

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

**Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta
Diplomová práce**

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.

2010

Autor práce:

Bc. Petra Chmelíková

Abstract

Cardio- Surgery Operation from the Patient's Point of View

With the hectic time of today, the number of people with cardio-vascular disorder increases continuously. A whole range of factors are the cause of this disorder. Among others, it is stress which people are mostly exposed to, due to the modern bustling style of life. Further, it is improper food, obesity, diabetes mellitus, smoking and many other reasons increasing the risk of this illness. In connection with cardio-vascular disorder, the patients may be confronted with the decision, whether to undergo a cardiac – surgery operation or not. The patients quite understandably go a whole range of emotions, anxiety and feelings in connection with the cardio-surgery operation.

In our thesis, we determined 3 aims. In the first aim, we concentrated our attention on the cardio-surgery patient's perceiving him himself, his family and his future in connection with the cardio-surgery operation. The aim was carried out. Four hypotheses refer to this aim. Hypothesis number 1: The cardio-surgery patient perceives the cardio-surgery operation as the result of his life style. This hypothesis was confirmed. Hypothesis number 2: After the heart operation, the cardio-surgery patient feels to have failed in the eye of his family. This hypothesis was not confirmed. Hypothesis number 3: The psychic wellbeing of the cardio-surgery patient depends on the help and assistance of his family (background) during the time of his convalescence. The hypothesis was confirmed. Hypothesis number 4: The cardio-surgery patient believes to be able to join in a normal life, the same as before his health problem leading to the cardio-surgery operation has started. This hypothesis was confirmed. The second aim has to do with the most frequent anxieties the cardio-surgery patient must cope with in connection with the heart operation. The aim was carried out. To this aim, the hypothesis number 5 related: Highly specialized nursing care of a cardio-surgery patient is concentrated on the most frequent anxieties of these patients. This hypothesis was not confirmed. The third aim was directed at non-saturated needs of the cardio-surgery patient during the time of his hospitalization after the operation. To this aim, the hypothesis number 6 applied: In the nursing care of a cardio-surgery patient, the

problems arising from dissatisfying the psychic needs prevail over dissatisfying the basic needs. The hypothesis was confirmed. The data for the purpose of the research examination were collected in the form of an anonymous questionnaire consisting of 32 questions. The questions used here were both open and closed. The questionnaires were given to hospitalized patients before and after the heart operation in 6 cardio-centers. The research complex was produced by 185 respondents. The results were graphically worked into column graphs and tables.

In the research examination, 4 of 6 hypotheses were confirmed. The results of this work will be applicable with the work of the nurses at the cardio-surgery for the purpose of improving the nursing care of cardio-surgery patients.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....
Bc. Petra Chmelíková

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Marii Trešlové, Ph.D. za odbornou pomoc, cenné a podnětné rady a věnovaný čas při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem kardiologickým oddělením a klinikám za umožnění výzkumného šetření, jmenovitě pak FN Motol, Nemocnici Na Homolce, FN Královské Vinohrady, Nemocnici České Budějovice a.s., FN Plzeň a FN Olomouc.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Historie a současnost kardiochirurgie	5
1.1.1 Vývoj kardiochirurgie z medicínského hlediska	6
1.1.2 Lázeňská léčba kardiochirurgického pacienta	8
1.2 Osobnostní typy předurčující vznik kardiovaskulární choroby z hlediska psychosomatiky.....	10
1.3 Pohled pacienta na kardiochirurgickou operaci	12
1.3.1 Vznik srdečního onemocnění jako výsledek životního stylu.....	12
1.3.2 Názor pacienta na onemocnění srdce a kardiochirurgickou operaci.....	14
1.4 Srdeční onemocnění jako nesnadná životní situace a životní změna	18
1.4.1 Sdělení diagnózy onemocnění srdce a hospitalizace pacienta	20
1.4.2 Potřeby pacientů s onemocněním srdce.....	23
1.5 Kardiochirurgický pacient a rodina	28
1.5.1 Vliv nemoci na rodinu kardiochirurgického pacienta	29
1.5.2 Rodina a zaměstnání kardiochirurgického pacienta	30
1.6 Role sestry ve vztahu ke kardiochirurgickému pacientovi	32
1.6.1 Sestra - poskytovatelka ošetrovatelské péče	32
1.6.2 Sestra - komunikátorka	37
1.6.3 Sestra - advokátka a obhájkyně práv pacienta	39
1.6.4 Sestra - edukátorka	40
1.6.5 Sestra - manažerka.....	42
1.6.6 Sestra - nositelka změn	44
1.6.7 Sestra – mentorka	44
1.6.8 Sestra - výzkumnice.....	45
2. Cíle práce a hypotézy	47
2.1 Cíle práce	47
2.2 Hypotézy práce	47

3. Metodika	48
3.1 Použité metody	48
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	48
4. Výsledky	50
5. Diskuze	106
6. Závěr	126
7. Seznam použitých zdrojů	128
8. Klíčová slova	134
9. Přílohy	135

Úvod

V minulosti lidé s onemocněním srdce a cév většinou umírali. Bylo to dáno nedokonalými operačními postupy, anestézií a s tím spojenými komplikacemi, přidruženými chorobami či věkem pacienta. I hospitalizace a následná rekonvalescence trvala delší dobu než je tomu dnes.

V současné době dochází k neustálému rozvoji oboru kardiologie. Je tedy možné pomoci více lidem trpícím kardiovaskulárním onemocněním a to i přesto, že úmrtnost na nemoci srdce a cév jsou v ČR nejčastější. Je to dáno novými a mnohem dokonalejšími operačními postupy, technikou a anestézií. Komplikací v souvislosti s operací srdce a prodlouženou hospitalizací s kvalitní ošetrovatelskou péčí také ubylo.

V dnešní uspěchané době však neustále přibývá lidí s kardiovaskulárním onemocněním. Je to dáno celou řadou faktorů. Mezi nejčastější patří stres, kterému jsou lidé vystavováni kvůli moderní zrychlené době. Dalšími faktory mající vliv na vznik nemocí srdce a cév jsou nevhodná strava a s tím spojená obezita, diabetes mellitus, kouření, psychosomatika a mnoho dalších příčin. Pacienti mohou být v souvislosti s kardiovaskulárním onemocněním postaveni před rozhodnutí, zda mají podstoupit kardiologickou operaci či nikoli. Nemocní oprávněně prožívají řadu emocí a obav v souvislosti s kardiologickou operací. Kardiologickým pacientům probíhá v hlavě mnoho otázek: Přežiji? Kdo se postará o rodinu v době mé hospitalizace? Bude mi rodina v této těžké chvíli oporou? Neselhal jsem v očích rodiny? Vyrovnám se já sám i můj partner s estetickou stránkou po operaci srdce? Jak to bude do budoucna se zaměstnáním? Budeme mít dostatek peněz? Nebudu po operaci závislý na pomoci druhých? Jaký život na mě vůbec čeká po kardiologické operaci? Mohu se spolehnout na ošetrovatelský personál? Pomůže mi ošetrovatelský personál se psychicky připravit na kardiologickou operaci a mnoho dalších otázek.

Proto by sestry, lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci měli pomoci kardiologickému pacientovi najít odpovědi na všechny jeho otázky, a to nejen za účelem poskytování kvalitní ošetrovatelské péče z oblasti kardiologie, ale také z oblasti holistické péče.

Na problematiku pohledu pacienta na kardiochirurgickou operaci by se nemělo v předoperačním, ale i pooperačním období zapomínat. To jak pacient vnímá operaci srdce a jaké při tom prožívá pocity a obavy se odráží i na jeho pooperačním stavu.

Domníváme se, že kardiochirurgičtí pacienti vnímají operaci srdce jako výsledek svého životního stylu. Cítí, že selhali v očích rodiny. Dále, že jejich psychická pohoda je závislá na poskytování podpory rodiny (zázemí) v době rekonvalescence. Věří, že se budou moci zapojit po operaci srdce zpět do běžného života. Nemají při hospitalizaci saturovány psychické potřeby ze strany ošetrovatelského personálu. Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče o kardiochirurgického pacienta je zaměřena na nejčastější obavy těchto pacientů. Potvrzení či vyvrácení našich domněnek je úkolem práce. Stejně jako zjistit, jak vnímá kardiochirurgický pacient sám sebe, svou rodinu a svou budoucnost v souvislosti s operací srdce. Dále zjistit nejčastější obavy pacienta z důvodu operace srdce a jeho nesaturované potřeby po kardiochirurgické operaci.

Cílem diplomové práce je poskytnout informace sestrám kardiochirurgických oddělení týkající se pohledu, pocitů a obav kardiochirurgických pacientů před operací i po operačním výkonu a to z důvodu zlepšení kvality jejich ošetrovatelské péče.

Dle našeho názoru by právě ony sestry měly být hlavními osobami, které se zajímají o pacientovy pocity, názory, starosti či obavy a také ony je těchto obav zbavují. Tím, že jsou sestry v neustálém kontaktu s pacienty, mohou si snadněji vytvořit a získat jejich důvěru. Tu mohou pak lépe využít ke spolupráci s pacienty a zkvalitnit tak ošetrovatelskou péči.

1. Současný stav

1.1 Historie a současnost kardiologie

Onemocnění srdce a cév se v dnešní době řadí mezi civilizační choroby, tedy nemoci 20. století. Přitom o nemocech srdce se již vědělo před několika tisíciletími. Aterosklerózu cév lze prokázat dokonce i na mumiích staroegyptských faraónů. Také italský renesanční umělec Leonardo Da Vinci si během svého života uvědomoval a především všímal změn na cévách, za které může právě ateroskleróza. Roku 1761 italský lékař Giovanni Battista Morgagni popsal ve svém nejvíce známém díle „O sídlech a příčinách nemocí“ zvrápení věnčitých tepen na srdci (10).

Roku 1768 lékař William Heberden použil poprvé termín angina pectoris při svých přednáškách o onemocnění srdce a cév. K mnohem podrobnějšímu popisu srdce jako takového a popisu příčin onemocnění srdce došlo až v 19. století. V roce 1912 se lékař James Herrick jako první zmínil o příznacích infarktu srdce. Proto byl srdeční infarkt ještě začátkem 20. století považován za vzácné onemocnění. S postupem času se však toto onemocnění začalo u lidí objevovat stále častěji. Po 2. světové válce už patřil srdeční infarkt dokonce mezi nejčastější příčiny úmrtí. V tomto období začala laická veřejnost projevovat zájem o onemocnění srdce, jeho příčiny a faktory ovlivňující vznik nemoci. S těmito situacemi také souvisí právě vznik oboru kardiologie jako jednoho z vědních oborů (10).

V souvislosti s neustálými novými kroky v oblasti medicíny se často zapomíná na pocity, potřeby a pohled pacienta, které má v souvislosti se svým kardiovaskulárním onemocněním. Přitom potřeby, pocity, pohledy pacienta by měly být brány v potaz. Jelikož to, jak budou potřeby nemocného uspokojovány, jak bude zbaven strachu či úzkosti má bezprostřední vliv na jeho psychiku a zároveň i na celý průběh nemoci, pooperační období, léčení i uzdravování (63).

1.1.1 Vývoj kardiologie z medicínského hlediska

Kardiologie je jedním z nejmladších oborů chirurgie a prodělala velmi rychlý a ucelený vývoj. Její moderní historie se datuje od zavedení mimotělního oběhu do praxe, což jsou 50. léta minulého století. V roce 1951 byl poprvé použit mimotělní oběh Gibbonem (43, 53).

První operační výkon na srdci byl proveden ve Frankfurtu v roce 1896. Jednalo se o suturu bodné rány pravé komory srdeční. Operace proběhla úspěšně. Další operací, která byla provedena v Bostonu v roce 1938, byla operace vrozené srdeční vady. V období druhé světové války došlo k zdokonalování operačních technik srdce a hrudníku, což mělo za následek další prudký vývoj oboru kardiologie (8).

K rozvoji operací srdce přispěla rentgenová zobrazovací vyšetření, především pak angiografie. První neselektivní arteriografie koronární tepny byla provedena v roce 1958. Revaskularizace myokardu žilními štěpy byla zahájena v roce 1962 Sabistonem. Ten i poprvé provedl aortokoronární bypass bez použití mimotělního oběhu. Bohužel neúspěšně. O dva roky později v roce 1964 byl proveden úspěšně aortokoronární bypass žilním štěpem ze safena magna (8, 43).

V České republice byla první úspěšná kardiologická operace provedena J. Bedrnou v Hradci Králové. Ten v roce 1947 provedl ligaturu otevřené tepenné dučejce. V témže roce byla řešena také Fallotova tetralogie a koarktace aorty. V Brně byla poprvé provedena operace, při které bylo uzavřeno mezikomorové septum. Tato operace byla uskutečněna J. Navrátilem, který taktéž implantoval mitrální i aortální chlopuň a to v roce 1965 v Brně. V roce 1970 v Praze J. Lichtenberg provedl poprvé revaskularizaci myokardu aortokoronárním bypasse pomocí žilního štěpu. O velký rozvoj kardiologických operací se zasloužil L. Hejhal (IKEM) v Praze, v Hradci Králové Č. Reček a v Brně V. Kořist (43).

Existuje mnoho onemocnění srdce a cév, které vyžadují operaci srdce. Nejčastější indikací ke kardiologickému výkonu a tudíž i nejčastějším onemocněním je ischemická choroba srdeční, kterou trpí 60-80 % nemocných. Těmto pacientům je prováděn již zmiňovaný aortokoronární bypass. Mezi další onemocnění srdce, pro která musejí pacienti podstoupit náročnou operaci, patří chlopuňové vady. Ty

tvoří přibližně 20-30 % nemocných. Kardiochirurgie, kromě těchto nemocí, řeší také onemocnění aorty a to převážně aneurysmata. Dále pak vrozené vady, arytmie srdce, srdeční nádory, úrazy srdce a velkých cév a v neposlední řadě také transplantace srdce. První transplantaci srdce v roce 1967, která byla úspěšná, provedli jihoafričtí chirurgové. Pacient s transplantovaným srdcem však přežil jen 18 dní. V této době byla vysoká úmrtnost, a to proto, že tělo nebylo schopno přijmout transplantované srdce. Vše se změnilo v době, kdy byly objeveny léky potlačující pacientovu imunitu (8, 11).

V současné době patří kardiochirurgie mezi samostatné chirurgické obory. Během poměrně krátké doby došlo k jejímu rozvoji a dochází k neustálému zdokonalování. Přesto dnes ubývá kardiochirurgických zákroků a to díky novému trendu léčby ICHS v oboru intervenční kardiologie. Kardiochirurgické operace byly dříve zatíženy větší úmrtností pacientů oproti současné době. Na pooperační komplikace lidé dříve běžně umírali. A nejen na ně. Bylo to dáno i anestézií, která nebyla na takové úrovni jako v současné době. Nevěnovala se taková pozornost předoperačním a diagnostickým vyšetřením. Hospitalizace a rekonvalescence trvala podstatně déle. V dnešní době je věnována větší pozornost předoperačním vyšetřením, bez kterých nelze náročnou kardiochirurgickou operaci provést. Pooperační komplikace jsou v současnosti u pacientů výrazně nižší nebo vůbec žádné. To však záleží také na aktuální celkové kondici pacienta. Komplikace v souvislosti s podáním anestetik jsou podstatně menší oproti minulým létům. Doba hospitalizace se po kardiochirurgické operaci také snížila. S tím souvisí i nižší riziko komplikací způsobených dlouhodobým upoutáním na lůžko. V dnešní době lze provést operace srdce, které dříve nebyly možné, a to z důvodu závažnosti a pokročilosti onemocnění pro řadu přidružených nemocí, pro věk pacienta a mnoho dalšího. V současné době je již operace srdce možná i u takto nemocných pacientů. Je to dáno díky neustálému zlepšování operačních technik srdce, používáním mimotělního oběhu, přístrojovým technikám, novým poznatkům o poruchách srdečního oběhu, v přesnější předoperační diagnostice, materiálovým pomůckám a vybavením, používáním nových léků před i v pooperačním období a v neposlední řadě kvalitní pooperační péčí ze strany lékařů, ale také sester (4, 43).

1.1.2 Lázeňská léčba kardiologického pacienta

Lázeňská léčba je pro pacienty s onemocněním srdce a cév a především pak pro doléčení nemocných po kardiologické operaci velmi důležitá. Historie lázeňské péče pro nemocné s kardiovaskulárním onemocněním v České republice a na Slovensku se datuje do první poloviny 20. století. Lázně Poděbrady fungují již od roku 1905. Teprve až v roce 1926 prof. Václav Libenský založil v Poděbradech Vyšetřovací a léčebný ústav pro léčbu kardiaků. Tímto datem se léčba pacientů s onemocněním srdce a cév začala rozvíjet formou lázeňství po celé republice. Lázně byly na svou dobu velice moderně vybaveny. Byly zde k dispozici elektrokardiografie, rentgeny, moderní fyzikální terapie či další potřebná vyšetřovací technika. Prof. Libenský se zaměřil při léčbě na vhodnou životosprávu a stravu nemocných. Také lékařská a ošetrovatelská péče byla v lázních Poděbrady na velmi vysoké úrovni. Díky založení lázní pro onemocnění srdce a cév jsou výsledky léčby mnohem úspěšnější. Ne nadarmo se říká, že z této doby pochází slogan „Na srdce jsou Poděbrady“. První rehabilitaci pro nemocné s kardiovaskulárním onemocněním založil právě zmiňovaný prof. Libenský. Po tomto roce se začaly otevírat lázně pro kardiaky po celé České republice např. Teplice nad Bečvou, Konstantinovy Lázně, Františkovy Lázně či Lázně Libverda. Existuje však řada dalších lázeňských míst, kde se léčí jen některá kardiovaskulární onemocnění např. Hodonín, Karlova Studánka, Luhačovice, Teplice. Ve výše zmiňovaných lázních se využívaly k léčbě nemocných uhličitě koupele, u kardiovaskulárních pacientů bylo nutné snižovat tlak a zaměřit se na správnou životosprávu s vhodnou stravou. Po roce 1948 se léčba pacientů s onemocněním srdce a cév v lázeňských zařízeních doplnila také o odborářské rekreace. Jelikož se po 70. letech minulého století počet pacientů s onemocněním srdce (ICHS) zvyšoval, byla od roku 1978 realizována následná péče o pacienty s onemocněním srdce. Jednalo se o tzv. koronární program, který byl zaměřen na doléčení takto nemocných, dále se zaměřoval na změnu životosprávy, na dietní opatření, na pohybovou aktivitu (46).

V roce 1998 vydala Česká kardiologická společnost standard „Nemocniční, posthospitalizační a lázeňská rehabilitace u nemocných s ischemickou chorobou srdeční (30, str. 16)“. Tímto standardem došlo v České republice k definitivnímu přiřazení

rehabilitace k onemocnění srdce a cév. V současné době se lázně pro nemocné s oběhovou soustavou zaměřují na léčbu pacientů s onemocněním ICHS, především pak po prodělaném srdečním infarktu, dále na doléčení nemocných po koronární angioplastice či po kardiologických operacích. V dnešních lázních je důležitá propojenost a spolupráce jak kardiologů, tak i kardiologů. Lázně se zaměřují především na sekundární prevenci ischemické choroby srdeční. Důležitou podmínkou pro efektivní lázeňskou léčbu je pacientova ochota léčbu podstoupit a změnit tím svůj dosavadní životní styl. Smyslem lázní pro pacienty s oběhovými problémy je se novému životnímu stylu naučit a poté ho dodržovat po zbytek svého života. Jedná se především o změnu stravy. Pacienti po operaci srdce by měli dodržovat racionální stravu s omezením tuků. Další součástí sekundární prevence v lázních je zaměření se na pohybovou aktivitu pacientů. Pacienti jsou na základě vstupních vyšetření zařazeni do určité cvičební skupiny. Zátěž u jednotlivých pacientů je individuální. Pacienti po kardiologické operaci navštěvují tělocvičny, chodí plavat, provádí terénní chůze, dechovou rehabilitaci na podporu oběhu krve v organismu. Součástí lázeňského programu je také edukace pacientů. Tam jsou nemocným sdělovány informace týkající se srdečních onemocnění, vhodné diety, pohybu. Velký apel je kladen na zákaz kouření, který je pro zdraví pacientů zásadní. Lékaři i sestry pracující v lázeňských zařízeních by se měli zaměřit také na minimalizaci stresu kardiologických pacientů. Jedině tak je možné, aby doléčení v lázních bylo pro pacienty úspěšné. Pacienti by se měli naučit zvládat stres, se kterým se budou v každodenním životě setkávat. Lze jim doporučit relaxaci na odbourání každodenního stresu, která napomůže k uvolnění veškerých svalů těla a dojde tak k celkovému zklidnění. Další možnou alternativou, jak se zbavit stresu a naučit se zvládat těžké situace, je četba knih, poslech hudby či odlehčit situaci zábavou. Také sport a jiné záliby mohou pacientům navodit vnitřní klid a tím minimalizovat působení stresu. Existuje však řada dalších možností, jak zmírnit stres v každodenním životě lidí. Po propuštění z lázní je potřeba pacienty upozornit, že je důležité, aby veškeré zásady, které se při pobytu naučili, dodržovali i v domácím prostředí. Tyto zásady jsou velice podstatné pro snížení opakování srdečního infarktu či úmrtí (30, 43, 46, 63).

Pacientům s kardiovaskulárním onemocněním či po kardiochirurgické operaci by měl každý lékař sdělit, že mají právo na komplexně hrazenou lázeňskou péči od své zdravotní pojišťovny a že tento lázeňský pobyt je pro jejich včasnou rekonvalescenci nesmírně důležitý (43).

1.2 Osobnostní typy předurčující vznik kardiovaskulární choroby z hlediska psychosomatiky

Nemoci srdce a cév jsou na prvním místě v úmrtnosti v průmyslových zemích. Psychosomatická zátěž má veliký vliv na vznik srdečního onemocnění. Arthur Jores, který v roce 1950 napsal publikaci „Člověk a jeho nemoc“, zařadil nemoci srdce a krevního oběhu mezi tzv. lidské nemoci. Za psychosomatické onemocnění je zodpovědný stres, kterému jsou lidé v současné době neustále vystavováni. Právě Arthur Jores upozornil, že by tato „lidská onemocnění“ neměla být léčena pouze farmaky či chirurgicky, ale také psychoterapeuticky. A to právě proto, že onemocnění srdce vznikají již zmiňovaným stresem a negativními pocity, které lidé prožívají (7, 60).

Obvykle lidé reagují podobně na otázku: „Co Vás napadne, když se řekne srdce?“ Srdce je pro ně symbolem lásky, života, nenávisti, pravdy či lži. O srdci existují i lidová rčení (např. „Puklo mu žalem srdce“, „Srdce mi radostí poskočilo“...). Existují však i jiné představy o srdci. „Moderní psychosomatika potvrzuje prastaré názory a přesvědčení, když srdce označuje za symbolické jádro bytosti člověka a staví ho jako protějšek mozku. Kdo mluví o srdci, mluví o celém člověku a o jeho bytí ve světě (7 s. 166, 1)“.

Z hlediska psychosomatiky se dělí lidé na A-ty a B-ty. Toto dělení zavedli Američané Meyer Friedman a H. Ray Rosenman. Lidé A-ty jsou typičtí svojí ctižádostivostí, cílevědomostí, netrpělivostí, podrážděností, neklidem, hyperaktivitou. Jedná se o afektivní, ustrašené osobnosti. Tito lidé jsou skoupi na city, mluví se o nich jako o lidech bez lásky či sociálně izolovaných lidech. I v rodině lidí A-ty převažuje chladná, na práci a výkon orientovaná atmosféra. Někteří lidé A-ty jsou velice horliví a zapálení do práce, jsou orientováni především na výkon. Chtějí svých cílů dosáhnout silou. Takoví to lidé touží po uznání druhých. Trpí pocitem nedostatku času. Mají

tendence zrychlovat veškeré procesy. Neradi bývají závislí na druhých. Pokud u těchto lidí dojde k chvilkovému uvolnění pocítují silnou slabost. Jedná se o tzv. manažerské typy, kteří si svoji nemoc uvědomí až tehdy, když jim srdce skoro selže. V této době se snaží dopřát klid. Pokud se však jejich zdravotní stav zlepší, opět se vrací do svých zaběhlých kolejí životního stylu. Lidé A-typu jsou mnohem častěji náchylní k rozvoji infarktu myokardu než lidé B-typu. Ten je charakteristický tím, že lidé jsou vyrovnaní, uvolnění, klidní, nemají tendence se hnát za výkonem. Lidé B-typu nemají pocit časové tísně. Jsou schopni relaxovat a odpočívat bez pocitu viny. Jsou přesvědčeni, že smyslem hry je zábava a odpočinek. Umějí pracovat, aniž by u nich došlo k nadměrnému vzrušení (7, 23, 26, 49, 60).

U lidí A-typu, kteří trpí srdečním onemocněním, je typické popírání jejich potíží. Pomoc vyhledávají v době, kdy už mají veliké zdravotní problémy či bolesti. Při hospitalizaci je pro ně obtížné být v klidu a ležet na lůžku. Chtějí být co nejdříve propuštěni, aby mohli vykonávat veškeré své činnosti jako dopsud. Tím si mohou dokázat opět svoji sílu a výkonnost. Pacienti A-typu mají tendenci vše zjednodušovat. Udrží si tak pocit vlastní hodnoty a síly. Důležité tedy je k těmto pacientům přistupovat tak, aby neměli pocit, že se nad ně zdravotníci povyšují či uplatňují svoji autoritu. Pokud bude mít pacient pocit nadřazenosti zdravotníků, bude se cítit v roli podřízeného a kontrolovaného. Tím pádem se bude snažit zvýšit svoji autonomii a samostatnost a bude se zdravotníkům vyhýbat. Dále by zdravotníci neměli pacientovi A-typu vyčítat jeho rizikové chování v době nemoci. Pacienti se budou bránit tím, že nebudou sdělovat zdravotníkům své symptomy. Jedná se o ochranu před ponížením, které mu kardiovaskulární nemoc přináší (7, 49, 26, 34).

Existuje však mnoho faktorů, které jsou odpovědné za vznik onemocnění srdce a ty pak následně mohou vést k operaci srdce. Kromě již zmiňovaných premorbidních osobností A-typu je za vznik nemoci srdce a cév nejvíce odpovědný psychosociální stres, kterému jsou v dnešní době lidé vystavováni. S tím souvisí i pocit nedostatku úspěchu v životě a v zaměstnání. Nenaplnění rolí v osobním životě, nedostatek času pro odpočinek a záliby, osamělost lidí. Jan Vymětal uvádí v knize „Lékařská psychologie“,

že naopak srdečních onemocněních způsobených špatnou životosprávou ubývá. Domnívá se, že je to snad způsobené zdravějším způsobem života lidí (7, 60).

Pacient s kardiochirurgickým onemocněním potřebuje mít pocit emocionální podpory, jistoty a bezpečí. Vlivem dnešního pokroku v medicíně, technice, vybavení a lidského zásahu, jsou kardiochirurgičtí pacienti často zachráněni. Pokud nedojde v nemocnici či v domácí péči k převýchově pacienta ve smyslu zdravého životního stylu, vrací se tito pacienti zpět do přemrštěného pracovního tempa orientovaného na výkon. Opět jsou vystaveni nepřiměřenému stresu a hektickému životu. Není pak divu, že se kardiochirurgičtí pacienti dříve či později vrací zpět do nemocnice, kde jim již nemusí být pomoci a prognóza na uzdravení se tak stává více beznadějnou. Proto by sestry měly brát v úvahu, že stres je nežádoucím faktorem v léčbě nemocí srdce a cév a tento stres se tak snažit minimalizovat. A to tím, že pacientům A-typu nebudou poskytovat žádnou příčinu vzniku stresových situací. Budou se je snažit uklidňovat, podporovat, zbavovat časové tísně a shonu, tlumit jejich agresivitu. U pacientů B-typu se sestry zaměří na podporování jejich klidu a rovnováhy. Sestry by měly u obou typů nemocných tlumit úzkost a strach, pochyby, nejistoty v souvislosti s operací srdce (7, 34, 60).

1.3 Pohled pacienta na kardiochirurgickou operaci

1.3.1 Vznik srdečního onemocnění jako výsledek životního stylu

Kardiovaskulární onemocnění kardiochirurgických pacientů je nejčastěji zapříčiněné jejich životním stylem. Přitom právě onen životní styl se dá změnit a tudíž i ovlivnit vznik onemocnění srdce. Lidé se však většinou brání a nechtějí svůj dosavadní způsob života měnit. Přitom změnou životního stylu by se mohl výskyt kardiovaskulárních onemocnění snížit. V roce 1948 bylo schváleno provedení dlouhodobé studie zaměřené na objasnění celé řady faktorů, které mají bezprostřední vliv na vznik kardiovaskulárních onemocnění. Jednalo se o Framinghamskou studii, kterou J. Křivohlavý popisuje ve své knize „Psychologie nemoci“. Na základě této studie byly faktory mající vliv na vznik nemocí srdce nazvány jako „rizikové faktory“. Mezi tyto rizikové faktory patří kouření, vysoký krevní tlak, vysoká hladina tuku v krvi,

diabetes mellitus (cukrovka), nadváha, neaktivita, obezita a již zmiňovaný stres. Psychosociální stres, kterému jsou lidé vystavováni, se týká nejen stránky psychické, ale také stránky sociální (společenské, rodinné i profesní). Člověk, který je v životě více vystavován tomuto stresu, agresivitě, zlosti či prožívá nadměrnou úzkost, strach, obavy a člověk mající sklony k nepřátelství k ostatním lidem je více náchylný na vznik onemocnění srdce. Také lidé, kteří touží po dokonalosti, mají sklony k přehnané pečlivosti, odpovědnosti a seberealizaci, jsou často zklamáni životem, který se zdaleka nepřibližuje jejich představám. Tím se stávají žhavými kandidáty na vznik kardiovaskulárního onemocnění (26).

Je známo, že lidé mohou zlepšit své stravovací návyky, přestat kouřit, mít dostatek pohybu, ale co těžko ovlivní je každodenní stres, který na ně všude „číhá“. Ať už v zaměstnání, kde jsou lidé denně vystavováni stresům a tlakům, tak i v rodině, či v mezilidských vztazích. Každodenní spěch a shon, snaha dosáhnout úspěchu a uznání, netrpělivost, soutěživost mezi lidmi, nedostatek odpočinku, chronické přetěžování to vše se podepisuje na nemoci srdce a cév. Působení stresu může vyústit až v depresi či frustraci. Ta vzniká při dlouhodobém nenaplnění potřeb a rolí v životě kardiochirurgického pacienta. Proto je zapotřebí těmto pacientům pomoci najít způsob, jakým budou saturovat své aktuální potřeby. Za psychosociální stres s následkem kardiovaskulárního onemocnění je zodpovědná také životní situace pacienta. Lidé, kteří jsou ve svém životě nešťastní, nespokojení, nemají domov či rodinu, ztratili zaměstnání, věří v jen malou naději na lepší budoucnost. V dnešní době stres patří do každodenního života všech lidí na světě a je proto potřeba se naučit s ním bojovat a snažit se mu co nejvíce odolávat (31, 63).

Zvláště pak lidé, kteří trpí kardiovaskulárním onemocněním a následně nemocní po operaci srdce, by se měli zaměřit na prevenci celkového životního stylu, eliminaci stresu a změny stravovacího režimu (63).

1.3.2 *Názor pacienta na onemocnění srdce a kardiologickou operaci*

Existuje celá řada definic, jak lze nemoc definovat. „Nemoc (illness) je osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdravá. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě (16, s. 17)“.

„Nemoc je medicínský termín: lze ji popsat jako poruchu tělesných a nebo duševních funkcí, která může vyústit do snížené výkonnosti nebo zkrácené délky života (9, s. 51)“.

Pacienta lze chápat jako: „Pacient je člověk, který onemocní (14, s. 21)“ nebo „Pacient je definován v Praktickém slovníku medicíny (1994) jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk (63, s. 20)“.

Onemocnění srdce, kterým pacient trpí, má aspekt jak biologický, psychický, tak i společenský. Nemoc pacient vnímá jako zátěžovou situaci, kterou by měl zvládnout. Z důvodu onemocnění srdce se změní jeho dosavadní způsob života. Pacient mívá silné bolesti, dušnost, neklid. Což vede k dyskomfortu. Nemocný nemůže uspokojovat své potřeby, které jsou pro něho tolik důležité. Pacient má vlivem změny svého zdravotního stavu strach ze závažné nemoci a zhoršování průběhu onemocnění. Dále má pak strach ze závislosti na druhých osobách, ze ztráty vlastní aktivity a z omezení sociálních vztahů a funkcí. To, jak pacient nahlíží a prožívá svou nemoc, záleží také na závažnosti onemocnění. Bohužel kardiovaskulární onemocnění patří mezi nemoci ohrožující nemocného na životě, tudíž jsou pacienty obvykle hůře snášeny. Nemocný si uvědomuje, že je ohroženo jeho bytí na světě a tím i budoucnost. Následkem toho se mění jeho sebepojetí. Dochází ke snižování jeho sebeúcty, sebehodnocení, mění se jeho osobnostní vlastnosti. Dokud je člověk zdravý, není nešťastný či jinak nespokojený, nemá potřebu se o své zdraví nějak starat. Pro své zdraví začíná zpravidla něco dělat, až když se objeví první známky nemoci či se setká s úmrtím ve své rodině. V době nemoci má pak člověk tendence se více věnovat otázkám zdravého životního stylu a předcházet tak řadě onemocněním, především kardiovaskulárním. Ischemické choroby srdce se řadí mezi onemocnění s chronickým průběhem. Jinak bude tedy reagovat na vznik nemoci pacient, který bude trpět onemocněním akutním, krátkodobým či chronickým (17, 14, 62, 51).

Kardiochirurgický pacient se musí vyrovnat s faktem, že má kardiovaskulární onemocnění. To jaký má pacient pohled na nemoc a jak jí zvládá je individuální. Rozdíly jsou dány tím, jakým onemocněním trpí. Kardiochirurgické onemocnění přináší svému nositeli pocit méněcennosti, neschopnost vykonávat svou profesi, problémy v partnerských vztazích a omezení v jiných každodenních aktivitách. Dále to jak vnímá člověk svou nemoc záleží na délce onemocnění, jejím průběhu, prognóze, komplikacích, do jaké míry zasahuje do životních hodnot nemocného. Také je známo, že lépe snášejí nemoc starší lidé oproti mladším lidem. U pacientů starších se však do popředí dostává strach ze smrti, z osamělosti, závislosti a bezmocnosti. Kardiochirurgický pacient mění postoj k sobě samému. Musí se vyrovnat se situací, že se již nemusí uzdravit. Nemocný má pocit, že ztrácí sám sebe a svoji cenu, má sklony podléhat depresím až rezignovat. Snaží se najít viníka, který je odpovědný za vznik jeho onemocnění srdce a následně ho potrestat. Často vidí sám sebe jako hlavní příčinu svých potíží a od toho se odvíjí jeho sebehodnocení, které je výrazně jiné než před počátkem nemoci. Pokud se mění díky nemoci i jeho fyzický vzhled, vnímá situaci o to pesimističtěji (5, 51).

V této situaci je potřebné, aby pacient začal akceptovat skutečnost, že je nemocný. Tím, že nemoc přijme jako fakt, že se stala jeho součástí života, dojde u pacienta i ke snížení jeho obav. Pacient s nemocným srdcem se však musí nacházet v „chráněném prostředí“. To je podpořeno vztahem lékaře, sester i jeho rodiny. Ti všichni by měli získat důvěru pacienta a stát se jeho přirozenou autoritou. To u pacientů vzbuzuje pocit bezpečí a jistoty (51, 60).

Pacienti se před kardiochirurgickou operací nejvíce obávají toho, že operace nebude úspěšná a nastanou komplikace vzhledem k náročnosti kardiochirurgického výkonu. Mají také strach ze zhoršení zdravotního stavu, který může skončit smrtí. Jedná se o tzv. anticipační strach, který takto popisuje Zacharová a kol. v knize „Zdravotnická psychologie“. Na druhé straně však kardiochirurgičtí pacienti vidí určitou naději do budoucna. Uvědomují si, že jim kardiochirurgická operace může ulevit od bolesti, která jimi může být vnímána jako nesnesitelná, smrtící, vyčerpávající či ochromující. Budou moci lépe vykonávat své pracovní i osobní činnosti. Také věří, že operace srdce sníží

riziko vzniku srdečního infarktu a tím si prodlouží život, který se může stát kvalitnějším než byl doposud. Pacienti jsou tak postaveni před rozhodnutí, zda operaci podstoupit či nikoli. Dochází k velmi silným emocím, které prožívají nejen oni, ale i jejich blízcí. Pacienti si uvědomují, že je pro ně budoucnost nejistá a musí dojít ke změně jejich dosavadního každodenního života (55, 63).

Kardiochirurgická operace vzbuzuje u pacientů řadu obav, pocitů a emocí. Nejčastějšími emocemi jsou úzkost a strach. Úzkost kardiochirurgických pacientů může být vyvolána z neznámého prostředí, z odloučení od svých blízkých, z nepochopení diagnostických vyšetření, z předoperačních procedur, z příprav na plánovanou operaci a z operace samotné či z pooperačních postupů. Dále může být úzkost způsobena finančními problémy souvisejících s kardiochirurgickou operací a následnou hospitalizací. Mimo jiné také změnou životního stylu a životní role. Kardiochirurgičtí pacienti mohou pociťovat rozpaky ze ztráty důstojnosti při nedodržování intimity či nerespektování pacienta jako jedinečné bytosti (50, 55, 63).

Důležité je, aby si sestry uvědomily, že úzkost a strach provází každého člověka od narození až do jeho smrti. Nevyhnutelně patří k lidskému životu. Každý pacient zná strach. Avšak každý ho vnímá individuálně. Strach prožívaný pacientem souvisí s jeho životní situací, nemocí, vlohami, prostředím. Emoce jako strach a úzkost jsou spojeny s nepříjemnými pocity jako bušení srdce, napětí celého těla, pocity horka či chladu, stažení v oblasti žaludku a řadou jiných příznaků. Nikdy by se pacient neměl snažit strach nebo úzkost potlačovat. Ale naopak je dávat najevo a hovořit o nich (2, 38, 59).

Mimo jiné je strach a úzkost z operace srdce spojena s něčím, co pacient doposud nezažil, neprožíval. Strach z kardiochirurgického zásahu je tedy podstatně větší u těch pacientů, kteří podstupují operaci srdce poprvé. Přeci jen je pro ně operace něco neznámého, co neznají. Neví, co mohou od operace očekávat a ani netuší, jak se k nim budou zdravotníci po operaci srdce chovat. Proto by měly všechny sestry v rámci ošetrovatelské diagnózy strach odstranit, zvláště proto, že může mít negativní vliv na pooperační průběh, následnou péči a celkové zotavení nemocného. Pro zmírnění předoperační úzkosti a strachu je nutné pacientům pomoci se na kardiochirurgickou operaci připravit a minimalizovat tak stres. Sestry by se proto měly zaměřit na

pacientovy pocity v souvislosti s kardiochirurgickou operací a tyto pocity nepodceňovat. Jsou to právě sestry, které jsou pacientovi před i po operaci srdce neustále k dispozici. Hrají tak nesmírně důležitou roli v jeho ošetřování, odhalování časných komplikací či podporují pacientovu psychickou i fyzickou pohodu. Proto by měly přispívat k redukci všech obav, stejně jako strachu a úzkosti, které nemocný prožívá (strach z neznáma, z anestézie, z komplikací, ze změn tělesného vzhledu, z nezaměstnanosti a jiné) (55).

Všichni zdravotníci, kteří přijdou do kontaktu s kardiochirurgickým pacientem, by měli vědět a znát jak pacienti čelí, zvládají a reagují na situace mající bezprostřední vztah k operaci srdce. Mají poskytnout potřebné informace, které pacient bude chtít vědět než podstoupí operaci. Měli by si uvědomit, že pacient vystaven takovéto zátěži, může reagovat negativně až odmítavě a může mít problém přijímat jakékoli další informace týkající se operace a ošetrovatelské péče. Musí brát v úvahu, že každý nemocný má jiné potřeby a pocity. Na základě toho by i měli k těmto pacientům přistupovat, podporovat je a utužovat jejich pozitivní vnímání. Aktivně pacienty zapojovat do psycho-rehabilitačního programu, tlumit jejich bolest a strach. Jedině tak může dojít ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienta (55, 63).

Další nepříjemnou situací, kterou si pacient uvědomuje a musí se s ní vyrovnat je, že operace srdce u něj zanechá tělesný defekt - jizvu na hrudi. Pacient se za jizvu na prsou může stydět, může mít pocit vlastního znehodnocení či ponížení. Může vnímat vlastní tělesný obraz jako porušený, s kterým se neumí vypořádat on sám a ani jeho partner. Jizva na hrudi tedy může ovlivňovat jeho vlastní sebeúctu. Může dojít ke snížení sebevědomí, sebehodnocení či dokonce až sebeúcty. Sestra musí pacientovi pomoci přijmout změnu týkající se jeho tělesného obrazu, která vznikne následkem kardiochirurgické operace. Měla by mu empaticky vysvětlit, že tělesný defekt není překážkou v dosahování jeho cílů a úkolů. Dále pak objasnit, že jizva na hrudi je sice nepříjemný handicap, ale že se s ní bude muset vypořádat jako on sám tak i jeho partner (1, 56).

1.4 Srdeční onemocnění jako nesnadná životní situace a životní změna

Zdraví pro většinu lidí znamená určitou životní hodnotu. Díky zdraví mohou naplno vykonávat veškeré svoje činnosti a povinnosti. Lépe zvládají problémové situace či nepohodu. Pokud se však vyskytne nemoc, člověk mnohem hůře zvládá zmíněné situace. Samozřejmě velice zaleží na tom, zda se jedná o nemoc krátkodobou či dlouhodobou. Krátkodobé onemocnění jedinec většinou zvládá bez výraznějších obtíží. Je v blízkosti své rodiny, v prostředí, které zná a cítí se v něm dobře a bezpečně. Lékařská prognóza je pro člověka s krátkodobou nemocí příznivá (5).

Mnohem hůře však člověk přijme fakt, že má dlouhodobé chronické onemocnění či ho nemoc dokonce ohrožuje na životě. Dospělý člověk se díky kardiovaskulární nemoci ocitá ve zdravotní krizi, která vede k bouřlivému fyzickému, psychickému i emocionálnímu vypětí. Zdravotní krize se obvykle netýká jen pacienta, ale také jeho rodiny a přátel. Chronicky nemocný člověk se musí však naučit s rolí nemocného žít. (5, 45).

Chronické onemocnění srdce může výrazně snižovat kvalitu života člověka. Pacient se díky nemoci nachází ve svízelné životní situaci. Omezuje ho v jeho každodenních činnostech, aktivitách, v zaměstnání i v péči o rodinu. Jsou na něj kladeny mnohem větší nároky vztahující se k adaptaci vzhledem k nemoci, jak bude nemoc zvládat a jak se k ní vůbec postaví. Zda s nemocí bude bojovat nebo se jí poddá. Onemocnění ho staví do situace, kdy a jak začne řešit jednotlivé problémy spojené s jeho aktuálním zdravotním stavem. Zda-li vůbec přijme fakt, že je nemocný a bude jej akceptovat. Vyrovná-li se se skutečností, že bude muset podstoupit mnoho nepříjemných diagnostických vyšetření i bolestivou operaci, která mu však může zachránit život. V souvislosti s onemocněním srdce se pacient najednou ocitá v situaci, kdy je více či méně odkázán na pomoc druhého. Nejen po stránce fyzické, ale také psychické. Ne každý nemocný je rád, že se o něho musí někdo starat. Většina lidí to může vnímat jako závislost, že mohou být pro druhé na obtíž, nebo že ve své roli selhali. Ne každý pacient si umí požádat o pomoc v případě, kdy není schopen si něco sám udělat. Stydí se říci o podporu druhé osoby. Takový pacient prožívá řadu vnitřních

pocitů a emocí. Je tedy nutné, aby všichni zdravotníci, rodina i přátelé brali v úvahu jeho psychický stav, který je momentálně změněn kvůli nemoci srdce (5, 17, 63).

„Proto je důležité brát v úvahu, že duševní stránka nemocného, jeho způsob prožívání vlastní choroby a psychické reakce na nemoc, jsou důležitým článkem při léčbě a ošetřování nemocných, protože zpětně ovlivňuje průběh onemocnění (17, s. 54)“.

Onemocnění srdce je pro pacienty nesnadnou životní situací. Pacientovi v tomto období může chybět perspektiva uzdravení. Pokud nepřistoupí na kardiochirurgickou operaci, jeho zdravotní stav se bude nadále zhoršovat. Příznivou prognózu do budoucnosti tudíž nemusí vidět. Důležité je, aby se sám pacient vnitřně vyrovnal s nemocí srdce. Samozřejmě, že i rodina by měla přijmout situaci, že jejich člen je těžce nemocen a být mu tak oporou a vždy na blízku. Rodina nemocného prožívá velkou změnu, která vzniká onemocněním jednoho rodinného člena. Jakákoli dlouhodobá vážná nemoc ukáže, zda rodina dokáže držet při sobě. Nemoc člena rodiny může totiž způsobit její rozpad. Zvláště, když jsou její členové na sobě závislí a navzájem se potřebují. V nemocnici však není možné, aby příbuzní trávili celý den u pacienta. Důležitou roli v této situaci hraje proto sestra. Ta je v danou chvíli velmi důležitou osobou v současném životě pacienta. Sestra by si měla uvědomit, že mu přímo pomoci nemůže (nevyléčí ho), ale měla by mu být na blízku v době jeho úzkosti, strachu, pochybnostech, které prožívá v souvislosti s kardiochirurgickou operací (5, 17, 51).

Dalšími důležitými změnami v pacientově životě, které mohou nastat z důvodu kardiologického onemocnění a následné operace srdce, jsou pracovní a ekonomické problémy. Zvláště pokud jeho zdravotní stav nedovoluje vykonávat povolání jako doposud či dokonce ztratil práci, kterou rád vykonával a stává se tak nezaměstnaným. Pacienti mají oprávněný strach ze ztráty zaměstnání. Obzvláště proto, že se často jedná o pacienty starší 50 let, kteří při ztrátě dosavadní profese mají menší šanci sehnat práci novou. Způsobeno je to tím, že trendem dnešní doby je nabízet pracovní poměr mladším lidem oproti starším generacím. Lidem po 50. roku života klesá jejich fyzická síla, mají více zdravotních problémů, hůře se přizpůsobují. Přibývá však i mladších kardiochirurgických pacientů, u kterých mohou nastat problémy týkající se zaměstnání.

Každý člověk potřebuje mít jistotu, že má své povolání, které ho činí šťastným. Díky zaměstnání získává člověk peníze, může se seberealizovat, je aktivní v pracovní činnosti, navazuje sociální kontakty, je nezávislý a samostatný. Tyto všechny jistoty však kardiologický pacient ztrácí kvůli své nemoci a operaci srdce (51).

Kardiovaskulární nemoc a s tím spojená kardiologická operace výrazně mění i sociální pozici pacienta. Ať už v jeho povolání, v rodině či ve společnosti. Tento pacient hledá psychosociální pomoc a oporu u členů rodiny, přátel či sester pracujících na kardiologickém oddělení. Jedná se o pomoc, kdy člen rodiny, sestra či jiná osoba nemocnému pomáhá zvládat jeho životní situaci, ve které se nachází. Snaží se mu pomoci v oblasti psychiky a to tím, že mu bude na blízku, bude uspokojovat jeho potřeby, bude brát v úvahu jeho přání. Psychosociální podpora může výrazně pacientovi pomoci a zkvalitnit jeho život. Kardiologický pacient je pod vlivem své nemoci více podrážděný, vztahovačný, někdy až příliš přecitlivělý. Od okolí a především od rodiny vyžaduje více než by měl a naopak sám poskytuje své rodině mnohem méně. Pro okolí je komunikace s pacientem mnohem náročnější než se zdravým člověkem. Někdy jim komunikace může připomínat svoji vlastní zranitelnost a tím pádem ji nemohou navázat. Proto je pro pacienta nesmírně důležité, aby věděl, že se na svou rodinu v době nemoci může kdykoli obrátit. Proto by měla být nemocnému nabídnuta a poté poskytnuta taková péče, kde bude probíhat spolupráce mezi pacientem, lékařem, sestrou ale i jeho rodinou. Taková spolupráce mimo jiné splňuje holistický přístup k pacientovi (1, 51).

1.4.1 Sdělení diagnózy onemocnění srdce a hospitalizace pacienta

Pokud pacient trpí dlouhodobým onemocněním a jeho stav není možné už nadále udržovat jen konzervativními postupy, je na řadě kardiologická operace. Když sdělí lékař pacientovi, že jeho onemocnění srdce je natolik vážné a musí podstoupit kardiologickou operaci, jedná se o velký zásah do psychické rovnováhy pacienta. S touto situací by se měl pacient s nemocným srdcem smířit a přijmout ji. Oznámení diagnózy či operace pacientovi vždy náleží lékaři. Komunikace mezi lékařem a pacientem by měla probíhat v soukromí, popř. za přítomnosti rodiny nemocného.

Lékař by měl diagnózu sdělovat ohleduplně. Měl by brát v úvahu pacientovi pochybnosti, obavy, názory. Nikdy by neměl pacienta do ničeho nutit, vnučovat mu své názory. Lékař by si měl být vědom, jak náročná je tato situace pro pacienta. Po sdělení diagnózy závažného onemocnění dochází u pacienta ke zpracování všech informací, k jinému myšlení, uvažování či odlišnému způsobu chování. Každý zvládá zátěž, kterou představuje nemoc jinak (5, 51).

Elizabeth Kübler-Rossová popsala 5 fází reakcí pacienta, kterými pacient reaguje na sdělení nemoci. První fáze vzniká po sdělení diagnózy kardiovaskulární nemoci, která si vyžaduje nevyhnutelnou operaci srdce. Jedná se o fázi šoku a popření. V této fázi pacient nechce přijmout situaci, že má nemocné srdce a musí podstoupit kardiochirurgickou operaci. Říká si, že to není tak, jak mu to bylo sděleno lékařem. Pacient prožívá bezmoc a zoufalství. V tuto chvíli nemá smysl pacientovi říkat další potřebné informace o průběhu kardiovaskulární choroby či operace srdce. Není schopen tyto informace akceptovat. Fáze šoku a popření je vystřídána fází agrese, zloby a vzteku pacienta. V této situaci si pacient klade otázku „Proč právě já musím být vážně nemocný a musím podstoupit kardiochirurgickou operaci a ne někdo jiný?“ Po odeznění agrese se pacient dostává do fáze smlouvání a vyjednávání. Kardiochirurgický pacient se snaží smlouvat se životem, chtěl by ještě jednou něco v životě dobrého udělat či dokázat. V této fázi již pomalu dochází k uklidnění pacienta. Přesto další nastupující fáze je fáze deprese. Ta se projevuje smutkem, strachem z operace a z toho, co bude dál. Pacientovi je líto, že jeho život vlivem nemoci srdce může skončit či dokonce skončí. Následující a poslední fází je fáze smíření se s kardiovaskulární nemocí, s operací srdce či dokonce se smrtí. Tato fáze je typická akceptací skutečnosti, že je pacient natolik nemocný, že musí podstoupit operaci srdce. V této fázi se nemocný musí vyrovnat se situací, že může dojít v souvislosti s kardiochirurgickou operací k znehodnocení či ohrožení jeho života. Jednotlivé fáze mohou trvat různě dlouho, mohou se navzájem překrývat či se může měnit jejich pořadí. U některých pacientů se nemusejí projevit vůbec. Důležité je poskytnout nemocnému psychickou podporu a nechat mu určitou naději na zotavení (6, 51, 63).

Kromě fází, které popsala E. Kübler-Rossová existuje řada dalších procesů, jak pacient reaguje a bojuje se svým onemocněním. Shontze v roce 1975 popsal 4 etapy. První fází je šok, kterým pacient reaguje na sdělení, že jeho zdravotní stav je vážný. V této situaci dochází k ustrnutí a zděšenému chování. Pacient není schopen vnímat realitu. Po první etapě následuje fáze, kterou Shontze nazval jako „usebrání se“. Jedná se o stav, kdy se pacient vrací po psychické stránce zpět do reality a to „z ducha nepřítomnosti“, kterou prožíval ve fázi šoku. Pacient však prožívá řadu negativních emocí (strach, úzkost, smutek, pocity bezmoci). Následuje třetí fáze „stažení se ze hry“. Tato etapa je typická tím, že pacient řeší sdělení diagnózy únikem do samoty. Ta mu umožní, vše co prožívá popřít a tím mu po psychické stránce i ulevit. Pacient tak může postupně změnit svůj pohled na danou situaci v níž se nachází. Tato reorientace mu pomůže, aby si vypracoval svůj vlastní program dalšího pokračování života. Poslední fází dle Shontze je tvorba „programu řešení krize“. Jedná se o etapu krizové intervence, kdy hlavním cílem chování pacientů je si udržet celkovou homeostázu (rovnováhu) organismu. Z toho plyne, že na nemoc je třeba pohlížet jako na narušení této rovnováhy. Proto by se pacient měl snažit nemoc odstranit a obnovit tak svou homeostázu (26).

Poté, co je pacientovi sděleno, že bude muset podstoupit kardiochirurgickou operaci, je vystaven další pro něj nepříjemné situaci a tím je hospitalizace. Pacient se tak ocitá v naprosto neznámém prostředí. Musí se přizpůsobit chodu oddělení, harmonogramu práce zdravotníků (sester, lékařů a jiných odborníků), kteří se najednou stávají hlavními osobami v jeho životě. Kolem pacienta se nachází naprosto cizí lidé, kterým se má najednou začít svěřovat se svými pocity a emocemi. Rodina, kterou má tak rád, je od něho tolik vzdálená. Kardiochirurgický pacient je ze dne na den zahlcen novými informacemi, zákazy a příkazy, termíny, kterým nemusí rozumět. Je omezen ve svém každodenním životě. Vlivem hospitalizace je omezeno či narušeno i jeho soukromí. Pobyt v nemocnici se mu proto právem zdá nepřírodní. Pacient v souvislosti s hospitalizací ztrácí svoji identitu a sebevědomí. Nachází se a žije především v přítomnosti, styk s minulostí je mu omezen a budoucnost vzhledem k jeho kardiochirurgickému onemocnění je nejistá. To vše může u pacienta vyústit k negativním projevům až agresí. Přitom lze těmto negativním projevům lehce

předcházet. Podstatou je dostatek informací, které by pacient při pobytu v nemocnici měl dostat. Tyto informace by měly být pacientům odpovězeny ihned po příchodu do nemocnice. Nejčastějšími otázkami pacientů jsou: Jak budu dlouho v nemocnici ležet? Bude operace bolestivá? Mohou nastat nějaké komplikace? Budu schopen po operaci srdce vykonávat své dosavadní zaměstnání? Jak dlouho budu muset zůstat doma? Budu moci jet na doléčení do lázní? Budu muset změnit svůj životní styl? A jelikož pacienti prožívají řadu emocí, pocitů a obav, měly by jim sestry nechat prostor pro jejich dotazy a sdělení. Následně jim naslouchat a pomáhat (5, 26, 63).

Při dlouhodobé hospitalizaci jsou pacienti ohroženi vznikem hospitalismu. Jedná se o soubor změn v chování nemocného, což je způsobeno špatnou adaptací na nemocniční prostředí nebo je zapříčiněno dlouhodobou hospitalizací pacienta. Při dlouhodobé hospitalizaci se dříve či později začnou projevovat negativní reakce pacienta. Hospitalismus má negativní vliv na tělesnou či duševní stránku pacienta. Kardiochirurgický pacient, u kterého se projeví známky hospitalismu, začne být poněkud více pasivní. Vyhovuje mu, že se o sebe nemusí starat, že veškeré činnosti, které se od něho očekávají, udělá někdo jiný. Okruh jeho zájmu se zmenší. Nechce se nechat zaměstnávat. Hospitalismus brání v uzdravení pacienta, prodlužuje jeho pobyt v nemocnici a tím oddaluje návrat do domácí péče. Proto je důležitá prevence. Sestry by se měly snažit uspokojovat veškeré potřeby, které kardiochirurgický pacient má, neustále ho aktivovat, motivovat k uzdravení, vést ho k soběstačnosti, zajistit mu návštěvy rodiny. Důležité je, aby mu nemocniční prostředí připomínalo jeho domácí prostředí a nedošlo tak u něho k právě zmiňovanému hospitalismu (5, 26, 63).

1.4.2 Potřeby pacientů s onemocněním srdce

Z výše uvedeného textu vyplývá, že kardiochirurgičtí pacienti mohou mít problémy s uspokojováním potřeb. Proto je zapotřebí zdůraznit nutnost jednotlivých potřeb pacienta podstupujícího kardiochirurgickou operaci. Potřebu lze definovat jako: „Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí (48, s. 10)“.

Abraham H. Maslow dělí potřeby na fyziologické a psychologické. Jsou dále děleny dle významu a naléhavosti existence pacienta (viz příloha 2). Hierarchie potřeb A. H. Maslowa vychází z holistického pojetí člověka (48).

Potřeby kardiologických pacientů jsou něčím, co pacienti nutně potřebují pro svůj život. Kardiovaskulární nemoc způsobuje problémy s uspokojováním nejdůležitějších potřeb pacientů po operaci srdce. Může dojít k narušení či ohrožení konkrétní potřeby. Tím, že nejsou uspokojeny potřeby pacientů, má za následek řadu psychických a negativních reakcí (6).

Co se týká naplňování potřeb kardiologického pacienta, je rozdíl jestli se onemocnění srdce projeví náhle, tedy jako akutní onemocnění nebo zda pacient trpí srdečním onemocněním delší dobu a tudíž se u něho jedná o onemocnění chronické. Pacient s náhlým onemocněním srdce bez jakýchkoli prvotních příznaků má problém s naplňováním svých potřeb. Nemocný se ocitá ze dne na den mimo rodinné prostředí, dochází u něho k pocitu ohrožení, ke změně sociálního postavení, ke změně pracovní náplně, ke změnám denního rytmu a aktivit (42).

Jinak probíhá uspokojování a naplňování potřeb pacienta s vážným chronickým onemocněním srdce (viz. příloha 3). Nemocný se postupně adaptuje na změněné pracovní a životní podmínky. Naučí se žít s nemocí. Je částečně zvyklý na odloučení od rodiny díky častým hospitalizacím v nemocnici. Kardiologické sestry by proto měly mít dostatek informací o pacientových potřebách a snažit se je co nejvíce uspokojovat a naplňovat. Znalosti o potřebách kardiologického pacienta mohou uplatnit v rozvoji jeho seberealizace. Pomáhají mu čelit situaci, ve které se pacient nachází. Mohou mu napomoci při objasňování a pochopení, co se s ním děje, jak čelit a zvládat nepříjemnou situaci související s operací srdce. Také podporují v pacientovi sebeúctu, aby uměl ocenit sám sebe, uměl se sám pochválit. V případě vážného zdravotního stavu je nutné připravit pacienta na nevyhnutelnou situaci spojenou s invaliditou či smrtí, která může nastat a je třeba s ní počítat. Pokud pacient není schopen se s vážným kardiovaskulárním onemocněním a následnou operací srdce vyrovnat, je nutné pacientovi nabídnout odbornou pomoc psychologa. Psycholog by měl být součástí každého zdravotnického týmu kardiologického oddělení. Psycholog pacientovi

pomůže připravit se na operační výkon a s tím spojenou následnou léčbu a hospitalizaci (1, 42, 48).

Kardiochirurgický pacient se vlivem své nemoci srdce dostává do nemocnice, kde očekává, že jeho fyziologické (základní potřeby) budou uspokojeny jako první. Pokud z nějakého důvodu tyto potřeby uspokojeny nebudou, projeví se jejich neuspokojení v celkovém jednání a chování pacienta. Pacient může reagovat agresivně, podrážděně, může odmítat další spolupráci. Proto by si sestra měla uvědomit důležitost těchto potřeb. Pokud je pacient soběstačný a je schopen si uspokojit potřeby sám, má to pro něho obrovský význam. Není závislý na druhé osobě. Pokud je však upoután na lůžko jeho sebekpěče je mnohem náročnější a namáhavější. Zvláště trpí-li bolestmi po kardiochirurgické operaci. Zodpovědnost za uspokojování fyziologických potřeb pacienta přebírá v tuto chvíli sestra. Poté, co jsou uspokojeny fyziologické potřeby, chce být pacient ubezpečen, že nezůstane sám v době své nemoci a operaci srdce. Nebude mít bolesti a bude zbaven úzkosti, strachu, nejistoty z neznáma. Jedná se o potřebu bezpečí a jistoty. Pacient díky pobytu v nemocnici zažívá nepříjemný pocit ohrožení. Jsou u něho přerušeny kontakty s rodinou, blízkými přáteli, chybí mu potřebné informace. Každý člověk touží po důvěře, po bezpečí, spolehlivosti. Chce být mimo jiné ubezpečen, že v případě potřeby dostane vše, co mu přinese uspokojení a úlevu. V tomto případě se sestra musí zaměřit na uspokojování psychických „vyšších“ potřeb. Kardiochirurgický pacient potřebuje uspokojovat také potřebu lásky a sounáležitosti. Chce mít pocit, že je milován a být sociálně začleněn do kolektivu zdravotníků. Problém s uspokojováním těchto potřeb nastává při hospitalizaci nebo u lidí, kteří jsou osamoceni či opuštěni. Sestra by měla kardiochirurgickému pacientovi vzhledem k jeho vážné nemoci neustále dávat najevo porozumění, toleranci, projevovat zájem o jeho osobu, vysvětlovat mu okolnosti, aby všemu bezchybně rozuměl. Také zajistit návštěvu rodiny či přátel. S tím souvisí potřeba sebeúcty a uznání. Aby kardiochirurgický pacient cítil, že sestry respektují jeho sebeúctu, je zapotřebí, aby mu dávaly najevo, že je neobtěžuje péče o něj samotného. Důležitou součástí zachování sebeúcty pacienta je respektování jeho intimity a soukromí. Poslední úroveň potřeb v pyramidě A. H. Maslowa je potřeba seberealizace a sebekoncepcie. Člověk chce realizovat své plány,

schopnosti, záměry. Chce svou práci vykonávat co nejlépe. Tím u něj dojde i k uspokojení z práce a pracovního výkonu (6, 9, 42, 48). „Prostřednictvím práce mohou lidé přežít, zlepšit kvalitu svého života, projevit se a seberealizovat se (18, str. 174)“.

Kardiochirurgický pacient má z důvodu své kardiovaskulární nemoci ohroženy nejen své potřeby, ale také krátkodobé a dlouhodobé cíle, které si stanovil. Musí se přizpůsobit novým situacím, kterým je vystaven vzhledem k operaci srdce. Může ztratit vizi do budoucna. Jeho plány a představy jsou ohroženy. Cíle, které si stanovil jsou v nedohlednu. Mění se celý jeho dosavadní život, nachází se v nových životních rolích. Je bezprostředně omezena i jeho seberealizace. Z těchto důvodů mají pacienti v nemocnici problém potřebu seberealizace a sebekoncepcie uspokojovat. Zvláště pokud se jedná o dlouhodobou hospitalizaci či následnou dlouhodobou rekonvalescenci. Co se týče pacientovy seberealizace v nemocnici, je zapotřebí, aby sestry pacienta pochválily za vše, co udělal správně či se mu v době hospitalizace povedlo (dodržuje léčebný režim, provádí poctivě dechovou rehabilitaci, snaží se o samostatnost v hygieně, jídle, pohybu...). Kardiochirurgický pacient „ve vážném zdravotním stavu není schopen slyšet, v čem by se mohl v životě ještě realizovat. V postatě u něj zaniká potřeba seberealizace (42, str. 61)“. Opět je zde nesmírně důležité umět tohoto pacienta podpořit a pochválit za pokrok, který každý den hospitalizace v nemocnici udělá. Sestra by měla s pacientem hovořit o problémech, které mohou nastat v souvislosti s operací srdce. Jedná se zejména o změnu či ztrátu zaměstnání, doléčení v domácím prostředí a změnu životního stylu, o možnostech další seberealizace v zaměstnání nebo mimo něj. Sestra by také měla nastínit pacientovi situaci, kdy doba návratu zpět do běžného života bude trvat déle než si sám představoval. A je úkolem pacienta si vytvořit svůj harmonogram práce, kterým vyplní svůj volný čas při rekonvalescenci v domácím prostředí (6, 9, 42, 48).

Pacienti, kteří inklinují k různým náboženstvím, budou chtít uspokojovat potřebu duchovní a spirituální. Tito pacienti by měli být všemi zdravotnickými zaměstnanci tolerováni. Mělo by jim být umožněno vyznávat víru a s ní spojené rituály při hospitalizaci v nemocnici. Popřípadě jim zajistit návštěvu duchovního (9, 48).

S uspokojováním všech potřeb kardiochirurgického pacienta je nutné mít neustále na paměti práva pacientů a tyto práva respektovat a také dodržovat (9).

U kardiochirurgických pacientů dochází mimo jiné také k omezení potřeb životních. Mezi tyto potřeby patří sociální kontakt, pochopení, potřeba podnětů a činností. Někteří pacienti upřednostňují jednolůžkové pokoje, ale to především z důvodu svého soukromí a také kvůli tomu, že se nemusí přizpůsobovat jiným pacientům. Po čase jim však samota může přijít velmi nepříjemná. Nemají s kým sdílet své problémy, strach a pocity. Tím, že se na pokoji nachází více pacientů najednou, má své výhody i nevýhody. Velkou výhodou je, že si pacienti mohou navzájem sdělovat své zkušenosti, názory, pocity. Mají pocit, že „v tom“ nejsou sami. Nemají mnoho času přemýšlet nad svým onemocněním. Navzájem si dodávají víru, naději, podporu. Pacienti spolu mohou na pokoji neomezeně komunikovat, zbavovat se navzájem pocitu nedostatku sociálního kontaktu, který jim v souvislosti s operací srdce a následnou hospitalizací schází (6, 63).

Při pobytu v nemocnici, zvláště pak dlouhodobém, který je mimo jiné spojen i s upoutáním na lůžko, dochází u kardiochirurgických pacientů k pocitu nedostatku činnosti a výkonu. Pacienti začnou být neklidní, znužení, náladoví, nevyrovnaní až agresivní. Nemocní následkem této situace mohou sami před sebou, ale i před rodinou ztratit svou hodnotu. Může dojít až k situaci, kdy pacient kvůli své nemoci rezignuje. V tuto chvíli je vhodné pacientovi doporučit konzultace s psychologem, kteří dokáží pacienta vhodně motivovat pro zapojení se do každodenních činností (63).

Pacient si chce při pobytu v nemocnici dokazovat, že umí být samostatný a nezávislý na pomoci druhých. Proto je důležité, aby sestry pacienta upoutaného na lůžko neustále aktivovaly, zaměstnávaly, vedly ho k soběstačnosti, posilovaly jeho kontakt s rodinnými příslušníky. Pokud je to možné, je dobré uložit pacienta na pokoj, kde je jeho součástí televize. Pacient upoutaný na lůžko tuto alternativu ocení a sestra tím zároveň uspokojí i jeho kulturní potřebu. Pacientům, kteří jsou naopak soběstační a mohou se neomezeně pohybovat, by měla sestra umožnit přístup do denních místností, které jsou určeny právě pro ně. Kde si mohou půjčit knihy či sledovat televizi (6, 63).

1.5 Kardiologický pacient a rodina

Kardiologický pacient, díky kardiologickému onemocnění a následné operaci, tráví delší dobu v nemocnici. Jsou tak u něj omezeny potřeby sociálního kontaktu nejen s okolím svých nejbližších přátel, spolupracovníků, ale především jsou omezeny vazby a komunikace s rodinou. Rodina je přítom v době kardiologické operace pro pacienta velmi důležitá. Pokud je rodina funkční a všichni členové mezi sebou komunikují a váží si jeden druhého, pak nemocný ví, že se na ni může kdykoli obrátit. Rodina mu tak v době hospitalizace zajišťuje ochranu, podporuje ho, pomáhá mu, pravidelně ho navštěvuje. Naopak pokud pacient pochází z nefunkční rodiny či dokonce žádnou nemá a žije sám, pak tuto ochranu, jistotu, bezpečí, podporu od rodiny nepocítuje. Nemocný se v této těžké chvíli nachází v situaci, kdy je na vše sám. Má pocit, že to nemůže sám zvládnout. Proto má v tuto chvíli přijít na řadu sestra. Jejím úkolem je snažit se pacientovi co nejvíce pomoci a vynahradiť mu rodinu svou blízkostí, laskavostí, empatií a péčí (6).

Lékař by nikdy neměl při léčbě kardiologického pacienta zapomínat na rodinu nemocného. Jeho spolupráce souvisí nejen s pacientem samotným, ale také s jeho rodinou. Lékaři, sestry a ostatní zdravotnický personál pečující o pacienta by si měli uvědomit, že „pacientem není výlučně tzv. identifikovaný pacient, tedy nositel potíží, symptomů, nemoci, ale rodina jako celek (60, str. 89)“. „Nemocný totiž důvěřuje lékaři a léčbě tehdy, jestliže lékaři důvěřují nejbližší příbuzní (60, str. 107)“.

Člověk se v životě utváří pod vlivem rodiny. Psychická rovnováha pacienta souvisí se stabilitou rodiny. Rodina poskytuje všem jejím příslušníkům domov. Stává se místem bezpečným pro její členy. O to důležitější je tato stabilita v době nemoci. Rodina má řadu funkcí, které musí splňovat. V souvislosti s jejím nemocným členem má však zastat nejdůležitější funkci a tou je funkce citově intimní. Pro kardiologického pacienta je nesmírně důležité, aby se na svou rodinu mohl spolehnout. Očekává, že mu rodina poskytne oporu, zázemí, jistotu a bezpečí. Tím, že člen rodiny vážně onemocněl, může mít za následek krizi, které rodina musí čelit. Podle Vymětala je citově intimní funkce rodiny nejsnáze zranitelnou funkcí v době hospitalizace nemocného po operaci srdce. Pacient potřebuje v době své léčby a

operačního výkonu blízkost rodiny a tu ztrácí díky pobytu v nemocnici. Přitom potřeba rodiny souvisí s jeho potřebou lásky a sounáležitosti. Proto by sestra měla zařídit návštěvy rodinných příslušníků, umožnit jim navštěvovat pacienta v době k tomu určené. Někdy lze po domluvě navštívit nemocného i mimo návštěvní hodinu (60).

1.5.1 Vliv nemoci na rodinu kardiologického pacienta

Nemoc člena rodiny může narušovat rovnováhu celé rodiny. Neboť rodina, aby mohla fungovat jako celek, potřebuje přítomnost všech rodinných příslušníků. Patrné je to převážně u chronických kardiovaskulárních onemocnění. Rodina kardiologického pacienta ovlivňuje buď pozitivně nebo negativně. Pozitivní ovlivnění je v případě, že pacient společně s rodinou spolupracuje při léčbě. Negativní ovlivnění je naopak myšleno jako nespolupráce s lékařem při léčbě (60).

Rodina se může dostat do krize díky změně zdravotního stavu svého člena. Jedná se především o onemocnění dlouhodobá, chronická či smrtelná, která předurčují ztrátu existence člena rodiny. Krizí se rozumí taková událost, která probíhá uvnitř či vně rodiny a výrazně naruší chod rodiny a interakci jednotlivých členů. Dochází tak ke změně rodinného systému. Krize v rodině se projeví nerovnováhou, napjatou atmosférou, neschopností řešit určité situace díky nepřítomnosti nemocného člena rodiny. Nemoc je tedy příčinou rodinné krize. V rodině tak musí dojít k zásadním změnám a mobilizaci sil, aby se rodinná krize vyřešila. Krizi způsobenou onemocněním příslušníka rodiny lze chápat jako ztrátu zdraví. S tím související ztrátu zaměstnání či při nezdařené kardiologické operaci lze krizi chápat jako ztrátu velmi blízké osoby. Kardiovaskulární nemoc jednoho z členů rodiny ovlivňuje do jisté míry všechny blízké. V této situaci rodina potřebuje efektivní sociální oporu. Rodina je, vzhledem k závažnému onemocnění srdce jejího člena, vystavena těžké životní situaci a stresu. Musí se naučit zvládat svízelné životní situace a umět se přizpůsobit změnám, které mohou nastat v souvislosti s kardiologickou operací. Proto by zde měla hrát důležitou úlohu sestra, která má pracovat nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. Spolupráce rodiny je velmi žádoucí. Pacient, který není hlavním živitelem, hlavou rodiny či jejím ochráncem očekává od rodiny, že společně budou v době nemoci

bojovat proti nepříznivým situacím, budou udržovat společnou integritu. Takovýto pacient bude chtít a očekávat pomoc od rodiny. V opačném případě pacient, který má v rodině vůdčí postavení, je hlavním živitelem, zaopatřuje rodinu, bude mít vůči ní výčitky svědomí, protože právě on je zodpovědný za chod této rodiny. Sestra může kardiologickému pacientovi pomoci tím, že v rámci sběru rodinné anamnézy rozpozná, jak rodina funguje, kdo má vůdčí roli v rodině. Následně pak informace využije ve prospěch pacienta. K tomu, aby rodina krizi způsobenou onemocněním jejího člena zvládla, je zapotřebí udělat zásadní změny v dosavadním chodu celé rodiny. Jedná se o změny v rolích a ve vztazích jednotlivých členů rodiny. Souvisí se změnami komunikace v okolí, v rodinných rituálech, tradicích či pravidlech. Všechny tyto změny umožňují zvládnout stres a požadavky. Rodina se tak může snáze přizpůsobit požadavkům nemocného. A následně se může obnovit harmonie rodiny. Někdy však mohou nastat problémy při uplatňování změn v rodině. A to v případě, že nastává rozpor mezi potřebami nemocného a potřebami jeho rodiny. V tomto případě je nutné, aby rodina vyhledala odbornou pomoc. Zvláště v situacích, kdy rodinou krizi kvůli kardiologické operaci nelze odstranit. Trpí tím nejen sám nemocný, ale i ostatní členové rodiny (45, 51). „Každá vážnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy (60, str. 107)“.

Rodinní příslušníci pomáhají nemocnému změnit a následně i dodržovat zdravý životní styl. Přizpůsobují se podmínkám nemocného. Postoj rodiny ke kardiovaskulárnímu onemocnění má vliv i na pacienta samotného. Proto by se nikdy nemělo zapomínat v souvislosti s léčbou kardiologického pacienta na jeho rodinu. Ta by se naopak měla využít ke spolupráci týkající se operace srdce a následné ošetrovatelské péče (45, 51).

1.5.2 Rodina a zaměstnání kardiologického pacienta

Zaměstnání je pro všechny lidi na světě velice důležité. Díky práci lidé mohou rozvinout veškeré své dovednosti, schopnosti a ty pak uplatnit v životě. Dát svému životu smysl a tím i uspokojovat své základní a psychosociální potřeby. Zaměstnání má výrazný vliv na kvalitu rodinného i osobního života. Prostřednictvím práce lidé naplňují

své potřeby i potřeby rodiny. Zaměstnání všech členů rodiny má výrazný vliv na kvalitu jejich budoucího života a na pozitivní fungování celé rodiny. Manuální či psychická činnost v zaměstnání dává lidskému životu smysl (18).

Kardiochirurgický pacient se musí umět vyrovnat se situací, když mu lékař sdělí, že bude muset změnit své povolání. Nastává tak problém, který se týká nejen pacienta, ale i celé jeho rodiny. Pacient může mít strach, že nové a stejně hodnotné zaměstnání jako měl doposud, již nenalezne. Zvláště v souvislosti se svým zdravotním stavem či pokročilým věkem má obavy z nezaměstnanosti. Kardiochirurgický pacient, který z důvodu své nemoci přijde o práci, se potýká s řadou nepříjemností. Ty se týkají celkové změny životní úrovně. Člověk se ocitá v sociální izolaci a to z důvodu úbytku sociálních kontaktů, které měl ve svém zaměstnání s ostatními spolupracovníky. Nachází se v tíživé finanční situaci. Což následně vede ke změně chování nezaměstnaného člověka, který ztrácí svou motivaci. Snižuje se aktivita daného člověka. Bere svou nezaměstnanost jako osud, kterému nelze vzdorovat. Nezaměstnanost člověka způsobuje řadu negativních následků jako je psychické vypětí. Člověk se tak stává více zranitelnějším, ztrácí svou osobní jistotu a potřebu otevřené budoucnosti a naděje (45, 51).

Následkem nezaměstnaného člena rodiny může dojít ke změně komunikace mezi rodinnými příslušníky, ke ztrátě role nezaměstnaného (ztrácí tak své případné dominantní postavení), ke změně rodinného klimatu, k úbytku peněz a tím i redukci saturace potřeb všech členů rodiny. Kardiochirurgický pacient, který ztratil zaměstnání kvůli svému zdravotnímu stavu, od rodiny očekává podporu, jistotu a ekonomické zázemí. Je důležité si uvědomit, že trpí i druhý partner, který rodinu finančně zabezpečuje. Netrpí tedy jen sám pacient, ale také celá jeho rodina. Proto je potřeba se zaměřit i na rodinu kardiochirurgického pacienta. Je dobré rodině nemocného, ale i pacientovi navrhnout možnost návštěvy psychologa, který se zaměřuje na problémy v rodině v souvislosti se ztrátou zaměstnání (51).

Reakce na ztrátu zaměstnání je také jiná z pohledu ženy a z pohledu muže. Žena je společností vnímána jako matka starající se o své děti, rodinu, domácnost. Oproti tomu muž je vnímán jako hlavní živitel, který má rodinu ekonomicky zajistit. Tudíž

nezaměstnaný muž ztrácí v rodině své vůdčí postavení a roli. Ztráta pracovního poměru je proto mnohem hůře snášena ze strany muže než ženy. Strach z nezaměstnanosti je u kardiologických pacientů oprávněný a je potřeba tento strach minimalizovat. Sestra by se měla pacientovi zmínit o možnostech rekvalifikace a s tím spojenou změnu zaměstnání. Může zajistit sociální pracovníci, která nemocnému pomůže zvládnout situaci spojenou se ztrátou či změnou zaměstnání a najít tak východisko vhodné pro pacienta (31, 51).

1.6 Role sestry ve vztahu ke kardiologickému pacientovi

„Posláním sester ve společnosti je pomáhat jedincům, rodinám a skupinám uspokojovat a dosahovat fyzické, psychické a sociální pohody v kontextu prostředí, v němž žijí a pracují (16, str. 35)“.

V dnešní době existuje řada rolí, které kardiologická sestra musí zastupovat a zvládat. To sebou přináší skutečnost, že každá sestra se musí neustále zdokonalovat a vzdělávat. Měly by získávat nové informace, poznatky, vědomosti. Následně umět nabitě vědomosti využít ve prospěch pacienta a to v podobě zkvalitnění ošetrovatelské péče. Sestry musí umět pomoci pacientům v době jejich nemoci. Měly by na pacienty pohlížet jako na jedinečné holistické bytosti a brát v úvahu všechny jejich bio-psycho-sociální potřeby a tyto potřeby uspokojovat. Sestry a jejich jednotlivé role tvoří základ moderního ošetrovatelství. Sestry umožňují rozvoj ošetrovatelské profese, zajišťují kvalitu ošetrovatelské péče, podporují výzkum v ošetrovatelství a mnoho dalšího (9, 32).

1.6.1 Sestra - poskytovatelka ošetrovatelské péče

Kvalitní poskytování ošetrovatelských postupů, k jejichž plnění jsou potřebné všechny role sester a jejich komunikační dovednosti, pomáhají zvládnout předoperační, pooperační situace a stavy kardiologického pacienta, tak jak byly popsány v předešlých kapitolách. Nejčastěji poskytovanou rolí, kterou sestra zastupuje ve vztahu ke kardiologickému pacientovi, je role sestry poskytovatelky ošetrovatelské péče (9). V této roli je důležitý „lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho

klíentem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem od své sestry (22, str. 14)“.

Kardiochirurgický pacient potřebuje oporu a pomoc od sestry. Mimo jiné vyžaduje informace týkající se jeho zdravotního stavu a operace. Především očekává, že mu bude poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče během jeho pobytu v nemocnici. Spoléhá na profesionalitu sester při příjmu, v předoperačním a pooperačním období i v době rekonvalescence. Zvláště proto, že kardiochirurgický výkon představuje zátěž pro organismus, ale také je stresorem pro pacienta po stránce psychické. Z tohoto důvodu by měl být pacient co nejlépe připraven na operaci srdce, aby jeho organismus zvládl operační zátěž. Pacienti, kteří přichází na plánovanou operaci, mají možnost se na předoperační přípravu připravit a zároveň se vyrovnat s faktem, že musí kardiochirurgický výkon podstoupit. Naopak pacienti z důvodu akutnosti operace srdce na předoperační přípravu a vyrovnání se situací mají podstatně méně času či vůbec žádný čas. U těchto pacientů je předoperační příprava zkrácená. Přesto by měli lékaři, ale také sestry přistupovat profesionálně a podat pacientům takové informace, které vyžadují. Nemocní podstupující plánovanou operaci srdce, by měli být seznámeni s komplikacemi, které sebou operační výkon na srdci přináší. Sestra by si měla uvědomit, že kardiochirurgické výkony spadají do kategorie operačních výkonů s vysokým rizikem komplikací. Zvláště proto, že srdce je pro člověka životně důležitým orgánem. Jeho poškození v souvislosti s operací či špatnou následnou pooperační péčí by mohlo mít pro pacienta fatální následky. Z těchto důvodů by měly sestry po operaci srdce přistupovat k pacientovi co nejprofesionálněji, holisticky. Poskytovat mu kvalitní ošetrovatelskou péči, aby pacientův pobyt v nemocnici trval co nejkratší dobu a pacient byl s ošetrovatelskou péčí spokojen. S tím souvisí saturace všech potřeb pacienta (39, 53).

Jak lékaři, tak i sestry by se v době před operací srdce měli zaměřit na psychickou přípravu pacienta. Jak už jsme zmiňovali, pacient se nachází v cizím prostředí, je plný strachu, úzkosti, pochyb a obav. Proto by každý člen zdravotnického týmu měl pacienta těchto obav zbavovat. Zvláště pak sestry, které s pacientem tráví většinu času svého dne. V chování sester k pacientům nesmí chybět empatie, lidskost,

vlídnost. Sestry si svým chováním získávají důvěru pacientů, kterou pak mohou využít ke spolupráci. Lékaři i sestry by měli s pacientem hovořit otevřeně, vše mu srozumitelně vysvětlit. Lékaři se zaměřují na informace týkající se průběhu operace a pooperačního období, možné rekonvalescenci, o možnostech vzniku komplikací, prevenci, včetně informování o budoucím životě. Úlohou sestry je pak pacienta uklidňovat, nikdy však nesmí jeho onemocnění zlehčovat. Sestra by tak mohla velmi rychle ztratit důvěru, kterou nesmírně potřebuje k dalšímu kontaktu s pacientem (52, 53).

Další úlohu sestry v předoperačním období je se společně s fyzioterapeuty zaměřit na dechovou a tělesnou rehabilitaci, která připraví pacienta na pooperační období. Dechová rehabilitace pomůže pacientovi zvládnout dýchání po operaci srdce. Tím se zamezí vzniku pooperačních plicních komplikací. Co se týká tělesné rehabilitace, tam se sestry společně s rehabilitačními pracovníky zabývají nácvikem samostatnosti, vstáváním, sedáním a leháním do lůžka, dále jak si má pacient přidržovat ránu při kašlání a řadu dalších aktivit spojené s pohybem. Vše, co se pacient dozví z oblasti rehabilitace a následně pak bude umět tyto informace a cviky použít, bude pro něj obrovskou výhodou. A to nejen z důvodu menšího rizika vzniku pooperačních komplikací, ale především bude méně závislý na pomoci druhé osoby. Proto by sestry měly rehabilitaci před operací srdce věnovat velkou pozornost (53).

Pro pacienty před operačním zákrokem je nejvíce důležitý přístup ze strany sester. Pacienti chtějí, aby k nim sestry přistupovaly empaticky a dokázaly si představit situaci, v níž se nacházejí. Dále kardiologičtí pacienti vyžadují od sester poskytovatelek ošetrovatelské péče poctivost, otevřenost v tom, co se s nimi děje a co je čeká do budoucna. To, že pacienti vidí tyto vlastnosti u sester, jim následně umožňuje si také tyto vlastnosti osvojit. Sestra má přistupovat k pacientům vždy s konkrétním požadavkem. Nikdy nesmí odbíhat od tématu. Pro pacienty před kardiologickým zákrokem je důležité, aby sestra vyjadřovala o pacienta a jeho zdravotní stav či problémy zájem. Odměnou jí bude vytvoření vzájemného vztahu mezi ní a pacientem. Každý správný terapeutický vztah je základem pro další léčbu a ošetrovatelskou péči kardiologického pacienta. Nikdy by sestra neměla zapomínat na úctu k pacientům a

to po celou dobu hospitalizace. Každého pacienta musí respektovat jako jedinečnou osobnost a nesrovnávat ho s jinými pacienty. Je známé, že každý nemocný člověk má jiné potřeby a jinak zvládá svůj zdravotní stav a tak k němu musí i přistupovat. Pokud bude sestra dávat pacientovi najevo její zájem o jeho osobu, bude ji daný pacient respektovat. Bude-li k němu otevřená a poctivá, může s největší pravděpodobností počítat, že se mezi pacientem a jí samotnou vytvoří důvěra. Důvěra ze strany pacienta je pro sestru důležitá. Může tak velmi snadno pacienta získat na svoji stranu a využít toho v zájmu pacientova zdravotního stavu. Vztah sestry a pacienta založený na důvěře je podstatou pro další ošetrovatelskou péči. Kardiochirurgický pacient očekává ze strany sestry podporu a povzbuzení, zvláště při řešení problémových situací, ve kterých se nemocný v souvislosti s operací srdce nachází. Nastávají také momenty, kdy pacient potřebuje čas na vyjádření svých emocí. Pokud pacient začne plakat, ať už z jakéhokoliv důvodu, měla by ho sestra nechat vyplakat. Sestry mají tendence v takových případech něco říci. Vhodné je však mlčet a nechat pacientovi prostor pro vyjádření svých emocí. I když sestra nemluví a jen poslouchá, je její přítomnost pro pacienta důležitá. Pacient vnímá přítomnost sestry jako projev zájmu a soucítěním s ním. Někdy sestra může použít místo slov jen dotek např. svou ruku položí na pacientovu ruku. Musí si uvědomit, zda je dotyk vhodný vzhledem k situaci a také zhodnotit, zda pacient tento dotyk přijme nebo mu bude nepříjemný (12, 53).

Pacient potřebuje dostatek času, aby se vyrovnal se situací, v níž se nachází. Důležitá je tedy pro něj psychická pomoc při zvládnání nemoci jako zátěžového období, stejně jako podpora při hospitalizaci a kardiochirurgickém zákroku. Sestry by se proto měly zaměřit na minimalizování předoperační úzkosti a strachu v rámci předoperační přípravy pacienta. A to tím, že mu poskytnou informace, o které si pacient sám žádá a potřebuje znát. Budou s ním komunikovat o jeho pocitech. Uklidňovat ho. Tím vším působí na jeho strach a úzkost. Výsledek operace srdce je mimo jiné také závislý na celkovém klidu a psychickém vyrovnání se pacienta s kardiochirurgickou operací (1, 42, 53).

Pooperační péče sestry-poskytovatelky ošetrovatelské péče je zaměřená na nepřetržité sledování pooperačního zdravotního stavu pacienta a možných komplikací.

Dále sestra monitoruje funkce dýchací a oběhové soustavy. Polohuje pacienta na lůžku. Upozorňuje je ho, že musí ležet na zádech kvůli dobrému hojení rány. Tlumí bolesti a s nimi spojené poruchy spánku, sleduje příjem a výdej tekutin. Zajišťuje emitní misku a buničinu v případě zvracení. Sleduje odchod plynů a stolice. Provádí hygienu nemocného a aplikuje prvky dechové i pohybové rehabilitace, které při správném provedení výrazně urychlí a zpříjemní pooperační rekonvalescenci. Sestra se mimo jiné zaměřuje na vedení a podporu soběstačnosti a samostatnosti pacienta tím, že ho neustále motivuje, podporuje a pobízí k aktivitě a činnosti. V neposlední řadě musí všechny zjištěné parametry zaznamenávat do dokumentace (33).

Sestra má za úkol v rámci pooperační péče vykonávat každodenní převazy operační rány za přísně aseptických podmínek. Při převazu sterna sestra pacientovi nejdříve vysvětlí důvod převazu. Psychicky tak připraví nemocného na výkon. Sleduje bolest, pocity, komfort. Zajišťuje intimitu a navazuje komunikaci s nemocným. Veškerou činnost při převazu řádně vysvětluje, pracuje šetrně. Tím nemocného zbavuje nejistoty a strachu z převazu. Při převazu sterna si všímá změn operační rány jako je zarudnutí, bolest, přítomnost infekce, sekrece, krvácení či změny velikosti rány. Jakékoli změny ihned hlásí lékaři. Čím dříve se zjistí projev infekce v ráně a začne se infekce léčit, tím spíše se zamezí riziku vzniku komplikace jako je dehiscence rány. Ne každý pacient se hojí po operaci srdce bez komplikací. To, jak se bude pacient v pooperačním období hojit, záleží na mnoha faktorech. Důležitými ukazateli jsou přidružené nemoci, orgánové dysfunkce a samotný kardiochirurgický výkon (33, 53).

