



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [Ošetřovatelství – Všeobecná sestra](#)

Autor: Vít Mazák

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph.D.

[České Budějovice 2021](#)

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta*“ jsem vypracoval 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 3. 5. 2021

.....

Vít Mazák

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za její ochotu, trpělivost a cenné rady během zpracovávání mé bakalářské práce.

Zároveň bych chtěl poděkovat rodině a přítelkyni za podporu během vypracovávání této práce, všem informantům za jejich čas a ochotu při společných rozhovorech.

V neposlední řadě děkuji MUDr. Markétě Hegarové, Ph.D. za její ochotu a pomoc při zpracování mé bakalářské práce a Ing. Františku Kmínkovi ze Spolku Markéta, z.s. za zprostředkování kontaktů na informanty a ochotnou spolupráci.

Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem prožívání procesu transplantace srdce z pacientova pohledu. Cílem práce je zmapovat potřeby pacientů v průběhu transplantace srdce. K dosažení cílů byly vytvořeny výzkumné otázky, které se zaměřují na to, jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči, jaké pocity prožívá, jaké jsou jeho potřeby a následně jakým způsobem dodržuje režimová opatření po transplantaci srdce.

Teoretická část se věnuje historii transplantace orgánů, v užším výběru poté historii transplantace srdce, přibližuje transplantační zákon v ČR a témata nejčastějších příčin transplantace. Poté podmiňkám transplantace a následném zařazení pacienta na čekací listinu. Ve stručnosti také popisuje vybraná vyšetření před transplantací, pacientovu přípravu a obecný průběh operace. Vysvětluje ošetrovatelskou péči o pacienta po transplantaci, jeho potřeby, rehabilitaci po výkonu a časné komplikace. Navazuje na ošetrovatelskou péči z hospitalizace a domácí rehabilitaci pacienta. Dále se pozastavuje nad psychikou pacienta během transplantace, popisem imunosupresiv a souvislostmi s jejich užíváním.

Výzkumná část práce byla zpracována formou kvalitativní metody výzkumu. Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který byl tvořen 29 otázkami. Výzkumným souborem bylo 6 pacientů po transplantaci srdce.

Během výzkumu ohledně mapování potřeb informantů vyšlo najevo, že potřeby pacientů po transplantaci srdce většinou bývají naplněny díky vysoké úrovni ošetrovatelské péče, která je jim poskytována. Zjištěná kvalita ošetrovatelské péče je vysoce přizpůsobena individuálním potřebám dotazovaných. Většina pacientů nemá problém s přijetím cizího orgánu, v některých případech by však potřebovali více času na vstřebání, že jde o cizí orgán. Z dalších výsledků vyplynulo, že někteří pacienti mají pocit nedostatečné informovanosti ohledně transplantace srdce před samotnou operací.

Klíčová slova

Transplantace srdce; pacient; potřeby; edukace; rehabilitace; pooperační péče

Experiencing a heart transplantation from the patient's perspective

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of the experience of the whole process of a heart transplant from the patient's perspective. The aim of this thesis is to map the needs of patients during the process of heart transplantation. This goal was achieved using research questions about how the patient perceives nursing care, what feelings they experience, what their needs are and subsequently how they comply with the precautions after the heart transplant.

The theoretical part focuses on the history of organ transplantation with a closer look on the history of heart transplantation and approaches the transplantation law in the Czech Republic, and includes the topic of the most common causes of a heart transplant. Then, it elaborates on the conditions of the heart transplant and the subsequent inclusions of the patient on the waiting list. It also briefly describes selected examinations preceding the heart transplantation, the patient's preparation and the general course of the operation. It explains the nursing care of the patient after the heart transplant, patient's needs and rehabilitation after the surgery and early complications. After that, the thesis follows up with describing the nursing care in the hospital and the patient's home rehabilitation. It also focuses on the psyche during the transplantation process, on the description of immunosuppressive drugs and the contexts of their use.

The research part of this work utilizes the qualitative research method. A semi-structured interview consisting of 29 questions was used to collect the data. The research group consisted of six patients, who have undergone a heart transplant.

During the research that was to map the needs of informants, it has become clear that the needs of a heart transplant patient are usually met thanks to the high level of nursing care, which is provided to them. The quality of nursing care identified in these cases is highly adapted to the individual needs of the interviewed. Most patients do not have a problem receiving a foreign organ, but in some cases they would need more time to absorb a fact, that it is an organ from another human. What emerged from other results is, that some patients have a feeling they are insufficiently informed about the heart transplantation before the operation itself.

Key words

Heart transplantation; patient; needs; education; rehabilitation; aftercare

Obsah:

Úvod

1 Současný stav	9
1.1 Transplantace orgánů	9
1.1.1 Počátky transplantace srdce ve světě a u nás	10
1.1.2 Transplantační zákon v ČR	11
1.2 Příčiny transplantace srdce.....	12
1.2.1 Vybraná nejčastější onemocnění předcházející transplantaci srdce.....	12
1.3 Podmínky transplantace srdce a proces vyšetření dárce	13
1.3.1 Waiting list a jeho rozdělení	14
1.3.2 Vybraná vyšetření příjemce orgánu – spiroergometrie a pravostranná katetrizace srdce	15
1.4 Příprava příjemce orgánu	16
1.5 Obecný průběh operačního výkonu	17
1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci srdce	19
1.6.1 Potřeby pacienta	20
1.6.2 Psychická stránka transplantace	21
1.7 Rejekce štěpu a infekce	22
1.8 Režimová opatření v domácím prostředí	23
1.9 Imunosupresivní léčba a kortikosteroidy	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 Metodika	27
3.1 Použitá metodika.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	27
4 Výsledky	28
4.1 Struktura výzkumného souboru	28
4.2 Výsledky kvalitativního šetření.....	28
5 Diskuse	40
6 Závěr	46
7 Seznam literatury	48
8 Seznam příloh	53
9 Seznam zkratk	56

Úvod

Téma této bakalářské práce jsem si zvolil z důvodu osobní zkušenosti s transplantovaným srdcem. Chci, aby tato práce přiblížila život pacientů se zkušenostmi při jejich hospitalizaci a budoucí kvalitou života, případně dobou a popisem změn, které již pocítují od probuzení se po operačním výkonu. Zároveň chci přiblížit proces celé transplantace srdce laické veřejnosti a zmínit hlavní srdeční onemocnění, kvůli kterým je transplantace srdce u pacientů nejčastěji indikována. Součástí každé transplantace je také celoživotní užívání imunosupresivních léků, díky kterým transplantovaný jedinec přežívá, ale zároveň nese určitá rizika, která ho mohou na zdraví ohrozit.

Onemocnění srdce a cév je dnes častou záležitostí. I přes veškeré lékařské úspěchy, patří onemocnění srdce a cév k nejčastějším typům úmrtí nejen v České republice. Péče o nemocné pacienty jde stále dopředu a takoví pacienti, kteří by například před několika desítkami let byli prakticky odsouzeni k smrti svým onemocněním, mohou dnes díky lékařským úspěchům a metodám dostat šanci na „druhý život“. Mezi jeden z těchto značných lékařských úspěchů můžeme zařadit právě transplantaci srdce (TxS).

Transplantace jako taková zlepšuje pacientovi život výrazným způsobem. Je však potřeba počítat s určitými problémy, které přináší nejenom operace, tak ale i přítomnost cizího orgánu v těle a následná péče o něj. Je proto důležité, aby transplantovaný pacient byl v aktivním kontaktu se svým ošetřujícím lékařem v transplantačním centru a řídil se jeho doporučeními pro svůj aktuální zdravotní stav. Poslouchání, dodržování zásad a péče jak o své zdraví, tak i tělo může výrazně prodloužit pacientův život.

Je důležité, aby právě jak nejbližší rodinní příslušníci v pacientově okolí, ve kterých by měl nacházet největší podporu, byli seznámeni s možnostmi jak pozitivních, tak i negativních aspektů, které by mohly vést k pozitivní, anebo negativní motivaci transplantovaného. Stejně tak ale i lékařský i nelékařský personál, který je s pacientem v kontaktu zejména v počáteční fázi transplantace srdce. Pokud budou znát nejčastější příčiny prožitků transplantovaného, mohou se tak lépe připravit na každého dalšího pacienta a zefektivnit tak péči nebo podporu pro něj.

1 Současný stav

1.1 Transplantace orgánů

Transplantace znamená přenesení celého orgánu nebo jeho části z jednoho těla na jiné nebo z části těla na jinou část téhož těla. Pokud se bavíme o transplantaci lidských orgánů, jedná se o chirurgický výkon, který zásadně mění délku a případně kvalitu života u transplantovaných pacientů (CKTCH, Transplantace, 2020). V případě transplantace srdce je původní selhávající orgán nahrazen dárcovým zdravým srdcem, kdy původní selhávající srdce již nereaguje na léčbu medikamenty (IKEM, 2015). Podle Olymbiose et al. (2018) se medián přeživších po transplantaci srdce protáhl z 1 roku na 13 let.

Nejen, že u nemocných pacientů může mít transplantace podle CKTCH (2020) zásadní vliv na záchranu jejich života, ale v případě úspěšného zhojení a dobré prognózy je hlavním faktorem návratu do původního, případně alespoň přiblížení jejich běžného života (v některých případech dokonce jeho zkvalitnění).

Dominující skupinou orgánu v případě nejčastějších transplantací v ČR jsou jednoznačně ledviny, na druhém místě játra a třetím místě je nejčastějším transplantovaným orgánem srdce (KST, 2019).

Podle Baláže et al. (2014) dnes můžeme považovat transplantace za rutinní léčebné metody, což potvrzuje i IKEM (2015). Chirurgické metody se u odběru jednotlivých orgánů postupem času vyvíjely už od 50. let minulého století. Vývojem času se potvrdilo, že pro úspěšnou transplantaci je potřeba rychlost, jednoduchost odběru a operační techniky, konzervace orgánů při transportu (pomocí chladu a perfuzních roztoků) a sterilní prostředí. Jedním z velmi důležitých pilířů v historii transplantací bylo vymyšlení a zorganizování týmu koordinátorů transplantací s jednotlivými transplantačními centry.

Rozdělujeme několik typů transplantací na základě vztahu dárce-příjemce:

1. Autotransplantace: jedná se o přenos mezi různými místy stejného jedince.
2. Alotransplantace: je přenos tkání mezi jedinci stejného druhu (člověk-člověk).
3. Izotransplantace: tento typ transplantace se vyznačuje přenosem tkání mezi geneticky identickými nebo skoro identickými jedinci, tj. mezi jednovaječnými dvojčaty.

4. Heterotransplantace: odlišuje se od ostatních typů transplantací tak, že se tkáň přenáší skrz jedince různého živočišného druhu, například prasečí tkáň do lidského jedince, příkladem této situace může být léčba těžkých popálenin (Molitor et al., 2018).

1.1.1 Počátky transplantace srdce ve světě a u nás

Zcela první transplantace srdce proběhla v Kapském městě chirurgem Christiaanem Barnardem v prosinci 1967 (IKEM, 2015). Avšak podle Špinara et al. (2007) tento transplantovaný pacient zemřel po 18-ti dnech na zápal plic.

Na druhou stranu první transplantace srdce v tehdejším Československu proběhla v roce 1968 týmem vedeným akademikem Šiškou v Bratislavě (Pirk et al., 2008). Bohužel podle Špinara et al. (2007) pacientka po transplantaci srdce již po šesti hodinách zemřela, údajně na akutní rejekci štěpu. Tato skutečnost vedla k celosvětovému útlumu všech transplantací. K obnovení a vzestupu došlo až v 80. letech 20. století, kdy byl do imunopresivní léčby zařazen cyklosporin A (Molitor et al., 2018). Před zařazení cyklosporinu A do imunopresivní léčby se pohybovala životnost transplantovaných okolo 25%, ale se zavedením cyklosporinu A se roční životnost pacientů po srdeční transplantaci zvýšila až na 80%, s pětiletou životností na 75% (Špinar et al., 2007).

V Československu proběhla první úspěšná transplantace srdce v roce 1984 v pražském IKEMu, o kterou se zasloužil prof. Pavel Firta s prvním asistentem Vladimírem Kočandrem (IKEM, 2015).

I když je transplantace srdce reálnou léčbou, objevuje se zde zjevný nepoměr mezi počtem potenciálních dárců a nemocných. Dle Koordinačního střediska transplantací (2020) v České republice probíhá transplantace srdce až 60–80krát za rok v pražském IKEMu či v brněnském CKTCH. Ve stejném časovém rozmezí však podle Kölbela et al. (2014) zemřelo mnohem více nemocných ve věku do 50 let. Proto je velmi důležité zavčas zařadit kandidáty na tzv. waiting list s příslušným centrem jako je *Institut klinické a experimentální medicíny v Praze* nebo *Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně* (Kölbel et al., 2014).

1.1.2 Transplantační zákon v ČR

Smrtí se v České republice považuje ztráta funkce celého mozku i mozkového kmene nebo nenávratná zástava krevního oběhu. Smrt mozku je dle Ševčíka et al. (2014) diagnostikována pomocí klinických vyšetření: hluboké bezvědomí, trvalá zástava dýchání, nepřítomnost kašle, nepřítomnost motorické reakce na bolestivý podnět či absence reakce zornic na světlo.

Vyšetření smrti se provádí jedenkrát dvěma na sobě nezávislými lékaři. U dětí do 1 roku se konstatování smrti provádí dvakrát, ale s minimálním odstupem 48 hodin (Vyhláška č. 479/2002 Sb.).

Smrt mozku je provázena několika patofyziologickými změnami, které mohou mít za následek poškození orgánů možných k transplantaci. Jedná se o změny v termoregulaci, v plicích, hematologické, endokrinologické a jiné. Proto by měl proběhnout odběr orgánů co nejdříve (Ševčík et al., 2014).

O transplantaci v České republice pojednává transplantační zákon č. 285/2002 Sb., Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, který také definuje, komu se smí a nesmí odebrat orgán (Zákon č. 285/2002 Sb.). Své orgány nedaruje takový zemřelý, který v průběhu života vyslovil, že nesouhlasí s odběrem orgánů i tkání ze svého těla. Takový jedinec je evidován v Národním registru osob nesouhlasící s odběrem tkání či orgánů (Baláž et al., 2014). Dále zemřelý nedaruje své orgány v případě, že u takového člověka ošetřující personál nemůže vyvrátit špatný zdravotní stav do takové míry, která by mohla ohrozit zdraví a život příjemce. Jako další příklad nedarování orgánů může být, že zemřelého nelze nijak identifikovat (Baláž et al., 2014).

