

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

.....

**KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH PŘED  
A PO PERKUTÁNNÍ TRANSLUMINÁLNÍ  
KORONÁRNÍ ANGIOPLASTICE**

**Bakalářská práce**

Vypracovala: Veronika Bořková

Vedoucí práce: prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Hradec Králové 2006

## PROHLÁŠENÍ

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

V Hradci Králové 25. dubna 2006

.....

## PODĚKOVÁNÍ:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomáhali. Mé díky patří prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc., za jeho cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce, MUDr. Aleně Křížové za odborné konzultace, spolupracovníkům na kardiologickém oddělení v Pardubicích, kteří mě po dobu studia podporovali a pacientům, kteří byli ochotni spolupracovat. V neposlední řadě patří můj dík i mým nejbližším, kteří mi byli pevnou oporou po celou dobu mého studia.

## OBSAH:

<b>Úvod</b>	<b>7</b>
<b>1. Cíle teoretické části práce</b>	<b>7</b>
<b>2. Anatomie srdce</b>	<b>7</b>
2.1. Srdeční dutiny a chlopně	7
2.2. Srdeční tepny	8
2.3.. Fyziologie srdce	8
<b>3. Ischemická choroba srdeční</b>	<b>10</b>
3.1. Patogeneze ICCHS	10
3.2. Klasifikace ICCHS	10
3.2.1. Akutní formy ICCHS	11
3.2.2. Chronické formy ICCHS	12
3.3. Diagnostika	12
3.3.1. Neinvazivní vyšetřovací metody	13
3.3.2. Invazivní vyšetřovací metody	14
3.3.2.1. Koronarografie	14
3.4. Léčba ischemické choroby srdeční	16
3.4.1 Farmakologická terapie	17
3.4.2. Koronární angioplastika ( PTCA)	18
3.4.3. Aortokoronární bypass	20
3.4.4. Prevence	21
<b>4. Charakteristika ošetrovatelské péče u pacienta po koronární angioplastice</b>	<b>22</b>
<b>5. Analýza obecného pojmu kvalita života</b>	<b>26</b>
5.1. Diagnostika kvality života	27
5.2. Kvalita života pacientů s ICCHS a metody zjišťující kvalitu života u této skupiny lidí	28
<b>6. Empirická část</b>	<b>29</b>
6.1. Výběrový soubor nemocných	29
<b>7. Metodika práce</b>	<b>29</b>
<b>8. Výsledky</b>	<b>31</b>
<b>9. Diskuze</b>	<b>59</b>
<b>10. Závěr</b>	<b>61</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>63</b>
<b>Přílohy</b>	<b>65</b>
<b>Seznam použitých zkratk</b>	<b>71</b>
<b>Souhrn</b>	<b>72</b>

## ÚVOD

Onemocnění kardiovaskulárního aparátu zaujímají první místo v příčinách mortality na celém světě. Každým rokem na ně umírá přibližně 17 miliónů nemocných. V našem státě se kardiovaskulární onemocnění podílejí na celkové mortalitě ve více než 54% a jsou jednou z hlavních příčin kratší střední délky života u nás. Jinými slovy na onemocnění srdce umírá v České republice každý druhý občan.

Mezi onemocnění kardiovaskulárního aparátu patří především ischemická choroba srdeční (ICHS) a její hlavní rizikové faktory - arteriální hypertenze, hyperlipidémie, diabetes mellitus, obezita. Se vzrůstajícím životním standardem populace stále přibývá obézních lidí a tudíž není divu, že přibývá i počet onemocnění kardiovaskulárního aparátu.

Nemocní po infarktu myokardu či s anginou pectoris mají v důsledku svého onemocnění odlišnou kvalitu života, po fyzické i psychické stránce. Zejména u lidí ve středním věku je náhlý vznik trvalého onemocnění tvrdým zásahem do životních zvyklostí. Mění se možnosti začlenění v pracovní činnosti, nastává období nutnosti dodržování dietních i režimových opatření – nemocní si musí hlídat jídelníček s pečlivou kontrolou přísunu lipidů a sacharidů, musí užívat každý den farmaka, řada pacientů by měla redukovat svoji hmotnost či přestat kouřit. Mění se také kvalita sexuálního života.

Záměrem této práce je zjištění a porovnání kvality života u pacientů s ICHS, kteří podstupují koronární angioplastiku. Tato tematika je v oboru kardiologie a ošetrovatelství dosud méně probádanou součástí a naším cílem je mimo jiné i snaha o to, jak zlepšit kvalitu života nemocných.

## **1. CÍLE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE**

Stanovila jsem si pět cílů teoretické části práce.

- 1) Rámcově charakterizovat anatomii srdce.
- 2) Popsat ischemickou chorobu srdeční, zejména patogenezi, klasifikaci a diagnostiku.
- 3) Popsat prevenci a léčbu ICHS.
- 4) Popsat specifickou ošetrovatelskou péči pacientů po provedené PTCA.
- 5) Analyzovat pojem kvalita života.

## **2. ANATOMIE SRDCE**

Tato práce je zaměřena na kardiovaskulární onemocnění a dříve než přejdeme k popisu onemocnění samotného, je třeba charakterizovat anatomii a fyziologii kardiovaskulárního systému.

Srdce je dutý fibromuskulární orgán, přibližně kónického tvaru, uložený v hrudníku ve středním mediastinu. Je uloženo ve vazivovém vaku, osrdečníku – perikardu. Srdeční stěna je složena ze svaloviny srdeční, myokardu, který je nejsilnější vrstvou stěny. Na myokard zevně přiléhá tenký epikard jež je vnitřním listem perikardu. Vnitřní strana srdeční stěny je pokryta jemnou nitroblánou srdeční – endokardem.

### **2.1 Srdeční dutiny a chlopně**

Srdeční dutiny a chlopně jsou tvořeny pravou a levou srdeční síní (atrium dextrum et sinistrum) a pravou a levou srdeční komorou (ventriculus dexter et sinister).

Do zadního oddílu pravé síně ústí horní a dolní dutá žíla (vena cava superior et inferior). Pravá síň se otevírá dopředu dolů do pravé komory, přes atrioventrikulární ústí, kde je uložena trojcípá chlopeň (valva tricuspidalis). Trojcípá chlopeň je složena z vaziva, které je na síňové i komorové ploše kryto endokardem. Pravá komora (ventriculus dexter) začíná ústím mezi pravou síní a touto komorou a končí poloměsíčitou chlopní v začátku plicnice.

Levá síň (atrium sinistrum) má zaobleně krychlový tvar. V její zadní stěně jsou vidět čtyři ústí plicních žil, dvě v pravé části a dvě v levé části. Plicní žíly nemají chlopně. Levá komora (ventriculus sinister) se dělí stejně jako pravá na vtokovou a výtokovou část. V levém atrioventrikulárním ústí je zasazena dvoucípá chlopeň (valva bicuspidalis, též mitralis). V ostiu aorty je usazena chlopeň, valva aorta. Chlopeň je tvořena třemi kapičkovitými poloměsíčitými chlopněmi (valva semilunaris dextra, sinistra et posterior). Poloměsíčité chlopně spolu se stěnou aorty vytvářejí lehké vyklenutí stěny aorty zevně – sinus aortae. Ze sinus aortae dexter

vystupuje arteria coronaria cordis dextra. Ze sinus aortae sinister vystupuje arteria coronaria cordis sinistra.

## 2.2 Srdeční tepny

Stěnu srdce vyživují arteria coronaria dextra a arteria coronaria sinistra, které jsou muskulárního typu. Stěna tepny se skládá ze tří vrstev – intima (vnitřní vrstva), media (střední vrstva) složená ze spirálovitě uspořádaných buněk a adventitia (zevní vrstva). Koronární tepny probíhají po myokardu lehce vlnovitě a přizpůsobují se tak změně tvaru srdce v systole a diastole.

Pravá věnčitá tepna (arteria coronaria dextra) odstupuje ze sinus aortae dexter a zásobuje pravou síň a část levé síně, stěnu pravé komory, spodní stěnu levé komory, v 90% AV uzel.

Levá věnčitá tepna (arteria coronaria sinistra) odstupuje ze sinus aortae sinister v úrovni okraje chlopně. Kmen tepny se po krátkém průběhu dělí na dvě hlavní větve ramus interventricularis anterior (ramus descendens) a ramus circumflexus. Ramus interventricularis anterior (RIA) zásobuje přední stěnu levé komory, větší část septa, pravé Tawarovo raménko, přední svazek levého raménka. Ramus circumflexus (RC) zásobuje laterální a zadní stěnu srdce a asi v 10% AV uzel (Aschermann, M., 2004).

## 2.3. Fyziologie srdce

Činnost srdce je nesmírně komplexní proces, který je ovlivňován jak unikátními vlastnostmi myokardu, tak vlivy extramyokardiálními, jako jsou například objem krve, žilní návrat, odpor periferních cév (Klener, P., et al., 1999)

### Fáze srdečního cyklu

Srdeční cyklus se dělí na období systoly a diastoly.

Systola komor má fázi preejekční a ejekční. Ve fázi preejekční dochází k izometrické kontrakci svaloviny komor a zároveň k rychlému vzestupu tlaku v komoře. Časné období ejekční fáze je charakterizováno rychlým vypuzováním krve z komor, rychle klesá komorový objem a stoupá průtok krve aortou. V pozdní systole je pak období pomalého vypuzování krve z komor, průtok krve aortou klesá, na konci systoly se chlopně uzavírají.

Také období diastoly má několik fází. Na počátku je fáze izometrické relaxace, kdy se nemění objem. Tato fáze končí ve chvíli, kdy tlak v komorách poklesne pod hodnoty tlaku v síních. Otvírají se cípate chlopně a začíná fáze rychlého plnění komor.

## Nervová regulace srdeční činnosti

Autonomní nervový systém ovlivňuje srdeční činnost komplexně. Sympatické i parasympatické neurotransmitery se uplatňují na úrovni myokardu, specializovaných tkání sinusového a atrioventrikulárního uzlu a převodního systému. Ovlivňují tak srdeční frekvenci, sílu kontrakce, svým vlivem na věnčité tepny pak také průtok krve myokardem. Neurotransmitery sympatického nervového systému jsou noradrenalin, adrenalin a dopamin. Noradrenalin má stimulační efekt na alfa i beta receptory. Adrenalin je syntetizován ve dřeni nadledvin. Stimuluje též alfa i beta receptory. Rovněž dopamin stimuluje alfa i beta receptory. Vlákná vagu uvolňující acetylcholin, ovlivňují především svalovinu síní, sinoatriálního a atrioventrikulárního uzlu. Acetylcholin působí na muskarinové receptory koronárních cév a výsledkem je vazodilatace. Významnou úlohu mají i vlivy humorální, ty se uplatňují v cirkulaci koronární a periferní.

Výsledný efekt nervové regulace srdeční činnosti je dán okamžitým stavem balance vlivu sympatiku a parasympatiku (Aschermann, M., 2004).



### 3. ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ

Ischemická choroba srdeční je akutní nebo chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé na podkladě nedostatečného krevního zásobení myokardu při postižení věnčitých tepen.

#### 3.1 Patogeneze ischemické choroby srdeční

V patogenezi ICCHS má hlavní význam ateroskleróza. Je považována za primárně zánětlivý proces, který je odpovědí na poškození intimy. Ateroskleróza probíhá zpravidla němě desítky let. Nejdříve plát roste ve stěně tepny a neomezuje lumen, až dosáhne 30-40% lumina tepny začne do něj promínovat (remodelace tepny). Základem onemocnění je dysfunkce endotelu, která vzniká pod vlivem rizikových faktorů (tab. 3.1.-1.). Ateroskleróza je dlouhodobý proces a pravděpodobnost její manifestace stoupá s věkem (Aschermann, M.2004).

Tab. 3.1.-1. Rizikové faktory aterosklerózy

Neovlivnitelné - věk	
- pohlaví	
- genetické faktory	
Ovlivnitelné - hyperlipoproteinémie	
- kouření cigaret	
- arteriální hypertenze	
- diabetes mellitus	
- obezita	
- nedostatek fyzické aktivity	

#### 3.2 Klasifikace ICCHS

Zásadní prognostický a terapeutický význam má rozlišení zda se jedná o formu akutní (nestabilní) či chronickou (stabilní). K akutním formám řadíme infarkt myokardu, nestabilní anginu pectoris a náhlou smrt. Chronickou formou ICCHS je angina pectoris (námahová), variantní angina pectoris, němá ischemie, syndrom X, srdeční nedostatečnost na podkladě ICCHS a ICCHS manifestující se arytmiemi (Aschermann, M., 2004).

### 3.2.1. Akutní formy ICHS

#### Akutní infarkt myokardu

Infarkt myokardu je charakterizován nekrózou části myokardu, která vznikla na podkladě poruchy koronární perfúze. Nejčastější příčinou vzniku je uzávěr ateroskleroticky změněné věnčité tepny trombem. Výskyt infarktu myokardu je častější u mužů. Vedoucím příznakem akutního infarktu myokardu je bolest (stenokardie), která je popisována jako krutá až šokující, tlaková, svíravá či pálivá v oblasti horního a středního sternu, mezi lopatkami, za dolním sternem, v epigastriu, v ramenou s propagací do rukou (zejména do levé), krku či dolní čelisti. Bolest bývá trvalá, nezávislá na změně polohy, dýchání, na palpaci a nemizí po nitroglycerinu. Trvá desítky minut až hodiny. Bolest bývá provázena strachem z blížící se smrti. Velmi častými příznaky jsou nevolnost, zvracení, pocení (Klener, P., et al., 1999).

#### Nestabilní angina pectoris

Nestabilní angina pectoris je definována klinicky jako nově vzniklá angina pectoris nebo zhoršení potíží již existující anginy. Patří do skupiny akutních koronárních syndromů. Dělíme ji na klidovou anginu pectoris – manifestuje se v klidu, obvykle trvá déle než 20 minut. Anginu pectoris nově vzniklou – poslední manifestace v posledních 2 měsících. A anginu pectoris zhoršenou proti dřívější manifestaci – angina dříve manifestovaná, větší intenzita a delší trvání bolesti. Klinicky se manifestuje bolestmi na hrudníku, pocitem nevolnosti, nevolností, zvracením, dušností, slabostí, pocením a závratěmi. Oproti infarktu myokardu je rozsah ischemických změn menší, zpravidla bez humorální odezvy a s negativními kardiomarkery v laboratoři.

#### Náhlá smrt

Náhlá smrt je definována úmrtím do jedné hodiny od počátku prvních potíží. Podkladem náhlé srdeční smrti jsou, v převážné většině případů, dvě přibližně stejně časté příčiny, a to akutní infarkt myokardu a ICHS s pokročilou koronární aterosklerózou. K náhlé smrti může dojít i u jiných srdečních onemocněních jako kardiomyopatií, postižení chlopní, poruch srdečního rytmu.

### **3.2.2. Chronické formy ICHS**

#### **Angina pectoris**

Angina pectoris (též stabilizovaná či námahová) je klinická jednotka charakterizována chronickými intermitentními epizodami ischémie myokardu provázené stenokardiemi nebo jejich ekvivalenty. Její výskyt stoupá s věkem. Klinicky se projevuje bolestmi trvajících od desítek sekund do několika minut. Intenzita bolesti může být různá. Typická je úleva do 5 minut po aplikaci rychle působících nitrátů.

#### **Němá ischémie**

Jedná se o nález ischemických změn na EKG, které nejsou provázeny stenokardií či jinými ekvivalenty. Neovlivňuje kvalitu života, ale výrazně zhoršuje prognózu nemocného.

#### **Variantní angina pectoris**

Variantní angina pectoris je definována přítomností tranzitorních spasmů věnčitých tepen provázených elevacemi úseku ST a zpravidla také stenokardií. Podkladem této formy ICHS jsou koronární spazmy, které vznikají při endoteliální dysfunkci nebo při aterosklerotickém poškození tepny. Spazmy vznikají typicky v nočních nebo časných ranních hodinách. Typickými nemocnými s variantní anginou pectoris jsou ženy.

#### **Koronární syndrom X**

Koronární syndrom X je charakterizován námahově vázanou bolestí na hrudi angiozního typu, deprese úseku ST navozenými fyzickou zátěží a angiograficky normálním nálezem na koronárním řečišti.

## **3.3 Diagnostika**

### **3.3.1. Neinvazivní vyšetřovací metody**

#### **Anamnéza (Chrobák, L., a kol, 2003)**

Anamnéza je soubor všech údajů o zdravotním stavu nemocného. Zaujímá přední místo při stanovení diagnózy.

Anamnéza se skládá z několika částí:

- 1) osobní data – jméno, příjmení, rodné číslo, stav, zaměstnání, doporučení, jméno praktického lékaře, adresa, kontakt na nejbližší příbuzné, pojišťovna

- 2) současné obtíže – charakter bolestí, jak dlouho trvají, zda se objevuje bolest v klidu nebo při námaze, lokalizace a šíření bolesti, reakce na nitroglycerín (pokud pacient již užívá)
  - dále se ptáme na jiné vedoucí symptomy jako zvracení, dušnost, kašel, pocení
- 3) rodinná anamnéza – zdravotní stav rodičů, sourozenců, dětí, výskyt dědičných chorob
- 4) osobní anamnéza – dřívější onemocnění, nynější onemocnění
- 5) pracovní a sociální anamnéza – typ povolání, postavení nemocného na pracovišti, rodinný život, životospráva.

### Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření musí být zaměřeno na rozpoznání nemoci. U každého nemocného změříme tělesnou teplotu, krevní tlak na obou horních končetinách, tepovou frekvenci. Hledáme fyzikální projevy srdečního selhání, poslechneme srdeční ozvy, vyšetříme tepny na periferii, hledáme šelesty nad karotidami.

### Elektrokardiogram (EKG)

EKG je velmi jednoduché, nenáročné, neinvazivní vyšetření, které nám podává informace o elektrické aktivitě srdce. V případě ICHS ukazuje ischemické změny myokardu, rozliší akutní formy od chronických a ukáže možné srdeční arytmie.

### Zátěžová elektrokardiografie

Během zátěžové elektrokardiografie hodnotíme rozsah reziduální ischemie, jež se projevuje vznikem angiózních obtíží a změnami úseku ST při zátěži či několik minut po zátěži. Dále hodnotíme parametry vypovídající o stavu srdeční funkce hodnocené pracovní kapacitou, reakcí krevního tlaku a srdeční frekvence.

### Holterovské monitorování

Ambulantní kontinuální monitorování EKG během 24 hodin, spojené s běžnou domácí činností. Odhalí možnou němou ischemii myokardu, ale jedná se především o výbornou diagnostickou metodu srdečních arytmií.

## Echokardiografie

Termín echokardiografie označuje skupinu metod využívajících k vyšetření srdce ultrazvuk. Od svého vzniku se stala jedním ze základních pilířů kardiologické diagnostiky. Echokardiografické přístroje poskytují možnost získat komplex informací o srdeční anatomii, struktuře srdečních tkání, funkci i hemodynamice. Echokardiografie nemá žádné kontraindikace a známé nežádoucí účinky. Některé nové postupy, jako jícnová echokardiografie, kontrastní vyšetření myokardiální perfúze a intravaskulární ultrazvuk, však již mají charakter semiinvazivního nebo vysloveně invazivního vyšetření. Jediným omezením echokardiografie je obtížná vyšetřitelnost nemocných (Klener, P., et al., 1999).

### 3.3.2. Invazivní vyšetřovací metody

#### Laboratorní vyšetření

V akutní fázi se zaměřujeme na biochemické markery nekrózy (kreatinkináza a její izoenzymy, myoglobin, troponiny I a T, C – reaktivní protein). Ve fázi stabilizace je obvyklé vyšetřovat spektrum lipidů. Mezi doplňující laboratorní vyšetření řadíme krevní obraz, sedimentace, glykémie.

#### 3.3.2.1. Koronarografie

Jedná se o zobrazení lumen věnčitých tepen nástřikem kontrastní látky do odstupů těchto tepen. Jde o výkon invazivní, který je prováděn buď v rámci komplexního katetrizačního vyšetření nebo samostatně spolu s vyšetřením levé komory srdeční a jejím zobrazením levostrannou ventrikulografií.

Koronarografie doznala velkého rozšíření s nástupem kardiochirurgie věnčitých tepen. První metody zobrazení věnčitých tepen byly neselektivní – kontrastní látka byla nastříknuta do oblasti bulbu aorty a současně byly prováděny manévry, které zlepšovaly plnění věnčitých tepen (stříknutí acetylcholinu s krátkou srdeční zástavou). V roce 1959 se náhodně povedla selektivní koronarografie, když Dr. Sones při aortografii vstříkl kontrastní látku převážně do pravé věnčité tepny. První koronarografii perkutánním přístupem provedli pánové Judkins a Amplatz z femorálního přístupu (Aschermann, M., 2004).

Indikace k provedení koronarografie jsou v současné době určeny doporučeními České kardiologické společnosti:

- pokud je jednoznačně prokázána ischémie myokardu
- pokud na základě anamnestických údajů nebo dalších vyšetřeních je vysloveno podezření na postižení koronárních tepen

- u nemocných po úspěšné resuscitaci pro kardiopulmonální zástavu bez zjevné příčiny
- u nemocných s anginou pectoris III.-IV. třídy CCS při nedostatečné odpovědi na standardní medikamentózní léčbu
- u nemocných s nestabilní anginou pectoris
- u nemocných s variantní anginou pectoris
- u všech nemocných po proběhlém infarktu myokardu, kteří v akutní fázi nebyli léčeni revaskularizační technikou
- nemocní s chlopenními vadami nebo vrozenými srdečními vadami.

Kontraindikace koronarografického vyšetření:

- akutní cévní mozková příhoda
- těžké selhání ledvin
- aktivní krvácení z trávicího traktu
- akutní infekce, horečka
- těžká anémie
- výrazná minerálová dysbalance
- těžká hypertenze, obtížně kontrolovaná farmakologicky
- závažná onemocnění (neléčitelná malignita).

Koronarografie se provádí na standardně vybavených pracovištích, která jsou vybavena angiografickým přístrojem s vysokou rozlišovací schopností, kvalitním dynamickým záznamem, s možností měření nitrosrdečních tlaků a průtoků. Podmínkou pro vysokou specifitu a senzitivitu vyšetření jsou přístroje se záznamem pohyblivého obrazu (CD-ROM). Přístroj musí být vybaven otočným ramenem.

Koronarografie je běžně prováděna pouze v lokální anestezii, příprava sedativy je vhodná u anxiózních nemocných. U nemocných se známou alergií je používána standardní protialergická příprava kortikosteroidy a antihistaminiky. Nemocní mají během výkonu trvale monitorováno EKG a krevní tlak. Při vyšetření se zavádí tenká cévka (sheath), vpichem do některé periferní tepny (arteria femoralis, radialis, brachialis), pomocí níž se do koronárních tepen vstříkne kontrastní látka. Celý výkon probíhá za fluoroskopické kontroly a nástřiky kontrastní látky jsou zaznamenávány na CD-ROM. Po aplikaci lokálního anestetika do třísla nebo oblasti radiální tepny je zavedena krátká speciální cévka (sheath), která má chlopeň zabraňující zpětnému krvácení, současně však umožňuje zavádění katétrů a jejich výměnu bez krevních ztrát. Skrz sheath jsou pak zaváděny speciální koronarografické katetry, které umožňují relativně velmi

snadnou sondáž odstupů levé a pak i pravé věnčité tepny. Kontrastní látka je aplikována do věnčitých tepen nástřikem z injekční stříkačky rukou. Objem kontrastní látky je různý podle velikosti řečiště a většinou se pohybuje mezi 3 – 6 ml. Po skončení koronarografie je u většiny nemocných prováděno vyšetření levé komory srdeční (ventrikulografie). K tomuto vyšetření je používán speciální katétr s 12 postranními otvory, jehož konec má tvar prasečího ocásku, který umožňuje netraumatickou sondáž levé komory.

Příprava nemocných k vyšetření zahrnuje jak stránku fyzickou, tak psychickou. Nemocným se vysvětlí podstata výkonu, jeho cíle a rizika. Následně jsou nemocní přijati v den plánovaného výkonu na specializované pracoviště. Před výkonem nesmí 4 hodiny jíst. U nemocných je velmi nutná hydratace, s ohledem na aplikaci kontrastní látky. U diabetiků volíme provedení výkonu v dopoledních hodinách. Medikace je ponechána stejná pouze se vysazují antikoagulanty. Nemocní přicházejí s vyholenými třísly, popřípadě pravým zápěstím. Musí být známy hodnoty krevního obrazu, INR, APTT, urey, kreatininu, minerálů (Na, K, Cl.). Před samotným výkonem jsou nemocným podány 2 tablety dithiadenu jako premedikace.

Komplikace koronarografie je možno rozdělit do tří základních skupin:

- kardiální – vznikají při koronarografii velmi vzácně, nejzávažnější je iatrogeně vytvořený uzávěr věnčité tepny s rozvojem akutního infarktu myokardu
- systémové – patří sem systémové tromboembolické příhody způsobené většinou drobnými odloupenými částmi křehkých aterosklerotických plátů
- lokální – patří sem periarteriální hematom, vytvoření pseudoaneurysmatu femorální tepny.

### **3.4. Léčba ischemické choroby srdeční**

Léčebné schéma je u různých typů ICCHS poněkud odlišné, i když obecné principy jsou společné. Péče o nemocné s ICCHS je založena na snaze o zastavení nebo regresi aterosklerotických změn, snížení frekvence a intenzity intermitentních ischemií medikamentózní nebo revaskularizační léčbou, prevenci trombotických komplikací a prevenci maligních arytmií. Cílem těchto léčebných opatření není jen odstranění příznaků, ale i zlepšení životní prognózy a snížení mortality nemocných. Farmakologická a režimová opatření vedoucí k zamezení vzniku ischemie myokardu jsou pro nemocné nesmírně důležitá, neboť vedou ke zlepšení kvality života, snižuje se počet nutných hospitalizací, indikuje se méně invazivních vyšetření a následně i méně intervenčních zákroků.

### 3.4.1. Farmakologická léčba

Farmakoterapie ovlivňuje kvalitu života i prognózu nemocných. Mechanismus účinku je komplexní (Klener, P., et al., 1999), (Widimský, J., 1997).

#### Nitráty

Nitráty příznivě ovlivňují kvalitu života, nevíme však, zda zlepšují jeho prognózu. Jejich vlivem dochází k poklesu tonu hladké svaloviny v místě stenózy. V systémovém řečišti navodí venodilataci s následným poklesem žilního návratu, poklesem metabolických nároků a redistribuci krve. U ICHS se využívá vlivu nitrátů na dilataci koronárních arterií a tím snížení počtu anginózních atak.

#### Beta-blokátory

Spolu se zlepšením kvality života je jednoznačně prokázán i pozitivní vliv na prognózu nemocných, léčených v rámci primární i sekundární prevence. Základním účinkem je snížení kontraktility s následným poklesem metabolických nároků a požadavků na perfúzi. Zpomalení tepové frekvence způsobené negativním chronotropním efektem zlepšuje průtok krve myokardem a snižuje jeho metabolické nároky. Dále mají významný antiarytmický účinek. U pacientů po proběhlém infarktu myokardu bylo opakovaně pozorováno snížení mortality asi o 20-30% a pokles výskytu reinfarktů.

#### Antiagregancia

Antiagregancia jsou velmi významnou skupinou léků, která zlepšuje prognózu nemocných s ICHS. Patří sem především ASA, ticlopidin, clopidogrel.

#### Inhibitory ACE

Inhibitory ACE podáváme nemocným po infarktu myokardu se systolickou dysfunkcí levé komory srdeční. U nemocných s ICHS, kteří dosud nebyli inhibitory ACE léčeni (nemocní s anginou pectoris), se rozhodujeme podle přítomnosti známek chronického srdečního selhání a postižení funkce levé komory srdeční. Inhibitory ACE mají projektivní vliv, brání vzniku hypertrofie levé srdeční komory a brání též vzniku hypertenzních cévních změn. Zároveň snižují „afterload“ snížením krevního tlaku, přičemž snížení krevního tlaku není provázeno zvýšením tepové frekvence.

#### Statiny



Farmakoterapie hyperlipoproteinémií se stala velmi významným léčebným postupem v primární i sekundární prevenci aterosklerózy a jejích komplikací. Přesto je třeba znovu zdůraznit, že nezbytným základem léčby je respektování zásad diety. Navíc u statinů je prokázán efekt na stabilizaci aterosklerotického plátu a efekt protizánětlivý.

Tab. 3.4.1.-1. Dlouhodobá farmakoterapie u ICHS

- kyselina acetylsalicylová 100mg denně
- clopidogrel 75mg denně, do 9 měsíců po koronární intervenci
- beta-blokátor
- inhibitor ACE u nemocných se srdečním selháním, u dysfunkce levé komory srdeční, při hypertenzi, při diabetes mellitus
- statin

### 3.4.2. Perkutánní transluminální koronární angioplastika (PTCA)

Perkutánní transluminální koronární angioplastika je rozšíření zúžené srdeční tepny speciálním balónkem, který je zaveden cestou arterie femoralis, radialis či brachialis do místa zúžení. Tento výkon může být plánovaný po předchozí koronarografii nebo bezprostředně navazuje na toto vyšetření. Zákrok trvá dle postižení od jedné do dvou hodin. Výhodou koronární angioplastiky je vyloučení operačního zatížení a s ním spojené hojení, a rovněž krátký pobyt v nemocnici. Po provedené koronární angioplastice je ponechán sheath v tepně a je odstraněn po odeznění účinku heparinu. Po odstranění tepenného katétru se provádí bandáž tlakovým obvazem. Při nekomplikovaném průběhu odchází pacient následující den do domácího ošetření (Aschermann, M., 2004).

#### Mechanismy koronární angioplastiky

Lumen tepny se při dilataci rozšiřuje působením řady mechanismů. Na prvním místě je různě velká direkce intimy a média, obvykle v oblasti aterosklerotického plátu a přilehlé stěny tepny. Dále dochází k dilataci celé tepny včetně adventicie, rozšíření se objevuje především v nepostižené části tepny. V oblasti intervence dochází již po několika minutách k elastické reakci stěny tepny. Riziko vzniku restenózy je obecně snižováno podáváním antikoagulační a antiagregační léčby před intervencí a po ní (Aschermann, M., 2004).

## Indikace

Indikace koronární angioplastiky se stále rozšiřují, především v souvislosti s vývojem nových technologií. Indikace PTCA jsou angina pectoris stabilní i nestabilní, akutní infarkt myokardu s elevacemi i bez elevací ST úseků, nemá ischémie, chlopenní srdeční vady k vyloučení současné koronární aterosklerózy, kardiomyopatie k vyloučení koronární aterosklerózy. Uvedené indikace jsou obecným doporučením a je třeba zvážit u každého nemocného vhodnost tohoto zákroku (Aschermann, M., 2004).

## Cévní přístup

Standardní a nejčastěji používaný přístup je oblast společné femorální tepny. Punkce je prováděna v oblasti třísla blízko pod tříselným vazem. Tepna je zde dobře přístupná, punkce bezpečná a výskyt lokálních komplikací je malý. Dalšími používanými přístupy jsou tepny radiální a brachiální, které jsou v našich podmínkách využívány především u nemocných s postižením femorálních, ilických tepen nebo po aortofemorálních bypassech. Tepenný přístup se zajišťuje zavedením krátkého katétru s chlopní, který umožňuje neomezené výměny katétru bez traumatizace tepny a rizika krvácení.

## Instrumentarium

K provedení angioplastiky musí být odstup koronární tepny kvalitně a bezpečně nasondován. Balónkové katétry jsou velmi tenké a dostatečně flexibilní, aby prošly i ohyby tepen. Koronární stenty se v současné době staly nedílnou součástí většiny koronárních intervencí.

## Příprava nemocných

Nemocní, kteří přicházejí k plánované koronární angioplastice, dostávají standardní medikaci a musí být správně připraveni i po stránce psychické. Na většině pracovišť jsou k dispozici brožurky pro nemocné, které obsahují podrobné informace o plánovaném výkonu. Otázky nemocných musí být zodpovězeny detailně, neboť dobrá příprava pohovorem má zásadní význam.

## Farmakoterapie při PTCA

Během koronární intervence jsou standardně podávána pouze antikoagulancia, další farmakoterapie se zvažuje podle aktuální potřeby. Nejčastěji jsou během výkonu podávány nitráty k prevenci nebo léčbě spazmů věnčitých tepen. Před zahájením výkonu je podáván heparin. Dávku určuje lékař podle tělesné hmotnosti nemocného.

## Komplikace koronární angioplastiky

Výskyt závažných komplikací je vzácný a pozorujeme je většinou u nemocných, u kterých je PTCA prováděna při akutním infarktu myokardu. U elektivních výkonů stabilních nemocných je výskyt závažných komplikací menší než 1%. Mezi komplikace řadíme akutní infarkt myokardu, arytmie, hypotenze, koronární spazmy (Aschermann, M., 2004).

## Péče o nemocné po koronární angioplastice

Po skončeném výkonu zůstávají nemocní v klidu na lůžku se zavaděčem (sheath) ponechaným v tříslu. Proveďte se natočení kontrolního EKG po PTCA a nemocní jsou sledováni v pravidelných intervalech dle protokolu (TK+P, stav třísla). Sheath je odstraňován podle vyhodnoceného stavu heparinizace – používá se test APTT. Poté je provedena kompresivní bandáž třísla a nemocní leží ve vodorovné poloze ještě 10 – 18 hodin, podle velikosti použitého zavaděče. Velmi důležitá je dostatečná hydratace nemocného. Po úspěšné nekomplikované PTCA je dovolena plná fyzická aktivita za 12 – 24 hodin.

### 3.4.3. Aortokoronární bypass

Jedná se o operaci srdce, při které chirurg provede přemostění kolem zúženého místa v koronární tepně. Takové přemostění se provádí pomocí žíly odebrané na dolních končetinách nebo je prováděno tzv. tepenné přemostění, kdy je tepna probíhající blízko srdce přivedena za místo zúžení a přišita na koronární tepnu. Aortokoronární bypass je prováděn jednak z důvodu závažného omezení pacienta jeho nemocí, kdy angina pectoris znemožňuje kvalitní život a nález na koronárních tepnách nedovolí léčbu pomocí koronární angioplastiky. Dalším důvodem je nález, který nemocné ohrožuje na životě i přesto, že jsou jejich vlastní obtíže zanedbatelné.

### 3.4.4. Prevence

Hlavním cílem prevence ICHS u všech skupin pacientů – jak s manifestní ICHS nebo s jiným aterosklerotickým onemocněním, tak u osob s vysokým rizikem jejich rozvoje – je týž: snížení rizika manifestace, recidivy nebo progresu kardiovaskulárních příhod a prevence předčasné invalidizace a úmrtnosti.

K obecným zásadám prevence patří informovanost nemocných o jejich chorobě, léčba rizikových faktorů a přidružených onemocnění a přiměřený pohybový režim. Do léčby rizikových faktorů řadíme absolutní zákaz kouření, protože prognóza nemocných, kteří přestanou kouřit je výrazně lepší než-li těch, kteří dále kouří. Další podmínkou je změna dietních návyků a snížení tělesné hmotnosti. Důležitou částí prevence je fyzická aktivita a cvičení, léčba hypertenze, dyslipidémie (Aschermann, M.,2004).

### 3.4.5. Prognóza

Základem musí být vždy přísné ovlivnění klasických rizikových faktorů koronární aterosklerózy a ICHS (tab. 3.4.5.-1.). Osud nemocných je bezpochyby ovlivněn i způsobem léčby. Prognózu nemocných lze dobře posoudit neinvazivně ihned po přijetí do nemocnice na základě anamnézy a fyzikálního vyšetření, a dále ji specifikovat s použitím EKG vyšetření a vyšetření troponinu I, CK, CK-MB a popřípadě i CRP. Rovněž další klinický průběh, odezva na podávanou léčbu, zátěžový test a koronarografický nález poskytují další validní informace.

Tab. 3.4.5. – 1. Rizikové faktory ovlivňované u ICHS

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- zanechání kouření</li><li>- úprava tělesné hmotnosti</li><li>- fyzická aktivita</li><li>- dietní opatření</li><li>- úprava krevního tlaku pod 130/85</li><li>- přísná kontrola glykémie u diabetes mellitus</li><li>- statiny nezávisle na LDL - cholesterolu</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 4. CHARAKTERISTIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO KORONÁRNÍ ANGIOPLASTICE

Předchozí výklad se týkal léčebné péče, kterou zajišťují lékaři. V této kapitole se budeme zabývat péčí náležející zdravotní sestře. V dostupné literatuře jsme nenašli vhodný plán péče o pacienta po koronární angioplastice, proto jsme na kardiologickém oddělení Krajské nemocnice Pardubice vytvořili následující plán. Toto schéma péče o pacienta používáme od dubna roku 2001 až dosud.

Tab. 4.-1. Ošetřovatelský proces u pacienta po PTCA

Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence
Péče o sebe sama nedostatečná (úroveň 5) při příjmu potravy, mytí, osobní hygieně a v péči o vyprazdňování z důvodu nutnosti dodržování klidového režimu	Zajistit osobní pohodu pacienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pečuj o psychickou pohodu pacienta</li> <li>- zajisti signalizaci k lůžku pacienta</li> <li>- dbej na pohodlí pacienta (úprava lůžka aj.)</li> <li>- zajisti pomůcky potřebné k vyprazdňování a hygieně</li> <li>- zajisti soukromí při vyprazdňování a hygieně</li> <li>- zajisti osobní hygienu po vyprazdňování</li> <li>- zajisti pomůcky k zlepšení sebeobsluhy pacienta při příjmu tekutin a potravy (výsuvné stolečky, brčka aj.)</li> <li>- dopomáhej pacientovi při příjmu potravy a tekutin</li> <li>- dohlížej na dodržování klidového režimu</li> <li>- vše zaznamenej do dokumentace</li> </ul>
Kožní integrita porušená z důvodu zavedení tepenného katétru a periferního žilního katétru	Pacient má místo vpichu klidné Pacient nemá známky infekce nebo krvácení	<b>Tepenný katétr:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kontroluj místo vpichu dle protokolu</li> <li>- pouč pacienta o možných komplikacích (krvácení)</li> <li>- kontroluj vitální funkce dle protokolu před i po odstranění tepenného katétru</li> </ul>

Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- zajisti signalizaci k ruce pacienta</li> <li>- zajisti asistenci lékaři při odstranění tepenného katétru</li> <li>- proved' tlakovou kompresi po odstranění tepenného katétru</li> <li>- zopakuj pacientovi možné komplikace po odstranění tepenného katétru</li> <li>- pouč pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu</li> <li>- informuj lékaře o změnách</li> <li>- vše zaznamenej do dokumentace</li> </ul> <p><b>Periferní venózní katétr:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sleduj místo vpichu</li> <li>- prováděj denně sterilní ošetření</li> <li>- sleduj pravidelně funkčnost periferního žilního katétru</li> <li>- vše zaznamenej do dokumentace</li> </ul>
Tělesné tekutiny, riziko deficitu z důvodu nedodržování léčebného režimu	<p>Pacient přijímá dostatečný příjem tekutin</p> <p>Pacient je poučený</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- všimni si věku, úrovně vědomí a duševního stavu pacienta</li> <li>- posuď další etiologické faktory (dostupnost tekutin, pohyblivost pacienta, přítomnost třesu, stav po CMP)</li> <li>- zajisti potřebné pomůcky k dostatečnému příjmu tekutin (brčka, kojenecké lahve..)</li> <li>- pobízej nemocného k pití</li> <li>- pouč pacienta o rizicích spojených s nedostatkem tekutin</li> <li>- podávej náhradní roztoky dle ordinace lékaře</li> <li>- sleduj vitální funkce</li> <li>- všímej si změn základních fyziologických parametrů (hypotenze, tachykardie)</li> <li>- informuj lékaře o změnách</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul>

Ošetřovatelská diagnóza	Ošetřovatelský cíl	Ošetřovatelské intervence
Tělesné tekutiny, deficit (izotonický), riziko vzniku z důvodu rizika vzniku krvácení	Udržet objem tekutin na funkční rovni (adekvátní diuréza, stabilní základní fyziologické parametry)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zhodnoťte základní fyziologické parametry</li> <li>- zastav ztráty krve</li> <li>- podávej infúze krevních produktů dle ordinace</li> <li>- sleduj vitální funkce v pravidelných intervalech dle ordinace</li> <li>- informuj lékaře</li> <li>- vše zaznamenej do dokumentace</li> </ul>
Bolest akutní z důvodu provedené koronární angioplastiky z důvodu dlouhodobé polohy na zádech	Zmírnění/ zvládnutí bolesti Dodržování naordinovaného režimu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- proveď posouzení bolesti (lokalizace, charakter, nástup)</li> <li>- sleduj vitální funkce</li> <li>- pozoruj neverbální projevy pacienta</li> <li>- pouč pacienta o včasném hlášení bolesti</li> <li>- zajisti signalizaci k ruce pacienta</li> <li>- informuj lékaře</li> <li>- podávej léky dle ordinace lékaře</li> <li>- proveď záznam do dokumentace</li> </ul>
Riziko poškození z důvodu provedeného výkonu z důvodu podání kontrastní látky z důvodu farmakoterapie	Pacient nemá projevy poškození Pacient nemá alergické projevy Pacient je poučen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sleduj vitální funkce dle protokolu (viz příloha)</li> <li>- pouč pacienta o dodržování klidového režimu</li> <li>- zabezpeč dostatečný příjem tekutin</li> <li>- pouč pacienta o nutnosti hlášení jakýchkoli změn</li> <li>- zajisti signalizaci k ruce pacienta</li> <li>- podávej premedikaci před výkonem dle ordinace lékaře</li> <li>- informuj lékaře o změnách</li> <li>- proveď záznam do dokumentace</li> </ul>

Ošetrovatelská diagnóza	Ošetrovatelský cíl	Ošetrovatelské intervence
Léčebný režim: individuální, neúčinná integrace z důvodu nedostatku informací, zmatenosti	Pacient chápe nutnost dodržování léčebného režimu Pacient má dostatek informací	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pouč dostatečně pacienta o nutnosti dodržování léčebného režimu</li> <li>- zkontroluj si zda všemu pacient porozuměl</li> <li>- podávej léky dle ordinace lékaře při změně vědomí</li> <li>- proved' záznam do dokumentace</li> </ul>

Pro ošetrovatelství je důležité hodnotit nejenom vybrané aspekty ošetrovatelské péče jako je sebeobsluha, kožní integrita, deficit tekutin, bolest a léčebný režim, ale je nutné se podívat jaké dopady má léčba a ošetrovatelská péče na pacienta chápaného jako celek. K tomuto širšímu pohledu na pacienta slouží kategorie souhrnně označována jako kvalita života.



## 5. ANALÝZA OBECNÉHO POJMU KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života (quality of life) je vyjádření pocitu životního „štěstí“. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Z psychologického hlediska se jedná o míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru duševní spokojenosti a nespokojenosti. V sociologii je výraz kvalita života vyjadřován jako pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou staří lidé, příslušníci etnických skupin a jiných minorit, čili hledisko jejich možnosti volby. Lékařsky kvalita života znamená na jaké úrovni a s jakým omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je například bronchiální astma, Parkinsonova nemoc, choroby kardiovaskulární a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody (HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000, str. 284). Výrazu kvalita života je tedy snadné porozumět, ale je obtížné tento pojem definovat. Z klinického pohledu se zdraví a závažnost nemoci tradičně posuzovalo podle úmrtnosti a počtu hospitalizací. Dnes se stejný důraz klade na posuzování vztahu kvality života ke zdraví. Hodnotí se celkový zdravotní stav, schopnost využití zdraví, uspokojení ze zdravotního stavu a vztah k léčbě. Na kvalitu života působí tzv. situační vlivy. Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života, což dokazují studie, které porovnávaly kvalitu života pacientů s různou diagnózou. Je třeba očekávat, že nemoc, choroba, zranění, léčení apod. ovlivní negativně kvalitu života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování celkové kvality života berou v úvahu. Zároveň je možné očekávat, že věk, změna sociální situace, změna pracovních a životních podmínek se projeví ve změnách kvality života (KŘIVOHLAVÝ, J., 2002). K velkému nárůstu zájmu o kvalitu života dochází v polovině 20. století. Jedna z prvních studií byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí.

Definice kvality života podle WHO:

Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k jeho vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí... Kvalita života vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem.

Křivohlavý J.

Dle J. Křivohlavého je důležité si vysvětlit pojem kvalita. Kvalitou se rozumí „jakost, hodnota“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku. Samotné slovo kvalita pochází z latiny „gualitas.“

Obecně se kvalitou života rozumí hodnocení pocitů jednotlivce při vnímání svého života, jak jej prožívá, zda může obvyklým způsobem žít v lidské společnosti, jak pociťuje rozdíl mezi tím, co si může dovolit, co by si přál, aby mohl a směl. O kvalitě života lidí je možno hovořit a mít na mysli různý rozsah pojmu. Je možno hovořit o kvalitě života jednotlivce (individa). Je možno hovořit o kvalitě života dvojice lidí. A je možno hovořit o kvalitě života skupiny lidí a to jak skupiny malé tak velké. Kvalita života je dána nejen zdravotním stavem, věkem a sociálně ekonomickými podmínkami, ale ovlivňují ji také psychické vnímání, přání, očekávání a cíle jednotlivce i kulturnost spolu s odlišným hodnotovým systémem v různých geografických oblastech.

### **5.1. Diagnostika kvality života**

Na kvalitu života se mohou ptát různí lidé (pacient sám, rodinní příslušníci, sestra, lékař, psycholog, fyzioterapeut, pedagog, politik atd.) a podle jejich zájmu je určováno i to, čemu bude věnována větší pozornost. Pokaždé je pohled jiný a nemusí se shodovat (sborník příspěvků z konference, 2004 v Třeboni).

#### **Metody diagnostiky**

Metod, kterými se měří kvalita života je velké množství a můžeme je rozdělit na 3 skupiny.

- 1) Metody generické (obecné) - tyto metody se dají použít bez ohledu na typ onemocnění.
- 2) Metody specifické - ty jsou určeny pro jeden typ onemocnění (epilepsie, astma...).
- 3) Metody smíšené - metody kombinující obecné dotazy se specifickými.

V pozadí mnoha pojetí kvality života i způsobů měření kvality života je domněnka, že hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lepší. Hodnocení kvality života je moderní způsob posuzování pocitů zdravých lidí nebo pocitů nemocných s různým druhem a rozdílnou tíží nemoci. Jde tedy o pocit daný rozdílem přání a míry jejich splnění během života.

## **5.2. Kvalita života pacientů s ICHS a metody zjišťující kvalitu života u této skupiny lidí**

### **Kvalita života u pacientů s ICHS**

ICHS je stále velmi časté onemocnění koronárních tepen, které postihuje stále více pacientů nižších věkových kategorií. Tato choroba, ať si už připustíme či nikoliv, velmi ovlivňuje kvalitu života lidí. Již při sdělení diagnózy můžeme u pacientů pozorovat celou škálu emocí jako jsou úzkost, strach, agrese aj., ale i mnoho obranných psychických mechanismů jako např. popření, bagatelizace, hypochondrie aj. Po několika dnech po sdělení diagnózy následují obavy a deprese v souvislosti s budoucností – pacient přemýšlí o délce svého dalšího života, má starost o další pracovní uplatnění, sexuální potenci a intimní život, stává se pesimistickým. Tyto myšlenky jsou reálnou odezvou na reálný stav a současně projevem probíhající změny v životě a tím i změnou jeho kvality (VYMĚTAL, J., 2003).

### **Metody k zjišťování kvality života u pacientů s ICHS**

Ve světě je tato oblast málo probádaná. V dostupných pramenech bylo vyhledáno několik prací, které se zabývají kvalitou života u pacientů s onemocněním koronárních arterií. Následující informace byly čerpány z článků časopisu Health and Quality of Life Outcomes 2003, 2004, Quality of Life Research 9/2000, 13/2004. Studie byly prováděny ve Velké Británii, Švédsku, Kanadě a USA. Tato pracoviště si na základě standardizovaných dotazníků (SAQ, SF-12, EQ-5D) vytvořila vlastní generické dotazníky.

Dotazník SAQ se sestává z 19 bodů rozdělených do 5 složek – fyzická činnost, stabilní angina, četnost anginy, uspokojení s léčbou a vnímání kvality života. Dotazník SF-12 je zkrácená forma dotazníku SF-36, obsahuje 12 otázek, které jsou odvozené z fyzických a duševních složek. Dotazník EQ-5D vymezuje zdraví v 5 dimenzích – pohyblivost, péče o sebe sama, běžné aktivity, bolest nebo nepohodlí a úzkost a deprese.

Jedna z prací se zabývá spokojeností pacientů s prací praktických lékařů, specialistů a sester a dostupností poskytované zdravotní péče. Další studie je zaměřena na zdravotní a sociální potřeby pacientů na koronárních jednotkách. Studie v USA porovnává sociální hodnoty a kvalitu života bez ohledu na nález na koronárních tepnách. Studie provedená v Kanadě se zabývá kvalitou života žen s onemocněním koronárních arterií ve srovnání s muži.

Nejaktuálnější je práce uveřejněna v časopise Health and Quality of Life Outcomes v březnu roku 2006. Tato práce se zaměřuje na kvalitu života lidí s onemocněním koronárních tepen a byla provedena v Nizozemí. Do studie jsou zahrnuti pacienti indikováni k aortokoronárnímu bypassu a po PTCA. Byl použit dotazník SF-6D, což je zkrácená verze dotazníku SF-36. Studií bylo zjištěno, že u pacientů po PTCA došlo k významnému zlepšení kvality života v oblasti

bolesti, fyzické a psychické činnosti, vitalitě a omezení rolí. Pouze v bodě mentální zdraví nedošlo ke změnám.

V žádné v dostupných studiích nebyl použit dotazník SF-36 a žádná studie se nezabývala porovnáním kvality života před o po provedené koronární angioplastice.

## **6. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **Cíle empirické části práce**

- 1) U vybraného souboru pacientů, změřit kvalitu života před PTCA (výchozí stav).
- 2) Změřit kvalitu života po provedení PTCA.
- 3) Porovnat zda došlo ke změnám v kvalitě života a pokud ano, kterých oblastí se týkají.

### **6.1. Výběrový soubor pacientů**

Zkoumaný soubor tvořilo 50 pacientů, kteří byli hospitalizováni v rozmezí od 11/2005 do 2/2006 na kardiologickém oddělení Krajské nemocnice Pardubice. Jednalo se o 50 mužů ve věku od 50 – 60 let (průměrný věk 52,5 roku), u kterých byla provedena PTCA.

Kritéria výběru pacientů:

- 1) dostupnost pacientů – doba hospitalizace (viz. výše)
- 2) základní diagnóza – ICHS
- 3) věk – mezi 50-60lety
- 4) pohlaví – muži.

V úvahu při výběru pacientů nebyly brány tyto okolnosti:

- 1) zaměstnání – zda pacient pracuje či je již v důchodu
- 2) přidružená onemocnění
- 3) počet hospitalizací.

## **7. METODIKA PRÁCE**

Pacienti byli vyšetřeni pomocí strukturovaného dotazníku zaměřeného na kvalitu života SF-36 (IQOLA-36 Standard Czech, Version 1.0). První dotazník vyplnili během hospitalizace po provedené koronární angioplastice a druhý dotazník s odstupem čtyř týdnů. Kvalita života byla zkoumána pomocí mezinárodně používaného generického dotazníku SF-36 (IQOLA-36 Standard Czech, Version 1.0). Byla použita jeho česká verze, která je standardizovaná na naši populaci. Dotazník SF-36 zahrnuje 36 otázek z několika zdravotních oblastí (tab.7.-1.).

Tab. 7.-1. Oblasti obecného dotazníku SF-36

1. Funkční stav -	<p>tělesná funkce: rozsah tělesných činností, které jsou postiženy (sport, nákupy, úklid apod.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- omezení tělesné funkce: jak hodně brání omezení tělesné funkce v dané činnosti v práci apod.</li> <li>- sociální funkce: jak hodně je omezena společenská aktivita</li> <li>- emoční problémy: jak hodně omezují duševní problémy denní aktivitu</li> </ul>
2. Pocity blaha (pohody) -	<p>duševní zdraví: všeobecná nálada, štěstí, pocit pohody, deprese, úzkost</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vitalita: pocity svěžesti, únavy</li> <li>- bolest: intenzita bolesti a její vliv na životní aktivitu</li> </ul>
3. Hodnocení všeobecného zdraví -	<p>vnímání zdraví obecně: vnímání zdraví vůči jiným lidem</p>

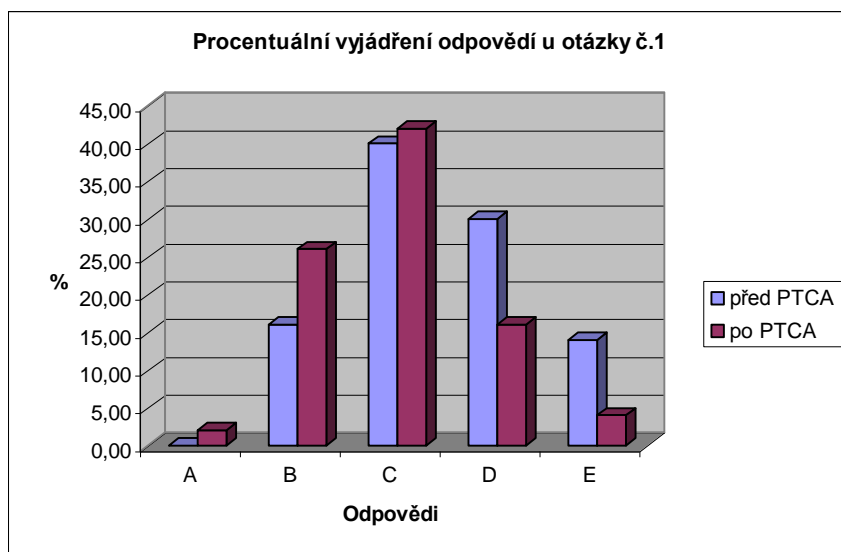
Pacienti byli osloveni po příjezdu z katetrizačního sálu, zda jsou ochotni vyplnit dotazník, zabývající se kvalitou života lidí s ICHS před a po koronární angioplastice (viz příloha). Bylo jim vysvětleno, že se jedná o dotazník anonymní. V případě souhlasu, vyplnili první dotazník během hospitalizace. Současně jim byl vydán druhý dotazník s obálkou a známku, který měli za 4 týdny zaslat na kardiologické oddělení Krajské nemocnice Pardubice.

## 8. VÝSLEDKY

Celkem bylo rozdáno 50 dotazníků SF-36 pacientům po PTCA. Z 50ti oslovených pacientů zaslalo zpět dotazník 45 respondentů. Response je tedy 90%. Zaměřili jsme se na podrobnou analýzu vývoje kvality života nemocných před a po provedené PTCA podle změny průměrného procentuálního ohodnocení jednotlivých odpovědí tak, jak jej shrnují následující grafy.

