



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Plecerová

Vedoucí práce: Ph.Dr. Andrea Hudáčková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě 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 uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2019

.....

Bc. Jana Plecerová

Poděkování

Mé poděkování patří vedoucí práce Ph.Dr. Andree Hudáčkové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích. Dále mé poděkování patří mým třem dětem, které mě po celou dobu studia podporovaly. A v poslední řadě bych ráda poděkovala pacientům a sestřám za vstřícnost při sběru dat do diplomové práce.

Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic

Abstrakt a klíčová slova

Cíle práce

Cílem práce bylo zmapování míry spokojenosti pacientů s přístupem sester v rámci péče po hrudní operaci a zhodnocení, zda jsou potřeby těchto pacientů uspokojené. Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjišťování informovanosti sester o způsobech a možnostech následné péče.

Metodika

K výzkumnému šetření byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, která byla vedena formou rozhovoru na předem připravené otázky. Výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů z jedné nejmenované nemocnice a 8 sester, které se starají o pacienty po operaci plic. Výsledky šetření byly zpracovány formou otevřeného kódování, metodou tužka – papír.

Přínosy práce

Výzkumné šetření ukázalo nedostatky a nevědomost ošetřujícího personálu o způsobech následné péče. Sestry by měly být edukovány o možnostech domácí péče, hospicové péče v rámci své profese. Výsledky, získané výzkumným šetřením, by mohly být prezentovány na seminářích, konferencích, jejichž mottem je následná péče.

Získané poznatky a závěry

Sestry, pečující o pacienty v rámci pooperační péče, nemají dostatečné znalosti o následné péči. V rámci zvyšování svých odborných znalostí si myslím, že by bylo dobré se zaměřit na nové poznatky, informace a možnosti domácí, domácí hospicové a hospicové péče. Určitě by uvítaly semináře, konference na tato téma.

Klíčová slova

Karcinom plic; pooperační péče; pacient; následná péče; role sester.

The role of the nurses in the post-operative care of the patients suffering from the carcinoma of the lung/ lung cancer

Abstract and key words

The objectives of the work

The objective of this work has been set as the mapping of degree of patient's contentment/ rate of patient's satisfaction in view of the nurse's approach within the scope of the post-thoracic operation care and the evaluation/ assessment whether the needs of the aforementioned patients have been satisfied. Another objective of the research enquiry has been set as finding out the level of the nurse's awareness regarding the ways and possibilities of the subsequent care.

Methodology

For the purpose of the research enquiry the form of qualitative research has been chosen and adopted, which has been applied and performed by means of using a method of interviewing i.e. putting questions which have been prepared beforehand, well in advance. Research array of patients consisted of 10 patients from one hospital (which is not going to be specified in this work) as well as 8 nurses whose job was to take care of the post-operative patients/ the post-thoracic operation patients. The results of the research have been processed by applying the method of open coding, pencil-paper method.

Assets and Benefits of this Work

The research enquiry has showed certain level of absence of desirable knowledge as well as ignorance of the staff taking care of the patients regarding the ways of subsequent care. Nurses should be educated about the possibilities of home care, hospice care as an integral part of their profession. The results gained by research enquiry process could be presented at seminars, conferences aimed at the subsequent care.

Acquired knowledge and finding out conclusions

The nurses, whose job is to take care of the patients within the frame of their duties - post-thoracic operation, do not possess sufficient knowledge as far as the subsequent care is concerned. On the whole I think it's worth going into further education of the nurses whenever such possibility arises focusing on increasing their level of knowledge as far as new pieces of knowledge, new information and the possibilities of home care and hospice care are concerned. I have no hesitation in recommending seminars and conferences on the topic in question i.e. "Subsequent Care"

Key words

Carcinoma of the lung, lung cancer; postoperative care; patient; subsequent care; nurse's role.

Obsah

ÚVOD	9
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Karcinom plic	11
1.1.1 Epidemiologie	12
1.1.2 Screening	14
1.1.3 Klinický obraz	14
1.1.4 Maligní nádory plic	15
1.1.5 Benigní nádory plic	16
1.1.6 Chirurgická léčba	16
1.2 Operační postupy v hrudní chirurgii	18
1.2.1 Pneumonektomie	18
1.2.2 Lobektomie	19
1.2.3 Segmentektomie	19
1.2.4 Bronchoplastické resekce plic	20
1.2.5 Precizní excize	21
1.2.6 Termoablace	22
1.2.7 Chirurgická léčba nemalobuněčného karcinomu	22
1.2.8 Chirurgická léčba malobuněčného karcinomu	22
1.3 Pooperační péče	23
1.3.1 Pooperační péče o dýchací cesty	25
1.3.2 Péče o operační rány	25
1.3.3 Hrudní drenáž	25
1.3.4 Pooperační komplikace	27
1.3.5 Nutrice u pacientů po operaci	29
1.3.6 Výzkum v onkologii	31
1.4 Role sester	31
1.4.1 Role sester v chirurgii	32
1.5 Paliativní péče	33
1.5.1 Paliativní péče v nemocnici	35

1.5.2 <i>Modely paliativní péče v nemocnici v zahraničí</i>	35
1.5.3 <i>Komunikace v paliativní péči</i>	36
2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1 <i>Cíle práce</i>	37
2.2 <i>Výzkumné otázky</i>	37
3. OPERACIONALIZACE POJMŮ	38
4. METODIKA	39
4.1 <i>Technika sběru dat</i>	39
4.2 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	40
5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	44
6. DISKUZE.....	62
7. ZÁVĚR.....	70
8. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	72
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	76
10. SEZNAM ZKRATEK.....	81

ÚVOD

Téma diplomové práce „Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic“ jsem si zvolila na základě zkušeností ze své praxe, kdy se denně setkáváme s pacienty s rakovinou plic. Na naše oddělení přicházejí pacienti na vyšetření plic. Přicházejí zcela bez potíží nebo mají „jen nevýznamné problémy“. Po absolvování vyšetření s pozitivním nálezem, se pacientům sdělí jejich nová diagnóza, která jim obrátí život naruby. V očích pacientů najednou vidíme bolest, strach, obavu z budoucnosti. Sestra se v té chvíli stává pro nemocného velkou oporou, která ho provází celým pobytem v nemocnici. Stává se ve své profesi edukátorkou, asistentkou, poslem nových informací. Pacient se k sestřím obrací se svými potřebami, přáními, obavami. Důležitým úkolem ošetřujícího personálu je dodávání pocitu jistoty, bezpečí a pomoci, které pacient v průběhu hospitalizace potřebuje.

Bronchogenní karcinom neboli rakovina plic patří v poslední době mezi nejčastější onkologické choroby. Jde o zákeřné onemocnění, které je zpočátku bez příznaků. Rakovina plic je onemocnění, které nebolí, proto nemocný nemají dlouhou dobu žádné zdravotní potíže.

V pozdějším stádiu si někteří pacienti uvědomí, že je něco trápí. Zjišťují, že je něco v nepořádku, nejčastěji se cítí dušní. Dušnost ale přičítají své váze, fyzické zátěži, stresu, pracovnímu zatížení, prostředí, ve kterém pracují. K lékaři je přivedou až další projevy choroby, které je už vyděsí. Je to hemoptýza, chrapot, chronický kašel, dysfágie. U některých pacientů se na onemocnění přijde náhodně, kdy v rámci předoperační přípravy na nějaký jiný chirurgický zákrok, se při RTG srdce a plic zjistí ložisko na plicích.

Smutné na tomto onemocnění je skutečnost, že většina pacientů si tuto chorobu přivodí sama. Důvodem je kouření. Dnešní mládež považuje kouření za moderní, musí vyzkoušet něco nového a většina kouří v průběhu života dál. Stanou se závislými a jen velmi malé procento z nich, vyhledá pomoc odborníka. Dříve jsme se s diagnózou plicní rakoviny setkávali u pacientů mezi 60. a 70. rokem života. V současnosti jsou pacienti s touto diagnózou mladšího věku. Rozmezí věkové hranice je 40-50 let.

Myslím si, že by se měla více informovat veřejnost o problematice plicního nádoru, o léčebných možnostech, primární a sekundární prevenci a pomoci v odvykání kouření. Veřejnost by měla být informována o rizikových faktorech, které vedou ke vzniku nemoci. Do popředí médií by měly proniknout statistiky, výzkumné šetření vzniku rakoviny plic, kazuistiky pacientů s touto diagnózou. Před několika lety se začaly objevovat na krabičkách cigaret různé obrázky, které představují rizika kouření, komplikace, které jsou spjaty s plicním karcinomem. Bohužel tato kampaň neměla takový efekt, jaký se očekával.

Výzkumná část a poznatky této práce by mohly přispět k lepší informovanosti a edukaci sester a pacientů v rámci pooperační péče.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Karcinom plic*

Onkologické onemocnění vzniká na základě narušení prostředí, celistvosti a jednoty organismu jednotlivce. Dochází ke zdravotní nepohodě. Je důležité pochopit, že zrod tumoru je multifaktoriální. To značí, že podíl na vzniku nemoci je ovlivněno značným množstvím faktorů (Dostálová, 2016).

Jako bronchogenní nádory jsou označovány nádory průdušek a celého plicního parenchymu. V anglické bibliografii se setkáme s výrazem „lung cancer“. Nádory průdušek prorůstají do plicního parenchymu a naopak, karcinomy plic prorůstají do průdušek (Adam, 2011). Ve většině případů se jedná o heterogenní novotvary. Celá kategorie plicních nádorů je určována podle Mezinárodní klasifikace nemocí kódy. C 33 – jsou značeny nádory trachey a průdušnice. Kód C 34 je určen pro karcinomy plic a průdušek. Epidemiologicky jsou klasifikovány společně. Jedná se o karcinomy velmi závažné a časté. 90 % plicních tumorů je maligních. Jedná se o zhoubný novotvar, který obsahuje zhoubné buňky v různých etapách vývoje (Skříčková, 2017; Tomášek, 2015). Skříčková (2017) definuje karcinom plic jako heterogenní tumory kumulující zhoubné nádorové buňky v různých stupních rozdílnosti a odlišnosti histologie (Kolek et. al., 2017).

Hytych et. al. (2014) hodnotí bronchogenní karcinom jako novotvar, který pramení z jedné základní buňky, která má různé vývojové směry. Objevuje se v mnoha histologických druzích, které se mezi sebou prolínají. Vymezení histologického druhu karcinomu má velkou důležitost pro prognózu a léčbu onkologické choroby (Hytych et. al., 2014). V roce 1982 byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací Morfologická klasifikace plicních nádorů (Kolek et. al., 2017).

Karcinom plic patří mezi nejčastější příčinu úmrtí na nádorová onemocnění. Incidence tohoto onemocnění se na celém světě za poslední roky stále zvyšuje. Při diagnostice tohoto nádorového onemocnění zjišťujeme až u jedné třetiny pacientů, pokročilé stádium. Nejčastěji postihuje pravou plíci, častěji jsou postiženy horní laloky (Chandrasekar, 2016, Janíková, Zeleníková, 2013).

V roce 2009 bylo hlášeno 6435 nově zjištěných plicních karcinomů. Z tohoto počtu bylo téměř 50 % diagnostikováno ve IV. TNM stadiu. V posledních letech došlo k lehkému poklesu případů tohoto onemocnění, se špatnou prognózou. U mužů je v poslední době zaznamenáván lehký pokles v mortalitě v souvislosti s plicním nádorem. Naopak u žen je pozorován stabilní mírný nárůst úmrtnosti (Marel, 2012).

Počátkem 20. století byl karcinom plic velmi vzácnou diagnózou. Představoval 1 % ze všech onkologických novotvarů. V České republice došlo k rychlému nárůstu počtu plicních nádorů u mužů v letech 1950-1980. Pozvolný pokles nastal od roku 1995. Obdobný je i vývoj mortality tohoto onkologického onemocnění. U žen byla v 60. a 70. letech 9 x menší. V posledních letech je jen 4 x nižší než u mužské populace (Stolz et. al., 2011).

Karcinom plic se celosvětově řadí mezi nejčastější důsledky úmrtí na onkologická onemocnění. V minulém století došlo k dramatickému navýšení počtu zhoubných chorob. V souvislosti s nárůstem těchto onemocnění dochází ke změnám taktiky onkologické a chirurgické léčby. Zdokonalují se operační metody i vyšetřovací postupy. I přes tato zkvalitnění je celkové přežití ve světě u žen 7-18 % a u mužů 6-14 %. U nás je to u žen 8,2 % a u mužů 6,3 % (Stolz, Pafko, 2010). Zkvalitněním před a pooperační péče došlo ke snížení pooperačních komplikací a úmrtnosti (Stolz et. al., 2011).

Na konci 19. století se stala rakovina plic nejčastější celosvětovou diagnózou. Za 100 let se karcinom plic stal epidemií moderní doby. Ročně na toto onemocnění umírá okolo 300 000 pacientů. Od poloviny 50. let minulého století se dostávají do povědomí informace o rakovině plic v souvislosti s kouřením tabáku. Podle studií v České republice z roku 2010 vyplývá, že 10-20 % pacientů s onkologickým onemocněním plic, nikdy nekouřilo (Leary, 2012). V takovém případě se jedná o „spontánní karcinom“. Na tento typ nádoru narazíme především u žen v mladém věku. Výzkum v posledních letech ukázal, že až 34 % žen s diagnózou BCa nikdy nekouřilo. U mužů to je 10 % (Adam, 2010, Marel, 2012).

1.1.1 Epidemiologie

Epidemiologie maligních nemocí hraje důležitou roli při hodnocení a plánování chirurgické péče v onkologii. Chirurgická terapie je primární zásadní modalitou onkologické péče. Český statistický úřad monitoruje a zpracovává data o demografickém

složení společnosti. Zdrojem dat o mortalitě maligních onemocnění populace, je prvotně databáze důvodů úmrtí. Důležitým zdrojem dat jsou údaje o epidemiologii tumorů, které zveřejňuje a zpracovává Národní onkologický registr České republiky. Ten je nedílnou složkou komplexní protinádorové péče (Krška, 2014).

K této nemoci mají lidé různou odolnost. Zásadní úlohu ve zrodu nemoci hrají chemické, fyzikální a biologické faktory. Vysoké riziko vzniku bronchogenního nádoru je hlavně u kuřáků. Dalšími významnými spouštěči počátku nemoci je manipulace se rtutí, arzénem, chromem, azbestem, niklem, styk s ionizujícím zářením a expozice radonem. Ohroženými skupinami se stávají pacienti s rodinou anamnézou karcinomu plic nebo jiným onkologickým onemocněním. Dříve jsme se s tímto onemocněním setkávaly většinou u mužů. V současné době se rozdíl mezi oběma pohlavími pozvolna vyrovnává (Adam, 2010; Kolek, 2016).

Vorlíček (2012) uvádí, že kouření způsobuje až v 90 % u mužů úmrtí na karcinom plic. U žen je míra úmrtí na nádor plic 75-80 %. Bronchogenní karcinom obsazuje v celosvětovém měřítku druhé místo ze všech maligních nádorů (Vorlíček, 2012).

V české republice je za rok odhaleno 6500 nových pacientů s karcinomem plic. V letech 2010-2014 byly nádory plic na 3. příčce v četnosti všech nádorových nemocí (Skřičková, Kolek, 2017). Rakovina plic bývá nejčastěji diagnostikována okolo 35. – 85. roku života. Nejvíce se s touto diagnózou setkáváme u pacientů mezi 55. – 80. rokem života (Kolek et. al., 2017).

Výzkum v USA došel k závěru, že 2/3 pacientů s bronchogenním karcinomem jsou starší 65 let. Výzkumem v Anglii se také potvrdilo, že nejvíce pacientů s tímto onemocněním je starších 65 let. Tím docházíme k závěru, že nejvíce postižených rakovinou plic je v důchodovém věku. Nejvíce se s diagnózou bronchogenního karcinomu setkáváme v Severní Americe a v celé Evropě (Hales, 2016).

U plicního karcinomu neexistují signály, které by pomohly odhalit onemocnění. Při diagnostice plicního nádorového onemocnění zjišťujeme až u jedné třetiny pacientů, pokročilé stádium. Příznaky plicního nádoru dělíme do tří kategorií. 1. kategorií jsou intrathorakální čili lokální projevy. Ty jsou závislé na umístění tumoru. Další kategorií jsou extrathorakální projevy neboli metastatické. Poslední kategorií jsou projevy paraneoplastické. (Adam, 2010).

1.1.2 Screening

V současné době neexistuje screeningová metoda, která by detekovala počátky onemocnění. V chirurgické léčbě karcinomu lze předpokládat, dle uložení nádoru, že resekce nádoru zlepší pacientovi kvalitu přežití a zabrání pulmektomii. Pokud nelze ložisko resekovat, přistupuje se k léčbě v kombinaci radioterapie a chemoterapie (Chandrasekar, 2016; Exnico, 2018). Diagnostiku karcinomu plic usnadnil pokrok v bronchoskopické technice, včetně navigační a ultrazvukové bronchoskopie (Harvey, 2010).

Podstatou organizace v péči o nemocné s bronchogenním karcinomem je „*mezioborová spolupráce v diagnostice i léčbě.*“ Do mezioborové spolupráce jsou začleněny zobrazovací metody, bronchologické metody, onkologie, radioterapie, patologické anatomie, mikrobiologie, molekulární genetika, anesteziologie, resuscitační a intenzivní medicína, psychologie a psychiatrie a další. Organizace procesu léčby a jeho diagnostika je plně v rukách pneumologa. Na podkladě dohody České onkologické společnosti a České pneumologické a ftizeologické společnosti z roku 2008 je komplikovaná léčba a diagnostika plicního nádoru navržena Komplexním onkologickým centrem, která jsou v úzkém kontextu s pneumologií a mají „*lůžkové zázemí*“ (Skřičková, Kolek, 2017).

1.1.3 Klinický obraz

1.1.3.1 Intrathorakální symptomy

Mezi intrathorakální symptomy patří dlouhodobý, suchý kašel, ve výjimečných případech s expektorací. V průběhu diagnostiky má 80 % pacientů vleklý kašel. Další známkou onemocnění je hemoptyza. Ta se objeví až u 20 % nově diagnostikovaných. Opakované bronchopneumonie, nejčastěji vyskytující se ve stejné oblasti plicního parenchymu a nereagující na antibiotikovou terapii, patří také mezi symptomy intrathorakální. 40 % pacientů si stěžuje na bolesti na hrudi. Ta vzniká v návaznosti na nádech a kašel. Nejčastější známkou je chrapot. Vzniká na podkladě tlakem na rekurent a parézou hlasivky. Pokud dojde k útlaku nádorem na pravou část krku, následkem je

syndrom horní duté žíly. Pro tento stav je typický otok krku, obličeje a pravé paže. Mezi symptomy dále řadíme při tlaku na jícen, polykací potíže. Pacient přijímá pouze tekutiny, není schopen polknout pevné sousto. 30 % pacientů trpí dechovou tísní, jak v klidu, tak i při pohybu (Tomášek, 2015).

1.1.3.2 Paraneoplastické symptomy

Běžné projevy paraneoplastického symptomu jsou hyponatremie a hyperkalcemie. Mohou se objevit neurologické problémy, například neuropatie. Mezi kožní známky nemoci patří dermatomyositis. Upozorněním na neurologické problémy je okrajová neuropatie. Syndromem poškození cévního systému jsou tromboflebitidy (Tomášek, 2015). Skříčková uvádí, že paraneoplastické syndromy jsou častější u pacientů s malobuněčným plicním karcinomem. U pacientů s tumorem plic tvoří 10-20 % (Skříčková et. al., 2017).

1.1.3.3 Metastázy neboli extrathorakální projevy

Tumor plic metastazuje zpravidla do jater. Zde jsou metastázy nejčtenější. Dále metastazuje do skeletu. Pacient udává kruté bolesti, nejčastěji v zádech, dochází k patologickým zlomeninám. Nejnápadnější, co se týká obtíží, jsou metastázy v mozku. Pacient je zmatený, dochází ke změnám nálad. Takovéto metastázy mohou vyvolat i epileptické záchvaty (Tomášek, 2015).

1.1.4 Maligní nádory plic

Dle vlastností, složení a umístění plicního tumoru dělíme karcinomy na malobuněčné a nemalobuněčné. Malobuněčné tvoří 25–30 % ze všech karcinomů plic. Nemalobuněčné jsou zastoupeny 70–75 % všech plicních nádorů. Malobuněčné nádory rostou rychleji, častěji metastazují do mozku, jater, skeletu a nadledvin (Adam, 2010). Tento směr vývoje nádoru je důvodem zúžení chirurgické terapie. Malobuněčný karcinom reaguje velmi dobře na terapii cytostatiky a ozáření (Skříčková, Kolek, 2017). Pro nemalobuněčné novotvary je typický pomalý růst, metastázy se objeví v pozdější fázi nemoci (Adam, 2010). Zde nastupuje chirurgická léčba s dobrým efektem, za předpokladu, že tumor nezaložil metastázy (Skříčková et. al., 2017).