Pokud se nepotvrdí již výše uvedené příklady nedarování orgánů, znamená to podle Munzarové (2005), že zemřelý je způsobilý darovat své orgány, tzv. *opting-out* (předpokládaný souhlas). Výhodou *opting-out* systému podle Munzarové (2005) je ten, že pokud někdo zemře v nemocnici podle kritérií smrti, tak je automaticky dárce orgánů či tkání (není tak časté, aby se lidé hlásili k odmítnutí darování orgánů). Na světě se nacházejí i jiné systémy darování orgánů: *opting-in* (předpokládaný nesouhlas), *required request* (povinná volba) a *routine salvaging* (rutinní odběr). (Munzarová, 2005)

1.2 Příčiny transplantace srdce

Nejčastějšími příčinami indikace transplantace srdce u pacientů bývají srdeční onemocnění způsobující patologii srdečního svalu a jeho následující poruchu srdeční funkce, která je charakterizována na mezinárodní NYHA (New York Heart Association) stupnici (Špinarová et al., 2015), která představuje popis výkonnosti a subjektivní potíže pacienta.

Tato stupnice je rozdělena na stupně I. – IV., které představují následující rozdělení: NYHA I. – bez omezení činnosti, NYHA II. – menší omezení tělesné činnosti, běžná námaha vyčerpává, NYHA III. – značné omezení tělesné činnosti, menší námaha vede k vyčerpání, NYHA IV. – obtíže při jakékoliv činnosti pacienta vyčerpají, dušnost se projevuje i v klidu (Špinarová et al., 2015).

K transplantaci srdce je nejčastěji indikován pacient na stupnici NYHA III. - IV. stupně s chronickou medikací při nemožnosti konvenční kardiologické léčby (Špinarová et al., 2015). Tento stav je nejčastěji způsobován podle Maisera et al. (2008) ischemickou chorobou srdeční (dále ICHS), kardiomyopatií (podle Maisera et al., 2008) dilatační a podle Špinarové et al. (2015) hypertrofickou. ICHS a kardiomyopatie tvoří podle Maisera et al. (2008) více než 90 % důvodů indikací k transplantaci srdce.

1.2.1 Vybraná nejčastější onemocnění předcházející transplantaci srdce

ICHS a kardiomyopatie jsou podle Maisera et al. (2008) nejčastějšími srdečními onemocněními, které indikují kardiologické pacienty k transplantaci srdce. Jaká je tedy základní charakteristika těchto onemocnění a jak se projevují?

Ischemická choroba srdeční (nejčastěji označována jako ICHS) je závažné srdeční onemocnění, a to ať akutního nebo chronického rázu, podmíněné snížením nebo zastavením průtoku krve do příslušné oblasti myokardu způsobené onemocněním koronárních (věncitých) tepen (Navrátil et al., 2017). Nejčastější příčinou ICHS je podle Navrátila et al. (2017) ateroskleróza koronárních tepen.

Dalším nejčastějším onemocněním předcházejícím transplantaci srdce je kardiomyopatie, což je postižení myokardu, při kterém je srdeční sval strukturálně a funkčně postižen bez přítomnosti vrozené srdeční nebo chlopenní vady, případně hypertenze nebo koronární

nemoci schopné toto postižení způsobit (Elliot et al., 2008). Kardiomyopatii můžeme dělit podle Málka a Málka (2018) do čtyř základních typů: dilatační, hypertrofickou, restriktivní a arytmogenní, z čehož je nejčastěji se vyskytující právě kardiomyopatie dilatační a hypertrofická. Hypertrofická kardiomyopatie způsobuje rozšíření srdeční stěny, kdy enddiastolická tloušťka myokardu typicky přesahuje podle Bogaerta et al. (2005) 15 milimetrů tloušťky stěny.

Nejčastěji podle Plevy a Ouředníčka (2012) postihuje toto onemocnění mezikomorové septum v bazálních a středních segmentech. Hypertrofií však může být postižena jakákoliv část levé srdeční komory. Podle Plevy a Ouředníčka (2012) je terapeutickou snahou ovlivnit jak příznaky, tak i budoucí vývoj pacienta, aby nedošlo k náhlé srdeční smrti, která podle Navrátila et al. (2017) představuje vysoké riziko u tohoto onemocnění v důsledku komorové arytmie. Dilatační kardiomyopatie postihuje hlavně levou srdeční komoru, případně obě. Způsobuje dilataci postižené komory a poruchu její kontraktility (Pleva a Ouředníček 2012). Její příčina je často neznámá, nebo vzniká sekundárně z intoxikace myokardu, vlivem infekce nebo endokrinní poruchy (Navrátil et al., 2017). Taktéž je podle Navrátila et al. (2017) potřeba k definitivnímu stavení této diagnózy provést selektivní koronarografii k vyloučení ICHS.

1.3 Podmínky transplantace srdce a proces vyšetření dárce

Při transplantaci se klade velký důraz na výsledky z echokardiografického měření, mezi kterými se posuzuje morfologický vzhled srdce, stav chlopní, kontraktilita myokardu a zároveň se vyloučí přítomnost hemoperikardu (Baláž et al., 2014). Maximální doba ischemie nesmí podle Štejfy et al. (2006) přesáhnout více než 4 hodiny. Další důležitou podmínkou je shoda v krevní skupině AB0 (Baláž et al., 2014).

Při výběru dárce se také dbá na tělesnou hmotnost příjemce a dárce, který by neměl dle Baláže et al. (2014) přesahovat $\pm 20\%$. Samozřejmě, že při transplantaci srdce se klade na důraz na pohlaví příjemce a dárce, není vhodné transplantovat ženské srdce mužskému příjemci (Baláž et al., 2014). Optimální věk dárce se pohybuje podle Wagnera (2009) ideálně pod 35 let věku. U transplantace se také posuzuje tvar, velikost a náplň srdce dárce a zároveň se posuzuje i tlak v plicnici.

Potencionálním dárce srdce se stává pacient s ireverzibilním poškození mozku a potvrzení mozkové smrti (Wagner, 2009). Nejčastějšími dárce srdce jsou podle Špinara et al. (2007) oběti dopravních nehod. Posouzení viability a vhodnosti štěpu pro konkrétního příjemce zahrnuje: *absence sepse, anamnéza bez srdečního onemocnění, bez dlouhodobé srdeční zástavy, masivní inotropní podpory a těžkého hrudního poranění* (Wagner, 2009, strana 288).

Pokud odběrový kardiolog výše uvedená kritéria zhodnotí jako přijatelná, jak píše Baláž et al. (2014), může dojít k zahájení procesu transplantace srdce nemocnému příjemci. Pro zařazení příjemce do čekací listiny platí vcelku přísná kritéria, avšak díky dnešním vědeckým postupům je tato metoda dobře zpracovaná (Špinar et al., 2007).

Podle transplantačního zákona je povinnost všem zdravotnickým zařízením informovat o potencionálním dárce orgánu příslušnému transplantačnímu centru (Baláž et al., 2014). V České republice se aktuálně nachází ve všech sedmi transplantačních centrech tzv. transplantační koordinátoři, kteří mají za úkol spolupracovat s lékaři z dárcovské nemocnice. Transplantační koordinátoři zjišťují první informace o dárce, dále organizují transport dárce, v neposlední řadě jsou podle Baláže et al. (2014) v kontaktu s pozůstalými dárce a vyřizují další okolnosti ohledně dárce a úkonů s ním spojených.

1.3.1 Waiting list a jeho rozdělení

Zařazení pacienta na tzv. waiting list nebo čekací listinu znamená, že jeho srdeční onemocnění je již velmi vážné a jiná možnost, než případná transplantace, nepřichází v úvahu. Na čekací listině v České republice je v říjnu 2020 podle KST (2020) aktuálně zařazeno 61 čekatelů na nové srdce. Pacienti v čekací listině jsou rozděleni na stupně IA, IB a stupeň II podle priority, lokality a již strávené délky na waiting listu (Semrád et al., 2014).

Pacient se selháním srdce musí podstoupit několik vyšetření, aby mohl být zařazen na čekací listinu. Mezi předtransplantační testy se řadí například spiroergometrie či pravostranná srdeční katetrizace (Štejfá et al., 2006). Pokud lékař shledá, že je pacientův stav podle výsledných hodnot velmi vážný, je pacient okamžitě zařazen na čekací listinu jako akutní případ. V případě, že je prognóza přežití pacienta bez případné transplantace nižší než 50% do 1 roku, je pacient také zařazen do čekací listiny (Semrád et al., 2014),

na druhou stranu podle Málka (2008), který udává, že prognóza přežití by měla být méně než 2 roky.

Na waiting listu jsou pacienti zařazeni také podle krevní skupiny, váhy a dalších kritérií. Čekací listina vyčleňuje podle Málka (2008) urgentní pacienty do popředí. Nemocní pacienti zařazení na čekací listině pravidelně, ve 2-3 měsíčních intervalech, dochází ke svému spádovému kardiologovi nebo do specializované ambulance pro srdeční selhání, kde je prováděná kontrolní pravostranná katetrizace. Ve výjimečných případech se pacientův zdravotní stav zlepší natolik, že příslušní lékaři mohou uvažovat o dočasné vyřazení pacienta z této čekací listiny (Málek, 2008). Pacient musí být v úzkém kontaktu s ošetřujícími lékaři a transplantačním centrem. Zároveň takový pacient musí kontaktovat transplantační centrum o každé změně svého zdravotního stavu a musí se být stále připraven, aby se mohl dostavit maximálně do 2 hodin po zavolání do transplantačního centra, jestliže se vyskytne vhodné dárcovské srdce (Štejfá et al., 2006). V tomto případě funguje úzká spolupráce Integrovaného Záchraného Systému s příslušným transplantačním centrem.

1.3.2 Vybraná vyšetření příjemce orgánu – spiroergometrie a pravostranná katetrizace srdce

Pokud je pacientova prognóza velmi vážná, to znamená, že se pacientovo přežití odhaduje na méně než 2 roky, rozhodne se o pacientovo zařazení na čekací listinu (Málek, 2008). Pacient však musí podstoupit spiroergometrii neboli zátěžový test, při kterém je měřena spotřeba kyslíku (VO_2) a taktéž i výdej oxidu uhličitého (VCO_2) při různých stupních zátěže (Málek, 2008). Spiroergometrie se podle Sovové et al. (2014) provádí na běžeckém pásu nebo na bicyklovém ergometru.

„Spotřeba kyslíku je významným ukazatelem fyzické výkonnosti organismu. Jako maximální (VO_2 max) definujeme tu spotřebu kyslíku, která již daného jedince významně neroste ani při dalším zvyšování zátěže. Cvičící osoba však obvykle končí dříve, než je dosaženo plató spotřeby O_2 , proto užíváme při hodnocení spiroergometrie pojem vrcholová spotřeba kyslíku – peak VO_2 (pVO_2), což znamená spotřeba kyslíku při nejvyšší dosažené zátěži.“ (Adámková et al., 2016, s. 74).

Podle Adámkové et al. (2016) požaduje optimální fyzický výkon správnou funkci i souhru krevního oběhu, plic, krve i kosterních svalů. Zdravý jedinec dokáže za maximální zátěže zvýšit CO₂ až 6krát, zatímco nemocní pacient se srdečním selháním nedokáže zvýšit CO₂, a to z důvodu neschopnosti zvýšit preload a kontraktilitu myokardu (Adámková et al., 2016). U nemocní pacientů se obvykle při zátěži adekvátně nezvyšuje tepová frekvence a systémový krevní tlak, ale naopak se zvyšuje dechová frekvence (Adámková et al., 2016). Výsledkem spiroergometrie, který předpovídá špatnou prognózu, má být podle Málka (2008) hodnota pVO₂ nižší pod 12 ml/kg/min (pozn. autora průměrné hodnoty se pohybují kolem 40–50 ml/kg/min).

Pravostranná srdeční katetrizace je podle Málka a Málka (2018) využívána často zejména u případů akutního selhání srdce. Pravostranná katetrizace probíhá při lokální anestezii, při které se zavede katétr nejčastěji přes *v. subclavia*, *v. jugularis interna* nebo přes *v. femoralis* do pravé srdeční dutiny a do plicních tepen (Sovová et al., 2014). Na konci tzv. Swan–Ganzova katétru je umístěn plovoucí a nafukovací balonek, který po zavedení do požadovaného místa (pravé síně) je naplněn vzduchem, a tak umožní katétru doplavit až do *a. pulmonalis* (Málek a Málek, 2018). Pravostranná katetrizace umožňuje tak změření tlaku jak v pravé síni, tak v pravé srdeční komoře a i v plicnici. Zároveň odběrem žilní krve z katétru je možné získat informace o saturaci kyslíku v místě zavedení (Málek a Málek, 2018).

1.4 Příprava příjemce orgánu

Protože není jasné, kdy se srdce dárce objeví, je doporučováno, aby pacient byl stále na telefonu, pohyboval se na místě bydliště a měl již sbalené zavazadlo do nemocnice (Maiser et al., 2008). Samozřejmostí je také v případě této přípravy maximální ochrana před infekcí a nákazami, aby v případě zavolání nic nebránilo hladkému průběhu.

Jakmile se objeví k dispozici srdce dárce, spojí se s pacientem dle Maisera et al. (2008) transplantační tým, který zajistí převoz do nemocnice (pozemní dopravou nebo letecky). Od té doby by pacient již neměl nic jíst ani pít.

Před operací se lékaři seznámí s anamnézou pacienta, taktéž potřebují informaci o posledním příjmu potravy a tekutin, je-li pacient na antikoagulační léčbě, další chronické

medikace, alergii, případně zhoršení zdravotního stavu pacienta od poslední kontroly a jiné detaily, které jsou důležité k provedení operačního výkonu (Wagner, 2009).

Z dalších vyšetření se hodnotí plicní funkce, RTG plic, EKG, ECHO (Štejfa et al, 2006). Biochemické, hematologické a také bakteriologické výsledky se provádí ke zjištění případné kontraindikace – např. dysfunkce jater nebo ledvin, výskyt anémie, zánětlivé markery, iontogram, vyšetření moči a i případné vyloučení výskytu malignity (Štejfa et al., 2006).

Velmi podstatné také podle Wagnera (2009) je, aby operatér měl k dispozici poslední výsledky z pravostranné katetrizace, kde se nachází poslední výsledky plicnicového řečiště a plicní tlak komor. U pacienta probíhá sérologické a imunologické vyšetření, které zahrnuje protilátky proti erytrocytům a titry protilátek proti virům, např. HIV, EBV, *Herpes simplex* a dalším (Štejfa et al., 2006). Po těchto testech sestra připraví pacienta na operaci. Provede veškerou edukaci ohledně předoperační hygieny, vyšetření a potřebné přípravy. Zároveň provede administrativu nezbytnou ke všem těmto úkonům (Sovová et al., 2014). Ošetřující sestra oholí pacientovi místo, kde bude prováděn řez (zpravidla ale celou horní polovinu těla), také podá pacientovi přípravek na vyprázdnění střev a provede očistné klyzma (Maiser et al, 2008). Ke konci přípravného procesu se pacient vysprchuje desinfekčním mýdlem a čeká na konečné přípravy potřebné k zahájení operačního výkonu.

Pokud je srdce od dárce vhodné pro transplantaci a shodují se hlavní parametry a ukazatele důležité pro dobré přijetí orgánu a jeho následné přijetí příjemcovým organismem, může být dle Maisera et al. (2008) zahájena operace.

