymity oslovovat paní Jana. Paní Jana je přátelská a hovoří spontánně a otevřeně. Hned na úvod je poučena a ujištěna o naprosté anonymitě a o tom, že její identifikace zůstane utajena, neboť její jméno bude pro potřeby zpracování rozhovoru pozměněno. Rozhovor proběhl individuálně na vycházce v areálu zdravotnického zařízení.

Hospitalizace od dětství by paní Jana snad ani nespočetala, základní onemocnění jí zjistili lékaři už v dětském věku. Často bývala hospitalizovaná na dětských odděleních, v dospělém věku pobývala často na interním oddělení. Ve zdejším zdravotnickém zařízení je už po šesté, byla zde několikrát ještě před samotnou transplantací z důvodu komplikací, které její základní onemocnění provázejí. Nyní je po první kombinované transplantaci a je hospitalizována druhý týden. Byla jí transplantována ledvina a slinivka břišní, na tento výkon čekala pacientka rok a půl a je moc ráda, že už ho má za sebou, velmi si od operace slibuje zkvalitnění života. S péčí v tomto zdravotnickém zařízení je spokojená velmi. Vzhledem k tomu, že pochází z malého města, má možnost porovnat celkovou péči v malé nemocnici a ve velkém specializovaném zdravotnickém zařízení. Uvádí, že v malé nemocnici je rodinnější atmosféra, ale v tom velkém je odbornější přístup k pacientovi. Na dotaz, jakou roli má pro ní osobně role lékaře odpovídá bez velkého uvažování: „*Zajisté tu nejvyšší, bez něj by se transplantace neuskutečnila ...*“. Ale dodává, že si myslí, že v tomto oboru nelze vyvyšovat úlohu jednoho nad úlohu druhého. „*...tak jako to nejde bez lékaře, tak stejně tak to nejde bez sester ...*“. Během rozhovoru s paní Janou se dostáváme k práci koordinátora či koordinátorky. Uvádí, že nejprve ani netušila, kdo přesně to je, ale postupem doby považuje její roli za nenahraditelnou. V celém procesu transplantace jí zodpověděla koordinátorka naprosto všechny dotazy, i ty odborného charakteru.

Když dojde řeč na působení sester upozorňuje s úsměvem, že asi nebude úplně objektivní, neboť sama střední školu zdravotnickou vystudovala a proto je jí práce sester velmi blízká. Sestry považuje za vzdělané, ale nedocenené. Stále se musí něco učit nového, umět zacházet s technikou, vycházet s lidmi – s nemocnými i těmi, se kterými musí spolupracovat. Práce sester jí dle jejích slov ovlivňuje od malička (vzhledem k častým hospitalizacím), dokonce studovala zdravotnickou školu, obor dětská sestra. Sestry považuje za velmi vzdělané, neboť doba a pokrok medicíny to vyžaduje. Uvádí, že pozoruje značný rozdíl mezi staršími sestrami, které sice mají zkušenosti, ale připadá jim zbytečné se nadále vzdělávat. Říká, že byla svědkem neprofesionálních situací, kdy starší sestra před pacientem až zesměšňovala mladší sestru narázkami o teorii z vysoké školy... Z těchto situací jí bylo velmi trapně a říká, že

autorita u zkušené starší sestry byla tímto silně oslabená. Na dotaz, zda je sestra při výkonu své profese partnerem lékaře uvádí, že takhle to asi většinou nefunguje, i když pokrok (zejména ve velkém zdravotnickém zařízení) pozoruje. Celkově se sestrami vždy dobře vycházela, snažila se být vždycky co nejvíce soběstačná, ale když přeci jen potřebovala jejich pomoc, nesetkala se nikdy s neochotou. Práci a roli sester považuje za nenahraditelnou. Informace odborného rázu vždycky získávala od lékaře, informace související s transplantací jí poskytla koordinátorka a s ostatními záležitostmi se obracela na sestry ve službě. Poznává však patrnou tenzi některých sester, které se necítí být na řadu informací kompetentní a odkazují na lékaře, i když si myslí, že by se i od nich dočkal dostatečných informací.

Když je paní Jana požádána o pomyslný žebříček osob důležitých v jejím současném procesu léčby (sestra – koordinátorka – lékař) po chvíli váhání se rozhodla: „ ... *to asi pojmenovat neumím ...* “. Tato část rozhovoru tedy zůstala beze závěru.

4. pacient

Čtvrtým pacientem, který byl ochotný se podělit o své pocity v souvislosti se svým procesem transplantační léčby, bude pro účely tohoto rozhovoru jmenován pan Petr. Vstoupil do šesté dekády života a právě je několik měsíců po transplantaci životně důležitého orgánu. Je střední postavy, vypadá přiměřeně svému věku, ani na něm není příliš poznat, jak náročným onemocněním a následně výkonem si prošel. Je přátelský, hovorný, během hovoru odbíhá od kladených dotazů. Rozhovor proběhl na čerstvém vzduchu na lavičce.

Na dotaz ohledně frekvence hospitalizací během jeho života odpovídá, že se vše přihodilo docela náhle. „... *až do svých zhruba 30 let jsem byl zdravěj jako řípa, pak jsem začal mít problémy s dýcháním , tak jsem přestal kouřit, začal trošku sportovat. Chvilí dobrý a pak už to šlo od desíti k pěti...* „. Ve zdravotnických zařízeních se pohyboval dost často, nevzpomene si kolikrát, „... *byl jsem tam někdy víc než doma, hlavně ke konci...* “. Prošel si řadu oddělení, ale nejčastěji šlo o interní oddělení. Někdy byly jeho pobyty kratší, řádově počítáno na dny, často ale pobýval v nemocnici i celé týdny. Ve zdejším zdravotnickém zařízení byl naposledy přes 10 týdnů, ale jak říká: „... *stálo to za to a snad už to doklepu takhle dobře, jako mi je teď...* “. Transplantaci podstoupil první a čekal na ní dva roky. Několik měsíců po operaci je mu velice dobře, uvádí, že si ani už nepředstavoval, že by mohl fungovat ještě někdy takhle dobře.

Dostáváme se k tématu zdravotnického týmu a poskytované péče. Vzhledem k častým hospitalizacím, které byly nevyhnutelné, má objektivní možnost hodnotit a porovnávat. Na

poskytovanou péči si nemůže prý stěžovat, od lékaře až po posledního sanitáře... Lékaře považuje všeobecně za „*profíky*“, obzvlášť ty, kteří mu zachránili zbytek života transplantací. Jeho lékař, který se o něj staral a stále stará v tomto zařízení je podle jeho slov kapacita, pamatuje si první setkání, kdy se mu přišel představit a velice dlouho s ním hovořil o jeho stavu, možnostech a léčbě. Říká, že lékař byl, je a vždycky bude ústřední postava každého oddělení. Koordinátorku poznal také hned z počátku, jakmile bylo rozhodnuto o transplantaci, docházela při jeho hospitalizacích za ním a zajímala se o něj. Když se jeho operace zdařila, přišla také a on věděl, že má upřímnou radost z úspěchu. Průběžně mu poskytovala řadu informací, odborných, ale srozumitelnou mluvou, takže tomu rozuměl. Na dotaz, zda by byla v celém procesu zastupitelná odpovídá zcela bez zaváhání: „ *...to rozhodně nebyla ... Ani ten nejlepší doktor by to takhle nedal dohromady ...* „.

Během svých hospitalizací zde i jinde se setkal s velkým množstvím sester, z lůžkových oddělení, kde byl na jejich péči odkázaný dlouhodobě i těch ambulantních, se kterými se setkává nárazově a nestačí je tolik poznat. Uvádí, že sestry zde považuje za velmi profesionální a obětavé, často se mu stalo, že byly ochotné i nad rámec svých povinností. Málokdy se mu prý stalo, že by měl dojem, že něčím obtěžuje. Oceňuje, jak si dokáží poradit s moderní technikou, se kterou se v průběhu hospitalizací setkával. Uznává, že postoj k sestřím se u něj velmi změnil poté, co podstoupil transplantaci. Sestry podle něj oplývají šikovností, „ *... musí si umět poradit s člověkem i technikou ...* “. Ty, se kterými se setkával považuje za velmi obětavé. Při dotazu ohledně partnerství sestry s lékařem při výkonu ošetrovatelské péče hloubavě udává: „*... možná svým způsobem, spíše se v tom lepším případě doplňují...*„. Hovoříme i o prestiži sesterského povolání. Pan Petr říká, že společensky ani finančně moc ceněné toto povolání není, ale že kdyby si každý prošel tím, čím on sám, tak by také změnil názor.

Edukační práci sester hodnotí velmi kladně, jak během hospitalizací, tak během ambulantních návštěv. Vždy se dozvěděli s manželkou co bylo třeba ohledně režimu před i po transplantaci, případně byli odkázáni na lékaře, dostávali také průběžně od sester informační materiály a brožury. Úplně nejvíce podstatných informací se dozvěděli asi od lékaře a pak od koordinátorky. Pokud by měl vytvořit pomyslný žebříček podle důležitosti, kterou pro něj tito pracovníci měli, byl by asi takový: na prvním místě by byl bez jakýchkoliv diskuzí lékař. Druhé místo by prý rozdělil mezi koordinátorku a sestřičky, nelze prý práci jedné nebo druhých upřednostnit.

5. pacient

Pátým pacientem, kterého jsem zhodnotila jako přínosného pro zpracování této práce budu v zájmu ochrany osobních údajů jmenovat jako paní Danu. Paní Dana je mladého věku. Žila si svůj spokojený život, když náhle se jí začalo dělat často špatně a během poměrně krátké doby skončila s transplantovanou ledvinou, kterou jí darovala její maminka. Nyní je velmi krátkou dobu po výkonu. Paní Dana hovoří pomalu, přemýšlivě, sama udává, že se ještě snad nestihla vzpamatovat z celé situace.

Celkově byla hospitalizována za celý život asi 5krát. Celý život byla poměrně zdravá, neměla potíže, ale její onemocnění ledvin se manifestovalo náhle, překvapivě a velmi rychle. Dříve byla několikrát na dětském oddělení, pak na internách. Nyní je tady hospitalizována přes týden, je tu opakovaně, protože musely se svou matkou (pozn. - žijící dárce ledviny) absolvovat řadu vyšetření před výkonem. Veškerá předtransplantační vyšetření probíhala za hospitalizace, protože pocházejí ze vzdáleného města.

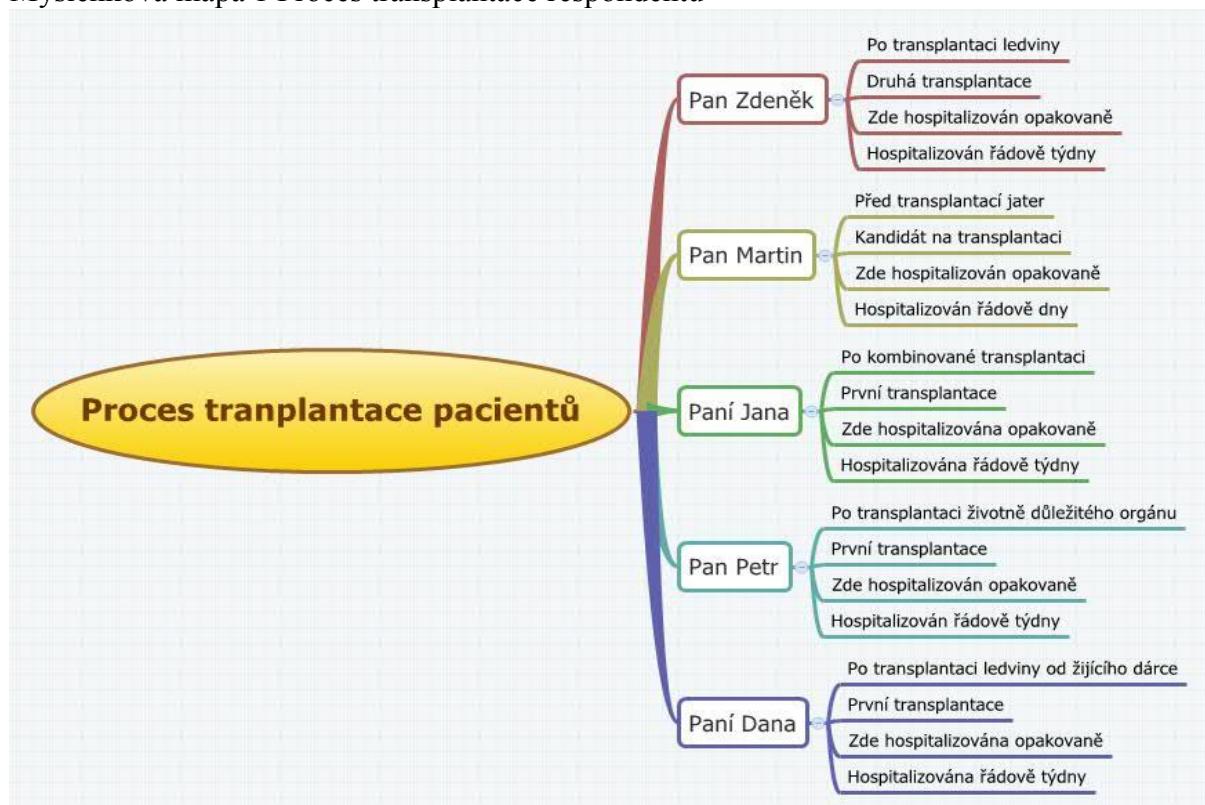
Takto velkou operaci musela podstoupit poprvé, transplantace je její první. Udává, že dlouho nečekala, vzhledem k tomu, jak rychle se všechno přihodilo. Maminka se rozhodla ihned, že pokud to bude možné, ledvinu jí daruje. „... *živých dárců je tak málo, že si toho tady považují, tak to byla rychlost ... ale díky bohu za to ...*“. Zdejší personál považuje za „úžasný“, lékařka, která jí má v péči, se jí velmi věnuje, lékaře, který se svými kolegy vykonal transplantaci se také zná, představil se jí i její matce. Teď už se jim věnuje spíše lékařka z oddělení. Koordinátorku, která je celým procesem provedla, považují obě za „*strážného anděla*“. Provedla je po veškerých vyšetřeních, vše vytelefonovala, vysvětlila, na místo vyšetření je doprovodila, neboť se „...*tady vůbec nevyznají a jen by bloudily...*“. Domnívá se, že práce koordinátorky jim celou situaci znatelně ulehčila a považuje jí za nezastupitelnou – alespoň v jejich případě.

