

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Kardiochirurgický pacient na pokoji RES
a ošetrovatelský přístup sestry

Diplomová práce

Vedoucí práce	Rok	Autor práce
PhDr. Marie Trešlová, Ph.D	2011	Bc. Zuzana Kafková

Cardiac Surgical Patient in the RES Room and the Approach of a Nurse to Nursing Care

In the past years, the cardiac surgery performance was very demanding. The limited range of medical performances, imperfect procedures and techniques resulted in frequent postoperative complications and high postoperative mortality. Over time, surgical techniques, heart replacements, extracorporeal circulation and postoperative care have improved. This makes it possible today to operate on much older patients, where surgeries previously were not feasible.

The cardiac surgery department provides highly specialized care for patients with cardiovascular disease. The scope of cardiac surgery is surgical solutions for congenital and acquired heart diseases, ischemic heart disease, cardiac valvular incompetence and thoracic aortic disease.

The diploma thesis on the topic Cardiac surgical patient in the RES room and the approach of a nurse to nursing care is dedicated to the patient after heart surgery. It deals with meeting the patient's needs in the RES room and what the patient perceives while staying in the resuscitation unit and what he /she needs from a nurse.

In the theoretical part, anatomy and physiology of the circulatory system is explained. The basic classification of heart diseases, indications for surgery, treatment, surgical approaches, psychological issues and communication with the cardiac surgical patient are introduced. Complete nursing care for the patient both in consciousness and in analgosedation is described.

In the empirical part of this thesis two objectives were stated. To determine what a cardiac surgical patient perceives and what he /she needs in the RES room, and to find out whether it is possible to improve the quality of patient-oriented care. Based on these objectives, hypotheses and research questions were established. The objectives were successfully achieved, the hypothesis was confirmed and the questions answered.

The research was conducted using qualitative quantitative research methods in the RES units of the cardiac surgery department, where the patients with heart disease are operated on. For the quantitative research the questionnaire interview method was selected. The qualitative research method was used to carry out semi-conducted interviews with the patients. The respondents consisted of 203 nurses and 5 patients. The diploma thesis could be used in training for nursing students and nurses in the context of lifelong learning.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Kardiochirurgický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem pro odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 23. 5. 2011

.....
Bc. Zuzana Kafková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za její věnovaný čas, ochotu, cenné rady a odborné vedení při konzultacích.

Zvláštní poděkování patří také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu, za jejich ochotu a spolupráci, jmenovitě pak Nemocnici České Budějovice, a.s., FN Hradec Králové, FN Královské Vinohrady, IKEM, Nemocnici Na Homolce a Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav problematiky	5
1.1 Kardiochirurgie jako obor	5
1.2 Historie kardiochirurgie	6
1.3 Indikace k operaci srdce.....	6
1.3.1 Ischemická choroba srdeční (ICHS)	7
1.3.2 Onemocnění chlopní	9
1.3.3 Onemocnění hrudní aorty.....	11
1.4 Operační přístupy v kardiochirurgii.....	12
1.5 Anestezie v kardiochirurgii.....	13
1.6 Mímotělní oběh	14
1.7 Přístrojové vybavení pokoje RES	15
1.8 Ošetrovatelská péče	16
1.8.1 Bezprostřední péče po příjezdu z OS na pokoj RES.....	16
1.8.2 Ošetrovatelská péče o pacienta v analgosedaci.....	18
1.8.2.1 Monitorace.....	18
1.8.2.2 Vědomí	20
1.8.2.3 Dýchací systém.....	21
1.8.2.4 Výživa	22
1.8.2.5 Vylučovací systém	23
1.8.2.6 Péče o pacienta s bolestí	24
1.8.2.7 Rehabilitace	25
1.8.3 Ošetrovatelská péče o pacienta při vědomí.....	27
1.9 Potřeby pacienta po operaci srdce.....	28
1.9.1 Biologické potřeby	28
1.9.2 Psychosociální potřeby.....	29
1.10 Komunikace s pacientem po operaci srdce	31
1.11 Psychologická problematika nemocného.....	33
1.11.1 Nemoc jako obtížná životní situace	34
1.11.2 Vztah mezi pacientem a sestrou.....	35

2. Cíle a výzkumné otázky	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
2.3 Hypotézy	37
3. Metodika	38
3.1 Popis použité metodiky	38
3.2 Charakteristika sledovaného souboru	38
4. Výsledky	40
4.1 Výsledky dotazníků pro sestry	41
4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty	61
5. Diskuze	77
6. Závěr	89
7. Seznam použité literatury	90
8. Klíčová slova	95
9. Seznam použitých zkratk	96
10. Přílohy	97
10.1 Seznam příloh	97

Srdce nemá vrásek, bývají na něm pouze jizvy

Dante Alighieri

Úvod

V minulých letech bylo provedení kardiochirurgické operace velmi náročné. Omezené spektrum výkonů, nedokonalé postupy a technika měly za následek časté pooperační komplikace a vysokou pooperační úmrtnost. Postupem času se zdokonalila operační technika, srdeční náhrady, mimotělní oběh a pooperační péče. Využívají se nejnovější přístroje a materiální vybavení. Operační sály a pooperační jednotky jsou vybaveny nejmodernějšími přístroji a pracuje zde vyškolený personál. Díky tomu lze dnes operovat mnohem starší pacienty, u kterých byla dříve operace neproveditelná. Díky výsledkům operací se Česká republika řadí mezi přední světové špičky v oboru kardiochirurgie.

Kardiochirurgické oddělení poskytuje specializovanou péči o nemocné s chorobami kardiovaskulárního systému. Náplní kardiochirurgie je operativní řešení získaných a vrozených srdečních onemocnění, ischemické chorobě srdeční, postižení srdečních chlopní a onemocnění hrudní aorty. Některá kardiocentra v České republice provádějí i transplantace srdce.

Pacient je po kardiochirurgické operaci převezen na pooperační resuscitační jednotku (RES), kde je prioritou lékařského a ošetrovatelského personálu zajištění základních životních funkcí, prevence nebo minimalizace vzniklých pooperačních komplikací a co nejrychlejší stabilizace stavu pacienta. Může se stát, že se pacient jako centrum péče ve vysoce technické péči, jako lidská bytost ztrácí.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je vysvětlena anatomie a fyziologie oběhového systému, popisuje základní dělení onemocnění srdce, indikace k operaci, léčba, operační přístupy psychologický přístup a komunikace s pacientem. Je zde popsána i ošetrovatelská péče o nemocného jak při vědomí, tak v analgosedaci.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na metodiku výzkumu, výsledky dotazníků pro sestry a analýzu rozhovorů s kardiochirurgickými pacienty.

Tím, že jsou sestry v každodenním kontaktu s nemocným, mají dostatek času a prostoru s nemocným komunikovat a vědět o pocitech, starostech a problémech, které ho trápí a být mu tak nablízku a nápomocny. Pokud si sestry získají důvěru pacientů, otevírají se jim dveře ke spolupráci a k větší participaci nemocného na plánování ošetrovatelské péče. Nesmíme zapomínat na to, že člověk je v dnešní době obklopen moderní technikou, léky a proto můžeme říci, že péče, kterou pacientům poskytujeme, je kvalitní. Pravdou ale je, že ukazatelem kvalitní péče je spokojený pacient, který soudí podle toho, zda jsou jeho potřeby v době nemoci uspokojeny či nikoliv.

1. Současný stav problematiky

1.1 Kardiologie jako obor

Kardiologie je v současné době dynamický, rychle se rozvíjející obor medicíny. Díky novým technikám, přístrojovému a materiálnímu vybavení, lékům, dokonalejší pooperační péči se dnes mohou operovat pacienti, pro které byla dříve operace kontraindikací buď pro vysoký věk, přidružené choroby nebo pro pokročilost samotného onemocnění. Proto se mění spektrum operovaných pacientů, co se týče diagnóz i věku. V dětské kardiologii se věk operovaných snižuje a v kardiologii dospělých se naopak zvyšuje (3, 22).

Kardiologie se vyčlenila od klasické chirurgie a je považována za elitní medicínský obor. Práce v kardiologii je kolektivní práce, při které musí kooperovat kardiologové, kardiologové, instrumentářky, anesteziologové, anesteziologické sestry, perfuzionisté, sestry u lůžka na pooperačních jednotkách a fyzioterapeuti. Je nutná správná předoperační diagnostika pacienta, technické provedení samotné operace, ale i intenzivní pooperační péče a předcházení možným pooperačním komplikacím. V současnosti již uplynulo přes 100 let od první úspěšné operace srdce, kdy byla sešita pravá komora, 60 let od první operace vrozené vady srdce, 45 let od operace srdce za pomoci mimotělního oběhu a 30 let od první transplantace srdce. Indikovaným nemocným lze léčbu ischemické choroby provést za pomoci PTCA (perkutánní transluminární koronární angioplastika) nebo i některé chlopenní stenózy se mohou řešit perkutánní balónkovou valvuloplastikou. Potřeba srdečních operací je v naší zemi dána vysokým výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Česká republika se tak řadí mezi nejvyspělejší státy v Evropě jak počtem operací, tak kvalitou péče. Choroby srdce a cév jsou v naší zemi nejčastější příčinou úmrtí, tvoří zhruba 56% všech úmrtí (3, 41).

Náplň současné kardiologie tvoří chirurgie ischemické choroby srdeční v 70%, chirurgie chlopenních vad v 20%, vrozené vady srdce jsou zastoupeny v 5%, transplantace srdce, chirurgie hrudní aorty, nádory a poranění srdce tvoří dohromady též 5% všech operací (22, 53).

1.2 Historie kardiologie

Počátky kardiologie se objevují v polovině 20. století, kdy se odtrhává od klasické chirurgie. V této době jsou uskutečňovány první pokusy o umělé okysličení tkání. To se však dostalo do praxe až v 50. letech, kdy byl sestaven mimotělní oběh. První pokusy operace srdce jako takové jsou v lékařských spisech zaznamenány již koncem 18. století. Lékaři ale vždy jen operovali perikard, samotného srdce se báli dotknout, protože byl zastáván názor, že jen rána, která je v klidu se může zahojit a tuto podmínku srdce nesplňovalo. Prvenství patří německému chirurgovi Rehnemovi, který 7.9.1896 - ve Frankfurtu seřil bodnou ránu srdeční komory. V roce 1929 Forsmann katetrizoval pravou síň, v roce 1938 v Bostonu byla úspěšně operována vrozená srdeční vada sedmileté pacientce. Roku 1953 je uveden poprvé při operaci srdce mimotělní oběh. Dalšími významnými mezníky bylo zavedení hypotermie a účinná kardioplegie, která po celou dobu chirurgického výkonu chrání myokard. Roku 1967 byla provedena první transplantace srdce. U nás provedl první kardiologickou operaci v roce 1947 Bedrna, který podvázal otevřenou tepennou dučej. Roku 1965 byla zahájena implantace umělých mitrálních a aortálních chlopní. V roce 1970 byl proveden první aortokoronární bypass za pomoci žilního štěpu (3, 20, 21).

1.3 Indikace k operaci srdce

Na indikaci, zda bude pacient podroben operaci srdce, vzájemně spolupracují kardiologové a kardiochirurgové, protože operace srdce je závažný a technicky náročný výkon. Proto jí předchází odborné indikační semináře, na kterých jsou zváženy informace o nemocném, zdravotní stav, pacientův rizikový profil, míra kardiovaskulárního rizika, anamnéza, laboratorní výsledky a přidružené onemocnění. Operace bývá ve většině případů plánovaná. Mezi nejčastější onemocnění, která se řeší operativně je ischemická choroba srdeční, postižení chlopní a hrudní aorty (6, 7, 36).

1.3.1 Ischemická choroba srdeční (ICHS)

Při ischemické chorobě srdeční dochází k poklesu průtoku krve v koronárním řečišti a tím dochází k ischemii myokardu, který je nedostatečně zásoben kyslíkem a živinami. Následkem je porucha svaloviny, která může být reverzibilní, kdy se po obnovení průtoku krve svalovina obnoví nebo dojde k ireverzibilním změnám na myokardu. Dojde k místní nekróze svaloviny a postižená část se změní na fibrózní jizevnatou tkáň, která již není schopna stažlivosti - kontraktility. ICHS u žen se v některých aspektech liší od ICHS mužů a to v patogenezi, projevech a prognóze. Prognóza ICHS u žen bývá horší nežli u mužů a to zejména v mladších věkových kategoriích. Příčina snížení krevního průtoku může být funkční (spasmus cévy) nebo organická (např. trombus, embolie, aterosklerotický plát, disekce). Formy ischemické choroby se rozlišují na formu akutní a chronickou. Do akutní formy, která je označována jako akutní koronární syndrom, se zařazuje nestabilní angina pectoris, infarkt myokardu a náhlá smrt v souvislosti s fibrilací komor. Chronická forma je zastoupena stabilní aginou pectoris, němou ischemií, syndromem X, arytmiemi anebo ischemickou chorobou srdeční s projevy srdeční nedostatečnosti. Mezi hlavní příznaky ischemické choroby patří stenokardie, která má charakter pálivé, svíravé bolesti za hrudní kostí v její dolní polovině, obvykle se tato bolest při akutním infarktu myokardu propaguje do levé horní končetiny, krku, čelisti a epigastria. Pacient ji udává

jako lokalizovanou bolest do plochy, ne jako bolest v jednom bodě (ukazuje ji plochou dlaně, ne prstem). Není závislá na dýchání ani na poloze postiženého. Nejčastěji se objevuje při námaze, při emocích či při působení chladu. Bolest může trvat několik minut (až 20 minut) a rozhodujícím faktorem je změna stavu po aplikaci nitroglycerinu (25, 26, 32).

K diagnostice ICHS se ptáme na anamnézu, ale ne vždy mají bolesti na hrudi kardiogenní příčinu, základním vyšetřením je pořízení EKG záznamu. Může se stát, že v klidovém stavu bude obraz EKG fyziologický. Dále se může u stabilní anginy pectoris využívat zátěžové EKG. Dalšími průkaznými vyšetřeními je echokardiografie, biochemický rozbor srdečních enzymů a v drtivé většině případů je pacient odeslán na selektivní koronarografii (SKG), která je prováděna v lokální anestezii přes arterii femoralis v katetizační laboratoři. Konzervativní léčba ICHS spočívá v podávání medikamentů, například hypolipidemika, nitráty, beta-blokátory. Důležitá je edukace pacienta ve změně životního stylu. Pokud má pacient vyšší tělesnou hmotnost, je žádoucí její redukce, pokud možno ihned zanechání kouření, minimalizace stresových situací, adekvátní pohybová aktivita a odpočinek a v neposlední řadě je důležitá vhodná léčba hypertenze a následné kontroly tlaku krve. Od roku 1977 je zahájena perkutánní transluminární koronární angioplastika (PTCA). V současné době je tato nechirurgická revaskulizace zastoupena ve stejném množství jako operační revaskulizace. Při tomto výkonu je zaveden tenký katétr k místu koronární stenózy, po nafouknutí balonku dojde k roztažení ateromových plátů a tím ke zmenšení či odstranění stenózy. Mohou být zavedeny i tenké výztuže, neboli stenty, které snižují problém restenóz na minimum a tudíž i následné chirurgické řešení ICHS. Indikací k chirurgickému výkonu je onemocnění tří tepen, postižení kmene levé koronární tepny nebo při přítomné dysfunkci levé komory (snížená kontraktilita levé komory). Dále se provádí při opakovaných chlopenních vadách a arytmiích. Princip operace spočívá v anastomóze (přemostění) stenózy nebo uzávěru věnčité tepny a přivedení tak dostatku arteriální krve pro myokard. K přemostění koronární tepny se používá tepenný či žilní štěp. Jako štěp se nejčastěji používá LIMA (levá arteria mammaria (thoracica) interna, což je větev podklíčkové tepny) a dále vena saphena magna, která je odebírána

z malých incizí v celém svém průběhu na dolní končetině. Žíly na horních končetinách jsou k těmto výkonům méně vhodné, protože podléhají dříve degenerativním změnám. Tento výkon se ve většině případů provádí za pomoci mimotělního oběhu, ale je možné operovat i bez něj. V tomto případě se anastomózy našívají na pracujícím srdci, jsou používány různé stabilizátory pro oblast, kde se anastomóza našívá. Podle některých pracovišť tento typ operace snižuje riziko perioperačního infarktu myokardu a nejsou zde přítomny komplikace, které souvisí s použitím mimotělního oběhu. Riziko revaskulizačních operací myokardu pro ischemickou chorobu srdeční se pohybuje kolem 3%. Rizika a pooperační komplikace se zvyšují u pacientů s věkem nad 70 let, u žen, u akutních výkonů, u opakovaných reoperací, u pacientů se sníženou kontraktilitou (stažlivostí) levé komory a u nemocných, kteří mají závažné přidružené choroby, například jaterní, renální, plicní či endokrinologické choroby. Chirurgické řešení ischemické choroby srdeční přináší pacientům zvýšení tolerance fyzické námahy a prodloužení jejich života. Prognóza se určuje podle progresu ischemické choroby po operaci, proto nesmí být podceňována farmakologická léčba a edukace pacienta v dodržování zásad zdravého životního stylu (3, 38, 41).

1.3.2 Onemocnění chlopní

Chlopně srdeční jsou svým způsobem výchlipky endokardu a jejich funkcí je usměrňovat tok krve správným směrem. Rozlišujeme dva základní druhy chlopní. První jsou chlopně poloměsíčitě, které jsou uloženy mezi levou komorou a aortou a pravou komorou a plicnicí. Obě tyto chlopně jsou otevřené během systoly, při které vytéká krev z komor a uzavřeny v diastole, která brání zpětnému toku. Druhým typem jsou atrioventrikulární chlopně, které se nacházejí mezi komorami a síněmi. V levém srdci je to mitrální (dvojcípá) a v pravém srdci trikuspidální (trojcípá) chlopeň (41).

Onemocnění srdečních chlopní mohou být stenózy (zúžení), při které není otevření chlopně dostatečné a brání tak volnému toku krve a insuficiencie (nedomykavost), v tomto případě se chlopeň uzavírá pouze částečně, a proto dochází k nefyziologickému toku krve. Postižení chlopní se dále rozděluje na vrozené a získané

onemocnění. Vrozené vady srdce se v současné době objevují v populaci stále méně, protože prenatální diagnostika je v dnešní době na velmi vysoké úrovni. Mezi srdeční vady získané zejména patří revmatická choroba jako následek revmatické infekce, infekční endokarditida, mitrální insuficience jako komplikace infarktu myokardu a stále častější degenerativní onemocnění z důvodu stále se prodlužujícího věku operovaných pacientů (32, 38, 41).

Výkonem na srdečních chlopních jsou buď náhrady, nebo plastiky chlopní. Při náhradách srdečních chlopní se používají dva typy konstrukčních náhrad. A to buď mechanické, nebo biologické umělé srdeční chlopně. Mechanická náhrada se dnes používá již výhradně dvoulístková, která je vyrobena z pokovovaného grafitu. To znamená, že v pevném kruhovém disku jsou dva pohyblivé lístky, které se mohou otevírat pouze jedním směrem. Biologická náhrada se používá z vepřové aortální chlopně nebo je vytvořena z hovězího perikardu. Tyto biologické bioprotézy je možné vyrobit jako stentované bioprotézy (biologický materiál je vmontovaný do tuhého rámu) nebo jako nestetované (je použita zevní kostra biologického materiálu). Existují rozdíly mezi biologickými a mechanickými chlopněmi v tom, že biologické materiály nevyžadují, aby pacient trvale užíval léky ovlivňující srážlivost krve. Tyto léky (například Warfarin) se po náhradě biologickou chlopní užívají pouze 3 měsíce po operaci a poté pacient přechází na nízké dávky antiagregačních léků (například Anopyrin). Všechny náhrady mechanickou chlopní vyžadují nepřetržité podávání antikoagulačních léků (například Warfarin) a stále hrozí pacientovi riziko, že krevní sraženina zablokuje náhradu. Dalším rozdílem je, že biologické náhrady po voperování i nadále stárnou – degenerují. Proto je možné, že bude třeba po určitém časovém období náhradu opět vyměnit. Naopak je trvanlivost mechanické chlopně velice dlouhá a možnost strukturálního selhání je téměř nemožná. U obou náhrad chlopní se u pacienta doživotně dodržuje antibiotická profylaxe. Ta spočívá v tom, že se krátkodobě podávají antibiotika v době, kdy hrozí proniknutí bakterií do krevního oběhu. Pokud bakterie vniknou do oběhu a poškodí chlopeň, je ve většině případů konzervativní léčba neúčinná a jedinou možností je operační výkon, kdy se infikovaná chlopeň odstraní a všije se nová. Reoperace sebou však nesou mnohem více komplikací

než operace primární. Antibiotická profylaxe se zpravidla nejčastěji používá při extrakci zubů, invazivních výkonech (operace), cévkování, při větších úrazech, hnisavých ranách, angínách a u infekcí horních dýchacích cest (3, 32, 41).

Při rozhodování operátéra jaký typ operace bude pacientovi proveden, jaký typ náhrady se při operaci použije, hraje důležitou roli věk operovaného, rozsah operačního výkonu, zda je možné zákrok provést a není pro pacienta více riskantní a samozřejmě záleží i na zkušenostech kardiochirurga (41).

1.3.3 Onemocnění hrudní aorty

Hrudní aorta se skládá z části vzestupné, oblouku aorty (z něj odstupují tři hlavní tepny pro horní končetiny a mozek) a sestupné části. Léčba se odvíjí podle toho, která část aorty je postižená. Obecně se dá říci, že nejagresivnějším typem je postižení vzestupné aorty. A to z toho důvodu, že stěna cévy je postižena ještě před odstupem tepen pro mozek a horní končetin. Proto je ruptura tohoto oddílu zatížena nejvyšší mortalitou. Aorta může být postižena aneurysmatem (výduť) a disekcí (41).

Výduť aorty vzniká, když se v příčném průměru aorta zvětší, dojde ke zvýšení laterálního tlaku na stěnu a následně jejímu oslabení, které může vést až k ruptuře stěny a následnému masivnímu krvácení, které většinou končí smrtí nemocného. Nejčastější příčinou výdutí aorty je ateroskleróza. Mezi nespecifické příznaky patří například tlakové bolesti na hrudi, hemoptýza nebo polykací obtíže. Výduť postihuje všechny části aorty, kdy na oblouk připadá asi pětina případů. Část vzestupná a sestupná jsou postižené většinou rovnoměrně (31, 41).

Druhou možností onemocnění aorty je disekce. Toto postižení je možné zařadit mezi náhlé a život ohrožující příhody. Disekce je stav, kdy dochází k roztřepení stěny intimy na dvě nebo více vrstev, ve kterých dále proudí krev. Poté je stěna zeslabená a pacientovi hrozí její ruptura. Původní průsvit aorty se nazývá lumen pravé a nově vzniklé je lumen nepravé. Příčinou bývá kombinace hypertenze a oslabené stěna cévy na základě vrozeného postižení (například Marfanův syndrom, Ehlersův-Danlosův syndrom) nebo na podkladě aterosklerózy. Mezi základní příznaky disekce aorty patří

bolesti na hrudi, bolesti břicha, které navazují na nějakou předchozí fyzickou zátěž v souvislosti se zvýšením krevního tlaku. U akutní disekce typu A se objeví mezi příznaky nízký srdeční minutový objem, který souvisí s prosakováním krve do perikardiální dutiny. Disekce se rozděluje podle času na akutní, subakutní a chronickou nebo na disekci typu A, která postihuje pouze vzestupnou část a může se šířit na oblouk nebo sestupnou aortu anebo disekci typu B, která postihuje pouze sestupnou část aorty. Všechny akutní a subakutní disekce typu A jsou indikací k neodkladnému chirurgickému řešení. Léčbou disekce vzestupné aorty a oblouku je resekce a náhrada postižené části funkční protézou. Disekce typu B je naopak léčena konzervativně, klidem na lůžku, úpravou krevního tlaku na co možná nejnížší hodnotu (důležité je, aby byla zachována správná funkce ledvin a ostatních orgánů). Mezi další, avšak minimálně se vyskytující, onemocnění hrudní aorty patří zánětlivé onemocnění, tzv. aortitidy. Ty se nejčastěji projeví výdutí aorty, což je komplikace již základního onemocnění (3, 31, 41, 42).

1.4 Operační přístupy v kardiochirurgii

Operační přístup je volen tak, aby operatérovi umožnil během výkonu přehledné operační pole a bezpečné zavedení kanyl potřebných k vedení mimotělního oběhu. V zásadě jsou využívány tři základní přístupy k srdci. První přístupem je mediální sternotomie, která je v současné době nejvyužívanější u všech srdečních operací, kde je používán mimotělní oběh. Druhou možností přístupu je pravostranná torakotomie. Tento přístup tvoří přehledné pole chirurgovi pro výkony na trikuspidální a mitrální chlopni nebo při operaci defektů mezisíňového septa. Dnes může chirurg volit kratší pravostranný anterolaterální řez (tzv. submamární řez) u mladých dívek z kosmetických důvodů. Třetím možným přístupem je levostranná torakotomie, která se dříve využívala jako klasický přístup při operaci mitrální stenózy na zavřeném srdci. V současnosti se využívá například při odstranění aneurysmatu na descendentní aortě nebo otevřené tepenné dučeji (3).

1.5 Anestezie v kardiologii

Anestezie v kardiologii se od ostatních anesteziologických oborů liší především tím, že klade velký důraz na monitoraci hemodynamických parametrů. Pooperačně se mohou vyskytnout závažné poruchy krevního oběhu a poruchy funkce srdce. Ve většině případů se všechny kardiologické operace provádějí v celkové anestezii, kdy je pacientovi zavedena endotracheální kanyla a je připojen na řízenou ventilaci. Někteří anesteziologičtí lékaři preferují kombinaci celkové a vysoké epidurální svodné anestezie. Výhodou je, že hloubka celkové anestezie je během operace menší a je podáno menší množství anestetik. Epidurální anestezie pak ulehčuje pacientovi i ošetrovatelskému personálu pooperační období tím, že mu může být kontinuálně tlumena bolest v prvních dnech po výkonu (41).

Po příjezdu na operační sál si anesteziologická sestra zkontroluje identifikaci pacienta, poté je nemocný uložen na operační stůl a anesteziolog zajistí všechny potřebné invazivní vstupy (centrální žilní katétr, arteriální katétr, žilní katétr, Swan-Ganzův katétr, epidurální katétr), zavede se permanentní močový katétr atd. (vždy dle zvyklostí operačního sálu). Pacient je anesteziologickým lékařem zaintubován a připojen na řízenou ventilaci, pacientovi jsou aplikovány anestetika (intravenózní, inhalační) a začíná tak úvod do anestezie, ve kterém stoupá hladina koncentrace anestetik v mozkových buňkách, mizí obranné reflexy, odezvy na fyzické a slovní podněty. Další fází je vedení anestezie, ve které je udržována stálá hladina anestetik podle aktuálních potřeb pacienta. Anesteziologický lékař musí sledovat dění v operačním poli, stav pacienta, fyziologické funkce a na každou změnu včas a adekvátně reagovat. Mezi základní monitorovací techniky při operaci srdce patří EKG (pouze do provedení sternotomie, zavedení kanyl a napojení pacienta na mimotělní oběh), arteriální tlak, centrální žilní tlak, saturace kyslíku v krvi. Poslední fází je vyvedení z anestezie, v této době se obnovuje vědomí, reakce a fyzické a slovní podněty a navrací se obranné reflexy. Toto období plynule přechází do bezprostřední pooperační péče, která je prováděna na jednotce RES. Její délka závisí na typu operačního výkonu a především na celkovém stavu operovaného (34, 41, 54).

