

Život po těžké kardiochirurgické operaci Disekce aorty

Anna Frolková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Anna Frolková**

Osobní číslo: **H12321**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Život po těžké kardiochirurgické operaci – disekce aorty**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury se zaměřením na téma bakalářské práce.

Vymezení pojmů z oblasti kardiologie, kardiochirurgie, prožívání nemoci.

Příprava metodiky průzkumné části.

Zpracování kazuistik nemocných s disekcí aorty – analýza dokumentace a realizace rozhovoru s pacienty a jejich rodinnými příslušníky.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Porovnání výsledků průzkumu u pacientek a formulace závěrů pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČEŠKA, Richard a kolektiv. Interna. 1. vydání. Praha: Stanislav Juhaňák Trilon, 2010. ISBN 978-80-7387-423-0.

KOLÁŘ, Jiří. Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny. 3. vydání. Praha: Akcenta, 2003. ISBN 80-86232-06-9.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1009-9.

ŠTEJFA, Miloš a kolektiv. Kardiologie. 3. přepracované a doplněné. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1385-4.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZEMAN, Miroslav et al. Speciální chirurgie. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-260-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Anna Krátká, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015



doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.

děkanka



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.

ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

13.2.2015

.....
.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá životem pacientů po kardiochirurgické operaci – disekci aorty. Je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické.

Teoretická část má čtyři kapitoly. V prvních dvou kapitolách teoretické části je popsán obor kardiochirurgie, vyšetřovací možnosti v kardiologii a anatomie srdce a aorty. Ve třetí kapitole je popsáno samotné onemocnění aneurysma aorty a disekce aorty. Poslední kapitola teoretické části se zabývá prožíváním nemoci, její možný sociální dopad pro pacienta a jeho rodinu.

Praktická část bakalářské práce popisuje kazuistiky dvou klientek, které prodělaly operaci aorty a porovnání mezi nimi, jakým způsobem se dokázali vrátit do běžného života. Rozhovor s nimi a rodinnými příslušníky a porovnání obou kazuistik z hlediska prožívání nemoci a jejich zařazení do běžných činností.

Klíčová slova: aorta, disekce aorty, kardiochirurgie, prožívání nemoci

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the life of patients after a cardiac surgery–aortic dissection. The thesis is divided into two parts–theoretical and practical.

The theoretical part consists of four chapters. In the first two chapters of the theoretical part describes the field of cardiac surgery, diagnostic possibilities in cardiology and anatomy of the heart and aorta. In the third section described the disease itself aortic aneurysm and aortic dissection. The last chapter deals with the experience of the disease and its potential social impact for the patient and his family.

The practical part describes two case reports of clients who had undergone aortic surgery, and comparisons between them, how they managed to return to normal life. Conversation with them and family members to compare the two case studies in terms of illness experience and their inclusion in normal activities.

Key words: aorta, aortic dissection, cardiac surgery, experience of illness

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila prameny uvedené v seznamu literatury.

Chtěla bych na tomto místě poděkovat své vedoucí PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za vedení bakalářské práce a poskytnutí konzultací, dále za ochotu a trpělivost, cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Vladimíře Šudřichové za rady a pomoc při technickém zpracování mé bakalářské práce a zároveň i psychické podpoře.

Velké poděkování patří mé rodině za podporu a pomoc při studiu.

„Dokonce i nemoc se stane přijatelnější, víš-li, že jsou nablízku lidé, kteří na tvé uzdravení čekají jako na svátost“.

Anton Pavlovič Čechov

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KARDIOCHIRURGIE	12
1.1 KARDIOCHIRURGICKÁ CENTRA V ČESKÉ REPUBLICE.....	12
1.2 MIMOTĚLNÍ OBĚH.....	13
1.2.1 Princip mimotělního oběhu	13
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY V KARDIOLOGII.....	14
2 ANATOMIE SRDCE A AORTY	18
2.1 STAVBA SRDCE.....	18
2.1.1 Činnost srdce	18
2.2 ANATOMIE AORTY.....	19
3 ANEURYZMA	20
3.1 DISEKCE ANEURYZMATU AORTY	20
4 MONITORACE PO KARDIOCHIRURGICKÝCH OPERACÍCH	23
4.1 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	23
4.2 POOPERAČNÍ PÉČE	23
4.3 MOŽNÉ POOPERAČNÍ KOMPLIKACE.....	23
4.4 MONITORING V INTENZIVNÍ PÉČI.....	24
5 NEMOC A JEJÍ PROŽÍVÁNÍ	25
5.1 VYMEZENÍ POJMŮ NEMOC A ZDRAVÍ.....	25
5.2 POSTOJ K NEMOCI.....	25
5.3 OMEZENÍ SOUKROMÍ	26
5.4 ZMĚNY V PROŽÍVÁNÍ A CHOVÁNÍ BĚHEM NEMOCI	27
5.5 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY NEMOCI	28
5.6 RODINA A JEJÍ VÝZNAM PRO NEMOCNÉHO	28
5.7 VZTAH MEZI ZDRAVOTNÍKEM A NEMOCNÝM.....	29
5.8 VZTAHY MEZI NEMOCNÝM, RODINOU A ZDRAVOTNÍKEM.....	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	32
6.1 CÍLE PRŮZKUMU.....	32
7 METODIKA PRÁCE.....	33
7.1 METODA PRÁCE	33
7.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	33
7.2.1 Charakteristika kladených otázek.....	33
7.3 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	34
7.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	34
8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	35
8.1 KAZUISTIKA I	35
8.1.1 Rozhovory	37
8.1.2 Hodnocení č. 1 paní č. 1 podle modelu Majory Gordonové	42

8.1.3	IADL – Test instrumentálních všedních činností č. 1	43
8.2	KAZUISTIKA II	43
8.2.1	Rozhovory	46
8.2.2	Hodnocení paní č. 2 podle modelu Majory Gordonové	49
8.2.3	IADL – Test instrumentálních všedních činností paní č. 2.....	50
9	DISKUZE	51
	ZÁVĚR	54
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	58
	SEZNAM TABULEK	60
	SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

Operace je zásah do organismu a každý člověk ho prožívá jinak. Především jedná-li se o operace prováděné na srdci. Jsou to operace velmi závažné a náročné a ve většině případech zachraňují lidský život. Tyto operace se provádějí na vysoce specializovaných kardiochirurgických pracovištích. V současné době stále přibývá nemocných s onemocněním kardiovaskulárního systému, ale i postupy v jejich léčbě jsou stále zkvalitňovány.

Téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala proto, že pracuji na Jednotce intenzivní péče interního oddělení a problematikou onemocnění srdce se denně setkávám. Ve své bakalářské práci jsem chtěla částečně přiblížit pohled na kardiologii, jako obor a možné vyšetřovací metody v oblasti kardiologie, kde dokáží včas a s přesností diagnostikovat nemoci srdce. Čím dříve jsou tyto nemoci odhaleny a léčeny, tím rychleji se nemocný vrací do svého běžného života. Problémy spojené s prožíváním nemoci a dalším se zapojením do běžného fungování jsou popsány další částí mé práce. Každý nemocný je individuální a prožívá své onemocnění různě. Některý zvládá i běžné lehké onemocnění těžce a jiný zase mnohem těžší onemocnění zvládne bez problémů. Nedílnou součástí při zvládnutí nemoci je rodina nemocného. Podpora a pochopení rodiny v těžkých chvílích nemoci je pro nemocného mnohdy důležitější než samotná léčba a psychická pohoda při ní je krokem k úspěšnému zvládnutí nemoci. Také zdravotnický personál je velmi blízký nemocnému při jeho léčbě, ať už v ambulantní péči, tak v době jeho pobytu v nemocnici. Důležité je si získat důvěru nemocného a to empatickým přístupem a profesionálním chováním. Na pomoc v těžkých situacích by měl být zdravotník připraven reagovat a být nemocnému vždy nápomocen při jejich řešení.

V praktické části své práce popisuji kazuistiky stejného onemocnění dvou klientek a jejich život po těžké kardiochirurgické operaci. Jejich pocity a prožívání krátce po operaci a s odstupem několika let po operaci. Jakým způsobem se s nemocí vyrovnaly a jak tato skutečnost zasáhla jejich blízké. Rozhovory mi pomohly nahlédnout do pocitů a prožívání v době propuknutí nemoci a jak se zvládly vrátit zpět a zapojit se do běžného života. Závěrem jsem popsala, jak obě klientky a jejich rodiny tato nemoc zasáhla a jak dalece zvládají život se svým onemocněním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KARDIOCHIRURGIE

Kardiochirurgie je oborem poměrně mladým. Je oborem, který se zabývá operacemi srdečních tepen, chlopní a svalů. Na kardiochirurgii se provádí operace vrozených i získaných srdečních vad a chorob, včetně hrudní aorty a plicnice. Svým specializovaným zaměřením patří mezi elitní medicínské obory. Největší počet nemocných (60 – 80 %) je k operaci odesláno pro postižení věnčitých tepen při ischemické chorobě srdeční. V České republice se každoročně provádí přibližně 3 tisíce výkonů na chlopních. Některá pracoviště se zabývají transplantacemi srdce. V České republice se ročně provádí přibližně 50 – 60 transplantací srdce. Kardiochirurgie řeší i onemocnění hrudní aorty (aneurysma, disekce), srdeční arytmie (fibrilace síní) a vrozené srdeční vady, srdeční nádory, které se vyskytují vzácně. Kardiochirurgie je týmová, proto se neobejde bez spolupráce dalších lékařských oborů. A to kardiologie, anesteziologie a perfusiologie (Kardiologie. cz, online).

1.1 Kardiochirurgická centra v České republice

V České republice máme několik kardiochirurgických center, ve kterých ročně provedou nemalé množství operací srdce a tím zachrání a zkvalitní život mnoha pacientů. Mezi ně se řadí:

- ✓ Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie Brno,
- ✓ Kardiochirurgické oddělení České Budějovice,
- ✓ Kardiochirurgická klinika FN Hradec Králové,
- ✓ Kardiochirurgická klinika FN Olomouc,
- ✓ Kardiochirurgické centrum FN Ostrava,
- ✓ Kardiochirurgické centrum FN Plzeň,
- ✓ Kardiochirurgické oddělení Nemocnice Podlesí,
- ✓ Praha - II. Chirurgická klinika kardiiovaskulární chirurgie VFN,
Klinika kardiiovaskulární chirurgie IKEM,
Klinika kardiochirurgie FN Motol,
Dětské kardiocentrum FN Motol,
Kardiochirurgická klinika FN Královské Vinohrady,
Kardiochirurgické oddělení Nemocnice na Homolce (Kardiochirurgie.cz, online).

1.2 Mímotělní oběh

Na operace, které se provádějí na otevřeném srdci, se používá přístroj nazývaný mímotělní oběh (MTO).

1.2.1 Princip mímotělního oběhu

„Mímotělní oběh nahrazuje během operace funkci srdce a plic. Zajišťuje jednak cirkulaci oběhu a jednak okysličování krve. Žilní krev pacienta je odváděna jednou kanylou z pravé síně nebo dvěma kanylami z horní a dolní duté žíly. Venózní linkou je přiváděna do rezervoáru. Pak se dostává k rotační pumpě, která ji pod tlakem vhání přes oxygenátor a arteriální filtr (kde se vychytávají mikroby a jiné mikročástice) cestou arteriální linky do tepenného systému pacienta formou nepulzního (kontinuálního) toku. Nejčastěji je arteriální kanyla zavedena do ascendentní aorty. Alternativní cestou je a. femoralis nebo a. axilaris. V oxygenátoru je krev okysličena a zbavena oxidu uhlíku. V současnosti se používají výhradně tzv. kapilární oxygenátory, kde výměna probíhá přes semipermeabilní membránu a tím dochází k minimálnímu poškození krevních elementů. Další součástí oxygenátoru je výměník tepla, který umožňuje krev v případě ohřívát nebo ochlazovat. Pacienta je tak možné operovat v normotermii (TT 35° C), v mírné nebo střední hypotermii (TT 26 – 35° C) nebo v hluboké hypotermii (TT pod 26° C). Některé složité a komplexní operace (výdutě aorty, endarterektomie plicnice apod.) vyžadují krátkodobou zástavu krevního oběhu. Zde se nemocný ochladí až na 16 – 19° C. Při této teplotě se lokálně ochlazuje hlava ledovou tříští a je možné na 20 – 30 minut oběh zcela zastavit“ (Němec et al., 2006, s. 11).

Během MTO musí být zaručena dostatečná perfuze všech orgánů a tkání organismu, existují hodnoty tlaku a průtoku, které musí být dodrženy. Pro lepší průtok krve oxygenátorem i kapilárním řečištěm je třeba snížit viskozitu krve. To provedeme „naředěním“ krve krystaloidními nebo koloïdními roztoky. Jako měřítko se používá hodnota hematokritu. Aby se zabránilo tvorbě trombů při styku s cizími povrchy okruhu je při MTO nutná celková heparinizace (Němec et al., 2006).

