

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

POTŘEBA SOCIÁLNÍ PÉČE A PRACOVNÍ SCHOPNOST
U PACIENTŮ
PO KARDIOCHIRURGICKÉM VÝKONU

Bakalářská práce

Autor: Andrea Švadlenková

Vedoucí práce: MUDr. Jitka Pokorná

18. 8. 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Potřeba sociální péče a pracovní schopnost u pacientů po kardiochirurgickém výkonu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 18. 8. 2008

Podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat MUDr. Jitce Pokorné za odbornou pomoc při vedení mé bakalářské práce a primáři Kardiochirurgického oddělení Nemocnice na Homolce MUDr. Štěpánu Černému, CSc. za umožnění výzkumu na jeho pracovišti.

Abstract

The intention of this Bachelor's Degree thesis is to evaluate the social care needs and work capabilities of patients before and after cardio surgical procedures over a period of a half a year.

The work is divided into two main parts. The theoretical part describes the clinical manifestations of heart disease and cardio surgical procedures, as well as the forms of social care provided in the Czech Republic. The practical part of the work presents the results from questionnaires. The research is elaborated from various perspectives such as health, social and economic and also takes into consideration the age of patients and efficiency of the heart. Individual factors influencing the patients' quality of life before and after heart surgery were weighed. In particular this concerns the overall health condition, self-sufficiency and the subsequent use of social care offered by the state's social security system. One of the goals was to determine whether economically active patients returned to work a half year after undergoing the operation.

Data was collected by means of surveys, standardized interviews and anonymous questionnaires. More detailed information was then acquired by means of secondary analysis of the medical files of patients.

On the basis of research results it was determined that the need for social care for patients following cardio surgical procedures is low. The research also showed that the majority of patients who were working before their operations return to work after half a year. There is also a decline in the difficulties that limited physical exertion and patients reported an overall improvement in their work capabilities.

This thesis will serve as feedback for cardio surgical departments. It should improve the comprehensive approach in the care of patients after heart surgery and lead to the promotion of the practice of supplementing the provision of health care with social care.

I recommend the use of experienced social care coordinators at individual hospitals, improving the availability of information and motivating and leading people toward active interest in their own social situation. At the same time it is also important

to educate patients about the therapeutic regime and strengthening the role of comprehensive rehabilitation.

OBSAH

Úvod

Úvod.....	9
1. Současný stav.....	11
1.1 Stavba srdce a cév.....	11
1.1.1 Anatomie srdce	11
1.1.2 Anatomie cévní stěny.....	11
1.1.3 Funkce srdce	12
1.1.4 Krevní zásobení srdečního svalu	12
1.1.5 Převodní systém srdeční	13
1.1.6 Rizikové faktory srdečních onemocnění.....	13
1.2 Základní vyšetřovací metody v kardiologii	14
1.2.1 Elektrokardiogram	14
1.2.2 Holterovo monitorování EKG	14
1.2.3 Zátěžová elektrokardiografie	15
1.2.4 Echokardiografie.....	15
1.2.5 Selektivní koronarografie	16
1.3 Obor kardiochirurgie.....	17
1.3.1 Historie kardiochirurgie.....	17
1.3.1.1 Mímotělní oběh.....	17
1.4 Ischemická choroba srdeční.....	18
1.4.1 Angina pectoris	19
1.4.2 Klasifikace NYHA.....	19
1.4.3 Akutní infarkt myokardu	20
1.4.4 Kardiochirurgická intervence ICHS	20

1.4.4.1 Revaskularizace myokardu	21
1.5 Získané chlopenní vady	21
1.5.1 Typy chlopenních náhrad.....	22
1.5.2 Aortální stenóza	23
1.5.2.1 Kardiochirurgická intervence aortální stenózy	23
1.5.3 Aortální regurgitace	23
1.5.3.1 Kardiochirurgická intervence aortální regurgitace	24
1.5.4 Mitrální stenóza	24
1.5.4.1 Kardiochirurgická intervence mitrální stenózy.....	25
1.5.5 Mitrální regurgitace	25
1.5.5.1 Kardiochirurgická intervence mitrální regurgitace.....	26
1.5.6 Trikuspidální regurgitace	26
1.5.6.1 Kardiochirurgická intervence trikuspidální regurgitace	26
1.6 Vrozené srdeční vady v dospělosti	27
1.6.1 Rozdělení vrozeých srdečních vad	27
1.6.2 Kardiochirurgická intervence vrozeých srdečních vad.....	28
1.7 Onemocnění velkých tepen.....	28
1.7.1 Kardiochirurgická intervence aneurysma aorty	29
1.8 Nádory srdce	29
1.8.1 Kardiochirurgická intervence srdečních nádorů	29
1.9 Chirurgie poruch srdečního rytmu – MAZE, kardiostimulátory	30
1.10 Pooperační péče v kardiochirurgii	30
1.11 Sociální péče	31
1.11.1 Sociální služby	32

1.11.2 Příspěvek na péči	33
1.11.3 Hmotná nouze	34
1.12. Pracovní schopnost	34
1.13 Pracovní neschopnost	34
2. Cíle práce a hypotézy	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Hypotézy	37
3. Metodika	38
3.1 Použité metody	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
4. Výsledky	39
5. Diskuze	84
6. Závěr	92
7. Seznam použité literatury	94
8. Klíčová slova	96
9. Přílohy	97

Úvod

Onemocnění srdce a cév představuje metlu dnešní moderní civilizace. Přes veškeré pokroky a úspěchy v lékařské vědě jsou nemoci oběhové soustavy nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých západních zemích.

V dnešní době se hovoří především o prevenci a rizikových faktorech kardiovaskulárních chorob. Prevence se stala nedílnou součástí komplexní kardiologické léčby. Vždy je lepší nemoci předcházet než řešit její důsledky. Základním předpokladem úspěchu prevence je informovanost a důkladné poučení pacientů. Co však dál, když už nemoc vznikne? Jednou z mnoha možností, podle klinického stavu pacienta, může být indikace k operaci srdce.

Ročně je provedeno v České republice přibližně 11 000 srdečních operací. Snahou je nejen zabránit úmrtí pacientů s nemocným srdcem, ale rovněž výrazně zlepšit jejich kvalitu života. Principem operace je upravit daný stav natolik, aby se optimálně zvýšila funkce srdce a pacient se mohl vrátit k plnohodnotnému životu, včetně zaměstnání. Faktory pro zvážení délky pracovní neschopnosti po operaci jsou zcela individuální.

Ze sociologického hlediska chápeme nemoc jako sociální událost, poruchu schopnosti jedince plnit očekávané úkoly a role. Každé onemocnění sebou nese určité sociální důsledky. Může změnit profesní a rodinné role a omezit činnosti v oblasti trávení volného času. Také může výrazně ovlivnit soběstačnost při zvládání běžných aktivit. Tyto důsledky se pak promítají do všech oblastí lidského života. Potřebnou pomoc poskytuje rodina a stát formou sociální péče, s cílem navrátit člověka do stavu sociální nezávislosti.

V této práci rozumím potřebou sociální péče využití sociální pomoci, která je podmíněná vznikem onemocnění. Je závislá na charakteru, stupni a závažnosti nemoci, na struktuře osobnosti pacienta, na chování okolí a na předchozích zkušenostech nemocného.

Pracovní schopnost chápu jako zachovaný potenciál vykonávat nějakou činnost nebo práci. Ovlivňuje jí fyzická, psychická a sociální zdatnost.

Pracuji jako zdravotní sestra na intenzivním kardiochirurgickém oddělení a setkávám se s mnoha nemocnými, kteří vyprávějí různé životní příběhy. Vždy mě zajímalo, jak operace ovlivnila jejich bytí, zda jim ulevila od obtíží a umožnila jim návrat k aktivitám, které nemohli vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vykonávat.

V této práci bych se chtěla zmapovat příčiny, které by mohly ovlivnit návrat k plnohodnotnému životu, zjistit využití nabízené sociální pomoci a zpětné zapojení do pracovního procesu u pacientů po operaci srdce. Myslím, že na základě tohoto výzkumu bych si mohla odpovědět na otázku, do jaké míry zlepšila operace srdce pacientův život.

1. Současný stav

1.1 Stavba srdce a cév

1.1.1 Anatomie srdce

Srdce je dutý svalový orgán, uložený v mezihrudí. Srdeční dutiny vystýlá tenká blána endokard, tvořící mezi síněmi a komorami cípate chlopně. Střední vrstvou je srdeční svalovina – myokard. Je složena z příčně pruhovaných svalových vláken. Povrch srdce je kryt vazivem – endokardem, který přechází v zevní obal srdce, v perikard. (6)

Lidské srdce má čtyři dutiny – dvě síně (atria) a dvě komory (ventriculli), oddělené síňovou a komorovou přepážkou (septem). Mezi pravou síní a pravou komorou je trojcípá (trikuspidální) chlopeň, mezi levou síní a komorou je dvojcípá (mitrální) chlopeň. Tyto chlopně zabraňují zpětnému toku krve z komor do síní a skládají se z cípů, prstence, šlašinek a papilárního svalu. Chlopně poloměsíčité, tvořené chlopenními lístky, prstencem a kořenem velkých cév, zabraňují návratu krve z velkých arterií zpět do srdečních komor. Jedná se o aortální chlopeň, která se nachází mezi levou komorou a aortou, a pulmonální chlopeň, která je mezi pravou komorou a plicnicí. (7)

1.1.2 Anatomie cévní stěny

Tepny se dělí na elastické (aorta), muskulární např. koronární tepny a tepénky. Jejich stěnu tvoří: intima – vnitřní vrstva, media – střední vrstva a adventicia – zevní vrstva. (12)

1.1.3 Funkce srdce

Srdce je pružná svalová pumpa, jejíž čtyři dutiny se v navazujícím sledu plní krví a vyprazdňují se. Vlastní čerpací funkce srdce je výsledkem pravidelného střídání kontrakce srdečního svalu (systola) a následujícím ochabováním (diastola). Jedním ze základních ukazatelů srdeční práce je tzv. tepový srdeční objem. Je to množství krve vypuzené jednou srdeční systolou. V klidu činí asi 60 – 80 ml, při námaze se výrazně zvyšuje. (7)

Do ochablé pravé srdeční síně přitéká horní a dolní dutou žilou odkysličená krev z orgánů a tkání těla. Smrštěním pravé síně je krev vypuzena do pravé komory a dále po její kontrakci plicnicovým kmenem a plicními tepnami do plic. Z plic se vrací okysličená krev čtyřmi plicními žilami do levé srdeční síně. Při kontrakci levé síně je krev přečerpána do levé komory srdeční. (6)

Nejmohutnější svalovinu (myokard) má levá komora srdeční, která vypuzuje krev proti velkému odporu do systémového oběhu. Vzhledem k obrovské práci, kterou vykonává, je i látková výměna srdeční svaloviny značná. Myokard je proto velmi dobře zásoben tepennou krví přiváděnou koronárními tepnami. Hlavním energetickým zdrojem je glukóza a mastné kyseliny. (6)

1.1.4 Krevní zásobení srdečního svalu

Odstup koronárních tepen je lokalizován nad levým a pravým cípem aortální chlopně. Levá a pravá koronární tepna vedoucí po povrchu srdečním se dále dělí na četné větve, které se vnořují do srdeční svaloviny. Kmen levé koronární tepny (ACS) se záhy po odstupu dělí na dvě hlavní větve – ramus interventricularis anterior (RIA) a ramus circumflexus (RC). Levá koronární tepna zásobuje levostranné srdeční oddíly a část mezikomorové přepážky a pravá koronární tepna (ACD) zásobuje pravou komoru, část srdeční přepážky a spodní stěnu komory levé. (6)

1.1.5 Převodní systém srdeční

Srdeční sval má dvě základní vlastnosti: dráždivost a stažlivost. Dráždivostí (excitabilitou) rozumíme schopnost srdečního svalu zkrátit se na vhodný podnět, smrštít se. Za normálních okolností je podnětem ke smrštění (kontrakci) elektrický impuls vycházející ze zvláštních oblastí myokardu. Tzv. převodní systém srdeční je specializovaná svalová tkáň schopna tvořit a vést vzruchy. Patří k ní sinoatriální (primární) a atrioventrikulární (sekundární) uzlík – oba jsou ve stěně pravé síně, Hisův svazek, který spojuje elektricky síně a komory, a ve stěně komor potom pravé a levé Tawarovo raménko a Purkyňova vlákna. (12)

Sinoatriální uzlík je pro srdce pacemakerem (udavatelem rytmu). Zde dochází ke spontánní elektrické aktivitě v nejrychlejší frekvenci, která tak udává rytmus srdeční činnosti, tzv. sinusový rytmus o frekvenci 60 – 100 tepů za minutu. (12)

Hlavní úlohou oběhového systému je rozvádět krev po celém těle a zásobovat jednotlivé tkáně kyslíkem a potřebnými živinami a odvádět z tkání oxid uhličitý a zplodiny látkové výměny. (19)

1.1.6 Rizikové faktory srdečních onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí a odchodu do invalidního důchodu. Je proto stále třeba upozorňovat na faktory, které negativně ovlivňují vznik a průběh těchto onemocnění. (22)

Civilizační chorobou lidských cév je ateroskleróza, která způsobuje zúžení nebo uzávěry koronárních tepen. Nestačí-li množství tepenné krve přitékající do myokardu zajistit jeho metabolické nároky, vzniká ischemie. Ta, podle stupně poškození srdečního svalu, vede ke vzniku anginy pectoris, srdečních komorových arytmií, infarktu myokardu, městnavé srdeční slabosti nebo náhlé smrti. (11)

Hlavní rizikové faktory vedoucí ke vzniku aterosklerózy jsou hypercholesterolemie, zejména vysoká hladina nízkomolekulárního lipoproteinu (LDL) a nízká hladina vysokomolekulárního lipoproteinu (HDL), dále kouření, hypertenze,

diabetes mellitus, genetická zátěž (výskyt ischemické choroby srdeční v rodinné anamnéze), obezita a stres. (19)

Většinu rizikových faktorů pozitivně ovlivníme zdravým životním stylem.

1.2 Základní vyšetřovací metody v kardiologii

1.2.1 Elektrokardiogram

Před více než 100 lety pan W. Einthoven objevil základy elektrokardiografie (EKG). I ve 21. století je toto vyšetření základem pro diagnostiku většiny srdečních onemocnění. (9)

Je to vyšetřovací metoda, která nám poskytuje grafický záznam elektrické aktivity srdeční. Sledováním změn elektrické aktivity srdeční lze získat informace o poruchách vzniku a šíření podráždění v srdeční svalovině. (9)

Snímání elektrické aktivity se provádí speciálními elektrodami z povrchu těla. Standardní 12 - ti svodový systém – bipolární končetinové svody - Einthovenovy (I, II, III), unipolární končetinové svody - Goldbergovy (aVR, aVL, aVF) a unipolární hrudní svody – Wilsonovy (V1 – V6). (12)

Na EKG křivce hodnotíme – rytmus, frekvenci a jednotlivé úseky EKG křivky. EKG křivka pomáhá při diagnostice srdečního infarktu, arytmií, chlopenních vad a mnoha dalších onemocnění srdce. (12)

1.2.2 Holterovo monitorování EKG

Paměťový záznam s délkou trvání 24 až 48 hodin. EKG signál se snímá elektrodami, které jsou připevněny na povrchu těla. Svody se kabelem spojují s patientskou jednotkou snímačem, kde se nahrávají údaje po dobu 24 či 48 hodin na disk a vyhodnocují se pomocí počítače. Používá se zejména při monitorování poruch srdečního rytmu, jejich detekci a kvantifikaci, objektivizaci symptomů, které mohou být

arytmiemi způsobeny např. palpitace, synkopy, závratě, slabost a při hodnocení účinnosti antiarytmické terapie. (9)

1.2.3 Zátěžová elektrokardiografie

Zátěžová elektrokardiografie (ergometrie) je vyšetřovací metoda, která umožňuje sledovat vliv pracovní zátěže na krevní oběh a na EKG obraz, zjišťovat účinnost léčebných postupů a posuzovat výkonnost vyšetřované osoby. (9)

U nás je nejběžněji používanou metodou tzv. bicyklová ergometrie, při níž se vyšetřovaná osoba testuje postupně zvyšovanou pracovní zátěží, navozenou šlapáním na rotopedu. V průběhu pracovní zátěže se trvale monitoruje EKG a v určitých časových intervalech se registruje elektrokardiografická křivka a měří se krevní tlak. Zátěž je měřena ve wattech (pro představu klidná chůze po rovině odpovídá 50 W, chůze po schodech do třetího patra 100 W) a stanovuje se podle tepové frekvence, pro daný věk a pohlaví dle tabulek. Pozitivita zátěžového testu – jsou-li přítomny klinické a elektrokardiografické známky ischémie. (12)

1.2.4 Echokardiografie

Je to neinvazivní vyšetřovací metoda, která používá ultrazvukových vln k zobrazení srdečních struktur. Vyšetření ultrazvukem je bezpečné a nenáročné, poskytuje rychlou orientaci o srdečním stavu při některých akutních stavech. (11)

Základní ultrazvukové vyšetření srdce se provádí tzv. transtorakální echokardiografií (TTE), tedy přes hrudní stěnu. U speciálních diagnóz a horší viditelnosti při TTE používáme tzv. jícnovou (transezofageální) echokardiografii (TEE). Principem je zavedení asi 1 cm silného endoskopu do jícnu. Na jeho konci je ultrazvukový vysílač a snímač, což umožňuje vyšetřit srdce z bližší vzdálenosti a přenést jeho digitální obraz do přístroje. (12)

Dopplerovská echokardiografie využívá Dopplerova jevu, u kterého se mění frekvence odraženého ultrazvuku v závislosti na rychlosti pohybujících se krvinek.

Používá se ke stanovení směru a relativní rychlosti proudění krve, umožňuje stanovení tlakových gradientů a velký význam má zejména v diagnostice chlopenních vad. (9)

Další možností je provedení kontrastní a zátěžové echokardiografie. Při kontrastním vyšetření se do periferní žíly aplikuje v infuzi roztřepaný roztok glukózy nebo fyziologický roztok, který obsahuje mikrobublínky vzduchu. Mikrobublínky vytvářejí „kontrast“, který se zobrazuje v pravostranných srdečních oddílech. Může se tak sledovat zkratové proudění např. při defektu septa síní, komor nebo odhalit ruptura septa komor při infarktu myokardu. Zátěžové echokardiografické vyšetření se provádí na bicyklovém ergometru nebo po podání léků, které ovlivňují koronární cirkulaci či zvyšují srdeční kontraktilitu. Vyšetření se provádí u ischemické choroby srdeční. (12)

Při ECHO vyšetření můžeme změřit ejekční frakci (EF) levé komory srdeční. Vyjadřuje v procentech objem krve vypuzené z diastolické náplně komory během systoly. Levá komora se nikdy zcela nevyprázdňuje, proto není 100 %. Zcela zdravé srdce má EF 60 – 70 %. Vlivem stárnutí organismu se EF snižuje na hodnoty 50 – 60 %. (11)

EF se stala základem pro posudkovou činnost a je hlavním kritériem pro diagnózu tzv. systolického srdečního selhání, dále je významným parametrem pro indikaci ke kardiochirurgickému výkonu při korekci chlopenních vad nebo při zavedení biventrikulární stimulace. (22)

1.2.5 Selektivní koronarografie

Selektivní znázornění koronárních arterií se provádí podáním rentgen kontrastní látky do koronárního řečiště, a to speciálním katétrem zavedeným v lokální anestézii Seldingerovou metodou přes femorální tepnu. Umožňuje zobrazení anatomie koronárních tepen, vrozených anomálií, přináší informace o výskytu, rozsahu a závažnosti aterosklerotických změn. Koronarografický záznam má význam při rozhodování o dalších léčebných postupech. (12)

1.3 Obor kardiochirurgie

1.3.1 Historie kardiochirurgie

První operace srdce byla provedena před více než sto lety, jednalo se o suturu zraněné pravé komory srdeční v roce 1896 (německý chirurg Rehn). Velkým přínosem pro kardiochirurgii bylo zavedení mimotělního oběhu v roce 1953. (5)

Náplň kardiochirurgie dospělých tvoří léčba ischemické choroby srdeční v 60 – 70 % (koronární rekonstrukce). Na druhém místě jsou operace srdečních chlopní asi 30 %. Dále jsou to nádory srdce, aneurysma a chirurgie aorty, léčba arytmií a vrozené vady u dospělých tvořící 5 - 10% operativy. Stále častější jsou také kombinované výkony na chlopních a koronárních tepnách. (24)

Srdeční chirurgie jako obor se neustále rozvíjí a zdokonaluje. Vznikají tzv. kardiocentra, kde dochází k propojení intervence kardiologické a kardiochirurgické. Zlepšuje se technické vybavení monitorace a léčby pacientů v perioperačním období, včetně možnosti napojení na podpůrné srdeční mechanismy. Nacházejí se bezpečnější způsoby ochrany myokardu a mozku před ischemií během výkonu na mimotělním oběhu. Tento příznivý trend dále ovlivňují nové poznatky v patofyziologii hemodynamiky, možnosti přesné předoperační diagnostiky, změny v operační technice, nové objevy ve farmakoterapii, modernější chlopenní protézy a cévní náhrady. (24)

Na srdeční operace se v České republice specializuje 13 kardiochirurgických pracovišť, které ročně provedou tisíce výkonů (v roce 2004 bylo provedeno 1000 srdečních operací/1milion obyvatel).

1.3.1.1 Mimotělní oběh

Mnoho srdečních operací se provádí s použitím mimotělního oběhu (MO) s cirkulační zástavou v mírné hypotermii (32 – 34 °C). Přístroj nahradí práci srdečního svalu a funkci plic, výměnu krevních plynů (O₂ a CO₂) po dobu nezbytně nutnou

k provedení výkonu. Tím jsou umožněny i velmi náročné rekonstrukce uvnitř srdečních dutin a také transplantace srdce. (15)

Bez použití MO jde o operace, které se provádí zevně, na bijícím srdci. Jsou to hlavně operace na perikardu, revaskularizace myokardu a implantace kardiostimulačních elektrod. Indikací k výkonu bez MO bývají závažná přidružená onemocnění (plic, jater, ledvin), která by po operaci na MO mohla progredovat. (15)

1.4 Ischemická choroba srdeční

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je onemocnění srdečního svalu, vznikající na podkladě jeho ischemie – nedostatečného krevního zásobení, ke kterému dochází při postižení koronárních tepen. Ischemie může být původu organického (stenóza nebo trombóza koronárních tepen) nebo funkčního (spasmus). (19)

Nejčastější příčinou ICHS je ateroskleróza koronárních tepen. Jedná se o proliferativní onemocnění tepenné stěny vedoucí k tvorbě aterosklerotických plátů zužujících průsvit tepny. Vzniká stenóza koronární tepny. Za hemodynamicky významnou stenózu se považuje zúžení věnčité tepny o 50 % a více. (24)

Koronárními tepnami protéká asi 250 ml krve za minutu, při fyzické námaze se průtok zvyšuje až na čtyřnásobek. Základní funkcí koronární cirkulace je plnění metabolické potřeby srdečního svalu. Ischemie vzniká při nerovnováze mezi kyslíkovou nabídkou a poptávkou, je to stav do určité míry reverzibilní. Po určité době jejího trvání může dojít k nevratnému poškození buněk. (11)

Při postupném procesu sklerotických změn na koronárních tepnách dochází k vytváření tzv. kolaterálního řečiště, což může mít zásadní význam. Pokud se uzavře věnčitá tepna a její povodí je dobře zásobeno kolaterálami, dochází „pouze“ k progresi anginy pectoris. Pokud tepna nemá kolaterální oběh, může dojít k rychlému rozvoji nekrózy myokardu. Např. u mladých lidí bývá infarkt myokardu jako první projev ICHS a jsou vážně ohroženi náhlou smrtí. Nestačil se jim vytvořit kolaterální oběh a akutně vzniklá rozsáhlá ischemie, může způsobit cirkulační zástavu nebo život ohrožující arytmií až smrt. (24)

Klinické formy ICHS (24):

- Akutní formy - nestabilní angina pectoris a akutní infarkt myokardu představují bezprostřední ohrožení života.
- Chronické formy – stabilní angina pectoris (námahová, smíšená a variantní), stavy po infarktu myokardu, chronické srdeční selhání při ICHS.