### 1. Porovnání kvality života před PTCA a po PTCA u celé skupiny zkoumaných pacientů

#### Otázka 1



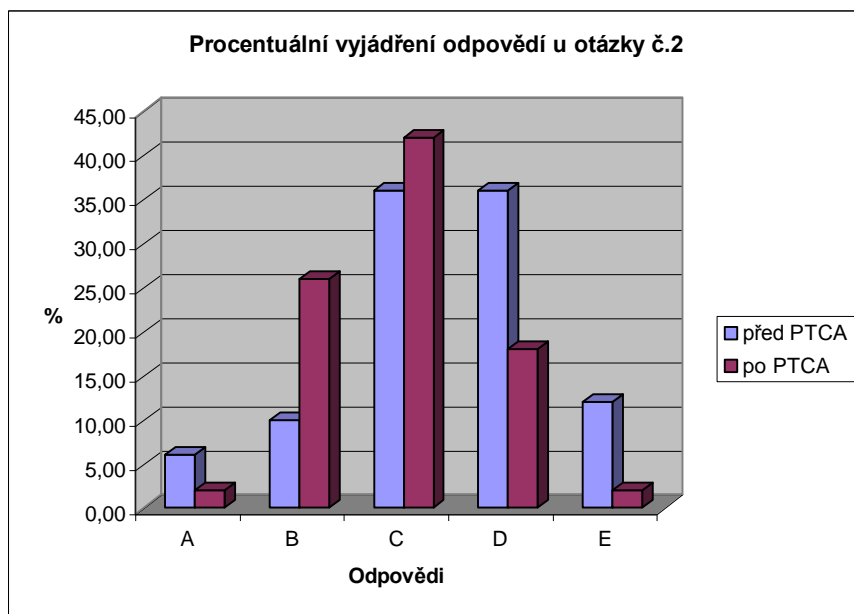
GRAF 1 CELKOVÉ ZDRAVÍ

Otázka 1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

Výtečné	A
Velmi dobré	B
Dobré	C
Docela dobré	D
Špatné	E

V otázce 1 byli pacienti tázáni na hodnocení svého zdraví. Graf 1 nám podává informace, jak hodnotili pacienti své zdraví před provedenou PTCA a za měsíc po provedené PTCA. Grafické vyjádření prokazuje, že pacienti po PTCA v průměru hodnotí své zdraví o 23 procentních bodů lépe než před PTCA. Na tomto výsledku se výrazně podílí četnost odpovědí B, částečně A a C. Pro výpočet procentuálního váženého průměru jsme odpovědi A až E ohodnotili body 1 až 5.

## Otázka 2



GRAF 2 HODNOCENÍ ZDRAVÍ VE SROVNÁNÍ PŘED ROKEM

Otázka 2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?:

Mnohem lepší než před rokem	A
Poněkud lepší než před rokem	B
Přibližně stejné jako před rokem	C
Poněkud horší než před rokem	D
Mnohem horší než před rokem	E

V otázce 2 byli pacienti tázáni na hodnocení svého zdraví nyní a před rokem. Vyhodnocení otázky 2 ukazuje (viz graf 2), že pacienti svůj stávající zdravotní stav hodnotí cca o 21 procentních bodů lépe než před rokem. Nejpodstatnější vliv na toto hodnocení má četnost odpovědí B. Výpočet procentních bodů byl proveden stejně jako u předcházející otázky.



### Otázka 3

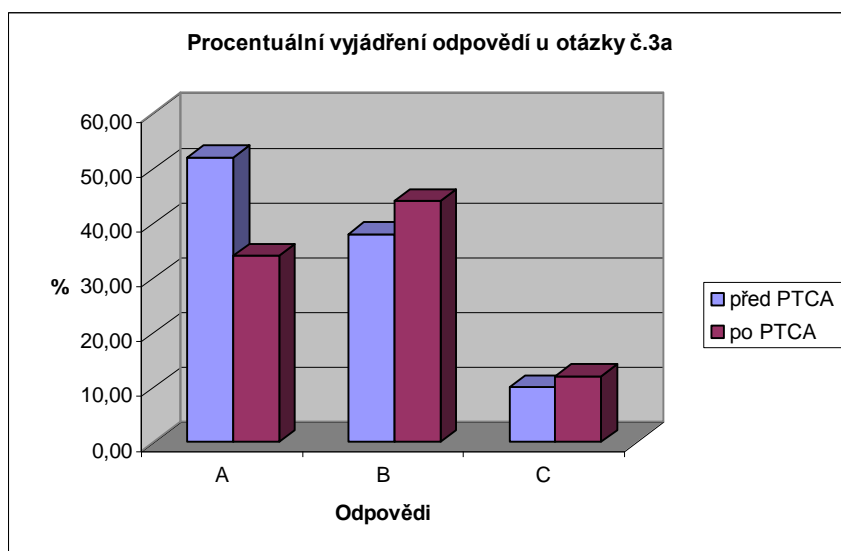
Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

č.3	A	%	B	%	C	%
a	26	52,00	19	38,00	5	10,00
b	6	12,00	27	54,00	17	34,00
c	0	0,00	19	38,00	31	62,00
d	15	30,00	26	52,00	9	18,00
e	4	8,00	26	52,00	22	44,00
f	2	4,00	24	48,00	24	48,00
g	5	10,00	27	54,00	18	36,00
h	5	10,00	11	22,00	34	68,00
i	2	4,00	16	32,00	32	64,00
j	2	4,00	11	22,00	37	74,00

TAB 1 (odpovědi před provedenou PTCA)

č.3	A	%	B	%	C	%
a	17	34,00	22	44,00	6	12,00
b	2	4,00	21	42,00	22	44,00
c	1	2,00	18	36,00	26	52,00
d	6	12,00	22	44,00	17	34,00
e	1	2,00	18	36,00	26	52,00
f	2	4,00	7	14,00	36	72,00
g	3	6,00	7	14,00	35	70,00
h	0	0,00	8	16,00	37	74,00
i	0	0,00	2	4,00	43	86,00
j	0	0,00	0	0,00	45	90,00

TAB 2 (odpovědi po provedené PTCA)



GRAF 3a OMEZENÍ USILOVNÝMI ČINNOSTMI

Ano, omezuje hodně	A
Ano, omezuje trochu	B
Ne, vůbec neomezuje	C

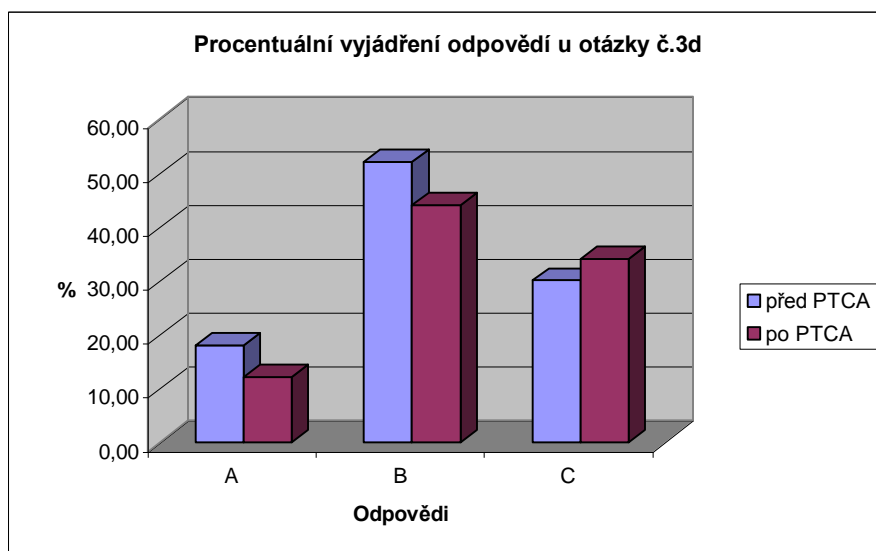


Ano, omezuje hodně	A
Ano, omezuje trochu	B
Ne, vůbec neomezuje	C



### Otázka 3c Zvedání nebo nošení běžného nákupu

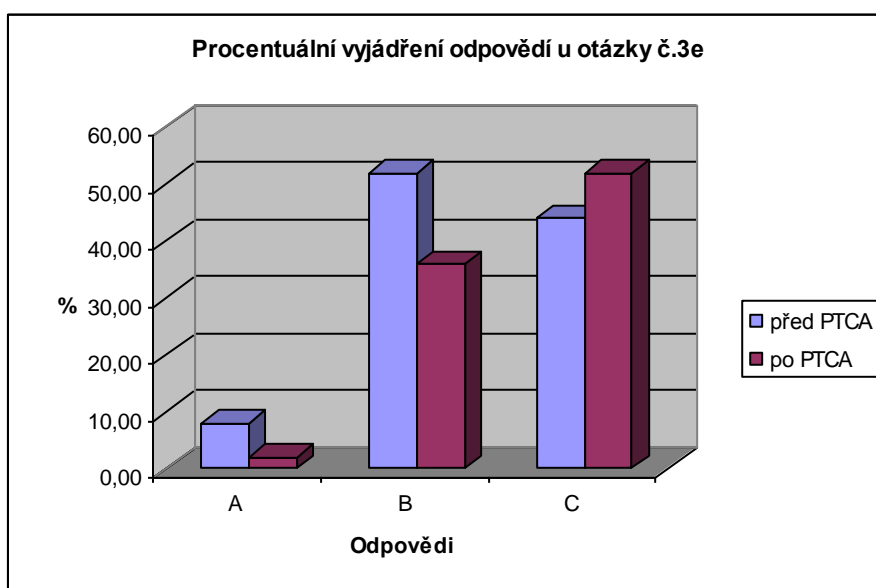
- |                     |   |
|---------------------|---|
| Ano, omezuje hodně  | A |
| Ano, omezuje trochu | B |
| Ne, vůbec neomezuje | C |



### GRAF 3d CHŮZE PO SCHODECH (NĚKOLIK PATER)

#### Otázka 3d Vyjít po schodech několik pater

- |                     |   |
|---------------------|---|
| Ano, omezuje hodně  | A |
| Ano, omezuje trochu | B |
| Ne, vůbec neomezuje | C |



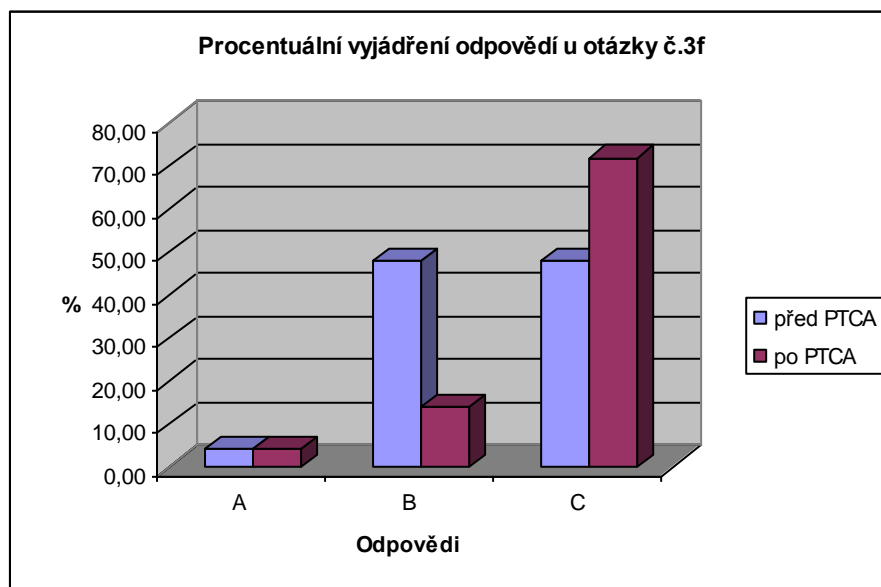
### GRAF 3e CHŮZE PO SCHODECH (JEDNO PATRO)

Otázka 3e Vyjít po schodech jedno patro

Ano, omezuje hodně A

Ano, omezuje trochu B

Ne, vůbec neomezuje C



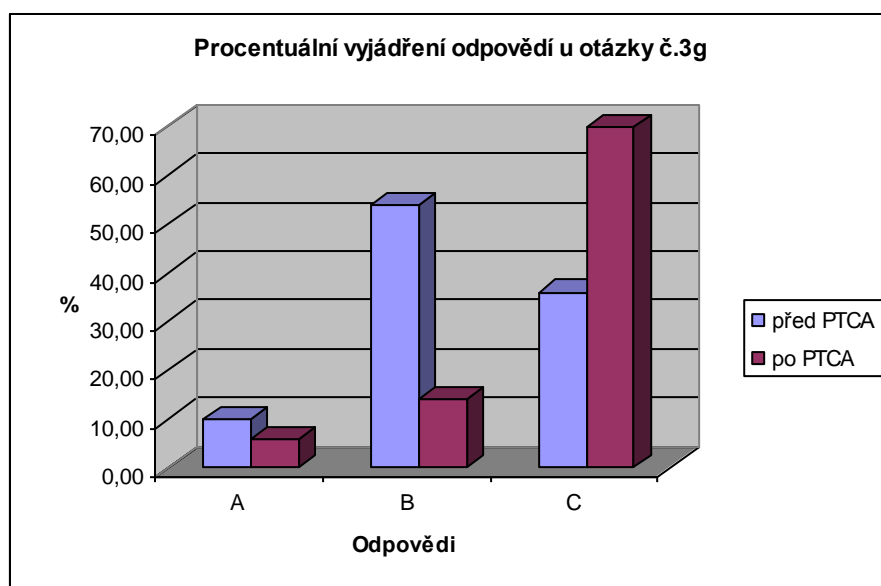
GRAF 3f PŘEDKLON, SHÝBÁNÍ, POKLEK

Otázka 3f Předklon, shýbání, poklek

Ano, omezuje hodně A

Ano, omezuje trochu B

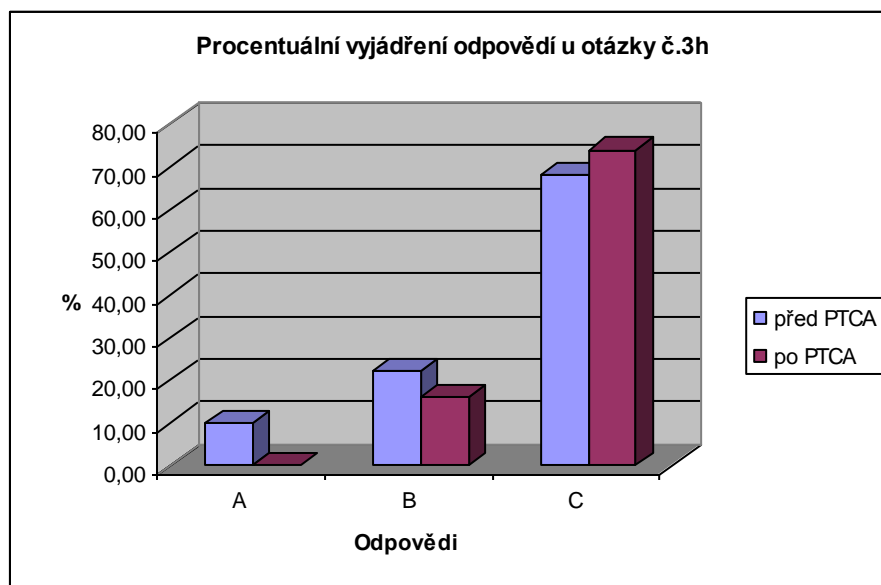
Ne, vůbec neomezuje C



GRAF 3g CHŮZE ASI JEDEN KILOMETR

Otázka 3g Chůze asi jeden kilometr

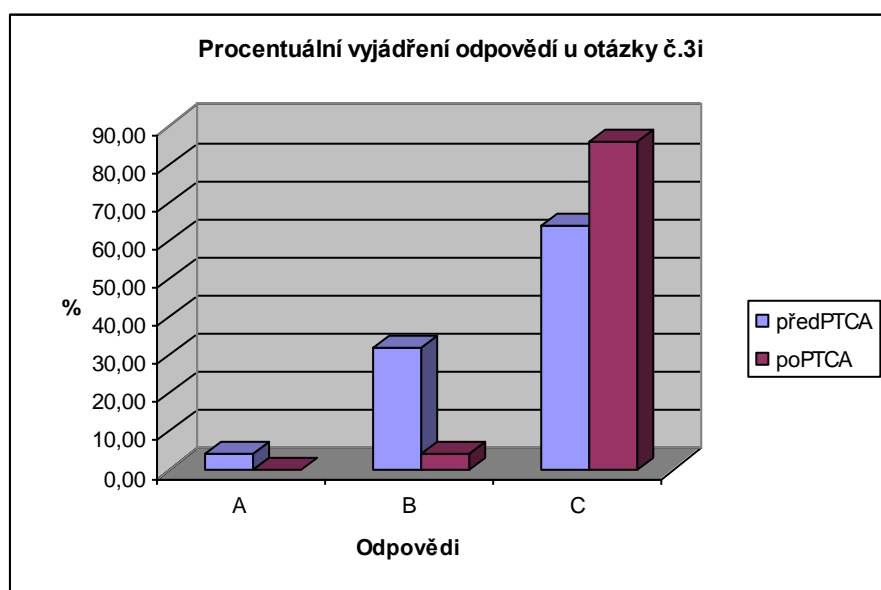
- |                     |   |
|---------------------|---|
| Ano, omezuje hodně  | A |
| Ano, omezuje trochu | B |
| Ne, vůbec neomezuje | C |



GRAF 3h CHŮZE PO ULICI NĚKOLIK SET METRŮ

Otázka 3h Chůze po ulici několik set metrů

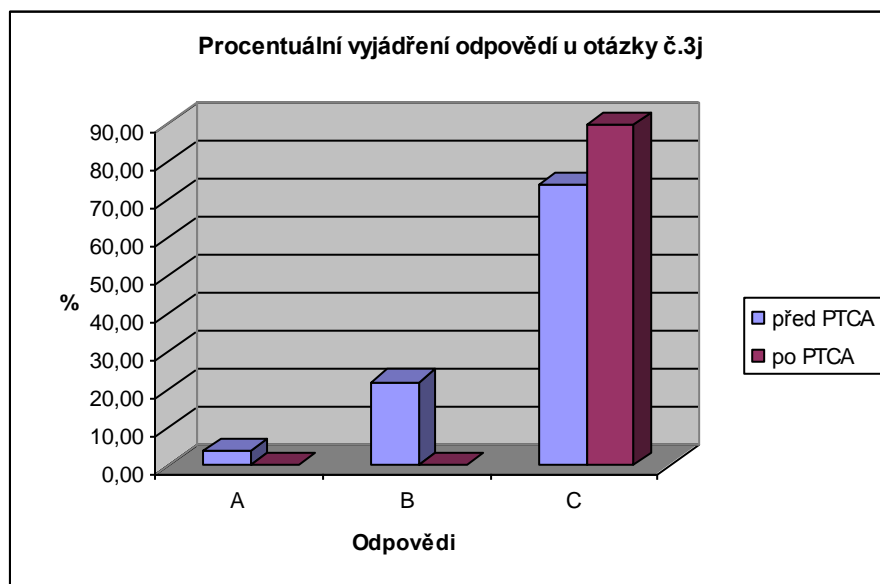
- |                     |   |
|---------------------|---|
| Ano, omezuje hodně  | A |
| Ano, omezuje trochu | B |
| Ne, vůbec neomezuje | C |



GRAF 3i CHŮZE PO ULICI STO METRŮ

Otázka 3i Chůze po ulici sto metrů

Ano, omezuje hodně	A
Ano, omezuje trochu	B
Ne, vůbec neomezuje	C



GRAF 3j KOUPÁNÍ DOMA NEBO OBLÉKÁNÍ BEZ CIZÍ POMOCI

Otázka 3j Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci

Ano, omezuje hodně	A
Ano, omezuje trochu	B
Ne, vůbec neomezuje	C

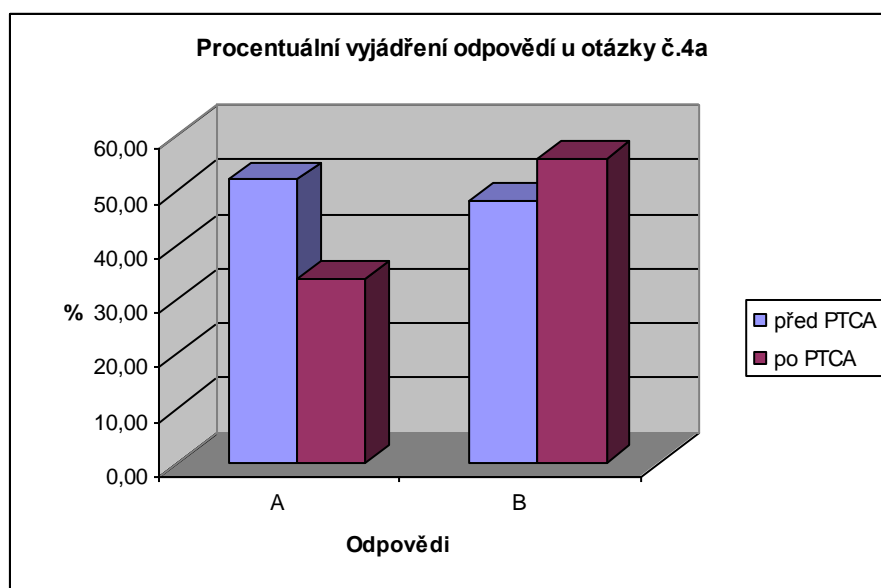
Otázka 3 v dotazníku byla zaměřena na posouzení tolerance různě velké zátěže před provedenou PTCA a po provedené PTCA. Otázka je rozdělena do 10 skupin (podbodů) a výsledky jednotlivých skupin před PTCA a po PTCA jsou uvedeny v tabulce 1. a 2. a v grafech 3a-3j. Při vyhodnocování otázek 3a až 3j jsme opět hodnotili odpovědi A a C, ale v opačném pořadí, tj. A-3 až C-1, abychom zachovali systém největší váhy na nejhorším zdravotním stavu. Výsledky jsou následující:

- u otázky a) došlo ke snížení omezení o 24 procentních bodů (vyšší četnost odpovědí B a C )
- b) došlo ke snížení omezení o 21 procentních bodů (nižší četnost odpovědí a vyšší C )
- c) došlo ke zvýšení omezení o 8 procentních bodů (vyšší četnost odpovědí A, nižší B a C)
- d) došlo ke snížení omezení o 17 procentních bodů (nižší četnost odpovědí A a B, vyšší odpovědi C)

- e) došlo ke snížení omezení o 24 procentních bodů (nižší četnost odpovědí A a B, vyšší odpovědi C)
- f) došlo ke snížení omezení o 32 procentních bodů (nižší četnost odpovědí B a vyšší odpovědi C)
- g) došlo ke snížení omezení o 34 procentních bodů (nižší četnost odpovědí A a B a vyšší C)
- h) došlo ke snížení omezení o 22 procentních bodů (nižší četnost odpovědí A a B a vyšší četnost odpovědí C)
- j) došlo ke snížení omezení o 19 procentních bodů (minimální četnost odpovědí A a B a vyšší četnost odpovědí C).

#### Otázka 4

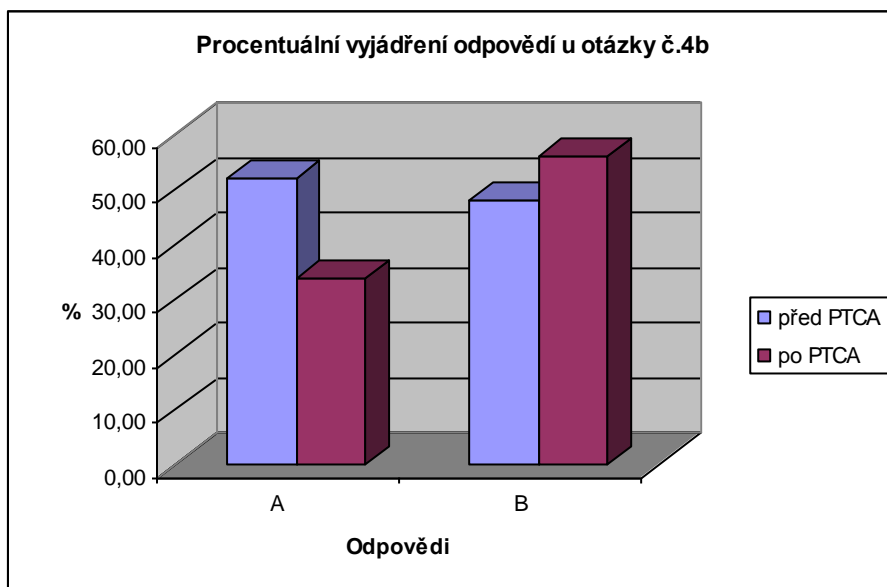
Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti  
v posledních č týdnech kvůli zdravotním obtížím?



GRAF 4a OMEZENÍ ČASU VĚNOVANÉMU PRÁCI Z HLEDISKA ZDRAVOTNÍCH  
POTÍŽÍ

Otázka 4a Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?

Ano	A
Ne	B



**GRAF 4b MNOŽSTVÍ VYKONANÉ PRÁCE**

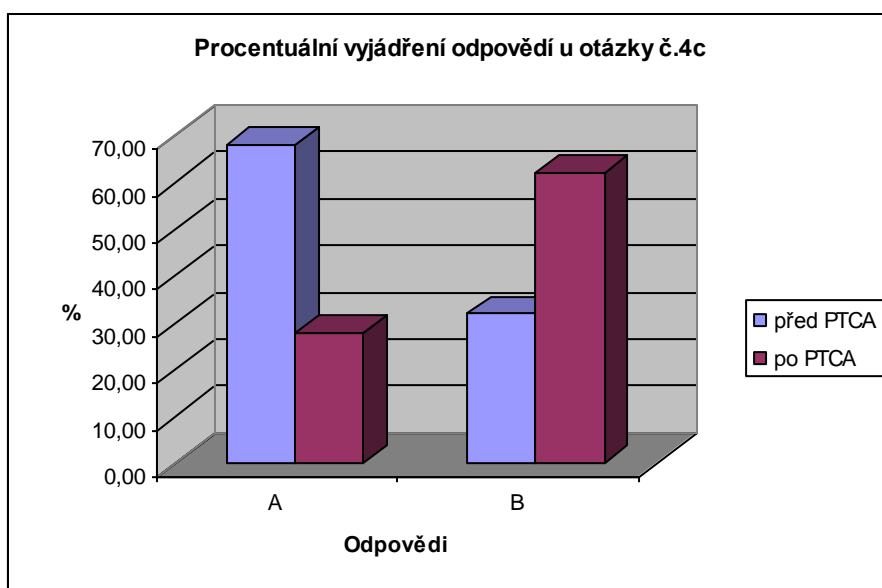
Otázka 4b Udělal jste méně než jste chtěl?

Ano

A

Ne

B



**GRAF 4c OMEZENÍ V DRUHU PRÁCE V SOUVISLOSTI SE ZDRAVOTNÍMI  
POTÍŽEMI**

Otázka 4c Byl jste omezen v druhu práce nebo jiných činností?

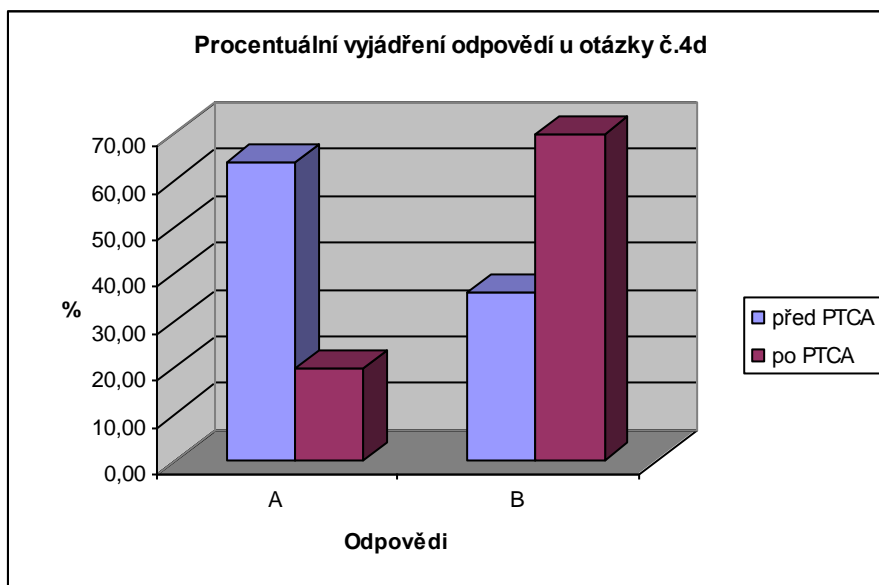
Ano

A

Ne

B





#### GRAF 4d POTÍŽE PŘI PRÁCI V DŮSLEDKU ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ

Otázka 4d Měl jste potíže při práci nebo jiných činnostech ( například jste musel vynaložit zvláštní úsilí)?

Ano

A

Ne

B

Otázka 4 analyzuje vliv zdravotního stavu nemocného na jeho pracovní výkonnost. U otázky 4 jsme odpověď „ano“ ohodnotili 1 bodem a odpověď „ne“ 2 body. U jednotlivých podotázek jsou výsledky následující:

u otázky a) pacienti deklarují zvýšení času věnovaného práci o 4 procentní body

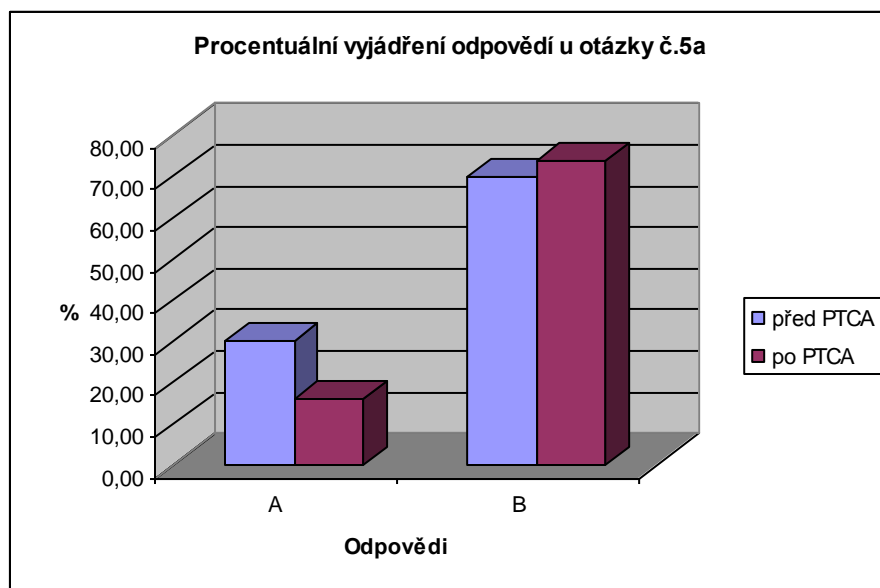
b) z grafu vyplývá, že pacienti po PTCA odpovídají, že udělali více než chtěli o necelý 1 procentní bod

c) i u tohoto grafu lze vyčíst, že omezení po PTCA se snížilo o 16 procentních bodů

d) i tento graf dokladuje snížení potíží při práci po PTCA o 23 procentních bodů.

### Otázka 5

Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například deprese nebo úzkosti)?



GRAF 5a OMEZENÍ ČASU VĚNOVANÉMU PRÁCI Z HLEDISKA EMOCIONÁLNÍCH POTÍŽÍ

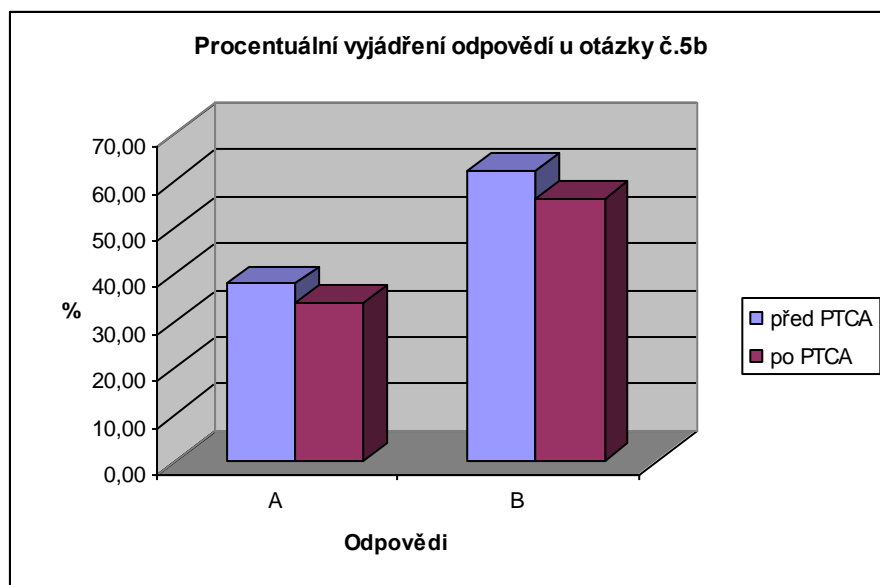
Otázka 5a Zkrátil se čas, který jste věnoval práci nebo jiné činnosti?

Ano

A

Ne

B



GRAF 5b OMEZENÍ MNOŽSTVÍ PRÁCE V ZÁVISLOSTI NA EMOCIONÁLNÍCH POTÍŽÍCH

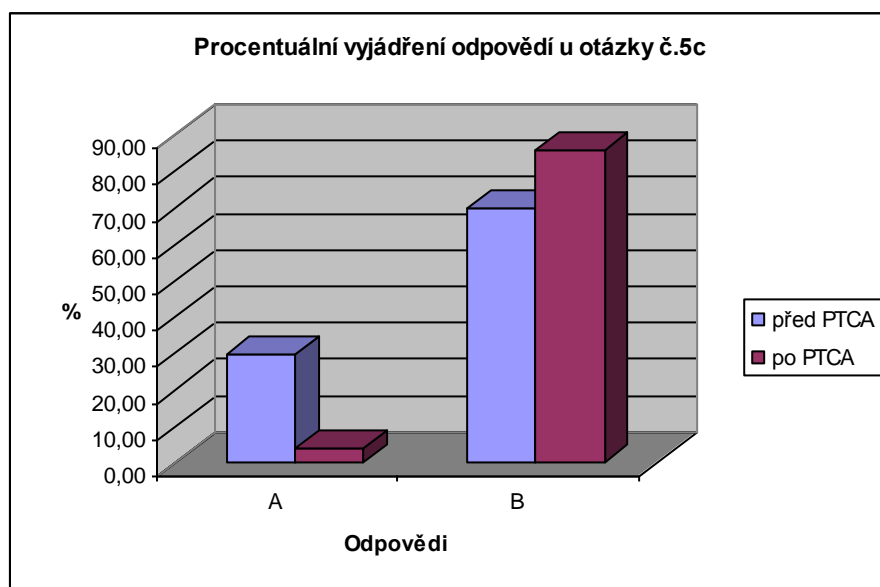
Otázka 5b Udělal jste méně než jste chtěl?

Ano

A

Ne

B



GRAF 5c ZMĚNA POZORNOSTI V ZÁVISLOSTI NA EMOCIONÁLNÍCH POTÍŽÍCH

Otázka 5c Byl jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný než obvykle?

Ano

A

Ne

B

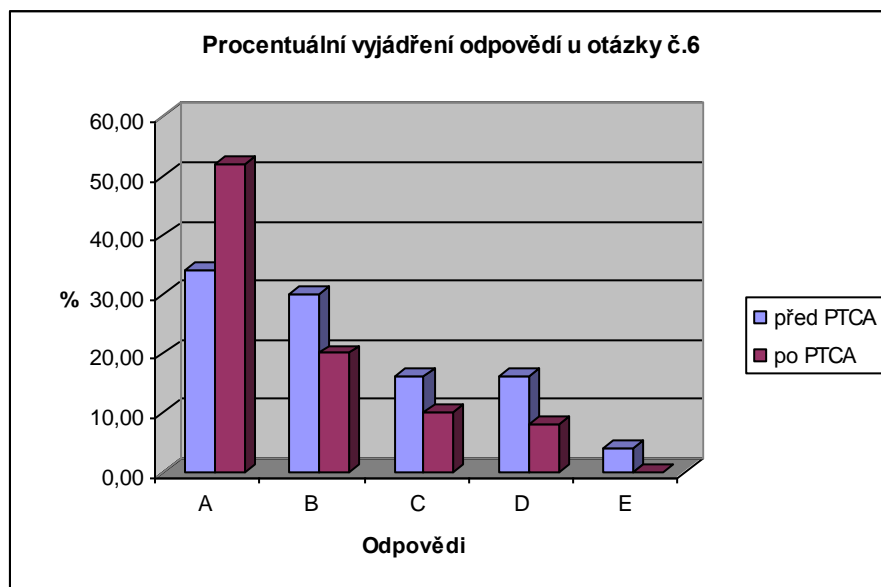
Otázka 5 zkoumá nepříznivý vliv negativních emocí na pracovní výkonnost pacienta. Tyto grafy byly hodnoceny stejně jako u otázky 4 a jednotlivé podotázky vykazují tyto výsledky:

u otázky a) pacienti deklarují zvýšení času věnovaného práci o 7 procentních bodů

b) z grafu vychází snížení množství práce o 13 procentních bodů

c) odpovědi pacientů prokazují zvýšení pozornosti při práci po PTCA o 1 procentní bod.

## Otázka 6



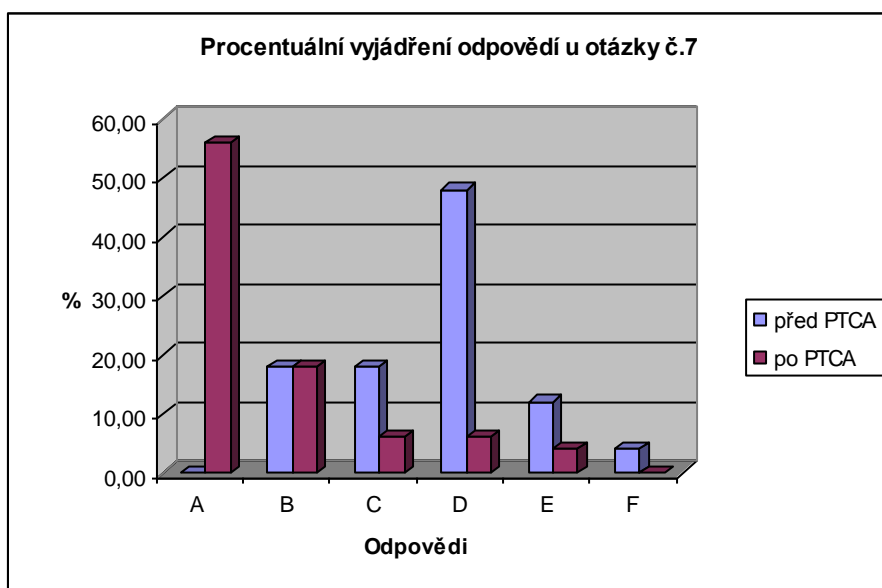
**GRAF 6 OMEZENÍ SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA V DŮSLEDKU ZDRAVOTNÍCH NEBO EMOCIONÁLNÍCH POTÍŽÍ**

Otázka 6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo širší společnosti v posledních 4 týdnech.

Vůbec ne	A
Trochu	B
Mírně	C
Poměrně dost	D
Velmi silně	E

Otázka 6 zkoumá do jaké míry bránily tělesné nebo emocionální obtíže normálnímu životu pacienta. Odpovědi otázky 6 byly hodnoceny od A do E body 1 až 6 a lze konstatovat, že potíže se podle odpovědí pacientů po PTCA snížily o 30 procentních bodů s výrazným nárůstem četnosti odpovědí A a podstatným poklesem u odpovědí B až E.

## Otázka 7



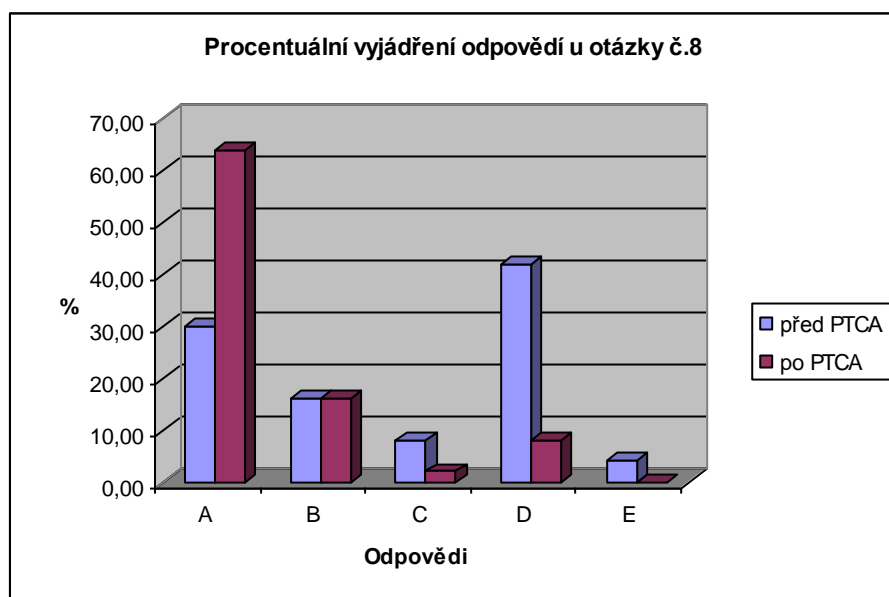
GRAF 7 MÍRA BOLESTI

Otázka 7. Jak velké bolesti jste měl v posledních 4 týdnech?

Žádné	A
Velmi mírné	B
Mírné	C
Střední	D
Silné	E
Velmi silné	F

Otázka 7 analyzuje míru bolestí v posledních 4 týdnech. Odpovědi u otázky 7 jsem hodnotila shodně jako předcházející s tím rozdílem, že výsledky odpovědí deklarují snížení bolestí v posledních 4 týdnech o 58 procentních bodů. Tento výsledek dokladuje výrazný nárůst odpovědí A a značný pokles odpovědí C až F.

## Otázka 8



GRAF 8 OMEZENÍ PRACOVNÍ ČINNOSTI V ZÁVISLOSTI NA BOLESTECH

Otázka 8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

Vůbec ne	A
Trochu	B
Mírně	C
Poměrně dost	D
Velmi silně	E

Otázka 8 zkoumá nepříznivý vliv bolestí na pracovní aktivitu pacientů. Při hodnocení odpovědí A až E body 1 až 5, jsem zjistila snížení o 49 procentních bodů bolesti po PCTA, které by pacientům bránily v práci. Toto vysoké snížení zajišťuje dvojnásobná četnost odpovědí na otázku A.

## Otázka 9

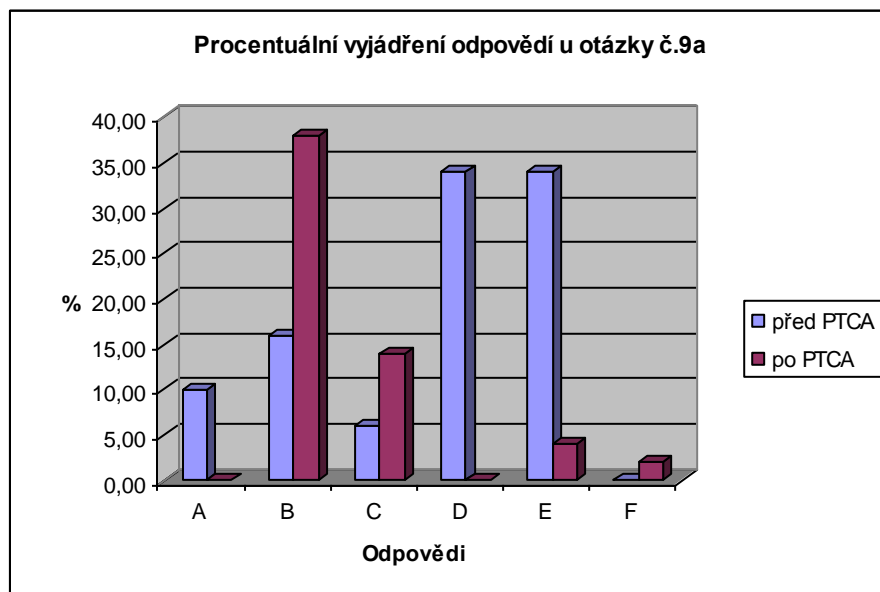
Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech.

č,9	a	b	c	d	e	f	g	h	i
A	5	2	0	2	2	3	3	1	1
%	10,00	4,00	0,00	4,00	4,00	6,00	6,00	2,00	2,00
B	8	8	0	12	10	3	3	14	11
%	16,00	16,00	0,00	24,00	20,00	6,00	6,00	28,00	22,00
C	3	3	8	6	5	9	10	9	15
%	6,00	6,00	16,00	12,00	10,00	18,00	20,00	18,00	30,00
D	17	21	8	20	16	19	19	17	14
%	34,00	42,00	16,00	40,00	32,00	38,00	38,00	34,00	28,00
E	17	16	10	8	10	13	13	8	5
%	34,00	32,00	20,00	16,00	20,00	26,00	26,00	16,00	10,00
F	0	0	24	2	7	3	2	1	4
%	0,00	0,00	48,00	4,00	14,00	6,00	4,00	2,00	8,00

TABULKA 3 (před provedenou PTCA)

č,9	a	b	c	d	e	f	g	h	i
A	3	0	0	1	2	0	0	1	0
%	0,00	0,00	0,00	2,00	4,00	0,00	0,00	2,00	0,00
B	19	1	0	25	20	0	2	21	3
%	38,00	2,00	0,00	50,00	40,00	0,00	4,00	42,00	6,00
C	7	4	1	10	12	2	4	11	8
%	14,00	8,00	2,00	20,00	24,00	4,00	8,00	22,00	16,00
D	13	8	2	6	7	8	13	8	16
%	0,00	16,00	4,00	12,00	14,00	16,00	26,00	16,00	32,00
E	2	28	13	3	3	22	19	3	13
%	4,00	56,00	26,00	6,00	6,00	44,00	38,00	6,00	26,00
F	1	4	29	0	1	13	7	1	5
%	2,00	8,00	58,00	0,00	2,00	26,00	14,00	2,00	10,00

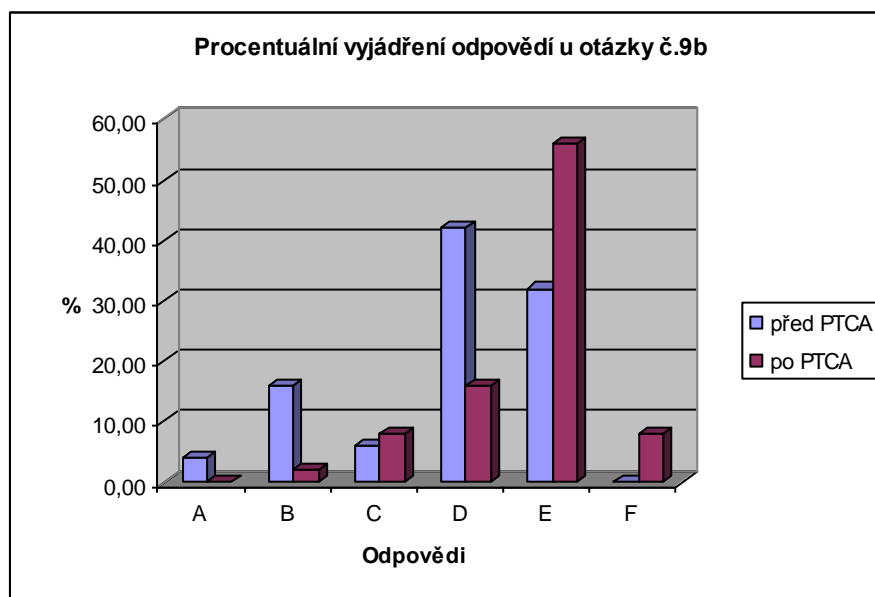
TABULKA 4 (po provedené PTCA)



## GRAF 9a ELÁN

Otázka 9a. Jak často v minulých 4 týdnech jste se cítil pln elánu?

Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F

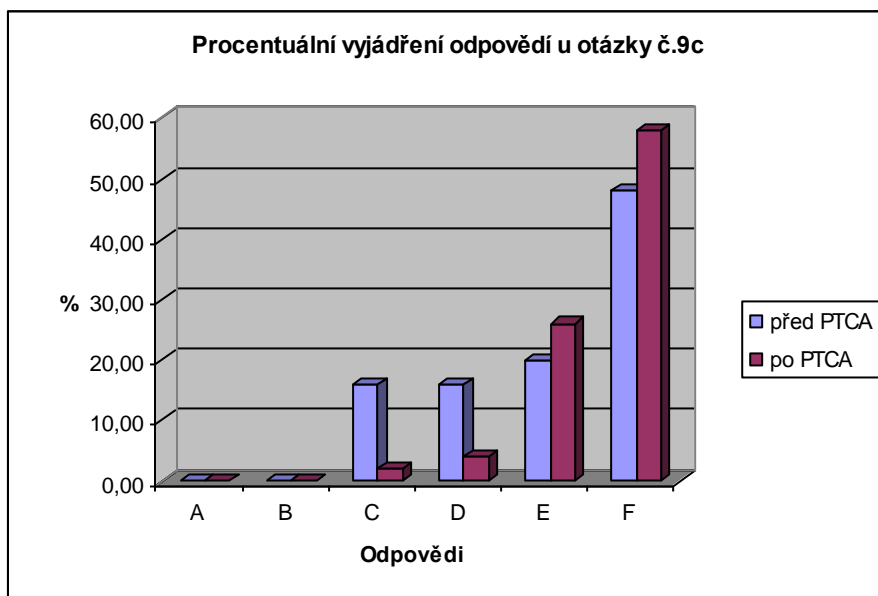


## GRAF 9b NERVOZITA

otázka 9b. Jak často v minulých 4 týdnech jste byl velmi nervózní?

Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F

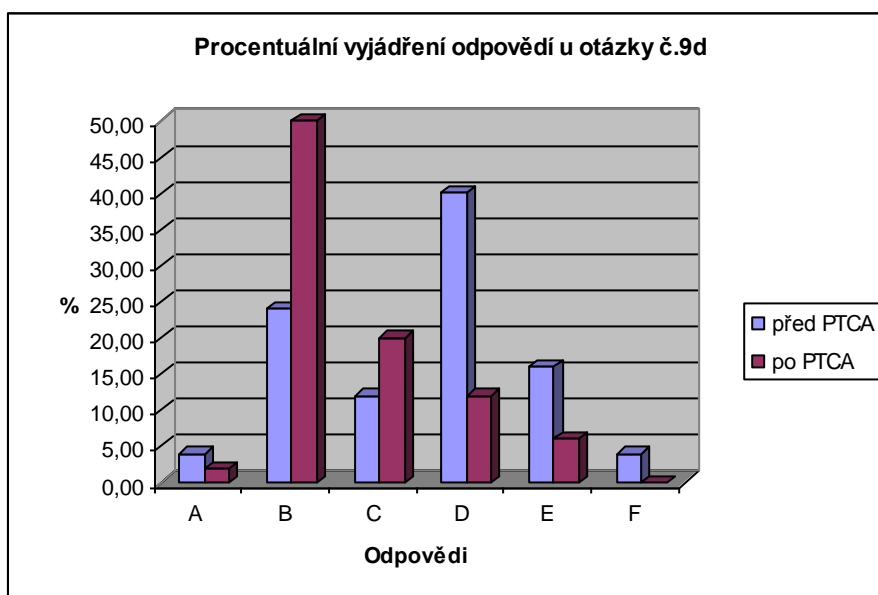




**GRAF 9c DEPRESE**

Otázka 9c. Jak často v posledních 4 týdnech jste měl takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?

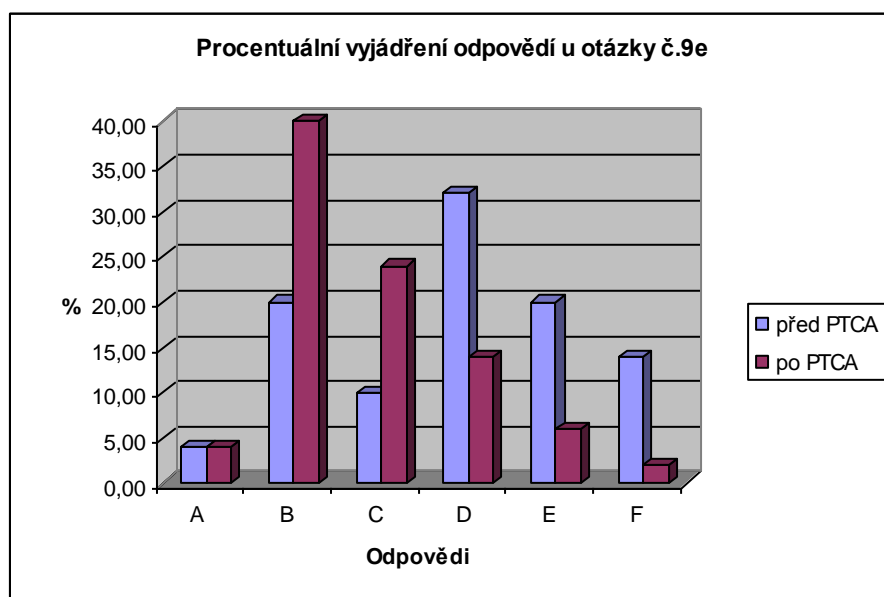
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



**GRAF 9d KLID A POHODA**

Otázka 9d. Jak často v minulých 4 týdnech jste pociťoval klid a pohodu?

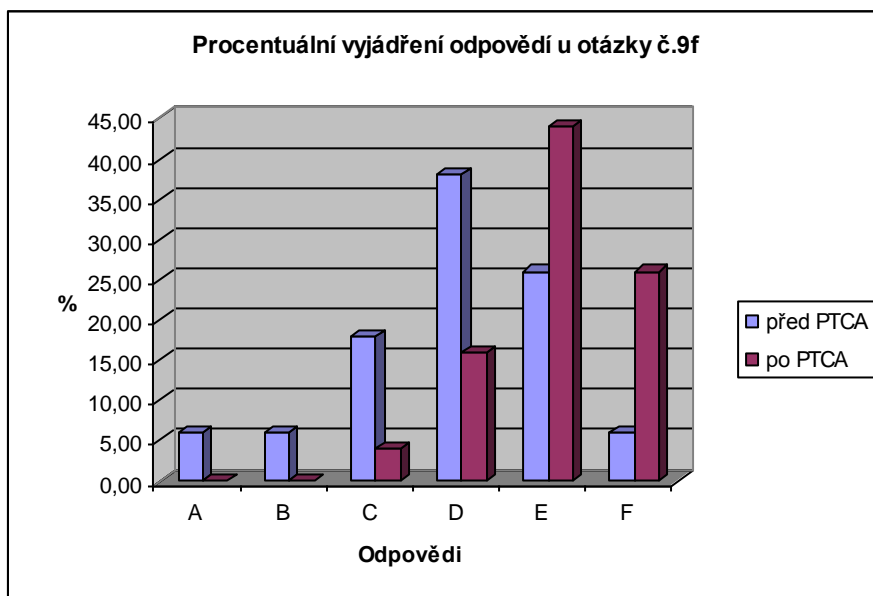
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



#### GRAF 9e ENERGIE

Otázka 9e. Jak často v minulých 4 týdnech jste byl pln energie?

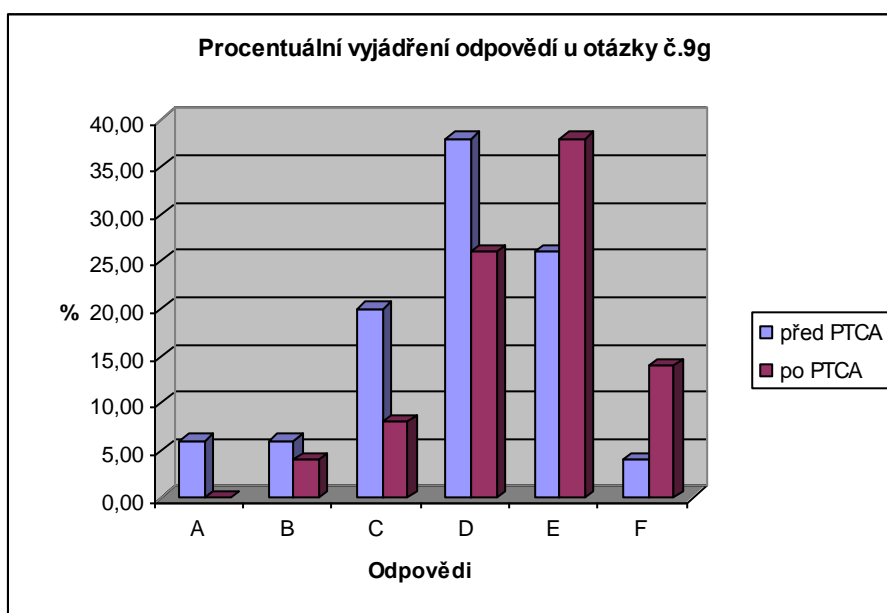
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



**GRAF 9f PESIMISMUS A SMUTEK**

Otázka 9f. Jak často v minulých 4 týdnech jste pociťoval pesimismus a smutek?

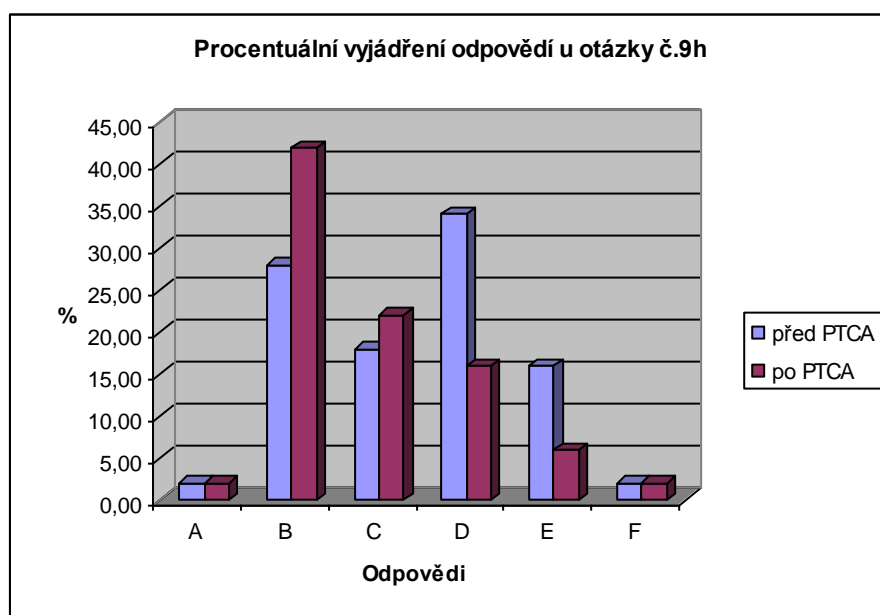
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



**GRAF 9g VYČERPANOST**

Otázka 9g. Jak často v minulých 4 týdnech jste se cítil vyčerpán?

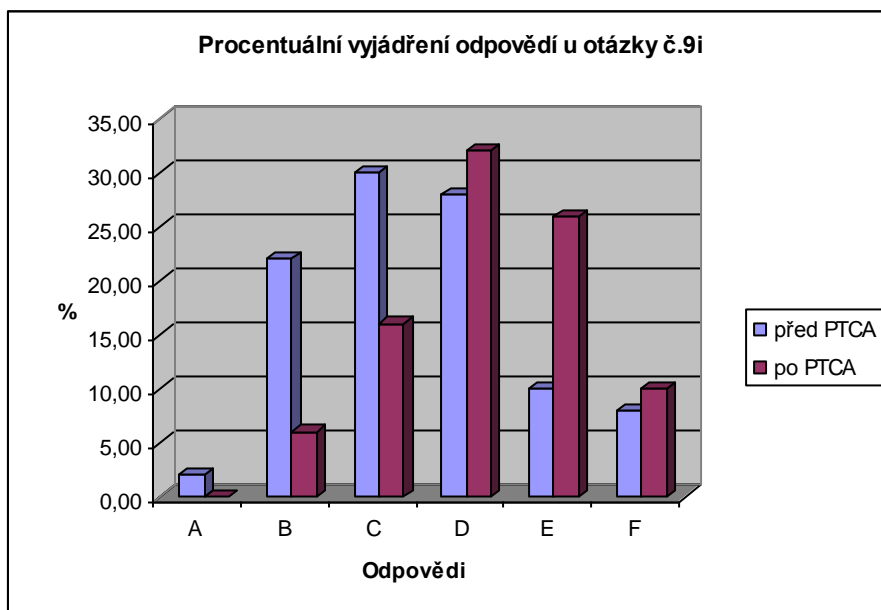
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



Graf 9h ŠTĚSTÍ

Otázka 9h. Jak často v minulých 4 týdnech jste byl šťastný?

Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F



GRAF 9i ÚNAVA

Otázka 9i. Jak často v minulých 4 týdnech jste se cítil unaven?

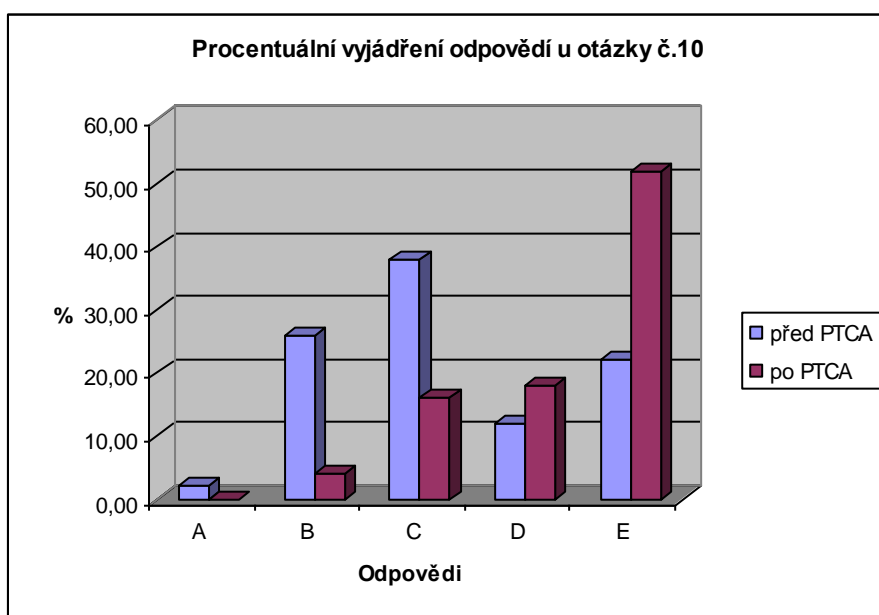
Pořád	A
Většinou	B
Dost často	C
Občas	D
Málokdy	E
Nikdy	F

Otázka 9 zkoumá pocity pacienta v uplynulých 4 týdnech ze dvou různých aspektů. Prvním aspektem jsou emoce pozitivní (klid, pohoda, štěstí, energie), aspektem druhým jsou emoce negativní (pesimismus, deprese, smutek, nervozita, únava). Ohodnocení jednotlivých odpovědí je stejné jako u předcházejících otázek. Výsledky odpovědí na jednotlivé podotázky jsou následující:

- u otázky a) díky odpovědím B a C je výsledek o 58 procentních bodů lepší než u odpovědí pacientů před PTCA
- b) nervozita se u pacientů snížila o 13 procentních bodů
- c) deprese u pacientů po PTCA se snížila o 10 procentních bodů
- d) pohoda a klid u pacientů po PTCA vzrostla díky četnosti odpovědí B a C, o 40 procentních bodů
- e) energie u pacientů po PTCA vzrostla o 35 procentních bodů, díky četnosti odpovědí B a C

- f) pocit pesimismu se snížil o 18 procentních bodů, díky výraznému nárůstu četnosti odpovědí E a F
- g) vyčerpanost pacientů po PTCA se snížila o 26 procentních bodů, opět výrazným nárůstem odpovědí E a F
- h) rovněž pocit štěstí se u pacientů po PTCA zvýšil o 31 procentních bodů, díky zvýšené četnosti odpovědí B a C
- i) únava pacientů po PTCA se snížila o 29 procentních bodů, vyšší četnost odpovědí D, E a F.

#### Otázka 10



**GRAF 10 OMEZENÍ SPOLEČENSKÉHO ŽIVOTA V DŮSLEDKU EMOCIONÁLNÍCH NEBO ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ**

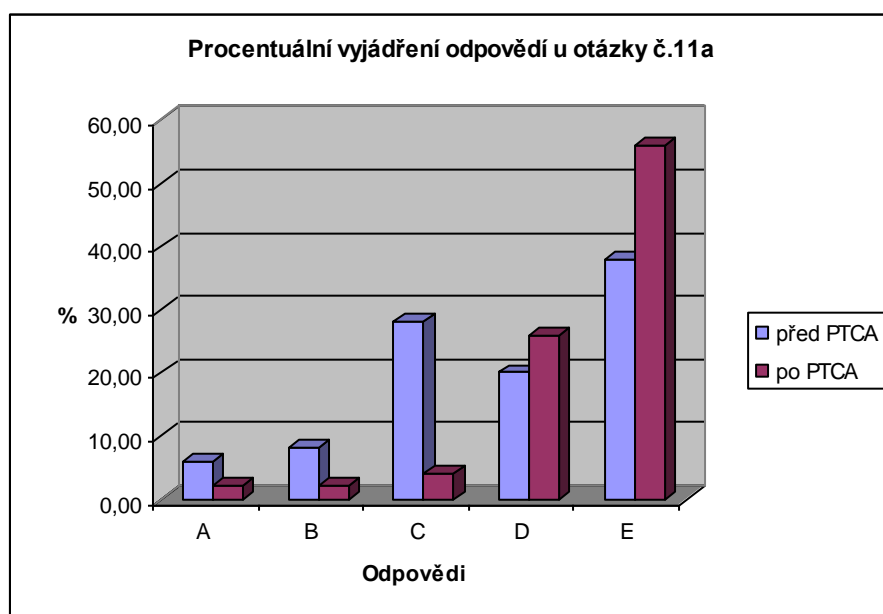
Otázka 10. Uved'te, jak často v minulých 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže vašemu společenskému životu (jako například návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Pořád	A
Většinu času	B
Občas	C
Málokdy	D
Nikdy	E

Otázka 10. Tato otázka a její grafické vyjádření deklaruje snížení obtíží u pacientů po PTCA. Propočtem shodným jako u předcházejících otázek je toto snížení v rozsahu 16 procentních bodů a nejvíce se na něm podílí četnost odpovědí D a E.

### Otázka 11

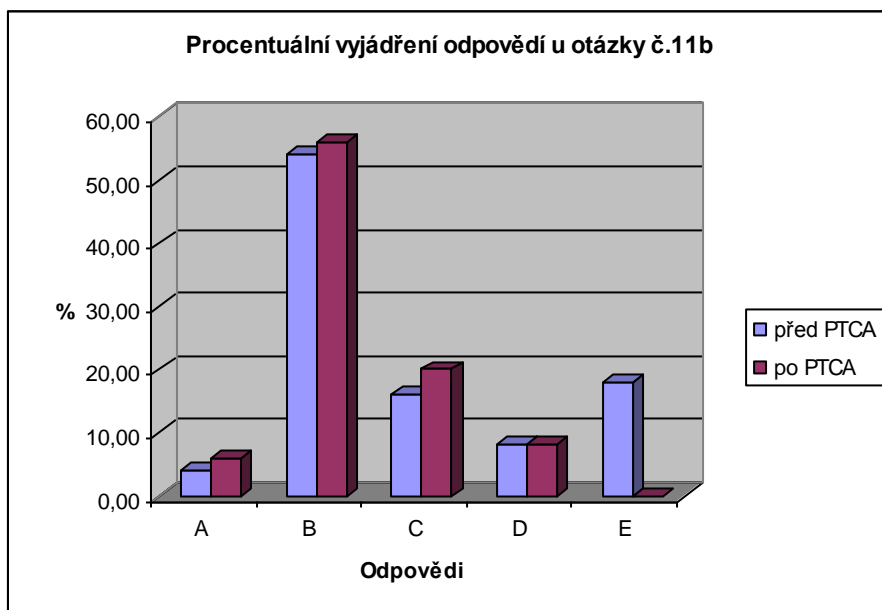
Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení



GRAF 11a

Otázka 11a. Zdá se, že onemocním ( jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé

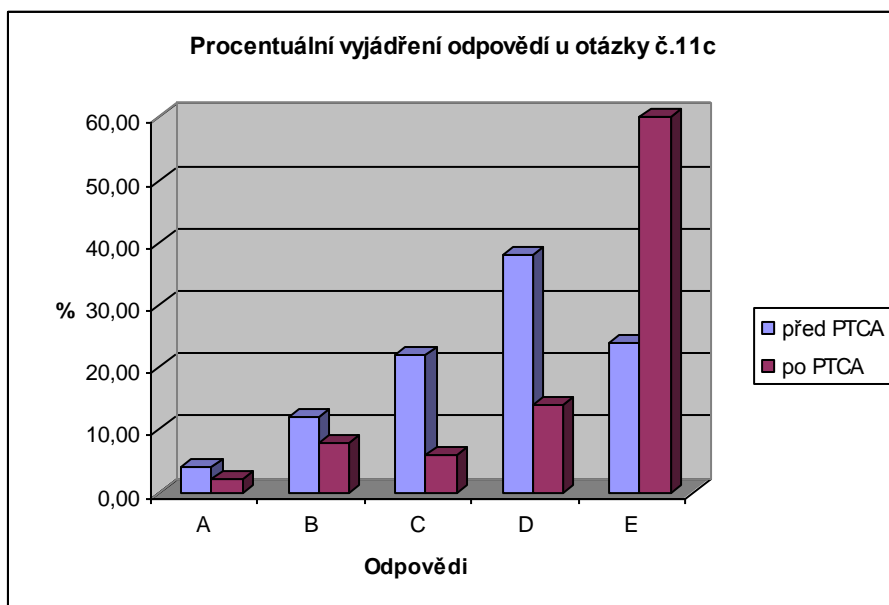
Určitě ano	A
Většinou ano	B
Nejsem si jist	C
Většinou ne	D
Určitě ne	E



**GRAF 11b SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ VLASTNÍHO ZDRAVÍ**

Otázka 11b. Jsem stejně zdravý jako kdokoliv jiný

Určitě ano	A
Většinou ano	B
Nejsem si jist	C
Většinou ne	D
Určitě ne	E

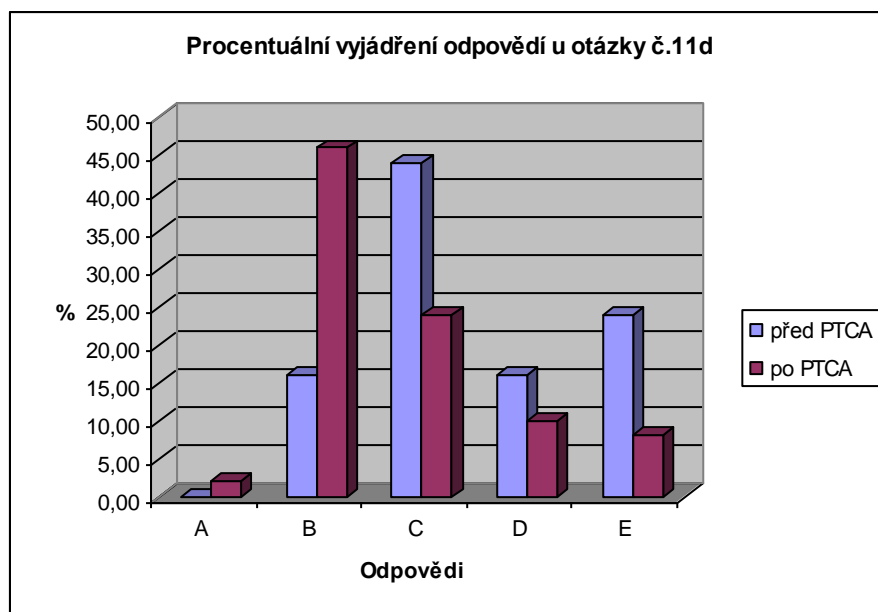


**GRAF 11c PŘEDPOKLAD VÝVINU VLASTNÍHO ZDRAVÍ**



Otázka 11c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší

- |                |   |
|----------------|---|
| Určitě ano     | A |
| Většinou ano   | B |
| Nejsem si jist | C |
| Většinou ne    | D |
| Určitě ne      | E |



GRAF 11d SUBJEKTIVNÍ POCIT O STAVU VLASTNÍHO ZDRAVÍ

Otázka 11d. Mé zdraví je perfektní

- |                |   |
|----------------|---|
| Určitě ano     | A |
| Většinou ano   | B |
| Nejsem si jist | C |
| Většinou ne    | D |
| Určitě ne      | E |

Otázka 11 hodnotí názory pacientů na vlastní zdraví v několika podotázkách. Výsledky jednotlivých podotázek jsou následující (pro hodnocení je opět použit shodný princip jako u předcházejících otázek):

- u otázky a) pacienti po PTCA jsou přesvědčeni, že nejsou náchylnější na onemocnění a tento názor v odpovědích představuje rozdíl 14 procentních bodů oproti názoru před PTCA, výsledek je dán vyšší četností odpovědí D a E
- b) o 25 procentních bodů vnímají pacienti lépe svůj zdravotní stav ve vazbě na ostatní lidi než před PTCA

- c) zhoršení svého zdravotního stavu po PTCA očekává o 10 procentních bodů méně pacientů, než ti, kteří se vyjádřili před PTCA, dokladováno vysokou četností odpovědí E
- d) o 30 procentních bodů se zvýšily odpovědi pacientů, kteří si myslí, že jejich zdravotní stav je perfektní, výsledek dokladuje vysoká četnost odpovědí B.

## 9. DISKUZE

K hodnocení kvality života pacientů před a po PTCA jsem si zvolila strukturovaný dotazník SF-36, který je zaměřen na šest zdravotních oblastí. Tento typ dotazníku je široce používán téměř ve všech lékařských oborech, a je vysoce hodnocen pro schopnost zachytit i sociální rozměr kvality života. V časopise Heart píší, citují: „Posouzení kvality života lidí s ICHS by mělo zahrnovat metody specifické pro tuto chorobu, ale i metody obecné. V současné době je dotazník SF-36 nejvhodnější metodou k určování kvality života, u těchto nemocných.“ Je proto smutné, že v dostupných pramenech týkajících se kardiologie v České republice, jsem nenašla žádnou studii zaměřenou na kvalitu života pacientů s ICHS, a to jak v oboru lékařském, tak v oboru sesterském. Z toho můžeme usuzovat, že kliničtí a zdravotničtí pracovníci si stále zcela neuvědomují význam ve změnách kvality života pacienta.

K hodnocení jednotlivých odpovědí jsem použila průměrný procentuální rozdíl, který je graficky znázorněný v tabulkách a v jednotlivých grafech. Spolu s vyplněným druhým dotazníkem, mně řada pacientů zasílala dopisy, jejichž nejčastějším obsahem bylo, že obtíže které byly spojeny se „srdcem“ sice vymizely, a tím vlastně došlo k dílčímu zlepšení kvality života, ale na druhé straně je kvalita života ovlivňována i jinými zdravotními problémy, jako například onemocněním pohybového aparátu, ale i problémy psychickými nebo sociálními - ztráta blízkého v rodině nebo ztráta zaměstnání.

Pro snadnější orientaci ve výsledcích mého výzkumu jsem rozdělila jednotlivé otázky dotazníku na 6 oblastí - oblast vnímání zdraví, oblast zaměřená na fyzickou činnost, oblast zaměřená na práci, oblast zaměřená na společenský život a jeho omezení, oblast zaměřená na bolest a oblast zaměřená na pocity pacientů.

Nyní se budu věnovat výsledkům mého výzkumu. Pacienti s provedenou PTCA hodnotí své celkové zdraví jako zlepšené. Daný výsledek se odráží i v dalších otázkách týkajících se zdraví či zdravotního stavu, jeho vnímání, pohledu do budoucna a porovnání s ostatními lidmi. Tento okruh otázek (otázky 1, 2 a 11) můžeme tedy hodnotit pozitivně. V oblasti zaměřené na fyzickou činnost a její zvládání (otázka 3) došlo také ke zlepšení, a to převážně v podotázkách týkajících se činností lehce až středně namáhavých. Nezanedbatelný výsledek v posunu k lepšímu, je i v oblasti omezení pacientů usilovnými činnostmi. V otázkách zabývajících se prací (otázka 4 a 5), jejím omezením ve smyslu zdravotních obtíží i obtíží emocionálních, jsem dospěla k závěru, že čas, který pacienti věnovali své práci před PTCA a po ní se výrazně nezměnil, k zásadním změnám nedošlo ani v množství vykonané práce a pozornosti potřebné k práci. Změny nastaly v oblasti snížení potíží při práci po PTCA, což hodnotíme pozitivně. Z výsledků můžeme vyčíst, že provedení PTCA nemá velký vliv na pracovní výkonnost.

Otázky 6 a 10 jsou orientovány na společenský život a na jeho omezení vlivem zdravotních či emocionálních potíží. Můžeme říci, že došlo k určitému snížení potíží, které omezují společenský život pacienta v rodině či mezi přáteli. Další skupinou otázek, jsou otázky zaměřené na bolest (otázky 7 a 8 ). V těchto bodech došlo k výraznému poklesu výskytu bolestí, a to jak v její míře, tak při práci nebo běžné denní činnosti po provedené PTCA. Tento údaj hodnotím vysoce pozitivně. Soubor otázek 9 je zaměřen na pocity v posledních 4 týdnech (elán, energie, štěstí, pohoda a klid, nervozita, deprese, pesimismus, vyčerpání a únava). V souboru pozitivních emocí došlo ke zvýšení pozitivních odpovědí po provedené PTCA. U negativních pocitů došlo ke snížení odpovědí po provedené PTCA.

Z uvedených výsledků vyplývá, že u mého souboru pacientů došlo ve všech zkoumaných oblastech ke zlepšení kvality života, i když v některých oblastech méně (otázka 9 a 5) a v některých oblastech naopak výrazně (otázky 7 a 8). U těchto pacientů byl účinně odstraněn zdroj obtíží, stenóza koronární tepny, který pacienty předtím handicapoval.

Všeobecně lze říci, že pacienti po PTCA výrazně profitují z odstranění příčiny somatických potíží, ale podle předpokladu nedochází k tak výraznému zlepšení kvality života v oblastech zaměřených na emocionální aspekty.

Předložená práce má i svá omezení, např. jedná se o malý soubor pacientů a krátký časový odstup pro kontrolu. Stálo by za to zkoumat i další oblasti, doporučovala bych například sexuální život nebo typ zaměstnání u jednotlivých pacientů, což tento dotazník neumožňoval. Myslím si, že pro další výzkum, by měl být stanoven delší časový interval pro vyplnění druhého dotazníku, aby došlo k větší objektivizaci stávajících výsledků.

## ZÁVĚR

Cílem této práce bylo za prvé přiblížit ischemickou chorobu srdeční její etiopatogenezi, diagnostiku, kliniku a léčbu. Za druhé ozřejmit pojem kvalita života a za třetí porovnat kvalitu života pacientů před a po PTCA.

Ischemická choroba srdeční je akutní nebo chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé na podkladě nedostatečného krevního zásobení myokardu při postižení věnčitých tepen. Zásadní prognostický a terapeutický význam má rozlišení, zda se jedná o formu akutní (nestabilní) či chronickou (stabilní). Diagnostiku ICHS můžeme rozdělit na metody neinvazivní a invazivní. Léčebné schéma je u různých typů ICHS poněkud odlišné, i když obecné principy jsou společné. Péče o nemocné s ischemickou chorobou srdeční je založena na snaze o zastavení nebo regresi aterosklerotických změn, snížení frekvence a intenzity intermitentních ischemií medikamentózní nebo revaskularizační léčbou, prevenci trombotických komplikací a prevenci maligních arytmií. Cílem těchto léčebných opatření není jen odstranění příznaků, ale i zlepšení životní prognózy a snížení mortality nemocných. Farmakologická a režimová opatření vedoucí k zamezení vzniku ischemie myokardu jsou pro nemocného nesmírně důležitá, neboť vedou ke zlepšení kvality života, snižuje se počet nutných hospitalizací, indikuje se méně invazivních vyšetření a následně i méně intervenčních zákroků.

Obecně se kvalitou života rozumí jednotlivcovo vnímání, prožívání a hodnocení svého života. Jde tedy o pocit daný rozdílem přání a míry jejich splnění během života. Hodnocení kvality života u pacientů je obohacením dosavadních způsobů hodnocení průběhu a výsledků léčby zaměřených spíše na somatické aspekty.

V dostupné domácí literatuře jsem nenašla práce, které by cíleně zkoumaly kvalitu života u pacientů po koronární angioplastice, proto jsem se pokusila zmapovat změny v kvalitě života u vybraného souboru pacientů (muži mezi 50-60 lety). Zjistila jsem, že se změnila jejich kvalita života. Ke změnám došlo ve všech oblastech (vnímání zdraví, fyzická činnost, práce, společenský život, bolest a pocity), i když v některých oblastech méně a naopak v jiných výrazně. Nejvýraznější změna nastala v oblasti, která se zabývá bolestí. U zkoumaného souboru pacientů bolest prakticky vymizela nebo je jen mírná a nadále pacienty neobtěžuje v práci ani v osobním životě. U těchto pacientů byl účinně odstraněn zdroj obtíží, stenóza koronární tepny, který pacienty předtím handicapoval. Vlivem provedené koronární angioplastiky se změnilo i vnímání vlastního zdraví pacienty a pohled do budoucna z hlediska vývoje zdraví. Dotazovaní muži považují své zdraví za dobré či velmi dobré, subjektivně ho vnímají jako většinou perfektní a více jak polovina je přesvědčena, že nedojde ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Tento posun k lepšímu v dané oblasti, můžeme přisoudit vymizením bolestí, které pacienta

limitovali před provedením koronární angioplastiky, tím se zlepšila nálada pacientů, vymizela nervozita a deprese a více dotázaných pocíťovalo klid a pohodu. Z výzkumu nadále vyplývá, že pokud pacienty obtěžovaly emocionální potíže, při práci nebo v osobním životě, tak došlo jen k nepatrným změnám k lepšímu po provedené koronární angioplastice.

Domnívám se, že z práce vyplývá potřeba důslednější a účinnější psychické podpory, protože v otázkách zaměřených na psychiku nedošlo k tak výrazným změnám k lepšímu, jako v otázkách, které jsou zaměřeny na oblast somatickou. Obecně lze říci, že pacienti, kteří podstoupili provedení koronární angioplastiky, významně profitují z tohoto zákroku a došlo u nich ke zlepšení kvality života. To by však nemělo vést k bagatelizaci onemocnění a opomíjení zásad sekundární prevence ICHS samotnými pacienty.

## Seznam použité literatury

- ASCHERMANN, M., a kol., *Kardiologie I.díl.*, Praha: Galén (2004), ISBN 80-7262-290-0.
- ASCHERMANN, M., a kol., *Kardiologie II.díl.*, Praha: Galén (2004), ISBN 80-7262-290-0.
- KLENER, P., et al., *Vnitřní lékařství*, Praha: Galén (1999), ISBN 80-7262-007-X.
- DOENGES, MARILYNNE, E., MOORHOUSE, MARY, FRANCES, *Kapesní průvodce zdravotní sestry*, Praha: Grada Publisching (2001), ISBN 80-247-0242-8.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Pozitivní psychologie*, Praha: Portál (2004), 80-7178-835-X.
- WIDIMSKÝ, J., *Farmakoterapie ischemické choroby srdeční*, Praha: Grada Publisching (1997), ISBN 80-7169-273-5
- CHROBÁK, L., a kol., *Propedeutika vnitřního lékařství*, Praha: Grada Publisching (2003), ISBN 80-247-0609-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publisching (2002), ISBN 80-247-0179-0.
- VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, Praha: Portál (2003), ISBN 80-7178-740-X.
- SBORNÍK PŘÍSPĚVKU Z KONFERENCE, KONANÉ 25.10.2004 V TŘEBONI, *Kvalita života*, Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2004), ISBN 80-86625-20-6.
- VRÁBLÍKOVÁ, K., VRÁBLÍK, M., *Kapesní průvodce prevencí ischemické choroby srdeční*, Praha: Triton (2003), ISBN 80-7254-437-3.
- HARTL, PAVEL, HARTLOVÁ, HELENA, *Psychologický slovník (2000)*, Praha:Portál (2000) str. 284, ISBN 80-7178-303-X.
- <http://heart.bmjjournals.com/cgi/content/abstract/83/6/641> 12.4. 2006
- BOSWORTH, HB., SIEGLER, IC., OLSEN, MK., et al., *Quality of Life Research* 9 (2000), No 7, P 829 – 839, Social support and quality of life in patients with coronary artery disease, Netherlands: Kluwer academic publishers, ISSN 829-839.
- STEL, VAN, HF., BUSKENS, E., *Health and quality of life outcomes* (2006) No 4, Comparison of the SF-6D and the EQ-5D in patients with coronary heart disease, Netherlands: BioMed central Ltd., ISSN 1477-7525.
- NORRIS, CM., GHALI, WA., GALBRATH, PD., et al., *Health and quality of life outcomes* (2003, 1:26), Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services, BioMed central Ltd.

- ASADI-LARI, M.,PACKMAN,C., GRAY, D., *Health and quality of life outcomes*,  
(2003, 1:57), Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease, BioMed  
central Ltd.
- NORRIS, CM., GHALI, WA., GALBRATH, PD., et al., *Health and quality of life outcomes*  
(2004, 2:21), Women with coronary artery disease report worse health - related quality of life  
outcomes compared to men, BioMed central Ltd.
- KIESSLING, A., HERIKSSON, P., *Quality of life research 13*(2004), Perceived cognitive  
function is a major determinant of health related quality of life in a non selected population  
of patients with coronary artery disease - a principal components analysis, Netherlands:  
Kluwer academic publisher.
- WHOQOL, MEASURING QUALITY OF LIFE (1997), WHO, MSA/MNH/97.4, GENEVA,  
SWITZERLAND
- [WHO QOL Group: WHO QOL Study Protocol. Geneva. WHO 1993.](#)



## **Přílohy**

### **Příloha A**

## **DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU**

**NÁVOD:** V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte.

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:

(zakroužkujte jedno písmeno)

Výtečné	A
Velmi dobré	B
Dobré	C
Docela dobré	D
Špatné	E

2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

(zakroužkujte jedno písmeno)

Mnohem lepší než před rokem	A
Poněkud lepší než před rokem	B
Přibližně stejné jako před rokem	C
Poněkud horší než před rokem	D

3. Následující otázky se týkají činností, které děláte během svého typického dne.

Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno písmeno na každé řádce)

<b><u>ČINNOSTI</u></b>	<b>Ano, omezuje hodně</b>	<b>Ano, omezuje trochu</b>	<b>Ne, vůbec neomezuje</b>
a. Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	A	B	C
b. Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	A	B	C
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	A	B	C
d. Vyjít po schodech několik pater	A	B	C
e. Vyjít po schodech jedno patro	A	B	C
f. Předklon, shýbání, poklek	A	B	C
g. Chůze asi jeden kilometr	A	B	C
h. Chůze po ulici několik set metrů	A	B	C
i. Chůze po ulici sto metrů	A	B	C
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	A	B	C

4. Trpěl jste některými z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti  
v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím

(zakroužkujte jedno písmeno na každé řádce)

	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
a. Zkrátil jste čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	A	B
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)	A	B
c. Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce		

nebo jiných činností?	A	B
d. Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	A	B

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. Zkrátil se čas, který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	A	B
b. Udělal(a) jste méně než jste chtěl(a)?	A	B
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný(á) než obvykle?	A	B

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno písmeno)

Vůbec ne	A
Trochu	B
Mírně	C
Poměrně dost	D
Velmi silně	E

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno písmeno)

Žádné	A
Velmi mírné	B
Mírné	C
Střední	D
Silné	E
Velmi sil	F

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno písmeno)

- |              |   |
|--------------|---|
| Vůbec ne     | A |
| Trochu       | B |
| Mírně        | C |
| Poměrně dost | D |
| Velmi silně  | E |

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám dařilo v minulých 4 týdnech.

U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítil(a).

Jak často v minulých 4 týdnech

(zakroužkujte jedno písmeno na každé řádce)

	<b>Pořád</b>	<b>Většinou</b>	<b>Dost často</b>	<b>Občas</b>	<b>Málokdy</b>	<b>Nikdy</b>
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?	A	B	C	D	E	F
b. jste byl(a) velmi nervózní?	A	B	C	D	E	F
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	A	B	C	D	E	F
d. jste pociťoval(a) klid a pohodu?	A	B	C	D	E	F
e. jste byl(a) pln(a) energie?	A	B	C	D	E	F
f. jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	A	B	C	D	E	F
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	A	B	C	D	E	F
h. jste byl(a) šťastný(á)?	A	B	C	D	E	F
i. jste se cítil(a) unaven(a)?	A	B	C	D	E	F

10. Uveďte, jak často v minulých 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

(zakroužkujte jedno písmeno)

Pořád	A
Většinu času	B
Občas	C
Málokdy	D
Nikdy	E

11. Zvolte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

(zakroužkujte jedno písmeno na každé řádce)

	Určitě ano	Většinou ano	Nejsem Si jist	Většinou ne	Určitě ne
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	A	B	C	D	E
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	A	B	C	D	E
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	A	B	C	D	E
d. Mé zdraví je perfektní	A	B	C	D	E

## Příloha B

Kontroly po koronarografii dne.....

Jméno, příjmení:..... rodné číslo .....

Příjezd z katetr.lab. na oddělení:.....hod.

Ordinace:

Pít 2,5 litru tekutin

leží, kontroly po katetrizaci dle následného protokolu

TK	puls	tříslo
čas: 0 min.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 15 min..... mmHg..... min.		krvácí/nekrvácí
čas: 30 min..... mmHg..... min.		krvácí/nekrvácí
čas: 45 min.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 60 min..... mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 90min.....mmHg..... min.		krvácí/nekrvácí
čas: 120 min..... mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 3 hod.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 4 hod.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 5 hod.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí
čas: 6 hod.....mmHg.....min.		krvácí/nekrvácí

sejmutí bandáže z třísla.....hod.

klid na lůžku do.....hod.

## **Seznam použitých zkratk**

**ACE** -angiotensin konvertující enzym

**APTT** - aktivovaný parciální tromboplastinový čas

**CCS** – Canadian Cardiovascular Score

**CK** - kreatinkináza

**CK-MB** - izoenzym kreatinkinázy

**EKG** - elektrokardiogram

**ICHS** - ischemická choroba srdeční

**INR (PT, Quickův test)** - protrombinový čas

**PTCA** - perkutánní transluminální koronární angioplastika

Kvalita života nemocných před a po perkutánní transluminální koronární angioplastice  
Life Quality of Middle – aged Patients (men) before and after Percutaneous Coronary  
Intervention (PCI)

## **Souhrn**

Výzkum upozorňuje na skutečnost, že téma pacienti po PTCA a jejich kvalita života je oblast málo prozkoumaná. Práce je členěna do dvou částí. Teoretická část je zaměřena na ischemickou chorobu srdeční, její etiopatogenezi, diagnostiku, kliniku a léčbu. Část empirická je zaměřena na pojem „kvalita života“, její definice a metody diagnostiky a na vlastní výsledky výzkumu.

V práci byl použit standardizovaný dotazník SF-36. Zkoumání byli muži mezi 50-60ti lety, kterým byla provedena PTCA. Z výsledků vyplývá potřeba důslednější psychické podpory, protože v otázkách zaměřených na psychiku nedošlo k výrazným změnám k lepšímu, jako v otázkách, které jsou zaměřeny na oblast somatickou. Obecně lze říci, že pacienti, kteří podstoupili provedení koronární angioplastiky, významně profitují z tohoto zákroku a došlo u nich ke zlepšení kvality života.

## **Resume**

The main topic of this research is to show the fact that there are no works about quality of life of patients before and after PCI in Czech Republic. The work has two parts. The first part is theoretical, it describes ischemic heart disease, its etiology, diagnose, clinic symptoms and therapy. The second empirical part is concentrated on the quality of life it self, its definition and its diagnostic methods and on own results of the research.

There has been used the standardized questionnaire SF-36 in the work. The middle aged men (50-60 years old) which undergone PCI were the target population of the research. The results show the need of deep psychological support, because the questions concentrated on mentality did not result in better state, on the other hand questions from somatic field so. Generally is to be told, the patients after PCI profited eminently of this application and the quality of life increased rapidly.