

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014–2016

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bohumila Kůlová

**Komparace potřeb dospělých pacientů
po implantaci mechanické srdeční podpory
a ortotopické transplantace srdce**

Praha 2016

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Vacínová Tereza, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTERS COMBINED STUDIES

2014–2016

DIPLOMA THESIS

Bohumila Kůlová

**Comparison of the Needs of Adult Patients
after Implantation of Mechanical Cardiac Support
and Orthotopic Heart Transplantation**

Prague 2016

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Vacínová Tereza, Ph.D.

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Komparace potřeb dospělých pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory a transplantace srdce“ vypracovala samostatně, pod vedením vedoucího práce PhDr. Tereze Vacínové, Ph.D. Všechny uvedené zdroje informací uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 10.10.2015

Bc. Bohumila Kůlová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Tereze Vacínové, Ph.D., za veškerou pomoc, cenné rady a připomínky, které mi spolu s časem věnovala ke zpracování a dokončení této práce. Děkuji také kolektivu lékařů a sester kardiiovaskulárního centra IKEM Praha, pod vedení prof. MUDr. Jana Pirka, DrSc. za ochotu a odbornou pomoc při získávání dat a praktických zkušeností. Také musím poděkovat trpělivé rodině, manželovi, synům a mé mamince.

Anotace

Diplomová práce se zabývá porovnáváním potřeb a edukací akutně i chronicky nemocných pacientů, konkrétně pacientů s mechanickou srdeční podporou a pacientům s transplantovaným srdcem. Toto onemocnění je velice závažné a zaslouží si prozkoumat potřeby pacientů, kteří s tímto onemocněním musí žít. Nedostatek znalostí o této problematice a nedostatečná péče vede k rozvoji komplikací, které mají nepříznivý dopad na kvalitu života člověka i jeho rodiny a znamenají ekonomický problém pro celou společnost.

Klíčové pojmy

Dospělost, edukace, edukační kurz, edukační proces, edukační sestra, kvalita života, mechanická srdeční podpora, ošetrovatelská péče, potřeby pacienta, pacient, rekondiční pobyt, transplantace srdce, životní styl.

Annotation

This thesis deals with the comparison of needs and education of acute and chronically ill patients, particularly patients with mechanical heart support and heart transplant. This disease is very serious and deserves to explore the needs of patients with this disease must live. Lack of knowledge about this issue and lack of care leads to the development of complications that have an adverse impact on the quality of human life and of his family, and represent an economic problem for the whole society.

Key words

Adulthood, education, educational courses, educational process, educational nurse, quality of life, heart failure, mechanical cardiac support, life style, nursing care, patient, revitalizing stay (reconditioning), the patient s needs.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SPECIFIKA DOSPĚLÉHO VĚKU	11
1.1 Vývojová stádia dospělého věku	11
1.1.1 <i>Mladá dospělost</i>	11
1.1.2 <i>Střední dospělost</i>	13
1.1.3 <i>Starší dospělost</i>	14
1.2 Psychosociální podobnosti dospělého věku	15
1.2.1 <i>Mladá dospělost</i>	15
1.2.2 <i>Střední dospělost</i>	16
1.2.3 <i>Pozdní dospělost</i>	17
1.3 Přeměny kognitivních procesů s vlivem na edukaci	18
1.3.1 <i>Mladá dospělost</i>	19
1.3.2 <i>Střední dospělost</i>	19
1.3.3 <i>Starší dospělost</i>	21
2 POTŘEBY DOSPĚLÉHO PACIENTA	22
2.1 Psychosociální potřeby	22
2.2 Potřeby jistoty a bezpečí	23
2.3 Potřeba být informován	25
2.4 Potřeba sociální podpory	25
2.5 Potřeba vlastní identity	26
2.6 Potřeba zdraví, potřeba důvěry a víry	26
2.7 Společenské potřeby, potřeby uznání a oceňování, potřeba seberealizace ..	27
2.8 Spirituální potřeby	28
3 ROLE EDUKAČNÍ SESTRY	30
3.1 Profese edukační sestra	30
3.2 Psychologické prvky edukace	32
3.3 Učení v edukačním procesu	34
3.4 Společná setkávání pacientů	37
4 SRDEČNÍ SELHÁNÍ	39
4.1 Definice	39
4.2 Klinické příznaky srdečního selhání	40
4.3 Rozdělení srdečního selhání	42
4.4 Léčba srdečního selhání	44
4.4.1 <i>Farmakologická léčba</i>	45
4.4.2 <i>Chirurgická léčba</i>	46
5 MECHANICKÉ SRDEČNÍ PODPORY	49
5.1 Historie a vývoj mechanických srdečních podpor	50
5.2 Druhy mechanických srdečních podpor	51
5.3 Indikace k mechanické srdeční podpoře	52
5.3.1 <i>Život se systémem HM II</i>	52
5.3.2 <i>Návrat do běžného života</i>	53

6	TRANSPLANTACE SRDCE	55
6.1	Historie transplantací srdce	55
6.2	Vývoj transplantací srdce v České republice.....	56
6.3	Indikace a kontraindikace k transplantaci srdce	57
6.4	Čekací listina	58
6.5	Legislativa odběru orgánů	60
6.6	Schopnost návratu k výdělečné činnosti.....	60
7	KVALITA ŽIVOTA PO IMPLANTACI MECHANICKÉ SRDEČNÍ PODPORY A TRANSPLANTACI SRDCE.....	62
7.1	Poučení pacienta	62
7.2	Dlouhodobá péče	63
7.3	Život po implantaci mechanické srdeční podpory.....	64
7.4	Život po transplantaci srdce.....	65
7.5	Cesta domů	67
7.6	Dieta a výživa, tělesná cvičení, sexuální aktivita	67
	7.6.1 <i>Dieta a výživa</i>	67
	7.6.2 <i>Tělesná cvičení</i>	68
	7.6.3 <i>Sexuální aktivita</i>	69
7.7	Cestování	70
7.8	Život doma.....	71
7.9	Specializované ambulance pro pacienty po transplantaci srdce.....	72
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	73
8	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	73
8.1	Cíl výzkumu a hypotézy	73
8.1	Metodika výzkumu	73
8.2	Charakteristika výzkumného souboru	74
8.3	Výsledky dotazníkového šetření.....	75
8.4	Vyhodnocení dotazníků a analýza výsledků	85
8.5	Diskuze	87
	ZÁVĚR.....	88
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
	Seznam bibliografických odkazů z české literatury.....	94
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK.....	98
	Seznam obrázků	98
	Seznam grafů.....	98
	Seznam tabulek	99
	SEZNAM ZKRATEK.....	101
	SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

Diplomová práce je věnována edukaci a psychosociálním potřebám pacientů, kteří čekají na transplantaci srdce pomocí mechanických srdečních podpor i pacientů, kteří jsou již po srdeční transplantaci.

U dospělého pacienta v terminální fázi srdečního selhání bývá implantace mechanické srdeční podpory a transplantace srdce často jedinou možností na záchranu života. Cílem diplomové práce je analýza, edukace psychosociálních potřeb u pacientů před a po transplantaci srdce.

Edukace dospělého pacienta je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Jde o záměrnou činnost, systematickou instruktáž, která má vést k získání znalostí a dovedností. Vše je založeno na vzájemné spolupráci edukační sestry a klienta, při respektování somatických, psychických a sociálních zvláštností klienta. Vzájemná spolupráce je odrazem jejich dobré komunikace a vzájemné důvěry. Cílem je dosažení požadované změny v klientově chování.

Velmi důležitým prvkem v léčbě pacientů je edukace o nemoci a uspokojování jejich vlastních potřeb, a to zejména potřeb psychosociálních. V moderním ošetrovatelství je stále častěji kladen důraz na aktivní úlohu edukační sestry, celkový i individuální přístup k zúčastněnému dospělému pacientovi. Důvodem volby tématu diplomové práce je třicetiletá praxe v oboru transplantační medicíny v IKEM. Autorku zajímala psychologická stránka transplantací, pocity pacientů a jejich smíření s cizím orgánem. Vliv rodiny, příbuzných a známých jak v období před transplantací, tak v době rekonvalescence je rovněž velmi důležitý. Edukační sestra je pro pacienta psychologem, mentorem a často si vyslechne i jeho životní příběh.

Srdeční selhání patří v dnešní době k nejzávažnějším problémům současné medicíny. Nejúčinnější léčebnou metodou pro pacienty s těžkým srdečním selháním je transplantace srdce. Dlouhodobý prospěch léčby pro pacienty závisí nejen na práci transplantačních center, jejich specializovaných pracovišť, ale také na dobré spolupráci pacientů, jejich blízkých a rodinných příslušníků s transplantačním týmem. Určitý dis

komfort spatřují pacienti v nutnosti opakovaných návštěv, edukačních pohovorů na specializované ambulanci srdečního selhání a doživotního užívání imunosupresivních léků.

Diplomová práce analyzuje edukaci a psychosociální potřeby pacientů, kteří čekají na transplantaci srdce pomocí mechanických srdečních podpor i pacientů, kteří jsou již po srdeční transplantaci. Stanovili jsme si cíle, které jsme analyzovali metodou dotazníkového šetření. Cílem práce je zjistit, jak pacient vnímá sám sebe a budoucnost v souvislosti s transplantací srdce, zmapovat psychosociální potřeby pacientů čekajících na transplantaci srdce a jejich vliv na úspěšnost transplantace. Autorka chtěla posoudit význam psychické pohody pacientů a aktivní spolupráce rodiny s ošetřujícím týmem po transplantaci srdce a porovnat rozdíly v psychosociálních potřebách pacientů čekajících na transplantaci srdce a pacientů po srdeční transplantaci.

Dílčím cílem bylo zjistit edukační problémy, jak pacient vnímá sám sebe a budoucnost v souvislosti s transplantací srdce. Náaleďně zmapovat psychosociální potřeby pacientů čekajících na transplantaci srdce a jejich vliv na úspěšnost transplantace. Třetím cílem bylo posoudit význam psychické pohody pacientů a aktivní spolupráce rodiny s ošetřujícím týmem po transplantaci srdce a porovnat rozdíly v psychosociálních potřebách pacientů před a po srdeční transplantaci.

Práce je rozdělená na část teoretickou a empirickou. Teoretická část se zabývá specifikou dospělého věku, potřebami člověka především psychosociálními, následně práce popisuje roli edukační sestry. Dále se práce zabývá, co to jsou mechanické srdeční podpory a následně co je vlastně samotná transplantace srdce. Další kapitola je zaměřena na kvalitu života po implantaci mechanické srdeční podpory a transplantace srdce. V empirické části jsou shrnuty výsledky dotazníkového šetření u pacientů po transplantaci srdce v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Přínosem práce je komplexní pohled na problematiku transplantace srdce od historie po současnost, aktuálnost tématu edukační péče o pacienta a především vyzdvižení biopsychosociálního přístupu k pacientovi. Na základě zjištěných poznatků, které byly provedeny dotazníky, navrhuje několik doporučení pro pacienty, jejich rodiny a přátele, před a po transplantaci srdce a pro lékařský personál na ambulancích srdečního selhání.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SPECIFIKA DOSPĚLÉHO VĚKU

1.1 Vývojová stádia dospělého věku

Věk dospělosti se podle Vágnerové (2007) rozděluje na 3 etapy – mladá, střední a starší dospělost.

1.1.1 Mladá dospělost

Do období mladé dospělosti počítáme věkové kategorie od 20 do 30 let, kdy je ukončen biologický růst a mladý člověk dotváří svůj charakter. Sbírá zkušenosti, kde hlavním zdrojem je dětství, chování a vztahy v rodině, v okolí a léta strávená ve škole. Tyto prožitky, ať kladné, či záporné, nese v sobě mladý člověk jak do mladé dospělosti, tak vlastně do celého života. Toto období je typické tím, že mladí chtějí být nezávislí, svobodní, touží po všem novém, bohužel nepřemýšlí, zda to dokáží. Dříve hledali své hrdiny, ideály a vysněné cíle, dnešní mladí hledají materiální zázemí a nezávislost, alkohol a drogy.

Kdo z mladých má to štěstí a práci, začínají se profesně uplatňovat, navazují vztahy, zakládají společná soužití a snaží se zvládat povinnosti, které přináší běžný život. Začínají o všem více přemýšlet, nejednají pouze citem, ale více rozumem a začínají chápat svoji roli v životě i ve společnosti. Chtěli by se odpoutat od své rodiny, získat bydlení, ale poznávají, že život není tak jednoduchý, jako když se na něj dívali z bezpečí svého domova. Vše kolem se neustále mění, je těžké začlenit se do kolektivu, ve kterém mají šanci jen ti nejlepší. Teď mladí zjišťují, že jim škola dala pouze základ a většina z nich hledá další možnosti vzdělávání. Svůj osobní život mění za budování kariéry a i většinu svého volného času tráví v zaměstnání.

Přes všechny tyto změny se stále objevují charakteristické vlastnosti mezi oběma pohlavími. Od mužů se očekává více mužnosti, rozvážnosti a síly. Mají potřebu soupeřit a vynikat, což někdy přechází k rizikovému a agresivnímu chování, může se spojovat i s

dominancí. Nesnáší ztrátu svobody, obávají se selhání a prohry. Takový stav u mužů se nazývá mužská nezralost, která časem ustupuje, ale trvá déle a intenzivněji, než u druhého pohlaví. Některý jedinec se této nezralosti nezavíjí vůbec, zůstává stále malým „klukem, který neumí samostatně rozhodovat a bojí se zodpovědnosti.

Naopak ženská role se v dnešním uspěchaném životě velmi změnila. Nejen že se ženy musí přizpůsobit rodině a společnosti, ale vedou domácnost, vychovávají děti a mívají i zodpovědná zaměstnání. Udržují dobré vztahy v rodině i na pracovišti, a protože mají větší sociální citění, umí lépe komunikovat i naslouchat. Chtějí být v rodině i v zaměstnání rovnocennými partnery mužů a tak se musí nejen vzdělávat, ale hlavně udržovat svůj vzhled, který charakterizuje jejich ženskost a potvrzuje přitažlivost. Dospívání mladých žen přichází dříve než u mužů, protože se přizpůsobují biologickým potřebám, tak důležitým pro základ rodiny.

Toto období mladé dospělosti je pro celý život nejdůležitější částí, protože zde dochází k formování ženské a mužské role.

Tuto část svého života prožívají mladí lidé v několika etapách:

- **Partnerské vztahy** – dříve mladá manželství, v dnešní době nesezdaná partnerství, nezářka jde o páry stejného pohlaví
- **Přátelé a známí** – dnes jde ponejvíce o ženy na mateřské dovolené, které se sdružují do různých aktivit, spojených s pohybem
- **Spolupracovníci** – důležité je pracoviště, kde tráví mladí lidé většinu svého času, velmi oblíbené jsou víkendové kondiční a relaxační pobyty.

V tomto období podle Vágnerové (2007) se mohou prohlubovat manželské krize (pokud vůbec došlo ke sňatku), zhruba po 3 až 4 letech, kdy se rodina (spolužití) dostává do problémů. Podle statistik je to každé druhé manželství, které se rozvádí. Nejdůležitější důvody k rozvodu byly do nedávna uváděny rozdíly povah, názorů a zájmů, dále alkoholismus a nevěra. Dnes se na první místo dostává domácí násilí a brutalita. Zkrátka řečeno, mladí lidé, kteří nejsou vychováni pro rodinný život, jsou sobečtí a neumí se rozloučit se svobodným způsobem života. Cítí se proto ohroženi a snaží zodpovědnosti uniknout. Hledají nového partnera, od kterého očekávají větší pochopení a hlavně svobodu.

1.1.2 Střední dospělost

Období střední dospělosti zahrnuje (Vágnerová 2007) mladé lidi ve věkové skupině 30 až 45 let, v plné síle, na vrcholu své kariéry, kteří mají vyřešeny problémy ve svém životě a vybudované pevné pozice v zaměstnání. Toto období lze také nazývat obdobím zodpovědnosti, kdy u čtyřicátníků vrcholí společenská zátěž. To znamená, že ponesou zodpovědnost za své děti, převezmou pomoc stárnoucím rodičům a očekává se od nich, že vše zvládnou.

Střední dospělost je obdobím velkých proměn a zhodnocením všeho, co bylo budováno v předešlých letech. Občas se také objevují neshody v práci i v okolí a ty narušují chování i soužití v rodinách a ve společnosti. Objevuje se závist, žárlivost a pocity méněcennosti, které vedou k poruchám sebevědomí a pocitům zahořklosti k těm, kdo jsou úspěšnější. V rodinách, kde jsou děti odrostlé a osamostatňují se, dochází ke krizím středního věku. Mnozí muži bývají v tomto věku úspěšní, snaživí a chtějí v životě dosáhnout ještě více. Řeší svoje problémy hledáním jiného partnera, většinou s velkým věkovým rozdílem a zakládají nová partnerství, bez ohledu na původní rodinu. Druhé a další vztahy nebývají tak stabilní, protože jsou stále ovlivňovány minulým svazkem každého partnera.

Ženy v této střední dospělosti se vyrovnávají s tím, že jim končí nejproduktivnější část života, která byla naplněna péčí o děti, manžela a celou rodinu. Začínají hledat nový smysl všeho v práci, mohou se plně věnovat své profesi, dokončují studia přerušovaná mateřstvím a výchovou dětí. Část žen, které vždy dávaly přednost rodině před zaměstnáním, tráví stále více času na pracovištích, kde vznikají nová přátelství, která přerůstají v mimomanželské vztahy. Některé ženy po čtyřicítce pozorují úbytek tělesné krásy, svěžesti a cítí, že se pomalu přibližuje obávané období klimakteria, které je vyvoláno hormonálními změnami. Změny jsou někdy provázeny i psychickými problémy, nespavostí, únavou a vše dohromady signalizuje, že se pomalu blíží stáří. Druhá část žen, které dávaly přednost kariéře před rodinou, jsou plné optimismu, zakládají nyní rodiny, rodí děti a odsunují stáří do dalšího období. Protože již dosáhly své kariéry, jsou zabezpečené a mohou se v klidu věnovat rodině.

Koncem tohoto období jsou lidé středního věku ohroženi další manželskou krizí – když dospělé děti opouští rodinu. Mění se vztahy rodičů k dětem, mění se i vztahy mezi manžely, kteří mívají odlišný názor na jednání dětí i na další společný život. Muži se obávají budoucnosti, stereotypu a často opouští rodinu.

1.1.3 Starší dospělost

V tomto období jsou dle Vagnerové (2007) zařazeni lidé ve věku 45 až 60 let. Člověk se dostává za pomyslnou polovinu života, ale stále od života něco očekává. Tělesné i duševní změny nejsou tak závažné, aby nějak výrazně omezovaly v práci i v životě.

Starší lidé, pokud překonali všechny překážky života, váží si všeho, co za celou dobu vykonali a stereotyp, kterého se muži tak obávali, je nyní výhodou. Více přemýšlejí a uvědomují si, že jistota a opora celé rodiny je to nejdůležitější pro toto období a snaží se předávat své zkušenosti dětem, hlavně vnoučatům. Musí se naučit žít mezi několika generacemi (svými, již často nemocnými rodiči, dětmi a vnoučaty), kteří stále mají na stárnoucího člověka nějaké požadavky. Dříve to bývala pouze fyzická výpomoc, v dnešní době převážně pomoc materiální a hlavně finanční. V horších případech zůstávají odrostlé děti v rodině, nemají práci, ani ji nehledají, nechávají se od rodičů podporovat a život této stárnoucí generace nemá nic podobného s klidným stářím.

Muži v tomto období nemají žádné krizové stavy jako ženy a pokud jsou fyzicky a zdravotně v pořádku, nic jim nebrání prožít tuto část života hodnotně a úspěšně. Jsou již vyrovnaní, na okolí reagují klidněji a jejich život, i život s nimi bývá již spokojenější a klidnější.

Stárnoucím ženám v tomto období končí nejdůležitější část života, končí jejich role matky. Proto jsou změny, jak biologické, tak i sociální, složitější než u mužů. Pocit prázdnoty tak mnohé ženy vyplňují péčí o staré rodiče a udržováním příbuzenských vztahů a kontaktů s přáteli. Protože jsou příslušníci této stárnoucí skupiny stále v dobré kondici, mají spoustu vědomostí a zkušeností, zastávají v zaměstnání místa odborníků a jsou na vedoucích postech. Dobře si však uvědomují, že jejich pozice nebudou trvat dlouho a více si všímají starší generaci. Pozorují na nich změny, zdravotní i sociální a

uvědomují si, že tyto drobné zdravotní problémy se u nich také pomalu začínají objevovat. Ke slábnoucímu zraku, sluchu, se postupně přidávají další choroby (cukrovka, vysoký tlak, srdeční potíže), které již nelze přehlížet.

Také změna zevnějšku se projevuje odlišně u mužů než u žen. Muži uvádí jako největší změnu pokles sexuální aktivity, na druhém místě únavu a úbytek sil. Ženy mají dokončeno klimakterium, klesá hladina ženského hormonu a nastává období menopauzy. Toto období prožívá každá žena jinak, někdy i s psychickými potížemi.

Do tohoto období spadá nevyšší počet srdečních onemocnění, a proto je edukace pro nemocného velmi důležitá. Onemocnění srdce bývá mnohdy ukryto v příznacích jiných nemocí, je velice důležité umět popsat své vnitřní pocity a zavčas vyhledat odborníka, který správně diagnostikuje vzniklé potíže.

1.2 Psychosociální podobnosti dospělého věku

Sociální role (Vágnerová 2007) je individuální schopnost každého člověka naplňovat v daném čase a prostředí svoje úkoly a role a mít zdravé vztahy mezi lidmi v rodině i ve společnosti.

Socializace je proces, ve kterém dochází k celkové socializační proměně a k vyhranění určitého životního stylu a postoj mladého člověka k obecným normám a k životním rolím (partnerské, profesní, rodičovské).

1.2.1 Mladá dospělost

Dospělosti dosahuje člověk v 18 letech (Vágnerová 2007). Z psychologického hlediska bývá dospělost spojována se zralostí, ale ta přichází později, to záleží na každém jedinci a na pohlaví, asi kolem 20 – 25 let. Bylo dokázáno, že existují velké rozdíly mezi těmi, kteří k dospělosti ještě nedozráli a těmi, kteří se cítí dospěle a podle toho se chovají a jednají. Rozdíly se především týkají utváření charakteru, vztahů vůči společnosti, rodině a podmiňují rozhodnutí o prvním samostatném kroku do života – odchod od rodičů.

Toto je období, kdy se stabilizují a zklidňují emoce a labilita, která je pro toto období charakteristická, pomalu ustupuje. Skoro dospělí lidé jsou již schopni naplno prožívat radost, lásku, ale bohužel také nenávisť a hněv. Naopak strach a úzkost se nijak zvláště neprojevují, jejich intenzita sílí až v průběhu dalších fázích života. Také zármutek a smutek nemá v tomto období mnoho místa, mladí se nenechávají těmito city ovládat jako starší lidé. To je výhodou mládí, které je otevřené ke všemu novému a snaží se negativní věci měnit a odstraňovat jejich příčiny.

Mladý člověk potřebuje získávat nové a nové informace, poznávat různé emoční projevy, aby je mohl v budoucnu zúročit a tak úspěšněji zvládnout sociální vazby a adaptace na nové role. K získání takových zkušeností je třeba, aby mladý člověk prošel různými situacemi a vztahy, bez ohledu na to, s jakým úspěchem takový vztah dopadne.

Na začátku mladé dospělosti ještě nejsou sociální vazby tak vymezené – mladí lidé dlouho hledají zaměstnání, které pak často mění, mění i partnery a bydliště. Působením různých okolností a faktorů (nalezením vhodného zaměstnání, hypotékou na byt) se život pomalu srovnává a uklidňuje a dochází ke stabilizační proměně. V závislosti na finančních možnostech dochází také k vyhranění životního stylu, odpovídajícímu jejich vzdělání.

Druhá polovina mladé dospělosti je více o změnách v citových vztazích, které se mění. Mladí lidé v tomto věku si již svoje přátele vybírají, jejich počet redukuje a dávají přednost hlubším a pevnějším vztahům. Poznávají, jak je pro ně důležitá citová vazba, k partnerovi, k domovu, posléze k dětem.

1.2.2 Střední dospělost

Období střední dospělosti (Vágnerové 2007) je částí života, kde převažuje stabilita emočního prožívání a citové harmonie. Zde již obecně nedochází k žádným velkým změnám v emocích ani v citech, ani k výrazným výkyvům v těchto oblastech. V tomto věku se mohou objevit (a také objevují) pocity únavy, vyhaslosti a tísně a u některých čtyřicetiletých i stavy deprese. Střední věk však dovede své emoční pocity správně rozpoznat, dokáže je přesně určit a zná, jak se s nimi vyrovnat. Umí používat všechny druhy emocí, jejichž intenzita sice už pomalu klesá a neobjevují se tak často, jako to

bývalo v období mladé dospělosti. Proto pozitivní a negativní prožitky v tomto období jsou v rovnováze, žádná z variant nemá převahu. Síla prožívaných emocí pomalu slábne, má sestupnou tendenci a délka prožitků se tak zkracuje.

Střední dospělost se vyznačuje tím, že člověk se snadněji přizpůsobuje novým situacím a požadavkům, protože dokáže své nálady a pocity ovládat anebo potlačovat, podle toho, jak to vyžaduje situace.

Vztahy mezi manžely (partnery) se již tak často nemění, a tak ke střídání partnerů dochází jen zřídka. Pokud je soužití v partnerství uspokojivé, zvyšuje se jeho stabilita (Vágnerová 2007), protože lidé středního věku hledají jistotu a citové zázemí a dávají přednost trvalému soužití před chvilkovým vztahem.

Ke konci tohoto období se z rodičů stávají prarodiče, ale v dnešní době to není tak časté, protože se rodičovství přesouvá za hranici třiceti let, někdy i déle.

Lidé středního věku bývají v tomto období na vrcholu své emoční inteligence, která je předpokladem sociální úspěšnosti a pohody, umí se orientovat nejen ve svých pocitech, ale dovedou chápat pocity jiných lidí. Tato inteligence se může ještě rozvíjet i po čtyřicátém roce a to na základě životních zkušeností a osobní vyrovnanosti.

1.2.3 Pozdní dospělost

Hlavním problémem dospělé generace je podle Vágnerové (2007), že se již na vše nové obtížněji soustřeďují a tím se také rychleji unaví. Také jejich tempo jak v zaměstnání, tak v osobním životě, se zpomaluje. Při zpracovávání nových informací, které jsou důležité ke komunikaci a reakcích na změny, vzhledem k mladším kolegům, musí vynaložit větší úsilí.

Emoční inteligence, která dosáhla již vrcholu, začíná pomalu stagnovat. Projevuje se to u stárnoucích lidí tak, že jsou celkově klidnější, protože již svým emocím rozumí, dovedou je ovládat a regulovat. Snaží se vyhýbat negativním situacím, které mívají špatný vliv na jejich psychiku a vyhledávají jen pozitivní pocity. Tato schopnost, která slouží jako adaptační strategie, se po 65 roce pomalu vytrácí a starý člověk vyhledává

klid a pohodu. Vybírá si jen takové aktivity a kontakty s přáteli, aby se mohl vyhnout všem duševním zátěžím, které zatěžují náš život.

Tyto změny v prožívání citů, pocitů, nálad a vášní, jsou u pozdní dospělosti ovlivňovány biologickými procesy stárnutí (u mužů ztráta fyzické přitažlivosti, u žen období klimakteria), tedy především úbytkem pohlavních hormonů. Jak u žen, tak u mužů, dochází k poklesu životního elánu, dostavuje se pocit vyhaslosti, narůstá podrážděnost, rychlá změna nálad a ubývá schopnost ovládat své emoce. Pokles životní energie bývá občas provázen depresemi, poruchami spánku a pesimistickým náhledem na budoucnost. Psychické problémy mají za následek uzavírání se do soukromí, kde se citové vztahy ještě více prohlubují a přecházejí až do závislosti.

