

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2014

Lenka Švarcová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Lenka Švarcová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKACE PACIENTA PŘED KARDIOCHIRURGICKÝM
VÝKONEM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Pizeň 2014

Prohlášení:

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

V Plzni dne 10. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení bakalářské práce, věnovaný čas, trpělivost a podnětné rady. Děkuji též svým blízkým a spolupracovníkům za podporu a pomoc během studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Švarcová Lenka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace pacienta před kardiochirurgickým výkonem

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 69, nečíslované 13

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: kardiochirurgická operace, onemocnění srdce, edukace pacienta

Souhrn:

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou edukace pacientů před kardiochirurgickou operací. Teoretická část je zaměřena na obecnou charakteristiku edukace, nejčastější kardiochirurgické výkony a jednotlivé oblasti edukace před operací srdce. V praktické části popisuji kvantitativní výzkumné šetření. Hlavním cílem mé práce je zjistit, zda komplexní edukace splňuje očekávané předpoklady a pozitivně ovlivňuje rekonvalescenci po kardiochirurgické operaci.

Annotation

Surname and name: Švarcová Lenka

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Education of the patient before cardiac surgery

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: 82

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 29

Key words: cardiac surgery, heart disease, education of the patient

Summary:

In my bachelor's work I'm focusing on the educational issues of patients undergoing cardiac surgery. The theoretical part is focused on the general characteristics of education, as well as the most common types of cardiac operations and the special particular parts of education before heart surgery. In the practical part I describe my quantitative research. The main target of my work is to find out whether or not the comprehensive education meets the expected requirements and if it affects the patient's recovery after the cardiac surgery operation in a positive way.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 EDUKACE.....	10
1.1 Edukační proces.....	10
1.1.1 Typy a formy edukace v ošetrovatelství	11
1.1.2 Fáze edukačního procesu	12
1.1.3 Dokumentace v edukačním procesu	13
1.2 Faktory ovlivňující edukaci	14
1.3 Komunikace v edukačním procesu.....	14
1.3.1 Verbální komunikace	15
1.3.2 Neverbální komunikace	15
1.4 Význam edukace ve zdravotnictví	16
1.4.1 Edukace v ošetrovatelské praxi	17
2 KARDIOCHIRURGIE	18
2.1 Historie a současnost kardiologie.....	18
2.1.1 Z historie.....	18
2.1.2 Současnost.....	18
2.2 Kardiologické operace.....	19
2.2.1 Aortokoronární bypass	20
2.2.2 Operace vrozených a získaných chlopenních vad	21
2.2.3 Chirurgická léčba fibrilace síní.....	22
2.3 Komplikace KCH výkonů	23

3	EDUKACE U PACIENTA NA KCH PRACOVIŠTI	26
3.1	Edukace před operací	26
3.2	Specifika edukace v jednotlivých oblastech.....	27
3.2.1	Předoperační příprava.....	27
3.2.2	Období rekonvalescence.....	28
3.2.3	Hrudní pás.....	29
3.2.4	Dýchání a dechová rehabilitace	29
3.2.5	Pohybová rehabilitace	30
3.3	Edukace a ošetrovatelská dokumentace	30
4	FORMULACE PROBLÉMU	32
5	CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU	32
6	METODA SBĚRU DAT	33
7	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	33
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	33
9	ANALÝZA ÚDAJŮ.....	34
10	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	62
11	DISKUSE	65
	ZÁVĚR.....	69

ÚVOD

Pobyt v nemocnici, zejména spojený s operačním zákrokem, představuje pro každého jedince velký stres. Nemocný se dostává do cizího prostředí, kde se hůře orientují zejména starší lidé. K pocitu nejistoty ze ztráty rodinného zázemí přistupuje strach z bolesti, smrti, obavy z dalšího vývoje zdravotního stavu. V průběhu stonání dochází k vyčerpání organismu provázeného zpomalením psychomotorických funkcí. Tato skutečnost vede k dalšímu prohloubení stresu z hospitalizace a nemoci.

Srozumitelná, dostatečně podrobná a především průběžná edukace pacienta dokáže zmírnit negativní dopad hospitalizace na psychiku nemocného – ten se pak setkává se skutečnostmi, o kterých je již předem informován a které očekává. Lépe pak pochopí dění kolem sebe a dokáže účinně spolupracovat s ošetřujícím personálem. Každá komunikace s pacientem má terapeutickou hodnotu. Zhodnocuje vynaložené prostředky na léčbu. Tato dříve opomíjená a podceňovaná součást léčby nabývá v současné době stále na větším významu a je jí zaslouženě věnována větší pozornost.

V teoretické části bakalářské práce popisují edukaci a edukační proces. Zmiňují zde význam komunikace a edukace v práci všeobecné sestry a faktory, které ji ovlivňují. V další kapitole se stručně zabývám chirurgickou léčbou kardiovaskulárních onemocnění. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na předoperační edukaci u pacientů na Kardiochirurgickém oddělení FN Plzeň.

Praktická část bakalářské práce je věnována výzkumnému šetření. Kvantitativní průzkum probíhal pomocí dotazníkové metody. Strukturovaný dotazník obsahoval 19 uzavřených a polouzavřených otázek.

Toto téma jsem si zvolila díky své klinické praxi s kardiochirurgickými pacienty. Předoperační stres a obavy mohou ovlivňovat to, jak pacient prožívá pooperační období a jak vnímá zdravotní stav. Hlavním cílem mé práce je zjistit, zda komplexní edukace splňuje očekávané předpoklady a pozitivně ovlivňuje rekonvalescenci po KCH operaci. Dalším cílem je návrh edukačního materiálu, který bude možné využít při péči o nemocné Kardiochirurgického oddělení FN Plzeň.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

Výraz edukace vychází z původně latinského slova educō, educare, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace můžeme definovat jako proces systematického ovlivňování chování a jednání člověka, jehož cílem je dosažení pozitivních změn v jeho znalostech, návycích, postojích a dovednostech. Edukace představuje výchovu a vzdělávání, tyto se vzájemně prolínají a nelze je tedy od sebe oddělit. (1, str. 9)

1.1 Edukační proces

Edukační proces chápeme jako aktivitu lidí, při které dochází k záměrnému nebo neuvědomovanému učení. Proces učení probíhá celý život, od narození až do smrti.

V procesu edukace rozlišujeme čtyři základní elementy. Jsou to edukátor, edukant, edukační prostředí a edukační konstrukty. Za edukátora považujeme osobu, která podává instrukce, učí. Ve zdravotnictví jsou to různě složené týmy zdravotnických pracovníků. Jedná se nejčastěji o lékaře, všeobecnou sestru a porodní asistentku. Termín edukant označuje vzdělávající se jedince bez ohledu na věk, prostředí a životní situaci. Ve zdravotnickém prostředí to bývá nejčastěji nemocný člověk. Může to být ale i zdravotník, který si prohlubuje znalosti v procesu celoživotního vzdělávání. Individuální osobnost edukanta je definována jeho fyzickými (např. věk, pohlaví, zdravotní stav), kognitivními (např. paměť, schopnost učení) a afektivními rysy (např. postoje, motivace). Osobu edukanta ovlivňují i sociálně kulturní prostředí, víra a etnikum. (1, str. 10) Místo, ve kterém edukace probíhá, označujeme jako edukační prostředí. Ideální prostředí pro edukaci je klidné, tiché, zaručuje soukromí, má vhodné osvětlení a teplotu. (2, str. 34) (1, str. 10) Edukační faktory jsou plány, předpisy, teorie, edukační standardy a materiály, které mají vliv na kvalitu edukačního procesu. Edukační standard slouží k udržení požadované úrovně kvality edukace, jedná se o předem naplánovanou edukaci. (1, str. 10)

1.1.1 Typy a formy edukace v ošetrovatelství

Pozitivních změn u pacienta můžeme dosáhnout použitím výchovně vzdělávacích prostředků. Edukaci dělíme na základní, komplexní a pokračující. Může probíhat individuálně nebo ve skupinách. (2, str. 34) (1, str. 11) Základní edukace se provádí u pacientů s nově diagnostikovaným onemocněním, kdy jedinec není o problematice dosud vůbec informován. (3, str. 34) Cílem je motivace pacienta ke změně postojů a hodnot. (1, str. 11) Za komplexní edukaci považujeme systematické předávání ucelených instrukcí a nácvik ošetrovatelských výkonů. Tento typ edukace probíhá nejčastěji v kurzech pro pacienty s určitou diagnózou. Směřuje k udržení nebo vylepšení zdravotního stavu. Jedná se o výchovné působení nejen na konkrétního jedince, ale jsou poskytovány konzultace i pro rodinné příslušníky. Reeducace rozvíjí již získané znalosti, navazuje na předcházející informace, opakuje a prohlubuje je o aktuální poznatky. (1, str. 12) (2, str. 34) (3, str. 34)

Edukace může probíhat individuálně, skupinově nebo hromadně. Nejčastěji využívanou formou ve zdravotnictví je edukace individuální. Edukační metodou bývá nejčastěji rozhovor, vysvětlování a praktický nácvik. Mezi edukátorem / zdravotníkem a edukantem / pacientem se vytváří úzký kontakt. Obsah a tempo výuky vychází z individuálních potřeb pacienta. Tato metoda poskytuje vysokou zpětnou vazbu mezi zdravotníkem a pacientem. Individuální edukace neumožňuje spolupráci a výměnu osobních zkušeností mezi edukanty. Tato forma edukace se využívá nejčastěji v ambulancích a v nemocničním prostředí. Další formou je skupinová edukace, která se zaměřuje na určitou, různě velkou skupinu edukantů (v optimálním případě 3- 5 členů). Nejčastěji se jedná o chronicky nemocné pacienty. Výhodou této formy je vzájemná spolupráce a výměna zkušeností ve skupině, je také časově a ekonomicky výhodnější než individuální způsob edukace. Hlavní nevýhodou bývá nerovnoměrné zapojení do práce ve skupině. Skupinová forma výuky je nejčastěji využívána v tzv. svépomocných skupinách a v lázeňské péči. Edukační metodou může být diskuze a brainwriting. Hromadná forma výuky se orientuje na širší skupiny osob. Jako typickou metodou při hromadné formě lze označit přednášku. Hromadná výuka neumožňuje individuální přístup a snižuje zpětnou vazbu mezi edukátorem a edukantem. (1, str. 34)

1.1.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je rozdělen do pěti etap (podobně jako ošetrovatelský proces), které na sebe logicky navazují. Posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. Jedná se o proces promyšlený, cílevědomý, řízený a plánovaný. Jeho účelná příprava souvisí se základními povinnostmi a kompetencemi sestry. Realizace a výsledek edukace jsou podmíněny vzájemnou interakcí, ovlivňují je též osobní postoje, názory, normy, hodnoty a zájmy. Mezi fáze edukačního procesu patří: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení. (2, str. 25)

První fáze – posuzování

Základním krokem k úspěšné edukaci je sběr a analýza informací o pacientovi. Údaje získáváme metodou pozorování, rozhovoru, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem a čerpat můžeme též z dokumentace. Sestra - edukátorka musí objektivně posoudit schopnost edukanta učit se a faktory, které ovlivňují proces učení. Postoj člověka k sobě, ke zdraví a nemoci působí na výsledný efekt edukace.

Druhá fáze – diagnostika

Po získání a zpracování všech informací o pacientovi přistupujeme ve druhé etapě ke stanovení vzdělávací diagnózy. Pomocí edukační diagnózy definujeme konkrétní potřeby a problémy pacienta. Edukační diagnózy členíme podle důležitosti, zohledňujeme též individuální potřeby a priority jedince.

Třetí fáze – plánování

Hlavním úmyslem plánování je utvořit edukační plán odpovídající potřebám konkrétního pacienta. V této fázi si vymezujeme cíle, které vedou k odstranění zdravotních problémů a upevnění zdraví. Cíle stanovujeme ve spolupráci s edukantem. Vytyčené cíle by měly mít charakter doporučení, zákazy a rozkazy vedou spíše k opačnému chování. Dále určujeme aktivity, s jejichž pomocí dosáhneme stanovených cílů. Při plánování konkrétního času, délky a frekvence vzdělávacích aktivit je třeba respektovat především tělesný a psychický stav jedince. Dalším bodem plánování je výběr vhodných metod edukace, tak aby vyhovovaly oběma zúčastněným stranám a byly vhodné i k tématu.

Čtvrtá fáze – realizace

Čtvrtou fází je vlastní realizace edukačního plánu. Jedná se o praktické provedení naplánovaných aktivit. Tempo výuky i formulaci instrukcí je potřeba přizpůsobit specifickým potřebám a možnostem edukovaného. Komunikace má být stručná, jasná a srozumitelná, nedoporučuje se používat odborné výrazy a zkratky. Sestra musí počítat s případnou úpravou edukačního plánu. Z důvodu malé zpětné vazby není v ošetrovatelské edukaci vhodná metoda přednášky. Zdařilá realizace přispívá k získání soběstačnosti, zlepšuje kvalitu života a rozšiřuje vědomosti o preventivních a léčebných postupech.

Pátá fáze – vyhodnocení

Hodnocení je proces průběžný i závěrečný. V závěrečné fázi posuzuje sestra spolu s pacientem především to, jak změnil své jednání a chování. Podle předem stanovených kritérií společně s edukovaným hodnotí dosažení stanovených cílů. Zjišťovat úroveň vědomostí by sestra měla šetrně, s taktem a porozuměním. Motorické dovednosti posuzuje sestra na základě pozorování. Sestra by měla zhodnotit i sebe jako edukátora a posoudit, zda dotyčného dostatečně motivovala. Během edukace může sestra pacientovi nabídnout, aby si informace zapisoval nebo mu předat tyto instrukce v tištěné podobě. Je nutné, aby pacient dostal v závěrečné fázi dostatek prostoru k otázkám. Při hodnocení je vhodné nejprve poukázat na pozitiva, pochválit a povzbudit edukovaného, a teprve potom přejít k eventuální kritice. Pokud nedošlo ke splnění cílů, je zapotřebí plán zopakovat, případně upravit a přehodnotit. (2, str. 25)

1.1.3 Dokumentace v edukačním procesu

Povinností každého zdravotníka je vedení zdravotnické dokumentace. Nezbytnou složkou ošetrovatelské dokumentace je záznam o edukaci. Dokumentace obsahuje záznam o plánovaných a provedených tématech a dosažených výsledcích. Zápis by měl být čitelný, jasný, pravdivý a stručný. Reakce pacienta na edukaci by měla být v záznamu též stručně popsána. Edukační záznam poskytuje přehledné informace pro všechny členy ošetrovatelského týmu, zabraňuje duplicitě výkonů a zároveň slouží jako ochrana

před stížnostmi na neposkytnutí informací. Je vhodné, aby pacient svým podpisem potvrdil, že edukaci porozuměl a úkon si procvičil. (3, str. 33)

1.2 Faktory ovlivňující edukaci

Faktory podporující edukaci

Zefektivnění edukace napomáhá vnitřní motivace, připravenost, snaha učit se, smysluplná zpětná vazba, možnost opakování, vhodně sestavený edukační plán a správně zvolená doba a prostor pro provedení edukace. Výsledek edukace ovlivní především dostatečná motivace. Vhodnou motivací může sestra vzbudit zájem pacienta a jeho ochotu měnit své návyky. Motivaci dělíme na vstupní a průběžnou. Vstupní motivace probíhá tehdy, pokud u pacienta vzbudíme zájem a zdůrazníme praktické využití nových informací. Využíváme nejčastěji metody rozhovoru, povídání, a ukázky. Průběžnou motivaci využíváme v průběhu výchovně vzdělávacího procesu. Mezi průběžné motivační metody patří pochvala, povzbuzení, kritika, motivační výzvy a didaktické hry. S jejich pomocí se snažíme udržet zájem a pozornost edukovaného. (2, str. 71)

Faktory bránící edukaci

Z didaktického hlediska edukaci negativně ovlivňuje nekvalitní příprava, nevhodná realizace, negativní zpětná vazba, výsměch a sarkasmus. Ošetřovatelskou edukaci ztěžuje ráz onemocnění, bolest, psychické rozpoložení a věk. Velkým handicapem je komunikační a jazyková bariéra. Nekvalifikovaný a negativní postoj sestry, hněv, spěch a nevhodný výběr informací mohou mít závažné iatrogenní účinky. Uškodit pacientovi může nejen nevhodná léčba, ale i nevhodně zvolené slovo a přístup. (2, str. 72)

1.3 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace obecně znamená dorozumívání, probíhá mezi dvěma a více lidmi. Komunikovat lze ústně, písemně, gesty, mimikou a dalšími neverbálními projevy. Výsledek edukačního procesu úzce souvisí s úrovní komunikace. (4, str. 11) Efektivní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem patří mezi

základní dovednosti. Jedná se o soubor specifických dovedností, které vyžadují systematické učení a trénink. Profesionální komunikace je přímou součástí léčebného procesu, přesto v ní stále zůstávají značné rezervy. Kontinuální vzdělávání v oblasti komunikace je ve zdravotnictví nezbytné z profesního, ale především z etického hlediska. (5, str. 45) Komunikaci nejčastěji dělíme na verbální a neverbální.

1.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání pomocí slov, písma a symbolů. Komunikace s pacientem by měla být výstižná, vhodně načasovaná a přizpůsobená schopnostem jedince. Při slovním projevu mluvíme srozumitelně, nepoužíváme odborné výrazy. Hlasitost, výšku tónu, rychlost řeči a délku projevu přizpůsobujeme edukantovi. Žádoucí se jeví podpora pacienta a dostatečný prostor pro dotazy.

1.3.2 Neverbální komunikace

Nonverbální komunikace je řečí těla, je zpravidla neuvědomělá a lze z ní mnohé vyčíst. Jejím prostřednictvím vyjadřujeme své prožívání, emoce, postoje a doplňujeme verbální projev. (1, str. 17) K neverbální komunikaci řadíme proxemiku, haptiku, mimiku, gestiku, kinetiku, posturologii, pohledy a úpravu zevnějšku. Vzdálenost, kterou mezi sebou lidé udržují během kontaktu, definujeme jako proxemiku. Vzdálenost mezi osobami určuje jejich vzájemný vztah. Vzájemná citlivost pro prostorové chování ovlivňuje úspěšnou komunikaci. Jasně hranice vztahu vymezuje etický kodex. Lze je rozdělit do čtyř zón, které jsou individuálně rozdílné. Rozlišujeme zónu intimní (do 30cm), osobní (50 - 120 cm), společenskou (1,2 - 3,6m) a veřejnou (3,6 a více). Intimní, hmatová zóna je zóna, kterou zdravotníci při své práci často narušují. Porušení této zóny může být vnímáno nepříjemně, proto by k němu mělo z profesního hlediska docházet jen v nezbytných případech a vždy se souhlasem pacienta. Haptika je komunikace prostřednictvím dotyků. Nejčastějším dotykem je beze sporu stisk ruky, který by měl být samozřejmou součástí kontaktu zdravotníka s pacientem. V haptice má své místo pohlazení, objetí, dotyk, ale i pohlavek a jiné agresivní prvky, které mohou vyvolat stresovou reakci a strach. (6, str. 40) Mimika značí výraz obličeje, ve kterém lze dobře vyčíst psychický stav člověka a jeho emoce. Gestika

je komunikace prostřednictvím především horních končetin. Gesty doplňujeme mluvený projev, mohou však slova i nahradit (např. znaková řeč). Kinetika v sobě skrývá pohyby a napětí těla. Oční kontakt patří mezi nejčastější druhy nonverbální komunikace. Oči v přibližně stejné výšce pomáhají vyvolat během komunikace pocit přátelské atmosféry. Řeč prostřednictvím postoje a polohy těla se nazývá posturologie. K vzájemné pohodě přispívá úprava zevnějšku sestry i pacienta, ale i prostředí zdravotnických zařízení. (1, str. 18)

1.4 Význam edukace ve zdravotnictví

Edukace ve zdravotnictví je chápána jako výchovně vzdělávací činnost zdravotníků a v současnosti je jí přikládán velký význam. (3, str. 20) Zdravotnická zařízení poskytují pacientům odbornou péči. Edukace a její správná realizace by měla být její součástí. Z holistického hlediska je zdraví člověka velmi citlivou záležitostí. Všechny metody učení a edukace se zaměřují na obnovu, posílení a zachování zdraví. (2, str. 96)

