

UNIVERZITA KARLOVA
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

KARDIOCHIRURGICKÁ OPERACE Z POHLEDU PACIENTA

Bakalářská práce

Autor: Nikola Kracíková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Gígalová

2019

CHARLES UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**CARDIAC SURGERY FROM THE PATIENT'S POINT OF
VIEW**

Bachelor's thesis

Autor: Nikola Kracíková

Supervisor: Mgr. Veronika Gígalová

2019

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

Nikola Kracíková

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Veronice Gigalové za odborné vedení, cenné a podnětné připomínky a trpělivost při zpracování mé závěrečné bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala celému vedení kardiologické kliniky za umožnění výzkumu, kolektivu sester za ochotu a pomoc, a především pacientům za ochotu a spolupráci při realizaci výzkumného šetření. Také bych ráda poděkovala celé své rodině, přáteli i ostatním, kteří mi pomáhali a měli se mnou trpělivost a po celou dobu mého studia mě podporovali.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1 KARDIOCHIRURGIE | 11 |
| 1.1 HISTORIE KARDIOCHIRURGIE..... | 11 |
| 1.2 SOUČASNOST KARDIOCHIRURGIE | 12 |
| 1.3 KOMPLEXNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRA V ČR | 13 |
| 2 KARDIOCHIRURGICKÁ OPERACE | 17 |
| 2.1 INDIKACE KE KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI..... | 17 |
| 2.2 OPERAČNÍ POSTUPY A PŘÍSTUPY V CHIRURGII SRDCE | 24 |
| 2.3 MIMOTĚLNÍ OBĚH PŘI KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI | 25 |
| 3 KARDIOCHIRURGICKÁ OPERACE JAKO RIZIKO PRO PACIENTA .. | 28 |
| 3.1 ANESTEZILOGICKÁ VIZITA | 28 |
| 3.2 ODHAD RIZIKA ČASNÉHO POOPERAČNÍHO ÚMRTÍ | 29 |
| 3.3 ODHAD RIZIKA VELKÝCH EXTRAKARDIÁLNÍCH KOMPLIKACÍ ... | 30 |
| 4 PACIENT A PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ | 31 |
| 4.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 32 |
| 4.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 33 |
| 4.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA | 34 |
| 4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PŘED PLÁNOVANOU KARDIOCHIRURGICKOU OPERACÍ..... | 35 |
| 4.5 STRACH PŘED OPERACÍ..... | 36 |
| 5 PACIENT A POOPERAČNÍ OBDOBÍ | 39 |
| 5.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI..... | 39 |
| 5.2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE..... | 42 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI | 44 |
| 6 NEMOC V PROŽÍVÁNÍ ČLOVĚKA | 47 |
| 6.1 ZDRAVÍ | 47 |
| 6.2 NEMOC | 48 |
| 6.3 SUBJEKTIVNÍ POJETÍ NEMOCI | 51 |
| 6.4 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K PACIENTOVU POJETÍ NEMOCI | 52 |
| 6.5 INDIVIDUALIZOVANÉ SUBJEKTIVNÍ POJETÍ NEMOCI | 53 |
| 6.6 DIAGNOSTIKA SUBJEKTIVNÍHO POJETÍ NEMOCI | 54 |
| 6.7 POHLED PACIENTA NA KARDIOCHIRURGICKOU OPERACI..... | 55 |
| EMPIRICKÁ ČÁST | 57 |
| 7 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 58 |
| 7.1 CÍLE VÝZKUMU..... | 58 |
| 7.2 HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 58 |
| 8 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU | 60 |
| 9 VÝSLEDKY..... | 63 |
| 9.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM..... | 63 |
| PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI IPQ-R-CZ | 74 |
| 9.2 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ | 85 |
| 9.2.1 PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ | 99 |
| 9.2.2 SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ | 105 |
| 10 DISKUZE..... | 107 |
| ZÁVĚR..... | 115 |
| ANOTACE | 117 |
| ANNOTATION..... | 118 |
| POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY | 119 |
| SEZNAM ZKRATEK..... | 127 |

| | |
|-----------------------------|------------|
| SEZNAM GRAFŮ | 129 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 130 |
| SEZNAM TABULEK..... | 131 |
| PŘÍLOHY | 132 |

ÚVOD

Kardiovaskulární onemocnění jsou trvale nejčastější příčinou úmrtí, ale také nejčastější příčinou hospitalizace. V roce 2016 bylo pro kardiovaskulární nemoci zjištěno 298,5 tisíce hospitalizačních případů. Pro nemoci oběhové soustavy bylo zaznamenáno 46,3 tisíce případů dočasné pracovní neschopnosti a ke konci roku 2016 pobíralo invalidní důchod 38,6 tisíce obyvatel ČR (Zdravotnická ročenka České republiky 2016, s. 37).

Ve Zprávě o zdraví obyvatel České republiky z roku 2014 je uvedeno, že ze všech hospitalizovaných žen jsou pro kardiovaskulární nemoci hospitalizovány ve 12 % případů, a předčí tak nemoci močových cest a pohlavní soustavy i nádorová onemocnění. Muži jsou pro nemoci oběhové soustavy hospitalizováni častěji než ženy, a to v 18 % případů, a až za nimi jsou hospitalizační případy jako úrazy a intoxikace, choroby gastrointestinálního traktu a nádorová onemocnění (Zimenová In Kodl a kol., 2014, s. 48).

Každý rok na kardiovaskulární choroby u nás zemře cca 50 tisíc lidí, což je více než polovina z celkového počtu zemřelých. Každoročně se vydaje na zdravotní péči o pacienty s kardiovaskulárními chorobami šplhají až k 20 miliardám korun. Závažnost nemocí oběhové soustavy spočívá nejen ve vysoké úmrtnosti, ale i ve vysoké nemocnosti, která sice postihuje zejména pacienty v seniorském věku, ale nyní i pacienty v plném produktivním věku. Je obecně známo, že dříve tomu tak bylo z důvodu zvolených operačních přístupů, neadekvátní anestezie a přítomností mnoha nežádoucích komplikací vztahující se ke kardiovaskulárním chorobám, což zvyšovalo i průměrný počet dnů trvající hospitalizace, v současné době je snaha o její zkrácení. V České republice je každý rok operováno pro vrozené či získané nemoci srdce kolem deseti tisíc pacientů (Němec, 2010, s. C4; Šetina a kol., 2014, s. 8–12).

I přes vývoj nových léčebných postupů a technologií často dochází ze strany zdravotnického personálu k nedostatečnému vcítění se do prožívání kardiovaskulárního onemocnění na úkor stanovení diagnózy. V naší uspěchané době jsou na každého jedince kladeny vysoké nároky z hlediska psychické zátěže, které se poté velmi odráží do samotného zdravotního stavu a přináší řadu nepříznivých komplikací.

S každou změnou zdravotního stavu, kterou každý z nás vnímá individuálně a zcela odlišně, dochází k prožívání řady různých pocitů. Častou reakcí bývá šok a strach, který

prožívá každý před volbou jakékoli operace či léčby v dalším průběhu nemoci. Každý pacient prožívá svou nemoc se smíšenými pocity a v sobě má řadu nezodpovězených otázek v podobě: „Proč právě já, proč to nemohl být někdo jiný? Neselhal/a jsem v očích rodiny? Jak to bude po kardiologické operaci nadále? Jak budu mít velký operační defekt po kardiologické operaci, co na to řeknou ostatní?“ a mnoho dalších. I v současnosti nacházíme odlišnosti mezi konzervativní a chirurgickou léčbou, která přináší naději na dožití se vyššího věku a snižuje riziko výskytu komplikací, popřípadě závažnějšího kardiovaskulárního onemocnění. U většiny z nich vnímáme, že kardiologická operace pro ně může být jedinou možnou volbou k záchraně jejich života (Adámková a kol., 2010, s. 14).

V teoretické části je obecně definován obor kardiologie od své historie až po současnost, dále se zaměřuji na indikace vedoucí ke kardiologické operaci a standardní předoperační a pooperační průběh. Hlavním zastoupením v této části je charakteristika zdraví a nemoci, individuální subjektivní pojetí nemoci a pohledy na nemoc z psychologického a sociologického hlediska.

V empirické části jsou zpracovány výsledky výzkumného šetření u pacientů po kardiologickém výkonu, u kterých jsme se snažili ze strany pacientů zjistit vnímání závažnosti srdečního onemocnění, samotném pohledu na tuto nemoc, jak kardiovaskulární onemocnění má vliv a dopady na život v oblasti emoční, rodinné a převážně sociální sféry a zdali mohli tuto situaci nějak ovlivnit.

TEORETICKÁ ČÁST

Cíle teoretické části:

- vyhledat informace o výskytu kardiovaskulárních chorob v ČR z dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR)
- zmapovat nejčastější indikace vedoucí ke kardiochirurgické operaci
- popsat okolnosti samotné kardiochirurgické operace
- podrobněji se zaměřit na ošetrovatelskou péči o pacienta před a po kardiochirurgické operaci
- přiblížit čtenáři teorii subjektivního pojetí nemoci

1 KARDIOCHIRURGIE

Kardiovaskulární chirurgie se pro svou specifickou náročnost výrazně liší, a proto došlo k jejímu osamostatnění od klasické všeobecné chirurgie. V posledních letech jsme mohli zaznamenat značný rozvoj kardiochirurgie ve všech svých směrech, především z hlediska počtů výkonů na kardiovaskulárním systému, ale zároveň i s technickým vývojem v oblasti materiálů a technologií (Dominik, 1998, s. 9; Němec a kol., 2006, s. 9; Brát, 2008, s. 5).

Profesor Dominik zastává názor, že umění operovat v moderní kardiochirurgii neznamena mít pouze šikovné ruce, ale umět se ve vteřině operace správně rozhodnout, a to dle konkrétní a individuální peroperační situace. Prioritou by pro každého kardiochirurga měla být převážně vzdělanost, která se získává nepřetržitým studiem a mnohaletými zkušenostmi, získanými při operacích nebo při práci u lůžka nemocného (Dominik, 1997, s. 9).

1.1 HISTORIE KARDIOCHIRURGIE

Samotné počátky kardiochirurgie můžeme datovat až do poloviny 20. století. Mezi ty významné lze řadit rok 1938, kdy v Bostonu byla úspěšně vyřešena vrozená srdeční vada (otevřená tepenná dučej) u sedmileté dívky (Kardiochirurgie, ©2018).

Rok 1953 si zasluhuje o zmínku díky úspěchu Johna Gibbona, který vytvořil a zrealizoval vlastní koncept mimotělní podpory oběhu, což mu umožnilo do praxe přenést mnoho teoretických předpokladů a tím dokázal nastartovat další vývoj poměrně mladého odvětví kardiochirurgie (Němec, 2006, s. 9; Kaláb, 2013, s. 7).

Za první zcela úspěšnou operaci na srdci můžeme považovat tu z roku 1896, kterou provedl německý chirurg Ludwig Rehn ve Frankfurtu nad Mohanem, který za použití malé střešní jehly a hedvábného stehu provedl suturu pravé srdeční komory (Kaláb, 2013, s. 7).

„První náhrady srdečních chlopní byly provedeny v 50. letech 20. století. V chirurgii chlopní se uplatnily převážně nové umělé chlopně náhrady i chlopně náhrady získané ze srdcí zemřelých dárců tzv. homografty“ (Kardiochirurgie, ©2018).

Důležitým mezníkem v historii kardiovaskulární chirurgie, který stojí za to zmínit, byly počátky transplantace srdce. První transplantace srdce byla provedena 3. prosince 1967

v nemocnici Groote Schuur u 54letého muže, o kterou se zapříčinil jihoafrický chirurg Ch. Barnard v Kapském Městě. Na technice, kterou použil v této době, se významně podíleli američtí chirurgové N. Shumway a A. Kantrowitz (Čerbák, 2013, s. 168–171; Kaláb, 2013, s. 8).

V tehdejší Československu začal úspěšný rozkvět kardiologie po roce 1945. Mezi první úspěšnou operaci, provedenou v roce 1947 akademikem J. Bedrnou v Hradci Králové, řadíme podvaz otevřené tepenné dučeje. Velký rozvoj je spjatý s profesorem J. Navrátilem, který v Brně roku 1956 úspěšně uzavřel defekt mezisíňové přepážky na zastaveném srdci. V roce 1970 pod vedením J. Lichtenberga a J. Bartošem byla provedena první revaskularizace myokardu aortokoronárním bypasselem za pomoci žilního štěpu v Praze. Úspěšnou srdeční transplantaci od lidského dárce provedl v r. 1984 prof. Pavel Firt v Institutu Klinické a Experimentální Medicíny (Čerbák, 2013, s. 168–171; Kaláb, 2013, s. 8).

1.2 SOUČASNOST KARDIOCHIRURGIE

V současné době neustále dochází ke značným pokrokům v kardiovaskulární chirurgii a k jejímu zdokonalování. V neposlední řadě k nim především patří zlepšování techniky, nové a bezpečnější způsoby ochrany myokardu, nové poznatky a změny v operační technice, možnosti přesnější diagnostiky, nové objevy a pokroky ve farmakoterapii a v neposlední řadě přístrojové zabezpečení perioperačního období nemocných (Dominik, 1998, s. 9).

V minulosti nebylo možné provádět operaci srdce všem indikovaným pacientům, ať už důvodem byla závažnost a pokročilost přidružených nemocí, které se v pokročilém věku nemocných vyskytují, nebo pro vysoké riziko, které s sebou operační výkon nesl. V současné době je operace možná i u takto velmi komplikovaných nemocných. Mění se tak široké spektrum diagnóz i věk operovaných, kde došlo k výraznému posunu. V dětské kardiologii se věk snižuje, naopak u dospělých se výrazně zvyšuje (Dominik, 1998, s. 9).

Šetina uvádí, že za posledních 20 let ušla kardiovaskulární chirurgie značný kus cesty kupředu. Narostl počet složitých a zároveň kombinovaných výkonů. Kardiologové jsou schopni navrátit do plnohodnotného života nemocné, u kterých byla operace po dlouhá léta nemyslitelná. Od Adámkové se dozvídáme, že vývoj nemocnosti a úmrtnosti na

kardiovaskulární choroby bývá často důsledkem působení různých faktorů např. sociálních, psychosociálních nebo ekonomických, velký vliv má především životní styl, prevence a samotná léčba (Šetina, 2006, s. 28; Adámková, 2010, s. 16–17).

Většina kardiologů si uvědomuje, že ač přes skvělé výsledky, nedokáží eliminovat obavy nemocných z operačního výkonu. Nemocné zajímá nejen výsledek, ale vše, co s operací souvisí. Mají strach z bolesti, z celého pooperačního období, chtějí co nejdříve rekonvalescenci, a především brzy se navrátit do běžného života. Pro mnohé je podstatný i kosmetický efekt operace (Špinar a Vítovec, 2007, s. 106).

Je obecně známo, že každý jedinec prožívá různé podněty dle své individuality, a proto potřeby, pocity, pohled nemocných bychom měli brát s dostatečným nadhledem, postupem času dochází k ovlivnění psychického stavu, který může mít vliv na celý průběh nemoci a prodloužení doby hospitalizace (Křivohlavý, 2002, s. 62; Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2007, s. 122).

1.3 KOMPLEXNÍ KARDIOVASKULÁRNÍ CENTRA V ČR

V České republice v současné době působí 13 komplexních kardiologických center (KKC): **Kardiocentrum Institutu Klinické a Experimentální Medicíny v Praze (IKEM)**, je největším, nejkomplexnějším a jedním z nejstarších KKC v zemi. Zabývají se chirurgickou léčbou všech kardiologických onemocnění u dospělých pacientů v celé šíři. Včetně chirurgické léčby srdečního selhání s implantací mechanických srdečních podpor a transplantace srdce (Institut klinické a experimentální medicíny, ©2015–2018).

Centrum kardiologické a transplantační kardiologie v Brně, které nabízí vysoce specializovanou zdravotní péči v diagnostice a chirurgickém řešení širokého spektra kardiologických onemocnění u dospělých, včetně transplantace srdce, a zároveň se zaměřuje i na některé vrozené vady u dětí (CKTCH, ©2018).

Nemocnice na Homolce v Praze je již dlouhodobě třetím největším kardiologickým pracovištěm u nás. V oblasti kardiologie se zaměřuje především na operace srdečních chlopní, operace v oblasti aorty, vrozených srdečních vad u dospělých pacientů a chirurgickou léčbu poruch srdečního rytmu (Nemocnice Na Homolce, ©2017).

Kardiochirurgická klinika ve Fakultní nemocnici v Motole se věnuje chlopenním vadám, a především revaskularizaci myokardu, ale zároveň i výkonům na aortě. Součástí FN Motol je významné **Dětské kardiocentrum**, které lze charakterizovat jako integrované kardiologicko-kardiochirurgické pracoviště zahrnující diagnostiku a léčbu vrozených a získaných onemocnění srdce a velkých cév, poruch srdečního rytmu, poruch srdeční funkce a krevního oběhu (Fakultní nemocnice v Motole, ©2012).

Kardiochirurgie ve Fakultní nemocnici Hradec Králové se svou letitou historií patří mezi špičková pracoviště. Svou významnou a tradiční činností pokrývá ucelené spektrum kardiovaskulárních výkonů zaměřené na chlopenní vady, ischemickou chorobu srdeční, arytmií a především chirurgii hrudní aorty kromě transplantací srdce (FN HK, ©2018).

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady poskytuje komplexní chirurgickou léčbu získaných srdečních chorob a některých vrozených vad dospělých jedinců. Do klinické praxe uvedla nové trendy v podobě operací na bijícím srdci bez použití mimotělního oběhu. Mezi významné výkony lze zařadit operace aneuryzmat a disekcí hrudní aorty (FNKV, ©2018).

Oddělení kardiochirurgie v Českých Budějovicích zprostředkovává diagnostickou, léčebnou a preventivní péči nemocným v celém spektru kardiovaskulárních onemocněních kromě transplantačního programu (Nemocnice České Budějovice, ©2013).

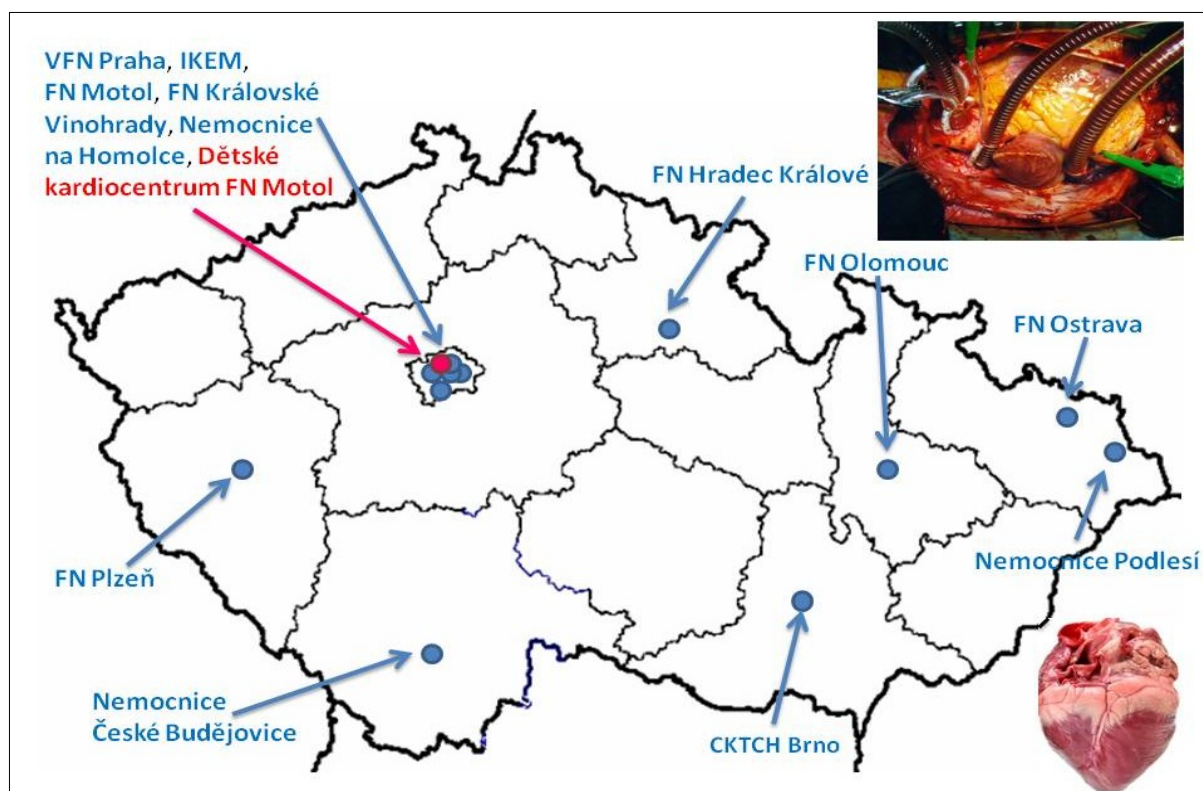
Kardiochirurgická klinika Fakultní nemocnice Olomouc provádí široké spektrum kardiochirurgických výkonů kromě transplantací srdce a operací vrozených vad u dětí. Mezi standardní chirurgické řešení kardiovaskulárních onemocnění řadíme léčbu ICHS, onemocnění hrudní aorty, chlopenní vady u dospělých, srdeční tumory, onemocnění aortálního oblouku apod. (FNOL, ©2018).

Kardiochirurgické centrum Fakultní nemocnice Ostrava je akreditované pracoviště, které poskytuje chirurgickou léčbu dospělým pacientům se získaným onemocněním srdce a velkých cév, se zaměřením na aneuryzma a disekci hrudní aorty (FNO, ©2009).

Kardiochirurgické oddělení Fakultní nemocnice Plzeň zajišťuje komplexní péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním, zaměřují se na operace srdečních chlopní, rutinně používají minimalizovaný mimotělní oběh, dále se zaměřují na revaskularizaci myokardu a MAZE operace (chirurgické řešení fibrilace síní) (FN Plzeň, ©2018).

Kardiocentrum Nemocnice Podlesí společně s oddělením Kardiologie se zabývají diagnostikou a léčbou ischemické choroby srdeční, vrozenými a získanými vadami chlopní, srdečními nádory a poruchami srdeční akce (Nemocnice Podlesí, ©2018).

Všeobecná Fakultní nemocnice v Praze zahrnuje II. chirurgickou kliniku kardiiovaskulární chirurgie, která se zaměřuje na chirurgické řešení a léčbu kardiiovaskulárních chorob v širokém spektru s výjimkou vrozených vad u dětí (VFN, ©2013).



Obrázek 1 - Komplexní kardiiovaskulární centra (Gigalová, 2017)

Všechna existující komplexní kardiiovaskulární centra v České republice zprostředkovávají data o provedených kardiiochirurgických výkonech za daný rok. Pro zjednodušené vyhledávání dat byl v roce 2002 vytvořen tzv. **Národní kardiiochirurgický registr**. Zásadním a hlavním účelem bylo vytvořit národní centrálně vedené zdravotnické dokumentace osob se závažnými kardiiovaskulárními chorobami, u kterých byl proveden kardiiochirurgický výkon. Což napomáhá k přesnější analýze nemocnosti a kvality poskytované péče v oblasti kardiiovaskulárních intervencí (ÚZIS ČR, ©2010–2018).

Údaje o provedených kardiiochirurgických výkonech poskytuje souhrnná publikace pod názvem **Přehled vybraných kardiiochirurgických výkonů v České republice**, která vychází

každoročně od roku 1994. Počet provedených kardiochirurgických operací v České republice se ročně pohybuje zhruba kolem 8500. Větší počet operací je prováděn u mužů než u samotných žen. Z dohledaných publikací se dozvídáme, že v roce 2017 bylo operováno **6010 mužů** a **2494 žen** (ÚZIS ČR, ©2010–2018).

Dle dostupných dat lze říci, že v posledních letech se výdaje za poskytnutou zdravotní péči o kardiochirurgické pacienty šplhá až k několika miliardám korun. Rostoucí náklady mají příčinnou souvislost s vyšším průměrným věkem pacientů s kardiovaskulárními chorobami, výskytem přidružených onemocnění, delší pobyt na jednotkách intenzivní péče, delší celkovou dobou hospitalizace apod. V důsledku toho všeho došlo ke koncentraci kardiochirurgických operací do center, které mají dostatečné technologické, ale zároveň i profesionální předpoklady k dosahování výborných výsledků (Němec, 2010, s. C4).

2 KARDIOCHIRURGICKÁ OPERACE

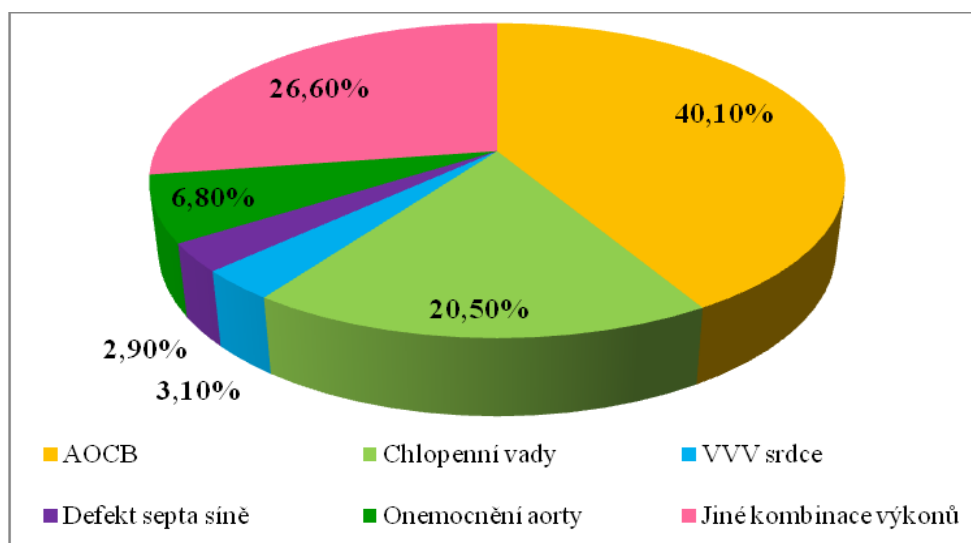
Je nutné si uvědomit, že s prodlužujícím se věkem celé populace pacienti stárnou a řada z nich podstupuje kardiologické výkony ve stále vyšším věku. Přidružená onemocnění pacientů vedou ke stále složitějším a komplexnějším operacím (Dominik, 1998, s. 9).

Kardiologické operace představují značnou zátěž organismu a zároveň tak vyšší riziko ischemie tkání a myokardu. Uvádí se, že pacienti s kardiálním onemocněním jsou mnohem ohroženější, než nemocní s kardiovaskulárním nálezem (Skalická, 2007, s. 35).

Přípravu pacientů, perioperační a pooperační péči zajišťují multioborové týmy, pracující ve specializovaných kardiologických centrech (Pafko, 2008, s. 173).

2.1 INDIKACE KE KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI

Procentuální zastoupení operativy srdečních onemocnění v České republice bývá přibližně stejné a dosažené výsledky jsou srovnatelné dle uskutečňovaných operací po celé Evropě. Potřeba srdečních operací u nás stále stoupá. Dle odborných publikací mezi nejčastější indikace vedoucí ke kardiologické operaci řadíme např. ischemickou chorobu srdeční (ICHS), chlopenní srdeční vady – získané či vrozené apod. (Špinar a Vítovec, 2007, s. 106; Pafko, 2008, s. 173).



Obrázek 2 - Kardiologické operace podle typu jednotlivých výkonů v roce 2017

(NKR: Národní zdravotnický informační systém – Report č. R/1, 2018, s. 9)

ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

Nejzávažnější a nejběžnější srdeční onemocnění postihující větší část populace ve vyspělých zemích. Ischemickou chorobu srdeční (ICHS) řadíme mezi tzv. civilizační neinfekční choroby, které se podílí nejen na vysoké morbiditě, ale i invaliditě. Hlavní příčinou vzniku je manifestace aterosklerózy koronárních tepen, jakmile nedochází k dostatečnému přívodu tepenné krve do myokardu a nedochází k pokrytí jeho metabolických nároků, vzniká ischémie (Vaněk a kol., 2003, s. 67; Pafko, 2008, s. 177).

„Hlavní rizikové faktory vedoucí ke vzniku aterosklerózy jsou hypercholesterolemie, zejména vysoká hladina nízkomolekulárního lipoproteinu (LDL) a nízká hladina vysokomolekulárního lipoproteinu (HDL), dále kouření, hypertenze, diabetes mellitus, genetická zátěž, obezita a stres“ (Vaněk a kol., 2003, s. 67).

Z počátku bývá ICHS asymptomatická, až postupem času při vážnějších změnách na koronárním řečišti se objevují první symptomy. Hlavním příznakem je prudká retrosternální bolest svíravého charakteru, která propaguje do krku, čelisti nebo do levé horní končetiny, případně až do malíkové strany. Tyto bolesti se často vyskytují při větší fyzické námaze, ale také při emocích či působení chladu. Může během několika minut spontánně ustoupit při setrvání v klidovém stavu nebo odezní po podání nitrátů. Forma tzv. nestabilní anginy pectoris se vyznačuje větší intenzitou bolesti trvající delší dobu bez reakce na podání nitrátů (Šimkovič a kol., 1996, s. 202; Pafko, 2008, s. 177).

CHLOPENNÍ SRDEČNÍ VADY

Představují více než polovinu kardiologických výkonů. Při chirurgickém řešení je snaha zachovat vlastní chlopeň pacienta, jedná se tedy o tzv. plastiku chlopně, před samotnou náhradou za použití nových operačních postupů. Jednotlivé chlopně v srdeční dutině mohou být postihnuty stenózou (zúžením), nebo její nedomykavostí (insuficiencí, regurgitací). V klinické praxi se lze setkat se stenoinsuficiencí, kdy se jedná o kombinaci obou těchto procesů nebo rovněž může docházet k postižení více chlopní najednou (Brát, 2008, s. 35; Zeman a Krška, 2014, s. 315).

Hlavním symptomem, který signalizuje nesprávnou funkci chlopně, je srdeční šelest. Jedná se o tzv. zvukový fenomén doprovázející srdeční akci, ačkoliv ne každá šelest bývá symptomem chlopní vady. Dále bývá přítomna únava, dušnost, bolest na hrudi, otoky nohou, závratě či až ztráta vědomí (Kardiochirurgie, ©2018).

Získané chlopenní vady jsou velmi často přítomné na chlopních levého srdce. V minulých dobách byly časté mitrální vady při vyšším výskytu revmatické horečky. S postupně stárnoucím obyvatelstvem se v současnosti zvyšují rizika degenerativního poškození aortální chlopně. Mezi časté formy získaných chlopenních vad řadíme př. aortální stenózu, mitrální stenózu, aortální insuficienci a mitrální insuficienci (Brát, 2008, s. 35).

Nejčastější příčinou získané vady je degenerativní či infekční postižení chlopni. Je známo, že příčiny často řadíme mezi tzv. multifaktoriální a jedinci bývají operováni až po dlouhé diagnostice (Šimkovič a kol., 1996, s. 214; Dominik, 1998, s. 61).

Vrozené srdeční vady se vyskytují ihned po narození jedince a dochází ke značným změnám průtoku krve srdcem. Časté bývá poškození srdečních přepážek, chlopni nebo cévního systému. I zde mohou být příčiny multifaktoriální, ale značný vliv na vznik vrozených vad bývá působení genetických faktorů, např. chromozomální změny i vnější prostředí, a to infekce a toxické vlivy na tělo matky. Mezi nejčastěji se vyskytující vrozené srdeční vady řadíme např. defekt septa komor (VSD), defekt septa síní (ASD), stenózu plicnice, koarktaci aorty (CoA), atrioventrikulární defekt septa apod. Řada vrozených vad se nemusí projevit ihned po narození, mohou řadu let působit asymptomaticky. Naopak některé na sebe upozorní už krátce po narození v podobě zrychleného dýchání, cyanózou, únavou a změnou krevního oběhu (Zeman a Krška, 2014, s. 305; Kardiologie, ©2018).

INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA

Infekční endokarditidu (IE) lze definovat jako zánětlivé onemocnění, při kterém je na srdeční chlopni, nástěnném endokardu nebo popřípadě na cizím tělese implantovaném v srdci přítomen infekční agens tzv. vegetace, která se skládá z trombocytů, fibrinu, infekčního agens a zánětlivých buněk bílých krvinek. Dřívější klasifikace endokarditid akutní, subakutní a chronická již dnes nebývá používána, a to z důvodu, že v současné době obvykle probíhají atypicky (Bulava, 2017, s. 177; Kettner, 2017, s. 397).

Infekční endokarditida je často způsobena porušením srdeční výstelky neboli endotelu, kdy v místech, kde dochází k turbulentnímu proudění krve, může docházet k dysfunkci endotelu a k usazování vegetace. Původcem IE může být kterýkoliv mikroorganismus, ačkoliv více bývá endotel osídlován mikrobiálním agens např. stafylokoky, které se dostanou

do krevního oběhu a způsobí tak tzv. bakteriémií (Troubil, 2007, s. 139; Bulava, 2017, s. 177).

Pro infekční endokarditidu bývá charakteristický výskyt kombinace kardiálních a extrakardiálních příznaků, kdy bývá často popisován spíše vleklý průběh s nespecifickými příznaky v podobě akutního hořčnatého období, nechutenstvím, únavou, nočním pocením apod. Můžeme říci, že zhruba 90 % nemocných mívá horečku a zbylá část má symptomy při embolizaci. Z příznaků, které se mohou projevit, stojí za to zmínit imunologické a cévní fenomény např. třískovité krvácení pod nehty, petechie na končetinách či bukální sliznici, při embolizaci dochází k rozvoji symptomů dle lokalizace poškození. Častými komplikacemi, které mají vliv na další průběh terapie, je srdeční selhání nebo mozková příhoda (Troubil, 2007, s. 140–142; Bulava, 2017, s. 178).

Standardní je konzervativní léčba, kde primárně volíme dlouhodobou antimikrobiální léčbu podle přítomného agens a dále léčba symptomatická zaměřující se na přidružená onemocnění. Mortalita u endokarditid se pohybuje v rozmezí 20–25 %, kde příčinou úmrtí bývá převážně přítomná komplikace nebo určitý mikrobiální agens. Klíčovým úspěchem by měla být včasná, adekvátní a cílená terapie ve spolupráci s mikrobiologem, kardiologem a kardiochirurgem (Troubil, 2007, s. 142–143).

ONEMOCNĚNÍ HRUDNÍ AORTY

Uvádí se, že postižení hrudní aorty může probíhat po různě dlouhou dobu bez příznaků a může být i náhodným nálezem při kardiologickém vyšetření, a poté i předmětem kardiochirurgického řešení. Příčinou postižení této hlavní tepny bývá porušení celistvosti jednotlivých vrstev cévní stěny, lze tedy uvést, že mezi časté poškození řadíme převážně aneuryzma hrudní aorty a disekci hrudní aorty (Vaněk a kol., 2003, s. 86; Brát, 2008, s. 42).

Aneuryzma hrudní aorty bývá považováno za život ohrožující stav, kdy bez včasné léčby dochází ve většině situací k ruptuře rozšířené části hrudní aorty s následným vykrvácením. Ne všichni nemocní bývají indikováni k chirurgickému řešení. Hlavním cílem je snížit smykové napětí v postiženém segmentu aorty, a to snížením krevního tlaku a kontraktility srdce. Je známo, že vyšší riziko ruptury je v oblasti vzestupné aorty, menší poté v oblasti sestupné aorty nebo aortálního oblouku. Chirurgické řešení tohoto stavu spočívá v resekci aneuryzmatu hrudní aorty a následné náhradě cévní protézou. V současné době bývá

na většině kardiologických pracovišť volena terapie výdutě descendentní (sestupné) aorty za pomoci tzv. **stentgraftu**, což je protéza vyztužená stentem. Účelem této protézy je rozvinout a vyřadit aneuryzma z průtoku a zabránit tak jeho ruptuře (Vaněk a kol., 2003, s. 86; Brát, 2008, s. 42–44).

Disekce hrudní aorty tvoří bezprostředně náhlou až vitálně ohrožující situaci, při které dochází k rozštěpení vrstev cévní stěny. Často bývá způsobeno trhlinou, která vznikla v intimě aorty s možností pronikat až do médié. Ačkoliv trhlina může být lokalizována kdekoliv v průběhu aorty, častěji se nachází v oblasti kořene vzestupné aorty či v počátku aorty sestupné. Disekce hrudní aorty se dělí na dvě základní formy – typ **A**, kdy bývá poškozená vzestupná aorta. Jedinci s tímto typem jsou vedeni k okamžitému chirurgickému řešení. Je známo, že bez operace polovina nemocných umírá v prvních 48 hodinách. Naopak **typ B**, kdy bývá poškozena sestupná aorta, se řeší pouhou medikamentózní léčbou a indikací k operativnímu řešení je až ruptura disekce. Vzhledem k volbě správné léčebné strategie a celému průběhu onemocnění je toto dělení značně zásadní (Vaněk a kol., 2003, s. 100; Brát, 2008, s. 44–45; Pafko, 2008, s. 185).

PORANĚNÍ SRDCE A VELKÝCH CÉV

V roce 1889 pronesl významný chirurg Billroth výrok: „*Chirurg, který se pokusí o suturu poraněného srdce, navždy ztratí respekt svých kolegů*“. O několik let později se o úspěšné sešití penetrujícího poranění srdce zapříčinil L. Tejn. Od té doby se s rozvojem techniky, anestézie a pooperační péče chirurgické řešení poraněného srdce stalo běžně dostupnou metodou (Vaněk a kol., 2003, s. 113).

