

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Martina Černá

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S PLICNÍ HYPERTENZÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

PLZEŇ 2015

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Zuzaně Šafránkové za odborné vedení práce, poskytování rad a podkladových materiálů. Dále děkuji všem účastníkům rozhovorů v praktické části práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Černá Martina

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacienta s plicní hypertenzí

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Šafránková

Počet stran – číslované: 45

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 12

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: plicní hypertenze – kvalita života – hodnocení kvality života – kardiologie
– choroby plic

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývala kvalitou života pacienta s plicní hypertenzí, stručným popisem této choroby, možnostmi diagnostiky a léčby. Dále rozebrala různé možnosti hodnocení kvality života. Zaměřila se také na práci lékařského i nelékařského personálu a jejich součinnosti při léčbě plicní hypertenze. Tato práce má část teoretickou a praktickou.

Annotation

Surname and name: Černá Martina

Departement: Departement of Nursing and Midwifery

Thesis title: The quality of life of patients with pulmonary hypertension

Consultant: Mgr. Zuzana Šafránková

Number of pages – numbered: 45

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 12

Number of appendices: 1

Number of references: 27

Keywords: pulmonary hypertension – quality of life – evaluating quality of life – cardiology – lung diseases

Summary:

This bachelor thesis deals mainly with the quality of life of patients with pulmonary hypertension, brief description of this disease, diagnostic methods and treatment. It also analyses various methods of quality of life evaluation. Furthermore, it focuses on the work of both medical and non-medical teams and their cooperation in the pulmonary hypertension treatment. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE	9
1.1 Anatomie a fyziologie srdce	9
1.1.1 Rozdělení srdce a srdeční oddíly	9
1.1.2 Fyziologie srdce.....	10
1.2 Anatomie a fyziologie plic.....	10
1.2.1 Fyziologie dýchání	11
1.3 Anatomie malého krevního oběhu	11
2 PLICNÍ HYPERTENZE.....	12
2.1 Definice plicní hypertenze	12
2.2 Stupně plicní hypertenze.....	12
2.3 Rozdělení plicní hypertenze.....	13
2.3.1 Rozdělení podle příčiny.....	13
2.3.2 Klinické rozdělení.....	14
2.3.3 Plicní hypertenze u srdečních onemocnění	15
2.3.4 Plicní hypertenze u respiračních onemocnění	15
2.4 Příčiny vzniku plicní hypertenze	15
2.4.1 Remodelace plicního řečiště.....	15
2.5 Diagnostické metody	16
2.5.1 Měření tlaku v zaklínění v plicnici	18
2.6 Příznaky a klinický obraz plicní hypertenze	18
2.7 Léčba plicní hypertenze	19
2.7.1 Farmakologická léčba.....	19
2.7.2 Nefarmakologická léčba	19
2.7.3 Režimová opatření.....	20
2.8 Shrnutí plicní hypertenze	21
3 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY A DOTAZNÍKY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	22
3.1 Hodnocení HRQoL	22
3.2 Generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu.....	22
3.3 Specifické nástroje měření kvality života pacientů s respiračními chorobami.....	24
3.4 Potřeby a jejich uspokojování u nemocného s plicní hypertenzí.....	25
PRAKTICKÁ ČÁST	26
4 FORMULACE PROBLÉMU	26
5 CÍL VÝZKUMU	27

5.1	Dílčí cíle.....	27
5.2	Operacionalizace pojmů	27
5.3	Výzkumné otázky	27
6	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY.....	28
6.1	Metoda	28
6.2	Výběr případu	28
6.3	Způsob získávání informací.....	28
7	ORGANIZACE VÝZKUMU	30
8	KVALITATIVNÍ VÝZKUM	31
8.1	Rozhovor první	31
8.2	Rozhovor druhý	39
	DISKUZE	45
	ZÁVĚR.....	51
	LITERATURA A PRAMENY.....	10
	SEZNAM PŘÍLOH	13
	KVALITA ŽIVOTA PACIENTA S PLICNÍ HYPERTENZÍ.....	13

ÚVOD

V bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů s plicní hypertenzí. Plicní hypertenze je složité onemocnění, které se demonstruje zvýšeným tlakem v plicnici a plicních cévách. Je ovlivněno životním stylem pacienta, jeho přidruženým nebo základním onemocněním a v neposlední řadě také tím, jak funguje multidisciplinární spolupráce lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků. Díky tomu, že plicní hypertenze ovlivňuje člověka v uspokojování základní potřeby, kterou je dýchání, má tato nemoc dopad na celé fungování člověka jako biopsychosociální jednotky.

V teoretické části své bakalářské práce jsem stručně popsala anatomii, která se k plicní hypertenzi vztahuje. Plicní hypertenzi jako takovou, jsem rozdělila podle různých kritérií do několika podkapitol, popsala jsem diagnostické metody a možnosti léčby plicní hypertenze. Dále jsem se v teoretické části zabývala hodnocením kvality života a uspokojováním potřeb nemocných. Protože kvalita života je plicní hypertenzí poznamenána, je důležité ji zmínit. Byla bych ráda, kdyby alespoň část mojí práce dodala informace buď samotným nemocným, nebo jejich rodinám, popřípadě i široké veřejnosti. Teoretická část tedy nejenom že popisuje chorobu jako takovou, ale zároveň shrnuje změny v životě člověka, jež touto chorobou trpí.

Praktická část se zabývá především kvalitou života pacientů s plicní hypertenzí. Obsahuje dva rozhovory, které jsem vedla s pacienty trpícími plicní hypertenzí. Pro zpříjemnění a zjednodušení rozhovorů, jsem oba rozhovory vedla v domácím prostředí pacientů. V rozhovorech jsem se zaměřovala na jejich zdravotní stav před zhoršením příznaků onemocnění a nyní. Dotazovala jsem se také na jejich představu o budoucnosti a životě s nemocí. Hlavní důraz jsem kladla na možnosti uspokojování všech bio-psycho-sociálních potřeb, které nemocný má, z pacientova subjektivního pohledu. Dále jsem v rozhovorech zkoumala zvládání každodenních situací v minulosti a nyní, změny v sociálních kontaktech a celkovou spokojenost s životem. Nemalý důraz jsem kladla také na představy klientů o jejich budoucnosti. Protože plicní hypertenze velmi ovlivňuje kvalitu pacientova dýchání, snažila jsem se zaměřit také na většinu každodenních situací a činností, které by mohly být poznamenány změnou v uspokojování potřeby dýchání.

V bakalářské práci jsem kladla důležitou otázku - Jaká je vlastně kvalita života pacienta s plicní hypertenzí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE

1.1 Anatomie a fyziologie srdce

Srdce je svalový orgán, který má tvar nepravidelného kužele a pohání krev v oběhu pomocí stahování a uvolňování své svaloviny. Je uloženo v mediastinu za hrudní kostí. (1, str. 8)

1.1.1 Rozdělení srdce a srdeční oddíly

Srdce se skládá z několika částí. Perikard je obal, ve kterém je srdce uloženo. Endokard je blána, která obaluje vnitřek srdce. Myokard, neboli příčně pruhovaná svalovina srdeční, ze které je vytvořena svalová vrstva a epikard, což je povlak na povrchu srdeční stěny. (1, str. 8)

Srdce se rozděluje do čtyř oddílů, do pravé síně a komory a levé síně a komory. Do pravé síně ústí horní dutá žíla, dolní dutá žíla přichází skrze bránici zdola a spolu s horní dutou žílou přivádí žilní krev z celého těla. Pravá síň je uložena v horní části srdce a krev dále vypuzuje do pravé komory. Zpětnému návratu krve brání trikuspidální chlopeň. (2, str. 74, 75)

Pravá komora je umístěná ve spodní části srdce. Shromažďuje odkysličenou krev a kontrakcí ji vypuzuje do plic. Od plicní žíly ji odděluje pulmonální chlopeň. (2, str. 74, 75)

Levá síň je horní srdeční dutina, při jejímž horním okraji se nachází plicní žíly, které slouží k tomu, aby přivedli okysličenou krev z plic. Od levé komory ji odděluje mitrální chlopeň. (2, str. 74, 75)

Levá komora se nachází v dolní části srdce, kde přijímá okysličenou krev a kontrakcí ji vypuzuje do arteriální soustavy skrz aortální chlopeň. Svalovina levé komory je silnější a tlustší než svalovina komory pravé. (2, str. 74, 75)

Cévní zásobení a výživu srdce zajišťují věnčité cévy, které jsou uloženy na povrchu. (1, str. 37)

1.1.2 Fyziologie srdce

Srdeční činnost je neustále se opakující cyklus, který se nazývá srdeční revoluce. Srdeční revoluce skládá ze systoly, kdy myokard kontrahuje a vypuzuje krev a z diastoly, kdy srdeční svalovina relaxuje a komory se plní krví. (3, str. 109)

Převodní systém srdeční zajišťuje šíření a převod vzruchů, které vyvolávají kontrakci srdečního svalu. Dráha šíření vzruchu se skládá ze sinoatriálního uzlu, který se nachází u ústí horní duté žíly v pravé síni, internodální dráhy, která spojuje sinoatriální s atrioventrikulárním uzlem. Atrioventrikulární uzel se nachází u ústí trojčípé chlopně. Dále následuje Hissův svazek, který vychází z atrioventrikulárního uzlu a pokračuje skrz síňokomorovou přepážku, kde se dále dělí na pravé a levé Tawarovo raménko, která směřují do příslušné komorové svaloviny. Převodní systém srdeční končí Purkyňovými vlákny, která vedou periferně a končí ve svalovině komor. (3, str. 111 - 113)

1.2 Anatomie a fyziologie plic

Plíce jsou párové orgány uložené v pravé a levé pleurální dutině. Zajišťují výměnu plynů mezi vnějším prostředím a krví. Dýchací ústrojí začíná v nosní dutině a pokračuje přes tracheu. Do plic vstupují bronchy, které se dále větví v bronchioly a následně na alveoly. Plíce se dělí na laloky. Levá plíce má dva laloky, horní a dolní. Pravá plíce se rozděluje na tři laloky, horní, střední a dolní. Barva plic se postupně mění. Při narození je růžová. Postupem času se přes šedou dostává až do šedočerného mramorování. Konzistence je houbovitá a měkká. Plíce jsou pružné na pohmat. (4, str. 206, 208, 213)

Krevní oběh plic se dělí na oběh funkční a nutriční. Funkční oběh, neboli malý krevní oběh, začínají tepny v pravé komoře srdce a přes plicní žíly pokračují do plic. Žilní zásobení začíná v kapilární síti okolo alveolů, poté probíhají přes vazivo a septa mezi lalůčky a segmenty. Průběh žilního zásobení nezávisí na průběhu bronchiálního stromu a arterií. Kaudálně od arteriae pulmonalis probíhají plicní žíly, které ústí do levé srdeční síně. Nutritivní oběh plic tvoří žíly tekoucí do horní duté žíly, bronchiální tepny a větve aorty, které zajišťují výživu bronchů, vmezeřeného plicního vaziva a mízních uzlin plic. Bronchiální žíly běží po zadní straně bronchů a až v oblasti středních a větších bronchů začínají jako sběrné kmeny. Tyto žíly se vlévají do mezižeberních žil nebo do vena azygos a hemiazygos accessoria. Odtok krve je zajištěn pomocí anastomóz. (4, str. 225, 226)

1.2.1 Fyziologie dýchání

Jako základní funkci dýchacího systému lze označit nasycování krve kyslíkem a odevzdávání oxidu uhličitého. Tento děj probíhá na alveolokapilární membráně. Celou respiraci lze jako jedinou, vitálně nezbytnou funkci, i volně ovládat. Mimovolní ovládání dýchání zajišťuje prodloužená mícha. Aby byla funkce dýchání správná, je nezbytné, aby ventilace, distribuce, difuze a perfuze byly sehrané. (3, str. 84, 85)

Mechaniku dýchání zajišťují dýchací svaly a skládá se z nádechu a výdechu. Při klidovém dýchání je nádech děj aktivní a výdech děj pasivní. Kyslík a oxid uhličitý přestupují přes alveolokapilární membránu prostou difuzí, kdy erytrocyt odevzdá oxid uhličitý a přijme kyslík, který díky hemoglobinu přenáší do cílových tkání. (3, str. 87, 93)

