

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Bakalářská práce**

**2007**

**Miroslava Bartůňková**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH A PSYCHICKÝCH POTŘEB  
U NEMOCNÝCH PO OPERACI SRDCE**

Bakalářská práce

Mgr. Věra Stasková, R.N.

2007

Miroslava Bartůňková

## **Satiation Biological and Psychical Needs by the patients after cardiac surgery**

A man with his needs goes more and more forward and all care should come out from. The basement of a good quality care is a searching and fulfilling of biological, psychological, social and spirit needs influenced by disorders.

This thesis is focused on patients' fulfilling and psychological needs during the post heart surgery care. The thesis has been divided into theoretical part and practical one. The theoretic one consists of five main chapters. There are Nursing care and necessity, Patients' treatment in a cardiac-surgery ward, Post surgery patients' care in a cardiac-surgery ward, The patients' needs fulfilling after in the cardiac operation and The post surgery care nursing service. The aims of thesis, predicted hypothesis, methodology of gathering and a set research characteristic have been described in unit chapters of the thesis practical part. The following chapter contains graphs demonstrating the results of research.

To find biological and psychological needs of patients' out has been a goal of this bachelor work. Two hypotheses have been established. Hypothesis 1: In a post heart surgery care process biological needs are primary fulfilled. Hypothesis 2: The post heart surgery patients feel the major deficiency in psychological needs saturation. While hypothesis number one has been approved the hypothesis number two has failed.

Information retrieval has been done by means of questionnaire quantitative methods. The researching group was created by nurseries and patients hospitalized in a Cardiovascular Clinic of General Faculty Hospital in Prague.

The results of the research will be provided to the concerning ward headmasters. These results can be used for the improvement of post heart surgery care problems solution.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Uspokojování biologických a psychických potřeb u nemocných po operaci srdce vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne 11.5.2007

.....

Miroslava Bartůňková

## Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Věře Staskové, R.N. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

## Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	5
1.1 Ošetrovatelská péče a potřeby .....	5
1.1.1 Obecná charakteristika potřeb .....	5
1.1.2 Klasifikace potřeb .....	6
1.1.3 Proces uspokojování potřeb .....	7
1.1.4 Některé faktory ovlivňující uspokojování potřeb .....	8
1.1.5 Kvalita ošetrovatelské péče .....	9
1.1.6 Uspokojování potřeb v ošetrovatelském procesu .....	10
1.2 Léčba nemocných na kardiochirurgickém oddělení .....	11
1.2.1 Vybavení a náplň kardiochirurgického oddělení .....	11
1.2.2 Předoperační příprava .....	12
1.2.3 Chirurgická léčba a operace.....	15
1.3 Pooperační péče o nemocné na kardiochirurgickém oddělení.....	16
1.3.1 Pooperační monitorace .....	16
1.3.2 Ošetrovatelská péče o nemocné na RES oddělení .....	17
1.3.3 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče .....	19
1.3.4 Pooperační péče o nemocné na standardním oddělení .....	20
1.4 Uspokojování potřeb u nemocného po operaci srdce .....	22
1.4.1 Uspokojování biologických potřeb u nemocného po operaci srdce .....	22
1.4.2 Uspokojování psychických potřeb u nemocného po operaci srdce .....	24
1.4.3 Uspokojování sociálních, kulturních a duchovních potřeb u nemocných po operaci srdce .....	25
1.5 Role sestry v péči o nemocného po operaci srdce .....	26
2. Cíl práce a hypotézy .....	30
2.1 Cíl práce .....	30
2.2 Hypotézy práce .....	30
3. Metodika .....	31
3.1 Použité metody .....	31

3.2	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	31
4.	Výsledky .....	33
4.1	Dotazník pro nemocné po operaci srdce .....	33
4.2	Dotazník pro sestry .....	50
5.	Diskuse.....	68
6.	Závěr .....	79
7.	Seznam použité literatury: .....	80
8.	Klíčová slova .....	85
9.	Přílohy.....	86

## Úvod

Ve vyspělých zemích se provádí 800 – 1200 operací srdce za rok na 1 milion obyvatel. Česká republika nezůstala pozadu. V posledních patnácti letech se počet kardiologických oddělení zvýšil ze 4 na 13 a počet operací dosahuje až 1200 na 1 milion obyvatel. Operace v kardiologii jsou v současné době standardním a bezpečným způsobem léčby srdečních onemocnění. Díky těmto operacím se několik set tisíc lidí každoročně vrací do plnohodnotného života. Se zvyšujícím se průměrným věkem obyvatelstva vzrůstá počet starších pacientů vyžadujících chirurgickou léčbu onemocnění srdce. Morbidita a mortalita v této skupině nemocných je vyšší ve srovnání s mladší populací. (31, 3)

V rámci onemocnění kardiovaskulárního systému, kde zejména dominuje ischemická choroba srdeční, se nesmí opomenout problematika vrozených a zejména získaných chlopenních srdečních vad v dospělosti, které se také nemalou měrou podílejí na kardiovaskulární morbiditě a mortalitě. Operační zákrok je pro člověka velkým mezníkem, od kterého si pacient slibuje zlepšení, zkvalitnění a prodloužení následujícího období života.

Již několik let v České republice probíhají změny v celém systému zdravotní péče. Pomalu, ale jistě se do popředí dostává člověk se svými potřebami, od nichž by se veškerá zdravotní péče měla odvíjet. Nesmí se zapomínat, že člověk je sice v dnešní moderní medicíně obklopuván moderní technikou, nejnovějšími léky, tudíž lze soudit, že péče poskytovaná těmto lidem je kvalitní. Ovšem pravdou je to, že ukazatelem kvalitní ošetrovatelské péče je spokojenost pacientů, která se hlavně odráží v jejich vědomí a to na základě toho, zda jsou jejich potřeby uspokojovány či nikoli. Ze své vlastní zkušenosti mohou říci, že kolikrát člověk zapomene, že pod těmi všemi přístroji a hadičkami leží „velice zranitelný“ človíček odkázaný na naši péči. Sestra pracující na tomto oddělení musí mít znalosti z oblasti kardiologie i kardiologie. Jsou na ni kladeny velké nároky. V kardiologii se rozvíjí moderní technologie, sestry musí zvládat jejich obsluhu, přitom ty přístroje nepoškodit a neublížit pacientovi. Kvalita poskytované ošetrovatelské péče je tudíž podmíněna nejen materiální a technickou vybaveností, ale i profesionálním přístupem sestry k pacientovi. (29, 37)



Toto téma jsem si vybrala z důvodu, že na kardiologickém oddělení pracuji již několik let a tato problematika mě velmi zajímá. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že práce na kardiologickém oddělení je pro sestry velmi náročná a to jak z hlediska uspokojování potřeb nemocných, tak i po stránce psychické a fyzické. Přesto mám práci sestry na tomto oddělení velmi ráda a napadlo mne zmapovat, jak jsou uspokojovány biologické a psychické potřeby u nemocných po operaci srdce.

## **1. Současný stav**

### ***1.1 Ošetrovatelská péče a potřeby***

Uspokojování potřeb je velmi důležité jak u zdravých, tak i nemocných jedinců. Uspokojování potřeb u nemocných lidí je ovšem obtížnější než u lidí zdravých, protože se nemocí ztíží okruh možností jak k uspokojování dospět. (6)

Základem kvalitní ošetrovatelské péče je vyhledávání a uspokojování biologických, psychických, sociálních a duchovních potřeb, které jsou onemocněním pozměněny. Důležité je, aby sestry a lékaři základní ošetrovatelskou péčí nepodceňovali, protože výrazně ovlivňuje subjektivní prožívání pocitu pohody či nepohody pacienta, má vliv i na úspěch léčby, zvyšuje soběstačnost nemocného a zkracuje hospitalizaci. Z ošetrovatelského hlediska musí sestra vědět o potřebách tolik, aby je dokázala rozpoznat, pochopit a zabezpečit jejich uspokojení. Cílem činnosti sestry je pomoci pacientovi co nejdříve a v co největší míře se zadaptovat na změněné prostředí a získat samostatnost v uspokojování potřeb. Významným předpokladem spolupráce sestry a pacienta je akceptování jeho subjektivního prožívání, což si od sestry vyžaduje holistický přístup k pacientovi. Hlavním předpokladem holizmu je poznání, že pacienti jsou celí lidé, na které nelze pohlížet způsobem omezujícím se na části (mozek, srdce, plíce). Holistický přístup k nemocným je nesmírně důležitý pro vypracování komplexního plánu ošetrovatelské péče, neboť se orientuje na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i v nemoci. (20, 15, 32, 6)

#### ***1.1.1 Obecná charakteristika potřeb***

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela vytváří vzorec chování jednotlivce“ (28, s.10). V pojmu potřeba je zdůrazněna jednota vnitřního s vnějším, s okolním světem, každá potřeba je potřebou něčeho a vztahuje se k něčemu v prostředí. Potřeby je možné definovat různými způsoby. (10, 34)

Psychologicky chápaný pojem potřeb je zcela specifický a vyjadřuje psychický stav, odrážející nějaký nedostatek. Psychologický význam potřeby vyjadřuje nedostatky v sociálním životě. Biologicky chápaný pojem potřeb má jiný význam. Potřeba vyjadřuje stav fyziologického deficitu. Lidské potřeby jsou neměnné, vyvíjejí se a kultivují, na rozdíl od pudů a instinktů, které chápeme jako biologicky vnitřní síly neovlivnitelné zvenčí. Každý člověk má určité potřeby. Cílem lidské snahy je uspokojování potřeb. Jsou-li potřeby neuspokojené vyvolávají u člověka neklid, pocity ohrožení, strach a narušují jednotu organismu. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby různým způsobem. V průběhu života se potřeby jedince mění z hlediska kvality a kvantity. Je důležité vědět, že všichni lidé mají společné potřeby a stejně nutné je si uvědomit, že tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. Potřeby jsou určovány také kulturou a lidé jsou si ve svých potřebách podobnější než je navenek patrné. (34, 10, 25)

### ***1.1.2 Klasifikace potřeb***

Podle obsahu se potřeby dělí na potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Potřeby fyziologické jsou potřeby základní, mezi ně se řadí instinkty, pudy, dostatek spánku, jídla, tepla, dále hygiena, zdraví, tišení bolesti, potřeba fyzického kontaktu či uspokojení sexuálních potřeb. Fyziologické potřeby se objevují při porušení homeostázy a vyjadřují tak potřeby organismu, které slouží k přežití. Jedinec dělá většinou všechno proto, aby uspokojil fyziologické potřeby dříve, než se stanou aktuálními – dodržováním denního rytmu v uspokojování výživy, pohybu, spánku a podobně. V situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka. (34, 30)

Psychické potřeby vycházejí z individuálního vnímání světa, ze síly a schopnosti vnímat a zpracovávat motivace k našemu jednání a chování. Vždy se jedná o potřeby uspokojování rozvoje osobnosti, potřebu jistoty a psychického bezpečí, potřebu absence strachu z opuštěnosti, potřebu lásky, potřebu vyjadřovat se a být vyslechnout. (30)

Sociální potřeby jsou potřeby informovanosti o sobě a okolním světě, ekonomickém zabezpečení, potřeba péče o své zdraví a své blízké, soužití se svými

blízkými lidmi a potřeba náležet k určité lidské skupině. Potřeby spirituální se vyskytují v oblasti duchovního života, religiozity. Jde o potřeby víry a vyznání, potřeby příslušenství do náboženských společenství nebo do společenství sekt. (30)

Různí psychologové sestavují různé indexy potřeb. Henry A. Murray (1893), americký psycholog, předložil teorii motivace. Třídí potřeby z různých hledisek. Zejména provedl třídění na potřeby viscerogenní (primární) a psychogenní (sekundární) a dále třídění na potřeby kladné a záporné, manifestní a latentní. E.R. Hilgard (1962) vytvořil index psychogenních potřeb. (34)

Základní rozdělení potřeb sestavil Abraham Maslow ve 40. letech minulého století. Maslow třídí potřeby v určité hierarchii, v níž vyšší potřeby mohou být uspokojeny teprve tehdy, jsou-li uspokojeny základní potřeby. (Příloha 1) Z tohoto postulátu vychází i strategie moderní ošetrovatelské péče, tj. uspokojování potřeb nemocných a má prvořadý význam. Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému podle své naléhavosti. Maslow dělí potřeby na nižší, které jsou nejnižší v Maslowově pyramidě a vyšší, které jsou postaveny nad nižšími. (Příloha 1) Uspořádání potřeb vede k tomu, že neuspokojené „nižší“ potřeby převládají a zvítězí v konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Potřeba seberealizace, postavená nejvýše, vyžaduje uspokojení všech dalších potřeb. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může dominovat potřeba vyšší a determinovat chování jedince. (32, 34, 28)

### ***1.1.3 Proces uspokojování potřeb***

Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem, žádoucím a nežádoucím. Za žádoucí se považuje takový způsob, který neškodí nám ani nikomu jinému a potřeby jsou uspokojovány v souladu se sociokulturními hodnotami jedince a v mezích zákona. Za nežádoucí se pokládá takový způsob, který škodí dané osobě a nebo jiným osobám, uspokojování potřeb není v souladu se sociokulturními hodnotami a nebo přesahuje meze zákona. Při uspokojování všech potřeb je důležité respektovat práva nemocných. (10, 34, 30)

Z hlediska uspokojování potřeb je důležité chápat problémy komplexně, ve vzájemných souvislostech, sociokulturní podmíněnosti a akceptovat proměnlivost

v preferenci potřeb. Při posuzování potřeb je důležité určit aktuální hierarchii potřeb pacienta, i důvody, které k ní vedly, například pacient má bolest, nepreferuje potřeby fyziologické. Důležité je rozpoznat souvislosti mezi potřebami a hodnotami, což má význam při zabezpečování aktivity pacienta. Například žádoucí změny v životním stylu je možné dosáhnout změnou hodnotové orientace, zásahem do motivačních procesů a nepoužívat zákazy. Při uspokojování potřeb se respektuje minulost pacienta, jeho aktuální stav a očekávání od budoucnosti. Kvalitní péče si vyžaduje poznání jedince jako předpokladu jeho problému. Důležitost poznání spočívá v tom, že se sestry podílí na uspokojování potřeb pasivního pacienta. Jak to zdravotní stav dovolí, měla by sestra ovlivňovat a aktivizovat jeho konání a zaměřit se na péči o sebe. (10)

#### ***1.1.4 Některé faktory ovlivňující uspokojování potřeb***

Lidé se neustále mění a vyvíjí a stejně dochází i ke změnám jejich potřeb. Jakmile člověk onemocní, začnou se daleko rychleji měnit jeho potřeby. Uspořádání potřeb v těžké nemoci se mění na dva základní okruhy, které jsou ve stejné rovině. Je to okruh lásky a pocit příslušnosti, pocit sebeúcty a okruh fyziologických potřeb, potřeb jistoty a bezpečí. Úkolem sestry v rozpoznání potřeb je odhalit skryté pocity pacienta, seřadit jeho pocity dle aktuálních priorit a saturovat je. K tomu je velice důležité umět se orientovat v pacientově chování a v jeho pocitech signalizující neuspokojené potřeby. (30, 32)

Naplňování potřeb je ovlivňováno fyziologickými faktory. Patří sem pohlaví, růst, vývoj, věk, celkový zdravotní stav, tělesné dispozice a další. K psychickoduchovním faktorům se řadí některé zvyklosti, emocionální stav člověka, sebekoncepce, sebeúcta a hierarchie hodnot. Způsob života, povolání a finanční možnosti jsou sociálně kulturními faktory. Klima, geografická poloha, kvalita vody, půdy a vzduchu patří mezi faktory životního prostředí. Člověk není schopen uspokojovat své potřeby např. při bolesti, imobilizaci, horečce, v šoku, hypoxii, nebo při rozvratu vnitřního prostředí. (32, 11)

Konečné naplnění potřeb je ovlivňováno také faktory, které se dělí na objektivní a subjektivní. Objektivní faktory ovlivňují naplnění potřeb viditelných, objektivně

hodnotitelných, např. potřebu jídla a tekutin, potřebu pomoci při pohybu, při hygieně, stravování, při uspořádání sociálního prostředí. Patří sem vývojové stádium jedince, pohlaví, věk, vzdělání, rodinné zázemí, společenské postavení. Mezilidské vztahy, které obvykle řadíme mezi subjektivní, však lze hodnotit i objektivně. Mezi subjektivní faktory patří kladná sebekoncepce. Lidé, kteří znají sami sebe a mají k sobě samým kladný vztah, snadněji přijímají vnitřní změny, snadněji poznají své potřeby a najdou cesty, jak je uspokojit. Lidé s vyrovnanou koncepcí osobnosti přijímají onemocnění lépe. Jejich schopnost ke změnám v hierarchii osobních hodnot bývá snadnější a tím by zákonitě měla být i snazší cesta chápání významu v naplňování potřeb. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni své potřeby uspokojovat samostatně a vyžadují mnohem větší péči a pozornost. V žádném případě se nesmí vnímání subjektivních ani objektivních faktorů chápat jako dané a neměnné. (30)

### ***1.1.5 Kvalita ošetrovatelské péče***

V dnešní společnosti se zvyšují nároky na kvalitu ošetrovatelské péče. Definice pro kvalitní ošetrovatelskou péči není jednoznačná, neboť kvalitu vnímá jinak pacient, rodina, sestra, spolupracovníci, ale i veřejnost. Jestliže pacient potřebuje konkrétní péči, vnímá především její dostupnost a kvalitu s ohledem na své potřeby a očekávání. (29)

Současná zdravotní péče se opírá o přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální. Uspokojení nebo naopak nedostatečné saturování potřeb pacientů se odráží v subjektivně pociťované spokojenosti nebo nespokojenosti. Míry celkové spokojenosti a spokojenosti v jednotlivých dílčích oblastech péče jsou důležitými užitečnými informacemi o situaci v daném zdravotnickém zařízení. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou dobrou zpětnou vazbou jak pro ošetřující personál, tak i pro management zdravotnického zařízení. Jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. (29, 1)

Spokojenost pacientů je subjektivním odrazem kvality v jejich vědomí a ukazuje nám, do jaké míry jsou uspokojovány potřeby nemocných. Je jedním z důležitých ukazatelů kvality ošetrovatelské péče. Sestry by měly mít znalosti v oblasti bio-

psychosociálních potřeb, protože uspokojování těchto potřeb je jednou z nejdůležitějších podmínek kvalitní ošetrovatelské péče. (29)

Poznatky o potřebách lidí pomáhají sestře různým způsobem pochopit i sebe samu tak, aby mohla uspokojit osobní potřeby. Prostřednictvím pochopení potřeb jiných lidí sestra lépe chápe jejich chování. Kvalita ošetrovatelské péče poskytovaná sestrami je ovlivňována několika faktory, z nichž mnohé z nich může ovlivnit sestra sama.

(6, 23)

Péče o pacienty není jen v rukou lékařů a techniky, ale také v kvalitní ošetrovatelské předoperační a pooperační péči, která je založena nejen na rutinním vykonávání ošetrovatelských intervencí, ale také na dialogu a spolupráci mezi nemocným, lékařem a sestrou. (9)

### ***1.1.6 Uspokojování potřeb v ošetrovatelském procesu***

Pojem „proces“ znamená sérii plánovaných činností, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Pojem ošetrovatelský proces je relativně nový a souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství, jakými se řídí lidské poznání. Tento pojem byl poprvé použit v roce 1955 Hallovou. (16)

Termín ošetrovatelský proces byl zaveden v 50. letech 20. století a je základní racionální metodou ošetrovatelské péče. Poskytování ošetrovatelské péče s využitím ošetrovatelského procesu představuje vysoce kvalifikovanou činnost a samostatnost v rozhodování sestry, která tuto činnost plánuje, realizuje a zaznamenává do dokumentace. V moderním ošetrovatelství nejde pouze o ošetrovatelskou anamnézu, ošetrovatelskou diagnózu, stanovení cílů, intervence a hodnocení. Jde především o to, aby v celém procesu bylo použito kritického myšlení sestry. Je to metoda řešení ošetrovatelských problémů, kterou sestry používají k uspokojování všech potřeb nemocného, tj. dimenze fyzické, duševní, sociální a duchovní. (16, 27)

Ošetrovatelský proces je mezinárodním standardem ošetrovatelské praxe. Před použitím metody ošetrovatelského procesu v praxi sestry prováděly péči na příkaz lékaře a péče byla zaměřena více na chorobu, než na individuální potřeby člověka.

(16, 32)

Cílem ošetrovatelského procesu je uspokojení individuálních potřeb klienta. Sestra s klientem určí anamnézu, sestaví individuální plán ošetrovatelské péče, do dokumentace zaznamenává vývoj stavu pacienta a účinnost péče po určité době vyhodnotí. Aplikace metody ošetrovatelského procesu vyžaduje odpovídající vzdělání sestry v oblasti interpersonální, technické a intelektové. Poznatky o základních potřebách poskytují rámec pro ošetrovatelský proces. V ošetrovatelském procesu musí sestra rozpoznat potřeby klienta, aby mohla pochopit jaké vzniklé subjektivní potřeby pacient pociťuje a posoudit jeho objektivní potřeby, které souvisí se změněným a měnícím se zdravotním stavem. (16, 6)

Ošetrovatelský proces slouží jako základ pro organizaci individualizované ošetrovatelské péče, která je zaměřena na zjišťování a léčbu specifických reakcí člověka a na změny zdravotního stavu. Skládá se ze čtyř kroků: posouzení pacienta, plánování péče, realizace ošetrovatelské plánu a zhodnocení péče a stavu pacienta. (16)

## ***1.2 Léčba nemocných na kardiochirurgickém oddělení***

### ***1.2.1 Vybavení a náplň kardiochirurgického oddělení***

Náplň kardiochirurgie dospělých tvoří přibližně v 70 % léčba ischemické choroby srdeční, na druhém místě jsou operace srdečních chlopní. Další výkony (chirurgie aorty, vrozené vady u dospělých, transplantace srdce, nádory srdeční, aneurysma, chirurgická léčba arytmií) nepřesahují 5–10 % operačních výkonů. V současné době narůstá počet kombinovaných výkonů na chlopních a věnčitých tepnách a také pacientů operovaných ve vyšších věkových skupinách s mnoha přidruženými chorobami. (31)

Na resuscitačním oddělení (dále jen RES) je důležité pro zajištění bezpečné a kvalitní pooperační péče splnit některé základní materiálnětechnické požadavky. Resuscitační lůžko pro nemocného je mobilní, polohovatelné a umožňuje rychlé změny terapeutických poloh. Všechna lůžka jsou vybavena kvalitními monitory, které zobrazují nejen vícesvodový elektrokardiograf (dále jen EKG záznam), ale i několik dalších parametrů snímaných krevní cestou přes transducer (arteriální tlak, centrální žilní tlak, tlak v arteria pulmonalis). Monitory také umožňují zobrazení saturace



arterializované kapilární krve, respirační frekvence, tělesnou teplotu a mohou měřit krevní tlak i neinvazivně. Moderní monitory usnadňují měření hemodynamických parametrů termodiluční metodou pomocí Swanova-Ganzova plicnicového katétru.

(31, 5)

U každého lůžka na oddělení RES je kvalitní ventilátor, který zabezpečuje objemově či tlakově kontrolovanou ventilaci pacienta a dále škálu intermediálních dechových režimů, které umožňují bezpečný přechod od plně řízené ventilace k vlastní dechové aktivitě a následné extubaci. Někteří pacienti jsou extubováni již na operačním sále, ale většinou potřebují umělejší ventilaci minimálně několik hodin po skončení operačního výkonu. Dostatečný počet infúzních pump umožňuje kontinuální podávání přesného množství kardioaktivních látek, koncentrovaných roztoků iontů a nutričních směsí. Echokardiograf, podpůrné oběhové systémy intraaortaální balónková kontrapulzace (dále jen IABK), přístroj pro kontinuální hemodialýzu, defibrilátor, externí kardiostimulátor jsou součástí přístrojového vybavení oddělení RES a usnadňují řešení některých speciálních situací u kardiochirurgicky nemocných. Na zapojení drénů na drenážní systém slouží přenosné stojany, pomocí nichž je napojen na aktivní sání. Nezbytnou součástí přístrojového vybavení na oddělení RES je i radiometr (přístroj na měření acidobazické rovnováhy). (31, 5)

Mezi přístrojová vybavení na oddělení JIP patří monitory pro EKG záznam, měření krevního tlaku, saturaci hemoglobinu kyslíkem pomocí pulsní oxymetrie, arteriálního tlaku či centrálního tlaku a dechové frekvence. Dále tam patří polohovací lůžka, defibrilátor, EKG přístroj, infúzní pumpy, perfuzory, zevní kardiostimulátory, dorozumívací zařízení na jednotlivých pokojích a pomůcky k dechové rehabilitaci. Vybavení standardních ošetrovacích jednotek je podobné jako na JIP oddělení s tím rozdílem, že nemusí mít tak kvalitní monitorovací přístroje. (31, 5)

### ***1.2.2 Předoperační příprava***

Předoperační péče začíná rozhodnutím pacienta pro operační výkon a končí převozem pacienta na operační sál. Délka předoperačního období závisí na předoperačním plánování a péči. Předoperační příprava se dělí na všeobecnou a na

zvláštní, která je závislá na stavu a druhu operačního výkonu (podle zvyklosti daného pracoviště). Úlohou předoperační přípravy pacienta na operaci je připravit organismus co možná nejlépe na zvládnutí operační zátěže a potenciálních komplikací, které s sebou nese charakter onemocnění, metodika operace a anesteziologické postupy. Na tom všem se podílí společně chirurg, anesteziolog a kardiolog. Cílem předoperační přípravy je snížit operační riziko na minimum, vytvořit optimální podmínky k provedení vlastního operačního výkonu, podání anestézie, zabránit vzniku peroperačních a pooperačních komplikací a tím zkrátit dobu a rekonvalescenci pacienta na minimum. Kvalita a rozsah předoperační přípravy ovlivňuje úmrtnost nemocných. (36, 13, 17)

Před kardiochirurgickým výkonem jsou nemocní vyšetřeni na kardiologickém oddělení, tam je jim stanovena diagnóza a proveden soubor předoperačních vyšetření. Mezi základní vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření, krevní tlak, puls, teplota, EKG, RTG srdce a plic, laboratorní vyšetření krve a moče, koronografie, echokardiografie srdce a břišních orgánů a monografie krkavic. K přesnější diagnostice se dále používají zátěžové či radionuklidové testy, počítačová tomografie a magnetická rezonance. Z laboratorních vyšetření se sleduje krevní obraz, hemokoagulační vyšetření, natrium, kalium, kalcium, kreatinin, urea, glomerulární filtrace, jaterní testy, celková bílkovina a kardiospecifické enzymy. U operací chlopenních vad se provádí vyšetření infekčních fokusů, kdy se pátrá po skrytém ložisku infekce organismu, které by mohlo být zdrojem osídlení náhrady. Dále se provádí vyšetření stomatologické, otolaryngologické, gynekologické a kultivace moče a sputa. Při pozitivním nálezu je nutno podat antibiotika. (31, 19)

Většina pacientů přichází na přijetí k operačnímu zákroku den před operací. Z příjmové ambulance je pacient odveden na oddělení. Tam je seznámen s uspořádáním oddělení. Poté příjmová sestřička odvede pacienta na pokoj, seznámí ho s ostatními pacienty a ukáže mu sociální zařízení. Dále ho seznámí s provozem oddělení a denním harmonogramem. Sestra by měla pacientům před výkonem poskytovat bezpečnou, účinnou a odpovídající péči. Předoperační příprava spočívá v celkové a speciální přípravě. V dnešním prostředí medicíny se nesmí zapomenout na tři základní součásti předoperační přípravy: psychická, hygienická příprava a rehabilitační. Součástí

psychické přípravy je snaha o získání důvěry pacienta. Důležité je nemocnému popsat vše, co ho během hospitalizace čeká. Nemocný je informován o předpokládané době hospitalizace, o způsobu rekonvalescence po propuštění z nemocnice, o očekávaném efektu operace, o možnostech jeho následného života a pracovního zařazení, o toleranci zátěže a o prevenci další progresu jeho onemocnění. Den před operací pacienta navštíví chirurg, který ho bude operovat a anesteziolog, který bude aplikovat anestezii, a nemocnému vysvětlí postup operace a pooperační péči. Po tomto seznámení se získá od pacienta tzv. informovaný souhlas s hospitalizací a operací, který nemocný potvrdí svým podpisem. Prevence tromboembolické nemoci spočívá v dostatečné hydrataci a v poučení nemocného, aby co nejméně ležel před operací. (36, 31, 24)

Důležitá je psychická podpora a uklidnění pacienta před operací. Psychická příprava je založená na informovanosti pacienta o povaze onemocnění, možných způsobech léčení a případných komplikacích. Informace podává ošetřující lékař nebo operátor. Úlohou sestry je nemocného uklidňovat, avšak vlastní výkon nesmí být bagatelizován, protože to může vzbudit v pacientovi nedůvěru. Od půlnoci pacient nic nejí ani nepije. Obvykle anesteziolog naordínuje pacientovi léky na spaní. Ráno v den operace přijde sanitář oholit pacienta. Sanitář holí muže, sestra ženy. Dle zvyklosti oddělení v jiných zařízeních a podle údajů z odborné literatury je možné pacienty holit večer den před operací. Po oholení je pacient vyzván, aby se umyl dezinfekčním mýdlem (dezinfekce operačního pole) a vymočil se. Sestra pacientovi odejme zubní protézu, zkontroluje oholení pacienta a poučí ho, že po podání premedikace nesmí vstávat z lůžka. Na operační sál je pacient dopraven s dokumentací a rentgenovými snímky hrudníku. (35, 31)

Zvláštní předoperační přípravu mají diabetici, u nichž je důležitá kontrola hladiny krevního cukru. U těchto nemocných má v předoperačním období hladina cukru v krvi tendenci stoupat. V den operace dostávají infúze glukózy s insulinem k prevenci hypo- nebo hyperglykémie. (39)

### ***1.2.3 Chirurgická léčba a operace***

Chirurgická léčba ischemické choroby srdeční zahrnuje aortokoronární bypass , léčbu mechanických komplikací infarktu myokardu, ischemické mitrální regurgitace, výdutí levé komory a řešení arytmií spojených s ischemickou chorobou srdeční. (31)

Více jak 60 % výkonů kardiochirurgických pracovišť zahrnují revaskularizační operace, bypassy. K této léčbě jsou indikováni pacienti s postižením kmene levé věnčité tepny, nemocí tří tepen, dysfunkce levé komory, lidé s onemocněním diabetes mellitus nebo nemocní technicky nevhodní k perkutánní koronární intervenci. V rámci kombinovaných výkonů se provádí revaskularizace i u pacientů operovaných pro chlopňové vady, arytmie a vrozené vývojové vady. Principem revaskularizačních operací je překlenutí stenózy, či uzávěru koronární tepny žilním nebo tepenným štěpem. (31, 19)