Tupé poranění srdce bývá způsobeno často deceleračním mechanismem při automobilových nehodách, které vede ke kinetické energii nárazu srdce proti srdeční stěně a hrudníku nebo může být komprimováno mezi sternem a obratli. Za méně častou příčinu můžeme považovat přímý úder do hrudníku. Úrazový mechanismus může způsobit různé formy tupého poranění, mezi které nejčastější patří tzv. kontuze (zhmoždění) myokardu, kdy s menší kontuzí jsou jedinci většinou asymptomatictí, naopak při větší kontuzi bývá přítomna bolest na hrudníku, arytmie či možné známky srdečního selhávání, dále pak ruptura srdce s následnou tamponádou srdeční, poranění chlopní a jiné. Závažnost poranění může též záviset i na funkčním stavu srdce před samotným zraněním, stavu naplnění srdečních oddílů

nebo fázi kontraktility a v neposlední řadě na věku zraněného (Vaněk a kol., 2003, s. 114; Vodička a kol., 2006, s. 82–83; Schneiderová, 2015, s. 166).

Penetrující poranění srdce bývá v dnešní době velmi zřídka a často bývá důsledkem bodného či méně často střelného poranění v rámci zvýšené kriminality. Ve své podstatě bývá pro svou lokalizaci postihnutá pravá srdeční komora oproti komoře levé a ve větších případech je indikována urgentní operační revize. Přežití jedince závisí především na hemodynamickém stavu před operací, rozsahu poranění a možných komorbidit, a hlavně na včasném transportu do zdravotnického zařízení a adekvátním chirurgickém řešení. Je známo, že mortalita dosahuje až k 85 %, kde většina poraněných umírá právě na samotném místě, kde k traumatu došlo (Vaněk a kol., 2003, s. 114–115; Vodička a kol., 2006, s. 86–87).

Tupé poranění hrudní aorty je nejčastější poškození, co se týče poranění velkých cév v oblasti hrudníku, způsobující buď částečné nebo úplné přerušování aorty. Vzhledem k okolnostem řadíme tupá poranění srdce mezi častá úmrtí při autonehodě. Mechanismus, který vede k ruptuře aorty, se nazývá tzv. decelerační trauma, což při nárazu způsobuje horizontální či vertikální deceleraci vedoucí ke zbrzdění nebo zrychlení pohybu těla, což má pak za následek posun nitrohrudních orgánů. Příznaky nejsou zpočátku hned jednoznačné, protože poškození aorty je součástí polytraumatu. U zhruba 85 % nemocných dojde ke krvácení do pleurální dutiny a jedinec umírá na vykrvácení buď ihned na místě, nebo do dvou hodin od traumatu. Dle dostupných statistik se dozvídáme, že toto tupé poranění hrudní aorty přežije pouhých 5 % pacientů. Co se týče ostatních velkých cév v oblasti hrudníku př. dutých žil, větví oblouku aorty, plicnice, setkáváme se s jejich poraněním velmi vzácně (Vaněk a kol., 2003, s. 115; Vodička a kol., 2006, s. 88–91).

OSTATNÍ KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACE

Můžeme říci, že **transplantace srdce** neboli tzv. **ortotopická transplantace srdce (OTS)** je již dnes standardně zavedená forma léčby u jedinců v terminálním stádiu chronického srdečního selhání, kteří nereagují na žádnou z medikamentózní terapie a nelze jej řešit ani jiným chirurgickým způsobem (Dominik, 1998, s. 133; Zeman a Krška, 2014, s. 338).

K transplantaci srdce jsou indikováni jedinci v konečné fázi srdečního selhání, kde se většina nemocných hodnotí dle funkční třídy III. nebo IV. pomocí NYHA klasifikace, kde zároveň EF (ejekční frakce) bývá zhruba okolo 20 % a méně a maximální spotřeba

kyslíku (VO_{2max}) pod 14 ml/kg/min. Vzácnou indikací bývají neřešitelné chlopenní nebo vrožené srdeční vady apod. (Dominik, 1998, s. 133; Semrád, 2014, s. 154; Zeman a Krška, 2014, s. 338).

Srdce dárce při jeho odběru bývá uvedeno do hypotermické kardioplegie a po celou dobu převozu a přípravy příjemce se chladí sterilním ledovým roztokem. Je obecně známo, že čím dříve po přerušení cirkulace a po navození hypotermické kardioplegie je srdce transplantováno, tím lépe pro uchycení srdečního štěpu. Maximální doba od přerušení do obnovení cirkulace koronárním řečištěm se uvádí zhruba okolo 5 hodin (Dominik, 1998, s. 133).

| NYHA | Klinické potíže |
|---------------------|---|
| I. stádium | jedinec nepocituje žádné obtíže v klidu ani při větší fyzické námaze |
| II. stádium | jedinec udává dušnost, cítí bolest nebo tlak na hrudníku, únava se dostavuje až po větším zatížení |
| III. stádium | nemocný udává dušnost, přítomnou bolest na hrudníku, únavu při menší fyzické zátěži během běžných každodenních činností |
| IV. stádium | nemocný pocituje klidovou dušnost, bolest na hrudníku až únavu v klidovém režimu |

Tabulka 1 - Klasifikace dle NYHA, projevy srdečního selhávání (Skalická a kol., 2007, s. 37).

V současné době nemocní po transplantaci srdce zaznamenávají výrazné funkční zlepšení svého zdravotního stavu a pohybují se mezi I. až II. funkční třídou dle NYHA klasifikace (Zeman a Krška, 2014, s. 340).

Dle současných odborných publikací se uvádí operační úmrtnost po transplantaci v rozmezí od 5 % do 10 %. Primárně dochází k selhání štěpu zhruba do měsíce a je tak nejčastější příčinou možné předčasné smrti. Roční přežívání se pohybuje okolo 85 %. Studie, které zkoumají kvalitu života související se zdravotním stavem u pacientů po transplantaci srdce, ukazují, že valná část jedinců se blíží k životu normální populace (Němec, 2006, s. 97; Semrád, 2014, s. 159–161; Táborský, 2015, s. 241).

2.2 OPERAČNÍ POSTUPY A PŘÍSTUPY V CHIRURGII SRDCE

V kardiovaskulární chirurgii může být léčba korektivní nebo paliativní. Korektivní výkon vede k plné a trvalé nápravě srdeční vady, zatímco u paliativní operace dokážeme zajistit pouze dočasné zlepšení současného stavu, aniž by byla jeho základní příčina vyléčena. Operace na srdci můžeme dále rozdělit i na výkony, které se provádějí na zavřeném nebo otevřeném srdci (Schneiderová, 2014, s. 158).

OPERACE NA ZAVŘENÉM SRDCI

Uskutečňují se bez použití přístroje pro podporu mimotělního oběhu. Jedná se tak zejména o extrakardiální výkony na perikardu a velkých cévách. V současné době tvoří operace na zavřeném srdci pouhou nepatrnou část srdečních výkonů u pacientů, př. anomálie srdce, koarktace aorty, vzácně i některé revaskularizace myokardu (Dominik, 1998, s. 11).

OPERACE NA OTEVŘENÉM SRDCI

Provádí se v dnešní době za použití přístroje pro podporu mimotělního oběhu, který zastupuje úlohu funkce srdce i plic. Po dobu podpory mimotělního oběhu může kardiochirurg provést mnohem náročnější rekonstrukce uvnitř srdečních dutin pod vlastní kontrolou zraku na zastaveném bezkrevném srdci (Dominik, 1998, s. 13; Paľko, 2008, s. 174).

OPERAČNÍ PŘÍSTUP

Bývá zvolen tak, aby chirurgovi umožnil přehledné operační pole k dobrému provedení operačního výkonu a zároveň, aby to nebylo pro nemocného tolik traumatizující (Dominik, 1998, s. 19; Brát, 2008, s. 14).

Častým operačním přístupem pro většinu kardiochirurgických operací v mimotělním oběhu bývá již tradičně používaná **podélná mediální sternotomie**, kde kožní řez bývá veden od jugulární jamky do oblasti xiphoidního výběžku sternu. Následně se elektrokoagulací provádí řez do podkoží přes měkkou tkáň až k periostu. Sternum se podélně ve své střední čáře protne pilou a dochází tak k protěti osrdečnickového vaku (perikardotomie), díky kterému získáme volný přístup k srdci (Brát, 2008, s. 14; Kaláb, 2013, s. 19).

Mezi další operační přístupy řadíme **pravostrannou thorakotomii**, která vytváří téměř přehledné operační pole pro výkony na mitrální a trikuspidální chlopni či při uzávěrech defektů mezisíňové přepážky. **Levostranná thorakotomie** se dnes využívá pro aneuryzmata descendentní aorty, koarktace aorty, otevřené tepenné dučeje nebo při bandáži plicnice (Dominik, 1998, s. 19; Brát, 2008, s. 14).

„V současnosti se i v kardiouchirurgii začínají uplatňovat operace uskutečňované z velmi malých řezů. Jedná se o méně invazivní tzv. miniinvazivní srdeční operace. Musíme si však uvědomit, že chirurg je odpovědný za operovaného a větším operačním přístupem si zajišťuje přehledné operační pole ne pro své pohodlí, ale pro větší bezpečnost operovaného“ (Dominik, 1998, s. 19).

Mezi miniinvazivní operační přístupy v kardiouchirurgii patří podélná horní hemisternotomie a anterolaterální minitorakotomie. **Podélnou horní hemisternotomii** lze vidět při výkonech na aortální chlopni. Incize kůže a podkoží je vedena v mediální čáře od horního okraje sternu v délce 6 až 10 cm. Následně je hrudní kost prořata pilou v úrovni třetího až čtvrtého mezižebří. Pro méně přehledné operační pole je operace náročnější, ale přináší větší stabilitu sternu s menším rizikem komplikací. Rána se uzavírá standardně pomocí drátěné cerkláže. Dále lze využít **levostranné či pravostranné anterolaterální minitorakotomie**, která má velmi dobrý kosmetický efekt hlavně u mladých žen, ale přináší vyšší technickou náročnost. V submamární rýze je veden kožní řez o délce 7 až 8 cm. K oddálení žeber a svalů se využívají klasické rozvěrače (Dominik, 1998, s. 19; Kaláb, 2013, s. 22–23).

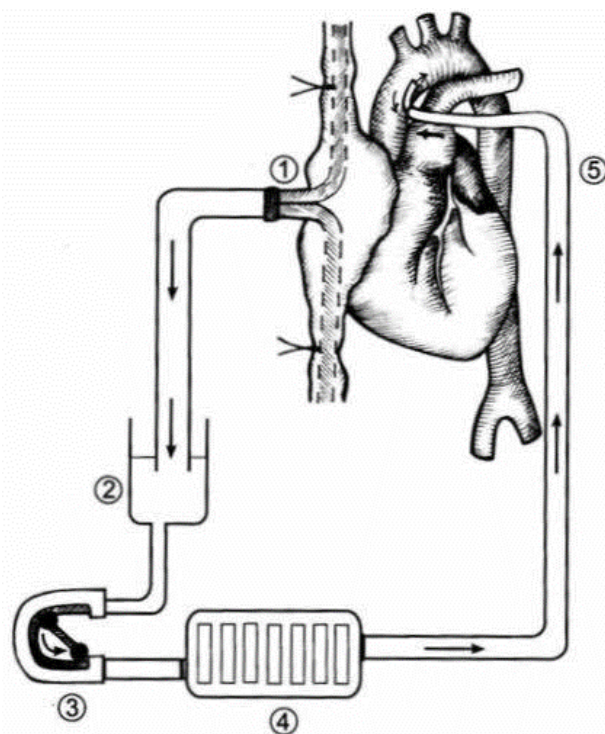
2.3 MIMOTĚLNÍ OBĚH PŘI KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI

Můžeme říct, že řada kardiouchirurgických výkonů se provádí na zastaveném srdci za použití mimotělního oběhu (MTO) a je neodmyslitelnou součástí kardiouchirurgie i přesto, že se za posledních pár let zvýšil podíl operací na srdci bez použití mimotělního oběhu. Významnost užití mimotělního oběhu zaznamenáváme již z roku 1953, kdy byla provedena první úspěšná operace na srdci právě za použití mimotělního oběhu (Vaněk a kol., 2003, s. 129; Kaláb, 2013, s. 43).

Principem mimotělního oběhu je nahradit, ale zároveň i zachovat krevní oběh a okysličení organismu v době zástavy srdce při kardiouchirurgickém zákroku, kdy máme zaopatřeno

dostatečné zásobení tělesných orgánů krví, udržování acidobazické rovnováhy vnitřního prostředí, ale i výměnu krevních plynů (Lonský, 2004, s. 27; Kaláb, 2013, s. 43).

Je známo, že žilní krev nemocného se dostává buď samotnou žilní kanylou z pravé síně nebo dvoustupňovými kanylami, které jsou zavedené separátně do horní nebo dolní duté žíly. Dochází ke shromažďování krve mimo tělo nemocného v tzv. **žilním rezervoáru**, odkud je poté pomocí buď **rotační** nebo **centrifugální pumpy** odváděna do **oxygenátoru**, ve kterém dochází k oxygenaci a odloučení oxidu uhličitého. V dnešní době je převážně využíván tzv. **kapilární oxygenátor**, který zajišťuje výměnu krevních plynů za pomoci semipermeabilní membrány a tím minimální poškození krevních elementů (Němec, 2006, s. 11; Pafko, 2008, s. 174–175; Kaláb, 2013, s. 43–44).



Obrázek 3 - Schéma mimotělního oběhu: ① žilní drenáž PS nebo HDŽ či DDŽ; ② žilní rezervoár; ③ čerpadlo; ④ oxygenátor; ⑤ tepenná linka s kanylou vzestupné aortě (Kaláb, 2003, s. 45).

Další komponentou oxygenátoru je tzv. **výměník tepla**, jehož účelem je zchlazení protékající krve, které uvede nemocného do celkové **hypotermie** v rozmezí 26–35 °C, ba naopak ohřátí krve, což umožní navrátit operovaného do **normotermie** neboli navodí normální teplotu tělesného jádra. U značně náročných výkonů, např. operace na hrudní aortě v dětské kardiokirurgii, dochází tak ke krátkodobé zástavě krevního oběhu a uvedení do hluboké hypotermie v rozmezí 16–18 °C po dobu zhruba 20–30 minut z důvodu prevence tzv. postperfúzního syndromu. Nadále je krev vedena přes **arteriální filtr** sloužící k odstranění mikrotrombů a dalších přítomných mikročástic, kde je za pomoci **čerpadla** a **arteriální linky** krev pod tlakem kontinuálním proudem vháněna do tepenného systému nemocného (Němec, 2006, s. 11; Pafko, 2008, s. 174–175; Kaláb, 2013, s. 43–44).

Zásadní je udržovat fyziologické hodnoty perfúzního tlaku a minutového průtoku k dosažení kvalitní perfúze všech orgánů a tkání a zároveň stanovit bezpečnou dobu trvání

mimotělního oběhu. Doba strávená na mimotělním oběhu patří mezi rizikové faktory pooperační morbidity, ale i mortality (Lonský, 2004, s. 111–112; Němec, 2006, s. 11; Kaláb, 2013, s. 49).

K ochraně myokardu se používá směs chemických látek v podobě tzv. **kardioplegického roztoku**. Veškeré kardioplegické roztoky obsahují značný podíl draslíku, hořčíku, ale i jiných složek, které vedou k ochraně myokardu během zástavy srdce v diastole. Tyto roztoky jsou do oběhu vedeny o rozmezí 4–37 °C, kde volba způsobu ochrany myokardu je zcela v kompetenci chirurga. Normotermická kardioplegie by měla být do oběhu dodávána za pomoci perfúzního systému nepřetržitě, tak aby umožnila zástavu srdce, naopak studená kardioplegie by měla být přerušována (Kaláb, 2003, s. 53; Semrád, 2014, s. 165).

3 KARDIOCHIRURGICKÁ OPERACE JAKO RIZIKO PRO PACIENTA

Pokud je pacient indikován k operačnímu zákroku, je nutné, aby podstoupil tzv. **předanestetické vyšetření**, které je součástí komplexní anesteziologické péče před celkovou anestezí. Na anesteziologa jsou v rámci předoperačního vyšetření kladeny vysoké nároky podle pacientova zdravotního stavu, dle zvolené anesteziologické techniky, dle povahy a naléhavosti výkonu, stanovení stupně operačního rizika a rozsahu vyšetření. Hlavním cílem je vytvoření optimálních podmínek k provedení operace, uvedení do anestezie, zabránění vzniku možných komplikací, zkrácení doby operačního výkonu a v neposlední řadě zkrátit dobu hospitalizace a rekonvalescence (Němec, 2006, s. 17; Wagner, 2009, s. 15; Schneiderová, 2014, s. 10).

Pro odhad časně mortality a vážných pooperačních komplikací nemocného bylo vytvořeno mnoho skórovacích schémat. Mezi nejužívanější skórovací schémata řadíme tzv. **Euroscore**, které bylo vytvořeno na základě získaných dat od více než 19 tisíc nemocných ze 128 center a 8 evropských center. Schéma identifikuje tři skupiny rizikových faktorů – patientské, myokardiální a operační. Výsledný součet všech těchto tří složek dává odhad mortality v procentech. Tento skórovací systém upřednostňuje svou jednoduchost a dostatečný odhad rizika, ačkoliv u náročných pacientů může tento systém podhodnocovat riziko (Wagner, 2009, s. 25).

3.1 ANESTEZOLOGICKÁ VIZITA

U plánovaných operací probíhá anesteziologická vizita nejpozději den před výkonem. Anesteziolog může dle získaných informací doplnit různá vyšetření či upravit farmakoterapii z hlediska volby anestezie. Cílem práce anesteziologa je stanovit stupeň operačního rizika pro pacienta, snížit předoperační riziko a stanovit plán anesteziologické péče s ohledem na pacientův stav a typ výkonu. Anesteziolog často pacienta informuje o tom, co ho v perioperačním období čeká a co mu jsou schopni nabídnout. Součástí anesteziologické vizity je závěrečná kontrola fyzikálního vyšetření a posouzení klinického stavu nemocného vedoucí k častému doplnění dalšího vyšetření nebo úpravě medikace krátce před operačním

výkonem, a to hlavně u jedinců s výskytem ASA III – IV (Šimkovič a kol., 1996, s. 44; Wagner, 2009, s. 15).

| Stupeň | Definice |
|---------|---|
| ASA I | Zdravý pacient bez patologického klinického a laboratorního nálezu. |
| ASA II | Pacient s drobnými zdravotními komplikacemi, který není funkčně limitován – mírné až středně závažné systémové onemocnění, pro které je pacient operován. |
| ASA III | Pacient se středně těžkými zdravotními komplikacemi, který má funkční limitace – závažné systémové onemocnění jakékoliv etiologie omezující aktivitu nemocného. |
| ASA IV | Pacient s těžkými zdravotními komplikacemi, které ho ohrožují na životě – závažné, život ohrožující systémové onemocnění, které není vždy operací řešitelné. |
| ASA V | Těžce nemocný pacient, u kterého se očekává, že nepřežije bez/nebo s operací 24 hodin. |

Tabulka 2 - Předanestetické hodnocení dle ASA (Bartůněk a kol., 2016, s. 288)

Je známo, že mnoho nemocných má z operace, potažmo z anestezie velké obavy. Anesteziologická vizita má pro pacienta i psychologický význam vedoucí k psychické přípravě na anestezii, kdy anesteziolog pacientovi zodpoví veškeré jeho otázky a tím jej může uklidnit (Brátová a Murgoš, 2011, s. 44–45).

3.2 ODHAD RIZIKA ČASNÉHO POOPERAČNÍHO ÚMRTÍ

Pokud je indikováno operační řešení srdečního onemocnění, je namístě posoudit míru operační mortality a zároveň zvýšené riziko komplikací např. srdečního či plicního selhání, dysfunkce ledvin, infekce apod. Odhad rizika časného pooperačního úmrtí slouží nejen lékaři, který navrhl operační řešení, ale i kardiochirurgovi, který zodpovídá za průběh a výsledek výkonu. Největší význam však má pro anesteziologa, který na základě svých zkušeností a odhadů může plánovat postupy, které by mohly tyto komplikace eliminovat. Z dostupné literatury se dozvídáme, že v průběhu operace dojde ke vzniku jedné fatální komplikace na zhruba 1000 výkonů. Naopak příčina úmrtí v souvislosti s anestézií byla shledána v jednom případě na 10000 anestézií, např. komplikace selhání plicní ventilace s následnou hypoxií. Existují studie, které se shodují v tom, že většina medicínských problémů nemocného jsou vysokým indikátorem komplikací oproti typu operace či zvolené

anestezie. V současné době může anesteziolog ovlivnit míru rizika pro pacienta, jen pokud má k dispozici podrobné předoperační vyšetření s odhady eventuálních rizik. Již dnes diskutabilním rizikem bývá pokročilý věk populace, přesto zvýšené riziko časně mortality věk nijak neovlivňuje výsledky, proto bychom neměli eliminovat nemocného z chirurgického řešení srdečního onemocnění právě kvůli pokročilejšímu věku (Wagner, 2009, s. 19–20).

3.3 ODHAD RIZIKA VELKÝCH EXTRAKARDIÁLNÍCH KOMPLIKACÍ

Z počátku nás zajímal odhad rizik časně pooperačního úmrtí, je nutné však zvážit pravděpodobnost i vážných extrakardiálních komplikací, které významně prodlužují a prodražují hospitalizaci, mohou zapříčinit trvalé následky a mnohem vyšší mortalitu (Wagner, 2009, s. 21).

Mezi nejčastější extrakardiální komplikace řadíme **infekce v operační ráně**, která může být přítomna v oblasti sternu či mediastinu s výskytem až u 4 % operovaných s 1/3 mortality. Za významný nezávislý faktor této komplikace bývá popisována reoperace a převážně obezita z důvodu nižšího prokrvení tukové tkáně, distribuce antibiotik nebo dostatečné sterility kůže. Velkou roli v prevenci této komplikace má převážně fyziologická hladina glykémie, která zlepšuje prokrvení v periférii. Další extrakardiální komplikací je **respirační komplikace**, kdy přechodná plicní dysfunkce je spjata se vzniklou sternotomií. K hlavním rysům přítomné komplikace může být přítomnost chronické obstrukční plicní nemoci. Za závažnou **neurologickou komplikaci** považujeme poškození mozku i přesto, že možné příčiny známe např. hypoxie, krvácení, embolizace aj. Neurologické komplikace dělíme na dva různé typy. Prvním možným typem pooperačních poruch centrálního nervového systému je fokální výpadek až komatózní stav, druhým popsáním je zhoršení intelektových, paměťových a emociálních funkcí. Za méně časté komplikace jsou považovány **renální a gastrointestinální komplikace**, které mohou být však pro danou skupinu nemocných rizikovým faktorem morbidity, ale i mortality (Wagner, 2009, s. 21–23).

4 PACIENT A PŘEDOPERAČNÍ OBDOBÍ

Zpravidla si roli pacienta nevybíráme ani se s ní většinou nerodíme. Obecně lze uvést a definovat pojem **pacient** jako tzv. osobu, která se vyskytuje v lékařské péči nebo jako léčícího se člověka, kde každý proces změny zdravotního stavu jedince v pacienta má svou fyziologickou, psychologickou, ale zároveň i sociální stránku. Jakmile se někdo stane nemocným, netýká se to pouze jeho samotného, ale i jeho rodiny, zaměstnavatele a všech lidí, se kterými byl jedince doposud v sociálním kontaktu (Křivohlavý, 2002, s. 13; Zacharová a kol., 2007, s. 20; Plevová a kol., 2011, s. 88).

Hlavním cílem předoperačního období pro každého pacienta je zásadně vytvořit ideální podmínky k lepšímu zvládnutí operační zátěže i pooperačního období, vedoucí k včasné rekonvalescenci. Celkový rozsah předoperační přípravy je určován aktuálním zdravotním stavem nemocného a zvoleným operačním výkonem. Bývá zřejmé, že se stárnoucí populací přibývá pacientů s bohatou anamnézou interních onemocnění a je logické, že bude nutné zvýšit zřetel na předoperační přípravu než u mladých zdravých jedinců. Jakákoliv příprava by měla splňovat obecnou část přípravy u každé operace a speciální část, která se vztahuje ke stanovené diagnóze a ke zvolenému operačnímu výkonu (Zeman a kol., 2000, s. 147; Vyhnánek a kol., 2003, s. 181; Šváb a kol., 2008, s. 34; Jedličková a kol., 2012, s. 231).

Pokud hovoříme o předoperačním období, konkrétně o přípravě, která probíhá ihned po přijetí na oddělení, máme tím na mysli přípravu nemocného k celkové anestezii, kde pro nás má být zásadní cíl zajistit nemocnému bezbolestný průběh operačního výkonu. Proto je v tomto období nutné, aby všichni lékaři, kteří se účastní na předoperační přípravě u daného pacienta, přispívali svými odbornými poznatky k tomuto cíli. Pokud je operační výkon plánovaný a zdravotní stav pacienta nevyžaduje delší předoperační přípravu při hospitalizaci, je možné tuto přípravu k plánovanému výkonu zahájit i ambulantně (Vyhnánek a kol., 2003, s. 181; Bartůněk a kol., 2016, s. 287).

Přímo nelze úplně časově ohraničit předoperační neboli také tzv. **preoperační přípravu** na měsíce, dny nebo až hodiny. Obecně zahrnuje péči o pacienta od doby, kdy došlo k rozhodnutí o podstoupení operace a zároveň končí předáním nemocného na operační sál. Z čehož vyplývá, že lze období charakterizovat velkou variabilitou, kdy se projevuje příčina, která vedla k indikaci operace a celkový zdravotní stav jedince. Jakékoliv informace by měly

být nemocnému podávány srozumitelně ústní a písemnou formou a zároveň každý má poté právo na základě získaných informací se svobodně a bez nátlaku rozhodnout, zdali zvolený zákrok podstoupí (Šváb a kol., 2008, s. 31; Janíková, 2013, s. 26–27).

4.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Dlouhodobá předoperační příprava se časově odvíjí převážně od celkového zdravotního stavu nemocného, jeho přidružených chorob a rozhodnutí o daném typu operačního výkonu. Dle Janíkové bývá v kompetencích lékaře důsledné objasnění a zapojení nemocného do léčebného procesu, kde díky tomu jsme schopni získat důvěru v samotného lékaře a uspokojit psychické potřeby pacienta (Janíková, 2013, s. 26).

Po posouzení nálezů ze zdravotnické dokumentace a po zvoleném typu operačního výkonu dle získaných informací musí nemocný absolvovat veškerá interní vyšetření, která jsou předurčená v souvislosti s plánovanou operací, anestezií a jeho celkovým zdravotním stavem. Je známo, že by dlouhodobá předoperační příprava a s ní spojená veškerá vyšetření neměla být starší 14 dnů. Součástí interního vyšetření dochází ke zhodnocení vitálních funkcí, vyšetření krve a moči, elektrokardiografické vyšetření (EKG), rentgenového vyšetření (RTG) a vyšetření srdce a plic. Interní vyšetření může být navíc doplněno o speciální vyšetření, o kterém si rozhodne samotný lékař. U ženské populace dochází o rozšíření základního interního vyšetření i o gynekologické vyšetření. U většiny operací bývá pacientům doporučován odběr krve na tzv. autotransfuzi, kde navíc součástí je i podpora a zvyšování tělesné kondice včetně dechové rehabilitace ve spolupráci fyzioterapeutem a případná nutriční podpora dle individuality jedince. To má za následek zkracující dobu hospitalizace a nižší finanční náklady (Slezáková a kol., 2010, s. 34; Janíková, 2013, s. 27).

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy bychom se měli zaměřit na tromboembolické komplikace, které mohou ovlivnit délku a rozsah operačního výkonu. Obecně se antikoagulační léčba zahajuje jako prevence vzniku tromboembolické nemoci (TEN). V souvislosti s operačním výkonem se zvyšuje riziko krvácení, což není ideálním očekáváním. Dochází tak k časnému individuálnímu přístupu a úpravě antikoagulační terapie v podobě vysazování zhruba 4–7 dnů před operací dle jednotlivých antikoagulancií. Ne vždy je nutné v rámci předoperační přípravy tyto léky vysazovat, záleží však na rozhodnutí lékaře (Janíková, 2013, s. 28–29).

Co se týče komorbidit, značnou roli u většiny operací hraje Diabetes mellitus (DM), ten by v perioperační přípravě měl být kompenzován v podobě regulace hladiny cukru v krvi tzv. glykémie a vyhnout se případným hypoglykemickým stavům či hyperglykemií. Jedinci, kteří mají dobře zkompenzovaný DM, nevyžadují žádné speciální přípravy, ba naopak ti, kteří se léčí za pomoci perorálních antidiabetik (PAD), bývají převedeni na inzulínovou terapii a tím tak několik dní před výkonem vysazují PAD. Nicméně přes veškerá tato doporučení se vždy musíme odrazet od individuálnosti pacienta a jeho aktuálního zdravotního stavu (Šváb a kol., 2008, s. 39; Janíková, 2013, s. 31).

4.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Časové ohraničení krátkodobého předoperačního období bývá omezeno na 24 hodin těsně před samotným zákrokem s plynulou návazností na dlouhodobou přípravu. Lékař společně se sestrou mají povinnost zkontrolovat a zhodnotit získané informace, zároveň zkontrolovat výsledky základního předoperačního vyšetření a popřípadě ho doplnit o další možná vyšetření vztahující se ke zdravotnímu stavu nemocného (Slezáková a kol., 2010, s. 35; Janíková, 2013, s. 34).

Do krátkodobé předoperační přípravy řadíme i přípravu anesteziologickou, která zahrnuje zhodnocení celkového zdravotního stavu pacienta, seznámení se s daným zvoleným typem anestezie a s jejími možnými komplikacemi, které mohou nastat v průběhu vedení operačního výkonu a doplnění o tzv. premedikaci. Premedikace je součástí psychické přípravy, měla by vést ke zklidnění, navození dobrého spánku, pohody a odpočinku před výkonem, měla by u nemocného zmírnit pocity strachu a stresu z daného výkonu. Tento typ přípravy není pouze v rukou lékaře, ale i v rukou sester, které s pacientem bývají až do samotného předání na operační sál. Sestry by měly mít na paměti, že strach před výkonem je u nemocných běžný, a tudíž kladou různé otázky. Pacient od sester očekává, že ho vyslechnou a uklidní, a nebudou jeho pocity bagatelizovat (Slezáková a kol., 2010, s. 35).

Několik hodin před operací je nutné zaměřit pozornost na celkovou fyzickou přípravu pacienta. V rámci předoperační přípravy by pacient měl být nejméně 6–8 hodin lačný, což má za následek snížení pooperačních komplikací. Zdravotnický personál by měl věnovat pozornost hygienickým zvyklostem nemocného, např. stavu nehtů, vlasů, obličeje apod. a umístění cenností a protetických pomůcek do trezoru daného oddělení. V neposlední řadě dochází k přípravě operačního pole, kde se odrazíme od zvoleného druhu operačního výkonu,

pokynů operátora či zvyklostí daného pracoviště (Slezáková a kol., 2010, s. 35; Janíková, 2013, s. 34).

4.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Bývá definována a časově ohraničena zhruba na dvě hodiny před operačním výkonem. Součástí je kontrola veškeré dokumentace, získaných laboratorních výsledků, kontrola a případná příprava operačního pole včetně přiložení bandáží v rámci prevence vzniku tromboembolické nemoci, kontrola chrupu, popřípadě odstranění snímatelné zubní protézy, kontrola doby lačnění, podání premedikace dle získaného anesteziologického protokolu a na závěr splnění speciálních požadavků chirurga či operátora a případné náležitosti dle zvyklostí pracoviště (Slezáková a kol., 2010, s. 35–36; Janíková, 2013, s. 36).

Pozornost musí být věnována kompenzaci přidružených onemocnění nemocného, ta poté vyžadují speciální kroky přípravy před daným operačním výkonem. U nemocného s diabetem mellitem by mělo být dodrženo lačnění a kontrola hladiny cukru v krvi, podle které se nemocnému buď ordinuje infuzní roztok glukózy s přidáním inzulínu parenterální cestou nebo se provádí aplikace inzulínu subkutánně. Není přijatelné podávání perorálních antidiabetik nebo dlouhodobého inzulínu. V rámci operačního programu by měl být diabetik zařazen právě na předních místech, a navíc bychom měli brát zřetel, že u diabetiků v pooperačním období hrozí riziko vzniku různých pooperačních komplikací (Slezáková a kol., 2010, s. 36; Janíková, 2013, s. 36).

V menší míře se můžeme setkat i s přípravou nemocného v rámci urgentní neboli neodkladné operace. Ta často souvisí s vyšším rizikem výskytu různých komplikací až případného úmrtí z důvodu krátkého času na přípravu a nedostatečných vstupních informací od nemocného, není tedy možné se zaměřit na včasnou kompenzaci přidružených onemocnění nebo na důkladné vyšetření. Jedinci, kteří bývají přivezeni na ARO či JIP, musí být v rámci rychlé hygienické péče zbaveni hrubých nečistot, hlavní pozornost je věnována přípravě operačního pole. Dochází k zavedení invazivních vstupů a k aplikaci infuzních roztoků, pokud je to žádoucí, provádí se různá vyšetření, která se však mohou provést až na samotném operačním sále (Slezáková a kol., 2010, s. 36; Janíková, 2013, s. 37).

4.4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PŘED PLÁNOVANOU KARDIOCHIRURGICKOU OPERACÍ

Před kardiochirurgickou operací je cílem připravit organismus pacienta na lepší zvládnutí operační zátěže a prevenci vzniku případných komplikací, které si s sebou nese charakter kardiovaskulární nemoci. Měla by splňovat tři položky, a to získání anamnestických informací a laboratorních testů vedoucí ke zhodnocení aktuálního stavu a odhadu možného rizika; optimalizace celkové tělesné kondice, zlepšení vitálních funkcí a přípravu na anestezii, perioperační péči a samotný operační zákrok (Vaněk a kol., 2002, s. 12; Skalická a kol., 2007, s. 35–36; Wagner, 2009, s. 15).

Předoperační péče před kardiochirurgickou operací se nijak zvlášť neliší od té všeobecné. Pacient prochází zdlouhavou přípravou vedoucí k zajištění kvalitních výsledků z podstoupeného operačního výkonu. Při nástupu na kardiochirurgické oddělení je anamnesticky a fyzikálně vyšetřen a dále absolvuje různá doplňující vyšetření. Mezi základní a nejčastěji využívané patří např. EKG sloužící ke zhodnocení aktuálního srdečního rytmu, méně často echokardiografické vyšetření poskytující změny srdečních oddílů. K dalším vyšetřovacím metodám řadíme základní laboratorní vyšetření (biochemické, hematologické, hemokoagulační aj.) či RTG snímek hrudníku, neurologické vyšetření, funkční vyšetření ledvin v rámci kompenzace chronických onemocnění např. renální insuficience či diabetu mellitu, až případné stomatologické vyšetření odvíjející se od daného výkonu (Vaněk a kol., 2002, s. 15; Skalická a kol., 2007, s. 37–44; Dušková a kol., 2009, s. 71; Slezáková a kol., 2010, s. 171).

Jestliže se jedná o elektivní tzv. plánovanou operaci, pacient většinou přichází do zdravotnického zařízení den před samotnou operací tak, aby hospitalizace nebyla příliš dlouhá, nezvyšovala emoční prožitky aj. Ošetrovatelský personál, konkrétně sestra, zastává významnou roli, která nemocného doprovází během předoperačního období za pomoci ošetrovatelského procesu vzhledem k jeho individuálním potřebám (Jedličková a kol., 2012, s. 235; Fraga de Jesus a kol., 2013, s. 538–539).

Příprava nemocného probíhá formou předoperační edukace a objasnění toho, co ho čeká v následujících hodinách. Nadále dochází k sepsání a uložení cenností do trezoru daného oddělení, přípravě operačního pole dle konkrétního výkonu a důkladná hygienická péče

celého těla. Sestra se den před výkonem zaměřuje na přípravu gastrointestinálního systému, kdy v podvečer pacient dostane lehkou stravu a přípravky vedoucí k částečnému vyprázdnění tlustého střeva, doba lačnění společně s absencí kouření se většinou udává na 6–8 hodin před výkonem, příjem tekutin po menších doušcích je možný až do doby dvou hodin před operací. V rámci předoperační přípravy sestra objednává požadované počty transfuzních přípravků, podá večerní pre-premedikaci k navození klidného spánku a provádí kontrolu veškeré dokumentace (Zeman a kol., 2000, s. 152–158; Vaněk a kol., 2002, s. 35; Dušková a kol., 2009, s. 72; Jedličková a kol., 2012, s. 232–233).

V den operačního výkonu provádí sestra kontrolu fyziologických funkcí, operačního pole, vyzve nemocného k vyjmutí snímatelné zubní protézy, pokud tak již neučinil, vyprázdnění močového měchýře. Dle zvyklostí Kardiochirurgické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové dochází v rámci specifické předoperační přípravy operačního pole k tzv. přiložení dezinfikujících obkladů před odjezdem na operační sál, dle operačního výkonu a zvoleného přístupu. U všech pacientů před kardiochirurgickým výkonem dochází k obložení oblasti hrudní kosti pomocí sterilních longet s dezinfekčním přípravkem př. Septoderm OP, navíc pokud je v plánu odběr tzv. štěpů k aortokoronárnímu bypassu, dochází i k obložení obou dolních končetin na vnitřní straně bérců. Pokud však byl zvolen minimálně invazivní výkon tzv. MIDCAB popřípadě TAVI dochází k obložení operačního pole pod levým prsem. Dále dle anesteziologického protokolu podává nemocnému premedikaci. Je na místě, aby sestra upozornila pacienta na klidový režim z důvodu podané premedikace, která může vést ke zvýšenému riziku pádu. Dochází k důkladné a finální kontrole dokumentace, včetně sepsání předávacího protokolu, se kterým poté v doprovodu sestry odjíždí na operační sál, kde si pacienta přebírá operační tým, prvně často anesteziologická sestra (Dušková a kol., 2009, s. 72; Jedličková a kol., 2012, s. 233–236; Kaláb, 2013 s. 26).