1.3 Anatomie malého krevního oběhu

Malý, nebo také plicní, krevní oběh začíná v pravé srdeční komoře a končí v levé síni srdce. Krevní objem, který přečerpá velký a malý krevní oběh je stejný, avšak plicní a systémový oběh se liší odporem a tlakem, kdy plicní oběh je čtyřikrát až pětkrát menší. (3, str. 107, 108)

Malý oběh začíná v pravé srdeční síni, kde zároveň ústí horní a dolní dutá žíla. Krev poté přes trojcípou chlopeň pokračuje do pravé komory. Když se pravá komora zaplní krví, následuje systola. Krev se poté přes poloměsíčitou pulmonální chlopeň a plicní tepnu dostává do plic. V plicích se plicní tepna dále větví na tepny, tepénky, arterioly a kapiláry, kde se krev okysličí, pokračuje do venul a následně přes plicní žílu do levé síně. (3, str. 109 - 113)

2 PLICNÍ HYPERTENZE

2.1 Definice plicní hypertenze

Plicní hypertenzi lze definovat jako chronické zvýšení tlaku v plicnici, pokud systolický tlak v plicnici překročí 15 – 30 mmHg, diastolický tlak 5 – 16 mmHg, střední tlak 6 – 20 mmHg a střední tlak v zaklíněné plicnici 6 – 15 mmHg a pokud je zvýšená plicní cévní rezistence. (5, str. 158; 6, str. 382)

Obecně lze říci, že plicní hypertenzi můžeme označit stav, kdy je střední tlak v plicnici vyšší než 25 mmHg v klidu nebo 30 mmHg při zátěži. (8, str. 18)

2.2 Stupně plicní hypertenze

Závažnost plicní hypertenze lze rozdělit do tří stupňů na latentní, manifestní a těžkou plicní hypertenzi. Určují se na základě výše středního tlaku v plicnici, kdy je lehký stupeň v hodnotách 26 – 35 mmHg, středně závažný v rozmezí 36 – 45 mmHg a těžký v hodnotách vyšších než 45 mmHg. (7, str. 48, 49)

Latentní plicní hypertenze je určena, pokud je střední tlak v plicnici v klidu normální, tedy pod 25 mmHg, ale pokud při cvičení stoupá nad 30 mmHg. Příčinou latentní plicní hypertenze je ztráta celkového průřezu cév, ztráta poddajnosti neboli nemožnost rozšíření cévní stěny při zvýšeném průtoku krve. Klinicky se projevuje jako dušnost při těžším cvičení a lehkým omezením aerobní kapacity při zátěžovém testu. (7, str. 48)

Plicní hypertenze se jako *manifestní* označuje, pokud je střední tlak v plicnici vyšší než 25 mmHg již v klidovém stavu. Plicní cévní odpor klesá při cvičení o dost méně a střední tlak v plicnici stoupá podstatně strměji. Pacienti projevují dušnost již při lehkém cvičení a aerobní kapacita při zátěžovém testu je velmi omezena. (7, str. 48)

Těžká plicní hypertenze se u pacientů manifestuje nesnášenlivostí i malé zátěže a i v klidu je saturace krve kyslíkem pod 60%, tedy velmi nízká. Kvůli dysfunkci pravé komory je srdeční výdej již v klidovém stavu snížený a při cvičení skoro nestoupá. Při zátěži střední tlak v plicnici strmě stoupá a plicní cévní odpor se nesnižuje. (7, str. 49)

2.3 Rozdělení plicní hypertenze

Plicní hypertenzi můžeme rozdělit dle naměřených hodnot tlaku v plicnici na lehkou do 35 mmHg, středně těžkou do 45 mmHg a těžkou, která má hodnoty nad 45 mmHg. (8, str. 18)

Plicní hypertenze, která zhoršuje vitální prognózu, je již hypertenze středně těžká. Jako maligní onemocnění můžeme označit hypertenzi, jejíž hodnoty překračují 50 mmHg. (8, str. 18)

Plicní hypertenze se dělí dle různých kritérií. Pro každé z kritérií existuje jiné konečné rozdělení.

2.3.1 Rozdělení podle příčiny

Podle příčiny dělíme plicní hypertenzi do tří kategorií.

Prekapilární plicní hypertenze vzniká v důsledku onemocnění plic nebo plicních cév nebo jako následek vazokonstrikce nebo změny struktury plicních tepen a tepének, ucpání části plicního řečiště například plicní embolií nebo jako následek zvýšení průtoku krve plicnicí. Při prekapilární plicní hypertenzi bude tlak v plicnici zvýšený, ale tlak v zaklínění bude normální. (8, str. 18; 6, str. 340, 382)

Tuto hypertenzi velmi často způsobují buď choroby, které postihují plicní parenchym nebo cévní řečiště plic, například chronická obstrukční choroba bronchopulmonální, plicní fibróza, plicní embolizace nebo také primární hypertenze. (9, str. 100 - 104)

Prekapilární plicní hypertenzi lze dále rozdělit na tři další formy. *Restriktivní formu*, kterou vyvolává úbytek cévního plicního řečiště, například díky rozsáhlejší resekcii plic nebo plicní fibróze. *Vaskulární formu*, která se dále dělí na *obstruktivní formu*, kdy obstrukci vyvolává trombembolická nemoc a *primární plicní hypertenzi*. Další formou prekapilární plicní hypertenze je *hypoxická forma*, která je vyvolána hypoxémií při chronických onemocněních plic. (8, str. 19)

Hyperkinetická plicní hypertenze vzniká, je-li plicní řečiště přeplněno krevním přítokem z levo-pravých zkratů. (8, str. 18)

Postkapilární plicní hypertenze je způsobena onemocněními levé srdeční síně, například mitrální stenózou nebo při špatné funkci levé komory. Při postkapilární

hypertenzi plicnicí hypertenze vzniká zvýšením tlaku v levé komoře, levé síni a v plicních kapilárách. Dá se tedy říct, že se nejčastěji způsobena levostranným srdečním selháním. (8, str. 18; 6, str. 382; 9, str. 41)

Rozdělení plicní hypertenze na prekapilární a postkapilární se určuje dle hodnot tlaku naměřených v zaklíněné plicnici. Tlak se měří za nafouknutým balónkem na konci Swanova-Ganzova katetru, který se umístí v distální části plicnice. (6, str. 78, 79)

2.3.2 Klinické rozdělení

Toto rozvržení bylo navrženo na symposiu o primární plicní hypertenzi v roce 1998 ve Francii a rozděluje se na:

- *Plicní hypertenze spojená s chorobami respiračního systému a/nebo hypoxémií.* Tato skupina zahrnuje onemocnění plicního parenchymu, například chronickou obstrukční plicní nemoc nebo cystickou a intersticiální plicní fibrózu. Dále sem patří onemocnění způsobené dlouhodobým pobytem ve velké nadmořské výšce – chronická alveolární hypoxémie. Tato plicní hypertenze je nejčastější a zastupuje prekapilární plicní hypertenze. (8, str. 19)
- *Plicní žilní hypertenze.* Tuto hypertenzi způsobují mitrální vady, chronická levostranná srdeční dysfunkce a plicní venookluzivní onemocnění. Plicní žilní hypertenze je druhou nejčastější skupinou plicních hypertenzí a v dělení dle příčiny by se tato skupina dala označit jako postkapilární. (8, str. 19, 20)
- *Plicní hypertenze způsobená chronickou trombotickou a/nebo embolickou nemocí.* Do této skupiny se řadí tromboembolická obstrukce proximálních plicních tepen a obstrukce distálních plicních tepen. Další hypertenze, která by se podle dělení dle příčiny dala zařadit mezi prekapilární hypertenze a je jejich další významnou příčinou. (8, str. 20)
- *Plicní arteriální hypertenzi* způsobuje velká řada různých onemocnění, řadí se sem: závislost na drogách a dalších toxických látkách, infekce HIV, vrozené levo-pravé zkraty a několik druhů hypertenzí – primární plicní a portopulmonální hypertenze a také plicní arteriální hypertenze u kolagenóz. Pro tuto plicní hypertenzi jsou typické remodelace plicního cévního řečiště a řadí se do skupiny málo obvyklých hypertenzí. (8, str. 20)

- *Plicní hypertenze u chorob, které přímo postihují plicní cévy* je poslední skupinou a zahrnuje zánětlivé stavy a plicní kapilární hemangiomatózu. Jsou to vzácné plicní hypertenze a vznikají v důsledku přímého poškození plicních cév nádorem nebo zánětem. (8, str. 20)

2.3.3 Plicní hypertenze u srdečních onemocnění

Při srdečních onemocněních je nejčastějším typem chronická plicní hypertenze, typicky postkapilární. Kardiální onemocnění, která typicky vedou k plicní hypertenzi, jsou choroby myokardu nebo chlopenní vady levého srdce. Pokud je plicní hypertenze přítomna u jednostranného srdečního selhání, tak velmi nepříznivě ovlivňuje prognózu nemocného. V tomto případě se mortalita může zvýšit až třikrát. (10, str. 137)

2.3.4 Plicní hypertenze u respiračních onemocnění

Respirační onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou vzniku plicní hypertenze. Tato plicní hypertenze je typicky prekapilární. U většiny pacientů je plicní hypertenze pouze lehká, ale přesto její přítomnost výrazně zhoršuje prognózu nemocného. Nejčastější onemocnění, které doprovází plicní hypertenze, jsou chronická obstrukční plicní nemoc, která je plicní hypertenzí komplikována v 8-10%. Dalším onemocněním jsou intersticiální plicní procesy. V terminálních stádiích intersticiálních plicních procesů má příznaky plicní hypertenze 60-70% nemocných. Mírná a léčbu nevyžadující plicní hypertenze se vyskytuje u pacientů, kteří se léčí se syndromem obstrukční spánkové apnoe. (10, str. 137, 138)

2.4 Příčiny vzniku plicní hypertenze

Jednou z příčin plicní hypertenze je snížení průsvitu plicního cévního řečiště, jehož příčinou je zvýšení plicní cévní rezistence. Zvýšení odporu cév se může dít z několika příčin. Například, pokud jsou plicní cévy komprimovány z vnějšku, pokud je část řečiště zúženo, uzavřeno nebo pokud úplně chybí. Další možností je, když plicním řečištěm protéká velké množství krve. Pokud je příčinou zvýšený tlak v plicních žilách, bývá důvodem zvýšení tlaku v levé srdeční síni nebo levé srdeční komoře, popřípadě obstrukce plicních žil. Další příčiny jsou tělesná námaha anebo zvýšení viskozity krve. (8, str. 22, 23)

2.4.1 Remodelace plicního řečiště

Remodelace plicního řečiště je jev, při kterém změny v tepnách velkého oběhu připomínají sklerotické změny. Cévy jsou poté tuhé, málo elastické, jejich stěna je ztlustělá a lumen zúžený, což vede k omezení plicního oběhu, zvýšení tlaků v plicnici a následně

k další remodelaci. Důvody, proč k remodelaci dochází, jsou tři: mechanické podněty, hypoxie a aktivní mediátory zánětu. U těžkých plicních hypertenzí vnikají v plicní periférii plexiformní léze, což jsou nově vytvořené cévní útvary. K jejich tvorbě dochází hlavně u arteriální plicní hypertenze. (8, str. 24 – 26; 11, str. 11-14)

2.5 Diagnostické metody

Metod, jak potvrdit plicní hypertenzi nebo určit její závažnost je několik, ale neexistuje žádný specifický test nebo jediná vyšetřovací metoda, která by diagnózu plicní hypertenze spolu i s její závažností určila po jediném vyšetření. Cílem diagnostických metod je vyloučení nebo potvrzení plicní hypertenze, stanovení její závažnosti a příčiny. (7, str. 53 – 60; 8, str. 30 – 43; 10, str. 134 - 136)

Základní vyšetřovací metodou je, jako u všech onemocnění, *anamnéza*. Při anamnéze ale převládají příznaky základního onemocnění. Znaky plicní hypertenze pouze doplňují její obraz. (7, str. 53; 8, str. 30; 10 str. 134 - 136)

Další základní metodou je *fyzikální vyšetření*. Projevy jednotlivých příznaků souvisí se stupněm plicní hypertenze. Často je nad plicnicí zvýrazněná druhá srdeční ozva, přítomný je cvalový rytmus a čtvrtá srdeční ozva. V pokročilých stádiích je slyšitelná třetí ozva srdeční, dále může být slyšitelný šelest na trikuspidálních a pulmonálních chlopní. Na těchto chlopních mohou být slyšitelné regurgitace. Zvýšená náplň krčních žil a hmatná systolická pulzace je viditelná při hypertrofii pravé komory v pokročilých stádiích onemocnění. Otoky a cyanóza jsou další příznaky, které lze při fyzikálním vyšetření zjistit. (7, str. 54; 8, str. 31, 32; 10, str. 134 – 136; 12 str. 36)

