

PROSÍM VYŘADIT

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

**PROSÍM NAHRADIT ZADÁNÍM BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
S PODPISY A RAZÍTKEM**

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Dagmar Šloufová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Dagmar Šloufová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**ROZDÍL V KVALITĚ ŽIVOTA U PACIENTŮ PŘED A PO
KATETRIZAČNÍ IMPLANTACI AORTÁLNÍ CHLOPNĚ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Ivo Bernat PhD.

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23.3.2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Ivo Bernatovi za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji Mgr. Zuzaně Lavičkové za poskytování odborných rad. Také děkuji vybraným pacientům za ochotu a spolupráci při prováděných rozhovorech. A v neposlední řadě Fakultní nemocnici Plzeň za umožnění výzkumného šetření.

Anotace

Příjmení a jméno: Šloufová Dagmar

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Rozdíl v kvalitě života u pacientů před a po katetrizační implantaci aortální chlopně

Vedoucí práce: MUDr. Ivo Bernat PhD.

Počet stran – číslované: 81

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 24

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: aortální chlopně – stenóza – ošetrovatelská péče – katetrizační implantace - kvalita života – kvalitativní výzkum

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá rozdílem v kvalitě života pacientů před a po katetrizační implantaci aortální chlopně. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou.

Teoretickou část jsem začala základní anatomií. Poté jsem popsala onemocnění srdečních chlopní, jejich diagnostiku a projevy. Seznámila jsem s možnostmi chlopenních náhrad. Porovnála chirurgický a katetrizační výkon v rámci výměny aortální chlopně. Rozdělila ošetrovatelskou péči do třech oblastí – předoperační, perioperační a pooperační. A závěrem jsem se věnovala pojmu „kvalita života“.

Cílem praktické části bylo na základě provedeného výzkumného šetření zmapovat život kardiologických pacientů před a po perkutánní implantaci aortální chlopně. Z metod výzkumného šetření jsem použila kvalitativní výzkum a provedla rozhovory s cíleně vybranými respondenty. Byla oslovena jedna žena a jeden muž. Z výsledků vyplývá, že kvalita života pacientů je po výkonu na mnohem vyšší úrovni než před výkonem.

Annotation

Surname and name: Šloufová Dagmar

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Different quality of life in patients before and after transcatheter aortic valve implantation

Consultant: MUDr. Ivo Bernat PhD.

Number of pages – numbered: 81

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 24

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 27

Keywords: aortic valve - stenosis - nursing care - transcatheter implantation - quality of life - research of quality

Summary:

The aim of this Bc work is to analyze differences in quality of patient's life before and after transcatheter aortic valve implantation. The work is divided to theoretical and practical part.

Theoretical part starts with basic anatomy. Then diagnosis and symptoms of valve diseases and types of their replacements are described and surgical versus transcatheter procedures are compared. Nursing care is divided into pre-, peri- and postoperative parts and finally the term „quality of life“ is discussed.

In practical part types and degrees of limitations in patients before and after transcatheter aortic valve implantation were analysed with the use of qualitative research and interviews with one woman and one man. Based on these results it is possible to summarize that quality of life after this type of aortic valve replacement is much more higher than before the procedure.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE	13
1.1 Srdce	13
1.2 Srdeční chlopně.....	14
1.2.1 Aortální chlopeň	15
1.2.2 Pulmonální chlopeň	15
1.2.3 Mitrální chlopeň	15
1.2.4 Trikuspidální chlopeň.....	16
2 TYPY CHLOPENNÍCH VAD A JEJICH PŘÍČINY.....	17
2.1 Aortální stenóza	17
2.2 Aortální regurgitace	18
2.3 Pulmonální stenóza	19
2.4 Pulmonální regurgitace	19
2.5 Mitrální stenóza	20
2.6 Mitrální regurgitace	21
2.7 Trikuspidální stenóza.....	22
2.8 Trikuspidální regurgitace.....	23
3 MOŽNOSTI CHLOPENNÍCH NÁHRAD	24
3.1 Biologické chlopně	24
3.2 Mechanické chlopně	25
4 LÉČBA VÝZNAMNÉ AORTÁLNÍ STENÓZY.....	27
4.1 Chirurgická náhrada chlopně	27
4.2 Implantace aortální chlopně pomocí katétru.....	28
5 SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE	30
5.1 Předoperační ošetrovatelská péče	30
5.2 Intraoperační ošetrovatelská péče	31
5.3 Pooperační ošetrovatelská péče	32
6 KVALITA ŽIVOTA.....	34
6.1 Definice kvality života.....	34
6.2 Měření kvality života	35
6.3 Objektivní versus subjektivní kvalita života.....	36
6.4 Hodnocení kvality života pacientů s kardiovaskulárními chorobami.....	37

PRAKTICKÁ ČÁST	39
7 METODIKA PRÁCE	39
7.1 Kvalitativní výzkum	39
7.2 Formulace problému	41
7.3 Cíle výzkumu	42
7.4 Druh výzkumu a výběr metodiky	43
7.4.1 Metoda	43
7.4.2 Výběr případu	43
7.4.3 Způsob získávání informací	44
7.5 Organizace výzkumu	44
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	46
8.1 První rozhovor	46
8.2 Druhý rozhovor	62
9 DISKUZE	77
ZÁVĚR	80
LITERATURA A PRAMENY	82
SEZNAM ZKRATEK	85
SEZNAM OBRÁZKŮ	86
SEZNAM PŘÍLOH	87

ÚVOD

Aortální stenóza je v současné době nejčastější chlopenní vadou. Vyskytuje se hlavně u starších pacientů, kteří jsou většinou polymorbidní. Dříve bylo jediným a standardním řešením chirurgický výkon, který ovšem pro tyto pacienty sebou nesl vysoké riziko komplikací.

Perkutánní implantace aortální chlopně neboli „TAVI“ se v našem Kardiocentru Fakultní nemocnice Plzeň, kde pracuji jako všeobecná sestra na Kardiologické jednotce intenzivní péče, provádí od roku 2012.

Před indikací k implantaci musí pacient podstoupit požadovaná vyšetření. I u tohoto výkonu existují kontraindikace. Kontraindikovány jsou například pacienti, u kterých byla zjištěna ejekční frakce levé komory pod 20% nebo přítomnost síňového či komorového trombu. Jestliže je pacient vhodný k implantaci aortální chlopně perkutánně, výkon se provádí na našem katetrizačním sále ve spolupráci s kardiochirurgickým týmem.

Po výkonu je pacient sledován na naší kardiologické jednotce intenzivní péče, je nutná rozsáhlá pooperační monitorace a péče.

Toto téma jsem si vybrala, protože metoda v naší republice patří k nejnovějším a v naší nemocnici je zatím spíše v počátcích. Je velmi důležitá i z hlediska kvality života těchto pacientů. Jedná se o minimálně invazivní metodu a to značně usnadňuje pacientům rekonvalescenci a opětovný návrat do plnohodnotného života.

Výkon se provádí za účelem zlepšení kvality a délky života.

O kvalitě života se dnes v souvislosti se zdravotnictvím hodně mluví. Každý z nás ji ale chápe jinak, protože jsou pro něj důležité jiné hodnoty než pro ostatní. Ale základní oblasti jsou pro každého stejné: fyzická, psychická, sociální a spirituální kvalita života. Nejdůležitější je schopnost vést normální život, být šťastný a spokojený. Dále následuje dosažení stanovených cílů, tělesná a mentální kapacita na dobré úrovni, sociální uplatnění ve společnosti.

V mé bakalářské práci bych chtěla poukázat na to, na jak vysoké úrovni je tato metoda a jak dokázala zvýšit životní úroveň pacientů, kteří ji podstoupili.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE SRDCE

1.1 Srdce

Srdce je dutý svalový orgán, který pod tlakem pohání krev v oběhu krevním tím, že rytmicky smršťuje a ochabuje. Systola je stah srdce. Diastola je ochabnutí – uvolnění stahu. Uvnitř srdce jsou mechanická zařízení – chlopně srdeční, které jsou upraveny tak, že při systole je krev vržena do tepen, při diastole je zabráněno zpětnému proudění a krev ze žil je nasávána do srdce. Vedle srdce se na pohonu krve účastní i tepny, část z nich schopností stahu své stěny, část pružností stěny, a žíly úpravou svých chlopní, které dovolují jen jednosměrný tok krve. (Sovová a Jukl,2005,s.12-13)

Srdce dospělého člověka má hmotnost 230 až 340 g. Hmotnost srdce závisí na objemu srdeční svaloviny, který se zvětšuje také podle množství a intenzity dlouhodobé svalové práce člověka. (Špinar a Vítovec,2007,s.13-14)

Srdce je uloženo v mediastinu, za sternem, svou jednou třetinou je vpravo od střední čáry, dvěma třetinami vlevo od střední čáry. Otisk srdce, prostřednictvím obalu srdce – perikardu – je patrný na obou plicích. Prostřednictvím perikardu nasedá srdce na bránici.

Srdce je uloženo v obalu zvaném perikard – osrdečník. Dutina perikardu obsahuje malé množství serosní tekutiny. Osrdečník má dva listy : lamina parietalis – nástěnný list – je tenká, lesklá, jednovrstevným plochým epitelem krytá blána, pokrývající vnitřní, k srdci přivrácený povrch dutiny perikardu. Vnitřní list lamina visceralis – epikard je srostlý s povrchem srdce, tvoří lesklý povrch srdeční stěny. Na stěně srdeční se rozeznávají tři vrstvy : endokard - tenká lesklá blána vystylající nitro srdce, myokard - svalová vrstva tvořená příčně pruhovanou svalovinou srdeční a epikard - serosní povrchový povlak srdeční stěny. (Čihák, 2004, s.10-14)

Srdce jako celek má tvar nepravidelného kužele s bazí obrácenou dozadu vzhůru a s hrotem směřujícím dopředu dolů a doleva. Baze srdeční – je kraniální širší část, kde jsou uloženy předsíně srdeční a kde do předsíní vstupují velké žíly a z komor vystupují hlavní tepny – aorta a plicnice.

Hrot srdeční – zaobleného tvaru – je na komorové části srdce, směřuje doleva dolů vpřed a jeho úder může být hmatný vlevo v 5. mezižebří.

Srdce je uloženo šikmo, podélná osa srdce probíhá zprava shora zezadu nalevo dolů dopředu. (Čihák, 2004, s.15)

1.2 Srdeční chlopně

Lidské srdce je po bezchybném dokončení embryonálního vývoje skvěle vytvořeným čerpacím orgánem se dvěma funkčními jednotkami. Čtyři srdeční chlopně – ventily – jsou nezbytnou součástí tohoto celku. Morfologie srdečních chlopní si vyžaduje obdiv pro dokonalou funkci a trvanlivost. Nejen vlastní architektura srdečních chlopní, ale i jejich vzájemné úsporné uložení v centru srdce a spirálovité zaklínění výtokových traktů a velkých tepen je z pohledu technického uspořádání mimořádně kompaktním řešením. Pro kardiologa je nezbytná dobrá znalost prostorových vztahů mezi srdečními chlopněmi a ostatními srdečními komponenty.

Čtyři srdeční chlopně jsou z topografického a funkčního pohledu uloženy v pravostranných srdečních oddílech (trikuspidální a pulmonální) a levostranných srdečních oddílech (mitrální a aortální). Z morfologického hlediska se srdeční chlopně dělí na dvě atrioventrikulární (mitrální a trikuspidální) a dvě semilunární (pulmonální a aortální). Chlopně mají za normálních okolností své typické umístění a vztah k centrálnímu fibróznímu srdečnímu skeletu. Neméně důležitý je jejich vztah k převodnímu systému a věnitým tepnám. (Dominik a Žáček,2008,s.23; Kolář et al.,2003,s.22)

1.2.1 Aortální chlopeň

Aortální chlopeň (viz obr. 1) uložená na konci výtokového traktu levé komory je tvořena funkčním komplexem tří poloměsíčitých cípů a k nim přiléhajících Valsalvových sinů. Valsalvovy siny jsou označeny podle odstupujících věnčitých tepen jako levý koronární, pravý koronární a nekoronární. Cípy chlopně v diastole vzájemně centrálně koaptují a tomu odpovídá mírné fibrózní ztlustění uprostřed okraje každého cípu. Naopak blízko komisur se cípy ztenčují a často obsahují i drobné fenestrace. Aortální chlopeň nemá anatomicky definovaný anulus, vlastní linie úponu cípů je poloměsíčitě zvlněná s nejvyššími body v místě styku se sousedními cípy a nejnižším bodem uprostřed vzdálenosti mezi oběma komisurami. Přechod aortálního kořene s vyklenujícími se Valsalvovými siny do rovného tubulárního úseku vzestupné aorty se nazývá sinotubulární junkce. Průměr aorty v oblasti úponu aortální chlopně a sinotubulární junkce jsou významnými údaji charakterizujícími geometrii aortálního kořene i patologické odchylky.

Aortální chlopeň je uložena v centru srdce a má intimní vztah k ostatním srdečním dutinám. V oblasti nekoronárního a levého koronárního cípu aortální chlopeň přímo souvisí s oběma fibrózními trigony srdečního skeletu a přes něj s předním cípem mitrální chlopně. (Dominik a Žáček, 2008, s.25-29)

1.2.2 Pulmonální chlopeň

Z pulmonální chlopně nejsou odstupující věnčitých tepen. Je uložena na konci výtokového traktu pravé komory. Skládá se ze tří semilunárních cípů a sinů, má obdobnou morfologii jako aortální chlopeň. Cípy označujeme jako pravý, levý a přední. (Dominik a Žáček, 2008, s.35)

1.2.3 Mitrální chlopeň

Mitrální chlopeň je dvojcípá chlopeň mezi levou síní a levou komorou. Chlopeň se skládá z většího předního a menšího zadního cípu. Aby chlopeň správně domykala je nutná široká zóna koaptace obou cípů.

Funkce chlopně je závislá na stavu cípů, ale i na dalších komponentách : závěsném aparátu chlopně, správné geometrii levé komory, papilárních svalech. Část anulu mitrální chlopně je ukotvena ve fibrózním srdečním skeletu a přímo souvisí s aortální chlopní. Klinicky významné je i sousedství ramus circumflexus levé koronární tepny. (Dominik a Žáček, 2008, s.29-30)

1.2.4 Trikuspidální chlopeň

Trikuspidální chlopeň se skládá z předního, zadního a septálního cípu. Nachází se mezi pravou síní a pravou komorou. Šlašinky ji upínají k přednímu a mediálnímu papilárnímu svalu. Přední cíp je největší a zadní nejmenší. V blízkosti septálního cípu se nachází atrioventrikulární uzel převodního systému a průnik Hisova svazku. Anteroseptálně je blízko aortální chlopně, z hlediska zadního cípu je to pravá koronární tepna. (Dominik a Žáček, 2008, s.34)

2 TYPY CHLOPENNÍCH VAD A JEJICH PŘÍČINY

Chlopenní vada znamená, že nefunguje správně jedna nebo více chlopní. Chlopenní onemocnění můžeme rozdělit na vrozené a získané vady. Vrozené vady nejčastěji nacházíme na aortální a pulmonální chlopni. Získané chlopenní vady vznikají v průběhu života a postihují hlavně aortální a mitrální chlopeň. Důsledkem těchto vad je nedostatečné otevření nebo naopak uzavření ventilu. Srdce má omezené přečerpávací schopnosti a je celkově přetěžováno. Podle principu chlopenní vady rozlišujeme na: regurgitaci – zpětný tok způsobený nedostatečným uzavřením chlopně a stenózu – zúžení způsobené nedostatečným otevřením chlopně.

Některé chlopenní vady mohou zůstat dlouho bez povšimnutí. Je možnost, že s ní člověk prožije celý život bez obtíží. Pokud to není tento případ, dochází ke zvyšování závažnosti vady a rozvíjí se příznaky. Není-li léčena, může vést k srdečnímu selhání, embolii až srdeční zástavě.

Základní příznak u tohoto onemocnění je srdeční šelest. Ne každý šelest, ale musí provázet chlopenní vadu. K dalším příznakům patří: bolest na hrudi, otoky nohou, dušnost, závratě, ztráta vědomí.

Nejlepší diagnostikou tohoto onemocnění je echokardiografie – transthorakální či jícnová. Léčba byla dosud pouze chirurgická. Při tomto typu výkonu je buď chlopeň kompletně vyměněna nebo pouze opravena stávající. V současnosti lze již v některých případech řešit onemocnění chlopně i katetrizačně. (Štejfa et al.,2007,s.36; Fiala et al.,2009, s.24)

2.1 Aortální stenóza

Aortální stenóza může být vrozenou vadou nebo je důsledkem revmatické horečky či degenerativní změny chlopně s kalcifikacemi. Ve většině případů jsou postiženi muži. Tato stenóza znamená překážku toku krve do aorty, což vede k vysokému tlaku v levé komoře a k hypertrofii levé komory. Ta není adekvátně prokrvována a vzniká subendokardiální

ischemie. Při zhoršení této vady se objevují bolesti na hrudi, dušnost a synkopy při námaze. Poslechově se objevuje systolický šelest s maximem nad aortou, může propagovat do jugula a karotid. Pacient má slabě hmatný a pomalu narůstající puls. Na elektrokardiografii (dále jen EKG) jsou zřejmé známky hypertrofie levé komory. Tento obraz nacházíme i na rentgenu srdce a plic. Nejlépe zhodnotíme morfologii chlopně při echokardiografii. Závažnost vady stanovíme i dopplerometricky. Před operací provádíme katetrizaci ke zhodnocení koronárního řečiště a k upřesnění výsledku echokardiografie při dysfunkci levé komory. (Sovová a Sedlářová, 2014, s.46)

Léčba je zpravidla chirurgická, provádí se náhrada aortální chlopně. Je indikována u symptomatických pacientů, u kterých je plocha ústí chlopně menší než $1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ povrchu nemocného (norma $2,5 - 3,5 \text{ cm}^2/\text{m}^2$) a střední gradient na chlopni větší než 50 mmHg. (Štejfa et al., 2007, s.38).

Asymptomatický průběh těžké aortální stenózy se lze ověřit zátěžovým testem. Jestliže je pozitivní a tím vzniká indikace k operaci, objeví se pokles krevního tlaku, arytmie nebo ischemie během testu. Zcela bezpříznakoví pacienti se operují pouze v případě, že podstupují jinou kardiochirurgickou operaci. (Dominik a Žáček, 2008, s.101)

2.2 Aortální regurgitace

Aortální regurgitaci způsobuje poškození chlopně degenerativními změnami, traumatem, revmatickou horečkou a často infekční endokarditidou. Můžeme ji dělit na akutní a chronickou.

Akutní je vyvolaná nejčastěji infekční endokarditidou. Návratem krve z aorty nedomykavou chlopní v diastole do levé komory dochází ke zvýšení tlaku v levé komoře a následně v levé síni. Mitrální chlopeň je otevřena kratší dobu, tím se snižuje ejekční frakce, vzniká tachykardie a někdy i hypotenze, zvyšuje se i tlak v plicních žilách a pacient je ve stavu akutního selhání.

Chronická regurgitace je kompenzována levou komorou, zvětšuje se její objem a dochází k hypertrofii stěny. Tato regurgitace má ze všech chlopenních vad největší objem na konci diastoly a největší levou komoru. Tato regurgitace je po dlouhou dobu dobře

snášena a nemocný je obvykle plně výkonný. První potíže jsou již pozdním příznakem. Nemocný je dušný a má stenokardie při námaze, synkopy jsou méně časté. Nemocný má tepenný puls mrštný a velmi dobře hmatný. Na elektrokardiografii (dále jen EKG) přetrvává sinusový rytmus do pozdních stadií nemoci. Prvním příznakem zhoršené funkce levé komory jsou komorové arytmie. Echokardiografie zhodnotí velikost regurgitace, posoudí funkci levé komory, jinou možnou vadu a plicní hypertenzi. Dopplerovské vyšetření zjistí rozsah a závažnost regurgitace. U mladších pacientů toto postačuje k indikaci ke kardiochirurgickému výkonu. U pacientů starších 40 let nebo u těch, co trpí syndromem anginy pectoris, je nezbytná srdeční katetrizace k zobrazení koronárního řečiště. (Štejska et al., 2007, s.39; Vojáček a Kettner, 2009, s. 22)

2.3 Pulmonální stenóza

Pulmonální stenóza je skoro vždy vrozené etiologie. Pokud je stenóza hemodynamicky významná, je již v dětství vyřešena perkutánní balonkovou valvuloplastikou. Získané pulmonální stenózy jsou sice v literatuře uváděny, ale vyskytují se pouze vzácně a indikace k operaci jsou tedy raritní. Setkáme-li se s vrozenou pulmonální stenózou v dospělosti, jde o vadu dosud neléčenou nebo nedostatečně uvolněnou stenózu perkutánně či chirurgicky. Dospělí pacienti jsou indikováni k perkutánní balonkové valvuloplastice, i když jsou asymptomatictí a mají vrcholový gradient vyšší než 50 mmHg. Pokud není intervence možná, je nutné chirurgické řešení. (Dominik a Žáček, 2008, s.321)

2.4 Pulmonální regurgitace

Pulmonální regurgitace má také z velké míry vrozenou etiologii. Jedná se o regurgitaci, která vznikla po chirurgické nebo balonkové valvulotomii vrozené stenózy. Nejčastěji ovšem vzniká po radikální operaci Fallotovy tetralogie v dětství. Regurgitace pulmonálního ústí se na začátku dobře snáší, ale je-li významná a trvá mnoho let, nastává dysfunkce pravé komory a rozvoj trikuspidální regurgitace. Měla by být včas indikována

chirurgická léčba, než dojde k pravostrannému srdečnímu selhání a nezvratné dysfunkce pravé komory. Je žádoucí nahradit pulmonální chlopeň bioprotézou či alografterem. (Dominik a Žáček, 2008, s.276; Sovová a Sedlářová, 2014, s.40)

2.5 Mitrální stenóza

Mitrální stenóza má svou dominantní etiologii a tou je revmatické postižení, literatura uvádí skoro 98% případů. Poměr žen k mužům je 2:1. Tato vada se projeví ve vyšším věku, jelikož na začátku je středně významná. Nasedá na ni degenerativní proces a ten z této vady udělá vadu významnou. Chlopeň je značně kalcifikovaná. Starší pacienti mají k této stenóze již i ischemickou chorobu srdeční. Mezi další méně obvyklé příčiny patří například mykotická endokarditida nebo karcinoid.

