

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Šárka Bezdíčková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Vnímání obtíží v běžném životě pacientů operovaných pro plicní hypertenzi

Šárka Bezdíčková

Bakalářská práce

2020

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Šárka Bezdičková**
Osobní číslo: **Z17454**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Vnímání obtíží v běžném životě pacientů operovaných pro plicní hypertenzi**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky
2. Stanovení cílů a metodiky práce
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky
4. Analýza a interpretace získaných dat
5. Zhodnocení výsledků práce

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. JANSÁ, Pavel a Michael ASCHERMANN A KOL. (2017). *Chronická plicní hypertenze*. Praha: Maxdolf. ISBN 978-80-7345-525-5.
2. LINDNER, Jaroslav a Pavel JANSÁ (2009). *Chronická tromboembolická plicní hypertenze*. Praha: Maxdolf. ISBN 978-80-7345-181-3.
3. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ (2009). *Somatologie*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7357-454-3.
4. SUSA, Zdeněk a Pavel JANSÁ (2002). *Plicní hypertenze*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-256-7.
5. GURKOVÁ, Elena (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jan Pospíchal, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 9. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl/byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 1.5. 2020

Šárka Bezdíčková

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat Mgr. Janovi Pospíchalovi, Ph.D. za cenné rady, věnovaný čas a odborné vedení bakalářské práce. Dále děkuji všem svým respondentům za čas, ochotu, bez nich by má práce nemohla být uskutečněna. Mé děkuji patří Mgr. Janě Hruškové za umožnění a pomoc při vlastním průzkumném šetření.

ANOTACE

Bakalářská práce se zaměřuje na obtíže, které způsobuje plicní hypertenze v běžném životě pacientů před a po operačním zákroku na plicnici. Teoretická část práce se poukazuje na stručný popis této choroby, rozdělení, příznaky, její diagnostiku a možnosti léčby. Zvláštní kapitola je věnována chronické tromboembolické plicní hypertenzi, kterou lze léčit operačně, výkonem zvaným Endarterektomie. Součástí je i kapitola kvality života, která je nezbytnou složkou pro hodnocení stavu pacienta. V této kapitole je i popis vnímání nemoci a zdraví. Praktická část bakalářské práce obsahuje výsledky strukturovaných rozhovorů s 6 respondenty zaměřené na danou problematiku. Rozhovory jsou rozděleny do čtyř zásadních okruhů týkající se období diagnostiky, jak nemoc ovlivňovala pacienta před operačním zákrokem, období po operačním výkonu a v neposlední řadě, jak vnímá plicní hypertenzi sám pacient.

KLÍČOVÁ SLOVA

Plicní hypertenze, chronická tromboembolická plicní hypertenze, příznaky, plicní endarterektomie

TITTLE

Perception of difficulties in the daily life of a patient operated on for pulmonary hypertension

ANOTACE

This bachelor thesis focuses on the problems that cause pulmonary hypertension in everyday life of patients and after surgery on the pulmonary artery. The theoretical part of the work points to a brief description of this disease, classification, symptoms, its diagnosis and treatment options. A special chapter is devoted to chronic thromboembolic pulmonary hypertension, it may affect surgically, an operation called Endarterectomy. It also includes quality of life, which is a complex component for assessing the patient's condition. There is also a description of illness and health perception in this area. The practical part of the thesis contains the results of structured interviews with 6 respondents focused on the issue. Interviews are given in the diagnosis of how the disease affecting the patient before surgery, the postoperative period, and in the last line how the patient perceives pulmonary hypertension.

KEYWORDS

Pulmonary hypertension, thromboembolic pulmonary, symptoms, pulmonary endarterectomy

OBSAH

ÚVOD	11
CÍLE PRÁCE	12
I. TORETICKÁ ČÁST	13
1 Anatomie a fyziologie	13
1.1 Anatomie srdce	13
1.2 Fyziologie srdce	14
1.3 Anatomie malého krevního oběhu	14
1.4 Anatomie plic.....	14
1.4.1 Plicní cirkulace	15
2 Plicní hypertenze	17
2.1 Definice plicní hypertenze	17
2.2 Rozdělení plicní hypertenze.....	17
2.2.1 Rozdělení do tří skupin podle příčiny	17
2.2.2 Dělení podle světového symposia o plicní hypertenzi ve Francii	17
2.2.3 Plicní hypertenze při srdečních onemocnění	18
2.2.4 Plicní hypertenze při chronických respiračních onemocnění	18
2.3 Epidemiologie plicní hypertenze	19
2.4 Příčiny vzniku plicní hypertenze	19
2.5 Klinický obraz plicní hypertenze	20
2.6 Diagnostické metody	20
2.6.1 Neinvazivní pomocná vyšetření.....	20
2.6.2 Invazivní vyšetření.....	22
2.7 Léčba plicní hypertenze	23
2.7.1 Farmakologická léčba	23
2.7.2 Nefarmakologická léčba	23
2.7.3 Režimová opatření	24

3	Chronická tromboembolická plicní hypertenze	25
3.1	Definice tromboembolické plicní hypertenze a tromboembolické nemoci	25
3.2	Prognóza	25
3.3	Patofyziologie	25
3.4	Klinický obraz	26
3.5	Diagnostické metody	26
3.6	Léčba chronické tromboembolické plicní hypertenze	27
3.6.1	Konzervativní léčba	27
3.6.2	Chirurgická léčba	28
4	Kvalita života	30
4.1	Pojetí kvality života	30
4.2	Osobní pohoda (well-being)	31
4.3	Koncept Health-Related Quality of Life	31
4.4	Generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu	32
4.5	Vnímání zdraví a nemoci	33
	II. PRŮZKUMNÁ ČÁST	35
5	Metodologie průzkumu	36
5.1	Přípravná fáze	36
5.2	Způsob sběru dat	36
5.3	Průběh výzkumného šetření	37
5.4	Vyhodnocení výsledků	37
5.5	Charakteristika respondentů	37
6	Prezentace výsledků	39
7	Diskuze	61
8	Závěr	67
9	Použitá literatura	69
10	Přílohy	71

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Základní informace o respondentech.....	37
Tabulka 2 Charakteristika rozhovorů	38

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Vnímání prvních obtíží.....	39
Obrázek 2 Projevy nemoci.....	40
Obrázek 3 Délka diagnostiky.....	41
Obrázek 4 Pocit po sdělení diagnózy.....	42
Obrázek 5 Přidružená onemocnění	43
Obrázek 6 Změna psychického stavu	44
Obrázek 7 Nejvíce obtěžující příznak.....	45
Obrázek 8 Omezení v každodenních činnostech	46
Obrázek 9 Omezení v cestování	47
Obrázek 10 Omezení ve společenském životě	48
Obrázek 11 Čas s přáteli před diagnózou	49
Obrázek 12 Čas s přáteli po diagnózou	49
Obrázek 13 Den s tromboembolickou plicní hypertenzí	50
Obrázek 14 Pooperační komplikace	52
Obrázek 15 Problém v každodenních činnostech	53
Obrázek 16 Subjektivní obtíže měsíc po výkonu	54
Obrázek 17 Vnímání rozdílu po výkonu.....	55
Obrázek 18 Co nemoc vzala	56
Obrázek 19 Znalost onemocnění	57
Obrázek 20 Informovanost o nemoci.....	58
Obrázek 21 Celkové ovlivnění nemocí.....	59

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CT	Počítačová tomografie
CTEPH	Chronická tromboembolická plicní hypertenze
ČR	Česká republika
EEG	Elektroencefalografie
HRQoL	Health-Related Quality of Life,
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
ICD	Implantace kardiverter – defibrilátor
IKEM	Institut klinické a Experimentální medicíny
INR	Protrombinový čas
IVUS	Intravaskulární ultrazvuk
MO	Mimotělní oběh
NYHA	New York Heart Association
PAH	Plicní arteriální hypertenze
PEA	Endarterektomie plicnice
PH	Plicní hypertenze
PPH	Primární plicní hypertenze
RTG	Rentgenové vyšetření
TEN	Tromboembolická nemoc
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
WHO	Světová zdravotnická organizace
WU	Woodovy jednotky

ÚVOD

Bakalářská práce se zaměřuje na obtíže v běžném životě pacientů s plicní hypertenzí před operačním výkonem a po operačním výkonu na plicnici. Plicní hypertenze je relativně vzácné a závažné onemocnění. Průměrný věk nemocných postižených plicní hypertenzí je 35-40 let. Roční incidence idiopatické a familiární primární arteriální hypertenze v západní populaci se udává 1 až 2 případy na 1 milion obyvatel (Jansa, Aschermann, Linhart, 2002, s. 2). Vyznačuje se zvýšeným tlakem v plicnici a plicních cévách. Vyléčitelnou formou plicní hypertenze je pouze tromboembolická plicní hypertenze, kterou zle operovat. Toto onemocnění bývá ovlivněno životním stylem pacienta, přidruženým nebo základním onemocněním.

Při péči o tyto nemocné ve specializovaném centru může zdravotníkům uniknout, jaké mají nemocní obtíže v běžném životě a jak se u nich nemoc konkrétně projevuje. Je důležité, aby zdravotník věděl nebo aspoň měl nějaké povědomí o obtížích, které mohou u pacientů nastat mimo zdravotnické zařízení. Plicní hypertenze stále patří mezi méně známá, avšak závažná onemocnění a obtíže, které způsobuje, nejsou zdravotníkům příliš jasná. Z tohoto důvodu je dobré, aby zdravotník věděl, co plicní hypertenze způsobuje.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje stručný popis anatomie, která s plicní hypertenzí souvisí. Dále rozdělení plicní hypertenze do kapitol, popis možné příčiny vzniku nemoci, diagnostické metody, příznaky a možnosti léčby. Samostatná kapitola je věnována tromboembolické plicní hypertenze a operačnímu výkonu s názvem Endarkterektomie, díky kterému je možnost vyléčení této formy plicní hypertenze. Čtvrtá kapitola je zaměřena na kvalitu života, popisuje její pojetí z hlediska psychologického, sociálního a medicínského. Dále se zabývá možnostmi měření a hodnocením kvality života. Část kapitoly je věnována subjektivní pohodě neboli well-being, která je často spojována s kvalitou života. Zmíněno je i vnímání zdraví a nemoci, které s kvalitou života úzce souvisí. Pro tvorbu teoretické části byla vybrána literatura od předních odborníků. Byla použita publikace i staršího data, jelikož onemocnění plicní hypertenze nepatří mezi běžné, souvisí s tím i omezený zdroj literatury.

Průzkumná část poukazuje především na obtíže, které pacientovi způsobuje tato nemoc v každodenním životě. Metodikou zpracování je strukturovaný rozhovor vlastní tvorby s 6 respondenty. Rozhovory jsou zaměřené na období diagnostiky onemocnění, jak nemoc ovlivňovala pacienta před operačním zákrokem, období po operačním výkonu a v neposlední řadě, jak vnímá plicní hypertenzi pacient. Respondenti jsou pacienti, kteří jsou dispenzarizováni ve specializované ambulanci.

CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části:

1. Shrnout dostupné informace o plicní hypertenzi.

Cíle průzkumné části:

1. Zjistit, jak vnímají pacienti období diagnostiky onemocnění.
2. Zjistit, jaké obtíže vnímají pacienti před operačním výkonem na plicnici a v jakých oblastech každodenního života je nemoc nejvíce omezovala.
3. Zjistit, jaké obtíže vnímají pacienti po operačním výkonu na plicnici a zda se u nich vyskytly pooperační komplikace.
4. Zjistit, jak pacient vnímá onemocnění (plicní hypertenze) po operačním výkonu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

Tato kapitola je zaměřená na stručný popis i porozumění anatomie a fyziologie srdce a plic, které jsou důležité pro představení jak, a hlavně kde probíhá nemoc plicní hypertenze.

1.1 Anatomie srdce

Srdce je dutý sval kuželovitého tvaru, který je uložen v dutině hrudní (Rokyta, et al., 2009, s. 81).

Skládá se z několika vrstev. Endokard vytváří vnitřní výstelku dutiny srdeční. Tvoří také mezi předsíněmi a komorami chlopně s cípy, které při stahu komor zabraňují zpětnému toku krve z komor do síní. Myokard neboli srdeční svalovina příčně pruhovaná, je střední vrstvou stěny srdce člověka. Na povrchu je srdce pokryto vazivovou blánou jinak nazývanou jako epikard. V poslední řadě je perikard zvaný osrdečník, který tvoří pevný vazivový obal kolem celého srdce. Jehož hlavní funkce je chránit srdce (Rokyta, et al., 2009, s. 82).

Lidské srdce se dělí na čtyři dutiny. V horní části se nacházejí pravá a levá síň srdeční. Tyto síně vybíhají směrem dopředu v malá ouška, zde je místo pro operační přístup do srdečních dutin. Dolní polovinu srdce tvoří pravá a levá srdeční komora (Rokyta, et al., 2009, s. 82).

Do pravé srdeční síně zhora vstupuje horní a dolní dutá žíla. V dolní polovině je otvor, ve kterém je umístěna trojcípá chlopeň, jenž zabraňuje, aby se při stahu nevracela krev zpět do síně (Blanc, 2013, s. 74-75).

Pravá srdeční komora nahoře začíná trojcípou chlopní, která je tvořena třemi cípy. Hromadí odkysličenou krev, kterou pak vypuzuje dále do plic. Výtokový úsek pravé srdeční komory je tvořen chlopní plicnice (Blanc, 2013 s. 74-75).

Levá síň je umístěna v horní části srdce. Na zadní straně do ní ústí čtyři plicní žíly, které vedou okysličenou krev z plic. Od levé komory je rozdělena mitrální chlopní (Blanc, 2013, s. 74-75).

Levá komora je uložena v dolní polovině srdce, má ze všech srdečních oddílů nejsilnější stěnu. Krev je vypuzována při stahu levé srdeční komory do aorty. Otvor je ze spodu uzavřený aortální chlopní. Okysličená krev se při kontrakci komor dostává přes aortální chlopeň do tělního oběhu (Blanc, 2013, s. 74, 75).

1.2 Fyziologie srdce

Správná funkce srdce je důležitá pro cirkulaci krve v cévách. Pravá i levá část srdce pracují jako pumpa, která odvádějí krev do malého a velkého krevního oběhu. Mechanickou činností srdeční svaloviny je období stahu neboli systoly a fáze relaxace nazývanou jako diastola (Rokyta, et al., 2009, s. 83).

Převodní systém srdeční je systém srdeční svaloviny, který je schopen vytvářet a šířit vzruchy, které vyvolávají kontrakci myokardu. Tvorba vzruchu se vytváří v každém místě převodního systému. Sinoatriální uzel je v oblasti pravé síně, kde vznikají největší frekvence tvorby vzruchu. Dále se z něho vzruch šíří po myokardu do atrioventrikulárního uzlu a odtud Hissovým svazkem do Tawarových ramének. Převodní systém srdeční končí Purkyňovými vlákny (Rokyta, et al., 2009, s. 84).

1.3 Anatomie malého krevního oběhu

Krevní oběh se rozděluje na malý plicní oběh a velký tělní oběh. V každém oběhu lze rozlišit arteriální, kapilární a venózní část. Oba oběhy mají začátek i konec v srdci (Čihák, 2016, s. 87).

Malý (plicní) oběh začíná v pravé srdeční síni, kde ústí i horní a dolní dutá žíla. Krev dále teče přes trojcípou chlopeň do pravé komory. Chlopeň při systole komor umožňuje odtoku krve z pravé komory do plicního kmene. Při diastole komory, kdy dochází ke zpětnému toku z plicního kmene, se chlopeň naplní krví, její okraje se přiblíží k sobě a následovně dochází k uzavření chlopně. Dále krev přitéká plicní tepnou z pravé komory do plicního řečiště, kde se okysličí a vrací se zpět čtyřmi plicními žilami do levé síně (Čihák, 2016, s. 87).

Pravá plicní tepna je širší a delší než levá plicní tepna. Vstupuje do plicní branky vpravo. Rozděluje se na horní větev, která zásobuje horní a střední lalok plicí a dolní lalok zásobuje dolní větev (Čihák, 2016, s. 87).

Levá plicní tepna vstupuje do branky levé plicí, která má horní i dolní větev pro určité laloky (Čihák, 2016, s. 88).

Pravé a levé plicní žíly vytváří čtyři krátké kmene, dva na každé straně. Vystupují z branky pravé i levé plicí. Naopak vstupují do perikardu a levé srdeční síně (Čihák, 2016, s. 88).

1.4 Anatomie plic

Plicí jsou párový orgán uložený v pleurální dutině. Zabezpečuje výměnu plynů mezi vnějším prostředím a krví. Plicí mají místo pro vstup a výstup bronchů, které se dále dělí na bronchioly

a pokračují jako alveoly. Pravá plíce se rozděluje na tři laloky horní, střední a dolní. Levá plíce má dva plicní laloky horní a dolní. Na povrchu plic se nachází lesklá vazivová blána neboli poplicnice. Barva plic se během života mění. Při narození jsou růžová a postupem času jdou přes šedou barvu až do šedočerné. Konzistence plic je houbovitá, měkká a na pohmat jsou pružná (Rokyta, et al., 2009, s. 107).

1.4.1 Plicní cirkulace

Plicní oběh tvoří cirkulaci mezi pravou a levou komorou srdeční. Nejhlavnější funkcí oběhu plic je výměna dýchacích plynů v plicní mikrocirkulaci. Společně s plicním oběhem se zde nachází i bronchiální oběh, který přivádí krev do dýchacích cest a velkých cév (Lindner, Jansa, 2009, s. 10).

Funkčně se plicní oběh liší především tlakovými poměry. Plicní oběh se řadí mezi nízkotlaké části cirkulace spolu s venózní částí systémového oběhu, pravou srdeční síní, pravou srdeční komorou a levou síní srdeční. Hodnota nízkého tlaku krve v plicních kapilárách má velký význam k onkotickému tlaku plazmatických bílkovin. Kapilární systémový oběh musí mít tlak krve srovnatelný s onkotickým tlakem, aby se mohl filtrovat tkáňový mok a byla tím zajištěna výživa tkání. Naopak v kapilárním plicním oběhu se nesmí hodnota tlaku krve přiblížit onkotickému tlaku, jinak hrozí filtrování tkáňového moku do alveolů, čím by došlo ke vzniku závažného stavu nazývaného plicní edém (Lindner, Jansa, 2009, s. 10).

U dospělého člověka se rozlišují čtyři druhy plicních tepen mezi které patří elastické, muskulární, arterioly a kapiláry (Lindner, Jansa, 2009, s. 10).

Pro zjištění tlaku v plicních kapilárách se především používá pravostranná srdeční katetrizace, díky které je zde možnost měřit tlak ve velkých žilách systémového oběhu, v pravé srdeční síní, pravé srdeční komoře a v plicní arterii (Lindner, Jansa, 2009, s. 10-11).

V řízení plicního oběhu se uplatňují dva mechanismy, a to humorální a nervový (Lindner, Jansa, 2009, s. 10-11).

Humorální mechanismy ovlivňují distribuci krve v plicní cirkulaci. Pokles pO_2 nebo naopak vzestup pCO_2 v určité části plicního řečiště vedou k místní vazokonstrikci. Tento mechanismus je hlavním regulačním mechanismem, který se obvykle nazývá hypoxická plicní vazokonstrikce (Lindner, Jansa, 2009, s. 10-11).

Nervové mechanismy – sympatická vazokonstrikční nervová inervace se podílí na celkových změnách periferního odporu v plicním oběhu. Když se zvýší stimulace baroreceptoru

v kyfotickém sinu zároveň klesá periferní odpor plicního řečiště, při zvýšení chemoreceptoru při poklesu pO_2 tento odpor naopak stoupá (Lindner, Jansa, 2009, s. 10-11).

2 PLICNÍ HYPERTENZE

Kapitola předkládající popis onemocnění plicní hypertenze, její definici, rozdělení, epidemiologii, možné příčiny vzniku, klinický obraz a v neposlední řadě poukazuje na možnosti diagnostiky.

2.1 Definice plicní hypertenze

Podobně jako ve velkém krevním oběhu, tak i v plicnici se měří systolický i diastolický tlak. Plicní hypertenze je poměrně vzácné onemocnění, lze ho definovat jako syndrom zvýšeného středního tlaku v plicnici nad 25 mmHg v klidu a nad 30 mmHg při zátěži. Možnost vyléčení se nabízí pouze u tromboembolické plicní hypertenze (Susa, Jansa, 2002, s. 17).

2.2 Rozdělení plicní hypertenze

Plicní hypertenzi je možné dělit podle naměřených hodnot tlaku v plicnici na lehnou hypertenzi do 30 mmHg, středně těžkou do 45 mmHg a těžkou jejíž hodnoty jsou nad 45 mmHg. Středně těžká plicní hypertenze, je hypertenzí zhoršující vitální prognózu. Jako maligní onemocnění má prognózu těžká hypertenze nad 50 mmHg (Susa, Jansa, 2002, s. 18).

2.2.1 Rozdělení do tří skupin podle příčiny

Prekapilární plicní hypertenze, výsledkem je nemoc plic či plicních cév. Rozšířený pojem „cor pulmonale“ poukazuje na tuto plicní hypertenzi a v jejím důsledku, je hypertrofie pravé srdeční komory při onemocněních plic. Tato plicní hypertenze se dále dělí do tří skupin. Restriktivní forma, způsobena úbytkem plicního cévního řečiště, příkladem může být rozsáhlá resekce plic nebo fibróza plic. Vaskulární forma, jenž se ještě rozděluje na obstruktivní formu, obstrukce je způsobena tromboembolickou nemocí a na primární plicní hypertenzi. Poslední třetí skupinou je hypoxická forma, příčinou bývá hypoxémie při chronické plicním onemocnění (Susa, Jansa, 2002, s. 18).

Hyperkinetická plicní hypertenze vznikne, pokud je plicní řečiště přeplněno krví z levo-pravých zkratů (Susa, Jansa, 2002, s. 18).

Postkapilární plicní hypertenze je zapříčiněna onemocněními levé síně srdeční, příkladem může být mitrální stenóza nebo narušená funkce levé srdeční komory (Susa, Jansa, 2002, s. 18).