Operace srdce probíhá v celkové anestezii, a provádí se většinou podélná střední sternotomie. Alternativním přístupem je malá torakotomie ve 4. mezižebří pro revaskularizaci ramus interventricularis anterior (RIA, tepna zásobující přední stěnu a septum srdeční) bez mimotělního oběhu. Ostatní operační přístupy jsou raritní. Jako první se odebírá levá arteria thoracica (mammaria) interna (LIMA) a současně i velká saféna z dolních končetin. Pak se otevře perikardiální dutina. Skoro všechny operace se provádějí za pomoci mimotělního oběhu, proto se nejprve kanylkuje aorta a poté ouško pravé síně. Pak se spustí mimotělní oběh, dojde k vyprázdnění srdce, v této době operátor reviduje koronární tepny a rozhoduje o tom, jaké tepny jsou vhodné k revaskularizaci. Po rozhodnutí o místech bypassů přiloží operátor příčnou svorku na ascendentní aortu (pod místo kanylace mimotělního oběhu), tím se přeruší průtok krve do koronárních tepen. Kořenem aorty se podává kardioplegický roztok, který zastaví srdeční činnost v diastole. Po provedení vlastního bypassu se použije svorka, čímž se obnoví krevní proud koronárním řečištěm a také tepenným štěpem a obnoví se sinusový rytmus. Posledním krokem před ukončením mimotělního oběhu se našijí centrální anastomózy žilních štěpů na aortu end to side k aortě za pomoci nástěnné svorky. Jednou z možností je provádět aortokoronární bypass bez použití mimotělníhooběhu. V tomto případě se anastomózy našívají na bijícím srdci. (5, 31, 36)

Porucha funkce srdečních chlopní může být ve formě zúžení a nedomykavosti. Na srdečních chlopních se provádí náhrada a plastika srdeční chlopně. Postižená srdeční chlopeň je nahrazena protézou a to buď mechanickou nebo biologickou. Mezi biologickými a mechanickými chlopněmi existují dva základní rozdíly. Prvním rozdílem je fakt, že biologický materiál nevyžaduje trvalé používání léků na krevní srážlivost, proto se u biologických chlopní podávají antikoagulantia pouze tři měsíce po operaci a pak se přechází na malé dávky antiagregačních léků. Všechny mechanické chlopní náhrady vyžadují trvalé podávání antikoagulantů jako například Warfarin, neboť hrozí riziko zablokování jejich funkce krevní sraženinou. Druhým rozdílem je skutečnost, že biologické protézy „stárnou“, což si někdy vyžádá jejich výměnu. (5, 31, 36, 19)

### ***1.3 Pooperační péče o nemocné na kardiochirurgickém oddělení***

#### ***1.3.1 Pooperační monitorace***

Operační výkon a anestézie výrazným způsobem ovlivňují homeostázu vnitřního prostředí. V pooperačním období je potřeba všechny pacienty nepřetržitě sledovat. Monitorace umožňuje cílevědomé a systematické sledování změn funkce orgánu. Nejvíce je věnována pozornost funkci dýchacího ústrojí a oběhového systému. Tyto systémy jsou u pacientů po operaci srdce nejvíce ovlivněny. Uplatňuje se zde vliv mimotělního oběhu, protekce srdce v době zástavy, fáze reperfúze a znovuohřátí pacienta v pooperačním období. (36)

Monitorace pacienta není samoučelná, ale slouží k získání podkladů pro správnou a adekvátní léčbu. Používání mnoha monitorů však nezajistí automaticky správnou monitoraci pacienta, stále platí pravidlo, že kvalifikovaná sestra a lékař jsou tím nejlepším monitorem. Pacient po operaci srdce stále vyžaduje přítomnost vyškoleného personálu. Pro zdravotnický personál je důležité vědět, zda informace získaná prostřednictvím přístroje je správná a zda skutečně popisuje aktuální stav pacienta. A to zdravotník pozná pouze na základě znalostí principu, pravidel pro aplikaci daného zařízení a možných technických nebo i biologických příčin nesprávné funkce zařízení. (7, 36)

V kardiologii se musí počítat s tím, že zhruba 10 % nemocných přichází ke komplikovanějšímu operačnímu průběhu. Jde především o snížení nebo ztrátu funkce jednoho nebo více orgánů, o celotělově nespecifické reakce nejčastěji způsobené mimotělním oběhem, či o výrazné krevní pooperační ztráty. Nezbytnou součástí pooperační péče je řešení těchto komplikací. (36)

Pooperační intenzivní péči vyžadují všechny srdeční operace, především operace provázené komplikacemi. Stav nemocných je také negativně ovlivněn přidruženými chorobami již před operací a sníženou funkcí srdce. Cílem pooperační péče je stabilizovat a optimalizovat pacientovu hemodynamiku, odstranit z pooperačního období bolest a stres, udržet optimální bilanci tekutin a zkorigovat případné odchylky v koagulaci. Nezbytným předpokladem pro poskytování správné pooperační péče je dostatečné množství validních informací. Ty se získávají pouze správnou a soustavně vedenou monitorací. I přes veškerou kvalitní monitoraci přístroji je velmi důležitá komunikace s pacientem. Na základě komunikace s pacientem se získávají informace, které nám pomáhají při léčbě pacienta. (36, 19)

### ***1.3.2 Ošetrovatelská péče o nemocné na RES oddělení***

Práce na kardiologickém oddělení je pro sestru náročná a zodpovědná. Musí mít nezbytné znalosti z oblasti kardiologie a chirurgie. Anestezie při kardiologických výkonech je úvodní fází, na kterou plynule a organicky navazuje pooperační fáze, rozhodující o konečném úspěchu operace. Za nemocného na resuscitačním oddělení má zodpovědnost kardiolog, anesteziolog a kardiolog. V intenzivní péči o nemocného po operaci srdce má nezastupitelné místo sestra. Sebedokonalejší monitor nemůže nahradit zkušenou, svědomitou a vzdělanou sestru, neboť zajišťuje nepřetržité sledování a péči o operovaného. (5, 31)

Před příjezdem pacienta z operačního sálu na RES oddělení sestra zajistí vše potřebné na příjezd pacienta z operačního sálu. Připraví a zkontroluje ventilátor včetně nastavení alarmů, invazivní monitor k napojení pacienta, drény na aktivní sání a další potřebná vybavení k zajištění péče o pacienta. Má dozor i nad přípravou lůžka. (31)

Po skončení operace je nemocný převezen ze sálu na RES oddělení za kontinuálního sledování životních funkcí přenosným monitorem a je napojený na převozný dýchací přístroj. Umělá plicní ventilace se provádí buď ručně pomocí AMBU-vaku, nebo transportním ventilačním přístrojem. Pacienta doprovází chirurg, anesteziolog a anesteziologická sestra. Někteří pacienti jsou extubováni již na operačním sále. Na resuscitačním oddělení anesteziolog předá pacienta lékaři ze stanice a anesteziologická sestra proti podpisu sestře ze stanice. Anesteziolog informuje lékaře o druhu výkonu, průběhu anestezie, o případných chirurgických nebo anesteziologických okolnostech a o předchozích onemocněních pacienta. Po příjezdu na resuscitační oddělení je úkolem ošetrovatelského týmu ve vzájemné souhře nemocného co nejrychleji zabezpečit, tj. napojit pacienta na monitor, ventilátor (druh ventilace určuje lékař), napojit hrudní drény na aktivní sání a zajištění komorové stimulace. Pacienti mají zavedeny stimulační elektrody, které se napojí na zevní stimulátor a slouží k eventuální srdeční stimulaci v případě potřeby. Sestra zkontroluje průchodnost a funkčnost drénů. Pravidelně se u každého pacienta kontroluje EKG z dvanáctisvodového záznamu a rentgenový snímek srdce a plic dle ordinace lékaře. Každý pacient má zaveden centrální žilní katétr, který slouží k podávání léků, krevních derivátů, odebírání vzorků krve a v neposlední řadě slouží ke kontinuálnímu měření žilního tlaku. Dalším nezbytným katétrem je arteriální katétr, jímž je měřen arteriální tlak a slouží též k odběrům arteriální krve hlavně z důvodu vyšetření acidobazické rovnováhy. (31, 5, 8)

Sestra normalizuje tělesnou teplotu nemocnému, odebírá arteriální i venózní krev na vyšetření ABR, kalibruje převodník a kontroluje průchodnost všech kanyl. Všechny monitorované hodnoty zaznamenává do příslušné dokumentace a o změnách zdravotního stavu pacienta neprodleně informuje lékaře. (31)

Důležitou součástí pooperační péče je i zajištění analgezie u operovaného. Všechny léky ordinuje lékař a sestra je zodpovědná za dodržení ordinací a správnou aplikaci. Mezi základní hodnoty, které se monitorují patří EKG (elektrokardiogram), srdeční frekvence, arteriální tlak, centrální žilní tlak, tlak v a. pulmonalis, případně hodnoty minutového výdeje, dechová frekvence, pulzní oxymetrie, tělesná teplota.

Sestra sleduje celkový stav pacienta. U pacientů sestra dále sleduje příjem a výdej tekutin a odpad z drénů. U příjmu se sleduje množství tekutin přijatých per os, podání infúzí a popřípadě proplach žaludeční sondy. U výdeje tekutin se sleduje množství moči, ztráty z drénů popřípadě redonů a odpad ze sondy. Z laboratorních vyšetření se kontrolují minerály (mají velký vliv na srdeční rytmus), krevní obraz, glykémii, jaterní a ledvinové funkce, CRP, celkovou bílkovinu, případně srdeční enzymy, acidobazii a další dle potřeby. Monitorují se též faktory hemokoagulace z důvodu možného pooperačního krvácení. U pacientů po náhradě chlopně se podává kontinuálně heparin v infúzi a asi třetí až čtvrtý den se podává Warfarin. Je nutné sledovat i odvod drénů a případné vyklenutí a bolestivost v místě operačního pole, stav krytí operační rány a u nemocných po odebraném žilním či tepenném štěpu i bandáže končetin. (31, 2, 39)

Jestliže má pacient dostatečnou svalovou i dechovou sílu, je hemodynamicky stabilní, nemá zvýšené krevní ztráty a splňuje extubační parametry, včetně laboratorních, je extubován. Pacientovi se po extubaci podává zvlhčený kyslík přes kyslíkovou masku. Sestra má připraveny všechny pomůcky na intenzivní dechovou rehabilitaci, intubaci a resuscitaci pro případ nenadálých komplikací po extubaci. Po extubaci se zahajuje dechová rehabilitace, se kterou se pokračuje až do propuštění pacienta do domácí péče. Sestra klade velký důraz na zajištění celkové hygieny a na prevenci proleženin. Režim je klidový v den operace. Pacient nepřijímá nic per os, má parenterální výživu. Jedná se o infúze, které obsahují minerální látky, glukózu, vitaminy, a bílkoviny, které pacient potřebuje. Sestra všechny výkony zapisuje a stále komunikuje s pacientem. Nemocnému je umožněn kontakt s rodinou již první pooperační den. (2, 31)

### ***1.3.3 Pooperační péče na jednotce intenzivní péče***

Oddělení jednotky intenzivní péče (dále jen JIP) je přechodným článkem mezi oddělením RES a standardním oddělením. Většina pacientů opouští resuscitační oddělení následující den po operaci a překlád na JIP oddělení se odvíjí od celkového stavu nemocného. U pacientů na JIP oddělení se monitorují základní životní funkce a jsou připojeni na monitor snímající EKG (později telemetr), měří se příjem a výdej



tekutin, tělesná teplota, srdeční frekvence, stav vědomí. Po příjezdu pacienta z RES oddělení na JIP oddělení, sestra napojí pacienta na monitor, drény na aktivní sání, pokud je má a zajistí podávání kyslíku maskou. U pacientů se zavedenými drény popřípadě redony se sleduje množství a konzistence odváděné tekutiny. Pacient pokračuje v dechové i celkové rehabilitaci. Důležité jsou sterilní převazy a kontroly operačních ran. Kontrola operační rány patří k pravidelným povinnostem sestry a lékaře. Kontroluje se především zda není prosáklý krví nebo jinou tekutinou a zda se rána hojí per primam. Zánětlivý sekret z rány (při infekci) se objevuje až s odstupem času. (31, 2, 39, 38)

Hrudní drény se při nekomplikovaném průběhu odstraňují první den po operaci. Pacientům se kontroluje glykémie, neboť při nedostatečně korigované glykémii je potencinální riziko poruchy hojení operační rány. Důležité je věnovat pozornost trávicímu traktu. Funkce střevního oddílu trávicího systému se upravuje obvykle do 48-72 hodin po operaci. Sestra kontroluje, zda se nemocný vyprázdnil či nikoliv a uvědomí lékaře. Nezbytná je vhodná rehabilitační léčba, zaměřená na aktivní svalovou činnost nemocného, například pohyby dolních končetin a polohování. (31, 39)

Puls, krevní tlak, dýchání, saturace a centrální žilní tlak jsou kontrolovány za pomoci monitorovacích přístrojů. Jejich hodnoty sestra zaznamenává do dekurzu. Využití monitorovacích přístrojů však nenahradí úplně pozorování nemocného zkušenou sestrou. Dále sestra sleduje zdravotní a psychický stav nemocného. Sestra neustále komunikuje s nemocným, vede ho soustavným vysvětlováním a dopomocí k nácviku soběstačnosti. (36)

#### ***1.3.4 Pooperační péče o nemocné na standardním oddělení***

Třetí až čtvrtý den po operaci se podle stavu pacienta, laboratorních výsledků, příjmu a výdeje tekutin odstraňují žilní vstupy, močový katétr, popřípadě hrudní drény.

Před příjezdem pacienta z JIP oddělení na standardním oddělení sestra připraví pro pacienta lůžko, stoleček, kde jsou jeho osobní věci a dle stavu pacienta zajistí monitor a infúzní pumpy. Sestra monitoruje krevní tlak, puls, tělesnou teplotu, dle stavu měří i příjem a výdej tekutin. Fyziologické funkce měří třikrát denně, někdy i častěji a

hodnoty zaznamenává do dekurzu. Důležitá je kontrola tělesné teploty a operační rány. Sleduje, zda pacient nemá příznaky bolestivosti, zvýšeného napětí v ráně, pocit přeskakování kosti při pohybu, nebo zvýšenou teplotu. Tyto příznaky mohou být varovným signálem, že operační rána se nehojí per primam. Důležitý je v tomto období nácvik informovanosti pacientů o správné technice vstávání z lůžka a posazování se. Kontroluje se nejen operační rána na sternu, ale i na dolních končetinách po odběru žilního štěpu a operační rána na ruce po odběru radiální tepny. V případě dehiscence sternu je léčba u těchto pacientů dlouhodobá. Pacienti dle kultivačního vyšetření dostávají antibiotika. Sestra asepticky pečuje o zavedený periferní nebo centrální katétr. Důležitá je i psychická podpora a trpělivý přístup ze strany sester a lékařů, neboť tyto lidé často propadají úzkosti, což obvykle vyžaduje i pomoc psychologa. Pacientům je umožněn kontakt s rodinou bez omezení. (2)

U pacientů, kterým byla nahrazena mechanická chlopeň se musí dbát především na prevenci trombózy chlopně, která může být spojena s dysfunkcí nebo embolizací. Proto mají všichni nemocní doživotní antikoagulační terapii, která musí být pravidelně kontrolována a regulována. V souvislosti s podáváním Warfarinu musí být pacient poučen o dietním omezení týkající se potravin s vyšším obsahem draslíku, jako například listová zelenina. (21, 31)

Poslední dny před propuštěním je nemocný již soběstačný. Při propuštění je pacient dostatečně informován lékařem i sestrou o zdravotním stavu. Sestra nemocnému podává informace o správné životosprávě, jak vhodně odpočívat, jak pokračovat v rehabilitaci, kdy přijímat návštěvy, jaké domácí práce může vykonávat, jaké změny by byly vhodné v jeho každodenních činnostech, jak se stravovat, jak se starat o operační ránu a podobně. Dále je nemocný informován, že v případě jakýchkoliv potíží může kdykoliv on nebo jeho praktický lékař kontaktovat kardiologické oddělení, kde byla provedena operace. (31, 2, 39)

## ***1.4 Uspokojování potřeb u nemocného po operaci srdce***

### ***1.4.1 Uspokojování biologických potřeb u nemocného po operaci srdce***

Uspokojování biologických potřeb je zaměřeno na péči o kůži, pravidelnou hygienu, předcházení vzniku proleženin, příjem potravy a tekutin, dýchání, vyprazdňování, spánek a odpočinek, komfort, pohodlí, dodržování přiměřeného pohybového režimu a polohu. (5)

Nemocný je po operaci srdce uložen do polohy na zádech s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy, která zajišťuje snadnější plicní ventilaci i odkašlávání. Kyslík, který pacient vdechuje musí být zvlhčený. Sestra u nemocného, pokud má zavedený katétr do dýchacích cest dbá na důkladné odsávání sekretu z tracheobronchiálního stromu a v pravidelných intervalech podává inhalaci. V dalších dnech může nemocný zaujmout takovou polohu, která mu vyhovuje, ale nesmí přitom dojít k útlaku drénů, sond či katétrů, které je důležité dobře zajistit. O jejich důležitosti je třeba nemocného informovat nejlépe již před operací. Jakmile to stav nemocného dovolí, je vhodné posazování, popřípadě vstávání z lůžka. V prvních pooperačních dnech sestra pomáhá pacientovi při vykonávání osobní hygieny za pomoci ostatních sester. S pacientem po operaci srdce se může polohovat za šest hodin od příjezdu z operačního sálu na RES oddělení. Správně provedená hygiena má význam v prevenci nozokomiálních nákaz, je součástí prevence proleženin a zlepšuje výrazně subjektivní pocity nemocného. V den operace pacient nepřijímá nic per os. Následující den má předepsanou dietu dle ordinace lékaře. Strava musí být teplá, esteticky upravená. Pacientům, kteří jsou v bezvědomí, nebo z nějakého jiného důvodu nejsou schopni přijímat potravu aktivně ústy, je potřeba podávat jídlo náhradní cestou, a to buď žaludeční sondou nebo intravenózně. První den po operaci pacient dostává infúze, čtyři hodiny po extubaci může pít čaj . Množství tekutin, které pacient může vypít určuje lékař. (39, 22, 6)

Do třetího pooperačního dne má pacient většinou zavedený permanentní katétr do močového měchýře. U nekomplikovaného průběhu se pacientovi do čtvrtého dne měří příjem a výdej tekutin. Poruchy ve vyprazdňování významně ovlivňují tělesné i psychické pocity pacienta. Nemocný, který je upoutaný na lůžko a nemá zavedený

permanentní močový katétr, používá k vyprazdňování podložní mísu, kterou na požádání přináší sestra. Pro většinu pacientů představuje nutnost defekace na pokoji (alespoň zpočátku) nepřírozenou, a tudíž nepříjemnou situaci. První stolice po operaci se obvykle objeví po odchodu plynů spontánně. Pokud se tak nestane, je nutné čtvrtý až pátý den po operaci zavést glycerinový čípek nebo malé klyzma s glycerinem nebo lze podat perorální projímadla dle ordinace lékaře. (39, 18, 22)

Důležité je pacientovi vytvořit podmínky týkající se režimu a úpravy prostředí pro kvalitní spánek a odpočinek. Lůžko by mělo být upravené, čisté. Spánek je v prvních dnech po operaci rušen hlavně bolestí. V operační den a v prvním pooperačním dnu se podávají analgetika v pravidelných intervalech, po 4–6 hodinách, v dalších pooperačních dnech se dávky snižují, po 8-12 hodinách, popřípadě jsou podávána analgetika a na noc dle potřeby hypnotikum. Význam spánku jako fungování je často přehlížen. U pacientů, kteří jsou hospitalizováni na JIP je tato funkce zcela zásadní. Během jejich uzdravování se od nich očekává spolupráce, to vše vyžaduje obrovskou energii, kterou musí pacienti vynaložit na spolupráci, například při hlubokém dýchání, odvykání od ventilátoru, samostatné polohování, vstávání z lůžka a posazování. Tato zásadní role, kterou spánek znamená pro pacienty uzdravující se z vážného zdravotního stavu je všeobecně málo známá. Pacient, který je odpočatý, mnohem lépe spolupracuje a může být dříve propuštěn na standardní oddělení. Při vyšetřování a léčení nemocných se dbá na jeho soukromí a dodržení intimity. (39, 6)

Důležitá je i rehabilitace po operaci srdce, a to jak dechová tak i pohybová. Každý den na oddělení docházejí fyzioterapeuti. Cvičení je pevnou součástí denního režimu pacientů, jeho součástí je i dechová gymnastika, sloužící k prohloubení dýchání, zvýšení plicní ventilace, zlepšující prokrvení plic. Sestra musí u nemocného podporovat včasné vstávání z lůžka a sebeobsahu. První vstávání z lůžka je prováděno za asistence sestry nebo fyzioterapeuta. Do rehabilitace patří i verbální a neverbální komunikace. Sestra respektuje projevy úzkosti a snaží se o podání dostateku informací. U imobilních pacientů se musí dbát především na zvýšenou péči o kůži, aby se zabránilo vzniku proleženin. Používají se nejrůznější antidekubitární pomůcky a matrace. Také je důležité dbát správného uložení pacienta na lůžku, jeho jednotlivých částí těla, které

musí být ve fyziologické poloze. Polohu pacienta je potřeba měnit každé dvě hodiny a zabezpečit jeho včasnou mobilizaci. (39, 18)

#### ***1.4.2 Uspokojování psychických potřeb u nemocného po operaci srdce***

Pomine-li se základní somatická péče o pacienta po operaci srdce (hygiena, dietní režim, spánek a odborná péče dle ordinace lékaře), je úkolem sestry psychická podpora nemocného. Sestra má k dispozici účinné nástroje, které jí pomáhají tento úkol splnit, aniž by musela vyčlenit navíc čas k psychologické práci s pacientem. Mezi tyto účinné nástroje patří komunikace, individuální přístup, orientace v konkrétní životní situaci nemocného, empatie, povzbuzení, zprostředkování informací mezi nemocným a jeho blízkými, popřípadě kontakt se sociální pracovníci. (26)

Uspokojování psychických potřeb je zaměřené především na odstraňování a zmírňování bolesti, protože bolest se odráží na psychice člověka, odstraňování nebo zmírňování strachu a úzkosti pacientů, identifikování obav a nejistot z neznámého a zabránit ztrátě sebeúcty po této náročné operaci. Od sestry se vyžaduje trpělivé ošetřování nemocných, respektování individuální citlivosti na bolest a vytvoření klidného prostředí. Sestra by měla být trpělivá, neboť převážná část pacientů hospitalizovaných na kardiochirurgickém oddělení je vyššího věku a převážně v prvních pooperačních dnech hůře mobilních. Je důležité respektovat jejich sníženou toleranci k fyzické námaze a přizpůsobit tomu i rehabilitaci. Velmi důležitý je i citlivý přístup k pacientům ze strany sester i lékařů, aby se minimalizovalo psychické strádání pacientů během jejich hospitalizace. Klade se velký důraz na individuální péči a uspokojení biopsychosociálních potřeb.(6, 31, 14)

Pacienty po operaci srdce provázejí nepříjemné pocity, nejistota, úzkost a strach. Sestra musí věnovat lidem ve strachu, úzkosti a bolesti velkou pozornost, neboť tyto lidé hůře čelí nebezpečí, objevují se u nich známé fyzické a psychické reakce, jako například tlukot srdce, změny ve frekvenci dýchání, pocení, v duševní rovině pak především obecné snížení schopnosti myslet jasně a realisticky. Již v předoperačním období se tyto problémy dostávají do popředí, a proto je důležitá komunikace, dostatek vhodných informací, jejich opakování a respektování strachu a úzkosti ze strany zdravotnického

personálu. Bolest v pooperačním období zpětně vyvolává pocity strachu a úzkosti jak již bylo zmíněného, proto by neměla být podceňována a včas odstraněna. (9)

Mezi potřeby jistoty a bezpečí se řadí potřeba vyhnout se ohrožení, potřeba ochrany zdraví. Rozvoj aterosklerózy pokračuje i po úspěšně provedené srdeční operaci. Jak rychle bude pokračovat závisí jednak na vrozených dispozicích a jednak na způsobu života. Pacient má tak do jisté míry svůj osud ve svých rukou. Někdo tuto potřebu uspokojuje dodržováním pravidelného léčebného režimu, někteří pacienti si možné ohrožení nepřipouští. Pocit bezpečí a jistoty je pro nemocné velmi důležitý. Pro veškerou techniku a pomůcky by se nemělo opomenout, jak velmi blízký vztah je mezi sestrou a pacientem. Sestra je první člověk, který je u pacienta, když se probouzí z anestézie. Je také první, kdo ho informuje o prostředí, kde se nachází, o čase, a uklidní ho, že je již po operačním výkonu. Velice dobrý je tělesný kontakt, jako například uchopení ruky. Pacient s vděčností přijímá tento vstřícný dotyk a často na důkaz pocitu jistoty a bezpečí sestře stiskne oplátí. Potřeba informovanosti by měla být uspokojována při každé návštěvě pacienta ošetřujícím lékařem, ale i sestrami při vykonávání ošetrovatelské péče u pacienta. Pacienti mají často obavy ze své budoucnosti. Mají strach zda-li budou moci vykonávat běžné denní činnosti jako před operací. Důležité je zajistit pacientům kontakt s rodinou. Kontakt s rodinou je pacientům umožněn většinou první pooperační den. Velmi důležitá je i psychická příprava již před operací, neboť nemocný přichází do neznámého prostředí a čeká ho velmi náročný operační výkon. Nemocný prožívá strach a úzkost, a proto je od začátku hospitalizace naprosto nezbytný vstřícný a laskavý přístup veškerého personálu. (31, 6, 4)

#### ***1.4.3 Uspokojování sociálních, kulturních a duchovních potřeb u nemocných po operaci srdce***

I přesto, že je práce zaměřena na uspokojování potřeb biologických a psychických, nelze opomenout zmínku na uspokojování potřeb sociálních, kulturních a duchovních potřeb.

Uspokojování sociálních potřeb je zaměřené především na udržování sociálních kontaktů. Významné jsou kontakty s rodinou, příbuznými, i vytvoření pozitivní

atmosféry, lidského kontaktu, zvláště u osob pokročilého věku. Důležité je i řešení problémů souvisejících se ztrátou zaměstnání, péče při doléčování, možnosti další seberealizace. Pacienti jsou již před operací seznámeni o všem, co se týká pooperačního průběhu, rekonvalescence a o způsobu života po operaci. Sociální kontakt je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka, protože člověk těžko snáší jakoukoliv izolaci. Pacienti jsou v nemocnici izolováni od svých domovů a rodin. Předpokladem sociální pohody pacienta je dobrý vztah mezi ním a zdravotnickým personálem. Chápavý přístup ze strany sester k pacientovi, srozumitelné informace jsou pro jeho spokojenost, pohodu a adaptabilitu důležité. (6, 10)

Do uspokojování kulturních potřeb patří především umožnění sledování společenského a kulturního dění, zabezpečení tisku, poslechu rádia, sledování televize a na estetiku prostředí, tj. teplotu, vlhkost, cirkulaci vzduchu, osvětlení, boj proti hluku. Uspokojování duchovních a spirituálních potřeb je zaměřeno především na respektování náboženské svobody, a to poskytnutím možnosti zúčastňovat se náboženských úkonů. Někteří pacienti chápou nemoc jako zkoušku víry, jiní jako trest. Věřící pacienti se mohou dostat do duchovní prázdnoty, která se projevuje pocitem strachu. Obvykle však náboženské přesvědčení pomáhá lidem vyrovnat se s chorobou. Při těžké nemoci se často nemocní dožadují návštěvy kněze. Tato potřeba by měla být pacientům uspokojena, pokud je to možné, neboť je důležité si uvědomit, že víra je významnou součástí jejich osobnosti. Při upokojování všech potřeb je třeba respektovat práva pacienta. (6, 10)

### ***1.5 Role sestry v péči o nemocného po operaci srdce***

Pojem role označuje určité očekávané chování jedince, které souvisí s jeho určitým postavením ve společnosti. Profesionální role je vzor chování, které je určeno požadavky určité společnosti. Role sestry v péči o nemocného po operaci srdce spočívá v roli poskytovatelky ošetrovatelské péče. Sestra při své práci vychází z potřeb nemocného a pochopení jeho problémů, má možnost zabezpečit nemocnému pocit jistoty a je emocionálně neutrální, to znamená, že je schopná svou emocionalitu vždy podřídit racionální kontrole. Povinnost sestry, která poskytuje ošetrovatelskou péči

spočívá v převzetí role zajištění fyziologických potřeb tak, aby nemocný člověk netrpěl nedostatkem, například ve výživě, ve vyprazdňování. (6, 16, 30)

Mezi další role patří role manažerky, to znamená že řídí ošetrovatelský proces. Sestra za pomoci ošetrovatelského procesu hodnotí, analyzuje a diagnostikuje celostní (psychosomatické) reakce klienta na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo náročné životní situace, jako například dušnost, bolest, nepohyblivost, porucha sebezpečí, úzkost, strach, stud, osamělost. Tato činnost klade důraz na individuální odbornost sestry. Kvalifikovaná sestra by měla svými aktivitami ovlivňovat lidi tak, aby jejich lidský potenciál byl využit k udržování a podpoře zdraví. Patří sem nabízení pomoci lidem, pokud se u nich objeví celostní reakce na neuspokojené základní životní potřeby a aktivity. Činnost sestry je zaměřena především na podporu jednotlivce, aby získal potřebnou psychosomatickou rovnováhu a soběstačnost tak rychle, jak je to jen možné. (16, 6)

Důležitou rolí je role edukátorky. Je zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování v zájmu podpory a obnovy zdraví. Pacienta by měla sestra edukovat např. o správném vstávání z lůžka, stravování, vyprazdňování, předcházení bolesti apod. Ne méně významná je role advokátky. Je obhájkyň pacienta, reprezentuje jeho práva a vysvětluje mu je. Sestra by měla nemocného po operaci srdce obhajovat například při žádosti o lázně, o další informace týkající se jeho další léčby, tlumočí jeho názory a požadavky. Další rolí je role nositelky změn. Ošetrovatelství se neustále vyvíjí a sestry by měly být hnacími motory a neodporujícími silami změn. Nesmí se zapomenout i na roli výzkumníka. Tato role vyžaduje přiměřené vzdělání, možnosti a potenciál pro výzkumnou činnost. (16, 6)

Velmi důležitá je i role mentorky. Sestra mentorka zodpovídá za klinický dohled nad studenty ošetrovatelství a porodní asistence. Sestra musí mít pro tuto roli adekvátní klinickou a pedagogickou způsobilost a zralou osobnost. Role sestry v péči o nemocného po operaci srdce je zásadní. Tato péče vyžaduje citlivou ošetrovatelskou péči a zvýšenou pozornost. Sestra je v pozici, kdy může zajistit kvalifikovanou, citlivou ošetrovatelskou péči, sledovat účinky léčby, hlásit přítomnost nepříjemných komplikací a koordinovat tuto péči ve spolupráci s ostatními členy ošetrovatelského týmu. Sestry



jsou díky novému zlepšování techniky v kardiochirurgii obklopovány novými přístroji, někdy tak složitými, že veškerou svou energii upínají jen k jedinému cíli, zvládnout jejich obsluhu a přitom ty přístroje nepoškodit a zároveň neublížit pacientovi. Kvalitu poskytované ošetrovatelské péče ovlivňují nejen materiální a technické vybavení, ale i profesionální přístup sestry k pacientovi. Práce sestry na kardiochirurgickém oddělení je velmi náročná, protože musí perfektně ovládat veškerou přístrojovou techniku, farmakologii a pružně reagovat na změnu fyziologických funkcí nemocných a zároveň musí uspokojovat potřeby nemocných. (29, 16, 6)

Nezbytnou součástí uspokojování a naplňování potřeb nemocných je správná informovanost a pravidelná komunikace s nimi. Sestra používá komunikaci v rámci ošetrovatelského procesu, kterou zaměřuje na zjišťování biologických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb. Prostřednictvím komunikace sestra získává informace od pacienta, informuje ho, ovlivňuje, přesvědčuje, motivuje, povzbuzuje, edukuje, vysvětluje a hodnotí. V neposlední řadě, komunikace umožňuje sestře navázat s pacientem kontakt, lépe ho vnímat, pozorovat, ale především ho chápat, a to je další role sestry. (21,12)

Příjem pacienta zpravidla začíná rozhovorem a značná část klíčových informací se získá právě při tomto rozhovoru. Komunikace a informovanost mají svůj velký význam již v předoperačním období. Při komunikaci s nemocným se hodnotí zdravotní anamnéza, zjišťuje se zda je něco důležitého v rodinné anamnéze a zda se u něho vyskytuje neklid, rozrušenost, zmatenost, strach. Dále sestra zjišťuje jaké léky pacient užívá, zda má léky u sebe a pokud ano, odeberou se mu a uloží se na místo příslušné k tomu určené. Při propuštění jsou nemocnému tyto léky vráceny. Je to opatření před tím, aby pacient bez našeho vědomí neužíval léky, které mu nenáleží a tím by mohl ohrozit svůj zdravotní stav. Zjišťují se i spánkové a stravovací potíže, potíže při vyprazdňování moče a stolice, výskyt jiné bolesti, než té, která je příčinou jeho obtíží, zda používá brýle nebo naslouchadlo a zda má zubní protézu. Všechny informace jsou důkladně vypsány do příslušné dokumentace a stvrzeny podpisem sestry. Tyto informace získané rozhovorem s pacientem mají svůj význam. Sestra na základě těchto

informací zjistí aktuální nebo potenciální problémy nemocného a následně se snaží tyto problémy řešit. (24, 9)

Při rozhovoru je nutné být trpělivá a taktní, protože převážná část nemocných je staršího věku a nedoslýchá. Při rozhovoru s nemocným mají velkou úlohu i pozorovací schopnosti sestry, protože kromě konkrétního sdělení pacienta přicházejí informace také z jeho „neverbální komunikace“. Například pacient v pooperačním období může říci sestře: „Ne, nic mě nebolí,“ ale výraz jeho tváře označuje úzkost, nejistotu a bolest. Sestry by neměly podceňovat význam verbální i neverbální komunikace při získávání informací. Sestry by měly umět klást správné otázky, vědět, jak povzbudit nemocného, aby poskytl informaci, a snad nejdůležitější věc – správně hodnotit neverbální projevy. (24)

Po celou dobu hospitalizace by měl být nemocný dostatečně informován jak sestrou tak i lékařem. Sestry i lékaři mohou poskytnutím správných informací urychlit uzdravování, snížit počet komplikací, potřebu tlumit bolest a tím uspokojovat potřeby pacienta. Prostředky neverbální komunikace jako například dotek, pohlazení po tváři, po ruce vyjadřuje zájem či starost sestry o tohoto pacienta. Pacient to většinou přijme vstřícným úsměvem. Je však důležité myslet na to, že každý z nás jsme individuální a reakce na takovýto dotek může být u jiných pacientů odlišná. (24)

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je zjistit uspokojení biologických a psychických potřeb u nemocných po operaci srdce.