U cca 25-30% nemocných, kteří trpí mitrální stenózou dochází k rozvoji systolické dysfunkce levé komory. Příčinou je porevmatické postižení myokardu levé komory, dlouhodobé nedotížení levé komory při mitrální obstrukci.

U pacientů se objevuje dušnost při běžné činnosti a významným zlomem bývá vznik fibrilace síní. Fibrilace síní s dilatací levé síně zvyšují riziko embolizační příhody, kterou prodělá až 20% pacientů. Embolizace se může objevit i u pacientů se zachovalým sinusovým rytmem, pokud je stenóza významná. Ve stadiu NYHA III-IV přežívá 10 let méně než 15% pacientů. Nejdůležitějším fyzikálním vyšetřením je auskultace. Nejlépe se poslouchá na hrotě srdečním a pacient leží na levém boku. Rentgenový obraz závisí na typu a stupni mitrální vady. Stenóza bez významnější plicní hypertenze se projevuje zvětšením stínu levé síně. Pokročilejší stenóza vede k rozšíření stínu truncus pulmonalis a ke změněné plicní kresbě: od známek městnání až po známky chronického plicního městnání. EKG nález není specifický pro tuto vadu. Echokardiografie popisuje významnost stenózy. Většina pacientů je indikována k chirurgickému řešení na základě echokardiografie a selektivní koronarografie. Medikace u těchto pacientů je z velké části symptomatická, jsou důležitá diuretika ke kontrole plicního městnání a antibiotická léčba jako prevence infekční endokarditidy a revmatické horečky. Pacienti, kteří již mají fibrilaci síní, mají trvale účinnou antikoagulační léčbu. (Kölbel et al., 2011, s.56-57; Čerbák,2007, s.74-82)

2.6 Mitrální regurgitace

Mitrální regurgitace je vadou nejkomplicovanější. Systolická dysfunkce levé komory je ireverzibilní, proto je vadou záluďnou a velice problematickou. Rozdělujeme ji na primární a sekundární. Primární je způsobena postižením systému mitrální chlopně. Sekundární je způsobena remodelací levé komory, poruchou geometrie levé komory srdeční. Vadu můžeme rozlišit i podle rychlosti vzniku na akutní a chronickou. Dle etiologie na ischemickou a neischemickou.

Tato regurgitace při plném rozvinutí zatěžuje obě srdeční komory a levou síň. Chronická mitrální regurgitace způsobuje hypertrofii levé komory, ta je skoro vždy ireverzibilní. Vznikne-li ještě před operací systolická dysfunkce levé komory, nedá se zvrátit. Proto pacienti musí být operováni ještě před rozvojem systolické dysfunkce levé komory. Dle adaptace srdce na chronickou mitrální regurgitaci jsou projevovány symptomy. Tyto symptomy se bohužel objevují až v pokročilé fázi onemocnění a je to hlavně únava a dušnost z nízkého minutového srdečního výdeje, otoky dolních končetin, nechutenství. Opakem jsou nemocní s malou a tuhou levou síní, tam je problémem postkapilární plicní hypertenze a s tím spojené zatížení pravé komory. Toto je prognosticky nepříznivý faktor.

U pokročilé regurgitace stejně jako u stenózy se často objevuje fibrilace síní. I zde je spojena s rizikem embolizace, které je menší než u mitrální stenózy, ale antikoagulační léčbu přesto podáváme. Nejdůležitější fyzikální vyšetření je auskultace. Je slyšet šelest s maximem na hrotě srdečním, nejčastěji propaguje do axily. Na rentgenovém vyšetření je nejdůležitější rozsah plicní kongesce a známky pokročilé plicní hypertenze. EKG vyšetření je přínosné až u terminálních stádií, kde jsou časté komorové extrasystoly či běhy komorové tachykardie. V klinické praxi je nejkvalitnější metodou echokardiografie (dále jen ECHO). Významná dle ECHO je vada, která má regurgitační objem větší než 60 ml a regurgitační otvor o velikosti 40 mm² a více. Ischemická mitrální regurgitace je významnější vada a tak jsou zde kritéria přísnější, prognóza je horší. Dle echokardiografie posuzujeme funkci a velikost levé komory srdeční, významnost plicní hypertenze, funkci pravé komory a trikuspidální regurgitaci.

Z invazivní diagnostiky se dnes většinou provádí selektivní koronarografie nebo lze použít levostranná ventrikulografie.

Farmakologická léčba se u různých nemocných liší. Vazodilatační léčbu používáme u dilatace mitrálního anulu. Pokud se jedná o prolaps mitrální chlopně, je tato léčba nevhodná. Betablokátory i ACE inhibitory jsou dle experimentálních dat nevhodné. Jako symptomatickou léčbu užíváme diuretika a digitalis. Samozřejmě je zde také důležitá prevence infekční endokarditidy.

Pacienti s významnou mitrální regurgitací a NYHA (New York Heart Association) II-IV nebo se systolickou dysfunkcí levé komory jsou indikováni k chirurgické léčbě. Pacienti s dysfunkcí levé komory jsou problematičtí, jelikož dysfunkce je nezvratná a chirurgické řešení je někdy kontraindikováno. Chirurgická léčba znamená implantaci chlopenní náhrady nebo plastiku mitrální chlopně s implantací prstence do mitrálního anulu, tato metoda je považována za vhodnější. Nemocní se systolickou dysfunkcí pravé komory mají horší pooperační prognózu. Konzervativně se zatím doporučuje postupovat u pacientů s normální systolickou funkcí levé komory srdeční, sinusovým rytmem, bez plicní hypertenze, asymptomatictí a normální systolickou funkcí pravé komory. Tito pacienti docházejí na pravidelné klinické a echokardiografické kontroly po šesti měsících. (Kölbl et al., 2011, s.58-62; Kolář et al.,2003, s.24-28)

2.7 Trikuspidální stenóza

Trikuspidální stenóza je onemocnění revmatického původu, méně často při karcinoidu, je poměrně vzácné. Pouze ojediněle je vrozená. Z klinického obrazu se zde vyskytuje známka pravostranného městnání – zvýšená náplň krčních žil, otoky dolních končetin, hepatomegalie s pulsací jater, ascites, známky nízkého srdečního výdeje (dušnost a únava). Z hlediska fyzikálního vyšetření je zřejmá pulsace krčních žil, pokud má pacient sinusový rytmus. Echokardiografie je i zde nejkvalitnější diagnostickou metodou. Hemodynamicky významná stenóza má střední gradient 5 mmHg a více, trikuspidální ústí 1,5 cm² a méně. U symptomatických stenóz je řešením chirurgická léčba – náhrada chlopně umělou chlopní. (Kölbl et al., 2011, s.60-61)

2.8 Trikuspidální regurgitace

Za nejčastější pravostrannou chlopenní vadu označujeme trikuspidální regurgitaci. Tato vada je především sekundární vadou, vzniklá v důsledku postižení pravé komory. Příčinou je objemové či tlakové přetížení pravé komory nebo poškození myokardu u ischemické choroby srdeční, u kardiomyopatie. Z velké míry se jedná o sekundární poškození. Méně časté jsou primární příčiny, mezi které patří revmatické postižení, endokarditida u intravenózních narkomanů. Může vzniknout také na podkladě iatrogenním. U pacientů s kardiostimulátorem a defibrilátorem to může být elektroda jdoucí do pravé komory a odtlačující cíp trikuspidální chlopně. Pravá komora postupně dilatuje a zhoršuje svoji funkci.

Vada je většinou dlouhodobě tolerována a další vývoj závisí na primární příčině. U sekundární regurgitace také záleží na příčině vady a ta určuje další vývoj, zde je však nepříznivým prognostickým faktorem. Když provádíme anamnézu, pátráme po příznacích nechutenství, malé výkonnosti, celkové únavy a otocích dolních končetin. Je přítomen systolický šelest za dolní částí sternu. Elektrokardiografie nemá specifické známky. Až u dilatace pravé síně se vyskytují síňové arytmie. Echokardiografie je zde opět velice výnosné vyšetření – popisuje morfologii trikuspidální chlopně, funkci pravé komory, plicní hypertenzi a významnost vady. Může odhalit i další srdeční patologie. Z hlediska invazivního vyšetření se provádí hemodynamické měření plicní hypertenze, tlaku v pravé síni a plicního tlaku pravé komory. Angiografie pravé komory se neprovádí.

Farmakologická léčba je zde opět symptomatická a spočívá v podávání kalium šetřících diuretik na základě pravostranného městnání. Pokud vznikne fibrilace síní, kontrolujeme komorovou frekvenci. Prevence infekční endokarditidy se rutinně neprovádí. Chirurgická léčba je indikována u středně významné a významné regurgitace jako součást jiného kardiochirurgického výkonu. Izolovaný výkon je indikovaný u symptomatické trikuspidální regurgitace primární. Pokud je možnost, provádí se pouze plastika trikuspidální chlopně, hlavně u pacientů s plicní hypertenzí. Druhé řešení je náhrada chlopně bioprotézou. Mechanické chlopně se nepoužívají, mají vyšší riziko trombózy a neumožňují kardiostimulaci z pravé komory. (Sovová a Sedlářová, 2014, s.55-59; Kölbel et al., 2011, s.61-63)

3 MOŽNOSTI CHLOPENNÍCH NÁHRAD

Špatnou prognózu pacientů se závažnými a progredujícími chlopenními vadami lze vyřešit srdeční operací. Postižené chlopně, které způsobují významné chlopenní vady, jsou rozsáhle kalcifikované, po prodělané infekci nebo mají vrozenou malformaci. Je nutné nahradit chlopněmi biologickými nebo umělými. Operace srdečních chlopní je náročný chirurgický výkon. Pooperační období může být komplikované a mít horší průběh. U starších, ale samozřejmě i u mladších pacientů může docházet k závažným komplikacím. Snažíme se použít farmakologickou terapii, pokud to ovšem lze. Ve většině případů je nutná chirurgická léčba, jelikož nemocného tyto chlopenní vady mohou ohrožovat na životě. Chlopenní náhrady dělíme na dvě skupiny dle materiálu: chlopně biologické a chlopně mechanické. (Dominik a Žáček, 2008, s.67-74; Kolář et al., 2003, s.85-92)

3.1 Biologické chlopně

Biologické chlopně se začaly vyvíjet na základě toho, abychom snížily riziko komplikací, které se objevily u mechanických chlopní. Byla to hlavně embolizace, krvácení způsobené antikoagulační léčbou a trombózy. Na druhou stranu biologické chlopně degenerují jako naše chlopně původní. Je snaha o zavedení detoxifikačních postupů při přípravě a uchování bioprotéz. Jedná se o antimineralizaci, antidegeneraci a antikalcifikaci.

Bioprotéza je výhodnější z důvodu její fyziologické podoby, ale jejich implantace je déletrvající a obtížnější. Jsou vyráběny firemně a je jich velké množství. Nejčastěji jsou dnes implantovány tzv. *xenografty*, připravené z biologických tkání jiného živočišného druhu. Xenograft je vsít do opletené kostry, tato kostra je ze stelitu, umělé hmoty či titanu, což jí umožňuje flexibilitu. Opletená je z polypropylenu či z teflonu. Biologický materiál tvoří zrekonstruovaná chlopeň z hovězího perikardu nebo prasečí aortální chlopeň. Tento typ je stentovaný. (Dominik a Žáček, 2008, s.74-76; Štejfa et al., 2007, s.91-93)

Dále můžeme použít chlopenní *alograf* – jedná se o zpracovanou lidskou kadaverózní chlopeň plicnicovou nebo aortální, málokdy mitrální. Jsou odebírány při multiorgánových odběrech a jsou ošetřeny v roztoku s antibiotiky. Jejich výhodou je větší rezistence na infekci oproti bioprotézám a mechanickým chlopním. Jsou doporučovány pro náhrady při infekčních endokarditidách. (Vojáček a Kettner, 2009, s.100-110)

Poslední biologickou chlopni je *autograf*. Tato chlopeň je odebraná operovanému pacientovi a implantována do jiné pozice. V praxi se užívá jen během operace dle Rosse, kdy se postižená aortální chlopeň hradí vlastní pulmonální chlopni a výtokový trakt pravé komory s pulmonální chlopni a proximální plicnicí se nahrazuje pulmonálním alograftem. Nevýhodou této operace je její technická a časová náročnost. Je používána u dětí a mladistvých, z důvodu kontraindikace antikoagulační léčby. (Štejfá et al.,2007, s.95-98)

3.2 Mechanické chlopně

Tyto chlopně tvoří opletený prstenec, který nám slouží k našití chlopně do srdečního anulu a mechanismus zabezpečující jednosměrné proudění krve. Podle tohoto mechanismu se chlopně dělí na diskové (monodisky), dvoulisté a kuličkové.

Chlopně *diskové* pracují na principu vyklápějícího se disku. V disku je zabudován rtg kontrastní proužek. Nejčastěji se u nás implantuje chlopeň Medtronic Hall. Její disk se vyklápí u mitrální chlopně do 70°, u aortální do 75°. Tyto chlopně už se užívají od roku 1977. (Vojáček a Kettner, 2009, s.115-120)

Chlopně *dvoulisté* jsou celosvětově nejpoužívanější. Je jich celá řada, ale nejčastěji implantovaná chlopeň je St. Jude Medical, používaná od roku 1977. Mechanismus tvoří dva poloměsíčné listy, které se vyklápějí do 85° a dosedají v úhlu 30°, výklopný pohyb disků je tedy 55°. Druhou nejčastěji používanou chlopni je dvoulistá chlopeň Bicarbon Sorin s konvexo – konkávním tvarem disků. Vyráběna je od roku 1990.. (Vojáček a Kettner, 2009, s.115-120)

Posledním typem jsou nejčastěji implantované v 60. a 70. letech a nejznámější *kuličkové* chlopně typu Starr-Edwards. Chlopeň obsahuje kuličku ze silastiku, která zajišťuje uzavírání chlopni a pohybuje se v stelitové kleci. S tímto typem chlopenních

náhrad však pacienti trpěli tromboembolickou nemocí, došlo k vytvoření tzv. opletených kuličkových chlopní. Polypropylenovým opletením prstence i klece během několika měsíců prorostl endotel a krevní proud se kromě kuličky nesetkával s cizorodým povrchem. Došlo ke snížení tromboembolických příhod, ale po letech se opletení rozedřelo a byla nutná implantace nové chlopně. Proto se kuličkové chlopně už nepoužívají. (Dominik a Žáček, 2008, s.48-49)

4 LÉČBA VÝZNAMNÉ AORTÁLNÍ STENÓZY

4.1 Chirurgická náhrada chlopně

Chirurgická náhrada aortální chlopně se provádí na otevřeném srdci, nedochází, ale k zástavě srdeční. Pacient je napojen na mimotělní oběh a na dýchací přístroj. Proveďte se otevření hrudníku řezem o délce cca 18 cm uprostřed hrudní kosti (sternum). Poté se hrudník otevře speciálními retraktory, takže se odhalí plíce a tuhý srdeční obal perikard, který chrání srdce.

K této náhradě jsou použity chlopně mechanické nebo biologické. Při výběru chlopně musí být brán zřetel na jejich výhody a nevýhody ve vztahu ke konkrétnímu nemocnému, kterému bude chlopeň operována.

Mechanické chlopně mají neomezeně dlouhou funkci. Jsou bezporuchové a nedochází k jejich opotřebením. Nevýhodou je, že nemocní po jejich implantaci musí být celoživotně účinně antikoagulováni. Antikoagulační léčba je spojena s jistým rizikem krvácivých komplikací, problémem je také potřeba jiné operace, těhotenství či úrazy. Tyto chlopně se používají většinou u mladší generace.

U biologických chlopní je antikoagulační léčba podávána po dobu 3. měsíců od operace, vysazujeme ji, ale pouze v případě sinusového rytmu. Tito pacienti mají léčbu antiagregační. Hlavním problémem bioprotéz je nejistá doba jejich funkce. Za několik let může dojít degenerativním změnám v listech této protézy.

Při rozhodování musíme myslet i na další faktory jako jsou: přidružená onemocnění, pohlaví, věk nemocného, vztah k antikoagulační léčbě, životní prognóza nemocného, velikost a kvalita anulu operovaného. Věková hranice pro implantaci bioprotézy se pohybuje mezi 60 – 75 lety. Vztah k antikoagulační léčbě je zásadní. U pacientů, kde ji nelze spolehlivě zajistit má přednost implantace biologické chlopně. Také je třeba zvážit předpokládanou životní prognózu nemocného. Pacienti, jejichž životní prognóza je kratší než 10 let pro přidružená onemocnění či vysoký věk dostávají chlopeň biologickou. (Kolář et al., 2003,s.220-228; Vojáček a Kettner, 2009, s.180-192)

4.2 Implantace aortální chlopně pomocí katétru

Implantace aortální chlopně pomocí katétru umožňuje implantaci chlopně bez otevření hrudníku. Tento méně invazivní postup je prováděn u pacientů, u nichž je chirurgický zákrok s potřebou mimotělního oběhu kontraindikován nebo je velmi rizikový.

Tato u nás nová metoda se ve světě používá již od roku 2002. V České republice ji jako první úspěšně provedla klinika IKEM v roce 2008 a následně lékaři ve FN Hradec Králové. V dubnu roku 2009 ji začalo provádět Kardiocentrum Královské Vinohrady. A od října 2012 ji provádí i Kardiocentrum Fakultní nemocnice Plzeň.

Třetí nejčastější kardiovaskulární choroba je aortální stenóza (viz obr. 2) a pokud se stane symptomatickou a hemodynamicky významnou, je prognóza závažná. Jednorocní mortalita těchto pacientů je kolem 60%. Stále základní léčbou je kardiochirurgická náhrada aortální chlopně. Řada pacientů je ovšem kontraindikována ke kardiochirurgickému výkonu pro četné komorbidity a vysoký věk. K tomuto účelu se hodnotí tzv. EUROSCORE - European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (viz příloha 2).

Před výkonem se provádí echokardiografie, je-li možné transezofageální echokardiografie pro dokonalé zmapování anatomických poměrů. CT angio hrudní a břišní aorty a angiografie značeným katétre – pro zobrazení vlastní chlopně, pánevního řečiště a změření šíře ascendentní aorty.

Výkon je prováděn na operačním či katetrizačním sále za přítomnosti anesteziologa, který nemocného uvede do hluboké analgosedace. Po celou dobu výkonu je v pohotovosti kardiochirurgický sál. Výkon trvá přibližně dvě hodiny. Cesta přístupu je perkutánně přes obě femorální tepny. První je zavedeno vlastní instrumentarium – velikosti 18 Fr, k rozrušení staré stenotické chlopně balonkovou valvuloplastikou a k implantaci nové chlopně CoreValve. CoreValve je trojcípá samoroztažitelná chlopeň z prasečího perikardu v rozměru 29 či 26 mm (viz obr. 4). Druhá femorální tepna je použita pro kontrolní nástřiky, které jsou prováděny sheathem ve velikosti 6-9Fr. Vpichy v obou femorálních tepnách jsou na konci výkonu uzavřena. Širší vpich je zašit předem naloženými stehy a v druhém zůstává zaveden sheath, který je vytažen s odstupem času na kardiologické jednotce intenzivní péče.

I u tohoto méně invazivního výkonu existují komplikace. Mezi závažné komplikace můžeme zařadit srdeční tamponádu, perforaci srdce, infarkt myokardu, disekce aorty. Dále může dojít k tranzitorní ischemické atace, k cévní mozkové příhodě a k lokálním komplikacím v třísle – většinou krvácení. Pozdější komplikací – během prvních dnů po tomto výkonu se může objevit blokáda A-V (atrioventrikulárního) uzlu vyššího stupně v důsledku mechanického útlaku, zde je zapotřebí implantace trvalého stimulátoru. (Kubánková a Prachtová,2009, s.49-50; Kardiocentrum, 3.LF FN KV,2013, s.13-14)

5 SPECIALIZOVANÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Každý operační zásah je nefyziologický, organismus na něj reaguje a to jak v období předoperačním, tak v období pooperačním. Proto je třeba věnovat zvýšenou citlivost jak fyzickým, tak psychickým potřebám pacienta. Doba před, během a po operaci se nazývá perioperační období. K operaci je třeba zajistit přípravu a ošetření pacienta, operační skupiny, operačního sálu a operačního pole. Před anesteziologickým výkonem je nezbytné poučit pacienta o případných rizicích a výhodách, které anesteziologický výkon provází, a získat souhlas s celkovou anestézií, ve které se implantace aortální chlopně provádí. Pacient musí samozřejmě potvrdit svým podpisem i souhlas s výkonem. Toto poučení je součástí pacientovi dokumentace. Před operací provádíme klinické vyšetření pacienta k posouzení zdravotního stavu. Při tomto vyšetření se určují operační rizika a získávají se informace potřebné pro předoperační hodnocení. Předoperační posouzení je bráno jako prevence příhod a možných pooperačních komplikací. Pátráme po všech odchylkách od normálního zdravotního stavu, a pokud jsou, zaměříme přípravu na jejich odstranění. Nejdůležitější je získat informace o základních životních funkcích organismu. Jde o kardiovaskulární, urogenitální a respirační aparát, neurologická onemocnění, endokrinní systém, výživu a metabolismus, onemocnění jater, stav tekutin a elektrolytů, vyšetření krve, lékovou medikaci, duševní zdraví a postoje, celkové zdraví. Současně s tím se provádí speciální vyšetření, která jsou určena k upřesnění diagnózy samotného onemocnění. (Mikšová et al.,2006, s.88-92; Kasal et al.,2003, s.50-55)

5.1 Předoperační ošetrovatelská péče

Jak dlouhé bude předoperační období závisí na předoperační péči a plánování. Hlavním cílem tohoto období je připravit pacienta po stránce psychické i fyzické na operaci. Pokud je možnost, tak se základní a částečně i odborná vyšetření provádějí již před nástupem k operaci. Předoperační příprava zahrnuje: fyzickou přípravu – přípravu organismu na operaci, medikamentózní terapii, vysvětlení pooperačního režimu; poučení před operací s psychickou přípravou – pacient a jeho blízcí získají potřebné informace

o výkonu (termín a druh operace, zjištění sociální, rodinné a pracovní situace, zmírnění obav z výkonu).

Všeobecná operační příprava zahrnuje úkony týkající se všech pacientů bez rozdílu onemocnění a operovaného orgánu. Je složena z : souhlasu pacienta s výkonem (viz příloha 3), psychické přípravy, komplexního interního vyšetření (RTG snímek, EKG), biochemického, hematologického a sérologického vyšetření krve, chemického vyšetření moče, celkové očisty pacienta, měření fyziologických funkcí, přípravy operačního pole.

K předoperační péči patří také provedení vizity u pacienta anesteziologem. Tato vizita posoudí, zda je pacient schopen anestezie, posoudí rizika a předepíše premedikaci. Premedikaci podáváme pacientovi před anestézií s cílem: potencovat hypnotický efekt celkových anestetik, zmírnit strach a úzkost z operace, snížit sekreci v ústech a dýchacích cestách, snížit výskyt pooperační nauzey a zvracení, oslabit vagové reflexy, snížit objem a kyselost žaludečního obsahu, navodit bazální analgezii. K premedikaci se používá kombinace – analgetika, benzodiazepiny, anticholinergika. Vlastní premedikace znamená podání léků přibližně 1 hodinu před operací, nejlépe 45 minut před úvodem do anestezie. U plánovaných výkonů je premedikace doplněna ještě tzv. prepremedikací, což znamená podání léků k navození spánku večer před zákrokem. Nejčastěji jsou k tomu využívány benzodiazepiny, neuroleptika či barbituráty ve formě tablet.

V den výkonu je pacientovi zaveden centrální žilní katétr, dočasná kardiostimulace, arteriální katétr na monitoraci invazivního krevního tlaku a permanentní močový katétr. Tyto katétrů se zavádí dle zvyklostí oddělení na kardiologické jednotce intenzivní péče nebo až na operačním sále. Obě třísla musí být vyholena. Pacient musí být nalačno.

Po premedikaci je pacient transportován na operační sál a předán anesteziologické sestře s kompletní dokumentací.

(Mikšová et al.,2006, s.92-97; Kubánková a Prachtová,2009, s.49-50)

5.2 Intraoperační ošetrovatelská péče

V intraoperační fázi je ošetrovatelská péče zabezpečována zdravotnickým odborným personálem operačního sálu.

V této ošetrovatelské fázi je kladen důraz na monitorování fyziologických funkcí pacienta, na ošetrovatelské výkony, na udržování správné polohy, na ochranu kůže před poraněním při pohybu a změně polohy, na používání vhodných ochranných pomůcek, na vedení příslušné dokumentace, na soupis použitých nástrojů a materiálu a na operační protokol, který vypisuje operátor po skončení operace. (Mikšová et al., 2006, s.98-99; Slezáková,2010, s.61-89)

Tento výkon je prováděn na katetrizačním sále za přítomnosti anesteziologa, ten pacienta uvede do hluboké analgosedace. Zároveň musí být celou dobu v pohotovosti kardiologický sál. Výkon trvá většinou 2 hodiny. Provádí se na dočasné kardiostimulaci a po celou dobu je zavedena jícnová echokardiografická sonda. Po přípravě třísel se zavede 8F sheath vlevo a 18F sheath vpravo po předchozí chirurgické preparaci tepny. 6F katetr pig tail se zleva zavede do kořene aorty ke kontrolním nástřikům kontrastní látky a zprava vodič přes zúženou aortální chlopeň do levé komory. Po tomto vodiči se následně zavede dilatační balónek, kterým se predilatuje zúžená chlopeň. Potom se zavede vlastní chlopeň, umístěná v zaváděcím systému (viz obrázek 3). Po přesné implantaci nové chlopně do místa původní se zaváděcí systém odstraní. Používané chlopně jsou samoexpandibilní. (Serruys et al., 2010, s.60-71)

5.3 Pooperační ošetrovatelská péče

Tato fáze nastává probuzením pacienta z anestezie, která zhoršuje schopnost reagovat na vnější podněty. Všechny funkce organismu se postupně vracejí k výchozímu stavu. Ošetrovatelská péče je zaměřena na převezení z operačního – katetrizačního sálu po stabilizování stavu, kdy má nemocný stabilizovaný oběh. Pacient je převezen na kardiologickou jednotku intenzivní péče, kde sledujeme: zotavení z anestezie, dýchání, kardiiovaskulární aparát, polohu, rovnováhu v příjmu a výdeji tekutin, bolest, neurologický stav, psychický stav, poskytujeme bezpečnost a pohodlí, sledujeme operační ránu (drény, kanyly, krytí) a předcházíme komplikacím. (Mikšová et al.,2006, s.100-105)

Echokardiografická kontrola je prováděna za 2 hodiny po výkonu, 2. den a před dimisí. Provádíme kontroly laboratorních výsledků. Podáváme medikaci dle indikace lékaře. Kontinuálně zaznamenáváme EKG křivku. Invazivně měříme arteriální tlak přes arteria

radialis. Aplikujeme kyslíkovou terapii a kontrolujeme saturaci arteriální krve. Centrální žilní tlak měříme kontinuálně. Režim provádíme dle protokolu o implantaci. Není-li vstup do levé femorální tepny uzavřen již na sále Angiosealem, pacient musí dodržovat klidový režim: nesmí hýbat končetinou se sheathem, nesmí se otáčet, sedat si. Sheath se odstraní po poklesu APTT pod 50 s s následnou 10-12 hodinovou kompresí třísla. Během komprese třísla sestra sleduje pulsaci a barvu komprimované končetiny, krvácení. Tělesnou teplotu měříme 4x denně. Antibiotika podáváme intravenózně alespoň tři dny.

U stabilizovaného pacienta bez komplikací je arteriální katétr, permanentní močový katétr i dočasná kardiostimulace odstraněna do 48 hodin po výkonu. Nejméně tři dny je pacient monitorován na kardiologické jednotce intenzivní péče kvůli možnému vzniku A-V blokády. Pokud je vše v pořádku je přeložen na kardiologické standardní oddělení. (Serruys et al., 2010, s.70-74; Kubánková a Prachtová, 2009, s.49-50)

6 KVALITA ŽIVOTA

Historie pojmu kvality života začíná ve 20. letech minulého století v USA. Zde byl také poprvé použit termín v oblasti podpory nižších společenských vrstev. Začátky výzkumu sahají do konce 60.tých let. Tehdy se zkoumaly hlavně indikátory blahobytu. Ve středu byly sociální a ekonomické indikátory kvality života – právní jistoty, sociální spravedlnost, materiální zajištění, nezávislost. V posledních 20-letech jsou v centru pozornosti subjektivní indikátory kvality života. Koncept se začíná vztahovat více na individuální osobu než na sociální a ekonomické podmínky. V České republice se objevil pojem kvalita života po roce 1989 a zásluhy na rozšíření jsou spojovány s Psychiatrickým centrem v Praze a také s Jaro Křivohlavým, který se tomuto problému věnuje už od 80. let. Důvodem je rozvoj lékařských možností, efektivnější léčebné metody a tím nárůst starých lidí a chronicky nemocných. Je tedy důležité zabývat se otázkou jejich kvality života. (Křivohlavý,2002, s.15-16; Gurková,2011, s.15-23)

6.1 Definice kvality života

Není snadné definovat pojem kvalita života. V současné době existuje spousta definic o tomto pojmu. Kvalitu života můžeme vysledovat v mnoha společenských oblastech či vědních oborech. Je na ni nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu.

Definice kvality života si bere příklad z Maslowovy teorie potřeb, nejdůležitější je naplnit nejdříve základní fyziologické potřeby. Všechny tyto definice obsahují údaje o psychickém, fyzickém a sociální stavu jedince.

WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, normám, očekáváním a obavám. (Trachtová et al., 2001, s.15)

„Problematika kvality života se zkoumá v těchto vědních oborech: v ošetrovatelství, sociologii, medicíně, filozofii, psychologii, pedagogice, ekonomii

a andragogice. Koncept kvality života nemá doposud všeobecně akceptovanou definici, metodologii. Kvalita života je označována jako multidimenzionální.“ (Gurková,2011, s.23)

6.2 Měření kvality života

Metod, kterými se měří kvalita života je opět velké množství. Můžeme je rozdělit do tří skupin: metody měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba; metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba; metody smíšené vzniklé kombinací metod.

U metody *měření kvality života, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba* je možné, že předchůdcem byly tzv. HS – Health State (Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta). Dnešní zdokonalenou formou jsou tzv.HSP – Health States Profiles (Profily zdravotního stavu pacienta). V těchto profilech šlo o pokus nastínit zdravotní stav pacienta z ryze lékařského a fyziologického hlediska. Příkladem přístupu, který měří vážnost nemoci je metoda APACHE II., což je hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu. Tato metoda je odvozena z předpokladu, že na vážnost daného onemocnění můžeme usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od normálního stavu. Měříme odchylky od abnormálních fyziologických funkcí a výsledek vyjadřujeme jedním číslem. Tato metoda je často používána ve Velké Británii na jednotkách intenzivní péče. Zjišťuje se závažnost stavu pacienta při příjmu a do 24h od přijetí na jednotku intenzivní péče. Mnoho pacientů přichází s obtížemi v oblasti kardiovaskulárního systému a tak jsou do APACHE II zaznamenávány údaje o srdečním tepu, krevním tlaku a arteriálním ph. V celkovém kritériu jsou i údaje o chronickém onemocnění, věku, jelikož i ty se podílejí na mortalitě.

Způsob *subjektivně hodnoceného měření kvality života* má své nesporné výhody. Pacientův život hodnotí on sám a jeho blízcí (rodinní příslušníci, lékaři, zdravotní sestry). Tyto externí přístupy zkoumají chování a jednání jedinců, které je objektivně měřitelné. Je to tzv. model „obecného pacienta“, který dává možnost srovnávání kvality života pacientů na různých odděleních, v různých stádiích nemoci, při zhoršování i zlepšování stavu. Číselně jimi vyjadřujeme celkový stav pacienta. Na druhé straně má tato metoda řadu nedostatků. (Dragomirecká a Bartoňová,2006, s.39-44)

Dnes nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života tzv. SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality for Life) – systém individuálního hodnocení kvality života. Tento systém zjišťování kvality života neklade předem kritéria, co je správné, dobré a žádoucí, ale vychází z osobních představ dotazovaného, co on považuje za důležité. Základem je výpověď dotazované osoby. Záleží na jejím systému hodnot, které aspekty jsou v danou chvíli podstatné. (Gurková, 2011, s.76-87)

Jako třetí měření kvality máme *metodu smíšenou, vzniklou kombinací metod*. Toto měření má ještě širší dimenze než ty, na které již bylo upozorněno. Například to může být pojetí metody MANSA a LSS.

MANSA – krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru. Zde měříme tím způsobem, že hodnotíme nejen celkovou spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou přesně stanovených dimenzí života. Jde o zjišťování spokojenosti s rodinnými a sociálními vztahy, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, zaměstnáním, sebepojetím, vlastním zdravotním stavem. Cílem je vystihnout obraz života v dané chvíli.

LSS – měření spokojenosti (Life Satisfaction Scale) – škála spokojenosti. Má sedm stupňů. Ty jsou uvedeny na vodorovné ose od maxima po minimum – nemůže to být lepší až nemůže to být horší. (Křivohlavý, 2002, s.72)

6.3 Objektivní versus subjektivní kvalita života

Dá se říci, že kvalita života je definovaná hlavně jako subjektivní fenomén. Zdravotní stav není vymezen jako objektivní, ale jako prediktor kvality života. Je nejčastěji operacionalizovaná prostřednictvím spokojenosti se specifickými oblastmi života. Zdravotní stav je považován za prediktor, nikoliv za součást života. Posuzujeme podobně jako v medicínských konceptualizacích jen subjektivní percepce zdravotního stavu, nikoliv jeho objektivní ukazatele. Kvalita života má jiný význam než zdravotní stav. Z tohoto důvodu nepoužíváme generickou percepce zdravotního stavu k účelu měření kvality života. Jak tedy měřit kvalitu života? Prostřednictvím ratingu jiných osob, objektivních znaků či dotazníkových metod? Nyní dominují self-report metody, ve kterých jsou využívány psychometrické nástroje k měření kvality života. U zdravotního stavu jsou

to metody, kde hodnotitelem je druhá osoba. Údaje přímo od pacienta self-report metodami jsou zdrojem primárních informací o jeho kvalitě života. Poslední výzkumy dokazují, že posuzovaná kvalita života samotným pacientem se liší od té, jakou u něj předpokládají jeho blízcí. Také je potvrzené, že zdravotníci při hodnocení kladou větší důraz na fyzické aspekty. Využití self-reportu metod v kontextu ošetrovatelství má tak svoji nezastupitelnou pozici. (Gurková,2011, s.57-65)

6.4 Hodnocení kvality života pacientů s kardiovaskulárními chorobami

„V rámci hodnocení kvality života pacientů s kardiovaskulárními chorobami jsou podobně jako u Diabetes Mellitus a jiných chronických onemocněních využívány generické nástroje.“ (Gurková,2011,s.156) U generických nástrojů hodnotíme: fyzické zdraví, mentální zdraví, všeobecné mentální zdraví, mobilita, komunikace, spánek, stravování, práce, bolest, sociální izolace, emocionální reakce, péče o tělo. Specifické nástroje jsou používány pro různá kardiovaskulární onemocnění s cílem zjistit, jaký dopad mají tyto onemocnění a léčba na denní aktivity a psychosociální aspekty života.

Nejvíce používané dotazníky jsou:

pro pacienty s *ischemickou chorobou srdeční* – známý Dotazník kvality života s anginou pectoris nebo MacNew dotazník onemocnění srdce.

pro pacienty *po překonání akutního koronárního syndromu* – Dotazník kvality života po překonaném akutním infarktu myokardu.

pro pacienty *se selháním srdce* – nejznámější je Minnesotský dotazník kvality života se selháním srdce, který hodnotí míru dopadu selhání srdce na kvalitu života.

pro pacienty s *ischemickou chorobou dolních končetin* – známý dotazník Peripheral Artery Questionnaire nebo Intermittent Claudication Questionnaires.

Dobrou konceptuální bázi má Minnesotský dotazník života se selháním srdce. Je to validní a reliabilní nástroj, který vznikl z projektu Minnesotské univerzity v USA. Tato instituce je i držitelem autorských práv.

Výhodou tohoto dotazníku je, že hodnotí váhu a významnost jednotlivých položek pro pacienta. Dotazník je dostupný jak ve slovenském, tak v českém překladu. Nástroj je doporučován i pro použití v klinické praxi – například v rámci rozhodování týkajícího se výběru adekvátní terapie. (Gurková, 2011, s.156-158; Trachtová et al., 2001, s. 96-99)

PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Výzkum se může týkat života lidí, příběhu, chování, vzájemných vztahů, společenských hnutí a nebo třeba chodu organizací.

Tento výzkum spočívá v analýze zkoumaných jevů, odhalení spojení a závislostí, elementárních složek, v charakteristice celostní struktury, interpretaci funkce nebo smyslu, který plní. Kvalitativní popis faktů, analýza jevů nebo procesů probíhá nejčastěji v narativní nebo esejistické formě, přičemž vyloučíme všechny číselné a statistické výpočty. Kvalitativní výzkum nám umožňuje poznání širšího kontextu jevů, které nás zajímají a jejich poznání v přirozených podmínkách. Údaje mají charakter textu, což vyžaduje od výzkumníka jejich sběr a přeformulování do jiných textů, které se stávají životními příběhy či případovými studiemi. Velmi se liší od kvantitativního výzkumu. V kvalitě vystupují osoby, které jsou zasvěceny do všech tajemství výzkumného záměru a soustřeďují údaje. Mohou modifikovat plán sběru údajů v míře postupující práce.

Kvalitativní výzkum probíhá v místech, která mají pro badatele ustálený smysl. Respondenti jsou vybíráni na základě určitého konceptu a jejich soubor se během výzkumu rozšiřuje či zužuje. Tento výzkum je hlavně velmi náročný na čas, dovednosti, vědomosti, také na cit pro analýzu dat, schopnost syntézy, kreativního myšlení a velmi důležitá je sociální imaginace.

V kvalitativním výzkumu je výzkumník zahlcen velkým množstvím informací a musí se umět rozhodnout, které z nich jsou ty vhodnější. K tomu jsou zapotřebí patřičné teoretické znalosti v oboru. Badatel musí v sociálním světě vyhledávat pravidelnosti a struktury. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 41-50)

Hlavní předpoklad k osvojení kvalitativních metod je prostudovat postupy a řídit se jimi. Procvičováním těchto postupů získáme zkušenosti, dovednosti a schopnosti, které jsou nezbytné k úspěšnému používání kvalitativních technik. Výzkumník musí být otevřený a pružný a také přizpůsobivý k různým situacím a jevům.

Soubor respondentů bývá poměrně malý, neklade si nároky na statistickou reprezentativnost, využívá hloubkové individuální a skupinové rozhovory. Systematicky sbíráme data a provádíme analýzu subjektivně získaného materiálu.

Kvalitativní výzkum vyzdvihuje individualistické, dynamické a holistické aspekty lidské činnosti a přistupuje k obsáhnutí aspektů z jejich celostního hlediska. Hlavní výzkumnou složkou je zde člověk, lidé nebo i lokality, ve kterých lidé žijí či pracují. Cílový problém není nikdy zcela ohraničený – během výzkumu je stále průběžně rozvíjen a vyjasňován. Jev je fenomén, který je předmětem výzkumného zájmu. Je zkoumán ve svém přirozeném kontextu a projevu. Zde je každá zkušenost významná a potřebná.

Ke kvalitativnímu výzkumu potřebujeme – mít dobré komunikační schopnosti, umět se vyhnout zkreslení, být empatický, být všímavý pozorovatel, mít schopnost kriticky analyzovat situaci, mít schopnost abstraktního myšlení, mít schopnost udržet si analytický odstup, získávat platné a spolehlivé údaje, mít schopnost sociální a teoretické vnímavosti, využívat dřívějších zkušeností.

Důvod pro výběr kvalitativní výzkumné metody je hlavně v přesvědčení výzkumníka upřednostnit kvalitativní výzkum, který vychází z jeho výzkumné zkušenosti. Tento typ výzkumu nám pomáhá získat o jevu detailní informace, které kvantitativními metodami obtížně zjišťujeme. Kvalitativní přístup nám umožňuje prozkoumat problémy do hloubky. Ve výzkumu používáme techniky sběru dat, jako jsou polostrukturované rozhovory, nestrukturované rozhovory a pozorování účastníků. Účastníci výzkumu mohou prezentovat své myšlenky svými vlastními slovy.

Výběr vzorku pro kvalitativní výzkum je účelový nebo expertní. To znamená, že byl proveden za určitým účelem nebo dle výzkumníkova posouzení. Výzkumník si vybere takový vzorek, který mu umožní, co nejdůkladněji prozkoumat otázky vztahující se k jeho stanoveným cílům. Vybraný vzorek musí charakterizovat problém. Vzorek je vybírán záměrně. Kvalitativní výzkumníci by měli objasnit své úvahy vedoucí k výběru vzorku.

Účastník i výzkumník žijí současně v určitých vztazích, v určitém kulturně společenském kontextu. Jeho zkušenosti, znalosti, prožitky formují jeho schopnost porozumět vnější i vnitřní realitě. Proces poznávání chápeme jako proces kontinuální interpretace vnitřního i vnějšího světa jedince.

Výzkum kvalitativní zkoumá osoby v přirozeném prostředí. Je používán holistický (celostní) přístup a nezaměřuje se jen na některou jeho část. Důležitou úlohu hraje lidská interpretace zkušeností a událostí. Informace sbírá bez formálních, nařízených instrukcí. Výsledky prezentujeme slovně jako zápisy rozhovorů a výzkumné poznámky. Dělíme je do tematických kategorií používaných jako základ pro další diskusi. (Kutnohorská, 2009, s.12-28)

Tento typ výzkumu jsem si vybrala, protože velmi ráda komunikuji s pacienty a zajímám se o jejich potřeby, pocity a přání.

7.2 Formulace problému

Perkutánní implantace aortální chlopně. Je to metoda, která se v České republice používá od roku 2008 a představuje jednu z nových možností v léčbě aortální stenózy u vysoce rizikových pacientů.

Provádí se ve vysoce specializovaných Kardiologických centrech v Praze, Brně, Hradci Králové a nově od roku 2012 také ve Fakultní nemocnici Plzeň.

Tímto tématem se zabývám, jelikož se jedná o novou metodu v naší Fakultní nemocnici Plzeň a představuje velký pokrok v léčbě kardiologických pacientů. Počet těchto výkonů v České republice neustále stoupá a předpokládá se, že v budoucnosti se bude výměna aortální chlopně provádět převážně perkutánně.

Téma jsem si vybrala, protože tato metoda je obdivuhodná, dokáže poskytnout pomoc i těm pacientům, kteří již jinou šanci na lepší život nemají. Kvalita života před podstoupením léčby není dobrá, pacienti jsou většinou psychicky deprivováni a nežijí naplno. Problematika kvality života před a po výkonu je velice zajímavé srovnání a důležité pro nové pacienty, kteří budou tento výkon podstupovat.

7.3 Cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu – zmapovat život kardiologických pacientů před a po perkutánní implantaci aortální chlopně.

Dílčí cíle výzkumu

- 1) zjistit v čem tkví negativa před výkonem a pozitiva po výkonu
- 2) zjistit, jak tento výkon zvýšil kvalitu života pacientů
- 3) zhodnotit informovanost pacientů o podstupujícím výkonu
- 4) zmapovat subjektivní pocity pacientů před a po výkonu
- 5) zda bude vhodné zpracovat edukační brožuru, která bude sloužit dalším pacientům.

Operacionalizace pojmů

TAVI – Transaortální implantace aortální chlopně. Je to méně invazivní výkon, bez nutnosti otevření hrudníku. Výkon se provádí perkutánně, většinou přes třísko. (viz dále v textu)

Výzkumné otázky

- 1) Jaké fyzické a psychické potíže pacienti prožívali před operací?
- 2) Byli dostatečně edukováni zdravotnickým personálem o průběhu výkonu?
- 3) Jaké subjektivní pocity prožívali pacienti před výkonem?
- 4) Jaké subjektivní pocity prožívali pacienti po výkonu?
- 5) Pomohla by edukační brožura pacientům ke zmírnění obav z operace?

7.4 Druh výzkumu a výběr metodiky

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se do hloubky zajímala pouze o dva pacienty a provedla jejich srovnání.

Do výzkumu jsem zahrнула dva pacienty s indikací k tomuto výkonu. Budu provádět polostrukturované rozhovory s těmito respondenty před a po výkonu.

7.4.1 Metoda

V odborné práci popisují stav klienta dle analýzy dokumentace, nejvíce kladu důraz na anamnézu, fyzikální vyšetření, diagnostiku a psychický stav pacienta. Tyto informace jsou důležité pro konečné zpracování s následnými prováděnými rozhovory. V katamnéze se soustředím na stav klientů ve dvou obdobích. V předoperačním období a pooperačním období.

7.4.2 Výběr případu

Výběr případu byl záměrný, protože pro problematiku, o kterou se zajímám, bylo nejvhodnější, abych si vybrala pacienty, kteří tento výkon podstoupili. Jelikož pracuji na Kardiologické jednotce intenzivní péče, můj výběr probíhal při ošetrovatelské péči o tyto pacienty. Vybrala jsem si jednoho muže a jednu ženu pro jistě zajímavé srovnání jejich prožitků. Oba dva s rozhovory se mnou nadšeně souhlasili, byli rádi, že své zážitky mohou s někým sdílet.

Aortální stenóza se vyskytuje hlavně u starších pacientů, kteří jsou polymorbidní. Mým pacientům je více než 80 let. Po operaci jsou oba, ale vitální a v dobré psychické kondici.

7.4.3 Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. Oslovila jsem k provedení rozhovoru dva pacienty z Kardiologické jednotky intenzivní péče. Oba pacienti podepsali informovaný souhlas, ve kterém se zmiňují i o anonymitě. Tento informovaný souhlas se nachází v příloze.

Rozhovory jsem prováděla u pacientů v jejich domácím prostředí, aby byli v klidu a soukromí domova. Před zahájením rozhovoru jsem je informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná, nemusí odpovídat. S jejich svolením jsem nahrávala rozhovory na diktafon. Subjektivní pocity obou pacientů jsem si zapisovala. Setkání trvalo 60 minut a zodpovězeny byly všechny moje otázky. Navíc ještě zajímavé postřehy mých pacientů.

Dalším stylem jak jsem získávala informace, byla analýza dokumentů, týkajících se mých pacientů. Analýzu jsem prováděla se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice Plzeň. V dokumentaci byly záznamy ošetrovatelské péče, záznam operace, podstoupená vyšetření a laboratorní výsledky.

7.5 Organizace výzkumu

Na začátku kapitoly budu popisovat anamnézu prvního pacienta. Poté zařadím katamnézu, kterou rozdělím na dvě období.

První období, je období před výkonem. V tomto období se zaměřuji na fyzické a psychické problémy pacienta před operací.

Druhé období, je období po výkonu. V tomto období se věnuji době rekonvalescence a zvýšení či snížení kvality života pacienta po výkonu.

Dále se zajímám o to, jak vše nesla pacientova rodina. Na konci rozhovoru zhodnotím životní úroveň a kvalitu vybraného pacienta.

Poté následuje anamnéza druhého pacienta a i zde za ni zařadím katamnézu, kterou rozdělím stejným způsobem na dvě období.

Veškeré stanovené cíle zhodnotím v závěru své bakalářské práce. Výzkum jsem prováděla 10 měsíců, od dubna 2014 do ledna 2015 na Kardiologické jednotce intenzivní péče se souhlasem zdravotnického zařízení.

8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Struktura rozhovoru je rozdělena na tyto části:

- 1) anamnéza
- 2) katamnéza
- 3) rozhovor před výkonem
- 4) rozhovor po výkonu
- 5) shrnutí subjektivních pocitů a postřehů a návrh pro praxi

První rozhovor jsem prováděla s pacientem – mužem.

Druhý rozhovor s pacientkou – ženou.

První i druhý rozhovor byl velice příjemný a zajímavý. Oba dva respondenti neměli žádné zábrany a plně mi důvěřovali. Rozhovor probíhal v jejich domácím prostředí a trval 60 minut. S rozhovorem souhlasili, byl podepsán informovaný souhlas (viz příloha č.3).

8.1 První rozhovor

Anamnéza

Pacient žije ve velkém městě v panelovém domě, ve třetím patře bez výtahu. Žije s manželkou, o kterou se musí starat, jelikož ji v nedávné době postihla cévní mozková příhoda. Je mu 81 let a je ve starobním důchodu, dříve pracoval jako stavební technik. Není žádného vyznání. Pacient je velice komunikativní, pozorný, s dobrou pamětí. Je schopný hovořit o svém zdravotním stavu a o obavách, které mu dělá zdravotní stav jeho manželky. Stanovuje si rád krátkodobé, ale i dlouhodobější cíle. Dokáže jsi ze sebe i udělat legraci a dává najevo své city.

Rodinná anamnéza – otec zemřel v 56. letech, měl astma bronchiale. Matka zemřela v nedožitých 100. letech stáří. Bratr 81 let a sestra 67 let žijí, závažně nestonají. Děti – dvě dcery zdravé.

Osobní anamnéza – arteriální hypertenze léčená již několik let, arytmie, stav po slabší cévní mozkové příhodě bez rezidua, diabetes II. typu na PAD, poslední hospitalizace s krvácením z konečníku bez průkazu zdroje.

Abusus – kouřil do 50 let asi 3 cigarety/den, alkohol příležitostně, černá káva také příležitostně.

Léky – Anopyrin 100 mg 1-0-0, Tritace 5 mg 1-0-1, Rilmenidin 1-0-0, Glimepirid 2 mg 1-0-0, Tulip 20 mg 0-0-1, Prostakan Forte 1-0-1, Fraxiparine F 0,6 ml 1-0-0 s.c.

Alergie – kovy, Omnic tablety, jablka.

Fyzikální vyšetření před výkonem - krevní tlak 145/75 mmHg, hmotnost 71 kilogramů, výška 165 centimetrů, orientovaný, afebrilní, lucidní, eupnoe, bez cyanózy, anikterický, spolupracuje, spojivky růžové, zornice izokorické, karotidy tepou symetricky, uzliny nehmatné, dýchání sklípkové čisté, břicho měkké, játra nezvětšena, puls hmatný do periferie, dolní končetiny bez otoku – klidné varixy, akce srdeční nepravidelná, systolický šelest nad celým prekordiem s maximem nad aortou.

Katamnéza

1) období před výkonem

Jako prvotní příznaky se u pacienta objevila dušnost a bušení srdce. Dříve byl velmi sportovně aktivní, lyžoval, chodil běhat, jezdil na kole. Nyní se začal při větší námaze zadýchávat a nebylo mu dobře. Dýchání se začalo zhoršovat přibližně před 5 lety a bylo stále horší. Pacient si myslel, že u něj propuklo astma bronchiale, na které trpěl jeho otec a tak se svým podezřením navštívil praktickou lékařku. Praktická lékařka provedla krevní testy a odeslala pacienta na spádovou interní ambulanci k provedení interního vyšetření.

Na ambulanci bylo pacientovi registrováno EKG, kde se zjistila fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí. Tato arytmie se na nějakou dobu vyřešila provedením elektrické kardioverze. Astma bronchiale se neprokázalo. Pacient začal opět sportovat a užívat si život.

Arytmie se vrátila za dva roky. Opět podstoupil elektrickou kardioverzi. Tentokrát mu sinusový rytmus vydržel pouze půl roku. Následovala další elektrická kardioverze, která už byla bohužel neúspěšná.

Pacient trpěl perzistující fibrilací síní, byla tedy nutná antikoagulační perorální léčba Warfarinem, jeho hodnota se řídila dle laboratorních hodnot protrombinového času. Začal docházet do kardiologické ambulance, kde mu kardiolog provedl echokardiografii s výslednou diagnózou – významná degenerativní aortální stenóza. Poté pacient podstoupil ještě spoustu dalších vyšetření vzhledem k diagnóze. Byla provedena také selektivní koronarografie s nutností implantace lékového stentu do arteria coronaria dextra. Dle provedených vyšetření byl pacient indikován k výměně aortální chlopně.

Jelikož je pacient polymorbidní mohl by být vhodným kandidátem na vyřešení jeho diagnózy metodou TAVI. Jedním kritériem k výběru této metody je Euroscore, které slouží k odhadu operačního rizika u pacienta (viz příloha 2). Pokud všechna kritéria splňuje, je únosný k operaci a pojišťovna schválí tento postup, může být indikován k výkonu touto metodou.

U mého vybraného pacienta vše vyšlo a tak začaly předoperační přípravy.

Rozhovor s pacientem před výkonem

Jako předloha k prováděnému rozhovoru byl využit dotazník kvality života dle WHO a mé otázky týkající se hospitalizace a edukace pacienta (viz příloha 1). Všechny otázky byly otevřené a pacient k nim s velkou ochotou přidával i své subjektivní pocity.

Do výzkumu pacient vstoupil dobrovolně a souhlas s rozhovorem podepsal (viz příloha 4). Pacienta jsem oslovila přímo.

V rozhovoru respondent odpovídá na otázky v časovém sledu 1 měsíc před léčbou.

Jak by jste zhodnotil kvalitu svého života před zákrokem?

Respondent: „*Můj život nebyl špatný, žít se ho dalo. Neměl jsem velké problémy, ale nemohl jsem dělat již to, co jsem dělal dříve. Při větší námaze jsem se zadýchával a tak jsem se jí raději vyhýbal. Můj životní elán, kterým jsem dříve překypoval byl pryč. Věděl jsem o mé arytmií – fibrilace síní a bylo jasné, že již nikdy nebudu zcela zdrav. Musel jsem užívat denně léky z čehož jsem nadšený nebyl. A pak jsem se ještě od pana doktora na kardiologii dozvěděl, že bych měl podstoupit operaci na srdeční chlopni, jelikož ji prý mám zúženou a zdegenerovanou.*“

Jak jste byl spokojený se svým zdravím?

Respondent: „*Se zdravím jsem samozřejmě spokojený nebyl. Celý život jsem si vlastně dělal, co jsem uznal za vhodné, až najednou během 5 let se zdraví rapidně zhoršilo a musel jsem na sebe dávat pozor. Přemýšlel jsem, jestli pojedeme s manželkou lyžovat nebo raději strávíme víkend v klidu doma. Měl jsem o sebe strach.*“

Do jaké míry jste měl pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

Respondent: „*Fyzickou bolest nepociťuji, je spíše psychická, ta dušnost mne velmi omezuje a vyčerpává. Fyzickou bolest pocituji pouze při velké námaze. Je spojená s dušností a je to bolest na hrudníku. Raději jsem tedy nedělal nic namáhavého, abych si neublížil. Jelikož bydlím ve třetím patře a nemáme výtah, trvalo mi mnohem delší dobu, než jsem vyšel schody, když jsem šel z nákupu. Sice mi vše trvalo déle, ale zvládl jsem to.*“

Jak moc jste potřeboval nějakou léčbu, abyste fungoval v běžném životě?

Respondent: „*Že bych potřeboval nějakou speciální léčbu, abych mohl fungovat, to určitě ne. Musím užívat pravidelně Warfarin kvůli své arytmií, léky na vysoký tlak a léky na cukrovku.*“

Jak moc Vás bavil život?

Respondent: „*Život mne baví moc, proto chci podstoupit tuto operaci, abych si ho ještě mohl užít. Celý život jsem byl šťastný, nemůžu si na nic stěžovat, mám úžasnou ženu a skvělé dvě dcery. Miluji hory a lyžování, to jsem teď musel vynechat, bál jsem se a lékař mi to potvrdil. A tak jsem vlastně přišel o svou největší zálibu. Byl bych šťastný, kdybych si ještě někdy mohl zalyžovat. Jsem optimista a tak tomu věřím, že se to povede.*“

Do jaké míry měl Váš život podle Vás smysl?

Respondent: *„Můj život měl pořád velký smysl, mám velkou rodinu, 6 vnoučat a 2 pravnoučata. Mám je velice rád. Pro tuto operaci jsem se rozhodl po poradě s mojí dcerou, která pracuje jako zdravotní sestra. Četl jsem o metodě TAVI v odborném časopise fakultní nemocnice, který mi donesla dcera a metoda se mi líbila. I když jsem věděl, že je teprve v počátcích, velmi jsem věřil, že mi pomůže můj život opět zplnohodnotit. A tak jsem se mohl těšit, že přijdou lepší časy.“*

Jak dobře jste byl schopen se soustředit?

Respondent: *„Byl jsem schopen se soustředit, i když jsem samozřejmě měl obavy z budoucnosti a tak jsem ve všem trochu zmírnil. Je pravda, že o svém zdravotním stavu jsem nejdříve moc mluvit nechtěl, měl jsem pocit, že to musím zvládnout sám a nechtěl jsem nikoho obtěžovat svými myšlenkami. Později jsem byl rád, když jsem si mohl o nadcházející operaci s někým promluvit. Netížily mne zbytečné myšlenky.“*

Jak bezpečně jste se cítil ve svém každodenním životě?

Respondent: *„Když jsem byl doma sám, raději jsem nedělal nic náročného, ani jsem se sám nepouštěl na žádné delší trasy, bál jsem se dušnosti. Byl jsem rád ve společnosti jiných lidí.“*

Jak zdravé bylo Vaše fyzické prostředí, ve kterém jste žil?

Respondent: *„Dříve jsme s manželkou žili na vesnici v domku. Tam bylo velice zdravé životní prostředí a byl jsem tam spokojený. Pak jsme se přestěhovali do města a domek jsme nechali dceři a její rodině, pro nás dva byl velký. Nyní žiji v cihlovém bytě ve velkém městě, takže pohybu mám určitě méně než dříve a to nejen kvůli onemocnění, ale je to tím, že jsem rád chodil na zahradu a do lesa a ten tu není.“*

Měl jste dost energie pro běžný život?

Respondent: *„Základní běžné věci jsem zvládal, dokázal jsem se o sebe v pohodě postarat. Energie samozřejmě ubývá s věkem, dříve jsem měl spoustu energie na cokoli, nyní jsem byl rád, že se o sebe dokážu postarat. Je to smutné.“*

Byl jste schopen přijmout svůj fyzický vzhled?

Respondent: *„Na mém fyzickém vzhledu se nic nezměnilo, jen jsem byl více unavený a rodina říkala, že jsem trochu „sešel“.. Ale ani předtím a ani nyní jsem fyzickému vzhledu nepřikládal velký význam.“*

Měl jste dost peněz, aby jste uspokojil své potřeby?

Respondent: *„Nemám velké potřeby, vystačím s málem. Lyžování a výlety nyní nebyly dostupné a na údržbu bytu, jídlo a pití mi můj důchod stačil. Jsem skromný člověk po svém otci.“*

Jak dostupné byly pro Vás informace, které jste potřeboval pro svůj každodenní život?

Respondent: *„Informace byly pro mne dostupné dobře, chodil jsem si denně pro noviny a rád poslouchám rádio. Na televizi s manželkou koukáme pouze večer, na zprávy. Jinak mne chodily navštěvovat dcery a ty mne vždy informovaly o všem možném.“*

Měl jste dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Respondent: *„Samozřejmě jsem dostatek příležitostí neměl. Rád bych je rozvíjel, ale to bych se musel cítit zdrav. Když se člověk necítí zcela zdrav, jeho zájmy jdou stranou. Myslel jsem hlavně na to, že snad budu zase zdrav, že se bude cítit zase dobře.“*

Jak velké potíže Vám dělalo pohybovat se mimo domov?

Respondent: *„Zvládl jsem dojít k lékaři, zvládl jsem nakoupit, základní věci jsem zvládal dobře, sice pomaleji, ale šlo to. Na tramvaj jsem samozřejmě jako dříve již nespíchal. Věděl jsem, že bych to nezkorigoval s dechem. Byl jsem zodpovědný a snažil jsem se na sebe dávat větší pozor.“*

Byl jste spokojený se svým spánkem?

Respondent: *„ Se svým spánkem jsem vcelku spokojený byl. Když jsem byl v klidu, dýchalo se mi dobře. Spánek mi narušovala pouze zvětšená prostata, která mne nutila několikrát za noc použít toaletu, ale to je asi v mém věku přirozené.“*

Jak jste byl spokojený s tím, jak jste schopen vykonávat každodenní aktivity?

Respondent: *„Každodenní aktivity jsem vykonával nadále, ale samozřejmě jejich okruh se zúžil, jen na ty základní. Už to nebylo ono. Nějak mne nic nebavilo, nenaplňovalo. Vše jsem dělal jen proto, že to bylo nutnost. Můj životní elán byl pryč. Chtěl jsem zpátky svůj plnohodnotný život. Bylo to pro mne psychicky velmi náročné, to čekání na operaci a na naději, že budu zase žít jako dřív, ale alespoň jsem měl tu naději.“*

Jak jste byl spokojený se svou schopností pracovat?

Respondent: *„Již jsem v důchodu, takže pokud se ptáte na zaměstnání, tak to už jsem dávno opustil. Pracoval jsem jako stavební technik a ještě nedávno jsem pomáhal mé dceři postavit dům. To mne bavilo, připadal jsem si potřebný. Tady ve městě nemáme ani zahrádku, takže vlastně nemám, kde pracovat. Jen pomáhám manželce doma s úklidem a chodím nakupovat.“*

Byl jste spokojený sám se sebou?

Respondent: *„Nebyl jsem spokojen. Vždy jsem měl na sebe velké nároky a ty jsem nyní ani zdaleka nesplňoval. Byl jsem z toho velmi smutný, ale nedalo se bohužel nic dělat, jen čekat, jestli se operace povede. Snažil jsem se spokojit s málem.“*

Byl jste spokojený se svými osobními vztahy?

Respondent: *„V zásadě byl, rodina mne podporovala. Povídali si se mnou o mém zdravotním stavu, zajímali se, jak mi je. Když jsem řekl, že jsem se rozhodl podstoupit tuto operaci, snažili se mne podporovat. Řekli mi, že jestli si myslím, že tento výkon moji kvalitu života zlepší, ať ho určitě podstoupím. Manželka a přátelé mi také dodávali energii a věřili, že se vše určitě povede.“*

Byl jste spokojený se svým sexuálním životem?

Respondent: *„Dříve ano, ale ten již dávno skončil.“*

Byl jste spokojený s podporou, kterou Vám poskytovali Vaši přátelé?

Respondent: *„Přátelé mi drželi palce, ať se vše povede a jsem zase fit. Ale důležitější pro vždy byla rodina a ta za mnou stála. Mezi přáteli jsem měl jednoho kamaráda, který také podstoupil operaci na srdeční chlopni, ale klasickým způsobem. Tento kamarád mne uklidňoval, že vše zvládnou stejně dobře a ještě když mám méně náročnější operaci než měl on.“*

Jak jste byl spokojený se svým bydlením?

Respondent: *„Se svým bydlením jsem v tuto dobu spokojený byl. Vyhovovalo mi, že bydlíme v bytě a že se nemusím starat o zvířata, zahradu a dům, to bych asi nezvládl. Náš byt je na klidném místě, útulný, máme ústřední topení, zajištěnou teplou vodu, energie, to vše člověku ulehčí práci.“*

Jak jste byl spokojený s dostupností zdravotní péče?

Respondent: *„S dostupností zdravotní péče jsem byl velmi spokojený. Blízko bydliště mám dvě nemocnice a svojí praktickou lékařku. A v případě nutnosti i rychlá záchranná služba má sídlo v okruhu 1 kilometru. Tato skutečnost mne uklidňovala, nebál jsem se, že bych se nedovolal pomoci.“*

Jak jste byl spokojený s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Respondent: *„S tímto jsem byl také velice spokojený, využíval jsem městskou hromadnou dopravu. Dříve když jsem byl „fit“, chodil jsem všude pěšky nebo jezdil na kole, to mne bavilo. Ale v tomhle stavu jsem byl rád, že můžu jet tramvají či trolejbusem.“*

Jak často jste měl negativní pocity, jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Respondent: *„Úzkost jsem občas pociťoval, špatná nálada se také čas od času objevila, ale deprese jsem neměl a zoufalství jsem nepropadal. Věřil jsem lékařům, že mne zase dají dohromady. Vadilo mi jen to čekání, to bylo nejhorší. Člověka pak napadají různé myšlenky, na které by dříve ani neměl čas. Má operace byla nakonec naplánována na duben a tak to čekání bylo ještě zhoršeno zimním obdobím a špatným počasím, které nepřálo procházkám. Procházky mne vždy uklidnily.“*

Doplňující otázky:

Byl jste dostatečně informován o výkonu, na který jste se připravoval?

Respondent: *„Musím říci, že pan doktor v kardiologické ambulanci mi vše řádně vysvětlil, i když nějakým odborným slovům jsem nerozuměl, ale nechtěl jsem pana doktora zdržovat, tak jsem vše odkýval. Myslel jsem, že mi to bude vysvětleno ještě jednou před výkonem. Před výkonem mi nikdo nic nevysvětloval, tak jsem se na to doptal sestřiček, které byly velmi ochotné.“*

Dokázal zdravotnický personál zmírnit Vaše obavy z výkonu?

Respondent: *„Ano, dokázal. Sestřičky byly opravdu velmi ochotné a milé, mohl jsem se jim se vším svěřit. Pan doktor se mne také často ptal, jestli je vše v pořádku. Strach jsem určitě měl, ale snažil jsem se být klidný.“*

Důvěřoval jste zdravotnickému personálu?

Respondent: *„Ano, důvěřoval. Myslím, že je zapotřebí mu důvěřovat, jinak bych se k operaci neodhodlal. Věřím, že pro mne chtějí to nejlepší. V každém případě, je to i vizitka jejich práce. Viděl jsem, že svojí práci dělají opravdu poctivě a mají ji rádi.“*

Měl jste obavu z toho, že tento výkon je v naší nemocnici teprve v počátcích?

Respondent: *„Obavu jsem neměl, přečetl jsem si v časopise fakultní nemocnice, že u tohoto výkonu je spousta odborníků a ještě sem dojíždí pan doktor, který se tímto výkonem zabývá již dlouhou dobu. Důvěřoval jsem jim.“*

Co bylo pro Vás nejtěžší v předoperačním období?

Respondent: *„Jednoznačně čekání. Trvalo dlouho, než jsem podstoupil všechna vyšetření a než s mým výkonem souhlasila pojišťovna. Čekání asi nemá rád nikdo, byl to prostě běh na dlouhou trať.“*

Katamnéza

2) Období po výkonu

V dubnu 2014 provedena implantace chlopně CoreValve 29mm. Výkon proběhl bez komplikací, kontrolní ECHO následující den bez patologií. V průběhu hospitalizace se střídá AV blokáda 3.stupně a 1.stupně, poté junkční rytmus, proto zatím ponechána dočasná kardiostimulace, která se zavádí při výkonu. Porucha rytmu přetrvávala, proto provedena implantace kardiostimulátoru zleva. Pacient je subjektivně bez potíží, oběhově i ventilačně stabilní, 100% stimulovaný rytmus, třísila klidná.

Po týdnu pacient přeložen z jednotky intenzivní péče na lůžkové standardní oddělení, kde pokračuje rehabilitace.

Jeden měsíc od výkonu se subjektivně cítí dobře. Od výkonu velkou zátěž ještě nezkoušel, ale vyšel tři poschodí bez zastavení. Nevnímá palpitace a neprodělal synkopu, pouze občasně večer mívá otoky dolních končetin.

Rozhovor s pacientem po výkonu:

Jak byste zhodnotil kvalitu svého života nyní?

Respondent: *„Musím říct, že se cítím velice dobře, začínám opět žít. Zapojuji se zpět do běžného života. Můj návrat z nemocnice mi ovšem zkomplikovala manželčina těžká nemoc, která proběhla během mé hospitalizace. Je nyní částečně ochrnutá a tak se o ní musím starat. Kvalita mého života se nesmírně zvýšila a za to musím poděkovat všem lékařům a sestřičkám.“*

Jak jste spokojený se svým zdravím?

Respondent: *„Jsem nesmírně spokojen. Mohu zase chodit na nákupy pěšky, aniž bych se zadýchával. Vyjdu i do třetího poschodí bez zastavení. Rád chodím na procházky s přáteli.“*

Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat, co potřebujete?

Respondent: *„Jediné, co mne ještě občas bolí je levý podklíček, kde mám implantovaný kardiostimulátor. Nesmím dělat krouživé pohyby s levou rukou a dávat na ránu pozor, aby se nezanítla. Jinou fyzickou bolest nemám, rány v tříselech se mi zahojily dobře. Má bolest je nyní spíše psychického rázu, když vidím manželku, co jí cévní mozková příhoda způsobila.“*

Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval v běžném životě?

Respondent: *„Léčbu mám prakticky stejnou jako před výkonem. Warfarin mi lékaři ponechali a ještě mi přidali Trombex, dále beru nadále tablety na vysoký tlak a „něco na prostatu“. Jinou léčbu vlastně nepotřebuji a jsem velice rád.“*

Jak moc Vás baví život?

Respondent: *„Život mne baví moc, těšil jsem se, až budu zase soběstačný a budu si moct dělat, co uznám za vhodné. Já jsem teď v pořádku, ale manželka je částečně ochrnutá, takže se o ni musím starat. Plánoval jsem, jak budeme opět jezdit na hory, ale nepůjde to. Manželka potřebuje moji pomoc skoro 24 hodin denně. Je to smutné.“*

Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

Respondent: *„Můj život má nyní obrovský smysl, manželka mne potřebuje, sama se o sebe postarat nezvládne. Musím tu být pro ni.“*

Jak dobře jste schopen se soustředit?

Respondent: *„Jsem špatný z manželčina stavu a občas mám problém se soustředit na něco jiného. Manželka mívá často deprese a úzkostlivé nálady, rád bych jí pomohl, ale bohužel to nejde.“*

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Respondent: *„Já se cítím naprosto bezpečně, teď už o sebe strach nemám, vím, že se operace povedla, mám novou fungující chlopeň, která mi zajistí pár let vydrží. Musím být silný kvůli manželce.“*

Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

Respondent: „*Žijeme s manželkou pořád ve stejném bytě na okraji města, je to cihlový byt plný slunce, tak si myslím, že prostředí je vcelku zdravé. Samozřejmě bych raději žil na vesnici, ale to je teď už zcela nemyslitelné.*“

Máte dost energie pro běžný život?

Respondent: „*Energie mám daleko více než před výkonem, to je nesrovnatelné. Někdy energií přímo překypuji. Energie je teď velice potřebná, péče o manželku je velice náročná.*“

Jste schopen přijmout svůj fyzický vzhled?

Respondent: „*Vypadám teď určitě lépe, chodím více na čerstvý vzduch a to mi dává sílu do života. I když si někdy přijdu unavený k smrti.*“

Máte dost peněz na to, abyste uspokojil své potřeby?

Respondent: „*Můj a manželčin důchod nám na naše základní potřeby stačí, když náhodou potřebujeme více peněz na léky či na nějakou investici do bytu, vypomůžou nám dcery.*“

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Respondent: „*Informace jsou pro nás dostupné velmi dobře. Posloucháme celý den rádio, večer sledujeme televizi a chodím každé ráno pro denní tisk. Manželka teď zvládne jen sedět, tak se snaží zabavit čtením a luštěním křížovek.*“

Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Respondent: „*Těšil jsem se, že po operaci budu mít dostatek příležitostí, že budu opět plný síly. Plný sil opravdu jsem, ale příležitostí na rozvíjení svých zájmů moc nemám, manželka mne potřebuje. Pokud potřebuji někam odejít na delší dobu, musím zajistit někoho jiného, kdo se o ni postará.*“

Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

Respondent: „*Nyní se mimo domov pohybuji bez potíží. Ale paradoxně zase nemohu být dlouho pryč, kvůli manželce. Jinak jsem mimo domov rád, přijdu alespoň na jiné myšlenky.*“

Jak jste spokojený se svým spánkem?

Respondent: „*Spím dobře, ale několikrát za noc mám nucení na malou stranu nebo mne vzbudí manželka, že něco potřebuje. Když jsem byl mladý, usnul jsem na zádech a také jsem se na zádech probudil, tomu už teď ani nemůžu uvěřit.*“

Jak spokojený jste s tím, jak jste schopen vykonávat každodenní aktivity?

Respondent: „*Tak s tím jsem spokojený velmi, zvládám se nyní postarat o sebe i o manželku, jsem na sebe hrdý, jak to vše zvládám. Máme to v domácnosti už celkem sehrané. Je mi jen líto, že manželce nedokážu zvednout náladu.*“

Jak jste spokojený se svou schopností pracovat?

Respondent: „*Se svou schopností pracovat jsem spokojený, rád pomáhám dceři na zahrádce, teď už to zvládnou bez zadýchání. Také mě baví kutilství, rád vše opravím, pokud je třeba. Pracuji rád a svoji práci stavebního technika jsem miloval. Do důchodu jsem se těšil, že budu mít více času, ale po práci se mi stýskalo.*“

Jak spokojený jste sám se sebou?

Respondent: „*Jsem spokojený, vážím si života a jsem rád na světě. Jsem optimistický a věřím, že stav manželky se díky rehabilitaci určitě zlepší a zase bude vše růžovější. Jsem hrdý na to, že teď já jsem jí oporou.*“

Jak spokojený jste se svými osobními vztahy?

Respondent: „*Osobní vztahy v rodině se hodně utužily po mé operaci a manželčině onemocnění. Dcery nás navštěvují častěji, pomáhají nám, mají o nás obavy. Více vídáme i vnoučata, to je naše velká radost a chloubka. Rodina se velmi důležitá, je to vlastně všechno, co na tom světě máme. Bez rodiny není starosti, ale hlavně radosti.*“

Jak jste spokojený se svým sexuálním životem?

Respondent: „*Jak už jsem říkal, tak za mých mladých let jsem byl spokojený. V mém věku už je tato otázka bezpředmětná.*“

Jak spokojený jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

Respondent: *„Jsem rád, že mám přátele, s nimi se zdá hned vše jednodušší. Mám dobré přátele. Kamarád, se kterým se znám už z vojny, má také implantovaný kardiostimulátor, tak s ním rád hovořím na toto téma a uklidňuje mne, že si o tom mám s kým promluvit. Nejlepší je povídat si o tom s někým, kdo o tom něco ví nebo má stejný problém. Rodina mé pocity nepochopí.“*

Jak spokojený jste se svým bydlením?

Respondent: *„V celku ano, ale jak už jsem předesílal, tak bych raději zbytek svého života strávil v domku na vesnici, na čerstvém vzduchu a se spoustou zvířat. Ale vím, že tohle přání už se mi nesplní.“*

Jak spokojený jste s dostupností Vaší zdravotní péče?

Respondent: *„Zdravotní péče je u nás velmi dobře dostupná. V blízkosti našeho domova stojí dvě nemocnice. Za rohem mám svojí praktickou lékařku a stanice záchranné služby také není daleko. V nemocnici se nachází i lékárna, kam chodím vyzvedávat manželce i mne léky.“*

Jak spokojený jste s tím, jak se Vám daří dostat tam, kam potřebujete?

Respondent: *„Ve městě je vše jednodušší, lehce se dostanu pěšky tam, kam potřebuji a když pospíchám, tak se svezu městskou hromadnou dopravou, kterou mám jako důchodce zdarma. Tohle se s životem na vesnici nedá srovnat, to je velký klad města.“*

Jak často jste měl negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese po výkonu?

Respondent: *„Já jsem byl se svým zdravotním stavem po výkonu nadmíru spokojen. Deprese a úzkost teď mám často, ale z důvodu manželčina ochrnutí. Ona byla vždy také velice aktivní a sportovně založená žena a teď sama nezvládne ani použít toaletu. Je mi to moc líto.“*

Doplňující otázky:

Byl jste dostatečně edukován zdravotnickým personálem o specifické pooperační péči?

Respondent: *„Jak bude probíhat operace mi bylo vysvětleno panem doktorem na ambulanci. Když jsem nastoupil k hospitalizaci, jeden den před výkonem jsem ležel na lůžkovém oddělení, zde jsem již žádné bližší informace nedostal, jen se o mne bavili lékaři při vizitě, ale bylo to spoustu odborných slov, kterým jsem ani nerozuměl. Poté jsem dostal k podpisu informovaný souhlas, na který jsem neměl dostatek času si ho v klidu pročíst.“*

Dokázal Vás zdravotnický personál zbavit deprese v neosobním prostředí jednotky intenzivní péče?

Respondent: *„Prostředí bylo sice neosobní, ale žádné deprese jsem z něho neměl. Byl jsem zde spokojený. Všichni se o mne výborně starali. Měl jsem asi štěstí na zdravotnický personál. Sestřičky byly velice komunikativní a milé a lékaři se zajímali o můj zdravotní stav.“*

Zdála se Vám pooperační péče vyhovující?

Respondent: *„Pooperační péče byla výborná, cítil jsem se dobře. Jen jsem dodnes nepochopil, proč jsem musel jít na trvalý kardiostimulátor, když spolupacient nemusel a mohl jít dříve domů. Musel jsem ležet na zádech a měl omezený pohyb, abych si nevytáhl ten dočasný kardiostimulátor.“*

Co by jste vzkázal pacientům, kteří budou tento výkon také podstupovat?

Respondent: *„Vzkázal bych jim, aby se nebáli a věřili specialistům, chtějí nám pomoci a usnadnit rekonvalescenci. Chtějí nám jen z přežívání udělat zpět život a daří se jim to. Jsem vděčný za to, že medicína jde dopředu a že dnes dokáže zachránit stále více životů.“*

Chcete ještě něco dodat?

Respondent: *„Chtěl bych všem, co se o mě starali poděkovat a vzkázat jim, že si jejich práce nesmírně vážím a obdivuji, s jakou elegancí ji dělají. Když se na mne ráno sestřička usmála, věděl jsem, že zvládnou vše.“*

Shrnutí subjektivních pocitů a postřehů

Mé subjektivní pocity z tohoto rozhovoru byly velmi příjemné. I přesto, že jsme se s respondentem znali pouze v rámci ošetrovatelské péče po dobu hospitalizace, byl velmi milý a přátelský. Po skončení rozhovoru jsme ještě dlouhou dobu debatovali o životě.

Pro pacienta je velmi těžké vyrovnat se s ochrnutím své manželky. Má špatný pocit z toho, že on se nyní cítí v úžasné kondici a manželka je psychicky deprivována ze svého ochrnutí. Na druhou stranu si uvědomuje, že díky své dobré kondici, se o ni dokáže postarat sám a to je teď důležité.

Návrh pro praxi

Pro pacienty je velmi důležité, aby byli dostatečně informováni o průběhu výkonu, pooperační péči a možných vedlejších následcích. Bylo by vhodné, kdyby si lékař, který bude výkon provádět udělal prostor a vše jim vysvětlil a uklidnil je. Měli by mít možnost si své myšlenky pečlivě utřídit a čas na to si promyslet, jaké otázky ho k výkonu napadají a pak si s lékařem ještě jednou promluvit. Většina pacientů nerozumí odborným výrazům a tak by bylo vhodné je v rozhovoru s nimi příliš nepoužívat. Nejen, že jim nerozumějí, ale bojí se zeptat a mají zbytečné obavy.

8.2 Druhý rozhovor

Anamnéza

Pacientka žije na vesnici v rodinném domku. Je jí 80 let a je velice vitální a plná života. Je ve starobním důchodu, předtím pracovala jako ekonomka v nedalekém městečku. V domku žije nyní sama, její manžel již nežije. Velmi miluje zvířata a přírodu. Je inteligentní a vnímavá. Není žádného vyznání. Dává si spíše krátkodobé cíle, žije přítomností, snaží se žít každý den naplno. Je společenská, vyhledává sociální kontakty.

Rodinná anamnéza – otec zemřel v 63 letech na srdeční selhání, matka v 88 let na urolitiázu. Sourozence nemá. Děti - tři dcery - zdravý. Manžel zemřel v 52 letech na cévní mozkovou příhodu, od té doby vdova.

Osobní anamnéza – několik let léčená arteriální hypertenze, námahová dušnost NYHA II. stupeň, chronická obstrukční plicní nemoc, stav po tuberkulóze. Ve 30. letech pacientka nedoléčila chřipkové onemocnění a prodělala revmatickou horečku.

Abusus – nekuřačka, 1 x denně černá káva, občasné malé množství piva.

Léky – Anopyrin 100 mg tbl. 1-0-0, Trombex 75 mg tbl. 1-0-0, Furon 40 mg tbl. 1/2 –1/2 – 0, Verospiron 25mg tbl. 1-0-1, Torvacard 20mg tbl. 0-0-1, Quamatel 20mg tbl. 1-0-0, Cordarone tbl. 1-0-0, Tritace 2,5mg tbl 1-0-1, Atrovent inh. při potížích, Foradil inh.při potížích.

Alergie – již před dlouhou dobou měla bolesti žaludku po nějakém ATB, jinak alergie neguje.

Fyzikální vyšetření před výkonem – Krevní tlak 140/80mmHg, akce srdeční pravidelná, frekvence 100/min. Orientovaná, eupnoe, bez cyanózy, anikterická. Spojivky růžové, zornice izokorické, jazyk vlhký. Karotidy tepou symetricky, šelest není slyšet, uzliny nehmatné. Hrudník souměrný, dýchání sklípkové, čisté, ozvy ohraničené, systolický šelest v celém prekordiu. Břicho dýchá volně, poklep diferencovaný bubínkový, měkké, palpačně nebolestivé, bez známek peritoneálního dráždění. Na dolních končetinách pulsace hmatná, bez otoku.

Katamnéza

1) období před výkonem

Prvotním příznakem u pacientky byla dušnost a dlouhotrvající kašel. Nepřikládala tomuto stavu velkou váhu, jelikož od mládí po prodělané tuberkulóze se léčí na obstrukční plicní nemoc a bronchitidy mívá velice často. V posledním roce se, ale dušnost velice zhoršila a vlhký kašel měla často, byla zahleněna a musela používat expektorancia.

Navštívila svoji lékařku v plicní ambulanci, kam docházela a ta ji poslala na vyšetření do Fakultní nemocnice. Zde ji kardiolog po provedení echokardiografie doporučil operaci – výměnu aortální chlopně. Pacientčina aortální chlopeň byla těžce stenotická (tři cípy). Po konzultacích mezi lékaři a pacientkou a pojišťovnou bylo rozhodnuto pro operaci metodou „TAVI“.

V únoru 2014 byla přijata na standardní lůžkové oddělení k předoperačnímu vyšetření. Jednalo se o koronarografické vyšetření, sono tepen a stomatologické vyšetření. Koronarografické vyšetření bylo v pořádku – bez nálezu, sono tepen také, ale stomatolog se rozhodl pro extrakci několika zubů. Druhý den byly provedeny fokusy, extrakce 3 zubů, vyoperován kořen zubu a odpoledne už měla pacientka novou zubní protézu. Další den ještě podstoupila sono břicha, gynekologické vyšetření, mikrobiologické vyšetření formou výtěrů – nos, krk. Další den byla uznána jako vhodná pacientka pro operaci a byla poslána domů.

K operaci byla poté pozvána v dubnu 2014. Tato pacientka byla přijata den před operací rovnou na jednotku intenzivní péče, což bylo velmi výhodné, jak pro personál, tak pro ni samotnou, jelikož už věděla na jaké místo se po operaci bude vracet a byla klidnější.

Rozhovor s pacientkou před výkonem

Jako předloha k prováděnému rozhovoru byl využit dotazník kvality života dle WHO a mé otázky týkající se hospitalizace a edukace pacienta (viz příloha 1). Všechny otázky byly otevřené a pacientka k nim s velkou ochotou přidávala i své subjektivní pocity.

Do výzkumu pacientka vstoupila dobrovolně a souhlas s rozhovorem podepsala (viz příloha 4). Pacientku jsem oslovila přímo.

V rozhovoru respondentka odpovídá na otázky v časovém sledu 1 měsíc před léčbou.

Jak byste zhodnotila kvalitu života před výkonem?

Respondentka: *„Kvalita života byla špatná, pokud jsem udělala rychlejší pohyb nebo chtěla vyjít i do mírného kopce hrozně jsem se vždy zadýchala. Mohla za to samozřejmě i plicní nemoc a k tomu ještě artróza. Pak jsem se dozvěděla, že mám i špatnou srdeční chlopuň.“*

Jak jste byla spokojená se svým zdravím?

Respondentka: *„Když bych to vzala na stupnici od 1 do 5, tak na číslo 3. Takže jsem spokojená spíše nebyla. Dušnost mne omezovala, nemohla jsem již dělat manuální práce kolem domu a starat se o zvířata. S prací kolem domu mi pomohly dcery a zvířata jsem bohužel musela dát pryč.“*

Do jaké míry jste měla pocit, že Vám fyzická bolest bránila dělat to, co potřebujete?

Respondentka: *„Nebylo to až tak úplně zlé, jsou asi horší nemoci. Ale z té dušnosti jsem měla strach. Fyzickou bolest jsem měla z důvodu jiné diagnózy a tou byla artróza, na tu jsem trpěla již delší dobu. Základní potřeby jsem zvládala a s ostatními mi jezdily pomáhat dcery, jsou u mne každý víkend a někdy i v týdnu, pokud je potřeba.“*

Jak moc jste potřebovala nějakou léčbu, abyste fungovala v běžném životě?

Respondentka: *„Potřebovala jsem hlavně léky na průdušky a léky na srdce. Prodělala jsem v mládí revmatickou horečku. Ve 30 letech jsem nechtěla zanedbat práci na ekonomickém odboru a tak jsem chodila do práce i s chřipkou. Pak jsem si to vyčítala, jelikož revmatickou horečku bych nepřála nikomu. Je to hrozně bolestivá záležitost.“*

Lčím se také na vysoký krevní tlak a bez léků bych nemohla fungovat, měla bych tlak vysoký a bylo by mi ještě hůře.“

Jak moc Vás bavil život?

Respondentka: „Život mne vždycky bavil a bavít bude, jsem ráda, že jsem ještě tady. I když můj manžel už tu se mnou dlouho není, mám velkou rodinu a velmi jí miluji. Oni mi dodávají životní optimismus a velkou sílu.“

Do jaké míry měl Váš život podle Vás smysl?

Respondentka: „Můj život měl velký smysl. Rozhodla jsem se podstoupit tenhle výkon z důvodu toho, že můj život ještě smysl měl. Kdybych byla sama, nikdo mne nechtěl, nepotřeboval, asi bych do toho nešla, už by mi to za to nestálo. Moje rodina je mi opravdu oporou, je to velké štěstí.“

Jak dobře jste byla schopna se soustředit?

Respondentka: „Myslela jsem dost často na to, jak to vše zvládnu. Samotný výkon, pooperační období, rehabilitaci a pak lázně. Myslím, že na ostatní věci jsem se byla schopna soustředit tak na 50%.“

Jak bezpečně jste se cítila ve svém každodenním životě?

Respondentka: „Cítila jsem se celkem bezpečně. Pokud, ale byla venku vysoká teplota, bála jsem se vyjít z domu ven, to se mi opravdu hodně špatně dýchalo. Nemohla jsem si prostě dělat to, co jsem chtěla. Snažila jsem se na sebe dávat pozor, aby se mi do operace něco nestalo. Věděla jsem, že nesmím být ani nachlazená, tak jsem se stále teple oblékala.“

Jak zdravé bylo Vaše fyzické prostředí, ve kterém jste žila?

Respondentka: „Žiji na vesnici ve starším rodinném domku, takže zdravější prostředí už si nedokážu představit. Cítím se tu moc dobře, nikdy bych nechtěla žít nikde jinde. Všude kolem je krásná příroda a čerstvý vzduch. Je to chráněná krajinná oblast.“

Měla jste dost energie pro běžný život?

Respondentka: „Energie jsem měla mnohem méně. Snažila jsem se dělat vše, ale šlo to mnohem pomaleji. Základní věci jsem zvládala, ale vše, co bych chtěla určitě ne.“

Byla jste schopna přijmout svůj fyzický vzhled?

Respondentka: „*Ano, byla. Pro ženu je to vždy těžší, ale můj fyzický vzhled zase nebyl tak hrozný, bylo na mě vidět, že jsem hodně unavená, ale snažila jsem se o sebe pečovat.*“

Měla jste dost peněz na to, abyste uspokojila své potřeby?

Respondentka: „*Peněz jsem měla dost, mám velice slušný důchod a potraviny jsem si vypěstovala sama, pokud to šlo. Jen ta energie k tomu chyběla.*“

Jak dostupné pro Vás byly informace, které jste potřebovala pro svůj každodenní život?

Respondentka: „*Jsem zvyklá poslouchat rádio a tam se základní informace dozvím. Také jsem měla spoustu informací od mých dcer a vnučky, která pracuje ve Fakultní nemocnici. Nedám též dopustit na domácího lékaře, kterého jsem si koupila před 40. lety a stále se jím nechávám inspirovat.*“

Měla jste dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Respondentka: „*Neměla. Práce na zahrádce, která je mým velkým zájmem mne natolik vyčerpávala, že jsem se jí vzdala. Jediné, co jsem zvládala, byla četba a luštění křížovek, to byly v tu dobu mé zájmy.*“

Jak velké potíže Vám dělalo pohybovat se mimo domov?

Respondentka: „*Mimo domov jsem se skoro nepohybovala. Nejraději jsem byla doma, tam jsem se cítila jistá. Jsem zvyklá na svůj režim, a když ho mám narušený, jsem celý den mimo sebe. Krevní tlak mám doma v pořádku, ale u lékaře, ho mám vysoký. Trpím „syndromem bílého pláště“. S tím nic nenadělám.*“

Jak jste byla spokojená se svým spánkem?

Respondentka: „*Se spánkem jsem problémy neměla, spala jsem dobře. Jsem zvyklá spát ve studené místnosti, dobře větratelné a používám zvlhčovače vzduchu, aby se mi lépe dýchalo.*“

Byla jste spokojená s tím, jak jste schopna vykonávat každodenní aktivity?

Respondentka: „*Samozřejmě jsem se těšila, že to bude zase lepší. Můžu říci, že jsem nebyla zcela spokojena. Chtěla jsem od života víc.*“

Jak jste byla spokojená se svou schopností pracovat?

Respondentka: „*Jsem již dlouho ve starobním důchodu. Ale když bych chtěla zhodnotit svojí schopnost pracovat na stupnici od 1 – 5, s tím, že 1 výborná a 5 nedostatečná, hodnotila bych opět číslem 3.*“

Jak jste byla spokojená sama se sebou?

Respondentka: „*Byla jsem velmi nespokojena, proto jsem se rozhodla pro operaci. Vidím v této metodě velkou naději na zlepšení mého stavu a udělám proto vše, aby se to povedlo.*“

Jak jste byla spokojená se svými osobními vztahy?

Respondentka: „*S osobními vztahy jsem nadmíru spokojená. Má rodina mě velmi podporuje a drží mi palce. S kamarádkou ze sousedství si rády popovídáme o čemkoli při šálku čaje. Jsem velice vděčná za svou povahu, mohu říci, že vyjdu s každým.*“

Jak jste byla spokojená se svým sexuálním životem?

Respondentka: „*Jsem vdova, již žádný nemám. Svého manžela jsem velmi milovala.*“

Jak spokojená jste byla s podporou, kterou Vám poskytovali Vaši přátelé?

Respondentka: „*Přátel již mám jen několik. Největší oporou a podporou je mi má rodina. Jsem na ně právem hrdá, vím, že všichni nemají to štěstí na tak skvělé dcery, vnučky a vnuka.*“

Jak spokojená jste byla se svým bydlením?

Respondentka: „*Já jsem prostě vesnická holka a vždycky jsem byla, ve městě bych umřela. Mám ráda klid a čerstvý vzduch a to v naší vesnici je. Vesnice má 13 obyvatel a já mám číslo popisné 1, takže klid zde opravdu je.*“

Jak jste byla spokojená s dostupností zdravotní péče?

Respondentka: *„To už bylo horší. Vždy, když jsem potřebovala k lékaři, musela jsem zavolat dceři, aby pro mne přijela a odvezla mne tam. A dcera pokaždé přijela a odvezla mne. Kdyby mi bylo hodně zle, volila bych rychlou záchrannou službu.“*

Jak spokojená jste byla s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Respondentka: *„To bylo úplně stejné, vždy jsem kontaktovala rodinu. Bud' mne odvezla jedna z mých dcer nebo vnučka či vnuk. Díky nim jsem tedy spokojená byla.“*

Jak často jste měla negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Respondentka: *„Já jsem spokojený člověk. Spokojím se s málem. Strach z operace jsem určitě měla, ale zoufalství ani deprese určitě ne. Těšila jsem se na to, že v nemocnici poznám nové lidi, uvidím lékaře a sestřičky při práci, bude se o mne někdo starat.“*

Doplňující otázky:

Byla jste dostatečně informována o výkonu, na který jste se připravovala?

Respondentka: *„Musím říci, že byla. Byla jsem velmi spokojena. Průběh výkonu mi byl vysvětlen již na ambulanci a poté ještě při předoperačních vyšetřeních. Kdykoli jsem se zeptala na něco, co mne zajímalo, bylo mi odpovězeno. Zdravotníci používají výrazy, kterým my laici nerozumíme, ale vždy jsem se doptala a bylo mi to vysvětleno.“*

Dokázal zdravotnický personál zmírnit Vaše obavy z výkonu?

Respondentka: *„Obavy jsem neměla, věřila jsem lékařům i sestřičkám. Věděla jsem, že jsem v dobrých rukou. Sestřičky, co se o mě staraly, byly velice ochotné a milé. Připadala jsem si v jejich péči jako v bavlnce. Lékaři byli také velmi sympatičtí.“*

Důvěřovala jste zdravotnickému personálu?

Respondentka: *„Tuto otázku jsem již vlastně zodpověděla. Důvěřovala jsem jim všem. Viděla jsem, jak je jejich práce náročná, celý den se nezastavili a přesto se ještě dokázali stále usmívat.“*

Měla jste obavu z toho, že tento výkon je v naší nemocnici teprve v počátcích?

Respondentka: „ Na začátku jsem to vlastně ani nevěděla. Ale když jsem se potom dozvěděla, že zde v Plzni, bylo touto metodou odoperováno zatím jen několik pacientů, byla jsem strašně pyšná, že budu jedním z nich. „

Co bylo pro Vás nejtěžší v předoperačním období?

Respondentka: „Nejvíce nepříjemné bylo to čekání na operaci, už jsem si přála to mít za sebou. Nejtěžší byla asi ta extrakce zubů před výkonem, to bylo velice bolestivé. Ostatní vyšetření mi nevadily. Na hospitalizaci jsem se i těšila, chtěla jsem poznat nové lidi a bavilo mne pozorovat lékaře a sestřičky při práci.“

Katamnéza

2) období po výkonu

Výkon proveden v dubnu 2014, pacientce implantována chlopeč CoreValve 26mm pro těžkou aortální stenózu. Vše bylo provedeno v plánovaném rozsahu, bez komplikací, bezprostředně po implantaci chlopeč přítomna mírná reziduální, dále regredující paravalvulární aortální regurgitace, výsledně do 1.stupně/4. Tepová frekvence uspokojivá. Intermittentně nutná podpora oběhu nízkou dávkou katecholaminů. První pooperační den k dosažení dostatečné diurézy, bylo nutné udržovat výrazně pozitivní bilanci tekutin. 3. pooperační den nově přítomna fibrilace síní, po podání amiodaronu do 24 hodin resinzace. Dále pacientka afebrilní, tlakově kompenzovaná, tříslo a místa po kanylacích klidná, stehy vyndány, v uspokojivém stavu, rehabilituje chůzí. Nastupuje lázeňskou léčbu.

Po 1 měsíci od výkonu – dech velmi zlepšen, větší pohyblivost, neotékají dolní končetiny. Vyjde do druhého patra bez zastávky, bez zadýchání. Bolesti na hrudi nemá, palpitace nepocítuje. Je bez gastrointestinálních a urologických potíží. Nyní bez teploty, bez krvácení. Doma má krevní tlak normální, v nemocnici hypertenzní, udává syndrom bílého pláště.

Rozhovor s pacientkou po výkonu:

Jak byste nyní zhodnotila kvalitu svého života?

Respondentka: *„Nyní je kvalita mého života na mnohem vyšší úrovni. Cítím se moc dobře, mohu dělat vše, co jsem dříve nemohla nebo jsem se bála dělat kvůli dušnosti. Cítím se báječně.“*

Jak jste spokojená se svým zdravím?

Respondentka: *„Opravdu jsem. Od tohoto zákroku jsem očekávala mnoho a mé očekávání se nad míru splnilo. Nemůžu si na nic stěžovat. Cítím se plná života. Lázeňská léčba mi také velmi pomohla, procházky na čerstvém vzduchu mi daly spoustu energie.“*

Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

Respondentka: *„Ještě mě trápí ta artróza, to je teď jediná fyzická bolest, kterou mám. Dříve jsem chodila o holi, tu nyní již nepoužívám, po operaci se cítím velmi jistě a nemám strach ze zhoršení dechu a mdlob.“*

Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungovala v běžném životě?

Respondentka: *„Léčbu potřebuji stále, ale nyní je to už hlavně léčba vysokého krevního tlaku. Mám doma svůj tonometr, který je zkontrolovaný a tak jeho hodnotám věřím. Krevní tlak mám v normě díky tabletkám, které užívám, ale jakmile mne něco vytrhne z mého denního režimu, mám tlak vyšší a na kontrole u pana doktora vždy – mám asi doopravdy syndrom bílého pláště.“*

Jak moc Vás baví život?

Respondentka: *„Život mne vždy bavil, baví a bude mne bavit. Nic krásnější přeci není. Jsem velmi šťastna, že mi život nabídl další šanci, jak si ho ještě trochu prodloužit.“*

Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

Respondentka: *„Má obrovský smysl, má rodina mne ještě potřebuje a já potřebuji jí, to je přeci smysl života.“*

Jak dobře jste schopna se soustředit?

Respondentka: „*Soustředím se teď velmi dobře na cokoliv, to mi nedělá problém. Nemám z ničeho strach, nic náročného mne nyní nečeká.*“

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

Respondentka: „*Cítím se velmi bezpečně, nedá se to srovnat s tím, jak jsem se cítila předtím. Už se nebojím vyjít ven a jít na delší procházku přírodou.*“

Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

Respondentka: „*Zdravější prostředí než mám já, si už ani nedokážu představit. Je to chráněná krajinná oblast a byli jsme tu s manželem vždy moc šťastní. I když jsem tu po jeho smrti sama, mé dcery mne velmi často navštěvují.*“

Máte nyní dost energie pro běžný život?

Respondentka: „*Ano, mám, přímo překypuji energií. Těším se na každý nový den, co přinese.*“

Jste schopna přijmout svůj fyzický vzhled?

Respondentka: „*Vypadám teď mnohem lépe, nebojím se chodit ven na slunce a jsem více odpočatá. I rodina mne chválí, jak jsem pookřála.*“

Máte dost peněz na to, abyste uspokojila své potřeby?

Respondentka: „*Mám velmi slušný důchod a potřeb nemám tolik, takže určitě ano. Většinu potravin jsem si nyní schopná vypěstovat na zahrádce sama. Když potřebuji něco navíc, dcery mi to zajistí.*“

Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

Respondentka: „*Jsem zvyklá poslouchat rádio a tam se základní informace určitě dozvím a občas ne jen základní. Spoustu informací mám také od svých dcer, které mne navštěvují. Informovaná jsem určitě dost.*“

Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

Respondentka: „*To určitě mám. Mým hlavním zájmem je práce na zahrádce a tu si nyní užívám plnými doušky.*“

Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?

Respondentka: „*Po operaci jsem si velice jistá, takže už nemusím chodit o holi, odložila jsem ji. Potíže tedy s pohybováním mimo domov nemám. Do města se, ale sama nevypravuji, tam jezdím jen se svými dcerami autem. Já tam vlastně ani nepotřebuji, většinou tam jezdím pouze na kontroly k lékařům.*“

Jak spokojená jste se svým spánkem?

Respondentka: „*Spím velice dobře, spím celou noc kolikrát i bez probuzení. Ke spaní mi stačí klid a vyvětraná místnost.*“

Jak spokojená jste s tím, jak jste schopna vykonávat každodenní aktivity?

Respondentka: „*Nyní jsem nadměru spokojena. Zvládnu daleko víc věcí než před operací a velmi mě to baví. Přemýšlím, že si pořídím zase nějaké zvířátko. Předtím jsem musela vše dát pryč, jelikož jsem se nezvládala o ně starat a nechtěla jsem nikoho otravovat.*“

Jak spokojená jste se svou schopností pracovat?

Respondentka: „*Určitě zvládnu zastat mnohem více práce než dřív, takže jsem spokojená velmi.*“

Jak spokojená jste sama se sebou?

Respondentka: „*Jsem se sebou spokojená moc, nová aortální chlopeň mne opět postavila na nohy a to bych ani nevěřila, že jí tam mám, kdyby mi ji pan doktor neukázal na sonu srdíčka.*“

Jak spokojená jste se svými osobními vztahy?

Respondentka: *„Velice spokojená. Rodina na mne nedá dopustit, denně za mnou chodili do nemocnice, volali, ptali se na můj zdravotní stav. Když jsem pozorovala ostatní pacienty, tak musím být za svoji rodinu opravdu vděčná. Za některými tam po celou dobu léčby nikdo nepřišel a oni byli velice smutní a depresivní. Nikdo o ně neměl zájem a pro koho tyhle lidičky mají pak žít, když je nikdo nechce, je to moc smutné.“*

Jak spokojená jste se svým sexuálním životem?

Respondentka: *„Bez komentáře.“*

Jak spokojená jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?

Respondentka: *„Přátel už moc nemám, ale ti, co mi ještě zbyli, jsou velice milí a starostliví. Několikrát mi volali do nemocnice, jestli něco nepotřebuji.“*

Jak spokojená jste se svým bydlením?

Respondentka: *„Velmi spokojena, jak už jsem říkala, nikdy bych nechtěla bydlet nikde jinde, tohle místo je pro mne nejlepší na světě. Jsem ráda, že se o sebe dokážu postarat, nedovedu si představit, že bych žila v nějaké léčebně pro dlouhodobě nemocné a musela bych být na někoho odkázána s jídlem, pitím, hygienou. To už není život.“*

Jak spokojená jste s dostupností zdravotní péče?

Respondentka: *„S tou už je to horší. Praktickou lékařku a plicní ambulanci mám v několika kilometrech vzdáleném městě. Když potřebuji k lékaři, musím zavolat jedné z dcer, aby pro mne přijela a odvezla mne tam. Jezdí k nám sice autobus, ale ten jede jen několikrát za den a vlastně ani nevím odkud.“*

Jak spokojená jste s tím, jak se Vám daří dostat tam, kam potřebujete?

Respondentka: *„Na tuto otázku jsem vlastně nyní již také odpověděla. Musím využít pomoci svých dcer, takže v tomhle je život na vesnici mnohem těžší. Mám to všude daleko.“*

Jak často po operaci jste měla negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost?

Respondentka: *„Žádné takové pocity jsem určitě neměla. Když jsem po operaci otevřela oči, nade mnou se sklánělo několik zelených smějících se hlav lékařů a sestřiček, věděla jsem, že je vše v naprostém pořádku a že už bude jen dobře.“*

Doplňující otázky:

Byla jste dostatečně edukována zdravotnickým personálem o specifické pooperační péči?

Respondentka: *„Byla jsem informována dostatečně. Od pana doktora na ambulanci, od sestřiček na lůžkovém oddělení při předoperačním vyšetření a hlavně od mé vnučky, která ve Fakultní nemocnici pracuje. Před výkonem jsem byla přijata rovnou na jednotku intenzivní péče, takže jsem věděla, kam se pak budu vracet, to bylo velmi příjemné.“*

Dokázal Vás zdravotnický personál zbavit deprese v neosobním prostředí jednotky intenzivní péče?

Respondentka: *„Z prostředí jsem deprese neměla, vyhovovalo mi, že už jsem tu jednu noc spala a tak jsem si trochu zvykla. Velká úzkost mne vždy sužovala, když se mi chtělo na stolicí a nemohla jsem si dojít na WC, jelikož jsem měla spoustu hadiček a kanyl. Musela jsem na mísu, což bylo pro mne nemyslitelné. Velmi jsem se styděla. Sestřičky mne stále uklidňovaly, že jsou na takovéhle věci zvyklé, ale já to nemohla přenést přes srdce.“*

Zdála se Vám pooperační péče vyhovující?

Respondentka: *„Pooperační péče byla na jedničku. Sledovala jsem práci lékařů a sestřiček a pokud to mohu posoudit, byl to koncert o dokonalé pracovní souhře. Ráda jsem sledovala dění na jednotce intenzivní péče, poslouchala jsem sestřičky, když si předávaly službu, lékaře při vizitě. Bylo to pro mne hezké zpestření.“*

Co bylo pro Vás nejtěžší v pooperačním období?

Respondentka: *„Budu se opakovat, ale nejtěžší pro mne opravdu bylo chodit místo na toaletu na podložní mísu. Vím, že to tak muselo být, ale bylo to pro mne strašné.“*

Co by jste vzkázala pacientům, kteří budou tento výkon také podstupovat?

Respondentka: *„Vzkázala bych jim, aby se určitě nebáli a věřili lékařům a sestřičkám. Já jsem celou dobu věřila v jejich schopnosti a vyplatilo se mi to. A také, aby tuto operaci podstoupili včas, dokud si život ještě mají sílu užít.“*

Chcete ještě něco dodat?

Respondentka: *„Chtěla bych dodat, že celý pobyt v nemocnici ve mně ještě teď vzbuzuje dobré pocity. Neměla jsem prakticky žádnou bolest, kromě zubů a zavádění kanyly. Stále jsem byla středem pozornosti, zřejmě i proto, že způsob operace byl asi ojedinělý. Dozvěděla jsem se, že operace stála pojišťovnu půl milionu. Musím se tedy opatrovat, abych investici nepromarnila.“*

Shrnutí subjektivních pocitů a postřehů

Z rozhovoru s respondentkou jsem měla velmi dobrý pocit. Po celou dobu jsme si mile a nenuceně povídaly, bylo to velice příjemné. Respondentka byla ráda, že jsem ji oslovila. Řekla mi vše, na co jsem se zeptala a i mnohem více. Vždy, když mluvila o své rodině, její oči se leskly pýchou na ni. Její manžel pro ni znamenal mnoho, velmi ji bolelo, jak tragicky před 30 lety zemřel, jiného muže již nechtěla. Respondentka je upřímná, inteligentní a rozumná žena. Dobře ví, co je v životě důležité a nedělá si hlavu z maličností. Na druhou stranu je velmi citlivá a nesnáší lži a nespravedlnost. Velice si váží zdravotníků a jejich náročné práce.

Návrh pro praxi

Myslím si, že velice důležitá je informovanost pacienta před výkonem. Zmírní obavy z výkonu a pokud je pacient psychicky v pořádku, poté i rekonvalescence po výkonu je mnohem snazší. I když zdravotníci pro spoustu dokumentace, kterou musí vyplňovat, nemají moc času na pacienty, měli by se snažit si ho udělat a pomoci jim s jejich starostmi a obavami. Vždyť je to přeci jejich práce – pomáhat lidem.

V dnešní době je pro všechny důležité, co je psáno v dokumentaci a samotný pacient je odsouvám do pozadí. Jako zdravotníci bychom měli být k pacientům přátelští, milý a snažit se získat jejich důvěru. Mnohdy jim nezáleží na tom, kolik let praxe sestra či lékař mají, záleží jim spíše na tom, jak se k nim chovají. Mému respondentovi stačilo, když jsem u něj po operaci jako sestra byla, byl klidnější, když cítil moji přítomnost a bylo mu zcela jedno, co říkám. Když jsem přišla druhý den ráno a usmála se na něj, věděl, že zvládne vše. Už od pradávna samota člověka tíží a zde to platí dvojnásobně.

9 DISKUZE

Mým hlavním cílem této práce bylo zmapovat život kardiologických pacientů před a po perkutánní implantaci aortální chlopně. Pacient, který podstupuje tento výkon od něho očekává zmírnění obtíží, které jsou spojené s jeho diagnózou – aortální stenózou. Také se těší na zlepšení svého fyzického zdraví a určitě i na lepší kvalitu svého života.

Velmi důležitým faktorem při hodnocení kvality života je vnímání nemoci pacientem. Křivohlavý (2002) informuje o tom, že pacientovy představy o tom, co mu je, ovlivňují daného člověka při jeho vnímání zdravotního stavu a zároveň ho ovlivňují i při jeho interpretaci toho, jak na tom zdravotně je. Považuje také za směrodatné rozdíly mezi lidmi, rozdíly v typu osobnosti. Každý člověk nevnímá stejně, co se s ním děje. Nejvíce je to zřejmé na vnímání bolesti. Stejný fyzický podnět, který působí bolest, může první člověk vnímat jako nepatrnou bolest a druhý se bude svíjet nesnesitelnou bolestí.

U mých respondentů také - při dušnosti žena bolest na hrudi nepocítovala, muž ano.

Mým prvním dílčím cílem této práce bylo zjistit, v čem tkví negativa před výkonem a pozitiva po výkonu. Před výkonem byla největším negativem pro oba respondenty čekací doba na operaci. Když už se dozvěděli, že byli vybráni k tomuto šetrnějšímu výkonu, museli čekat 6 měsíců, než byli vyzváni k operaci. Pro oba to byla hrozně dlouhá a úmorná doba, velice se těšili, že se jejich životlepší a nemohli se dočkat. Oba respondenti se obávali, aby si do té doby nějak neublížili nebo se jejich zdravotní stav nezhoršil, tak se snažili být spíše doma v ústraní.

Jako pozitivum po výkonu oba dva uvádí pooperační péči, která byla dle jejich slov vynikající. Na jednotce intenzivní péče se cítili moc dobře, všichni se k nim chovali velmi mile a ohleduplně. Respondentka po ukončení ústavní léčby nastoupila lázeňskou léčbu, kterou si také nemohla vynachválit. Respondent lázeňskou léčbu nenastoupil, musel se vrátit domu z důvodu ochrnutí jeho ženy, aby se o ni mohl starat.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak tento výkon zvýšil kvalitu života pacientů. Oba dva pacienti udávají, že kvalita jejich života se opravdu zvýšila. Mohou dělat, to co předtím nemohli, neměli na to sílu, jelikož oba dva trpěli dušností.

Dle mého názoru je kvalita života respondentky na vyšší úrovni než u respondentů. Je to způsobené tím, že respondentka je jak ve fyzické, tak i v psychické pohodě, má úžasně rodinné zázemí. Respondent žije se svou nedávno částečně ochrnutou manželkou a tím je dáno, že jeho psychický stav není dobrý. Fyzicky se cítí dobře, ale jinak je skleslý a smutný, nevyzařuje z něho životní optimismus jako z respondentky. Dvořáčková (2012) v knize Kvalita života seniorů udává, že ve stáří je velmi důležité vytvořit si program pro volný čas. Aktivita je prevencí nesoběstačnosti. Znamená to se udržovat v aktivitě v rovnováze s odpočinkem. Uspořádat si životní náplň tak, aby zahrnovala fyzickou i duševní činnost, udržovat pozitivní přátelské vztahy a navazovat vztahy nové. Respondentka se dle tohoto návodu zcela řídí, respondent bohužel nemá na výběr.

Život je velmi nevyzpytatelný, stále nás vystavuje zkouškám a prověřuje nás, zda jsme natolik silní, abychom tyto zkoušky zvládli. I respondent je nyní vystaven velké životní zkoušce. Pokud mohu posoudit, zvládá ji skvěle. Manželka sice trpí depresemi ze svého ochrnutí, ale snaží se rehabilitovat a postavit se opět na nohy, jelikož má velkou motivaci a oporu – svého milujícího manžela.

Třetím dílčím cílem bylo zhodnotit informovanost pacientů o podstupujícím výkonu. Oba dva pacienti byli dobře informováni o výkonu již v ambulantní sféře. Respondentka postupu výkonu porozuměla dobře, ještě měla pár otázek, na které se doptala. Zdravotnický personál jí vše vysvětlil tak, že to pochopila. Chválila si ochotu sestřiček a lékařů. Respondent byl také dobře informován, ale odborným výrazům, které lékař používal, nerozuměl a pak už se nezeptal, jelikož nechtěl zdravotníky zdržovat. Doufal, že mu ještě bude vše vysvětleno v den výkonu, ale nestalo se tak a na operační sál jel se značnými obavami. Lékaři i sestry by měli pacientovi nechat nějaký čas pro sebe a poté zodpovědět jeho otázky.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zmapovat subjektivní pocity pacientů před výkonem a po výkonu. Oba pacienti měli z doby před výkonem i po výkonu velmi dobrý pocit. Respondentka udávala, že ji uklidnilo, když byla přijata na jednotku intenzivní péče již den předtím a mohla si na prostředí zvyknout. Jakékoliv narušení jejího denního režimu ji totiž vždy rozhodí a to, že bude prostředí znát již před výkonem je pro ni velkým pozitivem. Po výkonu se také cítila moc dobře, dojímalo jí, s jakou láskou a péčí se o ní lékaři a sestřičky starali, připadala si výjimečně. Respondent měl před výkonem menší obavy, které plynuly z toho, že neporozuměl celé informaci, jak bude operace probíhat.

Z pooperační péče měl velmi dobrý pocit, všichni se o něho ukázkově starali a potěšilo ho, že byla i možnost shlédnutí televizních programů. Měl obavu, jak zvládne pouze ležet a televize ho obavy zbavila.

Pátým dílčím cílem bylo posoudit, zda bude vhodné zpracovat edukační brožuru pro další pacienty. Tento cíl je po rozhovorech s respondenty již zcela jasný – určitě to vhodné bude. Respondenti udávali, že kdyby měli informační brožuru již před výkonem doma, byli by jistější a klidnější. Vždy, když by je něco k výkonu napadlo, mohli by tam nahlédnout. A velmi důležité je také do edukační brožury umístit fotografie, jelikož někteří pacienti netuší, kde se vlastně srdce nachází, co je to aorta a jakou funkci má aortální chlopeč. Edukační brožura bude představena při obhajobě této bakalářské práce.

S kvalitativním výzkumem se také pojí otázka etiky. Respondenti výzkumníkově musí důvěřovat, aby byli schopni se mu otevřít a projevit navenek své emoce. O tomto informuje velmi podrobně Žiaková (2009) ve své knize, která se zabývá teorií a vědeckým výzkumem. Etika je dnes velmi diskutovaným tématem, měla by stát v popředí a určitě by ji měl každý zdravotník znát a respektovat. „Dalo by se říci, že každý zdravotník je vlastně výzkumník a každý pacient je respondent.“ Je tedy velmi důležité, jak my zdravotníci k pacientům přistupujeme a jestli jsme schopni si získat jejich důvěru. Já jsem si při svém výzkumu získala důvěru obou pacientů a také se mi s nimi velmi dobře spolupracovalo.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala rozdílem v kvalitě života před a po katetrizační implantaci aortální chlopně. Práce byla rozdělena na část teoretickou a na část praktickou.

Teoretickou část jsem začala základní anatomií. Poté jsem popsala onemocnění srdečních chlopní, jejich diagnostiku a projevy. Seznámila jsem s možnostmi chlopenních náhrad. Porovnála chirurgický a katetrizační výkon v rámci výměny aortální chlopně. Rozdělila ošetrovatelskou péči do třech oblastí – předoperační, perioperační a pooperační. A závěrem jsem se věnovala pojmu „kvalita života“.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo na základě provedeného výzkumného šetření zmapovat život kardiologických pacientů před a po perkutánní implantaci aortální chlopně. Z metod výzkumného šetření jsem použila kvalitativní výzkum a provedla rozhovory s cíleně vybranými respondenty. Respondenty jsem oslovila přímo, s výzkumem souhlasili, informovaný souhlas byl podepsán. Byla oslovena jedna žena a jeden muž.

Zpracovala jsem anamnézu, katamnézu jsem rozdělila před a po výkonu a rozhovory byly provedeny také v období před výkonem a v období po výkonu. Nakonec jsem shrnula své subjektivní pocity a postřehy, z nichž jsem vytvořila návrh pro praxi.

V bakalářské práci bylo položeno 5 výzkumných otázek. Na první otázku, která se týkala fyzických a psychických obtíží před výkonem to byla z fyzických obtíží hlavně dušnost a pouze u respondenta bolest na hrudi. Z psychické stránky to byla nervozita z čekání na operaci, které bylo pro oba respondenty nekonečné, jednalo se zhruba o 6 měsíců. Obávali se zhoršení svého zdravotního stavu, přáli si být v dobré kondici připraveni na operaci. Druhá výzkumná otázka pojednávala o úrovni informovanosti pacientů zdravotnickým personálem. Oba respondenti uváděli, že informovanost byla dobrá. Pacientka se na podrobnosti, které ji zajímaly, zeptala sestřiček později. Pacient uvedl, že některým výrazům nepochopil, ale již se neptal, nechtěl obtěžovat. Z toho vyplývá, že informovanost by se měla vylepšit, nechat pacientům nějaký čas, aby si urovnali myšlenky a pak jim dát prostor pro dotazy.

Třetí a čtvrtá výzkumná otázka se ptá na subjektivní pocity pacientů před a pak po operaci. Oba respondenti uváděli, že strach z výkonu sice měli, ale velice věřili lékařům, že se operace podaří a sestřičkám, že se o ně skvěle postarají. S pooperační péčí byli také spokojeni, mají z ní dobrý pocit ještě nyní. Přišli si výjimeční a velice obdivovali s jakou trpělivostí a optimismem se o ně zdravotnický personál staral. Oba také sdělili, že rádi pozorovali souhru lékařů a sestřiček při jejich náročné práci.

Poslední výzkumná otázka se týkala vhodnosti edukační brožury. Respondenti uvedli, že by uvítali nějakou příručku i s obrázky, kde by byl nákres srdce, aortální chlopně, postupu operace a hlavně doporučení, co je pro ně po operaci vhodné a co není. Fakultní nemocnice zatím vlastní edukační brožuru k tomuto výkonu nemá. A tak by bylo zajisté vhodné ji vytvořit.

Závěrem bych chtěla říci, že kvalita života obou respondentů je nyní na vysoké úrovni. Oba mají velice aktivní život a nechybí jim dobrá nálada.

Moje práce mne velmi obohatila a musím říci, že pro mne bylo moc příjemné zjistit, jak pacienti nám zdravotníkům důvěřují a váží si naší práce. Také uznávají, že v jistém smyslu je naše práce opravdu náročná. Účastnit se tohoto výzkumu bylo zpestření všedních dnů, jak pro mne, tak zajisté i pro mé respondenty.

LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ,Sylva; SADÍLEK,Petr; TÓTHOVÁ,Valérie. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd.1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 488s. ISBN 80-701-3416-X.
2. ČERBÁK,Roman.*Nejčastější chlopenní vady:aortální stenóza a mitrální regurgitace*.1.vyd.Praha: Galén,2007,188s. ISBN 978-807-2625-239.
3. ČIHÁK,Radomír.*Anatomie*3.2.dop.vyd.Praha : GRADA,2004,692s. ISBN 80-247-1132-X.
4. DOMINIK,Jan;ŽÁČEK,Pavel. *Chirurgie srdečních chlopní*.1.vyd.Praha: Grada,2007,368s. ISBN 978-802-4727-127.
5. DRAGOMIRECKÁ,Eva;BARTOŇOVÁ,Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života světové zdravotnické organizace*.1.vyd.Praha: Psychiatrické centrum,2006,68s. ISBN 80-851-2182-4.
6. DVOŘÁČKOVÁ,Dagmar. *Kvalita života seniorů:v domovech pro seniory*.1.vyd.Praha: Grada,2012,112s. ISBN 978-802-4741-383.
7. FIALA,Pavel;VALENTA,Jiří;EBERLOVÁ,Lada. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*.2.vyd.Praha : Karolinum,2009,173s. ISBN 978-80-246-1491-5.
8. GURKOVÁ,Elena. *Hodnocení kvality života:pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*.1.vyd.Praha:Grada,2011,223s. ISBN 978-80-247-3625-9.
9. KARDIOCENTRUM 3.LF a FN KV. *Katetrizace implantace aortální chlopně (TAVI) typu COREVALVE-kde jsme v roce 2013 a kde jsou limity?*Medicína:časopis pro lékaře.Praha,2013. ISSN 1803-3679.
10. KASAL,Eduard, et al.*Základy anesteziologie,resuscitace,neodkladné medicíny a intenzivní péče:pro lékařské fakulty*.1.vyd.Praha:Karolinum,2003,197s. ISBN 80-246-0556-2.

11. KOLÁŘ, Jiří, et al. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. 3. vyd. Praha : Akcenta, 2003, 411 s. ISBN 80-862-3206-9.
12. KÖLBEL, František, et al. *Praktická kardiologie*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2011, 305 s. ISBN 978-802-4619-620.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
14. KUBÁNKOVÁ, Monika; PRACHTOVÁ, Radana. *Perkutánní implantace aortální chlopně CoreValve*. Sestra, 2009, s. 49-50. ISSN 1210-0404.
15. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-802-4727-134.
16. MEDITORIAL.kardiochirurgie.cz:euroscore [online]. Praha. 2015, [cit. 2015-03-15]. ISSN 1803-8212. Dostupné z: <http://www.kardiochirurgie.cz/euroscore>. .
17. MEDITORIAL.kardiochirurgie.cz:TAVI-laik [online]. Praha. 2015, [cit. 2015-03-15]. ISSN 1803-8212. Dostupné z: <http://www.kardiochirurgie.cz/TAVI-laik>.
18. MIKŠOVÁ, Zdeňka; FROŇKOVÁ, Marie; ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha : Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-7013-324-4.
19. SERRUYS, Patrik et al. *Transcatheter aortic valve implantation : tips and tricks to avoid silure*. Vyd. 1. Praha: Informa Healthcare USA, 2010. ISBN 978-184-1846-897.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
21. SOVOVÁ, Eliška; SEDLÁŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 255 s. ISBN 978-802-4748-238.
22. SOVOVÁ, Eliška; LUKL, Jan. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky: vyšetření; rizikové faktory; srdeční onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 117 s. ISBN 80-247-1166-4.
23. ŠPINAR, Jindřich; VÍTOVEC, Jiří. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224.

24. ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie.3.*, přepr. a dopl.vyd.Praha : Grada,2007,722s.
ISBN 978-802-4713-854.
25. TRACHTOVÁ, Eva et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.*2.vyd.Brno:IDVZP,2001,185s. ISBN 80-701-3324-4.
26. VOJÁČEK, Jan; KETTNER Jiří. *Klinická kardiologie.*1.vyd.Hradec Králové, Nucleus HK,2009,925s. ISBN 978-808-7009-581.
27. ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatel'stvo:teoria a vedecký výskum.*2.,přepřac.vyd.Martin:Osveta,2009,322s. ISBN 978-808-0633-042.

SEZNAM ZKRATEK

ACE inhibitory – angiotensin converting enzyme inhibitor

APACHE II – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II

APTT – Aktivovaný parciální tromboplastinový čas – test k vyšetření hemokoagulace

A – V blokáda - Atrioventrikulární blokáda – porucha srdečního rytmu

ECHO – echokardiografické vyšetření

EKG – elektrokardiografické vyšetření

JIP – jednotka intenzivní péče

MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of life

mmHg – torr – milimetr rtuťového sloupce

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

NYHA – New York Heart Association – funkční klasifikace srdečního selhání

PAD – Perorální antidiabetika

pH – potential of hydrogen – acidobazická rovnováha

RTG – rentgenové vyšetření

TAVI – Transcatheter Aortic Valve Implantation – implantace aortální chlopně pomocí zaváděcího katétru

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1 Normální aortální chlopeň

Obrázek č.2 Stenóza aortální chlopně

Obrázek č.3 Zaváděcí katétr

Obrázek č.4 Chlopeň CoreValve

Obrázek č.5 Chlopeň CoreValve před zavedením na intervenčním sále

Obrázek č.6 Implantace aortální chlopně pomocí katétru

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Podklad k rozhovoru s respondentem

Příloha 2 Hodnotící systém EUROSCORE

Příloha 3 Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Příloha 4 Informovaný souhlas respondenta s rozhovorem v rámci výzkumného šetření

Příloha 5 Povolení sběru dat – Fakultní nemocnice Plzeň

Příloha 1 Podklad rozhovoru s respondentem

Vážená paní, Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o rozhovor v souvislosti s průzkumným šetřením, které provádím v rámci bakalářské práce na téma „Rozdíl v kvalitě života u pacientů před a po katetrizační implantaci aortální chlopně“, na kterém pracuji jako studentka 3. ročníku bakalářského studia Ošetřovatelství na Západočeské univerzitě v Plzni. Cílem je zmapovat život kardiologických pacientů před a po katetrizační implantaci aortální chlopně. Sestavila jsem si polostrukturovaný rozhovor a ráda bych Vám položila otázky na výše uvedené téma. Rozhovor je anonymní a poslouží pouze pro zpracování bakalářské práce. Čas potřebný na rozhovor odhaduji na 60 minut.

Předem děkuji za Váš čas a získané informace.

1 Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

2 Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

3 Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

4 Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

5 Jak moc Vás baví život?

6 Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

7 Jak dobře jste schopen/a se soustředit?

8 Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě ?

9 Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

10 Máte dost energie pro běžný život?

- 11 Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?
- 12 Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?
- 13 Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?
- 14 Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?
- 15 Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?
- 16 Jak spokojený/á jste se svým spánkem?
- 17 Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?
- 18 Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?
- 19 Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?
- 20 Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?
- 21 Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?
- 22 Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?
- 23 Jak spokojený/á jste se svým bydlením?
- 24 Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?
- 25 Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažívala určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

26 Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?

Máte nějaké připomínky/chcete ještě k hodnocení něco říci?

Toto je standardizovaný dotazník dle WHO – kvalita života, který bude položen před podstoupením výkonu a po výkonu.

Budou položeny ještě doplňující otázky:

Před výkonem:

Byl/a jste dostatečně informována o výkonu na který jste se připravoval/a?

Dokázal zdravotnický personál zmírnit Vaše obavy z výkonu?

Důvěřoval/a jste zdravotnickému personálu?

Měl/a jste obavu z toho, že tento výkon je v naší nemocnici teprve v počátcích?

Co bylo pro Vás nejtěžší v předoperačním období?

Po výkonu:

Byl/a jste dostatečně edukován zdravotnickým personálem o specifické pooperační péči?

Dokázal Vás zdravotnický personál zbavit deprese v neosobním prostředí jednotky intenzivní péče?

Zdála se Vám pooperační péče vyhovující?

Co bylo pro Vás nejtěžší v pooperačním období?

Co by jste vzkázal/a pacientům, kteří budou tento výkon také postupovat?

Chcete ještě něco dodat??

Příloha 2 Hodnotící systém EUROSCORE

Dostupné na : <http://www.kardiochirurgie.cz/euroscore>

EuroScore	
Faktory na straně pacienta	
Věk (v letech)	<input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>
Pohlaví	<input type="text" value="Muž"/> <input type="text" value="0"/>
CHOPN ¹	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Extrakardiální arteriopatie ²	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Neurologická dysfunkce ³	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Kardiochirurgický výkon v anamnéze	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Kreatinin > 200 µmol/L	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Aktivní endokarditida ⁴	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Kritický stav před operací ⁵	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
KV faktory	
Nestabilní angina ⁶	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Funkce LK	<input type="text" value="Vyberte"/> <input type="text" value="0"/>
Recentní IM ⁷	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Plicní hypertenze ⁸	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Faktory spojené s operací	
Urgentní výkon ⁹	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Jiný výkon než izolovaný CABG	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Výkon na hrudní aortě	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>
Poinfarktová ruptura septa	<input type="text" value="Ne"/> <input type="text" value="0"/>

[1] **CHOPN** - Dlouhodobé užívání bronchodilatorií nebo steroidů z důvodu onemocnění plic.

[2] **Extrakardiální arteriopatie** - Výskyt alespoň jednoho stavu z následujících – klaudikace, okluze nebo >50% stenóza krční tepny, předchozí či plánovaná intervence na břišní aortě, končetinových tepnách nebo karotidách.

[3] **Neurologická dysfunkce** - Onemocnění vážně ovlivňující pohyb nebo každodenní funkce pacienta.

[4] **Aktivní endokarditida** - Pacient v době operace na probíhající antibiotické terapii z důvodu endokarditidy.

[5] **Kritický stav před operací** - Komorová tachykardie / komorová fibrilace nebo odvrácená náhlá smrt, srdeční masáž před operací, nutnosti umělé ventilace před operací, inotropní podpora nebo IABK před operací, akutní selhání ledvin před operací (anurie nebo oligurie <10ml/hod)

[6] **Nestabilní angina** - Klidová angina vyžadující podání i.v. nitrátů do příjezdu na operační sál.

[7] **Recentní IM** - Infarkt myokardu v uplynulých 90 dnech.

[8] **Plicní hypertenze** - Systolický tlak v plicnici >60mmHg.

[9] **Urgentní výkon** - Operace před začátkem následujícího pracovního dne.



závažnosti postižení této chlopně. Tím potvrdíme nález zúžené chlopně, který byl již dříve zjištěn echokardiografickým vyšetřením.

Do vyšetřovacího katétru v levé komoře zavedeme speciální tuhý vodič a vytáhneme vyšetřovací katétre ven. Po tomto tuhém vodiči zavedeme speciální balónkový katétre, na jehož konci je asi 4 cm dlouhý balónek odpovídající velikosti Vaší aortální chlopně. Po upravení polohy balónkového katétru pod rentgenovou kontrolou se balónek nafoukne do odpovídající velikosti zředěnou kontrastní látkou, tím se Vaše chlopně roztáhne a připraví se k implantaci umělé chlopně. Po kontrole tlakového rozdílu (echokardiograficky nebo katétre) se výkon může v případě nedostatečného účinku i vícekrát opakovat. Během nafukování balónku snižujeme tlak v oběhu rychlou stimulací pravé komory pomocí elektrody. Používá se rychlost 180 až 220/min na 10-30 sekund.

Po výměně zaváděcího pouzdra za silnější se zavede pod rentgenovou kontrolou po tuhém vodiči speciální katétre, na jehož konci je „sbalená“ umělá chlopně. Umělá chlopně se zavede do místa původní, již balónkovým katétre roztážené, chlopně a pomalu se rozvine. Celý postup se sleduje rentgenem a většinou i echokardiograficky. Po pečlivé kontrole správné polohy prostřednictvím nástřiků kontrastní látkou se umělá chlopně uvolní ze zaváděcího systému a díky nitinové síťce se udrží ve správné poloze. Na konci výkonu se odstraní katétre včetně zaváděcích pouzder z míst cévních přístupů a otvory po katétrech se uzavrou speciálním instrumentariem či chirurgickým stehem. V případě nutnosti sledujeme celý výkon nebo alespoň jeho část echokardiograficky (obvykle přes hrudník, někdy i jícnovou nebo intrakardiální echokardiografií).

Celý výkon trvá obvykle jednu až dvě hodiny, v závislosti na obtížnosti.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Přínos TAVI významně převyšuje rizika spojená s výkonem. Nicméně komplikace jsou relativně časté a jsou podmíněny Vaším těžkým stavem a postižením chlopně. Většinou se jedná o komplikace v místě vpichu do žíly či tepny: trombóza - vytvoření sraženiny, krevní výron v místě cévního přístupu a poranění přístupových cév (včetně vzniku výduti tepny či píštěle mezi tepnou a žilou či uzavěru přístupové tepny vyžadujícího chirurgický zákrok), infekce místa cévního přístupu. Malý krevní výron v místě cévního přístupu se za komplikaci nepovažuje; za velký krevní výron (a tedy komplikaci) je považován jen takový, který si vynutí prodloužení hospitalizace, chirurgickou operaci nebo krevní převod (transfúzi).

Riziko úmrtí při výkonu se pohybuje kolem 0,3%. Riziko vzniku mozkové příhody je 3,4%. Komplikace způsobené poškozením přístupových tepen v 7,4%. Během nebo po výkonu může vzniknout porucha převodu elektrického signálu v srdci s nutností implantace trvalého kardiostimulátoru v 10-30% případů. Mohou se objevit alergické reakce a/nebo poruchy srážlivosti krve po podávaných lécích. Mohou se objevit komplikace z celkové anestezie. Možnou komplikací mohou být poruchy srdečního rytmu s nutností léčby elektrickým výbojem. Též může dojít k poranění srdečních struktur či cévního řečiště s nutností okamžitého operačního řešení. V případě některých vážných komplikací je nutno výkon přerušit a neodkladně ho nahradit klasickou kardiokirurgickou operací s mimotělním oběhem.

Chování po výkonu, možná omezení

V pooperačním období strávíte nejméně dva dny v klidovém režimu na jednotce intenzivní péče. V případě nekomplikovaného průběhu budete následně 5 až 8 dnů hospitalizováni na standardním oddělení. Během hospitalizace budeme provádět odběry krve, opakovaně budeme provádět rentgenové vyšetření hrudníku a echokardiografií srdce.

Při nekomplikovaném výkonu nejsou omezení. Pokud je při nekomplikovaném zákroku přesto konstatováno omezení života či pracovní schopnosti, nesouvisí tato skutečnost se zákrokem samotným, ale se základním onemocněním pacienta. Po náhradě chlopně je nutné výkony, u kterých hrozí riziko vstupu bakterií do krevního oběhu, provádět až po podání antibiotik, z důvodu rizika infekce umělé chlopně (např. trháni zubů, zavedení močové cévky apod.). Po náhradě chlopně je nutno trvale užívat kyselinu acetylosalicylovou (Anopyrin, Godasal apod.) a po dobu stanovenou lékařem i lék clopidogrel, případně jiný lék s podobným účinkem. Před případným provedením magnetické rezonance je nutno informovat zdravotnický personál o implantované chlopně, vyšetření některými typy magnetické rezonance nesmí být provedeno. Po provedeném výkonu je zákaz řízení motorových vozidel po dobu 3 měsíců, u profesionálních řidičů po dobu 6 měsíců s následným zhodnocením funkčního stavu a rozhodnutím o možnosti řízení.

Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

Podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku Vám bude poskytnuta formou samostatné přílohy k tomuto písemnému informovanému souhlasu.

Dovoluujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukováni, publikováni a šířeni žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlášení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
Jmenovka (tiskovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis
V Plzni dne: v hodin
.....
podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Edvarda Beneše 13, 305 00 Plzeň - Bory
ul. Svobody 66, 304 60 Plzeň - Lochoňín
IČO 00460606, tel.: 377 491 111, 377 193 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

Vypíšte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):
Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

Vypíšte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

Jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresu a datum narození)

Příloha 4 Informovaný souhlas respondenta s rozhovorem v rámci výzkumného šetření

Zdroj : Fakulta zdravotnických studií

Informovaný souhlas s rozhovorem

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

ROZDÍL V KVALITĚ ŽIVOTA U PACIENTŮ PŘED A PO KATETRIZAČNÍ
IMPLANTACI AORTÁLNÍ CHLOPNĚ

STUDENT: DAGMAR ŠLOUFOVÁ

Jméno: Dagmar Šloufová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: daska.bonbonek@volny.cz

VEDOUCÍ BP: MUDr. IVO BERNAT PhD.

Jméno: Ivo Bernat

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: BERNAT@fnplzen.cz

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zmapovat život kardiologických pacientů

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být

použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č.5 Povolení sběru dat – Fakultní nemocnice Plzeň

Vážená paní

Dagmar Šloufová

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše šetření na *Kardiologickém oddělení (KARD)* FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Rozdíl v kvalitě života u pacientů před a po katetrizační implantaci aortální chlopně*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů, vedených s pacienty *KARD*.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.
- Údaje o zdravotním stavu pacientů, které budou uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.
- Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi respondenti pocítovali jako újmu či s rozhovorem nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených respondentů / pacientů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

*Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

1. 12. 2014

Obrázek č.1 Normální aortální chlopeň



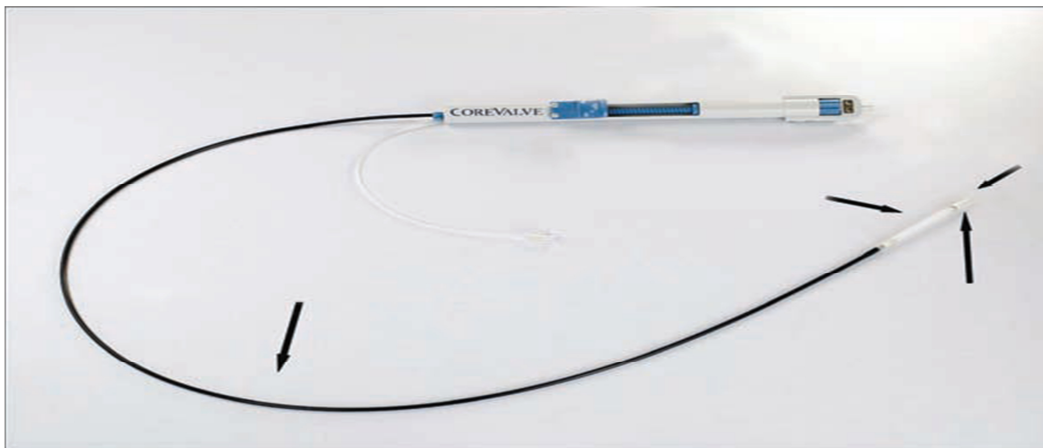
Zdroj: SERRUYS,Patrick et al. – Transcatheter Aortic Valve Implantation, USA,2010,s.15

Obrázek č.2 Stenóza aortální chlopně



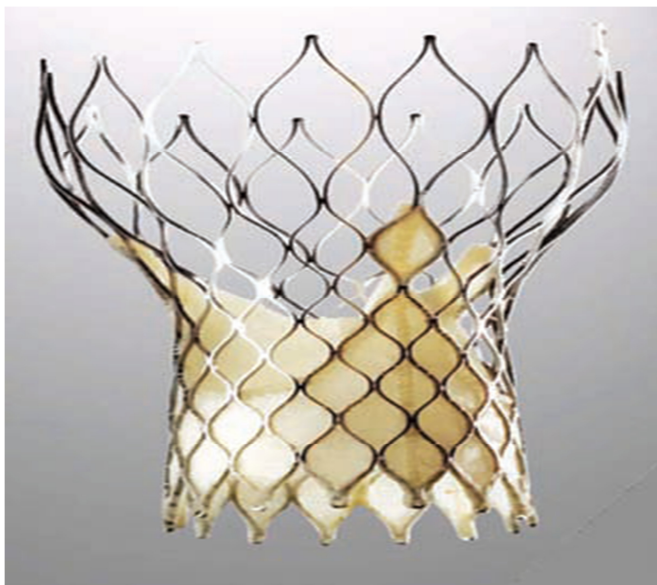
Zdroj: SERRUYS,Patrick et al. – Transcatheter Aortic Valve Implantation,USA,2010,s.28

Obrázek č.3 Zaváděcí katétr



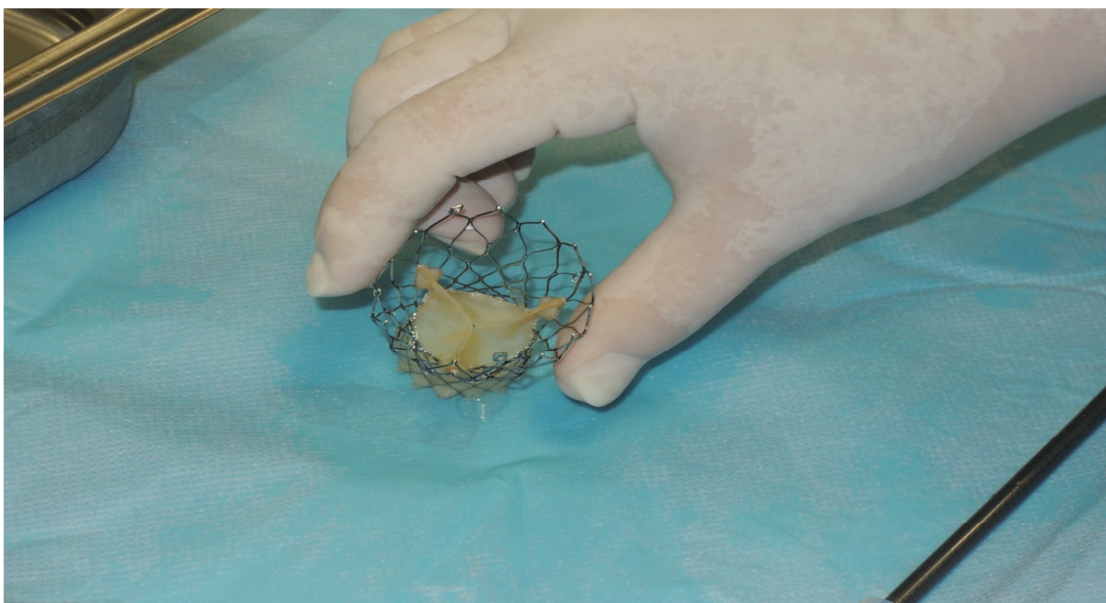
Zdroj: SERRUYS,Patrick et al. – Transcatheter Aortic Valve Implantation, USA,2010,s.97

Obrázek č.4 Chlopeň CoreValve



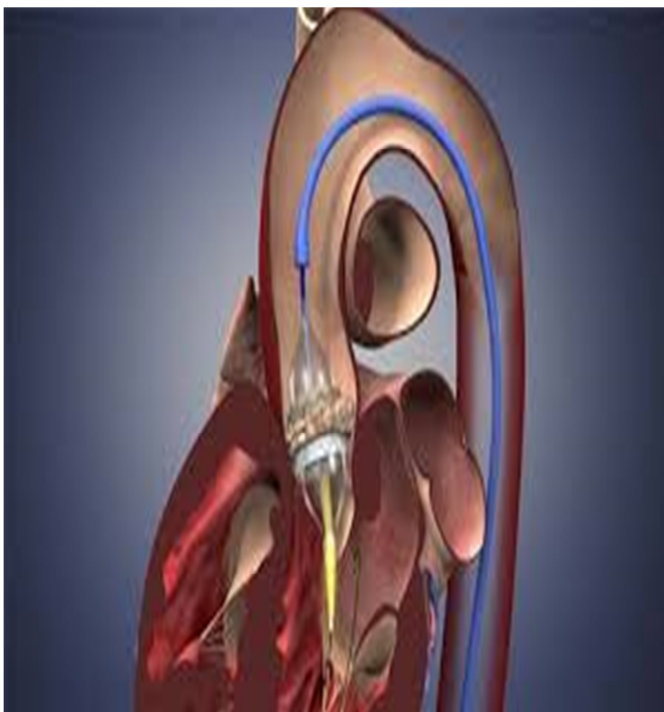
Zdroj: SERRUYS,Patrick et al. – Transcatheter Aortic Valve Implantation, USA,2010,s.95

Obrázek č.5 Chlopeň CoreValve před zavedením na intervenčním sále



Zdroj: vlastní

Obrázek č.6 Implantace aortální chlopně pomocí katétru



Zdroj: <http://www.kardiochirurgie.cz/tavi-laik>