

Kvalita života a životní hodnoty u osob po transplantaci srdce

Natálie Machalová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Natálie Machalová
Osobní číslo:	H20171
Studijní program:	B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Kvalita života a životní hodnoty u osob po transplantaci srdce

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života, životních hodnot a potřeb člověka po transplantaci srdce.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

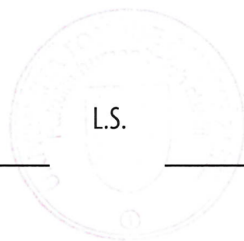
- BULAVA, A. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0468-0.
- CEBECI, F. et al. Life experiences of adult heart transplant recipients: a new life, challenges, and coping. *Quality of Life Research* [online]. 2021, vol. 30, no. 6, pp. 1619-1627 [cit. 2022-10-17]. ISSN 0962-9343. DOI: 10.1007/s11136-021-02763-y
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a roz. vyd. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-802-6209-829.
- ŠAMÁNKOVÁ, M. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- TÁBORSKÝ, M. a kol., ed. *Kardiologie: Svazek I-V*. Praha: Česká kardiologická společnost, 2021. ISBN 978-80-271-1439-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 9.5.2023

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

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

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

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

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

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

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

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

3). Odpirá-li autor takového díla vůlí svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává neplatné.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou kvality života a životních hodnot u osob po transplantaci srdce. Teoretická část komplexně popisuje problematiku transplantace srdce, legislativu, kvalitu života a životní hodnoty. Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat vnímání kvality života a životních hodnot po transplantaci srdce a postoj jedinců vůči režimovým opatřením. Informace byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce provedeného u pěti participantů (osob po transplantaci srdce), které byly analyzované dle postupů zakotvené teorie. Výzkum byl doplněn o metodologickou triangulaci. Věříme, že námi získané informace se stanou hodnotnými nejen pro osoby po transplantaci srdce a laickou veřejnost, ale i veřejnost odbornou.

Klíčová slova: transplantace srdce, kvalita života, režimová opatření, životní hodnoty, kvalitativní výzkum, rozhovory

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the quality of life and life values in people after heart transplantation. The theoretical part of the thesis comprehensively describes the issues of heart transplantation, legislation, quality of life and life values. The aim of the practical part of the bachelor's thesis was to describe the perception of quality of life and life values after heart transplantation and the attitude of individuals towards the regime measures. Information was obtained through a semi-structured interview of my own design conducted with five participants (individuals after heart transplantation), which was analysed according to grounded theory procedures. The research was complemented by methodological triangulation. We believe that the information we have obtained will become valuable not only for people after heart transplantation and the general public, but also for the professional public.

Keywords: heart transplantation, quality of life, regime measures, life values, qualitative research, interviews

Poděkování

Ráda bych tímto vyjádřila upřímné poděkování paní PhDr. Pavle Kudlové, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce. Děkuji, Vaše ochota, trpělivost, cenné rady, zkušenosti a motivace byla pro mě obrovskou oporou při realizaci práce.

Poděkování patří i participantů, kteří mi věnovali jejich čas a podělili se o svůj nelehký životní příběh a zkušenosti.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 TRANSPLANTACE SRDCE	12
1.1 HISTORIE TRANSPLANTACÍ SRDCE.....	12
1.1.1 Vývoj imunosupresivní léčby	12
1.2 TRANSPLANTACE SRDCE V ČESKÉ REPUBLICE	13
1.3 TRANSPLANTAČNÍ ZÁKON ČESKÉ REPUBLIKY	14
1.4 TRANSPLANTAČNÍ CENTRA	14
1.5 KOORDINAČNÍ STŘEDISKO TRANSPLANTACÍ	14
1.6 NÁRODNÍ REGISTR OSOB ČEKAJÍCÍCH NA TRANSPLANTACI ORGÁNU	15
1.7 ALOKACE ORGÁNŮ	15
1.8 DEFINICE DÁRCE ORGÁNU.....	16
1.9 ODBĚR ORGÁNŮ OD ZEMŘELÉHO DÁRCE	16
2 TRANSPLANTAČNÍ PROCES	17
2.1 INDIKACE K TRANSPLANTACI SRDCE.....	17
2.1.1 Kardiomyopatie	17
2.2 MOSTY K TRANSPLANTACI SRDCE.....	20
2.3 KONTRAINDIKACE K TRANSPLANTACI SRDCE	20
2.4 TRANSPLANTACE SRDCE	21
3 NOVÝ ŽIVOT PO TRANSPLANTACI SRDCE	22
3.1 ČASNÁ POOPERAČNÍ PÉČE	22
3.1.1 Imunosupresivní léčba	22
3.2 CELOŽIVOTNÍ DISPENZARIZACE	23
3.3 REŽIMOVÁ OPATŘENÍ.....	23
4 KVALITA ŽIVOTA A ŽIVOTNÍ HODNOTY	26
4.1 KVALITA ŽIVOTA OSOB PO TRANSPLANTACI SRDCE	26
4.2 ŽIVOTNÍ HODNOTY	26
II PRAKTICKÁ ČÁST	27
5 METOLOGIE VÝZKUMU	28
5.1 CÍLE VÝZKUMU	28
5.2 POPIS VÝZKUMNÉ STRATEGIE	29
5.3 VÝBĚR A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	29
5.4 REALIZACE SBĚRU VÝZKUMNÝCH DAT	31

5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	33
6	INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	34
6.1	KATEGORIE Č. 1: SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE	34
6.2	KATEGORIE Č. 2: OBDOBÍ PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE.....	37
6.3	KATEGORIE Č. 3: RETROSPEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ POOPERAČNÍHO OBDOBÍ.....	39
6.4	KATEGORIE Č. 4: REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO NÁVRATU DOMŮ.....	42
6.5	KATEGORIE Č. 5: NOVÝ ŽIVOT JEDINCE PO TRANSPLANTACI SRDCE.....	47
6.6	PARADIGMATICKÝ MODEL	49
6.7	METODOLOGICKÁ TRIANGULACE.....	50
7	DISKUZE.....	52
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	55
	ZÁVĚR.....	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	65
	SEZNAM TABULEK	66
	SEZNAM GRAFŮ.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH	68

ÚVOD

Transplantace srdce je chirurgická léčebná metoda, která umožňuje zkvalitnit a prodloužit život lidem s diagnostikovaným terminálním srdečním selháním. V poslední době se transplantologie neustále rozvíjí. Hlavní motiv, proč jsem se rozhodla téma bakalářské práce zpracovat, byl vlastní zájem o danou problematiku. Získané poznatky bych chtěla využít pro svou budoucí profesi.

V první kapitole bakalářské práce se zabýváme pojetím historického kontextu transplantaci srdce a objevem imunosupresivní léčby, která má významný podíl při rozvoji transplantologie. První kapitola zahrnuje informace ohledně legislativy a spolupráci na transplantačním programu. Druhá kapitola blíže seznamuje transplantační proces a krátce samotnou transplantaci srdce. Třetí část je zaměřena na život po transplantaci srdce, který začíná hospitalizací na jednotce intenzivní péče. Následuje poté celoživotní dispenzarizace ve specializované ambulanci a zodpovědnost při dodržování režimových opatření, která jsou po transplantaci srdce v souvislosti s užíváním imunosupresivní léčby doporučována. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na kvalitu života a životní hodnoty, které jsou před a po transplantaci srdce značně ovlivněny.

V praktické části je interpretováno výzkumné šetření, které bylo provedeno kvalitativní výzkumnou metodou. Využili jsme možnost polostrukturovaného rozhovoru a metodologickou triangulaci. Naším cílem bakalářské práce je zjistit, vnímání kvality života a životních hodnot u osob po transplantaci srdce. Na základě analýzy vypovědí participantů jsme posuzovali, zda transplantace srdce přináší významný přínos pro změnu kvality života participantů a vnímání životních hodnot.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TRANSPLANTACE SRDCE

Ideou vyměnit nefunkční orgán za funkční se zabývali lidé již od pradávna. V minulosti máme dva významné pokroky, které tuhle myšlenku realizovaly. Pokrok, bez kterého by se transplantace neuskutečnili, byl vývoj postupů a techniky v chirurgii. Následně zjištění imunologické podstaty, rejekce transplantátu ve 40 letech 20. století (Kieslichová a kol., 2015).

1.1 Historie transplantací srdce

Pokud budeme zkoumat problematiku transplantací do vzdálenějších linií historie. Dostaneme se až do mytického období, kde nalezneme první legendu o transplantaci, kterou provedli dva světci, sv. Kosmas a sv. Damián (Kieslichová a kol., 2015).

První úspěšnou transplantaci srdce provedl chirurg Christian Bernard se svým týmem v roce 1967 v Kapském Městě v Jihoafrické republice. Pacient po transplantaci srdce žil necelých osmnáct dní. Zemřel na bronchopneumonii. Druhý pacient po transplantaci srdce zemřel po 18 měsících od operace, dříve na neznámou příčinu vaskulopatii štěpu. V Evropě byla první transplantace provedena v roce 1968 lékařem Christianem Cabrolem ve Francii. Ve stejném roce v Československu byla provedena transplantace srdce u ženy, která byla považována za úspěšnou, ale žena po šesti hodinách od operace zemřela. Důvodem smrti byla opět neznáma příčina. Pacienti umírali z důvodu nedokonalé imunosuprese po transplantaci (Špínarová, Špínar a Vítovec, 2018).

1.1.1 Vývoj imunosupresivní léčby

Pacienti po transplantaci orgánů brzy umírali z důvodu rejekce transplantovaného orgánu. K rejekci docházelo z důvodu nezavedené imunosupresivní léčby, a proto jejich smrt byla definována jako neznámá příčina (Studeník a Němec, 2013).

Hlavní příčina, která bránila úspěšným transplantacím orgánů, byla imunitní odpověď lidského těla, o které se mnoho nevědělo. Snaha o imunosupresivní léčbu byla z počátku formou experimentálních pokusů. Transplantovaný štěp se nejdříve ozářil rentgenovým zářením. Následně se rentgenové záření kombinovalo s transplantací kostní dřeně. Výsledky nebyly pozitivní, a proto se od zmíněné kombinace upustilo, ale lokální ozařování přetrvávalo více než 20 let jako antirejekční metoda (Kieslichová a kol., 2015).

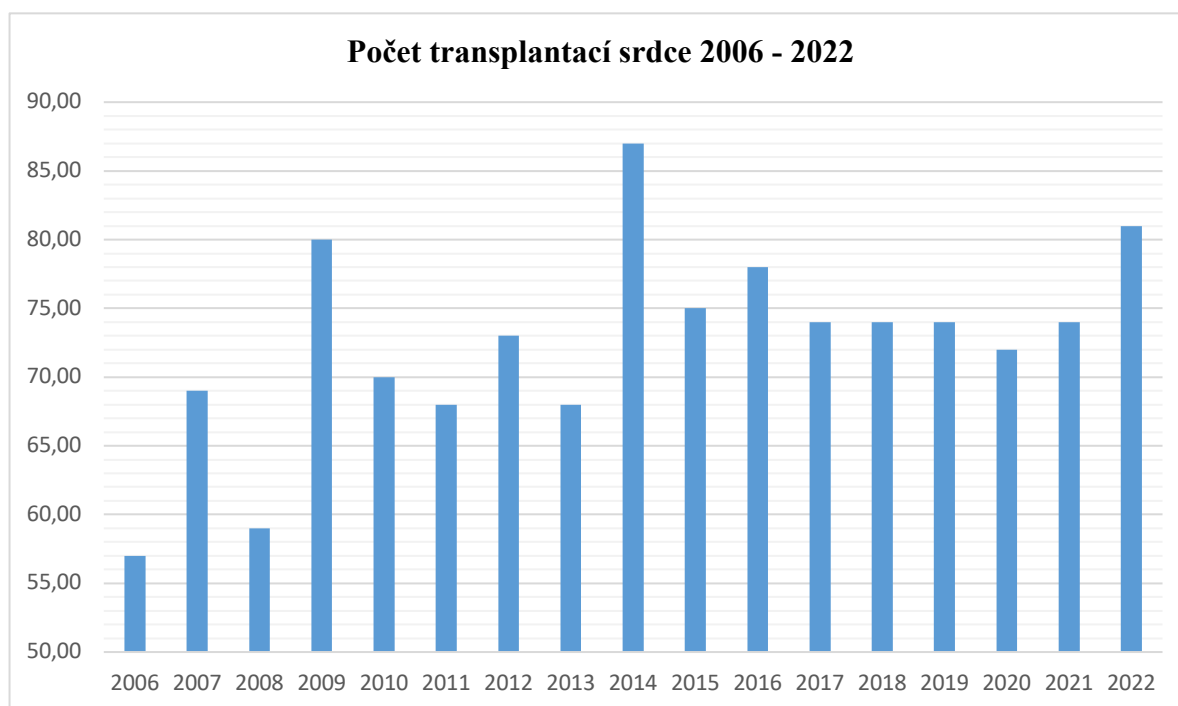
Hlavní historickou událostí, která zvýšila životnost transplantátu bylo zavedení imunosupresivní léčby. Pacienti po transplantaci užívali lék cyklosporin. V roce 1978 se

prokázalo, že včasná imunosupresivní léčba zabránila rejekci transplantátu až o 20 %. Tento historický moment zvýšil počet prováděných transplantací na celém světě (Studeník a Němec, 2013).

1.2 Transplantace srdce v České republice

Dosavadní dvě kliniky, které realizují transplantace srdce v České republice jsou Institut klinické a experimentální medicíny zkráceně IKEM, který sídlí v Praze a Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie zkráceně CKTCH v Brně. První transplantace v IKEM se uskutečnila v roce 1984 následně zahájili systematický program transplantací srdce. Pacient po transplantaci žil 13 let. Na klinice CKTCH byla transplantace provedena o osm let později, v roce 1992. Ve stejném roce zahájili systematický program pro transplantace srdce (Kieslichová a kol., 2015).

Důležité faktory pro úspěšnou transplantaci je spolupráce. Na systematickém transplantačním programu spolupracují nejen vhodní dárci, příjemci a zdravotnický tým, ale důležitou složkou jsou transplantační centra, kde pracují koordinátoři. Transplantační centra spolupracují s nemocnicemi, především s oddělením intenzivní péče, kde se obzvláště vyskytují dárci orgánů (Hošková a kol., 2021).



Graf 1: Počet transplantací od roku 2006-2022 (KST, © 2019).

1.3 Transplantační zákon České republiky

Transplantačním zákonem nazýváme Zákon č. 285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů. Transplantační zákon byl schválen 30. května v roce 2002, účinnost nabyl dnem 1. září stejného roku. V první části zákona jsou zpracovány předpisy Evropské unie, následně upravuje podmínky pro darování, odběr a transplantaci orgánů. Vysvětluje základní pojmy, které souvisí s transplantačním zákonem. Druhá hlava části první určuje možnosti odběru tkání a orgánu, jak od žijícího dárce, tak od zemřelých dárců. Třetí hlava první části se věnuje příjemci orgánů. Čtvrtá hlava zahrnuje Národní registry, které souvisí s transplantací tkání nebo orgánů. Dále první část transplantačního zákona zahrnuje povinnosti poskytovatelů zdravotnických služeb, mezinárodní spolupráci a jiné činnosti související s darování, odběrem a transplantacemi orgánů. Třetí část obsahuje zákon o veřejném zdravotním pojištění (Česko, 2002).

1.4 Transplantační centra

V České republice máme sedm transplantačních center, které mají své transplantační programy. Transplantační centra poskytují vysoce specializovanou péči, která je řízená transplantačním zákonem (Kieslichová a kol., 2015).

Transplantační centra úzce spolupracují s nemocnicemi, které nazýváme jako dárcovské nemocnice. Informace o potencionálním dárci předává ošetřující lékař na jednotce intenzivní péče koordinátorovi transplantačního centra. Kontakt by měl proběhnout až po diagnostice příčiny úmrtí (Wohlfahrtová a kol., 2021).

Ošetřující lékař ihned po informaci o možné dárci kontaktuje Národní registr osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů. Dále komunikuje s koordinátorem transplantačního centra. Sdělí osobní informace dárci. Sdělené informace obsahují kompletní vyšetření a anamnézu dárce. Následně konzultují další vyšetření a časový plán, kdy lékař kontaktuje blízké a informuje rodinu o možném dárcovství orgánů (Kieslichová a kol., 2015).

1.5 Koordinační středisko transplantací

Koordinační středisko transplantací je státní organizace, které spadá pod Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Vniklo dne 7. července v roce 2003. Náplň práce KST není pouze koordinace odběrů orgánů a tkání. Práce zahrnuje aktualizaci dat na čekací listině, řídí Národní transplantační registry, kontrolují vše dle legislativy, zajišťují finanční náhradu

pacientům a jejich rodinám dle zákonných předpisů. Informovanost a vzdělávání laické veřejnosti spadá pod kompetence koordinačního střediska transplantací (KST, © 2019).

Koordinační středisko transplantací není podřízené žádnému konkrétnímu transplantačnímu centru. Je zcela nezávislé. Jeho úkoly jsou stanovené zákonem. Další pravomoc, kterou koordinační středisko má je koordinace mezinárodní spolupráce (Kieslichová a kol., 2015).

1.6 Národní registr osob čekajících na transplantaci orgánu

Každý pacient, u kterého byly vyčerpány všechny možnosti léčebných postupů, je na základě požadavku ošetřujícího lékaře zařazen do Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánu, zkráceně čekací listina z anglického názvu waiting list. Čekací listinu spravuje koordinační středisko transplantací. Zajišťují, aby na čekací listinu nebyl zařazen čekatel, který je již zapsán v podobném registru v jiné zemi. Registr neslouží jako pořadník, ale slouží pro výběr nejvhodnějšího potencionálního příjemce. Výběr příjemce probíhá za pomoci počítačového programu TRINIS. Postup je kontrolován koordinátorkou z koordinačního střediska transplantací. Výsledek a potencionálního příjemce, koordinátorka ohlásí transplantačnímu centru, kteří kontaktují daného čekatele (KST, © 2019).