### **2.2 Hypotézy práce**

H1: Biologické potřeby jsou v rámci ošetrovatelského procesu u pacientů po operaci srdce uspokojovány prioritně.

H2.: Pacienti po operaci srdce pociťují nedostatek v saturaci psychických potřeb.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku. Byl použit dotazník pro pacienty (příloha 2) a sestry (příloha 3). Dotazníky byly anonymní a byly sestaveny z otázek uzavřených a polouzavřených, které nabízely výběr z konkrétních odpovědí a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru.

V dotazníku pro pacienty bylo u většiny otázek použito pětistupňové škály *velmi spokojen/a* 1 – 2 – 3 – 4 – 5 *velmi nespokojen/a*. Dotazník pro pacienty obsahoval celkem 26 otázek. Úvodní čtyři otázky byly identifikační. Otázka č. 5 charakterizuje, zda byli pacienti přijati plánovaně či náhle. Dalších 21 otázek bylo zaměřeno na změny potřeb u pacientů po operaci srdce, jejich uspokojování a hodnocení ošetrovatelské péče z pohledu pacientů. 21 otázek bylo uzavřených a 5 otázek polouzavřených.

Druhý dotazník byl určen pro sestry pracující na Kardiovaskulární klinice ve VFN v Praze. Dotazník pro sestry obsahoval celkem 29 otázek. Úvodní čtyři otázky byly identifikační. Dalších 25 otázek bylo zaměřeno na zjišťování, jak sestry uspokojují potřeby u nemocných po operaci srdce. 13 otázek bylo polouzavřených, kdy sestry odpovídaly na otázku variantami, které byly v nabídce nebo měly možnost napsat vlastní odpověď na místo k tomu určené. 16 otázek bylo uzavřených, sestry odpovídaly možnostmi v nabídce.

#### **3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Výzkumný soubor tvořili pacienti hospitalizováni a sestry pracující na Kardiovaskulární klinice ve VFN v Praze.

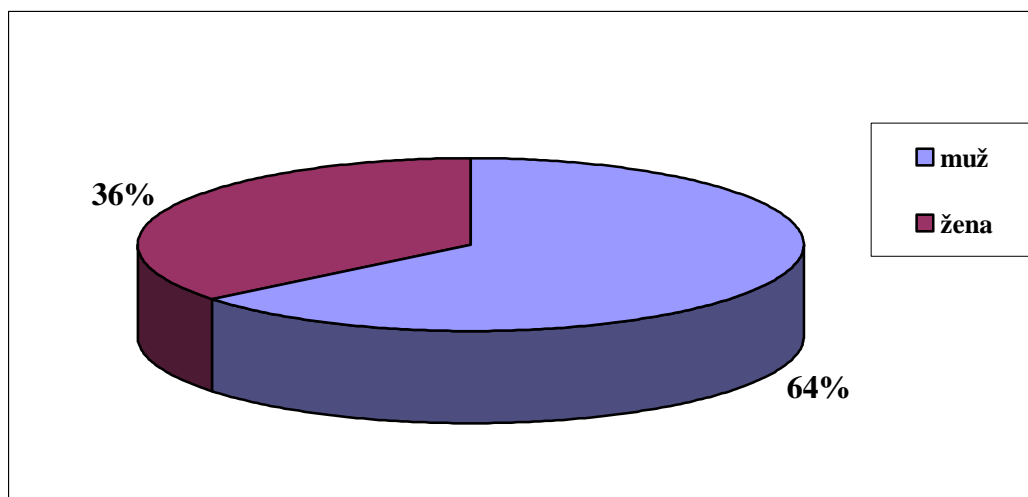
Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků pro pacienty v období od ledna 2007 do března 2007. Dotazníky pacienti vyplňovali čtvrtý až sedmý den po operaci srdce a hodnotili jak jsou uspokojovány nebo naopak nespokojovány jejich potřeby po operaci srdce. 10 dotazníků se nevrátilo vůbec, 5 dotazníků bylo prázdných. Návratnost dotazníků byla 91,7 % z původního počtu, z toho 5 dotazníků nebylo vyplněno kompletně, a proto byly vyřazeny. Celkem bylo ke zpracování údajů zařazeno 100 dotazníků. Výzkumný soubor tvořil 100 pacientů.

Dotazníků pro sestry bylo rozdáno 92, v období od února do března 2007. Návratnost dotazníků byla 94,5 %, vzhledem k tomu, že některé sestry pracující na pooperačním oddělení kardiochirurgie v Praze odmítly dotazníky vyplnit. 20 dotazníků se vrátilo prázdných, 5 vůbec a 7 dotazníků bylo vyloučeno pro jejich neúplnost. Celkem bylo vyhodnoceno 60 dotazníků. Výzkumný soubor tedy tvořil 60 sester.

## 4. Výsledky

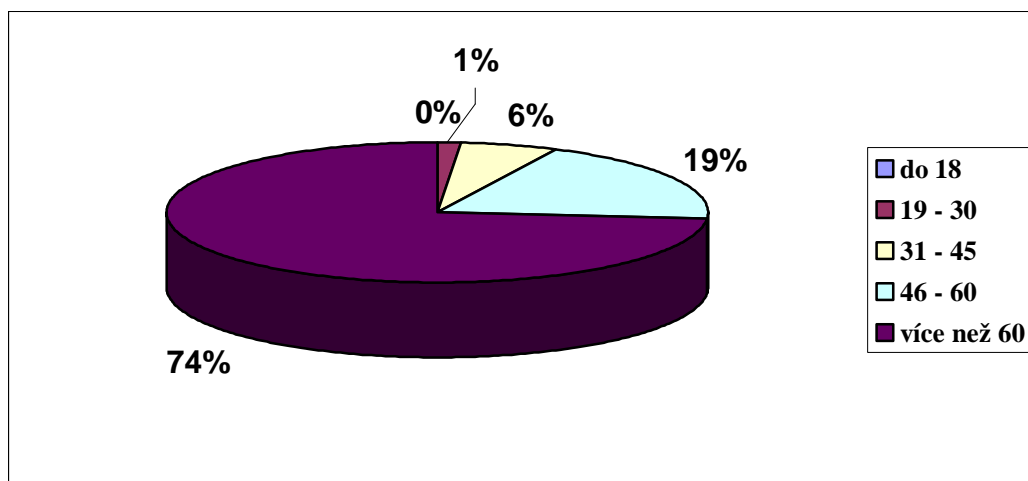
### 4.1 Dotazník pro nemocné po operaci srdce

**Graf 1 Pohlaví pacientů** (graf k otázce č. 1 z dotazníku 1)



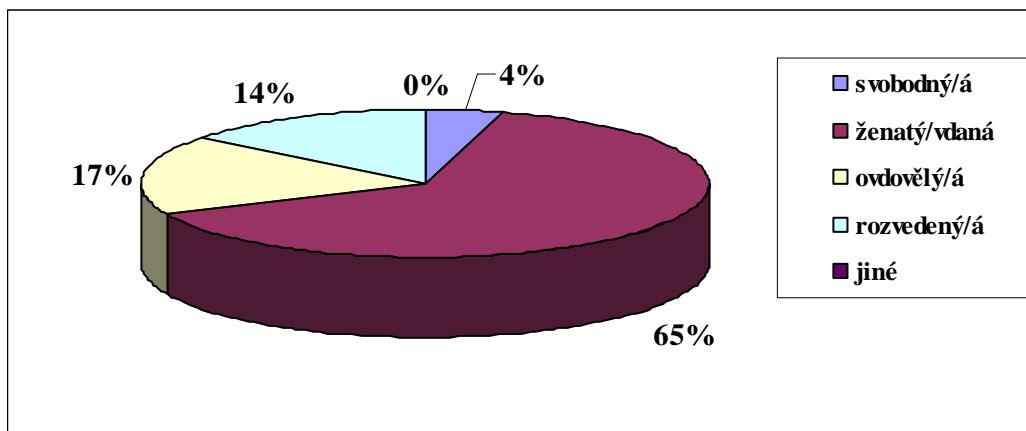
Soubor tvořilo 100 respondentů (100 %) respondentů, z toho bylo 64 mužů (64 %) a 36 žen (36 %).

**Graf 2 Věkové kategorie pacientů** (graf k otázce č. 2 z dotazníku 1)



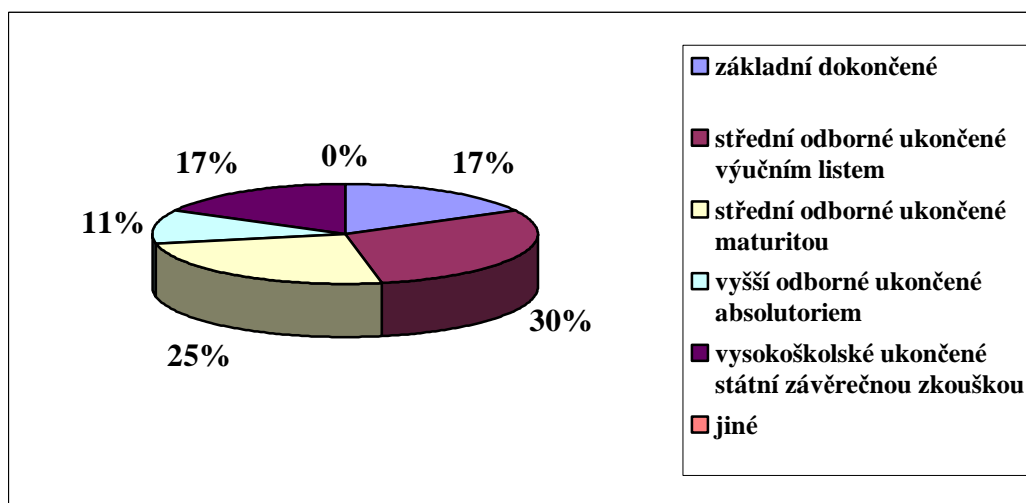
Graf ukazuje, že z celkového počtu respondentů bylo 74 pacientů (74 %) ve věku vyšším než 60 let, ve věku 46 – 60 bylo 19 nemocných (19 %), 6 pacientů (6 %) se pohybovalo ve věkovém rozmezí 31 – 45 let. 1 pacient (1 %) byl ve věku 19 – 30 let, nikdo (0 %) ve věku do 18 let.

**Graf 3 Rodinný stav pacientů** (graf k otázce č. 3 z dotazníku 1)



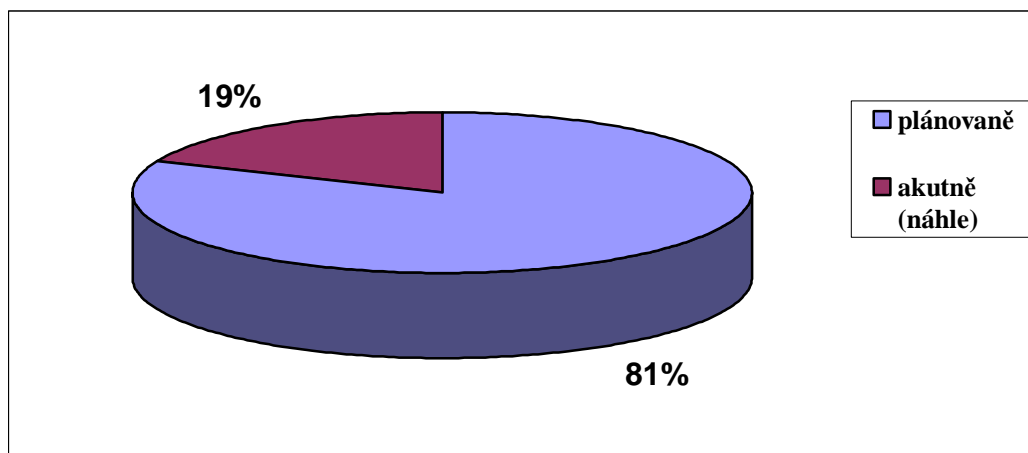
Z celkového počtu respondentů bylo 65 nemocných (65 %) ženatých/vdaných, 17 pacientů (17 %) ovdovělých/á, 14 nemocných (14 %) rozvedených/á, 4 pacienti (4 %) svobodných/á a nikdo (0 %) z dotazovaných neoznačil odpověď jiné.

**Graf 4 Vzdělání pacientů** (graf k otázce č. 4 z dotazníku 1)



Graf zobrazuje vzdělání pacientů. 30 nemocných (30 %) mělo vzdělání střední odborné ukončené výučním listem, 25 nemocných (25 %) střední odborné vzdělání ukončené maturitou, 17 nemocných (17 %) vysokoškolské vzdělání ukončené státní závěrečnou zkouškou, 17 pacientů (17 %) mělo základní vzdělání a 11 nemocných (11 %) vyšší odborné vzdělání ukončené absolutoriem. Odpověď jiné neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.

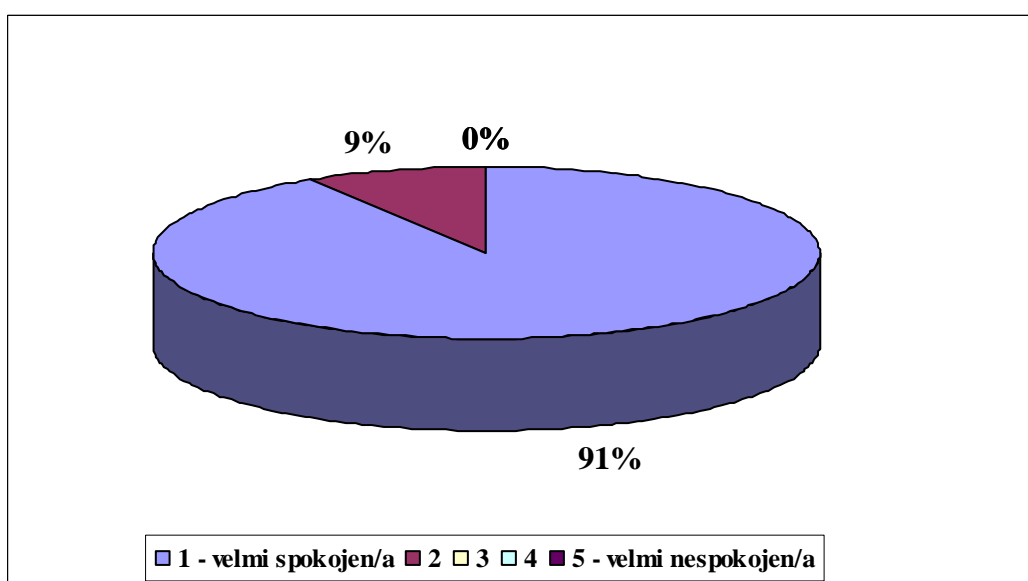
**Graf 5 Přijetí pacientů k operaci srdce** (graf k otázce č. 5 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo 81 nemocných (81 %) přijato plánovaně a 19 nemocných (19 %) akutně (náhle).

**Graf 6 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při hygienické péči**

(graf k otázce č. 6 z dotazníku 1)

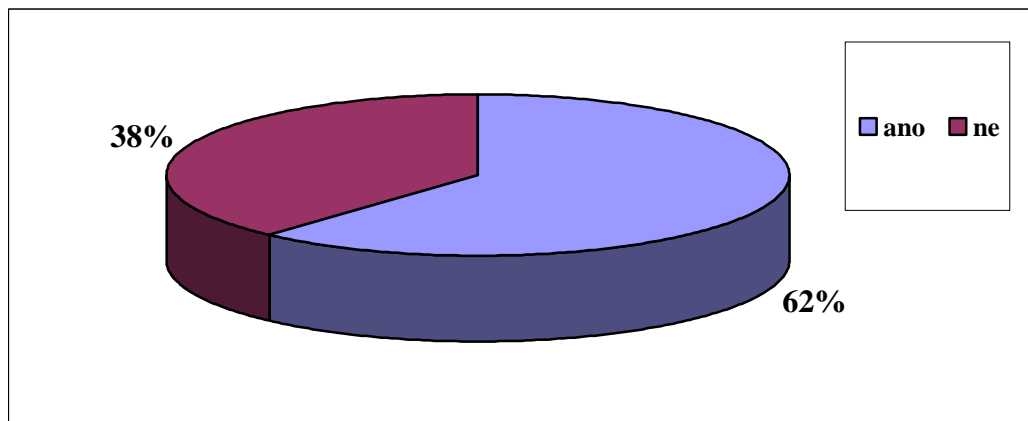


S pomocí sestry při hygienické péči bylo z celkového počtu respondentů 91 nemocných (91 %) velmi spokojeno, 9 nemocných (9 %) méně spokojeno, možnost odpovědi: těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.



### Graf 7 Uspokojení potřeby spánku pacientů

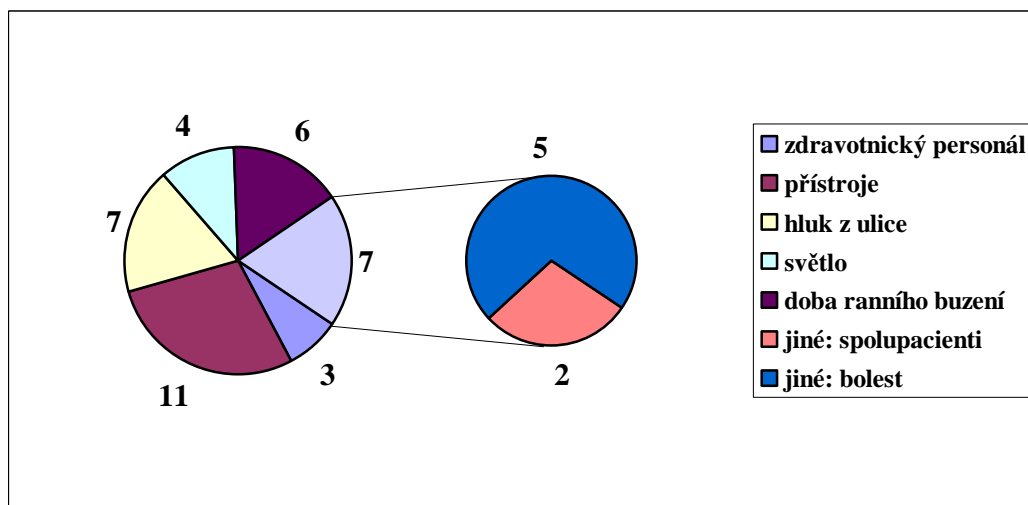
(graf k otázce č. 7 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů byla potřeba spánku u 62 pacientů (62 %) uspokojena, u 38 pacientů (38%) neuspokojena.

### Graf 8 Příčiny neuspokojení potřeby spánku u pacientů během noci

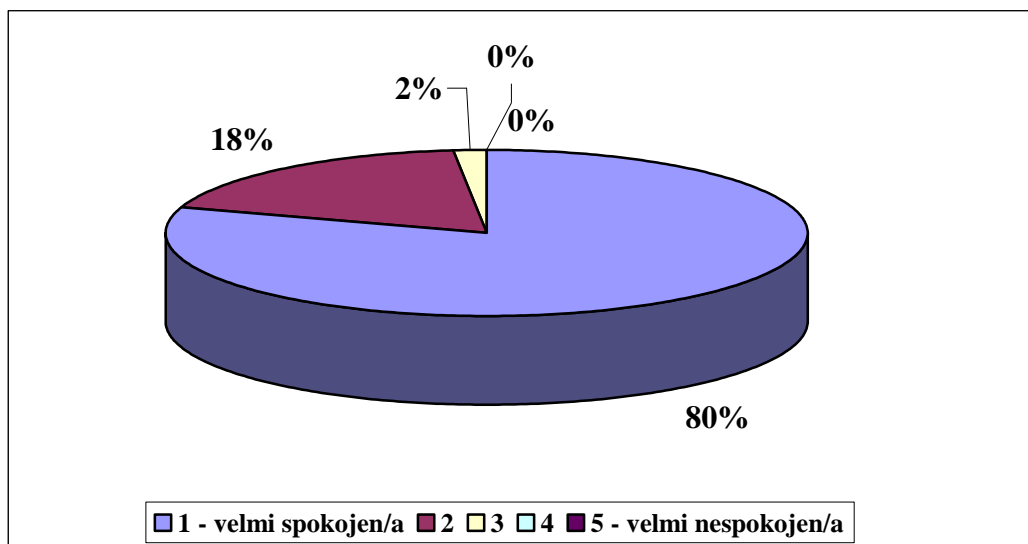
(graf k otázce č. 7 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 7. Graf ukazuje četnost odpovědí, kdy 38 respondentů označilo 11x jako příčinu narušeného spánku přístroje, 7x uvedly jiné příčiny, kdy odpověď byla následující: spolupacienti a bolest. Jako další příčiny narušeného spánku respondenti označily 7x hluk z ulic, 6x dobu ranního buzení, 4x světlo a 3 x zdravotnický personál.

### Graf 9 Pomoc sestry při uspokojování potřeby spánku u pacientů během noci

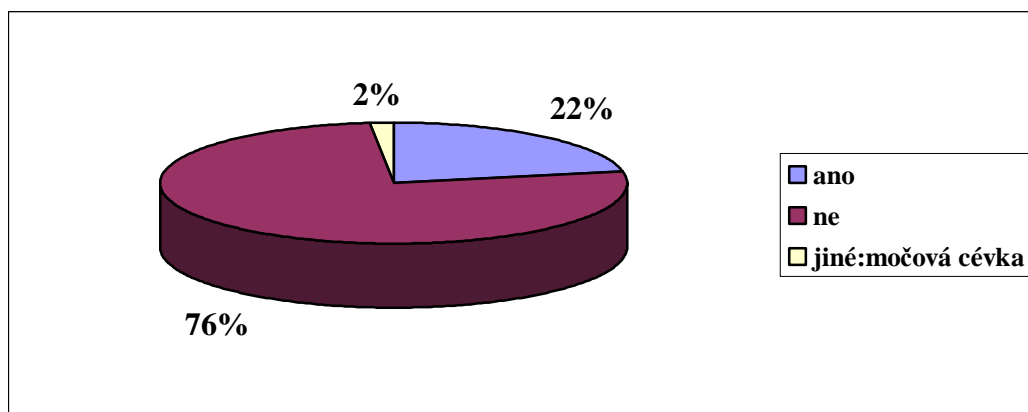
(graf k otázce č.8. z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo 80 pacientů (80 %) s pomocí sestry při zajištění spánku velmi spokojeno, 18 nemocných (18 %) méně spokojeno, 2 pacienti (2 %) odpověděli těžko říci. Nikdo (0 %) z dotazovaných pacientů neoznačil možnost méně nespokojen/a nebo velmi nespokojen/a.

### Graf 10 Problémy s vyprazdňováním moče u pacientů

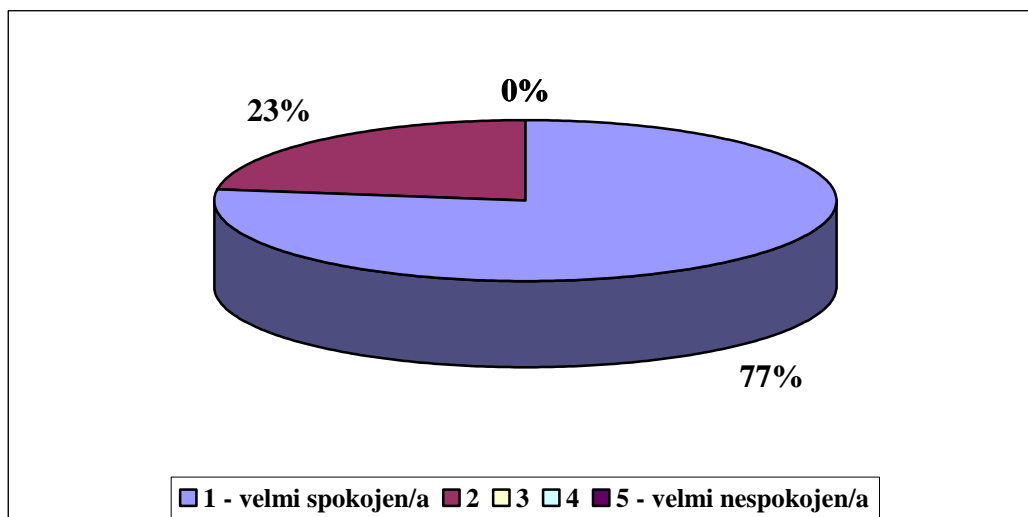
(graf k otázce č. 9 z dotazníku 1)



Z dotazovaných respondentů označilo 76 nemocných (76 %) odpověď ne, 22 pacientů (22 %) ano a 2 pacienti (2 %) označili možnost jiné, kdy odpověď byla následující: močová cévka.

### Graf 11 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při vyprazdňování moče

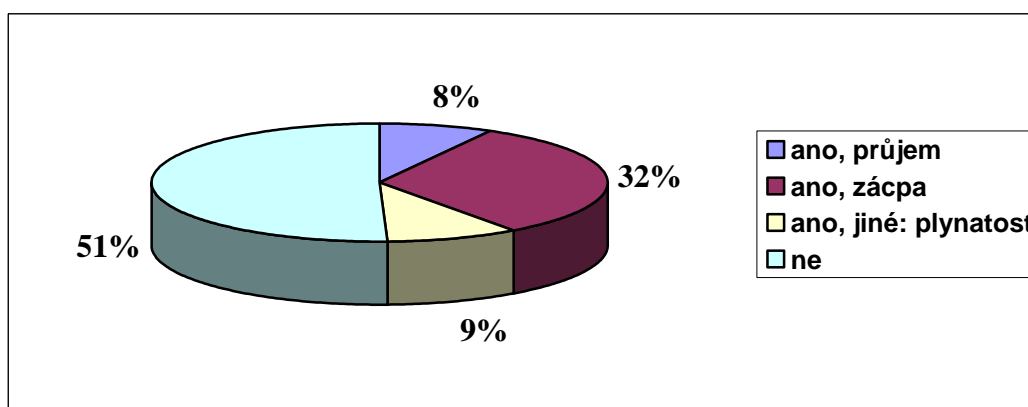
(graf k otázce č.9. z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 10. 17 pacientů (77 %) bylo s pomocí sestry při vyprazdňování moče velmi spokojeno, 5 pacientů (23 %) méně spokojeno. Nikdo z dotazovaných (0 %) neoznačil odpověď těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a.

### Graf 12 Problémy s vyprazdňováním stolice u pacientů

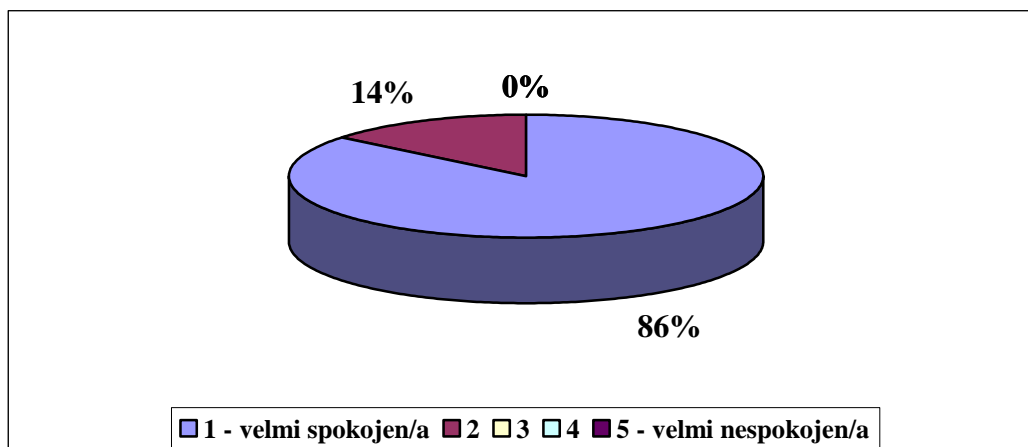
(graf k otázce č.10 z dotazníku 1)



Graf znázorňuje, že 51 nemocných (51 %) odpovědělo ne, 32 nemocných (32 %) mělo zácpu, 9 nemocných (9 %) udalo jiné potíže: plynatost, 8 nemocných (8 %) mělo potíže s vyprazdňováním stolice ve smyslu průměru.

### Graf 13 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při vyprazdňování stolice

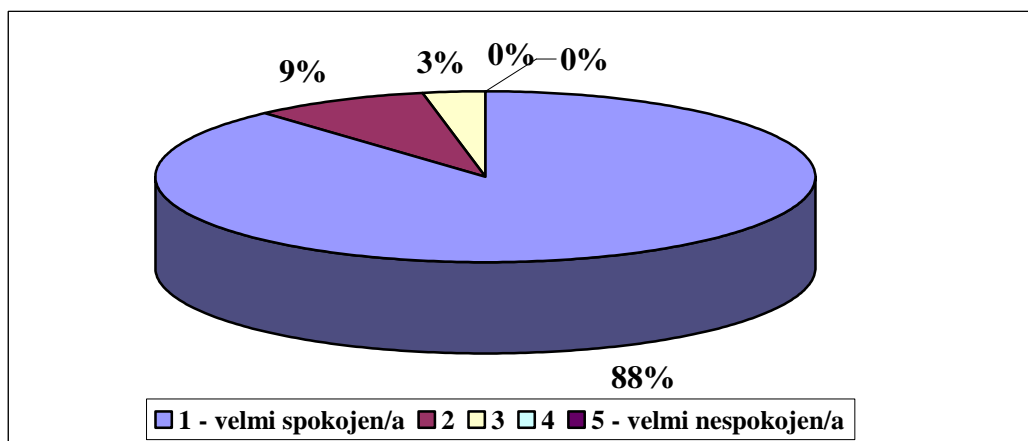
(graf k otázce č.10 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 12. S pomocí sestry při potížích s vyprazdňováním stolice bylo 42 nemocných (86 %) velmi spokojeno, 7 pacientů (14 %) méně spokojeno a nikdo (0 %) z nemocných neoznačil odpověď těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a.

### Graf 14 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zajištění změny polohy

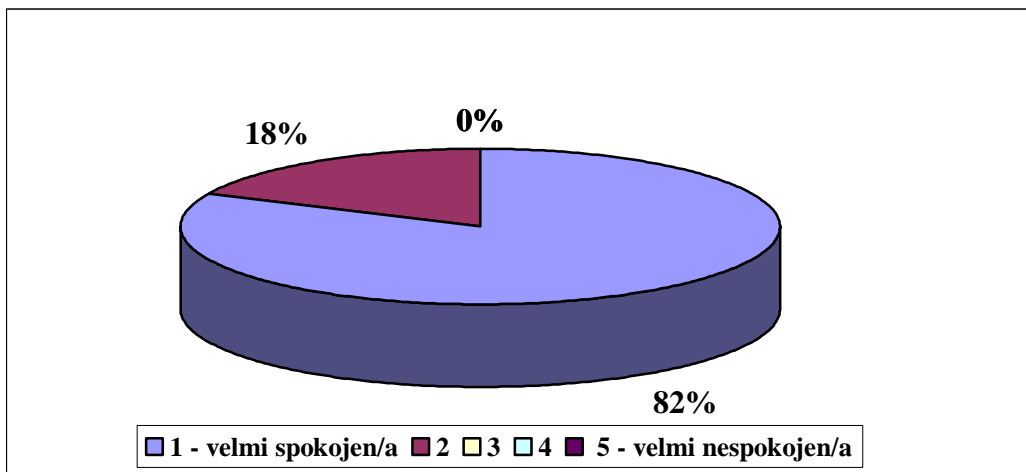
(graf k otázce č. 11 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo 88 nemocných (88 %) s pomocí sestry při zajištění změny polohy velmi spokojeno, 9 pacientů (9 %) méně spokojeno, 3 pacienti (3 %) odpověděli těžko říci a odpověď méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.

### Graf 15 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zajištění příjmu tekutin

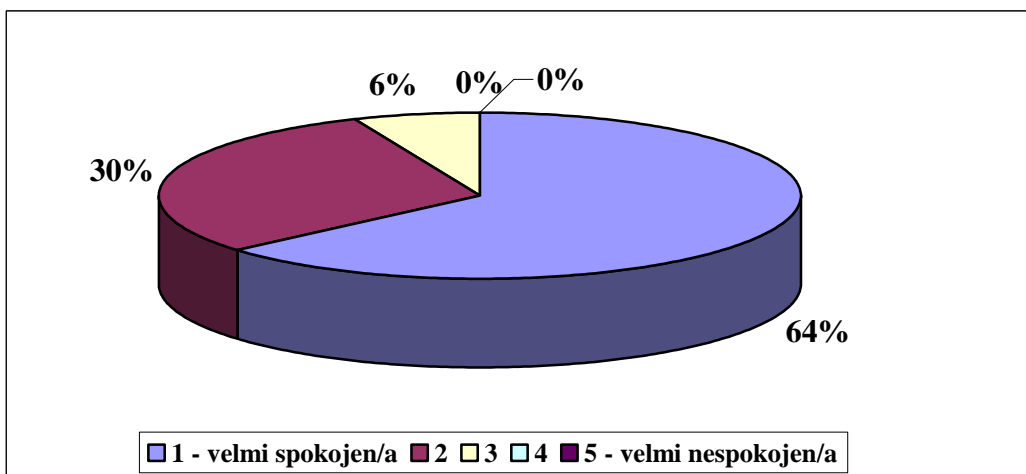
(graf k otázce č. 12 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo 82 nemocných (82 %) s pomocí sestry při zajištění příjmu tekutin velmi spokojeno, 18 pacientů (18 %) méně spokojeno, a nikdo (0 %) z nemocných neoznačil odpověď těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a.

### Graf 16 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zajištění příjmu stravy

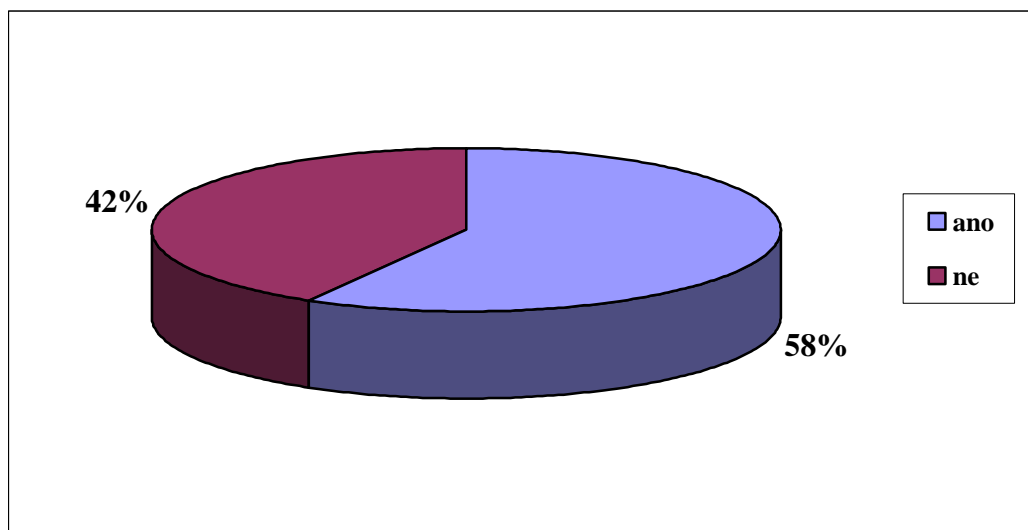
(graf k otázce č.13 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo 64 nemocných (64 %) s pomocí sestry při zajištění příjmu stravy velmi spokojeno, 30 nemocných (30 %) méně spokojeno, 6 nemocných (6 %) označilo odpověď těžko říci a nikdo (0 %) z dotazovaných pacientů neoznačil odpověď méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a.

### Graf 17 Zvýšená tělesná teplota u pacientů po operaci srdce

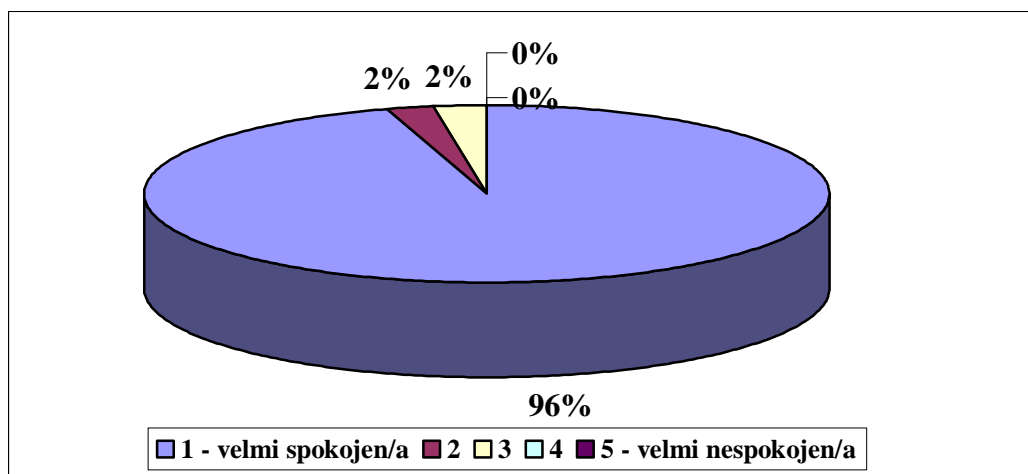
(graf k otázce č. 14 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů mělo 58 pacientů (58 %) zvýšenou tělesnou teplotu po operaci srdce a 42 nemocných (42 %) ne.

### Graf 18 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při snižování tělesné teploty

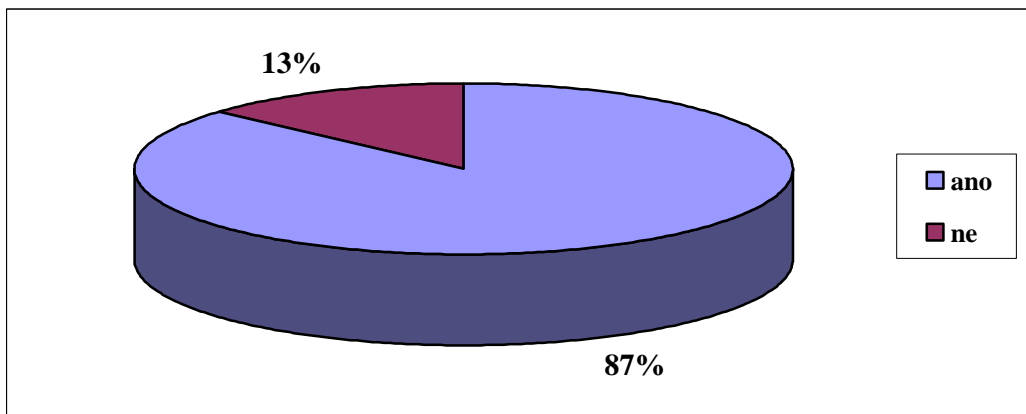
(graf k otázce č. 14 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 17, kde z 58 respondentů bylo 56 nemocných (96 %) s pomocí sestry při snižování tělesné teploty velmi spokojeno, 1 pacient (2 %) méně spokojen, 1 nemocný (2 %) odpověděl těžko říci a méně nespokojen a velmi nespokojen neoznačil nikdo z dotazovaných (0 %).

### Graf 19 Pociťování bolesti u pacientů po operaci srdce

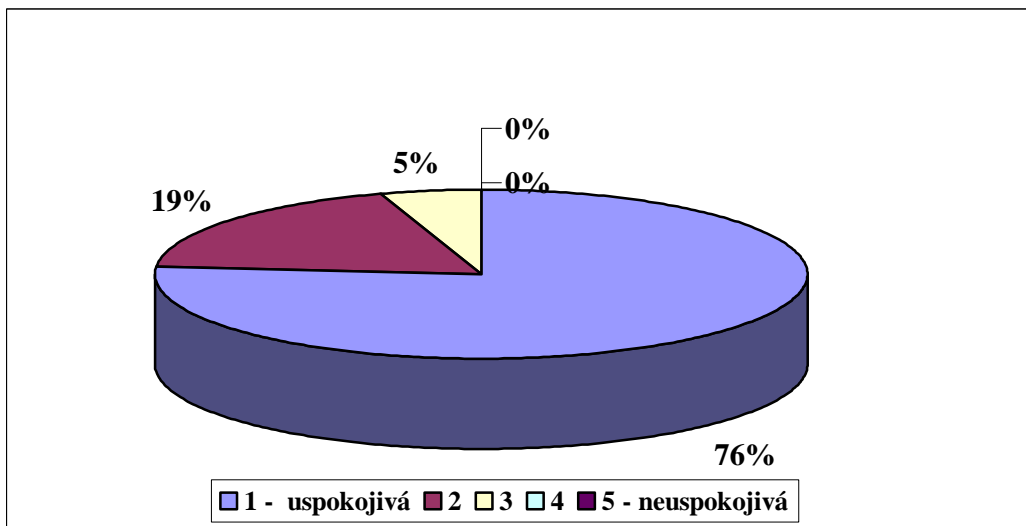
(graf k otázce č. 15 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů označilo 87 nemocných (87 %) že měly bolesti a 13 pacientů (13 %) nemělo bolesti po operaci srdce.

### Graf 20 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zmírňování nebo odstranění bolesti

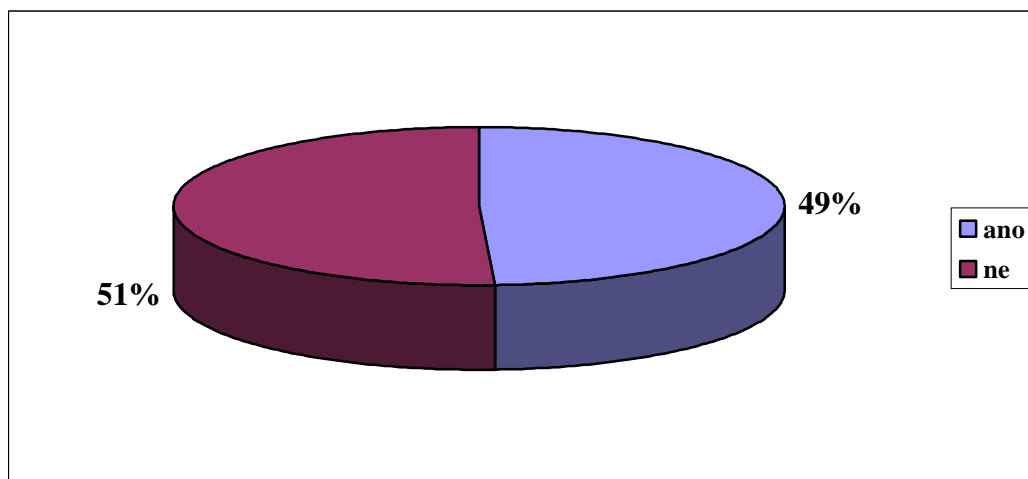
(graf k otázce č. 15 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 19. Pro 66 nemocných (76 %) byla pomoc sestry při zmírňování nebo odstranění bolesti uspokojivá, pro 16 pacientů (19 %) méně uspokojivá, 5 pacientů (5 %) odpovědělo těžko říci, odpověď méně neuspokojivá a neuspokojivá neoznačil nikdo z dotazovaných (0 %).

### Graf 21 Problémy s dýcháním u pacientů po operaci srdce

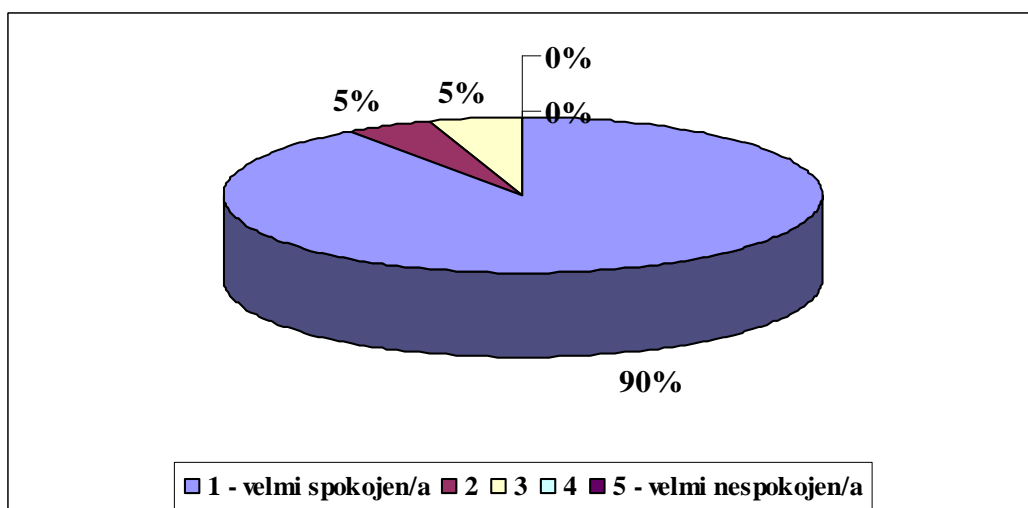
(graf k otázce č. 16 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů mělo problémy s dýcháním 49 pacientů (49 %), 51 nemocných (51 %) problémy nemělo.

### Graf 22 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při problémech s dýcháním

(graf k otázce č. 16 z dotazníku 1)

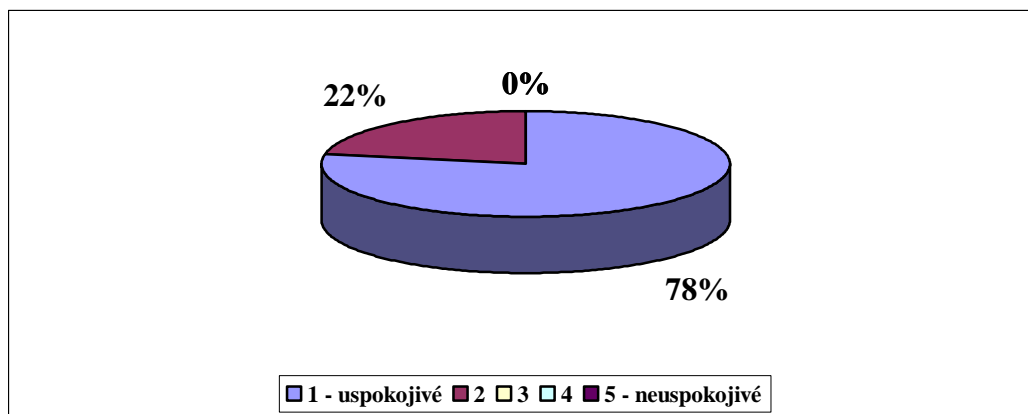


Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 21. Graf informuje, že 43 pacientů (90 %) bylo s pomocí sestry při problémech s dýcháním velmi spokojeno, 3 pacienti (5 %) byli méně spokojeni, 3 pacienti (5 %) označili odpověď těžko říci. Odpověď méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.



### Graf 23 Spokojenost pacientů s poskytnutím informací v souvislosti s podáváním léků od sester

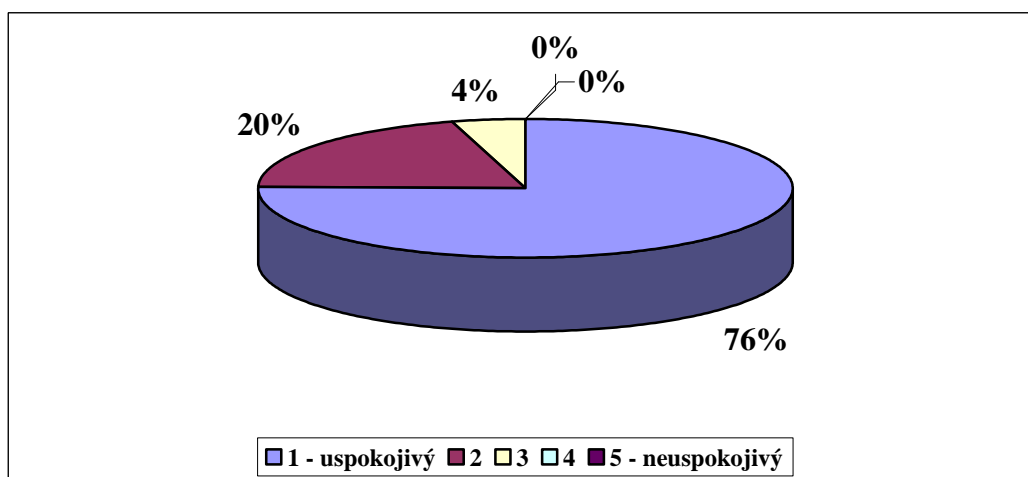
(graf k otázce č. 17 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů bylo pro 78 pacientů (78 %) poskytnutí informací od sester v souvislosti s podáváním léků uspokojivé, pro 22 pacientů (22 %) méně uspokojivé a odpovědi těžko říci, méně neuspokojivé a neuspokojivé nebyly označeny.

### Graf 24 Spokojenost pacientů s celkovým způsobem podávání informací od sester

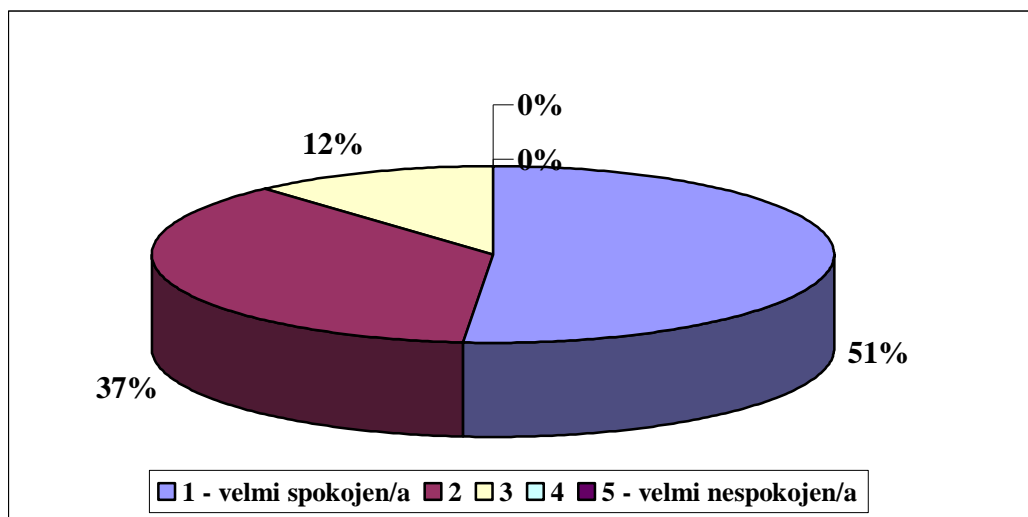
(graf k otázce č. 18 z dotazníku 1)



Graf ukazuje, že pro 76 pacientů (76 %) byl celkový způsob poskytování informací od sester uspokojivý, pro 20 pacientů (20 %) méně uspokojivý, 4 nemocní (4 %) odpověděli těžko říci, odpověď méně neuspokojivý a velmi neuspokojivý neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.

### Graf 25 Spokojenost pacientů s teplotou na pokoji

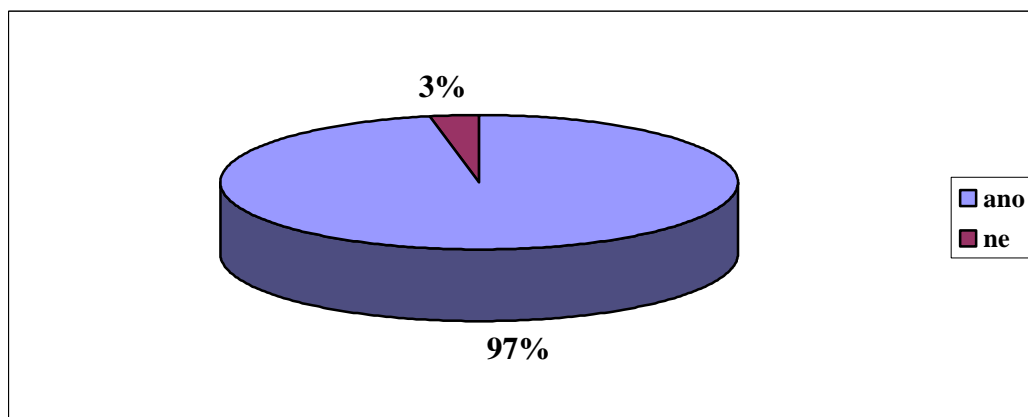
(graf k otázce č. 19 z dotazníku 1)



Graf znázorňuje, že s teplotou na pokoji bylo 51 pacientů (51 %) velmi spokojeno, 37 pacientů (37 %) méně spokojeno, 12 pacientů (12 %) označilo variantu těžko říci a odpověď méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.

### Graf 26 Možnost přítomnosti návštěv u pacientů po operaci srdce

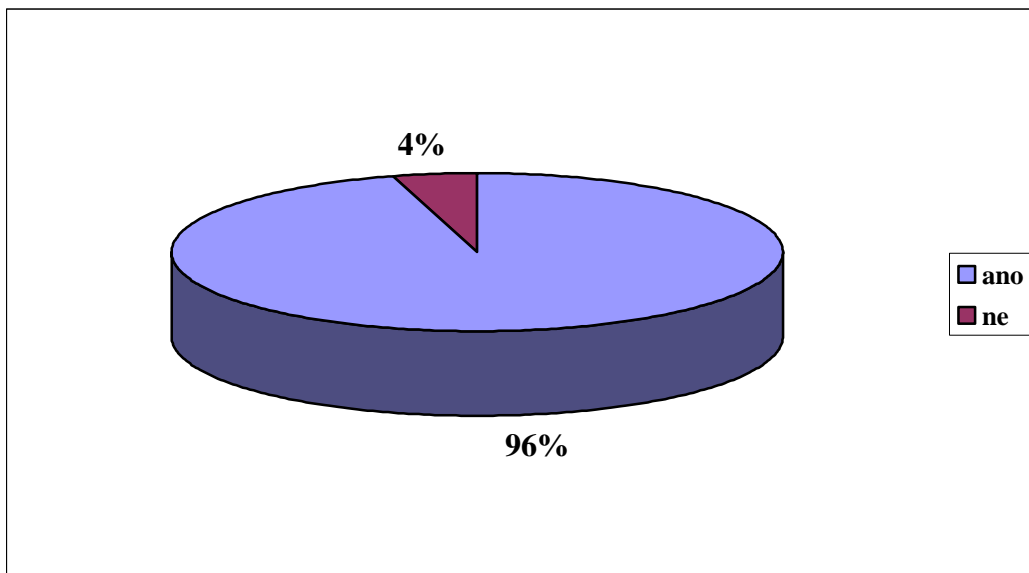
(graf k otázce č. 20 z dotazníku 1)



Graf informuje, že 97 pacientů (97 %) po operaci srdce mělo možnost přítomnosti návštěv kdykoliv během dne, 3 pacienti (3 %) označili, že neměli možnost přítomnosti návštěv kdykoliv.

### Graf 27 Možnost pacientů telefonovat s blízkými osobami

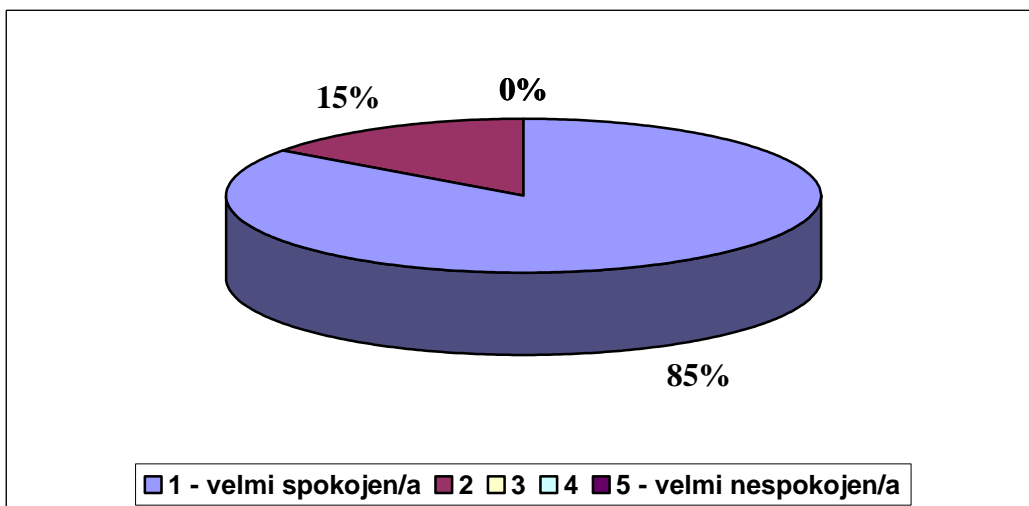
(graf k otázce č. 21 z dotazníku 1)



Graf informuje, že 96 pacientů (96 %) mělo možnost telefonovat s blízkými osobami a 4 pacienti (4 %) tuto možnost neměli.

### Graf 28 Spokojenost pacientů s respektováním studu a soukromí od sester

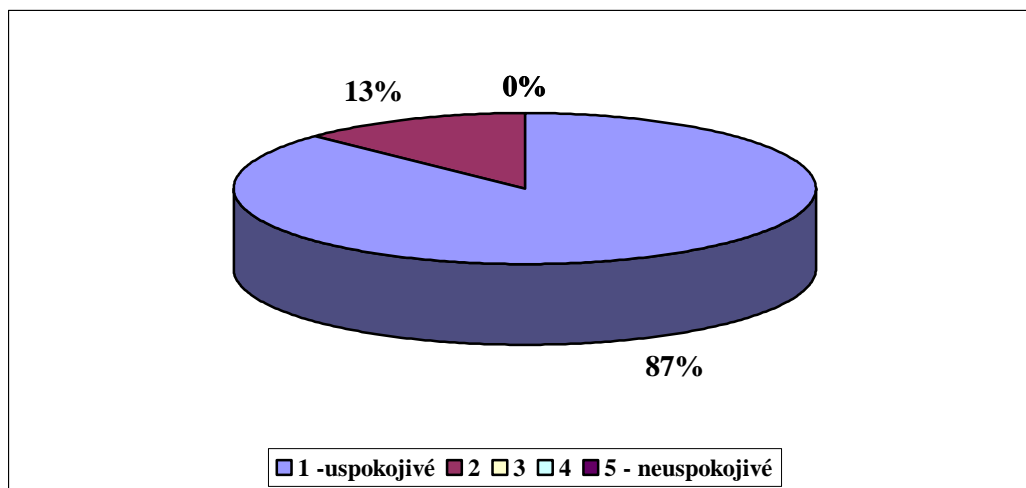
(graf k otázce č. 22 z dotazníku 1)



Graf ukazuje, že velmi spokojeno bylo 85 pacientů (85 %), méně spokojeno 15 pacientů (15 %). Odpovědi těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a nebyly označeny.

**Graf 29 Spokojenost pacientů s podáním informací sestrami o způsobu změny života u pacientů po propuštění**

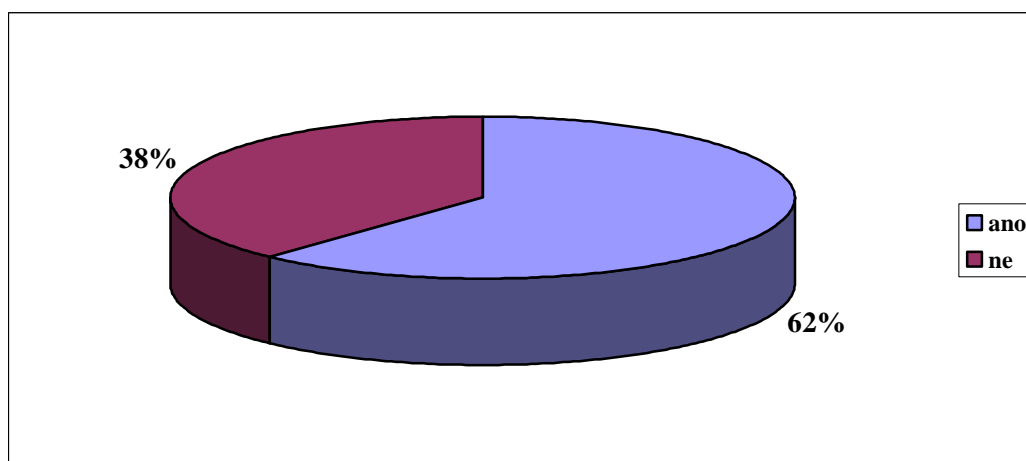
(graf k otázce č. 23 z dotazníku 1)



Pro 87 nemocných (87 %) bylo podání informací sestrami o způsobu změny života u pacientů po propuštění uspokojivé, pro 13 pacientů (13 %) méně uspokojivé, nikdo z dotazovaných (0 %) neoznačil odpověď těžko říci, méně neuspokojivé a velmi neuspokojivé.

