

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Problematika informovanosti klientů o pooperační a následné péči po
náhradě srdeční chlopně**

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Věra Stasková

Autor práce
Vendula Průšová

2008

Problems of clients' knowledgeability of postoperative and follow-up care in the case of heart valve substitute.

Heart valve defects are unpredictable diseases that can exist without any symptoms for a long time. Heart valve operations comprise the most frequent group second to by-pass operations and nearly a half of all heart-surgical interventions with adult clients.

The aim of the thesis was to find out about clients' knowledgeability of postoperative and follow-up care in the case of heart valve substitute, and what kind of information is needed to achieve by the clients from nurses; what educational materials are used to inform the clients with heart valve substitute and also to find out who are the clients with heart valve substitute informed by.

Two hypotheses were predefined: 1 – Clients are satisfied with the provided information about postoperative and follow-up care in the case of heart valve substitute; 2 – Clients are informed about postoperative and follow-up care in the case of heart valve substitute.

Three research inquiries were formed: 1 – Which is the most frequent information needed by clients with heart valve substitute from nurses? 2 – What kind of education is used for clients with heart valve substitute? 3 – Who are the clients with heart valve substitute informed by?

Collecting data was performed using the combination of quantitative and qualitative research methods. The quantitative ones were performed as questioning using the technique of a questionnaire, while the qualitative methods used the technique of a semi-standard dialogue. The research sample were the clients with heart valve substitute hospitalised in the cardiosurgical departments of the teaching hospitals in Motol, in Plzeň, in the Hospital České Budějovice, a joint-stock company, and nurses working in those departments.

80 questionnaires for clients were distributed, 74 of them were filled in and returned. Ten nurses were addressed. The above-mentioned four aims were fulfilled.

Hypotheses H₁ and H₂ were confirmed. The nurses answered the research inquiries 1,2 and 3; the answers were analysed and the analyses were used for forming the hypotheses: 1. The most frequent information needed by clients with heart valve substitute from nurses are about moving activity, pain, physiotherapy, connection to instruments, possible complications, about housework, possible staying in spa, return to the occupation, principle of taking Warfarin, about regular cardiology control. 2. The clients with heart valve substitute are educated by discussion and by the informational brochure. 3. The clients with heart valve substitute are educated by the doctor and the nurse.

The results of this thesis will be submitted to the managements of the above mentioned hospitals as material to consider amending the informational brochure for the clients so that they would get the missing information about postoperative and follow-up care in the case of heart valve substitute. I suppose that education's efficiency and forknowledge of the clients with heart valve substitute could be improved in this way.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika informovanosti klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím a cituji v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Děkuji vedoucí práce Mgr. Věře Staskové za metodické vedení, cenné rady a ochotu při psaní této bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat všem zdravotním sestřám a klientům, kteří se zúčastnili výzkumu.

OBSAH

Úvod.....	2
1. Současný stav.....	3
1.1 Chlopenní vady.....	3
1.1.1 Anatomie a fyziologie srdce.....	3
1.1.2 Stenózy a insuficience.....	3
1.2 Druhy chlopenních náhrad.....	6
1.2.1 Vývoj chlopenních vad.....	6
1.2.2 Umělé chlopenní náhrady.....	7
1.2.3 Biologické chlopenní náhrady.....	8
1.2.4 Volba typu srdeční chlopně pro náhradu.....	9
1.3 Péče o nemocné po operaci srdeční chlopně.....	11
1.3.1 Bezprostřední pooperační péče na RES.....	11
1.3.2 Pooperační péče na JIP.....	12
1.3.3 Standardní oddělení – péče před propuštěním.....	12
1.4 Problematika informovanosti.....	15
1.4.1 Potřeba informovanosti klienta.....	15
1.4.2 Role sestry – komunikátory.....	16
1.5 Edukace klienta.....	17
2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky	19
3. Metodika.....	20
4. Výsledky.....	21
4.1 Výsledky dotazníků pro klienty.....	21
4.2 Výsledky rozhovorů se sestrami.....	49
5. Diskuse.....	57
6. Závěr.....	65
7. Seznam použité literatury.....	67
8. Klíčová slova.....	70
9. Přílohy.....	71

Úvod

Vady srdečních chlopní jsou nevyzpytatelná onemocnění, která mohou dlouho zůstat bez příznaků. Operace srdečních chlopní představují druhou nejpočetnější skupinu po bypassových operacích a tvoří téměř polovinu ze všech kardiochirurgických zákroků u dospělých pacientů. Vady chlopní je třeba vždy řešit, protože jsou často pro nemocného velmi nebezpečné. Klient sice nemusí pociťovat obtíže, na jeho srdci však dochází k nevratným patologickým změnám, které nakonec vedou k srdečnímu selhání. Po operaci a před propuštěním je velmi důležitá informovanost klientů, která je podmíněna nejen rozsahem znalostí sester a ostatního zdravotnického personálu, ale i uměním komunikovat, předávat informace a zapojovat klienta do ošetrovatelské péče. Proto jsem si zvolila bakalářskou práci na téma Problematika informovanosti klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně.

Věřím, že dostatečná informovanost klientů by mohla napomoci při jejich rekonvalescenci a opětovném zapojení se do plnohodnotného života. Jaké ale mají klienti ve skutečnosti informace o pooperační péči? Jaké informace mají klienti před propuštěním z nemocnice do domácího ošetřování? Do jaké míry se na edukaci klientů podílejí sestry? Jaký edukační materiál je při edukaci používán? Používají sestry při edukaci klienta také formu osobního rozhovoru? Jaké mají sestry možnosti v získávání informací o pooperační a následné péči? Těmito otázkami bych se v mé práci chtěla zabývat a výsledky zveřejnit pro možné využití v praxi, protože pooperační péče o tyto klienty je velmi náročná jak pro sestry, tak i pro samotné klienty.

Vady srdečních chlopní jsou velmi rozsáhlé téma, proto v teoretické části budou uvedeny jen tyto kapitoly: Vývoj léčby chlopněných vad, Chlopněné vady, Druhy chlopněných náhrad, Péče o nemocné po operaci srdeční chlopně a Edukace a komunikace s klientem. Práce se bude zabývat hlavně edukační činností a informovaností klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdečních chlopní.

1. Současný stav

1.1 Chlopenní vady

1.1.1 Anatomie a fyziologie srdce

Pro správné pochopení chlopenních vad je důležité se stručně zmínit o anatomii a fyziologii srdce.

Srdce je dutý svalový orgán, který u dospělého člověka váží přibližně 260 – 320 gramů. Srdce je uloženo v tuhém vazivovém obalu – perikardu. Povrch srdce je krytý epikardem (jemným vazivem). Pod epikardem se nachází myokard (svalovina), která tvoří hlavní část srdeční stěny. Uvnitř srdce se nachází endokard, který vystylá srdeční dutiny a mezi síněmi a komorami tvoří cípaté chlopně.

Srdce je rozděleno na čtyři základní části. Pravá a levá síň, pravá a levá komora. Odkysličená krev přitéká z velkého krevního oběhu do pravé srdeční síně horní a dolní dutou žilou, pokračuje přes trojcípou chlopeň (trikuspidální) do pravé komory, odtud plicnicí do plic, kde se okyslíčí a čtyřmi plicními žilami se vrací do levé síně a přes dvojcípou chlopeň (mitrální) do levé komory a odtud je aortou rozváděna do celého těla. Na začátku plicnice a aorty se nacházejí poloměsíčité chlopně, které zabraňují zpětnému toku krve (viz příloha 1).

Převodní systém srdeční rytmicky rozvádí elektrické impulzy po srdci. Tvoří ho sinoatriální uzlík, který je zodpovědný za vznik impulzu (za srdeční frekvenci), atrioventrikulární uzlík (převádí vzruch ze síní do komor), Hissův svazek, pravé a levé Tawarovo raménko a Purkyňova vlákna, která rozvádějí elektrický vzruch po svalovině komor, které se pak symetricky stahují. Tím dochází k rytmickému střídání systol (stahů) a diastol (ochabnutí) síní a komor (viz příloha 2). Ty na sebe přesně navazují a ve spolupráci se srdečním svalem zajišťují nepřetržité přečerpávání krve (17,6,9).

1.1.2 Chlopenní stenózy a insuficience

Chlopenní srdeční vady se vyskytují buď jako stenózy (zúžení), nebo jako insuficience (nedomykavost). Proto v této kapitole bude nejdříve popsána aortální stenóza a aortální insuficience, poté mitrální stenóza a mitrální insuficience a na závěr trikuspidální stenóza a trikuspidální regurgitace.

Aortální stenóza. Nejčastější příčinou aortální stenózy (zúžení) u dospělých jsou degenerativní změny cípu aortální chlopně, kde se vytváří kalcifikace, a ty brání dostatečnému otevření chlopně během systoly.

První příznaky aortální stenózy se nejčastěji objevují mezi 40. – 60. rokem života. Jedná se o námahovou dušnost, stenokardii (bolest za hrudní kostí) a synkopu (mdlobu), nejčastěji po námaze. Nemocní mohou být ohroženi i náhlou smrtí v důsledku maligní srdeční arytmie, nejčastěji komorovou tachykardií nebo fibrilací.

Výše jmenované příznaky jsou indikací k operačnímu řešení, kdy se provádí náhrada aortální chlopně (22,17,3,23,11).

Aortální insuficience (nedomykavost) může být akutní nebo chronická. Při akutní aortální insuficienci může být aortální chlopeň postižena infekční (bakteriální) endokarditidou, disekcí vzestupné aorty a traumatem. Projevuje se dušností až plicním otokem, slabostí, tachykardií, hypotenzí a až kardiogenním šokem. Může dojít i k smrti klienta.

Chronická aortální insuficience může být na vrozeném podkladě nebo její příčinou může být degenerativní nebo porevmatické postižení chlopně. Po dlouhou dobu je asymptomatická (bez příznaků). První obtíže bývají až pozdním příznakem a často jsou projevem závažného poškození funkce levé komory. Patří sem těžká, záchvatovitá noční dušnost s plicním edémem (otokem), anginózní bolesti a mdloba.

Při akutní aortální insuficienci je včasná operační intervence nezbytná. U chronické aortální insuficience závisí na stupni onemocnění a stavu levé komory (22,17,3,11).

Mitrální stenóza nejčastěji vzniká na podkladě prodělané revmatické horečky. Ženy postihuje 2 – 4 krát častěji než muže. Ve vyspělých státech je ale díky prevenci revmatické horečky zaznamenán minimální výskyt mitrální stenózy.

První příznaky mitrální stenózy se začínají objevovat až po mnoha letech od prodělané revmatické horečky. Jedná se o dušnost, nejprve námahovou, poté klidovou. Typická je noční dušnost, kdy se vleže zvyšuje plicní žilní tlak, který vede k ortopnoi (těžké dušnosti) a paroxysmální (záchvatovité) noční dušnosti. Dalšími příznaky může být zvýšená únava, plicní hypertenze, pravostranné srdeční selhání s periferními otoky,

ascitem (volnou tekutinou v dutině břišní) a hepatomegalií (zvětšením jater), fibrilace (kmitání) síní, hubnutí, hemoptoe (vykašlávání krve), akrocyanóza, facies mitralis s cyanotickými rty, zvětšení levá síň, tvorba trombů v levé síni s rizikem systémové embolizace.

Důvodem pro náhradu mitrální chlopně při mitrální stenóze je klasifikační stupeň NYHA III – IV (viz Příloha 1) (22,17,3,23,11).

Mitrální insuficience. Akutní mitrální insuficience může vzniknout v důsledku spontánního prasknutí šlašinek při bakteriální endokarditidě, při infarktu myokardu nebo, vzácně, při traumatu hrudníku. Poté dojde ke zvýšení tlaku v levé síni, rozvoji plicního otoku a k levostrannému srdečnímu selhání. U $\frac{3}{4}$ klientů dochází k přechodu do chronické fáze, $\frac{1}{4}$ klientů potřebuje chirurgické řešení v akutní fázi mitrální insuficience.

Chronická mitrální insuficience má plíživý charakter. První příznaky se objevují až po několika letech vývoje onemocnění. Jedná se např. o námahovou dušnost, únavu a palpitaci (nepříjemně vnímaný pocit bušení srdce).

Při akutní mitrální insuficienci je důležité operační řešení (náhrada mitrální chlopně nebo její rekonstrukce) (22,3,23,11).

Trikuspidální stenóza nejčastěji vzniká po revmatické horečce. Samotná je velmi vzácná, většinou doprovází porevmatické postižení mitrální chlopně. Příznaky trikuspidální stenózy jsou únava, periferní otoky, hepatomegalie a ascites, pokud je přítomna fibrilace síní, může embolizace do plic způsobit dušnost a hemoptýzu (chrlení krve). Řešení trikuspidální stenózy spočívá v operačních postupech (22,3,23,11).

Trikuspidální regurgitace je častější než trikuspidální stenóza. Na vzniku trikuspidální regurgitace se kromě revmatické horečky podílí i infekční endokarditida, která je častá u narkomanů s injekční aplikací drog a karcinoid. Tato vada je nejčastěji sekundárního původu jako následek defektu síňového septa, mitrální nebo aortální vady.

Izolovaná trikuspidální regurgitace je většinou dlouhou dobu bez příznaků. Klient subjektivně uvádí tlakové bolesti v pravém podžebří a pocity nadmutí, často jsou otoky dolních končetin. U sekundární trikuspidální regurgitace mohou být obtíže připisovány základnímu onemocnění. Příznakem trikuspidální regurgitace je

hepatojugulární reflux (při tlaku na játra se zvětší náplň krčních žil), hepatomegalie (zvětšení jater), ascites a otoky dolních končetin, fibrilace nebo flutter síní. Trikuspidální regurgitace se řeší plastikou nebo náhradou srdeční chlopně (22,3,23,11).

1.2 Druhy chlopenních náhrad

1.2.1 Vývoj léčby chlopenních vad

Cesta k dnešní vysoké úrovni operačního řešení chlopenních vad byla dlouhá a obtížná. Její počátky sahají do 20. let 20. století, kdy byly uskutečněny první pokusy chirurgickým postupem uvolnit mitrální stenózu (zúžení dvojčípé chlopně). Období úspěšných mitrálních komisurí však bylo zahájeno až koncem 40. let 20. století. V roce 1960 ve Filadelfii Dwight Harken provedl první náhradu aortální chlopně. Náhradu mitrální chlopně poprvé provedl Albert Starr v Portlandu, kdy nemocnému voperoval mechanickou kuličkovou chlopeň s následným dlouhodobým přežitím pacienta. V Československu poprvé uskutečnil dlouhodobě úspěšné náhrady aortální a mitrální chlopně v roce 1965 Jan Navrátil v Brně.

Po použití mechanických protéz ale docházelo k častým tromboembolickým komplikacím, což mělo za následek zaměření vývoje na tkáňové (biologické) náhrady. V roce 1962 v Londýně Donald Ross a v Auclandu Barratt – Boys poprvé implantovali aortální tkáňovou chlopeň. V Paříži v roce 1965 Carpentier a Binet zahájili používání vepřových aortálních xenograftů (vepřových chlopní). Později se začaly používat i chlopně z hovězího perikardu, od čehož se v současné době ustupuje.

Vývoj chirurgie srdečních chlopní neustále pokračuje. Používají se dokonalejší mechanické chlopně s lepšími hemodynamickými prvky, bioprotézy s delší trvanlivostí, trendy vedou i k záchovným chlopenním operacím. Náhrada srdečních chlopní je dnes umožněna i nemocným, pro které byla dříve kvůli pokročilosti chlopenní vady, pro přidružené choroby nebo pro vysoký věk operace nemyslitelná. Velký vliv na to má i pokrok v dalších oblastech, např. v přesnosti předoperační diagnostiky, v anestezii, ve vedení mimotělního oběhu, ve zlepšené ochraně myokardu před ischemií, v dříve nevídaných možnostech peroperačního a pooperačních monitorování a také v kvalitě pooperační péče. Česká republika se, díky velkému rozvoji kardiochirurgie, v současné

době řadí jak počtem operací, tak i kvalitou péče mezi nejvyspělejší státy v Evropě (1,22,17).

1.2.2 Umělé chlopenní náhrady

Umělé srdeční chlopně (mechanické chlopně, protézy) se dělí na kuličkové, diskové a dvoulisté. Tyto chlopně se implantují již od 60. let 20. století (schéma uložení mechanické chlopně viz příloha 3). Od té doby prošly řadou změn k stále lepším a dokonalejším typům.

Nejužívanější a nejznámější byla kuličková chlopeň Starr-Edwards (viz příloha 4A), jejíž různé modely se využívaly pro aortální a mitrální chlopenní náhrady. Druhou nejznámější kuličkovou chlopni byla chlopeň Smeloff-Cutter. Kvůli snaze snížit výskyt tromboembolických komplikací po implantacích chlopni vznikly opletené kuličkové chlopně. Mezi nejznámější opletené protézy patří Braunwald-Cutter a Starr-Edwards, kde klec a prstenec byly opleteny polypropylenem, do kterého během několika týdnů prorostl endotel, který byl velmi podobný endokardiální výstelce. Tyto opletené modely se již v dnešní době nepoužívají, stejně jako model Smeloff-Cutter.

Druhou velkou skupinu mechanických chlopenních náhrad tvoří diskové chlopně. Koncem 60. a v 70. letech se používaly nevyklápějící se diskové chlopně, např. Kay-Shiley, Beall, Kay-Suzuki, Starr-Edwards a Cooley-Cutter. Výhodou těchto chlopni proti kuličkovým protézám bylo to, že byly nízkoprofilové, lépe se našivaly, měly velmi malou otevírací odolnost, velmi krátké zpoždění uzavření, a tím i velmi malou míru zpětného toku krve. Nevýhodou ale byly vyšší průtokové gradienty (tlaky), značná turbulence, časté tromboembolické komplikace a také větší hemolýza (rozpad červených krvinek). Proto se v současné době již tyto nevyklápějící se diskové chlopenní náhrady nepoužívají a byly nahrazeny diskovými vyklápějícími se chlopněmi. V minulosti se nejčastěji používaly Björk-Shiley vyklápějící se diskové chlopně. Méně často se používaly chlopně Omniscience, které se od roku 1984 jmenují Omnicarbon. V současné době se z tohoto druhu diskových chlopni nejvíce používá chlopeň Medtronic-Hall (viz příloha 4B), která se od roku 1977 používá beze změn. Další vyklápějící se disková chlopeň, která se u nás používá je Allcarbon-Sorin.

V poslední době se začíná implantovat chlopeň Ultracor-Aortech, i když zatím jen v menší míře.

Stále větší oblibu si získávají chlopně dvoulisté. Mezi nejznámější představitele těchto chlopní patří chlopeň St. Jude Medical, která se používá od roku 1977 (viz příloha 4C). Tato chlopeň má poměrně velkou průtokovou oblast, malý gradient a téměř laminární krevní proud. Dnes je na trhu celá řada dvoulistých chlopní, které pracují na stejném principu, liší se ale od sebe úhlem vyklápění poloměsíčitých disků, systémem jejich uchycení, našívacími prstenci apod. Do této skupiny dvoulistých chlopní ještě např. patří chlopně CarboMedics, OnX, ATS Medical, Bicarbon-Sorin aj. Ovšem nevýhodou všech těchto druhů mechanických chlopní náhrad je nutnost stále antikoagulační terapie Warfarinem (1,22,17,5,11).

1.2.3 Biologické chlopní náhrady

Biologické chlopní náhrady jsou náhrady, kde jsou vlastní chlopně tvořeny z tkání, které byly odebrány z kadaverózního lidského těla (z těla dárce, alografty, homografty), vzácně z těla operovaného (autografty) nebo nejčastěji z tkání jiného živočišného druhu (xenografty). Alografty a autografty jsou pouze z biologických tkání, xenografty jsou implantovány jako bioprotézy.

Bioprotézy jsou chlopně, které mají vytvořenou kostru ze stelitu, titanu nebo umělé hmoty pokrytou polypropylenem nebo teflonem a upravenou tak, aby do ní mohla být všita vlastní chlopeň, která je z biologického materiálu. V dnešní době tvoří vlastní chlopeň prasečí aortální chlopeň nebo chlopeň vytvořená z hovězího perikardu, od které se ale v poslední době postupně ustupuje. Mezi nejznámější firemně vyráběné bioprotézy z prasečích aortálních chlopní patří např. chlopně Carpentier-Edwards, Hancock, Shelhigh, Epic (viz příloha 4D) a perikardiální hovězí protézy Pericarbon, Mitroflow, Soprano a Edwards-Perimount.

