



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Podpora pacientů indikovaných k aortokoronárnímu
bypassu**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Eliška Kalvasová

Vedoucí práce: Mgr. Iva Šafaříková, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Podpora pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Podpis

Poděkování

Nejdříve bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Ivě Šafaříkové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a odbornou pomoc, kterou mi poskytovala při zpracování této bakalářské práce a za čas, který mi věnovala. Poděkování také patří všem informantům, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli potřebné informace pro zdárné dopracování mé práce. Na závěr bych chtěla vyjádřit velké díky své rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

Podpora pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývala podporou pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu (CABG) a jejich spokojeností s ní. Psychická podpora pacientů hrála důležitou roli v předcházení komplikací, a proto bylo důležité, se na pacienta jako na holistickou bytost zaměřit.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit způsob edukace pacientů, zmapovat znalosti v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vedlo k indikaci aortokoronárního bypassu a zjistit míru duševní podpory pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu. Pro dosažení cílů bylo užito kvalitativní metody šetření, kdy data byla dále získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty po aortokoronárním bypassu. Rozhovor byl proveden celkem s 10 pacienty právě po tomto výkonu.

Výsledek výzkumného šetření poukázal na to, že pacienti neměli dostatek informací ohledně zdravého životního stylu, jehož nedodržování vedlo k indikaci aortokoronárního bypassu. Dalším nedostatkem vyplývajícím z našeho výzkumu byl fakt, že pacienti před výkonem neměli dostatečnou psychickou podporu i přes skutečnost, že byla pro fyzické zdraví tolik důležitá. Co ovšem vyšlo z našeho výzkumu uspokojivě, byla edukace pacienta zdravotním personálem. Výzkum ukázal, že personál prováděl dostatečně kvalitní a dostačující edukaci ve formě ústní, ale i demonstrativní. Velice pozitivně byla ze strany pacientů hodnocena v rámci edukace informační brožura pro pacienty podstupující operaci srdce, kterou všichni před výkonem obdrželi.

Na základě výsledků lze doporučit, že by bylo vhodné v rámci proškolení personálu apelovat na nutnost a potřebu pacienty v době hospitalizace psychicky podpořit a nabídnout jim psychickou podporu.

Klíčová slova

Aortokoronární bypass; CABG; edukace; informovanost pacientů; ischemická choroba srdeční; psychická podpora; revaskularizace myokardu; zdravý životní styl

Support of the patients indicated for coronary artery bypass graft surgery

Abstract

The bachelor thesis deals with the support of patients indicated for coronary artery bypass graft (CABG) surgery and their satisfaction with it. Psychological support of patients played an important role in preventing complications and therefore it was important to focus on the patient as a holistic human being.

The objective of this bachelor thesis was to find out the method of patient education; to map the knowledge of healthy lifestyle, non-adherence to which led to indication of coronary artery bypass graft surgery; and to find out the level of mental support of patients indicated for coronary artery bypass graft surgery. To achieve these objectives, a qualitative investigation method was used, where data was further collected through semi-structured interviews with patients after coronary artery bypass graft surgery. A total of 10 patients were interviewed just after this procedure.

The result of the research investigation which indicated that patients had not enough information regarding a healthy lifestyle, non-adherence to which led to the indication of coronary artery bypass graft surgery. Another shortcoming resulting from our research was the fact that patients had not have enough psychological support before the procedure, despite the fact that it was so important for physical health. However, the patient education by medical staff was satisfactory in our research. The research showed that the staff provided sufficient and good quality education in verbal as well as demonstrative form. The information booklet for patients undergoing cardiac surgery, which they all received before the procedure, was very positively evaluated by the patients as part of the education.

According to the results, it was recommended that it would be appropriate to appeal to the necessity and need to offer psychological support to patients during their hospitalization as part of staff training.

Key words

CABG; Coronary artery bypass graft surgery; education; healthy lifestyle; ischaemic heart disease; myocardial revascularisation; patient awareness; psychological support

Obsah

1	Současný stav	9
1.1	Základy anatomie srdce	9
1.2	Základy anatomie cév.....	10
1.3	Ischemická choroba srdeční.....	11
1.3.1	Formy ischemické choroby srdeční.....	11
1.3.2	Etiologie a patogeneze.....	14
1.3.3	Rizikové faktory	14
1.3.4	Klinické projevy a diagnostika	15
1.3.5	Ateroskleróza	16
1.4	Aortokoronární bypass.....	17
1.4.1	Indikace	17
1.4.2	Kardiologické vyšetření	18
1.4.2.1	Anamnéza	18
1.4.2.2	Fyzikální vyšetření.....	19
1.4.2.3	Elektrokardiografie	19
1.4.2.4	Selektivní koronarografie	19
1.4.3	Předoperační péče	19
1.4.4	Průběh operačního výkonu (aortokoronárního bypassu)	20
1.4.4.1	Cévní štěpy.....	21
1.4.5	Komplikace	21
1.4.6	Pooperační péče.....	22
1.5	Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta indikovaného k aortokoronárnímu bypassu	23
1.5.1	Role sestry v předoperační péči o pacienta indikovaného k aortokoronárnímu bypassu	24
1.5.2	Role sestry v pooperační péči o pacienta po aortokoronárním bypassu.....	25
1.6	Režimová opatření u pacienta po aortokoronárním bypassu.....	25
1.6.1	Správná životospráva	26
1.6.2	Farmakologická opatření.....	28
1.7	Prevence kardiovaskulárních onemocnění	29
2	Cíle práce a výzkumné otázky	30
2.1	Cíle práce.....	30

2.2	Výzkumné otázky	30
3	Metodika.....	31
3.1	Metodika výzkumu a technika sběru dat	31
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	31
3.3	Sběr dat	31
3.4	Analýza dat.....	31
4	Výsledky výzkumu.....	32
4.1	Kategorizace výsledků.....	32
4.2	Kategorie: Základní identifikační údaje pacientů.....	33
4.3	Kategorie: Životní styl pacientů.....	35
4.3.1	Podkategorie: Preventivní prohlídky.....	35
4.3.2	Podkategorie: Aktivita.....	36
4.3.3	Podkategorie: Strava.....	36
4.3.4	Podkategorie: Pitný režim	37
4.3.5	Podkategorie: Kouření	38
4.3.6	Podkategorie: Alkohol.....	38
4.4	Kategorie: Míra a kvalita podaných informací	39
4.4.1	Podkategorie: Informace o životním stylu vedoucí k aortokoronárnímu bypassu 39	
4.4.2	Podkategorie: Informace o důvodu, průběhu a komplikacích aortokoronárního bypassu 41	
4.4.3	Podkategorie: Edukace pacientů sestrou.....	42
4.5	Kategorie: Psychický stav pacientů a jeho podpora.....	44
4.5.1	Podkategorie: Psychický stav před aortokoronárním bypassem.....	44
4.5.2	Podkategorie: Psychický stav pacientů po aortokoronárním bypassu	46
4.5.3	Podkategorie: Míra podpory psychického stavu pacientů zdravotnickým pracovníkem.....	47
5	Diskuze.....	48
6	Závěr	55
7	Seznam použitých zdrojů	57
8	Seznam příloh	64
9	Seznam zkratk.....	69

ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje podpoře pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu (CABG). CABG je chirurgický výkon, který spočívá v přemostění zúžené části věnčité (koronární) tepny cévním štěpem. Tento výkon má za cíl přivést krev do té části srdce, která není díky zúžené koronární tepně dostatečně zásobena krví.

CABG, jakožto výkon prováděný na srdci, představuje pro pacienta velkou fyzickou, ale především psychickou zátěž. Pacienti jsou tedy vystaveni velkému riziku vzniku úzkostí či depresí. Proto je důležité v rámci předoperační péče psychický i fyzický stav pacientů stabilizovat. Stabilizací stavu eliminujeme případné možné nežádoucí komplikace.

Právě sestra představuje důležitou roli v podpoře o pacienta, a to jak v péči předoperační, tak v péči pooperační. Sestra se stará o již zmiňovanou psychickou přípravu pacienta, která nesmí být pro svou důležitost opomíjena. Během této přípravy je důležité, aby sestra získala pacientovu důvěru. Dosáhne toho tak, že pacienta seznámí s oddělením, průběhem celé hospitalizace, vyslechne si pacientovy potřeby, pocity a tak dále. Psychický stav pacienta je důležitou složkou, a proto o něj zdravotnický personál pečuje po celou dobu hospitalizace nejen před již zmiňovaným chirurgickým výkonem. Součástí předoperační péče je i fyzická příprava pacienta, o kterou se stará také sestra. Fyzická příprava pacienta zahrnuje hygienickou péči (celková koupel, příprava operačního pole), nácvik pooperační rehabilitace (dechová rehabilitace, nácvik včasné vertikalizace po výkonu), prevenci tromboembolické nemoci (aplikace nízkomolekulárního heparinu, kompresní punčochy), monitoraci fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, tělesná teplota), dále sestra dle ordinace lékaře aplikuje premedikaci (úvod do anestézie) a antibiotika.

Po výkonu přichází pooperační období, kde také hraje sestra velkou roli v podpoře pacienta. Jelikož je kladen velký důraz na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, je sestra pacientovi ve všech oblastech oporou. Důležitou složkou je, aby pacient, který opouští nemocniční zařízení byl po tomto výkonu seznámen s režimovými opatřeními, která je důležité dodržovat a řídit se jimi.

1 Současný stav

1.1 Základy anatomie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který díky rytmickému stahu srdce (systole) a ochabnutí (diastole), vhání krev do cévního řečiště, následně poté je krev rozváděna do celého těla. Tyto stahy srdce zajišťuje srdeční svalovina tzv. *myokard*. Srdce je přibližně stejně velké, jako pěst člověka, kterému srdce náleží. Mluvíme tedy o hmotnosti zhruba 230 g až 340 g. Srdce je uloženo v mezihrudí (mediastinu) v pouzdře z vazivové tkáně (perikardu)

a skládá se ze čtyř srdečních dutin. Mezi srdeční dutiny patří pravá předsíň (atrium dextrum) a pravá komora (ventriculus dexter), levá předsíň (atrium sinistrum) a levá komora (ventriculus sinister). Dutiny srdce jsou od sebe odděleny chlopněmi, které zajišťují jednosměrný tok krve (Fiala et al., 2015; Čihák, 2016).

Srdce je uložené ve vazivovém vaku obklopujícím srdce nazývaném osrdečník neboli *pericardium*. Srdeční stěnu tvoří tři vrstvy. Vnitřní vrstvu srdce tvoří srdeční nitroblána, kterou nazýváme *endocardium*. Tato srdeční výstelka je hladká, různě silná blána vystylající srdeční dutiny. Endokard v předsíních je silnější než v komorách. Střední a zároveň nejsilnější vrstva srdce, která tvoří základ srdečních dutin, se nazývá *myocardium* neboli také srdeční svalovina. Jedná se o příčně pruhovanou svalovinu, která nelze ovládat vůlí. Schopnost myokardu je kontrakce v systole a zároveň relaxace v diastole. Vazivový povlak srdeční stěny nazýváme *epicardium*. Mezi epikardem a perikardem se nachází dutina obsahující přibližně 20-50 ml tekutiny, která umožňuje hladký pohyb epikardu a perikardu (Fiala et al., 2015; Čihák, 2016).

Krevní oběh

Oběhový systém nebo také krevní oběh je tvořen srdcem a soustavou cév, který slouží k rozvodu krve do celého těla. Krevní oběh můžeme rozdělit na 4 podsystémy – tepenný, žilní, kapilární a plicní oběh. Tepenný oběh – vede krev od srdce, žilní oběh – přivádí krev k srdci, kapilární oběh – kvůli tenké stěně kapilár zde probíhá výměna živin, kyslíku a odpadních látek mezi krví a tkáněmi, plicní oběh – žíly a tepny zajišťují oběh krve mezi srdcem a plícemi (Fiala et al., 2015).

Malý krevní oběh

Malý krevní oběh neboli také plicní oběh je část krevního oběhu, jehož funkcí je v plicích okysličit krev. Malý krevní oběh je v porovnání s velkým krevním oběhem charakterizován nižším tlakem (Čihák, 2016).

Plicní oběh začíná v pravé srdeční komoře (ventriculus dexter), odkud je odkysličená krev vedena přes poloměsíčitou chlopeň (valva pulmonalis) do plicního kmene (truncus pulmonalis). Krev dále postupuje do dvou plicních tepen (arteria pulmonalis) a odtud je vedena do plic (pulmo). Krev se v plicích okysličí a přes 4 plicní žíly (vene pulmonalis) přitéká zpět do srdce, konkrétně do levé srdeční síně (atrium sinistrum) (Čihák, 2016).

Velký krevní oběh

Funkce velkého (tělního) krevního oběhu je výživa a rozvod kyslíku po celém těle, včetně všech orgánů (Fiala et al., 2015).

Tělní oběh začíná v levé komoře (ventriculus sinister), odkud je okysličená krev vedena přes aortální chlopeň (valva aorte) do aorty (aorte). Z oblouku aorty odstupují věnčité (koronární) tepny, párové krkavice a párové tepny vedoucí do horních a dolních končetin. Odkysličená krev se do srdce vrací horní a dolní dutou žilou (venae cava superior et inferior). Tělní oběh končí v pravé síni (atrium dextrum) (Fiala et al., 2015).

1.2 Základy anatomie cév

Cévní systém lidského těla je uzavřený systém trubic, který je součástí kardiovaskulárního a lymfatického systému. Cévy dělíme na tepny (arterie), žíly (venae) a vlásečnice (kapiláry). Cévy rozvádějí krev ze srdce do celého těla a naopak. Tepna je céva vedoucí krev ze srdce a žíla vedoucí krev do srdce. Cévní systém zprostředkovává látkovou výměnu, rozvádí kyslík a živiny do tkání (Fiala et al., 2015). Stěna každé tepny se skládá ze tří vrstev. Vnitřní vrstva (tunica intima), střední vrstva (tunica media) a vrstva vnější (tunica externa). Tunica intima jinak také endotel tvoří nesmáčivý povrch cév, který zabraňuje tvorbě trombu. Tunica media je střední a zároveň nejsilnější vrstva tvořená hladkou svalovinou a tunica externa je povrch cévy tvořený z vaziva (Čihák, 2016).

1.3 Ischemická choroba srdeční

Pro srdeční svalovinu (myokard) stejně jako pro každou tkáň lidského těla je důležitý neustálý přísun kyslíku. Vlivem změn na koronárních arteriích vzniká stav hypoxie myokardu (nedostatek kyslíku v srdeční svalovině), který vede k nedokrvení (ischemii) myokardu (Sovová et al., 2014; Tóthová et al., 2019).

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je souhrnné označení chorob, kdy společným znakem je nedokrvenost myokardu na základě patologického procesu v koronárním řečišti (Klener, 2011). Kardiovaskulární onemocnění (KVO) je v posledních letech nejčastější příčinou úmrtí v České republice (ČR), pohybuje se okolo 56-58 % všech úmrtí. ICHS tvoří z kardiovaskulární úmrtnosti více než 50 % (Bulava, 2017).

1.3.1 Formy ischemické choroby srdeční

ICHS dělíme na akutní a chronické formy. Akutní formy ICHS obsahují nestabilní anginu pectoris, akutní infarkt myokardu (AIM) a náhlou srdeční smrt (NSS). Mezi formy chronické ICHS patří stabilní angina pectoris, vazospastická angina pectoris, němá ischemie a syndrom X (mikrovaskulární angina pectoris) (Sovová et al., 2014).

Chronické formy ischemické choroby srdeční

Angina pectoris

Angina pectoris (AP) je jednou z forem ICHS. AP se projevuje typickou tlakovou, svíravou bolestí za hrudní kostí (stenokardie), která vyzařuje do levého ramene, do spodní čelisti. Bolest vzniká nejčastěji po námaze (Sovová et al., 2014).

Klasifikace stupně závažnosti anginy pectoris dle Kanadské kardiovaskulární společnosti (CCS):

- I. Stupeň – stenokardie při protrahované či mimořádně těžké námaze
- II. Stupeň – stenokardie při běžné námaze
- III. Stupeň – stenokardie je vyvolána menší než běžnou námahou
- IV. Stupeň – stenokardie je přítomna v klidu nebo při minimální námaze (Němec et al., 2006)

Léčba AP zahrnuje léčbu antiangiózní (betablokátory, nitráty, lokátory kalciového kanálu), antiagreganční (kyselina acetylsalicylová) a léčbu rizikových faktorů (antihypertenziva, antidiagnostika, hypolipidemika). Základem léčby je snaha o zlepšení prognózy pacienta (Sovová et al., 2014).

Vazospastická angina pectoris

Vazospastická AP původně variantní AP je charakteristická spasmy (kontrakce, stah) epikardiální části koronárních tepen. Spasmus se nejčastěji objevuje v klidu a v ranních hodinách. Příčina spasmů není známa jsou však popisovány příčiny, jako je kouření, porucha metabolismu magnesia nebo endoteliální dysfunkce. Pacienti s druhem této AP jsou ohroženi vznikem arytmií a NSS. Základem léčby jsou nitráty a lokátory kalciového kanálu. Při léčbě se nedoporučují betablokátory vzhledem k riziku zhoršení spasmů (Sovová et al., 2014).

Syndrom X

Syndrom X zahrnuje pacienty s normálním koronarografickým nálezem a průkazem ischemie při zátěži (ergometrie). Příčina tohoto syndromu bývá porucha drobných arteriol (mikrovaskulární angina pectoris). Příznak syndromu X je stenokardie trvající déle než u AP, stenokardie vzniká v klidu a účinek nitroglycerinu se nedostavuje. Léčba bývá často obtížná, neboť se u mnoha pacientů nedaří příznaky ovlivnit, v léčbě lze však zkusit účinek nitrátů a kalciové antagonisty (Sovová et al., 2014; Bulava, 2017).

Němá ischemie

Němá ischemie je častá u pacientů, kteří jsou zcela bezpříznakové nebo u pacientů se známou AP i po infarktu myokardu (IM). Tuto diagnózu u pacientů objevíme většinou zcela náhodně pomocí elektrokardiografie (EKG) vyšetření, pomocí Holterovy monitorace EKG a u rizikových pacientů cíleně pomocí zátěžových testů. U rizikových pacientů je velice důležité, po němé ischemii cíleně pátrat, neboť nepřítomnost stenokardií neznamená lepší prognózu, naopak pacient může zemřít NSS. Němá ischemie bývá často přítomna u pacientů s diabetes mellitus, vysokým krevním tlakem (TK) a u nemocných, kteří prodělali IM. Není jisté, jestli cílená léčba zlepšuje prognózu, avšak ordinuje se léčba stejná jako u AP (Sovová et al., 2014; Bulava, 2017).

Akutní formy ischemické choroby srdeční

Nestabilní angina pectoris

„Nestabilní angina pectoris je definována jako nově vzniklá klidová nebo námahová angina pectoris do 4 týdnů od vzniku, zhoršení již existující anginy (vyšší frekvence potíží, vyšší intenzita bolestí nebo prodloužení bolestí) nebo klidová stenokardie” (Sovová et al., 2014, s. 100). Důvod vzniku nestabilní anginy pectoris je fisura aterosklerotického plátu. V místě narušení se přichycují krevní destičky a následně se vytváří krevní sraženina (obr. 1). Krevní sraženina (trombus) snižuje průtok krve postiženou cévou. Snížený průtok krve zapříčiňuje ischemii (nedokrvenost) myokardu. Náhlé přerušování přísunu živin do myokardu se projevuje svíravou a pálivou bolestí za hrudní kostí stejně jako při AP námahové. Tato bolest však přichází bez námahy a nekončí během několika minut. Nestabilní AP je důvodem k vyhledání odborné pomoci. Tento stav může přejít až v AIM (Sovová et al., 2014; Klener et al., 2014).

Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu (AIM) je charakterizován nekrózou myokardu, která vzniká při uzávěru nebo výraznému zúžení levé nebo pravé věnčité tepny. Uzávěr nebo zúžení tepny vzniká na podkladě aterosklerózy – trombu, embolu a spasmu cév. AIM může postihovat jakoukoli část srdce a je vedoucí příčinou mortality. Nejzávažnější a zároveň nejčastější je AIM levé komory. Při postižení 20 – 40 % myokardu může dojít ke vzniku srdečního selhání. Na velikost nekrózy má vliv velikost povodí koronární tepny, doba trvání uzávěru a aktuální stav oběhu (šok) (Kölbel et al., 2014; Sovová et al., 2014).

AIM můžeme rozdělit dle stupně postižení srdeční stěny na transmúární (postižení postihující celou tloušťku srdeční svaloviny) a netransmúární (postižení postihující srdeční sval jen do určité hloubky) a dle EKG obrazu na tzv. STEMI infarkt (z anglického ST Elevation Myocardial Infarction), u kterého se na EKG objevují elevace ST úseku a na tzv. non STEMI infarkt (z anglického Non-ST Elevation Myocardial Infarction), u kterého je EKG – bez elevací ST úseku (Kölbel et al., 2014; Sovová et al., 2014).

Náhlá srdeční smrt

NSS je definována jako úmrtí do jedné hodiny od vzniku potíží (Klener et al., 2014). NSS je v 70% způsobena ICHS. Mechanismem bývá fibrilace komor, srdeční zástava

nebo ruptura myokardu (Sovová et al., 2014). V rámci sekundární prevence NSS se užívají betablokátory a u rizikových osob implantace implantabilního kardioverteru-defibrilátoru (ICD) (Klener et al. 2014).

1.3.2 Etiologie a patogeneze

Ischemie myokardu se objevuje ve chvíli, kdy jsou nároky na dodávku kyslíku vyšší než možnost perfuze. Porucha perfuze (průtok krve tkání, orgánem) může mít původ organický (ateroskleróza, trombus, embolie) nebo funkční (spasmus koronární tepny). Organické a funkční příčiny poruchy perfuze myokardu bývají často kombinované. Nejčastější příčinou ICHS je ateroskleróza věnčitých tepen. Ateroskleróza je chronické poškození cévní stěny charakterizované ukládáním tuků (Klener et al., 2014).

1.3.3 Rizikové faktory

KVO vzniká na základě působení několika rizikových faktorů. Rizikové faktory jsou ovlivnitelné a faktory neovlivnitelné. V rámci preventivních opatření bychom se měli na faktory ovlivnitelné zaměřit. Prevence KVO je velice důležitý proces, který by se měl dotýkat napříč celé populace (Rosolová et al., 2013).

ICHS je multifaktoriální onemocnění. Faktory, které se podílejí na vzniku ICHS lze také rozdělit na faktory osobnostní, biochemické, fyziologické a na faktory životního stylu. Mezi osobnostní faktory patří vyšší věk (55 let a výše, tato hranice se stále snižuje), mužské pohlaví (ženy mají vyšší riziko až po menopauze), pozitivní rodinná anamnéza ICHS, stres a deprese. Nezdravý způsob stravování, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, drog a nedostatek fyzické aktivity jsou faktory životního stylu, které vedou k ICHS. Biochemické a fyziologické faktory zahrnují hypercholesterolemie (vysoká hladina cholesterolu), diabetes mellitus (metabolické onemocnění cukrů, tuků a bílkovin), arteriální hypertenze (TK 140/90 mmHg a vyšší), centrální obezita (Bulava, 2017).

Na základě stanovení klasických rizikových faktorů jsou ženy rozděleny na tři skupiny (Piřha, 2011):

Vysoce rizikové

S přítomným KVO na podkladě aterosklerózy, v konečné fázi selhání ledvin, s diabetes mellitus či s 10letým rizikem kardiovaskulární příhody nad 10 %.

Rizikové

S přítomným alespoň jedním z následujících rizikových faktorů: kouření, s TK v systole nad 120 mmHg, nebo v diastole nad 80 mmHg, léčenou hypertenzí, centrální obezitou, špatnou fyzickou kondicí, přítomností preklinické aterosklerózy, gestační diabetes mellitus, těhotenská hypertenze.

V ideálním kardiovaskulárním stavu

Kdy žena musí splnit všechny následující podmínky: neléčený celkový cholesterol pod 5,2 mmol/l, systolický TK pod 120 mmHg a diabolický TK pod 80 mmHg, neléčenou lačnou glykemií pod 5,5 mmol/l, body mass index pod 25 kg/m², nekuřáctví, středně intenzivní fyzickou aktivitou alespoň 150 minut týdně, intenzivní alespoň 75 minut týdně, zdravé stravování.

1.3.4 Klinické projevy a diagnostika

Mezi hlavní příznaky ICHS je bolest na hrudi, bolest je typicky svíravá, pálivá (stenokardie), součástí bolesti může být tlak na hrudi, který vede k pocitu nedostatečnosti dechu (dušnosti). Bolest je lokalizována za sternem (hrudní kostí), objevuje se v prekordiu (oblast kolem srdce), v dolní čelisti, v horních končetinách a v ramenech. Pacient však může být i bez bolesti (němá ischemie). Bolest může trvat různě dlouho, od několika do desítek minut. Spouštěcím faktorem může být námaha, stres, chůze v mrazu a větru i pohlavní styk (Sovová et al., 2014).

Základním vyšetřením je EKG vyšetření. V případě, že se v klidovém EKG neprokáže ischemie, pokračuje se s 24 – 48 hodinovou Holterovou monitorovací EKG. V případě, kdy chceme ischemii vyvolat zvolí se postup zátěžového EKG (ergometrie). Jako další důležité vyšetření při ICHS je echokardiografie. Echokardiografie je klíčové vyšetření v kardiologii. K echokardiografii využíváme dva přístupy – transtorakální (TTE) a transezofagiální (TEE). TEE metoda využívá těsného sousedství jícnu a srdce. Při vyšetření se zavádí do jícnu ohebná sonda, na jejímž konci je ultrazvukový měnič. TTE metoda je ultrazvukové vyšetření srdce před hrudní stěnou. Mezi invazivní techniky patří selektivní koronarografie (SKG), kdy pomocí kontrastní látky zobrazujeme koronární řečiště a levou srdeční komoru (Sovová et al., 2014; Bulava, 2017; Táborský et al., 2021).

1.3.5 Ateroskleróza

Ateroskleróza neboli kornatění tepen vzniká na základě ukládání aterosklerotických plátů v cévní stěně. Ateroskleróza je chronické poškození cévní stěny charakterizované ukládáním tuků. Průtok krve do tkání je omezený, neboť tepenné stěny ztrácí svou pružnost, a tak orgány nejsou dostatečně zásobeny kyslíkem a může dojít k jejich poškození. Jde o hlavní příčinu KVO. Jedná se o progresivní, chronické a zánětlivé onemocnění provázené akumulací cholesterolu (Bulava, 2017).

Ateroskleróza začíná tzv. endoteliální dysfunkcí. Endoteliální dysfunkce je vyvolána chemickými a mechanickými faktory. Po narození má člověk tepny elastické a hladké, a proto krvi při průtoku nekladou velký odpor. Po celý život člověka je však stěna cév vystavena řadě vlivů, které narušují její celistvost po funkční i strukturální stránce. Kornatění cév je proces, který začíná v dětství a již ve věku 10 let jsou v cévách viditelné lipidové proužky. Gradace procesu kornatění cév probíhá ve středním věku. Tento proces je dále závislý na dalších vlivech (kouření, hypertenze, nesprávný životní styl, diabetes mellitus) (Táborský et al., 2021).

Projevy aterosklerózy

Ateroskleróza je dlouhodobě bezpříznaková, v pozdějším stádiu jsou příznaky závislé na tepenném úseku, který je postižen. V případě, že se aterosklerotický plát vyskytuje na mozkových tepnách, mohou se vyskytnout různé psychické změny, či může dojít až k cévní mozkové příhodě. Postiženy mohou být také tepny zásobující oko, v takovém případě dochází k postižení očního nervu (neuroretinopatie) a následně může dojít až k slepotě. Další tepny, které mohou být zasaženy, jsou tepny dolních končetin a tepny ledvin. V situaci, kdy dojde k postižení tepen nacházejících se v ledvinách rozvíjí se nefroskleróza (ztvrdnutí tepen ledvin), která končí až selháním ledvin. Pokud dojde k narušení integrity (celistvosti) tepen na dolních končetinách, projeví se bolestmi dolních končetin, chlad končetin, může dojít ke kulhání až k vzniku gangrény na končetinách. Posledním úsekem, který může být zasažen, je úsek srdečních (koronárních) tepen. V tomto případě dojde k rozvoji dvou forem ICHS, a to k selhávání levého srdce a k akutnímu IM. Tato skutečnost se projeví jako bolest na hrudi, úzkost, opocenosť, dušnosť, bledosť, zrychlený pulz a dýchání (Kölbel et al., 2014; Klener et al., 2014; Sovová et al., 2014).

1.4 Aortokoronární bypass

Aortokoronární bypass (CABG – Coronary Artery Bypass Graft) je základní chirurgická léčba ICHS. Tato metoda spočívá v přemostění zúžené části věnčité tepny cévním štěpem (obr. 2). Cílem výkonu je přivést krev do části srdečního svalu, která není dostatečně zásobena krví v důsledku zúžení koronární tepny. Revaskularizace (obnovení cévního zásobení) má pacientovi pomoci od příznaků onemocnění, minimalizovat riziko IM a předejít případným komplikacím (Slezáková et al., 2019; Souček et al., 2019).

Od původních žilních štěpů, se medicína stále více přiklání ke štěpům arteriálním, a to z důvodu dlouhodobé průchodnosti. Mezi nejčastěji používaný tepenný štěp patří štěp z levé prsní tepny (arteria mammaria interna) nebo z prsní tepny pravé (Golianová, 2012). Průchodnost mamárních tepen je po deseti letech 90-95 %, zatímco u žilních štěpů se průchodnost pohybuje okolo 50-60% (Němec et al., 2006; Kala et al., 2011).

1.4.1 Indikace

Indikace k CABG se řídí dle doporučení Evropské kardiologické společnosti (ESC) a Evropské asociace pro kardio-hrudní chirurgii (EACTS) a to dle dokumentu Doporučené postupy ESC/EACTS pro revaskularizace myokardu, 2018 (Mates et al., 2019). Dále je také závislá na výsledcích selektivní koronarografie (SKG), jedná se o rentgenové vyšetření koronárních tepen za pomoci kontrastní látky. Při indikaci k revaskularizaci myokardu vycházíme z hlediska klinického a anatomického. Na indikaci k operaci se podílí kardiochirurgové ve spolupráci s kardiology a kardioanesteziology (Němec et al., 2006; Veselka et al., 2015).

Mezi klinické indikace CABG patří:

- angina pectoris III až IV stupeň dle CCS refrakterní k medikamentózní léčbě
- nestabilní AP
- poinfarktová AP (do 4 týdnů po proběhlém IM)
- akutní ischemie myokardu po neúspěšné perkutánní koronární intervenci (PCI)
- akutní IM do 6 hodin od začátku anginózních bolesti
- kardiogenní šok na základě AIM

- plicní edém způsobený selháním levé komory na základě ischemie
- mechanické komplikace IM (Němec et al., 2006; Mates et al., 2019).

Mezi anatomické indikace CABG patří:

- stenóza kmene levé věnčité tepny
- nemoc 2 tepen, z nichž jedna je RIA (Ramus Interventricularis Anterior) – přední sestupná větev
- nemoc 3 tepen
- stenózy věnčitých tepen se zátěžovou ischemií u nemocných plánovaných k jiným operacím
- komplikace akutního IM (Němec et al., 2006; Mates et al., 2019).

1.4.2 Kardiologické vyšetření

Jde o komplexní odborné vyšetření kardiovaskulárního systému, jehož cílem je zachytit případné onemocnění srdce a zajistit včasnou a účelnou léčbu. Vyšetření zahrnuje odběr anamnézy pacienta, fyzikální vyšetření, základní odběry krve, rentgen srdce a plic (RTG S+P) v zadopřední projekci vleže, 12svodové EKG, echokardiografické vyšetření, SKG a další pomocné vyšetřovací metody (Lindner, et al., 2015; Navrátil, 2017).

1.4.2.1 Anamnéza

Anamnéza je důležitou a nedílnou součástí vyšetřovacího procesu pacienta. Musí být podrobná, a kromě základní diagnózy by měla být zaměřena na onemocnění, která by mohla ovlivnit průběh a výsledek operace (Lindner, et al., 2015). Jde o pohovor s pacientem, kdy se lékař ptá na anamnézu osobní, pracovní, rodinou, alergickou, farmakologickou, sociální, dále se také ptá na nynější onemocnění a jiné. V osobní anamnéze zjišťujeme rizikové faktory (kouření, alkohol, nadměrný příjem tuků, soli, nedostatek pohybu atd.), které by mohli přispět ke vzniku KVO. V rodinné anamnéze zjišťujeme výskyt kardiovaskulárních nemocí, rizikových faktorů aterosklerózy, hypertenzi a hyperlipidemii. V anamnéze se pacienta ptáme na hlavní příznaky srdečního postižení. Především se jedná o stenokardii, palpitaci (nepříjemně vnímané srdeční akce), synkopu, zvýšenou únavnost a dušnost (Navrátil, 2017).

1.4.2.2 Fyzikální vyšetření

Fyzikální vyšetření je součástí každé vstupní prohlídky po přijetí pacienta do nemocničního zařízení. Kompletní fyzikální vyšetření zahrnuje pohled, poslech, poklep a pohmat. Dále lékař kontroluje TK, pulz, výšku a váhu pacienta (Bartůněk et al., 2016). Pohledem můžeme zjistit otoky dolních končetin, klidovou dušnost, cyanózu, náplň krčních žil, patrnou pulzaci prekordia (srdeční krajina) a další. Při poslechu se lékař zaměřuje na poslech srdce a plic, diferenciální diagnostiku ozev a šelestů i nad všemi poslechu přístupnými tepnami v organismu (Navrátil, 2017; Plevová et al., 2021).

1.4.2.3 Elektrokardiografie

Jde o neinvazivní vyšetřovací metodu v kardiologii. *EKG* zachycuje potenciály vyvolané elektrickou srdeční činností, které se promítají na tělesný povrch. Tento záznam je pořízen elektrokardiogramem. Záznam elektrické aktivity srdce ukáže odchylky od pravidelného rytmu, poruchy tvorby nebo převodu vzruchu v srdečním svalu, ischemii jednotlivých částí srdce, starší poškození srdečního svaly, lokalizaci postižení a jeho rozsah (Karges, 2011; Haberl, 2012; Navrátil, 2017).

1.4.2.4 Selektivní koronarografie

SKG je vyšetření koronárních (věnčitých) tepen, které zásobují srdce. Jde o kontrastní rentgenologické vyšetření, které je indikováno při podezření na zúžení či uzávěr věnčitých tepen. SKG zobrazí průběh a průsvit věnčitých tepen, lokalizaci zúžení nebo uzávěru, počet a umístění postižených tepen a významnost zúžení (obr. 3). Výsledek SKG umožní lékaři naplánovat léčebný postup. Jedním ze způsobů pro zprůchodnění neprůchodných tepen a znovu obnovení dostatečného zásobení srdce je právě aortokoronární bypass. Další způsoby zprůchodnění věnčitých tepen je katetrizační zprůchodnění (angioplastika) a farmakologická léčba (stabilizace aterosklerotického plátu a rozpuštění sraženin) (Procházka et al., 2012; Sovová et al., 2014).

1.4.3 Předoperační péče

Pacient je k CABG indikován tzv. indikační komisí. Intervenční kardiolog, který u pacienta prováděl SKG je lékař, který téměř vždy u komise indikuje pacienta k operaci. Kardiolog prezentuje koronarografický nález včetně kompletní dostupné

dokumentace pacienta indikujícímu kardiochirurgovi a kardioanesteziologovi. V případě, kdy je nemocný k operaci indikován, je zařazen na tzv. “waiting list” (listina čekatelů) a následně pacient dle pořadí či naléhavosti výkonu dostává termín operačního výkonu. Na kardiochirurgických pracovištích v ČR je čekací doba na plánovaný operační výkon v průměru 2-3 týdny (Kala, et al., 2011; Kala, et al., 2012).

Pacient, který přichází k plánovanému operačnímu výkonu musí mít hotové krevní odběry (základní biochemie + Glykovaný hemoglobin (HbA1C), Antistreptolysinový titr (ASLO), C reaktivní protein (CRP), Treponema pallidum hemagglutination (TPHA), krevní obraz (KO), kompletní hemokonagulační vyšetření, anti Human Immunodeficiency Virus (HIV) 1+2, Povrchový antigen viru HBV (hepatitida B) (HbsAg), anti- Protilátky proti viru hepatitidy B (anti-HBC) total, anti- Protilátky proti viru hepatitidy C (HCV), krevní skupina (KS), vyšetření chladových protilátek v séru a hormony Trijodthyronin (T3), Thyroxin (T4), Tyreotropin (TSH), vyšetření moč + sediment, TK levá horní končetina (LHK) + pravá horní končetina (PHK), EKG, RTG S+P vleže, echokardiografii, ultrazvuk (UZ) karotid, SKG, spirometrii, stomatologické vyšetření, rentgen paranazálních dutin, otorhinolaryngologické (ORL) vyšetření včetně kultivačního vyšetření stěru z krku a nosu a u žen gynekologické vyšetření (FN Plzeň, © 2022; Zelinková, 2011).

1.4.4 Průběh operačního výkonu (aortokoronárního bypassu)

Operační výkon se provádí v celkové anestezii. Nejčastější operační přístup je přes hrudní kost (podélná střední sternotomie). Výkon probíhá v mimotělním oběhu na zastaveném srdci, kdy mimotělní oběh přebírá funkci srdce a plic. Jako další možný operační přístup, jehož používání se v poslední době zvýšilo je technika méně invazivní. Při této technice je CABG prováděn bez mimotělního oběhu, tedy na bijícím srdci, většinou i za pomoci menší operační rány. Přínosem méně invazivní techniky je menší zátěž pro pacienta, a tedy i kratší doba hospitalizace a rychlejší rehabilitace. Postup a průběh operace se upřesňuje ještě v průběhu výkonu, proto se druh i počet bypassů, který je určen předem může v průběhu operace změnit. Délka operace se odvíjí od druhu a závažnosti výkonu, hovoříme přibližně o 2-5 hodinách. Operační tým se skládá z kardiochirurga, chirurga, sestry instrumentářky, anesteziologa, anesteziologické sestry a perfuzionisty (technik mimotělního oběhu) (Náplava, 2016).

1.4.4.1 Cévní štěpy

Na základě provedené SKG se rozhodujeme, na které věnčité tepny, popřípadě jejich úseky našijeme periferní anastomózy (vzájemné propojení dvou cév) (Němec et al., 2006).

K revaskularizaci myokardu máme na výběr štěpy žilní nebo tepenné. V této lokalizaci se vzhledem k nízkým průtokům těmito bypassy (do 100 ml/min) zatím neosvědčila umělá cévní protéza (Němec et al., 2006).