Edukační tým tvoří osoby, které se na edukaci podílejí na konkrétním pracovišti. Hlavními členy týmu jsou lékař a všeobecná sestra. Zásadní osobou v poskytování informací je pro pacienta lékař. Lékař informuje o zdravotním stavu, navrhuje léčebný postup. Nezastupitelnou úlohu v edukaci pacientů mají sestry. Sestra může podávat informace pouze v rámci svých profesních kompetencí. Poskytuje pacientovi oporu, doplňující informace, pomáhá při vytváření nových stereotypů a ověřuje, zda pacient vše pochopil. Při poskytování ošetrovatelské péče uplatňuje holistický přístup, respektuje etnické a kulturní rozdíly. (3, str. 58) Podle typu nemoci se na edukaci podílejí další odborníci (fyzioterapeut, psycholog, nutriční terapeut, sociální pracovník atd.). Fyzioterapeut vede rehabilitaci, navrhuje vhodný pohybový režim a cvičení. Nutriční terapeut, popř. diabetologická sestra edukuje pacienta o dietních opatřeních, omezeních a vhodném stravovacím režimu. Základem úspěšné spolupráce je vzájemná komunikace všech zúčastněných. (1, str. 25)

Efektivní edukace pomáhá zvyšovat zdravotní uvědomění obyvatel, pozitivně ovlivňuje postoj člověka ke svému zdraví a napomáhá pacientům převzít odpovědnost za svůj zdravotní stav. (2, str. 32)

1.4.1 Edukace v ošetrovateľskej praxi

Edukačná činnosť v ošetrovateľstve predstavuje dôležitou súčasť náplne práce sestier. Aby sestra mohla efektívne plniť rolu edukátorky, je okrem vysokej odbornej úrovne v oblasti ošetrovateľstva a medicíny nevyhnutné získať dôveru pacienta a uplatňovať individuálny prístup. Pri analýze pacientových potrieb musí sestra zohľadňovať individuálne potreby jedinca. (2, str. 32) Dôležitým faktorom, ktorý musíme zohľadniť v komunikácii a prístupe k pacientovi, je jeho vek. Pokiaľ prispôbime spôsob komunikácie pacientovým schopnostiam a dovednostiam, zvýšime pravdepodobnosť, že nám pacient porozumí. (7, str. 49) Podkladom edukácie sú odborné vedomosti, dovednosti a znalosť problematiky. Predpokladom úspechu je pozitívny vzťah k ľuďom, empatický prístup, porozumenie a trpezlivosť. Sestra musí byť schopná posúdiť, či pacient inštrukcie pochopil a dokáže ju v praxi plniť. Vhodné je pacienta povzbudiť, pochváliť. (2, str. 32) Medzi základné požiadavky patrí vedieť, s čím chceme edukanta seznámiť, a správne zvoliť, kedy, kde a ako informáciu najľahšie predat. Dôležité je tiež nepreťažovať pacienta informáciami. Kvalita a výsledok edukácie závisí na vyjadrovacích a komunikačných schopnostiach zdravotníka. (4, str. 12)

V ošetrovateľstve je hlavným cieľom edukácie prevencia. Výchovné pôsobenie sa delí do niekoľkých základných oblastí. Primárna prevencia sa orientuje predovšetkým na zdravú populáciu. Cieľom je predchádzanie ochorenia, podpora a udržanie zdravia. Edukácia sekundárna sa zameriava na výchovu pacientov s určitou diagnózou. Prostredníctvom nových znalostí a schopností usilujeme o zlepšenie ich zdravotného stavu a ovplyvnenie ďalšej prognózy ochorenia. Výchova sa orientuje na dodržiavanie liečebného režimu, zmenu stravovacích návykov, úpravu životného štýlu, ošetrovanie rán a nácvik určitých ošetrovateľských výkonov. Patrí sem i edukácia rodinných príslušníkov. Súčasťou komplexnej zdravotnej starostlivosti je tiež terciárna prevencia, s cieľom udržania samostatnosti, zlepšenia či udržania kvality života a predchádzania ďalších komplikácií. Radíme sem napríklad lázeňskú starostlivosť, ergoterapiu. (3, str. 22) (1, str. 11)

2 KARDIOCHIRURGIE

Kardiochirurgie je samostatná chirurgická disciplína, která se postupně vyčlenila z všeobecné chirurgie. Zabývá se operačním řešením ischemické choroby srdeční (ICHS), diagnostikou a terapií vrozených a získaných srdečních vad, hrudní aorty a plicnice. Kardiochirurgická péče je soustředěna do specializovaných kardiocenter. (8, str. 181)

2.1 Historie a současnost kardiochirurgie

2.1.1 Z historie

První zdařilý výkon na srdci byl proveden ve Frankfurtu v roce 1896, kdy německý chirurg Rehn úspěšně ošetřil poraněnou pravou komoru srdeční. Počátky srdeční chirurgie se však datují až do poloviny 20. století a úzce souvisí s vynálezem mimotělního oběhu a jeho zavedením do klinické praxe v roce 1953. Obor se zpočátku omezoval jen na operace vrozených vad a některých získaných chlopenních vad. Zavedení hypotermie bylo důležitým mezníkem v rozvoji kardiochirurgie. Podchlazení pacienta a kardioplegie (zástava srdeční činnosti a ochrana myokardu) dovolili provádět složitější výkony na otevřeném srdci. (9) Zavedením operačního řešení ICHS došlo k velkému rozmachu kardiochirurgie. První revaskularizaci myokardu provedli Favoloro a Effler v Clevelandu v roce 1967. První aortokoronární bypass u nás provedli ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze Lichtenberg a Bartoš v roce 1971. (10, str. 453)

2.1.2 Současnost

V současné době je kardiochirurgie všeobecně dostupným oborem. Kapacita kardiochirurgických pracovišť v ČR umožňuje poskytnout potřebnou péči všem pacientům. Došlo k rozšíření spektra KCH výkonů a jejich indikací. Dříve nejčastější operační výkon – samostatná revaskularizace myokardu – s rozvojem katetrizačních metod ztrácí v posledních letech své vedoucí postavení a do popředí se dostávají kombinované výkony a samostatné operace chlopně. Nejčastěji operovanou chlopenní vadou je aortální stenóza, druhou v pořadí je pak mitrální regurgitace. (11, str. 9) Vzhledem k přesnější diagnostice, dokonalejší perioperační a pooperační péči, vývoji technologického, přístrojového a materiálního vybavení a pokrokům ve farmakologické léčbě lze operovat

pacienty, u kterých by dříve byla operace neproveditelná. Změnilo se věkové spektrum operovaných. U dospělých pacientů se věk výrazně zvýšil, v dětské kardiologii se věk naopak snížil. (9) Dnes jsou prováděny složitější výkony u starších, polymorbidních pacientů, aniž by se zhoršily operační výsledky. Přibyl počet reoperací. (12, str. 13) Nové materiály a technologie umožňují operace v normotermii, zaváděny jsou miniinvazivní a endoskopické metody. Minimalizace chirurgických operačních přístupů snižuje operační zátěž, urychluje hojení a vylepšuje kosmetický efekt. Postupně se zdokonalují a v praxi stále častěji využívají umělé srdeční náhrady. Mechanické podpory nahrazují srdeční činnost do té doby, než se srdce zotaví ze srdečního selhání po infarktu myokardu, operaci nebo slouží k překlenutí čekací doby před transplantací srdce. Problémem se jeví vysoké náklady a z toho plynoucí výběrová kritéria. (10, str. 453)

2.2 Kardiologické operace

Spektrum kardiologických operací je široké. Provádí se samostatné výkony nebo výkony kombinované, jako je revaskularizace myokardu a zároveň plastika či náhrada chlopně, nebo operace více chlopní. Na srdci je možné operovat:

- ICHS a její komplikace
- Vrozené a získané chlopní vady:
 - stenóza aortální chlopně
 - nedomykavost aortální chlopně
 - stenóza mitrální chlopně
 - nedomykavost mitrální chlopně
 - nedomykavost trikuspidální chlopně
- Onemocnění aorty - aneurysma a disekce
- Některé typy srdečních dysrytmií
- Nádory srdce a onemocnění osrdečníku
- Transplantace srdce (13, str. 106)

2.2.1 Aortokoronární bypass

Revaskularizace myokardu (CABG) jako samostatný výkon nebo kombinovaný s operací chlopně tvoří asi 70% všech výkonů na KCH pracovištích. Jedná se o chirurgický způsob léčby ICHS. Provádí se přemostění zúženého úseku koronární tepny.

ICHS je charakterizována jako nedostatečné krevní zásobení myokardu. Porucha perfuze myokardu může být původu organického - stenóza nebo trombóza věnčité tepny nebo funkčního - spasmus. Tyto příčiny se často kombinují. Nejčastější příčinou ischemie je aterosklerotický plát. (14, str. 55)

Aortokoronární bypass značí přemostění cévním štěpem mezi ascendentní aortou a postiženou koronární tepnou. Spojka zajišťuje dostatečný přívod krve a kyslíku do ischemického myokardu distálně od zúžení či uzávěru tepny. Chirurg rozhoduje, jaký štěp k revaskularizaci použije. Rozlišujeme štěpy žilní a tepenné. Hlavní rozdíl mezi oběma variantami je v jejich dlouhodobé průchodnosti. Předností žilních štěpů je rychlý a lehký odběr, výhodou tepenných štěpů je jejich lepší dlouhodobá průchodnost. Nejčastěji se používá žilní štěp z vena saphena magna. Odběr se provádí klasicky nebo endoskopicky. Výhodou endoskopického odběru je lepší hojení, menší bolestivost a významný je i kosmetický efekt. Stále častěji se používají štěpy tepenné (nejčastěji a. thoracica interna, a. gastroepiploica a a. radialis z nedominantní končetiny). (11, str. 43) Většina nemocných po operaci nemá anginózní potíže. Sám pacient částečně rozhoduje o životnosti bypassů. Záleží jen na něm, zda bude dodržovat lékařská doporučení a omezí rizikové faktory. Úpravou svého životního stylu může přispět ke zpomalení aterosklerotického procesu. (14, str. 64) Revaskularizaci lze provést s použitím mimotělního oběhu nebo bez jeho použití. Výkony bez mimotělního oběhu jsou lépe tolerovány a pacienti se závažnými přidruženými chorobami méně zatěžují. Klasickým operačním přístupem je mediální sternotomie. Někdy bývá nahrazována částečnou sternotomií. Při postižení jedné tepny lze provést tzv. miniinvazivní revaskularizaci z levostranné minitorakotomie. Výkony bez použití mimotělního oběhu méně zatěžují pacienta a snižují riziko mikroembolizace. Zmenšením operačních ran chirurg snižuje riziko vzniku generalizované infekce a usnadňuje pacientovi následnou pooperační rehabilitaci. (11, str. 48)

2.2.2 Operace vrozených a získaných chlopenních vad

Fyziologická funkce srdečních chlopní spočívá v zajištění jednosměrného průtoku krve srdečními dutinami a velkými cévami. Jednotlivé chlopně tvoří anatomický a funkční celek, vada může vzniknout při postižení jakékoli části tohoto celku. Cípaté chlopně (mitrální a trikuspidální) tvoří jednotlivé cípy, chlopenní anulus, šlašinky a papilární svaly, chlopně poloměsíčitě (aortální a plicnicovou) pak chlopenní lístky, anulus a kořen těchto cév. Chlopenní srdeční vady lze dělit na vrozené a získané. (10, str. 349, 454) Vznik vrozených srdečních vad způsobují teratogenní vlivy, působení zevního prostředí a genetické predispozice. Mezi nejčastější teratogeny patří bakterie, viry, léky, alkohol a ionizující záření. Vrozené chlopenní vady se vyskytují samostatně nebo v kombinaci s různě závažnými vývojovými vadami srdce. Kritické vady vyžadují okamžitou poporodní intenzivní péči včetně časné operace. Samostatné vrozené chlopenní vady nebývají obvykle významné, mohou být dlouho neodhalené nebo jsou pacienti dispenzarizováni kardiologem a operační léčba bývá nutná často až v dospělosti. (11, str. 55) Získané vady u mladých lidí zapříčiňují nejčastěji revmatická horečka a infekční endokarditida. U starších nemocných vznikají chlopenní vady převážně na podkladě degenerativních změn. Porucha funkce chlopně může být ve smyslu nedomykavosti – regurgitační vada nebo zúžení chlopenního ústí – stenotická vada. Někdy se obě vady na jedné chlopni mohou kombinovat a průběh onemocnění pak nejvíce ovlivňuje chlopenní vada, která je závažnější. Při postižení chlopně dochází k hemodynamickým změnám, které vedou v konečném důsledku k srdečnímu selhávání. Získané chlopenní vady se nejčastěji vyskytují na chlopních levého srdce, trikuspidální a pulmonální chlopeň bývají postiženy vzácněji. (10, str. 349) Dříve převládaly mitrální vady, což souviselo s častějším výskytem revmatické horečky. V současnosti, v souvislosti s prodlužující se délkou života, jsou nejčastější vady aortální, způsobené degenerativním procesem. (11, str. 56) Hemodynamicky nevýznamné vady chlopní jsou sledovány a léčeny medikamentózně. Léčba pokročilých vad je invazivní - chirurgická nebo katetrizační. Cílem je prevence srdečního selhání a zlepšení kvality života. Brzy po výkonu pacient pociťuje zmírnění dušnosti, otoků, zvýšení námahové tolerance.

Při operačním řešení je upřednostňována rekonstrukce chlopně před její náhradou. Zachování vlastní chlopně je pro nemocného z fyziologického hlediska výhodnější, méně zatěžující, nižším operačním rizikem, s méně komplikacemi a nižší úmrtností. Při operacích mitrální chlopně je u většiny pacientů možná plastika původní chlopně na pracovišti, které má s těmito výkony zkušenosti. Náhrada je indikována pouze v případě neúspěšné plastiky, nebo pokud nelze provést zachovnou operaci. U aortální chlopně převládají náhrady před plastikami. (10, str. 350)

Podle typu použitého materiálu rozlišujeme dva druhy chlopní, mechanické a biologické. Mechanické protézy jsou vyrobeny z kovu a umělých materiálů. Podle mechanických vlastností rozlišujeme protézy kuličkové, diskové a dvoulístkové. Kuličkové náhrady se již nepoužívají. V současnosti jsou nejpoužívanější chlopně dvoulístkové. (11, str. 64) Biologické protézy jsou konstruovány z vepřových tkání nebo z hovězího perikardu. Bioprotézy rozlišujeme bezstentové a stentované. Stentované chlopně mají kovovou kostru, která umožňuje snazší implantaci. Oba typy chlopní mají své výhody a nevýhody. Předností mechanických chlopní je jejich neomezená životnost, nedostatkem se jeví nutná doživotní antikoagulační léčba. Výhodou bioprotéz je, že odpadá nutnost trvalé antikoagulační léčby. Nevýhodou biologických náhrad je, že podléhají degeneraci a jejich životnost je omezená. Tato doba je velmi individuální, ale je třeba počítat s možnou potřebou reoperace. U mladých pacientů degenerují chlopní náhrady rychleji, proto jsou bioprotézy používány především u lidí v pokročilém věku nebo pokud je kontraindikovaná antikoagulační léčba.

I u operací chlopních vad bývá klasická střední sternotomie stále častěji nahrazována částečnou sternotomií, minitorakotomií, při operaci mitrální chlopně lze použít také video-asistovanou torakoskopii (10, str. 350)

2.2.3 Chirurgická léčba fibrilace síní

Cílem výkonu je odstranění místa vzniku arytmie a tím obnovení a udržení sinusového rytmu. Synchronizace síní a komor zlepšuje hemodynamické parametry a snižuje riziko tromboembolické komplikace. MAZE (z angl. = bludiště) procedura při fibrilaci síní (FIS) spočívá ve vytvoření systému přesně

lokalizovaných linií v síních, které zabrání abnormálnímu vedení vzruchů. Srdeční síně jsou po zákroku prostoupeny několika liniemi nevodivých jizev. Tím chirurg dosáhne toho, aby vzruch procházel ze sinusového uzlu jedinou možnou cestou k uzlu atrioventrikulárnímu. Při MAZE výkonech se dříve provádělo několik cílených řezů, dnes se používá nejčastěji radiofrekvenční energie nebo kryoenergie. Chirurgická léčba fibrilace síní je indikována především jako přidružený výkon k jiné kardiochirurgické operaci. Miniinvazivní metoda umožňuje provádět výkon samostatně, torakoskopicky, za použití menších řezů. Úspěšnost metody závisí na délce trvání fibrilace síní FIS a dilataci levé síně. U permanentní FIS je úspěšnost léčby kolem 70%, u paroxysmální FIS přesahuje 90%. Pokud je chirurgická léčba FIS zdařilá, není nadále nutná antikoagulační terapie a tím odstraníme riziko komplikací souvisejících s touto léčbou. (11, str. 91)

2.3 Komplikace KCH výkonů

Mezi nejčastější pooperační komplikace patří krvácení, srdeční tamponáda, hemodynamické poruchy, poruchy hojení ran, orgánové a neurologické komplikace. Výše rizika komplikací závisí na stádiu srdečního onemocnění, funkčním stavu srdce, na přítomnosti přidružených chorob a celkové kondici nemocného.

Krvácení: Důvodem krvácení mohou být koagulační poruchy, chirurgický zdroj nebo jejich kombinace. Často je obtížné určit příčinu. V pooperačním období je nutné sledovat krevní ztráty z hrudních drénů a v pravidelných intervalech vyšetřit hemokoagulační parametry. Chirurgická revize je indikována při větších krevních ztrátách a srdeční tamponádě. Při známkách tamponády je nezbytné neprodleně pacienta echokardiograficky vyšetřit. (11, str. 20)

Poruchy srdečního rytmu: Nejčastější pooperační komplikací jsou poruchy rytmu. Arytmie mohou způsobit hemodynamickou nestabilitu. Fibrilace síní se vyskytuje nejčastěji, asi u jedné třetiny operovaných mezi druhým a čtvrtým dnem po operaci. Negativní hemodynamický dopad má tato arytmie u pacientů s dysfunkcí levé komory. Léčba všech arytmií spočívá v optimalizaci vnitřního prostředí. Součástí terapie je podávání antiarytmik a elektrická kardioverze. V případě pooperačních bradyarytmií se využívá ke stimulaci peroperačně

zavedených epikardiálních elektrod, v případě potřeby lze zavést endovazální elektrodu.

Pooperační ischemie myokardu: Pooperační akutní ischemie myokardu bývá způsobena časným uzávěrem aortokoronárního bypassu. Diagnostika je prováděna na základě zhodnocení EKG, echokardiografických nálezů a laboratorních kardiospecifických enzymů. Chirurg rozhoduje buď o urgentní chirurgické revizi nebo konzervativním postupu v případě nekvalitního řečiště. (15, str. 4)

Poruchy hojení ran: Infekce v ráně je označována jako nozokomiální nákaza. V ráně dojde k pomnožení bakterií, které se do organismu dostaly peroperačně porušením aseptických zásad, porušením asepse při převazech a v neposlední řadě mohly infekci způsobit mikroorganismy přítomné v organismu pacienta ještě před infekcí. (12, str. 21) Na vznik rané infekce v operační ráně má vliv stav výživy pacienta, imunitní systém, diabetes mellitus, věk, přidružená onemocnění, délka výkonu a případné reoperace. V případě přítomnosti infekce je nutné ránu otevřít. Podle formy infekce lékař určí způsob léčby. (15, str. 3) Výplachy a obklady otevřené rány jsou dnes nahrazovány V.A.C systémem. Systém využívá působení negativního atmosférického tlaku k odsávání sekretu a podporuje čištění rány. (16, str. 64) Akutní mediastinitida představuje pro nemocného závažnou komplikaci. (12, str. 21) V jejím důsledku dochází k zhoršení kvality života pacienta, k výraznému prodloužení hospitalizace, zvýšení finančních nákladů a zvýšení mortality.

Ke snížení výskytu infekce je schválen soubor opatření. Zahrnuje předoperační mikrobiologický screening, holení operačního pole pomocí holicího strojku bez traumatizace kůže, hygienu těsně před operací včetně použití baktericidního mýdla. V pooperačním období je důležitá prevence, aseptický přístup a dodržování sterility při převazech. (15, str. 4)

Orgánové komplikace: Neurologické komplikace se vyskytují formou cévní mozkové příhody buď peroperačně nebo v časném pooperačním období. Ve většině případů se jedná o tzv. transitorní ischemickou ataku, která odezní během několika dní až hodin. Plně rozvinutá mozková příhoda s trvalým ochrnutím ohrožuje především starší osoby. Renální selhání patří k častým komplikacím

u pacientů s chronickou renální insuficiencí v předoperačním období. Pooperační průběh mohou komplikovat také různě závažné plicní dysfunkce. Dechová činnost bývá kompromitována parézou a elevací levé poloviny bránice, kterou způsobuje obrna n. phrenicus. Vzniká při operaci v důsledku hypotermické kardioplegie. Při horším odkašlávání po operaci hrozí hromadění sekretu v dýchacích cestách a vzrůstá riziko bronchopneumonie, proto klademe velký důraz na pravidelnou dechovou rehabilitaci. Setkáváme se i s částečným či úplným pneumothoraxem v důsledku perioperačních procedur či existujícího plicního onemocnění. Mezi komplikace gastrointestinální patří poruchy pasáže a krvácení. Vyskytují se vzácně, zejména u dlouhodobě ventilovaných pacientů s umělou výživou. Prevencí je podávání prokinetik a pravidelná fyzioterapie. (12, str. 23)

Organický psychosyndrom: Organický psychosyndrom se vyskytuje převážně u starších pacientů a je charakterizovaný psychomotorickým neklidem. Může mít různě těžký průběh od lehké zmatenosti až po agresivitu, psychomotorický neklid až delirantní stavy. (11, str. 21)

3 EDUKACE U PACIENTA NA KCH PRACOVÍŠTI

Obecně lze edukaci na kardiochirurgickém oddělení rozčlenit do tří oblastí – předoperační, pooperační a poučení před dimisí. Na ambulanci probíhá edukace předoperační, většinou před plánovaným výkonem, jelikož je zde pacient vyšetřován, seznámen s diagnózou a následně dle plánu přijímán k hospitalizaci.

3.1 Edukace před operací

Předoperační edukace začíná již na ambulanci po stanovení diagnózy, pokračuje při příjmu pacienta k hospitalizaci a končí převozem na operační sál. Na edukaci se podílí zejména lékař, všeobecné sestry a fyzioterapeuti. Po stanovení diagnózy a posouzení celkového stavu pacienta následuje seznámení nemocného s podstatou jeho choroby a léčebnými možnostmi. Sdělování těchto informací náleží do kompetencí lékaře. Rozhovor pacienta s lékařem by měl probíhat v soukromí, popř. za přítomnosti nejbližší rodiny nemocného. Pro názornost lékař používá rozkládací model srdce a modely srdečních chlopní. Lékař pacientovi vysvětlí výhody a rizika operačního řešení. Vzhledem k prodlužující se délce života vzrůstá i průměrný věk pacientů podstupujících operaci srdce. Operační výkon představuje velký stres i pro „zdravého“ seniora. Velkou měrou se na tom podílí snižující se rezervy orgánových systémů a funkcí. Pacient je postaven před rozhodnutí, zda operaci podstoupit či nikoli. Tato situace představuje pro pacienta a jeho rodinu velkou psychickou zátěž. Nezbytnou součástí je poučení o účelnosti operačního řešení, průběhu navrhované léčby, o možných komplikacích, které období bezprostředně kolem operace doprovází. Citlivě a individuálně je nezbytné zohlednit také kvalitu života po výkonu. To představuje počátek kontinuální péče. Předoperační období je pro pacienta velmi složité a komplikované, proto je třeba vždy zohledňovat jeho bio – psycho – sociální stav. V úvahu je nutné brát pacientovy obavy, pochybnosti a názory. Ze strany personálu je zapotřebí postupovat citlivě a ve vzájemném vztahu uplatňovat etické principy. Podmínkou úspěšné léčby je získání důvěry pacienta a jeho maximální spolupráce. (16, str. 17) (17, str. 136)

Cílem v této fázi je co nejlépe připravit pacienta na zvládnutí operační zátěže, pooperační rekonvalescence a eventuálních komplikací. Předoperační příprava je nezbytnou součástí péče, její rozsah a kvalita ovlivňuje stonání a mortalitu

pacientů. Záleží také na tom, zda se jedná o výkon plánovaný nebo akutní. Pacienti, kteří přicházejí plánovaně, mají prostor se na výkon připravit a zároveň se vyrovnat s faktem, že musí operaci srdce podstoupit. V případě akutní kardiokirurgické operace má pacient na předoperační přípravu a vyrovnání se s náročnou situací jen omezený čas nebo nemá čas vůbec. (18, str. 75)

3.2 Specifika edukace v jednotlivých oblastech

3.2.1 Předoperační příprava

Předoperační edukace zahrnuje složku obecnou, která má být splněna u každého chirurgického výkonu a prvky speciální, související s daným zákrokem. (19, str. 171) Žádoucí je přistupovat ke každému pacientovi individuálně s ohledem na věk, rozsah kardiovaskulárního onemocnění a přidružená onemocnění.

Při příjmu k hospitalizaci musí ambulantní sestra zohlednit náročnost situace, ve které se pacient nachází. Kromě zajištění potřebných předoperačních vyšetření je úkolem sestry poskytovat pacientovi psychickou oporu a srozumitelné informace. (20, str. 43) Edukaci musí provádět individuálně s ohledem na potřeby nemocného. Sestra poskytne nemocnému informace o chodu oddělení, předoperační přípravě, návštěvě anesteziologa a operátora. Poučí nemocného o uložení osobních věcí a cenností. Obecná předoperační příprava zahrnuje informace o nutnosti lačnění, přípravě operačního pole a vhodné hygieně před výkonem.

Pacienti, především ti pokročilého věku, by měli být nejen informováni, ale nezbytná je také podpora a empatie. Úkolem sestry je provést pacienta předoperační přípravou a pooperačním obdobím. Měla by být pacientovi nejen fyzickou, ale hlavně psychickou oporou. Lékař, sestra ani ostatní zdravotnický personál by neměl zapomínat na rodinu pacienta, proto je vhodné edukovat také pacientovy blízké, kteří jej doprovází. Již před operací je dobré prodiskutovat s pacientem a jeho rodinou, jak bude zajištěna pooperační péče v domácím prostředí, zejména příprava stravy, nákupy, úklid apod. Tyto činnosti nebude moci pacient samostatně vykonávat po dobu hojení prsní kosti, tj. 2 měsíce. Vzhledem k psychické zátěži, kterou operace srdce přináší pro nemocného i jeho rodinu,

je žádoucí umožnit návštěvy v maximální možné míře. Na pracovišti KCHO FN Plzeň proto nejsou návštěvy omezovány návštěvními hodinami, výjimku tvoří pouze operační den. (7, str. 24)

3.2.2 Období rekonvalescence

Kardiochirurgická operace představuje zásah do organismu jak po stránce somatické, tak i po stránce psychické, sociální, spirituální, ale též i ekonomické. Pacienty v produktivním věku často tíží obavy ze ztráty zaměstnání. Strach z nezaměstnanosti je u kardiochirurgických pacientů pochopitelný a je žádoucí tento strach minimalizovat. Pacient je informován, jaký rozsah práce bude moci po období rekonvalescence pravděpodobně vykonávat a že cílem operace je návrat do běžného života. V této souvislosti sestra zmiňuje, že minimálně šest až osm týdnů po výkonu nebude moci pacient vykonávat žádnou fyzickou ani psychickou zátěž. Jedině tak lze předejít komplikacím, jako jsou nestabilita sternu a mechanická dehiscence rány. V rámci edukace sestra zodpovídá nemocnému jeho dotazy. Pacienty často zajímá délka pracovní neschopnosti a návrat do zaměstnání. Ten bývá obvykle možný při nekomplikovaném průběhu a méně náročné práci za cca čtyři až šest týdnů. Pokud ale pacient vykonává fyzicky či psychicky náročnou práci, je vhodné návrat do zaměstnání odložit na dobu 2 až 3 měsíců po operaci. U všech pacientů je po operaci indikována lázeňská léčba. Sestra informuje pacienta o možnosti absolvování časně lázeňské léčby překladem z lůžka na lůžko, která urychluje rekonvalescenci a usnadňuje nemocnému návrat do běžného života. V příjemném prostředí lázní má pacient možnost seznámit se se zdravým životním stylem a sekundární prevencí po kardiochirurgické operaci. Lázeňská léčba se skládá z řízené pohybové aktivity, racionální nízkocholesterolové diety, balneoterapie, kontroly rizikových faktorů, psychoterapie a zdravotní výchovy. Nejdůležitější, co může člověk pro svoje operované srdce udělat sám, je dbát na prevenci ICHS. Sem patří zdravý životní styl, nekouření, úprava stravovacích návyků, pravidelná pohybová aktivita, redukce hmotnosti a zvládání stresu. Dále je nutné, aby každý po operaci přesně užíval doporučenou léčbu. (13, str. 112, 217) Již před operací je pacient upozorněn na zákaz řízení motorového vozidla. V soukromí nesmí řídit motorová vozidla minimálně jeden měsíc po CABG, doporučuje se však dobu prodloužit na 6-8 týdnů vzhledem k době hojení hrudní kosti po sternotomii. Po chlopenních

operacích se doba zákazu prodlužuje na 3 měsíce. U profesionálních řidičů jsou kritéria pro návrat k povolání přísnější, po CABG je zákaz řízení 3 měsíce a po výkonu na chlopni nesmí řídit 6 měsíců. Způsobilost k řízení motorového vozidla je dána vyhláškou č. 277 o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel. (21, str. 286)

3.2.3 Hrudní pás

Za účelem zpevnění a stabilizace sternu jsou vyráběny podpurné vesty (např. Posthorax) a hrudní stahovací pásy. Na KCHO FN Plzeň jsou používány hrudní pásy. Jedná se o široký pružný pás, který lze pomocí suchého zipu fixovat v požadovaném obvodu. Jejich výhodou je příznivý poměr nízké ceny, kvality a snadné údržby. Pásy lze opakovaně prát a sterilizovat. Sestra seznámí pacienta již před výkonem s účelem používání pásu, kterým je stabilizace hrudníku a omezení bolesti. Jelikož pacient používá hrudní pás šest až osm týdnů, poučí nemocného jak o pás pečovat. Společně s nemocným zvolí vhodnou velikost naučí pacienta správně pás nasadit. Správně přiložený pás hrudník stahuje, ale nepůsobí škrcení ani neomezuje dýchání. (20, str. 49) (22, str. 14)

3.2.4 Dýchání a dechová rehabilitace

Aby pacient zvládl pooperační zátěž co nejlépe, zdůrazní sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem význam časně dechové a pohybové rehabilitace. V rámci dechové přípravy je pacient prakticky seznámen s pomůckami tri-ball a acapella, které bude využívat časně po operaci a dále po celou dobu hospitalizace. Návčik dechové rehabilitace pomůže pacientovi zvládnout správnou techniku dýchání a omezí výskyt plicních komplikací v časném pooperačním období. Sestra vysvětlí a ukáže nemocnému, jak aktivně stabilizovat ránu a zdůrazní nutnost odkašlávání. To znamená, že při odkašlávání a pohybu přiloží ruce na hrudník a lokty tlačí k tělu. Po KCH operaci je nezbytné pečovat o dobrou ventilaci, zajistit uvolnění hlenů v dýchacích cestách a usnadnit šetrnou expektoraci. Každá ataka kašle je pro pacienta velmi nepříjemná, bolestivá a v důsledku může dokonce ohrozit pevnost suturovaného sternu a podílet se na vzniku nestability hrudníku. (23, str. 572 - 574) Aby mohl pacient po výkonu provádět dechovou rehabilitaci efektivně, musí být dostatečně tlumena bolest v operační ráně. Sestra poučí nemocného o projevech, zvládnutí a tlumení

pooperační bolesti. Ta často souvisí s pohybem a odkašláváním. Bolest bývá pravidelně monitorována pomocí Vizuální analogové škály. Především u mladých lidí může být velice silná. Proto se v časném pooperačním období podávají analgetika do epidurálního nebo centrálního žilního katetru. Později se podávají analgetika per os.(16, str. 126)

Ke snížení bolesti a nepříjemných pocitů v oblasti sternu při kašli se používá také overball. Měkký tlak míče tlumí pohyb hrudního koše, stabilizuje hrudník při kašli a tím snižuje bolest při expektoraci. (22, str. 14)

3.2.5 Pohybová rehabilitace

Pohybová rehabilitace před operací se zaměřuje na nácvik vhodného stereotypu vstávání z lůžka. Sestra poskytne pacientovi informace o pooperační imobilizaci a postupné mobilizaci. Vhodné je nacvičit s nemocným správnou techniku otáčení a posazování na lůžku tak, aby nezatěžoval operační ránu. Vertikalizace se provádí tzv. přes bok, kdy se pacient otočí na bok, spustí dolní končetiny z lůžka a poté se postupně odtlačuje od lůžka rukou, na které leží. Pro nekomplikované hojení sternotomické rány je nutné minimalizovat zátěž horních končetin po dobu 6 až 8 týdnů po operaci. Teprve po dvou měsících je prsní kost pevně zhojená. Proto se na KCHO FN Plzeň nepoužívají hrazdy k úpravě polohy na lůžku. Pacient je seznámen s nutností šetřit hrudník a nezapírat se o ruce. Pokud je operačním přístupem sternotomie, nesmí nemocný při pooperační rehabilitaci chůze využívat oporu hole ani francouzské berle. S touto skutečností seznámí sestra především pacienty, kteří před operací používají při chůzi kompenzační pomůcky. Pokud není pacient schopen samostatné chůze bez kompenzačních pomůcek, má na oddělení k dispozici pro pooperační rehabilitaci vysoké chodítko s oporou v podpaží. (10, str. 356)

3.3 Edukace a ošetřovatelská dokumentace

Rozhovor a poučení je doplněno praktickým nácvikem a písemně. Informační brožura je důležitou součástí edukačního procesu. Pacient ji obdrží již při ambulantní návštěvě nebo při příjmu k hospitalizaci. Nejspíše vlivem stresu, a po výkonu též vlivem anestezie, nemocní na doporučení často zapomínají. Proto je důležité pacientům doporučená opatření správně a neúnavně připomínat.

Jelikož je dnes edukace samozřejmou součástí poskytované péče, musí být zaznamenána do zdravotní dokumentace. Vedení zdravotní dokumentace je povinností každého zdravotnického zařízení. Tuto povinnost stanovují právní předpisy (Zákon č. 372/2011 Sb. a Vyhláška č. 236/2013 Sb. o zdravotnické dokumentaci). (25, 26) K záznamu edukace slouží edukační karta, která je součástí příjmové ošetrovatelské dokumentace. Edukační záznam podporuje kontinuitu a efektivnost edukace, je přehledný a snadno dostupný. (24, str. 11)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Při své práci na ambulanci se denně setkávám s pacienty před a po KCH operaci. Operace srdce je pro ně náročnou situací. Většinou se jedná o starší osoby s mnoha přidruženými chorobami. Spolupráce a rekonvalescence je proto náročnější. Podobné pocity jako pacient vnímá i jeho rodina. Úkolem zdravotníků je předávání informací, nácvik praktických dovedností a podpora při změně postojů. K tomu slouží edukace. To, jak je edukace účinná, závisí na mnoha skutečnostech, roli hraje věk nemocného, jeho psychický stav, kognitivní i motorické schopnosti, dále taktéž forma jakou je edukace poskytována, její vhodné načasování. Je současná edukace poskytovaná na kardiochirurgickém oddělení efektivní a dostačující?

5 CÍLE A PŘEDPOKLADY VÝZKUMU

Cílem mojí práce bylo:

Hlavní cíl: Zmapovat problematiku edukace před kardiochirurgickým výkonem, v případě zjištění problematických oblastí navrhnout možné řešení.

Cíl 1: Zjistit, které oblasti edukace před KCH výkonem jsou pacienty vnímány jako nejdůležitější.

Předpoklad 1: Většina pacientů vnímá jako zásadní edukaci v oblasti nácviku správného vstávání z lůžka.

Otázky: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Kritérium pro většinu: 60 a více % respondentů

Cíl 2: Zjistit jakou formu edukace pacienti upřednostňují.

Předpoklad 2: Pacienti nad 70 let upřednostňují formu edukace, jejíž součástí je i písemná část (informační brožura).

Otázky: 2, 12, 13, 14, 15

Cíl 3: Zjistit, jak pacient vnímá zapojení rodinných příslušníků do edukačního procesu.

Předpoklad 3: Přítomnost rodinných příslušníků při edukaci vnímá většina pacientů jako přínosnou.

Otázky: 1, 16, 17, 18, 19

Kritérium pro většinu: 60 a více % respondentů

Cíl 4: Na základě zjištěných údajů navrhnout vhodný způsob edukace před KCH výkonem.

6 METODA SBĚRU DAT

K průzkumnému šetření jsem použila kvantitativní formu výzkumu pomocí dotazníkové metody. Dotazník byl anonymní a obsahoval 19 otázek. Strukturovaný dotazník tvořily otázky uzavřené a polouzavřené. Dotazník byl určen pro pacienty, kteří podstoupili kardiochirurgický výkon ve Fakultní nemocnici v Plzni. První 2 otázky se týkají demografických údajů. Ostatní otázky jsou zaměřeny k tématu výzkumného šetření. Dotazník sloužil k potvrzení nebo vyvrácení tří stanovených předpokladů.

7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Dotazník byl určen pro pacienty po kardiochirurgické operaci. Osloveni byli pacienti při první plánované pooperační návštěvě ambulance (přibližně 4 - 6 týdnů po KCH výkonu). Respondenty jsem seznámila s důvody průzkumu a požádala je o vyplnění dotazníku. Do průzkumu byli zařazeni pacienti bez ohledu na pohlaví, věk, dosažené vzdělání a charakter kardiochirurgického výkonu. Jediným omezením byla neochota vyplnit dotazník.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum jsem prováděla na Kardiochirurgické ambulanci ve FN Plzeň. Výzkumné šetření bylo schváleno Útvarem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a proběhlo v termínu prosinec 2013 – únor 2014. Žádost o povolení distribuce

dotazníků je uvedena v příloze. Respondenti byli osloveni během první plánované pooperační návštěvy ambulance. Dotazníky vyplňovali v čekárně a odevzdávali do uzavřené schránky.

Předpokládaný vzorek měl zahrnovat 100 respondentů. Rozdala jsem celkem 110 dotazníků, návratnost činila 98 %. 32 dotazníků bylo nutné vyřadit buď pro neúplnost údajů, nebo pro nedodržení pokynů pro jejich vyplnění. Celkový počet správně vyplněných dotazníků zařazených k analýze byl 76, což činí 69 %.

Data získaná průzkumným šetřením jsou matematicky zpracována. Výsledné údaje jsou prezentovány pomocí tabulek a grafického znázornění.

9 ANALÝZA ÚDAJŮ

Předpoklad č. 1 - Většina pacientů vnímá jako zásadní edukaci v oblasti nácviku správného vstávání z lůžka.

Kritérium pro většinu - 60 a více % respondentů.

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Kritéria pro hodnocení:

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 4 v oblasti „vstávání z lůžka“ uvede odpověď "všeobecná sestra".

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 5 odpoví správně .

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 6 uvede více než 3 možnosti.

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 7 uvede odpověď „vstávání z lůžka“.

Domnívám se, že v otázce č. 8 vybere variantu „nevím“ a „jiné“ méně než 17 % respondentů.

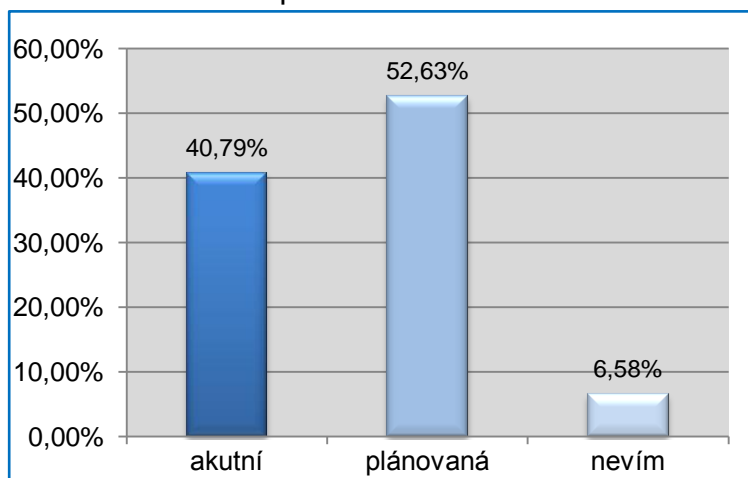
Domnívám se, že v otázce č. 9 variantu „vstávání z lůžka“ nezvolí více než 11% dotázaných.

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 11 v oblasti „vstávání z lůžka“ vybere variantu „ano“ a „spíše ano“.

Otázky č. 3 a 10 jsou doplňující.

Otázka č. 3: Jakého charakteru byla vaše operace?

Graf 1: Charakter operace

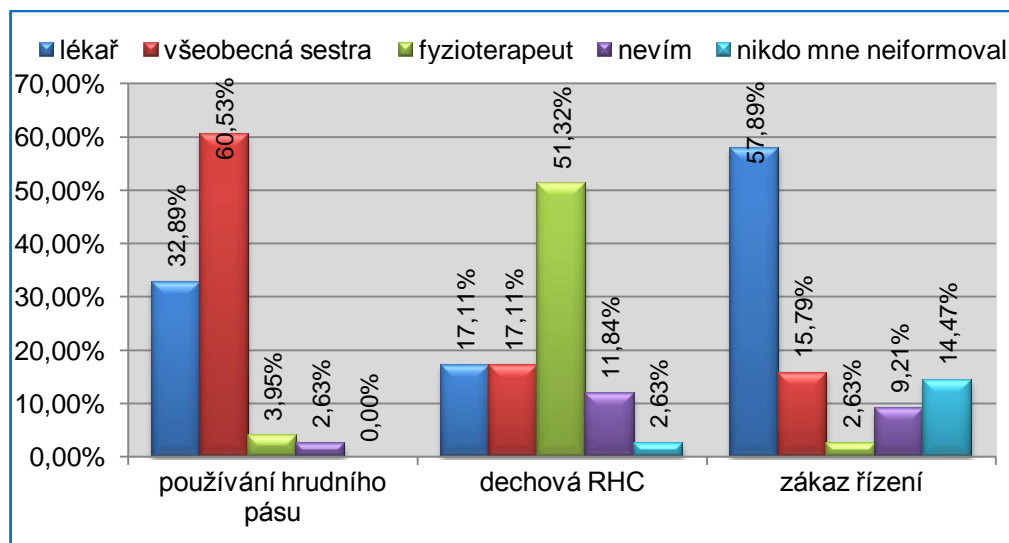
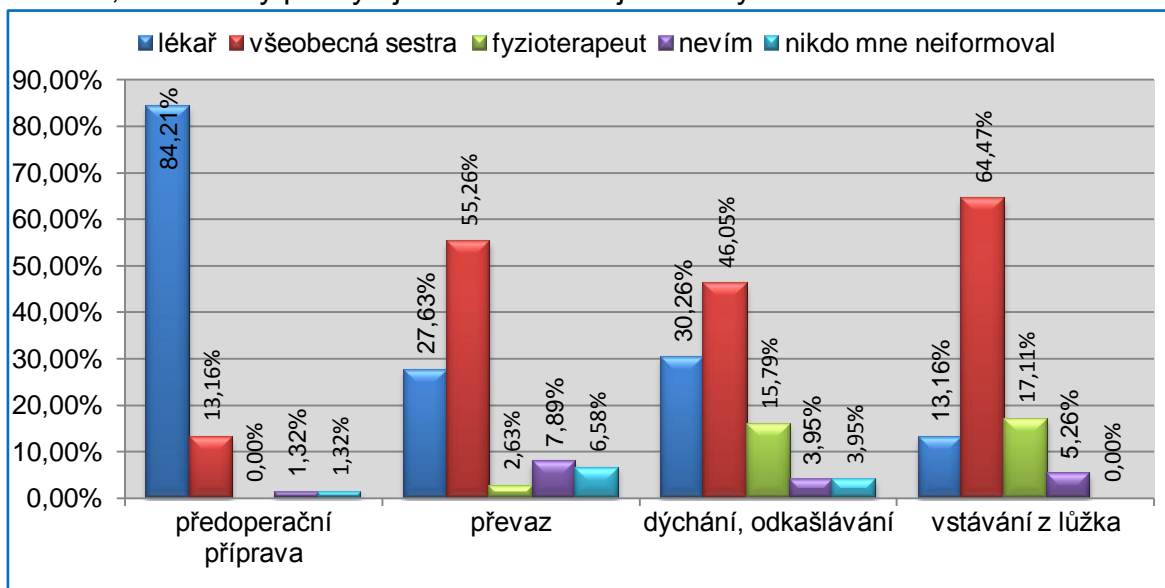


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se charakteru jejich operačního výkonu. 40 (52,63 %) respondentů odpovědělo, že podstoupili plánovanou operaci srdce. Akutní operaci se podrobilo 31 dotazovaných, což odpovídá 40,79 % respondentů. 5 (6,58 %) dotazovaných nevědělo, jakou povahu měl jejich operační výkon.

Otázka č. 4: Kdo vám před operací poskytl nejvíce informací v jednotlivých oblastech?

Graf 2a, 2b: Osoby poskytující informace v jednotlivých oblastech



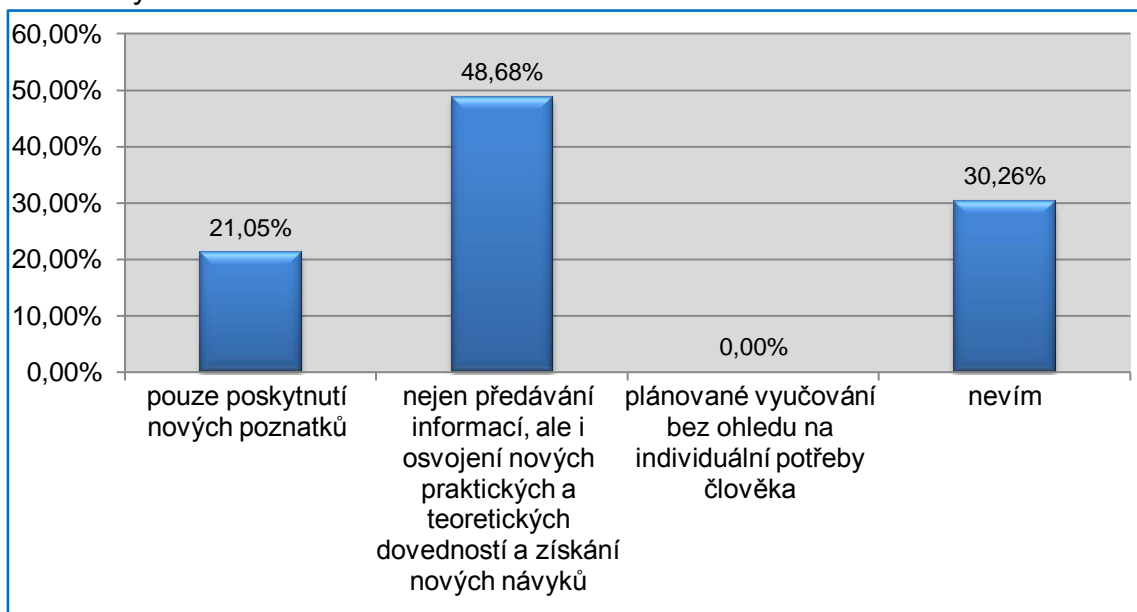
Zdroj: vlastní

Grafy zobrazují provádění edukace před operací. V oblasti **předoperační přípravy** bylo 64 (84,21 %) dotazovaných edukováno lékařem, 10 (13,16 %) sestrou, fyzioterapeutem nebyl edukován nikdo. Odpovědi „nevím“ a „nikdo mne neinformoval“ zvolil 1 (1,32 %) respondent. V oblasti **převazů** uvedlo 42 (55,26 %) dotázaných sestru, 21 (27,63 %) lékaře, 2 (2,63 %) fyzioterapeuta, 6 (7,89 %) pacientů nevědělo a 5 (6,58 %) nebylo edukováno. V oblasti **dýchání, odkašlávání** bylo 35 (46,05 %) dotazovaných edukováno sestrou, 23 (30,26 %) lékařem, 10 (15,79 %) fyzioterapeutem, 2 (3,95 %) pacientů nevědělo a 2 (3,95 %) nebylo edukováno. V oblasti **používání hrudního pásu** bylo 32 (32,89 %) dotazovaných edukováno lékařem, 18 (60,53 %) sestrou, 2 (3,95 %) fyzioterapeutem, 1 (2,63 %) pacientů nevědělo a 0 (0,00 %) nebylo edukováno. V oblasti **dechová RHC** bylo 17 (17,11 %) dotazovaných edukováno lékařem, 17 (17,11 %) sestrou, 26 (51,32 %) fyzioterapeutem, 7 (11,84 %) pacientů nevědělo a 1 (2,63 %) nebylo edukováno. V oblasti **zákaz řízení** bylo 58 (57,89 %) dotazovaných edukováno lékařem, 10 (15,79 %) sestrou, 1 (2,63 %) fyzioterapeutem, 9 (9,21 %) pacientů nevědělo a 14 (14,47 %) nebylo edukováno.

lékařem, 12 (15,79 %) fyzioterapeutem. Odpovědi „nevím“ a „nikdo mne neinformoval“ zvolili 3 (3,95 %) respondenti. V oblasti **vstávání z lůžka** bylo informováno 49 (64,47 %) pacientů sestrou, 13 (17,11 %) fyzioterapeutem, 10 (13,16 %) lékařem a 4 (5,26 %) dotázaných nevědělo, kým byli edukováni. V oblasti **používání hrudního pásu** uvedlo 46 (60,53 %) dotázaných sestru, 25 (32,89 %) lékaře, 3 (3,95 %) fyzioterapeuta a 2 (2,63 %) pacienti nevěděli, kdo je edukoval. V případě **dechové RHC** bylo edukováno 39 (51,32 %) dotázaných fyzioterapeutem, 13 (17,11 %) lékařem a 13 (17,11 %) sestrou. Odpověď „nevím“ zvolilo 9 (11,84 %) a „nikdo mne neinformoval“ zvolili 2 (2,63 %) respondenti. O **zákazu řízení** bylo informováno 44 (57,89 %) respondentů lékařem, 12 (15,79 %) sestrou, 2 (2,63 %) fyzioterapeutem a 7 (9,21 %) dotázaných nevědělo, kdo je edukoval. Informace o zákazu řízení nedostalo 11 (14,47 %) pacientů.

Otázka č. 5: V následující nabídce zaškrtněte pojem, který podle vás nejlépe vystihuje termín EDUKACE:

Graf 3: Význam termínu EDUKACE

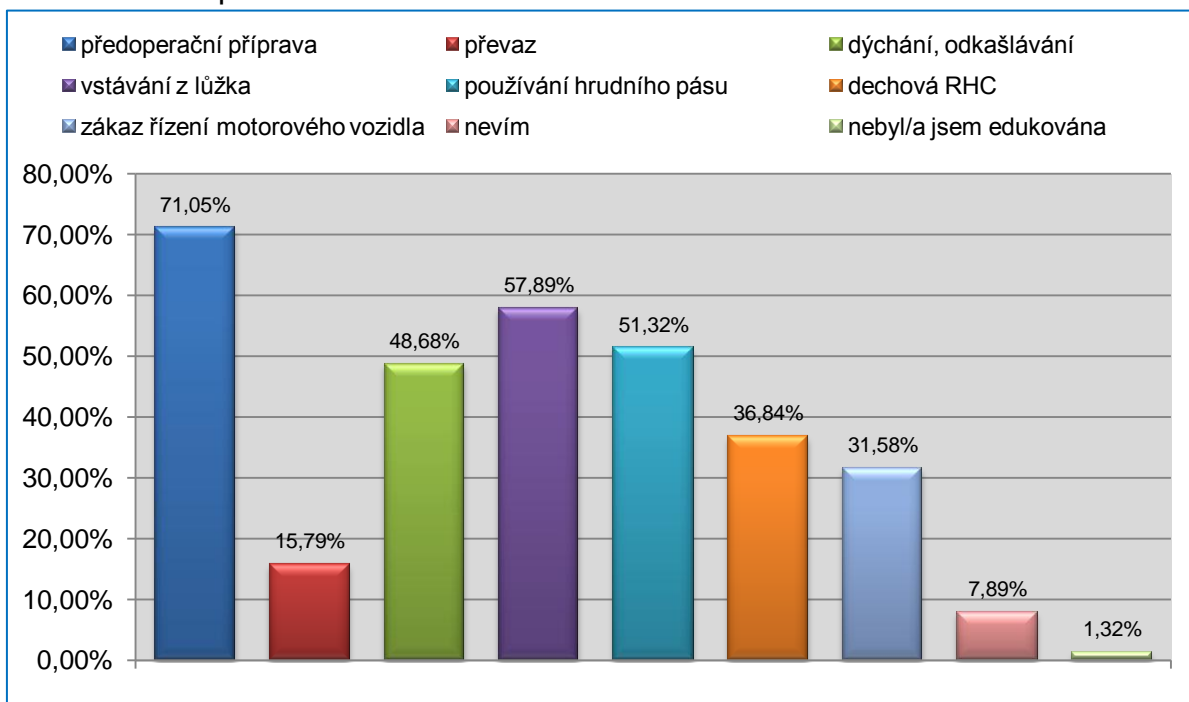


Zdroj: vlastní

Ze 76 odpovědí vyplývá, že 37 respondentů (48,68 %) mělo správnou představu, co označuje pojem EDUKACE. Chybnou odpověď „Pouze poskytnutí nových informací“ zvolilo 16 dotazovaných (21,05 %). Odpověď „Nevím“ označilo 23 respondentů, což činí 30,26 % z celkového počtu odpovědí. Žádný respondent nezvolil odpovědi „Plánované vyučování bez ohledu na individuální potřeby člověka“ a „Jiné – doplňte.“

Otázka č. 6: Před KCH výkonem jsem byl/a edukována v oblasti: (Ize více odpovědí)

Graf 4: Oblasti provedené edukace



Zdroj: vlastní

Tabulka 1: Zvolené možnosti

Počty zvolených možností	Σ	%
1 možnost	28	36,84%
2 možnosti	5	6,58%
3 možnosti	6	7,89%
4 možnosti	15	19,74%
5 možností	9	11,84%
6 možností	7	9,21%
7 možností	6	7,89%

Zdroj: vlastní

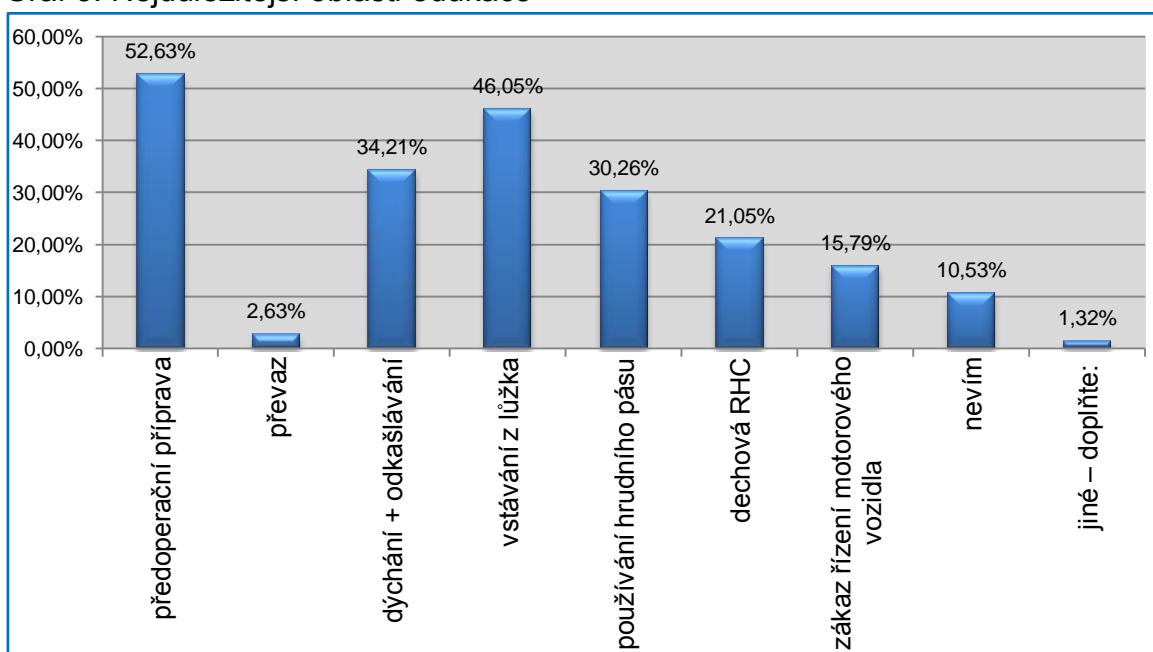
V této otázce měli respondenti možnost označit více odpovědí. Nejčastěji se vyskytovala edukace v oblasti „předoperační příprava“, a to u 71,05 % (54 klientů). Variantu „vstávání z lůžka“ zvolilo 57,89 % (44) respondentů, možnost „používání hrudního pásu“ 51,32 % (39 respondentů), „dýchání a odkašlávání“ 48,68 % (37), „dechová RHC“ 36,84 % (28), „zákaz řízení“ 31,58 % (24), „převaz“

15,79 % (12). Varianta „nevím“ se vyskytla 6krát (7,89 %) a 1 respondent zvolil možnost „nebyl/a jsem edukován“ (1,23 %).

1 možnost z nabízených oblastí zvolilo 36,84 % dotázaných, 2 oblasti označilo 6,58 % pacientů, 3 oblasti 7,89 % pacientů, 4 oblasti 19,74 % pacientů, 5 oblastí 11,84 % pacientů, 6 oblastí 9,21 % pacientů a 7 možností 7,89 % dotázaných. 8 a 9 možností neoznačil nikdo.

Otázka č. 7: Nejdůležitější byly informace v oblasti: (pokud jste nebyl/a edukován/a, prosím nevyplňovat) - lze více odpovědí

Graf 5: Nejdůležitější oblasti edukace

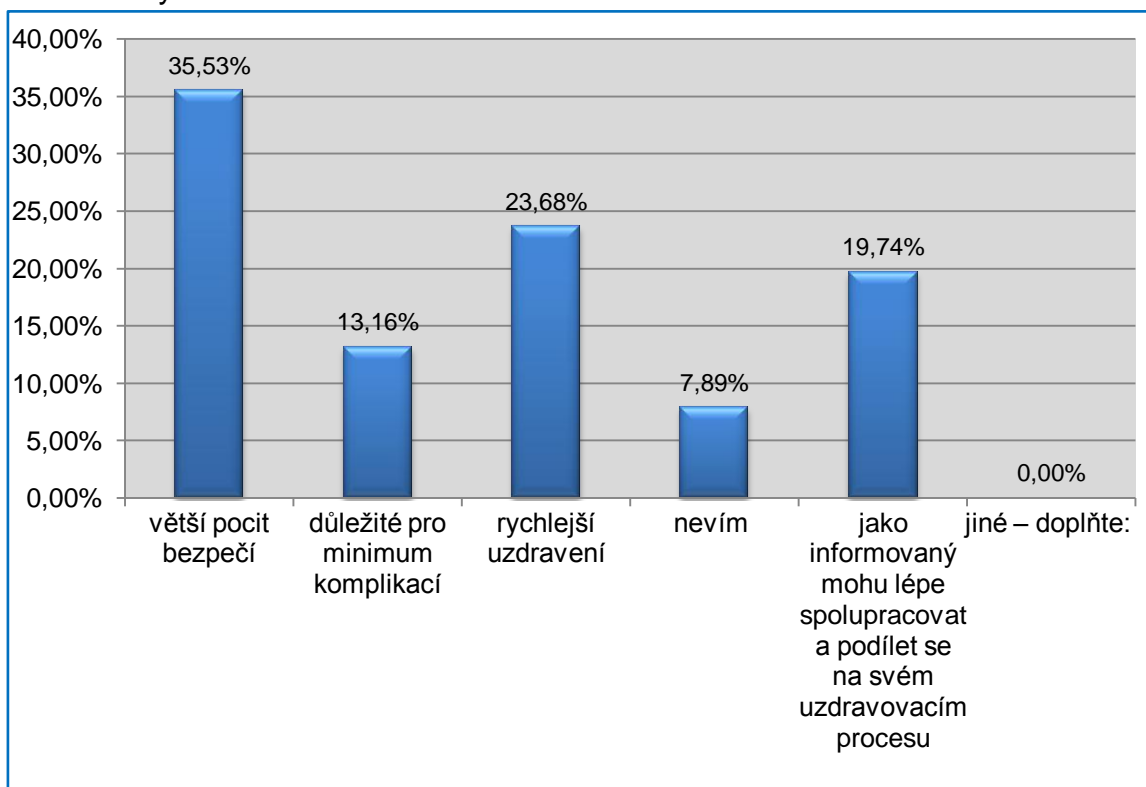


Zdroj: vlastní

V otázce, kde se ptám na nejdůležitější oblasti edukace, měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejčastěji zvolili variantu „předoperační příprava“ - 40 respondentů (52,63 %), pak následovala varianta „vstávání z lůžka“ u 35 (46,05 %). Oblast „dýchání a odkašlávání“ se vyskytla 26x (34,21 %), „používání hrudního pásu“ 23x (30,26 %), „dechová RHC“ 16x (21,05 %), „zákaz řízení“ 12x (15,79 %) a „převaz“ 2x (2,63 %). 8x (10,53 %) se vyskytla odpověď „nevím“ a 1 respondent zvolil variantu „jiné – doplňte:“ a doplnil: *celková změna životního stylu*.

Otázka č. 8: Proč pro Vás byla daná oblast (oblasti) nejdůležitější?

Graf 6: Smysl edukace



Zdroj: vlastní

Pro 27 (35,53 %) respondentů byla daná oblast nejdůležitější z důvodu „většího pocitu bezpečí“, pro 10 (13,16 %) respondentů byla edukace „důležitá pro minimum komplikací“, pro 18 (23,68 %) z důvodu „rychlejšího uzdravení“. 15 (19,74 %) respondentů uvedlo, že „jako informovaný mohu lépe spolupracovat a podílet se na svém uzdravovacím procesu“. Možnost „jiné“ ne zvolil nikdo (0 %).