1.4.1 Angina pectoris

Chronická (stabilní) angina pectoris (AP), nazývána obvykle námahová AP, se projevuje jako bolest za hrudní kostí (stenokardie) s typickou propagací do levé končetiny a krku, trvající několik minut, vznikající při fyzické a psychické zátěži a v klidu mizí. (11)

Stupeň anginy pectoris se hodnotí dle funkční klasifikace Canadian Cardiovascular Society (Kanadská kardiiovaskulární společnost, CCS) (19):

- I. bolesti při dlouhodobé a mimořádně těžké zátěži
- II. bolest při běžné námaze
- III. bolest při menší než běžné námaze
- IV. bolesti v klidu nebo při minimální námaze

1.4.2 Klasifikace NYHA

Ke stanovení funkční závažnosti srdečního selhání se u pacientů s onemocněním srdce běžně používá také klasifikace NYHA (New York Heart Association), která se stala základem pro posudkovou činnost. Hodnotí výkonnost a subjektivní potíže nemocného, především dušnost, palpitace nebo anginózní bolesti. (22)

- Třída I. – Bez omezení činnosti, zvládá běžnou každodenní aktivitu bez potíží, palpitací, dušnosti, AP.
- Třída II. – Menší omezení fyzické činnosti, každodenní námaha vyčerpává, vyvolává dušnost, palpitace a AP.
- Třída III. – Značné omezení fyzické činnosti, již nevelká námaha vyčerpává, vyvolává dušnost a AP. V klidu potíže mizí.
- Třída IV. – Obtíže se vyskytují při jakékoliv fyzické činnosti, jsou invalidizující. Dušnost, palpitace a AP se objevují i v klidu.

1.4.3 Akutní infarkt myokardu

Akutní infarkt myokardu (AIM) je důsledkem kritického snížení perfuze určité oblasti myokardu na podkladě trombózy na aterosklerotickém plátu. Po přerušení přítoku krve k myokardu přežívají svalové buňky hypoxii (nedostatek kyslíku) prvních 20 minut. Obnoví-li se v této době průtok a přísun kyslíku, jsou buňky schopny úplné regenerace, mluvíme o reverzibilní ischemii. Pokud se průtok neobnoví, propadají buňky postižené ischemií nekróze (ireverzibilní poškození). Rozsah nekrózy při infarktu myokardu (IM) je závislý na anatomické lokalizaci uzávěru koronární tepny a na přítomnosti kolaterál a celý proces přechodu v nekrózu obvykle končí za 4 – 6 hodin po uzávěru koronární tepny. Nekrotický myokard se hojí fibrózní jizvou a mění se jeho funkční stav – kontraktilita. (12)

1.4.4 Kardiochirurgická intervence ICHS

Při indikaci nemocných k revaskularizaci se vychází z klinického a anatomického stavu. Pokud i při optimální medikamentózní léčbě onemocnění znemožňuje vykonávat běžnou práci a odpočinek (třída III. - IV podle NYHA), nebo pokud lokalizace stenózy ohrožuje pacientův život. (24)

Indikací ke kardiochirurgické léčbě stabilní angíny pectoris je stenóza kmene levé věnčité tepny a závažné stenotické postižení tří hlavních tepen (ACD, RIA, RC).

U nekomplikovaného AIM má význam spíše trombolytická a endovaskulární katéetrová terapie (perkutánní transluminální angioplastika - PTCA nebo stenty). Operační výkon se indikuje za 4 – 6 týdnů po infarktu. (24)

Pokud dojde u AIM k hemodynamické nestabilitě, kardiogennímu šoku a nelze ho řešit angioplastikou, měla by se operace provést do 6 - ti hodin od vzniku anginózních bolestí. Mechanické komplikace AIM, znamenající ohrožení života např. akutní poinfarktový defekt komorového septa, akutní nedomykavost mitrální chlopně z ruptury papilárního svalu, aneurysma levé srdeční komory, vyžadují kardiochirurgickou intervenci hned či s mírným odstupem dle klinických a hemodynamických projevů. (19)

1.4.4.1 Revaskularizace myokardu

Principem je přemostění (bypass) zúžené nebo uzavřené věnčité tepny žilním (vena saphena magna, vena saphena parva) nebo tepenným štěpem (arteria mammaria dextra a sinistra, arteria radialis, arteria gastroepiploica dextra) a obnovení dostatečného přítoku tepenné krve do ischemického myokardu. Výhodou tepenného štěpu je dlouhodobá průchodnost. (po 10 letech je 85 – 90 % tepenných bypassů průchodných oproti cca 50 % žilním). Úplná tepenná revaskularizace se používá u nemocných do 65 let. (24)

Revaskularizaci lze provést dvojím způsobem, s použitím mimotělního oběhu nebo bez použití mimotělního oběhu. Nejčastějším přístupem při srdeční operaci je střední sternotomie, při onemocnění jedné tepny lze použít levostrannou minitorakotomii. (19)

1.5 Získané chlopenní vady

Získané chlopenní vady jsou druhým nejčastějším srdečním onemocněním řešeným v indikovaných případech operačně.

Úloha srdečních chlopní spočívá v zajištění fyziologického jednosměrného průtoku krve srdečními dutinami a velkými tepnami. V případě narušení funkce

chlopně, ve smyslu poruchy jejího otevírání (stenóza) nebo zavírání (insuficience), dochází k hemodynamickým změnám, které mohou vést k srdečnímu selhání. Cílem chirurgické intervence je časná korekce vady, která povede k prevenci srdečního selhání. Často se setkáme s kombinovanými výkony na chlopních. (18)

Velmi vážnou komplikací nahrazené chlopně může být infekční endokarditida. Usazené bakterie na umělé chlopni mohou vyvolat zánětlivou reakci organismu s nutností reoperace protézy. Prevencí je antibiotická profylaxe.

1.5.1 Typy chlopenních náhrad

- **Mechanické chlopně**

Tyto chlopně jsou vyráběny z nejušlechtilejších materiálů (kovové slitiny). Výhodou mechanické náhrady je dobrá dlouhodobá funkce a nevýhodou je nutnost trvalé antikoagulace, jako prevence tvorby trombů na protéze a následné embolizaci do tepenného řečiště. Mechanické protézy se dělí na kuličkové (dnes se již nepoužívají), diskové a dvoulisté. (24)

- **Biologické chlopně (biochlopně)**

Nejčastěji používané bioprotézy jsou vyrobeny ze speciálně upravené vepřové chlopně nebo hovězího perikardu (osrdečník). Odpadá u nich nutnost doživotní antikoagulace. Nevýhodou je, že biochlopeň postupně podléhá degenerativním změnám a kalcifikacím. Další možností je použití allograftu, což je odebraná a patřičně zpracovaná lidská kadaverózní chlopeň (aortální, plicnicová a vzácně i mitrální). (19)

K náhradě aortální chlopně lze užít i pulmonální autograft – během tzv. Rossovy operace – vlastní chlopeň a kmen plicnice je použit k náhradě aortální chlopně a kořene aorty. Chlopeň a kmen plicnice je pak nahrazen allograftem. (24)

1.5.2 Aortální stenóza

Aortální stenóza (AS) může být důsledkem vrozené anomálie (např. bikuspidální chlopně), revmatické horečky nebo degenerativních změn chlopně s kalcifikacemi. (11)

Hemodynamicky vede k chronickému tlakovému přetížení levé komory (LK). Zúžením chlopně vzniká tlakový gradient mezi aortou a LK, který vede k hypertrofii LK. Normální plocha aortálního ústí u dospělého člověka je 3 – 4 cm², zmenšení na 1 cm² znamená těžkou AS. (19)

Pro tuto vadu je typické dlouhé bezpříznakové období. Objeví-li se příznaky, je AS charakteristická triádou: dušnost, synkopa, stenokardie. Ke zhoršení klinického stavu často dochází po vzniku fibrilace síní se ztrátou síňové kontrakce, kdy výrazně klesá srdeční výdej a po vyčerpání kompenzačních mechanismů dochází k dilataci LK a srdečnímu selhání. (19)

Při diagnostice můžeme slyšet systolický šelest s maximem ve 2. mezižebří vpravo parasternálně, často s hmatným vírem. Pomocí echokardiografie se určuje tlakový gradient a plocha ústí, počet a deformace cípů, průměr prstence a také informuje o funkci LK (EF). (11)

1.5.2.1 Kardiochirurgická intervence aortální stenózy

Operační řešení je indikováno u symptomatické AS a to náhradou chlopně mechanickou protézou či bioprotézou. Pokud nejsou přítomny příznaky AS, je výkon indikován v případě poklesu EF, přítomnosti četných komorových arytmií, velké hypertrofie LK nebo poklesu aortálního ústí pod 0,65 cm² a abnormálního výsledku zátěžového testu (hypotenze). (19)

1.5.3 Aortální regurgitace

Aortální regurgitace (AR) může být akutní nebo chronická. Akutní AR je nejčastěji způsobena destrukcí cípu chlopně při bakteriální endokarditidě, disekcí aorty

typu A, vzácněji traumatem. Dochází k náhlému objemovému přetížení LK, která není schopna absorbovat vracející se objem krve, což vede ke zvýšení tlaků v LK a plicním žilním řečišti. Důsledkem je akutní plicní edém, často provázen kardiogenním šokem. Tato situace vyžaduje urgentní chirurgickou intervenci. (19)

U chronické AR se může etiologicky jednat o vrozenou vadu, degenerativní či pozánětlivé poškození chlopně. Dochází opět k přetížení LK, její dilataci a hypertrofii. Je dlouhodobě dobře tolerována, často bez příznaků. Postupně, ale dochází k dekompenzaci a rozvoji městnavého srdečního selhání s projevy těžké dušnosti, plicního edému a únavy. (11)

Při diagnostice je auskultačně slyšet diastolický šelest s propagací do hrotu. Systolický tlak je zvýšen a diastolický naopak snížen, vzniká systolicko - diastolická diference, někdy až přes 100 mmHg. (24)

1.5.3.1 Kardiochirurgická intervence aortální regurgitace

U akutní AR je doporučována včasná intervence, u chronické AR závisí na stupni onemocnění a stavu levé komory srdeční. Nejčastěji se provádí náhrada aortální chlopně protézou mechanickou či biologickou. (5)

1.5.4 Mitrální stenóza

Mitrální stenóza (MS) je typická porevmatická vada se srůsty spojů chlopně, fibrózou a jizvením okrajů cípů chlopně i šlašinek a následnou kalcifikací. Ojediněle je MS jiné etiologie (mitrální prstenčité kalcifikace, vrozené deformace, maligní karcinoidní syndrom, vegetace při bakteriální endokarditidě a některá vzácná metabolická onemocnění). (11)

Základní hemodynamickou poruchou je ztížené plnění levé komory zúženým mitrálním ústím. Normální plocha mitrálního ústí je 4 – 6 cm² a může se zmenšit na hodnoty okolo 0,5 cm² (kritická MS). Důsledkem je vznik patologického gradientu mezi levou síní (LS) a levou komorou (LK) s následnou dilatací LS a častým vznikem

fibrilace síně. Tento stav je predispozicí pro vznik trombů v levé síni a jejich systémovou embolizaci. Přetrvávající zvýšení tlaků v LS může následně vést ke vzniku plicní hypertenze až k úplnému selhání pravé komory srdeční. V případě pokročilé MS spojené s plicní hypertenzí hovoříme o trikuspidalizaci mitrální vady, projevuje se známkami trikuspidální regurgitace. (19)

Vada často probíhá bez příznaků, později se může projevit dušností nejprve při námaze, posléze i v klidu. Typická je únava, obraz fibrilace síní na EKG a tromboembolické příhody (u MS s fibrilací síní je indikovaná antikoagulační léčba). (24)

Při diagnostice slyšíme diastolický šelest s maximem nad srdečním hrotem, zesiluje v poloze na levém boku a na konci expíria. U nemocných často vidíme typickou tvář, červené tváře s nádechem cyanózy, tzv. facies mitralis. (11)

1.5.4.1 Kardiochirurgická intervence mitrální stenózy

Náhrada chlopně mechanickou či biologickou protézou je indikována u symptomatických nemocných NYHA III – IV a při těžké plicní hypertenzi (systolický tlak v plicnici nad 60 mmHg). (19)

Alternativou je perkutánní transluminální valvuloplastika, kdy se dilatuje stenotické mitrální ústí balónkovým katétreem zavedeným při katetrizaci do levé síně. Je zde riziko vzniku mitrální regurgitace. (24)

1.5.5 Mitrální regurgitace

Jakákoliv porucha koordinace mezi jednotlivými komponenty mitrální chlopně (prstenec, cípy, šlašinky a papilární sval) může vést k mitrální regurgitaci (MR). Nejčastější příčinou MR je myxomatózní degenerativní onemocnění, dále ischemická choroba srdeční, revmatická horečka, kalcifikace prstence, infekční endokarditida a vrozené vady. (19)

Při MR se v systole vrací (regurgituje) objem krve z levé komory (LK) zpět do levé síně (LS) a následně při diastole se o tento objem zvýší náplň LK. Dochází k přetížení levé komory, její dilataci a hypertrofii. Zároveň se dilataje i LS, která je náchylnější k tvorbě síňových arytmií, trvalé zvýšení tlaku v LS vyvolává plicní hypertenzi. U akutní MR, která nejčastěji vzniká v důsledku ruptury papilárního svalu (u IM) nebo při spontánní ruptuře šlašinek u infekční endokarditidy, dochází k prudkému a náhlému vzestupu tlaků v LS a rozvíjí se plicní edém. (19)

Vada probíhá nejprve bez příznaků, později se objevuje dušnost, únava a bušení srdce. Při vyšetření nemocného je slyšet systolický šelest s maximem nad srdečním hrotem, zásadní vyšetřovací metodou je echokardiografie. (11)

1.5.5.1 Kardiochirurgická intervence mitrální regurgitace

Plastika nebo náhrada chlopně se provádí u symptomatických nemocných. Kritériem indikace je i MR s nízkou EF levé komory, plicní hypertenzí a přítomnost arytmií. (24)

Plastika mitrální chlopně je operace s cílem zachovat původní chlopeň a úspěšně ji rekonstruovat. (24)

1.5.6 Trikuspidální regurgitace

Izolovaně tato vada bývá velmi vzácně, sekundárně se objevuje při postižení mitrální chlopně. U trikuspidální regurgitace dochází k objemovému přetížení pravé komory a městnání krve v žilním systému. (11)

1.5.6.1 Kardiochirurgická intervence trikuspidální regurgitace

Nejčastěji se provádí plastika trikuspidální chlopně, její remodelace. (19)

1.6 Vrozené srdeční vady v dospělosti

Vrozenou srdeční vadu (VSV) můžeme charakterizovat jako anomálii anatomické struktury srdce a velkých cév, která je přítomna již při narození a může se klinicky projevit kdykoliv v průběhu života. Na vzniku VSV se podílí mnoho faktorů např. genetika, infekční a toxické noxy během gravidity a zevní prostředí. (21)

Prevalence VSV při narození v České republice činí asi 6/1000 živě narozených dětí. Do dospělosti přežívá 77 – 80 % dětí s VSV. Některé VSV se projeví právě až v období dospělosti (1 – 2 %), přibývá také pacientů, kteří byli operováni v prvních letech života, a jejich vada potřebuje novou korekci. (21)

Každý pacient s VSV vyžaduje individuální přístup a řešení. Specializovaná pracoviště, která dlouhodobě sledují pacienty s VSV nabízejí komplexní diagnostickou a terapeutickou péči, včetně spolupráce s dalšími odborníky např. hematology, nefrology, psychology, ale i sociálními poradci. (12)

Z hlediska klinického se VSV dělí na kritické vyžadující včasnou poporodní intervenci a vady nekritické, které se operují během prvních šesti let života. (11)

1.6.1 Rozdělení vrozených srdečních vad

- Cyanotické srdeční vady, s pravo-levý zkratem,
 - Fallotova tetralogie
 - Transpozice velkých tepen
 - Trikuspidální atrézie
 - Ebsteinova anomálie

- Necyanotické srdeční vady, s levo-pravým zkratem,
 - Defekt síňového septa
 - Otevřená tepenná dučej
 - Defekt komorového septa
 - Defekt atrioventrikulárního septa

- Necyanotické srdeční vady, bez zkratu,
 - Vrozená stenóza plicnice
 - Vrozená aortální stenóza
 - Koarktace aorty

1.6.2 Kardiologická intervence vrozených srdečních vad

U VSV se provádí výkony radikální, kde se zcela upraví anatomie a fyziologie srdce, např. defekt síňového septa, nebo výkony paliativní, kde není možné provést úplnou korekci. Vytvoří se spojka (anastomóza), která umožní přivést do plic smíšenou krev ze systémového oběhu. Paliativní výkony jsou často přípravou na radikální korekci vady. (15)

1.7 Onemocnění velkých tepen

V průběhu času dochází k rozšiřování (dilataci) velkých tepen odstupujících ze srdce. Nejčastěji je postižena aorta a její větve. Takové rozšíření se nazývá tepenná výduť aorty (aneurysma). Příčinou mohou být degenerativní změny na stěně tepny, aterosklerotické změny a také dědičná porucha pojivové tkáně u Marfanova syndromu. (24)

Mezi rizikové predisponující faktory patří hypertenze a vrozené vady aortální chlopně.

Aneurysma se objevuje na aortě v místech vzestupné aorty, oblouku, sestupné aorty nebo jako torakoabdominální výduť (jde o postižení sestupné a břišní aorty). (19) Toto onemocnění probíhá zpočátku asymptomaticky, později se může projevit podle lokalizace výduti bolestí na hrudi, bolestí zad a břicha.

Základní diagnostika se opírá o echokardiografii (TTE, TEE), počítačovou tomografii (CT), magnetickou rezonanci (MRI) a angiografii. (19)

1.7.1 Kardiologická intervence aneurysma aorty

Výkon spočívá v náhradě rozšířeného úseku aorty protézou. Bývá-li současně postižena aortální chlopeč a dilatován kořen aorty, je třeba provést tzv. Bentallovu operaci, kdy se odstraní postižená chlopeč, resekuje se aneurysma na vzestupné aortě a provede se náhrada tzv. konduitem. Konduit je umělá chlopeč spojená s cévní protézou. Náhlé život ohrožující příhody, tj. ruptura dilatované stěny aorty či akutní disekce typu A (trhlina v oblasti intimy a médiu), vyžadují urgentní operaci. (19)

Tyto operace se provádí na mimotělním oběhu v hluboké hypotermii s cirkulární zástavou a selektivní mozkovou perfuzí. Operační mortalita při plánovaných výkonech na vzestupné aortě je asi 3 -5 %, u akutní disekce je to 10 – 20 %. Zvyšuje se také riziko neurologických komplikací a v pooperačním období riziko uchycení infekce na protéze. (24)

1.8 Nádory srdce

Nádory srdce jsou vzácná onemocnění a jejich klinika závisí na lokalizaci tumoru v srdci, tj. zda představují překážku krevnímu proudu nebo poškozují struktury uvnitř srdce. (24)

Z histologického hlediska se dělí na benigní a maligní, dále na primární vyrůstající ze srdečních struktur a sekundární mající původ v jiném orgánu. Prognóza u maligních tumorů je všeobecně velmi špatná. (11)

Nejčastějším benigním nádorem je myxom. Klinicky se může projevit mikroembolizací do systémového oběhu (cévní mozková příhoda, embolizace končetinových tepen). (19)

1.8.1 Kardiologická intervence srdečních nádorů

Operačním řešením je vyloučení nádoru na mimotělním oběhu. U maligních tumorů následuje chemoterapie a radioterapie. (19)

1.9 Chirurgie poruch srdečního rytmu – MAZE, kardiostimulátory

Někteří pacienti s onemocněním srdce mívají současně přítomnu poruchu srdečního rytmu (arytmii). Nejčastěji se vyskytuje fibrilace síní (FS). Příčinou FS jsou mnohočetná ložiska v myokardu síní, ze kterých vznikají vzruchy vyvolávající rychlé a nekoordinované srdeční stahy. Síně se přestávají účinně stahovat, snadno se v nich vytvoří nástěnné tromby s rizikem embolizace. Doprovází zejména mitrální vady, ischemickou chorobu srdeční a zánětlivá srdeční onemocnění (perikarditidu, myokarditidu). (24)

Postup nazvaný Cryo-MAZE se provádí za pomoci speciálního přístroje, kdy se určitá místa v srdeční síni hluboce zmrazí, obnoví se sinusový rytmus a celkově se zlepší funkce srdce. (24)

Pacientům, nejčastěji se srdečním selháním, u nichž je indikována tzv. biventrikulární stimulace, se chirurgickou cestou implantuje levokomorová stimulační elektroda. Výkon se provádí z levostranné torakotomie, bez mimotělního oběhu. Kardiochirurg našije elektrodu na povrch srdečního svalu a arytmolog nastaví funkci na kardiostimulátoru. (24)

1.10 Pooperační péče v kardiochirurgii

Bezprostředně po výkonu jsou pacienti přijímáni na Jednotku pooperační a resuscitační péče (JPRP). Monitorují se zde kontinuálně základní životní funkce a většina pacientů je v prvních hodinách ventilována pomocí přístroje. Tito lidé jsou ohroženi řadou pooperačních komplikací (např. arytmie, poruchy koagulace, plicních funkcí, renálních funkcí a metabolismu), potřebují proto speciální lékařskou a ošetrovatelskou péči. (15)

Pokud to jejich klinický stav dovoluje, začíná se postupně s mobilizací již první den po operaci. Podle vývoje pooperačního období se pacienti překládají na další stanice kardiochirurgického pracoviště (Jednotka intermediální péče, standardní oddělení) a po několika dnech odchází do domácího prostředí, do jiného nemocničního

zařízení nebo nastupují lázeňskou rehabilitaci. Délka hospitalizace je individuální a ovlivňuje jí celá řada faktorů, např. přidružená chronická onemocnění, stav myokardu před operací a psychosociální vlivy. Před propuštěním se pacienti edukují o dodržování léčebného režimu.

1.11 Sociální péče

Synonymem slova sociální péče je sociální pomoc, která je v naší legislativě součástí systému sociálního zabezpečení. Spočívá v přesunu prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce. (2)

Rozsah sociální péče upravuje Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení takto: *„Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“*

V této oblasti stát zajišťuje poradenskou a výchovnou činnost směřující k upevňování rodinných vztahů, k vzájemné pomoci mezi občany, zejména pomoc občanům starým a těžce zdravotně postiženým. (27)

Sociální péče podle tohoto zákona zahrnuje dávky peněžité, věcné a mimořádné výhody pro občany těžce zdravotně postižené. Jde o postižení tělesné, smyslové nebo mentální, které jim výrazně omezuje schopnost pohybu a orientace. (27)

Mimořádné výhody I. stupně, občané vlastní průkaz TP (těžké postižení), II. stupně, občané vlastní průkaz ZTP (zvláště těžké postižení), a III. stupně, vlastní průkaz ZTP/P (zvláště těžké postižení/průvodce) a další příspěvky sociální péče se poskytují podle typu zdravotního postižení uvedeného ve Vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) č. 182/1991 Sb., která provádí zákon o sociálním zabezpečení. Nemoci interního charakteru a chronické vady značně ztěžující schopnost pohybu např. vady a nemoci srdce se srdečním selháním, které nereaguje na stávající léčbu, umožňují přiznat mimořádné výhody II. stupně. (26)

Zdravotní stav a důsledky z něj vyplývající pro účely dávek sociální péče a přiznání mimořádných výhod posuzuje lékařská posudková služba Úřadu práce. Posudek musí vycházet z objektivně zjištěného zdravotního stavu a odborných lékařských zpráv. (1)

1.11.1 Sociální služby

Pokud není člověk schopen si zabezpečit své sociální potřeby z důvodu věku, zdravotního stavu, sociální izolace, ohrožení jinou osobou, mluvíme o sociální nouzi. Nemůže se o sebe postarat a potřebuje pomoc druhé osoby. V těchto případech stát uskutečňuje pomoc formou sociálních služeb a příspěvku na péči. (1)

Podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se rozumí pojmem sociální služba: *„Činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*

Služba se poskytne člověku, který je společensky znevýhodněn, s cílem zlepšit jeho kvalitu života. Respektuje jeho důstojnost a probíhá v duchu zachování lidských práv a základních svobod. Pomoc vychází z individuálních potřeb každého jedince (uživatele sociální služby), podporuje rozvoj jeho samostatnosti a motivuje ho k činnostem, které zabraňují dlouhodobému setrvání v nepříznivé situaci. Každý občan má právo, si svobodně zvolit jaké služby využije. (16)

Zřizovateli sociálních služeb v ČR mohou být obce, kraje a MPSV. Od 90. let se podílí na poskytování sociálních služeb i neziskový sektor. Výhodou je větší kapacita, nabídka a vytvoření konkurenčního prostředí v oblasti služeb. (16)

Poskytovatel sociální služby musí být registrován u příslušného krajského úřadu. MPSV na svých internetových stránkách vede registr poskytovatelů sociálních služeb, kde se každý občan dozví bližší informace o nabídce služeb. Podle zákona o sociálních službách je nově zaveden tzv. smluvní princip mezi uživatelem a poskytovatelem, kde obě strany ve smlouvě sjednávají podmínky určité služby. Některé jsou dány zákonem, jiné mohou být nad rámec tzv. fakultativní služby. Každý kdo poskytuje sociální službu, má ze zákona povinnost zajistit základní sociální poradenství. (29)

Zákon o sociálních službách, dělí služby do tří základních kategorií, na sociální poradenství (základní, odborné), služby sociální péče (např. pečovatelská služba) a služby sociální prevence (např. telefonní krizová pomoc). Poskytují se formou ambulantní, terénní nebo pobytovou. (29)

Ochrana uživatelů sociálních služeb je dána standardy kvality, které slouží jako metodické pokyny a kritéria pro poskytování sociálních služeb. Kontrolu kvality provádějí inspektoři krajských úřadů nebo MPSV. (16)

1.11.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se podle zákona o sociálních službách poskytuje: „*Osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci.*“

Hodnotí se schopnost péče o vlastní osobu (příprava stravy, hygiena) a soběstačnost (komunikace, orientace, obstarávání si osobních záležitostí) podle Vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (16) Počtem úkonů, které jedinec nezvládne samostatně, se určuje míra závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Stupeň závislosti se stanoví na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření. Rozhodnutí o výši příspěvku vydává obecní úřad s rozšířenou působností. (29)

Výše příspěvku u osob nad 18 let činí (29):

- Stupeň I., lehká závislost – 2 000 Kč (pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech)
- Stupeň II., středně těžká závislost – 4 000 Kč (pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech)
- Stupeň III., těžká závislost – 8 000 Kč (pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech)
- Stupeň IV., úplná závislost – 11 000 Kč (pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech)

1.11.3 Hmotná nouze

Je součástí systému sociálního zabezpečení a legislativně spadá pod sociální pomoc. Pokud nemá občan dostatečný příjem, aby si vlastním přičiněním nebo pomocí rodiny zabezpečil základní životní potřeby, nastává stav hmotné nouze. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi upravuje poskytování pomoci k zajištění základních podmínek u osob, které se nacházejí ve stavu hmotné nouze. Poskytují se dávky opakované a jednorázová mimořádná okamžitá pomoc. Přihlíží se také k majetkovým poměrům a možnostem zvýšit si příjem vlastním přičiněním např. prací. Nedílnou součástí systému je sociální práce a sociální poradenství k řešení nepříznivé situace. (30)

1.12. Pracovní schopnost

Pracovní schopnost můžeme definovat jako zachovaný potenciál vykonávat nějakou pracovní činnost. Je podmíněna způsobilostí fyzickou, psychickou a sociální. K tomu, abychom mohli vyvíjet nějakou činnost, potřebujeme vedle zdraví mít určité vzdělání a výchovu. Důležitou roli také hraje dostupnost pracovních příležitostí a možnost dalšího profesního vzdělávání. (23)

1.13 Pracovní neschopnost

Pokud občan nemůže vykonávat z důvodů nemoci svoje zaměstnání, mluvíme o pracovní neschopnosti. Uznává ji lékař na základě výsledků vyšetření. Při akutních obtížích se vystavuje dočasná pracovní neschopnost (DPN), jejíž problematiku podrobněji řeší Vyhláška MPSV č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení. Podle zákonem stanovených podmínek mu ušlý zisk v průběhu pracovní neschopnosti nahrazuje nemocenské (Zákon č. 54/1956 Sb., nemocenském pojištění zaměstnanců).