1.5 Obecný průběh operačního výkonu

Samotná operace trvá okolo 3-4 hodin. Operace musí proběhnout velmi rychle, protože srdce od dárce nesmí být ponecháno podle Špinara et al. (2007) mimo tělo déle než 4-5 hodin. Zároveň podle Maisera et al. (2008) je pro transplantaci srdce velmi významné, aby srdce dárce bylo po celou dobu operace přítomno na operačním sále. Pacient je v celkové anestezii připojen na mimotělní oběh, které za pacienta dočasně zajistí funkci srdce a dýchání (Špinar et al., 2007). Chirurg, který bude odebírat srdce dárce, nejdříve zhodnotí stav a vzhled srdce, vyšetří koronární tepny, posoudí srdeční kontraktilitu,

tloušťku myokardu a také stav perikardu (Štejfá et al. 2006). Pokud tento chirurg shledá, že je srdce od dárce vhodné k transplantaci, aplikuje se intravenózně heparin do těla dárce. Po aplikaci heparinu je vzestupná aorta zaškrcena svorkami. Poté je do kořene aorty podaný studený krystaloidní kardioplegický roztok s vysokým obsahem draslíku (Štejfá et al., 2006). Srdce ochlazené tímto studeným fyziologickým roztokem je vyjmuto z těla dárce a vloženo do krystaloidního roztoku do plastického obalu s teplotou kolem 4°C (Štejfá et al., 2006). V tomto stavu může být vyjmuté srdce transplantováno příjemci.

U pacienta - příjemce transplantační chirurg uvolní aortu směrem k hlavopážnímu kmeni, kde se uzavře svorkou a poté se uvolní i od plicnice. Při tomto procesu je do žilního systému příjemce aplikován heparin a začne se s kanylací nejdříve vzestupné aorty a poté pravé síně. Následně operátor pokračuje v kanylaci horní duté žíly do pravého úhlu a zahájí se připojení pacienta na mimotělní oběh (Štejfá et al., 2006). V dalším kroku chirurg obstříhne perikard nad začátkem dolní duté žíly, která je následně uvolněna v místě asi 2 cm pod bránicí. Na dolní duté žíle utvoří chirurg steh, a po jejím naříznutí opět kanyluje (Štejfá et al., 2006).

Při pokračování transplantačního výkonu chirurg vyjme kanylu, která byla zavedena do pravé síně a převede novou kanylu do dolní duté žíly. Obě duté žíly se následně zaškrtí. Na počátku pravé horní plicní žíly chirurg udělá další steh (Štejfá et al., 2006). Po elektrickém výboji k navození fibrilace komor chirurg nasadí na aortu svorku, po tomto úkonu může vyjmout nemocné srdce z těla pacienta a na jeho místo může být vloženo srdce zdravé (Špinar et al., 2007). K transplantaci srdce může chirurg použít několik metod: jedna z nich je metoda podle Lowera a Schumawaye, dále totální ortotopická transplantace srdce nebo bikavální ortotopická transplantace srdce (Štejfá et al., 2006).

Po spojení všech velkých cév k novému srdci, chirurg odvzdušní srdce a uvolní svorky na dutých žilách a následně povolí svorku u aorty. Srdeční akce nastupuje většinou ihned, jindy však až po elektrickém výboji pro defibrilaci. Zároveň se v některých případech obnovuje srdeční sinusový rytmus okamžitě, v jiných případech je nutno, aby chirurg provedl defibrilaci. Transplantovaný je po operaci ještě závislý na elektronické stimulaci srdce (většinou je našitý kardiostimulátor na srdeční stěnu), než dojde k úplnému ustálení vlastního sinusového rytmu (Štejfá et al., 2006).

Pacientovi při odpojování mimotělního oběhu jsou podle Štejfá et al. (2006) podávány léky jako adrenalin, nitroglycerin či dobutamin.

1.6 Ošetrovatelská péče o pacienta po transplantaci srdce

Po operaci je pacient umístěn na jednotku intenzivní pooperační péče až do úplné stabilizace. Na tomto oddělení je pacient připojen na plicní ventilátor, a pokud vše pokračuje bez komplikací, pacient může být podle Maisera et al. (2008) odpojen od plicního ventilátoru po navrácení spontánního dýchání, což v závislosti na stavu pacienta může trvat i několik hodin. Podle Ševčíka et al. (2014) jsou na pooperačním pokoji pacienti monitorováni životní funkce: tlak krve, saturace krve, pulz, stav vědomí. Sestra provádí kompletní ošetrovatelskou péči o pacienta. Je nutné, aby dodržovala nošení ochranných pomůcek z důvodu prevence přenosu případné infekce nebo nákazy, která by mohla ohrozit nově oslabeného příjemce užívajícího imunosupresivní léky (Ševčík et al., 2014).

Pacient je také připojen na kardiostimulátor, okolí místa operace je drénováno (zpravidla aktivní podtlakovou drenáží), je podávána kontinuální infuzní terapie a pacient má zavedený permanentní močový katétr, jelikož bude ještě několik dní upoután na lůžko, než začne aktivně rehabilitovat (Wagner, 2009). První den po operaci není umožněno pacientovi, aby pil nebo jedl. V oblasti kolem srdce má pacient zavedené již výše zmíněné drény, které odvádějí sekret z oblasti srdce a hrudníku (Maiser et al., 2008). Postupně, jak sekrece začne ustávat, ošetřující lékař drény bude moci odstranit (Ševčík et al., 2014).

Sestra dále pečuje o zavedený centrální žilní katétr, podává léky dle ordinace ošetřujícího lékaře. Mezi lékové intervence patří i úpravy dávek imunosupresiv, které během prvních dní bývají časté, jelikož tělo nemá vytvořenou hladinu léku. Během prvního týdne po transplantaci se provádí kontrolní biopsie (po dobu hospitalizace každý týden) a v případě příznivého nálezu se prodlužují intervaly dalších biopsií (Pirk et al., 2008).

Dalším důležitým ošetrovatelským úkonem je aseptický převaz operační rány, hlavně z důvodu kontroly, desinfekce a dalšímu ošetření rány. Dále sestra ošetřuje veškeré invazivní vstupy pacienta (Burda a Šolcová, 2015). Celková rychlost hojení ran závisí na různých faktorech, které ovlivňuje každý pacient sám – např. výživa, prokrvení, obezita, léky (imunosupresiva zhoršují hojení), bílkoviny, vitamíny a jiné. Vnějšími faktory, které mohou zkomplikovat hojení, může být právě infekce (Pejznochová, 2010). Pokud je pacientův stav stabilizován, může se převést podle Wagnera (2009) nejprve na jednotku intenzivní péče, a z ní potom na standartní lůžkové oddělení. V pravidelných intervalech ošetřující sestra monitoruje pacientův stav: měření krevního tlaku, pulz, kontroluje se

operační rána, podává medikaci nebo dohlíží nad běžnou hygienou či doprovází pacienta na toaletu (Wagner, 2009).

K pooperační péči také patří rehabilitace s fyzioterapeutem, která slouží jako prevence vzniku tromboembolických i respiračních onemocnění či proleženin. Důležitá je časná vertikalizace pacienta, nejpozději do 3 dnů od operace. Fyzioterapeut s pacientem nacvičuje posazování, vstávání z lůžka nebo provádí dechová cvičení (Wagner, 2009). Pacient je po provedení transplantace srdce obvykle hospitalizován po dobu 3-4 týdnů, nejlépe na jednolůžkovém pokoji, v případě JIRP nebo JIP na izolovaném boxu. Po operaci může být pacient ohrožen řadou komplikací. Mezi nimi to může být infekce, akutní rejekce, krvácení nebo nežádoucí účinky imunosupresiv (Málek, 2006).

1.6.1 Potřeby pacienta

Důležitou úlohou sestry je naslouchat pacientovi a splnit tak všechny pacientovy potřeby. Mnohdy to však nebývá lehký úkol, k jehož splnění je potřeba oboustranná trpělivost a převážně dostatek času ze strany praktické a všeobecné sestry (Tomová a Křivková, 2016). Ošetrovatelský personál je nositelem laskavosti, empatie, vstřícnosti a hlavně důvěry, a proto je podle Tomové a Křivkové (2016) potřeba, aby se jeho ošetrovatelská péče o nemocné pacienty odehrávala v holistickém vědomí, a to po stránce biologické, sociální, psychologické i spirituální. Podle Zacharové et al. (2007) sestra stráví s pacientem hodně času, proto má možnost více poznat nemocného po psychologické stránce, mnohdy lépe než ošetřující lékař.

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z nedostatku nebo přebytku, touhou, něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“ (Šamánková et al., 2011, s. 12). Podle Šamánkové et al. (2011) množství potřeb záleží na pohlaví a věku jedince, na prostředí, ve kterém jedinec vyrůstal nebo ve kterém žije, na jedincovi inteligenci nebo dokonce na jeho kulturní a společenské úrovni.

Jak již bylo zmíněno, podle Tomové a Křivkové (2016) se holistický přístup k pacientovi skládá z potřeb biologických, psychologických či psychických, sociálních a spirituálních. V případě biologických potřeb hovoříme zejména o potřebě hladu, žízně, spánku a odpočinku, pohybu, vyprazdňování a vylučování a také např. sexuálních pudů (Šamánková et al., 2011). V případě psychických potřeb hovoříme zejména o lidské

důstojnosti a pocitu bezpečí. Lze také s nimi pracovat odvozením a vyjádřením prožívání psychických stavů a jevů, které vychází z individuálního vnímání světa a osobnosti. Působení strachu, napětí, deprese či úzkosti může zkomplikovat průběh, ale i léčbu nemoci (Zacharová et al., 2007).

Do další kategorie, a to sociálních potřeb, zahrnujeme zejména fakt, že člověk je společenská bytost, a vzhledem k této povaze mu zpravidla nesvědčí izolace od ostatních lidí. Ve zkratce můžeme mluvit o potřebě být ve společnosti (Svatošová, 2012). Dále také Svatošová (2012) popisuje potřeby spirituální, o kterých píše, že byly ještě nedávno spíše tabu. Do této potřeby zahrnujeme tedy potřebu víry a naplnění duchovní nouze člověka. Víra nemusí být pouze náboženství, ale i víra v nějakou vyšší moc, předmět a další podobné principy víry.

Naplnění zmíněných potřeb vede k obnovení a vyrovnaní změněné rovnováhy homeostázy. Proto jsou potřeby nutné a užitečné a blízce spojeni se zachováním kvality našeho života (Šamánková et al., 2011). V očích pacienta je sestra člověkem, který poskytuje oporu, je prostředníkem mezi lékařem a nemocným a má pochopení a toleranci pro nemoc pacienta. Proto je potřeba, aby sestra dodávala pacientovi důvěru, naučila ho žít s nemocí a připravila pacienta na změněné životní podmínky. Sestra musí ve své práci dodržovat zásady tzv. profesního chování, které mají napomoci posílit vztah mezi sestrou a pacientem. Mezi této zásady patří *„znalost práv pacienta a jejich respektování a dodržování, ovládání negativní nálad a emocí při jednání s pacientem i mezi spolupracovníky, anebo povýšení potřeb a zájmů nemocného nad své.“* (Zacharová et al., 2007, str. 67)

1.6.2 Psychická stránka transplantace

Jakákoliv transplantace orgánu, ať už srdce, ledvin nebo jiná, přináší s sebou spousty stresových faktorů. Je proto přirozené, že pacient prožívá strach, zda dojde k přijetí transplantovaného orgánu, vedlejších účinků imunosuprese či zvládnutí pocitu, že v sobě má orgán od mrtvého člověka (Molitor et al., 2018). Důležitým faktem, který je potřeba také k tomuto tématu zmínit je, že potencionálních dárců na světě přibývá mnohem pomaleji úměrně k rostoucímu číslu pacientů zařazovaných na čekací listiny. V důsledku

tohoto nepoměru se tedy může stát, že pacient zemře v průběhu čekání na nový orgán, nebo se tato čekací doba začne prodlužovat (Ptáček et al., 2014).

Psychická podpora pacienta začíná už při zařazení na čekací listinu. Po transplantaci je pacient připravován na propuštění z nemocnice, informován o péči o operační ráně, seznámen s vedlejšími účinky léků nebo sledování svého zdravotního stavu (Molitor et al., 2018). Případná emocionální labilita může být způsobena pooperačním stresem a užíváním steroidů (Pirk et al., 2008).

Pacienta, který může vykazovat známky psychických změn v důsledku transplantace, je třeba edukovat a být s ním v úzkém kontaktu pro případnou další pomoc. Je důležité si dopředu zjistit informace o pacientovi a podle toho přizpůsobit verbální a nonverbální komunikaci (Juřeníková, 2010).

Podle Ptáčka et al. (2014) je dobré mít na paměti, že před provedením transplantace je zároveň neodlučitelnou součástí takového výkonu i podání informace o takovém výkonu. Zároveň ale taková informace musí být i příjemcem pochopena, což přispívá nejen k důvodu právní sebeochrany, ale i vzájemné důvěře a dodržení lidské a etické stránky věci.

1.7 Rejekce štěpu a infekce

Imunitní systém transplantovaného jedince se přirozeně brání k přijetí cizího orgánu, a proto je potřeba nasadit imunopresivní léčbu. Ale i přes včasné nasazení imunopresivní léčby může dojít k případné rejekci srdečního štěpu, což popisují jak Baláž et al. (2014), tak Špinar et al. (2007) a Maiser et al. (2008).

Aby se předešlo tomuto procesu, provádí se pacientovi ze začátku týdenní biopsie srdeční svaloviny, která se podle výsledků prodlužuje na měsíční a poté až na roční interval. Může se stát, že se rejekci transplantovaného štěpu nezvládne předejít a začne se projevovat zhoršením dýcháním jako např. před operací, slabostí, unaveností či teplotou nad 37,5 °C (Špinar et al., 2007). Rejekci štěpu můžeme rozdělit na akutní a na chronickou. Akutní rejekce srdce se podle Molitora et al. (2018) obvykle objevuje během prvních 6 měsíců po transplantaci. Podle Ševčíka et al. (2014) se může projevovat také například jako arytmie, ale i tak, jako podle Špinara et al. (2007) v předchozím odstavci. Aby se předešlo

akutní rejekci štěpu, je štěp pravidelně kontrolován endomyokardiálními biopsiemi (Pirk et al., 2008). Podle Olymbiose et al. (2018) prožilo 24% pacientů během prvního roku po transplantaci alespoň 1 rejekční epizodu, zatímco chronická rejekce se může objevit po 6 měsících nebo dokonce až několika letech po transplantaci, většinou jako vaskulopatie transplantovaného srdce, která je až u 70% pacientů příčinou smrti (Ševčík et al., 2014). Případná pooperační infekce postihuje podle Málka a Málka (2018) 40–70% transplantovaných jedinců, většinou v prvních měsících po transplantaci, kdy doznívá oslabení z předtransplantačního období a po samotné transplantaci, po které je tělo vystaveno účinkům imunosupresiv. Infekce je většinou zakryta podle Ševčíka et al. (2014) právě imunosupresivní léčbou, kdy protizánětlivý účinek steroidů omezuje produkci pyrogenů. Proto normální teplota u transplantovaného jedince bývá nižší, a z toho důvodu je třeba podle Špinara et al. (2007) s každou zvýšenou teplotou navštívit lékaře a za včas zahájit léčbu. Léčba infekce se nijak neliší, proto se podávají antibiotika, antimykotika či antivirotika (Štejfa et al., 2006).