Jednou z dalších důležitých úloh sestry je zajištění pohodlí, jistoty, bezpečí a sledování psychického stavu pacienta po kardiochirurgické operaci. Pocity pacienta, které zasahují jeho psychickou stránku, mají bezprostřední vliv na jeho další spolupráci se sestrou. Pacient má být ujištěn, že bude brán jako partner léčebného i ošetrovatelského týmu. Má právo spolurozhodovat o léčbě a následných opatřeních. Sestra by se měla mimo jiné také zajímat o pacientovy potřeby a následně pak nesaturované potřeby uspokojovat. Všechny úkony spojené s ošetrovatelskou péčí nemocný nejen ocení, ale bude vnímat pozitivně. To, jak sestra bude přistupovat k pacientovi, jak mu bude poskytována ošetrovatelská péče, jak jej bude zbavovat strachu

a úzkosti či jiných obav spojených s pooperačním obdobím, má za následek spokojenost pacienta. Což je pro sestru prioritní (20, 33, 65).

Předoperační či pooperační péče o pacienta by měla probíhat v rámci týmové spolupráce. Každý člen týmu totiž může přispět k pacientově spokojenosti jinak a přitom úspěšně (1).

1.6.2 Sestra - komunikátorka

Proto, aby sestra mohla dobře vykonávat svou ošetrovatelskou péči je nepochybně zapotřebí správná komunikace s nemocným. V souvislosti s kardiochirurgickým výkonem může mezi sestrou a pacientem docházet k řadě nesnází. Pacient může často obviňovat sestru jako příčinu svých zdravotních problémů a to i přesto, že s ním sestra tráví většinu svého času, pomáhá mu při řešení problémů na jeho cestě ke zdraví, či ho motivuje ke zvládnutí těžkého období. I přes veškerou snahu sestry pomoci pacientovi se co nejdříve uzdravit, je právě tato sestra považována pacientem za viníka jeho zhoršeného zdravotního stavu a to nevhodnou ošetrovatelskou péčí. Stejně jako sestru může chronický pacient obviňovat za své komplikace při léčení také lékaře či jiný zdravotnický personál (56).

Sestra musí mít mnoho dovedností a schopností, aby mohla správně vést komunikaci s pacientem před i po operaci srdce. Díky ní může sestra zjistit řadu informací, které následně použije ve prospěch pacienta v ošetrovatelské péči (56).

Společně s pacientem, který podstupuje operaci srdce, by si měli vytvořit a stanovit určitý cíl, na který se pacient může zaměřit (např. Po operaci srdce budete moci s rodinou trávit více času. Budete moci vykonávat tělesné aktivity a jiné činnosti...). To znamená, že by měl pacient přijmout svůj zdravotní stav takový jaký je a snažit se i přes nemoc a operaci srdce žít dál. Nakonec může zjistit, že i přes tyto překážky lze uskutečňovat plány či dělat věci, které si stanovil. Sestra nikdy nepodceňuje pacientovy projevy a chování, ale přijímá je jako nezbytnou součást zvládnání zátěže související s operací srdce. Velikým problémem v komunikaci sestry a pacienta je strach, že jeho život skončí. V tuto chvíli sestra dává pacientovi na vědomí, že chápe, proč se o smrti zmiňuje. Měla by se v této souvislosti zajímat o prožitky nějakých změn, které ho

k těmto úvahám vedou. Otázky smrti pacienti zmiňují v případě, kdy cítí zhoršení zdravotního stavu, mají bolesti či o ně rodina nejeví zájem. Sestra by tudíž měla zjistit konkrétní příčinu pacientova smýšlení o životě a smrti. Následně pak tyto informace může využít v ošetrovatelské péči o pacienta (56, 61).

Sestra by pro rozhovor měla volit místnost, kde je klid a může tak snáze navodit příjemnou atmosféru. To však nejde na oddělení kardiochirurgie RES, kam jsou pacienti přivezeni z operačního sálu, kde jsou napojeni na monitory a kontinuálně monitorováni. V této situaci sestra s pacientem komunikuje přímo na pokoji mezi ostatními pacienty, kteří jsou odděleni od sebe pouze zástěnou. Při rozhovoru by nikdy neměla na nemocného naléhat a spěchat. Pacient potřebuje čas na vyjádření svých emocí. Měla by sedět v takové vzdálenosti, aby nenarušovala jeho osobní prostor, ale zároveň viděla přímo do tváře. Pacient tak nebude mít pocit, že se nad něj sestra povyšuje. Poté, co se pacient sestře svěřuje se svými pocity, starostmi či strachem ze smrti, očekává od sestry pomoc. Sestra by měla umět pacienta podpořit k dalšímu životu a také mu nechat určitou naději na uzdravení (56).

Každá sestra musí bezpodmínečně ovládat zásady správné komunikace s nemocným. Komunikace je důležitou podmínkou spolupráce pacienta se zdravotníky. Mezi hlavní zásady komunikace sestry s pacientem patří projevení zájmu sestry o nemocného. Pacient velmi snadno rozpozná z rozhovoru, zda má o něj zájem, rozumí mu, snaží se mu pomoci nebo naopak neprojevuje žádné známky porozumění. S těmito zásadami souvisí využívání vhodné verbální a nonverbální komunikace. Sestra nesmí něco říkat slovně a něco jiného gestikulovat. Důležité proto je, aby sestra uměla sladit to, co říká gesty, pohybem těla, mimikou a dalšími prvky neverbální komunikace s tím, co říká slovy. Při komunikaci sestry s nemocným na téma nemoci či operace srdce je zapotřebí neuhýbat od tématu, které si zvolil sám pacient. Takové téma je pro něj nejspíše důležité, proto se jím chce zabývat. Chce znát i názor někoho jiného, nezaujatého daným problémem. Pokud by došlo ze strany sestry k vyhýbání se tématu či odklonu k jinému rozhovoru, může pacient vnímat u sestry nezájem, netoleranci, lhostejnost. V neposlední řadě patří ke komunikaci s nemocným empatie, která by měla být součástí každého rozhovoru. Je základem každé efektivní komunikace (6, 15, 56).

Komunikace s pacientem se netýká jen lékařů a sester, ale všech zdravotníků, kteří jsou v kontaktu s kardiologickým pacientem. Proto by zásady správné komunikace měl zvládat všichni zdravotnický personál. Důležité je také zmínit vztah a komunikaci mezi zdravotníky. Navzájem mají mezi sebou podporovat kolegiální vztahy. Dobré vztahy mezi všemi pracovníky na kardiologickém oddělení mají vliv na komplexní péči o kardiologického pacienta (27, 58).

1.6.3 Sestra - advokátka a obhájkyně práv pacienta

Kvalitní ošetrovatelská péče ze strany sester zahrnuje také respektování pacientových práv. Každá profesionální sestra musí práva pacientů znát, respektovat je a seznamovat s nimi také pacienty při hospitalizaci v nemocnici. Jakýkoli pacient v nemocnici potřebuje adekvátní informace týkající se jeho zdravotního stavu. Jedině tak se může svobodně rozhodnout o léčebné či ošetrovatelské péči. K tomu slouží již zmiňovaná „Práva pacientů“ (20).

Sestry mají za úkol poskytovat nejen kvalitní ošetrovatelskou péči a komunikovat s pacienty, ale také seznamovat kardiologické pacienty s jejich právy a také povinnostmi v souvislosti s hospitalizací. V dnešní době jsou sice pacienti dostatečně informováni o svých právech, ale s jejich dodržováním je to poněkud na nižší úrovni. Proto je právě na sestře, jako advokátce a obhájkyni práv pacienta, aby je nejen informovala o právech, ale také, aby dbala na jejich dodržování, respektování ze strany všech zdravotníků. S tím souvisí změna vnímání pacienta zdravotnickým personálem. Mají k němu přistupovat jako k rovnocennému partnerovi, který se sám rozhodne, jestli léčbu a následnou ošetrovatelskou péči přijme či nikoli. Jeho rozhodnutí musí následně respektovat a tolerovat. Sestra podporuje spolupráci nejen s pacientem samotným, ale také s lékaři a ostatními spolupracovníky. Plní přání, požadavky kardiologického pacienta, které však nejsou v rozporu s léčebným režimem. Přistupují k nemocnému s respektem k jeho vlastní osobě. Všichni zdravotníci v kontaktu s kardiologickým pacientem mají ctít všechny zákony, mající vztah k lidskému životu a lékařské či ošetrovatelské praxi (3, 27).

Sestra musí zvyšovat povědomí o právech pacientů a jejich povinnostech ve zdravotnickém zařízení, dbát na jejich dodržování. Tím se stane advokátkou a obhájkyní práv všech pacientů a může poskytovat vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči orientovanou na pacienta (27).

1.6.4 Sestra - edukátorka

Sestra v roli edukátorky zastává velmi důležitou funkci. Zaměřuje se na předávání informací, které bude pacient potřebovat při pobytu v nemocnici i v domácím léčení. Podporuje také pacientovy dovednosti a činnosti potřebné pro zvládnutí změn v dosavadním způsobu života. Při edukaci kardiochirurgických pacientů mimo jiné ovlivňuje jejich postoje, názory, hodnoty k vlastnímu zdraví, nemoci a životního stylu (44).

Při edukaci kardiochirurgických pacientů by si sestra měla uvědomit, že kvalitní ošetrovatelskou péči nelze provádět bez specifických dovedností. Pacienti mají právo vědět, jak správně pečovat o své zdraví, odstraňovat negativní faktory způsobující jejich kardiovaskulární onemocnění a následně tak posílit své zdraví. Pro správnou výuku pacientů je zapotřebí vytvoření partnerského vztahu mezi sestrou a pacientem. Jedná se o vytvoření vztahu založeném na důvěře a snaze pomoci nemocnému při zvládnutí změn v jeho životním stylu. K vytvoření partnerského vztahu musí sestra umět kardiochirurgického pacienta podpořit a motivovat ke změně životosprávy. Předávat mu adekvátní informace, které umí pacient vyhodnotit. Vysvětlit nemocnému, co způsobilo jeho kardiovaskulární onemocnění a jak tyto příčiny odstranit. V neposlední řadě mu pomoci objasnit jeho roli při péči o sebe samého a že on sám je zodpovědný za své zdraví (44).

V rámci své činnosti sestra zjišťuje překážky ve výuce kardiochirurgického pacienta, které by mohly bránit v péči o jeho zdraví. Musí přizpůsobit edukaci pacientovu věku, vzdělání, zaměstnání. Nikdy se sestra nesmí zapomenout přesvědčit o tom, zda pacient informace a činnosti pochopil a je následně schopen využívat ve svém domácím léčení a v dalším životě. Edukaci, kterou sestra zajišťuje společně

s kardiologickým pacientem je zaměřena převážně na sekundární a terciární prevenci (44).

Edukace se v rámci sekundární prevence po kardiologické operaci týká zabránění přechodu nemoci srdce a cév do chronického či ireverzibilního stádia. Důležité je si uvědomit, že ne vždy, když pacient dodržuje zásady sekundární prevence, zabrání zhoršování svého zdravotního stavu. Sestra má za úkol pacienta po operaci srdce poučit, jak se má starat o své zdraví a čelit tak nemoci. Vysvětlí mu, že další osud rozvoje nemoci či uzdravení má už jen ve svých rukou. Je dobré, aby sestra před zahájením edukace kardiologického pacienta věděla, co mu řekl a o čem ho informoval lékař. Sestra tak může mnohem lépe působit na pacienta (16, 43).

Edukaci sestra zahajuje tím, že se zaměřuje na životní styl pacienta. Zdůrazňuje tedy absolutní zákaz kouření (43). „Abstinence kouření je vysoce efektivní a nejlacinější prostředek k zabránění progresu koronární aterosklerózy a i k prevenci cévních příhod (4, str. 60)“.

Dále se zmiňuje o faktorech, které ovlivňují hypertenzi a o nutnosti pravidelného měření krevního tlaku. Sestra pacienta informuje o tom, jak vyměnit dosavadní stravovací návyky za racionální stravu. Se stravou úzce souvisí pohyb. Díky fyzické aktivitě si člověk udržuje optimální hmotnost a kondici. Dalším tématem edukace pacientů po operaci srdce je diabetes mellitus. Pacient je sestrou informován o nutnosti udržování hladiny cukru v krvi pod 7 mmol/l. S tím tedy souvisí denní kontroly cukru v krvi pomocí glukometru. Ne všichni pacienti si však musí denně kontrolovat glykémii, užívat perorální antidiabetika či inzulin. Pacientům, kterým lékař předepsal subkutánní aplikaci inzulínu poprvé, budou mít důležitý úkol. Naučit se injekci správně aplikovat. V této situaci by sestra měla zbavit pacienta strachu z injekčního podání. Taktně a trpělivě mu aplikaci inzulínu vysvětlit a především názorně ukázat. Každý den s ním nacvičovat injekční podání, aby si při odchodu do domácího léčení mohl sám injekce aplikovat. Také se pacientovi zmíní o pravidelných návštěvách diabetologa či praktického lékaře (43).

Sestra se při edukaci pacienta zaměřuje také na informace týkající se jeho bezprostředního propuštění z nemocnice. Zmiňuje se, že minimálně 6-8 týdnů nebude

pacient moci vykonávat žádnou fyzickou či psychickou zátěž při domácích pracích či jiných aktivitách. Velmi důležitou informací pro nemocného po operaci srdce je, jak bude pečovat o ránu. Péče o ní je stejná jako v nemocnici. Pacient jí může sprchovat. Nesmí se však minimálně 4 týdny koupat. Není potřeba ji krýt náplastí či dezinfikovat. Sděluje pacientovi, že pokud si všimne jakýchkoli změn (bolesti, zarudnutí, sekrece) okamžitě musí navštívit lékaře, který operaci prováděl. Jedině tak se dá zabránit komplikaci a tím je dehiscence rány. Dále se sestra zmiňuje o návratu do zaměstnání. Ten je možný při nekomplikovaném pooperačním léčení a méně náročné práci zhruba za 4 týdny. Pokud však nemocný vykonává práci náročnou na fyzickou či psychickou zátěž je dobré nastoupit do pracovního poměru až za 2-3 měsíce. Sestra při edukace také nemocnému sdělí možnost využití pobytu v lázních, který se zaměřuje na osvojení zásad zdravého životního stylu. Právě lázeňská péče může nemocnému pomoci zvládnout všechna doporučení a rady, které mu byly sděleny před odchodem do domácího léčení a zkvalitnit mu tak budoucí život (43, 46).

Sestra v rámci edukace pacientovi zodpovídá jeho dotazy a otázky, které nebyly řečeny či nemocného trápí. Vždy bere v úvahu pacientovy pocity a potřeby. Důležitou součástí edukačního procesu pacienta je informační brožura, kterou mu sestra poskytne před propuštěním do domácího léčení. Tato informační brožura pacientovi pomůže zodpovědět otázky, na které chce znát odpovědi. Mimo jiné zefektivňuje edukaci. V případě nejasností sestra sdělí pacientovi, že se na ni či lékaře může obrátit (16, 44).

1.6.5 Sestra - manažerka

Role sestry-manažerky by měla být součástí všech ošetrovatelských činností, které sestra vykonává a zastává u kardiochirurgického pacienta. Jedná se o řízení a plnění ošetrovatelského procesu pacienta před i po operaci srdce. Sestra manažerka by měla podporovat vzájemnou spolupráci mezi ostatními sestrami, lékaři a ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří jsou v kontaktu s pacientem. Multidisciplinární péče by měla fungovat v zájmu všech zdravotníků (9, 27).

Sestra manažerka pracující metodou ošetrovatelského procesu může poskytovat kvalitnější ošetrovatelskou péči kardiochirurgickému pacientovi. V první fázi

ošetřovatelského procesu získává informace pomocí sesterské anamnézy, rozhovoru s nemocným nebo s jeho rodinou. Kardiochirurgický pacient, který vidí zájem ze strany sestry, jí sdělí mnohem více informací. Sestra při sběru dat se může zaměřit nejen na ošetřovatelskou anamnézu, ale také na jeho pocity, obavy, starosti spojené s kardiochirurgickou operací. Tím mnohem lépe bude moci určit ošetřovatelskou diagnózu. Tu sestaví na základě získaných informací. Nejčastější diagnózou kardiochirurgických pacientů je strach v souvislosti s operací srdce, úzkost ze smrti, akutní bolest v souvislosti s operačním výkonem, porušený tělesný obraz v souvislosti s defektem na hrudi či situačně snížená sebeúcta v souvislosti s defektem na hrudi a jiné. Sestra jako manažerka by měla všechny tyto ošetřovatelské diagnózy seřadit podle priorit pacienta a následně tyto problémy odstranit nebo alespoň minimalizovat. To zajistí pomocí třetí fáze ošetřovatelského procesu a tím je plánování ošetřovatelské péče. Sestra manažerka si sestaví plán ošetřovatelské péče, který jí poskytuje obraz individuální péče o kardiochirurgického pacienta. Tento ošetřovatelský plán podává informace o jeho potřebách a problémech. Sestra si na základě toho stanoví cíle a intervence (činnosti), které bude provádět k dosažení cílů. Ošetřovatelský plán si sestra vytvoří společně s kardiochirurgickým pacientem. Pacient je v rámci ošetřovatelského procesu partnerem sestry a jiných ošetřovatelských pracovníků. Po sestavení ošetřovatelského plánu dochází k jeho realizaci. Při realizaci všech intervencí musí sestra manažerka brát v úvahu kvalitu poskytované ošetřovatelské péče a koordinaci všech léčebných i ošetřovatelských aktivit. Jedině tak může být poskytována ošetřovatelská péče komplexní a kvalitní. V poslední řadě se sestra zaměřuje na zhodnocení poskytované péče. Zda jednotlivé ošetřovatelské intervence vyplývající z ošetřovatelského plánu kardiochirurgickému pacientovi pomohly či nikoli a je-li ošetřovatelská diagnóza vyřešena. Pokud zjistí, že pacient nadále trpí úzkostí, strachem či jinými obavami v souvislosti s operací srdce, musí navrhnout nový plán péče, který je zaměřen na odstranění těchto problémů (29, 41).

1.6.6 Sestra - nositelka změn

Díky neustálému rozvoji v ošetrovatelství, dochází ke změnám, které jsou pro ošetrovatelskou praxi žádoucí. Beze změn v ošetrovatelství nelze zvyšovat kvalitu péče, ale jen ji udržovat stále na stejné úrovni. Sestra, která chce, aby se její ošetrovatelská praxe neustále zdokonalovala, musí přijmout roli sestry - nositelky změn a s touto rolí se ztotožnit. Sestra v rámci kvalitní ošetrovatelské péče, týkající se kardiochirurgického pacienta, má neustále projevovat zájem o novinky v léčbě kardiovaskulárních onemocnění, nové operační techniky, novinky v ošetrovatelské péči pacienta po operaci srdce (péče o ránu, komplikace, léčba dehiscence VAC systémem, vlhké metody hojení...). Důležité je, že neprojevuje jen zájem, ale také tyto novinky vnáší do každodenní ošetrovatelské péče o kardiochirurgického pacienta. Jedná se o tzv. implementaci – zavádění nových způsobů práce, technik, činností, trendů či poznatků do ošetrovatelství s cílem dosáhnout co nejlepších výsledků ve zkvalitňování péče o nemocného. Tato implementace se mimo jiné také týká přijetí pacienta jako rovnocenného partnera v ošetrovatelském týmu, nikoli jako pasivního příjemce léčebných a ošetrovatelských postupů a technik (9, 16).

K tomu, aby byla ošetrovatelská péče o kardiochirurgické pacienty na úrovni a dalo se tak mluvit o vysoce kvalitní péči, je zapotřebí, aby se sestry staly „hnacími a neodporujícími silami změn v ošetrovatelství (9, str. 182)“.

Na základě toho, že se stanou nositelkami změn v ošetrovatelství a budou tak moci uplatnit novinky týkající se ošetrovatelské péče o kardiochirurgického pacienta, má za následek jejich formování v sebevědomé, kreativní a kriticky myslící vzdělané profesionálky (9).

1.6.7 Sestra - mentorka

Role sestry mentorky na kardiochirurgickém oddělení je zaměřená na provádění mentoringu. Jak uvádí Trešlová, jedná se o činnosti, kdy sestra provází studenty či jiné zdravotnické pracovníky při procesu vzdělávání a edukaci na svém oddělení. Roli sestry mentorky zastupuje pověřená osoba. Zpravidla se jedná o staniční či vrchní sestru, která

svým chováním, vystupováním, vědomostmi a dlouholetou praxí navazuje se studenty či s jinými pracovníky vzájemný vztah. Vztah založený na důvěře a spolupráci. Sestra mentorka zná velmi dobře své kardiologické oddělení, tudíž může studenty či jiný zdravotnický personál dostatečně informovat o harmonogramu práce na kardiologickém oddělení. Tím, že se studentům představí jako jejich sestra mentorka, vše jim vysvětlí a názorně ukáže, pomůže jim v orientaci na oddělení. Zbaví je také strachu a nejistoty, které pociťují při příchodu na pro ně neznámé kardiologické oddělení. Sestra mentorka takto musí působit i na své sestry, které pracují pod jejím vedením na kardiologickém oddělení (47, 57).

Sestra mentorka má mimo jiné za úkol podporovat studenty, ale i své sestry k samostatnosti, iniciativě v péči o kardiologické pacienty. K tomu jim podává cenné rady, které získala na základě své dlouholeté praxe a učí je vždy názornou ukázkou. Nikoli jen teoretickým vysvětlováním. Mimo jiné informuje studenty, že v případě nejistoty z nějakého odborného výkonu může činnost nebo výkon odmítnout. Měla by se je však snažit motivovat, aby příště výkon zvládli sami a neměli z něj obavy. Sestra mentorka pomáhá studentům a sestrám také k poznání sebe sama a svých schopností. Tím jim pomáhá zvyšovat jejich sebevědomí. Sestra v roli mentorky studenty provází celým studijním procesem na kardiologickém oddělení v rámci jejich odborné praxe. Vždy je vede k dosažení cílů, které si stanovili při příchodu na oddělení a kterých chtějí daný den dosáhnout. Tím je vede k profesionálnímu chování a zkvalitňuje tím péči o kardiologické pacienty (47, 57).

1.6.8 Sestra - výzkumnice

Úlohou role sestry výzkumnice je zabývat se výzkumným šetřením v ošetrovatelství. Jejím cílem je zvýšit vědomosti v oblasti kardiologie a následně tak zdokonalit ošetrovatelskou péči pacientů po operaci srdce. Proto by všechny sestry měly z důvodu zkvalitnění a zefektivnění ošetrovatelské péče o kardiologické pacienty získávat a využívat nové vědomosti, znalosti, zkušenosti či postupy v ošetřování nemocného po operaci srdce, které jsou uvedené v sesterských výzkumech daného pracoviště, ale i jiných kardiocentrech. Sestry manažerky by tedy neměly jen

nové trendy v ošetrovateľskej péči o kardiochirurgického pacienta pasívne prijímať, ale také k realizácii výskumů sami pomáhať, iniciovať je a sami realizovať, zavádzať je do praxe a apelovať na dodržiavanie jejich výsledků od smenných sestier. Každá sestra manažerka môže mať jiné zkušenosti a praktiky týkajúce sa ošetrování nemocných po operácii srdca. Tím, že budú prováděť a zveřejňovat své výzkumy, které se jim osvědčily, mohou přispět k blahu pacienta hospitalizovaného i v jiném kardiocentru než je to jejich. S výzkumem v ošetrovateľství těsně souvisí výše zmiňovaná role sestry nositelky změn. Jedině sestra, která chce být na úrovni a poskytovat co nejkvalitnější péči svým pacientům, musí nejen kladně přijímat pozitivní změny v ošetrovateľství, ale také podporovat s tím spojený výzkum v ošetrovateľské praxi. Následně pak nové informace, znalosti, zkušenosti, vědomosti zveřejňovat dál formou edukace určené nejen pro zdravotnický personál, ale také laickou veřejnost. Ošetrovateľská péče, která je založená na důkazech z výskumů, je kvalitní a činí ošetrovateľství moderním (16, 44).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak kardiologický pacient vnímá sám sebe, svoji rodinu a svou budoucnost v souvislosti s kardiologickým výkonem.

Cíl 2: Zjistit nejčastější obavy, se kterými se kardiologický pacient potýká v souvislosti s operací.

Cíl 3: Zjistit oblasti nesaturovaných potřeb kardiologického pacienta v době hospitalizace po operačním výkonu.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Kardiologický pacient vnímá kardiologickou operaci jako výsledek svého životního stylu.

Hypotéza 2: Kardiologický pacient cítí po operaci srdce, že selhal v očích rodiny.

Hypotéza 3: Psychická pohoda kardiologického pacienta je závislá na poskytování podpory rodinou (zájem) v době rekonvalescence.

Hypotéza 4: Kardiologický pacient věří, že se bude moci zapojit do běžného života jako před vznikem zdravotních problémů, které vedly ke kardiologické operaci.

Hypotéza 5: Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče o kardiologického pacienta je zaměřená na nejčastější obavy těchto pacientů.

Hypotéza 6: V ošetrovatelské péči o kardiologického pacienta převládají problémy z oblasti neuspokojování psychických potřeb nad neuspokojováním potřeb základních.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Pro diplomovou práci byla vybrána kvantitativní metoda. Výzkumné šetření probíhalo formou anonymního dotazníku (viz příloha 1), který byl určen pro hospitalizované kardiologické pacienty jak před operací srdce tak i po operaci srdce v Nemocnici České Budějovice a.s., v Nemocnici Na Homolce, ve FN v Motole, ve FN Královské Vinohrady, ve FN Olomouci a FN Plzni. V dotazníku jsou použity uzavřené i otázky otevřené. Úvodní část otázek zjišťuje identifikační údaje (pohlaví, věk, rodinný stav, pracovní vztah). Převážná část otázek dotazníku je zaměřena na pocity, obavy kardiologického pacienta a jeho pohled na operaci srdce. Dále jak pacienti vnímají svou budoucnost, rodinu, zaměstnání v souvislosti s operací srdce, jaké potřeby mají či nemají saturované. Dotazníky v Nemocnici České Budějovice a.s. byly pacientům rozdány osobně, v ostatních kardiocentrech prostřednictvím vrchních či staničních sester. Jednotlivé otázky dotazníku byly vyhodnoceny pomocí sloupcových grafů, porovnávacích grafů a tabulek vytvořených v Microsoft Office Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro výzkumné šetření byli vybráni pacienti kardiologických oddělení a klinik z 6 nemocnic v České republice (Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Na Homolce, FN Motol, FN Královské Vinohrady, FN Olomouc a FN Plzeň). Osloveny však byly i další kardiologické kliniky a oddělení nemocnic v České republice (FN Hradec Králové, Nemocnice Podlesí Třinec, FN Ostrava, IKEM Praha, Všeobecná FN Praha). V těchto nemocnicích bylo však výzkumné šetření zamítnuto.

Celkem bylo rozdáno 300 dotazníků. Zpátky se vrátilo 210 dotazníků. Z toho správně vyplněných dotazníků bylo 185. 25 dotazníků bylo vyplněno chybně, tudíž byly vyřazeny. 90 dotazníků se nevrátilo vůbec. Procentuální návratnost správně vyplněných dotazníků tedy činí 62 %.

O možnost rozdat dotazníky ve vybraných nemocnicích jsem oslovila náměstkyně pro ošetrovatelskou činnost, vrchní sestry či primáře daných kardiochirurgických oddělení a klinik.

4. Výsledky

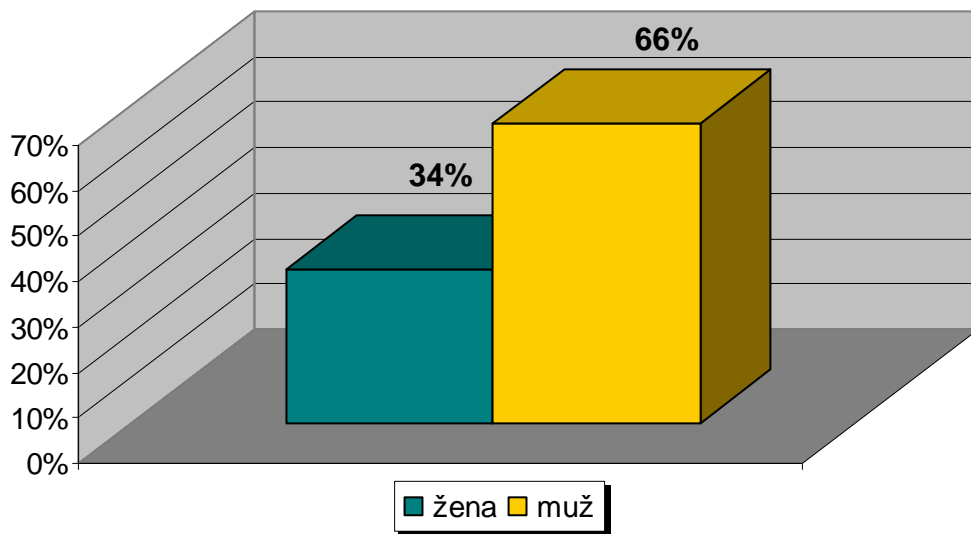
pozn. v následujícím textu bude používána zkratka KCHP = kardiochirurgický pacient a KCHO = kardiochirurgické oddělení

Tabulka 1 Procentuální návratnost dotazníků

KCHO kliniky a oddělení	dotazníků rozdáno	dotazníků vráceno a správně vyplněno
Nemocnice České Budějovice a.s.	60	55 (92%)
FN Olomouc	45	16 (36%)
FN Plzeň	45	29 (64%)
FN Motol v Praze	45	37 (82%)
Nemocnice Na Homolce v Praze	45	22 (49%)
FN Královské Vinohrady v Praze	60	26 (43%)
Celkem	300	185 (62%)

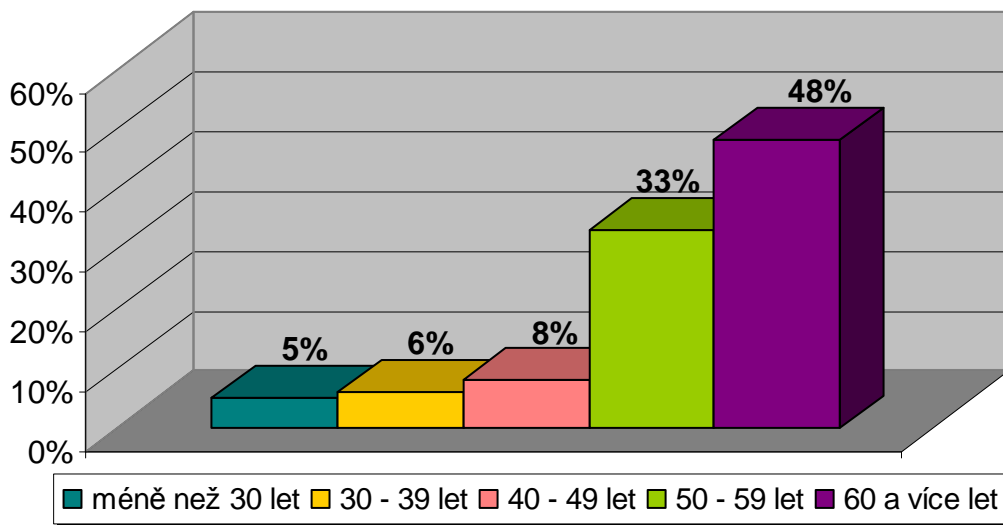
V Nemocnici České Budějovice a.s. bylo rozdáno 60 dotazníků. Z toho správně vyplněných vrácených dotazníků bylo 55 (92%). Z FN Olomouc se ze 45 zaslaných dotazníků vrátilo 16 (36%) správně vyplněných dotazníků. Z FN Plzeň se ze 45 zaslaných dotazníků vrátilo 29 (64%) správně vyplněných dotazníků. Z FN Motol v Praze se ze 45 zaslaných dotazníků vrátilo 37 (82%) správně vyplněných dotazníků. Z Nemocnice Na Homolce v Praze se ze 45 zaslaných dotazníků vrátilo 22 (49%) správně vyplněných dotazníků. Z FN Královské Vinohrady v Praze se ze 60 zaslaných dotazníků vrátilo 26 (43%) správně vyplněných dotazníků. Celková návratnost ze 300 rozdaných dotazníků byla (62%), což činí 185 správně vyplněných dotazníků.

Graf 1 Pohlaví



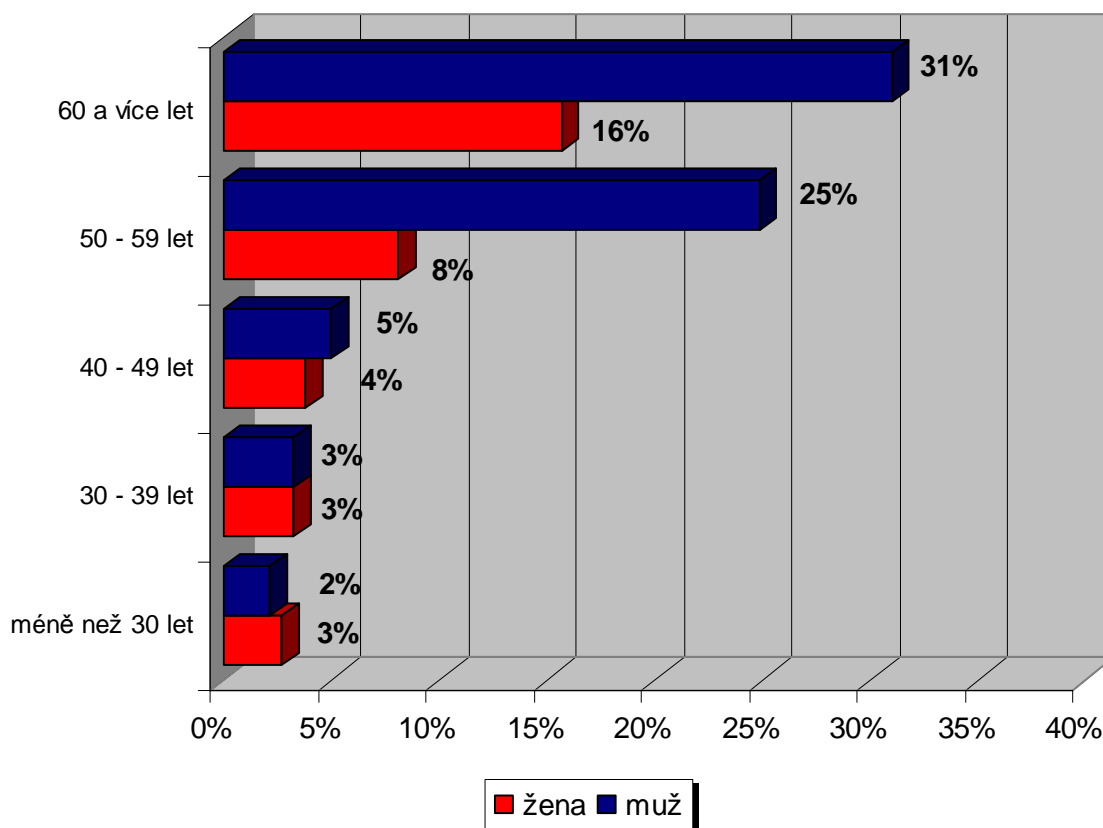
Ze 185 dotázaných KCHP je 62 (34%) žen a 123 (66%) mužů.

Graf 2 Věk



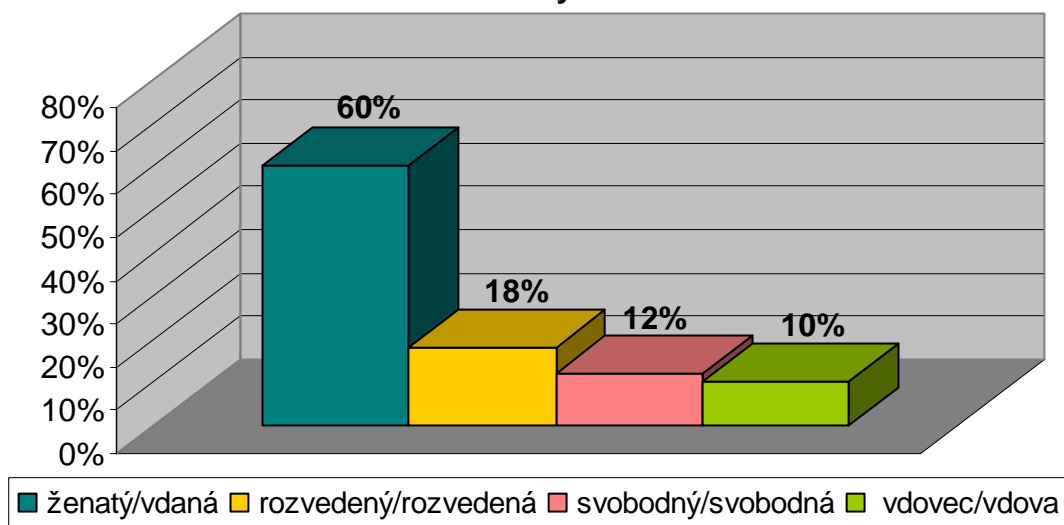
Ze 185 respondentů je ve věkové kategorii méně než 30 let 9 (5%) KCHP, 12 (6%) pacientů ve věku 30-39 let, 15 (8%) KCHP se nachází ve věkové kategorii 40-49 let, ve věku 50-59 let je 61 (33%) dotázaných KCHP a nejpočetnější skupinu KCHP tvoří pacienti ve věku 60 a více let, což je 88 (48%) respondentů.

Graf 3 Pohlaví KCHP dle věkových kategorií



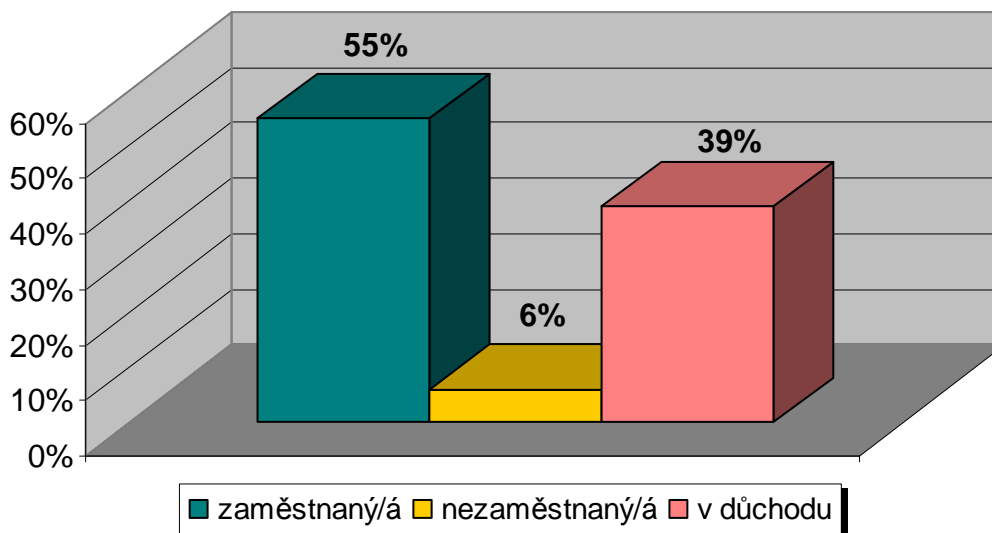
Z celkového počtu 185 (100%) dotázaných KCHP se ve věkové kategorii méně než 30 let nachází 5 (3%) žen a 4 (2%) muži. Ve věkovém období 30-39 let je 6 (3%) žen a 6 (3%) mužů. 7 (4%) žen a 8 (5%) mužů je ve věku 40-49 let. 15 (8%) žen a 46 (25%) mužů ve věkové kategorii 50-59 let. Ve věkovém období 60 a více let se nachází 29 (16%) žen a 59 (31%) mužů.

Graf 4 Rodinný stav KCHP



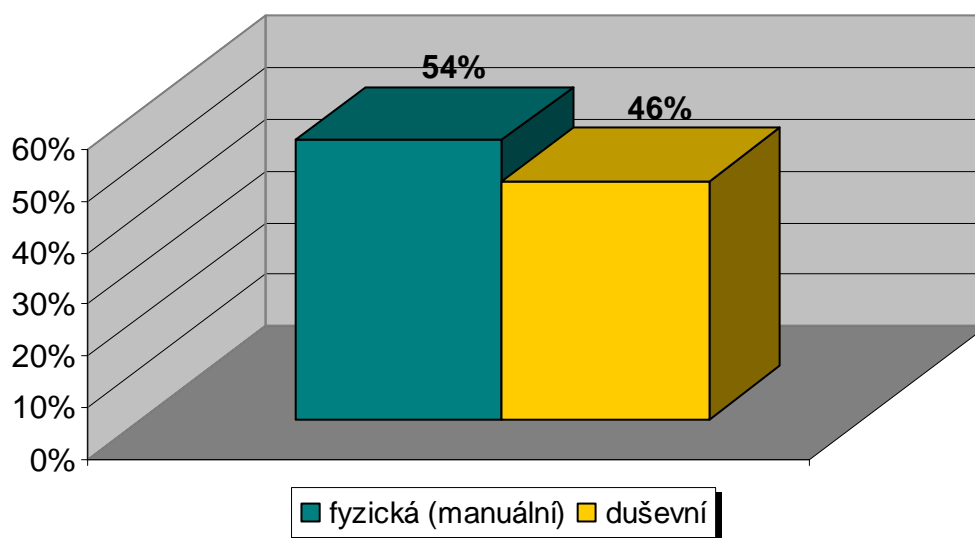
111 (60%) dotázaných KCHP je ženatých/vdaných, 33 (18%) KCHP rozvedených. Svobodných KCHP je 22 (12%) a ve skupině ovdovělých se nachází 19 (10%) KCHP.

Graf 5 Pracovní vztah KCHP



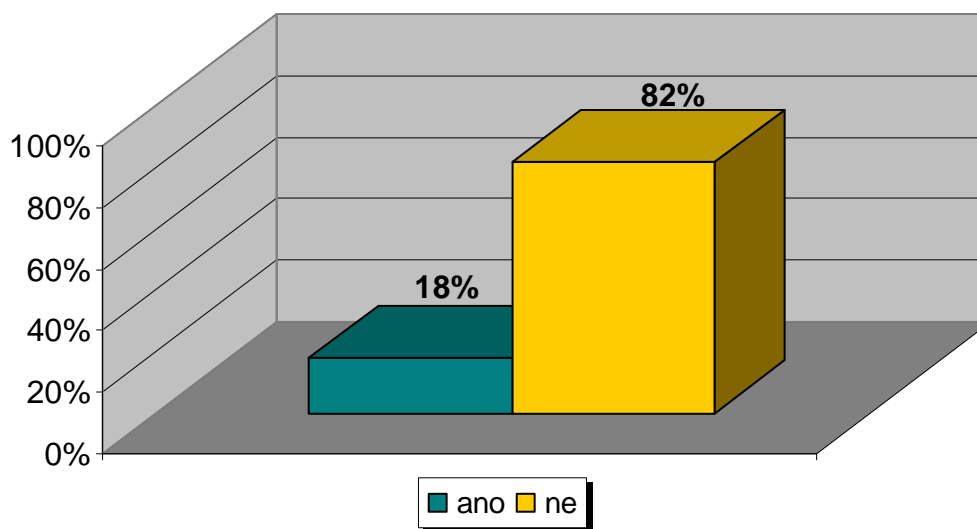
Z celkového počtu 185 KCHP je 101 (55%) respondentů zaměstnaných, 11 (6%) KCHP je naopak nezaměstnáno. 73 (39%) KCHP uvedlo, že jsou v důchodu.