Po ukončení DPN lékařem se zaměstnanec zapojuje zpět do pracovního procesu. Trvají-li určité zdravotní obtíže, pro které se zaměstnanec nemůže vrátit ke své původní práci, má zaměstnavatel povinnost na základě lékařského doporučení převést ho na jinou vhodnější práci (Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, § 41 odst. 1). Tuto povinnost má i tehdy, pokud je zaměstnanec nezpůsobilý vykonávat noční práce. Dále na osobní žádost zaměstnance může zaměstnavatel povolit zkrácení či jinou úpravu pracovní doby. (10)

Jestliže je celková doba pracovní neschopnosti, včetně zápočtů předchozích, delší než 6 měsíců, předává ošetřující lékař zdravotnickou dokumentaci lékaři posudkové služby Okresní správy sociálního zabezpečení. Ten zhodnotí, nejedná-li se o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (DNZS). Na základě jeho posudku, který musí vycházet z objektivního hodnocení zdravotního stavu a odborných lékařských zpráv a je-li stav dotyčného uznán jako DNZS, zahajuje se řízení ve věci přiznání plného nebo částečného invalidního důchodu. Řízení lze zahájit i na žádost občana. Přihlíží se také k zachovaným schopnostem vykonávat práci, k výtěžné činnosti, vzdělání, znalostem atd. Posudek nemá právní povahu, nelze se proti němu odvolat. Odvolání je možné podat až proti rozhodnutí, pro které byl posudek vypracován. (1)

Za DNZS se pro účely Zákona 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění rozumí: „Stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok.“

Jako plně invalidní je v zákoně o důchodovém pojištění (28) definován: „Pojištěnec, kterému z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výtěžné činnosti nejméně o 66 %, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výtěžné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.“

Pro částečnou invaliditu se v zákon o důchodovém pojištění (28) uvádí: „Pojištěnec je částečně invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výtěžné činnosti nejméně o 33 %, nebo je schopen pro zdravotní postižení soustavné výtěžné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Pojištěnec je částečně invalidní též tehdy, jestliže mu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav značně ztěžuje obecné životní podmínky.“

Zákon o důchodovém pojištění určuje dále povinnost splnění určitých podmínek pro přiznání nároku na invalidní důchod. Procentní míra poklesu soustavné výdělečné činnosti pro posudkovou komisi je členěna do 15 kapitol, podle druhu onemocnění ve Vyhlášce MPSV č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. (28)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této práce je posouzení potřeby sociální péče a pracovní schopnosti u pacientů před a po kardiochirurgickém výkonu v půlročním sledování.

Výzkumné cíle:

Zjistit schopnost zvládat běžné denní činnosti u pacientů ve věku 61 a více let po operaci srdce.

Zjistit využití sociální pomoci, kterou poskytuje stát v současném systému sociálního zabezpečení a její dostupnost.

Zjistit návrat ekonomicky aktivních pacientů po operaci do jejich zaměstnání.

2.2 Hypotézy

H1: U pacientů ve věku 61 a více let se po operaci zvyšuje schopnost zvládat běžné denní aktivity bez pomoci.

H2: Všichni pracující před operací se vrátili po půl roce do svého zaměstnání.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technika standardizovaného rozhovoru a anonymního dotazníku. Data, která blíže charakterizovala daný soubor, byla získána sekundární a obsahovou analýzou zdravotnické dokumentace pacientů.

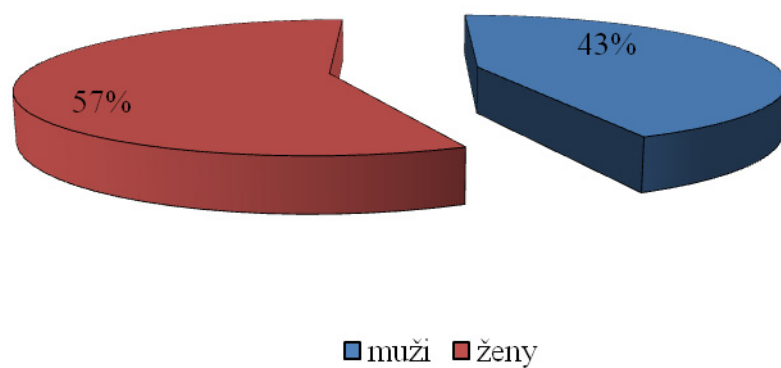
Dotazník se skládá ze dvou částí. Dotazník č. 1 jsem vyplnila s pacienty na Kardiochirurgickém oddělení Nemocnice na Homolce (NNH) před operací. Celkem obsahuje 26 otázek členěných do jednotlivých okruhů. Otázky č. 1 až 5 se týkaly sociálního zázemí a volnočasových aktivit. Otázky č. 6 až 10 hodnotily faktory, které mohou negativně ovlivňovat rehabilitaci. Sociální pomoci se věnovaly otázky č. 11 až 17. Na ekonomickou a pracovní situaci byly zaměřeny otázky č. 18 až 26. Otázku č. 21 až 26 vyplňovali pouze pracující respondenti. Obdobně byl koncipován dotazník č. 2, který byl zasílán respondentům poštou. Obsahoval 30 otázek členěných do jednotlivých okruhů. Otázka byly použity uzavřené, polouzavřené a filtrační.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden na Kardiochirurgickém oddělení Nemocnice na Homolce. První část probíhala v červenci 2007, druhá část v lednu 2008. Cílovou zkoumanou skupinou byli pacienti, kteří podstoupili plánovanou (elektivní) operaci srdce. Celkem jsem rozdala 80 dotazníků. Návratnost v první části výzkumu byla 100 %, v druhé části se nevrátilo 20 (25 %) dotazníků. Ke zpracování dat bylo tedy použito 60 (75 %) správně vyplněných dotazníků.

4. Výsledky

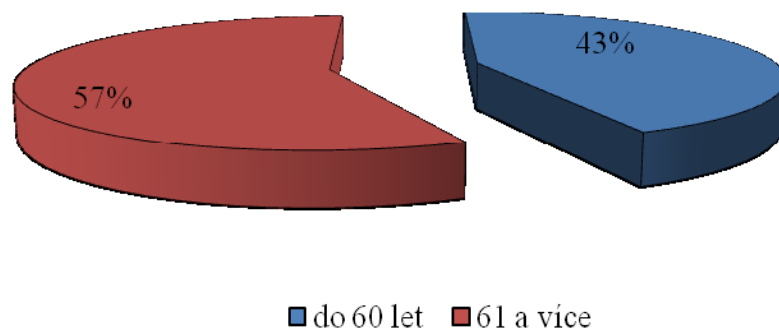
Graf č. 1: Zastoupení mužů a žen ve zkoumaném souboru respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu 60 (100 %) pacientů ve zkoumaném souboru bylo 57 % žen a 43 % mužů.

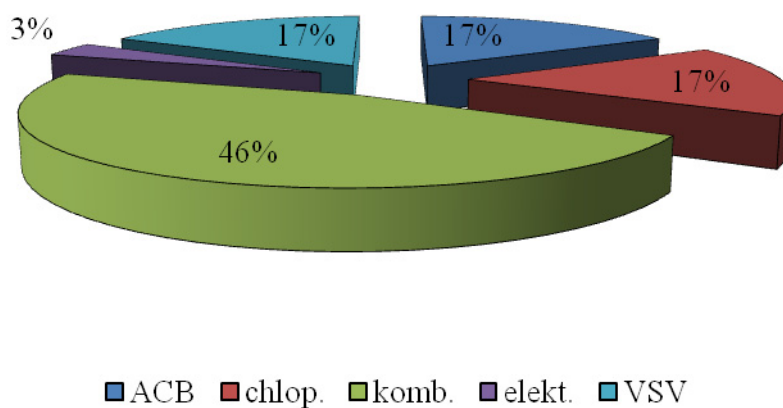
Graf č. 2: Věková struktura zkoumaného souboru respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ve sledovaném souboru bylo operováno 43 % (26) pacientů ve věkové skupině do 60 let a 57 % (34) ve věku 61 a více let. Nejmladšímu pacientovi bylo 22 let a nejstaršímu 88 let.

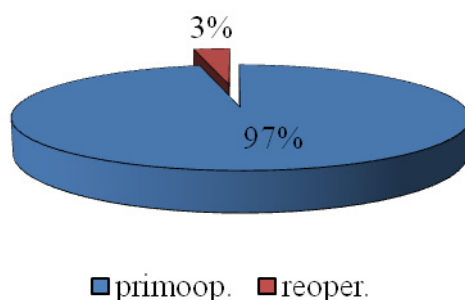
Graf č. 3: Typ operačního výkonu provedený u respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Bypass (ACB) byl proveden u 17 % pacientů, operace na chlopni u 17 % pacientů, kombinovaný výkon u 47 % pacientů, elektroda se implantovala 3 % a pro vrozenou srdeční vadu bylo operováno 17 % pacientů.

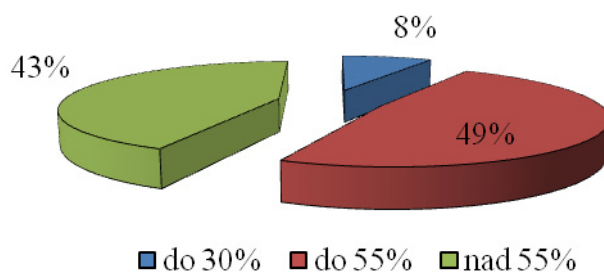
Graf č. 4: Primooperace, reoperace u zkoumaného souboru respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

První operaci (primooperaci) srdce podstoupilo 97 % pacientů a druhou operaci (reoperaci) 3 % pacientů ze zkoumaného souboru.

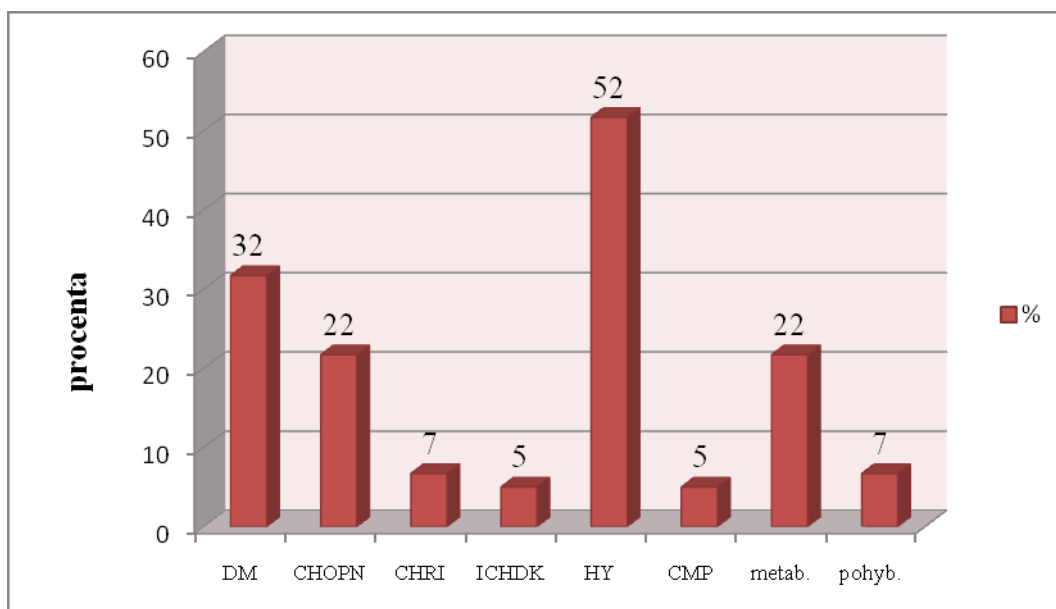
Graf č. 5: Hodnota ejekční frakce (EF) u zkoumaného souboru respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Hodnota EF do 30 % se vyskytovala u 8 % pacientů, EF do 55 % včetně u 49 % a EF nad 55 % u 43 % pacientů.

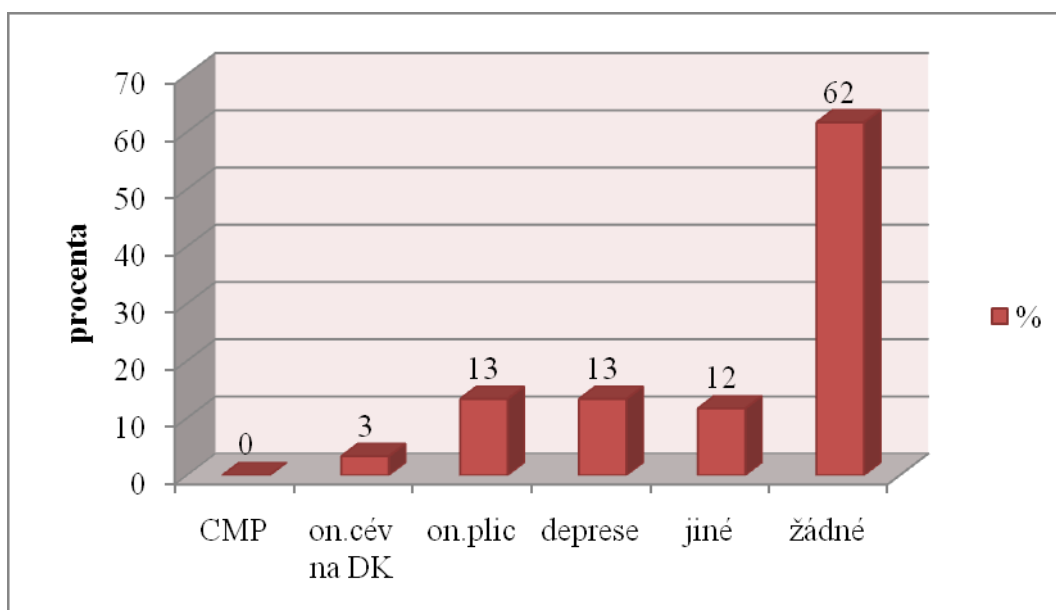
Graf č. 6: Výskyt sledovaných přidružených chorob u zkoumaného souboru respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ze zjišťovaných přidružených chorob se v anamnéze vyskytovaly u 32 % pacientů diabetes mellitus (DM), u 22 % chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), u 7 % chronická renální insuficience (CHRI), ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) u 5 %, nejčastěji se vyskytovala hypertenze (HY) u 52 % pacientů, cévní mozkovou příhodu (CMP) prodělalo 5 % pacientů, metabolické poruchy jsem zaznamenala u 22 % a nemoci pohybového aparátu u 7 % pacientů.

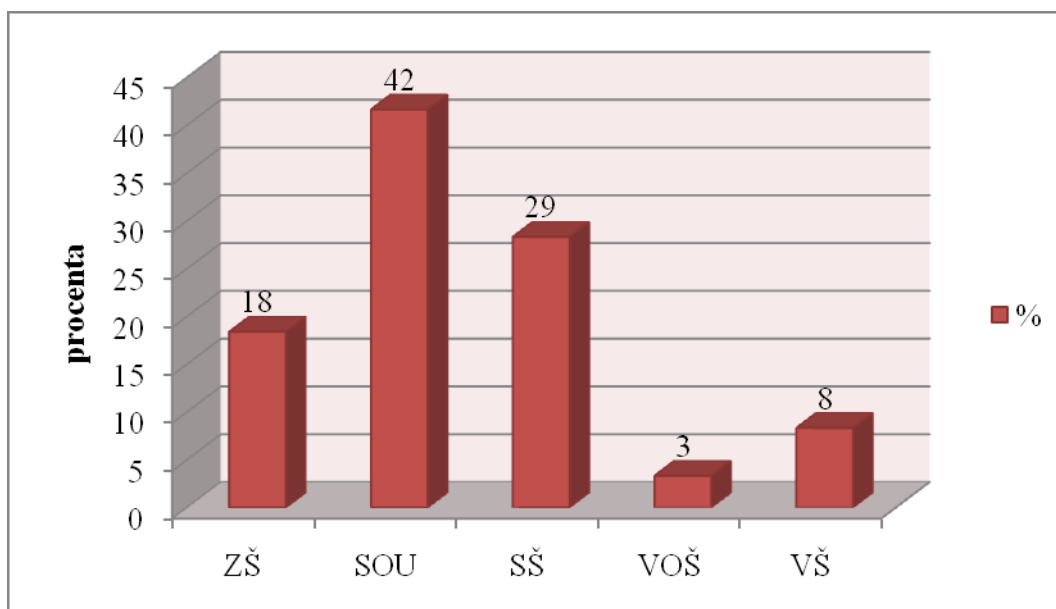
Graf č. 7: Nejčastější komplikace, které se vyskytovaly po operaci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Většina pacientů 62 % neuvedla žádné komplikace, onemocnění plic odpovídělo 13 %, deprese 13 %, onemocnění cév na dolních končetinách (DK) 3%, jiné 12 %, cévní mozkovou příhodu neprodělal žádný pacient.

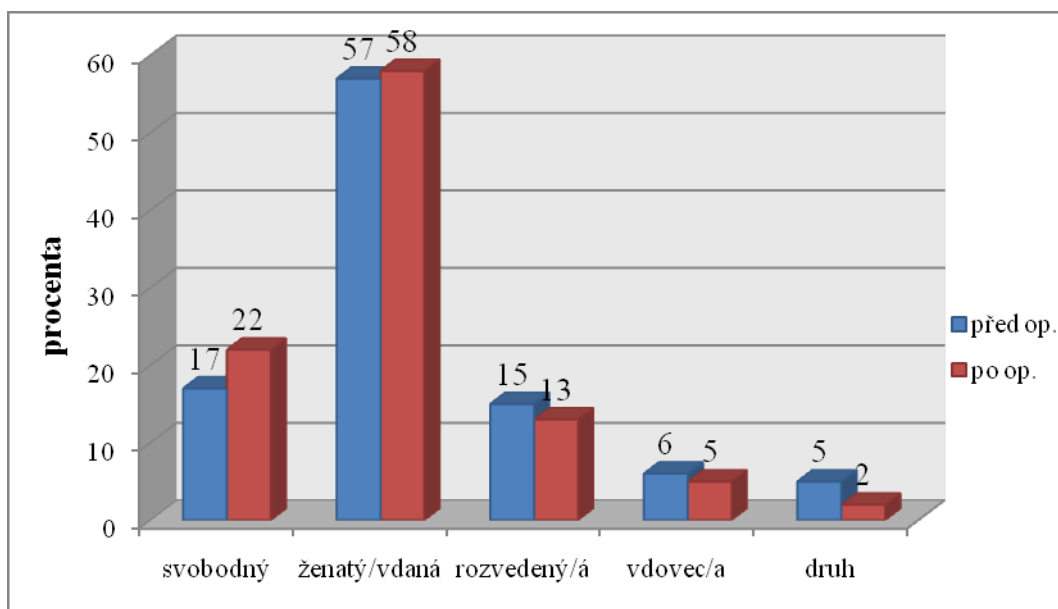
Graf č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání u dotázaných respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Základní školu (ZŠ) uvedlo 18 % pacientů, střední odborné učiliště (SOU) 42 %, středoškolské vzdělání (SŠ) 29 %, vyšší odbornou školu (VOŠ) 3 %, a vysokoškolské vzdělání (VŠ) udalo 8 % dotázaných pacientů.

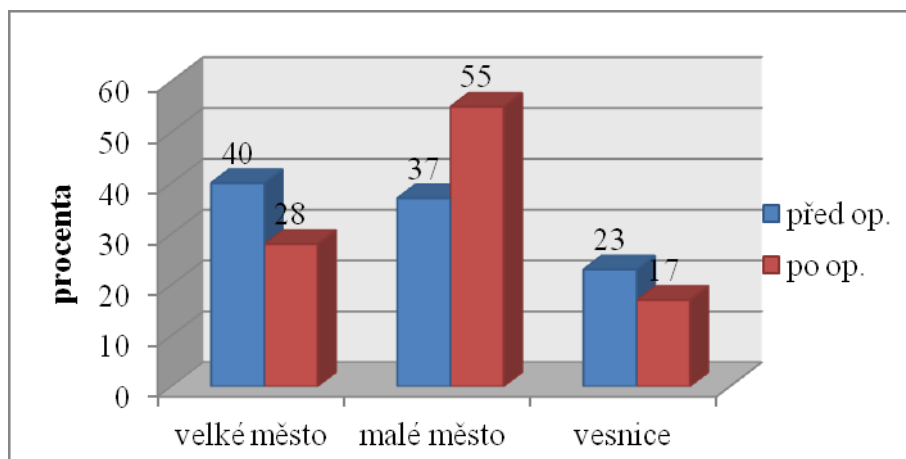
Graf č. 9: Rodinný stav respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací uvedlo 17 % pacientů svobodný, 57 % ženatý (vdaná), 15 % rozvedený (rozvedená), 6 % vdovec (vdova) a 5 % druh (družka). Po operaci uvedlo 22 % pacientů svobodný, 58 % ženatý (vdaná), 13 % rozvedený (rozvedená), 5 % vdovec (vdova) a 2 % druh (družka).

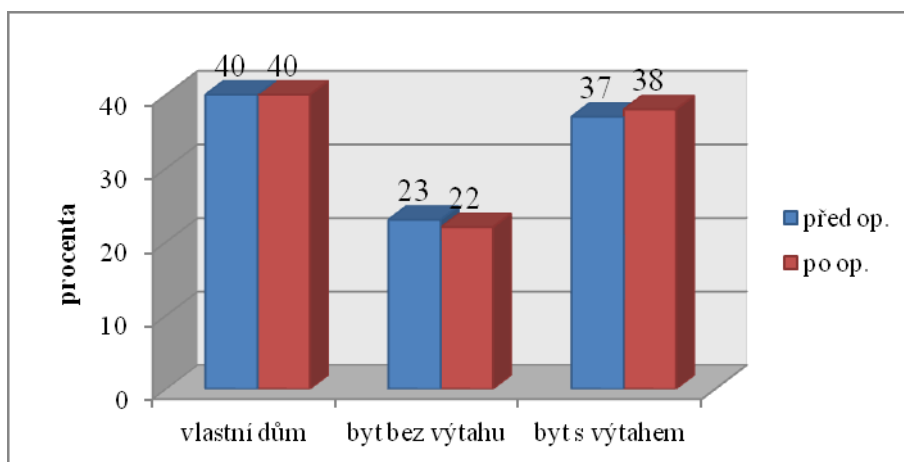
Graf č. 10: Kde respondenti žili (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací odpovědělo 40 % pacientů velké město, 37 % malé město a 23 % vesnici. Po operaci odpovědělo 28 % dotázaných velké město, 55 % malé město a 17 % vesnici.