1.8 Režimová opatření v domácím prostředí

Propuštěný pacient se vrátí domů, pokud je vše bez komplikací, již po zhruba 4 až 5 týdnech. I když je pacient propuštěn domů, následně 3 měsíce je podle Maisera et al. (2008) stále ještě nejzranitelnější. Pacient se musí s novým srdce sžít a přizpůsobit se novému, zpravidla zodpovědnějšímu stylu života.

Ze začátku by pacient neměl jednostranně zvedat břemena těžší než 3kg (později těžší než 10kg), zahrádkařit (zejména pak pracovat s hlínou) nebo přinejmenším používat bytelné rukavice, stěhovat nábytek, sportovat, plavat ve veřejných plovárnách nebo rybnících, navštěvovat solárium a jiné (CKTCH, 2020). Na druhou stranu podle Nytrøenové a Gullestada (2013) jsou vhodné pro transplantované HIT (High-intensity training) k navrácení fyzické výkonnosti, otázkou zůstává, ve kterou dobu po transplantaci tyto tréninky zařazovat do rehabilitačního programu.

Maiser et al. (2008) píše o tom, že transplantovaný si musí zvyknout i na nové stravování: vyvarovat se nadměrnému solení či slazení, vyhýbat se ovoci jako jsou např. pomela, grapefruity, granátová jablka a nápojům, které je obsahují, dále také hořké pomeranče nebo třezalka. Tyto potraviny zásadně ovlivňují účinky imunosupresiv.

Transplantovaný by se měl také vyhýbat syrovému červenému masu, syrovému rybímu masu a syrovým vejčím, plísňovým sýrům (niva, hermelín), nepasterizovaným mléčným výrobkům nebo nedostatečně propečenému masu. Při vaření by měla být každá zelenina i ovoce důkladně omyta, oloupána a uvařena (kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM, 2015).

Kouření a alkohol se po transplantaci srdce nedoporučuje. Kouření podle Sözena et al. (2018) zvyšuje úmrtnost u pacientů po transplantaci srdce téměř o 30%. Alkoholické nápoje, včetně piva, mají účinek na imunosupresivní léky v játrech, kde se tyto léky odbourávají. Proto při konzumaci alkoholu může docházet k poškození jater a zvýšení krevního tlaku, který následně může poškodit transplantované srdce (Maiser et al., 2008).

Transplantovaný pacient nesmí dostávat podle kolektivu lékařů Kliniky kardiologie IKEM (2015) žádné živé ani oslabené vakcíny (příkladem je vakcína proti obrně, spalničkám, příušnicím, planým neštovicím nebo žluté zimnici).

Před příchodem chřipkové epidemie se podle Špinara et al. (2007) doporučuje preventivní očkování transplantovaných. Aby se předešlo jakékoliv nákazy, je však potřeba, aby se transplantovaný jedinec vyhýbal pohybu v kolektivu a popřípadě výskytu infekčního onemocnění v rodině, se zavčas distancovat od nemocného (Špinar et al., 2007).

Mezi vedlejším účinkem imunosupresivních léků je podle Málka a Málka (2018) cca 4-7 krát vyšší výskyt nádorů u transplantovaných než v běžné populaci. Nejčastěji se jedná o kožní nádory. Proto by se měl pacient vyvarovat přímému slunečnímu záření, zejména mezi desátou až patnáctou hodinou odpolední a používat opalovací krém s vysokým UV faktorem. Aby se předešlo a zavčas zachytilo nádorové onemocnění kůže, pacient by měl každý rok navštěvovat svého dermatologa (Málek a Málek, 2018) a (kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM, 2015).

Pokud se pacient cítí ohrožený nějakým onemocněním nebo rizikem, je předpoklad, že bez výraznějších osobních ztrát bude motivovaný chránit své zdraví změnou chování a návyků nutnou k udržení si nového srdce (Gurková, 2017).

Po uplynutí 1 roku od transplantace dochází pacient na kontroly 4krát za rok. U stabilnějších pacientů se může provádět kontrola po 4-6 měsících (kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM, 2016).

1.9 Imunosupresivní léčba a kortikosteroidy

Imunosupresivní léčba se zahajuje již během operace na operačním sále a pokračuje až do konce života transplantovaného pacienta. Imunosuprese je především kombinace kalcineurinových blokátorů (cyklosporin A, takrolimus), kortikoidů (prednison, metylprednison), blokátorů syntézy nukleonových kyselin (mykofenolát mofetil, azathioprin) a protilátek proti T-lymfocytům jako je například sirolimus (Ševčík et al., 2014). Transplantovaný pacient musí až do konce svého života brát imunosupresivní léky a případně kortikosteroidy z toho důvodu, aby jeho tělo neodmítalo a nepoškozovalo tak transplantované srdce, v případě jiných transplantací transplantovaný orgán. Imunosuprese však má za následek oslabení imunity transplantované jedince, který pak může být náchylnější k infekcím a nemocem, které by nemusely pro zdravého člověka být takovou hrozbou (Špinar et al., 2007).

S dlouhodobým užíváním imunosupresivních léčiv přichází na řadu několik vedlejších účinků. Jako první můžeme uvést již zmíněný příklad od Špinara et al. (2007), a to větší náchylnost k běžným nemocem jako jsou různé bakteriální, mykotické a virové infekce. Ale v případech oslabené imunity se mohou objevit různé oportunní infekce, které se za běžných podmínek u běžných lidí nevyskytují (Molitor et al., 2018).

Dalším vedlejším účinkem může být zvýšený výskyt nádorových onemocnění. Jedná se zejména o kožní nádory, nádory lymfatických tkání, ale i nádory jater, ledvin nebo střev. Mezi další nežádoucí účinky se může objevovat vznik diabetu, hypertenze či renální selhání vlivem užívaných látek (Molitor et al., 2018).

V případě užívání kortikosteroidních léčiv nebo také kortikoidů, které se využívají k potlačení množení a aktivace lymfocytů a omezují tvorbu protilátek. Kortikoidy mají však závažné nežádoucí účinky: sklon k infekcím, pomalé hojení ran, dočasný výskyt diabetu, Cushingoidní vzhled pacienta, další kosmeticky negativní účinky jako zadržování vody v těle a následné přibírání na váze nebo zažívací potíže ve formě žaludečních vředů (Kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM, 2016). Proto se objevují snahy o rychlé snížení po operačním výkonu nebo o jejich úplné vysazení (Molitor et al, 2018).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

1. Zmapovat potřeby pacienta v průběhu transplantace srdce.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči po transplantaci srdce?
2. Jaké pocity prožívají pacienti po transplantaci srdce?
3. Jaké jsou potřeby pacienta po transplantaci srdce?
4. Jak pacient po transplantaci srdce dodržuje režimová opatření?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro praktickou část bakalářské práce nazvané „Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta“ bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Použitou technikou byly polostrukturované rozhovory (Příloha č. 1 – Otázky k rozhovorům) s informanty, kteří sami prodělali transplantaci srdce.

Otázky byly sestaveny tak, aby vycházely ze stanoveného cíle a snažily se co nejvíce zjistit potřeby pacienta po transplantaci srdce. Polostrukturovaný rozhovor se skládal z 29 otázek. Cílem rozhovoru bylo zjistit prožitky informantů časně po transplantaci srdce, jejich pocity v rámci hospitalizace, a zda byly naplněny všechny potřeby v rámci hospitalizace. Druhá část rozhovoru byla zaměřena na otázky v domácí péči a medikaci. Tyto rozhovory probíhaly anonymně a v případě udělení souhlasu informanta byly tyto rozhovory nahrávány. Čtyři z šesti informantů nesouhlasili s pořízením audio nebo video záznamu z rozhovoru a jejich rozhovory byly zaznamenány pouze písemnou formou. Časová dotace rozhovoru byla cca 30 minut. Písemné záznamy rozhovorů a audiozáznamy byly sepsané do programu Microsoft Word. Dále byly výsledky zpracovány pomocí otevřeného kódování metodou „tužka – papír“. Ze získaných dat byly následně vytvořeny kategorie a podkategorie. Sběr dat probíhal v období od února do března roku 2021.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z 6 pacientů. Kritériem pro výběr těchto lidí byla podmínka prodělané operace transplantace srdce alespoň půl roku od tohoto výkonu. Výzkum v rámci bakalářské práce probíhal nejčastěji formou online rozhovorů na platformách Zoom, Skype a Google Meet. 2 informanti byli z Jihočeského kraje, z toho jeden se odehrál při osobním setkání v Českých Budějovicích. 2 informanti byli z kraje Vysočina, 1 z Moravskoslezského kraje a 1 ze Středočeského kraje. Rozhovor formou online setkání probíhal vždy v rámci domácího prostředí informantů.

4 Výsledky

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – Základní informace o informantech

Informant	Pohlaví	Věk	Doba po transplantaci
I1	muž	43 let	13 měsíců
I2	muž	49 let	8 měsíců
I3	muž	23 let	82 měsíců
I4	muž	51 let	25 měsíců
I5	žena	58 let	38 měsíců
I6	muž	31 let	59 měsíců

Zdroj: vlastní

Informanti 1, 2, 3, 4, a 6 jsou muži, informant č. 5 je žena. Všichni z těchto informantů prodělali transplantaci srdce, informant s nejdelší dobou je téměř 7 let po transplantaci srdce, informant s nejkratší dobou je 8 měsíců po transplantaci.

Nejmladším informantem je muž ve věku 23 let, nejstarším je žena ve věku 58 let.

4.2 Výsledky kvalitativního šetření

Kategorie 1 Diagnóza pacientů a operační výkon

Podkategorie: Komplikace po výkonu

Kategorie 2 Zhodnocení ošetrovatelské péče

Kategorie 3 Potřeby pacienta

Podkategorie: Biologické potřeby po transplantaci srdce

Psychické potřeby po transplantaci srdce

Sociální potřeby po transplantaci srdce

Spirituální potřeby po transplantaci srdce

Kategorie 4 Změny po transplantaci srdce

Podkategorie: Změny v osobním životě

Změny v medikaci

Kategorie 1 – Diagnóza pacientů a operační výkon

Všichni informanti pojmenovali své onemocnění, které předcházelo transplantaci srdce s jistotou, alespoň co se týče obecného pojmenování. I2 odpověděl *„Před transplantací jsem trpěl těžkou kardiomyopatií, moje funkčnost srdce byla kolem 10%, ale ani dneska mi není teda zrovna dvakrát dobře.“* I1, I3 uměli pojmenovat své onemocnění přímo – *„Dilatační kardiomyopatie to byla, jsem rád, že už je to za mnou“* vzpomíná I3. *„Pamatuju si, že se mnou tenkrát doktoři začínali mít celkem starosti, moje ejekční frakce nemocného srdce se začala snižovat víceméně každým měsícem“* doplňuje. *„Do toho se mi začala přidávat jako další komplikace plicní hypertenze, takže mi hrozila ještě jedna operace před transplantací, který jsem díkybohu unikl.“* I4 a I6 uvedli srdeční selhání – celkem tedy 2 z 6 dotazovaných informantů. Dalším onemocněním uvedeným od I5 byla kardiomyopatie. *„Nikdy jsem se v tom nijak víc nešťourala, když to bylo aktuální, tak jsem to věděla, ale dneska jsem ráda, že jsem už z nejhoršího venku, a to je pro mě důležité“*, říká s optimismem ve tváři.

Od I4, I5 a I6 nebylo možné ani po bližším nasměrování zjistit konkrétní onemocnění k bližšímu zařazení v rámci výzkumu. *„Já těmhle nemocničním věcem vůbec nerozumím, no, a už vůbec se nepamatuju ten název onemocnění. Ale bylo to něco ohledně srdečního selhání“*, říká I6. *„Ani tu nemám po ruce teď lékařskou zprávu, abych Vám to ukázal.“*

„Za 2 měsíce mi bude končit 7letá záruka, jako měli tenkrát v Kie na auta“ dodává s úsměvem I3. I6 odpověděl s nadšením, jak moc drží v paměti datum transplantace. *„Na takovou událost se nezapomíná, v rodině to bereme jako moje druhý narozeniny. Jsem rád, že je všechno zatím v cajku a šlape to, jak má a doufám, že to vydrží hodně dlouho.“* Při dotazování ohledně doby po transplantaci každý z informantů uměl během okamžiku říct měsíc a rok, kdy byl transplantovaný. Dokonce čtyři informanti si pamatovali přesné datum, a z toho dva i hodinu, kdy cca byli naváženi na operační sál. *„Pamatuju si, jak mě někdy ve 23:22 sestřičky začly navážet na sál a pak jsme projížděli takovejma tunelama, až jsme najednou vyjeli hned před sálem. Tam se mě ujaly sestřičky ze sálu, a poslední co si pamatuju je, jak se mě ptala, jaká byla cesta do nemocnice“* vypráví I6.

Z těchto 6 informantů byli tři na standartním, popř. neakutním waiting listu a tři informanti byli zařazeni na čekací listinu akutní. *„Vím, že mě zařadili tenkrát v ten den, kdy jsem byl ještě v jedné nemocnici. Přišel za mnou jeden mladší doktor a oznámil mi to. Trochu to se mnou emočně zacvičilo, ale pak jsme si o tom popovídali a vzal jsem tom úplně v klidu, byl jsem vděčněj“*, vysvětluje I3 svou situaci při vzpomínce na zapsání na akutní čekací listinu.

I1 byl dokonce podle jeho slov na této listině dokonce necelý 1 den! V rámci akutní listiny trvalo čekání na nový orgán v rámci dnů až týdnů, informanti zařazení na standartním WL prý čekali nejčastěji v rozmezí několika měsíců. I5 prý na tom ze začátku nebyla tak špatně, proto byla zařazena na standartní čekací listinu, jak se začal její stav horšit, tak se začalo prý do budoucna uvažovat o přeřazení do akutního WL, ale nakonec to prý nebyla potřeba.

Podkategorie: Komplikace po výkonu

Tři z šesti dotazovaných informantů nemělo žádné výraznější komplikace. I3 uvedl, že po probuzení na pooperačním oddělení se prvních 48 hodin řešil stav ledvin, které se podle jeho slov *„nechtěly rozběhnout a hrozila mu dialýza“*. Dodal, že zhruba kolem druhého dne stráveného na oddělení se jeho stav vrátil do normálu a dialýze se vyhnul. *„Docela jsem se bál, od té doby je pro mě slovo dialýza celkem strašák. I když by to možná nebylo nic hrozného, jsem rád, že na to vůbec nemuselo dojít.“*

I2 zodpověděl tento dotaz ve smutné náladě. Podle jeho slov byl po operaci udržován několik dní v umělém spánku z důvodu nepříznivého pooperačního stavu. *„Podle toho, co mi řekli doktoři, jsem měl nějaký špatný srůst a prosakování v tý ráně. Prej se mi do rány dostala infekce, ale to jsem se dozvěděl až po probuzení. Do dneška se to pořád řeší, jakože ten můj zdravotní stav, a nevypadá to dvakrát růžově. Manželka mě ve všem podporuje, pomáhá mi s léčbou, tak doufám, že to snad dobře dopadne,“* vyprávěl, zatímco manželka seděla vedle něj a byla mu oporou i během tohoto rozhovoru.

V průběhu rozhovoru s I4, které by obecně mohly nastat, jeho první odpověď byla taková, že neměl žádné komplikace. Ale při hlubším ponoření do tématu si nakonec vzpomněl, že měl během druhého týdne po transplantaci „nějakou rejekci“, ale prý jen lehkou. *„Dostal jsem na to nějaký léky, ale opravdu Vám nepovím, jaký to byly, na to si bohužel vůbec nepamatuju.“* Po zaměření se na toto téma bohužel nebyl schopný si vybavit bližší informace, ale podle sdělených informací se jednalo nejspíše o lehkou rejekční epizodu, která byla pravděpodobně vyřešena jednorázovým podáním léků určených k potlačení procesu rejekce.

Kategorie 2 – Zhodnocení ošetrovatelské péče

V rámci kategorie informovanosti a celkové edukace ohledně transplantace srdce a celého procesu kolem ní tři informanti odpověděli, že podle nich nebyli dostatečně informováni před operačním výkonem. I1 uvedl, že do doby, než byl připravován přímo na výkon, vůbec netušil, že již začíná předoperační proces k transplantaci srdce. *„Všechno to byl hroznej fojfr, myslel jsem, že jdu ještě na nějaký výkon ohledně srdce, protože jsem na tom byl před transplantací špatně, ale ne to, že už mě vlastně rovnou připravujou na transplantaci.“* Sestra, která informanta připravovala, se prý ještě ujišťovala, jestli to opravdu neví, že už ta kýžená chvíle je zrovna tady.

I2 popisuje situaci, kdy byl prý dokonce z WL vyřazen a následně do něj zase vložen. Avšak informovaný byl před transplantací dostatečně. I4 uvádí, že si dodnes vzpomíná, jak byl edukován informován svým ošetřujícím lékařem ohledně transplantace, ale prý si vůbec nepamatuje, že by mu byla sdělena informace ohledně celoživotního užívání imunosupresiv, zejména ohledně zvýšeného rizika rakoviny. Svou informovanost před transplantací však považuje za dostatečnou.

I5 uvedla, že o transplantaci také nebyla nijak výrazně edukována před operací. *„Říkali mi jenom, že to srdíčko už je špatný a samo se z toho už nedostane a bude se muset vyměnit. Nevzpomínám si ale, že by mi říkali v nemocnici o dietě, imunosupresivech a pár dalších změnách, o kterých mě poučovali potom po operaci.“*

I3 na druhou stranu uvádí, že byl předběžně informovaný o všem, co ho bude po transplantaci čekat v rámci oddělení, ale netušil prý vůbec nic o následné změně životního stylu, komplikace s imunosupresivy a prý by ještě něco v paměti našel. Pamatuje si, jak dostal domů alespoň předběžný informační list, ale kontroly před transplantací byly vždy provedeny relativně rychle, že nestačil některé odpovědi od lékařky na své položené dotazy pořádně vstřebat. I přes obdržený informační dokument v celku ale uvádí, že se považuje spíše za neinformovaného.

Kategorie 3 – Potřeby pacienta

Podkategorie: Biologické potřeby po transplantaci srdce

Všichni informanti se shodují na tom, že většina jejich biologických potřeb v rámci hospitalizace a časné pooperační péče byla naplněna. Všech 6 informantů si velmi pochvalovalo zajištění stravy, výběr a pochvalovali si i motivaci ohledně správné a pravidelné stravy od ošetřujícího personálu, zejména sester. *„Nosím stále v paměti, jak je důležité jíst stravu bohatou na bílkoviny a vitamíny,“* vybavuje si I5. *„Nikdy jsem nad jídlem tolik nepřemýšlela, ale od té doby to mám pořád někde vzadu v hlavě a snažím se na to při vymýšlení, co bude k jídlu, vzpomínat.“* I3 a I5 si také ještě vzpomínají na časnou žízeň po probuzení po transplantaci, ale jednalo se pouze o dočasné nenaplnění jejich potřeby.

I3, I4 a I6 dále zmiňují, že pro ně bylo nedůstojné vyprazdňování na lůžku, ale potvrzují, že měli dostatečně zajištěnou intimitu. Ostatní informanti při dotazu ohledně zajištění soukromí např. při vyprazdňování odpověděli, že s tím nebyl problém, ale konkrétní odpověď ohledně zajištění intimity jsem bohužel nezískal, pouze tedy, že se zajištěním vyprazdňování nebyl problém. Žádný z informantů se necítil podle mého úsudku příliš komfortně při této otázce, tudíž jsem se na další věci ohledně tohoto tématu neptal. V rámci zajištění hygienických potřeb se všichni informanti shodli na tom, že měli každý den ranní hygienu u lůžka během zhruba prvních deseti dnů. I3, I4, I5 a I6 však popsali,

že od určité doby jim již hygiena u lůžka nebyla dostatečná a měli potřebu se alespoň vysprchovat. *„Moje nejlepší sprcha v životě byla právě v nemocnici, kdy jsem mohl konečně dvanáctý den slézt z postele a pořádně se osprchovat. Jestli si dobře pamatuju, tak v tý sprše jsem byl tenkrát snad půl hodiny a byl jsem šťastnej za každou kapku teplý vody. Cítil jsem se úplně jakovej člověk,“* poslouchal jsem I3 s údivem. Ohledně potřeby pohybu, se pět informantů vyjádřilo tak, že chápali omezení časně po transplantaci a nemohli z lůžka. Všech 6 informantů uvedlo, že do 48 hodin byli vertikalizovaní u lůžka. I1, I3, I4, I5 a I6 uvedli, že z postele a následně s rehabilitační sestrou začali chodit zhruba 10. den hospitalizace a od tohoto dne zvyšovali denní průměr fyzické zátěže, zpočátku pod odborným dohledem. *„Bylo to jako bych se učil znova chodit, a to jsem ležel 10 dní. Dneska už zvládám běhat i jezdit na kole,“* odpovídá I1. *„Skoro jako bych se učil znova chodit, byla jsem z toho úplně na větvi. Chodil jsem každý den po nemocnici, kde jsem jakoby trénoval. Každý den jsem si natahoval čas a vzdálenost, zezačátku pod dohledem rehabilitační sestřičky,“* odpovídá velmi podobně I3.

I2 zmiňuje omezení v rámci pohybu, stravy a dýchání v souvislosti s jeho pooperačním stavem. *„Když mě začali probouzet, tak můj průběh byl úplně jiný, než je asi standartní průběh. Byl jsem prakticky celou dobu v nemocnici na posteli, dlouhou dobu jsem měl kyslík, protože mi to do dneška pořádně nechodí a brzo se zadýchám. Chodila za mnou rehabilitační sestřička, se kterou jsem cvičil aspoň na posteli, ke konci hospitalizace už i u postele. Měl jsem zezačátku nějakou dietu, ani nevím jakou, ale normálnímu jídlu se to moc nepodobalo. Když mi potom dali normální jídlo, stejně jsem toho moc nesněd. Sestřičky na mě byly moc hodný a snažili se mě motivovat, ale já sám sebe moc přemlouvat neumím, i když si jejich snahy moc vážím,“* vypráví. Avšak souhlasí s ostatními 5 informanty ohledně naplnění potřeby spánku, kterého měli všichni dotazovaní údajně dostatek, a v průměru v nemocnici naspali cca 10-12 hodin denně.

Podkategorie: Psychické potřeby po transplantaci srdce

V rámci naplnění psychické složky po transplantaci srdce se většina informantů shoduje na tom, že přijmout orgán od dárce pro ně nebyl problém. Z hlediska nálady se všech šest informantů cítí spíše pozitivně, v porovnání se zdravotním stavem, který prožívali před transplantací srdce, rozhodně optimističtější. Nikdo z informantů v porovnání s onemocněním, které předcházelo transplantaci, se nyní necítí hůř než před výkonem. I1

dokonce uvádí: „Aktuálně se cítím hůř, kvůli tomu všemu dění okolo Covidu a tak, než když jsem byl v nemocnici po transplantaci. Tam byli všichni milí a opravdu mě to povzbuzovalo a těšilo.“ V odpovědích dalších 4 informantů se objevovali podobně pozitivní ohlasy ohledně trávení času během hospitalizace po transplantaci. I6 ještě dodal: „Vlastně to na mě všechno působilo tak fajn, že by mi ani nevadilo tam strávit o týden navíc. Opravdu, některé dny už jsem to nevnímal jako nemocnici, ale spíš jako pobyt v nějakých lázních.“

I2 uvedl, že v průběhu jeho pooperačního stavu, ve kterém se objevily vážné komplikace, mu byly nabídnuty služby psychologa, on je však odmítl. „Musím říct, že když se dneska ohlídnou zpátky, tak bych rozhodnutí změnil. Báł jsem se toho nejhoršího a připadal jsem si na to sám.“ Manželka I2 sedící vedle informanta ještě tiše dodává: „I když to neřekl nahlas, měl období, kdy rezignoval. Nekomunikoval s lékaři, nejedl a byl velmi podrážděný. Myslím, že byla chyba, že psychologa odmítl. Bylo vidět, že si o tom potřebuje s někým promluvit. Ale jsem moc ráda, že to dopadlo tak, jak to dopadlo a teď už je všechno v pořádku.“ Dále I2 potvrdil, že i dnes, kdy je několik měsíců po transplantaci srdce, je rád za každé povzbuzení nebo optimistickou náladu, která mu zvedne i tu jeho.

I1, I3, I5 a I6 uvádí, že cítí po transplantaci velký optimismus v souvislosti s tím, že se jejich zdravotní stav výrazně zlepšil a to jim „nabílo baterky.“ I4 uvádí, že měl chvíli problém přijmout fakt, že má v sobě orgán z jiného člověka. „Trvalo mi několik týdnů, než jsem se s tím pocitem sžil. Zezačátku, čím více jsem nad tím přemýšlel, tím to bylo horší. Představte si, že v sobě máte vlastně kus někoho, kdo už není a zároveň Vám samotnému chybí něco, co už vlastně nikdy nemůžete dostat zpátky. Během těch prvních dní to bylo fakt jako na houpačce, pak si ke mně sedla sestřička a povídala si o tom se mnou, díky ní jsem pak pomaličku začal uvažovat jinak.“

Podkategorie: Sociální potřeby po transplantaci srdce

Všech šest informantů se shoduje, že jim v rámci sociální složky chyběli nejbližší členové rodiny. I5 s úsměvem odpověděla, že si na chvíli ráda od členů rodiny odpočala, ale myslí to pouze v tom nejlepším. „Doma jsme měli pořád šrumec, než mě odvezli na transplantaci. Jezdili za mnou samý příbuzný, ale už to na mě bylo až moc často, a bylo

mi blbý říkat, aby pořád nejezdili a tak. Už mi z toho úplně bzučelo v hlavě, když se tam pořád všichni překřikovali, co by bylo lepší a co ne. Ale mám je všechny moc ráda.“

Všem informantům bylo umožněno po stabilizaci stavu alespoň na chvíli se vidět s rodinnými příslušníky během prvních 10 dní, kdy v tuto dobu ještě trávili dobu své hospitalizace na pooperačním oddělení. Když však byla položena doplňující otázka, jestli s nimi komunikovala sestra, všichni potvrdili tento fakt. *„To víte, to byly takový moje zlata. Ještě že jsem tam ty moje sestřičky měla, dodneška jsem s jednou pořád v kontaktu.“* vypráví I5. I4 vzpomíná: *„Byl jsem opravdu překvapený, dřív bylo všechno v nemocnici takový honem honem, a jak jsem byl v nemocnici delší dobu, tak byl i prostor prohodit pár slov, a o to rychleji mi to tam utíkalo.“* Nejčastěji byla informanty zmiňována právě ochota personálu, profesionální přístup, komunikativnost sester a vlídnost a otevřenost.

I2 doplnil, že byl hospitalizovaný v průběhu epidemie Covid-19 a nebyly mu umožněny návštěvy. Pouze ve stavu jeho komplikací mu byla udělena výjimka krátké návštěvy nejbližší rodiny po probuzení z umělého spánku. I3, který byl v té době ještě dítě, a často za ním dojížděla jeho matka, a pokud zrovna nemohla, tak se občas i několikrát denně telefonicky kontaktovali. Poznamenal, že při překlada z pooperačního oddělení byl cca na 1 den v „mezistanici“ na JIP, než byl přeložen na standartní oddělení, mu jedna ze zdravotních sester mu zakázala používat soukromý telefon, takže mohl během této doby komunikovat pouze skrze jejich služební linku na pár minut. *„Nechápal jsem, z jakého důvodu bylo tohle opatření, ještě ke všemu, když jsem tam byl prakticky nejmladší a víceméně denně jsem si volal s mamkou a rodinou, kterou jsem měl přes 300 kilometrů daleko od nemocnice. Že prej bych rušil ostatní pacienty, tak jsem to nějak vydržel a naštěstí jsem šel pak hned druhý den na jiný oddělení.“*

Podkategorie: Spirituální potřeby po transplantaci srdce

Ze všech šesti informantů nebyl ani jeden věřící ve smyslu některé víry, kterou dnes můžeme znát (křesťanství, islám, buddhismus atd.) ani jiné z nich vycházejících. I3, I4 a I6 však odpověděli, že v určitých chvílích věří v jakousi vyšší moc, kterou nelze specifikovat, a přejí si, aby zrovna v tu chvíli se jejich přání splnilo. Všichni tři uvádějí,

že k naplnění této potřeby nepotřebují nikoho jiného než sami sebe, je to pouze v jejich hlavě. I3 a I6 doplňují, že jejich přání občas vyjde, občas ne, není to vždy stoprocentní.

„Na takovou podobnou sílu nebo prostě moc kolikrát myslívám třeba i na rybách, když neberou. No a ono už mi to několikrát vyšlo.“ usmívá se při vyprávění o spojitosti s rybařením I6. *„Vždycky, když jsem někde dlouho a dlouho se nic neděje, nebo třeba při strachu, je to prostě takový přehození hlavy v uvozovkách spolíhání na něco, že jste jakoby pod dohledem něčeho vyššího, a když si na to vzpomenete a začnete na to myslet, tak v tu chvíli věříte, že se prostě stane něco dobrého. No a ono když se to zrovna občas povede, tak se na to začnete sem tam spolíhat, a pak tomu zkoušíte v hlavě nějak přijít na kloub i když to nemusí dávat smysl.“*

I4 říká, že vždy, když si takto něco přál v nemocnici, držel v ruce malý talisman, který mu dala vnučka na pobyt v nemocnici, a prý to vždy vyšlo. *„Už i předtím, když jsem jezdil na vyšetření před transplantací, tak jsem si talismanek bral vždycky sebou. Bylo to takový malý autíčko sanitky, jak z takovýho toho Kindervejce, a malá mi tenkrát povídala, že tahle sanitka mě vždycky přiveze v pořádku domů, protože jí řídí kouzelný pan doktor.“* líčí příběh, který se váže k talismanu. *„No a od té doby, co mám batůžek vždycky, když jedu do nemocnice nebo na nějaký větší vyšetření, tak jí vozím sebou a zatím mi všechno vychází, takže jí nesmím ztratit.“* K naplnění této potřeby I4 uvedl, že požádal sestřičky, které ho měla o směnách na starost, ohledně prosby o zachování talismanu přímo na nebo ve stolečku. *„Všechny sestřičky byly moc ochotné a neměly s tím problém. Vždycky řekly, že to není problém a že to pro mne rády udělají. Když jsem jim řekl ten příběh, co se k tomu váže, vždycky jsme si o to více popovídali. Bylo to moc fajn, zvedlo mi to náladu.“*

Kategorie 4 – Změny po transplantaci srdce

Podkategorie: Změny v osobním životě

I1 vnímá hlavní změny po transplantaci srdce ve více směrech. Před transplantací pracoval jako produktový manažer, nyní jako invalidní důchodce 1. stupně. Snaží se pomalu najít práci, která by nebyla tak stresující, jako ta předchozí. V případě změn ve stravě dodržuje plně doporučenou potransplantační dietu (Příloha č. 2), vnímá více chutí na sladké.

Může zpět sportovat, což před transplantací nemohl. Více spí a odpočívá, snaží se vyvarovat stresu, uvádí však, že se v aktuální situaci cítí paradoxně hůře, než časně po transplantaci. V rámci cestování zatím nevnímá změny z důvodu omezení pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19.

I2 byl před transplantací v invalidním důchodu, stupeň invalidity neuvedl. Tento stav stav pokračuje nyní i po operaci. Snaží se dodržovat potransplantační dietu, ale občas „zhřeší“ dle jeho slov. *„Mám rád kořeněné, občas si dám uzeniny a takovou tu zabijačkovou klasiku.“*

Po dlouhé době v nemocničním prostředí stále rehabilituje, snaží se tedy chodit po bytě. Často odpočívá, necítí se úplně ve své kůži. V rámci cestování zatím nevnímá změny z důvodů rehabilitace v domácím prostředí a omezení pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19.

Z hlediska společenského statusu byl I3 před transplantací srdce student střední školy, dnes OSVČ v administrativním segmentu, ve kterém se občas setkává s vyšším rizikem stresu. *„Vím, že bych měl mít ideálně povolání, které mě stresovat nebude, ale řekněte, které v téhle době není“*, dodává pozitivně. Potransplantační dietu moc nedodržuje, snaží se ale vyvarovat přesoleným a přeslazeným potravinám a citrusovým plodům ovlivňujícím hladiny léků.

Dnes sportuje, snaží se žít aktivním životem. Odpočívá pouze v noci, často je od rána do večera na nohou a snaží se být co nejproduktivnější během dne. V rámci cestování aktuálně nevnímá změny z důvodu omezení pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19, ale ví, že by měl volit spíše méně fyzicky náročné aktivity a v případě cestování se musí hlídat v rámci exotických destinací, doteď však toto omezení nepocítil

Své povolání uvádí I4 jako vrátného s tím, že si akorát vyřizuje invalidní důchod 1. stupně. *„V práci se moc nenadřu, paní doktorka je ráda, že pracuji na takové pozici. Občas mám sice noční směnu, ale nijak mi to nekomplikuje život.“* Riziko stresu v jeho případě je tedy mírné. Dietu většinou dodržuje, avšak má prý vždy jeden den v měsíci, kdy trochu zhřeší.

Rád chodí s manželkou na túry a baví ho nordic walking. Tím, že má sedavé zaměstnání, odpočívá prý i přes den. V rámci cestování aktuálně nevnímá změny z důvodu omezení

pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19, nejčastěji se ženou cestují po přírodních památkách u nás.

I5 jako jediná žena z dotazovaných pracuje jako cukrářka a prý se brzy těší do důchodu. Její práce ji moc baví, ale občas cítí, že už je to až „příliš velký záprah“. I přes to, že pracuje s cukrovinkami, nemá ráda sladké a tudíž dodržování potravní diety pro ní není takový problém, s čím však přiznává, že bojuje, jsou některé slané pochutiny.

Ve volném čase není transplantací nijak omezená, jako jediné udává: „*Musela jsem manželovi předat žezlo na kopání záhonků na zahrádce, podle pana doktora bych se neměla moc hrabošit v hlíně, a když už, tak jen s rukavicema.*“ V rámci cestování aktuálně nevnímá změny z důvodu omezení pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19. „*Já už ani nikam do zahraničí nechci, užívám si klídek u nás na chalupě, tam je práce pořád dost,*“ dodává s úsměvem.

Šestý informant (I6) popisuje komplikace v pracovním životě vzniklé s transplantací srdce. Před transplantací pracoval jako technik, který občas manipuloval s těžkými součástkami na skladu. Dnes se zaškoluje v jedné firmě jako online marketér. Práce je prý občas stresující, ale podle něj do únosné míry. Má rád hodně masitá jídla a prý hlavně kvůli nim má problémy s dietními opatřeními, trochu bojuje s cholesterolem.

Ve volném čase rybaří. V rámci cestování aktuálně nevnímá změny z důvodu omezení pohybu v rámci stavu spojeného s Covid-19, avšak mimo toto omezení rád jezdívá do asijských destinací, kde nyní řeší možné komplikace spojené s ohrožením v souvislosti s exotickými nemocemi.

Podkategorie: Změny v medikaci

I1 popisuje změny v medikaci, potvrzuje používání imunosupresiv. Za celou dobu, co je po operaci, je zapomněl užít pouze 1x. Zároveň potvrzuje svou odpověď, že byl edukován o zvýšeném pitném režimu. Uvádí, že z imunosupresiv používá 2x denně Prograf (takrolimus) a Mykofenolát mofetil.

Změny v medikaci i používání imunosupresiv potvrzuje taktéž I2. Od doby operace zatím nezapomněl ani jednou, jelikož mu s péčí a rehabilitací pomáhá jeho rodina. Ví, že by

vzhledem ke změnám v medikaci měl vypít denně kolem 3 litrů tekutin. Z imunosupresiv užívá taktéž Prograf (takrolimus) a CellCept (Mykofenolát mofetil).

Lékové změny potvrzuje i I3, jak v imunosupresivech, tak ostatních lékových skupinách. *„Byl jsem dost překvapený, když jsem se po nějaké době po transplantaci dověděl, že musím chodit aspoň jednou za rok na kožní na kontroly. Nevzpomínám si, že by něco takového zmiňovali.“* Udává informaci, že zapomene užít léky cca 1x za 3 měsíce. Snaží se dodržovat zvýšený pitný režim, občas je to prý náročné. *„Někdy mám tak nabitý den, že jsem rád alespoň za 2 litry. Nejhorší je zimní období.“* Z imunosupresivních léků užívá taktéž kombinaci Prografu a CellCeptu.

I4 uvádí, že používá *„ty léky na imunitu“* – myslí tím imunosupresiva. Manželka mu pomáhá s přípravou léků na celý týden dopředu, a tak ho i kontroluje, jestli je bere poctivě. Potvrzuje, že ví o zvýšeném pitném režimu, ale zvládá vypít tak 2 litry a kus. *„Z těch léků na imunitu používám nějakou Graf a takovou fialovou – Kalcept myslím.“*

Informantka 5 (I5) umí pojmenovat svá imunosupresiva. *„Ano, beru imunosupresiva, a to 1x denně Advagraf a CellCept.“* Přiznává, že párkrát od transplantace srdce zapoměla imunosupresiva užít, ale snaží se na to dávat pozor. Ví, že by měla vypít více tekutin denně, snaží se vždy alespoň o *„PETku“* a kus.

I6 uměl pojmenovat všechny užívané léky včetně imunosupresiv. Zapomene užít cca 1x pololetně jednu dávku léků. Informant ví o zvýšeném pitném režimu a jako denní průměr hovoří o 2,5-3litrech tekutin. Z imunosupresivních léků užívá Advagraf a Mykofenolát mofetil Sandoz.

5 Diskuse

Tato bakalářská práce na téma Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta se zabývá problematikou subjektivních pocitů, prožitků a vnímání pacienta ohledně transplantace srdce jako takové. Hlavním cílem práce bylo zmapovat potřeby pacienta v průběhu transplantace srdce. K naplnění cíle jsme stanovili tyto výzkumné otázky: jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči po transplantaci srdce, jaké pocity prožívají pacienti po transplantaci srdce, jaké jsou potřeby pacienta po transplantaci srdce a jak pacient po transplantaci srdce dodržuje režimová opatření.

První zkoumanou oblastí bylo, jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči po transplantaci srdce. Dva informanti, I3 a I6, při doplňující otázce na toto téma si vzpomněli, že si matně pamatují, jak s nimi bylo vstřícně komunikováno od sestry, aby vydrželi, než jim vyndají plicní ventilátor, aby se mohli vrátit ke spontánnímu dýchání (Maiser et al., 2008). Pět z 6 informantů také doplnilo, že si pamatují po odeznění anestezie a analgosedace, jak byli připojeni na monitor s monitorací fyziologických funkcí, infuze, EKG, drény, močový katétr a kardiostimulátor, což zmiňuje ve své literatuře i Wagner (2009).

Všichni měli přidělené své sestry, které se o ně jak při denní tak noční směně staraly celou dobu. Několik informantů, konkrétně I3, I5 a I6 si pamatuje na časnou edukaci po transplantaci, jak jim sestry vysvětlovaly, co vše mají zavedeno, k čemu to slouží, na co je potřeba dát pozor, aby nenastaly zbytečné komplikace. Z celkem 6 rozhovorů vyšlo najevo, a všichni informanti se shodli dle odpovědí na tom, že to byla nejpříjemnější péče, kterou kdy v nemocnici zažili. Jak v oblasti komunikace sester, tak v odbornosti péče a ochoty, kterou jim po dobu na tomto oddělení věnovaly. Jak uvádí Tomová a Křivková (2016), každá komunikace s pacientem má svůj účel, kterým může pozitivně ovlivnit přístup pacienta k ošetrovatelské péči, která je mu poskytována. Je vhodné neplánovaně navazovat rozhovor při pravidelných činnostech, a mimo běžných konverzačních témat sdělovat i fakta ohledně průběhu vyšetření, informace o oddělení atd.

I1, I3 a I5 uvedli, že podle nich nebyli dostatečně informováni o transplantaci srdce před výkonem. Myslím, že tato odpovědnost náleží hlavně jejich ošetřujícímu lékaři, který by měl být důslednější a věnovat těmto pacientům více času na pochopení a vstřebání této informace. Jak popisuje Ptáček et al. (2014), taková informace by měla být pochopena ze strany pacienta nejen k právní, ale i etické a lidské straně věci. Je důležité se naladit na

„pacientovu vlnu“ a přizpůsobit tomu svou verbální a nonverbální komunikaci, aby informovanost a edukaci pacient buďto zcela pochopil, nebo se alespoň maximalizovalo úsilí tomu věnované (Juřeníková, 2010). I3, který nepotvrdil dostatečnou informovanost před transplantací srdce, uvedl: „*Já jsem dostal na doma jedny papíry, kde bylo jakoby předběžně napsáno, co tak zhruba může následovat po transplantaci, co se bude dít, až dorazím do nemocnice a na jakým pak budu oddělení. Moc jsem tomu ale nerozuměl a neměl jsem úplně prostor se doptat na to, co bych se zeptat chtěl.*“ Uvítal by tedy více času a prostoru svého ošetřujícího lékaře na vysvětlení některých informací a otázek, a z toho důvodu se považuje za spíše neinformovaného.

Ve spojitosti s poskytováním ošetrovatelské péče pacientů po transplantaci srdce jsou dalším aspektem po transplantaci pocity pacientů. Vzhledem k tomu, že se jedná jak o cizí orgán, který je pacientovi voperován do těla, tak o fakt, že minimálně v brzké době po transplantaci musí být pacient izolován na pooperačním oddělení z důvodu prevence nákazy a infekce plynoucí nejen v rámci pooperačního stavu s velkým zásahem do hrudníku, ale i nově užívanými imunosupresivními léky. Zároveň mají pacienti možnost díky transplantovanému srdci žít nový život, jak udává Maiser et al. (2008) a CKTCH (2020), a popsat tak, jakým způsobem je transplantace ovlivnila a co díky ní nyní prožívají. Všichni informanti potvrdili, že alespoň jednou zažili úzkost ve spojitosti s novým srdcem v obavě, že neví přesně, co je bude čekat v dlouhodobém časovém horizontu. Podle Juřeníkové (2010) je základem dobrého edukátora, v tomto ohledu ošetrujícího personálu a lékařů, aby dobře volili jak verbální, tak neverbální projev k umocnění toho verbálního. Tento fakt podporují i Tomová a Křivková (2016). Bohužel je zde podle mého názoru stále neovlivnitelný fakt, že lidská mysl není plánovatelná, a i když pacient zažívá dlouhou dobu pozitivní myšlenky, vždy se mu může z ničeho nic v hlavě odehrát nějaký zkrat, který ho donutí zrovna v danou chvíli alespoň pomyslet na pesimističtější stranu myšlení.

Převažujícím pocitem však po transplantaci srdce byla pro informanty naděje na lepší, kvalitnější a prakticky nový život. I1, I3, I5 a I6 uvedli, že cítili velký optimismus po transplantaci, I3 mluví dokonce o takovém stavu, že v některých chvílích cítil dokonce cosi jako euforii, a tohoto pocitu si užíval během celé hospitalizace, než byl propuštěn domů. Z těchto výsledků tedy usuzuji, že i přes občasné negativní pocity pacientů, které mívá běžně zpravidla každý člověk, pacienti po transplantaci srdce prožívají spíše pozitivní pocity, zejména optimismus a novou chuť do života.

Třetí výzkumná otázka se zaměřuje na potřeby pacientů po transplantaci srdce. Všeobecné potřeby pacientů rozdělujeme do biologických, psychických, sociálních a spirituálních, jak potvrzuje literatura Burdy a Šolcové (2015).

Z hlediska biologických potřeb byla nejčastěji zmiňována spokojenost se stravou, ve které nebyli téměř omezováni. Strava je důležitou součástí rychlého návratu pacienta do kvalitního života a rychlé opuštění nemocničního prostředí. Další naplněnou biologickou potřebou bylo související se stravou i dostatečně důstojné vyprazdňování, ke kterému 3 z 6 informantů, I3, I4 a I6 odpověděli, že samotný ošetrovatelský personál jim nechával dostatek soukromí a prostoru k těmto úkonům, jak potvrzuje literatura Burdy a Šolcové (2015), str. 122, kde uvádějí: *„Vyprazdňování vleže v lůžku je nepřírozené, pacient se bojí vylití a znečištění lůžka, stydí se vyprazdňovat před ostatními pacienty i před personálem. Může to být zdrojem problémů, např. zácpy, omezování příjmu tekutin a potravy. Trvá delší dobu, než si zvykne takto se vyprazdňovat. K pacientovi přistupujeme s taktem a ohleduplně, pomůžeme mu s překonáním zábran a poučíme ho, jak si na podložní mísu sednout a jak použít močovou lahev. Zajistíme intimitu. Vyprazdňování vleže v lůžku je nepřírozené, pacient se bojí vylití a znečištění lůžka, stydí se vyprazdňovat před ostatními pacienty i před personálem. Může to být zdrojem problémů, např. zácpy, omezování příjmu tekutin a potravy. Trvá delší dobu, než si zvykne takto se vyprazdňovat. K pacientovi přistupujeme s taktem a ohleduplně, pomůžeme mu s překonáním zábran a poučíme ho, jak si na podložní mísu sednout a jak použít močovou lahev. Zajistíme intimitu.“* Zbylí 3 informanti, a to I1, I2, I5 pouze uvedli, že tato potřeba byla naplněna.

Z pohybové části v rámci biologických potřeb všichni informanti chápali, že jejich pohyb byl časně po transplantaci srdce omezený, jelikož byli všichni připojeni na monitory a další přístroje, které je kontinuálně sledovaly a zajišťovaly tak podporu organismu po velké operaci. Jeden z dotazovaných, konkrétně I2, však zažil časné komplikace po transplantaci srdce a byl ohrožen na životě. V tomto stavu však nebyl schopný plně vnímat okolní vlivy a tudíž nelze jeho odpověď ohledně pohybu zahrnovat do statistiky.

Psychické potřeby taktéž byly jednou ze sledovaných potřeb po transplantaci srdce. 5 z 6 dotazovaných odpovědělo, že neměli žádný problém s přijetím cizího orgánu z hlediska etické záležitosti, na který problém v literatuře upozorňuje Molitor et al. (2018) *„Pokud je tedy pacientovi byt i jen odebrána krev, je převezen na jiné patro, na jiné oddělení či*

pokud je mu třeba jen dezinfikována hrud' již s perspektivou odebrání orgánů, nejedná se o činnost, které jsou zacíleny k dobru pacienta, nýbrž k dobru třetí osoby – příjemce,“ a Ptáček et al. (2014) na str. 230: „Akceptování těchto orgánů k transplantaci přináší další etická dilemata, kdy je třeba stanovit hranici, který orgán ještě máme odmítnout, kdy odepřeme pacientovi možný benefit z transplantace a zda a kdy můžeme pacienta vystavit možnému vyššímu riziku, když incidence primární dysfunkce orgánu je větší při užití marginálních orgánů. Je však nepochybné, že tyto orgány při správné perioperační a pooperační péči mohou pomoci zachránit mnoho pacientů. Pacient musí být pečlivě informován a souhlasit.“ Zároveň tím informanti částečně odpovídají na otázku již výše diskutovanou, jelikož prožívali podle jejich slov opravdu optimistické chvíle. Jednomu z těchto pěti informantů (I2) byly nabídnuty služby psychologa ve chvíli, kdy se jeho zdravotní i psychický stav zhoršil a nemohl se vídat s návštěvami. Služby psychologa měly být určeny pro povzbuzení jeho psychického stavu po pooperačních komplikacích a případně i o přijetí nového orgánu, informant však tuto službu odmítl. Zároveň I2 uvedl, že lituje tohoto odmítnutí. „Musím říct, že když se dneska ohlídnu zpátky, tak bych rozhodnutí změnil,“ uvedl přímo. Jeho psychické potřeby však nebyly naplněny. Čtvrtý informant (I4) odpověděl na tuto otázku s vysvětlením, že právě v rámci hospitalizace měl problém s přijetím cizího orgánu a chvíli trvalo, než tuto skutečnost přijal, avšak neuvedl doslovně, zdali tento problém vyřešil sám nebo s pomocí odborníka. Jeho psychická potřeba tak nebyla naplněna.

Potřeby sociálního charakteru byly od informantů úzce spjaté s rodinnými příslušníky, ke kterým se všichni hodně upínali jako ke svým největším podporovatelům v rámci transplantace srdce, což je z mého pohledu absolutně pochopitelné. Špinar et al. (2007) doporučuje zároveň edukaci blízké rodiny stejně jako transplantovaného, a myslím, že i z tohoto důvodu bylo a je umožňováno všem pacientům po transplantaci srdce, pokud vše probíhá v pořádku, i časných termínech navštěvování rodinnými příslušníky pro povzbuzení pacienta a zároveň pro to, aby rodina mohla podpořit transplantovaného v rehabilitaci. Potřebu sociální v případě nepřítomnosti rodiny nebo známých může podle Tomové a Křivkové (2016) může usnadnit sestra právě svojí empatickou komunikací, což všichni informanti potvrzují při zodpovídání otázek zaměřených na kvalitu ošetrovatelské péče, která jim byla poskytována.

Do otázky ohledně naplnění sociálních potřeb v aktuální době náleží i téma spojené s epidemií Covid-19 a s ní i omezení kontaktu osob jak na veřejnosti a mezistátně, tak i

ve zdravotnických zařízeních. Toto omezení v rámci pooperační péče a hospitalizace pocítil jeden z informantů, I2, a mimo výjimečných návštěv jeho manželky, které mu byly povoleny z důvodu jeho nepříznivého pooperačního stavu, se nesměl vídat během pobytu v nemocnici s žádnými dalšími osobami. Svatošová (2012) píše o potřebě člověka být ve společnosti, a o tom, jak lidem nesvědčí být v izolaci. „*Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života,*“ přitakává na toto téma (Šamánková et al., 2011, str. 12)

Čtvrtou a zároveň poslední potřebou, které se věnovala otázka potřeb pacienta, je potřeba spirituální. Žádný z dotazovaných informantů nebyl věřící ve smyslu náboženství jako takových (křesťanství a jeho odnože, islám, buddhismus, hinduismus atd.). I3, I4 a I6 však odpověděli, že věří v cosi jako vyšší moc, když je zrovna nejhůř nebo si něco velmi přejí, a k naplnění této potřeby si vystačí sami, je to jen v jejich hlavě. I4 byl spjatý s touto formou víry skrze talisman od své vnučky. Uvedl tak jako jediný konkrétní věc. K naplnění své spirituální potřeby tak potřeboval mít svůj talisman stále u sebe, což bylo splněno ochotným přístupem personálu. „*Všechny sestřičky byly moc ochotné a neměly s tím problém. Vždycky řekly, že to není problém a že to pro mne rády udělají. Když jsem jim řekl ten příběh, co se k tomu váže, vždycky jsme si o to více popovídali. Bylo to moc fajn, zvedlo mi to náladu.*“ uvedl doslovně. Svatošová (2012) ve své literatuře mluví o tom, že spirituální potřeby založené na víře byly ještě donedávna tabu. Pro mne je víra v tomto ohledu nepodložitelný fakt, avšak v rámci ošetřovatelství a ošetřovatelské péče je nutno na tuto záležitost myslet, jelikož je pro některé pacienty leč subjektivním, tak ale v některých chvílích nepostradatelným dílem procesu zlepšení jejich zdravotního stavu.

Poslední výzkumnou otázkou v rámci bakalářské práce bylo zaměření na dodržování režimového opatření po transplantaci srdce ve smyslu změny životního stylu a změny medikace spojené s pravidelným užíváním imunosupresivních léků. 3 z 6 dotazovaných, konkrétně I1, I2 a I4 jsou anebo mají rozpracovanou žádost z důvodu transplantace srdce v invalidním důchodu 1. stupně. V práci Kašparové (2019) jsou v ID 2 z 5 respondentů, avšak není uvedeno jakého stupně. Další 3 informanti, a to I1, I4 a I6 změnili svou práci z důvodu snížení stresového faktoru, který by měl být podle pro pacienta po transplantaci srdce na co nejnižší úrovni, na čemž se shodují jak Pirk et al. (2008), tak Maiser et al. (2008) a Molitor et al. (2018). Změny v dietních opatřeních naplno dodržuje pouze jeden z 6 dotazovaných, ostatní si dietu upravili podle svého životního stylu, ale základy dodržují všichni z nich. Je to však horší výsledek oproti Kašparové (2019), kde byli

respondenti svědomitější. Potransplantační dieta má velký vliv na obezitu a hladinu cukru a tuků v krvi, na co upozorňuje Sözen et al. (2018) a kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM (2015), což většina informantů potvrzuje otestováním na sobě samotných.

I přes to, že dříve informanti tolik neodpočívali, vzali si pravidla života po transplantaci k srdci a snaží se zaměřit více na odpočinek přes den kromě I3. Ten uvedl, že přes den neumí odpočívat, ale vše se snaží dohnat při volných dnech např. výlety do přírody. *„Neumím odpočívat přes den, pokud nejsem opravdu vyčerpaný po delší době ve stresu. Nejčastěji to mám v rámci pracovních zakázek a záležitostí. Ale je to opravdu jen párkrát do roka,“*; uvedl doslovně.

Žádný z informantů nemá ani neměl hobby takového charakteru, aby ho musel po transplantaci omezit nebo dokonce měnit. Pouze I5, která ráda pracuje na zahrádce, začala více používat ochranné pomůcky kvůli ochraně před možnou kontaminací mikroorganismů z půdy. V oblasti cestování byly odpovědi z velké části zkreslené z důvodu aktuálního omezení v souvislosti stavu spojeného s Covid-19. Avšak 2 nejmladší informanti (I3, I6) jsou cestovatelsky aktivní a jsou si vědomi zvýšených rizik v rámci cestování mimo Evropu, zejména do exotických destinací. V neposlední řadě by všichni transplantovaní informanti měli dodržovat zvýšený pitný režim, zejména z důvodu užívání imunosupresivních léčiv. 5 z 6 informantů zvládá vypít denně více jak 2 litry tekutin, jediná I5 se zřídkakdy dostane alespoň na tuto hranici. V porovnání s respondenty v práci Kašparové (2019) je to lepší výsledek, jelikož vypít alespoň 2 litry tekutin zvládli v jejím výzkumu pouze dva respondenti z 5, a pro jednoho ze zbývajících 3 respondentů jsou 2 litry tekutin horní hranice denního pitného režimu.

Posledním dotazovaným tématem všichni informanti potvrzují, že léky, které jsou pro ně zásadní, jsou imunosupresiva. Všichni informanti vědí, že je užívají 1x nebo 2x denně. Zároveň si dovolují tvrdit, i přes informanty uvedené informace o tom, že občas zapomenou léky užít, tak dodržují nastavený režim svými ošetřujícími lékaři a váží si svých srdcí, což zmiňuje jako důležité Maiser et al. (2008). Je to však častěji než informanti dotazovaní v práci Kašparové (2019) zabývající se edukací pacientů po transplantaci srdce, kde uvedli zapomenutí pouze 3 z 5 dotazovaných.

6 Závěr

Bakalářská práce zabývající se tématem „Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta“ pojednává o problematice naplňování potřeb pacientů v průběhu procesu transplantace srdce, jejich dostatečné informovanosti a edukace k následné změně životního stylu. Cílem práce bylo zmapovat potřeby pacienta v průběhu transplantace srdce.

Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky, kdy první se zabývala tím, jak pacient vnímá ošetrovatelskou péči po transplantaci srdce, druhá se zabývala vnímanými pocity po transplantaci srdce, třetí byla vázána na první dvě s tím, že zjišťovala, jaké jsou potřeby pacienta po transplantaci srdce. A čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem pacient dodržuje režimová opatření, která jsou spjatá s životem po transplantaci srdce.

Ve výzkumné části, pro kterou bylo zvolené kvalitativní výzkumné šetření pro dosažení výzkumného cíle, byl použitý polostrukturovaný rozhovor s 29 otázkami, ke kterým byly případně užity doplňující otázky. Všichni informanti se shodují na vysoké kvalitě ošetrovatelské péče, která jim byla poskytována, v některých případech dokonce nadstandartní. Dále bylo zjištěno, že většina pacientů nemá problém s přijetím cizího orgánu, avšak v 1 případě by informant potřeboval více času na přijetí faktu, že v sobě bude nosit orgán cizího člověka a neví, co ho čeká. Také je zajímavé, že někteří informanti podle jejich slov nebyli dostatečně informováni o výkonu a změnách v budoucím životě, zejména před transplantací.

V případě otázky ohledně naplnění potřeb pacienta po transplantaci srdce se informanti ve velké míře shodují na naplnění jejich potřeb z hlediska biologické, psychické, sociální a spirituální složky, i přes „povinná“ omezení časné po transplantaci. U dvou informantů nedošlo k naplnění jejich psychických potřeb po transplantaci, u jednoho z důvodu problémů s přijetím cizího orgánu, u druhého z důvodu jeho nepříznivého pooperačního stavu. Při zodpovězení poslední výzkumné otázky bylo zjištěno, že všichni informanti z většiny těchto opatření nově nastavený režim dodržují. Výkyvy v jednotlivých odpovědích v rámci této otázky závisí na individuálních faktorech, jako je např. povaha, vnímání, a další proměnné podle individuálního nastavení každého z informantů, jelikož má každý nastavené své priority v jiném měřítku např. ve stravě, míře zapomnětlivosti, možnému užívání různých technologií, finančnímu ohodnocení v pracovním životě, míře stresu a odpočinku atd.

Získané poznatky mohou pomoci k lepší a efektivnější edukaci pacientů, zejména ve fázi před transplantací srdce. Podle výzkumu někteří pacienti mají pocit, že jsou nedostatečně informovaní o transplantaci srdce a následnými změnami v životě před samotnou operací. Myslím, že toto zjištění by mohlo být důležité při edukaci pacientů ohledně transplantace srdce, zejména tedy v době, kdy je pacient zařazen na čekací listinu. Zároveň jsem toho názoru, že profese sester je dostatečně kompetentní k tomu, aby sestry mohly zahájit intenzivnější edukaci již před samotným procesem transplantace srdce.