Od 90. let se do aortálního ústí implantují i biologické chlopně bez kostry a našívacího prstence, tzv. stentless-bioprotézy. Nejznámější je Toronto SPV (viz příloha 4E), dále pak Edwards Prima Plus, Medtronic Freestyle, Sorin Freedom, Shelhigh Superstentless. Výhodou těchto chlopní je jejich nižší gradient, menší náchylnost

k infekci a menší výskyt degenerativních změn. Nevýhodou je obtížnější, déletrvající implantace a také určitá možnost vzniku různě závažné aortální insuficience. V současné době nadšení pro tyto implantáty mírně opadá, protože se ukazuje, že dlouhodobé výsledky nejsou výrazně lepší než po implantacích stentovaných bioprotéz.

Alografty jsou dalším typem biologických chlopní, které se můžou implantovat do aortálního ústí. Jedná se o lidské kadaverózní aortální chlopně. Po odběru jsou chlopně ošetřeny v roztoku s antibiotiky, zchlazeny a uchovávány v tekutém dusíku při teplotě -190 stupňů Celsia. Tento postup se nazývá kryoperzervace nebo také kryokonzervace. Alografty se používají výjimečně, opodstatnění mají snad při náhradách aortálních chlopní, které jsou napadeny infekční endokarditidou.

Jako autograft se dnes vzácně používá pulmonální chlopeň, která se při Rossově operaci implantuje klientovi místo aortální chlopně a ta se poté nahradí alograftem. Nevýhodou této operace je časová náročnost (dlouhá ischemická srdeční zástava), větší operační riziko a větší riziko možného rozvoje degenerativních změn na obojích implantovaných chlopních (častěji na alograftu) v dlouhodobém pooperačním období.

Výhodou biologických protéz je, že antikoagulační terapie není trvale nutná. Ta se podává jen 3 měsíce po operaci, po ní pak následuje antiagregační terapie acetylsalicylovou kyselinou. Nejdůležitějším nedostatkem biologických protéz je riziko rozvoje degenerativních změn chlopní (1,22,5,11).

1.2.4 Volba typu srdeční chlopně pro náhradu

Při výběru chlopně je důležité vycházet z obecných výhod a nevýhod mechanických protéz a bioprotéz v souvislosti s konkrétním nemocným, kterému má být chlopeň implantovaná.

Jak již bylo řečeno v kapitole 1.2.2, největší výhodou moderních umělých protéz je jejich neomezeně dlouhá funkce bez mechanických poruch. Nevýhodou je ovšem nutnost trvalé antikoagulační léčby u všech nemocných po implantaci těchto chlopní. Tato léčba je spojena s rizikem krvácivých komplikací, nedovede úplně zabránit tromboembolickým komplikacím a přináší další komplikace pro nemocného při

případném úrazu, při nutnosti další operace a také při vzniku onemocnění, při kterém je antikoagulační léčba kontraindikovaná.

Velkou předností bioprotéz je, jak již je popsáno v kapitole 1.2.3, že po operaci není nutná trvalá antikoagulační léčba. Ta trvá většinou jen 3–6 měsíců po operaci, do té doby, než dojde k endotelizaci opletené kostry chlopně. Zásadním nedostatkem bioprotéz je ale nejistota dlouhodobé dobré funkce. Po 6–8 letech po operaci může postupně docházet k rozvoji degenerativních změn v listech bioprotézy. Jedná se o fibrózu, retrakci a kalcifikaci. Asi 1/3 nemocných potřebuje reoperaci do 10 let a až polovina operovaných do 15 let od první operace, kdy rychlost rozvoje degenerativních změn závisí především na věku příjemce a na namáhání chlopně.

Při rozhodování o vhodném typu chlopenní náhrady je nutné ještě zvážit další faktory, které ovlivňují výběr chlopně pro konkrétního nemocného. Jedná se o věk, vztah nemocného k antikoagulační léčbě, přítomnost rizikových faktorů tromboembolizace, přídatná onemocnění, místo implantace, pohlaví, dlouhodobou prognózu nemocného, dosažitelnost odborné zdravotní péče, povolání a způsob života a příčinu reoperace implantované chlopně.

Mechanická protéza se tedy doporučuje použít u klientů s předpokládanou dlouhou dobou přežívání, u klientů, kteří mají už implantovanou chlopeň v jiné pozici, při renálním selhání, dialýze, s hyperkalémií, u klientů, kteří vyžadují antikoagulační léčbu pro riziko tromboembolismu, u klientů nad 75 let u náhrady aortální chlopně a nad 65-75 let, u náhrady mitrální chlopně, při náhradě tromboembolizované biologické chlopně.

Bioprotézu je vhodné použít u klientů, kteří nejsou vhodní pro antikoagulační léčbu, u klientů starších 65-75 let pro náhradu aortální chlopně, u kterých ale není tromboembolizace, u mladých žen ve fertilním věku, u klientů nad 75 let pro náhradu mitrální chlopně, u kterých také není tromboembolizace, a při náhradě tromboembolizované umělé chlopně (1,22,5).

1.3 Péče o nemocné po operaci srdeční chlopně

1.3.1 Bezprostřední pooperační péče na RES

O průběhu pooperační péče by měl být klient důkladně informován lékařem již před operací. Dostatečná informovanost klienta totiž přispívá ke snížení strachu a obav a je předpokladem dobré spolupráce klienta a ošetřujícího personálu.

Cílem bezprostřední pooperační péče je stabilizovat a optimalizovat krevní oběh klienta, vyloučit stres a bolest podáváním analgetik do epidurálního katetru, udržet optimální bilanci tekutin a upravit případné odchylky v koagulaci. Nejdůležitějším předpokladem pro poskytování kvalitní pooperační péče je správná a soustavná monitorace.

Po operaci se dostává klient na lůžko resuscitační péče, kde je v poloze na zádech napojený na umělou plicní ventilaci a na monitorovací systém, který sleduje základní životní funkce. V tomto případě jde o hodnoty arteriálního tlaku, centrálního žilního tlaku, pulzu, dechovou frekvenci, saturaci kyslíkem, EKG křivku a tělesnou teplotu. Sestra sleduje u klienta hlavně vědomí, bilanci tekutin a také stav a funkčnost hrudních a Redonových drénů, močového katetru, diurézu, bolest, obvaz operační rány a celkový stav klienta. Dle ordinace lékaře sestra podává infuze, antibiotika v rámci prevence infekční endokarditidy, antikoagulancia proti srážení krve na chlopních, parenterální výživu s přesným rozpisem minerálních látek, glukózy, vitamínů a bílkovin. Po několika dnech se přechází na normální stravu. Sestra také pečuje o hygienu klienta a vyprazdňování. Důležitá je pravidelná kontrola správné funkce umělé chlopně pomocí echografie srdce. Dále se provádějí laboratorní vyšetření. Jedná se o koagulační odběry (APTT při podávání heparinu, INR je mezi 2,0 až 3,5 a QUICK při léčbě warfarinem), hematologické odběry (krevní obraz + diferenciální rozpočet leukocytů), biochemické odběry (urea, kreatinin, minerály, bilirubin, ALT, AST, bílkovina, glykémie, ASTRUP atd). Vhodným vyšetřením je také rentgen plic.

Všechny monitorované hodnoty, výsledky vyšetření, laboratorní výsledky, změny a události je nutné pečlivě zaznamenávat do dokumentace a hlásit lékaři (17,5,3,4,2,10).

1.3.2 Pooperační péče na JIP

Po přeložení klienta na jednotku intenzivní péče se pokračuje dál v monitorování základních životních funkcí, tlumení bolesti, laboratorních vyšetřeních, podávání léků, ve sledování vědomí, bilance tekutin, stavu a funkčnosti hrudních a Redonových drénů, močového katetru, diurézy, bolesti, obvazu operační rány a celkového stavu klienta, v péči o hygienu, vyprazdňování, výživu, polohu apod.

Velmi důležitá je ale také včasná rehabilitace. Ta je zpočátku pasivní, kdy s klientem pasivně cvičí fyzioterapeut, a poté po několika dnech a podle zdravotního stavu (po extubaci - na RES) aktivní, kdy se nacvičuje odkašlávání, správný sed a stoj u lůžka s postupnou chůzí. Nutné je vyhnout se cvičení síly, rychlosti a švihovým cvikům. Při dechové rehabilitaci se používá dýchání proti odporu (brčkem do sklenice s vodou, nafukování balónku, do flattru), pomalým hlubokým dýcháním apod.

V pooperačním období je nezbytná také vhodná komunikace mezi sestrou a klientem, podávání dostatečných a pro klienta srozumitelných informací a zpětné ověřování pochopení podaných informací. Velmi dobrý je i tělesný kontakt s klientem (uchopení za ruku), který často probouzí u klienta pocit jistoty a bezpečí, což s vděčností přijímá a většinou také oplácí (17,4,2,10,16).

1.3.3 Standardní oddělení - péče před propuštěním

Období rekonvalescence probíhá u každého klienta jinak. Její průběh závisí na mnoha okolnostech, jako je charakter onemocnění, druh, rozsah a průběh operace a pooperačního období, věk, kondice před výkonem, rychlost hojení operační rány, spolupráce při rehabilitaci apod. Většina nemocných se vrací ke své běžné úrovni fyzické výkonnosti do 6 – 8 týdnů po operaci. Proto je nerozumné se snažit toto období zkrátit a brzo nadměrně zatěžovat organizmus.

V dlouhodobém pooperačním průběhu je nemocný také ohrožen různými druhy komplikací. Jedná se o riziko infekční endokarditidy, dysfunkci implantované chlopně, tromboembolické a krvácivé komplikace při nesprávném vedení antikoagulační léčby nebo při předávkování. O všech těchto komplikacích by měl být klient informován ještě před operací.

Protézová infekční endokarditida je nejzávažnější a nejobtížněji zvládnutelná pooperační komplikace, neboť dochází k nadměrnému vyplavování bakterií do krevního řečiště a k jejich vychytávání na implantované protéze, čímž dojde k destrukci tkáně s možným uvolněním protézy. Někdy vytvářejí různě veliké shluky (vegetace), které v krevním proudu jakoby vlají, drolí se a můžou způsobit různě závažné embolizace. Endokarditida se projevuje střídáním zvýšené a vysoké teploty až s třesavkou, schváceností, dušností, slabostí, otoky dolních končetin, třískovými hematomy za nehty a barvou kůže „bílé kávy“. Proto je velmi důležitá její důsledná prevence podáváním antibiotik, a to nejen bezprostředně po operaci, ale i před jakýmkoliv invazivním zásahem do organismu operovaného člověka a předcházení infekčním onemocněním. Pokud již k onemocnění došlo, tak je důležité ho pečlivě a dostatečně dlouho léčit a dobrat celou dávku antibiotik (1,5,3,14).

Jednou z možností rekonvalescence je také pobyt v lázních, které se specializují na srdeční choroby (Konstantinovy Lázně, Lázně Poděbrady), což je vhodnou formou rehabilitace po operaci, jak si pod dohledem lékaře osvojit zásady správného životního stylu a ověřit schopnost návratu do plnohodnotného života. Proto je třeba klienty vhodně motivovat, aby ve změně životosprávy pokračovali i v domácím prostředí.

Součástí lázeňského pobytu je změna životního stylu, racionální strava, pohybová aktivita, dechová cvičení, edukace, protikuřácké intervence, balneologie, různé masáže, koupele, zábaly apod. V souvislosti s užíváním Warfarinu si zde klient zopakuje a zažije dietní omezení týkající se potravin s vyšším obsahem vitamínu K, který působí protisrážlivě (tedy naopak než je potřeba). Jedná se o listovou zeleninu (např. špenát, salát, kapusta, pórek, nať z petržele, brokolice), červenou řepu, rajčata, papriky. V malém množství je možné jíst kořenovou zeleninu, kyselé okurky a luštěniny, avšak ne jako hlavní jídlo. Ovoce je možné jíst všechno, kromě meruněk, kiwi a avokáda. Z nápojů je třeba se vyvarovat bylinným odvarům a vitaminovým přípravkům s obsahem vitamínu K. Pokud ale bude klient jíst pravidelně přiměřené množství potravin s vysokým obsahem vitamínu K, lékař podle toho může upravit dávkování Warfarinu. Dále je také velmi důležité, aby se klient vyvaroval používání volně dostupných léků (např. Acylpyrinu, Anopyrinu, Ibalginu), které podporují účinek

Warfarinu (zvyšují riziko krvácení). Rovněž je vhodné, aby klient upozornil lékaře, který mu předepisuje nové léky, a stejně tak i lékárníka, že užívá Warfarin.

Při předávkování antikoagulancii (např. Warfarinem) může dojít ke krvácení z nosu, dásní a tvorbě modřin. Tato krvácení nejsou závažná, proto není nutné, aby klient léčbu vysadil. Mnohem nebezpečnější komplikací je krvácení do zažívacího traktu, kloubů, svalů a do vylučovacího traktu (hematurie). V tomto případě klient musí vysadit léčbu a ihned kontaktovat svého lékaře, který rozhodne o dalším postupu. K tomu potřebuje znát poslední hodnoty INR, které si klient zaznamenává do průkazu, který dostane při odchodu z nemocnice (17,19,18).

Sestra by měla klienta před propuštěním do domácího ošetřování také informovat o vhodném režimu. Během prvních dvou týdnů není vhodné zvat příliš mnoho návštěv, protože se nemocný v době rekonvalescence rychle unaví a snadno se může nakazit přenosnými chorobami. Proto postačí dvě návštěvy denně a nejlépe na půl hodiny.

Domácí práce lze vykonávat v plném rozsahu většinou po 6 – 8 týdnech od operace. V prvních dnech je možné pomáhat při přípravě jídel. V prvních týdnech je ale důležité se vyhnout všem pohybům, při kterých se napínají hrudní svaly. To znamená neluxovat, nestěhovat nábytek, nehrabat listí, nesekat trávník, neplít, nevytírat podlahu, neprohrnovat sněh, nenosit těžší věci jak 5 kg atd. Také není vhodné nosit jakékoliv zavazadla nebo děti. Pokud by došlo k jakýmkoliv komplikacím pooperační rány, jako je krvácení, sekrece, rozestup rány, bolest, zvýšená teplota apod., je důležité neprodleně informovat praktického lékaře.

Sestra dále zajistí před propuštěním klientovi rozhovor s fyzioterapeutem, kde by se měl dozvědět o vhodných kondičních cvičích. Cvičit je třeba pravidelně každý den 15 – 20 minut. Nejlepší formou cvičení je chůze, která by měla být součástí každodenního režimu. Zlepšuje svalové napětí a sílu, příznivě působí na krevní oběh a také zlepšuje náladu. Proto je dobré chodit na procházku každý den. Ze začátku třeba víckrát denně na kratší vzdálenost a po rovině. Postupně lze vzdálenost prodlužovat a vkládat zrychlené úseky. Přibližně po měsíci je možné chodit do mírného kopce a po dalších týdnech i do prudšího kopce. Nejvíce energie vyžaduje chůze do schodů.

Při známkách únavy, točení hlavy, nemožnosti popadnout dech je vhodné se zastavit, sednout si a odpočinout si. Zátěž je důležité zvyšovat pozvolna a opatrně.

Velmi důležitý v období rekonvalescence je dostatek spánku a odpočinku. Optimální délka spánku je 8 – 10 hodin. Lepší je chodit včas spát a moc neponocovat. V prvních týdnech je také dobré si odpoledne na půl hodiny až hodinu lehnout.

Řízení automobilu se nedoporučuje minimálně do 6 týdnů po operaci. Pohyby vykonávané při řazení, parkování a otáčení volantů mohou způsobit poruchu hojení operační rány a nesprávné srůstání hrudní kosti nebo to, že kost nesroste vůbec. Velmi nebezpečné je i riziko nabourání, kdy by se dostala nezahojená hrudní kost do kontaktu s volantem. Negativní vliv mohou mít i některé používané léky (Warfarin), které ovlivňují únavu a slabost a prodlužují reakční dobu.

Návrat do zaměstnání se posuzuje individuálně a je velmi důležité jakou práci klient vykonával a bude vykonávat. Při fyzické práci je návrat do práce vhodné odložit na 2 – 3 měsíce po operaci. Někdy je nutné přerazení na lehčí práci, hlavně při těžké fyzické práci. Rozhodnutí o návratu do práce je vhodné konzultovat s ošetřujícím lékařem, zaměstnavatelem a na základě svého zdravotního stavu.

Také pohlavní život je možné obnovit během prvních týdnů po operaci. Srdce totiž není při normálním pohlavním styku zatíženo více než při běžných denních aktivitách. Ovšem záleží na pocitech klienta, jak se cítí odpočinitý a uvolněný.

Každý klient po operaci srdeční chlopně je pravidelně sledován v kardiologické poradně. Další zajímavé a doplňující informace - viz příloha 5 (17,14,21,25).

1.4 Problematika informovanosti

1.4.1 Potřeba informovanosti klienta

Potřeba informovanosti je v moderním ošetrovatelství chápána jako důležitá a smysluplná. Velká část klientů má zájem vědět všechno, co se týká jejich zdravotního stavu. Od zdravotnických pracovníků vyžadují různé informace. Např. o zdravotním stavu, o diagnóze, způsobu léčby, trvání léčby a pobytu v nemocnici, o možných komplikacích, o následné domácí péči, jako je užívání léků, pohybový režim, možná omezení, bolest aj. Klient, který nemá dostatek informací buď kvůli tomu, že se mu

nedostává odpovědi na jeho otázky anebo se obává na ně zeptat, je rázem nejistý, úzkostný a nerozhodný člověk ztrácející důvěru ve zdravotníky.

Naopak zase nadměrné množství informací klient také není schopen přijmout a zpracovat. V této situaci ztrácí všechny informace, které překročí rámec kapacity jeho vnímání. K této skutečnosti dochází tehdy, když lékař nebo sestra poskytuje mnoho informací najednou, mluví rychle a příliš odborně. Výsledkem je zmatený klient, který si zapamatoval jenom část informací a není si jistý, jestli může požádat o jejich zopakování.

Nejvhodnější je poskytovat přiměřené množství informací, ve správném čase, a ověřovat si, jak jim klient porozuměl. Informace je vhodné rozdělit na informace před přijetím, při přijetí na oddělení, během hospitalizace a před propuštěním. Tím dosáhneme, že klient bude spokojený a bude mít dostatečné a srozumitelné informace (20,12).

1.4.2 Role sestry - komunikátorky

Nejdůležitějším prvkem komunikace mezi sestrou a klientem je rozhovor. Je to plánovaný, záměrný postup, který vede k poznání a porozumění klientovi. Aby byl rozhovor s klientem úspěšný, je třeba umět vhodně navázat a udržet slovní kontakt.

Hlavními cíli rozhovoru je doplnění a upřesnění informací z dokumentace a pozorování, doplnění a upřesnění informací z anamnézy, získat a objektivizovat údaje o subjektivních potížích a problémech, poučit a uklidnit klienta, uspokojit jeho potřebu sociálního kontaktu, bezpečí a jistoty, získat klienta pro spolupráci, získat informace o postojích, názorech a životním stylu a poskytnout informace o všem, co bude klienta zajímat apod.

Před zahájením rozhovoru je důležité si uvědomit, s kým bude rozhovor veden, co je cílem rozhovoru, co bude obsahem rozhovoru, jak formulovat otázky, zvolit vhodný čas, v jakém prostředí se rozhovor uskuteční (12). Také je dobré si uvědomit, že umění komunikace má dvě stránky. Jde o umění mluvit a o umění naslouchat, což je velmi důležité. Při naslouchání nejde jen o to slyšet, co klient říká a udělat si na něho čas, aby mohl říci to, co chce, ale především jde o správnou interpretaci toho, co klient

říká. Nejen toho, co říká slovně (verbálně), ale i toho, co říká beze slov (neverbálně). Tady často dochází k řadě překážek pro dobré porozumění.

Aby lékař nebo sestra mohli klientovi porozumět, musí mluvit stejnou řečí. To znamená používat takové výrazy a obraty, které budou pro klienta srozumitelné. Pro zdravotnický personál je odborná mluva přirozená, rozumí jí, to ale většinou o klientovi neplatí. Ten přichází z jiného prostředí, neumí hovořit o svých problémech stejnou řečí jako lékař. Díky tomu lékař často ztrácí trpělivost klientovi naslouchat, což není správné (13).