**Graf 30 Pocity úzkosti u pacientů po operaci srdce**

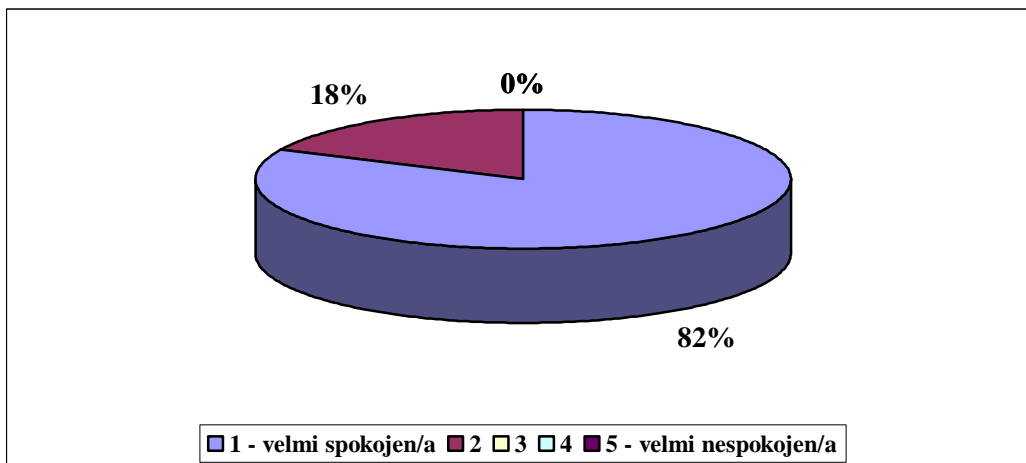
(graf k otázce č. 24 z dotazníku 1)



Graf informuje, že 62 pacientů (62 %) mělo pocit úzkosti po operaci srdce a 38 pacientů (38 %) ne.

### Graf 31 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zmírňování úzkosti

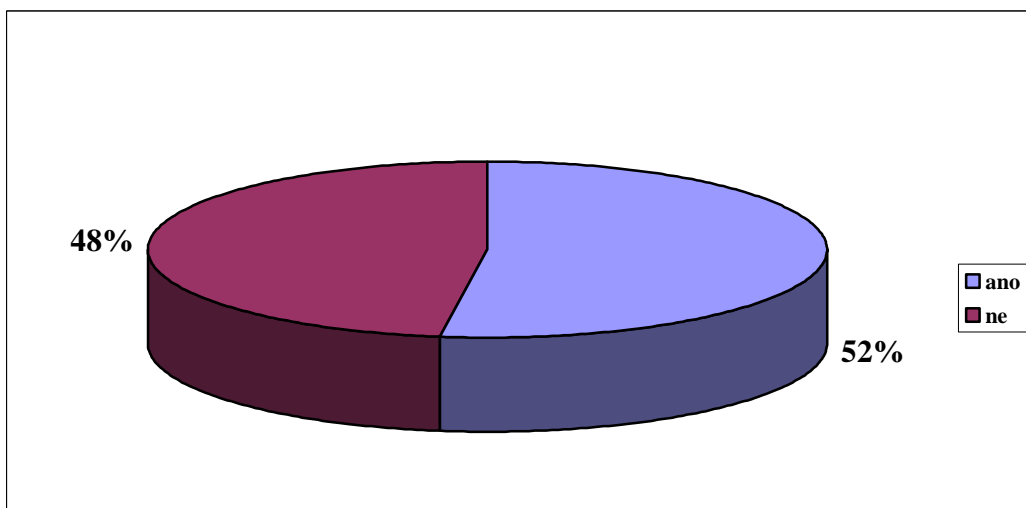
(graf k otázce č. 24 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 30. Graf ukazuje, že 50 pacientů (82 %) bylo s pomocí sestry při zmírňování úzkosti velmi spokojeno, 12 pacientů (18 %) méně spokojeno, odpovědi těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z pacientů.

### Graf 32 Pocity strachu u pacientů po operaci srdce

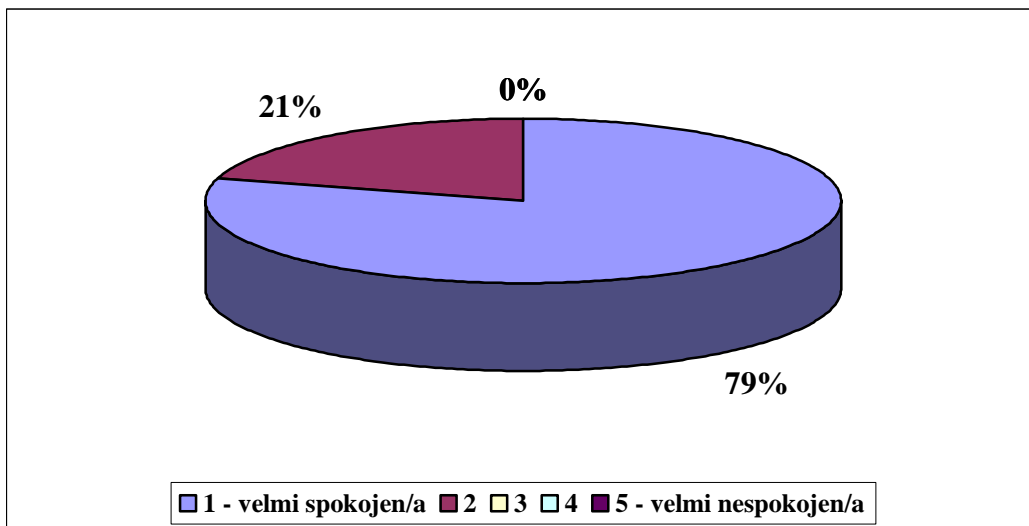
(graf k otázce č. 25 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů mělo pocity strachu po operaci srdce 52 pacientů (52 %) a 48 pacientů (48 %) ne.

### Graf 33 Spokojenost pacientů s pomocí sestry při zmírňování strachu

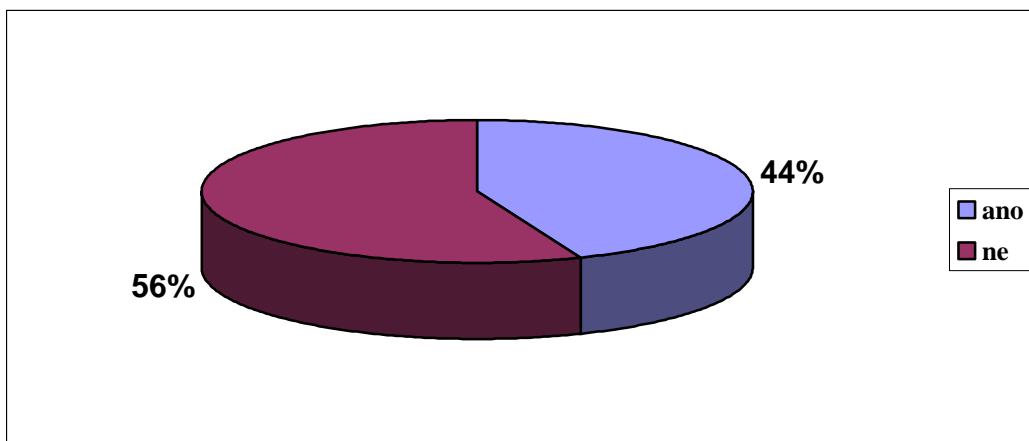
(graf k otázce č. 25 z dotazníku 1)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 32. 41 pacientů (79 %) bylo s pomocí sestry při zmírňování strachu velmi spokojeno, 11 pacientů (21 %) bylo méně spokojeno a odpovědi těžko říci, méně nespokojen/a a velmi nespokojen/a neoznačil nikdo (0 %) z dotazovaných.

### Graf 34 Poskytnutí psychické podpory pacientům sestrami

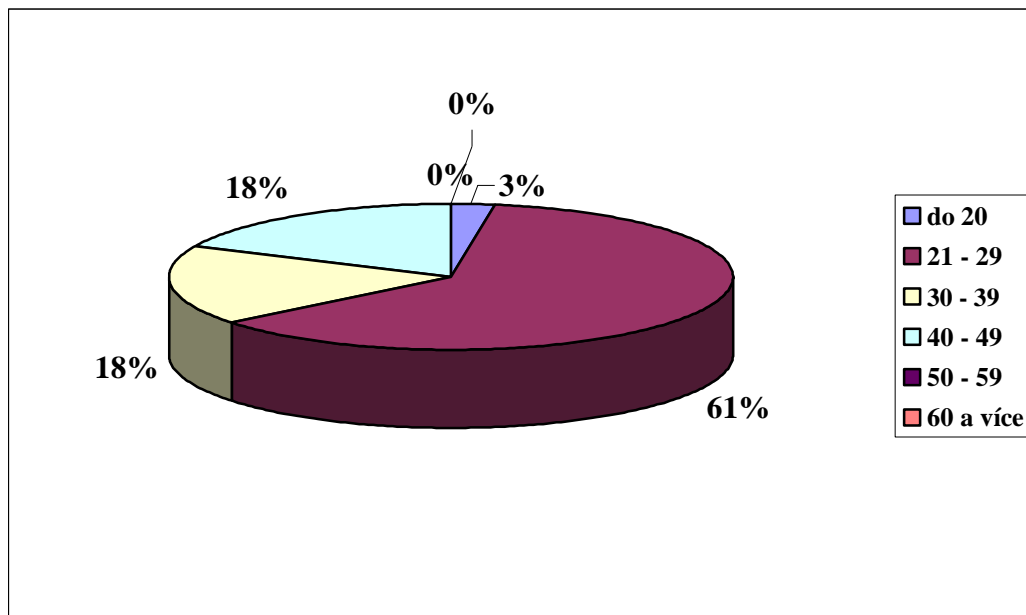
(graf k otázce č. 26 z dotazníku 1)



Z celkového počtu respondentů si 56 pacientů (56 %) myslí, že jim sestry nemohou poskytnout větší psychickou podporu a 44 pacientů (44 %) si myslí, že ano.

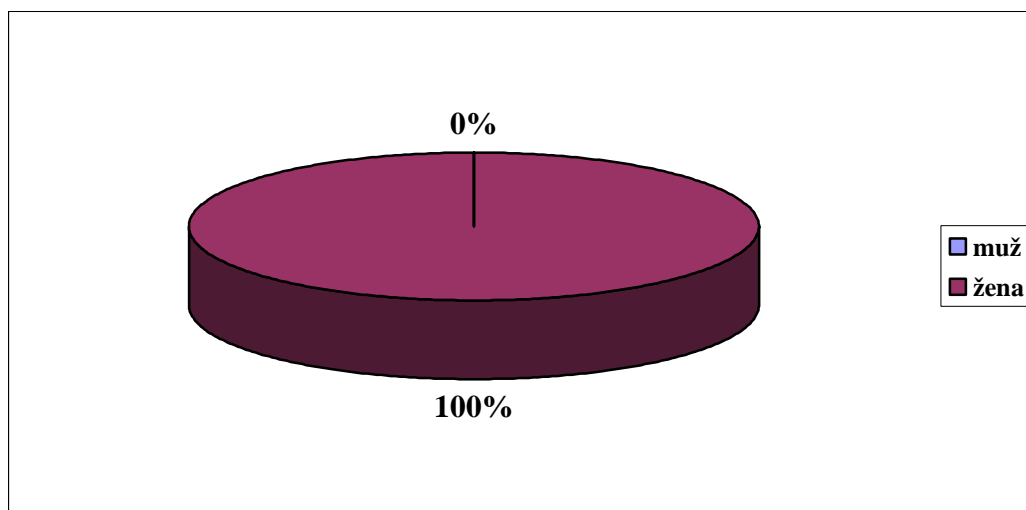
#### 4.2 Dotazník pro sestry

**Graf 35 Věkové kategorie sester** (graf k otázce č.1 z dotazníku 2)



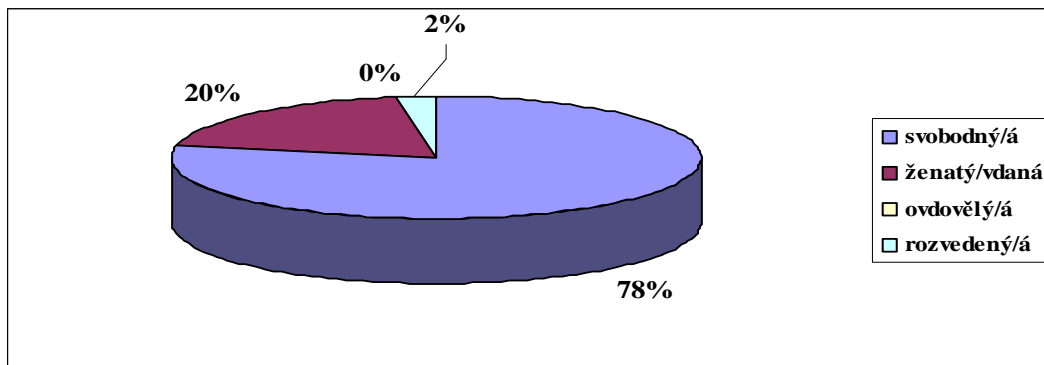
Graf informuje o věkovém složení sester. 37 sester (61 %) bylo ve věku 21 – 29 let, 11 sester (18 %) ve věku 30 – 39 let, 11 sester (18 %) ve věku 40 – 49 let, 1 sestra (3 %) ve věku do 20 let, ve věku 50 – 59 a ve věku 60 a více nebyla žádná ze sester.

**Graf 36 Pohlaví sester** (graf k otázce č. 2 z dotazníku 2)



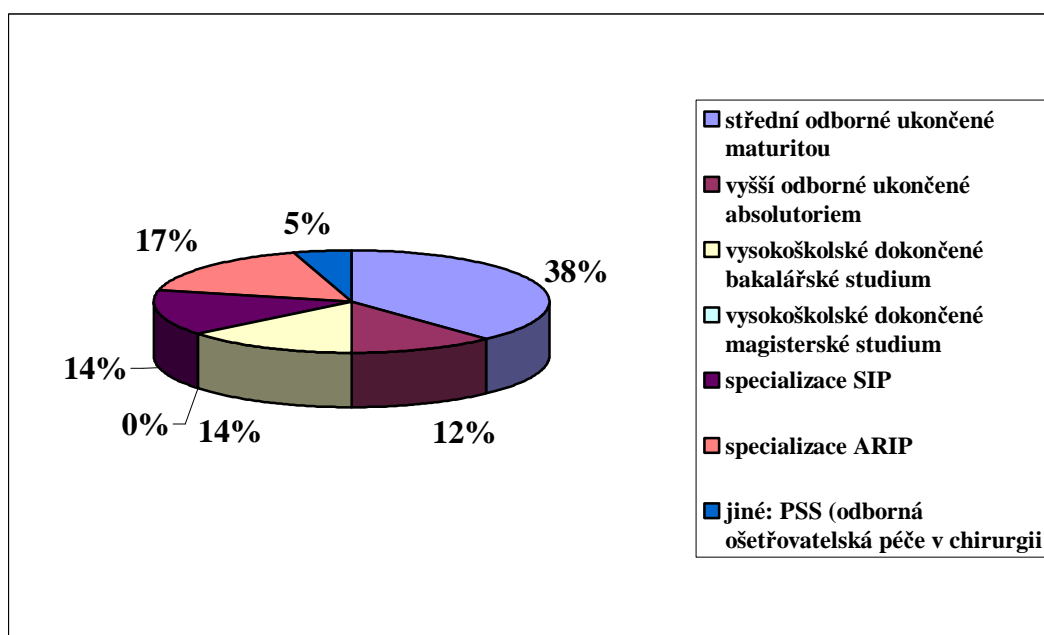
Z grafu jednoznačně vyplývá, že na oddělení pracují v zařazení sestry jen ženy.

**Graf 37 Rodinný stav sester** (graf k otázce č. 3 z dotazníku 2)



Graf informuje, že 45 sester (78 %) je svobodných, 12 sester (20 %) vdaných, 3 sestry (2 %) jsou rozvedené a ovdovělá není žádná ze sester.

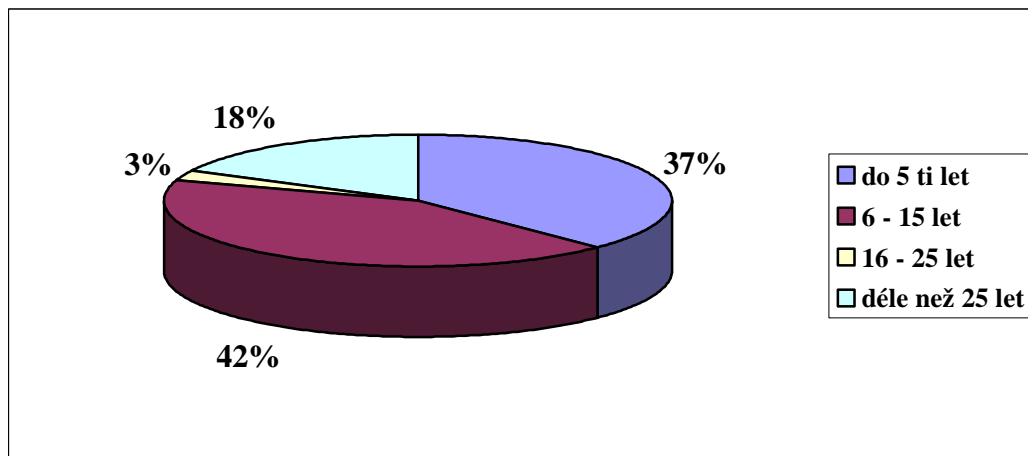
**Graf 38 Nejvyšší dokončené vzdělání sester** (graf k otázce č. 4 z dotazníku 2)



Graf ukazuje, že 23 sester (38 %) má vzdělání střední odborné ukončené maturitou, 10 sester (17 %) má specializaci ARIP, 8 sester (14 %) má specializaci SIP, 8 sester (14 %) má vysokoškolské dokončené bakalářské studium, 7 sester (12 %) má vyšší odborné ukončené absolutoriem, 4 sestry (5 %) má jiné vzdělání: PSS (odborná ošetrovatelská péče v chirurgii) a žádná sestra (0 %) nemá vysokoškolské dokončené magisterské studium.



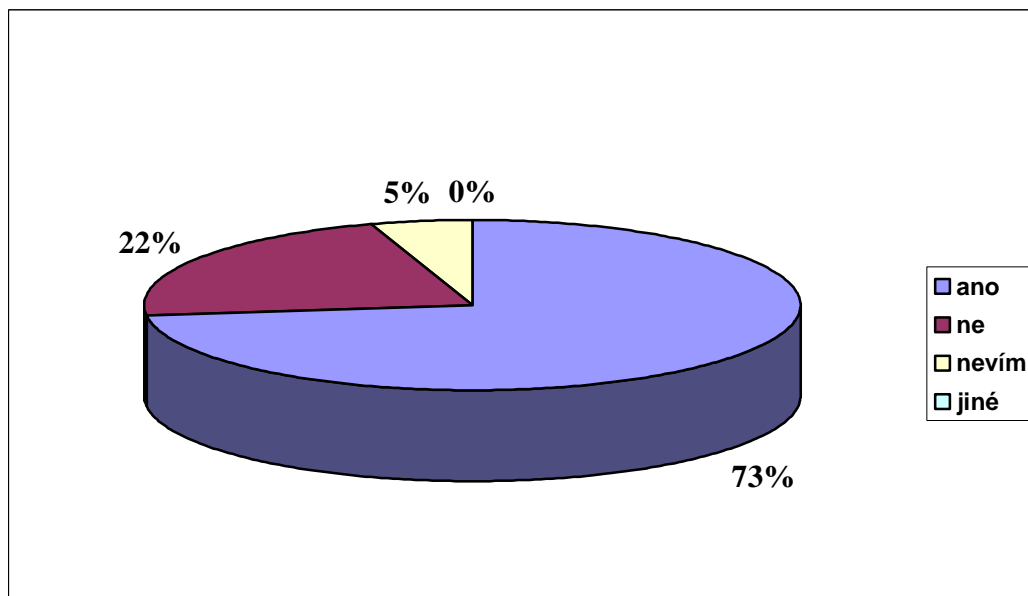
**Graf 39 Délka odborné praxe sester** (graf k otázce č. 5 z dotazníku 2)



U 25 sester (42 %) je délka odborné praxe od 6 do 15 let, 22 sester (37 %) má praxi do 5 -ti let, 11 sester (18 %) pracuje ve zdravotnictví déle než 25 let a 2 sestry (3 %) pracují v rozmezí 16 – 25 let.

**Graf 40 Využívání metody ošetřovatelského procesu sestrami v praxi**

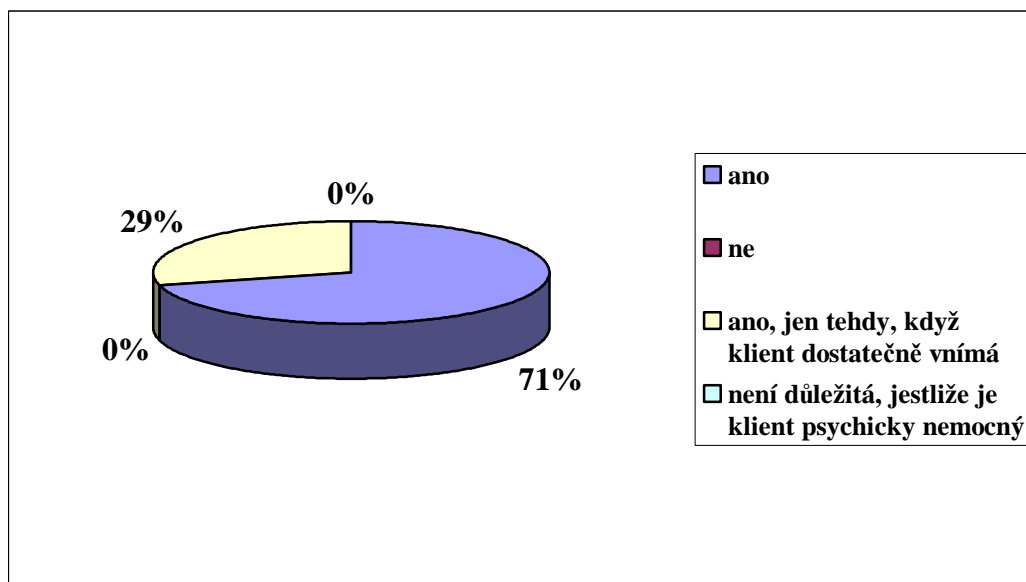
(graf k otázce č 6 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 44 sester (73 %) pracuje metodou ošetřovatelského procesu, 13 sester (22 %) nepracuje metodou ošetřovatelského procesu, 3 sestry (5 %) neví a žádná ze sester (0 %) neoznačila odpověď jiné.

### Graf 41 Preferování verbální komunikace mezi sestrou a pacientem

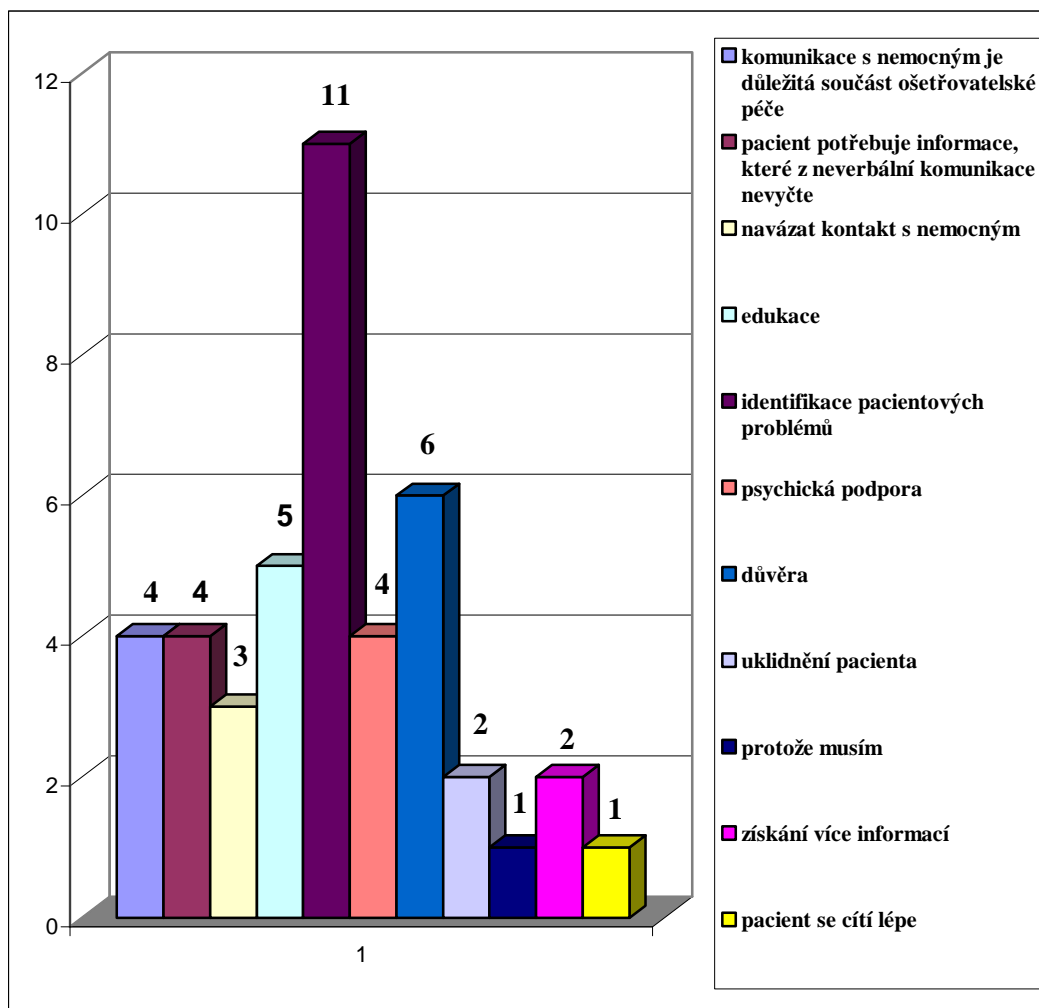
(graf k otázce č. 7 z dotazníku 2)



Graf znázorňuje, že 43 sester (71 %) preferuje verbální komunikaci v interakci sestra a pacient, 17 sester (29 %) ji preferuje jen tehdy, když klient dostatečně vnímá. Žádná ze sester (0 %) neoznámila odpověď ne a není důležitá, jestliže je klient psychicky nemocný.

## Graf 42 Důvody proč sestry používají verbální komunikaci

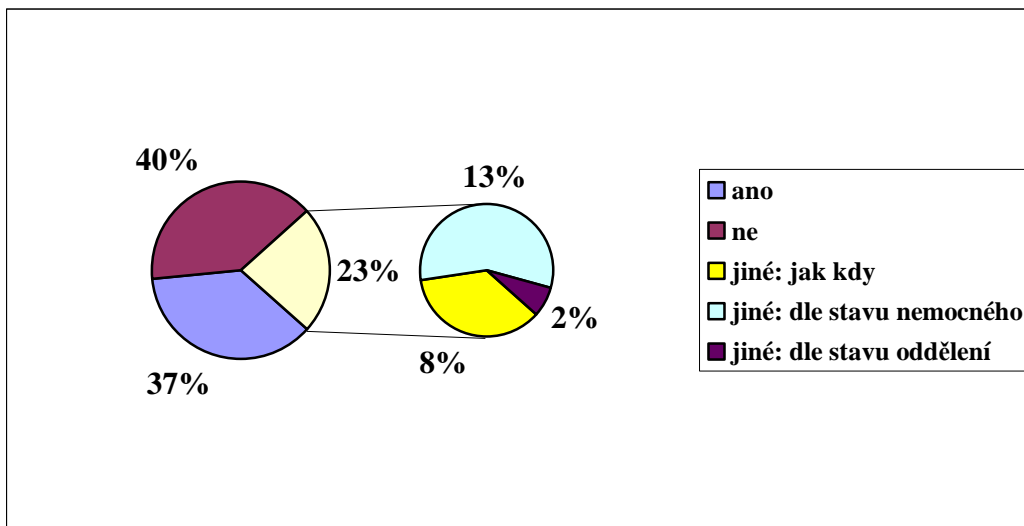
(graf k otázce č. 7 z dotazníku 2)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 41. Graf znázorňuje četnost odpovědí, kde 11 sester odpovědělo, že preferuje verbální komunikaci s nemocnými z důvodu identifikace pacientových potřeb, 6 sester ji využívá k získání pacientovy důvěry, 5 sester ji využívá k edukaci pacienta, pro 4 sestry je komunikace s nemocnými důležitá součást ošetrovatelské péče, 4 sestry uvedly názor, že pacient potřebuje informace, které z neverbální komunikace nevyčte, 4 sestry preferují verbální komunikaci z důvodu psychické podpory pacienta, 3 sestry komunikací navazují kontakt s nemocným, 2 sestry ji využívají k uklidnění pacienta a další 2 sestry pro získání více informací a 1 sestra komunikuje s nemocnými, protože musí a 1 sestra pro pacientův lepší pocit.

### Graf 43 Časový prostor na identifikaci potřeb nemocného sestrami

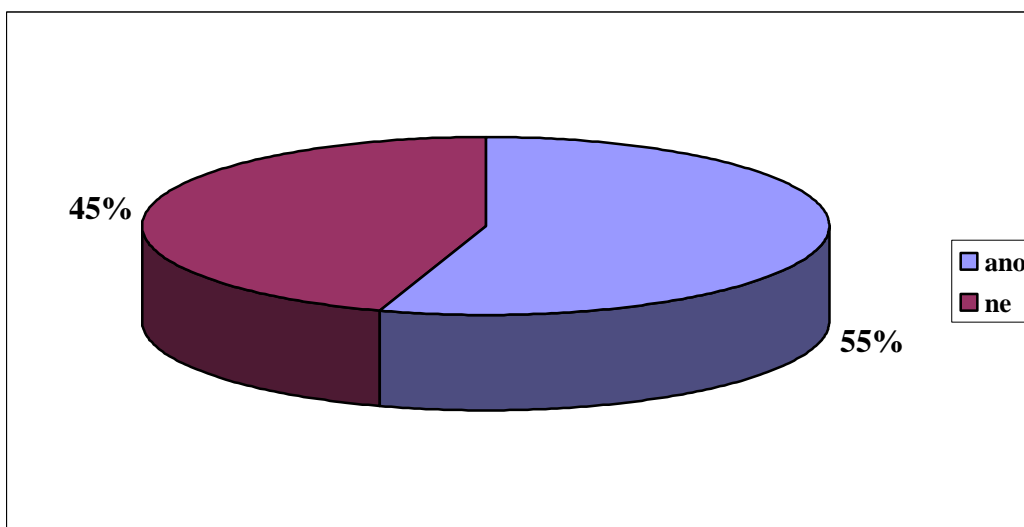
(graf k otázce č. 8 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 24 sester (40 %) odpovědělo ne, 22 sester (37 %) ano, na odpověď jiné se vyjádřilo 14 sester (23 %) a to následovně: dle stavu nemocného (13 %), jak kdy (8 %), dle stavu oddělení (2 %).