4.5 STRACH PŘED OPERACÍ

Jakmile se nemocný ocitá v nesnadné životní situaci, kterou kardiochirurgická operace jistě je, může to vyústit k vystupňovaným pocitům úzkosti a strachu. Každý operační výkon vede k očekávání vzniku bolesti, ztrátou nezávislosti, změny ve vnímání vlastního těla aj. Při hospitalizaci potažmo na operačním sále se nemocný dostává do neznámého prostředí, kde není schopen situaci svým jednáním nijak ovlivnit. Je plně odkázán do péče ošetrovatelského personálu a je známo, že jakýkoliv operační zákrok je pro lidský organismus

i z hlediska biologického určitým stresem, na který naše tělo reaguje. Vzhledem k psychickému rozpoložení a spojení těchto dvou hledisek může docházet později v pooperačním období k zbytečným pooperačním komplikacím, kterým by se dalo v rámci předoperační přípravy předejít (Málek a kol., 2004, s. 406; Gulášová a kol., 2012, s. 43; Wendsche a kol., 2012, s. 65).

„Onemocnění zvyšuje nároky na adaptaci pacienta, jeho úsilí a motivaci. Nemocný se musí vyrovnat s vlastním zdravotním stavem a připravit na všechna diagnostická a terapeutická vyšetření a výkony. Reakce na takovou zátěž jsou rozlišné, mnohdy zcela jiné, než okolí očekává“ (Wendsche a kol., 2012, s. 66).

Strach bývá, dle dostupných odborných publikací, charakterizován jako tzv. emoce, která začíná jako reakce na možné hrozící nebezpečí projevující se nepříjemným cítěním, chvěním celého těla, bušením srdce, pocitem horka aj., proto v tlumení těchto nepříjemných okamžiků pacienta hraje velkou roli komunikace nejen s lékařem, ale i se sestrou. V současné době bývá standardní, že součástí jakékoliv předoperační přípravy je i dokonalé seznámení nemocného s tím, co se bude dít v následujících dnech, např. průběh operace, prognóza. Je známo, že pokud se na něco člověk subjektivně připraví, tak to poté lépe snáší. Samozřejmě velmi záleží i na věku a intelektuálních schopnostech jedince (Vymětal a kol., 2007, s. 224; Wendsche a kol., 2012, s. 66–67).

Zacharová uvádí, že se nemocný před kardiochirurgickou operací nejvíce obává toho, že operační výkon nebude natolik úspěšný a vzhledem k náročnosti operace mohou nastat komplikace, což je poté nutí přemýšlet, že nedojde ke zlepšení, ale ba naopak spíše ke zhoršení zdravotního stavu. Takovýto strach je definován jako tzv. **anticipační**. Prožitky strachu většinou pochází z nedostatečných informací či zkušeností, něco, co doposud nezažil, neprožil (Zacharová a Šimíčková a Čížková, 2011, s. 172–173; Gulášová a kol., 2012, s. 43).

Velmi opodstatněné prožitky strachu mívají nemocní, kteří podstupují operaci srdce poprvé, je známo, že podrobení se operaci srdce děsí každého z nás. Nevědí, co daná operace obnáší, co od ní očekávat. Vyskytují se obavy ohledně profesionality, bezpečnosti a empatií od ošetrovatelského a lékařského personálu v průběhu celé hospitalizace. Identifikace těchto pocitů u pacientů před operací srdce sestrami je zásadní, protože jsou s pacienty v častější interakci. Ošetrovatelská péče spočívá v poskytování předoperační péče a pečlivém sledování, včasné detekce pooperačních komplikací a poskytování emoční a psychické podpory

pacientům a jejich rodinám po celou dobu pooperačního zotavení (Vargas a kol., 2006, s. 384).

Za vhodný a v dnešní době velmi využívaný postup předoperační přípravy vedoucí ke zmírnění pocitu strachu patří farmakoterapie, která někdy značně převyšuje ostatní možnosti. Lékaři často využívají tzv. hypnosedativa, která jsou podána večer před operací k navození klidného spánku a uklidnění pacienta a zároveň podání léčiv ovlivňujících psychiku pacienta v den samotné operace. V neposlední řadě má na pacienta zásadní vliv psychologický přístup, jehož cílem je ovlivnění pohledu na nemoc, následující terapii a uvedení ho k aktivní spolupráci (Gulášová a kol., 2012, s. 42).

5 PACIENT A POOPERAČNÍ OBDOBÍ

Hlavním cílem v pooperačním období je včasné navrácení pacienta zpět do běžného života. Pooperační péče bývá určována aktuálním stavem pacienta, rozsahem kardiochirurgického výkonu a jeho případnými komorbiditami. Pooperační péče je často naplánována předem, již v předoperačním období, vhodně zvolenou anestezií a odhadem možných rizik. Jakákoliv operace srdce vyžaduje intenzivní komplexní pooperační péči. Z hlediska vývoje pooperačního stavu a prognózy nemocného bývá toto období značně rizikové, je proto nutné pečlivě monitorovat stav vědomí, krevní oběh, dýchání vnitřní prostředí a krevní ztráty (Vaněk a kol., 2002, s. 28; Jedličková a kol., 2012, s. 239; Schneiderová, 2014, s. 72; Bartůněk a kol., 2016, s. 291).

5.1 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉHO PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI

Z hlediska trvání, pooperační péče bývá časově ohraničena od skončení operačního výkonu po dobu 24 hodin (do prvního operačního dne). Je popisována jako tzv. **časná pooperační péče**. Způsob poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče na jednotkách intenzivní péče se odráží od typu kardiochirurgické operace a aktuálního stavu pacienta. V rámci této pooperační péče bývá nedílnou součástí několikahodinová umělá plicní ventilace, včetně kontinuální monitorace hemodynamických parametrů vzhledem ke zvýšenému riziku vzniku pooperačních komplikací spojených s náročností kardiochirurgické operace. „*Specifikem intenzivní péče je vysoce specializovaná péče o nemocného pacienta za použití náročné zdravotnické techniky. Péče je orientovaná zejména na udržení životních funkcí a saturaci základních potřeb (dýchání, výživa, vyprazdňování)*“. V dalším pooperačním období se ošetrovatelský personál zaměřuje na polohování nemocného, dbá na péči o dýchací cesty, invazivní vstupy, pooperační bolest, péči o operační ránu, laboratorní vyšetření, včasnou rehabilitaci, ale i psychickou vyrovnanost (Zeman a kol., 2000, s. 295; Kapounová, 2007, s. 21; Schneiderová, 2014, s. 72; Bartůněk a kol., 2016, s. 291–293).

Je-li pooperační průběh zotavování nekomplikovaný, stav centrální hemodynamiky je stabilizován, pacient je při plném vědomí a je optimalizováno vnitřní prostředí apod., pobývá nemocný na jednotce intenzivní péče po dobu 1–3 dnů, dále nemocný bývá přeložen na tzv. jednotku intermediální péče, kde tráví zhruba další 1–2 dny k postupné stabilizaci všech systémových parametrů bez intenzivní monitorace, k rozsáhlé rehabilitaci, doladění a nastavení další medikace (Dominik, 1998, s. 201; Kaláb, 2013, s. 27).

Po stabilizaci vitálních funkcí dochází k přeložení nemocného na standardní lůžkové oddělení k další pooperační péči po dobu 7–10 dnů, vedoucí k optimální úrovni celkového zdravotního stavu a nastavení chronické léčby a propuštění ze zdravotnického zařízení, buď přímo do domácího léčení nebo lázeňského zařízení (Skalická a kol., 2007, s. 105; Janíková, 2013, s. 54; Bartůněk a kol., 2016, s. 291).

Ošetrovatelská péče v průběhu celého pooperačního období se zaměřuje na nemocného jako na osobu bio-psycho-sociálně-spirituální s individuálním posuzováním a saturováním jeho potřeb. Veškeré ošetrovatelské intervence mají za cíl postupně uvádět nemocného k plné soběstačnosti a samostatnosti. Po převzetí nemocného z pracoviště intenzivní péče věnuje sestra pozornost ordinacím lékaře v několika ohledech např. **monitorování**, kdy dochází ke sledování vitálních funkcí (TK, P, D, SpO₂, TT a vědomí) dle ošetřujícího lékaře až 2–3 denně. Neměli bychom opomenout ani sledování výskytu pooperační bolesti, její intenzitě, trvání a prožívání a přístup samotného nemocného, kde bolest je charakterem každého operačního výkonu. K tišení bolesti většinou využíváme úlevové polohy, neopioidní ev. opioidní analgetika. Bolest, kterou nemocný prožívá, bychom nikdy neměli podceňovat, pro ošetřující personál bývá často ukazatelem pooperačních komplikací (Zeman a kol., 2000, s. 298; Janíková, 2013, s. 54; Schneiderová, 2014; s. 72).

Z ošetrovatelského hlediska věnujeme pozornost péči o **invazivní vstupy**, které představují značné riziko vzniku infekce. Nemocný má většinou zavedený **periferní** či **centrální žilní vstup** (PŽK, CŽK) sloužící k aplikaci různorodé farmakoterapie. U kardiochirurgických operací se setkáváme s přítomností **hrudních drénů**, které mají za úkol odvádět sekret z operační rány a zpravidla by se měly při nekomplikovaném průběhu odstraňovat do 48 hodin, avšak mohou být ponechány i několik dní. Úkolem sestry je kontrola množství a vzhledu přítomného sekretu i samotné místo zavedení drénu. Zásadní pozornost sestra věnuje **operační ráně**, kdy většinou první dva dny kontroluje stav sterilního savého krytí, pátrá po prosakování (krvácení, přítomnost jiné tekutiny apod.). Pokud operační rána

neprosakuje, provádí se převaz za aseptických podmínek 2. pooperační den dle ordinace lékaře, popřípadě dle potřeby. Kovové svorky ev. stehy se obvykle odstraňují 7–10 dle typu operačního výkonu a samotného procesu hojení (Zeman a kol., 2000, s. 302–303; Janíková, 2013, s. 55–56).

Nedílnou součástí péče po kardiochirurgické operaci je včasná **rehabilitace**, která bývá zahajována už v rámci předoperační přípravy, protože jakýkoliv operační výkon na kardiovaskulárním aparátu je pro organismus značnou zátěží. Tzv. kardiorehabilitace bývá postupná a přizpůsobená individuálním potřebám pacientů, nemocný pociťuje únavu zhruba první 2–3 dny po výkonu, a to hlavně z důvodu včasné zahájené RHB. Kardiovaskulární rehabilitace a odborně vedený fyzický trénink u pacientů zvyšuje funkční kapacitu plic, redukuje kardiovaskulární rizikové faktory, urychluje rekonvalescenci a zvyšuje kvalitu života po operaci. Postupně se zařazuje dechová gymnastika, vibrační masáže hrudníku vedoucí k snazšímu odkašlávání vzhledem k nestabilnímu sternu. V následujících dnech se přidává stoj u lůžka, správné držení těla a pomalá chůze s doprovodem a v konečné fázi chůze do schodů. Pokud probíhá pooperační rekonvalescence nekomplikovaně, má každý pacient možnost využít lázeňské léčby k úplnému doléčení přímo z lůžka nemocnice. Nejčastěji je pacientům nabízeno pět lázeňských míst, do kterých mohou být po kardiochirurgické operaci posíláni, např. Poděbrady, Teplice nad Bečvou, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně a Lázně Libverda (Dominik, 1998, s. 210; Zeman a kol., 2000, s. 303; Stewart a kol., 2003, s. 2104–2109; Špinar a kol., 2007, s. 212; Vaníčková a Hájková., 2009, s. 51).

V neposlední řadě se ošetrovatelský personál zajímá o vyprazdňování gastrointestinálního traktu, kdy obvykle dochází k obnově funkce do 2–3 dnů po operačním výkonu, v tomto časovém rozmezí je značný odchod plynů a uvolnění břišního napětí. Co se týče vyprazdňování močového systému má nemocný z JIP většinou zavedený permanentní močový katétr (PMK) až do doby, kdy bude schopen mobilizace nebo dle jeho individuálních potřeb. Velkou pozornost sestra společně s lékařem věnuje vodní a elektrolytové rovnováze, přeci jenom kardiochirurgická operace přináší značnou zátěž pro nemocného a dochází během operace ke zvýšeným ztrátám tělesných tekutin (Zeman a kol., 2000, s. 299–300; Jedličková a kol., 2012, s. 242–243; Janíková, 2013, s. 55).

5.2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

Jakákoliv operace si s sebou nese možné pooperační komplikace a není tomu jinak ani u kardiochirurgických operací. Pooperační komplikace řadíme mezi situace, které vedou k narušení standardního pooperačního období a jejich vznik často souvisí s vlivem anestezie nebo samotného operačního zákroku. Každý lékař by měl pomýšlet na riziko vzniku pooperačních komplikací a předcházet jim v rámci předoperačního vyšetření nemocného, vhodné volbě anestezie a samotného způsobu a rozsahu operačního výkonu (Zeman a kol., 2000, s. 305).

V dostupných odborných publikacích se dočítáme, že se mezi časté komplikace související s kardiochirurgickým výkonem řadí **riziko krvácení**, které se u vzniklé operační rány může objevit bezprostředně po ukončeném výkonu. Dochází tak k postupnému prosakování krve mezi kožními stehy, nebo můžeme zaznamenat pooperační krevní ztráty v přítomných hrudních drénech. Velmi často nelze úplně přesně identifikovat příčinu vzniku krvácení, zde se mohou uplatňovat příčiny koagulační, chirurgické nebo jejich kombinace. Pokud známe příčinu krvácení, kdy se může jednat o krvácení z podkoží nebo okrajů kůže a samotné krevní ztráty nejsou nijak výrazně velké, provádí se komprese v samotném místě krvácení. Na druhou stranu, pokud máme přítomné velké krevní ztráty a stále pokračující krvácení, je nutné provést revizi rány a najít zdroj krvácení (Němec, 2006, s. 20; Nováková, 2011, s. 43; Schneiderová, 2014, s. 74).

Další častou komplikací, kdy je pacient ohrožen na životě, může být např. **tamponáda srdeční**, kdy se hromadí krev v perikardiálním vaku, což způsobuje útlak pravostranných srdečních oddílů společně se zhoršeným plněním srdečních dutin a poklesu srdečního výdeje. Mezi klasické symptomy uvádíme hypotenzi, paradoxní pulz (systolický tlak bývá při nádechu menší než při výdechu), zvýšenou náplň krčních žil a v horších případech kardiogenní šok. Ke vzniku této komplikace jsou typické převážně katéetrové výkony na srdci a při podezření vzniklé tamponády je nutné okamžitě jednat a provést evakuaci tamponády s ev. operační revizí (Němec, 2006, s. 20; Nováková, 2011, s. 43; Bulava, 2017, s. 198).

Vzhledem k častému operačnímu přístupu ze střední sternotomie, musíme uvažovat o komplikaci v podobě **komplikovaného hojení operační rány**, kde existuje řada rizikových faktorů vedoucí k narušenému hojení rány např. diabetes mellitus, obezita, chronická obstrukční plicní nemoc, renální insuficience apod. Nejčastější příčinou bývá tzv. **ranná**

infekce, která se pohybuje ve svém výskytu zhruba okolo 1,5–5 % operovaných s výskytem původců např. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermis*, *Klebsiella pneumoniae* aj. K předcházení vzniku infekce v oblasti operační rány je nutné minimalizovat kontaminaci operačního pole, dodržovat zásady asepse v perioperačním období a často u indikovaných pacientů raději profylakticky nasadit antibiotika (Kaláb, 2013, s. 21; Schneiderová, 2014, s. 75).

Komplikace v podobě **ischémie myokardu** si s sebou nese zastřené příznaky př. bolest v operační ráně. Za původce vzniku této komplikace můžeme považovat časný uzávěr aortokoronárního bypassu nebo spasmus koronární artérie. K odhalení ischémie bývá nezbytné posouzení a sledování změn 12 svodového EKG v pravidelných intervalech a sledování vývoje kardijspecifických enzymů (Němec, 2006, s. 20; Nováková, 2011, s. 43).

V souvislosti s kardiochirurgickým výkonem musíme brát zřetel i na **poruchy srdečního rytmu**, které definujeme jako poruchy vedení nebo tvorby elektrického vzruchu. Za jednu z nejčastějších poruch považujeme tzv. fibrilaci síní, kdy se výskyt této dysrytmie pohybuje u 1/3 operovaných pacientů. Fibrilace síní může být často asymptomatická nebo v souvislosti výskytem palpitací, nepravidelného tepu, dušnosti, bolesti na hrudi apod. Ve snaze předcházet poruchy vedení elektrického vzruchu bývají kardiochirurgickým pacientům při operaci implantovány dočasné epikardiální elektrody, díky kterým můžeme v pooperačním období provést včasnou kardiostimulaci (Němec, 2006, s. 20; Brát, 2008, s. 18; Bulava, 2017, s. 123–133).

Za velmi obávané a život ohrožující považujeme **trombembolické komplikace**, jelikož pacienti v perioperačním období bývají ve zvýšeném riziku vzniku trombů, a to v důsledku zpomaleného žilního návratu při pobytu na lůžku nebo při omezené hybnosti. Co se týče prevence vzniku TEN, tak k návratu kardiorehabilitace dochází ještě v předoperačním období, v elastické kompresi DKK v perioperačním období a v aplikaci antikoagulační farmakoterapie po dobu hospitalizace a imobilizace (Schneiderová, 2014, s. 76).

5.3 NEJČASTĚJI POUŽÍVANÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY U PACIENTA PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI

Všeobecné sestry pracující na standardním oddělení kardiologie poskytují komplexní ošetrovatelskou péči na vysoké úrovni všem pacientům, nejen těm po kardiologické operaci. Hlavním cílem ošetrovatelské péče je zlepšit zdravotní stav pacienta, zvýšit kvalitu života každého jedince a zajistit jejich spokojenost po celou dobu hospitalizace, až do propuštění do ambulantní péče. Vzhledem k zaměření této bakalářské práce, se nyní budu zabývat nejčastějšími ošetrovatelskými problémy, se kterými se pacienti po kardiologické operaci na standardním oddělení potýkají. V následující tabulce jsou ošetrovatelské diagnózy seřazeny postupně dle četnosti výskytu.

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | DOMÉNA | TŘÍDA | SOUVISEJÍCÍ FAKTORY |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| AKTUÁLNÍ | | | |
| 00132 Akutní bolest | 12. Komfort | 1. Tělesný komfort | operační rána, invazivní vstupy |
| 00093 Únava | 4. Aktivita/odpočinek | 3. Rovnováha energie | okolní bariéry, nestabilní fyzický stav, zvýšené nároky |
| 00148 Strach | 9. Zvládání/tolerance zátěže | 2. Reakce na zvládání zátěže | okolní bariéry, nestabilní fyzický stav, operační rána, bolest |
| 00046 Narušená integrita kůže | 11. Bezpečnost/ochrana | 2. Tělesné poškození | operační rána, drény |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|---|
| 00198 Narušený vzorec spánku | 4. Aktivita/odpočinek | 1. Spánek/odpočinek | okolní bariéry př. hluk, světlo, neznámé prostředí aj. |
| 00032 Neefektivní vzorec dýchání | 4. Aktivita/odpočinek | 4. KVS/pulmonální reakce | muskuloskeletální poškození, bolest, imobilizace |
| 00085 Zhoršená tělesná pohyblivost | 4. Aktivita/odpočinek | 2. Aktivita/cvičení | snížení svalové síly, bolest, invazivní vstupy př. HD |
| 00162 Snaha zlepšit management zdraví | 1. Podpora zdraví | 2. Management zdraví | snížit rizikové faktory, změna životního stylu |

Tabulka 3 – Aktuální ošetřovatelské diagnózy (Herdman a Kamitsuru, 2016).

| OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA | DOMÉNA | TŘÍDA | RIZIKOVÉ FAKTORY |
|---|---------------------------|--------------------------------|---|
| POTENCIÁLNÍ | | | |
| 00239 Riziko zhoršené KVS funkce | 4. Aktivita/odpočinek | 4. KVS/pulmonální reakce | věk, operační výkon, komorbidity |
| 00200 Riziko snížené srdeční tkáňové perfuze | 4. Aktivita/odpočinek | 4. KVS/pulmonální reakce | operační výkon, farmakoterapie, komorbidity |
| 00004 Riziko infekce | 11. Bezpečnost/ochrana | 1. Infekce | invazivní vstupy |
| 00206 Riziko krvácení | 11. Bezpečnost/ochrana | 2. Tělesné poškození | antikoagulancia, operační rána |
| 00155 Riziko pádů | 11. Bezpečnost/ochrana | 2. Tělesné poškození | zhoršená tělesná mobilita, věk, farmakoterapie, snížení svalové síly |
| 00246 Riziko prodloužení pooperačního zotavení | 11. Bezpečnost/ochrana | 2. Tělesné poškození | operační výkon, věk, bolest, zhoršené hojené operační rány |
| 00249 Riziko dekubitů | 11. Bezpečnost/ochrana | 2. Tělesné poškození | zhoršená tělesná mobilita, věk, snížená perfuze. |
| 00179 Riziko nestabilní glykémie | 2. Výživa | 4. Metabolismus | nestabilní fyzický stav, neefektivní terapie |

Tabulka 4 – Potenciální ošetřovatelské diagnózy (Herdman a Kamitsuru, 2016).

6 NEMOC V PROŽÍVÁNÍ ČLOVĚKA

Současné studie dokazují, že onemocnění představuje pro celou populaci určitou tíživou životní situaci, se kterou se v dnešní době musí kdokoliv z nás vyrovnávat poměrně v krátkém časovém období. Nemoc odráží chorobné jevy v daném organismu, v němž dochází k poruše tělesných a psychických funkcí. Není dáno, že nemoc zasahuje pouze orgány, ba naopak trpí jí celý organismus a má značný vliv na celkovou psychiku nemocného, což se odráží do jeho prožívání a chování (Morovicsová, 2006, s. 13).

„Nemocný člověk jako by splynul se svou nemocí a přestal být vším tím, čím doposud býval, často se stává jen figurkou na hracím poli zdravotnictví, jako by neměl svou vlastní vůli, kompetence, zodpovědnost“ (Minibergerová a Jičínská, 2010, s. 5).

6.1 ZDRAVÍ

Pokud se snažíme definovat termín zdraví, je nutno zmínit, že se jedná o velmi složitý a v podstatě multidimenzionální problém. Většina autorů se shoduje, že pojem zdraví nelze nikdy úplně definovat, a to už z rozdílů vycházejících z pojetí národů a jejich jazykové bariéry, přesněji pak v obsahu a rozsahu pojmu zdraví. V rámci medicínského pojetí zdraví přijala Světová zdravotnická organizace (WHO, 1946) definici zdraví formulovanou v této podobě: *„zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (well-being), nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo vady“*. Později došlo k úpravě stávající definice zdraví (WHO, 1984) *„zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyvarovat se se svým prostředím“*. Nejde tedy o pouhý cíl života nebo o něco definitivního, ale o proces porozumění zdraví jako o určitý zdroj každodenního života, který se mění okamžik od okamžiku společně se změnami systému „organismus – prostředí“ (Bártlová, 2003, s. 21–22; Zacharová a kol., 2007, s. 15–16; Mareš a Vachková, 2010, s. 9–10).

Obecně na zdraví, ale i na nemoc pohlížíme za pomoci tří rovnocenných složek – tělesné, duševní a sociální, vytvářející tzv. **biopsychosociální systém**. Zdraví tedy není součástí pouhé medicíny, ale i širokého humánního pojetí zaměřující se na ochranu, udržení a rozvoj zdraví v rámci jedince či celé společnosti (Bártlová, 2003, s. 21–22).

6.2 NEMOC

V mnoha odborných publikacích se setkáváme s řadou charakteristik týkajících se pojmu nemoc. Tvorba jednotného termínu nemoc prošla značně zdoluhavým vývojem odrážejícím nové vědecké poznatky v jednotlivých medicínských oborech. Zacharová uvádí, že „*při vymezování tohoto pojmu je vhodné vycházet z celistvosti organismu a prostředí. Tento přístup umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví v rovině životních procesů člověka, které se odehrávají v systému člověka a prostředí*“, ačkoliv z medicínského pohledu chápeme nemoc jako výsledek špatné funkce orgánu nebo buněk (Mastiliaková, 2007, s. 36; Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011, s. 102).

Vlivem vnitřních a zevních faktorů nemoci i její průběh vede k takovému stavu organismu, který narušuje celé jeho fungování a rovnováhu. Objektivně lze nemoc chápat jako poruchu zdraví společně se svou etiologií, průběhem, diagnostikou a klasifikací. Nesmíme však opomenout, že nemoc má i svou subjektivní stránku, která bývá charakterizována jako tzv. zdravotní nepohoda, o které se zmiňujeme, když se člověk necítí zdravý, není mu nejlépe, není ve své kůži apod. Z hlediska ošetrovatelské péče je nemoc považována za subjektivní zážitek tělesného dyskomfortu, jako kontinuální proces probíhající od mírného poškození až k velmi závažnému poškození (Mareš a Vachková, 2009, 55–56).

Laická veřejnost v dřívějších dobách ale i dnes definuje nemoc jako stav, kdy bývá něco v nepořádku, kdy to nebývá dobré, kdy to, co má něco dělat, funguje pouze s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí neboli tzv. tolerance normality (Křivohlavý, 2002, s. 15; Zacharová a kol., 2007, s. 16).

Minibergerová uvádí, že nemoc má značný vliv na život každého člověka, vede ke ztrátě dosavadních jistot, ohrožení zvyklostí a přesvědčení, o která se do doby, než se stal pacientem, opíral. Je známo, že nemoc velmi ztěžuje dosažení dosavadních cílů a vede k obavám z budoucnosti. Jedná se o náročnou tíživou životní situaci, subjektivně prožívanou společně se strachem, utrpením a bolestí (Minibergerová a Jičínská, 2010, s. 5).

Nemocný v průběhu svého pobytu ve zdravotnickém zařízení bývá díky přítomné nemoci zbaven řady povinností, např. pracovně neschopným, ztrácí rodičovskou roli aj. Každý z nás reaguje na většinu náročných situací velmi individuálně, odlišně. Vzhledem ke zbavení své dominance a řady povinností může nemocný prožívat bezdůvodně pocity méněcennosti nebo často až depresivní stavy, ba naopak mezi námi jsou i tací, kteří nemoc berou jako výhodu.

Jakákoliv reakce nemocného i jeho postoj k nemoci je považováno za způsob vyrovnávání se s životní situací tak, jak si to v průběhu svého života osvojil (Zacharová a kol., 2007, s. 20).

TRADIČNÍ POHLEDY NA NEMOC

Zdravotnický personál pohlíží na nemoc ze čtyř základních pohledů. Jednotlivé pohledy na nemoc předurčují postup při samotné léčbě, respektování pacienta či rodinných příslušníků podílejících se na léčbě pacienta, změny zdravotního chování, dohled nad doporučeným léčebným režimem aj. První pohled v souvislosti se sociálním lékařstvím pohlíží na nemoc v rámci **přirozené historie nemoci**. Pro popis průběhu léčené nemoci byl využit model zaměřující se na fázi normálního zdraví, na klinické rozpoznání nemoci, rozvinutí až pokročilost nemoci či její vyústění vedoucí buď k úplnému vyléčení, zhojení s trvalými následky, nebo k nejhoršímu stádiu, a to k úmrtí. Druhý pohled **pohlíží na nemoc klinicky**, kde v tomto pohledu je nemoc spíše považována jako určitá klinická jednotka obsahující příčinu, symptomy, diagnostiku a převážně léčbu. Obecně jde o poznatky všech lékařů, které byly začleněny do učebnic a do tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) společně s doporučenými postupy. Za třetí pohled považujeme **osobní zkušenosti a odbornou praxi konkrétního lékaře**, kdy se tento pohled opírá o klinický pohled s konkrétními poznatky, variabilitu veškerých projevů dané nemoci a odlišných reakcí pacientů na tu samou nemoc. V neposlední řadě je nutné zmínit i čtvrtý pohled na nemoc, který se zabývá **individuálností daného pacienta**. Zdravotnický personál zkoumá konkrétního pacienta, kterého má v danou chvíli před sebou. Dochází ke sledování individuálních projevů a průběhu nemoci, zároveň zdravotník sleduje to, jak se pacient s konkrétním onemocněním snaží vyrovnávat. V současné době je velmi často ošetřujícím personálem opomíjen i nový pátý pohled na nemoc definovaný jako **pacientův pohled na nemoc a zdraví**. Tímto pohledem se snažíme vstupovat do podvědomí laického uvažování o vzniku a průběhu nemoci. Hlavním zájmem by mělo být pro zdravotníka poznání subjektivního, někdy až originálního pohledu pacienta na svou nemoc a její závažnost (Mareš, 2006, s. 109; Mareš a Vachková, 2009, s. 11–13).

VLIV NEMOCI V SOCIOLOGICKÉM POJETÍ

Ze sociologického přístupu se snažíme nemoc definovat pomocí několika fází, ve kterých se může nemoc postupně rozvinout. Jednotlivé fáze předurčují psychologický proces, který vede k somatickým příznakům onemocnění. Sociologické pojetí se vztahuje k vývoji nemoci, ukazuje role pacienta a jeho psychiku, kterou můžeme pozorovat v průběhu jeho nemoci. **První fáze nemoci** začíná v době, kdy se objevují prvotní symptomy a pacient si začíná uvědomovat své nové postavení. Častou první volbou při průniku nemoci bývá volba samoléčby, kterou volí většina na místo návštěvy u lékaře. Z několika bádání se odhalilo, že při samoléčení může docházet k oddalování té správné diagnózy a dochází k opoždění včasného zahájení terapie. Za **druhou fází** považujeme tu, kdy pacient vyhledává pomoc od jiných osob nebo tehdy, kdy se nemocnému dostává pomoci bez jeho vlastního vědomí a žádosti. Nemocný se ocitá v nesnadné, často mimořádně neobvyklé situaci, kde se u něho dostavují pocity strachu, obav, pochybností o určení správné diagnózy nebo dalších postupech léčby. **Třetí fáze** má charakteristiku tzv. akceptování nemoci, v níž na sebe pohlíží jako na nemocného člověka, nemá snahu se považovat za zdravého, dochází ke ztotožnění se s rolí pacienta. Je nutné uvést, že nemocný, který se ocitá v cizím prostředí, bývá vyřazen ze svých sociálních funkcí, neboť nemá možnost je plnit v takové míře, než mohl doteď. Následkem bývá změna chování nemocného, až přehnaných vlastností často podobným dětskému věku (Bártlová, 2003, s. 45–49).

VLIV NEMOCI V PSYCHOLOGICKÉM POJETÍ

U osob, které nečekaně onemocní a musí se s danou nemocí potýkat, dochází k ovlivňování psychického pojetí nemoci, které probíhá v několika etapách, které však nemusí dodržovat svůj předem stanovený sled, některé se opakovaně vrací, některé se střídají a mezi sebou prolínají. Není ani dáno, že by nemocný měl procházet všemi etapami, některou může zcela vypustit a nemusí být ani stejně dlouhé. Takové pojetí nemoci popsala Elisabeth Kübler-Rossová dle schématu pěti stádií prožívání nemoci (Mlčák, 2011, s. 67; Plevová a kol., 2011, s. 116).

První stádium bývá označováno termínem **šok**, kdy si nemocný nechce tuto skutečnost připustit a často se to projevuje větou „*Ne, to se určitě netýká mě, to nemůže být pravda.*“ Jeho obranou reakcí na takovou tíživou životní situaci či sdělení nečekané diagnózy bývá

právě popírání dané skutečnosti a sociální izolace. Další fází je vznik **zlosti** projevující se hněvem, agresí až vzbouřením se proti tomu, co se v životě nemocného momentálně odehrává. U těchto osob panuje myšlenka „*Proč právě já, proč se to nemohlo stát někomu jinému?*“. Takovýto stav se obrací na všechny strany, vybíjí si svou zlost na kohokoliv, na koho narazí, nejtěžší bývá toto stádium pro osoby jemu blízké, většinou si tento stav zlosti a výtek berou osobně, jelikož se málokdo snaží vcítit do pacientova prožívání. Ve třetím stádiu se setkáváme s formou **smlouvání, vyjednávání**, kdy se nemocný snaží oddálit nevyhnutelné, získat čas na věci, které by rád stihnul, mění své priority. Často dochází ke smlouvání s Bohem a k udržování plné tajnosti před svým okolím. Předposlední fází bývá období **deprese**, kdy nemocný už dál nemůže popírat své onemocnění, dochází k hospitalizaci a operačnímu výkonu, kdy přibývá značné množství symptomů a ubývá mu mnoho sil a energie. Nemocný by měl dokázat svůj smutek dostatečně vyjádřit a být občas i sám. Konečnou fází prožívání nemoci probíhá formou **akceptace** neboli přijetím, smířením se s tím, co se s nemocným děje. Nemocný většinou vyhledává svůj klid, bývá vyrovnaný a ochotný přijmout svůj předurčený osud. V knize Kübler-Rossové se však dozvídáme, že se nejedná o únik ani rezignaci, ale však o poslední odpočinek před dlouhou cestou života (Plevová a kol., 2011, s. 116–117; Elisabeth Kübler-Ross, 2015, s. 51–53, 64–65, 98–100, 101 a 127–128).

6.3 SUBJEKTIVNÍ POJETÍ NEMOCI

Subjektivní pojetí nemoci lze definovat jako určitou entitu, která se netýká pouze osob, které s nemocí mají své zkušenosti. Pojetí nemoci se týká i těch zdravých, kteří o nemoci vědí z doslechu. Obecně se bavíme o subjektivních poznacích, představách, postojích, zkušenostech, ale i očekávání vzhledem k danému onemocnění. Týká se především představ o nemoci, o příčině způsobené nemocí, zaměření na pohled omezení vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu, který nemoc přináší. Často subjektem zkoumání subjektivního pojetí bývá osoba neboli laik, a proto se tento pohled velmi liší od odborného pojetí nemoci (Mareš a Vachková, 2009, s. 24).

V současné době s vývojem medicíny a řadou pohledů na nemoc dochází k tomu, že pacient o své nemoci velmi přemýšlí. Jakmile se dostane do role pacienta, nechce být za toho pasivního, chce být aktivně zapojen do svého zotavování, chce mít přehled o tom, co s ním bude. Je přesvědčený o tom, že může mít vliv na svou nemoc, a to především svým

chováním, chce vědět o možnostech a důsledcích onemocnění. Využívá různých zdrojů k vyhledávání informací o nemoci, diskutuje o ní s ostatními a tím dochází k vytvoření laického pojetí nemoci (Mareš a Vachková, 2011, s. 97).

Subjektivní prožitky jsou reálné faktory, které jsou neodmyslitelné v prožívání nemoci a odvíjí se od způsobu diagnostiky, ale i terapie. Ze strany zdravotníků často dochází k nedostatečnému vnímání prožitků nemoci pacienta. Je nutné brát zřetel na to, že tyto prožitky jsou příznaky vytvářejícího se vztahu pacienta k vlastní nemoci. Pro takového člověka je nemoc těžkou životní situací, se kterou se snaží vypořádat různými způsoby (Zacharová a kol., 2007, s. 37).

V publikaci profesora Mareše se dozvídáme, že subjektivní pojetí nemoci zahrnuje několik oblastí a to **oblast kognitivní**, která se zaměřuje na strukturu znalostí o dané nemoci a subjektivní názory na nemoc (příznaky, příčiny, závažnost, ovlivnitelnost, smysl, utrpení, průběh), dále **afektivní oblast** vyzdvihující hodnoty nemocného, jeho emoční projevy, znalosti, ale i zkušenosti a v neposlední řadě **oblast konativní**, kde dochází k prosazení chování daným způsobem či využívání možných strategií (Mareš a Vachková, 2009, s. 24).

6.4 TEORETICKÉ PŘÍSTUPY K PACIENTOVU POJETÍ NEMOCI

Pacientovo pojetí nemoci lze rozebrat ve čtyřech pohledech. Ze samotného počátku se klade důraz na pohled nemocného na svou nemoc, různé postoje vůči nemoci, jeho emoční prožitky, které k nemoci zaujímá. Tento přístup byl označen jako **afektivní aspekt** pacienta na období nemoci. Do popředí se dostává i řešení **kognitivního aspektu**, kdy se jedná o laické definice nemoci, různé myšlenkové pochody, názory nebo výklady vztahující se k nemoci. Složitým přístupem k pohlížení na nemoc dochází ke zkoumání afektivního, ale zároveň i kognitivního aspektu společně s chováním a reakcí na dané onemocnění. Posledním přístupem bývá zvolen přístup, kdy pohled nemocného na období nemoci je značně ovlivňováno jeho životními zkušenostmi, vlastním uvažováním a svou rolí v ovlivnění zastává i okolí, v němž nemocný žije. Jedná se tak o **aspekt vývojový a socializační** (Mareš a kol., 2005, s. 183–185).

6.5 INDIVIDUALIZOVANÉ SUBJEKTIVNÍ POJETÍ NEMOCI

„*Nemoc jako svízelná situace představuje zátěž v oblasti bio-psycho-sociální*“. Jelikož samotná nemoc probíhá u každého jedince velmi individuálně a v různých fázích, podle svých vlastních zkušeností a představ, se odrážíme ze dvou hledisek, a to vnímání příznaků a porozumění a výklad v rámci subjektivního pojetí nemoci (Křivohlavý, 2002, s. 23; Zacharová a kol., 2007, s. 39).