Statistika Koordinačního Střediska Transplantací ukazuje, kolik potencionálních příjemců bylo zařazeno a dočasně vyřazeno z čekací listiny. V roce 2022 se jednalo o 688 potencionálních příjemců, kteří byli zařazeni na WL a o 577 potencionálních příjemců, kteří byli dočasně vyřazeni. V roce 2023 do 1. dubna bylo zařazeno 212 potencionálních příjemců a dočasně vyřazeno 154 potencionálních příjemců (KST, © 2019).

1.7 Alokace orgánů

Alokaci orgánů rozumíme přidělení dárcovského orgánu potenciálnímu příjemci. Česká republika se řídí dle transplantačního zákona č. 285/2002, který je platný od roku 2002. Zákon by měl ručit za spravedlivý přístup ke kandidátům při přiřazování dárcovských orgánů potenciálnímu příjemci. S výběrem potencionálního vhodného příjemce rozhoduje počítačový systém TRINIS, který je propojen se systémem Národního registru osob čekajících na transplantaci orgánu. Poté koordinátor koordinačního střediska transplantací informuje o výsledku transplantační centrum, které se stará o zdravotní stav potencionálního příjemce (Frýda, 2018).

1.8 Definice dárce orgánu

„Transplantační zákon České republiky definuje dárce orgánů. Dárce je osoba, která daruje orgán nebo tkáň, ať už k darování dojde během života této osoby nebo po její smrti“ (Česko, 2002).

„Zákon dále definuje možné dárce orgánu. možným dárce se stává pacient, u něhož se s ohledem na jeho zdravotní stav předpokládá smrt a možnost odběru tkáně nebo orgánu, nebo tělo zemřelé osoby, u níž byla prokázána smrt a u níž se předpokládá možnost odběru tkáně nebo orgánu“ (Česko, 2002).

Vhodný dárce pro transplantaci srdce je člověk, který má známky nevratného poškození mozku, následně je poškození mozku potvrzeno. Pokud je diagnóza stanovená, posuzuje se vhodnost štěpu. Hodnotí se, jak dlouho byl štep vystaven srdeční zástavě, těžké hrudní poranění a známky sepse. Nejvhodnější věk dárce pro transplantaci srdce je do 35 let. Pokud je dárce starší, jsou nutná další vyšetření. Srdce dárce se následně vyšetřuje za pomoci echokardiografie a následně je provedena koronarografie, která slouží k vyloučení patologií na koronárních tepnách (Molitor a kol., 2017).

1.9 Odběr orgánů od zemřelého dárce

Odběr orgánu probíhá na operačním sále. Dárci jsou udržovány vitální funkce. Kůže je důkladně očištěna a vydezinfikována, následně je tělo kryté sterilní rouškou. Provádí se řez skrz sternum takzvaná stereotomie. Dává se obrovský důraz, aby nedošlo k poškození plic a srdce. Při odběru srdce se hodnotí jeho stav, velikost, abnormality a jestli je způsobilé k darování. Hlavním cílem transplantačních center je minimalizovat ischemickou dobu pro dárce orgán. Pro snížení metabolických nároků tkání je vyvolána diastolická zástava a uložení do ledové lázně, která způsobí hypotermii. Hypotermie má za následek snížení metabolismu ve tkáni (Esmailian, Perry and Kobashigava, 2017).

Dle transplantačního zákona České republiky se odběru orgánů rozumí. *„Odběr od zemřelého dárce lze provést, jen byla-li zjištěna smrt. Pokud by měl být odběr od zemřelého dárce proveden před uplynutím 2 hodin od zjištění smrti, lze tento odběr provést nejdříve po podepsání protokolu podle odstavce 2. Lékaři, kteří zjišťují smrt, se nesmějí zúčastnit odběru od zemřelého dárce nebo transplantace a nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce.“* Zákon nám charakterizuje i podmínky pro stanovení smrti (Česko, 2002).

2 TRANSPLANTAČNÍ PROCES

Transplantační proces zahrnuje soubor výkonů, které vedou k obnovení specifických funkcí lidského organismu (Česko, 2002).

Potencionálního příjemce srdce čeká mnoho procesů, než dojde k samotné operaci. Největším problémem je čas, který příjemce stráví na čekací listině, z důvodu nedostatku dárců srdce (Kittleson, Kobashigava and Luu, 2017).

2.1 Indikace k transplantaci srdce

K transplantaci srdce se indikují pacienti se srdečním selháním. Nejčastější příčinou k transplantaci srdce se uvádí chronické srdeční selhání a dilatační kardiomyopatie. Výjimečně jsou k transplantaci srdce indikováni i pacienti s nezvladatelnou angínou pectoris, komorovými arytmiemi nebo vrozenými srdečními vady (Hošková a kol., 2021).

2.1.1 Kardiomyopatie

Kardiomyopatie je pojem, který označuje skupinu onemocnění, které postihují srdeční svalovinu. Dle anatomického a echokardiologického obrazu dělíme kardiomyopatie na tři typy (Navrátil a kol., 2017).

Dilatační kardiomyopatie je onemocnění, které se projevuje postupným zvětšením a systolickou dysfunkcí levé komory. Dilatační kardiomyopatie je vrozená nebo získaná. Vrozená forma onemocnění je vzácná, vzniká na podkladě specifických genů. Získaná podoba onemocnění se rozvíjí po prodělané myokarditidě. Předchozí prodělaná myokarditida mohla mít průběh asymptomatický nebo symptomatický. Mezi vzácné dilatační kardiomyopatie patří peripartální kardiomyopatie, kterou řadíme do vzácných komplikací v posledním měsíci těhotenství (Bulava, 2017).

Hypertrofická kardiomyopatie je charakterizována zbytněním stěn nezvětšené levé komory s absencí srdečního, metabolického nebo systémového onemocnění, které by vedlo k hypertrofii stěn. Oblast, která je nejčastěji hypertrofií postižena je mezikomorové septum (Táborský a kol., 2021).

Restriktivní kardiomyopatie, principem tohoto onemocnění je snížená schopnost plnění komor a značná tuhost stěn. Jde o poruchu diastolické funkce komor. Vyjádření ejekční frakcí srdce je bez změn. Srdeční komory jsou nezvětšené oproti síním, které jsou značně dilatované (Navrátil a kol., 2017).

2.1.2 Chronické srdeční selhání

„Srdeční selhání je patologický stav, kdy srdce z nějakého důvodu selhává jako pumpa a není schopné dostatečně přečerpávat krev po celém těle“ (Bulava, 2017).

Lékaři při hodnocení nejčastěji využívají funkční klasifikaci NYHA, která hodnotí intoleranci pacienta vůči prováděné aktivitě a hodnotí symptomy, které pacient udává. Při diagnostice se využívají i další. Příkladem je klasifikace podle stupně progresu srdečního selhání. Onemocnění má své typické symptomy, s kterými se lidé setkávají. Pacient v ambulanci nebo při hospitalizaci u odběru anamnézy udává dušnost, otoky, kašel a únavu. Fyzikální vyšetření nám prokáže přítomnost periferních otoků, lékař pomocí fonendoskopu slyší změny na plicích, které se projevují jako slyšitelné krepitace nebo chrůpky. Důsledkem je městnání krve v plicním řečišti. Pohledem si můžeme všimnout zvýšené náplně krčních žil. Tyhle příznaky jsou výsledkem strukturálních nebo funkčních změn na myokardu (Pudil, 2020).

Diagnostika chronického srdečního selhání zahrnuje soubor výkonů a spolupráci mezi lékařem, sestrou a pacientem (Táborský a kol., 2021).

Lékař se snaží přijít na příčinu srdečního selhání, naordinovat vhodnou terapii a vymezit možná rizika a prognózu. K získání přesné diagnostiky lékař za spolupráce sestry získává data pomocí anamnézy, fyzikálního vyšetření, EKG, echokardiografie, laboratorní vyšetření, zobrazovací metody na nukleární medicíny, kde zahrnujeme CT nebo MRI a ostatní vyšetřovací metody. Chronické srdeční selhání má více fází. Lidé s konečnou fází chronického srdečního selhání, které se nazývá end-stage selhání, nemají mnoho alternativ léčby, které by mohli zlepšit jejich stav. Řešením závažného stavu se stává možnost transplantace srdce, mechanické srdeční podpory nebo v případě kontraindikací je zahájena paliativní léčba (Pudil, 2020).

Pro end-stage jsou charakteristické rysy. Nacházíme zde pokročilé strukturální změny na srdci a pacient pocítuje příznaky srdečního selhávání již při minimální nebo při žádné fyzické námaze. End-stage je pro pacienta velice nebezpečný z důvodu vysoké mortality (Hamilton, Kittleson and Kobashigava, 2017).

Pacient je dostatečně informován o svém zdravotním stavu a poslán do kardiocentra na posouzení k transplantaci srdce. U indikovaných pacientů s pokročilým srdečním selháním jsou vyčerpány všechny možnosti farmakologické, konzervativní a invazivní postupy léčby,

chirurgické výkony nebo konvekční metody léčby, které by vedly ke zlepšení stavu onemocnění. Pacient je zařazen na čekací listinu (Hošková a kol., 2021).

Potencionální kandidáti pro transplantaci srdce jsou pečlivě vybíráni. Musí splňovat mnoho faktorů. Tým v kardiocentru hodnotí zdravotní stav pacienta, který musí splňovat určitá kritéria pro operaci. Srdeční selhání musí být dle NYHA III-IV stádium. Tým bere v úvahu nedostatek dárců srdce, proto posuzují čekací dobu na čekací listině, aby maximálně potencionální příjemce využil své nové srdce maximálně. Tým odborníků srovnává přínos operace s nynějším životem potenciálního příjemce. Jeden z důležitých faktorů se stává kvalita života (Kobashigava, Luu and Sumbi, 2017).

Nastane-li situace, kdy u příjemce dojde ke zhoršení stavu až ohrožení života. Využije se možnost sloužící, jako most k transplantaci srdce (Hošková a kol., 2021).

Funkční klasifikace dle New York Hear Association. Modifikace z roku 1994		
<u>NYHA</u>	DEFINICE	ČINNOST
Třída I	bez omezení činnosti, každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo dušnost	nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze či běhu
Třída II	menší omezení tělesné činnosti, každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace	nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná aktivita již vyvolá únavu či dušnost
Třída III	značné omezení tělesné činnosti, již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti nebo palpitacím, v klidu bez obtíží	nemocní jsou dušní či unavení při základních činnostech jako je oblékání, mytí apod.
Třída IV	obtíže při jakékoliv tělesné činnosti dušnost nebo palpitace se objevují i v klidu	nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života

Tabulka 1: Funkční modifikovaná klasifikace dle NYHA (Špinarová, M., Špinarová, L. a Špinar, 2015).

2.2 Mosty k transplantaci srdce

Dlouhodobé mechanické srdeční podpory jsou používány u pacientů s chronickým srdečním selháním. Slouží jako podpora pro srdeční funkci a jsou označovány jako mechanický most k transplantaci srdce (Fila a kol., 2014).

Zlepšení stavu, kriticky ohroženého pacienta využijeme nejprve farmakologický most k transplantaci srdce. Pacient je pro svůj stav hospitalizován na jednotce intenzivní péče, kde dostává farmakologickou podporu, pokud je farmakologická léčba neúspěšná, tak se přechází na mechanickou srdeční podporu (Semerád, Krajíček a Šebesta, 2015).

Mechanická srdeční podpora je indikována pacientovi, kterému srdce selhává jako pumpa a jeho aktuální stav není možné řešit pouze pomocí medikamentů. U pacientů, kteří čekají na transplantaci srdce je zavedena dlouhodobá mechanická srdeční podpora, ale u pacientů, kterým je kontraindikována transplantace srdce, může být zavedena trvale (Štefja a kol., 2007).

Dále je pacient zařazen na WL, jeho stav se změnil natolik, že dle klasifikace NYHA byl zařazen do kategorie IV., příznaky přetrvávají více, jak dva měsíce a dle doporučení European Society of Cardiology splňuje všechny podmínky (Fila a kol., 2014).

Jedním s dostupných zařízení je HeartMate3. Implantuje se u pacientů, u kterých není nalezen optimální dárc. HeartMate3 je určen pro zkvalitnění života, zlepšení stavu a snížení mortality (Horváth a kol., 2016).

Přesto, že HeartMate3 má vynikající výsledky v podobě přežití pacientů na čekací listině, tak implantace přístroje nese svá rizika i komplikace (Kilcoyne et al., 2022).

2.3 Kontraindikace k transplantaci srdce

Existuje mnoho faktorů, které mohou potenciální příjemce dočasně nebo absolutně vyřadit z transplantačního procesu. Vyřazen je příjemce například s akutním onemocněním. Diagnostika těžké plicní hypertenze. Vzniká zde riziko, které může vést k selhání pravé komory nově transplantovaného srdce. Pokud je čekatel onemocnění zjištěno je zahájena léčba. Řešením plicní hypertenze je implantace levostranné mechanické podpory, která vede ke snížení plicní hypertenze na hodnoty, které jsou vhodnější pro transplantaci srdce. Dočasnou kontraindikací se stává i obezita, diabetes mellitus, ledvinné selhání, duševní onemocnění, alkoholový, drogový abusus, kouření, nedodržování léčebného režimu a špatná spolupráce s čekatelem (Wohlfahrtová a kol., 2021).

Mezi absolutní kontraindikace řadíme maligní karcinom, který by měl potencionál rychlého růstu po transplantaci srdce z důvodu užívání imunosupresiv. Potencionální příjemci s akutní infekcí hepatitidy typu B i C. Výjimkou mohou být pacienti s chronickou nebo vyléčenou hepatitidou typu B (Kobashigava, Luu and Sumbi, 2017).

2.4 Transplantace srdce

V České republice je realizována ortotopická transplantace srdce, kterou lze uskutečnit třemi technikami. Nejčastěji využívaná technika pro transplantaci srdce je bikavální technika. Srdce dárce nejprve zkontroluje kardiochirurg, poté je zahájena samotná transplantace. Štěp se nejdříve našívá na levou síň příjemce, dále se spojí dolní dutá žíla dárce s dolní dutou žílou příjemce a horní dutá žíla dárce s horní dutou žílou příjemce. Ke konci kardiochirurg našije plicnici a zakončí našitím aorty. Následuje odvzdušnění srdce. Po odvzdušnění následuje obnovení sinusového rytmu. Přibližně po hodině by mělo dojít k obnovení průtoku krve transplantovaným orgánem a pacient by se měl odpojit od mimotělního oběhu. Posledním krokem je kontrola operačního pole, zavedení drénů a kardiochirurg uzavírá hrudní dutinu (Kaláb a kol., 2013).

3 NOVÝ ŽIVOT PO TRANSPLANTACI SRDCE

Péči u pacientů po transplantaci srdce můžeme rozdělit do dvou fází. První fáze zahrnuje časnou pooperační péči. Druhá fáze zahrnuje dlouhodobou péči. Při dlouhodobé péči je pacient dispenzarizován celoživotně (Vránková, 2016).

3.1 Časná pooperační péče

Po transplantaci srdce je pacient převezen na jednotku intenzivní péče, kde jsou sledovány a podporovány vitální funkce. Stabilizovaný pacient se překládá na jednotku intermediální péče, kde dostává komplexní péči (Kaláb a kol., 2013).

Klíčovým cílem v pooperačním období po transplantaci srdce, je předcházení vzniku infekce a akutní rejekce. Dále se dbá na udržení hemodynamické podpory (Wagner, 2009).

V pooperačním období je pacientovi podávána imunosupresivní léčba, analgezie, antibiotická profylaxe a uplatňuje se zde prevence tromboembolické nemoci. Hlavním kritériem pro následnou extubaci je hemodynamická stabilita. Po extubaci je pacientovi aplikována oxygenoterapie (Slezáková a kol., 2019).

Přibližně po sedmi dnech se pacient hospitalizuje na standardním kardiologickém oddělení. V průběhu hospitalizace na kardiologickém oddělení pacient podstupuje endomyokardiální biopsie jedenkrát týdně. Dle výsledku se upravuje imunosupresivní léčba (Kaláb a kol., 2013).

Zhruba po měsíci a půl nastává dimise. Dimise znamená propuštění ze zdravotnického zařízení do domácího ošetřování. Bohužel i tenhle radostný okamžik může doprovázet nepříjemný pocit nejistoty. Všechny znalosti a dovednosti, které se pacient naučil v průběhu hospitalizace od zdravotnického týmu musí nyní realizovat v domácím prostředí sám nebo za pomoci rodinných příslušníků (CKCHT, © 2023).

3.1.1 Imunosupresivní léčba

Imunosupresiva jsou složena z látek, které ovlivňují imunitní systém u daného jedince. V historii se cyklosporin podílel na rozvoji transplantologie. Jedná se o cyklický polypeptid, který slouží jako ochrana proti rejekci. Ačkoliv se cyklosporin podílí na značném pozitivním výsledku transplantace, i tak čelíme řadě nežádoucích účinků. Nejzávažnější nežádoucí účinky jsou nefrotoxicita a hepatotoxicita. Dále se v transplantologii využívají imunosupresiva jako Trakolimus a Everolimus sloužící jako prevence proti odhojení štěpu (Švihovec a kol., 2018).

Pacienti po transplantaci srdce musí být informováni o režimových opatření, která mají souvislost s užíváním imunosupresiv. V období prvních třech měsíců po transplantaci srdce jsou pacienti vystaveni vyššímu riziku infekce, proto v tomto období, by měli pacienti dbát na svou hygienu, čistotu domácího prostředí a vyhýbat se místům, kde hrozí potenciální infekce. Dodržovat dietní doporučení a dbát na pitný režim. Vyhýbat se citrusům. Z důvodu interakce s imunosupresivy (Mikušová, 2010).

3.1.2 Komplikace v pooperačním období

V pooperačním období je pacient ohrožen potenciálními komplikacemi. Častou komplikací, která se v pooperačním období vyskytuje je akutní rejekce (Kaláb a kol., 2013).

Komplikace po transplantaci srdce můžeme rozdělit časné a pozdní, které se v průběhu rekonvalescence mohou objevit. Do skupiny časných komplikací po transplantaci srdce řadíme dysfunkci srdce, rejekci, krvácení a infekci (Spratt et al., 2017).

Pozdní komplikace po transplantaci srdce jsou spojovány s nedostatečnou a neadekvátní odpovědí imunosupresivní léčby. Lze zde zahrnout chronickou rejekci, vaskulopatii, posttransplantační malignitu, ledvinné selhání, hypertenzi a cévní mozkovou příhodou. Později jsou příjemci ohroženi i osteoporózou (Murad and Colvin, 2017).