Při komunikaci může také dojít k různým komunikačním bariérám. Ty mohou vzniknout v prostředí, kde dojde ke zkreslení informace vlivem hluku, nedostatečného nebo příliš ostrého světla, nevhodnými vibracemi a teplotou nebo dojde k rušení a odvádění pozornosti jinou činností či jinou informací. Nebo také mohou vzniknout ze strany klienta, kdy má klient psychologické bariéry způsobené změnou vnímání vlivem léků nebo patologického procesu, nízkou motivací (zájmem) o informace, vlivem postojů, hodnot a přesvědčení, úzkostí, strachem, emocemi, náladou, inteligencí a chápáním vlastní osoby. Další komunikační bariéry ze strany klienta jsou psychické bariéry způsobené hladinou vědomí, smyslovými poruchami (sluchovými, zrakovými, pohybovými, poruchami čítí a řečovými poruchami), omezením pohybu a bolestí. Poslední komunikační bariéry ze strany klienta jsou sociální bariéry dané jazykem, kulturou, životním stylem a sociální izolací (15).

1.5 Edukace klienta

Pojem edukace znamená proces výchovy a vzdělávání (24). Začíná prvním stykem klienta s lékařem nebo sestrou a stále trvá, nikdy neskončí. Je to předávání informací, znalostí, návyků, dovedností apod. Aby byla edukace úspěšná, je důležitá také správná motivace klienta.

Edukace klientů po operaci srdečních chlopní je velmi důležitá a zaměřuje se na informace o operaci, o možnostech chlopenních náhrad, o pooperační péči, následné péči v domácím prostředí a na možné komplikace, které podává sestra ve spolupráci s lékařem.

Edukace by měla probíhat na klidném místě, ve vhodném prostředí, edukátor (lékař nebo sestra) by si měl vyhradit dostatek času na klienta. Vlastní edukace by měla být jednoduchá, tzn. na úrovni klientova chápání. Podané informace by se měly několikrát zopakovat, protože je známo, že nemocný člověk si zapamatuje jen 2–3 informace, a to hlavně ty informace, které se mu sdělí na začátku rozhovoru a ty, které mu byly několikrát zopakovány a řečeny s důrazem. Nejčastěji by se měly používat písemné nebo audiovizuální informace. Tyto informace je ale přesto nutné doplnit i ústně a hlavně je důležité dát nemocnému prostor pro dotazy.

Velký význam při podávání informací má i neverbální komunikace, jako např. postoj, mimika, gestikulace. Pro úspěšné podání informací je nutné umět odhadnout emocionální stav klienta, jeho duševní úroveň, znát úroveň jeho vzdělání, jeho dosavadní informace o problému a poměry, z kterých pochází. Důležitá je rovněž příprava klienta na změnu, jako jsou léčebná a režimová opatření, která ho čekají (7,8). Ty jsou podrobně rozebrána v kapitole 1.3.3.

Edukace má také několik fází. V první fázi lékař nebo sestra klientovi vysvětlí problém, pak si ověří, jestli mu klient porozuměl, když mu něco nebylo jasné, tak mu to opět zopakuje a dovysvětlí. Při podávání informací je nutné používat takové termíny a pojmy, kterým klient rozumí. Vhodné je použití názorných pomůcek (obrázky, modely, informační brožury, atd.). Informace je dobré několikrát zopakovat, nechat prostor pro dotazy klienta a zásadní informace po vysvětlení napsat na papír.

Cílem druhé fáze je sledovat emocionální stav klienta po podaných informacích. V této fázi lékař navrhne další možnosti (léčebný plán).

Ve třetí fázi vysvětlí lékař klientovi postup léčby a sestra specifika ošetrovatelské péče. Při podávání informací mluví jasně, srozumitelně, jednoduše, tak, aby klient rozuměl, zodpoví klientovy dotazy, doplní informace, které klientovi chybí. Na závěr vše shrnou a nejdůležitější informace zase napíší.

Ve čtvrté fázi si ověří, jestli klient všemu porozuměl, zeptají se ho, aby vše zopakoval podle svého, případně informace doplní nebo je poopraví a klienta ujistí, že vše správně pochopil (7).

2. Cíle práce, hypotézy a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1: Zjistit informovanost klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně.
- 2: Zjistit, jaké informace klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují od sester.
- 3: Zjistit, jaký edukační materiál je při edukaci klientů po náhradě srdeční chlopně používán.
- 4: Zjistit, kdo klienty po náhradě srdeční chlopně edukuje o pooperační a následné péči.

2.2 Hypotézy

- H1: Klienti jsou spokojeni s poskytovanými informacemi o pooperační péči po náhradě srdeční chlopně.
- H2: Klienti mají informace o následné péči po náhradě srdeční chlopně.

2.3 Výzkumné otázky

1. Jaké nejčastější informace klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují od sester?
2. Jaký způsob edukace je u klientů po náhradě srdeční chlopně využíván?
3. Kdo edukuje klienty po náhradě srdeční chlopně?

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Sběr dat byl proveden kvantitativně - kvalitativní metodou výzkumu. Kvantitativní výzkum byl proveden metodou dotazování za použití techniky dotazníku u klientů na kardiologických odděleních, který obsahoval dvacet šest otázek týkajících se problematiky informovanosti klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně. Tento dotazník se skládal z otázek uzavřených, otevřených a polouzavřených (viz příloha 6). Otázky se týkaly informovanosti klientů o péči po operaci a před propuštěním do domácího ošetřování. Kvalitativní výzkum byl proveden metodou dotazování, technikou polostandardizovaného rozhovoru u sester pracujících na kardiologických odděleních, kdy bylo použito deset otázek týkajících se edukace klientů, nejčastějších dotazů klientů a zdrojů informací (viz příloha 7).

3.2 Výzkumný soubor

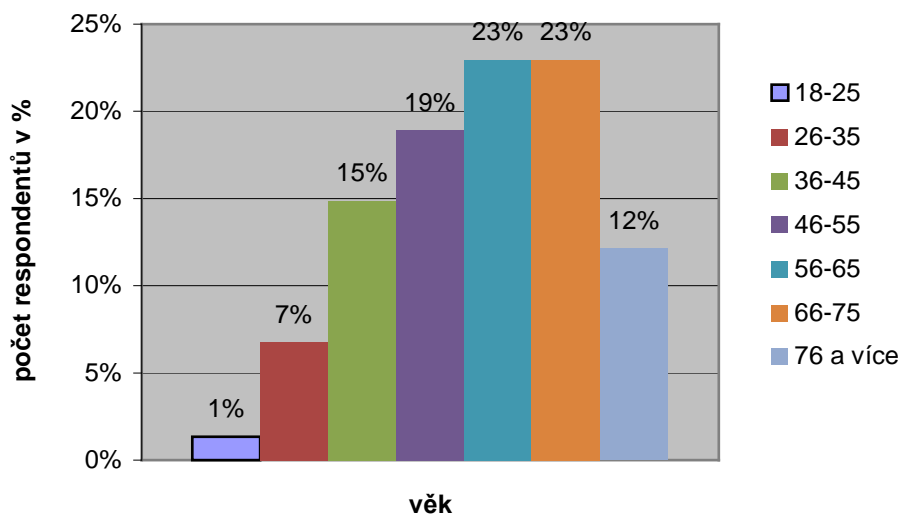
Výzkumné soubory byly dva. První tvořili klienti po náhradě srdeční chlopně na kardiologických odděleních Nemocnice České Budějovice a.s, Fakultní nemocnice v Motole a Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín. Druhý soubor tvořily sestry pracující na kardiologických odděleních výše jmenovaných nemocnic. O povolení výzkumného šetření byla ve všech případech požádána náměstkyně pro ošetrovatelskou péči - hlavní sestra. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků, vrátilo se 74 dotazníků řádně vyplněných, 1 dotazník byl vyřazen pro neúplnost, 5 dotazníků se nevrátilo vůbec. návratnost tedy činila 92,5 %. Pro výzkumné šetření bylo osloveno také 10 sester, z toho 3 sestry z Nemocnice České Budějovice a.s, 4 sestry z Fakultní nemocnice v Motole a 3 sestry z Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín. Zařazovacím kritériem byla ochota a čas sester.

4. Výsledky

4.1 Výsledky dotazníků pro klienty

Graf 1 Věk respondentů

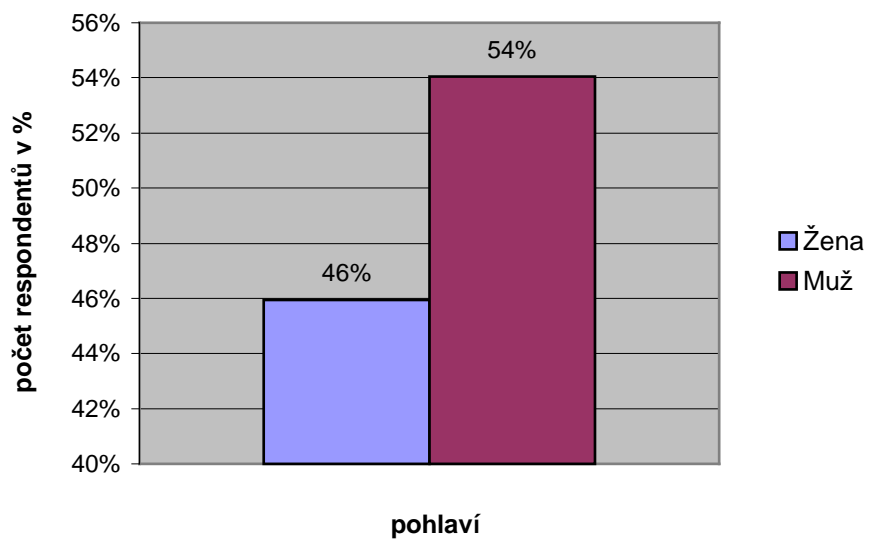
(k otázce č. 1)



Ve výzkumném souboru byl z celkového počtu 74 respondentů (100 %) 1 dotazovaný (1 %) ve věku 18 – 25 let, ve věku 26 – 35 let jich bylo 5 (7 %), ve věku 36 – 45 let 11 (15 %), ve věku 46 – 55 let 14 (19 %), ve věku 56 – 65 let 17 (23 %), ve věku 66 – 75 let 17 (23 %) a ve věku 76 a více odpovídalo 9 (12 %) respondentů.

Graf 2 Pohlaví respondentů

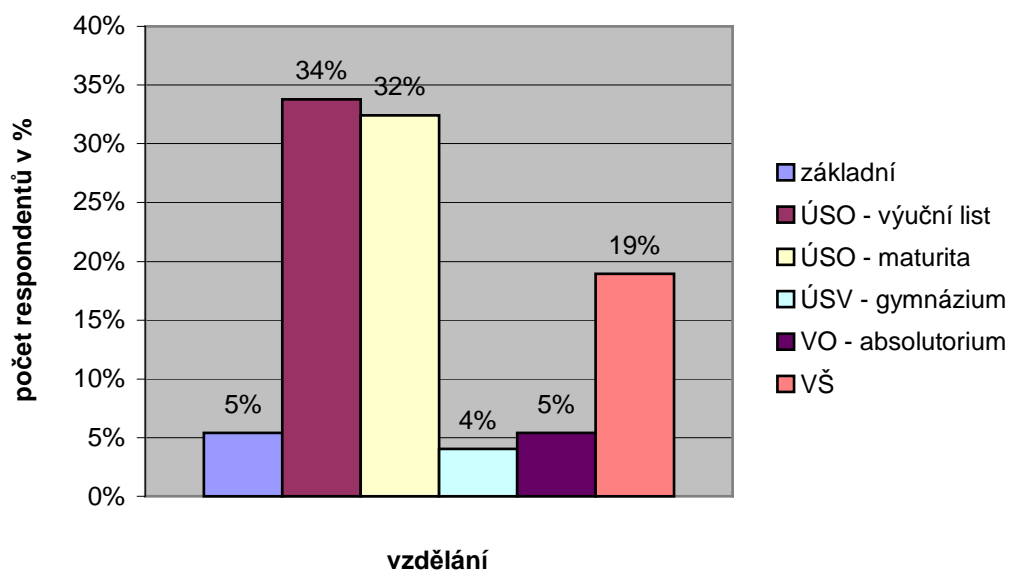
(k otázce č. 2)



Výzkumný soubor tvořilo celkem 34 (46 %) žen a 40 (54 %) mužů.

Graf 3 Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání respondentů

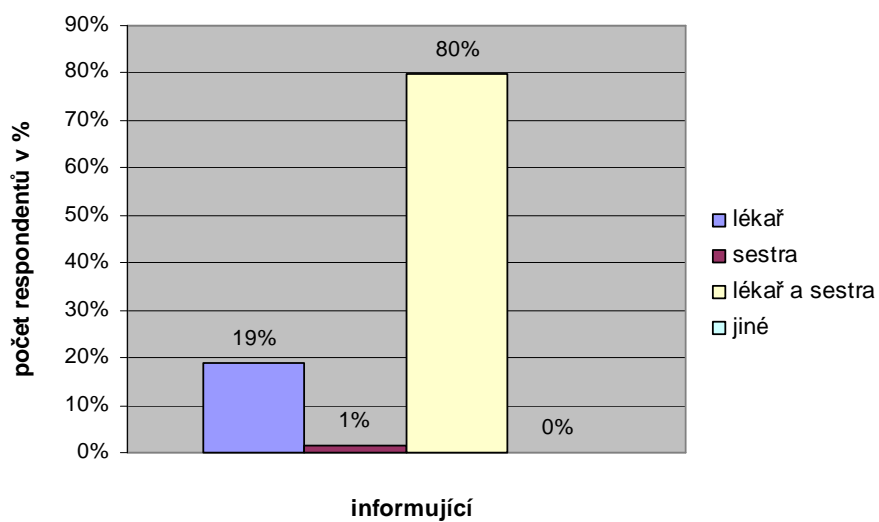
(k otázce č. 3)



Z grafu vyplývá, že 4 respondenti (5 %) mají základní vzdělání, 25 respondentů (34 %) má úplné střední odborné vzdělání s výučním listem, 24 respondentů (32 %) má úplné střední odborné vzdělání s maturitou, 3 respondenti (4 %) mají úplné střední odborné vzdělání všeobecné, 4 respondenti (5 %) mají vyšší odbornou školu ukončenou absolutoriem a 14 respondentů (19 %) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 4 Informátor o průběhu péče po operaci

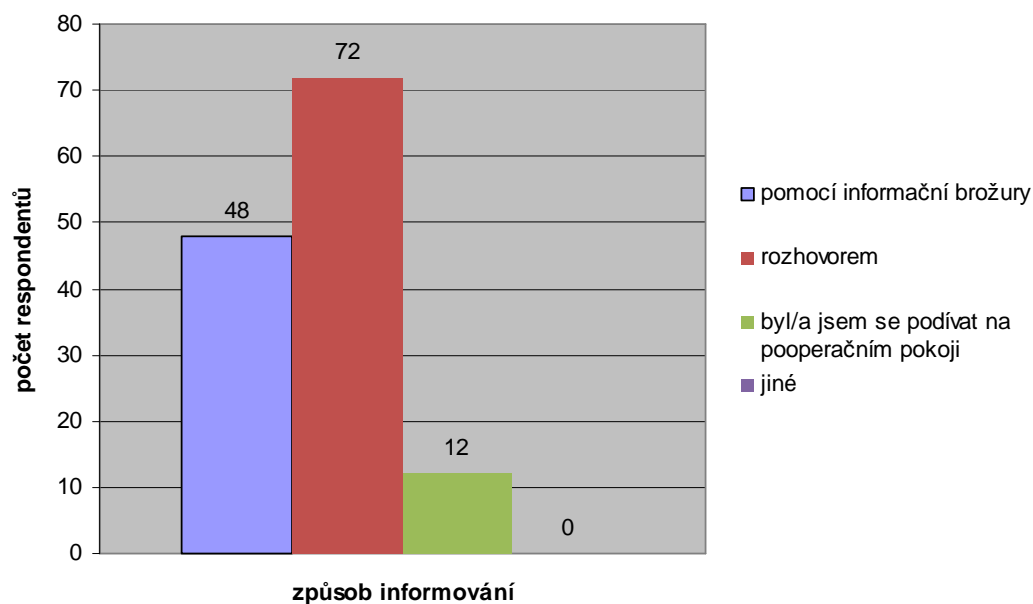
(k otázce č. 4)



Tento graf popisuje osoby, které respondenty informovaly o průběhu péče po operaci. 14 respondentů (19 %) uvedlo lékaře, 1 respondent (1 %) uvedl sestru, 59 respondentů (80 %) uvedlo lékaře a sestru a žádný respondent nevedl jinou informující osobu.

Graf 5 Způsob podání informací respondentům

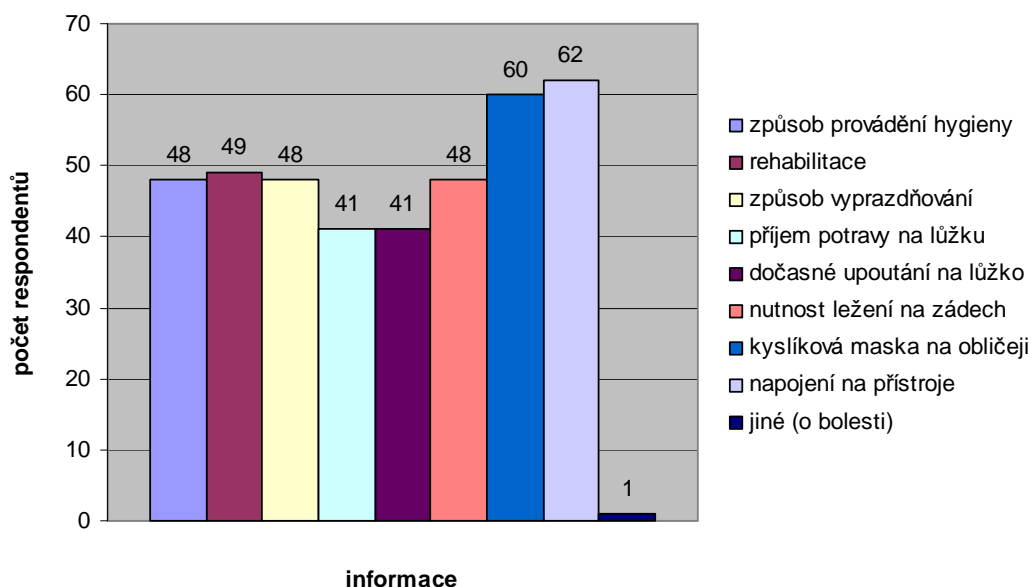
(k otázce č. 5)



Graf znázorňuje četnost odpovědí, proto uvedlo 48 respondentů způsob informování o průběhu péče po operaci pomocí informační brožury, 72 respondentů pomocí rozhovoru, 12 respondentů se bylo podívat na pooperačním pokoji a žádný respondent nebyl informovaný jiným způsobem.

Graf 6 Informace od sester

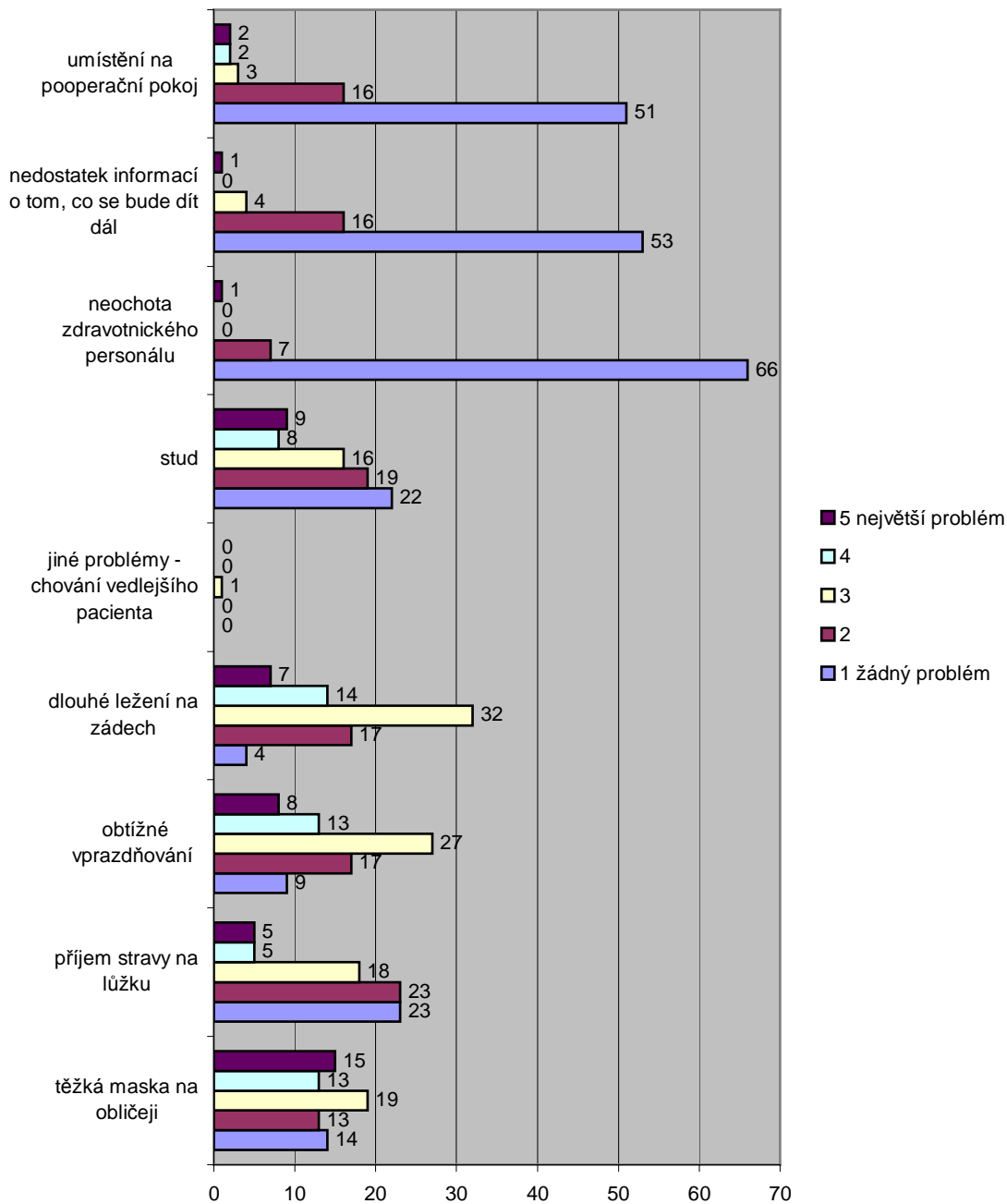
(k otázce č. 6)



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí na otázku , jaké informace respondenti dostali v souvislosti s pooperační péčí od sester. 48 respondentů uvedlo, že dostali informace o způsobu provádění hygieny, 49 respondentů dostalo informace o rehabilitaci, 48 respondentů o způsobu vyprazdňování, 41 respondentů o příjmu potravy na lůžku, 41 respondentů o dočasném upoutání na lůžku, 48 respondentů o nutnosti ležení na zádech, 60 respondentů o kyslíkové masce na obličeji, 62 respondentů o napojení na přístroje a 1 respondent uvedl jiné informace – o bolesti.