### Graf 44 Vnímání dostatku času sestrami na komunikaci s nemocnými

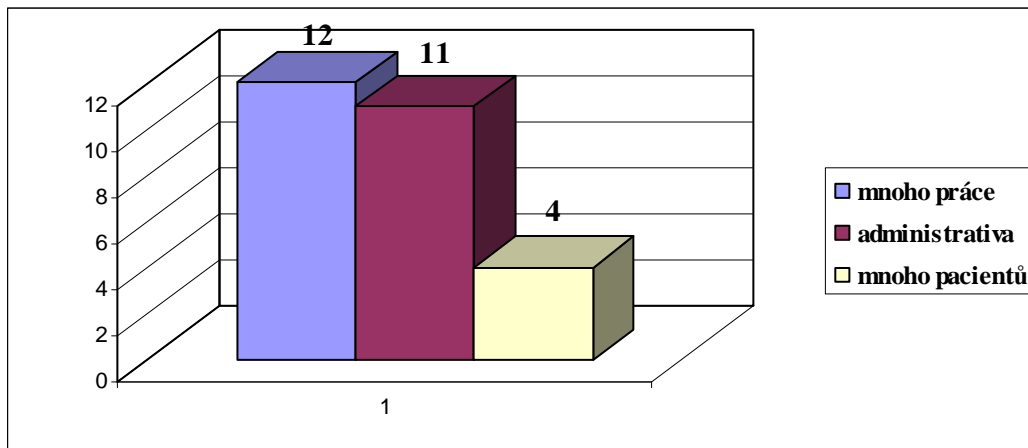
(graf k otázce č. 9 z dotazníku 2)



33 sester (55 %) má dostatek času na komunikaci s nemocnými a 27 sester (45 %) tento čas nemá.

### Graf 45 Překážky bránící sestřím v komunikaci s nemocnými

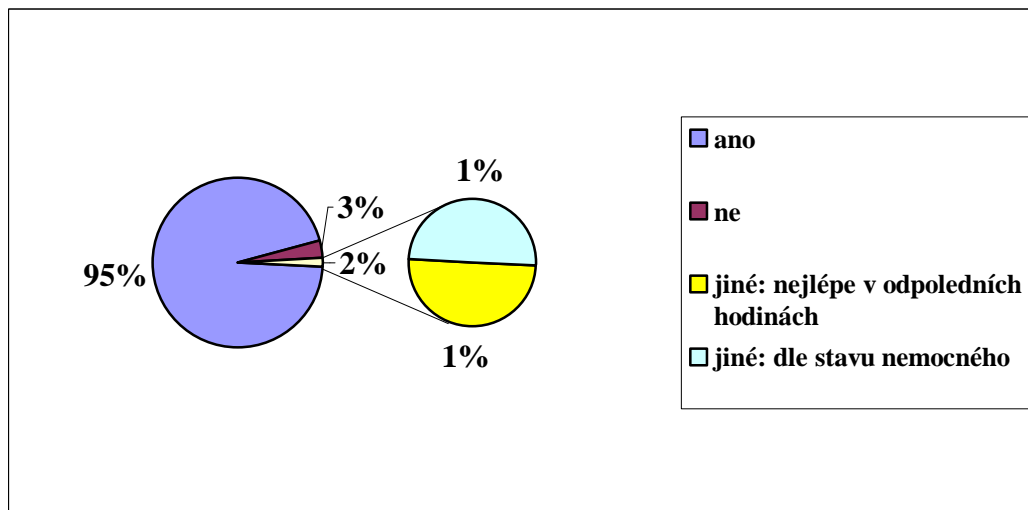
(graf k otázce č. 9 z dotazníku 2)



Graf rozvíjí odpověď „ne“ z grafu 44. Graf zobrazuje četnost odpovědí, kde 12 sester nemá dostatek času na komunikaci s nemocnými z důvodu pracovního vytížení, 11 sester uvedlo jako příčinu administrativu a 4 sestry uvedly, že jim v komunikaci brání péče o velký počet pacientů.

### Graf 46 Umožnění kontinuálních návštěv u pacientů

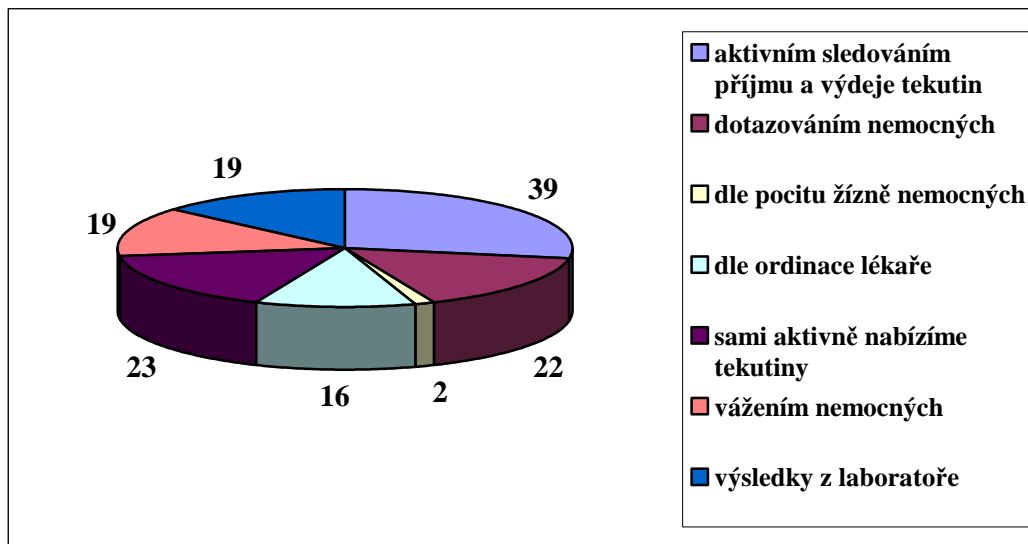
(graf k otázce č. 10 z dotazníku 2)



Graf informuje, že 56 sester (95 %) odpovědělo ano, 2 sestry (3 %) uvedly ne. Na odpověď jiné se vyjádřily 2 sestry (2 %) a to následovně: nejlépe v odpoledních hodinách (1 %), dle stavu nemocného (1 %).

### Graf 47 Způsob sledování příjmu tekutin u nemocných sestrami

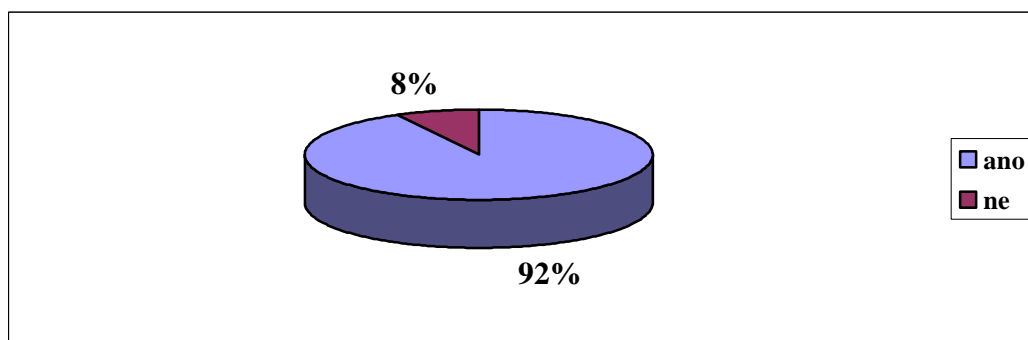
(graf k otázce č. 11 z dotazníku 2)



Graf znázorňuje četnost odpovědí sester na otázku, jak sledují příjem tekutin u nemocných: 39x odpověděly, že měří bilanci tekutin u nemocných aktivním sledováním příjmu a výdeje tekutin, 23x označily, že sami nemocným aktivně nabízí tekutiny, 22x odpověděly dotazováním se nemocných, 19x označily odpověď: vážením nemocných a výsledky z laboratoře, 16x sestry odpověděly, že jen dle ordinace lékaře a 2x dle pocitu žízně nemocných.

### Graf 48 Aktivní sledování vyprazdňování stolice u pacientů sestrami

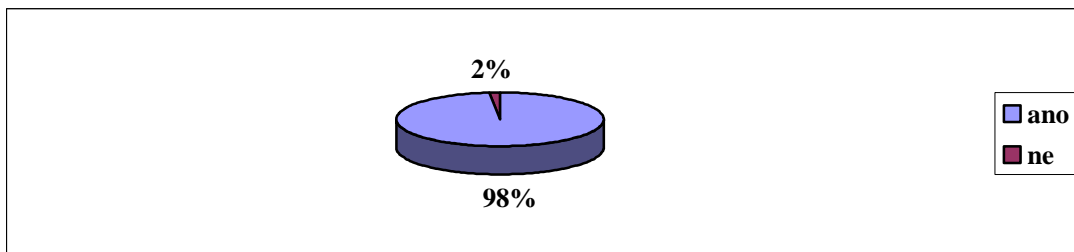
(graf k otázce č. 12 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 55 sester (92 %) aktivně sleduje vyprazdňování stolice u pacientů a 5 sester (8 %) ne.

### Graf 49 Zjišťování kvality spánku u pacientů sestrami

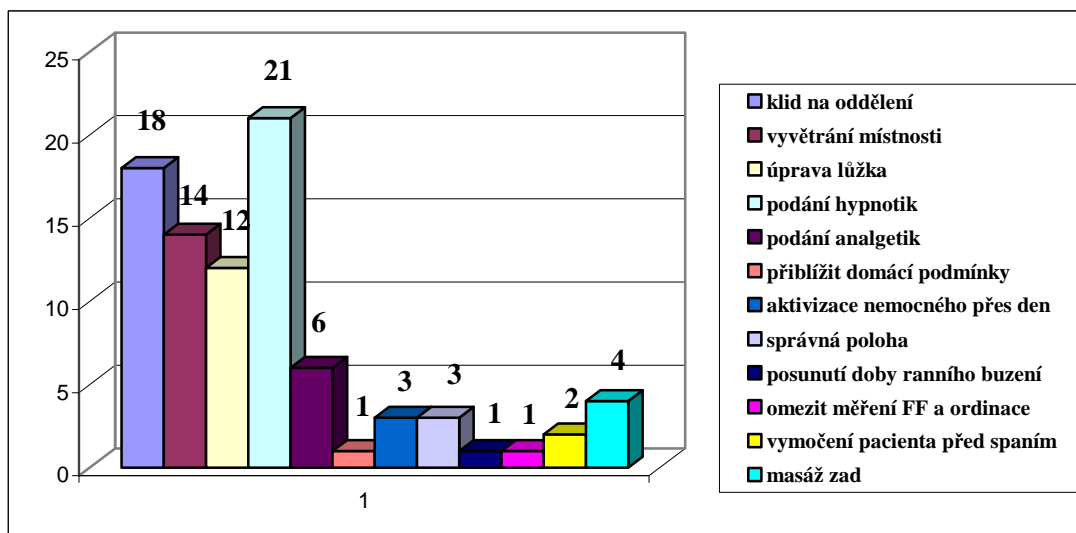
(graf k otázce č. 13 z dotazníku 2)



59 sester (98 %) se ptá pacientů na kvalitu spánku a 1 sestra (2 %) ne.

### Graf 50 Intervence sester pro zvýšení kvality spánku u nemocných

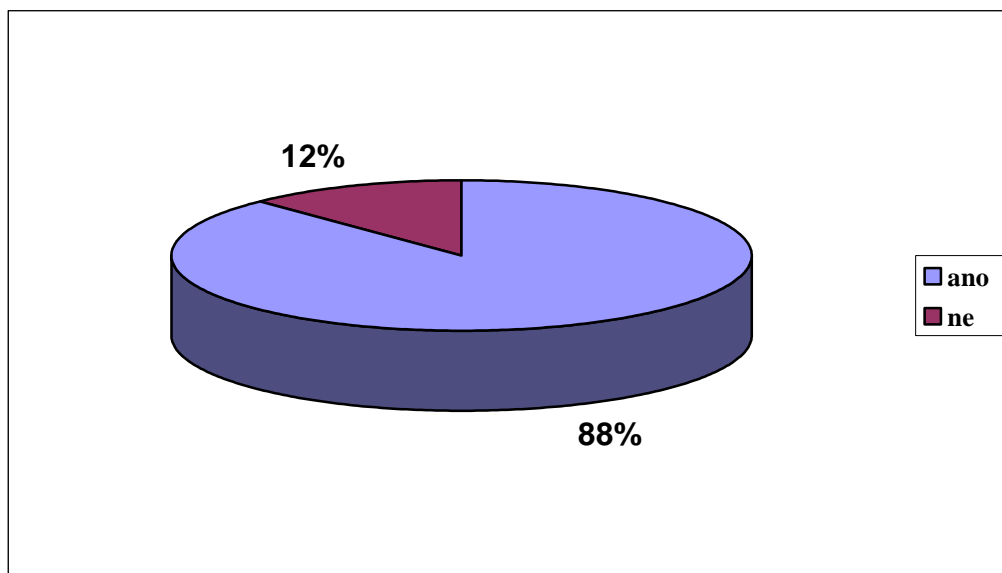
(graf k otázce č. 13 z dotazníku 2)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 49. Graf zobrazuje četnost odpovědí, kde 21 sester odpovědělo, že zvyšují kvalitu spánku u nemocných podáním hypnotik, 18 sester zajištěním klidu na oddělení, 14 sester vyvětráním místnosti, 12 sester úpravou lůžka. 6 sester zajišťuje kvalitní spánek pacientům podáním analgetik, 4 sestry masírují pacientům před spaním záda, 3 aktivizují pacienta během dne, pro další 3 sestry je důležitá správná poloha nemocných, 2 sestry dbají na vyprázdnění moče u nemocných před spaním, 1 sestra se pacientovi snaží přiblížit domácí podmínky pro kvalitní spánek, 1 sestra udává posunutí doby ranního buzení pro kvalitní spánek a 1 sestra se snaží omezit měření fyziologických funkcí a ordinace.

### Graf 51 Zjišťování spokojenosti pacientů se stravováním sestrami

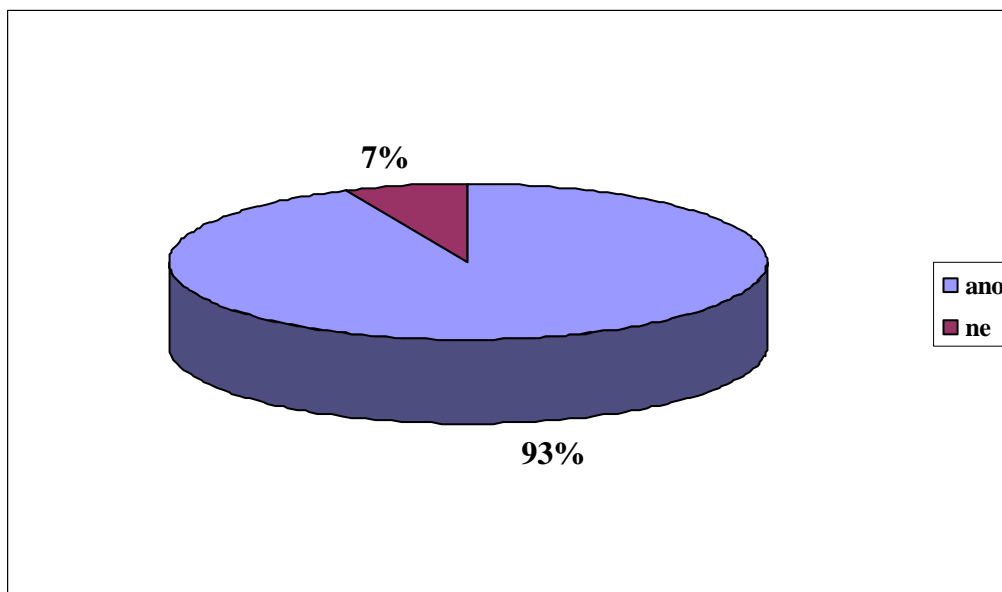
(graf k otázce č. 14 z dotazníku 2)



Graf informuje, že 53 sester (88 %) odpověděly ano a 7 sester (12 %) ne.

### Graf 52 Povědomí sester o přítomnosti návštěv u pacientů na oddělení

(graf k otázce č. 15 z dotazníku 2)

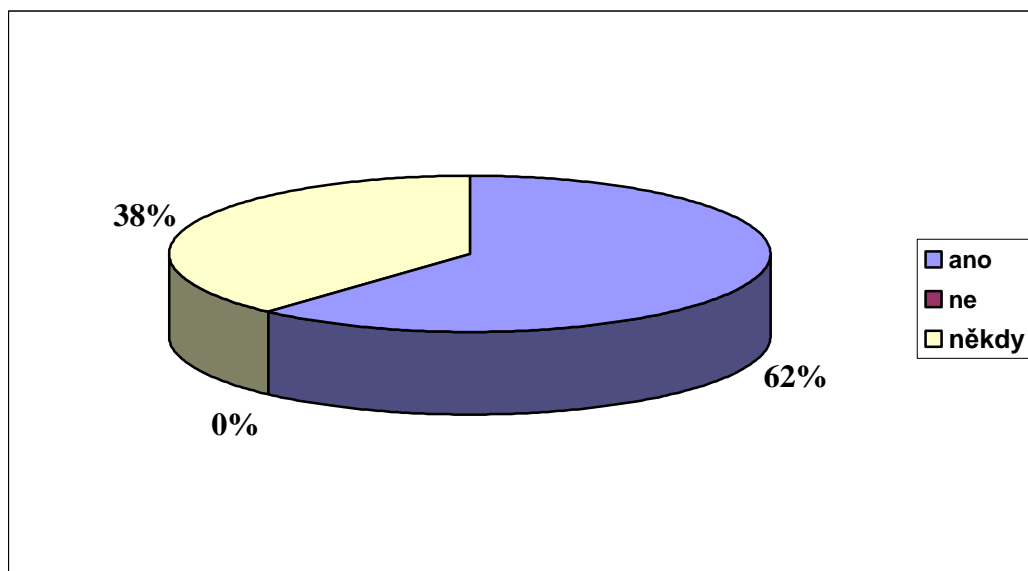


56 sester (93 %) ví zda pacienta navštěvuje rodina a 4 sestry (7 %) to neví.



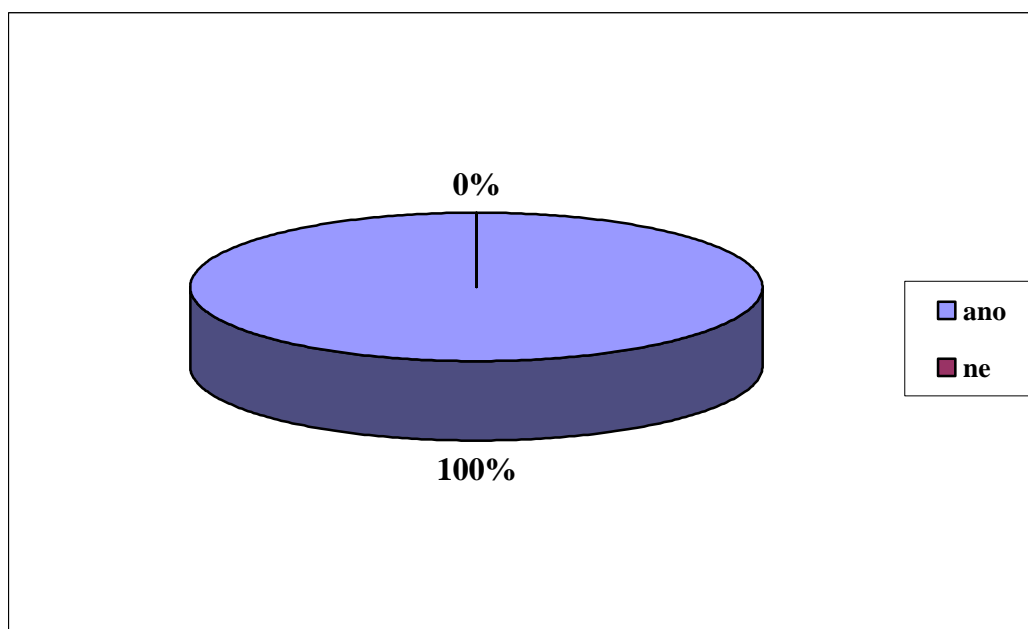
### Graf 53 Identifikace bolesti u pacientů sestrami

(graf k otázce č. 16 z dotazníku 2)



Graf znázorňuje, že 37 sester (62 %) pozná na pacientovi zda má bolesti, 23 sester (38 %) někdy a žádná ze sester (0 %) neoznačila odpověď ne.

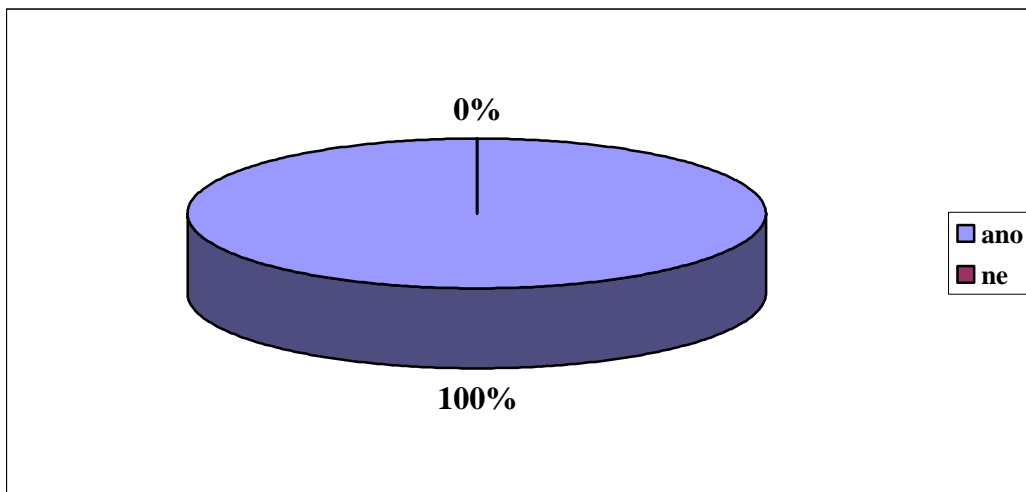
### Graf 54 Zjišťování bolesti u pacientů (graf k otázce č. 17 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 60 sester (100 %) se ptá pacientů, zda mají bolesti.

### Graf 55 Podpora sebepěče a sebeobsluhy u pacientů sestrami

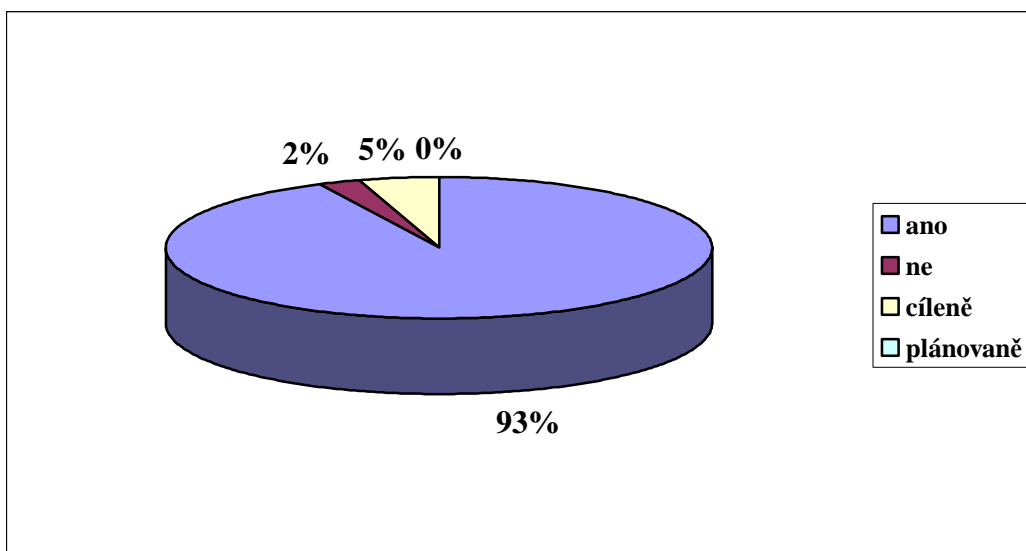
(graf k otázce č. 18 z dotazníku 2)



Graf informuje o skutečnosti, že 60 sester (100 %) podporuje sebepěči a sebeobsluhu u pacientů po operaci srdce.

### Graf 56 Používání neverbální komunikace při kontaktu s nemocnými

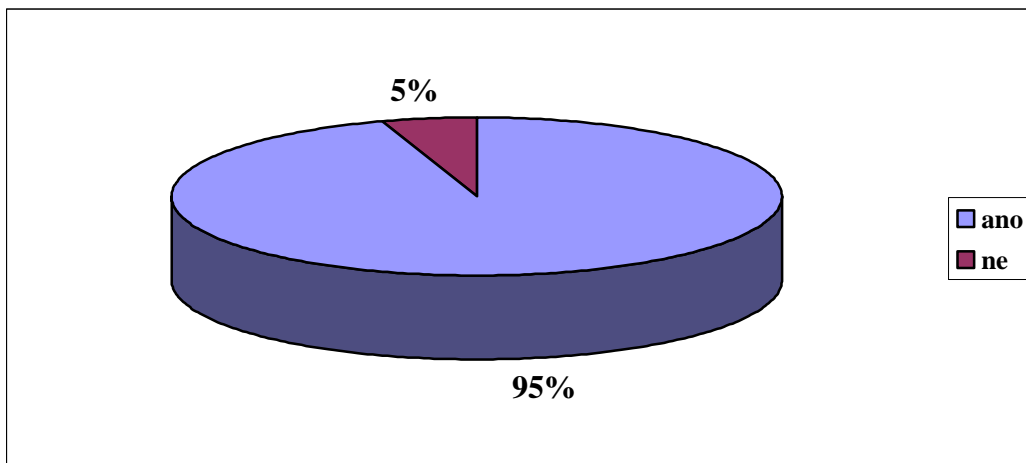
(graf k otázce č. 19 z dotazníku 2)



Při kontaktu s nemocnými 56 sester (93 %) používá některé prostředky neverbální komunikace, 1 sestra (2 %) ne, 3 sestry (5 %) je využívá cíleně a odpověď plánovaně nebyla označena.

### Graf 57 Zjišťování odkašlávání u pacientů sestrami

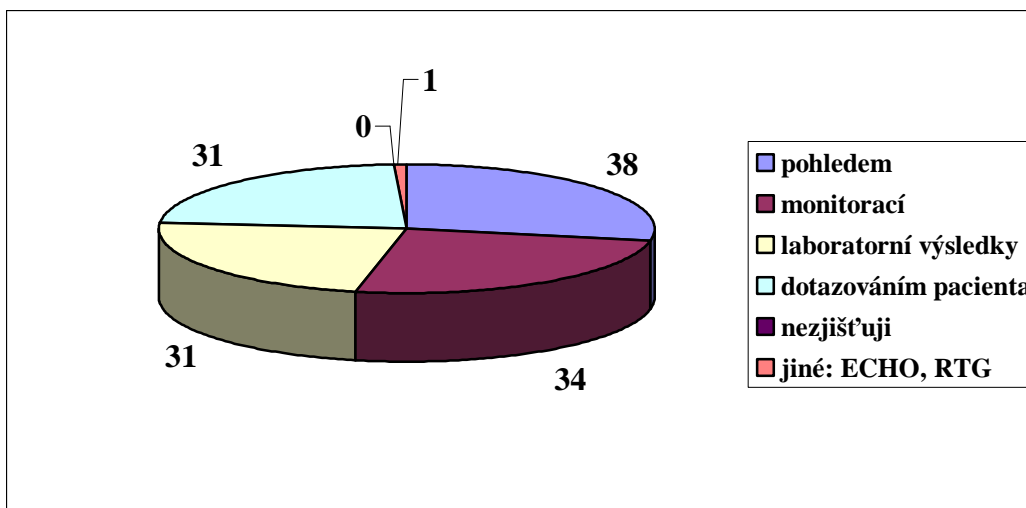
(graf k otázce č. 20 z dotazníku 2)



Graf znázorňuje, že 57 (95 %) sester aktivně zjišťuje odkašlávání u pacientů a 3 sestry (5 %) ne.

### Graf 58 Způsoby zjišťování, jak se pacientovi dýchá sestrami

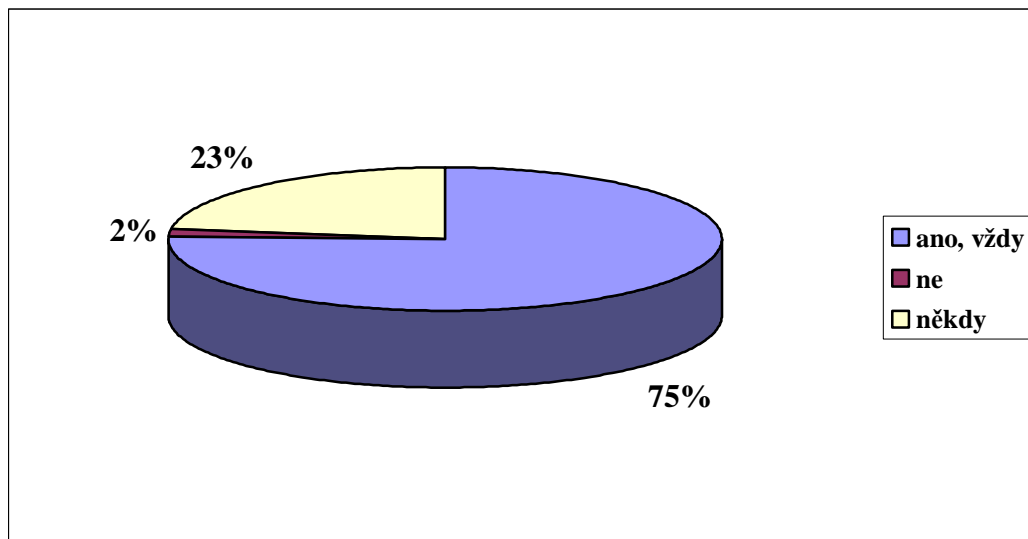
(graf k otázce č. 21 z dotazníku 2)



Graf zobrazuje četnost odpovědí, kde 16 sester označilo odpověď pohledem, 15 sester monitorací, 14 sester laboratorními výsledky, 14 sester dotazováním nemocných. Na odpověď jiné se vyjádřila 1 sestra a to následovně: ECHO, RTG. Žádná ze sester (0 %) neoznačila variantu nezjišťuji.

