

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2020

Bc. Barbora Duchková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Hodnocení kvality života pacientů po kardiochirurgické operaci s přihlédnutím
k typu výkonu

Barbora Duchková

2020

Diplomová práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Barbora Duchková**
Osobní číslo: **Z18324**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Hodnocení kvality života pacientů po kardiochirurgické operaci s přihlédnutím k typu výkonu**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

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

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ASCHERMANN, Michael a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. Praha: Grada, 2013, *Sestra (Grada)*. ISBN: 978-802-4740-836.
2. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 223 s. ISBN 97878072477362579.
3. LINDNER, Jaroslav. *Přístupy k mitrální chlopni*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-725-4571-x.
4. PAYN, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254- 657-0.
5. PIRK, Jan. *Kardiokirurgie*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-568-2.

Vedoucí diplomové práce: **MUDr. Jan Matějka, Ph.D.**
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. dubna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

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

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 9.6.2020

Barbora Duchková

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce MUDr. Janu Matějkovi, Ph.D. za jeho čas, připomínky, cenné rady a trpělivost při zpracování této diplomové práce. Současně bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace pro zdárné dopracování práce. Ráda bych také poděkovala rodičům a přátelům, kteří podporovali a dodávali síly po celé roky studia.

„Kvalita myšlenek určuje kvalitu života.“

James Lee Valentine

ANOTACE

Diplomová práce je věnována kvalitě života u pacientů po kardiochirurgické operaci s přihlédnutím k typu výkonu. Cílem práce je zjistit kvalitu života za použití standardizovaného dotazníku kvality života Short form 36 health survey questionnaire, dále jen SF-36. Na základě dotazníku kvality života SF-36 zhodnotit kvalitu života po dvou odlišných kardiochirurgických přístupech, a to z přístupu klasické střední sternotomie a z miniinvazivního přístupu minitorakotomie. Jako dílčí cíl jsem si stanovila srovnání kvality života u těchto typů výkonu.

KLÍČOVÁ SLOVA

Kvalita života, SF-36, pacient, kardiochirurgie, sternotomie, miniinvazivní přístupy, minitorakotomie.

TITLE

Evaluation of quality of life of patients after cardiac surgery about the type of surgery.

ANNOTATION

The thesis is devoted to the quality of life in patients after cardiac surgery with regard to the types of surgery. The aim of this work is to determine the quality of life using the standardized form of the quality of life questionnaire short form 36 health survey questionnaire. Based on the questionnaire of quality of life to evaluate the quality of life after cardiac surgery from the classical middle sternotomy approach and from the mini-invasive minithoracotomy approach. As a partial goal I set a comparison of quality of life in these types of performance.

KEYWORDS

Quality of life, SF-36, patient, cardiac surgery, sternotomy, minimally invasive cardiac surgery, minithoracotomy.

OBSAH

Úvod.....	1
1 Cíl práce.....	2
1.1 Podkapitola cíle práce	2
2 Teoretická východiska práce	3
2.1 Kardiochirurgie	3
2.1.1 Historie kardiochirurgie.....	3
2.1.2 Operační přístupy v kardiochirurgii.....	4
2.1.3 Péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu	8
2.1.4 Národního kardiochirurgický registr	10
2.1.5 Kardiochirurgická centra v ČR.....	10
2.2 Kvalita života	11
2.2.1 Kvalita života v životě jedince.....	11
2.2.2 Definice kvality života.....	11
2.2.3 Z historie po současnost.....	13
2.2.4 Kvalita života v ošetřovatelství.....	13
2.2.5 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	14
2.2.6 Měření kvality života	15
3 Průzkumná východiska práce	21
3.1 Cíle průzkumného šetření	21
3.2 Výzkumné otázky.....	21
3.3 Metodika	21
3.4 Organizace průzkumného šetření	22
3.5 Sběr dat.....	22
3.6 Použité nástroje pro sběr dat	24
3.7 Dotazník	24
3.7.1 Standardizovaný dotazník kvality života SF-36	24

3.7.2	Dotazník vlastní konstrukce.....	24
3.8	Zpracování dat.....	24
3.9	Výsledky průzkumného šetření.....	25
3.9.1	Vyhodnocení dotazníku vlastní konstrukce.....	25
3.9.2	Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života SF-36	28
3.10	Vyhodnocení výzkumných otázek	38
3.10.1	Souhrnné vyhodnocení	42
4	Diskuze	43
4.1	Limity práce	45
4.2	Doporučení pro praxi	45
5	Závěr	46
6	Použitá literatura	47
7	Přílohy.....	52

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Operační přístupy k srdci	6
Obrázek 2 - Graf celkového počtu dotazníků v průzkumu	23
Obrázek 3 - Graf rozložení pohlaví respondentů	25
Obrázek 4 - Graf věkového rozložení respondentů	26
Obrázek 5 - Graf rodinného stavu respondentů	27
Obrázek 6 - Graf bydliště respondentů	27
Obrázek 7 - Graf rozložení operačních přístupů v průzkumu	28
Obrázek 8 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – fyzická aktivita.....	29
Obrázek 9 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – omezení fyzické aktivity.....	29
Obrázek 10 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – bolest.....	30
Obrázek 11 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – všeobecné hodnocení zdraví	30
Obrázek 12 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – vitalita	31
Obrázek 13 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – společenská aktivita.....	31
Obrázek 14 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – omezení emočními problémy	32
Obrázek 15 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – duševní oblast	32
Obrázek 16 - Graf průměrných hodnot všech dimenzí, dle dotazníku SF-36	33
Obrázek 17 - Graf srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR.....	38
Obrázek 18 - Krabicový graf u sternotomie a minithorakotomie, dle dotazníku SF-36	40
Obrázek 19 - Histogram průměrných hodnot dotazníku SF-36 u sternotomie.....	41
Obrázek 20 - Histogram průměrných hodnot dotazníku SF-36 u minithorakotomie	41

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Hodnocení dimenze dotazníku SF-36	19
Tabulka 2 - Bodové ohodnocení dotazníku SF-36	20
Tabulka 3 - Celkový počet dotazníků v průzkumu	23
Tabulka 4 - Rozložení operačních přístupů v průzkumu	28
Tabulka 5 - Minimálního a maximální hodnocení dimenzí, dle dotazníku SF-36 po sternotomii	34
Tabulka 6 - Minimálního a maximální hodnocení dimenzí, dle dotazníku SF-36 po minithorakotomii	34
Tabulka 7 - Hodnocení celkového fyzického zdraví	35
Tabulka 8 - Hodnocení celkového psychického zdraví	36
Tabulka 9 - Průměrné hodnocení celkového fyzického a psychického zdraví.....	36
Tabulka 10 - Srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR.....	37
Tabulka 11 – Porovnání dimenzí u sternotomie a minithorakotomie pomocí průměrných hodnot, dle průměrných hodnot dotazníku SF-36	39
Tabulka 12 - Vyhodnocení dimenzí průměrných hodnot, dle dotazníku SF-36.....	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	Anestezio-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiograf
EQ-5D	European Quality of Life Questionnaire
FZS	Fakulta zdravotnických studií
HRQoL	Health-related quality of life
ICHS	Ischemická choroba srdeční
JIP	Jednotka intenzivní péče
NNH	Nemocnice Na Homolce
NHP	Nottingham Health Profile
NKR	Národní kardiochirurgický registr
SF-36	Short Form 36 Health Survey Questionnaire
SIP	Sickness Impact Profile
TS skóre	Transformed Scales Score
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHOQOL-GROUP	The World Health Organization Quality of Life Assessment
WHO	The World Health Organization

ÚVOD

Pojem kvalita života je v současnosti běžně součástí odborného, ale i laického povědomí. Málo kdo si však uvědomuje významu tohoto pojmu. Jedná se o něco, s čím se setkáváme každý den, co nás ovlivňuje, a to více než si vůbec uvědomujeme. Zároveň si tento termín přisvojila řada vědních disciplín. Můžeme tedy říci, že jde o interdisciplinární a multidimenzionální pojem. Současně se jedná o kontroverzní a poměrně těžko uchopitelné slovní spojení (Heřmanová, 2012).

Téma diplomové práce jsem si zvolila pro jeho aktuálnost, například holandská recenze od Noyez poukazuje na nedostatek studií věnovaných problematice kvality života před a po kardiologické operaci. Dále z mého osobního zájmu o obor kardiologie, kterému se věnuji i ve svém profesním životě (Noyez, 2011).

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a průzkumnou. V teoretické části se zaměřuji na moderní a rychle rozvíjející se obor kardiologie, který má i přes svůj dosah vcelku krátkou historii. Dále popisuji možné operační přístupy k samotnému srdci. Snažím se práci zaměřit se na péči o pacienta po kardiologickém výkonu s orientací na roli sestry. Současná data o provedených operačních výkonech čerpám z národního kardiologického registru. V druhé polovině teoretické části práce popisuji obecnou charakteristiku pojmu „Kvalita života“, kde se snažím stručně popsat historii, současné pojetí a podrobněji zaměřit na ošetřovatelství.

Cílem průzkumné části práce bylo zhodnotit kvalitu života a následně srovnat u pacientů, kteří podstoupili operaci srdce z dvou různých přístupů, klasického přístupu střední sternotomie a z miniinvazivního přístupu minitorakotomie, za použití standardizovaného dotazníku kvality života Short Form-36. Sběr dat probíhal v dispenzární ambulanci kardiologického centra v Nemocnici Na Homolce. Respondenti tvořili jasně specifikovaný soubor pacientů, kteří na doporučení z propouštěcí zprávy navštívili dispenzární ambulanci cca 1. měsíc po operačním výkonu. Výsledky následně podrobuji diskusi. Snažím se najít odpovědi na výzkumné otázky, déle naplnit dílčí cíle a tím i hlavní cíl diplomové práce.

1 CÍL PRÁCE

Hlavní cíl: Zhodnotit celkový pocit zdraví u respondentů po operaci srdce z klasického kardiochirurgického přístupu střední sternotomie a z miniinvazivního přístupu minithorakotomie. K hodnocení kvality života byl použit standardizovaný dotazník SF-36.

Dílčí cíl 1: Porovnat kvalitu života u pacientů po operaci srdce z klasického kardiochirurgického přístupu střední sternotomie oproti miniinvazivnímu přístupu minitorakotomie, pomocí standardizovaného dotazníku SF-36.

Dílčí cíl 2: Definovat domény standardizovaného dotazníku SF-36, ve kterých došlo k největším změnám v závislosti na operačním přístupu.

1.1 Podkapitola cíle práce

Ke správnému vysvětlení základních teoretických východisek z oblasti kvality života a kardiochirurgie bude použita metoda rešerše literárních a elektronických zdrojů. Údaje pro zpracování práce budou čerpány ze stránek Národního kardiochirurgického registru, v neposlední řadě také z vlastních zkušeností a znalostí o dané problematice.

2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA PRÁCE

V první kapitole diplomové práce se věnuji kardiologii a možným chirurgickým přístupům k srdci. Zaměřuji se na péči o pacienta po kardiologickém výkonu s orientací na roli sestry. V další části práce popisuji obecnou charakteristiku pojmu „Kvalita života“, kde se snažím tento pojem stručně popsat a podrobněji zaměřit na ošetřovatelství. Seznámení s problematikou v teoretické části by měla umožnit snadnou orientaci v navazujících oddílech práce.

2.1 Kardiologie

Kardiologie jako multidisciplinární vědní obor se zabývá především chirurgickým řešením získaných a vrozených vad srdce. V současné době mezi nejčastěji prováděné kardiologické zákroky patří revaskularizační výkony, které jsou indikovány především na podkladě ischemické choroby srdeční. Dále pak chirurgicky řešené chlopenních vad srdce, operace pro léčbu arytmií, srdečních nádorů, traumat srdce i velkých cév a v neposlední řadě transplantace srdce. Dle dostupných dat se ročně v průměru provede 63 % operací pro ischemickou chorobu srdeční, 23 % pro chlopenní vady, 8 % pro vrozené srdeční vady, 1 % tvoří transplantace srdce a mezi zbylých 5 % patří ostatní operace. Kardiologie úzce kooperuje s kardiologií, anesteziologií a dalšími lékařskými obory (Navrátil, 1970; Čoupková, 2010; Národní kardiologický registr, ©2019).

2.1.1 Historie kardiologie

Kardiologický obor vznikl postupně, především pro svá specifika se oddělil z obecné chirurgie. Začátky kardiologie se odehrávaly v devatenáctém století, i proto je často nazýván nejmladší chirurgickým oborem. „Až do konce 19. století bylo totiž srdce považováno za chirurgicky nedotknutelný orgán.“ Rozmach kardiologie úzce souvisí s vynálezy jako je arteriografie, katetrizace srdce, cévní steh, ale i objev heparinu. Velkým milníkem byl rok 1953, kdy doktor jménem John Gibbon vynalezl mimotělního oběh. V nadcházejících letech docházelo ke zdokonalení přístrojů, konstrukci umělých a biologických chlopní a dalších postupů. Ze začátku byly operace zaměřeny pouze na pacienty s vrozenými srdečními vadami a některými získanými chlopenní vadami. Až v šedesátých letech se obor rozrostl o metodu aortokoronární bypass. Zatím co „Česká kardiologie se narodila roku 1910. Za její zrození považují první úspěšné ošetření bodné rány srdce, o kterém referoval prof. Emanuel Rychlík na schůzi Spolku českých lékařů v Praze“ (Pirk, 2005; Štětina, 2006; Kaláb, 2013; Pirk, 2019).

Což je jen pár střípků, které tvoří náplň i dnešního kardiochirurgického oboru, který jde neustále pokroku kupředu. I v dnešní době je sice podélná střední sternotomie klasickým a nejčastějším chirurgickým přístupem v kardiochirurgii, ale začíná mít silnou konkurenci v podobě miniinvazivních chirurgických výkonů. Miniinvazivní chirurgie provádí roboticky či videoasistované výkony, laserové revaskularizace a mnohé další. Rozvoj nastal i v odběru žilních štěpů pomocí endoskopické metody, která je šetrnější a vzniká i menší řezná plocha. Současný stav kardiochirurgie popsal prim. Marek Šetina, který uvádí: „Zvýšil se počet kombinovaných výkonů a kardiochirurgové jsou schopni vrátit do života i nemocné, u kterých před 10 či 20lety byla operace nemyslitelná. Kardiochirurgické operace jsou v současné době standardním a bezpečným způsobem léčby srdečních onemocnění“ (Čerbák, 2013; Štětina, 2006; Kaláb, 2013).

2.1.1.1 Historie ošetrovatelství v kardiochirurgii

Vývoj kardiochirurgického oboru se odehrával nejen v lékařské oblasti, ale i v oblasti ošetrovatelské péče, která tvoří nezbytnou součást v léčbě kardiovaskulárních onemocnění. Proto ve druhé polovině 20. století došlo ke vzniku specializované ošetrovatelské péče o pacienty po operaci srdce. Zdravotní sestry byly školeny v oblasti kardiopulmonální resuscitace, prevenci kardiovaskulárních onemocnění, monitoraci srdeční činnosti a podávání farmakoterapie (Timborn, 2010).

2.1.2 Operační přístupy v kardiochirurgii

Pokud není možná nebo účinná konzervativní terapie přistupuje se k chirurgické léčbě pacienta. Chirurgická léčba by měla zlepšit prognózu a kvalitu života pacienta. Ne vždy je však možné docílit úplného uzdravení nebo zlepšení stavu pacienta, v některých případech můžeme pouze zmírnit symptomy nemoci. K operovanému orgánu musí mít kardiochirurg zajištěn dostatečný přístup. S volbou operačního přístupu souvisí délka incize a tím i doba hojení, bolest, krevní ztráty a celkový pooperační pobyt (Kaláb, 2013; Linder, 2004).

2.1.2.1 Podélná střední sternotomie

Jedná se o nejčastější přístup k srdci a oblouku aorty, který chirurgovi umožňuje rozhled a možnost si srdce manuálně vyšetřit, v čemž tkví jeho léty prověřený přínos. Sternotomický přístup, který je označován jako střední sternotomie, standardně začíná vertikálním kožním řezem ve střední čáře od jugulární jamky až k mečíku. Krvácení je zastaveno pomocí elektrokauteru. Operační rána je běžně dlouhá průměrně 15–30 cm. Po zástavě krvácení může dojít k protěti sternu pomocí speciální pneumatické pily a následnému oddělení sternální

kosti. Dále kardiochirurg aplikuje na kost vosk a rozevívá okraje sternu pomocí hrudního rozvěrače. Poté dochází k otevření perikardiálního vaku umožňující přímý přístup kardiochirurga k srdci. Nakonec je velice důležitá sutura měkkých tkání a kůže. Šití se může provést buď stehy vstřebatelnými nebo speciálními kožními svorkami (Linder, 2004).

Po sternotomií je nezbytné dbát doporučení lékaře, šetřit hrudní koš a nezatěžovat horní končetiny. Sternum po drátěné osteosyntéze dosáhne 90 % pevnosti zhruba tři měsíce od operace, což je závislé na stavu výživy a kvalitě osteosyntézy. Lepší výsledky jsou v případech nahrazení drátěné osteosyntézy různými typy dlah, a to zejména u rizikových pacientů (Mokráček 2013).

2.1.2.2 Minimálně invazivní přístupy

Ve světě kardiochirurgie se v současné době stávají minimálně invazivní přístupy, známé jako Minimally Invasive Cardiac Surgery, součástí standardní léčby, u které lze pozorovat značné výhody. „*Naproti tomu jsou názory, které obhajují klasický přístup ze sternotomie, který je jistě nejen komfortní a bezpečný ale i prověřený dlouholetými zkušenostmi. Proto je stále ještě dosti kardiochirurgických pracovišť, které program miniinvazivní mitrální chirurgie nezavedly.*“ jak uvádí prof. MUDr. Jan Harrer, Csc.. Avšak přes námítky skeptiků se minimálně invazivní přístupy v kardiochirurgii od 2. poloviny 90. let, stávají realitou a představují rovnocennou alternativu standardních technik, kde prozatím stále vede střední sternotomie (Harrer, 2012).