1.3 Vyšetřovací metody v kardiologii

Vyšetřovací metody patří k důležitým složkám všech oborů lékařství, včetně kardiologie. Pomáhají diagnostikovat nemoci a tím i postupy k jejich léčbě.

✓ **Anamnéza, fyzikální vyšetření**

Anamnéza a fyzikální vyšetření patří v kardiologii k základním kamenům při stanovení správné diagnózy. Ošetrovatelský personál (sestry) musí umět provádět ošetrovatelské hodnocení pacienta, tj. odebírat ošetrovatelskou anamnézu a hodnotit status praesens, jak pro stanovení ošetrovatelských diagnóz, tak pro účely kontinuálního vyhodnocování změn v jeho zdravotním stavu a pro zhodnocení výstupů poskytnuté ošetrovatelské péče. Informace získané v procesu ošetrovatelské diagnostiky mohou přispět ke stanovení lékařské diagnózy, k volbě optimálního léčebného režimu a také zpřesňovat kontinuální vyhodnocování efektivity léčebné péče. Naopak lékařská diagnostika a z ní odvozené diagnózy podstatným způsobem zpřesňují a zefektivňují ošetrovatelské diagnózy a plánovanou ošetrovatelskou péči, která se od nich odvíjí (Sovová, 2004).

✓ **EKG vyšetření**

Elektrokardiografické (EKG) vyšetření je základní vyšetřovací metodou v kardiologii. Provádí se standardně u všech pacientů při interním nebo specializovaném kardiologickém vyšetření (Sovová, 2004).

✓ **Zátěžová vyšetření**

Jedná se o vyšetření, které je kombinací zátěže organismu a EKG vyšetření, popřípadě s jinou vyšetřovací metodou. Zátěž může být fyzická, léková nebo psychická eventuálně fyzikální (Sovová, 2004).

✓ **Holterova monitorace EKG**

Jedná se o dlouhodobou monitoraci EKG. Pacienta můžeme monitorovat 24 – 48 hodin až 14 dní. Dlouhodobé přístroje k monitoraci si aktivuje buď pacient sám při potížích, nebo zachycují patologické sekvence EKG podle počítačového nastavení. Moderní přístroje mají možnost i transtelefonního přenosu (Sovová, 2004).

✓ **Pozdní komorové potenciály**

Pozdní komorové potenciály jsou fragmentované vysokofrekvenční elektrické signály, které se nacházejí na konci QRS komplexu. Vznikají v oblasti elektricky abnormálního myokardu. Jejich přítomnost představuje významný rizikový faktor pro vznik maligní arytmie. Naopak jejich nepřítomnost má téměř 100% negativní předpovědní hodnotu pro vznik maligní arytmie (Sovová, 2004).

✓ **Variabilita srdeční frekvence**

Představuje kolísání srdeční frekvence kolem průměrné hodnoty a je vyjádřením tonicko-vagové aktivity. Její hodnocení se provádí pomocí časového RR intervalů z různě dlouhého EKG záznamu nebo na základě spektrální analýzy RR intervalů. Indikací k vyšetření je předpověď rizika srdečních arytmií a náhlé smrti (Sovová, 2004).

✓ **HUT - test na nakloněné rovině**

Toto vyšetření je indikováno při podezření na vazovagální (neurokardiogenní) synkopy a ke kontrole účinnosti léčby (Sovová, 2004).

✓ **Měření tlaku**

Měření tlaku můžeme provádět neinvazivní nebo invazivní metodou (Sovová, 2004).

✓ ***Měření pomocí sfygmomanometrů (tonometrů)***

Měříme pomocí přístroje tonometru a měří se na paži popř. noze pacienta. Je vhodné měřit vícekrát a stanovit průměr měření. Měření provádíme na obou horních popř. dolních končetinách. Měříme na obnažené paži a manžeta musí být přiložena souměrně a pevně. Rozměr manžety musí být přizpůsoben věku a rozměru pacienta, aby bylo docíleno správného měření (Sovová, 2004).

✓ ***Automatické přístroje***

Tyto přístroje měří tlak na auskultačním nebo oscilometrickém principu (Sovová, 2004).

✓ **Invazivní metoda**

Provádí se pomocí zavedené cévky a systémů plněných komůrek, které se plní fyziologickým roztokem s použitím samostatného počítačového modulu nebo napojením na monitorovací systém (Sovová, 2004).

✓ **RTG vyšetření**

Zde se používá zadopřední snímek hrudníku (dále RTG srdce a plic). Provádíme u stojícího nebo u sedícího pacienta, pouze v závažném stavu v leže. Hodnotí se především kardiotorakální index, obraz venostázy plic, tvar srdečního stínu a další patologické nálezy (Sovová, 2004).

✓ **Echokardiografické vyšetření**

Standartní ECHOkG (echokardiografie) vyšetření dělíme na jednorozměrnou ECHOkG (M – mode), na dvourozměrnou ECHOkG (2D) a dopplerovskou metodu. Vyšetření se provádí buď klasicky přes hrudník pomocí sondy (transtorakálně - TTE), nebo jícnovou sondou (transezofageálně - TEE) (Sovová, 2004).

✓ **Dobutaminový test**

Toto vyšetření probíhá tak, že se pacientovi podává infuze s dobutaminem v určené dávce a zároveň se provádí vyšetření ECHOkG, monitorace EKG, srdeční frekvence a tlaku. Používáme jej k průkazu viability myokardu a k vyvolání ischemie (Sovová, 2004).

✓ **Nukleární zobrazovací metody**

Používá se k určení velikosti infarktového ložiska, k určení viability myokardu, k detekci ischemie po zátěžových testech. Vyšetření se provádí pomocí gama-kamery nebo rotující kamery (SPECT). K moderním vyšetřením patří pozitronová emisní tomografie (PET) (Sovová, 2004).

✓ **Srdeční katetrizace**

Jsou to výkony, které se provádějí pomocí cévek (katétrů) zavedených do srdce a cév. Při katetrizaci provádíme měření tlaků, měření průtoku krve, měření významnosti srdečních vad a zobrazení srdečních oddílů (Sovová, 2004).

✓ **Koronarografie**

Invazivní metoda, kdy se zavádí katétr nejčastěji přes arterii femoralis do odstupů koronárních cév z aorty. Po zavedení lékař vstříkne kontrastní látku do cévy k zobrazení koronárního řečiště (Sovová, 2004).

✓ **Elektrofyzilogické vyšetření**

Provádí se ve speciální laboratoři vybavené RTG přístrojem, speciálním EKG přístrojem pro programovou stimulaci srdce. Indikací k vyšetření je např. suspektní choroba sinusového uzlu, porucha AV vedení, diagnostika tachyarytmií, syndrom WPW aj. (Sovová, 2004).

2 ANATOMIE SRDCE A AORTY

Srdce a aorta patří mezi nejdůležitější orgány lidského těla. Srdce je výkonná svalová pumpa, která vypuzuje krev do velkých žilních tepen. Jednou z největších takových tepen je aorta.

2.1 Stavba srdce

„Srdce je dutý svalově vazivový orgán kuželovitého tvaru, který je uložený ve střední části hrudníku ve vazivovém vaku- osrdečníku- perikardu“ (Elišková, Naňka, 2006, s. 90).

- ✓ **Stěna srdce** - vnitřní výstelku srdečních dutin tvoří nitroblána srdeční (endokard), střední vrstva srdeční stěny je tvořena příčně pruhovanou srdeční svalovinou (myokardem), povrch srdce je kryto vazivovou blánou (epikardem),
- ✓ **Srdeční dutiny** – lidské srdce má čtyři dutiny – dvě předsíně (pravá a levá) a dvě komory (pravá a levá),
- ✓ **Srdeční chlopně** – chlopně dělíme na cípate a poloměsíčité. Na hranici mezi předsíněmi a komorami jsou chlopně cípate a na začátku plicní tepny a aorty jsou chlopně poloměsíčité (Rokyta et al., 2003).

2.1.1 Činnost srdce

Pro cirkulaci krve je rozhodující činnost srdce. Pro správnou mechanickou činnost srdce jsou bioelektrické děje, které zajišťuje převodní systém srdeční (Rokyta et al., 2003).

- ✓ **Převodní systém srdeční** – základem je tvorba srdečního vzruchu a jejich převod v srdci. Má několik částí – uzel sinusový, uzel síňokomorový, Hisův svazek, pravé a levé Tawarovo raménko a Purkyňova vlákna,
- ✓ **Mechanická činnost srdce** – tato činnost je dána pravidelným střídáním kontrakce a relaxace srdečního svalu. Jeden cyklus kontrakce srdce (systoly) a relaxace (diastoly) nazýváme srdeční revoluce,
- ✓ **Řízení činnosti srdce** - autoregulace – schopnost komor přizpůsobit sílu kontrakce množství krve, která do komor přiteče. Nervová regulace - je zprostředkována vlivem vegetativního nervového systému (sympatiku a parasympatiku). Humorální vliv – je zprostředkován hormonem adrenalinem (Rokyta et al., 2003).

2.2 Anatomie aorty

Aorta je největší tepnou lidského těla. Odstupuje z levé komory, kde také začíná velký krevní oběh. Všechny další tepny začínají jejím postupným větvením. Aorta se dělí na tři části, vzestupnou, oblouk a sestupnou. Sestupná část prochází přes bránici do dutiny břišní a tak se dělí na aortu hrudní a břišní (Rokyta et al., 2003).

- ✓ **Vzestupná část (aorta ascendens)** - asi 6 cm dlouhý úsek, který je na počátku opatřený aortální chlopní. Těsně nad ní odstupují z aorty dvě velké větvě tepny, které zásobují srdeční svalovinu kyslíkem a živinami,
- ✓ **Aortální oblouk (arcus aortae)** – z oblouku aorty odstupují tři velké cévní kmeny. Tyto cévy se dále větví a zásobují mozek, svaly krku, horní končetiny, štítnou žlázu, páteř, obličej a jiné orgány v oblasti hlavy,
- ✓ **Hrudní aorta (aorta thoracica)** – prochází podél levé strany těl hrudních obratlů a odstupující větve zásobují hrudní stěnu, jícen, stěny průdušek a osrdečník,
- ✓ **Břišní aorta (aorta abdominalis)** – probíhá před páteří v prostoru za pobřišnicí (blána vystýlající dutinu břišní) a ve výši 4. bederního obratle se dělí v konečné větve, v pravou a levou společnou tepnu kyčelní (a. iliaca communis dextra, a. iliaca communis sinistra) (Rokyta et al., 2003).

3 ANEURYZMA

Jako aneuryzma se označuje ohraničené rozšíření tepny. Může postihnout kteroukoli tepnu, nejčastěji aortu a femoropopliteální oblast (Zeman, 2004).

✓ Klasifikace

„Rozlišuje se pravé aneuryzma, jehož stěna je tvořena celou stěnou tepny a nepravé aneuryzma, zpravidla postraumatické nebo pooperační, kdy je část tepna defektní a krev uniká do okolí, kde je ohraničena vazivovými tkáněmi“ (Zeman, 2004, s. 361).

✓ Patogeneze

Pravé aneuryzma je nejčastěji způsobeno degenerativními změnami ve stěně tepny přičítanými ateroskleróze. U velké části aneuryzmat však nejsou přítomny významné sklerotické obliterace cév, ale ve stěně aneuryzmatu zejména aortálního, bylo zjištěno snížené množství kolagenu a elastinu. Dalšími příčinami mohou být cystická medionekróza, lues, Ehlersův-Danlosův syndrom aj. Kromě toho mohou být aneurysmata vrozená, zejména na mozkových tepnách (Zeman, 2004).

3.1 Disekce Aneuryzmatu aorty

✓ Definice

„Disekcí rozumíme stav, při kterém dochází v důsledku intramurálního pronikání krve k rozštěpení aortální stěny. Disekující tunel pronikající intimou a médií tepny je nejčastěji způsoben traumatem (deceleračním poraněním), aterosklerózou, hypertenzí, idiopatickou cystickou medionekrózou, Marfanovým syndromem, může mít i iatrogenní příčinu“ (Ševčík, 2003, s. 88).

Disekce hrudní aorty včetně jejího rozšíření na další úseky hrudní a břišní aorty se rozděluje podle nejčastějšího místa perforace. Může se jednat o oblast kořene vzestupné aorty, nebo o začátek úseku sestupné aorty. Častost perforací v uvedených lokalitách dala základ pro Standfordskou klasifikaci. Dělí se na typ A (disekce začínající na ascendentní

aortě) a typ B (disekce začínající pod odstupem levé podklíčkové tepny) (Ševčík et al., 2003).