Žilní štěpy

Vena saphena magna (VSM) – nejčastěji používaný štěp, který je snadno získatelný v dostatečné délce. VSM nelze použít, pokud na ní jsou varixy (žilní městky) (Němec et al., 2006).

Tepenné štěpy

V poslední době nabývají důležitosti a používají se stále častěji. K revaskularizaci myokardu se užívá arteria thoracica interna (ATI) levá, pravá či obě. Dále se užívá arteria radialis z nedominantní končetiny (RA), arteria gastroepiploica dextra (AGE). Méně často se užívá štěp z arteria epigastrica inferior (AEI), či ramus descendens a cirkumflexae femoralis lateralis. Výhodou tepenných štěpů je lepší dlouhodobá průchodnost (Němec et al., 2006; Golianová, 2012).

Rozdíl mezi tepennými a žilními štěpy je jejich dlouhodobá průchodnost. Průchodnost levé ATI po dobu deseti let je 90%, pravé ATI 85 – 90%, RA kolem 80% a AGE 65 – 70%. Žilní štěpy z VSM byly za období deseti let z 50% uzavřeny, z 25% závažně skleroticky postiženy a jen z 25% byly dobře průchodné (Němec et al., 2006)

1.4.5 Komplikace

CABG představuje velký operační výkon, který s sebou nese možná rizika a komplikace. Rizika operace záleží na věku pacienta, pohlaví, celkovém zdravotním stavu, přidruženým onemocněním a míře poškození srdce. Velikost rizik výkonu je nutné posuzovat u pacientů individuálně, při indikaci k výkonu je nutné posoudit, jak velký přínos bude mít výkon pro pacienta. Mezi komplikace patří krvácení, infekce s dehiscencí operační rány, srdeční tamponáda, pooperační ischemie, fibrilace síní, syndrom nízkého

srdečního výdeje, respirační komplikace, zhoršení diabetu mellitu a další (Kala et al., 2011).

Při operačním výkonu jsou pacientovi zavedeny hrudní drény, které odvádějí krev z rány. Monitorace hrudních drénů je tedy velice důležitý parametr v odhalení nadměrných krevních ztát. Při větších krevních ztrátách je nutné provést revizi operační rány (Němec, 2006).

Další komplikací výkonu je dehiscence sternu, jedná se o tzv. rozpad rány (obr. 4). Dehiscence je způsobená například perioperačním a peroperačním infektem (např. nozokomiální infekce) nebo mechanickým poškozením (špatná rehabilitace, neklidný nemocný, nadměrný kašel a vykašlávání). Dehiscence může být časná (5. – 14. den po operaci), která je doprovázena sekrecí z rány bez bolestivých projevů, nebo dehiscence pozdní (6 týdnů od operace), která se projevuje bolestí sternu, zarudnutí rány. Při sekreci z rány se provede stěr na bakteriologické vyšetření a dle výsledků se nasadí antibiotická léčba. V případě úplné dehiscenci rány se volí neodkladná chirurgická léčba (Němec, 2006).

Oslabené ozvy, paradoxní puls (tep, jehož vlny jsou při nádechu menší než při výdechu), vysoký centrální žilní tlak (CVP) jsou pozdní příznaky srdeční tamponády, která je způsobená objemným koagulem (krevní sraženina) v perikardu (vazivový vak obklopující srdce). K diagnostice srdeční tamponády slouží TTE a TEE (Němec, 2006).

Syndrom nízkého srdečního výdeje je způsoben operačním traumatem. Srdce není schopno zajistit dostatečný výdej s čímž souvisí i nedostatečné zásobení všech orgánů a tkání. Mezi hlavní příznaky patří únava, mentální změny, dušnost a oligurie (snížená denní diuréza) (Němec, 2006).

1.4.6 Pooperační péče

Pooperační péče probíhá na intenzivním pooperačním pokoji resuscitačního oddělení (RES), kde je pacient do stabilizace životních funkcí. Pacient se po operačním výkonu musí monitorovat, neboť operační výkon a anestézie výrazně ovlivňují homeostázu vnitřního prostředí (Kapounová, 2020). V případě, kdy pacient na sále není extubován, je po příjezdu na RES napojen na ventilátor. Sestra pacientovi po výkonu natočí EKG a objedná RTG vyšetření, odebere arteriální a venózní krev na ASTRUP vyšetření. V případě velkého krvácení do drénů, které byly pacientovi na operačním sálu zavedeny

sestra vyšetří krevní srážlivost. Všechny monitorované hodnoty sestra zaznamenává do dokumentace a změny oznamuje lékaři. Sestra podává pacientovi léky dle ordinace lékaře. V případě, kdy pacient splňuje všechny extubační parametry je extubován (Kapounová, 2020). Na RESu je pacient hospitalizován 1 – 2 dny, popřípadě až jeden týden u složitějších výkonů. Následně je pacient přeložen na jednotku intenzivní péče (JIP), která je adekvátně vybavena pro poskytování péče pacientům, kteří vyžadují podporu vitálních funkcí. Je vyžadována trvalá přítomnost lékaře s kvalifikací pro intenzivní péči a nutná přítomnost alespoň jedné sestry u lůžka pacienta. Na JIP pokračuje monitorace vitálních funkcí (invazivní monitorování arteriálního a centrálního žilního tlaku, sledování teploty, sledování diurézy, laboratorní výsledky a ventilační parametry) a také zde probíhá rehabilitace, aby se pacient postupně stal samostatným. Na JIP je pacient hospitalizován 2 – 4 dny, opět záleží na stavu pacienta. Následně je přeložen na standardní pokoj, kde stráví přibližně 4 dny, popřípadě dle stavu pacienta déle (Němec, 2006).

1.5 Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta indikovaného k aortokoronárnímu bypassu

Role sestry v ošetrovatelské péči o pacienta spočívá v zastání hned několika rolí. Sestra zastává péči o nemocné, edukuje pacienty a jejich rodiny, zastává práva nemocného, koordinuje péči o nemocné a asistuje lékaři. Prioritou sestry je poskytnout pacientovi co nejkvalitnější všestrannou ošetrovatelskou péči. Důležitý aspekt hrající roli v poskytování nejkvalitnější péče je snaha o nastolení důvěryhodného vztahu mezi sestrou a pacientem (Bártlová, Chloubová, 2009). Důvěryhodného vztahu sestra docílí vhodně zvoleným empatickým a vlídným jednáním s pacientem a jeho rodinou, efektivní komunikací, důkladnou informovaností a poskytnutí prostoru pro emoce (Plevová et al., 2011; Sillero-Sillero, Zabalegui, 2019).

Sestra pečující o pacienta indikovaného k CABG ho doprovází, jak v předoperační, tak pooperační péči. Ošetrovatelský proces je přizpůsoben individuálním prostředím pacienta. Vyjma odborných výkonů, které se k péči o pacienta indikovaného k CABG vztahují, dbá sestra o uspokojování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb pacienta (Fraga de Jesus, Marques, 2013; Drnková, 2013).

1.5.1 Role sestry v předoperační péči o pacienta indikovaného k aortokoronárnímu bypassu

CABG jakožto výkon prováděný na srdci představuje pro pacienta velkou fyzickou i psychickou zátěž. Pacientům se často dostávají úzkosti a deprese z důvodu strachu z budoucnosti. Předoperační péče má za účel stabilizovat psychický a fyzický stav pacienta a eliminovat tím možné nežádoucí komplikace (Fraga de Jesus, Marques, 2013; Pojar et al., 2013).

Součástí předoperační péče je psychická příprava pacienta, jde o velice důležitou součást, která by neměla být opomíjena. Během psychické přípravy je důležité získat důvěru nemocného, a to tím, že ho sestra seznámí s chodem oddělení a sdělí mu vše, co jej během hospitalizace čeká. Sestra s pacientem sepíše potřebnou dokumentaci a zkontroluje komplexnost předoperačních vyšetření. Pacient před výkonem podepisuje informovaný souhlas, přičemž mu lékař vysvětlí princip a smysl operačního výkonu i průběh pooperační intenzivní péče a seznámí nemocného s možnými riziky výkonu. Psychický stav pacienta je důležitá složka, o kterou personál pečuje po celou dobu hospitalizace (Jeníková, Zeleníková, 2013; Ježová, 2020).

V rámci předoperační péče, se sestra postará o hygienickou a rehabilitační přípravu. Hygienická příprava nemocného zahrnuje celkovou koupel, odstranění chlupů v oblasti operačního pole a následnou kontrolu operačního pole. Rehabilitační příprava přináší nácvik dechových cviků, vlastní rehabilitaci před operací, časnou pooperační rehabilitaci a nácvik opuštění lůžka (Jeleníková, Zeleníková, 2013).

Pacientovi je den před operací podávána strava nezatěžující trávicí trakt, pacient však k operačnímu výkonu musí přicházet lačný, tzn. Šest hodin před výkonem nejíst, nepít a nekouřit. V tomto období sestra dle ordinace lékaře pacientovi aplikuje nízkomolekulární heparin, jako prevenci tromboembolické nemoci (TEN) a objedná k deponaci transfúzní přípravky (Janíková, Zeleníková, 2013; Bendová, 2015).

Bezprostředně před výkonem sestra monitoruje fyziologické funkce – TK na pravé i levé horní končetině, pulz, tělesnou teplotu a natočí EKG. Dle ordinace anesteziologa na operačním sále sestra pacientovi podá premedikaci (úvod do anestezie), po premedikaci již pacient nesmí vstávat z lůžka. S premedikací, bezprostředně před výkonem může být naordinována ATB léčba jako profylaxe infekce. Veškeré

výkony, které sestra pacientovi provede zaznamená do dokumentace. Dokumentace se poskytuje operačnímu týmu, který bude pacientovi výkon provádět (Bendová, 2015).

1.5.2 Role sestry v pooperační péči o pacienta po aortokoronárním bypassu

Sestra během pooperační péče monitoruje fyziologické funkce pacienta a věnuje pozornost potřebám nemocného. Potřeby v oblasti hygieny, výživy, hydratace, vyprazdňování, spánku, odpočinku a potřeby psychické (Pojar et al., 2013; Ježová, 2020). Stabilizovaný psychický stav pacienta je po operačním výkonu velice důležitý, a tak je klíčové, aby sestry pečující o pacienty po CABG byly citlivé a jejich přístup k pacientům byl lidský. Klade se velký důraz na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb pacienta (Ježová, 2020).

Monitoring nemocného zahrnuje sledování hodnot TK, tepové a dechové frekvence, tělesné teploty, saturace a příjem a výdej tekutin. Dále sestra sleduje vědomí pacienta, projevy bolesti, hodnotí EKG křivku a měří hodinovou diurézu. V pooperační péči sestra kontroluje a převazuje operační rány, funkčnost a vzhled obvazů, odvod a průchodnost drénů (Nováková, 2011; Ježová, 2020).

V pooperační intenzivní péči se sestra stará o dýchací cesty pacienta z důvodu zabránění vzniku pneumonie. V případě, že je pacient extubován zahajuje se dechová rehabilitace, která probíhá po celou dobu hospitalizace a inhalace. V situaci, kdy je nemocný intubován, pečuje sestra o endotracheální kanylu a odsává sekret z dýchacích cest (Ježová, 2020).

Jedna z nejdůležitějších složek ošetrovatelské péče je pohybová mobilizace pacienta. Mobilizace je prevence mnoha komplikací, zejména dekubitů, svalových kontraktur a tromboembolických obtíží. Aktivní a pasivní rehabilitace dolních končetin probíhá bezprostředně po výkonu v lůžku nemocného. Dle stavu pacienta se postupuje s posazováním nemocného v lůžku a dále vertikalizace u lůžka (Ježová, 2020).

1.6 Režimová opatření u pacienta po aortokoronárním bypassu

Existuje řada změn v životním stylu, které pacienti po CABG mohou provést. CABG není lékem na srdeční onemocnění, proto je důležité si s pacientem osvojit zásady zdravého životního stylu a upozornit na důležitost užívání předepsaných léků i po operaci.

V případě dodržování těchto opatření se snižuje riziko opakovaných srdečních potíží (NHS, © 2018).

1.6.1 Správná životospráva

Snížení tělesné hmotnosti

V případě, kdy má pacient nadváhu či obezitu, je lepší s ohledem na další rizika srdečních problémů snížit váhu, a tím dosáhnout optimální hmotnosti. Snížení tělesné hmotnosti docílíme pravidelným cvičením a zdravým stravováním. K posouzení váhy pacienta využíváme index tělesné hmotnosti, tzv. Body Mass Index (BMI) (NHS, © 2018).

BMI je index, který je využíván pro klasifikaci podváhy, nadváhy a různých stupňů obezity. Index tělesné hmotnosti vypočítáme následovně, $BMI = \text{tělesná váha (kg)} / \text{tělesná výška (m}^2\text{)}$. Pro klasifikaci hodnoty BMI se využívají hodnoty vytvořené Světovou zdravotnickou organizací (WHO). WHO klasifikuje podváhu $< 18,5 \text{ kg/m}^2$; optimální váhu $18,5 - 24,99 \text{ kg/m}^2$; nadváhu $25 - 29,99 \text{ kg/m}^2$; obezitu prvního stupně $30 - 34,99 \text{ kg/m}^2$; obezitu druhého stupně $35 - 39,99 \text{ kg/m}^2$ a obezitu třetího stupně $> 40 \text{ kg/m}^2$ (NHS, © 2018).

Mezi důležitá režimová opatření řadíme dodržování diety. Nezdravé stravování zvyšuje hmotnost pacienta a může zvýšit šance na rozvoj kardiovaskulárních obtíží i po CABG. Aby se tomuto riziku předešlo je třeba snížit obsah nasycených tuků a soli, ale zvýšit obsah vlákniny a omega-3 mastné kyseliny, které mohou pomoci snížit hladinu cholesterolu (NHS, © 2018).

Doporučuje se dieta středozevního moře. Hlavní zásady této diety:

- Potraviny bohaté na omega-3 mastné kyseliny (ryby, mořští živočichové, vlašské ořechy, řepkový a lněný olej a zelená listová zelenina)
- Potraviny bohaté na mononenasyčené mastné kyseliny (olivový olej a olej řepkový)
- Ovoce a zelenina alespoň 7 x denně
- Více rostlinných bílkovin (luštěniny a ořechy)
- Vyloučit nasycené tuky (nízkotučné potraviny)

- Vyloučit oleje s vysokým obsahem omega-6 polynenasycených mastných kyselin (slunečnicové a kukuřičné oleje)
- Snížit spotřebu trans nasycených mastných kyselin používáním rostlinných margarínů zbavených těchto tuků (omezení smažených jídel, sušenek a slaných pochutin) (Widmer et al., 2014; NHS, © 2018).

Zvýšení aktivního pohybu

Po chirurgickém výkonu je velice důležité se zotavit. V případě, kdy dojde k zotavení z následků operace, měl by pacient začít pravidelně cvičit, a to z důvodu snížení rizika dalších srdečních obtíží. Dospělý by měl každý týden vykonávat alespoň 150 minut středně intenzivní aerobní aktivity. Střední intenzitou myslíme takovou aktivitu, která je dostatečně namáhavá, dospělý se při této aktivitě lehce zadýchá. Příklady aktivity střední intenzity zahrnují rychlou chůzi, vodní aerobik, jízdu na kole (spíše po rovině), tenis ve čtyřhře, sekání zahrady, turistika a jízda na kolečkových bruslích. V případě, kdy je pro klienty těžké dosáhnout 150 minut aktivity týdně, je dobré začít na úrovni, při které se cítí komfortně (například 10 minut denně). Postupně se zvyšuje doba a intenzita aktivity, mírná aktivita zvýší srdeční frekvenci a zrychlí dýchání (Slouková, 2014; NHS, © 2018).

Kouření

Nikotinismus vážně ovlivňuje kardiovaskulární systém. Statistiky prokazují, že kouření způsobuje 25 % onemocnění srdce. Výskyt IM je u kuřáků 3-5x častější než u nekuřáků. Kouření nebo také nikotinismus je ovlivnitelný a zároveň druhý nejdůležitější rizikový faktor ve vzniku kardiovaskulárních obtíží (NHS, © 2018). Užívání tabáku má vliv na zhoršení aterosklerotického procesu, negativně působí na endotel (vnitřní vrstvu cév), způsobuje spasmus (křeč) cév, zvyšuje srážlivost krve a zhoršuje hladinu triglyceridů a cholesterolu, a lipoproteinu s nízkou hustotou, známého pod anglickým názvem Low Density Lipoprotein (LDL) (Slouková, 2014; Ruku na srdce, © 2017). Tabákový kouř obsahuje 2000 – 4000 chemických látek. Z toho je 60 – 100 látek prokazatelně karcinogenní. Každé páté úmrtí v ČR je zapříčiněno kouřením tabákových látek (Sovová, Lukl, 2005; Králíková, 2015).

V případě, že pacient, indikovaný k CABG, přestal kouřit již před výkonem, je velice důležité, aby tak pokračoval i na dále. Neexistuje žádná “bezpečná” míra kouření.

Již jedna vykouřená cigareta negativně ovlivňuje funkci cév. Pacientům je doporučováno vyhýbat se pobytu v zakouřeném prostředí. Po skončení kouření riziko vzniku KVO klesá a za 5 let je téměř stejné jako u nekuřáků (Sovová, Lukl, 2005; NHS, © 2018).

Alkohol

Nadměrné užívání alkoholu působí na srdeční sval toxicky jako jed, který ničí buňky srdečního svalu. Ovšem rozumná míra alkoholu cévám prospívá (zpomaluje aterosklerózu) více než naprostá abstinence. Prospěšné množství alkoholu jak u zdravých jedinců, tak po CABG je u mužů 30 g čistého alkoholu denně a u žen 15 – 20 g. Tato dávka odpovídá přibližně 0,5 litru dvanáctistupňového piva, dvěma decilitrům vína či čtyřicet mililitrů destilátu (Ruku na srdce, © 2017; NHS, © 2018).

Stres

Další negativní faktor, kterému by se pacient po CABG měl raději vyhýbat, je nadměrný stres. Velké množství onemocnění a potíží vzniká z důvodu psychosomatického. Stres v nás vyvolává napětí, zrychlený pulz, nespavost, zúžení cév, zvýšení TK a další. Ve stresové situaci má člověk tendenci sáhnout po alkoholu či cigaretě, a tím vzniká větší riziko zhoršení onemocnění (Sovová, Lukl, 2005). Ve zvládnání stresu napomůže pozitivní přístup k životu, přiměřená fyzická aktivita, pravidelný odpočinek včetně pravidelného spánku. V případě, kdy pacient cítí, že se se stresem jako rizikovým faktorem nedokáže vypořádat sám, je vhodné navštívit odborníka (Slouková, 2014; Tardy et al., 2015).

1.6.2 Farmakologická opatření

Po CABG je pravděpodobné, že pacient bude užívat léky, aby se snížilo riziko případných problémů. Obvyklou pooperační medikací jsou antihypertenziva, která snižují zvýšený TK. Dále inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE-inhibitory) nebo blokátory angiotenzinového receptoru – sartany snižující TK a ovlivňující uspořádání myokardu po infarktu, také antiarytmika, která stabilizují srdeční rytmus a frekvenci. Další ordinované léky po aortokoronárním bypassu jsou koronarodilatancia jako je například Nitroglycerin, zabraňující spazmu koronárních cév, hypolipidemika – statiny jsou léky, které působí proti vzniku ateroskleróze z důvodu snižování hladiny cholesterolu v krvi, antiagregancia – léky zamezující shlukování krevních destiček. Léky, které dále využíváme v léčbě po CABG, jsou betablokátory – zpomalují srdeční akci, snižují namáhání srdeční svaloviny a spotřebu kyslíku srdečním svalem a diuretika – zvyšují

denní diurézu a tím z těla odvádí přebytečnou tekutinu (Drnková, 2013; Vítovec et al., 2017).