1.6 Mimotělní oběh

Mimotělní oběh je komplexní metoda, která spojením krevního oběhu a technickým zařízením umožňuje po celou dobu operace nahradit činnost srdce a plic, zajišťuje perfuzi okysličené krve v celém organismu, výměnu krevních plynů, udržování acidobazické rovnováhy a regulace teploty. Umožňuje tak operace na otevřeném, zastaveném a bezkrevním srdci. Základní funkcí mimotělního oběhu je zajistit dostatečnou oxygenaci organismu, odstranit CO₂ a udržet acidobazickou rovnováhu po dobu celé operace. Na tomto přístroji se také dá nastavit, zda pacient bude operován v hypotermii nebo normotermii. Většina operací je prováděna v mírné hypotermii (28-30 °C) z toho důvodu, že metabolické nároky organismu jsou při této teplotě nižší až o 50 %. Lze využít i hlubokou hypotermii, jejíž hodnoty se pohybují kolem 15 °C a zastavit mimotělní oběh na 40 - 60 minut, tím se zastaví cirkulace po celém těle. Tento postup se využívá především u operací novorozenců a kojenců. Princip mimotělního oběhu spočívá v zavedení žilní kanyly do pravé síně (nebo dvou žilních kanyl do horní a dolní duté žíly), sbírající odkysličenou krev, která za normálních okolností přitéká do srdce. Krev je odvedena hadicemi do rezervoáru, kde dále proudí do oxygenátoru, tam je zbavena CO₂ a prosycena O₂. Okysličená krev je za pomoci rotační pumpy odvedena do arteriálního systému pacienta. Arteriální kanyla je zavedena do vzestupné aorty. Po zavedení kanyl pro mimotělní oběh a vyřazením srdce ze své činnosti dojde k přerušení dodávky výživy do koronárního řečiště. Pro ochranu myokardu před ischemickými změnami je nutno jeho spontánní aktivitu přerušit. Tím se sníží metabolické potřeby srdečního svalu na minimum. Za tímto účelem se používají kardioplegické roztoky, které mají vysoký obsah draslíku a hořčíku, který navodí asystolii srdce v diastole, přerušením vzruchů v převodním systému srdečním. Nejzávažnější komplikací mimotělního oběhu je tzv. postperfuzní syndrom. Ten spočívá v generalizované zánětlivé reakci organismu bez infekční příčiny. Dochází k porušení permeability kapilár s následnými otoky (mozku, plic), poruchou udržet dostatečný tlak krve nebo poruchu funkce trombocytů. Příčinou je aktivace zánětlivé odpovědi kontaktem krve se syntetickým materiálem.

Může dojít k postižení několika systémů až k multiorgánovému selhání, což může být příčinou smrti pacienta. Celý systém mimotělního oběhu je vyroben ze syntetického materiálu, který aktivuje srážení krve, proto se musí krev, za přidání Heparinu, stát absolutně nesrážlivou, aby následky operace nebyly pro pacienta fatální. Heparin se používá v dávce 2-3 $\mu\text{g}/\text{kg}$, definitivní dávka se upraví podle monitorace ACT (activated clotting time – aktivovaný čas srážení). Po ukončení mimotělního oběhu se účinek Heparinu může zrušit Protaminem (3, 24, 41).

1.7 Přístrojové vybavení pokoje RES

Kardiochirurgické JIP a RES musí splňovat základní technické a materiální nároky, aby byla zabezpečena kvalitní pooperační péče. Resuscitační lůžko je vybaveno třemi polohovacími segmenty, které umožňuje rychlé změny terapeutických poloh (například Fowlerova, Trendelenburgova poloha jako snadný přístup při nutnosti intubace či resuscitace pacienta) a je přístupné ze tří stran. U každého lůžka je připraven monitor, který zobrazuje a analyzuje vícesvodové EKG s detekcí arytmií a analýzou ST úseku, arteriální tlak, centrální žilní tlak a tlak v arteria pulmonalis, měření hemodynamiky termodiluční metodou za pomoci Swan-Ganzovým plicnicovým katétrem. Dále je možné měřit neinvazivní tlak, tělesnou teplotu, saturaci krve, frekvenci dechů. U každého lůžka je funkční ventilátor, na kterém je možno nastavit různé ventilační režimy (AC, SIMV, CPAP). Tyto ventilační režimy zabezpečí plynulý a bezpečný přechod z plně řízené ventilace k pacientovu vlastní dechové aktivitě a následně jeho extubaci. Mezi další potřebné vybavení patří lineární dávkovače pro přesné a stabilní dávkování tekutiny již od 0,1 ml, které jsou vybaveny světelnými i zvukovými alarmy, defibrilátory, externí kardiostimulátory, sady pro aktivní sání hrudních drénů, bronchoskopy, ultrasonografy, rentgenové přístroje, IABK (intraaortální balónková kontrapulsace), analyzátory krevních plynů, přístroje k vyšetření ACT (Hemochrom), přístroje k vyšetření koagulačních poruch (Roteg), přístroje k měření srdečního výdeje (Vigilance, Impella, Picco), přístroje pro kontinuální eliminační metody, nebulizátory a pomůcky k dechové rehabilitaci,

derivátová lednice, ohřívače krevních derivátů, warm-touch k zahřátí pacienta, antidekubitární pomůcky a mnoho dalších (3, 15, 41).

1.8 Ošetrovatelská péče

Práce sestry na kardiochirurgickém oddělení je vysoce fyzicky i psychicky velmi náročná a zodpovědná. Vyžaduje praktické dovednosti a teoretické znalosti, ale je nepochybně krásná a zajímavá. Sestra musí mít nezbytné znalosti jak z kardiologie, tak i z kardiologie. Specifikum péče spočívá v péči o starší, hůře pohyblivější pacienty, celou péči by tak sestra měla přizpůsobit potřebám takového pacienta. V dnešní moderní době již umíme téměř dokonale léčit fyzickou stránku člověka, ale psychosociální a spirituální stránka je mnohdy opomíjena, především v tak technickém oboru, jako je kardiologie. Důležitý je citlivý přístup a empatie ošetrovatelského personálu k pacientům. Celý tým by měl mít na paměti, že tito lidé jsou vytrženi ze svého normálního života a musejí setrvávat v pro ně neznámém prostředí a onemocnění je pro ně zátěžovou situací (41).

1.8.1 Bezprostřední péče po příjezdu z operačního sálu na pokoj RES

Cílem pooperační péče na RES je stabilizace a optimalizace zdravotního stavu pacienta, stabilizace hemodynamiky, zajištění odpovídající bilance tekutin, upravení odchylky v parametrech vnitřního prostředí, zajištění optimálního stavu koagulace a vedení pacienta k bezpečné extubaci. Po stabilizaci stavu je pacient první nebo druhý pooperační den přeložen na intermediální jednotku, kde je již méně zatížen invazivním a intenzivním monitorováním fyziologických funkcí (3, 41).

Po skočení srdeční operace, i nekomplikované, vyžaduje stav nemocného kvalitní intenzivní pooperační péči. U pacientů jsou přítomny známky doznívající anestezie, nestabilní tělesná teplota, změny periferní cévní rezistence, poruchy vodní i iontové rovnováhy, poruchy diurézy. Je zde vysoké riziko vzniku arytmií, změny koagulačních parametrů, krevní ztráty z drénů. Také se může projevit předoperační

postižení srdce, jako je například nízká ejekční frakce po proběhlých infarktech myokardu, nebo chlopenních vadách, hypertrofie a dilatace srdečních komor u postižení chlopní atd. Průběh operace a pooperační režim výrazně ovlivňují i jiná závažná onemocnění jako je obezita, ateroskleróza, diabetes mellitus, hepatopatie, nefropatie, koagulopatie, chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc a další. Stejně tak pooperační průběh mohou ovlivňovat i peroperační komplikace ze strany anesteziologů, chirurgů nebo perfuzionistů (3, 41).

Po ukončení operace srdce je pacient převážen na resuscitační stanici kardiochirurgického oddělení. Na převozu pacienta, který je plně monitorovaný a na umělé plicní ventilaci z operačního sálu se podílí anesteziolog, anesteziologická sestra, a kardiochirurg, kteří předají ošetřujícímu lékaři a odpovědné sestře, zprávu o jeho osobě, věku, přidružených onemocněních, o průběhu operace, typu operace, ventilačním režimu, podaných lécích, krevních jednotek, diuréze atd. Pacient je „zajišťován“ tak, že jej sehraný ošetrovatelský tým napojí na již připravený ventilátor (parametry zadá lékař), na monitor, jsou napojeny hrudní drény na aktivní sání, zajištěna externí komorová stimulace, která v případě potřeby slouží k zevní srdeční stimulaci, je natočeno dvanáctisvodové EKG, proveden rentgenový snímek srdce a plic, nabrána arteriální krev na vyšetření acidobazické rovnováhy. Dále sestra kontroluje tlak v obturační manžetě u ETK, průchodnost arteriálního a centrálního žilního katétru. Mezi monitorované hodnoty patří EKG, arteriální tlak, centrální žilní tlak, srdeční frekvence, tlak v arteria pulmonalis, pulzní oxymetrie, dechová frekvence, tělesná teplota, příjem a výdej tekutin, množství výdeje z drénů, stav vědomí. Z laboratorních hodnot sleduje hladinu minerálů, které mají vliv na srdeční činnost, glykémii, jaterní testy, krevní obraz, koagulaci popřípadě jiná vyšetření. Všechny monitorované hodnoty jsou zaznamenávány do dokumentace a při každé změně zdravotního stavu je sestrou informován lékař. Sestra sleduje přítomnost a projevy bolesti, dle ordinace lékaře dbá na včasnou aplikaci pooperační analgezie. Společně s lékařem vede pacienta ke zdárné extubaci (3, 10).

Pokud pacient má dostatečnou svalovou a dechovou sílu (zkouší se vypláznutím jazyka, stisknutím ruky, nadzvednutím hlavy nad lůžko) je provedena extubace,

po které následuje intenzivní dechová rehabilitace, aplikace kyslíkové masky s pozitivním přetlakem na konci výdechu, dechové cvičení za pomoci nafukování míče a podávání inhalací dle ordinace lékaře. V prvním pooperačním dni sestra pacienta mobilizuje v lůžku či křesle, druhý den je možné s pacientem z lůžka pomalu vstávat. Pokud je pacient imobilizován na lůžku, sestra v plné míře přebírá ošetrovatelskou péči o jeho osobu, zajištěním celkové hygieny, čistoty lůžka a prevencí proleženin. V neposlední řadě chrání pacientovu intimitu. Kontakt pacienta s jeho rodinou je umožněn již první pooperační den (8, 15, 39, 41).

1.8.2 Ošetrovatelská péče o pacienta v analgosedaci

Analgosedace je farmakologicky navozený stav sedativ a analgetik (někdy se využívá i kombinace s opiáty). Při ní nelze pacienta probudit, ale lze vyvolat cílený obranný pohyb na bolestivý podnět. Mezi hlavní indikace k používání analgosedace patří dlouhodobá resuscitační péče – multiorgánové dysfunkce, septický stav a jiné. Důležitou součástí péče o pacienta v „umělém spánku“ je jeho nepřetržitá monitorace a kompletní ošetrovatelská péče, kterou v plné míře zajišťuje sestra. Na pokoji RES se většinou využívá tzv. „bedside“ monitoring, při kterém je monitor umístěn na dohled sestry. Pacient je napojen na monitor, kde se zobrazují jeho vitální funkce snímané především invazivními vstupy (13).

1.8.2.1 Monitorace

Používání monitorů slouží k získávání informací pro adekvátní léčbu pacienta. Ve sledování pacienta platí pravidlo, že lékař a kvalifikovaná sestra jsou tím nejlepším monitorem nemocného. Kontrolu a sledování pacienta po operaci srdce zajišťuje vyškolený personál, který dovede posoudit, zda přístroj ukazuje aktuální zdravotní stav. Operační zásah a anestezie výrazně ovlivňují vnitřní prostředí organismu, proto je nutné v pooperačním období pacienta kontinuálně sledovat. Nejčastěji je u pacienta monitorován dýchací, kardiovaskulární systém, monitorace tělesné teploty a hemostázy.

V dýchacím systému se po operaci nejvíce zaměřujeme na sledování dechové frekvence, pulzní oxymetrii (SpO₂) nebo kapnometrii. Tento údaj lze nastavit na ventilátoru a je sledována koncentrace CO₂ ve vydechovaném vzduchu na konci výdechu (ETCO₂). Sledování kardiovaskulárního systému spočívá v monitoraci křivky EKG, což je základní parametr pro kontrolu po operaci srdce. Na monitoru se pro kontrolu zpravidla nastavuje snímání II. hrudního svodu z důvodu nejlépe patrné vlny P. Vlna P chybí u fibrilace síní a komor, flutteru síní a komor, komorové a supraventrikulární tachykardie a u junkčního rytmu. Sleduje se srdeční frekvence, srdeční rytmus a možné poruchy rytmu (13, 29, 37).

Dále je sledován a měřen invazivní arteriální tlak, který je indikován u pacientů v kritickém stavu, a vyžaduje nepřetržitou kontrolu systémového tlaku. Nejčastěji je využívána arteria radialis, eventuálně arteria femoralis či arteria brachialis. Po zavedení katétru je možné odebírat arteriální krev a analyzovat tak acidobazickou rovnováhu v těle pacienta. Použití arteriální kanyly sebou nese svá rizika, mezi ně patří infekce, trombóza tepny, embolie, krvácení, jež může skončit až hemoragickým šokem. Pokud odezní akutní fáze a není třeba již monitorovat krevní tlak invazivně, postačuje klasická manžeta, která je zapojená do monitoru a umožňuje měření tlaku v nastavených časových intervalech (14, 30, 33).

K dalším sledovaným parametrům patří sledování centrálního žilního tlaku (CVP), což je tlak, vyvíjený na stěnu horní duté žíly během žilního návratu. K jeho měření je nutné, aby měl pacient zavedený centrální žilní katétr a měření bylo prováděno v úrovni pravé síně. Pokud je nemocný oběhově nestabilní, má akutní levostranné selhání a jiné, je u něj monitorován tlak v arterii pulmonalis za pomoci Swan-Ganzova katétru. Významné je i invazivní měření srdečního výdeje (CO – cardiac output). Kanyla je zavedena stejnou cestou jako centrální žilní katétr. Všechny arteriální a žilní vstupy musí sestra náležitě asepticky převazovat, sledovat příznaky infekce, kontrolovat místa vpichu a řádně vést dokumentaci invazivních vstupů. Do monitorace tělesné teploty patří invazivní metoda, kdy je čidlo zavedeno do tělního otvoru či dutiny. Nejčastěji je čidlo umístěné v permanentním močovém katétru (PMK) nebo je součástí Swan-Ganzova katétru (2, 9, 42, 45).

1.8.2.2 Vědomí

V některých případech se stává, že pacienti mohou mít po příjezdu z operačního sálu poruchy vědomí. Nejčastěji se jedná o poruchy kvalitativní a poruchy kognitivních funkcí. Projevují se neschopností pacienta integrovat psychické funkce, adekvátně vnímat a hodnotit okolí a svou roli v něm. Pacienti jsou zmatení a dezorientovaní místem, časem i svojí osobou. Neví, kdo jsou, kde jsou, co se stalo, mají dojem, že jsou pronásledováni, zdravotnický personál jim chce ublížit a podobně. Mohou být slovně či brachiálně agresivní. V horším případě může dojít k ublížení jejich zdraví, pokud jsou v lůžku neklidní, vstávají z lůžka a manipulují se zavedenými katétry a drény. Obecně platí, aby ošetrovatelský personál zachoval klid při jednání s nemocným, nenechal se vyprovokovat k hrubému a vulgárnímu jednání, neodpovídal na slovní či fyzický útok protiútokem, dál najevo pochopení a empatii. V některých případech je vhodné použít na základě ordinace lékaře medikamentózní léčbu či omezující prostředky v lůžku. Pokud jsou u pacienta použity omezovací prostředky, je důležité, aby byl stále sledován jeho stav, stav vědomí, fyziologické funkce a do dokumentace byl tento úkon zapsán, jméno a podpis lékaře i sestry. Mezi rizikové faktory, které vyvolávají tyto poruchy, patří věk operovaného, čím vyšší, tím delší a závažnější stav může u nemocného nastat. K dalším patří neurologické nebo psychiatrické onemocnění, vliv anestezie, typ operačního výkonu. Mezi metody, kterými se hodnotí stav vědomí u pacienta po operaci srdce, můžeme pro začátek zařadit kladení otázek. Pacientovi je srozumitelně položena otázka, pokud pacient adekvátně neodpovídá, je mu položena ještě jednou a zřetelněji. V odpovědích hodnotíme jejich přiléhavost. Další možností je využití taktilních podnětů. To znamená, že se pacienta dotkneme a oslovíme jej. Pokud nereaguje, intenzitu hlasu zvýšíme a zatřese s ním v ramenou. Je možné využít i centrální stimul, kdy nemocného například štípáme do trapézového svalu, poklepání nad zavedený centrální katétr a tím způsobíme bolestivý podnět. Neměli bychom nikdy štípat nemocného do bradavek, kde může snadno vzniknout hematom a používat jehlu či špendlík z důvodu zanesení infekce do organismu. V intenzivní medicíně se především využívá hodnocení stupně vědomí Glasgowská

stupnice kómat (GCS). Zaměřujeme se na otevření očí, motorickou a slovní odpověď. Nejvyšší možný počet bodů je 15, což znamená, že nemocný je při plném vědomí, Nejnižší hodnota je hodnota 3, vyjadřuje hluboké kóma bez reflexů a také odpovídá stavu smrti mozku (13, 40, 50, 55).

1.8.2.3 Dýchací systém

Pokud je pacient uveden do „umělého spánku“, nemá vlastní dechovou aktivitu, tudíž musí mít zavedenou endotracheální kanylu (ETK) nebo tracheostomickou kanylu (TSK) a být napojen na ventilátor. Tracheální intubace je nejbezpečnější a nejběžnější způsob zajištění dýchacích cest. Komplikace tracheální intubace mohou být: poranění měkkých tkání v průběhu kanyly, aspirace žaludečního obsahu a jiné. Tracheostomie se využívá u pacientů, u kterých se předpokládá dlouhodobější ventilační podpora. V praxi se nejvíce používá punkční dilatační tracheostomie, která nevyžaduje chirurgické protěti trachey. Mezi výhody tracheostomie patří trvalý přístup do dýchacích cest a jejich snadná toaleta, lepší manipulace s nemocným, komfort pacienta, snadnější komunikace, možný přísun stravy per os a brzká možnost provádění rehabilitačního ošetřovatelství. Nevýhodou bývá stenóza trachey v místě stomatu a kosmetické následky (13, 29).

Ošetřovatelská péče o zaintubovaného pacienta tkví v hygieně dutiny ústní, kontrola uložení kanyly (1x za 12 hodin nebo dle standardů oddělení je vhodné kanylu přemístit v ústech na druhou stranu z důvodu vzniku možných dekubitů), kontrola tlaku v obturační manžetě (opět z důvodu dekubitů), odsávání sekretů z dýchacích cest otevřeným či uzavřeným systémem Trach-care, kontrola neklidného pacienta před neočekávanou autoextubací. Pokud sestra odsává otevřeným systémem, tak si nejprve připraví pomůcky k odsávání, umyje si ruce a obleče si ochranné pomůcky (jednorázová zástěra, ústenka a rukavice). Katétr vsunuje jemně bez sání, zapíná se pouze směrem ven a doba odsávání by neměla překročit 5-8 vteřin. V péči o tracheostomickou kanylu se opět sestra stará o hygienu dutiny ústní, převazuje a kontroluje okolí zavedení

kanyly, sleduje tlak v obturační manžetě a fixaci kanyly. Sestra podává dle ordinace lékaře inhalace pro lepší odkašlávání v rámci dechové rehabilitace (13, 29).

Umělá plicní ventilace (UPV) je způsob dýchání, při kterém přístroj částečně či plně zajišťuje průtok plynů dýchacím systémem. Využívá se u pacientů s krátkodobou nebo dlouhodobou podporou dýchání nemocných. Cílem UPV je dosažení akceptovatelných parametrů oxygenace a omezení nežádoucích účinků. Podle způsobu dělíme řízenou ventilaci na objemově řízenou ventilaci nebo tlakově řízenou ventilaci. Podle stupně podpory ventilátoru na částečnou podporu, to jsou režimy CPAP, SIMV a na plnou ventilační, sem patří režim A/C. Mezi komplikace UPV můžeme zařadit nedostatečné ohřátí nebo zvlhčení vdechované směsi, komplikace spojené se zavedením ETK či TSK, možné infekce vzniklé snížením reflexů dýchacích cest. V náplni práce sestry je kontrola funkčnosti ventilátoru, péče o dýchací okruhy, jejich výměna dle pokynů výrobce či standardů oddělení, výměna bakteriálního filtru (1x za 24 hodin). Zásadou je, co možná nejméně rozpojovat dýchací okruhy z důvodu vniku infekce do těla, která by zkomplikovala již i tak těžký stav pacienta (4, 13, 42).

1.8.2.4 Výživa

Příjem tekutin a potravy patří k základním potřebám každého člověka. Stravou se do organismu dostávají živiny a energie. Pacientům, kteří jsou po operaci v kritickém stavu, je zpočátku indikována parenterální výživa, která někdy může být doplněna i umělou enterální výživou. Na pokoji RES mají všichni pacienti naordinovanou dietu č. 9 (diabetická dieta) z toho důvodu, aby se hladina glykémie pohybovala do hodnoty 7 mmol/l. Protože pokud je tato hodnota dlouhodobě zvýšena, dochází ke špatnému hojení operační rány a následně k jejímu rozpadu (13).

Enterální výživa neodmyslitelně patří do intenzivní péče. Mezi její výhody patří mimo jiné zachování přirozené funkce střeva, nevýhodou může být aspirace nebo intolerance výživy GIT. Tato výživa se po operaci srdce nejčastěji podává nasogastrickou sondou (NGS) pacientům, u kterých se předpokládá, že jejich nutriční

podpora bude trvat po kratší či středně dlouhou dobu. Sestra pečuje o zavedenou sondu, proplachuje jí v pravidelných časových intervalech dle zvyklostí oddělení, pravidelně (nejlépe 1x za 12 hodin) mění její polohu, aby nedocházelo k místním dekubitům v průběhu sondy. Parenterální výživa je indikována v těch případech, kdy pacient není schopen tolerovat enterální výživu nebo je enterální výživa kontraindikována ze strany jeho zdravotního stavu. Výživa je aplikována přes centrální žilní katétr, který bývá zavedený do vena subclavia, vena jugularis interna, externa či vena femoralis. Do nevýhod parenterální výživy patří vysoká technická náročnost, finanční zátěž, rizika spojená s kanylací žilního systému a náročná ošetrovatelská péče o zavedený katétr. Parenterální výživa se dělí podle formy na podávání výživy z jednotlivých lahví nebo na podávání vaků, tzv. systém all-in-one. Tato forma výživy obsahuje složky v ideálním poměru již od výrobce. Výživa zahrnuje aminokyseliny, tukové emulze, glukózu, vitamíny a stopové prvky. Ošetrovatelská péče spočívá v provádění aseptických převazů kanyly, kontroly místa zavedení kanyly, péči o celou infúzní linku (od lineárního dávkovače, trojcestných kohoutů, infuzních ramp, dětských setů a bakteriálních filtrů). Linky, které obsahují filtry, se vyměňují po 96 hodinách od zavedení, linky bez filtru se mění po 24 hodinách nebo dle individuálních pokynů od výrobce (13, 49, 56).

1.8.2.5 Vylučovací systém

Každému pacientovi, který podstupuje operaci srdce, je zaveden permanentní močový katétr (PMK) již na operačním sále. Je velmi důležité, aby si ošetrovatelský personál uvědomil, že 80% nozokomiálních infekcí močových cest je do těla zaneseno přes permanentní močovou cévku. Mezi indikace zavedení PMK patří pooperační období, přísný klid na lůžku a hlavně přesné sledování a měření diurézy. Zavedený PMK se téměř vždy napojuje na sběrný vak, který tvoří tzv. uzavřený systém a je vybaven filtrem, který umožňuje odběr vzorku moči bez rozpojení tohoto systému. Do ošetrovatelské péče patří sledování a zaznamenávání příjmu a výdeje, sledování bilance tekutin, monitorace příznaků infekce, vyprazdňování sběrného vaku s močí a zajištění hygieny pacienta, obzvláště genitálu (13).

Pokud ledviny po operaci srdce nepracují tak, aby byly schopny odstranit metabolity z organismu, přistupuje se v péči ke kontinuálním eliminačním metodám. Dochází při nich k odstranění vody, urey, kreatininu, amoniaku a jiných metabolitů. Mezi indikace zahájení eliminačních metod se řadí oligurie (< 200 ml/12 h), anurie (< 50 ml/12 h), hodnoty urey > 30mmol/l, kreatininu > 500 mmol/l, kalia > 6,5 mmol/l, natria > 160 mmol/l, metabolická acidóza s pH < 7,1 atd. Očišťování krve se děje přes polopropustnou membránu na základě difuze, filtrace nebo adsorpce. Mezi kontinuální eliminační metody patří hemofiltrace, hemodialýza a hemodiafiltrace. Podle zvoleného cévního přístupu se rozlišují metody na arteriovenózní nebo venovenózní. Nejčastěji se využívá arteria a vena femoralis při arteriovenózní metodě. V případě použití venovenózního přístupu je kanylována pouze jedna žíla biluminární katétre (v. subclavia, v. jugularis, v. femoralis), katétr musí zabezpečit dostatečný průtok krve 200 – 400 ml/min. Do ošetrovatelské péče patří příprava přístroje a setu, záznam do bilančního listu á 1 hodina – příjem a výdej tekutin, hodnoty ultrafiltrace, tlakových parametrů, sledování vitálních funkcí, kontrola dialyzační kanyly, příprava vaků se substitučním či dialyzačním roztokem a komplexní péče o pacienta v kritickém stavu (13).

1.8.2.6 Péče o pacienta s bolestí

Společnost WHO definuje bolest jako „Bolest je nepříjemný senzorický a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo je popisován pojmy takového poškození“. Bolest je vždy subjektivní zážitek a ošetřující personál by měl pacientovi tuto skutečnost vždy věřit. Při hodnocení bolesti pátráme po její lokalizaci, vyvolávacích faktorech, snesitelnosti, trvání, změnách bolesti v čase. Intenzitu bolesti může pacient ukázat na vizuálně-analogové škále bolesti (VAS). Bolest jako taková se dělí z hlediska etiologie – nádorová, nenádorová, z časového hlediska – akutní a chronická a z hlediska patofyziologie – nociceptivní, neuropatickou, psychogenní (27, 54, 55).

Pacient po operaci srdce trpí akutní bolestí. Důsledkem může být zvýšená hladina stresových hormonů katecholaminů, zvýšená spotřeba kyslíku v myokardu, vasokonstrikce, zhoršení respiračních funkcí, riziko trombózy, hyperglykémie. Zejména po operaci srdce má nemocný omezenou funkci bránice, která mu znemožňuje zhluboka dýchat a odkašlávat. Poté snadno může dojít k retenci sekretů, vzniku atelektáz a následné pneumonii. Pooperační bolest způsobuje kardiovaskulární dysfunkci, metabolické či neurologické změny. Dráždění sympatiku může způsobit tachykardii, zvýšení tepového objemu nebo spotřebu kyslíku v myokardu, což jsou nevhodné změny pro operované srdce. Po příjezdu pacienta z operačního sálu je vhodné, aby lékař naordinoval vhodnou pooperační analgézi. Je důležité, aby bolest byla tlumena kontinuálně a ne až v případě, že jí pacient již bude trpět. Analgetika se po operaci srdce v časném pooperačním období podávají zásadně intravenózně buď ve formě infúze, bolusové dávky nebo jsou podávána kontinuálně lineárním dávkovačem, v první pooperační den jsou již analgetika naordinována ve formě tablet. Pokud má pacient pocit, že má ještě bolesti, měl by být informován sestrou, že si kdykoliv může požádat o injekční podání analgetik. Další možností pooperační analgezie je podávání léku epidurálním katétre, který je zaveden v předoperačním období, což umožní pacientovi začít co nejdříve provádět fyzioterapii a dechovou rehabilitaci. Pacienti, kteří jsou v analgosedaci nám nemůžou přítomnost bolesti jakkoliv sdělit, proto by sestra měla být kvalitní pozorovatelkou a měla by si všimnout výrazu obličeje, mydriázy, bledosti, neklidu a změn fyziologických funkcí. Může být přítomna tachykardie, hypertenze, hypotenze či hyperventilace (13, 16, 27, 44).

1.8.2.7 Rehabilitace

Každý pacient před kteroukoliv operací by měl být ještě před výkonem poučen o pooperačním režimu. Měl by dostat šanci, čas a sestru, která s ním prvky pooperačního režimu nacvičí. Součástí předoperační přípravy by měl být nácvik hlubokého dýchání, nácvik odkašlávání za pomoci nafukovacího míče. Také se sem řadí nácvik vstávání z lůžka přes bok, z důvodu šetření zdrátované hrudní kosti.