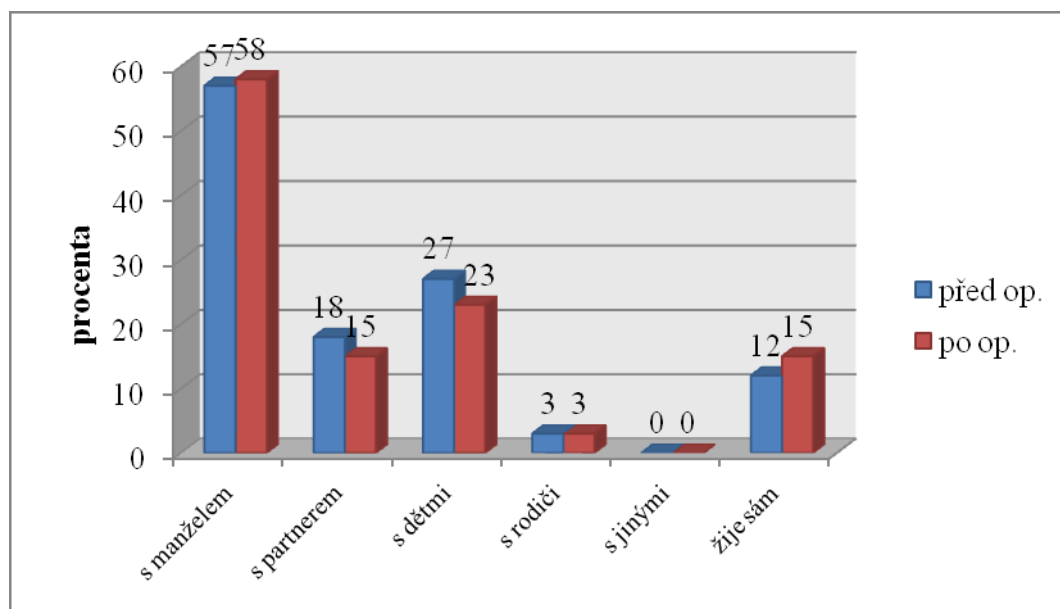
Graf č. 11 : Jak respondenti bydleli (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací 40 % pacientů bydlelo ve vlastním domě, 23 % bydlelo v bytě v domě bez výtahu a v domě s výtahem žilo 37 % respondentů. Po operaci 40 % pacientů bydlelo ve vlastním domě, 22 % bydlelo v bytě v domě bez výtahu a v domě s výtahem žilo 38 % respondentů.

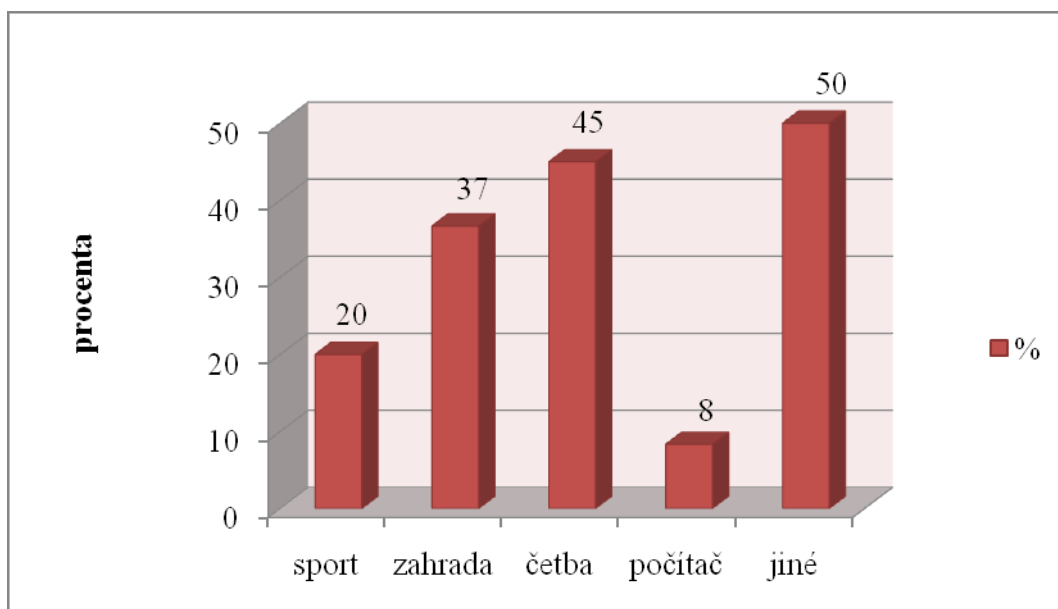
Graf č. 12: S kým žili respondenti ve společné domácnosti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací odpovědělo 57 % pacientů s manželem, 18 % s partnerem, 27 % s dětmi, 12 % žilo osamoceně, možnosti žití s jinými lidmi nevyužil žádný pacient. Po operaci uvedlo 58 % dotázaných s manželem, 15 % s partnerem, 23 % s dětmi, 15 % žilo samo a možnosti žití s jinými lidmi nevyužil žádný pacient.

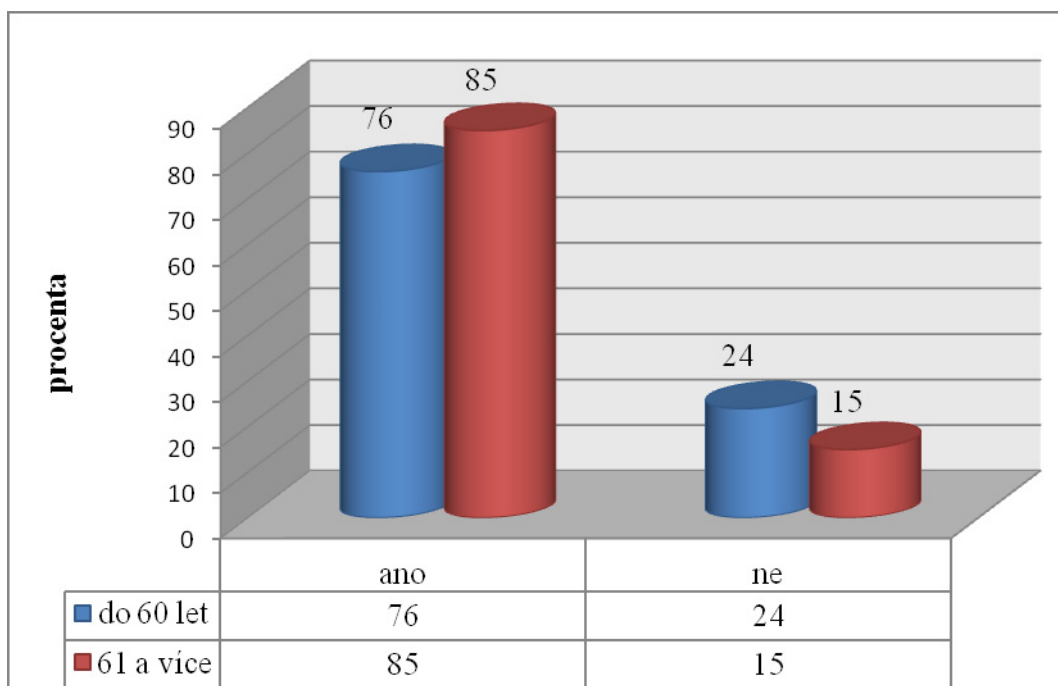
Graf č. 13 a: Volnočasové aktivity (koníčky) respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Mezi svými oblíbenými volnočasovými aktivitami uvedlo 20 % dotázaných pacientů sport, 37 % zahradu, 45 % četbu, 8 % počítač a možnosti jiné využilo 50 % pacientů. Jde např. o cestování, chataření, luštění křížovek a sudoku, sledování televize, ruční práce, kulturu, letectví a včelařství.

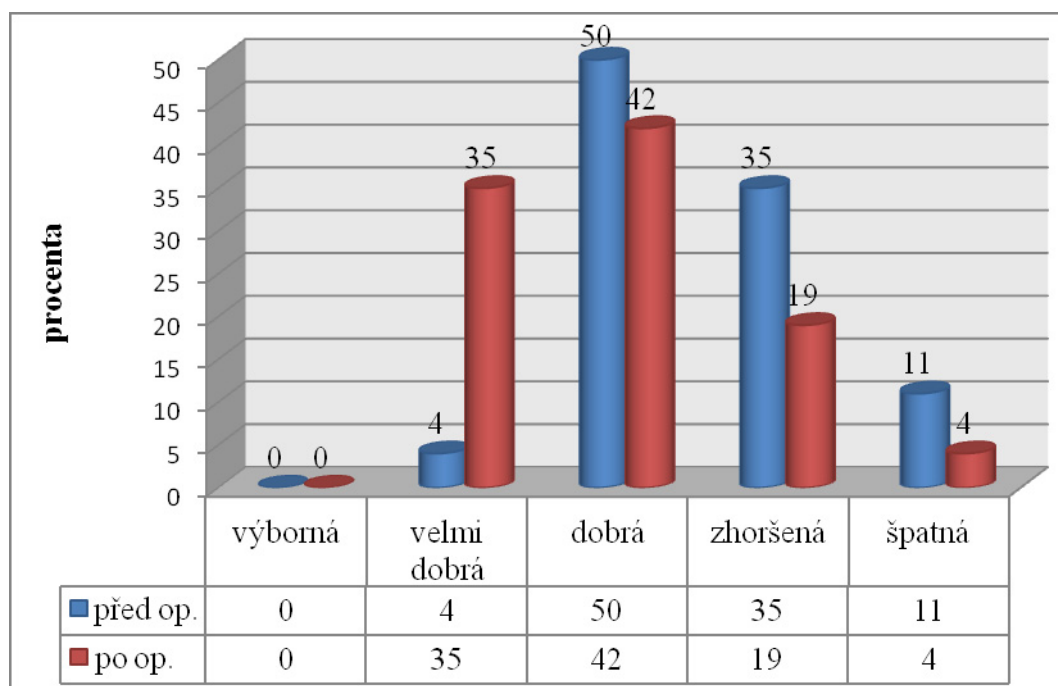
Graf č. 13 b: Návrat k volnočasovým aktivitám po operaci v závislosti na věku respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ke svým volnočasovým aktivitám se po operaci vrátilo 76 % pacientů ve věku do 60 let ($n = 26$) a 24 % dotázaných své koníčky už neprovozovalo. Ve věkové skupině 61 a více let ($n = 34$) se ke svým volnočasovým aktivitám vrátilo 85 % pacientů a 15 % je už po operaci neprovozovalo.

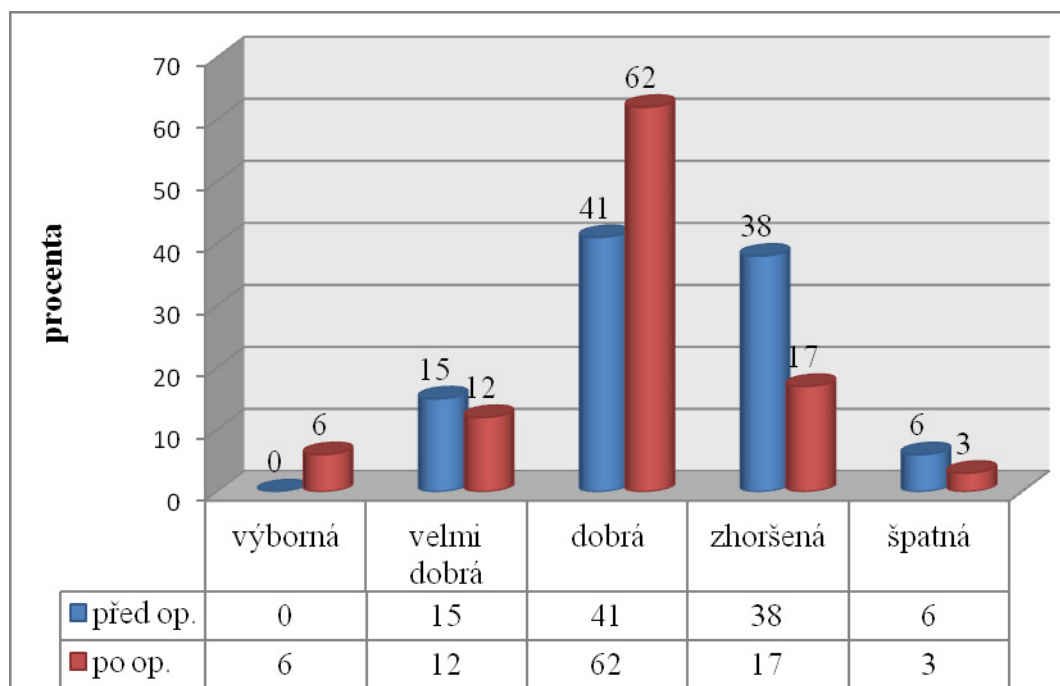
Graf č. 14 a: Subjektivní hodnocení fyzické aktivity u respondentů do 60 let věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu 26 (100%) pacientů do 60 let nezhodnotil žádný pacient svoji fyzickou aktivitu před operací jako výbornou, 4 % ji hodnotilo jako velmi dobrou, 50 % jako dobrou, 35 % jako zhoršenou a 11 % pacientů ji zhodnotilo jako špatnou. Po operaci nezhodnotil žádný pacient svoji fyzickou aktivitu jako výbornou, 35 % ji hodnotilo jako velmi dobrou, 42 % jako dobrou, 19 % pacientů jako zhoršenou a 4 % jako špatnou.

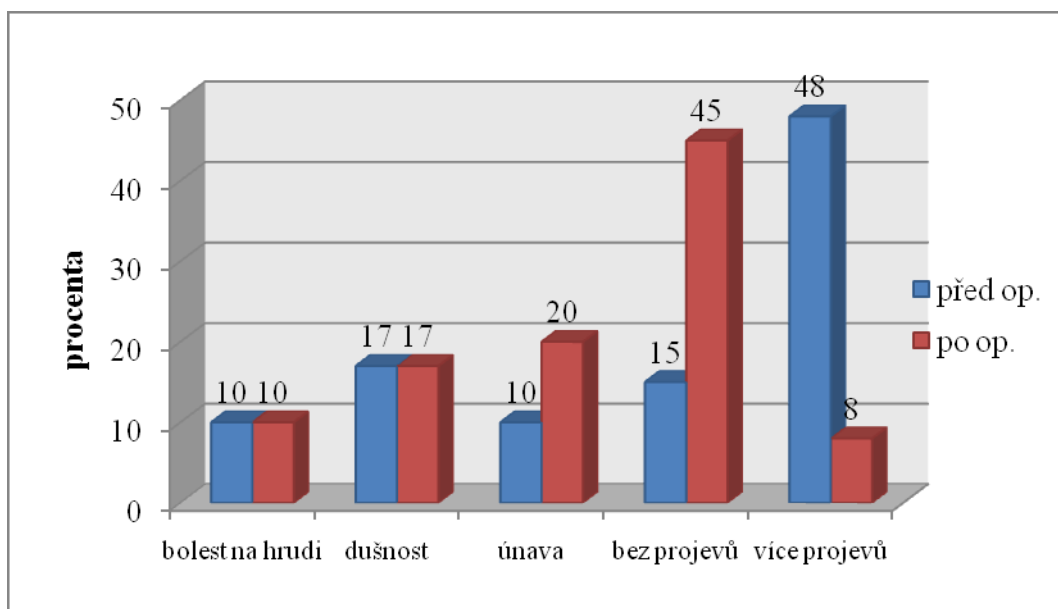
Graf č. 14 b: Subjektivní hodnocení fyzické aktivity u respondentů ve věku 61 a více let (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu 34 (100%) pacientů ve věku 61 a více let nezhodnotil žádný pacient svoji fyzickou aktivitu jako výbornou, 15 % ji zhodnotilo jako velmi dobrou, 41 % jako dobrou, 38 % uvádí zhoršenou fyzickou aktivitu a 6 % špatnou. Po operaci hodnotilo svoji současnou fyzickou aktivitu 6 % pacientů jako výbornou, 12 % jako velmi dobrou, 62 % jako dobrou, 17 % uvedlo zhoršenou fyzickou aktivitu a 3 % špatnou.

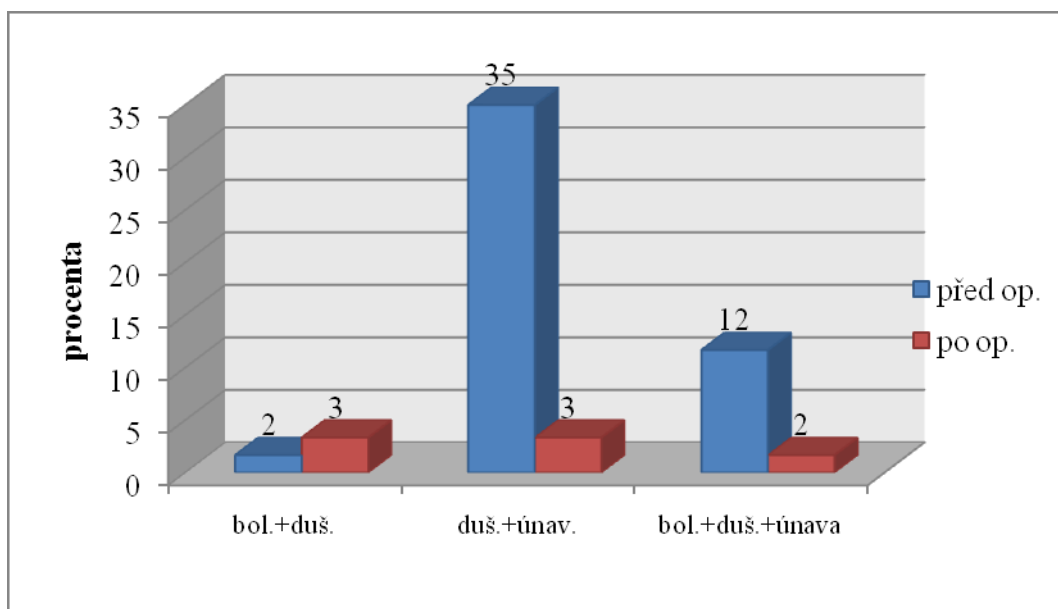
Graf č. 15 a: Jak se projevovalo onemocnění srdce při tělesné námaze (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací se onemocnění srdce při tělesné námaze projevovalo u 10 % pacientů bolestmi na hrudi, u 17 % dušností, u 10 % únavou, bez projevů uvedlo 15 % dotázaných a více projevů odpovědělo 48 % pacientů. Po operaci se onemocnění srdce při tělesné námaze projevovalo u 10 % pacientů bolestmi na hrudi, u 17 % dušností, u 20 % dominuje únava, bez projevů uvedlo 45 % a více projevů odpovědělo 8 % dotázaných pacientů.

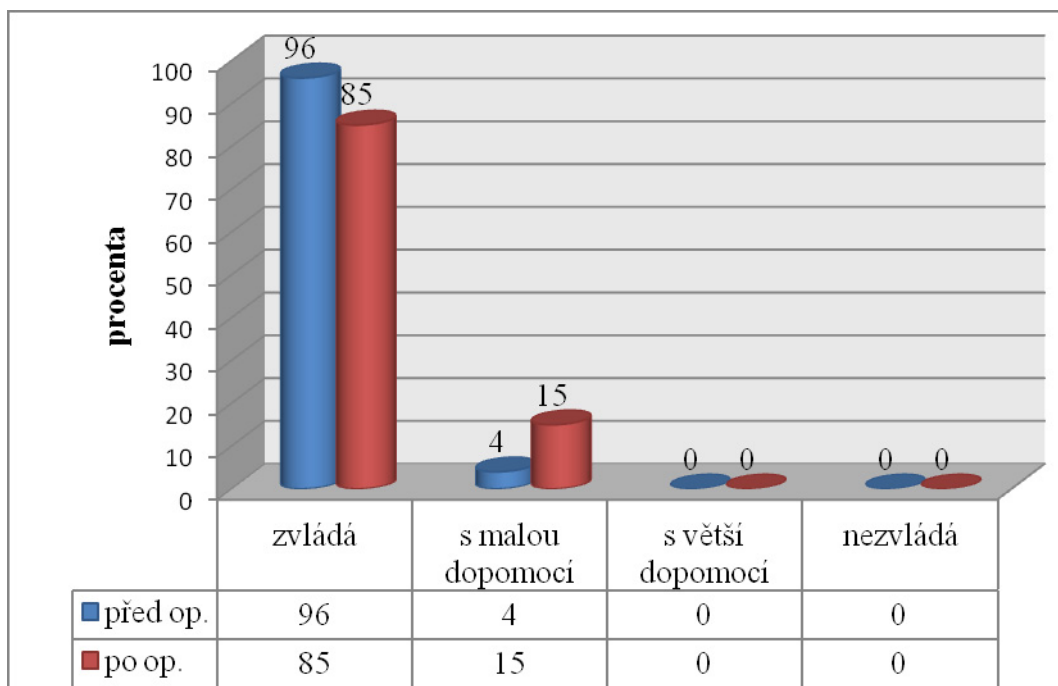
Graf č. 15 b: Kombinace projevů při tělesné námaze v %



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací kombinaci bolesti na hrudi + dušnost uvedli 2 % pacientů, dušnost + únava 35 % a všechny symptomy (bolest na hrudi + únava + dušnost) odpovědělo 12 % dotázaných. Po operaci kombinaci bolesti na hrudi + dušnost uvedli 3 % dotázaných, dušnost + únava 3 % a všechny symptomy odpověděli 2 % pacientů.

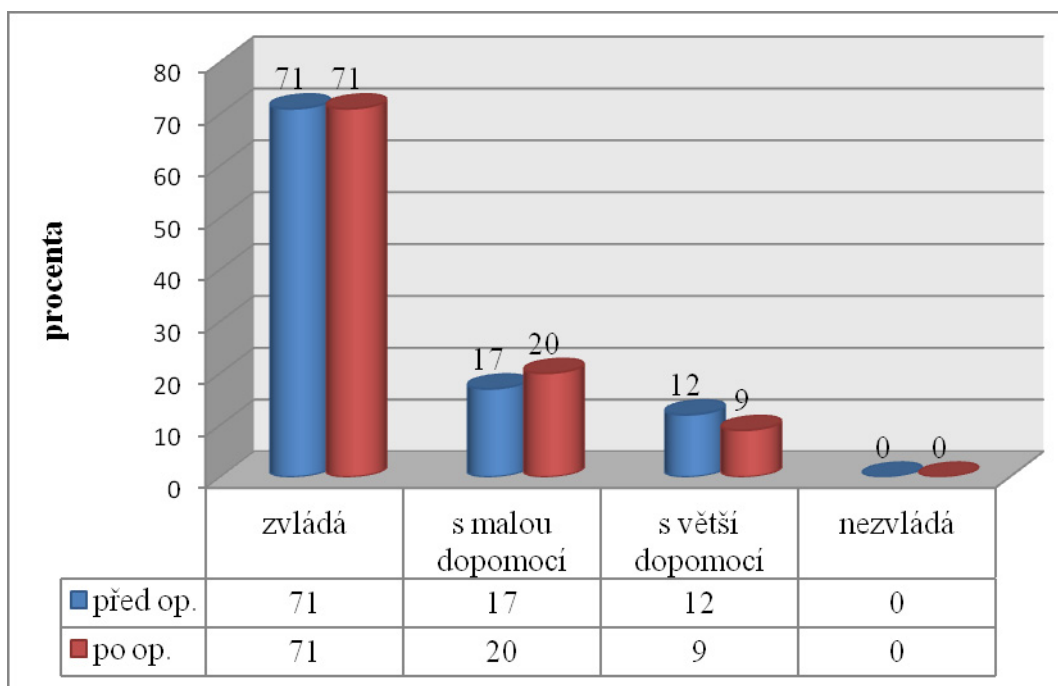
Graf č. 16 a: Subjektivní hodnocení soběstačnosti u respondentů do 60 let věku (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu pacientů do 60 let ($n = 26$), zvládá běžné denní činnosti před operací 96 % dotázaných, 4 % potřebují malou pomoc, možnosti odpovědi větší pomoc a „nezvládá“ nevyužil žádný pacient. Po operaci 85 % dotázaných pacientů do 60 let běžné denní aktivity zvládá bez pomoci, 15 % potřebuje malou pomoc, možnosti odpovědi větší pomoc a „nezvládá“ nevyužil žádný pacient.