S péčí sester zde je spokojená, ale je všechno velmi hektické. Stále se na něco ptá, protože se všechno seběhlo velmi rychle, většina sester jí odkazuje na lékaře, neboť nejsou prý kompetentní zodpovídat dotazy odborného rázu. Ale uznává: „... *mají své práce dost, starají se o lidi, o techniku, je jich tu přitom na všechno dost málo...*“. Jejich práci nedokáže úplně porovnat s jinými pracovišti, neboť jich tolik nepoznala. Opět opakuje, jak se vše seběhlo rychle. Na přímý dotaz, zda se jí její sestra jako partner lékaře při výkonu své profese odpovídá, že příliš ne. Uvádí, že sestra má své specifické místo, nešlo by to bez ní. Občas se jí zdálo, že se sestra bojí jí odpovědět trochu odborně, chtěla třeba něco vědět, ale: „...*sestřička jí hned odkázala na lékaře, který ale neměl často čas a dostavil se třeba až za delší dobu, ale já to potřebovala vědět hned...*“. Sestry se dle jejích slov příliš odborně neprojevovaly, i když

bylo z jejich stylu práce evidentní, že znalosti mají hluboké. Poskytovaly řadu informací ohledně režimu po operaci, péče o ránu atd. Nejvíce cenných informací jí přinesla koordinátorka – měla na ní více času a dokázala odpovědět i dotazy odborné. Když má paní Dana sestavit stupně důležitosti zmíněných osob v jejím procesu transplantace, docela dlouho přemýšlí. Nakonec říká: „... *důležitý jsou všichni, ale asi je to takhle: doktor a doktorka – koordinátorka – sestřička ...*“.

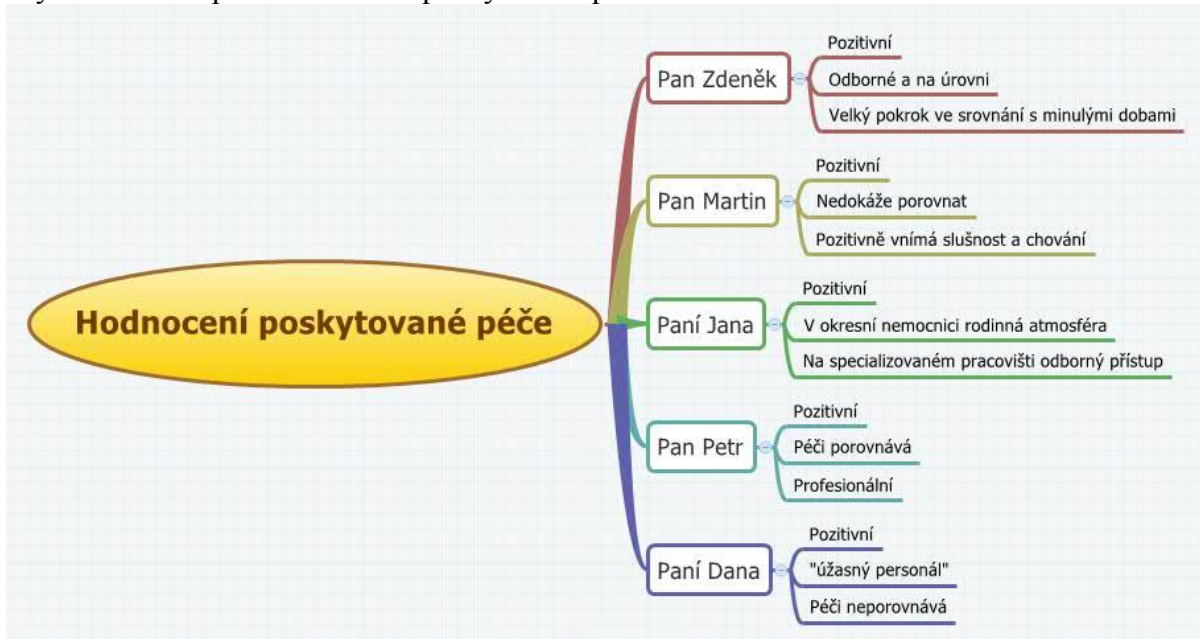
4.2 Shrnutí výsledků kvalitativního šetření do myšlenkových map

Myšlenková mapa 1 Proces transplantace respondentů



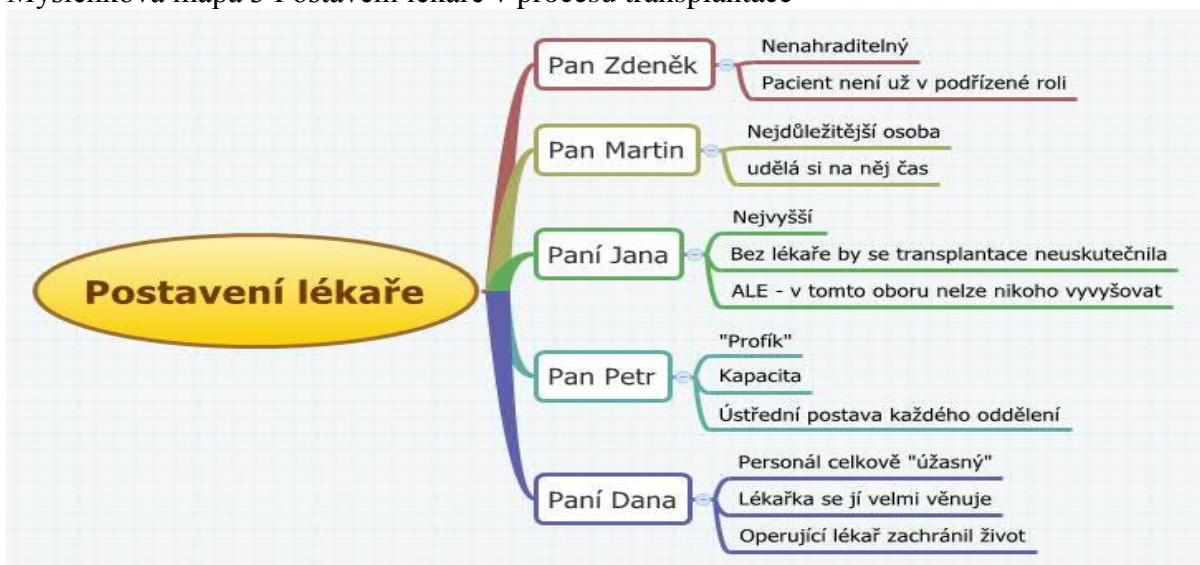
Myšlenková mapa 1 shrnuje, kteří respondenti se rozhovoru zúčastnili a také přibližuje, v jaké fázi komplexního procesu transplantace se nacházeli a popisuje jejich zkušenost s pracovištěm transplantační medicíny. Všichni pacienti zde byli hospitalizováni opakovaně, neboť všichni absolvovali řadu vyšetření, která se provádí i za hospitalizace. Pouze jeden pacient měl s transplantací opakovanou zkušenost. Všichni nemocní byli již po transplantačním výkonu, pouze jeden byl v pozici kandidáta.

Myšlenková mapa 2 Hodnocení poskytované péče



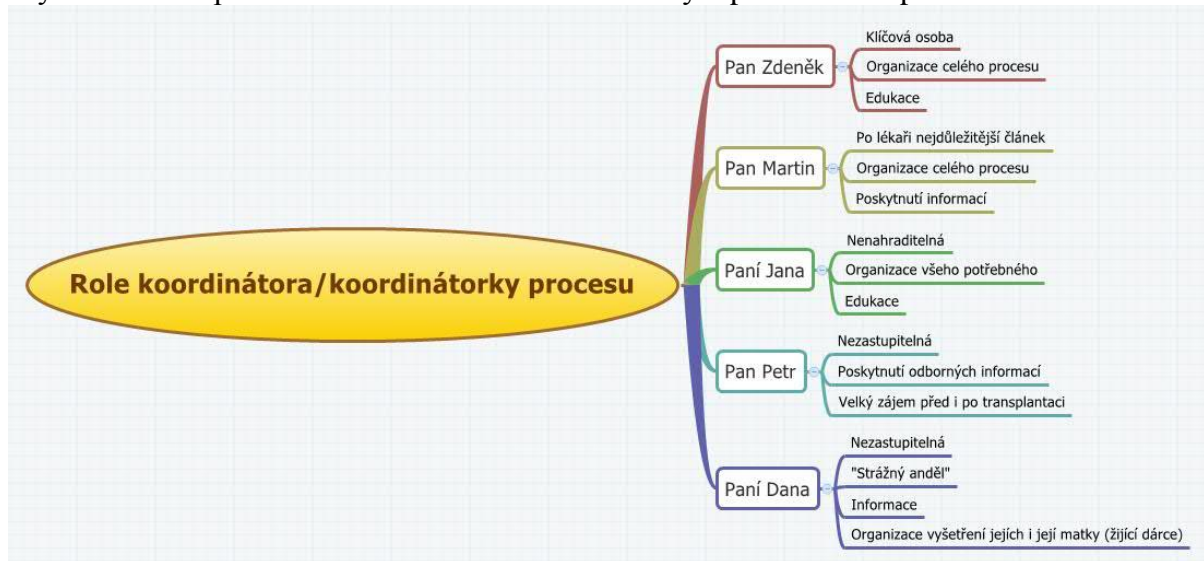
Myšlenková mapa 2 shrnuje, jak tito pacienti hodnotili poskytovanou péči. Péči poskytovanou v souvislosti s transplantačním procesem hodnotí všichni pacienti velmi pozitivně. Téměř všichni mají tendenci porovnávat s jinými pracovišti. Pacientka, která byla opakovaně hospitalizována v okresní nemocnici udává, že tam panovala rodinnější atmosféra, na specializovaném pracovišti je zase patrný odbornější přístup k pacientovi. Pacient, mající zkušenost s častými hospitalizacemi i v dřívějších dobách hodnotí pozitivně změnu role pacienta, který se dnes už nenachází v podřízené roli.

Myšlenková mapa 3 Postavení lékaře v procesu transplantace



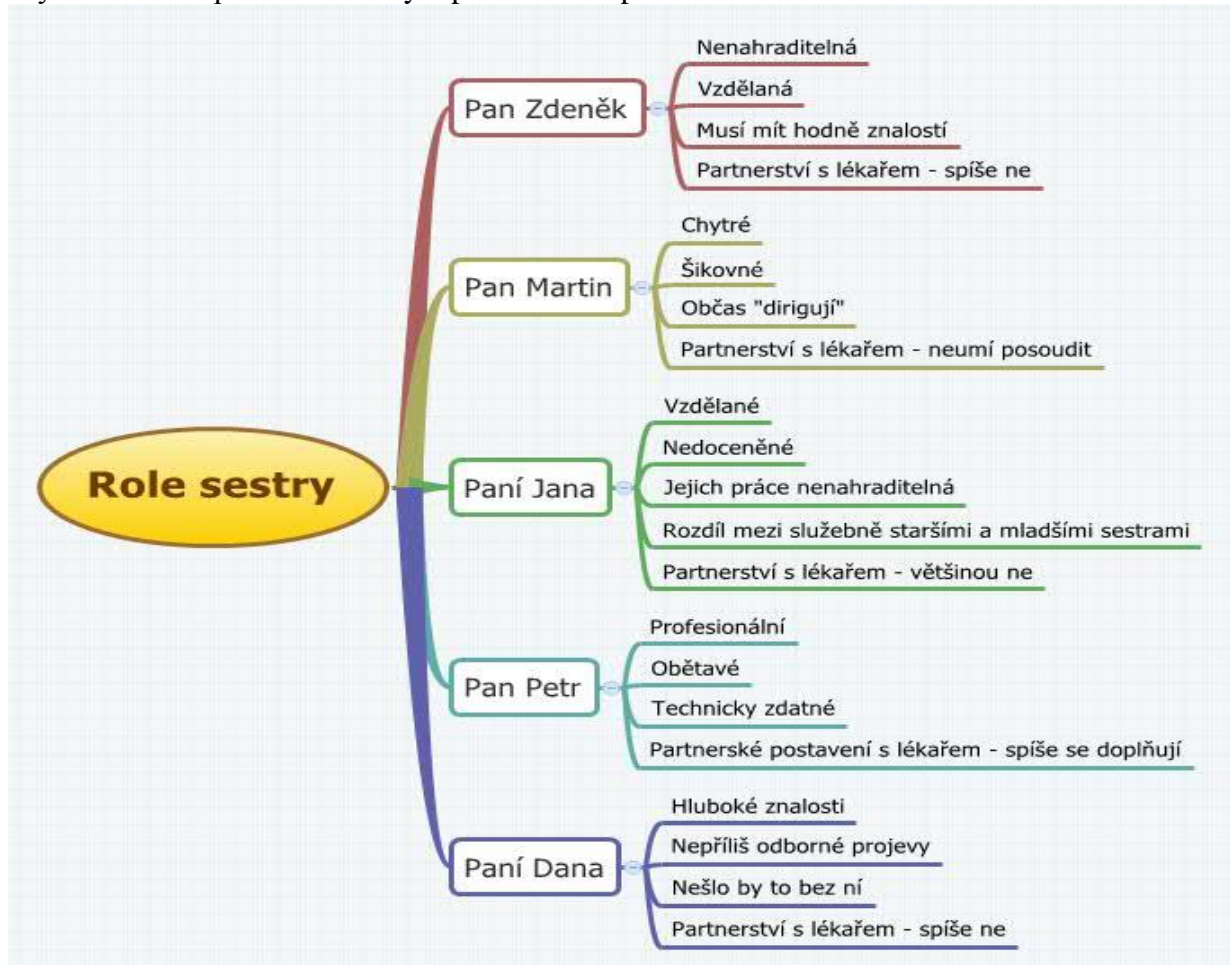
Postava lékaře je vnímána bez výjimky velmi vysoko. Všichni dotazovaní pacienti jej hodnotí jako nenahraditelného, nejdůležitějšího, jako osobu, bez níž by se transplantace neuskutečnila.