Graf 7 Problémy respondentů po operaci

(k otázce č. 7)

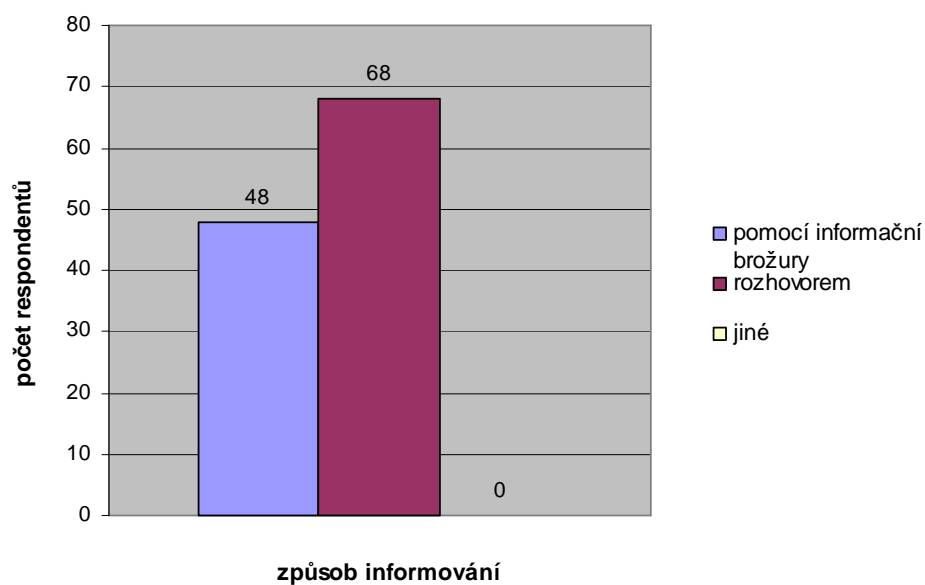


Tento graf znázorňuje problémy respondentů po operaci, které vyjadřovaly pomocí škály 1 – 5 (žádný problém – největší problém). Těžké masce na obličeji dalo 14 respondentů stupeň obtížnosti 1 (žádný problém), 13 respondentů uvedlo stupeň 2, 19

respondentů stupeň 3, 13 respondentů stupeň 4 a 15 respondentů uvedlo stupeň 5 (největší problém). Příjmu stravy na lůžku dalo 23 respondentů stupeň obtížnosti 1 (žádný problém), 23 respondentů uvedlo stupeň 2, 18 respondentů stupeň 3, 5 respondentů stupeň 4 a rovněž 5 respondentů uvedlo stupeň obtížnosti 5 (největší problém). Obtížné vyprazdňování označilo 9 respondentů stupněm obtížnosti 1 (žádný problém), 17 respondentů uvedlo stupeň 2, 27 respondentů stupeň 3, 13 respondentů uvedlo stupeň 4 a 8 respondentů uvedlo stupeň obtížnosti 5 (největší problém). Dlouhé ležení na zádech ohodnotili 4 respondenti stupněm obtížnosti 1 (žádný problém), 17 respondentů uvedlo stupeň 2, 32 respondentů uvedlo stupeň 3, 14 respondentů uvedlo stupeň 4 a 7 respondentů uvedlo stupeň 5 (největší problém). Jiné problémy uvedl 1 respondent, a to s chováním vedlejšího klienta, které ohodnotil na stupnici obtížnosti stupněm 3. Problémy se studem nemělo 22 respondentů, kteří uvedli stupeň obtížnosti 1 (žádný problém), 19 respondentů uvedlo stupeň 2, 16 respondentů stupeň 3, 8 respondentů stupeň 4 a 9 respondentů uvedlo stupeň 5 (největší problém). Problém s neochotou zdravotnického personálu nemělo 66 respondentů, kteří uvedli stupeň 1 (žádný problém), 7 respondentů uvedlo stupeň 2, žádný respondent neuvedl stupeň 3 ani 4 a 1 respondent uvedl stupeň 5 (největší problém). Problém s nedostatkem informací o tom, co se bude dít dál ohodnotili 53 respondentů na stupnici obtížnosti stupněm 1 (žádný problém), 16 respondentů ohodnotilo tento problém stupněm 2, 4 respondenti uvedli stupeň 3, žádný respondent neuvedl stupeň 4 a 1 respondent uvedl stupeň 5 (největší problém). S umístěním na pooperační pokoj nemělo problém 51 respondentů, kteří označili stupeň 1 (žádný problém), 16 respondentů udává stupeň 2, 3 respondenti udávají stupeň 3, 2 respondenti udávají stupeň 4 a 2 respondenti udávají stupeň 5 (největší problém).

Graf 8 Způsob informování sestrou o doporučeních před propuštěním

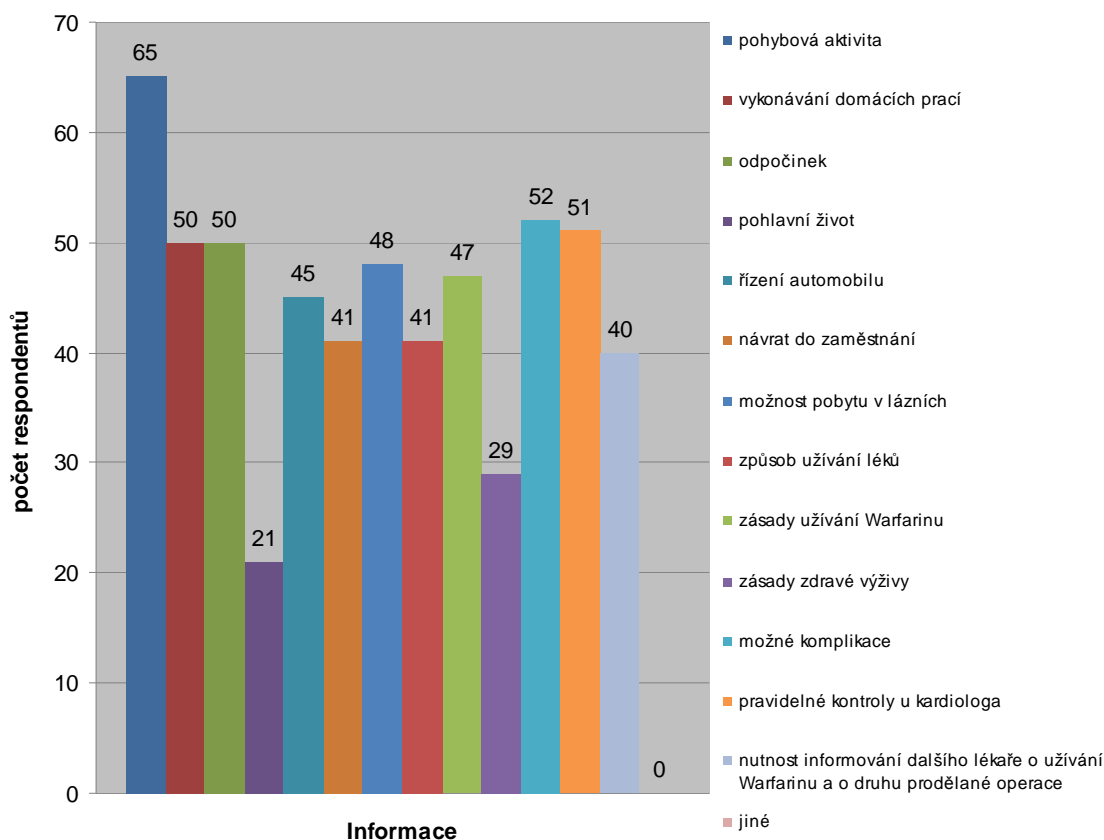
(k otázce č. 8)



Graf znázorňuje četnost odpovědí. 48 respondentů bylo sestrou informováno o doporučeních před propuštěním do domácího ošetřování pomocí informační brožury, 68 respondentů bylo informováno rozhovorem a žádný respondent nebyl informován jiným způsobem.

Graf 9 Získané informace respondentů před propuštěním

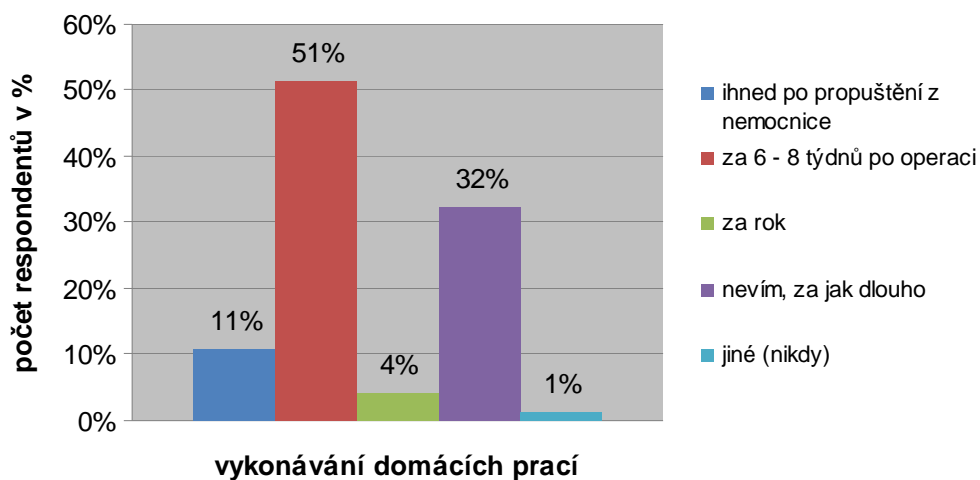
(k otázce č. 9)



Graf znázorňuje četnost odpovědí. 65 respondentů má informace před propuštěním do domácího ošetřování o rozsahu pohybové aktivity, 50 respondentů má informace o vykonávání domácích prací a také o odpočinku, 21 respondentů má informace o pohlavním životě, 45 respondentů má informace o řízení automobilu, 41 respondentů má informace o návratu do zaměstnání, 48 respondentů má informace o možnosti pobytu v lázních, 41 respondentů má informace o způsobu užívání léků, 47 respondentů má informace o zásadách užívání Warfarinu, 29 respondentů má informace o zásadách zdravé výživy, 52 respondentů má informace o možných komplikacích, 51 respondentů má informace o pravidelných kontrolách u kardiologa, 40 respondentů má informace o nutnosti informování dalšího lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace a žádný respondent neuvedl možnost jiné informace.

Graf 10 Vykonávání domácích prací respondenty po propuštění

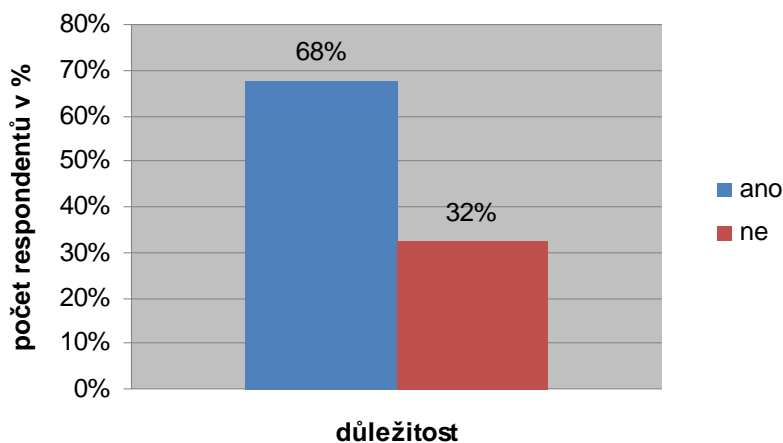
(k otázce č. 10)



Z uvedeného grafu vyplývá, že 8 respondentů (11 %) vykonává domácí práce ihned po propuštění z nemocnice, 38 respondentů vykonává domácí práce za 6 – 8 týdnů po operaci, 3 respondenti (4 %) vykonávají domácí práce za rok, 24 respondentů (32 %) neví, za jak dlouho a 1 respondent nevykonává domácí práce nikdy.

Graf 11 Důležitost spánku a odpočinku po propuštění uváděné respondenty

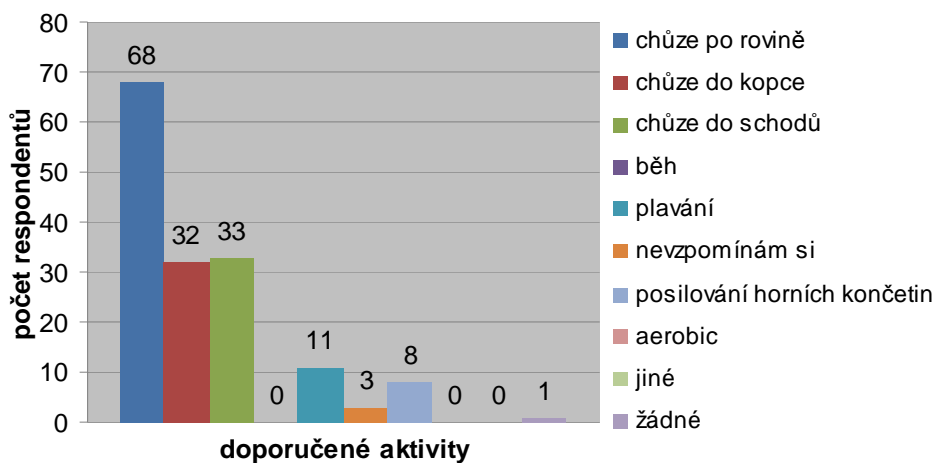
(k otázce č. 11)



Tento graf znázorňuje důležitost spánku a odpočinku po propuštění do domácího ošetřování. Pro 50 respondentů (68 %) je spánek a odpočinek důležitý, pro 24 respondentů (32 %) spánek a odpočinek není důležitý. Z 50 respondentů (68 %), pro kterých je spánek a odpočinek důležitý, uvedlo 45 (90 %) respondentů jako důvod načerpání nových sil a co nejrychlejší rehabilitaci a 5 (10 %) respondentů nevědělo, proč je pro ně spánek a odpočinek důležitý.

Graf 12 Doporučené pohybové aktivity po propuštění uváděné respondenty

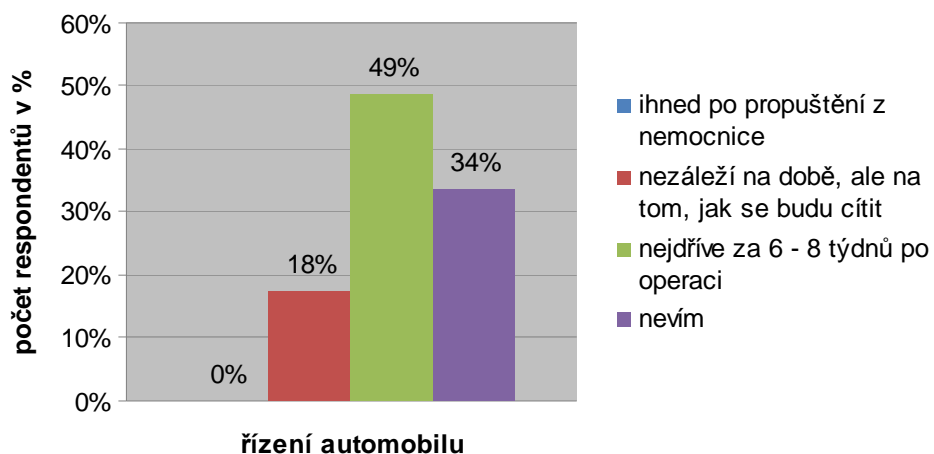
(k otázce č. 12)



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. 68 respondentů udává jako doporučenou pohybovou aktivitu chůzi po rovině, 32 respondentů uvedlo chůzi do kopce, 33 respondentů uvedlo chůzi do schodů, žádný respondent neuvedl běh, 11 respondentů uvedlo plavání, 3 respondenti si nevzpomněli na doporučenou pohybovou aktivitu, 8 respondentů uvedlo posilování horních končetin, žádný respondent neuvedl aerobic ani nějakou jinou možnost a 1 respondent uvedl za doporučenou aktivitu žádnou pohybovou aktivitu. Na tuto otázku bylo možné zvolit více odpovědí.

Graf 13 Informovanost respondentů o možnosti opětovného řízení automobilu

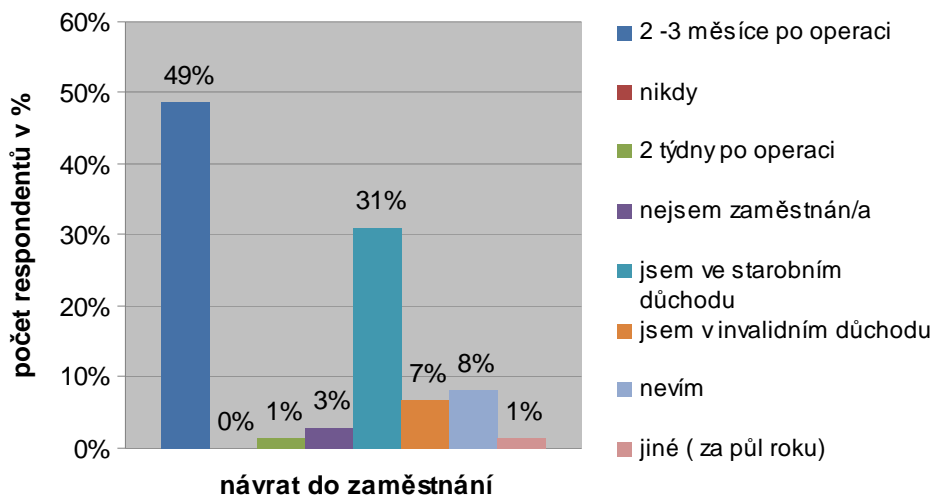
(k otázce č. 13)



Z tohoto grafu vyplývá, že žádný respondent nezvolil možnost opětovného řízení automobilu ihned po propuštění z nemocnice, 13 respondentů (18 %) uvedlo, že nezáleží na době, ale na tom, jak se budou cítit, 36 respondentů (49 %) uvedlo, že budou opětovně řídit automobil nejdříve za 6 – 8 týdnů po operaci a 25 respondentů (34 %) neví, kdy budou moci opětovně řídit automobil.