✓ **Klinické příznaky**

Nejčastějším symptomem je bolest. Jde o náhlou prudkou až šokující bolest, která je lokalizována na hrudníku. Nereaguje na léčbu běžnou při ischemii myokardu. Bolest se může projevovat v několika atakách, podle postupu disekce může být přítomen systolický a diastolický šelest nad aortou, který svědčí o disekci vzestupné aorty. Mezi další symptomy může být postižení CNS, vymizení pulzací na horních či dolních končetinách, oligurie až anurie, břišní anginózní bolesti. Šokový stav, často provází vznik aortální disekce. Bývá podmíněn náhle vzniklou hypovolémií při ruptuře aorty a krvácením do pleurální dutiny nebo srdeční tamponádou. Takovéto komplikace vedou obvykle rychle ke smrti nemocného (Ševčík et al., 2003).

✓ **Diagnóza**

Pro přežití pacienta je velmi důležité včasné určení diagnózy. U většiny pacientů je přítomna hypertenze (90 %). Vždy provedeme RTG srdce a plic, na němž se prokáže rozšíření stínu horního mediastina. Suverénní diagnostickou neinvazivní vyšetřovací metodou je echokardiografie. Mezi další metody patří aortografické vyšetření, CT vyšetření popř. magnetická rezonance (MR) (Ševčík et al., 2003).

✓ **Terapie**

U typu B, který postihuje jen sestupnou část aorty, dává většina pracovišť přednost konzervativnímu postupu. Naopak u typu A je jednoznačná shoda doporučující chirurgickou intervenci. Konzervativní léčba se zahajuje vždy jen při pouhém podezření na disekci aorty. Pokračuje se v ní i v průběhu dalšího vyšetřování. Cílem chirurgického řešení je zrušení vtoku krve do nepravého kanálu. Řešením je resekce postiženého úseku aorty a náhrada protézou (Ševčík et al., 2003).

✓ Prognóza

Disekce aorty typu A se řadí mezi nejzávažnější onemocnění kardiovaskulárního systému. 50 % pacientů umírá do 48 hodin od prvních příznaků a do jednoho měsíce až 90 % takto postižených neléčených nemocných. Operační mortalita při disekci vzestupné aorty se pohybuje mezi 20 – 40 % při výkonech na sestupné aortě je mortalita až 60 % (Ševčík et al., 2003).

4 MONITORACE PO KARDIOCHIRURGICKÝCH OPERACÍCH

4.1 Předoperační příprava

Pro předoperační přípravu patří zhodnocení anamnézy, základní klinické vyšetření, EKG, rentgenové vyšetření, funkční vyšetření plic, neurologické vyšetření, před operací chlopni je důležité vyšetření stomatologické. Rovněž je věnována pozornost ledvinovým funkcím a kompenzaci cukrovky. Před operací není doporučováno kouřit a u obézních pacientů je vhodná redukce váhy. Je ponechána předoperační kardiologická medikace s výjimkou hypotenziv s prolongovaným účinkem, antikoagulačních a antiagregačních léčiv. (Čoupková et al., 2010).

4.2 Pooperační péče

Pooperační péče po kardiochirurgických operacích probíhá na jednotkách intenzivní péče (JIP), která musí být dostatečně přístrojově a personálně vybavená pro pacienty, kteří potřebují monitoraci vitálních funkcí. Nutná je přítomnost lékaře s atestací pro intenzivní medicínu a jedné sestry na lůžko. JIP musí mít dostupnost některých náročných postupů (hemodialýza, mechanická srdeční podpora), základní diagnostické (RTG, Echokg) a laboratorního komplementu (Čoupková et al., 2010).

Na JIP pokračujeme v monitoraci vitálních funkcí.

- ✓ Invazivní monitorování – arteriální a centrální tlak a dle vývoje stavu měření hemodynamických parametrů (pomocí Swan-Ganzova katétru, nebo alternativními metodami),
- ✓ Sledování teploty, zvláště u pacientů po MTO (Čoupková et al., 2010).

4.3 Možné pooperační komplikace

- ✓ **Krvácení** – k důležitým sledovaným parametrům patří velikost pooperační ztráty z hrudních drénů. Při větších krevních ztrátách se přistupuje k chirurgické revizi,
- ✓ **Srdeční tamponáda** – je způsobena kolekcí krve nebo velkým koagulem,
- ✓ **Pooperační ischémie myokardu** – bývá způsobená časným uzávěrem aortokoronárního bypassu,
- ✓ **Poruchy srdečního rytmu** – nejčastější dysrytmií je fibrilace síní, vzácně se potom může objevit komorová arytmie,

- ✓ **Syndrom nízkého srdečního výdeje** – je důsledek pooperačního traumatu, srdce jako pumpa není schopno zajistit dostatečný srdeční výdej a tím perfuzi všech orgánů a tkání organismu,
- ✓ **Orgánové komplikace** – zde může dojít k akutnímu renálnímu selhání nebo gastrointestinálním potížím,
- ✓ **Organický psychosyndrom** – je charakterizován psychomotorickým neklidem, vyskytuje se nejčastěji u starších pacientů (Němec, 2006).

4.4 Monitoring v intenzivní péči

Jedná se o neoddělitelnou součást intenzivní medicíny. Monitorováním rozumíme opakované nebo trvalé sledování fyziologických funkcí pacienta. Získaná data slouží k posouzení aktuálního stavu pacienta a zároveň k pozdějšímu hodnocení zdravotního stavu v dokumentaci (Kapounová, 2007).

- ✓ **Monitorování kardiovaskulárního systému** – monitorování kardiovaskulárního systému patří mezi základní a důležité postupy,
- ✓ **Monitorování dýchacího systému** – monitorace je možná více způsoby, ty které observují nejenom základní funkci plic, ale také jejich roli v acidobazické a kardiovaskulární homeostáze,
- ✓ **Monitorování centrálního nervového systému** – monitorace stavu vědomí a nitrolebního tlaku, zvláště po kraniocerebrálních operacích,
- ✓ **Monitorování tělesné teploty** – zde je možnost měření invazivní nebo neinvazivní metodou,
- ✓ **Monitorování iontové a vodní rovnováhy** – zde je velmi důležité sledování příjmu a výdeje, zvláště v pooperačním období (Kapounová, 2007).

5 NEMOC A JEJÍ PROŽÍVÁNÍ

5.1 Vymezení pojmů nemoc a zdraví

✓ Zdraví

Existuje několik definicí zdraví. V průběhu staletí se pojetí zdraví měnilo.

Definice vztahu zdraví a kvality zdraví s ohledem na spokojenost daného člověka. „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Křivohlavý, 2001, s. 40).

Dalším pojetí zdraví je definice dle WHO (World Health Organization) „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (dle Zacharové et al., 2007).

Definice zdraví dle WHO:

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (online).

✓ Nemoc

Pojem nemoc prošel dlouhým vývojem. Při vymezování tohoto pojmu je vhodné vycházet z pojetí jednoty celistvosti organismu a prostředí. Nemoc má stejně jako zdraví svůj aspekt biologický, psychický a společenský. I nemoc má několik svých definic. Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví. Nemocný člověk je postižený nějakou nemocí (Zacharová et al., 2007).

Praktický slovník medicíny definuje: „Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Vokurka, 1994, s. 229).

5.2 Postoj k nemoci

„Pacient je definován v Praktickém slovníku medicíny (1994) jako osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk. Pacientem se zpravidla nenarodíme, ale se jím stáváme.

Při narušení zdraví, při negativních změnách zdravotního stavu jedince dochází nejen k biologickým změnám, ale i ke změně sociální role, která se stává pro nemocného člověka velmi nepříjemnou“ (Praktický slovník metodiky dle Zacharové et al., 2007, s. 20).

Nemoc znamená pro člověka velkou změnu sociální situace a prostředí, ve kterém se odehrává každodenní život. Reakce nemocného na nemoc a jeho postoj k nemoci mohou být velmi rozdílné a individuální. Většina nemocných při běžných onemocněních reaguje přiměřeně situaci, přijímá diagnózu a doporučení k léčbě, spolupracuje ve snaze být zase zdrav. V těchto případech se většinou stav dobře upravuje, nebo alespoň stabilizuje (Zacharová et al., 2007).

5.3 Omezení soukromí

Každé onemocnění působí na člověka nepříznivě a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, případně i některé rysy osobnosti. Průběh nemoci je často silně ovlivněn stavem nemocného, jeho náladou, obavami i nadějí, znalostmi a neznalostmi průběhu choroby, uvědomováním si možných následků. Vliv na průběh nemoci mají i osobnostní vlastnosti nemocného, působení rodiny, ale i zdravotnických pracovníků a pacientů, kteří s ním sdílejí pokoj v nemocnici. Každý člověk prožívá nemoc zcela individuálně. Existuje řada rozdílů mezi nemocným člověkem v ambulantní péči a v nemocnici. Většina nemocných preferuje léčbu v ambulantní péči, ale pokud to jinak nejde, musí být hospitalizován a tím ztrácí z velké míry své soukromí. Dle výzkumů jen málo pacientů přichází do nemocnice z vlastního rozhodnutí. Při hospitalizaci se musíme snažit, aby byl nemocný v dobrém psychickém stavu, aby se aktivně zapojil do léčebného procesu a tím i uzdravení. Nemocný sděluje zdravotníkovi informace, které normálně před většinou lidí tají. Soukromí nemocného je součástí lékařského tajemství, které patří k základním etickým požadavkům zdravotnického pracovníka (Zacharová et al., 2007).

Velkým zásahem do soukromí nemocného je obnažování, vykonávání hygienických či vyprazdňovacích potřeb na pokoji. Nemocný člověk prožívá rozpaky, stud a někdy i zahanbení. Nikdy nevíme předem, jak bude nemocný reagovat, proto je důležité postupovat ohleduplně a šetrně a zachovat sebeúctu nemocného. Stále musíme mít na paměti, že pracujeme s člověkem, jehož nálada, prožívání i chování jsou značně ovlivněny uspokojováním jeho elementárních i sociálních potřeb (Zacharová et al., 2007).

Ze svých vlastních zkušeností vím, že nemocní, kteří jsou dočasně, nebo trvale upoutáni na lůžko, jsou nuceni většinu úkonů provádět na lůžku, včetně vyprazdňování, tak s tím mají velký problém s těmito úkony. Odmítají jídlo a pití, jen aby nemuseli často volat, že potřebují mísu. Stydí se, že musí přivolávat sestru, aby jim podala, co zrovna potřebují. Pracuji na oddělení intenzivní péče, tady jsou hospitalizováni většinou pacienti, kteří jsou úplně, nebo částečně upoutáni na lůžko a po celou dobu jsou jim monitorovány vitální funkce. Mají zajištěnou venózní nebo centrální linku a kolem sebe mají hadiček a kabelů. Lůžka jsou od sebe oddělena pouze plentou. I když nemocní na sebe nevidí, tak všechno slyší. Toto bývá také velký problém a ne každý se přes to dokáže přenést. Proto je velmi důležité v takových situacích nemocného chápat a snažit se mu co nejvíce být nápomocná a soukromí mu na některé úkony vytvořit. Samozřejmě, že ne vždycky se to podaří, ale i snaha a pokus může mít na nemocného pozitivní vliv.

5.4 Změny v prožívání a chování během nemoci

Každé onemocnění působí na člověka velmi špatně a ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy a také rysy osobnosti. Normálním signálem nemoci bývá často bolest, která upozorňuje, že je něco v nepořádku a bývá vnímána u každého nemocného jinak. Svoji roli zde hraje věk nemocného, intenzita a délka, jak bolest působí. Svůj podíl má i únava, strach a nejistota a také okolí nemocného. Důležitou roli zde hraje přístup zdravotnického personálu a jeho profesionalita. (Zacharová et al., 2007).

Ze svých vlastních zkušeností vím, že už první kontakt zdravotníka a nemocného, zanechává v nemocném silný dojem a tím i možnou pozdější důvěru při dalších návštěvách ambulance popř. hospitalizace.

V průběhu nemoci se postoj nemocného ke svému onemocnění mění. Nemoc je těžká situace a představuje pro nemocného zátěž v oblasti bio-psycho-sociální. Samotná nemoc probíhá v několika fázích:

- ✓ **Aktivní adaptace** – nemocný aktivně spolupracuje při diagnostice i terapii,
- ✓ **Psychická dekompenzace** – nemocný se stává lítostivým, netrpělivým, popudlivým, nekritickým ke zdravotnickému personálu,
- ✓ **Pasivní adaptace** – nemocný se uzavírá do sebe, je mrzutý, ale nebojuje (jedná se o nemoci vleklé, chronické) (Zacharová et al., 2007).

Dalším projevem prožívání nemoci je strach a úzkost, silně emočně zabarvené prožitky. V podstatě se jedná o jednu z obranných forem organismu. Signálů, vyvolávající strach je u nemoci celá řada. Jedná se o příznaky, které na sobě pozorujeme např. kožní změny, příměsi v moči, stolici, zhoršení zraku, sluchu aj. (Zacharová et al., 2007).