Graf 6 Druh práce KCHP



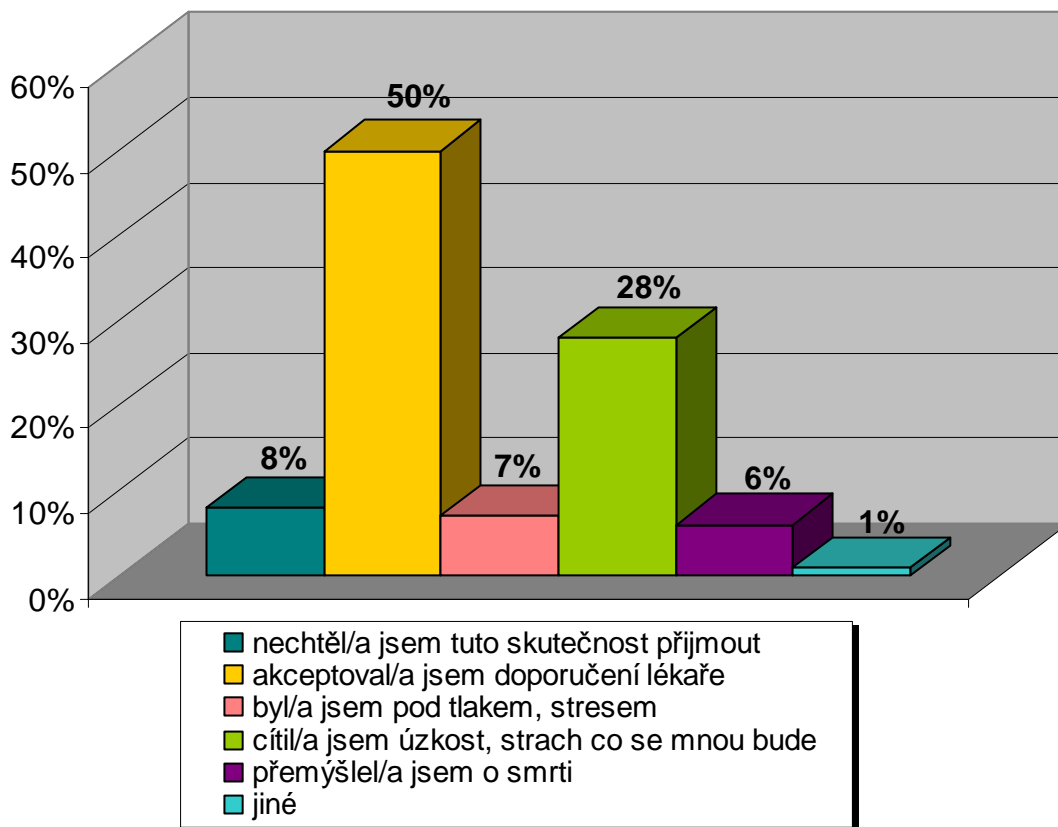
99 (54%) KCHP odpovědělo, že v jejich zaměstnání převládá/la spíše práce fyzická (manuální práce) a 86 (46%) KCHP uvedlo, že spíše práce duševní.

Graf 7 Přemýšlení KCHP o onemocnění srdce



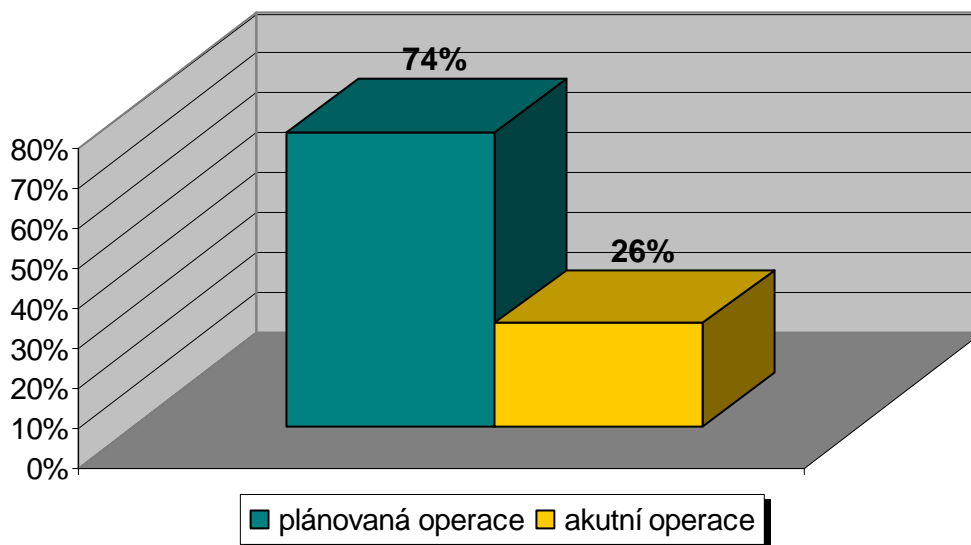
33 (18%) KCHP někdy v životě přemýšlelo o tom, že by mohli trpět onemocněním srdce. O onemocnění srdce naopak nikdy nepřemýšlelo 152 (82%) respondentů.

Graf 8 Reakce kardiologických pacientů na operaci srdce



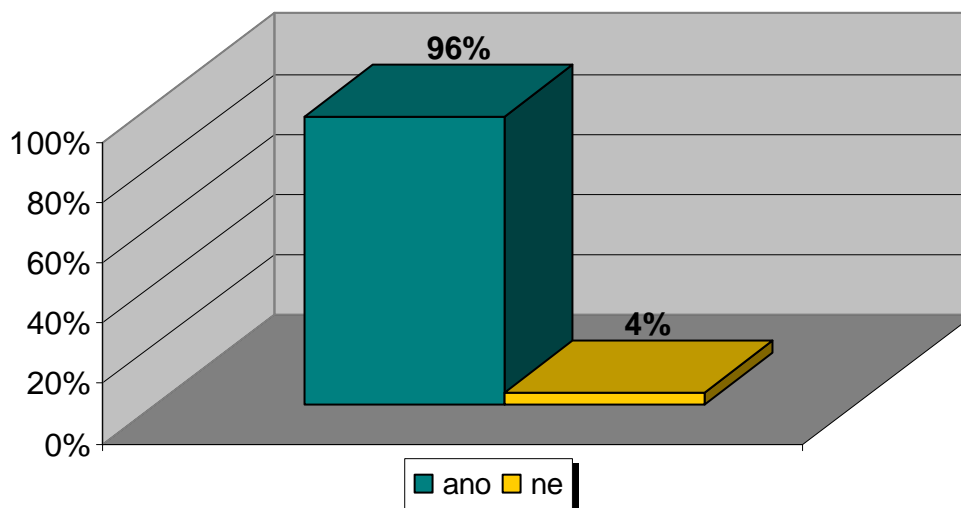
15 (8%) dotázaných KCHP reagovalo na sdělení, že budou muset podstoupit operaci srdce tím, že nechtěli tuto skutečnost vůbec přijmout. 92 (50%) KCHP akceptovalo doporučení lékaře. 14 (7%) KCHP uvedlo, jako reakci na operaci srdce, že byli pod tlakem a stresem. Strach a úzkost označilo 50 (28%) KCHP. O smrti přemýšlelo 12 (6%) dotázaných KCHP. Na možnost jiné odpověděli 2 (1%) respondenti, pro které hlavní reakcí byl šok.

Graf 9 Charakter operace srdce



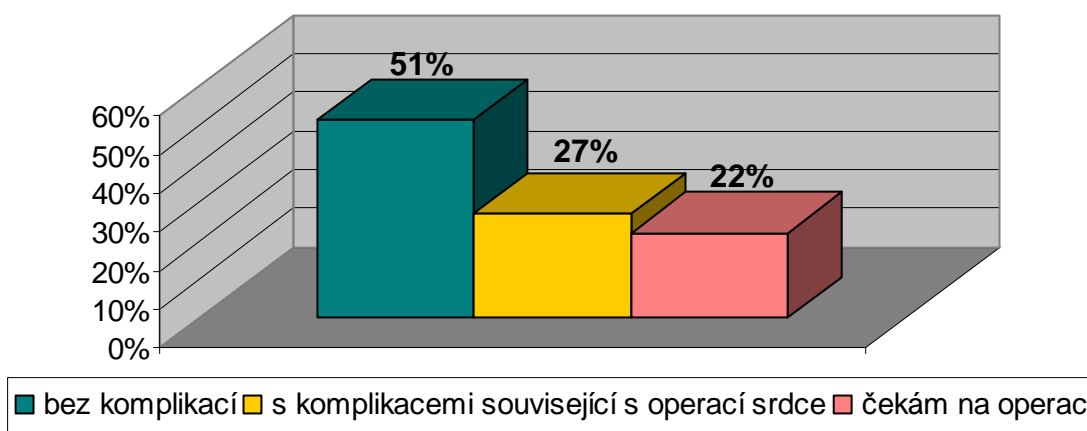
Ze 185 dotázaných KCHP uvedlo 136 (74%) respondentů, že se u nich jednalo o plánovanou kardiologickou operaci a u 49 (26%) pacientů se jednalo o akutní operaci srdce.

Graf 10 První operace srdce KCHP



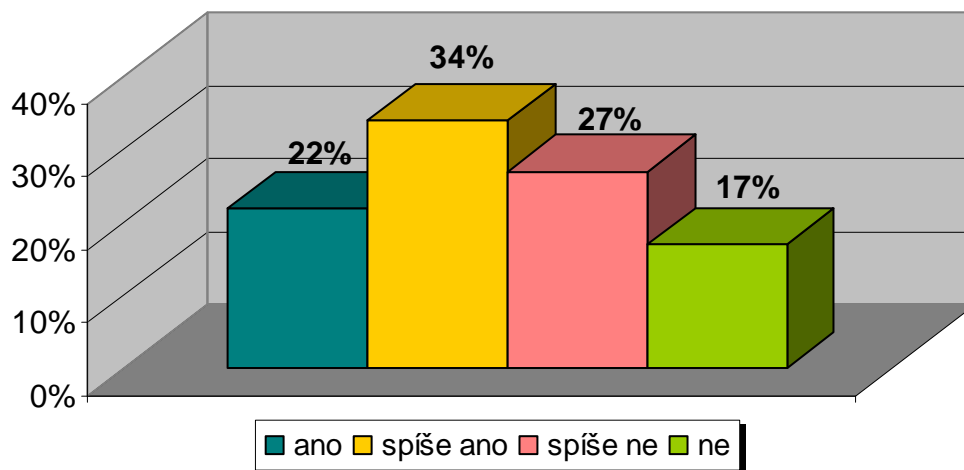
Pro 178 (96%) dotázaných KCHP byla operace srdce jejich první kardiologickou operací. 7 (4%) dotázaných KCHP již v minulosti nějakou operaci srdce podstoupilo.

Graf 11 Průběh pooperačního období KCHP



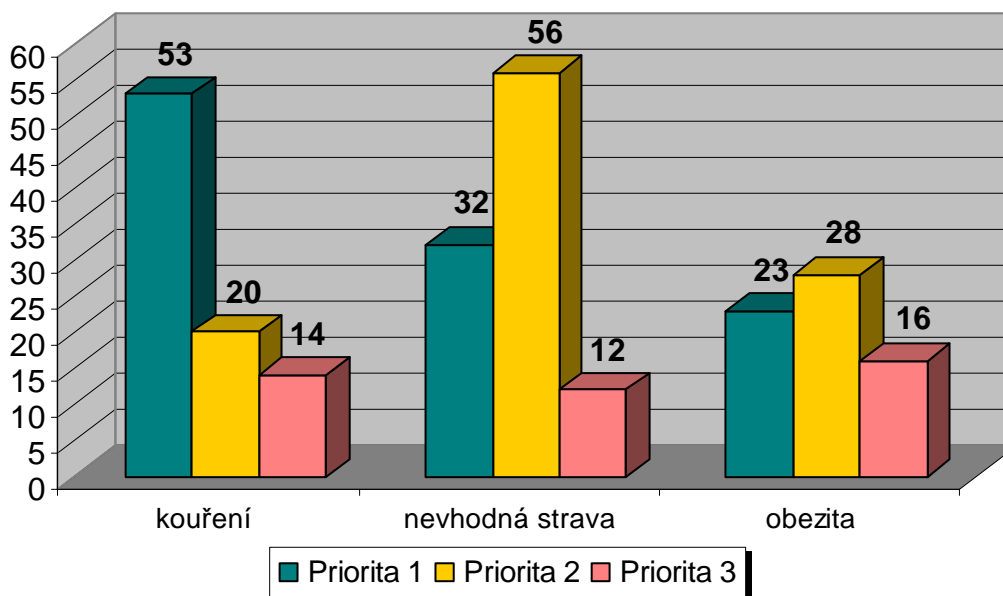
Z celkového počtu 185 KCHP je 144 odoperovaných KCHP. 94 (51%) odoperovaných pacientů uvedlo, že jejich pooperační období probíhá bez komplikací. S komplikacemi v pooperační době se potýká 50 (27%) KCHP. 41 (22%) dotázaných KCHP teprve na operaci srdce čeká. Tudíž na otázku pooperačního průběhu neodpovídali.

Graf 12 Stres jako součást každodenního života KCHP



41 (22%) KCHP odpovědělo, že stres skutečně patří do jejich každodenního života a 63 (34%) KCHP uvedlo, že stres spíše patří do jejich života. 50 (27%) KCHP tvrdí, že stres spíše nepatří do jejich života a 31 (17%) KCHP uvedlo, že stres není součástí jejich každodenního života.

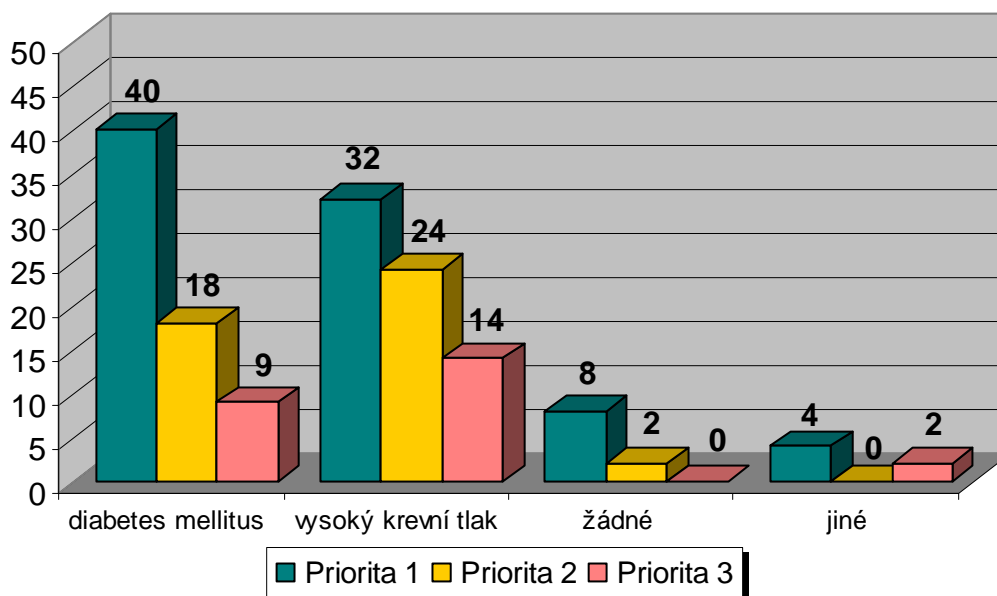
Graf 13A Rizikové faktory životního stylu napomáhající ke zhoršení zdravotního stavu



Dotázaní KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti, kterým přiřadili prioritu 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější rizikový faktor životního stylu zhoršující jejich zdravotní stav, priorita ② znázorňuje méně častý rizikový faktor životního stylu a priorita ③ nejméně častý rizikový faktor životního stylu. Znázorněna je četnost odpovědí.

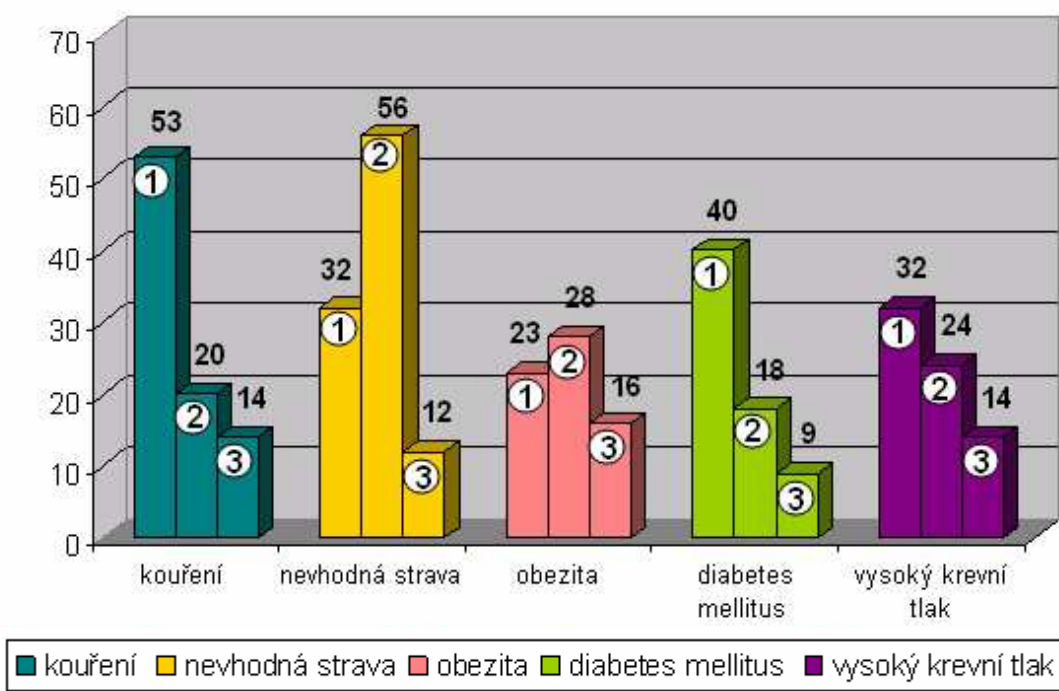
53 KCHP uvedlo kouření jako rizikový faktor, který zhoršuje jejich zdravotní stav a kouření přiřadili nejvyšší prioritu ①. 20 dotázaných KCHP uvedlo také kouření, ale označili ho střední prioritou ② a 14 KCHP kouření označilo nejnižší prioritou ③. Nevhodnou stravu označilo nejvyšší prioritou ① 32 dotázaných KCHP, 56 KCHP nevhodné stravě přiřadili prioritu ② a 12 KCHP ji přiřadilo nejnižší prioritu ③. Pro 23 KCHP je hlavním problémem životního stylu obezita a také ji proto označili prioritou ①. Dalších 28 KCHP obezitě přiřadili prioritu ②. 16 dotázaných KCHP, kteří uvedli obezitu jako jejich rizikový faktor, ji dali nejnižší prioritu ③.

Graf 13B Rizikové faktory životního stylu napomáhající k zhoršení zdravotního stavu



Znázorněna je četnost odpovědí. 40 KCHP se domnívá, že hlavním rizikovým faktorem, který zhoršuje jejich zdravotní stav je cukrovka. Přiřadili ji tak prioritu nejvyšší, což je ①. 18 KCHP přiřadilo cukrovce střední prioritu ② a 9 KCHP ji označilo prioritou ③. 32 KCHP si myslí, že ke zhoršení jejich zdravotního stavu napomáhá vysoký krevní tlak a označili ho tak prioritou ①. Také 24 KCHP uvedlo krevní tlak jako rizikový faktor životního stylu a přiřadili mu prioritu ②. 14 KCHP označilo vysoký krevní tlak prioritou ③. Pouze 10 KCHP uvedlo, že podle nich neexistuje žádný rizikový faktor životního stylu, který by zhoršoval jejich zdravotní stav, z nichž 8 KCHP přiřadilo možnosti žádné prioritu ① a 2 dotázaní KCHP prioritu ②. Na nabídku jiné odpovědělo dohromady 6 KCHP. Z nichž 1 uvedl „stresové situace“, 1 pacient „přecházení a nevyлéčení nemocí“, 1 dotázaný „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „vysoký cholesterol“. Tito KCHP přiřadili těmto možnostem prioritu ①. Na možnost jiné s prioritou ② neodpověděl žádný KCHP. Nejnižší prioritou ③ označili 2 KCHP, z nichž 1 uvedl „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „stres“.

Graf 14 Rizikové faktory životního stylu KCHP dle priorit

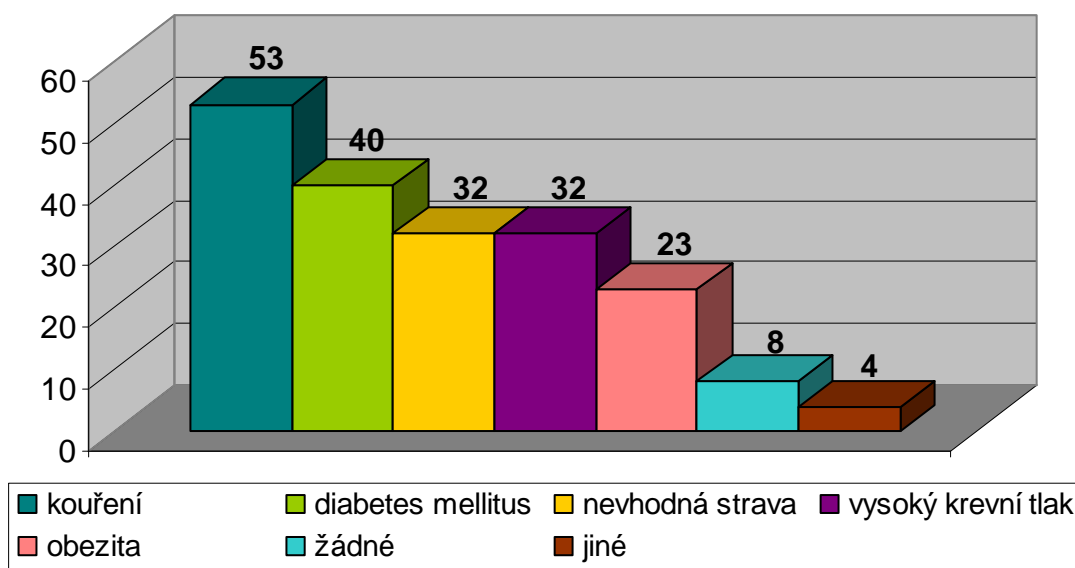


Dotázaní KCHP mohli označit z nabídky až 3 možnosti, kterým přiřadili prioritu 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější rizikový faktor životního stylu zhoršující jejich zdravotní stav, priorita ② znázorňuje méně častý rizikový faktor životního stylu a priorita ③ nejméně častý rizikový faktor životního stylu. Znázorněna je tedy četnost odpovědí.

53 KCHP uvedlo kouření jako rizikový faktor, který zhoršuje jejich zdravotní stav. Kouření přiřadili nejvyšší prioritu ①. 20 dotázaných KCHP uvedlo také kouření, označili ho však střední prioritou ② a 14 KCHP kouření označilo nejnižší prioritou ③. Nevhodnou stravu označilo nejvyšší prioritou ① 32 KCHP. 56 dotázaných KCHP nevhodné stravě přiřadili prioritu ② a 12 KCHP nejnižší prioritu ③. Pro 23 KCHP je hlavním problémem životního stylu obezita a také jí označili prioritou ①. Dalších 28 KCHP obezitě přiřadili prioritu ②. 16 dotázaných KCHP, kteří uvedli obezitu jako jejich rizikový faktor, ji dali nejnižší prioritu ③. 40 KCHP se domnívá, že hlavním

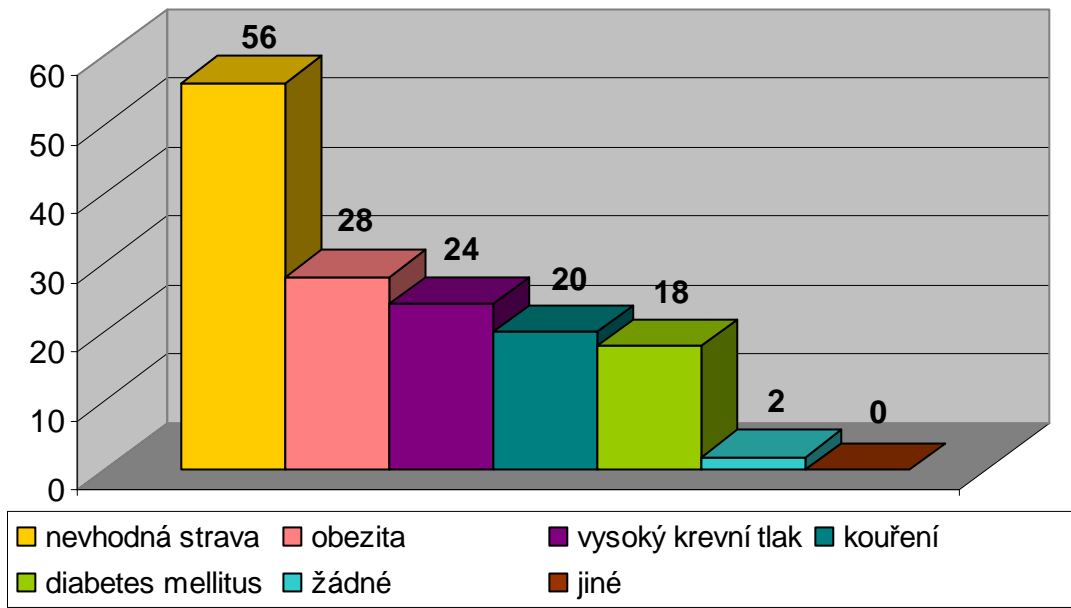
rizikovým faktorem, který zhoršuje jejich zdravotní stav je cukrovka. Přiřadili ji tak prioritou nejvyšší, což je ①. 18 dotázaných KCHP uvedlo k cukrovce střední prioritou ② a 9 KCHP ji označilo prioritou ③. 32 KCHP si myslí, že ke zhoršení jejich zdravotního stavu napomáhá vysoký krevní tlak a označili ho tak nejvyšší prioritou ①. Také 24 KCHP uvedlo krevní tlak jako rizikový faktor životního stylu a přiřadili mu střední prioritou ② a 14 KCHP ho označilo nejnižší prioritou ③.

Graf 15 Rizikové faktory označené KCHP prioritou 1



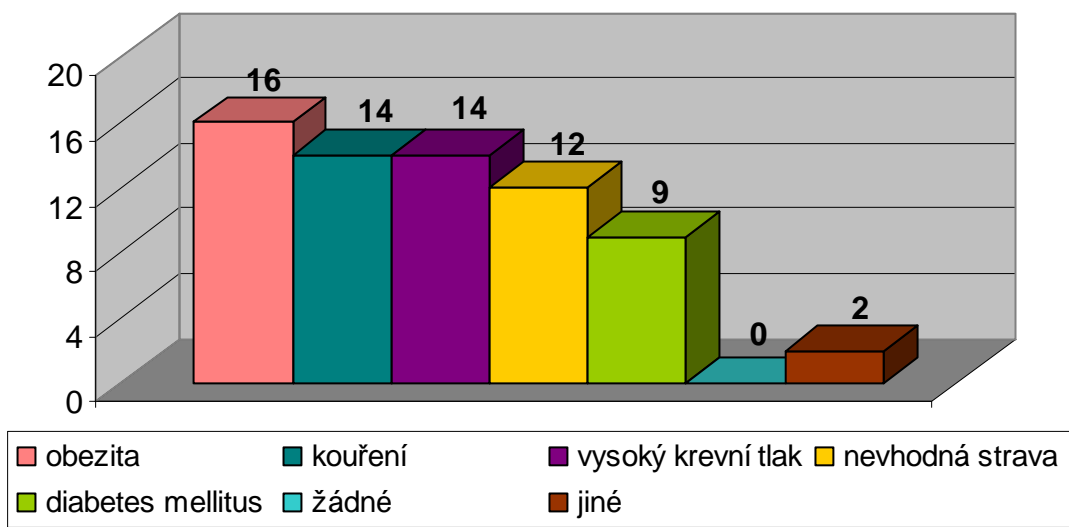
Uvedené rizikové faktory, které působí na vznik onemocnění srdce jsou znázorněny četností. Nejvyšší prioritou ① přiřadilo 53 KCHP rizikovému faktoru kouření, 40 KCHP cukrovce, 32 dotázaných KCHP nevhodné stravě, 32 KCHP vysokému krevnímu tlaku, 23 KCHP obezitě. 8 KCHP uvedlo, že neexistuje žádný rizikový faktor, který by mohl za zhoršování zdravotního stavu. Na možnost jiné odpověděli 4 KCHP. Z těchto 4 pacientů 1 uvedl „stresové situace“, 1 „přecházení a nevléčení nemocí“, 1 dotázaný „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „vysoký cholesterol“.

Graf 16 Rizikové faktory označené KCHP prioritou 2



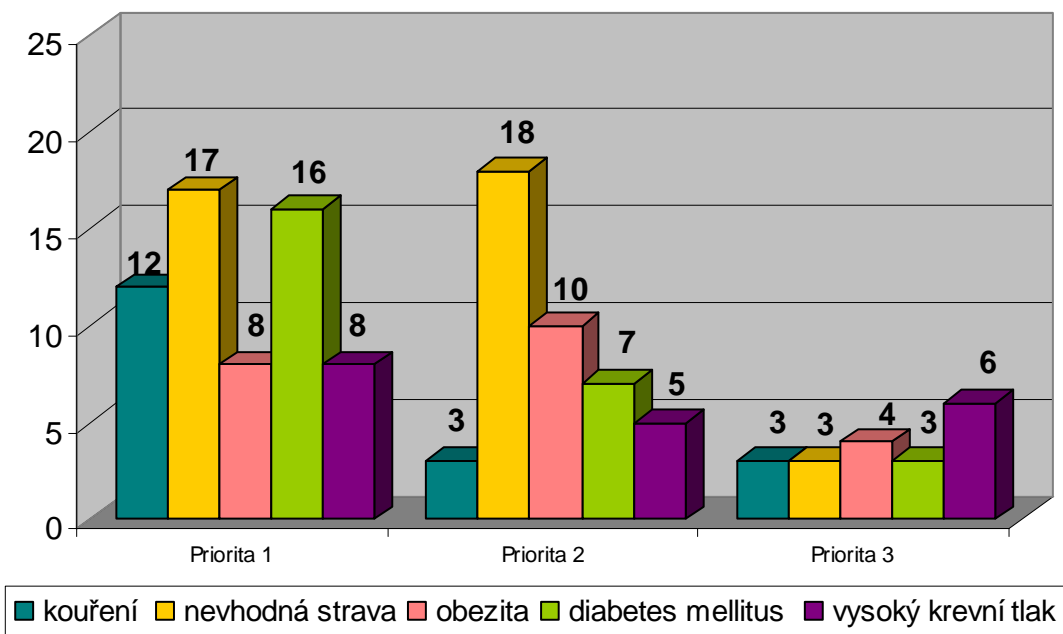
Znázorněna je četnost odpovědí. Střední prioritu ② přiřadilo 56 KCHP rizikovému faktoru jako je nevhodná strava, 28 KCHP obezitě, 24 dotázaných KCHP vysokému krevnímu tlaku, 20 KCHP kouření a 18 pacientů cukrovce. 2 KCHP uvedli, že neexistuje žádný rizikový faktor, který by mohl za zhoršování jejich zdravotního stavu. Žádný respondent neuvedl možnost jiné s prioritou ②.

Graf 17 Rizikové faktory označené KCHP prioritou 3



Znázorněna je četnost odpovědí. Nejnižší prioritu ③ přiřadilo 16 KCHP rizikovému faktoru jako je obezita, 14 KCHP kouření, 14 dotázaných KCHP vysokému krevnímu tlaku, 12 KCHP nevhodné stravě, 9 KCHP cukrovce. Žádný respondent neuvedl, že v jeho životním stylu se nevyskytuje žádný rizikový faktor, s kterým by se potýkal. Na možnost jiné odpověděli 2 KCHP, z nichž 1 uvedl „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „stres“.

Graf 18 KCHP ženy a rizikové faktory životního stylu



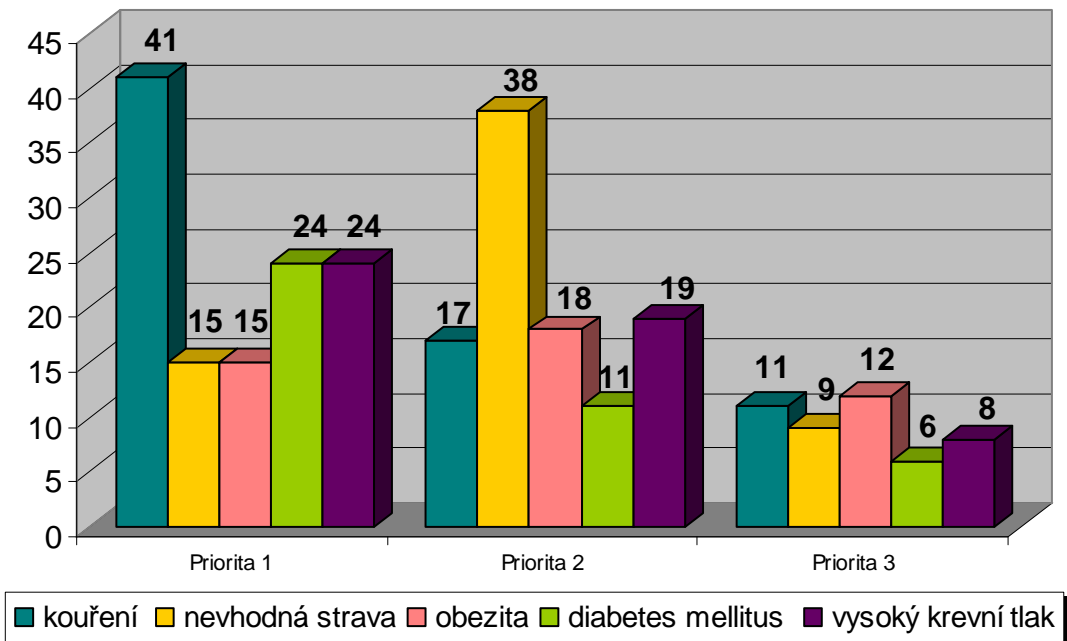
KCHP ženy mohly vybrat z nabídky rizikových faktorů jejich životního stylu až 3 možnosti, kterým přiřadily priority 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější rizikový faktor životního stylu zhoršující jejich zdravotní stav, priorita ② znázorňuje méně častý rizikový faktor životního stylu a priorita ③ nejméně častý rizikový faktor životního stylu. Znázorněna je tedy četnost odpovědí.

Prioritu ① přiřadilo 12 žen kouření, 17 žen nevhodné stravě, 8 žen obezitě, 16 žen cukrovce a 8 žen vysokému krevnímu tlaku.

Prioritu ② přiřadily 3 ženy rizikovému faktoru kouření, 18 žen nevhodné stravě, 10 žen obezitě, 7 žen cukrovce a 5 žen vysokému krevnímu tlaku.

Prioritu ③ přiřadily 3 ženy kouření, 3 ženy nevhodné stravě, 4 ženy obezitě, 3 ženy cukrovce a 6 žen vysokému krevnímu tlaku.

Graf 19 KCHP muži a rizikové faktory životního stylu



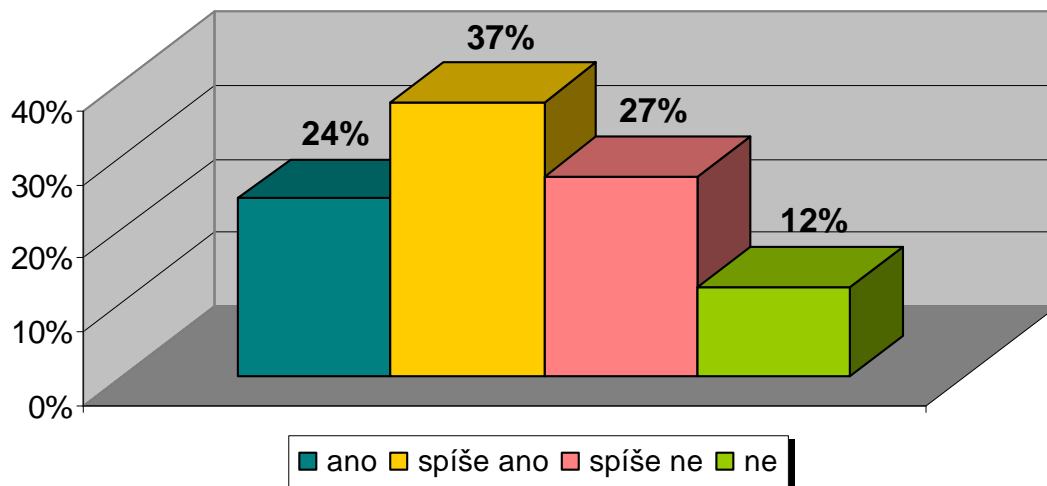
KCHP muži mohli vybrat z nabídky rizikových faktorů jejich životního stylu až 3 možnosti, kterým přiřadili priority 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější rizikový faktor životního stylu zhoršující jejich zdravotní stav, priorita ② znázorňuje méně častý rizikový faktor životního stylu a priorita ③ nejméně častý rizikový faktor životního stylu. Znázorněna je tedy četnost odpovědí.

Prioritu ① přiřadilo 41 mužů kouření, 15 mužů nevhodné stravě, 15 mužů obezitě, 24 mužů cukrovce a 24 mužů vysokému krevnímu tlaku.

Prioritu ② přiřadilo 17 mužů rizikovému faktoru kouření, 38 mužů nevhodné stravě, 18 mužů obezitě, 11 mužů cukrovce a 19 mužů vysokému krevnímu tlaku.

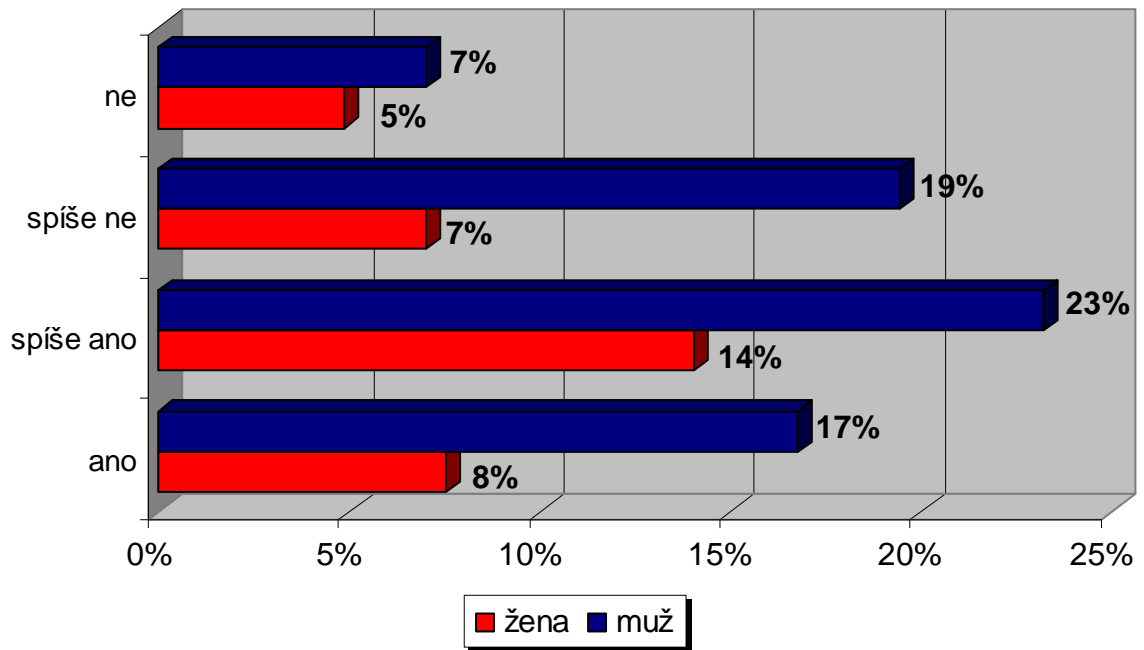
Prioritu ③ přiřadilo 11 mužů kouření, 9 mužů nevhodné stravě, 12 mužů obezitě, 6 mužů cukrovce a 8 mužů vysokému krevnímu tlaku.

Graf 20 Životní styl příčinou onemocnění srdce KCHP



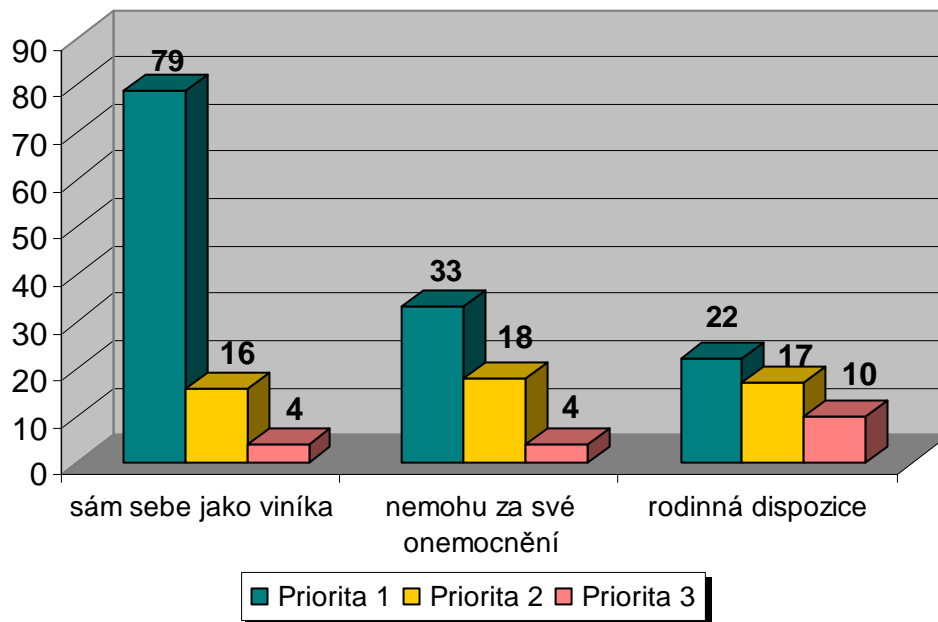
Reakce KCHP na to zda si myslí, že jejich dosavadní životní styl je příčinou onemocnění srdce, které vyústilo v operaci srdce, 45 (24%) KCHP uvedlo, že ano a 69 (37%) KCHP spíše ano. Naopak 49 (27%) dotázaných KCHP označilo možnost spíše ne a 22 (12%) KCHP možnost ne.

Graf 21 Pohlaví KCHP a životní styl příčinou onemocnění srdce



Z celkového počtu 185 (100%) KCHP se 14 (8%) žen a 31 (17%) mužů domnívá, že jejich životní styl je příčinou onemocnění srdce, které vyústilo v kardiochirurgickou operaci. 26 (14%) žen a 43 (23%) mužů si spíše myslí, že jejich životní styl je příčinou onemocnění srdce. 13 (7%) žen a 36 (19%) mužů si spíše nemyslí, že by jejich životní styl byl příčinou onemocnění srdce. 9 (5%) žen a 13 (7%) mužů se domnívá, že jejich životní styl není odpovědný za jejich onemocnění srdce a následnou kardiochirurgickou operaci.

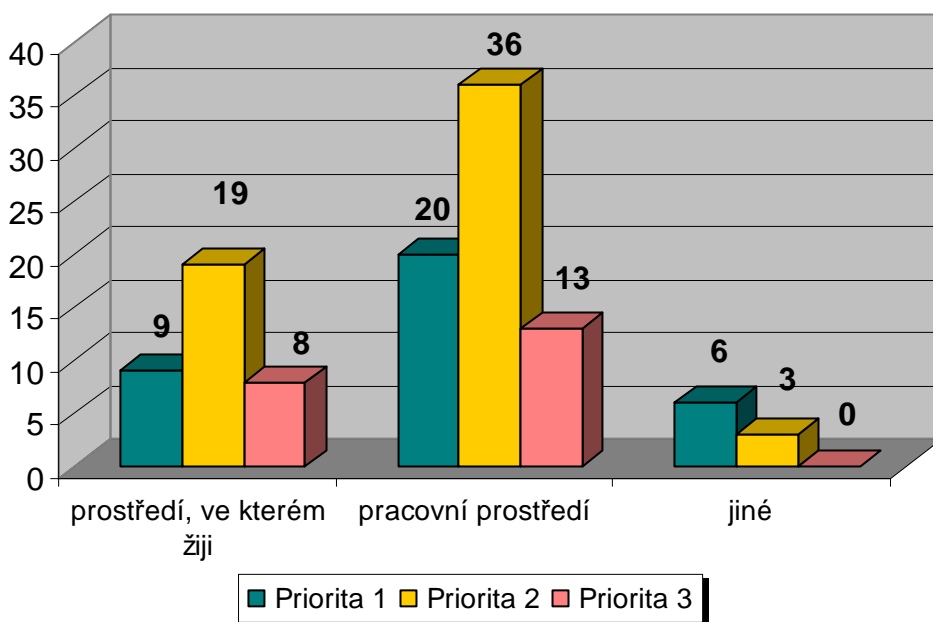
Graf 22A Důvod onemocnění srdce KCHP



Dotázaní KCHP mohli označit z nabídky až 3 možnosti, kterým přiřadili prioritu 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější důvod onemocnění KCHP, priorita ② znázorňuje méně častý důvod a priorita ③ nejméně častý důvod onemocnění srdce. Znázorněna je tedy četnost odpovědí.

Sám sebe jako viníka svého zdravotního stavu označilo 79 KCHP a přiřadili tomu nejvyšší prioritu ①. 16 dotázaných KCHP, kteří označili také sami sebe jako viníka svého zdravotního stavu, zvolilo prioritu střední ② a 4 KCHP zvolili k této možnosti prioritu nejnižší ③. Možnost nemohu za své onemocnění srdce označilo 33 KCHP prioritou ①, 18 dotázaných KCHP prioritou ② a 4 KCHP prioritou ③. 22 KCHP vnímá rodinnou dispozici jako důvod svého onemocnění srdce a přiřadili ji prioritu nejvyšší ①. 17 KCHP označilo rodinnou dispozici prioritou střední ② a 10 dotázaných KCHP prioritou nejnižší ③.

Graf 22B Důvod onemocnění srdce KCHP

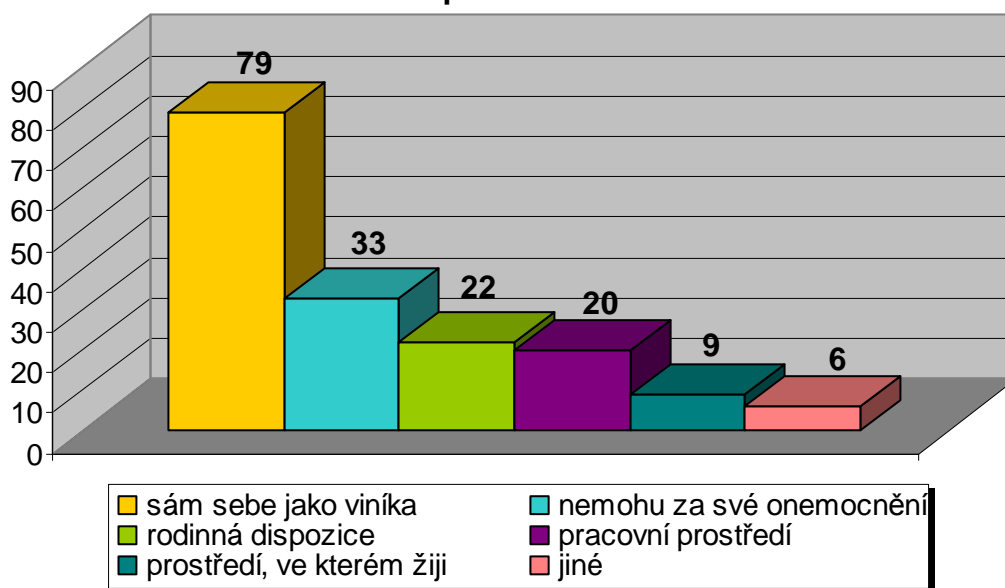


Dotázaní KCHP mohli označit z nabídky až 3 možnosti, kterým přiřadili prioritu 1-3. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější důvod onemocnění KCHP, priorita ② znázorňuje méně častý důvod a priorita ③ nejméně častý důvod onemocnění srdce. Znázorněna je tedy četnost odpovědí.

9 KCHP viní ze svého onemocnění srdce, které vyplynulo v operaci, prostředí kde žijí a přiřadili mu prioritu nejvyšší ①. 19 KCHP označilo také prostředí, ve kterém žijí jako důvod onemocnění srdce, ale přiřadili mu prioritu ② a 8 KCHP dává prostředí, ve kterém žijí prioritu nejnižší ③. 20 KCHP přiřadilo prioritu ① pracovnímu prostředí, které vnímají jako důvod vzniku jejich onemocnění srdce. 36 dotázaných KCHP pracovnímu prostředí přiřadili prioritu ② a 13 KCHP prioritu ③. Možnost jiné s prioritou ① zvolilo 6 dotázaných KCHP. Z nichž 4 vnímají jako důvod jejich onemocnění srdce „vrozenou vývojovou vadu“, 1 dotázaný „stres“ a 1 pacient „nemoc, kterou prodělal“. Možnost jiné s prioritou ② zvolili 3 KCHP. Z nichž 1 uvedl, že za jeho onemocnění srdce, které vyplynulo v operaci srdce může „stáří“. 1 pacient viní

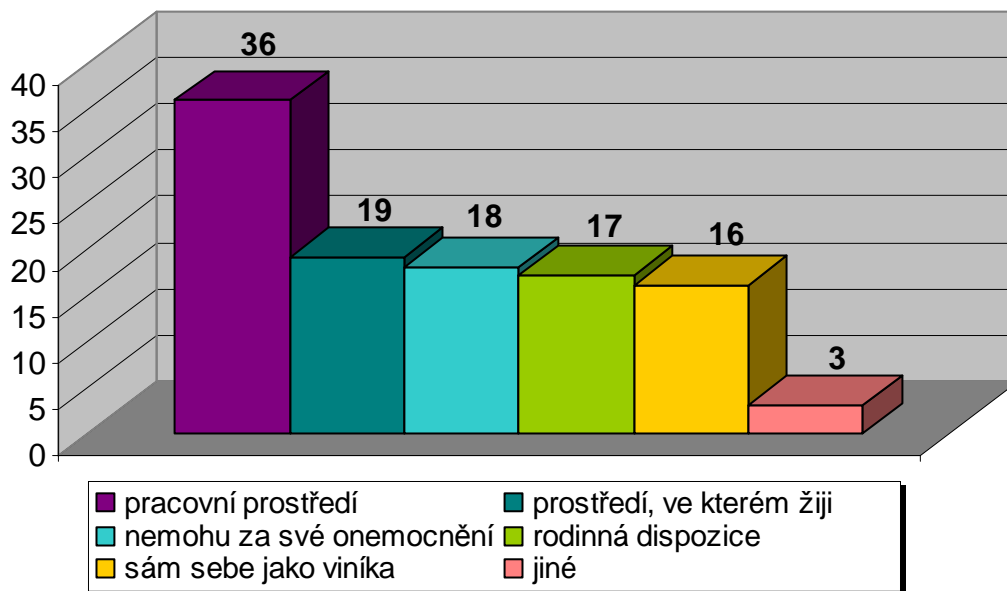
z operace srdce „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „všeobecné a pracovní konflikty“.

Graf 23 Důvod onemocnění srdce označené pacienty prioritou 1



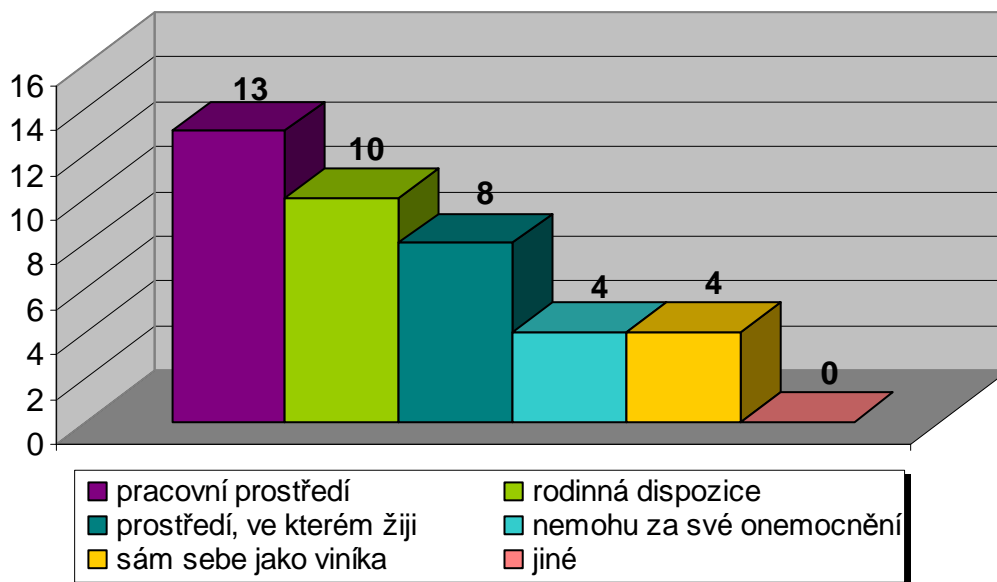
Znázorněna je četnost odpovědí. Nejvyšší prioritu ① přiřadilo 79 KCHP možnosti, že sami sebe vidí jako viníka svého zdravotního stavu. 33 KCHP uvedlo, že nemohou za své onemocnění srdce. 22 dotázaných KCHP se domnívá, že za jejich onemocnění srdce je zodpovědná rodinná dispozice. 20 KCHP viní ze svého zdravotního stavu pracovní prostředí a 9 dotázaných KCHP viní prostředí, ve kterém žijí. 6 KCHP zvolilo možnost jiné, z nichž 4 KCHP vnímají jako důvod svého onemocnění srdce „vrozenou vývojovou vadu“, 1 dotázaný „stres“ a 1 „nemoc“, kterou prodělal.

Graf 24 Důvod onemocnění srdce označené pacienty prioritou 2



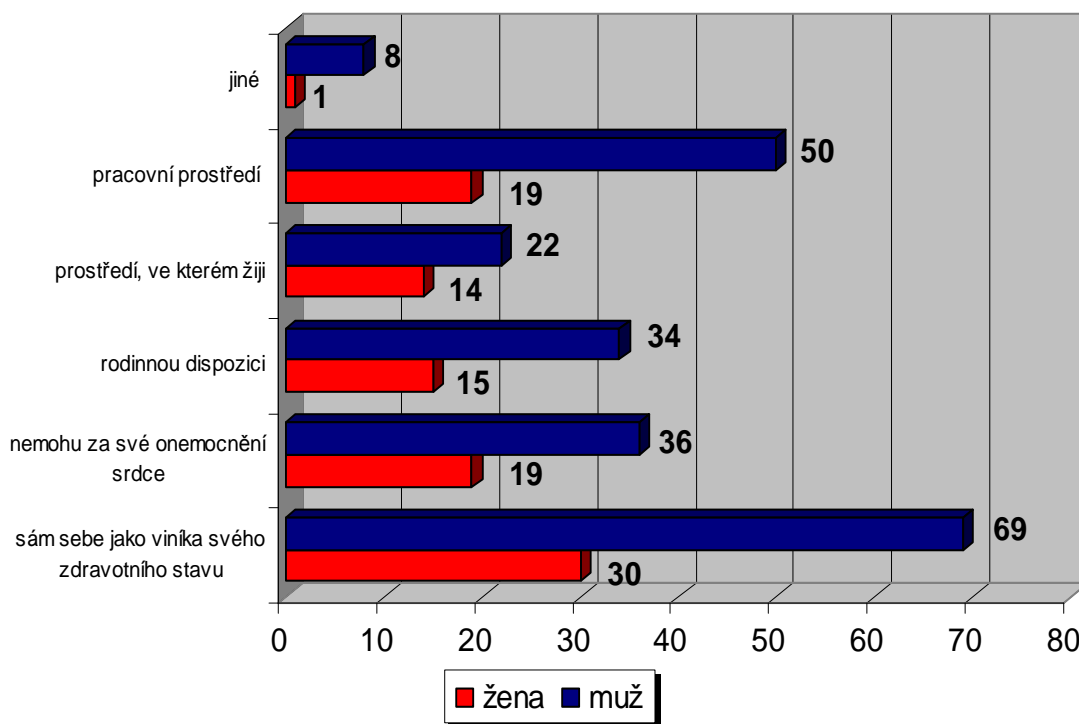
Znázorněna je četnost odpovědí. Střední prioritu ② přiřadilo 36 KCHP pracovnímu prostředí, které vnímají jako důvod vzniku onemocnění srdce. 19 KCHP viní ze svého zdravotního stavu prostředí, ve kterém žijí. 18 dotázaných KCHP se domnívá, že nemohou za své onemocnění srdce a následnou operaci. 17 KCHP uvedlo, že za jejich onemocnění srdce je zodpovědná rodinná dispozice. 16 dotázaných KCHP si myslí, že jsou sami odpovědní za svůj zdravotní stav a 3 KCHP zvolili možnost jiné. Z nichž 1 uvedl, že za jeho onemocnění srdce, které vyplynulo v operaci srdce může „stáří“. 1 pacient viní z operace srdce „vrozenou vývojovou vadu“ a 1 respondent „všeobecné a pracovní konflikty“.

Graf 25 Důvod onemocnění srdce označené pacienty prioritou 3



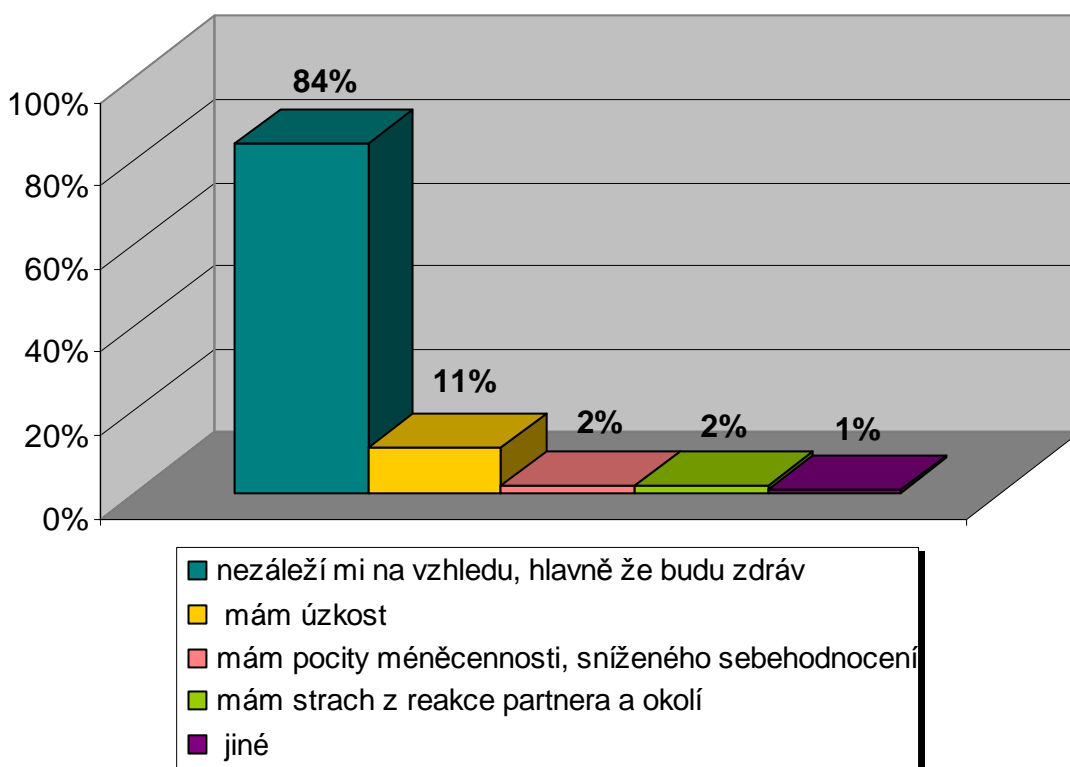
Znázorněna je četnost odpovědí. Nejnižší prioritu ③ přiřadilo 13 KCHP pracovnímu prostředí, které vnímají jako důvod vzniku onemocnění srdce. 10 KCHP uvedlo, že za jejich onemocnění srdce je zodpovědná rodinná dispozice. 8 KCHP viní ze svého zdravotního stavu prostředí, ve kterém žijí. 4 dotázaní KCHP se domnívají, že nemohou za své onemocnění srdce a následnou operaci. 4 KCHP si myslí, že jsou sami odpovědní za svůj zdravotní stav. Možnost jiné neoznačil žádný dotázaný respondent.

Graf 26 Pohlaví KCHP a důvod onemocnění srdce



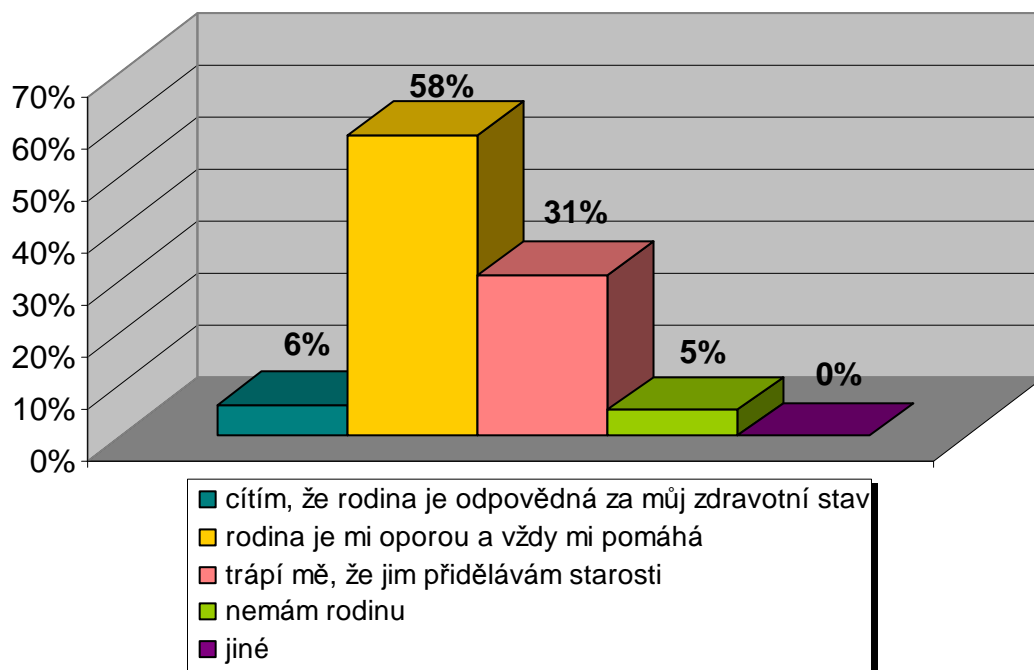
Dotázaní KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti, proto je znázorněna četnost odpovědí. Sám sebe jako viníka svého zdravotního stavu označilo 30 žen a 69 mužů. 19 žen a 36 mužů se naopak domnívá, že nemohou za své onemocnění srdce, které vyplynulo v operaci srdce. 15 žen a 34 mužů viní za své onemocnění srdce rodinnou dispozici. 14 žen a 22 mužů se domnívá, že za jejich onemocnění srdce je zodpovědné prostředí, ve kterém žijí a 19 žen a 50 mužů viní ze svého zdravotního stavu pracovní prostředí. Na možnost jiné odpověděla 1 žena, která se domnívá, že za její onemocnění srdce je zodpovědná „nemoc“. Na možnost jiné odpovědělo dohromady 8 mužů, z nichž 5 uvedlo, že za jejich zdravotní stav je zodpovědná „vrozená vývojová vada“. 1 muž uvedl „stáří“, 1 dotázaný pacient „stres“ a 1 respondent „všeobecné a pracovní konflikty.“

Graf 27 Vnímání defektu na hrudi KCHP



K vnímání defektu na hrudi se 158 (84%) KCHP vyjádřilo tím, že jim nezáleží na vzhledu, hlavně že budou zdraví. Pro 20 (11%) dotázaných KCHP jizva na hrudi znamená pocity úzkosti. Pocity méněcennosti a sníženého sebevědomí z defektu na hrudi prožívají 3 (2%) KCHP. Z reakce okolí a partnera mají strach 3 (2%) KCHP a 1 (1%) dotázaný KCHP uvedl možnost jiné, kde uvedl, že mu sice „jizva na hrudi bude vadit, ale zdraví u něho vítězí“.

Graf 28 KCHP a rodina



12 (6%) KCHP cítí, že rodina je odpovědná za jeho zdravotní stav. Pro 108 (58%) dotázaných KCHP je jejich rodina oporou a vždy jim pomáhá. 56 (31%) KCHP se trápí, že rodině přidělává svojí operací srdce starosti. 9 (5%) KCHP rodinu nemá. Možnost jiné nevyužil žádný respondent.

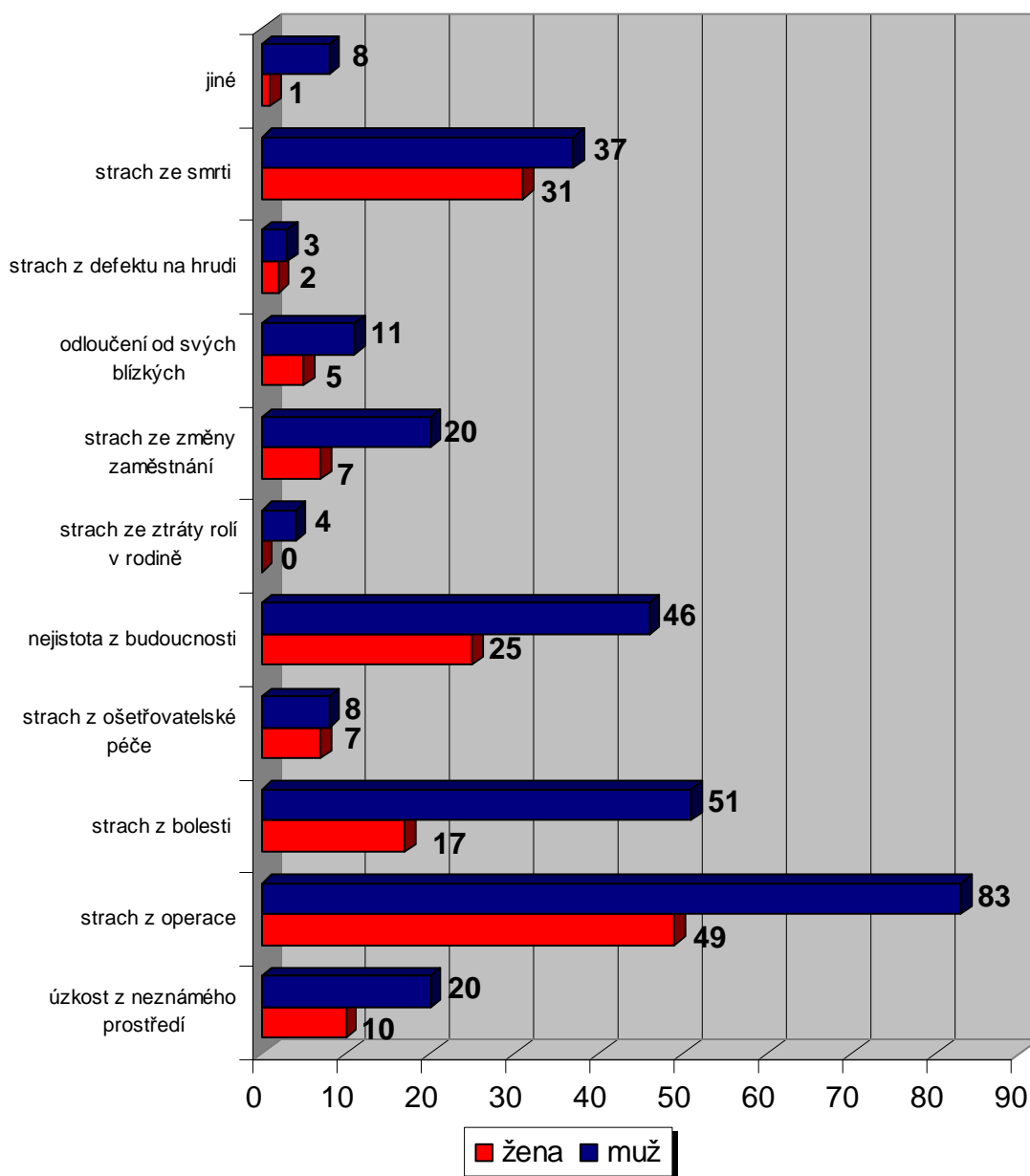
Tabulka 2 Vnímání budoucnosti kardiochirurgickými pacienty

	MOŽNOSTI ODPOVĚDÍ PACIENTŮ	POČET PACIENTŮ
Oblast A	budu moci nadále pracovat ve svém zaměstnání	92 (50%)
	budu muset změnit své dosavadní zaměstnání	30 (16%)
	budu nezaměstnaný	25 (13%)
	neodpovědělo	38 (21%)
Oblast B	budu moci plnit naplno svou roli v rodině	149 (81%)
	nebudu moci plnit naplno svou roli v rodině	34 (18%)
	neodpovědělo	2 (1%)
Oblast C	budu se moci věnovat svým aktivitám, zálibám	138 (75%)
	nebudu se moci věnovat svým aktivitám, zálibám	45 (24%)
	neodpovědělo	2 (1%)
Jiné	nevím jaká bude budoucnost	2

Oblast A - zaměstnání
 Oblast B - rodina
 Oblast C - aktivity, záliby

Každá z oblasti A, B i C se týkala celkem 185 KCHP. Z každé oblasti mohl pacient zvolit jednu pro něho prioritní možnost. Oblast A se týkala zaměstnání, jak pacienti vnímají svou práci po operaci srdce. Ze 185 dotázaných respondentů 92 (50%) věří, že budou moci naplno pracovat ve svém stávajícím zaměstnání. 30 (16%) KCHP si myslí, že budou muset změnit své dosavadní zaměstnání. 25 (13%) se obává toho, že budou po operaci srdce nezaměstnaní. 38 (21%) dotázaných pacientů se k této oblasti nevyjádřilo. Oblast B se týkala role v rodině po operaci srdce. 149 (81%) respondentů se domnívá, že budou moci nadále plnit na plno svou roli v rodině. Naopak 34 (18%) pacientů si myslí, že svou roli v rodině nebudou moci naplno vykonávat. 2 (1%) dotázaní respondenti se k této oblasti nevyjádřili. Oblast C zjišťuje, jak pacienti vnímají své aktivity a záliby v souvislosti s operací srdce. 138 (75%) KCHP se domnívá, že po operaci srdce budou moci nadále provozovat své aktivity a záliby. 45 (24%) dotázaných respondentů si naopak myslí, že se nadále svým aktivitám a zálibám věnovat nebudou moci. 2 (1%) respondenti neoznačili ani jednu z nabízených možností. 2 (1%) pacienti ani u jedné oblasti A, B, C neoznačili nabízené možnosti a zvolili možnost jiné, kde uvedli, že „nemohou posoudit, co s nimi do budoucna po operaci srdce bude“.

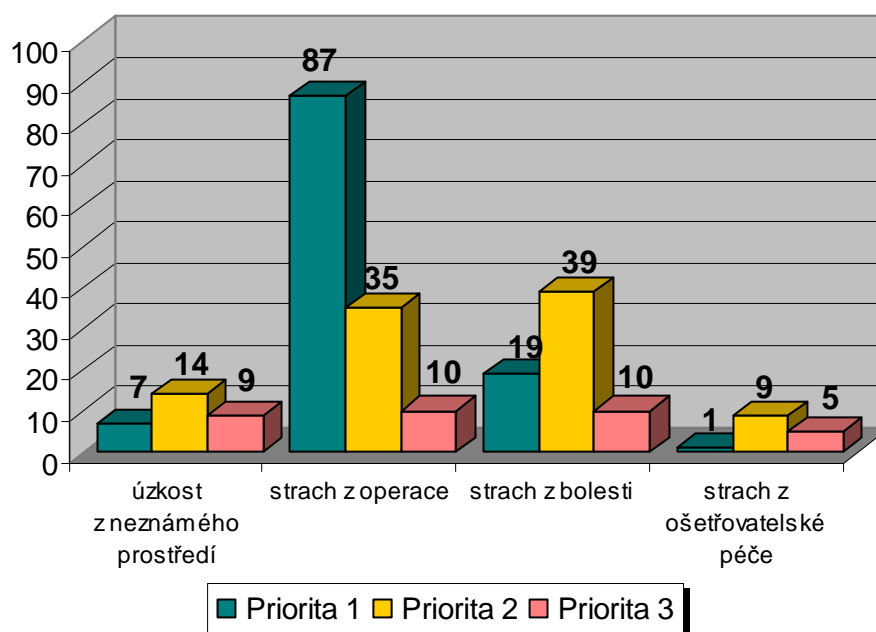
Graf 29 Pohlaví KCHP a obavy, pocity z operace srdce



Dotázaní KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti, proto je znázorněna četnost odpovědí. Úzkost z neznámého prostředí udalo 10 žen a 20 mužů. Strach z operace srdce označilo 49 žen a 83 mužů. Strach z bolesti po operaci srdce má 17 žen a 51 mužů. 7 žen a 8 mužů uvedlo strach z ošetrovatelské péče. 25 žen a 46 mužů má strach z neisté budoucnosti po operaci srdce. Žádná žena a pouze 4 muži označili strach ze

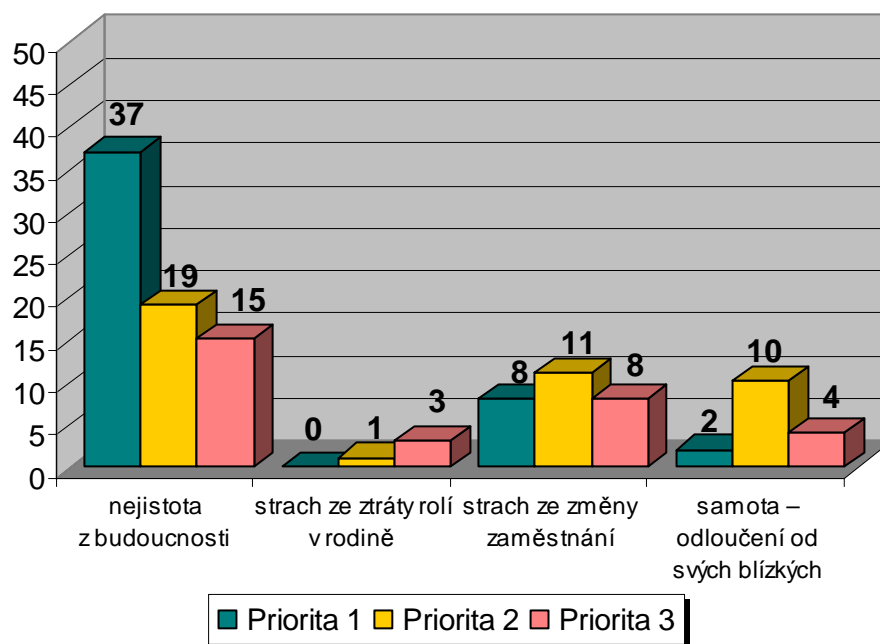
ztráty role v rodině. 7 žen a 20 mužů uvedlo, že mají strach ze změny zaměstnání po operaci srdce. 5 žen a 11 mužů se obává odloučení od svých blízkých. Strach z defektu na hrudi uvedli 2 ženy a 3 muži. 31 žen a 36 mužů má strach ze smrti. Možnost jiné uvedla 1 žena, která nemá „žádné obavy z operace srdce“. Na možnost jiné odpovědělo 8 mužů, z nichž 4 napsali, že „nemají žádné obavy z operace srdce“. 1 dotázaný uvedl, „že vše dlouho trvá“. 1 respondent, že se mu „hůře dýchá“. 1 pacient odpověděl, že „v jeho 75 letech musí už počítat se vším“. 1 dotázaný uvedl strach ze situace, že „nebude moci po operaci žít stejně jako před ní“.

Graf 30A Obavy, pocity KCHP z operace srdce



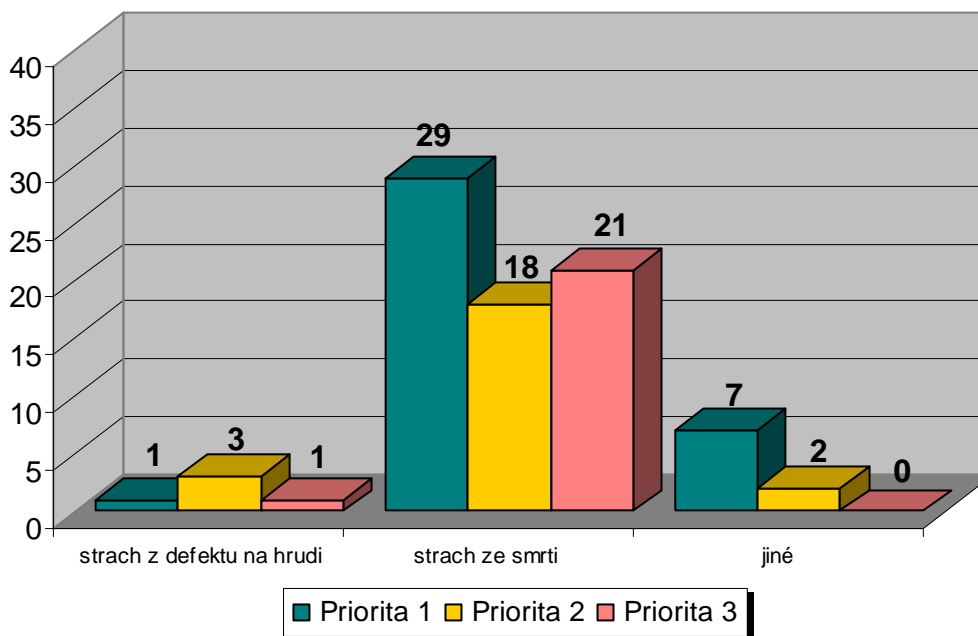
KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znázorněna je četnost odpovědí. 7 KCHP pociťuje z operace srdce úzkost z neznámého prostředí a označilo ji prioritou ①. 14 KCHP úzkosti z neznámého prostředí přiřadilo prioritu ② a 9 KCHP prioritu ③. Strach z operace srdce označilo 87 KCHP prioritou nejvyšší ①, 35 dotázaných KCHP prioritou ② a 10 KCHP prioritou nejnižší ③. Strach z bolesti z operace srdce zvolilo 19 KCHP a přiřadilo mu prioritu ①. 39 KCHP strachu z bolesti dalo prioritu ② a pro 10 KCHP je strach z bolesti označen prioritou ③. Strach z ošetrovatelské péče po operaci srdce uvedl 1 KCHP a označil ho prioritou ①. 9 KCHP strachu z ošetrovatelské péče přiřadilo prioritu střední ② a 5 KCHP prioritu nejnižší, což je ③.

Graf 30B Obavy, pocity KCHP z operace srdce



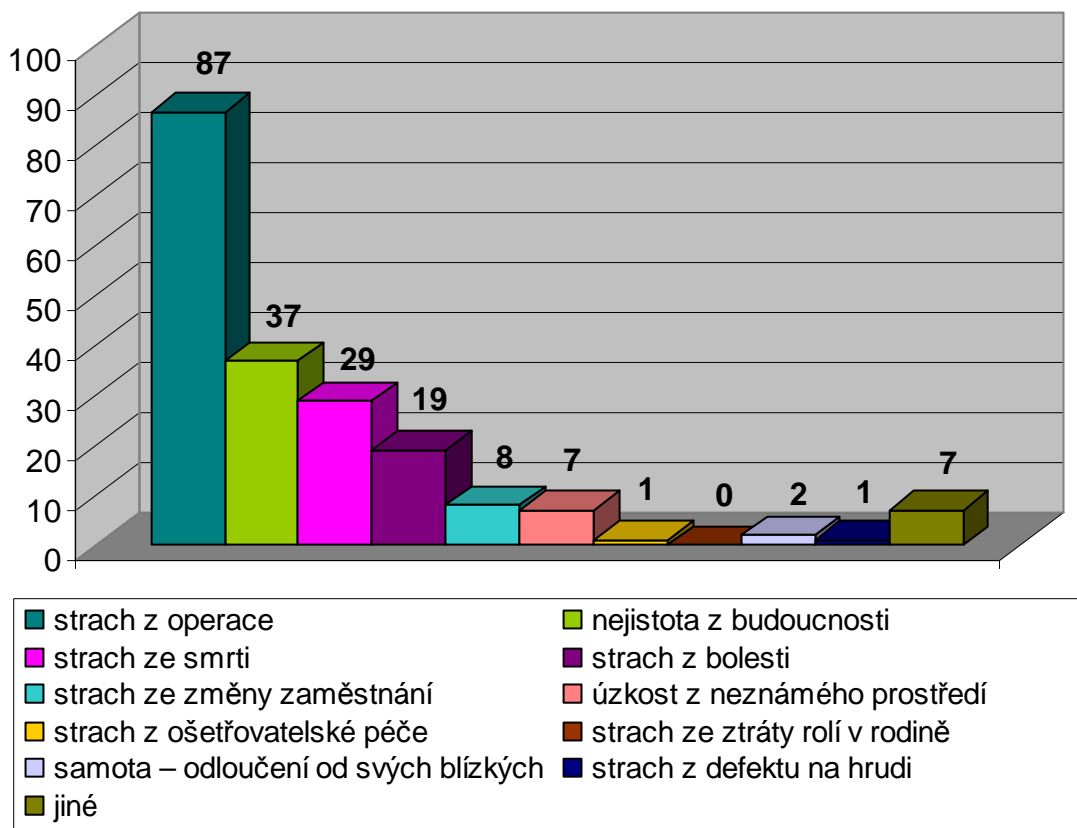
KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znárodněna je četnost odpovědí. 37 dotázaných KCHP označilo nejistotu z budoucnosti jako hlavní obavu z operace srdce a k ní přiřadili prioritu ①. 19 KCHP označilo nejistotu z budoucnosti prioritou ② a 15 dotázaných KCHP prioritou ③. Možnost strach ze ztráty rolí v rodině prioritou nejvyšší ① neoznačil ani jeden KCHP. 1 KCHP má strach, že ztratí svou roli v rodině a označil tuto možnost prioritou ②. 3 KCHP k této možnosti zvolili prioritu nejnižší ③. 8 KCHP má z operace srdce strach ve smyslu změny zaměstnání a finanční nejistoty a také této možnosti přiřadili prioritu nejvyšší, což je ①. 11 KCHP označilo strach ze změny zaměstnání prioritou ② a 8 KCHP prioritou ③. 2 KCHP mají strach ze samoty a odloučení od svých blízkých a přiřadili k této možnosti prioritu ①. 10 KCHP označilo samotu prioritou ② a 4 KCHP prioritou ③.

Graf 30C Obavy, pocity KCHP z operace srdce



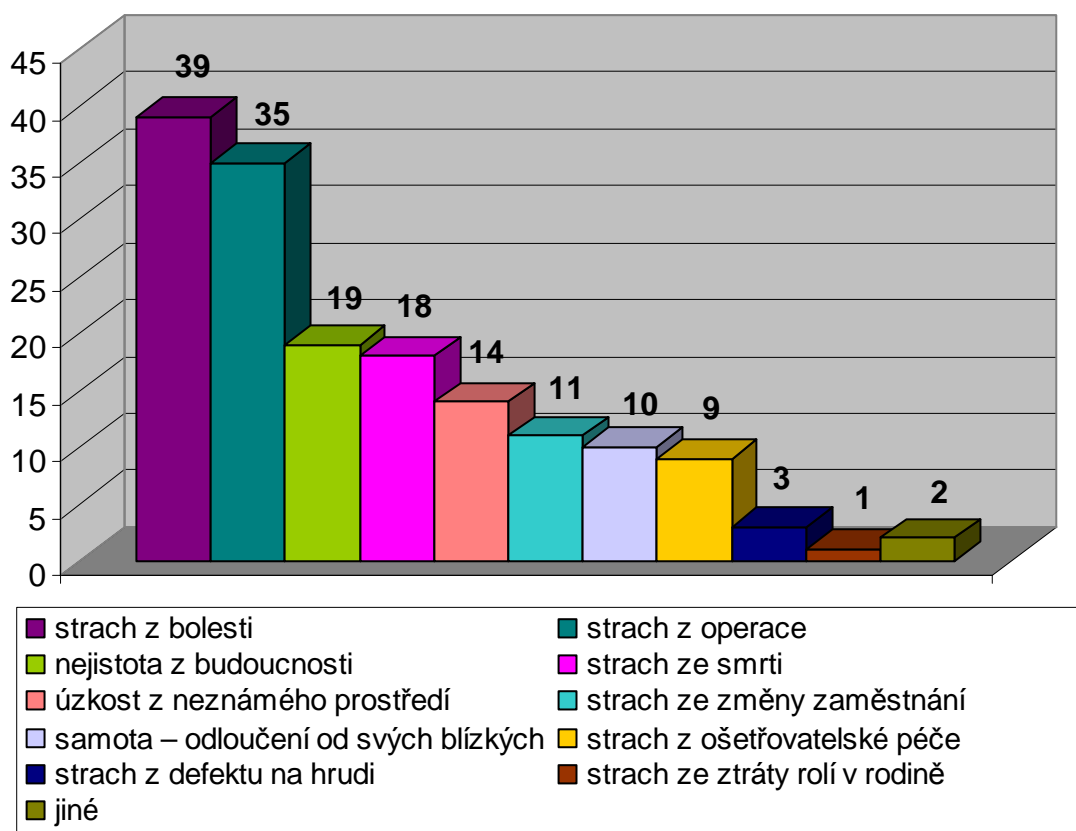
KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znázorněna je četnost odpovědí. Strach z defektu na hrudi po operaci srdce má 1 KCHP, který této možnosti přiřadil prioritu ①. 3 KCHP strach z defektu po operaci srdce označili prioritou ② a 1 dotázaný KCHP prioritou ③. Strach ze smrti označilo 29 KCHP prioritou nejvyšší ①. 18 KCHP strachu ze smrti přiřadilo prioritu střední ② a 21 dotázaných KCHP prioritu nejnižší ③. Prioritu ① přiřadilo 7 KCHP u možnosti jiné, z nichž 4 uvedli, že „nepociťují žádné obavy z operace srdce“. 1 uvedl, že má problém s tím, že „vše dlouho trvá“. 1 KCHP má „strach z toho, že nebude moci žít jako před operací srdce“ a 1 KCHP v možnosti jiné uvedl, že „v jeho letech už se musí počítat se vším“. Prioritu ② označili v možnosti jiné 2 KCHP, z nichž 1 „nemá žádné obavy z operace srdce“ a 1 pacient má „strach, že se mu bude hůře dýchat“. Prioritu ③ ve volbě jiné neuvedl žádný respondent.

Graf 31 Obavy, pocity označené KCHP prioritou 1



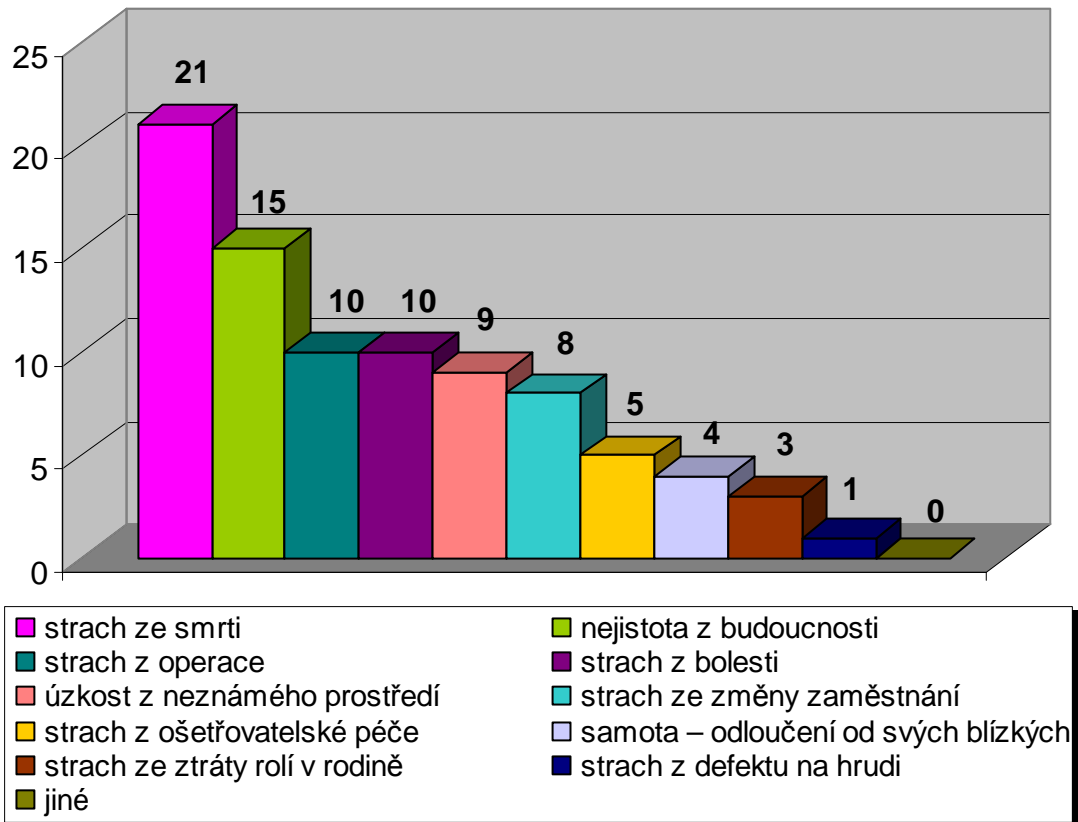
Znázorněna je četnost odpovědí. Nejvyšší prioritu ① týkající se pocitů a obav z operace srdce přiřadilo 87 KCHP strachu z operace srdce, 37 KCHP nejistotě z budoucnosti po operaci srdce. 29 KCHP označilo strach ze smrti, 19 KCHP strach z bolesti, 8 KCHP strach ze změny zaměstnání a s tím spojenou finanční nejistotu, 7 KCHP úzkost z neznámého prostředí, 1 KCHP strach z ošetrovatelské péče. Žádný dotázaný KCHP nevedl strach ze ztráty rolí v rodině. 2 KCHP přiřadili samotu - odloučení od svých blízkých jako největší jejich obavu. 1 KCHP označil jako obavu z operace srdce strach z defektu na hrudi. 7 KCHP zvolilo možnost jiné, z nichž 4 uvedli, že „nepociťují žádné obavy z operace srdce“. 1 KCHP uvedl, že má problém s tím, že „vše dlouho trvá“. 1 respondent má strach z toho, že „nebude moci žít jako před operací srdce“ a 1 dotázaný v možnosti jiné uvedl, že „v jeho letech už musí počítat se vším“.

Graf 32 Obavy, pocity označené KCHP prioritou 2



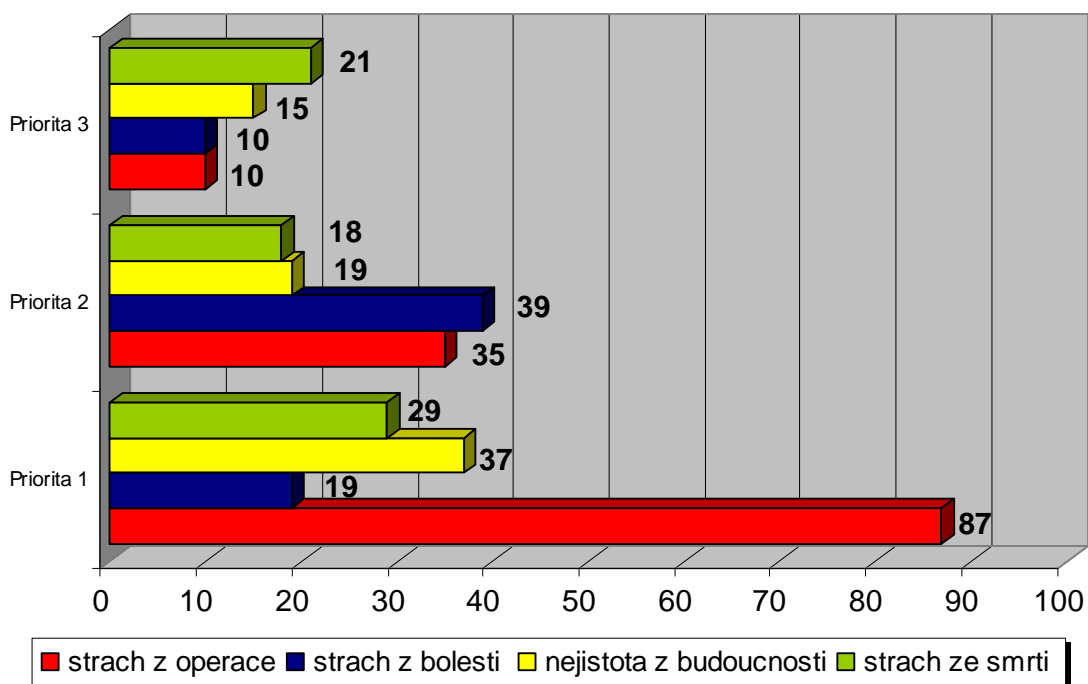
Znázorněna je četnost odpovědí. Střední prioritu ② týkající se pocitů a obav z operace srdce přiřadilo 39 KCHP strachu z bolesti po operaci srdce, 35 KCHP strachu z operace, 19 KCHP nejistotě z budoucnosti po operaci srdce. 18 KCHP označilo strach ze smrti, 14 KCHP úzkost z neznámého prostředí, 11 KCHP strach ze změny zaměstnání a s tím spojenou finanční nejistotu, 10 KCHP samotu - odloučení od svých blízkých, 9 KCHP strach z ošetrovatelské péče po operaci srdce, 3 KCHP strach z defektu na hrudi, 1 KCHP strach ze ztráty rolí v rodině a 2 KCHP zvolili možnost jiné, z nichž 1 „nemá žádné obavy z operace srdce“ a 1 má „strach, že se mu bude hůře dýchat“.

Graf 33 Obavy, pocity označené KCHP prioritou 3



Znázorněna je četnost odpovědí. Nejnižší prioritu ③ týkající se pocitů a obav z operace srdce přiřadilo 21 KCHP strachu ze smrti, 15 KCHP nejistotě z budoucnosti po operaci srdce, 10 KCHP strachu z operace samotné, 10 KCHP strachu z bolesti. 9 KCHP označilo úzkost z neznámého prostředí, 8 KCHP strach ze změny zaměstnání a s tím spojenou finanční nejistotu, 5 KCHP strach z ošetrovatelské péče, 4 KCHP samotu - odloučení od svých blízkých, 3 KCHP strach ze ztráty rolí v rodině, 1 KCHP strach z defektu na hrudi. Žádný respondent neodpověděl na možnost jiné.

Graf 34 KCHP a nejčastější obavy, pocity z operace srdce



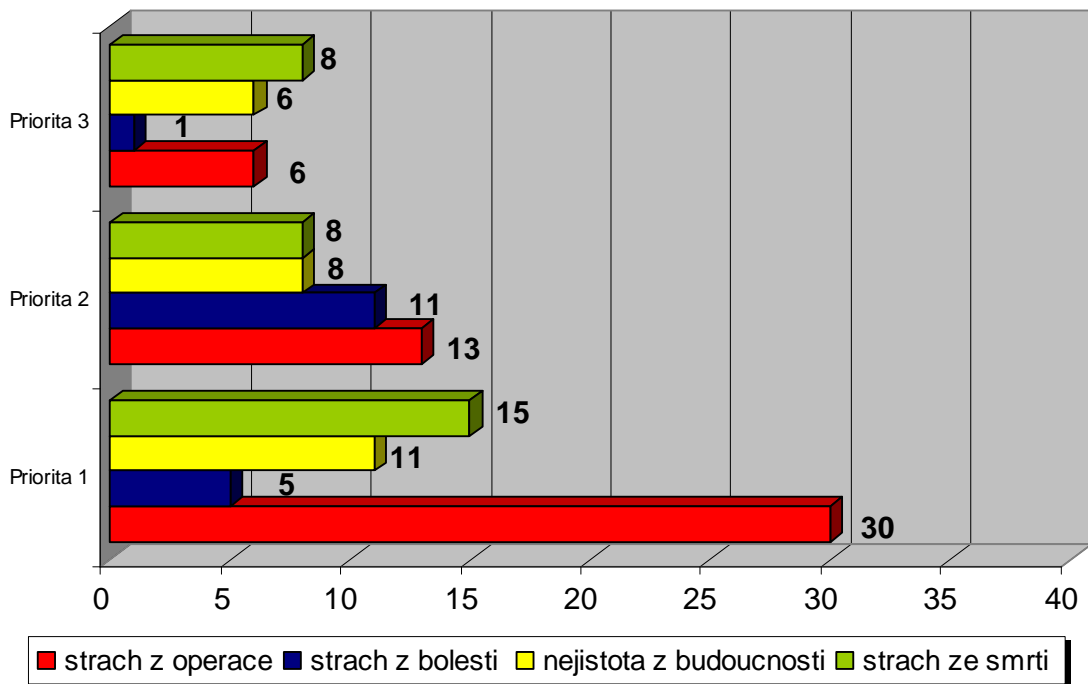
Dotázaní KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znárodněna je četnost odpovědí.

Nejvyšší prioritu ① přiřadilo 87 KCHP strachu z operace, 19 KCHP strachu z bolesti, 37 KCHP nejistotě z budoucnosti a 29 KCHP strachu ze smrti.

Střední prioritu ② přiřadilo 35 KCHP strachu z kardiokirurgické operace, 39 KCHP strachu z bolesti, 19 KCHP nejisté budoucnosti a 18 KCHP strachu ze smrti.

Nejnižší prioritu ③ přiřadilo 10 KCHP strachu z operace, 10 KCHP strachu z bolesti po operaci srdce, 15 KCHP nejisté budoucnosti a 21 KCHP strachu ze smrti po operaci srdce.

Graf 35 KCHP ženy a nejčastější obavy, pocity z operace



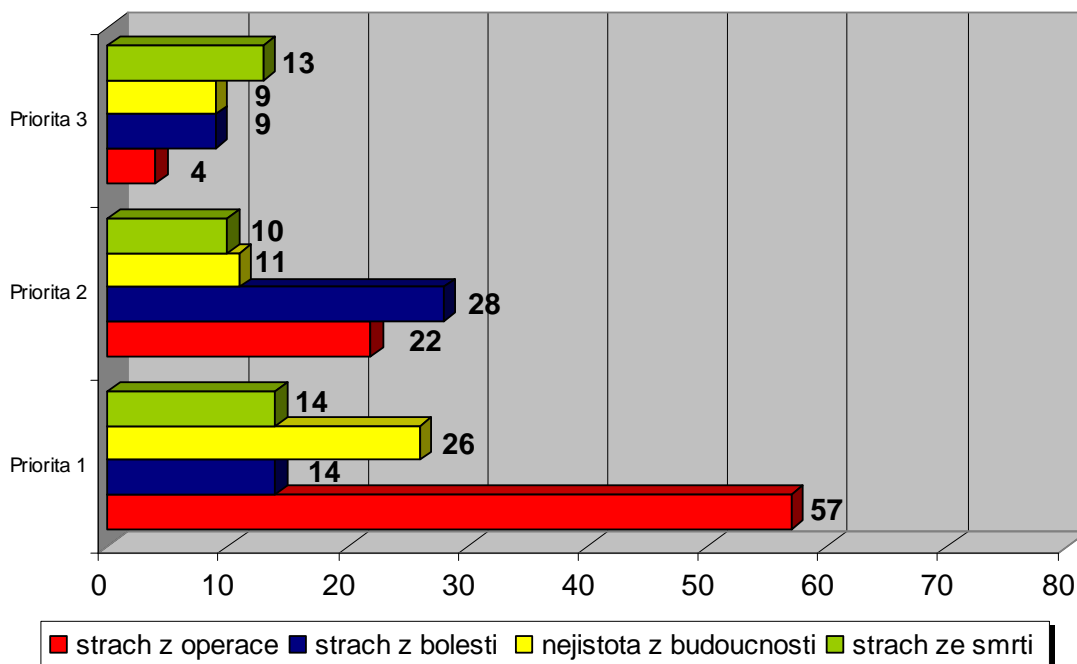
Dotázané KCHP (ženy) mohly vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znárodněna je četnost odpovědí.

Nejvyšší prioritu ① přiřadilo 30 KCHP žen strachu z operace jako nejčastější obavě z kardiochirurgické operace, 5 KCHP žen strachu z bolesti, 11 KCHP žen nejistotě z budoucnosti a 15 KCHP žen strachu ze smrti.

Střední prioritu ② přiřadilo 13 KCHP žen strachu z kardiochirurgické operace, 11 KCHP žen strachu z bolesti, 8 KCHP žen nejisté budoucnosti a 8 KCHP žen strachu ze smrti.

Nejnižší prioritu ③ přiřadilo 6 KCHP žen strachu z operace, 1 KCHP žena strachu z bolesti po operaci srdce, 6 KCHP žen nejisté budoucnosti a 8 KCHP žen strachu ze smrti po operaci srdce.

Graf 36 KCHP muži a nejčastější obavy, pocity z operace



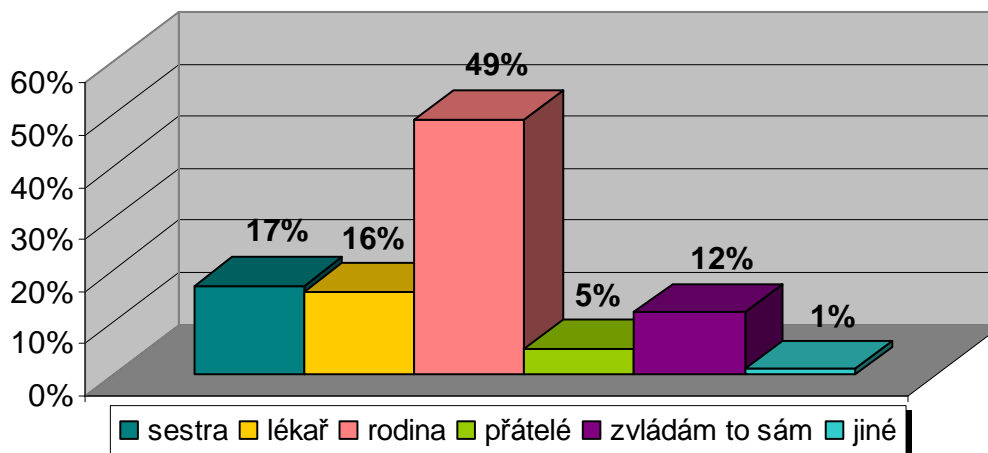
Dotázaní KCHP (muži) mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje největší obavu z operace srdce, priorita ② menší obavu z operace srdce a priorita ③ nejmenší obavu z operace srdce. Znárodněna je četnost odpovědí.

Nejvyšší prioritu ① přiřadilo 57 KCHP mužů strachu z operace, 14 KCHP mužů strachu z bolesti, 26 KCHP mužů nejistotě z budoucnosti a 14 KCHP mužů strachu ze smrti.

Střední prioritu ② přiřadilo 22 KCHP mužů strachu z kardiochirurgické operace, 28 KCHP mužů strachu z bolesti, 11 KCHP mužů nejisté budoucnosti a 10 KCHP mužů strachu ze smrti.

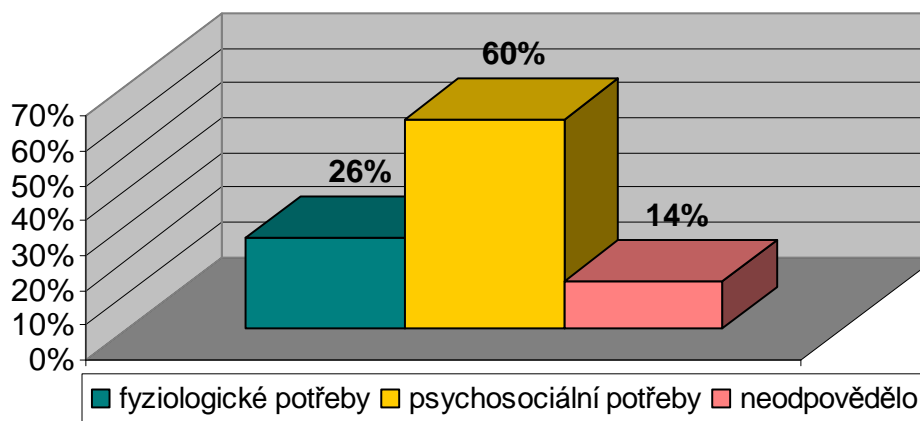
Nejnižší prioritu ③ přiřadili 4 KCHP muži strachu z operace, 9 KCHP mužů strachu z bolesti po operaci srdce, 9 KCHP mužů nejisté budoucnosti a 13 KCHP mužů strachu ze smrti po operaci srdce.

Graf 37 Zvládání pocitů a obav KCHP z operace srdce



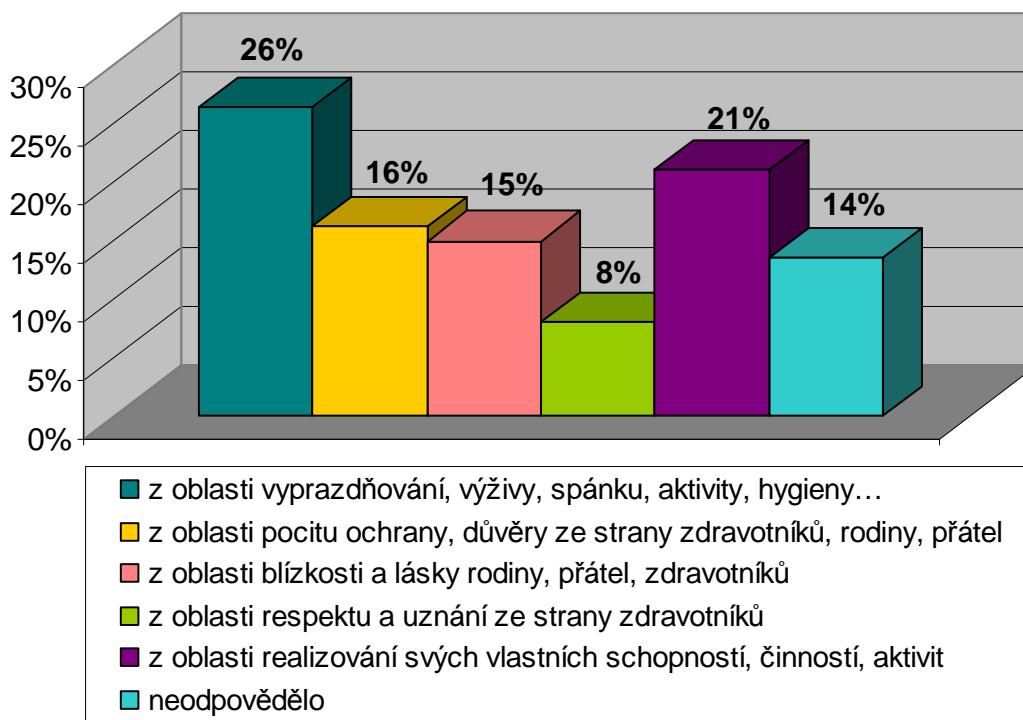
Zvládat pocity a obavy z operace srdce 31 (17%) KCHP pomáhají nejvíce sestry. 29 (16%) KCHP odpovědělo, že jim jejich pocity a obavy z kardiochirurgické operace pomáhá zvládat lékař. 91 (49%) KCHP pomáhá zvládat pocity a obavy rodina. 10 (5%) KCHP pomáhají se vyrovnat s pocity a obavami přátel. 23 (12%) KCHP uvedlo, že své pocity a obavy zvládají sami. 1 (1%) KCHP označil možnost jiné, kde uvedl, že mu „pomáhají zvládat jeho obavy stejně jak sestry, tak i lékaři“.

Graf 38A Nejméně saturované potřeby před operací srdce



Fyziologické potřeby jako nejméně saturované potřeby před operací srdce udává 49 (26%) KCHP a 111 (60%) KCHP uvádí potřeby psychosociální. 25 (14%) KCHP na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 38B Nejméně uspokojené potřeby před operací srdce



49 (26%) KCHP uvedlo, že má nejméně před operací srdce uspokojené potřeby z oblasti vyprazdňování, výživy, spánku, aktivity, hygieny. 30 (16%) KCHP má nejméně uspokojeny potřeby z oblasti pocitu ochrany a důvěry, 29 (15%) KCHP z oblasti blízkosti a lásky rodiny a přátel, 13 (8%) KCHP z oblasti respektu a uznání ze strany zdravotníků a 39 (21%) KCHP má nejméně uspokojeny potřeby z oblasti realizování svých schopností, aktivit. 25 (14%) KCHP na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

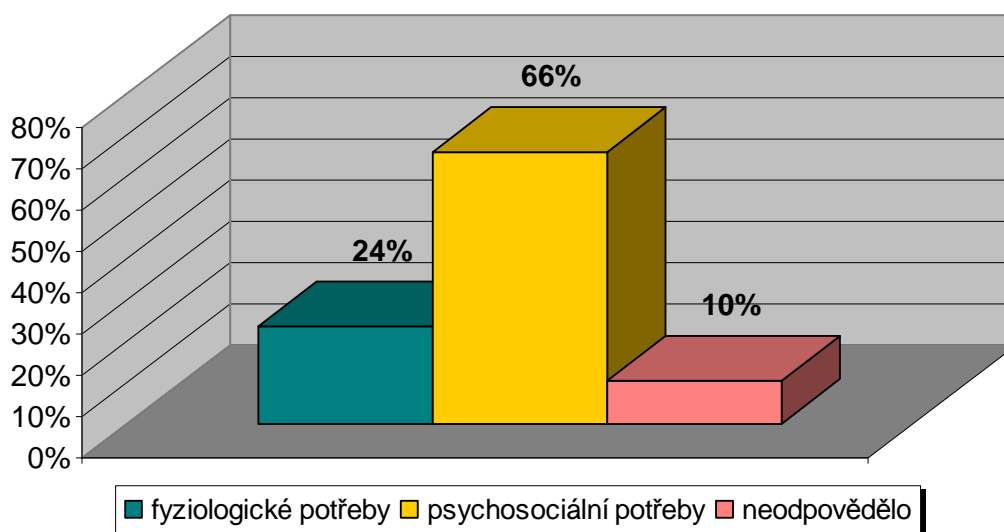
Tabulka 3 Nejméně uspokojené potřeby KCHP před operací srdce

	ODPOVĚDI PACIENTŮ	POČET PACIENTŮ
	neodpovědělo na otázku	123
	všechny potřeby mám uspokojeny stejně	25
fyziologické potřeby	neuspokojený spánek	13
	neuspokojena pohybová aktivita	3
	nespokojenost se stravou	1
psychosociální potřeby	neuspokojeny obavy, strach z neznáma	5
	nedostatečná intimita	3
	nedostatek návštěv rodiny a přátel	3
	nemožnost vykonávat své činnosti	2
	nedostatečný zájem o psychický stav	2
	neschopnost vykonávat svou práci	1
	nezklamat personál- sestry a lékaře	1
	omezování vlastního rozhodování	1
	neuspokojeny potřeby - akutní příjem	1
	musím se snažit sám ne sestry	1
	CELKEM	185

Ze 185 dotázaných KCHP 123 respondentů dále nespécifikovalo, kterou oblast potřeb mají nejméně saturovanou před operací srdce. 25 KCHP uvedlo, že mají všechny potřeby stejně uspokojeny, tudíž nemohou uvést, které nejméně. 13 KCHP uvedlo, že má nejméně před operací srdce uspokojené potřeby fyziologické a to z oblasti „nedostatečného spánku“. 3 KCHP mají nejméně uspokojeny před kardiochirurgickou operací „potřeby pohybové aktivity“. 1 KCHP specifikoval, že má nejméně uspokojeny fyziologické potřeby „kvůli stravě, s kterou nebyl spokojen“. 5 KCHP uvedlo, že neměli před operací srdce uspokojeny potřeby psycho-sociální a to z důvodu „neodstranění obav a strachu z neznáma“. 3 KCHP uvedli „nedostatečnou intimitu“ ze strany

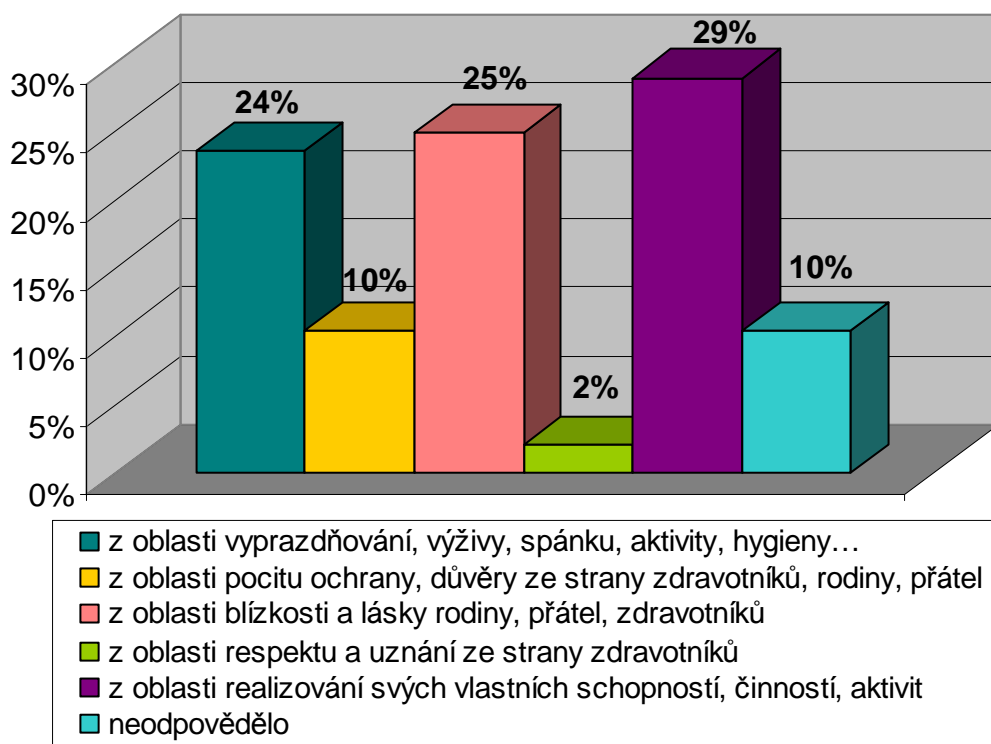
ošetřovatelského personálu“, proto označili psycho-sociální potřeby jako nejméně uspokojené. 3 KCHP měli nejméně uspokojeny potřeby psycho-sociální z důvodu „nedostatku rodinných návštěv a návštěv přátel“. 2 KCHP „nemohli vykonávat své činnosti“, proto označili jako nejméně uspokojené tyto potřeby. 2 KCHP specifikovali svoji odpověď tím, že mají nejméně uspokojeny potřeby psycho-sociální, protože „personál neměl zájem o jeho psychický stav“. 1 KCHP „nemohl vykonávat svou práci“. 1 KCHP specifikoval svoji odpověď tím, že měl nejméně uspokojeny potřeby psycho-sociální kvůli tomu, že „nechce zklamat sestry a lékaře“. 1 KCHP uvedl, že byl „omezován ve vlastním rozhodování“ a 1 KCHP napsal, že neměl uspokojeny „psycho-sociální potřeby, jelikož byl indikován „k akutní operaci a musel jít hned na sál“. 1 KCHP odpověděl, že „se musí snažit sám a ne sestry“.

Graf 39A Nejméně saturované potřeby po operaci srdce



Z celkové počtu 144 odoperovaných KCHP fyziologické potřeby jako nejméně saturované po operaci srdce uvedlo 34 (24%) respondentů a 95 (66%) respondentů označilo potřeby psycho-sociální. 15 (10%) KCHP na tuto otázku neodpovědělo.

Graf 39B Nejméně uspokojené potřeby po operaci srdce



Ze 144 KCHP, kteří jsou po operaci srdce, 34 (24%) uvedlo, že má nejméně uspokojené potřeby po operaci srdce z oblasti vyprazdňování, výživy, spánku, aktivity, hygieny. 15 (10%) KCHP z oblasti pocitu ochrany a důvěry, 36 (25%) KCHP z oblasti blízkosti a lásky rodiny a přátel, 3 (2%) KCHP z oblasti respektu a uznání ze strany zdravotníků a 41 (29%) KCHP má nejméně uspokojeny potřeby z oblasti realizování svých schopností a aktivit. 15 (10%) KCHP na tuto otázku neodpovědělo vůbec.

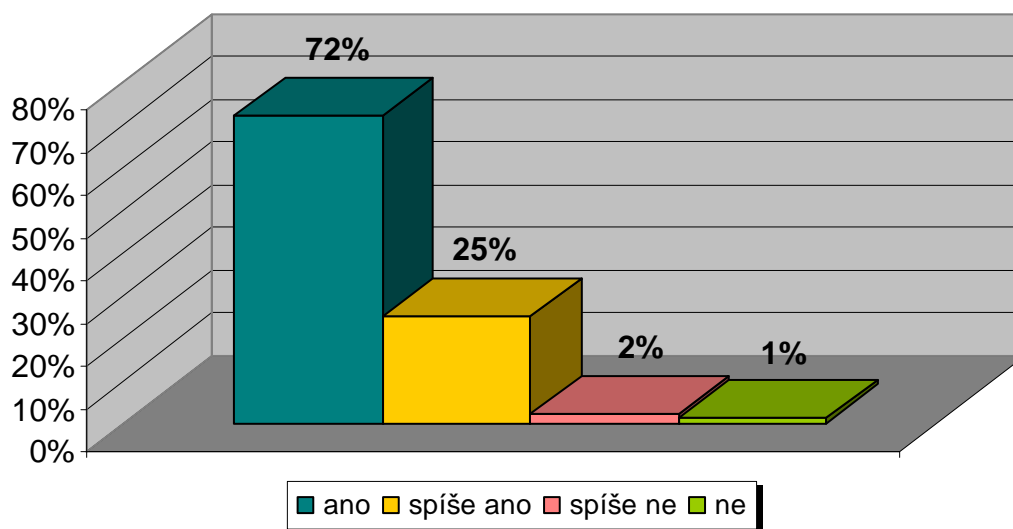
Tabulka 4 Nejméně uspokojené potřeby KCHP po operaci srdce

	ODPOVĚDI PACIENTŮ	POČET PACIENTŮ
	neodpovědělo na otázku	110
	pacienti před operací	41
	všechny potřeby uspokojeny stejně	15
fyziologické potřeby	neuspokojený spánek	8
	neuspokojená pohybová aktivita	2
	nespokojenost se stravou	1
psychosociální potřeby	nedostatek rodinných návštěv	3
	nedostatečná intimita	1
	pomoc při změně životních návyků	1
	nezklamat personál- sestry, lékaře	1
	neschopnost vykonávat svou práci	1
	vše nejde řešit léky	1
	CELKEM	185

110 KCHP se k otázce ohledně nejméně uspokojených potřeb po operaci srdce nevyjádřilo. 41 KCHP teprve na operaci srdce čeká, tudíž se nemohli vyjádřit k nesaturovaným potřebám po operaci srdce. 15 dotázaných KCHP uvedlo, že měli všechny potřeby stejně uspokojené, tudíž nemohli označit, které nejméně saturované. 8 KCHP specifikovalo svoji odpověď, že mají nejméně uspokojeny po operaci srdce potřeby fyziologické kvůli „nedostatečnému spánku“. 2 KCHP mají z fyziologických potřeb nejméně saturovanou potřebu „pohybové aktivity“ a 1 pacient neměl uspokojené potřeby základní ve smyslu „stravování, protože nebyl se stravou spokojen“. 3 KCHP uvedli, že neměli uspokojeny potřeby psycho-sociální kvůli „nedostatečným rodinným návštěvám a návštěvám přátel po operaci“. 1 KCHP uvedl, že sestry u něho „nedodržovaly potřebnou intimitu“. 1 KCHP měl neupokojeny psycho-sociální potřeby tím, že mu „ošetřovatelský personál nepomohl při změně jeho životních návyků“. 1

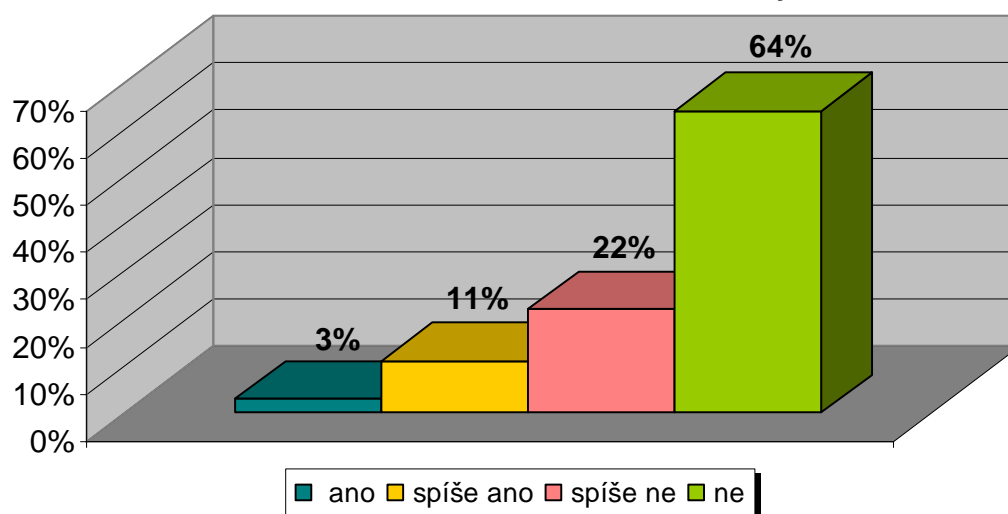
pacient nechtěl svým „chováním a činnostmi zklamat sestry a lékaře“, proto uvedl mezi nejméně uspokojované potřeby psycho-sociální. 1 KCHP neměl uspokojeny tyto potřeby ze strany ošetrovatelského personálu kvůli tomu, že „nemohl vykonávat svou práci“. 1 KCHP uvedl, že „ošetřující personál chtěl u něho vyřešit jeho problémy léky, což nebylo možné“.

Graf 40 Psychosociální podpora KCHP sestrami



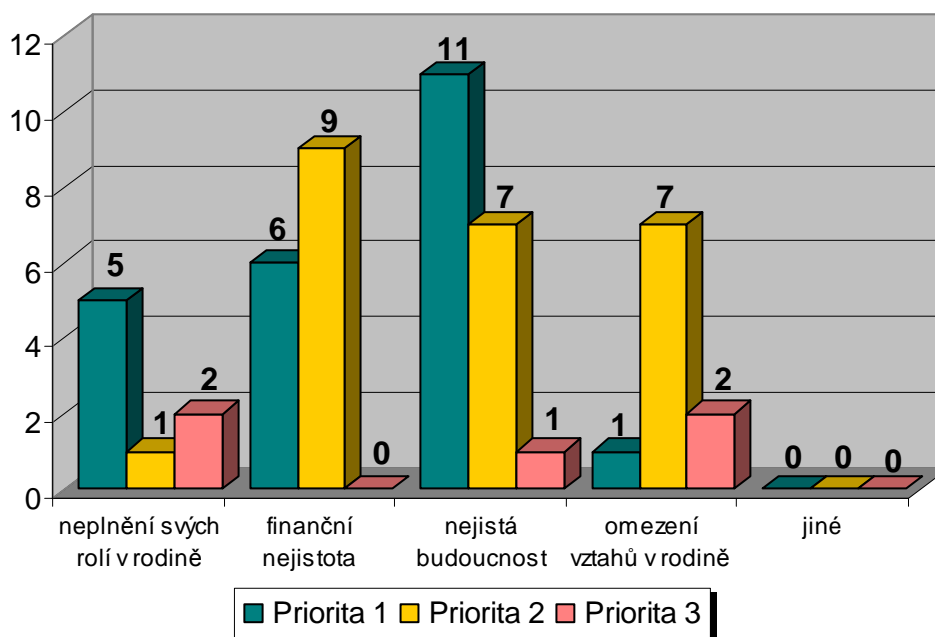
134 (72%) KCHP odpovědělo, že jim sestry poskytují potřebnou psychosociální podporu a 47 (25%) respondentům sestry tuto podporu spíše poskytují. 3 (2%) KCHP uvedli, že jim sestry spíše neposkytují psychosociální podporu a 1 (1%) respondentovi sestry vůbec neposkytly psychosociální podporu.

Graf 41 Selhání KCHP v očích rodiny



5 (3%) KCHP si myslí, že v očích rodiny selhali kvůli kardiochirurgické operaci. 20 (11%) dotázaných respondentů se domnívá, že v očích rodiny spíše selhali. 41 (22%) KCHP si spíše nemyslí, že by selhali v očích své rodiny. 119 (64%) KCHP si je jisto, že nselhali v očích rodiny kvůli operaci srdce.

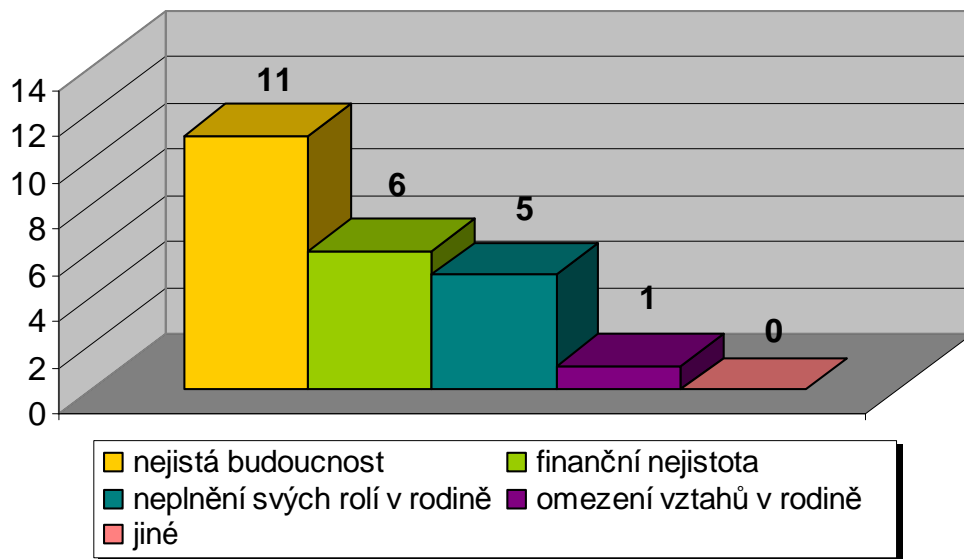
Graf 42 Selhání pacienta vůči rodině



Dotázaní KCHP mohli vybrat z nabídky až 3 možnosti. Kdy priorita ① znázorňuje nejčastější selhání KCHP vůči rodině, priorita ② méně častě selhání vůči rodině a priorita ③ nejméně časté selhání vůči své rodině. Znázorněna je četnost odpovědí.

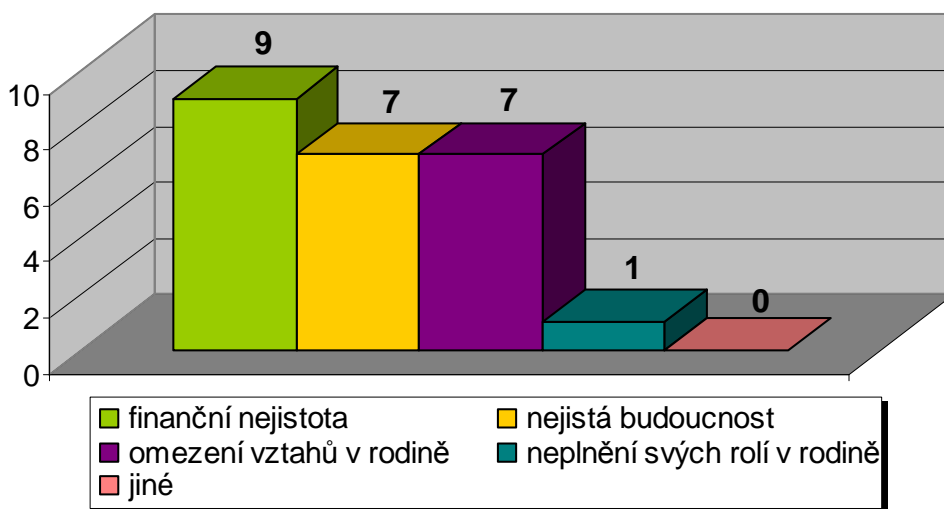
Z 25 respondentů, kteří si myslí, že selhali v očích rodiny je 5 KCHP, kteří se domnívají, že selhali v oblasti neplnění svých rolí v rodině, což označili prioritou nejvyšší ①. 1 KCHP označil možnost neplnění svých rolí v rodině prioritou střední ② a 2 KCHP prioritou nejnižší ③. Finanční nejistotu jako selhání vůči své rodině označilo prioritou ① 6 KCHP, 9 KCHP prioritou ②. Žádný KCHP nevedl finanční nejistotu prioritou ③. Nejistotu budoucnost vůči rodině uvedlo 11 KCHP a přiřadilo jí prioritu nejvyšší ①. 7 KCHP nejisté budoucnosti přiřadilo prioritu střední ② a 1 KCHP prioritu nejnižší ③. Omezení vztahů s rodinou jako selhání vůči rodině uvedl s prioritou nejvyšší ① 1 KCHP. 7 KCHP přiřadilo možnosti omezení vztahů s rodinou prioritu ② a 2 KCHP prioritu ③. Žádný respondent nevedl možnost jiné.

Graf 43 Selhání KCHP vůči rodině označené prioritou 1



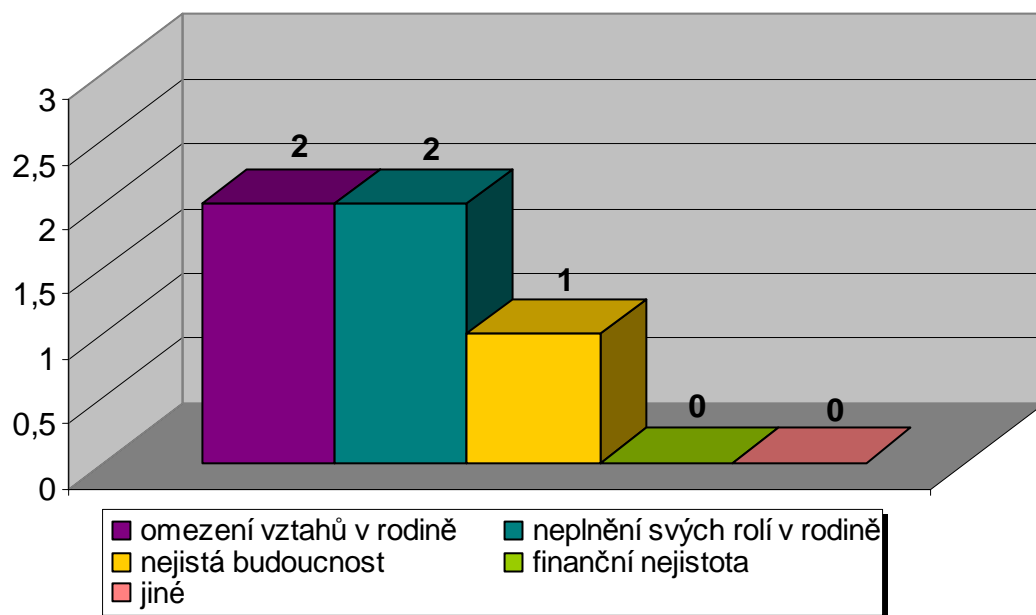
Znázorněna je četnost odpovědí. Nejvyšší prioritu ① přiřadilo 11 respondentů nejisté budoucnosti jako jejich selhání vůči rodině. 6 pacientů si myslí, že selhali v očích rodiny kvůli finanční nejistotě. 5 respondentů se domnívá, že jejich selhání je v neplnění svých rolí v rodině a 1 dotázaný pacient uvedl omezené vztahy v rodině jako jeho selhání vůči ní. Žádný KCHP nevedl možnost jiné.

Graf 44 Selhání KCHP vůči rodině označené prioritou 2



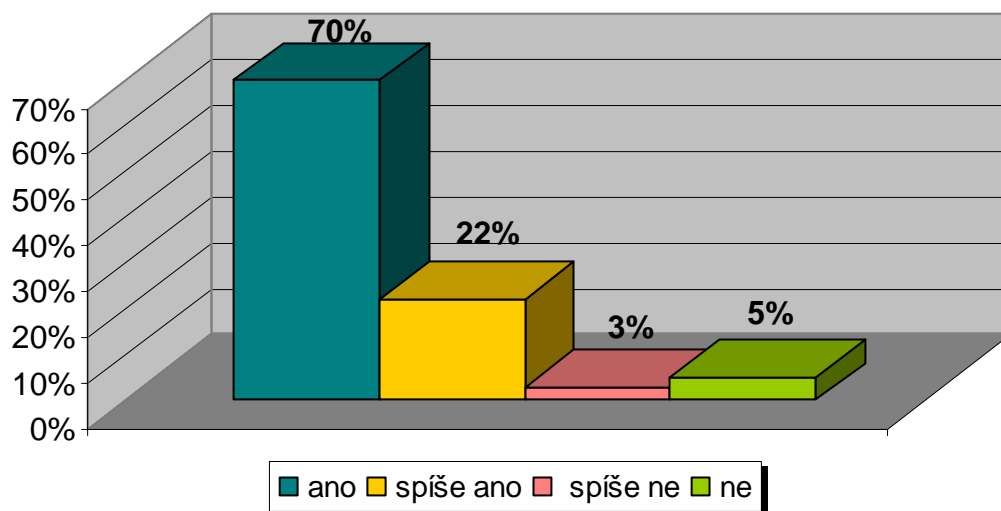
Znázorněna je četnost odpovědí. Střední prioritu ② přiřadilo 9 respondentů finanční nejistotě jako jejich selhání vůči rodině. 7 pacientů si myslí, že selhali v očích rodiny kvůli nejisté budoucnosti. 7 respondentů uvedlo omezené vztahy v rodině jako jejich selhání vůči ní. 1 dotázaný pacient se domnívá, že jeho selhání vůči rodině je v neplnění svých rolí v rodině. Žádný KCHP neuvedl možnost jiné.

Graf 45 Selhání KCHP vůči rodině označené prioritou 3



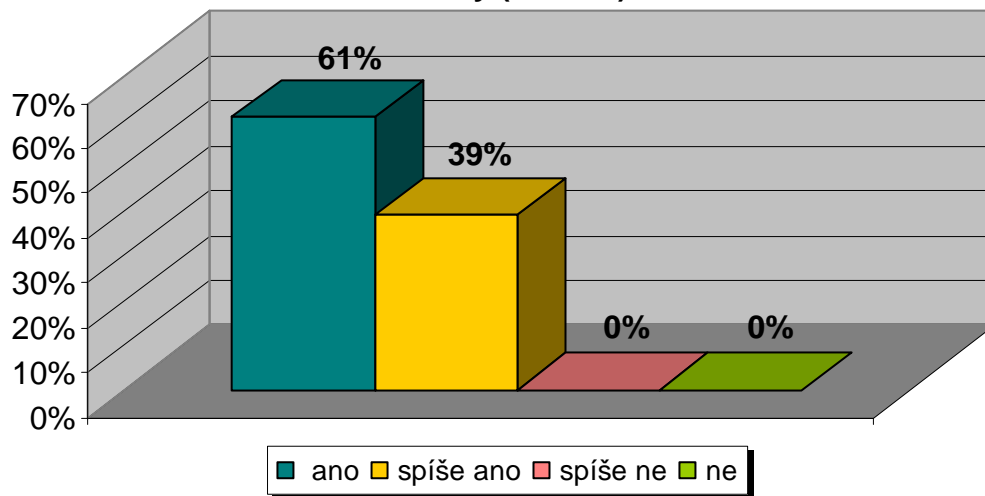
Znázorněna je četnost odpovědí. Nejnižší prioritu ③ přiřadili 2 respondenti omezení vztahů v rodině jako jejich selhání vůči ní. 2 pacienti si myslí, že selhali v očích rodiny kvůli neplnění svých rolí v rodině a 1 respondent kvůli nejisté budoucnosti. Žádný KCHP neoznačil možnost finanční nejistoty jako selhání vůči své rodině. Možnost jiné nevedl žádný respondent.

Graf 46 Možnost podpory rodiny (zázemí) v době hospitalizace



130 (70%) respondentům může rodina (zázemí) poskytnout potřebnou podporu v době hospitalizace. 39 (22%) KCHP uvedlo, že jim rodina (zázemí) podporu může spíše poskytnout. 6 (3%) KCHP uvedlo, že jejich rodina (zázemí) jim spíše podporu poskytnout nemůže. 10 (5%) KCHP se domnívá, že s podporou rodiny (zázemí) v době hospitalizace nemohou počítat.

Graf 47 Naplnění očekávání podpory KCHP ze strany rodiny (zázemí)



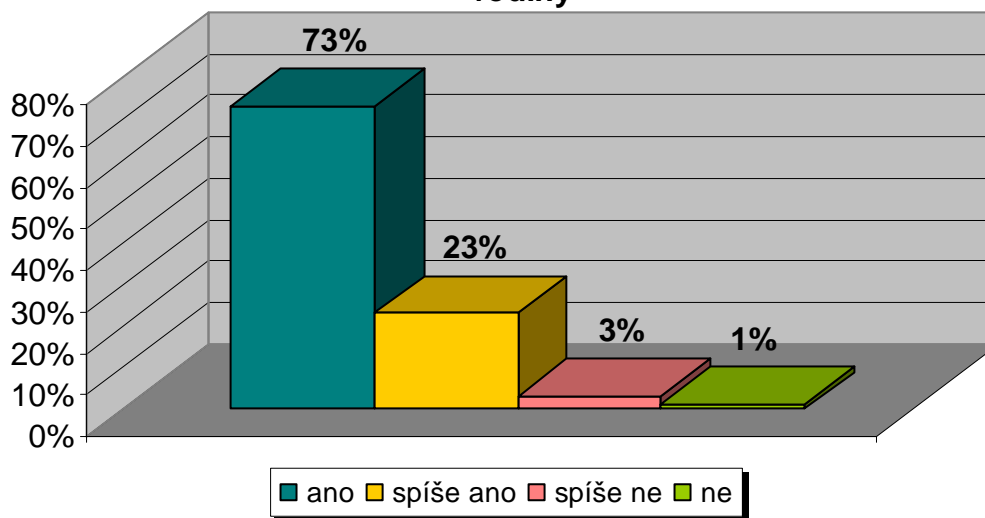
Ze 169 KCHP, kterým rodina (zázemí) může poskytnout potřebnou podporu a pomoc, je očekávání pomoci, podpory ze strany rodiny (zázemí) naplněno u 103 (61%) pacientů a u 66 (39%) respondentů jsou tato očekávání spíše naplněna. Ani jeden dotázaný KCHP nevedl, že by jeho očekávání pomoci a podpory ze strany rodiny či zázemí spíše nebylo naplněno. Taktéž žádný KCHP nevedl, že by jeho očekávání pomoci a podpory ze strany rodiny (zázemí) nebylo vůbec naplněno.

Tabulka 5 Podpora KCHP v době hospitalizace mimo rodinu

ODPOVĚDI PACIENTŮ	POČET PACIENTŮ
musím si pomoci sám	7
přátelé kamarádi	5
přátelé + sám si musím pomoci	2
sourozenci	1
kolegové z práce	1
CELKEM ODPOVĚDĚLO	16

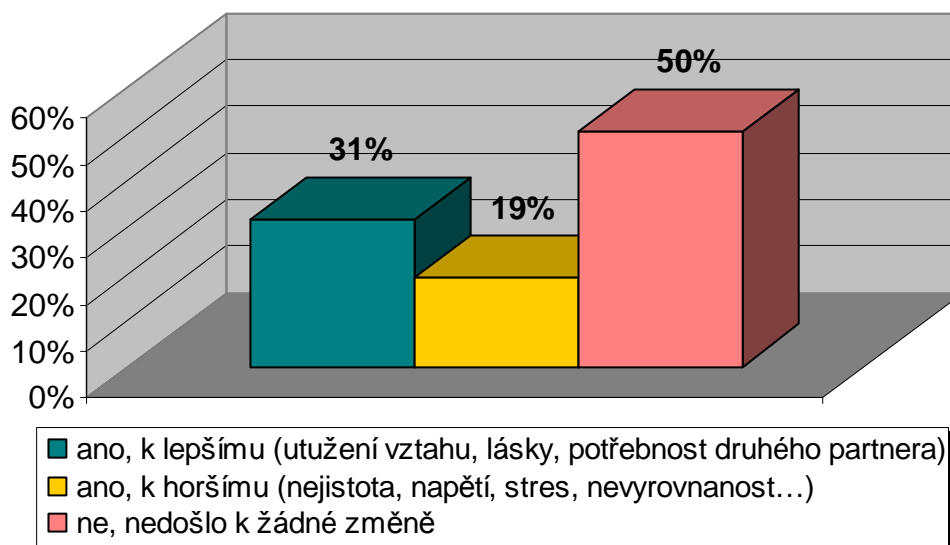
Ze 185 kardiologických pacientů pouze 16 dotázaným KCHP nemůže rodina poskytnout podporu v době hospitalizace. 7 respondentů uvedlo, že si „musí pomoci v době hospitalizace sami“. 5 dotázaným pacientům pomáhají při hospitalizaci po kardiologické operaci „přátelé a kamarádi“. 2 respondenti věří, že jim v době hospitalizace poskytnou podporu „jak přátelé tak i oni sami“. 1 pacient uvedl „své sourozence“ a 1 respondent „věří v podporu svých kolegů z práce“ v době hospitalizace.

Graf 48 Závislost psychické pohody KCHP na podpoře rodiny



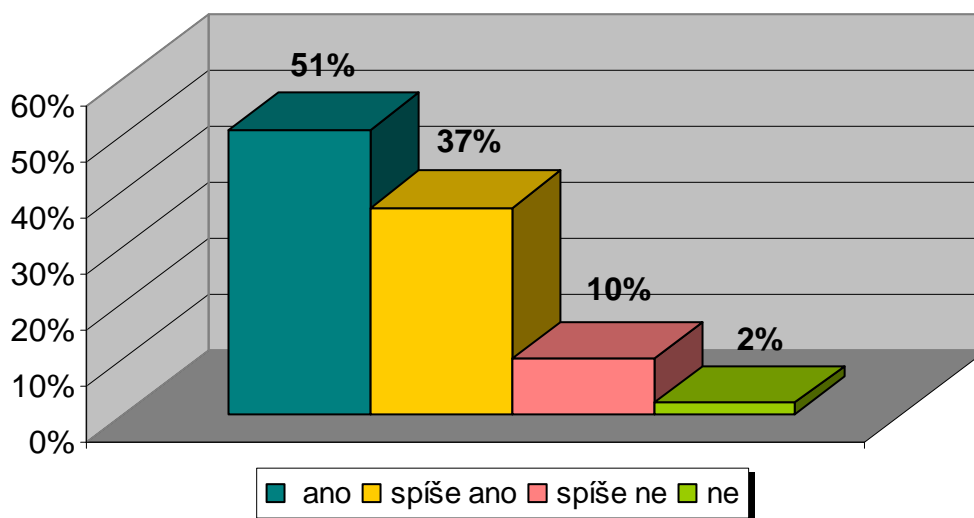
Pro 135 (73%) oslovených KCHP je jejich psychická pohoda závislá na podpoře rodiny (zázemí) a pro 42 (23%) respondentů je spíše závislá na podpoře rodiny (zázemí). Naopak pro 6 (3%) KCHP není spíše potřebná podpora rodiny (zázemí) k tomu, aby se cítili po psychické stránce vyrovnáni a pro 2 (1%) respondenty není podpora rodiny (zázemí) pro jejich psychickou vyrovnanost vůbec důležitá.

Graf 49 Změny v životě rodiny KCHP po operaci srdce



Změny k lepšímu po operaci srdce v životě rodiny nastaly u 58 (31%) KCHP. Naopak změny k horšímu v životě rodiny pacienta po operaci srdce uvedlo 34 (19%) KCHP. 93 (50%) respondentů odpovědělo, že po operaci srdce nenastaly žádné změny v životě jejich rodiny.

Graf 50 Zapojení KCHP po operaci srdce do běžného života



94 (51%) KCHP věří, že se budou moci znova zapojit do běžného života po operaci srdce jako před vznikem jejich zdravotních problémů. 69 (37%) respondentů tomu spíše věří. 18 (10%) respondentů spíše nevěří, že se budou moci zapojit do běžného života po operaci srdce a 4 (2%) pacienti jsou si zcela jisti, že se nebudou moci zapojit zpět do běžného života jako před vznikem svých zdravotních problémů.

5. Diskuze

Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na prožitky (pocity) kardiologických pacientů, kteří čekají na operaci srdce nebo již po operaci srdce jsou. I přesto, že od roku 2005 počet kardiologických operací ubývá (64), myslíme si, že problematika týkající se pohledu, pocitů a obav pacientů z operace srdce je aktuální problematikou, jelikož srdce je jedním z životně důležitých orgánů a jakékoli jeho onemocnění či operace může zapříčinit úmrtí člověka.

Při zajišťování sběru dat jsme se setkali s řadou překážek. Prvním velkým problémem bylo přesvědčit nemocnice, aby bylo možné u nich výzkumné šetření provést. Původně zamýšlenými pracovišti, kde jsme chtěli výzkumné šetření provést, byly Nemocnice České Budějovice a.s. a další tři Kardiocentra v Praze. Jelikož IKEM v Praze a Všeobecná FN v Praze výzkumné šetření zamítly, museli jsme oslovit další kardiologické kliniky a oddělení i v jiných městech. Celkem jsme oslovili 11 kardiologických oddělení a klinik v České republice. Z toho pět nemocnic, kde se specializují na kardiologické operace, spolupráci odmítlo. Výzkumné šetření jsme tedy nakonec uskutečnili v šesti kardiocentrech (FN Motol, Nemocnice Na Homolce, FN Královské Vinohrady, Nemocnice České Budějovice a.s., FN Olomouc a FN Plzeň). Ovšem i tady nastal problém v souvislosti s návratností vyplněných dotazníků. Oslovené nemocnice měly dotazníky na svém oddělení po dobu 1,5 měsíce. Přesto jsme všechny vrácené dotazníky nemohly použít do výzkumného šetření. 25 vrácených dotazníků z celkového počtu jsme museli vyřadit pro neúplnost či chybné vyplnění (nedodržení pokynů při vyplňování) a 90 dotazníků se nevrátilo vůbec. Původně jsme chtěli jednotlivým klinikám a oddělením rozesílat 60 dotazníků. Po domluvě s vrchními sestrami některých nemocnic, jsme nakonec rozesílali pouze 45 dotazníků. Více by jich prý „nebyly schopné vyplnit“. I přes tuto skutečnost se ze třech kardiologických klinik nevrátila ani polovina rozdaných dotazníků. I přes všechny tyto komplikace návratnost dotazníků byla slušná (62 %).

Z uvedených empirických výsledků vyplývá, že ze 185 (100%) dotázaných kardiologických pacientů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, je 62 (34%) žen a

123 (66%) mužů. Mužů, kteří podstupují kardiochirurgickou operaci, je tedy o polovinu více než žen. Tento poměr zastoupení počtu žen a mužů jsme očekávali, jelikož muži jsou podstatně více náchylní na onemocnění srdce a cév než ženy. Což se shoduje s Vymětalem, který ve své knize „Lékařská psychologie“ uvádí, že onemocnění srdce a cév se častěji vyskytuje u mužů (60). Také z výzkumu na téma „Nemocný s akutním infarktem myokardu“, který provedla Plevová z Ostravské univerzity je zřejmé, že z 50 respondentů po akutním infarktu myokardu je 76% mužů (36). Je tedy patrné, že muži jsou skutečně více ohroženi onemocněním srdce a následně i kardiochirurgickou operací než ženy.

Ve výzkumném šetření jsme dále zjišťovali, v jakých věkových kategoriích se kardiochirurgičtí pacienti nacházejí. Nejméně zastoupenou věkovou kategorií je kategorie méně než 30 let, v níž se nachází 5 (3%) žen a 4 (2%) muži. Domníváme se, že častěji jsou operovány ženy v mladším věku kvůli vrozeným vývojovým vadám nikoli ischemické chorobě srdeční. Naopak nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je věk 60 a více let. V té se nachází 29 (16%) žen a 59 (32%) mužů. Další podstatně velkou skupinou pacientů jsou respondenti ve věku 50-59 let. V tomto rozmezí se nachází 15 (8%) žen a 46 (25%) mužů. Myslíme si, že více operovaných mužů než žen je dáno působením hormonu estrogenu, díky kterému jsou ženy více chráněny před ischemickými změnami srdce. 6 (3%) žen a 6 (3%) mužů jsou ve věku 30-39 let. Věková kategorie 40-49 let byla zastoupena 7 (4%) ženami a 8 (4%) muži. Z výsledků je tedy patrné, že nejvíce kardiochirurgických pacientů tohoto výzkumného vzorku se nachází ve věku 60 a více let. I tyto výsledky se shodují s výsledky výzkumného šetření, které provedla Kilíková a Onofrejová na téma „Kvalita života pacienta so srdcovo-cievny m ochorením“, kde zjistily, že nejvíce pacientů s onemocněním srdce a cév je ve věku 60 a více let. Poté následuje věková kategorie 50-59 let, 40-49 let a nakonec pacienti ve věku 30-39 let (19).

Při zjištění, že u kardiochirurgických pacientů v zaměstnání spíše převládá práce fyzická, což uvedlo 99 (54%) respondentů, jsme byli překvapeni. Jelikož jsme se domnívali, že bude převládat spíše práce duševní, kterou označilo 86 (46%) respondentů. Je známo, že na onemocnění srdce a cév mají neblahý vliv stresující

situace, kterým jsou duševně pracující lidé vystavováni. Nelze však s jistotou říci, že fyzicky pracující lidé zažívají při své práci méně stresujících situací. To jestli jsou lidé více vystaveni stresu v zaměstnání, kde převládá práce fyzická nebo duševní, je individuální. Vyplývá to i z výsledků. 99 (54%) pacientů označilo převládání fyzické práce v jejich zaměstnání. 52 KCHP z těchto 99 respondentů vnímá stres jako každodenní součást svého života a 47 pacientů uvedlo, že stres spíše či vůbec nevnímají jako součást svého života. Duševní práci v zaměstnání označilo 86 (46%) KCHP, z nichž 52 zároveň uvedlo, že stres je jejich každodenní součástí života. Naopak 34 pacientů i přes duševní práci v zaměstnání, nevnímá stres jako součást svého života. Pracovní prostředí, ve kterém lidé pracují má bezpochyby vliv na onemocnění srdce. 69 respondentů vnímá pracovní prostředí jako důvod vzniku onemocnění srdce (viz graf 22 B). Je zřejmé, že pracovní prostředí a s tím spojené finanční podmínky skutečně ovlivňují zdravotní stav. Zvláště proto, že se lidé snaží vydělávat peníze, aby mohli zabezpečit rodinu. To samozřejmě působí i na jejich psychickou stránku. Ne každý člověk má zaměstnání, ve kterém není vystaven stresu a neustálému spěchu. Psychická pracovní zátěž může značně přispívat ke vzniku a ke zhoršování kardiovaskulárních chorob (24).

Na otázku: „Zda někdy pacienti přemýšleli, že by mohli trpět onemocněním srdce“, 152 (82%) pacientů odpovědělo ne a pouze 33 (18%) pacientů někdy v životě přemýšlelo o onemocnění srdce. Přitom 92 dotázaných ze 152 KCHP zároveň uvedlo, že jejich životní styl je příčinou onemocnění srdce, které následně vyústilo v operaci srdce. Pak je dobré se zamyslet, proč tito pacienti nikdy nepřemýšleli o onemocnění srdce, když si sami myslí, že jejich životní styl není optimální? Myslíme si, že si spíše pacienti neuvědomují propojenost onemocnění srdce a životního stylu, který žijí. S tím souvisí i nedostatečná informovanost pacientů o prevenci kardiovaskulárních onemocnění ze strany zdravotníků, ale také nezájmu pacientů o tuto problematiku. Domníváme se, že dokud je člověk zdravý, nemá důvod přemýšlet a dále se zabývat zdravým životním stylem (17, 63). S touto problematikou také souvisí rizikové faktory jako je kouření, nevhodná strava, obezita, cukrovka či vysoký krevní tlak. Z grafu 14 je jednoznačně vidět, s jakými rizikovými faktory se KCHP nejčastěji potýkají.

Nejčastějšími odpověďmi, které KCHP označili prioritou nejvyšší ①, jsou kouření, cukrovka a vysoký krevní tlak. Přitom i nevhodná strava a obezita se značným dílem podepisují na onemocnění srdce a cév, které může skončit kardiochirurgickou operací. Řada pacientů si však neuvědomuje rizikovost a podceňuje tyto rizikové faktory, které jsou velmi často příčinou zhoršující ho se zdravotního stavu (36). Je proto nutné, aby byli všichni lidé informováni o nebezpečnosti těchto faktorů a náležitě jim byl vysvětlen zdravý způsob života. Čím dříve si pacienti uvědomí a také změní dosavadní životní styl, tím větší mají šanci na zlepšení zdravotního stavu i záchranu života (1). Této role by se měli ujmout nejen lékaři, ale především také sestry, které mohou značně ovlivnit přístup pacientů, jelikož jsou v neustálém kontaktu s nimi. Mnohdy častěji než lékaři. Sestry by měly na kardiochirurgické pacienty působit v oblasti sekundární i terciární prevence, tak aby KCHP získali přesvědčení, že je správné dodržovat zdravý životní styl. Což v praxi znamená edukovat KCHP o ovlivnění rizikových faktorů pomocí režimových opatření. Sestry by měly pacientům vysvětlit absolutní zákaz kouření, klást důraz na zdravou stravu, motivovat je k pohybové aktivitě a tím i redukci váhy. Musí také apelovat na pravidelné měření krevního tlaku a u diabetiků na měření glykémie. Tím vším budou sestry vést pacienty ke zdravému životnímu stylu (25, 36). Vymětal v publikaci „Lékařská psychologie“ zmiňuje, že „prevalence infarktu myokardu klesá (60, str. 216)“. Domnívá se, že je to snad způsobeno zdravějším způsobem života lidí (60). Z našeho výzkumného šetření však bylo zjištěno, že pouze 10 kardiochirurgických pacientů ze 185 (100%), kteří se zúčastnili výzkumného šetření, udává, že neexistují žádné rizikové faktory, které by mohly za zhoršení jejich zdravotního stavu. Naopak 175 KCHP uvedlo nějaký rizikový faktor týkající se jejich životního stylu. Tím se tedy domníváme, že lidé nemohou dodržovat zdravý způsob života, když nepřímo říkají, že zdravý životní styl nedodržují. Hyánková–Svobodová, Kléma a Hačkajlo ve svém výzkumu na téma „Dvouleté sledování pacientů po kardiochirurgických výkonech“ uvádějí, že u kardiochirurgických pacientů se rizikové faktory jako je kouření, obezita, cukrovka, vysoký krevní tlak, nedostatečná pohybová aktiva a další, ve značné míře podepisují na onemocnění srdce, které vyústilo v operaci srdce a že bezprostředně po

operaci srdce většina pacientů přistupuje na zdravý způsob života, ale postupně se opět vrací k nezdravému životnímu stylu (13).

Kromě životního stylu a rizikových faktorů, které ohrožují pacienty na životě a zhoršují tak jejich zdravotní stav, jsme zjišťovali, co vnímají pacienti jako důvod svého onemocnění srdce, které vyústilo v operaci. To je patrné z grafu 22A a 22B, které znázorňují i přiřazené priority dle důležitosti a z grafu 26, který vyjadřuje nejčastější odpovědi žen a mužů bez ohledu na přiřazené priority. Nejvíce pacientů, což činí 79, viní za vznik onemocnění srdce sami sebe a přiřadili této možnosti prioritu nejvyšší ①. Pokud nebudeme brát v úvahu přiřazené priority, tak nejčastěji zvolenou možností, což činí 99 odpovědí, byla také možnost, že pacienti viní sami sebe za vznik onemocnění srdce. ***Tudíž byla potvrzena hypotéza 1: Kardiochirurgický pacient vnímá kardiochirurgickou operaci jako výsledek svého životního stylu.*** Možnost „nemohu za své onemocnění srdce“, udalo 55 pacientů. Tito pacienti nevnímají sami sebe jako viníka svého zdravotního stavu. Zajímavé je, že těchto 55 pacientů přesto v otázce týkající se rizikových faktorů, uvedlo, že kouří, nevhodně se stravuje, je obézní a trpí vysokým krevním tlakem. Pouze 8 z nich dodržuje zdravý životní styl. Jak je tedy možné, že sami sebe nevnímají jako viníka svého zdravotního stavu a naopak si myslí, že za onemocnění srdce nejsou oni sami zodpovědní? Domníváme se, že pacienti si vůbec neuvědomují, že by kouření, nevhodná strava, obezita či cukrovka a jiné rizikové faktory, mohly způsobit onemocnění srdce a cév a následnou operaci srdce.

49 pacientů uvedlo rodinnou dispozici jako důvod vzniku onemocnění srdce. Při filtraci a analýze odpovědí jsme zjistili, že 47 KCHP z těchto 49 respondentů uvedlo, že kouří, nevhodně se stravují, trpí obezitou, cukrovkou i vysokým krevním tlakem. Pouze 2 pacienti z těchto 49 respondentů dodržují zdravý životní styl a přesto museli také podstoupit operaci srdce. Tento výsledek je důvodem k zamyšlení. Rodinná dispozice velmi ovlivňuje vznik onemocnění srdce a tím i celkový zdravotní stav pacientů, ale zároveň i sami pacienti jsou odpovědní za vznik onemocnění srdce. Zvláště, když jsou více zatíženi rodinnou dispozicí (onemocnění či úmrtí v rodině na ICHS, genetika...) než kdokoli jiný, a k tomu nedodržují zásady zdravého životního stylu (36).

Existuje mnohem více rizikových faktorů, které podněcují vznik onemocnění srdce a tím i následnou operaci. Do diskuze jsme však vybrali jen nejčastěji volené rizikové faktory kardiologickými pacienty. Z grafu 14 je viditelné, že většina pacientů je ovlivněna více rizikovými faktory. Neexistuje jen jeden vyhraněný rizikový faktor, který by byl určující pro vznik onemocnění srdce, nýbrž kombinace rizikových faktorů se podílí na vzniku onemocnění srdce.

Ve výzkumném šetření jsme se dále zaměřili, jak KCHP pacienti vnímají sami sebe z důvodu defektu na hrudi. 158 (84%) kardiologických pacientů nevnímá jizvu na hrudi jako problém v dalším životě a uvádějí „nezáleží mi na vzhledu, hlavně že budu zdrav“. Tento výsledek jsme předpokládali a tudíž se i shodujeme s KCHP, jelikož defekt na hrudi není překážkou do budoucnosti kardiologických pacientů. Jedná se spíše o kosmetickou záležitost, která pacienta neohrožuje na životě. Vnímání a prožívání kardiologické operace je pro pacienty mnohem více zatěžující než samotný defekt na hrudi. Podstatná je úspěšnost operace a přežití pacienta. Přesto 27 (16%) ze 185 (100%) pacientů uvedlo nějakou negativní emoci v souvislosti s defektem na hrudi (viz graf 27). 20 (11%) KCHP z důvodu defektu na hrudi prožívá úzkost. Domnívali jsme se, že z těchto 20 KCHP budou prožívat pocity úzkosti v souvislosti s jizvou na hrudi pacienti mladšího věku, což jsme se mylili. 10 z 20 KCHP, kteří vyjádřili úzkost z jizvy na hrudi, jsou ve věku 50-59 let a 4 KCHP ve věkové kategorii 60 a více let. Také jsme se zaměřili na pohlaví v souvislosti s prožíváním úzkosti z defektu na hrudi. Úzkost z jizvy na hrudi prožívá 12 žen a 8 mužů. Což je pochopitelné. Přeci jen si ženy mnohem více potrpí na vzhled než muži.

Pocit méněcennosti a sníženého sebehodnocení jako další negativní emoci prožívají 3 (2%) KCHP muži a 3 (2%) KCHP (2 ženy a 1 muž) mají strach, jak bude na jizvu reagovat partner a okolí. 1 (1%) KCHP muž uvedl, že „jizva mu bude vadit, ale přeci jen je zdraví pro něho důležitější“. Z výsledku je sice viditelná převaha pacientů (158 KCHP), kterým jizva na hrudi do budoucna nebude vadit, ale přesto 27 pacientů prožívá v souvislosti s jizvou negativní pocity a emoce. Sestry by proto neměly zapomínat na psychickou podporu těchto pacientů a připravovat je na situaci, která nastane a tím je právě ona jizva na hrudi. Když jsme vyhodnocovali nejčastější obavy

KCHP z operace srdce, zjistili jsme, že existuje rozdíl v odpovědích KCHP na reakci na jizvu na hrudi (viz graf 27 a graf 30 C). Pouze 5 KCHP uvedlo jako největší obavu z operace srdce defekt na hrudi. Přitom v otázce: Jak vnímáte případnou tělesnou změnu (defekt na hrudi), vyjádřilo 27 pacientů negativní reakci na jizvu. Na závěr k problematice defektu po operaci srdce můžeme říci, že otázka, která byla směřována přímo na vnímání (reakci) defektu na hrudi, KCHP lépe dokázali vyjádřit postoj k této situaci. Naopak otázka, která zjišťovala nejčastější obavy KCHP z operace srdce, měla větší nabídku volby možností. Pochopitelné tedy je, že strach z operace samotné, strach z nejistoty budoucnosti, strach z bolesti po operaci srdce či strach ze smrti jsou kardiochirurgickými pacienty mnohem hůře snášeny než samotná jizva na hrudi.

Dalším důležitým bodem výzkumného šetření bylo zjistit nejčastější obavy, pocity KCHP v souvislosti s operací srdce. Obecně lze říci, že nejčastějšími odpověďmi pacientů byly již zmiňovaný strach z operace, nejistota z budoucnosti, strach ze smrti a strach z bolesti. Graf 29 znázorňuje jednotlivé zastoupení odpovědí z pohledu žen a mužů bez ohledu na priority, které jednotlivým odpovědím přiřadili. Jak už jsme zmiňovali na začátku, výzkumného šetření se zúčastnilo 62 (34%) žen a 123 (66%) mužů. Strach z operace označilo 49 žen a 83 mužů (viz graf 29). Rozdělíme-li výzkumný vzorek zvlášť na ženy a muže, bude 62 žen 100% a 123 mužů také 100%. Pak můžeme říci, že strach z operace pociťuje více žen oproti mužům. Mačejovská a Rybárová uskutečnily výzkum na téma „Strach u pacientov před operaciou“, kde zjistily, že větší strach před operací srdce mají ženy než muži (28). Stejně tak jako ony i my se domníváme, že je to dáno tím, že jsou ženy mnohem více úzkostlivější, citlivější a emotivnější než muži. Muži přeci jen neradi dávají najevo svou slabost a zranitelnost. Strach je nedílnou součástí předoperačního i pooperačního období, kterým pacienti prochází, ať už je způsoben čímkoli (54). Sestry by proto k pacientovu prožívání strachu měly být empatické, vstřícné, vždy naslouchající, respektující přání pacienta a poskytující mu psychosociální podporu. Měly by umět vyjádřit porozumění a brát pacienta jako jedinečnou bytost. Jedině, tak může dojít ke kvalitní ošetrovatelské péči orientované na potřeby pacienta. Empatie je jednou ze sociálních dovedností sester, která se stává nedílnou součástí ošetrovatelské profese (37).

Nejistotu z budoucnosti označilo 25 žen a 46 mužů. Opět se zaměřujeme na odpovědi bez ohledu na přiřazené priority. Zároveň 13 z nich označilo i strach ze ztráty zaměstnání. Zjišťovali jsme, jak vnímají kardiochirurgičtí pacienti svou budoucnost v souvislosti se vznikem onemocnění srdce a cév a následnou operací. Zaměřili jsme se na 3 oblasti (oblast A- zaměstnání, oblast B- role v rodině, oblast C- záliby a aktivity) viz tabulka 2. Zjistili jsme, že 92 (50%) respondentů věří v návrat do zaměstnání po operaci srdce. 30 (16%) pacientů bude muset změnit své dosavadní zaměstnání a 25 (13%) KCHP si myslí, že budou nezaměstnaní. Vezmeme-li v úvahu 30 pacientů, kteří budou muset změnit zaměstnání a 25 pacientů, kteří budou nezaměstnaní, dohromady tedy 55 (29%) pacientů vyjadřuje nejistotu do budoucna týkající se jejich zaměstnání. Je proto pochopitelné, že KCHP mají obavu z nejisté budoucnosti, s kterou souvisí změna zaměstnání či ztráta zaměstnání. Zvláště také proto, že většina zaměstnaných KCHP musí živit rodinu a rodina je na jejich příjmech závislá. Můžeme se domnívat, že řada pacientů, kteří označili nejistou budoucnost, měla na mysli právě onu změnu či ztrátu zaměstnání a proto ji označili častěji než samostatnou možností strach ze změny zaměstnání a s tím spojenou finanční nejistotu. Ve výzkumném vzorku KCHP se nachází 73 důchodců, z nichž 36 ve sledované oblasti týkající se zaměstnání neodpovědělo a 37 pacientů v důchodu naopak odpovědělo. 15 z nich, že bude moci nadále pracovat ve svém zaměstnání, 6 respondentů bude muset změnit zaměstnání a 16 pacientů bude nezaměstnáno. Když jsme se zamysleli, jak je možné, že pacienti v důchodu označili možnosti týkající se jejich zaměstnání do budoucnosti po operaci srdce, došli jsme k závěru, že není důležité jestli skutečně pracují či nikoli, ale na co se ve skutečnosti cítí, co potřebují a co chtějí. Mohou mít nedostatek financí, potřebují mít sociální kontakt s okolím nebo se jen cítí zdraví a proto chtějí pracovat. Řada pacientů v důchodu může mít také pocit síly, hodně elánu a na práci se tudíž po fyzické i duševní stránce cítí a proto nadále pracují. A to i přesto, že jsou již v důchodu. Někdy poměrně mladí lidé mají pocit, že už na svou práci nemají sílu a zaměstnání opouští či mění. Jedná se opět o individuální pocit každého pacienta bez ohledu na věk.

Strach ze smrti po kardiochirurgické operaci je běžnou reakcí pacientů na tuto situaci. Srdce je životně důležitým orgánem a symbolizuje život. Pacienti zažívají

rozpolcené pocity. Na jedné straně mají strach z operace či ze smrti, na druhé straně cítí, že je operace srdce jedinou možností před vznikem infarktu myokardu a zachrání jim tak život (55). Operace srdce je však náročný operační výkon, kdy hrozí reálné ohrožení existence pacienta, čehož si je vědomo 31 žen a 37 mužů, a proto označili odpověď strach ze smrti. Kdy 15 žen a 14 mužů tuto možnost označilo také prioritou nejvyšší ①. 8 žen a 10 mužů označilo strach ze smrti prioritou střední ② a 8 žen a 13 mužů přiřadili strachu ze smrti prioritou nejnižší ③. Obecně lze říci, že mnohem větší strach ze smrti prožívají muži oproti ženám. Můžeme se domnívat, že je to dáno jejich rolí v rodině (finanční zabezpečení, hlava rodiny, ochránce...). Mohou mít strach, co s rodinou v případě jejich smrti bude a kdo se o jejich blízké v budoucnu postará. Strachem před operací u pacientů se také zabývala Mačejovská a Rybárová, kde se také mimo jiné zmiňovaly o strachu ze smrti, strachu z operace, strachu z bolesti, strachu z komplikací a jinými pocity. Strachu před operací se musí věnovat náležitá pozornost. Nebude-li strach eliminován mohou nastat komplikace v předoperačním, perioperačním i pooperačním období. Mačejovská a Rybárová z výsledků svého výzkumného šetření zjistily, že „strach je častou negativní emocí před operací, je problémem pro pacienta i ošetrovatelský personál a jeho zmírnění vyžaduje emocionální podporu pacienta (28, str. 27)“. Jednoznačné je, že strach z operace srdce byl nejčastěji volen jako obava před kardiologickou operací. Sestry by se měly na oblast strachu zaměřit a negativní emoce, obavy, pocity zmírňovat. Strach sice přirozeně patří do předoperačního průběhu, ale měl by být potlačen na nejnižší možnou míru. Jedině tak bude pacient zbaven alespoň jedné obavy, která ho bezpodmínečně doprovází celým obdobím kardiologické operace (16, 38). Také Vymětal tvrdí, že „pobyt v nemocnici je spojován s obavami a strachem. Často zároveň dochází zbytečně ke subdeprivaci lidských tělesných, psychických i sociálních potřeb (60, str. 212)“. Vzhledem k tomu, že KCHP vyjádřili řadu obav, pocitů, s kterými se potýkají v souvislosti s operací srdce (viz graf 29) a také nemají dostatečně uspokojené potřeby psycho-sociální před i po operaci srdce (viz grafy 38A, 38B, 39A, 39B) ***můžeme konstatovat, že hypotéza 5: Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče o kardiologické pacienty je zaměřená na nejčastější obavy těchto pacientů, nebyla potvrzena.*** Domníváme se, že je to

způsobeno tím, že KCHP nezůstávají na oddělení příliš dlouho. Nejprve leží po operaci srdce na RES oddělení, poté jsou převezeny na JIP pokoj a nakonec na oddělení intermediální péče (IMP). Je tedy pochopitelné, že o pacienta pečují více sestry, které sice naplňují ošetrovatelský plán (monitorace životních funkcí, plnění ordinace lékaře, vedení dokumentace, řešení laboratorních i fyziologických změn...), ale ne vždy intervenují na saturaci psycho-sociálních potřeb. Proto je zapotřebí, aby si každá sestra pečující o KCHP udělala čas na zjištění jeho obav, pocitů, starostí. Komunikovala s ním, co ho trápí, co potřebuje. Nechala mu prostor na vyjádření svých emocí. Vysvětlila mu, co u něho provádí za odběry, převazy, jaké léky mu podává a proč. Odpovídala mu na otázky, které se pacientovi „honí“ hlavou v návaznosti s kardiochirurgickou operací, kterou musí podstoupit. V neposlední řadě zajišťuje kontakt s rodinou a následnou spolupráci s ní. Sestra v jakékoli situaci při kontaktu s pacientem musí působit klidně a vyrovnaně.

S obavami, pocity pacientů, které prožívají v souvislosti s kardiochirurgickou operací, bezprostředně souvisí psychosociální podpora ať už ze strany sester, lékařů, rodiny či přátel. Viditelné je to z grafu 37. Nejvíce pacientům, což činí 91 (49%) KCHP, pomáhá zvládat pocity a obavy po operaci srdce jejich rodina. Výsledky tedy nejsou překvapující, jelikož je známé, že nejpřirozenější podporou v době nemoci a těžkém období pacienta je právě rodina (60). 31 (17%) KCHP naopak pomáhá nejvíce zvládat jejich pocity a obavy sestry. Opět není výsledek překvapující. Jelikož sestra je v neustálém kontaktu s pacientem a připravuje ho jak na předoperační tak i na pooperační období, naslouchá mu, pomáhá mu se vyrovnat s jeho starostmi. Je tedy pochopitelné, že 181 (97%) pacientů uvedlo, že jim sestry v době hospitalizace poskytovaly potřebnou psychosociální podporu. Dá se tedy předpokládat, že pacienti byli spokojeni s poskytováním ošetrovatelské péče sestrami. To jak se pacient cítí, co prožívá, a jak je mu následně pomoheno, se bezpodmínečně odráží na jeho psychice i spokojenosti s ošetrovatelskou péčí. Pokud by pacienti s ošetrovatelskou péčí nebyli spokojeni, určitě by také na otázku týkající se poskytování psychosociální podpory ze strany sester, neodpovídali pozitivně. 29 (16%) pacientů dále uvedlo, že nejvíce jim pomáhá s pocity a obavami lékař. Myslíme si, že je to způsobeno jeho přirozenou

autoritou, kterou působí na pacienty. Pacient od lékaře očekává zájem o svoji osobu. A také, že mu bude rychle poskytnuta pomoc a bude zbaven všeho, co ho trápí (60). Je to také z důvodu toho, že pacienti mohou od lékaře očekávat vysvětlení operačního zákroku, informace o průběhu operace, co může nastat, vyskytnou-li se komplikace, jak bude probíhat proces uzdravování a rekonvalescence v domácím prostředí.

Dále jsme se zaměřili na výzkumný vzorek svobodných či ovdovělých KCHP a na to, kdo jim pomáhá nejvíce zvládat obavy a pocity v souvislosti s operací srdce. Domníváme se, že u těchto dvou skupin může nastat problém s podporou v době hospitalizace a zvládnání pocitů s ní spojené. 22 (12%) KCHP uvedlo rodinný stav-svobodný. 9 KCHP pomáhá zvládat jejich pocity rodina. Předpokládáme, že měli na mysli (matku, otce, sourozence, tetu, babičku...). 7 KCHP pomáhá zvládat pocity v době hospitalizace všeobecná sestra. Tito pacienti mohou mít svou rodinu (matku, otce, sourozence...), ale podporu v době hospitalizace dostali od všeobecných sester. 2 KCHP uvedli lékaře jako podporu při zvládnání obav a 4 KCHP si musejí s pocity, které prožívají v nemocnici, pomoci sami. Z 19 (10%) ovdovělých KCHP 6 KCHP uvedlo rodinu jako hlavní pomoc při zvládnání pocitů a obav před operací srdce. Domníváme se, že i když nemají partnera, který by jim mohl v této situaci pomoci, věří v pomoc svých dětí či vnoučat. 3 KCHP uvedli lékaře a 3 KCHP sestru při zvládnání pocitů a obav v souvislosti s kardiologickou operací. 4 KCHP si musí pomoci v této situaci sami a 2 KCHP pomůžou době hospitalizace přátelé. Všech 19 ovdovělých pacientů je ve věku 60 a více let.

Uspokojování potřeb KCHP v době hospitalizace ze strany ošetrovatelského personálu byla další velmi důležitou oblastí výzkumného šetření. Zaměřili jsem se nejen na uspokojování potřeb pacientů po operaci srdce, ale také na saturování potřeb před operací srdce. Z výsledků jsme zjistili, že 111 (60%) pacientů nemá před kardiologickou operací uspokojeny potřeby psycho-sociální a po operaci srdce nemá saturovány také potřeby psycho-sociální 95 (66%) pacientů (viz grafy 38A a 39A). ***Tím se potvrdila hypotéza 6: V ošetrovatelské péči o kardiologického pacienta převládají problémy z oblasti neuspokojování psychických potřeb nad neuspokojováním potřeb základních.*** Cílem bylo, nejen zjistit jaké potřeby nejsou

uspokojeny, ale také blíže specifikovat neuspokojené oblasti potřeb fyziologických a psycho-sociálních. Z grafu 38 B a 39 B je patrné, že 49 (26%) KCHP nemá uspokojeny před operací srdce potřeby základní a 34 (24%) pacientů nemá uspokojeny potřeby základní (fyziologické) po operaci srdce a to převážně z oblasti vyprazdňování, hygieny, spánku, výživy, aktivity a jiné. Fyziologické potřeby přitom velmi ovlivňují úroveň hospitalizace a přímo ovlivňují psychický stav nemocného (60). I přesto, že jsme ve výzkumném šetření zjistili, že problém s uspokojováním potřeb je na straně psycho-sociálních potřeb, měly by sestry saturovat více i potřeby základní. Od saturování potřeb základních se následně odvíjí uspokojování potřeb vyšších (psychosociálních). 39 (21%) pacientů před operací srdce a 41 (29%) pacientů po operaci srdce má nejméně uspokojeny potřeby psycho-sociální a to z oblasti realizování svých vlastních schopností, činností, aktivit. Domníváme se, že u této potřeby nastává problém s uspokojováním kvůli upoutání pacienta na lůžko po operaci srdce a postupným zapojováním do běžných aktivit, zvláště pokud se vyskytnou po operaci srdce komplikace. Celkově pobyt v nemocnici znemožňuje lidem plnit své činnosti, aktivity a dále se seberealizovat. Sestry s uspokojováním potřeby vlastních schopností a činností KCHP v době hospitalizace nemohou mnoho dělat. Mohou však pacienty zaměstnávat drobnými úkony během dne. KCHP nebudou mít pocit zbytečnosti a podporují je tak i v soběstačnosti. Sestry musí pacienty chválit za každý pokrok, který po operaci srdce udělají, aby měli pocit, že sami svou vůlí a odhodlaností zlepšují svůj zdravotní stav. S tím bezprostředně souvisí motivace ze strany sester.

30 (16%) pacientů má nejméně saturovány před kardiochirurgickou operací a 15 (10%) pacientů po operaci srdce potřeby psycho-sociální z oblasti pocitu ochrany, důvěry ze strany zdravotníků, rodiny či přátel. Tuto oblast potřeb sestry mohou oproti oblasti realizování pacientových vlastních schopností, činností a dovedností lépe ovlivnit a uspokojovat. Budou-li pacientům dávat najevo, že jsou pro ně důležití. Budou jim věřit v tom, co dělají, a že to zvládnou. Budou je za všech okolností ochraňovat a nezpůsobovat jim zbytečnou bolest či újmu na zdraví. To, že pacienti touží po ochraně ze strany zdravotníků, je pochopitelné. Nechtějí být vystaveni nebezpečí a chtějí naopak jistotu (63). Stejně jako je pro ně důležitá důvěra. Potřebují vědět, že jim zdravotnický

personál důvěřuje a oni mohou důvěřovat jemu. Sestry by se proto měly snažit poskytnout pacientům pocit bezpečí, jistoty, stability. Vytvořit mezi pacienty a nimi partnerský vztah. Vztah založený na důvěře a partnerství (17).

29 (15%) KCHP nemá uspokojenu před operací srdce a 36 (25%) respondentů po operaci srdce potřebu sounáležitosti (blízkost rodiny, přátel). Myslíme si, že je potřeba blízkosti a lásky ze strany rodiny nenaplněna kvůli odloučení od své rodiny (zázemí) v době hospitalizace, dále vzdáleností nemocnice od bydliště (kardiochirurgické kliniky a oddělení jsou ve větších městech) a pracovní zaneprázdněností členů rodiny či přátel (návštěvy mimo vyhrazený čas v nemocnici nejsou často možné). Také mohou mít pacienti s rodinou špatné rodinné vztahy a na návštěvy tak rodina nechodí. Samozřejmě také někteří pacienti 9 (5%) rodinu vůbec nemají. Přitom je dokázané, že pacienti snášejí hospitalizaci lépe, pokud vědí, že jim rodina v době nemoci poskytne pomoc, podporu a mohou s ní být v neustálém sociálním kontaktu (51). Pokud není rodina z nějakých důvodů schopna pacienta navštěvovat a dávat mu najevo svou blízkost, musí mu to vynahradit sestra. A to svou blízkostí, komunikací, zájmem, empatií, porozuměním a zprostředkováním kontaktu s přáteli.

13 (8%) pacientů během své hospitalizace nemělo uspokojeno před operací srdce a 3 (2%) pacienti po kardiochirurgické operaci potřeby z oblasti respektu a uznání ze strany zdravotnického personálu. Sestry by měly respektovat každého pacienta jako jedinečnou bytost a tak i k němu přistupovat. Nikdy nesmí dát najevo svou nadřazenost a povýšenost. Naopak musí přizpůsobit své chování a komunikaci k pozici a postavení pacienta (vzdělání, věk, sociální postavení, pohlaví, psychický stav...).

25 (14%) pacientů, kteří teprve čekají na operaci a 15 (10%) pacientů po operaci srdce na otázky uspokojování potřeb neodpověděli. V následujících otázkách, kde měli blíže specifikovat svoji odpověď, které z potřeb máte nejméně uspokojené ze strany zdravotnického personálu uvedli, že mají všechny potřeby stejně uspokojené, proto nemohou uvést, které potřeby mají nejméně satureované. Výsledky týkající se nejméně uspokojovaných psycho-sociálních potřeb a také psychosociální podpory ze strany sester jsou zarážející. Při filtraci a analýze odpovědí jsme zjistili, že 111 (60%)

pacientů, kteří uvedli, že nejméně mají saturované potřeby psycho-sociální před operací a 95 (66%) pacientů po kardiochirurgické operaci současně odpověděli, že psychosociální podpora při pobytu v nemocnici ze strany sester jim byla poskytnuta. To nás vedlo k zamyšlení, jak je možné, že nemají pacienti saturované potřeby psychosociální, ale zároveň tvrdí, že potřebná psychosociální podpora ze strany sester je jim poskytnuta? Domníváme se, že si pacienti neuvědomují vzájemnou propojenost jejich psychických potřeb a psychosociální podpory sester vůči nim nebo neznají význam psychosociální podpory. Také je možné, že pacienti automaticky odpovídali kladně na otázku psychosociální podpory ze strany sester jen ze zdvořilosti k sestřám a nebo se k nim sestry skutečně hezky chovaly a poskytovaly jim potřebnou ošetrovatelskou péči a nemohou si tak na psychosociální podporu ze strany sester stěžovat. Psychosociální podpora poskytovaná pacientům v době hospitalizace by měla být sestrami naplňována na sto procent. Z výzkumného šetření vyplývá, že psychosociální podpora ze strany sester je naplněna z 97%. Z grafu 40 je patrné, že si pacienti na psychosociální podporu sester nestěžují. Přestože výsledky týkající se poskytování psychosociální podpory KCHP jsou ze strany sester velmi dobré, musí se sestry více zaměřit na uspokojování psycho-sociálních potřeb KCHP. Což potvrzují výsledky výzkumu (viz grafy 38A, 38B, 39A, 39B). Spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí a následnou psychickou podporou zdravotníků je důležitá pro jejich psychickou, ale i fyzickou rovnováhu. S touto rovnováhou bezpodmínečně souvisí i pooperační průběh. I Vymětal tvrdí, „že každé onemocnění, změna tělesného schématu... se týká člověka jako celku, tedy jeho somatické i psychické stránky současně - o vzájemné propojenosti a ovlivňování psychických funkcí není nejmenších pochyb (60, str. 137)“.

V dotazníku jsme použili dvě otevřené otázky (otázka 21 a 23), na které měli pacienti odpovědět svými slovy a blíže tak upřesnit, které z potřeb mají nejméně uspokojeny před a po operaci srdce (viz tabulka 3 a 4). U těchto otázek jsme byli zaskočení velmi malým počtem pacientů, kteří na tyto otázky odpověděli. Ze 185 KCHP 123 pacientů na otázku 21 neodpovědělo a 110 pacientů také neodpovědělo na otázku 23. Můžeme se domnívat, že velké zastoupení nezodpovězených otázek je

způsobeno tím, že pacienti neradi vyplňují otevřené otázky, jelikož se u nich musí rozepisovat. Jednodušší pro ně je, označit jednu nebo více odpovědí u konkrétních zavřených otázek. Možná se jim také nechtělo přemýšlet nad odpovědí. Jelikož většina pacientů blíže nspecifikovala, z jakého důvodu a proč mají nejméně uspokojeny oblasti potřeb fyziologických či psycho-sociální (podle toho, které označili), nemůžeme jednoznačně říci, na které potřeby by se měly sestry více zaměřit v rámci ošetrovatelské péče o KCHP. Pokud by naopak pacienti blíže specifikovali, které oblasti potřeb před a po operaci srdce mají nejméně uspokojeny, byly by výsledky přínosnější. Zjistili bychom na jaké potřeby kardiologických pacientů se mají sestry blíže zaměřit a apelovat tak na jejich saturování. Každý člověk je individuální bytost a má jiné nároky na konkrétní potřeby, které mohou vycházet ze společenského postavení, vztahů mezi lidmi, způsobu života, podmínek - kde žije... (9). Z výsledků, i když velmi malého vzorku zúčastněných respondentů (viz tabulka 3 a 4), kteří blíže objasnili nejméně saturovanou oblast potřeb, nejvíce pacientů, což činí 13 respondentů, uvedlo neuspokojování fyziologických potřeb z oblasti nesaturovaného spánku před operací srdce a 8 respondentů po operaci srdce. Stejně tak jako uvádí Šamánková v publikaci „Základy ošetrovatelství“ (42). Pokud se nad tímto výsledkem pozastavíme, je jasné, že zajistit kvalitní a dostatečný spánek při hospitalizaci, je velice problematické. Zvláště, když sestry v průběhu celého dne chodí aplikovat infúze, léky, připravují pacienty na vyšetření a vše řádně monitorují. Ráno pak pacienty budí dle harmonogramu oddělení a ne tak jak jsou pacienti zvyklí z domova. V noci zase nemohou pacienti spát kvůli svým spolupacientům, kteří nařikají bolestí, hůře se jim dýchá nebo „chrápou“. I přes všechny tyto komplikace je zapotřebí, aby se sestry snažily zajistit dobrý spánek. To jak se pacient v noci vyspí, ovlivňuje celý jeho následující den a tím i spolupráci se sestrou. Mimo jiné také pooperační hojení rány.

Od potřeb kardiologických pacientů se dostáváme k oblasti, kterou jsme zaměřili na kardiologického pacienta a jeho rodinu. Onemocnění srdce a následná kardiologická operace se netýká jen samotného pacienta, ale celé jeho rodiny. Rodina je pro pacienta v době hospitalizace nesmírně důležitá (viz kapitola 1.5 Kardiologický pacient a rodina). Zda kardiologický pacient selhal v očích

rodiny kvůli onemocnění srdce, které následně vyústilo v operaci srdce, bylo další částí výzkumného šetření. Výsledky byly jednoznačné. Ze 185 (100%) dotázaných respondentů si pouze 25 (14%) pacientů skutečně myslí, že selhali v očích rodiny kvůli kardiologické operaci. ***Na základě těchto výsledků můžeme říci, že hypotéza 2: Kardiologický pacient cítí po operaci srdce, že selhal v očích rodiny, nebyla potvrzena.*** Výsledky jsou znázorněny v grafu 42, který vystihuje odpovědi dle priorit ①-③. Nebudeme-li brát v úvahu odpovědi dle priorit, nejčastějšími odpověďmi selhání vůči rodině byly: nejistá budoucnost (19 odpovědí), finanční nejistota (15 odpovědí), omezení vztahu s rodinou (10 odpovědí) a neplnění svých rolí v rodině (8 odpovědí). Výsledek, týkající se selhání pacientů vůči rodině, nás překvapil. Jelikož jsme se domnívali, že většina pacientů bude mít pocit, že skutečně vůči rodině selhala. Také proto jsme si stanovili tuto hypotézu. Většina respondentů z výzkumného vzorku nedodrжуje zásady zdravého životního stylu a sami i věří, že jsou za své onemocnění částečně zodpovědní. Proto jsme si také mysleli, že budou mít pocit selhání i vůči své rodině. Z 25 (14%) KCHP je 18 KCHP, kteří si myslí, že vůči rodině skutečně selhali a zároveň uvedli, že jsou sami zodpovědní za svůj zdravotní stav (špatný životní styl). Pocit selhání vůči rodině kvůli onemocnění srdce a následné operaci je tedy pochopitelný. Tito KCHP nedodrжovali zásady zdravého životního stylu a odnáší to teď celá rodina. 7 KCHP, kteří uvedli selhání vůči rodině, si naopak myslí, že za své onemocnění srdce nejsou oni sami zodpovědní. Pak je dobré se zamyslet, proč těchto 7 pacientů cítí vůči své rodině selhání, když onemocnění srdce předejít nemohli.

Na oblast selhání pacienta vůči rodině jsme ve výzkumném šetření navázali na zjištění podpory a pomoci ze strany rodiny v době hospitalizace. 130 (70%) pacientům může rodina poskytnout při pobytu v nemocnici podporu, pomoc a zároveň i u těchto 95 pacientů je skutečně pomoc a podpora ze strany jejich rodiny naplněna a u 35 pacientů je spíše naplněna podpora ze strany rodiny. 39 (22%) respondentů udalo, že jim rodina může spíše poskytnout podporu a pomoc v době hospitalizace. Z nichž u 8 pacientů je skutečně také podpora rodinou naplněna a pro 31 pacientů je spíše tato podpora naplněna. Žádný respondent, který uvedl pomoc a podporu ze strany rodiny v době hospitalizace, neoznačil, že by jeho očekávání pomoci a podpory nebylo naplněno.

Pouze 16 (8%) pacientů napsalo, že s podporou ze strany rodiny nemohou v době hospitalizace počítat. Na otázku „Kdo Vám tedy potřebnou podporu může poskytnout, když ne rodina“ nejčastěji odpovídali, že si musí pomoci sami, což uvedlo 7 pacientů. 5 respondentů uvedlo, že jim podporu poskytnou přátelé (kamarádi). 1 pacientovi mohou podporu v době hospitalizace poskytnout kolegové z práce a jednomu pacientovi sourozenci. 2 respondenti napsali, že si budou muset pomoci sami a zároveň i mohou počítat s podporou ze strany přátel (viz tabulka 5). Zajímavé je, že ani jeden z těchto 16 pacientů neuvedl jako podporu v době nemoci všeobecnou sestru. Domníváme se, že je to tím, že i když pacienti nemohou počítat s podporou rodiny nebo dokonce rodinu nemají, mají alespoň přátele, kolegy z práce, na které se mohou obrátit a jsou pro ně mnohem větší oporou než všeobecná sestra. Pacienti, kteří napsali, že si „musejí pomoci sami“, nejspíše neradi přijímají pomoc od druhých a raději zvládají zátěž sami, proto podporu od všeobecné sestry nejspíše nevyžadují. Je přitom dokázané, tak jak sami pacienti vyjadřují, že člověk, který je sám a nemůže se spolehnout v době nemoci na rodinu nebo rodinu nemá, očekává podporu a pomoc v době hospitalizace od svých přátel, kolegů z práce či zdravotnického personálu.

Otázkou, zda si kardiochirurgičtí pacienti myslí, že jejich psychická pohoda se odvíjí a je závislá na podpoře rodiny (zázemí), jsme chtěli potvrdit či nepotvrdit další hypotézu výzkumného šetření. Zjistili jsme, že 135 (73%) pacientů si skutečně myslí a 42 (23%) respondentů si spíše myslí, že jejich psychická pohoda je závislá na podpoře rodiny (zázemí) v době rekonvalescence. ***Hypotéza 3: Psychická pohoda kardiochirurgického pacienta je závislá na poskytování podpory rodinou (zázemím) v době rekonvalescence, byla potvrzena.*** 8 (4%) pacientů, kteří označili, že psychická pohoda není nebo spíše není závislá na podpoře rodiny, také současně uvedli, že jim rodina (zázemí) nemůže poskytnout podporu a pomoc v době hospitalizace. Proto se domníváme, že tito pacienti nevidí důležitost podpory rodiny v době hospitalizace, jelikož s rodinou v době nemoci nemohou počítat. Pocity pacienta a to co prožívá při pobytu v nemocnici, stejně tak jako jeho psychická vyrovnanost, je odrazem blízkosti rodiny, přátel v době hospitalizace a při rekonvalescenci. Pacient potřebuje vědět, že se může na rodinu v době hospitalizace kdykoli obrátit. S tím souvisí i návštěvy

v nemocnicích (21). Jsme přesvědčeni, že pokud pacient cítí zájem v době nemoci o jeho zdravotní stav ze strany své rodiny a mají navzájem mezi sebou dobré vztahy, je po psychické stránce více vyrovnan s onemocněním srdce a následnou operací srdce než pacienti, kteří podporu ze strany rodiny (zázemí) nemají.

Poslední oblastí, na kterou jsme se ve výzkumném šetření zaměřili, bylo to, jak pacienti vnímají svou budoucnost po operaci srdce (zaměstnání, role v rodině, aktivity a záliby, zapojení do běžného života...). O zaměstnání jsme se již zmiňovali v předešlém textu. Co se týče rolí v rodině po operaci srdce 149 (81%) kardiologických pacientů věří, že budou moci nadále plnit své role v rodině jako před operací srdce, z nichž 123 současně udává, že stejně tak jako budou moci plnit role v rodině, tak se budou moci nadále věnovat i svým zálibám, aktivitám. Naopak 26 pacientů se domnívá, že své aktivity a záliby nadále nebudou moci vykonávat. Změny k lepšímu v rodině kardiologického pacienta (utuzení vztahu, lásky, uvědomění si potřebnosti druhého partnera) udalo 58 (31%) respondentů. Z 58 (31%) pacientů 42 KCHP vnímá, že role v rodině budou moci nadále plnit. 15 pacientů udává, že u nich v rodině došlo ke změnám k lepšímu a to i přesto, že nebudou moci role v rodině zastat. 1 pacient neodpověděl. Změny k horšímu (nejistota, napětí, stres, nevyrovnanost...) v rodině pacienta po operaci srdce nastaly u 34 (19%) kardiologických pacientů. Z nichž 23 KCHP udalo, že i přes tyto změny k horšímu, budou moci nadále plnit své role v rodině. 11 pacientů naopak nebude moci zastat své role v rodině. Nejvíce pacientů, což činí 93 (50%), uvedlo, že u nich po operaci srdce nedošlo k žádným změnám v jejich rodině. 84 z nich bude moci zastávat nadále své role v rodině a 8 pacientů nebude schopno plnit tyto role. 1 respondent neodpověděl. Sestra by měla za všech okolností myslet na situaci, která může u pacienta po kardiologické operaci nastat a tou je již zmiňovaná ztráta schopnosti plnit role v rodině, v zaměstnání či ve svém běžném životě (aktivity, záliby). Pokud některá z těchto situací nastane, musí sestra včas zareagovat a umět pacientovi pomoci. Ať už rozhovorem, zajištěním návštěv rodiny a společnou spoluprací s pacientovou rodinou, nabídnutí pomoci psychologa (psychická pomoc) či sociální pracovnice (v případě ztráty či změny zaměstnání) nebo jiného odborníka.

Kardiochirurgický pacient podstupující operaci srdce očekává podstatnou změnu k lepšímu. Věří, že operací srdce dojde ke změně kvality jeho života. A to v pozitivním slova smyslu (35). To je viditelné i z našich výsledků. 94 (51%) pacientů věří, že se budou moci zapojit zpět do běžného života jako před vznikem svých zdravotních problémů, které vedly k operaci srdce a 69 (37%) kardiochirurgických pacientů spíše věří v návrat do běžného života po operaci srdce. ***Na základě výsledků můžeme tedy říci, že byla potvrzena hypotéza 4: Kardiochirurgický pacient věří, že se bude moci zapojit do běžného života jako před vznikem zdravotních problémů, které vedly ke kardiochirurgické operaci.*** Domníváme se, že všechny sestry by proto měly zajistit, aby se pacient po propuštění do domácího léčení dokázal sám o sebe postarat a zajistit si tak uspokojivou kvalitu života do budoucna za pomoci své rodiny. Té dosáhne prostřednictvím intenzivní rehabilitace v pooperačním období a před propuštěním do domácího léčení. Dále pak v lázeňském zařízení a mimo jiné již zmiňovanou sekundární prevencí KCHP po operaci srdce. Díky tomu se pacient může stát opět nezávislým a samostatným. Mnohem dříve se pak dokáže vrátit do svého běžného života a zaměstnání (40).

Předpokládáme, že kvalita života pacientů s onemocněním srdce, které následně vyústilo v kardiochirurgickou operaci, je závislá na eliminování rizikových faktorů životního stylu daných pacientů (kouření, stres, nevhodná životospráva, nedostatek pohybu, obezita, vysoký krevní tlak, cukrovka...). S tím souvisí přechod z nezdravého životního stylu na zdravý životní styl a životosprávu, která ovlivní pozitivně kvalitu života pacientů po operaci srdce (19).

Z výsledků výzkumného šetření skutečně vyplynulo, že následné zapojení se zpět do běžného života pacientů a tím i ovlivnění kvality jejich budoucího života, je dáno několika kritérii. Ty stanovil W. O. Spitzer. Jedná se o plnění pracovní schopnosti (zaměstnání) a s tím spojená finanční situace pacienta, jeho nezávislost na druhých lidech (samostatnost, neobtěžovat druhé), abstinence bolesti a odstranění nepohodlí. Dále záleží na jeho náladě (nemít strach, být pozitivně naladěný, nemít pochybnosti), komunikaci s okolním světem, způsobu trávení volného času (záliby, hobby, sport), na vědomí pacienta o následcích jeho nemoci (co může nastat, když nebude dodržovat

zdravý způsob života..) a v neposlední řadě na vztahu s jeho rodinou, přáteli (jistota, bezpečí, sounáležitost, pomoc a podpora) (35).

Otázkou k zamyšlení je, kolik času sestra na kardiologickém oddělení může věnovat výchově ke zdraví a změně životního stylu KCHP, a zda by mohlo dojít ke zlepšení v této oblasti, kdyby byla naplněna role sestry - edukátorky v komunitní péči.

6. Závěr

Operace srdce je náročnou životní situací a týká se všech kardiologických pacientů. Srdce je bráno jako symbol života a je i životně důležitým orgánem. Člověk si je vědom důležitosti srdce, a proto se cítí mnohem více ohrožen při kardiologické operaci než v jakékoli jiné situaci. Období hospitalizace pacientů je oprávněně naplněno strachem a dalšími negativními emocemi.

Prvním cílem práce bylo zjistit, jak kardiologický pacient vnímá sám sebe, svou rodinu a svou budoucnost v souvislosti s kardiologickým výkonem. Cíl práce byl splněn. K tomuto cíli se vztahovaly 4 hypotézy. Hypotéza 1: Kardiologický pacient vnímá kardiologickou operaci jako výsledek svého životního stylu. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 2: Kardiologický pacient cítí, že selhal v očích rodiny. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Hypotéza 3: Psychická pohoda kardiologického pacienta je závislá na poskytování podpory rodinou (zázemím) v době rekonvalescence. Hypotéza byla potvrzena. Hypotéza 4: Kardiologický pacient věří, že se bude moci zapojit do běžného života jako před vznikem zdravotních problémů, které vedly ke kardiologické operaci. I tato hypotéza byla potvrzena.

Druhým cílem bylo zjistit nejčastější obavy, s kterými se kardiologický pacient potýká v souvislosti s operací. Cíl práce byl splněn. K tomuto cíli se vztahovala hypotéza 5: Vysoce specializovaná ošetrovatelská péče o kardiologické pacienty je zaměřená na nejčastější obavy těchto pacientů. Hypotéza nebyla potvrzena.

Třetím cílem bylo zjistit oblasti nesaturovaných potřeb kardiologického pacienta v době hospitalizace po operačním výkonu. I tento cíl byl splněn. K němu se vztahovala hypotéza 6: V ošetrovatelské péči o kardiologického pacienta převládají problémy z oblasti neuspokojování psychických potřeb nad neuspokojováním potřeb základních. Tato hypotéza byla potvrzena.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že se sestry musí více zaměřit na sekundární i terciární prevenci. Především v působení na pacienty v oblasti zdravého životního stylu a eliminování rizikových faktorů, které ohrožují další průběh jeho onemocnění a tím i výsledky kardiologické léčby. Dokáže-li sestra společně s lékaři

pacienta přesvědčit o správném životním stylu, výsledkem samotnému pacientovi může být delší a kvalitnější život.

Výsledky diplomové práce je možné využít při práci sester na kardiologickém oddělení pro zkvalitňování ošetrovatelské péče o kardiologické pacienty. Vysoce specializované sestry jsou po odborné stránce zručné (odběry, převazy, výkony, administrativa...). Neměla by být však zručnost či odbornost nadřazována nad uspokojování psycho-sociálních potřeb kardiologických pacientů, na které se často zapomíná. Všechny odborné úkony, psychická podpora a pomoc kardiologickým pacientům by měly být v rovnováze. Sestry by si měly uvědomit, co pacienti prožívají a umět na reakce pacientů adekvátně reagovat. Proto je zapotřebí zkvalitnit péči o kardiologické pacienty především v oblasti jejich psycho-sociálních potřeb. Sestry se mají zajímat o názory, obavy, pocity, které pacienti prožívají v souvislosti s operací srdce a zároveň tak plnit všechny role, které mají u kardiologických pacientů zastat.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, B., A KOL. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. BECK, A., T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Přel. P. Možný. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 256 s. Přel z: Cognitive therapy and the emotional disorders. ISBN 80-7367-032-1.
3. BOTÍKOVÁ, A., ILIEVOVÁ, L. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 6, s. 27. ISSN 1210-0404.
4. BULTAS, J. *Péče o nemocné po infarktu myokardu*. [online]. 2004. [cit. 12.1. 2009]. Dostupné z: www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/6-2004_09_CZ2.pdf
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
7. DANZER, G. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla a duše*. Přel. R. Höllgeová. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 248 s. Přel. z: Psychosomatik. ISBN 80-7178-456-7.
8. DOMINIK, J., ŽÁČEK, P. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 215 s. ISBN 80-7169-669-2.
9. FARKAŠOVÁ, D., A KOL. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
10. FIALA, R. *Historie nemocného srdce*. [online]. 23.8. 2009. [cit. 17.11. 2009]. Dostupné z: <http://www.kardiologie.cz/novinky/historie-nemocneho-srdce-207>

11. FIALA, R. *Historie*. [online]. 23. 8. 2009. [cit. 18.11. 2009]. Dostupné z: <http://www.kardiochirurgie.cz/historie>
12. FRÝDECKÁ, H., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A., PAVLICOVÁ, J., SITNÁ, D., STAŇKOVÁ, M., VORLÍČKOVÁ, H. *Lemon 2 - Learning Material On Nursing*. Přel. O. Štrajtová a M. Staňková. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 134 s. ISBN 80-7013-238-8.
13. HYÁNKOVÁ-SVOBODOVÁ, J., KLÉMA, J., HAČKAJLO, D. *Dvouleté sledování pacientů po kardiochirurgických výkonech*. [online]. 4.1. 2005. [cit. 20.4. 2010]. Dostupné z http://www.kardiologickarevue.cz/pdf/kr_04_01_05.pdf
14. JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 99 s. ISBN 978-80-7387-179-6.
15. JANÁČKOVÁ, L., WEIS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
16. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 133 s. ISBN 80-85-866-55-2.
17. JOBÁNKOVÁ, M., A KOL. *Kapitoly z psychologie*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
18. KENNETH, W., G. *Dobrodružství psychického vývoje*. Přel. I. Müller. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 248 s. Přel. z: *The Greatest Adventures in Human Development*. ISBN 80-7178-684-5.
19. KILÍKOVÁ, M., ONOFREJOVÁ, A. Kvalita života pacienta so srdcovo-cievnyim ochorením. *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., 2009, roč. 8, č. 9-10, s. 40. ISSN 1335-9444.
20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče; Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2001. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.
21. KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy ošetrování nemocných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 144 s. ISBN 80-246-0845-6.

22. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
23. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I*. Přel. T. Baška. 1.vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. Přel z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Praktice*. ISBN 80-217-0528-0.
24. KOŽENÁ, L., JUNGR, V., FRANTÍK, E., KOLACIA, L. Kardiovaskulární odpověď na stresové komponenty pracovní činnosti. *České pracovní lékařství*. Praha: Tigis, 2006, roč. 7, č. 4, s. 188. ISSN 1212-6721.
25. KROUŽKOVÁ ZDEŇKOVÁ, P. Nutriční terapie při kardiovaskulárních chorobách. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 9, s. 25. ISSN 1210-0404.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
27. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatel'ství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
28. MAČEJOVSKÁ, M., RYBÁROVÁ, D. Strach u pacientov pred operáciou. *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., 2009, roč. 8, č. 5-6, s. 26. ISSN 1335-9444.
29. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
30. MARŠÁLEK, P. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních koronárních syndromech*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 128 s. ISBN 80-7254-740-2.
31. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
32. MASTILIÁKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatel'ství I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
33. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1 vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.

34. MOROVICSOVÁ, E. Psychosomatické aspekty kardiovaskulárných ochorení. *Sestra a lekár v praxi*. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia s.r.o., 2009, roč. 8, č. 9-10, s. 20. ISSN 1335-9444.
35. PAYNE, J. A KOL. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
36. PLEVOVÁ, I. Nemocný s akutním infarktem myokardu. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o., 2007, roč. 3, č. 1, s. 17. ISSN 1801-1349.
37. POLÁCHOVÁ, E. Empatie v ošetrovatelském kontextu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 10, s. 18. ISSN 1210-0404.
38. RIEMANN, F. *Základní formy strachu: typy lidské osobnosti, jejich vznik, charakteristiky a formy vztahů*. Přel. E. Bosáková. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 200 s. Přel. z: Grundformen der Angst. ISBN 978-80-7367-345-1.
39. SKALICKÁ, H., A KOL. *Předoperační vyšetření: Návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 149 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
40. SOLTOSKI, P., R., KARAMANOUKIAN, H., L., SALERNO, T., A. *Cardiac surgery secrets*. 2. vyd. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, 2003. 318 s. ISBN 1560535873.
41. STAŇKOVÁ, M. *Jak provádět ošetrovatelský proces*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 66 s. ISBN 80-7013-283-3.
42. ŠAMÁNKOVÁ, M., A KOL. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
43. ŠETINA, M., A KOL. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZSF, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.
44. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
45. ŠPATENKOVÁ, N. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
46. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J., A KOL. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

47. TÓTHOVÁ, V. *Role sestry jako mentora*. Všeobecná sestra pro absolventy Vyšších odborných škol. 1. vyd. JU v ČB: ZSF, 2008. 152 s. ISBN neuvedeno.
48. TRACHTOVÁ, E., A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-8.
49. TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přel. L. Špís. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 400 s. Přel z: Psychosomatische Grundversorgung. ISBN 978-80-7367-309-3.
50. ULRICH, S., P., CANALE, S., W. *Nursing Care Planning Guides: For Adults in Acute, Extended and Home Care Settings*. 5 vyd. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2001. 926 s. ISBN 0-7216-9215-X.
51. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
52. VALENTA, J., ŠEBOR, J., MATÉJKA, J., RUNT, V. *Chirurgie pro bakalářské studium Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
53. VANĚK, I., TÁBORSKÝ, J., KLENER, P. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.
54. VAŇKOVÁ, M. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o., 2006, roč. 2, č. 9, s. 343. ISSN 1801-1349.
55. VARGAS, T., V., P., MAIA, E., M., DANTAS, R., A., S. *Pacient Feelings during the preoperative period for cardiac surgery*. [online]. 2006. [cit. 10.1. 2009]. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a12.pdf>
56. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
57. VRÁNOVÁ, V. Mentor klinické praxe. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion s.r.o., 2006, č. 1. s. 6. ISSN 1801-1349.
58. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.

59. VYMĚTAL, J. A KOL. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2007. 396 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
60. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
61. WORKMAN, B., A., BENETT, C., L. *Klíčové dovednosti sester*. Přel. M. Zvoníčková. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 259 s. Přel. z: Key Nursing Skills. ISBN 80-247-1714-X.
62. ZACHAROVÁ, E. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita ZSF, 2002. 128 s. ISBN 80-7042-333-1.
63. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
64. *ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY 2008 VE STATISTICKÝCH ÚDAJÍCH*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2009-. Vychází ročně. ISSN 0862-5883.
65. ZEMAN, M., A KOL. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

Kardiochirurgický pacient

Kardiochirurgická operace

Pocit - prožívání

Rodina

Sestra

Budoucnost

9. Přílohy

Příloha 1: Dotazník pro kardiologické pacienty

Příloha 2: Maslowova hierarchie potřeb

Příloha 3: Modifikace seřazení hodnot v těžké nemoci vycházející z Maslowova trojúhelníku

Příloha 1

Vážená paní, vážený pane

jmenuji se Petra Chmelíková a studuji 2. ročník magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech– chirurgický modul se specializací zaměřenou na kardiochirurgii.

Chtěla bych Vás touto cestou poprosit o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta“. Tento dotazník je anonymní a Vaše názory mi budou přínosem pro zpracování výsledků do diplomové práce. Pozorně si přečtěte každou otázku a zaškrtněte dle Vašeho uvážení odpověď dle nabídnutých možností.

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas.

Návod na vyplnění dotazníku:

Pokud není uvedeno jinak označte jen jednu odpověď.

Při vyplňování dotazníku označte křížkem správnou odpověď:

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

2. Kolik je vám let?

- méně než 30 let
- 30-39 let
- 40-49 let
- 50-59 let
- 60 a více let

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- ženatý/vdaná
- rozvedený/rozvedená
- svobodný/svobodná
- vdovec/vdova

4. V jakém pracovním vztahu se nacházíte?

- zaměstnaný/á
- nezaměstnaný/á
- v důchodu

5. Ve Vašem zaměstnání převládá/převládala spíše práce?

- fyzická (manuální)
- duševní

6. Přemýšlel/a jste, že byste mohl/a někdy trpět vážným onemocněním srdce?

- ano
- ne

7. Jak jste reagoval/a na sdělení diagnózy onemocnění srdce, která vyžaduje operaci srdce?

- nechtěl/a jsem tuto skutečnost přijmout
- akceptoval/a jsem doporučení lékaře
- byl/a jsem pod tlakem, stresem
- cítil/a jsem úzkost a strach co se mnou dál bude
- přemýšlel/a jsem o smrti
- jiné.....

8. Jaký charakter měla (či bude) mít Vaše operace srdce?

- plánovaná operace
- akutní operace

9. Je to Vaše první operace srdce?

- ano
- ne

10. Jak probíhá Vaše pooperační období? (**odpovídají jen pacienti, co jsou po operaci srdce**)

- bez komplikací
- s komplikacemi související s operací srdce

11. Je stres součástí Vašeho každodenního života?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. Jaké si myslíte, že další rizikové faktory Vašeho životního stylu napomáhají ke zhoršování zdravotního stavu? (je možné zaškrtnout 1 až 3 možnosti, každou označenou možnost ohodnoťte dle důležitosti 1–3: ① nejdůležitější, ② méně důležité, ③ nejméně důležité)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> kouření | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> nevhodná strava | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> obezita | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> cukrovka (diabetes mellitus) | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> vysoký krevní tlak | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> žádné | ① | ② | ③ |

jiné..... ① ② ③

13. Myslíte si, že Váš dosavadní životní styl je příčinou Vašeho onemocnění srdce, které vyplynulo v operaci srdce?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Jako důvod svého onemocnění vnímáte: (je možné zaškrtnout 1 až 3 možnosti, každou označenou možnost ohodnoťte dle důležitosti 1–3: ① nejdůležitější, ② méně důležité, ③ nejméně důležité)

- sám sebe jako viníka svého zdravotního stavu ① ② ③
- nemohu za své onemocnění srdce ① ② ③
- rodinnou dispozici ① ② ③
- prostředí, ve kterém žiji ① ② ③
- pracovní prostředí ① ② ③
- jiné ① ② ③

15. Jak vnímáte případnou změnu Vašeho tělesného vzhledu v souvislosti s defektem (jizvou) na hrudi, která nastane/la po operaci srdce?

- nezáleží mi na vzhledu, hlavně že budu zdrav
- mám úzkost
- mám pocity méněcennosti, sníženého sebehodnocení
- mám strach z reakce partnera a okolí
- jiné

16. Jak vnímáte rodinu (zázemí) v souvislosti se vznikem onemocnění srdce a následnou operací?

- cítím, že rodina je odpovědná za můj zdravotní stav (tlak, stres, povinnosti, finanční zabezpečení...)
- rodina je mi oporou a vždy mi pomáhá
- trápí mě, že jim přidělávám starosti
- nemám rodinu
- jiné.....

17. Jak vnímáte svou budoucnost v souvislosti se vznikem onemocnění srdce a následnou operací? (z každé oblasti A, B, C vyberte jednu prioritní možnost)

- budu moci nadále naplno pracovat ve svém zaměstnání
- A)** budu muset změnit své dosavadní zaměstnání
- budu nezaměstnaný

- budu moci plnit naplno svou roli v rodině
- B)** nebudu moci plnit naplno svou roli v rodině

- budu se moci věnovat svým aktivitám, zálibám
- C)** nebudu se moci věnovat svým aktivitám, zálibám

- jiné

18. Jaké nejčastější obavy pociťujete v souvislosti s operací srdce? (je možné zaškrtnout 1 až 3 možnosti, každou označenou možnost ohodnoťte dle důležitosti 1–3: ① nejdůležitější, ② méně důležité, ③ nejméně důležité)

- úzkost z neznámého prostředí ① ② ③
- strach z operace samotné ① ② ③
- strach z bolesti ① ② ③
- strach z ošetrovatelské péče po operaci srdce ① ② ③

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> nejistota z budoucnosti | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> strach ze ztráty rolí v rodině | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> strach ze změny zaměstnání (finanční situace) | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> samota – odloučení od svých blízkých | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> strach z jizvy na hrudi po operaci srdce | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> strach ze smrti | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> jiné..... | ① | ② | ③ |

19. Kdo Vám nejvíce pomáhá zvládat Vaše pocity, obavy v souvislosti s operací srdce?

- sestra
- lékař
- rodina
- přátelé
- zvládám to sám
- jiné.....

20. Jaké oblasti potřeb máte (měl/a jste) nejméně uspokojeny před operací srdce ze strany ošetřovatelského personálu?

- z oblasti vyprazdňování, výživy, spánku, aktivity (pohybu), hygieny, dýchání...
- z oblasti pocitu ochrany, důvěry ze strany zdravotníků, rodiny, přátel
- z oblasti blízkosti a lásky rodiny, přátel, zdravotníků
- z oblasti respektu a uznání ze strany zdravotníků
- z oblasti realizování svých vlastních schopností, činností, aktivit, dobrého pocitu z každého pokroku po operaci srdce

21. Můžete prosím v krátkosti upřesnit Vaši odpověď, kterou jste uvedl/a v předešlé otázce?

.....
.....
.....
.....

22. Jaké oblasti potřeb máte nejméně uspokojeny po operaci srdce ze strany ošetrovatelského personálu? (**odpovídají jen pacienti, kteří jsou již po operaci srdce**)

- z oblasti vyprazdňování, výživy, spánku, aktivity (pohybu), hygieny, dýchání...
- z oblasti pocitu ochrany, důvěry ze strany zdravotníků, rodiny, přátel
- z oblasti blízkosti rodiny, přátel, zdravotníků
- z oblasti respektu a uznání ze strany zdravotníků
- z oblasti realizování svých vlastních schopností, činností, aktivit, dobrého pocitu z každého pokroku po operaci srdce

23. Můžete prosím v krátkosti upřesnit Vaši odpověď, kterou jste uvedl/a v předešlé otázce?

.....
.....
.....
.....

24. Věnují Vám sestry potřebnou psychosociální podporu (týkající se Vaší psychické a sociální podpory) v době hospitalizace?

- ano
- spíše ano

- spíše ne
- ne

25. Myslíte si, že jste selhal/a v očích rodiny (zázemí) kvůli onemocnění srdce a cév a následné operaci?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

26. V jaké oblasti si myslíte, že jste selhal/a vůči rodině (zázemí)? **(odpovídají jen pacienti, kteří v předchozí otázce uvedli možnost ano / spíše ano, je možné zaškrtnout 1 až 3 možnosti, každou označenou možnost ohodnoťte dle důležitosti 1–3: ① nejdůležitější, ② méně důležité, ③ nejméně důležité)**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> neplnění svých rolí v rodině | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> finanční nejistota | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> nejistá budoucnost | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> omezení vztahů s rodinou | ① | ② | ③ |
| <input type="checkbox"/> jiné..... | ① | ② | ③ |

27. Může Vám rodina (zázemí) v době Vaší hospitalizace poskytnout podporu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

28. Jsou Vaše očekávání pomoci a podpory ze strany rodiny (zázemí) naplněny? **(odpovídají jen pacienti, kteří v předchozí otázce odpověděli ano / spíše ano)**

- ano
- spíše ano

spíše ne

ne

29. Pokud jste v otázce č. 27 **odpověděl/a možnost ne / spíše ne**, kdo Vám potřebnou podporu může poskytnout?

.....

.....

.....

.....

30. Myslíte si, že Vaše psychická pohoda je závislá na podpoře rodiny (zázemí) v době rekonvalescence?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

31. Způsobilo Vaše onemocnění a následná operace srdce zásadní změny v životě Vaší rodiny (zázemí)?

ano, k lepšímu (utužení vztahu, lásky, potřebnost druhého partnera)

ano, k horšímu (nejistota, napětí, stres, nevyrovnanost...)

ne, nedošlo k žádné změně

32. Věříte, že Vám kardiologická operace pomůže se zpět zapojit do běžného života jako před vznikem zdravotních problémů, které vedly k operaci srdce?

ano

spíše ano

spíše ne

ne

Pokud existuje ještě něco, co byste mi chtěli sdělit ohledně Vašich pocitů, obav a pohledu na kardiochirurgickou operaci, využijte prosím tuto možnost.

.....

.....

.....

.....

.....

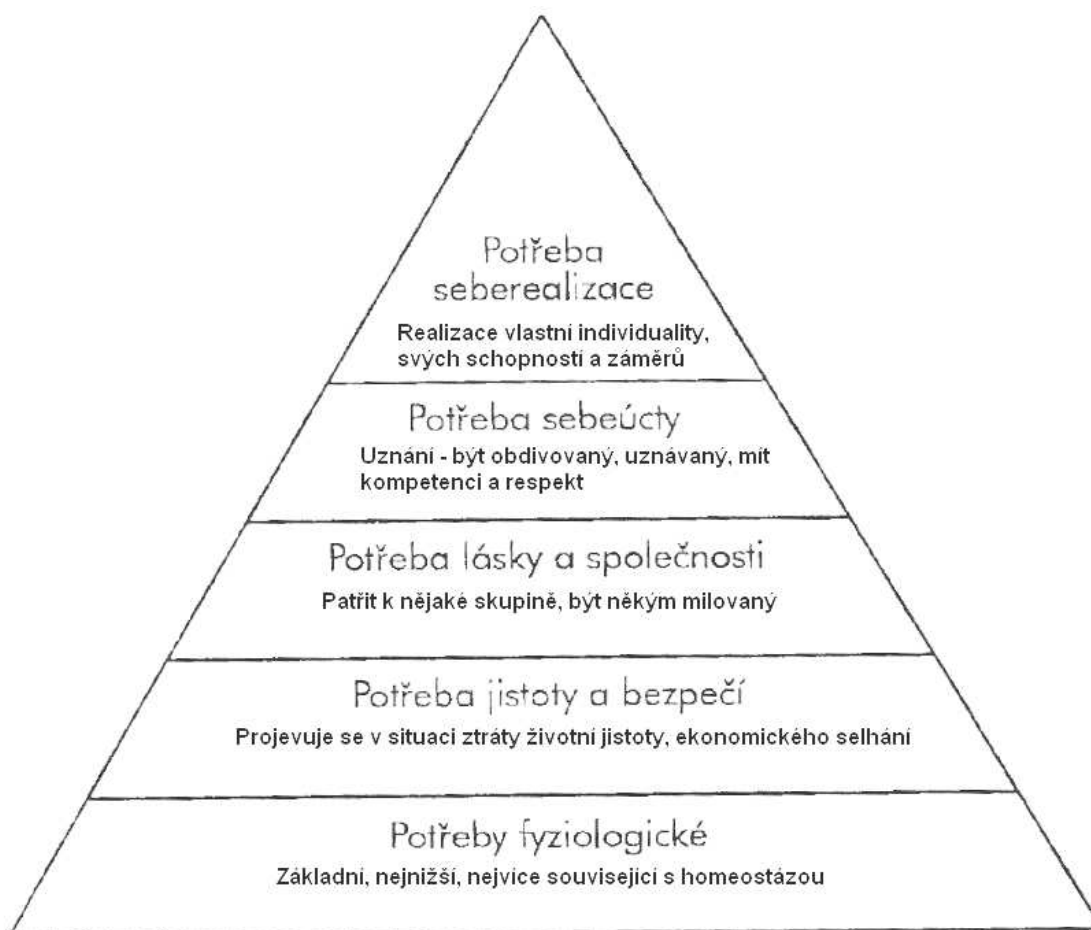
.....

.....

.....

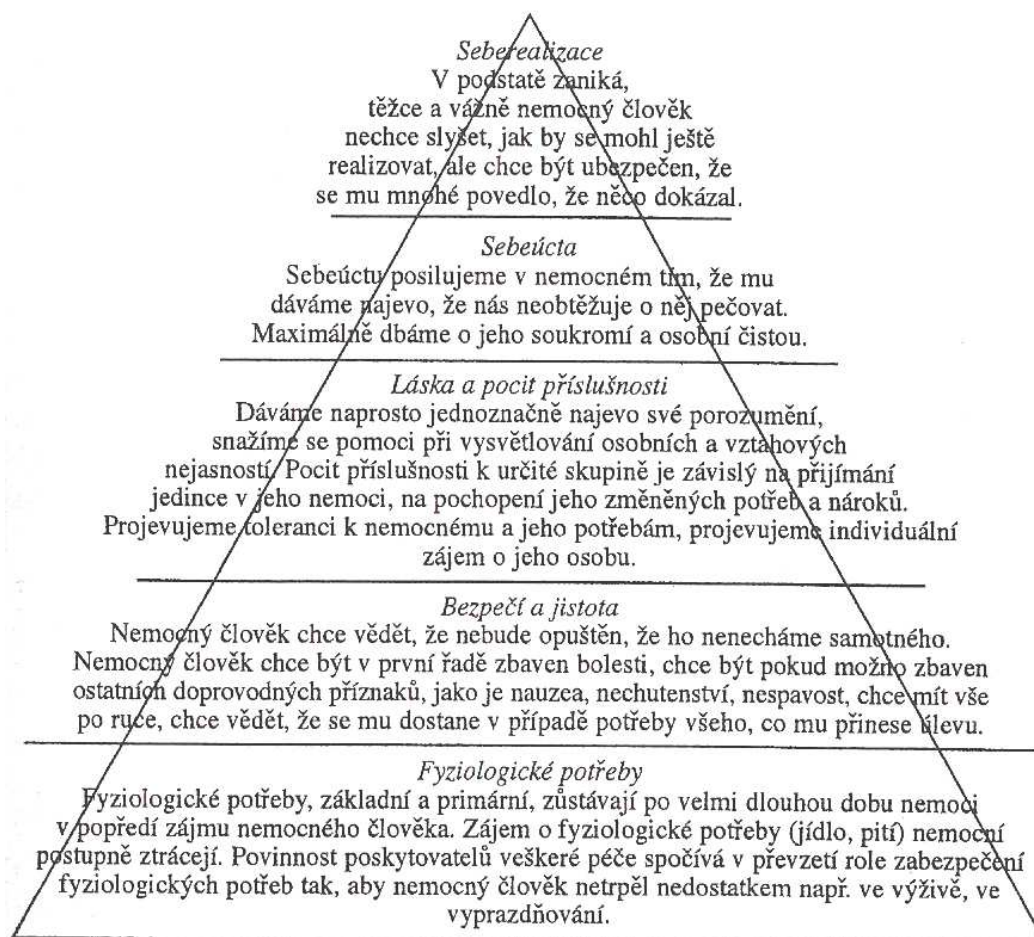
Převzato z: Vlastní zdroj

Příloha 2



Převzato z: FARKAŠOVÁ, D., a kol. *Ošetřovatelství – teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. s. 63. ISBN 80-8063-227-8.

Příloha 3



Převzato z: ŠAMÁNKOVÁ, M., a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. s. 61. ISBN 80-246-1091-4.