Graf 14 Informovanost respondentů o návratu do zaměstnání

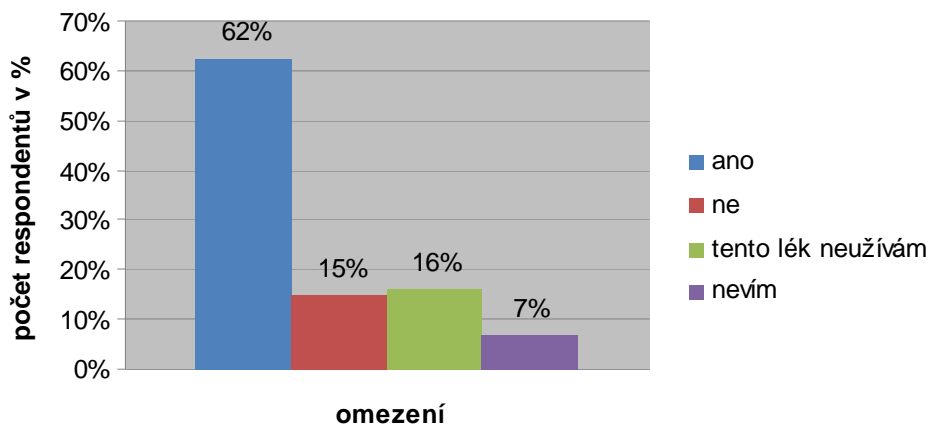
(k otázce č. 14)



Tento graf ukazuje, že 36 respondentů (49 %) uvedlo návrat do zaměstnání za 2 – 3 měsíce po operaci, žádný respondent neuvedl, že se do zaměstnání nevrátí nikdy, 1 respondent uvedl návrat za 2 týdny po operaci, 2 respondenti (3 %) nejsou zaměstnání, 23 respondentů (31 %) je ve starobním důchodu, 5 respondentů (7 %) je v invalidním důchodu, 6 respondentů (8 %) neví, kdy se vrátí do zaměstnání a 1 respondent (1 %) uvedl jinou možnost – návrat do zaměstnání za půl roku.

Graf 15 Omezení respondentů ve stravování v souvislosti s Warfarinem

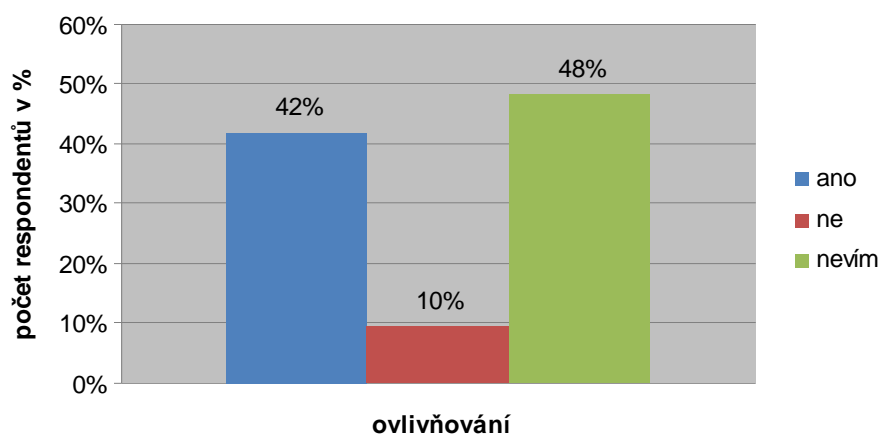
(k otázce č. 15)



Tento graf se týká informací o omezení respondentů ve stravování v souvislosti s Warfarinem. 46 respondentů (62 %) uvedlo, že omezení ve stravování existuje, 11 respondentů (15 %) uvedlo, že omezení ve stravování není potřeba, 12 respondentů (16 %) uvedlo, že Warfarin neužívá a 5 respondentů (7 %) nevědělo o omezení ve stravování. Ze 46 respondentů (62 %), kteří o omezení ve stravování věděli, uvedlo 23 respondentů (50 %) omezení potravin s vitamínem K a 23 respondentů (50 %) přesně nevědělo, jaké omezení.

Graf 16 Ovlivňování účinku Warfarinu jinými léky z pohledu respondentů

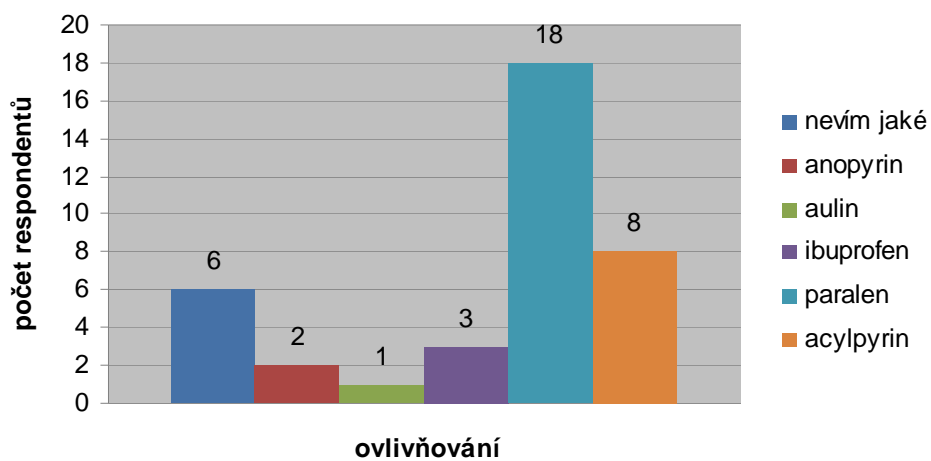
(k otázce č. 16)



Tento graf znázorňuje informovanost 62 klientů (100 %), kteří užívají Warfarin, o ovlivňování účinku Warfarinu jinými léky. 26 respondentů (42 %) uvedlo, že účinek Warfarinu je ovlivňován jinými léky, 6 respondentů (10 %) uvedlo, že účinek Warfarinu není ovlivňován jinými léky a 30 respondentů (48 %) o ovlivňování účinku Warfarinu jinými léky nevědělo.

Graf 17 Druhy léků ovlivňující účinek Warfarinu z pohledu respondentů

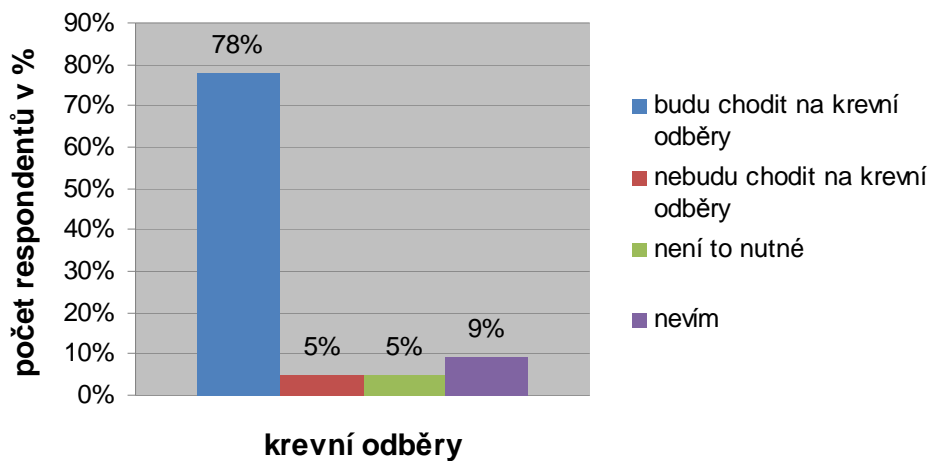
(k otázce č. 16)



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. 6 respondentů uvedlo, že neví jaké léky ovlivňují Warfarin, 2 respondenti uvedli Anopyrin, 1 respondent uvedl Aulin, 3 respondenti uvedli Ibuprofen, 18 respondentů uvedlo Paralen a 8 respondentů uvedlo Acylpyrin.

Graf 18 Nutnost krevních odběrů u respondentů po propuštění

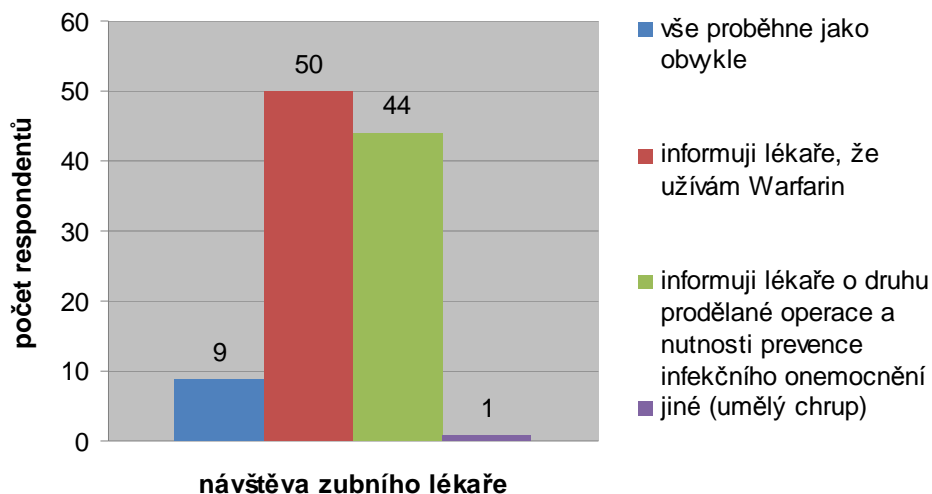
(k otázce č. 17)



Tento graf znázorňuje nutnost krevních odběrů u respondentů po propuštění. Z 62 respondentů, kteří užívají Warfarin, odpovědělo 50 respondentů (78 %), že budou chodit na krevní odběry, 3 respondenti (5 %) nebudou chodit na krevní odběry, 3 respondenti (5 %) to nepovažují za nutné a 6 respondentů (9 %) neví.

Graf 19 Návštěva zubního lékaře respondenty po propuštění

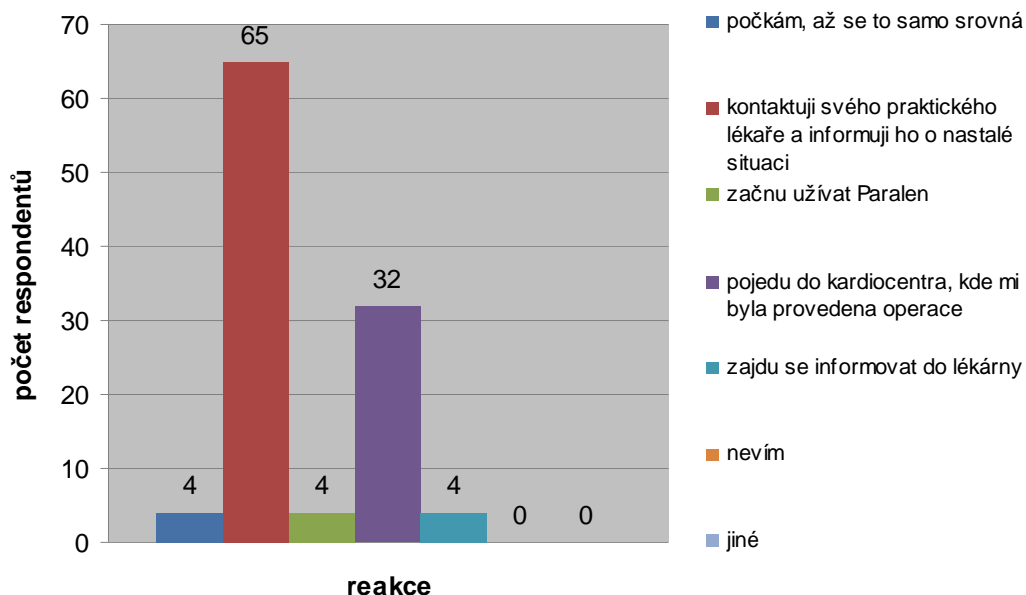
(k otázce č. 18)



Graf znázorňuje četnost odpovědí. Při návštěvě zubního lékaře uvedlo 9 respondentů, že vše proběhne jako obvykle, 50 respondentů informuje lékaře o užívání Warfarinu, 44 respondentů informuje lékaře o druhu prodělané operace a nutnosti prevence infekčního onemocnění a 1 respondent uvedl jinou možnost – zubního lékaře nenavštěvuje, protože má umělý chrup.

Graf 20 Reakce respondentů při zvýšené tělesné teplotě, zarudlém a bolestivém okolí operační rány

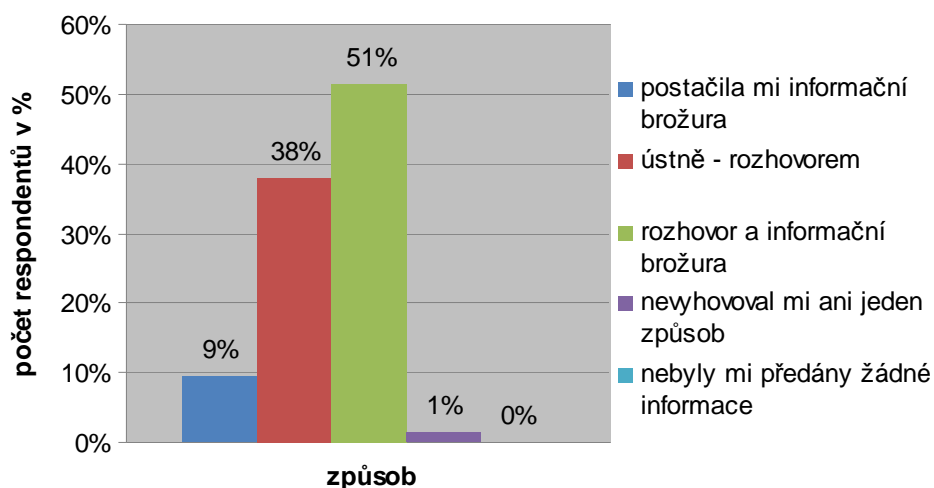
(k otázce č. 19)



Tento graf znázorňuje četnost odpovědí. 4 respondenti počkají, až se zvýšená tělesná teplota, zarudlé a bolestivé okolí operační rány samo srovná, 65 respondentů kontaktuje svého praktického lékaře informuje ho o nastalé situaci, 4 respondenti začnou užívat Paralen, 32 respondentů pojede do kardiocentra, kde jim byla operace provedena, 4 respondenti se zajdou informovat do lékárny, žádný respondent neodpověděl, že neví jak se zachovat a žádný respondent neodpověděl jinak.

Graf 21 Nejlépe vyhovující způsob předávání informací od sestry o péči po propuštění z pohledu respondentů

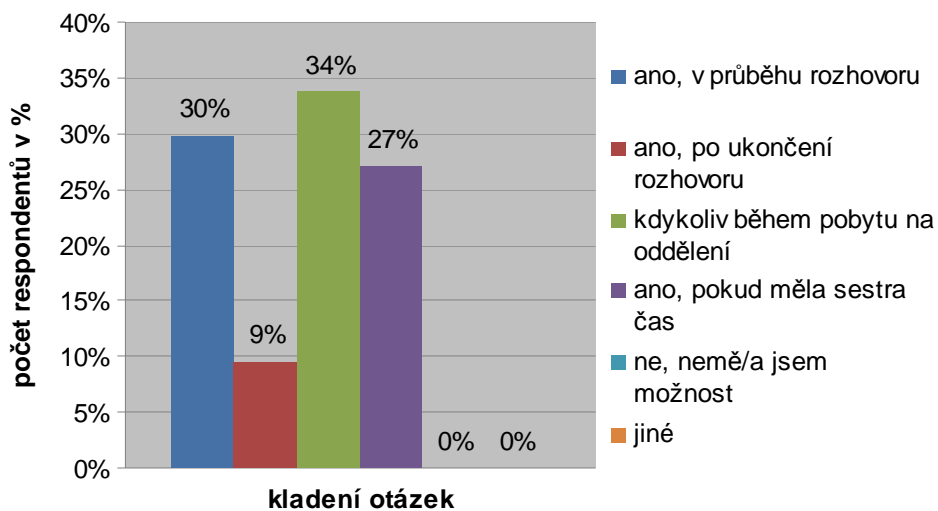
(k otázce č. 20)



Tento graf znázorňuje nejlépe vyhovující způsob předávání informací sestrou respondentovi o péči po propuštění do domácího ošetřování. 7 respondentů (9 %) považuje za nejlepší způsob informační brožuru, 28 respondentů (38 %) rozhovor, 38 respondentů (51 %) má za nejlepší obojí – rozhovor a informační brožuru, 1 respondentovi (1 %) nevyhovoval ani jeden způsob a žádný respondent nevedl, že mu nebyly předány žádné informace.

Graf 22 Možnost respondentů klást sestře otázku

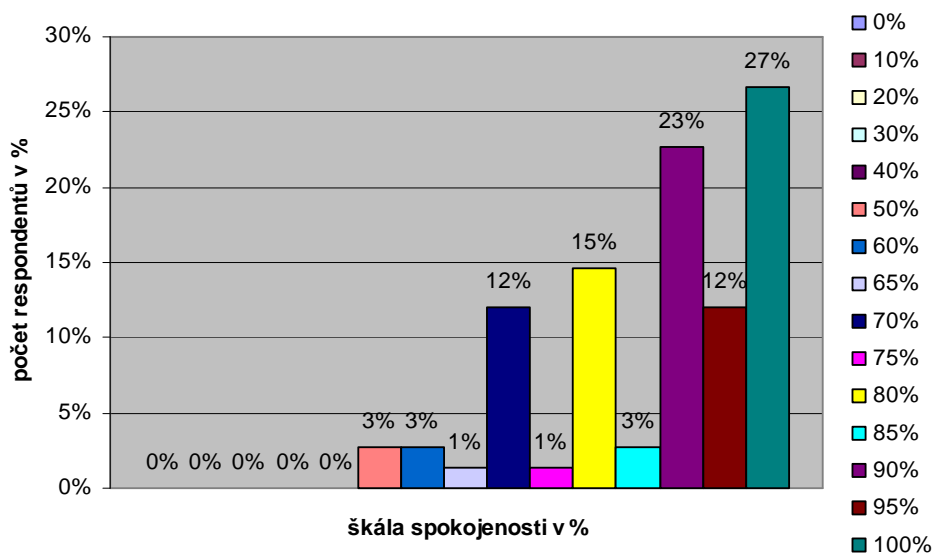
(k otázce č. 21)



Graf znázorňuje možnost respondentů klást sestře otázku, pokud jim byly informace nesrozumitelné. 22 respondentů (30%) uvedlo, že se mohli zeptat v průběhu rozhovoru, 7 respondentů (9 %) se mohlo zeptat po ukončení rozhovoru, 25 respondentů (34 %) se mohlo zeptat kdykoliv během pobytu na oddělení, 20 respondentů (27 %) se mohlo zeptat jen pokud měla sestra čas a žádný respondent neuvedl, že by neměl možnost se zeptat a ani neuvedl žádnou jinou možnost.

Graf 23 Míra spokojenosti respondentů s obdrženými informacemi od sestry

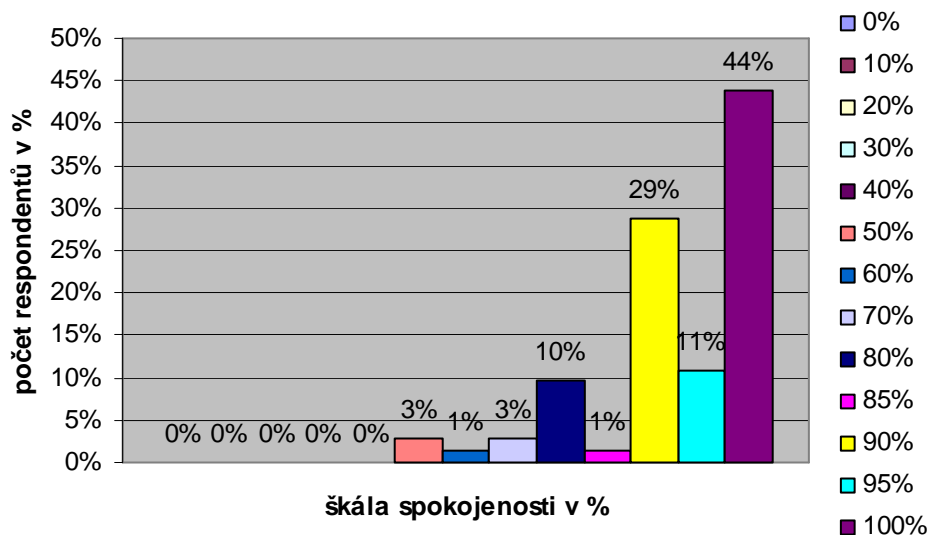
(k otázce č. 22)



Tento graf znázorňuje míru spokojenosti respondentů s obdrženými informacemi od sestry na stupnici 0 – 100 %. Žádní respondenti neudali hodnoty 0 – 40 %, 2 respondenti (3 %) byli spokojeni na 50 %, taktéž 2 respondenti byli spokojeni na 60 %, 1 respondent (1 %) byl spokojen na 65 %, 9 respondentů (12 %) bylo spokojeno na 70 %, 1 respondent (1 %) byl spokojen na 75 %, 11 respondentů (15 %) bylo spokojeno na 80 %, 2 respondenti (3 %) byli spokojeni na 85 %, 17 respondentů (23 %) bylo spokojeno na 90 %, 9 respondentů (12 %) bylo spokojeno na 95 % a 20 respondentů (27 %) bylo spokojeno na 100%.

Graf 24 Míra spokojenosti respondentů s obdrženými informacemi od lékaře

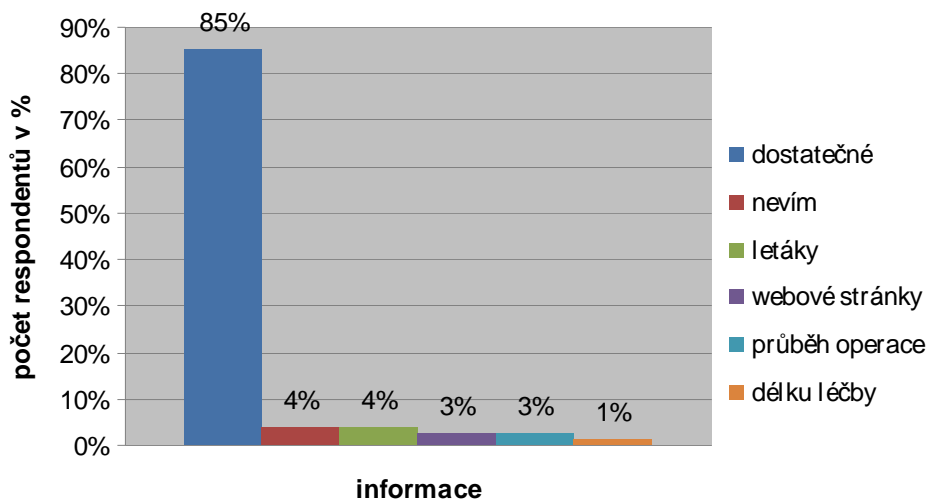
(k otázce č. 23)



Tento graf znázorňuje míru spokojenosti respondentů s obdrženými informacemi od lékaře na stupnici 0 – 100 %. Žádní respondenti neudali hodnoty 0 – 40 %, 2 respondenti (3 %) byli spokojeni na 50 %, 1 respondent (1 %) byl spokojen na 60 %, 2 respondenti (3 %) byli spokojeni na 70 %, 7 respondentů (10 %) bylo spokojeno na 80 %, 1 respondent (1 %) byl spokojen na 85 %, 21 respondentů (29 %) bylo spokojeno na 90 %, 8 respondentů (11 %) bylo spokojeno na 95 % a 32 respondentů (44 %) bylo spokojeno na 100 %.

Graf 25 Potřeba dalších informací před operací ze strany respondentů

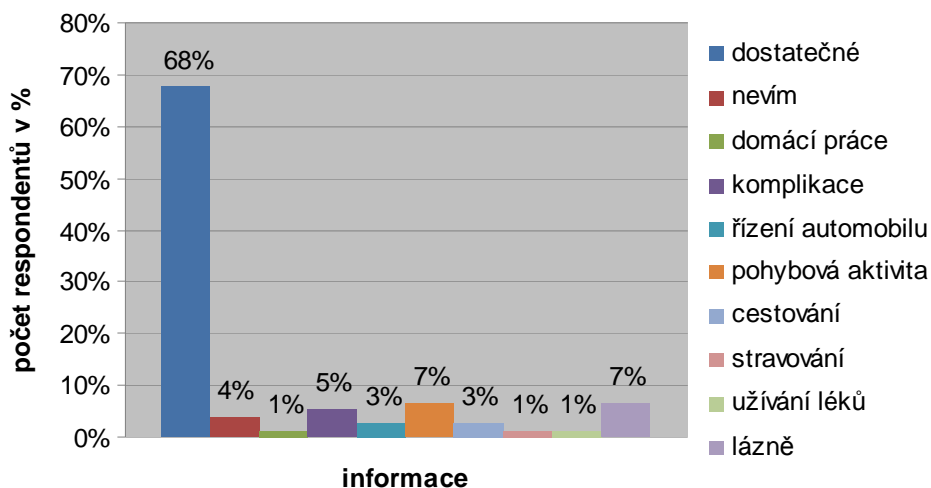
(k otázce č. 24)



Na tomto grafu je znázorněna potřeba dalších informací před operací. 63 respondentů (85 %) uvedlo, že informace poskytnuté před operací jsou pro ně dostatečné, 3 respondenti (4 %) neví, jestli potřebují další informace před operací, 3 respondenti (4 %) by přivítali informace sepsané v letácích, 2 respondenti (3 %) by přivítali více informací na webových stránkách, 2 respondenti (3 %) by přivítali více informací o průběhu operace a 1 respondent (1 %) by přivítal více informací o délce léčby.

Graf 26 Potřeba dalších informací před propuštěním ze strany respondentů

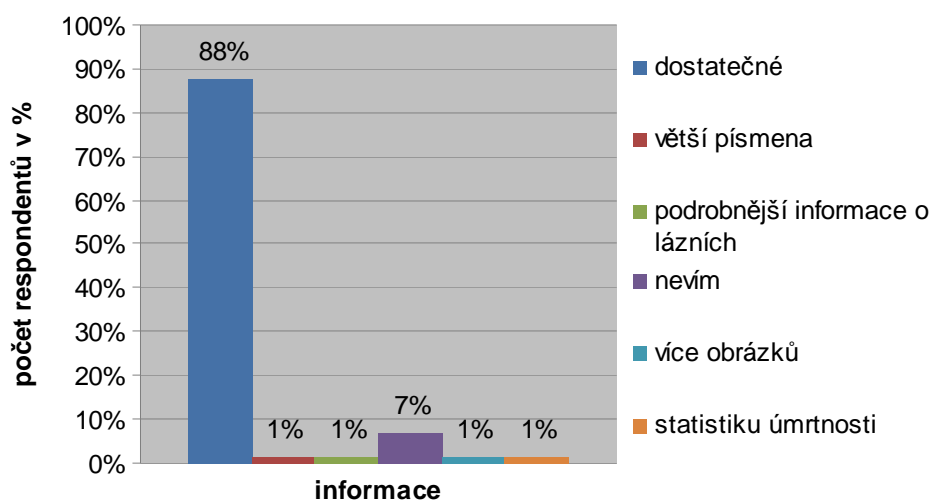
(k otázce č. 25)



Tento graf znázorňuje potřebu dalších informací před propuštěním do domácího ošetřování. 50 respondentů (68 %) hodnotí informace před propuštěním jako dostatečné. 3 respondenti (4 %) neví, jaké informace by ještě přivítali před propuštěním, 1 respondent (1 %) by přivítal ještě informace o domácích pracích, 4 respondenti (5 %) by přivítali ještě informace o komplikacích, 2 respondenti (3 %) by přivítali ještě informace o řízení automobilu, 5 respondentů (7 %) by přivítalo více informací o pohybové aktivitě, 2 respondenti (3 %) by přivítali více informací o cestování, 1 respondent (1 %) by přivítal více informací o stravování, 1 respondent (1 %) by přivítal více informací o užívání léků a 5 respondentů (7 %) by přivítalo více informací o lázních.

Graf 27 Potřeba dalších informací v informační brožuře ze strany respondentů

(k otázce č. 26)



Tento graf znázorňuje potřebu dalších informací v informační brožuře. 65 respondentů (88 %) hodnotí informační brožuru jako dostatečnou, 1 respondent (1 %) by brožuru uvítal psanou většími písmeny, 1 respondent (1 %) by uvítal v brožuře více podrobnějších informací o lázních, 5 respondentů (7 %) neví, co by navíc uvítali v brožuře, 1 respondent (1 %) by uvítal v brožuře více obrázků a 1 respondent (1 %) by uvítal statistiku úmrtnosti.

4.2 Výsledky rozhovoru se sestrami

Tabulka 1 Způsob edukace klientů sestrami o pooperační péči

1. Jakým způsobem edukujete klienty o pooperační péči?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- rozhovorem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- pomocí informační brožury	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- sdělené informace poté sepíšete klientovi na papír											0
- ukážete pooperační pokoj	X	X	X	X							4
- jinak...											

Na otázku *Jakým způsobem edukujete klienty o pooperační péči* uvedlo 10 sester používání rozhovoru, 10 sester uvedlo edukování pomocí informační brožury, žádná sestra sdělené informace nesepíše klientovi na papír, 4 sestry ukáží klientům pooperační pokoj a žádná sestra neuvedla jiné způsoby edukace.

Tabulka 2 Způsob edukace klientů sestrami o zásadách péče před propuštěním

2. Jakým způsobem edukujete klienty o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetření?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- rozhovorem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- pomocí informační brožury	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- sdělené informace poté sepíšete klientovi na papír	X	X	X								3
- jinak...											0

Na otázku *Jakým způsobem edukujete klienty o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetření* uvedlo 10 sester používání rozhovoru, 10 sester uvedlo edukování pomocí informační brožury, 3 sestry uvedly, že sdělené informace poté sepíšou klientovi na papír a žádná sestra neuvedla jiné způsoby edukace.

Tabulka 3 Informace podávané sestrami klientům

3. Jaké informace podáváte klientům?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
a) před operací o pooperační péči ...											
- provozní řád	X	X	X		X	X	X	X		X	8
- práva pacientů		X					X			X	3
- o vyšetřeních před operací	X	X	X	X	X	X				X	7
- o hygieně, holení	X	X	X	X	X	X	X				7
- o zavedení cévních vstupů	X	X	X		X						4
- o zavedení endotrach. rourky, permanent. moč. katetru, elektrod	X	X	X							X	4
- prevence dekubitů	X	X	X								3
- o vyprázdnění	X	X	X	X	X	X					6
- o napojení na přístroje				X	X	X			X	X	5
- nejíst, nepít, nekouřit	X	X	X		X	X					5
- o dietě	X	X	X	X	X	X			X	X	8
- o uložení věcí pacienta	X	X	X	X	X	X	X				7
b) v průběhu hospitalizace ...											
- návštěvy	X	X	X		X	X					5
- rehabilitace	X	X	X	X	X	X	X			X	8
- bilance tekutin			X	X		X	X				4
- péče o ránu					X	X	X				3
- zásady životosprávy										X	1
c) po operaci ...											
- pitný režim	X	X	X	X			X				5
- časné vstávání z lůžka	X	X	X	X	X	X	X		X		8
- hygiena dýchacích cest	X	X	X	X	X	X			X		7
- péče o ránu		X	X	X	X	X	X		X		7
- dodržování zásad zdravé výživy			X	X	X	X	X			X	6
- rehabilitace		X	X	X	X	X	X			X	7
- monitorace									X		1
- užívání léků					X	X					2
- možné komplikace		X					X				2
d) před propuštěním do domácího ošetřování											
- péče o ránu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- postup při možných komplikacích		X	X	X	X	X	X			X	7
- kontroly u praktického lékaře	X	X		X	X	X	X	X		X	8
- o pohybové aktivitě		X	X	X	X	X	X	X	X		8
- o lécích	X	X	X	X	X	X		X			7
- o zdravé výživě	X	X		X		X	X		X	X	7
- o hygieně				X		X	X				3
- o pitném režimu	X					X					2
- o pobytu v láních			X								1

Na otázku *Jaké informace podáváte klientům před operací o pooperační péči* uvedlo 8 sester informace o provozním řádu, 3 sestry uvedly informace o právech pacientů, 7 sester uvedlo informace o vyšetřeních před operací, 7 sester uvedlo informace o hygieně a holení, 4 sestry uvedly informace o zavedení cévních vstupů, 4 sestry uvedly informace o zavedení endotracheální rourky, permanentního močového katetru a elektrod, 3 sestry uvedly informace o prevenci dekubitů, 6 sester uvedlo informace o vyprázdnění, 5 sester uvedlo informace o napojení na přístroje, 5 sester uvedlo informace o zásadě nejíst, nepít, nekouřit, 8 sester uvedlo informace o dietě, 7 sester uvedlo informace o uložení věcí pacienta.

Na otázku *Jaké informace podáváte klientům v průběhu hospitalizace* uvedlo 5 sester informace o návštěvách, 8 sester uvedlo informace o rehabilitaci, 4 sestry uvedly informace o bilanci tekutin, 3 sestry uvedly informace o péči o ránu, 1 sestra uvedla informace o zásadách životosprávy.

Na otázku *Jaké informace podáváte klientům po operaci* uvedlo 5 sester informace o pitném režimu, 8 sester uvedlo informace o časném vstávání z lůžka, 7 sester uvedlo informace o hygieně dýchacích cest, 7 sester uvedlo informace o péči o ránu, 6 sester uvedlo informace o dodržování zásad zdravé výživy, 7 sester uvedlo informace o rehabilitaci, 1 sestra uvedla informace o monitoraci, 2 sestry uvedly informace o užívání léků, 2 sestry uvedly informace o možných komplikacích.

Na otázku *Jaké informace podáváte klientům před propuštěním do domácího ošetřování* uvedlo 10 sester informace o péči o ránu, 7 sester uvedlo informace o postupu při možných komplikacích, 8 sester uvedlo informace o kontrolách u praktického lékaře, 8 sester uvedlo informace o pohybové aktivitě, 7 sester uvedlo informace o lécích, 7 sester uvedlo informace o zdravé výživě, 3 sestry uvedly informace o hygieně, 2 sestry uvedly informace o pitném režimu, 1 sestra uvedla informace o pobytu v lázních.

Tabulka 4 Kontrola porozumění podaných informací sestrami

4.Kontrolujete, že klient podaným informacím porozuměl?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- pokaždé	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- dle situace											0
- pokud se klient zeptá											0
- zeptám se já							X			X	2
- nekontroluji											0
- pokud je čas, tak ano											0
- jiné ...											0

Na otázku *Kontrolujete, že klient podaným informacím porozuměl* 10 sester uvedlo pokaždé, žádná sestra neuvedla možnost dle situace, žádná sestra neuvedla možnost, pokud se klient zeptá, 2 sestry odpověděly, že se zeptají samy, žádná sestra neodpověděla, že podané informace nekontroluje, žádná sestra neodpověděla, že pokud je čas, tak ano, a žádná neodpověděla jinak.

Tabulka 5 Nejčastější dotazy klientů před operací o pooperační péči z pohledu sester

5. Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před operací srdeční chlopně o pooperační péči?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- o oddělení											0
- o hygieně		X		X	X		X		X		5
- o pohybu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- o bolesti	X	X	X	X	X	X		X	X	X	9
- o nutnosti ležení na zádech							X	X	X	X	4
- o dočasném upoutání na lůžku				X	X	X		X	X	X	6
- o rehabilitaci	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9
- o způsobu vyprazdňování					X	X				X	3
- o příjmu potravy na lůžku					X					X	2
- o kyslíkové masce na obličeji					X			X	X		3
- o napojení na přístroje	X	X	X	X	X	X	X		X	X	9
- jiné... (jak dlouho trvá operace, jestli zemře)	X		X								2

Na otázku *Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před operací srdeční chlopně o pooperační péči* žádná sestra neuvedla zodpovídání otázek o oddělení, 5 sester zodpovídá otázky o hygieně, 10 sester zodpovídá otázky o pohybu, 9 sester zodpovídá otázky o bolesti, 4 sestry zodpovídají otázky o nutnosti ležení na zádech, 6 sester zodpovídá otázky o dočasném upoutání na lůžku, 9 sester zodpovídá otázky o rehabilitaci, 3 sestry zodpovídají otázky o způsobu vyprazdňování, 2 sestry zodpovídají otázky o příjmu potravy na lůžku, 3 sestry zodpovídají otázky o kyslíkové masce na obličeji, 9 sester zodpovídá otázky o napojení na přístroje a 2 sestry zodpovídají jiné otázky – jak dlouho trvá operace, jestli zemře.

Tabulka 6 Nejčastější dotazy klientů před propuštěním z pohledu sester

6. Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před jejich propuštěním do domácího ošetřování?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- o pohybové aktivitě	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9
- o vykonávání domácích prací	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9
- o odpočinku							X	X	X		3
- o pohlavním životě								X		X	2
- o řízení automobilu					X	X	X	X	X	X	6
- o návratu do zaměstnání	X	X				X	X	X	X	X	7
- o možnosti pobytu v lázních	X	X	X	X	X	X	X		X	X	9
- o způsobu užívání léků			X	X	X	X	X		X		6
- o zásadách užívání Warfarinu	X	X			X	X	X	X	X		7
- o zdravé výživě			X		X	X	X		X		5
- o možných komplikacích (např. infekce v ráně, krvácení, infekční onemocnění)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- o pravidelných kontrolách u kardiologa		X		X	X	X	X	X	X		7
- o nutnosti informovat další lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace					X	X	X			X	4
- jiné ... (péče o ránu)	X	X									2

Na otázku *Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před jejich propuštěním do domácího ošetřování* uvedlo 9 sester, že zodpovídá otázky o pohybové aktivitě, 9 sester zodpovídá otázky o vykonávání domácích prací, 3 sestry zodpovídají otázky o odpočinku, 2 sestry zodpovídají otázky o pohlavním životě, 6 sester zodpovídá otázky o řízení automobilu, 7 sester zodpovídá otázky o návratu do zaměstnání, 9 sester zodpovídá otázky o možnosti pobytu v lázních, 6 sester zodpovídá otázky o způsobu užívání léků, 7 sester zodpovídá otázky o zásadách užívání Warfarinu, 5 sester zodpovídá otázky o zdravé výživě, 10 sester zodpovídá otázky o možných komplikacích (např. infekce v ráně, krvácení, infekční onemocnění), 7 sester zodpovídá otázky o pravidelných kontrolách u kardiologa, 4 sestry zodpovídají otázky o nutnosti informovat další lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace, a 2 sestry zodpovídají ještě na jinou otázku – péče o ránu.

Tabulka 7 Spolupráce sester s lékaři při edukaci klientů

7.Spolupracujete s lékařem při edukaci klientů:	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- o pooperační péči?	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9
- o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetřování?	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9

Na otázku *Spolupracujete s lékařem při edukaci klientů o pooperační péči* odpovědělo 9 sester ano. Na otázku *Spolupracujete s lékařem při edukaci klientů o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetřování* odpovědělo taktéž 9 sester ano.

Tabulka 8 Překážky při edukaci klientů vnímané sestrami

8.Pocitujete při edukaci klientů nějaké překážky?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- nedostatek času					X	X					2
- mnoho informací najednou	X									X	2
- nutnost opakování, pokud klient nerozumí											0
- nevhodné místo				X				X		X	3
- rušné prostředí											0
- jiné ... (ne)		X	X				X		X		4

Na otázku *Pocitujete při edukaci klientů nějaké překážky* odpověděly 2 sestry, že pocítují jako překážku nedostatek času, 2 sestry mají pocit mnoha informací najednou, žádná sestra nepocítuje překážky při nutnosti opakování, pokud klient nerozuměl, 3 sestry pocítují překážky v nevhodném místě při edukaci, žádná sestra neuvedla jako překážku rušné prostředí a 4 sestry nepocítují vůbec žádné překážky při edukaci.

Tabulka 9 Možnosti sester v získávání nových informací

9. Jaké máte možnosti v získávání nových informací?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- konference											0
- stáže											0
- odborné semináře	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- další studium						X			X	X	3
- jiné ... (internet, odborná literatura)		X	X	X	X	X					5

Na otázku *Jaké máte možnosti v získávání nových informací* žádná sestra neuvedla možnost získávání informací na konferencích, žádná sestra neuvedla možnost získávání informací na stážích, 10 sester uvedlo získávání informací na odborných seminářích, 3 sestry uvedly jako možnost další studium a 5 sester uvedlo jiné možnosti – internet, naučná literatura.

Tabulka 10 Zdroje informací využívané sestrami pro edukaci klientů

10. Z jakých zdrojů čerpáte informace pro edukaci klientů po (před) operaci srdeční chlopně?	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	Σ
- informační brožury	X	X	X	X	X	X	X	X			8
- odborné časopisy					X	X	X	X			4
- materiály ze seminářů a dalšího studia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
- odborná literatura	X	X	X	X	X	X			X		7
- jiné ...											0

Na otázku *Z jakých zdrojů čerpáte informace pro edukaci klientů po (před) operaci srdeční chlopně* 8 sester uvedlo jako zdroj informační brožury, 4 sestry uvedly odborné časopisy, 10 sester uvedlo materiály ze seminářů a dalšího studia, 7 sester uvedlo odbornou literaturu a žádná sestra neuvedla jiné zdroje.