Při nesprávném vstávání by mohlo dojít k uvolnění rány, což by mohlo prodloužit pacientovo hospitalizaci. Na RES oddělení dochází dvakrát denně rehabilitační sestra, která cvičí se všemi pacienty individuálně. Ležící pacient provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem cviky v lůžku, sedící pacient může cvičit v křesle a s pacientem v analogosedaci provádí sestra pouze pasivní cviky. Ty slouží k zabránění zkracování svalových struktur, udržení rozsahu pohybu kloubů, snížení výskytu svalových dysfunkcí a atrofí, zlepšení střevní pasáže a zlepšení kardiovaskulárních funkcí. Do fyzioterapie pacienta po operaci srdce můžeme zařadit dechovou rehabilitaci, které obnáší nafukování míče a inhalace antiastmatik, expektorancií a mukolytik a také dýchání přes CPAP masku (tzv. „těžká maska“ – režim podpůrné ventilace umožňující spontánní dýchání při kontinuálním pozitivním přetlaku). Dechová rehabilitace u zaintubovaného pacienta se skládá z pokleповé a vibrační masáže hrudníku. Co se týče polohy, kterou může pacient v lůžku zaujmout je poloha vleže na zádech, pokud nemá bolesti sternu, může se mírně natočit na bok. Při dobrém stavu po dohodě s lékařem je možné pacienta vertikalizovat, nejlépe ve spolupráci dvou sester. Je velmi důležité jako prevence ortostatického kolapsu se s pacientem z polohy vleže nejdříve posadit a chvíli v této poloze setrvat a až po té mu pomoci se postavit. Pacienta nechat chvíli stát a opakovat mu, aby se nedíval dolů, ale před sebe a zhluboka dýchal. Edukovat ho, aby ošetrovatelský personál upozornil při dušnosti, závratí, nausee, tachykardii či celkové slabosti. Pro lepší stabilitu, bezpečnost, jistotu a lepší pocit pro pacienta je vhodné využít k prvním procházkám chodítko. Pokud má pacient nižší hodnoty saturace krve, je vhodné zajistit si sebou převozovou láhev s kyslíkem. Cévní gymnastika slouží jako prevence městnání krve v akrálních částech těla. Pokud rehabilitační sestra správně a dostatečně edukuje nemocného o provádění cévní gymnastiky, může pacient kdykoliv během dne tyto činnosti sám provádět. Sestra podporuje pacienta k provádění naučených cviků (10, 13, 47, 52).

1.8.3 Ošetrovatelská péče o pacienta při vědomí

Pokud časný pooperační stav probíhá ideálně, je pacient po dosažení extubačních parametrů ještě v den operace extubován a kyslík je mu podáván přes kyslíkovou masku. V pravidelných časových intervalech provádí inhalaci a dechovou rehabilitaci. V den operace má pacient přísný klid na lůžku a 2 hodiny od provedení extubace mu může být podáván čaj či voda podle bilance tekutin, kterou stanoví lékař. Jsou mu samozřejmě monitorovány fyziologické funkce, hladina glykémie a jiné laboratorní výsledky, stav vědomí, hodnocení a léčba bolesti, kontrolováno krvácení ze zavedených drénů či operačních ran, podávány infúze či transfúze, měření příjmu a výdeje tekutin atd. Nultý den přebírá péči o hygienu pacienta sestra. Osm hodin po operaci je pacientovi provedena celková hygiena na lůžku, kdy jsou odstraněny zbytky dezinfekce, pacientovi jsou převázány všechny katétry (arteriální, centrální žilní, žilní a epidurální), operační rána na hrudníku a dolní končetině je převazována třetí den po výkonu. Na dolních končetinách jsou provedeny bandáže. Sestra se v rámci možností snaží pro pacienta zajistit klidné prostředí, především v noci. První pooperační den jsou stále pacientovi monitorovány vitální funkce a provádí intenzivní dechovou rehabilitaci, ve které bude pokračovat po návratu domů. Pokud je jeho zdravotní stav lékařem shledán jako uspokojivý, je přeložen na kardiochirurgickou JIP. Před provedením překladu mu jsou chirurgem odstraněny hrudní drény, žilní kanyla a arteriální katétr. Po odstranění hrudních drénů je důležité, aby pacient začal aktivně cvičit. Cviky provádí s fyzioterapeutem, který dochází na oddělení dvakrát denně. Fyzioterapeut společně s pacientem cvičí a může s ním již pomalu vstávat z lůžka a udělat s pomocí pár kroků kolem něj. Nemocný první pooperační den ráno dostává stravu (dieta č. 9), ale bilanci tekutin stále ordinuje lékař (10, 13, 29).

1.9 Potřeby pacienta po operaci srdce

Každá potřeba je projev nedostatku a je vhodné tento nedostatek odstranit. Množství a intenzita potřeb je závislá na pohlaví, věku nemocného, na jeho společenské a kulturní úrovni, na prostředí ve kterém vyrůstal, na jeho stavu, životních zkušenostech a inteligenci. Sestra má k pacientovi mnohem bližší vztah než lékař. Nemocný je mnohdy na péči sestry zcela závislý. Proto je velmi důležité, aby sestra znala všechny pacientovy potřeby, uměla mu naslouchat, poradit, měla by ho podporovat v jeho samostatnosti a soběstačnosti a zároveň mu plně saturovat jeho potřeby v oblastech, ve kterých není schopen sebeobsluhy. Míra soběstačnosti se dá hodnotit podle Barthelova testu základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living). Někdy je pro sestru rychlejší a pohodlnější provést pacientovi komplexní péči. Tento výkon má ale negativní vliv na nemocného, na jeho psychiku a motivaci a to zejména z důvodu pocitu nezapojení pacienta do ošetrovatelské péče a pro pocit zbytečnosti. (13, 35, 40).

1.9.1 Biologické potřeby

Uspokojování biologických potřeb znamená well-being v oblasti zajišťování základních potřeb. Patří sem dýchání, hygiena a péče o pokožku, prevence vzniku dekubitů, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort a pohodlí a pohybový režim. Nemocný je po operaci srdce uložen na zádech s mírnou elevací hlavy. V případě, že je pacient zaintubovaný, sestra pečuje o toaletu dýchacích cest, podává inhalace dle ordinace. V druhém případě podává zvlhčený kyslík přes kyslíkovou masku či kyslíkové brýle. Nultý den zajišťuje hygienu nemocného sestra. V dalších dnech se zajištění hygieny odvíjí od stavu nemocného. Je prevencí dekubitů, nozokomiálních nákaz a zlepšuje subjektivní pocit nemocného. Pacient, který musí ležet na zádech, má v lůžku umístěnou antidekubitární matraci, po zlepšení stavu může pacient přes den sedět v kardiackém křesle. V této poloze se mu lépe dýchá a snadněji

odkašlává. V den operace pacient nepřijímá potravu, pouze tekutiny a to dvě hodiny po extubaci a po malých doušcích z důvodu prevence nevolnosti (13, 44).

Od prvního dne má pacient dietu číslo 9 – diabetickou dietu kvůli korekci hladiny krevního cukru. Pokud je pacient v analgosedaci, je mu podávána buďto enterální výživa (kontinuálně za pomoci pumpy nebo bolusově, či parenterální výživa dle ordinace lékaře. Tekutiny jsou v den operace podávány ve formě infúze, bilanci tekutin vždy určuje lékař. Zde je vhodná edukace sestry, proč pacient nemůže po operaci srdce požit velké množství tekutin. Péči o vyprazdňování zajišťuje sestra. Pacientovi je zaveden permanentní močový katétr (PMK), který bývá většinou v závislosti na zdravotním stavu odstraněn čtvrtý den po operaci. Pokud je nemocný upoután na lůžko dlouhodobě, musí sestra pravidelně každé dva až tři dny pečovat o vyprázdnění stolice. Největším problémem pacienta je stud vyprázdnit se na podložní míse. Ošetrovatelský personál by měl pacientovi zajistit diskrétní vyprazdňování a intimitu. Pokud není potřeba vyprazdňování uspokojena, pacient má somatické potíže (pocit plnosti, nadýmání a jiné) a psychické obtíže jako je strach, nervozita, špatná nálada a podobně. Tato biologická potřeba se může stát potřebou psychosociální. Důležité je, aby sestra v rámci možností, zajistila pacientovi klidné a tiché prostředí, což je na pooperační jednotce dosti těžko proveditelné, ale velmi důležité. Pacient musí být odpočatý a plný síly, aby zvládl fyzioterapii a dechovou rehabilitaci a mohl být co nejdříve přeložen na JIP a standardní oddělení. Co se týká potřeby komfortu, jsou pacientovi podávány opiáty a analgetika k tišení bolestí, je sledováno pocení, lůžko a osobní prádlo pacienta je udržováno suché a čisté. Pokud se u pacienta projeví pooperační nausea, jsou mu ihned naordinovány léky – antiemetika (3, 5, 35, 48).

1.9.2 Psychosociální potřeby

Uspokojování psychických potřeb pacienta je zaměřeno přímo na psychický stav nemocného. Sestra může s pacientem hovořit o jeho problémech, potížích a starostech. Poskytne pacientovi psychickou oporu a lidskou účast na jeho útrapách. Má možnost využít komunikaci, individuální přístup k nemocnému, podporu pacienta, empatii

nebo zajištění kontaktu pacienta s jeho rodinou. Mezi nejdůležitější specifické potřeby, které ovlivňují psychické prožívání, patří být bez bolesti, potřeba spánku a odpočinku, potřeba komunikace a potřeba jistoty a bezpečí. Je velmi důležité během hospitalizace snížit psychickou frustraci na co možná nejnížší míru holistickým přístupem ke každému nemocnému a uspokojování jejich biopsychosociálních potřeb. Pacient po operaci srdce ztrácí možnost volného pohybu, svou prestiž, přítomnost rodinných příslušníků. Navíc se nachází pro něj v neznámém prostředí a je ošetřován cizími osobami. Klíčovou dovedností k uspokojení potřeb je efektivní komunikace. Bolest je subjektivní příznak, který ovlivňuje pacientovo jednání. Kdykoliv pacient bolest udává nebo neverbálně bolest vyjadřuje, ošetřovatelský personál mu věří a uspokojí pacientovu potřebu. U všech úkonů, které sestra u pacienta provádí, by neměla být zdrojem dalšího vzniku bolesti. Měla by pacienta předem o výkonu informovat, postupovat šetrně, vlídně hovořit na pacienta a pochválit ho za spolupráci. Potřeba odpočinku a spánku je na pokoji RES značně narušena a pro ošetřovatelský personál je velmi těžké navodit klidné prostředí z důvodu akutního oddělení a přítomností velkého množství přístrojů. Kvalitní spánek je důležitý pro regeneraci organismu, fyzický a psychický stav pacienta. Na pokoji RES by měl ošetřovatelský personál zohledňovat fyziologický rytmus noci a dne. V praxi to znamená, že všechny diagnostické a terapeutické zákroky jsou naplánovány během dne. Pokud to jde, je vhodné i ošetřovatelské zásahy během noci omezit na minimum. Výjimkou jsou samozřejmě náhlé změny zdravotního stavu a podobně. Součástí potřeby jistoty a bezpečí je potřeba informací, důvěry, orientace, soběstačnosti a vyhnutí se ohrožení. Nemocný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí. Porucha této potřeby narušuje homeostázu a životní rovnováhu pacienta. Proto se cítí v ohrožení života, které se může projevit hněvem, smutkem, úzkostí strachem či agresí. Sestra by měla pacientovi vytvořit takové podmínky, aby ho chránila před pocitem ohrožení a nejistoty. Nejlepším prostředkem je komunikace. Vždy by mu měla sdělit, co u něj provádí a k čemu je to dobré. Samozřejmostí by měla být lidská úcta a důstojnost, respekt, zajištění intimity pacienta, dodržování etického kodexu sester a práv pacientů (5, 13, 41, 44).

1.10 Komunikace s pacientem po operaci srdce

Komunikace patří mezi lidské potřeby a je hlavním předpokladem pro to, aby mezilidské vztahy fungovaly. Potřeba komunikace je tedy v souladu s potřebou sounáležitosti. V ošetrovatelství zaujímá sestra roli edukátorky a komunikátorky. K tomu, aby verbální komunikace mezi sestrou a jejím pacientem probíhala správně, musí obě strany chtít spolu komunikovat. Převážná většina pacientů touží po komunikaci. Problém s komunikací bývá spíše na straně sester, které si mnohdy neví rady s informacemi od pacienta nebo mají mnoho jiné práce a na hlubší rozhovor není čas. V jiných případech neumí sestry se svými pacienty komunikovat. Někteří pacienti bývají dezorientovaní, zmatení, agresivní, podezíraví nebo s různými jinými poruchami (například poruchy smyslové). Ale i s nimi musí sestra umět hovořit, i přes to, že je to mnohdy velice náročné. Problémy s komunikací mají hlavně pacienti vyššího věku, s poruchami sluchu, poruchami paměti či pacient cizinec. Sestry by měly mít na paměti, že jejich verbální komunikace by měla být v souladu s komunikací neverbální. Řeč tváře by měla dokreslovat slova. Měly by udržovat s pacientem oční kontakt a nešetřit úsměvem, dodržovat vzdálenost mezi nimi při komunikaci. Při provádění ošetrovatelských výkonů u pacienta je mnohdy narušena jeho intimní zóna. Je důležité, aby si sestra tohoto „útku“ byla vědoma a měla by včas a adekvátně vysvětlit nemocnému, co se s ním děje a co se s ním nadále bude dít. Mezi zásady správné komunikace patří pravidlo, aby si sestry nenosily své osobní problémy do zaměstnání a naopak. Dále oslovovat pacienta vždy příjmením, pokud nepožádá o jiné oslovení, vždy komunikovat s pacientem a ne s kolegyní nad pacientem. Pokud jsou pacienti nějak handicapovaní, je vhodné, aby si sestra od nich nechala poradit, jako oni jsou zvyklí přijímat pomoc od druhých. V neposlední řadě by sestra měla být trpělivá, empatická, respektovat pacienta jako individualitu, mít na rozhovor dostatek času, zajistit vhodně prostředí a měla by samozřejmě zachovávat povinnou mlčenlivost. Dobře komunikovat neznamená pouze jen volit slova, ale věnovat pozornost prvkům, jako je rychlost, tón, hlasitost, intonace apod. Mezi nejdůležitější komunikační dovednosti patří naslouchání, které bývá označováno jako nejdůležitější

část rozhovoru. Je to aktivní složka, ve které slyšíme, ale také chápeme a rozumíme mluvenému slovu. Výsledkem je, že sestra dokáže správně interpretovat informace, které se od pacienta během hovoru dozvěděla. Pokud sestra nemocnému správně naslouchá, vytváří tak vhodné podmínky k dalšímu rozhovoru a dává najevo tak svoji ochotu mu například pomoci. Komunikace s pacientem na pokoji RES má svá specifika. Pokoj RES je přizpůsoben tak, aby zajistil životní funkce pacientů v kritickém stavu. Prostředí a situace v něm přináší v komunikaci mezi pacientem a sestrou určité bariéry, které musí být stále překonávány. Pacient, který je upoutaný na lůžko má velmi omezené zorné pole, proto by měl při každém rozhovoru vidět sestře do tváře. V některých případech se může stát, že pacientův zdravotní stav je velmi vážný a nedovoluje, aby byl při vědomí. Proto je v analgosedaci, má zavedenou endotracheální kanylu nebo tracheostomickou kanylu a je napojen na umělou plicní ventilaci (UPV) a tím pádem u něj vzniká aktuální ošetřovatelská diagnóza – zhoršená verbální komunikace. Pacienti na UPV jsou zcela odkázáni na sesterskou péči, která by měla být schopna identifikovat všechny aktuální a potenciální problémy nemocného i přes mnohé technické vybavení. Komunikace s takovými pacienty je charakteristická vysokou náročností na čas, vyžaduje od ošetřujícího personálu dostatek trpělivosti, empatie, ovládnutí neverbální komunikace a přesvědčení sester o tom, že je jejich práce smysluplná a užitečná. Komunikace může být dále zkomplikována tím, že nemocný nechápe vážnost svého stavu, zátěžovou situaci pro něj může být i samotné prostředí pokoje RES, má pocit nedostatečné kontroly nad tím, co se s ním děje, ztrácí orientaci v čase a nemá kontakt s okolním prostředím a světem. V těchto situacích se ošetřovatelský personál mnohdy nechá ovlivnit množstvím techniky, čímž vzniká důsledek minimalizace komunikace s nemocným – sestry sledují, kontrolují a obsluhují přístroje. Pokud je pacient neschopný z jakéhokoliv důvodu komunikovat, je důležité, aby ho sestra do procesu komunikace aktivně zapojila (11, 12, 28).

Specifické komunikační systémy se snaží přechodně nebo trvale vykompenzovat poruchy jazyka, řeči či psaní. Cílem alternativní a augmentativní komunikace je umožnění jedincům, jež mají závažné poruchy zprostředkování, usnadnění a šíření komunikace pro ty osoby, pro které je mluvená řeč nesrozumitelná nebo nemožná.

Alternativní a augmentativní komunikace využívá gesta, symboly, piktogramy, písmena, obrázky, komunikační tabulky, fotografie, předměty nebo oční kontakt. Při komunikaci s pacientem, který má zavedenou tracheostomickou kanylu by sestra měla zvolit vhodné tempo, hlasitost projevu, měla by dostatečně intonovat a artikulovat. Sestra nemocnému pokládá stručné, jednoznačné otázky a využívá zpětnou vazbu, zda se s pacientem pochopili. Nejrozšířenější technikou je odezírání ze rtů. Tato forma komunikace vyžaduje velmi dobrou artikulaci ze strany pacienta a velké množství trpělivosti. Dále je možné využívat abecední tabulku písmenek, kterou mohou využívat i rodinní příslušníci nebo pokud má oddělení k dispozici komunikační karty s piktogramy. Jestliže to pacientův zdravotní a psychický stav dovoluje, je nejlepší metodou psaný projev. Pro rychlou komunikaci je vhodné „domluvit“ si konkrétní význam gest pro určitou potřebu, například pohyb ruky k ústům značí potravu či pití, ruka utírající čelo ukazuje na pocit horka či poklepávání pravé ruky na levé zápěstí vyjadřuje dotaz na čas (13, 23, 43, 46).

1.11 Psychologická problematika nemocného

Pojem nemoci prošel dlouhým vývojem, který odráží nové poznatky biologických oborů. Biopsychosociální model nemoci zahrnuje tři složky, které se na jejím vzniku spolupodílí. Je to složka biologická, psychologická a sociální. Podíl těchto složek se individuálně u každého jedince liší. V celé řadě nemocí je však třeba s psychosociální složkou počítat. Například jde o neurózy, psychosomatické onemocnění a tak dále. Je důležité se v rámci biopsychosociálního modelu hledat souvislosti a vztahy mezi událostmi v pacientově životě a momentálním klinickým obrazem. Nemoc je porucha systému, který se odehrává na úrovni člověk a prostředí a má biologický, psychický a společenský aspekt. Nemoc je pro každého člověka náročnou životní situací, často je vnímána jako špatně zvládnutelná až nezvládnutelná. Nemoc srdce mění pacientovi jeho sociální role a vyžaduje rychlou adaptaci na novou situaci. Často narušuje postiženému mezilidské vztahy, omezuje kontakt s jeho blízkými osobami a v případě hospitalizace je nucen vytvářet si nové vztahy se zdravotnickým

personálem a spolupacienty. Onemocnění srdce zbavuje člověka řady povinností – je uznán práce neschopným, je omluven ze školy, nemusí vykonávat domácí práce. Na stav nemoci reaguje každý člověk individuálně. U nemocných, kteří byli zvyklí na pracovní nasazení, účastnění se společenského dění, se po vzplanutí nemoci srdce můžou objevit pocity neužitečnosti, deprese a podobně. Jiní pacienti mohou nemoc vnímat jako příjemnou situaci, kterou se snaží co nejdéle prodlužovat. Potřeby člověka během nemoci se dělí na potřeby, které se během nemoci nemění, které se během ní modifikovaly a které ve spojitosti s ní vznikly. Do první kategorie patří základní biologické potřeby (dýchání, spánek, výživa, vyprazdňování, pohodlí, bezpečí...). Během hospitalizace na kardiologickém oddělení jsou tyto potřeby uspokojovány sestrou nebo jiným pracovníkem. Potřeby, jež se nemocí modifikovaly, jsou nejsložitější skupinou. Jsou velmi variabilní a individuální. V dnešní době se pacient chce na péči o své osobě aktivně podílet a být součástí ošetrovatelského týmu, který se o něj stará. Pozitivní výsledky mu pomáhají překonat bolest, úzkost nebo strach. Dostatek informací o režimu kardiologického oddělení či o nemoci, léčbě, rehabilitaci a lázeňské péči přispívají k pohodě a klidu pacienta a k jeho motivaci ke spolupráci. Poslední kategorií jsou potřeby, které vznikly v souvislosti s nemocí. Závisí například na osobnosti, charakteru nemocného a na závažnosti onemocnění. Nejdůležitější je potřeba navrácení zdraví, zbavení se bolesti a příprava na nové sociální funkce (1, 18, 51).

1.11.1 Nemoc jako obtížná životní situace

Každý člověk se v životě dostává do obtížných životních situací. Ty pro něj znamenají zátěž. Pokud se s nimi včas dostatečně nevyrovná, může se dostavit úzkost, strach anebo narušení duševní rovnováhy. Nemoc, obzvláště onemocnění srdce, je pro člověka náročnou situací, která mu přináší problémy a komplikace. Člověk si musí osvojit dovednosti, kterými bude těžké situace řešit a překonávat. Zátěž vzniká nerovnováhou mezi prostředím a jedincem. Dá se vyjádřit například podle míry nelibost nebo požadavků, které jsou na člověka kladeny. Například na běžnou, zvýšenou,

hraniční či extrémní zátěž. Odolnost vůči náročným situacím závisí na věku, pohlaví, intelektu, zkušenostech a jiných proměnných. Každý člověk se vyrovnává se zátěží po svém. Někteří lidé se umí postavit a přizpůsobí se jí bez větších problémů. Jiní na ni neumí vhodně reagovat a objeví se u nich maladaptivní chování. Projevy maladaptace mohou být agresivita – brachiální nebo slovní, negativismus – nemocný dělá pravý opak než to, co se po něm chce, regrese – návrat do předchozího vývojového období, fixace, projekce – svádění viny na někoho jiného, racionalizace či únik – velmi častá forma maladaptace, patří sem výmluva, únik do nemoci, v krajním případě vykonání sebevraždy, únik do literatury či fantazie a jiné, identifikace – ztotožnění se s vlastnostmi jiných, kompenzace – vyrovnání nebo poskytnutí náhrady, rezignace, represe, disociace, egocentrismus, izolace a opačné reagování. Některé z výše uvedených obranných mechanismů jsou většinou využívány k řešení svízelných životních situací. Všichni zdravotníci se ve své profesi občas setkávají s člověkem se sníženou adaptabilitou. Proto by měli být připraveni na tyto problémové situace a pomáchat pacientům s řešením jejich obtíží. Někdy může u pacienta docházet k neadekvátnímu chování v době nemoci. Je důležité, aby ošetrovatelský personál byl k nemocnému empatický, chápatel, nekonfliktní, měl by ho podporovat v pozitivním myšlení, zajistit kontakt s blízkými, se kterými by mohl svoji situaci řešit a pomohl mu s adaptací na jeho novou situaci (1, 18, 19, 51).

1.11.2 Vztah mezi pacientem a sestrou

Povolání sestry je z profesionálního pohledu velmi náročné. Na rozdíl od jiných povolání hraje podstatnou roli lidský vztah mezi profesionálem a jeho pacientem. Od sester se očekává, že včetně činností, které ovlivňují prožívání a jednání nemocných, snesou fyzickou náročnost zaměstnání a dokáží se vyrovnat s problémy spojenými s tímto povoláním. V dnešní době dochází k změně postavení sester do role odborného pracovníka, který je plně zodpovědný za svá rozhodnutí. Sestra by měla především cítit morální zásady a mít úctu k lidské bytosti. Pacient potřebuje cítit lidský zájem. Do základních povinností sester patří podpora zdraví, prevence nemocí, navrácení

zdraví a zmírnění utrpení. Nemocný vnímá sestru jako člověka, který mu poskytne porozumění a oporu, jako prostředníka mezi ním a lékařem, jako člověka, který mezi ním a lékařem snižuje napětí nebo jako člověka, který pečuje o jeho citovou stránku své osoby. Na druhou stranu by sestra měla dodržovat zásady profesionálního chování. Sem patří znalost, respekt a dodržování práv pacientů, chovat se tak, aby chování mělo kladný vliv na nemocného, ovládání negativních nálad a emocí a řazení potřeb pacienta nad své vlastní potřeby. Mezi faktory, které ovlivňují chování sester, patří: kladné vlastnosti její osobnosti, odborná příprava na povolání, práva pacientů, etický kodex sestry, profesní morálka, prestiž povolání a požadavky pracoviště. Sestru může nemocný chápat i z pohledu postavení a to na sestru rutinní, která je přesná a konkrétní, ale má minimum lidského přístupu, herecky afektovanou, nervózní, mužský typ, která je racionální a rozhodná anebo mateřský typ, to je sestra, která je milá, chápající a přátelská (17, 51).

Pacient je přijímán do nemocnice za účelem diagnostických či léčebných výkonů, protože některé výkony se mohou vykonávat pouze tam. U některých nemocných se v průběhu dlouhé hospitalizace projevují negativní reakce - hospitalismus. Hospitalismus je stav, ke kterému dochází vlivem negativních faktorů, které na nemocného působí během pobytu v tomto zařízení. Velký význam jeho vzniku má nucená nečinnost. Pokud hospitalizace trvá dlouho, je nepříznivě ovlivněn tělesný i duševní stav pacienta. Dochází k emoční, sensorické, intelektové a sociální deprivaci. Toto vše se projevuje u kardiokirurgického pacienta při vzniku komplikací po kardiokirurgické operaci (51).

2. Cíle a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, co kardiochirurgický pacient vnímá a co potřebuje na pokoji RES

Cíl 2 Zjistit, zda je možné zvýšit kvalitu péče orientované na pacienta

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: Jaký druh potřeb je prioritní pro kardiochirurgického pacienta na pokoji RES?

Výzkumná otázka č. 2: Co očekává kardiochirurgický pacient na pokoji RES od sestry?

Výzkumná otázka č. 3: Co považuje kardiochirurgický pacient na pokoji RES za obtěžující?

2.3 Hypotézy

H1: Sestry uspokojují jako prioritní biologické potřeby po operaci srdce na pokoji RES

H2: Sestry uspokojují psychosociální potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES

3. Metodika

3.1 Popis použité metodiky

Pro uskutečnění šetření v rámci diplomové práce na téma „Kardiochirurgický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry“ byl využit kvantitativně-kvalitativní výzkum.

Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou sběru dat byl dotazník (viz příloha 1) určený pro sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení na pokoji RES ve vybraných kardiocentrech v České republice. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 28 otázek. Z tohoto počtu bylo 15 otázek uzavřených, kde sestry vybíraly z uvedených možností. Zbýlých 13 otázek bylo polouzavřených, ve kterých byly sestrám nabídnuty možné odpovědi nebo zde mohly napsat svoji vlastní odpověď.

K provedení kvalitativního šetření byla použita metoda dotazování za pomoci polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (viz příloha 2) v kardiocentru v Nemocnici České Budějovice, a.s.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru

Výzkumný soubor dotazníkového šetření tvořily sestry pracující v šesti vybraných kardiocentrech - Nemocnice České Budějovice, a.s., FN Hradec Králové, FN Královské Vinohrady, IKEM, Nemocnice Na Homolce a Všeobecná fakultní nemocnice. Dotazníky byly rozdány za pomoci vrchních sester kardiochirurgických oddělení, klinik a vrchní sestry kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní péče. Spolu s dotazníky byly vrchním sestrám zaslány dvě kopie Žádosti o provedení výzkumu (viz příloha 4, 5, 6, 7). Podepsaná žádost se nevrátila z IKEM a Nemocnice Na Homolce, ale šetření bylo povoleno.

Celkem bylo rozdáno 247 dotazníků, vyplněných dotazníků se vrátilo 212 kusů, řádně označených a započítaných do šetření bylo 203 dotazníků, návratnost dotazníků byla 86 %, po dodatečném vyřazení chybně vyplněných 9 dotazníků, byla konečná

návratnost 82 % (viz tab 1). Výsledky dotazníků byly zpracovány za pomoci programu Word a Excel 2007 od společnosti Microsoft.

Výzkumné šetření zamítly tyto nemocnice: FN v Motole, FN Plzeň, Nemocnice Podlesí, FN Olomouc, FN Ostrava a Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně. Jako důvody byly uvedeny přetíženost ošetrovatelského personálu dotazníky či nezájem nemocnice o šetření.