2.2.2 Dělení podle světového symposia o plicní hypertenzi ve Francii

Plicní hypertenze spojená s chorobami respiračního systému anebo hypoxémií. Skupina zahrnující onemocnění plicního parenchymu, jako je například cystická fibróza nebo chronická obstrukční plicní nemoc. Řadí se sem i onemocnění, které je způsobeno dlouhým pobytem

ve velké nadmořské výšce zvané chronická alveolární hypoxémie. Tato plicní hypertenze je zástupcem prekapilární plicní hypertenze a patří mezi nejčastější (Susa, Jansa, 2002, s. 19).

Plicní žilní hypertenze je zapříčiněna mitrálními vadami, chronickou levostrannou srdeční dysfunkcí a plicním venookluzním onemocněním. Řadí se mezi druhou nejčastější plicní hypertenzi a přiděluje se k postkapilární plicní hypertenzi (Susa, Jansa, 2002, s. 19).

Plicní hypertenze způsobená chronickou trombotickou anebo embolickou nemocí vzniká opakovanou embolií plic. Dochází k obstrukci plicních tepen. Součástí je i netrombotická plicní embolie způsobená například tumorem jinak pojmenovaný jako nádor, tukem nebo cizím tělesem (Susa, Jansa, 2002, s. 20).

Plicní arteriální hypertenzi způsobuje velmi mnoho různých onemocnění, mezi které patří zneužití drog a toxických látek, infekce HIV, vrozené levo-pravé zkratky, primární a potropulmonální plicní hypertenze. Tato plicní hypertenze se zařazuje mezi méně obvyklé plicní hypertenze (Susa, Jansa, 2002, s. 20).

Plicní hypertenze u chorob, které přímo postihují plicní cévy příčinou vzniku bývají zánětlivé stavy a plicní kapilární hemangiomatózám (Susa, Jansa, 2002, s. 20).

2.2.3 Plicní hypertenze při srdečních onemocnění

U srdečních onemocnění se nejvíce vyskytuje chronická plicní hypertenze, která je typem poskapilární plicní hypertenze. Příčiny vedoucí k plicní hypertenzi jsou zvýšený tlak v plicním řečišti u začínajícího levostranného srdečního selhávání, ať už se zachovalou nebo sníženou ejekční frakcí a nebo chlopenní vady levého srdce. Výskyt plicní hypertenze při onemocnění levého srdce je spojený se sníženou snášenlivostí zátěže, zhoršující se dušností a také vede k horší prognóze nemocných (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 23).

2.2.4 Plicní hypertenze při chronických respiračních onemocnění

Druhous nejčastější plicní hypertenze, je plicní hypertenze spojená s řadou plicních onemocnění. Tato plicní hypertenze patří mezi prekapilární. Respirační onemocnění, která doprovází plicní hypertenzi, jsou chronická obstrukční plicní nemoc, plicní fibróza v kombinaci s emfyzémem plic, intersticiální plicní procesy. Více než polovina nemocných v terminálním stádiu intersticiálního plicního procesu mívá příznaky plicní hypertenze. Mírná plicní hypertenze se vyskytuje i u pacientů, kteří jsou léčeni pro syndromem obstrukčního spánkového apnoe. Tato plicní hypertenze však léčbu nevyžaduje (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 24).

2.3 Epidemiologie plicní hypertenze

Průměrný věk nemocných postižených plicní hypertenzí je 35-40 let. Roční incidence idiopatické a familiární primární arteriální hypertenze v západní populaci se udává 1 až 2 případy na 1 milion obyvatel (Jansa, Aschermann, Linhart, 2002, s. 2).

Prevalence pitevních nálezů svědčících pro primární plicní hypertenzi se poukazuje až na 1300 případů na 1 milion. Onemocnění postihuje více ženy asi 1,7x častěji než muže. Tato skutečnost je dána vyšší mortalitou mužských plodů disponovaných k rozvoji primární plicní hypertenze. Primární plicní hypertenze se vyskytuje ve všech rasách stejně (Jansa, et al., 2003, s. 2).

Chronická obstrukční plicní nemoc (dále jako CHOPN) je jednou s nejčastějších příčin hypoxické plicní hypertenze. Přibližně u 8-10 % nemocných trpících CHOPN je přítomna plicní hypertenze. U pacientů v terminálním stádiu intersticiálního plicního procesu je v 60-70 % případů součástí i plicní hypertenze (Jansa, et al., 2003, s. 2).

K rozvíjení chronické tromboembolické plicní hypertenzi dochází až u 4 % pacientů, kteří prodělali a přežili akutní plicní embolii (Jansa, Aschermann, Linhart, 2002, s. 4).

Plicní hypertenze se objevuje ve 20-40 % u pacientů trpících syndromem obstrukčního spánkového apnoe (Jansa, Aschermann, Linhart, 2002, s. 4).

U nemocných s diagnózou portální hypertenze se plicní hypertenze vyskytuje přibližně ve 2 %. Jaterní cirhóza jako samotné onemocnění bez významné portální hypertenze k rozvoji primární plicní hypertenze nevede (Jansa, et al., 2003, s. 2).

Pacienti, kteří jsou postižení virem HIV je incidence plicní hypertenze přibližně 0,5 % (Jansa, et al., 2003, s. 3).

2.4 Příčiny vzniku plicní hypertenze

První příčinou plicní hypertenze je snížení průsvitu cévního plicního řečiště, kdy dochází ke zvýšení plicní cévní rezistence. Snížení průsvitu cév může dojít z několika důvodů. Například, když plicní cévy jsou stlačovány zvnějšku, pokud dojde k zúžení, uzávěru anebo chybění části plicního řečiště. Dalším důvodem vzniku plicní hypertenze, je zvýšení množství protékající krve plicním řečištěm. Pokud je příčinou zvýšený tlak v žilách plic, důsledkem bývá zvýšení tlaku v levé srdeční síni nebo levé srdeční komoře, dále může docházet k obstrukci plicních žil. Tlak v plicnici může zvýšit tělesná námaha a zvýšení krevní viskozity (Susa, Jansa, 2002, s. 22-23).

2.5 Klinický obraz plicní hypertenze

Téměř většina z příznaků plicní hypertenze je spojena se zvýšeným tlakem v plicnici a projevují se až při naměření dvojnásobných hodnot tlaku v plicnici. Nemocní vyhledávají pravidelně lékaře až v průměru šest měsíců od nástupu prvních příznaků. Nespecifické příznaky onemocnění jsou častou příčinou pozdní diagnostiky a zhoršující se prognózy. Symptomy, které se nejčastěji projevují jsou pozvolna zhoršující se námahová dušnost a únava. Důsledkem anginózní bolesti na hrudi je ischemie levé srdeční komory. Synkopy a presynkopy bývají výsledkem nízkého srdečního výdeje. Mezi vzácnější projevy onemocnění se řadí chrapot, zapříčiněný útlakem levého vratného nervu rozšířeným kmenem plicnice. Dále mezi vzácnější příznaky patří kašel a hemoptýza (Lindner, Jansa, 2009, s. 23-24).

2.6 Diagnostické metody

Při těchto níže zmíněných diagnostických metodách má velkou úlohu i zdravotní sestra, která připravuje nemocné na potřebná vyšetření. Musí znát specifika příprav i péče o nemocné po vyšetřeních.

Vyšetřovací metody u plicní hypertenze přehledně rozděluje Susa (2002).

- **Anamnéza**

Samotná anamnéza nemůže vést ke stanovení diagnózy plicní hypertenze. Plicní hypertenze bývá většinou jako sekundární neexistující příznaky, které by byly specifické pro plicní hypertenzi. Nemocní si nejčastěji stěžují na námahovou dušnost a nevykonnost (Susa, Jansa, 2002, s. 30).

- **Fyzikální vyšetření**

Plicní hypertenze, která ještě neproказuje známky pravostranné srdeční dekompenzace, se fyzikálně vyšetřuje obtížně. Většina pacientů s diagnózou plicní hypertenze má toto onemocnění spojeno s chorobami respiračního systému, mezi které nejčastěji patří chronická obstrukční plicní nemoc. Součástí obvykle bývá i plicní rozedma, která velmi znesnadňuje fyzikální vyšetření (Susa, Jansa, 2002, s. 31-32).

2.6.1 Neinvazivní pomocná vyšetření

Při diagnostice plicní hypertenze se nelze spoléhat na anamnézu a fyzikální vyšetření. Dřívější diagnostiku plicní hypertenze lze stanovit pouze s pomocnými vyšetřeními (Susa, Jansa, 2002, s. 32).

- Rentgenový snímek hrudníku

Používá se k přesnější diagnostice plicní hypertenze. Poukazuje na rozšíření centrálních kmenů plicnice. Šíře trupu pravé plicnice je na rentgenovém snímku (dále jen RTG) dobře měřitelná. Toto vyšetření má velký význam i při diferenciální diagnostice, kdy dokáže odlišit jiné choroby, které vedou k dušnosti (pneumotorax, zánět nebo nádor plic, masivní výpotek), nebo bolestem na hrudi příkladem je fraktura žeber (Suna, Jansa, 2002, s. 33).

- EKG vyšetření

Ukazuje známky hypertrofie pravé komory a dilataci pravé síně (Suna, Jansa, 2002, s. 34).

- Echokardiografie

Neinvasivní metodou, dnes často používané a dostupné vyšetření. Umožňuje posoudit typ a stupeň plicní hypertenze, stanoví velikost pravostranných srdečních oddílů a zhodnotí funkci pravé komory. Dále se používá k odhadu tlaku v plicnici. Echokardiografie má i svá omezení, zejména u obézních nemocných a u pacientů s emfyzémem (Suna, Jansa, 2002, s. 36-38).

- Dopplerovská echokardiografie

Tímto se vyšetřuje stupeň plicní hypertenze (Suna, Jansa, 2002, s. 36-38).

- Počítačová tomografie (dále jen CT) s kontrastní látkou

Patří mezi neinvasivní zobrazovací metody. Používá se na změření rozměrů pravostranných srdečních oddílů, plicnice a jejich hlavních větví (Suna, Jansa, 2002, s. 38).

- Magnetická rezonance

Další neinvasivní zobrazovací metodou je magnetická rezonance (dále jen MR). Toto vyšetření zobrazuje rozšíření horní a dolní duté žíly, pravého srdce, zbytnění pravé komory, dilataci plicních cév a porušení diastolického plnění. MR je se také používá k posuzování funkčních a morfologických měřítek plicního oběhu, hodnotí i tlak v plicnici a objem i plochu jednotlivých srdečních oddílů (Suna, Jansa, 2002, s. 38).

- Thaliová scintigrafie

Poslední z řad neinvasivních zobrazovacích metod, používaných při diagnostice plicní hypertenze. Zobrazuje pouze zda je pravá srdeční komora hypertrofická, proto v diagnostice plicní hypertenze není tolik přínosná a běžně se moc často nepoužívá (Suna, Jansa, 2002, s. 38).

- Polysomnografie

Vyšetření, které by se mělo provádět u pacientů, kteří mají podezření na syndrom obstrukčního spánkového apnoe (Češka, 2010, s. 134 -136).

- **Ventilační vyšetření**

Znamé jako spirometrie patří do funkčních vyšetření. Pomáhá při diagnostice některých onemocnění, která by mohla být jednou z příčin plicní hypertenze. Spirometrie by se měla provádět vždycky, když se jedná o diferenciální diagnostiku plicní hypertenze. Při ventilační vyšetření se však neprojeví přítomnost nebo nepřítomnost plicní hypertenze (Suna, Jansa, 2002, s. 39).

- **Respirační vyšetření**

Vyšetření krevních plynů, které je součástí diferenciální diagnostiky plicní hypertenze (Suna, Jansa, 2002, s. 39).

Další vyšetření přínosné pro diagnostiku plicní hypertenze může být kardiopulmonální zátěžový test. Jehož hodnocení výsledků je velice obtížné a vyžaduje značnou zkušenost. Proto se pro diferenciální diagnostiku téměř nepoužívá a je dostupné pouze na specializovaných pracovištích (Suna, Jansa, 2002, s. 39).

2.6.2 Invazivní vyšetření

Při těchto vyšetřeních je zdravotní sestra nezbytnou součástí, připravuje nemocné na výkony, zavádí permanentní žilní katetr tam kde je to nutné a provádí další specifika každého vyšetření. Po výkonu provádí měření fyziologických funkcí, komprese místa vpichu a v první řadě především záleží na zvyklostech pracoviště.

Mezi tyto vyšetření spadá plicní angiografie, pravostranná katetrizace, hemodynamické vyšetření, intravaskulární ultrazvuk, angioskopie (Suna, Jansa, 2002, s. 40).

- **Plicní angiografie**

První z invazivních vyšetření, které slouží především jako referenční metoda v při diagnostice plicní embolie. Provádí se u nemocných, u kterých neinvazivní metody nevedly ke stanovení žádné diagnózy. Slouží k přesné diagnostice tromboembolické plicní hypertenzi. Nevýhodou plicní angiografie je jeho dostupnost, radiační zátěž, podání kontrastní látky, které je spojeno s alergickou komplikací, a dokonce je zde i riziko úmrtí, hlavně u těžkých plicních hypertenzí. Vyšetření by mělo být vždy dodáno i hemodynamické vyšetření (Suna, Jansa, 2002, s. 40).

- **Pravostranná katetrizace a hemodynamické vyšetření**

Používá se jako definitivní vyšetření při stanovení konečné diagnózy a určení její závažnosti. Slouží k měření srdečního výdeje a plicního cévního odporu (Suna, Jansa, 2002, s. 40-42).

- Intravaskulární ultrazvuk (IVUS)

Umožňuje za pomoci ultrazvukového katetru zavedeného do plicních cév posoudit strukturu cévní stěny (Suna, Jansa, 2002, s. 43).

- Angioskopie

Dovoluje pohlédnout přímo do vnitřní části cévy, příliš se nepoužívá. Může být indikováno pro objasnění příčiny uzávěru plicních cév (Suna, Jansa, 2002, s. 43).

2.7 Léčba plicní hypertenze

První pokusy ovlivnit léčbu chronické plicní hypertenze se datují od 50 let 20. století, kdy se zkoušely podávat látky s vazokonstrikčním účinkem, kdy cílem bylo ovlivnit tlak v plicnici (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 233).

2.7.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba se rozděluje na podpůrnou léčbu, do které patří antikoagulancia, diuretika, kyslík, digoxin. Specifickou léčbu jejíž součástí je konvenční vazodilatační léčba blokátory kalciových kanálků, analoga sprostacylinu, agonisté prostacyklinového receptoru, antagonisté endotelových receptorů, inhibitory (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 233).

2.7.2 Nefarmakologická léčba

Farmakologickou léčbu lze podpořit nefarmakologickou léčbou mezi kterou patří balonková arteriální seprostomie, transplantační léčba, endarterektomie (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 244).

- Balonková atriální septostomie

Výkon, jehož účelem bývá katetrizačně vytvoření pravo - levého zkratu na úrovni mezisíňového septa. Jedná se o jedinou paliativní léčbu, pokud jiná možnost není k dispozici. Výsledkem je zvýšení plnění levé srdeční komory a zvýšení srdečního výdeje. Celkový stav pacienta se po výkonu zlepšuje, přestává mít synkopy a lépe zvládá fyzickou námahu (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 244).

- Transplantační léčba

Transplantace plic a srdce se doporučuje u pacientů s plicní arteriální hypertenzí v terminálním stádiu onemocnění a při vyčerpání všech léčebných možností (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 244).

- Endarterektomie

Operační výkon, který se používá u léčby tromboembolické plicní hypertenze (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 244) - více popsáno níže v kapitole 3.

2.7.3 Režimová opatření

Do všeobecných opatření se řadí rehabilitace, snížení fyzické aktivity, každoroční očkování proti chřipce a pneumokokové infekci, dodržování klidového režimu, vyvarování se pobytu ve vysokých nadmořských výškách a cestování letadlem, u žen je kontraindikováno těhotenství. Nedoporučuje se příliš solit, jelikož sůl zadržuje vodu v organismu, což není pro tuto nemoc příznivé. Nikdy by pacient sám bez vědomí lékaře neměl vysazovat antikoagulační léčbu, která je nezbytně důležitá hlavně u tromboembolické plicní hypertenze. Nemocný by měl vždy informovat lékaře při zhoršení svého zdravotního stavu (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s. 233).

3 CHRONICKÁ TROMBOEMBOLICKÁ PLICNÍ HYPERTENZE

Tato kapitola stručně představuje, co znamená tromboembolická plicní hypertenze. Nachází se zde definice, popis prognózy, patofyziologie, klinický obraz, diagnostických metod a možnosti dostupné léčby.

3.1 Definice tromboembolické plicní hypertenze a tromboembolické nemoci

Chronická tromboembolická plicní hypertenze (dále jen CTEPH) se řadí mezi méně obvyklá onemocnění a jednou z příčin jsou opakující se embolizace plic. Bez léčby má onemocnění velice nepříznivou prognózu. Chirurgická léčba této formy plicní hypertenze je dostupná od roku 2004 i v České republice (Lindner, Jansa, 2009, s. 9).

Tromboembolická nemoc (dále jen TEN) je stav, kdy vzniká krevní sraženina v periferním žilním řečišti a může být embolizována až do plicnice. Příčinou vzniku TEN bývá krevní sraženina v žilním řečišti, kdy dále dochází k částečnému nebo úplnému uzávěru krevního toku. Nejčastěji jsou postiženy hluboké žily dolních končetin a žíly pánevní. V užším pojetí je TEN bráno jako hluboká žilní trombóza a její komplikace může být plicní embolie (Vokurka, 2009, s. 25).

3.2 Prognóza

U neléčené CTEPH je prognóza velmi závažná. Dvouleté přežití u nemocných se středním tlakem v plicnici vyšším než 40 mmHg je přibližně 30 %, při tlaku v plicnici nad 50 mmHg je pouze 10 %. Ve stádiu NYHA I. a II. je průměrné přežití 5let, ve stádiu NYHA III. je tomu 2,5 roku a v posledním stádiu NYHA IV. pouze 6 měsíců (Jansa, Aschermann a kol, 2017, str. 233). Prognózu nemocni mohou nepříznivě ovlivňovat i další okolnosti onemocnění například zánětlivé chronické procesy nebo permanentní žilní katetr (Lindner, Jansa, 2009, s. 22).

3.3 Patofyziologie

Patofyziologie CTEPH souvisí s akutní plicní embolií. U 90 % nemocných po akutní plicní embolii dochází během prvních 30 dní po události k normalizaci hemodynamiky bez ohledu na antikoagulační léčbu. Z hlediska vzniku CTEPH se nabízejí možnosti, že CTEPH vzniká jako důsledek plicní embolie, nebo po opakovaných emboliích, popřípadě jako výsledek opakovaných mikroembolizací (Jansa, Aschermann a kol., 2017, s. 275).

Součástí patofyziologie tromboembolické nemoci, jsou predisponující rizikové faktory zahrnující Virchowova trias – změny koagulace, porucha cévní stěny, zpomalení toku krve.

Téměř většina rizikových faktorů se týká zpomalení toku krve a změn v hemostáze. Ke zpomalení krevního toku v žilách dochází v důsledku imobilizace, kdy přestávají pracovat svaly na dolních končetinách, které normálně svými stahy stlačují hluboké žíly a tím zajišťují rychlejší tok krve (Vokurka, 2009, s. 20).

3.4 Klinický obraz

Základní příznaky jsou narůstající námahová dušnost, únava a slabost která bývá způsobena špatným transportem kyslíku k periferním tkáním při nízkém srdečním výdeji. Další z příznaků objevující se u CTEPH jsou synkopy, palpitace jsou nejčastěji projevem supraventrikulární tachykardie, nechutenství, nauzea, bolesti břicha a u řady nemocných se objevují i bolesti na hrudi (Lindner, Jansa, 2009, s. 23).

3.5 Diagnostické metody

Zdravotní sestra bývá součástí níže zmíněných vyšetření. Především důkladně připravuje pacienty, například na CT Angiografii, kde zavádí permanentní žilní katetr, kvůli podání kontrastní látky do žíly. Sestra je důležitá jak při přípravě, tak při péči o pacienty po těchto výkonech kromě anamnézy.

Cílem vyšetření je prokázat anebo vyloučit CTEPH u pacientů s podezřelými příznaky, stanovit její závažnost a případně léčbu onemocnění. U CTEPH se využívají stejné diagnostické metody jako u ostatních typů plicní hypertenze (Lindner, Jansa, 2009, s. 24).

- **Anamnéza**

Pacienti většinou přicházejí se stále se zhoršující námahovou dušností, únavou a slabostí. Někteří udávají již proběhlou trombózu dolních končetin (Lindner, Jansa, 2009, s. 25).

- **Sonografie**

Známky předchozí hluboké žilní trombózy dolních končetin je u 35 – 40 % pacientů (Lindner, Jansa, 2009, s. 25).

- **Ventilační a perfuzní scintigrafie plic**

Normální nález při vyšetření vylučuje diagnózu CTEPH. Onemocnění naopak potvrdí nález jednoho nebo více segmentárních defektů perfuze bez shodných defektů ventilace (Lindner, Jansa, 2009, s. 29).

- CT Angiografie

„Je semiinvazivní a ve srovnání s konvenční angiografií levnější vyšetření, které umožňuje získat trojrozměrný obraz excentricky lokalizovaných trombů v plicních tepnách nebo v jejich stěně“ (Lindner, Jansa, 2009, s. 30).

- Angiografie a hemodynamické vyšetření

Slouží především jako referenční metoda v při diagnostice plicní embolie. Provádí se u nemocných, u kterých neinvazivní metody nevedly ke stanovení žádné diagnózy (Suna, Jansa, 2002, s. 40) - více popsáno ve výše uvedené kapitole 2, s. 18.

- Nukleární magnetická rezonance

Vyšetření zobrazuje rozšíření horní a dolní duté žíly, pravého srdce, zbytnění pravé komory, dilataci plicních cév a porušení diastolického plnění. Magnetická rezonance se také používá k posuzování funkčních a morfologických měřítek plicního oběhu, hodnotí i tlak v plicnici (Suna, Jansa, 2002, s. 38).

- Zátěžové vyšetření

Je to jednoduché, levné vyšetření, které lze kdykoliv zopakovat. Principem vyšetření je šestiminutová chůze, při které se hodnotí vzdálenost, monitoru je se tepová frekvence, krevní tlak a saturace. Test je používán k hodnocení funkční kapacity, sledování efektu léčby a posouzení prognózy onemocnění (Lindner, Jansa, 2009, s. 34).