Myšlenková mapa 4 Role koordinátora/koordinátorky v procesu transplantace



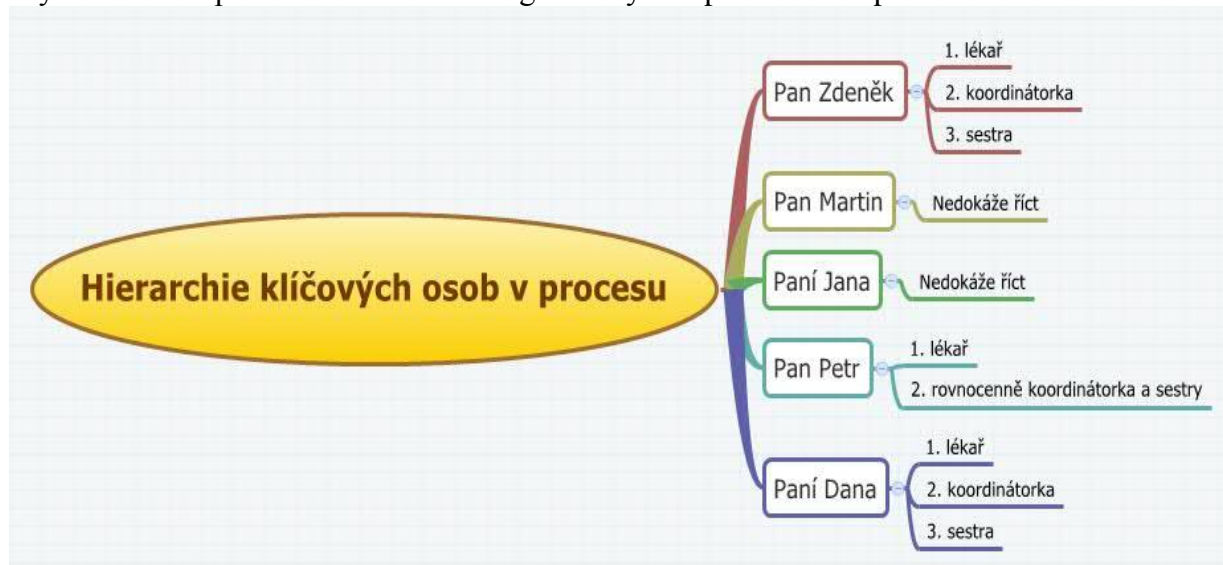
Jako podobně nepostradatelnou hodnotí pacienti práci koordinátorek odběru orgánů a transplantace, jak dokazuje myšlenková mapa 4. Hned po lékaři bývá vnímána jako ta nejdůležitější. Zorganizuje celý proces, poskytuje velké množství potřebných informací a procesem doprovází.

Myšlenková mapa 5 Role sestry v procesu transplantace



Myšlenková mapa popisuje vnímání role sestry v procesu transplantovaných nemocných, kteří se zúčastnili rozhovoru pro tuto práci. Pro všechny pacienty je sestra velmi důležitou osobou. Oceňují jejich znalosti, považují je za chytré, vzdělané a šikovné. Jeden pacient se cítí být sestrami „dirigován“. Většina dotázaných pacientů v sesterském povolání nevidí partnerské postavení sestry a lékaře. Jeden nemocný toto nedokázal zhodnotit a jeden se vyjádřil tak, že v tom lepším případě se spíše doplňují.

Myšlenková mapa 6 Hierarchie osob angažovaných v procesu transplantace



Pacienti měli možnost sestavit si pomyslný žebříček osob zaangażovaných do procesu jejich transplantace. Jejich odpovědi znázorňuje myšlenková mapa 6. Dva pacienti se nevyjádřili, nedokázali odpovědět. Jeden nemocný podělil o druhé místo koordinátorku a sestry. Ve dvou případech se umístila sestra na třetím místě, koordinátorka na druhém místě. Lékař figuruje vždy na prvním místě.

4.3 Vyhodnocení kvantitativní části šetření na základě dotazníku

Tabulka 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Muž	1	0,9	0,9	0,9
Žena	113	99,1	99,1	100,0
Celkem	114	100,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100 %) respondentů pracujících na transplantačních odděleních bylo zúčastněno 113 (99,1 %) žen a pouze 1 (0,9 %) muž.

Tabulka 2: Věkové složení respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Méně než 20 let	0	0,0	0,0	0,0
21 - 30 let	54	27,0	47,4	47,4
31 - 40 let	47	23,5	41,2	88,6
41 - 50 let	9	4,5	7,9	96,5
51 - 60 let	4	2,0	3,5	100,0
Více než 60 let	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100,0 %) bylo 0 (0,0 %) respondentů ve věku do 20 let. Ve věkové kategorii od 21 do 30 let bylo zastoupeno nejvíce respondentů a sice v počtu 54 (47,4 %), ve věku 31 – 40 let bylo zastoupeno 47 (41,2 %) zúčastněných sester. Věková kategorie 41 – 50 let byla zastoupena v počtu 9 (7,9 %) respondentů a kategorie 51 – 60 let v počtu 4 (3,5 %) respondentů. Věková kategorie ve věku 60 let a více není zastoupena ve výzkumném šetření vůbec.

Tabulka 3: Nejvyšší dosažené vzdělání sester v transplantační medicíně

Dosažené vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
SZŠ	39	19,5	34,2	34,2
DiS	30	15,0	26,3	60,5
VŠ – Bc.	20	10,0	17,5	78,0
VŠ – Mgr.	8	4	7,1	85,1
Specializace	17	8,5	14,9	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Ve výzkumné šetření byl nejvíce zastoupen počet respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním v rámci střední zdravotnické školy s maturitou a sice v počtu 39 (34,2 %) z celkového počtu 114 (100,0 %). Následoval počet 30 (26,3 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním. S vysokoškolským vzděláním a dosaženým titulem Bc. byl zastoupen počet 20 (17,5 %), s vysokoškolským vzděláním a magisterským titulem 8 (7,1 %) respondentů. Počet sester s pomaturitním specializačním vzděláním byl 17 (14,9 %).

Tabulka 4: Dělení respondentů dle oboru specializace

Specializace	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
ARIP	13	6,5	11,4	10,5
SIP	2	1,0	1,8	12,3
CHIRURGIE	2	1,0	1,8	14,1
Bez PSS	97	48,5	85,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Respondentů s pomaturitním specializačním studiem v oboru Anesteziologicko resuscitační intenzivní péče bylo nejvíce, a to 13 (11,4 %) z celkového počtu 114 (100,0 %). Specializační studium v oboru Chirurgie a v oboru Sestra pro intenzivní péči měly shodně 2 (1,8 %) sestry.

Tabulka 5: Délka praxe respondentů

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
< 1 rok	0	0,0	0,0	0,0
1 - 5 let	78	39,0	68,4	68,4
6 - 10 let	7	3,5	6,1	74,5
11 - 20 let	22	11,0	19,3	93,8
21 - 30 let	4	2	3,5	97,3
> 30 let	3	1,5	2,7	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkové ho počtu 114 (100,0 %) respondentů pracujících v transplantačních oborech nebyl nikdo zastoupený v délce praxe do 1 roku. Naopak nejvíce respondentů uvedlo délku praxe v délce 1 – 5 let a to v počtu 78 (68,4 %). Délku praxe 6 – 10 let uvedlo 7 (6,1 %) respondentů, délku praxe 11 – 20 let 22 (19,3 %) zúčastněných všeobecných sester. V kategorii praxe 21 – 30 let délky byly zastoupeny 4 (3,5 %) respondenti a více než 30 let působí ve svém oboru 3 (2,7 %) respondenti.

Tabulka 6: Sektor zdravotnického zařízení respondentů

Sektor zdravotnického zařízení	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ambulantní	0,0	0,0	0,0	0,0
Lůžkové	114	57,0	100,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Celkový počet 114 (100,0 %) sester které se výzkumného šetření zúčastnily, působí na lůžkových odděleních.

Tabulka 7: Pracoviště respondentů

Pracoviště respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Transplantační chirurgie	80	40,0	70,1	70,1
Kardiochirurgie	28	14,0	24,6	94,7
Nefrologie	6	3,0	5,3	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100,0 %) působí nejvíce respondentů na oddělení transplantační chirurgie a to v počtu 80 (70,1 %), 28 (24,6 %) jich pracuje na kardiochirurgickém oddělení a 6 (5,3 %) dotazovaných respondentů na oddělení nefrologickém.

Tabulka 8: Pacienti v procesu transplantace v ošetrovatelské péči

Práce s transplant. pacienty	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	114	57,0	100,0	100,0
Ne	0,0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

S pacienty v procesu transplantace se při výkonu svého povolání setkává všech 114 (100,0 %) oslovených respondentů.

Tabulka 9: Zastoupení pacientů v procesu transplantace v péči respondentů

Zastoupení pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Všechny	37	18,5	32,5	32,5
Většina	48	24,0	42,1	74,6
Menšina	29	14,5	25,4	74,6
Minimum	0	0,0	0,0	100,0
Žádný	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Většinový podíl transplantovaných pacientů ve své péči uvádí 48 (42,1 %) respondentů a menšinový 29 (25,4 %) respondentů. Podíl všech transplantovaných pacientů ve své péči uvedlo ve výzkumném šetření 37 (32,5 %) sester.

Tabulka 10: Názor respondentů na potřebu zvláštních znalostí

Potřeba zvláštních znalostí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	99	49,5	86,8	86,8
Nevím	11	5,5	9,7	96,5
Ne	4	2	3,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

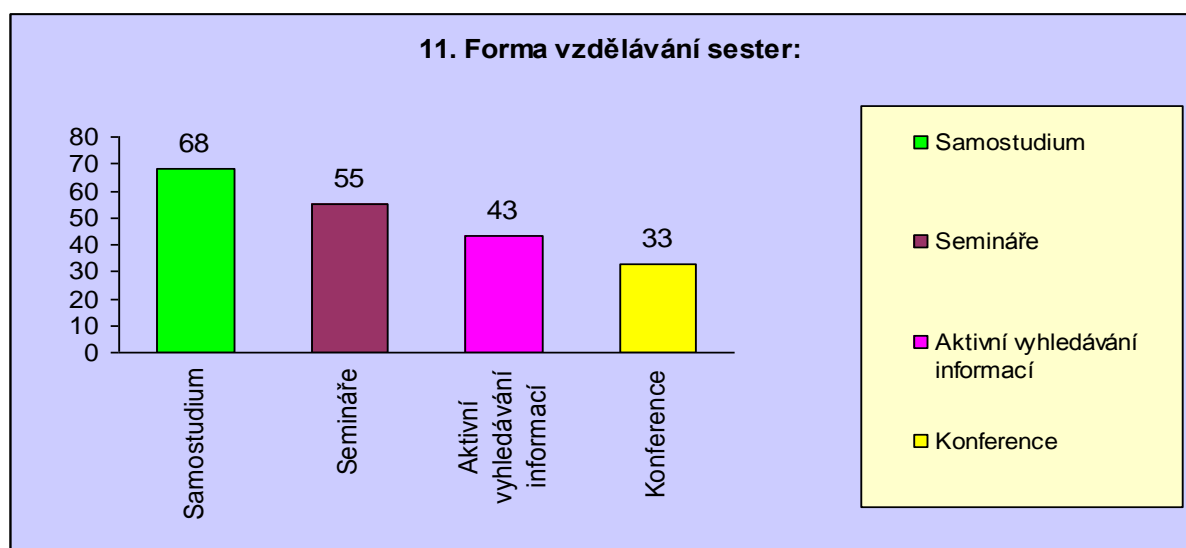
Z celkového počtu 114 (100,0 %) uvádí 99 (86,8 %) respondentů, že ke své práci v tomto oboru potřebuje zvláštní znalosti. Počet 11 (9,7 %) respondentů uvedlo, že neví a 4 (3,5 %) si myslí, že zvláštní znalosti při poskytování ošetrovatelské péče pacientům v procesu transplantace nepotřebují.

Tabulka 11: Aktivní vzdělávání sester v transplantační problematice

Aktivní vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	95	47,5	83,3	83,3
Ne	19	9,5	16,7	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Při péči o pacienty v procesu transplantace přiznává aktivní přístup ke vzdělávání v problematice celkem 95 (83,3 %) dotázaných a 19 (16,7 %) se v problematice dle svého vyjádření aktivně nevzdělává.

Graf 1 Forma vzdělávání sester v transplantační problematice



Graf znázorňuje formy sebevzdělávání respondentů, kteří zde měli možnost označení více odpovědí. Nejčastěji zaznívala forma samostudia, v počtu 68 odpovědí. Dále v počtu 55 návštěvy seminářů, 43 respondentů si aktivně vyhledává potřebné informace a ve 33 případech je volená forma návštěvy konferencí.

Tabulka 12: Dostatek možností ke vzdělávání

Dostatek možností ke vzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	93	46,5	81,6	81,6
Ne	21	10,5	18,4	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z počtu 114 (100,0 %) dotázaných se počet 93 (81,6 %) respondentů domnívá, že má dostatek možností ke vzdělávání v problematice transplantovaných pacientů, 21 (18,4 %) dotázaných si myslí opak.

Tabulka 13: Dostatek relevantních informací v českém jazyce

Dostatek informací v ČJ	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	67	33,5	58,8	58,8
Nevím	41	20,5	36,0	94,8
Ne	6	3,0	5,2	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Dostatek informací k problematice transplantovaných pacientů v českém jazyce uvádí 67 (58,8 %) respondentů z celkového počtu 114 (100,0 %), 41 (36,0 %) dotázaných neví. Počet 6 (5,2 %) respondentů se domnívá, že dostatek relevantních informací v českém jazyce nemá.

Tabulka 14: Nejčastěji volený zdroj informací

Zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Internet	96	48,0	84,2	84,2
Časopisy, články	12	6,0	10,5	94,7
Odborné knihy, brožury	6	3,0	5,3	100,0
Nevyhledávám	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Počet 96 (84,2 %) respondentů vyhledává potřebné informace k dané problematice pomocí internetu a 12 (10,5 %) vyhledává nejčastěji informace v odborných časopisech a člancích. Počet 6 (5,3 %) respondentů využívá pro získání potřebných informací odborné knihy a brožury.

Tabulka 15: Názor na specifické zaměření práce s pacientem v procesu transplantace

Specifičnost práce	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Naprosto specifická	57	28,5	50,0	50,0
Příliš se neliší od jiných oborů	53	26,5	46,5	96,5
Je stejná jako v jiných oborech	4	2,0	3,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100,0 %) respondentů celých 57 (50,0 %) dotázaných považuje ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientům v procesu transplantace za naprosto specifickou. Podle názoru 53 (46,5 %) se jejich práce příliš neliší od péče o pacienty jiných oborů. Pro 4 (3,5 %) respondenty je tato práce stejná jako v jiných oborech péče o nemocné.

Tabulka 16: Potřeba zvláštního psychologického přístupu k transplantovaným pacientům

Potřeba zvláštního psychologického přístupu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	104	52,0	91,2	91,2
Nevím	4	2,0	3,5	94,7
Ne	6	3,0	5,3	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Celých 104 (91,2 %) z dotázaných respondentů se domnívá, že pro poskytování ošetrovatelské péče o nemocné v procesu transplantace je potřeba zvláštního psychologického přístupu, 4 (3,5 %) dotazovaných neví a 6 (5,3 %) respondentů si toto nemyslí.

Tabulka 17: Nejčastější východisko při poskytování péče o pacientům v procesu transplantace

Východisko	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Standardy	76	38,0	66,7	66,7
Rady kolegyň	26	13,0	22,8	89,5
Vlastní zkušenost	8	4,0	7,0	96,5
Ordinace lékařů	4	2,0	3,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům v průběhu transplantace čerpá 76 (66,7 %) respondentů ze standardů ošetrovatelské péče. 26 (22,8 %) dotázaných sester spoléhá na radu zkušenějších kolegyň a 8 (7,0 %) vychází z vlastní dosavadní zkušenosti při péči o tyto pacienty. Počet 4 (3,5 %) sester vychází při péči o tyto pacienty z ordinace lékařů.

Tabulka 18: Potřeba ošetrovatelského výzkumu při poskytování ošetrovatelské péče transplantovaným pacientům

Potřeba ošetrovatelského výzkumu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	10	5,0	8,8	8,8
Nepřemýšlím nad tím	67	33,5	58,7	67,5
Ne	37	18,5	32,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Na otázku, zda je potřeba v ošetrovatelské péči o pacienty v procesu transplantace ošetrovatelského výzkumu odpovědělo 10 (8,8 %) sester, že ano.

Nepřemýšlí nad tím 67 (58,7 %) dotázaných. Počet 37 (32,5 %) se domnívá, že ošetrovatelského výzkumu při poskytování ošetrovatelské péče pacientům v procesu transplantace třeba není.

Tabulka 19: Pocit potěšení respondentů z ošetřování pacientů v procesu transplantace

Pocit potěšení z ošetřování transplantovaných pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	86	43,0	75,4	75,4
Rutina	28	14,0	24,6	100,0
Ne	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100,0 %) dotázaných respondentů 86 (75,4 %) uvádí, že je jejich práce těší. Pro počet 28 (24,6 %) sester je péče o tyto pacienty v procesu transplantace rutinou.

Tabulka 20: Motivace pro volbu práce s pacienty v průběhu transplantace

Motivace pro volbu práce	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Atraktivita oboru	26	13,0	22,9	22,9
Byla přidělena	16	8,0	14,0	36,9
Náhoda	68	34,0	59,6	96,5
Nevím	4	2,0	3,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Na dotaz, z jakého důvodu volil respondent práci s pacientem v procesu transplantace uvedlo 26 (22,9 %) určitou atraktivitu tohoto oboru, 16 (8,0 %) respondentům byla tato práce přidělena. Náhoda přivedla k této práci 68 (59,6 %) dotázaných sester a 4 (3,5 %) respondenti neví, proč si tuto práci zvolili.

Tabulka 21: Pocit ocenění práce sestry ze strany pacientů

Pocit ocenění ze strany pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Většinou ano	42	21,0	36,9	36,9
Většinou ne	13	6,5	11,4	48,3
Pocit samozřejmosti	59	29,5	51,7	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Pocit ocenění své práce ze strany pacientů v procesu transplantace vnímá 42 (36,9 %) dotázaných sester, počet 13 (11,4 %) respondentů pocit ocenění ze strany pacientů naopak nepocituje. Počet 59 (51,7 %) dotazovaných se domnívá, že pacient vnímá sesterskou péči jako samozřejmost.

Tabulka 22: Pocit ocenění práce sestry ze strany spolupracujících lékařů:

Pocit ocenění ze strany spolupracujících lékařů	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Většinou ano	19	9,5	16,7	16,7
Většinou ne	25	12,5	21,9	38,6
Pocit samozřejmosti ze strany lékařů	70	35,0	61,4	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Pocit ocenění práce ze strany spolupracujících lékařů vnímá 19 (16,7 %) dotázaných sester, počet 25 (21,9 %) respondentů toto nevnímá. Počet 70 (61,4 %) sester se domnívá, že péče sestry o pacienty v průběhu transplantace je pro spolupracující lékaře samozřejmostí.

Tabulka 23: Partnerské postavení sestry a lékaře

Partnerské postavení	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Spíše ano	19	9,5	16,7	16,7
Spíše ne	62	31,0	54,4	71,1
Není možné	33	16,5	28,9	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

V partnerském postavení s lékařem při výkonu svého povolání se cítí být 19 (16,7 %) dotázaných sester, 62 (54,4 %) se v partnerském postavení být necítí. Pro počet 33 (28,9 %) sester partnerské postavení s lékařem při výkonu svého povolání není možné.

Tabulka 24: Nejčastější pocit v postavení sestry v péči o transplantovaného pacienta

Pocit v postavení sestry	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ošetřovatelka	107	53,5	93,9	93,9
Informátorka	4	2,0	3,5	97,4
Obhájkyně práv pacienta	3	1,5	2,6	100,0
Výzkumnice	0	0,0	0,0	100,0
Strážce zájmů pacienta	0	0,0	0,0	100,0
Edukátorka	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Nejvíce respondentů z celkového počtu 114 (100,0 %), a sice 107 (93,9 %) se shoduje, že se při péči o transplantovaného pacienta cítí být ošetřovatelkou, 4 (3,5 %) se cítí být informátorkou a 3 (2,6 %) sestry obhájkyní pacientových práv.

Tabulka 25: Vnímání vlastní role při péči o transplantovaného pacienta

Vnímání vlastní role	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Zásadní	29	14,5	25,4	25,4
Nedílná součást	83	41,5	72,8	98,2
Vedlejší součást	0	0,0	0,0	98,2
Povinnost	2	1,0	1,8	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Jako zásadní vnímá vlastní roli v péči o transplantovaného pacienta 29 (25,4 %) dotázaných sester, za nedílnou součást jí považuje 83 (72,8 %) respondentů. Jako povinnou samozřejmost svou péči vnímají 2 (1,8 %) respondenti z celkového počtu 114 (100,0 %) dotázaných respondentů.

Tabulka 26: Názor na vnímání role sestry pacientem

Vnímání role sestry pacientem	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Klíčová role	11	5,5	9,6	9,6
Nedílná součást	73	36,5	64,1	73,7
Vedlejší	11	5,5	9,6	83,3
Povinnost	19	9,5	16,7	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Počet 11 (9,6 %) spolupracujících sester se domnívá, že pacient považuje roli sestry za klíčovou v procesu transplantační léčby. Dalších 73 (64,1 %) respondentů se domnívá, že jejich práce je vnímána pacientem jako nedílná součást procesu. Počet 19 (16,7 %) si myslí, že jejich práce je pacientem považovaná za povinnost.

Tabulka 27: Nejčastější způsob edukace pacienta v procesu transplantace

Způsob edukace pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Diskuze	26	13,0	22,8	22,8
Odkaz na relevantní zdroje informací	15	7,5	13,2	36,0
Forma otázek a odpovědí	41	20,5	36,0	72,0
Odkaz na lékaře	32	16,0	28,0	100,0
Žádná edukace	0	0,0	0,0	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Z celkového počtu 114 (100,0 %) respondentů jich nejčastěji volí edukaci formou otázek a odpovědí 41 (36,0 %) sester, pro 26 (22,8 %) je přijatelnější forma diskuze s pacientem. Počet 15 (13,2 %) doporučí pacientovi relevantní zdroj informací a 32 (28,0 %) respondentů nejčastěji odkáže nemocného na lékaře.

Tabulka 28: Dodržování léčebného režimu pacientem

Dodržování léčebného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Ano	4	2,0	3,5	3,5
Většinou ano	88	44,0	77,2	80,7
Většinou ne	17	8,5	14,9	95,6
Nevím	5	2,5	4,4	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Počet 4 (3,5 %) dotázaných sester se domnívá, že pacient v procesu transplantace léčebný režim dodržuje, 88 (77,2 %) se domnívá, že ho většinou dodržuje. Názor, že nemocný léčebný režim nedodržuje, má 17 (14,9 %) respondentů a 5 (4,4 %) uvádí, že neví.

Tabulka 29: Nejčastěji požadovaná oblast edukace ze strany pacienta v procesu transplantace

Požadovaná oblast edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výživa	30	15,0	26,3	26,3
Pohybový režim	28	14,0	24,6	50,9
Pitný režim	23	11,5	20,2	71,1
Farmakoterapie	32	16,0	28,0	99,1
Jiné	1	0,5	0,9	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Podle 30 (26,3 %) respondentů požaduje nejčastěji pacient v procesu transplantace edukaci v oblasti výživy, 28 (24,6 %) se domnívá, že pacient nejvíce požaduje poučit v oblasti pohybového režimu. Počet 23 (20,2 %) respondentů uvádí jako nejvíce požadovanou oblast edukace ohledně pitného režimu a 32 (28,0 %) dotázaných má tu zkušenost, že nemocný potřebuje nejčastěji poučit v souvislosti s farmakoterapií. 1 (0,9 %) respondentka odpověděla, že nemocný často žádá edukaci i v jiné oblasti, v tomto případě šlo o péči o přístroj mechanické srdeční podpory, kterou měl nemocný implantovaný v období před transplantací.

Tabulka 30: Nejčastěji nedodržovaná oblast léčebného režimu ze strany pacienta v procesu transplantace

Nedodržovaná oblast léčebného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Výživa	13	6,5	11,4	11,4
Farmakoterapie	26	13,0	22,8	34,2
Pitný režim	5	2,5	4,4	38,6
Abúzus nikotinu	63	31,5	55,2	93,8
Abúzus alkoholu	2	1,0	1,8	95,6
Pohybový režim	5	2,5	4,4	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

V odpovědích týkajících se nedodržení léčebného režimu pacientem, který se nachází v procesu transplantace, se 13 (11,4 %) respondentů vyjádřilo, že nejčastěji dochází k porušování režimu v oblasti výživy, 26 (22,8 %) respondentů považuje za nejvíce porušovanou oblast farmakoterapie a 5 (4,4 %) respondentů oblast pitného režimu. Dle názoru 63 (55,2 %) sester porušuje nejčastěji pacient léčebný režim abúzem nikotinu a 2 (1,8 %) dotázané sestry se domnívají, že pacient porušuje léčebný režim abúzem alkoholu. Počet 5 (4,4 %) respondentů vnímá porušování léčebného režimu pacientem v procesu transplantace v oblasti pohybového režimu.

Tabulka 31: Motivace pro dodržování léčebného režimu transplantovaným pacientem

Motivace pro dodržování režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Nová šance na kvalitnější život	58	29,0	50,9	50,9
Zdravotní stav	45	22,5	39,5	90,4
Dohled lékařů	7	3,5	6,1	96,5
Dohled rodiny	4	2,0	3,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Nejčastěji si dotázaní respondenti myslí, že pro pacienta je největší motivací při dodržování léčebného režimu šance na kvalitnější život, toto se domnívá 58 (50,9 %) respondentů z celkového počtu 114 (100,0 %). Pro 45 (39,5 %) dotázaných sester je pro pacienta motivací uvědomělost vlastního zdravotního stavu. Počet 7 (6,1 %) respondentů se domnívá, že motivací pro dodržování léčebného režimu pro pacienta je dohled lékařů a podle 4 (3,5 %) respondentů jde spíše o dohled rodiny.

Tabulka 32: Názor na dodržování léčebného režimu transplantovaným pacientem

Dodržování léčebného režimu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Relativní četnost validní	Kumulativní součty relativní
Dodržuje ho svědomitěji	42	21,0	36,8	36,8
Nepřemýšlím nad tím	43	21,5	37,7	74,5
Nedodržuje ho svědomitěji	29	14,5	25,5	100,0
Celkem	114	57,0	100,0	
Vyřazeno	86	43,0		
Distribuce celkem	200	100		

Počet 42 (36,8 %) se celkově domnívá, že pacient nacházející se v procesu transplantace dodržuje léčebný režim svědomitěji než jiný pacient. Takřka shodný počet, 43 (37,7 %) uvádí,

že nad tím nepřemýšlí. Počet 29 (25,5 %) respondentů se naopak domnívá, že takový pacient léčebný režim svědomitěji nedodrží.

Kontingenční tabulka 1 Věk respondentů ve vztahu ke specifičnosti práce s transplantovanými pacienty

		Je naprosto specifická	Příliš se neliší od jiných oborů	Je stejná jako v jiných oborech	Celkem
Věková kategorie respondentů	21-30 let	21	32	1	54
	31-40 let	26	18	3	47
	41-50 let	6	3	0	9
	51-60 let	4	0	0	4
	Celkem	57	53	4	114
Počet % ze všech	21-30 let	38,9 %	59,3 %	1,8 %	100,0 %
	31-40 let	55,3 %	38,3 %	6,4 %	100,0 %
	41-50 let	66,7 %	33,3 %	0,0 %	100,0 %
	51-60 let	100,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Celkem	50 %	46,5 %	3,5 %	100,0 %

Jako naprosto specifickou hodnotí péči o pacienty v procesu transplantace respondenti ve věkové kategorii 31 – 40 let a to v počtu 26 (55,3 %). Takto svou práci vnímají nejvíce také respondenti ve věkové kategorii 51 – 60 let. Svou práci vnímají jako naprosto specifickou 4 (100,0 %) respondenti tohoto věku. Tento názor naopak nesdílejí respondenti ve věkové kategorii 21 – 30 let a sice v počtu 32 (59,3), kteří se domnívají, že péče o tyto pacienty se od ostatních oborů příliš neliší.

Tabulka 2 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	12,566	0,0505
Pearson	10,851	0,0931

Zpracovaná data neprokázala významný vztah mezi věkovou kategorií a specifičností ošetrovatelské péče poskytované pacientům v procesu transplantace.

Kontingenční tabulka 3 Věk respondentů ve vztahu k volbě pracoviště transplantační chirurgie

		Atraktivita	Náhoda	Byla přidělena	Nevím	Celkem
Věková kategorie respondentů	21-30 let	14	11	27	2	54
	31-40 let	10	3	33	1	47
	41-50 let	0	1	7	1	9
	51-60 let	2	1	1	0	4
	Celkem	26	16	68	4	114
Počet % ze všech	21-30 let	25,9 %	20,4 %	50,0 %	3,7 %	100,0 %
	31-40 let	21,3 %	6,4 %	70,2 %	2,1 %	100,0 %
	41-50 let	0,0 %	11,1 %	77,8 %	11,1 %	100,0 %
	51-60 let	50,0 %	25,0 %	25,0 %	0,0 %	100,0 %
	Celkem	22,8 %	14,0 %	59,6 %	3,6 %	100,0 %

Při hodnocení vztahu věkové kategorie respondentů a jejich motivu volby pracoviště transplantační chirurgie vyplynulo, respondentům ve věku 41 -50 let byla tato práce nejčastěji přidělena a sice v počtu 33 (77,8 %). Respondenty ve věku 21 – 30 let nejčastěji lákala atraktivita oboru a to v počtu 14 (25,9 %). Počtu 27 (50,0 %) respondentů ve stejné věkové kategorii byla práce na pracovišti transplantační chirurgie rovněž přidělena.

Tabulka 4 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	14,225	0,1146
Pearson	12,438	0,1897

Na našich datech ohledně souvislosti věku a motivu volby transplantačního pracoviště jsme neprokázali žádný vztah.