3.2 Celoživotní dispenzarizace

Po půl roce jsou pacienti po transplantaci srdce předáni do péče specializované ambulance po transplantaci srdce. V prvním roce po transplantaci srdce, dochází pacienti na kontroly čtyřikrát ročně. Postupem času, kdy je pacientův stav stabilnější, tak se interval prodlužuje. V ambulanci lékaři předepisují imunosupresivní léčbu, kontrolují její účinnost a poskytují komplexní péči (Hošková a kol., 2021).

3.3 Režimová opatření

Pacient po transplantaci srdce si musí zvyknout na spoustu nových opatření. Jedním ze zásadních doporučených režimových opatření je pravidelné užívání léků. Imunosupresiva musí pacient po transplantaci srdce užívat po zbytek svého života. Důležitá je pravidelnost, kdy pacient užívá imunosupresiva každý den ve stejnou hodinu. Lékaři kladou důraz i na správný způsob užívání jednotlivých léčiv. První tři měsíce je období po transplantaci srdce, kdy je pacient nejvíce ohrožen (Hošková a kol., 2021).

Jídelníček po transplantaci srdce

Účinek imunosupresiv výrazně ovlivňuje strava. Především při užívání Takrolimu. V prvních třech měsících je riziko přenosu infekce i z potravin. Potraviny by měly být kvalitní a čerstvé. Pacienti po transplantaci srdce by měli čerstvou zeleninu a ovoce vždy řádně umýt nebo zbavit slupky. Dále dbají na řádné zpracování masa, které musí být dostatečně tepelně upravené. Doporučené je nekonzumovat potraviny s živými kulturami. Živé kultury jsou obsaženy hlavně v jogurtech (Mikušová, 2010).

Zakázána je konzumace grepů, třešalky, pomela, granátového jablka a výrobky, kde jsou tyto potraviny obsaženy. Dále by měli pacienti omezovat konzumaci plísňových sýrů (CKCHT, © 2023).

Užívání návykových látek po transplantaci srdce

Nedoporučuje se konzumovat alkohol pravidelně, nejlépe se zcela konzumaci alkoholu vyhýbat a nekouřit (Mikušová, 2010).

Rehabilitace a sport po transplantaci srdce

Krátce po transplantaci srdce je zahájena mobilizace. První tři měsíce dochází k zacelení rány. V časném po transplantačním období není vhodné zvedat těžké předměty nebo provádět silové tréninky (Hošková a kol., 2021).

Po transplantaci srdce není pacient omezován především dušností, kterou pociťoval při běžných denních činnostech. Pacient je postupně fyzicky zatěžován. Přibližně jeden měsíc po transplantaci srdce jsou doporučovány procházky nebo lehčí fyzické aktivity. Plnému aktivnímu životu se pacient dostává zhruba za tři měsíce od operace. Fyzická aktivita je důležitá nejen v oblasti zlepšování fyzické kondice, ale i při kontrole udržování stálé tělesné hmotnosti nebo její redukce (Špínar a kol., 2007).

Sexuální aktivita a plodnost

Po operacích srdce je návrat k sexuálnímu životu zcela individuální. Obecně platí, pokud pacient je schopen vystoupat do prvního patra bez obtíží, je schopen zvládnout sexuální aktivitu (Kapounová, 2020).

Doporučené je mít stálého partnera či partnerku. Kvůli potencionálnímu přenosu infekce při nechráněném pohlavním styku s cizí osobou je doporučené využít bariérové formy antikoncepce. U žen se nedoporučuje otěhotnět v průběhu prvního roku po transplantaci

srdce pouze při komplikovaném průběhu. Dále by ženy po transplantaci srdce měli dbát na gynekologické preventivní prohlídky (Hošková a kol., 2021).

Cestování a dovolená

Lidé po transplantaci srdce by měli do zahraničí vyjet přibližně rok po operaci. Z důvodu větší pravděpodobnosti vzniku možných komplikací. Doporučené je navštěvovat země, které mají dostatečný hygienický standard. Dále musí dbát na dostatečnou kvalitu potravin a pitný režim. Sbalit dostatečné množství potřebných léků. Kvůli zvýšeném riziku malignity používat pokrývku hlavy a opalovací krémy, které mají ochranný faktor 50 a více. Lidé po transplantaci srdce by měli opalovací krém používat nejen na dovolené, ale kdykoliv při pobytu na slunci. Doporučené jsou pravidelné kontroly v dermatologické ambulanci. Měli by se vyhýbat hlavní sezóně letních dovolených u moře (Hošková a kol., 2021).

Úprava domácího prostředí

Pacienti po transplantaci srdce musí dbát na čistotu ve své domácnosti. Při návratu domů by měli upravit domácí prostředí. K přenosu infekce může dojít skrz domácí zvířata, hlavně v období prvního roku po transplantaci srdce. Vyšší riziko přenosu infekce představují především kočky a ptáci. Lidé po transplantaci srdce by měli dbát, aby jejich domácí zvířata byla zdravá a řádně očkováná (Hošková a kol., 2021).

4 KVALITA ŽIVOTA A ŽIVOTNÍ HODNOTY

Lidé po transplantaci srdce se setkají s mnoha novými situacemi, které mohou ovlivnit kvalitu života a pořadí životních hodnot (Cebeci et al., 2021).

4.1 Kvalita života osob po transplantaci srdce

Světová zdravotnická organizace popisuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“ (WHO, © 2023).

Pojem kvalita života je v běžné komunikaci spojována s pozitivním významem. Po stránce odborného jazyka je definice kvality života používána k vyjádření pozitivních a negativních pohledů na život. Kvalitu života rozdělujeme na subjektivní a objektivní. Kvalitu života je složité jasně definovat, protože zahrnuje rozsáhlou stupnici zkušeností a oblastí jedince (Gurková, 2011).

Potencionální příjemce před transplantací srdce často pociťuje sníženou kvalitu života. Jeden z hlavních cílů transplantace srdce, je docílit zlepšení kvality života. Kvalitu života lze měřit kvantitativně a kvalitativně. Po transplantaci srdce platí, že kvalita života má rostoucí tendenci po fyzické i psychické stránce. Faktory, které mohou kvalitu života ovlivnit jsou komplikace a užívání léků po operaci (Kobashingawa et Olymbios, 2017).

4.2 Životní hodnoty

Kvalita života je spojena s uspokojováním lidských potřeb. Záleží na pocitu celkové pohody. Celková pohoda vychází z tělesného, duševního a sociálního stavu jedince (Šamánková a kol., 2011).

Hodnotové oblasti můžeme popisovat, jako dějiště, kde se jednotlivé hodnoty promítají. Tyto oblasti hodnot jsou široké kategorie a každý člověk individuálně přiřazuje jejich důležitost. Na základě zkušeností, lidé určují pořadí hodnot (LeJeune et Luoma, 2021).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část je zaměřena na zjištění, jak dokáže transplantace srdce ovlivnit kvalitu života a životní hodnoty příjemce.

5.1 Cíle výzkumu

Dříve, než jsme definovali cíle výzkumu, jsme se zaměřili na výzkumný problém. Následně jsme si stanovili výzkumné cíle.

Naším stanoveným **hlavním výzkumným cílem** je:

Zjistit a popsat, jak vnímají lidé po transplantaci srdce kvalitu svého života a životní hodnoty.

Pro náš výzkum jsme si stanovili tyto **dílčí výzkumné cíle**:

1. Zjistit a popsat, jak participanti vnímali kvalitu života před transplantací srdce a jaké životní hodnoty uznávali za nejdůležitější v tomto období jejich života.
2. Zjistit a popsat, jak participanti vnímají kvalitu života po transplantaci srdce a jaké životní hodnoty pokládají nyní za nejdůležitější.
3. Zjistit a popsat, zda participanti dodržují doporučená režimová opatření po transplantaci srdce.

5.1.1 Vymezení výzkumných otázek

Abychom dostali odpověď na náš cíl, je potřeba stanovit hlavní otázku a další specifické otázky (Hendl, 2005).

Znění **hlavní výzkumné otázky**:

Jak vnímá člověk kvalitu života a životní hodnoty po transplantaci srdce?

Dále jsme formulovali **dílčí výzkumné otázky**:

1. Jak participanti vnímali kvalitu života před transplantací srdce?
2. Jaké životní hodnoty uznávali v té době (před transplantací srdce) za nejdůležitější?
3. Jak participanti vnímají kvalitu života po transplantaci srdce?
4. Jaké životní hodnoty uznávají nyní za nejdůležitější?
5. Vnímají participanti nutnost dodržování doporučených režimových opatření jako omezující?

5.2 Popis výzkumné strategie

Z hlediska zkoumaného problému byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Hlavní výhodou při volbě kvalitativní výzkumné strategie je získání hloubkového popisu jednotlivých případů. Mezi základní přístup kvalitativního výzkumu řadíme fenomenologický výzkum. Fenomenologický výzkum se soustředí na pochopení subjektivních prožitků a zkušeností jednotlivce (Hendl, 2016). Součástí kvalitativního výzkumu je zkoumání jevů, které jsou jedinečné a neopakovatelné a každý jedinec je vnímá odlišně (Miovský, 2006).

Pro výzkum byla zvolena výzkumná technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor může probíhat formou přímého setkání, kdy se fyzicky setkají tazatel a participant nebo rozhovor může probíhat formou nepřímou, kde se využije telefon (Hendl a Remr, 2017). Byl připraven okruh otevřených otázek. Pořadí otázek jsme v průběhu jednotlivých interview měnili dle situace.

Součástí kvalitativní výzkumné strategie je etika výzkumu, která má obrovskou hodnotu. Etika výzkumu se řídí etickými principy. Jedinci, kteří se podílejí na výzkumu by měli být seznámeni s dobrovolnou účastí, anonymitou a participant by měl být dostatečně informován a poučen. Výzkumník seznámí účastníka výzkumu ohledně úmyslu výzkumu (Hendl a Remr, 2017).

V naší práci je kvalitativní výzkumná strategie doplněna o metodu Cantrillova žebříku. V zahraniční literatuře je metoda Cantrillova žebříku využívána k posouzení kvality života (Chrastina a Ivanová, 2010). V naší práci jsme metodu využili k posouzení životních hodnot u participantů v průběhu jejich života. Participantům byly před začátkem interview předloženy dva dokumenty. Participant měl za úkol, určit pořadí důležitosti životních hodnot před transplantací srdce. Následně vyplnil druhý dokument, který určoval pořadí životních hodnot po transplantaci srdce.

5.3 Výběr a charakteristika výzkumného souboru

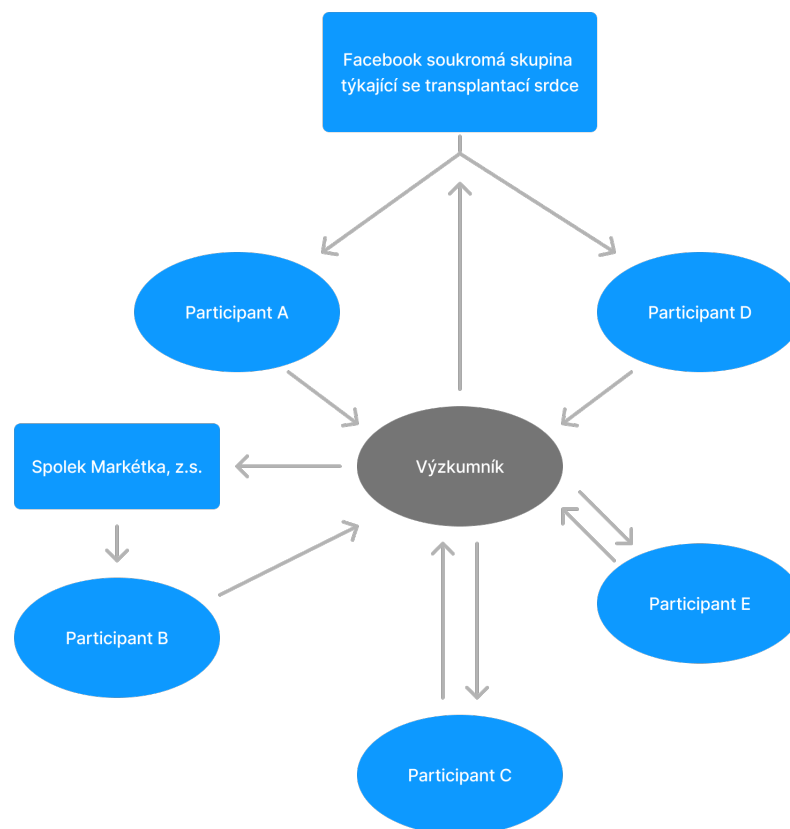
Dříve, než jsme začali oslovovat možné potenciální účastníky, jsme vytvořili charakteristiku.

Kritéria výběru:

- Člověk po transplantaci srdce
- Věk participanta 18 let a více
- Na pohlaví nezáleželo

Výběr vhodného participanta nebyl omezen v délce po transplantaci srdce. Díky možnosti výběru participantů s různou časovou odchylkou po transplantaci srdce, nám byly popsány různé pohledy na kvalitu života a životní hodnoty. Pro sestavení výzkumného souboru jsme využili techniku sněhové koule.

Veškeré údaje pro náš výzkum jsme získávali od jedinců, kteří podstoupili transplantaci srdce. Výzkumu se zúčastnili tři muži a dvě ženy, kteří podstoupili transplantaci srdce v České republice.



Obrázek 1: Výzkumný soubor technika sněhové koule (Vlastní výzkum, 2023).

V tabulce jsou uvedeny sociodemografické informace týkající se našich participantů.

OZNAČENÍ PARTICIPANTŮ	POHLAVÍ	VĚK	DOBA OD TRANSPLANTACE SRDCE	PRACOVIŠTĚ, KDE PROBĚHLA TRANSPLANTACE SRDCE
Participant A	Muž	25 let	2 roky	IKEM
Participant B	Žena	67 let	5 let	CKCHT
Participant C	Muž	73 let	13 let	CKCHT
Participant D	Žena	45 let	5 měsíců	IKEM
Participant E	Muž	51 let	14 let	CKCHT

Tabulka 2: Socio-demografické informace participantů (Vlastní výzkum, 2023).

5.4 Realizace sběru výzkumných dat

Participant, kteří souhlasili s poskytnutím rozhovoru, byli předem seznámeni s účelem rozhovoru. Poskytnuté informace, které jsme participantům sdělili, obsahovaly: téma bakalářské práce, hlavní výzkumný cíl a dílčí výzkumné cíle. Dále byli participant seznámeni s průběhem rozhovoru. K bližšímu seznámení sloužil námi vytvořený informovaný souhlas, který byl každému participantovi poskytnut před zahájením rozhovoru. Informovaný souhlas obsahuje název bakalářské práce, účel rozhovoru a informace o důvěrnosti informací. Participant měli možnost zakroužkovat souhlas nebo nesouhlas. Participant byli seznámeni s tím, že rozhovor bude nahráván, ale nahrávka nebude poskytována třetím osobám. Nahrávka slouží pro přepis dat, které byly v průběhu interview sděleny. Participant byli dále ujištěni o dodržení anonymity u přepsaných dat, která byla poskytnuta v rozhovoru. Poslední informace, s kterou byli participant seznámeni, byla možnost přerušit rozhovor kdykoliv v průběhu sběru dat. Informovaný souhlas obsahoval poděkování, jméno a příjmení autora a vedoucího práce. Po vysvětlení byl participant vyzván k podpisu informovaného souhlasu. Podepsané informované souhlasy jsou uloženy u vedoucího práce.

Sběr výzkumných rozhovorů byl uskutečněn v průběhu měsíce duben roku 2023. Rozhovory probíhali formou osobního setkání, kde jsme se s participanty potkali osobně v místě jejich bydliště nebo jsme využili možnost rezervaci učebny v univerzitní knihovně. Dva rozhovory proběhli formou on-line setkání, při kterém jsme využili možnost sociálních sítí Facebook, kde jsme za pomoci této sociální sítě využili možnost videohovoru. V rozhovorech jsme se dotazovali na předem připravené okruhy otázek i podotázky, které sloužili k hlubšímu získání dat od participanta. V průběhu byli dotazováni i doplňujícími otázkami, které se naskytly v průběhu rozhovoru. Participanti nám sdělili subjektivní vnímání řešeného problému. Následně bychom Vám chtěli interpretovat průběh jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů.

Participant A

Oslovení participanta A bylo již v roce 2022, kdy přislíbil participaci. Následně polostrukturovaný rozhovor proběhl o rok později konkrétně 9. 4. 2023. Rozhovor proběhl v odpoledních hodinách a trval 52 minut čistého času. S participantem jsme se spojili přes videohovor. Začátek rozhovoru doprovázela mírná nervozita na obou stranách. V průběhu rozhovoru nervozita upadla a rozhovor měl příjemnou přátelskou atmosféru. Participant neměl problém nám sdělit otevřeně všechny informace na které byl dotazován. Všechny informace, které nám participant předal byli pro nás přínosné.

Participantka B

Participantka B byla kontaktována prostřednictvím spolku Markétka, z.s. (Občanská nezisková organizace sdružující pacienty po transplantaci srdce, jejich rodinné příslušníky, lékaře, zdravotní sestry a přátele podporující transplantační program), kde byla zaslána žádost v e-mailu. Prostřednictvím e-mailu se následně ozvala participantka B. Interview bylo uskutečněno 11. 4. v roce 2023. Prostředí setkání, kde se rozhovor konal byl dům, ve kterém participanta bydlela. Participanta byla seznámena s veškerými podmínkami. Opět se rozhovor nesl příjemně a přátelským duchem. Rozhovor s participantkou B vnímáme, jako nejvíce emotivní, protože v průběhu rozhovoru došlo na citlivá témata, která byla pro participantku silně emotivní. I přes citlivá témata nás participantka obohatila předáním svými zkušenostmi. Celý rozhovor trval 50 minut.

Participant C

Participant C byl námi přímo oslovený rok před zahájením výzkumu. V průběhu března byl telefonicky kontaktován a společně jsme domluvili čas a místo setkání. Interview proběhlo

dne 12. 4. 2023 v dopoledních hodinách, abychom předešli rušivým faktorům, které by mohly rozhovor narušit. Využili jsme možnosti rezervace místnosti v prostorách univerzitní knihovny. Polostrukturovaný rozhovor trval 40 minut. Participant komunikoval otevřeně a sdělil podnětné informace.