Echokardiografie, Dopplerovská echokardiografie, Rentgenové vyšetření hrudníku, Angioskopie, Elektrokardiografické vyšetření (EKG) – tyto vyšetřovací metody jsou popsány ve výše uvedené kapitole 2, s. 18.

3.6 Léčba chronické tromboembolické plicní hypertenze

Léčba se dělí na chirurgickou a konzervativní (Lindner, Jansa, 2009, s. 118).

3.6.1 Konzervativní léčba

Antikoagulační léčba – používána pro prevenci recidivy plicní embolie. Indikováno je cílové INR mezi 2,5 – 3 (Lindner, Jansa, 2009, s. 118).

Diuretika – podávají se protože zlepšují příznaky související s městnáním při srdečním selhání. Celkově však prognózu nezlepšují, jelikož nezasahují do základních patofyziologických mechanismů onemocnění (Lindner, Jansa, 2009, s. 118).

Oxygenoterapie – cílem je zlepšení saturace u desaturovaných nemocných alespoň nad 90 % a zlepšit tím dodávání kyslíku periferním tkáním (Lindner, Jansa, 2009, s. 118).

Analoga prostacyklinu – mají především vazodilatační účinky v plicním i systémovém oběhu. Tlumí růst a brání cévní remodelaci (Lindner, Jansa, 2009, s. 119).

3.6.2 Chirurgická léčba

- Balónková atriální septostomie, Transplantační léčba – popsáno ve výše uvedené kapitole 2, s. 20.

- Plicní endarterektomie (dále jen PEA)

Operační výkon označující potenciální vyléčení u vybraných pacientů s chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí (dále jen CTEPH). První úspěšnou PEA provedl v roce 1961 Snyder v San Diego Naval Hospital (Lindner, Jansa, 2009, s. 39).

Předoperační příprava se dá rozdělit do tří oblastí. První z nich je psychologická příprava, která je nezbytně nutná zejména pro pooperační období. Pacient dostává informace o možnostech léčby, postupu operačního výkonu, průběhu pooperačního období, například vysvětlení, jak by měl po operaci správně vstávat z lůžka či odkašlávat. Druhou neméně důležitou přípravou je rehabilitační příprava mezi kterou patří hlavně dechová příprava, spočívající v nácviu dechových cvičení, dýchání proti odporu a cvičení dýchání břichem a hrudníkem. Poslední přípravou je medikamentózní, která vyplývá ze specifík nemocných s CTEPH. První musí být nastavení antikoagulační léčby, kdy asi týden před plánovaným operačním výkonem se pacient s Warfarinu převádí na nízkomolekulární heparin (Lindner, Jansa, 2009, s. 51-52).

Pooperační péče je zaměřena na prevenci vzniku komplikací po operačním výkonu. Komplikací může být plicní edém, perikardiální výpotek, který může způsobit až srdeční tamponádu. Nemocní jsou ohroženi i plicní embolií, proto se při poklesu ztrát do hrudního drénu zahajuje včasná antikoagulační léčba. Delirium neméně častá pooperační komplikace způsobená 20–30minutovou zástavou v hypotermii. Další pooperační komplikace mohou být fibrilace síní, renální insuficience, krvácení do plic nebo bronchopneumonie (Lindner J. a spol., 2006, s. 309).

PEA se v České republice operuje od roku 2004, kdy byl zahájen program PEA v Kardiocentru VFN v Praha. V České republice jako jediný dělá tento výkon doc. MUDr. Jaroslav Lindner, CSc. Od 9/2004–4/2017 bylo v kardiocentru VFN odoperováno více než 300 pacientů s výborným výsledkem a s průměrným věkem 58let (Lindner, Jansa, 2009, s. 130).

Centra pro plicní hypertenzi v České republice jsou pouze tři. Nejznámějším je Kardiocentrum VFN v Praze. Další centrum se nachází opět v Praze v nemocnici IKEM, posledním méně známým centrem je centrum ve Fakultní nemocnici v Olomouci (Lindner, Jansa, 2009, s. 132).

Existuje i sdružení pacientů s plicní hypertenzí, které bylo založeno v roce 2005 v Praze. Slouží ke zlepšení kvality života lidem, trpícím touto závažnou nemocí (SPPH, 2017, s. 4).

4 KVALITA ŽIVOTA

Kapitola kvality života je důležitou součástí pro hodnocení pacientů, nejen tlak v plicnici, ale i to, jak to vidí a vnímají pacienti. Poukazuje na pojetí kvality života, osobní pohodu, koncept Health-Related Quality Of Life, generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu a v neposlední řadě vyjadřuje jak nemoc a zdraví vnímají pacienti.

V odborné literatuře je mnoho definic kvality života, ale i tak neexistuje jedna konkrétní. „*WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci, jeho pozice v životě, v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravým, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí*“ (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

Na kvalitu života je nahlíženo spíše jako na pojem, který obsahuje dvě vzájemně se propojující dimenze. Subjektivní dimenzi, charakterizovanou jako subjektivní pocit osobní pohody (well-being), vytváří lidské emoce, společenské postavení, naplnění života nebo spokojenost. Objektivní dimenze, je vyznačována objektivní osobní pohodou, zdravím. Osobním statutem a materiálními předpoklady. Kvalita se objevuje i v mnoha vědeckých disciplínách, především psychologie, sociologie, antropologie, ekologie, ošetrovatelství i medicíně (Gurková, 2011, s. 23).

4.1 Pojetí kvality života

Byly vytvořeny tři základní pojetí kvality života (Gurková, 2011, s. 30).

- Psychologické pojetí – zaměřuje se především na prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho přání a potřeby, sebehodnocení, seberealizaci (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 32). Psychologický přístup vymezuje pojmy pohoda, štěstí, spokojenost, smysl života a několik dalších. Spokojenost spojená s pocitem štěstí je tehdy když člověk a osoby jemu nejbližší se uplatňují a současně získávají a prožívají pozitivní citovou odezvu od svého nejbližšího sociálního okolí. Když je člověk uznáván okolím roste jeho sebeúcta, která se pak nakonec stává stabilní. Potom lidé říkají, že se jim daří a jejich život má smysl (Gurková, 2011, s. 30).
- Sociální pojetí – poukazuje především na sociální úspěšnost, status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání a rodinný stav (Gurková, 2011, s. 31).

- Medicínské pojetí – zabývá se zdravím podmíněným kvalitou života. V medicíně se využívá pojem Health-Related Quality of Life neboli kvalita života týkající se zdraví (Ondrušová, 2011, s. 45).

4.2 Osobní pohoda (well-being)

Otázka osobní pohody (well-being), je jedním s hlavních témat pozitivní psychologie. Bývá velmi často spojována s kvalitou života. Možno říci, že well-being je hodnocení kvality života. V českém názvosloví se ustálilo spojovat well-being s dimenzí duševní pohody. Vhodnější je však využívat pojem osobní pohoda, který zahrnuje jak duševní, tělesnou i sociální dimenzi (Slezáčková, 2012, s. 24).

Přes nespočet názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je zrcadlena spokojenost jedince s jeho životem. V širším smyslu je tvořena dvěma složkami, kognitivní a emociální. Kognitivní dimenze ukazuje racionální hodnocení vlastního života, to znamená, jak člověk hodnotí celkově svůj vlastní život a zda je s ním spokojen či nespokojen. Spokojenost bývá často využívána pro vyjádření osobní pohody v různých výzkumech. Emocionální dimenze se zaměřuje na citové prožívání a typ emocí, které nejvíce převažují. Výsledkem bývá, jaké je celkové emoční naladění určité osoby a jestli převažují pozitivní nebo negativní citové reakce (Slezáčková, 2012, s. 24).

4.3 Koncept Health-Related Quality of Life

Tento anglický hodnotící systém Health-Related Quality of Life (dále jen HRQoL) neboli kvalita života týkající se zdraví se začal používat v 80. letech 20. století. HRQoL zahrnuje okruhy týkající se fyzického, funkčního, psychologického a sociálního zdraví jedince. Velká část autorů tento koncept rozděluje na tři části: 1. subjektivní pocit pohody, 2. schopnost fungovat v každodenním životě, starat se o sebe a zastávat sociální roli, 3. sociální podpora. Velký důraz je kladen na pacientovo sebehodnocení oproti pocitu pohody (well being), který je popisován spíše jako psychologický nebo emoční stav (Gurková. 2011, s. 140).

Definice, které se snaží nejlépe specifikovat oblasti kvality života související se zdravím je mnoho. Evropské zdravotnické orgány definují HRQoL především jako pacientovo subjektivní vnímání zdraví, tělesného, somatického, psychického a sociálního fungování. Oficiální definice HRQoL podle amerického ministerstva zdravotnictví je, že vyjadřuje pacientovo celkové vnímání vlivu nemoci a její léčbu. Poukazuje na pacientovo fungování ve třech oblastech, kterými jsou psychické, somatické a sociální (Ondrušová, 2011, s. 47).

Sláma (2005) udává, že kvalita života vyjadřuje jak nemoc a léčba ovlivňují pacientovu schopnost žít takový život, který mu přinášel uspokojení.

Pro měření se používá z klinických metod rozhovor (strukturovaný i nestrukturovaný) a z testovacích metod dotazník. Jeden z dotazníků je dotazník SF-36 ve kterém je možnost hodnotit výsledky zdravotnických a sociálních intervencí v 8 kategoriích, kterými jsou fyzické funkce, fyzické a sociální omezení, sociální funkce, bolest, duševní zdraví a vnímání vlastního zdraví (Gurková, 2011, s. 145-147).

4.4 Generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu

Generický tudíž obecné nástroje pro hodnocení kvality života. Používají se především pro porovnání velkých skupin oproti zdravé populaci, jelikož se zaměřují na konkrétní omezení jednou nemocí (Gurková, 2011, s.141). Někteří autoři tyto nástroje, vzhledem k úzkému zaměření na zdravotní limitace, nazývají tyto nástroje jako nástroje hodnotící zdravotní stav (kvalitu života v úzkém slova smyslu).

Generické nástroje, je možné využívat u všech diagnóz, výjimkou není ani plicní hypertenze, u které není žádný specifický nástroj ověřený.

SF-36 – popsáno ve výše uvedené kapitole 4.2.

SF-12 (Mediaci Outcomes Study 12 – Item Short Form) je zkrácenou verzí předchozího dotazníku a zabývá se omezením běžných denních aktivit a mentálním zdravím (Gurková, 2011, s. 146, 147).

SIP (Sickness Impact Profile) zaměřuje se na oblasti spánku, emocionální život, péče o tělo a domácnost, mobilita, komunikace, rekreační aktivity a stravování (Gurková, 2011, s. 144, 147).

EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire – Version) využívá se pro hodnocení pohyblivosti, sebepéče, bolesti, úzkost, deprese, denních činností (Gurková, 2011, s. 144-147).

WHOQOL-BREF – patří mezi nejpoužívanější generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu. Hodnotí čtyři hlavní oblasti, kterými jsou fyzické, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí (Gurková, 2011, s. 149).

QLP tento dotazník se používá k hodnocení fyzického, psychologického a duchovního bytí, dosahování osobních cílů, aspirací a tužeb (Gurková, 2011, s. 149).

PGWB (Psychological General Well-Being) – dotazník který má dvě verze. Prvotní verze obsahuje 68 položek, kratší verze má 22 položek (Gurková, 2011, s. 149).

4.5 Vnímání zdraví a nemoci

Zdraví je nedílnou součástí každodenního života člověka. Podle WHO je zdraví vnímáno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody ne pouze nepřítomnost nemoci. V programu podpory zdraví je zdraví bráno spíše jako prostředek k dosažení cílů, které umožňují lidem, vést produktivní život. Zdraví lze vnímat i jako dynamický stav, který je popisován fyzickými, psychickými a sociálními schopnostmi, který je úzce spojen s věkem, kulturou, sociálním prostředím a osobností. Zdraví je tudíž velmi závislé jak na genetických, tak na individuálních schopnostech člověka, kdy jeho stav se může v průběhu života měnit (Křivohlavý, 2009, s. 32-34).

Subjektivní vnímání zdraví je z pohledu jedince, kdy člověk sám hodnotí podle svých pocitů své vlastní zdraví. Do vlastního posouzení zdraví patří sebeposouzení, sebehodnocení zdraví a subjektivní představa vlastního zdraví. Pohled není zaměřen pouze na fyzickou stránku zdraví, ale i na mentální a duševní. Dále je možné vysvětlit subjektivní zdraví jako určitý postoj ke zdraví, porozumění zdravotního stavu a aktivní spolupráce s lékaři (Křivohlavý, 2009, s. 32-34).

Nemoc ovlivňuje celkové fungování člověka, zhoršuje jeho zdravotní stav a následně nedovoluje dělat určité činnosti. Má vliv i na sociální aktivity, pozměňuje dřívější sociální role a citové prožívání. Z toho vyplývá, že nemoc působí na kvalitu života nemocného jedince i jeho blízkých „*Nemoc lze chápat jako narušení určitých funkcí organismu, které nepříznivě ovlivňují kvalitu života jedince a může ohrožovat i jeho život.*“ (Vágnerová, 2014, s. 61).

Subjektivní vnímání nemoci zahrnuje celou řadu pacientových pocitů, včetně těch bolestivých, ale i obecný zdravotní stav a představu o daném onemocnění a jeho příčinách. Představ o nemoci je mnoho vzhledem k individuální odlišnosti každého člověka, rozdílným zkušenostem, jinému prožívání a postoji k nemoci. Součástí subjektivního vnímání nemoci je i takzvaný samoregulační model, kdy jeho podstatou je zjistit, jak lidé zpracovávají informace o své nemoci. Konkrétně se zaměřuje na roli některých znaků nemoci, které předkládá jako okolnost ovlivňující, jakým způsobem se lidé vyrovnávají s onemocněním a jak se z něho zotavují. Mohou to být okolnosti jako krátkodobé nebo dlouhodobé důsledky, časový průběh, příčina či léčitelnost. Při zmínce o nemoci se lidem vybaví akutní nemoc, která

vzniká náhle. Je však důležité myslet i na chronická onemocnění, která mohou mít na člověka mnohem větší dopad (Vágnerová, 2014, s. 61).

II. PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato část bakalářské práce obsahuje popis realizace průzkumu, popis metodiky, výzkumného souboru i jednotlivé vyhodnocení a prezentaci dat z rozhovorů. Pro průzkumné šetření byly stanoveny následující průzkumné otázky.

Průzkumné otázky:

1. Jak vnímají pacienti období diagnostiky onemocnění?
2. Jaké vnímají pacienti obtíže v běžném životě před operačním výkonem na plicnici?
3. V jakých oblastech každodenního života pacienti vnímali největší omezení nemocí před operačním výkonem?
4. Jaké vnímají pacienti obtíže po operačním výkonu na plicnici?
5. Jaké pooperační komplikace pacienti vnímali?
6. Jak vnímají pacienti onemocnění plicní hypertenze po operačním výkonu?

5 METODOLOGIE PRŮZKUMU

Pro vyhotovení průzkumné části byla vybrána metodika kvalitativního průzkumu. Kvalitativní výzkum umožňuje více a hlouběji se ponořit do zkoumané problematiky. Ze způsobu sběru dat byl použit strukturovaný rozhovor.

5.1 Přípravná fáze

Přípravná fáze byla uskutečňována od září 2019 do listopadu 2019, kdy byl vytvořen seznam otázek pro rozhovor a žádosti o povolení průzkumu. V listopadu 2019 proběhla schůzka s náměstkyní ošetrovatelské péče a následně i vrchní sestrou dané ambulance, které průzkum povolily. Dalším krokem pro povolení průzkumu, bylo odeslání žádosti Etické komisi, bez jejíž souhlasu by nemohl být průzkum uskutečněn. Žádost zahrnovala životopis, otázky k průzkumnému šetření, informovaný souhlas a podrobný vlastnoručně vytvořený dopis, jak takový průzkum bude probíhat a co obnáší. Rozhodnutí o souhlasu s průzkumem od Etické komise přišlo v polovině prosince 2019.

5.2 Způsob sběru dat

Pro zpracování průzkumné části byl vybrán strukturovaný rozhovor s pacienty ve specializované ambulanci. Předem připravených 21 otázek bylo vybráno na základě nastudování odborné literatury a následně rozděleno do čtyř zásadních oblastí (viz. příloha A). Odpovědi od respondentů byly anonymizovány. Jedním z kritérií pro zařazení do průzkumného šetření byl věk respondentů, který byl od 18 let a minimálně měsíc po operačním výkonu na plicnici, jelikož je v rozhovoru otázka, u které je důležitá doba po výkonu. Pohlaví ani vzdělání nebylo pro průzkumné šetření zvoleno jako vyřazující kritérium, stejně tak i přítomnost dalšího onemocnění (komorbidit). Výběr respondentů byl náhodný, losovaný z databáze pacientů v ambulanci, na tyto pacienty poté výzkumník čekal v objednaný čas. Průzkum byl velice časově náročný, jelikož se jednalo o pacienty v ambulantní péči. Rozhovor vždy probíhal po echokardiografii, kdy měli respondenti čas než lékař vyhodnotil výsledky tohoto vyšetření. Respondenti byli před každým rozhovorem upozorněni, že mohou z průzkumného šetření kdykoliv odstoupit i po skončení rozhovoru. Zasláním e-mailu, který je součástí informovaného souhlasu (viz. příloha B).

Osloveno bylo 6 respondentů, kteří přicházeli na pravidelnou ambulantní prohlídku. Po šesti rozhovorech se ve většině oblastí začínaly odpovědi opakovat a nebyl dále rozšiřován soubor respondentů. Respondentům byl předložen informovaný souhlas (viz. příloha B), zda jsou ochotni spolupracovat na průzkumném šetření. V informovaném souhlasu bylo popsáno, že

data z rozhovor budou anonymizována, rozhovor bude zaznamenáván na diktafon a následně doslovně přepsán do MS Word, data budou použita pro zpracování bakalářské práce a mají právo z průzkumu kdykoliv odstoupit. Svůj souhlas s průzkumem stvrdili dvěma podpisy, přičemž jeden z podepsaných souhlasů si ponechali. Dále byli doprovzeni do volné ambulance, kde proběhl samotný rozhovor.

5.3 Průběh výzkumného šetření

Rozhovory probíhaly od prosince 2019 do února 2020. Před samotným zahájením průzkumu byl proveden pilotní průzkum s jedním vybraným pacientem, který splňoval kritéria průzkumného šetření. Na základě pilotního průzkumu došlo k úpravám v otázkách strukturovaného rozhovoru, především v posloupnosti kladení otázek a vynechání některých otázek, které neměly pro cíle průzkumného šetření přínos a byly tedy redundantní.

5.4 Vyhodnocení výsledků

Rozhovory byly doslovně přepsány do MS Word. Pro zpracování výsledků byl využit program ATLAS.TI, ve kterém byly výsledky kódovány a poté prezentovány v podobě sítí kódů.

5.5 Charakteristika respondentů

Níže jsou vytvořené dvě tabulky (tabulka 1 a tabulka 2) pro seznámení s respondenty před samotnou prezentací výsledků.

Tabulka 1 Základní informace o respondentech

RESPONDENT	VĚK	POHLAVÍ	KOUŘENÍ	ALKOHOL	DOBA PO OPERACI
Respondent č. 1	56let	muž	ano	příležitostně	40 dní
Respondent č. 2	70let	muž	ne	příležitostně	1 měsíc
Respondent č. 3	68let	muž	ano	příležitostně	60 dní
Respondent č. 4	65let	žena	ne	ne	39 dní
Respondent č. 5	69let	muž	ne	příležitostně	50 dní
Respondent č. 6	22let	muž	ne	příležitostně	6 měsíců

Tabulka 2 Charakteristika rozhovorů

RESPONDENT	DÉLKA ROZHOVORU	POZNATKY Z ROZHovorŮ
Respondent č. 1	15 min a 30 s	Respondent byl ze začátku trochu nervózní, ale s pokračujícím rozhovorem se uvolnil. Odpovídal adekvátně a srozumitelně na kladené otázky.
Respondent č. 2	18 min a 28 s	Respondent se celý rozhovor usmíval a na každou z otázek odpovídal rozsáhle. Proto je rozhovor z celého výzkumu nejrozsáhlejší.
Respondent č. 3	10 min a 17 s	Respondent na kladené otázky odpovídal stroze a příliš je nerozváděl. Z jeho výrazu bylo poznat, že rozhovor chce mít rychle za sebou. Proto je rozhovor nejkratší z celého průzkumu.
Respondent č. 4	17 min a 13 s	Respondentka byla velice komunikativní a jediná žena, která byla ochotná se zapojit do průzkumu. Starší paní, byla sympatická a klidná po celou dobu rozhovoru.
Respondent č. 5	11 min a 18 s	Respondent byl méně komunikativní a celkem hodně nervózní. Často opakoval slova a po celou dobu rozhovoru se mu třásla kolena.
Respondent č. 6	15 min a 11 s	Respondenta rozhovor vyloženě bavil. Bylo to poznat na jeho úsměvu a stále opakoval, jak je rád, že se o toto téma někdo zajímá.

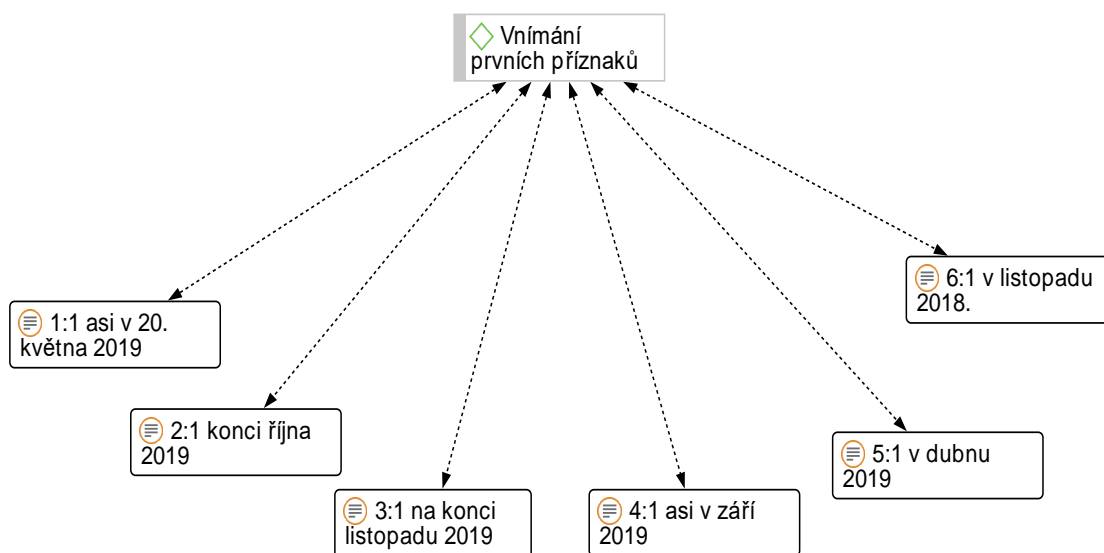
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Pro vyhodnocení dat byl použit program ATLAS.TI. Každá oblast strukturované rozhovoru je zhodnocena zvlášť do jednotlivých sítí kódů. Kódované odpovědi respondentů jsou seřazeny z leva do prava, tak jak probíhaly rozhovory.

A) Období diagnostiky tromboembolické plicní hypertenze

Tato oblast obsahuje otázky týkající se toho, kdy začali pacienti vnímat první příznaky a čím se u nich nemoc projevila. Jak dlouho trvá diagnostika tromboembolické plicní hypertenze, jaké mají nemocní pocity po sdělení takto těžké a málo známe diagnózy. V neposlední řadě, zda mají nebo dříve prodělali onemocnění, které by mohlo souviset s tímto onemocněním.

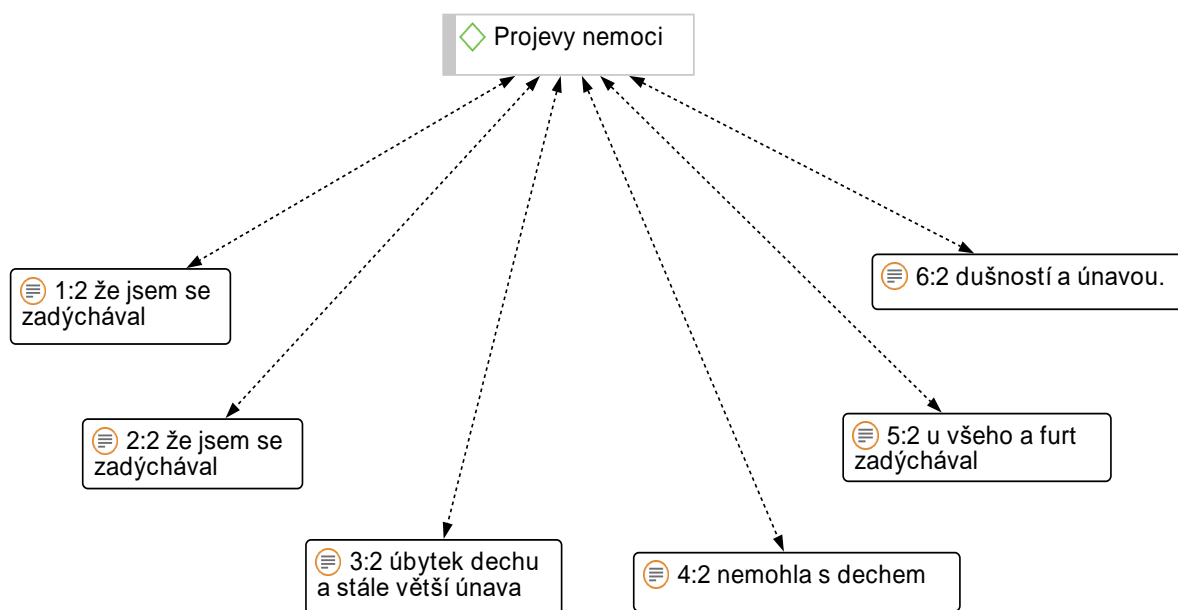
1. Kdy jste začal/a vnímat první příznaky či obtíže?



Obrázek 1 Vnímání prvních obtíží

Tato otázka byla zakomponována do rozhovoru spíše jako zajímavost, zda jsou pacienti schopni si vzpomenou, kdy jim takto vážné onemocnění začalo, a především kdy oni sami začali vnímat první obtíže spojené s onemocněním. Na obrázku 1 je prezentováno, že čtyři respondenti si vzpomněli okamžitě bez zaváhání a dva museli déle vzpomínat, souzeno podle částice „asi“. Respondent č. 1 odpověděl: „První příznaky mi začaly asi někdy 20. května 2019.“ Respondent č. 4 odpověděl: „Začalo se to více projevovat asi v září 2019 myslím.“ Z výpovědí vychází, že si lze vybavit počátky takto těžkého onemocnění.

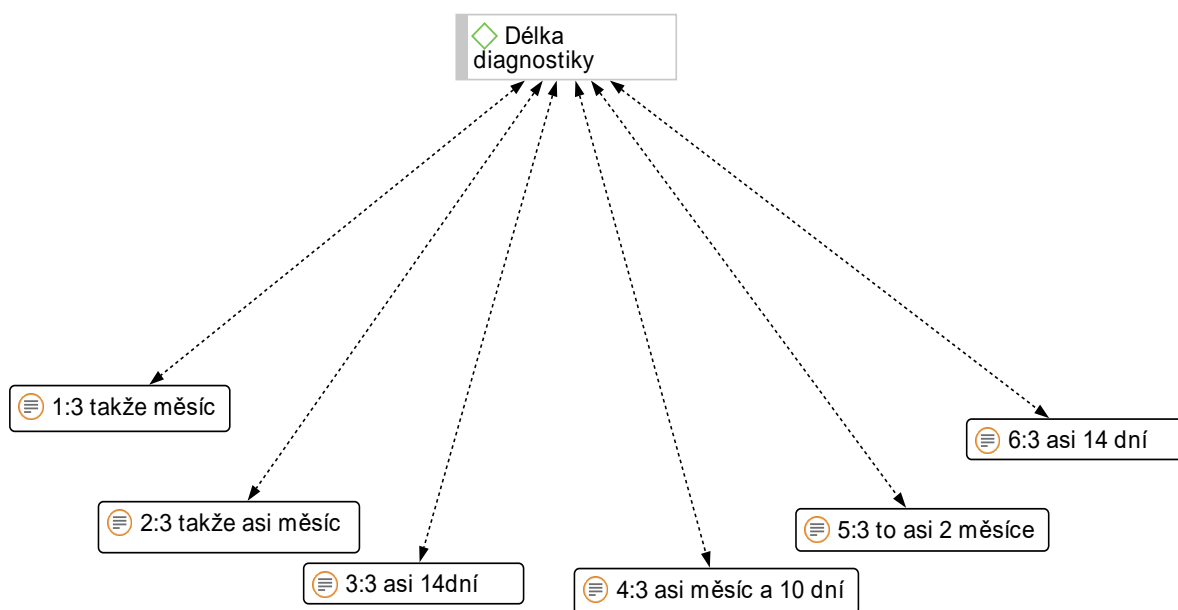
2. Čím se u Vás nemoc konkrétně projevila?



Obrázek 2 Projevy nemoci

Tato otázka byla zařazena pro zjištění, jak se nemoc projevuje u jednotlivých respondentů a zda se jejich příznaky v některých oblastech ztotožňují. Všichni respondenti se shodli, že onemocnění se u nich začalo projevovat úbytkem dechu a zadýcháváním. Dušnost či obtíže s dýcháním zjišťují všeobecné sestry při sběru informací u příjmu pacienta pomocí ošetřovatelské anamnézy pacienta. Objevené obtíže jsou důležitým kritériem pro další ošetřovatelské intervence. Respondent č. 2 odpověděl: „*Projevila se u mě tím, že jsem se zadýchával a nemohl jít ani do sklepa přiložit nevyšel jsem těch pár schodů.*“ Na obrázku č. 2 je popsáno, že u dvou respondentů se objevila i stále větší únava. Respondent č. 3 odpověděl: „*...pozoroval jsem úbytek dechu a stále větší únava.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*Projevila se dušností a únavou.*“ Tyto výsledky potvrzují, že dušnost a únava patří mezi nejvíce časté příznaky u tohoto onemocnění, ale přesné stanovení diagnózy si žádá další podrobná vyšetření.

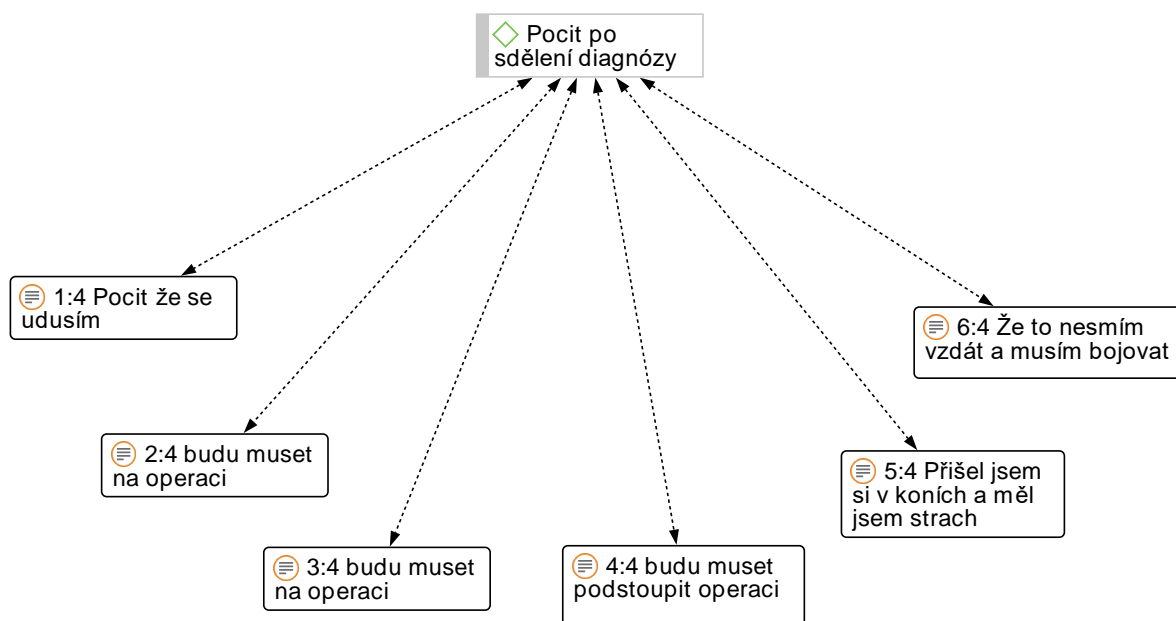
3. Jak dlouho trvalo lékařům, než Vám diagnostikovali plicní hypertenze?



Obrázek 3 Délka diagnostiky

Tato otázka poukazuje na vnímanou délku diagnostiky tohoto onemocnění respondenty. Výpovědi respondentů jsou spíše orientační, přesnou délku diagnostiky si nikdo z nich do detailu nepamatuje. Na obrázku 3 je interpretováno, že vždy u dvou respondentů se délka diagnostiky shodovala. Respondent č. 1 odpověděl: „Zjistili mi ji na konci června 2019 takže měsíc po tom a byl jsem nejdříve jak to dělají tím třísmem, a to nevyšlo tak se teda rozhodli, že mě budou operovat.“ Respondent č. 2 odpověděl: „...nejdříve mi praktická lékařka nasadila nějaké léky ty nezabraly, tak jsem šel zase za týden na kontrolu a že mám něco asi s plicemi, tak mě poslala na spirometrii a tam byly hodnoty v normě a až když jsem vylezl z toho tunelu, takže asi měsíc.“ Respondent č. 3 odpověděl: „Byla mi zjištěna na začátku prosinci 2019, takže to trvalo asi 14 dní“. Respondent č. 6 odpověděl: „...když jsem zkolaboval při zápase a odvezla mě rychlá udělali mi CT a zjistili, že problém bude asi v plicích, celkem to trvalo asi 14 dní, než mohli s jistotou říct, jak to je.“ Odpovědi dalších dvou respondentů byli zcela odlišné a délka diagnostiky byla u nich nejdelší. Respondent č. 4 odpověděl: „...celkem to trvalo asi měsíc a 10 dní.“ Respondent č. 5 odpověděl: „...trvalo jim to asi 2 měsíce.“ Z tohoto plyne, že prodleva mezi začátkem příznaků a stanovením konečné diagnózy je stále ještě velká, může to být způsobeno záměnou onemocnění za jiné a neznalostí praktických či jiných lékařů.

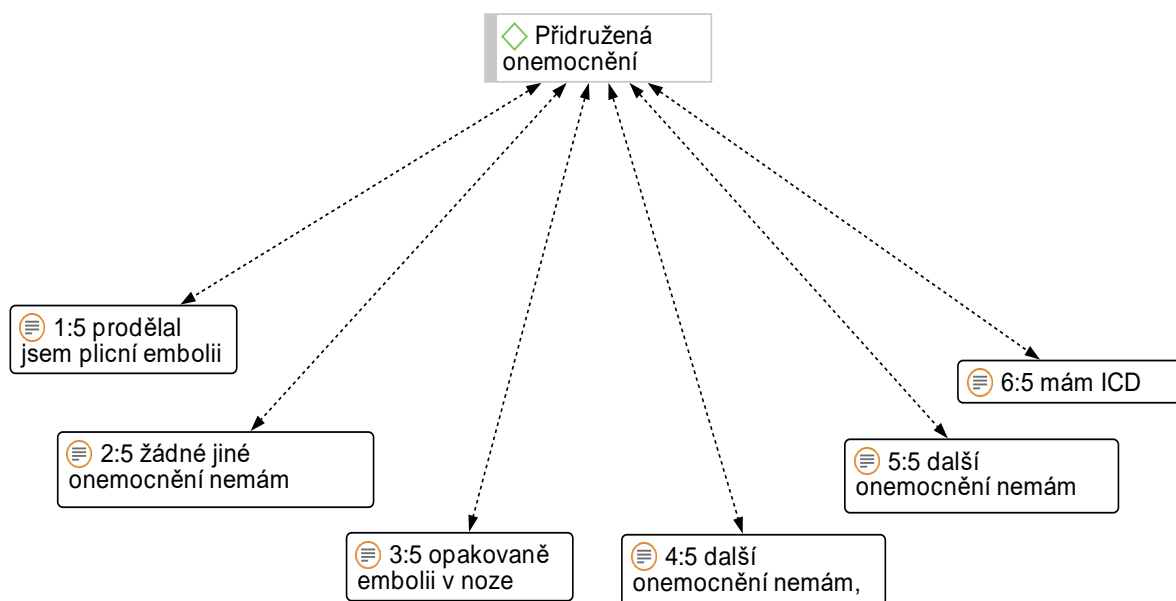
4. Jaké jste měl/a pocity při sdělení Vaší diagnózy? Co Vás napadlo jako první?



Obrázek 4 Pocit po sdělení diagnózy

Na obrázku 4 jsou interpretovány výsledky pocitů pacientů po sdělení diagnózy. Tři respondenti uvedli, že první, co je napadlo ihned byla operace. Může to být zapříčiněno strachem z výkonu nebo předchozími negativními zkušenostmi s operačními výkony. V této oblasti má velkou roli všeobecná sestra, která provádí předoperační, pooperační péči a je v době hospitalizace s nemocným v neustálém kontaktu. Respondent č. 2 odpovídá: „*Napadlo mě, že je to průser a že budu muset na operaci.*“ Respondent č. 3 odpovídá: „*...do mě budou řezat a budu muset na operaci na kterou jsem čekal přes rok.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*Napadlo mě, že mi jde asi o život a že budu muset podstoupit operaci která mě snad zachrání.*“ První respondent ihned odpověděl: „*Pocit no že se udusím, nebylo to nic příjemného.*“ Předposlední z odpovědí na tomto obrázku 4 se týkala strachu respondenta a myšlenek co bude dál. Respondent č. 5 odpověděl: „*Přišla jsem si v koncích a měla jsem strach co bude dál...*“ V neposlední řadě, je zde zaznamenán respondenta č. 6, kdy jeho odpověď patří mezi nejvíce optimistickou. Respondent č. 6 odpověděl: „*Že to nesmím vzdát a musím bojovat a být tu pro rodinu.*“ Tyto odpovědi ukazují, že po sdělení diagnózy lidé začali více vnímat sami sebe a báli se, co bude dál. Je zde poznat i strach z operací, jelikož toto napadlo polovinu respondentů.

5. Diagnostikovali Vám lékaři dříve onemocnění, které by mohlo souviset s PH? (Např. plicní, srdeční onemocnění, prodělaná plicní embolie)



Obrázek 5 Přidružená onemocnění

Otázka zjišťující z pohledu pacientů, zda jim bylo sděleno nebo vědí, že mají onemocnění, které by mohlo být příčinou vzniku tromboembolické plicní hypertenze. Výpovědi jsou pouze respondentů, nebyli konzultováni se specialisty, ke kterým dochází. Na tomto obrázku 5 jsou představeny odpovědi dotazovaných, zda jim dříve před sdělení diagnózy bylo diagnostikováno jiné onemocnění, které by mohlo úzce souviset s tromboembolickou plicní hypertenzí. Odpovědi tří respondentů jsou totožné v tom, že žádné další onemocnění nemají a ani jim nebylo diagnostikováno. U dvou respondentů dříve proběhla embolie. Respondent č. 1 odpověděl: „*No prodělal jsem plicní embolii a doktoři mi říkali, že to s tím může souviset.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*Měl jsem akorát opakovaně embolii v noze...*“ Poslední odpověď obrázku 5 je zcela odlišná od ostatních, respondent zde popisuje pouze jeho názor pro souvislost s touto diagnózou. Respondent č. 6 odpověděl: „*... mohlo by to souviset s tím, když jsem byl malý, tak jsem měl doma zástavu srdce a táta mě oživoval a mám ICD¹.* Přidružené onemocnění může souviset s touto diagnózou, ale není to podmínkou. Výsledky zde poukazují, že onemocnění, které mohlo souviset s tromboembolickou plicní hypertenzí, měli jen dva respondenti z šesti, ostatní vylučují přítomnost dalšího onemocnění.

¹ ICD – Implantace kardiverter – defibrilátor – je přístroj využívaný k léčbě srdečních arytmií a předcházená náhlé srdeční smrti.

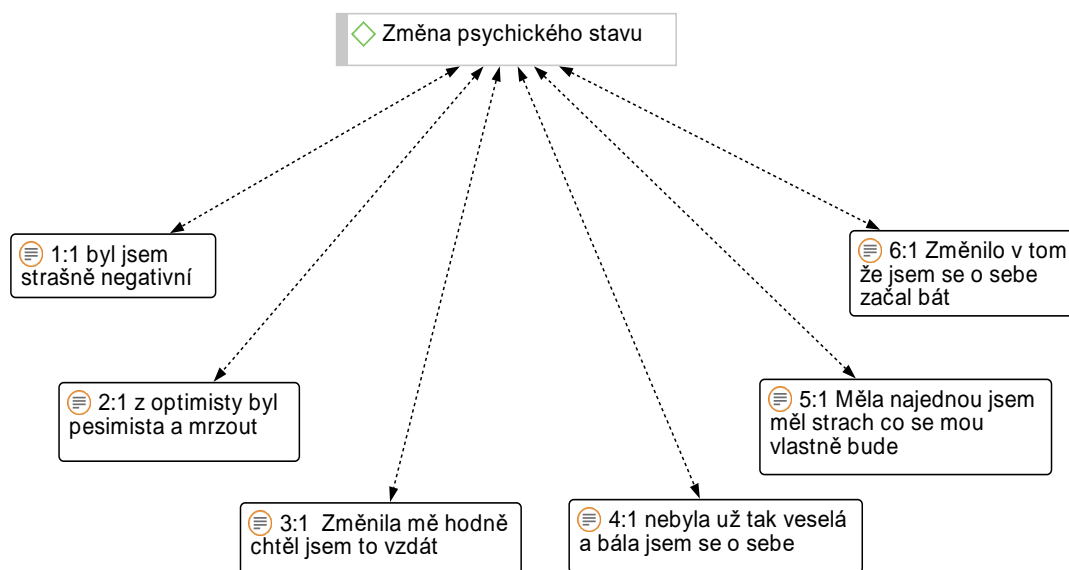
Výstup z oblasti A

Tato oblast potvrzuje, že diagnostika tromboembolické plicní hypertenze je velice obtížná a zdlouhavá, především díky svým netypickým příznakům. Čím delší diagnostika, tím horší bývá prognóza a obtíže s tím spojené. Dlouhá doba diagnostiky může vyplývat z velmi malých zkušeností lékařů s tímto stále ještě méně známým, ale velice závažným a v mnoha případech i smrtelným onemocněním. Bylo by vhodné, aby se nemoc vryla více do podvědomí nejen laické veřejnosti, ale v první řadě lékařům a zdravotníkům. Nezbytnou součástí tohoto období je samozřejmě i všeobecná sestra, která by měla toto onemocnění znát a měla by být nápomocna pacientům při řešení obtíží, které jim tromboembolická plicní hypertenze způsobuje. Lze tyto výsledky kvantitativně ověřit na základě dotazníkového šetření znalostního charakteru, kde by se nacházely otázky, týkající se tromboembolické plicní hypertenze a cílením na respondenty v první řadě praktické lékaře.

B) Ovlivňování pacienta nemocí před operačním výkonem.

Do této oblasti byly zařazeny otázky týkající se ovlivňování pacienta nemocí před operačním výkonem, která zachycuje změny v oblasti psychiky. Tato oblast obsahuje otázku jaký z příznaků tromboembolické plicní hypertenze je nejvíce obtěžoval. Další důležitou otázkou je, v jakých oblastech každodenního života je nemoc nejvíce omezovala a jaký je vlastně den s touto ne příliš rozšířenou diagnózou.