1.7 Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Sebepéče je proces, při kterém jednotlivci a jejich rodiny udržují zdraví prostřednictvím praktik podporujících zdraví a zvládání nemoci. Sebepéče je zásadní činnost pro udržení zdraví, prevence a zvládání chronických onemocnění. Lidé, kteří se zabývají zachováním sebeobsluhy, dodržují chování potřebné k udržení fyzické a emocionální stability. Monitorování sebeobsluhy zahrnuje proces pozorování sebe sama kvůli změnám příznaků a symptomů (Riegel et al., 2017; Táborský et al., 2021).

Upravitelné zdravotní chování včetně užívání tabáku, fyzické nečinnosti a špatné stravy významně přispívá k morbiditě a mortalitě na KVO. V prevenci KVO se doporučuje mnoho intervencí. Léčebně preventivní postup se skládá z farmakoterapie u indikovaných jedinců a z nefarmakologických opatření realizovaných změnou životního stylu (Winter et al., 2016; Táborský et al., 2021).

Mezi nefarmakologická opatření zahrnujeme zanechání kouření tabákových výrobků, zdravou stravu, dostatečnou pohybovou aktivitu, redukci hmotnosti, normalizaci TK a cholesterolu. Zanechání kouření – všichni kuřáci by měli být svým praktickým lékařem podporováni ve snaze přestat kouřit tabákové výrobky. Zdravé stravování – jedinci s vyšším rizikem KVO by měli od praktického lékaře radu, jak sestavit preventivní jídelníček a jakých potravin se raději vyvarovat. Cíl dostatečné pohybové aktivity je alespoň půl hodiny fyzické aktivity po většinu dnů v týdnu. Normalizace TK – hodnotu TK 140/90 mmHg považujeme za normální a optimální, riziko KVO stoupá se stoupajícím TK (Tardy et al., 2015; Táborský et al., 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit způsob edukace pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu.

Cíl 2: Zmapovat znalosti pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu.

Cíl 3: Zjistit míru duševní podpory pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jakým způsobem jsou pacienti edukováni před aortokoronárním bypasseem?

VO2: Jaká je znalost pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu?

VO3: Jak zdravotnický personál podporuje duševní pohodu pacienta s indikací k aortokoronárnímu bypassu?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu a technika sběru dat

Pro výzkumnou část práce byla zvolena metoda kvalitativního šetření. Data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacientem. Rozhovor obsahoval 36 otázek (Příloha 1), dále dle potřeby byly použity doplňující a rozšiřující otázky. Otázky byly zaměřeny na míru duševní podpory pacientů indikovaných k CABG, na znalosti pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci CABG a na způsob edukace pacientů indikovaných k CABG. Rozhovory také věnovaly pozornost spokojenosti pacientů se získanými informacemi a přístupem personálu. Jeden rozhovor trval přibližně 30 minut a byl členěn do šesti částí.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem 10 pacientů po CABG, kteří byli vybíráni náhodně z počítačové databáze daného oddělení. Soubor tvořili pacienti hospitalizovaní na Kardiochirurgickém oddělení v Nemocnici České Budějovice a.s. Všichni pacienti se tohoto výzkumného šetření zúčastnili dobrovolně a jejich souhlas byl vysloven ústní formou.

3.3 Sběr dat

Výzkumné šetření bylo zahájeno začátkem března 2022 a probíhalo přibližně do druhé poloviny března téhož roku. Sběr dat byl proveden se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Nemocnice České Budějovice a.s. (Příloha 2), vrchní a staniční sestry Kardiochirurgického oddělení téže nemocnice. Šetření probíhalo na rovině anonymity, respektu k etice a dobrovolnosti. Rozhovory probíhaly formou osobního setkání na již zmíněném oddělení. Záznam rozhovorů byl se souhlasem pacientů nahráván na diktafon. Tato nahrávka byla následně po doslovném přepisu odpovědí smazána.

3.4 Analýza dat

Data byla zpracována metodou „tužka, papír“. Z důvodu lepší přehlednosti byli pacienti označeni vlastním číslem.

Získané informace z jednotlivých rozhovorů byly členěny do 4 kategorií. Tyto kategorie byly pro lepší zpracování dále rozčleněny do 3 – 6 subkategorií.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Kategorizace výsledků

Získaná data byla rozčleněná do 4 hlavních kategorií, pro každou tuto kategorii bylo vytvořeno 3 – 6 podkategorií (tab. 1).

Tab. 1 Kategorie a podkategorie získaných dat

Kategorie	Podkategorie
Základní identifikační údaje pacientů	Věk
	Pohlaví
	BMI
	Zaměstnání
	Onemocnění
	Rodinná anamnéza
	Preventivní prohlídky
Životní styl pacientů	Aktivita
	Strava
	Pitný režim
	Kouření
	Alkohol
Míra a kvalita podaných informací	Informace o životním stylu vedoucí k CABG
	Informace o důvodu, průběhu a komplikacích CABG
	Edukace pacientů sestrou
Psychický stav pacientů a jeho podpora	Psychický stav pacientů před CABG
	Psychický stav pacientů po CABG
	Míra podpory psychického stavu pacientů zdravotnickým pracovníkem

BMI – Body Mass Index, CABG – Coronary artery bypass graft (Aortokoronární bypass)

Zdroj: Vlastní.

4.2 Kategorie: Základní identifikační údaje pacientů

Tabulka 2, kterou naleznete na další straně popisuje základní identifikační údaje o pacientech a zahrnuje oblasti jako je věk, pohlaví, BMI, zaměstnání, onemocnění a rodinnou anamnézu. Zapojení pacienti byli, dle věkového rozpětí, které se pohybuje od 55 let do 81 let, převážně seniorského věku, pouze P4 byl mladší generace (konkrétně 55 let). Skupinu zkoumaných pacientů tvořilo převážně mužské pohlaví, neboť toto pohlaví patří mezi osobnostní faktory zvyšující riziko KVO. Ze získaných informací o výšce a váze pacientů byla dále vyhodnocena hodnota BMI. Tato data ukazovala, že P10 je s ohledem na svoji výšku optimálně vyživen, a tak jeho hodnota BMI je na úrovni optimální váhy. Dále data poukazují na P7, který se pohybuje na hranici optimální váhy a nadváhy. P1, P2, P3, P5 a P6 se pohybují v rozmezí $28,0 \text{ kg/m}^2$ - $29,5 \text{ kg/m}^2$, což je dle WHO klasifikováno jako nadváha a v poslední řadě P4, P8 a P9 jejichž BMI spadá dle klasifikace WHO do kategorie obezita I. stupně. Pět pacientů z 10 udalo, že jejich zaměstnání bylo aktivní a zbylých 5 pacientů zhodnotilo své vykonávané povolání za sedavé. S výjimkou P6 všichni pacienti udali alespoň jedno onemocnění zvyšující riziko vzniku KVO nebo již vzniklé KVO. Zároveň se u všech pacientů vyjma P2 a P6 vyskytlo KVO i v rodině. Z toho vyplývá, že u 9 pacientů z 10 je pozitivní osobní anamnéza a u 8 pacientů z 10 je pozitivní rodinná anamnéza.

Tab. 2 Základní identifikační údaje pacientů

PACIENT	VĚK	POHLAVÍ	BMI	ZAMĚSTNÁNÍ	ONEMOCNĚNÍ	RODINNÁ ANAMNÉZA
P1	75 let	Muž	28,08 kg/m ² (nadváha)	Aktivní	Hypertenze, DM I. Typu, Alkoholismus	Pozitivní
P2	78 let	Muž	29,38 kg/m ² (nadváha)	Aktivní	Hypertenze, Hypercholesterolemie, Myeloproliferativní onemocnění	Negativní
P3	75 let	Muž	28,73 kg/m ² (nadváha)	Sedavé	Hypercholesterolemie, Karcinom střeva, Stenóza jícnu, Zelený zákal	Pozitivní
P4	55 let	Muž	31,22 kg/m ² (obezita I. st.)	Sedavé	Stav po infarktu myokardu	Pozitivní
P5	78 let	Muž	28,4 kg/m ² (nadváha)	Aktivní	Hypercholesterolemie, Hiátová hernie	Pozitivní
P6	73 let	Žena	28,0 kg/m ² (nadváha)	Aktivní	Žádné	Negativní
P7	81 let	Muž	25,51 kg/m ² (nadváha)	Aktivní	Diabetes mellitus, Hypertenze	Pozitivní
P8	73 let	Žena	32,66 kg/m ² (obezita I. st.)	Sedavé	Hypertenze	Pozitivní
P9	69 let	Žena	32,74 kg/m ² (obezita I. st.)	Sedavé	Angina pectoris, Hypertenze, Diabetes mellitus, Hypercholesterolemie	Pozitivní
P10	68 let	Muž	24,34 kg/m ² (optimální váha)	Sedavé	Hypertenze	Pozitivní

BMI – Body Mass Index, DM – Diabetes mellitus, P – Pacient

Zdroj: Vlastní.

4.3 Kategorie: Životní styl pacientů

Kategorie „Životní styl pacientů“ byla rozdělena na 6 podkategorií. Podkategorie první s názvem „Preventivní prohlídky“ byla zaměřena na účast respondentů na pravidelných preventivních prohlídkách a následné dodržování opatření z nich vyplývajících. V podkategorii druhé „Aktivita“ jsem se zaměřila na dosavadní aktivní život pacientů. Zajímalo mě, zda pacienti vykonávali aktivně nějaký sport či aktivitu, o jaký druh šlo, popřípadě zda byl jejich život spíše sedavý. Třetí podkategorie, „Strava“, v této podkategorii jsem zjišťovala, jakým způsobem se pacienti stravují - jak často, čím se stravují a zda konzumují tučná jídla ve větším množství. Ve čtvrté podkategorii s názvem „Pitný režim“ jsem zjišťovala, jaký pitný režim pacienti denně dodržují a co za tekutiny během dne konzumují. Pátá podkategorie „Kouření“ se zaměřovala na to, zda jsou pacienti kuřáci - jak dlouho kouří nebo kouřili a jaké množství denně. A v poslední, šesté podkategorii „Alkohol“ jsem zjišťovala, jaký vztah mají pacienti k alkoholu.

4.3.1 Podkategorie: Preventivní prohlídky

Všichni pacienti uvedli, že na pravidelné preventivní prohlídky k praktickému lékaři docházejí, někteří však jenom kvůli tomu, že musejí. P1, P5, P7 a P10 uvedli, že na preventivní prohlídky docházejí právě pouze z důvodu vyskytujícího se onemocnění, které si vyžaduje pravidelnou dispenzarizaci. P7 popsal svůj postoj k preventivním prohlídkám u lékaře takto: *„Chodil jsem na kontroly kvůli cukrovce a tlaku jinak bych spíše nechodil. Doporučení lékaře jsem dodržoval, nedodržoval. No, spíš nedodržoval.“* P6 chodila na preventivní prohlídky pravidelně, a to i bez přítomnosti potíží, příznaků nebo nějakého onemocnění, neboť do teď měla osobní anamnézu negativní.

Opatření vyplývající z preventivních prohlídek dodržovali opravdu poctivě tři pacienti z 9, konkrétně se jedná o P2, P3 a P8. P6 nikdy nebylo žádné opatření doporučeno nebo alespoň si není vědoma. P6 udala: *„Jsem si jista, že kdyby mi opatření lékař doporučil, tak ho budu dodržovat.“* P1, P5, P7, P9 a P10 opatření, které jim bylo lékařem doporučeno dodržovali, avšak mohli ho dle jejich slov dodržovat lépe. P9 udala: *„Ano snažila jsem se, ale bohužel ne vždy to šlo dodržet na 100%.“* P4 lékaře respektuje, ale nemá rád, když mu lékař řekne, že má dodržovat určité opatření a neřekne mu důvod proč, proto se vyjádřil následovně: *„Dodržoval jsem ho, pokud jsme se na něm dohodli, pokud mi ho nařídil, aniž by ho se mnou jakkoliv konzultoval nebo vysvětlil, proč tomu“*

tak je a řídil se z pozice moci, tak jsem mu rovnou řekl, že to dodržovat nebudu a hledal jsem si jiného specialistu, který by byl ochoten mou situaci zhodnotit objektivněji a nějakým způsobem přizpůsobit k tomu patřičnou léčbu.”

4.3.2 Podkategorie: Aktivita

Téměř polovina pacientů (4 z 10), konkrétně P4, P5, P7 a P10 uvedli, že aktivně sportují nebo sportovali, dokud to fyzická síla dovolila. P4 svou sportovní aktivitu zhodnotil: *„Ano od mládí žiji aktivně, sportuji, když to vezmu od mládí, tak aktivní sport. Konkrétně lyže, brusle, inline brusle, kolo a volejbal. Tohle bylo do infarktu myokardu. Po infarktu defacto všechno zakázané a mohl jsem jenom s dětmi na kolo, a to vycházkovým tempem. Lyže až po roce a volejbal jsem poté zkusil taky, ale to nešlo, protože mě bolelo na srdci a nekontrolovaně jsem se potil, prostě to nešlo. Aktivní sport šel stranou a zůstalo to spíše na pasivním, jako třeba procházky 6, 8 nebo 10 kilometrů.”* P10 se věnoval pouze jednomu sportu, ovšem velice fyzicky i časově náročnému: *„Od mládí, vlastně prakticky skoro celý život jsem hrál hokej. Byl jsem velice aktivním hráčem zhruba do 46 let. Bylo to náročné, tréninky jsme měli i několikrát denně. Byly to tvrdé tréninky, náročné. Měli jsme zimní a letní přípravy. Ty zimní pro mě byly příjemnější. V letní sezóně se v rámci tréninků v jednom dni měnilo klima. Jeden trénink na zimním stadionu v chladu, druhý trénink byl suchý a v teple venku.”* Dva pacienti z 10 (P1 a P2) udali, že mají velmi aktivní zaměstnání, takže když přijdou z práce jsou rádi, že si lehnou a odpočinou. P2 konkrétně: *„To spíše ne, nesportuji. Ono když člověk celý den obdělává pole a celkově pracuje v zemědělství je rád, když přijde domu lehne si a odpočine.”* P3 a P9 nesportovali aktivně ani rekreačně, práci měli spíše sedavou. Během dne měli však spoustu pohybu kolem domu a stavení. P3 odpověděl na otázku informací: *„Nene nikdy jsem nesportoval v tomhle já jsem trochu pohodlnější. Ale kolem baráku jsem měl práce mnoho, jsem takový kutil a rád si vše udělám sám. Má aktivita po práci spočívala v sekání dříví, trávy a opravování kolem domu všeho co je potřeba.”* P6 a P8 řekli, že se nedá říci, že by sportovali ale pohyb na čerstvém vzduchu mají rádi. P6 uvádí: *„I přesto, že jsem toho měla hodně v práci, tak jsem se snažila vždy hýbat. Teď v důchodu s manželem chodíme často pěšky na procházky se psem a jezdíme na kole.”*

4.3.3 Podkategorie: Strava

Své stravovací návyky zhodnotilo spíše jako špatné 6 pacientů z 10. P1 popsal své stravování následovně: *„Diabetickou dietu jsem moc nedodržel, manželka byla*

kuchařka, takže jsem jedl, co přinesla z hospody, a to zrovna dietní nebylo. Moc pravidelně jsem se nestravoval, měl jsem snídani a pak až večeri, oběd jsem měl pouze občas. Jedl jsem spíše tučná jídla. Mám moc rád uzeniny, salámy, aspiky a všechno co je v rosolu.” P3 se ke svému stravování vyjádřil například takto: „Jedl jsem víceméně všechno, ničemu jsem se nebránil. Jedl jsem hlavně asi tučná jídla, ty mám rád. Co se týče uzeniny tu jsem jedl taky, vyhledával jsem jí. Čokoládu tu jsem si také dal rád ale ne každý den.” P7 jedl 3x denně (snídani, svačinu a večeri). K svačině měl pravidelně každý den salám a uzeninu. Večere mu nahrazovala oběd, byla spíše tučná a objemná. P8 jí pravidelně asi 4x denně, ráda peče a vaří, takže jídla a pochutin mají dostatek. Chutná jí všechno, žádnému jídlu se nevyhýbá, ani tučnému: „Moje největší chyba byla, že jsem jedla v noci, nemohla jsem jít spát prostě hladová.” P10 si je také své chyby vědom, bohužel však neví, zda je schopen tu chybu změnit. Po prvním infarktu myokardu pokračoval také ve stejném způsobu stravování. Svůj návyk popsal takto: „Jím asi 3x denně. Jím hlavně hodně tučného masa, to je má největší chyba. Například můj obvyklý oběd vypadá následovně: knedlíky, omáčka a maso, anebo knedlíky tučné maso a něco k tomu, například zelí. Chybu už člověk však nevrátí. Já ani nevím, zda budu schopen se tohoto návyku vzdát, po prvním infarktu jsem také jedl stále stejně.”

Zbylí pacienti, tedy 4 z 10 pacientů označili své stravovací návyky za dobré a nejsou si vědomi chyby v oblasti stravování. P6 se stravuje následovně: „Ničemu se nevyhýbám, ale nic nepřeháním. Když mám na něco chuť, tak si to dám ale nějak rozumně. Jím hodně ovoce a zeleniny to mám ráda. Jinak třeba k obědu si dělám normální jídla ale tučná ne, manžel má cukrovku, takže dělám převážně libové maso s bramborem a podobně.” P9 má diabetes mellitus stravu nepodceňuje, vše poctivě dodržuje. Má dokonce vyzorováno jaké potraviny jí zvýší cukr a těm se vyhýbá, například jahody: „Jím pravidelně 5x - 6x denně podle toho v kolik hodin jdu spát. K svačině preferuji ovoce a zeleninu. Nejčastěji si k obědu dělám rýžové nudle s masem nebo nějaké libové maso s bramborem a mrkví. Tučná jídla nejím, nebo takhle občas si dám salám, nějaký dobrý ale opravdu za dlouhý čas. Sladké nejím vůbec. A z ovoce mám vyzorováno, co mi zvyšuje cukr například jahody.”