Participantka D

Polostrukturovaný rozhovor s participantkou D probíhal podobně jako rozhovor s participantem A. Rozhovor proběhl 13. 4. 2023. Rozhovor probíhal pomocí videohovoru. Na obou stranách bylo zajištěno nerušené prostředí a participantka byla se vším seznámena. Participantka hovořila otevřeně o svých zkušenostech a odpověděla na všechny dotazované otázky. Participantka D je po transplantaci srdce nejkratší dobu, přesto její subjektivní pohled na vlastní životní situaci nám byl opět přínosem. Videohovor byl nahráván pomocí diktafonu. Čas rozhovoru při, kterém byla získaná data trval 45 minut.

Participant E

S participantem E jsme navázali přímý kontakt a domluvili si setkání. Osobní setkání proběhlo 16. 4. 2023. Místo kde setkání proběhlo byl byt, ve kterém participant žil. Participant byl seznámen s podmínkami. Rozhovor byl plynulý bez vyrušení. Participant komunikoval otevřeně. K odpovědím přidal i spoustu životních příběhů, které byly pro výzkum podnětná. Poslední rozhovor byl nejkratší ze všech, trval 35 minut čistého času.

5.5 Zpracování získaných dat

Po předchozích zmíněných fázích následuje zpracovávání získaných dat z jednotlivých interview. Data z nahraných rozhovorů jsme přepsali do písemné podoby. Při přepisu byla využita doslovná transkripce. Při následném zpracování dat jsme využili prvky ze zakotvené teorie. Zakotvená teorie obsahuje tři hlavní prvky. Prvním prvkem zakotvené teorie jsou koncepty, druhý prvek jsou kategorie a třetí prvek jsou propozice (Hendl, 2005). V našem výzkumu jsme využili dva druhy kódování. Přepsaná data jsme nejdříve kodovali za pomoci otevřeného kódování. Dále jsme kódy identifikovali a vytvořili kategorie. V další fázi jsme vytvořili axiální kódování. *Axiální kódování je pojmová analýza možných hodnot znaků fenoménu a případů v dané kategorii tvoří výchozí bod pro další krok. V průběhu axiálního kódování výzkumník uvažuje příčiny a důsledky, podmínky a interakce, strategie a procesy a tvoří tak „osy“ propojující jednotlivé kategorie.* Axiální kódování slouží k propojování konceptů a témat (Hendl, 2005).

6 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V šesté kapitole naší práce se budeme věnovat výsledkům získaných pomocí kvalitativního výzkumu.

Výsledky kvalitativního výzkumu budou vyloženy pomocí grafického a slovního znázornění. V naší práci graficky znázorníme kategorie a kódy. Kategorie vznikly z jednotlivých kódů. Kódy vznikaly z výpovědí participantů. Jednotlivé kódy budou doplněny o výroky participantů. V naší práci citujeme vyjádření participantů doslovně.

Následně se zaměříme na jednotlivé kategorie v následujících podkapitolách.

6.1 Kategorie č. 1: Subjektivní vnímání kvality života před transplantací srdce

První kategorie obsahuje, subjektivní vnímání kvality života participantů. Participantů nám zde retrospektivně popisovali vnímání životní situace před transplantací srdce, každodenní obavy a jejich fyzickou a psychickou kondici. Kategorie obsahuje následující kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE	Vnímání kvality života jedince před transplantací srdce
	Nejistota z budoucnosti
	Období života na čekací listině
	Ohrožení na životě jedince
	Zhoršení celkového stavu jedince

Tabulka 3: Subjektivní vnímání kvality života před transplantací srdce (Vlastní výzkum, 2023).

První kód nese název **vnímání kvality života jedince před transplantací srdce**. V rámci tohoto kódu jsme se snažili zachytit rozdíly ve vnímání kvality života. Participant A uvádí:

„Kvalitu života si představím, jako žít svůj život bez omezení a naplno. Můj život do té doby, než jsem nezačal mít problémy. Já jsem vlastně nic neřešil do té doby, než mi na něco nepřišli. Neuvažoval jsem nad tím, že něco nemůžu, ale věděl jsem, že něco nezvládám. Vůbec jsem si nepřipouštěl, že by to bylo jako srdce. Já jsem se snažil na to nemyslet a být normální. V uvozovkách být normální, ale tak to bylo celou dobu i od diagnostikování. Největší problém bylo pro mě dýchání, protože jsem se zadýchával.“ Participantka B popisuje: *„Kvalita života pro mě znamená, že člověk, pokud je zdravý, může pracovat a může dělat všechno pro to, aby jeho rodina prosperovala a vzkvétala, aby jako já matka, žena, babička byla zdravá a spokojená. Od toho zdraví se všechno odvíjí. Ostatní ta práce a štěstí,*

vlastně to je ono. Když se řekne kvalita života, že ten život je vyvážený, spokojený, bez těch zdravotních problémů. Bohužel, před transplantací moc takový nebyl.“ Participant C uvádí: „Byl o něco méně kvalitní, protože rád cestuji, a to jsem nemohl, protože tam bylo riziko a také bych to nezvládl. Chodil jsem do práce, ale málo protože jsem byl stále unavený.“ Participantka D vypověděla: „Podstatě jsem se cítila fyzicky hůř, ale život jsem měla stejný, jako do teď, víceméně. Fyzicky jsem, ale nezvládala věci, byla jsem zadýchanější a unavenější.“ Participant E popisuje: „Můj život byl jinačí. Byl jsem zvyklý na aktivní život, ale srdce mi to moc nedovolilo. Nemohl jsem pořádně dýchat, voda mi tlačila i na plíce.“

Další kód vychází z pocitů participantů. Kód **nejistota z budoucnosti** se opakovaně vyskytoval hlavně v průběhu třech rozhovorů. Participant A vypověděl: „Celou dobu jsem to měl stejný. Já jsem se tím nechtěl zaobírat, ale měl jsem chvílky, kdy jsem přemýšlel nad tím, co bude, ale to bylo vždy večer, když jsem usínal nebo jsem nemohl spát. V IKEMu jsem měl psycholožku, které jsem to vyprávěl a ta říkala, že je to strašně super, že stejně nad tím úplně přemýšlet nejde.“ V průběhu rozhovoru Participant A sděluje své obavy: „Měl jsem obavy, jak to dopadne, ale vždycky mě všechno vysvětlili, takže jsem jim věřil. Pak jsem to měl nastavené, že je to moje poslední šance.“ Participantka B popisuje: *Byl to zvláštní pocit, v hlavě se mi promítalo všechno. Uvědomíte se, že mi vezmou moje srdíčko a dají mi jiné. Jak to dopadne?*“ Bližší participantka B popsala: „Byla jsem šťastná, ale měla jsem zvláštní pocit, že nevím, co bude. Nevíte, jestli to dopadne dobře nebo špatně, jestli to srdíčko je to pravé, jestli to vše vyjde. Naštěstí se trefili na poprvé.“ Participantka D se vyjádřila: „Byla jsem z toho taková rozpačitá, když mi řekli, že mě zapíšou na čekací listinu a že mě čeká transplantace srdce. Protože jsem nevěděla, jak dlouho budu čekat, myslela jsem si, že budu čekat několik let.“

Třetí kód popisuje retrospektivní pohled na **období života na čekací listině**. Participantů vzpomínají, jaký život žili před tím, než se objevil vhodný dárců k transplantaci srdce. Vzpomínání Participanta A na období na čekací listině: „Čekal jsem na srdce tak rok a půl. Protože vím, že necelý rok jsem ležel v IKEMu a pak jsem půl roku čekal doma. Půl roku jsem čekal doma, ale chytnul jsem covid.“ Participant C popisuje: „V lednu jsem byl na návrhu, tam mi řekli že budu déle čekat, protože mám krevní skupinu Rh minus. Takže přibližně čtyři měsíce jsem čekal na nové srdce. Musel jsem přestat sportovat, protože jsem se lehce zadýchal a cítil jsem bušení srdce, také můj výkon nebyl nic moc. Běžel jsem na jednu stranu hřiště a tu druhou jsem musel jít a pořádně to rozdýchat. Těsně před operací jsem se dostal do invalidního důchodu, protože jsem ušel 50 metrů a už jsem nemohl. Velice

jsem se zavodňoval i když jsem měl časté nutkání na močení tak jsem se nikdy moc nevymočil, občas jsem dostal takovou křeč do břicha a silný pocit, že potřebuji na záchod a měl jsem pocit, že to pustím. To mě také velice omezovalo. Několikrát jsem byl hospitalizován na interně, kde mě odvodňovali.“ Participantka D vylíčila tohle období: „Byla jsem spíše jen doma, častěji jsem jezdila na kontroly. Brala jsem spoustu léků. Nemocnice mě naštěstí v tomto minuly. Měla jsem defibrilátor, který jsem měla šest let.“ Participant E odpověděl: „Před transplantací jsem byl doma, protože jsem nečekal, že ta transplantace bude tak rychlá od té doby, co mě zařadili na tu čekací listinu. Přesně nevím, jaký průměr je. Takže jsem s tím prakticky nepočítal a žil jsem tak jak to šlo. Za dva měsíce mi transplantovali srdce.“

Čtvrtý kód nese název **ohrožení na životě jedince**. V rámci tohoto kódu jsme měli na mysli situace, které se mohou vyskytnout v průběhu čekací doby na nové srdce. V polostrukturovaném rozhovoru jsme byli s těmito situacemi seznámeni. Situace, které nám byli sděleny bezprostředně ohrozily participanty nebo pouze ztížily, nyní už minulý aktuální zdravotní stav. Vlastní situaci nám objasnil participant A, který byl značně ohrožen pandemií: „Půl roku jsem čekal doma, ale chytnul jsem covid. Takže vlastně, já jsem šel na první očkování, vrátil jsem se a týden po tom jsem dostal covid. Doktor říkal, že jsem to musel chytit někde v té čekárně, ale nejsem si vědom. Ležel jsem doma a bylo to dobrý. Profesor mi dal na sebe číslo a řekl mi, že kdyby něco tak ať volám. Vlastně vyřadili mě na tu chvíli, když jsem byl pozitivní. Pak to bylo dobrý, nějak jsem to přešel. Doktor mi říkal, že Covid je pro mě život ohrožující. Takže jsem si myslel, že jsem to přešel, ale ze dne na den se mi dýchalo blbě. Volali mi záchranku a převáželi mě do IKEMu. No a vlastně od té doby jsem rok ležel v nemocnici IKEM. Dávali mě tam dohromady, měl jsem časté selhávání srdce. Pak mi dali i ICDčko, protože to bylo takový na hraně. Pak jsem měl jít domů, ale potom jsem měl selhávání docela častý, takže se mi to furt prodlužovalo a bral jsem vysoký dávky Furonu. Voda se mi neukládala do nohou, ale vždycky do břicha, nemohl jsem dýchat, nic.“ Participant C nám vysvětluje opačnou zkušenost: „Taková situace nenastala, která by mě ohrozila.“ Participantka D nám popisuje podobnou zkušenost jako má participant C: „*Takový stav jsem naštěstí nezažila.*“

Poslední kód první kategorie je pojmenovaný jako **zhoršení celkového stavu jedince**. V rámci tohoto kódu jsme měli na mysli celkový dopad životní situace na jedince. Participantů popisovali nejen zhoršení fyzické stránky, ale poukazovali, jak byla ovlivněna i psychická stránka jedince. Participantka B nám důkladně popsala: „*Před transplantací jsem*

nemohla jsem dýchat, zadýchávala jsem se při lehkých činnostech. Byla jsem stále unavená. Navíc jsem se starala o moji maminku, které byla ležící. Díky mému onemocnění jsme ji museli dát do domova důchodců, a to mi moc nepřidalo, protože jsem si to vyčítala, že se o ni neměl kdo postarat, ale mě se neulevilo, ale přitížilo. Hodně tam hrála psychika, a nakonec to dopadlo tak, že jsem sama skončila v nemocnici.“ Participant C udává: *„Změny nálad jsem na sobě nepozoroval. To by řekla spíše přítelkyně. Jen si pamatuji, že občas to na mě všechno dolehlo a já byl skleslý.“* Participantka D vysvětluje: *„Podstatě jsem se cítila fyzicky hůř, ale život jsem měla stejný, jako do teď víceméně. Fyzicky jsem, ale nezvládala věci, byla jsem zadýchavější a unavenější.“* Participant E vypověděl: *„Na tu psychiku to má velký vliv, ne jenom problém se srdcem, ale nejspíš úplně všechno, ale všechny zdravotní problémy. V této době jsem vyhledal i psychologa a za to by se neměl nikdo stydět, protože v zahraničí je to normální, ale u nás to berou jinak. Měl jsem i předepsané léky.“*

6.2 Kategorie č. 2: Období před transplantací srdce

Druhá kategorie nese název období před transplantací srdce. Obsahuje kódy, které popisují zásadní situace, které nastaly před transplantací srdce. Participantí popisují retrospektivně své pocity a zkušenosti.

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
OBDOBÍ PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE	Diagnóza, která předcházela transplantaci srdce
	Telefonát s pracovníkem koordinačního střediska
	Očekávání z transplantace srdce
	Informovanost pacientů ohledně alternativ a potencionálních komplikací

Tabulka 4: Období před transplantací srdce (Vlastní výzkum, 2023).

První kód je pojmenován jako **diagnóza, která předcházela transplantaci srdce**. Obsahuje informace o diagnóze participantů, která vedla až k transplantaci srdce. Participant A udává: *„Já jsem měl restriktivní kardiomyopatii.“* Participantka B sděluje: *„Já jsem měla diagnostikovaný zánět myokardu opakovaně. S přestávkou asi šestnáct let. Znova mi to nastartovala chronická bronchitida s tím, že potom díky tomu jsem se začala zavodňovat a má srdeční frakce byla 35 %.“* Participant C charakterizuje svou hlavní diagnózu: *„No měl jsem problémy se srdcem, jednostranně se mi srdce zvětšilo a z druhé strany se mi ztenčilo. Bylo tam nebezpečí, že to srdce praskne, krev místo toho, aby šla do těla tak mi zůstávala v srdci. Výkonnostně moje srdce bylo na 20 %.“* Participantka D popisuje: *„Já jsem měla*

diagnostikovanou dilatační kardiomyopatii a cítila jsem z lékařů, jak mluvili, že to postupně povede k transplantaci srdce.“ Participant E udává: *„Já jsem měl srdce špatné od mala, měl jsem vrozenou srdeční vadu, kdy matka prodělala v těhotenství toxoplazmózu od koček a měl jsem to od narození. Byla tam korigovaná transpozice velkých tepen.“*

Druhý kód se nazývá **telefonát s pracovníkem koordinačního střediska**. Zde participanti líčí své pocity při sdělení informace, že mají vhodného dárce. Kód vyšel ze tří polostrukturovaných rozhovorů. Zbylé dva rozhovory, tenhle kód neobsahovali z důvod čekání na transplantaci v nemocnici. Participant C popisuje: *„Bylo to v květu, dojeli jsme z nákupu, dával jsem auto do garáže. Zvonil mi telefon a ptali se mě, jestli jsem doma, jestli jsem zdravý, jestli nemám opar, že mají pro mě dárce. Takže to pro mě bylo překvapení. Bylo to úžasné. Neměl jsem pocit nebezpečí. Šel jsem nahoru a řekli mi, že mi pošlou sanitku, že mám půl hodiny se nachystat. Sanitka tam byla za 20 minut. Já jsem byl nachystaný, měl jsem sbalený batůžek a sedl jsem do auta a jel jsem do Brna.“* Participantka D složitější situaci popisuje: *„Byl to šok, protože od té doby, co mě zapsali na čekací listinu uběhl týden. Zavolali mi, byla jsem zaskočená i když mi říkali, že pojedu jen jako náhradník. Byla jsem přesvědčena, že ta operace na 99 % nevyjde. Pak jsem tam byla v té nemocnici a oni přišli s tím, že jo, že ten člověk, který byl volaný a byl na řadě, tak mu zjistili nějaké překážky, se kterýma nemohl na operaci. Tak mi řekli, že tedy jdu já. Neměla jsem čas to ani zpracovat.“* Poslední radostnou situaci sdělí participant E: *„Bylo léto, já jsem byl na koupališti a najednou mi zavolali. Bylo to rychlé a překvapivé, protože já mám B+, což je údajně vzácnější krevní skupina, takže těch čekatelů tam není tolik, proto to srdce bylo na skladě.“*

Třetí kód nese název **očekávání z transplantace srdce**. Kód odhaluje jednotlivá přání, překvapení a očekávání z transplantace srdce. Participant A udává: *„To že mi to pomůže k lepšímu životu, že budu moct konečně dýchat.“* Participantka B popisuje: *„Očekávala jsem, že konečně nebudu unavená a budu se moct vrátit do normálního života. že zvládnou vše, co jsem před tím, než jsem onemocněla zvládala.“* Participant C uvádí: *„Splnilo se všechno, co jsem očekával od operace i od nového srdce. Nebylo tam nic miň ani nic víc.“* Participantka D popisuje: *„Překvapilo mě, že to bylo tedy opravdu rychlé a že to vyšlo i když jsem měla jít jen jako náhradní.“* Participant E sděluje: *„Překvapilo mě, že to bylo rychlé, ale po té transplantaci mě překvapilo, že to bylo takové horší.“*

Poslední kód z druhé kategorie se nazývá **informovanost pacientů ohledně alternativ a potencionálních komplikací**. Participant A popisuje: *„Byl sem informován, ale transplantace byla pro mě poslední možnost. Protože mi nemohli ani dát ten HeartMate, což*

by byla pro mě alternativa. Mě to nešlo kvůli té mé restriktivní kardiomyopatii.“ Ohledně potencionálních komplikací byl participant A také seznámen a udává: „Ano, byl jsem úplně se vším obeznámen. Přišla za mnou i psychologka mi všechno znova vysvětlila i doktor.“ Participantka B byla informována o komplikacích a možnostech alternativ. Participantka B nám sděluje: „Všechno tohle mi bylo řečeno. Oni mně nabízeli HeartMate, ale vzhledem k tomu, že by mě s tím poslali domů, ale o mě by se neměl kdo starat, měla jsem problém se udržet na nohou. Tak to zavrhli. Bylo by to pro mě náročné.“ Participant C popisuje zkušenost s informovaností: *Ano, pamatuji, že jsem něco podepisoval, radši jsem to ani nečetl, ani si nic takového nepřipouštěl. Jediná možnost byla pro mě transplantace srdce. Lékaři mi i řekli, že zítra tady už nemusím být. Takže jsem si říkal, že je to hop nebo hrob.*“ Participantka D sděluje: „Alternativy, žádný nebyly, bylo zřejmé, že to takhle do tohoto stavu dospěje.“ Participant E sděluje: „Něco jsem podepisoval a pročítal, hledal jsem i všechno na internetu. I když vím, že je to špatné, že člověk se potom jen více vystresuje, ale neubráníl jsem se a chtěl jsem vědět, co nejvíce.“ Ohledně alternativ byl participant E informuje a udává: „No nějaké ty pumpy, ale oni s tím ani nepočítali asi to nebylo takové kritické. Samozřejmě mi něco nabízeli a informovali, ale už si to tolik nepamatuji.“

6.3 Kategorie č. 3: Retrospektivní vnímání pooperačního období

Třetí kategorie rozkrývá retrospektivní vnímání pooperačního období po transplantaci srdce. Rozkrývá průběh hospitalizace a vnímání pooperačního období po transplantaci srdce. Zahrnuje následující kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
RETROSPEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ POOPERAČNÍHO OBDOBÍ	Prvotní pocity po probuzení z narkózy
	Komplikace v pooperačním období
	Získané informace o dárci orgánu
	Psychická podpora pacienta
	Zlepšení fyzické kondice

Tabulka 5: Retrospektivní vnímání pooperačního období (Vlastní výzkum, 2023).