Cílem zavedení minimálně invazivních operačních přístupů do kardiochirurgické praxe je zachování výsledku operace, současně snížit invazivní zásah, snaha o minimalizaci perioperačních a pooperačních komplikací vyskytujících se u zákroků provedených střední sternotomie. Kdy mezi značné výhody minimálně invazivních přístupů patří menší operační rána, která zmenšuje pravděpodobnost vzniku pooperačních infekčních komplikací. Dále pak kratší délka intubace, spolu s kratší hospitalizací na pooperačním oddělení umožňuje časnější rehabilitaci, a tudíž vede ke zkrácení doby celkové hospitalizace. Další poměrně nezanedbatelnou výhodou je snížení nákladů na léčbu. K nevýhodám minimálně invazivních přístupů se řadí větší technická náročnost (Štětina, 2008; Schmitto, 2010; Harrer, 2012).

2.1.2.2.1 Pravostranná torakotomie

Standardně se pravostranná torakotomie provádí incizí mezi čtvrtým a pátým mezižebřím a případnou resekci pátého žebra. Následně pomocí mezižebního roztahovače dojde k roztažení žebér, odtažení plíce a k otevření perikardu. Mímotělní oběh je zajištěn kanylací

ascendentní aortou, pokud to však není možné, další možností je pravá společná stehenní tepna. Pro kanylaci žilní je využívána kanylace dutých žil (Linder, 2004).

2.1.2.2 Levostranná torakotomie

Levostranná torakotomie se provádí incizí mezi čtvrtým a pátým mezižebřím s eventuální resekci pátého žebra. Před bráničním nervem probíhá otevření perikardu. Arteriální kanylace se nejčastěji zajišťuje společnou stehenní tepnou vlevo nebo descendentní aortou. Žilní kanylaci je možné provést přes stehenní žílu nebo lze zajistit žilní návrat přes plicnici (Linder, 2004).

2.1.2.3 Minithorakotomie

Jedním z minimálně invazivních přístupů k srdci, který pro pacienta představuje značné výhody je minithorakotomie. Minithorakotomické přístupy k srdci můžeme rozdělit celkem do tří skupin. První jsou základní minimálně invazivní techniky, druhou tvoří video asistované miniinvazivní techniky. Třetí jsou roboticky asistované, pod přímou zrakovou kontrolou, videoasistovaně nebo roboticky prováděné výkony. Kardiochirurg operuje s pomocí speciálního endoskopického instrumentária s možností využití robotických technik. Podmínkou provedení bezpečného miniinvazivního přístupu jsou zevní defibrilační elektrody. V Evropě je tento druh operačního přístupu na vzestupu, například v Německu se takto provádí až 40 % operací na mitrální chlopní. V České republice je v současné době sedm pracovišť, které se specializují na miniinvazivní operace. Na první místo v počtu odoperovaných pacientů se řadí Nemocnice Na Homolce, která zároveň jako první v roce 2005 otevřela centrum robotické chirurgie v České republice. Toto centrum robotické chirurgie slouží jako školicí centrum na národní i mezinárodní úrovni (Linder, 2004; Černý, 2004).



Obrázek 1 - Operační přístupy k srdci
(Zdroj autor práce)

2.1.2.3 Mimotělní oběh v kardiouchirurgii

Mimotělní oběh se využívá u kardiouchirurgických operačních výkonů, kdy je možné provést náročnou rekonstrukci na zastaveném srdci. Pomocí mimotělního oběhu probíhají operace především na srdci a hrudní aortě. Principem mimotělního oběhu je nahradit funkci srdce a plic na omezenou dobu. Základní úkony mimotělního oběhu je zajištění krevního oběhu pomocí výměny krevních plynů, udržení acidobazické rovnováhy organismu a regulace tělesné teploty. Samotný přístroj k mimotělnímu oběhu funguje s použitím fixace jedné venózní kanyly do pravé síně nebo kanyl dvou, a to do horní a dolní duté žíly, které odvádějí odkysličenou krev do části přístroje. Následně dojde k výměně krevních plynů, a tedy k okysličení krve. Okysličená krev je poté přiváděna arteriální kanylou do vzestupné aorty. Preventivním opatřením proti srážení, která je v kontaktu s umělým materiálem v mimotělním oběhu, je podávání Heparinu. Účinek Heparinu se po odpojení mimotělního oběhu ruší Protaminem. Současně se jako ochrana myokardu před ischemickým poškozením využívají kardioplegické roztoky s vysokou koncentrací draslíku, které navozují zástavu srdce v diastole. Nepříznivým účinkem u operovaných s použitím mimotělního oběhu může být vyvolávání celkové zánětlivé reakce. Důvodem je kontakt krve se syntetickým materiálem součástí přístroje. U některých pacientů může dojít i k závažným pooperačním komplikacím spojeným se zvýšenou mortalitou (Štětina, 2005; Lonský, 2005; Štětina, 2008).

2.1.2.4 Drenážní systém v kardiouchirurgii

Drenážní systém se používá zejména v chirurgických oborech. Po kardiouchirurgické operaci jsou zavedeny hrudní drény retrosternálně, retrokardiálně anebo pleurálně. Drény vystupují na povrch hrudníku nejčastěji pod mečovitým výběžkem sternu a zajišťují odvod tekutiny, nejčastěji krve, ale mohou odvádět i vzduch. Drény bývají napojeny na aktivní sání 15–20 cm vodního sloupce. Tento typ drenáže odsává sekret z rány nepřetržitě, a tudíž brání zpětnému návratu tekutiny do místa zavedení drénu. Počet zavedených hrudních drénů závisí na rozsahu operačního výkonu (Vytejková, 2015).

Sestra pečující o pacienta s hrudními drény by měla být vždy informována o lokalizaci jednotlivých drénů, funkčnosti aktivního sání a fixaci ke kůži. Sestra musí pravidelně měřit množství odvedené tekutiny a zapisovat do ošetřovatelské dokumentace. Odstranění drénů probíhá při nekomplikovaném pooperačním průběhu 1. či 2. pooperační den. A odstranění drénu vždy indikuje lékař (Vytejková, 2015).

2.1.3 Péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu

U pacienta i po nekomplikované plánované operačním výkonu srdce jsou po mimotělním oběhu často přítomny doznívající příznaky srdeční ischemie. Tyto příznaky jsou často spojeny s dočasným přerušením koronární perfúze, neustálenou tělesnou teplotou, změnou periferní cévní rezistence, poruchou acidobazické rovnováhy, často jsou sklony k arytmiím a krevním ztrátám do operačních drénů. Cílem intenzivní pooperační péče na ARO je stabilizovat a optimalizovat stav centrální hemodynamiky, udržovat účelnou bilanci krystaloidních a koloidních roztoků, upravovat odchylky parametrů vnitřního prostředí, koagulace a dovést ventilovaného pacienta k bezpečné extubaci. Po splnění těchto cílů je většina operovaných 1. nebo 2. operační den přeložena na JIP. Kardiopulmonálně kompenzován pacient je 4. až 6. pooperační den většinou přeložen na standardní oddělení, kde je péče směřována k rehabilitaci a následnému propuštění pacienta. Před propuštěním do domácí péče mají pacienti možnost využít péči lázeňskou. V lázních mohou pacienti strávit 28 dní, které jsou plně hrazeny pojišťovnou. Pacienti si často zvolí lázně již během hospitalizace a po propuštění plynule navazuje péče lázeňská. Nemocnice na Homolce úzce spolupracuje s lázeňskou péčí v lázních Poděbrady a lázně Konstantinovy. Pacienti zde podstupují rehabilitační procedury pro snazší návrat do domácího prostředí k běžným denním aktivitám (Kučera, 2005; Mařatka, 2010).

Před propuštěním každý pacient obdrží v propouštěcí zprávě uvedených několik doporučení jako například jaká režimová opatření má dodržovat, doporučená strava, dechová a pohybová rehabilitace, doporučená medikace, doporučení navštívit 10. pooperační den spádovou chirurgii k odstranění stehů a datum kontroly na kardiochirurgické ambulanci, která je standardně naplánována za jeden měsíc po operaci (Kučera, 2005).

2.1.3.1 Role sestry v péči o pacienta po kardiochirurgické operaci

Za pacienta na ARO a JIP je zodpovědný tým lékařů tvořený nejčastěji kardiochirurgem, anesteziologem, kardiologem a internistou. Kardiochirurgie je týmová práce. Další nezastupitelné místo má sestra, protože ani nejdokonalejší přístroj nedokáže nahradit zkušenou, vzdělanou a precizní sestru, která zajišťuje nepřetržitý dohled a péči o pacienta. Všichni účastníci péče by si měli uvědomit, že péče o pacienta vyžaduje holistický přístup. Po operačním výkonu na srdci, sestra zcela přebírá péči o potřeby pacienta, které by normálně vykonával sám bez pomoci. Pro pacienta může být období hospitalizace velmi náročná psychická i fyzická zátěž, neboť často z plného zdraví jsou pacienti upoutáni na lůžko. Mnohdy se pacienti potýkají s pocity jako úzkost, deprese, negativní myšlenky a často i strach

z budoucna. Proto je velice důležitá empatie, efektivní komunikace a informovanost pacienta. Je třeba umožnit a vytvořit mu prostor pro emoce a zajistit kontakt s rodinou, pokud je to jeho přání. (Brát, 2008; Kapounová, 2007; Fraga, 2013).

Péče o pacienta je zajišťována formou ošetrovatelského procesu, kdy se sestra aktivně podílí na poskytování zdravotní péče v oblasti prevence, diagnostiky, léčebné, léčebně – rehabilitační, paliativní péče a dispenzarizace. Poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči před, v průběhu i po léčbě s cílem udržet, podporovat, navrátit zdraví a uspokojovat biologické, psychologické a sociální potřeby pacienta (Zákon o zdravotních službách, předpis č. 372/2011; Kučera, 2005).

K úspěšnému výsledku operace je nejen nutné dokonalé provedení operačního výkonu na srdci, ale i předoperační diagnostika a kvalitní intenzivní pooperační péče. Pooperační průběh i monitorace se u kardiochirurgických pacientů se v mnohém odlišuje oproti jiným oborům. Monitorací pacienta se rozumí trvalé sledování fyziologických funkcí s cílem včasného odhalení abnormalit těchto funkcí a případné terapeutické intervenci, zhodnocení účinnosti použité intervence (Kapounová, 2007).

Monitorace vitálních funkcí na jednotce intenzivní péče:

- invazivní monitorování arteriálního a centrálního žilního tlaku,
- sledování tělesné teploty,
- sledování EKG křivky a srdeční frekvence,
- sledování saturace krve kyslíkem (pulzní oxymetr),
- sledování ventilační funkce a dechové frekvence,
- sledování hodinové bilance tekutin,
- sledování krevních ztát a odpadů z drénů,
- sledování laboratorních parametrů (acidobazická rovnováha, krevní obraz, minerály, glykémie, jaterní a ledvinné funkce, srdeční enzymy a koagulace),
- sledování stavu vědomí a svalové síly,
- kontrola operační rány,
- sledování bolesti (Kapounová, 2007).

Převážně jsou operováni pacienti starší, polymorbidní s mnoha přidruženými onemocněními. Proto je nutná pečlivá monitorace pacientů zaměřená především na funkci oběhového systému, dýchacího ústrojí a centrálního nervového systému (Kapounová, 2007).

Důležitou a nedílnou součástí následné pooperační péče je rehabilitace. Která při správném vedení výrazně ovlivňuje pooperační rekonvalescenci. Součástí je i adekvátní fyzioterapie

hrudníku, nácvik správné techniky odkašlávání spolu se systémovým či inhalačním podáváním mukolytik. Je třeba se vyvarovat dráždivému suchému kašli, neadekvátní mechaniky dýchání pro správné hojení rány. Poslední dny před propuštěním by měl být pacient stabilní, soběstačný, edukovaný a uložený na standardním oddělení (Brát, 2008; Šetina, 2005; Kapounová, 2007).

2.1.4 Národního kardiologického registru

V České republice v roce 1960 byl založen Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, známý jako ÚZIS ČR. Je jeho zřizovatelem a také správcem je Ministerstvo zdravotnictví. Organizace tvoří celostátní informační systém, který slouží k shromažďování a zpracování osobních údajů ze základních registrů orgánů veřejné zprávy, ministerstev a poskytovatelů zdravotních služeb. ÚZIS ČR disponuje také údaji Národního kardiologického registru (NKR), který vznikl v roce 2002. Slouží ke sběru dat o provedených kardiologických výkonech, o hodnocení kvality výkonů včetně mortality a doby hospitalizace na území ČR. Registr je dán zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování jako povinný. Zde v posledních letech přibývá ročně cca 8 300 – 8 500 kardiologických operací. Poslední zveřejněná data, v době psaní mé diplomové práce jsou, z roku 2017. V tomto roce bylo provedeno celkem 8 504 kardiologických operací. Je zajímavé, že větší skupinu z celkového počtu tvoří muži se 70,67 % oproti ženám s 29,33 %. Nejběžnějším typem kardiologického výkonu je aortokoronární bypass a v těsném závěsu za ním je výkon na chlopni. Výkony jsou prováděny samostatně ale i současně s jinými druhy výkonů. O sběr dat se starají všechna kardiologická pracoviště, kterých je v současné době na našem území celkem 13 (Národní kardiologický registr, ©2019).

2.1.5 Kardiologická centra v ČR

V současné době se pouze jedno z kardiologických center zaměřuje na dětské pacienty, a to je Fakultní nemocnice v Motole. Ostatní pracoviště se zaměřují na dospělé pacienty a těmi jsou Institutu klinické a experimentální medicíny, Nemocnice Na Homolce, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Všeobecná Fakultní nemocnice v Praze. Mezi mimopražská kardiologická pracoviště patří Centru kardiologické a transplantační chirurgie v Brně, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Ostrava, Nemocnice České Budějovice a.s., Nemocnice Podlesí a.s. a Fakultní nemocnice Plzeň (Národní kardiologický registr, ©2019).

2.2 Kvalita života

Ve studiích obecně mnohem častěji narážíme na kvantitu nežli kvalitu. Kvalita života je velmi obsáhlý pojem, často je nazýván jako multidimenzionálním. Což jak z názvu vyplývá, zaujímá několik oblastí, ke kterým patří existenciální pojetí, psychologické pojetí, kulturně antropologické pojetí, sociologické pojetí, medicínskou dimenzi, estetickou dimenzi, a mnohé další. I proto samotné pojetí kvality života nemá žádnou obecně uznávanou definici a jeho interpretace se liší v závislosti na oboru ke kterému se vztahují. Kvalita života má velice rozmanité uplatnění, lze ji aplikovat individuálně u každého jedince a stejně tak v nejrůznějších oblastech, jako je například zdravotnictví, filozofie, psychologie, pedagogika, ekonomie a v mnohých dalších. Individuální život jedince, ale i život skupiny, společnosti nebo populace je považován za nejčastější předmět hodnocení (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Payne, 2002).

2.2.1 Kvalita života v životě jedince

Životem jedince není myšleno jen jeho biologického bytí, ale vše zahrnující, holistické pojetí. Které nám obsahuje všechny oblasti bytí tedy jeho rodinný, společenský, pracovní a citový život. Ale můžeme ho zaměřit i na prosté bytí. Čímž se dostáváme k otázce, jak bychom měli žít, aby byl náš život kvalitní? Odpověď na otázku je dána našimi hodnotami, výchovou, odlišnými životními zkušenostmi, ale i vírou, proto si odpovědět na tuto otázku musí každý sám. Na světě existuje právě tolik definic kvality života, kolik je lidí, a i jejich kvalita života se v průběhu času mění (Hudáková a Majerníková, 2013).

2.2.2 Definice kvality života

Kontroverznost tématu spočívá v tom, že neexistuje ani nemůže existovat, všeobecná definice kvality života. Různé obory mají odlišné definice, kde se však většina autorů shoduje, že kvalitou života se rozumí subjektivního a objektivního posouzení různých oblastí života. Vždy je třeba v různých oblastech koncipovat definice vázané na určitý kontext a citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty života i na změny kvality života v průběhu času (Payne, 2005; Mareš, 2006).

2.2.2.1 Kvalita života a WHO

Světová zdravotnická organizace již v roce 1946 definovala zdraví jako „*stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady.*“ Avšak v medicíně, sociálních vědách a zdravotnictví se nachází další významný pojem, a to kvalita život. Kvalita života nám odráží nejen objektivní klinický nebo fyziologický stav, ale značí subjektivní

vnímání pacientů a dopad klinického stavu na jejich životy, dále schopnost pacientů vykonávat fyzické a sociální aktivity v jejich každodenním životě. Definicí kvality života ve zdravotnictví je dle WHO „*individuální vnímání jeho nebo její pozice v životě v kontextu kulturních a hodnotových systémů, v nichž žijí a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a zájmům*“. Zajímavé je že výzkum na kvalitu života v oblasti zdravotní péče byl zahájen v 70. letech 20. století. Jeho hlavním účelem byly ekonomické a klinické analýzy. Celkový výzkumu byl ovlivněn dvěma faktory. První faktor byl farmakoekonomický, kde bylo potřeba zhodnotit finanční nákladnost a efektivitu léčby, případně určit priority v rozdělování zdrojů. Druhý faktor měl doložit klinickou úspěšnost léčby, tedy účinek a dopad léčebných zákroků na zdravotní stav pacienta (Mareš, 2006; Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Perrotti, 2019).

2.2.2.2 Kvalita života v sociologii

Sociologické pojetí termínu kvalita života je objektivní a zaměřuje se na sociální indikátory jako je majetek, vzdělání a rodinný stav. Kde zkoumá jejich vztah ke kvalitě života, která je vnímána jako subjektivní životní pocit. Zajímavý sociologicky zaměřený autor byl E. Allard, který kvalitu života a blahobyt lidí rozdělil do tří základních oblastí: Mít, milovat a být, stávat se něčím (Mareš, 2006).

2.2.2.3 Kvalita života v ekonomice

Z pohledu ekonomie je kvalita života založena na hodnocení objektivních indikátorů jako je hrubý domácí produkt, průměrný výdělek, kupní síla, mnoho dalších. Ekonomie se uplatňuje i při hodnocení celkové kvality života. Amartya Kumar Sen nositel Nobelovy ceny za ekonomii vymezuje kvalitu života jako dostupnost možností, ze kterých si člověk může vybírat při naplňování svého života (Šubrt 2008; Heřmanová, 2012).

2.2.2.4 Kvalita života v psychologii

Psychologický přístup se snaží nejvíce zabrat individualitu jedince, kde se zaměřuje na subjektivně prožívané pocity štěstí a spokojenosti s vlastním životem, pocit autonomie a osobní pohody. Tyto pojmy nejsou v psychologii zcela jednoznačně vymezeny. Životní spokojenost, kvalita života posuzována je dle psychologie dělen na dva okruhy, a to kognitivní a emocionální. Do kognitivní dimenze patří vědomé a racionální zhodnocení života jedince. Naproti tomu emocionální dimenze se zaměřuje na citové prožívání a emocionálního děje života. Mezi významné osobnosti, kteří jsou velice často propojováni s rozvojem tématu smyslu života a bytí, způsobu prožití plného a smysluplného života, otázkám sebenaplnění a

seberealizace, patří například E.Fromm, A. H. Maslow nebo C.R. Rogers. I když nevyužívali přímo termín kvalita života, ale plný a kvalitní život je ústředním bodem jejich prací.

Hartl a Hartlová vymezují pojem kvalitu života jako „*vyjádření pocitu životního štěstí*“ a zdůrazňují zde především na soběstačnost, duševní harmonii a seberealizaci (Heřmanová, 2012; Hnilica, 2006).

2.2.3 Z historie po současnost

Zmínky o kvalitě života se datují již do starého Řecka, kde se formovala vlivem filozofie, což obecně směřovalo k úctě a svobodné volbě. Křesťanství pak připodobňovalo nemoci podobu zla a zdraví naopak dobra. V antice není možné dohledat přímo pojem kvalita života, ale vyložení si tohoto pojmu bylo podobné tomu dnešnímu. Ve 20.století jako první použil termín „*kvalita života*“ Cecil Pigoua to v roce 1920 v souvislosti s ekonomickými a sociálními hledisky ve státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Bohužel se jeho práce nedočkala pochopení a pojem se začal více užívat až po skončení druhé světové války. Po druhé světové válce v roce 1946 nastal přelom pro tento pojem, když Světová zdravotnická organizace formulovala novou definici zdraví, jako stav fyzické, duševní a sociální pohody a tím spustila diskuzi o měřitelnosti tohoto pojmu. Avšak pojem kvalita života ožil především ve 20.století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji, ale dá se předpokládat, že. „*V tomto období se ale kvalitou života rozuměla zejména a téměř výlučně materiální životní úroveň určité společnosti*“.

Nárůst zájmu o kvalitu života nám dokazují i publikace, u který lze sledovat rostoucí tendenci. Například články týkající se kvality života v databázi MEDLINE v roce 1975 bylo registrovaných 40 referencí, v roce 1999 jich bylo více než 12 000, v roce 2004 vzrostl počet na 40 000 a v roce 2009 byl jejich počet již 138 415. (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Křivohlavý, 2004; Mareš a kol., 2006).

2.2.4 Kvalita života v ošetrovatelství

Vzhledem k tomu, že pokrok nelze zastavit, máme k dispozici stále dokonalejší postupy, techniky, přístrojové vybavení, nové léky, které umožňují zachraňovat lidské životy i v případech, které dřív končily fatálně. Je tedy logické, že se hovoří o etických aspektech léčby. Medicína se v současné době snaží stále více zamýšlet nad tím, jak kvalitní je život pacientů po dobu léčby, ale i po ukončení dané léčby pacientů. Oproti tomu se zdravotnická zařízení častěji setkávají se stížnostmi pacientů na nekvalitní péči. Dosud nadřazený pohled zdravotníků je nyní doplňován o pohledem samotného pacienta, případně i s jeho rodinnými příslušníky. Ve vyspělých zemí se snaží objektivně doložitelné výsledky zdravotní péče

standardně doplňovat subjektivním pohledem pacientů na kvalitu poskytované péče a současně na kvalitu života po absolvování léčby. Obecně tedy hovoříme o kvalitě života související se zdravím, jako profesionálně poskytované zdravotní péči, a tedy důležitým indikátorem výsledku poskytované péče. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství probíhá převážně u pacientů s chronickým či nevyлéčitelným onemocněním, kam patří například onkologické a kardiovaskulární. Běžně se v ošetrovatelské péči neužívají nástroje k hodnocení kvality života (Gurková, 2011; Wilson and Cleary, 1995).

Je důležité si uvědomit, jak vnímá každý individuálně svou kvalitu života. I nemocný člověk, smířený se svou chorobou, může kvalitu svého života chápat pozitivně. Naopak zdravý člověk ji tak vnímat nemusí. Obdobný názor můžeme najít i u R. Veenhovenové, která tvrdí: „*Míry kvality života související se zdravím jsou – z větší části – mírami negativního zdraví*“ (Veenhovenová, 2000)

2.2.4.1 Historie kvalita života v ošetrovatelství

Kvalita života obecně nemá ve zdravotnictví dlouho historii. Definice o kvalitě života se v nejrůznější literatuře začaly objevovat až na konci 20. století. Důvodem se stal rozvoj medicíny, který ve té době nastal a s tím spojené i zvyšování efektivity a kvality léčebných metod, naneštěstí i nárůstu chronický. Koncept kvality života je úzce spjat s dalšími pojmy z ošetrovatelství, a to lidské potřeby, zdraví, seбepéče, pohoda, denní aktivity i existencionální rozměr lidského života. Nejčastěji využívanou definicí kvality života v ošetrovatelství je vytvořená definice pracovní skupinou WHOQOL. Kvalita života v této definici formuluje: „*jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (The WHOQOL–Group, 1995; Gillernová et al., 2011).

2.2.5 Faktory ovlivňující kvalitu života

Ovlivňující faktory kvality života hodnotíme takto:

- Fyzická kondice – je ovlivňována výskytem symptomů nemoci a nežádoucími aspekty dané terapie;
- Funkční zdatnost – tělesné aktivity, které jsou hodnoceny dle stupnice WHO nebo pomocí škály Karnofského. Další oblastí se hodnotí míra komunikace s rodinou, pracovními kolegy, přizpůsobení se v pracovním a rodinném kolektivu;
- Psychický stav – zkoumají se nálady, postoje k životu, hodnocení a vyrovnávání se s bolestí, prožívání nemoci spojené s charakterem člověka;

- Spokojenost s léčbou – posuzuje se prostředí, ve kterém léčba probíhá. Dále diagnostické a léčebné výkony a zručnost zdravotnických pracovníků;
- Sociální stav – podle informací o vztazích nemocného k jeho blízkým je hodnoceno jeho postavení ve společnosti a komunikační způsoby (Slováček et.al., 2004).

2.2.6 Měření kvality života

Obecně je naší snahou zvyšovat kvalitu života, ale aby tomu tak bylo, je důležité nejprve kvalitu života přesně definovat a poté měřit. Vzhledem k tomu, že nenacházíme jasně danou definici kvality života, není možné přesně určit, co zahrnout do jejího měření a jak ji změřit. Každý nástroj pro měření kvality života by měl v klinické praxi zachytit nejen negativní, ale i pozitivní dopad nemoci na kvalitu života pacienta. Také by měl objasnit individuální vnímání hodnocení kvality života pacientem, rozlišovat mezi celkovou kvalitou života a specifickým dopadem onemocnění na kvalitu života, což by do jisté míry redukovalo jednostranné chápání kvality ve vztahu ke zdraví, což je zajisté velmi složité. Kvalita života lze rozdělit na dvě dimenze. První je subjektivní, která se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Naopak objektivní přístup, který je dle mého názoru podstatnější, jelikož se jedná o hodnocení samotného nemocného a to, jak on sám vnímá své onemocnění. Tato práce je cílena na druhou skupinu, kdy si respondenti svůj zdravotní stav hodnotí sami. Jedná se o subjektivně měřitelný přístup, který umožňuje srovnání kvality života respondentů v různém stadiu nemoci, dále pak při zhoršení či zlepšení stavu (Gurková, 2011; Heřmanová, 2012; Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Dle Křivohlavého existují tři skupiny přístupů k měření kvality života:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba;
- Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem sama osoba;
- Metody smíšené, vzniklé kombinací výše uvedených metod (Křivohlavý, 2002).

Nástroje k hodnocení kvality života standardizovaným způsobem jsou dotazníky, které kvantifikují dopad nemoci na daného jedince a dopad vlastní léčby na běžný život nemocného. V praxi je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života. U pacientů s různým typem onemocnění je možné využít k měření kvality života generické nástroje. Cílem využívání generických nástrojů bylo porovnat úroveň HRQoL (Health-Related Quality of Life) mezi zdravou a nemocnou populací, tedy mezi různými druhy nemocí. Celosvětově byly jako první využívány hlavně 2 nástroje – Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). V ČR jsou v současnosti nejčastěji využívány WHOQOL–BREF, SF-

36 a EQ–5. Všechny jsou dostupné v české i slovenském jazyce (Payne, 2005; Gurková, 2011).

Specifické nástroje jsou vytvořeny pro určité typy onemocnění a často je jeho součástí i generický dotazník. Cílem specifických nástrojů pro měření kvality života je, co možná nejpřesněji rozpoznat faktory ovlivňující kvalitu života. Dále hodnotí úzkou oblast, která bezprostředně souvisí s daným onemocněním. I proto by měli být mnohem citlivější k malým změnám. Avšak tyto dotazníky kvality života nejsou určeny ani vhodné k hodnocení celkové kvality života. Specifickými dotazníky zaměřenými na kardiovaskulární onemocnění jsou například pro pacienty s ischemickou chorobou srdeční APQLQ-Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire, pro pacienty po akutním infarktu myokardu MIDAS-35- Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale a mnoho dalších (Gurková, 2011).

2.2.6.1 Standardizovaný dotazník kvality života

V roce 1991 pracovní skupina Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života vytvořila instrument WHO Quality of Life Assessment, dále WHOQOL. Jeho smyslem nebylo pouze subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností, ale měl překonat a rozšířit dosavadní pojetí kvality života a splnit čtyři nezbytné požadavky. Požadavek na komplexnost, kdy bylo nutné přibrat hodnocení širokého spektra aspektů života. Požadavek na subjektivnost neboli sebezposouzení. Dále relativní důležitost, myšleno jako hodnocení subjektivní důležitosti jednotlivých aspektů života a kulturní relevance ve smyslu použitelnosti jednoho instrumentu v různých jazykových a kulturních prostředích. Po vymezení pojmu a definice kvality života, vytvoření položek, po konstrukci škál odpovědí a pilotním výzkumu byl vytvořen stopoložkový instrument World Health Organization Quality of Life Questionnaire, známý jako WHOQOL-100 (Gurková, 2011; Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

2.2.6.1.1 Dotazník SF–36

K měření kvality života ovlivněné nemocí je navržena celá řada dotazníků. Hojně používaný je dotazník Short Form 36 Health Subject Questionnaire v překladu do českého jazyka se uplatňuje název dotazník O kvalitě života podmíněného zdravím (zkráceně SF-36). Dotazník byl vytvořený autorským kolektivem Ware et al. již v roce 1992. V současné době existuje několik forem tohoto dotazníku, jako například dotazník SF-12 a SF-8, které slouží jako kratší varianta k předchozímu dotazníku pro použití ve velkých výzkumech. Použitá jazyková mutace pro tento průzkum souhlasí s překladem MUDr. Petra, Ph.D, který v překladu označuje Short Form 36 Health Subject Questionnaire jako, Dotazník SF-36 o kvalitě života

podmíněné zdravím. Obsahuje celkem osm dimenzí, které popisují základní oblasti hodnocení zdraví. Dotazník je v současné době přeložený, validizovaný a standardizovaný ve více jak 15 zemích. Patří mezi nejvyužívanější dotazníky kvality života pro svoji stručnost, jasnost a komplexnost. Mezi jeho další výhody se řadí srovnání s jinými vzorky pacientů na celém světě a použití dotazníku pro akademický výzkum není zpoplatněno. Dotazník SF-36 byl navržen k použití pro klinickou praxi, zjišťuje subjektivní zdravotní stav a je využíván ke zkoumání kvality života u lidí s různými chronickými chorobami, jak uvádí Hong a Huber, Oldidge, Hoefler zejména kardiovaskulárními. Je výborný pro klinické studie, avšak do každodenní praxe je časově velmi náročný, zvláště pro následné vyhodnocování nasbíraných dat. Využívá se nejen klinické praxi, ve výzkumu, ale slouží i k získání statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva (Ware 2000; Gurková, 2011; Hong, 2015; Huber, Oldidge, Hoefler, 2016)

Dimenze dotazníku SF-36:

1. Dimenze – fyzická aktivita

První dimenze popisuje fyzické možnosti v určitých činnostech jako je úroveň sebeobsluhy, chůze, nošení břemen a různé úrovně fyzického cvičení.

2. Dimenze – omezení fyzické aktivity

Dimenze fyzické aktivity popisuje, jak úroveň fyzického zdraví zasahuje do práce a dalších každodenních aktivit.

3. Dimenze – bolest

Tato dimenze obsahuje popis síly bolesti a její dopad na normální práci.

4. Dimenze – všeobecné hodnocení zdraví

Zde respondent popisuje subjektivní ohodnocení zdraví, včetně aktuálního zdraví, budoucnosti a úrovně odolnosti vůči nemocem.

5. Dimenze – vitalita

Dimenze vitality popisuje, zda se respondent cítí unavený nebo naopak plný energie.

6. Dimenze – společenská aktivita

Rozsah, jakým do normálních sociálních činností zasahují citové problémy nebo i fyzické zdraví.

7. Dimenze – omezení emočními problémy

Dimenze popisuje, jak zasahují citové problémy do práce, do každodenních aktivit, spolu s úrovní soustředění se na práci.

8. Dimenze – duševní oblast

Popisuje všeobecné duševní zdraví spolu s depresí, úzkostí a úrovní sebeovládání (Ware, 1993).

Každá doména obsahuje dvě až deset otázek. Celkem je dotazník složen, jak již z názvu vyplývá z 36 otázek. Jedna otázka z dotazníku nepatří do žádné dimenze, tato otázka se zajímá o současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem. O celkovém stavu respondenta vypovídá všech osm dimenzí. Jednotlivé dimenze jsou dále členěny na dvě škály, kterou hodnotí odlišně fyzické a psychické zdraví respondenta. Celkové fyzické zdraví, zkráceně PCS (Physical Component Summary), je tvořeno 5 kategoriemi (fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, bolest, všeobecné hodnocení zdraví a vitalita), vyhodnocuje se pomocí aritmetického průměru jednotlivých dimenzí. Celkové psychické zdraví, zkráceně PCS (Mental Component Summary), je tvořen 5 kategoriemi (všeobecné hodnocení zdraví, vitalita, společenská aktivita, emoční problémy, duševní zdraví), vypočítává se aritmetickým průměrem jednotlivých dimenzí (Ware, 1993; Ware 2000; Gurková, 2011).

V České republice je dotazník SF-36 používán k hodnocení napříč obory. Jedním z příkladů publikace, kde byl dotazník SF-36 využit, nese název Hodnocení kvality života pacientů jeden rok po implantaci TEP kyčelního kloubu. Příklad zahraniční publikace je Porovnání kvality života u pacientů podstupujících transkatetrovou a chirurgickou náhradu aortální chlopně od švýcarských autorů (Gurková, 2011).

Tabulka 1 - Hodnocení dimenze dotazníku SF-36

Dimenze SF-36	Počet otázek	Číslo otázky
Fyzická aktivita	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Omezení fyzické aktivity	4	13, 14, 15, 16
Bolest	2	17, 18, 19
Všeobecné hodnocení zdraví	5	23, 27, 29, 31
Vitalita	4	24, 25, 26, 28, 30
Společenská aktivita	2	20, 32
Omezení emočními problémy	3	21, 22
Duševní oblast	5	1, 33, 34, 35, 36

Vyhodnocení je prováděno pomocí tzv. TS skóre, tedy Transformed Scales Score, které je hodnoceno na škále 0 až 100 bodů. Výsledná hodnota značí buď 100 bodů, tedy dobrý zdravotní stav nebo 0 bodů a špatný zdravotní stav. Skóre pod 50 může být interpretováno jako pod normou obecné populace. Otázky z dotazníku se převedou dle následujícího skóre:

- otázky s 2 variantami: varianta 1 → 100, varianta 2 → 0;
- otázky se 3 variantami odpovědí: varianta 1 → 100, varianta 2 → 50, varianta 3 → 0;
- otázky s 5 variantami odpovědí: varianta 1 → 100, varianta 2 → 75, varianta 3 → 50, varianta 4 → 25, varianta 5 → 0;
- otázky s 6 variantami odpovědí: varianta 1 → 100, varianta 2 → 80, varianta 3 → 60, varianta 4 → 40, varianta 5 → 20, varianta 6 → 0.

Jak probíhá jednotlivé hodnocení otázek je zobrazeno v tabulce 2 - Bodové ohodnocení dotazníku SF-36, které je zobrazeno níže. Pomocí této tabulky dojde k překódování jednotlivých odpovědí na body. Obecně horší zdravotní stav a dlouhodobé onemocnění signalizuje nižší skóre. A také ženám obvykle vychází nižší skóre. Dotazník SF-36 poskytuje spolehlivá data k určení úrovně kvality života v souvislosti se zdravím, pokud je zachován předepsaný postup zpracování dat (Jenkinson et al., 1993; Gurková, 2011; Ware, 1993).

Tabulka 2 - Bodové ohodnocení dotazníku SF-36

Číslo otázky	Odpověď	Hodnocení
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

3 PRŮZKUMNÁ VÝCHODISKA PRÁCE

V této části diplomové práce se popisují jednotlivé fáze průzkumu. Nejprve je uváděn hlavní cíl a dílčí cíle průzkumného šetření na které navazují průzkumné otázky. Poté je popsána metodika průzkumu, v které se charakterizuje průzkumný soubor, metoda sběru dat a metody analýzy dat. Následuje kapitola analýza dat, kde jsou prezentovány výsledky průzkumného šetření.

3.1 Cíle průzkumného šetření

Hlavní cíl: Zhodnotit celkový pocit zdraví u respondentů po operaci srdce z klasického kardiochirurgického přístupu střední sternotomie a z miniinvazivního přístupu minithorakotomie, pomocí standardizovaného dotazníku SF-36.

Dílčí cíl 1: Porovnat celkový pocit zdraví u pacientů po operaci srdce z klasického kardiochirurgického přístupu střední sternotomie oproti miniinvazivnímu přístupu minitorakotomie, pomocí standardizovaného dotazníku SF-36.

Dílčí cíl 2: Definovat domény standardizovaného dotazníku SF-36, ve kterých došlo k největším změnám v závislosti na operačním přístupu.