5.5 Sociální důsledky nemoci

Každá nemoc má své důsledky, zvláště postihne-li člověka v období, kdy je ještě v aktivním pracovním procesu. Nemoc ho může natolik omezit, že nemůže dále vykonávat svou profesní činnost a může dojít až ke změně zaměstnání. Změna zaměstnání přináší nutnost osvojit si nové zkušenosti a to může být v počátku velký problém. Tyto změny v profesi, jako změna povolání a tím často i redukcí příjmu, patří mezi jedno z nejcitlivějších důsledků nemoci. Sociální důsledky nemoci se můžou projevit i v rodině, může dojít k narušení vztahů partnerů, vztahů mezi nemocným a jeho dětmi a v neposlední řadě může dojít k nesouladu v sexuálním životě. Tyto změny existují v obou směrech a to jak ke zlepšení, tak i k zhoršení vztahů. Život provázený chorobou může být ovlivňován kvalitou partnerských vztahů. V takovéto situaci se často pozná, jak pevný a odolný je tento vztah. Stejně tak je to i v rodinných vztazích. Pokud postihne nemoc některého člena rodiny, může dojít k nezájmu rodinu, nebo naopak, tehdy se teprve pozná, jak dokáže držet pohromadě a vzájemně si pomáhá a podporuje (Bártková, 2005).

5.6 Rodina a její význam pro nemocného

Rodina je základní společenská skupina, ve které promítají všechny zápasy, prohry a v neposlední řadě vítězství, která jsou spojena s péčí o zdraví, jeho podporou i záchranu. Rodina je základní společenskou jednotkou. Úlohu rodiny v péči o nemocné a postižené své členy, nemůže nahradit žádná zdravotnická instituce, protože význam rodiny je nezastupitelný. Onemocnění jedince nepostihuje pouze jeho, ale celou rodinu. Rodina při kontaktu s vážnou chorobou nebo jiným těžkým postiženým, obvykle není na tuto skutečnost připravena. Postoj rodiny a její ochotu pečovat o nemocného v domácím prostředí, ovlivňuje především závažnost onemocnění, dlouhodobost a prognóza. Rodina sehrává významnou úlohu ve zdraví a nemoci jedince a řada onemocnění nelze uspokojivě léčit bez přispění rodinného prostředí pacienta. Často dochází k výraznějšímu zlepšení

zdravotního stavu nemocného až po propuštění z nemocnice a navrácení do svého známého prostředí. Vazba zdravotnického zařízení a péče rodinných příslušníků by měla být proto jednou z priorit při úspěšném zvládnání léčby nemoci (Bártková, 2005).

Ze svých zkušeností znám, že pokud rodina pravidelně nemocného navštěvuje, nemocný pobyt v nemocnici daleko lépe snáší, než když o něho nikdo nejeví zájem. Sami nemocní netrpělivě každý den vyhlížejí, kdy za nimi přijde jejich blízký. Pokud se jen malou chvíli zpozdí, než slíbil, okamžitě je to poznat na jejich výrazu. Jakmile se ale dostaví, hned se jim zlepší nálada a objeví se na jejich tváři úsměv. Rodina je důležitou součástí nemocných, proto i my zdravotníci jí neomezujeme přístup k nim kdykoli a v kteroukoli hodinu.

5.7 Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, ale i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. Chování zdravotníka by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Vedle obecně lidového postoje k nemocnému člověku musí být uplatněn postoj profesionálně terapeutický. Vztahy mezi zdravotnickým personálem a nemocným jsou závislé na vzájemném dobrém osobním kontaktu. Dobře zvolený způsob komunikace může zabránit mnoha konfliktním situacím. Také zvyšuje terapeutické zásahy a příznivě ovlivňuje průběh nemoci. Od lékaře nemocný očekává vysokou odbornost a předpokládá taktní a ohleduplné jednání a psychickou podporu ve složitých situacích. Postavení zdravotní sestry ve vztahu k nemocnému je složitější, protože ji nemocný vnímá jako součást zdravotnického týmu, to znamená v úzké spolupráci s lékařem. Sestra musí budít v nemocném důvěru svými odbornými znalostmi, musí projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení a laskavost. Vztahy mezi zdravotníkem by měly být založeny na vzájemné důvěře a respektu, což znamená, že zdravotníci budou uznávat osobnost nemocného člověka ve všech jeho oblastech. Od sestry se očekává, že vedle řady svých činností ovlivňuje prožívání a jednání nemocných. V očích nemocných je vždy člověk, který má pochopení pro jejich problémy v nemoci a má možnost poznat nemocného po psychologické stránce mnohdy lépe než lékař, protože s ním tráví daleko více času než lékař (Zacharová et al., 2007).

Sama ze svých pracovních zkušeností vím, že už jen tón hlasu vnímají nemocní velmi citlivě. Je vhodné zvolit klidný a rozvážený přístup, i když je nemocný zrovna v agresii. Oplácet jeho agresii další ze strany personálu je úplně zbytečné. Nikdy se nedosáhlo žádných kladných odezev a nemocný byl většinou ještě víc agresivní. V takových situacích je zvolení vhodné komunikace a tón řeči nanejvýš důležitý.

5.8 Vztahy mezi nemocným, rodinou a zdravotníkem

Nemoc člověka působí na rodinný život většinou negativně, zvláště jedná-li se o vážnější onemocnění. Je zde narušována rovnováha rodinného života. Dobré rodinné vztahy jsou jedním z významných činitelů příznivého vývoje nemoci. Pokud nemocný ví, že někomu záleží na jeho uzdravení, pomůže nemocnému překonat těžkou apatii a lhostejnost v léčbě (Zacharová et al., 2007).

Z vlastních zkušeností znám, že kontakt s rodinou pomáhá poznat nemocného i z jiné strany a dobrá spolupráce s rodinou nemocného pomáhá zdravotní sestře zvládat nejednu situaci při spolupráci s nemocným. Rodinní příslušníci mnohdy napovědí, jak se k nemocnému více přiblížit, čím získat jeho pozornost, co má oblíbené, zvláště u nemocných, kteří to sami nemohou z důvodu svého postižení sdělit.

Proto je vhodné věnovat pozornost návštěvám u hospitalizovaného nemocného, které mohou působit příznivě, ale také naopak i negativně. Rodina je aktivním činitelem v zajištění léčby a uzdravení nemocného a je potřeba, aby byla spojencem zdravotníků. Úzký vztah zdravotního týmu, rodinných příslušníků a nemocného může mít příznivý vliv na celý léčebný proces (Zacharová et al., 2007).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6.1 Cíle průzkumu

Hlavní cíl:

Zjistit zdali, a jak zasáhla kardiochirurgická operace – disekce aorty do života dvou klientek a jejich rodin.

Dílčí cíle:

1. Zpracovat kazuistiku dvou klientek po disekci aorty.
2. Zjistit, zdali a jak omezila těžká kardiochirurgická operace zapojení se klientek do každodenních činností.
3. Zjistit, zdali a jak ovlivnila kardiochirurgická operace život rodiny.

7 METODIKA PRÁCE

7.1 Metoda práce

Ke zpracování bakalářské práce jsme použily kvalitativní metodu nestandardizovaného rozhovoru s nemocnými a jejich rodinnými příslušníky. Základní otázky jsem měla předem připravené s cílem zjistit základní údaje o klientce a o průběhu jejího onemocnění. Otázky stejného směru jsme kladly i rodinným příslušníkům. Dále jsme metodu rozhovoru doplnily testem instrumentálních všedních činností, abychom zjistily, jak dalece jsou klientky schopné se sami o sebe postarat. Rozhovor probíhal v klidném domácím prostředí a otázky jsme volily dle cílů bakalářské práce. Nakonec jsme zhodnotily obě klientky dle modelu Majory Gordonové.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro průzkumné šetření jsme vybraly dvě klientky po těžké kardiologické operaci. Klientky prodělaly stejný typ operace, ale každá měla jiný důvod k operaci. První klientka ve věku 64 let s akutním nástupem nemoci a druhá klientka ve věku 54 let, které bylo onemocnění zjištěno při zcela jiné operaci srdce. U každé klientky jsme vypracovaly kazuistiku stejného onemocnění. Obě klientky spolupracovaly a umožnily přístup ke své lékařské dokumentaci. Byly ochotné se setkat osobně a souhlasily se zpracováním své kazuistiky a s rozhovorem. Také jejich rodinní příslušníci poskytli rozhovor o jejich pocitech a prožívání v době nástupu a průběhu nemoci jejich blízkých. Prostudovaly jsme se souhlasem klientek jejich lékařskou dokumentaci obou klientek a doplňující informace od jedné z klientek jsme získaly od jejího ošetřujícího kardiologa.

7.2.1 Charakteristika kladených otázek

Otázky byly kladeny srozumitelně tak, aby klientky a jejich rodinní příslušníci porozuměli. Nechaly jsme klientky i jejich rodinné příslušníky odpovídat a zbytečně nezasahovaly do jejich odpovědí. Vztahovaly se k jejich nemoci a prožívání v době, kdy se nemoc projevila a jak prožívali jejich onemocnění jejich blízcí.

7.3 Organizace šetření

Rozhovory jsme naplánovaly dle možností klientek a požádaly je, zda by bylo možné provést rozhovor i s jejich rodinnými příslušníky. Telefonicky jsme se s nimi spojily a domluvily den a hodinu setkání tak, aby bylo možné se setkat i s některými členy rodiny. Při rozhovoru jsme použily diktafon, na který byl zaznamenán celý průběh rozhovor. Potom jsme postupně podle odpovědí doslovně zpracovaly odpovědi do písemné formy. Oběma klientkám jsme daly vyplnit test AIDL, to je test každodenních činností, podle kterého byli vyhodnoceny jejich schopnosti denních aktivit. Každá klientka byla zhodnocena podle modelu Majory Gordonové.

7.4 Zpracování získaných dat

Nahrané rozhovory jsme postupně zpracovaly poslechem a převedly do písemné formy doslovného přepisu. Poté jsme provedly úpravy k jejich publikaci. Originální nahrávky přepisy jsou k dispozici u jejich autora. Po zpracování rozhovorů jsme přistoupily k vytvoření tabulek s hodnocením každodenních činností dle Majory Gordonové. Dané hodnocení jsme provedly dotazy kladenými na klientky a čerpáním informací z dostupné dokumentace. Při setkání s klientkami jsme jim nechaly vyplnit test AIDL každodenních činností.

8 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

8.1 KAZUISTIKA I

Paní č. 1: 64 let, rozvedená, důchodkyně, žije sama ve městě v bytě v panelovém domě. Stará se o ni a pravidelně navštěvuje snacha, která jí pomáhá s nákupy a domácími pracemi.

Osobní anamnéza

- ✓ Chronický lumboischalgický syndrom levostranný,
- ✓ Chronický cervikokraniální syndrom,
- ✓ Stav po kraniocerebrálním poranění s frakturou base lební 1995,
- ✓ Hypertensis II. st.,
- ✓ Hyperlipidemie,
- ✓ Hyperurikemie,
- ✓ Hepatopatie v.s. kombinované etiologie (steatóza + poléková),
- ✓ Obesitas,
- ✓ Diabetes mellitus.

Medikace

Tabulka 1 – Medikace paní č. 1

Název léku	Dávkování	Léková skupina
Agen 5mg	½ - 0 - 0	Antihypertenzivum
Amaryl 2 mg	1 - 0 - 0	Glimapiridum
Asentra 50 mg	1 - 0 - 0	Antidepressivum
Rhefluin	½ - 0 - 0	Diuretikum
Betaloc SR 200 mg	½ - 0 - 0	Beta – blokátor
Cordarone 200mg	1 - 0 - 0	Antiarytmika
Glucophage 500 mg	1 - 0 - 0	Antidiabetikum
Godasal 100 mg	0 - 1 - 0	Analgetikum, antipyretikum

Ortanol 20 mg	1 – 0 – 0	Blokátor protonové pumpy
Tritace 5mg	1 – 0 – 0	ACE inhibitor
Tramal gtt. 100mg/1ml	R – P – V 20 gtt.	Analgetikum

Průběh nemoci

Dne 21. 7. 2011 pacientka volá rychlou záchrannou službu (RZS) pro náhlý vznik bolestí na hrudníku a bolest pravé dolní končetiny. Provedeno vyšetření lékařem, který odesílá pacientku na CT vyšetření, kde je diagnostikována disekce ascendentní aorty. Pacientka je následně odeslána na CKTCH Brno, Pekařská 53 k dalšímu řešení. Zde provedeno další předoperační diagnostické vyšetření TTE a TTE.

Výsledek TTE - nález disekce aorty začínající těsně nad chlopní, aortální regurgitace jen stopová. Dobrá funkce levé komory. V perikardu významný výpotek se známkami počínající tamponády, koagula na perikardu. Bez mitrální či trikuspidální regurgitace.

Výsledek TEE disekce počínající nad chlopní, roztržená stěna vyvlává do aortální chlopně. Stopová mitrální regurgitace. Velký PE, který zcela utlačuje PS a částečně i PK. Pacientka byla indikována k okamžité operaci. Operace byla provedena za použití mimotělním oběhu a trvala několik hodin. Proběhla bez komplikací. Pacientce byla provedena náhrada ascendentní aorty protézou Vascutec 26, implantace Djumbodis stentu do aortálního oblouku.

Pooperační průběh

1. – 4. den po operaci uměle plicně ventilována, při neklidu hypertenzní výkyvy, paroxysmální tachyfibrilace síní – řešeno podáním Cordarone.
3. den po operaci provedeno neurologické vyšetření s nálezem mozkového infarktu dle CT vyšetření, pravostranná hemiparéza.
4. den po operaci neurologické zlepšení, extubace.
5. den po operaci – operační rána se hojí per primam. Pacientka rehabilituje na lůžku, je s ní dobrý kontakt, klidná spolupracuje, afebrilní, kyslík podáván maskou.

6. den po operaci – vyšetřeno sputum s průkazem Klebsiella pneumonie, s dobrou tolerancí, bez nutnosti nasazení antibiotik.

7. den po operaci – pacientka v dobrém stavu přeložena k další péči do spádové nemocnice na lůžko JIP.

Ve spádové nemocnici hospitalizace pokračovala od 28. 7. 2011 do 19. 8. 2011. Zde opakovaně provedeny chirurgické kontroly operační rány a povolena rehabilitace postupnou mobilizací. Zde byly prováděny kontrolní vyšetření – CT angiografie aorty a periferních tepen dolních končetin k vyloučení podkožního emfyzému, RTG srdce plic, EKG vyšetření a laboratorní vyšetření. Po stabilizaci stavu byla přeložena k další péči na rehabilitační oddělení.

8.1.1 Rozhovory

✓ Paní č. 1

Otázka: Vzpomínáte si na den, kdy propukla nemoc?

Paní č. 1: V době, kdy její nemoc propukla, bylo zrovna léto. Paní šla do kuchyně a najednou pocítila bolest na prsou, která se šířila až ke krku. Zavolala synovi a snaše, která je zdravotní sestra a zavolali Rychlou záchrannou službu (RZS). Sedla si doma na židli a čekala na příjezd RZS. Cítila velkou bolest a při příjezdu RZS prosila o lék od bolesti. Následně přišel syn a snacha a pomohli záchranářům při dopravě paní do sanitky. „*Abych vám pravdu řekla, moc už si toho nepamatuju*“. RZS ji převezla do spádové nemocnice, kde byla vyšetřena, a bylo rozhodnuto k převozu na Kardiochirurgickou kliniku v Brně U Svaté Anny s diagnózou disekce aorty. „*A tak mě tam odvezli a to už mám jenom takové momenty. Tam si pamatuju, že jsem ležela na nějaké posteli a sestřička se ptala, jestli a s čím budu souhlasit*“. Poté si paní už pamatovala až pátý den po operaci, kdy byla probuzena z umělého spánku a extubována. Byla v tu dobu neklidná, museli ji tlumit a dokonce ji museli uvázat ruce. Poté byla převezena na oddělení Jednotku intenzivní péče (JIP). Tam jí začaly halucinace. „*Já jsem dostala ty halucinace a v tom Brně jsem si myslela, že je to pravda*“. Následující den ji převezli do spádové nemocnice a tam halucinace pokračovaly, ale její ošetřující lékařka ji ujistila, že přejdou, protože si paní uvědomovala, že to co vidí, není pravda. Dále si pamatovala, že ji přeložili na pokoj interního oddělení, kde ji postupně mobilizovali. Lékař z chirurgického oddělení jí přišel vytáhnout stehy z operační rány, pamatuje, že to velmi bolelo. „*Tam byli ty svorky, no to vám povím, to*

bolelo, ale strašně“. Na interním oddělení ještě nějaký den pobyla a poté byla přeložena na rehabilitační oddělení. *„No a tak to je asi všechno, co vám k tomu můžu říct, protože já z toho nic moc nepamatuju“*.

Otázka: A pocity s odstupem času?

Paní č. 1: *„Byly momenty, kdy já jsem si říkala, že jsem měla umřít“*. Paní začala mít pocit, že je všechno k ničemu, i když jí už v Brně informovali, že je to velký zázrak, že přežila. Cítila se, že už bude k ničemu, protože se nesmí ohýbat, nic těžkého nosit, neustále ji trápí bolesti. Bolí ji klouby a nemůže chodit delší procházky. I když ji neustále lékaři ujišťovali, že je to velký zázrak, ona to tak nevnímala. *„A já jsem si myslela, že je to sice hezký, ale já už vlastně budu k ničemu“*. Po roce jela na kontrolu do Brna, kde byla opět vyšetřena a bylo jí sděleno, že jsou zákroky, které při operaci nestihly provést, protože byla již v hraniční době na mimotělním oběhu. Řekli jí, že by bylo potřeba ještě nějakou operaci provést, ale vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu to již není možné technicky provést. Ve spádové nemocnici chodí na pravidelné kontroly ke kardiologovi, cévnímu lékaři, neurologickou a oční ambulanci. *„Pořád se mi točí hlava a mám závratě a čas od času dvojitě vidění. Já už to poznám, kdy to dojde, tak sedím, třeba zavřu oči a tak. No, už nevím, co bych k tomu řekla“*.

Otázka: Dá se s tou nemocí žít?

Paní č. 1: *„No, žít se s tím dá samozřejmě, ale je to takový živoření, bych řekla“*. Paní mi sdělila, že byla vždycky aktivní, neustále v pohybu. Nyní ji často bolí klouby a kolena, má problémy s kýlou, kterou není možné operovat. *„Na operaci to nejde a tak když se tak nenamáhám, tak by to mělo vydržet“*. Bere spoustu léků a mezi nimi i antidepressiva. *„Já tím pádem nemám žádné emoce, je to taky takový divný. Mě nic nenaštve, já se nerozzlobím, protože oni mi říkají, ne abyste se rozčilovala“*. Má pocit, že s těmi léky to ani nejde. *„Takže mě v podstatě kromě těch bolestí, tak psychicky mě ta nemoc nevadí, že mě je všechno jedno. Je to takový divný, protože já nevím, co to je brečet, nebo nějak se smát a Vojta nebo Kuba (pozn. vnuci) mi říkali „Babi, ty vůbec nebrečíš“ Já říkám, že někdy by to bylo potřeba, když mě zlobíte, ale já nemám potřebu brečet. Je to divný, ale já už jsem si na ten pocit zvykla, už mi to tolik nevadí“*.

Syn paní č. 1

Otázka: Pamatujete se na ten den, kdy mamince začala ta nemoc?

Syn paní č. 1: V ten den byl u maminky na návštěvě a na malou chvíli odešel do nedaleké školky vyzvednout syna. Vůbec ho nenapadlo, že se může něco takového stát a proto si sebou nechal klíče. Matka mu volala, že se udělalo nevolno a bolí ji na hrudníku, tak jí řekl, aby zavolala RZS a otevřela dveře bytu, ať se tam dostane. To bohužel neudělala a syn musel dveře otevřít násilím. Když se do bytu dostal, našel matku, jak leží na posteli a viděl, že jí není dobře. Sama mu sdělila, že jí velmi pálí nohy, tak jí je do příjezdu sanitky RZS zvedl nahoru. Cítil, jak se velice potí, že má nohy hodně rozpálené. *„Já jsem jí držel nohy nahoře a pak došla záchranka, šel jsem otevřít“*. Po vyšetření lékařkou RZS mu bylo sděleno, že to zřejmě infarkt není, a že jí musí převézt do nemocnice na bližší vyšetření. Po nějaké době volal svému známému lékaři, který pracuje v nemocnici, zda mu nezjistí informace o jeho matce. Ten mu zavolal zpátky, ale nic bližšího mu nesdělil. Proto zavolal jinému známému lékaři, který mu zjistil, že byla převezena do nemocnice v Brně a že jí čeká těžká operace. *„Říkal, že jí dávají tak 10 % na přežití“*. Tak se rozhodl, že pojedete do Brna. Zde se dověděl, o jak těžkou operaci jde a lékař mu vysvětlil, že tato operace potrvá dlouho. Čekal zde, až operace skončila, znovu ho lékař informoval o stavu jeho matky o průběhu operace. Sdělil mu, že matka zatím přijímá dobře a jaký může nastat problém, když tkáň umělou náhradu nepřijme. *„Ještě nemá vyhrané, že neví vůbec, jak to ten orgán teda tělo ten cizí orgán přijme a že je to samozřejmě už doživotní opatrnost. Ale řekl mi ještě důležitou věc, že má velmi silné srdce, jinak že by to nemohla přežít.“*

Otázka: Jaké byli vaše pocity, co jste cítil v tu chvíli?

Syn paní č. 1: *„No jaké pocity? Jak když odchází matka“*. Snažil se být silný a zachovat klid. Věděl, že není zdravotník a jeho pomoc matce je neodborná, ale snažil se, aby jí pomohl. *„Nevěděl jsem co je dobře, potom přišla moje žena, která je zdravotní sestra, mamka byla úplně vyčerpaná a bylo vidět, prostě že už jí docházejí síly a že to tělo jede z posledních sil“*. Vzpomínal, jak čekali na RZS a stále se snažil matce ulevit aspoň polohou. *„Tak jsem ji hladil a říkal, mamko neumírej, nebo to jsem jí neříkal, říkal jsem, mamko neodcházej buď tady ještě a ona se začala smát“*.

Otázka: Jak to bylo, když se vrátila z nemocnice, vaše pocity?

Syn paní č. 1: *„Říkal jsem si, tak ji zachránili, ale je to špatné, protože mluvila z cesty a prostě byla chvilčkama úplně někde jinde než by chtěla, ale ona to samozřejmě nevěděla“*.

Pamatuje, že měla halucinace. Ale s odstupem času, kdy byl mimo domov a nebyl s matkou v přímém kontaktu, se mu zdá, že se po zdravotní stránce moc nezlepšila, ale ani nezhoršila. Má pocit, že nemá o aktivity zájem. Odmítá ho, když jí nabízí vyjít ven v jeho doprovodu. *„Říkám jí pojďme na procházku, potřebuješ shodit nějaké to kilo, ona ne“*. Chápe, že prodělala složitou operaci, že má stále problémy s klouby a neurologické potíže. *“A dneska, když to vidím po těch třech letech, je to horší než jsem čekal. Prostě něco mamce řeknu a ona mi řekne, že to tak není, že to tak nebylo. Takže ona má výpadek, ne co se stalo před tím, ale co se stalo potom. To co se stalo před tím, to si pamatuje velice dobře, ale to, co stalo po tom, tak už jsou tam prostě trhliny“*.

Snacha paní č. 1 (moje kolegyně v zaměstnání)

Otázka: Vzpomínáš si na ten den, kdy nemoc propukla?

Snacha paní č. 1: *„No, byla jsem v lékárně zrovna, mamka mě vlastně telefonovala, že má bolesti na hrudníku, tak jsem jí řekla, ať zavolá sanitku, no a utíkala jsem tam“*.

Když dorazila na místo, už tam byla sanita RZS. Zajistili jí venózní linku a odvezli do nemocnice. Poté vzpomíná, že jim volali z Brna, kam ji převezli a sdělili, že jde o disekci aorty a že je to velmi vážné. V tu dobu bylo asi šest večer, tak si měli zavolat ráno. *„No, tak jsem, volala ještě její dceři do Prahy, ta dojela“*. Dcera paní číslo 1 přijela a čekaly společně na ráno, až budou moci zavolat, jak vše dopadlo. Celou noc nespaly. *„No a vlastně nám řekli, že už má po operaci a že to přežila“*. Dověděly se, že má vyměněnou aortu, prodělala slabou mozkovou mrtvici, ale následky velké nejsou. *„Pak vlastně, za čtyři dny ji vrátili do spádové nemocnice“*.

Otázka: Tvoje pocity v tom akutním průběhu?

Snacha paní č. 1: *„No, tak byl to takový šok. To člověk až potom, spíš to potom na člověka dolehlo, než v ten den“*.

Otázka: Dokážeš ten pocit vyjádřit?

Snacha paní č. 1: *„Ano, tož takový spíš strach, že člověk neví, co bude“* V první fázi si mysleli, že to nebude nic vážného. *„Když jsme se dověděli, že může umřít, tak už to bylo takové, že jsme měli všichni strach“*. V tuto chvíli počítali s tím nejhorším. Věděla, že je to moc vážné onemocnění a že člověk nemusí přežít.

Otázka: Ty pracuješ jako zdravotní sestra, tak sis dokázala představit toto onemocnění?

Snacha paní č. 1: „*Ano, ono je to ještě horší, její dcera je také zdravotnice, takže vlastně, je to lepší pro laiky, že nevidí ty možné následky a o to je to pro nás zdravotníky horší*“.

Otázka: Jaké to bylo, v nemoci a když se vrátila domů?

Snacha paní č. 1: Když ji přivezli z Brna do spádové nemocnice, byla na směně. Byla přijata na oddělení, kde pracovala. „*Vlastně oni ji vrátili do nemocnice, já jsem byla zrovna v práci, tak byla taková euforická, bych řekla*“ V tu dobu měla halucinace. „*Říkala, vidíš toho motýla, krásného, barevného, který mě sedl na peřinu?*“ Byli z toho vždycky překvapení, ale lékařka jim sdělila, že je to následek narkózy. Postupně halucinace odezněly. Než ji propustili domů, byla ještě hospitalizována na rehabilitačním oddělení. Tam ji pravidelně navštěvovali. „*Pak jsme ji dovezli domů a pak už to bylo dobré*“. Už v Brně paní nasadili antidepresíva. „*Bylo to takové lehčí, že se zapojila do života tak postupně. První nedělala skoro nic a postupně už začala dělat takové drobné práce, až na to, že s ní musím chodit nakupovat, k doktorovi a okna jí umýváme, nebo takové ty těžší práce*“ Nyní se paní dokáže o sebe v doma postarat sama. Pomoc potřebuje ve fyzicky těžkých činnostech. „*Jinak se o sebe postará, okoupe se, takže jako takto to zvládá. S odstupem času je to lepší. Chce to čas prostě všechno, aby se člověk začlenil*“.

Otázka: A ty už jsi taky klidnější?

Snacha paní č. 1: „*Jo, to jsem. Ale pořád je to časovaná bomba*“. Je si vědoma toho, že se nemoc může kdykoliv znovu vrátit. Snaží se na to nemyslet a bere vše tak, jak to zrovna je. „*Člověk na to nemůže myslet, že by mohla ze dne na den, nebo z minuty na minutu umřít, prostě musí to člověk brát, tak jak to je, teď to je tak a za chvíli zase jinak*“.

Otázka: Zasáhla tato nemoc vaši rodinu?

Snacha paní č. 1: Je to pro ni velká změna. O doby, kdy onemocněla, nemůže spoustu činností. V době před nemocí jim moc pomáhala v péči a hlídání dětí. To už teď nemůže. „*Teď musíme víc hlídat my ji*“. Dokáže snaše děti pohlídat jen krátkou dobu, potom už je unavená. Nemůže jezdit na výlety, jen nákup jednou za měsíc, kdy ji snacha vyveze autem, je pro ni velmi zatěžující. Trvá několik dní, než si odpočine.

8.1.2 Hodnocení č. 1 paní č. 1 podle modelu Majory Gordonové

Tabulka 2 – Hodnocení č. 1 paní č. 1 podle modelu Majory Gordonové

1	Vnímání zdraví	Klientka v současné době, je po těžké nemoci a operaci srdce. Je částečně soběstačná, ale v těžších činnostech potřebuje pomoc druhé osoby. Byla by moc ráda zvládala víc, ale nemoc ji natolik zasáhla, že to nezvládá.
2	Výživa	Problémy s jídlem nemá, jídlo jí chutná, nemá žádné dietní omezení ve stravování. Spíš vnímá, že by nějaké kilo potřebovala shodit.
3	Vylučování	Tak jako nemá problém s příjmem, tak nemá problémy s vyprazdňováním. Problém vidí pouze v pocení. Potí se, a hodně.
4	Aktivita – cvičení	Klientka je po těžké operaci aorty. Její aktivity jsou omezeny na minimum. Sama zvládá jen lehké úkony a to i z důvodu omezení v kloubech, které jí bolí a nezvládá ani chůzi na krátkou vzdálenost.
5	Spánek	Se spánkem má problémy. Často se budí, bývá někdy dost unavená. Musí i přes den často odpočívat.
6	Vnímání Poznávání	Klientka je při vědomí zcela orientovaná místem, časem i osobou. Sluch má dobrý, se zrakem má potíže, občas se jí objeví dvojité vidění, na čtení používá brýle. Od operace pociťuje, že se paměť zhoršila, občas má výpadek. Mluví plynule, občas si odkašlává.
7	Sebeúcta Sebepojetí	Klientka bere antidepresiva, proto, dle jejího sdělení nemá žádné emoce. Ale svých dětí si váží a je ráda, že jí pomáhají.
8	Plnění rolí Mezilidské vztahy	Klientka žije sama, je rozvedená, v bytě v panelovém domě. Pravidelně za ní dochází snacha a syn. Ti jí se vším pomáhají.

		Protože ji větší námaha unavuje, většinu času tráví ve svém bytě.
9	Sexualita Reprodukční schopnost	Klientka má dvě dospělé děti, v současné době je již v období klimaktéria.
10	Stres – zvládání, tolerance	Po těžké operaci aorty bylo nutné, aby byla v naprostém klidu a pohodě. Proto jí byli nasazeny antidepresiva
11	Víra – životní hodnoty	Klientka, co se týká náboženské víry, je nevěřící. Ve svém těžkém období nemoci si přála, aby raději zemřela. Teď, když operaci přežila a všichni jí říkají, že je to zázrak, že přežila, to vnímá jako dar.

8.1.3 IADL – Test instrumentálních všedních činností č. 1

S klientkou jsem vyplnila test instrumentálních všedních činností [Příloha I]. Jedná se o test, který zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti. Tento test se skládá z 8 položek, které klientka běžně vykonává. Každá položka je hodnocena body, které se sečtení vyhodnotí a výsledkem je, jak je dalece klientka závislá na pomoci jiných.

Hodnocení 45 bodů, což znamená dolní hranici, kdy má částečnou nesoběstačnost v aktivitách denního života.

8.2 Kazuistika II

Paní č. 2: 59 let, žije v rodinném domě na vesnici, spolu se svým manželem. Manžel jí pomáhá s domácími pracemi a stará se o ni. Nedaleko bydliště žije její dcera, která ji navštěvuje a pomáhá.

Osobní anamnéza

- ✓ 8/2007 akutní infarkt myokardu,
- ✓ 8/2007 koronarografie Brno,

- ✓ 12/2009 autonehoda – zlomenina hrudní kosti,
- ✓ 6/2010 operace disekce ascendentní aorty,
- ✓ 11/2010 operace mitrální chlopně – regurgitace NYHA II,
- ✓ 12/2010 implantace stentgraft do aortálního oblouku a stent descendentní a proximální břišní aorty,
- ✓ Hypothyreóza,
- ✓ Revmatoidní artritida I. stupeň,
- ✓ Hypercholesterolemie.

Medikace

Tabulka 3 – Medikace paní č. 2

Název léku	Dávkování	Léková skupina
Tritace 5 mg	1 – 0 – 1	ACE inhibitor
Warfarin 5 mg	2 – 0 – 0 ob den 2 a ½ - 0 - 0	Antikoagulans
Concor 2,5 mg	½ - 0 – 0	Beta-blokátor
Procolaran 7,5 mg	1 – 0 – ½	Kardiaka
Atorvastatin 40 mg	0 – 0 – 1	Hypolipidemikum
Letrox 50 mg	1 – 0 – 0	Hormonální lék
Furon 40 mg	½ - 0 – 0	Diuretikum
Alopurinol 100 mg	1 – 0 – 0	Antirevmatika, antiflogistika, antiuretika

Průběh nemoci

Operace ascendentní aorty

10. 6. 2010 – klientka je přijata k operaci mitrální chlopně na Kardiochirurgii IKEMU v Praze.

15. 6. 2010 – dnes operace, provedena minithorakotomie submamárně v délce 6 cm vpravo. Po zavedení kamer a při pohledu na ascendentní aortu – prokrváčená – suspektní disekce.

Provedeno peroperační TEE, které ukazuje na disekci v oblouku aorty. Provedena náhrada ascendentní aorty.

Pooperační průběh – 1. pooperační den extubována, snížená síla pravých končetin, provedeno neurologické konzilium, dle CT bez čerstvých ischemických a hemoragických změn, klinicky se postupně zlepšovala. Pro fibrilaci síní nasazen amiodaron, po verzi do sinusového rytmu vysazen.

23. 6. 2010 – provedeno CT angio aorty – s nálezem disekce hrudní a břišní směřující až do třísel. Doporučený zatím konzervativní postup. Kontrolní CT za měsíc. Další průběh hospitalizace bez komplikací. Při propuštění je afebrilní, sternum pevné, operační rána klidná, hojí se per primam, kardiopulmonálně kompenzovaná.

25. 6. 2010 – klientka je propuštěna do domácí péče a k ambulantní léčbě.

Operace mitrální chlopně

15. 11. 2010 – klientka přijatá k operaci mitrální chlopně na Kardiologii v Praze IKEM, která odložena pro zjištění disekce aorty.

18. 11. 2010 – provedena operace, průběh bez komplikací, zavedena mechanická chlopní náhrada Prothesim SJM No 29. Pooperačně kombinovaná inotropní podpora na korekci hypertenze, postupně vysazena.

25. 11. 2010 – provedeno kontrolní CT hrudní a břišní aorty – disekce začíná za anastomózou, pokračuje na břišní aortu a končí oboustranně v arterii iliaca externa. Disekce přechází na arterii anonyma, na levou renální tepnu. Ve srovnání s předchozím nálezem je nález na hrudní a břišní aortě stacionární.

26. 11. 2010 – propuštěna do domácí a ambulantní péče. Postupná rehabilitace, mobilizace. Při propuštění afebrilní, sternum pevné, rány klidné, hojí se per primam.

Zavedení stentgraftu do hrudní aorty

29. 11. 2010 – klientka přijata na Kardiologii IKEM v Praze k zavedení stentgraftu do hrudní aorty.

1. 12. 2010 – proveden výkon zavedení stentgraftu do hrudní aorty, bez komplikací. Po operaci malé dávky inotropní podpory, která postupně vysazena.

6. 12. 2010 – Provedeno kontrolní CT hrudní aorty po implantaci stentgraftu – je zde patrný stav po náhradě ascendentní aorty a mitrální chlopně, stentgraf oblouku aorty, hrudní aorty.

Tepny aortálního oblouku jsou průchodné. Je i nadále vtok do falešného lumen, toto lumen je však stentem a stentgraftem výrazně utlačeno.

7. 12. 2010 – Propuštěna do domácí a ambulantní péče, při propuštění afebrilní, kardiopulmonálně kompenzována. Doporučená kontrola za rok.

8.2.1 Rozhovory

✓ Paní č. 2

Otázka: Jak se na Vaši nemoc přišlo?

Paní č. 2: V roce 2007 prodělala infarkt myokardu, kdy ležela v nemocnici v Brně U Svaté Anny. Tam jí byl zaveden stent. Chodila na kontroly ke kardiologovi, který zjistil, že je nutná operace srdeční chlopně a domluvil ji tuto operaci v Praze v IKEMU. To bylo v červnu 2010. *„Objednal mě do Prahy do IKEMU a při operaci v červnu 2010 zjistili, při té operaci zjistili, že mám naprasklou aortu a asi po 13 hodinách se ta operace musela vlastně ukončit a po půl roce v listopadu 2010 jsem šla na operaci chlopně a po operaci chlopně asi za tři týdny mi znovu dělali tu aortu, taky v Praze v IKEMU“.*

Otázka: Ta aorta byla v celém rozsahu, nebo jenom část?

Paní č. 2: *„Tak co mi říkali, tak že je to naprasklý celé až do třísla, od výstupu aorty až do třísla“.*

Otázka: Jaké to pro vás bylo, když jste se po operaci probudila a řekli Vám, že operovali úplně něco jiného, než bylo v plánu?

Paní č. 2: Při *„To mě nikdo nic neřekl, takže já jsem žila v domnění, že po propuštění z nemocnice vyjdu skoro zdravá“.* Paní ještě krátce po operaci netušila, že jí byla operována aorta a ne chlopeň. Poté, jí sdělili, že je nutné s odstupem času (půl roku) jít na další operaci, a to nejprve se srdeční chlopní a následní s další částí aorty.

Otázka: Když jste přišla domů po té operaci, jak to vypadalo, jak jste se cítila?

Paní č. 2: *„Tak dva měsíce jsem nefungovala vůbec. To jsem akorát došla na záchod a bylo to dost hrozné. A potom po těch dvou měsících nebo spíš až třech jsem začala aspoň ty domácí práce, teda nedá se říct práce, ale začalo se to jakoby zlepšovat“*

Otázka: Jak jste se postupně zatěžovala, dokázala jste více věcí udělat?

Paní č. 2: „*To se tak říct nedá, spíš jsem dokázala obsloužit sebe*“.

Otázka: A když jste šla na druhou operaci, jaký byl průběh?

Paní č. 2: „*Ten průběh byl lehčí*“. Na druhou operaci šla s odstupem půl roku, kde ji nejdříve provedli operaci chlopně a po 14. dnech jí operovali druhou část aorty. „*Ale vlastně ta rekonvalescence nebyla tak hrozná. Bylo to dost těžký, ale s tou první se to nedá srovnat*“.

Otázka: Ted už máte odstup po operaci téměř pět let, jak to s Vámi vypadá teď?

Paní č. 2: Nyní se snaží dělat všechno, jako dřív, ale sama ví, že to nejde. Potřebuje pomoc, kterou jí poskytuje její manžel nebo dcera. „*Snažím se žít úplně normálně, i když to nejde. Nemůžu se ohýbat, nemůžu vzít třeba kilový, dvoukilový nákup, jít s ním třeba kilometr, nebo půl kilometr, to prostě nemůžu, ale jinak se snažím to, co zvládnu, to udělám, ale bez pomoci okolí bych nezvládla spoustu věcí*“.

Otázka: Kdo vám nejvíc pomáhá doma?

Paní č. 2: Paní odpovídá bez rozmýšlení. „*No tak, manžel*“.

Otázka: Ovlivnila Vaše nemoc rodinný život?

Paní č. 2: „*Samozřejmě, že ano. Už není všechno jako dřív, ale snažím se, aby bylo, ale nejde to. Cítím, že kolem mě mají o mě strach*“. Nemoc ji omezila ve fyzických činnostech, ale dokáže řídit auto, takže není zcela závislá na rodině, když potřebuje zajít na kontrolu k lékaři, vyřídit si něco na úřadu a podobně. Dokonce si našla zaměstnání, kam chodí na tři hodiny denně. Je to prodej ve školním bufetu, kdy prodej trvá pouze přes přestávku a zbytek může odpočívat. Jak mi sdělila, je to pro ni příjemně strávený čas, kdy nemusí přemýšlet nad nemocí. Cestou zpátky navštíví svoji matku a než přijede domů, dorazí i její manžel a potom spolu dělají domácí práce, nebo zajedou nakoupit.

Maminka paní č. 2 (84 let)

Otázka: Jak jste se dověděla o nemoci Vaší dcery?

Maminka paní č. 2: věděla, že její dcera jede na kontrolu do Prahy. Dva dny o sobě nedala vědět a tak zavolala svému vnukovi, který v Praze bydlí, ať se zajde podívat do nemocnice. „*Dva nebo za tři dny jsme jí volali a ona nebrala telefon, tak jsme věděli, že je zle*“. (paní začíná plakat)

Otázka: Je to pro Vás stále bolestivé téma?

Maminka paní č. 2: Pro maminku paní číslo 2 je to stále velmi bolestná vzpomínka. Je jí 84 let, v průběhu rozhovoru začala plakat, proto jsem ji dalšími otázkami nezatěžovala. „*Ano, to je, ale dopadlo to dobře a přežila*“.

Otázka: Jezdila jste za ní domů, když přijela? (klientka bydlí v jiné vesnici)

Maminka paní č. 2: „*Jezdila, ale málo, spíš jsem jezdila pracovat na pole*“.

Manžel paní č. 2

Otázka: Pamatujete se na den, kdy jste se dověděl, že Vaše žena je tak vážně nemocná?

Manžel paní č. 2: Vypráví, jak manželka odjela na vyšetření s chlopní do Prahy IKEMU, věděl, že jí mají dělat plastiku chlopně, myslel si, že to není nic závažného. Vzpomíná si, že bylo zrovna úterý. Druhý den měla jít na plastiku chlopně. Večer volal manželce, aby zjistili, jak to dopadlo a nemohl se jí dovolat, opakoval volání a stále bez odezvy. Na internetu si našel telefonní číslo na IKEM. Tam mu sdělili, že jeho manželka prodělala velmi vážnou operaci, která trvala 12 hodin a že její stav je velmi vážný. „*Tak jsem byl z toho úplně na nic. Ráno jsem jel do práce, říkám zástupkyni, že nejsem schopný učit*“.

Následující den, kdy volal, už byla schopná jeho manželka vzít telefon. Dle hovoru zjistil, že ještě není v pořádku a tak se rozhodl, že ji pojede navštívit. Jel spolu s dcerami do Prahy. „*Bylo to poprvé, kdy vstala z lůžka po operaci. Byly to asi za čtyři dny po operaci*.“

Otázka: Můžete mi říct Vaše pocity, co jste v tu chvíli cítil, když jste se to dozvěděl?

Manžel paní č. 2: „*Zděšení jsem cítil, to jsem nečekal vůbec*“. Myslel, že jeho manželka jede na vyšetření, vůbec ho nenapadlo, že se může něco takového stát. Vzpomněl, že něco podobného bylo, když byli na dovolené na Slovensku. Jeho žena tam prodělala infarkt myokardu. Vyprávěl, že přijeli na dovolenou, byla v pořádku a večer se jí udělalo nevolno a odvezla ji sanitka do nemocnice. Tak to cítí podobně i s touto nemocí. „*Vůbec jsem s tím nepočítal, že se něco takto může stát*“.

Otázka: Když se vrátila manželka domů, jak to u Vás fungovalo?

Manžel paní č. 2: Z počátku nebyla jeho manželka schopna dělat vůbec nic. Jenom ležela a já jsem musel obstarat chod domácnosti i vše kolem domu a polí. „*Bylo to prázdninách, nechodil do práce*.“ (jeho profese je učitel). Později začala některé lehčí činnosti provádět.

Otázka: Bydlíte sami?

Manžel paní č. 2: „Ano, bydlíme, ale dcera bydlí asi 10 metrů vedle“.

Otázka: Jaké jsou pocity s odstupem času, téměř pěti let?

Manžel paní č. 2: Má o paní neustále strach, několikrát za noc se vzbudí a musí se podívat, zda je naživu. „*V noci se vzbudím, asi tak třikrát, tak první se dívám, jestli dýchá, nebo nedýchá. Pořád mám na paměti, co se může stát*“. Je si vědom toho, že je to nemoc, která stále trvá a může kdykoliv propuknout. Každý den, když cestuje do zaměstnání, přemýšlí, zda je manželka v pořádku.

Otázka: Jak je to u Vás v rodině? Změnilo se něco?

Manžel paní č. 2: Sdělil, že ano. Jeho manželka sice zvládá běžné domácí činnosti, ale k většině potřebuje pomoc. „*Třeba s nákupem, je nutné, abych šel s ní. Sama neunesla vůbec nic*“. Občas si vyrazí na výlet, nebo na krátkou dovolenou. Zvládá hlídat vnoučata. „*Zaveze je autem, když je potřeba k lékaři, na kroužek...*“

8.2.2 Hodnocení paní č. 2 podle modelu Majory Gordonové

Tabulka 4 – Hodnocení č. 2 paní č. 2 podle modelu Majory Gordonové

1	Vnímání zdraví	Klientka je po těžké operaci srdce. Snaží se co nejvíce zapojit do denních aktivit, jak jen jí to dovolí její zdravotní stav. Zvládá řídit auto, domácí práce, ale mezi těmito činnostmi musí odpočívat.
2	Výživa	Problémy s jídlem nemá, jídlo jí chutná, dietní omezení ve stravování má v oblasti tuků.
3	Vylučování	Tak jako nemá problém s příjmem, tak nemá problémy s vyprazdňováním.
4	Aktivita – cvičení	Klientka je po těžké operaci aorty. Chtěla by se do nějaké aktivity zapojit, ale nemoc ji omezuje. Ráda chodí na krátké procházky.

5	Spánek	Se spánkem nemá problémy. Spí dobře.
6	Vnímání poznávání	Klientka je při vědomí zcela orientovaná místem, časem i osobou. Sluch má dobrý, se zrakem má potíže, na čtení používá brýle.
7	Sebeúcta Sebepojetí	Klientka se nyní cítí dobře. Když se šetří, je vše v pořádku s zvládne denní činnosti.
8	Plnění rolí Mezilidské vztahy	Klientka žije s manželem, který i když pracuje, jí je většinou věcí nápomocen. V blízkosti jejího bydliště bydlí dcera, která ji pravidelně navštěvuje a pomáhá.
9	Sexualita Reprodukční schopnost	Klientka má dvě dospělé děti, v současné době je již v období klimaktéria.
10	Stres – zvládání, tolerance	Stres a napětí v současné době nevnímá. Má doma manžela, který je jí oporou.
11	Víra – životní hodnoty	Klientka, co se týká náboženské víry, je nevěřící. Věří ve svou rodinu, která je jí velkou oporou při zvládání její nemoci.

8.2.3 IADL – Test instrumentálních všedních činností paní č. 2

S klientkou jsem vyplnila test instrumentálních všedních činností [Příloha II]. Jedná se o test, který zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti. Tento test se skládá z 8 položek, které klientka běžně vykonává. Každá položka je hodnocena body, které se sečtení vyhodnotí a výsledkem je, jak je dalece klientka závislá na pomoci jiných.

Paní č. 2 po vyplnění testu a vyhodnocení, dosáhla hodnoty výsledku s bodovým hodnocením 65. To znamená, že je částečně nesoběstačná v aktivitách denního života.

9 DISKUZE

Hlavní cíl – Zjistit, zdali a jak zasáhla kardiochirurgická operace – disekce aorty do života dvou klientek a jejich rodin.

Kardiochirurgická operace – disekce aorty je závažnou operací, která trvá několik hodin. Obě klientky prodělaly stejnou operaci.

Paní č. 1 prodělala operaci akutně, nemoc ji zasáhla bez varování. Do té doby byla samostatná, schopná se starat sama o sebe a pomáhat své rodině. Hlídala děti synovi a snaše, což nyní již nemůže, nebo jen v omezeném čase, protože je často unavená. Paní číslo č. 2 dříve byla fungujícím článkem rodiny a pomáhala jí. Po prodělání kardiochirurgické operaci je z velké části sama závislá na rodině a její pomoci.

Paní č. 2 operaci prodělala ve stejném rozsahu, ale zjištění disekce aorty bylo v průběhu jiné operace. Také ona byla do doby, než byla operována, fungující článek rodiny, kterým se stala i nyní, ale s částečným omezením. Oporou při zvládnání nemoci je její manžel, ale i dcera, která ve společné domácnosti nežije. Sama dokáže zvládnout velké množství činností např. řídit auto, návštěva lékaře, dokonce si našla zaměstnání na zkrácený úvazek, které ji nezatěžuje, naopak pomáhá jí nemoc zvládnout po psychické stránce.

Dle našeho zjištění, do života obou klientek zasáhla kardiochirurgická stejnou mírou, ale každá klientka se s odstupem času jinak dokázala zapojit do běžných činností. Život rodin to ovlivnilo natolik, že v obou je každodenní strach a obavy z opětovného propuknutí nemoci.

Dílčí cíl č. 1 – Zpracovat kazuistiku dvou klientek po disekci aorty.

Z dostupné dokumentace, kterou nám klientky s jejich svolením poskytly, jsme vypracovaly kazuistiky, dle kterých jsme mohly dále zpracovávat další části našeho průzkumu. Ve vypracovaných kazuistikách jsme zjistili rozdílné zjištění a průběh stejného onemocnění disekce aorty. Z porovnání kazuistik vyplynulo, že u jedné z klientek šlo o akutní disekci aorty a u klientky druhé k tomuto zjištění došlo při jiné operaci srdce. Obě klientky, však prodělaly stejně těžkou a náročnou kardiochirurgickou operaci, která na nich zanechala nemalé následky.

Dílčí cíl č. 2 – Zjistit, zdali a jak omezila těžká kardiologická operace zapojení se klientek do každodenních činností.

Z průzkumného šetření jsme zjistily, jak těžká kardiologická operace zasáhla klientky a jak ovlivnila jejich zapojení se do každodenních činností.

Paní č. 1 – Tato klientka prodělala disekci aorty akutně. Zjistily jsme, že v době, kdy klientku toto onemocnění zasáhlo, již byla ve starobním důchodu. Po provedeném průzkumu formou rozhovoru jsme zjistily, že ji operace zasáhla velmi těžce. Klientka je schopna pouze základní domácí činnosti, jako jsou uvařit jednoduché jídlo, dát prádlo do automatické pračky. Je v mnoha úkonech závislá na své rodině. Dříve pomáhala rodině syna s hlídáním dětí, nyní to zvládne jen na krátkou chvíli. Bez pomoci svých blízkých není schopna vyjít z domu, nakoupit ani zajít k lékaři. Každá z těchto činností jí velmi vyčerpá. Klientka si je vědoma, že jí operace zachránila život, ale někdy má pocit, že by bylo lepší, kdyby zemřela.