7 Seznam literatury

1. ADÁMKOVÁ, V. a kolektiv. 2016. *Hodnocení vybraných metod v kardiologii a angiologii pro praxi*. Praha, Grada. 150 stran. ISBN 978-80-247-5763-6
2. BALÁŽ, P., JANEK, J., ADAMEC, M. a kolektiv. 2014. *Odběry orgánů k transplantaci*, Karolinum, 260 stran. S. 15,19, 102. ISBN 978-80-246-1964-4
3. BOGAERT, J., DYMARKOVSKI, S., TAYLOR, A. M. (Editors) *Clinical Cardiac MRI*. Berlin: Springer-Verlag, 2005, 549 p., ISBN 3-540-26217-2. (prvoautor)
4. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl - Pro obor ošetrovatel*. Praha, Grada. 228 stran. ISBN 978-80-247-5333-1
5. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L. 2016. *Ošetrovatelská péče 2. díl - Pro obor ošetrovatel*. Praha, Grada. 234 stran. ISBN 978-80-247-5334-8
6. ELLIOT, P.; ANDERSSON, B.; ARBUSTINI, E.; BILINSKA, Z.; CECCHI, F.; CHARRON, P.; DUBOURG, O.; KÜHL, U.; MAISCH, B.; McKENNA, W. J.; MONSERRAT, L.; PANKUWEIT, S.; RAPEZZI, C.; SEFEROVIC, P.; TAVAZZI, L.; KEREN, A. *Clasification of the cardiomyopathies: a position statement from the european society of kardiology working group on myocardial and perocardial diseases*. European Heart Journal. 2008; 29:270–276. (prvoautor)
7. GURKOVÁ, E. 2017. *Nemocný a chronické onemocnění - edukace, motivace a opora pacienta*. Praha, Grada. 192 stran. ISBN 978-80-271-0461-1
8. JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha, Grada. 80 stran. S. 16-17. ISBN 978-80-247-2171-2
9. KAŠPAROVÁ, A. 2019. *Edukace pacienta po transplantaci srdce*. Liberec. Bakalářská práce. TUL
10. Kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM. 2016. *Pacient po transplantaci srdce – praktické rady pro lékaře*. Maxdorf. 30 stran. S. 6, 10. ISBN nevedeno
11. Kolektiv lékařů Kliniky kardiologie IKEM. 2015. *Příručka pro pacienta po transplantaci srdce*. Maxdorf. 14 stran. ISBN nevedeno

12. KÖLBEL, F., a kolektiv. 2014. *Praktická kardiologie*. Karolinum. 308 stran. S. 73. ISBN 978-80-246-1962-0
13. MAISER, M. B., REICHART, B., BEDÁŇOVÁ, H. 2008. *Život pokračuje! Informační brožura pro pacienty po transplantaci srdce*. Astellas. 64 stran. S. 9-10, 13-15. ISBN neuvedeno.
14. MÁLEK, I. 2008. Indikace k transplantaci srdce. *Cor vasa* 2008;50(3). Str. 129-132. [online]. [Cit 9. 12. 2020]. Dostupné z: <https://actavia.e-coretvasa.cz/pdfs/cor/2008/03/11.pdf>
15. MÁLEK, I. 2006. Péče o nemocné po transplantaci srdce. *Interv Akut Kardiol* 2006; 5(3). Str. 116-121. [online]. [Cit 26. 11. 2020]. Dostupné z: https://www.iakardiologie.cz/artkey/kar-200603-0005_PECE_O_NEMOCNE_PO_TRANSPLANTACI_SRDCE.php
16. MÁLEK, I., MÁLEK, F. 2018. *Srdeční selhání*. Karolinum. 86 stran. S. 32-33, 50. ISBN 978-80-246-3823-2
17. MOLITOR, M. a kolektiv, 2018. *Transplantace s rekonstrukční chirurgií*. Grada. 304 stran. S. 87, 141, 169, 195. ISBN 978-80-247-5546-5
18. MUNZAROVÁ, M. 2005. *Zdravotnická etika od A-Z*. Grada. 156 stran. S. 133-135. ISBN 80-247-1024-2
19. NAVRÁTIL, L. a kolektiv. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*, 2. vydání. Praha, Grada. 560 stran. ISBN 978-80-271-9181-9
20. NYTRØEN, K., GULLESTAD, L. 2013. *Exercise after heart transplantation: An overview*. [online]. World journal of transplantation. Vol. 3(4). Pages 78-90. ISSN neuvedeno. [Cit. 28. 12. 2020]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5500/wjt.v3.i4.78>
21. OLYMBIOS, M., KWIECINSKI, J., BERMAN, D. S., KOBASHIGAWA, J. A. 2018. *Imaging in Heart Transplant Patients*. [online]. Volume 11, Issue 10. Pages 1514-1530. ISSN 1936-878X. [Cit. 12. 12. 2020]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X18306405>
22. PEJZNOCHOVÁ, I. 2010. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. Praha, Grada. 80 stran. S. 12-13. ISBN 978-80-247-2682-3

23. PIRK, J., MÁLEK, I. a kolektiv. 2008. *Transplantace srdce*. Praha: Karolinum. 287 stran. S. 15. ISBN 978-80-246-1606-3
24. PLEVA, M.; OUŘEDNÍČEK, P. 2012. *MRI srdce, Praktické využití z pohledu kardiologa*. Praha, Grada. 136 stran. ISBN 978-80-247-7954-6
25. *Pohybový režim po transplantaci srdce*, 2020. [online]. CKTCH. [Cit. 2. 12. 2020]. Dostupné z: <https://www.cktch.cz/pohybovy-rezim-po-transplantaci-srdce/t2178>
26. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha, Grada. 520 stran. ISBN 978-80-247-5471-0
27. SEMRÁD, M., KRAJÍČEK, M., ŠEBESTA, P. 2014. 2014. *Cardiovascular surgery*. Karolinum. 268 stran. ISBN 978-80-246-2465-5
28. SOVOVÁ, E., SEDLÁŘOVÁ, J. a kolektiv. 2014. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2. vydání. Praha, Grada. 264 stran. S. 130. ISBN 978-80-247-4823-8
29. SÖZEN, F., ÇETINEL, Y., KUL, Ö. E., SEZGIN, A. 2018. *Smoking Behavior of Heart Transplant Patients: A Retrospective Study*. [online]. *Exp Clin Transplant*. 16 Suppl 1(Suppl 1). Pages 162-164. PMID: 29528018. [Cit. 13. 12. 2020] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29528018/>
30. *Stav čekací listiny v ČR za rok 2020*, 2020. [online]. Koordinační středisko transplantací. [Cit. 16. 10. 2020]. Dostupné z: https://kst.cz/wp-content/uploads/2020/10/Aktualni-stav-WL-v-%C4%8CR-10_2020.pdf
31. SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha, Grada. 112 stran. ISBN 978-80-247-4107-9
32. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kolektiv. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha, Grada. 136 stran. ISBN 978-80-247-3223-7
33. ŠEVČÍK, P., MATĚJOVIČ, M., ČERNÝ, V., CVACHOVEC, K., CHYTRA, I. a kolektiv, 2014. *Intenzivní medicína*. 3. vydání, Praha, Galén. 1195 stran. S. 979-980, 994. ISBN 978-80-7492-066-0
34. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. a kolektiv. 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. Grada. 254 stran. S. 113, 114. ISBN 978-80-247-1822-4

35. ŠPINAROVÁ, M., ŠPINAROVÁ, L., ŠPINAR, J. 2015. Klinické klasifikace a skórovací systémy u srdečního selhání. *Kardiologická revue – interní medicína 2/2015*. ISSN 2336-2898. [online]. [Cit 4. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2015-2/klinicke-klasifikace-a-skorovaci-systemy-u-srdecniho-selhani-52102>
36. ŠTEJFA, M. a kolektiv. 2006. *Kardiologie*. 3. vydání. Praha, Grada. 776 stran. S. 377, 380. ISBN 978-80-247-1385-4
37. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha, Grada. 136 stran. ISBN 978-80-271-0064-4
38. *Transplantace*, 2020. [online]. CKTCH. [Cit. 30. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.cktch.cz/transplantace/t2175>
39. *Transplantace jednotlivých orgánů 2020 dle TC*, 2020. [online]. Koordinační středisko transplantací. [Cit. 16. 10. 2020]. Dostupné z: https://kst.cz/wp-content/uploads/2020/10/Transplanta%C4%8Dn%C3%AD-aktivita-v-%C4%8CR-09_2020.pdf
40. *Transplantace srdce*, 2015 – 2020. [online]. IKEM. [Cit. 30. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/kardiocentrum/klinika-kardiovaskularni-chirurgie/o-nas/co-u-nas-lecime/transplantace-srdce/a-2430/>
41. *TRANSPLANTAČNÍ AKTIVITA V ČR OD ROKU 2006 – 2019*. 2019. [online]. Koordinační středisko transplantací. [Cit. 30. 11. 2020]. Dostupné z: <https://kst.cz/wp-content/uploads/2020/01/Tx-aktivita-v-%C4%8CR-od-roku-2006-2019.pdf>
42. Vyhláška č. 479/2002 Sb., kterou se stanoví odborná způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti pro účely odběru tkání nebo orgánů určených pro transplantaci
43. WAGNER, R. 2009. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. 1. vydání. Praha, Grada. 336 stran. S. 262-264, 288-290. ISBN 978-80-247-1920-7
44. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. 2007. *Zdravotnická psychologie – Teorie a praktická cvičení*. Praha, Grada. 232 stran. ISBN 978-80-247-2068-5

45. Zákon č. 285/2002 Sb., Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů
a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky použité v rozhovoru

1. Jste muž nebo žena?
2. Kolik Vám je let?
3. Jaká byla Vaše diagnóza před transplantací srdce?
4. Z jakého důvodu jste byl/a transplantován/a?
5. Kolik uběhlo času od operačního výkonu?
6. Měl/a jste nějaké komplikace spojené s výkonem nebo časně po něm (do 4 týdnů)?
7. Jak jste byl/a informovaný/á o transplantaci srdce před operačním výkonem?
8. Jak jste vnímal/a ošetrovatelskou péči, kterou Vám poskytoval ošetrovatelský personál na všech odděleních, které jste v transplantačním centru prošel/a?
9. Byly Vaše potřeby po transplantaci uspokojeny z hlediska bio/psycho/socio/spirituální složky?
10. Byly uspokojeny Vaše biologické potřeby?
11. Jak se případně tyto potřeby změnily po operaci?
12. S jakým pocitem jste se probudil/a po operaci?
13. Jak jste vnímal/a sám/sama sebe a případně co bylo těžké přijmout?
14. V jakém jste byl/a kontaktu s rodinou?
15. Chyběli Vám blízcí?
16. Jak s Vámi komunikoval zdravotnický personál?
17. Věřil/a jste v to, že vše dobře dopadne?
18. Byl/a jste na pochybách?
19. Na koho/co jste po transplantaci myslel/a?
20. Jaké vnímáte největší změny po transplantaci v rámci pohybu + sport?
21. Jaké v rámci stravy?
22. Musel/a jste svou stravu upravit?
23. Jak se liší Váš denní režim, nežli před operací?
24. Musel/a jste upravit režim práce jinak, než před operací?
25. Co se změnilo v rámci dovolených a volného času, vnímáte nějaké omezení?
26. Změnila se nějak Vaše medikace (potvrzení zmínění imunosupresiv)?
27. Popřípadě jak dodržujete nově nastavenou?
28. Víte, jaký by měl být optimální příjem tekutin při užívání imunosupresiv?

29. Jaká berete imunosupresiva - pamatujete si jejich názvy a dávkování?

Příloha č. 2 – Potransplantační dieta

DIETNÍ OPATŘENÍ

- základním krokem je omezení tuků (hlavně živočišných), cukrů, soli a cholesterolu v potravě
 - **zcela zakázaná je konzumace grepů, včetně džusů, pomela, granátového jablka, třezalky a výrobků, kde jsou tyto druhy obsaženy!** - zvyšují koncentrace některých imunosupresivních léků v krvi
 - **plísňové sýry jsou zakázány**
 - všechny potravinové doplňky a byliny konzultujte se svým kardiologem
-
- **výběr potravin:**
 - maso - libové - hovězí zadní, telecí, jehněčí, kuře bez kůže, krůta bez kůže, králík
 - ryby - sladkovodní i mořské, (pstruh, štika, lín, cejn, kapr, filé). Ryby by měly být zařazeny 1 - 2x týdně; uzeniny - používáme spíše výjimečně - libová šunka, libové dietní párky, uzeniny bez viditelného tuku
 - mléko - nízkotučné nebo odstředěné sladké i kyselé
 - vhodné jsou zakysané mléčné výrobky - biokys, podmáslí, kefírové mléko, jogurtové mléko, jogurt bílý, jogurt s marmeládou dia, tvaroh měkký i tvrdý, nízkotučný
 - sýry tvarohové (Žervé, Lučina), tvarůžky, tavený sýr do 30 % t.v s.
 - výjimečně zařazujeme tvrdé sýry, které mají vyšší obsah tuku
 - vejce - bílky bez omezení, žloutek omezte vzhledem k vysokému obsahu cholesterolu
 - tuky - pouze rostlinné oleje a margaríny - tyto tuky obsahují nenasycené mastné kyseliny, které snižují ukládání cholesterolu v cévách
 - vylučujeme živočišné tuky - sádlo, máslo, lůj, slanina, škvarky, zabijačkové produkty...
 - sacharidové potraviny - vzhledem k otylosti jako rizikovému faktoru aterosklerózy je doporučeno v dietě omezit cukr, moučnický, cukrovinky
 - příkrmy - brambory, bramborová kaše, těstoviny, rýže, dieta nízkocholesterolová
 - vhodné tmavé pečivo, celozrnné mlýnské a pekárenské výrobky
 - ovoce - méně často ovoce, které je příliš sladké a přezrálé (banán, hrušky, hrozny, švestky)
 - zelenina - bez omezení
 - káva – v omezené míře
 - **nepřesolujte**
 - alkoholické nápoje se nedoporučují – ovlivňují účinek imunosupresivních léků, pití nadměrného množství alkoholu může rovněž přispívat ke zvýšení krevního tlaku a poškodit Vaše nové srdce
 - **dodržujte pitný režim (2–3 litry tekutin)** Nejvhodnější jsou balené vody, stolní minerální vody, různé druhy čajů
 - dostatečný a pravidelný příjem tekutin pomáhá odstraňovat odpadní látky z těla

Zdroj: CKTCH Brno. *Informace pro pacienty po transplantaci srdce a jejich rodinné příslušníky*. Verze 01. Počet stran 4.

9 Seznam zkratek

TxS – transplantace srdce

CKTCH – Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie

ČR – Česká republika

KST – Koordinační středisko transplantací

IKEM – Institut Klinické a Experimentální Medicíny

NYHA – New York Heart Association – stupnice klasifikace dušnosti

CO₂ – oxid uhličitý

O₂ – kyslík

ml – mililitr

kg – kilogram

min – minuta

RTG – rentgen/rentgenové záření

EKG – elektrokardiografie – vyšetření srdce

ECHO – echokardiografie – ultrazvukové vyšetření srdce

EBV – Epsteina–Barrové virus

°C – stupeň Celsia

JIP – jednotka intenzivní péče

JIRP – jednotka intenzivní a resuscitační péče

HIT – high intensity training – typ fyzického tréninku

UV záření – ultrafialové záření

WL – waiting list (čekací listina)

ID – invaliditní důchod