Pokud se snažíme pochopit prožívání nemoci, měli bychom se zaměřit na **vnímání příznaků**, protože ne každý jedinec vnímá příznaky své nemoci stejně. V knize profesora Křivohlavého se dozvídáme, že existují dva typy osobností a to tehdy, kdy dochází k průlomu prvotních příznaků a změně zdravotního stavu, kde navzdory tomu jeden typ osobnosti se snaží tyto změny považovat za nedůležité, oproti tomu druhý typ osobnosti pozoruje změny velmi rychle a považuje je za něco podstatného a řešitelného. Velmi rozhoduje to, čemu jedinec dává ve svém životě přednost, co je pro něho samotného významné. Na další vnímání změny zdravotního stavu má vliv i řada faktorů např. emoční stav jedince, obranné mechanismy v podobě potlačení, snažit se nevidět to nepříjemné apod. Bylo by ideální, kdyby jakýkoliv příznak uměla každá osoba velmi rychle a snadno objevit a vyhodnotit, ale tomu tak bohužel není. Záleží především na **kognitivních faktorech**, které mají vliv na vnímání, ale i hodnocení příznaků, celkového zdravotního stavu. To posléze vede k různorodým myšlenkám, představám, názorům a přesvědčení o nemoci (Křivohlavý, 2002, s. 23–25).

Důležitou a opodstatněnou roli hraje **interpretace**, vysvětlení či pochopení příznaků a individuálního prožitku nemoci. Do popředí se dostává několik momentů, kam řadíme minulé zkušenosti s přítomným příznakem, je známo, že ten, který se s takovým příznakem nikdy nesešel, ho chápe trochu jinak než ten, kdo s ním zkušenosti už má. Dalším momentem je emoční zabarvení, dané očekávání až ohrožení. „*Při chápání oč jde, a při interpretaci významu výskytu určitého příznaku hraje často nejdůležitější roli, jak je daný příznak viděn v rámci tzv. kognitivní reprezentace nemoci*“. Kognitivní reprezentace nemoci nás nutí přemýšlet o představě pacientově nemoci, o tom, jak on ji sám chápe, co mu vlastně je a co se s ním děje (Křivohlavý, 2002, s. 26).

| KOGNITIVNÍ SCHÉMA NEMOCI | |
|----------------------------|--|
| Identifikace nemoci | Přesné pojmenování, určení pacientova nemoci. |
| Důsledky nemoci | Často kladené otázky „ <i>Jaký průběh má tato nemoc, s jakými bolestmi a utrpením je nemoc spojená, jaké důsledky bude mít nemoc pro okolí pacienta?</i> “ |
| Příčiny nemoci | Co vedlo ke vzniku dané nemoci, co jí způsobilo a co udělal pacient špatně, že k ní došlo. |
| Doba trvání nemoci | Jak dlouho bude muset být hospitalizovaný, jak moc ho bude omezovat v sociálním životě. |
| Terapie nemoci | Bude stačit klasická léčba na vzniklou nemoc k jejímu dostatečnému odstranění. |

Tabulka 5 – Kognitivní schéma nemoci (Křivohlavý, 2002 s. 26)

„Kognitivní schémata nemoci mohou být různě složitá a členitá. Na jedné straně se setkáváme s velice primitivními a nepřesnými myšlenkovými obrazy nemoci, na druhé straně se lze setkat s mimořádně členitým a složitým kognitivním schématem nemoci. Přitom se ukazuje, že kognitivní schémata nemocí si vytváříme už od raného mládí. Podle toho, jakou myšlenkovou představu o nemoci pacient má, jak vypadá jeho kognitivní schéma nemoci, se řídí i jeho pochopení významu daného příznaku, jeho vztah k nemoci a jeho chování“ (Křivohlavý, 2002, s. 27).

6.6 DIAGNOSTIKA SUBJEKTIVNÍHO POJETÍ NEMOCI

Jakmile se ošetrovatelský personál setkává s pacientem, velmi záleží na tom, zdali vnímá nemocného jako celek, soustředí se na člověka jako na holistickou bytost. Pokud si však pokládáme otázku, proč nemocný trpí, tak dochází k obíhání významu, ke kterému pacient svou nemoc přiřazuje. Dozvídáme se, že smysl dané nemoci se poukazuje tehdy, když sám nemocný začíná rozmlouvat o svém narušení, o svém „Já“. Existuje řada výzkumů, kde dochází ke zkoumání vnímání, prožívání a vysvětlení nemoci. Abychom mohli získat takovou představu o subjektivním pojetí nemoci, byly vytvořeny tři základní metody. Jednou z takových je **metoda kvantitativní**, díky které objektivně vyhodnocujeme získané

údaje. K získání kvantifikovatelných údajů používáme např. dotazníky, posuzovací škály. Pro získání racionálního pohledu na nemoc byl vytvořen specifický dotazník – Dotazník *pacientova vnímání nemoci* z originální verze dotazníku *IPQ – Illness Perception Questionnaire*, kde si klademe důraz na získání kognitivních aspektů pacientova pojetí nemoci. K tomu, abychom dokázali pochopit prožívání pacientovy nemoci, byla vytvořena **kvalitativní metoda**, která nám umožní se dostat do hloubky prožitků vedoucích pacienta k názoru na nemoc a určitého způsobu chování. K použití této metody byl vytvořený předem daný rozhovor tazatele s pacientem, ze kterého získáme danou představu o pojetí nemoci. V současnosti v řadě výzkumů se používá spíše **metoda smíšená** propojující kvantitativní, ale i kvalitativní metodu, tak aby jedinec mohl vyzdvihnout přednosti a slabiny, aby došlo ke sjednocení získaných dat (Mareš a kol., 2005, s. 186–189; Mareš a Vachková, 2011, s. 11).

6.7 POHLED PACIENTA NA KARDIOCHIRURGICKOU OPERACI

Kardiovaskulární onemocnění se v České republice vyskytuje poměrně ve velkém zastoupení. Na onemocnění srdce pohlížíme ze všech přítomných aspektů (biologických, psychických a sociálních) a značný vliv na vznik daného onemocnění má především životní styl jedince. Jedinec svou nemoc vnímá jako náročnou životní situaci, kterou by měl v rámci svých možností umět zvládnout. Je dáno, že se změnou zdravotního stavu dochází i ke změně jeho dosavadního běžného způsobu života, jeho identity a uspokojování potřeb (Křivohlavý, 2002, s. 27; Vágnerová, 2002, s. 28; s. 110; Mastiliaková, 2007, s. 10).

Vágnerová píše, že onemocnění srdce není pouhou záležitostí nemocného, nýbrž jistým způsobem má vliv na jeho okolí, a to převážně na jeho blízké. Nemocný přisuzuje, že nemocné srdce mění dosavadní parametry vytvářené společně s jeho blízkým okolím. V danou chvíli je pro nemocného rodina důležitou skupinou, která mu umožní nevytráčet se ze sociálního života a není tak úplně od všeho izolován (Vágnerová, 2002, s. 28; Bártlová, 2003, s. 98–99; Zacharová a kol., 2007, s. 30).

Osoby trpící kardiovaskulárním onemocněním a následně podstoupily kardiochirurgickou operaci, by se měly celkově zaměřit na změnu životního stylu a vyřadit jednotlivé rizikové faktory, které ovlivňují zdravotní stav, jelikož nemocné srdce patří mezi ta onemocnění, která přímo ohrožují jedince na životě. Nemocný si uvědomuje, že je ohrožena jeho stávající role v životě, ale i jeho vlastní budoucnost. Následkem toho se mění jeho sebepojetí,

jeho osobnostní vlastnosti. Je známo, že onemocnění srdce odlišnými způsoby mění sociální role a vede ke zhoršení kvality života. „*Čím více naruší choroba život nemocného, čím více se dotkne jeho osobně významných hodnot, tím větší ztrátu představuje a o to výraznější bude i reakce*“ (Vágnerová, 2002, s. 33–34; Zacharová a kol., 2007, s. 17).

Diskutabilní může být zvolený operativní přístup k srdci, jelikož kardiologická operace zanechá nemocnému určitý tělesný defekt neboli jizvu v oblasti hrudníku. To nemocného může poznamenat v rámci jeho psychické stránky, jelikož se za přítomnou jizvu může stydět a díky ní ztrácet svou identitu. V tuto chvíli zastává důležitou roli ošetrovatelský personál, který bývá nemocnému nejbliže, ten nemocného podporuje, respektuje, přistupuje k němu vždy individuálně, akceptuje jeho chování, snaží se pochopit jeho prožívání a citlivě vysvětlit důsledky kardiologické operace. Pobyt v nemocnici a podstoupení kardiologické operace pacientovi přináší řadu nepříjemných chvil. Je zajímavé, že kardiovaskulární onemocnění snáší hůře mladší populace na rozdíl od té starší, která nemoc bere za součást běžného života (Minibergerová a Jičínská, 2010, s. 54; Šamánková a kol., 2011, s. 30–31).

Při onemocnění kardiovaskulárního aparátu chybí pacientovi určitý pocit tělesného komfortu. Pokud však nepodstoupí kardiologickou operaci, může docházet k neustálému zhoršování zdravotního stavu až ke zvýšenému riziku mortality. Nemocný v danou chvíli vidí pouze svou pasivitu, závislost na druhých, ztrácí nadhled a dochází k nutnosti žít pouze danou přítomností. Většinu z nich provází i obavy z komplikací, které si s sebou může nést podstoupená kardiologická operace, což může velmi ovlivňovat i věková predispozice či závažnost onemocnění srdce (Janáčková, 2008, s. 11; Mladinová a kol., 2010, s. 1371).

EMPIRICKÁ ČÁST

7 CÍLE A HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 CÍLE VÝZKUMU

Tématem bakalářské práce je kardiologická operace z pohledu pacienta.

Cíle výzkumu:

1. Zjistit, nakolik si pacienti připouštějí závažnost svého kardiovaskulárního onemocnění.
2. Zda si myslí, že mohli či mohou svoji situaci ovlivnit.
3. Zjistit, zda onemocnění srdce, které vedlo ke kardiologické operaci, porozuměli.
4. Zjistit, jak pacient prožívá stav po kardiologické operaci, a jaký má tento výkon pro pacienty sociální dopad.

7.2 HYPOTÉZY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Na základě cílů výzkumu jsem stanovila devět hypotéz (H₁, H₂, H₃, H₄, H₅, H₆, H₇, H₈ a H₉).

H₁ Všichni oslovení pacienti věří, že se jejich zdravotní stav po kardiologické operacilepší.

H₂ Při sdělení nezbytnosti operačního řešení onemocnění srdce měla více než polovina dotazovaných pacientů strach.

H₃ U více než tří čtvrtin pacientů byla kardiologická operace plánovaná.

H₄ Pro většinu oslovených pacientů byla tato kardiologická operace (v celkové anestezii) první.

H₅ Více než tři čtvrtiny pacientů svému onemocnění srdce nerozumí.

H₆ Více než tři čtvrtiny pacientů souhlasí s názorem, že ať udělají cokoliv, nemá to vliv na jejich onemocnění srdce.

H₇ Všichni pacienti souhlasí s názorem, že jejich onemocnění srdce má velké finanční dopady na jejich rodinu.

H₈ Všichni pacienti po kardiologické operaci souhlasí s názorem, že jim onemocnění srdce velmi komplikuje partnerský či rodinný život.

H₉ U více než tří čtvrtin pacientů vzbuzuje onemocnění srdce velké obavy i po kardiologické operaci.

8 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Pro empirickou část bakalářské práce, která je věnována pohledu pacientů na kardiochirurgickou operaci, kterou nyní podstoupili, jsme zvolili **smíšený výzkumný přístup**, tedy kombinaci kvantitativního a kvalitativního šetření.

V **kvantitativním výzkumu** byl použit standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ „*Illness Perception Questionnaire*“. Tento 20 položkový dotazník jsme doplnili o 11 otázek, které se týkaly základních demografických informací o nemocném, další se týkaly kardiochirurgické operace (viz Příloha č. 3, s. 135–139). Samotným položkám dotazníku předcházela krátký úvod (oslovení, seznámení s cílem výzkumu, ujištění o anonymitě dat, vysvětlení postupu při vyplňování dotazníku a poděkování za spolupráci).

Standardizovaný britský dotazník vznikl v roce 1996, kdy originální verze vychází z Leventhalova modelu autoregulace pacientova chování při nemoci. Jedná se tak o dotazník, který se zaměřuje na pacientovo pojetí jakékoli nemoci. který obsahuje 38 položek neboli 12 položek zaměřující se pro pacientův pohled na symptomy jeho nemoci a 26 zbylých položek pro pacientův pohled na nemoc samotnou. „*Model předpokládá, že pacient uvažuje o své nemoci po dvou liniích. Jednu představují kognitivní procesy a na ně navazující strategie pro zvládnutí problému vyvolaných nemocí. Druhou linii pak emoční procesy a na ně navazující strategie zvládnutí emocí vyvolaných nemocí.*“ Dotazník je rozdělen do tří částí, kdy první část se zaměřuje na zdravotní obtíže nemocného, zdali tyto obtíže souvisí s danou nemocí, druhá část se vztahuje přímo k pacientovu pojetí nemoci, na názory na přítomnou nemoc a v poslední části dotazníku se ptáme na pacientovy názory na příčiny nemoci (Mareš a Vachková, 2009, s. 100–112; Mareš a Vachková, 2010, s. 65–66).

Zkrácená česká verze dotazníku IPQ vznikla postupným ověřováním převzatého britského dotazníku. Autoři české verze dotazníku jsou J. Mareš, K. Šmejkal a M. Štanglová, kteří do praxe uvedli zkrácenou verzi o 20 položkách, což bylo považováno za kompromis a akceptaci ze strany nemocných. Tyto položky dostatečně splňovaly psychometrické požadavky a vystihovaly proměnné, které definují pacientovo pojetí nemoci. Lze tedy říci, že pro zkrácenou verzi bylo vytvořeno 5 základních proměnných sloužící k vyhodnocení získaných dat vztahující se k vnímání, prožívání dané nemoci, a to **identifikaci nemoci, časový průběh**

nemoci, důsledky, příčiny a v neposlední řadě ovlivnitelnost nemoci (Mareš a Vachková, 2009, s. 112–113; Mareš a Vachková, 2011, s. 87–88).

Před finální úpravou dotazníku byla v březnu 2018 provedena pilotní studie – pretest dotazníku u pěti dobrovolníků (pacientů po kardiochirurgické operaci), s cílem odhalit možné potíže s porozuměním významu otázek a předejít tak případnému zkreslení informací. Při tomto vyplňování dotazníku jsem byla přítomna. Z pretestu vyplynulo, že nebyly shledány žádné problémy při vyplňování dotazníku, všechny otázky byly srozumitelné, a tudíž nebylo nutné provést úpravu dotazníku. Tyto dotazníky však nebyly do výzkumu zařazeny.

V našem dotazníku jsme použili 6 uzavřených otázek, které nabízely různé varianty, kdy respondent vybíral vhodnou odpověď křížkem. Polouzavřených otázek, ve kterých mohl respondent zakřížkovat již vytvořenou variantu nebo zvolit možnost „jiné“ a napsat své vyjádření, byly 3. Součástí byla i 1 otevřená otázka, kde se mohli respondenti volně vyjádřit bez možnosti nabídnutých odpovědí. Ke zjištění pacientova pojetí nemoci byl použit dotazník IPQ-R-CZ, který byl složen ze 20 položek, na které se odpovídalo pomocí pětistupňové škály kroužkovacím způsobem, která vyjadřuje míru respondentova souhlasu s daným tvrzením. Na konci dotazníku měl respondent možnost volně vyjádřit své postřehy či názory ke kardiochirurgické operaci. Čas potřebný k vyplnění dotazníku se většinou pohyboval okolo 10 minut.

V **kvalitativním výzkumu** byl použit polostrukturovaný rozhovor, který zahrnoval 13 otevřených otázek. Se zárukou anonymity byli osloveni čtyři pacienti po kardiochirurgické operaci, dvě ženy a dva muži. S rozhovorem souhlasili všichni. Rozhovor se skládal z připravených otázek a otázek, které vyplynuly během rozhovoru, a podporovaly tak slovní výpověď respondentů. Před rozhovorem respondenti vyplnili dotazník. Pro navození důvěry a uvolněné atmosféry, jsem si před každým rozhovorem s daným respondentem nezávazně popovídala, ujistila je o naprosté anonymitě. Rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon. Následně jsem provedla jejich transkripci do protokolu (viz Příloha č. 4, s. 140–154).

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, na Kardiochirurgické klinice, přesněji na standardním oddělení G a H, s laskavým svolením náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Mgr. Dany Vaňkové a vrchní sestry kardiochirurgie Mgr. Dany Vláškové (viz Příloha č. 1 a č. 2, s. 133–134).

Do výzkumného souboru byli zařazeni pacienti nejdříve 5. den po kardiochirurgické operaci, ve věku 18–80 let, bez kognitivního deficitu. Další podmínkou byla ochota vyplnit dotazník.

Výzkumné šetření probíhalo po dobu deseti měsíců, od začátku dubna 2018 do ledna 2019, kdy bylo rozdáno celkem 50 dotazníků, které se všechny vrátily vyplněné, návratnost tedy byla 100 %. Výzkumný soubor tvořilo 50 respondentů ($n = 100$).

Získaná data od respondentů byla postupně zpracována do jednotlivých grafů v programu MS Excel. Analyzovaná data, která uvádím v grafech, jsou uvedena v relativních četnostech, kde v interpretaci v závorce uvádím i absolutní četnost získaných odpovědí. Absolutní četnost charakterizuje celkový počet respondentů, kteří odpověděli na předem vypracované otázky. Relativní četnost udává podíl absolutní četnosti a celkového počtu respondentů vyjádřený v procentech.

Způsob zpracování a analýza čtyř provedených rozhovorů je zmíněna v podkapitole 9.2 Kvalitativní výzkum na straně 87–98.

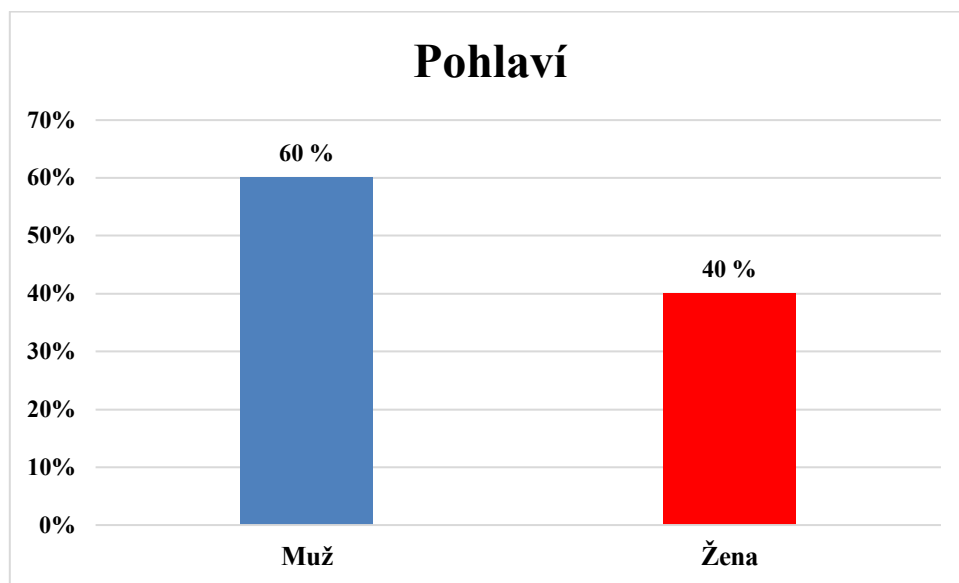
9 VÝSLEDKY

9.1 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

*

Otázka č. 1 - Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

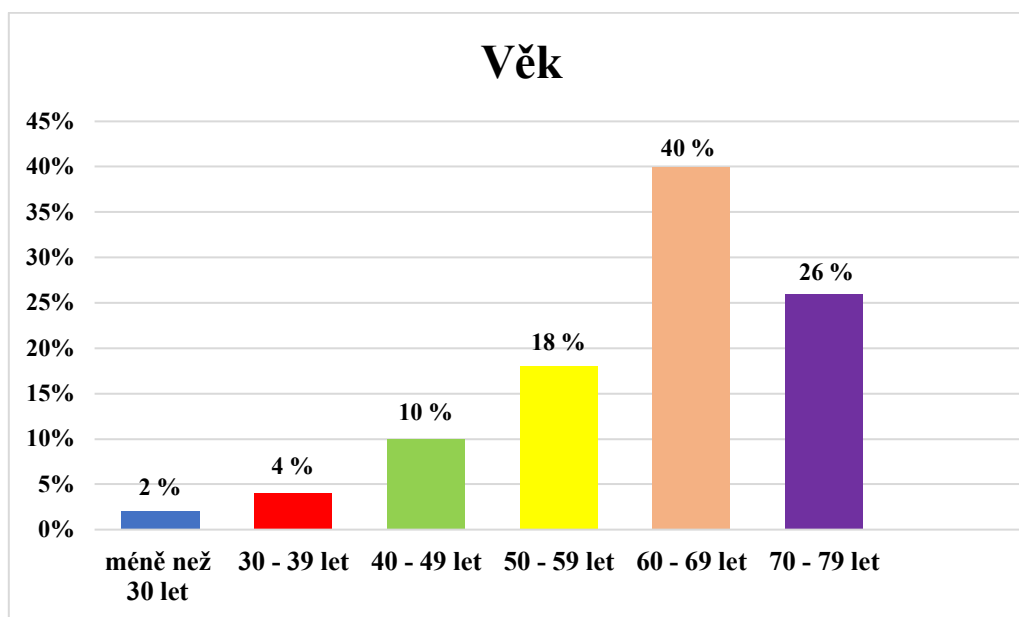


Graf 1 - Pohlaví

Interpretace: Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 50 respondentů, z toho bylo 30 mužů (60 %) a 20 žen (40 %).

Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 30 - 39 let
- 40 - 49 let
- 50 - 59 let
- 60 - 69 let
- 70 - 79 let

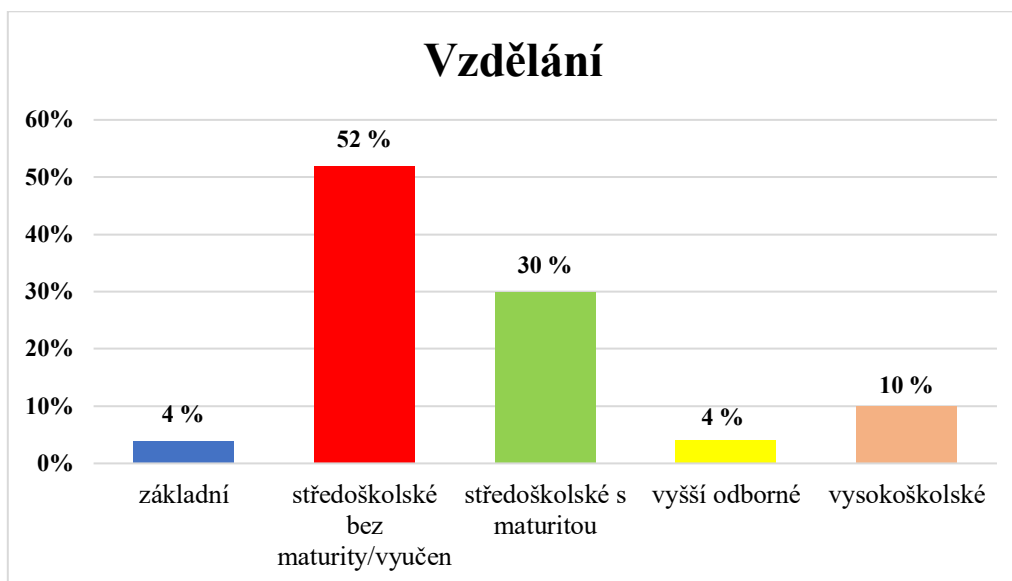


Graf 2 - Věk

Interpretace: Co se týče věkového zastoupení respondentů, z celkového počtu 50 respondentů byl 1 respondent (2 %) **mladší 30ti let**, 2 respondenti (4 %) byli ve **věku 30–39 let**, 5 respondentů (10 %) bylo ve **věku 40–49 let**, 9 respondentů (18 %) bylo ve **věku 50–59 let**, 20 respondentů (40 %) bylo ve **věku 60–69 let**, a 13 respondentů (26 %) bylo ve **věku 70–79 let**.

Otázka č. 3 - Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity/vyučen
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

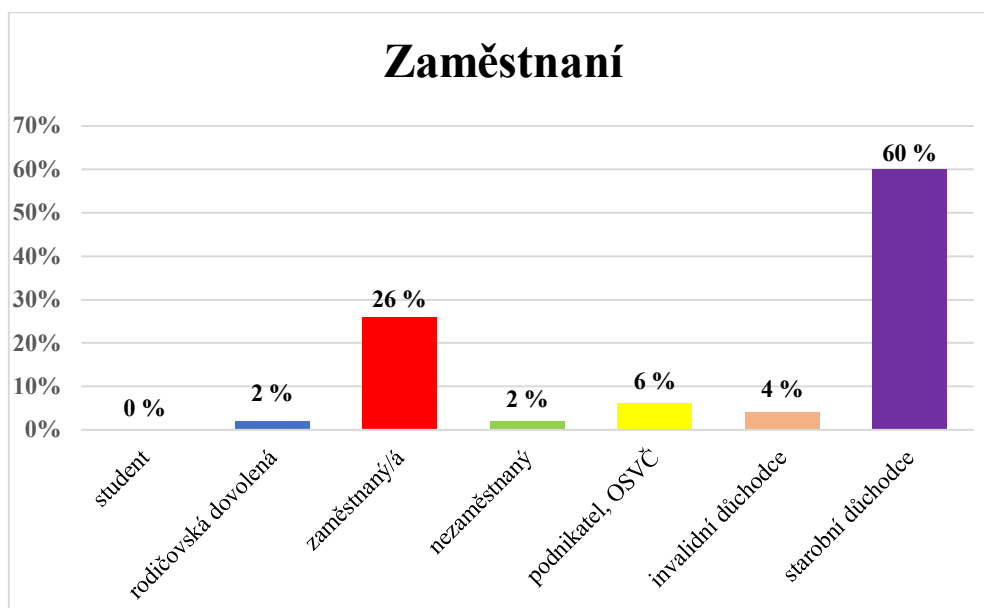


Graf 3 - Vzdělání

Interpretace: Z celkového počtu 50 respondentů byli při dotazníkovém šetření v největším zastoupení lidé, kteří mají **středoškolské vzdělání bez maturity** či jsou **vyučeni**, a to v počtu 26 respondentů (52 %). Dále bylo 15 respondentů (30 %) se **středoškolským vzděláním s maturitou**, **vysokoškolské vzdělání** mělo 5 respondentů (10 %), **vyšší odborné vzdělání** měli 2 respondenti (4 %) a v neposlední řadě **základní vzdělání** mají taktéž 2 respondenti (4 %).

Otázka č. 4 - V současné době jste:

- student
- rodičovská dovolená
- zaměstnaný(á)
- nezaměstnaný
- podnikatel, OSVČ
- invalidní důchod
- starobní důchodce

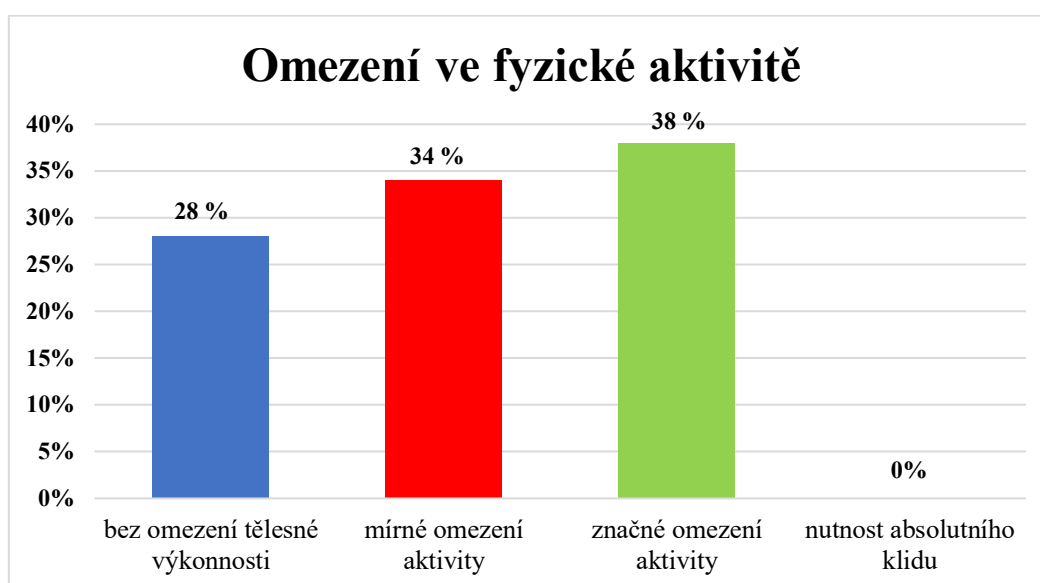


Graf 4 - Zaměstnaní

Interpretace: V největším zastoupení bylo 30 respondentů (60 %) ve **starobním důchodu**, 13 respondentů (26 %) bylo **zaměstnaných**, 3 respondenti (6 %) pracovali jako **OSVČ**, v **invalidním důchodu** byli 2 respondenti (4 %), **nezaměstnaný** byl 1 respondent (2 %) a **na rodičovské dovolené** byla 1 respondentka (2 %).

Otázka č. 5 - Jak moc Vás obtíže se srdcem před operací omezovaly?

- bez omezení tělesné výkonnosti, běžná tělesná aktivita nevyvolávala bolesti na hrudi, dušnost, únavu ani palpitace
- mírné omezení aktivity, v klidu bez bolestí na hrudi či dušnosti, ani při mírné zátěži nebyla přítomna dušnost či bolest na hrudi
- značné omezení aktivity, výrazná námahová bolest na hrudi či dušnost, ale v klidu dušnost či bolest na hrudi nebyly
- nutnost absolutního klidu, upoutání na lůžko nebo židli, jakákoliv fyzická aktivita vyvolávala bolesti na hrudi či dušnost, která se vyskytovala i v klidu

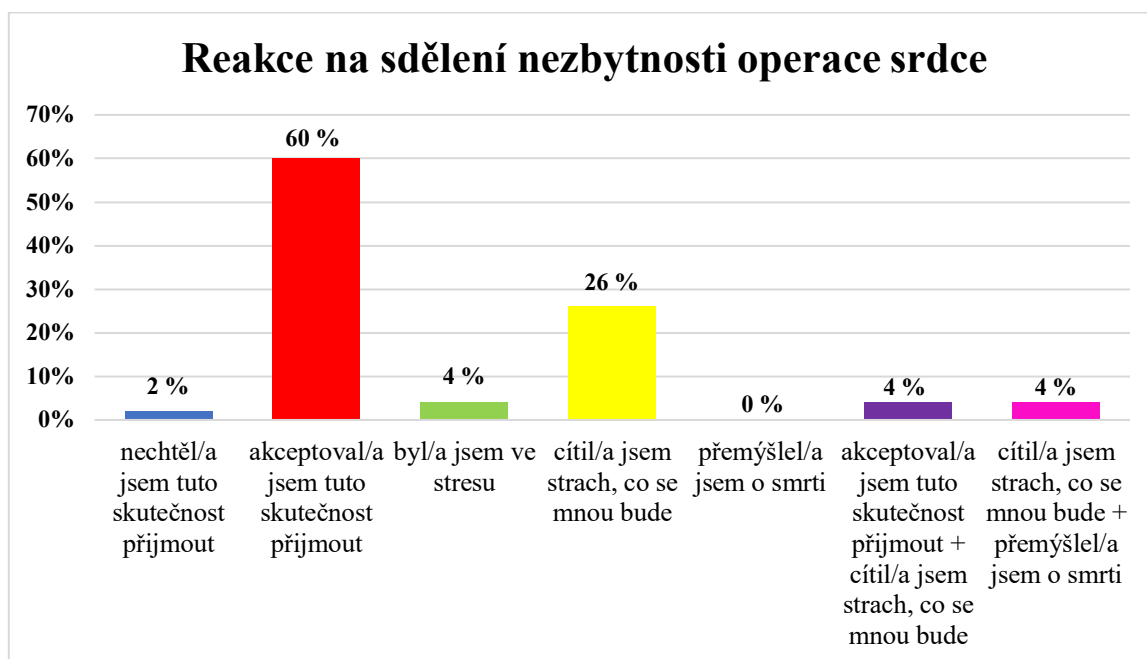


Graf 5 - Omezení ve fyzické aktivitě

Interpretace: Z grafu č. 5 získáváme data o tom, jak moc respondenty jejich obtíže se srdcem před operací omezovaly. Z celkového počtu 50 respondentů jich 19 (38 %) bylo **značně omezeno v tělesné aktivitě výraznou námahovou bolestí na hrudi či dušností**. Dále 17 respondentů (34 %) uvedlo, že byli pouze **mírně omezeni v tělesné aktivitě, kdy v klidu ani při mírné zátěži nebyla přítomna dušnost či bolest na hrudi**, poslední skupina 14 respondentů (28 %) uvedla, že nebyli **omezeni v tělesné výkonnosti, kdy tělesná aktivita nevyvolávala bolesti na hrudi, dušnost, únavu ani palpitace**.

Otázka č. 6 - Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy onemocnění srdce, která vyžadovala operaci srdce?

- nechtěl/a jsem tuto skutečnost přijmout
- akceptoval/a jsem tuto skutečnost
- byl/a jsem ve stresu
- měl/a jsem strach, co se mnou bude
- přemýšlel/a jsem o smrti

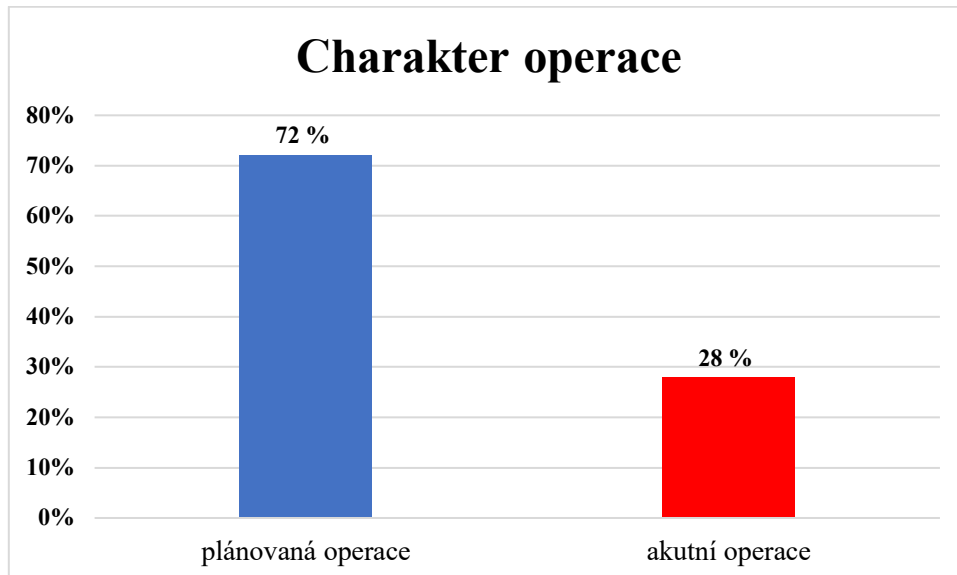


Graf 6 - Reakce na sdělení nezbytnosti operace srdce

Interpretace: Z grafu č. 6 získáváme data o tom, jak respondenti reagovali na sdělení, že jejich nemocné srdce vyžaduje operační výkon. Z celkového počtu 50 respondentů jich 30 (60 %) sdělení o nezbytnosti operačního výkonu na srdci akceptovalo, 13 respondentů (26 %) uvedlo, že měli strach, co s nimi bude, 2 respondenti (4 %) uvedli, že byli ve stresu, 1 respondent (2 %) nechtěl sdělení o nezbytnosti operačního výkonu na srdci přijmout. V neposlední řadě 2 respondenti (4 %) uvedli, že sdělení o nezbytnosti operačního výkonu na srdci akceptovali, ale zároveň měli strach, co s nimi bude, a 2 respondenti (4 %) uvedli, že měli strach a přemýšleli i o smrti.

Otázka č. 7 - Jaký charakter měla Vaše operace srdce?

- plánovaná operace
- akutní operace

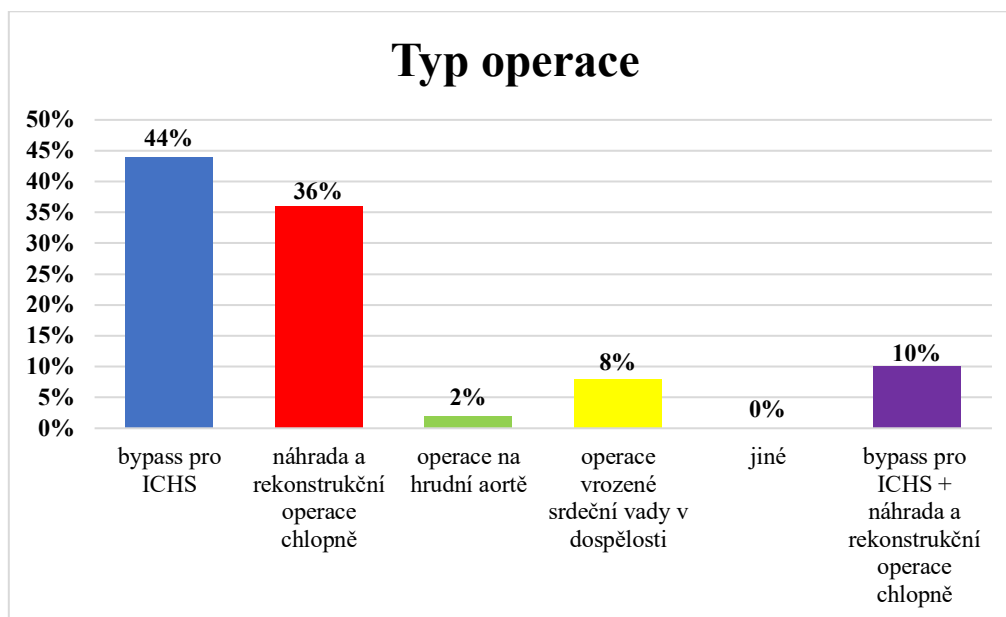


Graf 7 - Charakter operace

Interpretace: Z grafu č. 7 získáváme informace o povaze kardiologické operace. Dotazníkového šetření se celkově zúčastnilo 50 respondentů, kde 36 respondentů (72 %) uvedlo, že jejich operace byla **plánovaná** a 14 respondentů (28 %) uvedlo, že jejich operace byla provedena **akutně**.

Otázka č. 8 - Jakou kardiochirurgickou operaci jste nyní podstoupil/a?

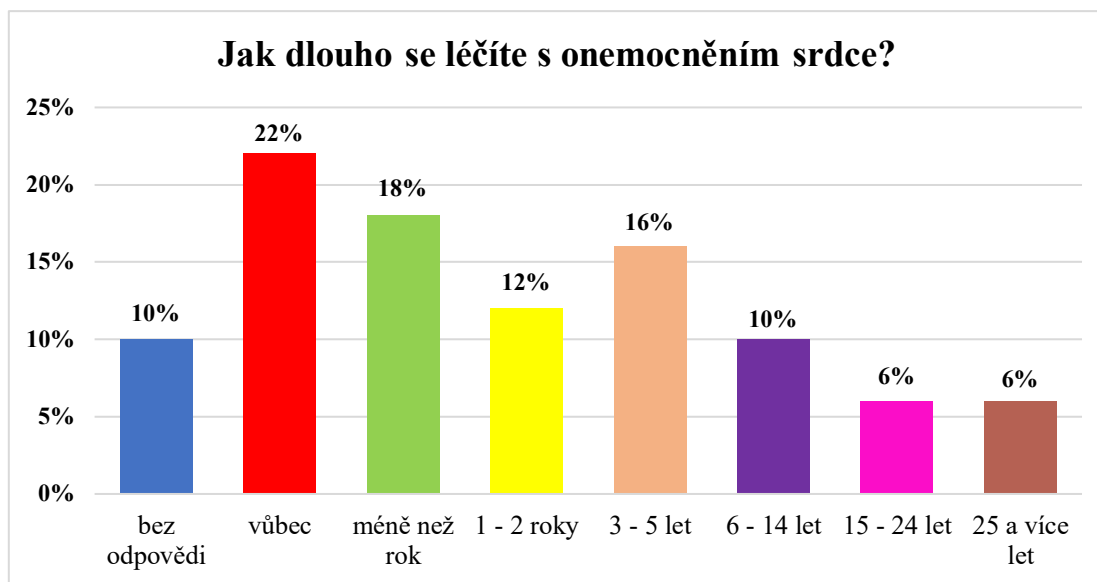
- bypass pro ischemickou chorobu srdeční
- náhrada a rekonstrukční operace chlopně
- operaci na hrudní aortě
- operaci vrozené srdeční vady v dospělosti
- jiné



Graf 8 - Typ operace

Interpretace: Z celkového počtu 50 respondentů byli při dotazníkovém šetření v největším zastoupení ti, kteří podstoupili aortokoronární **bypass pro ischemickou chorobu srdeční**, a to v počtu 22 respondentů (44 %). Dále 18 respondentů (36 %) podstoupilo **náhradu či rekonstrukční operaci chlopně**, **operaci vrozené srdeční vady v dospělosti** podstoupili 4 respondenti (8 %) a 1 respondent (2 %) podstoupil **operaci na hrudní aortě**. Z celkového počtu zúčastněných uvedlo 5 respondentů (10 %), že podstoupili **bypass pro ICHS společně s náhradou či rekonstrukcí chlopně**.

Otázka č. 9 - Jak dlouho jste s onemocněním srdce, kvůli kterému jste byl/a nyní operován/a, před kardiologickou operací léčil/a?

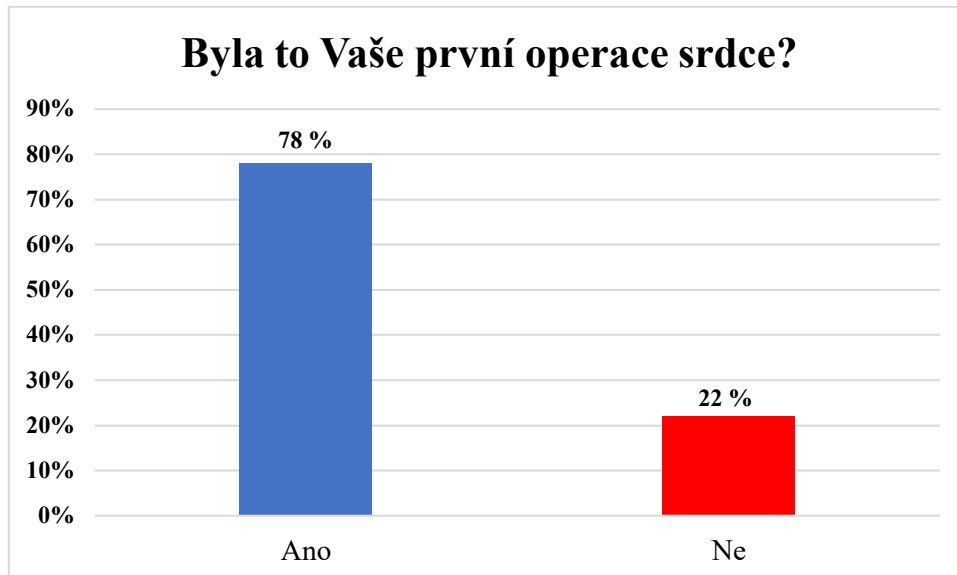


Graf 9 - Jak dlouho se léčíte s onemocněním srdce

Interpretace: U této otázky nebyly respondentům nabízeny žádné varianty odpovědí. Z celkového počtu 50 respondentů jich 11 (22 %) uvedlo, že se před kardiologickou operací **vůbec** s onemocněním srdce neléčili. **Méně než rok** se před operací s onemocněním srdce se léčilo 9 respondentů (18 %), 6 respondentů (12 %) se pro onemocnění srdce léčí **1–2 roky**, 8 respondentů (16 %) uvedlo, že se s onemocněním srdce léčí **3–5 let**, 5 respondentů (10 %) se léčí pro onemocnění srdce v rozmezí **6–14 let** a dalších 5 respondentů (10 %) nechali tuto otázku **bez odpovědi**. V neposlední řadě 3 respondenti (6 %) si srdečním onemocněním prochází v rozmezí **15–24 let** a 3 respondenti (6 %) se trpí kardiologickým onemocněním **25 a více let**.

Otázka č. 10 - Byla to Vaše první operace srdce (v celkové anestezii)?

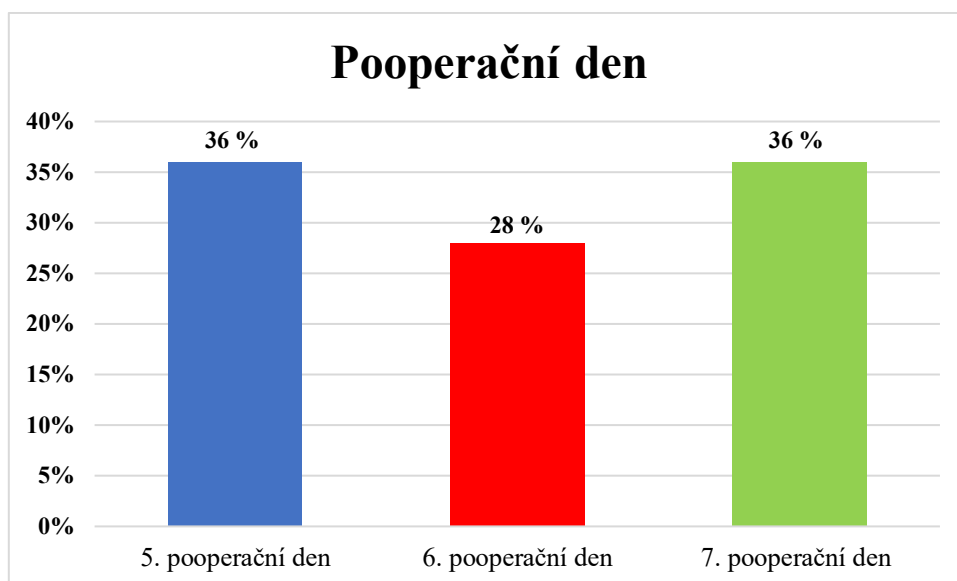
- ano
- ne



Graf 10 - Byla to Vaše první operace srdce

Interpretace: Dotazníkového šetření se celkově zúčastnilo 50 respondentů, kdy 39 respondentů (78 %) uvedlo, že to byla jejich **první operace srdce (ano)** a 11 respondentů (22 %) uvedlo, že to **nebyla jejich první kardiochirurgická operace (ne)**.

Otázka č. 11 - Kolikátý den jste dnes po kardiochirurgické operaci?



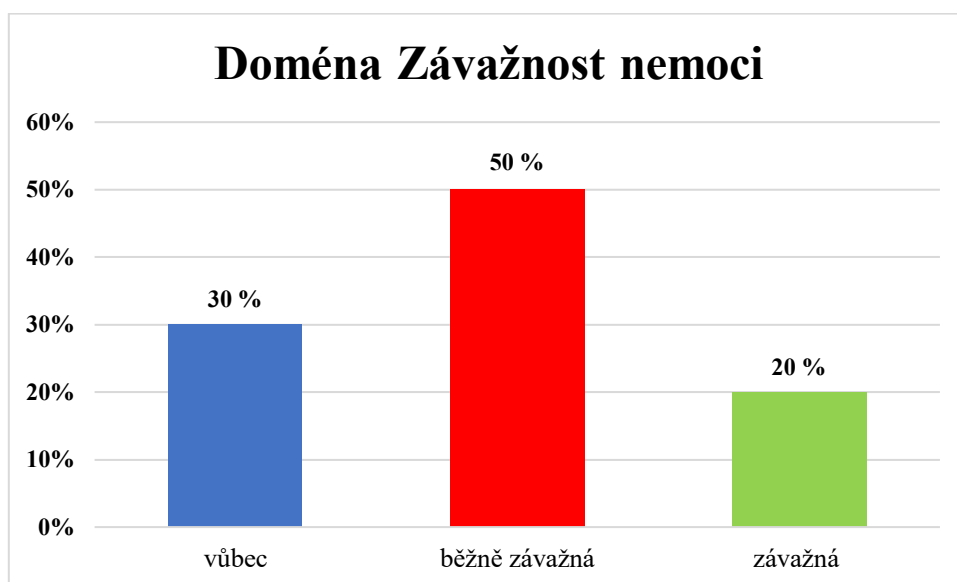
Graf 11 - Pooperační den

Interpretace: U této otázky nebyly respondentům nabízeny žádné varianty odpovědi. Z celkového počtu 50 respondentů jich 18 (36 %) uvedlo, že jsou **5. den** po kardiochirurgické operaci, dalších 18 respondentů (36 %) uvádí, že jsou **7. den** po kardiochirurgické operaci, a 14 respondentů (28 %) uvedlo, že jsou momentálně **6. den** po operaci srdce.

PACIENTOVO POJETÍ NEMOCI IPQ-R-CZ

K vyhodnocení získaných dat z dotazníku IPQ-R-CZ jsme vyhodnotili pět základních proměnných – domén, které slouží k zjednodušenému pochopení pacientova pojetí nemoci. V každé doméně byla navíc vybrána položka z dotazníku, která u tohoto výzkumného souboru vycházela nejzajímavěji.

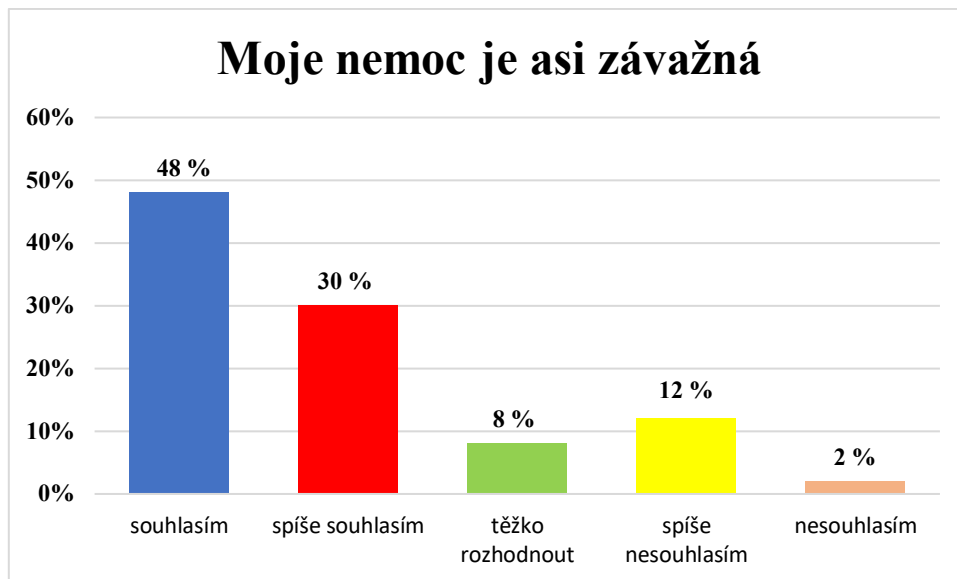
DOMÉNA ZÁVAŽNOST NEMOCI



Graf 12 - Doména Závažnosti nemoci

Interpretace: Z grafu č. 12 získáváme data o závažnosti dané nemoci. K této doméně se v dotazníku vztahují položky **1, 2, 3** a **11**. Dotazníkového šetření se celkově zúčastnilo 50 respondentů, kde v celkovém skórování 25 respondentů (50 %) uvedlo, že své onemocnění považují za **běžně závažné**, naopak 15 respondentů (30 %) uvedlo, že pro ně jejich onemocnění není **vůbec** závažné, a zbylých 10 respondentů (20 %) uvedlo, že kardiovaskulární onemocnění má pro ně **závažnější** charakter.

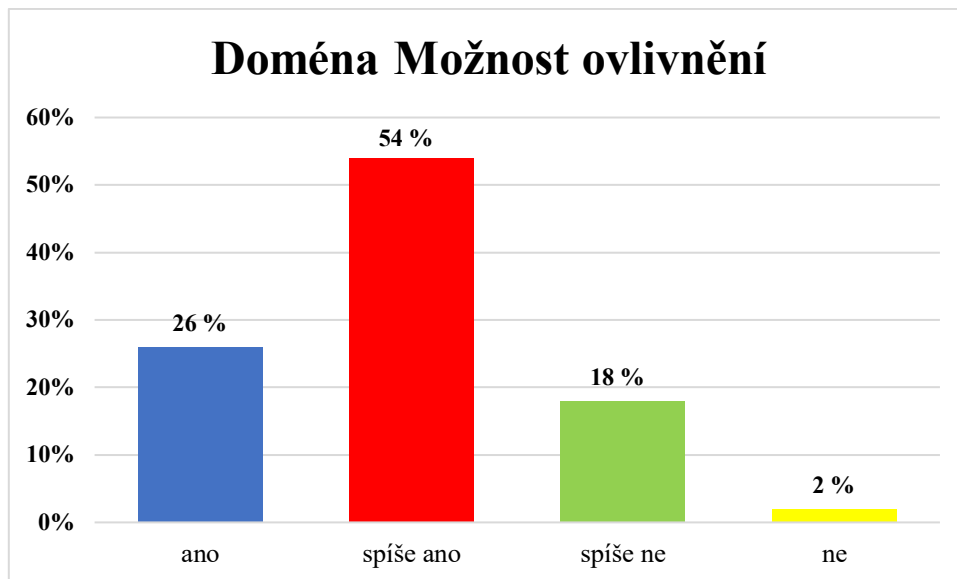
DOMÉNA ZÁVAŽNOST NEMOCI – Moje nemoc je asi závažná



Graf 13 - Moje nemoc je asi závažná

Interpretace: V dotazníkovém šetření nejvíce respondentů, a to 24 (48 %) uvedlo, že **souhlasí** s tvrzením, že jejich onemocnění srdce je závažné. Dále 15 respondentů (30 %) **spíše souhlasilo** se závažností daného onemocnění, 6 respondentů (12 %) uvedlo, že **spíše nesouhlasí** s tvrzením, že jejich onemocnění je závažné, 4 respondenti (8 %) se **nedokázali rozhodnout** pro charakter svého onemocnění, a v neposlední řadě 1 respondent (2 %) uvedl, že **nesouhlasí** s tím, že je jeho onemocnění srdce, pro které podstoupil operační výkon, závažné.

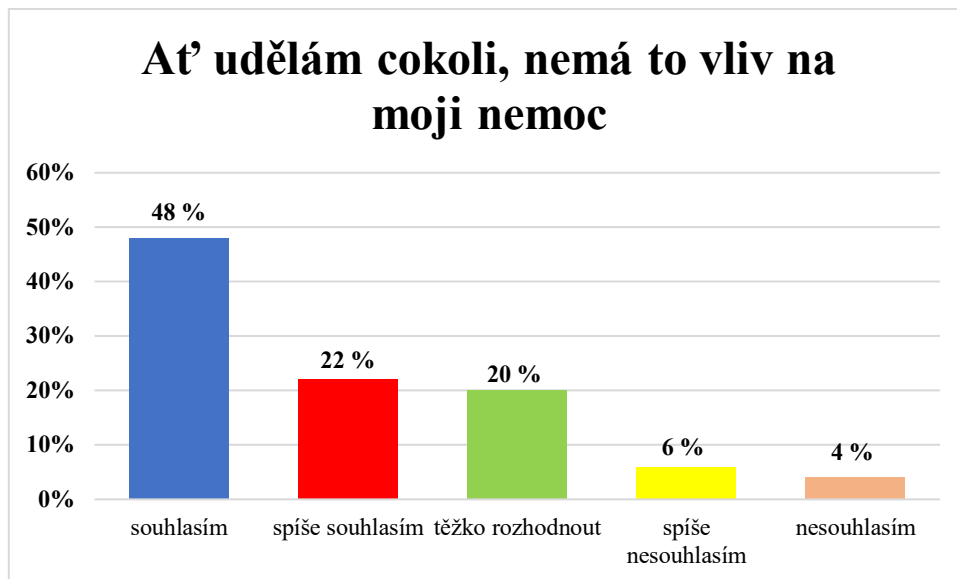
DOMÉNA MOŽNOST OVLIVNĚNÍ



Graf 14 - Doména Možnost ovlivnění

Interpretace: Z grafu č. 14 získáváme informaci o tom, zdali si respondenti myslí, že mohli či mohou onemocnění svého srdce ovlivnit. K této doméně se v dotazníku vztahují položky **5, 8, 9, 10 a 19**. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 50 respondentů, kdy 27 respondentů (54 %) uvedlo možnost **spíše ano**, že mohli či mohou onemocnění svého srdce nějakým způsobem ovlivnit a 13 respondentů (26 %) zvolilo odpověď **ano**, že onemocnění svého srdce mohli či mohou určitým způsobem ovlivnit. Naopak 9 respondentů (18 %) zakroužkovalo odpověď **spíše ne** a 1 respondent (2 %) uvedl, že onemocnění svého srdce nemohl či nemůže žádným způsobem ovlivnit.

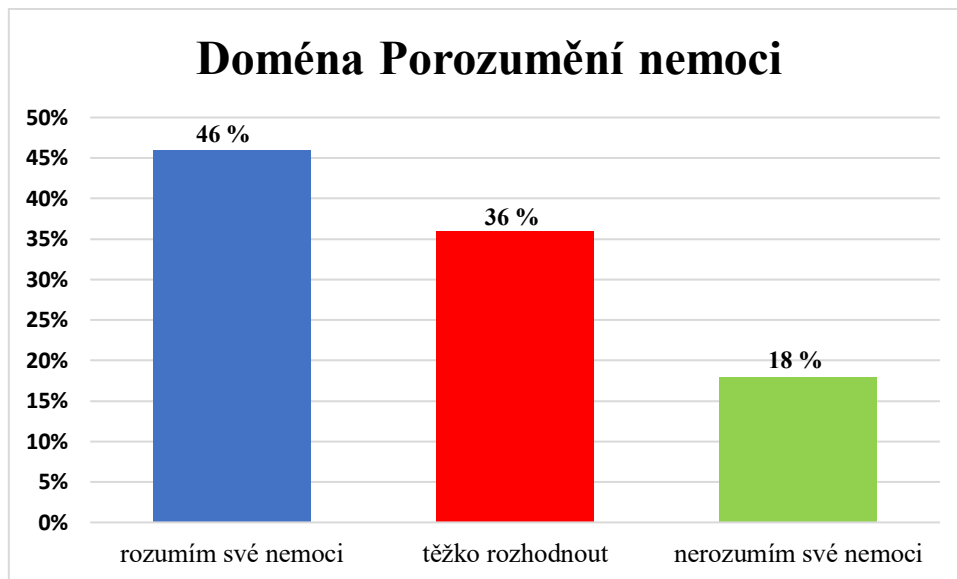
DOMÉNA MOŽNOST OVLIVNĚNÍ – Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc



Graf 15 - Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc

Interpretace: Z celkového počtu 50 respondentů jich 24 (48 %) uvedlo, že **souhlasí** s tvrzením, že ať udělají cokoli, nemá to vliv na jejich kardiovaskulární onemocnění srdce. Dále 11 respondentů (22 %) uvedlo, že s tímto tvrzením **spíše souhlasí**, 10 respondentů (20 %) zvolilo možnost, že se **nedokáží rozhodnout**. Dále 3 respondenti (6 %) uvedli, že **spíše nesouhlasí** s tvrzením, že ať udělají cokoli, tak to nebude mít vliv na onemocnění jejich srdce. Zbývá 2 respondenti (4 %) uvedli, že s tímto tvrzením **nesouhlasí**.

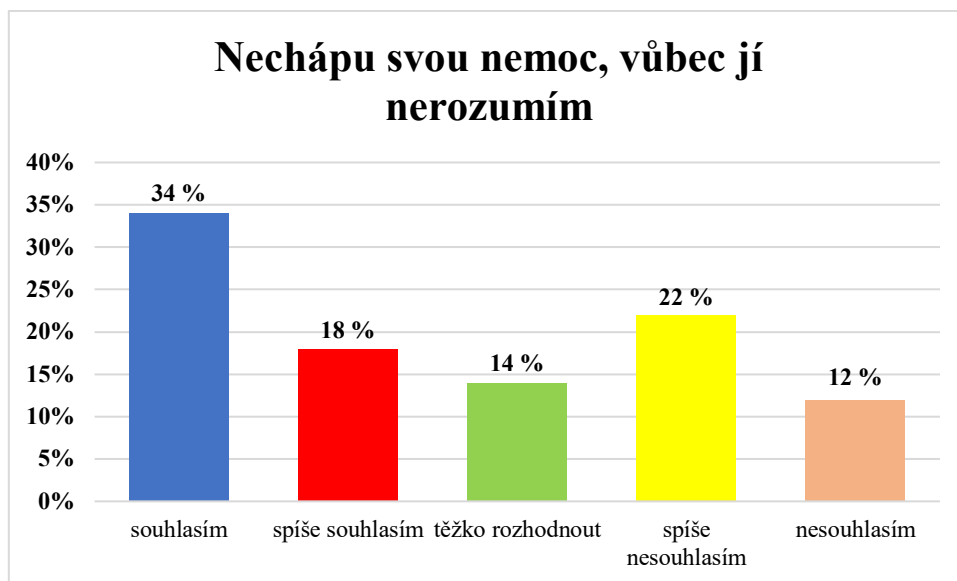
DOMÉNA POROZUMĚNÍ NEMOCI



Graf 16 - Doména Porozumění nemoci

Interpretace: Z grafu č. 16 získáváme informace o tom, zda respondenti porozuměli svému kardiovaskulárnímu onemocnění, které následně vedlo ke kardiochirurgické operaci. K této proměnné se z dotazníku vztahují položky 12, 13 a 14. Z 50 zúčastněných respondentů jich 23 (46 %) uvedlo, že svému **onemocnění srdce rozumí**, 18 respondentů (36 %) zvolili nabízenou možnost **těžko rozhodnout**. Naopak 9 respondentů (18 %) **svému onemocnění srdce nerozumí**.

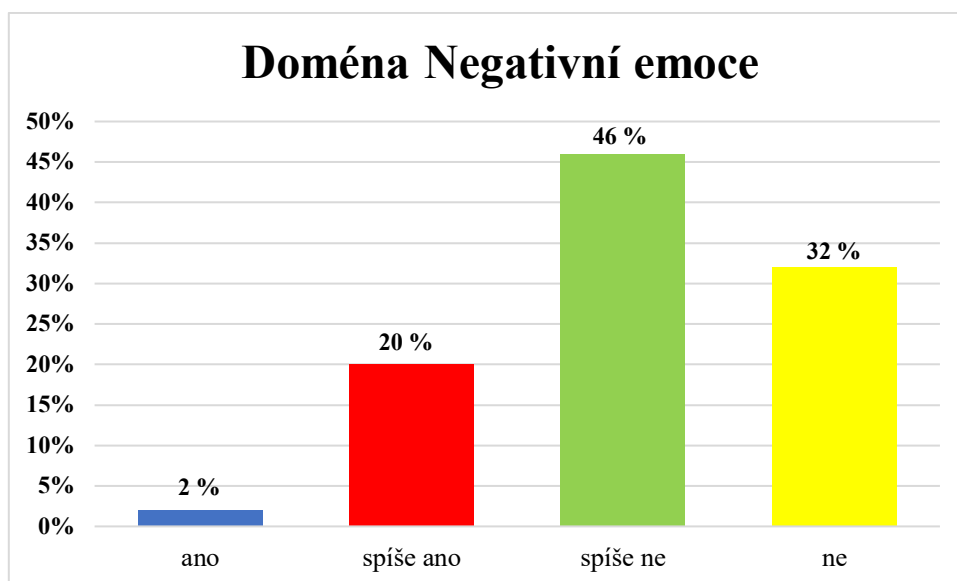
DOMÉNA POROZUMĚNÍ NEMOCI – Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím



Graf 17 - Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím

Interpretace: Z celkového počtu 50 respondentů jich 17 (34 %) uvedlo, že **souhlasí** s tvrzením, že onemocnění svého srdce nechápu, nerozumí mu. Dále 11 respondentů (22 %) zvolilo nabízenou odpověď, že **spíše nesouhlasí** s tvrzením, že by svému onemocnění nerozuměli, 9 respondentů (18 %) **spíše souhlasilo** s tím, že svému onemocnění nerozumí. Dále 7 respondentů (14 %) uvedlo, že **nedokáží rozhodnout**, zdali svému onemocnění rozumí. A 6 respondentů (12 %) s tvrzením, že nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím, **nesouhlasí**.

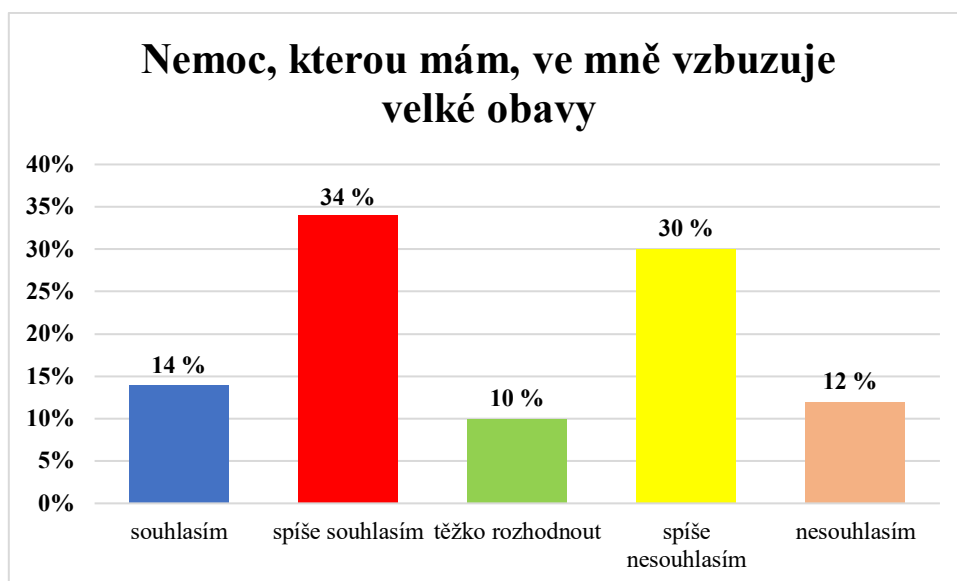
DOMÉNA NEGATIVNÍ EMOCE



Graf 18 - Doména Negativní emoce

Interpretace: Z grafu č. 18 získáváme informace o prožívání negativních emocí při kardiovaskulárním onemocnění, které vedlo k operačnímu řešení. K této proměnné se v dotazníku vztahují položky 15, 16, 17 a 18. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 50 respondentů, z nichž 23 respondentů (46 %) uvedlo, že na ně v průběhu kardiovaskulárního onemocnění **spíše nedoléhají** žádné negativní emoce a 16 respondentů (32 %) zvolilo možnost odpovědi **ne**, že na ně v souvislosti s onemocněním srdce negativní emoce nepůsobí. Dále 10 respondentů (20 %) označilo možnost **spíše ano**, že když o své nemoci přemýšlí, vzbuzuje to v nich jisté obavy, a pouze na 1 respondenta (2 %) dopadají negativní prožitky při onemocnění srdce – **ano**.

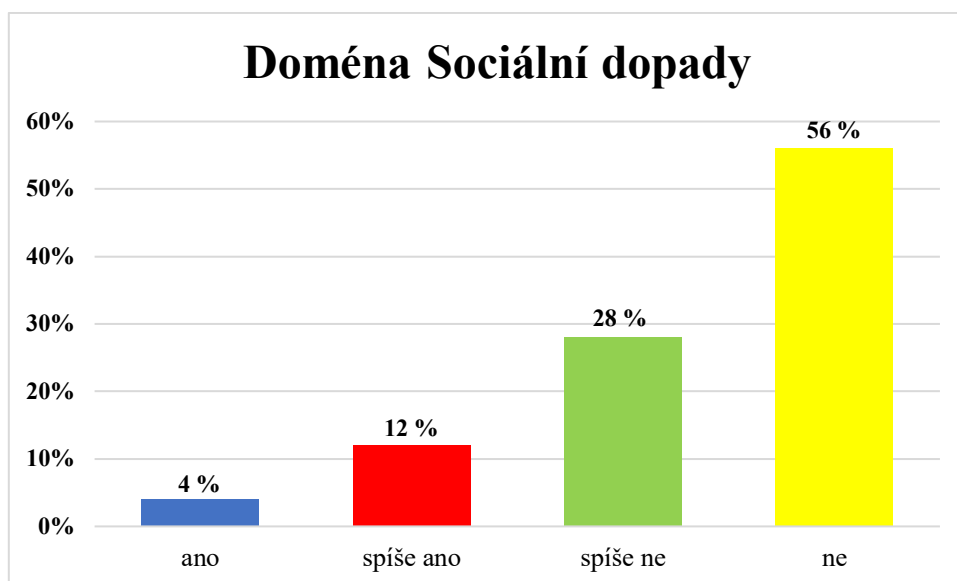
DOMÉNA NEGATIVNÍ EMOCE – Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy



Graf 19 - Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy

Interpretace: Z 50 respondentů jich 17 (34 %) uvedlo, že **spíše souhlasí** s tvrzením, že jejich kardiovaskulární onemocnění, pro které museli podstoupit operaci, v nich vzbuzuje velké obavy, 7 respondentů (14 %) s tímto tvrzením **souhlasilo**, oproti tomu 15 respondentů (30 %) s tímto tvrzením **spíše nesouhlasí** a 6 respondentů (12 %) zcela **nesouhlasí**. A 5 respondentů (10 %) zvolilo možnost, že se **nedokáží rozhodnout**, zdali v nich onemocnění srdce vzbuzuje nějaké obavy.

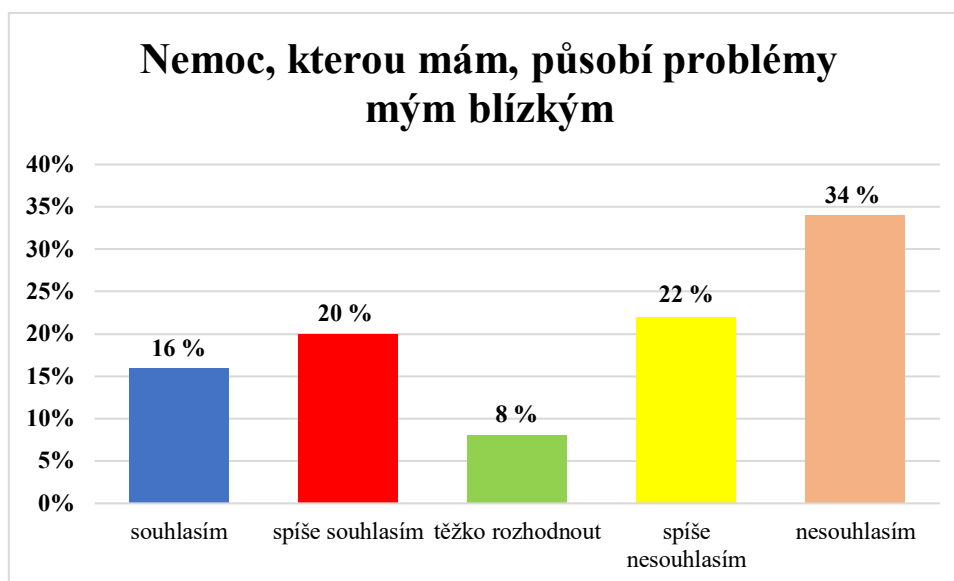
DOMÉNA SOCIÁLNÍ DOPADY



Graf 20 - Doména Sociální dopady

Interpretace: Z grafu č. 20 získáváme informace o sociálních dopadech při kardiovaskulárním onemocnění, které vedlo k operačnímu řešení. K této proměnné se v dotazníku vztahují položky 4, 6, 7 a 20. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 50 respondentů, z nichž 28 respondentů (56 %), že si vůbec **nemyslí**, že by onemocnění srdce vyžadující kardiochirurgickou operaci, mělo jakýkoli sociální dopad, 14 respondentů (28 %), zvolilo možnost **spíše ne**. Naopak 6 respondentů (12 %) uvedlo možnost **spíše ano**, a zbylí 2 respondenti (4 %) uvedli **ano**, že onemocnění srdce má dopad na jejich stávající život v sociální oblasti.

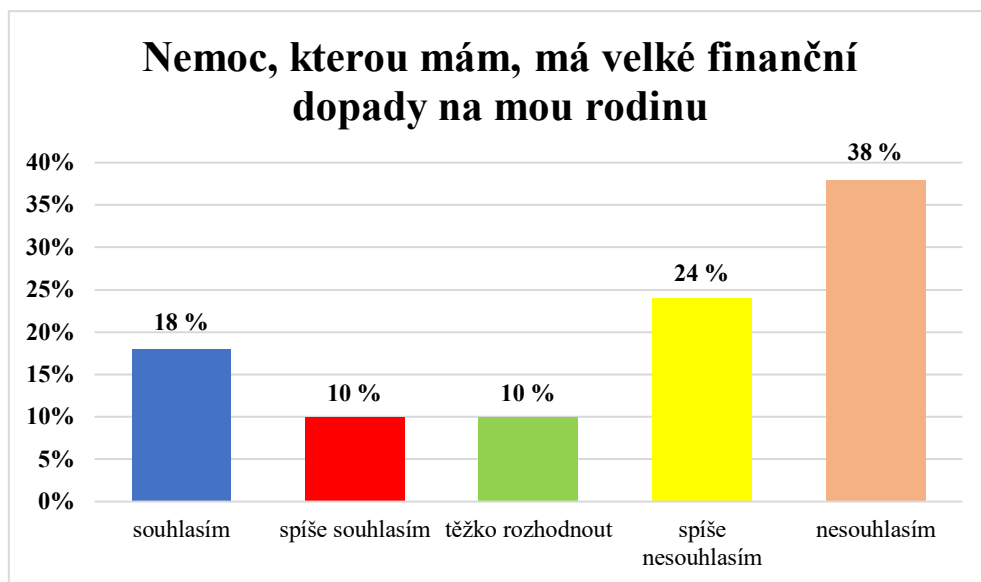
DOMÉNA SOCIÁLNÍ DOPADY – Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým



Graf 21 - Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým

Interpretace: Z 50 respondentů jich 17 respondentů (34 %) uvedlo, že **nesouhlasí** s tvrzením, že kardiovaskulární onemocnění, které vedlo k operačnímu řešení, působí problémy jejich blízkým, 11 respondentů (22 %) uvedlo, že **spíše nesouhlasí**. Oproti tomu 10 respondentů (20 %) zvolilo možnost – spíše **souhlasím**, a 8 respondentů (16 %) **souhlasilo** s tvrzením, že přítomné onemocnění srdce a následná kardiochirurgická operace působí problémy jeho nejbližším. Zbylí 4 respondenti (8 %) se **nedokázali rozhodnout**, zdali jejich onemocnění působí problémy jejich blízkým.