Paní č. 2 – Tato klientka v době, kdy ji bylo zjištěno onemocnění, byla v invalidním důchodu, po prodělání infarktu myokardu ve svých 51 letech. Zjistily jsme, že disekce aorty byla zjištěna při jiné naplánované operaci srdce a to výměně mitrální chlopně. Po návratu z nemocnice nebyla klientka schopna víc jak měsíc zvládnout ani základní činnosti. Byla zcela závislá na pomoci svého manžela. Postupně však byla schopna menší zátěže, až nakonec dokázala běžné domácí činnosti zvládnout jen s malou pomocí manžela. Snaží se žít tak jako dříve, ale ví, že to nejde. Svě činnosti přizpůsobuje svým momentálním možnostem.

Dílčí cíl č. 3 – Zjistit, zdali a jak ovlivnila kardiologická operace život rodiny.

Paní č. 1 – Klientka žije sama v bytě, je rozvedená. Pravidelně ji navštěvuje syn a snacha. Rodina od počátku onemocnění byla klientce oporou. Průzkumem jsme zjistily, že dle sdělení syna by byla klientka schopna být aktivnější, dle jeho názoru se nemoci zcela poddala. O svou matku má strach, protože ví, že je to nemoc, která je vážná a může se kdykoli znovu zhoršit. Snacha klientky je zdravotnice, tak to vidí z pohledu odborného, ale strach má, protože je to její blízká osoba. Život rodiny operace ovlivnila, protože klientka byla před operací fungující členka rodiny a syn s rodinou v ní měli oporu s pomocí s dětmi. Nyní panuje v rodině strach, nad možným zhoršením nebo vrácením nemoci.

Paní č. 2 – Klientka žije v domácnosti s manželem, který je jí velkou oporou. Stará se o ni a ve všem jí pomáhá. I když se klientka snaží dělat co nejvíce činnosti samostatně, na většinu potřebuje pomoc svých blízkých. Z rozhovoru s manželem jsme zjistily, že má o svou manželku velký strach, v průběhu noci se několikrát budí, aby se podíval, jestli je jeho manželka v pořádku. Rodinu operace ovlivnila natolik, jak sdělil manžel, on sám ví, že to není nemoc, která se vyléčí, ale naopak trvá napořád.

Hlavní cíl – Zjistit, zdali a jak zasáhla kardiochirurgická operace – disekce aorty do života dvou klientek a jejich rodin.

Kardiochirurgická operace – disekce aorty je závažnou operací, která trvá několik hodin. Obě klientky prodělaly stejnou operaci.

Paní č. 1 prodělala operaci akutně, nemoc ji zasáhla bez varování. Do té doby byla samostatná, schopná se starat sama o sebe a pomáhat své rodině. Po prodělání kardiochirurgické operaci je z velké části závislá na rodině a její pomoci.

Paní č. 2 operaci prodělala ve stejném rozsahu, ale zjištění disekce aorty bylo v průběhu jiné operace. Také ona byla do doby, než byla operována fungující článkem rodiny, kterým se stala i nyní, ale s částečným omezením. Oporou při zvládnání nemoci je její manžel, ale i dcera, která ve společné domácnosti nežije.

Dle našeho zjištění, do života obou klientek zasáhla kardiochirurgická stejnou mírou, ale každá klientka se s odstupem času jinak dokázala zapojit do běžných činností. Život rodin to ovlivnilo natolik, že v obou je každodenní strach a obavy z opětovného propuknutí nemoci.

ZÁVĚR

Kardiochirurgická operace – disekce aorty je velmi závažnou operací a často se stává, že ji nemocní nepřežijí. Jelikož se jedná o operaci, která se provádí na srdci a aortě, je nutné, aby byl nemocný napojen na přístroj mimotělní oběh. Toto je přístroj, který po celou dobu operace nahrazuje funkci srdce. V České republice máme několik kardiochirurgických center, kde týmy odborníků denně zachraňují a zkvalitňují životy nemocných.

Po kardiochirurgické operaci je ovlivněn život nejen nemocného, ale také jeho rodiny. Nemocný je často zpočátku zcela a postupně z části odkázaný na její pomoc. Harmonická a dobře fungující rodina je jedním ze základních článků úspěšné léčby nemocného a jeho dalšího zapojení do jeho života. Mezi další části úspěšné léčby nemocného je jeho spolupráce se zdravotnickým personálem a v neposlední řadě mezi rodinou a zdravotnickým personálem. Tato dá se říct teamová spolupráce napomáhá často odhalit problémy, které vedou dále ke správné diagnostice nemoci a následně k její léčbě.

Tato práce je obecně rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou.

Část teoretická přibližuje obor kardiochirurgie a možnosti vyšetřovacích metod v kardiologii, jsou to metody, které napomáhají diagnostikovat nemoci srdce a umožňují další postupy v jejich léčbě. Dále zde popsáno konkrétní onemocnění aneurysma a disekce aorty. Obojí jsou závažné, život ohrožující onemocnění. V další části jsou vymezeny pojmy nemoci zdraví a prožívání nemoci. Je zde popsána důležitost spolupráce mezi nemocným rodinou a zdravotnickým personálem.

Část praktická je zaměřená na dvě klientky, které prodělali těžkou kardiochirurgickou operaci. Každá z těchto klientek prodělala operaci disekce aorty, která jim zasáhla do života. Popisujeme zde prožívání nemoci obou klientek jejich schopnost zapojení se do běžného života. Jakým způsobem ovlivnila nemoc nejen je, ale také jejich rodiny.

I když každá z klientek se dokázala jinak vrátit do běžného života, jejich nemoc jejich rodiny ovlivnila natolik, že strach z možného opětovného propuknutí nemoci stále trvá, je to stále taková časovaná bomba.

Při studiu odborné literatury jsem zjistila, že zcela chybí specifika ošetrovatelské péče u pacientů po disekci aorty. V literatuře se uvádí informace o ošetrovatelské péči

po operaci chlopní, transplantaci srdce, ale ošetrovatelskou péčí po operaci disekce aorty jsem bohužel nikde nenalezla.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 8024711974.

ČEŠKA, Richard, Vladimír TESAŘ, Petr DÍTĚ a Tomáš ŠTULC. *Interna*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, xix, 855 s. ISBN 978-80-7387-423-0.

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s., [4] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

ELIŠKOVÁ, Miloslava a Ondřej NAŇKA. Přehled anatomie. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006, 309 s. ISBN 80-246-1216-x.

KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 350 s., [16] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1830-9.

KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, xxv, 480 s. ISBN 978-80-7262-604-5.

NĚMEC, Petr. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 103 s. ISBN 80-244-1303-5.

ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie I. a II.: učebnice*. Vyd. 2. Praha: Eurolex Bohemia, 2003, 264 s. ISBN 80-86432-49-1.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila SEDLÁŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 255 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-4823-8.

SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 156 s., 8 s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-1009-9.

ŠEVČÍK, Pavel, Jiří VÍTOVEC, Vladimír ČERNÝ a Lubomír HOUDEK. *Intenzivní medicína*. 2., rozš. vyd. Praha: Galén, c2003, xxiv, 422 s. ISBN 80-7262-203-x.

ŠTEJFA, Miloš. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007, xxxiii, 722 s., 16 s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-247-1385-4.

VOJÁČEK, Jan. *Akutní kardiologie do kapsy: přehled současných diagnostických a léčebných postupů v akutní kardiologii*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011, 126 s. ISBN 978-80-204-2479-2.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. ISBN 978-80-2.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2014, xviii, 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.47-2068-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Kardiochirurgie.cz. 2015. *Kardiochirurgie.cz* [online]. [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.Kardiochirurgie.cz/kardiochirurgie>.

World Health Organization: *WHO definition of Health* [online]. 2003 [cit. 2015-05-17]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

MultiMedia SoftWare. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče* [online]. 2008 [cit. 2015-05-17]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

a.j.	A jiné
č.	Číslo
tj.	To je
s.	Strana
AV	Atrioventrikulární
Echokg	Echokardiografie
EKG	Elektokardiogram
Echokg	Echokardiografie
EKG	Elektokardiogram
CKTCH	Centrum transplantační a kardiovaskulární chirurgie
CNS	Centrální nervový systém
CT	Počítačová tomografie
IADL	Instrumental Activities Daily Living
JIP	Jednotka intenzivní péče
Např.	Například
MTO	Mimotělní oběh
MR	Magnetická rezonance
PE	Plicní embolie
Popř.	Po případě
PK	Pravá komora
PS	Pravá síň
RTG	Rentgenové vyšetření
RZS	Rychlá záchranná služba
TEE	Transezofageální echokardiografie

TTE	Transtorakální echokardiografie
WHO	World Health Organization
WPW	Wolf – Parkison – White syndrom
%	Procenta

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Medikace paní č. 1	35
Tabulka 2 – Hodnocení č. 1 paní č. 1 podle modelu Majory Gordonové	42
Tabulka 3 – Medikace paní č. 2	44
Tabulka 4 – Hodnocení č. 2 paní č. 2 podle modelu Majory Gordonové	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Test instrumentálních všedních činností (IADL) – Paní č. 1

Příloha P II: Test instrumentálních všedních činností (IADL) – Paní č. 2

Příloha P III: Schéma mimotělního oběhu

Příloha P IV: Typy aneuryzmatu a schéma implantace stentgrafu

PŘÍLOHA P I: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL) – PANÍ Č. 1

Multimediální trenažér plánování a ošetrovatelské péče

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehké poruchy soběstačnosti *Form! 1.*

Jméno pacienta:
Datum:
Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
<u>45-75 bodů</u>	<u>částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života</u>
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

HODNOCENÍ 45 bodů

Test IADL stažen z multimediálního trenažeru plánování a ošetrovatelské péče (online).

PŘÍLOHA P II: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ (IADL) PANÍ Č. 2

Multimediální тренаžer plánování a ošetrovatelské péče

Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti *paní 2*

Jméno pacienta:
Datum:
Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů
2. Nákup potravin	
zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
3. Uvaření	
samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)	
samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
5. Vyprání osobního prádla	
zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
6. Telefonování	
samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů
7. Užívání léků	
samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů
8. Odesílání peněz na poště nebo zacházení s kartou	
schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:
 0-40 bodů nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
 45-75 bodů částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
 80 bodů v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

HODNOCENÍ 65 bodů

Test IADL stažen z multimediálního тренаžeru plánování a ošetrovatelské péče (online).

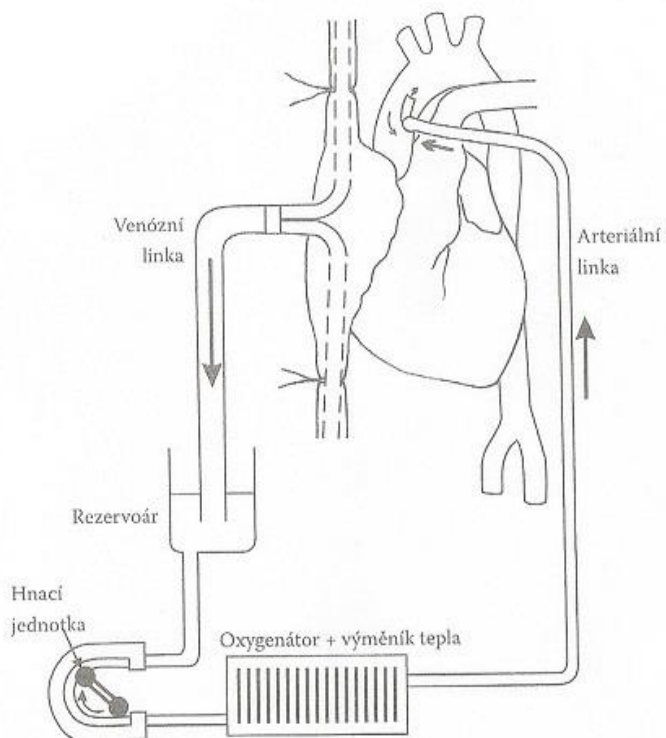
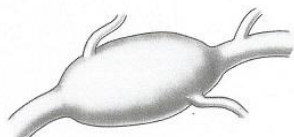
PŘÍLOHA P III: SCHÉMA MIMOTĚLNÍHO OBĚHU

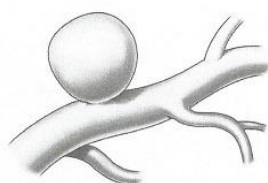
Schéma mimotělního oběhu

(schéma mimotělního oběhu použito z Němec, 2006)

PŘÍLOHA P IV: TYPY ANEURYZMATU A SCHÉMA IMPLANTACE STENTGRAFU



Aneurysma vřetenovité, fusiformní
(použito z Češka, 2010).



Aneurysma vakovité, sekulární
(použito z Češka, 2010, s. 194).

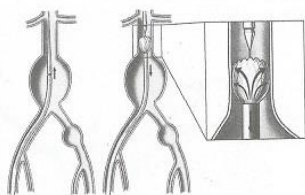


Schéma implantace stentgrafu (pou-
žito z Češka, 2010, s. 189).