První kód nese název **prvotní pocity po probuzení z narkózy**. Participantů zde vzpomínají na pocity, které zažívali v čase, kdy odeznívala anestezie. Participant A s námi sdílí pocity a zkušenost: „Myslím si, že nad tím jsem nijak neuvažoval, protože jsem se právě probudil a právě, že jsem se vůbec probudil, a s intubací, tohle bylo nepříjemný. Hlavně vydržet neusnout hodinu, aby mi to mohli vyndat, tak jsem se snažil, ale nakonec jsem vždycky usnul, takže jsme museli začít od začátku. Pak jsem se úplně snažil jako abych neusnul, aby mi to

mohli vyndat.“ Participantka B také popisuje svou zkušenost a prvotní pocity: „*Co si vybavuji stála nade mnou sestřička a hladila mě po tváři a říkala paní (jméno), probudte se už máte nové srdíčko. Já reagovala, „tak rychle už?“ Mně ta doba od toho pátku do neděle připadala jako kdyby to byl okamžik. Začali se mnou komunikovat. Říkali mi, že jsem spala v jedné poloze 24 hodin, že jsem se ani nepohnula. Přišlo mi to jak z nějakého sci-fi filmu. Nejkrásnější okamžik, když mě probudili, vím, že jsem furt někomu děkovala nahoru od koho jsem to srdíčko dostala. Ty emoce byly.*“ Participant C uvedl: „*No samotné probuzení bylo to drama, ale bylo to silné. Probudil jsem se po třech dnech, byl jsem strašně nevrlý, protože mi přišlo, že ta sestra se ke mně chová jako „gestapačka“. Měl jsem pocit na močení, říkal jsem jí to, ale ona mi odpovídala, že mám tu hadičku, ale i přes to jsem si to vytrhl, no moc si to ale nepamatuji.*“ Participantka D popsala: „*Po tom probuzení, to bylo takové zvláštní. Nevěděla jsem, jestli se mi to zdá nebo se to opravdu stalo. Byla jsem ráda, že to mám za sebou, ale byla jsem omámená tou narkózou.*“ Participant E sděluje své pocity: „*Tak samozřejmě člověk je šťastný, že to má za sebou, ale že bych to nějak prožíval, to asi ne.*“

Následující kód **komplikace v pooperačním období** rozkrývá překážky, které mohou v pooperačním období nastat a znepríjemnit a zkomplikovat průběh rekonvalescence. Participantů udávají různé zkušenosti. Participant A popsal svou zkušenost: „*Jo já jsem měl. Ze začátku se mi nechtělo srdíčko rozbíhat. Takže jsem byl napojenej, jak tam vede ten káblík a ze začátku mi zvyšovali ten puls. Takže jsem cítil, že mi to srdce strašně buší. Myslím, že na 110 to bylo na celou dobu.*“ Následně participant A popsal další zkušenost v souvislosti s komplikacemi: „*U mě se vyskytli komplikace rejekce. Hodně velký. Takže po měsíci a půl se mi to prodloužil pobyt v nemocnici, kvůli tomu, že jsem chodil častěji na biopsie.*“ Participantka B uvedla: „*Nenastali žádné komplikace, jen jednou jsem po transplantaci měla o trochu zvýšenou rejekci.*“ Participant C sdělil: „*V průběhu operace nějaké nastaly, ale ani mi neřekli, které to byly. Následek komplikací bylo to, že operace trvala o dvě hodiny déle, ale lékaři mi neřekli, co to bylo. Po operaci, když už jsem chodil na biopsie, tam kde trhají to srdíčko, tak zjistili, že něco tam je. Měl jsem tam rejekci, navýšili mi léky a nechali mě tři dny ležet a dali mi i kapačky. Udělali další biopsii a pak to bylo dobré, tak mě poslali dom a od té doby je to dobrý.*“ Participantka D sdělila svou zkušenost: „*Potom na JIPce jsem měla krvácení, a i na plicích se měla nějakou tekutinu, kterou mi museli punktovat. Potom jsem měla tři biopsie a jedna byla taková horší.*“ Participant E uvedl: „*Ano nastaly komplikace. Po transplantaci jsem se probudil asi po týdnu a řekli mi, že v srdci jsou nějaké*

velké tlaky a že je to velký problém. Rozhodli se mě dát na srdeční podporu a můj stav se začal zlepšovat.“

Třetí kód jsou **získané informace o dárci orgánů**. Dle legislativy jsou informace anonymizovány. Snažili jsme se zjistit, jaké informace byly participantům po transplantaci srdce sděleny. Participant A sdělil: *„Ano vím, měl jsem ženu ve věku 30 let.“* Participantka B nám sděluje: *„U první biopsie, byl tam pán doktor a já jsem ho oslovila. Pane doktore, a to se nikdy nedozvím od koho to srdíčko mám? Doktor pouze naznačil, že to byla žena kolem 40 let. A to je vše, co historii srdce vím. Ale chtěla bych vědět kdo to je a poděkovat rodině zesnulé.“* Participant C popisuje: *„Bohužel neznám nic, jen si myslím, že to byla žena.“* Participantka D sděluje svou zkušenost: *„Nevím nic ohledně mého nového srdce, ani kdo to byl nebo kolik měl roků. Ptala jsem se, ale jediný, co mi řekli, že to byl zdravý člověk. Jinak nic.“* Poslední participant E udává: *„Já myslím, že se to neříká nikomu. Nicméně, viděl jsem na tom transplantačním listu rok narození, který byl mladší než já, ale nijak jsem po tom nepátral.“*

Období po transplantaci srdce je pro pacienty opravdu náročné. Pocit jistoty a motivaci do tohoto období přináší nejen rodinní příslušníci, nýbrž i zdravotnický tým. V kódu **psychická podpora pacienta** budeme interpretovat zkušenosti participantů v období po transplantaci srdce. Participant A popsal svou nelehkou zkušenost: *„Zrovna byl Covid a byla největší vlna, takže jsme měli zakázané návštěvy, všechno. Takže vlastně za tu dobu, co jsem tam byl, jsem měl návštěvu 2x až 3x, ale museli mít PCR test a byli jsme od sebe daleko. Kdybych něco chytnul bylo by to vážný. Takže kontakt byl přes mobil. Volali jsme si a psali, ale furt to není osobní kontakt. Ta největší podpora byly ty sestřičky.“* Participantka B uvedla: *„Byla to moje rodina. Manžel, děti i vnoučci. Když mohli tak jezdili za mnou. Nesmím zapomenout na kamarády.“* Participant C popsal: *„Pokud si vybavuji, byla to hlavně přítelkyně, která to se mnou prožívala a pomáhala se vším.“* Participantka D sdělila: *„Rodina, manžel, a i moje mamka, děti, ale ty jsem nechtěla moc zatěžovat.“* Participant E popsal: *„Tak určitě manželka, ta zamnou jezdila každý den, což se divím.“*

Poslední kód třetí kategorie jsme pojmenovali jako **zlepšení fyzické kondice**. Participantů zde popisují hlavní změny, které pocítily po transplantaci srdce. Participant A uvedl: *„Jinak po té transplantaci je to extrémní změna můžu dýchat a vyjít lehce schody.“* Participantka B popisuje: *„Po operaci jsem byla zesláblá, takže mi chvíli trvalo, než jsem se do všeho zpátky dostala.“* Participant C změny vnímal: *„Mohl jsem dýchat. Co si takhle vybavuji, po*

operaci, jsem konečně mohl dýchat. Chodil jsem a nezadýchal jsem se, ale začal mě bolet kyčelní kloub.“

6.4 Kategorie č. 4: Režimová opatření po návratu domů

Předposlední kategorie odhaluje režimová opatření po návratu domů. Participanti při dodržování jednotlivých režimových opatření, mohou vnímat značná omezení, která se mohou podepsat na je kvalitě života. Participantům jsou režimová opatření doporučena. Dodržování je na jejich zodpovědnosti. Kategorie obsahuje následující kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO NÁVRATU DOMŮ	Omezení po transplantaci srdce
	Dodržování režimových opatření ve stravování
	Úprava domácího prostředí
	Zájmy participantů
	Užívání imunosupresiv a kortikoidů, jejich nežádoucí účinky
	Změna obrazu těla
	Plodnost po transplantaci srdce
	Práce a žádost o invalidní důchod
	Dispenzarizace v ambulanci

Tabulka 6: Režimová opatření po návratu domů (Vlastní výzkum, 2023).

První kód se nazývá **omezení po transplantaci srdce**. Operace do jisté míry zasáhla so života participantů. Omezení nejsou vnímána negativně, pouze participant se musí do jisté míry s touhle skutečností naučit žít. Dle participanta A: *„Co si uvědomuji, musím si dávat velký pozor, abych neonemocněl. Nosil jsem roušku, ale vzhledem k tomu bylo covidové období, takže nebylo ani divné, že jsem tu roušku měl.“* Participantka B popsala: *„Musela jsem se vzdát práce, kterou jsem měla ráda. Po transplantaci jsem se do práce nevrátila, ale občas jsem doučovala. Dál jsem na chvílku musela omezit doma návštěvy nebo si musím dávat pozor, abych neonemocněla.“* Participant C popsal svou zkušenost: *„Co mě tak ovlivnilo, musel jsem přemýšlet nad tím, že musím brát prášky, hlavně ten první rok. Trvalo mi měsíc, než jsem si na to všechno zvyknul.“* Participantka D popsala: *„Musela jsem omezit ze začátku návštěvy, jinak mě to moc neomezilo. Je to takové, že první dva měsíce jsem nechodila mezi lidi nebo jsem šla maximálně na procházku, nechtěla jsem nic chytit.“*

Následuje další kód **dodržování režimových opatření ve stravování**. Participanti zde popisují své zkušenosti s vyřazením a omezením potravin, na které byli zvyklí. Prokazují znalost ohledně stravování po transplantaci srdce. Participant A se podělil o svou zkušenost:

„Musím si dávat pozor abych nejedl moc tučný a takové věci. Nesmím hlavně zrající sýry, jogurty s živou kulturou, zeleninu a ovoce si musím oloupat slupku nebo to pořádně umýt. Je tam riziko infekce. Doktor mě upozorňoval, že tím, že mám sníženou imunitu, že by se mi ta infekce mohla držet v těle a potom někdy by se to mohlo rozjet. Zakázaný mám grapefruit, červený pomeranče, třešalku a granátové jablko, protože snižují účinek. Musel jsem omezit hermelíny a nivu. Mám rád nivovou omáčku, ale musel jsem ji omezit.“ Participantka B popsala: „Ze začátku jsem toho nesnědla moc. Vyhýbala jsem se ostrým jídlům. Ta strava zůstala stejná. Nakonec se ten organismus brání sám. Snažím se pro oba vařit zdravěji a aby nám z toho nebylo těžko. Ubrali jsme společně na těžkých jídlech, ale samozřejmě někdy si dáme i to. alkohol si dám příležitostně, ale člověk zjistí, že ten alkohol nedělá na ty imunopresiva dobře a také na ty ostatní léky. Spíš se alkoholu vyhýbám.“ Participant C popsal svou zkušenost: „Spíš mě v jídle začala omezovat cukrovka. Tam mám zakázané cukry, ale беру to tak, že si radši připíchnu inzulin. Řídím se toho, co mi řekl kamarád. Radši půjdu dřív do země, ale budu žít normálním životem. Od transplantace mám rád pivo i když vím, že ten alkohol není moc dobrý. Pivo, které je nefiltrované, což je Bernard, ale mě tak chutná, že si ho vždycky s chutí dám. Dále plísňové sýry, miluju, ale nesmím, ale přesto si je občas dám.“ Participantka D uvedla: „Musela jsem omezit plísňový sýry. Ty mám ráda, ale ty teď nesmí. Jinak nijak netrpím ani se neomezují. Jen si dávám pozor abych nesnědla něco syrového. Například vajíčka nebo maso. Dbám na to, aby bylo vše pořádně uvařené a omyté. Alkohol můžu, ale jen někdy.“ Participant E uvedl: „No, myslím že nemusel. Jen vím, že se nesmí grapefruit a celkově citrusy, ale ty by musel člověk jíst denně. Ale po roce už v pohodě. První rok jsem raději neměl grapefruit a plísňové sýry. Radši jsem to dodržoval.“

Následující kód musí lidé po transplantaci dodržovat hlavně v prvních třech měsících. Kód má název **úprava domácího prostředí**. Zkušenosti s úpravou domácího prostředí nám participanti stručně objasnili. Participant A nám objasnil: „Doma to muselo být sterilní, hlavně po operaci. Takže vím, že mi nedoporučovali kočky a ptáky. Nesmím mít to do teď prašný prostředí.“ Participantka B uvedla: „Nesměla jsem mít kytičky, taky jsem nemohla pracovat na zahrádce. Pamatuji si, než jsem dojela, tak byl generální úklid, všechno, oni chtěli, aby to prostředí bylo sterilní. Musela jsem omezit kontakt se zvířaty, která byla venku.“ Participant C popsal svou zkušenost: „Ne nic, já nic doma nepěstuji. Jen za oknem mám orchideje anebo přísadu. Ani domácí mazlíčky doma nemám. Pouze když jsem přijížděl domů tak přítelkyně uklízela.“ Participantka D uvedla: „Uklízelo se, než jsem přijela, rostliny ty jsem neuklidila, jen dbám na to abych nebyl moc velký nános prach. Máme pejska,

který byl 2 měsíce pryč u mojí mamky, když jsem přišla. Děti měly králíčka, ale ten je ještě u babičky do teď. Ale pejsek je už doma.“ Participant E popsal: *„Říkali nám, že nemám přijít do styku s nějakýma plísněma a taky s rostlinama, které manželka dala pryč. Zvířátka jsme ještě neměli, ty jsme si pořídili později. Ale nějak zvláště sterilní prostředí jsem neměl.“*

Kód s názvem **zájmy participantů** je obohacen o příběhy participantů. Participantů podpisují své zájmy v oblastech sportu a cestování. Participant A popsal: *„Rok od transplantace mi nedoporučovali cestovat do zahraničí, kvůli komplikacím. Musí si dávat pozor, protože nesmím moc na sluníčko, protože celou dobu jsem bral i antibiotika. Ale myslím, že celou dobu si musím dávat pozor abych nebyl moc na sluníčku, kvůli imunosupresivům.“* Transplantace srdce občas vede i k zákazu konání sportu. Participant A popsal své pocity: *„Dříve jsem hrál fotbal, ale teď po operaci se ani necítím. Vesměs mi nic nezakázali, ale ze začátku jsem nemohl nic zvedat kvůli jizvě, než se to zahojí, což je rok až dva. Jinak mám nedoporučené silové tréninky.“* Participantka B sdělila: *„Mě řekli, že pohyb je důležitý. Chůze a procházky na ty jsem chodila a pomalinku zkoušela, ale ne nic z kopce ani do kopce. Sport jsem předtím nedělala, jen jsem plavala, to mi vyhovovalo a k tomu jsem se vrátila.“* K cestování se nám participantka B vyjádřila: *„Cestuji ráda. Moje speciální příprava pro mě znamená to, že nesmím zapomenout léky, opalovací krém. Teď jsem v takovém stádiu, že nic moc neřeším. Ze začátku říkali abychom byli opatrní, abychom se vyhýbali většímu davu. Po transplantaci jsem vycestovala až po třičtvrtě roce.“* Participant C se podělil o zkušenost: *„Mým koníčkem je vaření. Lékaři mi ho nezakázali, ale já jsem cítil, před transplantací, že jsem se rychle unavil, ale po operaci to bylo lepší. Doporučili mi plavání a jízdu na kole, kvůli mému kyčelnímu klubu. Jinak ostatní sporty mi zakázali.“* Participant C popsal: *„Nemám problémy, o rok později od transplantace jsem vycestoval do Chorvatska. Od té doby tam jezdím každý rok. Vždycky si sbalím navíc jen léky a opalovák.“* Participantka D popsal: *„Nic mi nezakázali, měla jsem všechno dělat podle toho, jak jsem se cítila. Začít postupně, první nějaké procházky a ty silový sporty, ty mi řekli, že tohle nedoporučují, protože skrz tu jizvu a aby si člověk neublížil. Ráda čtu, ale to jsem mohla furt.“* K dotazu ohledně cestování se participantka D vyjádřila: *„Cestuji ráda, ale už předtím jsme nějak necestovali, poslední tři roky jsme nikde v zahraničí nebyli, spíš jsme jezdili po Čechách nebo jsme jeli na chalupu. V blízké budoucnosti ani nevím, jestli budeme cestovat, protože skrz opatření, které člověk musí dodržovat. Například, že nemůžu jíst cokoliv.“* Participant E sdělil: *„Vzhledem k tomu, že jsem měl vadu od narození, tak sport v mém životě moc nebyl. Nepamatuji si však, že by něco zakázali, spíš možná víc doporučovali například*

chůzi, aby to srdce nastartovala to srdce tak jak má.“ K cestování nám participant E sdělil: *„Myslím, že po dvou letech po transplantaci jsme cestovali jen po české republice. Do zahraničí jsme se dostali až po delší době. Při cestování si dávám pozor na jídlo.“*