3.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36, v závislosti na operačním přístupu ze sternotomie oproti minithorakotomii?

Výzkumná otázka č. 3: V jakých doménách je nejvíce ovlivněn celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36?

3.3 Metodika

Předmětem průzkumu bylo zhodnotit kvalitu života pacientů po operaci srdce s přihlédnutím k typu výkonu. Jednalo se o průzkumné šetření s jasně specifikovaným výběrovým souborem respondentů, a to po kardiochirurgickém výkonu z operačního přístupu sternotomie nebo minithorakotomie. Sběr dat probíhal na dispenzární ambulanci kardiochirurgického centra v Nemocnici Na Homolce. Respondenti tvořili soubor pacientů, kteří na doporučení

v propouštěcí zprávě navštívili dispenzární ambulanci cca 1. měsíc po operačním výkonu. Vlastní výzkum probíhal pomocí výběrového šetření prostřednictvím standardizovaného dotazníku Short Form 36 o kvalitě života podmíněné zdravím, který je pro svou přehlednost a srozumitelnost využíván k hodnocení zdravotního stavu a kvality života v řadě českých i zahraničních studiích. Autory dotazníku jsou J.E. Ware a spol. Použitá jazyková mutace v této práci odpovídá překladu MUDr. Petra, Ph.D.. Všechna získaná data byla převedena do elektronické podoby pomocí programu MS Excel a pomocí TS skóre byla ke každé odpovědi přiřazena příslušná hodnota v intervalu 0-100. Ve výsledné fázi průzkumného šetření probíhalo srovnání získaných dat mezi skupinou respondentů, kteří podstoupili výkon z operačního přístupu ze sternotomie nebo z minithorakotomie, zhodnocení statisticky významných rozdílů v získaných hodnotách a v neposlední řadě interpretace výsledků (Jenkinson et al., 1993; Gurková, 2011).

3.4 Organizace průzkumného šetření

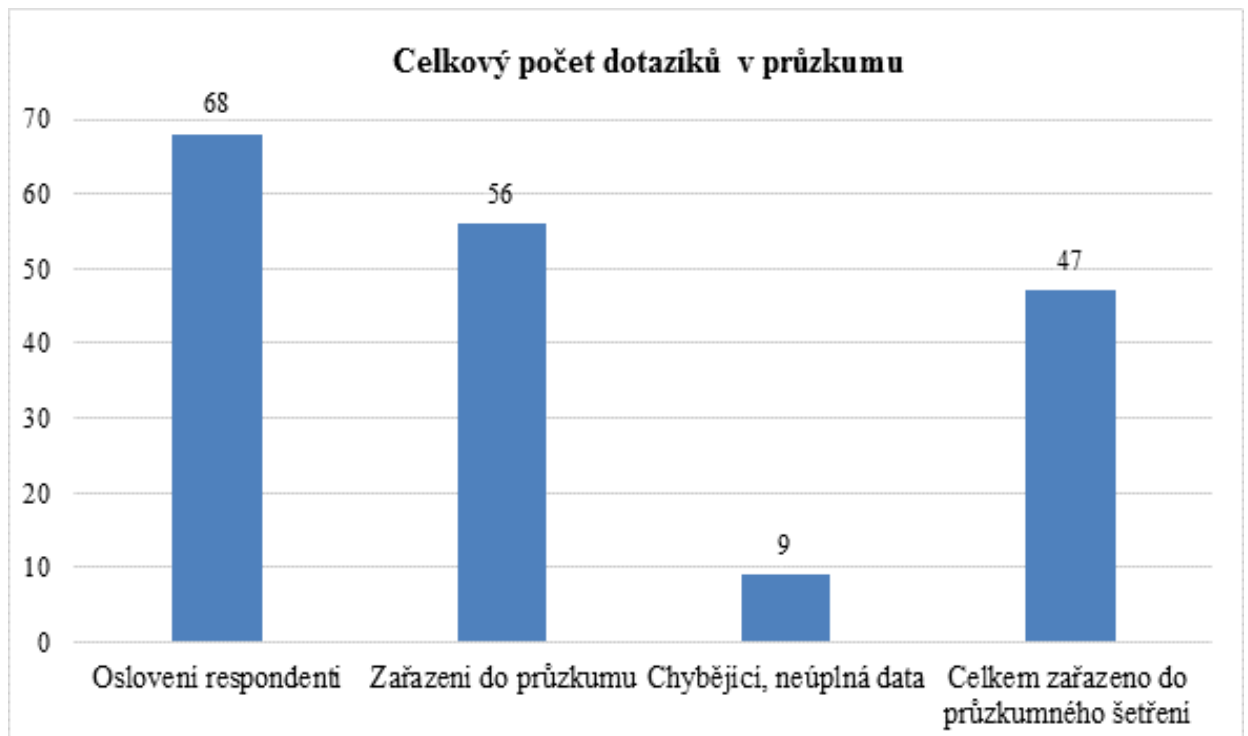
Před zahájením sběru dat bylo nezbytné zajistit souhlas s prováděním průzkumu na daném pracovišti, který mi udělila Nemocnice Na Homolce. Před sběrem dat bylo provedeno pilotní šetření, jeho záměrem bylo ověření metodiky a proveditelnosti plánu sběru dat. Závěrem pilotního šetření bylo zjištění, že dotazník byl respondentům srozumitelný.

3.5 Sběr dat

Sběr dat byl započat 1.listopadu 2019 a ukončen 31.ledna 2020. Probíhal na dispenzární ambulanci kardiologického centra v Nemocnice Na Homolce. Respondenti tvořili výběrový soubor s jasně definovanými kritérii pro oslovení a zařazení do souboru šetření. Jednalo se o respondenty po kardiologické operaci z přístupu střední sternotomie nebo minithorakotomie. Kontakt s respondentem byl navázán během dispenzarizační prohlídky na ambulanci cca jeden měsíc po operačním výkonu. Před vlastním dotazníkovým šetřením byla posouzena kognice respondentů, a to ze zdravotní dokumentace, informací získaných od zdravotnického personálu a krátkým rozhovorem. Dále byla respondentům podána informace ohledně záměru průzkumu a na základě souhlasu byli zařazeni do průzkumného šetření. Během průzkumného šetření bylo celkem osloveno 68 respondentů. Se sběrem dat souhlasilo 56 respondentů. Jedním z hlavních důvodů odmítnutí výzkumného šetření uváděli respondenti časové omezení. Dále bylo vyloučeno z průzkumu 9 respondentů z důvodu nepřesnosti dat nebo nekompletně vyplněného dotazníku. Celkem bylo do průzkumného šetření zařazeno 47 kompletně vyplněných dotazníků. Sběr dat je souhrnně vyobrazen níže.

Tabulka 3 - Celkový počet dotazníků v průzkumu

Celkový počet dotazníků v průzkumu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Oslovení respondenti	68	100 %
Zařazení do průzkumu	56	82,35 %
Chybějící, neúplná data	9	13,24 %
Celkem zařazeno do průzkumného šetření	47	69,12 %



Obrázek 2 - Graf celkového počtu dotazníků v průzkumu

3.6 Použité nástroje pro sběr dat

Pro průzkumné šetření práce byl využit standardizovaný dotazník kvality života SF-36 a dotazník vlastní konstrukce (Příloha A, B s.53). K ověření diagnózy, léčebného postupu a zjištění délky dispenzarizace byla použita elektronická zdravotní dokumentace Nemocnice Na Homolce.

3.7 Dotazník

Dotazník se celkem skládal ze tří částí. První část zahrnovala úvodní dopis pro respondenty, který obsahoval krátký text, kde žádám o vyplnění dotazníku, dále jsou popsány pokyny pro vyplnění. Druhá část byla tvořena otázkami na demografické údaje – pohlaví, věk, rodinný stav, bydliště, povolání. Třetí část byl standardizovaný dotazník kvality života SF-36. Jednalo o dotazník, který slouží k vypracování pouze této diplomové práce (Příloha A, B, C s. 53-57).

3.7.1 Standardizovaný dotazník kvality života SF-36

Dotazník je určen pro dospělou populaci a obsahuje celkem 36 otázek rozdělených do 8 domén. Délka administrace je cca 20-30 minut. Každá otázka obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice. Vyhodnoceny jsou každé dimenze v dotazníku na škále 0 až 100 bodů, následně jsou hodnoty sečteny. Výsledná hodnota značí buď 100 bodů, tedy dobrý zdravotní stav nebo 0 bodů a špatný zdravotní stav. Podrobněji je dotazník popsán v předešlé kapitole (Jenkinson et al., 1993; Gurková, 2011).

3.7.2 Dotazník vlastní konstrukce

Dotazník vlastní konstrukce byl vytvořen za účelem zjištění demografického rozložení respondentů a jeho spojitostí s kvalitou života. Skládá se z výběrových, otevřených a uzavřených otázek. Obsahuje identifikační údaje, které slouží pouze k ověření operačního přístupu v elektronické dokumentaci, což je pro tento průzkum zásadní. Dále se zajímám o demografická data, osobní a sociální, pracovní anamnézu. Celkem je složen z 8 otázek, kde 6 otázek vyplňuje respondent a zbylé dvě jsou vyplněny mnou. Zvolené otázky slouží k vyhodnocení psychosociálního dopadu na kvalitu života. Podrobněji je dotazník popsán v předešlé kapitole.

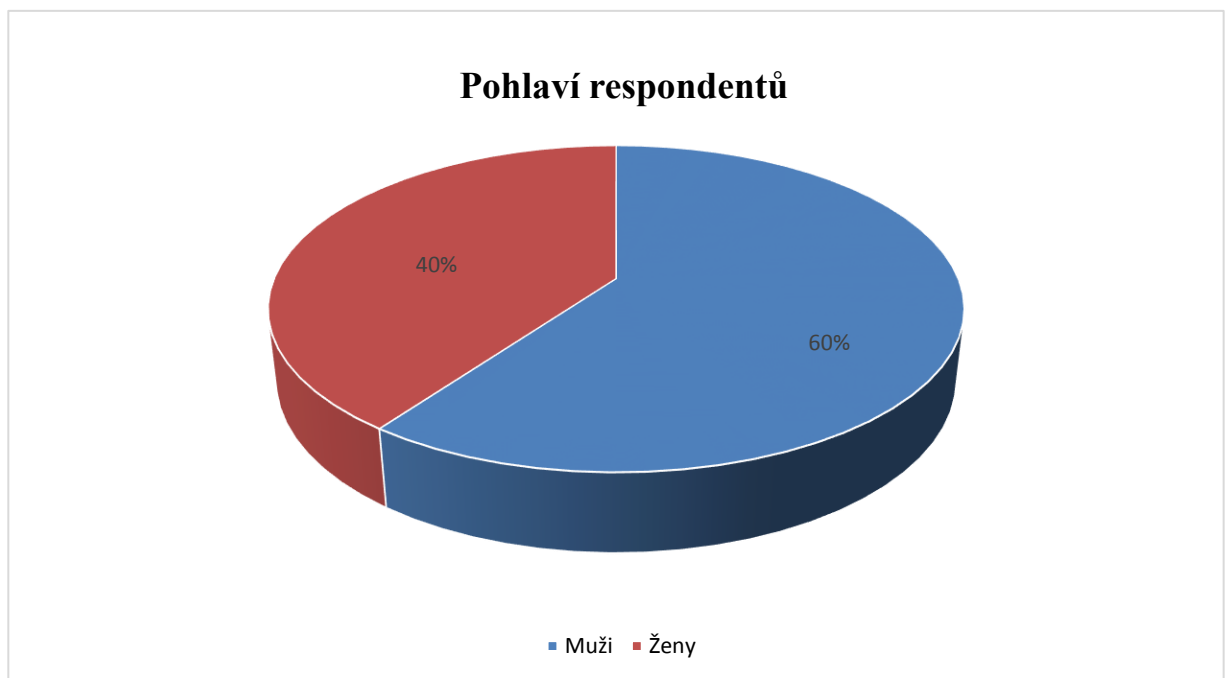
3.8 Zpracování dat

Ke zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel a Statistica ©. Data jsou zpracována do tabulek a grafů pro přehlednost výsledků šetření.

3.9 Výsledky průzkumného šetření

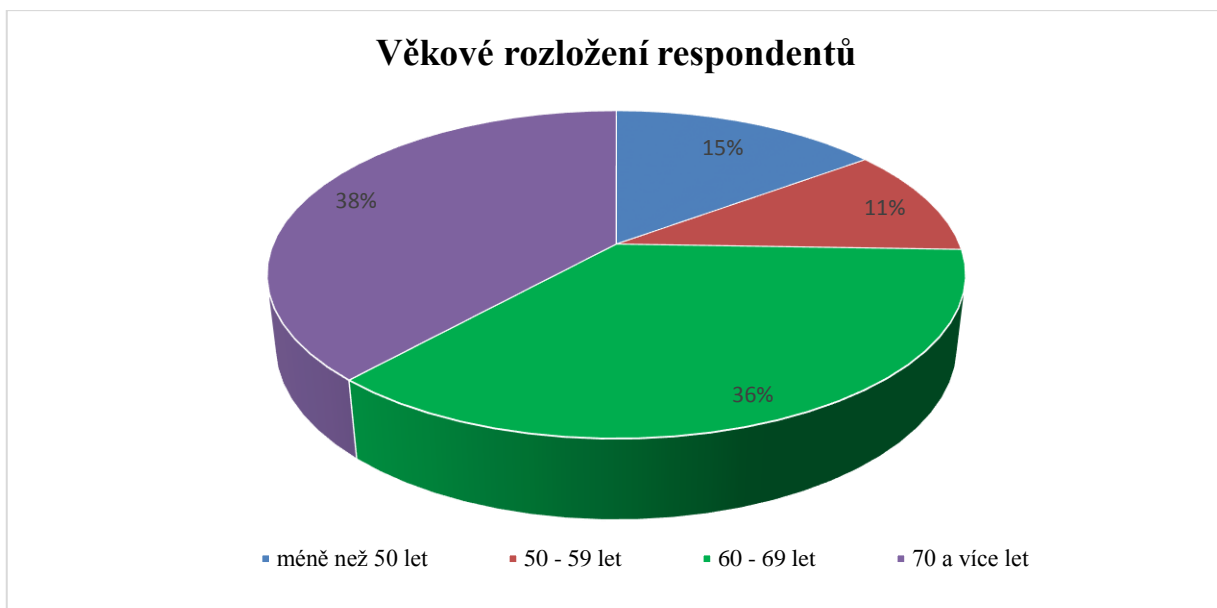
3.9.1 Vyhodnocení dotazníku vlastní konstrukce

Průzkumný soubor tvoří celkem 47 respondentů (100 %). Zastoupení mužů je 28 (60 %) a 19 žen (40 %). Větší zastoupení mužského pohlaví odpovídá i běžnému rozložení kardiologických pacientů. Dle kardiologického registru bylo v ČR v roce 2017 provedeno celkem 8 504 kardiologických operací. Z celkového počtu tvoří muži 70,67 % a ženy 29,33 %. Pro přehlednost zobrazuji graf níže (Národní kardiologický registr, ©2019).



Obrázek 3 - Graf rozložení pohlaví respondentů

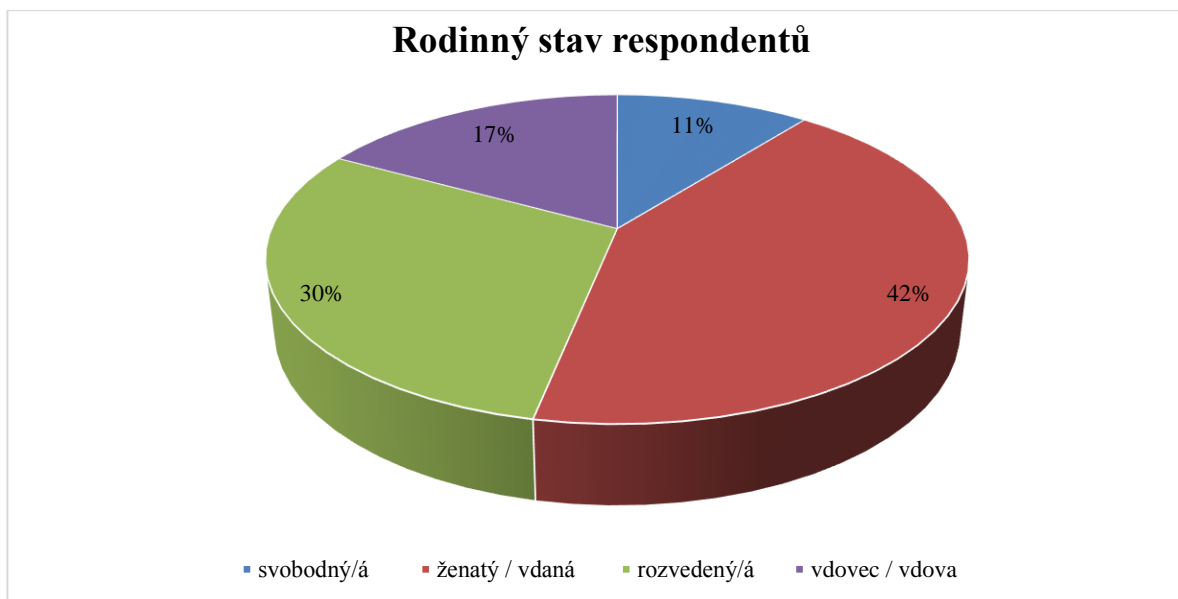
Nejstaršímu respondentu je 82 let, nejmladšímu je 34 let. Průměrný věk respondentů je 68 let. Z věkového rozložení respondentů této statistiky vyplývá, že více jak polovina je v důchodovém věku. Toto tvrzení ověřuje i otázka týkající se zaměstnání respondentů. Pro přehlednost dat zobrazuji graf níže.