K diagnostice plicní hypertenze se využívá *rentgenový snímek hrudníku*, který ukáže rozšíření centrálních kmenů plicnice a zúžené periferní větvení plicních cév. Na snímku dále může pravá komora vytvořit levou konturu srdečního stínu. (7, str. 55; 8, str. 33, 34; 10 str. 134 - 136)

CT vyšetření s podáním kontrastní látky zobrazí průměr plicních tepen na různých úrovních a zároveň zjistí příčinu plicní hypertenze. Odhalí také troboťickou obstrukci plicních cév nebo intersticiální plicní proces. (8, str. 38, 39; 10, str. 134 - 136)

Na *magnetické rezonanci* se zobrazí rozšířená horní dutá žila a dolní dutá žila, pravé srdce, zbytnění pravé komory, dilatace plicních cév a porušené diastolické plnění. Magnetická rezonance slouží také k posouzení funkčních a morfologických měřítek

plicního oběhu, zhodnotí také tlak v plicnici a objem a plochu jednotlivých oddílů srdce. (7, str. 55; 8, str. 38; 10, str. 134 - 136)

Na *EKG* se zobrazí hypertrofie pravé komory a dilatace pravé síně. Na *EKG* křivce je vidět vyšší voltáž R kmitu ve svodech V1-V3, sklon elektrické srdeční osy doprava, rotace osy ve směru hodinových ručiček. Patrné je zvětšení pravé síně. (7, str. 56; 8, str. 34 - 36; 10, str. 134 - 136)

Echokardiografie je klíčovou neinvazivní vyšetřovací metodou. Slouží k určování typu plicní hypertenze a ukáže mezosystolický uzávěr plicní chlopně, posoudí velikost, tvar, hypertrofii a funkci pravé komory. Dále slouží k odhadu tlaku v plicnici. Echokardiografie je dále schopna vyloučit zkratové vady a postižení chlopní a myokardu levé strany srdce jako příčiny plicní hypertenze. *Dopplerovská echokardiografie* odhadne stupeň plicní hypertenze. (7, str. 56; 8, str. 36 – 38; 10, str. 134 - 136)

Pravostranná srdeční katetrizace s hemodynamickým vyšetřením slouží jako definitivní vyšetřovací metoda pro konečné stanovení diagnózy a určení její závažnosti. Používá se k změření srdečního výdeje a plicního cévního odporu. (7, str. 57; 8, str. 40 – 42; 10, str. 134 - 136)

Spirometrie ukáže některá onemocnění, která mohou být příčinou plicní hypertenze. Zobrazí jejich podíl na rozvoji plicní hypertenze. (8, str. 36; 10, str. 134 - 136)

Plicní biopsie se provádí pouze pokud nelze jinými metodami vyloučit jako příčinu plicní hypertenze intersticiální plicní proces nebo vaskulitidy. (8, str. 40; 10, str. 134 - 136)

Další vyšetřovací metody, které se používají k diagnostikování plicní hypertenze, jsou: *polysomnografie* (při možnosti syndromu obstrukční spánkové apnoe), *plicní angiografie* (slouží k přesnému diagnostikování chronické tromboembolické plicní hypertenze), *intravaskulární ultrazvuk* (zobrazí strukturu cévní stěny) a *test šestiminutovou chůzí* (zátěžový test, který určí závažnost dušnosti). (8, str. 42, 43; 10, str. 134 - 136)

Z laboratorních metod se využívá vyšetření *biomarkerů*, které souvisí s pokročilostí onemocnění. Vyšetřují se hlavně natriuretické peptidy, kyselina močová a srdeční troponiny. (10, str. 134 - 136)

2.5.1 Měření tlaku v zaklínění v plicnici

Měření tlaku v zaklínění se provádí pomocí Swanova-Ganzova katétru. Tento katétr je několika cestný. Jeho lumen má na konci balónek. Katétr se do plicnice dostává přes pravou síň. V plicnici se dočasně ucpou její drobnější větve, následně se do katétru vstříkne tekutina a sleduje se spojení sloupce tekutiny v plicních kapilárách a levé síni. Ve většině případů je tlak v zaklínění stejný jako tlaky v plicních kapilárách, levé síni a plnicím tlakem levé komory. Pokud se balónek přefoukne, může být hodnota tlaku falešná. Stejně tak, pokud je tlak přenášen z pleurální dutiny. Pokud balónek katétrů není nafouknut, měří se tlak v plicnici. Pokud je balónek nafouknutý, měří se tlak v zaklíněné plicnici. (6, str. 79 - 82)

2.6 Příznaky a klinický obraz plicní hypertenze

Žádné příznaky ani klinický obraz není pro plicní hypertenzi typický. Ve větší nebo menší míře se projevují příznaky základního onemocnění, doplněné o příznaky plicní hypertenze. Příznaky se liší dle druhu plicní hypertenze. Ale i tak jsou některé příznaky, které jsou u plicní hypertenze přítomné při jejich všech druzích. (8, str. 48 - 75)

Příznaky shodné pro všechny druhy plicní hypertenze lze rozdělit na subjektivní a objektivní. Mezi *subjektivní příznaky* se řadí námahová dušnost, popřípadě dušnost zhoršující se vleže, slabost, únava, nevykonnost, závratě, nespavost a nechutenství. (9, str. 98, 100 – 104; 8, str. 48 – 75; 5, str. 158, 159)

Objektivní příznaky projevující se v gastrointestinálním traktu jsou zvracení, zácpa, kachexie, hepatomegalie, hepatojugulární reflux a ascites. V dýchacím systému se objevuje tachypnoe i při malé námaze, inspirační chrůpky, dráždění ke kašli, chrapot, u těžkých plicních hypertenzí hemoptýza. Na kardiovaskulárním systému se projeví tachykardie, hypotenze, angiózní bolest, zvýšená náplň krčních žil, hydroperikard, stenokardie, lze lehce hmatat zvedání pravé komory a oslabený karotický pulz, při nepříznivé prognóze se někdy může dostavit synkopa. V lymfatickém systému se objevují periferní otoky, otoky dolních končetin začínající u kotníků a končící v tříselech, někdy se objeví i anasarka. Na močovém systému se projevují nykturie. Celkově se dá pozorovat zhoršení funkční zdatnosti. (8, str. 48 – 75; 9, str. 98, 100 – 104; 5, str. 158, 159)

V praxi se zachytí jen vzácně pulzace v prekordiu a pod mečíkem, diastolický šelest, a zvýraznění druhé ozvy nad plicnicí. (8, str. 31)

2.7 Léčba plicní hypertenze

Terapie plicní hypertenze je možná několika způsoby, které se vzájemně doplňují a je tedy nutné dodržovat všechna lékařská doporučení a nařízení. Léčba jako taková závisí především na etiologii plicní hypertenze. Nejvýznamnější je terapie základního onemocnění. Je důležité říci, že plicní hypertenze je onemocnění, které se nedá vyléčit, ale je léčitelné. (13; 14, str. 214, 215)

2.7.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba se dělí na specifickou farmakologickou léčbu a na podpůrnou farmakologickou léčbu. (15; 10, str. 136, 137)

Specifická farmakologická léčba spočívá v podávání léků, které ovlivňují přímo příčinu plicní hypertenze. Při specifické farmakologické léčbě se podávají blokátory kalciových kanálů, které mají vazodilatační účinky, dále se podávají prostanoidy (Iloprost, Epoprostenol, Treprostinil), antagonisté endotelinových receptorů (Bosentan, Ambrisentan, Sitaxentan) a inhibitory fosfodiesterázy 5 (Sildenafil, Tadalafil). Dle údajů z roku 2010 byla finanční náročnost specifické farmakologické léčby 1,5 až 2 miliony korun za rok. (10, str. 137; 15; 16)

Při *podpůrné farmakologické léčbě* se využívají antikoagulantia. Užívají se chronicky, většinou warfarin. Cílové INR se při chronickém podávání pohybuje v rozmezí 2,0 až 3,0, záleží na typu plicní hypertenze. ACE-inhibitory se využívají při léčbě srdečního selhávání. Pro léčbu a mírnění otoků se využívají diuretika. Metylxantiny se využívají v podpoře bronchodilatace, posílení stažnosti bránice a ke stimulaci respiračního centra. (15; 16, str. 203 - 212; 5, str. 158, 159; 10, str. 136, 137)

Nezastupitelnou pozici má při léčbě plicní hypertenze *domácí oxygenoterapie*. Aby byla oxygenoterapie účinná, je třeba, aby se prováděla minimálně 15 hodin denně s průtokem 1 až 2 litry kyslíku za minutu. V některých případech se doporučuje i inhalace oxidu dusného. Inhalace kyslíku je jediná léčba, která prokazatelně zlepšuje prognózu nemocného a zároveň zabraňuje progresi onemocnění. (15; 14, str. 214; 5, str. 158, 159)

2.7.2 Nefarmakologická léčba

Farmakologická léčba se dá podpořit i léčbou nefarmakologickou. Nefarmakologická léčba zahrnuje *balonkovou atriální septostomii, venepunkci a transplantaci plic a srdce*.

Balonková atriální septostomie je metoda, při které se do oblasti mezišňové přepážky zavede speciální balonek, kterým se provede dilatace tak, aby se vytvořila komunikace mezi oběma síněmi. Díky vytvoření komunikace okamžitě poklesne tlak v pravé síni, zvýší se minutový výdej a krátkodobě se zlepší zvládnání zátěže. Tento výkon se provádí pouze jako metoda, která slouží k překonání doby, než je možné provést transplantaci plíce nebo plic. (17)

Při *venepunkci* se jednorázově vypustí asi 500 mililitrů krve. Snahou je udržet hematokrit nad 0,55. (14, str. 215)

Transplantace plíce nebo plic a srdce je jedinou možností, jak zásadněji ovlivnit prognózu a kvalitu života nemocného. Využívá se u pacientů v terminálním stadiu plicní hypertenze a po vyčerpání všech ostatních možností farmakologické a nefarmakologické léčby i při dodržování režimových opatření. Přežití nemocných jeden rok po transplantaci se pohybuje v rozmezí 66 – 75%, pět let po zákroku přežívá asi 50% nemocných. (13; 10, str. 139)

2.7.3 Režimová opatření

Další důležitou složkou léčby plicní hypertenze jsou režimová opatření. Tyto opatření je třeba dodržovat. Při jejich nedodržování hrozí zhoršení prognózy, stadia onemocnění, popřípadě je možné snížení účinku farmakologické i nefarmakologické léčby. (10, str. 138; 15)

Fyzická zátěž je u plicní hypertenze doporučena dle tolerance. Optimálním pohybem je pohyb s nízkou aerobní aktivitou, například chůze. Nevhodný je dlouhodobý pobyt pacienta v nadmořské výšce větší než 2000 metrů nad mořem. Pokud nemocný létá, je nezbytná inhalace kyslíku po celou dobu letu. V potravě je důležité dodržovat dietu s nízkým obsahem soli, tuku a cholesterolu. Nutný je také omezený příjem alkoholu. Stejně tak by se BMI mělo udržovat pod 30. (15; 5, str. 158, 159; 10, str. 136)

Pacientům s plicní hypertenzí se doporučuje každoroční očkování proti chřipce. (15)

Těhotenství u nemocných je naprosto kontraindikováno, protože vzhledem k patofyziologii onemocnění by byla zátěž pro kardiovaskulární a dýchací systém během těhotenství neúnosná. (13)

Rizikové jsou chirurgické výkony v celkové anestezii delší než tři hodiny. (15)

2.8 Shrnutí plicní hypertenze

Mechanika plicní hypertenze pracuje tak, že pokud je plicní tkáň poškozena, obtížně přes ni protéká odkysličená krev, a to má za následek, že ve výtokové části pravého srdce se zvyšuje tlak a vzniká plicní hypertenze.