Většina šedesátiletých lidí dosáhla v zaměstnání svého vrcholu a další postup již nečekají. Nové směry v této oblasti sice sledují, i když vědí, že se jich už přímo týkat nebudou. Jsou přesvědčeni, že změny, které je v budoucnu čekají, budou spíše negativního charakteru. Pozorují výrazné změny a události ve svém blízkém okolí, které by mohly narušit jejich poklidný život (odchod do důchodu, vážná nemoc, ztráta životního partnera).

Protože v tomto věku dosahují starší lidé emoční moudrosti, mají schopnost nadhledu nad každodenními problémy, které s sebou přináší stáří. Tato schopnost zmírňuje i škodlivý dopad stresových situací a tak předchází nepřiměřeným reakcím k dané situaci.

Starší generace se postupem let naučila životními zkušenostmi a moudrostí zvládat všechny možné způsoby svých emocí a využívat je nejen pro svůj prospěch, ale i pro dobro celé rodiny i svého okolí.

1.3 Přeměny kognitivních procesů s vlivem na edukaci

Kognitivní funkce = myšlenkové

1.3.1 Mladá dospělost

Podle Vágnerové (2007) mladí lidé v období dospívání uvažují abstraktně a přemýšlí pouze teoreticky, jak byli naučeni ze školních osnov. Proto jejich řešení prvních životních situací má vždy pouze jeden správný způsob.

Přesto, že nemají ještě dostatek vlastních zkušeností, nejsou ochotní naslouchat starším a akceptovat jejich dobře míněné rady. Svoje názory si tvrdě obhajují, i když většinou bývají nelogické, a to jim vstup do samostatného života nijak neusnadní. Na jejich způsob myšlení v tomto období začínají pomalu působit zkušenosti z jejich okolí a mladí lidé přehodnocují své názory a zvažují nová řešení. Přicházejí na to, že pohled na životní situace nebývá jen z jedné strany, proto ani jejich řešení nemůže být jen jedno.

Fluidní inteligence (= kognitivní schopnost) v tomto období umožňuje zpracovávání nových informací, užívá nové způsoby myšlení a napomáhá manipulaci s abstraktními pojmy.

Oproti tomu, **krystalické inteligence**, využívá k řešení problémů znalosti a zkušenosti, které do této doby mladý člověk získal. Těch není zatím mnoho, a proto se dá říci, že v tomto období převládá fluidní inteligence nad krystalickou. Krystalická inteligence se však rozvíjí po celou dobu mladé dospělosti a to v závislosti na hloubce vzdělání a praktických zkušenostech.

Mladá dospělost se po celé své období učí nové poznatky a prochází těmito etapami:

- Období maximálního rozvoje všech kognitivních funkcí i intelektu
- Období získávání praktických zkušeností
- Období pro další vzdělávání vhodné pro praktický život
- Využití všech svých schopností pro dobrou adaptibilitu

1.3.2 Střední dospělost

Ve středním věku (Vágnerová 2007) se kognitivní funkce již nijak zvláště nemění. Zkušenosti, které zde měly velký vliv na jejich rozvíjení, dosáhly vrcholu a nejlépe je to

znát na řešení životních situací. U praktické a sociální inteligence, které jsou neméně důležité pro běžný život, dochází k dalšímu rozvoji.

Fluidní inteligence, která hrála důležitou roli v období mladé dospělosti a převažovala nad krystalickou, se u lidí kolem 40. roku nijak výrazně nerozvíjí, ale nedochází ani k jejímu poklesu. Krystalické inteligence se u některé skupiny středního věku udržuje zhruba na stejné úrovni, v závislosti na vzdělání a způsobu života, se může nadále i rozvíjet.

V tomto období se mění názory na různé životní situace, mění se způsob pohledu na život, přehodnocují se priority a lidé svoje různé problémy neberou tak tragicky, jako se to stávalo dříve. Protože se v životě a v okolí setkávají s takovými případy, které byly dosud neznámé (nezaměstnanost, sociální případy, exekuce, bezdomovci), díky svým zkušenostem dovedou takovýmito životním zkouškám čelit a pokud možno se i vyhnout. Tento postoj a způsob chování v životních situacích zaznamenáváme až ve věku střední dospělosti, protože v mladším věku se neobjevuje. Mladí lidé tímto způsobem ještě neuvažují, považují takové jednání za neúčelné a pro ně nepřijatelné.

Lidem přináší střední věk do života opatrnost, ostražitost, jsou přístupnější k názorům ostatních a hledají nové možnosti při komunikaci se svým okolím. Pokud se jejich představy na řešení daného problému liší od ostatních, dovedou je obhájit a když se vyskytnou jiné možnosti zvládnutí situace, dokáží je přijmout.

Praktická inteligence, která není závislá na výši vzdělání a inteligence, dosahuje v tomto věku svého vrcholu. Lidé jsou nuceni zvládat závažnější situace, než lidé mladé dospělosti. Jejich postavení v rodině, zaměstnání a společnosti je jiné než u mladší věkové kategorie a liší se i cíle, které mají ještě do budoucna před sebou.

Kognitivní funkce jsou tedy velmi důležité nejen pro čtyřicátníky, ale pro všechny věkové skupiny, protože ovlivňují jejich charakter jak v osobním životě, tak i v jejich profesi. A kdo dovede s těmito funkcemi ve svém životě i zaměstnání pracovat a umí je využívat, zachová si jejich hodnotu po celou střední dospělost a nebudou se měnit ani v pozdní dospělosti.

1.3.3 Starší dospělost

Podle Vágnerové (2007) procházejí kognitivní funkce různými proměnami po celý lidský život. Pokud jsou správně využívány, mají pro období, ve kterém se člověk právě nachází, velký význam. Ovlivňují rozvoj jeho zkušeností, schopností a způsob života. Největšího významu dosahují mezi 50. – 60. rokem života, kdy se mění genetické předpoklady každého jedince a narůstá význam těch funkcí, které budou ovlivňovat starší dospělost až do raného stáří (rychlost stárnutí, změny fyzické, psychické). Myšlenkové funkce mohou stagnovat, nebo se zhoršovat, což je závislé hlavně na dědičných vlastnostech, na dosažení určitého vzdělání, dovednosti a zručnosti a na charakterových vlastnostech každého jednotlivce.

Je ještě mnoho jiných okolností a potřeb, které mají vliv na stav myšlenkových funkcí a proto je můžeme rozdělit do následujících bodů:

- Celkový zdravotní stav
- Dosažený stupeň vzdělání, tvořivá pracovní činnost, zájmová aktivita
- Pevné rodinné zázemí (včetně podporujících a chápajících členů rodiny)
- Zdravý životní styl otevřený všem novým změnám
- Spokojenost a zájem o všechno dění kolem sebe

Všechny složky inteligence podle Vagnerové (2007) nepostihují změny stejně. Nezměněná zůstává fluidní inteligence (= vrozená intelektová kapacita), která je i v tomto věku velice citlivá a tudíž zranitelná. Na její případný pokles mají vliv biologické podmínky, praktické zkušenosti na zhoršování nemají tak velký význam. Schopnost fluidní inteligence se začíná u starších lidí zvyšujícím se věkem zpomalovat, lidé ztrácejí chuť učit se něco nového, řešit zásadní situace a vyhýbají se všemu složitějšímu. Je potvrzeno, že některé funkce (pozornost a paměť) lze udržovat tréninkem na takové úrovni, která dokáže do určité míry nahradit biologický pokles rychlosti a přesnosti.

Krystalická inteligence, která je podmíněna úrovní vzdělání a celkovým komplexem všech znalostí a zkušeností, se i do starší dospělosti nijak nemění a za jistých okolností se může i nadále rozvíjet.

2 POTŘEBY DOSPĚLÉHO PACIENTA

2.1 Psychosociální potřeby

Podle Chloubové (2005, s. 14) jsou tyto potřeby charakterizovány takto: *„Psychosociální potřeby jsou složitější, protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jsou velmi individuální, protože závisí na osobnostních, genetických a věkových předpokladech. Nemalou úlohu hraje i pohlaví člověka. Mnoho také záleží na prostředí, kde člověk žil a žije, zda je obklopen prostředím více přírodním, materiálním, sociálním a duchovním, do kterého člověk proniká. Záleží tedy na jeho rodině, výchově, vzdělání, kultuře, náboženství, na politickém uspořádání státu, ale i na komunikačních médiích. Orientovat se v psychosociálních potřebách je proto mnohem složitější, protože faktorů, které je ovlivňují, je skutečně mnoho a kritérií třídění psychosociálních potřeb je proto celá řada“.*

Důležitou úlohu při hodnocení psychosociálních potřeb pacienta hraje zdravotnický tým, složený z několika odborníků, kteří svojí profesní různorodostí zajistí komplexní péči, objeví pozitivní i negativní hlediska k následné léčbě. Tento ošetřující tým spolu s nižším zdravotnickým personálem, by měl naslouchat pacientům v každé chvíli a stále by měl být na blízku. Dále je důležité pro nemocné, (hlavně pro starší a přestárlé), aby byli ošetřováni s respektem a úctou a aby měli důvěru v pracovníky kolem sebe. Mají také potřebu podílet se na rozhodování o další péči ke své diagnóze a chtějí si udržet nezávislost a samostatnost. Někteří pacienti se nechtějí (nebo neumí) svěřovat se svými obavami z nemoci, protože si myslí, že by ošetřující personál zbytečně zatěžovali. Tak může vzniknout nedorozumění, kdy přestanou obě strany komunikovat a všichni se uzavírají a odcizují. Taková to situace by ale neměla nastat, protože pro naplnění psychosociálních potřeb je základním článkem k vytvoření terapeutického vztahu mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Jen tento vztah pomáhá posilovat pocit bezpečí, vlastní sebeúcty a jistoty.

2.2 Potřeby jistoty a bezpečí

Toto jsou potřeby, které vyjadřují touhu po důvěře a signalizují blížící se ohrožení a nebezpečí. Objevují se vždy tam, kdy pacienti ztrácejí pocit životní jistoty. Potřeba jistoty hraje v životě nemocných velkou roli, člověk se cítí nejistě a v ohrožení, když musí dočasně opustit svoji rodinu, své sociální prostředí. Při odchodu do zdravotnického zařízení na něj padá strach o své zdraví, strach z diagnózy, případně z narkózy a operace. Pociťuje obavy a úzkost a u ošetřujícího personálu hledá ochranu a čeká pomoc. Starší osoby se v cizím prostředí špatně orientují, pomaleji chápou, nedoslýchají, nepamatují si podávané informace a jsou proto velmi zranitelní. Očekávají příjemné, vstřícné prostředí, kde se nebude dít něco neočekávaného a v takovém prostředí se potřebují představit, vyjádřit své schopnosti, ukázat svoji šikovnost, dovednost a vše, co je známé všem v jeho domácím prostředí. Nemocným lidem, ať starším, tak i mladším, se snižuje soběstačnost, člověk není sám schopen vykonávat základní hygienické potřeby a protože je odkázán na „cizí pomoc“, necítí se mezi ostatními pacienty dobře. Při omezeném tělesném pohybu mají strach z pádu a při zhoršeném vnímání mohou vznikat u nich různé psychické potíže. Změnami, která u pacientů nastaly, přicházejí skoro všichni o jistoty ekonomické i sociální, což může vést k izolaci, smutku a pocitům beznaděje. Hlavní podstatou **potřeby jistoty a bezpečí** je snaha člověka o zachování rovnováhy mezi svým životem a novou situací, do které se dostal nemocí. Tento stav je možno charakterizovat jako potřebu vnitřního řádu, pořádku, stability a hlavně osvobození se od strachu a úzkosti (Chloubová 2003).

Ošetřující personál by měl proto vytvořit pro nemocné takové podmínky, které by je chránily před pocitem nejistoty. Projevem úcty a respektu k člověku, dbát na zachování jeho soukromí a intimity, povzbuzovat ho a psychicky podporovat.

Potřeby jistoty a bezpečí lze seřadit podle důležitosti:

- První nejdůležitější prostředek je **komunikace**, protože každý jedinec, který se ocitne v neznámém prostředí, má touhu se s někým sblížit, být od něho ochraňován, ale chce také sám někoho chránit. V době nemoci, při ztrátě ekonomického zajištění, svého životního pořádku, potřebuje někoho, komu může důvěřovat.

- Druhá závažná potřeba je **potřeba lásky** a pocit někam a k někomu patřit, někoho milovat a být milován. Osoby vyhledávají náklonnost a sounáležitost většinou ve své rodině, ve společnosti stejných věkových skupin, a když onemocní, mezi klienty zdravotnických a sociálních zařízení.
- Třetí potřeba je **sebeúcta**, která je charakterizována respektem a úctou od druhých, touha po uznání, přijetí a pocit potřebnosti a užitečnosti.
- Další potřeba je **sebehodnocení** – vyjadřuje schopnosti, očekává důvěru od ostatních a hodnocení a důvěru v sama sebe.
- Poslední potřeba je **seberealizace a sebeaktualizace** – jde o realizaci záměrů jedince a uplatnění všech jeho schopností. Motivuje člověka k vyšším výkonům a pomáhá mu stát se tím, jakým chce být.

Podle Maslowa jsou potřeby rozděleny **na nižší** (fyziologické potřeby, potřeba bezpečí) **a vyšší** (potřeba sounáležitosti, seberealizace a uznání) a teprve tehdy, když jsou uspokojeny potřeby nižší, mohou být uspokojovány vyšší potřeby. „*Lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami.*“ (Trachtová et al. 2001, s. 13)

Jedna z dalších je potřeba **soběstačnosti**, což není jen zvládat základní hygienu, ale také komunikovat a orientovat se v novém prostředí. Pacienti jak mladší, tak i staršího věku, jsou nemocí zaskočeni, ztrácí svoji rovnováhu, nemoc se zhoršuje a lidé se stávají nesoběstačnými. Tato nesoběstačnost vyvolává pocity nejistoty, strachu, a obavy, jak se s takovými změnami vyrovnat a jak čelit novému okolí. Těžko se pohybující pacienti to špatně snáší, zvláště pak silní jedinci (učitelé, zdravotníci, manažeři, politici). „*Potřeby životního klidu, důvěry svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebu znalosti struktury a řádu svého prostředí, potřebu jistoty nejen pracovní, ekonomické, ale i sociální, které nevedou k sociální izolaci s pocity osamělosti a smutku, potřebě pomoci a péče, bezbariérových přístupů a pomůcek, pocitu bezpečí, ochrany nejen od blízkých osob, ale i od státních i nestátních systémů, institucí a společnosti.*“ (Chloubová 2005, s 16)

2.3 Potřeba být informován

Pro každého nemocného je důležité, aby pravidelně získával informace o svém zdravotním stavu, postupu léčby a to vždy podané citlivým a vhodným způsobem. Získané informace jsou nezbytné pro naplnění psychosociálních potřeb. Nejprve nemocný dostává základní informace, které se týkají jeho osoby (diagnóza, postup léčby, popř. operace), pak se seznamuje s prostředím (jeho pokoj, lůžko, hygienická místnost). Je nutné, zvláště starším a špatně slyšícím osobám, podávat informace postupně a stále je opakovat, vzhledem k jejich zdravotnímu i psychickému stavu. Komunikace mezi pacientem a zdravotnickým personálem musí být otevřená, kdy všichni zúčastnění znají skutečný stav, vyhodnocují ho a navzájem si předávají nové poznatky.

„Nezbytný je také dostatek informací o možných službách a péči, ošetřovatelském plánu a možnostech finančního zabezpečení. Pacienti a rodinní příslušníci potřebují od multidisciplinárního týmu profesionální rady, které pomohou při rozhodování, sníží nejistotu, umožní reálně zhodnotit vlastní situaci a kognitivně a emocionálně se připravit na budoucnost.“ (Pollard a Swift, 2005, s. 51)

Proto dostatek informací, podávaných odbornou edukační sesterskou péčí, snižuje pocity strachu a úzkosti a zabraňuje myšlenkám na nejhorší.

2.4 Potřeba sociální podpory

Pacientům mohou poskytovat sociální podporu nejen členové rodiny, ale také pracovníci sociální péče i dobrovolní vyškolení ošetřovatelé. Zejména důležitý je sociální kontakt se svým životním partnerem, dětmi, celou rodinou, ale také s přáteli a bývalými kolegy ze zaměstnání. Je dobré, když si každý člověk udržuje po celý život styk se svými vrstevníky z mládí, se kterými měl a třeba stále má, společné zájmy a vzpomínky. Rodina nesmí dopustit, aby nemoc vytvářela psychickou bariéru mezi nemocným a jeho okolím. Musí ho stále podporovat, povzbuzovat a dodávat síly a naději pro zdolávání nemoci. *„Kategorie naděje je odvozená z kategorie možností.“*

V naději hraje ústřední roli očekávaná pravděpodobnost, s jakou jsou možnosti reálné.“
(Haškovcová 2000, s. 72).

2.5 Potřeba vlastní identity

U většiny pacientů se během hospitalizace v nemocnici objevuje úzkost, strach z bolesti, ze smrti, smutek a deprese. Úzkost je často spojovaná se strachem z nemoci, vyvolává myšlenky na smrt a způsobuje, že se u nemocného objevují takové příznaky nemoci, které ani nemá. Když se takový jedinec nechá úzkostí ovládat, je to, jako když se dostane do začarovaného kruhu, ze kterého není úniku. Spouštěcím faktorem úzkosti je malá sociální podpora a izolace. V této situaci je důležité, aby sel ten, kdo se do takové situace dostane, mohl svobodně vyjadřovat své pocity, s někým o nich mluvit, být naslouchán a cítit se bezpečně. Důležité a potřebné je pro pacienty zachování vlastní identity, i když to ve změněné situaci není jednoduché. Nemocní se potřebují vyrovnat se změnami fyzickými, psychickými, s novým způsobem života, jak dále žít a naučit se dívat do své nejasné budoucnosti. Většina z nich ví, jak je důležité, udržet si svoji nezávislost (s ohledem na nemoc) co nejdéle a pokud možno, v plné míře. Dále pacienti považují za velmi důležité, mít kontrolu jak nad vlastním tělem, tak nad vlastním životem. Důležitá je také možnost seberealizace a proto se rádi (pokud jim zdraví a situace dovolí), zapojují do denních aktivit, která jsou v nemocnicích, popř. v sociálních zařízeních, pro ně zřizovány.

2.6 Potřeba zdraví, potřeba důvěry a víry

Prožívaná bolest ovlivňuje každého člověka jak po stránce fyzické a psychické, ale také po stránce sociální. Že je na prvním místě **zdraví**, to si člověk uvědomuje skoro celý život, ale také ví, že s přibývajícím roky dochází k úbytku sil tělesných i duševních. K zachování zdraví je potřeba podpora rodinných příslušníků navzájem. Pocit bezpečí a důvěry se čerpá hlavně v rodině, důvěra v ostatní a v sebe se nachází v okolním prostředí. Jak bylo již řečeno, k zdravému a smysluplnému životu jedince je také třeba sebeúcty, dovedností a odpovědnosti k druhým. Každý člověk si pod pojmem zdraví představuje něco jiného. Někdo, kdo se zbaví chvilkové bolesti, se může

považovat za zdravého, i když celkový zdravotní stav tomu zcela neodpovídá. Takže začínající bolesti signalizují, že se v našem těle začíná něco odehrávat a my bychom měli reagovat. Pokud tato varování zanedbáme, může být naše zdraví poškozeno.

Ztrátu zdraví způsobují některá omezení funkcí našeho těla a degenerativní procesy. Postupně se přidává bolest, která může přejít až do chronického stavu. Takový člověk je zoufalý, zpočátku zahání bolest analgetiky, na které si může vypěstovat závislost, nebo odmítá jakoukoliv léčbu a tím se jeho utrpení zvyšuje. Nemocný člověk ztrácí smysl života, pocity uspokojení a v té době se u něho zvyšuje potřeba důvěry, naděje a víry. Upíná na lidi ve svém novém okolí, protože od nich očekává pomoc, ochranu a bezpečí. Je nutné dávat nemocným naději a sílu, aby mohli v dalším období prožívat jen samé šťastné chvíle. Ale, bohužel, větší část starší generace bývá velmi důvěřivá, tyto oslabení lidé se stávají velmi zranitelní a často bývají zneužiti od lidí, kteří nemají cit, ani svědomí. Zdravotnický personál, který o takové pacienty pečuje, by měl mít kromě odborných zkušeností, tolerance a trpělivosti i velkou morální hodnotu.

2.7 Společenské potřeby, potřeby uznání a oceňování, potřeba seberealizace

Do těchto společenských potřeb patří láska, potřeba milovat a být milován, respekt, sebeúcta a sounáležitost. Tyto všechny potřeby vystupují v době, kdy se člověk cítí být sám, opuštěný, jako by ztracený. Velkou roli, že někam a k někomu patříme, hraje v našem životě rodina, okolí a v neposlední řadě i společnost. Každý člověk touží mít rodinu, být od ní milovaný, hledá své místo ve společnosti a chce být uznávaný a akceptovaný.

Když přijde nemoc, ztrácí nemocný v prvním okamžiku vše, co celá léta budoval. Zdá se mu, že je mimo hru, že již nezapadá mezi ostatní a že mu nikdo nerozumí. Ale nesmí dát na pocity, že je již nepotřebný a musí si získat zpět svůj respekt v rodině, ve společnosti, svoji sebeúctu (vážit si sám sebe) a splňovat očekávání druhých. Musí posbírat všechny síly k seberealizaci, aby mohl opět uplatňovat své schopnosti a vytýčené cíle.

Mezi ryze praktické potřeby spadá zdravotní zajištění a sociální péče. V dnešní době, kdy nejsou zdravotní ani sociální jistoty stabilní, cítí mnoho pacientů (zejména movitějších) potřebu zabezpečit své děti a blízké, zajistit jim budoucnost jak finančně, tak materiálně. Děje se tak někdy na úkor zdraví, rodiny i dětí.

2.8 Spirituální potřeby

Tyto potřeby nejsou u nás příliš zjišťovány na rozdíl od západních států. Jejich definice podle Murrarcho: „*Spirituální péče je potom pomoc lidem nalézt smysl, cíl a hodnotu života, který je změněn nemocí*“ (2004, s. 40)

Vícerozměrný duchovní model se dělí na tři hlavní oblasti potřeb: situační, morální, náboženské.

Situační potřeby – do těchto spadá nalezení smyslu a cíle života, naděje, ujištění a sociální participace ve své nové situaci (při postupující nemoci)

Morální potřeby zahrnují vnitřní klid, usmíření, setkávání s přáteli, morální a sociální analýzu a hlavně odpuštění.

Náboženské potřeby – vyjadřují usmíření s Bohem, náboženskou podporu, návštěvu duchovního, církevní obřady, četbu literatury s náboženskou tematikou, rozhovory o Bohu, rozjímání o věčném životě a naději na shledání. Při zjišťování, které jsou pro pacienty nejdůležitější spirituální potřeby, se ukázalo, že pacienti nejčastěji uváděli: být s rodinou doma, dívat se na úsměvy druhých, přemýšlet o pěkných věcech, smát se, mluvit o běžném denním životě a být obklopen přáteli. Zato odpovědi o náboženských potřebách, jako modlitba, čtení náboženských knih, účast na bohoslužbě a scházení se s lidmi stejného vyznání, zazněly méně často (Hampton, 2007).

Nenaplněné spirituální potřeby přináší nemocným a starším lidem pocity strachu, zoufalství a frustrace. Dále se umocňují pocity, že život ztrácí smysl, vše je zbytečné, snižuje se sebedůvěra, nastávají problémy ve vztazích a lidé pocítují ztrátu kontroly nad sebou. U pacientů, kteří jsou v duchovní pohodě, jsou klidní a vyrovnaní, vyzařuje

z nich pohoda, harmonie, nacházejí naději a smysl života, pocity vlastní hodnoty, ovládají své emoce a předávají energii svému okolí.

Kde jsou všechny psychosociální potřeby naplňovány, tam můžeme hovořit o vysoké kvalitě poskytované péče a vysoce kvalifikovaném ošetrujícím personálu. Míra hodnocení všech potřeb se zjišťuje rozhovory s pacienty a dotazníky. Na základě zjištění z provedených výzkumů psychosociálních potřeb můžeme konstatovat, že nejvíce potřeb je vázáno na vztah mezi pacientem, ošetrujícím personálem a rodinou. Tyto vztahy, založené na důvěře, vzájemné úctě, komunikaci a podpoře nezávislosti, by se měly stát nejdůležitější součástí péče o pacienty a o staré a přestárlé osoby. Výzkumy, které se zabývají potřebami pacientů, zatím v České republice nejsou tak populární jako v západních zemích a proto v budoucnu, by jim mělo být věnováno více pozornosti (Chloubová, 2005).

3 ROLE EDUKAČNÍ SESTRY

Edukační sestra (z latinského *educare* = vésti, vychovávat) je název pro sestry, které se starají o pacienty, a to po celou dobu od jejich příchodu do zdravotnického zařízení až po odchod domů a následnou rekonvalescenci. Doprovází je od počátečního vyšetření na ambulanci až po hospitalizaci na odborných odděleních, usnadňují jejich orientaci v neznámém prostředí a pomáhají navazovat kontakty se zdravotnickým personálem.

Jak všichni víme, každý nemocný člověk, ať je mladý nebo starší, je velmi netrpělivý a nedůvěřivý a první práce edukační sestry je zaujmout jeho pozornost a zbavit stresu. K tomuto úkolu jsou vybírány ve všech zdravotnických zařízeních sestry, pro které je jejich povolání posláním, aby pomáhaly nemocným překonávat první kroky v neznámém prostředí, seznamovaly je s ošetřujícím personálem a celým chodem zdravotnického zařízení.

3.1 Profese edukační sestry

Podle Svěrákové (2012) je *„práce edukační sestry zaměřena na zodpovědného pacienta v zájmu zachování a obnovy jeho zdraví“*. Edukační sestra si musí získat důvěru pacienta a pomocí svých vědomostí a zkušeností se snaží změnit jeho postoj k dané situaci a najít pro něho novou motivaci. Tato edukační činnost by mohla být součástí náplně práce každé zdravotní sestry, nejen edukační.

Zdravotní sestra je stále mezi pacienty, navazuje s nimi kontakty a to jí umožňuje se s nimi více sblížit. Musí najít společnou řeč, společné zájmy, aby pacient dovedl o svém problému hovořit a sestře důvěřovat. Začíná s nemocným komunikovat a to je již začátek výchovného procesu. Není to vždy snadné, protože mezi sestrou a pacientem bývá mnoho překážek. Mezi největší překážku patří změna psychiky, která je ovlivněna stavem a závažností nemoci. Další překážkou v komunikaci může být špatné vyjadřování (pokud je pacient cizinec, nebo má poruchu řeči) a další vady a poruchy (neslyší, těžko chápe, je sklerotický).

Po navázání komunikace musí sestra stále sledovat, zda jí pacient slyší, zda jí rozumí a chápe, co je od něj požadováno. Když sestra vidí, že klient na mluvené slovo nereaguje, měla by zjistit příčinu a hledat nový způsob komunikace. Ve výsledné fázi by mělo dojít k vzájemnému dorozumění, kdy pacient spolupracuje a začíná plnit dané úkoly. K tomu, aby nastal ten správný kontakt s klientem, musí mít edukační sestra dostatek trpělivosti a musí vynaložit veškerou svoji výmluvnost, aby přesvědčila pacienta o jeho možnostech v nastávajícím léčebném období. Z takového jednání sestry musí nemocný poznat, že jak sestra, tak i celý ošetřující personál se zájmem sleduje jeho zdravotní stav, že je všemi respektován a berou ho takového, jaký je. V mnoha případech je potřeba dodržovat přísný léčebný režim a odstranit dlouholeté závislosti na kouření a alkoholu.