### Graf 59 Respektování soukromí a studu u pacientů sestrami

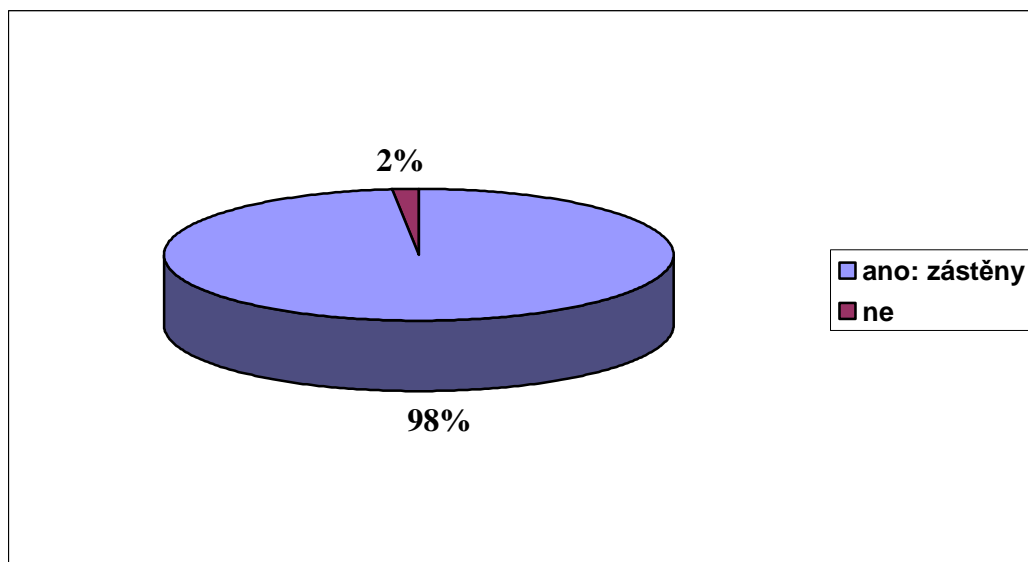
(graf k otázce č. 22 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 45 sester ( 75 %) respektuje soukromí a stud u nemocných vždy, 14 sester (23 %) jen někdy a 1 sestra (2 %) ne.

### Graf 60 Možnosti zlepšení zajištění soukromí a intimity u pacientů sestrami

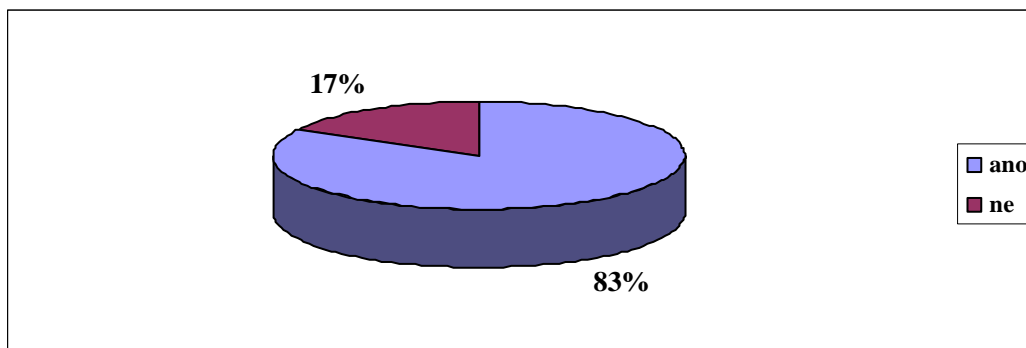
(graf k otázce č. 23 z dotazníku 2)



Graf informuje, že 59 sester (98 %) odpovědělo ano a zajišťování soukromí a intimity u pacientů by chtěly zlepšit používáním zástěn. 1 sestra (2 %) odpověděla ne.

### Graf 61 Zajišťování pohodlí u pacientů sestrami

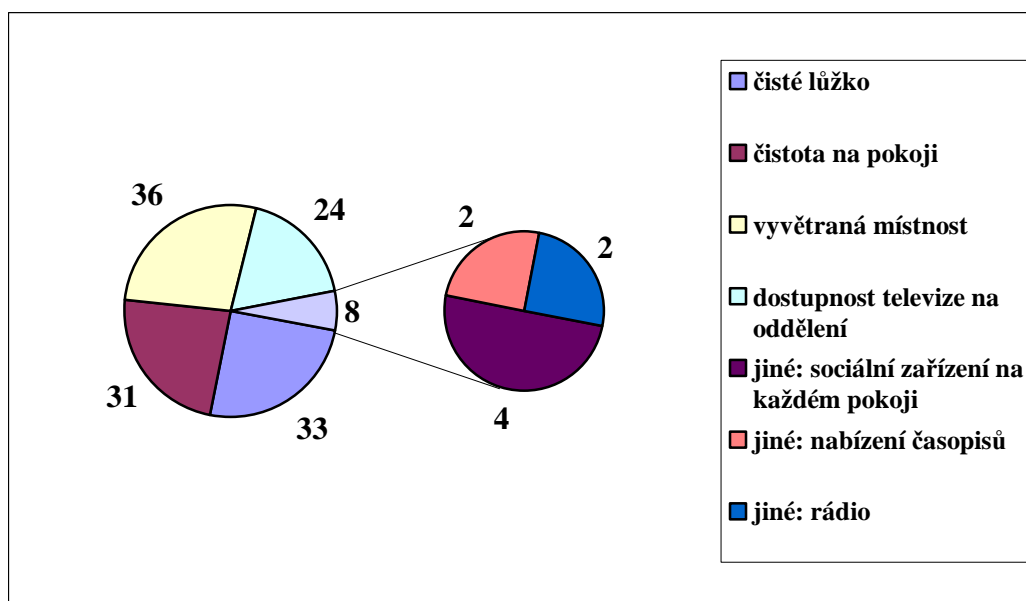
(graf k otázce č. 24 z dotazníku 2)



Z grafu vyplývá, že 50 sester (83 %) si myslí, že je na jejich oddělení pravidelně zajišťování pohodlí pacientů a 10 sester (17 %) si to nemyslí.

### Graf 62 Způsoby zajišťování pohodlí pacientům

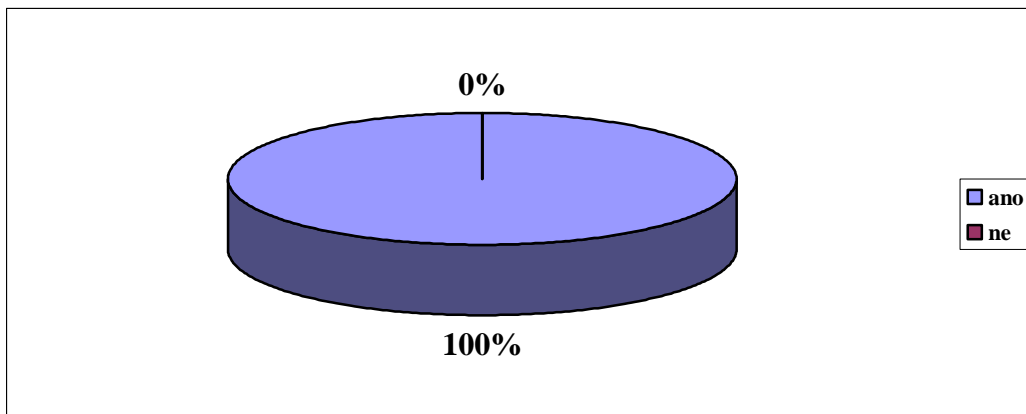
(graf k otázce č. 24 z dotazníku 2)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu 61. Graf zobrazuje četnost odpovědí na otázku, jakým způsobem zajišťují pohodlí pacientům na jejich oddělení. 36x sestry označily, že vyvětranou místností, 33x čistým lůžkem, 31x čistotou na pokoji, 24x dostupností televize na oddělení, 8x sestry označily odpověď jiné a to následovně: 4x uvedly, že sociálním zařízením na pokoji, 2x nabízením časopisů a 2x uvedly rádio.

### Graf 63 Aktivní sledování fyziologických funkcí u pacientů bez ordinace lékaře sestrami

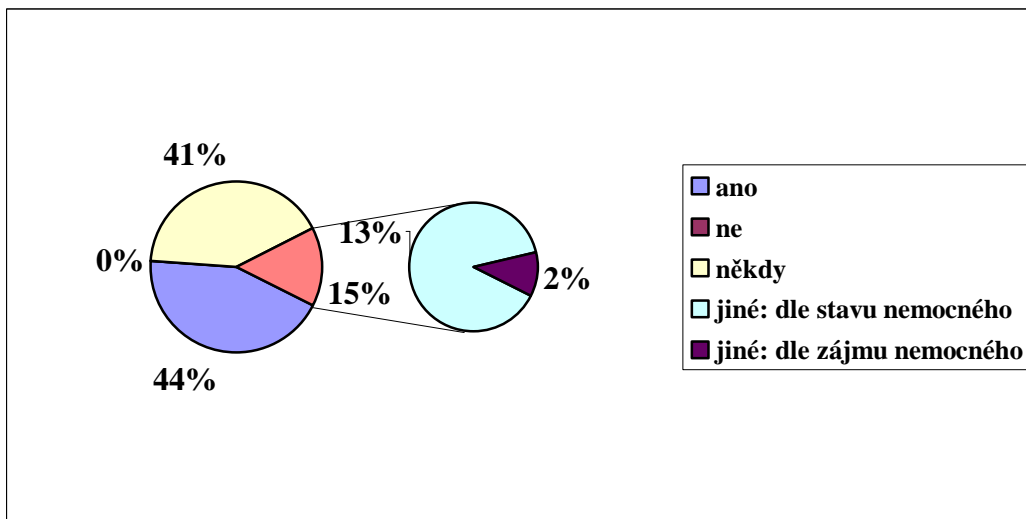
(graf k otázce č. 25 z dotazníku 2)



Graf informuje, že 60 sester (100 %) aktivně sleduje fyziologické funkce bez ordinace lékaře.

### Graf 64 Informování pacientů o naměřených fyziologických funkcí

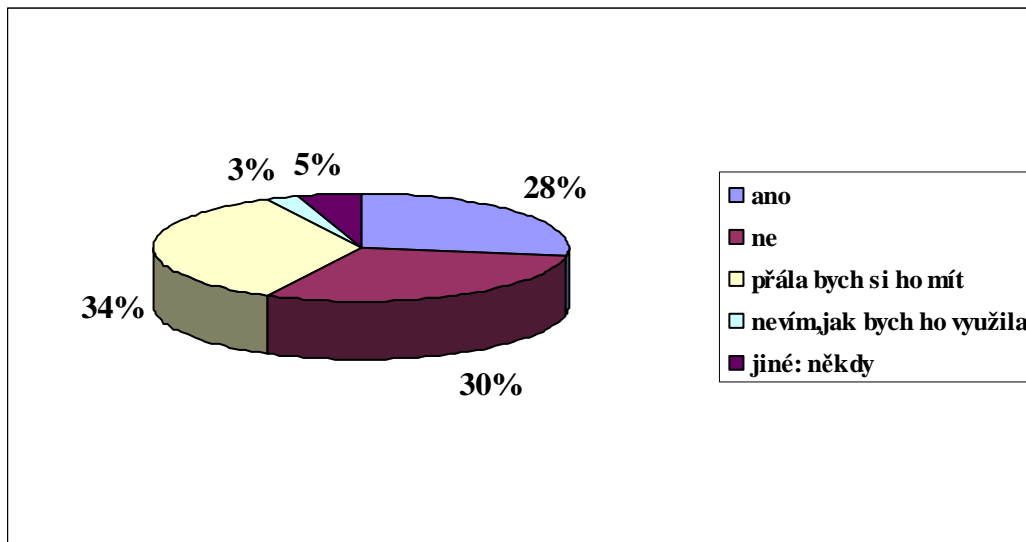
(graf k otázce č. 26 z dotazníku 2)



Graf ukazuje, že 26 sester (44 %) informuje pacienty o naměřených hodnotách, 25 sester (41 %) jen někdy, 9 sester (15 %) označilo odpověď jiné a to následovně: 8 sester (13 %) uvedlo dle stavu nemocného a 1 sestra (2 %) uvedla dle zájmu pacienta. Žádná ze sester (0 %) neoznačila odpověď ne.

### Graf 65 Prostor sester na edukaci pacientů o způsobu života po operaci srdce

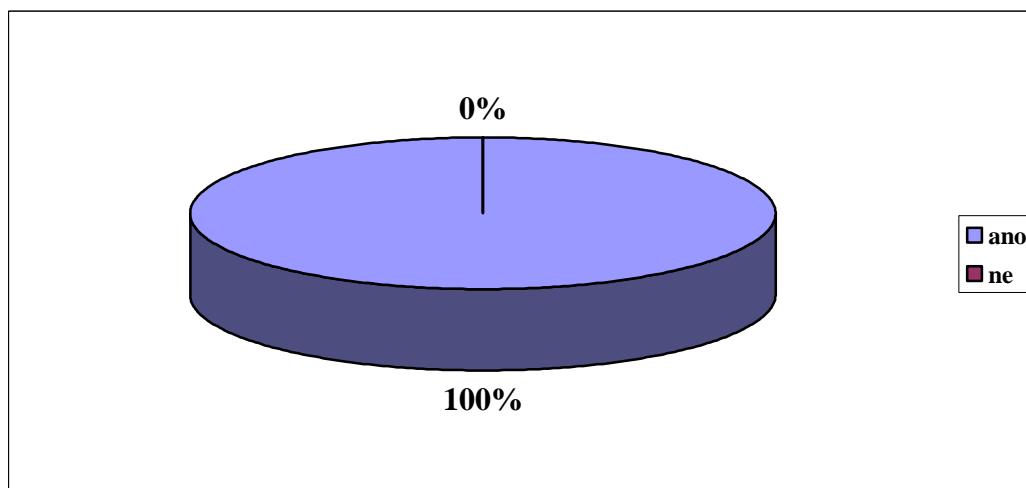
(graf k otázce č. 27 z dotazníku 2)



Graf ukazuje, že 17 sester (28 %) má dostatek prostoru na edukaci pacientů o způsobu života po operaci srdce, 18 sester (30 %) ne, 20 sester (34 %) by si ho přálo mít, 2 sestry (3 %) uvedly, že neví jak by ho využily a 3 sestry (5 %) označily odpověď jiné, kde jednoznačně odpověděly: někdy.

### Graf 66 Sestry psychicky podporují pacienta

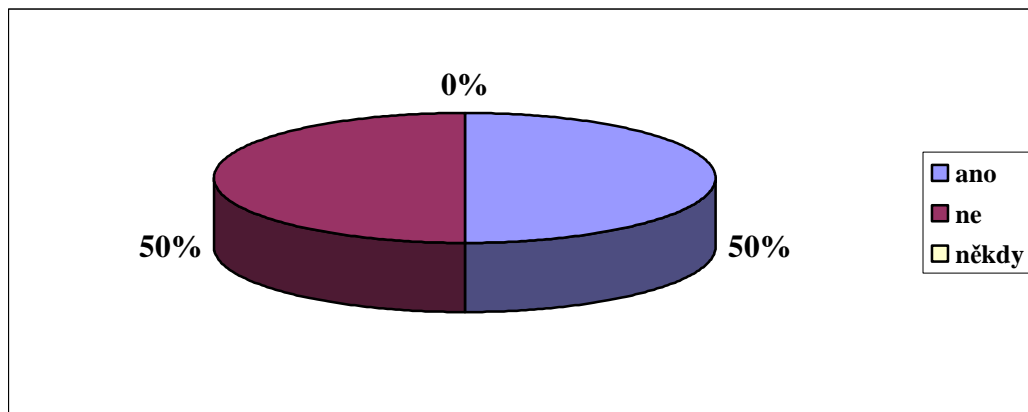
(graf k otázce č. 28 z dotazníku 2)



Graf ukazuje, že 60 sester (100 %) podporuje psychicky pacienta.

### Graf 67 Identifikace strachu nebo úzkosti u pacientů po operaci srdce

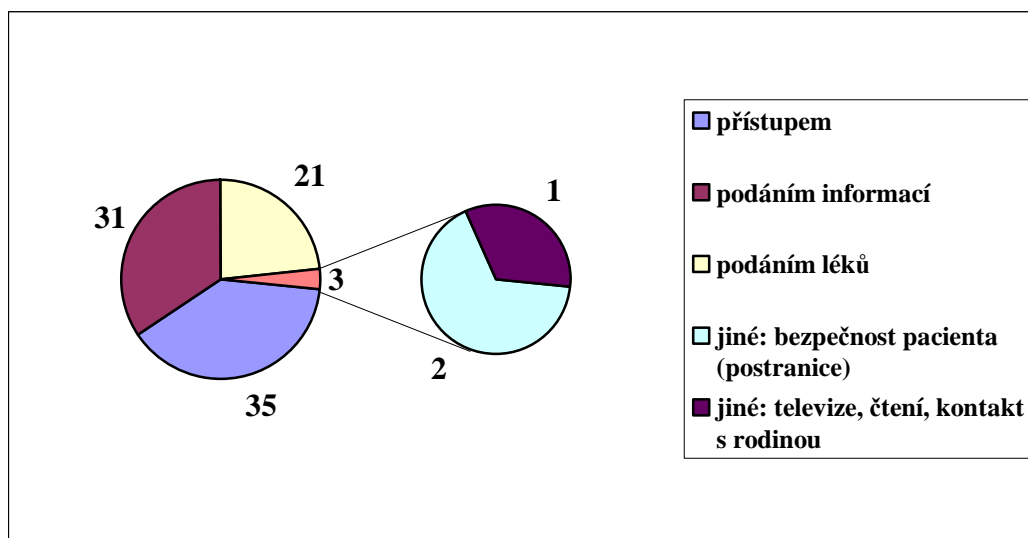
(graf k otázce č. 29 z dotazníku 2)



Graf zobrazuje, že 30 sester (50 %) odpovědělo ano, 30 sester (50 %) ne a žádná ze sester (0 %) neoznačila odpověď někdy.

### Graf 68 Způsob snížení pocitu strachu nebo úzkosti u pacientů sestrami

(graf k otázce č. 29 z dotazníku 2)



Graf rozvíjí odpověď „ano“ z grafu . Graf znázorňuje četnost odpovědí, jak sestry snižují pocit strachu a úzkosti u pacientů po operaci srdce. Sestry 35x označily odpověď přístupem, 31x podáním informací, 21x podáním léků, 3x odpověď jiné a to následovně: 2x bezpečnost pacienta a 1x televize, čtení, kontakt s rodinou.



## 5. Diskuse

Tato práce sleduje změny potřeb u pacientů po operaci srdce. U nemocných se tyto potřeby mohou stát prioritními a ovlivnit jejich celkové chování a jednání. Výsledky práce popisují uspokojení biologických a psychických potřeb z hlediska nemocných ale i sester. Dále bylo zjištěno, jak pacienti hodnotí pomoc sestry při uspokojování změněné potřeby. Spokojenost pacientů je nejlepším ukazatelem kvality poskytované ošetrovatelské péče a sestry by proto měly znát potřeby nemocných a snažit se o jejich uspokojení v případě, že nemocný pociťuje desaturaci určité potřeby, která může být nemocí pozměněna.

Sledovaný soubor tvořili pacienti hospitalizováni a sestry pracující na Kardiovaskulární klinice v Praze. Ze zkoumaného vzorku 100 pacientů bylo 64% mužů a 36 % žen (graf 1). Nejvíce dotazovaných (74 %) bylo ve věkové kategorii více než 60 let a 19 % pacientů ve věku 45 – 60 let (graf 2). I Vaněk (36) a Šetina (31) ve svých publikacích uvádějí, že v současné době přibývá pacientů operovaných ve vyšších věkových skupinách. Z výsledků grafu 3 je patrné, že nejvíce pacientů bylo ženatých nebo vdaných (65 %) a ovdovělých (17 %).

Dále z šetření vyplynulo vzdělání pacientů, kdy nejvíce nemocných 30 %, mělo střední odborné ukončené výučním listem a 25 % nemocných střední odborné ukončené maturitou. Pravděpodobně tyto výsledky souvisí s věkem respondentů (graf 2).

K operaci srdce bylo 81 % pacientů přijato plánovaně a akutně 19 %. Ze zkušenosti víme, že plánované přijetí k operaci je pro pacienty daleko lepší, neboť sestry mají dostatek času tyto nemocné připravit psychicky a podat důležité informace, což při akutním příjmu nelze. Sestra má více času na identifikaci pacientových problémů. Co se týče pomoci sestry nemocnému při hygienické péči, bylo 91% pacientů velmi spokojeno a 9 % nemocných méně spokojeno (graf 6). Pravděpodobně tyto výsledky souvisí s tím, že pacienti jsou převážně v prvních dnech po operaci srdce při vykonávání hygieny odkázáni na pomoc sestry. Lidé jsou většinou hůře mobilní a hrozí u nich při nesprávné manipulaci zalomení nebo vytržení cévek, katétrů nebo redonova drénu. Péče o čistotu kůže je základním předpokladem pro prevenci proleženin, ale

navozuje též dobrý subjektivní pocit nemocného, jak uvádí ve své publikaci Valenta. (35)

Kozierová (11) ve své publikaci uvádí, že nemoc zvyšuje nároky na spánek a odpočinek. Spánek může rušit několik faktorů, poruchy dýchání, bolest, zvýšená tělesná teplota, strach, okolní prostředí, apod. (11) Z našich výsledků je zřejmé, že u 62 % nemocných byla potřeba spánku během noci uspokojena, u 38 % nemocných nebyla uspokojena (graf 7) a příčinami narušení spánku pacientů byly nejčastěji přístroje, spolupacienti a bolest (graf 8). S pomocí sestry při zajištění kvalitního spánku bylo velmi spokojeno 80 % nemocných, což je výsledek chvályhodný (graf 9). Kvalitní spánek je pro nemocné velmi důležitý, protože pacient, který je odpočatý, mnohem lépe spolupracuje a uzdravuje se. Domnívám se, že role sestry, která může vytvořit prostředí umožňující spánek, je nedocenitelná.

Trachtová (34) ve své publikaci uvádí, že vyprazdňování patří k základním potřebám člověka. Naše výsledky ukazují, že 76 % nemocných nemělo potíže s vyprazdňováním moče, což může být způsobeno i tím, že většina pacientů má do třetího až čtvrtého dne zavedený močový katétr (graf 10). Z 22 % pacientů, kteří měli potíže s močením, bylo 17 pacientů s pomocí sestry při vyprazdňování velmi spokojeno a 5 nemocných méně spokojeno (graf 11). Zácpa je známým častým průvodním jevem hospitalizace. I Valenta (35) ve své publikaci uvádí, že po nitrohručních operacích často dochází ke zvýšené plynatosti provázené pocitem tlaku a nevolnosti. Co se týče vyprazdňování stolice, mělo 8 % nemocných průjem, 32 % pacientů zácpu, 9 % udalo jiné potíže – plynatost a 51 % nemocných nemělo problémy s vyprazdňováním stolice (graf 12). Tudiž z výše uvedeného vyplývá, že základní potřeby jako je vyprazdňování jsou u pacientů po operaci srdce uspokojeny. Pacienti (77 %), kteří měli potíže s vyprazdňováním stolice byli s pomocí sestry velmi spokojeni (graf 13).

Vzhledem k tomu, že převážná část kardiochirurgických pacientů je hůře mobilních, jsou po operaci srdce částečně závislí na pomoci sestry při změně polohy. První den po operaci pacienti zaujímají polohu v leže na zádech, přičemž jim sestra při změně polohy do sedu pomáhá tím, že brání zalomení nebo vytržení katétrů. S pomocí sestry při změně polohy bylo 88 % nemocných velmi spokojeno a 9 % pacientů méně

spokojeno, 3 % pacientů odpověděla těžko říci a odpověď méně nespokojen/a a velmi nespokojen/ nebyla označena (graf 14). Pacienti většinou hodnotili pomoc sestry při uspokojování základních potřeb kladně.

Zajímavé jsou výsledky zajištění příjmu tekutin a stravy u nemocných. S pomocí sestry při zajištění příjmu tekutin bylo 82 % pacientů velmi spokojeno a 18 % nemocných méně spokojeno (graf 15). Tyto výsledky jsou pravděpodobně ovlivněny i skutečností, že sestry u pacientů měří příjem a výdej tekutin, dle bilance a ordinace lékaře aktivně nabízejí pacientům tekutiny. U pacientů je důležitý dostatečný příjem stravy pro úspěšné hojení rány. I Farkašová (6) ve své publikaci uvádí, že úlohou sestry je dohlížet na to, aby strava pro pacienty byla teplá a esteticky upravená. 64 % nemocných bylo s pomocí sestry při zajištění příjmu stravy velmi spokojeno a 30 % nemocných méně spokojeno (graf 16). Jsou to výsledky velmi uspokojivé, neboť dle Trachtové (34) výživa ovlivňuje duševní pohodu, zdraví a způsob stravování se významně podílí na celkovém zdravotním stavu člověka. V pooperační péči je velmi důležitý příjem stravy a tekutin.

Z celkového počtu dotazovaných mělo 58 % pacientů zvýšenou tělesnou teplotu po operaci srdce a 42 % nemocných ji nemělo (graf 17). Zvýšená tělesná teplota může být u nemocných varovným příznakem, že něco není v pořádku, avšak důležité je, že 96 % pacientů je s pomocí sestry při snižování tělesné teploty velmi spokojeno (graf 18).

Bolest a její subjektivní prožívání je jedním ze základních východisek, která nám pomáhají stanovit priority v uspokojování a naplňování pacientových potřeb. Po operaci srdce nemělo 13 % pacientů bolesti a 87 % nemocných ano (graf 19), tišení bolesti od sester bylo pro 76 % nemocných uspokojivé (graf 20). Tato velká spokojenost se zmírňováním bolesti může být dána i tím, že k tišení bolesti se u pacientů využívá epidurálního katétru, kterým se pacientům aplikují kontinuálně analgetika. Je důležité mít na paměti, že každá bolest bývá provázená poruchami spánku, výživy, dýchání a emocionálním vypětím.

Potíže s dýcháním uvedlo 49 % pacientů a 51 % pacientů nemělo problémy s dýcháním (graf 21). Je nutné se zmínit, jak velice záleží na tom, s jakou anamnézou

přichází pacient k operaci. Pokud je pacient kuřák nebo má chronickou obstrukční nemoc, dají se potíže s dýcháním předpokládat. Zde bychom mohli souhlasit s Dominikem (5), který ve své publikaci uvádí, že poškození plicních funkcí patří mezi nejčastější komplikující stavy u nemocných po operaci srdce. Před operací je pacient seznámen s respirační rehabilitací a někteří nemocní mají dechovou přípravu, která spočívá v podávání léků inhalací. V pooperační péči se klade důraz na zajištění respiračního komfortu pacienta. Pravděpodobně proto bylo 90 % pacientů s pomocí sestry při problémech s dýcháním velmi spokojeno (graf 22).

S poskytnutím informací v souvislosti s podáváním léků od sester bylo 78 % nemocných velmi spokojeno a celkový způsob podávání informací bylo pro 76 % nemocných uspokojivý. Kristová (12) publikuje, že kvalita ošetrovatelské péče je podmíněná nejen materiální a technickou vybaveností, ale i profesionální komunikací sestry s pacientem. Z výše uvedeného by se dalo usuzovat i na uspokojení potřeby bezpečí a jistoty. I Farkašová (6) ve své publikaci uvádí, že potřeba bezpečí a jistoty je základní lidskou potřebou a je stejně tak důležitá při hospitalizaci v nemocnici, kdy člověk přichází do prostředí, které nezná a kde jsou mu podávány léky, o kterých nemá dostatek potřebných informací. A. Maslow zařazuje potřebu bezpečí a jistoty v pyramidě potřeb na druhé místo, hned nad potřeby biologické. Jistota a bezpečí zasahují do oblasti psychiky (34). Tyto výsledky jsou velmi uspokojivé vzhledem k tomu, že 45 % sester uvádí, že jim v komunikaci s pacienty brání časová vytíženost, jejíž příčinou je mnoho práce a administrativy (graf 44).

Mezi základní fyziologické potřeby patří i dostatek tepla. Teplé prostředí je důležitou součástí komfortu pacienta. S teplotou na pokoji bylo velmi spokojeno 51 % nemocných, méně spokojeno bylo 37 % pacientů a 12 % nemocných odpovědělo těžko říci (graf 19). V nemocnici jsou pacienti izolováni od svého domova a rodiny. Pro zmírnění této sociální izolace je důležité umožnit nemocným kontakt s rodinou a známými, obzvláště u lidí pokročilého věku, uvádí Farkašová (6) ve své publikaci. Zde se ztotožňujeme s názorem Farkašové, neboť 97 % pacientů uvedlo, že měli možnost přítomnosti návštěv kdykoliv (graf 26) a 96 % nemocných mělo možnost telefonovat s blízkými osobami také kdykoliv (graf 27).

Respektování studu a soukromí je důležité pro komfort a pohodlí nemocného. Výsledky, které vyplynuly z odpovědí pacientů v souvislosti s respektováním studu a soukromí od sester, jsou uspokojivé, neboť 85 % pacientů bylo velmi spokojeno (graf 28). Avšak na druhé straně jsme z výsledku výpovědi sester zjistili, že by sestry chtěly zlepšit zajišťování soukromí a intimity na jejich oddělení používáním zástěn (graf 60).

Většina pacientů má obavy, zda je operace neomezí ve vykonávání běžných denních činností. Mají často obavy, zda se budou moci vrátit do zaměstnání, řídit auto a žít normálním sexuálním životem. O způsobu změny života jsou pacienti informováni sestrou, lékařem, ale i fyzioterapeutem. Překvapivé jsou výsledky, že pro 87 % nemocných bylo podávání informací o změně způsobu života po operaci srdce uspokojivé (graf 29), neboť 30 % sester uvedlo, že nemá dostatek prostoru na edukaci pacientů o způsobu života po operaci a 34 % sester by si ho přálo mít (graf 65).

Úzkost je obava před něčím neurčitým, před neznámou hrozbou a je považována za „emoci naší doby“, uvádí Trachtová (34) ve své publikaci. Člověk je bez úzkosti spokojený, klidný a emočně vyrovnaný. Pocity úzkosti po operaci srdce uvedlo 62 % nemocných (graf 30) a s pomocí sestry při jejím zmírňování bylo velmi spokojeno 82 % pacientů (graf 25).

Strach je obava před něčím konkrétním, před určitým nebezpečím. Pocity strachu po operaci srdce uvádělo 52 % nemocných (graf 32) a s pomocí sestry při jeho zmírňování bylo spokojeno 79 % nemocných (graf 33). Zajímavé je zjištění, že sestry mohou u 44 % pacientů poskytnout větší psychickou podporu a 56 % nemocných je spokojeno s psychickou podporou sester (graf 34). Z výše uvedených výsledků vyplývá, že až na naprosté výjimky jsou pacienti ve větší procentuální míře s péčí sester na kardiochirurgickém oddělení spokojeni.

V dotazníkovém šetření u sester bylo zjištěno, že na kardiochirurgickém oddělení pracuje 61 % sester ve věkové kategorii 21 – 29 let, všechny byly ženského pohlaví a 78 % sester je svobodných (graf 35, 36, 37). Nejvyšší dosažené vzdělání: 38 % sester úplné střední odborné ukončené maturitou a 17 % sester má specializaci ARIP (graf 38). U 42 % sester je délka odborné praxe od 6 – 15 let, 37 % sester pracuje 6 – 12 let (graf 39).

Překvapivé jsou výsledky zjištění, že 73 % sester používá v práci metodu ošetrovatelského procesu (graf 40). Dle mého názoru je tento výsledek uspokojivý, vzhledem k dané situaci ve zdravotnictví v České republice. Mastiliáková ve své publikaci (27) uvádí, že poskytování ošetrovatelské péče s využitím ošetrovatelského procesu představuje vysoce kvalifikovanou činnost a samostatnost v rozhodování sestry, která tuto činnost plánuje, realizuje a zaznamenává do dokumentace.

Dle Richards (24) je komunikace mezi sestrou a pacientem neodmyslitelnou součástí ošetrovatelské péče, měla by být jasná a měla by zahrnovat verbální i neverbální sdělení, která vyjadřují pocity a přenášejí informace. Pro 71 % sester je verbální komunikace důležitá, 29 % sester uvedlo, že ji preferuje jen tehdy, když pacient dostatečně vnímá (graf 41). 11 sester odpovědělo, že preferuje verbální komunikaci s nemocnými z důvodu identifikace pacientových potřeb, 6 sester ji využívá k získání pacientovy důvěry, 5 sester ji využívá k edukaci pacienta, pro 4 sestry je komunikace s nemocnými důležitá součástí ošetrovatelské péče, 4 sestry uvedly názor, že pacient potřebuje informace, které z neverbální komunikace nevyčte, 4 sestry preferují verbální komunikaci z důvodu psychické podpory pacienta, 3 sestry komunikací navazují kontakt s nemocnými, 2 sestry ji využívají k uklidnění pacienta, 2 sestry pro získání více informací a 1 sestra komunikuje s nemocnými protože musí a 1 sestra pro pacientův lepší pocit. Všechny důvody uvedené v grafu 42 jsou důležité, ale přesto by se dalo vyjmenovat mnoho dalších. A. Richards ve své publikaci (24) uvádí, že efektivní komunikace pozitivně přispívá k uzdravení pacienta tím, že tlumí strach a zmatek, pomáhá při úzkosti a stresu, pomáhá zmírňovat bolest, snížit počet komplikací a vedlejších účinků a urychluje rekonvalescenci.

Na identifikaci potřeb nemocného má dostatek času 37 % sester a 40 % sester tento čas nemá (graf 43). I přesto, že ve větší míře sestry nemají čas na identifikaci potřeb nemocných, je převážná část pacientů při uspokojování jejich potřeb s pomocí sestry velmi spokojena, což je překvapivé. Podle grafu 41 má 55 % sester více času na komunikaci s nemocnými, než na identifikaci potřeb (graf 43). V komunikaci s nemocnými jim brání nejvíce pracovní vytížení, administrativa a péče o velký počet pacientů (graf 45). Potřebu kontaktu s rodinou umožňuje pacientům 94 % sester (graf 46). Zde se ztotožňujeme i s výsledky odpovědí pacientů, neboť 97 % pacientů uvedlo, že měly možnost přítomnosti návštěv kdykoliv (graf 26). Kontakt nemocných s rodinou je velmi důležitý pro jejich psychickou pohodu. Sestry by měly komunikovat i s příbuznými pacienta a vědět, že ho navštěvují, neboť rozhovorem s nimi může získat velmi užitečné informace o pacientovi. O této důležitosti se zmiňuje i A. Richards (24) ve své publikaci.

U pacientů po operaci srdce se měří příjem tekutin obvykle do čtvrtého pooperačního dne, aby se zabránilo případným komplikacím, jako je dehydratace, poškození ledvin nebo nízký krevní tlak. Valenta (35) ve své publikaci uvádí, že každý větší operační výkon (břicho, hrudník) vede ke ztrátě tělesných tekutin, a to krvácením z operačního pole, odpařováním z obnažených tkání a orgánů nebo pocením nemocného. Převážná část pacientů je staršího věku, odmítá pít a daleko rychleji jsou dehydratováni, než mladší lidé. Překvapivé bylo zjištění, jakým způsobem sestry sledují příjem tekutin u pacientů po operaci srdce. 39x sestry odpověděly, že měří bilanci tekutin u nemocných aktivním sledováním příjmu a výdeje tekutin, 23x označily, že nemocným aktivně nabízí tekutiny, 22x odpověděly dotazováním se nemocných, 19x označily odpověď: vážením nemocných a výsledky z laboratoře, 16x sestry odpověděly, že jen dle ordinace lékaře a 2x dle pocitu žízně nemocných (graf 47).

Vyprazdňování zasahuje intimní sféru člověka, lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním mluvit, uvádí ve své publikaci Trachtová (34). Sestry by měly aktivně sledovat a ptát se pacienta na vyprazdňování stolice. Toto tvrzení znázorňuje graf 48, který informuje, že 92 % sester aktivně zjišťuje vyprazdňování stolice u pacientů po operaci srdce.

Trachtová ve své publikaci (34) uvádí, že nemoc zvyšuje nárok na spánek a odpočinek, jak již bylo zmíněno výše. Spánek je nezbytným předpokladem pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví.(34) Sestry by tuto potřebu neměly podceňovat, ale zajímat se o kvalitu spánku u nemocných. Z výsledků grafu 49 vyplynulo, že 98 % sester se ptá na kvalitu spánku u pacientů po operaci srdce a 1 sestra ne. Tato zjištění se ztotožňují s výsledky, které vyplynuly z odpovědí pacientů, neboť u 62 % pacientů byla potřeba spánku uspokojena (27). Mezi nejčastější intervence, které sestry vykonávají u pacientů pro zajištění kvalitního spánku, uvedly: zajištění klidu na oddělení, vyvětrání místnosti před spaním, úprava lůžka, eventuálně podání hypnotik dle ordinace lékaře (graf 50). Ke zmírnění rušivého působení okolí může sestra napomáhat např. zavřením dveří, zatměním, ztlumením světla, snížením stimulů. I když lze předpokládat snahu sester ovlivnit tyto faktory, některé se jí však nemusí na akutním lůžkovém oddělení podařit splnit.

Stravování v nemocnicích je všeobecně známé jako neuspokojivé. Správná výživa ovlivňuje nejen duševní pohodu a zdraví, ale významně se podílí i na průběhu onemocnění a hojení ran. Sestra by měla dbát, aby strava pro pacienty byla teplá a esteticky upravená, uvádí ve své publikaci Farkašová (6). Zde se ztotožňujeme s názorem Farkašové, neboť 88 % sester se zajímá o stravování pacientů na kardiochirurgickém oddělení a 12 % sester ne (graf 51). Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je kontakt s rodinou, uvádí Trachtová ve své publikaci (34). Zde se ztotožňujeme s Trachtovou, neboť 97 % nemocných mělo možnost přítomnosti návštěv kdykoliv, jak již bylo zmíněno výše a z grafu 52 vyplynulo, že 93 % sester ví, že pacienta navštěvuje rodina. Povědomí sester o přítomnosti rodiny u nemocného je důležité, protože rozhovorem s nimi může sestra získat velmi užitečné informace o pacientovi.

Bolest je ryze subjektivní zážitek. Bolesti se projevují známkami rozrušení, zaujímání úlevových poloh, změnami svalového napětí, výrazem bolesti v obličejí a změnou fyziologických funkcí. 62 % sester na pacientovi pozná (graf 53), zda má bolesti a 100 % sester jednoznačně odpovědělo, že se nemocných ptají, jestli pociťují bolest (graf 54). Tyto výsledky jsou uspokojivé, ale přesto z šetření prováděném mezi



pacienty vyplynulo, že pacienti po operaci srdce si nejvíce stěžují na pocity bolesti (graf 19).

Sebepéči a sebeobsahu u pacientů po operaci srdce podporuje 100 % sester (graf 55). Pacienti jsou většinou hůře mobilní, vzhledem k jejich vyššímu věku a náročnosti tohoto výkonu, což potvrzuje i graf 2. Richards (24) uvádí, že neverbální komunikace je stejně důležitá jako verbální. Při rozhovoru s nemocným mají velkou úlohu i pozorovací schopnosti sestry, protože kromě konkrétního sdělení pacienta přicházejí informace také z jeho „neverbální komunikace“. Například pacient na pooperačním oddělení může říci sestře: „Ne, nic mě nebolí,“ ale výraz jeho tváře označuje úzkost, nejistotu a bolest. Sestry by neměly podceňovat význam verbální i neverbální komunikace. Při kontaktu s nemocnými 93 % sester používá některé prostředky neverbální komunikace (graf 56). Používáním těchto prostředků u nemocných uspokojujeme potřebu bezpečí a jistoty. Tento výsledek je velmi chvályhodný, neboť empatie a citlivý přístup od sestry při péči o nemocné je velmi důležitý.

Dechová cvičení se u pacientů po operaci srdce provádí každý den za pomoci fyzioterapeuta. Sestra má v péči o dýchání také svůj význam. Sama může pacientům podávat inhalace usnadňující odkašlávání, mazat záda a objektivně hodnotit dýchání. 95 % sester aktivně zjišťuje, jak pacienti odkašlávají a jak se jim dýchá (graf 57), což se ztotožňuje s výsledky odpovědí pacientů, kteří byli s pomocí sestry při problémech s dýcháním velmi spokojeni (90 %) (graf 22). Způsoby zjišťování, jak se pacientovi dýchá zobrazuje graf 58. Pro efektivní ventilaci plic a odkašlávání je důležité, aby pacient neměl bolesti, uvádí ve své publikaci Šetina (31).

Farkašová (6) uvádí, že uspokojování biologických potřeb je zaměřeno na péči o komfort a pohodlí nemocného. Překvapivé jsou výsledky, že 75 % sester respektuje soukromí a stud u nemocných, 23 % sester jen někdy (graf 59) a 98 % sester by chtělo zlepšit zajišťování soukromí a intimity na jejich oddělení (graf 59). Všechny sestry by ji chtěly zlepšit používáním zástěn. Tuto potřebu lze uspokojovat jak používáním zástěn, tak i oddělením mužů od žen, sociálním zařízením na každém pokoji, zbytečné neodkrývání pacientů, při vyšetření odkrýt jen nutnou část těla a sestry by měly holt

ženy před výkonem a muže sanitáři. Pohodlí nemocných můžeme uspokojit úpravou, čistotou prostředí a pomůcek. 83 % sester si myslí, že je na jejich oddělení zajišťováno pohodlí pacientů a 17 % sester si to nemyslí (graf 61). O pohodlí pacientů pečují sestry tím, že dbají o čisté lůžko, úklid na pokoji, větrání místnosti, dostupnost televize na oddělení, sociální zařízení na pokoji, nabízení časopisů a vhodná poloha nemocného (graf 62).

Pacienti po operaci srdce jsou většinou do třetího až čtvrtého dne při nekomplikovaném průběhu trvale monitorováni. Avšak sebedokonalejší monitor nemůže nahradit zkušenou, vzdělanou a svědomitou sestru, která zajišťuje nepřetržité sledování a péči o nemocného, uvádí ve své publikaci Dominik (5). Graf 63 informuje, že 100 % sester aktivně sleduje fyziologické funkce bez ordinace lékaře. Dále zůstává otázkou, zda tyto nemocné informovat o naměřených hodnotách či nikoliv. O výsledcích měření informuje nemocné 44 % sester, 41 % jen někdy a 15 % sester uvedlo jiné důvody: dle stavu (13 %) a zájmu pacienta (2 %) (graf 64). Pacienty často provází obavy z jejich budoucnosti. Lékař, sestra i fyzioterapeut musí nemocné informovat o způsobu života po operaci srdce. Na jedné straně sestry (30 %) uvádějí, že nemají dostatek prostoru na edukaci nemocných o způsobu změny života po operaci srdce, 34 % sester by si ho přály mít, ale na straně druhé je pro 87 % nemocných podání těchto informací uspokojivé. V péči o nemocné po operaci srdce musí být sestra trpělivá, taktní a hlavně musí nemocné po celou dobu hospitalizace psychicky podporovat. Zajímavé je zde zjištění, že všechny sestry (100 %) udávají, že pacienty psychicky podporují. Zde se ztotožňujeme s výsledky odpovědí pacientů, kdy 56 % pacientů si myslí, že jim sestry nemohou poskytnout větší psychickou podporu (graf 34).

Nemocné často provázejí pocity úzkosti a strachu. 50 % sester pozná na pacientovi pocity strachu a úzkosti a 50 % sester ne (graf 67). Zde možná hraje úlohu i nedostatek času některých sester na komunikaci s nemocnými jak je uvedeno v grafu 44. Pocity strachu a úzkosti u pacientů po operaci srdce sestry snižují podáváním informací, přístupem, podáním léků, bezpečností nemocného (postranice), televizí

možnosti čtení a kontaktu s rodinou. Ke zmírnění strachu a úzkosti používají sestry komunikaci s nemocnými.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak jsou uspokojovány biologické a psychické potřeby u nemocných po operaci srdce. Uspokojování potřeb u pacientů představuje jeden z hlavních úkolů sestry. Z ošetrovatelského hlediska musí sestra vědět o potřebách tolik, aby je dokázala rozpoznat, pochopit a zajistit jejich uspokojení. Cíl práce byl splněn.

Z vyhodnocených dotazníků pro pacienty vyplynulo, že až na minimální výjimky jsou pacienti po operaci srdce na kardiochirurgickém oddělení velmi spokojeni s pomocí sestry při uspokojování biologických a psychických potřeb, které jsou onemocněním pozměněny. Z dotazníků pro sestry vyplynulo, že sestry pracují v rámci ošetrovatelského procesu a aktivně uspokojují potřeby nemocných.

Šetření bylo prováděno metodou dotazování, technikou dotazníku. Hypotéza 1: biologické potřeby u pacientů po operaci srdce jsou uspokojovány prioritně byla potvrzena. Hypotéza 2: pacienti pociťují nedostatek v saturaci psychických potřeb se nepotvrdila.

Současná zdravotní péče se opírá o přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou dobrou zpětnou vazbou jak pro ošetřující personál, tak i pro management zdravotnického zařízení. Jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče.

Výsledky šetření budou poskytnuty vedoucím pracovníkům oddělení, kde bylo šetření prováděno. Budou se moci zamyslet nad problematikou uspokojování potřeb pacientů na jejich oddělení a eventuálně mohou přispět k jejich zlepšení. Výsledky práce mohou sloužit jako podkladové materiály pro studenty ZSF a zdravotníky přicházející do styku s daným typem pacientů.

## 7. Seznam použité literatury:

1. BÁRTLOVÁ, S.; HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
2. CABOVÁ, I. Péče o pacienty po operaci chlopenních vad na intermediálním oddělení. In: *Sestra*. 1998, roč. 8, č. 3. 17 s. ISSN není uvedeno.
3. ČOČEK, D. et al. Srdeční operace u pacientů nad 75 let. In: *Cor et Vasa*. 2001, roč. 43, č. 4. s. 179-183. ISSN 0010-8650.
4. DOLANOVÁ, J. Bezprostřední péče o pacienta po operaci chlopně. In: *Sestra*. 1998, roč. 8, č. 3. s. 18. ISSN není uvedeno.
5. DOMINIK, J. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Praha: Grada, 1998. 216 s. ISBN 80-7169-669-2.
6. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. Tóthová V. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
7. HANDL, Z. *Monitorování pacientů v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči – vybrané kapitoly*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 139s. ISBN 80-7013-378-3.
8. JECK-THOLE, S.; HALLBAUM, I.; PICHLMAYR, I. *Anesteziologie, praktická příručka*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1998. 312 s. ISBN 80-88824-82-6.
9. JUŘENÍKOVÁ, P.; HUSKOVÁ, J. et al. *Ošetrovatelství - učební text pro střední zdravotnické školy 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vydání. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště, 1999. 236s. ISBN neuvedeno.

10. KOLAŘÍKOVÁ, A. et al. *Základy ošetrovania a asistencie*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2003. 254 s. ISBN 80-8063-125-5.
11. KOZIEROVÁ, B.; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'sto 1, 2*. Přel. Krišková, A., Musilová, M., Závodná, V. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
12. KRISTOVÁ, J.; TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2002. 164 s. ISBN 80-8063-107-7.
13. KUBICOVÁ, L. et al. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Není uvedeno vydání. Martin: Osveta, 2000. 119 s. ISBN 80-8063-049-6.
14. KUNSTÝŘ, J.; STRÍTESKÝ, M. et al. Pooperační analgezie v kardiochirurgii, In: *Anestezie neodkladné péče*, 2001. roč. 12, č. 4., 191-192 s. ISSN 0862-4968.
15. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9.
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl - systémový přístup*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. 187 s. ISBN 80-246-0429-9.
17. MIKŠOVÁ, Z.; FROŇKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče. II. díl. Ošetrovatelský proces na chirurgickém oddělení, ošetrovatelský proces v době předoperační*. Aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 171 s. ISBN 80247-1443-4.
18. NEJEDLÁ, M.; SVOBODOVÁ, H.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/2, pro 3. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8.

19. NĚMEC, P. et al. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 103 s. ISBN 80-244-130-35.
20. PAVLÍKOVÁ, J. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
21. POSPÍŠILOVÁ, V. Komplikace u nemocných po náhradě chlopně. In: *Sestra*, 1998, roč. 8, č. 3. 18 s. ISSN není uvedeno.
22. PROČKE, M. *Potřeby nemocného upoutaného na lůžko. Seminární práce ze Základů péče o nemocné.* /cit. 2007-03-30/ Dostupné z WWW: [http://www.medikovo.misto.cz/\\_MAIL\\_/mater/pece/lezak.htm](http://www.medikovo.misto.cz/_MAIL_/mater/pece/lezak.htm).
23. REPISKÁ, L. Kvalita ošetrovatelskej starostlivosti očami klienta. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: JU ZSF, 2003. s. 154 – 160. ISBN 80-7040-636-4.
24. RICHARDS, A.; EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Z angl. orig. přel. Simona Šeclová. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
25. ROZSYPALOVÁ, M.; ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Informatorium, spol. s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
26. SLÁMOVÁ, P.; KOCHANNYJOVÁ – GORALČUKOVÁ, I. Péče o psychiku nemocných a jejich rodin. In: *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí, Sborník příspěvků II. Konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí*. Velká Bystřice 6.- 7. září 2000. vydání není. Galén. 2000. 142 s. ISBN 80-86247-21-5.
27. SOVOVÁ, E.; ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 156 s. ISBN 80-247-1009-9.

28. STAŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství. Učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 193 s.  
ISBN 80-71-84-243-5.
29. STASKOVÁ, V.; SEDLÁKOVÁ, G. Vztah mezi spokojeností sester a spokojeností pacientů. 1. vydání. In: *Nové trendy v ošetrovatelství*. České Budějovice: JU ZSF, 385 - 390s. ISBN 80-7040-884-7.
30. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al. *Základy ošetrovatelství* 1. vydání. Praha. Karolinum, 2006. 353s. ISBN 80-246-1091-4.
31. ŠETINA, M. et al. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.
32. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vydání. České Budějovice: JU ZSF, 2000. 293 s. ISBN 80-7040-454-X.
33. TÓTHOVÁ, V. Vliv ošetrovatelského procesu na kvalitu ošetrovatelské péče. In: *Nové trendy v ošetrovatelství II*. České Budějovice: JU ZSF, 2003. s. 199 – 215. ISBN 80-7040-636-4.
34. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.
35. VALENTA, J. et al. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha. Karolinum, 2005. 38 s. ISBN 80-246-0644-5.
36. VANĚK, I. et al. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vydání. Praha. Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.



37. VOLESKÁ, J.; TÓTHOVÁ, V. Znalost potřeb člověka - základ kvalitní ošetrovatelské péče. 1. vydání. In: *Nové trendy v ošetrovatelství*. České Budějovice: JU ZSF, 2002. s. 171 – 177. ISBN 80-70-40-578-3.
38. WORKMAN, B. D.; BENNET, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 244 s. ISBN 80-247-1714-X.
39. ZEMAN, M. et al. *Chirurgická propedeutika*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

## **8. Klíčová slova**

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelský proces

Operace srdce

Pacient

Potřeba

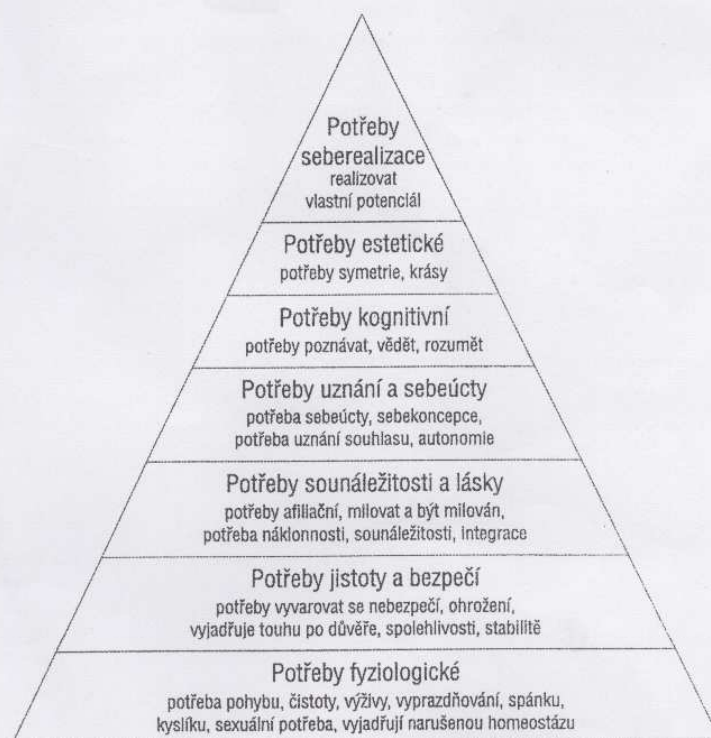
Sestra

## **9. Přílohy**

Seznam:

- Příloha 1 Maslowova hierarchie potřeb  
Maslowova klasifikace potřeb
- Příloha 2 Dotazník pro pacienty
- Příloha 3 Dotazník pro sestry

## Příloha 1



### Maslowova klasifikace potřeb:

vyšší potřeby	potřeby seberealizace potřeby uznání potřeby sounáležitosti	potřeby růstu – metapotřeby
nižší potřeby	potřeby bezpečí fyziologické potřeby	nedostatkové potřeby

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, s. 186. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha 2

**Dotazník pro pacienty po operaci srdce**

**Dobrý den,**

**jmenuji se Miroslava Bartůňková a v současné době jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotní sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.**

**Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Uspokojování biologických a psychických potřeb u nemocného po operaci srdce. Údaje Vámi vyplněné budou zpracovány zcela anonymně a budou použity pouze k potřebě mé práce. Označte 1 odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, pokud nebude uvedeno jinak. Vaše spolupráce při vyplnění dotazníků je zcela dobrovolná a předem děkuji za vaši ochotu a trpělivost.**

.....

**Miroslava Bartůňková**

**1. Jste:**

- a) muž
- b) žena

**2. Váš věk je:**

- a) do 18 let
- b) 19 – 30 let
- c) 31 – 45 let
- d) 46 – 60 let
- e) více než 60 let

**3. Váš rodinný stav:**

- f) svobodný/á
- g) ženatý/vdaná
- h) ovdovělý/á
- i) rozvedený/á
- j) jiné.....

**4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:**

- a) základní dokončené
- b) střední odborné ukončené výučním listem
- c) střední odborné ukončené maturitou
- d) vyšší odborné ukončené absolutoriem
- e) vysokoškolské ukončené státní závěrečnou zkouškou
- f) jiné:.....

**5. Do této nemocnice jste byl/a přijat/a :**

- a) plánovaně
- b) akutně (náhle)

**6. Jak vnímáte pomoc sestry při hygienické péči? (prosím označte na stupnici)**

**velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a**

**7. Byla uspokojena potřeba Vašeho spánku během noci?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ne, jaká byla příčina Vašeho narušeného spánku? (můžete označit více možností)**

- a) zdravotnický personál
- b) přístroje
- c) hluk z ulic
- d) světlo
- e) doba ranního buzení
- f) jiné:.....

**8. Jak vnímáte pomoc sestry při zajištění spánku? (prosím označte na stupnici)**

**velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a**

**9. Měl/a jste potíže s vyprazdňováním moče?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**Pokud ano, s pomocí sestry při vyprazdňování moče jste byl/a:**

**velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a**

**10. Měl/a jste potíže s vyprazdňováním stolice?**

- a) ano, průjem
- b) ano, zácpa
- c) ano, jiné.....
- d) ne

**Pokud ano, s pomocí sestry při vyprazdňování stolice jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**11. S pomocí sestry při zajištění změny polohy jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**12. S pomocí sestry při zajištění příjmu tekutin jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**13. S pomocí sestry při zajištění příjmu stravy jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**14. Měl/a jste zvýšenou tělesnou teplotu?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, s pomocí sestry při snižování tělesné teploty jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**15. Měl/a jste po operaci bolesti?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, byla pomoc sestry při zmírnění nebo odstranění bolesti pro Vás:**  
uspokojivá - 1    2    3    4    5 - neuspokojivá

**16. Měl/a jste po operaci problémy s dýcháním?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, s pomocí sestry při problémech s dýcháním jste byl/a:**  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a



**17. Poskytnutí informací od sester v souvislosti s podáváním léků bylo pro Vás:**

uspokojivé - 1    2    3    4    5 - neuspokojivé

**18. Celkový způsob podávání informací od sester pro Vás byl:**

uspokojivý - 1    2    3    4    5 - neuspokojivý

**19. Jak jste byl/a spokojen/a s teplotou na pokoji?**

velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**20. Měl/a jste možnost přítomnosti návštěv kdykoliv?**

a) ano

b) ne

**21. Měl/a jste možnost telefonovat s blízkými?**

a) ano

b) ne

**22. S respektováním studu a soukromí od sester jste byl/a:**

velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**23. Podání informací sestrami o způsobu změny Vašeho života po propuštění bylo pro Vás:**

uspokojivé - 1    2    3    4    5 - neuspokojivé

**24. Měl/a jste pocity úzkosti po operaci?**

a) ano

b) ne

**Pokud ano, s pomocí sestry při zmírňování Vaší úzkosti jste byl/a:**

velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a

**25. Měl/a jste pocity strachu po operaci?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, s pomocí sestry při zmírňování Vašeho strachu jste byl/a:  
velmi spokojen/a - 1    2    3    4    5 - velmi nespokojen/a**

**26. Myslíte si, že Vám sestry mohou poskytnout větší psychickou podporu?**

- a) ano
- b) ne

Příloha 3

**Dotazník pro sestry**

**Dobrý den,**

**jmenuji se Miroslava Bartůňková a v současné době jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Zdravotní sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.**

**Dovolte mi, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: Uspokojování biologických a psychických potřeb u nemocného po operaci srdce. Údaje Vámi vyplněné budou zpracovány zcela anonymně a budou použity pouze k potřebě mé práce. Označte 1 odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, pokud nebude uvedeno jinak. Vaše spolupráce při vyplnění dotazníků je zcela dobrovolná a předem děkuji za vaši ochotu a trpělivost.**

.....

**Miroslava Bartůňková**

**1. Kolik je Vám let?**

- a) do 20 let
- b) 21 – 29 let
- c) 30 – 39 let
- d) 40 – 49 let
- e) 50 – 59 let
- f) 60 a více let

**2. Pohlaví?**

- a) muž
- b) žena

**3. Jaký je Váš rodinný stav?**

- a) svobodný/á
- b) ženatý/á
- c) ovdovělý/á
- d) rozvedený/á

**4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru (zdravotní) všeobecná sestra?**

- a) úplné střední odborné ukončené maturitou
- b) vyšší odborné ukončené absolutoriem
- c) vysokoškolské dokončené bakalářské studium
- d) vysokoškolské dokončené magisterské studium
- e) specializace – SIP (sestra intenzivní péče)
- f) specializace – ARIP (anesteziologická, resuscitační a intenzivní péče)
- g) jiné:.....

**5. Délka Vaší odborné praxe?**

- a) do 5 ti let
- b) od 6 – do 15 ti let
- c) od 16 – do 25 ti let
- d) déle než 25 let

**6. Pracujete na Vašem oddělení metodou ošetrovatelského procesu?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) jiné.....

**7. Preferujete verbální komunikaci mezi sestrou a pacientem po operaci srdce:**

- a) ano, proč.....
- b) ne, proč.....
- c) ano, ale jen tehdy, když klient dostatečně vnímá
- d) není důležitá, jestliže je klient psychicky nemocný

**8. Máte dostatek času identifikovat potřeby nemocného?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**9. Máte dostatek času na komunikaci s nemocným?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ne, co je překážkou?.....**

**10. Je na Vašem oddělení umožňováno rodinám Vašich pacientů neomezeně navštěvovat své blízké?**

- a) ano
- b) ne
- c) jiné.....

**11. Jakým způsobem sledujete příjem tekutin u nemocných? (můžete označit i více možností)**

- a) aktivním sledováním příjmu a výdeje tekutin
- b) dotazováním nemocných
- c) dle pocitu žízně nemocných
- d) dle ordinace lékaře
- e) sami aktivně nabízíme tekutiny
- f) vážením nemocných
- g) výsledky z laboratoře

**12. Zjišťujete aktivně u pacienta vyprazdňování stolice?**

- a) ano
- b) ne

**13. Ptáte se pacienta na kvalitu spánku?**

- a) ano
- b) ne

**V případě že ano, uveďte co děláte pro zvýšení kvality spánku pacienta:**

.....  
.....

**14. Zajímáte se o to zda je pacient spokojen se stravováním v nemocnici během hospitalizace?**

- a) ano
- b) ne

**15. Víte, zda pacienta navštěvuje rodina?**

- a) ano
- b) ne

**16. Poznáte na pacientovi, zda má bolesti?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**17. Ptáte se pacienta, zda má bolesti?**

- a) ano
- b) ne

**18. Podporujete sebepéči a sebeobsluhu pacienta?**

- a) ano
- b) ne

**19. Používáte některé prostředky neverbální komunikace při kontaktu s nemocným (jako například stisk ruky, pohlazení po tváři, po ruce)?**

- a) ano
- b) ne
- c) cíleně
- d) plánovaně

**20. Zjišťujete zda pacient sám aktivně odkašlává?**

- a) ano
- b) ne

**21. Jakým způsobem zjišťujete jak se pacientovi dýchá?(můžete označit i více možností)**

- a) pohledem
- b) monitorací
- c) laboratorními výsledky
- d) dotazováním se pacientů
- e) nezjišťuji
- f) jiné.....

**22. Respektujete stud u pacientů při poskytování ošetrovatelské péče a dbáte zabezpečení jejich soukromí?**

- a) ano, vždy
- b) ne
- c) někdy

**23. Chtěla byste zlepšit zajišťování soukromí a intimity na Vašem oddělení?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud ano, jak?**

.....

**24. Myslíte si, že je na Vašem oddělení pravidelně zajišťováno pohodlí pacientů?**

- a) ano
- b) ne



**Pokud ano, jak?**

- a) čisté lůžko
- b) čistota na pokoji
- c) vyvětraná místnost
- d) dostupnost televize na oddělení
- e) jiné.....

**25. Sledujete aktivně fyziologické funkce bez ordinace lékaře?**

- a) ano
- b) ne

**26. Informujete pacienta o naměřených hodnotách při monitorování fyziologických funkcí?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy
- d) jiné.....

**27. Máte dostatek prostoru na edukaci pacientů o způsobu života po operaci srdce?**

- a) ano
- b) ne
- c) přála bych si ho mít
- d) nevím, jak bych ho využila
- e) jiné.....

**28. Podporujete psychicky pacienta?**

- a) ano
- b) ne

**29. Poznáte zda pacient prožívá strach nebo úzkost?**

- a) ano
- b) ne
- c) někdy

**Pokud ano, jakým způsobem se snažíte u pacientů o zmírnění nebo odstranění strachu nebo úzkosti? (můžete označit i více možností)**

- b) přístupem
- c) podáním informací
- d) podáním léků
- e) jiné.....