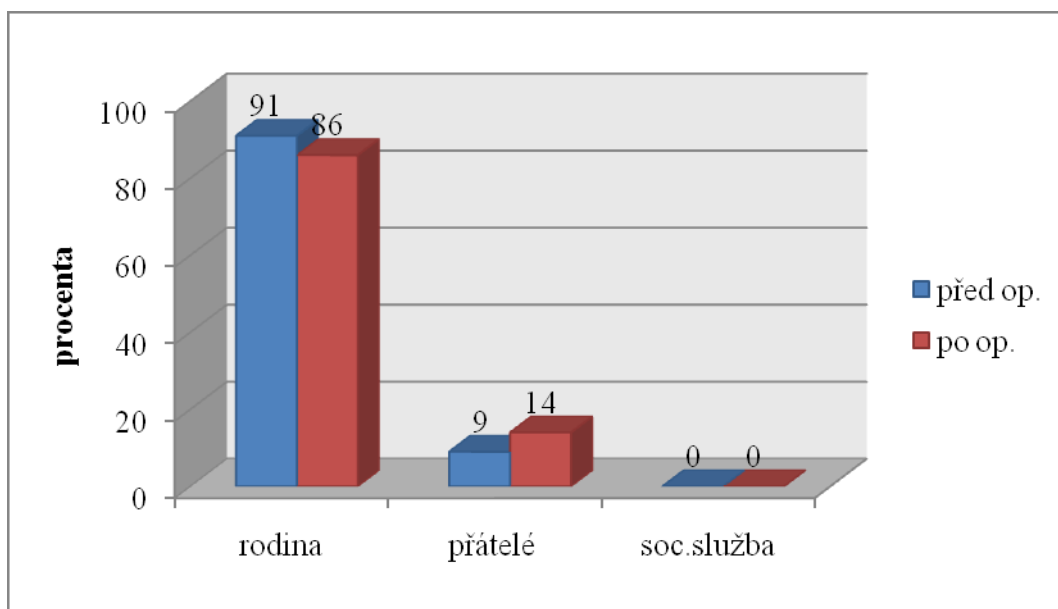
Graf č. 16 b: Subjektivní hodnocení soběstačnosti u respondentů ve věkové skupině 61 a více let (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ve věkové skupině 61 a více let ($n = 34$) zhodnotilo před operací 71 % pacientů, že zvládalo běžné denní aktivity bez pomoci, 17 % potřebuje menší pomoc, větší dopomoc uvedlo 12 % dotázaných a možnosti odpovědi „nezvládá“ nevyužil žádný pacient. Po operaci 71 % pacientů zvládalo běžné denní aktivity bez pomoci, 20 % zvládalo s malou dopomocí, 9 % dotázaných potřebuje větší dopomoc a možnost odpovědi „nezvládá“ neudal žádný pacient.

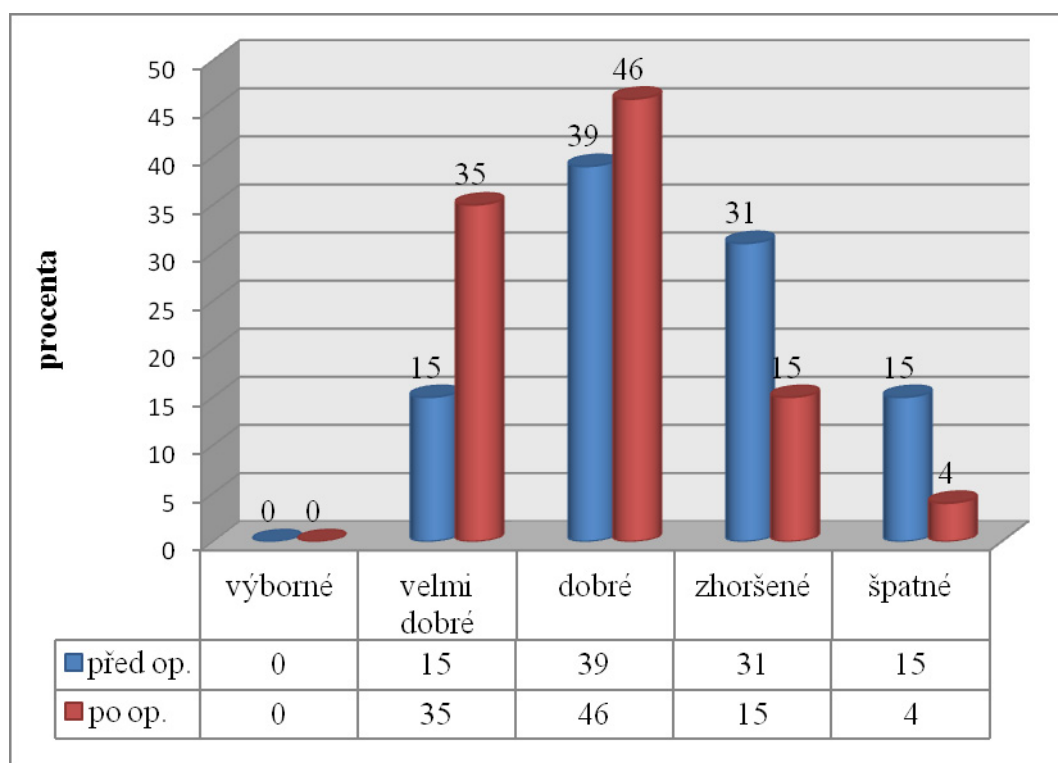
Graf č. 17: Kdo poskytoval respondentům potřebnou pomoc (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací v 91 % zajišťuje pomoc rodina, v 9 % přátelé a žádný z pacientů nevyužíval pomoci sociální služby. Po operaci poskytuje v 86 % pomoc rodina, ve 14 % přátelé a žádný pacient nevyužíval pomoci sociální služby.

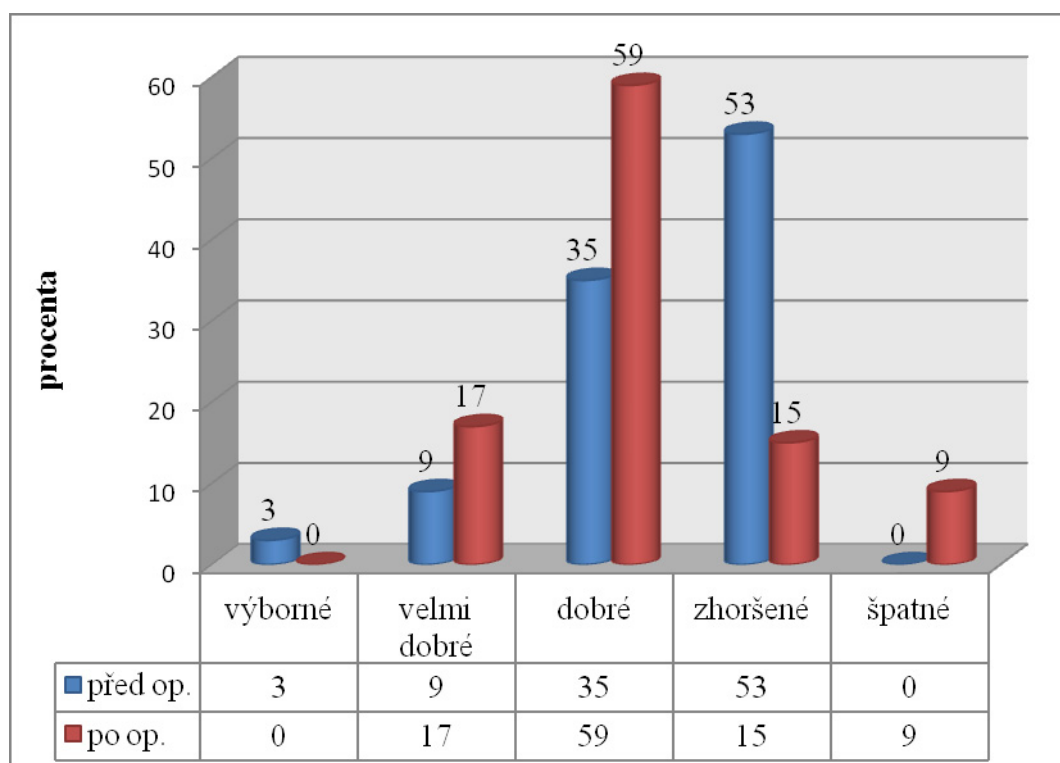
Graf č. 18 a: Subjektivní hodnocení zdraví respondentů do 60 let (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu pacientů do 60 let ($n = 26$) nezhodnotil svoje zdraví před operací jako výborné žádný z dotázaných, velmi dobré zdraví hodnotilo 15 %, dobré 39 %, zhoršené 31 % a jako špatné 15 % dotázaných. Po operaci nezhodnotil žádný pacient svoje zdraví jako výborné, 35 % hodnotilo velmi dobré, 46 % dobré, 15 % zhoršené a 4 % jako špatné.

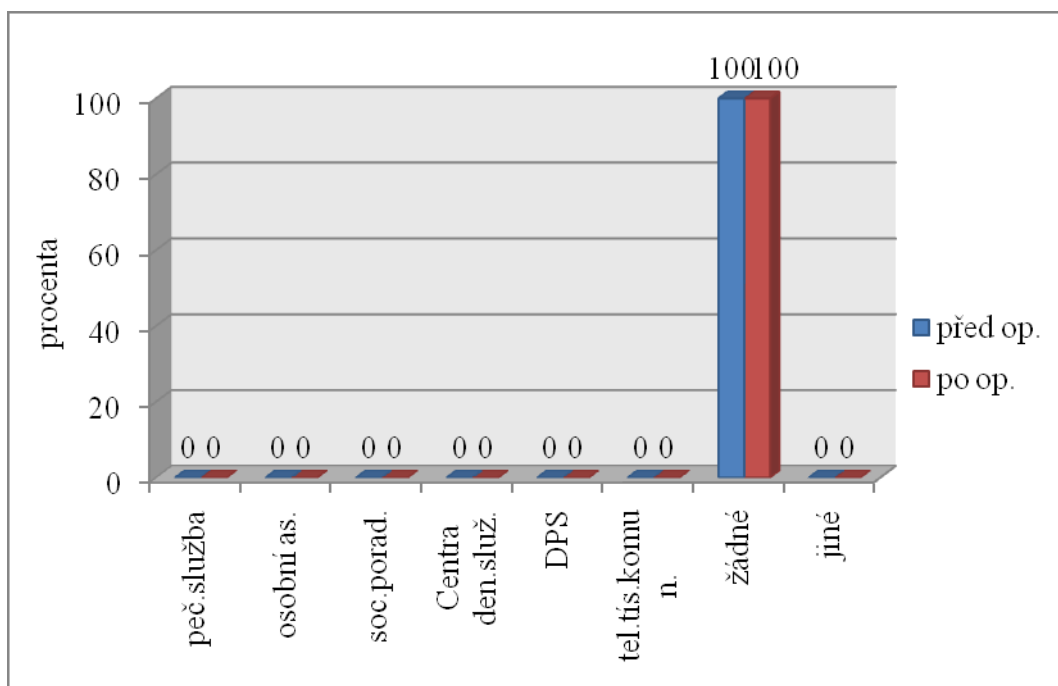
Graf č. 18 b: Subjektivní hodnocení zdraví u respondentů ve věku 61 let a více let (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu pacientů ve věku 61 a více let ($n = 34$) hodnotilo svoje zdraví před operací 3 % jako výborné, 9 % velmi dobré, 35 % dobré, 53 % jako zhoršené a možnosti špatné nevyužil žádný z dotázaných. Po operaci nezhodnotil své zdraví jako výborné žádný pacient, 17 % odpovědělo velmi dobré, 59 % dobré, možnosti zhoršené využilo 15 % a špatné 9 % dotázaných pacientů.

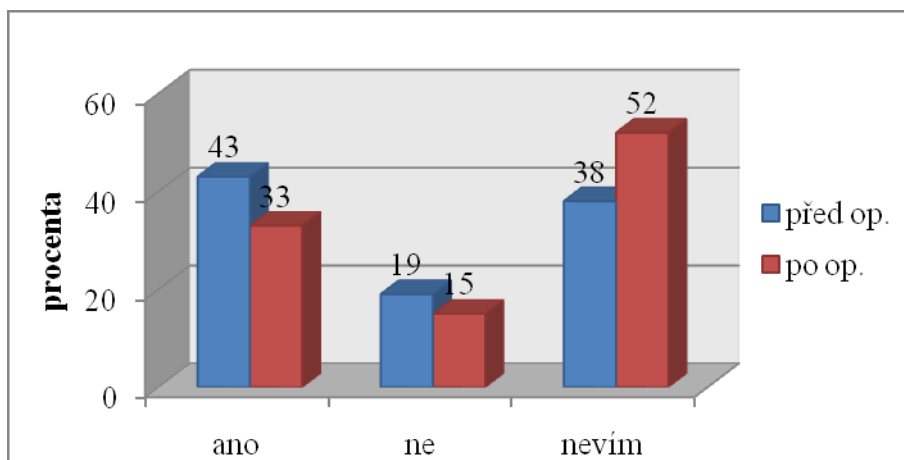
Graf č. 19: Jaké sociální služby respondenti využívali (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací i po operaci shodně žádný z dotázaných pacientů nevyužíval sociální služby.

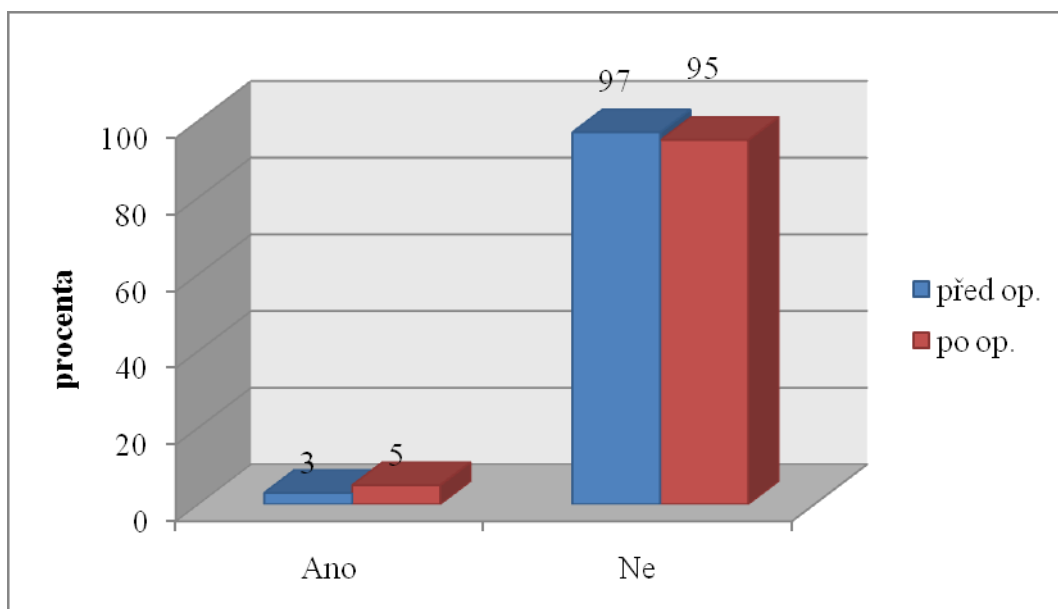
Graf č. 20: Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost sociálních služeb? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Na tuto otázku odpovědělo před operací 43 % pacientů ano, 19 % ne a 38 % dotázaných uvedlo nevím. Po operaci odpovědělo ano 33 % pacientů, ne 15 % a 52 % uvedlo nevím.

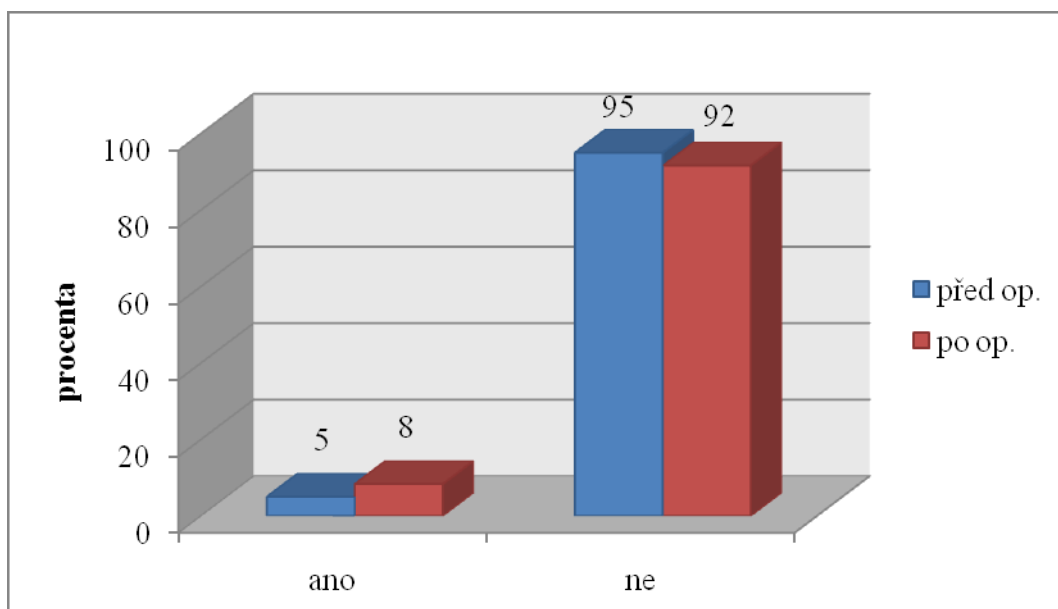
Graf č. 21: Příspěvek na péči (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací využívalo příspěvek na péči 3 % pacientů ($n = 60$) a 97 % odpovědělo ne. Po operaci příspěvek pobíralo 5 % dotázaných pacientů a 95 % ho nevyužívalo. Pacienti, kteří pobírali příspěvek na péči před operací i po ní, jsou starší 61 a více let.

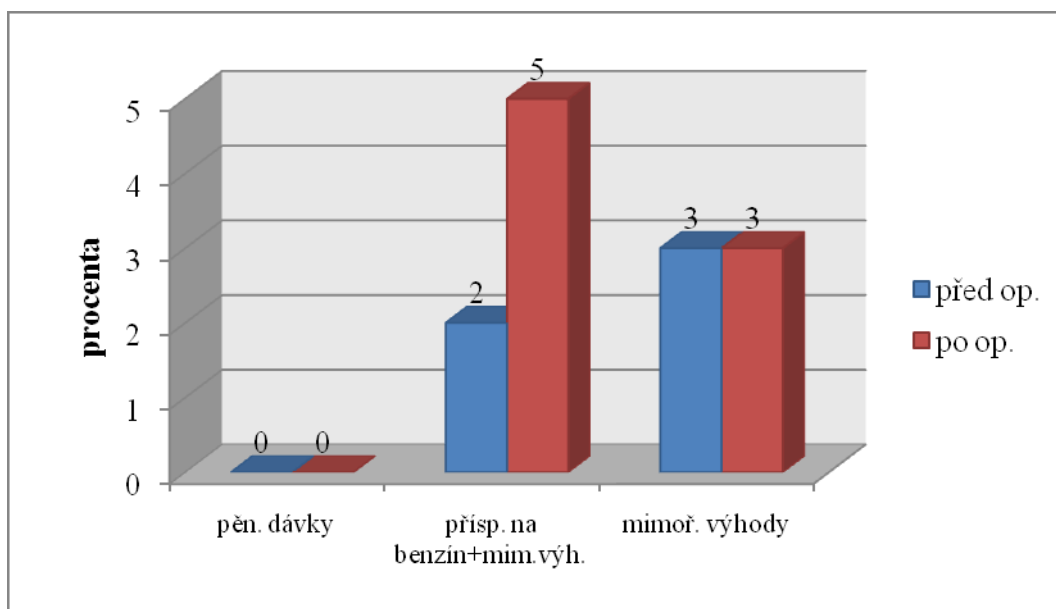
Graf č. 22 a: Využití dávek a mimořádných výhod sociální péče u zkoumaného souboru (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací využívalo dávky sociální péče 5 % z dotázaných pacientů (n = 60) a 95 % je nevyužívalo. Po operaci využívalo dávky sociální péče 8 % pacientů a 92 % je nevyužívalo.

Graf č. 22 b: Forma využívaných příspěvků a výhod sociální péče u respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ze zkoumaného souboru pacientů ($n = 60$) peněžité dávky před operací nepobíral žádný pacient, příspěvek na provoz motorového vozidla + mimořádné výhody byly přiznány 2 % pacientů a mimořádných výhod využívalo 3 % pacientů. Po operaci peněžité dávky nepobíral žádný pacient, příspěvek na provoz motorového vozidla + mimořádné výhody byly přiznány 5 % pacientů a mimořádných výhod využívala 3 % dotázaných pacientů.

Tabulka č. 1: Mimořádné výhody před operací dle věku (v %)

	do 60 let	61 a více
mimořádné výhody II. stupně	3%	2%
mimořádné výhody III. stupně	0%	0%

Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Mimořádné výhody II. stupně byly přiznány 3 % pacientů do 60 let a 2 % ve věku 61 a více let. Mimořádné výhody III. stupně žádný pacient nevyužíval.

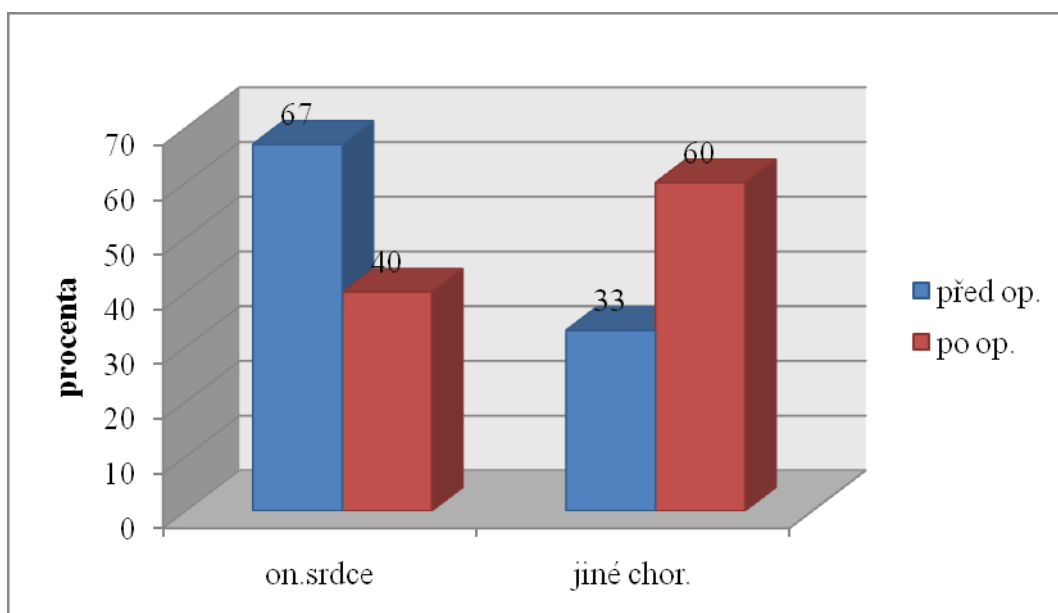
Tabulka č. 2: Mimořádné výhody po operaci dle věku (v %)

	do 60 let	61 a více
mimořádné výhody II. stupně	3%	3%
mimořádné výhody III. stupně	0%	2%

Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Mimořádné výhody II. stupně využívala 3 % pacientů do 60 let a 3 % ve věku 61 a více let. Mimořádné výhody III. stupně byly přiznány 2 % pacientů ve věku 61 a více let.