Projevem plicní hypertenze je městnání krve v plicnici a v pravém srdci, což vede k přetížení pravé komory a ta hypertrofuje, protože se snaží vyčerpat velké množství krve, kterým je zahlcena. Tento stav vede ke cor pulmonale chronicum, které má všechny znaky pravostranného srdečního selhávání. Příznaky jako jsou dušnost a cyanóza se zhoršují, plicní hypertenze je někdy provázena příznaky asthma bronchiale, jindy více převažují příznaky pravostranného srdečního selhávání, které někdy střídají náhlá vzplanutí zánětů dýchacích cest. Pacient s plicní hypertenzí nejčastěji umírá na respirační insuficienci, pravostranné srdeční selhání, maligní arytmií, plicní embolií nebo terminální hemoptýzu. (13; 18, str. 46)

3 HODNOTÍCÍ ŠKÁLY A DOTAZNÍKY HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

Kvalita života pacienta se hodnotí z pohledu subjektivního a objektivního. Subjektivně se hodnotí celková spokojenost pacienta se životem z jeho vlastního pohledu. Objektivně je kvalita života hodnocena pomocí metod, které se zaměřují spíše na okolní prostředí pacienta, než na jeho vnitřní prožívání. (19, str. 16)

3.1 Hodnocení HRQoL

Hodnotící systém HRQoL je zkratka anglického Health-Related Quality of Life, nebo-li česky kvalita života související se zdravím. Definice kvality života dle hodnotícího systému HRQoL je: „Celková pohoda, která zahrnuje objektivní deskriptory a subjektivní hodnocení tělesné, materiální, sociální a emocionální pohody, společně s rozsahem osobního vývoje a smysluplných činností.“ (20, str. 51) Tento hodnotící systém se začal používat v 80. letech 20. století a byl vytvořen pro analýzy ekonomického a klinického prostředí. Hodnotící systém HRQoL má velké množství nástrojů, které se využívají k měření kvality života, ale jeho nevýhodou je, že má pouze nedostatečné množství teoretických východisek. Dle autorů je zdraví hlavní proměnnou v hodnocení kvality života. Právě proto je někdy kritizován pro úzké zaměření na spokojenost se zdravím. Hodnocení HRQoL se využívá převážně v medicínských oborech a představuje sloučeninu lékařské symptomatologie, funkčních omezení a psychopatologie. (20, str. 41 - 51)

Do konceptu HRQoL patří také hodnocení QALY, které hodnotí délku a kvalitu života a hodnocení SWB, které subjektivně hodnotí kvalitu života jako celku. (20, str. 91)

HRQoL, WHQOL, model kvality života 3B a Ferrellové modely jsou hierarchické modely, které zachycují multidimenzionálnost kvality života. (20, str. 43)

Vztahem kvality života a zdraví se zabývají interakční modely kvality života, jsou to například Spilkerův model klinického hodnocení, integrace pacientova odhadu a kvality života nebo model autorů Wilsona a Clearlyho. (20, str. 45 - 47)

3.2 Generické nástroje pro hodnocení zdravotního stavu

SIP (Sickness Impact Profile) je dotazník hodnotící oblasti: spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivita a stravování. (20, str. 144, 147)

NHP (Nottingham Health Profile) se zabývá oblastmi spánku, bolesti, emocionální reakce, sociální izolace, tělesné mobility a úrovně energie. (20, str. 144, 147)

SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form) hodnotí fyzické zdraví, omezení ve fyzické a sociální sféře, výkon běžných rolových aktivit, fyzickou bolest a celkové vnímání zdraví. (20, str. 145, 147)

SF-12 (Medical Outcomes Study 12 – Item Short Form) je zkrácená verze dotazníku SF-36 a zabývá se mentálním zdravím, vitalitou (energie versus únava), omezením běžných rolových aktivit a všeobecným mentálním zdravím. (20, str. 146, 147)

EQ-5D (European Quality of Life Questionnaire – Version) hodnotí pohyblivost, sebeděči, obvyklé činnosti, bolesti, potíže, úzkost a deprese. (20, str. 146, 147)

WHOQOL – BREF je jeden z nejpoužívanějších generických nástrojů pro hodnocení zdravotního stavu, který vydala Světová zdravotnická organizace. Hodnotí čtyři hlavní oblasti a několik podkategorií.

1. Fyzické zdraví – aktivity denního života, závislost na medicínských látkách nebo prostředcích, mobilita, bolest a diskomfort, spánek a odpočinek, pracovní kapacita.
2. Psychická oblast – vztah k vlastnímu tělu, prožívání pozitivních a negativních emocí, sebeúcta, spirituální prožívání nebo náboženská víra nebo osobnostní přesvědčení, schopnost koncentrace a schopnost učit se.
3. Sociální vztahy – osobní vztahy, sociální opora, subjektivní hodnocení sexuálního života.
4. Prostředí – finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost a ochrana, zdraví a sociální péče, dostupnost kvality, domácí prostředí, možnosti pro získávání nových informací a schopností, účast a možnosti využívání rekreačních, volnočasových aktivit, fyzikální aspekty prostředí, doprava. (20, str. 148)

PCASEE se zabývá somatickou oblastí (P), kongnitivní oblastí (C), emoční oblastí (A), sociální oblastí (S), ekonomickou oblastí (E) a osobnostními problémy (E2). (20, str. 148)

QLP (Quality of Life Profile) hodnotí fyzické, psychologické a duchovní bytí, spolupatříčnost, neboli vazby s konkrétním prostředím, dosahování osobních cílů, aspirací a tužeb. (20, str. 149)

PGWB (Psychological General Well-Being) tento dotazník má dvě verze. Původní verze obsahovala 68 položek, zkrácená verze obsahuje položek 22. (20, str. 149)

3.3 Specifické nástroje měření kvality života pacientů s respiračními chorobami

Jako pro všechny onemocnění, i pro onemocnění dýchacího systému existují specifické hodnotící škály a dotazníky. Mezi nejpoužívanější se řadí:

AQLQ (Adult Asthma QoL Questionnaire) se zabývá omezeními ve vykonávání aktivit, symptomologií, emocionální dysfunkcí a prostředím. (20, str. 161)

Marksův dotazník kvality života s astmatem se zaměřuje na dýchavičnost a fyzické omezení, poruchy nálad, nerušení sociálních kontaktů a obavy týkající se zdraví. (20, str. 161)

SGRQ (St. George's Respiratory Questionnaire) popisuje symptomy, jejich frekvenci a závažnost, specifické respirační symptomy. Dále aktivity, jejich vykonávání a limitaci v důsledku dyspnoe. A psychosociální aspekty dopadu onemocnění. (20, str. 161)

CRQ (Chronic Respiratory Disease Questionnaire) se zabývá dýchavičností, únavou, emocionálním fungováním a vyrovnáváním se s onemocněním. (20, str. 161)

PACQLQ (Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire) hodnotí emocionální funkce a aktivitu rodičů. (20, str. 161)

K dalším dotazníkům používaných u pacientů s respiračními onemocněními se řadí: BCSS – dotazník Breathlessness Cough and Sputum Scale, BPQ – Breathing Problems Questionnaire, CRQ – Chronic Respiratory Questionnaire, HAY – dotazník How Are You?, QoLRIQ – dotazník Quality of Life for Respiratory Illness Questionnaire, UCSDQ – dotazník University of California at San Diego Shortness of Breath Questionnaire. (21, str. 62, 72, 77, 79, 100, 110 - 112)

3.4 Potřeby a jejich uspokojování u nemocného s plicní hypertenzí

O potřebě hovoříme, je-li v životě nějaký nedostatek nebo chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. K potřebám se nepochybně řadí i pyramida potřeb podle Maslowa, který v ní seřadil lidské potřeby podle důležitosti, kdy v základně pyramidy jsou biologické potřeby, následují potřeby jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, ocenění, sebeúcty a potřeba seberealizace, sebeaktualizace. Pokud nejsou uspokojeny základní potřeby, nemůžou být uspokojeny ani potřeby ve vyšších patrech. (22, str.13 - 16)

Existují určité faktory, které mění potřeby člověka, patří mezi ně nemoc, osobnost, mezilidské vztahy, vývojové stádium člověka a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. (22, str. 16, 17)

Zdravý člověk je schopen sám zvládnout aktivity denního života, nemocní na rozdíl od něj potřebují pomoc. Sebepečte se ze zdravotnického hlediska hodnotí nejčastěji pomocí modelu Margory Gordonové nebo se používá Barthelův test základních všedních činností. Mezi základní a nejčastěji používané ošetrovatelské diagnózy, řazené do aktivit denního života se počítají porucha soběstačnosti a sebepečte v různých oblastech. (22, str. 20 – 223; 23, str.119 - 122)

Stádium onemocnění, spolu s dalšími faktory, ovlivňuje možnost pohybu a aktivity. Nejčastěji užívané diagnózy jsou porucha hybnosti, intolerance aktivity, která se velmi projevuje i u nemocných s plicní hypertenzí, porucha soběstačnosti, riziko úrazu a akutní nebo chronická bolest. (22, str. 40; 23, str. 98, 230, 247, 248)

Pacientů s plicní hypertenzí se v kontextu potřeb velmi týká problém dýchání, které je více než ostatní potřeby ovlivněno stádiem onemocnění, ve kterém se nemocný nachází. Hlavními ošetrovatelskými diagnózami v této oblasti jsou poruchy dýchání, neschopnost adekvátního dýchání, omezení průchodnosti dýchacích cest, porucha výměny dýchacích plynů, snížený srdeční výdej, úzkost, strach a beznaděj. (23, str. 90, 139, 179, 180; 22, str. 116, 117)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Plicní hypertenze je onemocnění, které se definuje jako zvýšený tlak v plicnici nad 20 mmHg a zvýšená plicní cévní rezistence (8, str. 18). Kvalitu života lze hodnotit různými škálami, stupnicemi, standardizovanými a nestandardizovanými dotazníky. Hodnocení kvality života pacienta s plicní hypertenzí je důležité, neboť toto onemocnění nezasahuje jen fyzickou, ale také psychickou stránku člověka a dá se ovlivnit vhodnou změnou životního stylu. Díky této skutečnosti je třeba, aby o pacienta pečoval multidisciplinární tým lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků a dalších odborníků, kteří mu pomohou jak s léčbou, tak se změnou životního stylu.

Protože je plicní hypertenze těžko diagnostikovatelná a často se odhalí až ve velmi pokročilém stádiu, kdy se k základnímu onemocnění začnou přidružovat i symptomy plicní hypertenze, je třeba, aby péče o pacienta neprobíhala pouze v zaměření na léčbu základního onemocnění a plicní hypertenze, ale aby se kladl důraz i na kvalitu života a jeho zvládnutí u takto nemocných pacientů. Aby se celková péče mohla realizovat, je třeba položit si otázku, jaká je vlastně kvalita života pacienta s plicní hypertenzí?

5 CÍL VÝZKUMU

1. Analyzovat kvalita života pacienta s plicní hypertenzí v kontextu všech jeho bio-psycho-sociálních potřeb.

5.1 Dílčí cíle

1. Zjistit, jak plicní hypertenze ovlivnila biologické potřeby respondenta.
2. Jaké je prožívání člověka s plicní hypertenzí v různých oblastech života.
3. Jak se mění sociální život nemocného v průběhu onemocnění.
4. Zpracovat výstup z rozhovoru, který bude obsahovat všechny stěžejní problémy pacienta.

5.2 Operacionalizace pojmů

Plicní hypertenze = chronické zvýšení tlaku v plicnici nad 30 mmHg, středního tlaku v plicnici na 20 mmHg a zvýšení cévní rezistence. (8, str. 18)

Kvalita života = rozšíření pohledu na zdraví, které není chápáno pouze jako somatický stav, ale klade důraz na to, jak se pacient cítí po tělesné a duševní stránce a jak zvládá každodenní situace. (19, str. 16)

5.3 Výzkumné otázky

1. Jaké byla kvalita života pacienta před zhoršením onemocnění?
2. Jakým způsobem zvládá klient situace běžného života?
3. Jak moc se zhoršuje kvalita života s postupujícím onemocněním?
4. Zahrnuje péče o pacienta všechny bio-psycho-sociální potřeby?

6 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro získávání informací do mé odborné práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum mi umožňuje, abych se hloubkově zajímala pouze o jednoho či dva klienty. Téma mé bakalářské práce je celkem úzké a vyžaduje podrobný popis problematiky. Zajímám se o kvalitu života, zvládání každodenních situací a vypořádávání se se zhoršujícím stádiem onemocnění.

6.1 Metoda

V odborné práci popisuji stav klientů v krátké anamnéze, nejvíce kladu důraz na anamnézu osobní, pracovní a sociální. Soustředí se na zpracování návyků, zvyků a prožitků klienta. Dále na zvládání každodenních situací a zaměřuji se také na klientovi představy o budoucnosti. Všechny informace získám z rozhovoru s klientem.

6.2 Výběr případu

Výběr případu byl záměrný. Není nutné a ani vhodné, aby byl pacient nově diagnostikován, protože se ptám i na čas před zhoršením onemocnění. Věk pacienta ani přidružené onemocnění není tolik důležité, jelikož nejde, až na pár výjimek, úplně přesně odlišit symptomy základního onemocnění a plicní hypertenze, protože se tyto příznaky vzájemně doplňují a kombinují a rozdíly jsou pouze ve farmakoterapii. Jediným kritériem pro výběr respondenta byla tedy diagnóza plicní hypertenze. Věk, pohlaví ani další kritéria nehrála roli. Cílem je popsat jediné kritérium, a to plicní hypertenzi.

6.3 Způsob získávání informací

Informace do odborné práce jsem získávala polostrukturovaným rozhovorem. K rozhovoru jsem oslovila dva respondenty, na které jsem získala kontakt na internetovém diskuzním fóru pro pacienty s plicní hypertenzí. Všichni dotazovaní podepsali informovaný souhlas, ve kterém zaručuji naprostou anonymitu, a které je vložený v příloze. Rozhovory jsem prováděla v domácím prostředí pacientů, jelikož se v něm cítí dobře, mají soukromí a cestování by bylo vzhledem k jejich onemocnění zbytečně zatěžující. Před zahájením rozhovoru jsem informovala o tom, že pokud bude nějaká otázka nepříjemná nebo moc osobní, nemusí na ni odpovídat. Rozhovor jsem nahrávala s předchozím svolením na diktafon, objektivní pocity dotazovaných jsem si poznamenala. Setkání trvalo okolo šedesáti minut. Snažila jsem se pokládat hlavně otevřené,

předpřipravené otázky, které jsem doplnila o nepřipravené otázky, jež vyllynuly z kontextu rozhovoru.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Na začátku kapitoly v krátkosti popíšu anamnézu klienta. V polostrukturovaném rozhovoru se zaměřím na vývoj onemocnění, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb, zvládání každodenních činností a na klientovy představy o jeho budoucnosti. Na konci každého rozhovoru zhodnotím názory a zkušenosti klienta. Všechny rozhovory pak analyzuji a porovnávám v následné diskuzi. Veškeré stanovené cíle hodnotím v závěru své bakalářské práce. Výzkum jsem prováděla od ledna do února v domácím prostředí respondentů s jejich výslovným a podepsaným informovaným souhlasem.

8 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

8.1 Rozhovor první

První rozhovor se uskutečnil v lednu 2015 a probíhal v obývacím pokoji respondenta. Trval zhruba dvě hodiny. Respondent byl v průběhu rozhovoru lehce nervózní a vzhledem k postupu onemocnění a i přes trvalou domácí oxygenoterapii se často zadýchával. Dlouhé mluvení mu způsobovalo problémy. Další překážkou byla částečná jazyková bariéra. Jako dopomoc a tlumočnick se rozhovoru účastní i přítel respondenta.

Prvním respondentem je muž, narozený 22.10.1954. S plicní hypertenzí se léčí pět let. Důvod vzniku plicní hypertenze není známý. Významným přidruženým onemocněním je chronická obstrukční plicní nemoc. Alergie neguje. V České republice žije 10 let. Původem je z Iránu a v Čechách má politický azyl. Česky mluví s obtížemi, je tu jistá jazyková bariéra, částečně rozumí, co nerozumí, tlumočí přítel. Bydlí s přítelem v rodinném domě na okraji Plzně. Je nezaměstnaný.

Fyziologické funkce jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu ucházející. Krevní tlak je 175/100, pulz 90, pacient je dušný, i přes trvalou oxygenoterapii 6 – 9l/hod kyslíku, není saturace vyšší než 60%. Na posledním rentgenovém snímku je viditelná zmnožená cévní kresba charakteru městnání, hydrothorax zhruba 400 ml, srdce je rozšířeno oběma směry, hilové cévy jsou také rozšířeny. Viditelná je i skleróza v oblouku aorty.

Kdy vám byla diagnostikována plicní hypertenze?

„Plicní hypertenzi mi diagnostikovali asi před šesti lety.“

Diagnostikovali vám ji lékaři náhodou nebo plicní hypertenzi hledali záměrně?

„Nemyslím si, že by ji hledali záměrně. Podle příznaků, které jsem měl, původně odhadovali jinou nemoc. Chronickou obstrukční plicní nemoc. A na tu mě i chvíli léčili. Ze začátku to bylo lepší, ale potom se to zase začalo horšit. Ale neuměl jsem v té době moc česky a taky jsem je nechtěl otravovat. Ale pak jsem omdlel, převezli do nemocnice a začalo se to řešit.“

Jaké jsou vaše příznaky?

„Nestačím s dechem. To mi vadí nejvíc. Jsem taky hodně unavený, ale to je asi tím, že se zadýchávám. Je to občas hodně náročné. Hlavně když někam jdu a nesu si s sebou kyslík. Taky se cítím hodně slabý, pořád bych spal. Jinak mě nic nenapadá. Ten dech mi vadí nejvíc.“

Jsou vaše příznaky způsobeny plicní hypertenzí, nebo původním onemocněním?

„To nevím, to by vám spíš řekl můj doktor. Ale myslím si, že na tom mají podíl obě nemoci. Obě jsou na plicích a myslím si, že proto je to horší, než kdyby jedna byla na plicích a druhá někde jinde.“

Který z příznaků je pro vás nejvíce obtěžující?

„Rozhodně mi nejvíc vadí zadýchávání. Překáží mi to každý den. Je to obtěžující a unavující. Nic kvůli tomu nemůžu dělat tak jsem byl zvyklý. A je to čím dál tím horší. Kyslík mi překáží i u věcí, které dělám každý den. Už jsem si trochu zvykl, ale stejně to není ono.“

Léčíte se u kardiologa nebo u plicního lékaře?

„S plicní hypertenzí se léčím u kardiologa, s chronickou obstrukční plicní nemocí se léčím na plicním. Tam mi taky dali kyslík na doma.“

Jste spokojený s péčí?

„Docela jo. Můj kardiolog je fajn chlap, vždycky se mě ptá, jak se mám a jestli se to moc nezhoršuje. Vyšetří mě a potom si se mnou i povídá, když to jde. Myslím, když si rozumíme. Vždycky, když se mi to zhorší, snaží se mi najít co nejbližší datum, abych se mohl stavit...“

A na plicním? Jak jste spokojený na plicním?

„Na plicním mají moc milé sestřičky. Pan doktor je taky v pohodě. Jenom tam má vždycky hodně lidí a nemá na mě tolik času jako kardiolog.“

Zdá se vám péče komplexní?

„Já nevím. Určitě by bylo lepší, když by se o mě staral jenom jeden doktor, který by o mně věděl všechno, ale to asi nejde. Ještě když jsem ležel v nemocnici, chodil za mnou každý den rehabilitační... Bratr? Ale teď ne. Ani nevím, jestli by mi to vůbec v něčem pomohlo. Normálně se hýbu, takže to asi ani nepotřebuju.“

Zapojují se do péče o vás i jiní odborníci, než jen lékaři a sestry? (psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista)

„Když jsem ležel v nemocnici, měl jsem asi zvláštní dietu. Dokonce mi sestřička i dala jídelníček domů, abych věděl, co můžu a nemůžu jíst, a jak si mám vařit. Ale teď se mě na to nikdo neptá, ani za mnou nikdo nechodí. Asi bych si to musel speciálně vyžádat nebo zaplatit. Ale já jsem rád aspoň za ten jídelníček, co jsem tenkrát dostal. Mám tu politický azyl, nechci na sebe moc upozorňovat, jsem rád, že se o mě takhle starají.“ (dvě minuty mlčí a vydýchává se)

„Fyzioterapeut u mě byl taky jenom v nemocnici. Ale byl moc milý. Vždycky se mě ptal, jak se mi dýchá. Ukázal mi nějaké cviky na zlepšení dýchání, ale necvičím podle nich. Nepamatuju si je. Asi mi je dával i na nějakém papíře, ale ten nemůžu najít.“

Popište mi váš obyčejný den.

„Ráno vstanu, dám si ranní léky. Než si dodělám snídani, musím si párkrát odpočinout. Neudýchám to. Dopoledne se koukám na televizi, jsem na internetu. Nedělám nic, co by mě zbytečně unavilo, ale stejně si okolo desáté musím jít aspoň na třicet minut odpočinout. Pokud jdu dopoledne na nákup, musím potom odpočívat déle. Pokud uklízím, trvá mi to dlouho a jsem potom hodně unavený. Teď že nezvládnou uklidit všechno tak, jak jsem byl zvyklý předtím. A vím, že odpoledne už moc věcí neudělám. Jakýkoliv pohyb mimo dům je mi nepříjemný, protože prostě nestačím s dechem. Oběd uvařím buď já, nebo přítel. Poslední dobou ale moc nevařím, spíš si ohřívám, co přítel uvaří. Všechno mě vyčerpává a dlouho mi trvá, než cokoli udělám. A s kyslíkem to taky nejde úplně snadno. Po obědě jdu na chvíli spát. Když je pěkně, tak jdu odpoledne na chvíli na zahradu. Pokud není pěkně, jsem doma a koukám na televizi nebo jsem na internetu. (zastaví se a vydýchává se) Večer přijde přítel z práce, tak se navečeříme, chvíli si povídáme nebo se koukáme na televizi. U televize většinou usnu. Nikdy nejdu spát později než v devět, v deset hodin. Jsem po celém dnu hodně unavený a potřebuju spát alespoň do osmi do rána, abych mohl další den fungovat.“

Co ze všech každodenních činností vám způsobuje největší problém?

„Nejhorší je určitě každý pohyb mimo dům. Byl jsem společenský člověk, ale teď už to moc nezvládám. Občas se sejdeme s přáteli, ale většinou u nás, abych mohl jít brzo spát a měl u sebe kyslík.“

Jak zvládáte sebepéči?

„Já se o sebe postarám. Zvládnou se umýt, najíst, uvařím si. Dojdu si, kam potřebuju, jenom mi to trvá moc dlouho, unavuje mě to a je mi to nepříjemné. Proto když nemusím, tak nechávám tyhle věci obstarávat přítele. Pro mě je to pohodlnější a pro přítele rychlejší. Nemusí se na mě ohlížet.“

Popište mi, jak jste dříve trávil čas s přáteli a jak ho trávíte nyní.

„Když jsem si v Čechách našel přátele, často jsme se scházeli v čajovně, nebo jeden u druhého. Byli jsme v kontaktu každý den, protože moji přátelé jsou jedini lidé, kteří tady rozumí mé kultuře a nijak mě neodsuzují za to, že jsem Arab, protože oni jsou Arabové taky. Nebyla tu ani jazyková bariéra, protože všichni mluvíme turecky. Scházeli jsme se pravidelně a většinou jsme nedělali žádné namáhavé činnosti. Většinou jsme seděli, mluvili, pili čaj a kouřili vodní dýmku. Často jsme se modlili. Moji přátelé se schází dál, ale já už se k nim připojuji pouze občas. Je pro mě obtížné cestovat z jednoho konce Plzně na druhý. Moji přátelé mají jiné starosti než já. Navíc teď už kouřit nesmím, tak se mi za nimi ani tolik nechce. Stačí mi, že se občas zastaví u nás doma.“

Necítíte se opuštěný, když se teď nevidíte tak často jako předtím?

„Cítím se opuštěný. Jsem doma skoro celý den sám. Ale moji přátelé nerozumí mojí nemoci. Nerozumí, jak moc mě to omezuje.“

Vyvíjel jste nějakou pohybovou aktivitu pravidelně? Jak to máte teď?

„Dříve jsem chodil na dlouhé procházky, jezdil jsem na kole. Teď nic z toho nedělám. Dojdu si na zahradu nebo na nákup, ale to je všechno. Zadýchám se a jsem potom brzo unavený. Je to pro mě nepohodlné.“

Jak se cítíte duševně?

„Necítím se dobře. Vadí mi, že jsem závislý na péči ostatních. Štve mě, když kolem sebe vidím lidi, co nic neomezuje. Jak se mi zhoršuje nemoc, tak se mi i kazí nálada. I na přátele jsem občas nepříjemný a vyjedu na něj. On se to snaží chápat, ale občas to taky nevydrží a pohádáme se. Co má taky dělat se starým nemocným chlapem, když on je ještě mladý... Nic mě nebaví. Myslím si, že už ani nemá cenu začínat něco nového. Za prvé bych to nezvládl a za druhé už bych to stejně nestihl dokončit.“

Máte z budoucnosti strach?

„Strach to asi není. Spíš smíření. Je mi jasné, že se nevyлéčím. Léky už mi taky moc nezabírají. Myslím si, že je jenom otázka času, než umřu. Je mi čím dál tím hůř a hůř. S dechem je to taky den ode dne horší. Jak už jsem vám řekl, moc věcí mě teď nebaví. Tak se ani nemám moc čím zaměstnat, abych na to tolik nemyslel. Bojím se, že budu umírat pomalu a budu přítěží pro přítele. Na kamarády se asi taky moc spolehnout nemůžu. A zbytek mojí rodiny je v Iránu a nebavíme se spolu. Myslím si, že ani neví, že jsem nemocný.“

Jak si představujete svou budoucnost?

„Vím, že už moc dlouhá nebude. Poznám to. Chtěl bych ještě žít, ale vím, že už tu dlouho nebudu. A ono možná lepší. Nebudu už nikomu na obtíž. Na kontroly k doktorům chodím čím dál tím častěji, celkově je mi hůř a hůř a i na nich vidím, že je to horší. I mi to často říkají. Kardiolog mi při poslední návštěvě nepřímo řekl, že bych si měl asi pomalu začít dávat věci dohromady.“

A když takhle přemýšlíte o smrti, bojíte se jí?

„Nebojím. Půjdu do nebe. Celý život jsem se modlil a moje víra mi to zaručuje. Jsem s Alláhem smířený. Jediné, čeho se bojím, je bolest. Nechci umírat v bolestech.“

Jsou dny, které jsou horší a které lepší?

„Ano, někdy je to lepší a někdy lepší. Záleží na tom, jak se vyspím a jak je venku.“

Takže vaši nemoc ovlivňuje i počasí?

„Ano i ne. Když je venku hezky, mám lepší náladu a i se mi lépe dýchá. Když je ošklivě, je to všechno na nic. Někdy se ráno probudím a už vím, že to dneska nebude za moc stát.“

Zkuste mi popsat, jak plicní hypertenze ovlivňuje váš život celkově.

„Protože mám problémy s dýcháním, tak mi to ovlivňuje vlastně úplně všechno. Jsem spíš sám doma, nejsem tak často s přáteli, takže moc kontaktu s ostatními nemám. Kolikrát se dozvím až jako poslední, že se něco stalo. A dost mě to mrzí. Ale už s tím nic neudělám. Chtěl bych být zdravý, ale to každý. Bylo by to jednodušší. A úplně nejlepší by bylo, kdybych neměl ten kyslík. Ten mě omezuje asi nejvíc.“

Respondent byl při rozhovoru lehce nervózní, relativně často se zadýchal. Při rozhovoru byl přítomen i respondentův přítel, který v některých otázkách sloužil jako tlumočník, protože je zde jistá jazyková bariéra, která pramení z původu klienta. Na některé otázky odmítl respondent odpovídat. Jednalo se hlavně o otázky týkající se sexuality v kontextu plicní hypertenze a chronické obstrukční plicní nemoci. Přepokládám, že to pramení z přítomnosti přítele při rozhovoru. V praktické části jsem využila pouze stěžejní otázky. Celý rozhovor byl zaznamenán na diktafon a uložen.

Z rozhovoru vyplynulo, že biologické potřeby respondenta jsou nemocí ve větší míře ovlivněny. Již z podstaty základního i přidruženého onemocnění vyplývá, že nejvíce je ovlivněna potřeba dýchání, která, pokud není dostatečně uspokojovaná, zhoršuje i uspokojování ostatních, nejen biologických, potřeb.

Prožívání respondenta v různých oblastech života velmi záleží na jeho aktuálním stavu. Respondent uvádí, že vše záleží na aktuálním stavu dušnosti. Z rozhovoru lze soudit, že klient je spíše nespokojený, svůj stav velmi prožívá, ale je s ním smířen. Dle odpovědi strach ze smrti nemá. Předpokládám, že to pramení z jeho náboženského vyznání a stylu života, který vedl před zhoršením stavu.

Respondentovi nebyly příjemné otázky týkající se jeho sociálního života, který je plicní hypertenzí i přidruženým onemocněním velmi ovlivněn. Uvádí, že si někdy připadá nepotřebný, na obtíž a vylučovaný ze společnosti svých zdravých přátel. Nakolik je to pravda a nakolik respondentův pocit nelze určit.

Mezi respondentovy stěžejní problémy patří potíže s dýcháním, které vyplývají z onemocnění. Na tyto potíže navazují i problémy se sebepéčí, sebeobsluhou a zvládnutím každodenních činností, ve kterých potřebuje pomoc. Respondent nemá snahu svůj zdravotní stav zlepšovat. Z odpovědi předpokládám, že klient nemá z budoucnosti velké obavy, ví, jak bude onemocnění pokračovat.

S péčí je respondent spokojený, pokládá ji za komplexní. V rozhovoru uvedl, že je za poskytovanou péči rád a nečeká nic navíc, protože není Čech, ale má tu politický azyl.

8.2 Rozhovor druhý

Druhý rozhovor se uskutečnil v únoru 2015 a probíhal v obývacím pokoji respondentky. Respondentka byla během rozhovoru klidná, uvolněná a otevřeně odpovídala na všechny otázky, která jsem jí položila. Během rozhovoru nebyl přítomen nikdo další.

Druhá respondentka, žena, narozená 1.4.1950, se s plicní hypertenzí léčí sedm let. Důvodem vzniku plicní hypertenze je základní onemocnění, kterým je levostranné srdeční selhání. Respondentka je alergická na pyly, plísňe a roztoče. Antihistaminika ani jiné léky na alergii pravidelně neužívá. Jedinou farmakologickou léčbou respondentky jsou betablokátory na levostranné srdeční selhání a blokátory kalciových kanálků ke snížení plicní hypertenze. Respondentka je v invalidním důchodu, bydlí v bytě ve starém činžovním době v centru Plzně s manželem a psem. Má jednu dospělou dceru, která ji díky své práci nemůže pravidelně navštěvovat.

Dle poslední lékařské zprávy je stav respondentky stabilizovaný a odpovídá jejímu zdravotnímu stavu. Fyziologické funkce odpovídají stavu, krevní tlak se pohybuje okolo hodnot 140/90, pulz je vyšší, ale nepřekračuje hranice tachykardie, saturace je okolo 91%. EKG křivka odpovídá levostrannému srdečnímu selhávání, plicní hypertenzi lze soudit z rentgenových snímků, na kterých lékař popisuje rozšíření centrálních kmenů plicnice, a z echokardiografického vyšetření srdce.

Kdy vám byla diagnostikována plicní hypertenze?

„Plicní hypertenze mi byla diagnostikována sedm let zpět, takže v roce 2008.“

Diagnostikoval vám ji lékař náhodou nebo plicní hypertenzi hledali záměrně?

„Byla mi diagnostikována náhodně při kontrolním ECHO vyšetření, primárně se totiž léčím na kardiologii pro levostranné srdeční selhání.“

Jaké jsou vaše příznaky?

„U mě se to projevuje tak, že když něco dělám, tak se zadýchám, otékají mi nohy a mám kašel. Ale to jen po opravdu velké námaze. A taky mi někdy hodně rychle tluče srdce.“

Jsou vaše příznaky způsobeny plicní hypertenzí nebo původním onemocněním?

„To, že mi buší srdce a otékají mi nohy, mám díky srdečnímu selhání. Zadýchávání se a kašel mám kvůli plicní hypertenzi. Nebo aspoň takhle mi to pan doktor vysvětlil.“

Který z příznaků je pro vás nejvíce obtěžující?

„Nejvíce mě obtěžuje, že mi otékají nohy a samozřejmě taky to, že se zadýchávám.“

Léčíte se u kardiologa nebo u plicního lékaře?

„Jsem v péči kardiologa, díky své srdeční chorobě, ale docházím i na kontroly k plicnímu lékaři.“

Jsste spokojená s péčí?

„Nikdy jsem si nemohla stěžovat. Jak na péči v kardiologické ambulanci, tak ani u plicního lékaře.“

Zdá se vám péče komplexní?

„Myslím, že ano... Nikdy jsem neměla výhrady k léčbě. A na léčbu si stěžovat rozhodně nemohu.“

Zapojují se do vaší péče i jiní odborníci, než jen lékaři a sestry? (psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista)

„Při diagnostikování plicní hypertenze jsem měla lehkou nadváhu. Vážila jsem asi 95 kilo. Pak jsem ale musela zhubnout, takže aby se mi to povedlo, našla jsem si nutričního terapeuta, který mi sestavil jídelníček a pomohl mi zhubnout na 76 kilo. Takže ano, do mé léčby se zapojují i jiní specialisté.“

A nutričního terapeuta vám doporučil lékař nebo to byl váš nápad a našla jste si ho sama?

„Našla jsem si ho sama. Pan doktor mi jenom řekl, že bych měla zhubnout, že to potom bude lepší. Ale nic mi nenabízel ani nezařizoval.“

Popište mi váš běžný den.

„Díky své nemoci jsem v částečném invalidním důchodu, ale i tak se věnuji své původní profesi, což je překlad z angličtiny a francouzštiny. Můj běžný den začíná tak okolo sedmé ráno, kdy v klidu s manželem v klidu nasnídáme. A musím vám přiznat, ani díky těm mým nemocem jsem se nevzdala ranní kávy, bez ní prostě nemůžu fungovat! (směje se) Pak většinou zařizuji věci ohledně chodu domácnosti, nákupy a vyřizování korespondence na poště. Kolem desáté začnu vařit oběd. Pak se chvilku věnuji své práci, takže překládám. No po obědě si s manželem dáme další kávu a pak většinou jdeme tak na hodinu, na dvě na lehčí procházku. Večer pak většinou zase překládám nebo si čtu a odpovídám na e-maily. Spát chodím většinou okolo desáté.“

Co ze všech každodenních činností vám způsobuje největší problém?

„Pro většinu lidí je to banalita, ale díky tomu, že s manželem žijeme ve starém činžovním domě bez výtahu a to ve třetím patře, je pro mě největším problémem chůze nahoru do bytu. A to nemluvím o tom, když domů nesu větší a těžší nákup, to je pro mě cesta domů šílená a nekonečná. Pokaždé, když už konečně dojdu nahoru do bytu, tak mám pocit, že se udusím. Nemůžu se pořádně ani nadechnout.“

Jak zvládáte sebedpěči?

„Zatím si myslím, že docela obstojně. Nic mi nezpůsobuje větší problémy. Nejsem odkázaná na druhé, takže si nemám na co stěžovat...“

Popište mi, jak jste dříve trávila čas s přáteli a jako ho trávíte nyní?

„Díky své původní profesi jsem hodně cestovala, milovala jsem léto u moře a celkově teplo. Na to bohužel teď nemůžu ani pomyslet. Cesta letadlem mi způsobuje ještě větší otoky na nohou a celkově mi teplo už taky nedělá úplně dobře. Další věc, ve které mě ty moje choroby omezují, je kontakt s přáteli. Dříve jsme pořádali túry na horách, teď je pro mě jakákoliv cesta do kopce nepředstavitelná. Vždyť mi dělají problémy i schody! Dřív jsme si s manželem taky dělali vyjížďky na kolách, většinou v létě, když jsme byli u nás na chalupě. Takže jediný pohyb, který teď pravidelně dělám, jsou procházky s manželem a naší Tessinkou...“

Vyvíjela jste nějakou sportovní aktivitu pravidelně? Jak to máte teď?

„Jak už jsem vám řekla před tím, dříve jsem pěstovala turistiku a jízdu na kole, což jsem teď musela oželit, takže mým jediným pohybem v současné době jsou zdravotní procházky.“

Jak se cítíte duševně?

„Po duševní stránce se cítím v pořádku. Pořád mám možnost chodit na výstavy, do kina, do divadla... Takže má duševní stránka zatím nestrádá.“

Máte strach z budoucnosti?