4.3.4 Podkategorie: Pitný režim

Polovina pacientů zhodnotila svůj denní pitný režim za dostatečný. Druhá polovina pacientů sdělila, že víceméně nepije a když už tak pije kávu. P2, který patřil do druhé

poloviny pacientů, kteří mají nízký denní příjem tekutin, popsal svůj příjem takto: „*No já si myslím, že toho moc nevypiju. Když nebudu počítat pivo, tak si myslím, že tak litr denně. Nejčastěji mimo pivo piji čaj a nebo kafe.*” P4, který patřil taktéž do pacientů s nízkým příjmem uvedl: „*Dám si denně tak 5x kávu, a pak nějakou šťávu, vodu nebo čaj. Když nebudu počítat ty kávy, tak si myslím, že vypiji denně přibližně 1 litr tekutin.*” P7 sdělil: „*No já víceméně celý život nikdy moc nepil, nevypiji skoro nic tak půl litru za den.*” Polovina pacientů, kteří svůj pitný režim zhodnotili jako dostatečný, vypije alespoň 1,5 litru denně. P1, který má denní příjem tekutin velice vysoký vypije: „*Denně vypiji, já nevím, tak 5 litrů denně. Převážně piji ale jenom pivo, léčím se s alkoholismem. Mimo pivo piji limonády, ale jenom zero nebo třeba magnézii.*” P9 popsal svůj denní příjem tekutin následovně: „*Nejčastěji piji jemně perlivou Mattoni a vypiji asi 2 litry denně, v létě i více. Jo a jednou denně si dám kávu.*”

4.3.5 Podkategorie: Kouření

P1, P2, P3, P4, P5 a P8 v otázce na kouření tabákové cigarety odpověděli, že kouří nebo někdy kouřili. Konkrétně pacient P1: „*Kouřím 70 cigaret denně, když jsem v práci, když jsem doma, tak kouřím, tak 20-30 cigaret za ten den. 31. ledna jsem si zakouřil naposledy a od té doby jsem si nezapálil. Abstíním zatím nemám, kvůli zdravotnímu stavu musím přestat a brát to zodpovědně.*”, P2: „*Už nekouřím 40 let, ale kouřil jsem 17 let přibližně 40 cigaret denně.*”, P3: „*Kouřil jsem ale to je asi 40-45 let, začal jsem na vojně a pak to nějakou dobu trvalo asi 10 let přibližně 20 cigaret denně.*”, P4: „*Kouřil jsem 25 let 20-25 cigaret denně. Pak mi řekli „nekuř, dostaneš infarkt”, tak jsem kouřit přestal a dostal jsem infarkt. Řekl jsem si, že když jsem kouřil, tak jsem ho nedostal, když jsem přestal, tak jsem ho dostal. Takže jsem zase začal kouřit. Ted' jsem si naposledy zakouřil ve čtvrtek.*” P5 kouřil 16 let přibližně 15 cigaret denně. Pacientka P8 udala: „*Kouřila jsem, když jsem byla mladá, přibližně 25 let, ale ne moc asi 5 cigaret denně.*” Zbylí 4 pacienti, konkrétně P6, P7, P9 a P10 uvedli, že nikdy ve svém životě nekouřili.

4.3.6 Podkategorie: Alkohol

Na informaci ohledně konzumace alkoholu odpověděli 4 pacienti (P1, P2, P7 a P10), že alkohol užívají pravidelně. P1 uvádí: „*Pil jsem defacto denně, vypij jsem 360 piv za měsíc, což je asi 12 piv denně. Pil jsem ale jenom pivo, nikdy jsem nepil tvrdý alkohol. Ted' se s alkoholismem léčím, byl jsem 3 měsíce v Červeném Dvoře. Bohužel jsem pak, kvůli tragédii v rodině, propadl alkoholu znovu. Ted' asi měsíc nepiji.*” P2 pije pravidelně

každý den 2-3 piva, dle jeho slov to moc nepřeháněl, ale u něj na vesnici to chodí tak, že se chlapi každý den po práci sejdou v hospodě. P7 konzumuje pravidelně každý den 1 pivo a P10 konzumuje 2 piva denně.

P6 říkal: „*No jestli vypiji jedno pivo týdně tak je to hodně, vždycky dostanu od manžela vynadáno, že mi tam ten větrák stojí už dlouho.*” P9 nikdy alkohol nepije: „*I když bych mohla s cukrovkou třeba jednou za čas vinný střík, tak nepiji. Mám strach, přeci jenom беру hodně léků a nevím, co by to se mnou udělalo. A asi na to nemám ani chuť.*” Čtyři pacienti z 10, a to P3, P4, P5 a P8 alkohol konzumují příležitostně. Například P3 si dá alkohol v létě na zahradě, ale třeba 3 piva a pak týden ne, jinak mají jednou za měsíc sraz v pohostinství s kamarády, kde si dá například 2 piva, více alkohol nekonzumuje.

4.4 Kategorie: Míra a kvalita podaných informací

Kategorie s názvem Míra a kvalita podaných informací byla následně rozdělena na 3 podkategorie. První podkategorie „*Informace o životním stylu vedoucí k CABG*” se zabývala podanými informacemi o životním stylu, který přispívá například k rozvoji aterosklerózy. Popřípadě zda byli pacienti informováni o zdravém životním stylu, a jestli informacím porozuměli. Podkategorie druhá „*Informace o důvodu, průběhu a komplikacích CABG*” se zaměřovala na míru a kvalitu podaných informací před výkonem. Zda byli pacienti informováni o průběhu výkonu, který mají podstoupit, zda byli vůbec obeznámeni s tím, proč je tento výkon důležitý pro funkci jejich srdce, a zdali byli pacienti seznámeni s možnými komplikacemi. Podkategorie třetí a poslední „*Edukace pacientů sestrou*” se zaměřovala na edukaci a činnost sestry o pacienta. Důležitou částí všech podaných informací je však i porozumění daným informacím, a proto byl i této složce v mém výzkumném šetření věnován čas.

4.4.1 Podkategorie: Informace o životním stylu vedoucí k aortokoronárnímu bypassu

Pouze 4 pacienti z 10 udali, že byli informováni o životním stylu, který přispívá k rozvoji aterosklerózy. O tom, co to vlastně ateroskleróza je, a co by měli například změnit. P3 zhodnotil informace takto: „*Jo to mi lékař všechno řekl, jaké potraviny k tomu přispívají, že kouření a alkohol škodí ve všech směrech i ve směru tomto. Řekl mi, co mám jíst vzhledem k cholesterolu, ale to jsem teda nedodržel.*” P1 bylo od lékaře doporučeno úplně přestat kouřit, úplně přestat pít alkohol a dodržovat dietní opatření. P10 popsal

podané informace takto: „*Informovaný jsem asi víceméně byl, ale nedával jsem tomu pozornost, dokud jsem neměl problémy. Před dvěma lety jsem měl infarkt myokardu, dali mi stent a já pokračoval ve svém nezdravém jídle. Kardiolog mi předepsal léky, ty jsem bral, ale o stravě a námaze mi nikdo nic neřekl. Jsem si vědom toho tučného masa, to byla chyba, ale to už teď nikdo nevrátí.*” P3 byl lékařem informován o alkoholu a kouření, žádné jiné informace si není vědom.

Pacient P4 uvedl, že před vzniklým IM byl informován o životním stylu, který přispívá k rozvoji aterosklerózy pouze povrchově. Konkrétně takto: „*Byl jsem s těmito informacemi seznámen povrchově. Až po infarktu myokardu jsem získal mnoho informací, ale spoustu informací jsem si musel dohledat sám na internetu. Můj kardiolog mi řekl, jak se mám chovat, probrali jsme kouření a alkohol. Stravu jsme teda probrali taky, ale tam jsme neshledali chybu.*”

Zbývá polovina pacientů informace o životním stylu vedoucí k KVO od lékaře nedostali, nebo si toho nejsou vědomi. Jedná se konkrétně o tyto P5, P6, P7, P8 a P9. P5 udal konkrétně tuto informaci: „*Vůbec si neuvědomuji, že by mě někdo s tímto seznamoval. Jako asi kouření byla chyba, ale o ničem jiném nevím, ani mi nikdo nic neřekl.*” P6 se domnívá, že nebyla informovaná díky tomu, že se nikdy s ničím neléčila a nikdy žádný problém neměla. I přes totu skutečnost by ale informace uvítala: „*Vzhledem k tomu, že jsem se nikdy s ničím neléčila, tak lékař asi neměl potřebu, ani já jsem nepotřebovala vědět, jak bych se neměla stravovat, když jsem se tak nestravovala. Teď bych to možná zpětně uvítala, každá informace, dobrá informace. Já vlastně ale do teď nevím, jestli jsem někde udělala chybu, které si nejsem vědoma, nebo to bylo třeba díky genetické zátěži.. Ale moji rodiče vlastně žádné KVO taky neměli, takže já prostě nevím.*” P7, P8 a P9 neví zcela čeho se dopustili, a ani nebyli informováni o tom, jak by se měli chovat a stravovat. Například P7 nad svou odpovědí vůbec nepřemýšlel a řekl: „*Neměl jsem žádné informace ohledně životního stylu vedoucí k rozvoji onemocnění srdce. Nikdy mě nikdo neinformoval. Ani teď nevím, jaké chyby jsem se dopustil, a jak jsem se měl tedy chovat jinak.*” P8 si je zpětně asi chyby vědoma, možná kdyby měla informace o tom, kam její stravování vede, chovala by se jinak: „*Žádné informace o stravě a chování, které zvyšuje riziko jsem neměla, to mě mrzí. Teď zpětně vím, že největší chyba asi bylo jezení v noci.*” P9 také nebyla informována, a to ani o tom, že k tomuto onemocnění má sklony. Není si však vědoma ani chyby, které by se mohla dopustila. V současné době ví pouze to, že má onemocnění, které k indikaci CABG přispívá.

4.4.2 Podkategorie: Informace o důvodu, průběhu a komplikacích aortokoronárního bypassu

Dva pacienti, a to konkrétně P5 a P7, nebyli s podanými informacemi zcela spokojení a uvítali by, kdyby informací ohledně výkonu, který mají podstoupit, dostali alespoň o trochu více. P5 odpověděl: „Musel jsem se na všechno doptávat já sám. Vůbec jsem třeba nevěděl, co je to bypass. Jenže co já laik vím, na co se mám zeptat? Co by pro mě bylo přínosné? Snažil jsem se ptát, jenže když vůbec nevím, co to je za výkon, tak se otázky pokládají špatně. Sám od sebe za mnou nikdo nepřišel, důvod výkonu mi byl vysvětlen až když jsem se zeptal.” Pacient P7 byl přijat do Nemocnice České Budějovice a.s. skrze leteckou záchrannou službu a na výkon šel zcela ihned po nutných intervencích. Bohužel, v tomto případě nebyl na dostatek informací čas zcela oprávněně, neboť se jednalo v zájmu života pacienta. P7 zhodnotil situaci takto: „Samozřejmě chápu, že na informace nebyl čas. Přiletěl jsem vrtulníkem, přišel za mnou lékař, rychle mi řekl, kde jsem a o jaký výkon půjde a šel jsem. Vše mi bylo vysvětleno až po výkonu. Možná, že kdyby se chvilinka času našla na to aby mi bylo řečeno alespoň pár slov měl, bych menší strach, ale vzhledem k tomu, že to bylo opravdu rychlé, tak jsem se stejně nestresoval moc dlouho. Teď už vím všechno, co potřebuji, kromě komplikací. I přes to, že mám Diabetes mellitus mi tuto informaci nikdo neřekl.”

Pacientka P8 také neměla informace o výkonu, který ji čekal. Pacientka o tyto informace však nestála: „Jo přišla za mnou paní doktorka, která mě operovala, ještě si mě prohlídla, ale jak to bude probíhat, nějaké komplikace a tak mi neřekla. Já jsem ale ráda, myslím si, že bych byla ještě více ve stresu než jsem byla. Myslím si, že by se hlava neměla zbytečně zatěžovat informacemi, které jí k ničemu nejsou.”

Následně při rozhovoru pacienti P2 a P10 udali pravý opak. Z jejich pohledu měli všechny potřebné informace, které potřebovali, ba naopak zhodnotili míru informací za zbytečně rozsáhlou. P2 odpověděl: „Informace jsem měl, ale bylo jich tolik, že jsem měl hlavu jak pátrací balón a stejně jsem ve výsledku nevěděl vůbec nic. Víím důvod tohoto výkonu. Mám 80-90% uzávěr, ale stále nechápu, proč k tomu došlo.” A P10 se vyjádřil: „Jo lékař za mnou přišel, řekl mi potřebné informace, ale ty jsou houby platné. Možná to jsou pro pacienta zbytečné informace, ještě ho to více vystresuje, nebo alespoň u mě to tak bylo. Není třeba zacházet tak do hloubky.”

Pacient P4 byl před operací hospitalizován na kardiologickém oddělení na jednotce intermediární péče. Dle získaných informací nebyl na tomto oddělení s mírou podaných informací spokojen do takové míry jako na oddělení kardiologickém. Uvedl: „*Chirurg za mnou přišel, řekl mi, co a jak bude. Já mu podepsal papíry a to bylo vše. Pak za mnou přišel anesteziolog, koukl na mě, řekl mi nějaké informace. Podepsal jsem papíry a to bylo všechno. Co si myslím, že by pro mě bylo daleko přínosnější, kdyby mi tu brožuru o operaci srdce dali už na oddělení, kde jsem byl před výkonem. Bohužel jsem jí dostal až tady na oddělení po výkonu, a to jen díky tomu, že mi sestra řekla „Brožuru jste už dostal dole“, tak jsem jí řekl, že jsem nic nedostal. Takže jsem jí dostal až tady. Ta brožura je opravdu zajímavá a krásně zpracovaná, kdybych ji měl před výkonem, odpoví mi to na spoustu otázek.*”

Čtyři pacienti z 10 byli s podanými informacemi velice spokojeni. Udali, že měli informací dostatek, všechny informace byly pochopitelné a se vším co se týká informací jsou spokojeni. P1 odpověděl: „*Jojo všechno mi řekl, co a jak bude, jak dlouho to bude trvat. Vzhledem k tomu, že jsem diabetik, mi řekl, že mi hrozí komplikace, že se mi rána nebude hojit, a nebo se bude hojit blbě. Vůbec jsem nestrádal, co se informací týče.*” P6 byla před výkonem velice ve stresu, a tak jí rozhovor s lékařem pomohl: „*Jojo přišel za mnou, všechno mi krásně a dostatečně vysvětlil, že jsem až přestala brečet. Řekl mi i důvod, proč je výkon důležitý, prý mám uzavřené tepny a stent už není možná.*” P9 udala, že měla informací dostatek, pro ni byli dostačující: „*Člověk taky nemusí vědět všechno, co jsem vědět potřebovala, jsem věděla a více mě nezajímá, ať si na sále dělají, co chtějí, když mi to pomůže.*” P3 byl s informacemi také spokojen, věděl vše, co chtěl, na vše mu bylo odpovězeno. Věděl i to, že se po výkonu musí šetřit, aby nedošlo k dehiscenci hrudní kosti.

4.4.3 Podkategorie: Edukace pacientů sestrou

Vzhledem k úzkému a častému kontaktu mezi sestrou a pacientem, hraje sestra v rámci edukace pacientů důležitou a, troufám si říci, hlavní roli. Všichni pacienti, bez výjimky, byli od sestry edukováni. Edukace před výkonem spočívala v ústní a lehce demonstrativní edukaci. Dle výpovědi pacientů jim bylo před výkonem od sestry řečeno, že výkon pro tělo znamená velkou zátěž, a tak se po výkonu budou muset šetřit. Nejdůležitější informace však byla, jakým způsobem po výkonu budou vstávat. Další podané informace spočívaly v tom, že bude nutné, aby na dolní končetině, ze které bude odebrán cévní štěp,

probíhala alespoň měsíc po výkonu kompresní terapie za pomoci bandáží dolních končetin. Dále byli pacienti edukováni o důležitosti vyčkat se vstáváním z lůžka na fyzioterapeuta, který jim vše názorně ukáže.

Edukace ve větším množství samozřejmě probíhala až po výkonu. Fyzioterapeuti se postarali o nácvik dechové rehabilitace, edukovali pacienta, jakým způsobem mají odkašlávat, a že při odkašlávání mají použít nafukovací míč. Sestra poté při vstávání s pacientem z lůžka dbala na to, aby se pacient zvedal správně přes bok těla a před každou mobilizací to pacientovi ukázala a upozornila ho na nutnost to dodržovat. Dalším bodem edukace byl věnován důraz na to, aby se pacienti fyzicky nepřemáhali, a nedošlo tak k zadýchání a následnému kašli, neboť rána potřebuje klid pro správné zahojení.

Všichni pacienti byli s edukací spokojeni, hodnotili ji jako kvalitní a dostatečnou. Při rozhovoru mi ukázali, jaké pomůcky na dechovou rehabilitaci obdrželi a jakým způsobem se mají zvedat.

Dále jsem se v této oblasti zeptala pacientů, jaké další informace od sester a personálu obdrželi, jak s nimi byli spokojeni a jak probíhala péče ze strany ošetřujícího personálu. S informacemi podanými sestrou byli spokojeni s výjimkou P7 všichni pacienti. Dle získaných informací jsou na oddělení Kardiochirurgie a hrudní chirurgie sestry velice ochotné, milé a přístupují k pacientům opravdu profesionálně. Pro představu P1 popsal péči sestry před výkonem: *„Navštívila mě na začátku hospitalizace. Ukázala mi, kde se co na oddělení a na pokoji nachází. Ukázala mi, kde je koupelna, podrobně popsala, jak funguje alarm na sestru, provedla mě po oddělení, ukázala sesternu, nabídla chodítka na chození, a tak dále. Následně udělala všechny možné a potřebné výkony. V den operace mě poslala do koupelny a dala nějaké speciální mýdlo, řekla mi, co mám sundat, co nandat. Pak mi ještě všechno zopakovala, ujistila se, že máme všechno a čekal jsem na výkon. Na všechny otázky mi sestra odpověděla, byl jsem s odpověďmi spokojen.”* Pacienti P2, P3, P4, P5 a P9 se se svou odpovědí shodli s P1. Taktéž jim žádná informace nechyběla a následně popsali péči sestry, se kterou byli spokojeni. Patientka P6 byla ve všech ohledech velice spokojena. Byla poprvé hospitalizovaná a velice ji překvapilo, kolik se zde léčí lidí a kolik práce sestry s úsměvem odvádějí: *„Já nemůžu proti nikomu nic říct. Všechny sestry byly hodný, když jsem od nich něco chtěla, tak mi vždy pomohly, odpověděly, no prostě super. A taky mi mažou každý den záda, to jsem byla úplně překvapena, se tu člověk cítí jak na dovolené. A co jsem takhle koukala po pokoji, tak je*

mažou všem.” P9 a P10 hodnotili péči sestry až nadstandardně. P9 péči popsala: *„Sestra tu kolem nás skáče jak kolem králů. Na vše odpoví, vše co si vymyslíme a usmyslíme se snaží vyřešit.*” P10 bez přemýšlení odpověděl: *„Oporu v sestřičce jsem měl opravdu báječnou. Informovaly mě o všem. Řekla mi dokonce, že tu nejsem od toho abych trpěl, takže kdyby se cokoli dělo, ať se nebojím zazvonit a pokusíme se spolu problém vyřešit.*”

Jeden pacient z 10 (P7) s péčí od sestry nebyl zcela spokojen, jedná se tedy o stanici, kam byl uložen přímo po výkonu (Kardiochirurgický RES). Zážitek byl pro něj tak silný, že v době rozhovoru mluvil stále o této situaci a není schopen myšlenky posunout dále: *„No jak od jaké, tady je to zdá se lepší, ale na té JIPce, kde jsem byl po operaci to bylo hrozné. Jako pomohli mi se vším, co jsem potřeboval, ale nevím, přístup se mi moc nelíbil. Jeden zdravotní bratr mě umýval po operaci od desinfekce a dřel mě takovým způsobem, že mám náplasti po celých zádech. Bože to tak bolelo, jak kdyby to dělal kartáčem.*” Pacient také udal, že mu po té operaci nebylo moc dobře, měl bolesti a necítil se zcela komfortně. Je tedy možné, že danou situaci vnímal trochu citlivěji, než kdyby se cítil lépe. Po pár dnech od příchodu z RES, co se mu ulevilo, vypadal daleko lépe a byl usměvavější. Možná by tedy zpětně zhodnotil situaci jinak.