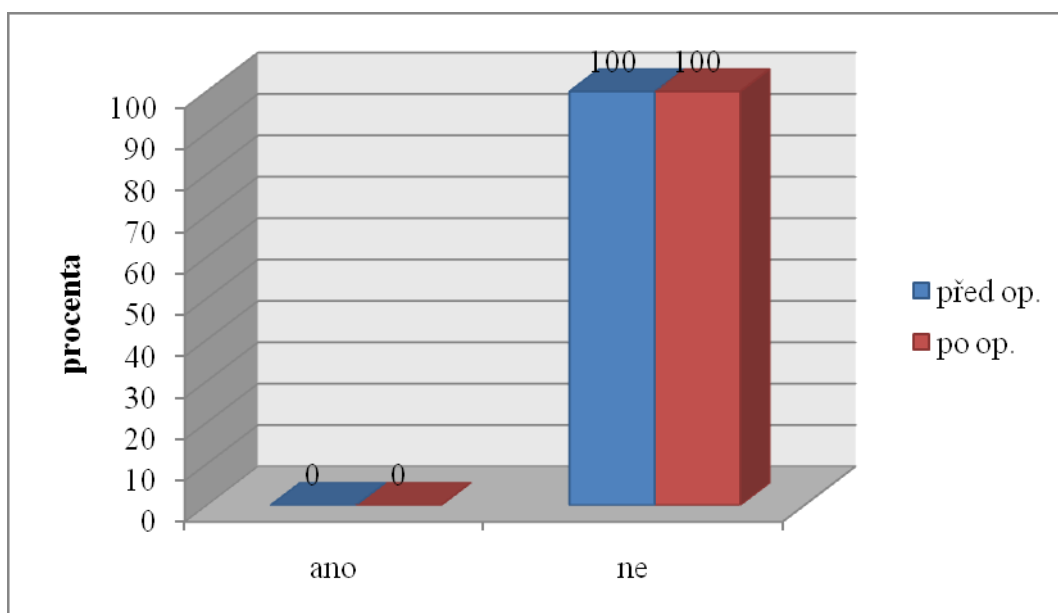
Graf č. 22 c: Z jakého důvodu byly respondentům přiznány mimořádné výhody (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

U pacientů ($n = 3$) před operací, kteří využívali mimořádné výhody, odpovědělo 67 % onemocnění srdce a 33 % jiné závažné onemocnění. U pacientů ($n = 5$) po operaci, kteří využívali mimořádné výhody, odpovědělo 40 % onemocnění srdce a 60 % jiné závažné onemocnění.

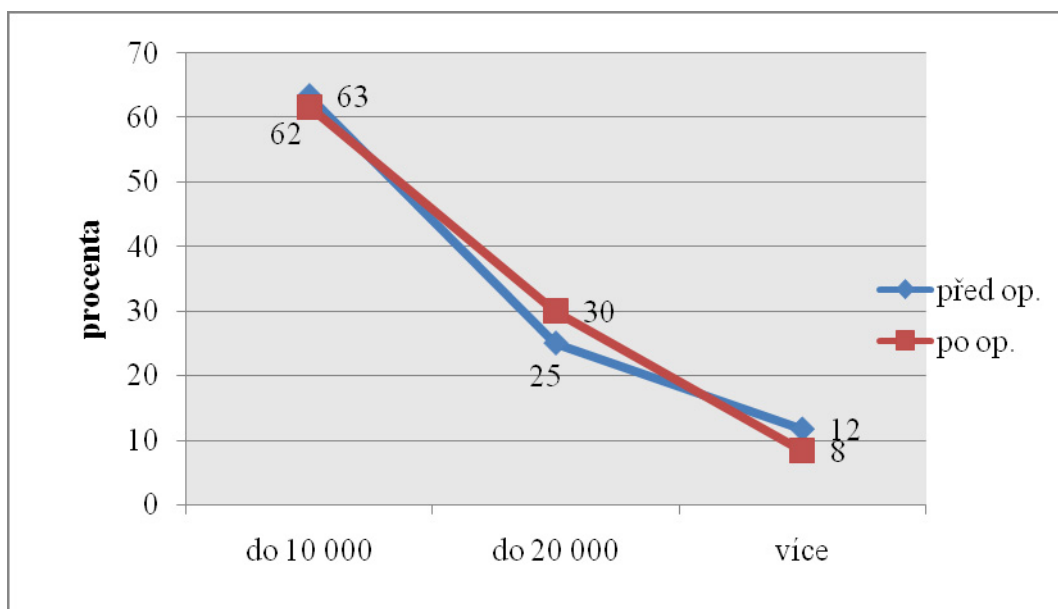
Graf č. 23: Využití služeb domácí péče (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Domácí péči nevyužíval žádný z dotázaných pacientů před i po operaci.

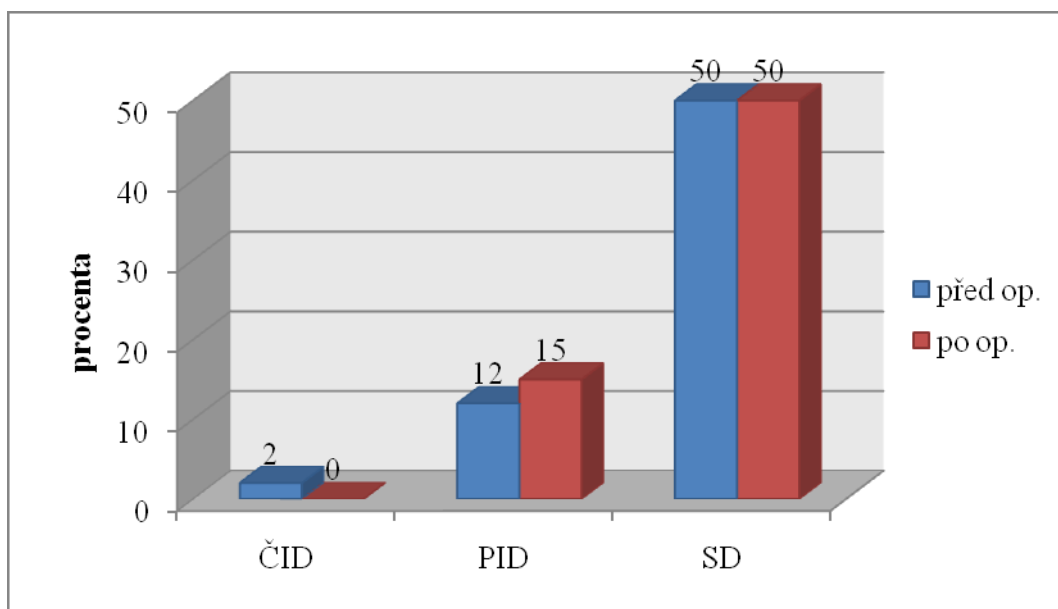
Graf č. 24: Ekonomická situace dotázaných respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací uvedlo 63 % dotázaných příjem do 10 000 Kč, 25 % příjem do 20 000 Kč a více odpovědělo 12 % pacientů. Po operaci uvedlo příjem do 10 000 Kč 62 % pacientů, do 20 000 Kč 30 % a více odpovědělo 8 % dotázaných.

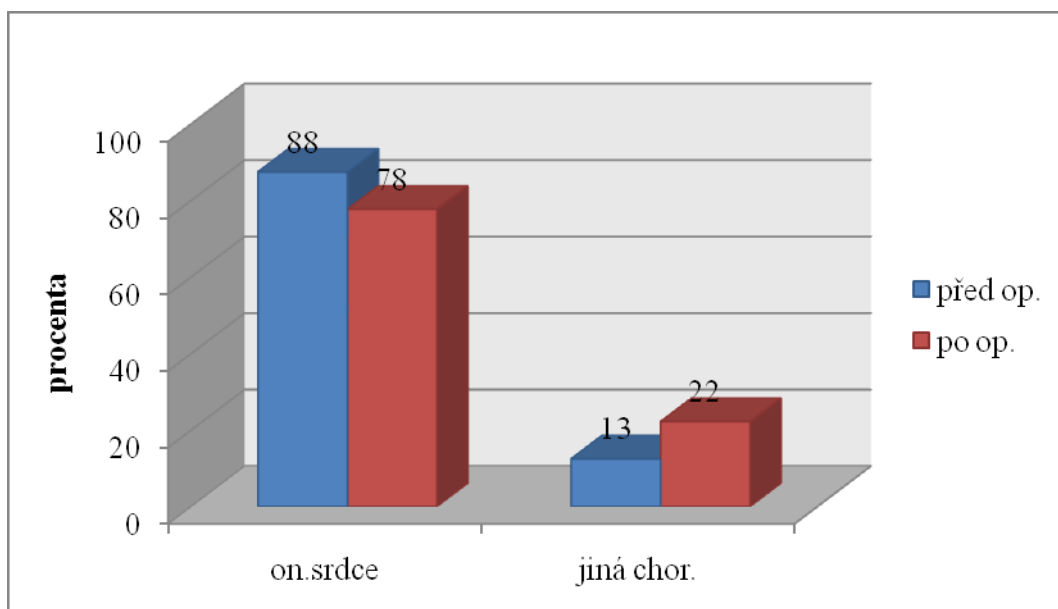
Graf č. 25: Jaké důchody respondenti pobírali (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu pacientů před operací ($n = 60$) bylo v nějakém důchodu 38 (64%) z nich. 2 % pobíralo částečný invalidní důchod (ČID), 12 % plný invalidní důchod (PID) a 50 % bylo ve starobním důchodu (SD). Po operaci z celkového počtu dotázaných pacientů ($n = 60$) pobíralo 39 (65%) nějaký důchod. 15 % PID a 50 % SD, ČID nepobíral žádný pacient.

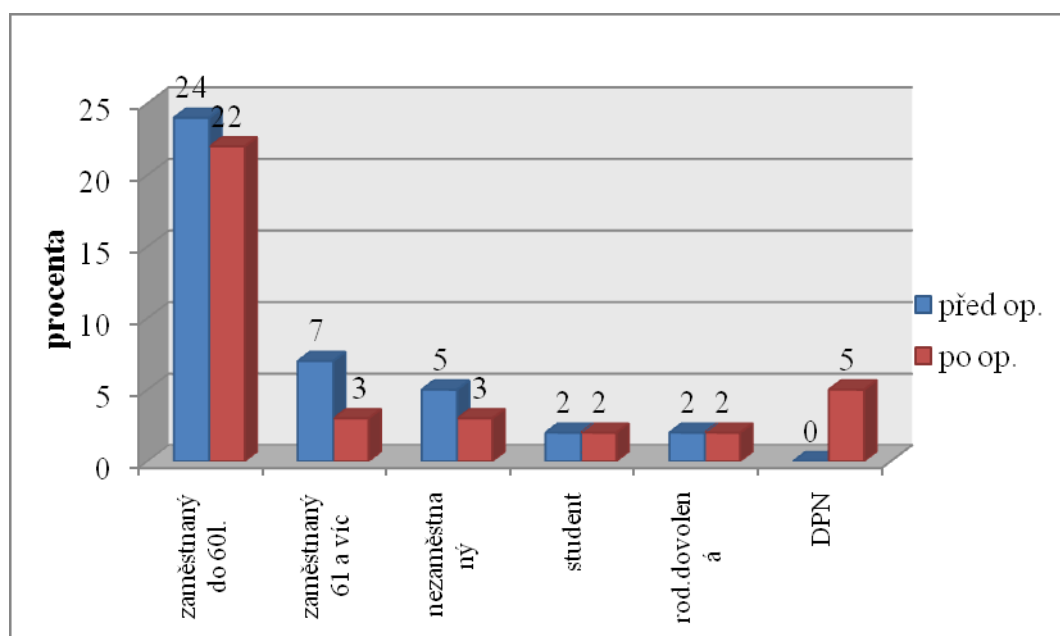
Graf č. 26: Z jakého důvodu brali respondenti invalidní důchod (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací odpovědělo 88 % pacientů, kteří pobírali invalidní důchod, onemocnění srdce a 13 % jiné závažné onemocnění. Po operaci odpovědělo 78 % dotázaných onemocnění srdce a 22 % jinou závažnou chorobu.

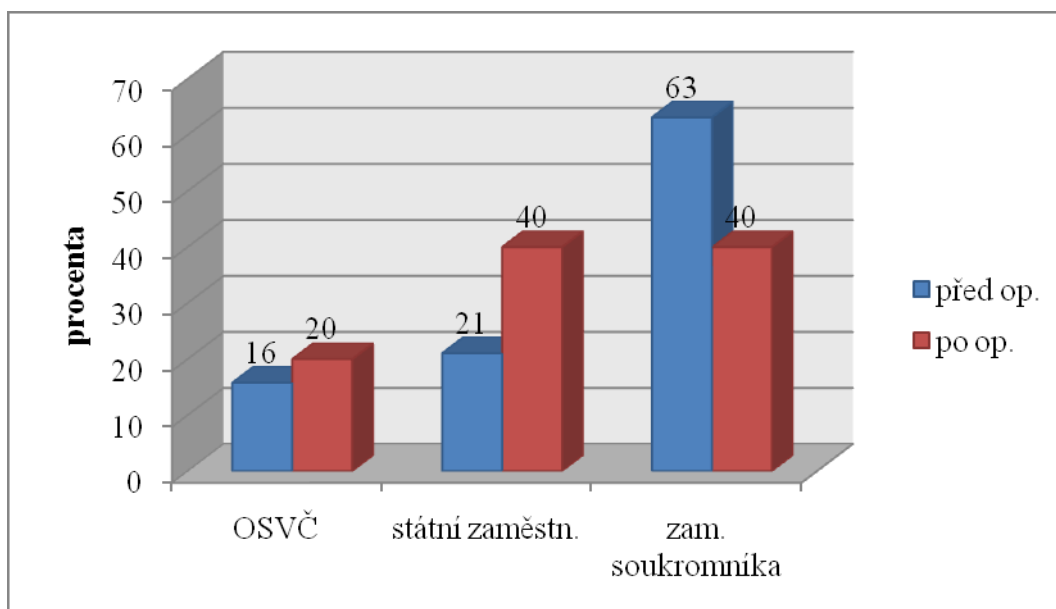
Graf č. 27: Pracovní zařazení respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z celkového počtu 60 (100%) pacientů, bylo zaměstnaných 24 % pacientů do 60 let, 7 % pacientů ve věku 61 a více let, dále bylo 5 % nezaměstnaných, 2 % studujících, rodičovskou dovolenou uvedla 2 % dotázaných a v dlouhodobé pracovní neschopnosti (DPN) nebyl žádný pacient. Po operaci bylo 22 % zaměstnaných pacientů do 60 let, 3 % zaměstnaných ve věku 61 a více let, nezaměstnaných byla 3 %, student odpověděla 2 % dotázaných, na rodičovské dovolené byla též 2 % a v DPN zůstalo 5 % pacientů.

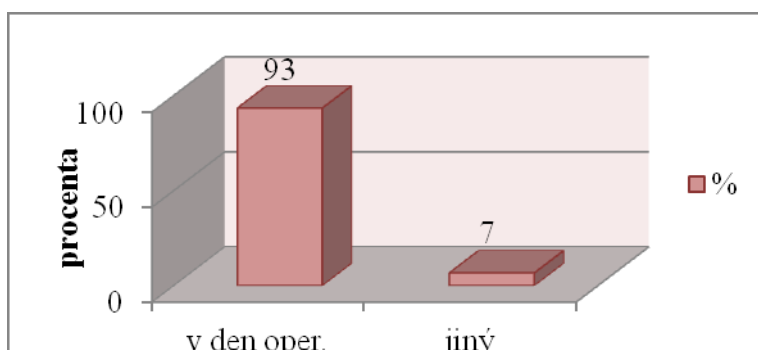
Graf č. 28: Zaměstnání pracujících (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Pracující pacienti před operací (n = 19) uvedli, že 16 % bylo zaměstnáno jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ), 21 % bylo zaměstnáno ve státním podniku a 63 % u soukromníka. Pacienti po operaci (n = 15) uvedli, že pracovali ve 20 % jako OSVČ, 40 % ve státním a 40 % u soukromníka.

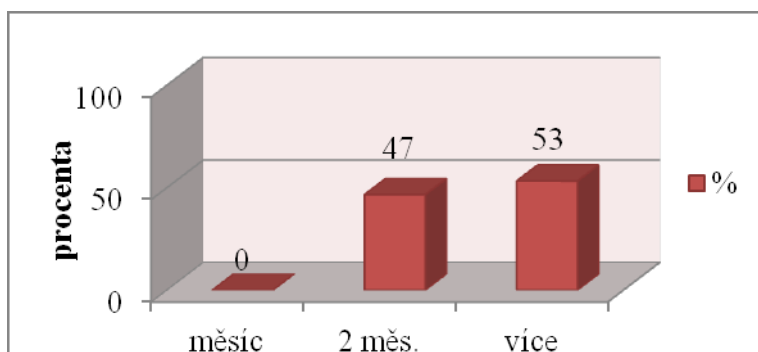
Graf č. 29: Délka pracovní neschopnosti před operací (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Ze zkoumaného vzorku pacientů ($n = 15$), kteří se po operaci vrátili do svého zaměstnání, 93 % uvedlo, že nastoupili pracovní neschopnost (PN) v den operace a 7 % uvedlo možnost jiný (1 pacient byl v PN už 2 týdny před operací).

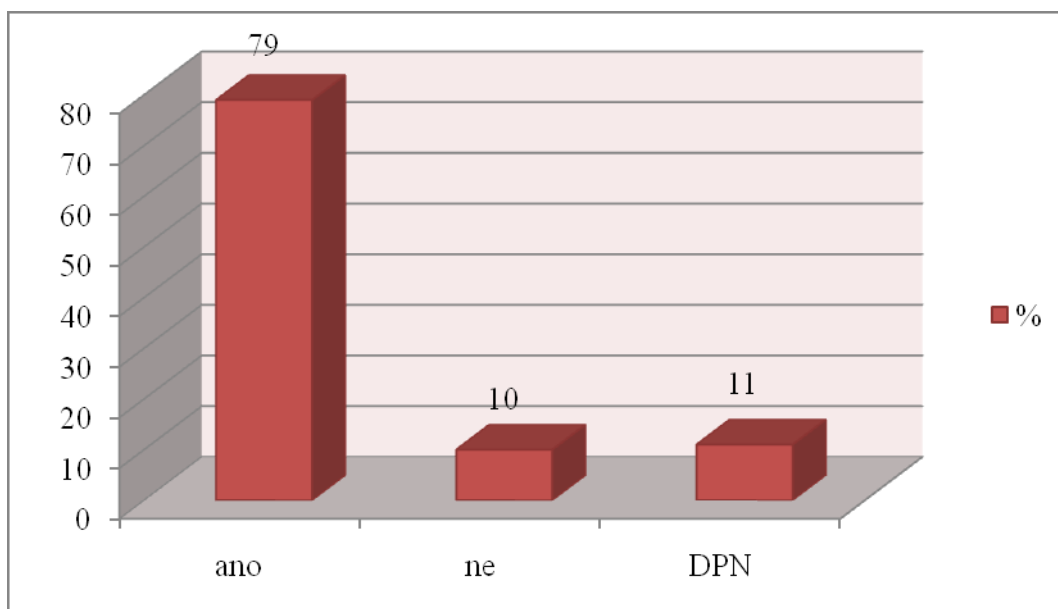
Graf č. 30: PN po operaci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z pracujících pacientů po operaci ($n = 15$), žádný neuvedl měsíc, 47 % uvedlo délku PN 2 měsíce a více odpovědělo 53 % dotázaných pacientů.

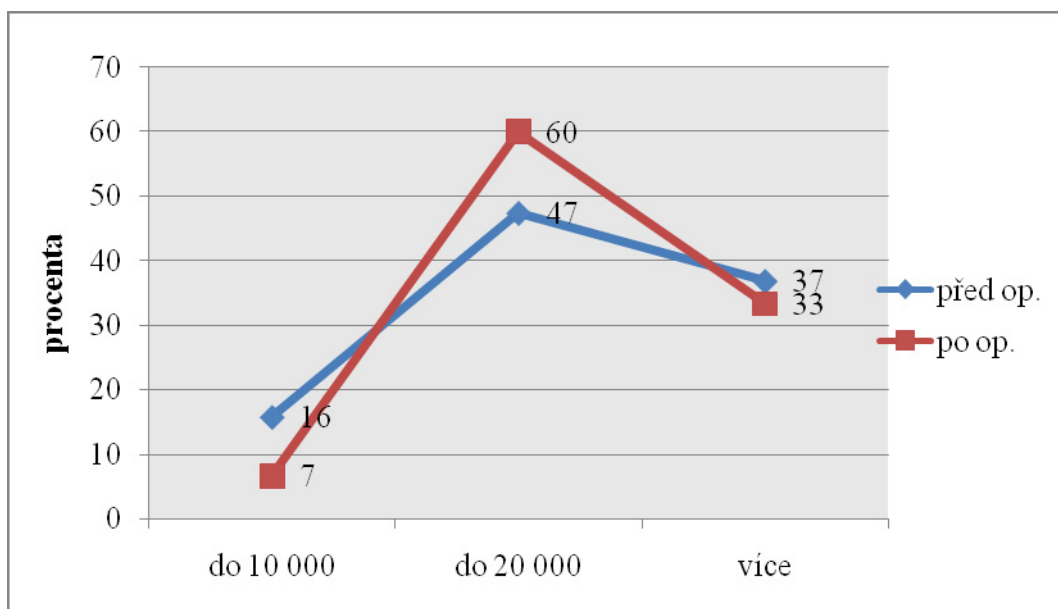
Graf č. 31: Návrat do pracovního procesu po operaci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Po operaci se zpět do pracovního procesu vrátilo z původních 19 (100%) celkem 15 (79%) pacientů, 10 % se nevrátilo a 11 % zůstává i půl roku po operaci v dlouhodobé pracovní neschopnosti.

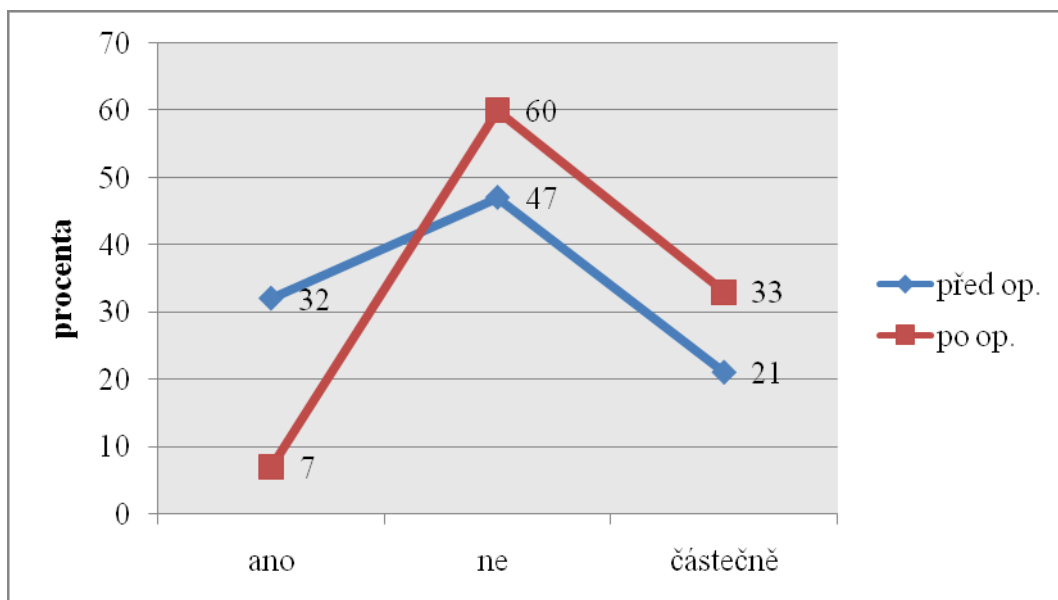
Graf č. 32 a: Ekonomická situace pracujících respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Příjem pracujících pacientů před operací (n = 19) byl u 16 % z nich do 10 000 Kč, 47 % uvedlo příjem do 20 000 Kč a více odpovědělo 37 % dotázaných pacientů. Příjem pracujících pacientů po operaci (n = 15) byl u 7 % do 10 000 Kč, 60 % uvedlo příjem do 20 000 Kč a více odpovědělo 33 % dotázaných pacientů.

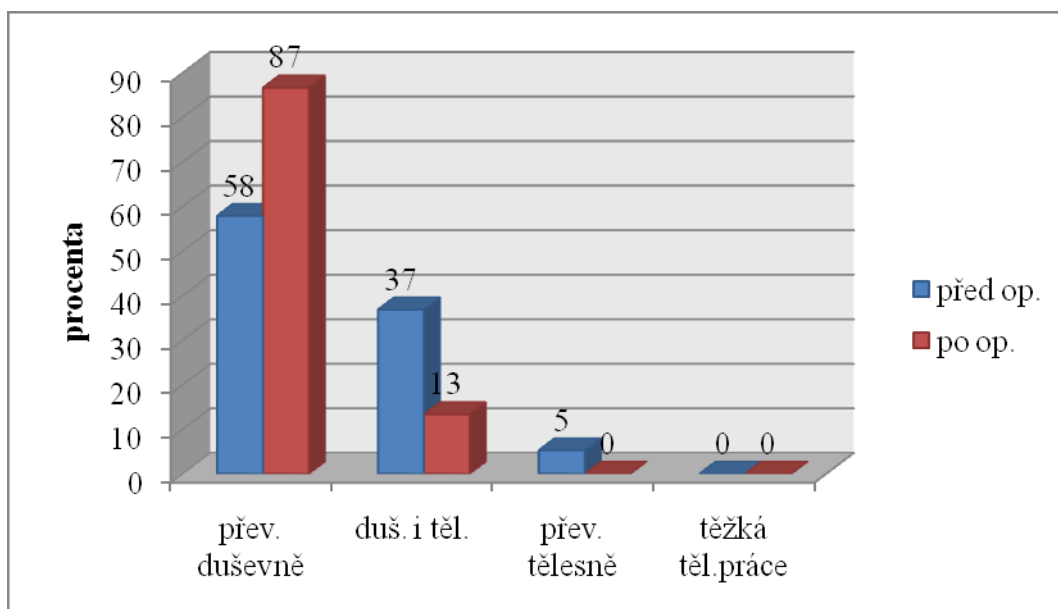
Graf č. 32 b: Závislost rodiny na příjmu u ekonomicky aktivních respondentů (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Na tuto otázku odpovědělo 32 % pracujících pacientů před operací (n = 19) ano, 47 % ne a 21 % se podílí na finančním zabezpečení své rodiny. Po operaci odpovědělo 7 % dotázaných pacientů (n = 15) ano, 60 % ne a 33 % se podílí na společném rozpočtu rodiny.

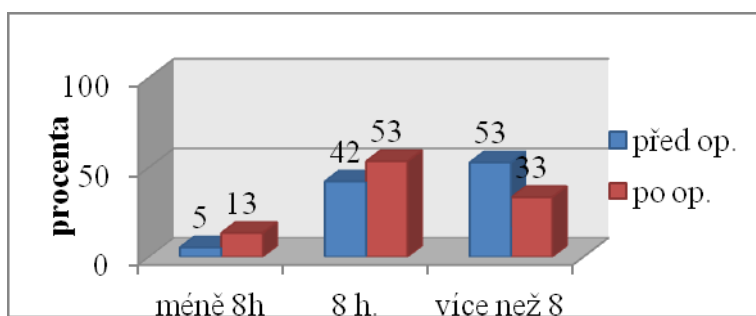
Graf č. 33: Jak respondenti hodnotí náročnost své práce (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Z pracujících před operací (n = 19) hodnotí 58 % pacientů svoji práci náročnou především duševně, 37 % náročnou duševně i tělesně, 5 % převážně tělesně náročnou a těžkou tělesnou práci nevykonával žádný pacient. Z pracujících po operaci (n = 15) hodnotí 87 % pacientů svoji práci náročnou především duševně, 13 % tělesně i duševně a žádný pacient nevyužil možností převážně tělesně a těžká tělesná práce.

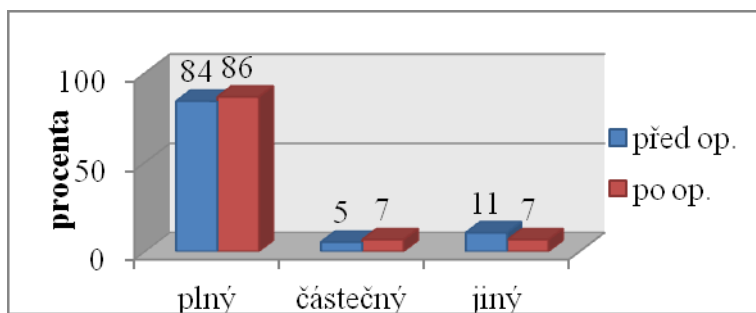
Graf č. 34: Délka denní pracovní doby (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací uvedlo 5 % pracujících pacientů ($n = 19$) pracovní dobu kratší než 8 hodin, 42 % 8 hodin a 53 % více než 8 hodin. Po operaci uvedlo 13 % pracujících ($n = 15$) kratší než 8 hodin, 53 % 8 hodin a 33 % delší než 8 hodin.

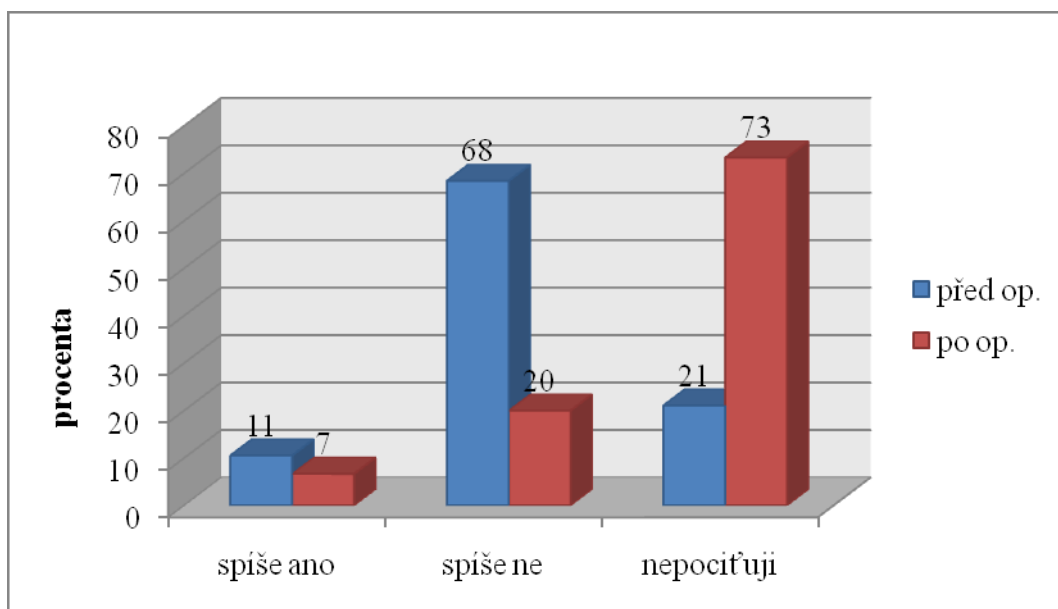
Graf č. 35: Pracovní úvazek (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Před operací uvedlo 84 % pracujících pacientů ($n = 19$) plný úvazek, 5 % úvazek částečný a 11 % jiný. Po operaci uvedlo 86 % pracujících pacientů ($n = 15$) plný úvazek, 7 % úvazek částečný a 7 % jiný.

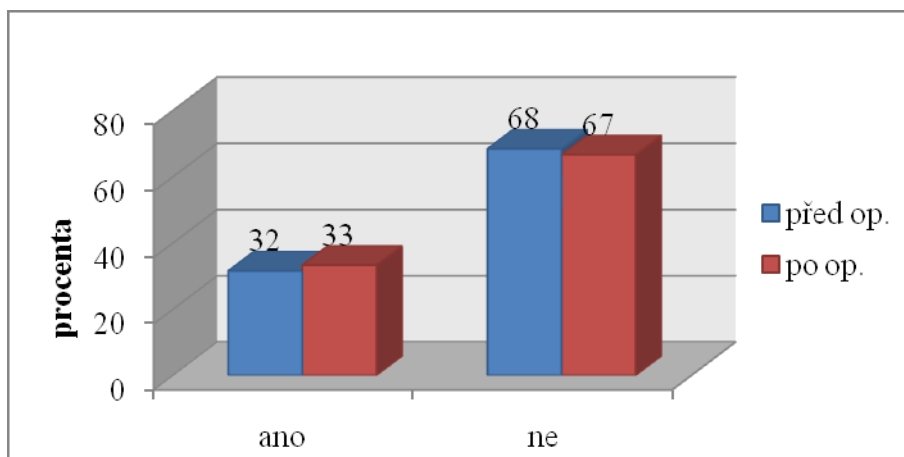
Graf č. 36: Přinášela práce respondentům nějaké omezení vzhledem k jejich zdravotnímu stavu (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Na tuto otázku odpovědělo 11 % pracujících pacientů ($n = 19$) před operací spíše ano, 68 % spíše ne a 21 % nepocituje vůbec žádné omezení. Po operaci odpovědělo 7 % pracujících ($n = 15$) spíše ano, 20 % spíše ne a 73 % nepocituje vůbec žádné omezení.

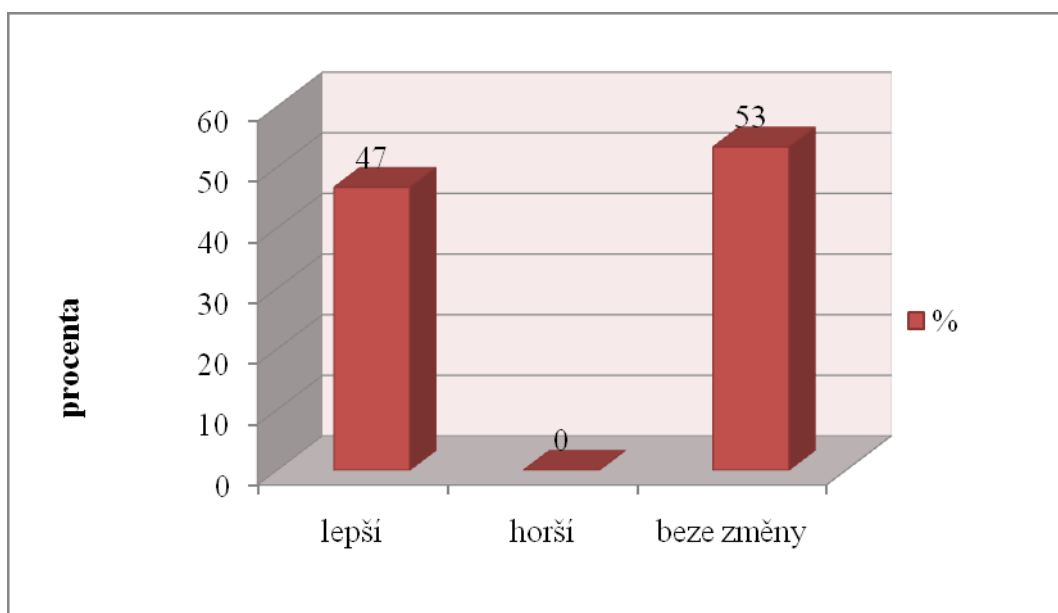
Graf č. 37: Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost pracovních příležitostí? (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Pracující před operací (n = 19) odpověděli ve 32 % ano a v 68 % ne. Pracující po operaci (n = 15) odpověděli ve 33 % ano a v 67 % ne.

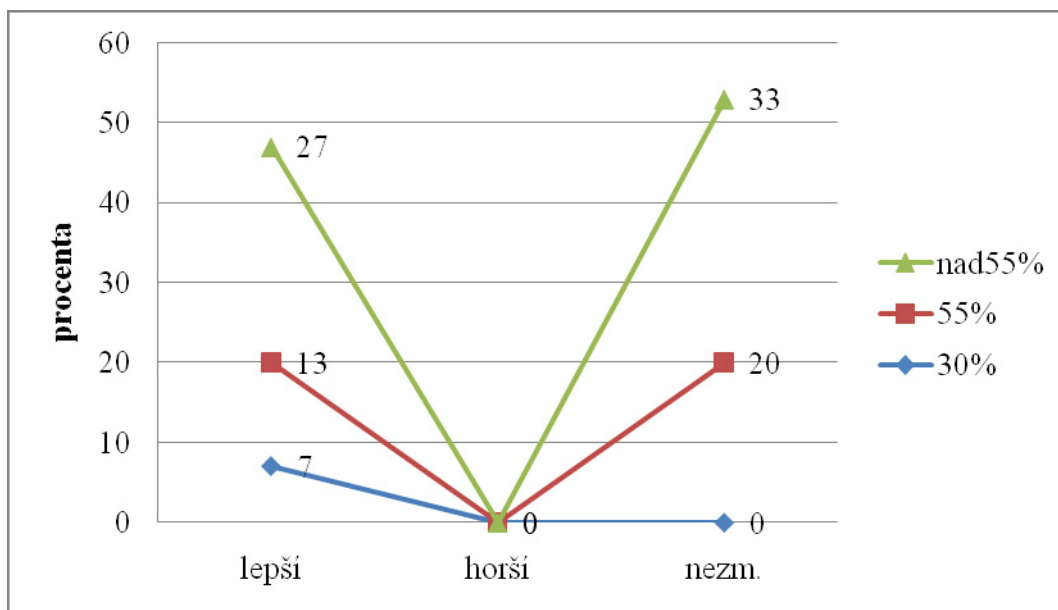
Graf č. 38: Jak hodnotí respondenti svoji pracovní aktivitu po operaci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Pacienti pracující po operaci ($n = 15$) hodnotí svoji pracovní aktivitu ve 47 % jako lepší a v 53 % jako nezměněnu, žádný pacient nehodnotí zhoršení pracovní aktivity.

Graf č. 39: Hodnocení pracovní aktivity v závislosti na ejekční frakci (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum, 2008

Zlepšení pracovní aktivity po operaci hodnotí 27 % pacientů s ejekční frakcí (EF) nad 55 %, 13 % s EF do 55 % a 7 % s EF do 30 %. Nezměněnu uvedlo 20 % s EF do 55 % a 33 % pracujících respondentů s EF nad 50 %.

5. Diskuze

V této práci jsem se snažila zmapovat potřebu sociální pomoci pacientům ve věku 61 a více let po operaci srdce a jejich zvládání běžných denních aktivit. Nezanedbatelný soubor též představují pacienti v produktivním věku, kde jsem se zaměřila na posouzení pracovní schopnosti a návratu do jejich zaměstnání. Z dotazníkového šetření vyplývají zajímavé skutečnosti, které byly získány od pacientů hospitalizovaných na Kardiochirurgickém oddělení Nemocnice na Homolce. Tato práce zkoumá dvě veličiny, které se vzájemně prolínají.

Grafy č. 1 až č. 6 jsem vytvořila po podrobném prostudování zdravotní dokumentace pacientů. Celkem výzkumný soubor tvořilo 57 % žen a 43 % mužů. Nejpočetnější věkovou skupinou byli pacienti ve věku 61 a více let 57 % (dále senioři) a pacienti do 60 let tvořili ze statistického vzorku 43 %. Nejčastějším výkonem, vycházejícím z tohoto šetření, byly kombinované operace (46 %). Pojmem kombinovaný výkon rozumím náhradu nebo plastiku chlopně či více chlopní, někdy společně s koronární rekonstrukcí.

Myslím, že velmi důležitým faktorem, který může výrazně ovlivnit akceptovatelnou fyzickou zátěž u kardiaků, je ejekční frakce (EF). Zdravé srdce má hodnoty kolem 60 – 70 %. V tomto výzkumu jsem zjistila, že EF u sledovaného souboru se pohybuje u většiny pacientů do 55 % (49 %), znázorňuje graf č. 5. Ejekční frakce se stala základem pro posudkovou činnost. Souhlasím však s názorem Špinara (22), kdy nesmí být přeceňován význam EF a musí se posuzovat komplexněji, především jak se na tomto parametru podílí ostatní srdeční funkce a jaký je klinický stav pacienta.

Graf č. 6 ukazuje sledovaná přidružená onemocnění. Zhruba třetina pacientů měla v anamnéze uvedeny dvě a více chorob najednou. Polymorbidita nejen zvyšuje riziko pooperačních komplikací, ale může také ovlivnit délku hospitalizace. Z interních chorob se nejvíce vyskytovala hypertenze (52 %), diabetes mellitus (32 %), metabolické poruchy (22 %) a chronická obstrukční plicní nemoc (22 %).

Graf č. 7 ukazuje komplikace, které prodělali pacienti po operaci. Tato otázka byla součástí dotazníku č. 2. Více jak polovina (62 %) dotázaných neproděla žádné komplikace, pak následují u 13 % deprese, 13 % plicní onemocnění, 12 % uvádí jiné (komplikované hojení operačních ran) a 3 % trápilo cévní onemocnění dolních končetin. Zajímavým výsledkem jsou pro mě deprese. Sama ze svých zkušeností sestry na kardiochirurgickém oddělení vím, že to není výjimečná diagnóza. Je často spojena s úzkostnými stavy. Psychická nepohoda může negativně ovlivnit zotavování. Jsem přesvědčena, že psychoterapie by se měla stát součástí komplexní péče.

Při rozhovoru jsem se při prvním šetření dotazovala na dosažené vzdělání pacientů. Po zpracování dat absolvovalo 42 % respondentů střední odborné vzdělání, 29 % středoškolské, 18 % respondentů základní vzdělání, 8 % dosáhlo vysokoškolského vzdělání a 3 % vystudovalo vyšší odbornou školu (Graf č. 8).

První otázky dotazníku sloužily k posouzení základních informací o souboru, sociálního zázemí a využití volnočasových aktivit.

Graf č. 9 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 1) ukazuje, že soubor pacientů byl tvořen před operací 58 % ženatými (vdanými) pacienty, 17 % svobodnými, 15 % rozvedenými, 6 % ovdovělými a druhá uvedlo 5 % dotázaných. Po operaci byl tvořen 57 % ženatými (vdanými) pacienty, 22 % svobodnými, 13 % rozvedenými a druhá uvedli 2 % respondentů.

Prekvapivě se výrazněji liší výsledky Grafu č. 10 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 2). Ptala jsem se, zda pacienti žili ve městě velkém (40 %; 28%), malém (37 %; 55 %) nebo na vesnici (23 %; 17 %). První hodnota v závorce označuje výsledek šetření před operací a druhá hodnota jsou výsledná data po operaci. Rozdílnost přisuzuji faktu, že nebyl udán limit počtu obyvatel pro malé a velké město.

Graf č. 11 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 3) se zabývá kvalitou bydlení. Data byla téměř shodná. Ve vlastním domě žilo 40 % respondentů před i po operaci, v bytě s výtahem bydlelo 37 % před operací a 38 % po ní, v bytě bez výtahu 23 % před a 22 % pacientů po výkonu.

Graf č. 12 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 4) posuzuje společné soužití respondentů s jinými lidmi. Na tuto otázku mohlo být více odpovědí. Sama si uvědomuji, důležitost

rodinného zázemí právě ve chvílích, kdy nám není nejlépe. Rodina tvoří opěrnou sociální síť. (3) Proto mě mile překvapilo, že více jak polovina pacientů žije s někým ve společné domácnosti, ať už je to manžel (57 %; 58 %), děti (27 %; 23 %), partner (18 %; 15 %), rodiče (3 %; 3 %) a samo žilo 12 %; 15 % dotázaných. Procentuálně se data před a po operaci příliš neliší. Žít sám není špatné, nesmíme se však uzavírat před světem. Záleží na motivaci každého z nás, jak se zapojit do společenského života. Negativně bych viděla zejména samotu u starých lidí. Jejich zavřené dveře vůči okolí, mohou znamenat sociální izolaci, která má nepříznivý vliv i na jejich zdravotní stav. Pro zajímavost, Krivohlavý (12), ve své knize uvádí výsledky anglické studie z roku 1984 provedené u 2 320 lidí, kteří přežili infarkt myokardu. Z výsledků vyplývá, že u lidí žijících v sociální izolaci byla míra úmrtnosti dvojnásobně vyšší než u lidí s dobrou sociální opěrnou sítí.

Z grafu č. 13 a (Dotazník č. 1, otázka č. 5) vyplývá, že pacienti mají rozmanité koníčky. Nejčastěji se věnovali sportu (20 %), zahradě (37 %), četbě (45 %), počítači (8 %) a mezi jinými (50 %) uváděli kulturu, chataření, cestování a luštění křížovek. Každý člověk se potřebuje nějakým způsobem seberealizovat a najít si smysl života. Mladí lidé se realizují ve své rodině a práci. Senioři přikládají význam rodině, víře a svým koníčkům. Jejich smyslem je především touha něco vytvářet, být užitečný a rozvíjet svůj potenciál. (17) Graf č. 13 c (Dotazník č. 2, otázka č. 5) nám ukazuje, zda se pacienti i po operaci věnovali svým oblíbeným činnostem. Většina seniorů (85 %) opět realizovala své volnočasové aktivity, u mladších lidí je návratnost nižší (76 %). Pravděpodobnou příčinu vidím v tom, že mladší pacienti před operací srdce aktivně sportovali a po půl roce se museli ještě fyzicky šetřit.

Grafem č. 14 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 6) jsem chtěla zjistit, jaká je současná fyzická aktivita u respondentů podle věku. Hodnocení probíhalo subjektivně na pěti bodové stupnici. Před operací nehodnotil žádný pacient do 60 let svoji fyzickou aktivitu jako výbornou, velmi dobrou uvedli 4 %, dobrou 50 %, zhoršenou 35 % a špatnou 11 %. Po operaci také nehodnotil žádný pacient do 60 let svoji současnou fyzickou aktivitu jako výbornou, 35 % uvedlo velmi dobrou, 42 % dobrou, 19 % zhoršenou a 4 % špatnou. Ani žádný ze seniorů nehodnotil před operací výbornou fyzickou aktivitu, 15

% odpovědělo velmi dobrou, 41 % dobrou, 38 % zhoršenou a 6 % špatnou. Po operaci ohodnotilo slovem výborně fyzickou aktivitu 6 % seniorů, velmi dobře 12 %, dobře 62 %, zhoršenou odpovědělo 17 % a špatnou 3 %. Uvědomuji si, že toto hodnocení může být zavádějící, hlavně když pacient vyplňuje dotazník před operací a upoutaný na nemocniční lůžko.

V grafu č. 15 a, b (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 7) jsou popsány obtíže, které pacienty omezovaly při fyzické aktivitě. Před operací dominovala kombinace projevů (48 %), z nichž se nejčastěji projevovala dušnost s únavou (35 %). Po operaci většina pacientů uvedla, že zvládají fyzickou námahu bez projevů (45 %), došlo pouze k nárůstu únavnosti (10 %; 20 %). Kardiaci mají často omezenou fyzickou činnost, i nevelká námaha je vyčerpává, objevuje se dušnost a stenokardie. Cílem operace je snížit výskyt těchto klinických obtíží. Souhlasím také se Špinarem (22), že cvičením o správné intenzitě, délce a frekvenci jedinec zlepší nejen fyzickou zdatnost, ale i zdravotní stav v každém věku.

Graf č. 16 a, b (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 8) se věnuje subjektivnímu hodnocení míry soběstačnosti. To znamená, jak pacient zvládne běžné denní aktivity např. osobní hygienu, oblékání, drobné domácí práce vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a věku. Z odpovědí rovněž vyplývá, kolik pacientů potřebuje pomoc jiné fyzické osoby. Pacienti do 60 let zvládali většinu činností výše uvedených bez pomoci, jak před operací (96 %), tak po ní (85 %). Pouze malou dopomoc potřebovalo před operací 4 % a po ní 15 % dotázaných. Nárůst souvisí s delším setrváním v pracovní neschopnosti. Senioři ve věku 61 a více let, zvládali činnosti bez pomoci druhé osoby shodně před i po operaci v 71 %. Malou pomoc potřebovalo 17 % z nich před operací a 20 % po ní. Větší dopomoc jsem zaznamenala u 12 % seniorů před výkonem a u 9 % po něm. Na základě výsledků této otázky mohu vyvrátit svoji hypotézu: **„U pacientů ve věku 61 a více let se po operaci zvyšuje schopnost zvládat běžné denní aktivity bez pomoci.“**

Nejen mým názorem je, že ztráta schopnosti vykonávat každodenní aktivity, může negativně ovlivňovat kvalitu života. Jak uvádí Haškovcová (8): *„Člověk, který dokáže suverénně, i když třeba pomaleji, s větší námahou zvládat všední denní aktivity,*

může také naplňovat svůj individuální životní program.“ Ztráta soběstačnosti může být pociťována jako trápení. Souhlasím s Motlovou (17), že závislost a nezávislost ve stáří souvisí se soběstačností seniora.

Graf č. 17 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 9) ukazuje potřebnou pomoc, tu pacientům nejvíce poskytovala rodina, u 91 % z nich před výkonem a 86 % po výkonu, přátelé podali pomocnou ruku u 9 % respondentů před operací a 14 % respondentů po operaci. Sociální službu neuvedl žádný z pacientů. Obecně ze sociologických výzkumů vyplývá, že rodinná a sousedská péče pokrývá 70 – 80 % opodstatněných potřeb u seniorů. Rodina však musí chtít, umět a moci. (3)

V grafu č. 18 a, b (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 10) respondenti subjektivně hodnotili svoje zdraví. Použita byla pětibodová stupnice. Opět si uvědomuji, že tato otázka může být lehce zavádějící u lidí, kteří čekají na kardiochirurgický výkon. Subjektivně zcela zdravý se člověk cítí, pokud je mu dobře a nemá žádné obtíže. Před výkonem žádný z pacientů do 60 let nehodnotil své zdraví jako výborné, velmi dobré udalo 15 %, dobré 39 %, zhoršené 31 % a špatné 15 % respondentů. Po operaci jako výborné své zdraví nehodnotí žádný, velmi dobré 35%, dobré 46 %, zhoršené 15 % a špatné zdraví hodnotili 4 % pacientů.

U seniorů byla následující data před operací, 3 % uvedla výborné zdraví, 9 % velmi dobré, dobré 35 %, zhoršené odpovědělo 53 % a špatné neudal žádný pacient. Po výkonu výborně své zdraví nehodnotí žádný senior, velmi dobré odpovědělo 17 % dotázaných, dobré 59 %, zhoršené 15 % a špatné své zdraví cítí 9 % respondentů. Domnívám se, že na této skutečnosti se podílí přidružené choroby vyskytující se již před operací. Souhlasím s Vurmem (25), že zdraví je to nejcennější co v životě máme.