„Slečno, a kdo z nás nemá? Zatím jsem relativně v pořádku, až na pár aktivit, které jsem musela omezit, si žiju docela spokojeným životem. Ale samozřejmě se bojím dne, kdy se probudím, a vše se změní. Můj stav se zhorší a já budu odkázaná na pomoc druhých. Když nad tím tak někdy přemýšlím, tak si říkám, že bych si snad raději přála rychlou a bezbolestnou smrt, než nějaké trápení sebe i druhých.“

Jak si představujete svou budoucnost?

„Doufám, že ještě dlouho bude má současnost taková, jakou je a proto se raději ani nezaobírám tím, co by snad mohlo být. Užívám si toho co je teď. Vždyť na to, že jsem nemocná žena, mám pořád spokojený a krásný život.“

Jsou dny, které jsou lepší a které jsou horší?

„Ale tak to je snad jasné, není mi dvacet. Třeba v létě je mi mnohem víc zle, ale to je tím horkem. Hůř se mi dýchá a nohy mám také víc oteklé. A pokud si třeba jen trochu protáhnu procházku, tak je to na mém stavu také znát.“

Zkuste mi popsat, jak plicní hypertenze ovlivňuje váš život celkově.

„Celkově si bohužel nemůžu dovolit to co dříve. Jak už jsem vám řekla, musela jsem se vzdát létání a chůze po horách. Nejsem nejmladší, takže si na sebe musím dávat pozor. Nejvíce trpím v létě, to mi opravdu nebývá dobře, ale zase v zimě si to docela slušně vynahrazuji. Ale jinak si vážně nemůžu stěžovat. Vždyť jsou i pacienti, kteří mají stejnou diagnózu jako já a jsou na tom mnohem, mnohem hůř. Mám svůj život ráda a chci si ho užívat takový, jaký je, i když má svá drobná omezení.“

Respondentka bych při rozhovoru klidná, otevřená a uvolněná. Odpovědi na otázky nehledala dlouho a žádným otázkám se ani nevyhýbala. Celý rozhovor byl velmi plynulý. Respondentka odpovídala obsáhle, takže větší množství doplňujících otázek nebylo potřebné. Rozhovor probíhal v soukromí, účastnily jsme se ho pouze já a respondentka. Celý rozhovor byl nahrán na diktafon a uložen.

Z rozhovoru vyplynulo, že biologické potřeby respondentky jsou stejnou měrou ovlivněny jak plicní hypertenzí, tak základním onemocněním. Potřeba dýchání je ovlivněna ve větší míře, než ostatní biologické potřeby, což je pochopitelné díky povahám obou onemocnění. Na nemožnost uspokojování biologických potřeb si respondentka nestěžuje.

Prožívání respondentky je přiměřené jejímu věku a zdravotnímu stavu. Z odpovědi předpokládám, že respondentka svůj zdravotní stav nebagatelizuje ani nezhoršuje a bere ho takový, jaký je. Každodenní činnosti zvládá téměř bez problémů, jediným problémem je chůze do schodů.

Sociální život respondentky se během nemoci změnil pouze z části. Dle odpovědi vyplývá, že respondentka žila aktivním životem s velkým sociálním kontaktem, který musela z důvodu onemocnění částečně omezit. Díky rodinnému zázemí, které respondentka má, to ale pro ni není neřešitelným problémem. Našla si jiné aktivity, kterým se může věnovat a které ji naplňují i přes její onemocnění. Díky tomu se udržuje psychicky i fyzicky v kondici.

Stěžejní problémy respondentky spočívají v nedokonalém uspokojování biologických potřeb, hlavně potřeby dýchání. Potřeba dýchání je ovlivněna základním onemocněním i plicní hypertenzí. Dle respondentky je dalším problémem změna životního stylu, která souvisí s onemocněním. Se změnou životního stylu je ale vyrovnaná a je schopná nahradit činnosti, které už nemůže dělat činnosti, které ji uspokojují stejně.

DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života pacientů s plicní hypertenzí. Zvolila jsem si kvalitativní výzkum, kdy jsem pomocí rozhovorů s respondenty analyzovala kvalitu života pacienta s plicní hypertenzí v kontextu všech jeho bio-psycho-sociálních potřeb. Cílem mojí bakalářské práce bylo zmapovat kvalitu života takto nemocných pacientů ve všech směrech a zaměřit pozornost také na jejich představy o vlastní budoucnosti.

Chtěla bych podotknout, že na téma kvality života pacientů s plicní hypertenzí nebyl doposud vytvořen žádný výzkum a ani v odborných literaturách se toto téma nenachází. Je hodně výzkumů zabývajících se vznikem nebo léčbou plicní hypertenze, ale o kvalitě života, tak, jak ji prožívají pacienti, se nikde nikdo nezmiňuje. Veškeré informace o kvalitě života nemocných s plicní hypertenzí jsem tedy získala díky rozhovorům s takto nemocnými klienty a díky kvantitativním výzkumům, které se nachází v bakalářských a diplomových pracích na témata podobná plicní hypertenzí. Zabývají se především kvalitou života s chronickým respiračním onemocněním.

Oba rozhovory, které jsem vedla, se odehrávaly v domácím prostředí respondentů. Prvním důvodem byla pohoda a uvolněnost respondenta a druhý důvodem byl jejich zdravotní stav, kdy oběma respondentům větší pohyb zhoršuje příznaky onemocnění a tím jsme je nechtěla zatěžovat.

První rozhovor se odehrával v lednu tohoto roku a vést ho nebylo úplně jednoduché. Respondent není českého původu, proto tu byl někdy problém s komunikací. Ale jako dopomoc při rozhovoru sloužil respondentův přítel, který sloužil jako tlumočnick. Jeho přítomnost rozhovor ovlivnila nejvíce v otázkách týkajících se vztahu sexuality a onemocnění, na které respondent nechtěl odpovídat.

Uspokojování biologických potřeb u respondenta je vzhledem k jeho stavu obtížné a vzhledem k vývoji onemocnění se jejich uspokojování ani nebude lepší. Jako největší problém udává respondent nedostatečné uspokojování potřeby dýchání. Narušení této potřeby jsem vzhledem k typu a příznakům onemocnění jak základního (chronická obstrukční plicní nemoc), tak přidruženého (plicní hypertenze) očekávala. Respondent se s nedostatečným uspokojováním této potřeby špatně vyrovnává a nepříznivě ho ovlivňuje i v dalších sférách jeho života. Ostatní biologické potřeby jsou narušeny pouze částečně

nebo vůbec. Dle dotazníku pociťuje 75% dotázaných fyzické potíže při denních aktivitách. Jako omezující hodnotí své fyzické obtíže při denních aktivitách i ostatních 60% respondentů. (26)

Prožívání a zvládání každodenních činností je nemocí také narušeno. Respondent si stěžuje na nevykonnost, velkou únavnost a nutnost nosit všude s sebou kyslíkovou láhev. Problémy v každodenních činnostech a nepohodlí pacienta velmi ovlivňují a snižují kvalitu jeho života. Z odpovědí lze předpokládat, že zhoršené prožívání je z části způsobeno postojem respondenta, který se svým stavem nechává ve velké míře ovlivňovat. Je-li to dané stádiem onemocnění nebo osobností respondenta nelze určit. Potíže při namáhavých činnostech pociťuje podle průzkumu 83,4% dotázaných. (27, str. 68)

Sociální život respondenta se zhoršuje stejně jako jeho zdraví. Kvalita jeho sociálního života soustavně klesá. Největší stesky má respondent s omezenou možností komunikovat se svými přáteli, kteří jsou stejné národnosti a náboženského vyznání jako je on sám. Díky této omezené možnosti sociálního kontaktu si respondent přijde opuštěný a to má vliv na jeho psychický stav. Dle studie vnímá zásah onemocnění do společenských aktivit 53,6% pacientů. (27, str. 81)

Kvalita života před počátkem zhoršování příznaků, byla u respondenta ovlivněna jeho společenskou situací již před začátkem. Respondent má v Čechách deset let politický azyl, původem je Íránec a předpokládám, že i díky tomu si myslí, že si nemůže na nic moc stěžovat a má být za všechno vděčný. Z jeho subjektivního pohledu lze říci, že svůj život za kvalitní nepovažuje, protože jeho kvalitu narušuje zhoršené dýchání způsobené onemocněním, s čímž lze, vzhledem k hodnotám saturace, i objektivně souhlasit. Díky tomu, se dle průzkumů řadí mezi dalších 6,6% dotázaných, kteří udávají, že jsou s kvalitou svého života nespokojení. (25, str. 101)

Zvládání situací běžného života je u respondenta narušeno. Pro dosažení kvality, kterou si respondent představuje, je potřebná dopomoc dalšího člověka, což nemocného obtěžuje. Narušení této potřeby je dáno projevem obou onemocnění a i způsobem léčby chronické obstrukční plicní nemoci, která vyžaduje trvalou oxygenoterapii. Zvládání situací běžného života je dle dotazníkového šetření narušeno i u dalších 76,8% dotázaných. (27, str. 72)

S postupujícím onemocněním se zhoršuje i kvalita respondentova života. Obě respondentovy nemoci se týkají dýchací soustavy, proto jsou i příznaky s postupujícím onemocněním horší a kvalita života se snižuje. Respondent se nebojí smrti jako takové, ale spíše má obavy z bolestivého umírání. Předpokládám, že tato obava je dána pocitem úzkosti při dušnosti.

S lékařskou péčí je respondent spokojen a nemá k ní výhrady. Dle odpovědí se i v tomto tématu odráží respondentova nutková potřeba být za všechno vděčný a nic nekritizovat, a to vše díky jeho politickému azylu.

Předpokládám, že respondentova kvalita života je díky plicní hypertenzi zhoršena. Největší podíl na zhoršení kvality života má narušená potřeba dýchání. Porušená potřeba dýchání má i své psychické dopady, které jeho kvalitu také snižují. Dalším důvodem, proč předpokládám sníženou kvalitu života respondenta je minimum jeho sociálních kontaktů, když byl před zhoršením příznaků zvyklý na každodenní kontakt s přáteli.

Druhý rozhovor se odehrával v únoru toho roku. Jeho vedení bylo příjemné. Respondentka mluvila sama, odpověděla na všechny otázky. Byla uvolněná, veselá a klidná. Při rozhovoru jsme byly samy, bez přítomnosti kohokoliv dalšího.

Uspokojování biologických potřeb respondentky je díky plicní hypertenzi i levostrannému srdečnímu selhání porušeno. Nejvíce jsou změněny potřeba dýchání, kterou ovlivňuje plicní hypertenze a potřeba pohybu, kterou ovlivňuje jak plicní hypertenze, tak i levostranné srdeční selhání. Stejně jako respondentka číslo dvě, má dle průzkumu ztížené činnosti jako například chůze do schodů nebo chůze do kopce i 64,9% ostatních respondentů. (25, str. 84) Díky léčbě je prozatím zdravotní stav respondentky stabilizovaný, ale sama respondentka uvedla, že ví, že jednou přijde den, kdy se její příznaky zhorší, ale tuto skutečnost si příliš nepřipouští. Podobné pocity jako respondentka má i 43,1%, kteří uvedli, že neočekávají, že se jejich dýchací obtíže vůbec kdy zlepší. (25, str. 76)

Prožívání respondentky není plicní hypertenzí příliš ovlivněno. Zvládání každodenních situací je ovlivněno z části. Největším problémem je chůze do schodů, která je vzhledem k bytu, ve kterém respondentka bydlí, každodenním problémem. 60% respondentů z dotazníkového šetření také uvedlo, že mají potíže s chůzí do schodů. (25, str. 69) Z odpovědí vyplývá, že respondentka je se svou nemocí smířená a nepoddává

se svému stavu. Předpokládám, že i psychická vyrovnanost má význam v míře projevů příznaků obou onemocnění a má vliv i na postup a zhoršování zdravotního stavu.