4.5 Kategorie: Psychický stav pacientů a jeho podpora

Kategorie *„Psychický stav pacientů a jeho podpora”* byla rozdělena na tři podkategorie. Konkrétně na *„Psychický stav pacientů před CABG”*, *„Psychický stav pacientů po CABG”* a *„Míra psychické podpory pacientů zdravotnickým pracovníkem.*” V těchto podkategoriích jsem se zajímala o psychický stav pacientů, zda se jim po výkonu ulevilo, či stále přetrvávají obavy ze zdravotního stavu. A především jakým způsobem a do jaké míry byl jejich psychický stav podporován ze strany zdravotnického personálu. Vzhledem k tomu, že psychický stav je jeden z faktorů, který ovlivňuje kvalitu a délku léčení, je důležité tento stav podporovat a snažit se dostat pacienty do psychické pohody. Ne vždy je v našich silách pacienta do psychického komfortu dostat, ovšem měli bychom se o to alespoň pokusit, nebo alespoň psychický diskomfort pacienta neprohlubovat svým chováním a jednáním.

4.5.1 Podkategorie: Psychický stav před aortokoronárním bypassem

Sedm pacientů z 10 udalo, že strach před operací měli a nebyl malý. Byli si vědomi skutečností, že operační zákrok je pro jejich zdraví a přežití celkem zásadní. Jejich strach

mírně zlepšila situace, kdy za nimi přišel lékař a vše jim vysvětlil. Také ze získaných informací vím, že pacientům dělalo dobře prostředí tohoto oddělení a nálada, která na něm panuje. Pacienti mívají strach už pouze ze samotné hospitalizace. Jdou do neznáma, neví jaký bude personál, a jak na ně prostředí bude působit. Proto se ve větším množství rozhovorů vyskytla odpověď, že strach se trochu zmírnil, když už měli prvotní kontakt za sebou. Jednalo se o pacienty P1, P2, P5, P6, P7, P9 a P10. P1 popsal své psychické rozpoložení takto: „Samozřejmě jsem strach měl, bylo mi řečeno, že je to zákrok celkem zásadní. Po příchodu na oddělení se mi trochu ulevilo, a to i díky tomu, že mi lékař a sestra všechno vysvětlili. Ale to byl ten strach, který byl z neznáma. Strach o zdraví stále přetrvával.“ P5 se opravdu před výkonem necítil dobře, popsal to až mírnou úzkostí: „Ano, měl jsem strach, neměl jsem vůbec dobrý pocit před výkonem. Prostě jsem se před operací opravdu necítil moc dobře. Chtěl jsem usnout a probudit se až na operačním sále. Nikdy jsem tedy neměl úzkosti, tak nemůžu zhodnotit, zda to bylo ono nebo ne. Ale měl jsem takový svíravý tlak na hrudi. No co prostě to bylo nepříjemné.“ Pacientka P6 tento moment opravdu prožívala, a to převážně proto, že to pro ni byl šok. Nikdy se s ničím neléčila, a tak ji to nemile překvapilo: „Měla jsem opravdu šílený strach, fakt velký. Byl to šok. Když jsem přijela a viděla, jak jsou tu všichni milí a zkušený tak, se mi trochu ulevilo.“ Ale musím říct, kdy se mi ulevilo, když jsem viděla, kolik je tu lidí, kolik lidí je na tom stejně jako já. Tak jsem si řekla, že to přeci ti doktoři musí umět, když to dělají tolikrát.“

P8 udala: „No strach jsem měla, ale že bych byla nějak psychicky rozladěna, to se asi říct nedá. Prostě strach neznáma, ale nic s čím bych se nedokázala vyrovnat sama.“

Zbylí dva pacienti (P3 a P4) udali, že strach neměli. Byli seznámeni se skutečností, že operační výkon je jedinou možností, jak jejich zdravotní stav zlepšit. Takže neviděli důvod, z čeho by měli mít strach, neboť, dle jejich slov, se nic horšího nemohlo stát. Měli radost, že je ta medicína natolik vyspělá, že měli možnost tuto operaci podstoupit. P3 řekl: „No strach bych řekl, že ne. Bylo to 50 na 50, buď to dopadne dobře a já budu rád a nebo to nedopadne dobře a já už to nebudu vědět, takže mi to bylo jedno. Já už tenhle stav změnit nemohl, takže jsem se kvůli tomu nechtěl stresovat.“ P4 se vyjádřil dost podobně: „Z hospitalizace a z operace jsem strach neměl. Při prvním infarktu bylo prý zasaženo 60% levé komory. Byla mi doporučena transplantace, tu jsem ale odmítl. Toto řešení pro mě bylo lepší. A teď už byly pouze dvě varianty, buď tu zůstanu, nebo ne. Celý život jsem za každé situace pozitivní. Netrpím strachem ani psychickými problémy.“

4.5.2 Podkategorie: *Psychický stav pacientů po aortokoronárním bypassu*

Psychický stav a strach po výkonu se zlepšil víceméně všem pacientům. Bohužel u 4 pacientů z 10 nějaké určité obavy stále přetrvávaly. Po operaci je důležité se nějakou dobu šetřit. Hrudník je díky dýchání stále namáhaný a nemá dostatečný klid na zahojení, a proto je důležité dýchání nezrychlovat a neprohlubovat větší fyzickou aktivitou. U pacientů, kteří bydlí sami nebo nemají někoho, kdo by jim pomohl, právě přetrvávají obavy z toho, jak to doma sami zvládnou. Pacient P2 to shrnul takto: „*Mám trochu strach z toho, jak to doma zvládnou, přeci jenom je furt zima a budu potřebovat dříví. Doma mám také schody, tak doufám, že to sám nějak zvládnou. Ale nějaké úzkosti nemám, takže si nemyslím, že by bylo třeba vyhledat nějakou odbornou pomoc.*” P7 má například strach z důvodu, že se mu operační rána nehojí zcela, tak jak by měla: „*Ulevilo se mi to určitě, ale strach furt mám, rána se blbě hojí. Nehojí se tak, jak by měla. Asi je to způsobeno tím, že jsem diabetik a celkově se mi rány nehojí dobře. Ale jinak strach nemám. Doma mi budou pomáhat, takže moje obavy jsou pouze z té rány, aby se mi nerozpadla.*” P9 měl bohužel podobný problém jako P7. Je diabetička, a tak její stav není úplně optimální: „*Teď po výkonu se mi hodně ulevilo. Ale bohužel jsem stále v nejistotě, protože se mi rána rozpadá. Musím jíst ATB, prý v tom mám zánět, který mi ale rozhodil i cukrovku, takže teď nejsem úplně ve své kůži. Jsem unavená a taková bez nálady. Strach z výkonu už je ale pryč a až budu moci jít domů, tak to bude úplně super. Mám hodně vnoučat a ty mě za každé situace rozesmějí.*” P10 se cítil: „*Teď jsem spokojený. Co se týče domácnosti, tak vím, že se o mě přítelkyně postará. Bohužel dříví mi mladý nenasekají, ještě ho budu muset sekat já jim. Takže toho se trochu bojím, uvidím jak to budu zvládat no. Ale jinak se cítím dobře.*”

Šest pacientů z deseti zhodnotilo svůj psychický stav za lepší, strach již nemají. Po výkonu se jim ulevilo. Doma mají rodinu, která se o ně ve všech směrech postará, takže k obavám nemají důvod. P3: „*Jsem v pohodě, nikdy jsem neměl strach s psychikou nebo úzkostí. Když něco nebudu moct dělat, tak to dělat nebudu. V těchto letech už je mi to jedno.*” P4 se sám sebe ptal z čeho by měl mít teď strach: „*Nemám strach, ani jsem neměl. Z čeho bych měl mít strach? Z toho, že umřu po třetí?*” P6 se ulevilo, když viděla, jak jí je den co den lépe, nemá strach, že by se neuzdravila. Říkala: „*Teď se mi moc ulevilo, teď už mám za sebou to, co jsem nemohla ovlivnit.*” P8 strach z ničeho neměla, má doma přítele, který jí se vším pomůže: „*Naopak se těším, až se o mě budou doma starat. Konečně se otočí role.*”

4.5.3 Podkategorie: Míra podpory psychického stavu pacientů zdravotnickým pracovníkem

Bohužel polovina pacientů uvedla, že si neuvědomují, že by za nimi někdo přišel a zeptal se jich na jejich pocity a psychickou nejistotu. Zároveň 3 pacienti z 5 ale udali, že by jim to stejně nepomohlo, neboť s tímto strachem pomoci nejde. P1 například: „*Strach jsem měl, i když jsem všechny potřebné informace věděl, ale psychickou podporu jsem nepotřeboval, stejně by mi s tím nikdo nemohl pomoci. Ale, že by za mnou někdo přišel a zeptal se, jestli se například nepotřebuji vypovídat to asi ne.*” P2 na otázku odpověděl: „*Je asi logické, že má člověk před tak velkou operací strach, takže si myslím, že by mi stejně nic nepomohlo. Ale neuvědomuji si, že by za mnou někdo přišel a zeptal se, jak se cítím nebo se snahou mě nějak psychicky podpořit.*” P4 neměl strach od začátku, s operací byl smířen a vyrovnán: „*Personál je ve všech ohledech úžasný. Na psychiku se mě ale nikdo neptal. Myslím si, že je na mě dostatečně vidět, že v tomto ohledu podpořit nepotřebuji.*”

P5 se necítil vůbec dobře: „*Já se před operací necítil dobře. Sestra na mě určitě viděla, že jsem dost skeptický, takže věděla, že nemá cenu se snažit. Takže snaha o podporu byla zbytečná.*” P7 by psychickou podporu uvítal, zároveň si je vědom, že na to nebyl čas: „*Před výkonem bych možná nějakou psychickou podporu uvítal, ale vzhledem k časové tísní bylo jasné, že to muselo být zaměřeno především na fyzické potřeby.*”

P3 a P8 měli pocit, že na tom nebyli tak špatně, aby něco takového potřebovali. P8: „*Takový strach jsem neměla, abych potřebovala psychickou podporu. Člověk se bojí výkonu a s tím mu nikdo nepomůže.*” P3: „*Sestra pečovala především o mojí fyzickou stránku, ale zeptala se i jak se cítím. Já psychickou podporu ale nepotřeboval.*”

Tři pacienti z 10 byli s psychickou podporou spokojeni. P6 bez váhání sdělila: „*Sestřičky mě uklidňovaly, říkaly mi, ať se nebojím, že se to srovná a dá se všechno do pořádku. Uklidňují nás tu všichni. Nejvíc mě ale asi uklidnil lékař, když jsem viděla, že on je v klidu, tak já byla taky.*” P9 si pomáhala úsměvem na tváři: „*Byla jsem spokojena, sestřičky mě uklidňovaly a nic víc jsme nepotřebovala, asi by ani nic jiného nepomohlo. Snažila jsem se smát, což mi pomáhalo a možná i kvůli tomu, měly sestry pocit, že jsem v pohodě.*” Pacienta P10 uklidnilo, když mu bylo řečeno, že jsou lékaři profesionálové, a že ví co dělají: „*Samozřejmě zacílili i na psychiku, říkali, že to bude dobrý, že to lékaři umí.*”

5 Diskuze

Bakalářská práce byla zaměřena na podporu pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu (CABG). Cílem práce bylo zjistit způsob edukace pacientů indikovaných k CABG, zmapovat znalosti pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci CABG a zjistit míru duševní podpory pacientů indikovaných k CABG. Celkem byly formulovány tři výzkumné otázky: Jakým způsobem jsou pacienti edukováni před CABG? Jaká je znalost pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci CABG? Jak zdravotnický personál podporuje dušení pohodu pacienta s indikací k CABG?

První část byla zaměřena na to, zda byli pacienti spokojeni s edukací a jak samotná edukace probíhala. Svěráková (2012) ve svém díle popisuje a klade důraz na edukaci pacientů. Upozorňuje na to, že edukace v ošetrovatelství má své pevné místo a hraje důležitou roli. Napomáhá totiž pacientovi docílit lepší péče o svůj zdravotní stav, zabraňuje vzniku komplikací a zároveň přináší aktivnější přístup pacienta. S výrokem Svěrákové (2012) se shoduje i východisko studie Schooleye et al. (2020). Schooley napsal, že vzdělávání pacientů poskytované poskytovatelem zdravotní péče zvyšuje pacientovo porozumění a dodržování lékařských pokynů, což napomáhá zlepšovat zdraví pacientů. A právě proto jsem se v rámci svého výzkumného šetření pacientů zeptala, jak probíhala informovanost nebo edukace v rámci hospitalizace. V mém výzkumu jsem dospěla k závěru, že 8 pacientů z 10 bylo s mírou podaných informací spokojeno. Zbylí dva pacienti by dle jejich výpovědí uvítali o trochu více informací. Dle mého uvážení se ale domnívám, že tento výsledek je způsoben různými prioritami pacientů. Všichni jsme lidé s jinými hodnotami a prioritami, a právě díky tomu, je pro každého z nás každá informace jinak důležitá. Někdo si vystačí s málem a někdo potřebuje k uspokojení svých potřeb informace podrobnější a ve větší míře.

V rámci edukace jsem například ze svého pozorování zjistila, že všichni pacienti byli od sestry před výkonem edukováni o tom, co přijde po výkonu. Jak se správně zvedat z lůžka, že je nutná kompresní terapie dolní končetiny, ze které se bral cévní štěp ještě alespoň měsíc po výkonu nebo například, že se nemají moc fyzicky namáhat, aby se příliš nezadýchali. Všichni tuto edukační činnost v průběhu rozhovoru následně potvrdili. Edukaci dle výsledků provádí převážně sestra, neboť s pacientem tráví nejvíce času, a tak edukační činnost může provádět při hygienické péči, při převazech a jiných

ošetřovatelských činnostech. Sestry v rámci edukace mimo té slovní, užívají i edukační materiály, konkrétně brožuru „*Co Vás čeká a nemine při operaci srdce.*” V edukační činnosti hrají velkou roli i fyzioterapeuti, kteří edukují pacienta o dechové rehabilitaci, která je po operaci velice důležitá, následně se s pacientem zvedají z lůžka a chodí za pomoci chodítka po chodbě. Informace o důvodu, průběhu a komplikacích CABG podávají z pravidla lékaři. Ovšem jako jedna z velkých slabín českého zdravotnictví, dle Raitera (2017), se ukazuje nízká srozumitelnost informací, které lékaři poskytují pacientům. Vzhledem k tomu, že, jak jsem již zmiňovala, má pacient užší kontakt se sestrou, tak se častěji odváží s dotazy oslovit právě ji. Předpokládám, že je to zapříčiněno tím, že od sestry čekají srozumitelnější odpověď. Podobnou či stejnou domněnku popisuje ve své práci i Švarcová (2014). Míru informovanosti a kvalitu edukace bych, dle výsledků, hodnotila jako velice kvalitní. Pacienti byly spokojeni a když jim nějaká informace chyběla, tak jim vždy byla doplněna odpověď. Výsledky ukázaly, že na oddělení pracuje kvalitní personál, který si uvědomuje důležitost edukace, a volí i edukační prostředky, ke kterým se mohou pacienti kdykoliv vrátit a přečíst si informace znovu.

Následně jsem se zaměřila na to, jaký životní styl pacienti doposud vedli a zda mají znalosti v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci CABG. Pouze čtyři pacienti z deseti udali, že byli v rámci primární péče informováni o životním stylu, který vede k rozvoji aterosklerózy a co vlastně ateroskleróza je. Opačný výsledek zjistila ze svého výzkumu Brejchová (2012), které z vyhodnocení empirického šetření vyplynulo, že edukace v primární péči bez výjimky probíhá.

Již zmiňovaní 4 pacienti udali, že informace o důsledku nezdravého životního stylu od praktického lékaře obdrželi, avšak nedodržovali ho. Z těchto výpovědí vyplynulo, že se jednalo o pouhé předání informací ze strany lékaře, nikoli o jakýsi apel na dodržování opatření a pravidelné kontroly lékařem. P10 popsal edukaci v primární péči o životním stylu vedoucí k ateroskleróze: „*Informovaný jsem asi víceméně byl, ale nedával jsem tomu pozornost, dokud jsem neměl problémy. Před dvěma lety jsem měl infarkt myokardu, dali mi stent a já pokračoval ve svém nezdravém jídle. Kardiolog mi předepsal léky, ty jsem bral, ale o stravě a námaze mi nikdo nic neřekl. Jsem si vědom toho tučného masa, to byla chyba, ale to už teď nikdo nevrátí.*” Zbylých 6 pacientů bohužel informace o důsledcích nezdravého životního stylu od zdravotnického personálu neobdrželo. Pacientka P9 má diagnostikované onemocnění, které k indikaci k CABG

přispívá. Ani ona informace od lékaře neobdržela. Samozřejmě všichni pacienti kouřící tabákové přípravky věděli, že kouření pro zdraví není dobré. Většina z nich si však nedokázala představit, jak by kouření mohlo ovlivnit stěnu cév a domnívali se, že kouření ovlivňuje „pouze“ funkci plic. Výpovědi pacientů ve mě vyvolaly pocit, že v primární péči nedochází k podání informací a časné edukaci. Ke správné edukaci dochází, bohužel, až ve chvíli, kdy se pacientovi objeví příznaky daného onemocnění anebo vyjdou zhoršené výsledky vyšetření. Což potvrzuje i výpověď P6: „*Vzhledem k tomu, že jsem se nikdy s ničím neléčila, nikdy se v žádných výsledcích nic neukázalo, tak zřejmě nebyla potřeba.*” Obávám se, že je tento stav často zapříčiněn skutečností, že lékaři v primární péči nemají na pacienta dostatek času. Mé tvrzení potvrzují výsledky pro klinickou praxi od Favi et al. (2016), ve kterých Favi udává, že ani chronické poruchy nelze adekvátně vyřešit v současném prostředí praktického lékařství, kde musí být pacient vyšetřen do 10-15 minut nebo i méně.

CABG je časově velice náročný zákrok. V případě, kdy probíhá zákrok bez komplikací, tak zpravidla trvá několik hodin, přibližně 3-4 hodiny. A právě proto znamená pro pacienta nadměrnou fyzickou i psychickou zátěž. V případě podstoupení CABG je hospitalizace v nemocničním zařízení nezbytná. Již pouhá hospitalizace a nemoc samotná v pacientech však vyvolává spoustu otázek a obav. Raiter (2017) s tímto souhlasí a tvrdí, že strach a úzkost, kterou nemoc vyvolává, mohou pacienta oslabovat stejně jako fyzické účinky. Tuto skutečnost potvrzují i výpovědi pacientů. Kdy 7 pacientů z 10 udalo, že strach z hospitalizace a výkonu měli a nebyl malý. P6: „*Strach z hospitalizace a z výkonu jsem měla strašný, fakt velký. Vzhledem k tomu, že jsem se nikdy s ničím neléčila a v nemocnici neležela, tak to pro mě byl šok.*” Vzhledem k těmto výpovědím je tedy, dle mého názoru, velice důležité se zaměřit na psychickou pohodu pacientů podstupujících CABG a jakoukoliv maličkostí, informací a větou pacienta podpořit. Z rozhovorů s pacienty máme informace, že jim v oblasti psychiky velice pomohlo seznámení s oddělením, pokojem, průběhem hospitalizace a především přístup personálu. Ve své výpovědi právě 4 pacienti z 10 přímo udali, že se jim ulevilo díky ochotě a milému přístupu personálu. Konkrétně P6: „*Jo tady jsou všichni tak hodní, že se mi trochu ulevilo.*”, P9: „*Byla jsem spokojená s přístupem personálu, sestřičky byly moc hodný. Všechno mi vysvětlily a ukázaly.*” Dále také Raiter (2017) uvedl, že pacienti se často obávají, že jim budou odepřeny informace, a že nebudou kompletně a upřímně informováni o nemoci nebo prognóze. S tímto názorem se však neztotožňují 3 pacienti

z mého výzkumného souboru. Jedním z nich je P10, který svůj názor popsal následovně: „*Jako bylo mi to vysvětleno, ale to jsou informace houby platné, možná vás to ještě více vystresuje. Nějaké informace samozřejmě jsou důležité, ale není třeba zacházet moc do hloubky.*“ Mezi pacienty, jejichž výrok se neztotožňuje s výrokem Raitera (2017), patří dále například P9, ta skutečnost zhodnotila takto: „*Lékař za mnou přišel a vše mi vysvětlil. Takhle, všechno to, co jsem vědět potřebovala, člověk totiž taky nemusí vědět všechno, že jo.*“ Naopak výpověď P6 se s názorem ztotožňuje, informace chtěla vědět a dokonce to pro ni bylo jedno z největších uklidnění: „*Jojo přišel za mnou lékař, všechno mi krásně a dostatečně vysvětlil, že jsem až přestala brečet.*“ Můj názor, který jsem si vytvořila na základě pozorování pacientů během své odborné praxe a následně na základě rozhovorů s pacienty po CABG se shoduje, jak s Raiterem (2017), tak s výpovědí pacientů. Pacienti, dle mého názoru, by samozřejmě svůj zdravotní stav vědět chtěli, chtěli by vědět, co pro ně daný výkon znamená a další, ale zároveň se ho bojí. Když u pacientů probíhá velká vizita, tak mají strach jenom z toho důvodu, kolik je kolem nich personálu v „bílém“, jejich strach následně prohlubuje fakt, kdy si lékaři mezi sebou povídají a používají při rozhovoru odborné názvy, které pro pacienty mohou znít hrůzně. Všichni hospitalizovaní jsou v jakémsi fyzickém i psychickém diskomfortu, a proto potřebují více času na to, informace vstřebat a pochopit. Všechno je pro pacienty velice rychlé a složité, a to je možná ten důvod, proč by tyto informace raději neměli. Efektivní by tedy, podle mě, bylo si s pacientem sednout na dostatečně dlouhou dobu, kterou bude pacient potřebovat a v rámci jeho možností danou informaci pochopit, mu problém vysvětlit.

Po výkonu strach, popřípadě úzkost téměř u všech pacientů ustoupil. Samozřejmě, že první dny po výkonu byly ještě vzhledem k velké bolestivosti náročné, ale díky ustupujícím problémům se pacienti cítí každým dnem lépe. Na prožívání bolesti se ve své bakalářské práci zaměřila Plechatá (2015), ta bolest popsala jako jev, který se skládá z fyzické a emocionální části, kdy jsou pacienti vystaveni subjektivnímu pocitu, který prožívá každý zcela odlišně. Bolest obtížněji snášejí lidé úzkostní, naplnění strachem a obavami. Což je právě stav, který se týká zapojených pacientů, kteří podstoupili již zmíněný psychicky i fyzicky náročný CABG. S názorem Plechaté (2015) se ztotožňuje pacient P7. P7 byl přivezen leteckou záchranou službou. Na výkon šel do jedné hodiny od přijetí, a tak nebyl dostatečně velký prostor na získání informací od lékaře. Tato skutečnost pacienta vystresovala ještě více, i když jak udává, na strach nebylo moc

času, ale i tak strach nebyl malý. „Bezprostředně po výkonu jsem se vzbudil a nebylo mi úplně dobře, měl jsem bolesti a strach z toho, že vlastně nemám ještě žádné informace a navíc personál na RESU ke mně nebyl moc milý a ochotný. I přesto, že se mi po výkonu ulevilo, díky tomu, že jsem se vůbec probral, tak jsem byl vzhledem ke všem těmto okolnostem takový podrážděný, a tak jsem měl práh bolesti o dost nižší než za normálních okolností.“ Úleva pacientů po výkonu je také velice vázaná na rodinné a domácí zázemí, 6 pacientů z 10 udalo, že se jim po výkonu ulevilo. Nemají z ničeho strach, neboť mají dobré rodinné zázemí a mají jistotu, že o ně doma bude postaráno. Jistotu v rodině cítí například P1: „Vím, že se teď po výkonu nemohu přemáhat, nějakou dobu bude trvat, než se zase dostanu do kondice a stejně už nikdy nebude 100%. Budu muset trochu polevit v péči o stavení, ale mám 3 děti, takže oporu v rodině mám. Nemám strach, že by mi s barákem nepomohli.“ Raiter (2017) se ve svých osmi hlavních dimenzích kvality péče zaměřil právě i na dimenzi zvanou „Zapojení rodiny a blízkých do péče o pacienta“, kde popisuje již výše zmíněnou problematiku. Dle této dimenze se pacienti spoléhají na rodinné příslušníky a své nejbližší přátele v případě sociální a citové podpory nebo jako na zastávce a často jako na první poskytovatele zdravotní péče po propuštění z nemocničního zařízení. Tento názor potvrzuje i náš výsledek, kdy 4 zbylí pacienti z 10 udali, že žijí sami a rodinné zázemí nemají, což u nich vyvolává strach, že se o sebe nezvládnou po propuštění z nemocničního zařízení postarat. Mezi tyto 4 pacienty patří zrovna pacient P2: „Mám trochu strach z toho jestli doma všechno zvládnou, přeci jenom je furt zima a budu potřebovat dříví. Doma mám také schody, tak doufám, že to sám nějak zvládnou.“

Míra psychické podpory pacientů ze strany zdravotnického personálu ,dle našich výsledků, nedopadla zcela pozitivně. Polovina pacientů udala, že si neuvědomují, že by za nimi někdo přišel a zacílil na jejich psychiku. Zároveň však nesmíme opomenout, že 3 pacienti z této poloviny udali, že si ale nebyli jisti, zda by jim to pomohlo, neboť se domnívali, že s tímto strachem jim nikdo pomoci nemohl. A zároveň zcela všichni udali, že jim pomohl již pouze samotný přístup personálu, který jim dodal jistotu, že kdyby měli jakýkoliv problém, tak jim s ním personál pomůže. Na základě výpovědí pacientů jsem usoudila, že psychický pacientů je zanedbáván a opomíjen. Fava et al. (2016) ve své studii zmínila, že cílem léčby by mělo být dosažení individuálních cílů a identifikace všech ovlivnitelných biologických a nebiologických faktorů a zdůraznila, že primární zaměření na nemoc, vzhledem ke změněným zdravotním potřebám pacientů, neúmyslně vede

k nedostatečné léčbě, nadměrné léčbě nebo špatné léčbě. Raiter (2017) ve svém výzkumu dodal k dimenzi „*Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta*” poznámku, že jde dlouhodobě o jednu z nejhůře hodnocených dimenzí kvality v českém lůžkovém zařízení. Také výsledky Horáčkové (2019) v bakalářské práci se shodují s výsledkem Raitera (2017). Horáčková se ve své bakalářské práci zaměřila na vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládnání hospitalizace. Konkrétně na vliv mimiky a haptiky personálu na psychiku pacienta. Dle jejího názoru se nevelká část lidí zajímá o neverbální komunikaci (terapeutický dotek) a to, jak z řad zdravotníků, pacientů tak i široké veřejnosti. Výsledky jejího výzkumu jí, dle jejích slov, přijdou smutné, neboť existuje velké množství výzkumů a důkazů o tom, že psychický stav má na fyzické zdraví obrovský vliv. Horáčková (2019) pokládá otázku, proč se tedy osoby pracující s lidmi více nezajímají o tuto formu komunikace. Můj názor, který se ztotožňuje právě i s názorem Horáčkové, je takový, že kdybychom se na tuto komunikaci zaměřili, dalo by se tím předejít řadě stížností ze strany pacientů, nedorozuměním a následným konfliktům. Lidé se nejspíše díky uspěchané době a medicínskému pokroku nezaměřují na osobnost člověka. V případě, kdy by se na to lidé zaměřili, by se mohlo předejít psychickým problémům a snížit tím výskyt některých somatických onemocnění. Pacienti v mém výzkumném souboru se k této problematice vyjádřili následovně. P5 se domnívá, že by psychická podpora vzhledem k jeho skeptické náladě neměla velký smysl. „*Já se před operací necítil moc dobře. Sestra na mě viděla, že jsem skeptický, takže věděla, že to nemá cenu se snažit. Takže podpora byla zbytečná.*” Nepomyslel však na to, že by mu podpurná slova mohla náladu zlepšit. Nebo například P1: „*Já to teda úplně nevyžadoval, neboť si myslím, že by to stejně nepomohlo, ale že by za mnou vyloženě někdo přišel a řešil se mnou psychiku ne.*” V mém výzkumném vzorku byli 3 pacienti z 10, kteří byli s mírou psychické podpory spokojeni a přímo ve své výpovědi udali, že za nimi někdo přišel a zeptal se na to, jak se cítí. P10 vypověděl: „*Samozřejmě zacílili i na psychiku, říkali, že to bude dobrý, že to lékaři umí.*” P6 popsala situaci dost podobně: „*Sestřičky mě uklidňovaly, říkaly mi, ať se nebojím, že se to srovná a dá se to do kupy.*” Teď si pokládám otázku, zda je výsledek, který poukazuje na to, že s psychickou podporou jsou spokojeni 3 z 10 pacientů, dostačující. Neměl by však výsledek vzhledem k velkému množství důkazů o tom, že psychický stav má na fyzické zdraví velký vliv vyjít se 100% spokojeností? Proč se personál nesnaží pacienty psychicky podpořit? Nemají dostatek času, protože stále více přibývá administrativní práce? Nebo jednoduše nemají zájem a dostatek vědomostí, aby byli schopni pacienta psychicky podpořit?

Na tyto otázky je, dle mého názoru, pouze jedna odpověď. Všechna práce je pouze o lidech a jejich cítění. Zde bych si dovolila použít citát Jana Wericha, který se momentálně ztotožňuje s mými pocity: „*Kdo chce, hledá způsob. Kdo nechce hledá důvod.*”

6 Závěr

Bakalářská práce se věnovala podpoře pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu. V této práci byly stanoveny 3 cíle. Prvním cílem bylo, zjistit způsob edukace pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu. Pro tento cíl byla zvolena výzkumná otázka, jakým způsobem jsou pacienti edukováni před aortokoronárním bypassesem? Druhým cílem bylo zmapování znalosti pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu a výzkumná otázka pro tento cíl byla následující: „Jaká je znalost pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu?“ A posledním cílem bylo zjistit, míru duševní podpory pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu, na což jsme použili výzkumnou otázku takovouto: „Jak zdravotnický personál podporuje duševní pohodu pacienta s indikací k aortokoronárnímu bypassu?“

Z provedeného výzkumného šetření jsme zjistili, že pacienti jsou před aortokoronárním bypassesem edukováni pomocí ústní edukace, demonstrativní edukace, ale také velmi přínosnou brožurou, kterou obdrží na oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie každý pacient, který podstupuje operaci srdce. Edukaci z největší části provádí sestra a následně v oblasti rehabilitace fyzioterapeut. Zjistili jsme, že personál edukaci bere jako důležitou součást léčby, a tak pro většinu pacientů byla edukace kvalitní, přínosná a dostačující.

Dále jsme zjistili, že pacienti nemají dostatek informací o zdravém životním stylu a o důsledcích chyb v něm, které vedou právě k rozvoji aterosklerózy. Samozřejmě nějaké základní informace mají, jako například, že kouření škodí lidskému zdraví a že nadměrné množství tučného jídla taktéž zdravému tělu nepříspěvá. Ale bohužel, podrobnější informace z primární péče pacienti neobdrželi. Nevědí, jakým způsobem chyby v zdravém životním stylu zdraví škodí, proč zdraví škodí a kam tento životní styl vede.

Míra duševní podpory „nějakým způsobem“ před výkonem probíhala, ale dle výpovědí, pouze u 3 pacientů z 10, což je, dle mého názoru, velmi neuspokojivý výsledek vzhledem k důkazům, že psychika přímo působí na fyzické zdraví pacientů.

Po vyhodnocení výsledků výzkumu mohu konstatovat, že první cíl se nám podařilo splnit. Zjistila jsem, že edukace probíhá kvalitně a dostatečně za pomoci slovní a demonstrativní edukace. Následně jsem také zjistila, že před výkonem ze strany sestry probíhá edukace o tom, co bude zapotřebí dodržovat po výkonu. Druhý cíl měl zmapovat znalosti pacientů

v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu. Cíl byl splněn, tato oblast byla zmapována, ovšem narazila jsem v ní na nedostatky v poskytování informací o zdravém životním stylu a na chyby, kterých se pacienti v této oblasti dopouštějí. A právě proto lze znalosti dotazovaných pacientů hodnotit za neuspokojivé. Třetí a poslední cíl, se zaměřoval na psychickou podporu pacientů. Je zarážející, že naše výsledky ukazují, že psychická podpora nebyla dostačující, a dostalo se jí pouze třem pacientům z 10. Mnoho výzkumů však dokazuje, že psychika přímo působí na fyzické zdraví pacienta. Proto je výsledek mého výzkumu dosti překvapivý.

Psychická podpora pacientů je oblast, ve které jsem shledala závažnější nedostatky, a tak by se tomuto problému mělo věnovat, v rámci školení personálu, více času, a apelovat tak na personál, že je nutno pacientům během hospitalizace nabídnout psychickou podporu.

Závěrem bych chtěla říci, že tato bakalářská práce může sloužit jako informační prostředek pro studenty studující obor týkající se ošetrovatelství, či sestry pracující ve zdravotnictví. Důležitá by pro ně mohla být právě informace, že je pro zdraví člověka potřebné zaměřovat se na pacienta jako na holistickou bytost a respektovat jeho bio-psycho-sociální potřeby, neboť pacientům je tento holistický přístup často odepírán a postrádají ho.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D., et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., 2009. Pozice sestry v multidisciplinárním týmu. *Kontakt*. 11(1), 252-256. DOI: 10.32725. ISSN 1212-4117.
3. BENDOVIÁ, M., 2015. *Role sestry a specifika ošetrovatelské péče u miniinvazivních kardiochirurgických výkonů*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta.
4. BREJCHOVÁ, E., 2012. *Edukace v primární péči*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Miluše Kulhavá.
5. BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0468-0.
6. Coronary Artery Bypass, 2021. *Premier Healthcare Germany*. [online] Hamburk: Premier Health Germany [cit. 2022-3-3]. Dostupné z: <https://premier-healthcare.eu/treatment-2/heart/coronary-artery-bypass>
7. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 3. 3., upravené a doplněné vydání*. 3. vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
8. DRNKOVÁ, A., 2013. *Změna životního stylu u pacientů po aortokoronárním bypassu*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita.
9. FAVA, G.A., COSCI, F., SONINO, N., 2017. Current Psychosomatic Practice. *Psychother Psychosom*. 86(1), 13-30. DOI: 10.1159/000448856. ISSN 27884006.
10. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
11. FN Plzeň., © 2022. *Indikace operací. Kardiochirurgické oddělení*. [online]. Fakultní nemocnice Plzeň [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://kch.fnplzen.cz/cs/node/202>

12. GOLIANOVÁ, P., 2012. *Ošetrovatelská péče o pacienta po aortokoronárním bypassu*. Praha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 3. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství.
13. HABERL, R., 2012. *EKG do kapsy: Překlad 4. vydání*. 4. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4192-5.
14. HORÁČKOVÁ, E., 2019. *Vliv ošetrovatelského personálu na psychické zvládnání hospitalizace*. Hradec Králové. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.
15. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
16. JESUS, D.F. de, MARQUES, P.F., 2013. Nursing assistance at the hospital discharge after cardiac surgery: integrative review: Assistência de enfermagem na alta hospitalar em pós-operatório de cirurgia cardíaca: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*. 28(4), 538-544. DOI: 10.5935/1678-9741.20130087.
17. JEŽOVÁ, M., 2020. *Potřeby nemocného* [online]. Brno: FN Brno, Chirurgická klinika, 2020, 1-9 [cit. 2022-2-8]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/jaro2020/MIOC0231c/um/cviceni_v_chirurgickych_oborech_i/02._POTREBY_PACIENTA_NA_JIP.pdf?lang=cs;verze=2017
18. KALA, P., NĚMEC, P., ŽELÍZKO, M., PIRK, J., WIDIMSKÝ, P., 2011. Revaskularizace myokardu. Perkutánní koronární intervence a aortokoronární bypass. *CorVasa*. 53, 3-24. DOI: 10.33678/cor.2011.192.
19. KALA, P., NĚMEC, P., ŽELÍZKO, M., PIRK, J., WIDIMSKÝ, P., 2012. Revaskularizace myokardu. Perkutánní koronární intervence a aortokoronární bypass. *Vnitřní lékařství* [online]. 58(1), 79-103 [cit. 2022-2-10]. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2012/88/04.pdf>
20. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-271-0130-6.

21. KARGES, W., 2011. *Vnitřní lékařství: Stručné repetitorium*. Praha: Grada. 426 s. ISBN 978-80-247-3108-7.
22. KLENER, P., et al., 2014. *Vnitřní lékařství. 4., přepracované a rozšířené vydání*. 4. vydání. Praha: Galén. 1174 s. ISBN 978-80-7262-705-9.
23. KÖLBEL, F., et al., 2014. *Praktická kardiologie*. Praha: Karolinum. 308 s. ISBN 978-80-246-1962-0.
24. KRÁLÍKOVÁ, E., 2015. *Diagnóza F17: závislost na tabáku*. Praha: Mladá fronta. 104 s. ISBN 978-80-204-3711-2.
25. LINDNER, J., ŠPUNDA, R., CHMAITILLIOVÁ, A., BĚHAVKOVÁ, J., 2015. Před operací srdce Aneb co by měl pacient vědět před operací srdce...: Příručka pro pacienty II. chirurgické kliniky Kardiovaskulární chirurgie VFN. [online]. II. chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie: Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Praha: VFN Praha, 2015 [cit. 2022-2-28]. Dostupné z: https://www.kardiochirurgie-vfn.cz/dokumenty/prirucka_pro_pacienty.pdf
26. MATES, M., NĚMEC, P., ŽELÍZKO, M., HARRER, J., KALA, P., 2019. Doporučené postupy ESC/EACTS pro revaskularizaci myokardu, 2018.: Souhrn dokumentu připravený Českou kardiologickou společností, Českou asociací intervenční kardiologie a Českou společností kardiovaskulární chirurgie ČLS JEP. *Cor Vasa*. Praha, 124 - 156. DOI: 10.33678/cor.2019.009.
27. NHS., © 2018. *Living with Coronary artery bypass graft*. [online]. National Health Service [cit. 2021-11-2]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/coronary-artery-bypass-graft-cabg/living-with/>
28. NÁPLAVA, R., © 2016. *Aortokoronární bypass (CABG)*. [online]. Lunacor kardio / centrum srdce [cit. 2021-10-27]. Dostupné z: <http://www.centrum-srdce.cz/co-ocekavat-kdyz/aorto-koronarni-bypass.html>
29. NAVRÁTIL, L., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. 2., zcela přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0210-5.
30. NĚMEC, P., et al., 2006. *Kardiochirurgie*. Olomouc: UP Olomouc. 103 s. ISBN 978-80-244-1303-7.