Otázka č. 9: Nejméně důležitá byla edukace v oblasti: (pokud jste nebyl/a edukován/a, prosím nevyplňovat)

Tabulka 2: Nejméně důležitá oblast

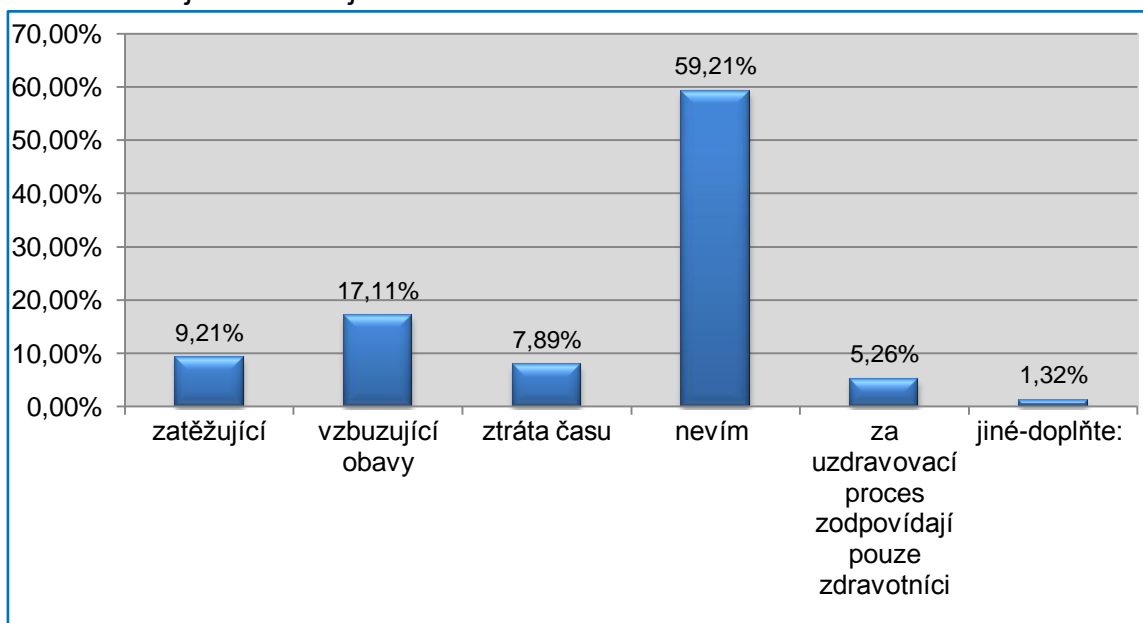
Nejméně důležitá byla edukace v oblasti:	Σ	%
předoperační příprava	9	11,84%
převaz	16	21,05%
dýchání, odkašlávání	4	5,26%
vstávání z lůžka	4	5,26%
používání hrudního pásu	2	2,63%
dechová RHC	2	2,63%
zákaz řízení motor. vozidla	12	15,79%
nevím	25	32,89%
jiné – doplňte:	2	2,63%

Zdroj: vlastní

Na otázku nejméně důležité oblasti edukace odpovědělo 9 (11,84 %) respondentů „předoperační příprava“, 16 (21,05 %) respondentů „převaz“, 4 (5,26 %) oblast „dýchání, odkašlávání“, 4 (5,26 %) oblast „vstávání z lůžka“, 2 (2,63 %) pacienti uvedli „používání hrudního pásu“ a 2 (2,63 %) oblast „dechová RHC“. Pro 12 (15,79 %) dotázaných byla nejméně důležitá edukace týkající se zákazu řízení a 25 (32,89 %) respondentů nevědělo. K odpovědi „jiné – doplňte:“ doplnili 2 (2,63 %) pacienti, že „*všechny informace byly důležité*“.

Otázka č. 10: Proč si myslíte, že byla nejméně důležitá?

Graf 7: Proč je oblast nejméně důležitá

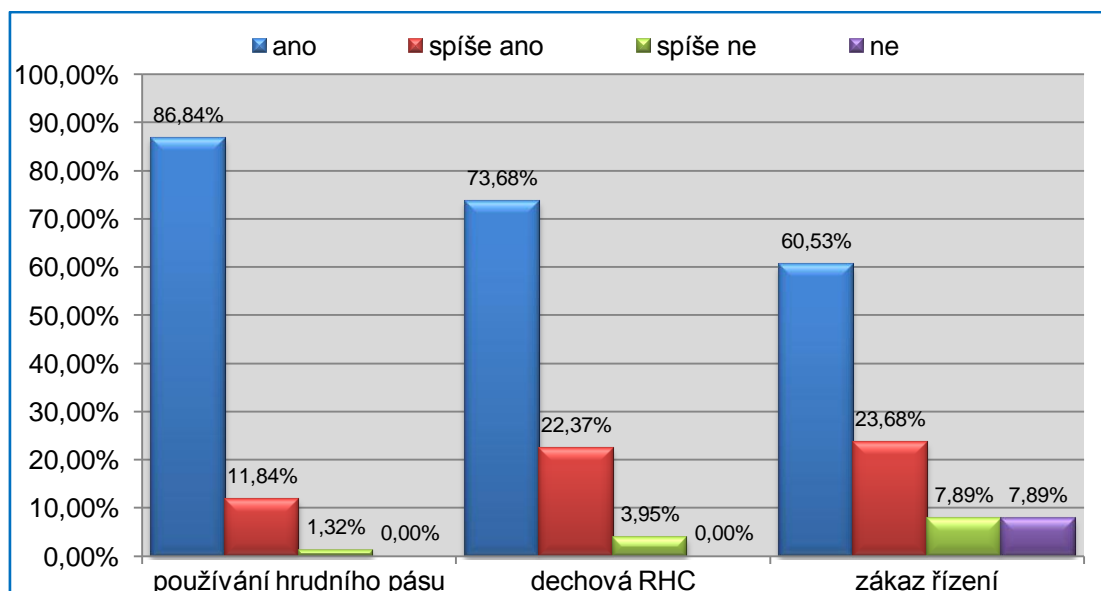
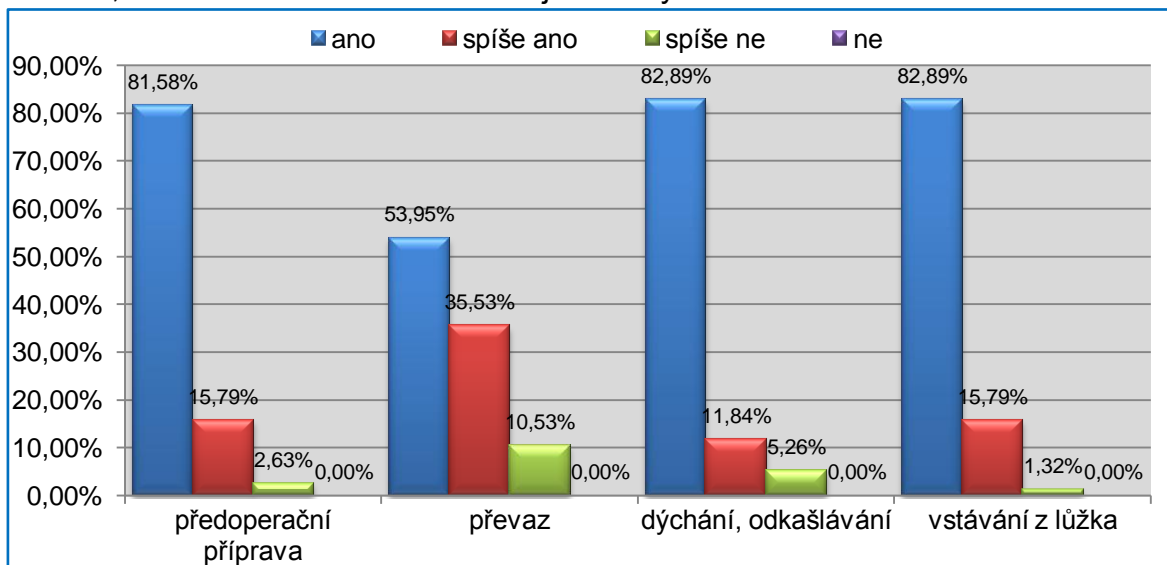


Zdroj: vlastní

Z odpovědí vyplynulo, že 7 (9,21 %) respondentů vnímalo oblast, kterou označilo za nejméně důležitou jako zatěžující, u 13 (17,11 %) dotázaných vzbudila obavy, 6 (7,89 %) ji vnímalo jako ztrátu času, 4 (5,26 %) odpověděli, že za uzdravovací proces zodpovídají pouze zdravotníci. Nejvíce – 45 (59,21 %) dotázaných zvolilo odpověď „nevím“. 1 (1,32 %) respondent zvolil odpověď „jiné“ a doplnil, že „*nebylo nedůležitých informací*“.

Otázka č. 11: Považujete informace v jednotlivých oblastech za dostatečné?

Graf 8a, 8b: Dostatečnost informací v jednotlivých oblastech



Zdroj: vlastní

V oblasti **předoperační přípravy**, na otázku zda informace byly dostatečné, odpovědělo 62 (81,58 %) respondentů „ano“, 12 (15,79 %) „spíše ano“ a 2 (2,63 %) „spíše ne“. V oblasti **převazů** uvedlo 41 (53,95 %) dotázaných „ano“, 27 (35,53 %) „spíše ano“ a 8 (10,53 %) „spíše ne“. V oblasti **dýchání, odkašlávání** odpovědělo 63 (82,89 %) respondentů „ano“, 9 (11,84 %) „spíše ano“ a 4 (5,26 %) „spíše ne“. U **vstávání z lůžka** uvedlo 63 (82,89 %) dotázaných „ano“, 12 (15,79 %) „spíše ano“ a 1 (1,32 %) „spíše ne“. V oblasti **používání hrudního pásu** odpovědělo 66 (86,84 %) respondentů „ano“, 9 (11,84 %) „spíše

ano“ a 1 (1,32 %) „spíše ne“. U **dechové RHC** uvedlo 56 (73,68 %) dotázaných „ano“, 17 (22,37 %) „spíše ano“ a 3 (3,95 %) „spíše ne“. Ani u jedné z předchozích oblastí se nevyskytla odpověď „ne“ (0 %). V oblasti **zákazu řízení** odpovědělo 46 (60,53 %) respondentů „ano“, 18 (23,68 %) „spíše ano“, 6 (7,89 %) „spíše ne“ a 6 (7,89 %) „ne“.

Předpoklad č. 2 - Pacienti nad 70 let upřednostňují formu edukace, jejíž součástí je i písemná část (informační brožura)

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 2, 12, 13, 14, 15

Kritéria pro hodnocení:

Domnívám se, že 60 % pacientů nad 70 let v otázce č. 12 uvede odpověď „porozuměla“.

Domnívám se, že 60 % pacientů nad 70 let v otázce č. 13 uvede kombinaci odpovědí „ústně“ a „písemně“.

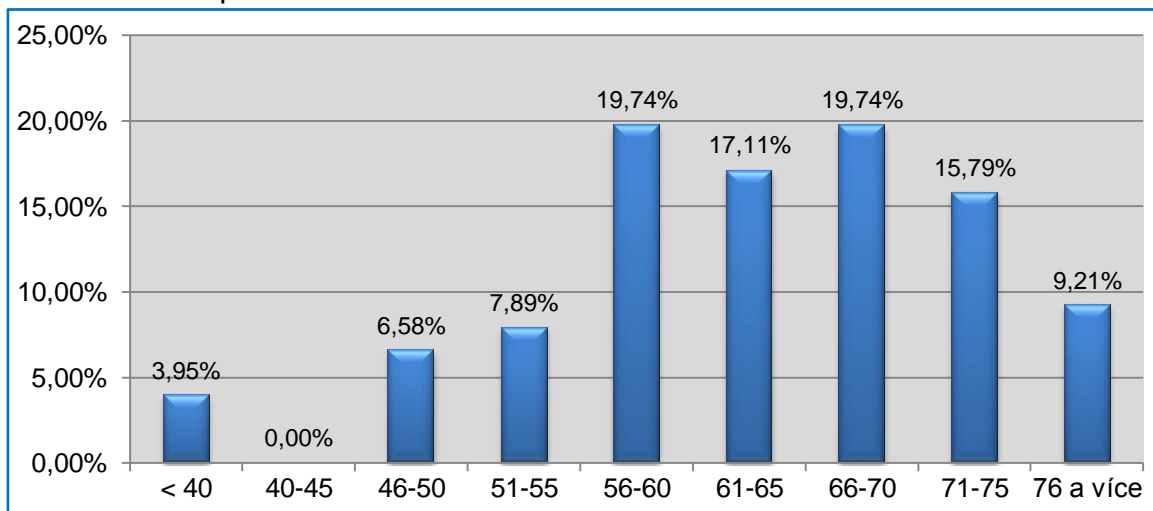
Domnívám se, že 60 % respondentů nad 70 let v otázce č. 14 uvede odpověď „písemně“ ve všech oblastech edukace.

Otázka č. 15 je doplňující.

Otázka č. 2 se týká věku respondentů.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Graf 9: Věk respondentů



Zdroj: vlastní

Tabulka 3: Rozdělení do věkových skupin

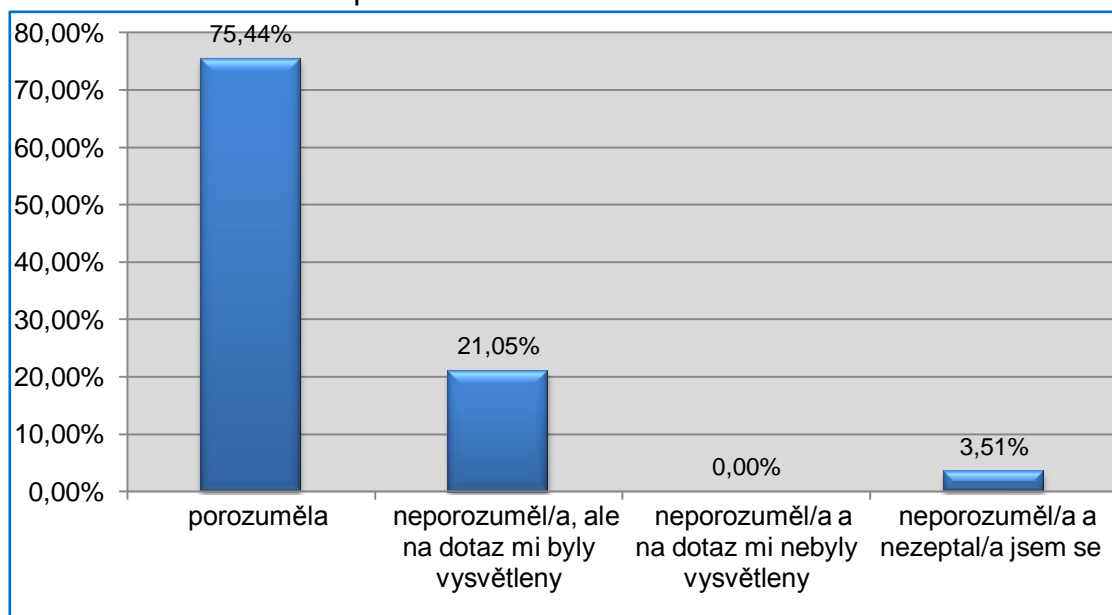
Věková skupina	Σ	%
pod 70 let	57	75,00%
nad 70 let	19	25,00%

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu respondentů byli 3 (3,95 %) ve věku do 40 let, 5 (6,58 %) ve věku od 46 do 50 let, 6 (7,89 %) ve věku od 51 do 55 let, 15 (19,74 %) ve věku od 56 do 60 let, 13 (17,11 %) ve věku od 61 do 65 let, 15 (19,74 %) ve věku od 66 do 70 let, 12 (15,79 %) ve věku od 71 do 75 let a 7 (9,21 %) ve věku 76 a více let. Věková kategorie 40 až 45 let nebyla zastoupena.

Otázka č. 12: Porozuměl/a jste všem informacím, které Vám byly v rámci edukace poskytnuty?

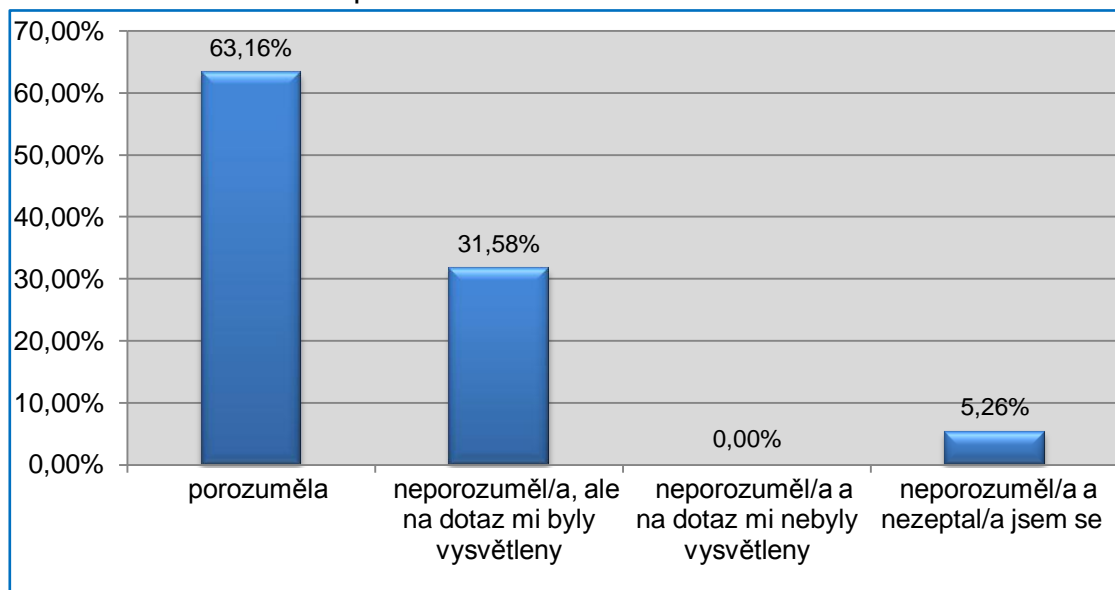
Graf 10: Informace – respondenti ve věku do 70 let



Zdroj: vlastní

43 (75,44 %) respondentů do 70 let uvedlo, že porozumělo poskytnutým informacím, 12 (21,05 %) dotázaných neporozumělo, ale na dotaz jim byli vysvětleny a 2 (3,51 %) respondentů informacím neporozuměli a nezeptali se. Možnost „neporozuměl/a a na dotaz mi nebyly vysvětleny“ nepřipustil nikdo (0 %).

Graf 11: Informace – respondenti ve věku nad 70 let

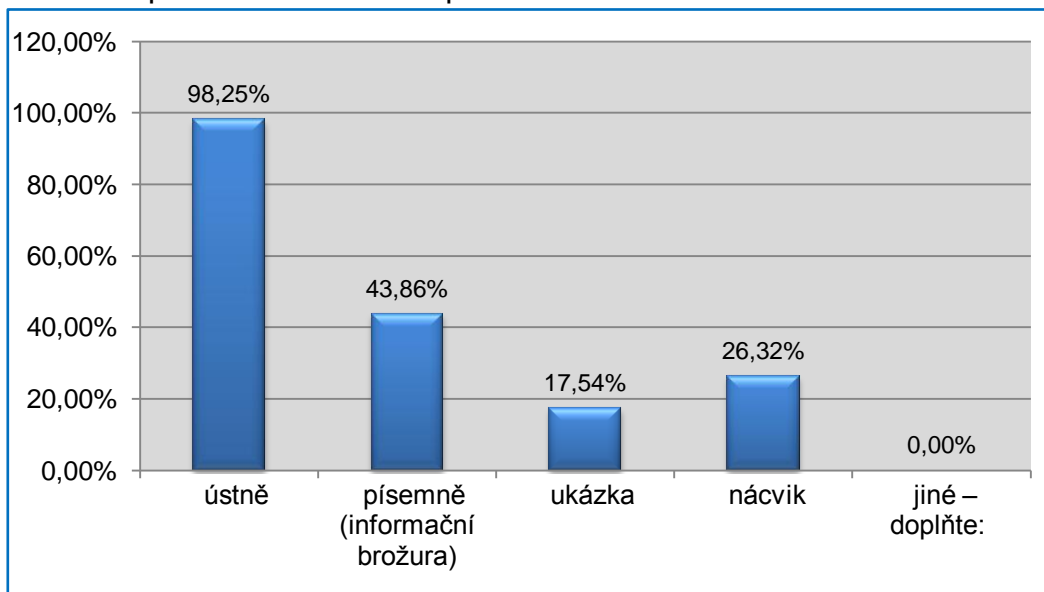


Zdroj: vlastní

12 (63,16 %) respondentů nad 70 let uvedlo, že porozumělo poskytnutým informacím, 6 (31,58 %) dotázaných neporozumělo, ale na dotaz jim byli vysvětleny a 1 (5,26 %) respondentů informacím neporozuměli a nezeptali se. Možnost „neporozuměl/a a na dotaz mi nebyly vysvětleny“ nepřipustil nikdo (0 %).

Otázka č. 13: Jakým způsobem jste byl/a edukován/a? (lze více odpovědí)

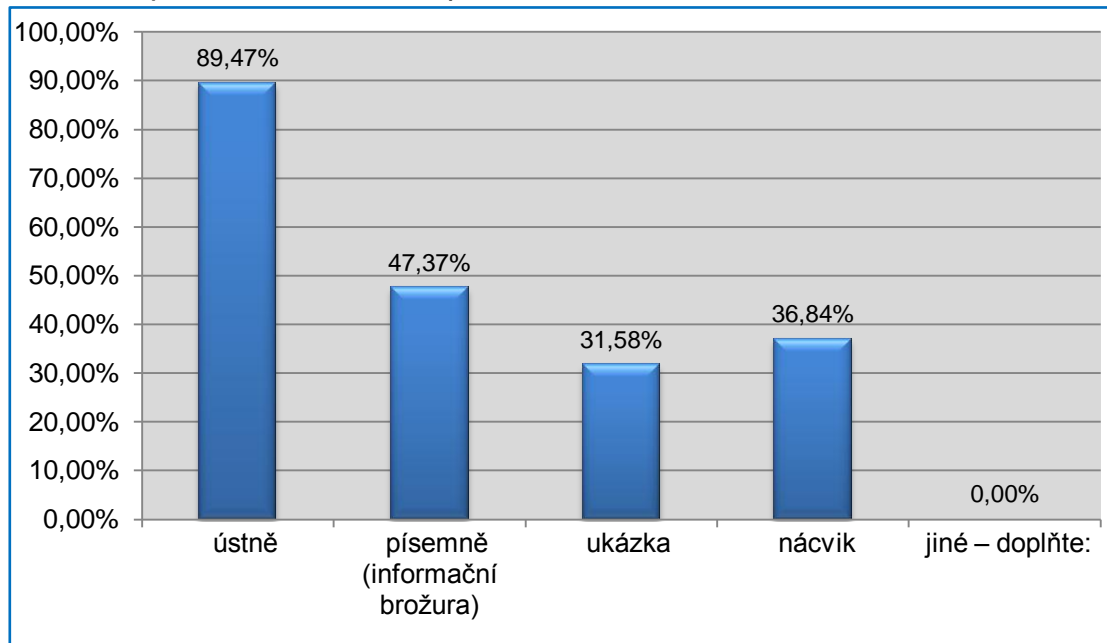
Graf 12: Způsob edukace – respondenti ve věku do 70 let



Zdroj: vlastní

Touto otázkou se snažím zjistit způsob poskytnuté edukace. Respondenti měli možnost zvolit více odpovědí. U pacientů do 70 let se nejčastěji vyskytovala varianta „ústně“ – 56x (98,25 %), následovaly: „písemně“ – 25x (43,86 %), „ukázka“ – 10x (17,45 %) a „nácvik“ – 15x (26,32 %). Možnost „jiné – doplňte“ ne zvolil nikdo.

Graf 13: Způsob edukace – respondenti ve věku nad 70 let

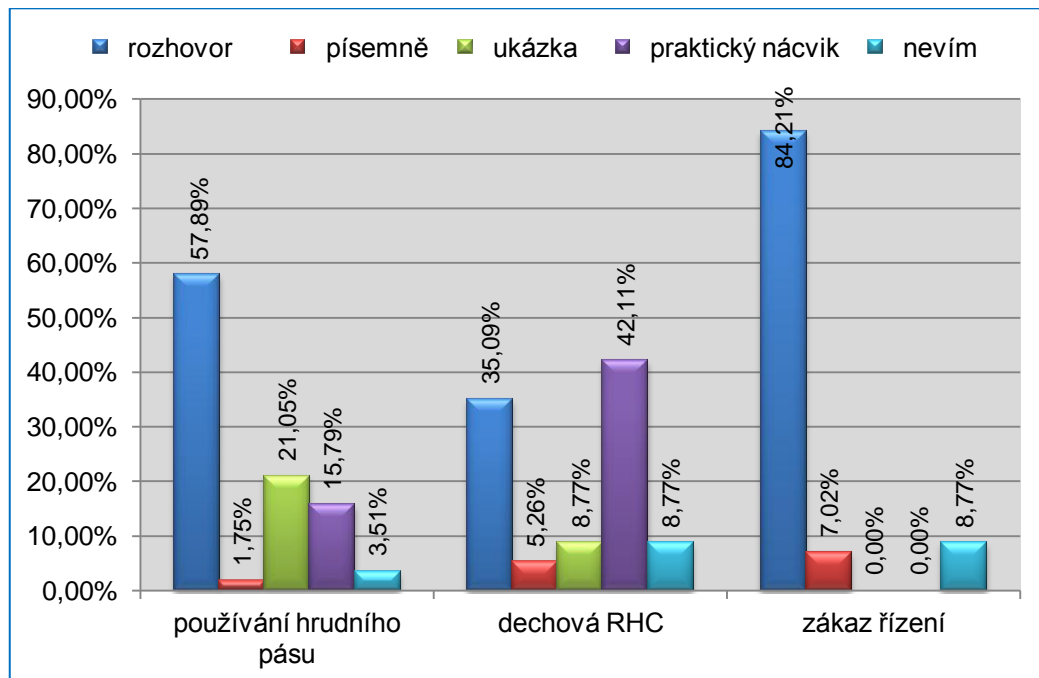
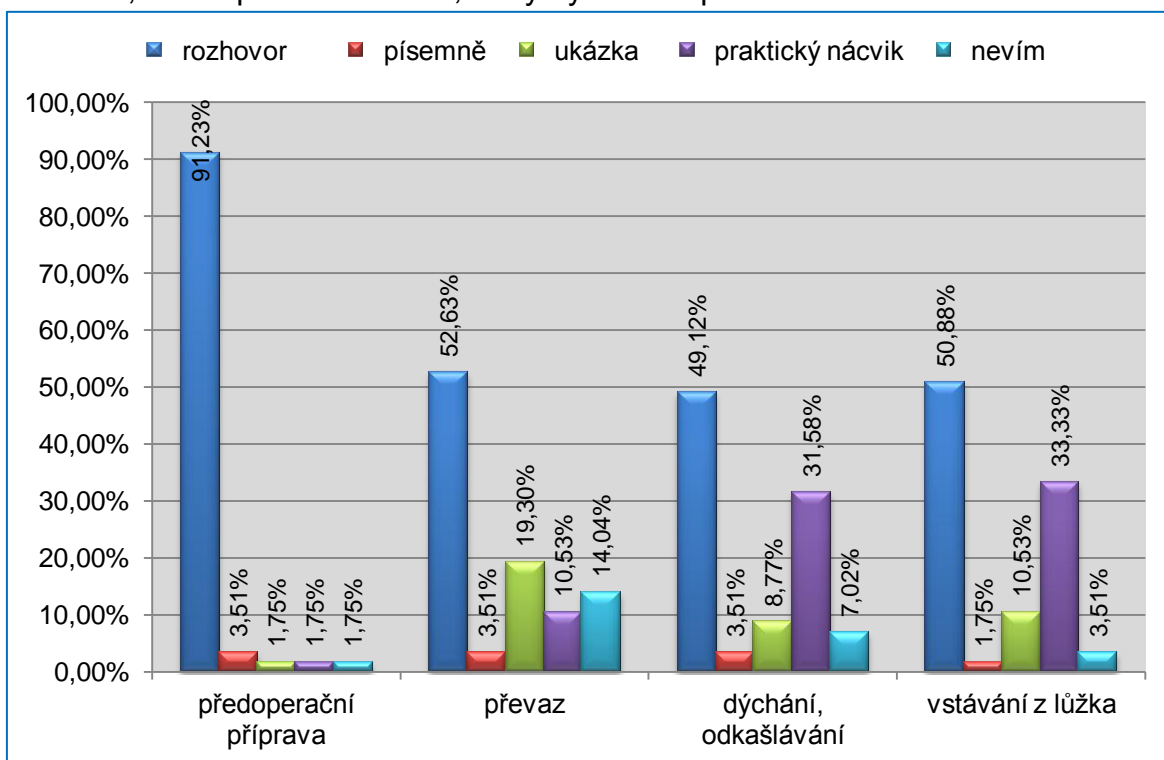


Zdroj: vlastní

Respondenti nad 70 let nejčastěji volili možnost „ústně“ – 89,47 % (17x), pak následovaly varianty - „písemně“ – 47,37 % (9x), „ukázka“ – 31,58 % (6x) a „návčik“ – 36,84 % (7x). Možnost „jiné – doplňte“ nevolil nikdo.

Otázka č. 14: Jaký způsob edukace by Vám v jednotlivých oblastech nejvíce vyhovoval?

Graf 14a, 14b: Způsob edukace, který by volil respondent ve věku do 70 let

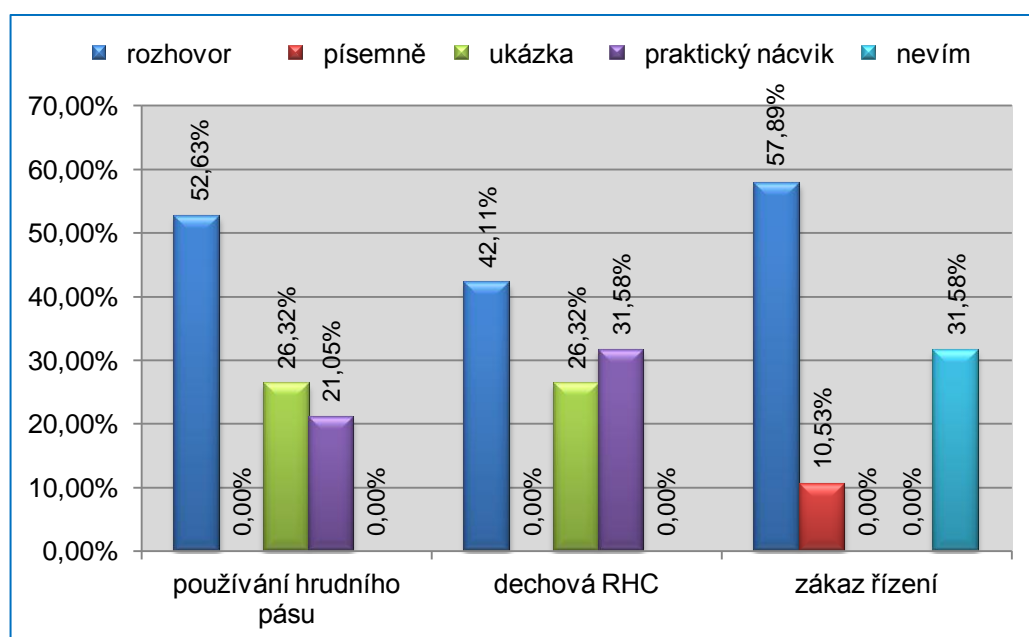
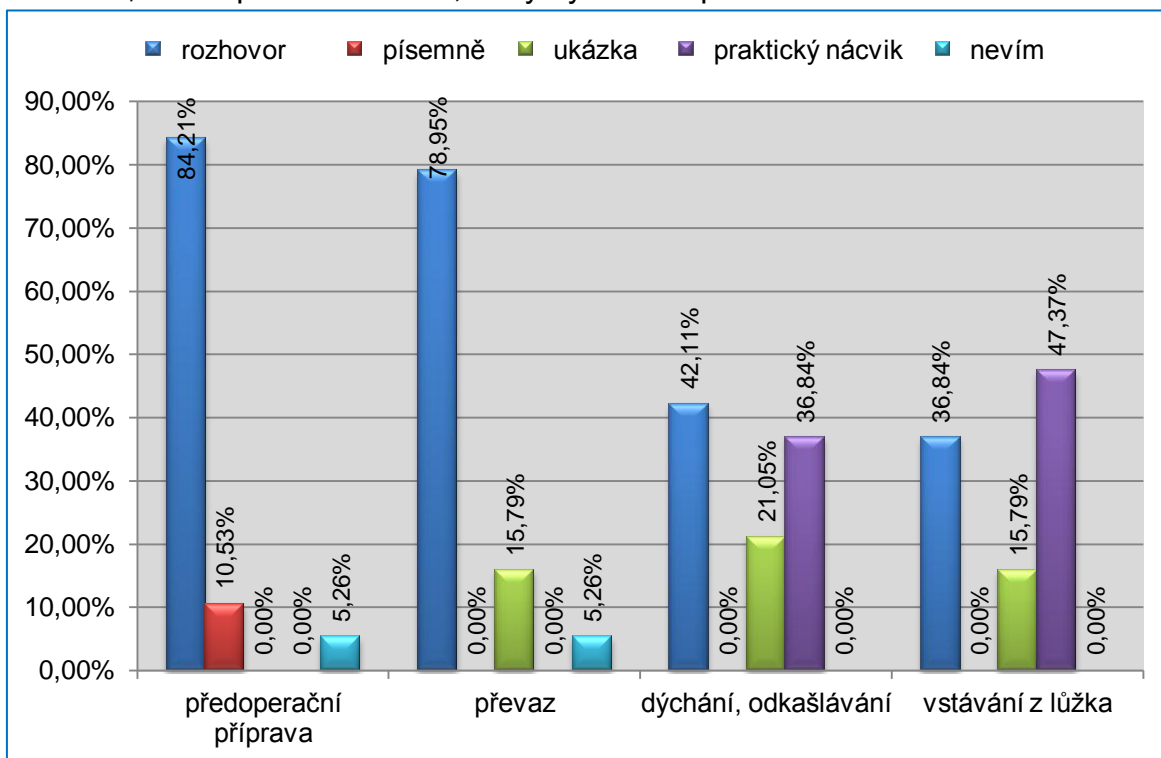


Zdroj: vlastní

Tento dotaz má za úkol zjistit, který způsob edukace by volili respondenti. V oblasti **předoperační příprava** by 52 (91,23 %) pacientů volilo možnost

„rozhovor“, 2 (3,51 %) „písemně“, 1 (1,75 %) respondent „ukázka“, 1 (1,75 %) „praktický nácvik“ a 1 (1,75 %) volil odpověď „nevím“. V oblasti **převazů** uvedlo 30 (52,63 %) respondentů „rozhovor“, 2 (3,51 %) „písemně“, 11 (19,30 %) „ukázka“, 6 (10,53 %) „praktický nácvik“ a 8 (14,04 %) odpovědělo „nevím“. V oblasti **dýchání, odkašlávání** odpovědělo 28 (49,12 %) pacientů „rozhovor“, 2 (3,51 %) „písemně“, 5 (8,77 %) „ukázka“, 18 (31,58 %) „praktický nácvik“ a 4 (7,02 %) odpověděli „nevím“. U **vstávání z lůžka** zvolilo 29 (50,88 %) pacientů „rozhovor“, 1 (1,75 %) „písemně“, 6 (10,53 %) „ukázka“, 19 (33,33 %) „praktický nácvik“ a 2 (3,51 %) odpověděli „nevím“. V oblasti **používání hrudního pásu** uvedlo 33 (57,89 %) respondentů „rozhovor“, 1 (1,75 %) „písemně“, 12 (21,05 %) „ukázka“, 9 (15,79 %) „praktický nácvik“ a 2 (3,51 %) odpověděli „nevím“. U **dechové RHC** odpovědělo 20 (35,09 %) pacientů „rozhovor“, 3 (5,26 %) „písemně“, 5 (8,77 %) „ukázka“, 24 (42,11 %) „praktický nácvik“ a 5 (8,77 %) odpovědělo „nevím“. U **zákazu řízení** volilo 48 (84,21 %) pacientů „rozhovor“, 4 (7,02 %) „písemně“, 5 (8,77 %) „nevím“ a volby „ukázka“ a „praktický nácvik“ nevybral nikdo.

Graf 15a, 15b: Způsob edukace, který by volil respondent ve věku nad 70 let



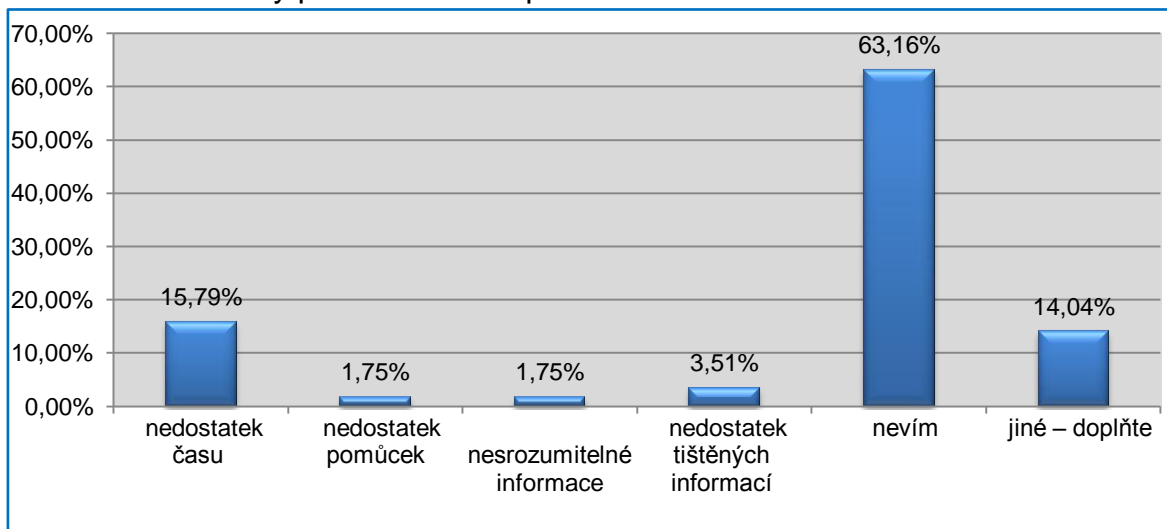
Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že v oblasti **předoperační příprava** by 16 (84,21 %) respondentů zvolilo možnost „rozhovor“, 2 (10,53 %) „písemně“, 1 (5,26 %) „nevím“ a variantu „ukázka“ a „praktický nácvik“ by nevolil nikdo. U **převazů** odpovědělo 15 (78,95 %) pacientů „rozhovor“, 3 (15,79 %) pacienti „ukázka“, 1 (5,26 %) „nevím“ a varianty „praktický nácvik“ a „písemně“ neoznačil nikdo

z dotázaných. V oblasti **dýchání, odkašlávání** označilo 8 (42,11 %) pacientů možnost „rozhovor“, 4 (21,05 %) „ukázka“, 7 (36,84 %) „praktický nácvik“, odpovědi „nevím“ a „písemně“ nevybral žádný respondent. U **vstávání z lůžka** by 7 (36,84 %) respondentů volilo variantu „rozhovor“, 3 (15,79 %) volbu „ukázka“, 9, (47,37 %) zvolilo „praktický nácvik“ a možnosti „písemně“ a „nevím“ neoznačil nikdo. V oblasti **používání hrudního pásu** zvolilo 10 (52,63 %) pacientů „rozhovor“, 5 (26,32 %) „ukázka“, 4 (21,05 %) „praktický nácvik“. Odpovědi „písemně“ a „nevím“ neoznačil žádný z pacientů. V oblasti **dechová RHC** uvedlo 8 (42,11 %) respondentů „rozhovor“, 5 (26,32 %) „ukázka“, 6 (31,58 %) „praktický nácvik“ a nikdo nevybral možnosti „písemně“ a „nevím“. U **zákazu řízení** označilo 11 (57,89 %) dotázaných „rozhovor“, 2 (10,53 %) „písemně“, 6 (31,58 %) „nevím“ a varianty „praktický nácvik“ a „ukázka“ neoznačil nikdo z dotázaných.

Otázka č. 15: Co jste vnímal/a jako zásadní nedostatek při edukaci?

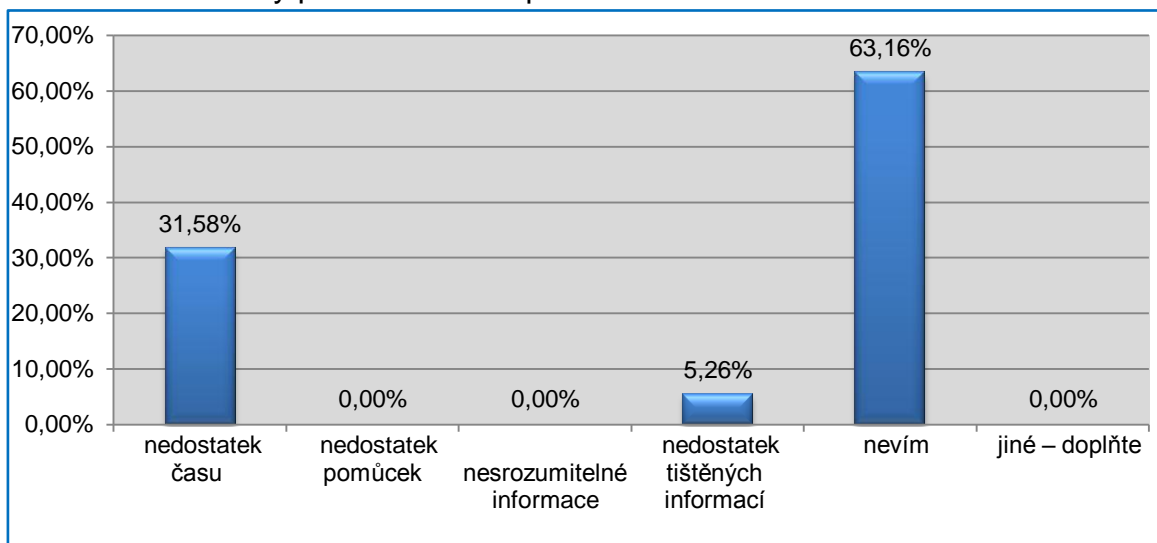
Graf 16: Nedostatky při edukaci - respondenti do 70 let



Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje nedostatky edukace z pohledu pacientů (do 70 let). Jako nedostatek edukace uvedlo 9 (15,79 %) respondentů nedostatek času, 1 (1,75 %) nedostatek pomůcek, 1 (1,75 %) nesrozumitelné informace, 2 (3,51 %) nedostatek tištěných informací, 36 (63,16 %) respondentů odpovědělo „nevím“ a 8 (14,04 %) zvolilo odpověď „jiné - doplňte:“ a doplnili, že „*nebyly nedostatky*“ nebo, že „*byli spokojeni*“.

Graf 17: Nedostatký při edukaci - respondenti nad 70 let



Zdroj: vlastní

6 (31,58 %) respondentů nad 70 let vnímalo jako nedostatek při edukaci nedostatek času, 1 (5,26 %) nedostatek tištěných informací, 12 (63,16 %) respondentů odpovědělo „nevím“ a možnosti „nedostatek pomůcek“, „nesrozumitelné informace“ a „jiné – doplňte:“ neoznačil nikdo z dotázaných.

Předpoklad č. 3 - Přítomnost rodinných příslušníků při edukaci vnímá většina pacientů jako přínosnou.

Kritérium pro většinu: 60 a více % respondentů

K tomuto předpokladu jsem přiřadila otázky č. 1, 16, 17, 18, 19

Kritéria pro hodnocení:

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 16 uvede odpověď „ano“.

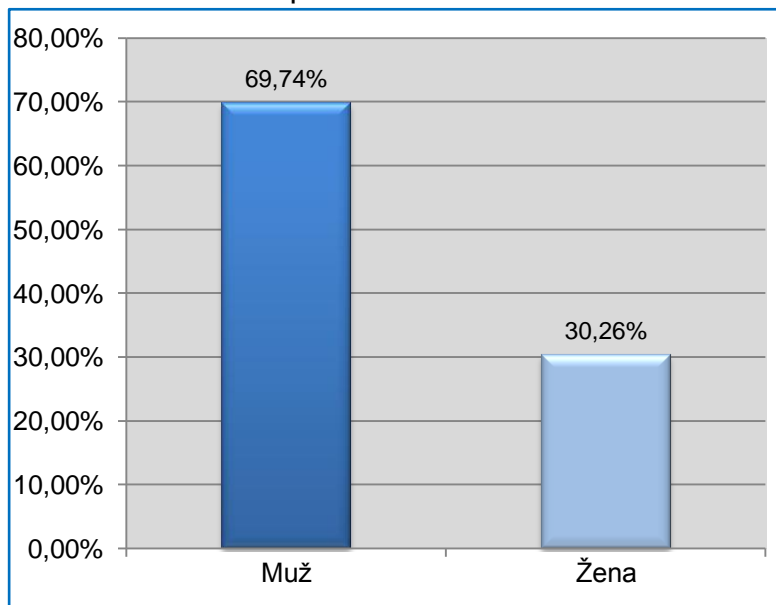
Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 17 uvede odpověď „ano“ nebo „spíše ano“

Domnívám se, že 60 % respondentů v otázce č. 18 uvede odpověď „ano“

Otázky č. 1 a 19 jsou doplňující

Otázka č. 1: Jste žena X muž

Graf 18: Pohlaví respondentů

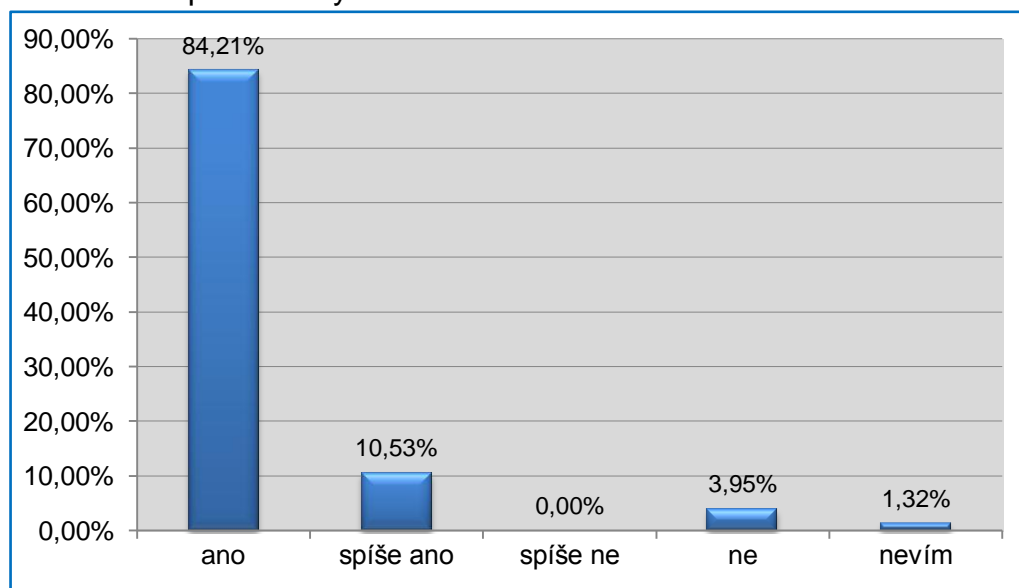


Zdroj: vlastní

Z výsledků je patrné, že mezi dotázanými bylo více mužů, byli zastoupeni 53 respondenty, což odpovídá 69,74 %. Dotázaných žen bylo 23, tj. 30,26 %.

Otázka č. 16: Myslíte si, že pro Vaši úspěšnou rekonvalescenci byla důležitá podpora rodiny?

Graf 19: Podpora rodiny

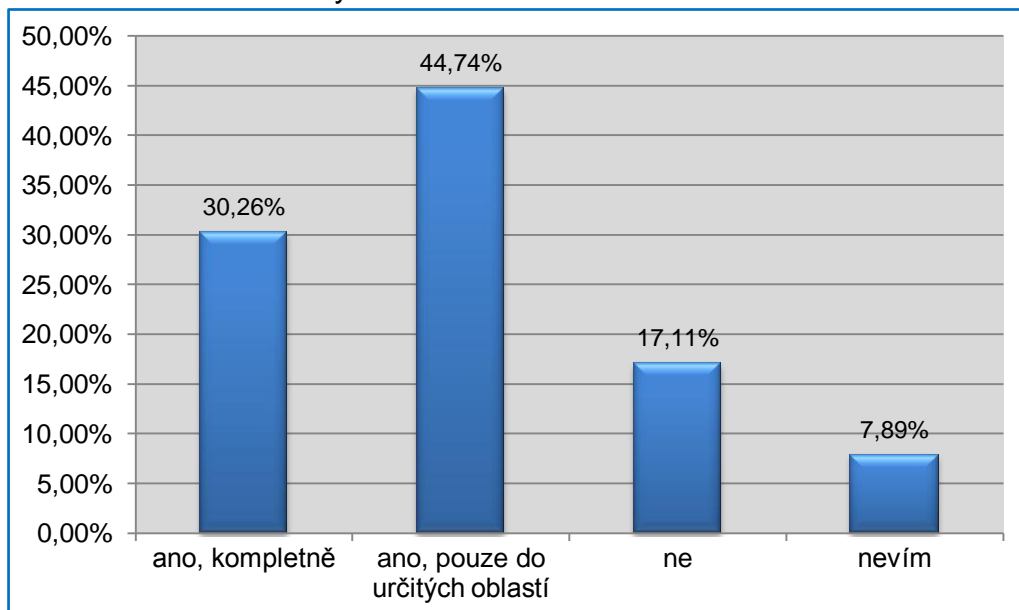


Zdroj: vlastní

Na otázku, zda byla pro úspěšnou rekonvalescenci důležitá podpora rodiny odpovědělo 64 (84,21 %) respondentů „ano“, 8 (10,53 %) „spíše ano“, 3 (3,95 %) „ne“ a 1 (1,32 %) respondent odpověděl „nevím“. Možnost „spíše ne“ nevolil nikdo (0 %).

Otázka č. 17: Byli do Vaší edukace zapojeni i rodinní příslušníci?

Graf 20: Edukace rodiny

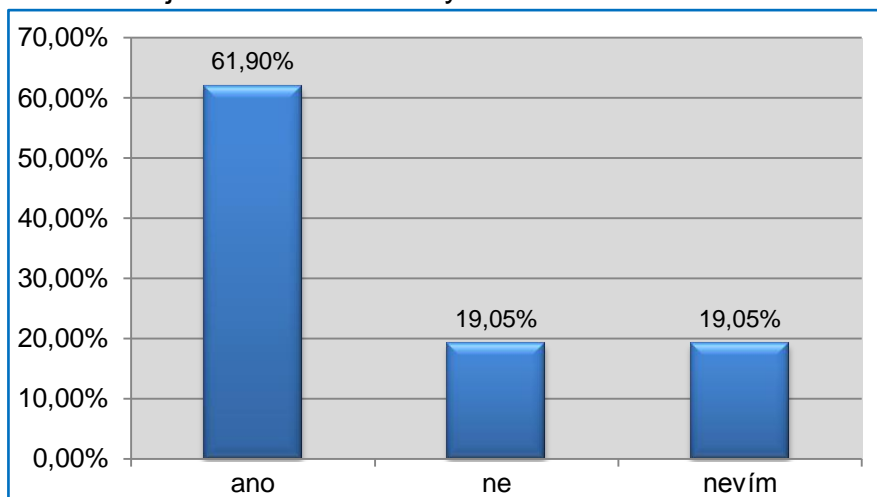


Zdroj: vlastní

Graf znázorňuje, jak byla do edukace zapojena rodina. „Ano, kompletně“ uvedlo 23 (30,26 %) dotázaných, „ano, pouze do určitých oblastí“ uvedlo 34 (44,74 %), „ne“ odpovědělo 13 (17,11 %) a „nevím“ zvolilo 6 (7,89 %) respondentů.

Otázka č. 18: Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ne či nevím, domníváte se, že by přítomnost rodinných příslušníků během edukace byla přínosná?

Graf 21: Zájem o edukaci rodiny

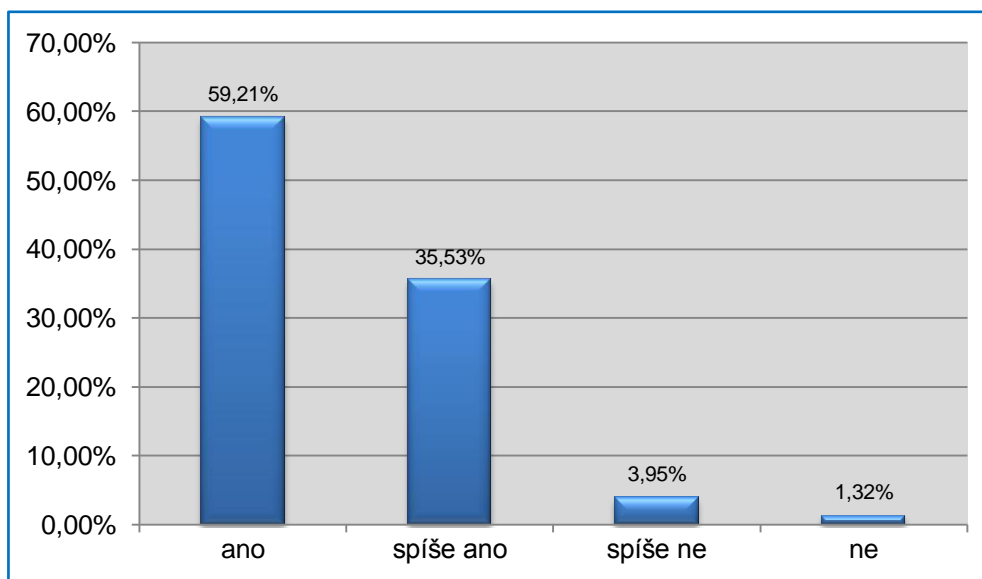


Zdroj: vlastní

Na tuto otázku měli odpovídat pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „ne“ či „nevím“, což znamená 19 pacientů. Ve skutečnosti však odpovědělo 42 respondentů. Přesto jsem se rozhodla tuto otázku použít. Z výsledků je patrné, že přítomnost rodinných příslušníků během edukace vnímá jako přínosnou 61,90 % (26) respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli. Odpověď „ne“ a „nevím“ označilo shodně 19,05 % (8) pacientů.

Otázka č. 19: Věříte, že Vám prodělaná KCH operace pomůže zapojit se zpět do běžného života (jako před vznikem potíží, které vedly k operaci srdce)?

Graf 22: Návrat do života



Zdroj: vlastní

„Ano“, na otázku zda prodělaná operace pomůže zapojit se zpět do běžného života, odpovědělo 45 (59,11 %) dotázaných, „spíše ano“ odpovědělo 27 (35,53 %). „Spíše ne“ jako svou odpověď uvedli 3 (3,95 %) respondenti a odpověď „ne“ uvedl 1 (1,23 %) respondent.

10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1 - Zjistit, které oblasti edukace před KCH výkonem jsou pacienti vnímány jako nejdůležitější.

Předpoklad 1 - Většina pacientů vnímá jako zásadní edukaci v oblasti nácviku správného vstávání z lůžka.

K cíli 1 se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11.

Otázky č. 3 a 10 jsem označila jako doplňující. V otázce č. 4 jsem očekávala, že 60% respondentů uvede v oblasti „vstávání z lůžka“ odpověď „všeobecná sestra“. Moje domněnka se potvrdila, předpokládanou volbu označilo 64,47 % dotázaných. V otázce č. 5 jsem předpokládala, že minimálně 60 % respondentů zvolí správnou odpověď. Na vědomostní otázku ale správně odpovědělo pouze 48,68 % dotázaných. Následně jsem předpokládala, že v otázce č. 6 označí 60 % respondentů více než 3 nabízené oblasti. Ty ale označilo pouze 48,68 % pacientů, což vyvrátilo můj předpoklad. Domnívala jsem se, že v otázce č. 7 uvede 60 % respondentů variantu „vstávání z lůžka“. Tato domněnka se nepotvrdila, tuto odpověď zvolilo jen 46,05 % pacientů. Dále jsem se domnívala, že v otázce č. 8 vybere variantu „nevím“ a „jiné“ méně než 17 % respondentů. Zmíněné možnosti označilo 7,89 % dotázaných, což potvrdilo moji domněnku. Kritériem v otázce č. 9 bylo, že možnost „vstávání z lůžka“ nezvolí více než 11% pacientů. Dle mých očekávání označilo uvedenou možnost 5,26 % pacientů. Na závěr jsem předpokládala, že v otázce č. 11 v oblasti „vstávání z lůžka“ vybere variantu „ano“ a „spíše ano“ minimálně 60 % dotázaných. Odpověď „ano“ uvedlo 82,89 % a „spíše ano“ 15,79 %, dohromady tedy 98,68 % respondentů, tím se předpoklad potvrdil.

Na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky se předpoklad 1 potvrdil.

Cíl 2 - Zjistit jakou formu edukace pacienti upřednostňují.

Předpoklad 2 - Pacienti nad 70 let upřednostňují formu edukace, jejíž součástí je i písemná část (informační brožura).

K cíli 2 se vztahovaly otázky: 2, 12, 13, 14, 15.

Otázka č. 2 se týkala věku respondentů. Věkovou skupinu do 70 let tvořilo 57 (75 %) respondentů. Věkovou skupinu nad 70 let představovalo 19 (25 %) pacientů. V otázce č. 12 jsem uvedla jako kritérium, že 60% pacientů nad 70 let uvede odpověď „porozuměl/a“. Moje domněnka se potvrdila, zmíněnou odpověď označilo 63,16 % pacientů nad 70 let. V otázce č. 13 jsem předpokládala, že 60 % pacientů nad 70 let zvolí kombinaci odpovědí „ústně“ a „písemně“. Tato domněnka se nepotvrdila, zmíněnou kombinaci uvedlo pouze 36,84 % pacientů nad 70 let. Závěrem jsem se domnívala, že v otázce č. 14 uvede 60 % respondentů nad 70 let možnost „písemně“ ve všech oblastech edukace. Výskyt odpovědi „písemně“ v jednotlivých oblastech se pohyboval od 0 % do maximálně 10,53 %, což moje očekávání nepotvrdilo. Otázku č. 15 jsem označila jako doplňující.

Předpoklad 2 se na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky nepotvrdil.

Cíl 3 – Zjistit, jak pacient vnímá zapojení rodinných příslušníků do edukačního procesu.

Předpoklad 3 – Přítomnost rodinných příslušníků při edukaci vnímá většina pacientů jako přínosnou.

K cíli 3 se vztahovaly otázky: 1, 16, 17, 18, 19.

Kritériem v otázce č. 16 bylo, že 60 % respondentů uvede odpověď „ano“. Vybranou možnost označilo 84,21 % pacientů, čímž se můj předpoklad potvrdil. V otázce č. 17 jsem se domnívala, že odpověď „ano, kompletně“ nebo „ano, pouze do určitých oblastí“ zvolí 60 % respondentů. Odpověď „ano, kompletně“ zvolilo 30,26 % pacientů a odpověď „ano, pouze do určitých oblastí“ označilo 44,74 % pacientů. Celkem zvolilo vybrané možnosti 75 % respondentů, což moji domněnku

potvrdilo. Dále jsem předpokládala, že v otázce č. 18 uvede odpověď „ano“ 60 % dotázaných. Můj předpoklad se potvrdil, zmíněnou odpověď zvolilo 61,90 % respondentů. Otázky č. 1 a 19 jsem označila jako doplňující.

Na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky se předpoklad 3 potvrdil.

11 DISKUSE

Tématem bakalářské práce je edukace pacienta před kardiochirurgickou operací. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit úroveň komplexní předoperační edukace a její vliv na pooperační rekonvalescenci. Podstatou bylo zmapovat jednotlivé oblasti edukace a zjistit, zda pacienti považují poskytnuté informace za dostatečné. Zároveň jsem se zabývala zapojením rodinných příslušníků do edukačního procesu. Na začátku jsem zvolila cíle výzkumu, na základě kterých jsem si vymezila výzkumné předpoklady a sestavila dotazník. Stanovené cíle byly ve výzkumném šetření splněny. Výsledky dotazníkového šetření jsem interpretovala v předešlé kapitole. V diskusi hodnotím a porovnávám zjištěné výsledky mé práce a doplňuji o vlastní názor.

P1 - U předpokladu 1 jsem očekávala, že většina pacientů vnímá jako zásadní edukaci v oblasti nácviku správného vstávání z lůžka. K cíli 1 se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Na základě zvolených kritérií pro odpovědi na vztahující se otázky se předpoklad 1 potvrdil. Během analýzy údajů mne v otázce č. 3 zaujalo, že 40,79 % respondentů uvedlo, že podstoupili akutní operační výkon. Ve statistikách KCHO Plzeň jsem vyhledala, že v daném období se podrobilo 12 % pacientů akutní a 88 % plánované operaci. Podobně vypovídá i dlouhodobá statistika, v které akutní výkony představují 10 % z celkového počtu operací. Domnívám se, že názor respondentů byl ovlivněn především stresem a psychickou zátěží, kterou kardiochirurgická operace beze sporu je. Vnímám, jak je pro pacienty (zejména vyššího věku) obtížné vyrovnat se se změnami, ztrátou soběstačnosti a náročným procesem uzdravování. O vlivu nemoci a stresu na prožívání a psychické reakce pacienta píše autorka Jobánková v publikaci Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. (27, str. 54)

V dalších otázkách jsem se zajímala o to, kdo poskytoval nejvíce informací v jednotlivých oblastech edukace a zda byly instrukce dostatečné. Poučení ve všech oblastech vnímali respondenti jako dostatečné. Často však nedodrží daná doporučení, je pro ně těžké změnit životní stereotyp. Ve dvou oblastech (předoperační příprava a zákaz řízení motorového vozidla) byl hlavním edukátorem lékař, v oblasti dechové rehabilitace poskytl nejvíce informací fyzioterapeut. V oblasti převazů, vstávání z lůžka, nácviku dýchání a odkašlávání

a používání hrudního pásu získali respondenti nejvíce instrukcí od sestry. Domnívám se, že výsledky souvisí s faktem, že sestra tráví s pacienty nejvíce času. Přestože mají pacienti k lékařům vybudovaný silný vztah, se svými dotazy se častěji odváží oslovit sestru. Sestra je pacientům svým postavením bližší, což je ovlivněno častějším a užším kontaktem. Předpokládám, že pacienti od sestry očekávají také srozumitelnější vysvětlení. Vztahem pacienta k sestram a ošetřujícím lékařům se zabývá Jobánková ve své publikaci (27, str. 182), kde zdůrazňuje úlohu sestry v předávání informací a pomoc pacientovi zorientovat se v náročné situaci. V dotazníku respondenti měli označit oblasti edukace, které vnímali jako nejdůležitější. Nejvíce respondentů určilo oblast předoperační přípravy, nácvik vstávání z lůžka a oblast dýchání a odkašlávání. Nejspíše proto, že se to týká bezprostředního stavu po operaci. V otázce na nejméně důležitou oblast edukace odpovědělo 32,89 % pacientů „nevím“, následovala oblast převazů. Převazy zřejmě proto, že o rány po operaci se stará zdravotnický personál. Častý výskyt odpovědi „nevím“ souvisí zřejmě s celkovým psychickým stavem po operaci, ke kterému patří i neschopnost se rozhodovat, která přetrvává i v době rekonvalescence v domácím prostředí. Překvapil mne také fakt, že přestože se termín edukace běžně používá a lze se s ním setkat v mnoha oblastech života, pouze 48,68 % respondentů mělo správnou představu, co tento pojem označuje. O edukaci se učí zdravotničtí asistenti i sestry v rámci bakalářského studia. Nemocnice vypracovávají standardy edukace v rámci kompetencí jednotlivých zdravotnických profesí, existují edukační záznamy, které jsou součástí zdravotní dokumentace. Kvalita edukace je kontrolována interními audity. Přestože je problematice edukace věnována velká pozornost a pacienti hodnotí poskytnuté informace jako dostatečné, termín edukace je zmátl. Domnívám se, že neznalost termínu dokládá nutnost omezit cizí slova, mluvit pro pacienta srozumitelným jazykem a informace opakovat. Totéž zdůrazňuje i autorka Závodová v publikaci *Pedagogika v ošetrovatelství* (28, str. 46).

P2 – Předpoklad, že pacienti nad 70 let upřednostňují formu edukace, jejíž součástí je i písemná část, se mi nepotvrdil. K cíli 2 se vztahovaly otázky č. 2, 12, 13, 14 a 15. Ze sociodemografických údajů vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnilo více mužů než žen. Na vyplnění dotazníků se podílelo 75% respondentů do 70 let a 25 % respondentů nad 70let. Výsledky se mezi oběma

věkovými kategoriemi příliš nelišily. V obou kategoriích z šetření vyplynulo, že pacienti informacím porozuměli a pokud ne, tak jim byly na dotaz vysvětleny. V otázce, ve které se ptám, jakým způsobem probíhala edukace, téměř všichni respondenti uvedli, že byli edukováni ústně a jen necelá polovina označila i formu písemnou. Výsledek mne zaujal. Z praxe vím, že všichni pacienti, kteří podstupují plánovaný výkon, obdrží při příjmu (nebo již během ambulantní předoperační přípravy) informační brožuru. Chápu význam slovní metody, jelikož slova, vysvětlování a možnost diskuse nelze nahradit. Domnívala jsem se však, že pro pacienty jsou psané informace stejně důležité. Autorka Juřeníková ve své publikaci uvádí, že sluchem a zrakem člověk získá až 92 % informací (1, str. 24). Výsledek šetření mne přiměl k zamyšlení, proč tomu tak je. Dospěla jsem k názoru, že stávající informační brožura určená pro pacienty KCHO je nepřehledná, což je dáno celkovou úpravou a drobným textem, který se špatně čte. Předpokládám, že zejména pacienti vyšších věkových skupin brožuru rychle odloží a hlavně si zapamatují jen minimum z přečteného textu.

Další dotaz měl zjistit, jaký způsob edukace by v jednotlivých oblastech volili respondenti. V obou věkových kategoriích preferovali respondenti rozhovor téměř ve všech oblastech. Pouze v oblasti dechové RHC upřednostňovali respondenti do 70 let praktický nácvik. Respondenti nad 70 let preferovali praktický nácvik v oblasti nácviku vstávání z lůžka, v ostatních oblastech upřednostňovali rozhovor. Z šetření vyplynul minimální zájem o psané informace. Předpokládala jsem, že jelikož přečtené informace si člověk lépe zapamatuje, zvolí pacienti kombinaci ústní a písemné formy. Dle mého názoru by měli být pacienti informováni ústně i písemně, vzhledem k tomu, že se k psaným informacím mohou vracet. Především u starších pacientů je proces učení složitější, hůře se vyrovnávají se změnami. Dostatek informací, podpora a pozitivní motivace může pacientům usnadnit zvládnutí složité situace. Významem předoperační přípravy a edukace před kardiochirurgickými výkony se zabývá Margereson ve své publikaci (29, str. 65). V otázce na zásadní nedostatky při edukaci odpověděla většina respondentů nevím. Třetina respondentů nad 70 let označila jako nedostatek právě nedostatek času. Domnívám se, že příčinou může být jednak časové vytížení lékařů a sester, ale také bariéry na straně pacienta. Závažné onemocnění, obavy, stres

a nemocniční prostředí ovlivňují významně vnímání pacienta. Proto je třeba vytvořit dostatek prostoru pro komunikaci s nemocným i rodinou. Optimálně by pacient měl dostávat brožurku s informacemi ještě před návštěvou na kardiologické ambulanci, aby měl dostatek času on i rodina si ji pročíst. Na ambulanci bychom pak hovořili s informovaným pacientem, pro kterého již není daná problematika cizí, je schopen lépe si zapamatovat další informace a klást cílené dotazy. Na ambulanci dáváme přednost návštěvě pacienta s rodinným příslušníkem pro lepší informovanost.

P3 – Zde jsem se domnívala, že přítomnost rodinných příslušníků při edukaci vnímá většina pacientů jako přínosnou. K cíli 3 jsem přiřadila otázky: 1, 16, 17, 18 a 19. Tento předpoklad se jednoznačně potvrdil. Pro většinu respondentů byla podpora rodiny důležitá. 75 % respondentů také uvedlo, že rodinní příslušníci byli zapojeni do edukace buď kompletně, nebo jen do určitých oblastí. V tomto směru lze ještě mnohé zlepšit, komunikace s rodinou je mnohdy opomíjena. Na základě předchozích poznatků jsem se rozhodla upravit a zpřehlednit informační brožuru, která by přinesla pacientům a jejich rodinným příslušníkům ucelené informace související s operací srdce. Smyslem kardiologické operace je odstranit pacientovy potíže a navrátit jej do plnohodnotného aktivního života. To potvrdily i výsledky mého šetření – téměř 95 % pacientů hodnotilo výsledek operace jako přínosný, pouze 1 respondent uvádí, že mu operace nic nepřinesla.

ZÁVĚR

Cílem mojí bakalářské práce bylo zmapovat problematiku edukace před kardiochirurgickým výkonem. V teoretické části práce popisuji edukační proces. Zmiňuji zde význam komunikace a edukace v práci všeobecné sestry a faktory, které ji ovlivňují. V další kapitole se stručně zabývám chirurgickou léčbou kardiovaskulárních onemocnění. V závěru teoretické části jsem se zaměřila na předoperační edukaci u pacientů na Kardiochirurgickém oddělení FN Plzeň. Praktická část práce je věnována kvantitativnímu výzkumnému šetření. Chtěla jsem zjistit, zda komplexní edukace splňuje očekávané předpoklady a pozitivně ovlivňuje rekonvalescenci po KCH operaci. Zjišťovala jsem, zda pacient zpětně vnímá edukaci jako dostatečnou a srozumitelnou a zda je do edukačního procesu zapojen nejen pacient, ale i rodinní příslušníci. Hledala jsem způsoby edukace, které pacientům usnadní orientaci v dané problematice. Dalším cílem byl návrh edukačního materiálu. Získané poznatky jsem uplatnila v návrhu edukační brožury, kterou bude možné využít při péči o pacienty Kardiochirurgického oddělení FN Plzeň.

SEZNAM ZDROJŮ

1. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.
2. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
3. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
4. JANÁČKOVÁ, Laura a Petr WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008, 134 s. ISBN 978-807-3674-779.
5. PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮŇEK. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, c2011, 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
6. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
7. POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s.; Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
8. VALENTA, Jiří. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 277 s. ISBN 978-802-4613-444.
9. Kardiochirurgie: historie. *Www.kardiochirurgie.cz* [online]. Praha: MeDitorial, 2013, Aktualizováno: 20.10.2013 [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: www.kardiochirurgie.cz/historie
10. KOLÁŘ, Jiří. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče*. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, xxv, 480 s. ISBN 978-807-2626-045.
11. NĚMEC, Petr. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 103 s. ISBN 80-244-1303-5.
12. WAGNER, Robert. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 336 s. ISBN 978-802-4719-207.

13. ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 255 s. ISBN 978-802-4718-224.
14. SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 153 s. ISBN 80-247-1009-9.
15. Specifika péče o kardiochirurgické pacienty z pohledu kardioanesteziologa / intenzivisty. *Www.kardioanestezie.cz* [online]. 2004. vyd. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK Všeobecná fakultní nemocnice, 2004, 2004 [cit. 2013-10-31]. Dostupné z: http://www.kardioanestezie.cz/kardioanestezie_VFN.pdf
16. ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 512 s. ISBN 978-802-4737-706.
17. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
18. VANĚK, Ivan a Jan TÁBORSKÝ. *Kardiovaskulární chirurgie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002, 234 s. Učební texty (Univerzita Karlova). ISBN 80-246-0523-6.
19. ČOUPKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
20. ŠETINA, Marek. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 60 s. ISBN 80-704-0779-4.
21. HRADEC, J. et al., Assessing cardiac patients for fitness to drive motor vehicles. Expert consensus statement of the Czech Society of Cardiology-2012 update, *Cor et Vasa* 55 (2013) e217-e224, [cit. 2013-11-01] Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010865013000593>
22. NĚMEJCOVÁ. Ošetřování operačních ran v kardiochirurgii – specifika péče o stereotomickou ránu. *Diagnoza v ošetrovatelství*. 2010, roč. 2010, č. 2.
23. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.

24. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s. ISBN 978-802-4727-639.
25. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2011, částka 131. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372> [cit. 2014-01-03]. ISSN 1211-1244
26. ČESKO. Vyhláška č. 236/2013 Sb., kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In *Sbírka zákonů ČR*, ročník 2013, částka 92. Dostupné na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-236> [cit. 2014-01-03]. ISSN 1211-1244
27. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Vyd. 3. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. ISBN 80-701-3390-2.
28. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelství*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-806-3193-X.
29. MARGERESON, Carl a Jillian RILEY. *Cardiothoracic surgical nursing*. 1st ed. Malden, MA: Blackwell Science, c2003, xi, 233 p. ISBN 06-320-5904-4.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Charakter operace

Graf 2a, 2b: Osoby poskytující informace v jednotlivých oblastech

Graf 3: Význam termínu EDUKACE

Graf 4: Oblasti provedené edukace

Graf 5: Nejdůležitější oblasti edukace

Graf 6: Smysl edukace

Graf 7: Proč je oblast nejméně důležitá

Graf 8a, 8b: Dostatek informací v jednotlivých oblastech

Graf 9: Věk respondentů

Graf 10: Informace – respondenti ve věku do 70 let

Graf 11: Informace – respondenti ve věku nad 70 let

Graf 12: Způsob edukace – respondenti ve věku do 70 let

Graf 13: Způsob edukace – respondenti ve věku nad 70 let

Graf 14a, 14b: Způsob edukace, který by volil respondent ve věku do 70 let

Graf 15a, 15b: Způsob edukace, který by volil respondent ve věku nad 70 let

Graf 16: Nedostatky při edukaci - respondenti do 70 let

Graf 17: Nedostatky při edukaci - respondenti nad 70 let

Graf 18: Pohlaví respondentů

Graf 19: Podpora rodiny

Graf 20: Edukace rodiny

Graf 21: Zájem o edukaci rodiny

Graf 22: Návrat do života

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Zvolené možnosti

Tabulka 2: Nejméně důležitá oblast

Tabulka 3: Věkové skupiny

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CABG – Aortokoronární bypass

EKG – Elektrokardiograf

FIS – Fibrilace síní

FN – Fakultní nemocnice

ICHS – Ischemická choroba srdeční

KCH – Kardiochirurgie

KCHO – Kardiochirurgické oddělení

V. A. C Systém (vacuum-assisted closure) – podtlaková terapie

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Žádost o povolení šetření

Příloha č. 2 Povolení k provedení šetření

Příloha č. 3 Dotazník

Příloha č. 1: Žádost o povolení šetření

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské práce – FN Plzeň

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studenta: Lenka Švarcová

Úplný název vysoké školy: Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta / katedra:

Fakulta zdravotnických studií / Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Studijní obor /ročník: Všeobecná sestra (kombinovaná forma) / 3.ročník

***Název bakalářské / diplomové práce:**

Edukace pacienta před kardiochirurgickou operací

***Vedoucí bakalářské / diplomové práce:** Mgr. Jaroslava Nováková

Kontakt na vedoucího práce (e-mail, telefon): jarnovak@kos.zcu.cz

Akademický rok: 2013/2014

Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ano

ZOK: Kardiochirurgie - amb

Pracovní pozice: všeobecná sestra

Metoda empirické části:

***1. dotazník / rozhovor k šetření (zaslat v příloze)**

Pro sběr informací, pomocí dotazníku, oslovím: Pacienty

Cíl mé bakalářské / diplomové práce:

Zmapovat problematiku edukace před kardiochirurgickým výkonem

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce: období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: prosinec 2013 – únor 2014

Kontaktní pracoviště pro empirickou část: (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň): Kardiochirurgická ambulance FN Plzeň

Děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V Plzni dne: 15. 10. 2013

Lenka Švarcová

Příloha č. 2: Povolení k provedení šetření

Vážená paní

Lenka Švarcová

*Studentka oboru Všeobecná sestra, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií,
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence*

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň **povoluji** Vaše dotazníkové šetření u pacientů Kardiochirurgického oddělení FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „*Edukace pacienta před kardiochirurgickou operací*“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším postupem.
- Osobně povedete svoje šetření.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. **Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., § 65, odst. 3.**
- Údaje ze zdravotnické dokumentace, které budou případně uvedeny ve Vaší bakalářské práci, musí být anonymizovány.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete zdravotnickému oddělení / klinice či organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová

*manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči*

*Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.. 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz*

22. 10. 2013

Příloha č. 3: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Švarcová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra kombinované formy studia programu Ošetřovatelství na ZČU v Plzni. Tématem mojí bakalářské práce je Edukace pacientů před operací srdce. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Data z průzkumu jsou zcela anonymní a slouží pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas strávený vyplňováním dotazníku.

V dotazníku je možné označit vždy **pouze 1 odpověď**, pokud není uvedeno jinak.

1. Jste:

- žena
- muž

2. Kolik je Vám let?

- méně než 40
- 40 - 45
- 46 - 50
- 51 - 55
- 56 - 60
- 61 - 65
- 66 - 70
- 71 - 75
- 76 a více

3. Jakého charakteru byla vaše operace?

- akutní
- plánovaná
- nevím

4. Kdo vám před operací poskytl nejvíce informací v oblasti:

Předoperační příprava:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Převaz:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Dýchání + odkašlávání:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Vstávání z lůžka:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Používání hrudního pásu:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Dechová RHC:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

Zákaz řízení motorového vozidla:

- lékař
- všeobecná sestra
- fyzioterapeut
- nevím
- nikdo mne neinformoval

5. V následující nabídce zaškrtněte pojem, který podle vás nejlépe vystihuje termín EDUKACE:

- pouze poskytnutí nových poznatků
- nejen předávání informací, ale i osvojení nových praktických a teoretických dovedností a získání nových návyků
- plánované vyučování bez ohledu na individuální potřeby člověka
- nevím
- jiné – doplňte:

6. Před KCH výkonem jsem byl/a edukována v oblasti: (Ize více odpovědí)

- předoperační příprava
- převaz
- dýchání + odkašlávání
- vstávání z lůžka
- používání hrudního pásu
- dechová RHC
- zákaz řízení motorového vozidla
- nevím
- nebyl/a jsem edukována

7. Nejdůležitější byly informace v oblasti: (pokud jste nebyl/a edukován/a, prosím nevyplňovat) - Ize více odpovědí

- předoperační příprava
- převaz
- dýchání + odkašlávání
- vstávání z lůžka
- používání hrudního pásu
- dechová RHC
- zákaz řízení motorového vozidla
- nevím
- jiné – doplňte:

8. Proč pro Vás byla daná oblast (oblasti) nejdůležitější?

- větší pocit bezpečí
- důležité pro minimum komplikací
- rychlejší uzdravení
- nevím
- jako informovaný mohu lépe spolupracovat a podílet se na svém uzdravovacím procesu
- jiné – doplňte:

9. Nejméně důležitá byla edukace v oblasti: (pokud jste nebyl/a edukován/a, prosím nevyplňovat)

- předoperační příprava
- převaz

- dýchání + odkašlávání
- vstávání z lůžka
- používání hrudního pásu
- dechová RHC
- zákaz řízení motorového vozidla
- nevím
- jiné – doplňte:

10. Proč si myslíte, že byla nejméně důležitá?

- zatěžující
- vzbuzující obavy
- ztráta času
- nevím
- za uzdravovací proces zodpovídají pouze zdravotníci
- jiné – doplňte:

11. Považujete informace v jednotlivých oblastech za dostatečné?

Předoperační příprava - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Převaz - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Dýchání a odkašlávání - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Vstávání z lůžka - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Používání hrudního pásu - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Dechová RHC - ano, spíše ano, spíše ne, ne

Zákaz řízení motorového vozidla - ano, spíše ano, spíše ne, ne

12. Porozuměl/a jste všem informacím, které Vám byly v rámci edukace poskytnuty?

- porozuměla
- neporozuměl/a, ale na dotaz mi byly vysvětleny
- neporozuměl/a a na dotaz mi nebyly vysvětleny
- neporozuměl/a a nezeptal/a jsem se

13. Jakým způsobem jste byl/a edukován/a? (lze více odpovědí)

- ústně
- písemně (informační brožura, letáky)
- ukázka
- nácvik
- jiné + doplňte:

14. Jaký způsob edukace by Vám v jednotlivých oblastech nejvíce vyhovoval?

Předoperační příprava: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)

ukázka praktický nácvik nevím

Převaz: rozhovor písemně (informační brožura, letáky) ukázka

praktický nácvik nevím

Dýchání + odkašlávání: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)
 ukázka praktický nácvik nevím

Vstávání z lůžka: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)

ukázka praktický nácvik nevím

Používání hrudního pásu: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)

ukázka praktický nácvik nevím

Dechová RHC: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)

ukázka praktický nácvik nevím

Zákaz řízení motorového vozidla: rozhovor písemně (informační brožura, letáky)
 ukázka nevím

15. Co jste vnímal/a jako zásadní nedostatek při edukaci?

- nedostatek času
- nedostatek pomůcek
- nesrozumitelné informace
- nedostatek tištěných informací
- nevím
- jiné – doplňte:

16. Myslíte si, že pro Vaši úspěšnou rekonvalescenci byla důležitá podpora rodiny?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

17. Byli do Vaší edukace zapojeni i rodinní příslušníci?

- ano, kompletně
- ano, **pouze** do určitých oblastí
- ne
- nevím

18. Pokud jste odpověděl/a na předchozí otázku ne či nevím, domníváte se, že by přítomnost rodinných příslušníků během edukace byla přínosná?

- ano
- ne
- nevím

19. Věříte, že Vám prodělaná KCH operace pomůže zapojit se zpět do běžného života (jako před vznikem potíží, které vedly k operaci srdce)?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne