

V dizertační práci MUDr. Židkové se potvrdila původní domněnka, že výskyt psychických problémů, které vedou ke snižující se kvalitě života pacientů po intenzivní péči je poměrně častý. Zajímavým zjištěním je ta skutečnost, že v souboru pacientů hospitalizovaných na ARK FN Plzeň byla *prokázána statisticky významná závislost výskytu bolesti (test EQL 4 - bolest after) na době UPV, kdy s délkou UPV se zvyšuje počet pacientů udávajících vyšší výskyt bolesti 1 rok po dimisi z ICU (P 0,0324, significant level P =0,0286)*. Tento údaj nebyl dosud v dostupné literatuře nalezen. Stejně tak považují za zajímavé, že *se zvyšující se mírou orgánové dysfunkce (vyšší SOFA max) a prodlužující se délkou hospitalizace (LOS) se zvyšuje tzv. „ lži skoré”, kdy pacient má tendenci nadhodnocovat aktuální fyzický stav a domnívá se, že zvládne vyšší fyzickou zátěž, než které je aktuálně prokazatelně schopen, což ve svém důsledku může vést k prohloubení pocitu úzkosti, méněcennosti apod.[^prodlužování doby hospitalizace (ICU -LOS) je vyšší výskyt tzv. „lži score” (test MHQ-Lie Score, P = 0,068) ,vyšší hodnota SOFA max. je spojena s vyšším výsk|>tem tzv. „lži score ” (test MHQ-Lie Score, P = 0,058)J*. Tato skutečnost také nebyla dosud v dostupné literatuře publikována. Dále bylo v práci prokázáno ve shodě s dostupnou literaturou, že *vyšší výskyt depresí v závislosti na vyšším věku - čím vyšší věk, tím vyšší je výskyt depresí po propuštění z ICU (P= 0,024), • vyšší věk predikuje vyšší výskyt bolesti v období po ICU hospitalizaci (P= 0,0111), vyšší věk predikuje vyšší výskyt úzkosti a depresí v období po ICU hospitalizaci (P= 0,0070)*.

- pacienti s celkově *nižší kvalitou života před přijetím na ICU* (test EQL 5D) měli v periodě *po propuštění z ICU vyšší výskyt depresí a anxiety*(P =0,006).
- pacienti s *vyšší kvalitou života před hospitalizací v intenzivní péči* měli *nižší výskyt anxiety* po propuštění z ICU (P =0,006).
- pacienti s *vyšší kvalitou života před hospitalizací v intenzivní péči* měli *nižší výskyt depresí po propuštění z ICU* (P =0,007).

Pokud bychom srovnávali rozdíl v mužské a ženské populaci, pak

- u žen došlo 1 rok po propuštění ke *zvýšení výskytu úzkosti z původních 34,4% žen na 56,7% žen, tj. nárůst o 22,3%*
- v *mužské populaci* je výskyt úzkosti daleko vyšší, *z původních 19,3% mužů došlo ke vzniku úzkosti 1 rok po propuštění z ICU u 57% mužů, tj. nárůst o 37,7%*.

Autorka v práci definuje faktory, které vedou k ovlivnění kvality života pacientů po intenzivní péči a stanovení možnosti jejich ovlivnění. Ze získaných dat je patrné, že kvalita života těchto pacientů je jednak závislá na kvalitě života v předchorobí, na výskytu úzkostí či depresí v tomto období a na věku, což jsou faktory, které nejsou z hlediska intenzivní péče ovlivnitelné. Na druhou z našich závěrů vyplývá, že s délkou hospitalizace a především s narůstající dobou UPV se zvyšuje výskyt bolesti 1 rok po dimisi z intenzivní péče, kdy tato skutečnost je ovlivnitelná komplexní racionální léčby a především kvalitní analgosedací. Stejně tak je ovlivnitelná možnost adekvátní psychoterapie a farmakoterapie u pacientů s vyšší mírou orgánové dysfunkce, kteří vykazují vyšší tendenci k bagatelisaci aktuálního zdravotního stavu a tím se zvyšuje možnost výskytu následného psychického dyskomfortu. Samozřejmostí by pak měla být adekvátní péče věnovaná pacientům vyššího věku, kde je vyšší výskyt anxiety, depresí a bolesti. Závěrem lze tedy říci, že výsledky ukazují, že bude nutný dalšího výzkum pacientů, kteří byli hospitalizováni v intenzivní péči, kdy toto další sledování by se mělo týkat fyzických a psychických změn, ale stejně tak i následného společenského uplatnění toho typu pacientů. Vzhledem k finanční náročnosti intenzivní péče budou tyto údaje do určité míry i důležitým faktorem ekonomickým. Je jasné, že stále větší pozornost v budoucnosti bude třeba věnovat dostatečné analgezii, resp. analgosedací v intenzivní péči, především u pacientů s delší dobou UPV. Ve shodě s publikovanými údaji z našich závěrů vyplývá, že současně s psychoterapií! (kdy součástí týmu ošetřujícího pacienta ve fázi kritické nemoci by jistě měl

být psycholog) je snahou najít takový farmakologický prostředek, který by psychické následky po intenzivní péči co nejlépe pozitivně ovlivnil s minimálními vedlejšími léčebnými účinky. Toto bude předmětem dalšího našeho zkoumání.