31. NOVÁKOVÁ, J., 2011. Pooperační péče na kardiochirurgické JIP. *Sestra*. 21(2), 42-43. ISSN 1210-0404.
32. RAITER, T., 2017. *Nemocnice Na Homolce*. [online]. Kvalita Očima Pacientů. Praha: KOP, 2017 [cit. 2022-3-26]. Dostupné z: https://www.homolka.cz/data/upload/Zprava_KOP_Homolka_2017_PUBLIC.PDF
33. REZLER, M. et al., 2010. Náš současný přístup k řešení komplikovaných sternotomických ran při selhání drátěné cerkláže – zkušenosti s dlahovou osteosyntézou. *Cor Vasa*. 52(5-6), 310-313. DOI: 10.33678/cor.2010.081.
34. Ruku na srdce., © 2017. *Proč není kombinace alkoholu, kouření a srdečního selhání ideální*. [online]. Ruku na srdce: Život se srdečním selháním [cit. 2021-10-30]. Dostupné z: <https://www.rukunasrdce.cz/zivot-se-srdecnim-selhanim/proc-neni-kombinace-alkoholu-koureni-a-srdeniho-selhani-idealni/>
35. PÍŤHA, J., 2011. Rizikové faktory aterosklerózy u žen. *Interní medicína pro praxi* [online]. 13(6), 241-243 [cit. 2022-2-10]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2011/06/03.pdf>
36. PLECHATÁ, V., 2015. *Psychologická problematika dlouhodobě nemocných*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce PhDr. Simona Saibertová.
37. PLEVOVÁ, I., et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
38. PLEVOVÁ, I., ZOUBKOVÁ, R., et al., 2021. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada. 560 s. ISBN 978-80-271-0890-9.
39. POJAR, M., et al., 2013. Miniinvazivní chirurgická léčba mitrální a trikuspidální chlopně – videoasistované operace. *Intervenční a akutní kardiologie*. 12(4), 196-199. ISSN 1213-807X.
40. PROCHÁZKA, V., ČÍŽEK, V., 2012. *Vaskulární diagnostika a intervenční výkony*. Praha: Maxdorf. 218 s. ISBN 9788073452841.

41. RIEGEL, B., MOSER, D.K., BUCK, H.G., 2017. Self - Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke. *Journal of the American Heart Association*. 6(9), 1-27. DOI: 10.1161/JAHA.117.006997.
42. ROSOLOVÁ, H., et al., 2013. *Preventivní kardiologie: v kostce*. Praha: Axonite. 248 s. ISBN 978-80-904899-5-0.
43. SCHOOLEY, B., SINGH, A., HIKMET, N., BROOKSHIRE, R., PATEL, N., 2020. Integrated Digital Patient Education at the Bedside for Patients with Chronic Conditions: Observational Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 8(12). DOI: 10.2196/22947. ISSN 2291-5222.
44. SILLERO-SILLERO, A., ZABALEGUI, A., 2019. Safety and satisfaction of patients with nurse's care in the perioperative. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 27:e3142. DOI: 10.1590/1518-8345.2646.3142.
45. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
46. SLOUKOVÁ, I., 2014. *Hodnocení vybraných oblastí zdravého životního stylu u pacienta po infarktu myokardu*. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.
47. SOUČEK, M., SVAČINA, P., et al., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada. 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
48. SOVOVÁ, E., LUKL, J., 2005. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky: Vyšetření, Rizikové faktory, Srdeční onemocnění*. Praha: Grada. 117 s. ISBN 978-80-247-6021-6.
49. SOVOVÁ, E., SEDLÁŘOVÁ, J., 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 2., rozšířené a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-4823-8.
50. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

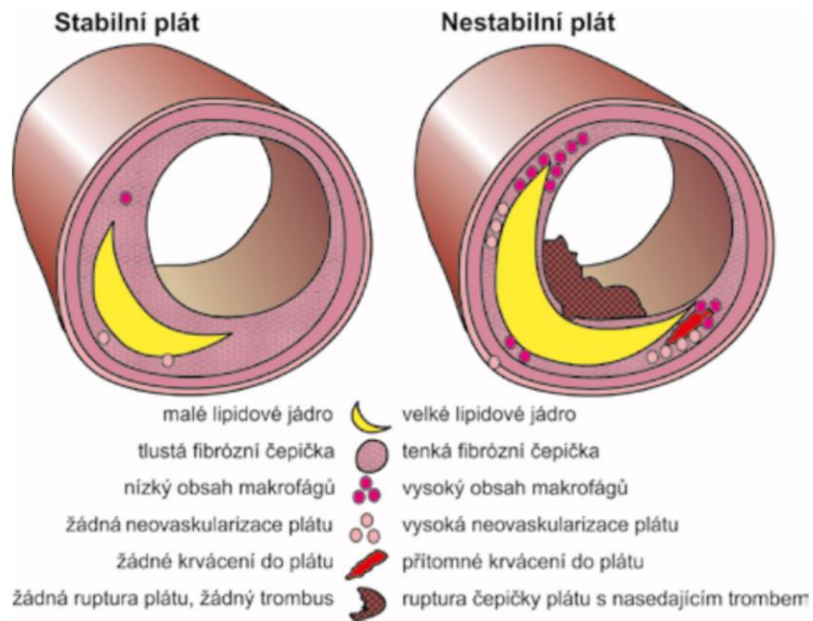
51. ŠVARCOVÁ, L., 2014. *Edukace pacienta před kardiochirurgickým výkonem*. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská Univerzita v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.
52. TARDY, S.T., LOEHR, L.R., BUTLER, K.R., CHAKLADAR, S., CHANG, P.P., et al., 2015. Reducing the Blood Pressure–Related Burden of Cardiovascular Disease: Impact of Achievable Improvements in Blood Pressure Prevention and Control. *Journal of the American Heart Association*. 4(10), 1-11. DOI: 10.1161/JAHA.115.002276.
53. TÁBORSKÝ, M., et al., 2021. *Doporučené postupy – Prevence kardiovaskulárních onemocnění*. [online]. KDP. Praha: ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2022-2-28]. Dostupné z: <https://kdp.uzis.cz/res/guideline/26-aktivni-prevence-manifestace-kardiovaskularnich-chorob-u-asymptomatickych-vysocerizikovych-osob-final.pdf>
54. TÁBORSKÝ, M., et al., 2021. *Kardiologie: Svazek I-V*. Praha: Grada. 1136 s. ISBN 978-80-271-1439-9.
55. TÓTHOVÁ, V., CHLOUBOVÁ, I., PROKEŠOVÁ, R., et al., 2019. *Význam ošetřovatelství v preventivní kardiologii*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-271-2197-7.
56. VESELKA, J., ROHN, V., et al., 2015. *Kardiovaskulární medicína* [online]. Brno: Facta Medica [cit. 2021-12-24]. 399 s. ISBN 978-80-88056-00-3. Dostupné z: <http://www.kv-medicina.eu>
57. VÍTOVEC, J., ŠPINAR, J., ŠPINAROVÁ, L., et al., 2017. *Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. 3. vydání*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4713-2.
58. WIDMER, R.J., FLAMMER, A.J., LERMAN, L.O., LERMAN, A., 2014. “The Mediterranean Diet, its Components, and Cardiovascular Disease”. *The American Journal of Medicine*. 128(3), 229-238. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.10.014.
59. WINTER, S.J., SHEATS, J.L., KING, A.C., 2016. The Use of Behavior Change Techniques and Theory in Technologies for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment in Adults: A Comprehensive Review. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 58(6), 605-612. DOI: 10.1016/j.pcad.2016.02.005.

60. ZELINKOVÁ, M, 2011. Příprava pacientů ke kardiochirurgické operaci. *Sestra.*, 21(2), 28. ISSN 1210-0404

8 Seznam příloh

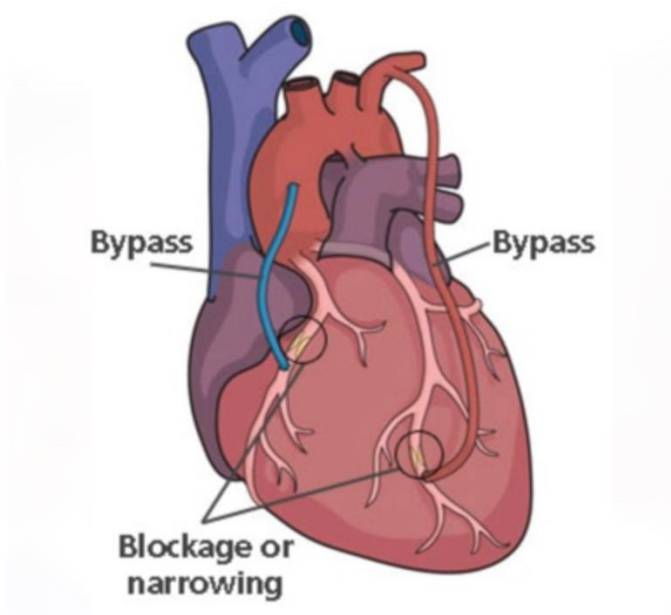
Obr. 1 - Stabilní a nestabilní plát se od sebe složením liší

Zdroj: (Bulava, 2017, s. 96)



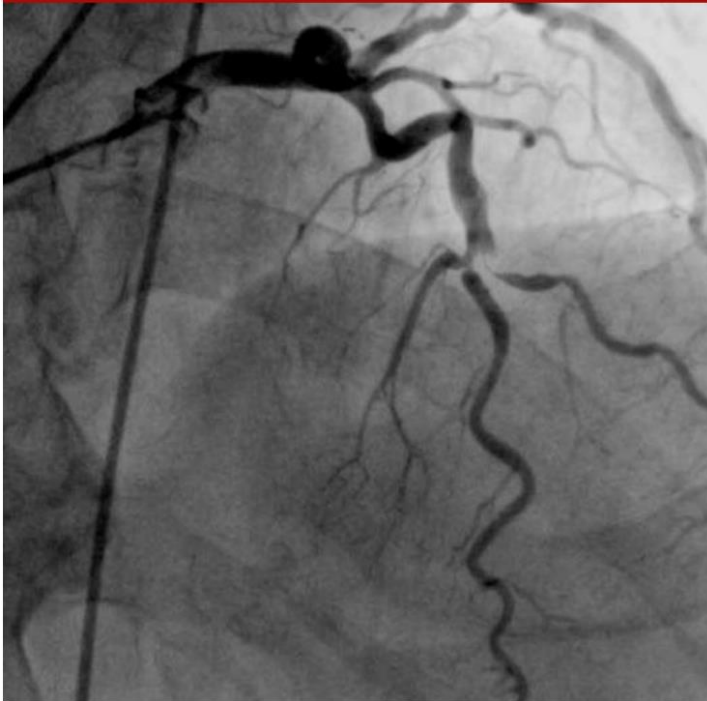
Obr. 2 - Coronary Artery Bypass

Zdroj: Premier Healthcare Germany, dostupné z: <https://premier-healthcare.eu/treatment-2/heart/coronary-artery-bypass>



Obr. 3 - Koronarogram levé věnčité tepny s kritickou stenózou postihující ramus interventricularis anterior a ramus diagonalis

Zdroj: (Veselka et al., 2015, s. 15)



Obr. 4 - Následek komplikovaného hojení sternotomie

Zdroj: (Rezler et al., 2010, s. 313)



Příloha 1 - Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Základní informace o pacientovi:

1. Kolik je Vám let?
2. Kolik měříte a vážíte?
3. S jakým dalším onemocněním se léčíte?
4. Jaké je/bylo Vaše zaměstnání? (sedavé, aktivní)
5. Bydlíte ve městě či na vesnici?
6. Žijete s rodinou nebo sami?
7. Objevila se ve Vaší rodině podobná či stejná diagnóza? (Onemocnění srdce, cév)

Životní styl a chyby v něm:

1. Chodíte na pravidelné preventivní prohlídky ke svému lékaři?
2. Jaký máte postoj k zdravému životnímu stylu?
 - Žijete spíše aktivním životem nebo ne?
 - Jakým způsobem se stravujete?
 - Užíváte návykové a psychotropní látky? (Kouření, alkohol)
3. Jste si vědom/a nějaké chyby, které jste se ve svém životním stylu dopustil/a, která má dopad na Vaše zdraví?
4. Byl jste obeznámen s tím, jaký životní styl vede ke zvýšenému riziku vzniku aterosklerózy?
5. Byl jste informován o tom, jakých změn máte dosáhnout aby jste se vyvaroval dalším potížím spjatým s touto diagnózou?
6. Ovlivnil výskyt zdravotního onemocnění Váš přístup k životu, životnímu stylu ?
7. Byly Vám všechny informace dostatečně vysvětleny?
8. Shledáváte nějaké nedostatky v komunikaci s lékařským či nelékařským personálem?

Charakter nemoci:

1. Objevily se u některého člena z vaší rodiny příznaky onemocnění aterosklerózy?
2. Jak a kdy jste se dozvěděl/a o vašem onemocnění, které vedlo k indikaci k aortokoronárnímu bypassu?
3. Navštívil jste lékaře? Po jak dlouhé době ? A jakého lékaře jste navštívil?
4. Kdy se u vás objevily první příznaky?
5. Jaké příznaky se u Vás objevily?
6. Je tato indikace první metoda léčby onemocnění, nebo už léčba probíhala jinými způsoby?
7. Měl/a jste možnost s lékařem či sestrou léčbu konzultovat a vyjádřit se k ní?

Hospitalizace a věci s ní spojené:

1. Měl/a jste strach z hospitalizace?
2. Jak na Vás působí prostředí tohoto oddělení?
3. Jak jste spokojen/a s přístupem personálu?
4. Jak dlouho jste čekal/a na termín zákroku?

Podpora indikovaných pacientů od ošetřovatelského personálu:

1. Měl/a jste informace týkající se průběhu, důvodu a komplikací již před hospitalizací?
2. Byl Vám výkon dostatečně lékařem vysvětlen?
 - Navštívil Vás před výkonem lékař, který Vám výkon vysvětlil?
 - Navštívil Vás lékař po výkonu?
3. Jakou jste měl/a oporu v sestře?
 - Navštívila Vás sestra na začátku hospitalizace a sdělila Vám informace pro Vás potřebné a důležité?
 - Jak probíhala péče ze strany sestry?
 - Navštívila Vás sestra se snahou vysvětlit Vám informace, které Vám nebyly jasné?
4. Byl jste edukován o důležitých informacích? Od koho, o čem? Byl jste spokojen?

Situace po výkonu:

1. Máte strach, obavy a úzkosti i po výkonu nebo se Váš psychický stav zlepšil?
2. Jak vnímáte svou současnou situaci? Máte oporu v rodině?
3. Jste si vědom nějaké potřeby, kterou díky Vaší indikaci nebudete mít možnost naplnit?
4. Máte z něčeho obavy? Z čeho?
5. Myslíte si, že bude potřeba aby jste vyhledal nějaké speciální pracoviště, kde Vám pomohou vypořádat se se strachem z budoucnosti a z možných opakovaných potíží?
6. Jste přesvědčen o tom, že již na furt chcete zlepšit či přehodnotit svůj styl života a budete ho poctivě dodržovat?

Příloha 2 – Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Všeobecné ošetřovatelství

Jméno a příjmení studenta/studentky: Eliška Kalvasová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): kalvae00@zsf.jcu.cz, 603306408

Název zdravotnického zařízení: NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s.

Oddělení: Oddělení kardiochirurgie a hrudní chirurgie

Název práce: Podpora pacientů indikovaných k aortokoronárnímu bypassu

Hypotézy, výzkumné otázky:

Výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem jsou pacienti edukováni před aortokoronárním bypassesem?
2. Jaká je znalost pacientů v oblasti zdravého životního stylu, jehož nedodržování vede k indikaci aortokoronárního bypassu?
3. Jak zdravotnický personál podporuje duševní pohodu pacienta s indikací k aortokoronárnímu bypassu?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Pro metodiku bude využito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru.

Soubor budou tvořit pacienti, kteří jsou indikováni k aortokoronárnímu bypassu.

Předpokládané výstupy: Výsledky této bakalářské práce mohou být použity jako materiál pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Získané informace budou sloužit jako podpora pacientům indikovaných k aortokoronárnímu bypassu.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce: *POUHLADTA.*

Jméno: *Mgr. Iveta Šatálková*

Podpis: 

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/~~nesouhlasím~~:

Jméno: *Mgr. Monika Kysková MBA*

Podpis: 

Náměstkyňe pro ošetiřovateřskou pēti
Nemocnice České Budějovice, a.s.

9 Seznam zkratek

ACE inhibitory – Inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu

AEI – Arteria epigastrica inferior

AGE – Arteria gastroepiploica dextra

AIM – Akutní infarkt myokardu

Anti-HBC – Protilátky proti viru hepatitidy B

Anti-HCV – Protilátky proti viru hepatitidy C

AP – Angina pectoris

ASLO – Antistreptolysinový titr (titr protilátek proti streptolysinu O)

ASTRUP – Vyšetření krve, které nám umožňuje zjistit koncentrace krevních plynů

ATB – Antibiotikum

ATI – Arterie thoracica interna

BMI – Body Mass Index (index tělesné hmotnosti)

CABG – Coronary artery bypass graft (Aortokoronární bypass)

CCS – Canadian Cardiovascular Society (Kanadská kardiovaskulární společnost)

ČR – Česká Republika

CRP – C reaktivní protein

CVP – Central venous pressure (centrální žilní tlak)

EACTS - Evropská asociace pro kardio-hrudní chirurgii (angl. European Association for Cardio-Thoracic Surgery)

EKG – Elektrokardiografie

ESC – Evropská kardiologická společnost (angl. European Society of Cardiology)

HbA1C – Glykovaný hemoglobin

HBsAg – Povrchový antigen viru HBV (hepatitida B)

HBV – Virus hepatitidy B

HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunodeficiencie)

ICD – Implantabilní kardioverter-defibrilátor

ICHS – Ischemická choroba srdeční

IM – Infarkt myokardu

JIP – Jednotka intenzivní péče

KO – Krevní obraz

KS – Krevní skupina

KVO – Kardiovaskulární onemocnění

LDL – low density lipoprotein (cholesterol)

LHK – Lévá horní končetina

mmHg – Milimetr rtuťového sloupce

Non STEMI – Non ST Elevation Myocardial Infarction - Infarkt myokardu bez elevací ST úseku

NSS – Náhlá smrt srdeční

ORL – Otorhinolaryngologie

PCI – Perkutánní koronární intervence

PHK – Pravá horní končetina

RA – Arteria radialis

RES – Resuscitační oddělení

RIA – Ramus interventricularis anterior (Přední sestupná větev)

RTG – Rentgenové vyšetření

RTG S+P – Rentgenové vyšetření srdce a plic

SKG – Selektivní koronarografie

STEMI – ST Elevation Myocardial Infarction - Infarkt myokardu s elevacemi ST úseku

T3 – Trijodthyronin (hormon štítné žlázy)

T4 – Thyroxin (hormon štítné žlázy)

TEE – Transezofageální echokardiografie (jícnová)

TEN – Tromboembolická nemoc

TK – Krevní tlak

TPHA – Treponema pallidum hemagglutination (screeningový test syfilis)

TSH – Tyreotropin

TTE – Transtorakální echokardiografie

UZ – Ultrazvukové vyšetření

VSM – Vena saphena magna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)