Kontingenční tabulka 5 Věk respondentů ve vztahu k ocenění sesterské práce pacientem

Věková kategorie respondentů		Ano	Ne	Je to samozřejmost	Celkem
	21-30 let	23	6	25	54
31-40 let	15	6	26	47	
41-50 let	2	0	7	9	
51-60 let	2	1	1	4	
Celkem	42	13	59	114	
Počet % ze všech	21-30 let	42,6 %	11,1 %	46,3 %	100,0 %
	31-40 let	31,9 %	12,8 %	55,3 %	100,0 %
	41-50 let	22,2 %	0,0 %	77,8 %	100,0 %
	51-60 let	50,0 %	25,0 %	25,0 %	100,0 %
	Celkem	36,8 %	11,4 %	51,8 %	100,0 %

Pocit ocenění ze strany pacienta v procesu transplantace nejčastěji vnímají respondenti ve věkové kategorii 21 – 30 let a to v počtu 23 (42,6 %) dotázaných. Podobný počet 25 (46,3 %) se domnívá, že pacient bere práci sestry jako samozřejmost. Pocit samozřejmosti ze strany těchto pacientů vnímá i 26 (55,3 %) respondentů věkové kategorie 31 – 40 let. Počet 6 (11,1 %) respondentů ve věku 21 – 30 let a počet 6 (12,8 %) z věkové kategorie 31 – 40 let pocit ocenění ze strany svěřených pacientů nevnímá vůbec.

Tabulka 6 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	6,316	0,3888
Pearson	5,417	0,4916

Výzkumné šetření neprokázalo vztah mezi věkovým složením respondentů a vnímáním pocitu ocenění ze strany pacientů v procesu transplantace.

Kontingenční tabulka 7 Věk respondentů ve vztahu k ocenění sesterské práce lékaři

		Ano	Ne	Je to samozřejmost	Celkem
Věková kategorie respondentů	21-30 let	11	10	33	54
	31-40 let	8	13	26	47
	41-50 let	0	0	9	9
	51-60 let	0	2	2	4
	Celkem	19	25	70	114
Celkem % ze všech	21-30 let	20,4 %	18,5 %	61,1 %	100,0 %
	31-40 let	17,0 %	27,7 %	55,3 %	100,0 %
	41-50 let	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %
	51-60 let	0,0 %	50,0 %	50,0 %	100,0 %
	Celkem	16,7 %	21,9 %	61,4 %	100,0 %

Porovnáme-li věk respondentů a pocit ocenění jejich práce tentokrát ze strany spolupracujících lékařů zjistíme, že nejvíce respondentů se domnívá, že lékař bere jejich práci jako samozřejmost. Toto se domnívá 33 (61,1 %) respondentů ve věkové kategorii 21 – 30 let.

Stejný názor má i 26 (55,3 %) respondentů ve věkové kategorii 31 – 40 let. Počet 11 (20,4 %) respondentů ve věku 21 – 30 let pocit ocenění ze strany lékaře vnímá. Nejvíce záporných odpovědí na tuto otázku zaznělo u respondentů ve věkové kategorii 31 – 40 let a to v počtu 13 (27,7 %).

Tabulka 8 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	12,918	0,0444
Pearson	9,568	0,1441

Výzkumné šetření neprokázalo vztah mezi věkovou kategorií respondentů a pocitem ocenění práce sestry spolupracujícími lékaři.

Kontingenční tabulka 9 Věk respondentů ve vztahu k pocitu partnerského postavení sestry a lékaře při výkonu povolání

		Spíše ano	Spíše ne	Nelze	Celkem
Věková kategorie respondentů	21-30 let	8	28	18	54
	31-40 let	9	26	12	47
	41-50 let	1	5	3	9
	51-60 let	1	3	0	4
	Celkem	19	62	33	114
Počet % ze všech	21-30 let	14,8 %	51,9 %	33,3 %	100,0 %
	31-40 let	19,2 %	55,3 %	25,5 %	100,0 %
	41-50 let	11,1 %	55,6 %	33,3 %	100,0 %
	51-60 let	25,0 %	75,0 %	0,0 %	100,0 %
	Celkem	16,7 %	54,4 %	28,9 %	100,0 %

Při porovnání názoru na partnerské postavení sestry a lékaře při výkonu povolání zjistíme, že nejméně se takto cítí respondenti ve věkové kategorii 21 – 30 let a to v počtu 28 (51,9 %) dotázaných, kteří jsou následováni ve svém názoru počtem 26 (55,3 %) respondentů ve věku 31 – 40 let. Partnerském postavení s lékařem při výkonu svého povolání se cítí být pouze 8

14,8 %) respondentů ve věkové kategorii 21 – 30 let spolu s 9 (19,1 %) respondentů věkové kategorie 31 – 40 let. Počet 18 (33,3 %) respondentů ve věku 21 – 30 let se dokonce domnívá, že v takovém postavení sestry být nemohou. Stejného názoru je i 12 (25,5 %) respondentů ve věku 31 – 40 let.

Tabulka 10 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	3,880	0,6929
Pearson	2,770	0,8371

Naše data neprokázal vztah mezi věkovou kategorií sester a partnerským postavením sestry a lékaře při výkonu povolání.

Kontingenční tabulka 11 Vzdělání sester ve vztahu k potřebě zvláštních dovedností

		Ano	Ne	Nevím	Celkem
Vzdělání respondentů	SZŠ	33	4	2	39
	VOŠ	24	5	1	30
	VŠ	27	1	0	28
	PSS	15	1	1	17
	Celkem	99	11	4	114
Počet % ze všech	SZŠ	84,6 %	10,3 %	5,1 %	100,0 %
	VOŠ	80,0 %	16,7 %	3,3 %	100,0 %
	VŠ	96,4 %	3,6 %	0,0 %	100,0 %
	PSS	88,2 %	5,9 %	5,9 %	100,0 %
	Celkem	86,8 %	9,6 %	3,6 %	100,0 %

Procentuelní část kontingenční tabulky ukazuje, že potřebu zvláštních dovedností potřebných pro svou práci vnímá počet 33 (84,6 %) respondentů, kteří vystudovali střední zdravotnickou školu. Stejný názor má i 27 (96,4 %) sester s vysokoškolským vzděláním. Potřebu zvláštních dovedností naopak popírá počet 5 (16,7 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním.

Tabulka 12 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	5,903	0,4341
Pearson	4,902	0,5565

Při zpracování dat nebyl prokázán vztah mezi vzděláním respondentů a jejich potřebou zvláštních dovedností při práci s pacienty v procesu transplantace.

Kontingenční tabulka 13 Vzdělání respondentů ve vztahu k pocitu ocenění ze strany pacientů

Vzdělání respondentů		Ano	Ne	Je to samozřejmost	Celkem
		SZŠ	11	5	23
VOŠ		14	1	15	30
VŠ		11	4	13	28
PSS		6	3	8	17
Celkem		42	13	59	114
Počet % ze všech	SZŠ	28,2 %	12,9 %	58,9 %	100,0 %
	VOŠ	46,7 %	3,3 %	50,0 %	100,0 %
	VŠ	39,3 %	14,3 %	46,4 %	100,0 %
	PSS	35,3 %	17,7 %	47,0 %	100,0 %
	Celkem	36,8 %	11,4 %	51,8 %	100,0 %

Kontingenční tabulka ukazuje, že pocit ocenění ze strany pacienta v procesu transplantace pociťuje 14 (46,7 %) respondentů s vystudovanou vyšší odbornou školou. Shodný názor má i 11 (28,2 %) respondentů se střední zdravotnickou školou a 11 (39,3 %) s vysokoškolským vzděláním. Pocit samozřejmosti ze strany těchto pacientů naopak nejvíce vnímá počet 23 (58,9 %) respondentů se střední zdravotnickou školou.

Tabulka 14 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	5,401	0,4935
Pearson	4,836	0,5650

Výzkumné šetření neprokázalo vztah vzdělání respondentů a vnímání pocitu ocenění ze strany angažovaných pacientů.

Kontingenční tabulka 15 Vzdělání respondentů ve vztahu k pocitu ocenění ze strany spolupracujících lékařů

		Ano	Ne	Je to samozřejmost	Celkem
Vzdělání respondentů	SZŠ	9	5	25	39
	VOŠ	5	9	16	30
	VŠ	3	6	19	28
	PSS	2	5	10	17
	Celkem	19	25	70	114
Počet % ze všech	SZŠ	23,1 %	12,8 %	64,1 %	100,0 %
	VOŠ	16,7 %	30,0 %	53,3 %	100,0 %
	VŠ	10,7 %	21,4 %	67,9 %	100,0 %
	PSS	11,8 %	29,4 %	58,8 %	100,0 %
	Celkem	16,7 %	21,9 %	61,4 %	100,0 %

Pocit samozřejmosti ze strany spolupracujících lékařů nejčastěji vnímá počet 19 (67,9 %) respondentů s vysokoškolským vzděláním. Stejného názoru je i počet 25 (53,3 %) respondentů se střední zdravotnickou školou. Počet 9 (30 %) z počtu respondentů s vyšším odborným vzděláním pocit ocenění ze strany spolupracujících lékařů nevnímá vůbec.

Tabulka 16 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	5,325	0,5029
Pearson	5,179	0,5211

Ve výzkumné šetření se neprokázal vztah mezi vzděláním respondentů a pocitem ocenění práce sestry spolupracujícími lékaři.

Kontingenční tabulka 17 Vzdělání respondentů ve vztahu k pocitu partnerského postavení

		Spíše ano	Spíše ne	Nelze	Celkem
Vzdělání respondentů	SZŠ	7	16	16	39
	VOŠ	5	17	8	30
	VŠ	6	17	5	28
	PSS	1	12	4	17
	Celkem	19	62	33	114
Počet % ze všech	SZŠ	18,0 %	41,0 %	41,0 %	100,0 %
	VOŠ	16,7 %	56,7 %	26,6 %	100,0 %
	VŠ	21,4 %	60,7 %	17,9 %	100,0 %
	PSS	5,9 %	70,6 %	23,5 %	100,0 %
	Celkem	16,7 %	54,4 %	28,9 %	100,0 %

V partnerském postavení vedle lékaře při výkonu svého povolání se cítí být 7 (18,0 %) respondentů se střední zdravotní školou. Opak vnímá počet 16 (41,0 %) respondentů ze stejné kategorie dosaženého vzdělání a také počet 17 (56,7 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním. Stejně záporný názor má i počet 17 (60,7 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů. Počet těch respondentů, kteří se domnívají, že sestra v partnerském postavení být nemůže, je nejvíce zastoupen v kategorii sester se střední školou a sice v počtu 16 (41 %).

Tabulka 18 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	7,704	0,2606
Pearson	7,323	0,2920

Při zpracování dat se neprokázal vztah mezi vzděláním respondentů a názorem na partnerské postavení sestry a lékaře při výkonu povolání.

Kontingenční tabulka 19 Vzdělání respondentů ve vztahu k vnímání důležitosti vlastní role

		Ano	Je to nedílná součást	Je to povinná samozřejmost	Celkem
Vzdělání respondentů	SZŠ	10	28	1	39
	VOŠ	7	23	0	30
	VŠ	9	18	1	28
	PSS	3	14	0	17
	Celkem	29	83	2	114
	Počet % ze všech	SZŠ	25,6 %	71,8 %	2,6 %
	VOŠ	23,3 %	76,7 %	0,0 %	100,0 %
	VŠ	32,1 %	64,3 %	3,6 %	100,0 %
	PSS	17,6 %	82,4 %	0,0 %	100,0 %
	Celkem	25,4 %	72,8 %	1,8 %	100,0 %

Kontingenční tabulka vyjadřuje, jak jednotliví respondenti s odlišným stupněm vzdělání hodnotí svou roli v péči o pacienta v procesu transplantace. Svou roli vnímá jako nedílnou součást počet 28 (71,8 %) respondentů se střední zdravotnickou školou. Stejný názor na vlastní působení má i 23 (76,7 %) respondentů s vyšším odborným vzděláním. Téhož názoru je i počet 14 (82,4 %) respondentů s pomaturitním specializačním vzděláním. Jen 1 (2,6 %) respondent z řad sester se střední zdravotnickou školou a 1 (3,6 %) respondent s vysokoškolským vzděláním se domnívá, že jeho role je povinná samozřejmost.

Tabulka 20 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	3,707	0,7163
Pearson	3,009	0,8077

Vztah mezi věkovou kategorií respondenta a vnímání vlastního působení v péči o pacienta v procesu transplantace nebyl výzkumným šetřením prokázán.

Kontingenční tabulka 21 Délka praxe respondentů ve vztahu k přístupu k aktivnímu vzdělávání

		Ano	Ne	Celkem
Délka praxe respondentů	1-5 let	64	14	78
	6-10 let	6	1	7
	11-20 let	18	4	22
	21-30 let	4	0	4
	více než 30 let	3	0	3
	Celkem	95	19	114
Počet % ze všech	1-5 let	82,0 %	18,0 %	100,0 %
	6-10 let	85,7 %	14,3 %	100,0 %
	11-20 let	81,8 %	18,2 %	100,0 %
	21-30 let	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	více než 30 let	100,0 %	0,0 %	100,0 %
	Celkem	83,3 %	16,7 %	100,0 %

Tabulka ukazuje, že aktivní přístup ke vzdělání vyjadřuje 64 (82,0 %) respondentů pracujících v rozmezí 1 – 5 let. Respondenti o délce praxe 11 – 20 let uvádí aktivní přístup ke vzdělávání v dané problematice v 18 (81,8 %) případech. Záporný postoj má naopak 14 (18 %) respondentů působících v praxi 1 – 5 let.

Tabulka 22 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	2,708	0,6078
Pearson	1,557	0,8165

Zpracovaná data neprokazují vztah mezi délkou praxe a přístupem k aktivnímu vzdělávání.

Kontingenční tabulka 23 Délka praxe respondentů ve vztahu k pocitu partnerského postavení s lékařem

		Spíše ano	Spíše ne	Nelze	
Délka praxe respondentů	1-5 let	13	38	27	78
	6-10 let	1	4	2	7
	11-20 let	5	15	2	22
	21-30 let	0	3	1	4
	více než 30 let	0	2	1	3
	Celkem	19	62	33	114
Počet % ze všech	1-5 let	16,7 %	48,7 %	34,6 %	100,0 %
	6-10 let	14,3 %	57,1 %	28,6 %	100,0 %
	11-20 let	22,7 %	68,2 %	9,1 %	100,0 %
	21-30 let	0,0 %	75,0 %	25,0 %	100,0 %
	více než 30 let	0,0 %	66,7 %	33,3 %	100,0 %
	Celkem	16,7 %	54,4 %	28,9 %	100,0 %

Kontingenční tabulka ukazuje souvislost délky praxe a partnerského postavení sestry a lékaře při výkonu svého povolání. Nejméně se tak cítí respondenti působící v praxi 21 – 30 let a to v počtu 3 (75,0 %). Respondenti pracující 1 – 5 let se nejčastěji domnívají, že sestra v takovém postavení být nemůže a to v počtu 27 (34,6 %).

Tabulka 24 Chi-Square Test

Test	ChiSquare	Prob>ChiSq
Likelihood Ratio	9,309	0,3169
Pearson	7,215	0,5136

Na získaných datech se neprokázal vztah mezi délkou praxe a partnerským postavením sester a lékařů při výkonu povolání.

5 Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zmapovat situaci v oblasti poskytování ošetrovatelské péče pacientům, kteří se nacházejí v některé z fází komplexního procesu transplantace. Zmapovat specifika práce všeobecné sestry v dynamicky se rozvíjejícím se oboru transplantální medicíny, která bývá často poslední možností, jak nemocnému člověku zkvalitnit či přímo zachránit život. Cílem bylo zjistit, v jaké pozici se sestra v tomto oboru nachází, jaké je její postavení a role nejen z pohledu pacienta nacházejícího se v komplexním procesu transplantace, ale také z pohledu sestry samotné.

V kvantitativní části výzkumného šetření byla zkoumána problematika práce sestry v procesu transplantace. Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkumné šetření byly všeobecné sestry působící na pracovištích transplantální medicíny. Vzhledem k relativně nízkému počtu takto zaměřených pracovišť bylo distribuováno poměrně limitované množství dotazníků. Požádána o spolupráci byla transplantální centra v ČR, kam byly zaslány či odevzdány anonymní dotazníky sestrám, jejichž péče se orientuje na pacienty před nebo po transplantaci.

Jak uvádí Farkašová (2006), ošetrovatelství je povoláním žen. Avšak i do této feminizované profese pronikají muži. Úvodní otázka dotazníku mapovala zastoupení mužů a žen v tomto oboru. Jak ukazuje tabulka 1, naprostou většinu dotazovaných respondentů ve výzkumném souboru tvoří ženy a to celých 99,1 %. Výzkumného šetření se účastnil jeden jediný muž. V identifikační části dotazníku bylo zjišťováno věkové zastoupení respondentů působících na transplantálních pracovištích. Nejvíce byla zastoupena věková kategorie 21 – 30 let, která tvoří necelou polovinu (47,7 %) z celkového počtu dotazovaných respondentů. Nejméně bylo respondentů ve věku 51 – 60 let, tito byly pouze 4. Věková kategorie nad 60 let se ve výzkumném souboru nevyskytla vůbec, stejně tak věková kategorie do 20 let (tabulka 2). Dalším faktorem, který byl za pomoci dotazníku mapován, bylo nejvyšší dosažené vzdělání dotazovaných sester. Nejvíce bylo sester s vystudovanou střední zdravotnickou školou a sice třetina (34,2 %) z celkového počtu. Následoval počet 26 % sester s vyšším odborným vzděláním. Téměř shodný počet tvořila skupina sester, které mají oprávnění užívat některý z vysokoškolských titulů, a to dohromady v necelé třetině z celkového počtu. Počet 17,5 % bylo sester s bakalářským titulem a 7 % s magisterským titulem (tabulka 4). Sester, které absolvovaly některý z oborů pomaturitního specializačního studia bylo celkem 14,9 %. Jak ukazuje tabulka 4, nejčastěji sestry absolvovaly pomaturitní specializační studium v oboru anesteziologicko resuscitační péče a to ve 12 případech z celkového počtu. Sledovaným

aspektem byla i délka praxe zúčastněných respondentů. Ve výzkumném souboru se nenašel ani jeden respondent, který by na transplantačním pracovišti pracoval méně než 1 rok. Nejvíce bylo respondentů, kteří pracují v rozmezí 1 – 5 let, těch bylo 68,4 %. Služebně nejstarších sester, s praxí delší než 30 let byla pouze necelá 3 % (tabulka 5). Absolutně všechny zúčastněné sestry působí při výkonu svého povolání na lůžkovém oddělení (tabulka 6) a tři čtvrtiny jich pracuje na oddělení transplantační chirurgie. Necelá čtvrtina respondentů pracuje na kardiochirurgických odděleních (tabulka 7). Naprosto všechny zúčastněné sestry při výkonu svého povolání poskytují ošetrovatelskou péči pacientům, kteří se nacházejí aktuálně v procesu transplantace, čímž byl naplněn smysl výzkumného šetření, které bylo na tyto sestry orientované (tabulka 8). Podíl těchto pacientů se ve skladbě nemocných mírně lišil, jak ukazuje tabulka 9. Třetina sester uvedla, že tito pacienti, nacházející se v procesu transplantace tvoří podíl všech nemocných, kteří se nacházejí v jejich péči. Pro 42 % respondentů tvoří tito nemocní většinu a čtvrtina dotazovaných se s nimi setkává v menší míře.

Jak uvádí Kracíková (2011) sestra musí nabývat stále nových dovedností a znalostí, které jsou od nich přirozeně vyžadovány, aby byl dosažen a udržen standard ošetrovatelské péče. Tabulka 10 ukazuje, jak samotné sestry ve své práci vnímají potřebu zvláštních znalostí. Potřebu uznává takřka většina, celých 87 % dotázaných z celkového počtu. Jen malá část 3,5 % si myslí, že zvláštní znalosti pro svou práci nepotřebují. Jak ukazuje kontingenční tabulka 11 nejvíce si potřebu zvláštních znalostí uvědomují respondenti, kteří absolvovali vysokou školu. Dále tato tabulka odhaluje, že zvláštní znalosti pro práci v tomto oboru jsou nejméně potřebné pro respondenty s vyšší odbornou školou, tento dojen má necelých 17 % z takto vzdělaných sester. Jak uvádí Beďaniková (2013), pouze systematické vzdělávání může sestře zajistit odbornou úroveň. Výzkumné šetření se zaměřilo i na postoj sester k aktivnímu vzdělávání v oboru, ve kterém pracují. Jak uvádí Kolář (2009) předpokladem správného a samostatného jednání sestry, na který se klade důraz v moderním ošetrovatelství je hluboká znalost oboru. Tabulka 11 ukazuje, že podstatná část dotázaných respondentů (83 %) se snaží aktivně vzdělávat, zatímco zbytek nikoliv. Jak ukazuje kontingenční tabulka 21, aktivně se vzdělávají sestry v podstatě bez ohledu na délku praxe. Počty sester v kategoriích délky praxe od 1 až do 20 let, které se aktivně vzdělávají se pohybují kolem 80 % v každé kategorii. Sestry, které působí v praxi déle než 30 let přiznaly aktivní přístup ke vzdělávání dokonce ve 100 %. Sestry se nejčastěji vzdělávají formou samostudia, dále navštěvují semináře a konference související s danou problematikou (graf 1). Potřebují-li si doplnit informace v tomto oboru, zasedají nejčastěji k vyhledávači internetu a to v 84,2 %. Pro 10,5 % jsou nejčastějším

zdrojem informací časopisy a články a zbytek vyhledává odborné knihy a brožury (tabulka 14). Jak uvádí Beďaniková (2013), každá situace v ošetrovatelství nabízí nespočetné množství příležitostí ke vzdělání a pokud sestra nepodléhá rutině, hledá informace ze všech dostupných zdrojů. Zeptali jsme se sester z oboru transplantální medicíny, zda mají dle svého názoru dostatek možností ke vzdělávání. Více než tři čtvrtě (81,6 %) respondentů se domnívá, že možností vzdělávat se ve svém oboru má dostatek (tabulka 12). Nadpoloviční většina dotázaných respondentů shledává dostatek informací v českém jazyce (tabulka 13).

Tabulka 15 mapuje postoj sester k vlastní práci při poskytování ošetrovatelské péče pacientů v procesu transplantace. Tabulka ukazuje, že podobné množství respondentů si ve svém názoru poněkud oponuje: přesně polovina dotázaných si myslí, že tato práce je naprosto specifická a jen o pár respondentů méně (46,5 %) si myslí, že se příliš neliší od péče o pacienty v jiných oborech. Nahlédneme-li do kontingenční tabulky 1 zjistíme, že práci považují za stejnou zejména mladé sestry ve věkové kategorii 21 – 30 let. Takto smýšlejících sester, které ovšem nemohou mít příliš možnost objektivně srovnávat, je téměř 60 %. Na potřebě zvláštního psychologického přístupu, se kterým je nutno o pacienty v procesu transplantace pečovat se většina respondentů shoduje bez výhrad (tabulka 16). Při poskytování ošetrovatelské péče pacientům, kteří jsou před nebo po transplantaci vychází větší polovina respondentů z vypracovaných standardů ošetrovatelské péče. Necelá čtvrtina (22,8 %) se obrací na zkušenější kolegyně, zatímco malý počet (3,5 %) dotázaných vykonává to, co nakáže lékař (tabulka 17). Jak uvádí Farkašová (2006), ošetrovatelství jako obor musí být vědecky podložené. Teorie umožňuje iniciovat a realizovat výzkum, ze kterého lze vycházet v praxi. Proto jedna z otázek v dotazníku zjišťovala, zda sestry v tomto specifickém a dynamicky se rozvíjícím oboru považují ošetrovatelský výzkum za potřebný. Ukázalo se, že nadpoloviční většina dotázaných nad potřebou ošetrovatelského výzkumu vůbec nepřemýšlí. Tento názor vyjádřilo 58,7 % z celkového počtu. Pouze necelá desetina (9 %) ze všech dotázaných přikládá v oboru transplantologie váhu ošetrovatelskému výzkumu.

Jak uvádí výstižně Kracíková (2011), sestra musí zvládnout složité ošetrovatelské výkony, obsluhovat zdravotnickou techniku, která se neustále a rychle vyvíjí a zdokonaluje, ale zároveň při tom nesmí opomíjet svou primární úlohu, kterou je a vždy bude ošetrovatelská péče o nemocného. Proto se nabízí otázka, zda sestra v tomto rychle se vyvíjícím se oboru transplantální medicíny nepodléhá kultu technologie, který by mohl svých rychlým vývojem poněkud zastínit holistickou bytost nemocného. Tabulka 19 objasňuje, že tři čtvrtiny dotázaných sester stále nachází potěšení z ošetřování nemocných. Avšak pro čtvrtinu je to už pouhá rutina. Tento obor shledalo atraktivním téměř 23 % respondentů a proto si tuto práci

zvolili. Avšak pro více než polovinu (59,6 %) to byla naprostá náhoda (tabulka 20). Zpětná vazba je velmi důležitá v každém odvětví a v práci s lidmi obzvlášť. Proto jedna z otázek směřovala tímto směrem. Větší polovina dotázaných sester vnímá ze strany svých pacientů místo pocitu ocenění spíše pocit samozřejmosti, ze strany spolupracujících lékařů je to ještě více (tabulka 22). Jedním z rysů moderního ošetrovatelství je mimo jiné postavení sestry, která se postupem doby dostává do partnerského postavení. Samotné sestry však tento fakt vidí poněkud skepticky. Více než polovina se v takovém postavení při výkonu svého povolání být necítí. Téměř třetina sester se dokonce vyjádřila, že partnerské postavení sestry a lékaře není možné (tabulka 23). Jak ukazuje kontingenční tabulka 9 ohledně partnerského postavení, nejčastěji jsou v tomto ohledu pesimistické sestry ve věkových kategoriích 21 – 30 let a 31 – 40 let a to v podobném nadpolovičním počtu. Jak uvádí Vytejková (2011) i Farkašová (2006) každá sestra zastává ve své profesi celou řadu rolí, které jsou ovlivněny změnami v systému zdravotní péče, novými poznatky, vývojem technologií a dalšími tendencemi, v jejichž souvislosti se mění i role sester. Přestože Plevová (2011) uvádí nepopiratelný fakt, že sestra tvoří odjakživa nejpočetnější složku v systému zdravotní péče a má v tomto systému své nezastupitelné místo, zdá se být sebevědomí sester poněkud jiné. Sestry se vnímají nejčastěji jako ošetrovatelky a to v celých 94 % a svou úlohu v procesu transplantace vnímají tři čtvrtiny respondentů jako nedílnou součást celého procesu. Pouze jedna čtvrtina svou roli v procesu transplantace vnímá jako zcela zásadní (tabulka 24 a 25).

Farkašová (2006) říká, že jedna z mnoha rolí sestry je role edukátorky, kdy sestra napomáhá utvářet a formovat uvědomělé chování a jednání jedince v zájmu podpory a zachování zdraví. Jak ukazuje již zmíněná tabulka 24, edukátorka není role, ve které by se dotazované sestry cítily být, neboť tuto možnost neoznačil ani jeden z dotazovaných respondentů. Jak ale dokazuje tabulka 27, sestry stejně při své práci tuto roli zastávají. Jak říká Zacharová ((2007), edukaci nelze chápat pouze jako výchovu, ale spíše jako formu nabídky pomoci. Dotazované sestry nejčastěji edukují pacienta v procesu transplantace formou otázek a odpovědí, tento způsob volí více než třetina dotázaných. Avšak více než čtvrtina (28 %) dotazovaných sester nemocného odkáže na lékaře. Necelá čtvrtina (22,8 %) edukuje nemocného formou diskuze. Procentuální vyjádření v tabulce 29 ukazuje poměrně vyrovnané oblasti edukace, které pacient nejčastěji žádá. Jak uvádí Transplantační akční plán Ministerstva zdravotnictví pro rok 2011, transplantace bývá pro řadu nemocných posledním možným léčebným postupem, který jim může zachránit život. Jak ale uvádí Baláž (2011) a Koordinační středisko transplantací tento fakt potvrzuje, nabídka životně důležitých orgánů je skrovná, což dokazují dlouhé čekací listiny plné nemocných lidí. Považuje si tedy nemocný

v procesu transplantace možnosti, která se mu nabízí v podobě zkvalitnění života? Motivuje ho tedy šance na kvalitnější život k dodržování léčebného režimu? Polovina dotázaných sester se domnívá, že ano. Další velká část respondentů a sice v počtu 39,5 % vidí hlavní motivaci nemocného k dodržování léčebného režimu v pacientově zdravotním stavu (tabulka 31). Přesto však sestry z transplantačních pracovišť, které se účastnily tohoto výzkumného šetření uvádí, že pacient v procesu transplantace nejčastěji porušuje léčebný režim kouřením. Tento postřeh vyjádřila více než polovina respondentů. Necelá čtvrtina (22,8 %) vidí porušování léčebného režimu u těchto pacientů zejména v oblasti farmakoterapie (tabulka 30). Všeobecně se pouze větší třetina (36,8 %) sester domnívá, že transplantovaný pacient dodržuje léčebný režim svědomitěji. Jako určitý náznak nezájmu a rutiny se mi jeví fakt, že téměř 38 % sester pracujících v transplantační medicíně ani nepřemýšlí nad tím, zda pacient v procesu transplantace vhodný léčebný režim vůbec dodržuje (tabulka 32).

Rozhovory, které probíhaly v rámci kvalitativního výzkumného šetření přinesly řadu pozitivních informací o tom, jak tito pacienti, kteří dostali šanci na kvalitnější život díky možnosti transplantace vnímají péči angažovaného personálu v oboru transplantační medicíny. Soubor tvořili pacienti, kteří mají vesměs bohaté zkušenosti s hospitalizacemi ve zdravotnických zařízeních a tudíž mají možnost srovnávat a hodnotit personál, se kterým se setkávali během vývoje svého onemocnění i v rámci procesu transplantace. Tito nemocní víceméně velmi pozitivně hodnotili práci všeobecných sester. Oceňují jejich znalosti a dovednosti, práci s technikou a uznávají, že to občas nemají jednoduché ani s pacienty. Sestry většinou nepaušalizují, uznávají, že každý člověk je jiného ražení. Ačkoliv považují práci sester někdy za složitou, uzavírají tito pacienti většinou diskuzi tím, že sestra si svou práci zvolila, je to její poslání a podobně. Rozhovory ukazují fakt, že si pacient velmi všímá i interpersonálních aspektů ve zdravotnickém týmu. Dokazují to slova o situaci, kdy například zkušenější sestra podrývala autoritu té mladší ironickými poznámkami o teorii z vysoké školy. Pozitivně byla ze strany pacientů hodnocena edukační a informační činnost sester, ovšem občas zazněl názor, že sestra radši odkáže na lékaře a podobně. Tato slova působila dojmem, že pacienti nerozlišují informace, ke kterým je sestra kompetentní a které už poskytovat nemůže. Zajímavý, ale ne neobvyklý byl názor pacientů na partnerství sestry a lékaře při výkonu povolání. Dle pacientů toto v praxi nefunguje a objevoval se i zajímavý názor, že v naší společnosti toto není příliš reálné. Pacienti velmi vyzdvihují roli lékařů a také koordinátorek odběru orgánů k transplantaci, které je provází celým procesem. Pokud by se dal na základě těchto rozhovorů sestavit pomyslný žebříček, byl by na absolutně prvním místě lékař, poté koordinátorka a pak sestra.

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat úlohu sestry v komplexním procesu transplantace a její postavení v multidisciplinárním týmu, který o pacienta v tomto náročném procesu pečuje. Považují samotné sestry svou práci v transplantačním oboru za důležitou a specifickou? Cítí potřebu zvláštních znalostí a mají dostatek možností k jejich získávání a prohlubování? Pociťují ocenění své práce ze strany pacientů a spolupracujících lékařů? Jak je jejich práce vnímána samotným příjemcem ošetrovatelské péče, tedy pacientem, který se nachází v některé fázi transplantačního procesu? Tyto otázky byly podkladem výzkumného šetření, které bylo realizováno kvalitativně kvantitativní výzkumnou metodou.

Ke kvalitativnímu výzkumnému šetření bylo využito rozhovorů s pacienty jednoho z transplantačních center. Tito pacienti byli hospitalizováni v souvislosti s diagnosticko-terapeutickou péčí před transplantací nebo již byli po výkonu náhrady orgánu. Z výsledků rozhovorů vyplývá, že pacient si práci sestry velmi váží, vnímá jejich znalosti a dovednosti i po stránce technické, ale partnerské postavení sestry a lékaře při výkonu sesterského povolání vidí spíše nereálně. V jejich hierarchii dominuje postavení lékaře, následuje koordinátor/ka odběru orgánů a transplantace, která má v celém procesu pro pacienta nezastupitelnou úlohu.

V kvantitativní části výzkumného šetření byla použita dotazníková metoda. Byly osloveny sestry z transplantačních centrech v České republice. Cílem bylo zjistit postoj k vlastní vykonávané práci a roli, kterou sestry zaujímají v komplexním procesu transplantace. Z výzkumného šetření pomocí dotazníků vyplynulo, že oslovené sestry v transplantačních centrech se cítí být spíše ošetrovatelkami, přestože vykonávají velmi specifickou péči o nemocného. Tímto se potvrdila hypotéza 1, která předpokládá, že práce sestry v oboru transplantační péče je naplněna vysokou mírou znalostí. Svou roli popisují jako nedílnou součást celého procesu, ale nepovažují jí za zásadní. Sestry svou úlohu a práci nevnímají jako vysoce hodnocenou pacientem v procesu transplantace, domnívají se, že pacient vnímá jejich práci jako povinně samozřejmou. Tímto se nepotvrdila hypotéza 2, která předpokládala, že sestry vnímají svou úlohu v ošetrovatelském procesu pacienta v procesu transplantace jako vysoce hodnocenou pacientem. Stejný pocit mají i ze strany spolupracujících lékařů, kteří vnímají dle jejich názoru sesterskou práci rovněž jako naprosto samozřejmou. Nepotvrdila se tedy ani hypotéza 3, která předpokládala, že sestry vnímají svou práci v komplexním procesu transplantace jako vysoce hodnocenou spolupracujícími lékaři.

Jak uvádí Farkašová (2006), všeobecně postavení sestry zaujímá ve společnosti určitou pozici, kterou do značné míry ovlivňuje image povolání a prestiž. Profese sestry se hodnotí

relativně vysoko a nezpochybňuje se jako důležitá součást systému zdravotní péče, stává se autonomním pracovníkem. Přesto jak Farkašová uvádí, její všeobecná představa o sesterském povolání se mění velmi pomalu a svou úlohu v tomto procesu změny mají sestry samotné. Domnívám se, že toto výzkumné šetření potvrzuje poněkud podřízené a nízké sebehodnocení sester a to, že se image sesterského povolání mění pozvolna.

7 Terminologie

ABO kompatibilita: kompatibilita v krevní skupině mezi dárce a příjemcem orgánu. ABO inkompatibilita dárce a příjemce vede k hyperakutní rejekci štěpu (s výjimkou transplantace jater, zde lze použít ABO inkompatibilní štěp zejména u urgentních transplantací).

Akcelerovaná akutní rejekce: nastupuje v období 1 týdne po transplantaci. Je slabší než hyperakutní, ale přesto v polovině případů vede ke zničení transplantovaného orgánu.

Akutní rejekce: je způsobena T lymfocyty příjemce v prvním roce po voperování orgánu, dobře reaguje na léčbu.

Alogenní transplantace: viz. alotransplantace

Alokace odebraného orgánu: znamená přidělení orgánu na základě výběru toho nejvhodnějšího příjemce.

Alotransplantace: přenos tkáně či orgánu mezi jedinci, kteří jsou stejného druhu. Tvoří většinu orgánových transplantací.

Autologní transplantace: viz. autotransplantace

Autotransplantace: přenos tkáně nebo reimplantaci orgánu stejnému jedinci. Autotransplantací rozumíme například transplantaci kůže.

Cross – match: nebo-li křížová zkouška, je reakce mezi lymfocyty dárce a sérem příjemce. Pokud je cross-match pozitivní, je transplantace neproveditelná.

Čekací doba: doba, po kterou je potenciální příjemce na listinu zařazen.

Dárce s „bijícím srdcem“ (Heart beating donor): zemřelý dárce, u kterého je prokázána smrt mozku, ale srdce funguje

Dárce s „nebijícím srdcem“ (Non heart beating donor): zemřelý dárce, u kterého je prokázána nezvratná zástava krevního oběhu.

Dárce: osoba, která orgán či tkáň pro transplantaci daruje.

Dárcovská nemocnice: nemocnice spadající do regionu transplantačního centra, informuje o přítomnosti potenciálního zemřelého dárce na oddělení tohoto zdravotnického zařízení.

Ektopické uložení orgánu: viz. heterotopická transplantace

Heterotopická transplantace: umístění transplantátu na jiné místo, než se nachází nahrazovaný orgán (tento typ transplantace se provádí například při transplantaci ledvin)

HLA: lidský leukocytární antigen, jsou to tzv. histokompatibilní antigeny rozhodující za imunitní reakce organismu na cizí antigen.

Hyperakutní rejekce: velmi rychlá a intenzivní, vzniká už v průběhu operace a už během několika hodin dojde ke zničení štěpu.

Chronická rejekce: pozvolná ztráta funkce štěpu, bývá hlavní příčinou ztráty transplantátu po druhém roce po transplantaci. Mechanismus chronické rejekce není přesně objasněn a není léčebně ovlivnitelný.

Imunosuprese: utlumení imunitní reakce organismu na transplantovaný orgán nebo tkáň.

Indukční imunosuprese: velmi intenzivní léčba v brzkém období po provedené transplantaci, aby se předešlo rejekci štěpu.

Izotransplantace: přenos orgánu nebo tkáně mezi jedinci, kteří disponují identickou genetickou výbavou, tedy mezi jednovaječnými dvojčaty.

Kadaver: nebo-li kadaverózní dárce orgánů označuje dárce s prokázanou smrtí mozku nebo nezvratnou zástavou krevního oběhu.

Konzervace orgánů: způsob naložení s orgánem, aby v období mezi odběrem a transplantací nebyl poškozen. Nejčastějším způsobem je ochlazení orgánu na teplotu +4 °C, které se provede uložením do ledové tříště. V tomto období dochází ke zpomalení buněčného metabolismu.

Koordinační středisko transplantací: organizační složka podřízená Ministerstvu zdravotnictví. Koordinuje odběry a transplantace orgánů a tkání na území ČR. Spravuje Národní registr dárců orgánů a tkání, Národní registr osob čekajících na transplantace orgánů, Národní registr provedených transplantací.

Manipulační čas: doba, která uplyne od vyjmutí orgánu z kontejneru do obnovení perfuze krve příjemce.

Marginální dárce orgánů: dárce, který v jednom nebo i více kritériích vybočuje z limitu, který je pro odběr určitého orgánu akceptovatelný (například míra orgánového poškození, věk dárce, jeho klinický stav a podobně).

Ortotopická transplantace: umístění transplantátu na stejné místo, kde se nacházel orgán nefunkční a odebraný (tento typ transplantace se provádí například při transplantaci srdce)

Potenciální dárce orgánu: osoba, která i přes veškeré dostupné možnosti poskytované léčba vykazuje rozvíjející se smrt mozku a která po doplnění veškerých potřebných vyšetření připadá v úvahu pro odběr orgánů.

Příjemce: nemocný, jemuž se transplantace provádí a jehož nahrazovaný orgán nebo tkáň trpí nevratným poškozením funkce.

Rejekce: imunologická reakce mezi obrannými mechanismy příjemce a antigeny dárce, může vést až ke zničení transplantátu.

Studená ischemie: doba promývání orgánu konzervačním roztokem do doby perfuze krve při transplantaci. Doporučovaná maximální doba studené ischemie se u jednotlivých orgánů liší.

Teplá ischemie: doba uplynulá od zástavy oběhu dárce do doby, kdy je zahájeno promývání orgánu tzv. konzervačním roztokem. Cílem je vždy nulová teplá ischemie.

Transplantace: metoda léčby, kdy se přenesou orgán či tkáň a tak se nahradí orgán nebo tkáň, které byly zničeny nemocí či úrazem.

Transplantační centrum: Ministerstvem zdravotnictví akreditované zdravotnické pracoviště zabývající se odběry orgánů a transplantacemi, zřízeno jako součást nemocnice.

Transplantační koordinátor: osoba koordinující odběr a transplantaci orgánu.

Transplantační okno: období, které nastává mezi nezvratným poškozením životně důležitého orgánu a jeho nahrazením transplantovaným orgánem.

Transplantát: nebo-li štěp je transplantovaná nebo-li přenesená buňka, tkáň nebo orgán.

Udržovací imunosuprese: profylaxe akutní rejekce, je méně intenzivní nežli indukční.

Waiting list: čekací listina je registr čekatelů na transplantaci konkrétních orgánů.

Xenotransplantace diskordantní: probíhá mezi živočišnými druhy (například prase – člověk).

Xenotransplantace: přenos tkáně nebo orgánu mezi jedinci, kteří jsou různého druhu.

Xenotransplantace konkordantní: probíhá mezi primáty (opice-člověk).

Zemřelý dárce: viz. kadaver.

Žijící dárce: osoba v příbuzenském nebo nepříbuzenském vztahu k příjemci a která se rozhodla dobrovolně darovat párový orgán (ledvinu) nebo část orgánu (například část jater), může rovněž dobrovolně darovat tkáň, která je schopna regenerovat (například kostní dřev).

8 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMEC, M., SAUDEK, F. *Transplantace slinivky břišní a diabetes mellitus*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. 163 s. ISBN 80-246-1166-X.
2. AHMAD, D., SAHARNAZ, N., FARIBA, A. Organ Allocation for Liver Transplantation According to the Public Opinion. [on-line] Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23087752> [cit. 201- 20-2]
3. AULISIO, M., DEVITA, M., LUEBKE, D. Taking values seriously: Ethical challenges in organ donation and transplantation for critical care professionals. [on-line] Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17242610> [cit. 201- 20-2]
4. BALÁŽ, P., JANEK, J., ADAMEC, M. a kolektiv. *Odběry orgánů k transplantaci. Odběry orgánov na transplantácie*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2011. 259 s. ISBN 978-80-246-1964-4.
5. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., Postavení sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*, 2009, ročník 11, č. 1, str. 252-256. ISSN 1212-4117.
6. BEĎANIKOVÁ, D. Vliv úrovně vzdělání sestry na kvalitu poskytované péče. *Sestra*, 2013, ročník 23, č. 3, str. 28-30. ISSN 1210-0404.
7. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. V. Tóthová. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
8. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
9. Historie transplantací ledvin. [online] Dostupné z: http://www.kst.cz/web/?page_id=2503 [cit. 2012-12-10]

10. IKEM udělal první řetěz transplantací ledvin – u šesti dvojic. [online] Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/ikem-udelal-prvni-retez-transplantaci-ledvin-u-sesti-dvojic/> [cit. 2012-12-10]
11. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
12. KHOLOVÁ, P. Transplantace ledviny v praxi. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 12, s. 40-42. ISSN 1210-0404.
13. KOLÁŘ, J. et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. Přeložila: Libuše Čížková. 1. české vydání. Praha: Grada, 2008. 552 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
15. KRACÍKOVÁ, J. Chronické selhání ledvin a jeho léčba z pohledu všeobecné sestry. *Medicína pro praxi*, 2011, roč. 8, č. 7-8, s. 339-341. ISSN 1214-8687.
16. KUŘE, J. a kolektiv. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno, 2012. 114s. Lékařská fakulta, Masarykova univerzita.
17. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
18. *Láska prochází ledvinou. Otázky a odpovědi. Program transplantací ledvin od žijících dárců*. 2. aktualizované a doplněné vydání, IKEM, 2008.
19. LATA, J., VAŇÁSEK, T. a kolektiv. *Kritické stavy v hepatologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 168 s. ISBN 80-247-0404-8.
20. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 152 s. ISBN 80-247-1784-5.

21. LOYKA, S., ADAMUS, K. Transplantace – legislativní úprava. *Mezinárodní a srovnávací právní revue*, 2005, č. 15, str. 69 - 79.
22. MÁLEK, I. *Transplantace srdce pohledem kardiologa*. 1.vydání. Praha: Triton, 2004. 108 s. ISBN 80-7254-510-8.
23. *Mezinárodní výměna orgánů pomůže zmírnit jejich nedostatek v ČR*. Florence aktuality. [online] Dostupné z: <http://www.florence.cz/zpravodajstvi/aktuality/mezinarodni-vymena-organu-pomuze-cr-zmirnit-jejich-nedostatek/> [cit. 2012-3-11]
24. *Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů*. Všeobecné informace o registru. [online] Dostupné z: <http://www.nrod.cz/> [cit. 2012-13-11]
25. Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online] Dostupné z: http://www.kszsis.cz/obsah/pro-verejnost_126_1.html [cit. 2012-12-1]
26. *NROD-Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem orgánů*. [online] Dostupné z: http://www.kszsis.cz/dokumenty/nrod-narodni-registr-osob-nesouhlasicich-s-posmrtnym-odberem-tkani-a-organu_31_113_1.html (cit. 2012-12-10)
27. *Pacientské organizace a nadace*. [online] Dostupné z: <http://www.transplantace.eu/ledviny/organizace.php>
28. PÁNOVÁ, S. *Transplantační akční plán*. [online] Dostupné z: www.koaliceprozdravi.cz/narodni-transplantacni-program [cit. 2012-3-11]
29. PESTANA, AL., SANTOS, JL., ERDMANN, RH. Lean thinking and brain-dead patient assistance in the organ donation process. [on-line] Dostupný z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515829> [cit. 2013- 20-2]

30. PIRK, J., MÁLEK, I. a kolektiv. *Transplantace srdce*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. 287 s. ISBN 978-80-246-1606-3.
31. PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
32. PLEVOVÁ, I. a kolektiv. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
33. POKORNÁ, E., VÍTKO, Š. Právní úprava odběru orgánů v České republice, diagnostika smrti mozku a medicínská kritéria zemřelého dárce orgánu. *Postgraduální medicína*. 2008, roč. 10, č. 9, s. 1032-1037. ISSN 1212-4184.
34. RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
35. SAUDEK, F. *Léčba diabetu transplantací*. Praha: Maxdorf, 2003. 126 s. ISBN 80-85912-79-1.
36. SAUDEK, F. *Příprava na transplantaci. Příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké*. Praha: Maxdorf, 2005. 80 s. ISBN 80-7345-055-0.
37. SAUDEK, F. *Transplantační léčba diabetu. Příručka pro pacienty s diabetem a jejich blízké*. Praha: Maxdorf, 2010. 120 s. ISBN 978-80-7345-222-3.
38. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
39. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 304 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
40. SOVOVÁ, E. a kolektiv. *Vybrané kapitoly z vnitřního lékařství pro nelékařské obory*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 283 s. ISBN 978-80-244-3133-8.
41. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.

42. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína*. 2. vydání. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
43. TALIÁNOVÁ, M., ŘEŘUCHOVÁ, M. Komunikační dovednosti sester. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2011, roč. 7, č. 6, s. 30-31. ISSN 1801-1349.
44. TĚŠÍNOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1.vydání. Praha: Nakladatelství C.H. Beck, 2011. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
45. TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. a kolektiv. *Transplantace jater*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009. 290 s. ISBN 978-80-246-1671-1.
46. TŘEŠKA, V. a kolektiv. *Transplantologie pro mediky*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2002. 125 s. ISBN 80-246-0331-4.
47. TŘEŠKA, V., HASMAN, D., REISCHIG, T., HES, O. *Transplantace ledvin od nebijících dárců*. 1. vydání. Praha: Maxdorf s.r.o., 2008. 107 s. ISBN 978-80-7345-167-7.
48. VALENTOVÁ, I., ZEMANOVÁ, J. Transplantace kadaverózní ledviny. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 12, s. 31-32. ISSN 1210-0404.
49. VIKLICKÝ, O., JANOUŠEK, L., BALÁŽ, P. *Transplantace ledviny v klinické medicíně*. 1.vydání. Praha: Grada, 2008. 384 s. ISBN 978-80-247-2455-3.
50. VYBÍHALOVÁ, L. Komunikační dovednosti při práci sestry. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 1, s. 28. ISSN 1210-0404.
51. VYBÍHALOVÁ, L. Péče o dutinu ústní jako součást ošetrovatelské péče. *Sestra*, 2011, roč. 21, č. 9, s. 47-48. ISSN 1210-0404.
52. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/2004 Sb. o podrobnostech rozsahu a obsahu povinně uváděných dat do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů*. [on-line] Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/transplantace-a-bezpecnost-tkani-a-bunek_6117_1786_11.html [cit. 2012-15-12]

53. *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb.*, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ISSN 1211-1244.
54. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
55. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
56. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory.* 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.
57. *Zákon Ministerstva zdravotnictví č. 285/2002 Sb.*, o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). [on-line] Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/transplantace-a-bezpecnost-tkani-a-bunek_6117_1786_11.html [cit. 2012- 3-12]
58. *Zákon ministerstva zdravotnictví č. 436/2002 Sb.*, nařízení vlády, kterým se provádí zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů. [on-line] Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/transplantace-a-bezpecnost-tkani-a-bunek_6117_1786_11.html [cit. 2012- 20-12]
59. ZEMAN, M., KRŠKA, Z. a kolektiv. *Chirurgická propedeutika.* 3. vydání. Prah: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
60. ŽIVOT² Dejte životu nové rozměry. *Manuál Transplantcentra IKEM* (verze 2 – revize 31.8.2009).

9 Klíčová slova

Transplantace orgánu

Sestra

Dárce

Transplantovaný pacient

Ošetrovatelská péče

10 Přílohy

Příloha 1 – Kategorizace otázek pro vedení rozhovorů s pacienty

HOSPITALIZACE

1. Frekvence a délka hospitalizace

- Pokolikáté jste za svůj život přibližně hospitalizován/a?
- Jak často pobýváte v nemocnici?
- Pobýval/a jste často i na jiných odděleních? (*specifikováno – př. interna, chirurgie, ortopedie a podobně*)
- Pokolikáté jste hospitalizován/a v tomto zdravotnickém zařízení?
- Jak nejdéle jste někdy byl/a hospitalizován/a?
- Pobýval/a jste delší dobu i na jiných odděleních? (*specifikováno – př. interna, chirurgie, ortopedie a podobně*)
- Jak dlouho jste hospitalizován/a nyní v tomto zdravotnickém zařízení?

PRŮBĚH TRANSPLANTACE

- V jaké fázi procesu transplantace jste? (*specifikováno – před, po*)
- Kolikátá je to pro Vás transplantace?
- Jak dlouhá byla Vaše čekací doba na transplantaci?
- Jak se nyní cítíte?

ZDRAVOTNICKÝ TÝM

1. Poskytovaná péče

- Jak hodnotíte všeobecně kvalitu zdejší poskytované péče?

2. Lékař/ka

- Jak vnímáte postavu lékaře/lékařky ve svém procesu transplantace?
- Víte, kdo je Váš lékař/ka v procesu transplantace?
- Najde si na Vás lékař/ka dost času, když potřebujete?

3. Koordinátor/ka odběru orgánů a transplantace

- Setkal jste se s koordinátorem/koordinátorkou odběru orgánů a transplantace?
- Znáte koordinátora/koordinátorku odběru orgánů a transplantace?
- Do jaké míry Vás informoval/a o celém procesu?
- Je pro Vás v celém procesu zastupitelný/zastupitelná?

4. Sestra

- Jak hodnotíte práci sester v tomto oboru?

- Jak hodnotíte práci sester v tomto zařízení?
- Jaká je podle Vás dnešní sestra?
- Dokážete porovnat práci sester v tomto zařízení a na jiných odděleních?
(specifikováno – např. při návštěvách či pobytech ve zdravotnických zařízení jiného typu, např. interní oddělení, chirurgie, návštěvy dialyzačních zařízení a podobně)
- Dokážete porovnat práci sester v dnešní době a dříve, pokud máte tu možnost srovnání?
- Můžete o sestrách v tomto oboru říct, že jsou partnerem lékaře při své práci?
- Působí na Vás sestra trpělivě, pokud cokoliv potřebujete?
- Považujete povolání sestry za vysoce ceněnou ve zdravotnictví?
- Je pro Vás sestra důležitá osoba?

5. Edukace

- Kdo Vám poskytl nejvíce informací kolem vaší léčby? *(specifikováno – informací nelékařského rázu)*
- Koho se můžete zeptat na informace nelékařského rázu? *(specifikováno – léčebný režim, výživa, pohybový režim ... atd.)*
- Koho se můžete zeptat na různé informace kolem transplantace?
- Informuje Vás sestra ohledně odborných záležitostí během Vaší léčby?
(specifikováno – informace nelékařského rázu)
- Informuje Vás sestra ochotně, pokud si potřebujete o něčem promluvit?

6. Dokážete vyjmenovat pořadí podle důležitosti, kterou pro Vás mají? (sestra – koordinátor/ka – lékař/ka)

Příloha 2 – Dotazník pro všeobecné sestry

Vážená kolegyně, vážený kolego,

transplantační problematika nabývá stále většího významu a zachraňuje stále větší počet nemocných. Ve své diplomové práci se zabývám postavením a rolí sestry v komplexním procesu transplantace. Dotazník je anonymní a výsledky budou využity pouze pro účely této diplomové práce. Není-li uvedeno jinak, označte vždy jednu nejvhodnější odpověď zaškrtnutím. Děkuji Vám za ochotu a Vaši spolupráci.

Bc. Monika Heplová

Zdravotně sociální fakulta

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

1. Vaše pohlaví?

Žena

Muž

2. Váš věk?

Méně než 20 let

21 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

51 – 60 let

Více než 60 let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední zdravotnická škola s maturitou

Vyšší odborná škola – DiS

Vysoká škola – Bc.

Vysoká škola – Mgr.

Specializace: jaká? (prosím, napište)

4. Délka Vaší praxe?

Méně než 1 rok

1 – 5 let

6 - 10 let

11 - 20 let

21 - 30 let

Více než 30 let

5. Ve kterém sektoru zdrav. zařízení pracujete?

Ambulantním

Lůžkovém

6. Na jakém oddělení pracujete? (prosím napište)

7. Setkáváte se při své práci s pacienty v procesu transplantace (před, po)?

Ano

Ne

8. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO, jakou část pacientů, o které pečujete, tvoří pacienti v procesu transplantace?
- Všechny
 - Většinu
 - Menšinu
 - Minimum
 - Žádný
9. Vyžaduje dle Vašeho názoru ošetrovatelská péče o tyto nemocné zvláštní znalosti, dovednosti sestry?
- Ano Nevím Ne
10. Vzděláváte se aktivně v problematice transplantovaných nemocných?
- Ano Ne
11. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ANO: jakou formou se vzděláváte v ošetrovatelské péči o tyto pacienty? (možno označit více odpovědí)
- Samostudium
 - Aktivně vyhledávám informace o této problematice
 - Navštěvuji semináře
 - Navštěvuji konference
 - Jiné: (prosím napište):
12. Domníváte se, že máte v této problematice dostatek možností ke vzdělávání?
- Ano Ne
13. Domníváte se, že máte dostatek relevantních informací o této problematice v ČJ?
- Ano Nevím Ne
14. Kde vyhledáváte nejčastěji informace týkající se této problematiky? (označte, prosím, nejvýstižnější odpověď)
- Internet
 - Odborné knihy, brožury
 - Odborné časopisy, články
 - Nevyhledávám
 - Jiné: (prosím napište)
15. Domníváte se, že práce s těmito pacienty je specifická v ohledu na poskytování ošetrovatelské péče?
- Je naprosto specifická
 - Příliš se neliší se od péče o pacienty jiných oborů
 - Je stejná jako péče o pacienty jiných oborů

16. Domníváte se, že při ošetrovatelské péči o nemocné v průběhu transplantace je třeba zvláštního psychologického přístupu?

Ano

Nevím

Ne

17. Z čeho *nejčastěji* vycházíte při poskytování ošetrovatelské péče nemocným v procesu transplantace?

(označte, prosím, nejvýstižnější odpověď)

Ze standardů ošetrovatelské péče

Z vlastních zkušeností, znalostí

Z rad zkušenějších kolegyň

Z ordinací lékařů

Jiné: (prosím specifikujte)

18. Domníváte se, že v péči o pacienty v procesu transplantace je potřeba například ošetrovatelského výzkumu (např. Evidence Based Nursing)?

Ano

Nepřemýšlím
o tom

Ne

19. Těší Vás péče o tyto pacienty?

Ano

Je to rutina

Ne

20. Proč jste si zvolil/a práci s pacienty v procesu transplantace?

Pro atraktivitu oboru

Náhodou

Byla mi přidělena

Nevím

Jiné: (prosím napište)

21. Vnímáte ocenění svého poskytování ošetrovatelské péče ze strany nemocných v procesu transplantace?

Většinou ano

Většinou ne

Nemocný péči sestry považuje za samozřejmost

22. Vnímáte ocenění svého poskytování ošetrovatelské péče o tyto nemocné ze strany spolupracujících lékařů?

Většinou ano

Většinou ne

Lékaři práci sestry považují za samozřejmost

23. Cítíte se být při výkonu ošetrovatelské péče v partnerském postavení s lékařem?

Spíše ano

Spíše ne

Sestra v takovém postavení být nemůže

Jiné: (prosím napište)

24. Jakou roli podle svého názoru nejčastěji zaujímáte v ošetrovatelské péči o pacienta v procesu transplantace? (*prosím, označte nejvýstižnější odpověď*)

- Ošetrovatelka
- Obhájkyně jeho práv
- Strážce jeho zájmů
- Informátorka
- Výzkumnice
- Edukátorka
- Jiné: (prosím napište):

25. Vnímáte svou roli v ošetrovatelské péči o nemocné v procesu transplantace jako zásadní?

- Ano
- Je spíše nedílnou součástí komplexního procesu
- Je spíše vedlejší součástí komplexního procesu
- Je spíše povinnou samozřejmostí

26. Domníváte se, že nemocný v komplexním procesu transplantace považuje Vaši ošetrovatelskou péči za klíčovou?

- Ano
- Domnívám se, že ji považuje za nedílnou součást
- Domnívám se, že ji považuje spíše za vedlejší
- Domnívám se, že ji považuje za povinnost

27. Jakým způsobem edukujete nemocného v procesu transplantace o jeho léčebném režimu? (*prosím, označte nejvýstižnější odpověď*)

- Formou diskuzí
- Odkáži ho na relevantní zdroje informací (brožury, letáky, knihy... apod.)
- Formou otázek a odpovědí
- Odkazuji ho na lékaře
- Needukuji ho
- Jiné: (prosím napište)

28. Dodržují dle Vašeho názoru tito nemocní doporučený léčebný režim?

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Nevím

29. V jakých oblastech léčebného režimu požadují tito nemocní nejvíce edukace?

(prosím, označte nejvýstižnější odpověď)