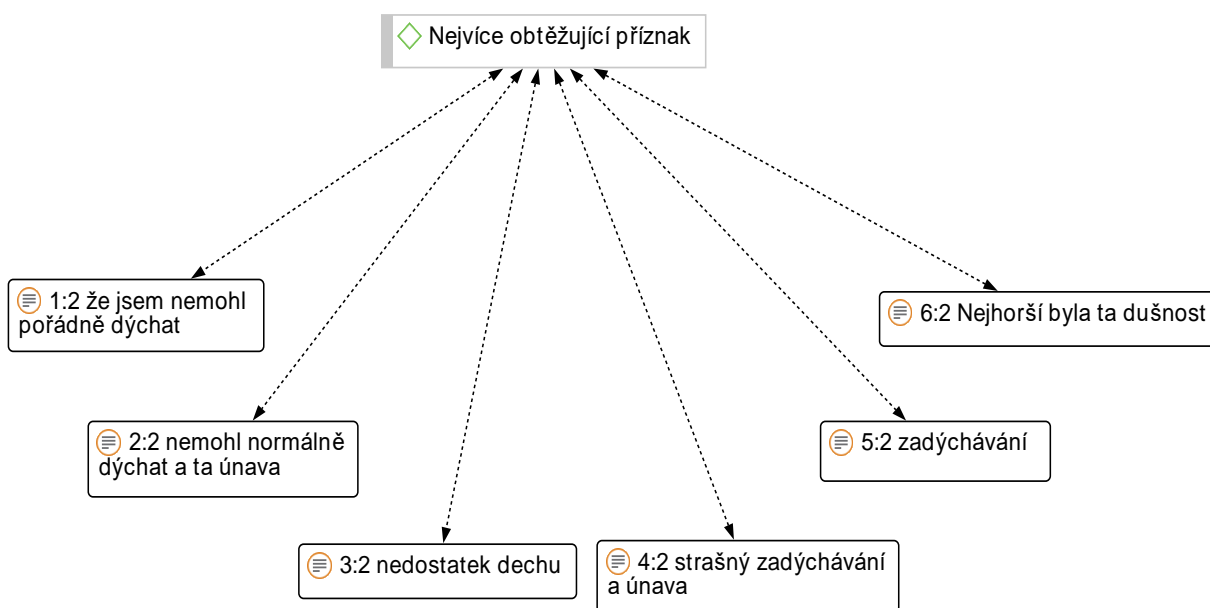
1. Měla nemoc dopad na Váš psychický stav? V čem Vás konkrétně změnila?



Obrázek 6 Změna psychického stavu

Zde na obrázku 6 jsou představeny odpovědi respondentů v čem se změnila jejich psychika v souvislosti s tromboembolickou plicní hypertenzí. Ve všech zaznamenaných odpovědích došlo ke změně v oblasti psychiky. Docházelo k negativním změnám, především respondenti více vnímali strach o sebe. V tomto může pomoci všeobecná sestra, která v období před výkonem, vysvětluje nemocným, jak probíhá příprava na operační výkon, jaká je pooperační péče a na co by si v tomto období měli dávat pozor a může případně doporučit i léčbu psychologa. Odpovědi tří respondentů se shodují v tom, že před diagnózou byli spíše optimisté a veselí lidé. Respondent č. 1 odpověděl: „*Jo změnilo mě to hodně byl jsem strašně negativní.*“ Respondent č. 2 odpověděl: „*...z optimisty byl pesimista a mrzout.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*Změnilo mě to v tom, že jsem nebyla už tak veselá a bála jsem se o sebe.*“ Další tři odpovědi respondentů byli od předešlých výše uvedených odpovědí odlišné v tom, že se nezměnila psychika z optimismu či veselého člověka na negativismus, ale došlo ke změně především ve vnímání sami sebe a strachu o sebe. Respondent č. 3 odpověděl: „*...chtěl jsem to vzdát, protože když nemůžete dělat skoro nic co dříve a u všeho se zadýcháte není to příjemný.*“ Respondent č. 5 odpověděl: „*...najednou jsem měl strach co se mou vlastně bude.*“ Respondent č. 6 odpověděl: „*Změnilo v tom, že jsem se o sebe začal bát.*“ Zde je ukázáno, jak závažné onemocnění to je, jelikož dokázalo v nějaké oblasti změnit psychiku u všech dotazovaných respondentů.

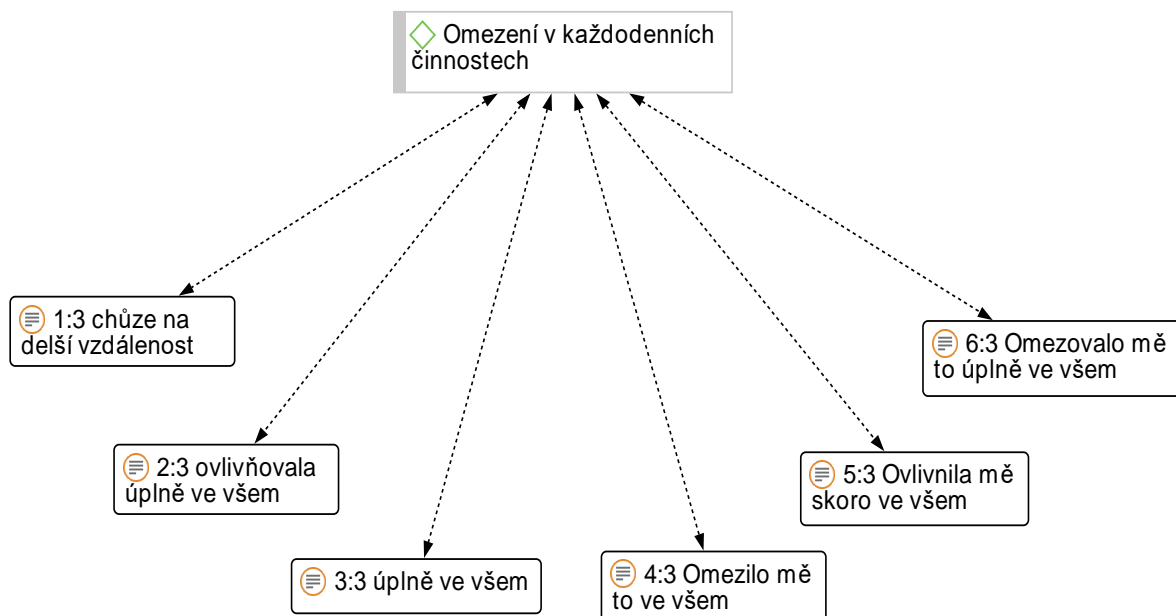
2. Který z příznaků tromboembolické plicní hypertenze byl pro Vás nejvíce obtěžující?



Obrázek 7 Nejvíce obtěžující příznak

Dech je nezbytnou součástí života člověka, při jejím nedostatku může docházet k neuspokojování potřeb a znemožnění dělat každodenní činnosti bez problémů. Problémy a obtíže s dýcháním jsou zjišťovány a zaznamenávány v ošetrovatelství při sběru anamnézy pacienta. V tomto období může dojít k vysvětlení všeobecnou sestrou, že tyto obtíže jsou pouze přechodné a po operačním výkonu částečně nebo zcela úplně vymizí a mnoha nemocných, kteří prodělali tento výkon, nyní žijí opět plnohodnotný život. Ve všech odpovědích na tuto otázku se respondenti ztotožňují, že mezi nejvíce obtěžující příznak patřil nedostatek dechu a nemožnost normálního dýchání. Respondent č. 1 odpověděl: „*Nejhorší bylo, že jsem nemohl pořádně dýchat, když jsem něco chtěl dělat, musel jsem dělat i větší pauzy při mluvení.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*Nejhorší byl ten nedostatek dechu.*“ Na obrázku 7 je patrné, že dva respondenti uvádějí kromě špatného dýchání i únavu. Respondent č. 2 odpověděl: „*Nejhorší pro mě bylo že jsem se nemohl normálně dýchat a ta únava byla neskutečná.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*To strašný zadýchávání a únava.*“ Dech je jednou z základních potřeb člověka a když dojde k jejímu omezení, je to velice nepříjemné a obtěžující, což vylívá i z odpovědí respondentů.

3. V jakých oblastech každodenního života Vás nemoc ovlivnila nejvíce?

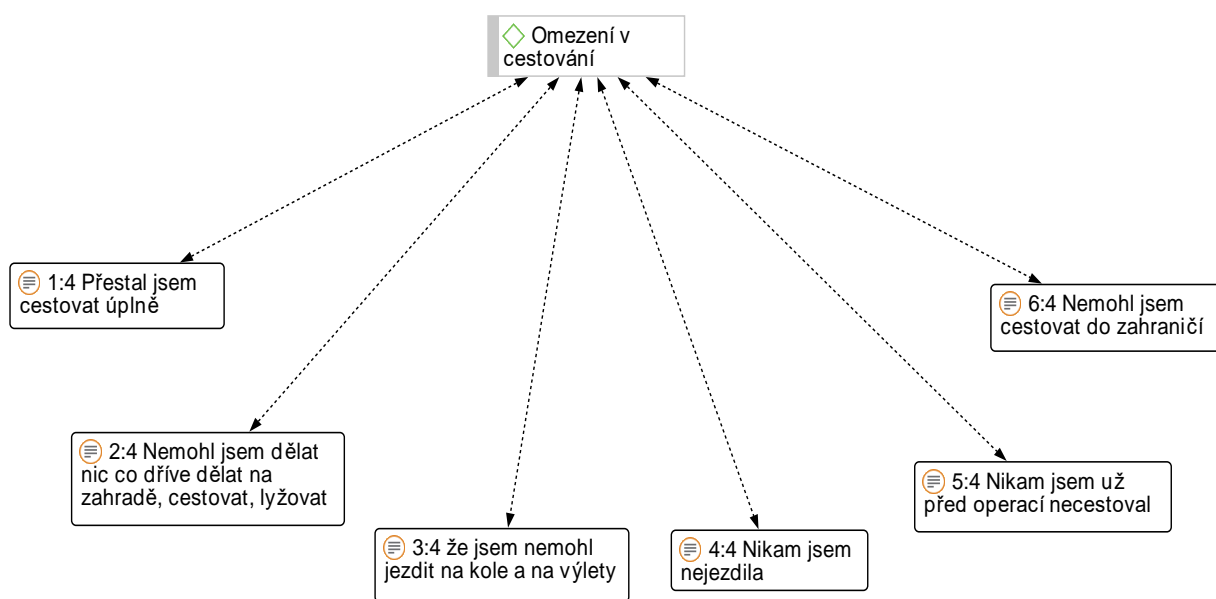


Obrázek 8 Omezení v každodenních činnostech

Cílem otázky bylo zaznamenat odpovědi respondentů jak je nemoc ovlivňuje v každodenních činnostech. Tato oblast je důležitá pro všeobecné sestry, aby věděly, co nemocní zvládají a co nikoliv. V ošetrovatelství se toto zjišťuje za pomoci hodnocení Barthelova testu, který

odhalí všechny důležité oblasti, ve kterých je potřebná ošetrovatelská péče. Z obrázku 8 je zřejmé, že pět ze šesti respondentů odpovědělo stejně na tuto položenou otázku. Nemoc tyto respondenty dokázala omezovat vlastně úplně ve všem, co každý den dělali. Respondent č. 1 odpověděl: „*Dá se říct, že mě ovlivňovala úplně ve všem, co dělá člověk každý den automaticky a bez problému.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*Omezilo mě to ve všem zadýchala jsem se jen při oblékání ponožek.*“ Respondent č. 6 odpověděl: „*Omezovalo mě to úplně ve všem hlavně v tom, že jsem nemohl hrát fotbal a vycestovat do zahraničí.*“ Jeden z respondentů vnímal jako největší omezení v chůzi na delší vzdálenost. Respondent č. 2 „*Největší problém mi dělala chůze na delší vzdálenost, musel jsem často zastavovat...*“ Výpovědi respondentů potvrzují, že dochází k omezení v oblasti všech každodenních činností a jeden uvedl konkrétně omezení v chůzi na delší vzdálenost.

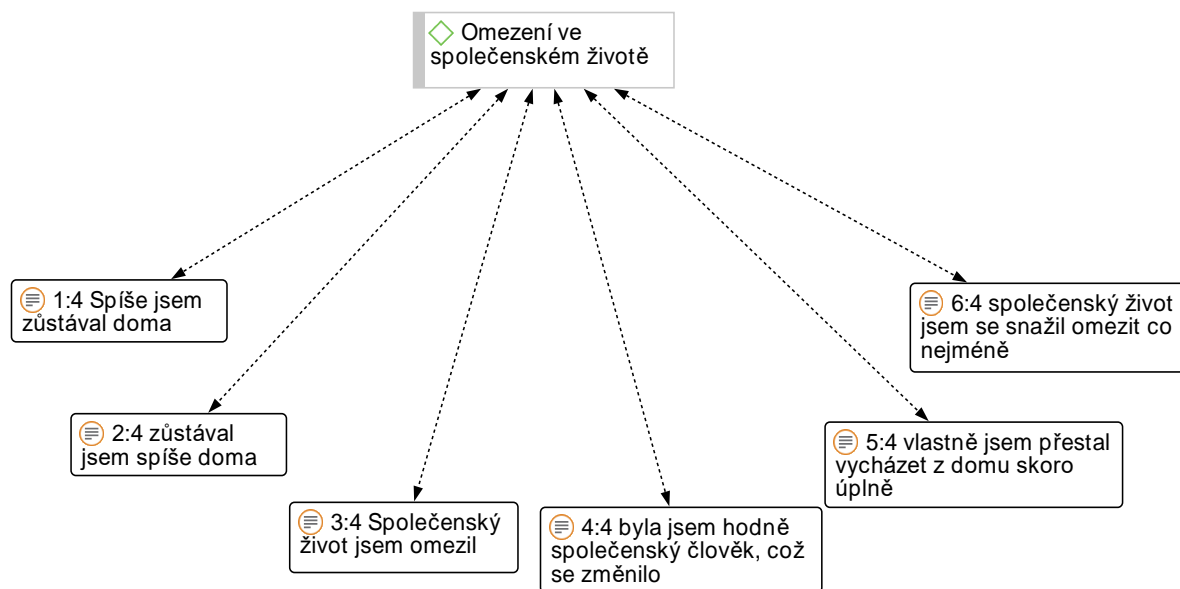
4. Jak Vám nemoc ovlivnila cestování a společenský život?



Obrázek 9 Omezení v cestování

Omezení v cestování může mít na některé pacienty velice nepříznivý vliv, jeho nemožnost je může negativně ovlivnit. V tomto období by byl vhodný úzký kontakt s rodinou, kdy jejich přítomnost by mohla přispět k pozitivnímu myšlení a částečně nahradit přechodnou možnost cestovat. Na obrázku 9 je patrné, že onemocnění všem respondentům omezilo nebo v některých případech i úplně zabránilo cestovat. Všem respondentům toto onemocnění znemožnilo vycestovat na delší vzdálenost. Respondent č. 1 odpověděl: „*Přestal jsem cestovat úplně bylo to pro mě zátěž.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*Nejvíce mě omezila v tom, že jsem nemohl jezdit*

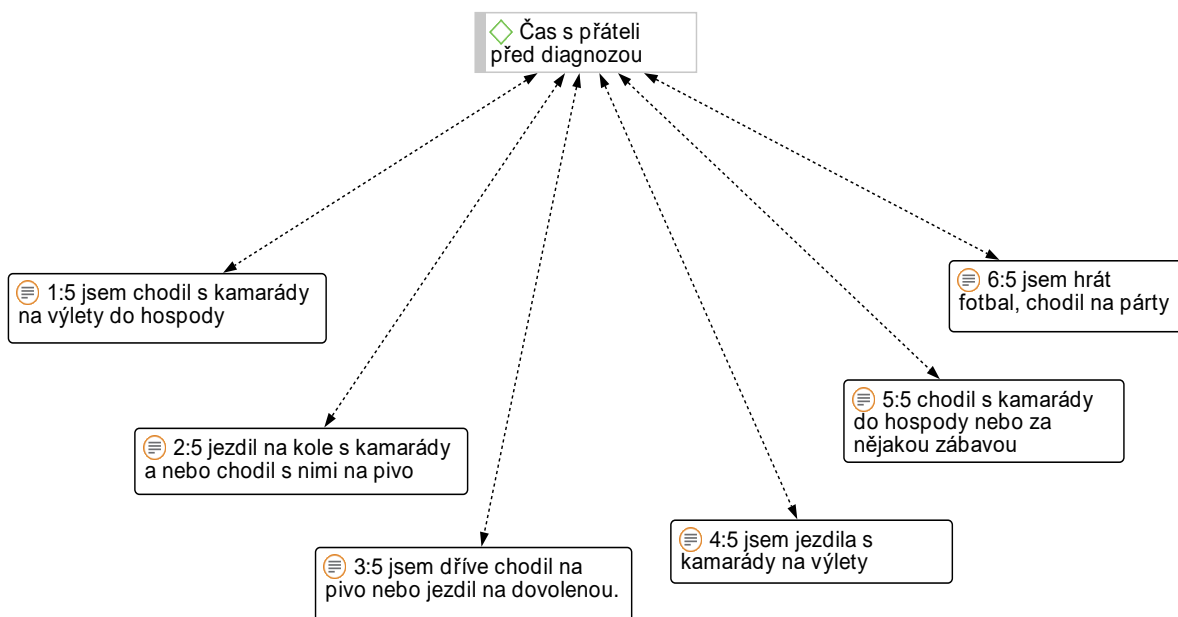
na kole a na výlety.“ Respondent č. 4 odpověděl: „Nikam jsem nejezdila, a přitom jsem ráda cestovala...“ Tromboembolická plicní hypertenze je těžké onemocnění, které znemožní cestování na delší vzdálenosti, tento fakt plyne i z více uvedených odpovědí respondentů.



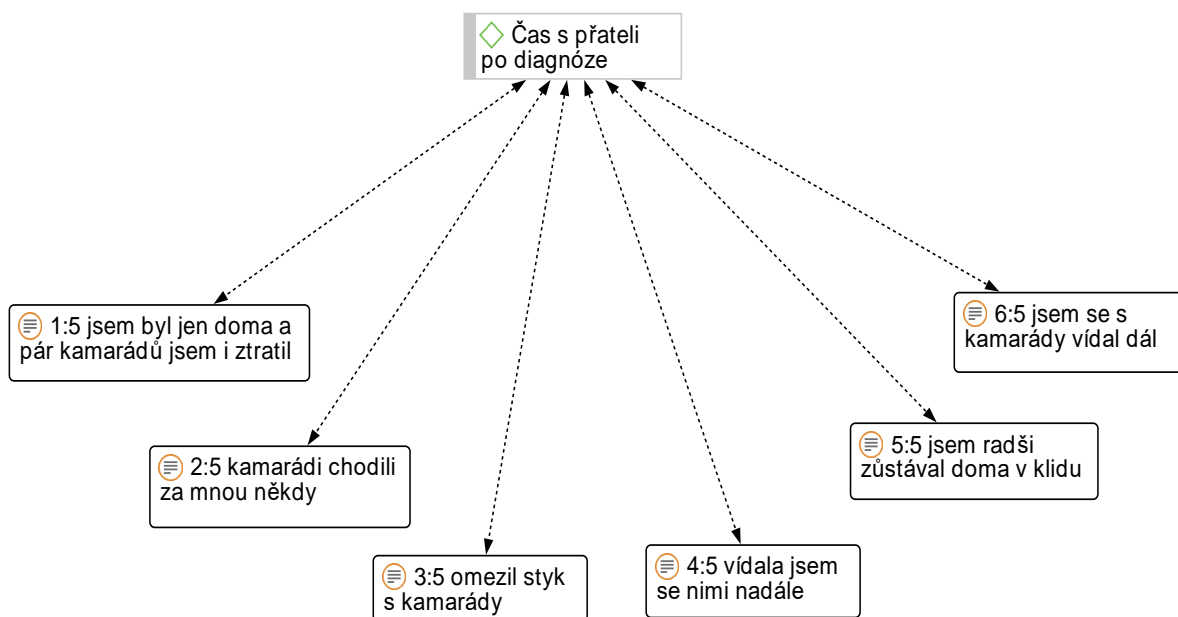
Obrázek 10 Omezení ve společenském životě

Zde na obrázku 10 je popsáno, že u všech šesti respondentů se i v minimální míře změnil společenský život kvůli prodělávanému onemocnění, které jim neumožňovalo se bavit tak jako dříve. V tomto období by mohl pomoci častější kontakt s rodinou. Všeobecná sestra by měla myslet na zapojení blízké rodiny do tohoto předoperačního období, kdy by rodina mohla pomoci s přípravou na operační výkon, ať už po psychické či fyzické stránce. Pět ze šesti dotazovaných respondentů nemoc ovlivnila společenský život natolik, že spíše zůstávali doma a ven chodili v nezbytných případech. Respondent č. 1 odpověděl: „Spíše jsem zůstal doma a omezil styk s okolím.“ Respondent č. 2 odpověděl: „...zůstal jsem spíše doma, protože bych se stejně nebavil, jelikož mi nešlo pořádně dýchat.“ Respondent č. 4 odpověděl: „byla jsem hodně společenský člověk, což se změnilo a byla jsem spíše doma.“ Respondent č. 5 odpověděl: „...vlastně jsem přestal vycházet z domu skoro úplně.“ Poslední z respondentů se snažil svůj společenský život omezit jen minimálně. Respondent č. 6 odpověděl: „...společenský život jsem se snažil omezit co nejméně, ale samozřejmě že jsem nechodil za kamarády každý den.“ Z tohoto vychází, že obtěžující příznaky tohoto onemocnění v první řadě, potíže s dýcháním, omezují společenský život respondentů.

5. Popište mi, jak jste před diagnózou trávil/a čas s přáteli a jak jste ho trávil/a po sdělení Vaší diagnózy.



Obrázek 11 Čas s přáteli před diagnózou

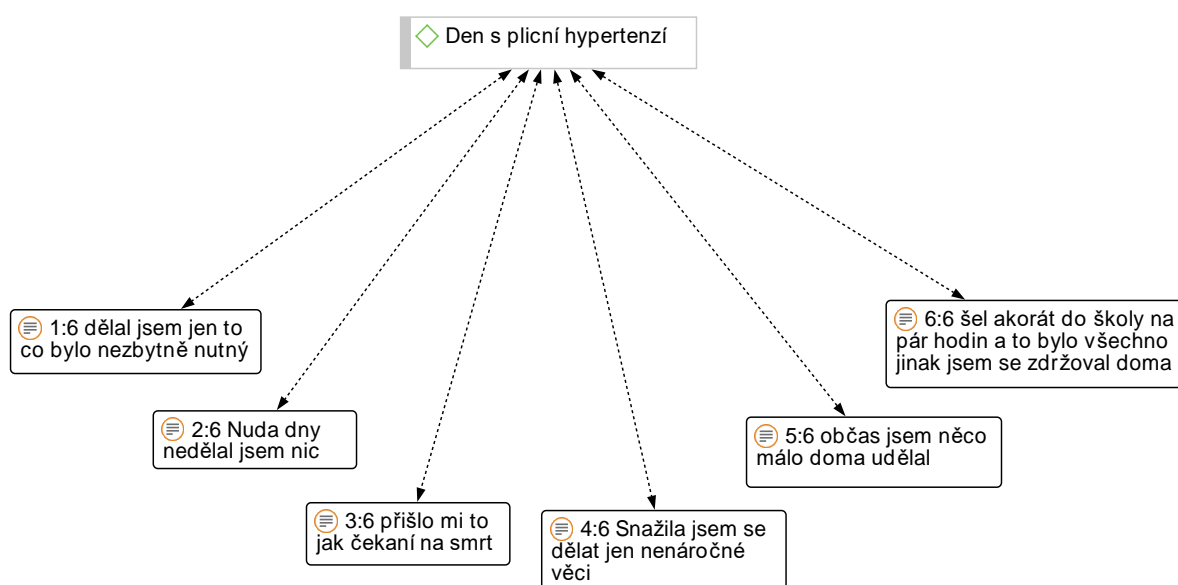


Obrázek 12 Čas s přáteli po diagnóze

Otázka byla vytvořena, aby ukázala, v jaké míře nemoc ovlivní styk s přáteli. Každý člověk je jiný, vyrovnává se s nepříznivou situací po svém. Z výsledků vyplývá, že dva respondenti nedokázali úplně přerušit styk s přáteli, což mělo určitě kladný vliv na jejich psychickou stránku v období, kdy čekali na operační výkon. Z hlediska ošetřovatelství by tito pacienti mohli být

psychicky dobře připraveni na výkon, jelikož u nich nedošlo k úplnému odloučení od přátel a nezůstali na to sami. Na obrázku 11,12 je možné vidět rozdíl, jak respondenti trávili čas s přáteli před sdělením diagnózy a po sdělení takto závažného onemocnění. Z obrázku 11 je zřejmé, že respondenti trávili hodně času s přáteli, ať už s nimi jezdili na výlety, dovolené nebo jen zašli do restaurace. Respondent č. 2 odpověděl: „*Dříve jsem byl veselý člověk, který jezdil na kole s kamarády anebo chodil s nimi na pivo.*“ Respondent č. 4 opověděl: „*Dříve jsem jezdila s kamarády na výlety každý rok byla to naše tradice.*“ Respondent č.6 opověděl: „*...jsem s nimi hrál fotbal, chodil na party a užíval si mládí...*“ Oproti obrázku 12, který popisuje, jak respondenti trávili svůj čas s přáteli po sdělení diagnózy. Dva respondenti se shodli, že své přátele vídali i přes závažnou diagnózu nadále. Respondent č. 4 odpověděl: „*...vídala jsem se s nimi nadále ale už jen doma v kuchyni ne při něčem náročném.*“ Respondent č. 6 odpověděl: „*... potom jsem se s kamarády vídal dál nechtěl jsem o ně přijít, ale už ne na party.*“ Zbývající čtyři respondenti zůstávali spíše doma, styk s přáteli omezili a u jednoho respondenta došlo i ke ztrátě části přátel. Respondent č. 1 odpověděl: „*...co mě postihlo tohle jsem byl jen doma a pár kamarádů jsem i ztratil.*“ Respondent č. 2 odpověděl: „*... jsem zůstával spíše doma a kamarádi chodili za mnou někdy.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*...omezil styk s kamarády se kterými jsem dříve chodil na pivo nebo jezdil na dovolenou.*“ Čas strávený s přáteli je důležitý pro každého z nás a k jejímu omezení dochází jen v nejnútnejších případech. Odpovědi respondentů vykazují, že toto neobvyklé onemocnění dokáže omezit až někdy úplně přerušit styk s přáteli.

6. Jak vypadal Váš běžný den s onemocněním tromboembolická plicní hypertenze?



Obrázek 13 Den s tromboembolickou plicní hypertenzí

Tato otázka měla za cíl představit, jaký dokáže být den s tromboembolickou plicní hypertenzí a jak to vnímají sami pacienti s touto diagnózou. Výpovědi respondentů poukazují na náročné dny po psychické i fyzické stránce, kdy nedokázali dělat vše na co byli zvyklí. Toto období před operačním výkonem je náročné, kvůli dlouhému čekání na potřebný a ve většině případů nezbytný výkon. V této fázi probíhají předoperační vyšetření, jejíž součástí je i všeobecná sestra, která některá z vyšetření provádí, a především vysvětluje v rámci svých kompetencí, průběh hospitalizace v nemocničním zařízení. Z odpovědí respondentů lze usoudit, že den s takto ne příliš známým onemocněním nebyl vůbec jednoduchý. Z obrázku 13 je možné vyčíst, že tři respondenti z šesti se sešli ve svých odpovědích. Respondent č. 1 odpověděl: *„Byly to dny nic moc, dělal jsem jen to, co bylo nezbytně nutné...“* Respondent č. 4 odpověděl: *„Snažila jsem se dělat jen nenáročné věci a byla radši spíše doma.“* Respondent č. 5 odpověděl: *„Nijak zajímavě občas jsem něco málo doma udělal, ale moc to nešlo, protože jsem se u všeho hnedka zadýchal.“* Respondent č. 3 odpověděl: *„Strašný přišlo mi to, jak čekání na smrt nemohl jsem dělat nic protože ten dech mi prostě nestačil.“* Tato odpověď zazněla pouze jednou a na první pohled ukazuje, jak těžké musely být dny před operačním výkonem s onemocněním tromboembolická plicní hypertenze. Respondent č. 6 byl v té době ještě stále studentem a přes závažné onemocnění stále chodil do školy, odpověděl: *„Tak že jsem šel akorát do školy na pár hodin, a to bylo všechno jinak jsem se zdržoval doma.“* Zde z výpovědí vychází, že je tromboembolická plicní hypertenze závažné, těžké onemocnění a dny s ní jsou náročné.

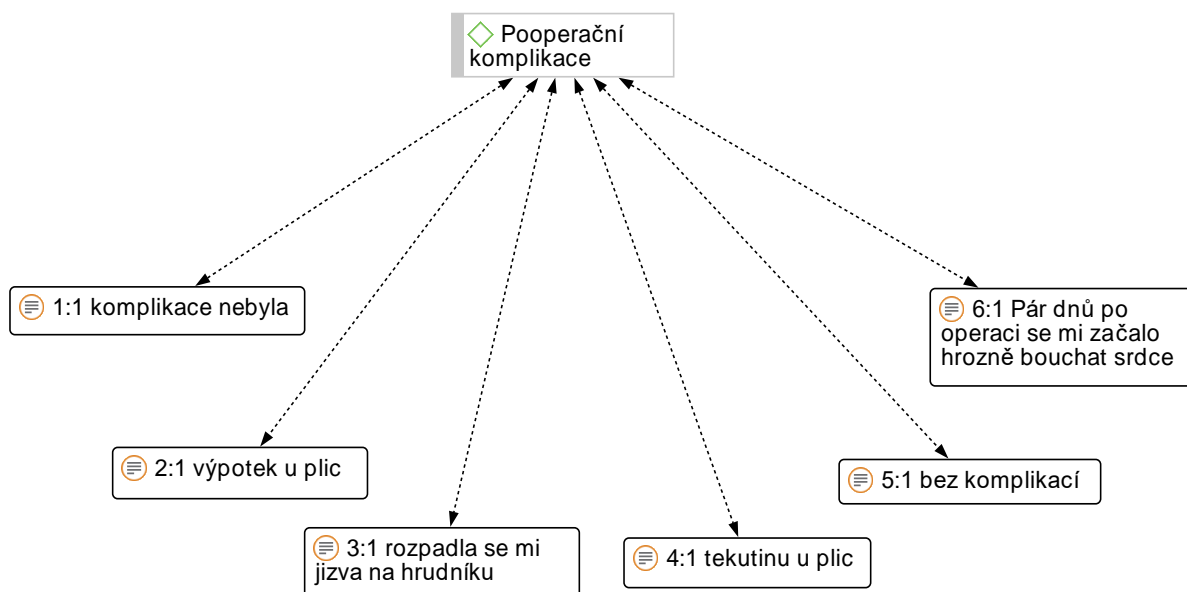
Výstup z oblasti B

Stále platí, že nejvíce limitujícím příznakem je nedostatek dechu zvaný dušnost. Dále z této oblasti vyplývá, že onemocnění tromboembolická plicní hypertenze dokáže ovlivnit a v mnoha případech i změnit život ve všech jeho oblastech. Nemoc pacientům znemožní dělat to, co prováděli s oblibou. Někteří jsou schopni se nemoci přizpůsobit a dokáží pokračovat v tom, co jim činí radost, i když třeba jen v omezené míře. Pro potvrzení výstupů by navazující kvantitativní šetření mělo ve svém nástroji (ať již standardizovaném či vytvořeném přímo pro tyto pacienty) hodnotit oblast volnočasových aktivit pacientů. Dále by mohl být součástí období před operačním výkonem i konzultace s psychologem, který by pomohl s přípravou na výkon i zvládnutí psychicky náročných situací v předoperačním období. Nezbytnou součástí tohoto období je i všeobecná sestra, která připravuje pacienty na operační výkon, provádí některá potřebná vyšetření a poskytuje potřebné informace o péči v rámci svých kompetencí.

C) Období po operačním výkonu

Oblast zaměřená především na vnímání obtíží pacientů po operačním výkonu. Byly zde zakomponovány otázky týkající se výskytu pooperačních komplikací. Další otázka se zaměřovala na každodenní činnosti, které respondentům dělají největší problém nebo co vnímají jako největší obtíž po výkonu. V neposlední řadě je zde otázka v čem konkrétně vnímají pacienti největší rozdíl před operačním výkonem a po operačním výkonu.

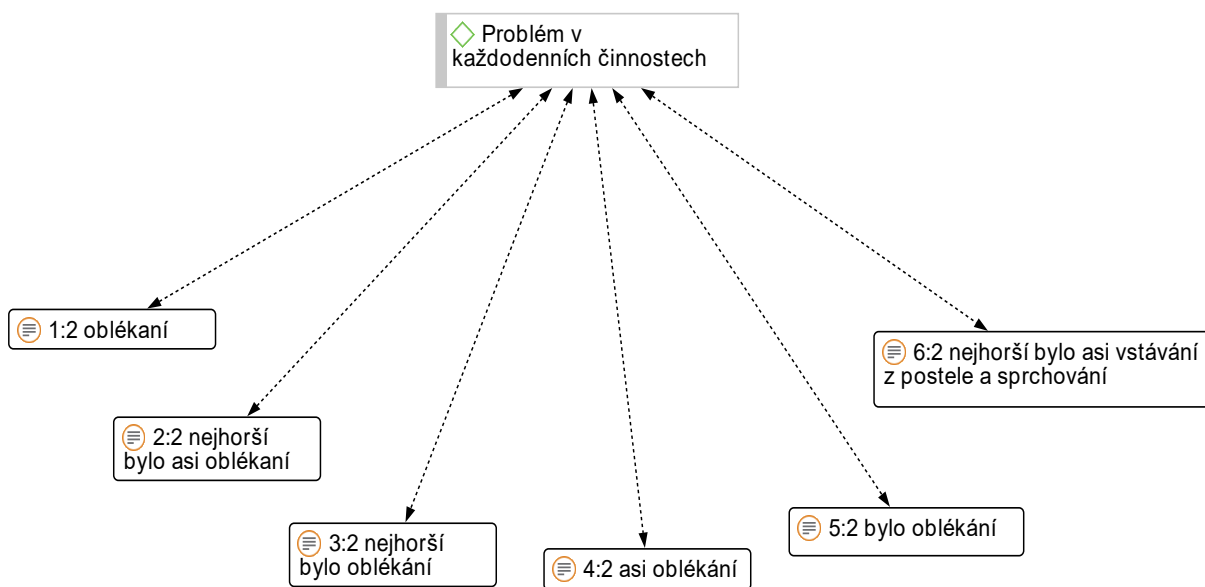
1. Vyskytly se u Vás nějaké pooperační komplikace? Pokud ano, jaké?



Obrázek 14 Pooperační komplikace

Cílem otázky bylo ukázat, co vnímají samotní pacienti jako pooperační komplikaci. Pro jejich hodnocení by byl jinak využit sběr dat například od ošetřujícího lékaře. Některé z komplikací si pacienti ani nemuseli uvědomit, že nastali anebo jimi nebyli natolik ovlivněni, aby si je zapamatovali. Na obrázku 14 jsou interpretovány výsledky pooperačních komplikací, které respondenti sami vnímali. Dva z šesti respondentů žádné pooperační komplikace nezaznamenali. Respondent č. 1 odpověděl: „*Vše prý probíhalo, jak mělo a žádná komplikace nebyla.*“ Respondent č. 5 odpověděl: „*Ne žádné komplikace se u mě nevyskytly.*“ Respondent č.4 odpověděl: „*Měla jsem nějakou tekutinu u plic tak mi to museli jehlou odsávat.*“ Zbývající tři respondenti vnímali tři rozdílné komplikace. Respondent č. 2 odpověděl: „*Po operaci se mi udělal výpotek u plic tak mě ho museli odsávat jehlou.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*...rozpadla se mi jizva na hrudníku, dávali mi tam takou houbu, aby to odvádělo ty nečistoty, prý to mělo spojitost s cukrovkou.*“ Respondent č. 6 odpověděl: „*Pár dnů po operaci se mi začalo hrozně bouchat srdce tak mi dali nějaký léky, aby se zpomalilo.*“ Zde jsou zmíněny komplikace, které zaznamenali respondenti.

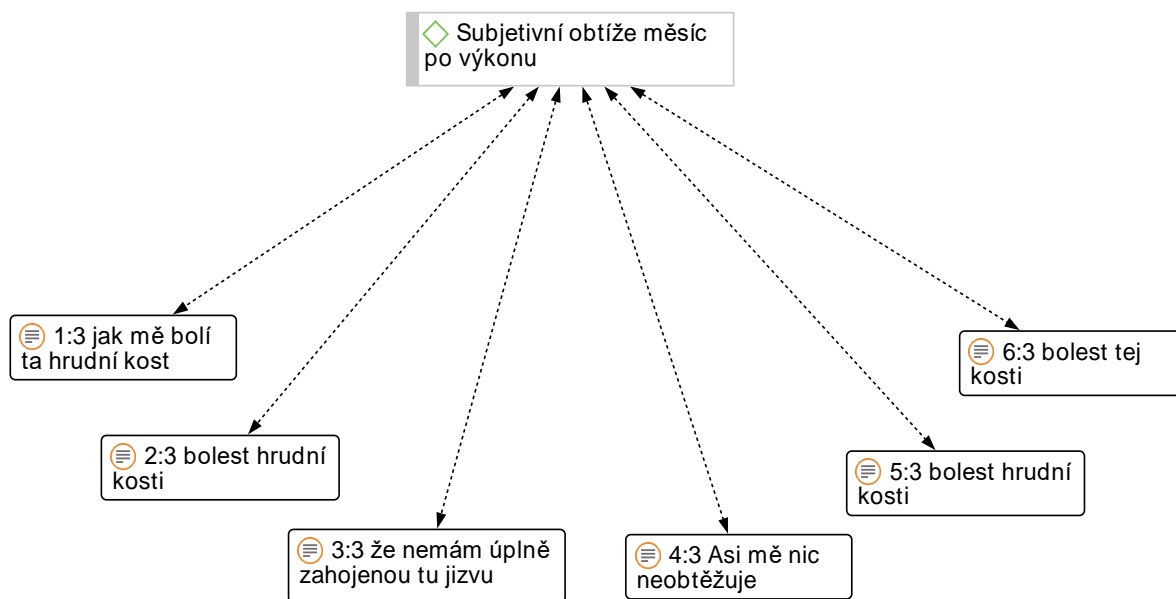
2. Která z každodenních činností Vám dělala po měsíci od operace největší problém (hygiena, oblékání...)?



Obrázek 15 Problém v každodenních činnostech

Tato oblast vyznačuje okruh soběstačnosti, ve které vnímali respondenti největší omezení po operačním výkonu. Vypovídá o jejich subjektivním názoru, který je důležitý pro použití ošetrovatelských intervencí, díky kterému všeobecné sestry vědí, s čím mají pomoci. Z obrázku 15 je patrné, že ze šesti respondentů pět uvedlo jako největší problém v každodenních činnostech po operačním výkonu oblékání. Respondent č. 2 odpověděl: „...že jsem zvládal skoro všechno s pomocí, ale nejhorší bylo asi oblékání.“ Respondent č. 3 odpověděl: „Největší problém mi dělalo oblékání, jak ta kost nebyla ještě pořádně srostlá.“ Pouze odpověď respondenta č. 6 byla rozdílná od ostatních odpovědí, jelikož jemu dělalo největší problém vstávání z lůžka a sprchování, odpověděl: „Zvládl jsem všechno sám a nejhorší bylo asi vstávání z postele a sprchování.“ Pooperační období u tohoto onemocnění je velice náročné pro ošetrovatelskou část, ale hlavně především pro samotného nemocného. Důvodem je protětí hrudní kosti při výkonu, s čímž je spojená snížená soběstačnost, což vyplývá i z výpovědí respondentů.

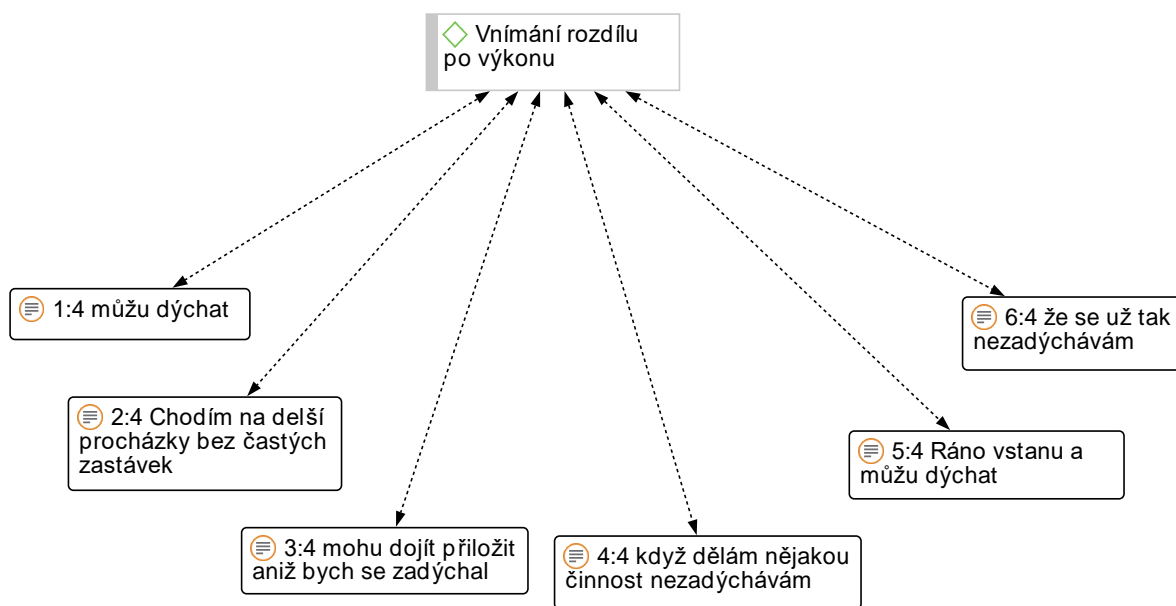
3. Co jste vnímal/a jako největší obtíže měsíc po výkonu (bolest hrudní kosti, vstávání z lůžka, kašel, mdloby...)?



Obrázek 16 Subjektivní obtíže měsíc po výkonu

Tato otázka byla zapojena do kontextu především proto, aby bylo zjištěno, co pacienti subjektivně vnímají jako obtěžující měsíc po výkonu. Výpovědi respondentů jsou dobrým podkladem pro všeobecné sestry, které jsou pacientům nápomocné v tomto období a pomáhají jim tyto obtíže vyřešit. Z obrázku 16 lze usoudit, že největší obtíž měsíc po výkonu respondenti udávali bolest hrudní kosti. Takto odpověděli čtyři ze šesti dotazovaných respondentů. Respondent č. 1 odpověděl: „Nejvíce mi vadí furt jak mě bolí ta hrudní kost, ale s tím jsem počítal.“ Respondent č. 2 odpověděl: „...asi ta bolest hrudní kosti ale dá se to vydržet.“ Odpovědi dvou respondentů byli zcela odlišné. Respondent č. 3 odpověděl: „Nejvíce mi vadí, že nemám úplně zahojenou tu jizvu.“ Respondent č. 4 odpověděl: „Asi mě nic neobtěžuje jsem ráda, že to mám za sebou všechno.“ Z těchto odpovědí vychází, že největší vnímanou obtíž po operačním výkonu, je právě bolest hrudní kosti, kterou respondenti nejčastěji zmiňovali.

4. V čem konkrétně vnímáte největší rozdíl před operací a po operaci?



Obrázek 17 Vnímání rozdílu po výkonu

Otázka zařazena proto, aby byl zde vidět rozdíl, co subjektivně vnímají respondenti jako největší rozdíl před operačním výkonem a po operačním výkonu. Toto je dobré východisko pro všeobecné sestry, které výpovědi mohou použít jako příklad u pacientů, kteří ještě čekají na operační výkon, čímž by u nich mohlo dojít ke zlepšení psychického stavu. Na tomto obrázku 17 jsou zaznamenány odpovědi respondentů na otázku, v čem oni sami vnímají největší rozdíl před operačním výkonem a po operačním výkonu. Všichni respondenti uvedli téměř totožnou odpověď, ve kterém hrál hlavní roli dech. Respondent č. 2 odpověděl: „*Chodím na delší procházky bez častých zastávek což před operací bylo nemyslitelné.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*Je to velká změna mohu dojít přiložit, aniž bych se zadýchával a pomalu se snažím dělat vše co před nemocí.*“ Respondent č. 6 odpověděl: „*V tom že se už tak nezadýchávám a začínám pomalu zase trénovat abych mohl hrát fotbal.*“ Z odpovědí respondentů vyplývá, že obtíže, které nemoc způsobuje v období před operačním výkonem po výkonu částečně nebo úplně vymizí.

Výstup z oblasti C

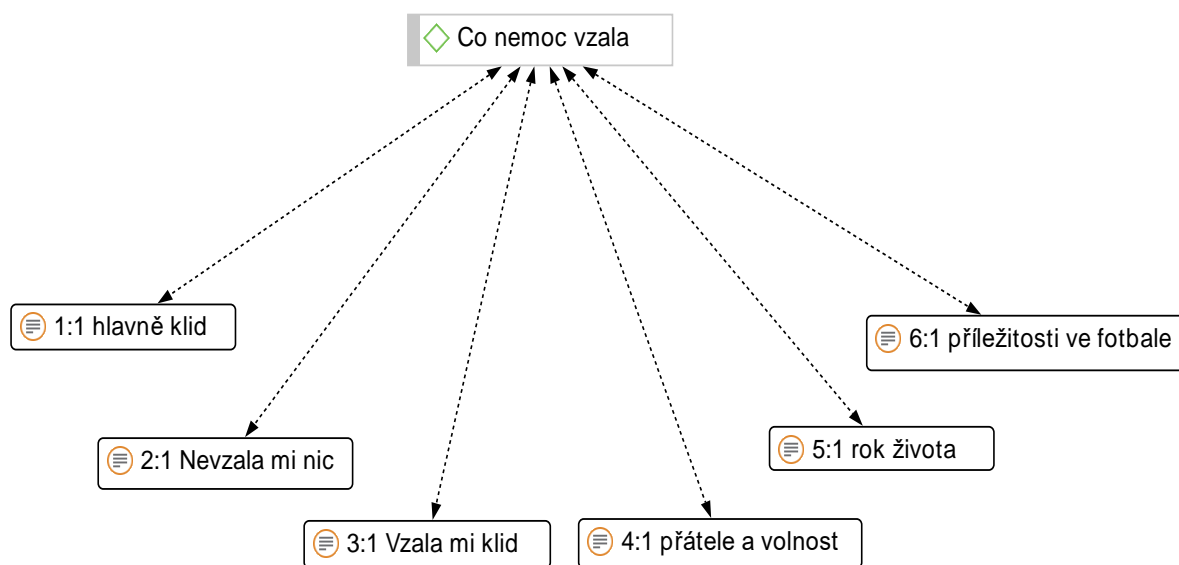
Endarterektomie, je velice náročný operační výkon, kdy dochází k protěti hrudní kosti. Proto je pooperační období v prvních týdnech ale i měsících velice náročné a bolestivé. V tomto období se učí pacienti, jak správně vstávat z lůžka, aby nedošlo k dehiscenci rány, a hlavně tím docílí menších bolestí. Zde má nezastupitelnou roli všeobecná sestra, která je s pacientem v nejčastějším kontaktu, tlumí bolesti nebo pomáhá s úkony, které nemocný nezvládá v prvních

dnech či týdnech sám. Z této oblasti vychází, že největší problém měli respondenti s oblékáním i jako subjektivní obtíže téměř všichni udávali právě bolest hrudní kosti. Největší rozdílem po výkonu bývá pro pacienty pocit, že se nezdýchávají při běžných aktivitách. Následně by bylo vhodné pokračovat kvantitativním výzkumem orientovaný na zjištění změny psychiky či délku rekonvalescence a komplikace během rekonvalescence, které jsou ovlivnitelné ošetrovatelskými intervencemi.

D) Vnímání tromboembolické plicní hypertenze pacientem

Tato oblast prezentuje odpovědi respondentů na otázky, týkající se například toho, co jim plicní hypertenze vzala. Dále se zaměřuje na to, zda respondenti věděli po sdělení diagnózy, co znamená tromboembolická plicní hypertenze a zda bylo nemocným poskytnuto dostatek informací. Poslední otázka je zde zakomponována pro celkové shrnutí, jak respondenty ovlivnilo onemocnění celkově.

1. Co Vám tromboembolická plicní hypertenze vzala?

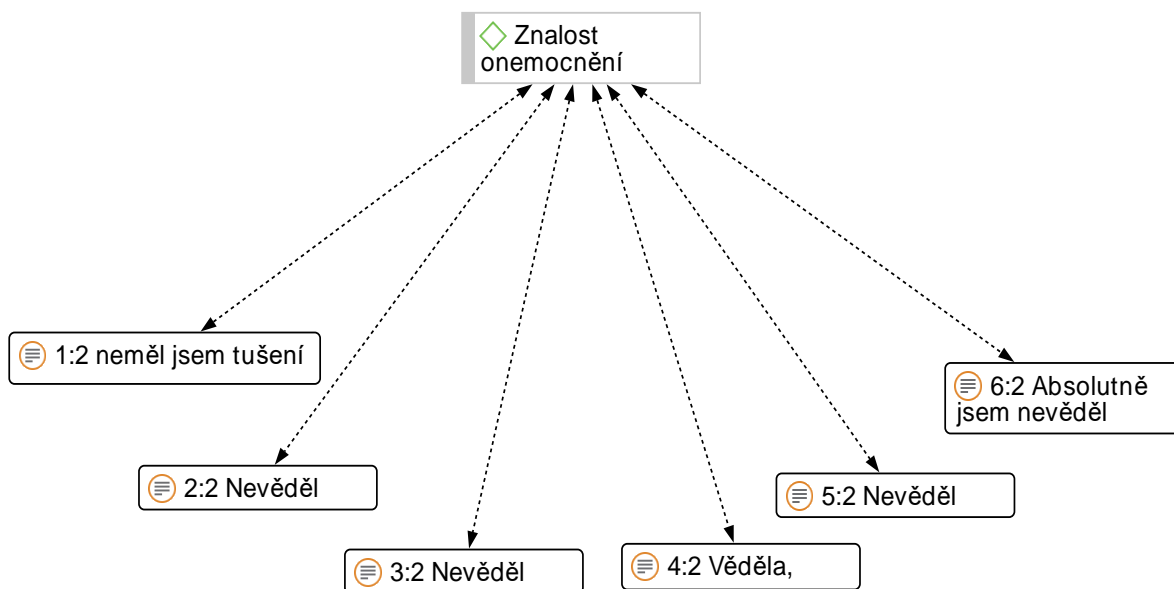


Obrázek 18 Co nemoc vzala

Otázka byla vložena pro zjištění, zda pacienti kvůli nemoci ztratili anebo jim období prodělané nemocí dokázalo něco vzít. Odpovědi dvou respondentů se shodovali především v tom, že jim diagnostikované onemocnění vzalo klid. Respondent č. 1 odpověděl: „...mi vzala no hlavně klid určitě...“ Respondent č. 3 odpověděl: „Vzala mi klid a pocit bezpečí...“ Dále na obrázku 18 je možné vidět, čtyři odpovědi respondentů, které se neztotožňují. Respondent č. 2 na dotazovanou otázku odpověděl, že mu onemocnění nic nevzalo. Respondent č. 4 odpověděl: „Vzala mi přátele a volnost, když jsem čekala přes rok na operaci...“ Respondent č. 5 odpověděl: „Vzala mi rok života, kdy jsem musel být jen doma...“ Respondent č.6 byl aktivním

sportovec, jemuž onemocnění zkomplikovalo další vývoj ve fotbalové kariéře, odpověděl: „Vzala mi příležitosti ve fotbale a čas který jsem nemohl strávit s přáteli...“ Z výpovědí dotazovaných vylívá, že téměř každému nemoc něco vzala a skoro vždy to nebylo příjemné.

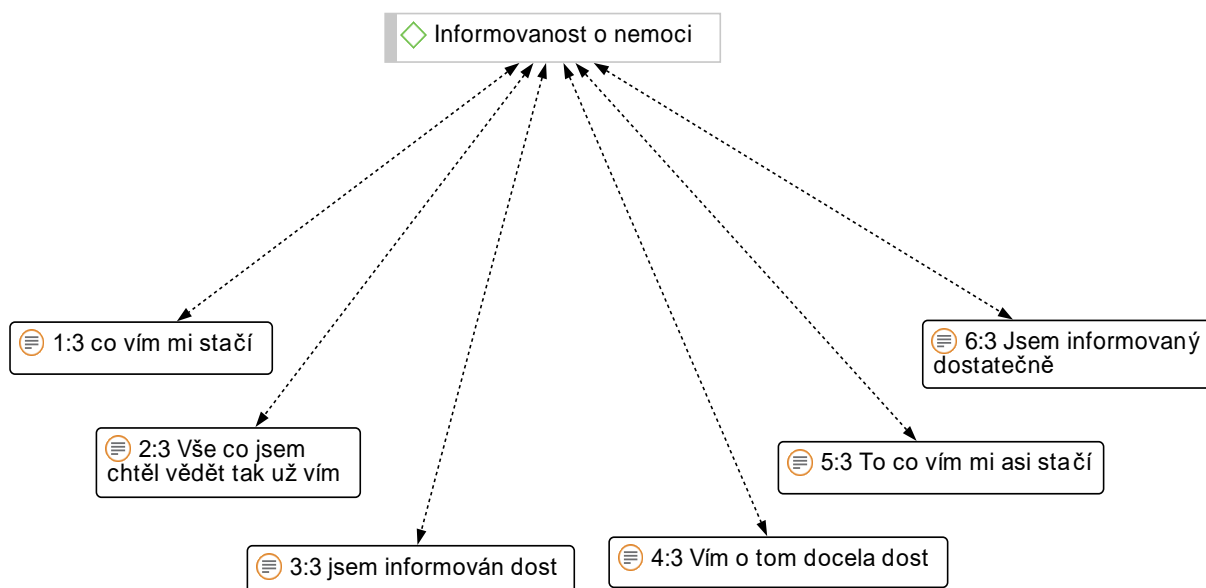
2. Věděl/a jste po sdělení diagnózy, co je tromboembolická plicní hypertenze? Pokud ano, kde jste se o onemocnění dozvěděl/a?



Obrázek 19 Znalost onemocnění

Otázka dotazující se respondentů, zda věděli, co nemoc znamená. Z odpovědí na obrázku 19 je téměř jisté, že onemocnění patří stále mezi málo rozšířené. Pět z šesti dotazovaných respondentů odpovědělo, že před vysvětlením lékařů nevěděli, co tato nemoc znamená. Respondent č. 1 odpověděl: „...neměl jsem tušení co ty slova znamenají musel mi to pan doktor vysvětlit a hodně, než jsem to pochopil.“ Respondent č. 3 odpověděl: „Nevěděl, řekli mi to lékaři.“ Respondent č. 5 odpověděl: „Nevěděl až lékaři mi vysvětlili, jak zákeřná nemoc to je ani jsem nevěděl, že to existuje.“ Pouze jeden z respondentů věděl, co diagnóza znamená, protože totéž onemocnění se u nich v rodině vyskytlo. Respondent č. 4 odpověděl: „Věděla, tuto nemoc prodělala už moje babička.“ Tyto výpovědi respondentů vykazují, že onemocnění není natolik rozšířené i přes svůj závažný průběh, aby o něm pacienti věděli z běžných mediálních zdrojů.

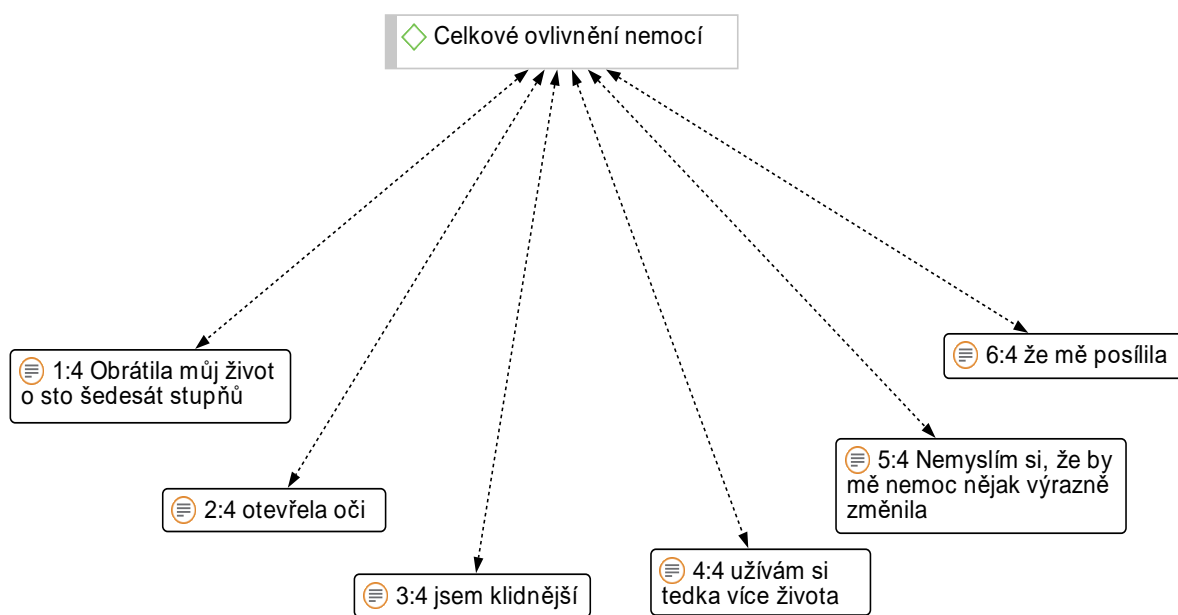
3. Vnímáte informace o své nemoci, jako dostatečné nebo máte pocit, že potřebujete další informace?



Obrázek 20 Informovanost o nemoci

Otázka poukazuje na to, zda respondenti vnímají poskytnuté informace jako dostatečné. Ve většině případů je zdrojem ověřených informací lékař specialista, který se zabývá a zná onemocnění nejlépe. Dále může poskytovat informace všeobecná sestra, jak ve formě ústní, tak i pomocí letáků či brožur, tuto variantu však nikdo z dotazovaných respondentů nevedl. Na obrázku 20 jsou interpretovány výsledky otázky 3, která se zabývá tématem, zda nemocní vnímají dostatek informací o svém onemocnění. Všichni respondenti se shodují, že informace které jim byli poskytnuty lékaři, jsou naprosto dostatečné a více vědět nepotřebují. Respondent č. 1 odpověděl: „*To co vím mi stačí další už radši vědět nechci.*“ Respondent č. 3 odpověděl: „*Myslím, že jsem informován dost bylo mi vše dobře vysvětleno.*“ Respondent č. 4 odpověděl: „*Vím o tom docela dost a stačí mi to jelikož už to u nás v rodině jednou bylo.*“ Toto potvrzuje, že lékaři specialisté i všeobecné sestry poskytují pacientům jasné a dostačující informace o onemocnění.

4. Zkuste mi popsat, jak Vám tromboembolická plicní hypertenze ovlivnila život celkově?



Obrázek 21 Celkové ovlivnění nemocí

Tato otázka byla použita pro dokreslení a ukázaní celkového vnímaného pohledu člověka, který prodělal takto těžké onemocnění. Ve většině případů došlo k pozitivnímu ovlivnění a více si díky této nemoci respondenti uvědomují sami sebe. Kromě jedné odpovědi se všichni respondenti ztotožňují, že nemoc jim nějakým způsobem ovlivnila život a ve většině případu to bylo pozitivně. Respondent č. 1 odpověděl: „Obrátila můj život o sto šedesát stupňů jsem určitě jiný člověk než na začátku a myslím, že lepší, než kdy předtím a vím že o sebe musím více dbát.“ Respondent č. 2 odpověděl: „Celkově mi otevřela oči že i malá nevolnost a nedostatek dechu může být vážná.“ Respondent č. 3 odpověděl: „...hodně jsem klidnější a musím na sebe dávat větší pozor.“ Pouze rozdílnou odpověď měl respondent č. 5, který odpověděl: „Nemyslím si, že by mě nemoc nějak výrazně změnila, možná se víc směji než dříve.“ Tato otázka potvrzuje, jak je nemoc a její průběh velice náročný, když dokáže celkově změnit člověka a přinutit ho jinak vnímat sám sebe.

Výstup z oblasti D

Z této oblasti plyne, že laická veřejnost stále není obeznámena o tomto onemocnění. Je vhodné, aby se o nemoci více mluvilo, jelikož jde o velice závažné onemocnění, které dokáže lidem změnit život. Všeobecné sestry by mohly vymyslet nějaké online semináře nebo články pro širokou laickou veřejnost, aby se onemocnění dostalo více do povědomí lidí. Naopak když pacienti již mají potvrzenou diagnózu tromboembolická plicní hypertenze, dochází

k dostatečné informovanosti odborníky zabývající se touto nemocí. Tato nemoc je tak závažná, že když ji pacienti zvládnou bez větších obtíží, dokáže je změnit především v tom, jak vnímají sami sebe a svůj život. Tyto závěry lze dále zkoumat pomocí kvantitativního výzkumu, který by se zaměřil na zdroj získávání informací o onemocnění, mimo lékaře specialisty.

7 DISKUZE

Z publikované české a zahraniční literatury nebyla nalezena žádná práce ani výzkum orientovaný přesně na téma Vnímání obtíží v běžném životě pacientů operovaných pro plicní hypertenzi. Existují již výzkumy týkající se vzniku nebo léčby tromboembolické plicní hypertenze, ale o vnímání obtíží v běžném životě pacientů a o tom, jak pacienti nemoc prožívají, nebyl žádný průzkum dosud proveden. I to byl důvod volby kvalitativní metodiky průzkumu.

Pro porovnání výsledků byly nejčastěji vybrány závěrečné práce, které se zabývají arteriální a primární plicní hypertenzí. Tato onemocnění jsou formou plicní hypertenze a v některých oblastech jsou velice podobné a blízké tromboembolické plicní hypertenzi.

Průzkumná otázka č. 1 – Jak vnímají pacienti období diagnostiky?

Výsledky této průzkumné otázky vychází z analýzy položek strukturovaného rozhovoru č. 1,2,3,4,5 v oblasti A období diagnostiky tromboembolické plicní hypertenze.

Lindner a Jansa (2009) ve své publikaci uvádějí, že tromboembolická plicní hypertenze se nejčastěji projevuje dušností a únavou. Toto tvrzení se shoduje s výsledky průzkumného šetření, kdy pacienti jako nejčastější projev nemoci udávali, potíže s dechem neboli dušnost a únavu. Bakalářská práce (Klopotová, 2009) s názvem „*Život s plicní hypertenzí sledovaný v IKEM Praha*“ ve svém práci interpretuje, že na prvním místě respondenti uváděli únavu a vzápětí i dušnost. Výsledky této práce se neshodují, sice uvádějí stejné příznaky, ale v opačném pořadí. Dušnost nebo obtíže spojené s dechem jsou pro člověka velice limitující a stejně tak i únava.

Následující odstavec se zabývá délkou diagnostiky tohoto méně známého onemocnění. Odpovědi čtyřech respondentů byly shodné vždy ve dvou případech. Respondenti uvedli dvakrát čtrnáct dní a dvakrát měsíc. Zbývající dva respondenti uvedli rozdílné odpovědi, které zněly měsíc a deset dní a dva měsíce. Nejkratší délka diagnostiky byla tedy 10 dní a nejdelší dva měsíce. Žádná literatura přesně nepopisuje délku diagnostiky, jen poukazuje na neznámost tohoto onemocnění, obtížnost diagnostiky a využití mnoha vyšetřovacích metod (Jansa, Aschermann a kol, 2017, s.280). Pouze sdružení pacientů s plicní hypertenzí ve své brožuře udává, že stanovení konečné diagnózy od začátku příznaků může trvat i několik měsíců (SPPH, 2007, s.38). Lze z odpovědí vyvodit, že délka diagnostiky tohoto onemocnění je dlouhá a nemocní to nevnímají nejlépe.

Další zjištění souviselo s pocity respondentů a co je napadlo jako první po sdělení této ne příliš optimální diagnózy. Bylo zjištěno, že polovinu respondentů napadlo téměř okamžitě slovo operace. Zbývající tři odpovědi respondentů se vztahovaly na pocity, které tato situaci vyvolala. Jeden ze zbývajících třech respondentů uvedl, že ho napadlo slovo udušení, další si přišel v koncích a vyskytl se u něho strach, poslední odpověděl bojovnost a nevzdávat to. Není možné porovnávat výsledky, jelikož nebyl nalezen výzkum a žádná odborná literatura toto téma nepopisuje. Tyto výsledky poukazují na negativní pocity a strach pacientů z operačního výkonu, jelikož operace napadla polovinu dotazovaných.

Jansa, Aschermann a kol. (2007) ve své knize uvádějí, že patofyziologie tromboembolické plicní hypertenze souvisí s plicní embolií a také vypovídají, že tromboembolická plicní hypertenze vzniká jako důsledek plicní embolie, opakovaných emboliích nebo mikroembolizací. Toto se ztotožňuje s odpověďmi dvou respondentů, kdy jeden dříve prodělal plicní embolií a druhý embolií v dolní končetině, zbývající respondenti vylučují přítomnost dalšího onemocnění, které by mohlo souviset s tromboembolickou plicní hypertenzí. Z odpovědí je zřejmé, že přidružené onemocnění nemusí mít pokaždé vliv na vznik tromboembolické plicní hypertenze.

Průzkumná otázka č. 2 - Jaké vnímají pacienti obtíže v běžném životě před operačním výkonem na plicnici?

Na tuto průzkumnou otázku bylo možné odpovědět až po rozboru otázek č.1,2,4,5,6 v oblasti B ovlivňování pacienta nemocí před operačním výkonem.

Předoperační období u této nemoci je náročné především v oblasti psychické. U všech respondentů došlo ke změně v okruhu psychiky. Ve čtyřech případech došlo k velmi podobné a v některých oblastech až shodné odpovědi. Respondenti byli před nemocí optimisté a veselí lidé, což se s přítomností nemoci měnilo na negativismus, pesimismus až došlo k tomu, že to chtěli vzdát. Zbylí dva respondenti odpověděli, že měli strach o sebe a co s nimi bude dál. Jansa (2007) ve své publikaci sděluje, že pomoc psychiatra, psychologa je potřeba u pacientů, kteří mají terminální stádium této nemoci. S tímto tvrzením lze souhlasit, ale je dobré tuto pomoc nabídnout i nemocným, kteří nejsou v té nejhorší fázi nemoci a nedokáží se s diagnózou vyrovnat sami. Z tohoto průzkumu je patrné, že by bylo vhodné zapojit do předoperační péče pomoc psychologického pracovníka.

Dalším zajímavým zjištěním je omezení nemocí ve společenském životě a cestování. V obou oblastech respondenty nemoc limitovala, někdy jen v malé míře, ale i tak museli změnit svůj

přístup. Velké omezení ve společenském životě vnímalo pět z šesti dotazovaných respondentů. Poslední z respondentů odpověděl, že se snažil omezit svůj společenský život co nejméně. V cestování vnímali omezení úplně všichni respondenti, často zůstávali raději doma. Bakalářská práce Martiny Černé (2015), která se věnuje kvalitě života pacientů s plicní hypertenzí, která se dotazuje pouze dvou respondentů. První uvedl, že došlo k omezení společenského života. Druhý respondent uvedl, že se snažil svůj společenský život omezit a změnil si ho podle svých potřeb, aby nebyl tak náročný. Stejně odpovědi respondentů zazněli i v průzkumné šetření více ve společenském životě. Změny v cestování nelze porovnat s dalšími průzkumy ani odbornou literaturou, jelikož žádné nebyly nalezeny. Z výpovědí plyne, že kvůli nemoci došlo k omezení jak ve společenském životě, tak i v cestování.

Dále z odpovědí respondentů vyplynulo, že u nich došlo ke změně tráveného času s přáteli před a po operačním výkonu. Dotazovaní respondenti trávili hodně času se svými přáteli před sdělením diagnózy, jezdili na výlety, dovolené, chodili do restaurací nebo za zábavou. U čtyřech respondentů došlo k omezení styku s přáteli, kdy zůstávali radši doma a jeden uvedl i ztrátu části přátel. Oproti zbylým dvěma respondentům, kteří se se svými přáteli vídali nadále, ale pouze u nenáročných aktivit. Jeden respondent odpověděl, že přátelé chodili za ním domů a druhý se s přáteli vídal nadále, jelikož je nechtěl ztratit. Bakalářská práce Martiny Černé (2015) s tématem „*Kvalita života pacientů s plicní s plicní hypertenzí.*“ Ve své práci prezentuje výsledky pouze dvou dotazovaných respondentů. Stejně jako v našem průzkumu respondenti trávili hodně času s přáteli. U prvního respondenta došlo k omezení kontaktu s přáteli a přišel si sociálně izolován. Druhý uvedl, že po sdělení diagnózy je s přáteli nadále v kontaktu a dělá s nimi aktivity, které nejsou fyzicky náročné. Ve výsledku zazněli dvě stejné odpovědi jako v průzkumné šetření. Z výpovědí vychází, že došlo k značné změně styku s přáteli před sdělenou diagnózou a po ní.

Interesantním zjištěním bylo i jak dotazovaní popisovali den s tromboembolickou plicní hypertenzí. S touto nemocí se změnil den každého z respondentů. Odpovědi respondentů byly shodné v tom, že dělali jen nenáročné věci, a to co bylo nezbytně nutné. Další odpovědi byly například nudné dny nebo čekání na smrt. Poslední z respondentů stále ještě studoval k čemuž se vztahuje i jeho odpověď, že chodil na pár hodin do školy a pak se zdržoval spíše doma. Z tohoto zjištění vyplývá, že tromboembolická plicní hypertenze změní nemocným jejich den a ve své podstatě je omezí. Nelze tyto výsledky porovnat, jelikož žádné výzkumy ani literatura nebyly nalezeny.

Průzkumná otázka č. 3 – V jakých oblastech každodenního života pacienti vnímali největší omezení před operačním výkonem?

Na tuto průzkumnou otázku je zaměřena otázka č. 3 v rozhovoru, která poukazuje na největší obtíže při každodenních činnostech, které pacienti vnímali před samotným operačním výkonem. Pět respondentů uvedlo, že je nemoc limitovala ve všech oblastech každodenního života, jeden z respondentů však sdělil konkrétní omezení, čímž byla chůze na delší vzdálenosti, při které docházelo k častému zadýchávání. Lze porovnat tuto otázku s bakalářskou prací Klopotové (2009) s názvem „*Život s plicní hypertenzí sledovaný v IKEM Praha*“. Tento průzkum byl vytvořen na základě dotazníkového šetření, ale je shodný s výsledky uvedenými výše. Ve svých výsledcích prezentuje, že více jak polovina respondentů uvedla problém ve všech aktivitách každodenního života. Bakalářská práce Martiny Černé (2015), která ve své práci vedla rozhovor pouze se dvěma respondenty, udává že jeden z dotazovaných respondentů odpověděl, že nemoc ho limituje ve všech každodenních činnostech. Druhý respondent uvedl částečné omezení, kdy mezi největší problém patří chůze. V její práci zazněly stejné odpovědi jako v průzkumném šetření. Z tohoto vychází, že tato nemoc dokáže člověku znemožnit nebo ho omezit v činnostech, které dříve dělal bez větších obtíží.

Průzkumná otázka č. 4 – Jaké vnímají obtíže pacienti po operačním výkonu na plicnici?

Tato průzkumná otázka byla vytvořena na základě odpovědí na otázky č. 2,3,4 v oblasti C období po operačním výkonu.

Obtíže, které pacienti vnímali v každodenních činnostech měsíc po operačním výkonu jsou uvedeny v následujícím odstavci. Odpovědi pěti ze šesti respondentů jsou shodné v tom, že uvedli jako největší obtíž oblékání, důvodem byla bolest hrudní kosti. Jeden z respondentů vnímal jiné obtíže, a to při sprchování a vstávání z lůžka. Vágnerová (2014) ve své publikaci uvádí, že nemoc ovlivňuje celkové fungování člověka, zhoršuje jeho zdravotní stav a následně nedovoluje dělat určité činnosti. Toto tvrzení koresponduje s výše uvedenými výsledky. Tyto výsledky naznačují, že největší problém dělalo respondentů oblékání, především kvůli nesrostlé hrudní kosti.

Subjektivně vnímané obtíže měsíc po výkonu respondenti nejčastěji udávali, bolest nesrostlé hrudní kosti. Další odpovědi byly odlišné, jeden z respondentů uvedl jako obtíž nezhojenou

jizvu na hrudníku a poslední odpověď byla, že respondentů nic výrazně neobtěžovalo. Vágnerová (2014) ve své knize vypovídá, že subjektivní vnímání nemoci zahrnuje celou řadu pacientových pocitů, včetně těch bolestivých, ale i obecný zdravotní stav a představu o daném onemocnění. Představ o nemoci je mnoho vzhledem k odlišnostem každého člověka, rozdílným zkušenostem, jinému prožívání a postoji k nemoci. Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že nejvíce vnímanou obtíží je bolest, kterou lze zařadit mezi pacientův pocit.

Nezbytným zjištěním bylo, v čem vidí dotazovaní konkrétní rozdíl před operačním výkonem a po operačním výkonu. Pět ze šesti respondentů uvedlo jako největší rozdíl pocit normálního dýchání. Jedna odpověď se trochu lišila, respondent sdělil rozdíl v chůzi na delší vzdálenost a nepotřebu dělat delší zastávky. Tyto odpovědi ukazují, jako největší rozdíl návrat dechu a ztrátu častého zadýchávání po operačním výkonu zvaném endarterektomie. Nebyla nalezena žádná odborná literatura na zde zmíněné téma.

Průzkumná otázka č. 5 – Jaké pooperační komplikace pacienti vnímali?

K této průzkumné otázce se pojí pouze otázka č. 1 ve strukturovaném rozhovoru, která se týká pooperačních komplikací, které pacienti sami vnímali po výkonu. Rozdílné komplikace se objevily u čtyřech respondentů ze šesti. Pooperační komplikace, které respondenti vnímali byly dehiscence jizvy, arytmie přesněji fibrilace síní a dvakrát se objevil perikardiální výpotek. Dva ze šesti dotazovaných respondentů nepoukazovali na přítomnost komplikací po operačním výkonu. Lindner a Jansa (2009) ve své literatuře uvádějí nejčastější komplikaci perikardiální výpotek, který uvedli ve svých odpovědích i dva respondenti. Dále se často objevuje reperfúzní edém nebo renální insuficience tyto komplikace však respondenti nezmiňují. Méně častou komplikací bývá fibrilace síní, kterou uvedl jeden z respondentů a dehiscence jizvy, která se objevuje pouze výjimečně a uvedl ji jeden z respondentů. Zde jsou uvedeny komplikace, které zaznamenali a vnímali sami pacienti, mohli nastat i jiné, ale zřejmě nedošlo k takovému zasažení, aby si je respondenti pamatovali.

Průzkumná otázka č. 6 – Jak vnímají pacienti onemocnění plicní hypertenze po operačním výkonu?

Pro odpověď na tuto průzkumnou otázku musely být nejdříve odpovězeny otázky č.1,2,3,4 v oblasti D vnímání plicní hypertenze pacientem.

Důležitým zjištěním bylo, co respondentům vzala tromboembolická plicní hypertenze. Pouze dva respondenti ze šesti odpověděli stejně, že jim nemoc vzala hlavně klid. Odpovědi ostatních

respondentů byly odlišné jako například ztráta přátel a volnosti, příležitosti ve fotbale, rok života a jednomu z respondentů onemocnění nevzalo vůbec nic. Tato otázka byla položena pro svoji důležitost. Znázorňuje, jak těžké onemocnění to je a co lze kvůli tomu ztratit. Nebyla nalezena žádná literatura, která by popisovala toto téma.

Důležitým faktorem průzkumu byla známost tohoto onemocnění respondenty. Pět respondentů se shodlo, že tuto diagnózu nikdy dříve předtím, než jim lékař vysvětlil, co znamená a upozornil na obtíže s tím spojené, neslyšeli ani neznali. Pouze jeden respondent věděl, co diagnóza znamená, především díky tomu, že se v minulosti objevila v rodině. Tato otázka a odpovědi z ní plynoucí, poukazují na stálou neznámost tohoto onemocnění mezi laickou veřejností. Nebyla nalezena žádná odborná literatura.

Zda informace, které pacienti získávají po sdělení jsou dostatečné, je popsáno zde. Všichni odpověděli stejně, že jsou dostatečně informovaní, co chtěli vědět už dávno vědí. Toto vypovídá o velmi dobré komunikaci mezi specialisty na toto onemocnění a postiženými. Bakalářská práce Klopotové (2009) s názvem „*Život s plicní hypertenzí sledovaný v IKEM Praha*“ ve svém průzkumu poukazuje na informovanost 82 % respondentů, kdy respondenti udávali nejčastěji lékaře specialistu jako zdroj informací. Tyto výsledky se neshodují, jelikož výše došlo k dostatečné informovanosti všech dotazovaných respondentů, v práci Klopotové (2009) byla informovanost v 82 %. Z průzkumného šetření je zřejmé, že dochází ke kvalitní informovanosti nemocných lékaři specialisty.

Na závěr byla položena otázka týkající se toho, jak respondentům ovlivnilo onemocnění život celkově. Odpovědi respondentů zahrnovaly, že jim nemoc otevřela oči, dokázala obrátit život o sto šedesát stupňů, posílila je, že jsou klidnější a více si začali užívat svého života. Zde ve všech odpovědích došlo ke změnám jen jedna poslední odpověď byla, že si respondent nemyslí, že by ho nemoc nějak výrazně změnila. Z většiny odpovědí respondentů je znát změna, že dotazovaní po prodělané nemoci změnili pohled sami na sebe a že si sebe více váží. Nebyla nalezena žádná literatura, popisující výsledky této otázky.

8 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce v teoretické části bylo shrnout dostupné informace o plicní hypertenzi. Pro správné pochopení tohoto onemocnění je nezbytné znát v předloženém rozsahu anatomii oblastí, kterých se onemocnění týká. Proto anatomii závěrečná práce začíná. Po zpracování teoretické části došlo ke stanovení průzkumných cílů, výzkumných otázek a následně sepsání metodologie průzkumu.

Průzkumná část byla zaměřena na vnímání tromboembolické hypertenzní plicní nemoci pacientů, a jaké obtíže jim způsobuje takto málo známé onemocnění v běžném životě. Průzkumné cíle byly stanoveny čtyři. Úlohou bylo zjistit, jak vnímají pacienti období diagnostiky, jak a v jakých oblastech každodenního života je nemoc ovlivnila nebo omezila před operačním výkonem, co vnímali jako obtíž po operačním výkonu a zda zaznamenali pooperační komplikace a v neposlední řadě, jak vnímají onemocnění plicní hypertenzi.

Období diagnostiky tromboembolické plicní hypertenze vnímají pacienti jako náročné především v délce stanovení konečné diagnózy od počátku prvních příznaků. Může to být způsobeno malou neznalostí tohoto onemocnění praktickými lékaři, a především netypickými příznaky nemoci. Z odpovědí respondentů vyplývá, že období diagnostiky jim není příjemné z důvodu její délky a z pocitů, které měli po sdělení této diagnózy. Všeobecné sestry by v tomto období měly dbát na psychickou připravenost pacientů na operační výkon a v první řadě na poskytnutí dostatečných informací o předoperační a pooperační péči.

Dotazovaní vnímají ovlivnění i omezení ve všech oblastech každodenního života, kdy jako největší důvod vnímají časté potíže s dechem a zadýchávání. Většina pacientů toto období vnímá jako těžké, především z pozice jejich psychického a fyzického stavu, kdy musejí čekat dlouho na operační výkon, nemohou cestovat na delší vzdálenosti a dochází k omezení i jejich společenského života. V tomto období by sestry neměly opomenout na důležitost kontaktu s rodinou. Mohly by jim v tom pomoci sociální sítě, které by umožnily častější kontakt s blízkými, zmírnily obavy z operačního výkonu a celkově zlepšily psychický stav nemocného.

Po operačním výkonu vnímali pacienti jako největší obtíž bolest hrudní kosti, která je způsobena protětim kosti při operačním výkonu. S touto obtíží souvisí i obtíž v oblasti každodenních činností, kdy největší problém vnímali v oblékání z důvodu právě bolesti hrudní kosti. Po výkonu pacienti vnímali převážně komplikace, které se objevují často a nebývají příliš vážné, jako výpotek u plic, fibrilace síní a jednou došlo i k dehiscenci rány. Na otázku týkající se toho, v čem vnímají největší rozdíl před operačním výkonem a po operačním výkonu, všichni

uvedli odpověď vztahující se ke zlepšení dýchání a málo častému zadýchávání. V tomto období hraje důležitou roli předoperační příprava. Proto by všeobecné sestry měly důkladně provádět přípravu na toto období a vzápětí si ověřit, zda pacient chápe předávané informace na základě zpětné vazby, příkladem může být předvedení správného vstávání z lůžka či odkašlávání.

Z období zaměřující se na to, jak respondenti vnímají onemocnění plicní hypertenze je znát, že dříve, než jim bylo odborníky vysvětleno, co onemocnění znamená, nevěděli že vůbec existuje. Pouze jeden respondent věděl, jaká je to nemoc, důvodem bylo již proběhlé onemocnění v rodině. Dále bylo zjištěno, že po potvrzení diagnózy pacienti vnímají dostatečnou informovanost o průběhu nemoci, její léčbě a nutnosti podstoupit operační výkon. Všeobecné sestry by se zde měly zaměřit na aktualizaci znalostí o nemoci a vytvoření nových metod pro předávání a zpětné ověření předaných informací. Příkladem může být vypracování dotazníku pro pacienty s otázkami o jejich onemocnění.

9 POUŽITÁ LITERATURA

1. ČEŠKA, Richard. *Interna - svazek 1*. Praha : Triton, 2010. ISBN: 978-80-7387-629-6.
2. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3. 3*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
3. BLANC, Gorg. *Atlas lidského těla*. Dobřešovice : Rebo Production, 2013. ISBN: 978-80-255-0475-8.
4. JANSÁ, P., ASCHERMANN, M., LINHART, A. *Primární plicní hypertenze*. Praha: Target –MD, 2002. ISBN 80-239-0571-6.
5. JANSÁ, Pavel a Michael ASCHERMANN A KOL. *Chronická plicní hypertenze*. 1. Praha: Maxdolf, 2017. ISBN 978-80-7345-525-5.
6. JANSÁ, Pavel, Michael ASCHERMANN a Aleš LINHART. *Primární plicní hypertenze*. 1. Praha: Target-MD, 2003. ISBN 80-239-0571-6.
7. JANSÁ, Pavel. *Brožura - Doporučení pro diagnostiku a léčbu plicní arteriální hypertenze v ČR*, Praha, 2007. s. 18.
8. KRÍVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
9. LINDNER, Jaroslav a Pavel JANSÁ. *Chronická tromboembolická plicní hypertenze*. 1. Praha 4: Maxdolf, 2009. ISBN 978-80-7345-181-3.
10. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.
11. ROKYTA, Richard, Dana MAREŠOVÁ a Zuzana TURKOVÁ. *Somatologie*. 1. Praha: Wolters Kluwer, 2009. ISBN 978-80-7357-454-3.
12. SLÁMA, O. *kvalita života onkologicky nemocných*. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
13. SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií*. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3507-8.
14. SUSA, Zdeněk a Pavel JANSÁ. *Plicní hypertenze*. 1. Praha 10: Triton, 2002. ISBN 80-7254-256-7.
15. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
16. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
17. VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 1147 s., ISBN 978-807-3452-025-

18. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

Časopis:

19. LINDNER, J., JANSA, P., KUNSTÝŘ, J., BLÁHA, J., GRUS, T., MLEJNSKÝ, F. a spol. Endarterektomie plicních tepen – chirurgická léčba chronické tromboembolické plicní hypertenze. *Časopis lékařů českých*, roč. 145, č. 4, 2006. ISSN 0008-7335.

Internetové zdroje:

20. JANSA P. a kol. Doporučení pro léčbu a diagnostiku plicní arteriální hypertenze v ČR [online]. [cit 2019-12-27]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz>
21. Plicní hypertenze: terapie. Plicní hypertenze [online]. [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <http://www.plicnihypertenze.cz/proodborniky/terapie.htm>.
22. Plicní hypertenze – PH pro zdravotníky [online]. [cit 2019-12-25]. Dostupné z: <http://www.pph.cz>

Závěrečné práce:

23. ČERNÁ, Martina, 2015. *Kvalita života pacienta s plicní hypertenzí* [online]. Plzeň, Bakalářská práce, Západočeská Univerzita Plzeň, Fakulta zdravotnických studií. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/20518/1/BP%20-%20Martina%20Cerna.pdf> Vedoucí práce Mgr. Zuzana Šafránková
24. KLOPOTOVÁ, Michaela, 2009. *Život s plicní hypertenzí sledovaný v IKEM Praha* [online]. České Budějovice, Bakalářská práce, Jihočeská Univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta. [cit 2020-04-03]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/wpbzd4/downloadPraceContent adipIdno 13404> Vedoucí práce doc. MUDr. Věra Adamcová, CSc.

10 PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Otázky k průzkumnému šetření</i>	72
Příloha B - <i>Informovaný souhlas</i>	73

OTÁZKY K STRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

a) Období diagnostiky tromboembolické plicní hypertenze

1. Kdy jste začal vnímat první příznaky či obtíže?
2. Čím se u Vás nemoc konkrétně projevila?
3. Jak dlouho trvalo lékařům než Vám diagnostikovali plicní hypertenze?
4. Jaké jste měl/a pocity při sdělení Vaší diagnózy? Co Vás napadlo jako první?
5. Diagnostikovali Vám lékaři dříve onemocnění, které by mohlo souviset s PH? (Např. plicní, srdeční onemocnění, prodělaná plicní embolie)

b) Ovlivňování pacienta nemocí před operačním zákrokem

1. Měla nemoc dopad na Vaš psychický stav? V čem Vás konkrétně změnila?
2. Který z příznaků tromboembolické plicní hypertenze byl pro Vás nejvíce obtěžující?
3. V jakých oblastech každodenního života Vás nemoc ovlivnila nejvíce?
4. Jak Vám nemoc ovlivnila společenský život a cestování?
5. Popište mi, jak jste před diagnózou trávil/a čas s přáteli a jak jste ho trávil/a po sdělení Vaší diagnózy.
6. Jak vypadal Vaš běžný den s onemocněním tromboembolická plicní hypertenze?

c) Období po operačním zákroku

1. Vyskytly se u Vás nějaké pooperační komplikace? Pokud ano, jaké?
2. Která z každodenních činností Vám dělala po měsíci od operace největší problém (hygiena, oblékání...)?
3. Co jste vnímal/a jako největší obtíže měsíc po výkonu? (bolest hrudní kosti, vstávání z lůžka, kašel, mdloby....)
4. V čem konkrétně vnímáte největší rozdíl před operací a po operaci?

d) Vnímání tromboembolické plicní hypertenze pacientem

1. Co Vám tromboembolická plicní hypertenze vzala?
2. Věděl/a jste po sdělení diagnózy, co je tromboembolická plicní hypertenze? Pokud ano, kde jste se o onemocnění dozvěděl/a?
3. Vnímáte informace o své nemoci, jako dostatečné nebo máte pocit, že potřebujete další informace?
4. Zkuste mi popsat, jak Vám tromboembolická plicní hypertenze ovlivnila život celkově?

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane, vážená paní,

jmenuji se Šárka Bezdíčková jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Pardubice. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na průzkumném projektu, jejím cílem je zjistit, jaký je život pacientů s plicní hypertenzí. Projekt je realizován formou strukturovaného rozhovoru, který bude anonymní a jeho obsah bude použit pouze ke studijním a výzkumným účelům.

Pokud s účastí na průzkumu souhlasíte, prosím o podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením. Účast či neúčast na průzkumném šetření nijak neovlivňuje péči o Vás. Data budou uchována po dobu, kdy bude závěrečná práce veřejně přístupná a to pouze v anonymizované podobě. Svou účast na průzkumu můžete kdykoliv odvolat zasláním svého požadavku na e-mail: saribezdickova@gmail.com.

Mockrát děkuji za Váš čas a ochotu.

Prohlášení:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně vstupuji do průzkumného šetření a souhlasím s publikací dat ve výše uvedeném projektu. Měl/a jsem možnost se zeptat na vše podstatné týkající se mé účasti na průzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučena o právu odmítnout účast v průzkumu.

Jméno a příjmení řešitele výzkumu:

Podpis.....

Jméno a příjmení účastníka výzkumu:

Podpis.....

Datum.....