1.1.5 Benigní nádory plic

Nezhoubné nádory plic tvoří nesourodé seskupení benigních plicních tumorů. Jedná se o mezenchymální a epiteliální původ. Jejich počátkem je plicní uspořádání a mají malé rozměry. Tvoří 3–5 % všech primárních plicních útvarů. Typické, pro tyto nádory, je neschopnost vzniku metastáz a pomalý růst. Nejčastěji jsou lokalizovány v plicní tkáni než v dýchacích cestách. Jsou to okrouhlé, ohraničené útvary, uloženy periferně. Pokud jsou tumory uloženy v dýchacích cestách mohou být stopkaté, přirostlé rozlehlou spodinou. Náhodně se odhalí na rentgenu srdce a plic anebo při bronchoskopickém vyšetření. Dle členění Světové zdravotnické organizace se řadí mezi epiteliální novotvary adenom a hemangiom. Do mezenchymálního původu tumorů patří lipom, fibrom, hamartom, papilom, chondrom, myoblastický myom. Do specifické skupiny se řadí seskupení tumorům podobné, například mikronodulární pneumocytová hyperplazie, endometrióza, pseudotumor, modulární amyloid (Kolek, 2017).

1.1.6 Chirurgická léčba

Chirurgický výkon vždy začíná destrukcí organismu. Dojde k traumatizování tkání, na kterých se operace provádí. Většina chirurgických intervencí je i dnes spojena s nepříjemnými obavami před operací, a i s bolestmi, které jsou se zásahem spojené (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Chirurgická léčba se stává léčebnou intervencí v případě malého nádoru a minimálních postižení uzlin. Při stanovení diagnózy je operace možná u 10–17 % pacientů. Při chirurgickém zákroku jsou odstraněny buď to plicní laloky, část laloku anebo celá plíce. O rozsahu chirurgické intervence rozhoduje rozsah nemoci. Operační zásah je zvažován s ohledem na pacientovi souběžné choroby a na rozsah operace (Skřičková et. al, 2017, Vorlíček, 2012).

Chirurgická terapie je suverénním prostředkem a základnou onkologické léčby, pokud je tumor v počátečním stádiu. Tím je myšlen novotvar, který nepřesahuje prostor vzniku a metastatické postižení nezasahuje do okolní tkáně. V plicní chirurgii je možné rozsah operačního zásahu adaptovat dle rozsahu onkologického nálezu a ponechat co nejvíce plicního parenchymu. Adam et. al. uvádí, že operační terapie je schůdná až u 22

% pacientů s karcinomem plic a radikální chirurgické intervence jsou indikovány u 6- 15 % pacientů s bronchogenním karcinomem (Adam et. al., 2011).

V případech, kdy plicní karcinom zasáhne plicní tepnu, preferuje se jako chirurgické řešení segmentektomie s bronchoplastikou nebo angioplastika plicní tepny (Higuchi et. al., 2018).

Lobektomie, bilobektomie vpravo a pneumonektomie se považují za radikální chirurgickou operaci. Součástí radikálního operačního zásahu je SML – systematická mediastinální lymfadenektomie. SML představuje absolutní odstranění totožných lymfatických uzlin včetně tuku v sousedství uzlin (Marel, 2012).

Úspěch chirurgické terapie se odvíjí od pečlivé přípravy na operaci, vyšetření před operací, taktice, technice a vhodné strategie. Klíčová je psychická podpora nemocného. Předpokladem přívētívého pooperačního stavu je šetrná operační intervence a vhodná anestezie. Péče po operaci je intenzivní, a kromě standardního pozorování obsahuje cvičení a dechovou rehabilitaci. (Tašková, Hytych et. al., 2016).

Miniinvazivní chirurgie

Výraz miniinvazivní chirurgie byl poprvé užit v roce 1985. Cílem miniinvazivního zásahu je co nejméně porušit integritu nemocného. V oboru hrudní chirurgie došlo od roku 1910, kdy byla provedena první torakoskopie za pomoci cystoskopu, k velkému rozmachu ve vývoji od diagnostické intervence až k plicní resekci. Nevýhodou miniinvazivních výkonů je nemožnost palpačního vyšetření tkáně, na které je zákrok prováděn (Hromádka et. al., 2012).

Chirurgie plicních metastáz

V onkologické terapii má nezastupitelné místo chirurgická intervence plicních metastáz. Opakované resekce plic jsou nejčastěji používány u nemocných s diagnózou Grawitzova nádoru, sarkomu nebo kolorektálního tumoru a u pacientů v mladším věku. Nepříznivá prognóza je u pacientů, u kterých dojde k opakovanému metastatickému postižení během půl roku. Tyto druhy chirurgické léčby metastáz mají minimální procento pooperačních komplikací (Čapov et.al., 2013).

Úkolem chirurgie při odstraňování metastáz je zachování co největší části plic, s dostatečným, jeden centimetr širokým lemlem ve zdravé tkáni. Předpokladem k operaci

metastáz v plicích je odstranění primárního tumoru, dostatečná funkce plic, nepřítomnost jiného typu léčby a schopnost technické resekce ložisek v plicích. Doba přežití je mezi 20–80 měsíci (Horák, 2011).

První resekce plic z důvodu metastázy, byla provedena prof. Divišem v Praze roku 1927. V témže roce provedl v Londýně první resekci metastáz Edwards. V 70. letech 20. století byla plicní metastazektomie přijata za akceptovatelnou léčebnou chirurgickou intervenci, která vede ke zvýšení dlouhodobého přežívání (Doležel, 2012).

Operační přístupy na hrudníku

- Přední (ventrální) torakotomie – využívá se k přímé masáži srdce.
- Anterolaterální torakotomie – přístup při operaci srdce.
- Posterolaterální torakotomie – standartní přístup při operaci plic a jícnu.
- Transverzální torakotomie – tento přístup otvírá obě hrudní dutiny napříč.
- Mediální sternotomie – zajišťuje přístup do mediastina (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2 Operační postupy v hrudní chirurgii

1.2.1 Pneumonektomie

Nejrozsáhlejším operačním výkonem na plicích je pneumonektomie. Tento chirurgický zákrok je spojený s velkými komplikacemi, zvláště s poruchou plicní ventilace. V posledních letech se ale spíše od pneumonektomie ustupuje a pokud to uložení a povaha nádoru dovolí, přistupuje se k chirurgické resekci. K pneumonektomii se přistupuje v případech, kdy je nádor v blízkosti hilu. První pneumonektomie byla v České republice provedena roku 1946 (Higuchi, 2018, Janíková, Zeleníková, 2013).

Mezi jednoduché torakochirurgické zásahy se řadí nekomplikovaná pneumonektomie. V dnešní době je tato chirurgická intervence rezervována jen pro pokročilá stadia plicního tumoru., které se nedají řešit menšími resekčními zásahy (Klein, 2010).

1.2.2 Lobektomie

Počet provedených lobektomií v posledních letech stoupl. Tvoří 70–80 % všech resekcí plic. V poměru s pneumonektomií se provádí dle studie Watanabena čtrnáct lobektomií na jednu pneumonektomii. Důsledkem obratu v poměru je včasná diagnostika plicních novotvarů, vyšší kvalita operačních pomůcek a techniky, zdokonalení perioperační a pooperační péče (Stolz et. al., 2011).

Jedná se o nejčastější chirurgickou intervenci v onkochirurgii plic. Jde o vynětí jednoho nebo dvou laloků plic. V případě, kdy dojde k odstranění dvou laloků, hovoříme o bilobektomii. Z onkologického pohledu je tento způsob dostatečný u periferně uložených tumorů a u malých novotvarů bez hematogenní a lymfatické diseminace (Janíková, Zeleníková, 2013, Klein, 2010).

Na 3. chirurgické klinice 1. LF UK a FN Motol v Praze byl v letech 2001 až 2016 prováděn výzkum, kdy se sledoval počet lobektomií u pacientů s věkem nad 80 let. Do výzkumu bylo zařazeno 27 pacientů., kteří podstoupili lobektomii. Výsledky ukázaly, že i u pacientů nad 80 let lze provést lobektomii s mírným rizikem. I tato skupina pacientů může těžit z přístupu miniinvazivního VATS (Stolz et. al., 2018).

Na většině chirurgických pracovišť u nás i v Evropě se provádí lobektomie z torakotomie. Je to intervence s nejstarší historií. Dle studií na klinice v Durnhamu z roku 2010 má torakoskopická lobektomie přednost před standardní operací (Hromádka et. al., 2012). Plusem torakoskopické lobektomie je rychlejší pooperační rekonvalescence a minimální bolesti v pooperačním období (Doležal, 2012).

1.2.3 Segmentektomie

Při tomto typu chirurgického výkonu dochází k odnětí jednoho nebo více plicních segmentů, na základě anatomické disekce v intersegmentálních hranicích. První segmentektomie byla provedena v roce 1939. Segmentektomie je indikována tam, kde lze odstranit tumor s bezpečnostním okrajem zdravé plíce a zároveň plicní rezerva pacienta nedovolí větší chirurgický výkon (Klein, 2010).

1.2.4 Bronchoplastické resekce plic

Tento typ resekcí zahrnuje excizi úseku stěny plicní tkáně s následující rekonstrukcí. Pokud při resekci je nutná i resekce plicní tepny, mluvíme o angiobronchoplastice. První bronchoplastická resekce byla provedena v roce 1952. Dnes patří plastiky do skupiny parenchym – šetřících výkonů. Jsou indikovány u pacientů s kardiorespirační restrikcí. Mezi základní typy bronchoplastik patří klínová excize plicní stěny s direktní suturou. Další metodou je bronchovaskuloplastika neboli angiobronchoplastika. Mezi základní typy patří také manžetová resekce části průdušky s anastomózou mezi periferním a centrálním pahýlem průdušek (Klein, 2010). Výzkumy ukazují, že bronchoplastika či angioplastika s lobectomií jsou pro pacienta schůdnější s ohledem na pooperační stav než pneumonektomie (Higuchi et. al., 2018).

1.2.4.1 Resekce plic

Resekce plic jsou standardem léčby nemalobuněčného karcinomu plic, metastáz a benigních ložisek. Resekce jsou zařazeny do skupiny výkonů s vysokým rizikem komplikací po operaci, které ústí k vyšší mortalitě. Ta se pohybuje u resekci plic mezi 2–12 %. Rizikovými znaky morbiditu u nemocných po resekci plic jsou záněty pooperační. Nejčastější je bronchopneumonie, empyémy hrudníku a infekce v operační ráně. Ty tvoří 11–46 % všech infekcí po chirurgickém výkonu (Mitáš et. al., 2010).

Resekce plic je v současné době nejúčinnější formou v léčbě karcinomu plic. Ale i tato metoda je spjata s vysokou přítomností pooperačních plicních komplikací. Brocki uvádí, že studie, která byla provedena u 33 pacientů po operaci plic, mělo 13 % operovaných jako pooperační komplikaci bronchopneumonii (Brocki, 2015).

Při každé resekci plic je vždy nutné přetnout plicní parenchym a tři hilová uspořádání. Jde o plicní tepnu nebo její větve, hlavní lobální či segmentární bronchusa plicní žílu spolu s jejími větvemi (Vymazal, Michálek et.al., 2016).

1.2.4.2 Typy plicních resekcí

Atypické – Enukeace

Bronchoplastika (manžetovitá resekce)

Klínovité resekce

Typické – Lobektomie

Pneumonektomie

Segmentomie (Schneiderová, 2014).

1.2.4.3 Klínovitá resekce

Klínovitá resekce se od roku 1981 provádí přibližně stejně. Tento způsob chirurgické léčby lze uplatnit při resekcii malého ložiska, které je periferně uložené, při hranách laloků plic. Větší novotvary, které jsou vzdálené od krajů a hlouběji uložené, nejsou indikovány ke klínovité resekcii (Klein, 2010).

1.2.4.4 Anatomické miniinvazivní resekce plic

Miniinvazivní výkony jsou určeny pro pacienty s nemalobuněčnými nádory plic, velikosti dle NMK T1, T2. Nebo kdy vyšetření PET CT nebo CT neprokázalo mediastální lymfadenektomii. Miniinvazivní operační výkony preferují uložení nádoru na periférii nebo v plicním parenchymu. Tumor, který je uložen v hilu je kontraindikován k miniinvazivnímu zákroku. Segmentotomie anatomická je pro endoskopickou intervenci nevhodná. I ve světě jsou písemné zmínky o tomto způsobu sporadické (Hromádka et. al., 2012).

1.2.5 Precizní excize

Tato operační metoda se zakládá na koagulaci tkáně plic s 12 cm širokým pruhem okolo novotvaru od povrchu směrem do nitra plíce. Následuje excize vyčleněné části parenchymu. Zbytková kavita tak získá tvar komolého kužele. Pokud je excize provedena kvalitně, nedochází po takovém zásahu ke krvácení a úniku vzduchu (Klein, 2010).

1.2.6 Thermoablace

Thermoablace má druhořadý význam v léčbě nádorů plic. Princip spočívá ve vpravení speciální sondy do plicního novotvaru. Principem je předeřtít tkáň tumoru v definovaném rozpětí od hrotu sondy. Tím dojde k destrukci bílkovin vlivem tepla. I přes optimistická hodnocení o aplikaci této metody, u inoperabilních plicních tumorů je nutné poukázat, že jde o metodu paliativní, která není náhradou chirurgické resekce (Klein, 2010).

1.2.7 Chirurgická léčba nemalobuněčného karcinomu

Tento typ nemalobuněčného novotvaru je nejčastější. Tvoří 80 % všech plicních nádorů. Terapeutickou strategií je v tomto případě chirurgická intervence. Operační řešení u nemalobuněčných karcinomů přináší pacientům šanci na dlouhodobější život. V České republice je s touto diagnózou operováno pouze 12 % pacientů. Důvodem je pozdější diagnostika, kdy nemoc je už v pokročilé fázi a chirurgické vyoperování tumoru je zcela nemožné. Další příčinou inoperability jsou přidružená onemocnění (Kolek, 2017).

Od roku 1980 byl nemalobuněčný plicní karcinom pokládán za léčitelný v případě, kdy byl možný chirurgický zákrok. Léčba tohoto typu nádoru se řídí klasifikací TNM a stádií, ve kterých se tumor nachází (Tomášek, 2015).

Lobektomie s pneumonektomií jsou považovány za radikální operační řešení v chirurgické léčbě. Součástí tohoto operačního zásahu je systematická mediastální lymfadenektomie. Při tomto chirurgickém zákroku se kompletně odstraní lymfatické uzliny spolu s okolním tukem. K určení způsobu chirurgické léčby novotvaru se vždy vyjádří multioborová komise, kterou tvoří pneumolog, radiodiagnostik, klinický a radiační onkolog, chirurg. V rámci předoperačního vyšetření ještě anesteziolog (Kolek, 2016).

1.2.8 Chirurgická léčba malobuněčného karcinomu

Malobuněčný plicní karcinom tvoří 1/5 všech nádorů plic, častěji se vyskytují u žen. Charakteristická pro tento tumor je agresivita a rychlý růst. Chirurgická intervence je u

tohoto typu indikována jen sporadicky. Důvodem je raritní zachycení časného stádia malobuněčného plicního karcinomu (Kolek, 2016).

Přesto financování výzkumu plicních nádorů v porovnání s úmrtností, ve srovnání s ostatními onkologickými nemocemi, je rakovina plic brána jako nemoc chudých. Wilson toto onkologické onemocnění nazývá „trestem“ za bezohledné a nedbalé chování. Každý člověk se může vyvarovat riziku vzniku rakoviny plic, tím, že nebude kouřit. Bronchogenní karcinom je nejzávažnější nemoc s nejnižším procentem přežití (Wilson, 2013).

1.3 Pooperační péče

Pooperační péče je determinována pooperačním stavem nemocného, rozsahem chirurgické intervence a přidruženými chorobami pacienta (Schneiderová, 2014).

Péče o pacienta, který podstoupil chirurgický zákrok nastává ve chvíli předání pacienta anesteziologem na pooperační lůžko. Pacient je intenzivně monitorován do doby, kdy má stabilní krevní oběh, dýchá spontánně a má obnovenou schopnost polykat a kašlat (Slezáková, 2010).

Bezprostřední pooperační péče je etapa, kdy doznívá anestezie. Dochází k obnově bdělosti a vědomí, k navrácení obranných reflexů. Z hlediska sesterské péče jde o období, kdy je starost o pacienta zaměřena na sledování životních funkcí, symptomy případných komplikací, monitoraci bolesti a péči o psychickou pohodu pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013).

Úspěšnost péče po operaci je závislá na nekomplikované anestézii a povaze a rozsahu operačního výkonu. Záměrem péče je v co nejkratší době návrat pacienta do běžného života. V rámci prevence komplikací, pokud to zdravotní stav operovaného dovolí, provede se brzká extubace. Nezbytné je pravidelné ošetřování dýchacích cest s oxygenoterapií. Dalším významným prvkem v péči po operaci je efektivní analgetická terapie. Standardním postupem je sledování základních životních funkcí, operační rány, neurologického a mentálního stavu pacienta. Součástí pooperační péče je i monitorace bilance tekutin a příjmu potravy. U pacientů po operaci je nevyhnutelná prevence

tromboembolické nemoci. Ta spočívá v aplikaci nízkomolekulárního Heparinu, bandážích dolních končetin a rehabilitaci dle stavu operovaného (Bartůněk et. al., 2016).

Chirurgické ošetřovatelství v pooperační péči

Chirurgie je specifická od jiných oborů tím, že používá intervenčních způsobů. Těmito způsoby jsou myšleny operační intervence, jak v diagnostice, tak v terapii. Ošetřovatelství v chirurgii je odvětví, vycházející z resortu ošetřovatelství a chirurgie. Je směřováno na poskytnutí ošetřovatelské intervence v pooperační péči, se zaměřením na nalézání a uspokojování psychických, biologických a sociálních požadavků. Ošetřovatelská péče je definovaná jako flexibilní, systematický, logický a individuální postoj sestry k pacientovi (Janíková, Zeleníková, 2013).

Základem moderní ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces. Jde o metodu, jakou v péči o pacienta sestra provádí. Model takto poskytované péče je založen na organizovaném a uváženém saturování potřeb nemocného a východisku nesnází. Ideou ošetřovatelského procesu je rozpoznání potřeb pacienta, který vyžaduje ošetřovatelskou intervenci (Thótová et. al., 2014).

V multidisciplinárním týmu je role sester a vztahy sestra – lékař v posledním období předmětem zvýšeného zájmu. Nutný a výhodný je přístup při ošetřování nemocného, ať se jedná o ošetřovatelskou či lékařskou péči. Základem kvalitní ošetřovatelské péče je týmová spolupráce. A ta je základním kamenem také v pooperační péči (Vévoda, 2013).

Potřeby fyziologické definujeme jako nároky těla, bez kterých dlouhodobé přežití není možné. Mezi fyziologické potřeby řadíme potřebu dýchat, přijímat stravu a tekutiny, potřebu vyprazdňování. V pooperační péči je důležité pravidelně tyto potřeby saturovat. Na jejich realizaci se podílí sestry, které pečují o pacienty v pooperačním období. Pro naplnění pacientových potřeb je pro sestry nutné zhodnocení stavu pacienta, pojmenování směru vývoje, který uspokojí dané potřeby. Dalším článkem realizace je vytýčení plánu a na závěr posouzení dosaženého výsledku a spokojenosti pacienta (Šamánková, 2011).

Fyziologické funkce se v pooperační péči monitorují první hodinu po výkonu každých 15 minut, v další hodině po 30 minutách a poté do 24 hodin po operaci monitorujeme pacienta každou hodinu. Monitorace nemocného se odvíjí od povahy operačního výkonu a stavu pacienta. Výsledky monitorace je velice důležité

zaznamenávat do dokumentace pacienta. Častými projevy v monitoringu u pacienta po operaci jsou drobné výkyvy fyziologických funkcí, zapříčiněných krevní ztrátou při operaci nebo narkózou, která zatížila organismus (Slezáková, 2010).

1.3.1 Pooperační péče o dýchací cesty

Mezi základní prvky pooperační péče náleží péče o dýchací cesty. Péče je zcela individuální, odvíjí se od potřeb pacienta. Musí být zvládnuta rychle, pečlivě s ohledem na pacienta. Toaleta dýchacích cest se týká péče o ústní dutinu, oro i nazofaryngeální zónu a také péče o dolní cesty dýchací. Pokud pacienti potřebují umělou plicní ventilaci a invazivní zabezpečení dýchacích cest, je nutná péče o tracheostomickou kanylu a endotracheální rourku. Součástí péče o cesty dýchací je inhalační léčba, nebulizace a oxygenoterapie (Bartůněk et. al., 2016).

1.3.2 Péče o operační rány

Operační rána vzniká na podkladě chirurgické intervence, kdy dojde k poškození integrity pokožky (Bartůněk et. al., 2016). Zpravidla je operační rána kryta obvazem. V prvních hodinách po operaci patří k povinnostem sester kontrola krytí operačního pole, zda není prosáklý krví nebo jinou tekutinou. Pokud je prosakování minimální, postačí výměna krytí za 24–48 hodin při odstranění drénů. Stehy odstraňujeme zpravidla 7–10 den po chirurgickém výkonu (Zeman, Krška, 2011).

1.3.3 Hrudní drenáž

Drenáž hrudníku je invazivní chirurgický nebo pneumologický zásah. Je součástí chirurgických intervencí na plicích. Jedná se o metodu, jejíž cílem je evakuace patologické náplně hrudníku. Cíl drenáže je úlevový, kauzálně – léčebný, diagnostický nebo život zachraňující. Podle charakteru patologického obsahu se volí způsob drenáže a přiměřené instrumentarium (Lacina, 2019).

V současnosti se používají drény, které se vyrábějí ze syntetických materiálů. Aby splnily účel, musí splňovat tato kritéria:

- Nesmáčivý povrch.
- Ohebnost, pružnost.
- Nesmí způsobit nekrózu kůže.
- Nesmí způsobit zánět.
- Musí být pevný proti odporu hrudní stěny.

Použitelnost a kvalita drénu v hrudní chirurgii je dána velikostí hrudního drénu a vnitřním průsvitem (Hytych, 2013).

Mezi nejčastější komplikace hrudní drenáže patří nesprávné zavedení hrudního drénu nebo dislokace drénu. Dalšími komplikacemi může být krvácení či ascendentní infekce pleurální dutiny nebo pneumothorax. Narušením pleurálního prostoru hrozí u maligních chorob k rozsevu implantačních metastáz (Lacina, 2019).

Péče o hrudní drén

Nejčastěji se v pooperační péči, po operaci plic, setkáváme s Bülaovou drenáží. Princip spočívá v napojení hrudního drénu na láhev, s uzávěrem, kterým prochází dvě trubičky. Krátká umožňuje vyrovnat tlak okolí s odvodem vzduchu. Na dlouhou hadičku je napojen hrudní drén (Tašková, Hytych, 2016).

Péče o hrudní drény začíná jeho zavedením. V dalších fázích péče se nabízí nespočet variant, jak správně o drén pečovat. Specifickým problémem je situace, kdy přetrvává dlouhodobě velké množství odpadu z drénu. Zde se nabízí dle konkrétní události efektivně nastavit systémovou terapii. Ta spočívá v podávání antibiotik, diuretik a aplikací protinádorové terapie (Lacina, 2019).

Při přijetí pacienta z operačního sálu je potřeba napojit drény. Uložit spojovací trubice tak, aby nedošlo ke spontánnímu rozpojení a zároveň aby nebránil pacientovi v pohybu. Musí být dostupný ošetřujícímu personálu. Důležité je zabezpečit drenážní systém tak, aby nespadol anebo nebyly nádoby nad úroveň pacienta. Pravidelně monitorujeme množství, charakter tekutiny, únik vzduchu a průchodnost hrudního drénu. Do péče o hrudní drén také patří proplach drénu, kontrola fixace drénu a stav pokožky v okolí drénu.

Chyby v péči o hrudní drény:

- Zalehnutí drénu
- Nenapojení drénu
- Zastípnutý drén – pokud to není ordinací lékaře
- Rozpojení drénu
- Poškození odvodné hadice (Tašková, Hytych, 2016).

1.3.4 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou situace, kdy je porušený běžný pooperační vývoj a prohlubuje se v návaznosti na anestézii nebo operační zásah. Nejvíce rizikové pro rozvoj komplikací jsou první dvě pooperační hodiny. Úlohou sestry v této době je monitorovat symptomy potencionálních komplikací a včasným zásahem jim zabránit (Janíková, Zeleníková, 2013).

Resekce plic tvoří standartní léčebnou možnost u větší části pacientů v časném stádiu nemalobuněčného plicního nádoru, plicních lézí a benigních útvarů. Resekce plic patří mezi chirurgické výkony s vysokým rizikem pooperačních komplikací, které se pohybují mezi 2–12 % v mortalitě resekcí plic. Mezi rizikové činitele resekcí plic se řadí kardiovaskulární onemocnění, zhoršené funkce plic, kouření. U pacientů po chirurgické resekcii plic jsou rizikovými faktory záněty. Nejčastěji infekce operační rány, bronchopneumonie a hrudní empyém. Ty tvoří 11–46 % všech infekčních pooperačních komplikací (Mitáš et.al., 2010).

Pooperační komplikace lze rozčlenit na nechirurgicky řešitelné a chirurgicky řešitelné. Tyto dvě kategorie se mohou spolu prostupovat. Do nechirurgicky řešitelných řadíme plicní embolii, arytmií srdce, pneumonie, atelektázu, akutní trauma plic a neurologické komplikace. Do skupiny chirurgicky řešitelných lze začlenit bronchopleurální píštěl, chylothorax, plicní torze, pooperační krvácení, prolongovaný únik vzduchu a herniaci srdce po pneumonektomii s resekcí perikardu (Stolz, Lischke, 2012).

Rizikovými činiteli pro vznik komplikací po operaci je CHOPN, délka operačního zákroku nad 3 hodiny, kortikoterapie, BMI vyšší než 25, operační výkon

s bronchoplastikou vlevo. Pneumonektomie s předcházející neoadjuvantní radiochemoterapií může zapříčinit srdeční arytmii (Mitáš, 2010).

Pooperační komplikace časné

Nejčastější pooperační komplikací je krvácení, ke kterému dochází povolením ligatury. V případě této komplikace je nutná operační revize. Někdy bývá pooperační stav komplikován tenzním pneumotoraxem. Za problémem stojí umělá plicní ventilace a insuficientní drenáž hrudníku. V této situaci je nutné rychlá redrenáž s následnou revizí operačního pole. Další pooperační nesnázi je pneumotorax. Účinnou prevencí pneumotoraxu je včasná extubace pacienta. Závažným problémem po pulmonektomii je herniace srdce. Při operaci dojde k resekci perikardu a v pooperační péči je pacient polohován na stranu, kde byla provedena pulmonektomie. Následkem je těžká oběhová krize. Je nutná změna polohy a následná operační revize (Pafko, Lischke, 2010).

Nejčastější pooperační komplikací u pacientů po operaci plic je respirační nebo srdeční selhání. Další komplikací může být pneumonie, pleurální výpotek, plicní embolie, pneumotorax, atelektáza, infekt dýchacích cest anebo bronchospasmus. Každá pooperační komplikace má za následek prodloužení pobytu pacienta v nemocnici a vyšší riziko úmrtnosti (Sentürk, Sungur, 2017).

Pooperační komplikace – pozdní

Mezi pozdní pooperační komplikace je bronchopneumonie. Při správném použití epidurální techniky se s ní setkáváme sporadicky. Při pravostranné pulmektomii se může rozvinout za 48 až 72 hodin po operačním výkonu, plicní edém. S edémem se shledáváme u 2–4 % operovaných. Mortalita je až 50 %. U více jak poloviny pacientů v pooperační péči se po pulmektomii do týdne může rozvinout supraventrikulární tachykardie. Z toho v 70 % pod obrazem fibrilace síní (Pafko, Lischke, 2010).

Pooperační nemoc

Chirurgický zásah do tkání v operačním poli poškozuje buňky, nervy a cévy. Místo, doba trvání operace, rozsah a šetrnost, krevní ztráty, přidružené onemocnění a odolnost organismu rozhodují o povaze pooperační nemoci a o její závažnosti. Mezi nejčastější symptomy patří: leukocytóza, bolest, překrvení, edém v okolí operačního pole, tachypnoe, tachykardie, hypotenze, skleslost, zvracení, nechutenství, oligurie, zástava odchodu plynů a stolice (Plevová, 2010).

Psychika po operaci

V pooperační péči se často setkáváme u pacientů s úzkostí a depresemi. Je to velice běžný stav, i když je pooperační průběh bez dalších komplikací. Studie, které byly v této oblasti prováděny, přišly s výsledky, kdy bylo zjištěno, že až 40 % pacientů s bronchogenním karcinomem má psychické potíže. Ty představují jednu z nejvyšších prevalencí všech onkologických onemocnění. Psychické problémy mají negativní vliv na kvalitu života a dlouhodobé přežití. Psychická zátěž u onkologických pacientů je specifikována jako multifaktoriální emoční zážitek včetně pocitů strachu, smutku a zranitelnosti. To vše vyústí v deprese, paniku a úzkost. Výskyt psychických problémů u onkologických pacientů je dán faktory, kterými jsou věk, typ rakoviny, přidružené nemoci, rodinný a ekonomický stav (Park, 2016).

1.3.5 Nutrice u pacientů po operaci

V pooperačním průběhu je kladen velký důraz na vhodnou výživu, která zamezí hubnutí a efektivně udrží dobrý stav výživy. Vhodná nutrice je základem účinné terapie. Zdařilá léčba společně s brzkou výživovou podporou je základním kamenem úspěšné terapie. Výživová podpora je neefektivnější na začátku onkologického onemocnění, při prvních potížích s přísunem potravy. Pro dobrou rekonvalescenci a pooperační péči bez komplikací je vhodné udržet dlouhodobý dostačující příjem stravy (Skřičková, 2017).

Přibližně 70 % onkologických pacientů trpí nádorovou kachexií. Ta vzniká nedostatečným přísunem biologicky hodnotné potravy s vyšší spotřebou energie, v důsledku onkologické nemoci a organismus je nucen čerpat energii z vlastních zásob těla. Mezi příčiny sníženého přísunu živin řadíme i následnou léčbu a to chemoterapii, radioterapii a chirurgickou terapii (kolektiv autorů, 2016).

U pacientů s nádorovou kachexií registrujeme úbytek hmotnosti a celkovou slabost. V pokročilém stádiu nemoci jsou podstatnou příčinou cytokiny, které tumor uvolňuje a poškozují imunitní systém. Významnou úlohu hraje malnutrice, malabsorbce a vyšší energetický výdej při febrilních stavech a chronické infekci (Adam, 2011).

Podstatou efektivní výživové podpory u nemocného v pooperační péči je dostačující znalost o postupu léčby a eventuálních komplikacích. Nejčastější komplikací je nevolnost, nechutenství, sucho v ústech, průjmy, nepříjemná bolest při polykání, pocit

vážnutí sousta v krku, bolesti žaludku, zvracení, zácpy, průjmy, hubnutí, snížená imunita (kolektiv autorů, 2016, Kohoutová, 2017).

V pooperační péči je podstatný monitoring příjmu potravy a zjištění nutričního scóre. Dalším krokem ve správné nutrici, je konzultace s nutričním terapeutem. Na základě konzultace s nutricionistou se pacientovi, který podstoupil hrudní operaci, upraví strava dle potřeb, zdravotního stavu a dalšího postupu léčby. Důležitost hraje i pestrost potravy a zajištění nezbytných živin (Skřičková, 2017).

Ošetřující lékař by v péči o pacienta po operaci plic, měl zrušit nebo omezit dietní opatření, které nejsou po operaci důležitá a neohrožují pacienta dalšími komplikacemi. Složení potravy by mělo být zaměřeno na individuální žádost pacienta, dle jeho chutí a stavu. Nemocný by se měl zamyslet nad způsobem stravování a uvážit, zda strava je zdravá, pestrá a pravidelná. U pacienta se sníženou imunitou je důležitá pečlivá hygiena potravy (Kohoutová, 2017, kolektiv autorů, 2016).

Tím je možné docílit zdárné terapie symptomů chorob, které vedou ke snížení příjmu stravy. Můžeme sem zařadit dušnost, neefektivně léčená bolest, nauzea, zvracení. Významným faktorem při stravování je péče o ústní dutinu, zajištění vhodného a klidného prostředí, přítomnost rodiny dle přání pacienta (Skřičková, 2017).

Důsledkem nevhodné skladby potravy dochází k obraně organismu, kdy tělo zužitkovává vlastní zásobárnu a výsledkem je ztráta tukové a svalové tkáně. To způsobuje vyčerpání pacienta, dochází k úbytku tělesných bílkovin a tím je riziko pooperačních komplikací větší. Pacient pozbývá fyzické síly. Spolupráce pacienta v sebebepěči je výrazně omezena (Kohoutová, 2017).

Vliv výživy se v 35 % podílí na úmrtnosti, v souvislosti s onkologickým onemocněním. Chemické látky, které dostaneme do organismu, ovlivňují chování buněk v těle. Velké množství těchto látek se dostává do krevního řečiště a dlouhodobým působením jsme ohroženi vznikem onkologické choroby. Proto, co sníme a za celý život jsme snědli, ovlivňuje naše zdraví a vývoj vzniku maligního onemocnění (Vorlíček, 2012).

1.3.6 Výzkum v onkologii

Výzkum ve Spojených státech amerických si stanovil za cíl, zaměřit se na psychologický dopad nemoci. Vzhledem ke stresorům při diagnóze plicního tumoru je důležité, aby byly zkoumány obavy pacienta. Studie se zaměřila na před a pooperační obavy pacienta s plicním tumorem. Část výzkumu zkoumala rozdíly kognitivních funkcí před a 14 dní po operaci. Výzkum přišel se závěrem, že osm pacientů mělo zhoršené kognitivní funkce před operací a 6 pacientů po operaci. Někteří jedinci už při vyslovení podezření na malignitu plic, udávali snížené kognitivní funkce. Druhá část výzkumu měla za úkol zmapovat jaké jsou rozdíly mezi před a pooperační péčí o pacienty s karcinomem plic. Do výzkumu byli zařazeni pacienti, kteří byli 3–4 týdny po chirurgickém zákroku. Výzkumný soubor tvořilo 23 pacientů. Převážnou část souboru tvořili muži. 96 % výzkumného souboru byli kuřáci nebo bývalý kuřáci. 1 nikdy nekouřil. 15 pacientů mělo diagnostikováno nemalobuněčný karcinom. Výzkum přinesl zjištění, že u šesti pacientů byl karcinom plic zjištěn náhodně, bez zjevných projevů nemoci. V pooperačních komplikacích se objevilo u dvou operovaných pacientů krvácení. Většina pacientů se shodla na bolestech po operaci, kterou zaznamenávají někteří pacienti i po měsíci od operace. Psychická potíže přiznalo 11 pacientů. Dlouhodobější výzkum došel k závěru, že 50–60 % pacientů s karcinomem plic, který byl včas odhalen, přežívá více jak pět let (Lehto, 2013).

V současné době, v rámci grantového projektu, je v České republice organizována databáze hrudní chirurgie, jejíž přínosem bude kompatibilita s databází Evropské společnosti hrudní chirurgie (ESTS). Tato databáze bude velkým přínosem v oblasti výzkumu (Doležal, 2012).

1.4 Role sestry

Role je vyžadované a očekávané chování v souvislosti s daným postavením ve společnosti. Role se odehrávají v párech. Každý je ve vztahu k někomu. Role sestry je odlišná. Sestra je v kontaktu s pacientem, v kontaktu se sestrami anebo s lékařem. Každý by měl mít ve své profesi jasnou ideu o svých úkolech a působnosti druhých (Plevová, 2011).

Sestra je důležitým elementem po celou dobu pacientova pobytu v nemocnici. Při příjmu sestra seznámí pacienta s chodem oddělení, řádem a odpoví na dotazy, které pacient vznese. Tento moment je důležitým faktorem pro vznik důvěry mezi pacientem a sestrou. Přispívá i dobré psychické pohodě, které je důležitá v pooperační péči. Bezprostředně po chirurgické intervenci je sestra tím, kdo je kontinuálně v kontaktu s nemocným a bedlivě kontroluje jeho pooperační stav (Tašková, Hytych et. al., 2016).

Povolání sestry je povolání s velkými výzvami a velmi náročné. Úkolem sestry je řešení problémů, které vedou k získání úspěchů. Ošetrovatelská odborná péče v moderní koncepci přináší komplexní východisko problémů a systémový postoj. Komplexní péče zabezpečí uspokojení všech potřeb pacienta (Tóthová, 2014).

Vzhledem k tomu, že péče o nemocné musí být komplexní, může nastat situace, kdy se některé odvětví v určitých situacích prolínají. Profese sester prošla v relativně krátké době velkou přeměnou. Od prvotního utváření ošetrovatelství v prostředí charitativních zařízení až po odbornou péči o nemocné. Za rozvojem ošetrovatelství stojí Florence Nightingalová, která se zaměřila na technickou oblast v sesterském jednání a konání. Tento směr umocnil rozvoj techniky v medicíně v polovině 19. století. WHO definuje role sester takto: „Sestra je osoba, která byla formálně přijata do ošetrovatelského vzdělávacího programu, řádně uznaného členským státem, v němž je tento program zajišťován, úspěšně dokončila předepsaná studia ošetrovatelství a získala požadovanou kvalifikaci“ (Plevová, 2011).

Role sester v pooperační péči vyžaduje různé specifické schopnosti. Patří mezi ně administrativní, analytické, interpersonální, organizační a technické předpoklady. Úlohy sestry pracující v chirurgických oblastech, vyplývají z role výzkumné, rozvojové, řídicí, koordinační, autonomní a kooperativní (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.4.1 Role sester v chirurgii

V péči o pacienty, kteří podstoupili operační výkon je role sestry velmi důležitá. K obavám z chirurgického zákroku a jeho následkům se přidávají obavy z budoucnosti, strach ze smrti a úzkostné stavy. Úlohou sestry v pooperační péči je soustavná prevence a potencionální ošetřování komplikací, ke kterým může v pooperační péči dojít (Vorlíček et. al., 2012).

Sestra při výkonu svojí profese zastává roli sestry pečovatelky, obhájkyne nemocného, výzkumnice, koordinátorky, edukátorky a asistentky. Role pečovatelky je v úzkém kontextu s ošetrovatelskou péčí. Obhájkyň se sestra stává ve chvíli, kdy pacient není schopen vyslovit svá přání a potřeby. V roli výzkumnice sestra využívá nových vědomostí a zkušeností. V naplánování a uskutečnění ošetrovatelské péče spolupracuje sestra koordinátorka s jedinci, kteří tvoří zdravotnický tým. V roli edukátorky se sestra podílí na rozvoji soběstačnosti pacienta, prevenci a utužování zdraví. Úkolem sestry asistentky je připravit pacienta na vyšetření a při daném vyšetření asistovat (Plevová, 2011).

1.5 Paliativní péče

Paliativní péče je dle WHO definována jako: „*Aktivní komplexní péče o pacienty, jejichž onemocnění neodpovídá na kurativní terapii. Zásadní důležitost má léčba bolesti a ostatních tělesných symptomů, stejně jako mírnění psychických, sociálních a duchovních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny*“ (Adam et. al., 2011).

Definice paliativní péče je mnoho, ale všechny se shodují na společném cíli. Paliativní péče definuje nemocné, kteří trpí pokročilým stádiem nemoci, jež nereaguje na kurativní terapii. Smyslem paliativní péče není jen léčba a péče o pacienta v preterminálním a terminálním stádiu nemoci, ale i péče o jeho blízké (Marková, 2010).

Smrt, utrpení a nemoc vždy byly, jsou a budou nedílnou součástí lidského bytí. Paliativní lékařství se řadí mezi nejstarší odvětví medicíny, jako nejstarší ošetrovatelské a medicínské odvětví. V minulém století byla paliativní medicína vlivem rozmachu biomedicíny a farmakoterapie opomíjena. Až v druhé polovině 20. století jí začala být opět věnována pozornost. U nás byla paliativní léčba přijata až v roce 2004 (Opatrná, 2017).

U pacientů s karcinomem plic je paliativní péče vyhledávána v důsledku nesnáží, které souvisí s pleurálním maligním výpotkem, syndromem horní duté žíly a obstrukcí bronchů (Tomášek, et. al., 2015).

Paliativní péče je definována jako postoj, který zlepšuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny, kteří odolávají potížím spojené s nemocí, prostřednictvím zmírňování a

předcházení utrpení. Záměrem paliativní péče je docílit co nejlepší hodnoty života pacienta a jeho rodiny. Jak z definice paliativní péče vyplývá, jde o komplexní péči a léčbu zdroje utrpení vyžadující multidisciplinární tým. Tým, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, nutriční terapeuti, rehabilitační pracovníci, psychologové, duchovní, sociální pracovníci. Multidisciplinární tým je stěžejní jednotkou umožňování paliativní péče (Opatrná, 2017).

Obecná forma paliativní péče by měla být poskytována ve všech zdravotnických zařízeních v rámci svého vymezení. Součástí péče je zhodnocení stavu nemocného, posouzení smysluplnosti další léčby a zhodnocení kvality života nemocného (Marková, 2010).

Specializovaná forma paliativní péče je poskytována v zařízeních, kde je tato péče prioritní. Řadí se sem ambulance paliativní péče, denní stacionáře, domácí hospice, lůžkové hospice, oddělení paliativní péče, konziliární týmy paliativní péče, poradny, půjčovny pomůcek, tísňové linky (Marková, 2010).

Jednotka akutní paliativní terapie poskytuje paliativní ošetřování u akutních případů. Zde je umožněná léčba symptomů a vedlejších účinků onkologické terapie, kterou podstupují pacienti v pokročilém stavu nemoci. Tyto jednotky jsou stanovené pro pacienty v terminálním stádiu s nutností akutní léčby, intenzivní terapií bolesti a u nemocných, kde je nutná symptomatická pomoc (Bužgová, 2015).

Hodnotná paliativní péče by měla vyhovovat šesti smyslům, zaměřených na potřeby pacienta:

- cílená na pacienta – zakládá se na pacientovo cílech a přání
- bezpečná – neublíží pacientovi
- včasná – zahájena v příhodný čas
- efektivní – nemarní časem, zdrojem ani prostředky
- prospěšná – zřejmě pacientovi pomůže
- spolehlivá – použije prostředky, které přinesou pacientovi užitek (Bužgová, 2015).

1.5.1 Paliativní péče v nemocnici

Paliativní péče v nemocničním prostředí má velký význam. V České republice bohužel specializované paliativní pomoc chybí. Zatím jedinou možností je převzetí „paliativního přístupu v péči“. Ten je možné definovat jako otevřenou pozici k umírání a ke smrti, u všech, kteří se ve své profesi setkávají s onkologicky nemocným pacientem a jeho blízkými. Paliativní léčba vychází ze zásad, že ošetřující personál tráví s pacientem a jeho rodinou čas a kdykoliv je jim k dispozici (Bužgová, 2015).

Dle dostupných šetření by si většina lidí přála konec svého života prožít doma v kruhu rodiny a tam také skonat. I přes tato přání stále umírá ve zdravotnických zařízeních více jak 60 % pacientů (Marková, 2010).

Velmi blízko k paliativní péči má termín podpůrné ošetřování. Cílem je vynaložit úsilí o co nejlepší hodnoty pacientova života. Léčba podpůrná je směřována na minimalizování potíží, které souvisí s onemocněním (Adam et. al., 2011).

V onkologii se mimo termínu paliativní péče hovoří i o podpůrné péči. Jejím úkolem je zdokonalit komfort onkologicky nemocných pacientů, jeho činnost a poskytnout pacientovi sociální podporu. Péče podpůrná je pro pacienta s onkologickým onemocněním multimedimenzionální. Obsahem je psychologická a fyzická podpora a péče, sociální podpora, hojnost informací (Bužgová, 2015).

1.5.2 Modely paliativní péče v nemocnici v zahraničí

Výzkum, který byl proveden v USA přišel s výsledkem, že paliativní péče je směřována spíše do větších nemocničních zařízení, církevních nebo neziskových nemocnic. Prioritní pro paliativní péči v nemocnici je pomoc ulevit pacientovi v utrpení, efektivní komunikace, podpora pacienta a jeho rodiny. V zahraničních nemocnicích se můžeme setkat se čtyřmi modely paliativní péče:

- Jednotka akutní paliativní terapie
- Ambulantní sektor paliativní péče
- Podpůrný tým paliativní péče v rámci nemocnice
- Specializované paliativní oddělení (Bužgová, 2015).

1.5.3 Komunikace v paliativní péči

Komunikace je významnou součástí edukace. Je to proces předávání a přijímání zpráv, proces výměny informací mezi zúčastněnými. Komunikace znamená spolupodílet, spoluúčastnit se na něčem, činit, konat něco společně. Spojení někoho s něčím. V péči o pacienta to znamená vztah sestra a pacient, sestra a rodina pacienta a vztah sestra a spolupracovníci. Komunikaci lze i chápat jako výměnu myšlenek, poskytování nových informací, postoje, emoce, jednání, přenos zpráv. V nemocničním prostředí má edukace svá specifika. Tak je tomu i v pooperační péči. Zde je edukace zaměřena na potřeby pacienta po chirurgické operaci. Každý pacient má specifické potřeby, které závisí na typu a způsobu chirurgické intervence, přidružených onemocněním, psychickém stavu pacienta a jeho spolupráci (Juřeníková, 2010, Vévoda, 2013).

Komunikace ošetrovatelského personálu s pacientem a jeho nejbližšími musí být empatické a otevřená. Taková komunikace je dobrým předpokladem správné paliativní péče. Převládá názor, že nemocný by měl být otevřeně a citlivě informován o svém stavu a prognóze nemoci. Způsob terapie by měl vyvěrat ze společného odhodlání jak pacienta, tak ošetrujícího lékaře. Sestry v pooperační péči by měly být připravené na nemocného dotazy, typu smysl života, utrpení, vina, strach z umírání a smrti (Adam et. al., 2011).

Řádná ošetrovatelská péče je plně v rukou sester, které pečují o pacienty. Dostání potřeb a požadavků pacientů je podmíněno zkušenostmi, znalostmi a citem pro identifikaci potřeb. Role sester v pooperační péči je nenahraditelná. Sestra se stává prostředníkem mezi lékařem a pacientem, rodinou a pacientem (Tomová, Křivková, 2016).

2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem diplomové práce bylo zmapovat a zhodnotit, v rámci pooperační péče, míru spokojenosti pacientů. Byly stanoveny tři cíle, na jejichž základě bylo vytvořeno pět výzkumných otázek.

2.1 Cíle práce

Výzkumný cíl 1: Zmapovat, do jaké míry jsou pacienti spokojeni s přístupem sester v rámci pooperační péče.

Výzkumný cíl 2: Zjistit, do jaké míry jsou sestry informované o možnostech následné péče – hospicová péče, domácí péče.

Výzkumný cíl 3: Zhodnotit, zda jsou potřeby pacientů v pooperační péči uspokojené.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak pacienti po operaci plic vnímají ošetrovatelskou péči?

Výzkumná otázka 2: Jaké problémy mají pacienti v pooperační péči?

Výzkumná otázka 3: Jsou všechny potřeby pacienta uspokojené?

Výzkumná otázka 4: Mají pacienti v pooperační péči všechny potřebné informace?

Výzkumná otázka 5: Jaké informace pacientům v pooperačním období chybí?

3. OPERACIONALIZACE POJMŮ

Bronchogenní karcinom taktéž karcinom plic. Nejčastější zhoubné onkologické onemocnění dnešní doby. Tato diagnóza je charakteristická vysokou mortalitou, nejen u mužů, ale také u žen. V celosvětovém měřítku výskytu plicních nádorů zaujímá u mužů prvenství a u ženské populace je rakovina plic celosvětově na třetím místě (Krejčí, Pauk, 2019).

Pacient „*Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby*“ (§ 3, zákon č. 372/2011 Sb. v platném znění).

Všeobecná sestra „*vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu*“ (§ 4, Vyhlášky č. 391/2017 Sb. v platném znění).

Pooperační péče je vyžadována u pacientů, kteří podstoupili operační výkon. Úkolem pooperační péče je brzký návrat nemocného do běžného způsobu života. Péče po operaci začíná v době, kdy anesteziolog předá pacienta na pooperační pokoj a končí ve chvíli, kdy je pacient přeložen na standardní oddělení (Bartůněk et.al., 2016).

4. METODIKA

4.1 Technika sběru dat

Pro získání potřebných informací k empirické části diplomové práce byla použita forma kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru pro dva odlišné zkoumané soubory.

V rámci výzkumného šetření bylo do prvního souboru zařazeno 10 pacientů, kteří podstoupili operaci karcinomu plic. Všichni respondenti byli předem seznámeni s výzkumnými otázkami. Dotazovaným byl vysvětlen význam výzkumného šetření a s jakým záměrem budou výsledky rozhovorů použity. Všichni dotazovaní podepsali Informovaný souhlas, ve kterém souhlasili se zpracováním informací, které byli v průběhu šetření získány. Z důvodu zaručení absolutní anonymity dále neuvádíme bližší konkretizaci. Rozhovor byl veden na podkladě 22 předem připravených otázek (viz Příloha 2). V průběhu výzkumného šetření odmítli dva pacienti zapojit se do sběru dat a hovořit o své diagnóze. Během vedení rozhovoru byli pacienti dotazováni, zda nechtějí rozhovor přerušit nebo ukončit. Všech 10 dotazovaných odpovědělo „ne.“

Další skupinu respondentů tvořily sestry, které o pacienty v pooperačním období pečovaly. Do výzkumného šetření se zapojilo 8 sester z oddělení hrudní chirurgie. Rozhovor obsahoval 19 předem připravených otázek (viz Příloha 1). I sestry byly předem seznámeny s průběhem šetření a také podepsaly Informovaný souhlas.

Výzkumné šetření probíhalo od října 2018 do konce května 2019. Rozhovory s pacienty byly vedeny u lůžka nemocného. Se sestrami byly rozhovory provedeny na inspekční místnosti. U obou skupin byly rozhovory zaznamenávány v písemné podobě. Rozhovor s pacienty trval 10-20 minut. Rozhovor se sestrami nepřesáhl 20 minut. Celé výzkumné šetření probíhalo se souhlasem managementu oddělení hrudní chirurgie a se souhlasem paní náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání jedné nejmenované nemocnice. Následně byly rozhovory za pomocí metody tužka – papír kódovány.

Výsledná data jsme utřídili do kategorií a subkategorií a graficky zpracovali Smart Arty, pomocí vodorovné hierarchie.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Předmětem této kapitoly je grafické znázornění výsledků, které byly získány na podkladě výzkumného šetření. Výsledky jsou znázorněny v tabulkách a pomocí SmartArtů.

Výzkumný soubor představovaly dvě skupiny respondentů. První skupinu respondentů tvořili pacienti z oddělení hrudní chirurgie. Druhou skupinou dotazovaných byly sestry, které pracují s pacienty po operaci plic. Do výzkumného šetření bylo zařazeno 10 pacientů a 8 sester. Dotazovaní pacienti jsou dále v textu označeni P1 – P10. Sestry jsou dále označeny S1 – S8.

Charakteristika výzkumného souboru – sestry

Sestra 1 (S1)

První dotazovaná respondentka má vysokoškolský titul bakalář. Posledních dva a půl roku se věnuje magisterskému studiu. „*Nemám hotovou diplomku a mám vedoucí ze Slovenska, která napsala knihy o modelech a pořád se jí něco na mém psaní nelíbí. Asi už to nedodělám.*“ Na oddělení hrudní chirurgie pracuje 3 roky. Na oddělení se jí líbí, je spokojená.

Sestra 2 (S2)

Druhou respondentkou je sestra s magisterským titulem, pracující na hrudní chirurgii dva měsíce. I tato sestra by svou práci neměnila.

Sestra 3 (S3)

Třetí dotazovanou sestrou je praktická sestra, studentka DiS, kombinovaného studia. Tato sestra měla v době výzkumu pouze dva týdny praxe na oddělení. Na oddělení se jí líbí, je spokojená. Jak sama řekla: „*Zatím se zaučuji, ale jsem spokojená.*“

Sestra 4 (S4)

Čtvrtá respondentka je všeobecná sestra, které na oddělení hrudní chirurgie pracuje přes dva roky. Na oddělení je spokojená. Jak sama říká: „*Je to pestrá, rozmanitá práce. Co pacient, to individuální případ.*“

Sestra 5 (S5)

Pátá dotazovaná sestra má vystudovanou vyšší odbornou školu, intenzivní péči. Na oddělení pracuje osmým rokem. Na oddělení nastoupila po mateřské dovolené.

Sestra 6 (S6)

Další respondentka vystudovala Střední zdravotnickou školu. Na oddělení pečuje o pacienty po operaci už sedm let.

Sestra 7 (S7)

Sedmá dotazovaná je všeobecná sestra. Na hrudní chirurgii je zaměstnaná tři roky.

Sestra 8 (S8)

Poslední z dotazovaných sester, je vysokoškolsky vzdělaná sestra, titul bakalář. „*Chtěla bych ještě magistru, ale nechce se mi už studovat. Učení mě nebavilo. Bylo to těžký.*“ Na oddělení hrudní chirurgie se stará o pacienty po operaci přes rok.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru – sestry

Respondent	Vzdělání	Specializační studium	Délka praxe (v měsících)
S1	Bc.	-	36
S2	Mgr.	-	2
S3	SZŠ	-	0,5
S4	SZŠ	-	24
S5	VOŠ	Intenzivní péče PSS	96
S6	SZŠ	-	84
S7	SZŠ	-	36
S8	Bc.	-	12

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 1 zobrazuje charakteristiku výzkumného souboru sester z oddělení hrudní chirurgie. V tabulce se dozvíme informace o dosaženém vzdělání respondentek, jejich specializačním studiu a délce praxe zobrazené v měsících.

Charakteristika výzkumného souboru – pacienti

Pacient 1 (P1)

První dotazovaný pacient je vyučený, ženatý. Tato hospitalizace není pacientova první, již dříve byl v nemocnici na vyšetření. Pacient byl velmi vstřícný k rozhovoru. Během rozhovoru byl usměvavý.

Pacient 2 (P2)

Druhý dotazovaný pacient má vysokoškolské vzdělání. Je ženatý a v nemocnici v minulosti byl také hospitalizovaný.

Pacient 3 (P3)

Nejvyšším dosaženým vzděláním třetího pacienta je výuční list. Je ženatý. A i on byl už dříve v nemocnici hospitalizován.

Pacient 4 (P4)

Čtvrtým dotazovaným je žena. Má vystudovanou vysokou školu. Je vdaná. I tato pacientka má předchozí zkušenost s pobytem v nemocnici.

Pacient 5 (P5)

Pátým dotazovaným je další žena. Má vystudované gymnázium a Školu cestovního ruchu a lázeňství. Je vdaná. Tato pacientka také byla v minulosti hospitalizovaná. Během hovoru měla pacientka bolesti v oblasti pravého hemithoraxu, v návaznosti na pohybu. Během hovoru dávala pacientka bolest najevo grimasami. Na opakované dotazy, zda nechce rozhovor ukončit, odpověděla, ne. Ten den měla být propuštěna do domácího ošetřování. Těšila se domů.

Pacient 6 (P6)

V pořadí šestý respondent je pacientka, která vystudovala Střední průmyslovou školu. Je vdaná. Dříve byla také hospitalizována. Podstoupila operaci apendixu.

Pacient 7 (P7)

Sedmou dotazovanou je pacientka s výučním listem. Je vdova. Tato pacientka v minulosti podstoupila gynekologickou operaci.

Pacient 8 (P8)

Osmým respondentem je pacient s výučním listem. Je zedník. Více jak 20 let pracoval v Německu. Je ženatý. I tento pacient byl v minulosti hospitalizován. V roce 2009 podstoupil prostatektomii.

Pacient 9 (P9)

V pořadí devátý respondent je muž, jenž vystudoval Střední průmyslovou školu. Je 27 let šťastně ženatý. Tento pacient je poprvé v životě v nemocnici.

Pacient 10 (P10)

Posledním dotazovaným je vyučený pacient s maturitou. Je rozvedený, ale 15 let žije s přítelkyní. V nemocnici je opakovaně. Jak sám říká: „*Někdy jsem v nemocnici víc než doma.*“

Tabulka 2 Charakteristika výzkumného souboru – pacienti

Respondenti	Pohlaví	Nejvyšší dosažené vzdělání	Rodinný stav	Předchozí zkušenost se ZZ	Uskutečnění rozhovoru
P1	Muž	Vyučený	Ženatý	Ano	18.den
P2	Muž	VŠ	Ženatý	Ano	2.den
P3	Muž	Vyučený	Ženatý	Ano	1.den
P4	Žena	VŠ	Vdaná	Ano	6.den
P5	Žena	SŠ	Vdaná	Ano	6.den
P6	Žena	SPŠ	Vdaná	Ano	4.den
P7	Žena	Vyučena	Vdova	Ano	14.den
P8	Muž	Vyučený	Ženatý	Ano	26.den
P9	Muž	SPŠ	Ženatý	Ne	3.den
P10	Muž	Vyučen s maturitou	Rozvedený	Ano	3.den

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Tabulka 2 nám sumarizovala základní informace, týkající se dotazovaných pacientů. Znázorňuje nám pohlaví respondenta, dosažené vzdělání, rodinný stav a den hospitalizace, kdy byl rozhovor uskutečněn. Pro výzkumné šetření bylo vybráno 12 pacientů, ale dva pacienti odmítli. Jeden muž a jedna žena. Pacientka nebyla ještě smířená se svým zdravotním stavem, plakala a při sběru dat u spolupacientky, vyšla ven z pokoje a procházela se po chodbě. Muž odmítl se slovy: „*Nechci, aby se o mě někde psalo.*“

5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tabulka 3 Přehled kategorií a subkategorií

KATEGORIE	SUBKATEGORIE
1. Pooperační průběh	Druh operace
	Obtíže po operaci
	Pooperační komplikace
	Poučení o riziku pooperačních komplikací
2. Pooperační komplikace	PK v rámci pooperační péče
	Nejčastější PK
3. Potřeby pacienta v pooperační péči	Chybějící informace
	Efektivní informovanost pacientů
	Nejčastější potřeby
	Nejčastěji vyhledávaná pomoc
	Změny/úpravy v pooperační péči
4. Pooperační péče	Spokojenost v rámci PP
	Edukace o PP
	Vnímání PP
	Efektivita informovanosti PP
	Vylepšení PP
5. Nedostatky PP	Chybějící informace
	Nedostatky biologických potřeb
	Bezpečí
	Návštěvy

6. Role sester	Pojem role sester
	Vnímání role
	Nejčastější oblasti edukace
	Způsob a četnost edukace
7. Komunikace s ošetrujícím personálem	Předchozí zkušenost s nemocničním prostředím
	Důvěra v ošetrující personál
	Spokojenost s komunikací s OP
8. Následná péče	Edukace na téma následná péče
	Míra informovanosti o NP
	Spolupráce s domácí péčí
	Znalost domácí péče v okolí
	Nejbližší klasický hospic
	Očekávání od hospicové péče
	Dostačující informace o NP
	Kdo poskytl informace o NP
	Otázky bez odpovědi

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Pooperační průběh

Kategorie Pooperační průběh zahrnuje čtyři subkategorie. Jde o subkategorie druh operace, pooperační potíže, komplikace po operaci a poučení o možných komplikacích.

Subkategorie Druh operace

Cílem této subkategorie bylo zjistit, jaký druh chirurgické intervence dotazovaní pacienti podstoupili. 60 % pacientů (P1, P5 – P7, P9 – P10) podstoupilo operaci plic. Jeden pacient (P3) uvedl, že mu „*při operaci brali uzliny v mediastinu.*“ Dva pacienti (P2, P4) podstoupili operační zákrok na trachee a jeden z dotazovaných (P8) podstoupil operaci za účelem odstranění zhoubného nádoru v mediastinu, který prorůstal do okolí. Pacient při rozhovoru popsal: „*Ten nádor vážil 3,6 kilo. Operace trvala sedm hodin. Nejdříve mi chtěli brát ten nádor na dvakrát, ale pan docent se při operaci rozhodl vzít všechno najednou. A jsem rád, že mě to vzali při jednom a nemusel jsem na druhou operaci.*“

Subkategorie Obtíže po operaci

Výstupem této subkategorie je zjištění, že polovina z dotazovaných pacientů (P1, P5, P6, P8, P9) trpěla po hrudní operaci bolestmi. P2 jako pooperační potíže zmínil šepot a diskomfort hlasivek. Jeden pacient (P4) uvedl, že jeho největším problémem po operaci byla dušnost. U pacienta (P7) došlo v pooperační období došlo k poklesu hemoglobinu: „*Měla jsem špatnou krev, tak mi dávali transfúze.*“ U pacienta (P10) byl pooperační průběh komplikován krvácením: „*Hned pár hodin po operaci jsem začal krváčet do plic, tak mě brali v noci na sál a znovu mě operovali a dávali nové drény.*“ Pouze jeden pacient neměl po operaci žádné potíže.

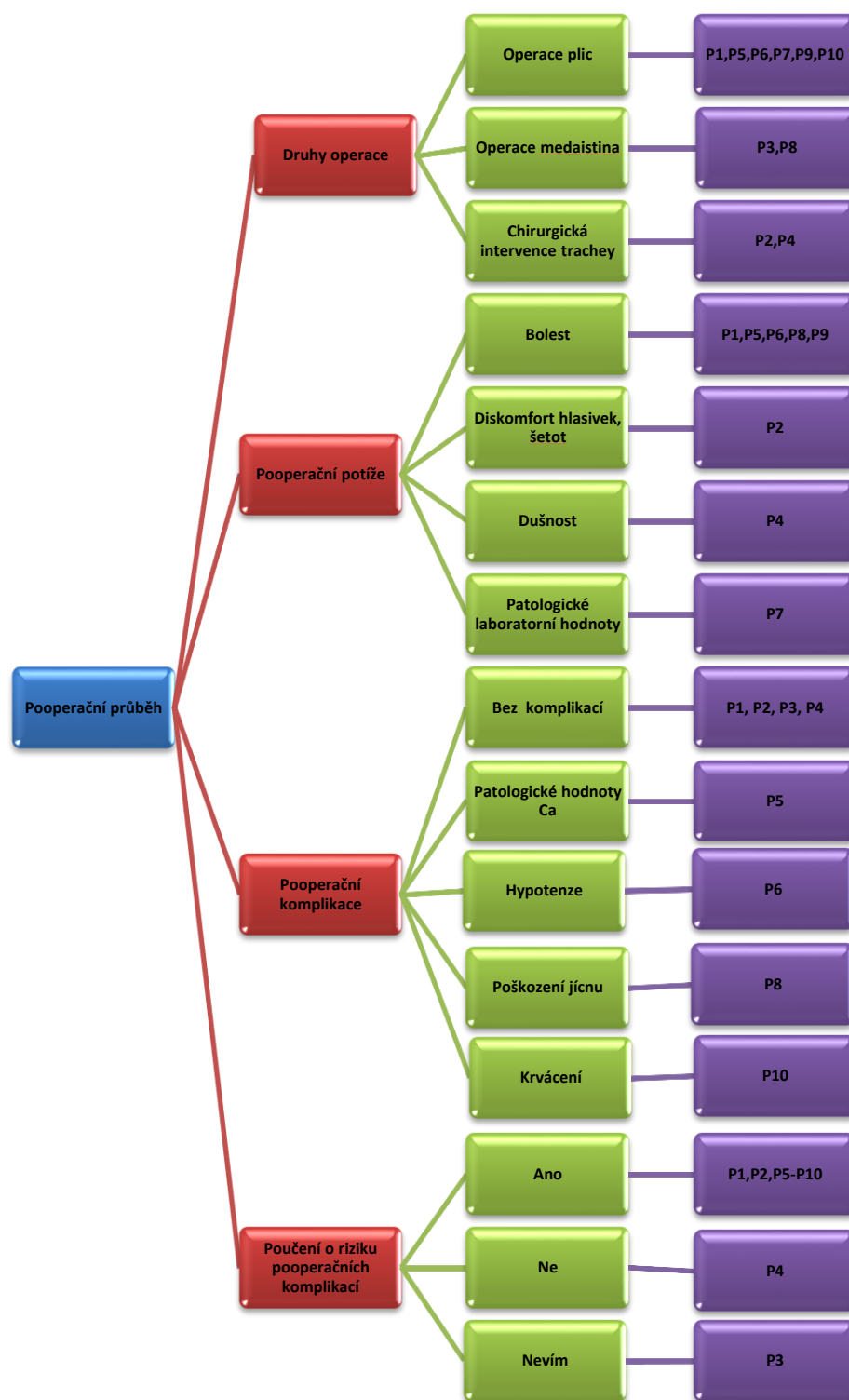
Subkategorie Pooperační komplikace

Subkategorie Komplikace po operaci nám přinese zjištění, jaké měli pacienti komplikace, které byly spojené s chirurgickým zásahem. Nejčastěji pacienti odpověděli, že v prvních pooperačních hodinách neměli žádné potíže (P1 – P4). Pacient (P5) zmínil: „*Měl jsem málo vápníku.*“ Pooperační stav pacienta (P6) byl komplikován hypotenzí: „*Mám nízký tlak. Tak mi zavodňovali.*“ U pacienta (P8) došlo k protěti jícnu při odstraňování nádoru. Pouze jeden pacient (P9) uvedl, že měl ihned po operaci bolesti. U pacienta (P10) došlo po operaci ke krvácení. Škála pooperačních komplikací zjištěných v této subkategorii je pestrá. Jde o patologickou reakci a odpověď na operační zásah do organismu nemocného. Komplikace jsou ovlivněny přidruženými chorobami, vitalitou pacienta. Do jisté míry do komplikací promítá i psychický stav nemocného.

Subkategorie Poučení o riziku pooperačních komplikací

V této subkategorii jsme došli k závěru, že 80 % pacientů (P1, P2, P5 – P10) bylo poučeno o možných komplikacích v pooperačním průběhu. P6 ve své odpovědi zmínil: „*Podepisuje se všechno.*“ Pacient (P3) odpověděl: „*Nevím.*“ Pacient (P4) uvedl: „*Nikdo mi neupozornil.*“ Každý pacient, který podstoupí operační zákrok, je předem seznámen se všemi výkony a intervencemi, které v průběhu hospitalizace podstoupí a jaká rizika hrozí. Vše je zaznamenáno v písemné podobě. Jde o Informované souhlasy. Pacient v průběhu hospitalizace podepisuje více souhlasů. Jak uvedl pacient (P6) „*Podepisuje se všechno*“, mínil tím Informované souhlasy. Při podpisu upozornil ošetřující lékař pacienta na možná rizika., která jsou spjata s chirurgickou intervencí.

Schéma 1 Pooperační průběh



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Pooperační komplikace

Kategorie Pooperační péče zahrnuje dvě subkategorie. Jde o subkategorii pooperačních komplikací v rámci pooperační péče a nejčastější pooperační komplikace. Tato kategorie a její subkategorie zkoumají odpovědi sester v rámci pooperačních komplikací.

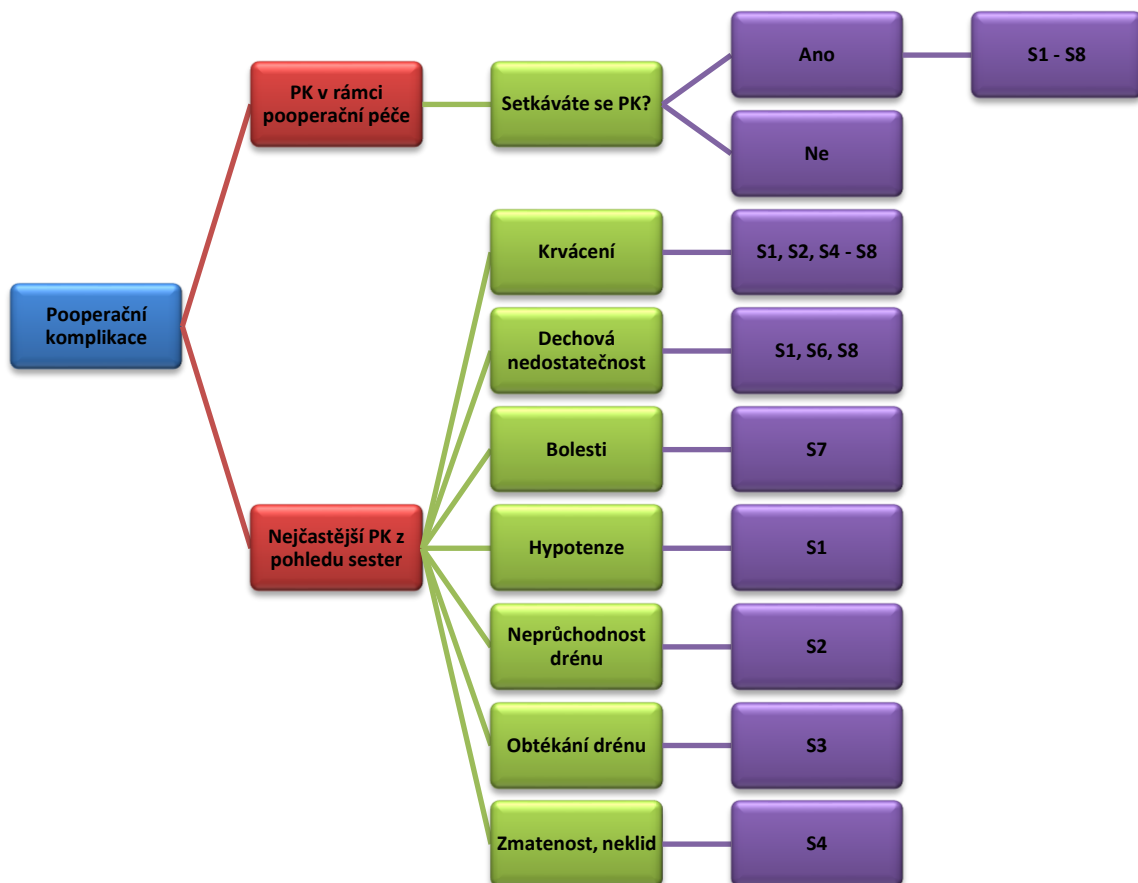
Subkategorie – Pooperační komplikace v rámci pooperační péče

U této otázky došlo ke shodné odpovědi u 90 % respondentek. V pooperační péči se všechny setkaly s pooperačními komplikacemi. S2 spolu se sestrou S6 uvedla, že se setkává s PK jen občas, S4 sdělila v rámci rozhovoru, že komplikace v pooperačním období se odvíjí od druhu operace.

Subkategorie – Nejčastější pooperační komplikace z pohledu sester

U této otázek odpověděly dotazované sestry více možností. Z celkového počtu dotazovaných uvedlo sedm z nich, že nejčastější komplikací je krvácení do drénu. Sestra (S2) do své odpovědi uvedla: „*Nejčastěji je to krvácení a pak ještě neprůchodnost drénu.*“ Další nejčastější komplikací je, jak uvedly čtyři sestry, infekce v operační ráně. Na dechové tísní se shodly 3 sestry. Dalšími komplikacemi, které respondentky zmínily jsou bolesti, nízký tlak, neprůchodnost drénu, obtékání drénu, zmatenost a neklid. Sestra (S3) odpověděla: „*Obtékání z drénu? Víc nevím.*“ Tato sestra se zapracovává na oddělení třetí týden, a tak zatím neměla možnost se setkat s komplikacemi. Z toho důvodu odpověděla otázkou.

Schéma 2 Pooperační komplikace



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Potřeby pacienta v pooperační péči

V této kategorii bylo vytvořeno pět subkategorií. Zde najdeme odpovědi dotazovaných sester, zaměřené na potřeby pacientů v pooperační péči a případné změny a úpravy, které souvisí s poskytovanou péčí u pacientů, kteří podstoupili operaci plic.

Subkategorie – Chybějící informace

S2, S4, S6 – S8 se shodují, že pacienti žádné informace v období pooperační péče nepotřebují. S1 uvedla, že se pacienti ptají, kdy půjdou domů a dále je zajímají výsledky histologie. S3 se s pacienty, kteří disponují absencí informací nesešla. S5 vidí problém v nedostatečné informovanosti pacientů, spojenou s neefektivní edukací v souvislosti dlouhodobé bolesti, které pacienty omezuje v pooperačním období. S6 své tvrzení, že pacientům žádné informace nechybí, odůvodnila že: „*Všechno jim řekneme my nebo doktor.*“ S8 svůj výrok utvrdila: „*Nemyslím si, že by jim nějaké informace chyběly.*“

Subkategorie – Efektivní informovanost pacientů

V této otázce ze skupiny respondentek odpovědělo sedm sester, že pro pacienty v pooperační době jsou všechny poskytnuté informace srozumitelné. S3 vysvětlila efektivnost informovanosti: „*Musí se jim to laicky vysvětlit. Nemůžeme na ně mluvit odborně. To by nepochopili.*“ S6 ještě dodala: „*Kdyžtak by se zeptali.*“

Subkategorie Nejčastější potřeby

S1 – S7 shodně uvedly, že mezi nejčastější potřeby pacienta po operaci je tišení bolesti. S4 a S8 vidí v nejčastějších potřebách u pacientů, kteří podstoupili operaci, substituci tekutin. S1 ještě uvedla, že důležitá potřeba v pooperačním období je i monitorace FF. S7 má za to, že častou potřebou pacientů je brzká dimise. S8 mimo potřeby příjmu tekutin, ještě doplnila: „*Monitorace bolesti, stravování, vyprazdňování.*“

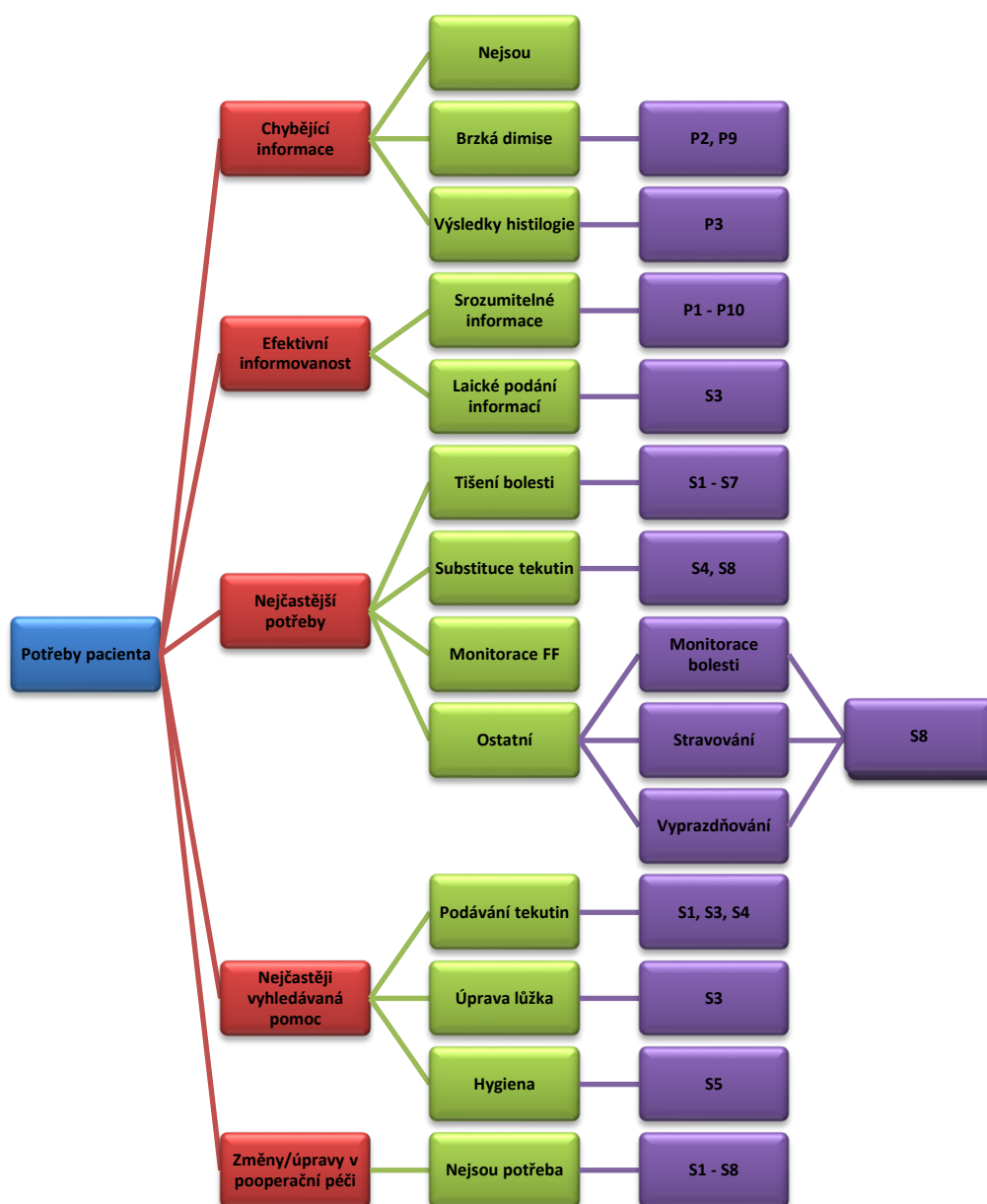
Subkategorie – Nejčastěji vyhledávaná pomoc

S1, S3, S4 vidí jako nejčastější potřebu u pacientů v pooperačním období substituci tekutin. S3 uvedla, že pacient v průběhu pooperačního období vyhledává pomoc při úpravě lůžka. S5 má za to, že nejčastější potřeba u pacientů je toaleta. S8 odpověděla na danou otázku: „*První den po operaci a v den operace.*“

Subkategorie – Změny/úpravy v pooperační péči

Výsledkem poslední subkategorie týkající se změn či úprav pooperační péče je shoda všech dotazovaných sester, že není potřeba pozměnit nebo upravit aktivity, týkající se pooperační péče. S1 posoudila případné změny v pooperační péči takto: „*Myslím, že takhle je to v pořádku s ohledem na pacienta.*“ S2 doplnila: „*Vše je monitorováno. Změny nejsou potřeba.*“

Schéma 3 Potřeby pacienta v pooperační péči



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Pooperační péče

Kategorie Pooperační péče byla rozdělena na subkategorie, které zkoumaly spokojenost pacientů v pooperační péči, edukaci v rámci PP, vnímání pooperačního období a srozumitelnost informací, které se pooperační doby týkají.

Subkategorie Spokojenost v rámci PP

Tato subkategorie přišla s výsledkem, že všichni dotazovaní byli spokojení s pooperační péčí. Zde byla 100% shoda. Žádný z dotazovaných neměl výhrady k průběhu pooperační péče. Pacient (P7) dodal: „*Vynikající. Nemám, co bych k tomu víc řekl.*“ Dotazovaný pacient (P8) slovně popsat pooperační péči takto: „*Ano, jsem spokojený. A moc. Všichni jsou tady moc hodní. Sestřičkám na JIP jsem říkal medvídkové. Většinou ty dvě sestřičky měly noční službu a schválně mluvily jak medvídci a mě se dobře usínalo.*“ Pacient (P9) se shodl na odpovědi s pacientem (P8): „*Jsou tady moc hodní.*“

Subkategorie Edukace v rámci pooperační péče

V rámci šetření edukace v oblasti pooperační péče se devět pacientů z deseti shodně vyjádřilo, že byli poučeni v rámci PP. Pacient (P2) dodal: „*Všechno mi vysvětlili.*“ Pacient (P5) při rozhovoru řekl: „*Můj ošetřující lékař mi všechno pečlivě vysvětlil.*“ U pacienta (P9) se mi dostalo této odpovědi: „*Pořád mi něco vysvětlují a ptají se mi, jestli chci něco vědět, na něco se zeptat. Tady se o pacienty zajímají pořád. Jestli vám něco nechybí, nepotřebujete něco a tak.*“

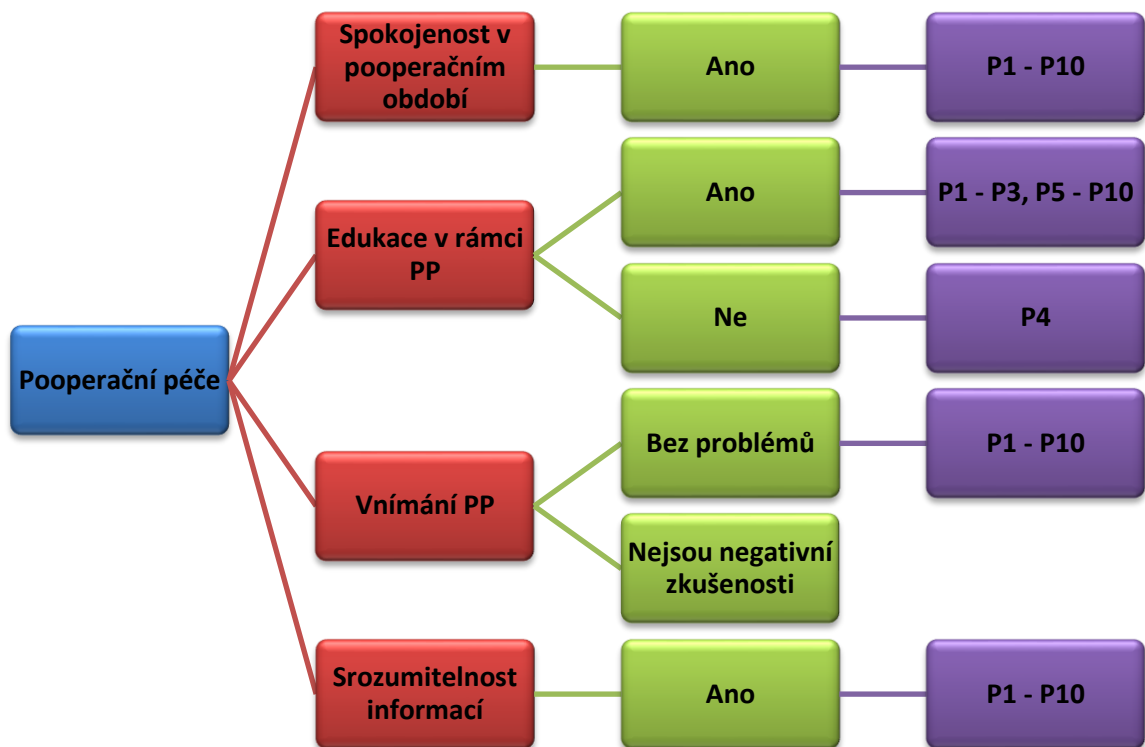
Subkategorie Vnímání pooperační péče

I v této subkategorii jsme došli ke shodě u všech dotazovaných pacientů. Všichni vnímají péči po operaci dobře, bez problémů a nějakých negativních pocitů. Pacient (P1) definoval pooperační péči jako: „*Péče, která je po operaci. Nic mi nechybí. Vnímám jí dobře.*“ Dotazovaný pacient (P6) se vyjádřil: „*Tady jsou všichni na úrovni, jsou ochotní. Cítím se tu dobře.*“

Subkategorie Srozumitelnost informací v rámci PP

V reakci pacientů, na dotaz, zda všem informacím porozuměli, jsme dosáhli 100 % shody. Všichni pacienti všem informacím porozuměli. U pacienta (P8) jsem zaznamenala: „Všechno mi pečlivě vysvětlili. A i se ptali, jestli tomu rozumím a jestli se chci na něco zeptat.“

Schéma 4 Pooperační péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Nedostatky pooperační péče

V kategorii Nedostatky pooperační péče jsme se zaměřili na zjištění chybějících potřeb, na nedostatky v uspokojování biologických potřeb. Další subkategorii je zjišťování bezpečí pacientů v nemocnici a poslední subkategorii této kategorie je otázka, týkající se návštěv u pacientů.

Subkategorie Chybějící potřeby v pooperační péči

Ve výzkumném šetření se shodně vyjádřili pacienti (P1, P3-P8), že jim nic nechybí, žádné nedostatky nepocítují. Pacient (P2) sdělil: „*Chybí mi zdraví, chtěl bych brzy domů, ale to mě nepustí. Dávají mě antibiotika do žíly.*“ Pacienti (P9 a P10) uvedli, že jediným nedostatkem, který pocítují, je brzká dimise.

Subkategorie Nedostatky v uspokojování biologických potřeb

Výsledkem této subkategorie je zjištění, že všichni dotazovaní pacienti jsou spokojeni. Všechny jejich biologické potřeby jsou dostatečně satureovány. Žádný z pacientů nepocítuje slabiny v uspokojování biologických potřeb.

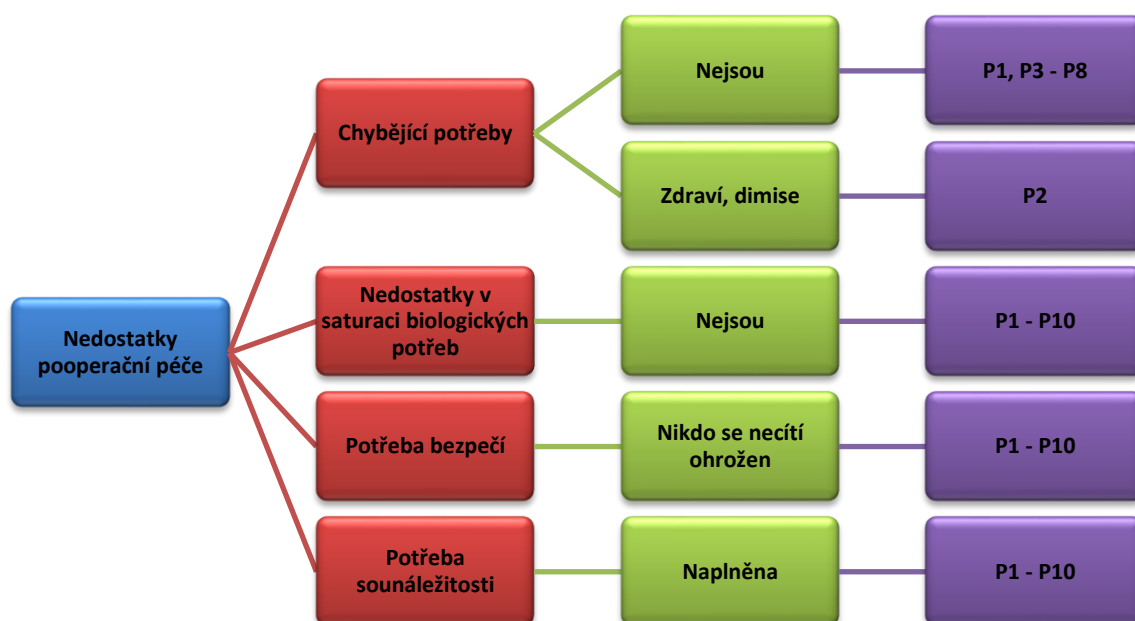
Subkategorie Pocit bezpečí

Na dotaz, týkající se pocitu bezpečí pacienta v průběhu hospitalizace, zodpovědělo všech deset dotazovaných pacientů, že se během hospitalizace cítí v bezpečí, necítí se jakkoliv ohrožení.

Subkategorie Návštěvy u pacienta

V subkategorii jsme se pokoušeli zjistit, jestli navštěvují pacienti v pooperační péči jejich rodinný příslušníci. Z celku dotazovaných uvedli 4 pacienti (P2, P3, P6, P10), že zatím návštěvu rodiny v průběhu hospitalizace neměli. Ostatní pacienty rodiny navštěvují.

Schéma 5 Nedostatky pooperační péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Role sester

Kategorie Role sester je složena ze čtyřech subkategorií, které jsou orientovány na odpovědi sester, jak vnímají svoje role. Role sester se skládá z mnoha profesí dohromady a jednou z nich je sestra – edukátorka. Touto otázkou se budeme zabývat ve druhé polovině kategorie Role sester.

Subkategorie – Pojem role sester

Výsledkem této otázky jsou různorodé odpovědi. S1 odpověděla: „Přesně nevím, asi minimalizovat pooperační komplikace.“ Odpověď S2 zněla: „Celková ošetrovatelská péče, strach pacienta, prognóza nemoci.“ S3 popsala role sester slovy „Práce, pomoc lidem.“ S4 vnímá svoji roli jako „Pomoc lidem a pacientům.“ S5 si představuje role sester jako „Splnění všech potřeb pacienta.“ S6 formulovala svoji odpověď takto: „To nevím. Asi jak se starat o pacienty?“ S7 vidí role sester takto: „Jak sestry pracují, co dělají, jak se starají o pacienty.“ S8 reagovala na otázku slovy: „Jak sestra pracuje s pacienty, jak se k nim chová, jaké má znalosti, jestli jí práce baví. To je asi všechno.“

S1 a S6 přesně neví, jak si vysvětlit pojem „role sester.“ S3, S4, S7 vnímají role sester jako pomoc pacientovi a péči o něj. S8 do své odpovědi zahrnuje i znalosti, které sestra musí mít. S2 vidí svoji role v poskytování celkové ošetrovatelské péče o pacienta. S5 chápe role sester v uspokojování potřeb nemocného.

Subkategorie – Vnímání role sester

V této subkategorii najdeme rozličné odpovědi sester, jak vnímají role sester. S1 a S3 vnímá úlohu sester v rámci minimalizování bolesti u pacientů po operační intervenci. S2 tvrdí, že vnímá role: „*Individuálně, ženy to berou víc osobně.*“ S4 a S8 cítí role pozitivně. S8 dodává: „*Baví mě tahle práce. Jinak bych tu nebyla.*“ S5 a S6 chápe role jako „*profesionální přístup k pacientovi.*“ S7 vyjádřila role ve znění: „*Snažit se o uspokojování potřeb, které pacienti mají.*“

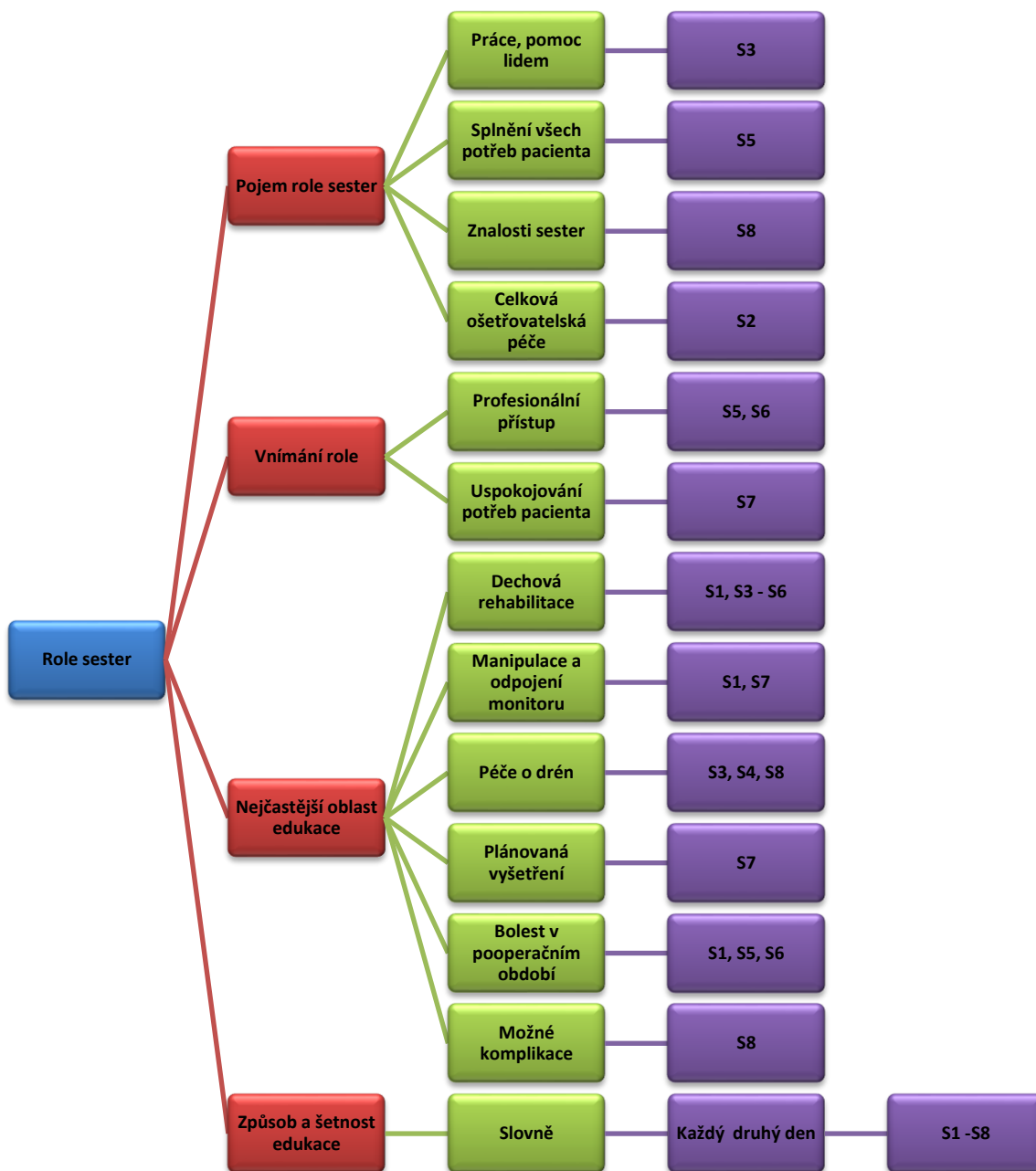
Subkategorie – Nejčastější oblasti edukace

Tato subkategorie mám nastíní nejčastější oblasti procesu edukace. V odpovědích najdeme rozmanitost a pestrost edukačních oblastí. Nejčastěji se dotazované sestry shodly, že frekventovanou oblastí edukace je dechová rehabilitace. S1, S7 uvedly nejčastější edukaci v pooperační péči, odpojení a manipulace s monitorem. Při rozhovorech se našlo pět sester, které zmínily rehabilitaci a nácvik pohybu v rámci lůžka za nejčastější oblast edukace. V souvislosti s pooperačním obdobím zařadily do svých výčtů odpovědí sestry S3, S4, S8 zacházení a pohyb s drénem. Některé sestry vnímají mezi nejčastější oblasti edukace například bolest, holení před operací, rentgenové vyšetření, bronchoskopické vyšetření, možné komplikace, další plánovaná vyšetření.

Subkategorie – Způsob a četnost edukace

Tato subkategorie měla za úkol zmapovat četnost edukace a jakým způsobem je vedena. V této subkategorii všechny dotazované shodně uvedly, že se pacienti na jejich oddělení edukují každý druhý den, a to slovně. S4 upřesnila, že edukují „*i nad rámec daných oblastí. A to jsou případy akutních vyšetření.*“ S3 uvedla: „*Co zrovna pacient potřebuje, jeho potřeby.*“ V rozhovoru se sestrou S3, která nedokázala upřesnit, co pacient po operaci potřebuje v rámci edukace, jsem vyslovila ještě doplňující otázku: „*Jaké má takový pacient potřeby? Co by bylo tématem edukace?*“ S3 nedokázala specifikovat. Odpověděla: „*Víc nevím.*“

Schéma 6 Role sester



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Komunikace s ošetřujícím personálem

V této kategorii jsme se zaměřili na komunikaci pacienta s ošetřujícím personálem. Cílem bylo zjistit, zda mají pacienti důvěru v ošetřující personál a jak hodnotí komunikaci s ošetřujícím personálem.

Subkategorie Předchozí zkušenost s pobytem v nemocnici

V této subkategorii jsme se zaměřili na předchozí zkušenosti pacientů s pobytem v nemocničním prostředí. Většina oslovených pacientů má zkušenosti s hospitalizací už z minulosti. Pouze jeden pacient byl v době výzkumného šetření, hospitalizován poprvé.

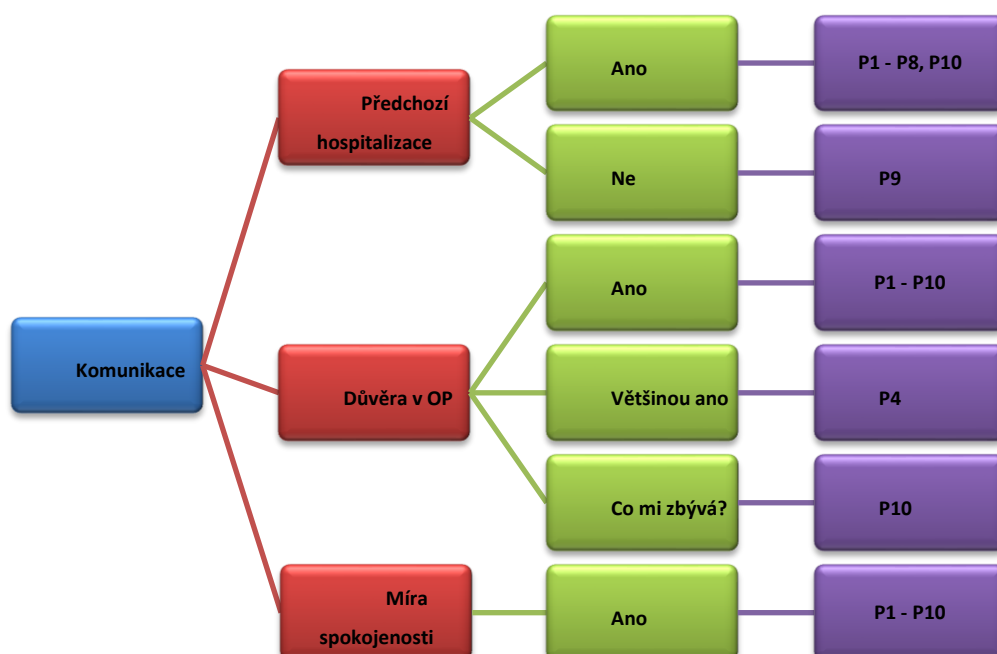
Důvěra v ošetřující personál

Důvěru v ošetřující personál měla většina respondentů. Pacient (P4) odpověděl: „*Většinou ano.*“ Na doplňující otázku, zda svoji odpověď nechce blíže specifikovat, jen otočil hlavou. Pacient (P10) svoji odpověď formuloval otázkou: „*Co mi zbývá?*“ I u tohoto pacienta jsem požádala o bližší specifikaci. Pacient chvíli mlčel, neodpověděl.

Spokojenost s komunikací s OP

Všech deset dotazovaných pacientů se shodlo na spokojenosti s komunikací s ošetřujícím personálem. Nejčastější odpověď byla: „*Jsem spokojený/á. Jsou všichni profesionálové.*“ Pacient (P8) zmínil: „*Sestřičky jsou andělé. Všichni byli skvělí, hodní, milí, ochotní.*“

Schéma 7 Komunikace pacient x ošetřující personál



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

Kategorie Následná péče

Kategorie, která se zabývá nacházením odpovědí na téma následná péče, byla rozčleněna do subkategorií edukace na téma následné péče, míra informovanosti, spolupráce s domácí péčí, nejbližší klasický hospic a co sestry očekávají od hospicové péče.

Subkategorie – Edukace na téma následné péče

Závěrem této subkategorie je zjištění, že většina sester neposkytuje pacientům informace, které se týkají možností následné péče. Na tomto tvrzení se shodly sestry S1, S2, S6, S7, S8. Ze souboru dotazovaných pouze sestra S3 odpověděla, že pacienty o možnostech následné péče edukuje. Zajímavou odpověď nám dala sestra S4: „*Nejdřív zjistíme, jak na tom jsou a pak voláme sociální pracovníci.*“ Pouze sestry S3 a S5 konstatovaly fakt, že pacienty na téma následné péče edukují.

Subkategorie – Míra informovanosti o možnostech následné péče

Subkategorie, zjišťující míru informovanosti dotazovaných sester o možnostech následné péče, přišla se zjištěním, že polovina sester má povědomost o následné péči (S2, S4, S5, S6). S3, S7 a S8 nemá žádné instrukce, které souvisí s následnou péčí. S1 uvedla: „*Pacienti od nás odcházejí domů a pak je ještě čeká onkologická léčba.*“

Subkategorie – Spolupráce s domácí péčí

V této subkategorii jsme položili otázku, vztahující se ke spolupráci s domácí péčí. Výsledkem zjištění u poloviny dotazovaných je, že oddělení, kde pracují nespolupracuje s žádnou domácí péčí (S2, S3, S6, S8). Dle sester S4, S5, S8 spolupráci s domácí péčí má na starost sociální pracovnice. S4 ještě dodala, že s domácí péčí spolupracuje geriatr. Pouze S1 si je jistá, že spolupracují s domácí péčí.

Subkategorie – Domácí péče v okolí

Tato subkategorie nám měla ozřejmit znalosti sester o rozmístění domácí péče v okolí. Zde více jak polovina sester neví, zda se v okolí nachází zařízení domácí péče. (S2, S5, S6, S7, S8). Dotazovaná S3 a S1 si nebyly jisté. S3: „*Asi ne.*“ S1: „*Asi ano.*“ Pouze S4 si je jistá, že se v okolí domácí péče nachází. Jak přiznala: „*Od nás jdou pacienti domů. Všichni mají zázemí. Málo kdy se stane, že někdo nemá kam jít.*“

Subkategorie – Nejbližší klasický hospic

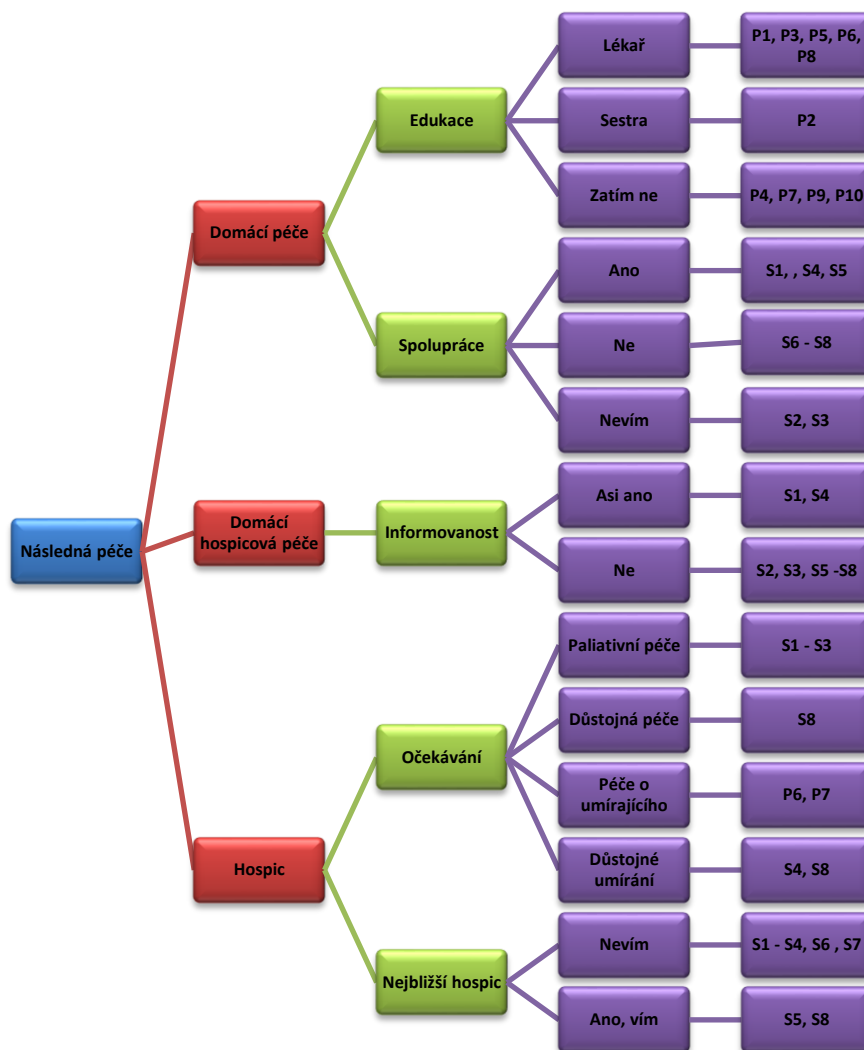
Subkategorie popisuje informovanost sester o nejbližších hospicových zařízeních. Výsledkem je zjištění, že 2/3 dotazovaných (S1, S2, S3, S4, S6, S7) neví, jestli v okolí je nějaký hospic. S1 upřesnila: „*...nevím. Možná asi Říčany.*“ S5, S8 mají vědomosti o hospici v okolí.

Subkategorie – Očekávání od hospicové péče

Tato subkategorie nám dodala různé, pestré a zajímavé reakce. S1 vidí hospicovou péči: *Komplexní ošetrovatelská péče, duchovní a psychická podpora, paliativní podpora.* S2 očekává od hospicové péče: „*Zaměření na kvalitní zbytek života, vyplnění posledních dnů plnohodnotně. Zde jde medicína stranou.*“ S3 formulovala svoji odpověď: „*Pomohou člověku. Zpříjemní mu poslední dny.*“ S4 vnímá hospicovou péči: „*Lidi si tam budou hýčkat. Budou v úzkém kruhu s rodinou.*“ S5 vyjádřila hospicovou péči slovy: „*Důstojné umírání, splnění veškerých potřeb.*“ S6 od hospicové péče čeká:

„Že se postarají o pacienty, kteří umírají.“ S7 chápe hospicovou pomoc: „Že se postarají o umírající a dají jim vše, co potřebují. A může tam s nima být rodina nebo jejich blízcí.“
 Definice očekávání od hospicové péče S8: „Důstojně se postarají o nemocné a umírající.“

Schéma 7 Následná péče



Zdroj: Vlastní výzkum, 2019.

6. DISKUZE

Tato diplomová práce se v teoretické části zaměřila na plicní nádory obecně, jejich chirurgickou léčbu. Další kapitoly teorie jsou věnovány pooperační péči, roli sester v pooperační péči a následné péči. Druhá část diplomové práce byla vypracována z výzkumného hlediska.

Karcinom plic je nejčastější celosvětovou diagnózou. Je epidemií současné doby. Jedná se o nemoc, která vzniká na základě prostředí, celistvosti a jednoty organismu jednotlivce, definuje Dostálová (2016). Kolek et.al. (2017) v literatuře uvádí, že nejvíce se s touto diagnózou setkáváme u pacientů mezi 55. – 80. rokem života. Zde musíme autorovi oponovat. V praxi se nejčastěji setkáváme s pacienty s bronchogenním karcinomem, ve věku 62–74 let. Výzkum v Anglii a v USA přišel shodně s výsledky, že nejvíce pacientů je starších 65 let.

Pro tuto práci jsme stanovili 3 výzkumné cíle a 5 výzkumných otázek, jak jsou popsány v kapitole Cíle a výzkumné otázky (str. 37). Výzkumný cíl 1 této diplomové práce měl zmapovat míru spokojenosti pacientů, kteří podstoupili operaci. Záměrem druhého cíle bylo zmapovat znalosti a povědomost sester v pooperační péči, týkající se následné péče. Třetí cíl měl za úkol zjistit, zda jsou všechny potřeby, které pacient v pooperační péči potřebuje, uspokojeny. Výzkumné šetření jsme vedli za pomoci kvalitativního výzkumu. Výsledky výzkumu jsme zmapovali pomocí schémat. K tomu bylo vytvořeno 8 kategorií a 36 subkategorií.

Pro první výzkumný soubor, který tvořilo 8 sester, byl připraven dotazník, jehož obsahem bylo 19 otázek. Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 pacientů z oddělení hrudní chirurgie, kteří podstoupili operaci. Pro tento výzkumný soubor byl vytvořen dotazník se 22 otázkami, zaměřenými na zjištění potřeb, nedostatků a informovanosti pacientů v průběhu pooperační péče.

Na začátku rozhovoru byli oběma výzkumným souborům kladeny otázky týkající se zmapování osobních údajů. U pacientů jsme se ptali na dosažené vzdělání a rodinný stav (viz. Tabulka 1, str. 39). Dále jsme do tabulky zanesli údaje o pohlaví, předchozích zkušenostech s pobytem v nemocnici a době hospitalizace. U sester nás zajímalo nejvyšší

dosažené vzdělání a jak dlouho pracují na oddělení hrudní chirurgie (viz. Tabulka 2, str. 41).

Prvním cílem této práce bylo zmapovat, do jaké míry jsou pacienti spokojení s přístupem sester v rámci pooperační péče. Péče po operaci začíná okamžikem předání pacienta na pooperační lůžko, zmiňuje Slezáková (2010). Získané odpovědi pacientů nám pomohly zmapovat, jak jsou pacienti s pooperační péčí spokojení. Výzkumné šetření přišlo se závěrem, že všichni dotazovaní jsou v rámci pooperační péče spokojení. Nejsou zde zaznamenány žádné problémy. Jak zmínil pacient (P9): „*Jsem spokojený. Není tady nic špatně.*“ Pacient (P3) ještě dodal k pooperační péči: „*Nic mi nechybí.*“

S pooperační péčí je spjata i otázka pooperačních komplikací, kterou jsme položili jak sestřám, tak pacientům. Vorlíček et.al. (2012) v literatuře zmiňuje, že úlohou sestry v pooperační péči je soustavná prevence a potencionální ošetřování komplikací, ke kterým může dojít. V rámci výzkumného šetření jsem byla svědkem situace, která byla opakem Vorlíčkovi (2012) definice v literatuře. Při rozhovorech s jedním pacientem, jsem byla přítomna situace, kdy sestra převazovala vstupní místo hrudního drénu. Sestra, která pracuje na oddělení krátce, přistoupila k lůžku s pomůckami na převaz bez tácku a emitní misky. Sterilní převazový materiál odložila na lůžko nemocného. Sestra, která nepoužila ani ochranné rukavice, strhla původní krytí místa zavedení hrudního drénu a prosáklý obvaz odložila též na lůžko, hned vedle sterilního materiálu, který měla připravený na převaz. Chování této sestry mě doslova šokovalo. Nepřemýšlela nad svým konáním. Ohrozila jak sebe, tak ostatní pacienty. Cestou domů jsem přemýšlela, jak sestra s takovým přístupem může pečovat o pacienty po operaci, kteří jsou ohroženi různými komplikacemi. Právě mezi nejčastější patří riziko vzniku infekce. Jak to také ve svých odpovědích potvrdily sestry (S5-S8). Zde je na místě souhlasit s Mitášem et. al. (2010), jež v literatuře uvádí, že infekce tvoří 11-46 % všech infekčních pooperačních komplikací.

V rámci výzkumného šetření jsem měla možnost navštívit i operační sály a být přítomna u operací, které byly vedeny na plicích. Návštěva na operačním sále pro mě byla velkým přínosem. Měla jsem možnost vidět plíce s metastázemi a jejich odstraňování. Při mé exkurzi na jednom ze sálů neuniklo mému zraku chování jedné anesteziologické sestry. Při přípravě infuzního roztoku spadl otevřený konec infuzního setu do odpadního infekčního koše. Sestra konec setu z koše vyndala, dokončila přípravu infúze a aplikovala

pacientovi. Sestru jsem upozornila, že otevřený konec setu byl v infekčním koši a neměl by se už použít. Odpověď sestry byla: „*Vždyť tam nic špinavého není, jen obaly. Musíme šetřit.*“ V tuto chvíli si troufám silně nesouhlasit s výrokem anesteziologické sestry. Pokud dojde ke vzniku infekce u operovaného, prodlouží se doba hospitalizace. To zmiňuje Sentürk, Sungur (2017): „*Každá pooperační komplikace má za následek prodloužení pobytu pacienta v nemocnici.*“ A nejen to, pacientovi se budou se podávat antibiotika, budou se provádět různé odběry biologického materiálu, a to nejsou malé finanční náklady. V tuto chvíli bychom se měli především zamyslet nad svým chováním, jednáním, činy, kterými ohrožujeme nejen zdraví pacientů, ale i svoje, a ještě zvyšujeme náklady na léčbu. Myslím si, že by byla na místě edukace všech sester na téma rizika infekce, formou seminářů, konferencí anebo edukačního materiálu. Vhodné by byly i čísla statistik, které sledují rizika infekce, četnost infekcí a výskyt vzniku infekcí v souvislosti s hospitalizací a nedbalým chováním ošetřujícího personálu.

Pooperační péče zahrnuje i oblast pooperačních komplikací. U dotazovaných pacientů jsme výzkumným šetřením zjistili, že nejčastější komplikací u pacientů po operaci je bolest. Jeden pacient (P10) uvedl, že „*Hned pár hodin po operaci jsem začal krváčet do plic, tak mě brali v noci na sál a dávali nové drény.*“ Pafko, Lischke (2010) se shodli v odborné literatuře, že v případě pooperačního krvácení je nutná revize operační rány. Zde jsme zaznamenali shodu s odbornou publikací a pooperačním ošetřením pacienta, který měl pooperační krvácení. Pacient (P8) uvedl, že jeho pooperační komplikací bylo: „*Zúžení jícnu.*“ K tomu došlo při operaci, kdy operatér odstraňoval útvar, který prorůstal do jícnu. „*Měl jsem v něm dírku.*“, dodal pacient. Pacient (P6) měl pooperační stav komplikován hypotenzí. Ta dle Plevové (2010) patří do oblasti pooperačních nemocí. Z celkového počtu dotazovaných uvedl pouze jeden respondent (P3), že neměl žádné pooperační komplikace.

V rámci zjišťování míry spokojenosti pacientů s přístupem sester v pooperační péči, jsme se zaměřili na edukaci pacientů, efektivnost informací, nejčastěji vyhledávanou pomoc a na eventuelní změny či úpravy systému pooperační péče. Ve výzkumném šetření došlo ke shodě sester i pacientů v otázce, zda jim nějaké informace chybí. Obě dotazované skupiny shodně uvedly, že informace jsou podávány srozumitelně a v dostatečné formě. Pacient (P8) podotkl: „*Všechno mi pečlivě vysvětlili. A i se ptali, jestli tomu rozumím a jestli se chci já na něco zeptat.*“ Tato odpověď utvrdila shodu sester, kdy uvedly, že pacientům jsou informace srozumitelné. Pro kontrolu správného chápání

podaných informací, se zpětně pacientů zeptají, zda informace pochopili. Z mého pohledu je na místě, aby ošetrovatelský personál kontroloval u pacientů, jak informace, které obdrželi, chápou. Tento proces v komunikaci mezi pacientem a ošetřujícím personálem má svá specifika, míní Juřeníková (2010).

V rámci možných změn či úprav jsme mezi oběma dotazovanými soubory nezaznamenali v době výzkumného šetření, žádné náměty na změnu či úpravu. Soubor dotazovaných pacientů se shodl, že není potřeba žádných úprav. Zde jsme shledali spokojenost pacientů, kteří podstoupili operaci plic. Mitáš (2010) definuje bezproblémovou pooperační péči jako stav, za kterým stojí interdisciplinární kvalitní spolupráce. Tomková, Křivková (2016) zhodnotily roli sester v pooperační péči jako nenahraditelnou. Jde o péči, která je plně v rukou sester, které o pacienty pečují. Kvalitní pooperační péče je podmíněná zkušenostmi, citem, znalostmi pro rozpoznání potřeb pacienta. S tímto výrokem se zcela ztotožňujeme. Je velice důležité, aby sestra, v péči o pacienta měla potřebné zkušenosti a znalosti. Tím se stává ošetrovatelská péče efektivní. Je zaměřená na potřeby pacienta, které jsou v souvislosti s onemocněním, hospitalizací, operačním zákrokem insuficientní.

K tomu to cílí se vztahuje první výzkumná otázka: „*Jak pacienti po operaci plic vnímají ošetrovatelskou péči?*“ Ze získaných informací od dotazovaných pacientů jsme došli k závěru, že všichni respondenti jsou spokojení v rámci ošetrovatelské péče po operaci. Pacient (P8) upřesnil: „...*když jsem měl bolesti, dali mi injekci a bylo po bolesti.*“ Bolest je diskomfortem pooperačního období. Bartůněk et. al. (2016) hodnotí prevenci bolesti jako významný prvek v péči o pacienta po operaci. Pooperační bolest se minimalizuje podáváním analgetik různou formou. Nejčastěji se po operaci setkáváme s podáváním analgetik do epidurálního katetru, intravenózní cestou nebo intramuskulárně. Domnívám se, že pokud je bolest po operaci pod analgetickou kontrolou, pacient je bez bolesti, je v rámci pooperační ošetrovatelské péče spokojený. Pacient (P9) definoval péči po operaci: „*Je to součást mojí nemoci a pobytu tady v nemocnici.*“ Jsem přesvědčená, že pokud je pacient spokojený s ošetrovatelskou péčí po operaci a nemá žádné potřeby, které nejsou saturovány, dochází k rychlejší rekonvalescenci. Důležitým prvkem pooperačního období je psychická stránka pacienta, který podstoupil chirurgickou intervenci. Park (2016) ve svém odborném zdroji uvedl, že až 40 % pacientů s diagnózou karcinomu plic trpí psychickými potížemi. Právě psychická stránka má na pacienta negativní vliv. Jedná se o dlouhodobé přežití a kvalitu života.

Výzkum, který byl veden v USA, nám měl objasnit míru psychických problémů po operaci u pacientů, kteří byli 3–4 týdny po operaci. V rámci výzkumného šetření u vybrané skupiny pacientů, kteří podstoupili operaci plic, přiznalo 11 pacientů z 23, psychické problémy. Tyto výsledky zveřejnil Lehto (2013) ve svém odborném zdroji. Zde bychom rádi zmínili důležitost odborné pomoci psychologů ve zdravotnických zařízeních. Z praxe víme, že nemocnice, kde jsem se pohybovala nemají nemocničního psychologa. V rámci péče o onkologicky nemocné a jejich rodiny, si myslíme, že by onkologičtí pacienti a jejich blízcí uvítali odbornou pomoc psychologa. V některých nemocnicích pracuje s pacienty, na jejich vyžádání, nemocniční kaplan. Ale ne každý pacient je věřící a přístupný hovorům s kaplanem. Zažila jsem v rámci péče o nevléčitelně nemocnou situaci, kdy kaplan svým neuváženým jednáním narušil duševní stav pacientky. Mám za to, že v takové situaci je nutná obezřetnost ve sdělování informací u pacientů, kteří se potýkají s nevléčitelnou chorobou. V tomto názoru jsme za jedno s Adamem et.al. (2011), který hodnotí komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem, v pooperační péči, jako empatickou a citlivou.

Další výzkumnou otázkou k cíli 1 byla otázka: „*Jaké problémy mají pacienti v pooperační péči?*“ Výzkumné šetření nás dovedlo k poznání, že nejvíce trápí pacienty bolest, touha po domově, přání být zdraví. V rámci uspokojování biologických potřeb je dle obou výzkumných souborů vše splněno a nejsou nejmenší nedostatky. Respondent (P4) odpověděl: „*Nic mi nechybí. Jsem spokojený.*“ Pacient (P9) reagoval slovy: „*Kdybych nebyl v nemocnici, tak by se mi tu i líbilo.*“ Sestra (S4) uvedla, že největším problémem v souvislosti s pooperační péčí je návrat pacienta k soběstačnosti a úkonům, které před operací běžně vykonával. Pouze (S1) tvrdila, že „*Pacienti jsou spokojeni. Od druhého dne už mají fyzioterapii, tak jim případné nedostatky a informace poskytují rehabilitační sestry.*“

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou sestry informované o možnostech následné péče. Jak píše v literatuře Marková (2010), definic paliativní péče je mnoho, ale všechny mají společný cíl. Tím je péče o pacienta v preterminálním a terminálním stádiu nemoci, ale i péče o jeho blízké. Z údajů, které jsme získali od sester, vyplývá, že většina sester nemá žádné informace o možnostech následné péče. Pět dotazovaných dokonce uvedlo, že pacientům neposkytují žádné informace týkající se následné péče. Tři dotazované sestry zmínily, že v případě potřeby volají sociální pracovníci. Samy informace o následné péči nepodávají. Sestry také konstatovaly fakt, že

jejich oddělení nespolupracuje se žádným zařízením domácí péče. Jak překvapivě ukázal výzkum, sestry nemají potřebné znalosti o zařízeních následné péče, které se v okolí nemocnice nacházejí. Jak uvedla sestra (S1): „*Pacienti od nás odchází domů a pak je ještě čeká onkologická léčba.*“ Z této odpovědi na mě dýchlo přesvědčení sester, které pracují v pooperační péči, že nemusí mít potřebné informace o zařízeních následné péče, z důvodu toho, že pacienti jsou propouštěni do domácího ošetřování.

Jak ukázalo výzkumné šetření u skupiny dotazovaných pacientů, uvedl pouze jeden pacient, že o možnostech následné péče jej poučila sestra. Polovina dotazovaných uvedla jako edukátora, ošetřujícího lékaře. Čtyři respondenti se shodly s výsledným konstatováním sester, že je nikdo nepoučil. Juřeníková (2010) a Vévoda (2013) se shodují na faktu, že významnou součástí edukace je komunikace. Jedná se o přenos a předávání zpráv, nových informací, které jsou podstatné pro pacienty v pooperační péči. Sestry by měly být připravené na jakékoliv dotazy, jak od pacienta, tak od jeho blízkých. Zde se ztotožňujeme s autory, jsme přesvědčeni o důležitosti vhodné formy komunikace u pacientů v pooperačním období.

Další oblasti poskytování informací v pooperační péči, jsou instrukce týkající se paliativní péče. Marková (2010) v literatuře uvádí, že forma paliativní péče by měla být poskytována ve všech zdravotnických zařízeních. U nás zatím tato forma pomoci u nevléčitelně nemocných pacientů chybí, míní Bužgová (2015). V rámci zkvalitnění komplexní péče u nevléčitelně nemocných, si dovoluujeme souhlasit s předchozími myšlenkami obou autorek. Máme za to, že by se měla rozšířit informovanost a povědomost o možnostech a typech následné péče do všech zdravotnických zařízeních. Určitě by se měla rozšířit informovanost ošetřujícího personálu v oblasti následné péče.

K druhému cíli jsme si položili otázku, „*Jaké informace pacientům v pooperační péči chybí?*“ Většina dotazovaných pacientů shodně uvedla, že jim žádné informace nechybí. S tímto vyjádřením souhlasily i sestry, které se výzkumného šetření zúčastnily. Sestra (S8) je přesvědčená: „*Nemyslím si, že by jim nějaké informace chyběli.*“ Pacient (P3) uvedl: „*Já jsem se radši na nic neptal.*“ Zde jsme nabyli dojmu, že oslovený pacient se radši neptá, v důsledku obav a strachu z budoucnosti. Adam et.al. (2011) tvrdí že, sestry v pooperační péči by měly být připravené na dotazy, které nemocný vznesl, typu smysl života, utrpení, strach a obava z budoucnosti, z neznámého, z umírání, ze smrti. S tímto názorem se ztotožňujeme. Máme za to, že sestry v péči o onkologické pacienty,

by měly mít znalosti, zkušenosti a cit pro odpovědi pacientů, kteří prožívají strach o svůj život.

Poslední otázku pro soubor sester, byl dotaz, co od hospicové péče sestry očekávají. Zde jsme zaznamenali rozličné odpovědi, jak sestry vidí a vnímají hospicovou péči. S1 vidí v hospicové péči poskytování komplexní ošetrovatelské péče. S tím se ztotožňuje i Opatrná (2017) ve své publikaci. Myslíme si, že hospicová péče není jen poskytování komplexní ošetrovatelské péče, ale jedná se i o péči o blízké. V tomto tvrzení se ztotožňujeme s publikací Markové (2010), která má za to, že péče o blízké nemocného je smyslem paliativní péče. Respondentka S5 vnímá paliativní péči jako: „*Důstojné umírání, splnění všech potřeb.*“ Sestra (S2) definovala paliativní péči: „*Zaměření na kvalitní zbytek života, medicína jde stranou.*“ Adam et. al. (2011) ve své publikace zmínil definici WHO, týkající se paliativní péče: „*Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života pro pacienty a jejich rodiny.*“ Cíl paliativní péče, tak jak ho definuje WHO je totožný s výrokiem respondentky S2.

Třetím cílem bylo zhodnotit, zda jsou potřeby pacientů v pooperační péči uspokojené. Tato část výzkumného šetření nám předložila informace, že všichni respondenti nemají žádné potřeby, které by byly nenaplněny. Pacienti se též shodli, že se v pooperační péči cítí bezpečně, důvěřují ošetrojícímu personálu. Nikdo z dotazovaných nevykazoval žádné známky nedostatku v rámci péče po operaci. Respondent (P3) nám poskytl vysvětlení: „*Žádné chybějící potřeby si neuvědomuji a nechybí mi nic. Jen zdraví.*“ V odborné literatuře Šamánkové (2011) a Thótové et. al. (2014) nacházíme shodné informace, že k naplnění pacientových potřeb je pro sestry důležité zhodnocení stavu pacienta, pojmenování směru vývoje, který uspokojí nedostatky daných potřeb. Thótová (2014) ještě upřesňuje, že rozpoznání potřeb pacienta je ideou ošetrovatelského procesu.

Výzkumná otázka týkající se pooperační péče, nám nastínila zda: „*Mají pacienti v pooperační péči všechny potřebné informace?*“ Výzkumným šetřením jsme došli k závěru, kdy respondenti uvedli, že v kontextu s pooperační péčí mají všechny informace. Informacím, které jim byly předloženy, porozuměli. Nemají žádné doplňující otázky na zdravotnický personál. Přenos zpráv a informací od ošetrojícího personálu k pacientovi nazýváme komunikací. V odborné publikaci jsme zjistili, že „*Přenos informací a nových poznatků*“ má v nemocničním prostředí svá specifika. A tak je tomu

i v pooperační péči. Zde jsou informace zaměřené na potřeby pacienta, který podstoupil operační výkon. Předávání potřebných informací by mělo být poskytováno formou empatické a otevřené komunikace, uvádí Juřeníková (2010) a Vévoda (2013).

Závěrem diskuze bychom rádi poukázali na slabiny v oblasti znalostí o možnostech následné péče u sester, pečujících o pacienty po operaci plic. Vzhledem k tomu, že se neustále zvyšuje počet onkologických pacientů a stoupá agresivita nádorových chorob, máme za to, že je nutná reforma v oblasti edukace sester a ošetřujícího personálu v rámci péče o nevléčitelně nemocné.

7. ZÁVĚR

Bronchogenní karcinom nebo také nádor plic je v současné době velmi častou diagnózou, která je tématem této diplomové práce. Jak ukazují statistiky, přežití této nemoci nebo její vyléčení se pohybují v malých číslech a procentech. Plicní karcinom představuje vzhledem ke své agresivní povaze, dlouhodobý a klíčový medicínský oříšek.

Vzhledem ke komplikacím, které toto onemocnění s sebou nese a k nerealizovatelnému vyléčení této nemoci, je důležitá následná péče. Ta je poskytována pacientovi v preterminálním a terminálním stádiu nemoci. Jak jsme zjistili výzkumným šetřením, povědomost o možnostech následné péče je u sester nedostatečná.

Teoretická část byla rozdělena na pět kapitol. První z nich je věnována plicnímu karcinomu. Ve druhé kapitole nalezneme informace o chirurgické léčbě. Třetí kapitola je zaměřená na pooperační péči. V další kapitole je zmíněná role sester v PP. Poslední kapitola je zaměřená na následnou paliativní péči.

Výzkumná část přinesla výsledky dvou zkoumaných subjektů. Jedním ze zkoumaných subjektů byly sestry a druhým zkoumaným objektem byli pacienti, kteří podstoupili hrudní operaci. Jak vyplynulo z výzkumného šetření, které bylo prováděno u sester, je nutná a nezbytná edukace sester v možnostech následné péče. Bylo by vhodné a žádoucí zařadit do témat seminářů a konferencí, které jsou určeny pro sestry, zařadit i téma následné péče, její druhy a možnosti. Tím by došlo k obohacení znalostí sester v rámci následné péče.

Výzkumné šetření u druhého subjektu, který tvořili pacienti, po operaci plic, měl za cíl, zjistit, jak se pacienti cítí po operaci, jak vnímají pooperační péči a případné chyby v komunikaci s ošetřujícím personálem. Výsledkem tohoto souboru bylo zjištění, že pacienti jsou spokojeni v rámci pooperační péče a nejsou nedostatky v komunikaci se sestrami.

Vzhledem k tomu, že neustále roste počet nemocných s diagnózou plicního karcinomu a procento úmrtnosti vede mezi onkologickými nemocemi celosvětově prvenství, měl by se výzkum víc zaměřit na prevenci, screening, léčbu této zhoubné choroby.

Výstup ze své diplomové práce bych ráda poskytla jako informační materiál pro semináře a školení na téma následné péče, které u nás není časté.

Na závěr bych ráda připomněla, že každý z nás je odpovědný za své zdraví a je to to nejcennější, co v životě máme. Proto by se kuřáci měli zamyslet na svém stylem života a neohrožovali jak sebe, tak okolí, především děti. Tak si to své zdraví každý chraňme.

8. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ADAM, Z., KREJČÍ, M. et. al., 2010. *Speciální onkologie: Příznaky, diagnostika a léčba maligních chorob*. 1. vydání. Praha: Galén. 417 s. ISBN 978-80-7262-648-9.
2. ADAM, Z., KREJČÍ, M., VORLÍČEK, J. 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. 394 s. ISBN 978-80-7262-715-8.
3. BARTŮNĚK, P. et. al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BROCKI, B., C. et. al., 2015. *Postoperative inspiratory muscle training in addition to breathing exercises and early mobilization improves oxygenation in high-risk patients after lung cancer surgery: A randomized controlled trial european journal of cardio-thoracic surgery*. 49(2016). 1483-1491. Doi:10.1093/ejcts/ezv359.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních – potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. ČAPOV, I. DOLEŽEL, J., VLČEK, P. et. al. 2013. *Opakované plicní resekce v chirurgii plicních metastáz*. *Rozhledy v chirurgii*. 92(12). 694-698. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/opakovane-plicni-resekce-v-chirurgii-plicnich-metastaz-47239>.
7. DOLEŽAL, J., et al., 2012. *Chirurgická léčba plicních metastáz*. *Rozhledy v chirurgii*. 91(10), 563-567. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-clanek/chirurgicka-lecba-plicnich-metastaz-39219>.
8. DOSTÁLOVÁ, O., 2016. *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5706-3.
9. EXNICO, 2018. *Zdravotní následky kouření*. [online]. EXNICO – Centrum odvykání kouření. [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <https://www.exnico.cz/zdravotni-nasledky.koureni>.
10. HALES, P. et. al., 2016. *Surgery for Lung Cancer and the Consequences for the Swallow*. 1(13), 162-168, doi:10.1044.
11. HARVEY, I., P., et. al., 2010. *Principles and Practice of Lung Text of the. IASLC*. 4. vydání. Lippincott Williams & Wilkins. 1040 s. ISBN 9780781773652.

12. HIGUCHI, M., et. al., 2018. *Comparison of surgical outcomes after pneumonectomy and pulmonary function-preserving surgery for non-small cell lung cancer*. The Fukushima Society of Medical Science. (1), 30–37 s. ISSN: 0016-2590.
13. HORÁK, P. et.al., 2011. *Přednosti klasického operačního přístupu v chirurgické léčbě plicních metastáz*. *Rozhledy v chirurgii*. 90(3). 162-165. ISSN 0035-9351. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/rozhledy-v-chirurgii-archiv-cisel>.
14. HROMÁDKA, P, ČERNOHORSKÝ, Š. et. al., 2012. *Miniinvazivní anatomické plicní resekce*. *Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL*. 9(2),15-20. ISSN 1802-0518.
15. HYTYCH, V. et. al., 2013. *Minimum z plicní chirurgie krok za krokem*. Maxdorf. 312 s. ISBN 978-80-7345-347-3.
16. HYTYCH, V. et. al., 2014. *Plicní chirurgie v instruktivních kazuistikách*. Maxdorf. 281 s. ISBN 978-80-7345-407-4.
17. CHANDRASEKAR, D. et. al., 2016. *Integrated Palliative Care and Oncologic Care in Non-Small-Cell Lung Cancer*. *Hospice and Palliative Medicine*, Stanford University School of Medicine, 2502, USA. 2–16 s. Doi 10.1007/s11864-016-0397-1.
18. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
19. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
20. KLEIN, J., 2010. *Chirurgická léčba rakoviny plic*. *Postgraduální medicína*. 12(3), 331-337. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/chirurgicka-lecba-rakoviny-plic-450150.
21. KRŠKA, Z. et. al., 2014. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 904 s. ISBN 978-80-247-4284-7.
22. KOHOUTOVÁ, M. 2017. *Nutricie u onko pacientů*. *Zdravotnictví – medicína*. Mladá fronta.
23. KOLEK, V. et. al., 2016. *Doporučené postupy v pneumologii*. Maxdorf. 564 s. ISBN 978-80-7345-507-1.
24. KOLEK, V. et. al., 2017. *Pneumologie*. Maxdorf. 645 s. ISBN 978-80-7345-538-5.

25. KOLEKTIV AUTORŮ. 2016. *Výživa při nádorovém onemocnění*. Nutricia a.s. 38 s. ISBN 978-80-239-9055-3.
26. LACINA, L., 2019. *Léčba hrudní drenáží na Klinice pneumologie v Nemocnici Na Bulovce*. Kazuistiky v alergologii, pneumologii a ORL. GEUM s.r.o. Semily. 1(16),26-27. ISSN 1802-0518.
27. LEARY, A., 2012. *Lung Cancer: A Multidisciplinary Approach*. John Wiley & Sons. 222 s. ISBN 978-1-401-8075-7.
28. LEHTO, R.H., 2013. *Pre-and postoperative self-reported cognitive effectiveness and worry in patients with suspected lung malignancy*. Oncology nursing forum. 40(3), 135-141. Doi:10.1188/13.
29. MAREL, M., 2012. *Vývojové trendy a léčba nemalobuněčného plicního karcinomu* [online]. Časopis Sestra: Postgraduální medicína. [cit. 2019-02-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz>.
30. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
31. MITÁŠ, L., et. al., 2010. *Komplikace u pacientů po operaci pro plicní malignitu*. Rozhledy v chirurgii. 89(2), 113-117. ISSN 0035-9351.
32. OPATRNÁ, M., 2017. *Etické problémy v onkologii*. Mladá fronta – medical services. 120 s. ISBN 978-80-204-4522-3.
33. PAFKO, P., LISCHKE, R., 2010. *Plicní chirurgie*. 1. vydání. Praha: Galén. 147 s. ISBN 978-80-7262-674-8.
34. PARK, S. et. al., 2016. *Risk factors for postoperative anxiety and depression after surgical treatment for lung cancer*. European Journal of Cardiothoracic Surgery. 49, 16-21. Doi: 10.1093.
35. PLEVOVÁ, I. a kol., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
36. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha:Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
37. SENTÜRK, M., SUNGUR, M., O., 2017. *Postoperative Care in Thoracic Surgery: A Comprehensive Guide*. Springer. 303 s. ISBN 978-3-319-199007-8.
38. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
39. SKŘIČKOVÁ, J, KOLEK, V., 2017. *Nádory plic a průdušek*. 2. upravené vydání. Solen. 28 s. ISBN 978-80-7471-201-2.

40. SKŘIČKOVÁ, J. et. al., 2017. *Základy moderní pneumoonkologie*. 2. vydání. Maxdorf. 561 s. ISBN 978-80-7345-551-4.
41. SLEZÁKOVÁ, L. et. al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
42. STEWART, D., 2010. *Lung cancer: Prevention, management, and emerging therapies*. New York: Humana Press, Current clinical oncology (Totowa, N. J.). 538 s. ISBN 978-1-60761-52-8.
43. STOLZ, A. et. al. 2011. *Časové trendy chirurgické terapie bronchogenního karcinomu*. *Rozhledy v chirurgii*. 90(4). 216-221. ISSN 0035-9351.
44. STOLZ, A., LISCHKE, R. 2012. *Karcinom plic z pohledu chirurga*. *Rozhledy v chirurgii*. 90(10). 574-578. ISSN: 0035-9351.
45. STOLZ, A., PAFKO, P. et. al., 2010. *Komplikace v plicní chirurgii*. Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3586-3.
46. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
47. TAŠKOVÁ, A., HYTYCH, V. et. al., 2016. *Praktická plicní chirurgie*. Maxdorf. 271 s. ISBN 978-80-7345-489-0.
48. TOMÁŠEK, J., et. al., 2015. *Onkologie – minimum pro praxi*. Axonite. 448 s. ISBN 978-80-88046-01-1.
49. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J. 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-80-271-9540-4.
50. TÓTHOVÁ, V. et.al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
51. VÉVODA, J. 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Grada Publishing a.s. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
52. VORLÍČEK, J. et. al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 450 s. ISBN 978-80-247-3742-3.
53. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2014. *Speciální chirurgie*. 3. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Galén. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru se sestrami

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s pacientem

Příloha 3 – Informovaný souhlas pro sestry

Příloha 4 – Informovaný souhlas pro pacienty

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru se sestrami

1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
2. Jak dlouho pracujete na hrudní chirurgii?
3. Setkáváte v rámci pooperační péče s pooperačními komplikacemi?
4. Jaké komplikace to nejčastěji jsou?
5. Co si představíte pod pojmem role sester?
6. Jak vnímáte svojí roli v péči o pacienta po operaci plic?
7. V jakých oblastech nejčastěji pacienty edukujete?
8. Jak často pacienty edukujete a jakým způsobem?
9. Edukujete pacienty o možnostech následné péče?
10. Myslíte si, že jsou nějaké informace, které pacientům chybí?
11. Myslíte si, že jsou všechny informace pro pacienty srozumitelné?
12. Jaké potřeby jsou nejčastější u pacienta v pooperační péči?
13. Kdy pacient nejčastěji vyhledává vaši pomoc?
14. Je něco, co byste v rámci pooperační péče změnila nebo upravila?
15. Jste informované o možnostech následné péče – následná péče, domácí hospic, hospicová péče?
16. Spolupracuje vaše oddělení s domácí péčí?
17. Je ve vašem okolí nějaká domácí péče?
18. Je poblíž klasický hospic?
19. Co od hospicové péče očekáváte?

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s pacienty

- 1. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
- 2. Jaký je Váš rodinný stav?**
- 3. Máte nějakou zkušenost se zdravotnickým zařízením?**
- 4. Jakou operaci jste podstoupil/a?**
- 5. Jak dlouho jste po operaci?**
- 6. Máte nějaké potíže?**
- 7. Je Váš pooperační stav něčím komplikován?**
- 8. Byl/a jste poučen/a o možných pooperačních komplikacích?**
- 9. Jak jste spokojený/á s pooperační péčí?**
- 10. Byl/a jste edukován/a o pooperační péči?**
- 11. Jak vnímáte pooperační péči?**
- 12. Rozuměl/a jste všem informacím, týkajících se pooperační péče?**
- 13. Jaké své potřeby si v pooperační péči uvědomujete a jaké Vám chybí?**
- 14. Jsou nějaké nedostatky, které Vám chybí v uspokojování biologických potřeb?**
- 15. Cítíte se v bezpečí? Pokud ne, proč?**
- 16. Chodí za Vámi návštěvy? Jak jsou upravené návštěvní hodiny?**
- 17. Máte důvěru v ošetřující personál?**
- 18. Máte dostatečné informace o možnostech následné péče?**
- 19. Kdo Vám poskytl informace o následné péči?**
- 20. Máte nějaké otázky, na které jste nedostal/a odpověď?**
- 21. Jak jste spokojený/á s komunikací s ošetřujícím personálem?**
- 22. Je něco, co byste chtěl/a zlepšit v pooperační péči?**

Příloha 3 – Informovaný souhlas pro sestry

Informovaný souhlas

Vážená kolegyně, sestřičko,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci na téma „*Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic*“. V rámci této diplomové práce provádím výzkum, jehož cílem je zmapovat jaké potřeby a informace v pooperační péči Vám chybí, jak jste spokojeni s ošetrovatelskou péčí po operaci. Výzkum bude veden formou pohovoru s Vámi, na předem připravené základní otázky. Je možné, že v průběhu rozhovoru se doptám na otázky, které nejsou uvedeny v dotazníku, ale vyplnou z našeho hovoru. Délka našeho rozhovoru nepřesáhne 15 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika – výsledky našeho rozhovoru budou použity v mé diplomové práci. Diplomové práce bude přístupná na stránkách Jihočeské univerzity. Přístup na tyto stránky mají vyučující a studenti. Výzkum bude anonymní, nebude zveřejněno Vaše jméno.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Dne

.....

Příloha 4 – Informovaný souhlas pro pacienty

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci na téma *„Role sester v pooperační péči u pacientů s karcinomem plic“*. V rámci této diplomové práce provádím výzkum, jehož cílem je zmapovat jaké potřeby a informace v pooperační péči Vám chybí, jak jste spokojeni s ošetrovatelskou péčí po operaci. Výzkum bude veden formou pohovoru s Vámi, na předem připravené základní otázky. Je možné, že v průběhu rozhovoru se doptám na otázky, které nejsou uvedeny v dotazníku, ale vyplnou z našeho hovoru. Délka našeho rozhovoru nepřesáhne 15 minut. Z účasti na výzkumu pro Vás vyplývají tyto výhody či rizika – výsledky našeho rozhovoru budou použity v mé diplomové práci. Diplomové práce bude přístupná na stránkách Jihočeské univerzity. Přístup na tyto stránky mají vyučující a studenti. Výzkum bude anonymní, nebude zveřejněno Vaše jméno.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informoval/a o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studentky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Dne

.....

10. SEZNAM ZKRATEK

BCa	Bronchogenní karcinom
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
CT	Computerová tomografie
ESTS	Evropská společnost hrudní chirurgie
FF	Fyziologické funkce
FN	Fakultní nemocnice
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
NMK	Systém popisu rozsahu nádoru a stádia nemoci
NP	Následná péče
OP	Ošetřující personál
PET CT	Pozitronová emisní tomografie Computerová tomografie
PK	Pooperační komplikace
PP	Pooperační péče
SML	Systematická mediastinální lymfadenektomie
TNM	Klasifikace zhoubných novotvarů
VATS	Video asistovaná torakoskopie
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZZ	Zdravotnické zařízení