5. Diskuze

Dotazník vytvořený pro klienty obsahoval 26 otázek. Tyto otázky byly uzavřené, polouzavřené a otevřené. Výzkumný soubor tvořili klienti po náhradě srdeční chlopně Fakultní nemocnice Motol, Fakultní nemocnice Plzeň – Lochotín a Nemocnice České Budějovice a.s. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto také 10 sester, které pracovaly na kardiochirurgických odděleních výše uvedených nemocnic. Výzkum byl proveden metodou dotazování, technikou polostandardizovaného rozhovoru, kdy bylo sestřám položeno 10 otázek.

Výsledky byly následující. Složení operovaných klientů bylo 40 mužů (54 %) a 34 žen (46 %). Zajímavé byly údaje o věku, kde bylo nejvíce zastoupeno věkové rozmezí od 56 – 75 let, oproti tomu ve věkovém rozmezí 18 – 25 let byl pouze jeden respondent a ve věkovém rozmezí 75 let a více bylo 9 respondentů.

Další výsledky se týkaly informovanosti klientů o průběhu péče po operaci. 19 % respondentů uvedlo, že je informoval lékař, pouze 1 % respondentů uvedlo, že je informovala jen sestra a 80 % respondentů uvedlo, že je informovali oba, jak lékař, tak sestra.

Pomocí informační brožury bylo informováno 48 respondentů o průběhu péče po operaci, 72 respondentů bylo informováno pomocí rozhovoru, 12 respondentů se bylo podívat na pooperačním pokoji. 48 respondentů bylo informováno o doporučeních před propuštěním do domácího ošetřování pomocí informační brožury a 68 respondentů pomocí rozhovoru. Na tyto otázky měli klienti možnost vybrat více odpovědí, proto nelze výsledky uvádět v procentech, ale pouze v absolutních hodnotách. Z uvedených čísel tedy vyplývá, že většina klientů byla informována pomocí rozhovoru, menší část klientů pomocí informační brožury a jen několik klientů se bylo podívat na pooperačním pokoji.

Na základě analýzy odpovědí byla k výzkumné otázce č. 2 Jaký způsob edukace je u klientů po náhradě srdeční chlopně využíván? vytvořena hypotéza: Klienti po náhradě srdeční chlopně jsou edukováni pomocí rozhovoru a informační brožury.

Podobné výsledky vyplývají i z rozhovoru se sestrami, kdy všech 10 sester odpovědělo, že klienty informují o pooperační péči a zásadách péče před propuštěním pomocí rozhovoru a informační brožury. Jen 4 sestry uvedly, že před operací ukáží klientům pooperační pokoj a 3 sestry uvedly, že klientům sepíší sdělené informace o zásadách péče před propuštěním na papír. Domnívám se, že forma osobního rozhovoru je pro klienty přínosnější i ve vztahu k věku, zdravotnímu stavu, možnosti kladení doplňujících otázek a osobního přístupu ke klientovi. Zde se můžeme shodnout s názorem Závodné, která ve své publikaci *Pedagogika v ošetrovatel'stve* (24, s. 70, 71) uvádí: „Rozhovor je súčasťou zdravotnej starostlivosti každého zdravotníckého pracovníka. Rozhovor sestry s pacientom alebo s jeho blízkymi nadobúda čoraz väčší význam a je cenným prostriedkom na vytváranie pokojného pracovného prostredia. Spokojnosť pacienta so sestrou a ošetrovateľskou starostlivosťou je v značnej miere vyjadrená aj spokojnosťou so zaobchádzaním a dobrou komunikáciou. Ak je sestra informovaná o zdravotnej a sociálnej situácii jednotlivca, pacienta, pozná jeho vek, zamestnanie, ťažkosti i problémy, má najlepšie predpoklady na neho vhodne, taktne a účinne zdravotnovýchovne pôsobiť.“ O této problematice píše také Richards a kol. v kapitole *Rozhovor s pacientem* (15, s. 40, 41), kde uvádí: „Kvalitní ošetrovateľská anamnéza závisí na dovednosti sestry vést cílený rozhovor s pacientem, proto je nutné, aby si sestry osvojily správnou techniku dotazování. Při rozhovoru s pacientem mají svou úlohu také pozorovací dovednosti, protože kromě konkrétního sdělení pacienta přicházejí informace také z jeho neverbální komunikace.“ Potěšující byly i výsledky týkající se spolupráce sester a lékařů při edukaci klientů. 9 sester odpovědělo, že spolupracují s lékařem při edukaci klientů o pooperační péči a také o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetřování.

Na základě analýzy odpovědí byla k výzkumné otázce č. 3 Edukuje klienty po náhradě srdeční chlopně lékař i sestra? vytvořena hypotéza: Klienty po náhradě srdeční chlopně edukuje lékař a sestra.

Při edukaci klientů 4 sestry nepocitovaly žádné překážky, 3 sestry pocitovaly jako překážku nevhodné místo, 2 sestry pocitovaly jako překážku mnoho informací najednou a také 2 sestry pocitovaly jako překážku nedostatek času.

Zajímavé byly výsledky týkající se druhu informací o pooperační péči od sester, kdy 48 klientů uvedlo informace o způsobu provádění hygieny, 49 klientů o rehabilitaci, 48 klientů o způsobu vyprazdňování, 41 klientů o příjmu potravy na lůžko, 41 klientů o dočasném upoutání na lůžko, 48 klientů o nutnosti ležení na zádech, 60 klientů o kyslíkové masce na obličeji, 62 klientů o napojení na přístroje. V této souvislosti mě překvapily odpovědi sester, které se ve většině případů odlišují od uváděných informací klientů o pooperační péči. 8 sester odpovědělo, že informuje klienty před operací o nemocničním řádu, 3 sestry informují o právech pacientů, 7 sester informuje o vyšetřeních před operací, taktéž 7 sester informuje o hygieně a holení, 4 sestry informují o zavedení cévních vstupů, a také o zavedení endotracheální rourky, permanentního močového katetru a elektrod, 3 sestry informují o prevenci dekubitů, 6 sester informuje o vyprázdnění, 5 sester informuje o napojení na přístroje, 5 sester informuje o zásadě před operací nejíst, nepít, nekouřit, 8 sester informuje o dietě, 7 sester informuje o uložení věcí klienta na oddělení. Dále 5 sester informuje klienty po operaci o pitném režimu, 8 sester informuje o časném vstávání z lůžka, 7 sester informuje o hygieně dýchacích cest, 7 sester informuje o péči o ránu, 6 sester informuje o dodržování zásad zdravé výživy, 7 sester informuje o rehabilitaci, 2 sestry informují o užívání léků a 2 sestry informují o možných komplikacích. Tyto výsledky nás nutí k zamyšlení, proč tomu tak je.

Informace před propuštěním do domácího ošetřování o pohybové aktivitě uvedlo 65 klientů, informace o vykonávání domácích prací uvedlo 50 klientů, informace o odpočinku uvedlo také 50 klientů, informace o pohlavním životě uvedlo 21 klientů, informace o řízení automobilu uvedlo 45 klientů, informace o návratu do zaměstnání uvedlo 41 klientů, informace o možnosti pobytu v lázních uvedlo 48 klientů, informace o způsobu užívání léků uvedlo 41 klientů, informace o zásadách užívání Warfarinu uvedlo 47 klientů, informace o zásadách zdravé výživy uvedlo 29 klientů, informace o možných komplikacích uvedlo 52 klientů, informace o pravidelných návštěvách kardiologa uvedlo 51 klientů a informace o nutnosti informovat další lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace uvedlo 40 klientů. Z uvedených výsledků vyplývá, že klienti informace sice mají, ale ne všechny si přesně pamatují a dovedou je

správně použít. Pravděpodobně je to proto, že klienti mohou mít obavy z dalšího vývoje pooperačního stavu a mohou být rozrušení, stejně tak jako uvádí Křivohlavý ve své publikaci Psychologie nemoci (13, s. 76): „Kvůli obavám a očekávání pacienta dochází často k tomu, že pacient „neslyší“, „nechápe“ a „nepamatuje si“, co mu lékař řekl. Soustavným šetřením toho, co si pacient pamatoval z toho, co mu právě řekl lékař, bylo zjištěno, že plná třetina pacientů si nepamatovala diagnózu, kterou jim před chvílí jejich lékař řekl.“

Na základě výše uvedených výsledků byla potvrzena hypotéza H2: Klienti mají informace o následné péči po náhradě srdeční chlopně.

Na druhé straně výsledky dotazování sester byly podobné. 10 sester odpovědělo, že informují klienty o péči o ránu, 7 sester informuje klienty o postupu při možných komplikacích, 8 sester informuje o kontrolách u praktického lékaře, 8 sester informuje o pohybové aktivitě, 7 sester informuje o lécích, 7 sester informuje o zdravé výživě, 3 sestry informují o hygieně.

S těmito výsledky zřejmě souvisí i výpovědi sester o nejčastějších dotazech klientů před operací o pooperační péči. Na dotazy o pohybu odpovědělo 10 sester, na dotazy o bolesti, o rehabilitaci, o napojení na přístroje odpovědělo 9 sester, na dotazy o dočasném upoutání na lůžko odpovědělo 6 sester, na dotazy o hygieně odpovědělo 5 sester, na dotazy o nutnosti ležení na zádech odpověděly 4 sestry, na dotazy o způsobu vyprazdňování a o kyslíkové masce na obličeji odpověděly 3 sestry, 2 sestry odpovídaly na otázky týkající se délky rekonvalescence a obav z úmrtí.

Z odpovědí sester vyplývá, že nejvíce se klienti před propuštěním do domácího ošetřování dotazovali na možné komplikace. Tuto otázku zodpovědělo 10 sester. Na dotazy o pohybové aktivitě, o vykonávání domácích prací, o možnosti pobytu v láních odpovědělo 9 sester, na dotazy o návratu do zaměstnání, o zásadách užívání Warfarinu, o pravidelných kontrolách u kardiologa odpovědělo 7 sester, na dotazy o řízení automobilu a o způsobu užívání léků odpovědělo 6 sester, na dotazy o zdravé výživě odpovědělo 5 sester, na dotazy o nutnosti informovat další lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace odpověděly 4 sestry.

Na základě analýzy odpovědí byla k výzkumné otázce č. 1 Jaké nejčastější informace klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují od sester? vytvořena hypotéza: Klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují nejčastěji od sester informace o pohybové aktivitě, o bolesti, o rehabilitaci, o napojení na přístroje, o možných komplikacích, o vykonávání domácích prací, o možnosti pobytu v lázních, o návratu do zaměstnání, o zásadách užívání Warfarinu, o pravidelných kontrolách u kardiologa.

Z výše uvedeného vyplývá, že sestry podávají řadu důležitých informací. Pro velké množství si je však klienti často nejsou schopni všechny zapamatovat. Proto se domníváme, že by bylo vhodné, podané informace sepsat dle potřeb jednotlivých klientů a zároveň využít i údaje z informační brožury. Zde se můžeme ztotožnit s Haluzíkovou v článku Edukace – nástroj léčby, která říká: „Zodpovězte dotazy, zjistěte, jaké informace potřebuje nemocný ještě o léčebném plánu. Shrňte veškeré informace, předejte informační materiál. Nejdůležitější informace napište“ (7).

Překvapivé byly odpovědi značného počtu klientů, které vykazovaly nepřesnou znalost informací o znovu vykonávání domácích prací, o odpočinku, o pohybových aktivitách a o opětovném řízení automobilu. 8 klientů (11 %) by se domácím pracím věnovalo ihned po propuštění, 38 klientů (51 %) odpovědělo za 6 – 8 týdnů po operaci, 3 klienti (4 %) odpověděli za rok od operace, 24 klientů (tj. celých 32 %) nevědělo, za jak dlouho. Myslím si, že této otázce klienti nevěnovali dostatečnou pozornost, protože jim informace o vykonávání domácích prací nepřípadala tak důležitá. Podobně klienti podcenili důležitost dostatečného spánku a odpočinku. Pro 24 klientů (32 %) spánek a odpočinek není důležitý, pro 50 klientů (68 %) ano, protože u 45 klientů (90 %) dojde k načerpání nových sil a co nejrychlejší rehabilitaci, 5 klientů (10 %) neví proč. Chůzi po rovině by jako vhodnou pohybovou aktivitu volilo 68 klientů, chůzi do kopce 32 klientů, chůzi do schodů 33 klientů, běh a aerobic nikdo, 11 klientů by však volilo plavání a 8 posilování horních končetin. Zajímavé byly i výsledky týkající se doby, kdy bude klient moci po operaci opět řídit automobil. 13 klientů odpovědělo, že nezáleží na době, ale na tom, jak se budou cítit, 36 klientů však odpovědělo, že nejdříve za 6 – 8 týdnů po operaci, 25 klientů nevědělo, kdy bude možné opět řídit automobil (do této odpovědi jsou zahrnuti i klienti, kteří nevlastní řidičský průkaz). Myslím, že můžeme

souhlasit s Křivohlavým, který v publikaci Psychologie nemoci (13, s. 46, 47) uvádí, že ochota klientů dodržovat doporučení lékařů a sester závisí na přesvědčení klienta, že mu skutečně pomůže to, co mu lékaři a sestry radí.

S návratem do zaměstnání za 2-3 měsíce po operaci počítá 36 klientů (49 %), 23 klientů (31 %) je ve starobním důchodu, 5 klientů (7 %) je v invalidním důchodu, 6 klientů (8 %) neví, kdy se vrátit do zaměstnání.

O omezeních ve stravování v souvislosti s užíváním Warfarinu nevědělo 5 klientů (7 %), 11 klientů (15 %) uvedlo, že žádná omezení nejsou, 12 klientů (16 %) tento lék neužívá a 46 klientů (62 %) o omezeních vědělo. Z toho ale 23 klientů (50 %) nevědělo jaké omezení a 23 klientů (50 %) vědělo, že mají omezit potraviny s vitamínem K. Každý klient, který odpověděl, že Warfarin neužívá, se hlouběji touto problematikou nezbyval. Proto v těchto případech bylo 100% 62 respondentů, místo 74 respondentů. O tom, že Warfarin může být ovlivňován jinými léky, nevědělo 30 klientů (48 %), 6 klientů (10 %) odpovědělo ne, 26 klientů (42 %) odpovědělo ano. Z toho ale 6 klientů nevědělo jaké léky, 2 klienti uvedli anopyrin, 3 klienti uvedli ibuprofen, 18 klientů uvedlo paralen a 8 klientů uvedlo acylpyrin. U této otázky mě překvapilo, že většina klientů neví o ovlivňování účinku Warfarinu jinými léky, i přes to, že se jedná o volně dostupné léky. Domnívám se, že na tuto problematiku je třeba klienty více upozorňovat a více s nimi názvy léků opakovat. Stejně tak mě překvapily i odpovědi u omezení ve stravování, kde většina klientů věděla, že existuje omezení ve stravování, ale polovina z nich přesto nevěděla jaké. Ovšem pozitivní je už i zjištění, že o omezení věděli. O nutnosti chodit po propuštění z nemocnice na krevní odběry vědělo 50 klientů (78 %), zatímco 6 klientů (9 %) o tom nevědělo.

Obvyklý průběh při návštěvě zubního lékaře očekávalo 9 klientů, 50 klientů odpovědělo, že budou lékaře informovat o užívání Warfarinu a 44 klientů bude lékaře informovat o druhu prodělané operace a nutnosti prevence infekčních onemocnění.

Při zvýšené tělesné teplotě, zarudlém a bolestivém okolí operační rány odpověděli 4 klienti, že počkají až se to samo srovná, 65 klientů odpovědělo, že kontaktují svého praktického lékaře a informují ho o nastalé situaci, 32 klientů odpovědělo, že pojedou do kardiocentra, kde jim byla operace provedena, 4 klienti

odpověděli, že začnou užívat Paralen a rovněž 4 klienti odpověděli, že se zajdou informovat do lékárny. Z této otázky vyplývá, že většina klientů ví, jak se zachovat při vzniku komplikací, což je velmi pozitivní.

Klientům nejvíce vyhovoval způsob předávání informací od sester o péči po propuštění rozhovorem a informační brožurou. Tento způsob označilo 38 klientů (51 %). 28 klientům (38 %) vyhovoval rozhovor, 7 klientům (9 %) postačila pouze informační brožura.

Možnost klást sestře otázky kdykoliv během pobytu na oddělení mělo 25 klientů (34 %), 22 klientů (30 %) mělo možnost v průběhu rozhovoru, 7 klientů (9 %) mělo možnost po ukončení rozhovoru. Zajímavé byly odpovědi 20 klientů, kteří uvedli, že měli možnost zeptat se, jen pokud měla sestra čas. Myslím si, že čas na klientovy otázky by si měla sestra udělat vždy.

S obdržnými informacemi od sester bylo spokojeno 20 klientů (27 %) na 100%, 9 klientů (12 %) na 95 %, 17 klientů (23 %) na 90 %, 2 klienti (3%) na 85 %, 11 klientů (15 %) na 80%, 9 klientů (12 %) na 70 %, 2 klienti (3 %) na 60 % a 2 klienti (3 %) na 50 %.

S obdržnými informacemi od lékaře bylo spokojeno 32 klientů (44 %) na 100 %, 8 klientů (11 %) na 95 %, 21 klientů (29 %) na 90 %, 7 klientů (10 %) na 80 %, 2 klienti (3 %) na 70 %, 2 klienti (3 %) na 50 %. Z těchto dvou otázek vyplývá, že klienti jsou spokojeni s obdržnými informacemi od sestry i lékaře, proto si myslím, že by bylo vhodné zprostředkovat pozitivní zpětnou vazbu. Jak uvádí Křivohlavý v publikaci Psychologie nemoci (13, s. 77), kladné zpětné vazby se zpravidla zdravotnický personál málokdy dočká, protože se snáze a častěji kritizuje, než chválí. Kladná zpětná vazba proto potěší a povzbudí v další činnosti.

Informace před operací považovalo 63 klientů (85 %), za dostatečné, 3 klienti (4 %) nevěděli, jaké by ještě potřebovali informace, 3 klienti (4 %) by chtěli více informačních letáků, 2 klienti (3 %) by chtěli více informací na webových stránkách, 2 klienti (3 %) by chtěli více informací o průběhu operace. Většina klientů tedy byla s informacemi před operací spokojena.

Informace před propuštěním do domácího ošetřování považovalo za dostatečné 50 klientů (68 %), 3 klienti (4 %) nevěděli, jaké by ještě potřebovali informace před propuštěním, 4 klienti (5 %) by potřebovali více informací o možných komplikacích, 2 klienti (3 %) by chtěli více informací o řízení automobilu, 5 klientů (7 %) by chtělo více informací o pohybové aktivitě, 5 klientů (7 %) by chtělo více informací o lázních. Z těchto dvou otázek vyplývá, že většina klientů je spokojena s informacemi před operací i před propuštěním do domácího ošetřování, což je velmi pozitivní.

Po přečtení informační brožury 65 klientů (88 %) uvedlo, že informace v ní obsažené jsou dostatečné, 5 klientů (7 %) nevědělo, jaké jiné informace by v ní ještě navíc uvítalo.

Na základě výše uvedených výsledků byla potvrzena hypotéza H1: Klienti jsou spokojeni s poskytovanými informacemi o pooperační péči po náhradě srdeční chlopně.

Na možnost získávání nových informací odpovědělo 10 sester, že získává nové informace na odborných seminářích, 5 sester získává nové informace na internetu nebo v odborné literatuře a 3 sestry získávají nové informace při dalším studiu.

Informace pro edukaci klientů po (před) operaci srdeční chlopně čerpá 10 sester z materiálů ze seminářů a dalšího studia, 8 sester čerpá informace z informačních brožur, 7 sester získává informace z odborné literatury a 4 sestry získávají informace z odborných časopisů. Je pozitivní, že sestry si vyhledávají informace i z jiných zdrojů a nečerpají pouze z informační brožury. Myslím si, že mít možnost dalšího vzdělávání a schopnost vlastní iniciativy v získávání nových informací je jen a jen přínosná, protože jediné sestra vyznající se v problematice může poskytovat kvalitní informace.

6. Závěr

Důkladná informovanost a edukace klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně je velmi důležitá. Bez správných a plnohodnotných informací je rekonvalescence po operaci a opětný návrat do běžného života v ohrožení. Výzkum ukázal, že klienti mají dostatečné informace o pooperační a následné péči, ale někteří je nedokážou ve správnou dobu vhodně interpretovat. Proto je důležitý nejen osobní rozhovor s klientem, ale také je vhodné poskytnout dobrou informační brožuru, ve které by byly všechny důležité informace přehledně shrnuty.

Cílem této práce bylo zjistit informovanost klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně, zjistit, jaké informace klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují od sester, zjistit, jaký edukační materiál je při edukaci klientů po náhradě srdeční chlopně používán a zjistit, kdo klienty po náhradě srdeční chlopně edukuje o pooperační a následné péči. Tyto cíle byly splněny.

Dále byly stanoveny dvě hypotézy. První předpokládala, že klienti jsou spokojeni s poskytovanými informacemi o pooperační péči po náhradě srdeční chlopně a druhá předpokládala, že klienti mají informace o následné péči po náhradě srdeční chlopně. Hypotézy byly potvrzeny.

Také byly stanoveny tři výzkumné otázky ve znění: 1. Jaké nejčastější informace klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují od sester? 2. Jaký způsob edukace je u klientů po náhradě srdeční chlopně využíván? 3. Edukuje klienty po náhradě srdeční chlopně lékař i sestra? Na základě analýzy odpovědí byly k výzkumným otázkám stanoveny hypotézy: 1. Klienti po náhradě srdeční chlopně potřebují nejčastěji od sester informace o pohybové aktivitě, o bolesti, o rehabilitaci, o napojení na přístroje, o možných komplikacích, o vykonávání domácích prací, o možnosti pobytu v lázních, o návratu do zaměstnání, o zásadách užívání Warfarinu, o pravidelných kontrolách u kardiologa. 2. Klienti po náhradě srdeční chlopně jsou edukováni pomocí rozhovoru a informační brožury. 3. Klienty po náhradě srdeční chlopně edukuje lékař a sestra.

Výsledky této práce budou poskytnuty managementu výše jmenovaných nemocnic jako podklad k zamyšlení nad doplněním informační příručky pro klienty o

informace, které klientům chyběly o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně. Domnívám se, že tímto způsobem by mohlo dojít k zefektivnění a zvýšení informovanosti klientů po náhradě srdeční chlopně.

7. Seznam použité literatury

1. ASCHERMANN, Michael. *Kardiologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 1481 s. ISBN 80-7262-290-0.
2. CABOVÁ, Irena. Péče o pacienty po operaci chlopenních vad na intermediárním oddělení. *Sestra*. Praha: 1998, roč. 8, č. 3, s. 17. ISSN 1210-0404.
3. ČERBÁK, Roman. Chlopenní srdeční vady. *Kapitoly z kardiochirurgie*. Brno: 2004, roč. 6, č. 1, s. 2-9. ISSN 1212-5342.
4. DOLANOVÁ, Jindřiška. Bezprostřední péče o pacienta po operaci chlopně. *Sestra*. Praha: 1998, roč. 8, č. 3, s. 18. ISSN 1210-0404.
5. DOMINIK, J., ŽÁČEK, P. Náhrady srdečních chlopní. *Kardioforum*. Praha: 2005, roč. 3, č. 2, s. 13-18. ISSN 1214-2255.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Somatologie*. 2. vyd. Olomouc: EPAVA, 2000. 480 s. ISBN 80-86297-05-5.
7. HALUZÍKOVÁ, Jana. Edukace - nástroj léčby. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1210-0404.
8. HONZÁK, Radkin. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, roč. 2, č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349.
9. CHALOUPKA, Václav a kol. *Základy funkčního vyšetření srdce a krevního oběhu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 198 s. ISBN 80-7013-297-3.

10. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
11. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 7. vyd. Praha: SPN, 2005. 864 s. ISBN 80-7235-272-5.
12. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
14. POSPÍŠILOVÁ, Vlasta. Komplikace u nemocných po náhradě chlopně. *Sestra*. Praha: 1998, roč. 8, č. 3, s. 18. ISSN 1210-0404.
15. RICHARDS, A. a kol. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. čes. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
16. ROZSYPALOVÁ, Marie a kol. *Ošetrovatelství II*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2002. 239 s. ISBN 80-86073-97-1.
17. ŠETINA, Marek a kol.. *Kardiochirurgie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 60 s. ISBN 80-7040-779-4.
18. ŠETINA, Marek a kol. *Chystáte se na operaci?* Informační brožura pro pacienty. Kardiocentrum Nemocnice České Budějovice. Nakladatelství DONA České Budějovice.
19. ŠPINAR, Jindřich, VÍTOVEC, Jiří a kol. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

20. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
21. URBANCOVÁ, Svatava. Rehabilitace nemocných po kardiochirurgické korekci chlopenních vad. *Sestra*. Praha: 1998, roč. 8, č. 3, s. 19. ISSN 1210-0404.
22. VANĚK, Ivan. *Kardiovaskulární chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 234 s. ISBN 80-246-0523-6.
23. VOKURKA, Martin, HUGO, Jan. *Praktický slovník medicíny*. 7. roz. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
24. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vyd. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
25. Co byste měli vědět před operací pro chlopenní vadu. *Kapitoly z kardiochirurgie*. Brno: 2004, roč. 6, č. 3, s.119-120. ISSN 1212-5342.

8. Klíčová slova

Chlopně

Péče

Informace

Sestra

Klient

Edukace

Kardiochirurgie

9. Přílohy

Příloha 1 Uložení srdečních a tepenných chlopní

Příloha 2 Schéma průtoku krve srdcem

Příloha 3 Schéma našité mechanické protézy dvojcípé chlopně

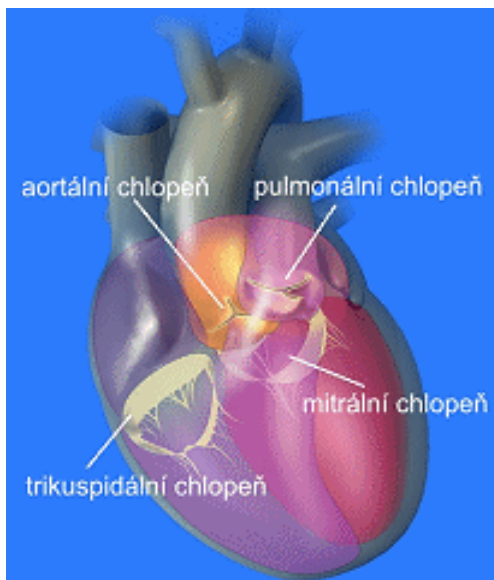
Příloha 4 Druhy chlopenních náhrad

Příloha 5 Další užitečné informace o problematice chlopenních náhrad na internetových stránkách

Příloha 6 Dotazník pro pacienty

Příloha 7 Otázky pro rozhovor se sestrami

Příloha 1 Uložení srdečních a tepenných chlopní

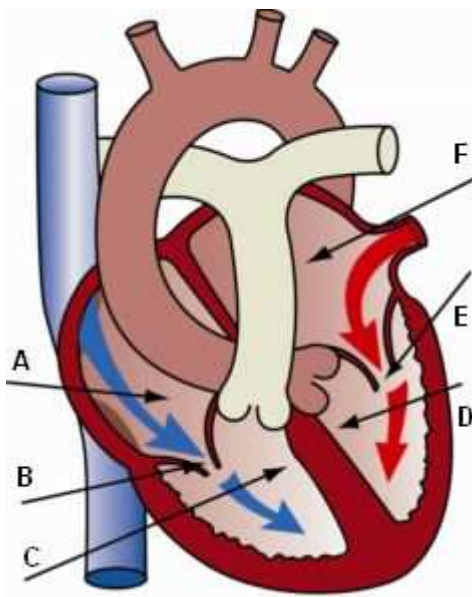


Zdroj: *Informace pro pacienty před operací srdeční chlopně*. [cit. 2008-03-14].

Dostupné z WWW: <<http://kardiochirurgie.fnhk.cz/info2.htm>>.

Příloha 2 Schéma průtoku krve srdcem

A) Srdce v průběhu plnění (diastoly) – krev protéká cípatými chlopněmi ze síní do komor.



Popis:

A - pravá síň

B - trojcípá chlopeň

C - pravá komora

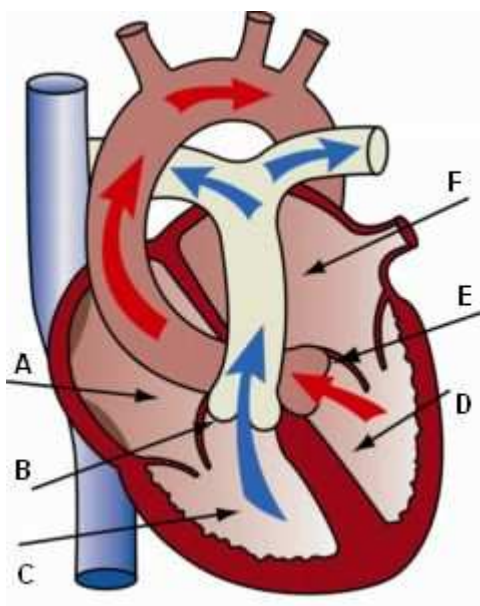
D - levá komora

E - dvojcípá chlopeň

F - levá síň

Zdroj: *Onemocnění srdečních chlopní*. [cit. 2008-03-14]. Dostupné z WWW:
<<http://www.homolka.cz/cz/kardiochirurgie/?p=1852>>.

B) Srdce při stahu komor (systoly) – krev je vytlačována přes poloměsíčitě chlopně do organismu.



Popis:

A - pravá síň

B - chlopeň plicnice

C - pravá komora

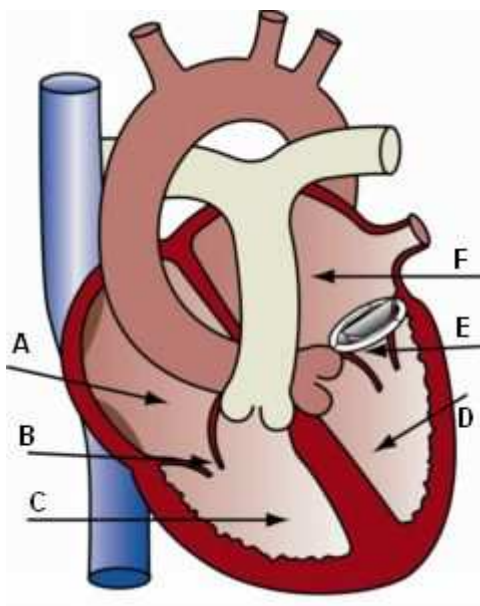
D - levá komora

E - aortální chlopeň

F - levá síň

Zdroj: *Onemocnění srdečních chlopní*. [cit. 2008-03-14]. Dostupné z WWW: <http://www.homolka.cz/cz/kardiochirurgie/?p=1852>.

Příloha 3 Schéma našité mechanické protézy dvojcípé chlopně



Popis:

A - pravá síň

B - trojcípá chlopeň

C - pravá komora

D - levá komora

E - mechanická náhrada dvojcípé chlopně

F - levá

Zdroj: *Onemocnění srdečních chlopní*. [cit. 2008-03-14]. Dostupné z WWW:
<<http://www.homolka.cz/cz/kardiochirurgie/?p=1852>>.

Příloha 4 Druhy chlopenních náhrad

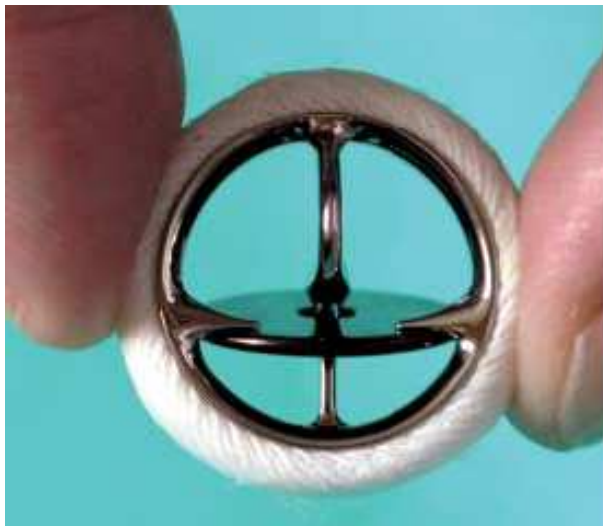
A) Kuličková chlopeň Starr Edwards



Zdroj: Dominik, Jan. *Mechanické srdeční chlopně versus bioprotézy*. [cit. 2008-03-14].

Dostupné z WWW:<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/12/04.pdf>>.

B) Disková chlopeň Medtronic Hall



Zdroj: Dominik, Jan. *Mechanické srdeční chlopně versus bioprotézy*. [cit. 2008-03-14].

Dostupné z WWW:<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/12/04.pdf>>.

C) Dvoulistá chlopeň St. Jude Medical



Zdroj: Dominik, Jan. *Mechanické srdeční chlopně versus bioprotézy*. [cit. 2008-03-14].

Dostupné z WWW:<<http://www.solen.cz/pdfs/int/2006/12/04.pdf>>.

D) Biologická aortální chlopeč St.Jude Medical Epic (stentovaná)



Zdroj: *Onemocnění srdečních chlopní*. [cit. 2008-03-14]. Dostupné z WWW:
<<http://www.homolka.cz/cz/kardiochirurgie/?p=1852>>.

E) Biologická srdeční chlopeň Toronto SPV™ (nestentovaná)



Zdroj: *Kardiochirurgie*. [cit. 2008-03-14]. Dostupné z WWW:<<http://www.cardion.cz>>.

Příloha 5 Další užitečné informace o problematice chlopenních náhrad na internetových stránkách

<http://kardiochirurgie.fnhk.cz/info2.htm>

<http://kardiochirurgie.fnhk.cz/info4.htm>

<http://www.homolka.cz/cz/kardiochirurgie/?p=1852>

<http://www.lazne-podebrady.cz/cz/leceni.php?pageID=2083>

<http://www.konstantinovy.cz/>

Příloha 6 Dotazník pro pacienty

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Vendula Průšová a jsem studentkou 3. ročníku oboru všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Tímto bych Vás chtěla požádat o spolupráci na mé bakalářské práci na téma *Problematika informovanosti klientů o pooperační a následné péči po náhradě srdeční chlopně*. Tento dotazník je zcela anonymní a poslouží jen k vypracování mé bakalářské práce. Vyplněný dotazník, prosím, vraťte sestře, která Vám jej předala.

Děkuji za vaše odpovědi a věnovaný čas.

Vendula Průšová

Návod na vyplnění: Vámi vybrané odpovědi zakřížkujte, u některých otázek je možnost označení více odpovědí, u dvou otázek označíte odpovědi na stupnici, u jedné otázky odpovědi obodujete.

1. Jaký je Váš věk?

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 – 25 | <input type="checkbox"/> 56 – 65 |
| <input type="checkbox"/> 26 – 35 | <input type="checkbox"/> 66 – 75 |
| <input type="checkbox"/> 36 – 45 | <input type="checkbox"/> 76 – více |
| <input type="checkbox"/> 46 – 55 | |

2. Pohlaví

- žena muž

3. Nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> základní | <input type="checkbox"/> úplné střední všeobecné – gymnázium |
| <input type="checkbox"/> úplné střední odborné – výuční list | <input type="checkbox"/> vyšší odborné – absolutorium |
| <input type="checkbox"/> úplné střední odborné – maturitní zkouška | <input type="checkbox"/> vysokoškolské |

4. Kdo Vás informoval o průběhu péče po operaci?

- lékař
 sestra
 lékař a sestra
 jiné.....

5. Jakým způsobem jste byl/a informován/a o průběhu péče po operaci? (můžete označit více odpovědí)

- pomocí informační brožury
 rozhovorem
 byl/a jsem se podívat na pooperačním pokoji
 jiné.....

6. Jaké z níže uvedených informací v souvislosti s pooperační péčí jste od sester dostal/a? (můžete označit více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> o způsobu provádění hygieny | <input type="checkbox"/> o nutnosti ležení na zádech |
| <input type="checkbox"/> o rehabilitaci | <input type="checkbox"/> o kyslíkové masce na obličeji |
| <input type="checkbox"/> o způsobu vyprazdňování | <input type="checkbox"/> o napojení na přístroje |
| <input type="checkbox"/> o příjmu potravy na lůžku | <input type="checkbox"/> jiné..... |
| <input type="checkbox"/> o dočasném upoutání na lůžko | |

7. V jaké oblasti péče jste měl/a po operaci největší problémy?

(obodujte dle stupnice 1 – 5, kdy 1 znamená žádný problém a 5 největší problém, můžete označit více odpovědí)

- | | |
|---------------------------------|---|
| ... s těžkou maskou na obličeji | ... se studem |
| ... s příjmem stravy na lůžku | ... s neochotou zdravotnického personálu |
| ... s obtížným vyprazdňováním | ... s nedostatkem informací o tom, co se bude dít dál |
| ... s dlouhým ležením na zádech | ... s umístěním na pooperačním pokoji |
| ... jiné..... | |

8. Jakým způsobem jste byl/a sestrou informován/a o doporučeních před propuštěním do domácího ošetřování? (můžete označit více odpovědí)

- pomocí informační brožury
- rozhovorem
- jiné.....

9. Jaké z níže uvedených informací máte před propuštěním do domácího ošetřování?

(můžete označit více odpovědí)

- o pohybové aktivitě
- o vykonávání domácích prací
- o odpočinku
- o pohlavním životě
- o řízení automobilu
- o návratu do zaměstnání
- o možnosti pobytu v lázních
- o způsobu užívání léků
- o zásadách užívání Warfarinu
- o zásadách zdravé výživy
- o možných komplikacích (např. infekce v ráně, krvácení, infekční onemocnění)
- o pravidelných kontrolách u kardiologa
- o nutnosti informovat další lékaře o užívání Warfarinu a o druhu prodělané operace
- jiné.....

10. Domácím pracím se po propuštění do domácího ošetřování budete věnovat:

- ihned po propuštění z nemocnice
- za 6 – 8 týdnů po operaci
- za rok
- nevím, za jak dlouho
- jiné.....

11. Je dostatek spánku a odpočinku pro Vás po propuštění z nemocnice důležitý?

- ano
- ne

Pokud odpovíte ano, napište z jakého důvodu:.....

.....

12. Jaké pohybové aktivity Vám byly po propuštění do domácího ošetřování doporučeny? (můžete označit více odpovědí)

- chůze po rovině
- chůze do kopce
- chůze do schodů
- posilování horních končetin
- aerobic
- běh
- plavání
- nevzpomínám si
- jiné.....
- žádné

13. Automobil budete moci po operaci řídit:

- ihned po propuštění z nemocnice
- nezáleží na době, ale na tom, jak se budu cítit
- nejdříve za 6 – 8 týdnů po operaci
- nevím

14. Za jak dlouho od operace se budete moci vrátit do zaměstnání?

- za 2 – 3 měsíce po operaci
- už nikdy
- za 2 týdny po operaci
- nejsem zaměstnán/a
- jsem ve starobním důchodu
- jsem v invalidním důchodu
- nevím
- jiné.....

15. Souvisí nějaké omezení ve stravování s užíváním léku Warfarin (na „ředění“ krve)?

- ano
- ne
- tento lék neužívám (pokud zaškrtnete tuto možnost, přejděte na otázku č. 18)
- jiné.....

Pokud odpovíte ano, napište jaké omezení:.....

.....

.....

.....

16. Může být účinek Warfarinu ovlivňován jinými léky?

- ano
- ne
- nevím

Pokud odpovíte ano, napište jakými léky:.....

.....

23. Do jaké míry jste spokojen/a s obdržnými informacemi od lékaře? (označte na škále)

/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/
0% 10 20 30 40 50% 60 70 80 90 100%

24. Jaké informace byste navíc přivítal/a před operací?

.....
.....
.....
.....
.....

25. Jaké informace byste ještě přivítal/a před propuštěním do domácího ošetřování?

.....
.....
.....
.....
.....

26. Pokud jste si přečetl/a informační brožuru, co byste v ní ještě navíc uvítal/a?

.....
.....
.....
.....
.....

Zdroj: vlastní

Příloha 7 Otázky pro rozhovor se sestrami

1. Jakým způsobem edukujete klienty o pooperační péči?
2. Jakým způsobem edukujete klienty o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetřování?
3. Jaké informace podáváte klientům?
 - před operací o pooperační péči...
 - v průběhu hospitalizace...
 - po operaci...
 - před propuštěním do domácího ošetřování...
4. Kontrolujete, že klient podaným informacím porozuměl?
5. Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před operací srdeční chlopně o pooperační péči?
6. Jaké nejčastější dotazy klientů zodpovídáte před jejich propuštěním do domácího ošetřování?
7. Spolupracujete s lékařem při edukaci klientů:
 - o pooperační péči?
 - o zásadách péče před propuštěním do domácího ošetřování?
8. Pociťujete při edukaci klientů nějaké překážky?
9. Jaké máte možnosti v získávání nových informací?
10. Z jakých zdrojů čerpáte informace pro edukaci klientů po (před) operací srdeční chlopně?

Zdroj: vlastní