DOMÉNA SOCIÁLNÍ DOPADY – Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady na mou rodinu



Graf 22 – Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady na mou rodinu

Interpretace: Z 50 respondentů jich 19 respondentů (38 %) uvedlo, že **nesouhlasí** s tvrzením, že kardiovaskulární onemocnění, které vedlo k operačnímu řešení, mělo velké finanční dopady na jejich rodinu, a 12 respondentů (24 %) uvedlo, že **spíše nesouhlasí** s tímto tvrzením. Oproti tomu 5 respondentů (10 %) zvolilo možnost – spíše **souhlasím**, a 9 respondentů (18 %) **souhlasilo** s tvrzením, že přítomné onemocnění srdce a následná kardiochirurgická operace působí velké finanční problémy v rodině. Zbýlých 5 respondentů (10 %) se **nedokázali rozhodnout**, zdali jejich onemocnění způsobuje finanční problémy jejich rodinám.

9.2 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ

Pro tuto bakalářskou práci na téma „**Kardiologická operace z pohledu pacienta**“ jsme v rámci kvalitativního výzkumného šetření zvolili sběr dat pomocí polo-strukturovaného rozhovoru. Do výzkumného šetření byli zařazeni 4 respondenti – dvě ženy a dva muži v různé věkové kategorii. Rozhovor se skládal z předem připravených otázek (13), kdy bylo možné získat věcné, citlivé, detailní a zároveň pro pacienta velmi důležité odpovědi a postřehy. Všechny rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon, kde jsem později provedla jejich transkripci (viz Příloha č. 4, s. 140–154).

V současných odborných publikacích bývá doporučováno ke zpracování dat získaných kvalitativním šetřením tzv. otevřené kódování. Otevřené kódování bývá definováno formou operace, díky které jsme schopni rozebrat získaná data, se kterými poté výzkumník nadále pracuje a rozebírá na jednotlivé jednotky, které v textu rozhovoru vyznačuje a stručně pojmenovává, tvoří tzv. názvy jednotlivých kategorií. Celkově by kategorie měly shrnovat podstatu významové jednotky tak, jak jí výzkumník v danou chvíli chápe. Dle publikace Vévodové se dozvídáme, že lze rozhovory analyzovat řádek po řádku nebo po větách či odstavcích. Každý výzkumník by se měl ptát „*Jaká je hlavní myšlenka vyjádřena touto větou nebo tímto odstavcem?*“. Při takovémto otevřeném kódování objevuje výzkumník nové významové jednotky a utváří co nejvíce kategorií, které se více vztahují na výzkumnou otázku (Hendl, 2008, s. 247; Vévodová a Ivanová, 2015, s. 111–112).

PACIENTKA Č. 1

59letá pacientka s významnou mitrální insuficiencí (morbus Barlow) byla plánovaně přijata k plastice mitrální chlopně, kterou podstoupila na podzim 2018 s nekomplikovaným peroperačním průběhem; současně uzavřeno perzistující foramen ovale. Pooperační průběh nekomplikován, postupně snižována oběhová podpora, mírný pokles v KO korigován 1x ERD. Pro incipientní klinické známky SIRS zahájena kortikoterapie s efektem, oběhová podpora vysazena, 3. pooperační den byla schopna překlada na standardní oddělení.

Rozhovor probíhal na standardním oddělení kardiologické kliniky, na pokoji. Pacientka byla 6. den po operaci, orientovaná, bez kognitivního deficitu. Po celou dobu rozhovoru byla pacientka v lůžku v polosedu. Na pacientce bylo patrné, že se hlídá v mluvě, cítila jsem z pacientky mírné obavy, aby neřekla něco špatně. Snažila se udržovat oční kontakt, jakmile však byla v rozpacích a nevěděla přímo, co odpovědět, tak uhnula pohledem na protější zeď či se zadívala do přítomného časopisu, který měla u sebe. K dokreslení situace široce gestikulovala rukama. Udržovala přiměřenou přirozenou hlasitost řeči, ale řeč nebyla plynulá. Během hlasového projevu byly zaznamenány mimoslovní složky a přechůtky, pravděpodobně vedoucí k tomu, že hledala správnou formulaci nebo správné slovo k vyjádření.

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívila lékaře?

„Trvá to už celkem tři roky, co chodím k panu doktorovi (pozn. kardiolog) na preventivní kontroly. Začalo to tak, že jsem šla ke svému obvodnímu lékaři pro běžný prášky na vysoký tlak. ... nelíbilo se mu jak tlak, tak se mu nelíbil tep, tak mně natočili EKG a říkal, že se mu tam něco nelíbí, ať si právě najdu nějakýho kardiologa.“

2. Jak dlouho jste tyto obtíže měla?

„..., já jsem v běžném životě ty obtíže nepociťovala. ..., ale jediný, kdy jsem to pocítila, když jsme jezdili, s manželem jezdíme hodně na kole, ... a pokud jsme se dostávali do nějakých vršků, kopců, tak jsem nemohla popadnout dech.“

3. Léčila jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Tak, já se od svých 45 let léčím s vysokým tlakem.“

4. Byla jste dostatečně informovaná o průběhu celé hospitalizace a kardiologické operaci?

„... já se nenechám, jsem si sem vždycky zavolala (pozn. KCH klinika) a pro jistotu jsem se zeptala asi jak to bude probíhat, jo, protože chodím ještě do práce, že jo, ..., nějak řeknu na 90 %.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„..., tak přišel mně asi do dvou dnů domů zvací dopis s tím, že konzilium rozhodlo, že na operaci musím. ..., že ten pobyt tady trvá 6 - 9 dnů a potom záleží ještě i na mně, jestli se rozhodnu pro to, že přejeďu do lázní, ... Ale ještě přesně jsem nevěděla, tam teda musím říct, že tam mně neřekli vůbec, tam se řeklo jenom operace srdce, jo, tak tam jsem moc informovaná nebyla, protože jsem furt nevěděla, ..., to až vždycky když jsem si na ten telefon zavolala ...“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděla jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„... jsem měla pocit, že proč to zase muselo potkat mě, ..., tak teď budu zase se nějak omezovat, jo, mně vadí to, že já jsem člověk, kterej si nerad o pomoc říká jo, a ráda si všechno udělám sama, a tam jsem jako z tohohle spíš měla obavy, jo.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„Ano.“

8. Měla jste prostor na doplňující otázky?

„Dali mi prostor. A zeptali se, jestli všemu rozumím.“

9. Jak jste reagovala na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne, patří to k tomu. ..., je to krátká doba, ..., ještě nevím, ..., jak to bude vypadat až půjdu v nějakým tričku nebo, nebo já nevím v plavkách, ale já si myslím, že je důležitější, že budu žít a že budu zdravá.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupila kardiochirurgickou operaci?

„No, zatím nemám. ... můj ošetřující lékař, ... mi řekl, že až budu po operaci, tak se za tři měsíce mám nahlásit na kontrolu a tam já si myslím, že tam si to vysvětlíme, ..., prostě tohle to fakt teď nevím.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba dva měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byla jste o nich poučena a dostatečně informována? Jaké to jsou?

„..., tvrdili, že tak ty tři měsíce, že by se nemělo nic zvedat těžkýho, že a že do roka, že jste tak jako fit, no. Tak to určitě dodržuju, ...“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojená? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„... Byla jsem na první JIPce (pozn. JIP 3), ... na té druhé JIPce (pozn. JIP 4), takže to prostě samá chvála. Tady taky si nemůžu stěžovat (pozn. standardní odd.), ... dneska nás zarazil jeden pan doktor, ..., on prostě prolít, byl tady půl minuty a člověk čeká na to, že mu něco řekne a ne. Jo a sestřičky dobrý, lékaři taky až ten jeden jediný, jinak všechno supr.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měla před operací?

„... teď to nemůžu hodnotit. Jako určitě se mně dobře dýchá, ..., je to krátká doba, ..., poznám to, až půjdu třeba na nákup nebo na něco, ...“

PACIENT č. 2

57letý polymorbidní pacient s významnými AV insuficiencemi a postižením koronárních tepen byl plánovaně přijat k plastice mitrální a trikuspidální chlopně a chirurgickou revaskularizaci myokardu, výkon podstoupil v zimě 2018 s nekomplikovaným perioperačním průběhem. Předoperačně nastavení DDD na 90'/min. Časná extubace, inotropní podpora Dobutaminem, postupně vysazena. Pooperačně přetrvávající oxygenační dysfunkce, indukce negativní tekutinové bilance. Pacient byl 4. pooperační den přeložen na standardní oddělení, rehabilituje, nastavení chronické medikace.

Rozhovor probíhal na standardním oddělení kardiochirurgické kliniky, na pokoji. Pacient byl 5. den po operaci, orientovaný, bez kognitivního deficitu. Po celou dobu rozhovoru pacient seděl na lůžku se spuštěnými nohama. Na pacientovi bylo patrné, že se snaží, aby řekl všechno podstatné a zároveň znát, že ho onemocnění srdce velmi trápí a nemá se komu svěřit. Po celou dobu rozhovoru se snažil udržovat oční kontakt a lehce se usmíval. K dokreslení situace gestikuloval rukama i nohama, udržoval přirozené tempo řeči, které nebylo monotónní a hlasitost řeči byla dostatečná, avšak nebyla zcela plynulá. Během hlasového projevu byly zaznamenány mimoslovní složky, časté zastavení v řeči až přeroknutí vedoucí ke správnému vyjádření nebo k vyplnění ticha.

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívil lékaře?

„Ehm, ani, ani žádný, spíš to doporučení toho pana doktora (pozn. kardiolog) ... Jinak mě to nijak neomezovalo, ..., ale že to je jen tak nějaký slabý, ..., zjistil, že tam je nějaká závada na chlopni něco tam je a vobjednal mě na tu koronarografii, ..., tam mně to napíchli, no a vyndali a říkal no, dobrý bajpas. Jestli s tím souhlasím. ..., jako s tím se jako nedá nesouhlasit, že jo, jako vono to chvílku může ještě vydržet, ale nevíte jak dlouho, ...“

2. Jak dlouho jste měl tyto obtíže?

„..., tak zhruba ... od toho května, ..., ale takový spíš nervy z toho trochu ... O tom přemýšlíte furt jak to.“

3. Léčil jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„... Jako vysokej tlak, ..., dlouho, 15 let. ... Jinak jsem nijak nic neměl.“

4. Byl jste dostatečně informovaný o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„No, jakž takž jo, pan docent (pozn. kardiochirurg) se mnou mluvil v neděli, co a jak se asi bude dělat, no a jinak pak už ani ne. ... No od fakultky zvací dopis, že mám v neděli nastoupit na výkon. No, takže že pak druhý den ráno bude zákrok, ráno. No, tak nějak nevěděl jsem, ... no ale co a jak JIPka, jak to bude dlouho nebo to už pak už to šlo takový se mnou, no... Strach velkej, velkej. Jako já sem asi posera, ale fakt sem se bál hodně.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„No, jako tak nějak všichni, co za mnou chodili nebo já na ty kontroly.“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděli jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„Uff, no takový vodloučení, takovej máte strach, co se stane.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„Jo no, tak já to co mám dělat nebo to tak snažit se aby i ten hrudník se nějak nehnul nebo to, tak se snažím si dávat bacha. Mám z toho strach jako jo, že tím vlastně tou cukrovkou, mě strašili, že by to mohlo špatně srůst, to bych nerad.“

8. Měl jste prostor na doplňující otázky?

„Jako jo asi. Pan doktor (pozn. kardiolog i kardiochirurg) se ptali jako, ... manželka ta by se ptala furt jo, já už pak ne, mě už pak dojde paměť na co se mám ptát ..., ten prostor tam byl nějaký.“

9. Jak jste reagoval na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne vůbec, no tak nějak to patří, sem rád, že vůbec žiju.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupil kardiochirurgickou operaci?

„... to ne, to nemám, ..., že bych jako jel ... až se vyhojím, do lázní ... někdo ... říkal, abych jel rovnou. ... přece ty sestřičky i doktoři na vás dohlížej, tak asi jako pojedou rovnou, ...“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byl jste o nich poučen a dostatečně informován? Jaké to jsou?

„..., no tak sestřička rehabilitační říkala ... ten hrudník neroztahovat, ne prudký pohyby rukama, ... snažit se ... vyklápět se přes bok ... tak nějak zhruba to dýchání, těma nohama a tak.“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojený? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„Vy ste tady výborný, úplně špičkovéj, fakt ale, no to úplně jednička.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měl před operací?

„No je to dobrý, ... když se projdu, tak trošku se zadýchám ..., ale sednu si ... asi za 5 minut to odezní zase, ... je to lepší trochu ...“

PACIENT č. 3

42letý pacient byl plánovaně přijat k aortokoronárnímu bypassu. V zimě 2019 byla provedena chirurgická revaskularizace myokardu (LIMA-RIA) miniinvazivní technikou. Výkon proběhl bez komplikací. Odstraněny veškeré invazivní vstupy, 2. pooperační den byl schopen překlada na standardní oddělení.

Rozhovor probíhal na standardním oddělení kardiochirurgické kliniky, na pokoji. Pacient byl 6. den po operaci, orientovaný, bez kognitivního deficitu. Po celou dobu rozhovoru pacient seděl u stolu na židli. V rámci možnost se snažil udržovat oční kontakt, ačkoliv střídavě zahlížel do oken či na svého spolupacienta. Na pacientovi bylo patrné, že podstoupenou kardiochirurgickou operaci považuje za běžnou součást svého života, ačkoliv přes veškerý smích byly zřejmé i mírné obavy. K dokreslení celé situace gestikuloval rukama, udržoval přirozené tempo řeči, které nebylo monotónní a řeč byla příliš hlasitá, avšak řeč nebyla zcela plynulá, hovořil přiměřeně k dané situaci. Během hlasového projevu byly zaznamenány mimoslovní složky, časté zastavení v řeči vedoucí k nalezení slov k správnému vyjádření nebo k vyplnění ticha, kde spíše pacient využíval svůj smích.

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívil lékaře?

„... asi z počátku problémy s dechem, neušlapal jsem ... co jsem normálně ušlapával ... v první řadě mě poslali, jestli nemám astma, ... tam to všechno bylo v pořádku, ... poslali mě ... k mému kardiologovi. ... až vlastně jsem skončil tady v Hradci na tom zátěžovém šlapání kole ... a tam už se jim to nelíbilo, ... jsem ... šel ... na tu no koronarografii a tam už ... bylo jasno.“

2. Jak dlouho jste měl tyto obtíže?

„... v podstatě od jara (pozn. r. 2018) ...“

3. Léčil jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Ne, ... nikdy právě, proto jsem z toho trochu takovej zaskočenej, ...“

4. Byl jste dostatečně informovaný o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„..., v první řadě sem z toho byl překvapený ..., že to bude na operaci ... do té doby ještě byla naděje, že mi třeba udělají jen nějakou stent ... říkali, že vzhledem k mému věku, že je radikálnější ... operace, že to je lepší ...“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„... lékaři na té koronarografii, ... můj kardiolog ... už mně ... říkal, co mě asi ... trošičku čeká, co mně může potkat, takže mě jako připravil trochu ... hromadu věcí mně řekl i on, když jsem se ho zeptal, ... nechtěl jsem vědět ... moc, ... záměrně ani kvůli psychice ... podrobnosti jsem nechtěl. ... přijímající lékař tady na oddělení ... i pan operatér (pozn. kardiochirurg) ..., že on mě bude operovat, ..., jak to vypadá a vysvětlil mně všechno.“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděli jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„... až se docela divím na to, jaký jsem takovej v uvozovkách posera ... když vám jako řeknou takovej ortel, tak samozřejmě nikdo neskáče dva metry vysoko, uvědomí si co ho čeká, mám nějaký závazky, mám nějakou rodinu, takže jako všechno i kvůli nim, to vám všechno proběhne hlavou, ..., kdybych se měl ohodnotit sám 1 až 5, tak si myslím, ... že sem byl v takový ty 2 nebo 2 mínus, Samozřejmě přišly i ty slabý chvílky, ... pak už jsem tady neměl čas, pak už to šlo poměrně rychle, takže.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„... tyhle ty lidi tak se mně to vlastně snažili vysvětlit ... jako laicky, takže na tom ani není co nepochopit, ...“

8. Měl jste prostor na doplňující otázky?

„Měl jsem možnost se ... dotázat na cokoliv, ... oni se ptali, zdali všemu rozumím.“

9. Jak jste reagoval na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po torakotomii?

„... svým způsobem je to hendikep, ... velkej hendikep. ... mám ... dvakrát výhodu, ... já sem chlupatej, takže já hromadu věcí skoro schovám pod svetr, kterej doroste ... sem měl ... štěstí, ... že mám ránu vedenou pod prsem žebrama (pozn. MIDCAB), ..., takže ... vlastně to ani pořádně vidět není, ... to je můj život, ... a každej ... si ... může myslet ať chce co chce, ...“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupil kardiochirurgickou operaci?

„... já doufám, že jo, ... si když tak zavolám rychlou ... se člověk bude trošičku víc možná pozorovat ze začátku, ... já jsem takovej ten typ, že to za chvíli hodím za hlavu a jede se dál ...“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržíte během toho nějaká doporučení? Byl jste o nich poučen a dostatečně informován Jaké to jsou?

„..., tak zatím je ještě brzo, věřím že mně bude ještě všechno vysvětleno, proto taky jedu ještě do lázní, ... je tam ... i péče o toho pacienta vlastně jak se má chovat potom nějakou tu dobu, ...“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojený? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„... nemůžu tady říct k nikomu žádnou výtku, celkově to tady funguje, ... krásně, ..., je vidět, ... respekt ... k ... lidem ... z mého pohledu jenom kladně. ... opravdu paráda. ... jedna velká profesionalita, ... až jsem z toho ... překvapený, ... jak to funguje.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měl před operací?

„To ještě nevím, protože je brzo ... věřím tomu, že to přestane, ... to prostě musí začít fungovat, ... doufám, že už bude dobře a budu se moc vrátit zase zpátky do života.“

PACIENTKA č. 4

44letá pacientka přijata k plánované náhradě aortální chlopně, kterou podstoupila v zimě 2019 s nekomplikovaným průběhem, s minimální podporou oběhu noradrenalinem, krevní ztráty odpovídající typu výkonu, bez hemosubstituci. Nemocná časně extubována, intenzifikovaný inzulinový režim u nemocné s diabetem mellitem II. typu, kombinovaná analgetická terapie. Pacientka 2. pooperační den ventilačně i oběhově stabilní, do drénu minimální odpad (k extrakci), diuréza ještě potencovaná malou dávkou diuretik, schopná překlady na standardní oddělení. Na standardním oddělení subfebrilie, v plánu kontrola laboratorních výsledků a kulturačních vyšetření.

Rozhovor probíhal na standardním oddělení kardiochirurgické kliniky, na pokoji. Pacientka byla 5. den po operaci, orientovaná, bez kognitivního deficitu. Po část rozhovoru byla ve vodorovné poloze vleže v lůžku, v druhé části rozhovoru se posadila se spuštěnými nohama z lůžka. Po celou dobu rozhovoru se snažila udržovat oční kontakt, ačkoliv bylo na pacientce zřejmé citové rozladění (pláč). K dokreslení situace velmi gestikulovala rukama i nohama, měnila svou polohu v lůžku či vsedě, upravovala si vlasy a manipulovala s peřinou. Pacientka udržovala v rámci možností přirozené tempo řeči, které nebylo monotónní a dostatečnou hlasitostí, avšak řeč nebyla zcela plynulá, občas se zadívala do stropu, aby našla ta správná slova. Během hlasového projevu byly zaznamenány mimoslovní složky, časté zastavení v řeči až přeroknutí vedoucí ke správnému vyjádření nebo k vyplnění ticha. Na pacientce bylo patrné, že se snaží, aby řekla všechno, co je pro ni samotnou důležité a zároveň bylo znát, že ji onemocnění srdce velmi trápí.

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívila lékaře?

„... chodím hrát, zpívám, hraju na dechový nástroj a zjišťovala jsem, že už třeba na ty řádky potřebuji víc nádechů, než to bylo dřív, ... začla jsem se prostě abnormálně potit, ... otejkaly mně nohy, ..., všude kam sem přišla, ... nikdo nic nezjistil, ... sem podstoupila i EKG, sondu do jícnu, ..., i holtra ... tam napsali, že při tři čtvrtě měření z celého dne mám vysokou tlak ... sem přišla k obvod'ákoj, tak mně zase řekl, že tlak mám dobrej, že to mám zase ze stresu z doktorů. ... Dokonce mně dělali i to zátěžový kolo, kde sem po nějakých minutách zkolabovala ... prostě nic jako a tím to skončilo. ... jednoho dne ... jsem byla v práci a z ničeho nic mně

začlo brnět levá ruka ... strašnej tlak na ... hrudníku ... polil mě ... smrtelnej pot ... přijela pro mě rychlá a zjistili mi poruchu chlopně.“

2. Jak dlouho jste měla tyto obtíže?

„..., já jsem ty problémy ... měla už před těhotenstvím, ..., pak ... bych řekla, že se mi díky tomu těhotenství jakoby, ... upravilo, ... mi ... bylo dobře, ... Takže možná bych řekla ... zhruba 3 nebo 4 roky.“

3. Léčila jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Ne, já se v podstatě s ničím nikdy neléčila, ... kromě ... cukrovky ...“

4. Byla jste dostatečně informovaná o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„..., mluvila sem s panem profesorem (pozn. kardiochirurg), ... dal mně na výběr, že pro mě jsou vhodný dva typy operace. ..., já jsem nevěděla kam pudu, kdo si mě vezme. ... volala paní sekretářka, že pan profesor se mnou chce ještě před tou operací mluvit, ..., on mi řek, co je pro mě vhodný (pozn. typ operace) ..., všechno mně vysvětlil, ...“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„... pan profesor (pozn. kardiochirurg) ...“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděla jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„..., tak nejdřív chaos, ..., nejdřív to vycházelo několik týdnů před Vánoce, ..., jsem to chtěla mít co nejdřív za sebou, abych mohla být včas na ty Vánoce s tou rodinou, ..., takže jsem sem nastoupila, ... přivezli nějakou akutku, takže šla místo mě, ... jsem šla na propustku domů, pak jsem se ... vrátila, ale dostala jsem zánět močáku, ... to ... museli odložit a dali mně termín ... po novém roce. ... pro mě bylo takový hodně těžký, furt jsem přemýšlela, co když se něco za tu dobu pokazí a tak, no.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„..., já nevím já bych řekla, že tady s váma lidi moc nemluvej, že tady chybí ... ta komunikace, ... řekla bych, že spíše víc informací se ..., dozvíte od sestřičky, ... co se týče ohledně zdravotního stavu, ... když máte nějaký obavy ... potřebujete vědět, tak jako, jo se zeptáte, ... toho doktora vidíte u vizity a tím to pro vás jako vlastně končí.“

8. Měla jste prostor na doplňující otázky?

„No, tak jako ..., v podstatě jsem měla všechno vysvětlený, ... nějakou dobu čekáte, než se vám někdo začne věnovat ..., dá vám nějaký ty informace, tak vám to pak říká, jak když ho ... obtěžujete. ... víte co, takhle ste vynervovaná, v podstatě moc nevíte, do čeho dete, co vás čeká ... pak s vámi takhle jednají nebo se moc neobtěžují za vámi přijít a objasnit co k tomu vedlo.“

9. Jak jste reagovala na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne, to bylo první, co mě zajímalo, jak se ta operace provádí, já jsem si furt představovala ... řez ... pod prsem nebo ... to půjde cévou, ... pak doktor mně říkal, že takovádle operace se dělá hrudníkem, ... jsem z toho ... zklamaná, že prostě to bude vidět ... v plavkách, v tílku, prostě ve všem, ... zase na druhou stranu žijete. ... Takže se budu snažit to nějak mazat ... aby ... ta jizva ... byla co nejmíň vidět.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupila kardiochirurgickou operaci?

„Ne, tohle nevím. Jediný co, tak sem dostala takový letáček, jaký práce nebo jaký pohyby jakoby vhodný teď, ... co se týče zhoršení to teda ne.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byla jste o nich poučena a dostatečně informována? Jaké to jsou?

„No, v podstatě, ... nikdo mně k tomu nic neřekl, nevím. ... jediné z toho letáčku nebo jestli mně to ještě někdo ..., ale snad no.“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojená? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„... sestřičky jsou ... zlatý. ... můžete si zazvonit, že prostě přijdou, ochotný prostě jako fakt supr ... s jinými to tady prostě horší.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měla před operací?

„..., neřekla bych, že vymizely, spíš naopak se přidalo ..., ale já už se radši tady ani neptám. Jedu do lázní, ... doufám, že ... to nějak postupem nějak vymizí, ... chvíli potrvá, ...“

9.2.1 PŘEHLED HLAVNÍCH KATEGORIÍ A SUBKATEGORIÍ

V této části kvalitativního šetření předurčujeme několik jednotlivých kategorií společně se subkategoriemi zjištěné v rámci otevřeného kódování do formy tabulek.

1. KATEGORIE: OPERACE

SUBKATEGORIE: Zdravotní problémy

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| námahová dušnost |
| nevýkonnost |
| hypertenze |
| chlopenní vada |
| srdeční selhávání |

Tabulka 6 - Zdravotní problémy

2. KATEGORIE: DÉLKA OBTÍŽÍ

SUBKATEGORIE: Časový průběh onemocnění

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| 3–4 roky |
| 0,5 roku |
| 9 měsíců |

Tabulka 7 - Časový průběh onemocnění

3. KATEGORIE: ONEMOCNĚNÍ PŘED OPERACÍ

SUBKATEGORIE: Předchozí srdeční onemocnění

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| ne, nikdy |
| hypertenze |

Tabulka 8 - Předchozí srdeční onemocnění

4. KATEGORIE: INFORMACE PŘED OPERACÍ

SUBKATEGORIE: Informovanost před kardiologickou operací

| Dle četnosti odpovědí |
|----------------------------------|
| aktivní zájem |
| ano, částečná informovanost |
| zvací dopis (pozn. sekretariát) |
| sloužící lékař (pozn. kardiolog) |

Tabulka 9 - Informovanost před kardiologickou operací

SUBKATEGORIE: Negativní stránky nemoci

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| šok |
| velký strach |

Tabulka 10 - Negativní stránky nemoci

5. KATEGORIE: ZDROJ INFORMACÍ

SUBKATEGORIE: Prostředky k získání informací o srdeční operaci

| Dle četnosti odpovědí |
|---------------------------------|
| všichni specialisté |
| zvací dopis (pozn. sekretariát) |
| aktivní telefonování |
| katetrizační lékař |
| spádový kardiolog |
| operatér (pozn. kardiochirurg) |

Tabulka 11 - Prostředky k získání informací o srdeční operaci

6. KATEGORIE: VNÍMÁNÍ DOPADU OPERACE

SUBKATEGORIE: Prožívání srdečního onemocnění

| Dle četnosti odpovědí |
|--------------------------------|
| šok |
| omezení |
| obavy |
| spoléhání na druhé |
| strach o sebe, rodinu, co bude |

Tabulka 12 - Prožívání srdečního onemocnění

7. KATEGORIE: SROZUMITELNOST INFORMACÍ

SUBKATEGORIE: Srozumitelnost podaných informací

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| ano |
| nedostatek informací |
| částečně |

Tabulka 13 - Srozumitelnost podaných informací

SUBKATEGORIE: Možnost ptát se

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| ano |
| v podstatě kdykoliv |

Tabulka 14 - Možnost ptát se

8. KATEGORIE: ZMĚNA TĚLESNÉHO VZHLEDU

SUBKATEGORIE: Reakce na přítomnou operační ránu

| Dle četnosti odpovědí |
|--|
| nejistota |
| smíření, patří to k tomu |
| vděk za operační přístup |
| zklamání |
| porucha sebepojetí (narušený obraz těla) |

Tabulka 15 - Reakce na přítomnou operační ránu

9. KATEGORIE: INFORMACE PO OPERACI

SUBKATEGORIE: Informovanost o dalším průběhu terapie

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------|
| zatím ne |
| ne, nemám |
| částečně ano |

Tabulka 16 - Informovanost o dalším průběhu terapie

SUBKATEGORIE: Doporučení vhodné k hojení operační rány

| Dle četnosti odpovědí |
|-----------------------------|
| ne |
| ano, částečná informovanost |
| informace v lázních |

Tabulka 17 - Doporučení vhodné k hojení operační rány

10. KATEGORIE: VLIV OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

SUBKATEGORIE: Spokojenost s ošetrovatelským personálem

| Dle četnosti odpovědí |
|---------------------------------|
| JIP samá chvála |
| sestřičky dobrý, ochotné, zlaté |
| lékaři super až na jednoho |
| s jinými je to horší |
| naprostá spokojenost |
| profesionalita |
| respekt k lidem |

Tabulka 18 - Spokojenost s ošetrovatelským personálem

11. KATEGORIE: EFEKT OPERACE

SUBKATEGORIE: Důsledky kardiochirurgické operace

| Dle četnosti odpovědí |
|------------------------------|
| nelze hodnotit |
| trochu lepší |
| zatím netuším, je brzo |
| zatím ne, doufám ve zlepšení |

Tabulka 19 - Důsledky kardiochirurgické operace

9.2.2 SOUHRNNÁ ANALÝZA SUBKATEGORIÍ

Dotazovaní pacienti po kardiochirurgické operaci uvedli, že často za jejich onemocnění srdce mohou přidružená onemocnění, která se u nich určitou dobu vyskytují. Část z nich uvádí, že pociťovali běžné příznaky, které se vztahují ke kardiovaskulárnímu onemocnění př. námahová dušnost, nevykonnost aj., což je vedlo k tomu, navštívit praktického lékaře, popřípadě svého spádového kardiologa a podstoupit tak různá vyšetření vedoucí k odhalení možné příčiny způsobující dané obtíže. V otázce zaměřené na délku přítomných obtíží nebyly odpovědi příliš odlišné, buď se pro onemocnění srdce nikdy neléčili, popřípadě své onemocnění znali krátce.

Z celkové analýzy lze uvést, že pacienti byli před kardiochirurgickou operací v podstatě včas a dostatečně informováni. Avšak některým z nich pouhý zvací dopis bez detailních informací nestačil, a proto docházelo z jejich strany k aktivnímu zájmu o svůj zdravotní stav a využili každé možnosti při setkání s jakýmkoliv jejich specialistou či sloužícím lékařem na standardním oddělení, nebo přímo využili možnosti oslovení samotného operátora.

Co se týče srozumitelnosti podávaných informací o průběhu kardiochirurgické operace, dalšího nastavení terapie vedoucí ke zlepšení či k rekonvalescenci celkového zdravotního stavu, možnosti návratu se do běžného života, pacienti uváděli především částečnou informovanost. Docházelo tak ze strany ošetrovatelského personálu na odkazování volby lázeňské péče, kde budou informováni o tom, jak žít s nemocným srdcem. Volbu možnosti ptát se měli všichni, a to v podstatě kdykoliv, avšak vždy zastihnout lékaře bývá složité.

Je zřejmé, že každý změnu zdravotního stavu vnímá zcela odlišně, avšak oslovení pacienti sjednotili své odpovědi a po zjištění, že jejich nemocné srdce vyžaduje operační řešení a po dobu hospitalizace zaznamenávali přítomnost negativních emocí př. velký strach z toho, co se po operaci bude nadále dít, strach o sebe a své blízké. Je nutné zmínit i to, že se v nich odrazil prožitek šoku v podobě otázek: „Proč právě oni, proč to nemohl být někdo jiný?“.

Je nutné říci, že každá operace s sebou nese jisté následky a je tomu i u kardiochirurgické operace především s přítomným defektem na hrudníku tzv. sternotomie. Reakci na změnu svého tělesného vzhledu popisují především zklamáním, nejistotou v podobě toho, jak to bude vypadat, až nebudou mít na svém těle tolik vrstev oblečení, jak se na ně budou druzí dívat. Naopak se však shodli na tom, že to k tomu patří, nešlo by to jinak, jsou vděční za to, že

mohou nadále být součástí tohoto života a že budou zase alespoň v určité míře zdraví a nebudou pociťovat nepříjemné obtíže související s nemocným srdcem.

Velmi kladně hodnotili pozici ošetrovatelského personálu vůči hospitalizovaným pacientům. Naprostá většina byla s celkovým pooperačním průběhem naprosto spokojená, velmi docházelo ke chvále na jednotkách intenzivní péče, kdy byla vidět profesionalita, ochota všeobecných sester a respekt k lidem jako k celku. Velkou chválu si zasloužili i lékaři, kteří odvedli výbornou práci, avšak se objevují i určité výjimky, kdy někteří z pacientů byli zaskočeni z některých reakcí lékařů.

Na položenou otázku, zda pociťují zlepšení po kardiochirurgické operaci uvedli, že nelze za takovou krátkou dobu hodnotit míru zlepšení, doufají v to, že včasnou rehabilitací a po dobu pobytu v lázních dojde ke značnému zlepšení a nebudou zaznamenávat zvýšené pocity dušnosti.

10 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá subjektivním pohledem pacientů na kardiochirurgickou operaci. Jako všichni pacienti, kteří podstoupí jakoukoli operaci, má i tato skupina pacientů určitou rozmanitost s řadou proměnných, které mohou značně ovlivňovat jejich život. Prostřednictvím kvantitativního šetření jsme za pomoci standardizovaného dotazníku IPQ-CZ zjišťovali, nakolik si pacienti připouštějí závažnost onemocnění svého srdce, zdali mají pocit, že mohou či mohli svou nynější situaci ovlivnit, zdali své nemoci rozumí a jaký dopad na ně kardiochirurgická operace má. Kvantitativní dotazníkové šetření bylo doplněno o kvalitativní výzkum, díky čemuž jsme mohli více probrat několik otázek a zjistit tak hloubku prožitku onemocnění srdce a samotné kardiochirurgické operace. V této části bakalářské práce se podrobně věnuji výsledkům obou šetření, uvádím výsledky dotazníkového šetření, které doplňuji informacemi získanými z rozhovorů se čtyřmi pacienty, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci v rozmezí 5.–7. pooperačního dne. Vyjadřuji se k předem stanoveným dílčím cílům a našim předpokladům – hypotézám, snažila jsem se najít možná doporučení zaměřená na individuálnější ošetrovatelskou péči o pacienty po kardiochirurgické operaci a porovnat získané výsledky s diplomovou prací Chmelíkové (2010), která se též zabývala kardiochirurgickou operací z pohledu pacienta, kde autorka při kvantitativním výzkumu použila nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, šetření se zúčastnilo 185 respondentů, v šesti zdravotnických zařízeních.

Z 50 respondentů, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové, bylo 60 % mužů a 40 % žen, z čehož lze usuzovat, že trend výskytu kardiovaskulárních onemocnění zůstává v převážné části více u mužů než u žen. Dalším možným vysvětlením by mohl být i fakt, že i přes dnešní hektickou, uspěchanou dobu, kdy vystavujeme své zdraví nepředvídatelným podmínkám převážně formou našeho nezdravého životního stylu, stresovým situacím, se ženy více věnují samy sobě, lépe se dokáží vypořádat s náročnými stresovými situacemi než muži, kteří na svůj životní styl moc nepohlíží.

Dle studií Charlese H. Browna (2014), který zkoumá výskyt symptomů infarktu myokardu mezi muži a ženami, popřípadě z knihy Klinické psychologie Baštecké (2015), kde uvádí, že ženy více dbají na svůj životní styl, hodnoty a evoluční vytvarované zákonitosti. Dále popisuje, že mužská populace méně vyhledává odbornou pomoc, méně svou nemoc

vnímá a tím jsou i méně ochotni podstoupit kardiologickou operaci (Brown, 2014, s. 51–54; Baštecká a kol., 2015, s. 198).

Věkové rozmezí respondentů bylo významně široké 18–80 let. Více zastoupenou věkovou kategorií ve výzkumném souboru byl věk v rozmezí 60–69 let, kde se nachází 20 (40 %) respondentů a dále 70–79 let, kde byl počet respondentů 13 (26 %). Do věkové kategorie 50–59 let bylo zařazeno 9 (18 %) respondentů a 5 (10 %) respondentů v rozmezí 40–49 let. Menší zastoupení měl věk 30 let a méně, kde byl dotázán pouhý 1 (2 %) respondent v období probíhajícího výzkumného šetření.

Tento fakt potvrzují ve svých knihách Wagner (2009) i Dominik (1998), díky mnoha významným pokrokům a zdokonalování v tomto oboru medicíny ve formě včasné a správné diagnostiky, možnostech volby různých operačních přístupů, perioperačního průběhu, umožňuje kardiologům operovat mnohem komplikovanější kardiologické diagnózy u starší generace pacientů (Dominik, 1998, s. 9; Wagner, 2009, s. 19–20).

Cíl č. 1 Zjistit, nakolik si pacienti připouštějí závažnost svého kardiologického onemocnění.

Pro vyhodnocení tohoto cíle byly v první části dotazníku využity otázky č. 5, č. 7 a č. 10. Z grafu č. 5 zaznamenáváme, že u 19 (38 %) respondentů, se objevovaly obtíže vztahující se k onemocnění srdce ve formě námahové dušnosti a bolesti na hrudi, které je značně omezovaly v jejich aktivitě, ačkoliv další část respondentů tedy 17 (34 %) respondentů uvedlo, že zaznamenali pouze mírné omezení ve své aktivitě. Na druhou stranu vidíme i to, že nikoho z respondentů jejich onemocnění neomezovalo natolik, aby museli dodržovat absolutní klidový režim.

Z grafu č. 7 je patrné, že 36 (72 %) respondentů podstoupilo operaci plánovaně, naopak 14 (28 %) pacientů, vzhledem k jejich postižení srdce, muselo operaci podstoupit akutně, **čímž se nám potvrdila hypotéza č. 3**, kdy jsme předpokládali, že u více než tří čtvrtin pacientů byla kardiologická operace plánovaná.

V otázce č. 10 jsme se respondentů dotazovali, jestli tato kardiologická operace byla pro ně jejich první operací srdce v celkové anestezii první v životě. 78 % respondentů nyní podstoupilo první operaci srdce, naopak 22 % uvedlo, že již v minulosti kardiologickou

operaci podstoupili, **čímž se nám potvrdila hypotéza č. 4**, kdy jsme předpokládali, že pro většinu oslovených pacientů byla tato kardiochirurgická operace (v celkové anestezii) první.

Dále jsme pro vyhodnocení tohoto cíle využili i druhé části dotazníku „*Pacientova pojetí nemoci*“, a to **Doménu – Závažnost nemoci**, pro kterou byly charakterizovány čtyři základní položky (1, 2, 3 a 11). V celku nás nepřekvapilo vnímání pacientů závažnosti onemocnění svého srdce v položce č. 2 „*Moje nemoc je asi závažná*“ (viz graf č. 13). Téměř polovina respondentů (48 %) považuje své onemocnění srdce za závažné onemocnění, komplikuje jim život a dále 15 (30 %) dotazovaných s tímto tvrzením spíše souhlasilo.

Domníváme se, že podle zdravotního stavu a jejich konkrétní diagnózy existují určité rozdíly v samotném prožívání, vnímání a obecném hodnocení nemoci mezi populací. Opět vycházíme z toho, že každý z nás je individuální osobnost, jinak svou nemoc vnímá, jinak vychází ze svých zkušeností, má jiné charakterové vlastnosti, a proto si jinak připouští závažnost svého kardiovaskulárního onemocnění.

Cíl č. 2 Zda si myslí, že mohli či mohou svoji situaci ovlivnit.

Ke zhodnocení tohoto cíle jsme zvolili **Doménu – Možnost ovlivnění**, která se skládala z položek č. 5, 8, 9, 10 a 19 v druhé části dotazníku „*Pacientova pojetí nemoci*“.

Z grafu č. 14 je zřejmé, že značná polovina, tedy 27 (54 %) respondentů, spíše uznávají, že mohli nebo mohou svým způsobem kardiovaskulární onemocnění značně ovlivnit. Naopak 9 (18 %) pacientů využilo nabídnuté odpovědi „*spíše ne*“, tedy přiklání se spíše k tomu, že by nemohli nebo nemůžou tuto situaci, ve které se nacházejí nějak zásadně ovlivnit. Jeden pacient (2 %) v dotazníkovém šetření uvedl, že na své onemocnění nemohl mít žádným způsobem vliv, jelikož kardiochirurgickou operaci podstoupil pro vrozenou srdeční vadu.

Velmi zajímavý pohled pacientů na možnost ovlivnění onemocnění svého srdce nacházíme v položce 10 „*Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc*“ (viz graf č. 15), kdy 24 (48 %) kardiochirurgických pacientů plně souhlasilo s tvrzením, že ať udělají cokoli, nebude to mít vliv na onemocnění jejich srdce a 11 (22 %) pacientů s tímto tvrzením spíše souhlasilo. **Tím se nám potvrdila hypotéza č. 4**, kdy jsme předpokládali, že více než tři čtvrtiny pacientů souhlasí s názorem, že ať udělají cokoli, nemá to vliv na jejich onemocnění srdce.

Položili jsme si otázku „*Koho vnímají pacienti jako viníka svého kardiovaskulárního onemocnění?*“ Zde vycházíme z odpublikovaných studií u nemocných s ICHS – ischemickou chorobu srdeční. Zacharová (2017) uvádí, že „*častěji onemocní jedinci, kteří žijí aktivním uspěchaným životním stylem života, jsou soutěživí a bojovní, s cílem dosáhnout rychlého úspěchu, silně zaujatí svým povoláním, jsou netrpěliví, neklidní, chronicky se přetěžují, zanedbávají ostatní oblasti života a neuznávají odpočinek*“ (Zacharová, 2017, s. 48).

Nepřekvapuje nás ani to, že 10 (20 %) pacientů, kterých jsme se dotazovali na možnost ovlivnění onemocnění jejich srdce, se nedokázalo rozhodnout a říci, že by mohli nebo naopak nemohli svůj zdravotní stav určitým způsobem zvrátit.

Chmelíková (2010) se ve své diplomové práci přiklání k tomu, že si většinou pacienti nepřipouští to, že viníkem jsou oni samotní, a to z důvodu rizikových faktorů, které jsou prioritou životního stylu, který pak má značný vliv na kardiovaskulární systém. Mezi ty časté rizikové faktory řadíme genetickou zátěž, nevhodné stravovací návyky, kouření, nedostatečnou tělesnou aktivitu, nadměrný stres a mnoho jiných rizikových faktorů, které by pacient změnou svého životního stylu mohl ovlivnit a předejit tak onemocnění srdce, popřípadě v tom nejhorším samotné kardiochirurgické operaci (Chmelíková, 2010, s. 111; Mareš a Vachková, 2011, s. 109).

Ve větším zastoupení v našem výzkumném souboru bylo pacientů (44 %), kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci, bypass pro ICHS (viz graf č. 8, s. 70).

Cíl č. 3 Zjistit, zda onemocnění srdce, které vedlo ke kardiochirurgické operaci, porozuměli.

Pro pochopení a analýzu byla použita **Doména – Porozumění nemoci** (viz graf č. 16), která zahrnuje položky č. 12, 13 a 14 z druhé části dotazníku „*Pacientova pojetí nemoci*“. Téměř polovina respondentů (46 %) uvedla, že svému kardiovaskulárnímu onemocnění rozumí. Vědí, proč onemocnění srdce vzniklo, proč došlo ke zhoršení jejich stávajícího zdravotního stavu a proč muselo dojít právě až na kardiochirurgickou operaci.

Domníváme se, že by v této oblasti mohly hrát významnou roli vymoženosti dnešní doby (internet, sociální sítě, diskusní fóra), pacienti se více a aktivněji zajímají o informace, které

se týkají jejich onemocnění a vyhledávají příběhy pacientů se stejnou diagnózou. Stále se však obrací i na operátora či sestru přímo na klinice.

Bártlová (2005) ve své knize poukazuje na fakt, že pacienti nyní více přemýšlí o svém onemocnění a jsou mnohem informovanější, než tomu tak bylo v minulosti. Kladou se vyšší nároky na vzdělání veškerého zdravotnického personálu, a to převážně v problematice psychologického pojetí nemoci (Bártlová, 2005, s. 41–42).

Zajímavé je také to, že se 18 (36 %) respondentů nedokázalo vyjádřit a rozhodnout, zdali svému onemocnění rozumí či nikoli. Při zjištění, že více než třetina kardiologických pacientů nedokáže vyjádřit dostatečně jasný názor o tom, zdali své nemoci rozumí, jsme se zamýšleli nad možnými příčinami. Jednou z možných příčin by mohla být nedostatečná edukace pacientů vzhledem k časovému aspektu v ordinacích, a to především ze strany lékařů – kardiologů. Na klinice při přijetí k hospitalizaci tomu není jinak, lékař s pacientem sepíše příjmovou dokumentaci včetně souhlasů, podají mu základní informace, co bude následovat v následujících dnech a následně přijímá dalšího pacienta. Velký a zásadní prostor pro edukaci pacientů tak získává všeobecná sestra, přičemž kvalitní a důkladná edukace může ovlivnit pacientovu psychiku, pooperační průběh a další rozhodování v léčbě.

Nepřekvapila nás míra porozumění pacientů k jejich onemocnění srdce v položce dotazníku „Pacientova pojetí nemoci“ č. 13 „*Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím*“ (viz graf č. 17), kdy 17 (34 %) kardiologických pacientů plně souhlasilo s tvrzením, že svému onemocnění nerozumí a 9 (18 %) pacientů s tímto tvrzením spíše souhlasilo. **Čímž se nám potvrdila hypotéza č. 5**, kdy jsme předpokládali, že více než tři čtvrtiny pacientů svému onemocnění srdce nerozumí.

Cíl č. 4: Zjistit, jak pacient prožívá stav po kardiologické operaci, a jaký má tento výkon pro pacienty sociální dopad.

Ke zhodnocení tohoto cíle jsme zvolili **Doménu – Negativní emoce** (viz graf č. 18), která zahrnuje čtyři položky č. 15, 16, 17 a 18 v druhé části dotazníku „Pacientova pojetí nemoci“. Téměř polovina pacientů (46 %) uvedla, že po kardiologické operaci na ně žádné negativní emoce spíše nedoléhají a (32 %) kardiologických pacientů uvedlo, že na ně negativní emoce vůbec nepůsobí.

Pro podrobnější analýzu této domény jsme zvolili položku č. 18 „*Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy*“ (viz graf č. 19), kde 17 (34 %) respondentů s tímto tvrzením spíše souhlasilo, že onemocnění srdce v nich vzbuzuje velké obavy a 7 (14 %) respondentů plně souhlasilo. Naše **hypotéza č. 9 se nám tak nepotvrdila**, jelikož jsme předpokládali, že u více než tří čtvrtin pacientů vzbuzuje onemocnění srdce velké obavy i po kardiologické operaci.

Mareš (2009) uvádí, že nejvíce očekávanou reakcí je strach, kterou dávají najevo především ženy na rozdíl od mužů. Muži své slabé stránky nechávají hluboko v sobě, aby vůči svému okolí nepůsobili příliš slabě (Mareš a Vachková, 2009, s. 110). Tento fakt si potvrzujeme v otázce č. 1 v první části dotazníku „*Jaké je Vaše pohlaví?*“ (viz graf č. 1), kde bylo velké procento (60 %) mužského pohlaví. Při sběru jednotlivých dotazníků vycházíme z toho, že rozdíl mezi odpověďmi mužů a žen nebyl na tolik velký. Mužská část v dotazníkovém šetření uváděla, že se snažili sdělení své diagnózy akceptovat, ačkoliv se u nich dostavili prožitky strachu, které jsou u každého rozhodování vzhledem k zdravotnímu stavu očekávané.

Dále jsme se zaměřili na pocity, které pacienti prožívali, když jim lékaři sdělili, že budou muset podstoupit kardiologickou operaci (viz graf č. 6) „*Reakce na sdělení nezbytnosti operace srdce*“. Více než polovina kardiologických pacientů 30 (60 %) tuto skutečnost akceptovalo. Naopak 13 (26 %) pacientů uvedlo, že měli strach a nevěděli, co s nimi bude. Naše **hypotéza č. 2 se nám tak nepotvrdila**, předpokládali jsme, že při sdělení nezbytnosti operačního řešení onemocnění srdce měla více než polovina dotazovaných pacientů strach.

Reakce pacientů, že by při sdělení nezbytnosti operačního řešení, pomýšleli na smrt, byla v nulovém zastoupení, kdy nás tento výsledek velmi překvapil, jelikož kardiologická operace je laickou veřejností velmi často považována za náročný operační výkon, který s sebou přináší řadu komplikací.

Gulášová ve svém článku uvádí, že většinou tyto pocity mají pacienti, kteří podstupují kardiologickou operaci poprvé anebo tehdy, pokud nejsou dostatečně informováni (Gulášová a kol., 2012, s. 43). Připomínáme, že z našeho výzkumného souboru toto byla pro 78 % respondentů první operace srdce.

Ke zhodnocení druhé části čtvrtého cíle jsme zvolili **Doménu – Sociální dopady** (viz graf č. 20), pro kterou byly definovány čtyři položky 4, 6, 7 a 20 v druhé části dotazníku

„*Pacientova pojetí nemoci*“. Více než polovina pacientů (56 %) uvedla, že nesouhlasí s tvrzením, že by jejich onemocnění srdce mělo jakýkoli sociální dopad a (28 %) kardiologických pacientů s tímto tvrzením spíše nesouhlasilo.

K hlubší analýze jsme zvolili položku č. 7 „*Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým*“ (viz graf č. 21), kdy třetina kardiologických pacientů 17 (34 %) s tímto tvrzením nesouhlasilo a 11 (22 %) respondentů spíše nesouhlasilo, **čímž se nám hypotéza č. 9 nepotvrdila**. My jsme předpokládali, že všichni pacienti po kardiologické operaci budou souhlasit s tím, že jim onemocnění srdce velmi komplikuje partnerský či rodinný život.

Mareš (2009) uvádí, že sociální dopady záleží především na sociálním postavení každého pacienta. Pokud mají pacienti dobré sociální postavení a oporu př. fungující rodinné vztahy, finanční zajištění aj., nevykazují žádné významné sociální dopady (Mareš a Vachková, 2009, s. 110).

Z grafu č. 4 je zřejmé, že více než polovina tedy 30 (60 %) respondentů byla ve starobním důchodu a 13 (26 %) kardiologických pacientů má stálé zaměstnání. Ke zhodnocení naší hypotézy č. 7 jsme zvolili položku č. 6 v druhé části dotazníku „*Pacientova pojetí nemoci*“ „*Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady na mou rodinu*“ (viz graf č. 22), kdy třetina pacientů 19 (38 %) s tímto tvrzením nesouhlasilo a 12 (24 %) respondentů spíše nesouhlasilo, **tudíž se nám nepotvrdila hypotéza č. 7**, kdy jsme předpokládali, že všichni pacienti souhlasí s názorem, že jejich onemocnění srdce má velké finanční dopady na jejich rodinu.

Chmelíková (2010) ve své diplomové práci píše, že záleží na aktuální pozici nemocného během jeho životní situace, a to bez ohledu na věk, který nehraje žádnou roli v sociálním životě. Souhlasíme s tím, že velmi záleží na tom, jakou mají potřebu finančního zabezpečení, potřebu sociálních kontaktů, popřípadě zdali mají chuť stále pracovat a být součástí běžného života (Chmelíková, 2010, s.113).

Je pochopitelné, že kardiologičtí pacienti očekávají zlepšení jejich zdravotního stavu po operaci srdce. Pro vyhodnocení jsme použili výsledky z kvalitativního šetření, kde oslovení pacienti (4) zatím nedokázali říct, zdali se něco změnilo, a to z důvodu krátkého časového úseku po kardiologické operaci. Mohou však říct, že přítomné obtíže, které měli před operací, se zmírnily a doufají v to, že následnou rehabilitací a lázeňskou péčí dojde ke zlepšení celkového zdravotního stavu, **tudíž se nám částečně potvrdila hypotéza č. 1**, kdy

jsme předpokládali, že všichni oslovení pacienti věří, že se jejich zdravotní stav po kardiochirurgické operacilepší.

Souhlasíme s názorem Mareše a Vachkové, že pro nelékařský zdravotnický personál nehraje nemoc samotná (diagnóza) tak dominantní úlohu (na rozdíl od lékařů), proto je pro všeobecnou sestru snazší vidět za konkrétní nemocí osobnost pacienta a jeho potřeby, jeho subjektivní zkušenosti, které mohou být nepříjemné, mohou měnit a omezovat jeho zvyky, snižovat řadu psychických, ale fyzických aspektů a zhoršovat tak jeho kvalitu života. Nedílnou součástí zdravotnictví by měla být v popředí edukace a dostatečná informovanost pacientů, což rozhoduje a ovlivňuje zdraví populace. Všeobecná sestra pacientovi dává najevo, že mu věří, věří v jeho schopnost změnit životní styl a pomáhá mu nacházet smysl života (Mareš a Vachková, 2011, s. 97).

ZÁVĚR

„V člověku vzniká určitý stav a potom se okolo něj vytváří situace, která je tímto stavem v souladu. Zde nejsou okolnosti příčinou onemocnění, ale naopak, člověk je původcem svojí nemoci a tvůrcem situace, ve které žije.“ V současné době řada zdravotníků, ale i laická veřejnost vidí v termínu „*nemoc*“ problém pouze somatický. Je důležité vědět, že v lidském organismu se odehrávají určité děje vedoucí k něčemu špatnému, kde se očekává, že této situaci dokáže někdo předejít, zpomalit, popřípadě ji až zastavit. Cílem všech zdravotníků je navrátit jedince do stavu „*zdraví*“. Nesmíme však opomenout to, že nemoc je onemocněním celého organismu, je tím, co člověk prožívá a jak si utváří vlastní pohled na nemoc. Měli bychom na tyto aspekty brát alespoň sebemenší zřetel pro lepší zkvalitnění pacientova života (Mareš a Vachková, 2010, s. 141–143).

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části je zaměřena především na obecnou charakteristiku historie a současného stavu specifického oboru kardiologie. Nacházíme zde indikace, které vedou ke kardiologickým operacím, řadu různých operačních přístupů. Je zde také zahrnutý pohled na standardní předoperační a pooperační průběh, který kardiologický pacient vnímá a prochází od samotného začátku hospitalizace. Dále jsou zde vymezeny termíny zdraví a nemoci, subjektivního pojetí nemoci a samotnou individuálnost každého jedince k onemocnění. Tak abychom mohli pochopit vnímání nemoci, byla do teoretické části zařazena i diagnostika subjektivního pojetí nemoci a rovněž jsou zmíněny teoretické přístupy, které vedou k posouzení pacientovy nemoci. V závěru teoretické části nalezneme pohled pacienta na kardiologickou operaci.

V empirické části byl použit smíšený čili kvantitativní i kvalitativní výzkumný přístup. Výzkumným nástrojem pro kvantitativní šetření byl standardizovaný dotazník IPQ-R-CZ, kde tento 20 položkový dotazník byl doplněn o 11 otázek, které byly zaměřeny na základní demografické údaje o nemocném a další se vztahovaly přímo ke kardiologické operaci. Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti ve věku 18–80 let. Výzkum probíhal na obou standardních odděleních Kardiologické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Ke kvalitativnímu šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor, který zahrnoval 13 otevřených otázek. Oslovili jsme čtyři pacienty po kardiologické operaci, dvě ženy a dva muže. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, nakolik si pacienti připouštějí závažnost svého

kardiovaskulárního onemocnění, zda si myslí, že mohli či mohou svoji situaci ovlivnit. Dalším cílem bylo zjistit, zdali onemocnění srdce, které vedlo ke kardiochirurgické operaci, porozuměli a jak pacient prožívá stav po kardiochirurgické operaci, a jaký má tento výkon pro pacienty sociální dopad. Pro zpracování dat bylo osloveno 50 respondentů, získané výsledky analyzujeme ve formě grafů. Veškeré informace jsou shrnuty a porovnány s předešlým výzkumem v diskuzi.

Naše výzkumné šetření prokázalo, že většina oslovených kardiochirurgických pacientů považuje jejich onemocnění srdce za závažné, jelikož si uvědomují, že srdce je důležitým orgánem pro život. Je nutné brát v úvahu určitou individualitu osobnosti, u které existují značné rozdíly v prožívání, ve vnímání a obecném hodnocení nemoci dle svých zkušeností, osobnostního charakteru, a proto si každý jedinec připouští závažnost svého kardiovaskulárního onemocnění jinak. To, koho pacienti považují za viníka svého onemocnění, je poměrně diskutabilní myšlenka. Vycházíme z toho, že viníkem většinou bývají oni samotní, jelikož existuje řada rizikových faktorů, které se dají ovlivnit změnou životního stylu a zmírnit tak následky srdečního onemocnění a oddálit kardiochirurgickou operaci. Můžeme říci, že na vliv výskytu negativních emocí zastává hlavní roli všeobecná sestra, která s pacientem tráví mnohem více času než lékař, naslouchá mu, nijak jeho psychické postavení nebagatelizuje a snaží se nemocnému věnovat dostatek času tak, aby uspokojila jeho potřeby a zmírnila obavy. V neposlední řadě nás velmi překvapilo zjištění, že srdeční onemocnění nemá vliv na sociální oblast, a to z toho důvodu, že v dnešní době populace více stárne, a tak bylo i větší zastoupení respondentů ve starobním důchodu. Domníváme se, že mají dostatečnou podporu ze strany svých blízkých a rodiny, a to především v době nepříznivých situací.

Mareš (2010) se zamýšlí nad tím, že nemoc se netýká pouze tělesných funkcí. Ba naopak má také svůj odraz v psychické oblasti a zpravidla přináší pro člověka řadu existenciálních a spirituálních otázek. Lze tedy říci, že každý jedinec hledá a zná hloubku svého bytí a také to, co jeho život nějakým způsobem vyžaduje. Tyto myšlenky člověka zaměstnávají, a proto nemají být opomíjeny nebo popírány. Domníváme se, že nemocný nečeká pouhé léčení a odbornou pomoc, kdy zdravotnický personál toto vidí jako prvotní úkol, touží především po takové pomoci, aby mu ostatní rozuměli, přijímali jeho stavy naděje, ale i beznaděje, radosti i úzkosti (Mareš a Vachková, 2010, s. 143).

ANOTACE

| | |
|-----------------------|---|
| Autor: | Nikola Kracíková |
| Instituce: | Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství |
| Název práce: | Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta |
| Vedoucí práce: | Mgr. Veronika Gigalová |
| Počet stran: | 154 |
| Počet příloh: | 4 |
| Rok obhajoby: | 2019 |
| Klíčová slova: | Kardiochirurgický pacient, srdeční onemocnění, pocit, strach |

Bakalářská práce se zabývá subjektivním pohledem pacientů na kardiochirurgickou operaci, kteří byli hospitalizováni na standardním oddělení Kardiochirurgické kliniky ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části je popisována obecná historie a současný stav oboru Kardiochirurgie, možné indikace vedoucí ke kardiochirurgické operaci, volba operačních přístupů a standardní předoperační a pooperační průběh nemoci pacienta. Dále se v teoretické části zaměřuji na subjektivní pojetí nemoci, individuálnost a diagnostiku subjektivního pojetí nemoci a rovněž jsou zmíněny teoretické přístupy vedoucí k posouzení pacientovi nemoci.

Empirická část je zaměřena na dotazníkové šetření, která se týká subjektivního prožívání srdečního onemocnění z pacientova pohledu, přičemž tato část je doplněna o rozhovory se čtyřmi zvolenými pacienty, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci. Tato bakalářská práce má za cíl zaměřit se na hodnocení závažnosti a porozumění svého srdečního onemocnění, na pohled na tuto nemoc, vliv dopadu na kardiovaskulární onemocnění a sociální aspekty. Výsledky šetření byly porovnány s výzkumem se stejným tématem z předešlých let.

ANNOTATION

Autor: Nikola Kracíková
Institution: Charles University in Prague
Faculty of Medicine in Hradec Kralove, Department of Social Medicine
Division of Nursing
Title: Cardiac surgery from the patient's point of view
Supervisor: Mgr. Veronika Gigalová
Number of pages: 154
Number of attachments: 4
Year of defense: 2019
Keywords: Cardiac-surgery patient, heart disease, sensation, fear

The bachelor's thesis deals with the subjective perception of cardiac surgery patients, being hospitalized in the standard department of the Cardiac Surgery Clinic of the University Hospital Hradec Králové, on their cardiac surgery. The thesis is divided into two parts, the theoretical and empirical. The theoretical part describes the general history and present state of cardiosurgery, possible indications leading to cardiac surgery, the selection of surgical approaches and the patient's standard preoperative and postoperative care process. The theoretical part is also focused on the subjective perception on the illness, the individuality and diagnosis of the subjective perception of the illness and also theoretical approaches leading to the assessment of the patient's disease.

The empirical part focuses on a questionnaire survey based on the patient's subjective experience of the heart disease and this part is supplemented by interviews with four selected patients who have undergone the heart surgery. The thesis aim is the evaluation of the results according to the severity and understanding of the heart disease, on the patient's view of heart disease, and its social aspects. The results of the research were compared to those from the previous years dealing with the same topic. This bachelor thesis has shown that the patient's perception of the illness has not changed in many aspects despite the increasing quality of contemporary healthcare. It is important to see the patient as a holistic being, to take into account his or her previous experience, individuality and constantly support him or her to improve his or her health in the future.

POUŽITÁ LITERATURA A PRAMENY

ADÁMKOVÁ, Věra a kol. *Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc*. 1. vydání. Brno: Facta Medica, 2010, 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.

BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, Jana HECZKOVÁ a Daniel NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2016. 712 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015, 759 s. ISBN 978-80-262-0617-0.

BULAVA, Alan. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2017, 223 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

BRÁT, Radim. *Kardiochirurgie pro bakalářské studium*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 56 s. ISBN 978-80-7368-601-7.

BRÁTOVÁ, Andrea a Ján MURGAŠ. *Bezpečnost pacienta při anestezii*. Praha: Mladá fronta, Sestra, 2011, roč. 21, č. 7–8, s. 44–45. ISSN 1210-0404.

BROWN, Charles. *Heart Disease in Women: Different Than in Men?*. US Pharm. Women's Health. 2014 [online]. 39 (9). [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: <<https://www.uspharmacist.com/article/heart-disease-in-women-different-than-in-men>>

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, 2018 [online]. Fakultní nemocnice u sv. Anny, [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<http://www.cktch.cz/>>

ČERBÁK, Roman. *Několik poznámek k historii kardiochirurgie*. Kardiologická revue – Interní medicína. 2013, roč. 15, č. 3 (Chlopenní vady), s. 168–171. ISSN 2336-288x.

DOMINIK, Jan. *Kardiologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 69 s. ISBN 80-7184-441-1.

DOMINIK, Jan. *Kardiologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 215 s. ISBN 80-7169-669-2.

DUŠKOVÁ, Markéta a kol. *Úvod do chirurgie: Učební texty pro studenty 3. LF*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009, 139 s. ISBN: 978-80-254-4656-0.

Fakultní nemocnice Hradec Králové, 2018 [online]. FN HK. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.fnhk.cz/kch>>

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, 2010 [online]. FNKV. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.fnkv.cz/kardiologicka-klinika-pro-pacienty.php>>

Fakultní nemocnice Olomouc, 2017 [online]. FNOL. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <https://www.fnol.cz/kardiologicka-klinika-zakladni-informace-sekce_54.html>

Fakultní nemocnice Ostrava, 2009 [online]. FNO. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.fno.cz/kardiologicke-centrum>>

Fakultní nemocnice Plzeň, 2018 [online]. FN Plzeň. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.fnplzen.cz/kch>>

Fakultní nemocnice v Motole, 2012 [online]. FN Motol. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<http://www.fnmotol.cz/kvch-ambulance>> a <<http://www.fnmotol.cz/detske-kardiocentrum>>

FRAGA DE JESUS, Daniela a Patrícia FIGUEIREDO MARQUES. *Nursing assistance at the hospital discharge after cardiac surgery: integrative review*. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 2013 [online]. 28 (4). [cit. 2018-11-30]. Dostupné z: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382013000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=en>

GULÁŠOVÁ, Ivica a kol. *Zvládání strachu pacienta před operací*. Praha: Mladá fronta, Sestra. 2012, roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2015-2017*. 1. české vydání. Praha: Grada, 2016. 464 s. ISBN 978-80-247-5412-3.

CHMELÍKOVÁ, Petra. *Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta*. České Budějovice, 2010. diplomová práce (Mgr.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008, 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

KALÁB, Martin. *Perioperační péče o pacienta v kardiochirurgii*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 243 s. ISBN 978-80-7013-557-0.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

Kardiochirurgie, 2018 [online]. Kardiochirurgie. [cit. 2018-10-11]. Dostupné z: <<https://www.kardiochirurgie.cz/soucasnost>>

Klinika kardiovaskulární chirurgie IKEM, 2015–2018 [online]. IKEM, [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.ikem.cz/cs/spickova-kardiochirurgie/a-1363/>>

KETTNER, Jiří a kol. *Akutní kardiologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 634 s. ISBN 978-80-204-4422-6.

KODL, Miloslav a kol. *Zpráva o zdraví obyvatel České republiky*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. 155 s. ISBN 978-80-85047-49-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. 1. vydání. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.

- LONSKÝ, Vladimír. *Mimotělní oběh v klinické praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, 215 s. ISBN 80-247-0653-9.
- MAREŠ, Jiří, BÝMA, Svatopluk a Lenka HODAČOVÁ. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, 212 s. ISBN 80-246-1062-0.
- MAREŠ, Jiří. *Pacientovo subjektivní pojetí zdraví a nemoci*. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Praktický lékař. 2006, roč. 86, č. 2, s. 65–124. ISSN 0032-6739.
- MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vydání. Brno: MSD, 2009. 146 s. ISBN 978-80-7392-120-0.
- MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci II*. 1. vydání. Brno: MSD, 2010. 171 s. ISBN 978-80-7392-150-7.
- MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. *Pacientovo pojetí nemoci III*. 1. vydání. Brno: MSD, 2011. 122 s. ISBN 978-80-7392-191-0.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. V Brně: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
- MÁLEK, Jiří, ČTRNÁCTÁ, Eliška a Alice KURZOVÁ. *Obavy a prožitky pacientů v perioperačním období*. Praha: Rozhledy v chirurgii. 2004, roč. 83, č. 8, s. 406–410. ISSN 0035-9351.
- MINIBERGEROVÁ, Lenka a Kateřina JIČÍNSKÁ. *Vybrané kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 78 s. ISBN 978-80-7013-513-6.
- MLADINOV, Anton a kol. *Quality of Life after Cardiac Surgery*, Collegium antropologicum. 2010. roč. 34, č. 4, s. 1369–1372. ISSN 0350-6134.
- MLČÁK, Zdeněk. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
- MOROVICSOVÁ, Eva. *Nemoc v prožívání člověka*. Praha: Mladá Fronta. Sestra. 2006, roč. 22, č. 4, s. 13–14. ISSN 1210-0404.

Nemocnice České Budějovice a. s., 2013 [online]. Nemocnice České Budějovice. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<http://www.nemcb.cz/kardiochirurgicke-oddeleni>>

Nemocnice na Homolce, 2017 [online]. Nemocnice na Homolce. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-kardiovaskularni-program/11635-kardiochirurgie-kch>>

Nemocnice Podlesí, 2018 [online]. Nemocnice Podlesí. [cit. 2018-10-22]. Dostupné z: <<https://nemocnicepodlesi.agel.cz/pracoviste/oddeleni/kardiocentrum.html>>

NĚMEC, Petr a kol. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 104 s. ISBN 80-244-1303-5.

NĚMEC, Petr. *Koncentrace kardiochirurgické péče v ČR*. Medical tribune. 2010, roč. 6, č. 11, s. C4. ISSN 1214-8911.

NOVÁKOVÁ, Jana. *Pooperační péče na kardiochirurgické JIP*. Praha: Mladá fronta, Sestra. 2011, roč. 21, č. 2, s. 42–43. ISSN 1210-0404.

PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. 1. vydání. Praha: Galén, Karolinum, 2008, 385 s. ISBN 978-80-7262-402-7.

PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetřovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

SEMRÁD, Michal, Milan KRAJÍČEK a Pavel ŠEBESTA. *Cardiovascular Surgery*. 1st edition. Prague: Charles University in Prague, Karolinum, 2014. 263 s. ISBN 978-80-246-2465-5.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1. vydání Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

STEWART, J. Kerry a kol. *Cardiac Rehabilitation Following Percutaneous Revascularization, Heart Transplant, Heart Valve Surgery, and for Chronic Heart Failure*. Chest journal. 2003, vol. 123, issue 6, p. 2104–2111. ISSN: 0012-3692.

Stručný přehled údajů z Národního kardiologického registru za období 2007–2017, 2018 [online]. ÚZIS ČR. [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-udaju-z-narodniho-kardiologického-registru-za-obdobi-2007-2017>>

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠETINA, Marek. *Historie kardiologie*. Sanquis, 2006, č. 43, s. 28-29. ISSN 1212-6535.

ŠETINA, Marek, PIRK Jan, HOLUB, Jiří, a kol. *Přehled vybraných kardiologických operací ČR 2012*. 1. vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Národním kardiologickým registrem, 2014. 42 s. ISBN 978-80-7472-092-5.

ŠIMKOVIC, Ivan. *Chirurgie srdce*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1996. 279 s. ISBN 80-217-0595-7.

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

ŠVÁB, Jan a kol. *Chirurgie vyššího věku*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.

TROUBIL, Martin a Petr NĚMEC. *Infekční endokarditida*. Interní medicína pro praxi, Intervenční a akutní kardiologie. 2007, roč. 6, č. 4, s. 139–149. ISSN 1213-807X.

VANĚK, Ivan. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2003. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.

VANÍČKOVÁ, Tereza a Lucie HÁJKOVÁ. *Rehabilitace po kardiologické operaci*. Praha: Sestra, 2009, roč. 19, č. 5, s. 51–52. ISSN 1210 – 0404.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VARGAS, Tatiana a kol. *Patient Feelings during the preoperative period for cardiac surgery*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2006 vol. 14, issue 3. p. 383–388. ISSN 1518-8345.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 212 s. ISBN 978-80-244-4770-4.

VODIČKA, Josef a kol. *Speciální chirurgie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2006, 313 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-1101-5.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2013 [online]. [cit. 2018-10-22]. VFN Praha. Dostupné z: <<http://www.kardiochirurgie-vfn.cz>>

VYHNÁNEK, František a kol. *Chirurgie I: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.

WAGNER, Robert. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 336 s. ISBN 978-80-247-1920-7.

WENDSCHE, Peter, POKORNÁ, Andrea a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012. 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Psychologie pro zdravotnické obory: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7368-334-4.

ZACHAROVÁ, Eva, HERMANOVÁ, Miroslava a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 229 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

Zdravotnická ročenka České republiky 2016. 1. vydání. Praha: ÚZIS ČR, 2017. 211 s. ISSN 1210-9991.

ZEMAN, Miroslav a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 516 s. ISBN 80-7169-705-2.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3. dopl. a přeprac. vydání. Praha: Galén, 2014. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

SEZNAM ZKRATEK

ASA – american society of anesthesiologists

ASD – defekt septa srdečních síní

KKC – komplexní kardiovaskulární centra

FN – fakultní nemocnice

LDL – low density lipoprotein

ICHS – ischemická choroba srdeční

MAZE – radiofrekvenční intervence pro fibrilaci

WHO – world health organization

CoA – koarktace aorty

VSD – defekt septa srdečních komor

IE – infekční endokarditida

OTS – ortotopická transplantace srdce

NYHA – new york heart associaton

EF – ejekční frakce

VO_{2max} – maximální spotřeba kyslíku

MTO – mimotělní oběh

EKG – elektrokardiograf

RTG – rentgenové vyšetření

TEN – trombembolická nemoc

DM – diabetes mellitus

PAD – perorální antidiabetika

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

JIP – jednotka intenzivní péče

MIDCAB – Minimally invasive direct coronary artery bypass

TK – krevní tlak

P – pulz

D – dech

TT – tělesná teplota

DKK – dolní končetiny

RHB – rehabilitace

CŽK – centrální žilní katetr

SpO₂ – saturace hemoglobinu kyslíkem na periferii

PMK – permanentní močový katetr

PŽK – periferní žilní katetr

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

IPQ – illness perception questionnaire

AV – aortae valva

LIMA-RIA – levostranná arteria mamaria interna – ramus interventricularis anterior

ERD – erythrocyty resuspendované deleukotizované

KO – krevní obraz

SIRS – systemic inflammatory response syndrome (systémová zánětlivá odp. org.)

DDD – doporučená denní dávka

TAVI – transcatheter aortic valve implantation

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|---|----|
| Graf 1 - Pohlaví | 63 |
| Graf 2 - Věk..... | 64 |
| Graf 3 - Vzdělání | 65 |
| Graf 4 - Zaměstnání | 66 |
| Graf 5 - Omezení ve fyzické aktivitě | 67 |
| Graf 6 - Reakce na sdělení nezbytnosti operace srdce..... | 68 |
| Graf 7 - Charakter operace | 69 |
| Graf 8 - Typ operace | 70 |
| Graf 9 - Jak dlouho se léčíte s onemocněním srdce..... | 71 |
| Graf 10 - Byla to Vaše první operace srdce | 72 |
| Graf 11 - Pooperační den | 73 |
| Graf 12 - Doména Závažnosti nemoci | 74 |
| Graf 13 - Moje nemoc je asi závažná..... | 75 |
| Graf 14 - Doména Možnost ovlivnění | 76 |
| Graf 15 - Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc | 77 |
| Graf 16 - Doména Porozumění nemoci | 78 |
| Graf 17 - Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím | 79 |
| Graf 18 - Doména Negativní emoce | 80 |
| Graf 19 - Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy | 81 |
| Graf 20 - Doména Sociální dopady | 82 |
| Graf 21 - Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým | 83 |
| Graf 22 – Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady na mou rodinu | 84 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: GIGALOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče u srdečního selhání* [PDF prezentace]. 2017 [cit. 2018-10-13].

Obrázek 2: *Stručný přehled údajů z Národního kardiologického registru za období 2007–2017, 2018* [online]. ÚZIS ČR. [cit. 2018-10-23]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/strucny-prehled-udaju-z-narodniho-kardiologickeho-registru-za-obdobi-2007-2017>>

Obrázek 3: KALÁB, Martin. *Perioperační péče o pacienta v kardiologii*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 243 s. ISBN 978-80-7013-557-0.