K rozhovoru byli náhodně vybráni pacienti po operaci srdce (typ chirurgického výkonu nerozhodoval) v Nemocnici České Budějovice, a.s. Průběžně bylo osloveno celkem osm pacientů na pokoji RES, tři pacienti neměli zájem o rozhovor z důvodu velké únavy, nezájmu o rozhovor, a proto jsem rozhovor vedla s pěti nemocnými. Rozhovor byl zaměřen na prožitky pacienta po operaci srdce na pokoji RES, na příjemné a obtěžující situace. Pacient, který souhlasil s provedením rozhovoru – obdržel informace pro dotazované pacienty (viz příloha 3). Byl poučen o tom, že jeho odpovědi jsou zcela anonymní a budou použity pouze pro zpracování diplomové práce. Z důvodu náročnosti rozhovoru pro pacienta po operaci srdce byla udělána vždy jedna pauza, proto rozhovory trvaly cca 45 minut. Každý rozhovor byl zaznamenáván na diktafon značky Eltrinex V10Pro, záznam byl poté analyzován a zanesen do tabulek v programu Word 2007 od společnosti Microsoft.

4. Výsledky

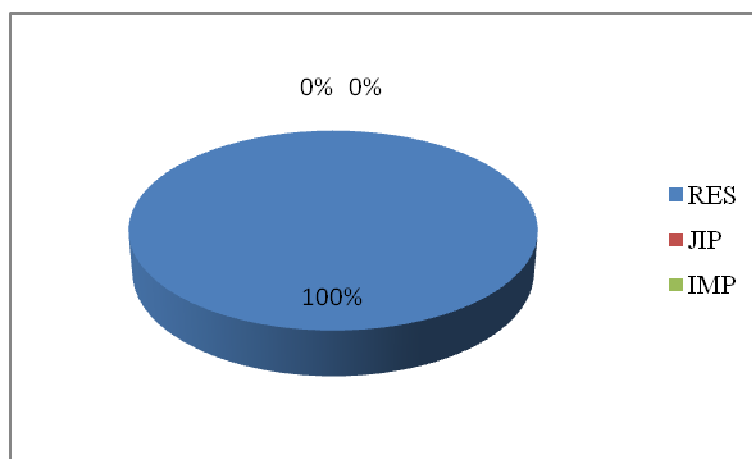
Tab 1: Rozdané dotazníky a jejich návratnost

kardiochirurgické oddělení	rozdáno	vráceno	návratnost dotazníků	dodatečně vyřazeno	započítáno do výzkumu
Nemocnice České Budějovice, a.s.	32	25	78 %	0	25
FN Hradec Králové	30	27	90 %	1	26
IKEM	50	50	100 %	0	50
FN Královské Vinohrady	35	22	63 %	3	19
Nemocnice Na Homolce	45	36	80 %	2	34
Všeobecná fakultní nemocnice	55	52	95 %	3	49
C E L K E M	247	212	86 %	9	203

Z celkového počtu dvanácti oslovených kardiochirurgických oddělení a klinik se na výzkumném šetření podílelo šest uvedených nemocnic. Na jednotlivá oddělení byl zaslán předem domluvený počet dotazníků dle konzultace s vrchní sestrou daného oddělení. Rozdáno bylo celkem 247 dotazníků, vráceno 212, což je 86 % návratnost. Dodatečně jsem vyřadila devět dotazníků. Výsledný počet dotazníků, se kterými jsem pracovala, je 203.

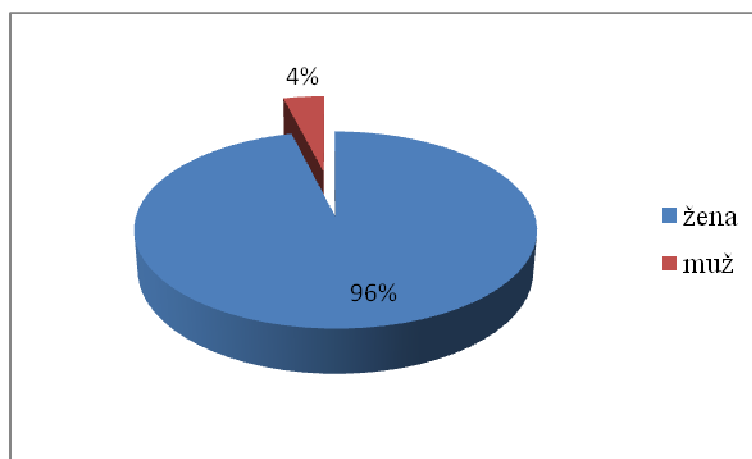
4.1 Výsledky dotazníků pro sestry

Graf 1 Oddělení



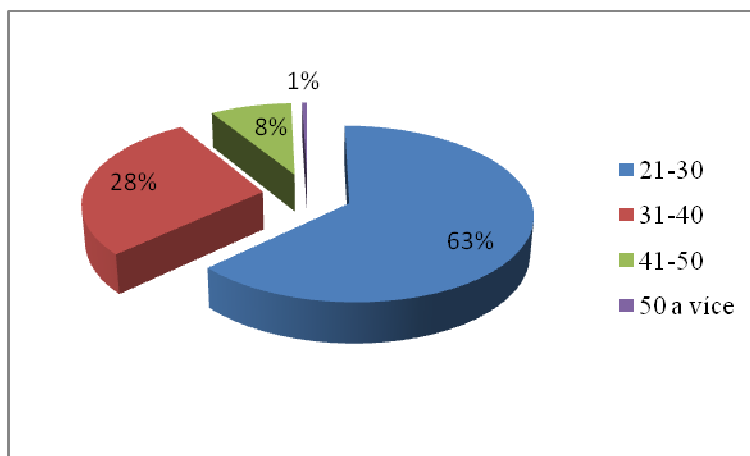
Z celkového počtu rozdaných dotazníků bylo 203 (100 %) dotazníků vyplněno sestrami, které pracují na jednotce RES. Možnosti JIP a IMP nebyly zvoleny ani jedenkrát (0 %).

Graf 2 Pohlaví



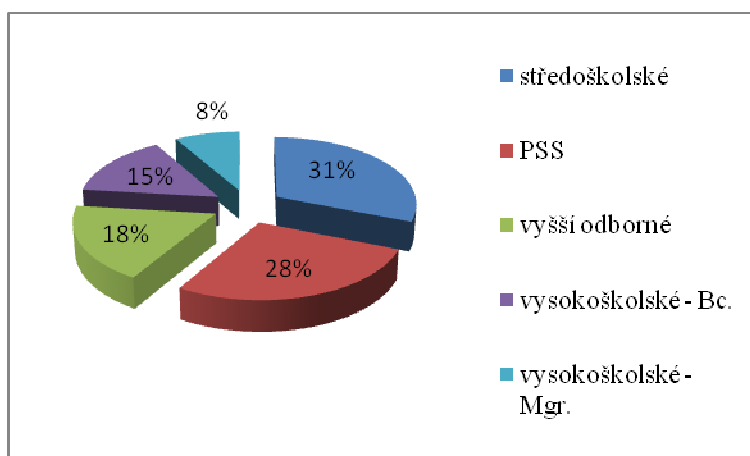
Z celkového počtu respondentů 203 (100 %) pracuje na jednotce RES 195 (96 %) žen a 8 (4 %) mužů.

Graf 3 Věk



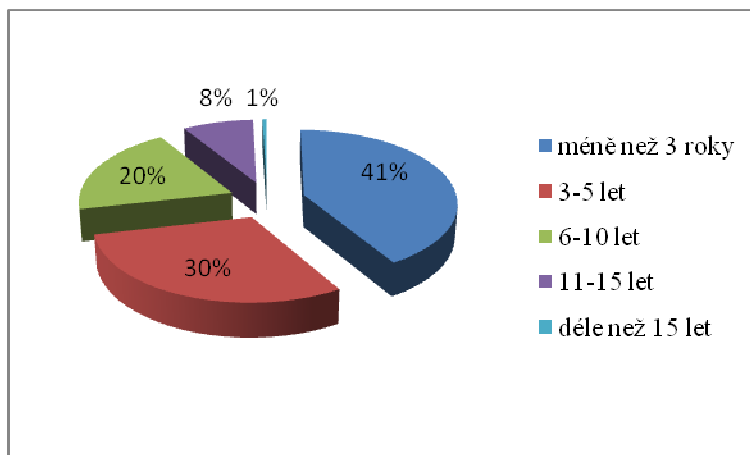
Z počtu 203 (100 %) respondentů bylo ve věku 21-30 let 128 (63 %) dotazovaných, věková kategorie 31-40 let byla zastoupena 57 (28 %) sestrami, ve věku 41-50 let na pokoji RES pracuje 17 (8 %) sester a sestra nad 50 let byla v celkovém počtu dotazovaných pouze 1 (1 %).

Graf 4 Vzdělání



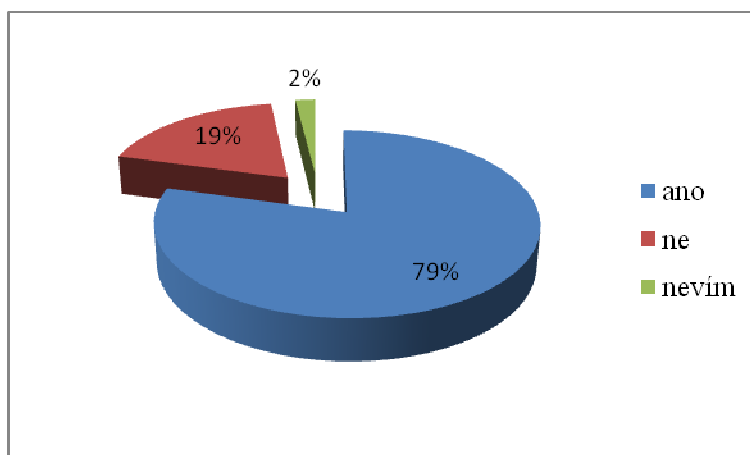
Podle dotázaných sester má středoškolské vzdělání 63 (31 %), možnost PSS byla uvedena 56 (28 %) sestrami, vyšší odborné vzdělání má 37 sester (18 %), sester bakalářek bylo v celkovém počtu 30 (15 %) a sester magister bylo 17 (8 %) pracujících na pokoji RES.

Graf 5 Délka praxe



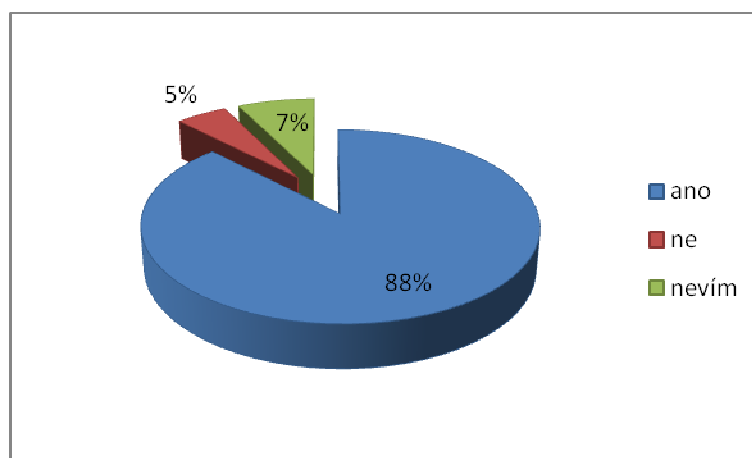
Z celkového počtu respondentů má délku praxe méně než 3 roky 84 (41 %) sester, v kategorii 3-5 let bylo 61 (30 %) dotazovaných, možnost 6-10 let uvedlo 40 (20 %) sester, mezi 11-15 lety na jednotce RES pracuje 17 (8 %) respondentů a varianta déle než 15 let byla označena pouze 1 (1 %) sestrou.

Graf 6 Práce metodou ošetrovatelského procesu



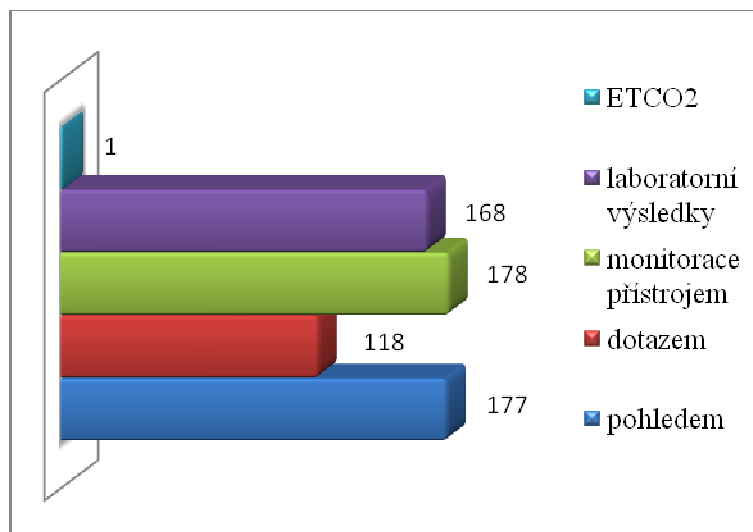
Podle všech dotázaných sester pracuje na oddělení fonnou ošetrovatelského procesu 161 (79 %) respondentů, 38 (19 %) ošetrovatelský proces nepoužívá a 4 (2 %) sestry neví, co je ošetrovatelský proces.

Graf 7 Identifikace potřeb



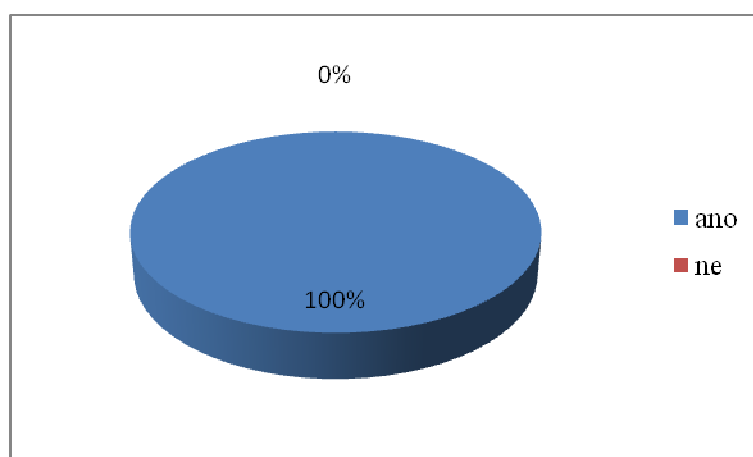
Z celkového počtu všech respondentů 203 (100 %) byla možnost, jestli sestra umí dostatečně identifikovat potřeby pacienta na oddělení označena 178 (88 %) sestrami, odpověď nevím označilo 15 (7 %) sester a možnost ne uvedlo 10 (5 %) respondentů.

Graf 8 Sledování dýchání



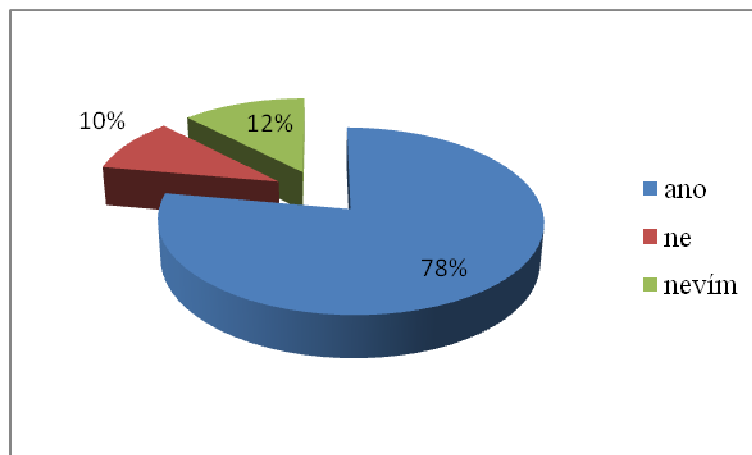
V otevřené otázce byla možnost monitorace přístrojem uvedena 178x, 177x označili sestry variantu pohledem, za pomocí laboratorních výsledků sleduje dýchání 168 dotazovaných, 118 sester označilo možnost dotazem. V jednom případě byla dopsána možnost, že sestra sleduje dýchání i za pomoci ETCO₂.

Graf 9 Odkášávání



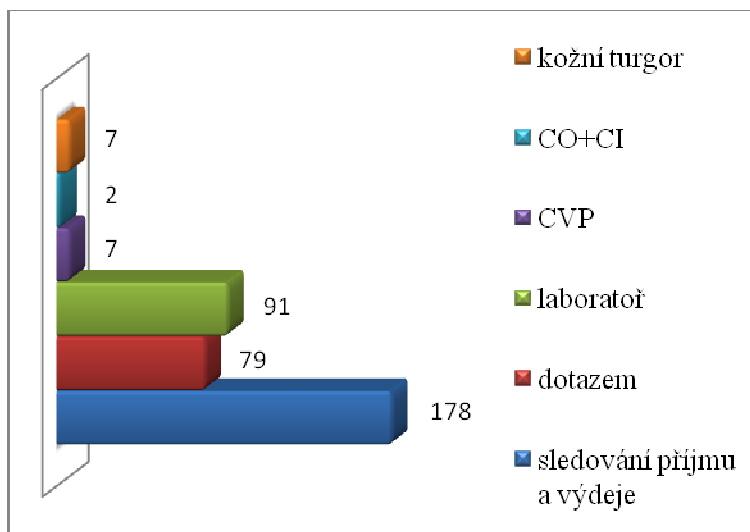
Podle dotázaných zajímá 203 (100 %) sester, jak pacient odkášává, možnost nezajímá se nebyla uvedena ani jednou (0 %).

Graf 10 Potřeba výživy



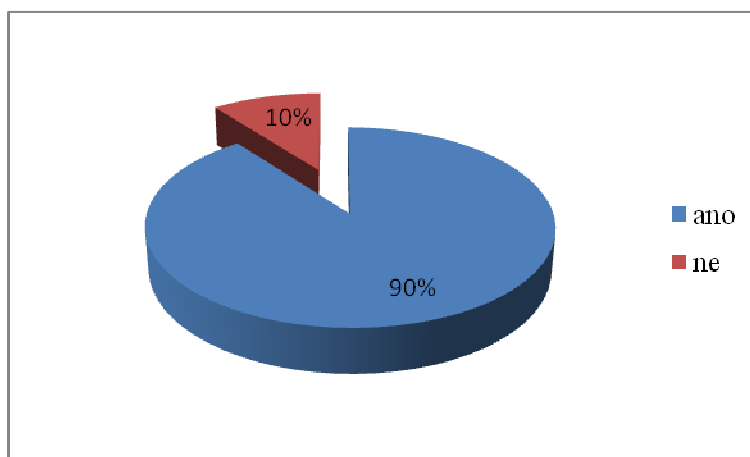
Z celkového počtu odpovědí ano, potřeba výživy je z pohledu pacienta saturována, zvolilo 158 (78 %) sester, možnost nevím označilo 25 (12 %) respondentů a 20 (10 %) sester uvedlo možnost ne.

Graf 11 Sledování hydratace



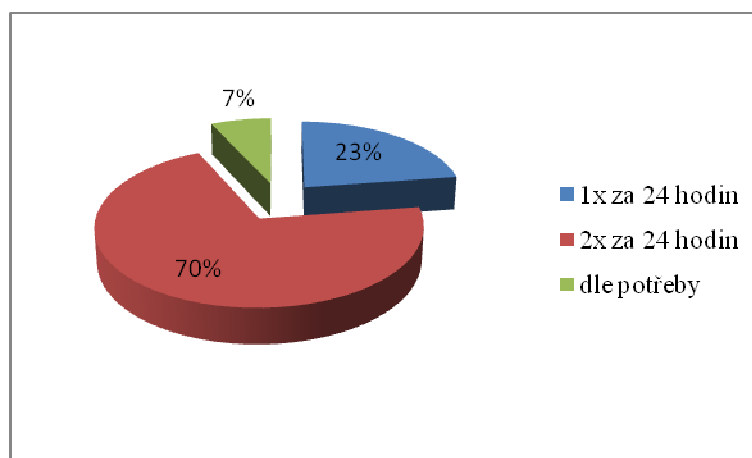
Možnost sledování příjmu a výdeje u pacienta byla uvedena 178x, 91x sledování laboratorních výsledků, 79x zvolena možnost dotazem, 7x byla doplněna varianta sledování centrálního žilního tlaku, 7x dopsáno sledování kožního turgoru a ve dvou případech byla uvedena možnost sledování minutového srdečního výdeje a srdečního indexu (CO+CI).

Graf 12 Vyprazdňování stolice



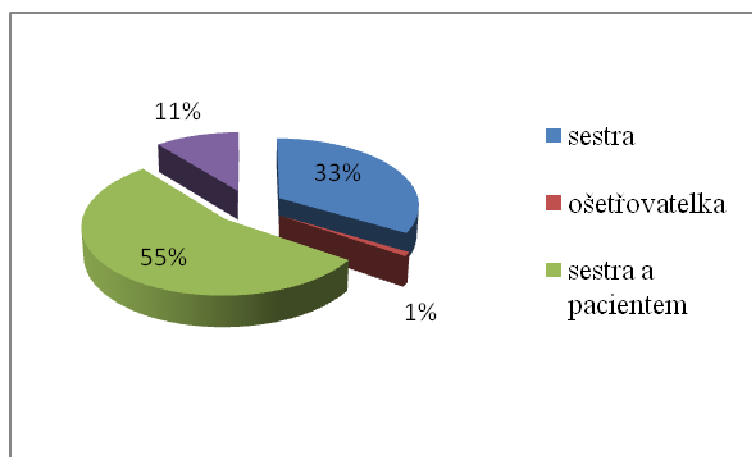
182 (90 %) sester označilo možnost, že se aktivně pacienta dotazuje na vyprazdňování stolice, variantu ne označilo 21 (10 %) respondentů.

Graf 13 Frekvence hygieny



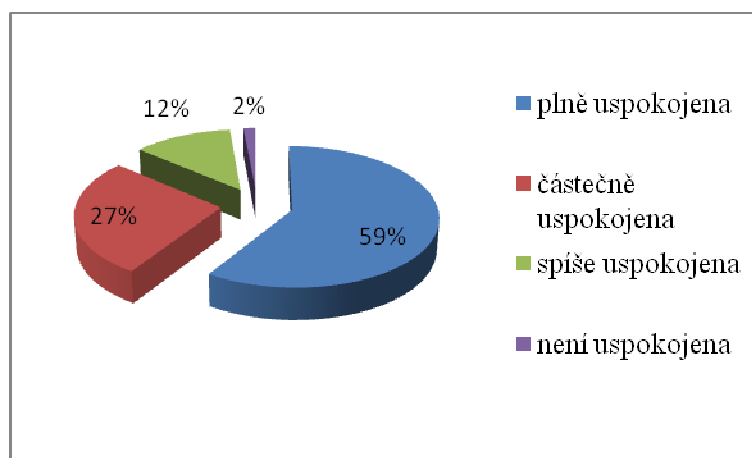
Z celkového počtu respondentů označilo možnost 2x za 24 hodin 143 (70 %) sester, variantu 1x za 24 hodin uvedlo 46 (23 %) respondentů a dle potřeby označilo 14 (7 %) sester.

Graf 14 Hygiena pacienta



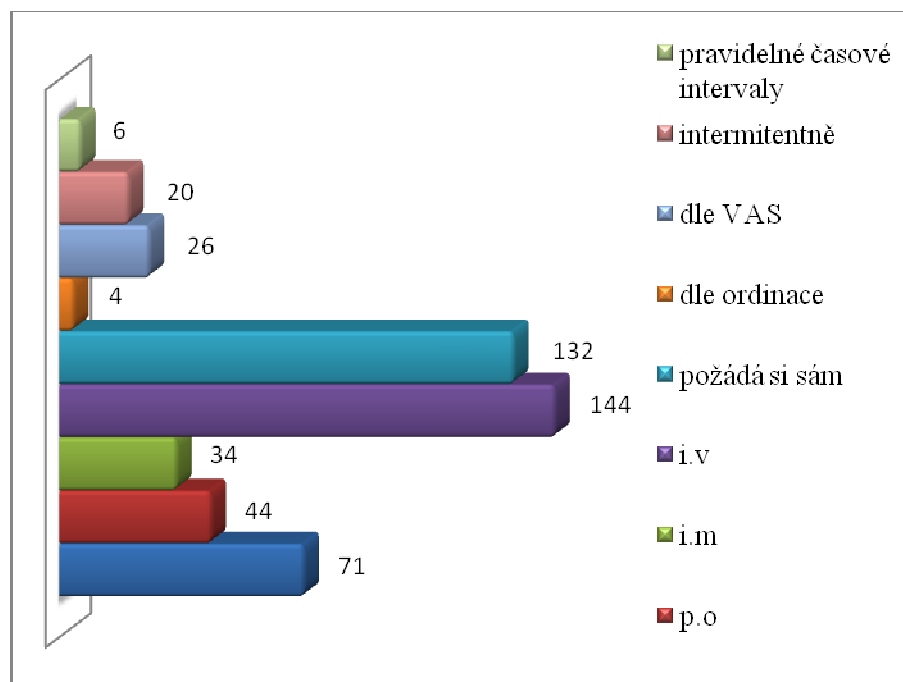
Možnost sestra a pacient označilo 111 (55 %) sester, variantu sestra uvedlo 68 (33 %), možnost sestra, pacient a ošetřovatelka odpovědělo 22 (11 %) respondentů, možnost ošetřovatelka označily 2 (1 %) sestry.

Graf 15 Potřeba hygieny



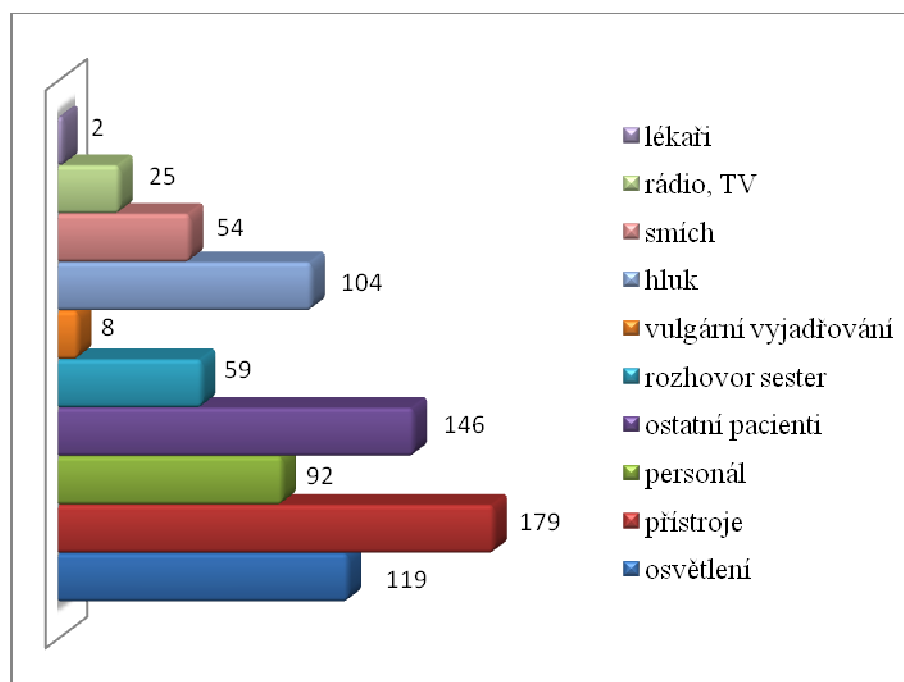
Z celkového počtu respondentů byla možnost plně uspokojena označena 120 (59 %) sestrami, odpověď částečně uspokojena uvedlo 55 (27 %) respondentů, variantu spíše uspokojena odpovědělo 25 (12 %) sester a není uspokojena označily 3 (2 %) sestry.

Graf 16 Tlumení bolesti



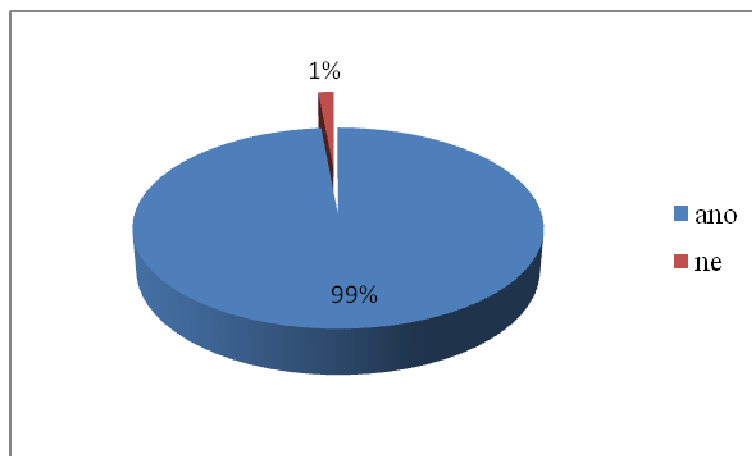
V otevřené otázce měly sestry možnost označit více odpovědí. Varianta intravenózního podávání léků byla zaškrtnuta 144x, podání léků na bolest, pokud je pacient sám vyžádá bylo označeno 132x, 71x byla označena možnost tlumení bolesti přes epidurální katétr. 44x se objevila možnost tlumení bolesti formou per os. 34x zvolily sestry možnost podávání léků na tlumení bolesti intramuskulárně. 26x byla uvedena možnost podávání léků podle vizuální analogové škály, 20x byla zaznamenána možnost intermitentního podávání léků pro tlumení bolesti a 6x možnost, kdy sestry podávají léky v pravidelných časových intervalech.

Graf 17 Rušivé elementy spánku



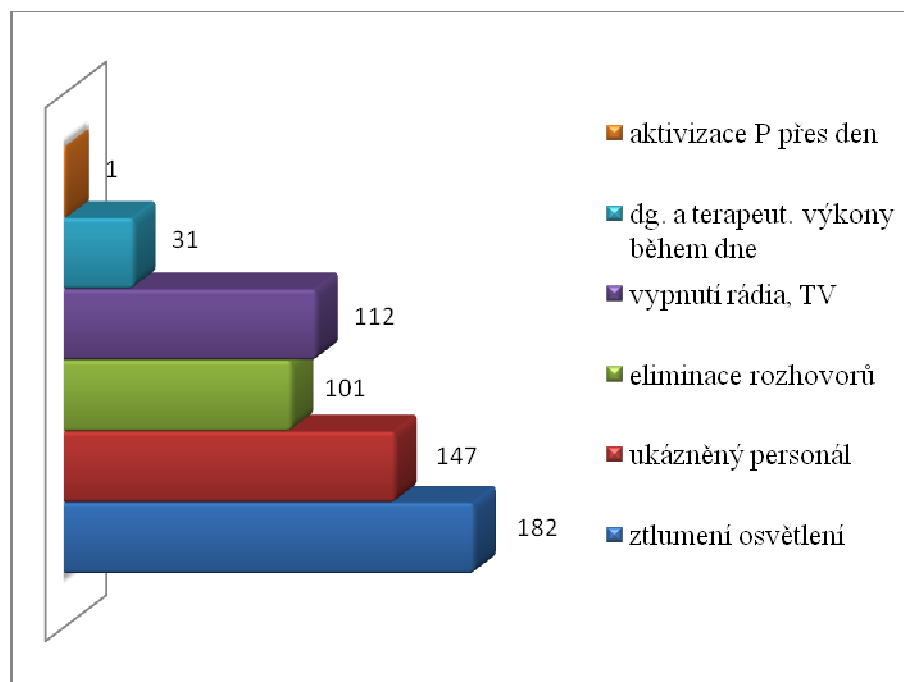
V otevřené otázce byly sestřám nabídnuty možnosti a mohly i dopsat svůj vlastní názor. Možnost přístroje byla označena 179x, 146x byla uvedena odpověď ostatní pacienti. Osvětlení bylo zaškrtnuto 119x, hluk byl označen 104x, 92 odpovědí označilo za rušivý element personál, 59x byla uvedena varianta rozhovor sester, 54x byl uveden smích, 25x rádio a televize, 8x vulgární vyjadřování a 2x se objevila možnost, že ruší pacienty lékaři.

Graf 18 Kvalita spánku



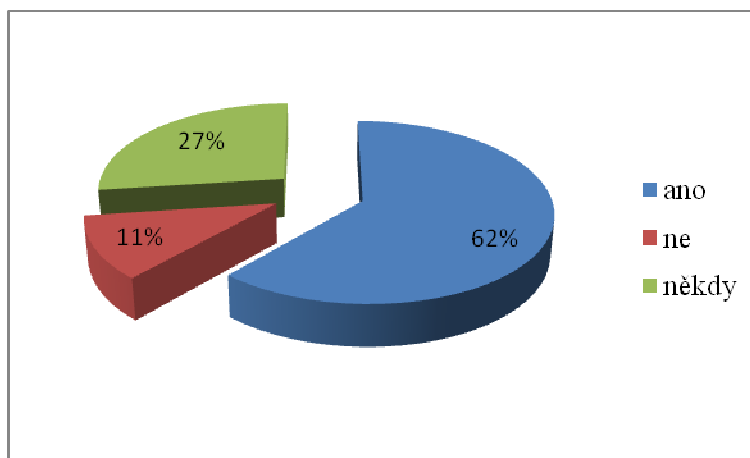
Z celkového počtu respondentů se 200 (99 %) sester ráno ptá pacienta na kvalitu jeho spánku, 3 (1 %) sestry se na kvalitu neptají.

Graf 19 Úkony k zajištění nočního klidu



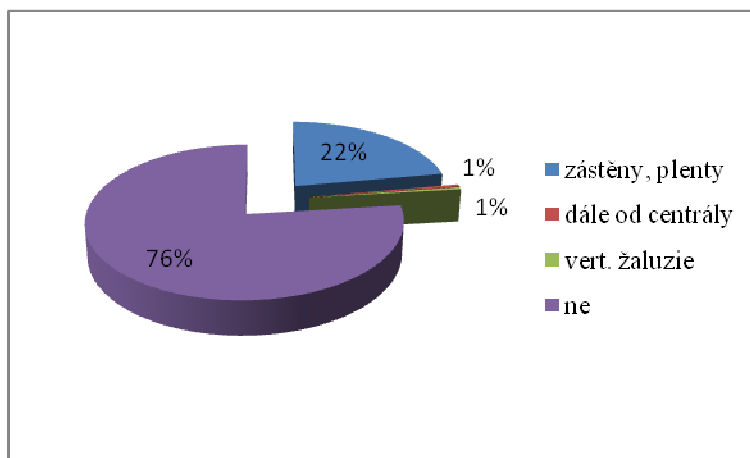
Z celkového počtu respondentů byla odpověď ztlumení osvětlení označena 182x, 147x byla označena možnost ukázněného personálu. Vypnutí rádia a televize odpovědělo 112 respondentů, odpověď eliminace rozhovorů byla zodpovězena 101x, 31x byla označena varianta provádění diagnostických a terapeutických výkonů během dne a jedna sestra dopsala do dotazníku možnost aktivizace pacienta během dne.

Graf 20 Dodržování intimity



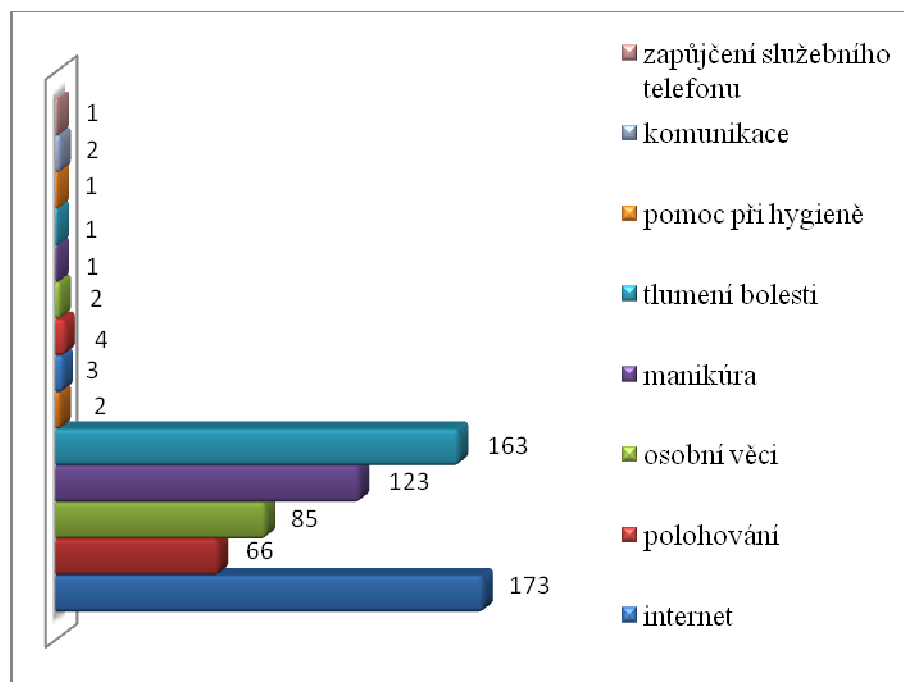
125 (62 %) sester si myslí, že u pacienta dodržuje intimitu, variantu někdy zvolilo 55 (27 %) respondentů, možnost ne uvedlo 23 (11 %) sester.

Graf 21 Zajištění soukromí



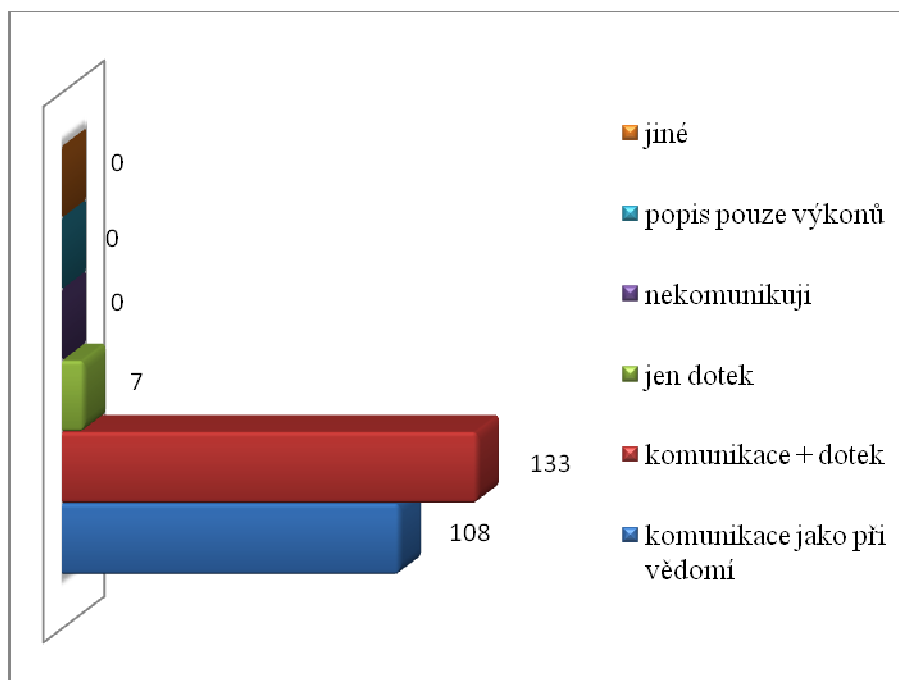
Z celkového počtu respondentů uvedlo 156 (76 %) sester, že pro zajištění intimity nemohou již nic udělat, variantu pořídit zástěny, plenty uvedlo 45 (22 %) respondentů. Po jedné odpovědi (1 %) byly uvedeny možnosti uložení pacienta dále od centrály a montáž vertikálních žaluzií.

Graf 22 Komfort pacienta



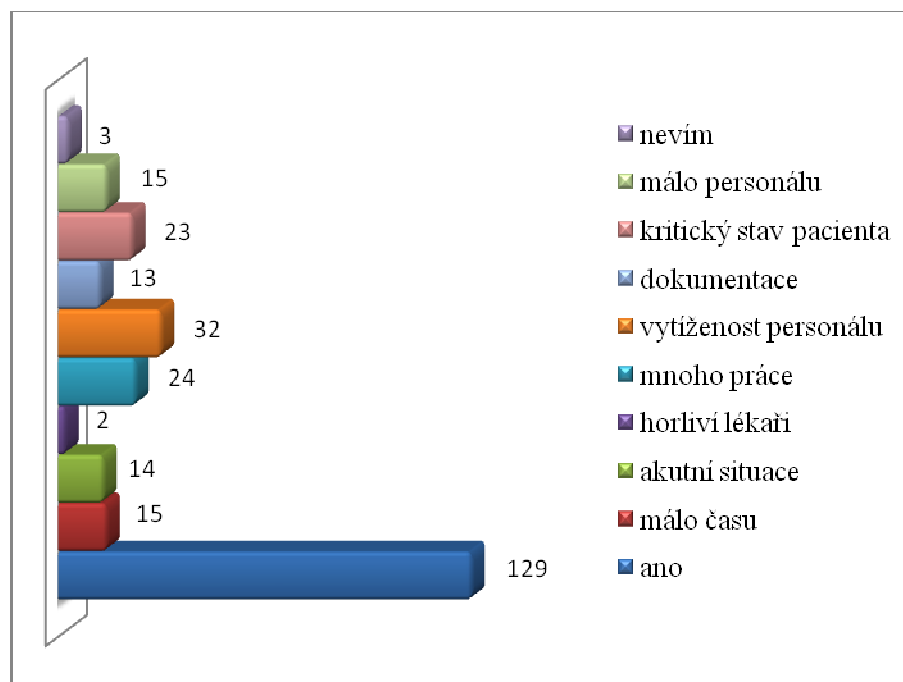
V otevřené otázce mohly sestry vybírat mezi nabídnutými odpověďmi, či dopsat vlastní názor. Varianta čisté lůžko byla označena 173x, 163x uvedena návštěva rodiny, 123x poskytnutí televize či rádia, 85x možnost zapůjčení knih a časopisů, 66x byla uvedena možnost vyvětraného pokoje. 4x byla dopsána možnost polohování pacienta, 3x byla označeno poskytnutí internetu, 2x byla doplněna varianta komunikace s pacientem, poskytnutí osobních věcí pacienta a dostatek soukromí jako složka komfortu. Po jedné odpovědi byly uvedeny tyto možnosti: zapůjčení služebního telefonu pro kontakt s rodinou, pomoc při hygieně, tlumení bolesti a manikúra.

Graf 23 Pacient v analgosedaci



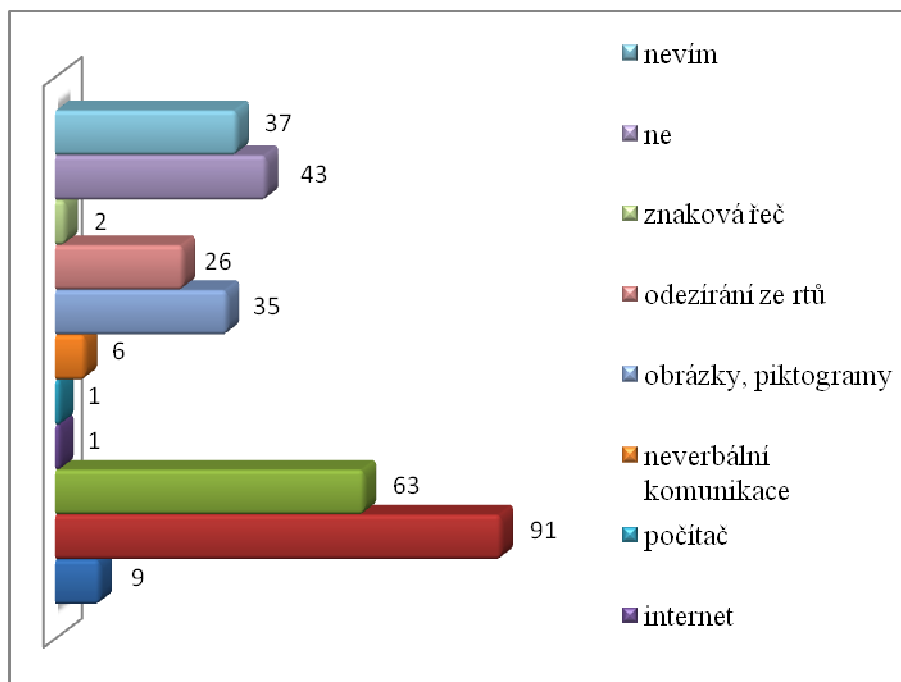
V otevřené otázce byla možnost komunikace a dotek zvolena 133x, varianta komunikace s pacientem jako při vědomí byla označena 108x, 7x byla zaznamenána odpověď, že používají pouze dotek. Možnosti, že nekomunikují, popisují pouze výkony a možnost jiné zůstaly bez odpovědi.

Graf 24 Čas na komunikaci



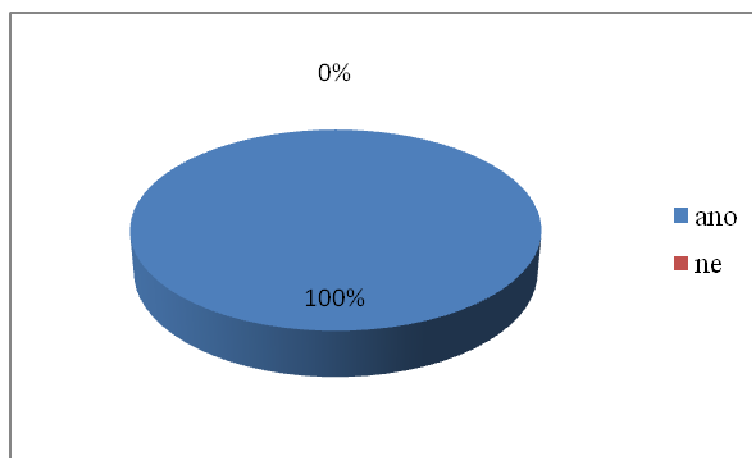
Odpoověď ano uvedena 129x, možnost nevím označili 3 respondenti. Zbytek dotazovaných uvedl, že nemá dostatek času na komuniakci s pacinetem, jako důvody byly uváděny: vytíženost personálu 32x, mnoho práce 24x, kritický stav pacienta 23x, málo času 15x, málo personálu 15x, akutní situace 14x, dokumentace 13x a horliví lékaři 2x.

Graf 25 Používání specifických komunikačních technik



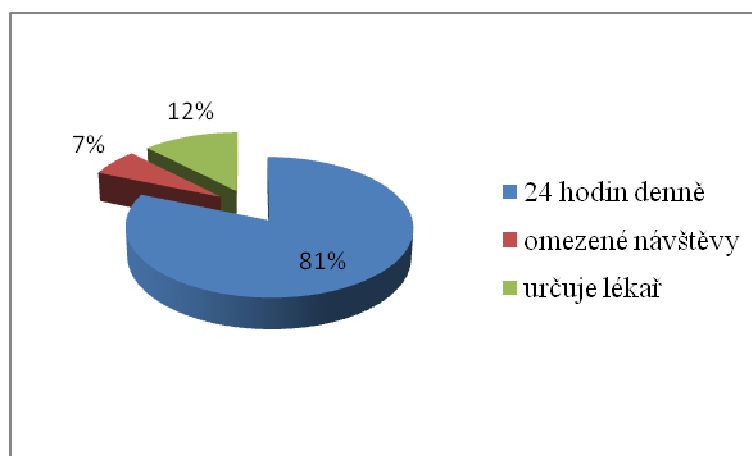
Spec. komunikační techniky nepoužívá 43 sester, 37 respondentů neví, co jsou specifické komunikační techniky. Ostatní dotazovaní odpověděli, že specifické komunikační techniky využívají. 91x je využívána tabulka s písmeny, 63x byla dopsána odpověď papír a tužka, 35x byla označena možnost obázků či piktogramů, 26x byla uvedena varianta odezírání ze rtů, 9x uvedená odpověď, že je využívána bazální stimulace, 6x neverbální komunikace, 2x znaková řeč a po jedné odpovědi byly označeny možnosti počítač a internet.

Graf 26 Podpora sebeděče a sebeobsluhy



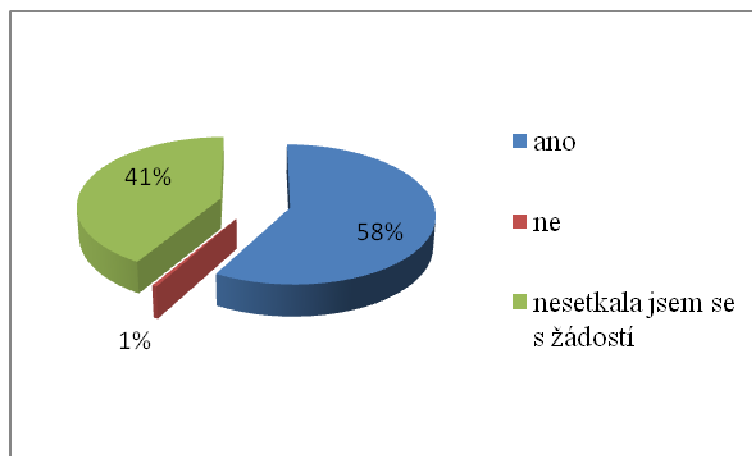
Z celkového počtu respondentů podporuje pacienta v sebeděči a sebeobsluze všech 203 (100 %) respondentů.

Graf 27 Návštěvy



Možnost 24 hodin denně byla zodpovězena 165 (81 %) sestrami, možnost, že návštěvy určuje lékař zvolilo 25 (12 %) dotazovaných, omezené návštěvy zaškrtnulo 13 (7 %) respondentů.

Graf 28 Vyznávání víry



Z celkového počtu respondentů umožňuje pacientovi vyznávat víru 118 (58 %) sester, 84 (41 %) se s takovou žádostí zatím ještě nesetkalo a 1 (1 %) respondent odpověděl ne, neumožňuji.

4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty

Veškeré níže uvedené informace vycházejí pouze z provedených polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po operaci srdce. Odrážejí se v nich jejich vlastní názory.

Pacient 1

První pacient je muž ve věku 67 let, má vystudovanou střední zemědělskou školu, v současné době je již penzista. Je ženatý, má čtyři děti a pět vnoučat. Pacient není věřící člověk a jako své životní hodnoty vyznává zdraví a spokojenou rodinu. Do nemocnice nastoupil pro plánovaný výkon na aortální chlopni. Mezi obtěžující příznaky onemocnění chlopně patřila velká dušnost, bolesti na hrudi, únava a otoky dolních končetin. Dnes je již třetí den po operaci. Před výkonem se po fyzické stránce cítil špatně, byl unavený a hůře se mu dýchalo, po psychické stránce se cítil celkem dobře. Nejvíce snad z důvodu, že byl dostatečně informován od lékařů a sester o tom, co bude následovat po operaci a i díky podpoře jeho rodiny. Po operaci se pro něj změnilo hlavně dýchání, prý se „*může snáze a hlouběji nadechnout*“. Na otázku, jak daleko mu ještě chybí k dosažení ideálního stavu, odpovídá, že „*je ještě velmi brzy po operaci na hodnocení*“ a věří, že zlepšení se určitě dostaví.

Mezi jeho aktuální potřeby patří být bez bolesti, návštěva rodiny na delší dobu než jsou povolené návštěvní hodiny a dostatek tekutin. Sestry mu již vysvětlily, že musí pít jen tolik, kolik mu ledviny dovolí vymočit, aby nedošlo k přetížení srdce. Ale i tak má velkou potřebu pít. Snaží se doporučení respektovat. Přeje si, aby operace dopadla dobře a on se mohl těšit se svou rodinou ze svých vnoučat.(to bych dala u něho až na konec) Po probuzení po operaci srdce si toho moc nepamatuje, vzpomíná si jen matně na sestru, která ho přijímala, že ho pozdravila a řekla, že už je po operaci a že je vše v pořádku. Pamatoval si její hlas, ale zatím podle hlasu nepřišel na to, která to je. Po operaci potřeboval léky na bolest, sestřám sdělil, že má bolesti a podle něj vždy „*sestry byly ochotné*“ a od bolesti mu pomohly. Léky dostával intravenózně. Během hospitalizace na RES pořád myslel na rodinu a přál si, aby s ní již mohl být. Báł se, že nestihne kulaté narozeniny své manželky. Proto dělá vše, co mu sestry i lékaři

nařídí, aby mohl být brzo propuštěn domů. Ve volných chvílích („a že je jich hodně“) cvičí podle doporučení rehabilitační sestry. Na dotaz, zda mu byla zima, tak odpověděl, že „ano, hned někdy ze začátku večer po operaci“, ale poprosil sestru a ta mu donesla peřinu. Dnes sedí poprvé v křesle a trochu ho zebou nohy. Co se týče hladu, ten neměl, zatím nemá na jídlo ani pomyšlení. První den po operaci ani nesnídal, nebylo mu moc dobře od žaludku. „Ale s tou žízní je to horší“, i přesto se snaží doporučení respektovat. Bojí se, že se mu „nové srdíčko rozbije a to by byl nerad“. S komunikací se sestrami problémy neměl. Hodně a rád si povídá, spíše si myslí, že svými dotazy a chutí si povídat personál obtěžuje. Protože „jeho sestřička“ pořád sedí u stolu a píše spoustu papírů a ještě se stará o pacienta vedle. Když něco dělal poprvé, sestra mu vysvětlila, co a jak má dělat, aby to mělo pro jeho léčbu efekt (pacient myslí inhalaci a nafukování gumového míče jako dechovou rehabilitaci). Sestra mu sdělila, že má kašlat z polovyfouknutým míčem, který si přitiskne na hrudník. Je to pro něj „fígl a konečně si může pořádně odkašlat“. Je rád, že mu to řekla a hodně mu pomohla. Na pokoji RES nejvíce vnímal šum a hluk, který ho rušil především v noci, nedalo se moc dobře spát. Jednotku RES si nedokáže představit, jeho lůžko se nachází na kraji a tak přes zatažené plenty nevidí, jak celý pokoj vypadá. Ale podle jeho názoru ho rušil i pacient vedle, „který celou noc něco povídal“. Hluk, povídání sester a světlo by přirovnal k negativním zážitkům svého pobytu. Jako pozitivní bral to, že má na dosah sestry, pokud něco potřebuje a lékaře, protože kdyby se s ním něco stalo, tak mu můžou ihned pomoci. Celkově na něj oddělení působí jako hektické a náročné.

Od své sestry očekával, že mu bude nápomocna s jeho problémy, že pokud se jí s nějakým problémem svěří nebo bude potřebovat její pomoc, tak mu vyhoví. Samozřejmě upozorňuje na to, že sestru nebere jako svoji služku. Potřeba spánku nebyla podle pacienta uspokojena, ale byl na to připravený, že se po operaci nemůže vyspat kvalitně. Tekutin má méně, než by si přál, ale respektuje omezení jejich příjmu. Na otázku, zda je spokojen se stravou, odpovídá, že zatím moc chuť jídlu nemá a „že tolik obědů v nemocnici neměl, takže nemůže posoudit“, ale hlady netrpí. Co se týče vyprazdňování, pacient má zavedený permanentní katétr, což mu nedělá žádné problémy a na stolici zatím nebyl, protože ještě tolik nejedl. Doufá, že až bude

mít potřebu dojít si na toaletu, bude již moci chodit s pomocí a poprosí sestru, aby mu s tímto přáním vyhověla. S hygienou je spokojený, v den operace si ji moc nevybavuje a ostatní dny ji zvládá s pomocí. Už se ale těší, „*až si doma dopřeje sprchu v klidu*“, protože mu hygiena v nemocnici připadá rychlá. Ale nemá pocit, že by umývání bylo odbyté. S mírněním bolesti problém nemá, vždy mu sestra ve spolupráci s lékařem pomohla. Kontakt s rodinou mu byl umožněn od prvního pooperačního dne, ale přál by si, „*aby byly dovoleny delší návštěvy*“.

Dotazovanému pacientovi nejvíce vadil hluk v noci, přes den to ani tak nevnímal, ale v noci to pro něj bylo obtěžující. Jednou ho probudil i hlasitý smích sester. Ale prý je na druhou stranu chápe, že „*když tam musí sestry dvanáct hodin být, tak ať mají zábavnou směnu*“. Největší oporou mu je rodina, která za ním chodí každý den. Už se těší, až ho přeloží na oddělení, pro větší klid a vidinou brzkého odchodu domů.

Oddělení RES si pamatuje, ale těsně po probuzení si není jistý, „*co byla skutečnost a co se mu zdálo*“. Byl spokojený s přístupem sester, jsou prý „*moc milé a ochotné*“.

Pacient 2

Druhým pacientem byla žena ve věku 55 let. Je vysokoškolsky vzdělaná, vystudovala ekonomickou fakultu a je daňovou poradkyní. Je vdaná, má dvě dospělé děti a jedno vnouče. S manželem bydlí sama v rodinném domku na okraji města. Pacientka není věřící člověk, jako životní principy vyznává spokojenost v osobním a pracovním životě, lásku a zdraví. Do nemocnice byla přijata akutně, byla u svého kardiologa a ten jí ihned odeslal sanitkou do nemocnice. Po operaci je čtvrtý den. Mezi projevy její nemoci patřily tupé bolesti na hrudi, které se občas objevily a zase podle nemocné „*během chvíle zmizely*“, proto jim nepřikládala velký význam. Měla pocit, že je přepracovaná a unavená. Podle jejích slov „*poslední měsíce intenzivně pracovala a neodpočívala*“. Po operaci bolesti na hrudi nemá (kromě operační rány) a doufá, že její problém byl vyřešen. Chtěla by se co nejdříve vrátit do běžného života, má hodně věcí, které musí stihnout ve svém zaměstnání.

Mezi její aktuální potřeby podle jejích slov patří, „*aby operace dopadla dobře a mohla jít brzy domu a aby jí operační rána nebolela*“. Po operaci také nejvíce potřebovala léky na bolest. Vždy, když měla bolesti, požádala sestru o léky na tlumení bolesti. Podle jejích slov byla sestra nepříjemná a trvalo jí dost dlouho, než jí léky podala. Mezi její další prosby patřilo, aby jí personál přinesl mobilní telefon ze šatny. I to, podle ní, trvalo zbytečně dlouho a myslí si, že jí to „*sestra udělala naschvál*“. Má za to, že si na ní zasedla a mnohem častěji jí dává „*tu protivnou těžkou masku a inhalaci*“ než ostatní sestry jiným pacientům. Těší se, až ji z pokoje RES přeloží na oddělení. Během pobytu jí nejvíce obtěžovalo „*pípání přístrojů*“, osvětlení pokoje přes celou noc, protože si nemohla kvalitně odpočinout a vyspat. Také jí vadily drény a všechny kanyly. Má dojem, že „*polovinu stejně nikdo nepoužívá, tak by je už nemusela mít*“. Myslí si, že není dodržovaná její intimita (pacientka leží naproti dveřím) a chtěla by již mít oblečenou svoji noční košili. V nemocničním prádle jí „*kouká celý zadek*“. První dny po operaci neměla ani „*anděla*“ a vadilo jí, že má odhalený hrudník. Na oddělení jí byla zima, požadovala od sestry peřinu, ta jí však přinesla pouze povlak na peřinu jako příkrývku. Chtěla by už začít chodit, protože potřebuje jít brzo domů. Po operaci srdce nejvíce myslela na to, jestli se operace povedla a jestli žije. Nejvíce se během hospitalizace bála, zda bude moci žít i nadále plnohodnotný život. Na oddělení se jí nelíbilo, podle ní se tam pořád někdo pohyboval, hovořil a smál. Lůžko naproti dveřím jí snad vybraly sestry naschvál.

Na otázku komunikace, pacientka odpovídá, že si se sestrama moc nepovídá, nemá o to zájem. Stále opakuje, že by už chtěla být přeložena na další oddělení a pak už mohla jít domů. Potřeba spánku uspokojena nebyla, potřeba výživy a tekutin zatím ano. Nemá chuť k jídlu a podle sebe má dostatek tekutin. Jen jí vadí, že „*čaj, který je na RES k dispozici, je hořký a nechápe, proč by ho měla pít, když cukrovku nemá*“. Vyprazdňování moči je zajištěno močovým katétrem, na stolici ještě nebyla a „*rozhodně na mísu nepůjde*“. S hygienou spokojená není, chtěla by se „*důkladně umýt pod sprchou, vadí jí omývání pouze žínkou*“. Z rodiny za ní dochází manžel. Pobyt na jednotce RES si pamatuje dobře a doufá, že už jí nikdy nic špatného nepotká a nebude muset podstoupit žádnou další operaci.

Pacient 3

Třetím pacientem byl 61-letý muž. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je vyučení se v oboru instalatérství. Této práci se již věnuje od ukončení základní vojenské služby. Je ženatý, má jednoho syna. Vyznává katolickou víru a přeje si zdraví pro sebe a celou svojí rodnu. Do nemocnice byl přivezen sanitkou a přijat k provedení akutní operace. Odpoledne ho doma začalo bolet na prsou, v zádech a byl dušný. Na pokoji RES je dnes osmý den. Včera byl extubovaný a má kyslíkovou masku, takže provedení rozhovoru bylo pro pacienta náročné a bylo zkráceno na co možná nejkratší dobu. Po operaci se pro něj změnilo to, že ho nebolí na hrudníku jako doma, ale teď ho bolí operační rána. Dušný už je také méně. Doufá, že se již *„teď vše otočí k lepšímu“*. Zatím operace jeho očekávání splnila.

Na prvním místě jeho osobního žebříčku hodnot je stále zdraví. Po operaci by podle svého názoru potřeboval dostatek spánku, což mu zatím umožněno nebylo. Ale je krátce po probuzení z analgosedace. Pacient si stěžuje na hluk na oddělení přes den přes noc. Jelikož se doveděl, že ho lékaři nechali pár dní v *„umělem spánku“*, takže po probuzení *„neměl vůbec ponětí o čase, nebyl schopen určit datum, den v týdnu“*. Z počátku mu musely sestry několikrát zopakovat, kde se nachází a co se stalo. Zatím necítí žádné velké bolesti, které by nebyl schopen zvládnout sám bez podání léků. Pocit zimy neměl, ale uvažuje nad tím, že *„když byl uspaný, že mu třeba zima mohla být, ale už si to napamatuje“*. Dnes dostal poprvé stravu (prozatím má stále naordinovanou parenterální výživu), měl přesnídávku, kterou nedojedl, zatím nemá potřebu jíst. Na otázku, jak s ním sestra komunikovala, odpovídá, že *„když už se probudil a měl ještě „trubičku v puse“*, sestra s ním komunikovala tak, že mu pokládala pouze základní otázky, na které lze odpovědět ano či ne. Nejdůležitější je pro něj, aby se jeho stav zlepšil a byl přeložen na vedlejší oddělení. Chybí mu nedělní návštěvy v kostele společně s manželou a známými. Prý se alespoň *„modlí v duchu“*. Na oddělení se cítí zatím dobře, jsou tu na něj hodné sestry a lékaři, kteří mu dosavadní průběh léčby vysvětlili.

S komunikací se sestrami je spokojený, pokud něco od nich potřeboval, bylo mu vždy vyhověno. Potřeba spánku, výživy a vyprazdňování nelze prozatím hodnotit.

Hygienu včera prováděla sestra, sám by jí nezvládl. „*Jeho manželka za ním chodila od operace každý den, ale to si samozřejmě pacient nepamatuje*“. Nemocný má zavedený permanentní katétr, na stolicí ještě nebyl. Má obavy z toho, že si bude muset dojít na podložní mísu. Na oddělení vnímá hluk a momentálně ho obtěžuje Pegasus ke kyslíkové masce, který mu syčí nad hlavou. Stále více na to upoutává svojí pozornost. Pobyt na pokoji RES si pamatuje až od sedmého pooperačního dne.

Pacient 4

Čtvrtým pacientem byl 48-letý muž. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné a pracuje jako prodavač elektrospotřebičů. Je rozvedený, z manželství má dva dospělé syny. Nemocný je nevěřící, jako své životní hodnoty uznává zdraví. Do nemocnice nastoupil k dlouhodobě plánovanému výkonu. Na jednotce RES je dnes pátý den. Před operací se cítil unaveně, nevyspale a „*byl plný očekávání, jak operace dopadne*“. Po výkonu se pro něj změnilo to, že se mu psychicky ulevilo, ale čeká na to, jak celá operace dopadne.

Mezi nejdůležitější potřeby na pokoji RES podle něj patřila úleva od bolesti, dostatek soukromí, načerpání sil a dostatek informací o léčbě. Nejvíce mu chyběl klid, dostatek soukromí, mobilní telefon, kniha a návštěva synů či kolegy ze zaměstnání. Po dohodě se sestrou mu byly osobní věci doneseny a pacient byl spokojen. Se syny komunikoval alespoň přes mobilní telefon. Během pobytu měl bolesti, jen 2x byly natolik silné, že požádal o léky. Vadí mu, že pokoj je uspořádán tak, „*že má okna za zády a nevidí ven z okna*“. Mezi další obtěžující věc řadí pohled na nástěnné hodiny, které má před sebou, „*což ho rozčiluje, protože čas vůbec neutíká*“. Po probuzení myslel na to, „*jestli žije a kdo ho operoval*“. Zima mu byla jen v den operace při provádění hygieny, kdy byl dlouho odkrytý. S komunikací se sestrami byl spokojen, pokud něco potřeboval a nebo se chtěl dozvědět, vše mu zodpověděly. Byl spokojen s jejich přístupem a ochotou. Jeho příbuzný byl taktéž na operaci se srdcem v Českých Budějovicích a byl velice spokojen. Pacient se sám přesvědčil, že zde pracují odborníci. Jednotka RES na něj působí „*smutně, pochmurně a přísně*“.

Potřeba spánku zajištěna u pacienta nebyla. Měl „*šťěstí na to, že se v noci přijímal pacient, který byl asi hodně špatný, protože kolem něj lítaly všechny sestry, doktoři, do čtyř do rána se svítilo a křičelo*“. Ale chápe, že tento typ oddělení prostě takový je. Se stravou moc spokojený není, nechutná mu a vadí mu „*každý den studené večeře*“. Jídlo je podle něj nevzhledné a obědy studené. Těší se proto domů, až si bude moci dát to, na co bude mít chuť. Pacient má zavedený permanentní katétr. Když měl potřebu dojit si na stolicí, poprosil sestru, jestli by bylo možné, aby si došel na toaletu. Bylo mu vyhověno a od té doby se umývá u umyvadla a v případě potřeby odchází na toaletu na separovaném pokoji. Což mu naprosto vyhovuje. Hygiena na lůžku mu moc příjemná nebyla. Připadalo mu, že leží „*dlouhou dobu odkrytý a sestra neustále někam pro něco odbíhá*“. Se snášením bolesti neměl větší problémy. Byl rád, že měl zavedenou „*hadičku do páteře*“. Z rodiny prozatím za ním nikdo nepřišel, oba jeho synové studují v Praze. Během hospitalizace na jednotce RES si podle sebe pamatuje skoro všechno, jen „*po probuzení z narkózy má občasné okno*“.

Pacient 5

Pátým pacientem byla žena, jíž je 65 let. Dokončila odborné učiliště a žije se jako prodavačka v potravinách. Je dva roky vdovou, má dvě děti a dvě vnoučata. Před nedávnem se přestěhovala k dceři do rodinného domku. Jako životní přesvědčení udává své zdraví a své rodiny a spokojený zbytek života. Na pokoji RES je k dnešnímu dni osmý den. Byla přijata k plánovanému výkonu. Před operací měla bolesti na hrudi, byla dušná, unavená a měla oteklé dolní končetiny. Po operaci se cítí stále unavená a dušná. Má pocit, že se „*nemůže stále nadechnout z plných plic*“. K ideálnímu stavu má prý ještě hodně daleko, „*bolí jí celý člověk, je bez síly a energie*“. Doufá, že se operace povedla.

Na prvním místě hodnotového žebříčku je její zdraví, aby se rychle uzdravila a mohla se vrátit ke své rodině. Po operaci podle svého názoru nejvíce potřebovala léky proti bolesti, dostatek spánku a tekutin. Během pobytu na pokoji RES jí chyběl klid, stále se na oddělení něco děje přes den, ale i po většinu nocí. Po probuzení z anestezie myslela na to, „*kolik má by-passů a jestli se operace povedla*“. Během pobytu bolesti

měla, největší byly první dva dny po operaci. Dostávala léky do infúze a „do páteře“. Pokaždé se jí ulevilo. Největší obavy měla z toho, jestli se „bude moci vrátit do plnohodnotného života po operaci srdce a také, aby si nevytrhla nějakou hadičku“. Proto v noci pouze pospávala, aby se s nimi nic nestalo. Na oddělení jí byla zima jen zpočátku a dostala „nějakou hřející deku“, takže byla spokojená. Hlad na oddělení neměla, nemá prozatím moc chuť k jídlu, ale „žízeň má pořád“. Nechutná jí hořký čaj, tak pije vodu. Na komunikaci se sestrami si stěžovat nemůže. Podle jejího názoru by sestry mohly s pacienty více komunikovat, ale mají spoustu jiné práce. Vždy jí bylo srozumitelně vysvětleno, co se s ní bude dít. Nejvíce jí vadilo, že „má okna za zády a nevidí ven“. Dále, že jsou „lůžka vedle sebe a nejsou mezi nimi zatažené plenty, takže to narušuje její soukromí“. Kromě toho ji obtěžovalo „šumění kyslíkového přístroje“, ostré osvětlení a hluk v noci. Byla spokojená, že je blízko u televizoru. Na oddělení se cítí stísněně. Má pocit, že pokud zůstává stále na tomto oddělení, není její stav dobrý a může se s ní kdykoliv něco stát.

Podle jejího názoru s ní sestry komunikovaly dost, ale mohly by někdy i více. Potřeba spánku upokojena nebyla. V noci na dnešní den se jí již spalo lépe, protože požádala o hypnotika. Potřeba výživy byla uspokojena, ale omezení tekutin snášela hůře. Pacientka má zavedený permanentní močový katétr a na stolicí byla již dvakrát. Byla jí přinesena podložní mísa (do lůžka a do křesla) a zataženy zástěny. Nejvíce ocenila, když jí sestra poskytla umyvadlo s vodou na umytí rukou. Hygienu již provádí s pomocí sestry v křesle, předtím hygiena probíhala v lůžku. Myslí si, že „je zbytečné se dvakrát denně umývat, když se neušpiní, protože celý dny nic nedělá“. A ranní hygiena okolo páté, půl šesté jí přijde moc brzká. Bolesti byly adekvátně mírněny. Pokoj RES si pamatuje celkem dobře, jen v den operace má menší výpadky paměti.

Tab 2 Uspokojené aktuální fyziologické potřeby

		P1	P2	P3	P4	P5
aktuální fyziologické potřeby	spánek	-	-	-	-	-
	strava	+	+	+	-	+
	tekutiny	-	+	+	+	-
	vyprazdňování	+	+	+	+	+
	hygiena	+	-	+	+	+
	být bez bolesti	+	-	+	+	+
	pocit chladu, zimy	+	+	-	-	+

Tabulka vychází z provedených rozhovorů s kardiochirurgickými pacienty, jsou v ní zaneseny aktuální fyziologické potřeby dotazovaných respondentů. Potřeba spánku nebyla uspokojena u žádného z nich. Potřeby stravy a tekutin, hygieny, a být bez bolesti uvedli čtyři nemocní z pěti. Pocit zimy měli tři nemocní a potřeby vyprazdňování byla uspokojena u všech nemocných.

Tab 3 Uspokojené aktuální psychosociální potřeby

		P1	P2	P3	P4	P5
aktuální psychosociální potřeby	dostatek návštěv	-	×	×	-	×
	intimita, soukromí	+	-	+	-	-
	dostatek komunikace	+	-	+	+	+
	brzké propuštění	×	+	×	×	×
	dostatek info o léčbě	×	×	×	+	×

Tabulka popisuje aktuální psychosociální potřeby pacientů, dva pacienti neměli podle svého názoru dostatek návštěv, u třech nebyla dodržována jejich intimita, potřebu komunikace měli uspokojenou čtyři pacienti, potřebu brzkého propuštění a dostatek informací o léčebném plánu uvedl jeden nemocný.

Tab 4 Obtěžující momenty

		P1	P2	P3	P4	P5
obtěžující momenty	šum, hluk	+	×	+	+	×
	přístroje	×	+	+	×	×
	noční osvětlení	×	+	×	×	×
	drény, kanyly	×	+	×	×	×
	rozhovor, smích	+	×	×	×	×
	ostatní pacienti	+	×	×	×	×
	okna za zády	×	×	×	+	+
	nástěnné hodiny	×	×	×	+	×
	lůžka vedle sebe	×	×	×	×	+
	nezatažené zástěny	×	×	×	×	+

Mezi obtěžující momenty na pokoji RES uvedli tři pacienti šum a hluk, dva pacienti sdělili jako nepříjemné zvuky z přístrojové techniky, rozhovor a smích personálu, okna za zády. Po jedné odpovědi bylo pacienty uvedeno noční osvětlení, zavedené drény a kanyly, ostatní spolupacienty, nástěnné hodiny, lůžka vedle sebe a nezatažené zástěny.

Tab 5 Pozitivní a negativní zážitky

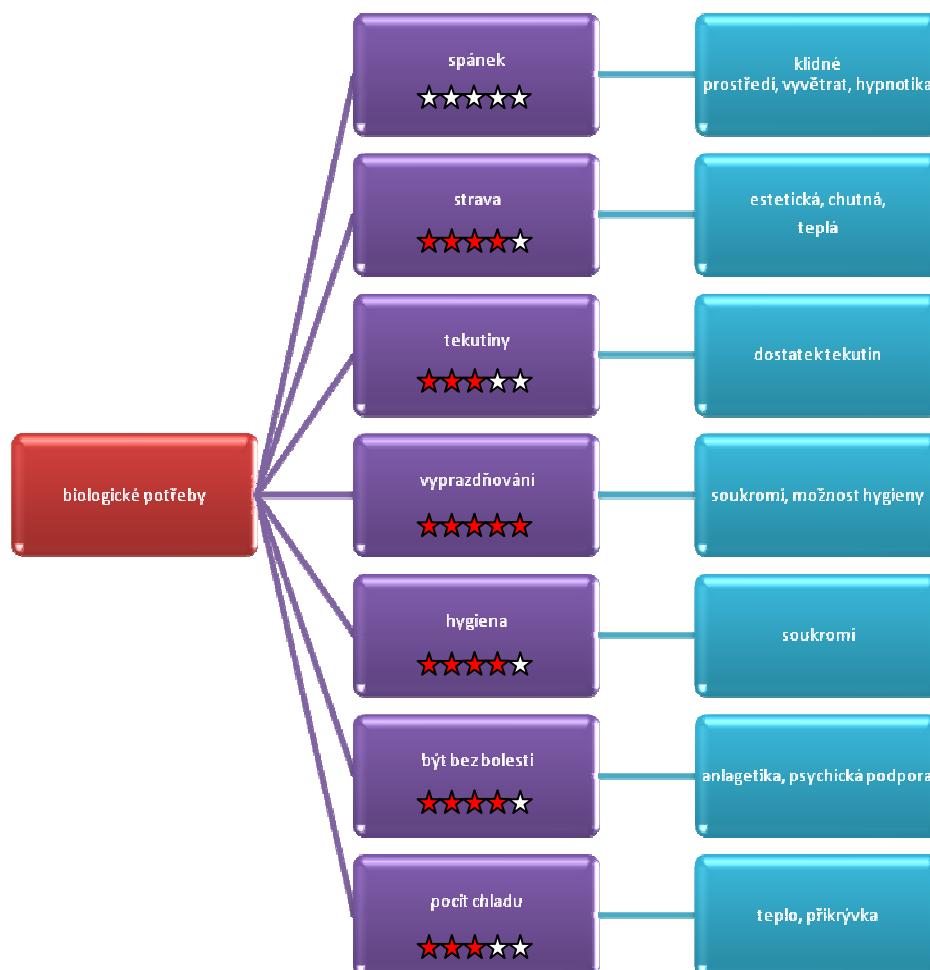
		P1	P2	P3	P4	P5
pozitivní zážitek	blízkost sester a lékařů	+	×	×	×	×
	ochotné a milé sestry	+	-	+	+	×
	televize	×	×	×	×	+
chybějící potřeby	návštěvy kostela	×	×	+	×	×
	osobní věci	×	×	×	+	×
obavy	podložní mísa	×	+	+	×	×
	výsledek operace	×	+	×	×	+
	poškození katétrů a drénů	×	×	×	×	+

V tabulce jsou popsány pozitivní a negativní zážitky, které byly zjištěny na základě analýzy provedených rozhovorů. Tři pacienti sdělili jako pozitivní zážitek ochotné a milé sestry. Jedenkrát byla uvedena možnost sledování televize a blízkost ošetřujícího personálu. Jako své chybějící potřeby pacienti v rozhovorech uvedli možnost navštívit kostel a absence vlastních osobních věcí. Mezi dalšími negativními zážitky byly monitorovány obavy pacientů. Dva pacienti, že mají strach z vyprázdnění se na podložní mísu a výsledek operace. Jeden nemocný uvedl, že má obavu o poškození zavedených katétrů a drénů.

Legenda k tabulkám:

+	-	×
ano	ne	nezmíněno

Schéma 1 Intervence sestry na uspokojení biologických potřeb



Ve schématu jsou znázorněny základní biologické potřeby pacientů vycházející z analýzy provedených rozhovorů. Schéma bylo vytvořeno na základě údajů uvedených v tabulce 2. V daném schématu jsou uvedeny možné způsoby řešení, které mohou vést k uspokojení potřeb pacienta. Počet červených hvězdiček se rovná počtu pacientů, kteří měli během pobytu na pokoji RES tuto potřebu uspokojenou.

Schéma 2 Intervence sestry na uspokojení psychosociálních potřeb

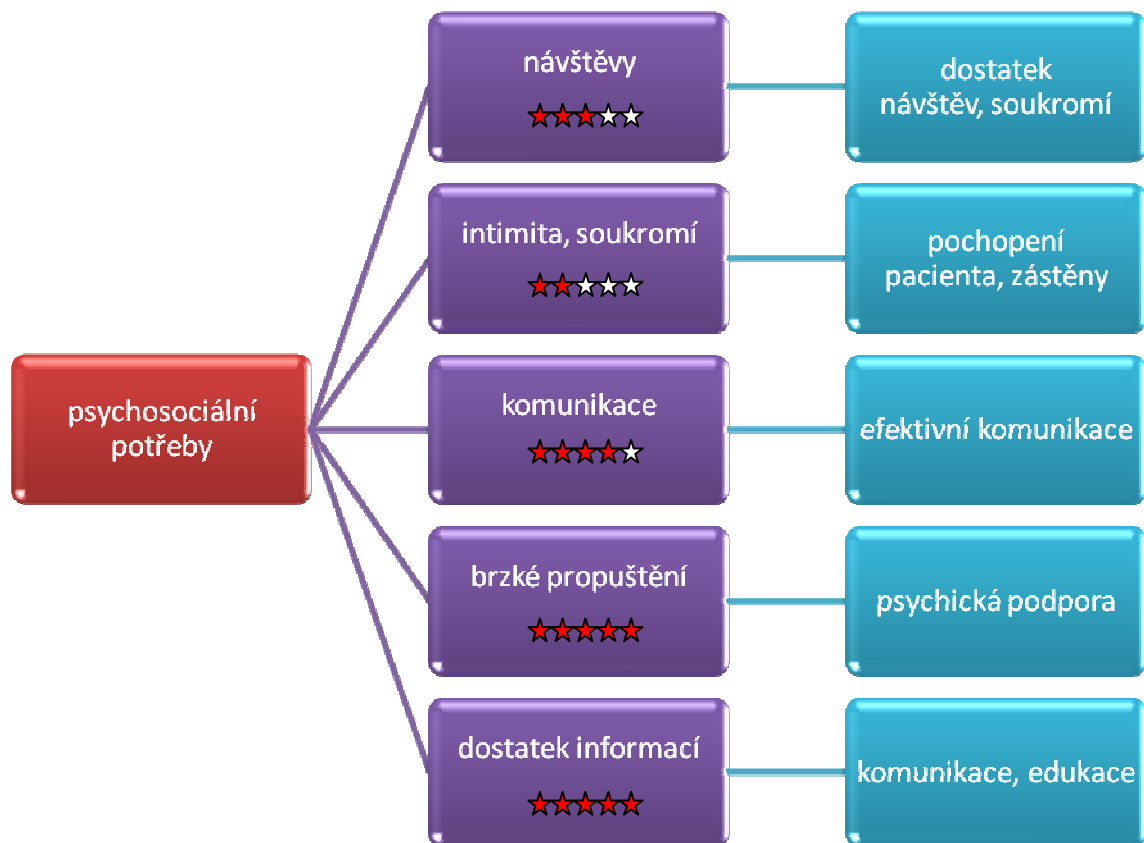


Schéma bylo vytvořeno na základě tabulky 3 a jsou v něm zobrazeny psychosociální potřeby pacientů na pokoji RES a navržené možné intervence sestry, aby došlo k uspokojení potřeb. Množství červených hvězdiček ukazuje na počet pacientů, kteří se k upokojené potřebě vyjádřili kladně.

Schéma 3 Intervence sestry na eliminaci obtěžujících momentů na RES

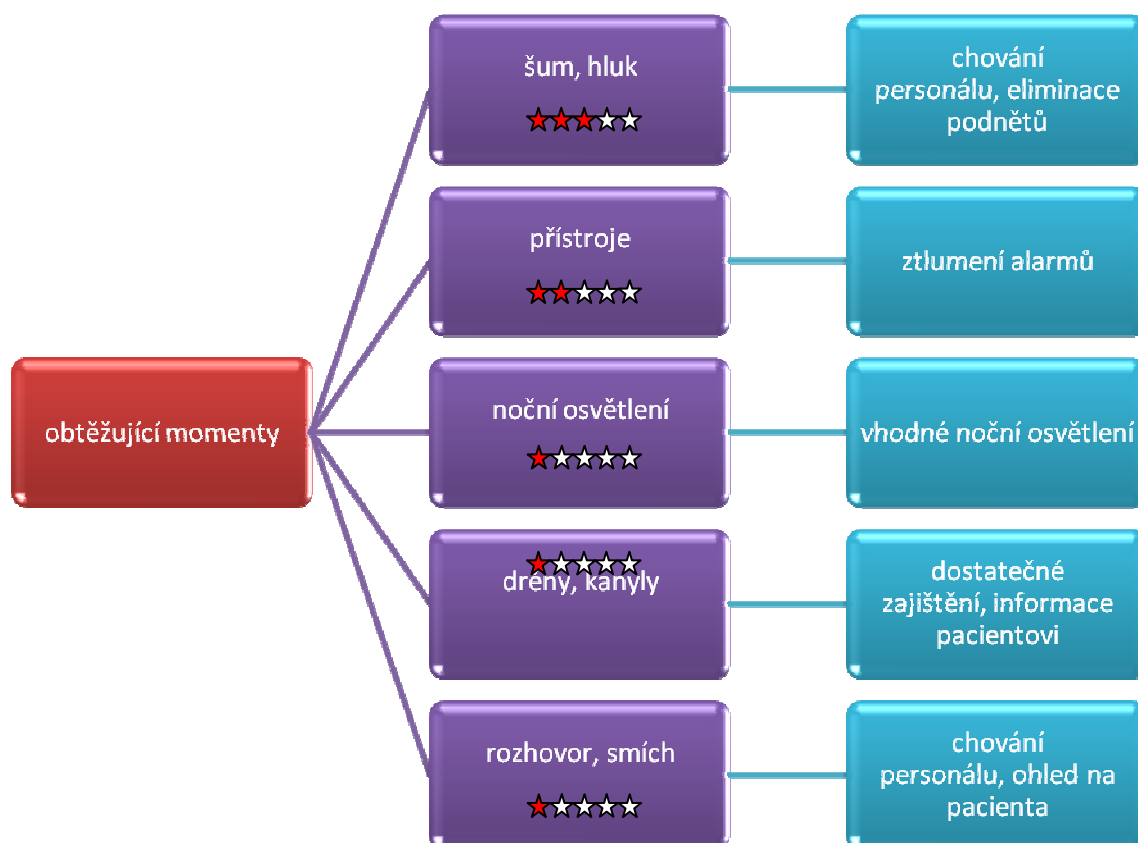
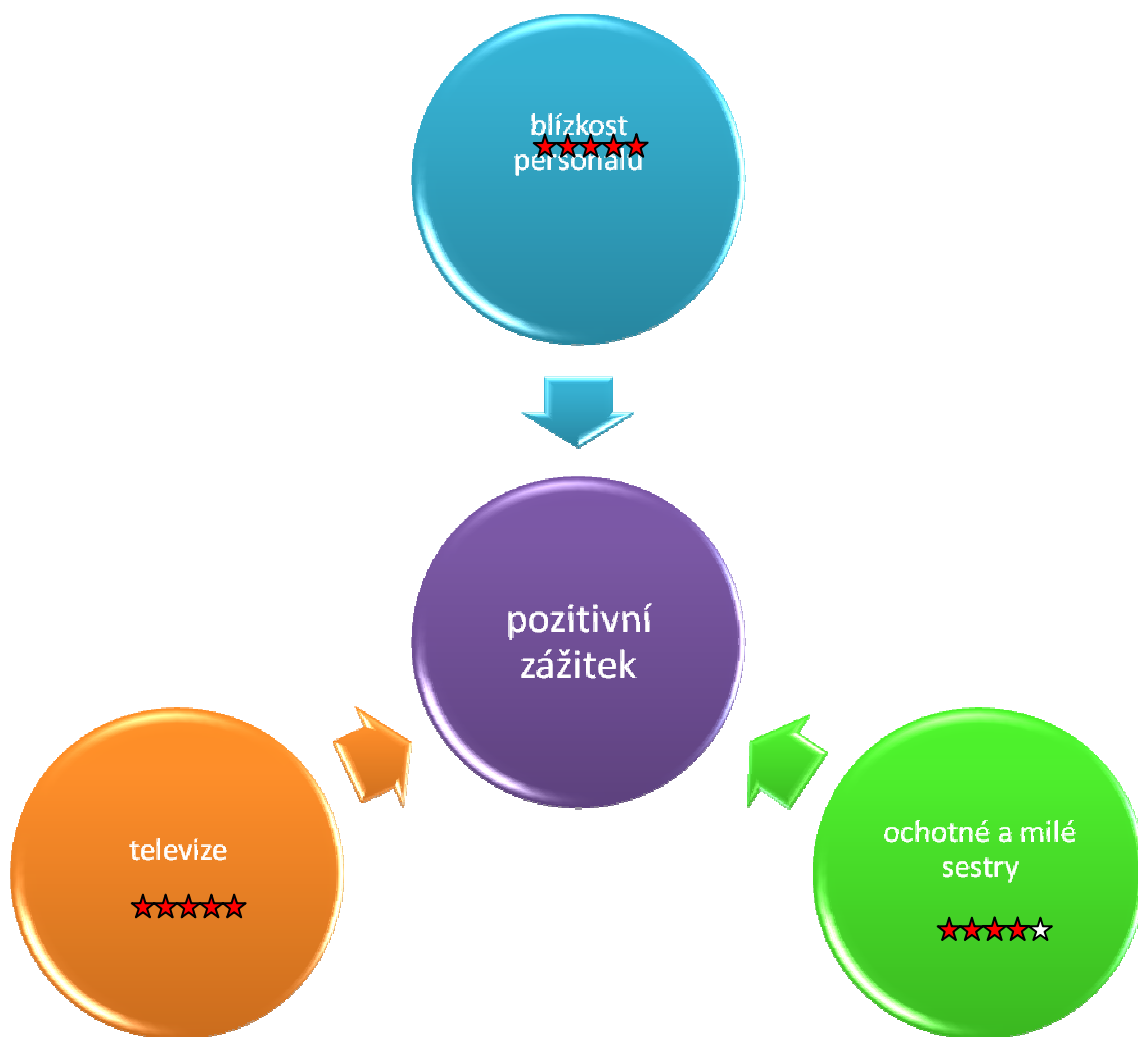


Schéma bylo vytvořeno na základě dat z tabulky 4 a jsou v něm zaneseny nejčastější obtěžující momenty, tak jak je uváděli respondenti v rozhovorech. V posledním sloupci jsou navrženy možné zásahy sestry k eliminaci obtěžujících momentů na RES. Počet červených hvězdiček vyjadřuje tolik pacientů, kteří tuto obtěžující událost v rozhovoru zmínili.

Schéma 4 Pozitivní zážitek na RES



Uvedené schéma vychází ze zjištěných informací uvedených v tabulce 5. Je zaměřeno na pozitivní zážitek u pacientů během hospitalizace na jednotce RES. Množství zobrazených červených hvězdiček ukazuje na počet pacientů, kteří se o kladném zážitku během rozhovoru zmínili.

Schéma 5 Negativní zážitek na RES



Zobrazené schéma vychází z informací z tabulky 5. Je zaměřené na negativní zážitek u nemocných na pokoji RES. Množství zobrazených červených hvězdiček představuje počet pacientů, kteří během rozhovoru negativní zážitek uvedli.

5. Diskuze

Tato diplomová práce se zabývá problematikou potřeb pacienta po operaci srdce na pokoji RES a ošetrovatelským přístupem sestry. Spokojenost pacientů je nejlepším ukazatelem kvality poskytované ošetrovatelské péče. U pacientů s neuspokojenými potřebami mohou nastat změny jejich chování a jednání. Sestry by měly znát potřeby nemocných a v případě, že některá z nich není uspokojena, měly by mít snahu o její zpětnou saturaci. Cílem práce bylo zjistit, co pacient na pokoji RES vnímá, co od sestry potřebuje a co ho obtěžuje. Druhým cílem bylo zjistit, zda je možné zvýšit kvalitu poskytované péče orientované na pacienta.

Empirická část práce je tvořena kvantitativním a kvalitativním výzkumným šetřením. Pro kvantitativní část výzkumu byly stanoveny dvě hypotézy. Za účelem potvrzení těchto hypotéz byly sestřám na pokojích RES rozdány anonymní dotazníky. Kvalitativní část šetření byla zaměřena na zodpovězení třech výzkumných otázek. V rámci výzkumu byly provedeny polostrukturované rozhovory s pěti respondenty – pacienty, kteří podstoupili operaci srdce.

Dotazník určený sestřám byl rozeslán za pomoci vrchních sester kardiochirurgických oddělení či klinik. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na pokoji RES. Otázky v dotazníku byly uspořádány tak, aby směřovaly k naplnění vymezených cílů a potvrzení stanovených hypotéz kvantitativní část šetření, které jsou uvedené v kapitole 2.

Prvních pět otázek v dotazníku bylo identifikačních a bylo využito k rozdělení respondentů podle oddělení, na kterém vykonávají svojí profesi, pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a dle délky praxe na uvedeném oddělení. Z prvního grafu je jasné, že všichni (100 %) respondenti, kteří vyplňovali dotazník, pracovali na jednotce RES kardiochirurgického oddělení. Převažující část respondentů tvořily ženy, a to 96 % (viz graf 2). Z třetího grafu je patrné, že nejvíce sester pracujících na pokoji RES jsou ve věkové kategorii 21-30 let, odpovědělo tak 128 (63 %) sester. Z dotazovaných, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, dosáhlo nejvyššího stupně vzdělání v oboru ošetrovatelství (graf 4) pouze absolvováním střední zdravotnické

školy, a to 63 (31 %) sester, což plně koresponduje s výsledkem délky praxe. Překvapující z mého pohledu je to, že na jednotkách RES pracuje 47 (23 %) vysokoškolsky vzdělaných sester. Konkrétně pak 30 (15 %) sester v bakalářském studijním programu a 17 (8 %) sester v magisterském studijním programu. Možná proto dopadly výsledky dotazníků velmi dobře. Graf 5 byl zaměřen na délku praxe na daném oddělení. Nejvíce zastoupenou kategorií byla varianta méně než tři roky, takto odpovědělo 84 (41 %) respondentů. Výsledky z grafů 3 (věk), 4 (vzdělání), 5 (délka praxe) ukazují na to, že práce na resuscitační jednotce je velice technicky, časově, fyzicky a hlavně psychicky náročná. Je možné, že po nástupu na resuscitační pokoj si sestra uvědomí, že práce na tak akutním oddělení ji nebaví či zatěžuje. Možnost mezi 3-5 lety zvolilo 61 (30 %) respondentů. Zajímavé bylo, že variantu více jak 15 let označila jedna (1%) sestra. Šestá otázka (graf 6) zjišťovala, zda se na oddělení pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Překvapivé jsou výsledky, že pouze 161 (79 %) sester na oddělení pracuje metodou ošetrovatelského procesu. Možná je práce metodou ošetrovatelského procesu ovlivněna tím, kolik má sestra v péči pacientů. V ideálním případě jedna sestra pečuje o jednoho pacienta. Ve vyhlášce 55/2011 (§ 4) je přitom uvedeno, že sestra poskytuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Mastiliaková (29) ve své knize uvádí, že poskytovaná ošetrovatelská péče s použitím ošetrovatelského procesu představuje vysoce kvalifikovanou práci a samostatné rozhodování sestry, která tuto činnost navrhuje, uskutečňuje a zaznamenává do dokumentace.

Otázky č. 7 až č. 19 dotazníku se zaměřují na uspokojování biologických potřeb. Směřovaly k ověření hypotézy H1, že *Sestry uspokojují jako prioritní biologické potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES.*

Graf 7 se zabývá tím, zda si sestry myslí, že dokáží dostatečně identifikovat potřeby pacienta. Celkem 178 (88 %) sester odpovědělo, že ano. Podle mého názoru tento výsledek plně odpovídá výsledku v grafu 24, který se zabýval tím, zda mají sestry podle svého názoru čas na komunikaci s pacientem. V rozhovoru se mohou o pacientovi dovědět mnoho nových informací, které mohou být potřebné při dalším plánování

ošetřovatelské péče. Zde odpovědělo 129 respondentů, že čas na komunikaci s mezi nimi a pacientem mají.

Graf 8 byl zaměřen na zjištění způsobů, které sestry používají ke sledování dýchání. Možnosti sledování laboratorních výsledků (168x), monitoraci přístrojem (178x) a pohledem (177x) byli označeny téměř identickým počtem respondentů. Jedna sestra do dotazníku dopsala variantu sledování ETCO₂. Vzhledem k tomu, že je tento parametr nejčastěji sledován na ventilátoru u nemocného v ohrožení života, je jasné, že pacient má zajištěnou dechovou aktivitu. Je také možné, že v oslovených nemocnicích používají ke sledování ETCO₂ pouze kyslíkovou masku.

Šetina (41) uvádí, že pro efektivní odkašlávání a ventilaci plic je důležité, aby nemocný byl bez bolesti. Proto fyzioterapeut dochází dvakrát denně na pokoj RES a provádí s nemocným dechová cvičení. V grafu 9 jsme se dozvěděli, že 203 (100 %) dotazovaných se zajímá o to, jak pacient odkašlává. Sestra na základě ordinace lékaře podává pacientovi inhalace, které usnadňují odkašlávání, provádí dechovou rehabilitaci za pomoci „těžké masky“ a nafukovacího plastového míče. Informuje pacienta o tom, že dechovou rehabilitaci bude ještě provádět v domácím ošetřování.

Součástí dokumentace je nutriční screening. Je zapotřebí, aby sestra věnovala pozornost stravování nemocného z pohledu rekonvalescence a hojení rány. Graf 10 se věnuje tomu, zda si sestry myslí, že pacienti mají saturovanou potřebu výživy po operaci na pokoji RES. Kladně odpovědělo 158 (78 %) sester, odpověď ne (10 %) a nevím (12 %) označil téměř totožný počet dotazovaných. Je možné, že odpovědi sester označují spíše kvantitu a frekvenci stravy než její kvalitu. V kvalitativní části práce jsem se od pacienta dozvěděla, že ho obtěžuje každý den studená večeře, ale i hlavní jídlo, které je neesteticky upravené a většinou už není ani teplé. Jednomu pacientovi vadilo, že musí dodržovat diabetickou dietu, aniž by trpěl diabetem mellitem (viz tab 2). Je také vhodné, aby sestry dostatečně vysvětlily, proč po dobu celé hospitalizace musí pacient dodržovat diabetickou dietu a je mu během dne kontrolována hladina glykémie a k její korekci je někdy nutné pacientovi aplikovat inzulin (viz kapitola 1.8.2.4 Výživa).

Farkašová (5) uvádí, že by sestra měla dbát na to, aby strava pro pacienty byla esteticky upravená a teplá. Bohužel sestra nemá ve svých kompetencích to, aby ovlivnila kvalitu a vzhled stravy. Je ale důležitá spolupráce s nutričním terapeutem. Je také možné, požádat rodinu nemocného, aby pacientovi donesli jídlo, které má rád. Podstatné je, aby rodinu informovala o nutnosti dodržování diabetické diety. U nemocných po operaci srdce se na jednotce RES klade velký význam na sledování hydratace. Až do propuštění z resuscitační jednotky se provádí hodinová diuréza a to proto, aby se zabránilo možným komplikacím jako je převonění organismu, což by mohlo vést k poškození srdce, ale také k prevenci dehydratace. Tímto problémem se zabývá graf 11. Jako nástroje ke sledování hydratace u pacientů byla nejvíce označena možnost sledování příjmu a výdeje u pacienta, a to 178x. Další, ze sledovaných parametrů, byly uváděny možnosti dotaz na pacienta či výsledky z laboratoře. Otázka byla otevřená a sestry mohly dopsat vlastní názor. Byly dopsány varianty jako sledování centrálního žilního tlaku (CVP) a sledování kožního turgoru – obě po sedmi respondentech. Ve dvou případech byla doplněna odpověď sledování minutového srdečního výdeje a srdečního indexu (CO, CI). Tento parametr je možné sledovat u pacienta po zavedení Swan-Ganzova katétru, což na pokoji RES není výjimečná situace. Zarážející byla pro mě odpověď, že pouhých sedm sester zmínilo kožní turgor, což je základní a nejdostupnější možnost, jak zjistit hydrataci u pacienta. Často se stává, že nemocní nemají po operaci chuť k jídlu, ale pouze žízeň. Zde má sestra nezastupitelnou roli v edukaci nemocného o důležitosti dodržování omezení příjmu tekutin. V provedených rozhovorech uváděli tři pacienti, že mají dostatek tekutin, dva pacienti by požadovali větší množství tekutin, ale byly jim vysvětleny možné komplikace spojené s převodněním organismu (viz. tab 2).

Dvanáctý graf určoval, zda se sestry aktivně dotazují pacientů na vyprazdňování stolice. Trachtová (44) uvádí, že vyprazdňování patří do intimní oblasti a mají problém o těchto věcech s cizími lidmi hovořit. Sestry by měly aktivně sledovat a dotazovat se pacientů na vyprazdňování stolice. Poruchy vyprazdňování jsou velmi častou komplikací pooperačního období, proto je důležité, aby sestra o vyprazdňování pečovala z toho důvodu, aby nedocházelo k nevolnosti, pocitům tlaku a zvýšené

plynatosti. Z celkového počtu respondentů odpovědělo možností ano 182 (90 %) sester. 21 (10 %) respondentů uvedlo, že se pacientů neptá. Tento výsledek si vysvětlují tak, že na pokoji RES má v ideálním případě v péči jedna sestra jednoho pacienta. A také tím, že pokud u pacienta probíhá pooperační průběh nekomplikovaně, je přeložen již první pooperační den na intermediární jednotku kardiochirurgického oddělení. Z informací, které byly z rozhovorů získány, ukazovaly na to, že potřeba vyprazdňování byla u pacientů uspokojena, všichni pacienti měli zavedený permanentní močový katétr (viz tab 2). Dva nemocní měli obavu z toho, že budou nuceni se vyprázdnit na podložní mísu (viz tab 5). Líbilo se mi řešení jednoho z dotazovaných, který svůj strach sdělil sestře, ta s ním během odpoledne v rámci rehabilitace udělala pár prvních kroků a večerní hygienu už prováděl pacient na samostatném pokoji pod dohledem sestry. Zde si také došel v klidu na toaletu. Podle dotazovaného pacienta je to o komunikaci mezi ním a sestrou.

Graf 13 se zabývá otázkou, jak často probíhá na pokoji RES hygiena pacienta. Nejčastěji byla volena možnost 2x za 24 hodin, a to ve 143 případech. Tento výsledek nebyl nijak zvláštní z toho důvodu, že je důležité, aby pacient byl v čistém prostředí a byla minimalizována možnost vstupu infekce do organismu, která by mohla být pro oslabeného pacienta fatální. Při provádění hygieny jsou převazovány zavedené kanyly a drény. Pacient po operaci srdce je nucen ležet v poloze na zádech. Při provádění hygieny mu sestra promasíruje záda mentolovým mazáním, což vede k příjemnému pocitu a je podpořeno odkašlávání. Graf 14 ukazuje na to, kdo u nemocných provádí hygienu. Z celkového počtu respondentů označilo možnost sestra a pacient 111 dotazovaných. Tento výsledek zřejmě souvisí s tím, že na resuscitační jednotce se provádí vysoce specializovaná péče. Pokud sestra ve spolupráci s pacientem provádí hygienu, může během jejího vykonávání s nemocným komunikovat a dozvědět se tak o jeho problémech, obavách a starostech. Při provádění hygieny může jako první osoba narazit na problémy, které by mohly zapříčinit pacientovo delší setrvání na tomto oddělení. Mohou to například být dekubity, špatně se hojící rána na hrudníku či na dolních končetinách. Péče o čistou pokožku je základním předpokladem pro prevenci dekubit. Provedená hygiena by měla u pacientů vyvolat příjemný subjektivní pocit.

Graf 15 se věnuje tomu, zda si sestry myslí, že je na pokoji RES uspokojena potřeba hygieny u pacientů. 120 sester označilo možnost plně uspokojena. Hygiena na RES probíhá dvakrát denně buďto u na lůžku, v tomto případě ji přebírá sestra. Pokud je pacient již posazován do křesla, sestra mu připraví všechny potřebné věci k ruce a pacientovi s hygienou pouze pomáhá. U některých pacientů se svolením lékaře mohou být sestrou odvedeni na oddělený pokoj a provést hygienu tam. Jde o to, že je zde zajištěno soukromí pacienta a pokud provede hygienu sám, může mít pocit, že se jeho zdravotní stav zlepšuje a není již odkázaný na plnou pomoc sestry. Při rozhovoru s pacienty, bylo vytykáno to, že se hygiena provádí sice dvakrát denně, ale pouze omýváním žínkou, což k pocitu čistoty pacienta nevede (viz tab 2). Myslím si, že sestry v této otázce odpovídaly spíše na četnost provedené hygieny, ale ne na uspokojení potřeby z pohledu pacienta.

Bolest je vysoce subjektivní prožitek. Projevuje se změnou fyziologických funkcí, výrazem v obličeji, zaujímání úlevové polohy, verbalizací. Graf 16 se zabýval možnostmi tlumení bolestí. Možnost aplikace léků intravenózně byla zodpovězena 144x. Dále byla zvolena varianta, že si o léky požádá sám pacient. Zarážející bylo, že jen 71 sester uvedlo možnost, že využívají k tlumení bolesti předoperačně zavedený epidurální katétr. Jak uvádí Šetina (41), je vhodné využít epidurální katétr právě z toho důvodu, že umožní pacientovi začít co nejdříve provádět fyzioterapii a dechovou rehabilitaci. Dominik (3) a Kapounová (13) ve svých publikacích uvádějí, že je lepší po operaci tlumit u pacientů bolest kontinuálně a ne, až když jí nemocný pociťuje. Potřeba být bez bolesti byla u čtyř pacientů uspokojena bez problémů. V moderním ošetřovatelství patří tato potřeba mezi priority ošetřovatelského týmu. S pacientem, který netrpí bolestí je lepší komunikace, nemocnému se lépe provádí dechová rehabilitace, je ve větší psychické pohodě a dochází u něj k rychlejší rekonvalescenci.

Trachtová (44) ve své knize uvádí, že v období nemoci se zvyšuje nárok na odpočinek a spánek pacienta. Spánek je důležitý pro celkovou pohodu nemocného, pro jeho tělesnou kondici a udržení dobrého psychického rozpoložení. V grafu 17 jsou popsány rušivé elementy spánku pro pacienty na RES tak, jak si myslí sestry.

Nejvíce sestry uváděly jako obtěžující zvuky z přístrojů (179x), ostatní pacienty, osvětlení a hluk. Překvapující byla uvedená možnost, že ruší pacienty lékaři. Na rozdíl od sester uváděli pacienti jako rušivé podněty šum, hluk, osvětlení během noci, zavedené drény a kanyly (viz tab 4). Graf 18 popisuje, zda se sestry ráno po probuzení pacienta ptají na kvalitu spánku. Ze všech respondentů odpovědělo kladně 200 (99 %). Otázkou zůstává, zda po obdržení odpovědi od pacienta podniknou sestry kroky, aby eliminovaly rušivé podněty z prostředí. V porovnání s výsledky rozhovorů uvedlo všech pět pacientů, že neměli potřebu spánku po dobu pobytu na RES uspokojenou (viz tab 2). Kvalitní spánek je pro nemocné velmi důležitý, protože jen s odpočínutým pacientem se lépe spolupracuje a nemocný se rychleji uzdravuje, což je cílem ošetřujícího personálu. Na oddělení, jako je resuscitační jednotka, je pro sestry velmi náročné zajistit pacientům kvalitní a nerušený spánek. Může se stát, že se u některého z pacientů zhorší zdravotní stav a lékařský a ošetrovatelský tým musí zajistit základní fyziologické funkce, odebrat biologický materiál k okamžitému vyšetření, nasadit adekvátní léčbu. V těchto případech (podle slov jednoho z pacientů) „*všichni někam běhají, lítají a křičí a celou noc se svítí*“. Sestry také velmi těžko mohou ovlivnit chování nemocného, který následkem anestezie ztrácí orientaci osobou, časem, místem. Ale co mohou odstranit, jsou jejich hlasité rozhovory a smích v nočních hodinách. Graf 19 zjišťoval, jaké úkony provádějí sestry, aby vytvořily klidné prostředí pro spánek. Nejčastěji volenou možností bylo ztlumení osvětlení (182x), ukázněný personál (147x), vypnutí televize či rádia (112x) a eliminace rozhovorů (101x). Překvapující bylo, že možnost aktivizace pacienta přes den byla zvolena pouze jedním respondentem. Podle mého názoru tato otázka byla směřována k praktickým úkonům, které zajišťují sestry na oddělení. Aktivizace pacienta během dne by měla být samozřejmostí - pacient provádí s dopomocí hygienu, s dopomocí se stravuje, dívá se na televizi, čte si. Kardiochirurgické oddělení a především sestry na jednotce RES by měly pacientům umožnit dostatek odpočinku a spánku než za každou cenu pacienta přes den aktivizovat. Vzhledem k uspořádání a technické náročnosti jednotky RES je velmi těžké zajistit vhodné prostředí ke spánku, i když se sestry snaží ovlivnit tyto rušivé faktory.

Na základě všech těchto zjištění byla hypotéza H1: *Sestry uspokojují jako prioritní biologické potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES* potvrzena.

Zbylé otázky č. 20 až č. 28 vedly k potvrzení hypotézy H2, že *Sestry uspokojují psychosociální potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES*.

V grafu 20 je popsáno, jak sestry dodržují intimitu pacienta. 125 (62 %) dotazovaných sester odpovědělo, že intimitu dodržují, 55 (27 %) sester ji dodržuje někdy a možnost ne uvedlo 23 (11 %). Jsou jistě situace, obzvláště na tak akutním oddělení jako je RES, kdy se intimita pacienta nedá zajistit (například resuscitace), ale velmi mě zarazilo, že takové množství sester nedodržuje intimitu pacienta. Potřebu intimity lze zajistit používáním zástěn nebo odkrýváním nezbytně nutné části těla pacienta. Separace žen a mužů na pokoji RES je neproveditelné. Souvislost s předchozím grafem má následující graf 21, který popisuje, zda by sestry mohly, podle svého názoru, ještě něco pro zajištění většího soukromí. 156 (76 %) sester odpovědělo možnost ne. 45 (22 %) sester by na oddělení umístilo více zástěn (plent). Jeden respondent uvedl, že pro větší soukromí by pacienta uložil dále od centrály sester a jeden respondent by namontoval mezi lůžka vertikální žaluzie. Je to zajímavá odpověď, ale nejspíše je to neproveditelné především z hygienického hlediska. Protože stávající zástěny jsou omyvatelné a při poškození snadno vyměnitelné. Vzhledem k tomu, že kolem resuscitačního lůžka je mnoho přístrojů (monitor, ventilátor, IABK a další), křeslo a stoleček pro pacienta, stůl a židle pro sestru, zdá se mi názor poněkud nepraktický. V rozhovorech s pacienty bylo zjištěno, že potřeba intimity a soukromí nebyla podle pacientů uspokojena u tří nemocných z pěti. Vadilo jim, že sestry nezatahují zástěny a že lůžka jsou vedle sebe (viz tab 4). Podle mého názoru technicky nelze provést žádnou změnu, co se týče pozice lůžka, ale sestry by měly respektovat přání pacienta a plenty používat například při provádění výkonů, které narušují intimitu pacienta (cévkování, převaz operační rány na hrudníku) či při návštěvě nemocného (viz tab 2).

Graf 22 se zabýval tím, co sestry dělají pro komfort pacienta. Poměrně stejného množství se dočkaly odpovědi čisté lůžko a návštěva rodiny nemocného. Dále sestry mohou poskytnout televizi nebo rádio, knihy, časopisy a vyvětraný pokoj.

Ostatní odpovědi byly označeny jedním až čtyřmi respondenty, jež se lišily podle konkrétní nemocnice. Zaujala mě odpověď jednoho z respondentů, který dopsal, že pro komfort pacienta tlumí jeho bolest. Tuto odpověď jsem čekala od více dotazovaných. Výsledek si vysvětluji tím, že tlumení bolestí patří mezi základní priority ošetrovatelského týmu a potřeba být bez bolesti je brána jako samozřejmost. S tlumením pooperační bolestí byly podle rozhovorů čtyři nemocní (viz tab 2). Podobně na tom byla odpověď od jediného dotazovaného, že jako komfort pro pacienta je pomoc při hygieně. Dle mého názoru to je běžný úkon ze strany sestry a ne poskytovaná péče navíc. Další odpověď, která upoutala mojí pozornost, byla varianta polohování pacienta. Polohování pacienta po operaci srdce si nedokážu představit. Že by bylo možné pacienta po operaci srdce v lůžku polohovat jinak než na zádech s mírnou elevací hlavy. Je možné, že nedošlo k úplnému pochopení otázky a sestry odpovídaly na to, jak polohují pacienta v analgosedaci.

V grafu 23 je znázorněna komunikace mezi sestrou a pacientem v analgosedaci. 133 dotazovaných uvedlo, že komunikaci doplňují dotekem, 108x byla zvolena možnost, že komunikují s pacientem stejně, jako by byl při vědomí. Myslím si, že to tento výsledek je uspokojující. Pokud sestry dostatečně s pacienty komunikují, má pacient pocit, že se sestra zajímá o jeho osobu a lépe spolupracuje při plánování ošetrovatelské péče o jeho osobu. Graf 24 se zabýval otázkou, zda mají sestry, podle svého názoru dostatek času na komunikaci s pacientem. 129x byla uvedena možnost, že má sestra na komunikaci čas. Tři respondenti uvedli možnost nevím, zbytek dotazovaných uvádí, že čas nemá. Jako překážky uvádí vytíženost personálu, mnoho práce, kritický stav pacienta nebo málo personálu. V konfrontaci s výsledkem rozhovoru s pacienty, byli nemocní s komunikací celkem spokojeni (viz tab 3). Vysvětlují si to tím, že pacienti chápou náročnost takového oddělení a že sestram pokaždé nezbyvá čas na komunikaci s nemocnými. Graf 25 ukazuje na používání specifických komunikačních technik. 91x se objevila možnost používání tabulek a písmeny, 63x je používána tužka a papír, dále pak obrázky, odezírání ze rtů. Zarážející bylo pro mě zjištění, že 43 sester specifické komunikační techniky nepoužívá a 37 neví, co jsou to specifické komunikační techniky. Myslím si, že tito respondenti při

komunikaci s pacientem, který má problém s dorozuměním tyto techniky běžně využívají, jen nevědí, že se takto nazývají.

Graf 26 se zabývá tím, jestli sestry podporují sebepěči a sebeobsluhu pacienta. Kladně odpovědělo 100 % respondentů. Pacient po operaci srdce je hůře mobilní a proto potřebuje z počátku pomoc od sestry. Příjemně překvapující je to, že sestry raději budou provádět úkon za pomoci pacienta déle, než aby ho provedly rychleji samy.

Kontakt nemocného s jeho rodinou je velice důležitý pro jeho psychickou pohodu. Pokud sestra bude komunikovat i s rodinou, může se dozvědět užitečné informace o pacientovi. O důležitosti návštěv se Richards (35) zmiňuje ve své publikaci. S nedostatkem návštěv se potýkali dva nemocní (viz tab 3). Jeden z pacientů měl syny v jiném městě a druhý nemocný by si přál delší návštěvní hodiny, což bylo po domluvě s lékařem jeho manželce umožněno bez problémů. Graf 27 se zabývá problematikou návštěv. Z celkového počtu respondentů 165 (81 %) uvedlo, že na jejich oddělení jsou návštěvy dostupné 24 hodin denně.

V grafu 28 je znázorněno, zda sestry umožňují věřícímu člověku během pobytu vyznávat svoji víru. 118 (58 %) respondentů vyznávat víru umožňuje, 84 (41 %) sester se zatím s takovou to žádostí nesetkalo. Jeden pacient v rozhovoru uvedl, že mu během hospitalizace chyběly návštěvy v kostele (viz tab 5).

Na základě těchto získaných informací se potvrdila hypotéza H2: *Sestry uspokojují psychosociální potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES.*

V kvalitativní části práce jsme se zaměřila na pacienty po operaci srdce, na jejich prioritní potřeby, očekávání a obtěžující momenty během hospitalizace na pokoji RES. Byly stanoveny tři výzkumné otázky. První se ptala, *jaký druh potřeb je prioritní pro kardiologického pacienta na pokoji RES?* Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, *co očekává kardiologický pacient na pokoji RES od sestry?* A třetí otázka se tázala na to, *co považuje kardiologický pacient na pokoji RES za obtěžující?* Po analýze rozhovorů byly vytvořeny přehledné tabulky. Aktuální fyziologické potřeby jsou zaneseny v tabulce 2, aktuální psychosociální potřeby jsou zobrazeny v tabulce 3. Tabulka 4 ukazuje na obtěžující momenty pacientů.

V tabulce 5 jsou pozitivní a negativní zážitky nemocných. Na čtyři vytvořené tabulky bylo navrženo pět schémat, ve kterých byly uvedeny možné intervence sestry na uspokojení potřeb. Intervence sestry na biologické potřeby (viz schéma 1), intervence sestry na psychosociální potřeby (viz schéma 2), intervence sestry na eliminaci obtěžujících momentů (viz schéma 3). Pozitivní a negativní zážitky jsou zaneseny do schémat 4 a 5.

Pocit chladu měli dva pacienti, ale pokud pacienti obrátili na sestry, byla jim přinesena přikrývka. S komunikací se sestrami byli pacienti většinou spokojeni. Jeden pacient zmínil, že má potřebu být brzo propuštěn do domácího ošetřování a jeden nemocný má potřebu mít dostatek informací o léčbě.

Mezi obtěžující momenty, které prožili pacienti na RES, patřily již výše zmíněný hluk, šum, přístroje, noční osvětlení, rozhovor a smích sester a ostatní pacienti. Mezi další obtěžující momenty patřily drény a kanyly. Pacient, který tento fakt uvedl, měl strach, že si poškodí zavedené kanyly a vytrhne si je. Zde by měla sestra pacientovi poskytnout informace o nutnosti zavedených kanyl a po dohodě s lékařem nepotřebné zavedené kanyly odstranit. I z důvodu ochrany pacienta před možnou infekcí a poraněním. Dva pacienti si stěžovali na to, že mají za zády okna a nevidí tak ven. Z technického a prostorového uspořádání je neproveditelné, aby pokoj RES byl „přestavěn“. Bylo by dobré myslet například na umístění oken při projektování a celkového uspořádání jednotky. Jednoho nemocného obtěžovaly nástěnné hodiny, na které po celý den sledoval. I tento problém není v kompetenci sester, aby byl vyřešen.

Mezi pozitivní momenty patřil televizor, ochotné a milé sestry a pocit pacienta blízkosti lékařského a ošetřovatelského týmu. Na pokoji RES pacientům nejčastěji chyběly osobní věci a jednomu z dotazovaných chyběly nedělní návštěvy v kostele. Obavu měli pacienti nejvíce z výsledku operace, zda se budou moci vrátit do plnohodnotného života.

Díky výsledkům kvalitativního šetření můžeme odpovědět na první výzkumnou otázku: *Jaký druh potřeb je prioritní pro kardiochirurgického pacienta na pokoji RES?* Analýzou rozhovorů bylo zjištěno, že pacient nechce pouze pasivně přijímat

jak lékařskou tak ošetrovatelskou péči. Nemá pouze potřebu mít uspokojené základní biologické potřeby, které jsou pro celý tým na RES prioritní, ale má potřebu, aby o něj bylo postaráno i po psychosociální stránce. Druhá výzkumná otázka byla: *Co očekává kardiochirurgický pacient na pokoji RES od sestry?* Po operaci srdce se pacient ocitá v prostředí, které nezná a je pro něj plně stresujících faktorů. Pacient potřebuje cítit, že je o jeho osobu zájem, potřebuje cítit oporu a pochopení ze strany ošetrovatelského personálu, ale požaduje i dostatek informací. Zde tu pro něj má být sestra, která dovede být empatická a bude pro nemocného oporou a bude jakýmsi prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Třetí výzkumná otázka se ptala: *Co považuje kardiochirurgický pacient na pokoji RES za obtěžující?* Vzhledem k povaze resuscitační jednotky má sestra jen minimum intervencí, které může provést k odstranění či zmírnění obtěžujících momentů. V moci sester je zamyšlení se nad jejich chováním v noci, kdy pacienty ruší svými rozhovory a smíchem.

Druhým cílem bylo zjistit, zda je možné zvýšit kvalitu poskytované péče orientované na pacienta. Na každém oddělení stále co zlepšovat, co se týká kvality ošetrovatelské péče, která se orientuje na pacienta. Ošetrovatelská péče by měla být založena na holistickém přístupu sestry k pacientovi, který je chápán jako biopsychosociální jednotka. Péče by měla vycházet z individuálních potřeb a problémů nemocného. Na základě toho by mu měl být sestaven individualizovaný plán ošetrovatelské péče. Na pokoji RES by se sestry měly zaměřit především na uspokojení potřeby spánku a odpočinku a dodržování soukromí pacientů.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, co pacient na pokoji RES vnímá, co od sestry potřebuje a co ho obtěžuje. Druhým cílem bylo zjistit, zda je možné zvýšit kvalitu poskytované péče orientované na pacienta. Uspokojování potřeb patří mezi hlavní činnosti sestry. Sestra by měla z ošetrovatelského hlediska vědět tolik, aby je dovedla poznat, pochopit a vědět, jak je co nejkvalitněji a nejrychleji uspokojit. Oba cíle práce byly splněny.

Z analýzy dotazníků, které byly určeny pro sestry, vyplynulo, že sestry umí poznat a ve většině případů aktuální potřeby biologické a psychosociální potřeby uspokojit. A pokud k saturaci potřeby nedojde, je to způsobeno charakterem zkoumaného oddělení RES, které nedovoluje vyhovět všem pacientům v plné míře z technických či prostorových omezení. Šetření probíhalo na šesti kardiochirurgických odděleních v České republice. Z analýzy rozhovorů s pacienty vyplynulo, že až na malé výjimky jsou pacienti po operaci srdce s přístupem ošetrovatelského personálu spokojeni. Sestry uspokojují pacientovy biologické a psychosociální potřeby, která jsou modifikována nemocí. První hypotéza, že sestry uspokojují jako prioritní biologické potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES a druhá hypotéza, že Sestry uspokojují psychosociální potřeby u pacientů po operaci srdce na pokoji RES, byly potvrzeny. Byly zodpovězeny všechny tři výzkumné otázky.

Poskytovaná ošetrovatelská péče by měla být založena na holistickém přístupu sestry k pacientovi, kterého ošetrovatelský tým chápe jako individualitu. Péče by měla vycházet z osobních potřeb a problémů konkrétního nemocného. Na základě toho by mu měl být sestaven individualizovaný plán ošetrovatelské péče. Spokojený pacient se rovná kvalitní ošetrovatelské péče a kvalitní ošetrovatelská péče je v současné době cílem moderního ošetrovatelství.

Práce by mohla být využita při vzdělávání studentů ošetrovatelství a sester v rámci celoživotního vzdělávání. Práce bude poskytnuta managementu nemocnic, ve kterých šetření probíhalo. Může se tak stát podkladem pro zvyšování kvality poskytované ošetrovatelské péče.

7. Seznam použité literatury

1. BERAN, J., et al. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vyd. . Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
2. ČERNÝ, V., et al. *Invazivní hemodynamické monitorování v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 135 s. ISBN 80-7169-9942.
3. DOMINIK, J. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 216 s. ISBN 80-7169-669-2.
4. DOSTÁL, P., et al. *Základy umělé plicní ventilace*. 2. vyd. Praha: Maxdorf s.r.o, 2004. 292 s. ISBN 80-7345-059-3.
5. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.
6. FN PLZEŇ. *Kardiochirurgie – indikace operací*. [cit. 2011-01-02]. Dostupné z <<http://www.kardiochirurgieplzen.cz/?page=cz-indikace-operaci>>.
7. FN PLZEŇ. *Kardiochirurgie – onemocnění srdce* [cit. 2011-01-02]. Dostupné z <<http://www.kardiochirurgieplzen.cz/?page=cz-onemocneni-srdce>>.
8. HANDL, Z. *Externí transtorakální defibrilace a kardiostimulace – teorie a praxe*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 51 s. ISBN 978-80-7013-453-5.
9. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči - vybrané kapitoly*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 149 s. ISBN 80-7013-459-3.
10. IKEM. *Kardiochirurgie online*. [cit. 2010-08-09]. Dostupné z <<http://kardiochirurgie.ikem.cz/cs/pro-pacienty/co-vas-ceka/po-operaci/244-poperacni-kardiochirurgie-srdce.html>>.
11. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotní péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
12. JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008. 549 s. ISBN 80-247-2548-2.
15. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vnitřní materiály kardiologického lůžkového oddělení nemocnice České Budějovice a.s.*
16. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručky pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4.
17. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
18. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
20. LINDNER, J. *Historie kardiologie*. [online], [cit 2010-12-11]. Dostupné z <<http://www.kardiologie.cz/historie>>.
21. LINDNER, J. *Historie nemocného srdce*. [online], [cit 2010-12-11]. Dostupné z <<http://www.kardiologie.cz/novinky/historie-nemocneho-srdce-207>>.
22. LINDNER, J. *Současnost kardiologie*. [online], [cit 2010-12-11]. Dostupné z <<http://www.kardiologie.cz/soucasnost>>.
23. LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
24. LONSKÝ, V. *Mimotělní oběh v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 215 s. ISBN 80-2470-653-9.
25. MANDOVEC, A. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 128 s. ISBN 978-80-247-2807-0.
26. MASÁR, O., et al. *Základy urgentní medicíny*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. 146 s. ISBN 978-80-223-2649-0.

27. MÁLEK J., ŠEVČÍK P. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. 143 s. ISBN 80-204-1981-0.
28. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství II. díl systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 160 s. ISBN 80-246-0428-0.
30. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
31. NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Chirurgická a intervenční léčba cévního onemocnění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 436 s. ISBN 80-247-0607-5.
32. NĚMEC, P. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 103 s. ISBN 80-244-130-35.
33. NOVÁKOVÁ, J. Pooperační péče na kardiochirurgické JIP. in *Sestra*. 2011, roč. 21. č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
34. PACHL, J., ROUBÍK, K. *Základy anesteziologie a resuscitační péče dospělých i dětí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 374 s. ISBN 80-246-0479-5.
35. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 376 s. ISBN 80-2470-0932-5.
36. SKALICKÁ, H., A KOL. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
37. SOVOVÁ, E. A KOL. *EKG pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1542-2.
38. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9.
39. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
40. ŠAMÁNKOVÁ, M. A KOL. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
41. ŠETINA, M. A KOL. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JČU v Českých Budějovicích, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.

42. ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vydání. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-7262-203-X.
43. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 80-7262-599-3.
44. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
45. VANĚK, I., TÁBORSKÝ, J. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.
46. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
47. VYSOKÝ, R., CHALOUPKOVÁ, Š. Seznámení s kardiovaskulární rehabilitací. in *Sestra*. 2007, roč. 10, č. 12, s. 49. ISSN 1210-0404
48. WORKMAN, B. A., BENNETT, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 260 s. ISBN 80-247-1714-X.
49. ZADÁK, Z. *Výživa v intenzivní péči*. 2. vyd. Praha: Grada, 2008. 544 s. ISBN 978-80-2472844-5.
50. ZACHAROVÁ, E. Agresivní pacient v klinické praxi zdravotníků. in *Interní medicína pro praxi*. 2009, roč. 11, č. 10, s. 47. ISSN 1803-5256.
51. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie - Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
52. Zdravotnické noviny [online], [cit 2011-02-01]. Dostupné z < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/casna-rehabilitace-po-kardiovaskularnich-operacich-155464>>.
53. ZEMAN, M., et al. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2004. 575 s. ISBN 80-7262-260-9.
54. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 1. část*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 149 s. ISBN 80-7013-374-0.

55. ZEMANOVÁ, J. *Základy anesteziologie 2. část*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5.
56. ZOUBKOVÁ, R., DOSTÁLOVÁ, J., VILÍMKOVÁ, A. *Praktická cvičení z neodkladné péče u akutních stavů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 142 s. ISBN 80-7368-462-4.

8. Klíčová slova

Kardiochirurgie

Operace srdce

Ošetrovatelská péče

Pacient

Potřeby

RES

Sestra

9. Seznam použitých zkratek

AC	režim plné ventilační podpory
ACT	activated clotting time – aktivovaný čas srážení
ADL	activities of daily living – základní denní činnosti
CI	srdeční index (objem za min na m ² povrchu)
CO	cardiac output – minutový srdeční výdej
CPAP	ventilační režim s trvalým přetlakem v dýchacích cestách
CVP	central versus pressure - centrální žilní tlak
EKG	elektrokardiograf
ETCO₂	koncentrace CO ₂ ve vydechovaném vzduchu na konci výdechu
ETK	endotracheální kanyla
GCS	Glasgow Coma Scale - Glasgowská stupnice kómat
GIT	gastrointestinální trakt
IABK	intraaortální balónková kontrapulsace
ICHS	ischemická choroba srdeční
LIMA	levá arteria mammaria (thoracica) interna
NGS	nasogastrická sonda
PMK	permanentní močový katétr
PTCA	perkutánní transluminární koronární angioplastika
RES	jednotka pooperační a resuscitační péče
SIMV	synchronizovaný zástupový ventilační režim
SKG	selektivní koronarografie
TSK	tracheostomická kanyla
UPV	umělá plicní ventilace
VAS	vizuálně-analogová škála

10. Přílohy

10.1 Seznam příloh

1. Dotazník pro sestry
2. Rozhovor pro pacienty
3. Informace pro dotazované pacienty
4. Žádost o provedení výzkumu – Nemocnice České Budějovice, a.s.
5. Žádost o provedení výzkumu - FN Hradec Králové
6. Žádost o provedení výzkumu – FN Královské Vinohrady
7. Žádost o provedení výzkumu – Všeobecná fakultní nemocnice

Příloha 1

Dotazník pro sestry

Vážená sestro,

jmenuji se Zuzana Kafková a v současné době v rámci studia navazujícího magisterského programu ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích provádím výzkum k diplomové práci na téma: **Kardiochirurgický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry**. Ráda bych Vás požádala o vyplnění anonymního dotazníku. Vaše odpovědi mi budou zdrojem informací k mojí práci.

Předem děkuji za spolupráci

1. Na jaké ošetřující jednotce oddělení kardiochirurgie pracujete?

- a) RES b) JIP c) IMP

2. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena b) muž

3. Váš věk je v rozmezí:

- a) 21-30 let b) 31-40 let c) 41-50 let d) 50 a více

4. Jaký je Váš nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání ve zdravotnictví?

- a) středoškolské
b) pomaturitní specializační studium
c) vyšší odborné
d) vysokoškolské - bakalářské
e) vysokoškolské - magisterské

5. Jak dlouho pracujete na tomto oddělení?

- a) méně než 3 roky
b) 3-5 let
c) 6-10 let
d) 11-15 let
e) déle než 15 let

6. Pracujete na Vašem oddělení metodou ošetřovatelského procesu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, co je to ošetřovatelský proces

7. Myslíte si, že umíte dostatečně identifikovat potřeby pacienta na Vašem oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Jakým způsobem sledujete pacientovo dýchání?

(můžete označit více odpovědí)

- a) pohledem
- b) dotazem
- b) monitorací za pomoci přístroje
- c) pomocí laboratorních výsledků
- d) jiné, uveďte.....

9. Zajímá Vás, jak pacient odkašlává?

- a) ano
- b) ne

10. Myslíte si, že je saturována potřeba výživy z pohledu pacienta?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Jakým způsobem sledujete příjem a výdej tekutin u pacienta?

(můžete označit více odpovědí)

- a) sledování příjmu a výdeje
- b) dotazem na pacienta
- c) sledováním výsledků z laboratoře
- d) jiné, uveďte.....

12. Ptáte se aktivně pacienta na vyprazdňování stolice?

- a) ano
- b) ne

13. Jak často probíhá hygiena pacienta na Vašem oddělení?

- a) 1x za 24 hodin
- b) 2x za 24 hodin
- c) jiné, uveďte

14. Kdo u Vás na oddělení provádí hygienu pacienta?

- a) vždy jen sestra
- b) vždy jen ošetřovatelka
- c) setra ve spolupráci s pacientem (podle stavu)
- d) jiné, uveďte.....

15. Myslíte si, že potřeba hygieny je u pacientů na oddělení uspokojena?

- a) plně uspokojena
- b) částečně uspokojena
- c) spíše uspokojena
- d) není uspokojena

16. Jak postupujete při tlumení bolesti na Vašem oddělení?

(možno označit více odpovědí)

- a) pacient má zavedený epidurální katétr a jsou mu aplikovány léky proti bolesti
- b) pacient dostává léky proti bolesti perorálně
- c) pacient dostává léky proti bolesti intramuskulárně
- d) pacient dostává léky proti bolesti intravenózně
- e) pacient dostane léky proti bolesti, když bolest pociťuje a sám si je vyžádá
- d) jiné, uveďte.....

17. Co podle Vás na oddělení nejvíce narušuje spánek u pacientů?

(můžete označit více odpovědí)

- a) osvětlení
- b) přístrojová technika
- c) ošetřující personál
- d) ostatní pacienti
- e) rozhovor sester
- f) vulgární vyjadřování
- g) hluk
- h) smích
- i) rádio, TV
- j) jiné, uveďte.....

18. Ptáte se ráno pacienta na kvalitu jeho spánku?

- a) ano
- b) ne

19. Jaké úkony provádíte na Vašem oddělení k zajištění nočního klidu?

(můžete označit více odpovědí)

- a) ztlumené osvětlení
- b) ukázněný personál
- c) eliminace rozhovorů
- d) vypnutí rádia, TV
- c) diagnostické a terapeutické výkony jsou prováděny během dne
- d) jiné, uveďte.....

20. Myslíte si, že dostatečně zajišťujete intimitu?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

21. Myslíte si, že byste mohla udělat ještě něco pro zajištění soukromí pacienta?

- a) ano, co.....
- b) ne

22. Jaké úkony děláte pro komfort pacienta?

(můžete označit více odpovědí)

- a) čisté lůžko
- b) vyvětraný pokoj
- c) zapůjčení knih či časopisů
- d) televize
- e) návštěva rodiny
- f) jiné.....

23. Pokud je pacient v analgosedaci:

(můžete označit více odpovědí)

- a) komunikujete s ním, jako by byl při vědomí
- b) používáte komunikaci a dotek
- b) využíváte jen dotek
- b) nekomunikujete s ním
- c) popisujete mu pouze výkony
- d) jiné, uveďte.....

24. Myslíte si, že máte dostatek času s pacientem komunikovat?

- a) ano
- b) ne, co je překážkou.....
- c) nevím

25. Používáte specifické komunikační techniky? Pokud ANO, jaké:

- a) ano,
- b) ne
- c) nevím, co jsou specifické komunikační techniky

26. Podporujete sebepéči a sebeobsluhu u pacienta

- a) ano
- b) ne

27. Možnost kontaktu pacienta s rodinou má pacient?

- a) nepřetržitě 24 hodin denně
- b) časově omezené a jak.....
- c) určuje lékař

28. Umožňujete pacientovi vyznávat víru na oddělení?

- a) ano
- b) ne
- c) zatím jsem se s takovou žádostí neseťkal/a

Zdroj: vlastní

Příloha 2

Rozhovor pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Zuzana Kafková a jsem studentkou 2. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

S Vaším souhlasem s Vámi povedu rozhovor na téma, co jste po operaci srdce na pokoji RES očekával od Vaší ošetřující sestry, jaký druh potřeb byl pro Vás po operaci prioritní a zda byly adekvátně uspokojeny a co Vás na resuscitačním pokoji nejvíce obtěžovalo.

Prosím Vás o co nejpresnější a pravdivé odpovědi. Ujišťuji Vás, že všechny uvedené informace jsou anonymní a budou sloužit pouze pro vypracování mé diplomové práce.

Děkuji za Váš čas, ochotu a poskytnuté informace.

Anamnestické údaje

- pohlaví
- věk
- nejvyšší dosažené vzdělání
- rodinný stav
- víra, životní hodnoty
- co Vás vedlo do nemocnice, jaké potíže
- délka pobytu na oddělení RES
- jak jste se cítil před operací
- co se změnilo po operaci
- jak daleko má Váš stav k ideálnímu stavu – efekt operace
- splnila operace Vaše očekávání

1. Jaký druh potřeb byl pro Vás prioritní na pokoji RES?

- jaký je momentálně Váš žebříček hodnot?
- co jste po operaci nejvíce potřeboval?
 - o Sděлил jste to sestře? Co pro Vás udělala? Udělala maximum?
- co Vám na pokoji RES během hospitalizace nejvíce chybělo?
- na co jste myslel po probuzení po operaci?
- měl jste během pobytu na oddělení bolesti?
 - o byly odstraněny a jak?
- měl jste během hospitalizace nějaké obavy?
 - o z čeho nejvíce?
- byla Vám na oddělení zima?
- měl jste hlad či žízeň?
- komunikovala s Vámi sestra?
- vysvětlila Vám dostatečně, co se s Vámi bude dít, co u Vás bude provádět?
- co bylo na oddělení pro Vás pozitivní?
- co bylo na oddělení pro vás negativní?
- co jste vnímal během pobytu na RES?
- co bylo pro Vás z potřeb nejdůležitější během pobytu?
- jak jste se celkově na oddělení cítil?

2. Co jste očekával od sestry na pokoji RES?

- komunikovala s Vámi sestra dostatečně?
- měl jste na sestru nějaké otázky a byly Vám zodpovězeny?
- byly u Vás kvalitně zajištěny potřeby:
 - o spánku
 - o výživy a tekutin
 - o vyprazdňování
 - o hygieny
 - o mírnění bolestí
- byl Vám umožněn dostatečný kontakt s rodinou?

3. Co jste považoval na pokoji RES za obtěžující?

- co Vám vadilo?
 - o věděla o tom sestra? Pomohla Vám?
- co Vám pomohlo?
- co Vám bylo příjemné?
- vadil Vám hluk a osvětlení v noci?
- do jaké míry si pamatujete pobyt na RES? vůbec nic X všechno si pamatuji

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Informace pro dotazované pacienty

Informace pro dotazované pacienty

Rozhovor, který podstoupíte, slouží pro účely kvalitativního výzkumu v rámci mé diplomové práce.

Rozhovor je polostrukturovaný, to znamená, že Vám bude položena otevřená otázka, na kterou prosím, odpovězte podle Vašeho mínění, jakýmkoli způsobem. Máte možnost vyjádřit svůj osobní názor. Pokud bude třeba, budou Vám položeny doplňující otázky.

Rozhovor bude zaznamenáván na audio kazetě proto, aby následně byl proveden jeho písemný záznam, s kterým budu dále pracovat. Všechny záznamy slouží pouze pro zpracování dat. Nebudou poskytnuty nikomu jinému a zůstávají anonymní. Proto jste uváděny pod číslem, nikoliv pod jménem. Pokud nebudete rozumět otázce, můžete požádat o zopakování a vyjasnění.

Zdroj: vlastní

Příloha 4

Žádost o provedení výzkumu – Nemocnice České Budějovice, a.s.

Nemocnice České Budějovice, a.s
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Jiřina Otásková, MBA
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

Nemocnice České Budějovice, a.s
Vrchní sestra kardiologického oddělení
Bc. Anna Kultová
B. Němcové 585/54
370 01 České Budějovice

Bc. Zuzana Kafková
Dukelská 333
386 01 Strakonice
tel. +420 723 071 566
zkafkova@seznam.cz

Ve Strakonících 4. března 2011

Žádost o provedení výzkumu

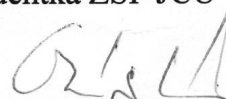
Vážená hlavní sestro,

v současné době v rámci studia 2. ročníku navazujícího magisterského programu Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích zpracovávám diplomovou práci na téma „*Kardiologický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry*“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení provedení výzkumu. Průzkum by byl proveden anonymním dotazníkovým šetřením se sestrami pracujícími na kardiologickém oddělení a rozhovor se 4-6 pacienty po operaci srdce na pokoji RES.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.



.....
Bc. Zuzana Kafková
studentka ZSF JČU



.....
Mgr. Jiřina Otásková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



.....
Bc. Anna Kultová
vrchní sestra kardiologického oddělení

Příloha 5

Žádost o provedení výzkumu - FN Hradec Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Bc. Hana Ulrychová
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Vrchní sestra kardiologické kliniky
Bc. Dana Vlášková
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

Bc. Zuzana Kafková
Dukelská 333
386 01 Strakonice
tel. +420 723 071 566
zkafkova@seznam.cz

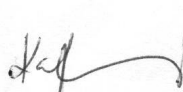
Ve Strakonících 4. března 2011

Žádost o provedení výzkumu

Vážená hlavní sestro,

v současné době v rámci studia 2. ročníku navazujícího magisterského programu Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích zpracovávám diplomovou práci na téma „*Kardiologický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry*“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení provedení výzkumu. Průzkum by byl proveden anonymním dotazníkovým šetřením se sestrami pracujícími na kardiologickém oddělení.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.



.....
Bc. Zuzana Kafková
studentka ZSF JČU

FAKULTNÍ NEMOCNICE

Hlavní sestra

.....
500 05 HRADEC KRÁLOVÉ
Bc. Hana Ulrychová

náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

FAKULTNÍ NEMOCNICE

500 05 HRADEC KRÁLOVÉ

Sokolská 581, IČ 00179906

.....
Bc. Dana Vlášková

vrchní sestra kardiologické kliniky

Příloha 6

Žádost o provedení výzkumu – FN Královské Vinohrady

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Irena Trpišovská
Šrobárova 50
100 34 Praha 10

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Vrchní sestra kardiologické kliniky
Bc. Štěpánka Suchopárová
Šrobárova 50
100 34 Praha 10

Bc. Zuzana Kafková
Dukelská 333
386 01 Strakonice
tel. +420 723 071 566
zkafkova@seznam.cz

Ve Strakonících 4. března 2011

Žádost o provedení výzkumu

Vážená hlavní sestro,

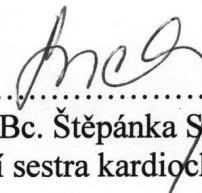
v současné době v rámci studia 2. ročníku navazujícího magisterského programu Ošetrovatelství na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích zpracovávám diplomovou práci na téma „*Kardiologický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry*“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení provedení výzkumu. Průzkum by byl proveden anonymním dotazníkovým šetřením se sestrami pracujícími na kardiologickém oddělení.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.




.....
Bc. Zuzana Kafková
studentka ZSF JČU

.....
Mgr. Irena Trpišovská
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



.....
Bc. Štěpánka Suchopárová
vrchní sestra kardiologické kliniky

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U nemocnice 2, 128 00 Praha 2 Žádost o dotazníkovou akci	F-VFN-075 Strana 1 z 1 Verze číslo: 2
---	---	--

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele	Bc. Zuzana Kafková		
Kontaktní adresa	Dukelská 333, Strakonice 386 01		
Telefon	723 071 566	e-mailová adresa	zkafkova@seznam.cz
Škola / fakulta	Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta		
Obor studia	Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech		
Téma závěrečné práce	Kardiochirurgický pacient na pokoji RES a ošetrovatelský přístup sestry		
Termín sběru dat	březen 2011		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat	Kardiochirurgické oddělení – RES (JIP)		
Zjišťované informace	Přístup sester k pacientům po operaci srdce, uspokojování potřeb pacienta		
Forma prezentace dat:	Anonymní dotazníkové šetření		
Poučení žadatele:	<ol style="list-style-type: none"> Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN. 		
Datum:	11. 3. 2011	Podpis žadatele	<i>Kafková</i>
Vyjádření vedení pracoviště			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím		<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Datum	<i>11/3/2011</i>	Podpis	<i>Mgr. Gregorovičová Mláda</i> V PRAZE
Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze			
Odpovědný náměstek / ředitele			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím		<input type="checkbox"/> Nesouhlasím
Bude za šetření vyžadována úhrada	<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne	Částka
Datum	<i>16.3.11</i>	Podpis	<i>Spokojová</i> VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE NÁMĚSTEK PRO NELEKÁŘSKÁ ZDRAVOTNICKÁ POVOLÁNÍ A KVALITU 128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 2