V dalším kódu **užívání imunosupresiv, kortikoidů a jejich nežádoucí účinky** si popíšeme zkušenosti participantů. Participant A sdělil svou zkušenost: *„Nijak si nevybavuji, ale jediný, co mám je klepání rukou, spíše třes. Ze začátku jsem z toho byl špatný, ale teď jsem se s tím naučil pracovat. Dříve ještě na jiné imunosupresiva jsem měl migrény. Zvýšenou chuť jsem nepocítoval, ale co mi vadilo byl kulatý obličej.“* Participantka B popsala: *„Když jsem brala Prednison jsem měla zvýšenou chuť na jídlo. Neměla jsem žádné reakce, ale jak mi změnili imunosupresiva, tak jsem se z toho osypala. Bylo to spíše jako taková kopřivka, která byla po celém těle.“* Participant C popsal svou zkušenost: *„Od transplantace mám rád pivo i když vím, že ten alkohol není moc dobrý. Za celou dobu, co beru léky se mi nic nevyskytlo nebo spíš to nepozoruji.“* Participantka D popsala: *„No teď celkem trpím migrény, třeba, že dva dny mám bolesti hlavy. V noci se teď často potím. Nevím, jestli je to nějak hormonama nebo to má souvislost s lékama.“* Participant E sdělil: *„Mně zúžily cévy, mám tam dva stenty, a proto mě tam raději dali defibrilátor. A navíc jsem dostal léky proti ucpávání cév a cholesterolu. A myslím si, že se to zastavilo a je to dobré.“*

Změna obrazu těla je další kód čtvrté kategorie. V kódu participantů popisují vnímání změn na svém těle. Změnu na těle nezpůsobila pouze sternotomie, ale i vedlejší účinky léků. Participant A sdělil: *„Ze začátku se mi dělali koloidní jizvy, takže jsem z toho byl takový nesví. Ale teď se mu to úplně zacelilo ani to nejde moc vidět. Bral jsem to tak, že ta jizva je to nejmenší, protože jsem rád, že tady jsem. Ale jo, koukal jsem na to. Myslím si, že to ženské vnímají o něco hůře přeci jsem chlap.“* Participant A sdělil ohledně změny váhy: *„Ano také jsem přibral, ale ne nějak moc, klidně bych mohl nabrat ještě více. Bylo to přibližně 10 kilo. Teď mám 56 kilo a těsně před transplantací jsem vážil 45 si myslím. Důležité je nepřibrat moc, protože to srdce dávají na určitou váhu a ono by pak nemuselo stačit.“* Participantka B popsala: *„Když jsem užívala ty kortikoidy, tak známí mě nemohli poznat, protože jsem byla velice opuchlá, měla jsem kulatý obličej. Hodně jsem přibrala, měla jsem těsně přes 90 kilo, to vychází na tak 25 kilo, které jsem tenkrát přibrala. Pak jak ubírali dávky, tak váha šla pomalu dolů.“* Jizvu participantka B vnímá: *„Už mi to není moc vidět. Krásně mi to srostlo, ale ze začátku jsem ji vnímala, ale ne nijak negativně.“* Participant C popsal: *„Jizva bez problémů, ale na konci mě ta jizva trošku pálí, tam kde je ta chrupavka.“* Participant C nám sdělil, které změny na těle pozoroval: *„No přibral jsem. Když jsem tam přijížděl, měl jsem*

88 kilo, když jsem odjížděl měl jsem 78 kilo. Takže jsem tam 10 kilo shodil. Největší chyba byla, že jsem si řemeny všechny zkrátil. Dneska můžu nosit už jen dva, a to je mám na poslední dírce. Dneska mám 92 kilo. Vím, že někdo nabral kvůli lékům, ale u mě to nebude ten případ.“ Participantka D měla zkušenost s jizvou a popsala: „No, protože jsem podstoupila více operací a měla jsem tu jizvu už před tím, tak jsem na to zvyklá. Je to moje součást.“ Změny na těle pozoruje: „Hlavně když koukám na ten obličej, tak je takový kulatý a ta váha ta jde nahoru. Postupně mi snižují ty kortikoidy a doufám, že váha půjde dolů.“ Participant E sdělil: „V nemocnici jsem 10 kg shodil, ale pak jsem přibral hned 20 kg. Po vyřazení léků se to nějak ustálilo.“ Jizvu participant E vnímá: „Já už jsem ji měl ještě, když jsem byl malý a nijak mi to nevadí.“

Kód **plodnost po transplantaci srdce** odkrývá informovanost ohledně téhle problematiky. Většina participantů byla starších a děti měli před transplantací srdce. Pouze jeden participant nemá potomky. Participant A sdělil: „Děti zatím nemám, ale myslím si, že tohle není nijak ovlivněno.“

Předposlední kód se věnuje problematice práce. Pacienti před transplantací srdce mají nejvyšší možný invalidní důchod, kvůli závažnosti zdravotního stavu. Často musejí odejít z práce. Výše invalidního důchodu se po roce přehodnocuje. Kód nese název **práce a žádost o invalidní důchod**. Participant A sdělil: „Mám vystudovaného mechanika, ale pracuji na živnost. Jsem teď fotograf a spíše samouk. Tuhle práci dělám ve volném čase.“ Zkušenost s invalidním důchodem participant A popsal: „Ano mám ji od začátku, jak se mi to zhoršilo, tak mi to dali. Ale po roce od transplantace mi ho seberou, ale nevadí mi tom. Od chvíle kdy jsem se probudil a nadechl jsem se ta jsem věděl, že je to o 100 % lepší, než to bylo. Přijde mi, že po ty transplantaci si v uvozovkách zdravý člověk. Nepřijde mi, že by to byl doživotní hendikep.“ Participantka B sdělila: „Do práce nechodím. V 63 letech jsem šla do invalidního důchodu a pak mi to vyšlo, že jsem si zažádala o starobní důchod. Po transplantaci jsem šla tedy rovnou do starobního důchodu.“ Participant C popsal: „Do práce jsem se snažil chodit před transplantací, do té doby, dokud jsem stačil.“ Dále sdělil: „Měl jsem invalidní důchod před transplantací, potom mi ho nechali rok po transplantaci. Takže to byli dva roky a pak jsem přešel do starobního důchodu.“ Participantka D popsala: „Už před transplantací jsem nechodila do práce. Měla jsem přiznaný invalidní důchod. Teď mám třetí kategorii, ale budou mi to přezkoumávat, myslím, že tak za půl roku.“ Participant E popsal: „Před transplantací jsem měl ten nejvyšší, ale teď mám nižší. Důchod mám, ale člověk si něco najde, pokud nemá nějaké omezení. Jednosměnný provoz, ale nějak se nepřepínám.“

Poslední kód se jmenuje **dispensarizace v ambulanci**. Propuštění z nemocnice není konečnou fází pro pacienty. Pacienti mají své povinnosti a musí být dispensarizováni ve speciální ambulanci, kde pravidelně jezdí na prohlídky. Participant A sdělil svou zkušenost: „Ze začátku jsem chodil i na hospitalizace na 2 dny, kvůli biopsiím. Po roce byla poslední biopsie. Pak teďka mám ambulantní kontroly, které jsou po dvou měsících a ty jsou pravidelné.“ Participantka B popsala: „Jednou za půl roku jezdím nyní, ale dříve po transplantaci to bylo častější. Jezdíváme sami. Se mnou jede vždycky někdo z rodiny, ale dříve jak byl Covid jsme využili možnost se dovést sanitkou.“ Participant C sdělil: „Teď už jezdím jen dvakrát do roka v březnu a pak v září, ale všechny vyšetření mi udělají ve Zlíně a já tam jedu a ze Zlína mi ty výsledky pošlou do Brna.“ Participantka D popsala: „Teď jsem měla častější intervaly. První po dvě po čtrnácti dnech, pak jedna v lednu, pak po měsíci a teď tam jedu na další biopsii, která bude po třech měsících. Jinak chodím, ke svému praktickému lékaři na odběry, které jsou pak přeposlány. Myslím si, že později budou ty kontroly méně časté asi jednou za tři měsíce. Do teď jsem měla biopsii zároveň s hospitalizací, takže jsem se nechala odvézt sanitkou a ta mě zpátky odvezla po tom, co mě propustili. Naposledy mě vez manžel, když jsem byla na ty krvi.“ Participant E uvedl: „Jezdím asi 1x za půl roku.“

6.5 Kategorie č. 5: Nový život jedince po transplantaci srdce

Poslední kategorie zobrazuje nový život po transplantaci srdce. V kategorii se snažíme zachytit vnímání nového života participantů, jejich názor na možnost další transplantaci srdce nebo srovnání kvality života. Poslední kategorie obsahuje následující kódy:

KATEGORIE	NÁZEV KÓDU
NOVÝ ŽIVOT JEDINCE PO TRANSPLANTACI SRDCE	Subjektivní vnímání života po transplantaci srdce
	Názor na retransplantaci
	Retrospektivní pohled na chyby
	Srovnání života před a po operaci

Tabulka 7: Nový život jedince po transplantaci srdce (Vlastní výzkum, 2023).

Kód s názvem **subjektivní vnímání života po transplantaci srdce** je nasyčen následujícími výroky participantů: Participant A popsal: „Určitě o 100 % k lepšímu. Moje psychika se ovlivnila také moc, nežiji v takové nejistotě, v jaké jsem žil před tím. Pohyb ani nezmiňuji, protože tam je to obrovská změna.“ Participantka B uvedla: „Člověk na všechno pohlíží jinak, hodně jsem se zklidnila a životní hodnoty přehodnocuje. To, co jsem brala dříve jako

když na prvním místě, tak jsem zjistila, že zdraví, které jsem házela na bok, nakonec jsem zjistila, že je nejdůležitější.“ Participant C nový život uvedl: *„Vedla k lepšímu. Cítím se líp to fyzické i psychické stránce.“* Participantka D popsala: *„Jo, fyzicky se cítím lépe, ale i má mysl, jsem taková klidnější.“* Participant E sdělil: *„Šlo to k lepšímu. Od transplantace asi 6 roků to bylo nic moc, ale teď už nemám žádné problémy. Co se týče rodinného života, pomohlo mi chození k psychologovi.“*

Transplantace srdce nese svá rizika. Jedno z možných rizik je reoperace, a tedy znovu postoupení transplantace srdce. Kód s názvem **názor na možnost reoperace**, jsme získali následující data: Participant A udal: *„Kdyby to bylo nutný, ale že by se mi do toho chtělo znova, to říct nemůžu, spíš asi ne. Jakože kdyby to bylo nutný tak asi ano, ale dobrovolně spíš ne.“* Participantka B popsala: *„Nedovedu si to v mém věku představit. To, co člověk prožíval předtím, tu nejistotu a hrůzu a celkově ta léčba byla ohromná. Bylo to náročné i když se o mě starali pěkně, ale opravdu nevím. Pokud by šlo o můj život tak bych šla, ale udělala bych všechno pro to abych se tomu vyhnula.“* Participant C sdělil: *„Určitě ano.“* Participantka D sdílí podobný názor, jak participant C: *„Na 100 % ano.“* Participant E nám sdělil: *„Když by to bylo nevyhnutelné tak co bych nadělal, to si myslím že ví každý. I když průběh nebyl moc ideální, ten bych raději vyškrtl, ale myslím, že se vše zdokonaluje a lidi jsou spokojeni po transplantaci srdce.“*

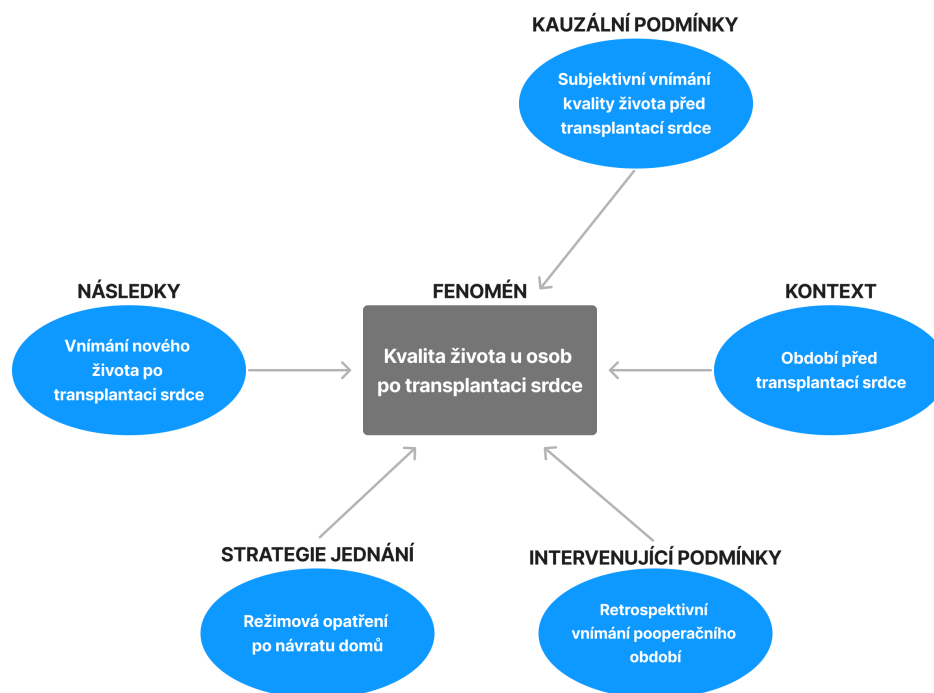
Další kód pojmenovaný **retrospektivní pohled na chyby**, se snaží poukázat na nedostatky, které si participanti uvědomil později postupem času. Participant A nám sdělil názor: *„Ze začátku mi dali po týdnu rehabilitační, která se mnou cvičila 3x denně, a já byl tak nadšený, že jsem furt chodil po chodbě tam a zpátky, protože jsem mohl dýchat, ale i lékař mi říkal at' zvolním. Asi bych si dal na tohle pozor abych se nepřetěžoval hned ze začátku.“* Participantka B sdělila: *„Asi bych udělala všechno stejně nebo podobně.“* Participant C popsal svou zkušenost: *„Dávat větší důraz na jídlo. Protože musím omezit kořenovou zeleninu, ale i tu tak jím, ale vždycky si dávám pozor na to, aby mě neočkovali vakcínou, která má živé části. Jinak si myslím, že jsem poslouchal všechna doporučení.“* Participantka D řekla: *„Udělala bych asi vše stejně.“* Participant E popisuje: *„Asi abych po transplantaci začal více sportovat a více zatěžoval to srdce, aby se dalo co nejdříve do pořádku. Byl bych méně lenivý.“*

Poslední kód zahrnuje **srovnání života před a po operaci**. Participant zde srovnávají život před a po transplantaci srdce. Participant A popsal: *„Určitě ano! Dělam věci, které mě předtím omezovaly a jsem za to vděčný.“* Participantka B sdělila: *„Jako musela jsem*

z některých věcí ubrat, ale na druhou stranu mám život klidný, spokojený. Neřeším nějaké zvraty životní. Teď si život vychutnávám. Ve výsledku žiji život, na který jsem byla zvyklá, než jsem onemocněla.“ Participant C uvedl: *„Tím, že jsem dlouho od transplantace srdce a je mi 73 let, takže ta výkonost není taková, jaká byla ve čtyřiceti. Mě hlavně omezují ty kyčle. Po té operaci se mi hlavně život zkvalitnil po psychické stránce, a i po fyzické, ale hlavně po té psychické, že na to nemusím myslet.“* Participantka D sdělila: *„I když mám jen krátké srovnání, a myslím si, že to teprve poznám. Ale hybnost mám o moc lepší nejsem tak dušná.“* Participant E uvedl: *„Život, který žiju nyní je srovnatelný se životem, který jsem žil předtím, než mi to srdce začalo blbnout.“*

6.6 Paradigmatický model

Pomocí otevřeného kódování jsme získali kódy a následně kategorie. Prostřednictvím axiálního kódování tvoříme „osy“, které propojují jednotlivé kategorie. Axiální kódování představuje uvažování nad propojováním mezi koncepty a tématy. Výsledkem axiálního kódování je vznik paradigmatického modelu (Hendl, 2005). V naší práci jsme graficky vytvořili paradigmatický model, který má souvislost k našemu výzkumu.



Obrázek 2: Paradigmatický model (Vlastní výzkum, 2023).

Následně si popíšeme jednotlivé prvky, které se uplatňují v základním axiálním kódování. Axiální kódování obsahuje skupinu prvků: fenomén, kauzální podmínky, kontext intervenující podmínky, strategii jednání a následky (Hendl, 2005).

Fenomén označujeme název celého vztahu nebo schématu, který drží části při sobě (Hendl, 2005). Fenomémem našeho výzkumu je kvalita života a životní hodnoty u osob po transplantaci srdce.

Kauzální podmínky lze označovat jako příčinné podmínky. Jsou to procesy, případy nebo události, které vedou ke vzniku fenoménu (Miovský, 2006). V naší práci jsme jako kauzální podmínky zvolili subjektivní vnímání kvality života před transplantací srdce. Důvodem zvolení je zkušenost, kterou lze srovnat s kvalitou života po transplantaci srdce.

Kontext jsme v našem výzkumu zvolili období před transplantací srdce. Období před transplantací srdce souvisí s fenoménem, protože poukazuje na faktory, které vedly k transplantaci srdce.

Intervenující podmínky jsou zařazeny ke kódu retrospektivní vnímání období po transplantaci srdce. Kódy, které byly použity v téhle kategorii usnadňují pochopení situace a překážek, které mohou nastat v průběhu hospitalizace po transplantaci srdce.

Strategie jednání jsou aktivity zaměřené na zodpovězení fenoménu (Hendl, 2005). V naší práci jsme do tohoto prvku zařadili režimová opatření po návratu domů. Režimová opatření souvisí s kvalitou života jedinců. Za pomoci polostrukturovaného rozhovoru jsme zjistili, která režimová opatření musí dodržovat. Dodržování režimových opatření může značně ovlivnit život participantů.

Následky jsou důsledky akcí. Důsledky mohou být úmyslné i neúmyslné (Hend, 2005). V naší práci označujeme kategorii vnímání nového života po transplantaci srdce jako následek. Pacienti po transplantaci srdce nemusí vnímat nový život jako kvalitnější oproti předchozím. V této kategorii byli participanté vyzváni, aby zkráceně srovnali své životy.

6.7 Metodologická triangulace

První typ metodologické triangulace je využití škál, které zkoumají jednu vlastnost (Hendl, 2005).

Při metodologické triangulaci je zkoumán jev různými metodami. V naší práci jsme využili metodu životní křivky. Jednou z metod, je metoda Cantrillova žebříku. Metoda využívá

schéma žebříku, kde respondent značí jednotlivé životní události. Lze Cantrillův žebřík modifikovat aplikovat při různých využití (Chrastina a Ivanová, 2010).

V naší práci jsme metodu Cantrillova žebříku využili k posouzení životních hodnot. Participanti rozdělovali předem připravené životní hodnoty do žebříku životních hodnot. Dokumenty vyplňovali dva participanti. V naší práci jsme tímto způsobem chtěli zachytit změny ve vnímání životních hodnot. V tabulce jsou uvedeny životní hodnoty, které byly rozřazeny od nejdůležitější po méně důležitou.

Životní hodnoty	Participant A		Participant B		Participant C		Participant D		Participant E	
	PŘED	PO	PŘED	PO	PŘED	PO	PŘED	PO	PŘED	PO
ZDRAVÍ FYZICKÉ A DUŠEVNÍ	4.	1.	2.	1.	4.	6.	3.	1.	2.	2.
RODINA A PŘÁTELE	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	3.	3.
PRÁCE A KARIÉRA	2.	3.	3.	3.	7.	7.	3.	5.	1.	1.
PENÍZE	3.	6.	4.	4.	5.	4.	4.	6.	4.	4.
KONÍČKY A SPORT	6.	4.	6.	5.	2.	1.	6.	4.	5.	5.
VZDĚLÁNÍ	5.	5.	5.	6.	8.	9.	7.	7.	7.	7.
VÍRA	9.	9.	7.	8.	10.	10.	8.	8.	9.	9.
CESTOVÁNÍ	7.	7.	8.	9.	3.	3.	9.	9.	6.	6.
FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY	8.	8.	9.	7.	6.	5.	5.	3.	8.	8.
OSTATNÍ	10.	10.	10.	10.	9.	8.	10.	10.	10.	10.

Tabulka 8: Žebřík životních hodnot (Vlastní výzkum, 2023).

7 DISKUZE

Pro získávání dat jsme využili metodu kvalitativního výzkumu. Díky využití kvalitativního výzkumu jsme měli možnost získat hloubkové informace o dané problematice. Informace jsme získávali za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s pěti participanty. V tuzemských výzkumech byla realizována při řešení problému kvality života spíše kvantitativní metoda výzkumu (Černošková, 2008; Váchová, 2017). Kvalitativní metoda byla využita v bakalářských pracích při řešení podobného problému transplantace srdce (Mazák, 2021). Ševelová (2013) využila ve své bakalářské práci smíšenou formu výzkumu.

Hlavním cílem práce bylo zjistit a popsat, jak vnímají lidé po transplantaci srdce kvalitu svého života a životní hodnoty. Na podkladě hlavního cíle jsme formulovali hlavní výzkumnou otázku: Jak vnímá člověk kvalitu života a životní hodnoty po transplantaci srdce? Abychom dosáhli zodpovězení naší výzkumné otázky, jsme formulovali dílčí výzkumné otázky. Následně se zaměříme na shrnutí a diskuzi jednotlivých dílčích výzkumných otázek.

Dílčí otázka č. 1: **Jak participanti vnímali kvalitu života před transplantací srdce?**

Z výpovědí participantů se potvrdilo, že kvalitu života vnímají participanti individuálně. Participanti se shodují, že období před transplantací srdce, patří k nelehké životní situaci. Kvalitu života participantů může ovlivnit řada faktorů. Jedním z faktorů je období na čekací listině. Dle výroků participantů jsme zjistili, že čas strávený na čekací listině je individuální. Jeden z našich participantů, se v tomto období setkal i s ohrožením na životě. Život participanta A byl ohrožen Covidem. Onemocnění způsobilo častější selhávání srdce a participant musel být zařazen na urgentní pozici k transplantaci srdce. Všichni participanti se shodují, že v období před transplantací srdce je značně omezovalo zdraví. Ovlivnění zdraví mělo dopad na psychickou stránku. Ve výpovědích čtyř participantů je zmíněna nedostatečná psychická vyrovnanost v období před transplantací. Kvůli zhoršení fyzického a psychického stavu, došlo k ovlivnění kvality života a životních potřeb. Výpovědi potvrzuje studie Almener-Pertejo et al., (2006). Zde popisuje dimenzi úzkosti a depresi před transplantací srdce. V období před transplantací srdce došlo u našich participantů k zhoršení fyzické aktivity kvůli chronickému onemocnění. Participanti popisovali problém s dýcháním, které mělo značný podíl na intoleranci pohybu. Tři z pěti participantů popisovali podobné problémy (intolerance pohybu, dušnost), které je omezovaly při denních aktivitách. Výpovědi korespondují s bakalářskou prací Ševelové (2013), kde většina participantů

uváděla, že chronické srdeční onemocnění značně ovlivňuje jejich fyzickou aktivitu. Všechny tyto faktory způsobily, že participanti vnímali zhoršení kvality života v období před transplantací srdce.

Dílčí otázka č. 2: Jaké životní hodnoty uznávali v té době (před transplantací srdce) za nejdůležitější?

Na zodpovězení druhé dílčí otázky, byl zaměřen žebřík životních hodnot. Pomocí této metody jsme zjistili vnímání životních hodnot před transplantací srdce. Jednotlivé pořadí životních hodnot je uvedeno v tabulce č. 8. Nejčastější životní hodnota, která byla řazena na první místo v žebříčku hodnot, byla životní hodnota „rodina a přátelé“. Čtyři z pěti participantů si tuhle hodnotu zvolili na první pozici, a tedy dávají této hodnotě status nejdůležitější. Na čtvrtou pozici se tři z pěti participantů shodovali na životní hodnotě „peníze“. Životní hodnota „sport a koníčky“ se objevila na šesté pozici u třech z pěti participantů. Použitím metody žebříčku životních hodnot jsme ve srovnání s literaturou od LeJeune a Luoma (2021), potvrdili, že volba životních hodnot je individuální a každý jedinec tuhle oblast vnímá jinak. Pořadí hodnot je ovlivněno životní zkušeností a situací. V případě našich participantů šlo o osoby starší, kteří měli vybudované rodinné zázemí.

Dílčí otázka č. 3: Jak participanti vnímají kvalitu života po transplantaci srdce?

Pátá kategorie našeho výzkumu je zaměřena na zodpovězení třetí dílčí otázky. Kategorie obsahuje čtyři kódy: subjektivní vnímání života po transplantaci srdce, názor na retransplantaci, retrospektivní pohled na chyby a srovnání života před a po operaci. Pět z pěti participantů se shodnuli, že život po transplantaci srdce vedl k lepšímu. Kvalita života se odrazila v oblastech zlepšení fyzické aktivity a psychiky. Jak uvedl participant A: „*Určitě o 100 % k lepšímu. Moje psychika se ovlivnila také moc, nežiji v takové nejistotě, v jaké jsem žil před tím.*“ I když transplantace srdce vede k lepšímu životu. Výpovědi potvrzuje studie Almener-Pertejo et al., (2006). Při dotazování na možnost retransplantace nám dva z pěti participantů, konkrétně participant C a participant D odpověděli, že retransplantaci by znova podstoupili. Tři z pěti participantů by retransplantaci podstoupili, pokud by jim šlo o život. U autorky Váchové (2017) více jak polovina respondentů by retransplantaci podstoupila znovu. Participanti vnímají nový život kvalitnější. Konkrétně participant E uvedl: „*Život, který žiju nyní je srovnatelný se životem, který jsem žil předtím, než mi to srdce začalo blbnout.*“

Dílčí otázka č. 4: Jaké životní hodnoty uznávají nyní za nejdůležitější?

Vnímání životních hodnot po transplantaci srdce bylo odlišné. Participanti se shodovali na dvou hlavních pozicích. Jednotlivé pořadí životních hodnot je uvedeno v tabulce č. 8. Tři z pěti participantů vnímali „zdraví fyzické a psychické“ jako nejvýznamnější hodnotu po transplantaci srdce. Na druhou pozici čtyři z pěti participantů přiřadili životní hodnotu „rodina a přátelé“.

Dílčí otázka č. 5: Vnímají participanti nutnost dodržování doporučených režimových opatření jako omezující?

Poslední výzkumná otázka byla zodpovězena v kategorii, která je zaměřena na režimová opatření po návratu domů. V kategorii bylo stanoveno 9 kódů. Kódy, které byly stanoveny: omezení po transplantaci srdce, dodržování režimových opatření ve stravování, úprava domácího prostředí, zájmy participantů, užívání imunosupresiv a kortikoidů, změna obrazu těla, plodnost po transplantaci srdce, práce a žádost o invalidní důchod a dispenzarizace v ambulanci. Z dotazovaných pěti se čtyři participanti se shodnuli, že transplantace srdce nesla značná omezení. Dva participanti, konkrétně participant B a participant D, uvedli, že ze začátku museli omezit návštěvy. Při dodržování režimových opatření ve stravování byli participanti dobře informovaní ohledně potravin, kterým by se měli vyhnout. Čtyři z pěti participantů uvedli, že dodržují režimová opatření ve stravování. Tři z pěti participantů však uvedli, že přes nedoporučení si plísňový sýr po čase dali. Dále participanti uvedli, že doporučená omezení ve stravování je značně neovlivnila a doporučený režim dodržují. U autora Mazáka (2021) jeden z šesti participantů dodržoval doporučenou dietu, ostatní si stravu upravili dle vlastní potřeby a životního stylu. Základní pravidla dodržovali všichni participanti. V domácnostech u všech participantů se před příjezdem z nemocnice řádně uklízelo. Jeden z pěti participantů sdělil, že doma chovali psa, který byl při příjezdu participanty z nemocnice u příbuzných, ostatní neměli v domácnosti zvíře. Při dotazu na invalidní důchod nám pět z pěti participantů odpovědělo, že plný invalidní důchod dosáhli rok po transplantaci srdce, poté se výše ID snižovala. Jeden z pěti participantů je stále v plném ID. Dva z pěti participantů uvádí, že po roce od transplantace srdce rovnou přešli do starobního důchodu. Dva z pěti participantů sdělili, že mají přiznaný částečný invalidní důchod. Jeden z participantů, konkrétně participant E, sdělil, že pracuje na jednosměnný provoz. Participant A uvedl, že pracuje na živnost jako fotograf. V práci Mazáka (2021) měli tři z šesti participantů první stupeň invalidního důchodu a další tři změnili práci. Pět z pěti našich participantů potvrdilo, že dojíždí na pravidelné kontroly ve specializované ambulanci

a pravidelně užívají medikaci, kterou jim předepisuje lékař (imunosupresivní léčba, kortikoidy).

7.1 Doporučení pro praxi

Lidé před transplantací srdce musí být stále adekvátně informováni a edukováni.

Nejen před transplantací srdce, ale i po transplantaci srdce by měly být těmto lidem nabídnuty služby psychologa. U osob po transplantaci srdce je důležité dodržovat doporučená režimová opatření, proto je důležité dbát na:

- Edukaci a informovanost osob po transplantaci srdce, ale i rodinných příslušníků.
- Zajistit dostatek edukačních materiálů v ambulancích, kde jsou lidé po transplantaci srdce dispenzarizováni.
- Osoby po transplantaci srdce by měli apelovat na svou životosprávu. Dbát na jídelníček a pohybový režim. Měli by znát potraviny, které ovlivňují imunosupresivní léčbu a tyto potraviny často nekonzumovat.
- Předpokládáme, že lékaři a nelékařský zdravotnický personál, kteří pracují s lidmi po transplantaci srdce, znají doporučená režimová opatření, přesto bychom dbali na školení personálu.
- Dbát na edukaci laické veřejnosti v problematice dárcovství orgánů a transplantace srdce.

Doporučili bychom dále oblast kvality života po transplantaci srdce prozkoumávat, realizovat nová výzkumná šetření a navrhnout doporučení. Zjištěné informace mohou posloužit k edukaci nejen pacientů samotných, ale i zdravotníků, kteří o ně pečují, popř. studentů, kteří s péčí o tyto pacienty nemají zatím žádnou zkušenost.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat, jak vnímají lidé po transplantaci srdce kvalitu svého života a životní hodnoty. Bakalářská práce obsahuje teoretickou část, která navazuje na praktickou část.

Teoretická část popisuje historii transplantací ve světě, ale i v České republice, vyzdvihuje dvě hlavní transplantační centra, kde provádí transplantaci srdce. V teoretické části se zabýváme imunosupresivní léčbou, legislativou a organizacemi, které jsou nedílnou součástí transplantačního procesu. Dále popisuje onemocnění, které nejčastěji předchází transplantaci srdce. Zde je popsána i samotná transplantace srdce, nový život po transplantaci srdce, kde se hlavně zaměřujeme na doporučená režimová opatření. V poslední kapitole se zabýváme problematikou kvalita života a životní hodnoty.

Praktické části bakalářské práce se zabýváme interpretací dat, které byly získány pomocí kvalitativní výzkumné metody. Data jsme sbírali prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a pomocí metody žebříku životních hodnot. Participanti byli osloveni pomocí metody sněhové koule. Metoda sněhové koule je v naší práci graficky znázorněna. Dohromady bylo osloveno pět participantů, kteří se výzkumu zúčastnili. Rozhovory byly doslovně přepsány a pomocí otevřeného kódování byly vytvořeny kódy. Následně jsme kódy rozdělili do pěti hlavních kategorií, které jsou graficky znázorněny. Z pěti hlavních kategorií jsme dále vytvořili axiální kódování. V naší práci jsme si stanovili jednu hlavní výzkumnou otázku a pět dílčích výzkumných otázek. Následně výzkumné otázky hodnotíme v diskuzi.

Dílčí výzkumnou otázkou č. 1 bylo zjistit, jak participanti vnímali kvalitu života před transplantací srdce. K této výzkumné otázce byla zaměřena kategorie „subjektivní vnímání kvality života před transplantací srdce“. Z interpretace dat bylo zjištěno, že participanti vnímali zhoršení kvality života v období před transplantací srdce. Kvalita života byla ovlivněna v hlavně v oblastech fyzického (dušnost, intolerance aktivity) a psychického zdraví (strach, změny nálad). Samotnou kvalitu života vnímal, každý participant odlišně. Výzkumná otázka č. 1 byla zodpovězena.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké životní hodnoty participanti uznávali v době před transplantací srdce za nejdůležitější. K výzkumné otázce byl přiložen žebřík životních hodnot, který participanti před začátkem rozhovoru vyplnili. Zjistili jsme, že životní hodnoty participanti vnímají odlišně. Přes to, se participanti shodli na tom, že nejdůležitější je hodnota rodina a přátelé.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jak participanti vnímají kvalitu života po transplantaci srdce. K třetí výzkumné otázce se vztahuje kategorie „nový život jedince po transplantaci srdce“. Byla zde rozebráno subjektivní vnímání kvality života, kde participanti uznávali, že život s novým orgánem je kvalitnější.

Čtvrtá výzkumná otázka se zaměřila na to, jaké životní hodnoty uznávají participanti nyní za nejdůležitější (tedy po transplantaci srdce). Nejdůležitější životní hodnoty byly zjištěny pomocí žebříku životních hodnot. Lidé po transplantaci srdce se shodli na dvou hlavních hodnotách. Jako nejdůležitější životní hodnotu po transplantaci srdce participanti vnímali fyzické a psychické zdraví. Druhá nejdůležitější vnímaná hodnota participanty byla rodina a přátelé.

Pátá výzkumná otázka se zabývala problematikou, jak vnímají participanti nutnost dodržování doporučených režimových opatření, a zda vnímají režimová opatření jako omezující. Z rozhovorů jsme dospěli k závěru, že režimová opatření participanti vesměs dodržují a nečiní jim potíže je dodržovat. Nicméně jsme všichni lidé hřešící, sem tam pravidla poruší (plísňové sýry). Časem tedy dochází k neúplnému dodržování doporučených režimových opatření.

Věříme, že námi získané informace se stanou hodnotné pro osoby po transplantaci srdce a laickou veřejnost. Poskytnuté informace mohou sloužit a přispět k osvojení problematiky transplantace srdce a kvalita života i u osob pečujících o tyto pacienty.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Almenar-Pertejo, M. et al., 2006. Study on health-related quality of life in patients with advanced heart failure before and after transplantation. *Transplantation Proceedings* [online]. Vol. 38, no. 8, pp. 2524-2526. DOI: 10.1016/j.transproceed.2006.08.017.

BULAVA, A., 2017. *Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0468-0.

CEBECI, F. et al., 2021. Life experiences of adult heart transplant recipients: a new life, challenges, and coping. *Quality of Life Research* [online]. Vol. 30, no. 6, pp.1619-1627 [cit. 2022-10-17]. ISSN 0962-9343. DOI:10.1007/s11136-021-02763-y.

Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie [online], © 2023. Brno: Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: <https://www.cktch.cz/transplantace-srdce/t2040>

ČERNOŠKOVÁ, L., 2008. *Kvalita života pacientů po transplantaci srdce v souvislosti s dodržováním režimových opatření*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lqvmtn/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DČernošková%202008%26start%3D1;isshlret=2008%3B>. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ČESKO, 2002. Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2002-285>

ESMAILIAN, F., P. PERRY and J. KOBASHIGAVA, 2017. Donor Organ Preservation and Surgical Considerations in Heart Transplantation. In: KOBASHIGAVA, J. *Clinical Guide to Heart Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 73-80 [cit. 2023-04-1]. ISBN 978-3-319-43773-6. DOI:10.1007/978-3-319-43773-6_7.

FILA, P. a kol., 2014. Mechanické podpory a transplantace srdce v léčbě chronického srdečního selhání. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Roč. 16, č. 2, s. 109-115 [cit. 2023-01-13]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2014-2/mechanicke-podpory-a-transplantace-srdce-v-lecbe-chronickeho-srdecniho-selhani-48500>

FRÝDA, P., 2018. Princip alokace orgánů. In: Koordinační středisko transplantací [online]. Praha: Koordinační středisko transplantací [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: <https://kst.cz/wp-content/uploads/2019/10/Stanovisko-spravedлива-alokace-organu.pdf>

GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7357-5.

HAMILTON, M., KITTLESON, M. and J. KOBASHIGAVA, 2017. Quality of Life After Heart Transplantation. In: KOBASHIGAVA, J. *Clinical Guide to Heart Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 1-10 [cit. 2023-04-03]. ISBN 978-3-319-43773-6.

DOI:10.1007/978-3-319-43773-6_1.

HENDL, J. a J. REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 8073670402.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HORVÁTH, V. a kol., 2016. Dlouhodobé levokomorové srdeční podpory v léčbě srdečního selhání. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Roč. 18, č. 4, s. 253–257 [cit. 2023-04-17]. ISSN 1803-6597. Dostupné z:

<https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2016-4/dlouhodobě-levokomorově-srdeční-podpory-v-lečbě-srdečního-selhání-59907/download?hl=cs>

HOŠKOVÁ, L. a kol., 2021. Transplantace srdce – specifika péče v každodenní praxi. *Medicína po promoci* [online]. Roč. 22, č. 2, s. 104-113 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1212-9445. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/transplantace-srdce-specifika-pece-v-kazdodenni-praxi/>

CHRASTINA, J. a K. IVANOVÁ, 2010. Využití metodologické triangulace kvalitativního výzkumu pro zkoumání limitů životního stylu chronicky nemocných dle ošetrovatelských domén. *Profese on-line* [online]. Vol. 3, no. 3., pp. 151-164 [cit. 2023-05-17]. ISSN 1803-4330. Dostupné z: [https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201003-](https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201003-0003_VYUZITI_METODOLOGICKE_TRIANGULACE_KVALITATIVNIHO_VYZKUMU_PRO_ZKOUMANI_LIMITU_ZIVOTNIHO_STYLU_CHRONICKY_NEMOCNYC.php)

[0003_VYUZITI_METODOLOGICKE_TRIANGULACE_KVALITATIVNIHO_VYZKUMU_PRO_ZKOUMANI_LIMITU_ZIVOTNIHO_STYLU_CHRONICKY_NEMOCNYC.php](https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201003-0003_VYUZITI_METODOLOGICKE_TRIANGULACE_KVALITATIVNIHO_VYZKUMU_PRO_ZKOUMANI_LIMITU_ZIVOTNIHO_STYLU_CHRONICKY_NEMOCNYC.php)

KALÁB, M. a kol., 2013. *Perioperační péče o pacienta v kardiochirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-557-0.

KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0130-6.

KIESLICHOVÁ, E. a kol., 2015. *Dárce orgánů*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3454-517.

KILCOYNE, M. et al., 2022. The HeartMate 3 left ventricular assist device as a strategy to bridge to transplant. *Journal of Cardiac Surgery* [online]. Vol. 37, no. 12, pp. 4713-4718 [cit. 2023-05-17]. DOI: 10.1111/jocs.17063.

KITTLESON, M., KOBASHIGAVA, J. and M. LUU, 2017. Listing, Donor Allocation and Optimization of the Pre-transplant Patient. In: KOBASHIGAVA, J. *Clinical Guide to Heart Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 37-46 [cit. 2023-04-08]. ISBN 978-3-319-43773-6. DOI:10.1007/978-3-319-43773-6_4.

KOBASHIGAVA, J., LUU, M. and CH. SUMBI, 2017. Evaluation for Heart Transplant Candidacy. In: KOBASHIGAVA, J. *Clinical Guide to Heart Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 21-36 [cit. 2023-04-03]. ISBN 978-3-319-43773-6. DOI:10.1007/978-3-319-43773-6_3.

KOBASHIGAWA, J. and M. OLYMBIOS, 2017. Quality of Life After Heart Transplantation. In: KOBASHIGAVA, J. *Clinical Guide to Heart Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 185-192 [cit. 2023-04-1]. ISBN 978-3-319-43773-6. DOI:10.1007/978-3-319-43773-6_14.

Koordináční středisko transplantací [online], © 2019. Praha [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: <https://kst.cz>

LEJEUNE, J. a J. LUOMA. 2021. *Životní hodnoty v terapii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1751-0.

MAZÁK, V., 2021. *Prožívání transplantace srdce z pohledu pacienta*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iq79vz/?isshlret=2021%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3D%20Mazak%202021%26start%3D1>. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.

MIKUŠOVÁ, K., 2010. Dispenzace imunosupresiv a edukace pacienta po transplantaci v lékárně. *Praktické lékařství* [online]. Roč. 6, č. 2, s. 87–90 [cit. 2023-05-17]. Dostupné z: [https://www.solen.cz/artkey/lek-201002-](https://www.solen.cz/artkey/lek-201002-0007_Dispenzace_imunosupresiv_a_edukace_pacienta_po_transplantaci_v_lekarne.php)

[0007_Dispenzace_imunosupresiv_a_edukace_pacienta_po_transplantaci_v_lekarne.php](https://www.solen.cz/artkey/lek-201002-0007_Dispenzace_imunosupresiv_a_edukace_pacienta_po_transplantaci_v_lekarne.php)

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1362-5.

MOLITOR, M. a kol., 2017. *Transplantace v rekonstrukční chirurgii*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4755-465.

MURAD, K. and M. COLVIN, 2017. Late Complications Following Heart Transplant. In: GARRY, J., WILSON, R. and Z. VOLDAVER, eds. *Congestive Heart Failure and Cardiac Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 505-516 [cit. 2023-04-08]. ISBN 978-3-319-44577-9. DOI: 10.1007/978-3-319-44577-9_31.

NAVRÁTIL, L. a kol., 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0210-5.

PUDIL, R., 2020. *Srdeční selhání*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-662-7.

SEMRÁD, M., KRAJÍČEK, M. a P. ŠEBESTA, 2015. *Cardiovascular Surgery* [online]. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2465-5. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/cardiovascular-surgery-5443/>

SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.

SPRATT, J. et al., 2017. Adult Orthotopic Heart Transplantation: Early Complications. In: GARRY, J., WILSON, R. and Z. VOLDAVER, eds. *Congestive Heart Failure and Cardiac Transplantation* [online]. USA: Springer, pp. 493-504 [cit. 2023-03-11]. ISBN 978-3-319-44577-9. DOI: 10.1007/978-3-319-44577-9_30.

STUDENÍK, P. a P. NĚMEC, 2013. Vývoj imunopresivní léčby po transplantaci jater. *Vnitřní lékařství* [online]. Roč. 59, č. 8, s. 668–670 [cit. 2023-04-19]. ISSN 1801–7592. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2013/08/05.pdf>

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠEVELOVÁ, Z., 2013. *Transplantace srdce – prožívání nemocných (život pacientů na waiting listině)*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lkf4b7/?isshlret=2013%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DŠevelová%202013%26start%3D1>. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

ŠPINAR, J. a kol., 2007. *Jak dobře žít s nemocným srdcem* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-02-11]. ISBN 978-80-247-6227-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/jak-dobrezit-s-nemocnym-srdcem-1330523/>

ŠPINAROVÁ, L., J. ŠPINAR a J. VÍTKOVEC, 2018. Transplantace srdce. *Vnitřní lékařství* [online]. Roč. 64, č. 9, s. 860-866 [cit. 2023-03-12]. ISSN 0042773X. DOI:10.36290/vnl.2018.118.

ŠPINAROVÁ, V., ŠPINAROVÁ, L. a J. ŠPINAR, 2015. Klinické klasifikace a skórovací systémy u srdečního selhání. *Kardiologická revue – Interní medicína* [online]. Roč. 17, č. 2, s. 131-135 [cit. 2023-01-12]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2015-2/klinicke-klasifikace-a-skorovaci-systemy-u-srdecniho-selhani-52102>

ŠTEJFA, M. a kol., 2007. *Kardiologie. 3.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1385-4.

ŠVIHOVEC, J. a kol., 2018. *Farmakologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5558-8.

TÁBORSKÝ, M. a kol., 2021. *Kardiologie: Svazek I-V*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1439-9.

Transplantační aktivita v ČR od roku 2006 – 2022 [online], © 2019. Praha: Koordinační středisko transplantací [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://kst.cz/statistiky/>

VÁCHOVÁ, T., 2017. *Kvalita života pacientů po transplantaci srdce*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://theses.cz/id/iagqta/?isslhret=Kvalita%3Bživota%3Bpacientů%3Bpo%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DKvalita%20Života%20pacientů%20po%20transplantaci%20srdce%26start%3D1>. Vysoká škola polytechnická Jihlava.

VRÁNKOVÁ, V., 2016. *Limity po transplantaci srdce*. Brno: Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://theses.cz/id/b5ake6/?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DLimity%20po%20transplantaci%20srdce%26start%3D1;isslhret=transplantace%3Bsrdec%3B>. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta.

WAGNER, R., 2009. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-02-11]. ISBN 978-80-247-1920-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/kardioanestezie-a-perioperacni-pecce-v-kardiochirurgii-129/>

WOHLFAHRTOVÁ, M. a kol., 2021. *Transplantace orgánů v klinické praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0721-6.

World Health Organization [online], © 2023. [cit. 2023-04-1]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1691>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CKCHT	Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie
č.	číslo
ID	Invalidní důchod
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
kol.	kolektiv
NYHA	Význam třetí zkratky
Sb.	Sbírky
sv.	svatý
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
WL	Waiting list

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Výzkumný soubor technika sněhové koule (Vlastní výzkum, 2023).	30
Obrázek 2: Paradigmatický model (Vlastní výzkum, 2023).	49

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Funkční modifikovaná klasifikace dle NYHA (Špinarová, M., Špinarová, L. a Špinar, 2015).	19
Tabulka 2: Socio-demografické informace participantů (Vlastní výzkum, 2023).	31
Tabulka 3: Subjektivní vnímání kvality života před transplantací srdce (Vlastní výzkum, 2023).	34
Tabulka 4: Období před transplantací srdce (Vlastní výzkum, 2023).	37
Tabulka 5: Retrospektivní vnímání pooperačního období (Vlastní výzkum, 2023).	39
Tabulka 6: Režimová opatření po návratu domů (Vlastní výzkum, 2023).	42
Tabulka 7: Nový život jedince po transplantaci srdce (Vlastní výzkum, 2023).	47
Tabulka 8: Žebřík životních hodnot (Vlastní výzkum, 2023).	51

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Počet transplantací od roku 2006-2022 (KST, © 2019).	13
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Modifikovaný žebřík životních hodnot

Příloha P II: Seznam vzešlých kódů z otevřeného kódování a jejich kategorizace

Příloha P III: Informovaný souhlas

PŘÍLOHA P I: MODIFIKOVANÝ ŽEBŘÍK ŽIVOTNÍCH HODNOT

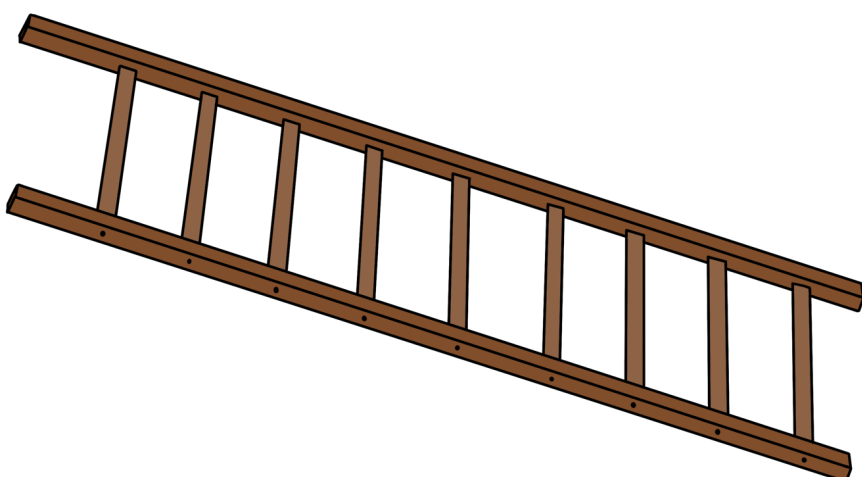
ŽEBŘÍK ŽIVOTNÍCH HODNOT

Seřadte jednotlivé body, podle toho, jak vnímáte životní hodnoty. Od nejdůležitější po méně důležité. Nejdůležitější hodnota bude zaznačena na vrcholu žebříku a nejméně důležitá hodnota bude na spodu žebříku.

1. Zdraví fyzické a duševní
2. Rodina + přátelé
3. Práce a kariéra
4. Peníze
5. Koníčky a sport
6. Vzdělání
7. Víra
8. Cestování
9. Fyzilogické potřeby
10. Ostatní

OZNAČENÍ DOKUMENTU:

.....



PŘÍLOHA P II: SEZNAM VZEŠLÝCH KÓDŮ Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÁ A JEJICH KATEGORIZACE

SEZNAM VZEŠLÝCH KÓDŮ Z OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ A JEJICH KATEGORIZACE

ČÍSLO KÓDU	NÁZEV KÓDU	KATEGORIZACE	LOKALIZACE VÝZKUMOVÉ JEDNOTKY V TEXTU
1.	Vnímání kvality života jedince před transplantací srdce	SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ KVALITY ŽIVOTA PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE	PA1; PB1; PC1; PD1; PE1 PA2; PA3; PA4; PB2; PB2; PD2; PD2; PD2; PA2; PA2; PC2; PD2; PE2 PA2; PA2; PC2; PD2 PB2; PB2; PC2; PD2; PE2
2.	Nejistota z budoucnosti		
3.	Období života na čekací listině		
4.	Ohrožení na životě jedince		
5.	Zhoršení celkového stavu jedince		
6.	Diagnóza, která předcházela transplantaci srdce	OBDOBÍ PŘED TRANSPLANTACÍ SRDCE	PA2; PB2; PC2; PD2; PE2 PC2; PD2; PE2
7.	Telefonát s pracovníkem koordinačního střediska		PA3; PB3; PC3; PD3; PE3
8.	Očekávání z transplantace srdce		PA3; PA3; PB3; PC3; PC3; PD3, PE3; PE3
9.	Informovanost pacientů ohledně alternativ a potenčních komplikací		
10.	Prvotní pocity po probuzení z narkózy	RETROSPEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ POOPERÁČNÍHO OBDOBÍ	PA3; PB3; PC4; PD4; PE4 PA3; PA5; PB3; PC3; PC3; PD3; PE3 PA4; PB4; PC4; PD4; PE4 PA4; PB4; PC4; PD4; PE4 PA5; PB5; PC5; PC5
11.	Komplikace v pooperačním období		
12.	Získané informace o dárci orgánu		
13.	Psychická podpora pacienta		
14.	Zlepšení fyzické kondice		

1.	Omezení po transplantaci srdce		PA5; PB5; PD5; PD7
2.	Dodržování režimových opatření ve stravování		PA5; PA6; PB5; PB6; PC6; PC6; PD5; PD6; PD6; PD6; PE6;
3.	Úprava domácího prostředí		PA5; PB5; PC5; PD5; PE5
4.	Zájemny účastníků		PA5; PA5; PB5; PB5; PC5; PC5; PD5; PD5; PE5; PE5;
5.	Užívání imunosupresiv a kortikoidů, jejich nežádoucí účinky		PA6; PA6; PB6; PB8; PD8; PE8;
6.	Změna obrazu těla		PA5; PA6; PB5; PB6; PC5; PC6; PD5; PD6; PE5; PE6
7.	Plodnost po transplantaci srdce	REŽIMOVÁ OPATŘENÍ PO NÁVRATU DOMŮ	PA5; PB5; PC5; PD5; PE5
8.	Práce a žádost o invalidní důchod		PA5; PA5; PB5; PC5; PD5; PD5; PE5; PE5;
9.	Dispenzarizace v ambulanci		PA8; PB8; PB9; PB9; PC8; PC9; PC9; PD8; PD9; PD9; PD9; PE8
10.	Subjektivní vnímání života po transplantaci srdce		PA10; PB10; PC10; PD10; PE10
11.	Názor na možnost reoperace		PA11; PB11; PC11; PD11; PE11
12.	Retrospektivní pohled na chyby	NOVÝ ŽIVOT JEDINCE PO TRANSPLANTACI SRDCE	PA11; PB11; PC11; PD11; PE11
13.	Srovnání života před a po operaci		PA11; PB11; PC11; PD11; PE11

PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s poskytnutím informací pro výzkumný rozhovor a jejich následné využití pro bakalářskou práci pod názvem Kvalita života a životní hodnoty u osob po transplantaci srdce.

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro bakalářskou práci s názvem **Kvalita života a životní hodnoty u osob po transplantaci srdce**. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak participant vnímá kvalitu života po transplantaci srdce, jaké životní hodnoty pokládá za nejdůležitější a zjistit zda-li dodržuje režimová opatření.

Důvěrnost informací

S Vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahráný rozhovor bude přepsán a použit pro analýzu. Nahrávka nebude poskytována třetím osobám.

Byl/a jsem informován o účelu rozhovoru a souhlasím s uskutečněním.

ANO NE

Souhlasím s nahráváním rozhovoru. Data z rozhovoru budou zpracovány a použity v bakalářské práci. Souhlasím s přímou citací některých částí rozhovoru v bakalářské práci tudíž i zpřístupnění těchto citací na internetu v rámci bakalářské práce. Vše pod podmínkou zachování anonymity.

ANO NE

Byl/a jsem informována o zachování a dodržení anonymity.

ANO NE

Jsem si vědom, že kdykoliv mohu přerušit rozhovor.

ANO NE

Děkujeme za Vaši spolupráci a čas.

Natálie Machalová – student 3. ročník bakalářského studijního programu Všeobecné Ošetrovatelství
PhDr. Pavla Kudlová, PhD. – vedoucí práce
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií

Datum V.....

Podpis participanta:

Podpis vedoucího práce Podpis výzkumníka