Záleží na sestře, jakým způsobem zainteresuje pacienta do léčebného procesu, aby začal spolupracovat a nečekal, že všechna pomoc přijde od lékařů. Způsob motivace je pro každého pacienta individuální, protože to souvisí s mnoha okolnostmi (na závažnosti choroby, stáří pacienta, na charakteru povahy a postoji k životu a na stupni inteligence). Proto je důležité, aby sestra vybrala správnou metodu a využila všechny dostupné informace. Měla by být rozhodná, ale laskavá, aby pomohla překonat pacientovy prvotní obavy a strach tak, aby se co nejdříve mohl zapojit do zdolávání nemoci. Každý takový krůček vpřed má velkou cenu a proto je pochvala důležitou součástí edukace.

Částečným úspěchem výchovného procesu pacienta jsou i vlastnosti sestry, v neposlední řadě i fyzický zjev. Každý nemocný vidí raději sestru, která je milá, klidná a přívětivá a přijímá od ní rady a pokyny snadněji než od sestry, která stále spěchá, je nedůtklivá a vy-dává hlasité příkazy. Taková sestra sice vzbuzuje respekt, ale i strach a obavy z následujících dnů. Naopak sestra, která je pozitivně naladěna, má příjemné jednání a vyjadřování, působí uklidňujícím způsobem na pacientovu nemoc a což je velmi důležité, i na jeho duši.

Pracovní náplň edukační sestry na kardiologii (o níž pojednává tato diplomová práce), ale i ve všech lékařských oborech, je edukace pacientů i rodinných příslušníků, kterým se věnuje jak individuálně, tak i formou edukačních programů, do nichž je zapojeno více pacientů. Další částí její náplně je edukace spolupracujících

zdravotnického personálu i svoje další odborné vzdělávání. Sestra sleduje stav „svého pacienta“ při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení a připravuje ho na návrat do domácí péče. Proto musí být zapojeni do spolu-práce i ostatní členové rodiny, aby mohli případné komplikace a změny (které se v chování a psychice nemocného objeví), včas rozpoznat a urychleně konzultovat s ošetřujícím lékařem.

3.2 Psychologické prvky edukace

Ještě v nedávné době bylo zvykem, že se pacient ve všem podřizoval radám a rozhodnutím lékařů, protože do léčebného procesu nemohl nijak zasahovat. Dle Gurkové (2011) se dnes vztahy mezi klientem a zdravotnickým personálem změnilly a stále se mění. Nemocný se snaží získat co nejvíce informací o svých potížích a chce se částečně podílet na své léčbě.

K tomuto účelu slouží společné edukace, kdy edukační sestra (ovšem i celý zdravotnický personál) průběžně seznamují pacienty se stavem jejich nemoci, s dalším postupem léčby a vysvětlují, jaká spolupráce se od nich očekává.

Je to práce pedagogicko-psychologická, kdy také mohou nastat nenadálé komplikace v podobě nedorozumění, které ale nesmí nijak narušit práci mezi nemocným a zdravotnickým personálem. Výsledkem by měl být jakýsi harmonogram, kde se počítá se všemi změnami v dalším životě pacienta. Pacient musí pochopit, že všechny události, které nastanou, se konají pro jeho uzdravení a povedou jen k lepšímu. Není to snadné pro nikoho, natož pro nemocného, zbavit se skoro všech svých špatných návyků. V této chvíli mu chce pomoci edukační sestra, která musí být trpělivá, musí umět naslouchat a předvídat jeho reakce na změny.

Každé onemocnění srdce, ať je akutní, nebo chronické, je pro pacienta velkou zátěží a pro jeho rodinu a okolí zdrcující a bolestné. Přesto, že jsou první reakce na potvrzenou diagnózu u všech pacientů různé, nakonec se všichni dostávají podle Honzáka (2006) do několika fází.

Fáze šoku: pacient, ani jeho rodina nevěří diagnóze a nemají zájem se blíže informovat. Navštěvují další odborníky i léčitele, kde hledají radu a pomoc a nechtějí se

smířit se skutečností. Tady jsou nejdůležitější základní informace podané v pravý čas a pak jen čekání a naslouchání, až si pacient všechno v klidu rozmyslí.

Reaktivní fáze: v této fázi převládá u pacienta zklamání, že onemocněl právě on a smutek, že nemůže dále plnit svou životní a společenskou roli. Z toho někdy v rodině vznikají ne-shody, které je nutné objasnit v jejich počátku, aby nebyla narušena shoda všech zúčastněných. Pacientovi se musí dát najevo, že mu bude věnován dostatek času na přípravu k zvládnutí léčby a celá rodina mu bude v tomto snažení oporou.

Fáze vyrovnání: když je zpráva o nemoci přijata pacientem i celou rodinou, zvládnuta i psychicky, vše se kolem nemocného uklidní a všichni se začínají aktivně podílet na péči o nemocného. Každý sebemenší úspěch je motivuje a tak se snaží o další dílčí výsledky. Za-jímají se o průběh nemoci, informují se o nových léčebných postupech a sledují další vývoj situace.

Soužití s nemocí: u každého pacienta bývají předešlá období různě dlouhá a různě intenzivní, naopak některá nemusí ani nastat. Nemocný začíná spolupracovat s edukační sestrou, která je mu stále nablízku a učí se s nemocí žít. Pomocí sestry hledá způsoby, aby jeho život mohl pokračovat tak, jak byl zvyklý před nemocí. Důležité jsou jeho zájmy a činnosti, na které bude navazovat jeho další život. V této době by neměl být pacient sám se svou pravdou.

Po sdělení diagnózy, odeznění všech reakcí, která jsou doprovázena šokem, zklamáním, bolestí a rozhodováním, může konečně nastat hlavní léčba. Ale ani toto období není někdy ušetřeno silných emocí. Zdravotnický personál se dostává pod přísnou kritiku pacienta i celé rodiny, protože mají všichni pocit, že není ošetřující personál tak vstřícný a ochotný, jak se očekávalo a nemá čas na zodpovídání všech, třeba předčasných dotazů. Tlak na zdravotníky je velice zatěžující a náročný, nejen na jejich odborné a sociální znalosti, ale i na schopnost komunikace.

Edukace v této době by měla být omezena jen na nejdůležitější pokyny. Nemocný člověk je brzy a často unavený a nedokáže vstřebat větší množství informací. To by v něm mohlo vyvolat bezmocnost, zoufalství anebo dokonce rezignaci. Je proto důležité

vyhýbat se cizím slovům a odborným termínům a je třeba dát nemocnému prostor pro jeho otázky a pocity.

3.3 Učení v edukačním procesu

Jak je v dnešní době edukační proces využíván, dá se rozdělit na čtyři skupiny, které jsou na sobě závislé (Svěráková 2012):

- **edukanti** – pacienti, kteří jsou ve zdravotnických, rehabilitačních nebo geriatrických zařízeních
- **edukátor** – nejčastěji vyškolené edukační sestry, lékaři, terapeuti
- **edukační prostředky** – předpisy, edukační plány, edukační materiály
- **edukační prostředí** – jakékoliv zdravotnické zařízení (ambulace, nemocnice, LDN, DD)

Na výchovu a vzdělávání pacientů se klade velký důraz, je dobré, když se zapojí i členové rodin.

Edukace se podle obsahu výuky a podle zúčastněných dělí na tři stupně:

- **primární prevence** – je určena pro mladší a celkem zdravou skupinu obyvatel
- **sekundární prevence** – ta je zaměřena na vzdělávání pacientů s již určenou konkrétní diagnózou
- **terciální prevence** – pro klienty, kterým se podařilo nemoc překonat a je třeba u nich zabránit dalším komplikacím

Sekundární edukace, určená pro pacienty, se dělí na několik fází, zpravidla jich bývá pět:

1) Počáteční pedagogická diagnostika

Tato první fáze začíná spoluprací edukační sestry a pacienta a podle Juřeníkové (2010) je nejdůležitější jejich první setkání. Měl by mezi nimi vzniknout přátelský vztah, založený na důvěře a rovnocennosti. Edukace začíná vzájemným seznámením na takovém místě, kde je klid, ticho a nehrozí zasahování cizích osob do výuky. Pacientovi

se dostává na promyšlení tolik času, kolik potřebuje, aby se vžil do role edukanta a pochopil, co od něj očekává edukátor. Na počátku spolupráce je důležité poznat zdravotní stav pacienta pro-studováním jeho zdravotního materiálu, získáním informací od rodiny a odborného lékaře, pokud byl nemocný již hospitalizován.

Je dobré dělat ze všech lekcí záznamy, aby se dalo zjistit, co bylo již probráno a zda se dostávají nějaké výsledky. Také je důležité zařadit do výuky nějaký test, vyprávění ze života a drobné pracovní aktivity, ve kterých pacient ukáže své znalosti a dovednosti. Edukační sestra musí nemocným vysvětlit, že všechno, co se kolem nich děje, bude sloužit k sestavení plánu na jejich uzdravení. Sestra se tak snaží o poznání pacientova charakteru, chce znát jeho názory na výuku a odpovídá na jeho dotazy ohledně probraného materiálu. Pokud nemá pacient ve všem jasno, upravuje mu lekce tak, aby byly pro něj srozumitelné a upoutávaly jeho pozornost.

2) Fáze projektování

Když se edukační sestra podrobně seznámí se životem pacienta, vytýčí si spolu cíle, kterých je třeba dosáhnout. Je dobré rozdělit pracovní osnovu na více krátkodobých etap a ke každé etapě stanovit dobu splnění. Protože jsou úseky kratší a jasnější, pacient nemá obavu z jejich zvládnutí. Ale jako celek (prevence, stabilizace, léčba akutního stavu, soběstačnost, návrat do normálního života) jsou cíle tak vzdálené a bylo by možné, že pacient skončí hned na začátku. Edukační látku konzultujeme s nemocným a další postup lekcí přizpůsobujeme jeho zdravotnímu stavu, délce jeho nemoci, psychickému stavu, jeho síle a odhodlání.

3) Fáze realizace

Všechny poznatky a informace, se kterými se pacient seznámil během lekcí, je třeba podle Juřeníkové (2010), na každém konci vyučovací hodiny zopakovat, případné chyby opravit, aby všechny vědomosti zůstaly nemocnému zafixovány v paměti. V příštích lekcích, které budou navazovat na dané téma, se bude pokračovat od základních poznatků k hlubším, od jednoduchých příkladů ke složitějším a konkrétnějším.

4) Fáze upevňování a prohlubování učiva

Každému je známo již ze školy, že skoro polovina naučeného se zapomene. Starší pacienti, kteří jsou ze své nemoci stresovaní a nedůvěřiví, nebudou mít na začátku žádný zájem o opakování ani o vracení se k předešlým tématům, což je ovšem nezbytné pro lepší zapamatování. Záleží na pacientovi, zda se zajímá o počáteční (třeba malé) úspěchy, jaké má pocity z výuky a zda dovede posoudit, co mu edukace přináší.

Jako každý člověk, tak i pacient je velmi zvědavý, má mnoho otázek a chce znát odpovědi. Edukační sestra musí tyto jeho otázky začlenit do výuky a postupně na ně odpovídat. Z každé lekce, která byla s pacientem probrána, by měl edukátor zhotovit zápis, ve kterém je zaznamenán průběh výuky, množství probrané látky a opakování. Na konci lekce by měl pacient tento zápis zakončit svým podpisem na důkaz toho, že látka na dané téma byla skutečně probrána a on vzal všechny poznatky na vědomí.

5) Fáze zpětné vazby

Tato poslední fáze slouží k hodnocení edukanta i edukátora. Z dosažených výsledků je viditelné, jaké úsilí bylo vloženo do spolupráce mezi oběma stranami. K tomu také poslouží zápisy, které byly zhotovovány z každé lekce.

Psychologické prvky komunikace:

Komunikace mezi edukační sestrou a pacientem probíhá několika způsoby. Nejčastěji se tak děje verbálně, tedy slovem, písmem (zprostředkování písemnou formou, pořízenou rukopisem, strojem nebo počítačem), obrazovým materiálem a dalšími pomůckami.

Důležitou roli hraje situace a prostředí, kde se komunikace odehrává. Také pro nemocné, kteří třeba špatně slyší (starší i pomaleji chápou), musí být přizpůsobena hlasitost mluveného slova, kvalita řeči, výška, tón a barva hlasu, plynulost řeči.

Nejdůležitější pro verbální komunikaci je dostatečná slovní zásoba.

Druhou komunikací, možná důležitější než verbální, je neverbální komunikace (která se také označuje jako řeč těla), kdy se při dorozumívání používají různé posunky a pohyby, z nichž jsou nám podle Vymětala (2008) neznámější:

- **kinezika** – sleduje pohyb celého těla
- **gestika** – používá pohyby paží, prstů a hlavy
- **mimika** – jsou využívány obličejové svaly
- **proxemika** – sleduje vzdálenost mezi dvěma subjekty
- **haptika** – dokresluje vyučující metodu pomocí doteků
- **oční kontakt**

Nesmíme zapomenout, že do této neverbální komunikace patří i oblečení a celková úprava zevnějšku, kdy přednášející svojí vizáží vyjadřuje příslušnost k určité společenské třídě a jejím zásadám.

3.4 Společná setkávání pacientů

Společná setkávání pacientů jsou v dnešní době velice oblíbená. Je to jedna z možností, kdy se pacienti se stejnou nemocí setkávají, navzájem se poznávají a pomáhají. Jsou pro ně zřizovány edukační kurzy se zaměřením na skupinovou výuku, včetně rodinných příslušníků. Tato setkání, spojená s rekonvalescenčními pobyty se mohou konat v některém rekreačním nebo sportovním zařízení, které bude vyhovovat pacientům (bez omezení volného pohybu) jak po implantaci mechanické srdeční podpory, tak i po transplantaci srdce. Pobyt zde bývá zpravidla několikadenní a pacienti si mohou vybrat aktivitu dle své nemoci a dle omezení, související s jeho nemocí. Na takovém setkání pacientů se opakují všechny poznatky o své nemoci a navzájem se předvádějí praktické dovednosti (aplikace injekcí, měření krevního tlaku a mnoho dalších), které se naučili během edukace a většina z nich je bude používat do konce života.

Pacienti s onemocněním srdce, i jejich rodiny zjistili, že každé setkání stejně postižených, přináší všem do života nové informace a zkušenosti, novou sílu a poznání, že v těžkých situacích nejsou sami. Pokud pacient nezná v okolí žádnou takovou organizaci, která zajišťuje kondiční a výukové programy, může se přihlásit do

„Základní organizace postižených civilizačními chorobami“ Frýdek – Místek, která setkání na téma „Srdeční choroby“ organizuje, včetně přednáškových i společenských programů. Ale podobné akce se již konají ve všech krajských a okresních městech, namátkou „Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR“, Karlínské nám. 59/12, 186 00 Praha 8 – Karlín, kde na jejich webových stránkách je podrobný seznam poboček v celé republice (Kardiaci – Kouřimská 2336/10, Praha – Vinohrady). Není-li pacient chodící a nebo mu zdravotní stav nedovolí cestovat, může se informovat a nalézat mnoho zajímavého na webových stránkách www.spech.cz.

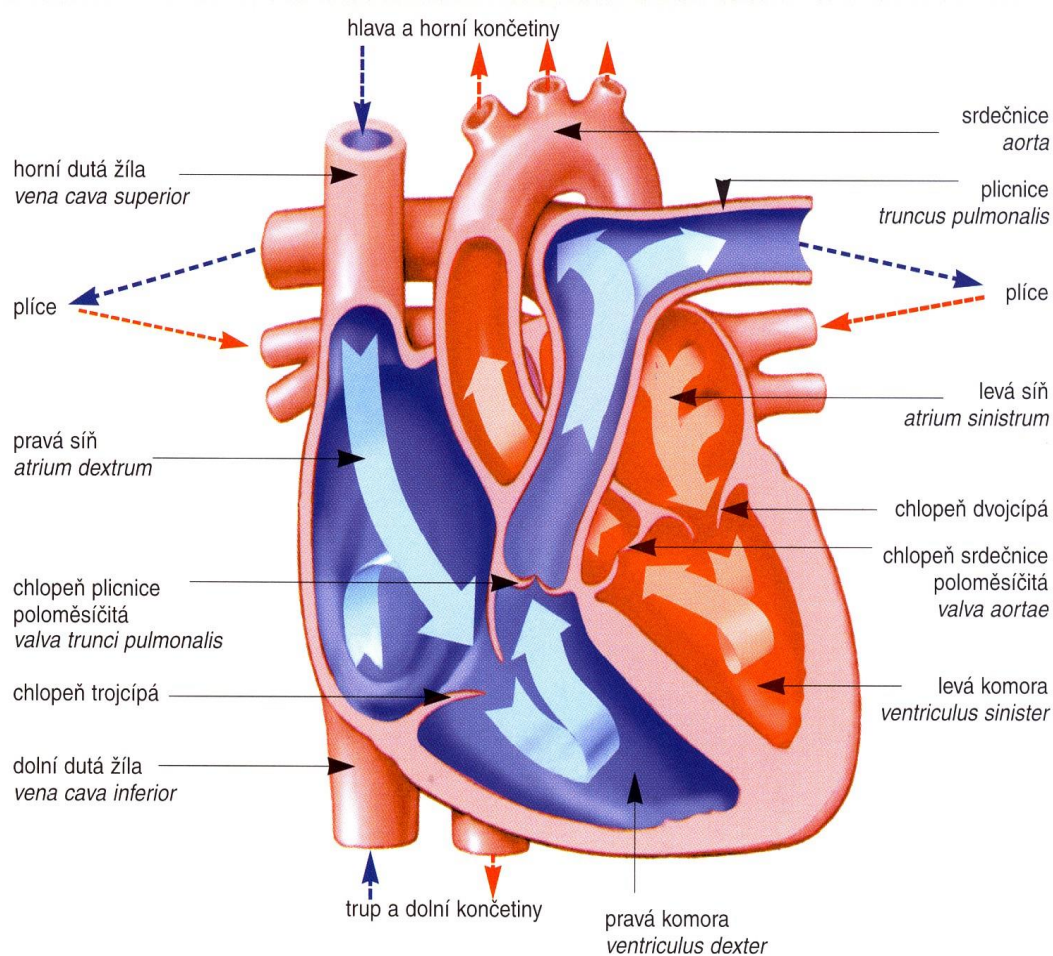
Cílem pro rekonvalescenty je podpora jak vzájemná, tak psychická, pro ně i pro jejich ro-diny. Přináší také zlepšení kvality života a nabízí se zde možnosti zapojení se do osvětové práce „Svazu postižených“ a tím pomáhat sobě i ostatním, kteří pomoc potřebují. Sdružení pořádají nejen pro své členy, různá poradenství (sociálně právní pomoci) a pravidelná setkávání pacientů s odborným nebo zábavným zaměřením. Také nabízejí pacientům rekvalifikace a pomáhají hledat pro ně uplatnění (různé manuální domácí práce a práce z domova). Jejich hlavním úkolem je však šíření zdravotnické osvěty o srdečních chorobách mezi veřejností a získávání co nejvíce posluchačů nejen mezi nemocnými, ale hlavně mezi zdravými občany středního a mladšího věku, kde se ještě může těmto civilizačním chorobám předcházet. Na tato témata také probíhají u nás i v zahraničí, různá odborná sympozia, pořádaná pro lékaře a odborníky v kardiologii. Přednáší zde naši i zahraniční profesoři, lékaři a výzkumní pracovníci, kteří předávají účastníkům nové poznatky a zkušenosti k tomuto vážnému a stále častěji se vyskytujícímu onemocnění.

4 SRDEČNÍ SELHÁNÍ

4.1 Definice

Srdce je sval s dutinami a je uložen uprostřed hrudníku, za hrudní kostí a mezi plícemi. Je velké jako pěst a váží zhruba 300 g. V klidu a u zdravého jedince se stahuje bez přestávky asi 70x za minutu.

Obrázek č. 1 Názorný popis srdce



Zdroj:

Srdce je rozděleno na pravou a levou stranu srdeční přepážkou. Každá strana srdce má dva oddíly, horní oddíl se nazývá předsíň, dolní je komora. Oddíly na každé straně jsou spojeny chlopněmi, mitrální chlopeň je na levé straně, trojcípá chlopeň na pravé straně.

Srdeční selhání lze definovat jako stav, kdy srdce při dostatečném žilním návratu a plicním srdečním tlaku nedokáže zajistit potřebnou dodávku krve a kyslíku tak, aby byly splněny metabolické potřeby orgánů. Nedokáže plnit svoji funkci pumpy, zajistit a udržet dostatečný minutový srdeční výdej. Organismus se nejdříve snaží tento stav zvládnout pomocí kompenzačních mechanismů, a tím zajistit vitální funkce. Mezi kompenzační mechanismy patří aktivace sympato-adrenálního systému, osy renin-angiotensin-aldosteron, hypertrofie myokardu, redistribuce minutového srdečního objemu do životně důležitých orgánů a využití anaerobního metabolismu. Tyto mechanismy však zajistí pouze krátkodobou pomoc. Dlouhodobě mají pro organismus nepříznivý efekt. Postupně dochází ke zvýšení srdeční práce, snížení perfúze myokardu, retenci tekutin, vzniku otoků, ztráty kalia a rovněž dochází ke vzniku arytmií (Kolár et al., 2009).

Prognóza srdečního selhání je špatná, během pěti let od zjištění diagnózy zemře až 50 % pacientů. Jedná se o jedno z nejčastějších onemocnění dnešní doby, jehož prevalence je 0,4-2 % populace a narůstá s přibývajícím věkem obyvatelstva. Srdeční selhání se dělí na akutní a chronické, pravostranné a levostranné. Podle závažnosti dělíme srdeční selhání na kompenzované a dekompenzované. Další dělení je z hlediska příčiny, která vedla k srdečnímu selhání. Příčinou může být přímé poškození myokardu ischemickou chorobou srdeční, kardiomyopatií, myokarditidou, toxické poškození srdečního svalu a infiltrace myokardu. Jinou příčinou je mechanické přetížení srdce, tlakové nebo objemové. K srdečnímu selhání také dojde při vzniku poruchy diastolického plnění v důsledku konstriktivní perikarditidy nebo u mitrální stenózy. Problémem srdečního selhání je vysoká úmrtnost, snížená kvalita života nemocných a závislost na pomoci druhých (Klener, 2011).

4.2 Klinické příznaky srdečního selhání

„Nejčastější příčinou akutního levostranného srdečního selhání je infarkt myokardu, hypertenzní krize či akutní dekompenzace chronického srdečního selhání z jiných příčin. Dochází k akutnímu vzestupu plicního tlaku levé komory. Tento zvýšený tlak je přenášen do plicních kapilár, a pokud přesáhne hodnotu onkotického tlaku bílkovin, dochází k exsudaci tekutiny do plicního intersticia (intersticiální plicní edém) a následně

i do plicních sklípků (alveolární plicní edém). Klinicky se stav projeví rychle progredující námahovou a později i klidovou dušností, která nutí nemocného zaujmout orthopnoickou polohu, zejména v noci (paroxysmální noční dušnost). V této fázi se jedná o závažný, život ohrožující stav, který pokud progreduje, dochází ke vzniku plicního edému, respiračnímu selhání se ztrátou vědomí až úmrtí. Akutní srdeční selhání představuje patogenetické kontinuum od lehkých forem až po formy nejtěžší“ (Štejfa 2007, s. 418).

Závažnost srdečního selhání se klasifikuje stupněm dušnosti podle čtyřstupňové klasifikace NYHA (New York Heart Association). Na základě popisu obtíží pacienta zařadí ošetřující lékař nemocného do jednoho ze stupňů:

I. stupeň – pacient je bez omezení, nemá dušnost a každodenní námaha mu nepůsobí vyčerpanost ani palpitace. Maximální spotřeba kyslíku je větší než 20 ml na kilogram za minutu.

II. stupeň – větší námaha pacienta mírně vyčerpává a způsobuje mu dušnost nebo palpitace, ale běžnou práci zvládá, sexuální život je bez omezení. Bez problémů ujde 100 metrů po rovině nebo vyjde jedno patro. Maximální spotřeba kyslíku je 16-20 ml na kilogram za minutu.

III. stupeň – zde už pacient pociťuje značné omezení tělesné činnosti, klidové obtíže nemá, ale i malá námaha vede k vyčerpání, dušnosti a palpitacím. Základní činnosti zvládá, ale hned při chůzi po rovině a do schodů musí často odpočívat. Maximální spotřeba kyslíku je 10-16 ml na kilogram tělesné hmotnosti za minutu.

IV. stupeň – obtíže při jakékoliv činnosti pacienta invalidizují, v klidu se objevuje dušnost a palpitace. Lehkou fyzickou námahu nezvládají, ani nejsou schopní normálního života. Maximální spotřeba kyslíku je menší než 10 ml na kilogram za minutu.

Terminální fáze srdečního selhání je charakterizována výrazným omezením kvality života a velmi pokročilým stadiem dysfunkce levé srdeční komory (NYHA III-IV). V tomto stadiu je prognóza velmi nepříznivá a roční úmrtnost dosahuje až 50 %.

Pacienti s tímto nálezem jsou indikováni k transplantaci srdce, zařazeni na čekací listinu a v řadě případů hospitalizováni v nemocničním zařízení.

U pacientů méně symptomatických, zařazených do II-III. třídy klasifikace, jejichž stav umožňuje pobyt mimo nemocnici, je pro stanovení indikace k transplantaci rozhodující odhad vývoje onemocnění a prognózy onemocnění. Transplantace je indikována v případě, že při konzervativní léčbě je pravděpodobnost přežití do 50 % v průběhu dvou let (Kubrová, 2011, Šetina, 2005).

4.3 Rozdělení srdečního selhání

Akutní srdeční selhání

„Pojem akutní srdeční selhání zahrnuje komplexní klinické syndromy charakterizované rychlým nástupem příznaků a projevů v důsledku porušených funkcí srdce s nutností okamžité léčby a hospitalizace“ (Kettner 2009, s. 338).

Akutní levostranné srdeční selhání

Při akutním levostranném srdečním selhání dochází k poškození levé srdeční komory. To vede k náhlému zvýšení plicního tlaku levé srdeční komory. Tento tlak se zpětně přenáší do levé síně a plicního oběhu. Během několika hodin i minut dochází k plicnímu otoku, který představuje akutní stav. Hlavním projevem tohoto selhání je dušnost, přítomna nejdříve při námaze, později i v klidu. Typická je záchvatovitá noční dušnost. Objevuje se zrychlený dech, kašel, únava, zrychlená tepová frekvence a dochází k výkyvům krevního tlaku (Vojáček, Kettner 2012, s. 358).

„Pro určení stupně akutního srdečního selhání se používá stupnice podle Killipa a Kimballa, podle níž 1. stupeň nemá žádné příznaky, 2. stupeň představuje lehké srdeční selhání, projevující se dušností, chrůpky na plicích, cvalem, měštnáním na RTG snímku plic, event. známkami systémové venostázy, 3. stupeň značí plicní edém a 4. stupeň kardiogenní šok“ (Widimský 2003, s. 433).

Akutní pravostranné srdeční selhání

Při akutním pravostranném srdečním selhání dochází nejčastěji k náhlé překážce v plicním oběhu, nejčastější příčinou je akutní plicní embolie s obstrukcí části plicního řečiště. Dochází ke vzniku plicní hypertenze, selhání funkce pravé komory, k městnání krve ve velkém oběhu a rozvoji orgánové dysfunkce. Typickým příznakem akutního pravostranného selhání jsou otoky dolních končetin, neklid pacienta, bolest na hrudníku, kašel a promodralá akrální části těla. Z důvodů překrvení zažívacího traktu mají pacienti obtíže jako je nechutenství, pocit plnosti a zácpa (Klener 2011).