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|-----|
| Tabulka 1 - Klasifikace dle NYHA, projevy srdečního selhávání | 23 |
| Tabulka 2 - Předanestetické hodnocení dle ASA | 29 |
| Tabulka 3 – Aktuální ošetrovatelské diagnózy..... | 45 |
| Tabulka 4 – Potenciální ošetrovatelské diagnózy..... | 46 |
| Tabulka 5 – Kognitivní schéma nemoci..... | 54 |
| Tabulka 6 - Zdravotní problémy..... | 99 |
| Tabulka 7 - Časový průběh onemocnění..... | 99 |
| Tabulka 8 - Předchozí srdeční onemocnění | 100 |
| Tabulka 9 - Informovanost před kardiochirurgickou operací | 100 |
| Tabulka 10 - Negativní stránky nemoci | 100 |
| Tabulka 11 - Prostředky k získání informací o srdeční operaci | 101 |
| Tabulka 12 - Prožívání srdečního onemocnění | 101 |
| Tabulka 13 - Srozumitelnost podaných informací..... | 102 |
| Tabulka 14 - Možnost ptát se | 102 |
| Tabulka 15 - Reakce na přítomnou operační ránu | 102 |
| Tabulka 16 - Informovanost o dalším průběhu terapie | 103 |
| Tabulka 17 - Doporučení vhodné k hojení operační rány..... | 103 |
| Tabulka 18 - Spokojenost s ošetrovatelským personálem | 104 |
| Tabulka 19 - Důsledky kardiochirurgické operace..... | 104 |

PŘÍLOHY

- Příloha 1.** Souhlas s dotazníkovým šetření – náměstkyně FNHK
- Příloha 2.** Souhlas s dotazníkovým šetření vrchní sestry – Kardiochirurgická klinika FNHK
- Příloha 3.** Kvantitativní výzkumný přístup – dotazník „*Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta*“
- Příloha 4.** Kvalitativní výzkumný přístup – rozhovory s pacienty na standardním oddělení Kardiochirurgické kliniky

PŘÍLOHA 1. Souhlas s dotazníkovým šetření – náměstkyně FN HK

Vážená paní
Mgr. Dana Vaňková
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové - Nový Hradec Králové

V Hradci Králové 29.3.2018

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Vážená paní magistro,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření ve Vaší nemocnici, jež by mělo být součástí závěrečné bakalářské práce studentky Nikoly Kracíkové, narozené 30. 7. 1997, posluchačky 2. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, prezenční formy, Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Cílem této práce je zjistit, nakolik si pacienti připouštějí závažnost svého kardiovaskulárního onemocnění. Zda si myslí, že mohli či mohou svoji situaci ovlivnit. Zjistit, zda svému onemocnění porozuměli. Dále bychom chtěly zjistit, jak pacient stav po kardiochirurgické operaci prožívá, a jaký má pro pacienty sociální dopad.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dobrovolného anonymního dotazníku u pacientů, kteří jsou aktuálně hospitalizováni po kardiochirurgické operaci. Plánujeme oslovit cca 50 pacientů. Dotazník je přiložen k žádosti. Dotazníkové šetření bychom chtěly doplnit rozhovory se čtyřmi pacienty. Rozhovor bude vycházet z domén dotazníku.

Výzkum bude prováděn ve Vaší nemocnici, na Kardiochirurgické klinice.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Veroniky Gígalové, asistentky Oddělení ošetrovatelství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Výsledky šetření Vám rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravem

Nikola Kracíková *Kracikova*
U Jatek 2123
Nový Bydžov
504 01 Nový Bydžov
Tel.: 731 281 451

E-mail: Nikola.Kracikova@seznam.cz

Mgr. Veronika Gígalová *Gigalova*
Asistent oddělení ošetrovatelství
Ústav sociálního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Šimkova 870
500 03 Hradec Králové
Tel.: 495 816 420

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum: 29.3.2018

Podpis a razítko
Dana Vaňková
FAKULTNÍ NEMOCNICE
náměstkyně pro ošetr. péči
500 05 Nový Hradec Králové
Mgr. Dana Vaňková

PŘÍLOHA 2. Souhlas s dotazníkovým šetření vrchní sestry – Kardiochirurgická klinika FNHK



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
HRADEC KRÁLOVÉ**

Potvrzení o výzkumu v rámci závěrečné/seminární práce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

| | |
|--|---|
| Příjmení a jméno studenta, titul: | Kracíková Nikola |
| datum narození: | 30. 7. 1997 |
| adresa bydliště (ulice, čp, PSČ, město): | U Jatek 2123, Nový Bydžov, 504 01 |
| telefonní kontakt: | 731 281 451 |
| e-mail: | Nikola.Kracikova@seznam.cz |
| Název školy, fakulta, katedra: | Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství |
| Studijní program, Studijní obor / ročník: | Všeobecná sestra prezenční bakalářské studium 2. ročník |
| Typ práce (bakalářská, diplomová, disertační, absolventská, seminární): | Bakalářská práce |
| Téma: | Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta |
| Jméno vedoucího práce: | Mgr. Veronika Gigalová |
| Skupina respondentů / předpokládaný počet: | 50 pacientů |
| Klinika - pracoviště, kde bude výzkum prováděn: | Kardiochirurgická klinika, standardní oddělení G a H |
| Metodika výzkumu: | smíšený (dotazník + rozhovory) |
| Období výzkumu (od – do): | 3. 4. 2018 - 31. 1. 2019 |
| <u>Souhlas pracoviště, kde bude výzkum prováděn</u> | |
| Jméno: Mgr. Dana Vlášková | |
| Pozice: vrchní sestra | |
| Razítko a podpis: | |

Tímto dávám souhlas s poskytnutím svých osobních údajů v rozsahu podkladů pro účely administrace odborné praxe ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Datum: 22. 3. 2018

Podpis studenta:

Gigalová V.
.....
Vedoucí práce Mgr. Veronika Gigalová

Kracikova N.
.....
Studentka Nikola Kracíková

PŘÍLOHA 3. Kvantitativní výzkumný přístup – dotazník „Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta“

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Nikola Kracíková a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského studia na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové, obor Všeobecná sestra. Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, která se zabývá subjektivním pojetím nemoci u pacientů po kardiochirurgické operaci. Tento dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Veškeré údaje, které vyplníte, budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce.

Předem děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas, který si na vyplnění dotazníku najdete. Vyplněný dotazník vložte, prosím, do připravené obálky u sester.

Nikola Kracíková

ČÁST I. - Demografické a identifikační údaje

Každou otázku si pozorně přečtěte a zaškrtnete z nabídnutých možností odpověď dle Vašeho uvážení. Při vyplňování dotazníku označte křížkem odpověď .

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

2. Kolik je Vám let?

- méně než 30 let
- 30 – 39 let
- 40 – 49 let
- 50 – 59 let
- 60 – 69 let
- 70 – 79 let
- 80 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní
- středoškolské bez maturity/vyučen
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. V současné době jste:

- student
- rodičovská dovolená
- zaměstnaný(á), doplňte obor:
.....
- nezaměstnaný
- podnikatel, OSVČ
- invalidní důchodce
- starobní důchodce

5. Jak moc Vás obtíže se srdcem před operací omezovaly?

- bez omezení tělesné výkonnosti, běžná tělesná aktivita nevyvolávala bolesti na hrudi, dušnost, únavu nebo palpitace
- mírné omezení aktivity, v klidu bez bolestí na hrudi či dušnosti, ani při mírné zátěži nebyla přítomna dušnost či bolesti na hrudi
- značné omezení aktivity, výrazná námahová bolest na hrudi či dušnost, ale v klidu dušnost či bolesti na hrudi nebyly
- nutnost absolutního klidu, upoutání na lůžko nebo židli, jakákoliv fyzická aktivita vyvolávala bolesti na hrudi či dušnost, která se vyskytovala i v klidu

6. Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy onemocnění srdce, která vyžadovala operaci srdce?

- nechtěl/a jsem tuto skutečnost přijmout
- akceptoval/a jsem tuto skutečnost
- byl/a jsem ve stresu
- cítil/a jsem strach, co se mnou bude
- přemýšlel/a jsem o smrti

7. Jaký charakter měla Vaše operace srdce?

- plánovaná operace
- akutní operace

8. Jakou kardiologickou operaci jste nyní podstoupil/a?

- bypass pro ischemickou chorobu srdeční
- náhrada a rekonstrukční operace chlopně
- operaci na hrudní aortě
- operaci vrozené srdeční vady v dospělosti
- jiné, doplňte:

9. Jak dlouho jste se s onemocněním srdce, kvůli kterému jste byl/a nyní operován/a, před kardiologickou operací léčil/a?

.....

10. Byla to Vaše první operace srdce (v celkové anestezii)?

- ano
- ne

11. Kolikátý den jste dnes po kardiokirurgické operaci? Datum operace?

.....den po operaci, datum operace

ČÁST II. - Pacientovo pojetí nemoci IPQ-R-CZ

© R. Moss-Morris, J. Weinman, K.J. Petrie, R. Horne, L.D. Cameron, D. Buick (2002)

© Zkrácená česká verze: J. Mareš, S. Ježek, K. Šmejkal, R. Štanglová (2011)

Vážení pacienti!

Každý má určitou představu o nemoci, kterou má. Něco Vám o ní řekli zdravotníci, něco spolupacienti, něco známi. Tento dotazník zjišťuje **Vaše současné názory** na onemocnění srdce, kvůli kterému jste nyní podstoupil/a kardiochirurgickou operaci. Dotazník je anonymní, můžete tedy odpovídat bez obav a podle svých **skutečných osobních** názorů. Mohou se lišit od toho, co si myslí spolupacienti, zdravotní sestry, lékaři. Odpovídejte jen sami za sebe, zajímá nás právě Váš názor.

Odpovídá se **zakroužkováním slova** nebo **číslice**, která se nejvíce blíží Vašemu stanovisku.

Pokud se spletete nebo se rozhodnete změnit svou odpověď, nevadí. Škrtněte to, co už neplatí a zakroužkujte to, co platí.

| | Můj osobní názor na onemocnění srdce, kvůli kterému jsem byl/a operován/a | souhlasím | spíše souhlasím | těžko rozhodnout | spíše nesouhlasím | nesouhlasím |
|-----|--|-----------|-----------------|------------------|-------------------|-------------|
| 1. | Moje nemoc ještě potrvá hodně dlouhou dobu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. | Moje nemoc je asi závažná | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. | Tahle nemoc přináší vážné důsledky pro můj život | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. | Nemoc, kterou mám, velmi ovlivňuje to, jak se na mne dívají ostatní lidé | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. | S touhle nemocí se těžko něco plánuje; nikdy nevím, jak mi bude zítra. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. | Nemoc, kterou mám, má velké finanční dopady na mou rodinu | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. | Nemoc, kterou mám, působí problémy mým blízkým | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. | Tím, co já sám dělám nebo nedělám, můžu ovlivnit zlepšování nebo zhoršování své nemoci | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. | Záleží především na mně, jak moje nemoc probíhá | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. | Ať udělám cokoli, nemá to vliv na moji nemoc | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 11. | Můj zdravotní stav se časem zlepšil | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. | Příznaky mé nemoci, které zažívám, jsou pro mne záhadné | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. | Nechápu svou nemoc, vůbec jí nerozumím | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 14. | Mám úplně jasno o své nemoci, rozumím tomu, proč jsem nemocný | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 15. | Když přemýšlím o své nemoci, přepadá mě depresivní nálada | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 16. | Když přemýšlím o své nemoci, popadá mě až vztek | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 17. | Nemoc, kterou mám, mi nedělá žádné starosti | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 18. | Nemoc, kterou mám, ve mně vzbuzuje velké obavy | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 19. | Příznaky mé nemoci přicházejí a odcházejí pravidelně, v určitých cyklech | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 20. | Moje nemoc velmi komplikuje partnerský či rodinný život. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

Možná jsem se zapomněla na něco pro Vás důležitého zeptat. Napište mi to prosím zde:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku, přeji Vám pevné zdraví!

PŘÍLOHA 4. Kvalitativní výzkumný přístup – rozhovory s pacienty na standardním oddělení Kardiochirurgické kliniky

PACIENTKA č. 1

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívil/a lékaře?

„Trvá to už celkem tři roky, co chodím k panu doktorovi (pozn. kardiolog) na preventivní kontroly. Začalo to tak, že jsem šla ke svému obvodnímu lékaři pro běžný prášky na vysoký tlak, ale můj pan doktor praktický tam nebyl, zastupoval ho mladičkej pan doktor, kterej si tam dělal nějakou stáž roční a ten byl takovej hodně asi poctivý, což je dobře, za to mu jsem vděčná. A nelíbilo se mu jak tlak, tak se mu nelíbil tep, tak mně natočili EKG a říkal, že se mu tam něco nelíbí, ať si právě najdu nějakýho kardiologa.“

2. Jak dlouho jste tyto obtíže měl/a?

„Jak bych to řekla, já jsem v běžném životě ty obtíže nepocítovala. Klasicky vůbec ne, to jako já jsem dělala kde co, ale jediný, kde jsem to pocítila, když jsme jezdili, s manželem jezdíme hodně na kole, máme rádi cyklistiku a pokud jsme se dostávali do nějakých vršků, kopců, tak jsem nemohla popadnout dech.. Jo, ale nic jsem proto nedělala, můžu přiznat, protože jsem říkala, že chodím k lékaři, tak snad on ví, a ale díky tomuhle mladýmu panu doktoru vlastně jsem tady, možná už bych nebyla. No ne, jako je to tak asi, říkám to popravdě, no.“

3. Léčil/a jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Tak, já se od svých 45 let léčím s vysokým tlakem. No, a tak jako teď se mně zvednul cholesterol, což jsem taky nikdy neměla, ale tvrdili, že to je všechno k tomu, že třeba se bralo víc prášků nebo už jsem žena v přechodu, že jo, už jsem, mám tohle za sebou všechno, takže i to se třeba, ale jinak ne. Ale před tím jsem prodělala operaci rakoviny prsu.“

4. Byl/a jste dostatečně informovaný/á o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„Asi jak bych to řekla, obvodní lékař vůbec ne a co se týká toho tak já jsem, jak asi vidíte velmi upovídaný člověk a já se nenechám, takže já jsem spíš, jsem si sem vždycky zavolala a pro jistotu jsem se zeptala asi jak to bude probíhat, jo, protože chodím ještě do práce, že jo, nejsem ještě v důchodu, a i to jsem si potřebovala nějak zařídit. Asi tak, nějak řeknu na 90 %.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„Nene, já jsem si někde volala. Takhle, když mně přišlo, byla jsem na nějakém vyšetření už takovým tom, který předcházelo předtím, aby určili, jestli to je k operaci. Když jsem prošla toto, tak mně přišel asi do dvou dnů domů zvací dopis s tím, že konzilium rozhodlo, že na operaci musím. Ano, v dopise, někdy v květnu přišlo to, že prostě na tu operaci musím, že ten pobyt tady trvá 6–9 dnů a potom záleží ještě i na mně, jestli se rozhodnu pro to, že přejeďu do lázní, no asi takhle. Ale ještě přesně jsem nevěděla, tam teda musím říct, že tam mně neřekli vůbec, tam se řeklo jenom operace srdce, jo, tak tam jsem moc informovaná nebyla, protože jsem furt nevěděla, co bude, jo, jestli to bude výměna nebo prostě plastika nebo co vůbec budou dělat, to až vždycky když jsem si na ten telefon zavolala a vlastně se to i měnilo.“

6. Co to pro Vás hospitalizace znamenala, věděl/a jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„No, spíš ten, jak bych to řekla, takové jako jsem měla pocit, že proč to zase muselo potkat mě, když už jsem jednou prošla tou rakovinou prsu, ale to dopadlo velice dobře a spíš jsem říkala tak teď budu zase se nějak omezovat, jo, mně vadí to, že já jsem člověk, kterej si nerad o pomoc říká jo, a ráda si všechno udělám sama, a tam jsem jako z tohohle spíš měla obavy, jo.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„Ano.“

8. Měl/a jste prostor na doplňující otázky?

„Dali mi prostor. A zeptali se, jestli všemu rozumím.“

9. Jak jste reagoval/a na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne, patří to k tomu. Takhle, je to krátká doba, nevím, ještě nevím, až se to sundá všechno, jak to bude vypadat až půjdu v nějakým tričku nebo, nebo já nevím v plavkách, ale já si myslím, že je důležitější, že budu žít a že budu zdravá.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupila kardiochirurgickou operaci?

„No, zatím nemám. Já počítám, nebo takhle bylo mně to vysvětleno, protože můj ošetřující lékař, který mně vlastně na tu operaci víceméně jako poslal a ten mi řekl, že až budu po operaci, tak se za tři měsíce mám nahlásit na kontrolu a tam já si myslím, že tam si to vysvětlíme, jo, co v případě, kdyby nebo kdybych měla nějak měla mít špatný pocity nebo nevím, prostě tohle to fakt teď nevím.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba dva měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byl/a jste o nich poučen/a a dostatečně informován/a? Jaké to jsou?

„No, tvrdili, že tak ty tři měsíce, že by se nemělo nic zvedat těžkýho, že a že do roka, že jste tak jako fit, no. Tak to určitě dodržuju, ale to si myslím, já zas proto chci jít do lázní, aby mě tam vlastně naučili s tím žít.“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojený/á? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„Takže, tak určitě na JIPce úplně, to se nedá říct, úplně výborně. Tady nevím. Byla jsem na první JIPce (pozn. JIP 3), co jsem byla první den a dva dny jsem byla na té druhé JIPce (pozn. JIP 4), takže to prostě samá chvála. Tady taky si nemůžu stěžovat, nevím dneska nás zarazil jeden pan doktor, my jsme nevěděli, jestli to je vizita nebo ne, on prostě prolít, byl tady půl minuty a člověk čeká na to, že mu něco řekne a ne. Jo a sestřičky dobrý, lékaři taky až ten jeden jediný, jinak všechno supr.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měl/a před operací?

„Určitě, já říkám, že jsem to v tom běžném životě nepoznala, jo, takže, jako já teď to nemůžu hodnotit. Jako určitě se mně dobře dýchá, jo, nemám problém, že bych jako musela udělat takový to nádech a honem vydechovat, jo a takový, je to krátká doba, takže nevím, poznám to, až půjdu třeba na nákup nebo na něco, asi takhle.“

PACIENT č. 2

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívil lékaře?

„Ehm, ani, ani žádný, spíš to doporučení toho pana doktora (pozn. kardiolog) to vyšetření, jako jo. Jinak mě to nijak neomezovalo, ale on řek, je tam výpadek musí se udělat ten pacemaker nebo co. No, léčím se s cukrovkou, tam chodím pravidelně, že něco, že vona říkala, že tam něco jako na srdíčku na EKG, ale že to je jen tak nějaký slabý jako na léky asi, ale že ať si dojdu na ultrazvuk k tomu panu doktoroj. No, tomu se tohle nezdálo, tak pan doktor 17. července mně udělal budíka, no a to bylo fajn, to bylo dobrý. Potom budíku to bylo dobrý, trošku, trošku furt jsem se jako, jako unavil, ale v práci mě to nijak neomezovalo. A pak teda von, no, že jsem velikej, tak že nemohl mě nemohl tím ultrazvukem moc prosvítit, tak chtěl ten ultrazvuk do jícnu, jak se strká. Tak jsem byl u toho u něho a tam zjistil, že tam je nějaká závada na chlopni něco tam je a vobjednal mě na tu koronarografii, no a pan doktor nebo kdo to byl, tam mně to napíchli, no a vyndali a říkal no, dobrý bajpas. Jestli s tím souhlasím. Říkám no, jako s tím se jako nedá nesouhlasit, že jo, jako vono to chvilku může ještě vydržet, ale nevíte jak dlouho, že jo.“

2. Jak dlouho jste měl tyto obtíže?

„No, tak zhruba jo od toho května, no takový, co jsem chodil na víc a víc vyšetření tak se to nějak zhoršovalo, ne zhoršovalo, ale takový spíš nervy z toho trochu a takový. O tom přemýšlíte furt jak to.“

3. Léčil jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Ne, to právě, že ne. Jako vysokej tlak, vyšší tlak, paní doktorka na tý, na tý, na tý no diabetoložka, tam jako dobrý diabeticky a na vyšší tlak léky mně dávala. Pff, dlouho, 15 let. Ne, ne, ne, zaplat' pánbu ne. Jako je pravda, že teďka poslední dobou se mi zdálo, že konečky prstů, že mě brněj, ted' bych jako řekl že to přestává. Jestli se to nějak víc natlakovalo, je to možný. Jinak jsem nijak nic neměl.“

4. Byl jste dostatečně informovaný o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„No, jakž takž jo, pan docent (pozn. kardiochirurg) se mnou mluvil v neděli, co a jak se asi bude dělat, no a jinak pak už ani ne. Pan doktor tady jak byl ten, ten spolu jsme mluvili, než jsem šel. No od fakulty zvací dopis, že mám v neděli nastoupit na výkon. No, takže že pak druhý den ráno bude zákrok, ráno. No, tak nějak nevěděl jsem, nikdo, protože já jsem tady byl v neděli, pan docent přišel, říkal no, že zítra ráno na to půjdem a to uděláme ten bajpas, no ale co a jak JIPka, jak to bude dlouho nebo to už pak už to šlo takový se mnou, no. Pak už jako vím, že mně zamávali takovým tím dejchákem a pak už mě pleskali a viděl jsem tenhle strop, říkám tak to vypadá, že sem to přežil snad. Strach velkej, velkej. Jako já sem asi posera, ale fakt sem se bál hodně.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„No, jako tak nějak všichni, co za mnou chodili nebo já na ty kontroly.“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděli jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„Uff, no takový vodloučení, takovej máte strach, co se stane.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„Jo no, tak já to co mám dělat nebo to tak snažit se aby i ten hrudník se nějak nehnul nebo to, tak se snažím si dávat bacha. Mám z toho strach jako jo, že tím vlastně tou cukrovkou, mě strašili, že by to mohlo špatně srůstat, to bych nerad.“

8. Měl jste prostor na doplňující otázky?

„Jako jo asi. Pan doktor (pozn. kardiolog i kardiochirurg) se ptali jako, ale manželka ta by se ptala furt jo, já už pak, mě už pak dojde paměť na co se mám ptát prostě já hurá, když to bude takhle fungovat a sem za to vděčnej. Tak nějak jo, jako jo ten prostor tam byl nějaký.“

9. Jak jste reagoval na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne vůbec, no tak nějak to patří, sem rád, že vůbec žiju.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupila kardiochirurgickou operaci?

„No to ne, to nemám, ale, ale chtěli jsme právě, že bych jako jel nebo někdo mě z toho shazoval, že až se vyhojím, do lázní a někdo zas říkal, abych jel rovnou. Takže přece ty sestřičky i doktoři na vás dohlížejí, tak asi jako pojedou rovnou, jako no.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byl jste o nich poučen a dostatečně informován? Jaké to jsou?

„No, no tak sestřička rehabilitační tak nějak tak jako nějak ten hrudník neroztahovat, ne prudký pohyby rukama, nějak já nevím, jak hodně se můžu vohnout, když mně něco upadne na zem nebo to jo, ale, ale snažit se takhle vyklápět se přes bok jako se snažím, no vlastně to nejde teda, no tak nějak zhruba to dýchání, těma nohama a tak (pozn. pacient se snažil názorně ukazovat posazování přes bok, dechovou rehabilitaci pomocí dechových pomůcek aj.).

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojený? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„Vy ste tady výborný, úplně špičkovéj, fakt ale, no to úplně jednička.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měl před operací?

„No je to dobrý, jako jako když se projdu, tak trošku se zadýchám jako jo, ale sednu si a já nevím asi za 5 minut to odezní zase, takže je to lepší trochu než se člověk rozdýchá.“

PACIENT č. 3

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívil lékaře?

„Tak asi z počátku problémy s dechem, neušlapal jsem na kole to, co jsem normálně ušlapával za ten čas v těch frekvencích, co jsem byl zvyklej. No, tak jak jsem musel navštívit lékaře, protože to asi úplně normální nebylo, že jo. No, tak v první řadě mě poslali, jestli nemám astma, takže jako na plicní, kontrola plic, plicní testy na astma, no a tam to všechno bylo v pořádku, a tak mě poslali dál vlastně k mému kardiologovi. Ten mně, že jo udělal sérii testů až vlastně jsem skončil tady v Hradci na tom zátěžovém šlapání kole a taky i ultrazvuk mně dělali a tam už se jim to nelíbilo, tam už poznali, že je tam nějaký větší problém. Tak jsem vlastně šel na tu, na tu no koronarografii a tam už no, tam už bylo jasno.“

2. Jak dlouho jste měl tyto obtíže?

„Ne ne, v podstatě od jara, no ale mezi tím byly dovolený, mezi tím, než se objednáte k lékaři, tak jako to trošičku proběhlo, to se prodloužilo, no a než to všechno proběhlo, takže se to všechno víc pohnulo po těch dovolenejch jakoby víc.“

3. Léčil jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Ne, no nikdy právě, proto jsem z toho trochu takovej zaskočenej, že jo, ale jinak prostě nikdy nic.“

4. Byl jste dostatečně informovaný o průběhu celé hospitalizace a kardiochirurgické operaci?

„Ehm, pff, v první řadě sem z toho byl překvapenej to samozřejmě, že byl, že to bude na operaci to jsem se jakoby, vlastně dozvěděl až po tý koronarografii, protože do té doby ještě byla naděje, že mi třeba udělají jen nějaký stent nebo něco takovýho že jo vlastně, protože to do té doby jako ještě nevěděli, jak je to tam zúžený nebo jak je to tam hodně. No a říkali, že vzhledem k mému věku, že je radikálnější vlastně operace, že to je lepší a až tam to vlastně rozsekli.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„No vlastně ti lékaři na té koronarografii, no tak můj kardiolog se kterým sem ve spojení, když sem mu dával vždycky výsledky odsad', tak už mně jako říkal, co mě asi tak trošičku čeká, co mně může potkat, takže mě jako připravil trochu na to, ale zas jako ně tolik, protože toho moc neměl, neviděl do všech výsledků, neviděl do ničeho, že jo, tak proto si to nechal to všechno udělat a pak mu to bylo taky jasný, když to jako viděl. Takže hromadu věcí mně řekl i on, když jsem se ho zeptal, hromadu věcí člověk není hloupej tak se taky podívá, ale nechtěl jsem vědět zároveň moc, takže co se týče průběhu operace takovej tak sem záměrně ani kvůli psychice nechtěl vědět moc, takže jenom jako to zhruba co mě bude čekat, ale podrobnosti jsem nechtěl. Jo, tady vlastně přijímající lékař tady na oddělení a pak za mnou ještě přišel i pan operatér (pozn. kardiochirurg) takže ten mně přímo řekl, že on mě bude operovat, co se týče, jak to vypadá a vysvětlil mně všechno.“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděl jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„No tak až se docela divím na to, jaký jsem takovej v uvozovkách posera nebo tak něco, ne tak když vám jako řeknou takovej ortel, tak samozřejmě nikdo neskáče dva metry vysoko, uvědomí si co ho čeká, mám nějaký závazky, mám nějakou rodinu, takže jako všechno i kvůli nim, to vám všechno proběhne hlavou, ale myslím si, že jsem to poměrně, kdybych se měl ohodnotit sám 1 až 5, tak si myslím, že sem se tak, tak jako že sem byl v takový ty 2 nebo 2 minus, takže jako docela se hodnotím sám před sebou dobře, s tím co mě čekalo. Samozřejmě přišly i ty slabý chvílky, to sem se tak jako cítil jako maličkej, ale těch jako zas moc nepřišlo a pak už jsem tady neměl čas, pak už to šlo poměrně rychle, takže.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„Ne tak, všechny tyhle ty lidi tak se mně to vlastně snažili vysvětlit v uvozovkách jako laicky, takže na tom ani není co pochopit, člověk si dá jedna a jedna dokupy, takže tak.“

8. Měl jste prostor na doplňující otázky?

„Měl jsem možnost se kdykoliv dotázat na cokoliv, to zas jako to oni se ptali, zdali všemu rozumím.“

9. Jak jste reagoval na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po torakotomii?

„Uff, no svým způsobem je to hendikep, určitě, je to velkej hendikep. Já mám teda ještě dvakrát výhodu, protože já sem chlupatej, takže já hromadu věcí skoro schovám pod svetr, kterej doroste a na druhou stranu sem měl další štěstí, že se jim povedlo, že mám ránu vedenou pod prsem žebrama, takže jako není rozříznutá ta hrudní kost, takže tam vlastně to ani pořádně vidět není, když o tom nikdo ani nebude pořádně vědět, to jsem jako docela rád, ale ale i kdybych ten hendikep jako měl tak to je můj život, já si s ním můžu nacházet jak chci a každěj kdo si co o mě myslí tak si může myslet ať chce co chce, to je jeho názor.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupil kardiochirurgickou operaci?

„Tak já doufám, že jo, telefon funguje, tak si když tak zavolám rychlou nebo něco takovýho, ale tak jako je ale jasný, že se člověk bude trošičku víc možná pozorovat ze začátku, ale já jsem takovej ten typ, že to za chvíli hodím za hlavu a jede se dál prostě, no.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byl jste o nich poučen a dostatečně informován Jaké to jsou?

„No, tak zatím je ještě brzo, věřím že mně bude ještě všechno vysvětleno, proto taky jedu ještě do lázní, že jo, kde vyloženě tam je to jako jeden z programů taky na tohleto hojení i péče o toho pacienta vlastně jak se má chovat potom nějakou tu dobu, ty měsíce nebo tak.“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojený? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„Ne, celkově si myslím, že nemůžu tady říct k nikomu žádnou výtku, celkově to tady funguje, eh, funguje krásně, dobře, je vidět, že prostě je respekt tady k určitým lidem a je to v pořádku, takže, eh, takže z mého pohledu jenom kladně. Pořádek, přehled, vědí všichni všechno o každým, takže opravdu paráda. No, tak z toho jednoho oddělení (pozn. JIP 3) tak z toho si toho moc nepamatují, jo, ale byl sem i na té druhé (pozn. JIP 4). Tam je vidět, že je to jedna

velká profesionalita, jako tam až jsem z toho tam byl překvapený, jak to doopravdy je, když tam máte na jednoho pacienta jednu sestru vyloženě a ta se vám věnuje sto procent, takže se stačí hnout a v tu ránu vědí a hnedka prostě, byl sem překvapenej, mile překvapenej jak to funguje.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měl před operací?

„To ještě nevím, protože je brzo potom všem, takže věřím tomu, že to přestane, protože, když jsem viděl, co mně tam vlastně udělali jako opravu jo, čím jsem si prošel, že když to nebylo průchodný a najednou to průchodný je, tak to prostě musí začít fungovat, že jo, takže prostě doufám, že už bude dobře a budu se moc vrátit zase zpátky do života.“

PACIENTKA č. 4

1. Jaké zdravotní problémy vedly k tomu, abyste navštívila lékaře?

„Víte co, já jsem kdysi prodělala den po operaci embolku a od té doby se mi zhoršovalo jakoby dýchání, že sem, že jo, protože já chodím hrát, zpívám, hraju na nástroj a zjišťovala jsem, že už třeba na ty řádky potřebuji víc nádechů, než to bylo dřív, že jo. Pak se k tomu přidávaly další jakoby věci jo, začla jsem se prostě abnormálně potit, já nevím, ehm otejkaly mně nohy, jo, takže jsem obíhala takové kolečko jako co by to mohlo bejt, ale jo, ale prostě ten paradox jo, všude kam sem přišla, tak bylo jako spíš takový jako, že to je přiměřený k mému věku nebo takle, na nic se nepřišlo a řekli mi, že to je přiměřený k mému věku a co bych vlastně chtěla na sobě a takový to že jo. Takže nikdo nic nezjistil, a nakonec se teda zjistila cukrovka a tím to bylo jako uzavřený, že jo, byla sem i jako nevím, jestli nemám jako lymfatický uzliny něco nebo to, no prostě. Já sem podstoupila i EKG, sondu do jícnu, nikde nic, všechno, i holtra jsem měla jo tam napsanýho a tam napsali, že při tři čtvrtě měření z celého dne mám vysokou tlak a dál ať to řeším s obvodákem, jenže kdykoli sem přišla k obvodákovi, tak mně zase řekl, že tlak mám dobrej, že to mám zase ze stresu z doktorů. Takže to bylo spíš takový prostě nic, ani prášky na tlak jsem neměla. Dokonce mně dělali i to zátěžové kolo, kde sem po nějakých minutách zkolabovala a todlecto a prostě nic jako a tím to skončilo. No a jednoho dne se prostě stalo, že jsem byla v práci a z ničeho nic mně začlo brnět levá ruka konečky prstů, jak když vám dá někdo závaží na ruku, prostě strašnej tlak na tom na hrudníku a polil mě takovej ten smrtelnej pot a přijela pro mě rychlá a zjistili mi poruchu chlopně.“

2. Jak dlouho jste měla tyto obtíže?

„No, já jsem ty problémy právě měla už před těhotenstvím, pak sem, pak sem bych řekla, že se mi díky tomu těhotenství jakoby, jako by upravilo, ne že by mi jako bylo dobře, nebo prostě něco, ale najednou představte si zmizely mi takový ty prostě obtíže s dýcháním. Takže možná bych řekla asi zhruba 3 nebo 4 roky.“

3. Léčila jste se již dříve pro srdeční choroby? Jaké?

„Ne, já se v podstatě s ničím nikdy neléčila, v podstatě kromě té zjištěné cukrovky. Ne, ani cholesterol, nic prostě až prostě tohle, no.“

4. Byla jste dostatečně informovaná o průběhu celé hospitalizace a kardiologické operaci?

„No, bylo mi, mluvila sem s panem profesorem tady, řek mi, vlastně dal mně na výběr, že pro mě jsou vhodné dva typy operace. Jako řekla bych, že co se týká tady toho, já jsem nevěděla kam pudu, kdo si mě vezme. Tak mně volala paní sekretářka, že pan profesor se mnou chce ještě před tou operací mluvit, takže jsme sem jeli na ten pohovor, na to konzilium, on mi řekl, co je pro mě vhodné za ten typ operace, pro kterou se rozhodnu, že jo, že mám jako dost času, všechno mně vysvětlil, no a my jsme se, jako by rozhodli, co si myslím, že je pro mě jako lepší, že jo.“

5. Kdo Vám tyto informace předal?

„No pan profesor (pozn. kardiolog) a mluvila jsem s paní sekretářkou, a i můj kardiolog mně toho hodně řekl, takže jako takže si myslím, že to ze začátku stačilo.“

6. Co to pro Vás znamenalo, věděla jste, co Vás čeká v následujících dnech?

„No, tak nejdřív chaos, protože to bylo, nejdřív to vycházelo několik týdnů před Vánocema, jsem chtěla jako by, když to řeknu blbě, jsem to chtěla mít co nejdřív za sebou, abych mohla být včas na ty Vánoce s tou rodinou, takže jsem měla naplánovanou operaci nějak v půlce listopadu. No, takže jsem sem nastoupila, dozvěděla jsem se, že přivezli nějakou akutku, takže šla místo mě, tak jsem šla na propustku domů, pak jsem se teda vrátila, ale dostala jsem zánět močáku, takže mně to teda jako museli odložit a dali mně termín až někdy po novém roce. Takže to pro mě bylo takový hodně těžký, furt jsem přemýšlela, co když se něco za tu dobu pokazí a tak, no.“

7. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

„No, já nevím já bych řekla, že tady s váma lidi moc nemluvej, že tady chybí taková ta komunikace, jo, že řekla bych, že spíše víc informací se tady dostane, dozvíte od sestřičky,

jako nemyslím, jako co se týče ohledně zdravotního stavu, ale že prostě když máte nějaký obavy nebo prostě něco potřebujete vědět, tak jako, jo se zeptáte, že toho doktora vidíte u vizity a tím to pro vás jako vlastně končí.“

8. Měla jste prostor na doplňující otázky?

„No, tak jako jo dostala, v podstatě jsem měla všechno vysvětlený, když jsme zvolili ten druh operace a no a víte co, prostě nějakou dobu čekáte, než se vám někdo začne věnovat a má o vás zájem, dá vám nějaký ty informace, tak vám to pak říká, jak když ho jako by obtěžujete. Jako víte co, takhle ste vynervovaná, v podstatě moc nevíte, do čeho dete, co vás čeká a pak s vámi takhle jednají nebo se moc neobtěžují za vámi přijít a objasnit co k tomu vedlo.“

9. Jak jste reagovala na změnu Vašeho tělesného vzhledu vztahující se k operační ráně? Změnilo to Váš celkový pohled na Vaše tělo? Stydíte se za přítomnou jizvu po sternotomii?

„Ne, to bylo první, co mě zajímalo, jak se ta operace provádí, že jo. Že já jsem si furt představovala, že nějakou prostě řez třeba někde pod prsem nebo nebo, že to půjde cévou, ale pak doktor mně říkal, že takovádle operace se dělá hrudníkem, což mě jako, no byla jsem z toho trochu, takle jsem zklamaná, že prostě to bude vidět ve všem, v plavkách, v tilku, prostě ve všem, ale zase na druhou stranu žijete. Takže tak. Takže se budu snažit to nějak mazat nebo nějak něco, aby mně ta jizva pak nebo aby byla co nejmíň vidět.“

10. Máte dostatek informací o tom co dělat, pokud by u Vás došlo ke zhoršení Vašeho zdravotního stavu i přesto, že jste podstoupila kardiochirurgickou operaci?

„Ne, tohle nevím. Jediný co, tak sem dostala takový letáček, jaký práce nebo jaký pohyby jakoby vhodný teď, ale co se týče zhoršení to teda ne.“

11. Vzhledem k tomu, že hrudník srůstá zhruba 2 měsíce, dodržujete během toho nějaká doporučení? Byla jste o nich poučena a dostatečně informována? Jaké to jsou?

„No, v podstatě, jak jsem řekla před chvílí, ne, nikdo mně k tomu nic neřekl, nevím. Prostě jediné z toho letáčku nebo jestli mně to ještě někdo tady řekne, ale snad no.“

12. Jaký vliv na Vás má ošetřující personál během hospitalizace na Kardiochirurgické klinice? Jste s takovým to přístupem spokojená? Věnují pozornost Vaší celkové osobnosti nebo pouze danému onemocnění?

„Jako sestřičky jsou jako jo ty sou zlatý. Jo, že můžete si zazvonit, že prostě přijdou, ochotný prostě jako fakt supr co se týka tady toho, ale jak říkám s jinými to tady prostě horší.“

13. Vymizely Vám problémy, které jste měla před operací?

„Ne, neřekla bych, že vymizely, spíš naopak se přidalo něco, ale já už se radši tady ani neptám. Jedu do lázní, tak prostě doufám, že vzhledem, že sem chvíli po té operaci jako jo, že prostě to nějak postupem nějak vymizí, jasný je to prostě já nevím zásah do organismu, tak prostě to asi chvíli potrvá, no.“