Okruh otázek č. 11 až 17 v dotazníku č. 1 a č. 2, byl zaměřen na využití sociální péče. Po zpracování dat jsem zjistila, že žádný z dotázaných pacientů nevyužíval sociální služby (graf č. 19). Tento fakt mě trochu překvapil. Nutí mě to zamyslet se nad tím, jestli opravdu nemají dotázaní pacienti, zejména lidé v seniorském věku, žádnou potřebu těchto služeb využít. Domnívám se, což mi potvrzuje i graf č. 20, že lidé jsou nedostatečně informovaní. Odpověď nevím použilo 38 % dotázaných před operací a dokonce 52 % po operaci.

Po zpracování grafu č. 21 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 13) jsem zjistila, že příspěvek na péči využilo před operací 3 % kardiochirurgických pacientů a po operaci příspěvek pobíralo 5 %. Všichni pacienti, kteří pobírali příspěvek, jsou starší 61 a více let a na otázku č. 8 týkající se soběstačnosti shodně odpověděli, že zvládají běžné denní činnosti s větší dopomocí.

Graf č. 22 a, b, c (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 14, č. 15 a č. 16) se týká mimořádných výhod a příspěvků sociální péče. Ze zkoumaného vzorku byly tyto výhody přiznány 5 % dotázaných před operací. Jak ukazuje tabulka č. 1, jedná se o 1 pacienta v seniorském věku (mimořádné výhody II. stupně + příspěvek na provoz motorového vozidla) a 2 pacienty ve věku do 60 let (mimořádné výhody II. stupně). Po operaci využívalo příspěvků a výhod 8 % respondentů. Celkem 3 senioři (2 pacienti mimořádné výhody II. stupně + příspěvek na benzín a 1 pacient mimořádné výhody III. stupně + příspěvek na benzín) a 2 pacienti do 60 let (mimořádné výhody II. stupně), zobrazeno v tabulce č. 2. U respondentů do 60 let bylo důvodem přiznání mimořádných výhod onemocnění srdce (vrozená srdeční vada). U seniorů je příčinou jiná závažná choroba.

Graf č. 23 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 17) se týká využití služeb ambulantní domácí péče. Opět shodně 100 % respondentů těchto služeb nevyužívá. Souhlasím s názorem Matouška (16), že agentury domácí péče by měly kombinovat zdravotní a sociální služby a v takovém případě by se jednalo o komplexní domácí péči. Tento běžný trend funguje ve světě, u nás domácí péče provádí spíše ošetrovatelské úkony a sociální pracovníky, až na výjimky nezaměstnává.

Graf č. 24 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 18) mapuje hmotné zabezpečení celého výzkumného souboru respondentů. Jasně dominuje hranice příjmu do 10 000 Kč (63 %; 62 %). Je to průměrná hranice výše důchodu, který většina pacientů pobírala. Na základě této otázky můžeme také vidět, rozdíl mezi finančním zajištěním celého souboru a pracujících pacientů. U ekonomicky aktivních se měsíční příjem pohybuje převážně od 20 000 Kč (47 %; 60 %) nahoru (graf č. 32 a). Závislost rodiny na příjmu pracujících vyvrací graf č. 32 b, ze kterého je patrna spoluúcast na rodinném rozpočtu .

Graf č. 25 (Dotazník č. 1, 2, otázka č. 19) je zaměřen na dávky důchodového zabezpečení. Z výsledků studie vyplývá, že nejvíce respondentů (50 %) bylo ve starobním důchodu, plný invalidní důchod byl přiznán 12 % pacientů před operací a 15 % po operaci. Onemocnění srdce bylo důvodem u 88 %; 78 % pacientů (graf č. 26). Jak vyplývá z analýzy Bruthansové a Červenkové (4), nemoci oběhové soustavy se podílí 6 % na trvání pracovní neschopnosti, 13 % na počtu nově přiznaných částečně invalidních důchodů a 15 % na počtu nově přiznaných plných invalidních důchodů.

Z celého výzkumného souboru pracovalo před operací 32 % a po operaci 25 % pacientů, nezaměstnaných bylo 5 % před výkonem a 3 % po výkonu. V dlouhodobé pracovní neschopnosti zůstává půl roku po operaci 5 % z celkového počtu dotázaných pacientů (graf č. 27).

Na základě otázky č. 19 můžeme dále vidět, kde jsou pacienti zaměstnaní, ukazuje graf č. 28. U soukromníka vykonávalo pracovní činnost 63 % jedinců před operací a 40 % po ní, státního zaměstnavatele uvedlo před výkonem 21 % pacientů a 40 % po něm a soukromě podnikalo 16 % před a 20 % pacientů po operaci.

Další otázky od č. 21 v dotazníku č. 1 a č. 22 v dotazníku č. 2 vyplňovali pouze pacienti, kteří jsou ekonomicky aktivní. Otázky č. 22 a č. 23 v dotazníku č. 2 byly zaměřeny na pracovní neschopnost (PN) před a po výkonu. Vyplývá z nich, že převážná většina pacientů (93 %) nastoupila pracovní neschopnost v den příjmu do nemocnice (graf č. 29). Po operaci trvala PN u 43 % pracujících pacientů 2 měsíce a 53 % uvedlo delší dobu PN (graf č. 30). Myslím, že 2 měsíce jsou zhruba průměrná doba trvání neschopnosti po nekomplikované kardiochirurgické operaci.

Z Grafu č. 31 je patrné, že zpět do zaměstnání se vrátilo 79 % pracujících před operací. V dlouhodobé pracovní neschopnosti zůstává 11 % a 10 % původně pracujících důchodců přestalo vykonávat ekonomickou činnost.

Na základě popsaných výsledků z grafu č. 27 a grafu č. 31 mohu vyvrátit i druhou svoji hypotézu: **„Všichni pracující před operací se vrátili po půl roce do svého zaměstnání.“**

Zajímavou skutečností je pro mě hodnocení náročnosti práce, kde opět většina pacientů uvedla především duševní práci, před operací 58 % a po operaci dokonce 87

%. 5 % pacientů zaměstnaných převážně tělesně už po operaci tuto práci nevykonávalo (graf č. 33).

Plný pracovní úvazek uvedlo 84 % před a 86 % zaměstnaných po operaci a průměrná délka pracovní doby se po operaci zkrátila (graf č. 34, graf č. 35). Mám pocit, že v této uspěchané době žije většina lidí pouze prací. Na jedné straně si práce vážíme, vždyť nás živí. Na druhé straně bychom se měli alespoň na chvíli zastavit, odpočinout si, vyvarovat se zbytečného stresu a nezapomínat na své zdraví, fyzické i duševní. Ze zkušenosti vím, že někteří pacienti myslí na svoji práci už pár dní po operaci. Poněšický (20) uvádí, že anginu pectoris a infarkt myokardu nacházíme u jedinců s přílišnou pracovní zátěží, často mívají dvě zaměstnání a na neúspěchy reagují ještě tvrdší prací. Potlačují své emoce a nevšímají si varovných signálů nemoci. (13)

S předcházejícím souvisí i projevy onemocnění srdce či omezení, které si člověk uvědomuje při své práci. Pouze 11 % pracujících pacientů před operací odpovědělo, že pocítovali nějaké omezení, po operaci to bylo 7 % dotázaných (graf č. 36). Zbytek pacientů nevnímal žádné obtíže (21 %; 73 %) ztěžující jejich práci.

Dostupnost pracovních příležitostí hodnotili pracující pacienti téměř shodně, dobrou dostupnost udalo 33 % a špatnou 67 % pacientů po operaci (graf č. 37). Může to samozřejmě souviset s lokalitou, kde jedinci žijí. Větší část souboru pocházela ze severních Čech.

Na konec jsem si nechala dva grafy, č. 38 a č. 39, které posuzovali zlepšení pracovní schopnosti po operaci, jak jí uvedli sami pacienti. Výsledek je pozitivní, celková pracovní schopnost se po operaci zlepšila u 47 % pracujících nebo se výrazně nezměnila u 53 %. V závislosti na ejekční frakci (EF) hodnotilo zlepšení 27 % pacientů s EF nad 55 %, 13 % s EF do 55 % a 7 % s EF do 30 %.

6. Závěr

Cílem této práce bylo posouzení potřeby sociální péče a pracovní schopnosti u pacientů před a po kardiochirurgickém výkonu. Výzkum byl proveden na Kardiochirurgickém oddělení Nemocnice na Homolce. Obě stanovené hypotézy byly vyvráceny.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že schopnost zvládat běžné denní aktivity u pacientů ve věku 61 a více let se nezvyšuje, zůstává však stejná jako před operací (71 %). Tento výzkum se dotýkal praktické soběstačnosti, tzn. do jaké míry je zachována péče o vlastní osobu. Uvědomuji si, že existuje celá řada faktorů, které tuto skutečnost mohou ovlivnit. Především celkový zdravotní stav před operací, typ operačního výkonu a následná rehabilitace. Významnou roli hraje prostředí, ve kterém lidé žijí a osobnostní dispozice.

Na základě svých zkušeností zdravotní sestry na kardiochirurgickém oddělení vím, že onemocnění srdce často provází nepříjemné symptomy. Bolest, dušnost a únava mohou výrazně omezovat jedince při fyzické námaze. Operace srdce by měla zmírnit jmenované obtíže, což je patrné i z výsledků tohoto výzkumu. Pacienti subjektivně hodnotí svoji fyzickou aktivitu lépe než před operací (velmi dobrá, dobrá do 60 let 77 %, u seniorů 80 %). Pacienti po operaci jsou ve 45 % bez obtíží při tělesné námaze.

Dále z výsledků výzkumu vyplynulo, že potřeba sociální pomoci před i po operaci je minimální a ke svým volnočasovým aktivitám se po operaci vrátilo, 76 % respondentů do 60 let a 85 % respondentů ve věku 61 a více let.

Na základě zpracovaných dat jsem zjistila, že 47 % zaměstnaných po operaci zaznamenalo zlepšení své pracovní schopnosti a 53 % ji hodnotilo jako nezměněnou. Celkem se do pracovního procesu vrátilo 79 % pacientů, tj. 15 z 19 původně pracujících. Půl roku po operaci zůstávají v dlouhodobé pracovní neschopnosti, kvůli problémům se srdcem, 2 (11 %) původně pracující pacienti. K aktivní ekonomické činnosti se také nevrátili 2 pacienti v seniorském věku. I přesto, že se nepotvrdila moje druhá hypotéza, je tento výsledek uspokojivý. Většina pacientů v produktivním věku se vrátila zpět do své práce s vyšším nasazením. Změna profesní role sebou může nést řadu

důsledků, ať už je to psychická nepohoda, ztráta obživy, které se negativně promítají do zdravotně sociální oblasti.

Tato práce splnila svůj cíl a posoudila v půl ročním sledování potřebu sociální péče a pracovní schopnost u pacientů po operaci srdce. Závěrem bych chtěla říci, že každý z nás je zodpovědný za své zdraví. I když nám medicína nabízí řadu možností jak se s následky nemoci vypořádat, velký kus práce musíme udělat sami.

7. Seznam použité literatury

1. ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. I. část.* 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 612 s. ISBN 978-80-246-1393-2
2. ARNOLDOVÁ, A. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení. II. část.* 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 504 s. ISBN 80-246-0875-8
3. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví.* 5. vyd. Brno: NCONZO, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0
4. BRUTHANSOVÁ, D.; ČERVENKOVÁ, A. *Analýza možnosti oddělení invalidního pojištění od starobního pojištění včetně sociálně zdravotních aspektů vývoje invalidity.* 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2007. 94 s. ISBN 978-80-87007-70-9
5. DOMINIK, J. *Kardiologie.* 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 216 s. ISBN 80-7169-669-2
6. DYLEVSKÝ, I. *Somatologie.* 2. vyd. Olomouc: Epava, 2000. 479 s. ISBN 80-86297-05-5
7. ELIŠKA, O.; ELIŠKOVÁ, M. *Systematická, topografická a klinická anatomie. VII. Srdce a cévní systém.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 207 s. ISBN 80-7184-119-6
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie.* 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
9. CHALOUPEK, V. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu.* 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 198 s. ISBN 80-7013-297-3
10. JAKUBKA, J. *Zákoník práce 2008 s výkladem.* 7. vyd. Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2571-0
11. KLENER, P a kol. *Vnitřní lékařství.* 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 949s. ISBN 80-7262-007-X
12. KOLÁŘ, J. a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče.* 1. vyd. Praha: AKCENTA, 1998. 375 s. ISBN 80-86232-00-X
13. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví.* 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN

80-7178-774-4

15. LARSEN, R. a kol. *Anestezie*. 7. vyd., přepracované a rozšířené. Praha: Grada, 2004. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5
16. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
17. MOTLOVÁ, L. *Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku*. České Budějovice: Kontakt, 2007, r. 9, č. 2, s. 343 ISSN 1212-4117
18. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 204 s. ISBN 80-247-1190-7
19. NĚMEC, P. a kol. *Kardiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 103 s. ISBN 80-244-1303-5
20. PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2002. 113 s. ISBN 80-7254-216-8
21. POPELOVÁ, J. *Vrozené srdeční vady v dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 340 s. ISBN 80-247-0451-X
22. ŠPINAR, J.; VÍTOVEC, J. a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4
23. TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha: SOCIOKLUB, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9
24. VANĚK, I. A kol. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6
25. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9
26. Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení
27. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení
28. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění
29. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
30. Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

8. Klíčová slova

OBOR KARDIOCHIRURGIE

SOCIÁLNÍ PÉČE

SOCIÁLNÍ SLUŽBA

PRACOVNÍ SCHOPNOST

9. Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník č. 1

Příloha č. 2: Dotazník č. 2

Dotazník č. 1

1.1. Rodinný stav:

- a. svobodný
- b. ženatý, vdaná
- c. rozvedený/á
- d. vdovec, vdova
- e. druh, družka

1.2. Kde žijete:

- a. ve velkém městě
- b. v malém městě
- c. na vesnici

1.3. Bydlíte:

- a. ve vlastním domě
- b. v bytě, v domě bez výtahu
- c. v bytě, v domě s výtahem

1.4. Bydlíte ve společné domácnosti (je možné i více odpovědí):

- a. s manželem/kou
- b. s partnerem/kou
- c. s dětmi
- d. s rodiči
- e. jinými lidmi
- f. žiji sám

1.5 Jaký je Váš koníček, kterému věnuje nejvíce času (je možné i více odpovědí):

- a. sportování
- b. zahrádka
- c. četba
- d. počítač
- e. jiné, prosím doplňte.....

1.6. Jak byste zhodnotili svoji současnou tělesnou aktivitu, jako:

- a. výbornou
- b. velmi dobrou
- c. dobrou
- d. zhoršenou
- e. špatnou

1.7. Máte nějaké zdravotní problémy při tělesné aktivitě po operaci srdce projevující se (je možné i více odpovědí):

- a. bolestí na hrudi
- b. zhoršeným dýcháním
- c. zvýšenou únavností
- d. je bez projevů

1.8. Jak byste zhodnotili svoji míru soběstačnosti při běžných denních činnostech, po operaci srdce (např. osobní hygiena, oblékání, drobné domácí práce, vaření)

- a. zvládám běžné denní činnosti bez pomoci
- b. zvládám běžné denní činnosti s malou dopomocí
- c. zvládám běžné denní činnosti s větší dopomocí
- d. nezvládám běžné denní činnosti bez pomoci

1.9. Pokud potřebujete pomoc druhé osoby při běžných denních činnostech, je Vám poskytnuta:

- a. rodinou
- b. přáteli
- c. sociální službou

1.10. Své zdraví hodnotíte spíše jako:

- a. výborné
- b. velmi dobré
- c. dobré
- d. zhoršené
- e. špatné

1.11. Využíváte pro sebe nějaké sociální služby, jaké (je možné i více odpovědí):

- a. pečovatelskou službu
- b. osobní asistenci
- c. sociální poradenství (např. pomoc při řešení nepříznivé sociální situace)
- d. centra denních služeb
- e. domovy pro seniory
- f. telefonní tísňová komunikace
- g. žádné sociální služby nevyužívám
- h. jiné, prosím doplňte.....

1.12. Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost sociálních služeb:

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

1.13. Pobíráte příspěvek na péči:

- a. ano
- b. ne

1.14. Pobíráte nebo jsou Vám přiznány v rámci dávek či výhod sociální péče (je možné i více odpovědí):

- a. peněžité dávky
- b. příspěvek na provoz motorového vozidla
- c. mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (pokud ano, pokračujte prosím otázkou 1.15. a 1.16.)
- d. žádné dávky nepobírám (pokud ne, pokračujte prosím otázkou 2.17)

1. 15. Mimořádné výhody v jakém stupni, prosím doplňte

1. 16. Tyto výhody jsou Vám přiznány z důvodu:

- a. onemocnění srdce
- b. jiná závažná choroba

1.17. Využíváte pro sebe služeb ambulantní domácí péče:

- a. ano
- b. ne

1.18. Váš měsíční příjem je zhruba:

- a. do 10 000 Kč
- b. do 20 000 Kč
- c. více

1.19. Jaké je Vaše pracovní zařazení (je možné i více odpovědí):

- a. osoba samostatně výdělečně činná, např. podnikatel
- b. zaměstnanec ve státní sféře
- c. zaměstnanec v soukromé sféře
- d. nezaměstnaný
- e. invalidní důchod částečný
- f. invalidní důchod plný
- g. starobní důchod
- h. jsem toho času v dlouhodobé pracovní neschopnosti související s onemocněním srdce
- i. jiné, prosím doplňte.....

1.20. Pokud jste v invalidním důchodu z jaké příčiny:

- a. onemocnění srdce
- b. jiná závažná choroba

Nepracujete-li dále již nevyplňujte, děkuji

Pracujete-li, pokračujte otázkou 1.21.

1.21. Je Vaše rodina závislá především na Vašem příjmu:

- a. ano
- b. ne
- c. částečně

1.22. Vaše zaměstnání je náročné:

- a. převážně duševně
- b. duševně i tělesně
- c. převážně tělesně
- d. dělám těžkou tělesnou práci

1.23. V zaměstnání trávíte v průměru:

- a. méně než 8 hodin denně
- b. 8 hodin denně
- c. více než 8 hodin denně

1.24. Jaký, plníte úvazek:

- a. plný
- b. částečný
- c. jiný

1.25 Cítíte omezení v práci vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu:

- a. spíše ano
- b. spíše ne
- c. žádné omezení

1.26. Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost pracovních příležitostí:

- a. ano
- b. ne

Dotazník č. 2

Vážený pane/paní, jmenuji se Andrea Švadlenková a jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích. Před půl rokem jsme spolu vyplňovali dotazník při Vaší hospitalizaci na Kardiochirurgickém oddělení NNH, který byl s Vaším souhlasem využit jako podklad mé bakalářské práce nazvané: Potřeba sociální péče a pracovní schopnost u pacientů po kardiochirurgickém výkonu. Nyní bych Vás ráda požádala o doplnění jeho druhé části. Dotazník je anonymní a veškerá data a informace nebudou zneužita. Děkuji předem za Vaši ochotu spolupracovat.

Andrea Švadlenková, studentka ZSF JU

Pokyny k vyplnění dotazníku:

1. Pokud není v textu uvedeno jinak, označte prosím pouze jednu odpověď.
2. Vámi vybranou odpověď zakroužkujte, nebo doplňte.
3. Prosím vyplňte všechny otázky, děkuji.

2.1. Rodinný stav:

- a. svobodný
- b. ženatý, vdaná
- c. rozvedený/á
- d. vdovec, vdova
- e. druh, družka

2.2. Kde žijete:

- a. ve velkém městě
- b. v malém městě
- c. na vesnici

2.3. Bydlíte:

- a. ve vlastním domě
- b. v bytě, v domě bez výtahu
- c. v bytě, v domě s výtahem

2.4. Bydlíte ve společné domácnosti (je možné i více odpovědí):

- a. s manželem/kou
- b. s partnerem/kou
- c. s dětmi
- d. s rodiči
- e. jinými lidmi
- f. žiji sám

2.5. Věnujete se i po operaci srdce svým koníčkům:

- a. ano
- b. ne

2.6. Jak byste zhodnotili svoji současnou tělesnou aktivitu, jako:

- a. výbornou
- b. velmi dobrou
- c. dobrou
- d. zhoršenou
- e. špatnou

2.7. Máte nějaké zdravotní problémy při tělesné aktivitě po operaci srdce projevující se (je možné i více odpovědí):

- a. bolestí na hrudi
- b. zhoršeným dýcháním
- c. zvýšenou únavností
- d. je bez projevů

2.8. Jak byste zhodnotili svoji míru soběstačnosti při běžných denních činnostech, po operaci srdce (např. osobní hygiena, oblékání, drobné domácí práce, vaření)

- e. zvládám běžné denní činnosti bez pomoci
- f. zvládám běžné denní činnosti s malou dopomocí
- g. zvládám běžné denní činnosti s větší dopomocí
- h. nezvládám běžné denní činnosti bez pomoci

2.9. Pokud potřebujete pomoc druhé osoby při běžných denních činnostech, je

Vám poskytnuta:

- a. rodinou
- b. přáteli
- c. sociální službou

2.10. Svě zdraví hodnotíte spíše jako:

- a. výborné
- b. velmi dobré
- c. dobré
- d. zhoršené
- e. špatné

2.11. Využíváte pro sebe nějaké sociální služby, jaké (je možné i více odpovědí):

- a. pečovatelskou službu
- b. osobní asistenci
- c. sociální poradenství (např. pomoc při řešení nepříznivé sociální situace)
- d. centra denních služeb
- e. domovy pro seniory
- f. telefonní tísňová komunikace
- g. žádné sociální služby nevyužívám
- h. jiné, prosím doplňte.....

2.12. Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost sociálních služeb:

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

2.13. Pobíráte příspěvek na péči:

- c. ano
- d. ne

2.14. Pobíráte nebo jsou Vám přiznány v rámci dávek či výhod sociální péče (je možné i více odpovědí) :

- a. peněžitě dávky
- b. příspěvek na provoz motorového vozidla
- c. mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany (pokud ano, pokračujte prosím otázkou 2.15. a 2.16)
- d. žádné dávky nepobírám (pokud ne, pokračujte prosím otázkou 2.17)

2. 15. Mimořádné výhody v jakém stupni, prosím doplňte

2. 16. Tyto výhody jsou Vám přiznány z důvodu:

- a. onemocnění srdce
- b. jiná závažná choroba

2.17. Využíváte pro sebe služeb ambulantní domácí péče:

- a. ano
- b. ne

2.18. Váš měsíční příjem je zhruba:

- a. do 10 000 Kč
- b. do 20 000 Kč
- c. více

2.19. Jaké je Vaše pracovní zařazení Je možné i více odpovědí):

- a. osoba samostatně výdělečně činná, např. podnikatel
- b. zaměstnanec ve státní sféře
- c. zaměstnanec v soukromé sféře
- d. nezaměstnaný
- e. invalidní důchod částečný
- f. invalidní důchod plný
- g. starobní důchod
- h. jsem toho času v dlouhodobé pracovní neschopnosti související s onemocněním srdce
- i. jiné, prosím doplňte.....

2.20. Pokud jste v invalidním důchodu z jaké příčiny:

- a. onemocnění srdce
- b. jiná závažná choroba

2.21. Prodlělali jste po operaci srdce nějaké zdravotní komplikace, jaké (je možné i více odpovědí):

- a. mozkovou příhodu
- b. onemocnění cév na dolních končetinách
- c. onemocnění plic
- d. deprese
- e. žádné
- f. jiné, prosím doplňte

Nepracujete-li dále již nevyplňujte, děkuji

Pracujete-li, pokračujte otázkou 2.22.

2.22. Jak dlouho jste byl/a v pracovní neschopnosti bezprostředně před operací srdce:

- a. PN jsem nastoupila až v den příjmu do nemocnice
- b. před operací jsem byl/a v PN, prosím doplňte

2. 23. Jak dlouho trvala pracovní neschopnost po operaci srdce:

- a. měsíc
- b. 2 měsíce
- c. Více

2.24. Je Vaše rodina závislá především na Vašem příjmu:

- a. ano
- b. ne
- c. částečně

2.25. Vaše zaměstnání je náročné:

- a. převážně duševně
- b. duševně i tělesně
- c. převážně tělesně

- d. dělám těžkou tělesnou práci

2.26. V zaměstnání trávíte v průměru:

- a. méně než 8 hodin denně
- b. 8 hodin denně
- c. více než 8 hodin denně

2.27. Jaký, plníte úvazek:

- a. plný
- b. částečný
- c. jiný

2.28. Cítíte dnes nějaké omezení v práci po operaci srdce:

- a. spíše ano
- b. spíše ne
- c. nepocítuji žádné omezení

2. 29. Jak byste dnes hodnotil/a celkově svoji pracovní aktivitu (po operaci srdce):

- a. lepší než před operací
- b. horší než před operací
- c. nepocítuji výraznou změnu

2.30. Je ve Vašem okolí dobrá dostupnost pracovních příležitostí:

- a. ano
- b. ne