Obrázek 4 - Graf věkového rozložení respondentů

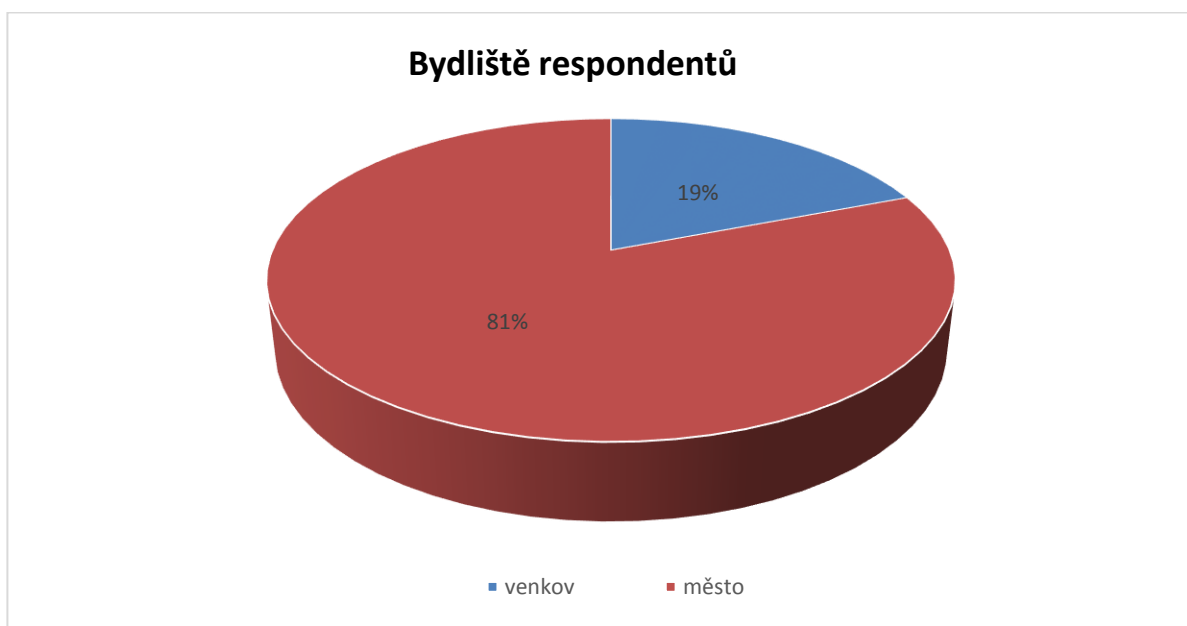
Rodinný stav byl do demografické struktury zahrnut jako doplňující údaj s cílem zjistit, zda žije respondent sám a musí být v domácím prostředí soběstačný nebo sdílet svou domácnost s někým dalším. Dále byl využit běžný údaj svobodný(á), ženatý/vdaná, rozvedený(á), vdovec/vdova. Kde z celkového počtu 47 respondentů udává rodinný stav svobodný(á) 5, ženatý/vdaná 20, rozvedený(á) 14 a vdovec/vdova 8 respondentů.

Pokud nežije pacient s partnerem, nemusí to znamenat, že je v domácnosti sám. Rodinný stav proto doplňuje otázka, zda respondent bydlí sám nebo s rodinou. Z celkového počtu 47 respondentů udává 39 bydlení s rodinou a pouze 8 respondentů uvádí, že bydlí sami. Toto zjištění je zajímavé ve spojitosti s otázkou na rodinný stav respondentů, kde je velké zastoupení svobodných, rozvedených nebo ovdovělých respondentů. Pro přehlednost zobrazuji graf níže.



Obrázek 5 - Graf rodinného stavu respondentů

Další oblastí průzkumného šetření bylo bydliště respondentů. Kde 9 (19 %) respondentů uvedlo jako své bydliště na vesnici a 38 (81 %) ve městě. Pro přehlednost zobrazuji v grafu níže.



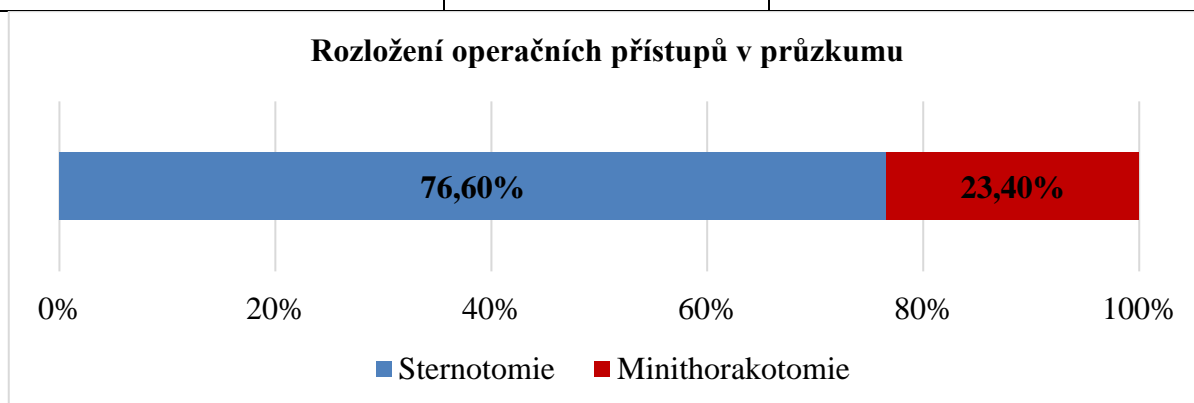
Obrázek 6 - Graf bydliště respondentů

K zjištění operačního přístupu, z kterého byli respondenti operováni, sloužila jako zdroj informací elektronická dokumentace Nemocnice Na Homolce. Z celkového počtu 47 respondentů bylo 36 operováno z klasického přístupu střední sternotomie, z minithorakotomie bylo operováno 11 respondentů. Žádný z respondentů neměl kombinovaný operační přístup

sternotomie a minithorakotomie. Pro přehlednost přístupů respondentů jsou zaznamenány v tabulce níže.

Tabulka 4 - Rozložení operačních přístupů v průzkumu

Operační přístup	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Sternotomie	36	76,60 %
Minithorakotomie	11	23,40 %
Celkem	47	100 %



Obrázek 7 - Graf rozložení operačních přístupů v průzkumu

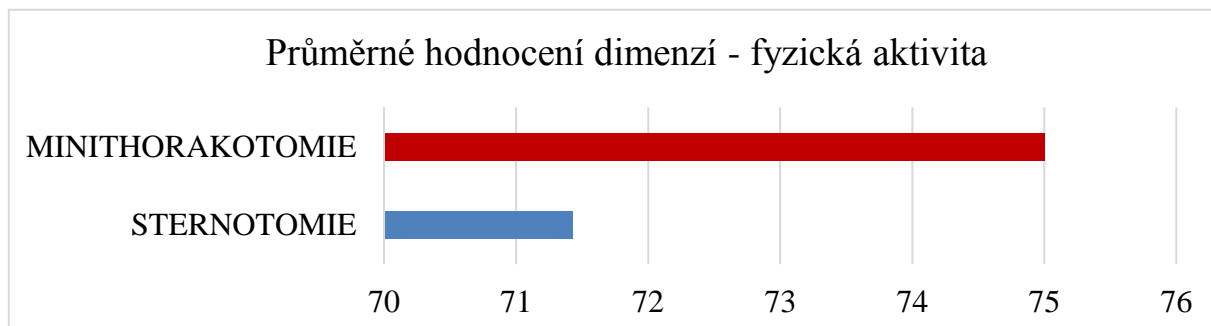
3.9.2 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku kvality života SF-36

V této části práce budou postupně představeny výsledky provedeného průzkumného šetření, pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 ve všech osmi sledovaných dimenzích. Zároveň vyhodnocují celkové fyzické a psychické zdraví. Všechna nasbíraná data z dotazníku jsou překódovaná, dle odpovědí na hodnoty od 0 do 100 bodů podle počtu variant odpovědí. Přičemž nejvyšší hodnota značí dobrý zdravotní stav, a naopak nejnižší hodnota špatný zdravotní stav. Vzhledem k obsáhlosti dotazníku SF-36 a jeho hodnocení zobrazují především průměrné hodnoty. Pro vizualizaci získaných dat znázorňují hodnoty pomocí tabulek a grafů.

3.9.2.1 Hodnocení dimenze – fyzická aktivita

U respondentů, kteří podstoupili operační výkon z přístupu sternotomie měli v průměru skóre 71,43. Kdy nejnižší bodové ohodnocení v dotazníku bylo vyhodnoceno respondenty na 0, nejvyšší hodnota 100. Naopak respondenti po minithorakotomickém přístupu dosáhli na průměrnou hodnotu 75, nejnižší hodnota byla 50 a nejvyšší hodnota 100 byla. Rozdíl v

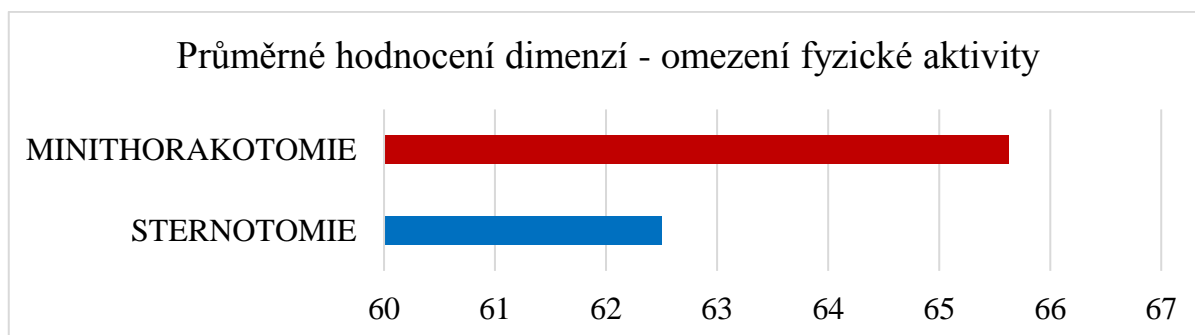
hodnocení dimenze tvoří 3,57 bodů. V dimenzi fyzická aktivita hodnotili respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.



Obrázek 8 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – fyzická aktivita

3.9.2.2 Hodnocení dimenze – omezení fyzické aktivity

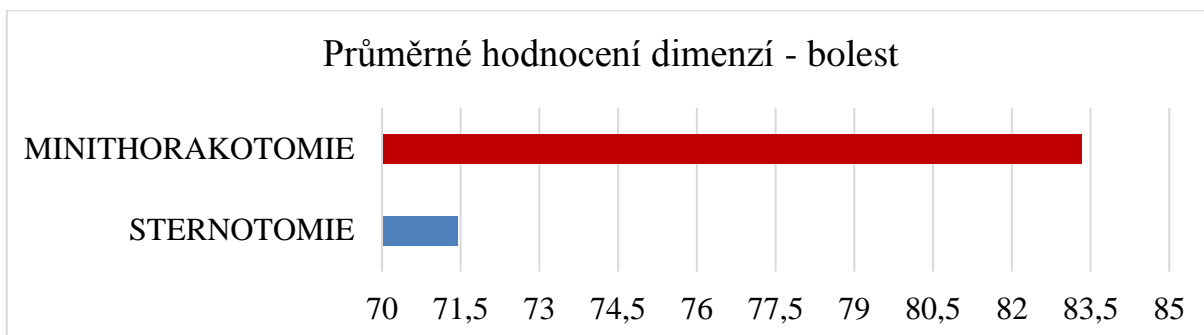
Dimenze omezení fyzické aktivity u sternotomie vyšlo o průměrné hodnotě 62,50, nejnižší dosažená hodnota byla 0 a nejvyšší 100. Stejně tak tomu bylo u minithorakotomie, kde sice průměrná hodnota byla 65,63, ale nejnižší i nejvyšší dosažená hodnota byla totožná a to 0 a 100. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 3,13. V dimenzi omezení fyzické aktivity hodnotili respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.



Obrázek 9 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – omezení fyzické aktivity

3.9.2.3 Hodnocení dimenze – bolest

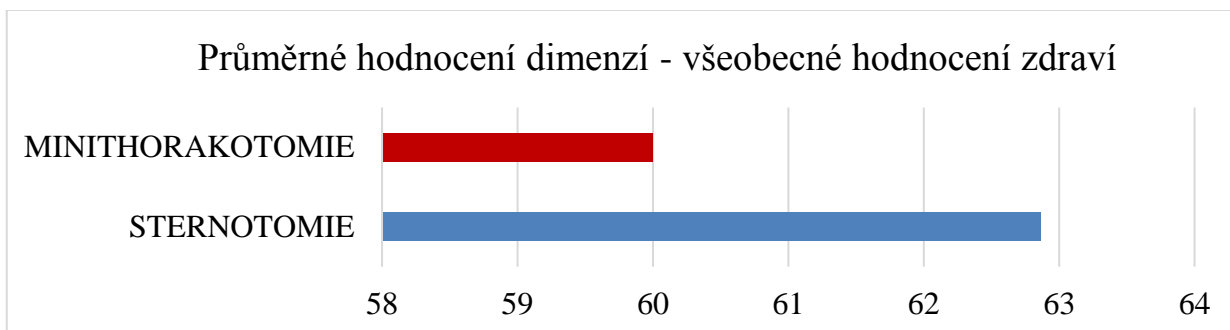
Průměrné hodnocení dimenze bolesti u sternotomie vyšlo 71,43. Nejnižší hodnota byla 20 a nejvyšší 80. Avšak u minithorakotomie bylo průměrné hodnocení 83,33. Nejnižší hodnota byla 0 vyšší hodnota byla 100. Tyto dva operační přístupy se nejvíce rozcházejí právě v této oblasti hodnocení, kdy rozdílná hodnota tvoří 11,9. V dimenzi bolest respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.



Obrázek 10 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – bolest

3.9.2.4 Hodnocení dimenze – všeobecné hodnocení zdraví

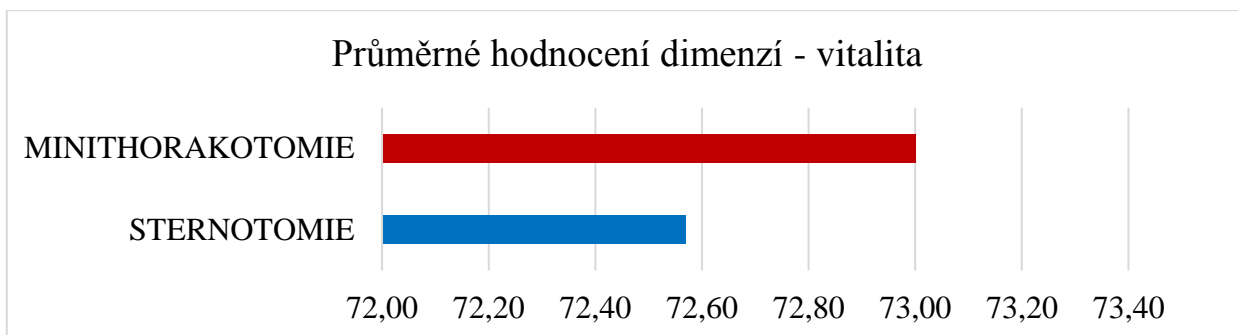
U dimenze všeobecné hodnocení zdraví byla průměrná hodnota 60 u minithorakotomie. U sternotomie byla průměrná hodnota 62,86. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 2,86. U minithorakotomie byla nejnižší hodnota 40 vyšší hodnota byla 100. U sternotomie byla nejnižší dosažené hodnocení respondentů 20 a nejvyšší 100. V dimenzi všeobecného hodnocení zdraví hodnotili respondenti sternotomický operačním přístup průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazují v grafu níže.



Obrázek 11 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – všeobecné hodnocení zdraví

3.9.2.5 Hodnocení dimenze – vitalita

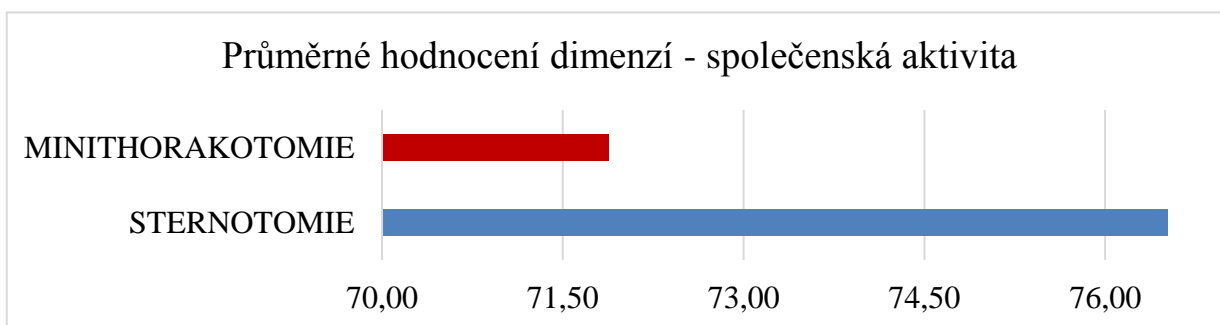
V této dimenzi nebyl až tak znatelný rozdíl, u sternotomie byla průměrná hodnota 72,57 a u minithorakotomie 73. Nejnižší dosažené skóre bylo 20 a nejvyšší 80 u obou přístupů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 0,43. V dimenzi vitalita hodnotili respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazují v grafu níže.



Obrázek 12 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – vitalita

3.9.2.6 Hodnocení dimenze – společenská aktivita

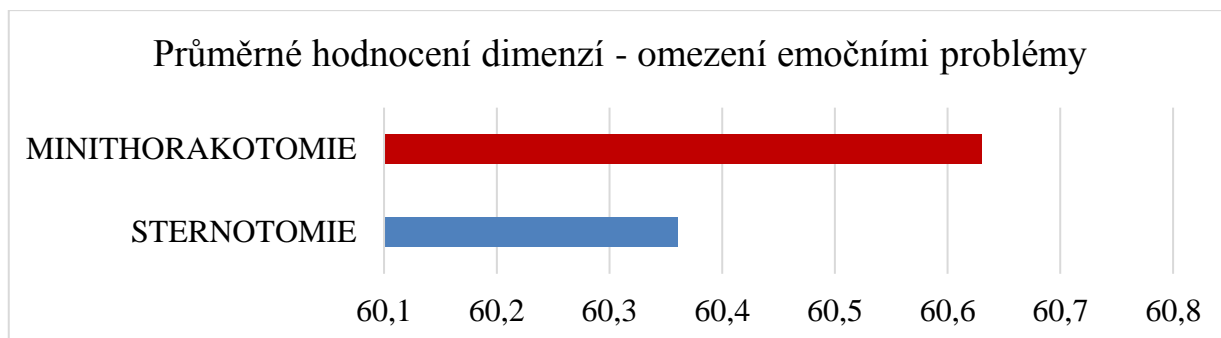
Dimenze společenská aktivita u respondentů po sternotomii byla průměrně vyhodnocena 76,88 body. Zatím co u respondentů po minithorakotomii byla dimenze průměrně hodnocena 71,88 body. Nejnižší bodové ohodnocení bylo 25 a nejvyšší 100 u obou přístupů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 5. V dimenzi společenská aktivita hodnotili respondenti sternotomický operačním přístup průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.



Obrázek 13 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – společenská aktivita

3.9.2.7 Hodnocení dimenze – omezení emočními problémy

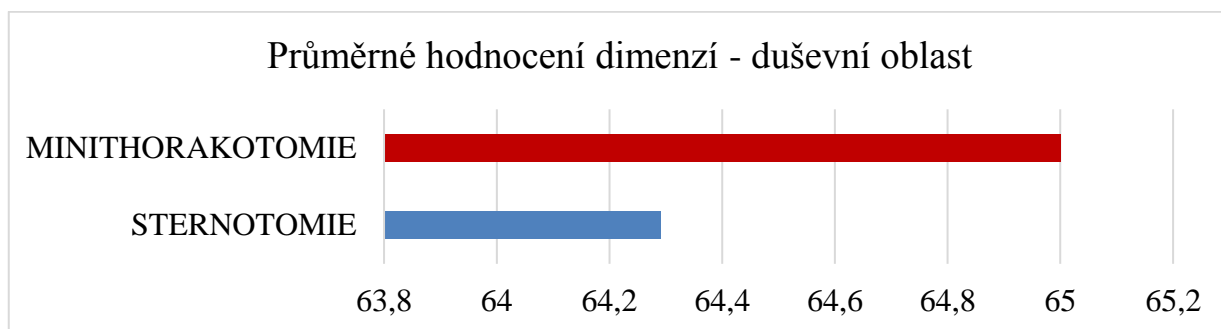
Dimenze omezení emočními problémy bylo ohodnoceno u sternotomie 60,36 oproti minithorakotomie 60,63. Nejnižší bodové ohodnocení bylo 0 a nejvyšší 100 u obou operačních přístupů. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 0,27. Což je pro zajímavost dimenze s nejmenším rozdílem průměrných hodnot. V dimenzi omezení emočními problémy hodnotili respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.



Obrázek 14 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – omezení emočními problémy

3.9.2.8 Hodnocení dimenze – duševní oblast

V hodnocení duševní oblasti respondenti průměrně ohodnotili přístup ze sternotomie 64,29. Oproti přístupu z minithorakotomie, kde byla průměrná dosažená hodnota 65. Rozdíl v hodnocení dimenze tvoří 0,71. Nejnižší bodové ohodnocení bylo 20 a nejvyšší 100 u obou operačních přístupů. V dimenzi duševní oblast hodnotili respondenti operačním přístup z minithorakotomie průměrně vyšším skóre, a tedy i vyšší kvalitou. Pro přehlednost porovnání těchto dvou operačních přístupů zobrazuji v grafu níže.

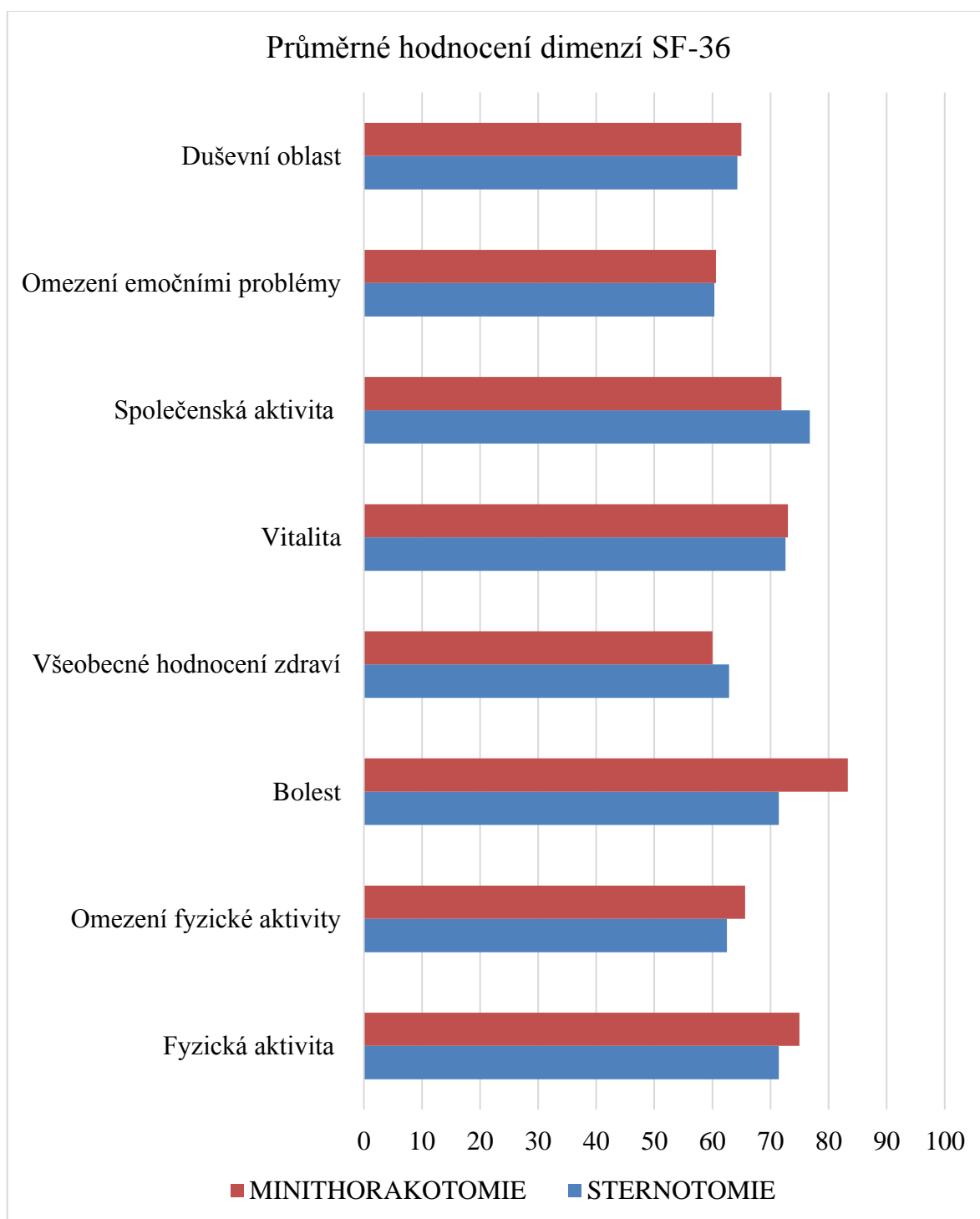


Obrázek 15 - Graf průměrného hodnocení dimenzí – duševní oblast

3.9.2.9 Celkové hodnocení dimenzí

V této části práce zobrazuji souhrnné hodnocení všech osmi dimenzí dotazníku SF-36 spolu s hodnocením celkového fyzického a psychického zdraví. Pro přehlednost a vizualizaci získaných dat jsem zvolila zobrazení pomocí tabulek a grafů, které znázorňuji níže.

Na Obrázku 15 – Graf průměrných hodnot všech dimenzí, dle dotazníku SF-36, kde jsou souhrnně znázorněny všechny průměrné hodnoty dimenzí dotazníku SF-36 v závislosti na operačním přístupu. Je možné si všimnout vyššího skóre u šesti dimenzí z celkem osmi u operačního přístupu z minithorakotomie.



Obrázek 16 - Graf průměrných hodnot všech dimenzí, dle dotazníku SF-36

Další zajímavá složka je Tabulka 5 – Minimální a maximální hodnocení dimenzí, dle dotazníku SF-36 po sternotomii. Tato tabulka značí minimalní a maximální bodové ohodnocení, které respondenti získali odpovědí na otázky v dotazníku SF-36. Kdy vyšší bodové ohodnocení značí vyšší kvalitu života.

Tabulka 5 - Minimálního a maximálního hodnocení dimenzí, dle dotazníku SF-36 po sternotomii

Dimenze	Minimální skóre	Maximální skóre
Fyzická aktivita	0	100
Omezení fyzické aktivity	0	100
Bolest	0	100
Všeobecné hodnocení zdraví	20	100
Vitalita	20	100
Společenská aktivita	20	100
Omezení emočními problémy	20	100
Duševní oblast	25	75
Celkem všechny dimenze	0	100

Tabulka 6 - Minimálního a maximálního hodnocení dimenzí, dle dotazníku SF-36 po minithorakotomii

Dimenze	Minimální skóre	Maximální skóre
Fyzická aktivita	50	100
Omezení fyzické aktivity	0	100
Bolest	0	100
Všeobecné hodnocení zdraví	40	100
Vitalita	20	100
Společenská aktivita	25	100
Omezení emočními problémy	20	75
Duševní oblast	20	100
Celkem všechny dimenze	0	100

3.9.2.9.1 Celkové fyzické zdraví

Celkové fyzické zdraví je tvořeno celkem 5 kategoriemi fyzická aktivita, omezení fyzické aktivity, bolest, všeobecné hodnocení zdraví a vitalita. Vyhodnocuje se pomocí aritmetického průměru jednotlivých dimenzí. Hodnocení celkového fyzického zdraví je znázorněno níže v tabulce 7 - Hodnocení celkového fyzického zdraví. Kde po sternotomickém operačním přístupu hodnotí respondenti celkový fyzický stav nižším skóre 68,16 oproti minithorakotomickému přístupu se skóre 71,39.

Tabulka 7 - Hodnocení celkového fyzického zdraví

Dimenze	Sternotomie	Minithorakotomie
Fyzická aktivita	71,43	75
Omezení fyzické aktivity	62,5	65,63
Bolest	71,43	83,33
Všeobecné hodnocení zdraví	62,86	60
Vitalit	72,57	73
Průměrné hodnocení	68,16	71,39

3.9.2.9.2 Celkové psychické zdraví

Celkové psychické zdraví je tvořeno celkem 5 kategoriemi všeobecné hodnocení zdraví, vitalita, společenská aktivita, emočními problémy a duševní zdraví. Vyhodnocuje se pomocí aritmetického průměru jednotlivých dimenzí. Hodnocení celkového psychického zdraví je zobrazeno níže v tabulce 8 - Hodnocení celkového psychického zdraví. Oproti celkovému fyzickému zdraví hodnotí respondenti po sternotomickém operačním přístupu celkový psychický stavu vyšším skóre 67,37 oproti minithorakotomickému přístupu se skóre 66,10.

Tabulka 8 - Hodnocení celkového psychického zdraví

Dimenze	Sternotomie	Minithorakotomie
Všeobecné hodnocení zdraví	62,86	60
Vitalit	72,57	73
Společenská aktivita	76,79	71,88
Emočními problémy	60,36	60,63
Duševní zdraví	64,29	65
Průměrné hodnocení	67,37	66,10

3.9.2.9.3 Souhrnné hodnocení celkového fyzického a psychického zdraví

Na tabulce 9 - Průměrné hodnocení celkového fyzického a psychického zdraví je možné si povšimnout průměrných hodnot po sternotomickém a po minithorakotomickém operačním přístupu. V hodnocení celkového fyzického stavu získal vyšší hodnocení operační přístup z minithorakotomie. Naopak v hodnocení celkového psychického zdraví operační přístup ze sternotomie. Průměrné skóre obou operačních přístupů značí lepší fyzický stav po kardiochirurgické operaci v tomto souboru respondentů.

Tabulka 9 - Průměrné hodnocení celkového fyzického a psychického zdraví

Dimenze	Sternotomie	Minithorakotomie	Průměr
Hodnocení celkového fyzického zdraví	68,16	71,39	69,78
Hodnocení celkového psychického zdraví	67,37	66,10	66,74

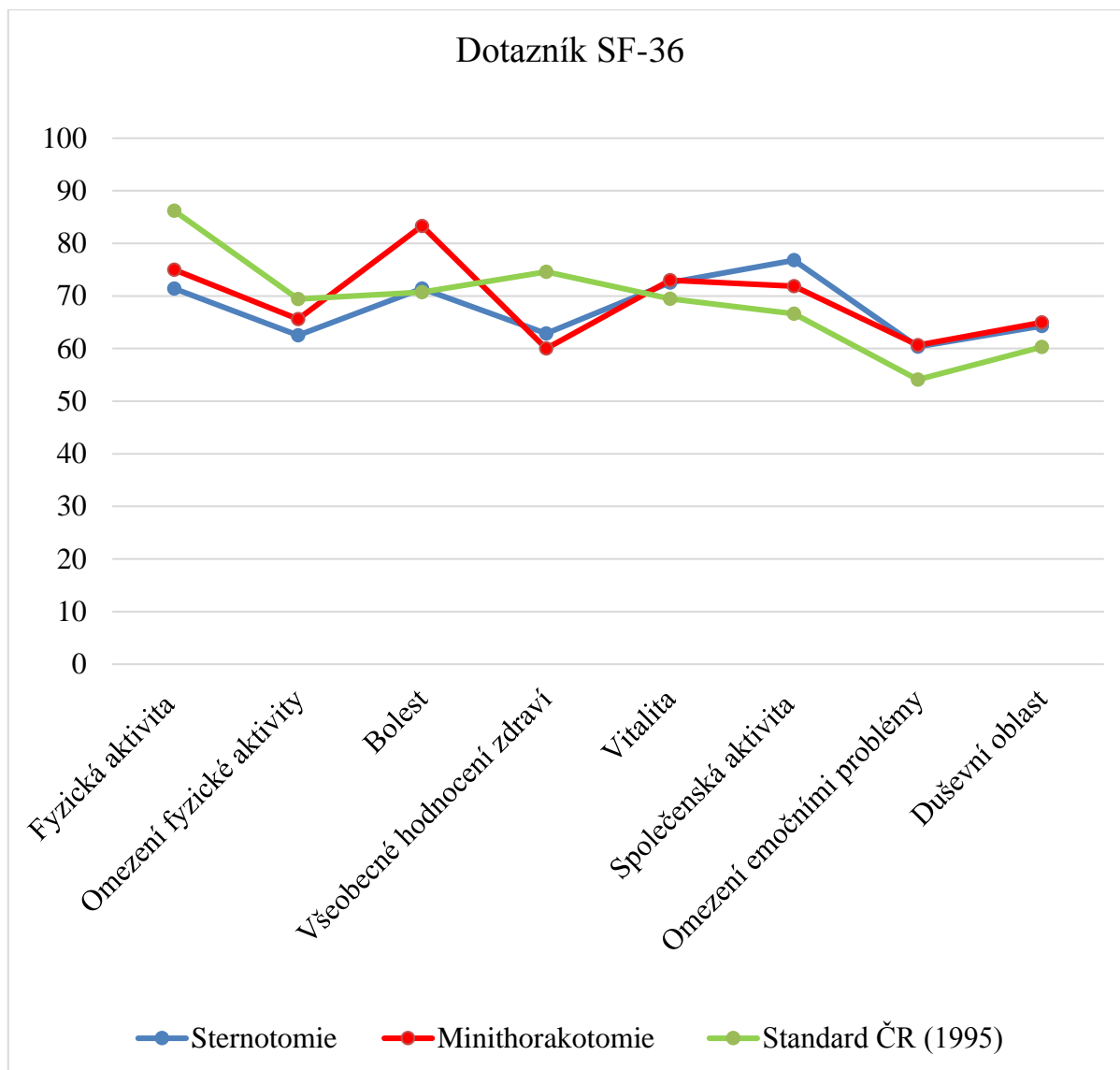
3.9.2.9.4 Srovnání dotazníku SF-36 po kardiochirurgickém výkonu se standardem ČR

V závěru hodnocení dimenzí porovnávám výsledné průměrné hodnoty dotazníku SF-36 z tohoto průzkumného šetření se standardem ČR. V následující tabulce 10 - Srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR jsou vyobrazeny průměrné hodnoty jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36 u sternotomie a minithorakotomie se standardem pro ČR.

Tabulka 10 - Srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR

Dotazník SF-36	Sternotomie	Minithorakotomie	Standard ČR (1995)
Fyzická aktivita	71,43	75	86,2
Omezení fyzické aktivity	62,5	65,63	69,4
Bolest	71,43	83,33	70,7
Všeobecné hodnocení zdraví	62,86	60	74,6
Vitalita	72,57	73	69,5
Společenská aktivita	76,79	71,88	66,6
Omezení emočními problémy	60,36	60,63	54,1
Duševní oblast	64,29	65	60,3

Následující obrázek 17 - Graf srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR graficky vyobrazuje průměrné hodnoty jednotlivých dimenzí u sternotomie, minithorakotomie a u standardu pro ČR.



Obrázek 17 - Graf srovnání dotazníku SF-36 se standardem ČR

3.10 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36?

Výzkumná otázka č. 2: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36, v závislosti na operačním přístupu ze sternotomie oproti minithorakotomii?

Výzkumná otázka č. 3: V jakých oblastech je nejvíce ovlivněn celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36?

První až třetí výzkumná otázka je zodpovězena na základě vyhodnocení dotazníkového šetření SF-36. Z výsledných dat průzkumného šetření je možné porovnat v jakých oblastech je nejvíce ovlivněn celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36. A to vyhodnocením průměrných hodnot jednotlivých dimenzí, které nám značí tabulka 9 – Porovnání dimenzí u sternotomie a minithorakotomie pomocí průměrných hodnot, dle průměrných hodnot dotazníku SF-36. Výsledky tohoto šetření jsou popsány pomocí tabulek a grafů, dále pak budou v části diskuse uvedeny do souvislosti s jinými šetřeními.

Tabulka 11 – Porovnání dimenzí u sternotomie a minithorakotomie pomocí průměrných hodnot, dle průměrných hodnot dotazníku SF-36

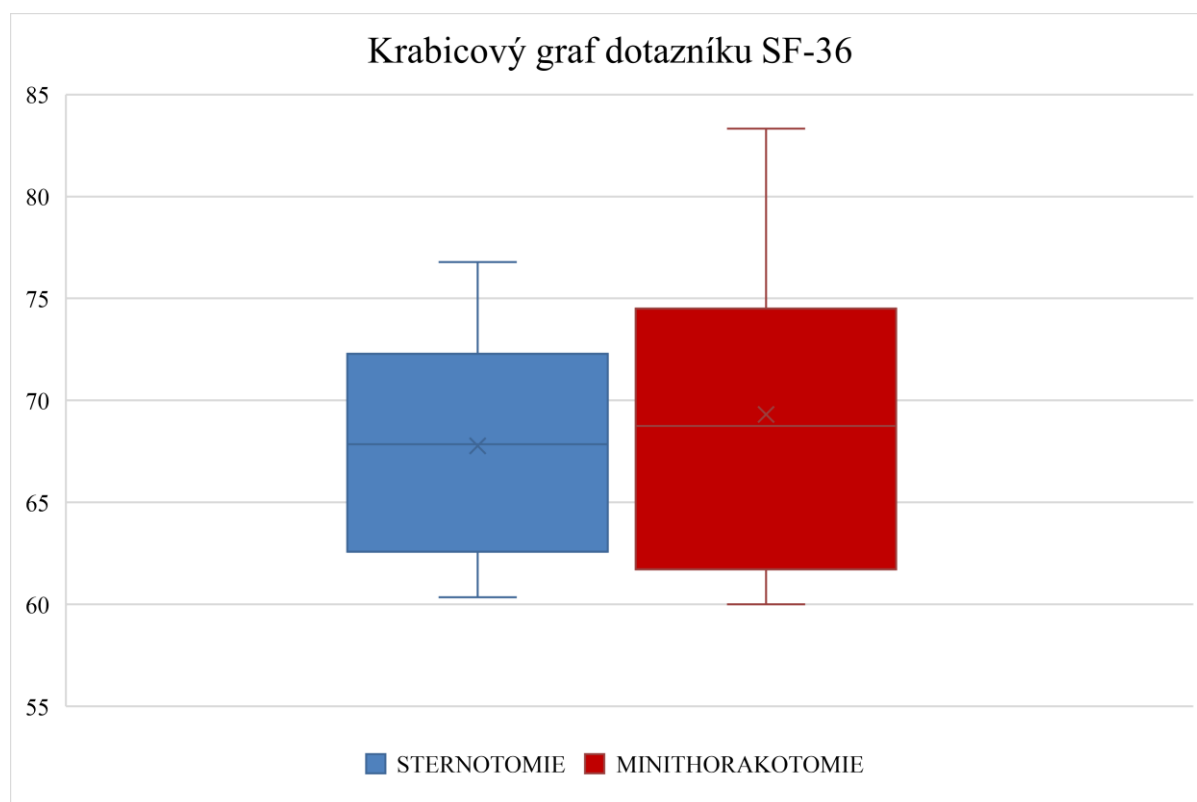
Dimenze	Sternotomie	Minithorakotomie
Fyzická aktivita	71,43	75,00
Omezení fyzické aktivity	62,50	65,63
Bolest	71,43	83,33
Všeobecné hodnocení zdraví	62,86	60,00
Vitalita	72,57	73,00
Společenská aktivita	76,79	71,88
Omezení emočními problémy	60,36	60,63
Duševní oblast	64,29	65,00
Celková kvalita	67,78	69,31

Z tabulky 9 – Porovnání dimenzí u sternotomie a minithorakotomie pomocí průměrných hodnot, dle průměrných hodnot dotazníku SF-36 je patrné, že pouze ve dvou dimenzích ohodnotili respondenti po sternotomickém operačním přístupu svou kvalitu života vyšším skóre oproti minithorakotomickému přístupu, a to v dimenzi Všeobecné hodnocení zdraví a Společenská aktivita.

Tabulka 12 - Vyhodnocení dimenzí průměrných hodnot, dle dotazníku SF-36

Vyhodnocení dimenzí dotazníku SF-36	Nejnižší průměrné skóre	Nejvyšší průměrné skóre
Sternotomie	Omezení emočními problémy - 60,36	Společenská aktivita - 76,79
Minithorakotomie	Všeobecné hodnocení zdraví - 60	Bolest - 83,33

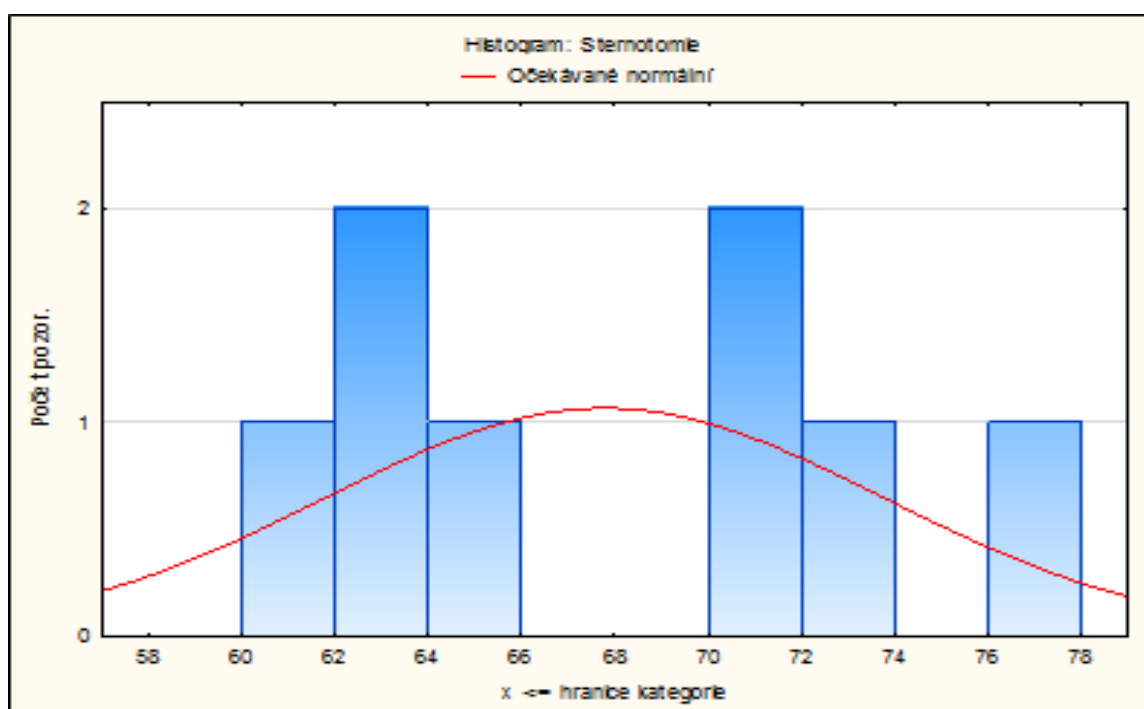
Dále na krabicovém grafu je viditelné několik statistických údajů, jako například minimum, maximum a medián u sternotomie a u minithorakotomie, dle získaných údajů z dotazníku SF-36.



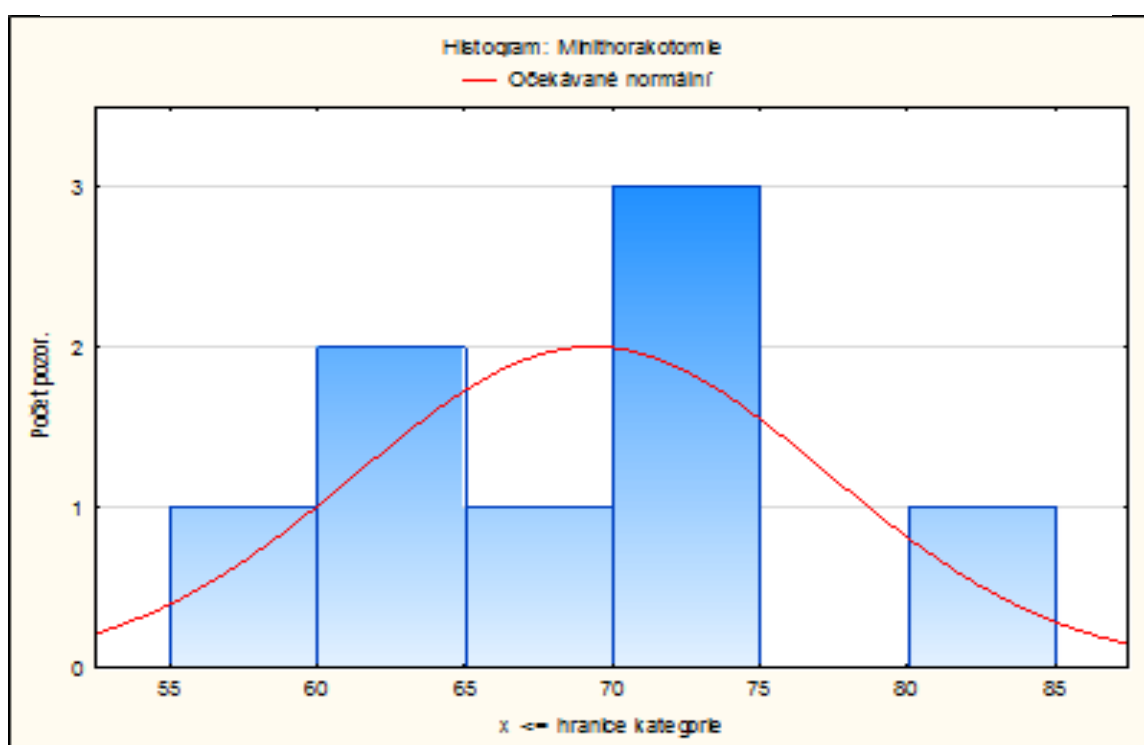
Obrázek 18 - Krabicový graf u sternotomie a minithorakotomie, dle dotazníku SF-36

Histogram přehledně zachycuje rozdělení četností statistických dat. Proto pro vizualizaci dat zobrazují histogram průměrných hodnot dotazníku SF-36 po operačním výkonu ze sternotomie a po minithorakotomii. Gaussovo rozložení nelze čekat vzhledem k povaze dat, viz výše. Jak ukazují výpočty mezi zpracovanými daty, tak s velkou pravděpodobností se v průzkumu vyskytují odlehlé hodnoty.

Obrázek 19 - Histogram průměrných hodnot dotazníku SF-36 u sternotomie



Obrázek 20 - Histogram průměrných hodnot dotazníku SF-36 u minithorakotomie



3.10.1 Souhrnné vyhodnocení

Vyhodnocením dotazníkového šetření pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 je možné posoudit celkový pocit zdraví u respondentů z této zkoumané skupiny a nalézt odpověď na první výzkumnou otázku: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36?

Rovněž nalézám odpověď na druhou výzkumnou otázku: Jaký mají respondenti celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36, v závislosti na operačním přístupu ze sternotomie oproti minithorakotomii? Kde z výsledků průzkumného šetření vyplývá, že v tomto souboru respondentů hodnotí přístup z minithorakotomie svůj celkový pocit zdraví průměrným skórem 69,31 bodů, oproti sternotomickému přístupu, kde respondenti ohodnotili svůj celkový pocit zdraví průměrným skórem 67,78 body. Respondenti, kteří podstoupili operační výkon z minithorakotomie vyhodnotili svůj celkový pocit zdraví, dle dotazníku SF-36 vyšším skórem, a tedy vyšší kvalitou života.

Třetí a poslední výzkumná otázka je: V jakých oblastech je nejvíce ovlivněn celkový pocit zdraví, dle hodnocení jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36? U sternotomického operačního přístupu ohodnotili respondenti nejnižším skórem dimenzi Omezení emočními problémy s hodnotou 60,36. Naopak nejvyšší skóre získala dimenze Společenská aktivita s hodnotou 76,79. U minithorakotomického přístupu respondenti nejnižše ohodnotili dimenzi Všeobecné hodnocení zdraví a to hodnotou 60, nejvýše pak hodnotili dimenzi Bolest hodnotou 83,33. V průměru nejhůře hodnocenou dimenzí dotazníku SF-36 po kardiochirurgickém výkonu z obou typů operačních přístupů se řadí Omezení emočními problémy s průměrnou hodnotou 60,50. Následuje Omezení fyzické aktivity s průměrnou hodnotou 64,07, kde těsně za ní se nachází dimenze Duševní oblast s průměrnou hodnotou 64,65. K mému překvapení respondenti vyhodnotili mezi prvními třemi nejproblematičtějšími dimenzemi dvě z Celkového psychického zdraví, zkráceně PCS (Mental Component Summary), který je tvořen 5 kategoriemi (všeobecné hodnocení zdraví, vitalita, společenská aktivita, emočními problémy, duševní zdraví).

4 DISKUZE

V této kapitole práce se věnuji diskusi nad zjištěnými výsledky a jejich porovnání se zahraničními studii. Zaměřuji se také na faktory, které by mohly ovlivnit výsledky a limity tohoto průzkumu.

Průzkumného šetření se zúčastnilo celkem 47 respondentů, kteří během své dispenzární prohlídky v kardiologické ambulanci NNH, a to cca 1 měsíc po operačním zákroku, zhodnotili svou kvalitu života pomocí dotazníku SF-36. Dle literatury je považován tento dotazník za jakýsi standard v hodnocení HRQoL. Proto jsem se rozhodla i já využít dotazník ve své diplomové práci ke zjištění dimenzí zdravotního stavu u pacientů po kardiologickém operačním výkonu.

Z výsledků průzkumného šetření vyplývá, že kardiovaskulární choroby vyžadující chirurgické řešení postihují více mužské pohlaví. V tomto souboru tvoří muži 70,67 % a ženy 29,33 % dotazovaných. Mužské pohlaví patří mezi neovlivnitelné rizikové faktory kardiovaskulárních chorob, jak uvádí Adámková. Další autoři odborných článků jako Linhartová, Vondrák a Nehyba uvádí incidenci v rozhraní 2 až 2,5 % u obyvatelstva nad 65 let, která má rostoucí tendenci s věkem. V této diplomové práci tvoří respondenti do 60 let 26 % dotazovaných, zbývajících 74% dotazovaný je starší 60 let (Adámková, 2010; Nehyba, 2011; Vondrák, 2012; Linhartová, 2015).

Hlavním cílem této práce bylo subjektivní zhodnocení kvality života pomocí standardizovaného dotazníku SF-36 u respondentů, kteří podstoupili kardiologický výkon z přístupů střední sternotomie nebo z minithorakotomie. Dalším cílem práce bylo porovnat tyto operační přístupy a poukázat na rozdílnou kvalitu života u respondentů po kardiologickém operačním výkonu z operačního přístupu střední sternotomie oproti minithorakotomie. Posledním cílem bylo definovat domény, ve kterých došlo k největším změnám. K hodnocení byl využit generický nástroj dotazník SF-36, jehož aplikací bylo možné zhodnotit kvalitu života v osmi dimenzích. Souhrnné skóre dotazníku umožnilo vyhodnotit psychické a fyzické složky kvality života a tím zhodnotit celkový pocit zdraví respondentů.

Získaná data v kvantitativním průzkumu byla analyzována a následně bylo provedeno porovnání odpovědí u respondentů po operačním přístupu ze sternotomie oproti minithorakotomii. Kdy výsledky průzkumného šetření ukazují, že v tomto souboru respondentů hodnotí přístup z minithorakotomie vyšším skóre, a tedy vyšší kvalitou života.

Zároveň z výsledných dat je možné porovnat jednotlivé dimenze dotazníku SF-36 v závislosti na operačním přístupu. Minithorakotomický operační přístup získal z celkem osmi dimenzí dotazníku šest s vyšším skóre, a to Fyzická aktivita, Omezení fyzické aktivity, Bolest, Vitalita, Omezení emočními problémy a Duševní oblast. Po sternotomickém operačním přístupu vyhodnotili respondenti pouze dvě dimenze vyšším skóre, a to dimenze Všeobecné hodnocení zdraví a Společenská aktivita. Jak uvádí Opavský bolest patří mezi nejčastější faktory, se kterými pacienti přichází k lékaři, a kterým je v té chvíli příznakem snižující kvalitu života (Opavský, 2011)

Je zajímavé, že respondenti jako nejvíce problematické oblasti dotazníku SF-36 vyhodnotili mezi prvními třemi dvě z celkového psychického zdraví. Nízké hodnoty v dimenzích psychického zdraví, dle Rimingtona úzce souvisí již s předoperační úzkostí a depresí. Myslím si, že by bylo vhodné více se zaměřit na psychický stav pacientů již během předoperační přípravy (Rimingtona, 2009).

V souvislosti s vyhodnocením jednotlivých dimenzí dotazníku SF-36 je pozoruhodné hodnocení dimenze Bolest. Kde respondenti po sternotomickém operačním přístupu vyhodnotili tuto dimenzi skóre 71,43 a po minithorakotomickém přístupu skóre 83,33. Je tedy patrné, že dimenze Bolest byla po minithorakotomickém operačním přístupu hodnocena respondenty vyšším skóre, a tedy vyšší kvalitou. Nicméně má zkušenost s pacienty v pooperačním období po kardiochirurgickém operačním zákroku se s tímto tvrzením neztotožňuje. Naopak hodnotím pacienty po minithorakotomickém operačním přístupu obecně vyšší bolestivostí, což zaznamenávám i v souvislosti s vyšší spotřebou analgetik. Avšak v době sběru dat, tedy měsíc po operačním výkonu, již respondenti po minithorakotomickém operačním přístupu pocítují bolest méně, oproti sternotomickém operačním přístupu. Obecně literatura uvádí u sternotomie delší dobu hojení. Je možné že kdyby soubor respondentů pro tento průzkum obsahovat stovky až tisíce respondentů byl by výsledek šetření jiný, ale to je pouze odhad. Což může být podklad pro navazující výzkum.

Zhodnocením celkového fyzického stavu a psychického stavu je možné data porovnat s jinými výzkumy. Kde v tomto souboru respondentů po sternotomickém operačním přístupu vyhodnotili celkový fyzický stav 68,16 body a po minithorakotomickému přístupu 71,39 body. Psychický stav po sternotomickém operačním přístupu hodnotí respondenti v tomto průzkumném souboru 67,37 body a po minithorakotomickému přístupu 66,10 body. Výsledky tohoto průzkumu jsou obdobné s nizozemskou studií s názvem Kvalita života po koronárním

bypassu, s průměrným hodnocením fyzického zdraví s 68 body a duševního zdraví s 67 bod. Avšak v tomto výzkumu hodnotili dotazník SF-36 až po jednom roce od operačního výkonu (Blokzijl, 2019).

4.1 Limity práce

Limitujícím rysem zůstává, že pomocí dotazníku hodnotím spíše dopad operačního výkonu na kvalitu života, a ne samotný přístup. Ovšem ani tento fakt nesnižuje velmi pozitivní dopad operačního přístupu na kvalitu života pacientů. Je také třeba si uvědomit, že pacienti přicházejí s očekáváním zásadní změny kvality života. Míra očekávané změny je často výrazně větší, než je možno rozumně předpokládat. Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou kvality života, pak podstatným způsobem ovlivňuje spokojenost se samotnou léčbou. Významné je uvědomit si, že hodnocení kvality života u pacientů po operačním výkonu, kteří mají své individuální potřeby a očekávání, dokáže hodnocení kvality života lépe posoudit, jestli se očekávání a potřeby podařilo operačním výkonem uskutečnit či nikoli (Payne, 2005). Další možné omezení pro tento výzkum vnímám ve sběru dat, kdy data pocházejí z jednoho zdravotnického zařízení. Myslím si, že průzkumným šetřením v dalších zdravotnických zařízeních by bylo možné dosáhnout četnější rozmanitosti ve spektru subjektivních pocitů respondentů. A v neposlední řadě vnímám snahu zaměřit se pouze na subjektivní hodnocení prostřednictvím dotazníku bez porovnání, zda subjektivní pocity kvality života odpovídají i objektivnímu zhodnocení zdravotnímu stavu.

4.2 Doporučení pro praxi

Na základě získaných dat v rámci této diplomové práce jsem identifikovala několik oblastí, kterým je potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Jednou z oblastí byl psychický diskomfort, kterým respondenti po kardiochirurgickém zákroku trpí. To mě vede k zamyšlení nad tím, jak málo se při své práci zaměřujeme na zkoumání a vyhodnocování psychické pohody. Myslím si, že by pro pacienty bylo přínosné, sledovat jejich psychický stav, riziko vzniku depresí a úzkosti stejně tak pozorně, jako se věnujeme monitorování přítomnosti bolesti nebo rizika vzniku dekubitů. Kdy máme k dispozici různé stupnice pro hodnocení psychického stavu např. Beckova sebeposuzovací stupnice deprese, Stupnice hodnocení psychického zdraví, Škála deprese pro geriatrické pacienty, HADS a mnohé další. Názor pacienta a jeho potřeby by měly být prioritou během plánování léčby a samotné péče o pacienta. Zhodnocení kvality života a potřeb pacienta by mohlo vést ke zlepšení postoje k léčbě.

5 ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem Hodnocení kvality života pacientů po kardiochirurgické operaci s přihlédnutím k typu výkonu, měla za úkol vyhodnotit kvalitu života u respondentů, kteří podstoupili kardiochirurgický výkon z přístupu sternotomie nebo minithorakotomie.

V teoretické části práce byl popsán obor kardiochirurgie, jeho historie se zaměřením na operační přístupy, kterým se podrobněji věnuji. Snahou bylo vyzdvihnout náročnou péči o pacienta po kardiochirurgickém výkonu, kdy je nutná multidisciplinární spolupráce všech účastníků péče jako jsou lékaři, sestry, fyzioterapeuti a nutriční specialisté. Všichni účastníci péče by si měli uvědomit, že péče o pacienta vyžaduje holistický přístup. Po operačním výkonu na srdci, sestra zcela přebírá péči o potřeby pacienta, které by normálně vykonával sám bez pomoci. Pro pacienta může být období hospitalizace velmi náročné v oblasti psychické i fyzické zátěže, neboť často z plného zdraví jsou pacienti upoutáni na lůžko. Další část teoretické práce popisuje obecnou charakteristiku pojmu „Kvalita života“, kde je definována napříč obory. Podrobněji je tento pojem zaměřen na ošetrovatelství.

Průzkumnou část práce tvoří standardizovaný dotazník SF-36, který se při vypracování diplomové práce prezentoval jako kvalitní výzkumný nástroj k hodnocení kvality života. Výsledné poznatky přinesly zajímavé informace.

V závěru bych ráda poznamenala, že dosažené hodnoty v dimenzích psychického zdraví, bychom mohli využít ke zlepšení péče o psychickou oblast kvality života pacientů, abychom spolu s operačním výkonem dosáhli co nejvyšší možné kvality života pacienta. I proto je z mého hlediska hodnocení kvality života velmi důležité.

Cíl stanovený na začátku diplomové práce byl splněn.

6 POUŽITÁ LITERATURA

1. ADÁMKOVÁ, Věra. *Civilizační choroby-žijeme spolu*. Praha: Triton, 2010. ISBN: 9788073874131
2. ASCHERMANN, Michael a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Kardiologie pro sestry: obrazový průvodce*. Praha: Grada, 2013, Sestra (Grada). ISBN: 978-802-4740-836
3. BLOKZIJL, F., HOUTERMAN, S., VAN STRATEN, B., DAETER, et al.. *Quality of life after coronary bypass: a multicentre study of routinely collected health data in the Netherlands*. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*, 2019, 56(3), 526–533. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30879073/>
4. ČERBÁK, Roman. 2013. *Několik poznámek k historii kardiochirurgie*. *Kardiologická revue*. Roč. 15, č. 3, s.168-171. ISSN: 1212-4540
5. ČERNÝ, Štěpán. *Roboticky asistovaná kardiochirurgie*. *Postgraduální medicína* 6.11.2009 [on-line], [cit. 10.11.2019]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/roboticky-asistovana-kardiochirurgie447972>
6. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292
7. DOMINIK, J. *Kardiochirurgie*, Praha: Grada publishing, 1998. ISBN 80-7169-669-2
8. FAYERS, M. PETER and David MACHIN. *Quality of life: assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd., 2000, 395 p. ISBN 0471968617
9. FRAGA DE JESUS, Daniela a Patrícia FIGUEIREDO MARQUES. *Nursing assistance at the hospital discharge after cardiac surgery: integrative review*. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular* [online]. 2013, 28 (4) [cit. 2020-1-20]. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010276382013000400020&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978–80–247–3625–9
11. HARRER, Jan a Pavel Žáček, Jan Vojáček, Jan Dominik, Drašnar. *Záchovné operace mitrální chlopně*. *Intervenční a akutní kardiologie*. 2012, s. 112-116. Dostupné z: <https://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2012/03/05.pdf>

12. HONG, E. *Health-related quality of life and health condition of community-dwelling populations with cancer, stroke, and cardiovascular disease*. Journal of Physical Therapy Science. 2015; 27 (8): 2521-2524. doi:10.1589/jpts.27.2521
13. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9
14. HUBER, A., OLDIDGE, N., HOEFEF, S. *International SF-36 reference values in patients with ischemic heart disease*. Quality of Life Research, 2016; 25 (11). 2787-2798. doi:10.1007/s11136-016-1316-4 25, 2787-2798
15. HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Praha: Sociológia, 2012, 44 (4), 407-425 p. ISSN 1336-8613
16. INFORMACE PRO LÉKAŘE - Kardiochirurgie. Kardiochirurgie - Laik [online]. Copyright © 2020 [cit. 20.02.2020]. Dostupné z: <https://www.kardiochirurgie.cz/novinky-pro-odborniky/porovnani-kvality-zivota-u-pacientu-podstupujicich-transkatetrovou-a-chirurgickou-nahradu-aortalni-chlopne-647>
17. JENKINSON, C., STEWART-BROWN, S. et al. *Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom*. Journal of Epidemiology and Community Health. 1993, vol. 53, p. 46-50
18. KALÁB, Martin. *Perioperační péče o pacienta v kardiochirurgii*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 243 s. ISBN 978-80-7013-557-0
19. KUČERA, *Intenzivní péče o pacienta po operaci srdce na ARO*. 2005. [online]. Zdravotnictví a medicína [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/intenzivni-pece-o-pacienta-po-operaci-srdce-na-aro-298074>
20. KRÁLOVÁ, Anna. *Zhodnocení kvality života pacientů před a po operaci endoprotézy kyčelního kloubu*. Praha, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Karlova
21. LINDNER, Jaroslav. *Přístupy k mitrální chlopni*. V Praze: Triton, 2004. ISBN 80-725-4571-x
22. LINHARTOVÁ, Kateřina. *Klinický přístup k pacientovi s aortální stenózou*. Kardiologická revue – Interní medicína. 2015, 17(4), 322-324. ISSN 2336-288x. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/klinickypristup-k-pacientovi-s-aortalni-stenozou-56863>
23. LONSKÝ, Vladimír et al. *Mimotělní oběh v současné klinické praxi*. Kardioforum. 2005, 3(2), 39-43. ISSN 1214-2255

24. MAREŠ, Jiří a kol.. *Kvalita života u dětí a dospívajících: díl 1*. 1. vydání. Brno: MSD, 2006. 228 p. ISBN 80-86633-65-9
25. MAREŠ, Jiří a MAREŠOVÁ, Jana. *Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL)*. In: ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen, BLATNÝ, Marek a MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, 153 p. ISBN 978-80.7392-073-9
26. MAŘATKA, Vít. *Časná rehabilitace po kardiochirurgických operacích*. Zdravotnické noviny, příloha: Lékařské listy [online]. 2010, č. 14 [cit. 21.2.2020]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarskelisty/casna-rehabilitace-pokardiochirurgicky-operacich-453757>
27. MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 208 p. ISBN 80-7178-624-1
28. MOKRÁČEK, Aleš. *Nové směry v chirurgické léčbě aortální stenózy*. Praha: Kardiologická revue. 2013, 15(3), 144-148. ISSN 1212-4540. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/kardiologicka-revue-clanek/nove-smery-v-chirurgickelecbe-aortalni-stenozy-41544>
29. NAVRÁTIL, Jan. *Kardiochirurgie*. Praha: Avicenum, 1970. 18 p. ISBN 80-7125-318-4
30. NOYEZ, L., M. J. DE JAGER a A. L. P. MARKOU. *Quality of life after cardiac surgery: underresearched research*. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. 2011, 13(5), 511-515. DOI: 10.1510/icvts.2011.276311. ISSN 1569-9293. Dostupné z: <https://academic.oup.com/icvts/article-lookup/doi/10.1510/icvts.2011.276311>
31. NEHYBA, Svatopluk. *Výsledky rehabilitace nemocných s aortální stenózou po náhradě aortální chlopně*. Brno, 2011. Disertační práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc
32. O'ROURKE a kol., *Kardiologie, Hurstův manuál pro praxi*. Praha: Grada. 2010. 767 s. ISBN 978-80-247-3175-9
33. PAYNE J., et kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton; 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0
34. PERROTTI, A., ECARNOT, F., MONACO, F. et al. *Quality of life 10 years after cardiac surgery in adults: a long-term follow-up study*. Health Qual Life Outcomes 17, 88 (2019). Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1160-7>
35. PIRK, Jan. *Kardiochirurgie*. Praha: Maxdorf, 2019. ISBN 978-80-7345-568-2

36. PIRK, Jan. *34 450 dnů kardiologie v českých zemích*. Časopis českých lékařů. 2005. Roč. 144, č. 6, s. 363-364. ISSN 0008-7335
37. RIMINGTON, H, J WEINMAN a J B CHAMBERS. *Predicting outcome after valve replacement*. Heart [online]. 2010, 96(2), 118-123 [cit. 2020-03-09]. DOI: 10.1136/hrt.2008.160010. ISSN 1355-6037. Dostupné z: <http://heart.bmj.com/cgi/doi/10.1136/hrt.2008.160010>
38. SCHMITTO, Jan D, Suyog A MOKASHI a Lawrence H COHN. *Minimally– Invasive Valve Surgery*. Journal of the American College of Cardiology. 2010, 56 (6), 455-462. ISSN 07351097
39. SZENDE, Agota, Bas JANSSEN and Juan CABASES. *Self–Reported Population Health: An International Perspective based on EQ–5D*. Imprint: Springer, 2014, 196 p. ISBN 978–94–007–7595–4
40. ŠUBRT, Jiří. *Soudobá sociologie*. Prahe: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1486-1.
41. ŠETINA, Marek. *Historie kardiologie*. Sanquis. 2006, č. 43, 28–29 p. ISSN 1212-6535
42. ŠPINAR J., VÍTOVEC J. *Ischemická choroba srdeční*. Praha: Grada 2003. 364s. ISBN 80 247-0500-1
43. ŠETINA, Marek. *Kardiologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4
44. ŠETINA, Marek. *Miniinvazivní přístupy v kardiologii*. Intervenční a akutní kardiologie. 2008, 7(3), 87-88. ISSN 1213-807X
45. TIMBORN, Evelyn. *The History of Cardiac Nursing* [online]. [cit. 2019-10-02]. 2010. Dostupné z: http://www.ehow.com/about_6714142_history-cardiac-nursing.html
46. TAUFER, Ivan, Josef KOTYK a Milan JAVŮREK. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-157-3
47. ÚZIS ČR. *Stručný přehled údajů z Národního kardiologického registru za období 2007–2017*. 2018 [online]. ÚZIS ČR. [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-tatistika/kardiologicka-operace>
48. VONDRÁK, Jiří a Petr VOJTÍŠEK. *Významná aortální stenóza v běžné klinické praxi*. Praktický lékař. 2012, 92(5), 280-283. ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-archiv-cisel>

49. VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Iva OTRADOVCOVÁ a Lucie KUBÁTOVÁ. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. 303 s. ISBN 978-80-247-3421-7
50. WARE, John E. *SF-36 Health Survey Update*. [online]. 2000, 25(24), 3130-3139 [cit. 01-03-20]. ISSN 0362-2436. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00007632-200012150-00008>
51. WHOQOL–GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. 1995, 4(10), 1403–1409 p. ISSN 0277–9536
52. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.
53. 36-Item Short Form Survey (SF-36) *Scoring Instructions*. RAND. RAND Corporation Provides Objective Research Services and Public Policy Analysis. RAND [online]. Copyright © 1994 [cit. 13.03.2020]. Dostupné z: https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/36-item-short-form/scoring.html

7 PŘÍLOHY

Příloha A – *Informace k dotazníku*

Příloha B – *Dotazník všeobecných údajů*

Příloha C – *Dotazník SF-36*

Informace k dotazníku

Vážená paní, Vážený pane,

jmenuji se Barbora Duchková a jsem studentkou navazujícího magisterského studijního programu Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V současné době probíhá na kardiologických ambulancích Nemocnice Na Homolce studie, která se zabývá hodnocením kvality života u pacientů po operaci srdce pomocí standardizovaného dotazníku. Data získaná v rámci studie budou použita v mé diplomové práci zcela anonymně.

Děkuji za Vaši ochotu a čas dotazník vyplnit.

Bc. Barbora Duchková

studentka magisterského studia

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Dotazník všeobecných údajů

Identifikační údaje (vyplňuje respondent/pacient)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Pohlaví: muž žena

Rodinný stav: svobodný/á ženatý / vdaná rozvedený/á vdovec / vdova

Bydliště: venkov město bydlíte: sám s rodinou jiné.....

Zaměstnání:

Zdravotní údaje (vyplňuje sestra/student)

Diagnóza:

Chirurgická léčba: sternotomie minithorakotomie kombinovaný léčebný postup

SF-36

Dotazník kvality života Short Form - 36 (SF-36)

Identifikace respondenta	
Datum vyplnění	

NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit, jak se cítíte a jak se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.

Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti, jak odpovědět, odpovězte, jak nejlépe umíte.

Zakroužkujte jednu odpověď u každé otázky

1.	Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově:	
a.	Výtečné	1
b.	Velmi dobré	2
c.	Dobré	3
d.	Docela dobré	4
e.	Špatné	5

2.	Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?	
a.	Mnohem lepší než před rokem	1
b.	Poněkud lepší než před rokem	2
c.	Přibližně stejné jako před rokem	3
d.	Poněkud horší než před rokem	4
e.	Mnohem horší než před rokem	5

SF-36

Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Činnosti	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
3.	Usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
4.	Středně namáhavé činnosti jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
5.	Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
6.	Vyjít po schodech několik pater	1	2	3
7.	Vyjít po schodech jedno patro	1	2	3
8.	Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
9.	Chůze asi jeden kilometr	1	2	3
10.	Chůze po ulici několik set metrů	1	2	3
11.	Chůze po ulici sto metrů	1	2	3
12.	Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?			
		Ano	Ne
13.	Zkrátil se čas , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
14.	Udělal(a) jste méně , než jste chtěl(a)?	1	2
15.	Byl(a) jste omezen(a) v druhu práce nebo jiných činností?	1	2
16.	Měl(a) jste potíže při práci nebo jiných činnostech (například jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

SF-36

22.	Do jaké míry Vám <u>bolesti</u> bránily v práci (v zaměstnání i doma) v <u>posledních 4 týdnech</u>?	
a.	Vůbec ne	1
b.	Trochu	2
c.	Mírně	3
d.	Poměrně dost	4
e.	Velmi silně	5

Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech:		Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
23.	Jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
24.	Jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
25.	Jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
26.	Jste pociťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
27.	Jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
28.	Jste pociťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
29.	Jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
30.	Jste byl(a) šťastný(á)?	1	2	3	4	5	6
31.	Jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

SF-36

32.	Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?	
a.	Pořád	1
b.	Většinou	2
c.	Občas	3
d.	Málokdy	4
e.	Nikdy	5

Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?						
		Určitě ano	Většinou ano	Nejsem si jist	Většinou ne	Určitě ne
33.	Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
34.	Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
35.	Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
36.	Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

Tento překlad je založen na 36-Item Short Form Survey Instrument dotazníku vyvinutém a vlastněném společností RAND Corporation, copyright © RAND. Přestože RAND uděluje povolení k překladu, samotný překlad nebyl společností RAND schválen nebo přezkoumán. Povolení společnosti RAND reprodukovat dotazník se nevztahuje ke schválení produktů, služeb nebo jiných způsobů využití, v nichž se dotazník objevuje nebo uplatňuje. Při překladu byly dodrženy specifikace poskytnuté společností RAND Health.

Autoři: Ware, J. E. et al. (Medical Outcome Study (MOS), Health Assessment Laboratories (HAL), Quality Metric Incorporated)

Autoři českého překladu: MUDr. Zdeněk Sobotík, CSc., doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Grafická úprava: MUDr. Miroslav Zvolský, Ing. Dana Krejčová, Ústav zdravotnických informací a statistiky, ÚZIS ČR 2018

Dotazník byl oficiálně publikován například v publikaci Testování v rehabilitační praxi – cévní mozkové příhody, doc. MUDr. Eva Vaňásková, Ph. D.

Aktuální verze dokumentu z 19. 10. 2018.

Další informace naleznete na webové stránce: <http://www.uzis.cz/category/edice/publikace/klasifikace>.