Oboustranné srdeční selhání, kardiogenní šok

Kardiogenní šok je těžké selhání srdce jako pumpy, kdy v organismu dochází k biochemickým a hemodynamickým změnám. Nejčastější příčinou vzniku kardiogenního šoku je akutní infarkt myokardu. Klinické příznaky zahrnují hypotenzi, tachykardii a hypoperfuzi tkání.

„Nízký minutový srdeční výdej vede ke sníženému prokrvení tkání, centralizaci oběhu, ischemii tkání a poruše mikrocirkulace. Vzniká multiorgánové poškození struktur a funkce orgánů“ (Widimský 2009, s. 138). Kardiogenní šok může také vzniknout při chronickém srdečním selhání jako jeho terminální fáze (Widimský 2009).

Chronické srdeční selhání

„Definice chronického srdečního selhání je založena na přítomnosti symptomů (v klidu nebo při zátěži) a na objektivním průkazu systolické anebo diastolické dysfunkce“ (Pirk 2008, s. 25).

Chronické srdeční selhání může být dalším stadiem akutního srdečního selhání anebo je projevem terminální fáze srdečních onemocnění. Při diagnostice chronického srdečního selhání je rozhodující hodnota ejekční frakce levé komory (Kubrová 2011).

Chronické levostranné srdeční selhání

Při chronickém srdečním selhání je výrazně porušena funkce levé komory, následkem toho dochází k poklesu srdečního výdeje i při dostatečné náplni. Dramaticky se zhoršuje tolerance fyzické zátěže, pacient je obvykle dušný při minimálním stupni

zátěže. Z dalších příznaků převažuje únava, kašel, tachykardie. Dochází ke špatnému prokrvování všech orgánů, včetně mozku, následkem toho jsou pacienti nadměrně spaví, někdy zmatení a u mnohých bývá přítomna deprese. Příčiny dysfunkce levé srdeční komory jsou rozsáhlý infarkt myokardu, kardiomyopatie, chlopenní nebo vrozené vady srdce v pokročilém stadiu V naší zemi je nejčastější příčinou chronického srdečního selhání ischemická choroba srdeční spojená s hypertenzí, hlavně u starší populace a dilatační kardiomyopatie. Srdeční selhání je syndrom, který provází jiná onemocnění, a proto se vždy musí stanovit základní diagnóza, která k tomuto stavu vedla. Srdeční selhání je jednou z příčin vedoucích k nemoci a úmrtí. Představuje stále se zvyšující ekonomickou zátěž pro zdravotní systémy rozvinutých zemí (Kubrová 2011, Klener 2011).

Chronické pravostranné srdeční selhání

Chronické pravostranné srdeční selhání je nejčastěji přítomné u chronického plicního onemocnění. Nejčastější příčinou je plicní hypertenze a dále vrozené srdeční vady. Obvyklým příznakem je dušnost, kašel a často se objevují otoky dolních končetin. Dochází k městnání krve před pravou komorou. Bývají zvětšená játra, nemocní jsou unavení a trpí nechutenstvím. Může se objevit ascites (Klener 2011).

4.4 Léčba srdečního selhání

Léčba je farmakologická a chirurgická.

Cílem léčby srdečního selhání podle Widimského (2003) je zlepšit kvalitu života, to je zmenšit nebo úplně odstranit potíže, zvýšit možnosti zátěže, snížit úmrtnost a prodloužit nemocným život. Pro každého nemocného však může být pořadí a důležitost těchto cílů rozdílná. Pro mírně nemocné je na prvním místě snížení úmrtnosti a zpomalení průběhu onemocnění. Pro těžce nemocné je nejdůležitější, aby jim léčba především ulevila od potíží a tak zlepšila kvalitu života.

4.4.1 Farmakologická léčba

Cílem farmakologické léčby je potlačení neurohumorální aktivity, odstranění periferní vasokonstrikce, odstranění retence sodíku, vody a zvýšení kontraktility selhávajícího myokardu.

„Aktivace renin-angiotenzin-aldosteronového systému je jedním z klíčových mechanismů, který je odpovědný za progresivní průběh chronického srdečního selhání. Léčebně lze zasáhnout v různých úrovních kaskády, cílem je snížit tvorbu nebo oslabit účinek angiotensinu II a aldosteronu. V klinice jsou využívány tři skupiny léků: inhibitory enzymu konvertujícího angiotensin (inhibitory ACE), blokátory AT1-receptoru pro angiotensin II (AT1- blokátory) a antagonisté aldosteronu“ (Pirk, Málek, 2008, s. 31).

Inhibitory angiotensin - konvertujícího enzymu (ACE) mají zásadní význam v léčbě chronického srdečního selhání. Inhibitory ACE jsou indikovány u každého nemocného se symptomatickým chronickým srdečním selháním, které vzniklo na základě systolické dysfunkce levé komory. Jsou to léky první volby při systolické dysfunkci levé komory. Klinické studie prokázaly, že inhibitory ACE významně zlepšují průběh a snižují mortalitu chronického srdečního selhání. Blokátory receptorů pro angiotensin II sartany mají vliv na zlepšení hemodynamických parametrů a zlepšují toleranci zátěže. Beta-blokátory jsou podávány standardně u nemocných s chronickým srdečním selháním, kde příznivě ovlivňují klinický stav. Mají antiischemický, antiarytmický, pozitivně inotropní a ve vyšších dávkách antihypertenzní efekt. Úkolem antagonistů aldosteronu je korekce hyperaldosteronismu.

Diuretika a jejich podávání je na místě u nemocných se srdečním selháním, kde dochází k městnání tekutiny v plicním nebo systémovém oběhu. Základem léčby je podávání diuretik kličkových, nejčastěji furosemidu. Úkolem diuretik je zabránit retenci vody a sodíku u nemocných. Během léčby diuretiky je nutná kontrola vnitřního prostředí, zejména iontů.

Dalšími léky, které se využívají v léčbě srdečního selhání jsou srdeční glykosidy, které řadíme mezi kardiotonika pro své pozitivně inotropní účinky. V klinické praxi se

využívá především digoxin. Jednoznačnou indikací dioxinu je symptomatické chronické srdeční selhání při systolické dysfunkci levé komory s tachyfibrilací síní. Srdeční glykosidy zvyšují průnik vápníkových iontů i nitrobuněčnou koncentraci a tím pozitivně ovlivňují kontraktilitu myokardu. Výhodou podávání dioxinu je, že nevyvolává tachykardii a nevede k hypotenzi.

Při akutním srdečním selhání, akutním zhoršení chronického srdečního selhání se dobrého, i když pouze přechodného efektu, dosahuje podáním dopaminu, případně v kombinaci s dobutaminem. Ve stejných situacích mají příznivý účinek inhibitory fosfodiesterázy, například milrinon, které mají pozitivní inotropní účinek, a také způsobí periferní vasodilataci. U nemocných v terminálním stadiu srdečního selhání se s výhodou podávají katecholaminy a inhibitory fosfodiesterázy jako mosty překlenující dobu čekání na transplantaci. Z jiných vasodilatačních látek se při léčbě uplatňují nitráty a hydralazin. Další skupinou léků jsou antiarytmika III. třídy. Amiodaron je indikován u nemocných s komorovými a supraventrikulárními arytmiemi, příznivě ovlivňuje elektrickou stabilitu myokardu. Je potřeba mít na paměti, že při srdečním selhání dochází k aktivaci koagulace, současně je porušena funkce endotelu, a to má za následek zvýšené riziko tromboembolických komplikací. Závažným rizikovým faktorem je fibrilace síní a dilatace srdečních oddílů u nemocných. K minimalizaci těchto komplikací se podávají antikoagulační a antiagregační léky, nejčastěji nízkomolekulární heparin nebo warfarin.

Farmakoterapie má zásadní podíl v léčbě srdečního selhání. Používají se kombinace léků, které se svým účinkem potencují. Správným výběrem léků lze nejen ovlivnit kvalitu života, ale i prognózu nemocných (Hradec, Býma, 2008, Pirk, Málek, 2008).

4.4.2 Chirurgická léčba

Farmakologie a režimová opatření nejsou vždy účinná, proto se někdy u pacientů se srdečním selháním přistupuje k přístrojové, podpůrné a k chirurgické léčbě.

„Revaskularizace myokardu má za cíl odstranění ischemie srdce při koronárním poškození, snahou je tzv. kompletní revaskularizace, používá se metoda perkutánní koronární intervence s implantací metalických nebo lékových stentů (PCI), nebo

chirurgická revaskularizace myokardu (CABG). Vady chlopní pak může odstranit léčba chirurgická a v dnešní době i léčba perkutánní. Chirurgická rekonstrukce levé komory také může zlepšit mechaniku její kontrakce. Zvláštní místo v terapii zaujímá elektrostimulační terapie, tedy implantace kardiostimulátorů, nebo kardioverterů, která se využívá u pacientů s poruchou přenosu elektrických vzruchů v srdci a také jako prevence náhlé smrti“ (Pecinová, 2011, s. 22).

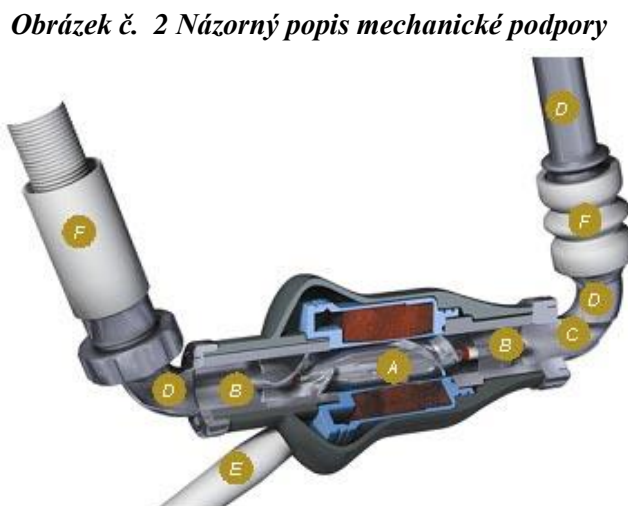
V dnešní době stále vzrůstá počet nemocných se závažnými projevy srdečního selhání, kdy jediným řešením terminálního stadia je transplantace srdce. Bohužel tato metoda je dostupná omezenému počtu nemocných z důvodů nedostatku vhodných dárců. Problémem jsou i indikační kritéria týkající se jak příjemců, tak i dárců. Dochází k prodlužování doby na čekací listině, zhoršování stavu nemocných, což vede k vyšší úmrtnosti. Z těchto skutečností vychází i hledání nových možností prodloužení života nemocných. Tuto možnost nabízejí v dnešní době rychle se vyvíjející mechanické srdeční podpory, které slouží k dočasné podpoře selhávajícího srdce. Mechanické podpory jsou vlastně mechanické pumpy, pomáhají levé, pravé nebo oběma srdečním komorám pumpovat krev. Tato čerpadla, mohou u pacientů v terminálním stadiu srdečního selhání zcela převzít funkci srdce, tím zajistit dostatečný srdeční výdej. V současné době se k tomuto účelu používá celá řada systémů. Podporu může zajistit již běžně dostupná intraaortální balónková kontrapulzace, ale i plně implantabilní podpory. Mechanické srdeční podpory se mohou využít k rekonvalescenci myokardu po těžkém kardiokirurgickém výkonu jako most k zotavení (bridge-to-recovery) nebo jako most k transplantaci (bridge-to-transplantation) u kandidátů na transplantaci srdce. Mohou být také konečným řešením u pacientů, kterým z nejrůznějších důvodů nelze provést transplantaci srdce (tzv. destination therapy) (Vojáček, Bytešník, Kettner, 2009, Widimský et al., 2003).

Srdeční podpory se rozdělují na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Podle umístění čerpadla u pacienta se dělí na parakorporální (čerpadlo je umístěno mimo tělo pacienta, obvykle v oblasti podbřišku) a implantabilní (kdy je pumpa implantována do těla pacienta, obvykle do hrudníku). Další rozdělení je z hlediska zapojení v srdci pacienta na pravostranné, levostranné a oboustranné. Nejčastěji používané podpory v současnosti jsou plně implantabilní. V IKEM se v současné době jako dlouhodobá

srdeční podpora implantuje systém HeartMate II. Jeho výhodou je minimalizace rizika infekce, větší pohodlí pro pacienta a možnost propuštění do domácího prostředí. Tato podpora je vhodná pro pacienty čekající na nová srdce. Pacient je napojen na systém do doby, než se najde vhodný dárce. Postupně se mobilizuje, aktivně rehabilituje a až jeho stav dovolí, přepojí se na mobilní jednotku. Po zvládnutí obsluhy jednotky se může propustit domů. Nesmírně důležitá pro pacienta je podpora jeho rodiny. Další nedílnou součástí péče je psychologická podpora a pomoc. Psychická zátěž pacientů je velká, pacienti často trpí poruchami nálady, depresemi a nespavostí. Nezřídka je třeba i farmakologická pomoc (Vojáček, Bytešník, Kettner, 2009, Widimský et al., 2003, Netuka et al., 2008).

5 MECHANICKÉ SRDEČNÍ PODPORY

Mechanické srdeční podpory jsou v současnosti jednou se rozvíjejících oblastí moderní kardiologie a kardiochirurgie. V transplantologii srdce se staly již rutinní a účinnou metodou umožňující přemostění kriticky selhávajících pacientů do doby získání vhodného dárcovského orgánu. Technologické inovace rozšiřují možnosti jejich využití i do nových indikačních skupin. Zásadní posun nastává i z hlediska délky použití i uživatelské přátelskosti pro pacienty, včetně možnosti ambulantní léčby.



Zdroj: Petr 2007

- A. Pohyblivý rotor
- B. Patentovaná hydrodynamická ložiska, která jsou trvanlivá a minimalizují tvorbu sraženin.
- C. Tok krve je optimalizován tak, aby se minimalizovala hemolýza
- D. Vnitřní povrch je odzkoušený na předchozích modelech a je volen tak, aby se na něm neuchycovaly krevní destičky.
- E. Přívod proudu k externím bateriím je veden kabelem tenkým jen 9 mm. Je z materiálu, který nedráždí a omezuje vstup infekce.
- F. Flexibilní odvodná trubice, která zamezuje pnutí, protože se přizpůsobuje tvarem a délkou v závislosti na pohybech pacienta. (Petr 2007)

Definice a klasifikace

Mechanické srdeční podpory můžeme definovat jako čerpadla krve, která jsou schopna u pacientů s pokročilým, život ohrožujícím srdečním selháním částečně nebo úplně převzít úlohu srdce v krevním oběhu s cílem obnovení dostatečného srdečního výdeje.

5.1 Historie a vývoj mechanických srdečních podpor

Již v roce 1812 předpovídá francouzský lékař Julien-Jean LeGallois existenci a využití mimotělního oběhu a systémů mechanické srdeční podpory, která bude schopna zabezpečit průtok krve orgány. Historie přímých mechanických podpor krevního oběhu a selhávajícího srdce sahá do 30. let 20. století. Vývoj a použití mimotělního oběhu, který v zahraničí poprvé použil John Gibbon v roce 1953 v Massachusetts General Hospital v Bostonu při operaci defektu síňového septa u mladé dívky, znamenal revoluci v srdeční chirurgii (Netuka, Malý 2008; Pirk 2011). Priorita použití mimotělního oběhu v naší zemi je připsána prof. MUDr. Janu Navrátilovi, DrCs., který jej využil v roce 1958 při operaci defektu síňového septa na II. chirurgické klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (Pirk 2011). Roku 1958 provedli Tetsuzo Akutsu a Willem J. Kolff první implantaci experimentální srdeční náhrady na zvířeti. Další vývoj je úzce spojen s Texas Heart Institutem v Houstonu v USA, který je považován za kolébku mechanických srdečních podpor a náhrad. Zde voperoval v roce 1969 Delton A. Cooley pacientovi, kterého nebylo možno odpojit od mimotělního krevního oběhu, po resekci aneuryzmatu levé komory umělé srdce, náhradu vyvinutou DeBakeyem a Liottou. Pacientovi bylo poté úspěšně transplantováno srdce. V 70. letech minulého století významně přispěli k rozvoji srdečních náhrad Jarvik, Kolff a Olsen vyvinutím první dlouhodobé srdeční náhrady Jarvik-7 TAH. Tuto náhradu implantoval Dr. William DeVries z univerzity v Utahu v roce 1982 a pacient žil s tímto srdcem 112 dnů. První komerčně dostupné systémy mechanických srdečních podpor se dostávali na trh již v druhé polovině 80. let (Kettner 2004, Netuka, Malý 2008, Pirk 2011).

V IKEM byla provedena první úspěšná implantace parakorporální biventrikulární mechanické srdeční podpory 3. 4. 2003 u pacienta čekajícího na transplantaci srdce, jednalo se o implantaci systému Thoratec PVAD (Netuka, Malý 2008, Kettner 2004; Kettner 2004). Od konce roku 2006 zde byl program mechanických srdečních podpor rozšířen o krátkodobé a implantabilní mechanické podpory (Netuka, Malý 2008, Říha 2010). Do konce roku 2011 bylo v IKEM implantováno 77 mechanických srdečních podpor HearMate II (dále HM II).

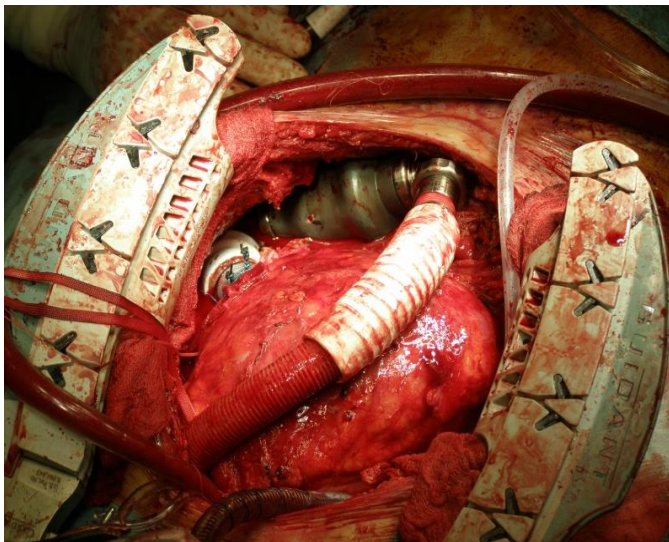
5.2 Druhy mechanických srdečních podpor

Mechanické srdeční podpory jsou v současné době jednou z nejdynamičtěji se rozvíjejících oblastí moderní kardiologie a kardiochirurgie. Můžeme je definovat jako „čerpadla krve“ schopná částečně nebo úplně převzít funkci srdce v krevním oběhu (Netuka, Malý, Szárszoi 2008). Cílem je dosažení optimálního minutového srdečního objemu, základního hemodynamického ukazatele (Vaněk 2002). Nalézají uplatnění v terapii chronického i akutního srdečního selhání, jehož terminální fáze nelze ovlivnit pouze medikamentózní léčbou. Jediným uznávaným řešením terminální fáze srdečního selhání, které má dlouhodobý přijatelný efekt, je v současnosti transplantace srdce. Tato metoda léčby je dostupná pro omezený počet nemocných vzhledem k nedostatku dárců a indikačním a kontraindikačním kritériím příjemců i dárců. Mezi nejúčinnější nefarmakologické postupy, které by podpořily činnost selhávajícího srdce, patří mechanické podpory srdečního oběhu (Kettner 2004). Mechanickými srdečními podporami označujeme jakákoliv mechanická zařízení, která podporují srdeční sval při přečerpávání krve (Říha 2010). Srdeční podpory se rozdělují na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé. Podle umístění čerpadla u pacienta se dělí na parakorporální (čerpadlo je umístěno mimo tělo pacienta, obvykle v oblasti podbřišku) a implantabilní (kdy je pumpa implantována do těla pacienta, obvykle do hrudníku). Další rozdělení je z hlediska zapojení v srdci pacienta na pravostranné, levostranné a oboustranné. Nejčastěji používané podpory v současnosti jsou plně implantabilní. V IKEM se v současné době jako dlouhodobá srdeční podpora implantuje systém HeartMate II. Jeho výhodou je minimalizace rizika infekce, větší pohodlí pro pacienta a možnost propuštění do domácího prostředí. Tato podpora je vhodná pro pacienty čekající na nová srdce. Pacient je napojen na systém do doby, než se najde vhodný dárcce. Postupně se mobilizuje, aktivně rehabilituje a až jeho stav dovolí, přepojí se na mobilní jednotku. Po zvládnutí obsluhy jednotky se může propustit domů. Nesmírně důležitá pro pacienta je podpora jeho rodiny. Další nedílnou součástí péče je psychologická podpora a pomoc. Psychická zátěž pacientů je velká, pacienti často trpí poruchami nálady, depresemi a nespavostí. Nezřídka je třeba i farmakologická pomoc (Vojáček, Bytešník, Kettner 2009, Widimský et al. 2003, Netuka et al. 2008).

5.3 Indikace k mechanické srdeční podpoře

Správné načasování výkonu implantace mechanické srdeční podpory slouží k přemostění k transplantaci. V současné době je převažující využití systémů mechanické srdeční podpory v indikaci bridge-to-transplantation. Pacienti, u kterých je zvažována implantace v této indikaci musí splňovat obecná kritéria pro transplantaci srdce. Po stabilizaci

Obrázek č. 3 Názorný popis srdce

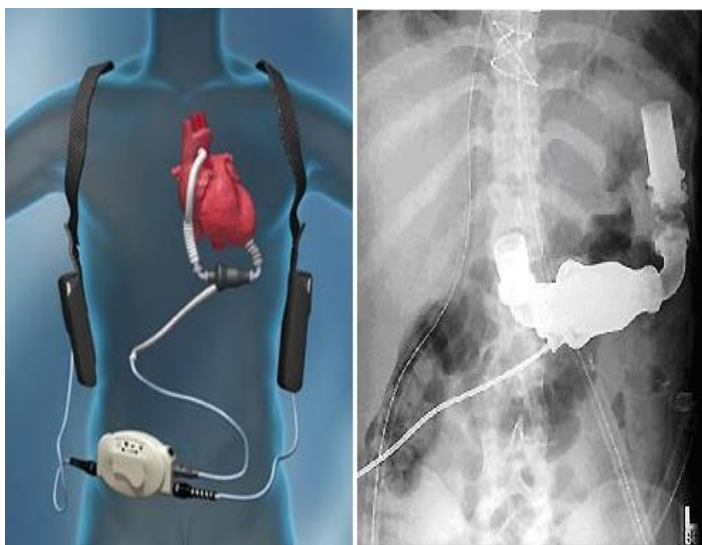


Zdroj: Archiv IKEM. (Kůlová 2014)

hemodynamiky a orgánových funkcí je pacient zařazen do čekací listiny na transplantaci srdce. Podle celkového stavu a typu použité mechanické srdeční podpory je zvažováno propuštění do domácího ošetřování. V podmínkách Eurotransplantu se průměrná čekací doba pohybuje u kandidátů transplantace srdce v řádném pořadí na mechanické srdeční podpoře kolem 18 měsíců.

5.3.1 Život se systémem HM II

Obrázek č. 4 Názorné umístění mechanické podpory



Zdroj: Archiv IKEM.

Pacienti s implantovaným HM II systémem mohou mít zpočátku obavy a určité problémy s adaptací na některé běžné aktivity denního života.

Dodavatel elektrické energie je písemně upozorněn na potřebu prioritní obnovy dodávky energie v případě výpadku. Důležité je pořídit si pevnou

telefonní linku, za účelem hovorů v nouzových situacích.

- ***zachování bezpečí domova*** – dostatek uzemněných (tříkolíkových) a fungujících zásuvek.
- ***mytí rukou*** – nejjednodušší a nejlepší způsob omezení šíření infekce.
- ***stravování*** – zdravá a vyvážená strava je důležitá v období rekonvalescence po implantaci pumpy. O stravování je pacient informován nutričním terapeutem.
- ***sprchování*** – bývá povolené sprchování při dodržení určitých podmínek. Sprchuje se pouze při napájení z baterií a musí být použita sprchovací taška. V případě kontaktu s vodou je nebezpečí poranění elektrickým proudem nebo zástavy pumpy.
- ***spánek*** – pacient by měl usnout tak, aby neohýbal vedení, netahal za něj a neohýbal jej. Je zakázáno spát na břiše.
- ***cestování*** – bez omezení je součástí kvalitního života. Každou cestu je nutné naplánovat a vykonat bezpečně, pak si pacient může svobodu cestování užít naplno. Při cestě automobilem je třeba dát pozor na airbag. Pokud zasáhne břicho nebo hrudník může způsobit závažné poranění. Pouze lékař může povolit řízení automobilu, a to nejdříve 6 – 8 týdnů po implantaci.

5.3.2 Návrat do běžného života

Příkladem návratu do běžného života je mladá žena, které byla diagnostikována trombóza a plicní embolie. Její stav se stále zhoršoval, a proto ji lékaři IKEM voperovali „náhradní srdce“. Po implantaci pacientka rehabilitovala, byla edukovaná v manipulaci s přístrojem. Měsíc po implantaci HM byla propuštěna do domácí péče. Pacientka se vrátila do běžného života včetně návratu do zaměstnání. Protože pracovala v bankovníctví a jednala s klienty, nemusela překonávat nějakou námahu. Neuměla si totiž představit, že by zůstala sedět doma. Mladá žena s HM žila od listopadu 2010 do července 2012, kdy byla transplantovaná.

Druhým příkladem je student, který má svalovou dystrofii. Posledních pět let před implantací „umělého srdce“ mu srdce sláblo a na podzim 2010 se po viróze dostal do kritického stavu. V listopadu mu byla implantována dlouhodobá mechanická srdeční

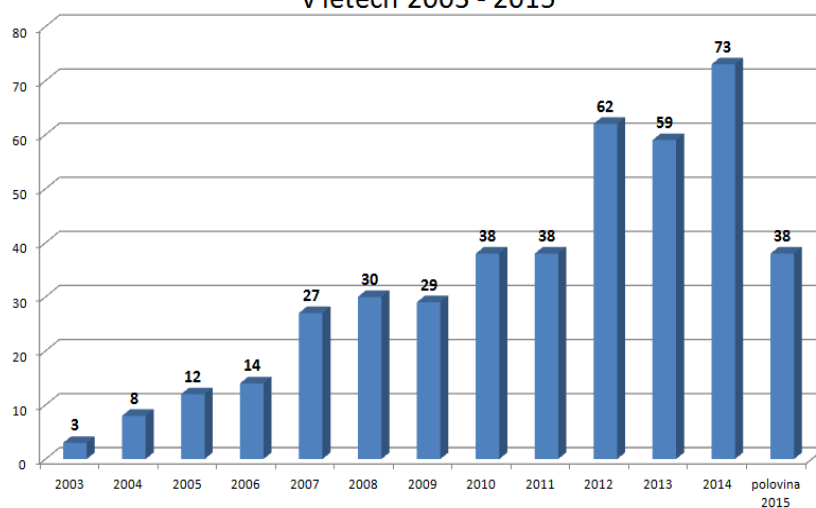
podpora. Když se po několika měsících dostal domů, pokračoval ve studiu na Stavební fakultě ČVUT. Nastoupil v říjnu s domluveným individuálním plánem, žil na koleji, chodil se za kamarády dívat na basket. S HM žil přibližně dva roky do úspěšné transplantace srdce v prosinci 2012. (Omnimedics CZ, ©2013)

Obrázek č. 5 Názorný popis



Mechanické srdeční podpory

Souhrn všech MCS implantovaných v IKEM
v letech 2003 - 2015



Celkem: 431

Zdroj: IKEM, statistika (Provazník 2015)

6 TRANSPLANTACE SRDCE

6.1 Historie transplantací srdce

První transplantace srdce se v bývalém Československu uskutečnila 9. 7. 1968.

Transplantace srdce se stává v dnešní době již téměř standardním výkonem. Cesta k současnému stavu však nebyla jednoduchá. První snahy o experimentální přenos srdce se objevují na začátku 20. století. K výraznějšímu rozvoji metody transplantace srdce dochází až v 50. letech. Zásadní vliv na rozvoj transplantací měl vývoj cévní chirurgie. Na přelomu 19. a 20. století Alexis Carrel a Charles Guthrie vypracovali techniku cévního stehu, která významně posunula vývoj experimentálních transplantací. Technika „U“ stehu spočívala ve vychlípění konců tepen nahoru a jejich sešití hrubým materiálem.

V roce 1905 provedli Carrel a Guthrie na univerzitě v Chicagu první zdokumentovanou transplantaci srdce. Srdce odebrali od malého psa a transplantovali na krční cévy psa většího. Orgán sice obnovil činnost, ale komplikací byla trombóza štěpu při neznalosti heparinu v té době, proto byl pokus asi po dvou hodinách ukončen. Dalším průkopníkem transplantací srdce byl ruský chirurg Demikov, který v roce 1951 uskutečnil první ortotopickou transplantaci srdce, rovněž u psa. Všechny tyto pokusy nebyly jen částečně úspěšné, neboť dosud nebyl znám mimotělní oběh, léky proti srážení krve, imunosupresivní léky a jiné důležité okolnosti (Málek, 2004, Bešík, 2011).

V průběhu dalších let docházelo v řadě experimentálních laboratoří k technickému vylepšování. V prosinci 1959 roku Dr. Lower a Prof. Shumway provedli na Stanfordské univerzitě první plně úspěšnou ortotopickou transplantaci srdce, jejímž výsledkem bylo úplné uzdravení zvířete. Vylepšená metoda spočívala mimo jiné a ochraně štěpu chlazením kardioplegickým roztokem a ledovou tříští. Zvířata po 21 dnech uhynula, důvodem byla rejekce jako důsledek absence imunosupresivní léčby. V polovině 60. let byly postupně položeny základy k zahájení klinického programu transplantace srdce, vyřešena chirurgická technika i technika ochrany orgánu a vynalezen přístroj pro mimotělní oběh. Velkým problémem však byl odběr srdce, protože v té době

neexistoval koncept stanovení mozkové smrti. Při první transplantaci srdce člověku v roce 1964 nebylo použito lidské srdce. Operace se uskutečnila v univerzitní nemocnici v Mississippi. Americký chirurg J. D. Hardy použil srdce šimpanze. Pacient však po 90 minutách od ukončení mimotělního oběhu kardiopulmonálně selhal a zemřel (Málek, 2004, Bešík, 2011, Pirk, Málek et al. 2008).

Historickým mezníkem v historii lidských transplantací srdce byl 3. prosinec 1967. Christian Barnard v Kapském Městě v Jihoafrické republice poprvé úspěšně transplantoval lidské srdce. Příjemcem byl sedmapadesátiletý pacient Louis Washkansky. Zemřel 18 dní po výkonu na oboustrannou pneumonii. Kromě nesporného prvenství byla tato transplantace pozoruhodná tím, že rozpoutala celosvětový zájem médií o transplantační medicínu.

Svou druhou transplantaci provedl Barnard již 2. ledna 1968, kdy ignoroval rasistické zákony a bělochovi transplantoval srdce míšence. Pacient zemřel na tehdy neznámou komplikaci – vaskulopatii štěpu 18 měsíců po transplantaci. Ke konci roku 1968 bylo realizováno padesáti operačními týmy 102 transplantací v 17 zemích světa. Výsledky však byly katastrofální, většina pacientů časně umírala. Chirurgická technika v té době již byla zvládnutá, ale chyběl systém následné péče o pacienty s transplantovaným srdcem. Poté následovalo období celosvětového útlumu srdečních transplantací. K dalšímu rozvoji došlo až v 80. letech minulého století. V roce 1978 byl objeven účinný imunosupresivní lék cyklosporin A, který se používá dodnes a postupně zavedena metoda endomyokardiální biopsie ke zjištění stupně rejekce u pacientů. Přežívání pacientů se tímto výrazně zlepšilo (Málek, 2004, Bešík, 2011, Pirk, Málek et al. 2008).

6.2 Vývoj transplantací srdce v České republice

První pokus o transplantaci srdce v bývalém Československu byl uskutečněn v Bratislavě, a to v roce 1968. Operaci vedl akademik MUDr. Karol Šiška a MUDr. Ladislav Kužela na II. chirurgické klinice Lékařské fakulty Univerzity Komenského.

Současně šlo také o první transplantaci srdce ve střední a východní Evropě. Příjemcem byla 54 – letá pacientka, která však zemřela po šesti hodinách, ještě na operačním sále.

Počátky české transplantční medicíny jsou spjaty s tehdejší pražským Ústavem klinické a experimentální medicíny, dnešním IKEM. První úspěšnou transplantaci srdce v Československu i v bývalých socialistických zemích provedli 31. ledna 1984 lékaři P. Firt, V. Kočandrle, J. Hejnal a R. Kramář. Pacient, tehdy čtyřiačtyřicetiletý technik Josef Divina žil v kondici, kterou odhadoval na 60 procent té původní, 13 a půl roku. Zemřel na selhání ledvin vyvolané dlouhodobou farmakologickou zátěží organismu (Bešík, 2011).

V roce 1992 byl zahájen program transplantace srdce v Ústavu kardiovaskulární a transplantční chirurgie v Brně pod vedením profesora J. Černého na I. interní kardiologické klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny. V prvních letech šlo v České republice pouze o ojedinělé výkony. Počty transplantací se podařilo navýšit od roku 1993, kdy byla v pražském IKEM, největším transplantčním centru v ČR, zřízena funkce transplantčních koordinátorů. Důvodem malého počtu transplantací je totiž především nedostatek dárců.

V roce 2003 v IKEM zahájili program „umělého srdce“, přesněji mechanické srdeční podpory, která pomáhá nemocným čekat na vhodný orgán. V červnu 2012 se lékařům z pražského IKEM jako prvním na světě podařilo úspěšně odoperovat pacientovi srdce se zhoubným nádorem a nahradit ho dvěma speciálními čerpadly. Pacient žil více jak sto dní, byl zařazen na čekací listinu, ale transplantace se bohužel nedočkal, neboť zemřel na infekci (Málek, 2004, Bešík, 2011, Pirk, Málek et al. 2008).

6.3 Indikace a kontraindikace k transplantaci srdce

Transplantace srdce je indikovaná u nemocných ve velmi pokročilé fázi srdečního selhání, kdy neúčinkuje medikamentózní léčba a neexistuje jiný způsob řešení. Pokročilá, terminální fáze srdečního selhání je charakterizovaná výrazným zhoršením kvality života, těžkou dysfunkcí levé srdeční komory a špatnou prognózou nemocného. Indikací z hlediska prognózy je pravděpodobnost dvouletého přežití pod 50 % při konzervativním řešení.

Mezi onemocnění vedoucí k transplantaci srdce patří ischemická choroba srdeční, vrozené i získané chlopenní vady s následnou dysfunkcí chlopní a dilatační kardiomyopatie. Všechny tyto stavy vedou k srdečnímu selhání, kdy v jeho terminálním stadiu je jedinou volbou k záchraně života nemocného transplantace (Vojáček, Kettner, Bytešník, 2009). Při indikaci pacientů k transplantaci srdce bývají často velkým problémem přidružená onemocnění, která značně komplikují rozhodnutí o vhodnosti transplantace. Absolutní kontraindikací je aktivní infekce, výskyt maligního tumoru, nevratné jaterní selhání, závažné plicní onemocnění, nevratné selhání ledvin nebo orgánové komplikace cukrovky. Velkým problémem je těžká kachexie, osteoporóza či nadváha pacientů. Transplantace srdce se neprovádí HIV pozitivním, alkoholikům a drogově závislým. Dále se neprovádí u schizofreniků, pacientů s oligofrenií, dementních pacientů a těžce depresivních pacientů se sebevražednými pokusy

Vhodnost transplantace u starších pacientů ve věku od 60-65 let je třeba posuzovat individuálně. Důležitým faktorem, který hraje roli při rozhodování, jsou psychosociální aspekty (Šetina, 2005).

6.4 Čekací listina

Čekací listina je dokument, který soustřeďuje pacienty indikované k transplantaci srdce. Vlastní čekací listinu má transplantační centrum IKEM i centrum v Brně. Čekací listiny všech orgánů transplantovaných v IKEM jsou evidovány v Transplantcentru IKEM a tyto listiny podléhají Koordinačnímu středisku transplantací, kam musí být hlášeny veškeré změny. Dle zákona č. 44/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech transplantací tkání a orgánů (Zákon č. 44/2013 Sb., 2013).

Pražský IKEM i brněnské CKTCH mají nejen své čekací listiny, ale i vlastní odběrovou oblast Čechy a Morava. Pokud se objeví vhodný dárcce, má vždy přednost pacient zařazený v urgentním pořadí, a to nezávisle na odběrové oblasti. Tato spolupráce umožňuje využití dárců pro příjemce, kteří jsou v těžkém stavu. Realita je taková, že většina transplantací se provádí právě u těchto urgentních pacientů (Málek 2004).

Pacient, splňující kritéria k transplantaci a nemá kontraindikaci, je zařazen na čekací listinu. Musí se zařazením souhlasit. V kompetenci regionálních transplantačních center je řízení a aktualizování čekacích listin. Čekací listiny obsahují identifikační, medicínské i nemedicínské údaje čekatelů. Všechny změny se průběžně aktualizují, řídí pravidly a principy transplantačního systému. Výběr pacienta a zařazení na čekací listinu provádí ve spolupráci s regionálním transplantačním centrem lékař specialista. Je důležité zařazení správně načasovat. Je výhodou, když má pacient relativně dobrou kondici. Vždy je registrovaný pouze v jednom transplantačním centru, ale má možnost výběru, kde bude registrován. Pacienti na čekací listině jsou zařazeni do kategorie běžné nebo do zvláštní urgentní. Důležitá je komunikace mezi specialisty, transplantačním centrem a koordinačním střediskem transplantací. Musí být bezodkladná, bezchybná a správně dokumentovaná. Faktory, které se uplatňují při výběru příjemce a při alokaci odebraných orgánů, jsou medicínské: krevní skupina, HLA typizace a cross match.

Nemedicínské údaje: *„Čekací doba je dobou, po kterou je příjemce zařazen na čekací listině. Zpracování dat provádí počítač, který zpracuje údaje z databáze a určí pořadí čekatelů podle požadovaných objektivních kritérií. Na první místo se zpravidla dostanou čekatelé ze zvláštního urgentního pořadí, po nich pacienti z běžného pořadí. Koordinační středisko transplantací zřídilo Ministerstvo zdravotnictví v roce 2003. Jedná se o nezávislou organizaci, má k dispozici čekací listiny všech transplantačních center. Spolupracuje s koordinátory transplantačních center. Česká republika je prostřednictvím Koordinačního centra zapojena do mezinárodních projektů“* (Střelečková 2011, s. 22- 23).

Údaje na čekací listině jsou: datum pohovoru, kdy byl nemocný indikován k transplantaci, hodnoty protilátek proti panelu lymfocytů, aktuální hmotnost nemocného, eventuelní potřeba většího srdce, zvláštnosti odběru, předchozí operace pacienta, zda má implantovaný pacient kardioverter, stimulátor nebo mechanickou srdeční podporu. Čekací listina se neustále aktualizuje podle stavu nemocných. Někdy také dojde k vyřazení nemocných, důvodem je aktivní infekce, závažná přidružená onemocnění, náhlé zhoršení psychického stavu pacienta. V těchto případech jsou přizváni specialisté k posouzení skutečností a učiněno rozhodnutí, zda pacient zůstane nadále na čekací listině, anebo bude vyřazen. Urgentní kandidát transplantace srdce je

hospitalizovaný pacient s nutností parenterálního podávání léků, vyžadující mechanickou podporu krevního oběhu a s významnou plicní hypertenzí. Do této skupiny patří pacienti s kombinovanou transplantací více orgánů a pacienti, u kterých bude provedena retransplantace (Kolektiv autorů, KST, 2012).

6.5 Legislativa odběru orgánů

Transplantační medicína je v České republice vymezena od roku 2002 zákonem č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů, takzvaný transplantační zákon a s ním související provádějící vyhlášky a jeho novelou zákonem č. 44/2013 Sb. Obsahem zákona je povinné klinické vyšetření nemocného s podezřením na smrt mozku, který by se mohl stát eventuálním dárce orgánů. Vyšetření takového nemocného musí být provedeno v odstupu čtyř hodin, a to dvěma na sobě nezávislými lékaři. Klinická diagnóza smrti mozku musí být povinně potvrzena některou instrumentální diagnostickou metodou: angiografií mozkových tepen nebo perfúzní scintigrafií mozku. Vyšetření sluchových kmenových evokovaných potencionálů k potvrzení mozkové smrti je indikováno u jedinců se zrátočným poraněním hlavy nebo s kranioektomií. Zákon definuje odbornou způsobilost lékařů zjišťujících mozkovou smrt, to znamená, že alespoň jeden lékař, který provádí vyšetření, musí mít specializaci II. stupně z oboru anesteziologie a resuscitace, neurologie nebo nástavbovou specializaci z neurochirurgie. Zákon ukládá povinnost o provedených vyšetřeních učinit záznam do předepsaného formuláře, který je přílohou transplantačního zákona tzv. Protokol o zjištění smrti (Zákon č. 44/2013 Sb.).

6.6 Schopnost návratu k výdělečné činnosti

Pro pacienty podle Meisera, Reicharta (2008) přináší transplantace srdce zásadní obrat v jejich životě. Moderní medicína jim dává šanci žít dlouhodobě, aktivním životem.

Většina z nich podle Vojáčka a Kettnera (2012) by bez transplantace nejspíše zemřela do jednoho roku. Především z tohoto hlediska je důležité posuzovat jejich další pracovní schopnosti. Po úspěšné transplantaci přežívá 5 let 70 – 80% pacientů, 10 let

přežívá 50% z nich. Při posuzování schopnosti výdělečné činnosti se musí u těchto nemocných přihlížet ke zcela specifickému léčebnému režimu a zvláštním rizikům, která z toho vyplývají. Dlouhodobá prognóza těch-to pacientů je dána reakcí imunitního systému a závažnými nežádoucími účinky trvalé imunosuprese.

„Podle vyhlášky o invaliditě je míra poklesu pracovní schopnosti nemocného po srdeční transplantaci vyjádřena v procentech následujícím způsobem (Vyhláška č. 359/2009 Sb, MPSV):

- a) do stabilizace zdravotního stavu 70%; b) při lehkém funkčním omezení 20-40%;*
- c) při středně těžkém funkčním omezení 50-60%;*
- d) při těžkém funkčním omezení 70-80%“ (Vojáček, Kettner 2012, s. 1093).*

7 KVALITA ŽIVOTA PO IMPLANTACI MECHANICKÉ SRDEČNÍ PODPORY A TRANSPLANTACI SRDCE

„Hodnocení kvality života vyžaduje posouzení řady aspektů vnímání tělesného a duševního zdraví samotným pacientem“ (Pirk, Málek et al. 2008, s. 222).

„V rámci hodnocení kvality života u nemocných s kardiovaskulárními chorobami jsou využívány generické nástroje. Tyto nástroje byly vytvořené pro různá onemocnění srdce s cílem zjistit, jaký dopad mají jednotlivá onemocnění a jejich léčba na každodenní aktivity nemocných a psychosociální aspekty života. Mezi nejčastěji používané metody u nemocných s onemocněním srdce patří Minnesotský dotazník života, který hodnotí míru dopadu srdečního selhání na kvalitu života. Dalším dotazníkem pro měření kvality je např. QLMI, který je určený pro nemocné po prodělaném koronárním syndromu. Pro nemocné s ischemickou chorobou srdeční, nebo všeobecně pro ty, kteří mají onemocnění srdce je to pak dotazník MacNew. Pro kandidáty, kteří čekají na transplantaci srdce, bychom nejčastěji využili Minnesotský dotazník života, který má dobrou konceptuální bázi. Jde o validní a reliabilní nástroj, který vznikl na Minnesotské universitě. Jeho využití je jak pro klinické studie, tak pro praktické využití v praxi u nemocných se srdečním selháním. Hodnotí především dopad nemoci na fyzické, duševní a sociální aspekty života nemocného. Tento dotazník je dostupný v českém i slovenském jazyce“ (Pecinovská 2012, s. 42).

7.1 Poučení pacienta

Do této chvíle se o pacienta staral celý tým zdravotnického personálu, ale po odchodu z nemocnice leží zodpovědnost za jeho rekonvalescenci z velké části na něm a na jeho rodině. Pro pacienta je návrat domů ten nejbližší cíl, který si s edukační sestrou vytýčil.

V prvním období po implantaci mechanické srdeční podpory i po transplantaci srdce, musí pacient dodržovat takové zákazy a příkazy, jaké jim byly uloženy při odchodu do domácího ošetřování.

Důležité je docházet na pravidelné kontroly, které určí ošetřující lékař. Při těchto kontrolách bude sledován zdravotní stav a prováděna všechna vyšetření, aby bylo možné odhalit vznik případných komplikací.

Pacient je poučen, jak ošetřovat pooperační ránu, jak sledovat tělesnou teplotu, měřit si tlak a tep a v případě změn kontaktovat ošetřujícího lékaře. Dále dostává pokyny k osobní hygieně (tělesné, dutiny ústní, vlasů), kterou musí provádět tak, aby se zabránilo vzniku infekce (do pooperační rány), která je jednou z nejčastějších příčin vzniku komplikací.

7.2 Dlouhodobá péče

Dlouhodobé sledování nemocných po zákroku vyžaduje úzkou spolupráci kardiologů (i celého kardiocentra) a pacienty s jejich rodinami. Podle Pirka a Málka (2008) musí nemocný své chorobě a postupu léčení rozumět, aby jeho spolupráce s lékaři i sestrami, byla co nejlepší. Protože celé období před i po operaci pacient dodržoval stanovená pravidla, po příchodu domů musí v tomto pokračovat. Začíná tím nejzákladnějším – každé ráno se po vyprázdnění zváží. Je-li váhový přírůstek větší než 1 kg, signalizuje to na hromadění tekutiny v těle. Pokud se váha bude i nadále zvyšovat, požádá svého ošetřujícího lékaře o zvýšení dávky diuretika. Dále nesmí užívat léky, které jsou pro něho nevhodné, např.:

- Antirevmatika (ibuprofen, diclofenac)
- Blokátory vápníkových kanálů (nerapamil, diltiazem)

Celý další život po transplantaci srdce musí nemocný užívat léky (tzv. imunosupresiva), aby se zabránilo organismu bojovat proti cizímu orgánu. Ale tato terapie může přinášet komplikace, jako je zvýšená náchylnost k infekcím, vzestup krevního tlaku, zvednutí hladiny tuků a další poruchy. I přes tyto všechny tyto problémy mohou nemocní vést skoro normální život. Pokud dobře spolupracují s ošetřujícím lékařem, dostávají se pomalu do stavu jako před nemocí, vrací se jim optimismus a ti, kterým zbývalo do smrti jen pár roků, se mohou radovat ze života ještě dlouhá léta.

7.3 Život po implantaci mechanické srdeční podpory

Protože lidí se srdečním selháním stále přibývá a vhodných dárců se nedostává, byly vynalezeny mechanické srdeční podpory. První pokusy o jejich využití se objevují v 50. letech minulého století, k jejich zdokonalování dochází v 80. letech a u nás, na výzkumných pracovištích, se začaly používat v roce 2006. Tyto přístroje jsou miniaturní čerpadla, která umí částečně převzít úlohu srdce a obnovují pro tělo dostatečný příjem kyslíku. Používají se při zhoršení zdravotního stavu pacientů, zapsaných na transplantační listině, pro které není momentálně žádný vhodný dárců a kteří by se možná transplantace nedožili.

Mechanické podpory a jejich funkce jsou podrobněji vysvětleny v kapitole č. 5 (konkrétně v podkapitolách 5.1 až 5.3).

Někteří pacienti, kterým byla voperována mechanická srdeční podpora, zůstávají v nemocnici a ti, kterým se životní funkce obnovily do té míry, že jsou schopni pohybu a chůze, jsou na překlenovací období propuštěni do domácího ošetřování.

Péče o takové pacienty je komplikovanější tím, že jsou omezeni v pohybu podle toho, jaká mechanická podpora jim byla vybrána za nejvhodnější. Pokud je čerpadlo umístěno mimo tělo a propojení s krevním oběhem obstarávají kanyly, nebo je čerpadlo v těle pacienta a na zdroj energie je napojeno kabelem, nemůžeme mluvit o normálním životě. Nemocný se může pohybovat jen v okolí zdroje a velké problémy nastávají se základní hygienou, kdy jenom obyčejné sprchování přináší řadu nepředvídatelných situací jak pro nemocného, tak pro jeho ošetřující rodinu. Ale když má pacient rotační pumpu nové generace, která je menší, jednodušší, s lehčí baterií a delší životností, to už dovoluje větší a volnější pohyb, i možnost rehabilitace a pomalé začleňování zpátky do běžného života.

Mechanické srdeční podpory v dnešní době představují nejvýznamnějšího pomocníka pro nemocné, kteří čekají na vhodného dárce a do budoucna se možná stanou druhou alternativou při léčbě srdečního selhání, kdy bude čekatelů na transplantaci několikanásobně přibývat a vhodných dárců ubývat.

7.4 Život po transplantaci srdce

Že je transplantace srdce náročný výkon a velký zásah do organismu, ví každý pacient, který měl to štěstí a dočkal se. Ale samotnou operací vše nekončí. Zhruba u poloviny pacientů dochází v průběhu několika týdnů k různým komplikacím.

Rejekce - Tělo pacienta vnímá nové srdce jako cizí těleso, útočí na něj a chce ho vypudit ven. Toto odmítání se nazývá rejekce a imunosupresivními léky se dá tomu zabránit. Tyto reakce bývají nejčastěji v raném pooperačním období, ale mohou se vyskytnout v kterékoliv době po transplantaci.

Infekce - K prevenci rejekce, kdy se oslabuje imunitní systém, dochází také k oslabení schopnosti těla bojovat proti běžným infekcím. Pacient brzy zjistí, že je náchylnější k obyčejnému nachlazení a chřipce. Aby nemusel žít izolovaně, musí dodržovat (včetně celé rodiny) zdravý životní styl, všechna pravidla hygieny a mimořádná nařízení, která jsou vyhlášována v chřipkovém období. Ošetřující lékař předepíše léky, které mohou ochránit pacienta před nejčastějšími infekcemi. Pokud se vzniku nezabrání, pacient musí okamžitě informovat svého ošetřujícího lékaře.

Porucha funkce ledvin - Další léky, které pacient užívá (např. cyklosporin), jsou po něj účinné, zároveň jsou také toxické a mohou ovlivňovat činnost ledvin. Projevuje se to nadměrným močením v noci a stálou únavou. V mnoha případech je to způsobeno vyššími dávkami léků, které když lékař sníží nebo změní, funkce ledvin se upraví.

Cukrovka - Diabetes mellitus – čili cukrovka je onemocnění slinivky břišní, způsobené nedostatkem inzulínu a vede ke zvýšení hladiny cukru v krvi. Některá imunosupresiva (hlavně kortikosteroidy) způsobují takové zvýšení hladiny cukru a mohou dospět až do stadia cukrovky.

Pokud se u pacienta objeví příznaky, jako je:

- Neuhazitelná žízeň
- Častější močení
- Rozostřené vidění
- Pocity neklidu, až zmatenosti

Pacient se hlásí u svého lékaře, kde mu podle výšky hladiny cukru nasadí léčbu (tablety nebo inzulin, který se píchá pod kůži).

Vysoká hladina cholesterolu - Vysoká hladina cholesterolu může být u některých pacientů vedlejším produktem imunitní léčby. Cholesterol se vyskytuje hlavně v potravinách živočišného původu a ukládá se na stěnách tepen, které se zužují. Toto onemocnění se nazývá ateroskleróza, a když se usadí na věnčitých tepnách, neprochází jimi dostatek krve a kyslíku k srdci. To se stává ve vlastním srdci a je docela možné, že i v transplantovaném. Proto bude pacient ihned od operace užívat léky na snížení hladiny cholesterolu v krvi, bude dodržovat dietu s nízkým obsahem tuků a přidá pravidelná cvičení nebo rychlejší chůzi.

Vysoký krevní tlak - Účinkem imunosupresivních léků může také dojít ke zvýšení krevního tlaku – hypertenzi. Pro pacienta po transplantaci srdce je velmi nebezpečný, protože způsobuje srdeční selhání, cévní mozkové příhody a další komplikace zdravotního stavu. Na jeho snížení pacient dostane léky (antihypertenziva) a pomůže sám úpravou životního stylu. Bude dodržovat dietu s nízkým obsahem soli, přestane kouřit, bude se vyhýbat stresovým situacím a opět pravidelná cvičení.

Nádory - Již víme, že imunosupresivní léky mohou způsobovat nejen cukrovku, vyšší hladinu cholesterolu, vysoký krevní tlak, ale také mírně zvyšují riziko tvorby nádorů. Protože bude pacient pod pravidelnou kontrolou svého ošetřujícího lékaře, jakékoliv komplikace budou včas podchyceny. Důležité, aby pacient dodržoval opatření na ochranu proti slunci a tak omezil možnost vzniku rakoviny kůže.

Neurologické komplikace - Další komplikace, které mohou, ale nemusí nastat po užívání imunosupresivních léků jsou nespavost, podrážděnost, náhlou změnu nálady, divoké sny. Tyto vedlejší účinky se objevují ihned po operaci a mizí v období, kdy se snižuje dávka léku.

Psychické problémy - Pokud se v pooperačním období objeví u pacienta některé z výše uvedených poruch nebo komplikací, není divu, že se k tomu přidávají obavy nebo deprese. Rekonvalescence ne-probíhá tak rychle, jak si pacient představoval a obává se, že už nebude jeho život takový, jaký byl dříve. To vytváří v rodině napětí a stres, což

není dobré prostředí pro nemocného, který zvládl tak náročnou operaci a očekává se od něj, že zvládne i druhou část - uzdravování. V případě, že problémy v rodině budou přetrvávat, jsou k dispozici psychologické poradny, kde poradí, jak přizpůsobit život celé rodiny potřebám pacienta.

7.5 Cesta domů

Šťastné chvíle, které pacient prožívá při návratu domů, mohou však doprovázet obavy z komplikací, na které byl při odchodu z nemocnice upozorněn. Rekonvalescent si však musí uvědomit, že uzdravování je dlouhodobá záležitost, která může trvat i více měsíců. Proto bude chvíli trvat, než se pacient přizpůsobí životu s transplantedým srdcem, na jehož začátku se bude všemi zákazy a příkazy cítit značně omezený.

Nejdůležitější jsou první tři měsíce, kdy musí pacient žít v absolutně sterilním prostředí. Je to z obavy před infekcí, která je v tomto období nejčastější. Proto i celá rodina musí dodržovat přísná hygienická opatření.

I když některé pooperační komplikace nastávají, většina pacientů se s nimi vyrovná díky častým kontrolám na kardiologickém oddělení, kde se jim léčebný plán upravuje podle potřeb zdravotního stavu.

7.6 Dieta a výživa, tělesná cvičení, sexuální aktivita

7.6.1 Dieta a výživa

Po návratu z nemocnice dodržuje pacient stále zdravou životosprávu. Asi každý, kdo se podrobil transplantaci srdce, pravděpodobně ztratil na váze několik kilogramů. Někomu je to ku prospěchu, druhý se musí snažit ztracená kila nabrat a k tomu pomůže zdravá a vyvážená strava. Bohužel, při dlouhodobém užívání kortikosteroidů se silně zvětšuje chuť k jídlu a tím přibírání na váze, což je pro většinu pacientů vážným problémem. Proto pro dodržování správné hmotnosti bude zapotřebí dodržování diety s nízkým obsahem cukrů, tuků a omezení příjmu soli (kortikosteroidy ovlivňují zadržování soli, tím pádem se v organizmu hromadí voda a zvyšuje se krevní tlak).

Základní stravou pacienta je tedy vyrovnaná dieta, která obsahuje všechny živiny. Podává se v menších dávkách 5 až 6x denně, musí obsahovat dostatek čerstvé zeleniny (vlákniny), ale nesmí být těžko stravitelná a nadýmavá. Pouze pacienti s nadváhou musí držet redukční dietu.

Kouření je přísně zakázáno.

Tekutiny, jako voda, nejsou nijak omezovány, jejich denní příjem by se měl pohybovat od 2 do 3 litrů denně, pouze v případě komplikace by měl být příjem sledován.

Alkohol je ze začátku taktéž přísně zakázán, pouze u nemocných, u kterých probíhá rekonvalescence úspěšně, je spotřeba omezena na 70 g denně, což představuje jedno malé pivo anebo 1–2 dcl červeného vína (obsahuje méně kyselin).

Zjednodušeně platí tato základní pravidla:

- Z převážné části rostlinná strava, ovoce a zelenina (nejlépe ta, co vyrůstá v našem zeměpisném pásmu)
- Omezený příjem bílé mouky a výrobků z ní
- Obiloviny konzumované v celozrnné podobě
- Omezený příjem čistých sacharidů
- Snížený příjem tuků ze zdravých zdrojů
- Zvýšený příjem vlákniny (ječmen, luštěniny, ovesné vločky)
- Dostatečný příjem omega 3 mastných kyselin (z ryb)
- Příjem antioxidantů formou čerstvé zeleniny
- Omezený příjem soli
- Omezeně 1 – 2 dcl červeného vína denně

Pokud k tomu přidáme přiměřenou tělesnou aktivitu a odpočinek, je to zaručená kompenzace vznikajícího stresu, ke kterému může docházet během rekonvalescence.

7.6.2 Tělesná cvičení

Pacienti, kteří jsou bez omezení a pro které každodenní pohyb nepůsobí vyčerpanost ani dušnost, mohou začít s krátkými procházkami, které se budou pomalu prodlužovat a

rychlost chůze zvyšovat. Pokud při kontrole na ambulanci bylo zjištěno, že srdce pracuje bez pooperačních komplikací, je možné postupně přidávat lehká rytmická cvičení, ostřejší chůzi a jízdu na kole. Všechna cvičení je nejlépe ze začátku provádět pod dohledem rehabilitačního pracovníka v relaxačním zařízení, pokud pacient nemá žádné takové nablízku, cvičí v domácím prostředí podle plánu, který má sestavený vzhledem ke svému zdravotnímu stavu.

Asi za 3 až 4 měsíce po operaci se mohou přidat další sporty, jak byl pacient zvyklý (plavání, kondiční běh, tenis). Při plavání je třeba se vyhýbat přelidněným plovárnám a znečištěným rybníkům, kde stále hrozí riziko infekce. Kdo však před operací nebyl žádný sportovec a neprovozoval jakékoliv sporty, ten začíná s pohybem pozvolna, od pomalých procházek k rychlejším a delším.

Úkolem cvičení je:

- posílit všechno svalstvo, které v průběhu nemoci ochablo
- naučit se správně dýchat
- udržovat váhu na optimální výši

Pacient se při tělesném pohybu musí cítit dobře, nikdy ne vyčerpaně a neměl by cítit únavu ani dušnost, protože tak organizmus signalizuje, že je přetěžován a srdce se dostává na hranici svých možností.

7.6.3 Sexuální aktivita

Pohlavní život lze obnovit během několika týdnů po operaci (Šetina 2005).

Sexuální aktivita pacienta bývá někdy po transplantaci utlumena léky, které byly podávány před i po operaci a jejichž účinky pomalu odeznívají. Některé poruchy však mohou přetrvávat a proto se doporučuje konzultace se svým ošetřujícím lékařem. Začínat se sexuálním životem by měl pacient až v době, kdy se bude cítit odpočatý, uvolněný a v pohodě, pak bude i pohlavní styk příjemný.

Pacient by měl mít stále na paměti, že je stále náchylnější k infekcím než ostatní lidé. Líbání s partnerem, pokud je naprosto zdravý (nesmí být nachlazený, rýma, kašel), nikoho neohrozí. Pro pohlavní styk s partnerem, který by měl být trvalý a důvěryhodný,

platí tyto zásady taktéž. Nesmí se zapomínat na pravidelnou hygienu, která je v tomto případě velice důležitá.

Jako ochrana proti infekci, tak proti nechtěnému otěhotnění, je vhodný pro ženy i muže – kondom.

7.7 Cestování

V prvních týdnech po transplantaci se nedoporučuje žádná fyzická ani psychická zátěž. Pokud se pacient cítí dobře a všechny výsledky jsou uspokojivé, může začít s řízením motorového vozidla, které nemá žádné otřesy a nepůsobí zhoršení jeho zdravotního stavu (ne traktor ani terénní vozidlo). Pro řízení je vždy nutné – platný řidičský průkaz a potvrzení o způsobilosti řízení od ošetřujícího, nebo obvodního lékaře. Také není žádný důvod, aby pacient nemohl cestovat. Nedoporučují se však cesty do příliš horkých krajín, kde je špatná hygiena, kontaminovaná voda a někdy i potraviny. Než se někam pacient vydá, musí vše prokonzultovat se svým lékařem. Na cestu se musí vybavit všemi léky na celou dobu pobytu a seznamem léků pro případ ztráty nebo odcizení. Také je dobré vyhnout se zemím, do kterých je povinné očkování proti tropickým a podobným nemocem. Pro nemocného může být nebezpečný také pobyt na prudkém slunci, kdy ultrafialové paprsky, které jsou obsažené ve slunečním světle, způsobují úžeh, stárnutí kůže a dlouhým pobytem na slunci, i rakovinu kůže. U pacientů po transplantaci je zvýšené riziko vzniku kožních nádorů (přeměna mateřských znamének na zhoubné nádory). Proto je třeba zachovávat tyto základní pravidla:

- Zbytečně se nevystavovat slunečnímu záření
- Při nutném pobytu na slunci se chránit krémy s OF vyšším než 15
- Používat oblečení s dlouhým rukávem
- Hlavu chránit kloboukem
- Oči chránit slunečními brýlemi
- Nenavštěvovat ani solária
- Zapamatovat si, že opalování je po transplantaci nebezpečné

Dále se nedoporučuje dlouhá cesta letadlem, kdy je nemocný vystavený dehydrataci, otokům dolních končetin při dlouhém sezení, s následným vznikem hluboké žilní

trombózy. Obecně vzato, pro pacienta s transplantovaným srdcem, jsou bezpečné z hlediska klimatických podmínek, pouze cesty po celé Evropě.

7.8 Život doma

„Životní podmínky ovlivňují průběh celého života, zdravotní stav i aktivity, které nemocný provozuje...“ (Málek 2008)

Po návratu z nemocnice se pacient podle svého zdravotního stavu pomalu zapojuje do běžného života. Ze začátku nesmí zvedat, ani nosit žádné těžké věci a tak začíná drobnými domácími pracemi, které ho nijak nevyčerpávají, naopak, přináší mu radost ze zvládnutého úkolu a vyplňují prázdné chvíle.

Další činností může být péče o domácí zvířátka a drobné práce na zahradě. I když se domácí mazlíčci moc nedoporučují kvůli různým parazitům a tím možnému zvýšení rizika infekce, jsou u pacientů stále v oblibě. Mnozí pacienti už mají s péčí o své malé společníky zkušenosti. Pro začátečníky, kteří si chtějí do budoucna nějaké pořídit, se doporučují akvarijní rybičky, plazi a krátkosrstí psi, protože představují nejmenší riziko nákazy. Kočky a ptáci v klecích jsou nositeli nebezpečných bakterií, těm by se nemocní měli vyhýbat.

Pokojové květiny v květináčích, které jsou zdrojem půdních mikroorganismů, je lepší vyměnit za takové, které se dají pěstovat ve vodním roztoku (hydroponie). Proto by měla rodina dbát na to, aby květiny, které ještě zůstaly původní, nebyly umístěny přímo v ložnici, ani v kuchyni.

Při drobné práci na zahradě musí pacient dodržovat pokyny lékaře a začínat takovými úkony, které nebudou ohrožovat jeho zdravotní stav. Musí dávat pozor, aby se neporanili, i drobná oděrka je cestou pro vniknutí infekce do těla. Je tedy nutné při práci s hlínou i při hygieně domácích zvířat, používat vždy gumové rukavice.

Také je vhodné, sestavit si harmonogram prací na celý den a tím se vyhnout myšlenkám, co s volným časem. Tím se nechá částečně předejít stavům úzkosti, strachu a následným depresím, které se u pacientů občas objevují. Když už se takové stavy

projeví, je nutné požádat ošetřujícího lékaře o konzultaci a naplánovat s ním zvláštní schůzku. Ta může proběhnout v ordinaci, v pracovně, nebo podle dohody. Také může pacient rozhodnout, zda bude přítomen někdo z rodiny, nebo jen sám. Při takovém naplánovaném rozhovoru bude pacient klidnější a uvolněnější a lékař se bude moci více soustředit na pacientem kladené otázky, týkající se jeho současné rekonvalescence.

Rodina a ošetřující osoba musí být o výsledcích kontrol informována, aby mohla pacientovi v případě potřeby pomoci. Pokud je potřeba větší odborná péče, než může rodina zajistit, je možné objednat vyškolenou asistentku, která tuto službu poskytne.

7.9 Specializované ambulance pro pacienty po transplantaci srdce

Nemocní po transplantaci srdce potřebují trvalou péči a kontrolu, kterou zajišťují příslušná kardiocentra ve spolupráci s ambulancemi kardiologů.

V České republice je to od roku 1984:

Institut klinické a experimentální medicíny Klinika kardiovaskulární chirurgie

Vídeňská 1958/9
140 21 PRAHA 4
Telef: 236 051 111
Mail: ikem@ikem. Cz

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno od roku 1992:

Pekařská 53
565 91 BRNO
Telef: 543 182 484
Ústř: 543 181 111
Mail: cktch@cktch.cz

PRAKTICKÁ ČÁST

8 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

8.1 Cíl výzkumu a hypotézy

Zjistit specifika edukačního procesu u pacientů po transplantaci srdce a pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory. Analýza komparace potřeb pacientů po transplantaci srdce a po implantaci srdeční podpory.

Výzkumné otázky

- 1) Jaké nejčastější edukační problémy se vyskytují u pacientů se srdečním onemocněním?
- 2) Jaké specifické potřeby mají pacienti po implantaci mechanické srdeční podpory a pacienti po transplantaci srdce?
- 3) Jaký je psychický dopad na dospělého pacienta a porovnání rozdílů potřeb před a po transplantaci srdce?

Hypotézy

H1 Nejčastější edukační problém pacientů se srdečním onemocněním je nedostatek informací.

H2 Nejčastější životní potřebou pacientů je komunikace s lékařem a možnost konzultací o své nemoci.

H3 Pacienti po transplantaci srdce a pacienti po implantaci mechanické srdeční podpory nejvíce potřebují jistotu, podporu rodiny a domova.

8.1 Metodika výzkumu

Před vlastním výzkumem byl získán souhlas od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči podáním písemné žádosti, kde tuto požádala o možnost provedení dotazníkového šetření na kardiologickém oddělení naší nemocnice (příloha A).

Výzkumné šetření autorka prováděla u pacientů po transplantaci srdce a pacientů s implantací mechanických srdečních podpor. Zvolenou metodou byl kvantitativní výzkum, zaměřený na proces výuky pacientů, na kvalitu a potřeby jejich života. Po poradě s vedoucí práce autorka vytvořila nestandardizovaný dotazník (příloha B) tak, aby mohli výsledky získaných odpovědí potvrdit nebo vyvrátit hypotézy. Tato dotazníková metoda je způsob, při kterém se získávají informace písemnou formou. Výhodou metody je rychlý sběr dat od velkého počtu respondentů, dále větší možnost pravdivých odpovědí, než např. při rozhovoru. Odpovědi bývají přesnější a jsou zde možnosti dalšího počítačového zpracování (využit byl program Excel).

S ohledem na onemocnění respondentů byla zvolena co nejjednodušší a nejkratší varianta dotazníkového šetření. Po krátkém úvodu, kde byly popsány důvody výzkumného šetření, ujištění o anonymitě a poděkování za vyplnění, následuje 30 otázek. Svoji odpověď označili respondenti zakroužkováním a nebo dopsali volně na řádek. Ke každé hypotéze bylo stanoveno 8 – 9 otázek, přičemž úvod patřil základním otázkám sociodemografickým.

Dotazník se skládal ze čtyř otázek otevřených: číslo 2, 17, 23, 30, zbytek tvořily otázky uzavřené. Dotazníky autorka předkládala pacientům v IKEM na oddělení srdečního selhání, kam docházejí na pravidelné kontroly do specializované ambulance.

8.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 50 respondentů. Týkalo se to pacientů IKEM, z ambulance srdečního selhání. Tito respondenti byli vybráni proto, že splňovali požadavky výzkumu. Jejich odpovědi ukázaly rozdílnost jak v edukaci pacienta, tak v jeho kvalitě života i rozdíly psychosociálních potřeb.

Dotazníků se vrátilo ke zpracování celkem 50. Všechny dotazníky byly kompletně vyplněny, takže mohly být zařazeny do souboru ke zpracování. Tento soubor pro naše výpočty činil 100% a každá jednotlivá otázka byla písemně vyhodnocena a graficky znázorněna.

Charakteristika výzkumného souboru: soubor tvořili pacienti se srdečním selháním, s implantovanou mechanickou srdeční podporou a pacienti po transplantaci srdce od 16 let do 71 let. Bylo velice zajímavé porovnávat, jaké potřeby jsou v dané chvíli pro každého jednotlivce důležité. Na jedné otázce se ale všichni shodli, že je pro ně nejdůležitější rodina a blízké okolí.

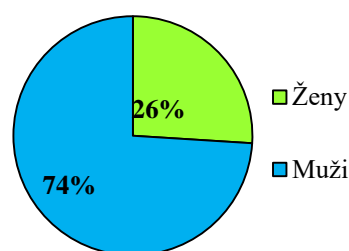
8.3 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1: **Pohlaví?**

Tabulka č. 1 Struktura respondentů - pohlaví

Pohlaví	n	r v %
Ženy	13	24%
Muži	37	76%
Celkem	50	100%

Graf č. 1 Struktura respondentů - pohlaví



Zdroj: vlastní šetření

Z celkového počtu 50 dotazovaných respondentů, bylo 13 žen, to je 26% a 37 mužů, to činí 74%.

Otázka č. 2: **Kolik je Vám let?**

Tabulka č. 2 Struktura respondentů - věk

Pohlaví	Průměrný věk
Ženy	43
Muži	53
Celkově	

Z celkového počtu 50 dotazovaných respondentů, věkový průměr činil, u žen 43 let a u mužů 53 let.

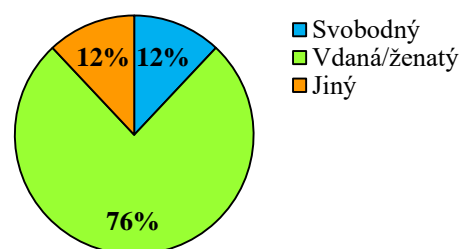
Zdroj: vlastní šetření

Otázka č. 3: **Rodinný stav?**

Tabulka č. 3 Struktura respondentů – rod. stav

Pohlaví	Svobodný n	Vdaná /ženatý n	Jiný n	Celkem n
Ženy	1	7	5	13
Muži	5	31	1	37
Celkem	6	38	6	50

Graf č. 2 Struktura respondentů – rod. stav



Zdroj: vlastní šetření

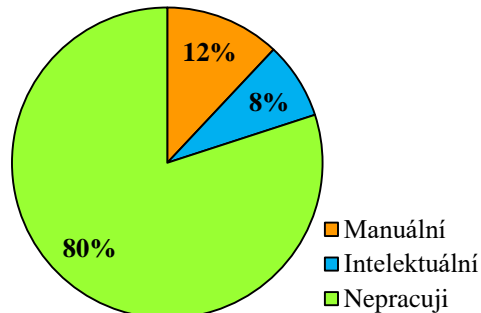
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 6 svobodných respondentů to je 12%, ženatý, vdaná 38 respondentů to je 76% a s jiným rodinným stavem bylo zjištěno pouze 6 respondentů to je 12%.

Otázka č. 4: **Jaké máte povolání?**

Tabulka č. 4 Struktura respondentů – Graf č. 3 Struktura respondentů – povolání povolání

Pohlaví	Manuál. n	Intelek. n	Neprac. n	Σ
Ženy	2	0	11	13
Muži	4	4	29	37
Σ	6	4	40	50

Zdroj: vlastní šetření



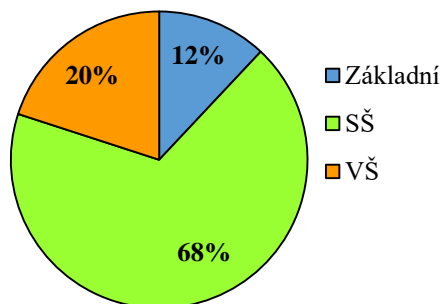
Z celkového počtu 50 dotazovaných respondentů bylo 6 manuálně pracujících 12%, intelektuálně pracujících bylo 4 to je 8% a nepracujících bylo 40 respondentů to činí 80%.

Otázka č. 5: **Nejvyšší dosažené vzdělání?**

Tabulka č. 5 Struktura respondentů – Graf č. 4 Struktura respondentů – vzdělání vzdělání

Pohlaví	Základní n	SŠ n	VŠ n	Σ
Ženy	2	9	2	13
Muži	4	25	8	37
Σ	6	34	10	50

Zdroj: vlastní šetření



Dotazníkového šetření se zúčastnilo se základním vzděláním 6 respondentů to je 12%, se středoškolským vzděláním 34 respondentů to je 68% a s vysokoškolským vzděláním bylo 10 respondentů to činí 20%.

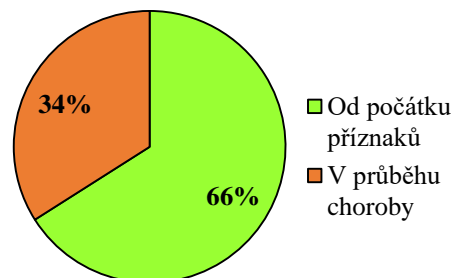
Otázka č. 6: **Jak dlouho víte o svém onemocnění?**

Tabulka č. 6 Doba zjištění onemocnění

Pohlaví	Od počátku příznaků (n)	V průběhu choroby (n)	Σ
Ženy	8	5	13
Muži	20	17	37
Σ	28	22	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 5 Doba zjištění onemocnění



O svém onemocnění vědí od počátku příznaků 28 respondentů to je 66%, v průběhu onemocnění se to dozvědělo 22 respondentů to činí 34%.

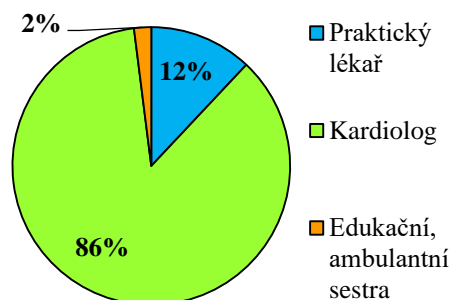
Otázka č. 7: **Kdo Vám sdělil informace o onemocnění?**

Tabulka č. 7 Kdo sdělil informace o chorobě

Pohlaví	Praktický lékař (n)	Kardiolog (n)	Eduk. ambul. sestra (n)	Σ
Ženy	0	13	0	13
Muži	6	30	1	37
Σ	6	43	1	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 6 Kdo sdělil informace o chorobě



Z celkového počtu 50 respondentů se informace o srdečním selhání dozvědělo od praktického lékaře 6 dotazovaných respondentů to je 12%, dále 43 od odborného lékaře kardiologa to je 86% a od odborné sestry pouze 1 respondent to jsou 2%.

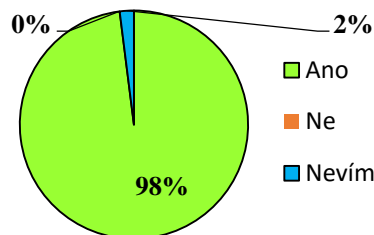
Otázka č. 8: **Dostal/a jste dostačující informace o onemocnění?**

Tabulka č. 8 Dostatečnost poskyt. informací

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	13	0	0	13
Muži	36	0	1	37
Σ	49	0	1	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 7 Dostatečnost poskyt. informací



Z celkového počtu 50 dotazovaných 49 respondentů odpovědělo ano, což je 98%. Pouze jeden dotázaný respondent odpověděl neví to jsou 2%.

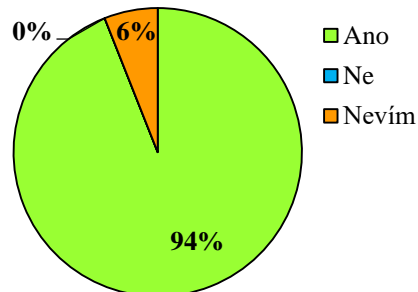
Otázka č. 9: **Máte možnost kontaktovat svého ošetřujícího lékaře při zhoršení stavu?**

Tabulka č. 9 Možnost kontaktovat lékaře

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	11	0	2	13
Muži	36	0	1	37
Σ	47	0	3	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 8 Možnost kontaktovat lékaře



Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo 47 ano, mají možnost kontaktovat svého ošetřujícího lékaře, což je 94% dotazovaných respondentů. Pouze 3 respondenti odpověděli – neví a to činí 3%.

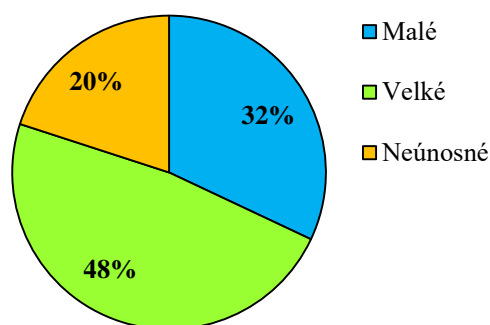
Otázka č. 10: **Jaké byly Vaše pocity, obavy a strach po sdělení diagnózy?**

Tabulka č. 10 Pocity po sdělení diagnózy

Pohlaví	Malé (n)	Velké (n)	Neúnosné (n)	Σ
Ženy	6	6	1	13
Muži	10	18	9	37
Σ	16	24	10	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 9 Pocity po sdělení diagnózy



Z padesáti dotazovaných respondentů odpovědělo 16 ano, že mají malé obavy to je 32%, 24 respondentů odpovědělo, že mají velké obavy to je 48%. A neúnosné obavy a strach popsalo 10 respondentů to je 20%.

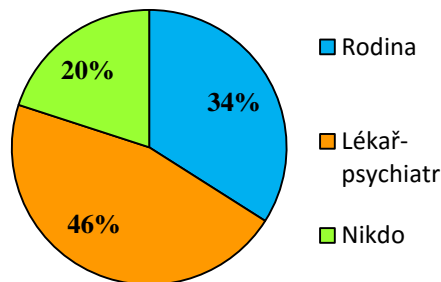
Otázka č. 11: **Kdo Vám byl psychickou podporou v době zjištění diagnózy?**

Tabulka č. 11 Zdroj psychické podpory

Pohlaví	Rodina (n)	Psychiatr (n)	Nikdo (n)	Σ
Ženy	6	6	1	13
Muži	11	17	9	37
Σ	17	23	10	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 10 Zdroj psychické podpory



Největší psychickou podporou se stal lékař, psychiatr, 23 respondentů si vyžádali jeho pomoc to je 46%. Dále 17 respondentů má podporu v rodině to je 34% a 10 respondentů nemá nikoho to činí 20%.

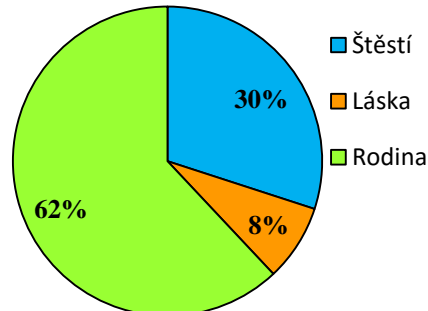
Otázka č. 12: **Které životní hodnoty jsou pro Vás důležité?**

Tabulka č. 12 Důležitost životních hodnot

Pohlaví	Štěstí (n)	Láska (n)	Rodina (n)	Σ
Ženy	6	1	6	13
Muži	9	3	25	37
Σ	15	4	31	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 11 Důležitost životních hodnot



Z celkového počtu 50 respondentů popsalo důležitost hodnot. Největší životní hodnota byla popsána na 62% rodina, dále 30% štěstí a 8% je láska.

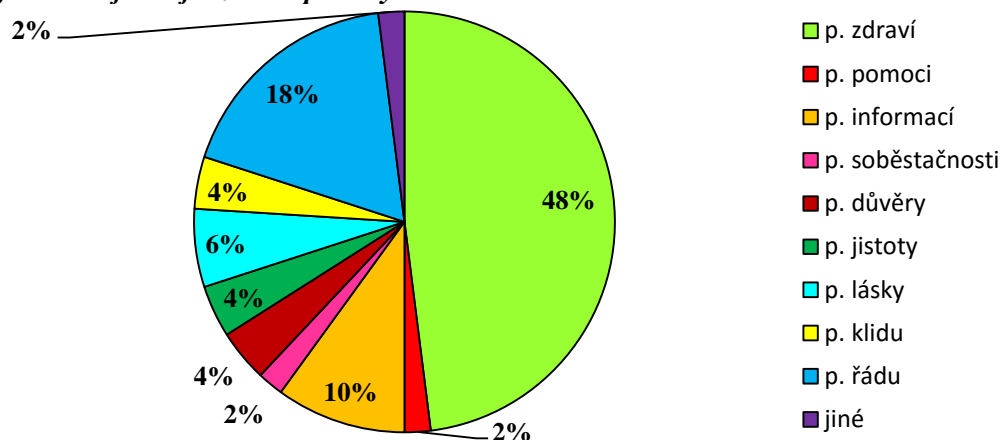
Otázka č. 13: **Jaké máte nejčastější životní potřeby? (vyberte více možností)**

Tabulka č. 13 Nejčastější životní potřeby

Pohlaví	Zdraví	Pomoci	Infor.	Soběst.	Důvěry	Jistoty	Lásky	Klidu	Řádu	Jiné	Σ
Ženy	6	0	2	0	1	0	1	0	3	0	13
Muži	18	1	3	1	1	2	2	2	6	1	37
Σ	24	1	5	1	2	2	3	2	9	1	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 12 Nejčastější životní potřeby



Z 50 dotazovaných respondentů odpovědělo na otevřenou otázku různorodě. Nejvíce odpovědi bylo na potřebu zdraví, na to odpovědělo 48% respondentů. Dále 18% byla zmíněna potřeba řádu a 10% potřeba informací.

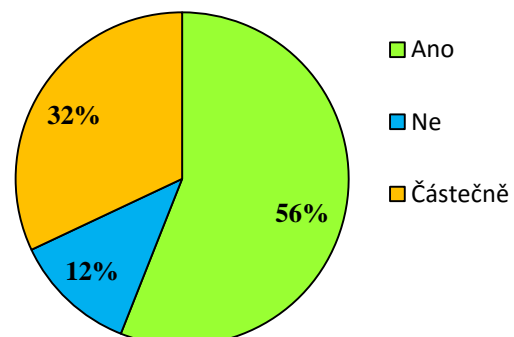
Otázka č. 14: **Byly tyto Vaše vybrané potřeby uspokojovány?**

Tabulka č. 14 Uspokojení vybraných potřeb

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Částečně (n)	Σ
Ženy	4	2	7	13
Muži	24	4	9	37
Σ	28	6	16	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 13 Uspokojení vybraných potřeb



Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo: u 28 respondentů byly potřeby uspokojovány to je 56%, vůbec ne 6 respondentů to je 12%. Na částečné uspokojování odpovědělo 16 respondentů, to činí 32%.

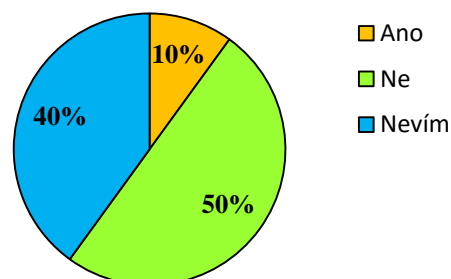
Otázka č. 15: **Měli jste pocit, že své rodině a blízkému okolí jste na obtíž?**

Tabulka č. 15 Četnost výskytu pocitu „být na obtíž“

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	3	8	2	13
Muži	2	17	18	37
Σ	5	25	20	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 14 Četnost výskytu pocitu „být na obtíž“



Dotazovaní respondenti měli popsat pocit, zdali se cítí být na obtíž. 5 respondentů odpovědělo ano to je 10%, 25 respondentů ne to je 50% a nevím odpovědělo 20 respondentů, to činí 40%.

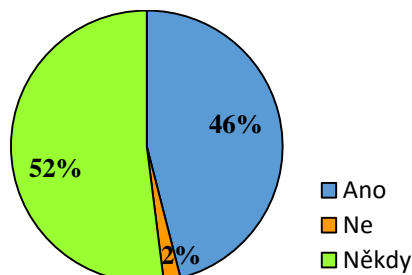
Otázka č. 16: **Potřebujete pomoc od členů rodiny?**

Tabulka č. 16 Potřeba pomoci od rodiny

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Někdy (n)	Σ
Ženy	6	0	7	13
Muži	17	1	19	37
Σ	23	1	26	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 15 Potřeba pomoci od rodiny



U všech 50 respondentů jsme zjistili: Pomoc od členů rodiny vyhledává 23 respondentů to je 46%. Ne pouze jeden to jsou 2%. Někdy pomoc vyhledává 26 respondentů to činí 52%.

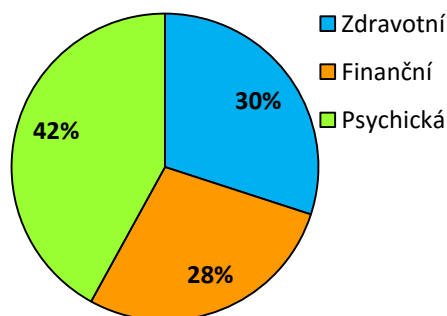
Otázka č. 17: **Konkrétně, jaká pomoc je pro Vás nejdůležitější?**

Tabulka č. 17 Druh nejdůležitější pomoci

Pohlaví	Zdravotní (n)	Finanční (n)	Psychick. (n)	Σ
Ženy	5	7	1	13
Muži	10	7	20	37
Σ	15	14	21	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 16 Druh nejdůležitější pomoci



Z 50 respondentů na otevřenou otázku odpovědělo pouze 70%. Konkrétně jmenovali zdravotní 30%, finanční 28% a psychická pomoc od rodiny 42%.

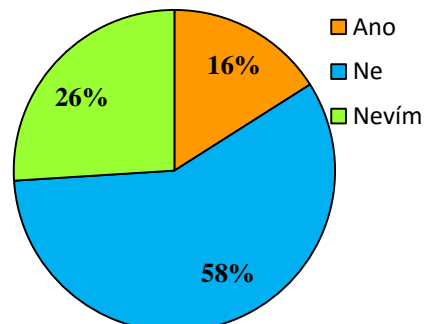
Otázka č. 18: **Nenarušilo Vám Vaše onemocnění srdce vztahy s rodinou?**

Tabulka č. 18 Narušení vztahů s rodinou

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	1	8	4	13
Muži	7	21	9	37
Σ	8	29	13	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 17 Narušení vztahů s rodinou



Z celkového počtu dotazovaných odpovědělo 29, že vztahy s rodinou jsou neporušeny to je 58%, dále jen 13 respondentů o ničem neví to je 26% a 8 respondentů, popsalo problémy s rodinou to činí 16%.

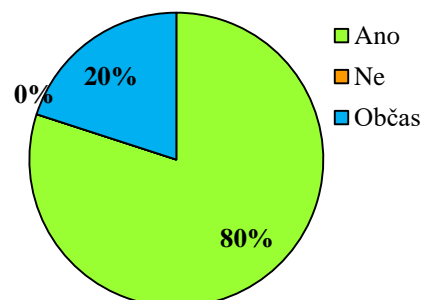
Otázka č. 19: **Odráží se finanční náročnost léčby ve Vašem rodinném rozpočtu?**

Tabulka č. 19 Vliv léčby na rodinný rozpočet

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	10	0	3	13
Muži	30	0	7	37
Σ	40	0	10	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 18 Vliv léčby na rodinný rozpočet



Finanční náročnost léčby se odráží u 80% respondentů, říkají, že léčba je finančně náročná.

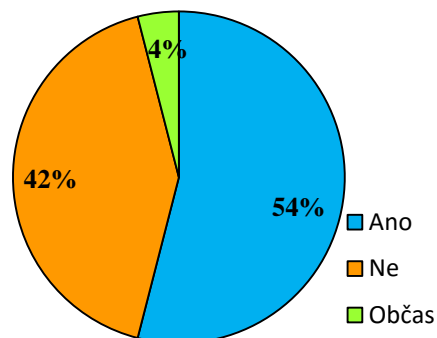
Otázka č. 20: **Je nutná finanční výpomoc?**

Tabulka č. 20 Nutnost finanční výpomoci

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	7	5	1	13
Muži	20	16	1	37
Σ	27	21	2	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 19 Nutnost finanční výpomoci



Na dotaz jestli je nutná finanční výpomoc jsme se utvrdili, že 27 respondentů odpověděli ano to je 54% a 21 respondentů to je 42% že ne.

Pouze 2 respondenti odpověděli občas, což činí 4%.

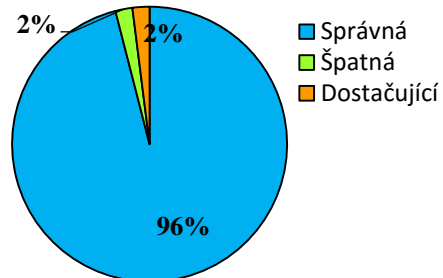
Otázka č. 21: **Byla edukace v obsluze přístroje pro Vás dostačující?**

Tabulka č. 21 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje

Pohlaví	Správná (n)	Špatná (n)	Dostačuj. (n)	Σ
Ženy	13	0	0	13
Muži	35	1	1	37
Σ	48	1	1	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 20 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje



Na dotaz, zdali byla edukace v obsluze stroje správná odpověděli téměř všichni, že ano to je 96%, pouze jeden respondent napsal dostačující a jeden, že edukace byla špatná.

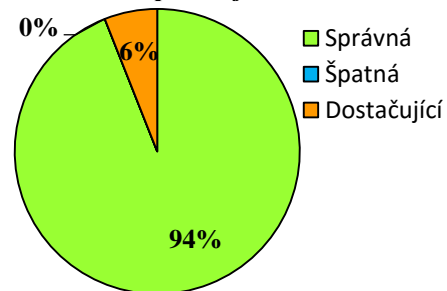
Otázka č. 22: **Byla edukace ošetření a převazu rány dostačující?**

Tabulka č. 22 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje

Pohlaví	Správná (n)	Špatná (n)	Dostačuj. (n)	Σ
Ženy	12	0	1	13
Muži	35	0	2	37
Σ	47	0	3	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 21 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje



Z celkového počtu 50 respondentů, na dotaz jestli edukace ošetření rány byla dostačující téměř opět všichni 47 respondentů odpovědělo, že ano, to je z celkového počtu 94% a pouze 3 respondenti tvrdili, že je edukace dostačující to činí 6%.

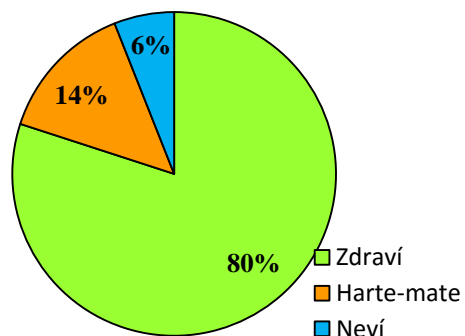
Otázka č. 23: **Co je pro Vás největší problém?**

Tabulka č. 23 Problémy označené jako největší

Pohlaví	Zdraví (n)	Harte-mate (n)	Neví (n)	Σ
Ženy	10	2	1	13
Muži	30	5	2	37
Σ	40	7	3	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 22 Problémy označené jako největší



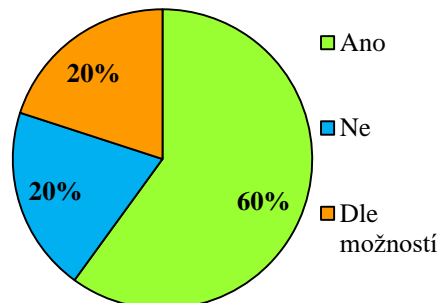
Z celkového počtu 50 respondentů, jsme zjistili, že největší problém je chybějící zdraví to je 80%, dále 7 respondentům je těžké žít s přístrojem to je 14% a 3 respondenti si nemohli vzpomenout na nic to činí 6%.

Otázka č. 24: **Vyrovnal jste se s vzniklou situací?**

Tabulka č. 24 Vyrovnaní se se vzniklou situací Graf č. 23 Vyrovnaní se se vzniklou situací

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Dle možn. (n)	Σ
Ženy	10	0	3	13
Muži	20	10	7	37
Σ	30	10	10	50

Zdroj: vlastní šetření



Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo, 30 respondentů se v vzniklou situaci vyrovnalo to je 30%, 10 respondentů ne to je 20% a 10 podle možnosti to činí také 20%.

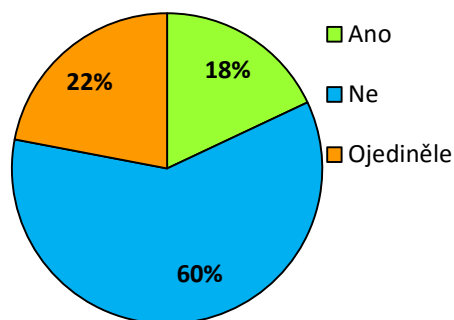
Otázka č. 25: **Trpíte stresovými situacemi?**

Tabulka č. 25 Stresové situace

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Ojediněle (n)	Σ
Ženy	5	6	2	13
Muži	4	24	9	37
Σ	9	30	11	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 24 Stresové situace



Na otázku jestli respondenti trpí na stresové situace, odpověděli ano 9 respondentů to je 18%, 30 respondentů odpovědělo ne to je 60% a ojediněle 11 respondentů to činí 22%.

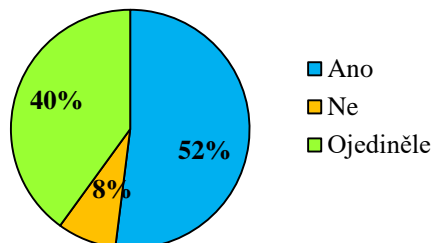
Otázka č. 26: **Pocitujete omezení v souvislosti s Vaším onemocněním?**

Tabulka č. 26 Pocit omezení v souvislosti s onemocněním

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Ojediněle (n)	Σ
Ženy	3	0	10	13
Muži	23	4	10	37
Σ	26	4	20	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 25 Pocit omezení v souvislosti s onemocněním



Z celkového počtu 50 respondentů odpovědělo na dotaz, jestli pocítují omezení v souvislosti se srdečním selháním, tak 26 respondentů odpovědělo ano to je 52%, 4 respondenti ne to je 8% a 20 respondentů

odpovědělo, že omezení pociťují ojediněle to činí 40%.

Otázka č. 27: **Jaká omezení to jsou?**

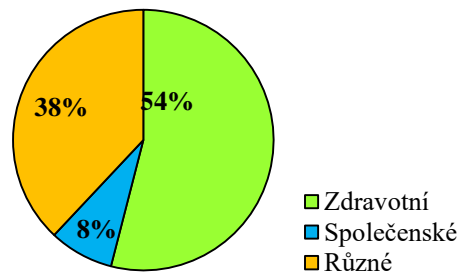
Tabulka č. 27 Typy omezení

Pohlaví	Zdravotní (n)	Společenské (n)	Různé (n)	Σ
Ženy	5	3	5	13
Muži	22	1	14	37
Σ	27	4	19	50

Zdroj: vlastní šetření

Jaká to omezení jsou nám respondenti z celého souboru 50 odpovídajících upřesnili. Zdravotní omezení má 27 respondentů to je 54%, společenské omezení mají 4 respondenti to je 8% a různá omezení má 19 respondentů to činí 38%.

Graf č. 26 Typy omezení



Otázka č. 28: **Dokázal/a byste se o sebe v současnosti postarat v domácím léčení?**

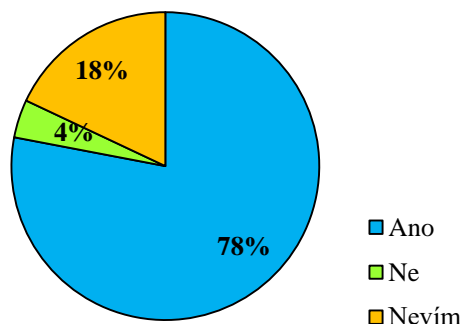
Tabulka č. 28 Typy omezení

Pohlaví	Ano (n)	Ne (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	10	0	3	13
Muži	19	2	6	37
Σ	29	2	9	50

Zdroj: vlastní šetření

Na dotaz zdali je respondent schopen se o sebe sám postarat v domácím prostředí. Jsme zjistili, že ano bylo 29 respondentů to je 78%, ne odpověděli 2 respondenti to je 4% a 9 respondentů odpovědělo nevim to činí 18%.

Graf č. 27 Typy omezení



Otázka č. 29: **Kdo by se o Vás dokázal postarat v rámci domácnosti?**

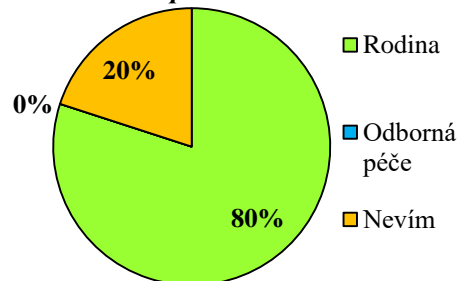
Tabulka č. 29 Osoby schopné péče v domácím prostředí

Pohlaví	Rodina (n)	Odbor. dom. péč. (n)	Nevím (n)	Σ
Ženy	10	0	3	13
Muži	30	0	7	37
Σ	40	0	10	50

Zdroj: vlastní šetření

Na dotaz, kdo by se uměl postarat v rámci domácího prostředí, odpověděli respondenti z celkového množství 50 odpovídajících následovně. Rodina by pomohla na 80 %, což bylo 40 respondentů. Na odbornou domácí péči se neobrátil ani jeden respondent a nevim odpovědělo 10 respondentů to činí 20%.

Graf č. 28 Osoby schopné péče v domácím prostředí



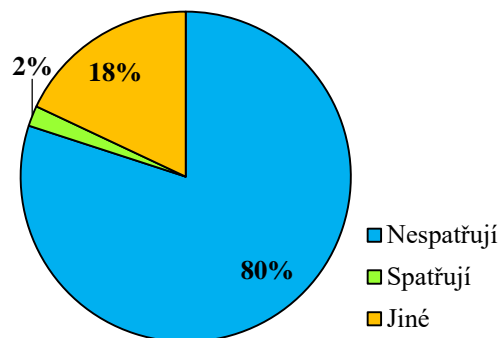
Otázka č. 30: **Spatřujete edukační a ošetrovatelské nedostatky u ošetrovatelského personálu ve zdravotnickém zařízení?**

Tabulka č. 30 Nedostatky u personálu

Pohlaví	Nespatřují (n)	Spatřují (n)	Jiné (n)	Σ
Ženy	8	0	5	13
Muži	32	1	4	37
Σ	40	1	9	50

Zdroj: vlastní šetření

Graf č. 29 Nedostatky u personálu



Z celkového počtu 50 respondentů, na otázku zdali spatřují edukační a ošetrovatelské nedostatky u ošetrovatelského personálu ve zdravotnickém zařízení, 40 respondentů odpovědělo jednoznačně to je 80%, že nespatřují. Jeden respondent spatřuje nedostatky to jsou 2%, ale konkrétní neuvedl. A 9 respondentů popsalo jiné to je 18%, například jeden respondent popsal, že do zdravotnictví jde poslední dobou ze státního rozpočtu málo peněz. Další respondent vidí jiné příčiny v neprofesionálním přístupu zdravotníků a přílivu zdravotníků s cizí státní příslušností. A další v neodborném přístupu na malých nemocnicích. Další respondenti to neumí posoudit.

8.4 Vyhodnocení dotazníků a analýza výsledků

Diplomová práce zjišťovala specifika edukačního procesu a u pacientů po transplantaci srdce a pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory. Dále se analyzovaly a porovnávaly psychosociální potřeby dospělých pacientů po transplantaci srdce a po implantaci srdeční podpory.

Tento cíl jsme rozdělili na tři hypotézy.

H1: První hypotéza. Nejčastější edukační problémy pacientů se srdečním onemocněním je nedostatek informací? Této hypotézy se týkaly otázky 1-9, na který respondenti dostatečně odpověděli. Otázka 1-5 se zabývala sociodemografickým výzkumem, popisovala pohlaví, věk a vzdělání našich respondentů. Na otázku číslo 4, jaká mají respondenti povolání, odpovědělo 80 % respondentů, že nepracují, toto není

nikterak překvapivé již Prof. Pirk, Málek (2008) popisují, že pacienti jsou raději v invalidním důchodu.

Tato hypotéza se potvrdila v odpovědích na otázky 7-8. Otázka 7, kdo Vám sdělil informace o onemocnění, 84 % respondentů odpovědělo, že odborný lékař- kardiolog ve specializované ambulanci. Otázka číslo 8, jestli dostali dostačující informace o svém onemocnění, tak 98 % respondentů odpovědělo ano, což si myslím je veliký úspěch edukačního procesu.

Hypotéza č. 1 se potvrdila. Autorka cítí radost, pacienti IKEM z ambulance srdečního selhání jsou informováni na velmi vysoké úrovni.

H2: Druhá hypotéza. Nejčastější životní hodnoty a specifické potřeby pacientů po transplantaci srdce a pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory je komunikace a dostupnost lékaře a podpora rodiny? Tady přesvědčující otázka pro respondenty byla otázka číslo 9, jestli mají respondenti možnost kontaktovat svého ošetřujícího lékaře a 94 % odpovídajících odpovědělo ano. Otázky 12 – 20 se týkají životních potřeb, kde respondenti odpověděli, že pomoc od rodiny a od svých blízkých nezbytně potřebují. Nejčastější potřeba byla popisována jako potřeba zdraví, to označilo 66% respondentů, dále potřeba soběstačnosti, jistoty a naděje. Potřeba klidu byla respondenty také uvedena jako důležitá. Pacienti, kteří mají mechanický srdeční přístroj, také preferují tyto uvedené potřeby, ale dále na prvním místě je potřeba získávání informací a potřeba finanční pomoci.

H3: Třetí hypotéza. Pozorování psychického stavu respondentů. Psychický dopad u dotazovaných respondentů? Této hypotézy se nejvíce týkaly otázky číslo 20-30, na které respondenti odpovídali. Otázka číslo 21 zjišťovala, zdali respondenti umí sami ovládat mechanické srdce a respondentů odpovědělo, že ano a část potřebuje odbornou pomoc, jen jeden to nezvládá vůbec. Otázka číslo 22, která se týkala správné ošetření rány, 78% respondentů odpovědělo, dostačující. Otázka číslo 23 byla otevřená a týkala se, co pro respondenty je největší problém. Zjistili jsme překvapivě, že 80 % z celkového počtu respondentů mají největší problém se svým zdravím. Otázka číslo 24 byla zaměřena na fakt, jestli se respondenti vyrovnali s vzniklou situací, 60 % odpovědělo, že s vzniklou situací se museli vyrovnat, že jim v podstatě nic jiného nezbylo, 20 % respondentů se

vůbec nevyrovnalo se vzniklou situací a 20% se vyrovnalo podle svých možností. Otázka číslo 25, jestli respondenti trpí stresovými situacemi. Dopadla také výborně, 60 % respondentů odpovědělo, že na stresové situace netrpí a 22 % pouze příležitostně. Třetí hypotéza se nám také potvrdila. Respondenti pokud se nevystavují stresovým situacím, jejich zdravotní stav se nezhoršuje.

8.5 Diskuze

Dotazníkovým šetřením se potvrdily hypotézy takto: pacienti čekající na transplantaci srdce provázejí obavy z budoucnosti a úspěšnosti transplantace; pacienti před a po transplantaci nejčastěji hledají podporu v rámci rodiny; identifikace potřeb pacientů a jejich efektivní uspokojování vede k psychické pohodě pacienta v době čekání na transplantaci srdce; psychická a fyzická pohoda pacientů a aktivní spolupráce rodiny pozitivně ovlivňuje proces rekonvalescence po transplantaci srdce a u více než poloviny pacientů po transplantaci srdce se nemění žebříček životních hodnot. Tím došlo také ke splnění našich cílů. Přínosem v rámci ošetrovatelské praxe je doporučení pro pacienty a jejich rodiny před a po transplantaci srdce.

Z výsledků našeho dotazníkového šetření vyplynulo, že u většiny pacientů po transplantaci srdce a pacienti po implantaci mechanické srdeční podpory dochází ke zlepšení edukačního procesu a kvality života, specifika edukační a ošetrovatelské péče pacienti tolerují a řídí se doporučeními zdravotníků. Ve výzkumném vzorku převažovali muži okolo šedesáti let, vzděláním vyučení a téměř tři čtvrtě pacientů byla v důchodu invalidním, někteří i starobním¹.

Vysoký počet invalidních důchodců byl samozřejmě důsledkem chronického srdečního selhání, kdy pacienti nemohli vykonávat svoje zaměstnání. Zjistili jsme také vysoký počet invalidních důchodců po transplantaci srdce, téměř polovinu.

Profesor Pirk, Málek (2008) uvádí, že důvody proč pacienti nepracují, jsou spíše sociální než zdravotní. Obávají se totiž ztráty invalidního důchodu.

¹ ČERNOŠKOVÁ (2008) uvedla procentuálně podobná data ve výsledcích sociodemografických otázek svého šetření.

ZÁVĚR

Diplomová práce byla rozdělena na dvě části, teorii a praktickou část (výzkum).

V první části se pojednává o důležitosti edukace na specializovaném pracovišti, v našem případě Kardiochirurgické centrum IKEM Praha. Byla podtržena závažnost srdečního selhání, připomenuty počátky transplantace srdce, historie mechanických srdečních podpor, indikace a kontraindikace onemocnění. Dále byly uvedeny psychosociální potřeby pacientů, z nichž jsou nejzákladnější jistota a bezpečí a bez nichž by pobyt ve zdravotnickém zařízení nebyl takový, jak ho známe dnes.

Nebylo zapomenuto ani na edukační sestry, které spolu s ošetřujícím personálem, jsou u pacienta v každé jeho těžké chvíli i důležitém rozhodnutí a při sebemenším úspěchu se s ním radují. Provádějí „svoje pacienty“ krok za krokem po celou dobu jejich těžké nemoci, povzbuzují je, dodávají vědomosti i sílu, naději a lásku. Jsou to takoví „strážní andělé“ a za to jim patří náš velký dík.

V dalších kapitolách byly probrány všechny příčiny srdečního selhání, jejich příznaky, specifika a následná léčba podle závažnosti a podle poškození konkrétních částí srdce. Některým pacientům, kteří čekají na transplantaci a stále není vhodný dárcce, jsou voperovány mechanické srdeční podpory (tzv. pumpy), které jim pomohou přečkat dobu, než se nalezne vhodný dárcce.

S pacientem, který měl to štěstí a dožil se na čekací listině svého dárcce, jsme prošli celou transplantací, která je velice náročným zásahem do organismu. Pro nemocného je velice důležité dodržovat různé příkazy a omezení až do konce života, mezi nejdůležitější patří užívání léků zamezující rejekci (odmítání). Jsou to hlavně imunosupresiva, kortikosteroidy a léky, snižující hladinu krevních tuků, které již musí užívat po celý život.

Dále jsme seznámili pacienta se všemi úskalími, která ho čekají po návratu domů a připravili na případné zdravotní komplikace, které se mohou u někoho v pooperačním období objevit. Předali jsme všechna doporučení a rady, jak zvládnout

první měsíce po transplantaci a poradili, kam a na koho se obrátit v případě možných změn a potíží.

Doporučili jsme pacientovi dodržování správné životosprávy, která obsahuje všechny složky zdravé výživy a dostatek pohybu, který je důležitý pro činnost zažívacího ústrojí a odbourává v těle napětí a případný stres.

Ani sexuální aktivita nemusí být ze života vyloučena, protože se po několika týdnech obvykle upraví sexuální potíže vzniklé některými léky i jizva po operaci se částečně zahojí. Také řízení motorových vozidel není zakázáno, pokud již bude pacient v takové kondici, že dostane od lékaře k této činnosti potvrzení. Cestování se příliš nedoporučuje, pouze to, co směřuje po mírném zeměpisném pásmu, které nevyčerpává a neohrožuje pacienta na zdraví a na životě.

Zjistili jsme, že ani v domácím prostředí nemusí pacient nečinně sedět nebo ležet. Pokud není vyloženě odkázaný na pomoc rodiny, může vykonávat aktivity, které mu dodávají pocity radosti a spokojenosti (např. starost o domácí zvířátka, květiny a podobné činnosti). Musí ovšem dbát pokynů lékaře a dodržovat zásady hygieny.

Pokud bude pacient ukázněný a bude se řídit pokyny svého ošetřujícího lékaře, dožije se ve zdraví mnoha let, plných tělesné i duševní pohody.

Praktická část – výzkum:

Výzkumné šetření mělo za úkol zmapovat kvalitu a úroveň edukace mezi dospělými pacienty s mechanickou srdeční podporou a pacienty po transplantaci srdce, kteří docházeli na Ambulanci srdečního selhání IKEM Praha. Výzkumný vzorek tvořilo 50 pacientů, převážně muži, ve věku kolem šedesáti let.

Zpracováním diplomové práce měla autorka tři cíle, které chtěla ověřit a zdokumentovat.

První cíl měl prozkoumat, jaké jsou nejčastější problémy pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory a pacientů po transplantaci srdce při edukaci, sociologické otázky a zdravotní stav.

Druhým cílem bylo zjišťováno, jaké další potřeby mají tito pacienti.

Třetím cílem se sledovalo, které další faktory mají za následek zhoršování celého průběhu nemoci.

Z tohoto šetření nám vyšel průměrný model pacienta, kterého bychom mohli charakterizovat takto:

1. Muž, věk asi 57 let, středního vzdělání, v současné době nepracující, trpící chronickým onemocněním srdce. O své nemoci se dozvěděl na počátku potíží, diagnózu mu sdělil kardiolog i se všemi potřebnými informacemi.

2. Příznaky, které ho také nejvíce zatěžují, jsou celková únava, vyčerpání a stres. Je obeznámen s léky, které užívá, podstoupil chirurgický zákrok, týkající se srdečního selhání, pravidelně si měří krevní tlak, kontroluje tělesnou hmotnost a dodržuje všechna režimová opatření.

3. Nekouří, dodržuje dostačující až dobrou životosprávu a jeho příjem tekutin se pohybuje kolem 2,3 litrů denně. Sportovní a jinou činnost provozuje spíše příležitostně, občas trpí stresovými stavy, svojí nemocí je v současné době omezován a toto omezení je zdravotního charakteru. V domácím léčení by se dovedl sám o sebe postarat, v opačném případě by starost převzala rodina. S edukací neměl žádné problémy, a ani nevidí žádné nedostatky.

Tento vzorek pacienta nám ukázal tyto skutečnosti:

- informovanost pacientů je na velmi dobré úrovni
- kvalitní a odborná péče o pacienty
- zdravotní stav pacienta nezhoršují žádné nedostatky ze strany zdravotnického zařízení

Nedostatky jsou zaznamenány u pacientů až po odchodu ze zdravotnického zařízení, kdy jejich životospráva není u některých dodržována podle přísných pravidel a také pohybu není věnována taková péče, jak by bylo třeba. Pacient, který nemá sílu sám

pravidelně cvičit, měl by se zajímat o skupinová rehabilitační cvičení a nebo si zažádat o lázeňskou péči, na kterou má každý po transplantaci srdce, nárok.

Na základě zjištěných poznatků, které byly provedeny dotazníky, navrhujeme několik doporučení pro pacienty, jejich rodiny a přátele, před a po transplantaci srdce a pro lékařský personál na ambulancích srdečního selhání.

Doporučení pro pacienty a jejich rodiny

Sdělení diagnózy – v okamžiku oznámení pacientovi, mohou nastat komplikace, snažte se sdělení podat co nejšetrněji. Může nastat taková situace, že si diagnózu neumíte ani představit, ani pochopit. Když vás přepadne strach a obavy z budoucnosti – vyhledejte v tomto případě odbornou pomoc psychologa.

Psychické problémy, obavy a strach – mohou nastat v čekací době na transplantaci. Nejčastěji se objevují obavy, jestli se nemocný dočká transplantace, zda se včas najde vhodný dárcce a vše umocňuje pocit strachu. Nezůstávejte v těchto chvílích sám, mluvte o svých starostech a obavách s rodinou. Pokud jsou obavy vážnějšího charakteru, nečekejte a svěřte se psychologovi.

Psychická podpora ze strany rodiny – podílí se velkou částí na uspokojování nižších psychosociálních potřeb pacienta (potřeby fyziologické, potřeba bezpečí a soběstačnosti). Snažte se proto trávit co nejvíce času se svojí rodinou a s dobrými přáteli.

Obavy pacientů – jsou obavy, jaké místo zaujmou nemocní po transplantaci ve své rodině, společnosti a v zaměstnání. Rozptyluje proto svoje obavy z budoucnosti zájmem o veškeré dění v rodině, okolí a společnosti zaměřte svoji mysl volnočasovými aktivitami.

Rodina a láska – toto jsou dvě nejdůležitější hodnoty všech pacientů před transplantací srdce i po ní. Nemějte proto obavy, že se Vám tyto hodnoty po transplantaci nějak změní. Zachovávejte a udržujte dobré vztahy v rodině a tím si tyto, pro Vás tak důležité hodnoty, zachováte.

Nejčastější starosti – před transplantací u mladší generace je to práce a finance, u všech věkových kategorií jejich zdravotní stav, strach před komplikacemi a strach ze smrti. Doporučte svým blízkým, aby v těžkém období před transplantací, navštívili sociální poradnu a informujete se společně s nimi o možnostech, jak finančně překlenout období, kdy Váš člen rodiny bude ve stavu nemocných.

Příťaž pro rodinu – u pacientů se mohou v době před transplantací i po ní vyskytnout pocity, že pro rodinu budou velkou zátěží. Snažte se proto pacienty uklidnit a dokázat jim, že se nastávajícího období nemusí obávat.

Psychosociální potřeby – jsou potřeby, které se nejčastěji objevují u pacientů všech věkových kategorií. Na prvním místě je potřeba zdraví, pak následují pocity jistoty a bezpečí, u starších se přidává pocit soběstačnosti. Pokud jsou všechny potřeby upokojeny, nastává u pacientů pocit psychické pohody. Doporučujeme Vám, společnými silami tyto potřeby naplňujte a uspokojte.

Neomezené návštěvy a spolupráce s ošetřujícím týmem – toto je možné dosáhnout po domluvě s ošetřujícím personálem. Po dobu hospitalizace máte možnost využívat návštěvy bez omezení, a to v době, kdy pacient nemá před sebou žádná vyšetření. Potom se můžete svým blízkým plně věnovat a podílet se na jeho léčbě spolu s ošetřujícím personálem.

Zvládání běžných denních činností. Může se stát, že Váš blízký, při zvládání běžných denních činností, bude dočasně potřebovat pomoc rodiny. S takovou alternativou počítejte a rozvrhněte si role v rodině tak, aby byl nemocnému vždy někdo nablízku.

Smíření se s životem s cizím orgánem – je důležité, aby se celá rodina zapojila do tohoto procesu a transplantovanému pomohla vrátit se do skutečnosti. Pokud nastanou nějaké pochybnosti nebo komplikace u nemocného, nebo u Vás, neváhejte vyhledat odbornou pomoc u psychologa.

Doporučení pro tým ambulance srdečního selhání

Dostatek informací – získávat odborné informace ke každému případu a seznamovat pacienty před i po transplantací srdce. Stále zlepšovat komunikaci a

edukaci, přidělit každému pacientovi edukační sestru z kolektivu ambulance srdečního selhání. Šetrně a pravdivě seznamovat pacienty s průběhem léčby a tím odbourávat jejich strach a obavy. Důležité jsou také informace, které se týkají sociálního poradenství, které lze získávat i rozesílat emailem (on-line poradny).

Pomoc psychologa – uvědomit všechny účastníky léčebného procesu (pacienty i jejich rodiny) o možnosti využití psychologické pomoci po celou dobu léčby, to je před i po transplantaci srdce.

Srdeční selhání je pro svůj výskyt v populaci a závislost na negativních jevech současného způsobu života pokládán za civilizační onemocnění. Představuje onemocnění, které se dotýká nejen osudů jednotlivých nemocných a jejich rodin, ale svými dopady ovlivňuje i systém zdravotní péče.

Cílem edukace a léčby srdečního selhání je zlepšit kvalitu života, to je zmenšit nebo úplně odstranit potíže, zvýšit možnosti zátěže, snížit úmrtnost a prodloužit nemocným život. Pro každého nemocného však může být pořadí a důležitost těchto cílů rozdílná. Pro mírně nemocné je na prvním místě snížení úmrtnosti a zpomalení průběhu onemocnění. Pro těžce nemocné je nejdůležitější, aby jim léčba především ulevila od potíží a tak zlepšila kvalitu života.

Každý lékař bez ohledu na svoji specializaci, musí rozpoznat akutní srdeční selhání, zajistit základní péči a odeslat nemocného na specializované pracoviště.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam bibliografických odkazů z české literatury

ASCHERMANN, M. et al. 2004. *Kardiologie: 1. díl*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 753 s. ISBN 80-7262-290-0.

BULTAS, J. 2005. *Současný stav a perspektivy léčby chronického srdečního selhávání*. In: *Klinická kardiologie*. 2005, 19, s. 27-39. ISSN 1803-5353.

ČERNOŠKOVÁ, L. 2008. *Kvalita života pacientů po transplantaci srdce v souvislosti s dodržováním režimových opatření: bakalářská práce*. Brno: Masarykova universita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. 2008. 78 s.

ELSEVIER. *Netterimages* [online]. 2005 [cit. 2016-02-13]. Dostupné z: <https://www.netterimages.com>.

FRANĚK, Petr. Maslowova pyramida lidských potřeb. FRANĚK, Petr. *Filozofie úspěchu* [online]. 2011 [cit. 2015-03-18]. Dostupné z: <http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. 1.vyd. Grada, 2011. 223 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HAMPTON, D., HOLLIS, DE., et al. 2007. Spiritual Needs Persons With Advanced Cancer. In: *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 24/1:42-48.

HONZÁK, R. 2006. *Některé psychologické prvky edukace. Diagnóza v ošetřovatelství*. Ročník 2, č. 1, 2006. 42 s. ISSN 1801-1349.

CHLOUBOVÁ, H. 2005. Změny potřeb ve stáří. In: *Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení*, 2005. 1. roč., č. 2, s. 22-23, Vydavatel: MARCOM spol. s r.o., K Botiči 2, 101 00 Praha 10. MK ČR E 15701.

CHLOUBOVÁ, H. 2005. Člověk ve zdraví a nemoci. In : *Osobní rádce zdravotní sestry*. 2003. roč. 2.č.19. ISSN 1214-0074.

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada publishing.2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KLENER, P. et al. 2011. *Vnitřní lékařství*. 4. vyd. Praha: Galén, 2011. 1174 s. ISBN 978- 80-7262-705-9.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2012. *Koordinační středisko transplantací*. [online]. Praha: Koordinační středisko transplantací, 2012. [citované 2013-6-23]. Dostupné na internetu: <http://www.kst.cz/web/?page_id=1504#transplantacni-centrum>.

- KOLEKTIV AUTORŮ, 2015. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80262-0871-6.
- KRÁTKÁ, A. 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.
- KUBROVÁ, R. 2011. Specifika ošetrovatelské péče o pacienty po transplantaci srdce: bakalářská práce. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce Sv. Alžbety Bratislava. 2011. 67 s.
- KŮLOVÁ, B. 2014. *Edukace dospělého pacienta se srdečním selháním*. Bakalářská práce. Universita Jana Amose Komenského. Praha 2014.
- KTS – KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ. 2005. Praha. [on line]. [citované 14. 2. 2015]. Dostupné na internetu: <http://www.kst.cz/web/home.php>
- LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. 2006 *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1284-9.
- MÁLEK, I. 2008. *Indikace k transplantaci srdce*. In: *Cor et Vasa.*, 2008, 50(3), s. 129-132. ISSN 0010-8650.
- MÁLEK, I. 2004. *Transplantace srdce. Pohled Kardiologa*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 108 s. ISBN 80-7254-10-8.
- MEISER, B M. - REICHART, B., aktualizace - BEDÁŇOVÁ, H. 2008. *Život pokračuje: Informační brožura pro pacienty po transplantaci srdce*. 3. vyd. Maxdorf, 2008. 64 s.
- MURRAY, SA, et al. 2004. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18/1:39-45 p.
- NETUKA, I. et al. 2008. *Mechanické srdeční podpory v terapii terminálního srdečního selhání*. In: *Cor et vasa.*, 2008, 50(5), s. 207-214. ISSN 0010-8650.
- PIRK, J. MÁLEK, I. Et al. 2008. *Transplantace srdce*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 287 s. ISBN 978-80- 246- 1606-3.
- PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2004. 472 s. ISBN 80-200-1499-3.
- PECINOVSKÁ, A. 2012. *Waiting list, aneb čekání na nové srdce v nemocničním prostředí*: diplomová práce. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce Sv. Alžbety. Bratislava. 2012. 106 s.
- PETR, J. 2007. *Umělé srdce uzdravuje*. The New England Journal of Medicine 2007
- POKORNÁ, E. 2011. Přehled počtu odběrů orgánů a transplantací v IKEM v letech 1990-2009. In: *Praktický lékař*. ISSN 0032-6739, 2011, 1/2011.

- POLLARD, A. - SWIFT, K. 2005. Komunikační dovednosti v paliativní péči. In O'CONNOR, M. - ARANDA, S.: Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 29-42 p.
- PROVAZNÍK, P. 2015. *Ikem statistika 6/2015*
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem-vývojová psychologie*. 2. vyd. Portál, ISBN 80-7367-124-7.
- STŘELEČKOVÁ, T. 2011. *Specifika ošetrovatelské péče u dárce orgánů z pohledu anesteziologické sestry*: bakalářská práce. Příbram: Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce Sv. Alžbety Bratislava. 2011. 92 s.
- SVĚRÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Galen 2012. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠETINA, M. et al. 2005. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II, Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 978-80-246-1318-5.
- ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN 978-80 247-3223-7.
- ŠETINA, M. et al. 2005. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská universita, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.
- ŠTEJFA, M. et al. 2007. *Kardiologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 722 s. ISBN 978-80-247-1358-4.
- Thoratec HeartMate II LVAD. OMNIMEDICS CZ S.R.O. *Omnimedics CZ* [online]. ©2013 [cit. 2015-02-14]. Dostupné z: <http://www.omnimedics.cz/produkty/thoratec-heartmate>.
- TRACHTOVÁ, E., et al. 2006. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- TRUNEČKA, P. 2007. Stanovení postupů při darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů. *Organizační směrnice*. IKEM Praha, platný od 1. 3. 2012. [online]. [citované: 2015-2-17]. Dostupné na internetu: <[http:// intranet.medicon.cz/in.](http://intranet.medicon.cz/in.)>
- VOJÁČEK, J., BYTEŠNÍK, J., KETTNER, J. 2009. *Klinická kardiologie*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2009. 925 s. ISBN 978-80-87009-58-1.
- VOJÁČEK, J., KETTNER, J. 2012. *Klinická kardiologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2012. 1134 s. ISBN 978-80-87009-89-5.
- VYSEKALOVÁ, J. et al. 2011. Chování zákazníka. [online]. Praha: Grada Publishing, 2011. [citované: 2015-2-13]. Dostupné na internetu: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/> 360 s. ISBN 978-80-247-7435-0.

WIDIMSKÝ, J. 2003. *Srdeční selhání*. 2. vyd. Praha: Triton, 2003. 556 s. ISBN 80-7254-385-7.

WIDIMSKÝ, J. 2009. *Selhání srdce*. 5. vyd. Praha: Triton, 2009. 168 s., 138 s. ISBN 978-80-7387-295-3.

Zákon č. 44/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon). In Webové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR [online]. [citované: 2015-2-14]. Dostupné na internetu: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zakon-c44/2013-sb-kterym-se-meni-zakon-c285/2002-sb-o-darovani-odberech_7543_2439_11.html.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Názorný popis srdce.....	39
Obrázek č. 2 Názorný popis mechanické podpory.....	49
Obrázek č. 3 Názorný popis srdce.....	52
Obrázek č. 4 Názorné umístění mechanické podpory.....	52
Obrázek č. 5 Názorný popis	54

Seznam grafů

Graf č. 1 Struktura respondentů - pohlaví.....	75
Graf č. 2 Struktura respondentů – rod. stav	75
Graf č. 3 Struktura respondentů – povolání	76
Graf č. 4 Struktura respondentů – vzdělání.....	76
Graf č. 5 Doba zjištění onemocnění.....	76
Graf č. 6 Kdo sdělil informace o chorobě.....	77
Graf č. 7 Dostatečnost poskyt. informací.....	77
Graf č. 8 Možnost kontaktovat lékaře	77
Graf č. 9 Pocity po sdělení diagnózy.....	78
Graf č. 10 Zdroj psychické podpory	78
Graf č. 11 Důležitost životních hodnot	78
Graf č. 12 Nejčastější životní potřeby.....	79
Graf č. 13 Uspokojení vybraných potřeb	79
Graf č. 14 Četnost výskytu pocitu „bytí na obtíž“	80
Graf č. 15 Potřeba pomoci od rodiny	80
Graf č. 16 Druh nejdůležitější pomoci	80
Graf č. 17 Narušení vztahů s rodinou.....	81
Graf č. 18 Vliv léčby na rodinný rozpočet.....	81
Graf č. 19 Nutnost finanční výpomoci.....	81
Graf č. 20 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje	82
Graf č. 21 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje	82

Graf č. 22 Problémy označené jako největší	82
Graf č. 23 Vyrovnání se se vzniklou situací	83
Graf č. 24 Stresové situace	83
Graf č. 25 Pocit omezení v souvislosti s onemocněním	83
Graf č. 26 Typy omezení	84
Graf č. 27 Typy omezení	84
Graf č. 28 Osoby schopné péče v domácím prostředí	84
Graf č. 29 Nedostatky u personálu	85

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Struktura respondentů - pohlaví	75
Tabulka č. 2 Struktura respondentů - věk	75
Tabulka č. 3 Struktura respondentů – rod. stav	75
Tabulka č. 4 Struktura respondentů – povolání	76
Tabulka č. 5 Struktura respondentů – vzdělání	76
Tabulka č. 6 Doba zjištění onemocnění	76
Tabulka č. 7 Kdo sdělil informace o chorobě	77
Tabulka č. 8 Dostatečnost poskyt. informací	77
Tabulka č. 9 Možnost kontaktovat lékaře	77
Tabulka č. 10 Pocity po sdělení diagnózy	78
Tabulka č. 11 Zdroj psychické podpory	78
Tabulka č. 12 Důležitost životních hodnot	78
Tabulka č. 13 Nejčastější životní potřeby	79
Tabulka č. 14 Uspokojení vybraných potřeb	79
Tabulka č. 15 Četnost výskytu pocitu „bytí na obtíž“	80
Tabulka č. 16 Potřeba pomoci od rodiny	80
Tabulka č. 17 Druh nejdůležitější pomoci	80
Tabulka č. 18 Narušení vztahů s rodinou	81
Tabulka č. 19 Vliv léčby na rodinný rozpočet	81
Tabulka č. 20 Nutnost finanční výpomoci	81
Tabulka č. 21 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje	82
Tabulka č. 22 Dostatečnost edukace v obsluze přístroje	82

Tabulka č. 23	Problémy označené jako největší	82
Tabulka č. 24	Vyrovnaní se se vzniklou situací.....	83
Tabulka č. 25	Stresové situace	83
Tabulka č. 26	Pocit omezení v souvislosti s onemocněním.....	83
Tabulka č. 27	Typy omezení	84
Tabulka č. 28	Typy omezení	84
Tabulka č. 29	Osoby schopné péče v domácím prostředí.....	84
Tabulka č. 30	Nedostatky u personálu	85

SEZNAM ZKRATEK

ACE	Enzym konvertující angiotenzin
ARIP	Anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče
AT	Antagonisté receptorů – „sartany“
BIVAD	Biventrikular assist device
CKTCH	Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
CROOS MATCH	Křížová zkouška krve
ČR	Česká republika
EBV	Epstein – Barr virus
ECHO	Echokardiografie
EKG	Elektrokardiogram
EMB	Endomyokardiální biopsie
HIV	Human immunodeficiency virus
HLA	Human leukocyte antigen
HM	Srdeční podpory heartmate
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
KST	Koordinační středisko transplantací
LVAD	Left ventrikular assist device
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International, Severoamerická asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku
NYHA	New York Heart Association, klasifikace srdečního selhání
ORL	Otorinolaringologie
RTG	Radioizotopový termoelektrický generátor, rentgenové záření
RVAD	Right ventikular assist device
TC	Transplantační centrum
USA	United States of America, Spojené státy americké

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Povolení dotazníkového šetření

Příloha B: Dotazník

Příloha C: Maslowova pyramida potřeb

Příloha A

IKEM
7.1.2015
PhDr. Šochmanová Martina, MBA
Videňská 1958
142 00 Praha 4

V Praze

Žádost o povolení dotazníkového šetření.

Vážená paní náměstkyně, žádám Vás o umožnění dotazníkového šetření v ambulanci srdečního selhání. Dotazník bude zcela anonymní a bude sloužit pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za Vaše vyjádření

Bc. Kůlová Bohumila

Příloha B

Vážená paní, Vážený pane.

Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, týkajícího se Vašeho onemocnění.

Dotazník je zcela anonymní a slouží pro potřebu mé diplomové práce. Děkuji za Váš čas strávený vyplňování dotazníku.

Bc. Kůlová Bohumila

Dotazník:

Otázka č. 1: **Pohlaví**

A) žena B) muž

Otázka č. 2: **Kolik je Vám let**

Otázka č. 3: **Rodinný stav**

A) svobodný/á B) ženatý/vdaná C) jiný

Otázka č. 4: **Jaké máte povolání**

A) manuální B) intelektuální C) nepracuji

Otázka č. 5: **Nejvyšší dosažené vzdělání**

A) základní B) učňovské C) střední s maturitou D) vysokoškolské

Otázka č. 6: **Jak dlouho víte o svém onemocnění**

A) od počátku příznaků B) v průběhu choroby

Otázka č. 7: **Kdo Vám sdělil informace o onemocnění**

A) praktický lékař B) odborný lékař kardiolog C) edukační, ambulantní sestra

Otázka č. 8: **Dostali jste dostačující informace o svém onemocnění a léčbě**

A) ano B) ne C) nevím

Otázka č. 9: **Máte možnost kontaktovat ošetřujícího lékaře při zhoršení stavu**

A) ano B) ne C) nevím

Otázka č. 10: **Jaké byly vaše pocity, obavy a strach po sdělení diagnózy**

A) malé B) velké C) neúnosné, musel jsem vyhledat pomoc

Otázka č. 11: **Kdo Vám byl psychickou podporou v době zjištění diagnózy**

A) rodina B) lékař- psychiatr C) nikdo

- Otázka č. 12: **Které životní hodnoty jsou pro Vás důležité**
A) štěstí B) láska C) víra D) rodina E) úspěch F) kariera
- Otázka č. 13: **Jaké máte nejčastější životní potřeby (vyberte více možností)**
A) potřeba zdraví B) potřeba pomoci a ochrany C) potřeba informací
D) potřeba soběstačnosti E) potřeba důvěry a naděje F) potřeba jistoty a naděje
G) potřeba lásky H) potřeba klidu I) potřeba řádu J) jiné
- Otázka č. 14: **Byly tyto Vaše vybrané potřeby uspokojovány**
A) ano B) ne C) částečně
- Otázka č. 15: **Měli jste pocit, že své rodině a blízkému okolí jste na obtíž**
A) ano B) ne C) nevím
- Otázka č. 16: **Potřebujete pomoc od členů své rodiny**
A) ano B) ne C) někdy
- Otázka č. 17: **Konkrétně, jaká pomoc je pro Vás nejdůležitější**
- Otázka č. 18: **Nenarušilo Vám Vaše onemocnění srdce vztahy s rodinou, příbuznými nebo přáteli**
A) ano B) ne C) nevím
- Otázka č. 19: **Odráží se finanční náročnost léčby ve Vašem rodinném rozpočtu**
A) ano B) ne C) občas
- Otázka č. 20: **Je nutná finanční výpomoc**
A) ano B) ne C) občas
- Otázka č. 21: **Byla edukace v obsluze přístroje pro vás dostačující**
A) správná B) špatná C) dostačující
- Otázka č. 22: **Byla edukace ošetření a převazu rány dostačující**
A) správná B) špatná C) dostačující
- Otázka č. 23: **Co je pro Vás největší problém**
- Otázka č. 24: **Vyrovnal jste se s vzniklou situací**
A) ano B) ne C) dle možnosti
- Otázka č. 25: **Trpíte stresovými situacemi?**
A) ano B) ne C) ojediněle
- Otázka č. 26: **Pocítujete omezení v souvislosti s Vaším onemocněním?**
A) ano B) ne C) ojediněle

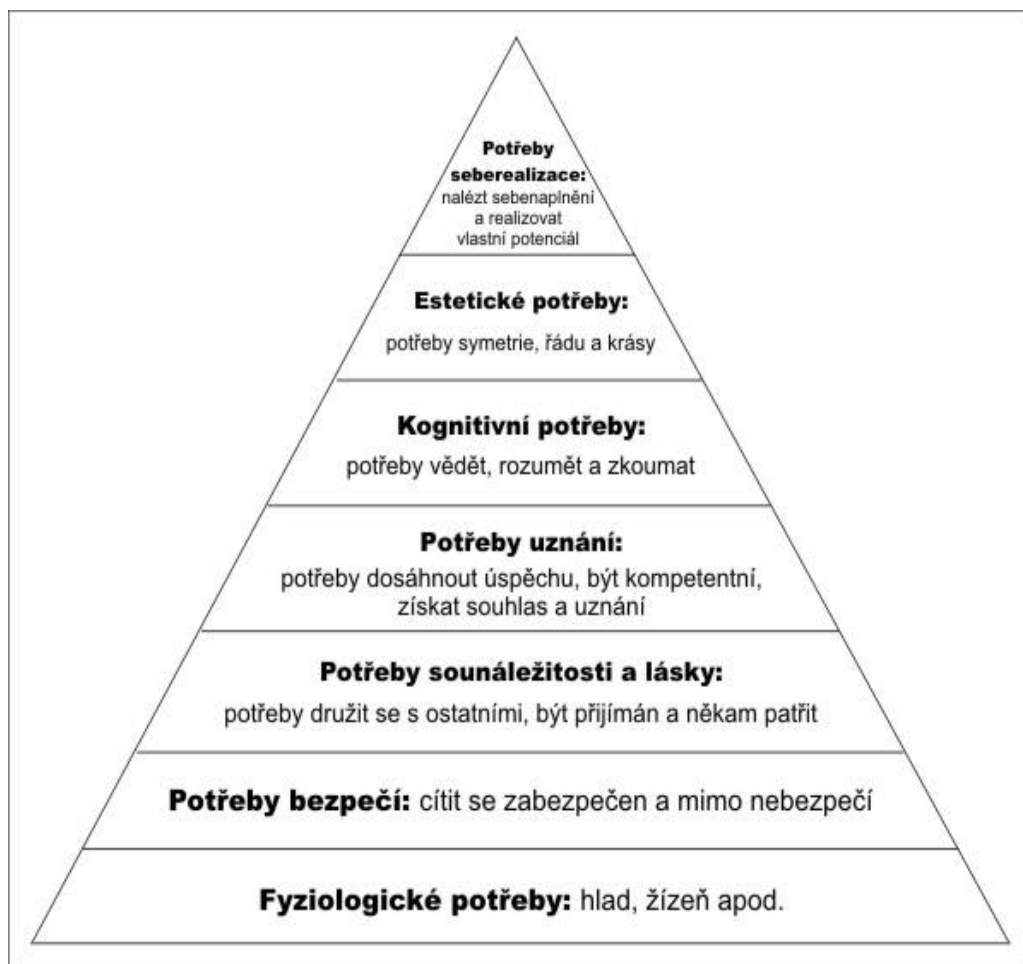
Otázka č. 27: **Jaká omezení to jsou?**
A) zdravotní B) společenské C) různé

Otázka č. 28: **Dokázal/a byste se o sebe sám v současnosti postarat v domácím léčení?**
A) ano B) ne C) nevím

Otázka č. 29: **Kdo by se o Vás dokázal postarat v rámci domácnosti?**
A) rodina B) odborná domácí péče C) nevím

Otázka č. 30: **Spatřujete edukační a ošetrovatelské nedostatky u ošetrovatelského personálu ve zdravotnickém zařízení? Spatřujete jiné nedostatky?**

Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Vysekalová, 2011. <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora:	Bc. Bohumila Kůlová
Obor:	Andragogika
Forma studia:	Kombinovaná
Název práce:	Komparace potřeb dospělých pacientů po implantaci mechanické srdeční podpory a ortotopické transplantace srdce
Rok:	2016
Počet stran textu bez příloh:	95
Celkový počet stran příloh:	5
Počet titulů české literatury a pramenů:	43
Počet internetových zdrojů	6
Vedoucí práce:	PhDr. Tereza Vacínová, Ph.D.