Změna sociálního života respondentky je z rozhovoru velmi patrná. Z odpovědí lze soudit, že se její sociální život ve velké míře změnil spolu se zhoršením příznaků plicní hypertenze i levostranného srdečního selhání. Respondentka byla zvyklá aktivně trávit volný čas s přáteli, například turistikou nebo jízdou na kole. To nyní kvůli postupujícímu onemocnění dělat nemůže, ale sama si tyto aktivity nahradila jinými společenskými aktivitami, které nevyžadují fyzickou námahu, ale v kontaktu s přáteli zůstává i nadále. Respondentka je se svým sociálním životem spokojená a předpokládám, že i díky tomu zvládá dobře svoje onemocnění. Ovlivnění schopnosti chodit za zábavou nebo se rekreovat uvedlo ve studii i dalších 36,5% dotázaných. (25, str. 86)

Kvalita života respondentky byla před zhoršením onemocnění obdobná, jako je teď. Plicní hypertenze i levostranné srdeční selhání je dobře kompenzováno a předpokládám, že příznaky se horší pomalým tempem, takže si na ně respondentka má čas pomalu zvykat. Díky povaze respondentky, jejímu náhledu na život a díky odpovědím v rozhovoru lze usuzovat, že s příznaky onemocnění bojuje, ale nepoddává se jim, popřípadě mění své zvyky dle potřeby, ale vždy tak, aby byla s kvalitou svého života i nadále spokojená.

Situace běžného života respondentka zvládá bez větších obtíží. Předpokládám, že je to dáno aktuální zdravotním stavem. Příznaky, které běžný život komplikují, jsou dušnost z důvodu plicní hypertenze a otoky dolních končetin z důvodu levostranného srdečního selhání. Předpokládám, že tyto příznaky se budou s časem postupně zhoršovat, takže předpokládám také vznik obtíží, které budou souviset se sebepěčí i s každodenními situacemi.

S tím, jak se bude vývoj onemocnění zhoršovat lze předpokládat, že i kvalita života se bude snižovat. Z rozhovoru vyplývá, že v současné době se kvalita života zhoršila v rovinách, které souvisí s pohybem, dýcháním a sociálním životem, ale společenský život byla respondentka sama schopna upravit do vyhovující podoby.

S lékařskou péčí je respondentka spokojena, nemá k ní výhrady. Dle respondentky je lékařská péče na velmi dobré úrovni, jiné specialisty než kardiologa a plicního lékaře nevyhledala.

Kvalita života pacientky v kontextu všech bio-psycho-sociálních potřeb je ve větší míře uspokojována. V biologických potřebách jsou největším problémem dušnost a otoky dolních končetin, které jsou prokazatelně způsobeny primárním i sekundárním onemocněním. Psychické potřeby jsou plně uspokojovány díky okolí respondentky, její osobnosti a přístupu. Sociální potřeby nejsou dle respondentky uspokojovány dle jejích představ, ale je schopná si neuspokojené potřeby nahradit přístupnými cíli. Předpokládám, že sníženou kvalita sociálního života mají za následek příznaky onemocnění.

Z obou rozhovorů vyplývá, že biologické potřeby obou respondentů jsou porušeny. U obou respondentů dominuje porucha v oblasti uspokojování potřeby dýchání. U obou respondentů je to dáno sekundárním onemocněním, tedy plicní hypertenzí. U prvního respondenta je dýchání komplikováno primárním onemocněním, chronickou obstrukční plicní nemocí, na rozdíl od druhé respondentky, kde je primárním onemocněním levostranné srdeční selhání. Z toho plyne, že u respondenta číslo jedna je potřeba dýchání porušena více, než u respondentky číslo dvě. Podle výzkumu má oblast dýchání na život pacienta vliv v 36,4%. (25, str. 65)

Prožívání obou respondentů se velmi liší. Předpokládám, že je to kvůli odlišným kulturám, různým osobnostem i kvůli jinému postoji k nemoci. Respondent číslo jedna se mi v prožívání zdá negativní a místy depresivní. Stejně nebo podobně negativní pocity má dle kvantitativního výzkumu i 93,8% dotázaných. (25, str. 97) Respondentka číslo dvě oproti němu kladný postoj a snaží se svým onemocněním žít tak, aby její život byl kvalitní. Myslím si, že odlišnosti v postojích respondentů jsou způsobeny různou závažností onemocnění.

Kvalita sociálního života obou respondentů se s postupným zhoršováním příznaků snižovala. Společenský život respondenta číslo jedna se spolu s příznaky postupně zhoršoval. Respondent se uzavřel se svým onemocněním do sebe, nemá zájem svůj sociální život zlepšovat, z rozhovoru vyplývá, že si myslí, že nic zlepšovat už nemá význam. Stejně pocity má dle studie 55,6% respondentů. (25, str. 98) Respondentka číslo dvě změnila styl uspokojování potřeby společnosti. Z náročnějších aktivit přešla na aktivity, kterých je schopna a je spokojená se současným stavem. Je připravena své aktivity dále upravovat podle průběhu onemocnění. Předpokládám, že odlišný způsob vnímání snižování a přizpůsobování kvality života je dán postojem k onemocnění a osobností nemocného.

Hlavními problémy obou respondentů jsou shodně problémy s dýcháním a zhoršování kvality sociálního života. Tíže problémů se u obou respondentů odvíjí od závažnosti onemocnění.

Kvalita života obou respondentů byla před zhoršením onemocnění úměrná tíži základního onemocnění. Oba respondenti odpověděli, že s rozvojem příznaků se snížila i kvalita jejich života převážně v oblasti dýchání, pohybu a v oblasti sociálních kontaktů.

Respondent číslo jedna má se zvládáním situací běžného života větší problémy, než respondentka číslo dvě. Je to dáno závažností příznaků plicní hypertenze a také základním onemocněním. Největší překážkou jsou problémy s dýcháním a pohybem.

Kvalita života se u obou respondentů zhoršuje různým tempem. Je to dáno závažností onemocnění, primárním onemocněním a předpokládám, že také postojem a náhledem na nemoc a podporou rodiny a přátel.

Z průzkumů vyplývá, že zhoršenou kvalitu života pocítuje většina dotázaných. 5% ji označuje jako špatnou. Celkově zhodnotila většina respondentů kvalitu svého života jako dobrou, i když se jim život vlivem onemocnění celkově zhoršil. (26)

Dle odpovědí obou respondentů je péče ze strany lékařů naprosto dostačující a v pořádku a zahrnuje všechny bio-psycho-sociální potřeby.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou kvality života pacientů s plicní hypertenzí. Toto téma je pro mě velice zajímavé a obohatilo mě o mnoho nových poznatků a zkušeností. Snažila jsem se shrnout veškeré dostupné informace, které jsem čerpala z odborných knih, sborníků a internetových zdrojů. Cílem mojí práce bylo analyzovat kvalitu života pacienta s plicní hypertenzí v kontextu všech jeho bio-psycho-sociálních potřeb.

Pro správné pochopení plicní hypertenze je důležité znát anatomii jednotlivých částí, kterých se toto onemocnění, proto se o ní zmiňuji na začátku své bakalářské práce.

Plicní hypertenze je závažné onemocnění, které často doplňuje jiná, možná ještě závažnější onemocnění. Příčiny plicní hypertenze dosud nejsou jasně známy, její rozdělení, je stejně jako její léčba, jsou složité. Léčba dovede pouze zmírnit příznaky, ale nedovede plicní hypertenzi vyléčit. Jednou z možností, jak příznaky plicní hypertenze korigovat je úprava životního stylu a dodržování režimových opatření.

Uspokojování potřeb člověka je důležité u všech onemocnění. V mojí bakalářské práci jsem se ale zaměřila na kvalitu života, takže znalost těchto potřeb je nezbytná.

Praktická část by uskutečňována pomocí rozhovoru. Cílem bylo zjistit, jak kvalitní život žijí lidé s plicní hypertenzí. Z rozhovorů bylo zjištěno, že kvalita života se odvíjí jak od stupně tíže příznaků plicní hypertenze, tak záleží i na primárním onemocnění. Z psychologického hlediska jsem zjistila, že kvalitu života ovlivňuje také osobnost nemocného a jeho postoj k onemocnění.

Mezi problémy, které jsou společné oběma respondentům, patří hlavně zhoršená možnost uspokojování základních biologických potřeb. Konkrétně jde o potřebu dýchání, která je ze všech biologických potřeb postižena nejvíce. Další potřebou, která má zhoršené uspokojování, je potřeba pohybu. Příčinou nedostatečného uspokojování této potřeby u obou respondentů byl plicní hypertenze v kombinaci s primárním onemocněním. Třetím nejčastěji vzpomínaným problémem byl spolu se zhoršujícím se onemocněním i zhoršující se sociální život, který je příznaky plicní hypertenze z velké části také ovlivněn.

LITERATURA A PRAMENY

1. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN: 978-80-247-1132-4.
2. BLANC, Gorg. *Atlas lidského těla*. Dobřejovice : Rebo Production, 2013. ISBN: 978-80-255-0475-8.
3. ROKYTA, Richard, a kol.. *Fyziologie pro bakalářská studia v medicíně, přírodovědných a tělovýchovných oborech*. Praha : ISV nakladatelství, 2000. ISBN: 80-85866-45-5.
4. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 2*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN: 80-247-0143-X.
5. Kolektiv autorů. *Kardiologie pro sestry - obrazový průvodce*. Praha : Grada Publishing, 2013. ISBN: 978-80-247-4083-6.
6. KOLÁŘ, Jiří, a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny*. Praha : AKCENA, 2003. ISBN: 80-86232-06-9.
7. RIEDEL, Martin. *Choroby plicního oběhu*. Praha : Galén, 2000. ISBN: 80-7262-056-8.
8. SUSA, Zdeněk. JANSÁ, Pavel. *Plicní hypertenze*. Praha : Triton , 2002. ISBN: 80-7254-256-7.
9. SOVOVÁ, Eliška. ŘEHOŘOVÁ, Jarmila. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. Praha : Grada Publishing, 2004. ISBN: 80-247-1009-9.
10. ČEŠKA, Richard. *Interna - svazek I*. Praha : Triton, 2010. ISBN: 978-80-7387-629-6.
11. VOELKEL, Norbert F. *Pulmonary Hypertension*. Shelton : People's Medical Publishing House - USA, 2011. 1-60795-037-5.
12. HILL, Nicholas. FARBER, Harrison. *Pulmonar Hypertension*. Totowa : Humana Press, 2008. 978-1-58829-661-0.
13. JANSÁ, Pavel. ASCHERMANN, Michael. LINHART, Aleš. *Primární plicní hypertenze*. Praha : Target-MD, 2003. ISBN: 80-239-0571-6.
14. KLENER, Pavel. *Vnitřní lékařství*. Praha : Galén, 2011. ISBN: 978-80-7262-705-9.

15. JANSA, Pavel, a kol. Chronická plicní hypertenze. *Chronická plicní hypertenze - Doporučený diagnostický postup České kardiologické společnosti*. 2010.
16. MARTÍNKOVÁ, Jiřina. *Farmakologie pro studenty zdravotnických oborů*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN: 978-80-247-1356-4.
17. *Plicní hypertenze: terapie. Plicní hypertenze* [online]. [Citace: 12. prosinec 2014]. Dostupné z: <http://www.plicnihypertenze.cz/proodborniky/terapie.htm>.
18. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena. NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1148-6.
19. DOBEŠOVÁ, Hana. *Diplomová práce: Subjektivní hodnocení kvality života u dlouhodobě nezaměstnaných*. Brno : autor neznámý, 2007.
20. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života - pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum*. Praha : Grada Publishing, 2011. ISBN: 978-80-247-3625-9.
21. SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1306-3.
22. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Brno : NCO NZO, 2013. ISBN: 978-80-7013-553-2.
23. MAREČKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN: 80-247-1399-3.
24. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN: 978-80-247-2319-8.
25. KLÍMOVÁ, Pavlína. *Kvalita života u pacientů s CHOPN*. České Budějovice, 2014. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce prof. PhDr. Valérie TÓTHOVÁ Ph.D.
26. JUSKOVÁ, Valéria. *Kvalita života pacientů s CHOPN* [online]. [Citace: 28. březen 2015]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-pacientu-s-chopn-472810>.

27. CHALUPOVÁ, Věra. *Kvalita života pacientů s chronickým a nádorovým oneocněním plic*. Hradec Králové, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce doc. MUDr. Jindra Šmejkalová CSc.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Informovaný souhlas

Kvalita života pacienta s plicní hypertenzí

STUDENT

Martina Černá

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

marticerna@hotmail.com

VEDOUcí BP:

Mgr. Zuzana Šafránková

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

safrankz@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit kvalitu života pacientů s plicní hypertenzí v kontextu všech jejich bio-psycho-sociálních potřeb.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

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

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

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

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum: