

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Marie Trešlová, PhD.

Autor práce:

Bc. Adriana Bendulová

2010

Cardiac surgery patient with surgical wound dehiscence

Dehiscence or wound spacing is characterized by failure of wound healing and it is a very serious postoperative complication that occurs most frequently in patients who suffer from an associated disease. It usually develops between the fifth and ninth postoperative day. The cause of dehiscence is an infection in the wound, which is caused by proliferation of bacterial strains.

The thesis on "Cardiac surgery patient with surgical wound dehiscence" is focused on theoretical and practical parts.

The theoretical part deals with the development of cardiac surgery and important personalities, medical indications for a cardiac surgery, cardiac surgery, surgical wound healing, surgical wound complications and nursing care of patients with dehiscence.

The practical part was carried out by a quality - quantitative survey. The research sample for the qualitative research, which was conducted by the semi-structured interview technique with open questions, consisted of four cardiac surgery patients with wound dehiscence. The research sample for the quantitative research, which was carried out through anonymous questionnaires, consisted of 100 nurses working in cardiac surgery centers, Czech Republic, and 30 cardiac surgery patients with wound dehiscence. The results were processed into tables, graphs and diagrams.

The objective of the thesis was to determine how cardiac surgery patients manage postoperative complication of wound dehiscence. Cardiac surgery patients (CSP) with this complication can handle their situation with optimism, they believe in a quick recovery thanks to professional nursing care and they take this complication as a part of life, an event that had to happen. The second objective was to identify the areas for potential improvement of nursing care of cardiac surgery patients with wound dehiscence. Although nurses provide quality professional nursing care, there are areas that need improvement. It is intimacy, pain management and meeting spiritual needs. It is possible to say that the objectives were met.

In connection with the topic of this thesis three research questions and seven hypotheses were set up. The first question: *How do CSP manage the condition of the*

postoperative wound dehiscence complication. With optimism. The second question: What needs prevail in CSP with wound dehiscence. Biological needs. The third question: What nursing interventions does a CSP with wound dehiscence prefer. Communication and decent treatment. H1: The patient shows interest in treating the wound, which is supported by nursing staff, it was confirmed. H2: The patient prefers a doctor to a nurse in nursing the wound dehiscence, it was not confirmed. H3: The patient's comfort is ensured by a continuous monitoring of pain, it was confirmed. H4: Manifestations of dehiscence of the wound, such as odor and secretions from the wound, affect the patient's comfort more than the dehiscence itself, it was confirmed by the research. H5: CSP with wound dehiscence become passive in cooperation at the nursing-treatment process, this was confirmed. H6: Individual nursing approach supports adaptation of CSP to the wound dehiscence, it was confirmed by the research. H7: Nurses caring for CSP are focused on the patients' psychological needs satisfaction, it was confirmed.

This work may serve as a resource for the interpretation of the subject matter or as a source of information for Cardiac Surgery Centers to improve the needs satisfaction in patients with wound dehiscence.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis studenta

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Marii Trešlové, PhD. za obětování jejího volného času a za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám na kardiochirurgických klinikách, které byly ochotné vyplňovat dotazníky.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	5
1.1 Kardiochirurgie	5
1.2 Vývoj kardiochirurgie a významné osobnosti	6
1.3 Zdravotní indikace kardiochirurgické operace	8
1.3.1 Srdeční vady.....	8
1.3.2 Ischemická choroba srdeční - ICHS	9
1.3.3 Infarkt myocardu - IM.....	11
1.3.4 Onemocnění hrudní aorty	13
1.3.5 Poranění srdce a velkých cév.....	14
1.3.6 Plicní embolie - embolie do arteria pulmonalis	14
1.4 Kardiochirurgická operace	16
1.4.1 Operační přístupy v kardiochirurgii.....	16
1.5 Hojení operační rány	17
1.5.1 Primární hojení rány - sanatio per primam intentionem.....	17
1.5.2 Sekundární hojení rány - sanatio per secundam intentionem.....	18
1.6 Komplikace v operační ráně	19
1.6.1 Infekce v ráně.....	19
1.6.2 Krvácení z operační rány.....	20
1.6.3 Rozestup - dehiscence operační rány.....	21
1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s dehiscencí operační rány	22
1.7.1 Převez rány	22
1.7.2 Bolest spojená s dehiscencí operační rány	23
1.7.3 Pomůcky k hojení dehiscence operační rány	25
1.7.4 Komunikační a psychologický přístup sestry k pacientovi s dehiscencí operační rány	27
1.7.5 Výživa a životní styl u pacienta s dehiscencí operační rány.....	29
1.7.6 Edukace.....	30
1.7.7 Rehabilitace	31
2. Cíle práce a hypotézy	34
2.1 Cíle práce	34
2.2 Výzkumné otázky	34

2.3 Hypotézy	34
3. Metodika	36
3.1 Použité metody	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	36
4. Výsledky	39
4.1 Polostrukturovaný rozhovor s kardiologickými pacienty s dehiscencí operační rány	39
4.2 Výsledky z dotazníků určené kardiologickým pacientům s dehiscencí operační rány	43
4.3 Výsledky z dotazníků určené sestřám na kardiologických odděleních	80
4.4 Porovnávací grafy sester s KCHP s dehiscencí rány	109
5. Diskuse	111
6. Závěr	123
7. Seznam použité literatury	125
8. Klíčová slova	133
9. Přílohy	134

Úvod

Kardiochirurgie je poměrně mladý, samostatný chirurgický obor, který se vyčlenil z obecné chirurgie. Tento obor se zabývá operacemi srdečních tepen, chlopní, svalů a transplantacemi srdce. Kardiochirurgie také zahrnuje operační léčení vrozených a získaných srdečních vad a chorob, včetně hrudní aorty a plicnice. Každé takové operační léčení s sebou nese mnoho rizik a pooperačních komplikací. Mohou se projevit krvácením, infekcí nebo dehiscencí operační rány.

Dehiscence operační rány neboli rozestup se vyznačuje poruchou hojení a patří mezi závažné pooperační komplikace. Rána, která je postižena dehiscencí, má většinou velký rozsah jak do délky, do šířky tak i do hloubky. Okraje rány se od sebe rozestupují, jelikož se stehy rozpadají. Rána bývá zarudlá, velmi bolestivá a vytéká z ní sekret, většinou hnis, který velice často silně zapáchá. Tato komplikace prodlužuje hospitalizaci pacienta, vyžaduje náročnější ošetrovatelskou péči a ovlivňuje kvalitu života pacienta. Pacient, u kterého došlo k dehiscenci operační rány, se nachází ve velmi náročné životní situaci, je odtržen od rodiny a denních aktivit. Pacient se ocitá v pozici neustálého očekávání, má strach a obavy, co se bude dál dít, ptá se, jak to s ním vypadá, zda bude další léčba úspěšná a jaké má vyhlídky do budoucnosti. Proto zde hraje velkou roli kvalitní a profesionálně zvládnutá ošetrovatelská péče, která je velmi zodpovědná a náročná. Důraz je kladen hlavně na individuální přístup k pacientovi a uspokojování bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Proto zde hraje velkou úlohu postavení a role sester, které jsou na kardiochirurgickém oddělení nezastupitelné.

Součástí sesterské denní náplně práce na kardiochirurgickém oddělení je péče a věnování velké pozornosti operační ráně. Ošetrovatelská péče musí být komplexní. K ráně musí sestra přistupovat šetrně, citlivě a lidsky, jelikož je rána postižena dehiscencí velmi bolestivá. Převaz se musí provádět za přísně aseptických podmínek a postupů. Další součástí náplně práce sestry je komunikace s pacientem, která umožňuje sestře podávat informace a motivovat ho k další léčbě. Dále pak spolupracuje s nutričním terapeutem, protože zde je velmi důležitá úprava životosprávy, která má

velký vliv na hojení rány. Součástí je také edukace a rehabilitace pacienta, která zahrnuje poučení o rizikových faktorech - jak vhodně odpočívat, jaké aktivity může pacient provádět - aktivní a pasivní cvičení. Všechny tyto postupy mají minimalizovat psychické strádání pacientů, kteří mají dehiscenci operační rány.

Ve své diplomové práci bych chtěla zjistit, jak zvládá kardiochirurgický pacient pooperační komplikaci - dehiscenci rány. Cílem je také zjistit oblasti možného zlepšení ošetrovatelské péče o tyto kardiochirurgické pacienty, aby jejich prodloužený pobyt v nemocnici byl příjemnější a méně stresující.

1. Současný stav

1.1 Kardiochirurgie

Kardiochirurgie je samostatný chirurgický obor, který se postupně vyčlenil z obecné chirurgie. Je poměrně mladým odvětvím. Její počátky se datují do poloviny 20. století. Náplní kardiochirurgie je operativní léčba vrozených srdečních vad a získaných srdečních onemocnění, jako jsou např. ischemická choroba srdeční, onemocnění srdečních chlopní a hrudní aorty (aneurysma, disekce,...), srdeční arytmie (fibrilace síní), nádory srdce a v neposlední řadě se kardiochirurgie zabývá transplantací srdce. Kardiochirurgie patří díky svému superspecializovanému zaměření mezi elitní medicínské obory. Kardiochirurgie se také neobejde bez úzké spolupráce s dalšími obory, jako jsou kardiologie, anesteziologie, perfusiologie a ošetrovatelství (36, 64).

Kardiochirurgie má své nezastupitelné místo v klinické praxi. Díky novým technikám, materiálovému a přístrojovému vybavení, ale i lékům a dokonalejší pooperační péči se operují nemocní, u kterých dříve byla operace neproveditelná.

V současné době směřuje vývoj kardiochirurgie k miniinvazivním výkonům a kombinovaným hybridním výkonům (kombinace chirurgické a endoskopické techniky). Na mnohých pracovištích se rozvíjí program opravy a náhrad srdečních chlopní a operací vybraných vrozených srdečních vad pomocí kamery či speciálních endoskopických nástrojů anebo s využitím robota. Miniinvazivní výkony s sebou přinášejí na rozdíl od klasických operací mnoho pozitivních výhod pro pacienta. Pro pacienta to znamená, že operační rána bude výrazně menší, rychleji se bude hojit, a zmenší se operační zátěž, má lepší kosmetický efekt, zkrátí se doba pobytu v nemocnici a pacient se brzy vrátí ke svým běžným aktivitám, které vykonával před operačním zákrokem (63, 64).

1.2 Vývoj kardiologie a významné osobnosti

Papyrus Edwina Smitha, který pochází ze starého Egypta, dokumentuje, že ischemická choroba srdeční postihuje lidstvo již 3000 let. Bylo to prokázáno na mumiích. Necelých 300 let je popsán syndrom angíny pectoris, který byl později dán do souvislosti se ztíženou průchodností koronárních tepen. Do druhé poloviny 19. století panovalo přesvědčení, že srdce nelze léčit operativně. V roce 1899 Ludwig Rehn, německý chirurg ve Frankfurtu, úspěšně provedl suturu bodné rány pravé komory srdeční. V roce 1916 Jonnesco provedl horní hrudní sympatektomii. V roce 1938 v Bostonu byla úspěšně vyřešena vrozená srdeční vada u sedmileté dívky. V roce 1945 Vineberg navrhl implantaci arteria thoracica interna (TIA) do myocardu levé komory srdeční. Koncem 50. let minulého století začala etapa přímé revaskularizace myocardu. Této etapě předcházelo první použití mimotělního oběhu v roce 1951 v klinické praxi Gibbonem a v roce 1958 Sonesem arteriografie koronární tepny (64, 66).

V New Yorku v roce 1960 Robert H. Goetz provedl první rekonstrukci věnčité tepny pomocí přímé anastomózy mezi pravou TIA a pravou věnčitou tepnou. V roce 1962 Sabiston zahájil chirurgickou revaskularizaci myokardu žilními štěpy a jako první provedl aortokoronární bypass na pravou věnčitou tepnu bez použití mimotělního oběhu. Bohužel pacient zemřel třetí den po operaci na mozkovou příhodu. V Bayloru v roce 1964 Garrett provedl první úspěšný aortokoronární bypass pomocí žilního štěpu z velké safény na levou věnčitou tepnu (36, 66).

Počátky chirurgické léčby chlopenních vad jsou spjaty s diagnózou mitrální stenózy. Nové přístupy v chirurgické léčbě chlopenních vad umožnily zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe. Harken a Starr v roce 1960 provedli první náhradu aortální chlopně kuličkovou protézou. Od 60. let dochází k velkému rozvoji v chirurgické léčbě chlopenních vad a objevují se nové umělé chlopenní náhrady i chlopenní náhrady získané ze srdcí zemřelých dárců (homografty).

Operace hrudní aorty se rozvíjí až v druhé polovině minulého století po zavedení mimotělního oběhu do klinické praxe. Do této doby se prováděly na hrudní aortě jen jednoduché operace. Crafoord v roce 1944 jako první resekoval koarktaci sestupné

hrudní aorty. Cooley a DeBakey v roce 1956 resekovali díky zavedení mimotělního oběhu výduť vzestupné aorty. V roce 1968 Bentall a DeBono provedli jako první resekci a náhradu kořene části vzestupné aorty kombinovanou protézou s reimplantací koronárních tepen. Nový léčebný postup v ošetřování některých lézí hrudní aorty – implantace stentgraftů - byl zaveden do praxe v 90. letech minulého století. Na rozvoji a vývoji této nové metody mají největší podíl lékaři za Stanfordu USA (64).

První zmínka o transplantaci srdce pochází z počátku 20. století, kdy byly prováděny pokusy s přenosem srdce mezi pokusnými zvířaty. V prosinci 1967 tým jihoafrických chirurgů pod vedením Christiana Barnarda provedl první úspěšnou transplantaci srdce od lidského dárce - oběti autonehody - muži, který umíral na selhání srdce. Operace se zdařila, ale pacient s novým srdcem přežil jen 18 dnů, zemřel na zápal plic. Další pacient, kterého Barnard operoval, žil po operaci 563 dní. V 70. letech se objevily léky potlačující imunitu příjemce. Tyto léky umožnily úspěšnější transplantace srdce (36, 64).

Historie kardiologie v České republice se datuje do roku 1947, kdy J. Bedrna provedl v Hradci Králové první úspěšnou kardiologickou operaci. Podvázal otevřenou tepennou dučej. V roce 1965 Navrátil v Brně zahájil implantace umělých chlopní do mitrální i aortální pozice. V roce 1970 Lichtenberg v Praze provedl jako první aortokoronární bypass pomocí žilního štěpu. V roce 1971 Hejhal odstartoval program koronární chirurgie v Institutu klinické a experimentální medicíny IKEM (64, 66).

1.3 Zdravotní indikace kardiochirurgické operace

1.3.1 Srdeční vady

Vrozené srdeční vady (vitia cordis congenita) jsou definovány jako vrozené poruchy anatomické struktury srdce a velkých cév a vyskytují se častěji v rodinách, kde měl jeden z členů rodiny vrozenou srdeční vadu. Příčiny těchto vad jsou různé, mluví se o multifaktoriálním působení. Jsou to jak genetické faktory, tak i faktory zevního prostředí, které působí na matku v době těhotenství. Některé vrozené srdeční vady nejsou slučitelné se životem. Vrozené srdeční vady jsou rozděleny do čtyř skupin, jsou to anomálie aorty a otevřená tepenná dučej (koarktace aorty), zúžení nebo rozšíření chlopenního aparátu (stenóza plicnice a aorty), defekty srdečních přepážek se zkratem zleva doprava (defekty septa síní a komor) a kombinované vady se zkratem zprava doleva a s cyanózou (Fallotova Tetralogie, transpozice velkých cév). Nejzávažnější vrozené srdeční vady se operují ihned po narození, ostatní se operují mezi 2 a 5 rokem života (18, 51, 72).

Získané srdeční vady (vitia cordis acquisita) se vyvíjí během života, narušují fyziologické proudění krve a postihují funkce srdeční chlopně mitrální, pulmonální, trikuspidální či aortální. Nejčastěji jsou chlopně postiženy buď stenózou (zúžení), nebo insuficiencí (nedomykavostí). Vzácně se vyskytují vady kombinované. Příčiny získaných srdečních vad jsou různé, např. revmatická choroba srdeční, degenerativní postižení, infekční endokarditida, poinfarktové postižení, porucha pojiva a karcinoid. Tyto vady se léčí chirurgicky, a to dvěma způsoby. V první situaci se postižená chlopeň nahradí protézou – umělou chlopní, která je buď mechanická, nebo biologická. Druhý způsob spočívá v tom, že se postižená chlopeň opraví a napraví se její původní funkce pomocí plastiky (51, 72).

Mitrální stenóza neboli zúžení dvoucípé chlopně je výsledkem onemocnění, kterému se říká revmatická horečka. V takovém případě nemůže volně proudit krev z levé síně do levé komory. Následkem zúžení se krev hromadí v levé síni, která se zvětšuje. Městnání krve se přenáší do plic a zpětně do pravé komory. Vytváří se

podmínky pro tvorbu krevních sraženin a dochází k poruchám rytmu. U této vady se nejčastěji vyskytuje únava, námahová dušnost a kašel. Mitrální stenóza se léčí dvěma způsoby, a to buď operativně, kdy se provede plastika nebo náhrada chlopně, nebo katetrizačně, kdy se mitrální ústí rozšíří dilatačním balónkem.

Mitrální insuficience je pro svoji plíživost označována jako záludná vada. Tato vada je často asymptomatická a postupně se přidávají symptomy, jako jsou dušnost, únava, palpitace. Mitrální insuficience se dělí na ischemickou, kdy je postižena svalovina levé srdeční komory, nebo degenerativní, která se vyskytuje u starých lidí. Léčí se konzervativně pomocí medikamentů nebo v pokročilých fázích chirurgicky.

Aortální stenóza patří mezi získané srdeční vady. Dochází při ní k zúžení v místě přechodu levé komory do aorty. Výsledkem jsou rozdílné tlaky uvnitř komory a v aortě. Nejčastější příčinou je stařecké degenerativní ztvárnění. Klinický obraz aortální stenózy je vyznačuje synkopami, stenokardií a námahovou dušností. Jediné možné řešení je operační náhrada postižené chlopně.

Aortální insuficience neboli nedomykavé aortální ústí. Při této vadě dochází k tomu, že krev proudí během diastoly zpět z aorty do levé komory. Levá komora zvětšuje svůj objem a také se zbytnuje její svalovina. Výsledkem je srdeční selhání. Příčinou této vady je nejčastěji stařecké degenerativní postižení, dále pak porucha pojiva, revmatická vada, infekční endokarditida a vzácně i trauma. Aortální insuficience se léčí chirurgicky, jen v inoperabilních stádiích medikamentózně (7, 8, 45).

1.3.2 Ischemická choroba srdeční - ICHS

Ischemická choroba srdeční je onemocnění, které je definováno jako nedokrevnost (ischemie) myocardu. Dochází ke snížení průtoku krve koronárním řečištěm do určité oblasti srdečního svalu. Tato oblast je pak nedostatečně zásobena živinami a kyslíkem. Následkem vznikne buď reverzibilní porucha, při které dojde k obnově průtoku krve, nebo porucha ireverzibilní, kdy se změní funkční svalovina v jizevnatou fibrózní tkáň, která nemá schopnost kontrakce. Nejčastější příčinou snížení

průtoku koronárním řečištěm je příčina funkční, a to spasmus, nebo organické postižení věnčité tepny, které je způsobeno aterosklerotickým plátem, který tepnu zužuje a vzniká stenóza, dále pak trombem a embolií (39, 63).

Ischemická choroba srdeční se dělí na formu chronickou a akutní. Do chronické formy je zařazována stabilní angína pectoris, nemá ischemie, syndrom X a ICHS s projevy srdeční nedostatečnosti či arytmie. Forma akutní, je uváděna pod pojmem akutní koronární syndrom, do kterého patří infarkt myocardu, nestabilní angína pectoris a náhlá smrt. Na vzniku ICHS se podílí řada různých rizikových faktorů, které jsou do určité míry ovlivnitelné člověkem a do určité míry vznikají na základě dědičnosti. Mezi ovlivnitelné rizikové faktory patří nejčastěji kouření, hypercholesterolemie, obezita a stres. Tyto faktory může člověk eliminovat a může tak předcházet nejčastějšímu kardiologickému onemocnění. Naproti tomu existují faktory, které člověk získal na základě své genetické zátěže a které nemůže ovlivnit. Mezi tyto faktory patří hypertenze a diabetes mellitus (7, 60, 72).

Hlavním příznakem ICHS je bolest na hrudi, která se vyznačuje svou typickou svíravostí a pálivostí (stenokardie). Tato bolest je lokalizována za hrudní kostí a vystřeluje do ramene, horní končetiny a do dolní čelisti. Bolest může trvat několik minut a rozhodujícím činitelem je reakce na nitroglycerin.

Mezi základní vyšetření ischemické choroby srdeční patří klidové EKG a Echokardiografie. Největší problém těchto vyšetření spočívá v tom, že z 90 % nejsou zaznamenány žádné změny. Na základě těchto problémů se volí další vyšetření k odhalení ICHS. Mezi ně patří Holter, kdy pacient nosí 24, 48 hodin a ve výjimečných případech až 14 dní malý přístroj na těle, kterým se sleduje, zaznamenává a ukládá křivka EKG. Bicyklová ergometrie je zátěžovou metodou, při které dochází ke zvýšeným nárokům na kardiologický systém a mohou se projevit příznaky ICHS. Mezi zátěžové metody také patří zátěžový test na běžícím pásu. Další vyšetřovací metody jsou např. nukleární metody, dobutaminový echokardiografický test a jícnová stimulace. Do náročnější diagnostiky ICHS kardiologie zahrnuje selektivní koronarografii, která spočívá v tom, že přes femorální tepnu je vstříknuta kontrastní látka, která zobrazí koronární řečiště. Toto vyšetření odhalí stenózy a uzávěry (72).

Při léčení ICHS je možno využít konzervativní nebo chirurgickou léčbu. Konzervativní léčba se zaměřuje na sekundární prevenci, která se snaží eliminovat základní rizikové faktory (kouření, zvýšená hladina tukových látek v krvi, hypertenze, diabetes mellitus) pomocí diety a lékových skupin (betablokátory, ACE inhibitory, antitrombotické léky). Výsledným cílem je zlepšení kvality života a prodloužení života nemocného. Chirurgická neboli invazivní léčba zahrnuje perkutánní transluminální koronární angioplastiku (PTCA), kdy se zúžená místa, která jsou postižena sklerotickými pláty, rozšíří pomocí balónku, případně se do cévy zavede výstuž, neboli stent. Pokud se ani i přes metodu PTCA nepodaří obnovit průtok cévou, volí se operace, která používá aortokoronární bypass. Spočívá v přemostění postižené cévy cévou novou (51, 59).

1.3.3 Infarkt myocardu - IM

Akutní infarkt myocardu patří mezi akutní formy ischemické choroby srdeční a je definován jako ložisková nekróza myocardu, která je vyvolána poruchou koronární perfuze a nejčastěji postihuje levou komoru srdeční. Jako akutní je považován infarkt do šestého týdne od jeho vzniku. Infarkt myocardu se dělí na transmurální, kdy je postižena celá šířka srdeční stěny, a je označován jako Q infarkt, a na intramurální neboli netransmurální, kdy je postižena pouze část tloušťky srdeční stěny, a je označován jako non Q infarkt.

Příčinou uzávěru koronární tepny může být trombus, který je tvořen aterosklerotickým plátem, pocházejícím z dolních končetin či malé pánve nebo spasmus neboli stah cévy. Dále to může být samotný aterosklerotický plát nebo poranění či zánět koronární tepny. Rozsah a lokalizace akutního infarktu myocardu jsou určeny velikostí oblasti, kterou céva zásobuje, dobou uzávěru, dále rozsahem kolaterálního řečiště a fyzickou zátěží v době infarktu (7, 45).

Základním příznakem infarktu je stenokardie, která je označována jako náhlá, svíravá, pálivá, krutá či šokující bolest za hrudní kostí vystřelující nejčastěji do levé

horní končetiny, do krku, dolní čelisti. Bolest trvá déle než 20 minut a je trvalá, nezávislá na změně polohy a nereaguje na podání nitroglycerinu. Dalšími příznaky infarktu myocardu jsou například pocení, bledost, nauzea, zvracení, úzkost, hypotenze či hypertenze, dušnost, palpitace a arytmie. V 10 % případů proběhne infarkt asymptomaticky, jako němý infarkt, který se prokáže buď náhodně na EKG, nebo až při pitvě. Akutní infarkt myocardu se diagnostikuje pomocí laboratorních vyšetřovacích metod, kde se sleduje titr srdečních enzymů (CPK, AST, LDH a TROPONIN), EKG, echokardiografie, dále pak angiografie a koronarografie (45, 59).

Cílem léčby je co nejdříve zprůchodnit tepnu a obnovit prokrvení srdečního svalu. Léčba infarktu myocardu se dá rozdělit do tří etap: přednemocniční terapie, nemocniční terapie a sekundární prevence. *Přednemocniční terapie* se dělí na laickou a profesionální. Laická terapie spočívá v poskytnutí první pomoci do příjezdu záchranné zdravotní služby, která dle vývoje stavu pacienta podává postupně léky. Nejdříve nitrát, který zlepšuje prokrvení a snižuje metabolické nároky myocardu, potom jednu tabletu kyseliny acetylsalicylové, která zamezuje narůstání trombu, dále pak morfin, který potlačí bolest a zpomalí tepovou frekvenci a diazepam, který uklidní pacienta. V neposlední řadě je podán pacientovi kyslík. *Nemocniční terapie* má za cíl obnovit prokrvení myokardu, a to pomocí trombolýzy. Trombolýza je metoda, při které se podá nejčastěji užívané trombolitikum, jehož výsledkem je rozpuštění trombu. Alternativou trombolýzy je dále pak perkutánní transluminární koronární angioplastika (PTCA). Nemocniční léčba zahrnuje také podání antikoagulancií (brání zvětšování trombu), antiagregancií, betablokátorů (zkracují trvání ischemické bolesti), nitrátů (určeny proti původnímu cévnímu spazmu) a zajištění oxygenoterapie. Po odeznění akutního stádia nastává sekundární prevence, která je zaměřena na úpravu životosprávy pomocí diety s omezením cholesterolu a tuků v potravě. Pokud je konzervativní terapie neúčinná, přichází na řadu chirurgická léčba, a to bypass, který se provádí buď na bijícím, nebo nebijícím srdci překlenutím obliterovaného místa koronární arterie žilním štěpem (39, 62).

1.3.4 Onemocnění hrudní aorty

Výduť aorty je v některých zdrojích uváděna jako aneurysma aorty. Je popisována jako zvětšení aorty v příčném průměru. V důsledku této dilatace dochází ke zvyšování laterálního tlaku na stěnu aorty a k oslabování její cévní stěny. Výsledkem výdutě aorty je ruptura s masivním krvácením, která končí nejčastěji smrtí. Proto je velmi důležité operovat pacienty dříve, než dojde k ruptuře aneurysmatu. Nejčastější příčiny výdutě aorty jsou ateroskleróza a degenerativní změny aortální stěny na základě dědičnosti, dále pak mohou být následkem úrazu. Ve vzácných případech může výduť aorty způsobit onemocnění syfilis. Mezi nejčastější příznak patří bolest na hrudníku. Vzestupná aorta a její oblouk se léčí výhradně jen chirurgicky. Chirurgická léčba spočívá v resekci a náhradě postiženého úseku aorty. U sestupné hrudní aorty se uplatňují šetrnější a modernější postupy, ke kterým patří implantace stentgraftů (7, 40, 45).

Disekce aorty je definována jako rozštěpení cévní stěny aorty na dvě či více vrstev, mezi kterými proudí krev. Postupně se oslabuje stěna aorty a hrozí ruptura. Disekce aorty se dělí na tři základní typy a to na akutní, subakutní a chronickou. Dále se disekce aorty rozlišuje dle lokalizace. První lokalizace se nazývá disekce typu A, která postihuje aortu vzestupnou, oblouk nebo sestupnou aortu. Druhá lokalizace typu B, postihuje jen sestupnou aortu. Příčinou direkce aorty je kombinace vysokého krevního tlaku a degenerativní změny aortální stěny buď na základě vrozené léze, nebo na základě aterosklerózy. Ve výjimečných případech může dojít následkem traumatu k direkci aorty. Mezi základní symptomy disekce aorty patří prudká, ostrá, píchavá bolest na hrudníku, která se může zaměnit s akutním infarktem myocardu, bolest dolní končetiny s vymizením tepu na ní, bolest horních končetin. Nejvážnější je vznik šoku v souvislosti s útlakem srdečních dutin (45, 63, 66).

Akutní disekce typu A je indikována k neodkladné, urgentní operaci, protože hrozí úmrtí pacienta. Chronické disekce typu A jsou léčeny chirurgicky tak, že se resekuje a nahradí se postižený úsek cévní protézou. Disekce typu B je léčena převážně konzervativně. Konzervativní léčba spočívá v klidu na lůžku, je nutné snížení krevního

tlaku, na co nejnižší hodnoty. K chirurgické léčbě se přistupuje tehdy, pokud přetrvávají potíže nebo se vyskytnou komplikace (64).

1.3.5 Poranění srdce a velkých cév

Poranění srdce a velkých cév se vyznačuje vysokou mortalitou. Přežití pacienta s poraněním srdce závisí na rozsahu, celkovém stavu pacienta, na době příjezdu RZP do nemocnice a přidružených poraněních a nemocích.

Poranění srdce mohou být zavřená nebo otevřená. Zavřená poranění jsou nejčastěji způsobena nárazem na hrudní koš (autonehoda). Dochází k různým stupňům poškození, a to od funkčních změn (otřes, pohmoždění) až po roztržení srdce. Otřes a pohmoždění se léčí konzervativně, u ruptury srdce není možnost záchrany. Otevřená poranění jsou nejčastěji způsobena bodnou či střelnou ránou. Pokud nedojde ihned ke smrti, léčí se operační metodou přešitím otvoru v srdci.

Při tupém poranění hrudníku může vzniknout ruptura hrudní aorty, která v 80 % končí smrtí pacienta na místě vykrváčením. Někdy však ruptura není úplná, proto se volí urgentní operace zachraňující život (64, 72).

1.3.6 Plicní embolie - embolie do arteria pulmonalis

Plicní embolie je třetím nejčastějším onemocněním kardiovaskulárního systému. Pro špatnou diagnózu končí až 75 % masivních plicních embolií smrtí. Nejčastější příčinou plicní embolie je trombóza hlubokých žil dolních končetin, protože se může uvolnit do krevního oběhu. Tím se dostane do srdce, kde ucpe plicní tepnu. Pokud stav nekončí smrtí, je možné u pacienta zaznamenat příznaky, které vznikají náhle a projevují se dušností, kašlem, úzkostí, pleurickou bolestí a někdy hemoptýzou. U masivní plicní embolie se mimo těchto příznaků vyskytuje hypotenze, nízký minutový

srdeční výdej, zvýšený centrální žilní tlak, který způsobí zástavu srdce. Tyto příznaky lze zachytit jen při monitorování na oddělení jednotky intenzivní péče.

Diagnostika je velmi obtížná, jelikož RTG a EKG nedávají dostatek informací o daném postižení. Přesnější metoda je magnetická rezonance (MR), která umožňuje lepší zobrazení orgánů než CT, ale nejpřesnější diagnostickou metodou je angiografie plicního řečiště. Léčba plicní embolie je většinou konzervativní, jejím základem je udržení cirkulace a ventilace. Podává se heparin a zahajuje se trombolytická léčba. Jen u stavů ohrožujících život se volí operační léčba (18, 59, 64).

1.4 Kardiochirurgická operace

1.4.1 Operační přístupy v kardiochirurgii

Operační přístup musí být zvolen tak, aby měl kardiochirurg zajištěn přístup k operovanému orgánu a tím i související přehledné operační pole. Se zvoleným operačním přístupem souvisí i délka a incize a následná viditelná jizva, krevní ztráty při operaci, pooperační dyskomfort, bolest a doba hojení. I poruchy hojení jsou spojeny s chirurgickým přístupem.

V kardiochirurgii se nejvíce využívá operační metoda mediální sternotomie, kde kromě porušení vrstev kůže, podkoží a eventuálně i prsních svalů dochází i k podélnému protnutí prstní kosti (sterna). Tato metoda se volí u většiny chirurgických zákroků na srdci, ale pro pacienta přináší 20 cm dlouhou jizvu na hrudníku, často končí případy dehiscencí sternu. Pravostranná torakotomie se provádí u výkonů na mitrální i trikuspidální chlopni nebo při uzávěru defektu mezisíňového septa. Tento operační přístup se provádí malým kožním řezem, tímto nemůže dojít k dehiscenci sternu v pooperačním období, nejčastěji se volí pro kosmetický efekt u mladých dívek. Levostranná torakotomie se používá při otevřené tepenné dučeji a pro aneurysmata descendentní aorty. Oboustranná anterolaterální torakotomie s příčným protnutím sternu se dnes používá jen k reoperacím (7, 64).

V současnosti se kardiochirurgie neustále zdokonaluje a rozvíjí nové technologie, do praxe se zavádí dvě zcela nové metody, videoasistovaný přístup z malé torakotomie – VATS s použitím mimotělního oběhu nebo bez mimotělního oběhu a plně endoskopický výkon za pomoci robota. Tyto metody se provádějí u jednodušších zákroků, a to malými řezy. Pacient má obvykle pod prsní řasou ve 4. či 5. mezižebří 4 - 6 cm dlouhý řez. Výhodou miniinvasivních srdečních operací je menší invazivita a operační zátěž, nižší krevní ztráty, malá jizva, s výrazně lepším kosmetickým efektem, to vše má pozitivní psychologický efekt a urychlí rekonvalescenci, zkrátí se doba hospitalizace a urychlí návrat pacienta do normálního života (7, 59).

1.5 Hojení operační rány

1.5.1 Primární hojení rány - sanatio per primam intentionem

Primární hojení rány je ideální stav nerušeného hojení rány bez komplikací. Okraje rány jsou u sebe a hojivý proces tak není narušen zánětem. Toto hojení se nejčastěji vyskytuje po chirurgických operacích. Primární hojení probíhá ve třech fázích a je důležité podotknout, že všechny tři fáze probíhají nepřetržitě, navzájem se překrývají a prolínají jedna s druhou. Pokud dojde k infekci, dochází k narušení hojení v jakékoli fázi, která má za následek hojení rány per sekundam. Proto je velmi důležité při ošetřování sledovat, hodnotit a dokumentovat stádia hojení (53, 81).

V různých zdrojích jsou uvedeny odlišně se nazývající fáze hojení. Proto je velmi důležité pro zdravotnické instituce, aby si zvolily a hodnotily jen jednu možnou terminologii. První fáze, neboli zánětlivá začíná v okamžiku poranění. Zátky z krevních destiček a fibrin staví krvácení a dochází ke tvorbě krevní sraženiny, která spojuje okraje rány. Do poraněné tkáně putují imunitní buňky připravené čistit ránu od bakterií či cizorodého materiálu. Výsledkem tohoto stádia je vznik zánětu projevující se zčervenáním, horkostí, bolestí a otokem. Je to běžná reakce, která je zaměřena na odstranění všech cizích látek a odumřelých tkání. V druhé fázi neboli regenerační dochází k vyplňování rány. V ráně se množí buňky produkující kolagen, který začíná pomalu stahovat okraje rány k sobě, a příznaky zánětu ustupují. Tvoří se nové cévy, které zajišťují průtok krve ránou. V poslední fázi neboli ve fázi zrání, dochází k odlupování strupu, jelikož se obnovila původní tloušťka epidermis. Příznaky zánětu tu už nejsou a tvoří se jizva.

Primární hojení rány je ovlivněno celou řadou lokálních a celkových faktorů. Mezi lokální faktory patří porucha krevního zásobení, stav okolní tkáně, přítomnost infekce, teplota, dehydratace, otok a technika šití a šicí materiály. Mezi celkové faktory patří stáří a celkový zdravotní stav, stav imunitního systému, podvýživa a dehydratace, psychický stav, kouření, obezita a diabetes mellitus (44, 13).

1.5.2 Sekundární hojení rány - sanatio per secundam intentionem

Chronická rána je sekundárně se hojící rána, která i přes veškerou léčbu nevykazuje po dobu 6 - 9 týdnů tendenci k hojení a u které je nějakým způsobem narušeno primární hojení. Sekundární hojení se od primárního hojení liší tím, že v průběhu hojení je přítomna infekce v ráně, která má za následek zpomalení hojení operační rány a později dochází k tomu, že rána je otevřená (47, 81).

V průběhu hojení rány per sekundam se rozlišují tři fáze. V první fázi neboli ve fázi čištění je třeba zajistit odloučení poškozených a odumřelých tkání v ráně, přičemž léčba směřuje k samočisticím procesům v ráně v kombinaci s chirurgickou léčbou. V druhé fázi neboli granulační dochází ke vzniku tzv. granulační tkáně, jelikož po vyčištění rány jsou vytvořeny podmínky pro zahájení růstu a dělení nových buněk. Ve fázi epitelizace, která je poslední, dochází k dělení a pohybu kožních buněk. Z okrajů rány přerůstá epitel, který pokrývá granulační tkáň novotvořenou kůží. Jenže všechny tyto fáze se prodlužují v době hojení a s tím souvisí i prodloužení doby hospitalizace.

Výsledkem sekundárního hojení je široká, hypertrofická, růžová až sytě červená jizva, která po určité době začne blednout (9, 29, 13).

1.6 Komplikace v operační ráně

Pooperační komplikace jsou stavy, které narušují normální pooperační průběh a prodlužují pobyt v nemocnici. Dochází k nim v prvních pooperačních dnech, buď náhle, prudce, nebo se vyvíjí plíživě. Proto je velmi důležité včasné rozpoznání pooperačních komplikací, které vyžadují dobrou znalost jejich příznaků, včasná diagnostika umožňuje průběh těchto komplikací zmírnit a v některých případech jim dokonce zabránit. Tyto komplikace se vyznačují přetrvávající intenzivní bolestivostí a vytékáním sekretu z rány a s tím souvisejí zápach a časté převazy, které do určité míry obtěžují a izolují pacienta. Jsou charakteristické pro infekci v ráně, rané krvácení a rozestup rány (48, 58).

Označují se jako sekundární hojení rány, pro které je již v dnešní době charakteristická léčba vlhkou metodou. První zmínky o vlhké metodě jsou již v 60. letech 20. století, kdy byl prokázán příznivý vliv vlhkého hojení. V 70. letech se objevily první klinické práce popisující zkrácení doby hojení pomocí vlhké metody, ale 30 let trvalo, než se vlhké hojení zavedlo do medicínské praxe. Vlhká metoda se používá proto, aby v ráně udržovala vlhké prostředí, protože rána vylučuje tekutinu, která obsahuje řadu růstových a buněčných faktorů a výživných látek, které přispívají k úspěšnému hojení. Také s sebou přináší Vlhká metoda řadu výhod, a to je nižší počet převazů, menší bolest, kratší doba hojení a hospitalizace, omezené riziko recidivy a snížení výsledných ekonomických nákladů (13, 58).

1.6.1 Infekce v ráně

Infekce v ráně je nejčastější pooperační komplikací postihující kůži a je označována jako nozokomiální nákaza. Výsledkem je rozestup operační rány, jelikož se v ráně množí bakteriální kmeny, nejvíce stafylokoky, streptokoky a kvasinky, které se do organismu dostaly buď porušením aseptických zásad při operaci operační skupinou, či operačním materiálem nebo porušením zásad při převazech rány a v neposlední řadě

by mohla být infekce vyvolána mikroorganismy, které byly přítomny v organismu pacienta již před vznikem infekce (6, 47, 57).

Po vniknutí infekce vzniká zánět, který se projeví v prvním pooperačním týdnu. Jeho projevy závisí na druhu infekce, na umístění operační rány a na celkovém stavu nemocného. Nejčastěji probíhá zánět v podkoží a může dojít k rozšíření zánětu mízní či krevní cestou do okolní tkáně či okolních orgánů. Klinickým obrazem infekce je celková nebo lokální zvýšená teplota, okolí rány je zarudlé, oteklé a kůže je napjatá. Dalšími charakteristickými rysy jsou bolestivost a hromadění a vytékání sekretu z rány, nejčastěji žlutého či nazelenalého hnisu, který zapáchá z vpichů po stezích, drénech nebo mezi okraji rány. Rána se rozpadá. Základním postupem pro ošetření infikované rány je odstranění kožních stehů a otevření rány v celé její délce, vypuštění hnisu, opakovanými výplachy je nutné ránu zbavit všech nečistot a vložit drén do rány. Pro pacienta to znamená prodloužení pobytu v nemocnici do doby, než rána bude čistá, neinfikovaná a zacelená (57, 81).

1.6.2 Krvácení z operační rány

Krvácení z operační rány je jednou ze závažných pooperačních komplikací, která se vyskytuje u pacientů s poruchami hemokoagulace, může být projevem nedostatečného zastavení krvácení při operaci nebo způsobeno narušením cévní stěny následkem infekce v ráně. Krvácení se projeví prosakováním krve mezi stehy nebo prosáknutím obvazu krví. Při velkém krvácení krev vytéká zpod obvazu. V některých případech se může krev hromadit pod kůží a následně vytvořit podkožní hematom projevující se pocitem tlaku v ráně, zduřením rány a zvýšenými teplotami. Pro stavění krvácení se nejčastěji volí mírná komprese v místě poškození. Pokud je krvácení velké, zvolí se revize rány. Když se vytvořil hematom, je nutné ho vypustit, a to otevřením rány mezi stehy nebo úplným odstraněním stehů. Je nutné zjistit hloubku rány a zajistit drenáž rány. Nebezpečí hematomu spočívá v tom, že se může sekundárně infikovat (37, 81).

1.6.3 Rozestup - dehiscence operační rány

Rozestup neboli dehiscence operační rány se vyznačuje poruchou hojení operační rány a je to velice závažná pooperační komplikace, která se nejčastěji vyskytuje u pacientů, kteří mají přidružené onemocnění, jako jsou obezita, špatná strava, nedostatek vitamínu C, diabetes mellitus nebo maligní nádory, poruchy imunitního systému, pacienti vyššího věku nad 60 let, psychický stav nemocného a v neposlední řadě iatrogenní faktory. Většinou se projeví mezi 5. až 9. dnem pooperačním. S dehiscencí se nejčastěji setkáváme u kardiochirurgických pacientů v místě sternotomie, thorakotomie, po odběrech žilních štěpů na dolních končetinách, a to zejména na vnitřní straně bérce nebo stehna či po odběru arteriálních štěpů na horních končetinách. Příčinou dehiscence je infekce v ráně, která je způsobena pomnožením bakteriálních kmenů, nebo může být způsobena technickou chybou při operaci nebo uvolněním vlastní sutury. Při spojení kůže pod příliš velkým napětím dochází k ischemizaci a následné nekróze okrajů rány (16, 35, 44).

Rána postižená dehiscencí má velký rozsah do délky, do šířky, ale i do hloubky. Bývá často zarudlá, bolestivá, rozpadají se stehy a okraje rány se od sebe rozestupují, pak z rány vytéká sekret, který způsobuje mokvání v okolí rány a velice často silně zapáchá. Léčba dehiscence spočívá ve vypuštění hnisu a pravidelných převazech. Podle dalšího vývoje a vzhledu rány a negativního mikrobiologického nálezu ze stěrů se přistupuje k opakovanému sešití (resutuře). Dehiscence operační rány prodlužuje hospitalizaci pacienta a tím pracovní neschopnost, vyžaduje náročnější ošetrovatelskou péči, zvyšuje náklady na léčbu, omezuje možnosti rehabilitace po operačním výkonu a ovlivňuje kvalitu pacientova života po operaci. Proto je velmi důležité hledat účinné metody pro urychlení hojení (17, 33, 81).

Prevence této komplikace spočívá nejen ve správně zvolené operační technice a výběru šicího materiálu, ale také i v předoperačním a pooperačním období. V předoperačním období sestra provádí s pacientem nácvik kašle a odkašlávání, vstávání z lůžka a provádění hygieny. V pooperačním období sestra s pacientem vykonává dechovou RHB a zapojuje ho do pohybu. Klíčovou roli hraje také kvalitní a profesionálně zvládnutá ošetrovatelská péče (47, 57).

1.7 Ošetrovatelská péče o pacienta s dehiscencí operační rány

1.7.1 Převaz rány

Mezi standardní ošetrovatelskou péčí na chirurgickém oddělení patří převaz rány, který se definuje jako opakované ošetření rány. Pacient s komplikací dehiscence operační rány významně orientuje svoji mysl především na proces hojení rány. Z toho důvodu je pro něho převaz jednou z nejdůležitějších ošetrovatelských intervencí. Převazy se nejčastěji provádějí na pokoji, kde je uložen pacient a frekvence převazů záleží na ordinaci lékaře. Obvykle se provádí 1-3x denně. Při převazu se kontroluje rána, její vzhled, tvar a velikost, dále pak zda nezapáchá, okolí rány není zarudlé a oteklé a sestra si všímá subjektivních pocitů pacienta (bolestivost). Dále se při převazu odstraňují stehy, zkracují nebo odstraňují drény a lokálně se aplikují léky. K tomu, aby sestra pomohla provést převaz, potřebuje převazový vozík, který si sama přehledně připraví dle zvyklostí oddělení. Nejčastěji se používá standardní dvouetážový pojízdný vozík. Na vrchní desce převazového vozíku mohou, ale nemusí být toulce s kleštěmi na podávání materiálu, protože na některých odděleních se již používá bezpodávkový systém. Dále pak lahvičky s dezinfekčními roztoky, sterilní nástroje v zatavených fóliích, sterilní injekční stříkačky a jehly, sterilní obvazový materiál. Na spodní desce jsou emitní misky, převazový materiál, obvazový materiál a balíčky k převazu na jedno použití. Na boční straně je zavěšena nádoba na odkládání použitých a kontaminovaných materiálů (19, 24, 78).

Před zahájením převazu sestra seznámí pacienta s výkonem, aby mohl spolupracovat, a uloží ho do polohy, ve které se cítí dobře, nejčastěji leží kardiochirurgický pacient na zádech. Sestra připraví vhodné pracovní prostředí, zajistí soukromí pacienta. Před příchodem lékaře připraví dokumentaci, upraví si vlasy, které by neměly padat do obličeje a hlavně do rány, oblékne si jednorázovou zástěru a na obličej si přiloží ústenku. Těsně před samotným výkonem si umyje ruce a navlékne rukavice. Při zahájení převazu obnaží jen tu část, která je indikována k ošetření. U kardiochirurgických pacientů je to nejčastěji hrudník a dolní končetiny. Z operační rány

sestra šetrně sejme krytí, podá lékaři pinzetu s tampónem, na který nalije dle pokynů dezinfekční roztok nebo sprej. U dehiscence rány provádí lékař před dezinfekcí stěr z rány k mikrobiologickému vyšetření a sestra ihned označí odebraný vzorek. Po stěru se přiloží nové krytí a fixuje se. Po ukončení převazu sestra uklidí všechny pomůcky dle hygienického režimu, zaznamená do sesterské části o provedení převazu rány a nadále pečuje o pacienta a uspokojuje jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby (19, 24, 29, 53).

Na závěr lze dodat, že péče o pacienty s dehiscencí operační rány je náročná a komplexní a ke každé ráně se musí přistupovat individuálně, šetrně a její ošetřování se musí provádět za přísně aseptických podmínek a postupů (27, 78).

1.7.2 Bolest spojená s dehiscencí operační rány

„Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potenciálním poškozením tkáně, jež souvisí s poruchou fyziologické povahy nebo vnějším násilím“ (80, s. 44).

Bolest je varovný signál, má ochrannou funkci a je hlavně subjektivní záležitostí pacienta, jelikož každý člověk je jiný, jinak se chová a jinak situaci spojenou s bolestí prožívá. Každý pacient má jiný práh bolesti, na stejný podnět jeden pacient reaguje pouze tím, že má nepříjemné pocity, druhý pacient ve stejné situaci označuje podněty za bolestivé. Proto je velmi důležité, aby sestra při zjišťování intenzity bolesti se řídila tím, co jí pacient říká, jak reaguje a jedná (31, 80).

S bolestí se setkáváme u všech pacientů, ale každý prožívá bolest individuálně. V mnoha studiích se objevuje charakteristika bolesti dle doby trvání. Na základě této charakteristiky se bolest dělí na akutní a chronickou. Akutní bolest je krátkodobý signál, který poukazuje, že došlo k poškození tkáně, a upozorňuje pacienta na nutnost distancovat se od toho, co mu škodí (31, 54).

Bolest, která však trvá 3- 6 měsíců je definována jako chronická bolest. Je považována za samostatné onemocnění, kterým se zabývají odborníci na ambulanci

bolesti. Za chronickou bolest se ale také považuje bolest kratšího trvání, pokud přesahuje dobu obvyklou pro dané onemocnění. Je charakterizována jako dlouhodobé působení nepříjemných podnětů a na jejich základě je pacient těmito opakovanými nepříjemnými prožitky vyčerpán a unaven, má špatnou náladu, reaguje i na běžné záležitosti nepříjemně či je skleslý. Mnohdy je pacient chronickou bolestí omezován fyzicky, psychicky i společensky a může se stát, že kvůli těmto faktorům upadne do deprese. Typickými projevy chronické bolesti jsou bolestivé grimasy, vzdychání, pláč, které jsou ještě doprovázeny příznaky, jako jsou porucha spánku a chování, změny osobnosti a zhoršená kvalita života (23, 80).

S chronickou bolestí se setkáme u pacientů s dehiscencí operační rány, a proto je pro sestru při zjišťování a hodnocení bolesti u pacienta důležité mít dobré vyšetřovací schopnosti a dovednosti. Existuje mnoho dostupných nástrojů pro hodnocení bolesti, ale ať už si zvolí sestra jakoukoliv metodu, musí se nejdříve ujistit, že si každý člen zdravotnického týmu vybral stejnou metodu a tím se předejde nedorozumění při sledování pacientovy bolesti. Chronická bolest by měla být kontrolována stejně často jako bolest akutní a k tomu může sestra požit jednu z metod hodnotících bolest, a to je rozhovor s pacientem, při kterém zjišťuje místo a intenzitu bolesti, typ bolesti, délku trvání a zmírňující a přitěžující faktory. Ke zjištění intenzity bolesti se nejčastěji ve zdravotnických zařízeních používá vizuální analogová stupnice (VAS), při které pacient vyjádří stupeň nebo procento intenzity bolesti od 0 do 10. 0 znamená žádná bolest a 10 je největší bolest. Sestra musí mít na paměti, že intenzita bolesti je vždy subjektivním hodnocením pacienta, a proto je důležité, aby lékaři a sestry nepodceňovali bolest (1, 54, 77).

U pacientů s dehiscencí operační rány se nejčastěji objevuje a zesiluje bolest při převazech rány. Proto je zde velmi důležité, aby všichni zdravotníci dodržovali přesné postupy, zásadu šetrnosti a empatii při každém převazu rány. S tím souvisí i použití verbální či neverbální komunikace, pomocí které zdravotníci získávají potřebné informace ohledně bolesti. Pacient nám může sdělit verbálně, kde ho to nejvíce bolí, ale také neverbálně pomocí mimiky obličeje, pohybů končetin, polohy nebo vzdechů a nářků.

Důležitým podkladem pro správnou léčbu bolesti je vizuální analogová škála. Na základě VAS a projevů pacienta může ošetřovatelský personál stanovit nejvhodnější terapii k mírnění bolesti pacienta s dehiscencí operační rány. V praxi se setkáváme jednak s nefarmakologickým přístupem tišení bolesti, kdy sestry uloží pacienta do úlevové polohy, přikládají na postižené místo led nebo zaměstnávají pacienta tak, aby nevnímal bolest. Druhý přístup je z hlediska medicínského, kdy se nejčastěji k tlumení bolesti používají léky s názvem analgetika. Jejich úkolem je snižování intenzity bolesti bez ovlivnění pacientova vědomí. V některých případech se kombinují léky s psychologickou terapií (31, 70).

1.7.3 Pomůcky k hojení dehiscence operační rány

Léčba dehiscence rány je velmi náročná a dlouhodobá. V současné době se na kardiochirurgickém oddělení uplatňuje moderní léčba pomocí V. A. C. systému, Actisorbu plus 25 a Traumacelu biodressu. Díky těmto moderním materiálům a přístroji se hojí rána rychleji a může být indikována k resutuře.

Vacuum Assisted Closure neboli V. A. C. systém je mezinárodně uznávaná neinvazivní moderní podtlaková léčebná metoda, při které je využíván lokální a kontrolovaný negativní podtlak k léčbě rozsáhlých raných komplikací po kardiochirurgických výkonech, zejména v léčbě hluboké sternální infekce (5, 12).

Mechanismus účinku V. A. C. systému spočívá v tom, že se do rány aplikuje speciální polyuretanová pěna překrytá těsnicí fólií. Kontrolovaný podtlak zároveň zajistí, aby odsávaný sekret byl odváděn do rezervoáru přístroje. Hojení rány pomocí V. A. C. systému je podpořeno vytvořením vlhkého prostředí pro hojení rány, redukcí lokálního edému, zmenšením rozsahu nekrózy, novotvorbou kapilár, urychlením tvorby granulační tkáně, vytvořením negativního tlaku pro podporu rovnoměrného uzavírání rány a usnadněním odlučování infikované tkáně a exudátu.

Indikací pro V. A. C. systém jsou rány akutní, subakutní a chronické a infikované, které jsou určeny k sekundárnímu hojení. U kardiochirurgického pacienta se

nejčastěji jedná o infekci ve sternotomii způsobenou *Stafylococem aureem* a má za následek dehiscenci rány (68).

Pro použití V. A. C. systému je kontraindikací rána s nekrotickou tkání. Dalšími kontraindikacemi je obnažená céva či orgán, neléčená osteomyelitis, píštěl orgánů nebo tělních dutin a malignita v ráně. Před aplikací systému musí sestra a lékař zhodnotit celkový stav pacienta, jeho přístup a spolupráci k léčbě, seznámit pacienta s průběhem celé terapie a v neposlední řadě musí získat písemný souhlas od pacienta. Samotná aplikace V. A. C. systému se provádí za přísně aseptických podmínek na operačním sále. Jen ve výjimečných případech se provádí u lůžka pacienta. Samotnou aplikaci V. A. C. systému provádí buď dva lékaři, nebo lékař, kterému asistuje sestra. Po aplikaci V. A. C. systému začínou povinnosti pro sestru. Pravidelně musí kontrolovat celkový stav pacienta, sledovat odváděný exudát, jeho barvu a množství. Někteří pacienti vnímají podtlak jako bolestivý vjem. Proto je velmi důležitá monitorace bolesti a okamžitá reakce na ni. Podávají se analgetika či se mění nastavení podtlaku. Pokud sestra zjistí, že je porušen podtlak v ráně, musí nejprve zkontrolovat správnost chodu pohonné jednotky a těsnost, pak provede nové přelepení rány či celý převaz. Vše musí zaznamenat do dokumentace (5, 68).

Velkou výhodou V. A. C. systému je, zvýšení komfortu pacienta, rána nesákne a převaz se může provádět i za 48 hodin. Pacient se může pohybovat s pohonnou jednotkou, pokud mu to umožní jeho celkový zdravotní stav. V. A. C. systém se snadno aplikuje, zkracuje dobu hospitalizace a v neposlední řadě snižuje náklady na další léčbu (5, 12, 26).

Actisorb plus 25 je sterilní obvaz s aktivním uhlím a stříbrem. Má široké spektrum baktericidní účinnosti. Je určen k ošetřování secernujících a infikovaných ran a snadno se aplikuje i do hlubokých ran. *Actisorb plus 25* se přikládá na postižené místo a kryje se savým obvazem, který se fixuje náplastí (21).

Traumacel biodress je uznávaný prostředek moderní léčby akutních a chronických ran. „Je vyrobený na bázi hydrogenvápenaté soli oxidované celulózy. *Traumacel biodress* v ráně zvyšuje množství růstových faktorů, aktivuje fibroblasty a

snižuje bakteriální zátěž. Tím dochází k vyčištění rány, oživení spodiny a navození především procesu granulace a epitelizace“ (33, s. 26).

Traumacel biodress je velice dobře snášen organismem, jelikož je hypoalergenní. Obsahuje ionty vápníků, které snižují lokální bolest v ráně. Během 1 až 3 dnů se v ráně vstřebá. Vše závisí na druhu a charakteru rány.

Laboratorní zkoušky prokázaly, že Traumacel je účinný na *Stafylokokus aureus*, *Streptokokus pyogenes*, na kmeny *Escherichia coli* a další bakterie, které způsobují infekci v ráně a následně dehiscenci rány. Na rozdíl od klasické léčby se snižují náklady na léčbu rány, jelikož se snížilo množství obvazového materiálu. Další výhody Traumacelu jsou, že aplikace tohoto výrobku je velice snadná a nanejvýš šetrná. Převoz rány se provádí za 48 až 72 hodin, tím klesá riziko kontaminace rány a odpadá riziko traumatizace rány při odstraňování krytí z rány. Traumacel biodress výrazně zkracuje dobu hospitalizace pacienta a výrazně zvyšuje kvalitu života pacienta ještě před zhojením rány (2, 3, 33).

Za finálovou etapu v ošetřování rány s dehiscencí je považována resutura sternu. Resutura musí být provedena vždy v celkové anestézii (7).

1.7.4 Komunikační a psychologický přístup sestry k pacientovi s dehiscencí operační rány

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communicare*, jehož význam je dělat něco společně. Komunikace je dovednost a je součástí profesionálního vystupování sestry a celého zdravotnického personálu a slouží k navazování vztahu a rozvíjení kontaktu mezi sestrou a pacientem. Sestra je po celou dobu hospitalizace partnerem pacienta, je jeho spojkou se světem a zdrojem informací a stává se pro něho tím, kdo zajišťuje jeho tělesné a psychické potřeby. K tomu, aby jejich vztah takto fungoval a byl otevřený, potřebuje sestra komunikaci. Díky komunikaci získává sestra potřebné informace od pacienta (30, 65).

Pacient, u kterého došlo k dehiscenci operační rány, se nachází v náročné životní situaci, je dlouhodobě hospitalizován, je odtržen od rodiny a práce, denních aktivit. Je v pozici neustálého očekávání, má strach, obavy, co se bude dál dít, jak to s ním vypadá, ptá se, jaké jsou možnosti uzdravení, zda bude další léčba úspěšná, kdy půjde domů, jaké jsou jeho vyhlídky do budoucnosti. Pacient v takové situaci může procházet pěti fázemi (šok, popření, úzkost, deprese, agrese a následné vyrovnání a smíření s danou situací). *Šok* vzniká na základě nových, náhle se vyskytujících okolností či informací, které pacienta zastihly zcela nepřipraveného se s nimi vyrovnat, je to stav, ve kterém je pacient zaplaven mnoha pocity, jako jsou zoufalství, beznaděj, nepřátelství vůči lidem. Sestra mu v této fázi musí poskytnout pomoc. *Popření* je obranný mechanismus, při kterém dochází k posunu reality do podoby, v níž by pacient viděl svoji současnost a budoucnost. V této fázi může dojít k tomu, že pacient nebude dodržovat zásady a léčebné postupy. *Úzkost a strach* jsou pocity neurčitého nebezpečí, mohou být provázány agresivními reakcemi. Sestra v této fázi musí být k pacientovi vlídná, podat informace, co se bude dít, jaký bude vývoj. *Deprese* je biologická reakce na ztrátu a je současně příčinou i následkem zhoršujícího se stavu. Je důležité, aby sestra dovolila pacientovi, aby byl takový, jaký je, dala mu najevo své pochopení a porozumění a uplatnila svůj empatický přístup (43, 61, 75).

Pomocí komunikace může sestra pacientovi sdělovat důležitá fakta, motivovat ho k další léčbě, při denním kontaktu poskytuje oporu v těžkých chvílích rozhodování, přijímání nepříjemných zpráv. Pokud sestra sděluje informace, musí dbát na určité zásady. Při sdělování informací by měla sestra udržovat oční i slovní kontakt, který pro pacienta signalizuje, že není ignorován, že ho někdo poslouchá a odpovídá mu na případné dotazy. Při rozhovoru je nutné dodržovat srozumitelnost sdělení, jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování a na závěr je nutné, aby si sestra ověřila, zda pacient sdělení rozuměl a akceptuje ho. Po předání informací dá pacientovi prostor k vyjádření názoru, pro případné dotazy nebo zopakování - sestra pacientovi naslouchá nejen ušima, očima, ale také svým srdcem (61, 69, 76).

Komunikace je nástrojem uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacienta. Skládá se nejen z verbální, ale také i z neverbální komunikace, kdy

sestra může vyjádřit soucit s pacientem tak, že ho třeba uchopí za ruku či ho pohladí. Ale tady pozor, jelikož některému z pacientů nemusí být příjemné, a mohlo by dojít k tomu, že pacient nebude spolupracovat (43, 50, 76).

Na závěr lze dodat, že komunikace je velmi důležitý prvek k navazování vztahu, získání důvěry, sympatií a úcty. Slouží k získání informací ohledně tužeb, přání, obav a bolestí od pacienta a sestra se snaží tyto problémy snížit nebo zcela odstranit (61, 76).

1.7.5 Výživa a životní styl u pacienta s dehiscencí operační rány

V posledních letech zaznamenala medicína velký pokrok v hojení ran. Více se používají moderní materiály s jódem, v mnohých je obsaženo stříbro, ale každý ví, že pokud nebude mít organismus z čeho čerpat, tak se rána nezahojí. Výživa je totiž u hojení ran naprosto zásadní podmínkou. V současné době přibývá pacientů s diabetem mellitem. Jedná se o komplexní metabolickou poruchu, která je podmíněná absolutním či relativním nedostatkem inzulínu, a důsledkem je hyperglykémie a glykosurie. Tedy nezasahuje jen do metabolismu sacharidů, ale i do metabolismu lipidového. Také je to onemocnění, které se nejčastěji podepisuje na hojení ran a má za následek, že se rána nehojí a dochází k dehiscenci rány. Proto je velmi důležité kompenzovat diabetes mellitus a to buď prostřednictvím diabetické diety, nebo aplikací inzulínu. Diabetická dieta nespočívá v tom, že pacient přestane sladit čaj, začne používat DIA výrobky, ale spočívá v tom, že se ze stravy musí vyloučit jednoduché cukry, zvolí se přesná dávka celkových sacharidů s nízkým glykemickým indexem - musí obsahovat nejméně 40g vlákniny, je nutné omezit tuky, pravidelně jíst a doplnit vše pohybem k udržení přiměřené hmotnosti. Takže u diabetické diety nejde o typ jídla, ale má svá specifika. Dieta se liší dávkou sacharidů za 24 hodin, kdy nejúčinnější je dieta s 225g sacharidů, a podle stavu pacienta je podávána ve variantách D 9S s omezením tuku nebo D 9 mletá. V některých případech je vhodná spolupráce s nutričním terapeutem, který sestaví dietu dle pacientových potřeb (14, 66).

Dieta přináší dostatek energie a stavebního materiálu pro komplexní proces hojení, ze kterého je možno stavět novou tkáň. Je proto zřejmé, že rána, která se hojí per sekundam neboli rána chronická má narušeny hojivé procesy a imunitu a bez energie a stavebního materiálu se rána nezahojí a role výživy vystupuje do popředí.

Pro hojení ran je významný vitamín C, který je nutný pro syntézu kolagenu a vitamíny A a E, které mají antioxidační efekt. Důležitý je také zinek, který je součástí mnoha enzymů, které se podílejí na přestavbě mezibuněčné hmoty u hojení ran. S výživou také souvisí pitný režim, zde je voda základní tekutinou. Ale zásadní věc je edukace. Sestra, nejlépe nutriční terapeut, podá informace o minerálních vodách, jelikož mnoho vod obsahuje vysokou hladinu sodíku, který není vhodný pro pacienty s onemocněním srdce, a také by měl doporučit střídání minerálních vod. Také kouření hraje velkou roli v uzdravování a hojení rány. Lékař by měl pacientovi podat informace a vylíčit výhody, pokud pacient přestane kouřit. V neposlední řadě je důležitá rehabilitace a edukace pacienta (14, 32, 66).

1.7.6 Edukace

Edukací rozumíme výchovu a vzdělávání pacienta, které směřují k samotnému zvládnutí nemoci díky porozumění a navozují lepší spolupráci mezi pacientem a lékařem nebo příslušným ošetrovatelským personálem, a jsou zaměřeny na individuální osobu pacienta. Edukace je nástrojem k zajištění lepší účasti pacienta a jeho blízkých na procesu poskytování zdravotní péče. Je nezbytnou a nenahraditelnou součástí komplexní a úspěšné léčby a jednou z klíčových rolí podílejících se na zlepšení kvality života. Edukace neznamená jen informace a předávání teoretických poznatků, ale také znamená získání dovedností a vyrovnání se s nově vzniklou situací, která právě nastala, a získání zodpovědnosti pacienta za jeho další život a získání informací po propuštění domů. Jejím cílem je snaha, aby pacient přijal změnu životního stylu. K edukaci dochází při kontaktu s jeho lékařem, sestrou či ostatním zdravotním personálem. Úspěšnost edukace závisí na mnoha faktorech. Na povaze samotného onemocnění, na

znalostech pacienta, na kvalitě a zájmu zdravotnického týmu. Každý, kdo provádí edukaci, by si měl uvědomit první stupeň úspěšnosti, a to je trpělivost. Každý pacient, který má dehiscenci operační rány je stresován a prožívá strach z budoucnosti. Je proto důležité trpělivě a opakovaně vysvětlovat základní věci a postupně zbavovat pacienta obav a úzkosti. Druhým stupněm úspěchu je víra a důvěra pacienta ve zdravotnický tým, který léčbu a edukaci provádí. Pacient musí mít důvěru, může se ptát na všechny problémy, které ho trápí v souvislosti s onemocněním. Měl by mít jistotu, že mu sestra nebo lékař budou ochotni mu odpovídat na banální otázky (22, 51).

Častější příčinou dehiscence operační rány je diabetes mellitus. Proto je nutné zaměřit edukaci na toto onemocnění. Pokud sestra edukuje pacienta, musí se nejdříve ujistit, zda pacient měl již před příchodem do nemocnice diabetes, nebo zda cukrovka vznikla po kardiologické operaci. Takovýto případ pro sestru znamená, že první krok při edukaci bude sdělení informací o celoživotním onemocnění cukrovkou (její příznaky, komplikace a jejich prevence). Dále sestra podá pacientovi informace o diabetické stravě (složení potravy, množství a časy jídel) a pohybu. V případě léčby inzulinem musí sestra podat informace o časech a dávkách injekcí a stanovit si hodnotu glykémie. Po podání informací se sestra zaměří na praktickou část, a to aby se pacient naučil aplikovat inzulin sám. V celém výukovém procesu vede pacienta k aktivní spolupráci, ponechává mu dostatek času na případné dotazy a neustále opakuje sdělené informace a kontroluje pacienta ve správnosti aplikace inzulínu (14, 56).

1.7.7 Rehabilitace

Po srdeční operaci začíná doba rekonvalescence a intenzivní rehabilitace. Rehabilitace pochází z latinského slova *réhabilitas* (opět schopný člověk) a cílem není vyléčit, ale poskytnout podporu a dovést pacienta na nejvyšší možnou úroveň soběstačnosti v každodenním životě. Na kardiologickém oddělení se nejčastěji uplatňuje kardiorehabilitace, která je určena všem pacientům po operacích či výkonech na srdci a pacientům s chronickým onemocněním. Jejím cílem je zlepšení zdravotního

stavu a kvality života. Rehabilitace je dlouhodobé období, které se pohybuje v rozmezí několika týdnů až měsíců. Jde o úzkou týmovou spolupráci, na které se podílí nejen specialista kardiochirurg a kardiolog, ale také sestry, fyzioterapeuti, specialisté na výživu, psychologové nebo pracovní terapeuti, a v neposlední řadě je důležitá spolupráce pacienta a rodinných příslušníků. Zahrnuje v sobě fyzické cvičení, edukaci o rizikových faktorech a možnostech jejich ovlivnění a nácvik zvládání stresu. Výhodou rehabilitace je, že se může individuálně nastavit podle zdravotního stavu a potřeb konkrétního pacienta (24, 52).

Rehabilitační ošetřování pacientů je důležitou součástí léčby pacienta a patří k základním úkonům komplexní ošetrovatelské péče sester, která v sobě zahrnuje polohování, včasnou mobilizaci pacienta, aktivní a pasivní cvičení, šetrné masáže v okolí operační rány, dechovou gymnastiku, jejíž podstata spočívá v tom, aby pacient dýchal proti odporu a tím zvýšil ventilaci plic. Podle aktuálního stavu sestra vyzve pacienta k hlubokému nádechu nosem a výdechu ústy. Nejčastěji k nácviku dýchání pacient probublává vodu pomocí brčka, nafukuje balónek či rukavici (24, 41).

Pacienti s dehiscencí operační rány jsou nejčastěji ohroženi vznikem psychických změn a strachem z budoucnosti. V tomto případě je rehabilitační ošetřování zaměřeno na aktivaci psychiky. Sestry se snaží o maximální komunikaci s pacientem, zaměstnávají ho různými činnostmi, aby přišel na jiné myšlenky nebo zajistí odborného poradce - psychologa.

Tato rehabilitace nekončí opuštěním nemocnice, ale pokračuje v domácím prostředí a následně v lázeňských zařízeních, jelikož i ty tvoří nedílnou součást celého komplexu rehabilitace (41, 42).

Cílem lázeňské léčby je změnit životní styl pacienta. Součástí lázeňské rehabilitace je zavedení racionální stravy, která musí odpovídat dietě s nízkým obsahem cholesterolu. Důležité je, že pacienti vidí vhodný způsob stravování. Další nezbytnou součástí lázeňského léčení je pohybová aktivita, aktivní cvičení a dechové cvičení, při kterém se pacienti naučí správně dýchat. Nedílnou součástí je pravidelná edukace pacienta. Pravidelně jsou pro pacienty připravovány přednášky na téma onemocnění

srdce, rizikové faktory, racionální strava a pohybová aktivita a zdůrazňuje se zákaz kouření, protože není v lázeňských zařízeních tolerováno a je výraznou kontraindikací.

Pro pacienty je velmi důležité, aby ve změně životosprávy, kterou získali v průběhu pobytu rehabilitačního lázeňského zařízení, pokračovali v domácím prostředí, jelikož tak si mohou dlouhodobě zajistit nižší riziko úmrtí (42, 63).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak kardiochirurgický pacient zvládá pooperační komplikaci dehiscenci rány.
2. Zjistit oblasti možného zlepšení ošetrovatelské péče o kardiochirurgického pacienta s dehiscencí operační rány.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak zvládá kardiochirurgický pacient svůj stav při pooperační komplikaci dehiscence rány?
2. Jaké potřeby převládají u kardiochirurgického pacienta s dehiscencí rány?
3. Jaké ošetrovatelské intervence upřednostňuje kardiochirurgický pacient s dehiscencí rány?

2.3 Hypotézy

1. Pacient projevuje zájem o ošetřování rány, které je podporováno ošetrovatelským personálem.
2. Pacient upřednostňuje lékaře před sestrou při ošetřování dehiscence operační rány.
3. Komfort pacienta je zajištěn kontinuální monitorací bolesti.
4. Projevy dehiscence operační rány, jako jsou zápach a sekrece z rány, ovlivní pacienta komfort více než dehiscence samotná.

5. U kardiologického pacienta s dehiscencí operační rány dochází k pasivitě ve spolupráci v ošetrovatelsko - léčebném procesu.
6. Individuální ošetrovatelský přístup podporuje adaptaci na stav kardiologického pacienta s dehiscencí operační rány.
7. Sestry se při péči o kardiologického pacienta orientují na saturaci psychologických potřeb.

3. Metodika

3.1 Použité metody

Diplomová práce s názvem „*Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány*“ byla zpracována jako kvalitativně kvantitativní šetření. Pro kvalitativní šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (příloha 2). Pro kvantitativní šetření byla zvolena metoda dotazování, technikou dotazníku pro kardiochirurgické pacienty s dehiscencí operační rány a pro sestry pracující na kardiochirurgických odděleních v ČR (příloha 3 a 4).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První část výzkumu byla zaměřena na kvalitativní šetření, které bylo vedeno technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovor byl zaměřený na prožitky kardiochirurgického pacienta s dehiscencí operační rány. Výzkumný soubor tvořili čtyři oslovení kardiochirurgičtí pacienti s dehiscencí operační rány. Nejdříve byli seznámeni se strukturou rozhovoru. S jejich souhlasem byl záznam rozhovorů proveden pomocí diktafonu, následně byly rozhovory přepsány do programu Microsoft Word 2007 a poté dány do tabulek, které byly sestaveny v popisné statistice programu Microsoft Excel 2007. Na základě výsledků z rozhovoru byl sestaven dotazník. Výzkum probíhal v Nemocnici v Českých Budějovicích, a.s. v měsíci prosinci 2009.

Druhá fáze výzkumu byla zaměřena na kvantitativní šetření. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou dotazníku (příloha 3 a 4). První dotazník byl určen sestrám, které pracují v kardiochirurgických centrech ČR, a druhý byl určen kardiochirurgickým pacientům s dehiscencí operační rány. Výzkum probíhal v měsících leden a únor 2010.

Dotazník pro sestry obsahoval celkem 20 otázek. 11 otázek bylo uzavřených, sestry odpovídaly na otázky variantami, které byly v nabídce. Zbýlých 9 otázek bylo otevřených, sestry měly možnost napsat vlastní odpověď. Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na kardiochirurgických odděleních ve Fakultní nemocnici Plzeň, ve Fakultní nemocnici Olomouc, v Nemocnici České Budějovice, a.s., ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, ve Fakultní nemocnici Motol, v Nemocnici Na Homolce a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Fakultní nemocnice Brno, Nemocnice Podlesí, Institut klinické a experimentální medicíny IKEM, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze II. - chirurgická klinika kardiovaskulární chirurgie a Fakultní nemocnice Ostrava vzájemnou spoluprací na výzkumném šetření zamítly. Dotazníky byly rozdávány za spolupráce vybraných sester pracujících v daných zdravotnických zařízeních. Bylo rozdáno 170 dotazníků. Řádně vyplněných se vrátilo 100 dotazníků, návratnost byla 58,8 % (tabulka 1).

Dotazník pro kardiochirurgické pacienty s dehiscencí operační rány obsahoval celkem 30 otázek. 14 otázek bylo uzavřených, ty nabízely výběr z konkrétních odpovědí. Zbýlých 16 otázek bylo otevřených, zde pacienti měli možnost vyjádřit vlastní názor. Výzkumný soubor tvořili pacienti s dehiscencí operační rány hospitalizovaní na kardiochirurgických odděleních ve Fakultní nemocnici Plzeň, ve Fakultní nemocnici Olomouc, v Nemocnici České Budějovice, a.s., ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, ve Fakultní nemocnici Motol, v Nemocnici Na Homolce a ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Pro pacienty bylo použito 70 dotazníků. Ke zpracování se zpět vrátilo 30 dotazníků. Návratnost byla 42,86 % (tabulka 1).

Výsledky, které byly získány pomocí dotazníků, vyplněných sestrami pracujících na kardiochirurgických odděleních ČR a pacienty s dehiscencí operační rány, byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů a tabulek v programu Microsoft Excel 2007 a pomocí vytvořených schémat v Microsoft Word 2007.

Tabulka 1 Charakteristika výzkumného souboru

Kardiochirurgická oddělení	Rozdané dotazníky		Návratnost dotazníků	
	Sestry	Pacienti	Sestry	Pacienti
Olomouc	30	10	25	1
České Budějovice	25	10	15	9
Plzeň	30	10	13	2
Hradec Králové	15	10	13	8
Praha – Vinohrady	25	10	7	1
Praha – Homolka	30	15	22	9
Praha – Motol	15	5	5	0
Celkem	170	70	100	30
%	100 %	100 %	58,80 %	42,86 %

Na 7 kardiochirurgických odděleních ČR bylo celkem rozdáno 170 dotazníků pro sestry a 70 dotazníků pro kardiochirurgické pacienty s dehiscencí operační rány. Od sester, které pracují na kardiochirurgických odděleních, se vrátilo 100 dotazníků, návratnost byla 58,80 %. Od kardiochirurgických pacientů s komplikací dehiscence operační rány se vrátilo 30 dotazníků, návratnost byla 42,86 %.

4. Výsledky

4.1 Polostrukturovaný rozhovor s kardiochirurgickými pacienty s dehiscencí operační rány.

Poznámka: V následujících tabulkách bude užita zkratka KCHP (kardiochirurgický pacient).

Tabulka 2 Zvládání stavu

P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Smířený/á	3	1	1	–	1
Vyrovnaný/á	2	1	1	–	–
Žádné újmy na psychice	1	–	–	1	–
Celkový výskyt	6	2	2	1	1

Ze čtyř KCHP při pooperační komplikaci dehiscence rány zvládají tři KCHP (P1, P2 a P4) svůj stav „smířeně“. Své vyjádření P1 a P2 objasnili tím, že jsou „vyrovnaní s touto komplikací“. P3 uvedl, že mu dehiscence rány „nezpůsobila žádnou újmu na psychice“.

Tabulka 3 Převládání potřeb

P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Biologické potřeby	4	1	1	1	1
Psychologické potřeby	1	–	1	–	–
Sociální potřeby	2	–	–	1	1
Celkový výskyt	7	1	2	2	2

Potřeby u KCHP s dehiscencí rány jsou zastoupeny různě. Všichni 4 pacienti se shodli, že u nich převládají biologické potřeby, potvrdili to svou odpovědí „aby se rána rychle

hojila“. Dále P2 uvedl, že převládají i psychické potřeby. P3 a P4 se zmínili, že u nich ještě převládají sociální potřeby, odpověď potvrdili tím, že „rodina jim hodně pomáhá“.

Tabulka 4 Upřednostňování ošetrovatelských intervencí

P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Komunikace	4	1	1	1	1
Pohlazení	2	–	1	–	1
Oční kontakt	1	–	1	–	–
Úsměv	1	–	1	–	–
Držení za ruku	1	–	–	–	1
Celkový výskyt	9	1	4	1	3

Všichni čtyři KCHP s komplikací dehiscence operační rány se shodli na odpovědi, že při převazu rány upřednostňují „komunikaci“ ze strany sestry. Svou odpověď potvrdili tím, „aby jim sestra podávala informace ohledně rány“. P2 dále uvedl, že kromě komunikace je pro něj důležité, aby ho sestra „pohladila, navázala s ním oční kontakt a usmála se na něho“. Upřesnil to tím, „že tyto potřeby léčí na srdíčku“. P4 uvedl dvě hlavní ošetrovatelské priority, a to „potřebu pohlazení od sestry a držení za ruku“.

Tabulka 5 Vyrovnání se se stavem

P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Knihy	4	1	1	1	1
Televize	1	1	–	–	–
Křížovky	1	–	1	–	–
Péče o ránu	1	–	–	1	–
Rodina	2	1	–	1	–
Sestry	2	1	–	1	–
Pacienti na pokoji	1	–	1	–	–
Celkový výskyt	12	4	3	4	1

KCHP s pooperační komplikací dehiscence rány nejvíce pomáhá vyrovnat se s touto komplikací „četba knih“, to potvrdili všichni čtyři dotazovaní pacienti. P1 a P3 uvedli, že s tímto stavem jim dále pomáhají „rodinní příslušníci a sestry“. P1 dále pomáhá „sledování televize, při kterém zapomene na komplikaci“. Dále pak P2 uvedl, že při „luštění křížovky přichází na jiné myšlenky, a tím si zaplňuje čas“. P2 dále uvedl, že mu pomáhají vyrovnat se se stavem i „pacienti na pokoji se stejnou příčinou hospitalizace“, „protože si uvědomuje, že není s dehiscencí rány sám“. P3 se s dehiscencí vyrovnává tím, „že se zdravotnický personál o ránu stará profesionálně a tím mu dává větší naději na brzké uzdravení“.

Tabulka 6 Vliv rány

P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Omezující	3	1	–	1	1
Stísňující	1	–	1	–	–
Divný pocit	1	–	1	–	–
Nové poznání	1	–	1	–	–
Celkový výskyt	6	1	3	1	1

Operační rána postižena dehiscencí má na tři KCHP (P1, P3 a P4) vliv „omezující“, protože „nemohou dělat to, co by chtěli“. Na P2 má rána vliv „stísňující, přinášející divný pocit a nové poznání“.

Tabulka 7 Význam rány

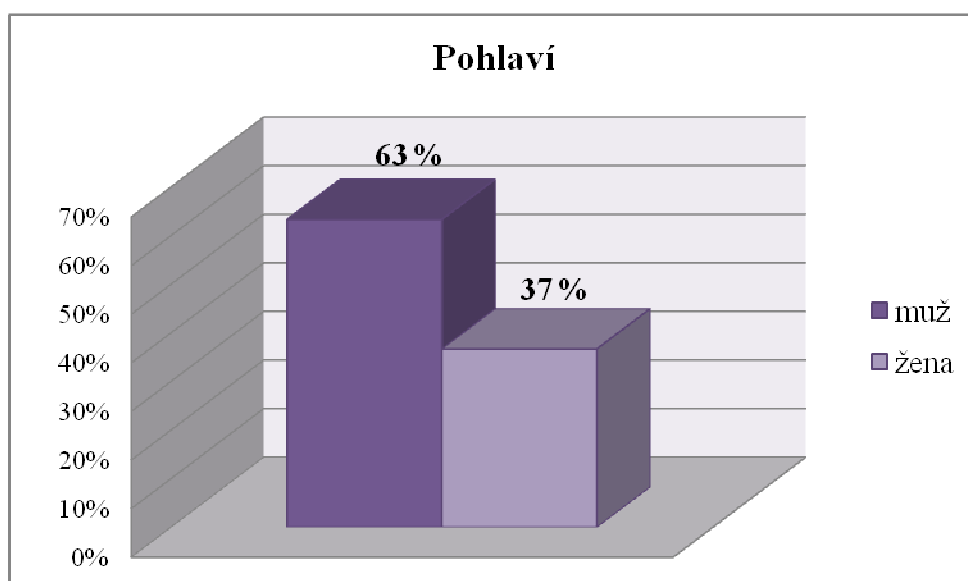
P = Pacient	Součet	P1	P2	P3	P4
Výrazná ztráta času	2	1	1	–	–
Poučení	1	–	1	–	–
Bolest	2	–	–	1	1
Celkový výskyt	5	1	2	1	1

KCHP s dehiscencí operační rány popisují význam rány jakou „výraznou ztrátu času“ (P1 a P2), protože „si naplánovali určité činnosti, které nemohou vykonat, a museli je odložit na později“. P2 k tomu dodal, „že je to pro příště poučení, aby na sebe dával větší pozor“. Pro P3 a P4 má rána, která je postižena dehiscencí, význam „pořádná bolest“.

4.2 Výsledky z dotazníků určené kardiochirurgickým pacientům s dehiscencí operační rány.

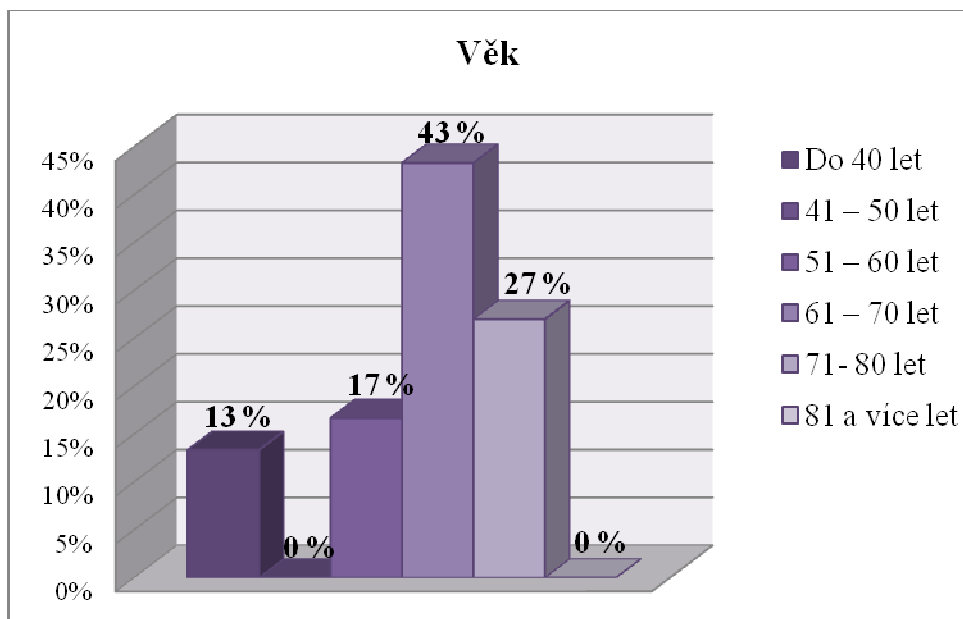
Poznámka: V následujících grafech, tabulkách a schématech bude užitá zkratka KCHP (kardiochirurgický pacient).

Graf 1



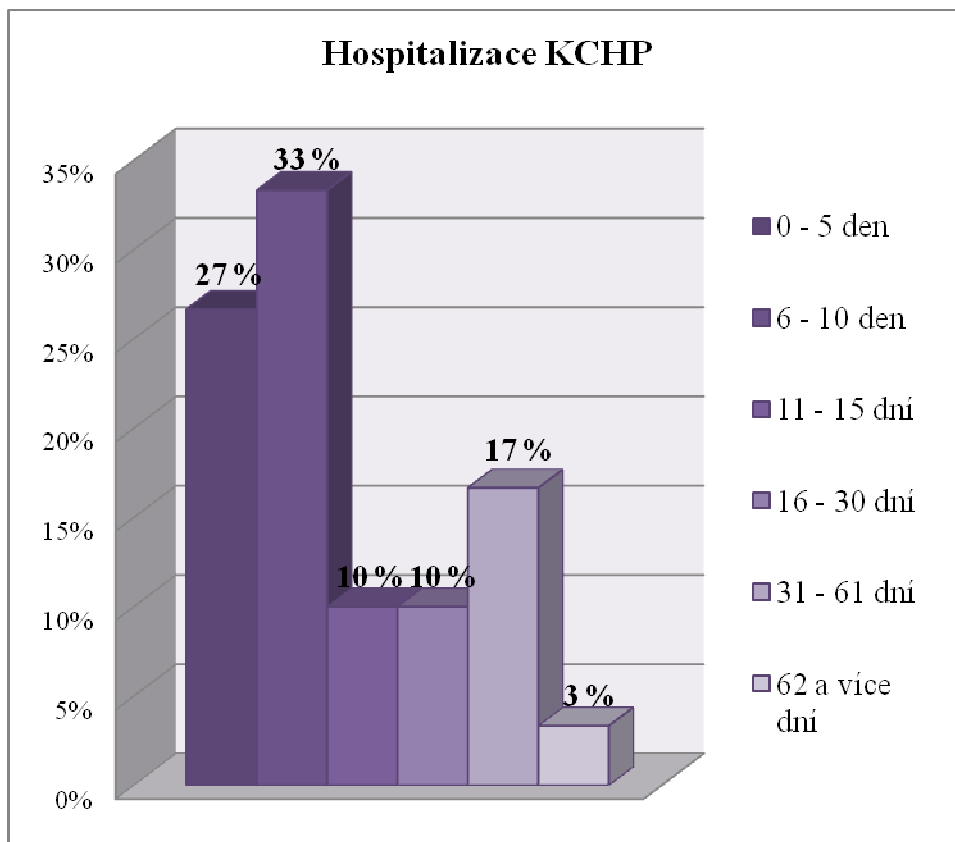
Z 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí rány je 19 (63 %) mužů a 11 (37 %) žen.

Graf 2



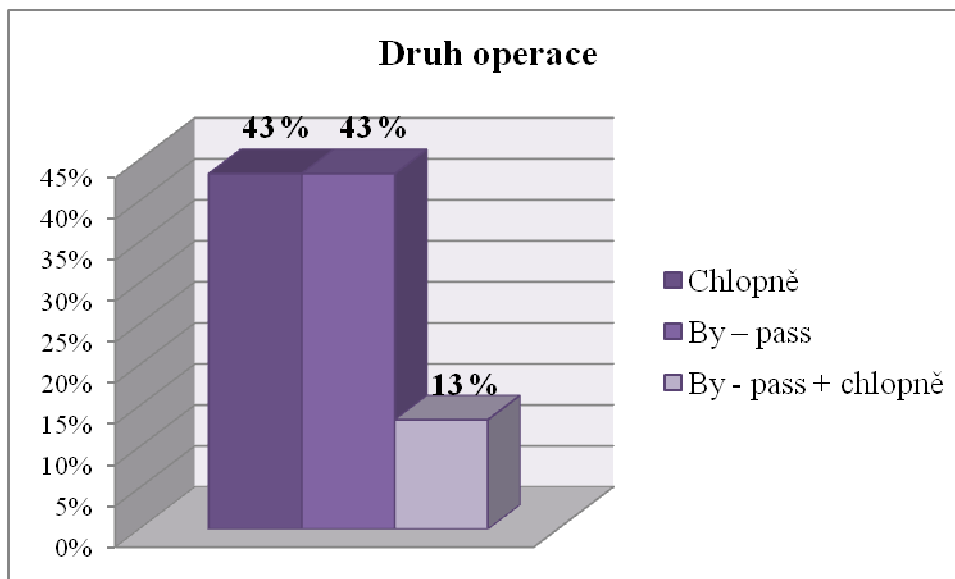
Z celkového počtu 30 KCHP s dehiscencí rány jsou 4 (13 %) pacienti ve věku do 40 let, žádný pacient není v rozmezí 41 – 50 let. 5 (17 %) KCHP je ve věku 51 až 60 let. Věk 61 až 70 let uvedlo 13 (43 %) KCHP s komplikací, v rozmezí mezi 71 až 80 lety je KCHP 8 (27 %) a žádný pacient nad 81 let a více zde není zastoupen.

Graf 3



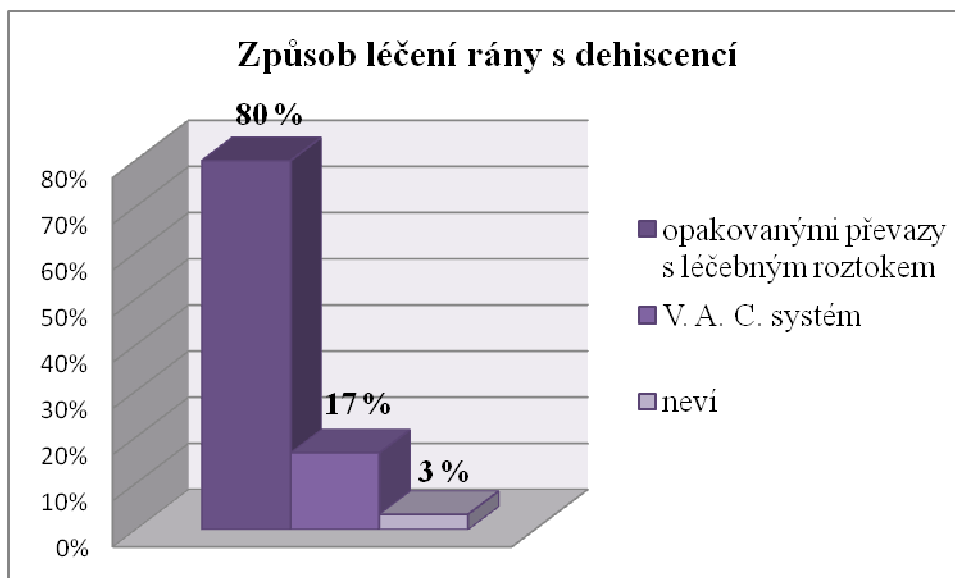
Z 30 dotazovaných KCHP s komplikací dehiscence rány bylo hospitalizováno 8 (27 %) KCHP 0 až 5 dní, v rozmezí 6 až 10 dnů hospitalizace uvedlo 10 (33 %) KCHP. 11 až 15 dní byli hospitalizováni 3 (10 %) KCHP, 16 až 30 dní také zastoupeno 3 (10 %) KCHP. Dále 5 (17 %) KCHP uvedlo, že s dehiscencí byli hospitalizováni v rozmezí 31 až 61 dní, a 1 (3 %) KCHP byl s touto komplikací hospitalizován v nemocnici 62 a více dní.

Graf 4



Z celkového počtu 30 KCHP s dehiscencí rány podstoupilo 13 (43 %) KCHP operaci chlopně, u 13 (43 %) KCHP kardiochirurgický zákrok By – pass a u 4 (13 %) KCHP byl proveden kombinovaný operační zákrok By – pass + chlopně.

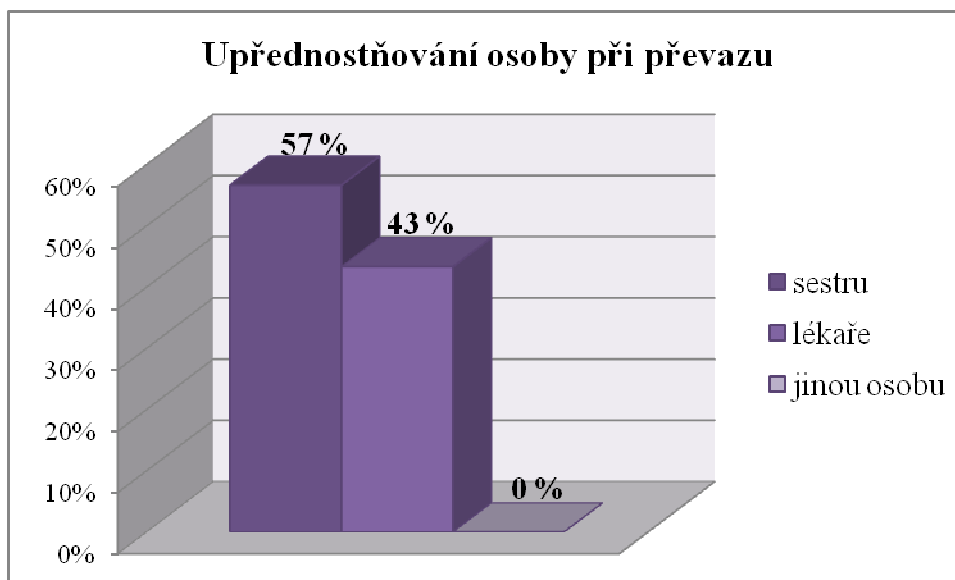
Graf 5



KCHP s dehiscencí rány uvedli, že jejich operační rána, která je zasažena komplikací dehiscence, je léčena u 24 (80 %) KCHP opakovanými převazy s léčebným roztokem,

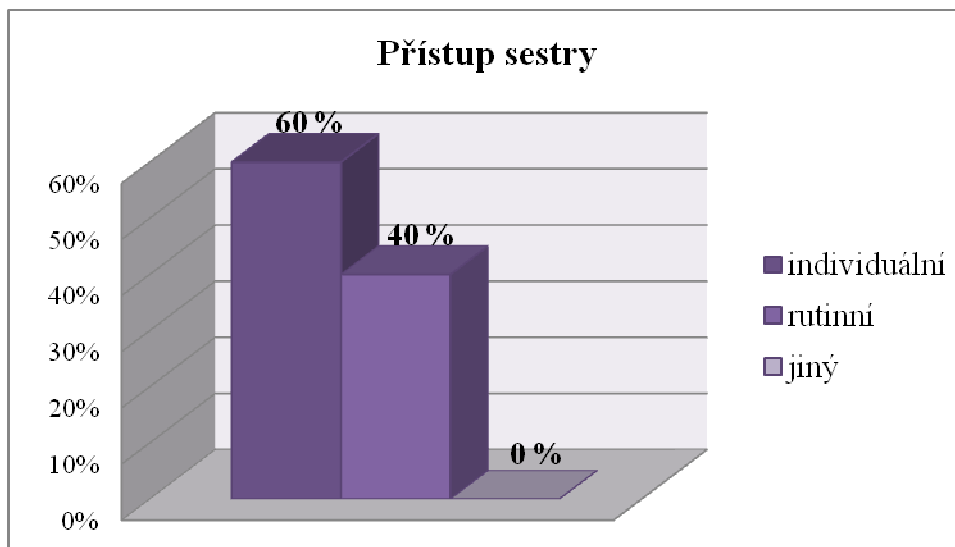
v 5 (17 %) případech je léčena V. A. C. systémem a 1 (3 %) KCHP s dehiscencí rány neví, čím je rána léčena.

Graf 6



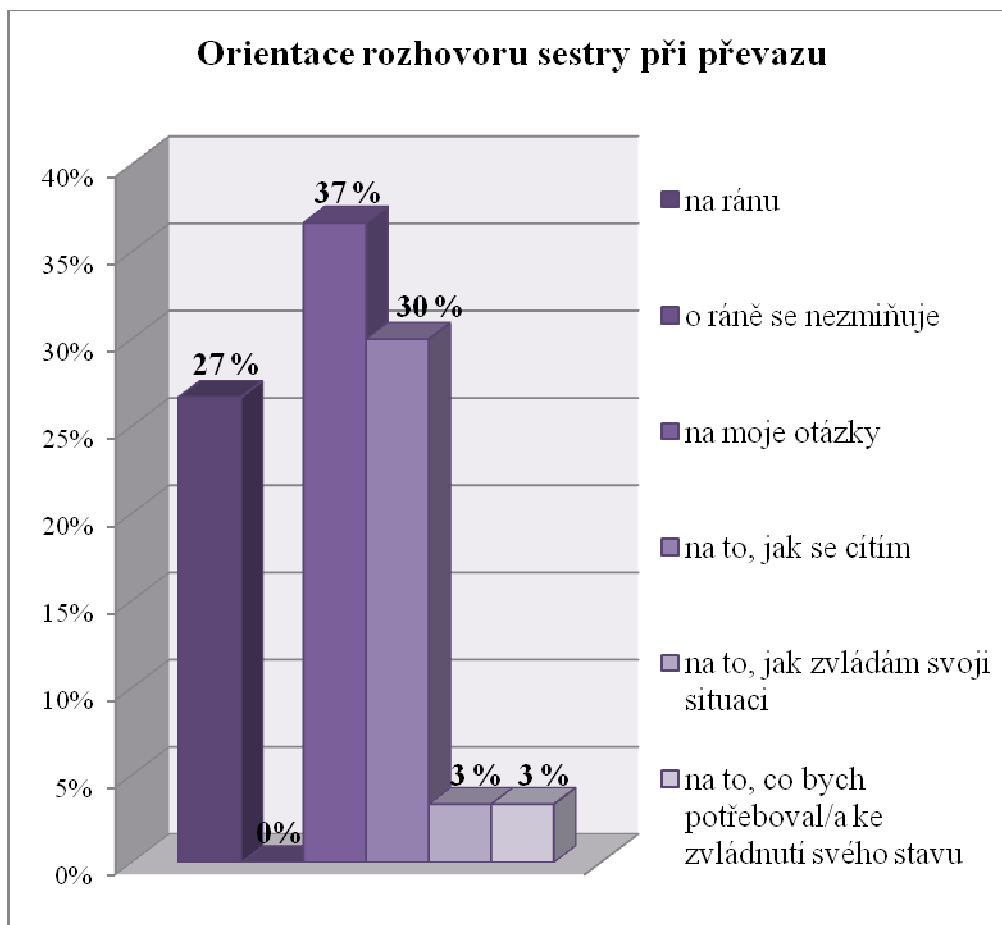
Z celkového počtu 30 KCHP s dehiscencí rány, 17 (57 %) KCHP upřednostňuje při převazu rány sestru, 13 (43 %) KCHP upřednostňuje lékaře při převazu rány. Jinou osobu žádný KCHP neuvedl.

Graf 7



Z 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí rány uvedlo 17 (60 %) KCHP, že sestra, která u nich provádí převaz, k nim přistupuje individuálně, 13 (40 %) KCHP uvedlo, že je k nim přístup sestry rutinní a žádný KCHP nezaškrtl jiný způsob.

Graf 8



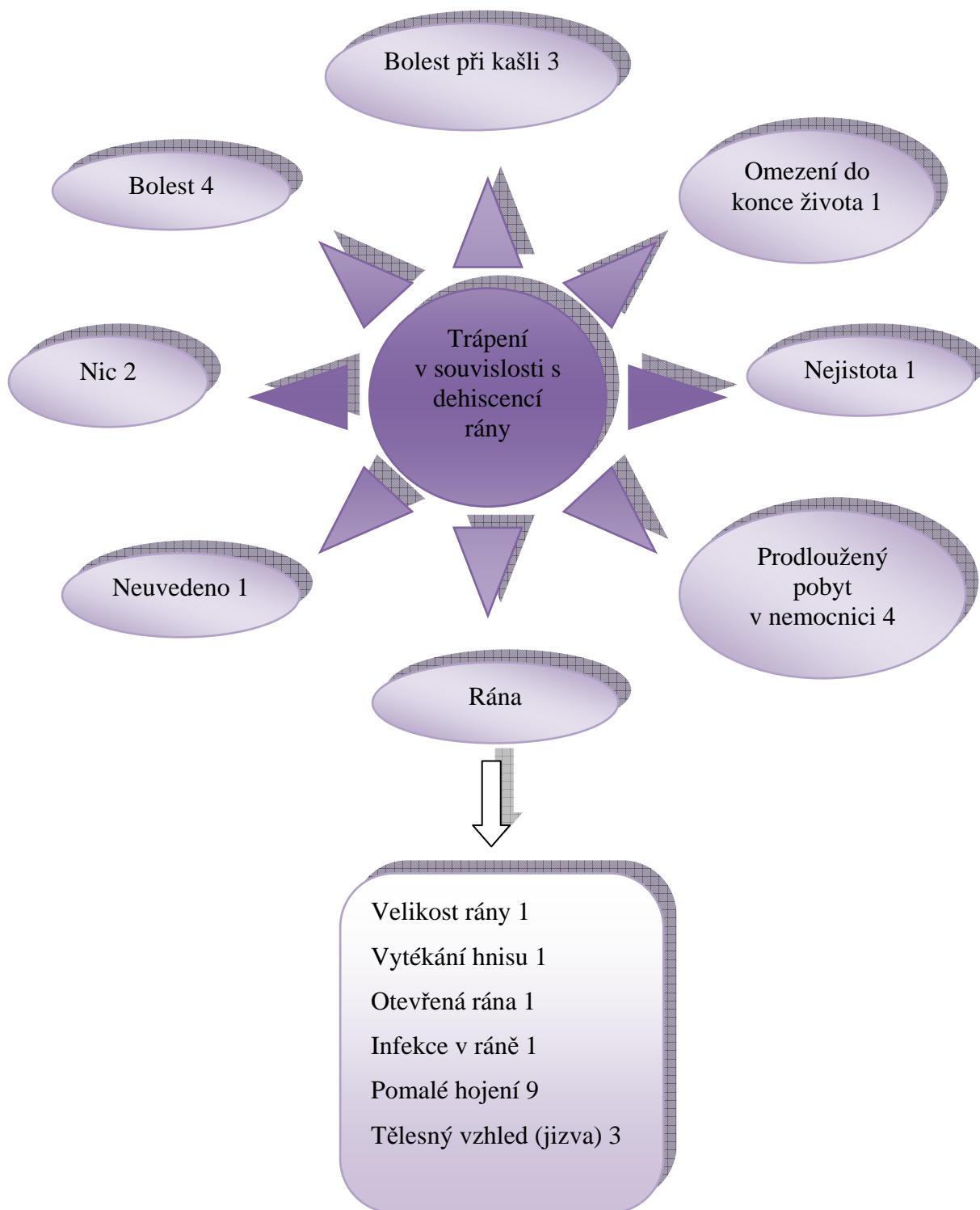
Z celkového počtu 30 dotazovaných KCHP s komplikací dehiscence rány uvedlo 8 (27 %) KCHP, že při převazu rány sestra orientuje rozhovor na ránu. Žádný KCHP nezaškrtl, že se sestra v rozhovoru o ráně nezmiňuje, 11 (37 %) KCHP odpovědělo, že sestra při převazu rány rozhovor orientuje na jejich otázky. 9 (30 %) KCHP zaškrtl, že sestra svůj rozhovor zaměřuje na to, jak se pacient cítí. 1 (3 %) KCHP uvedl, že rozhovor sestra orientuje na to, jak pacient zvládá svou situaci s komplikací dehiscence rány, a 1 (3 %) uvedl, že při převazu rány sestra zaměřuje svůj rozhovor na to, co by potřeboval, aby zvládl svůj stav s dehiscencí operační rány.

Tabulka 8 Vnímání komplikace dehiscence rány

	Počet odpovědí KCHP
Psychické doléhání	1
Velký zásah do života	2
Odloučení od rodiny	2
Prodloužení pobytu v nemocnici	10
Snížená pracovní aktivita	1
Strach	2
Izolace	2
Bolest	6
Nepříjemnost	1
Omezení	4
Neví	2
Neuvedeno	5
Celkový výskyt	38

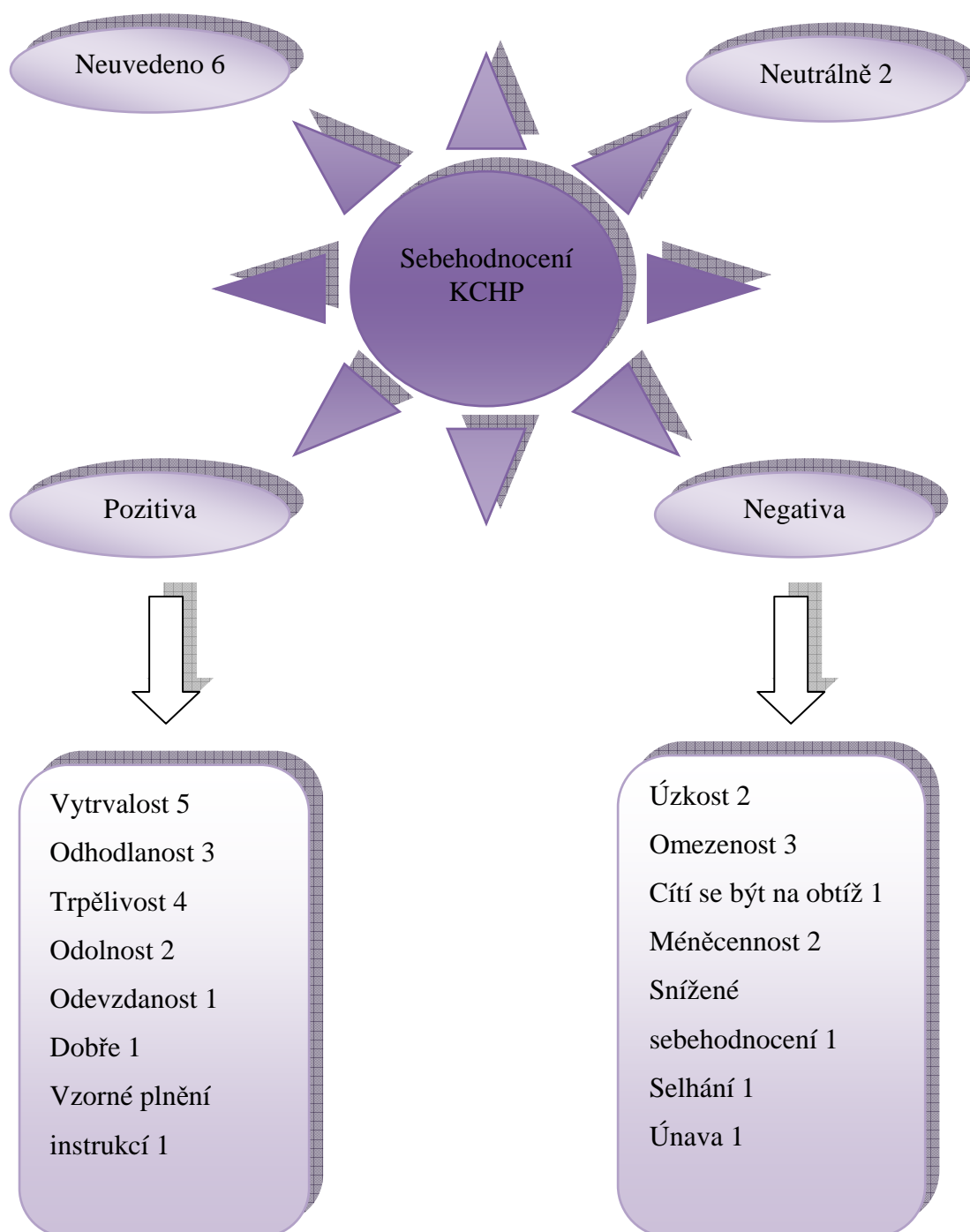
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Pro KCHP znamená komplikace dehiscence operační rány v 1 případě „psychické doléhání“, 2 KCHP uvedli, že dehiscence pro ně znamená „velký zásah do života“, a pro 2 KCHP „odloučení od rodiny“. Pro 10 KCHP znamená komplikace „prodloužený pobyt v nemocnici“, 1 KCHP uvedl, že s dehiscencí má „sníženou pracovní aktivitu“, pro 2 KCHP znamená dehiscence „strach“ a pro 2 „izolaci“. Pro 6 KCHP komplikace dehiscence operační rány znamená „bolest“, 1 KCHP napsal „nepříjemnost“, pro 4 KCHP znamená dehiscence „omezení“ a 2 KCHP „neví“. 15 KCHP „neuvedlo“, co pro ně znamená komplikace dehiscence rány.

Schéma 1 Vnímání dehiscence



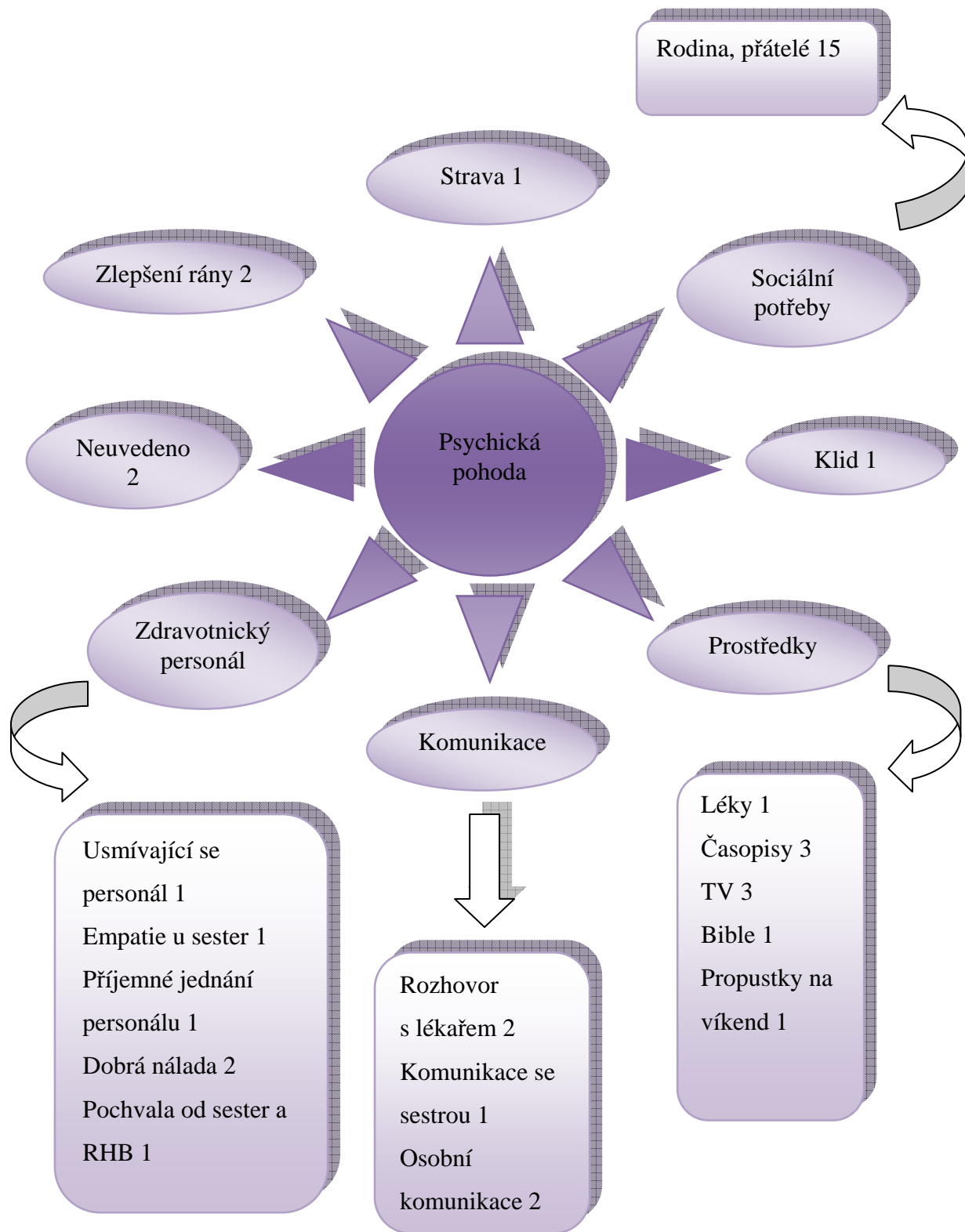
Vlastní názor KCHP s dehiscencí rány vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP nejvíce trápí v souvislosti s dehiscencí rány „bolest“, kterou zmínili 4 KCHP, a „bolest při kašli“, která je zastoupena 3 odpověďmi. Pro jednoho KCHP znamená dehiscence rány „nejistotu“ a 4 KCHP uvedlo „prodloužený pobyt v nemocnici“ v souvislosti s dehiscencí. Pro 2 KCHP neznámá dehiscence „nic“ a 2 KCHP „nevedli“, co je nejvíce v souvislosti s ránou trápí. Nejpočetnější **oblastí** byla samotná **rána**, do které byla zařazena „velikost rány“, kterou uvedl 1 KCHP, 1 KCHP uvedl „vytékání hnisu“, 1 KCHP napsal, že ho nejvíce trápí, že „rána je otevřená“, 1 KCHP trápí, že „má v ráně hnis“, 9 KCHP uvedlo, že se „rána pomalu hojí“, a 3 KCHP nejvíce trápí v souvislosti s dehiscencí rány „tělesný vzhled“.

Schéma 2 Sebehodnocení KCHP



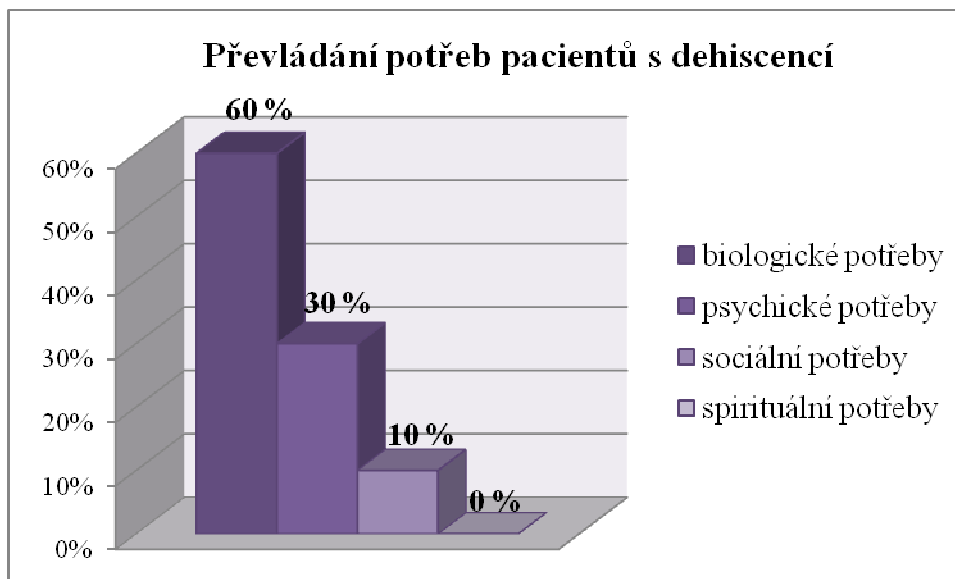
Vlastní názor KCHP s dehiscencí operační rány vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s komplikací se hodnotí pozitivně a negativně. Do **oblasti pozitiv** byla zařazena v 5 případech „vytrvalost“, ve 3 případech „odhodlanost“. 4 KCHP uvedli „trpělivost“ a 2 KCHP „odolnost“. 1 KCHP napsal, že se sám hodnotí „odevzdaně“, 1 KCHP „dobře“ a 1 KCHP uvedl, že „vzorně plní instrukce zdravotnického personálu“. V **oblasti negativ** bylo ve 2 případech uvedeno, že se KCHP ohodnotili, že jsou „úzkostní“, dále 3 KCHP se „cítí omezeně“ a 1 KCHP se „cítí být na obtíž“. 2 KCHP trpí pocitem „méněcennosti“. 1 KCHP má díky komplikaci dehiscence rány „snížené sebehodnocení“. 1 KCHP uvedl, že „selhal“, a 1 KCHP se „cítí být unavený“. Dále sebehodnocení bylo rozděleno na **oblast**, kde 6 KCHP **nevedlo**, jak se sami hodnotí, a na **oblast**, kam byli zařazeni 2 KCHP, kteří se ohodnotili s komplikací dehiscence operační rány **neutrálně**.

Schéma 3 Psychická pohoda



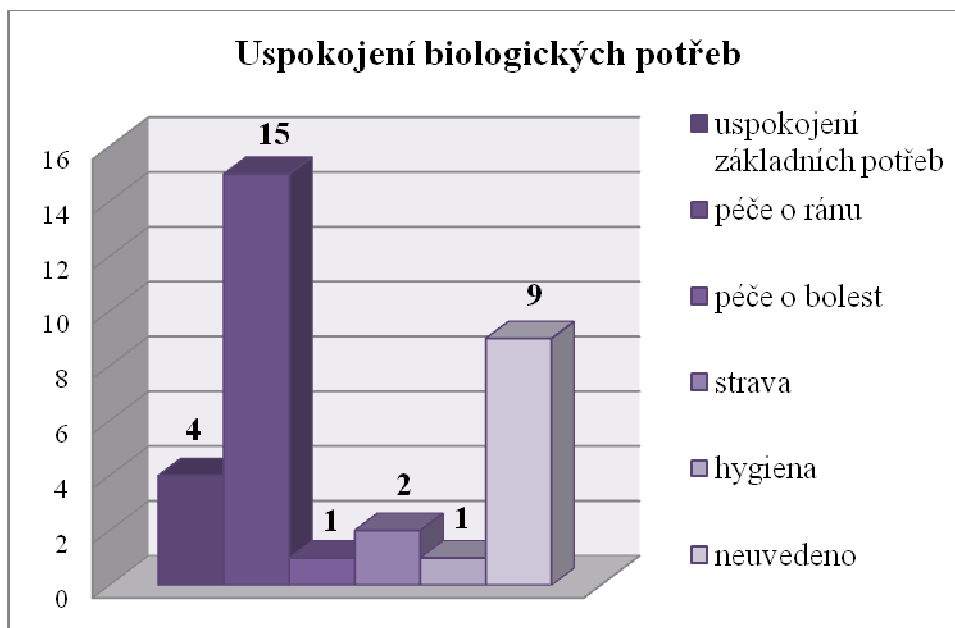
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s dehisencí operační rány nejvíce pomáhají ke zlepšení psychické pohody komunikace, zdravotnický personál, „zlepšení rány“, které uvedli 2 KCHP, dále „strava“, která byla zastoupena 1 odpovědí, sociální potřeby, „klid“, který uvedl 1 KCHP, a ve 2 případech nebylo „uvedeno“, co KCHP pomáhá ke zlepšení psychické pohody. Do **oblasti prostředků** byly dány „léky“, jsou zastoupeny 1 odpovědí, „časopisy“, které uvedli 3 KCHP, dále 3 KCHP napsali „TV“, 1 KCHP potřebuje ke zlepšení psychické pohody „bibli“ a 1 KCHP potřebuje „propustku na víkend“, aby se mu zlepšila psychická pohoda. Do **oblasti komunikace** byl zařazen „rozhovor s lékařem“, který uvedli 2 KCHP, 1 KCHP potřebuje „komunikaci se sestrou“ a 2 KCHP potřebují ke zlepšení psychické pohody „osobní komunikaci“. Do **oblasti zdravotnický personál** byl zařazen v 1 případě „usmívající se personál“, v 1 odpovědi „empatie u sester“. 1 KCHP potřebuje „příjemné jednání personálu“, 2 KCHP potřebují „dobrou náladu“, 1 KCHP potřebuje ke zlepšení psychické pohody „pochvalu od sester a RHB pracovníků“. Do **oblasti sociálních potřeb** byla dána v 15 případech „rodina a přátelé“ ti všichni přispívají ke zlepšení psychické pohody.

Graf 9



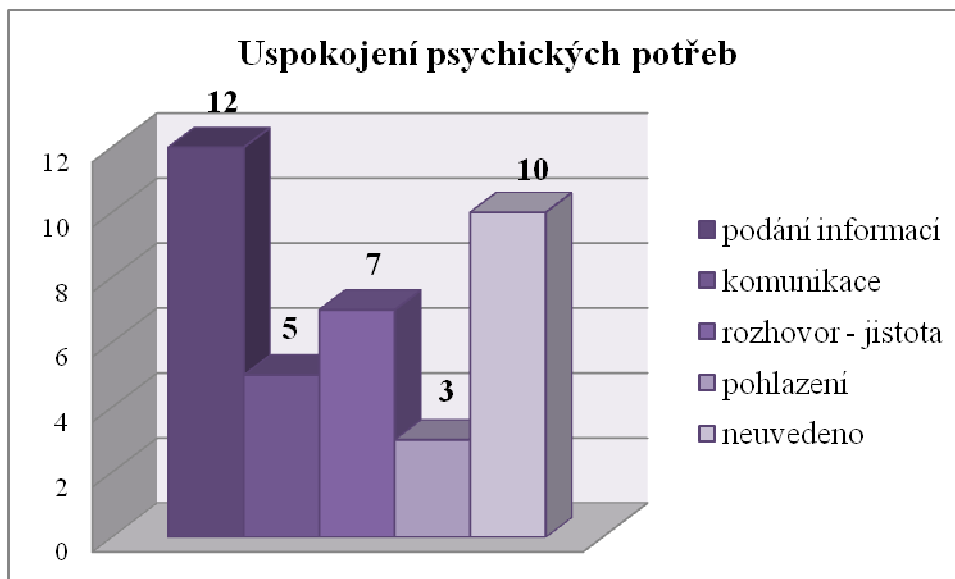
Z celkového počtu 30 KCHP s dehiscencí rány odpovědělo 18 (60 %) KCHP, že u nich v souvislosti s ránou převládají biologické potřeby, 9 (30 %) KCHP zaškrtnulo psychické potřeby, 3 (10 %) KCHP odpověděli sociální potřeby a spirituální potřeby se nevyskytují - 0 (0 %) KCHP.

Graf 10



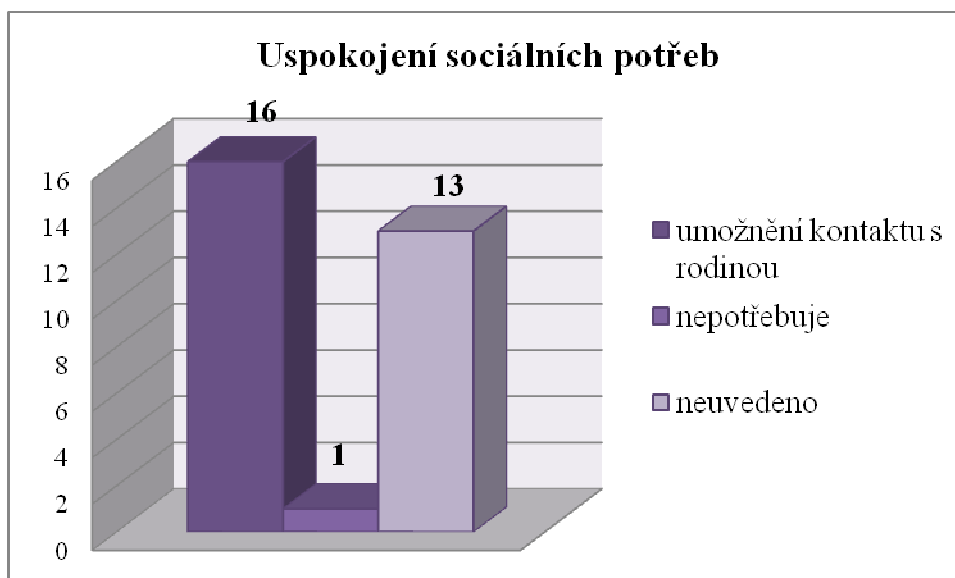
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Biologické potřeby KCHP s dehisencí rány jsou uspokojeny následovně: 4 KCHP uvedli „uspokojení základních potřeb“, 15 KCHP má biologické potřeby uspokojeny v souvislosti „s péčí o ránu“. 1 KCHP uvedl, že tyto potřeby jsou uspokojeny na základě „péče o bolest“. „Strava“ v souvislosti s uspokojováním biologických potřeb byla zastoupena ve 2 případech a 1 KCHP má biologické potřeby uspokojeny v souvislosti s „hygienou“. 9 KCHP s dehisencí rány „neuveďlo“, jak jsou u nich biologické potřeby uspokojovány.

Graf 11



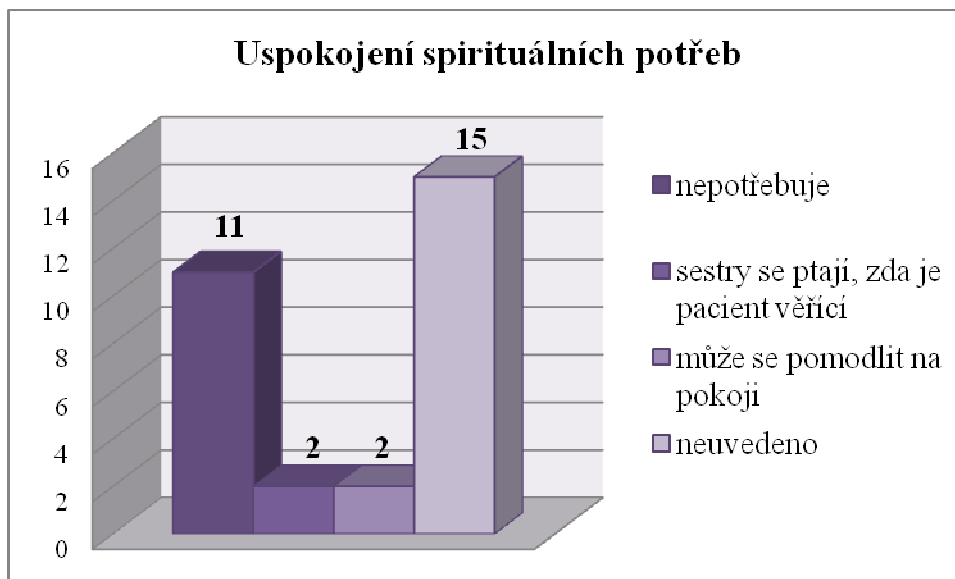
Uspokojení psychických potřeb byla otevřená otázka, ve které mohli KCHP vyjádřit vlastní názor. Výsledky uvádějí jejich četnost. Psychické potřeby KCHP s komplikací dehiscence rány jsou uspokojovány „podáním informací“, což uvedlo 12 KCHP. V 5 případech jsou uspokojeny psychické potřeby pomocí „komunikace“, 7 KCHP uvedlo, že psychické potřeby mají uspokojeny prostřednictvím „rozhovoru se sestrou, pacienti uvedli, že jim rozhovor dává jistotu“. 3 KCHP potřebují „pohlazení“ od sestry, aby měli upokojeny psychické potřeby, a 10 KCHP „neuvedlo“, jak mají uspokojeny psychické potřeby.

Graf 12



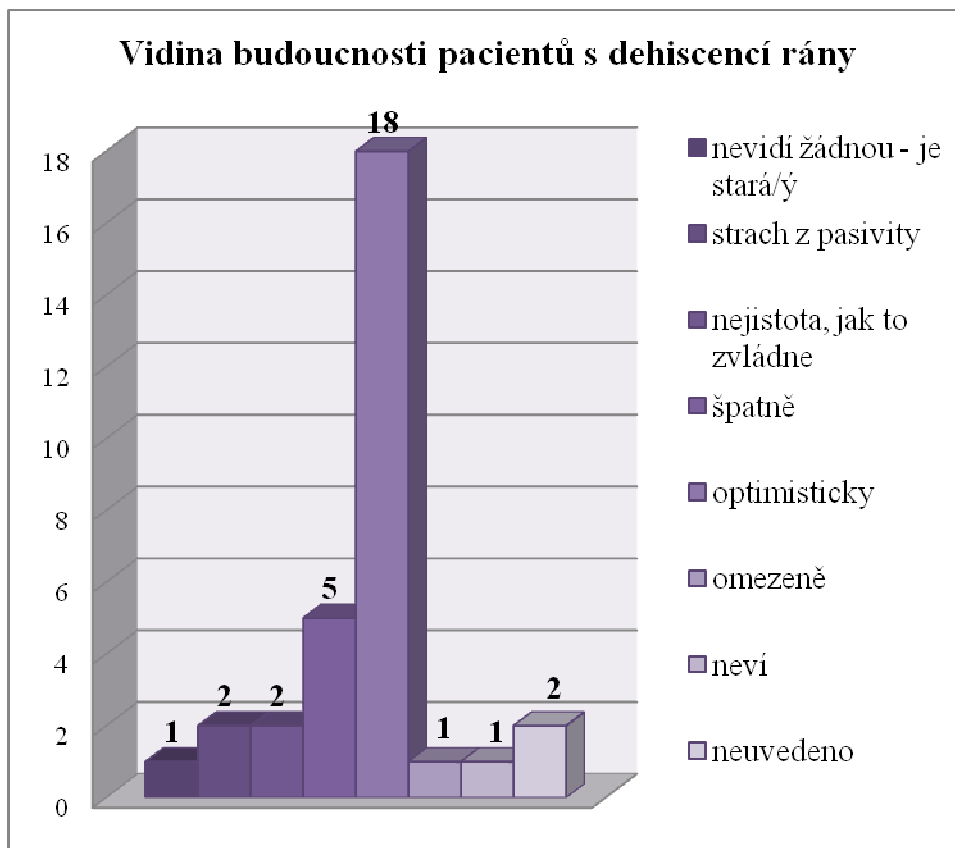
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s dehiscencí operační rány mají uspokojeny sociální potřeby pomocí zdravotnického personálu, který jim „umožní kontakt s rodinou“, což potvrdilo 16 KCHP. 1 KCHP „nepotřebuje“ uspokojit sociální potřeby a 13 KCHP s dehiscencí operační rány „neuveďlo“, jak mají uspokojeny sociální potřeby.

Graf 13



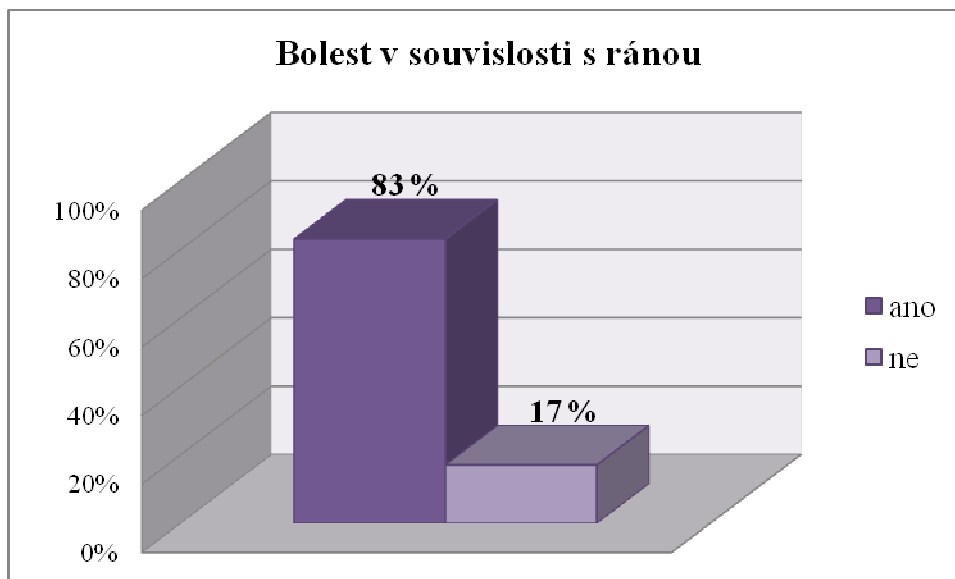
Uspokojení spirituálních potřeb byla otevřená otázka, ve které mohli KCHP vyjádřit vlastní názor. Výsledky uvádějí jejich četnost. Podle KCHP s dehisencí rány jsou uspokojovány spirituální potřeby ze strany sester takto: 2 KCHP uvedli, že tyto potřeby mají uspokojeny v souvislosti s tím, že „se jich sestry ptají, zda jsou věřící“. 2 KCHP napsali, že spirituální potřeby mají uspokojeny díky tomu, že se „můžou pomodlit na pokoji“, a 15 KCHP s komplikací dehiscence rány „neuveďlo“, jak mají uspokojeny spirituální potřeby, a 11 KCHP „nepotřebuje“ uspokojit tyto potřeby, protože jsou „nevěřící“.

Graf 14



Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. 1 KCHP s komplikací dehiscence rány „nevidí žádnou budoucnost, protože je stará/ý“. 2 KCHP uvedli, že mají „strach z pasivity“, dále pak 2 odpovědi byly zastoupeny tím, že KCHP s komplikací „pociťují nejistotu, jak to zvládnou“. 5 KCHP uvedlo, že svou budoucnost vidí „špatně“, 18 vidí budoucnost „optimisticky“. 1 KCHP uvedl, že vidina budoucnosti je „omezená“, dále pak 1 KCHP „neví“, jak bude vypadat budoucnost, a 2 KCHP „neuvedli“, jak může komplikace dehiscence rány ovlivnit jejich budoucnost.

Graf 15



25 (83 %) KCHP s komplikací dehiscence operační rány pociťuje bolest v souvislosti s ránou a 5 (17 %) KCHP nepociťuje bolest v souvislosti s touto komplikací.

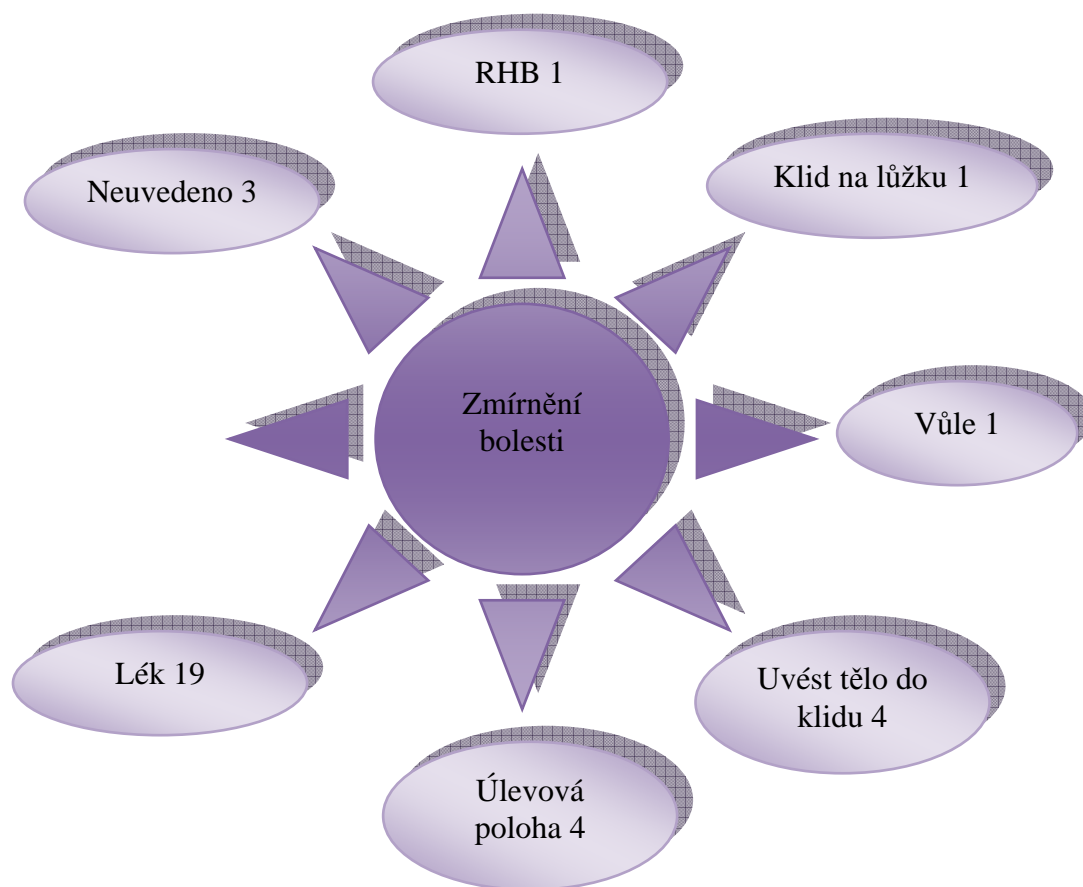
Tabulka 9 Výskyt bolesti

	Počet odpovědí KCHP
Neustále (celý den)	3
Při převazu rány	9
Při změně polohy	11
Při námaze	6
Při chůzi po chodbě	3
Při RHB	1
Při ošetřování, kdy lékař provádí čištění rány	4
Jindy (odkašlávání, změna počasí)	3
Celkový výskyt	40

„U výskytu bolesti“ v souvislosti s ránou byla otázka s více nabídkami, zde mohli KCHP zaškrtnout více odpovědí. Výsledky uvádějí jejich četnost. Z 25 KCHP

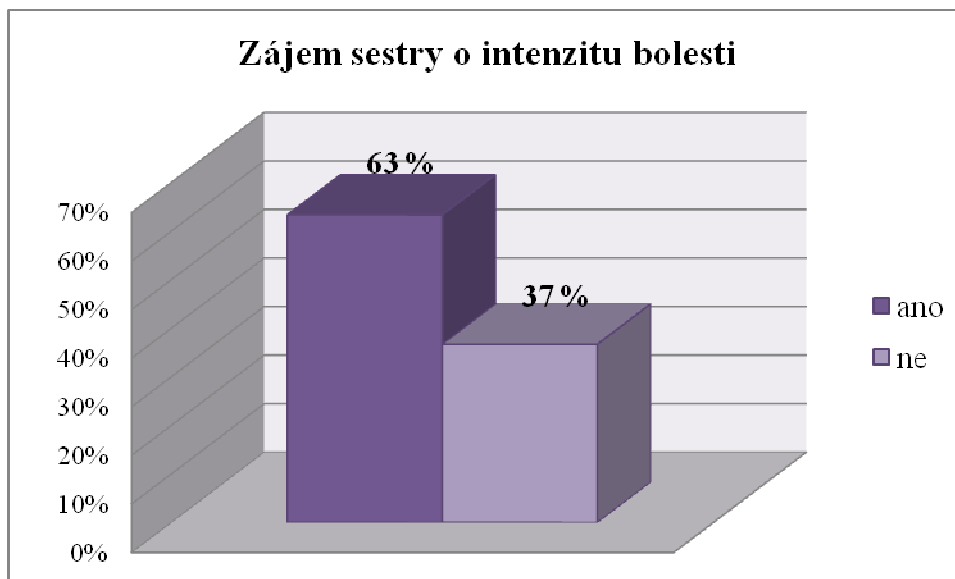
s komplikací dehiscence operační rány, kteří odpověděli ano, 3 KCHP uvedli, že pociťují bolest v souvislosti s ránou neustále (celý den), 9 KCHP při převazu rány a 11 KCHP při změně polohy. 6 KCHP pociťuje bolest při námaze, 3 při chůzi po chodbě a 1 při rehabilitaci. Dále 4 KCHP uvedli, že pociťují bolest při ošetření rány, kdy lékař provádí čištění rány, 3 KCHP uvedli jindy, a to v souvislosti s „odkašláváním a při změně počasí“.

Schéma 4 Zmírnění bolesti



Vlastní názor KCHP s dehiscencí operační rány vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP ke zmírnění bolesti potřebují „RHB“, což potvrdil 1 KCHP, 1 KCHP pomáhá ke snížení bolesti „klid na lůžku“. 1 KCHP s dehiscencí rány uvedl, že mu „vůle“ pomáhá ke snížení bolesti. Dále pak 4 KCHP odpověděli, že jim pomáhá „uvést tělo do klidu“, a 4 KCHP pomáhá „úlevová poloha. Dále 19 KCHP ke zmírnění bolesti potřebuje „lék“. 3 KCHP „neuvedli“, co jim pomáhá s komplikací dehiscence operační rány zmírnit bolest.

Graf 16



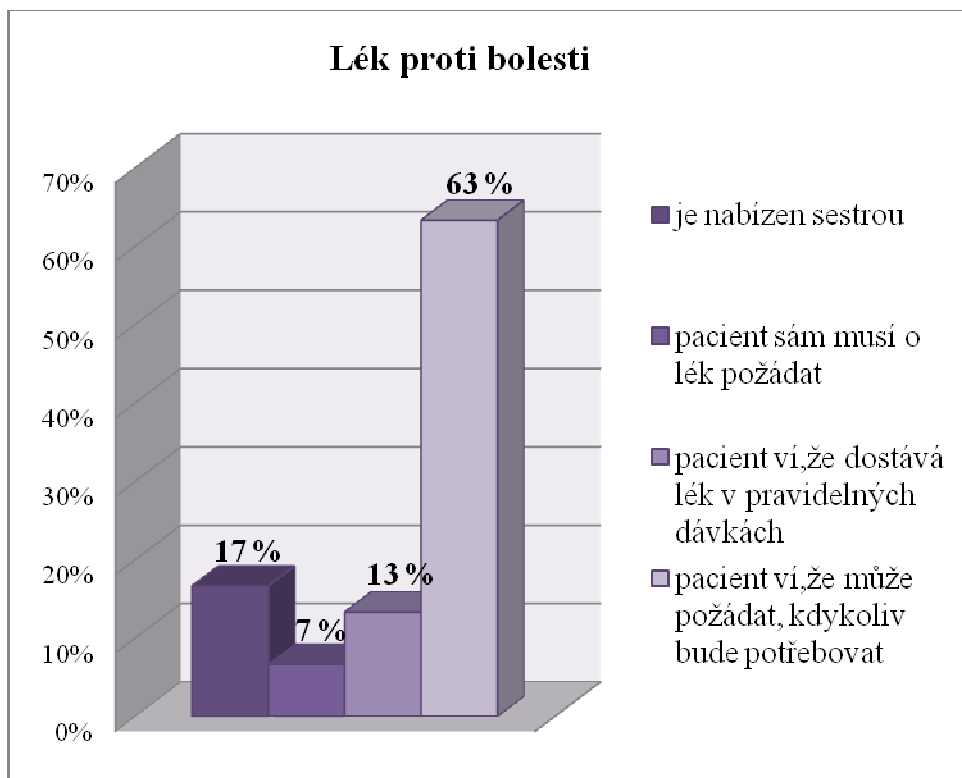
Podle vyjádření 19 (63 %) KCHP s dehiscencí rány má sestra zájem o intenzitu jejich bolesti a 11 (37 %) KCHP s dehiscencí rány uvedlo, že se sestra nezajímá o intenzitu jejich bolesti.

Tabulka 10 Způsob projevu zájmu o bolest

	Počet odpovědí KCHP
VAS škála	2
Kladení otázky	5
Ptá se	12
Sleduje reakce	2
Celkový výskyt	21

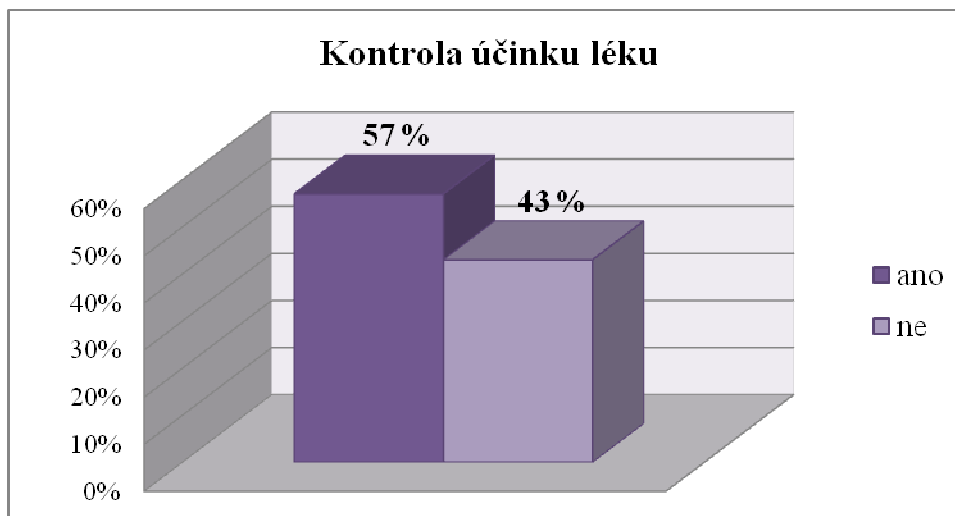
19 KCHP, kteří odpověděli ano, vlastní názor vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s dehiscencí operační rány uvedli, že sestra projevuje zájem o jejich bolest tím, že u 2 KCHP „používá VAS škálu“, 5 KCHP uvedlo, že jim sestra „klade otázky“, a 12 KCHP odpovědělo, že se sestra „ptá“ na sílu jejich bolesti. Dále 2 KCHP uvedli, že sestra „sleduje jejich reakce“ spojené s intenzitou bolesti.

Graf 17



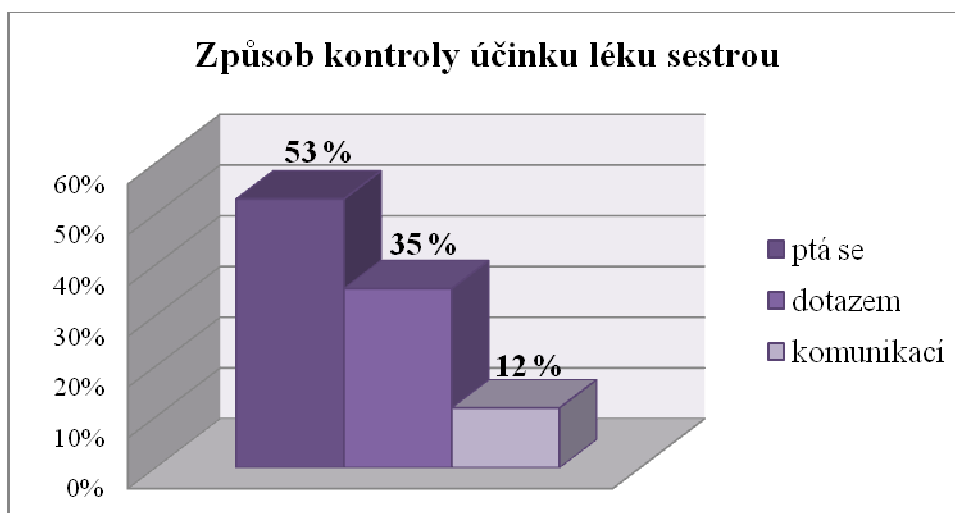
Z celkového počtu 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí operační rány uvedlo, 5 (17 %) KCHP, že jim sestra sama nabízí lék proti bolesti, 2 (7 %) KCHP si musí sami požádat o lék. 4 (13 %) KCHP vědí, že dostávají lék proti bolesti v pravidelných dávkách a 19 (63 %) KCHP ví, že můžou požádat sestru, kdykoliv budou potřebovat.

Graf 18



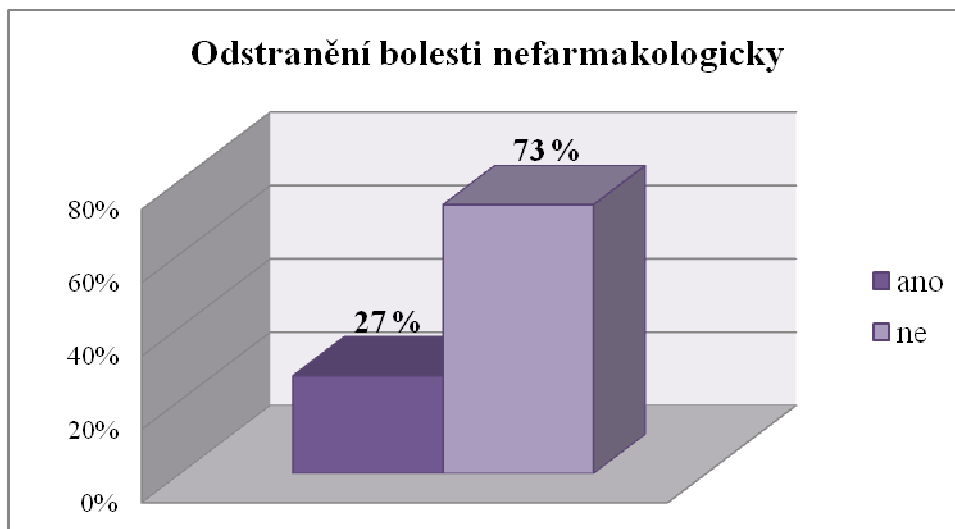
Podle odpovědí KCHP s komplikací dehiscence rány v 17 (57 %) případech u nich kontroluje sestra účinek léku a 13 (43 %) KCHP uvedlo, že u nich sestra nekontroluje účinek léku proti bolesti.

Graf 19



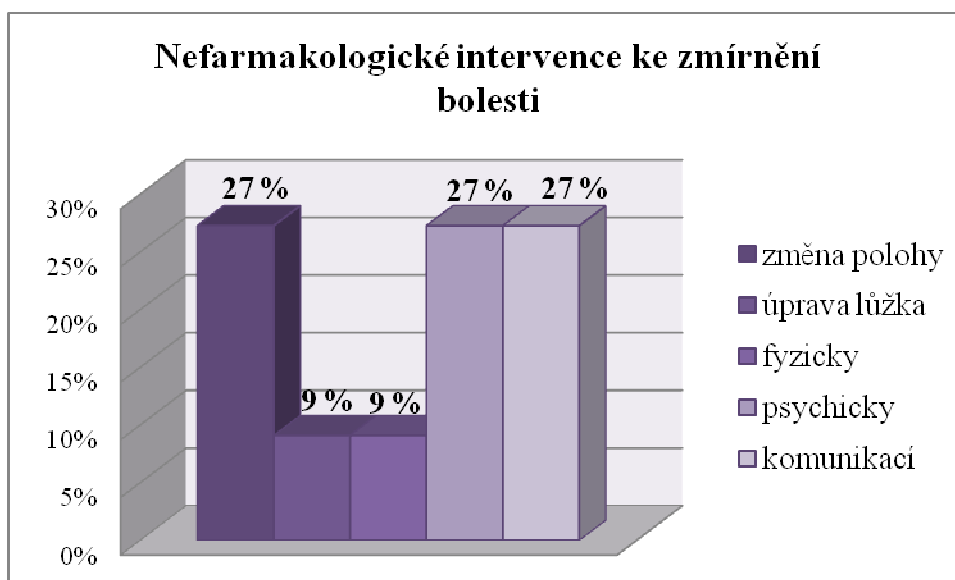
Ze 17 KCHP, kteří odpověděli ano, 9 (53 %) KCHP uvedlo, že sestra kontroluje účinek léku proti bolesti „častými dotazy“, 6 (35 %) KCHP uvedlo, že se „dotazuje“ na účinek, a 2 (12 %) KCHP odpověděli, že s nimi sestra „komunikuje“ ohledně účinku léku.

Graf 20



Sestra KCHP s komplikací dehiscence rány v 8 (27 %) případech odstraňuje bolest jinou formou než lékem a 22 (73 %) KCHP uvedlo, že sestra u nich neodstraňuje bolest jinou formou než farmakologicky.

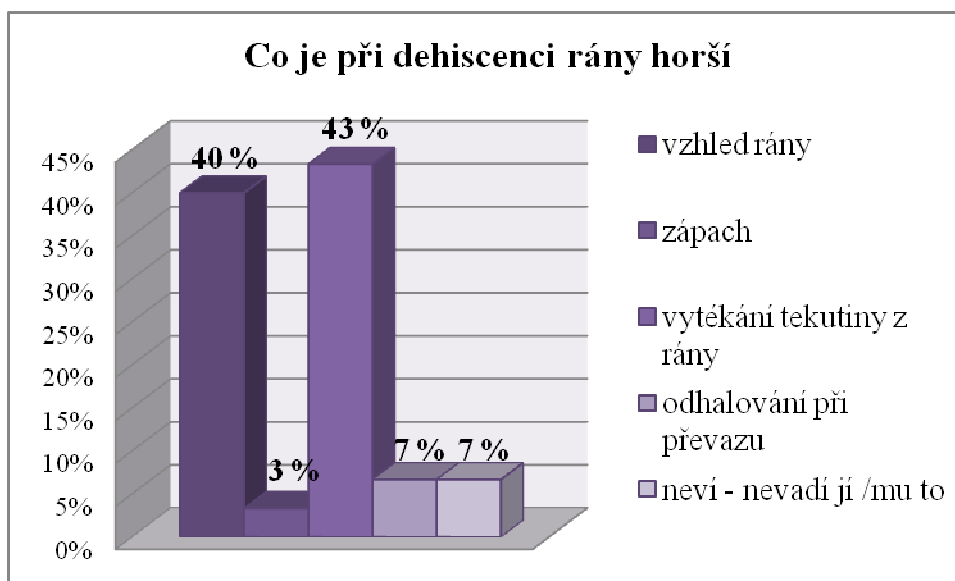
Graf 21



Z 8 KCHP s dehiscencí rány, kteří odpověděli ano, 3 (27 %) KCHP uvedli, že jim sestra pomáhá odstranit bolest „změnou polohy“, 1 (9 %) KCHP odpověděl, že mu sestra

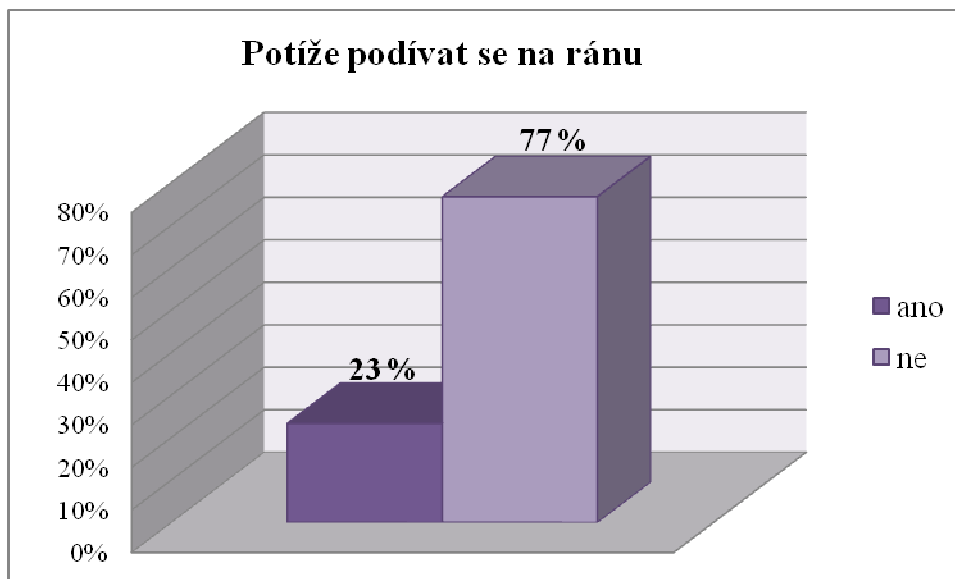
„upraví lůžko“. 1 (9 %) KCHP sestra odstraňuje bolest „fyzicky“. U 3 (27 %) KCHP odstraňuje sestra bolest „psychicky“. 3 (27 %) KCHP napsali, že u nich sestra používá k odstranění bolesti „komunikaci“.

Graf 22



Pro 12 (40 %) KCHP s komplikací dehiscence rány je horší vzhled rány. Pro 1 (3 %) KCHP je horší zápach rány, pro 13 (43 %) KCHP je horší vytékání tekutiny z rány, která je postižena dehiscencí. 2 (7 %) KCHP odpověděli, že je horší odhalení při převazu rány, a 2 (7 %) KCHP neví, jelikož jim nic nevadí.

Graf 23



Z celkového počtu 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí rány 7 (23 %) KCHP uvedlo, že má problém podívat se na ránu, a 23 (77 %) KCHP nemá problém podívat se na ránu, která je postižena dehiscencí.

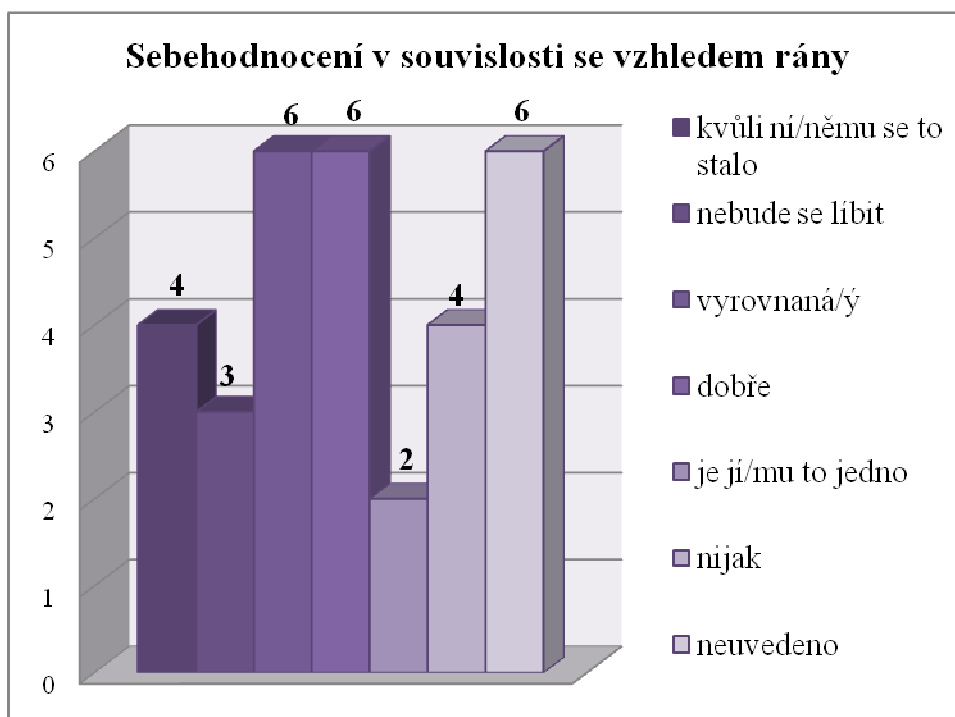
Tabulka 11 Důvod potíží pohledu na ránu

	Počet odpovědí KCHP
Veliká	1
Ošklivá	3
Strach	1
Vyvolání pocitu na zvracení	2
Obava ze zhoršení stavu	1
Šok	1
Celkový výskyt	9

Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Ze 7 KCHP s dehiscencí operační rány, kteří odpověděli ano, má 1 KCHP potíže podívat se

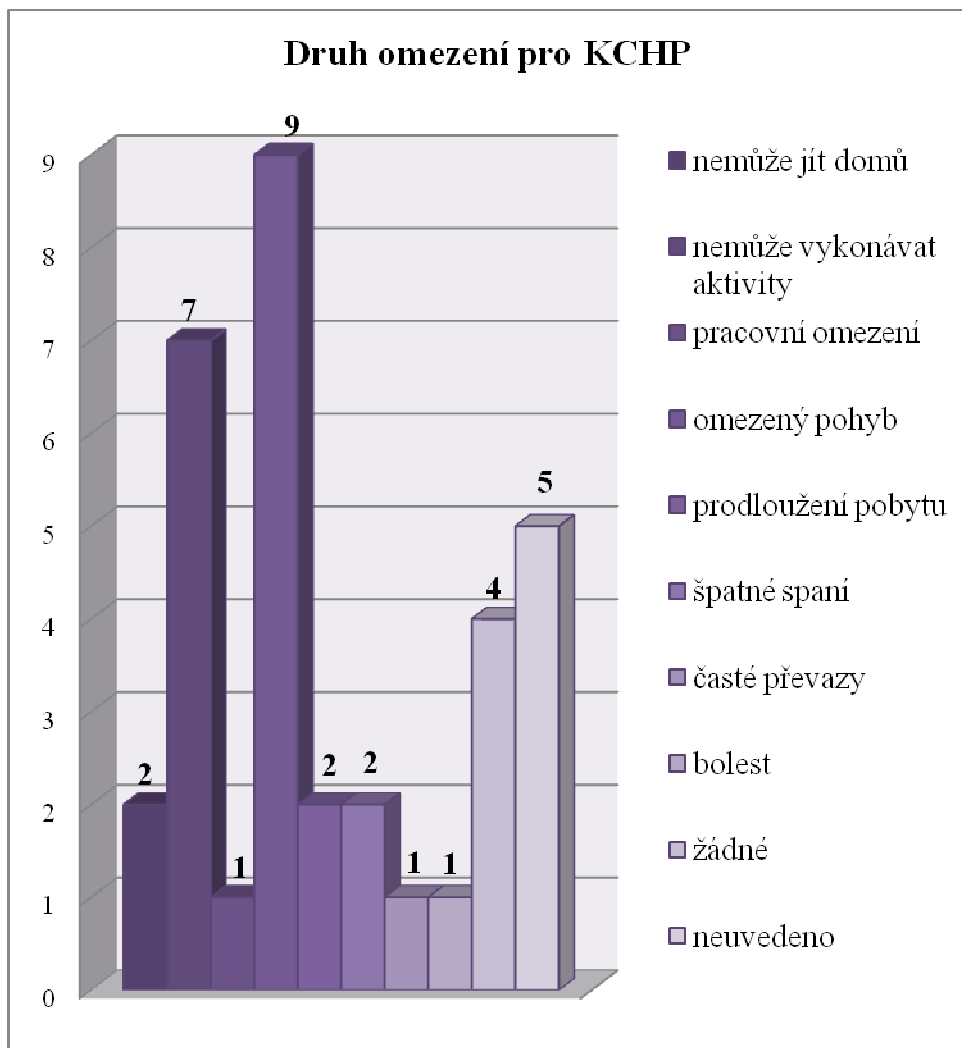
na ránu, protože je „veliká“, 3 KCHP odpověděli, že je rána „ošklivá“, a 1 KCHP „má strach“. Dále pak KCHP uvedli, že jim dělá potíže podívat se na ránu v souvislosti s tím, že v nich „pohled vyvolá pocit na zvracení“, což potvrzují 2 KCHP, 1 KCHP má „obavu ze zhoršení stavu“ a 1 KCHP bude mít „šok“, pokud se podívá na ránu, která je postižena dehiscencí.

Graf 24



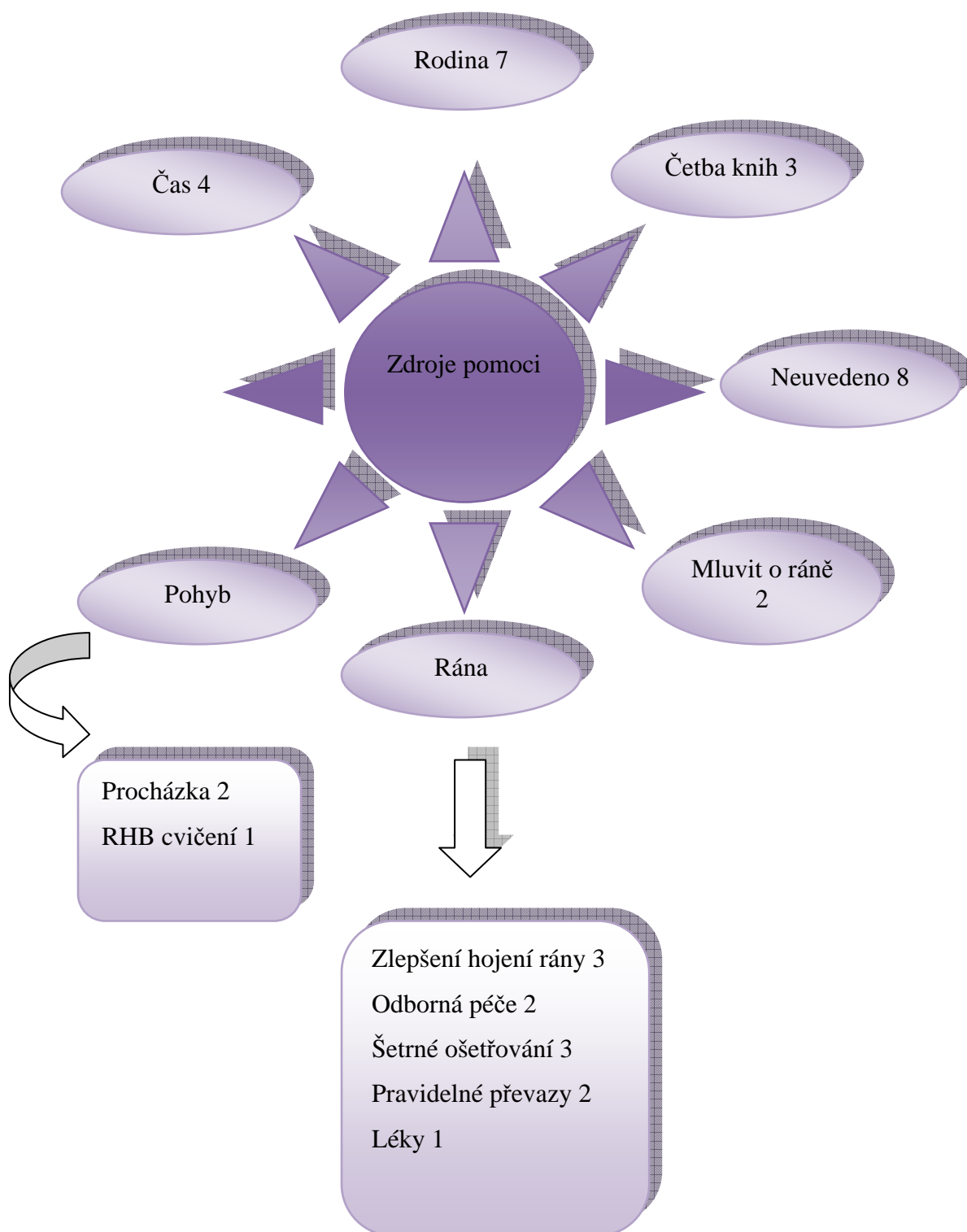
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. V souvislosti se vzhledem rány se KCHP hodnotili takto: 4 KCHP si tuto komplikaci „zavinili sami“. 3 KCHP si myslí, že se „nebudou líbit“, 6 KCHP se s touto komplikací „vyrovna“, 6 KCHP se ohodnotilo „dobře“ a 2 KCHP je „jedno“, jak vypadají. Dále pak 4 KCHP uvedli, že se „nijak“ nehodnotí, a 6 KCHP s komplikací dehiscence rány „neuvedlo“, jak jim tato komplikace ovlivní život.

Graf 25



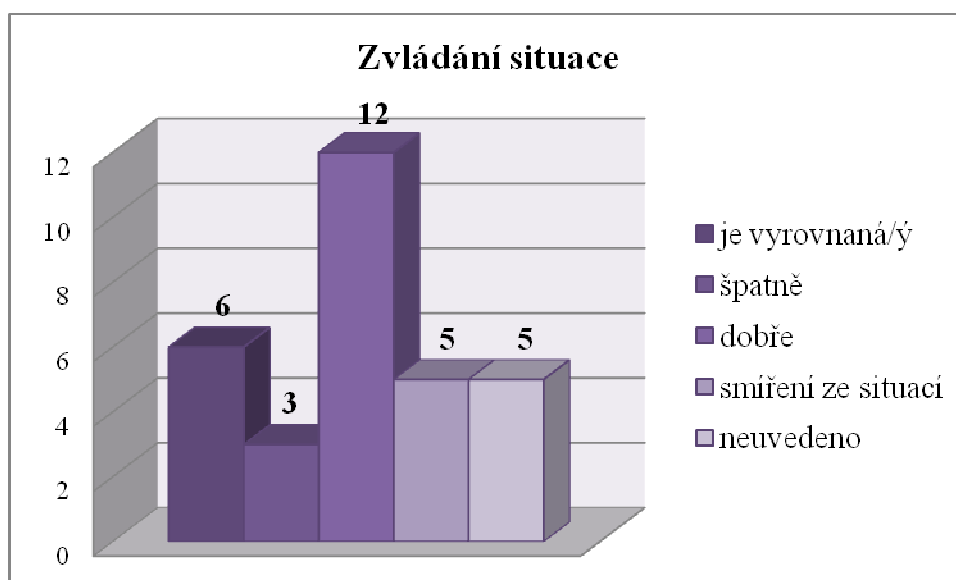
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Za omezení považují KCHP s dehiscencí rány to, že „nemůžou jít domů“, jak potvrdili 2 KCHP, 7 KCHP nemůže „vykonávat aktivity“, 1 KCHP komplikace přinesla „pracovní omezení“. 9 KCHP má „omezený pohyb“ a 2 KCHP přinesla dehiscence rány „prodloužený pobyt v nemocnici“. 2 KCHP uvedli, že dehiscence rány způsobuje „špatné spaní“, 1 KCHP vidí omezení „v častých převazech“ a 1 KCHP dehiscence přináší „bolest“, ve které vidí omezení. 4 KCHP nevidí „žádné“ omezení v souvislosti s komplikací a 5 KCHP s touto komplikací „neuvedlo“, jaká omezení jim dehiscence přináší.

Schéma 5 Zdroje pomoci



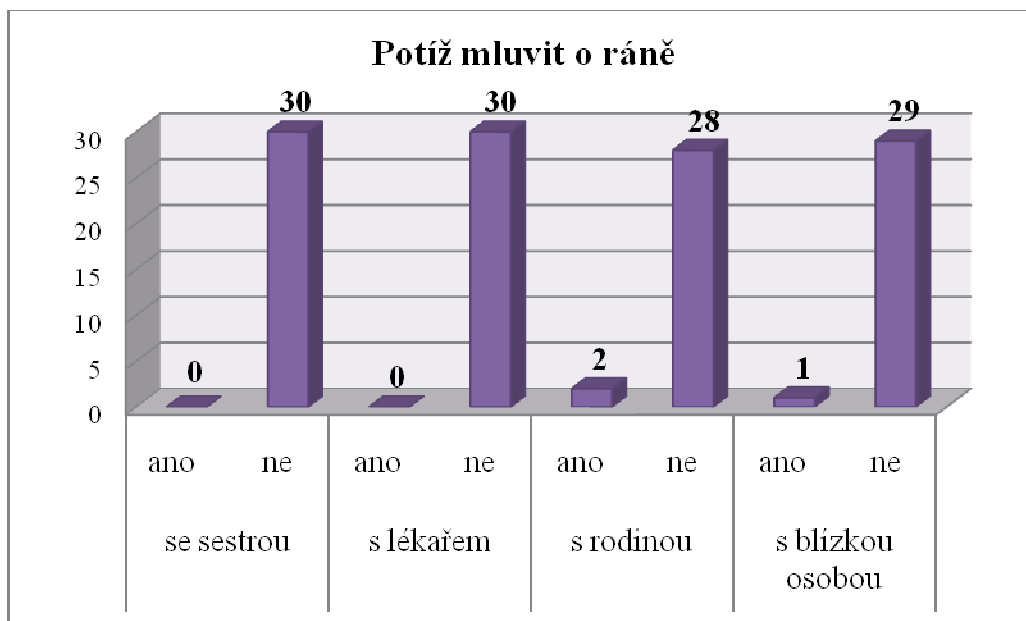
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s dehiscencí operační rány nejvíce pomáhá v souvislosti s ránou „čas“, jak uvedli 4 KCHP, dále pak v 7 případech „rodina“ a ve 3 případech „četba knih“. 2 KCHP pomáhá v souvislosti s ránou „mluvit o ní“. Dále KCHP pomáhá v souvislosti s ránou pohyb, a to ve 2 případech „procházka“ a v 1 případě „RHB cvičení“. Dále je to rána, a to ve 3 případech „zlepšení rány“, ve 2 případech pomáhá „odborná péče“, 3 KCHP uvedli „šetrné ošetřování rány“, 2 KCHP napsali „pravidelné převazy“ a 1 KCHP uvedl „léky“, které mu pomáhají v souvislosti s ránou. 8 KCHP „nevedlo“, co jim pomáhá v souvislosti s ránou.

Graf 26



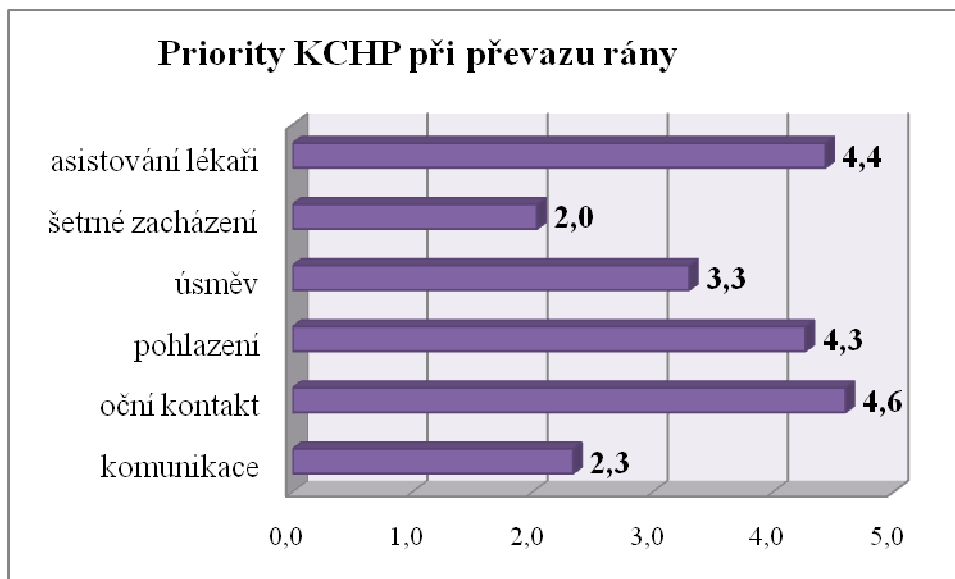
Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. KCHP s dehiscencí operační rány zvládají svou situaci tak, že 6 KCHP je s komplikací „vyrovnáno“, 3 svou situaci zvládají „špatně“. 12 KCHP uvádí, že tuto komplikaci zvládá „dobře“, 5 KCHP je „smířeno ze situací“ a 5 KCHP s dehiscencí operační rány „nevedlo“, jak zvládají situaci.

Graf 27



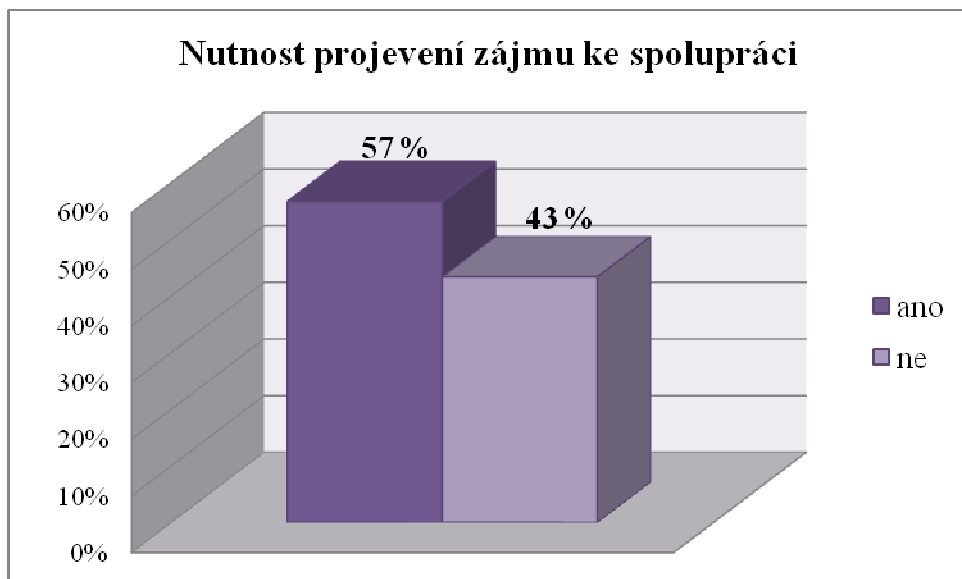
Z celkového počtu 30 dotazovaných KCHP s komplikací dehiscence operační rány uvedlo všech 30 KCHP, že jim nedělá problém mluvit o ráně jak se sestrou, tak i s lékařem. Dále pak 28 KCHP uvedlo, že jim nedělá problém mluvit o ráně s rodinou, 2 KCHP uvedli, že jim dělá problém mluvit o ráně s rodinou. 29 KCHP zaškrtnulo, že jim nedělá problém mluvit o ráně s blízkou osobou, jen 1 KCHP s dehiscencí rány dělá problém mluvit o ráně s blízkou osobou.

Graf 28



Všech 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí operační rány mělo seřadit vyjmenované priority dle stupnice 1 až 6, kdy 1 znamenala, co nejvíce upřednostňují pacienti u sestry při převazu rány, a 6 znamenala, co nejméně upřednostňují KCHP u sestry při převazu rány. Hodnoty byly zpracovány do váženého průměru. KCHP na prvním místě umístili šetrné zacházení, které dostalo hodnotu **2**. Na druhém místě se umístila komunikace, která obdržela hodnotu váženého průměru **2,3**. Na třetím místě se umístil úsměv, který dostal hodnotu **3,3**. Na čtvrtém místě se umístilo pohlazení, které bylo ohodnoceno číslem **4,3**. Na pátém místě se umístilo asistování lékaři, které dostalo hodnotu váženého průměru **4,4**, a na šestém místě, což je nejméně důležitá priorita, se umístil oční kontakt, který obdržel hodnotu **4,6**.

Graf 29



Z celkového počtu 30 KCHP zaškrtnulo 17 (57 %) KCHP, že po něm požaduje zdravotnický personál, aby spolupracoval na léčebném procesu. 13 (43 %) KCHP uvedlo, že nepotřebuje projevení zájmu o něho ze strany zdravotnického personálu k tomu, aby spolupracoval na léčebném procesu.

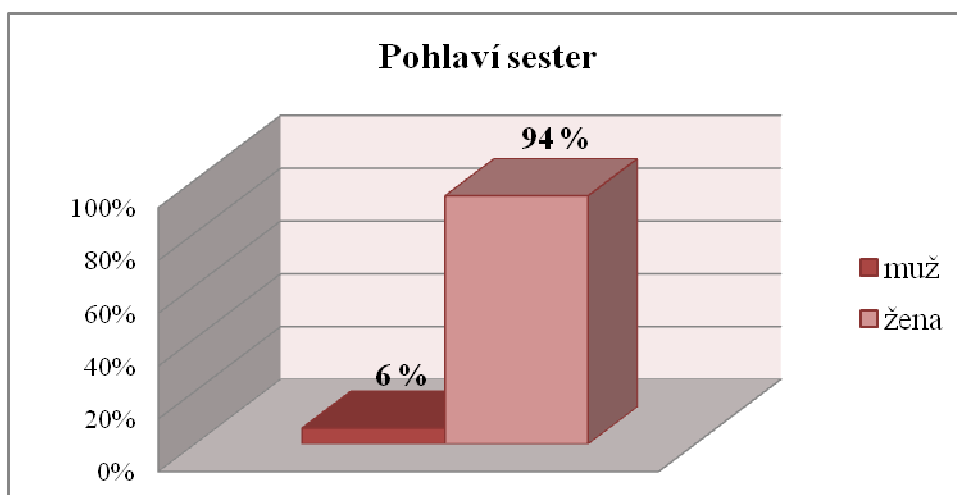
Tabulka 12 Motivační prvky ke spolupráci

	Počet odpovědí KCHP
Motivace	3
Informovanost	2
Komunikace	4
Ochota	1
Vstřícnost	1
Spolupráce	1
Zájem o celého člověka, ne jen o ránu	1
Vlídne zacházení	2
Aktivní přístup	5
Individuální přístup	2
Celkový výskyt	22

Vlastní názor KCHP vyjádřili v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Ze 17 KCHP s komplikací dehiscence operační rány, kteří uvedli ano, potřebují 3 KCHP „motivaci“, aby mohli spolupracovat na léčebném procesu, tak, 2 KCHP požadují „poskytnutí informací“ a 4 KCHP potřebují „komunikaci“. Dále KCHP uvedli, že 1 KCHP potřebuje „ochotu“, 1 „vstřícnost“, 1 „spolupráci“ a 1 „zájem zdravotnického personálu o celého člověka, a nejenom o ránu“, aby spolupracoval. 2 KCHP potřebují „vlídne zacházení“ a 2 KCHP uvedli, že potřebují „individuální přístup“ ze strany zdravotnického personálu, aby mohl spolupracovat na léčebném procesu.

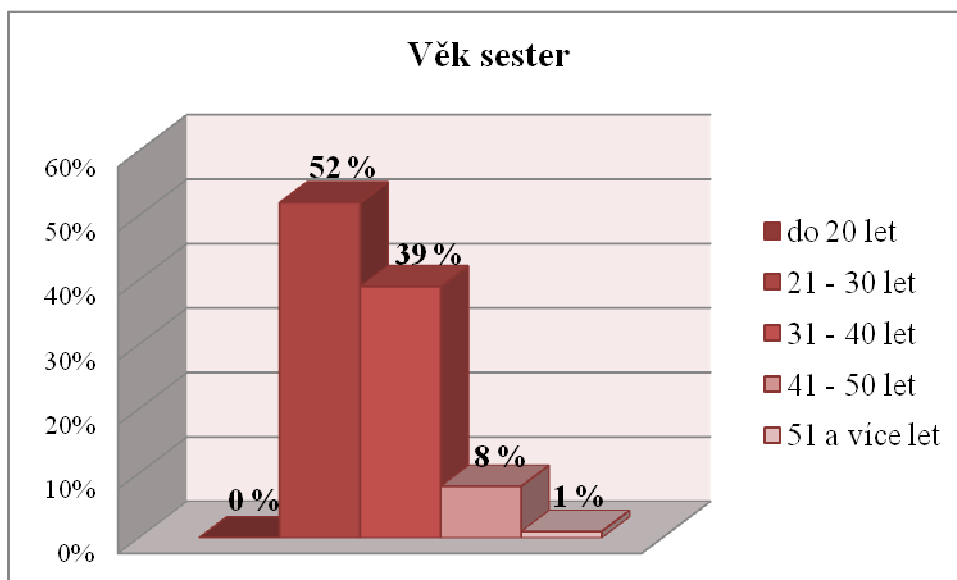
4.3 Výsledky z dotazníků určené sestřám na kardiochirurgických odděleních

Graf 30



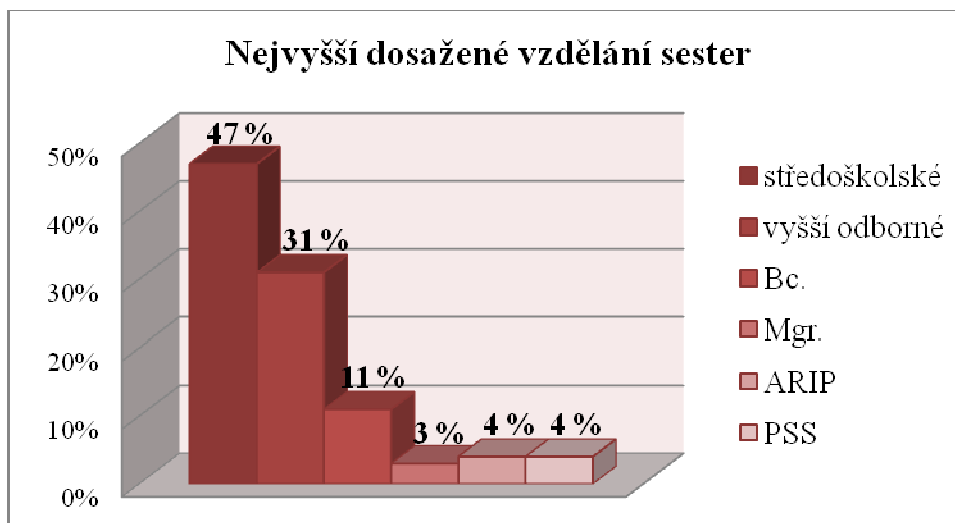
Na kardiochirurgických odděleních pracuje 6 (6 %) mužů a 94 (94 %) žen.

Graf 31



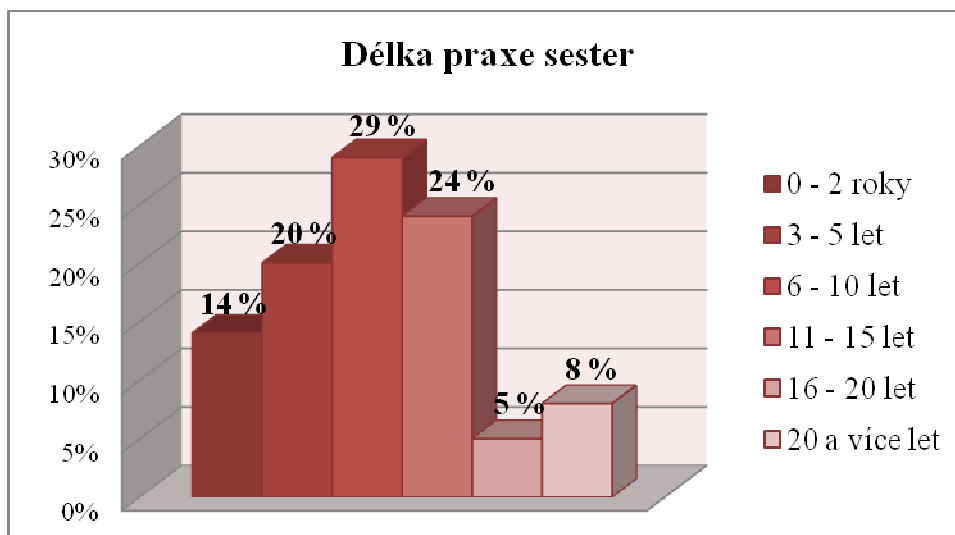
Věkové zastoupení sester na kardiochirurgických odděleních je 0 (0 %) ve věku do 20 let, 52 (52 %) sester od 21 do 30 let, 39 (39 %) sester v rozmezí 31 až 40 let, 8 (8 %) sester od 41 do 50 let a 1 (1 %) sestra mezi 51 a více lety.

Graf 32



Nejvyšší dosažené vzdělání na kardiokirurgických odděleních je středoškolské, to zaškrtlo 47 (47 %) sester, dále pak vyšší odborné, které má 31 (31 %) sester, bakalářské vzdělání uvedlo 11 (11 %) sester, magisterské mají 3 (3 %) sestry, ARIP mají 4 (4 %) sestry a PSS mají 4 (4 %) sestry.

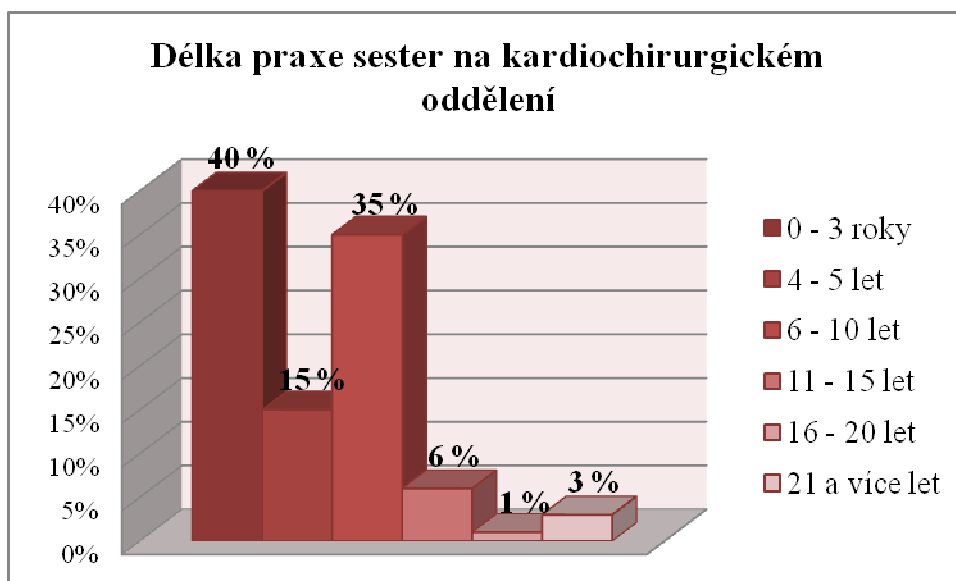
Graf 33



V rozmezí 0 až 2 roky pracuje na kardiokirurgickém oddělení 14 (14 %) sester, ty mají praxi na jiném oddělení či v jiných zdravotnických institucích, 20 (20 %) sester má 3 až

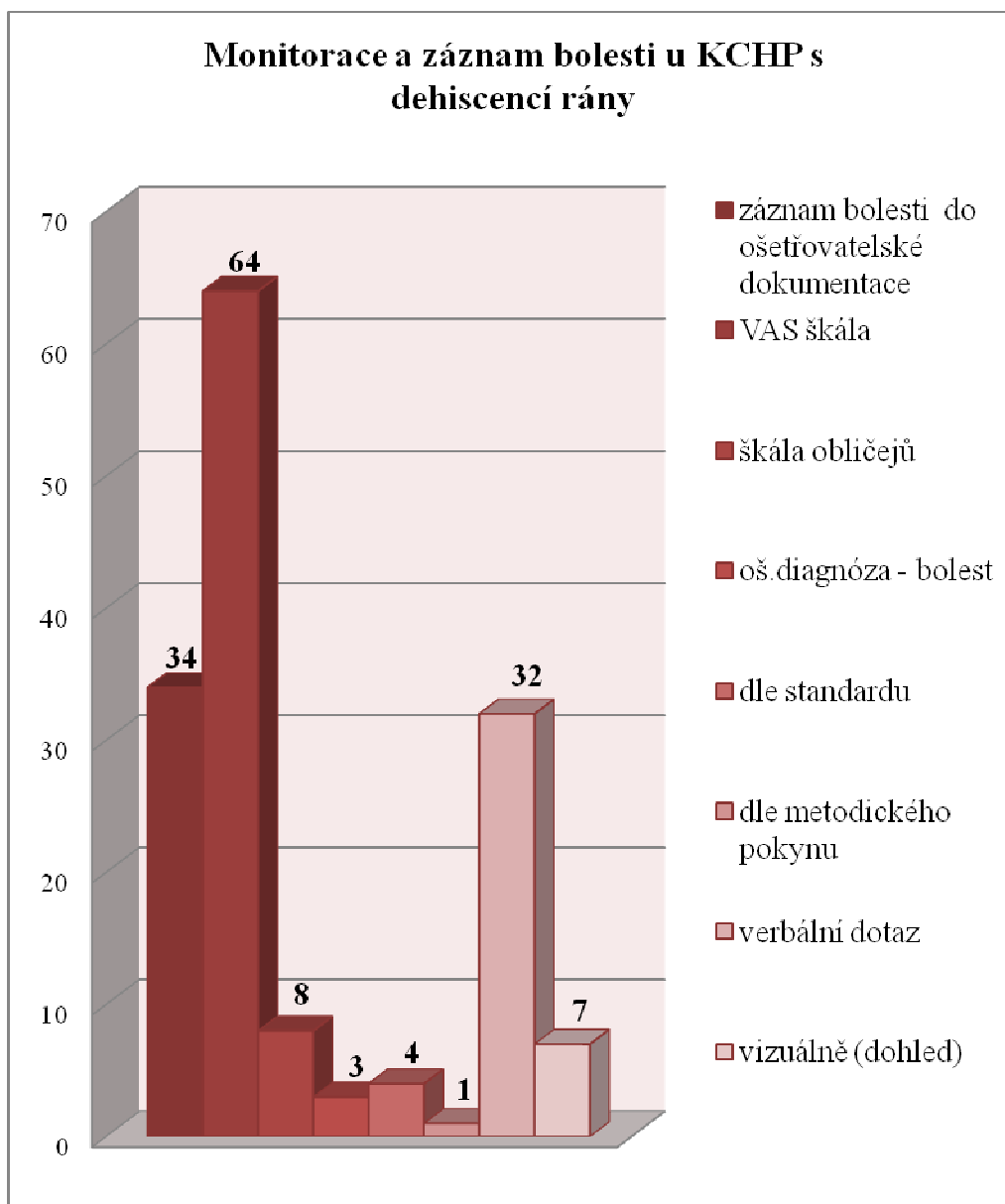
5 letou praxi, dále pak 29 (29 %) sester má praxi mezi 6 až 10 lety, 24 (24 %) sester má 11 až 15 letou praxi, 5 (5 %) sester má praxi 16 až 20 let a 8 (8 %) sester má 20 a víceletou praxi ve zdravotnictví.

Graf 34



Na kardiokirurgických odděleních pracují sestry 0 až 3 roky v zastoupení 40 (40 %) sester, 15 (15 %) sester pracuje 4 až 5 let, 35 (35 %) sester pracuje 6 až 10 let, 6 (6 %) sester na kardiokirurgickém oddělení pracuje 11 až 15 let, 1 (1 %) sestra pracuje 16 až 20 let a 3 (3 %) sestry pracují 21 a více let.

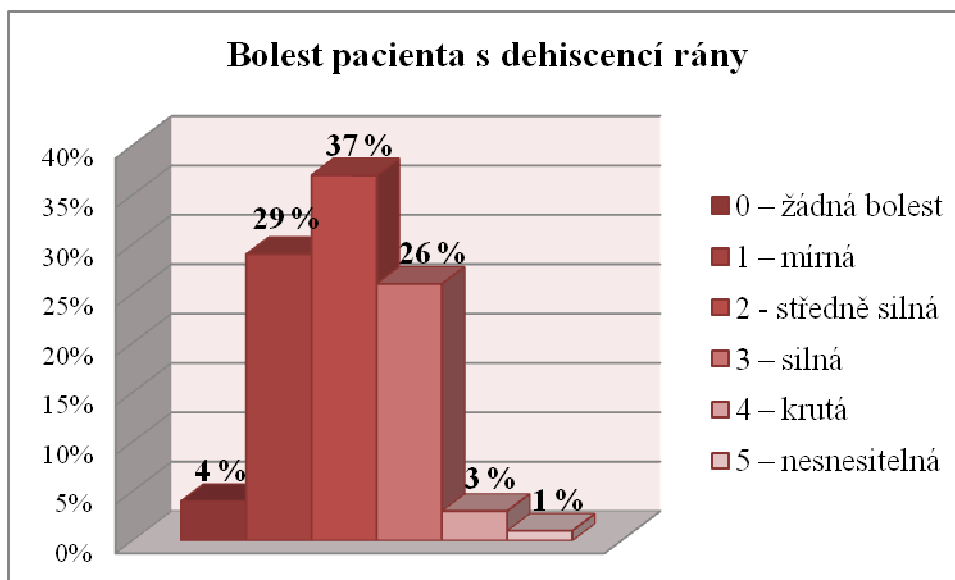
Graf 35



Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry monitorují a zaznamenávají u KCHP s dehiscencí rány ve 34 případech „záznamem bolesti do ošetrovatelské dokumentace“, 64 sester odpovědělo „VAS škálou“, „škálu obličejů“ používá 8 sester, „ošetrovatelskou diagnózu bolest“ používají 3 sestry. Dále sestry uváděly, že bolest zaznamenávají a dokumentují „dle standardu“, jak uvedly 4

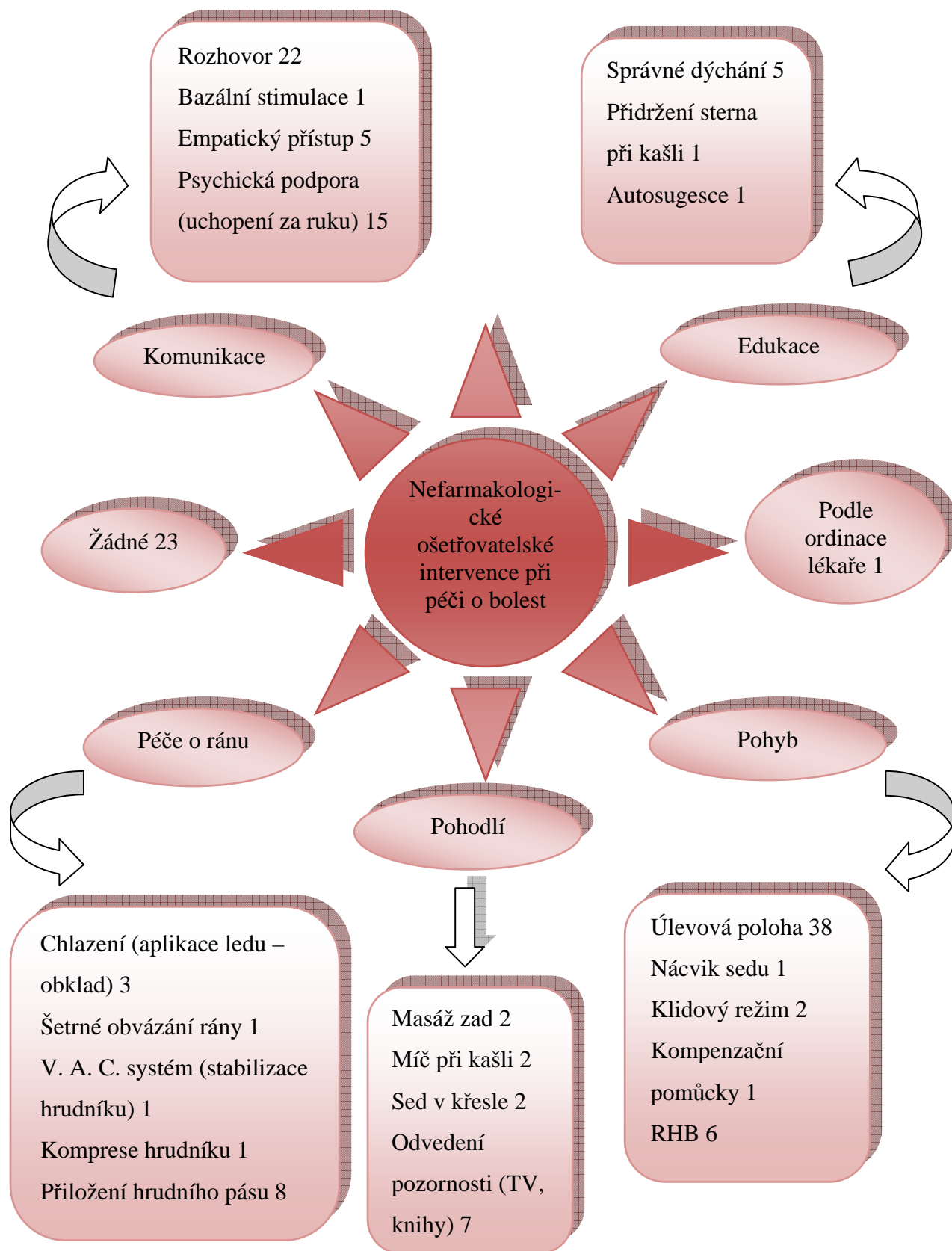
sestry, 1 sestra se řídí „dle metodického pokynu“, „verbální dotaz“ je používán u 32 sester a 7 sester používá „vizuální kontakt“ k monitoraci a záznamu bolesti.

Graf 36



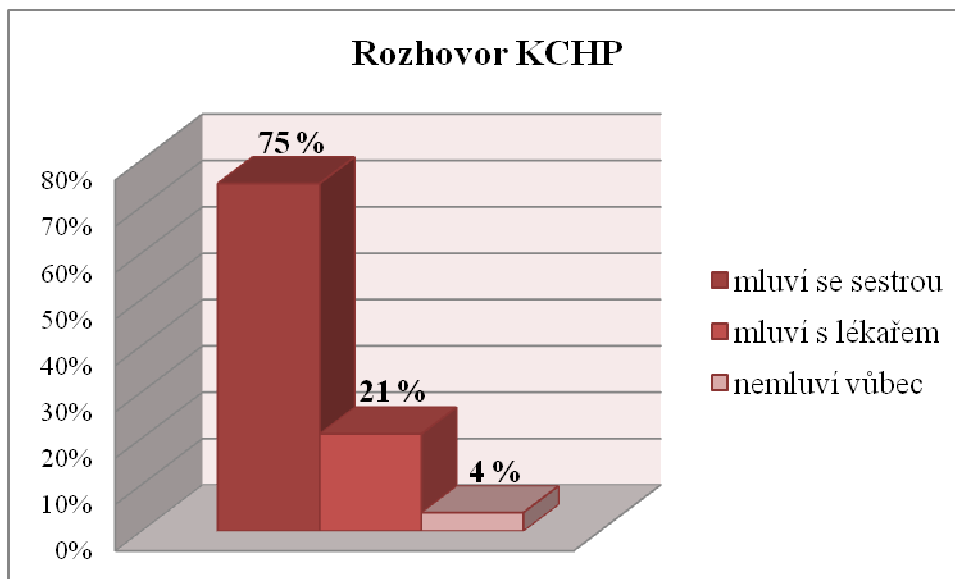
Z celkového počtu 100 sester 4 (4 %) sestry uvedly, že se nesetkaly u KCHP s dehiscencí rány s žádnou bolestí, 29 (29 %) sester se setkalo s mírnou bolestí, středně silná bolest je v zastoupení u 37 (37 %) sester, se silnou bolestí se setkalo 26 (26 %) sester, s krutou 3 (3 %) sestry a s nesnesitelnou bolestí u KCHP se setkala 1 (1 %) sestra.

Schéma 6 Nefarmakologické ošetrovatelské intervence při péči o bolest



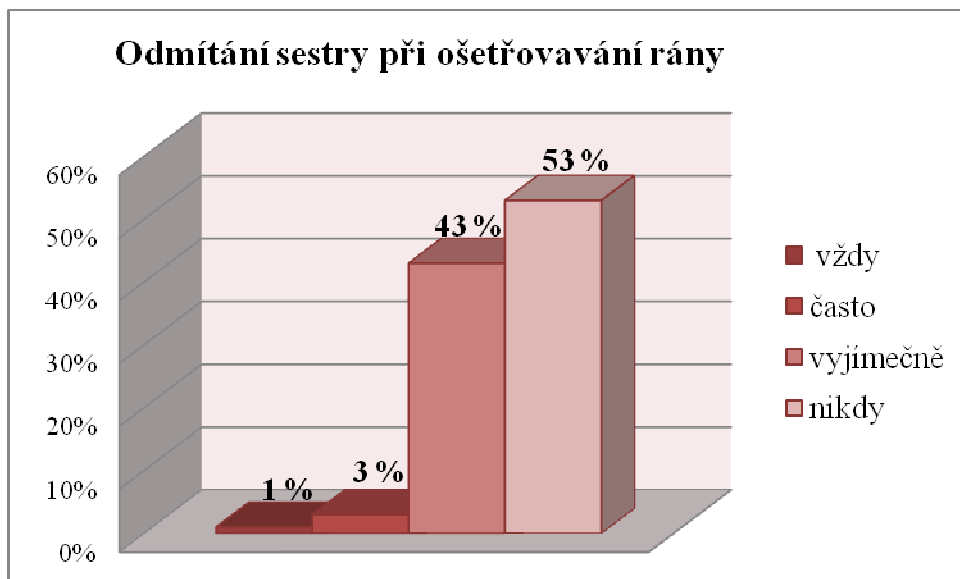
Vlastní odpověď sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry pracující na kardiochirurgickém oddělení používají nefarmakologické ošetrovatelské intervence při péči o bolest, kterou prožívá KCHP s dehiscencí rány. Do ošetrovatelských intervencí zařadily sestry oblasti komunikace, edukace, pohyb, pohodlí, péči o ránu, plnění intervencí „podle ordinace lékaře“, kterou uvedla 1 sestra, a ve 23 případech „nepoužívají žádné“ nefarmakologické ošetrovatelské intervence při péči o bolest KCHP. Do **oblasti komunikace** byl zařazen „rozhovor“, který uvedlo 22 sester, 1 sestra se zmínila o „bazální stimulaci“, „empatický přístup“ byl zastoupen 5 sestrami a „psychickou podporu“ napsalo 15 sester. Do **oblasti edukace** bylo dáno „správné dýchání“, které uvedlo 5 sester, dále 1 sestra napsala „přidržení sternu při kašli“ a 1 sestra „autosugesce“. Do **oblasti pohybu** byla zařazena „úlevová poloha“ v zastoupení 38 sestrami, „návlek sedu“, který zmínila 1 sestra, 2 sestry uvedly „klidový režim“, 1 sestra napsala „kompenzační pomůcky“ a „rehabilitace“ byla zastoupena 6 sestrami. Do **oblasti pohodlí** byla dána „masáž zad“, kterou napsaly 2 sestry, 2 sestry se zmínily o „míči při kašli“, dále „sed v křesle“, který byl vyjádřen 2 sestrami, a 7 sester „odvádí pozornost KCHP, tím, že jim nabídnou TV nebo knihy“. Poslední **oblastí**, která byla zařazena do nefarmakologických ošetrovatelských intervencí, je **péče o ránu**, do které bylo dáno „chlazení“ v zastoupení 3 sester, 1 sestra uvedla „šetrné obvázání rány“, 1 sestra napsala použití „V. A. C. systému, který stabilizuje hrudník“, 1 sestra uvedla „kompresi hrudníku“ a 8 sester se zmínilo o „přiložení hrudního pásu“ jako nefarmakologické ošetrovatelské intervence, které používají při péči o bolest, kterou prožívá KCHP s dehiscencí rány.

Graf 37



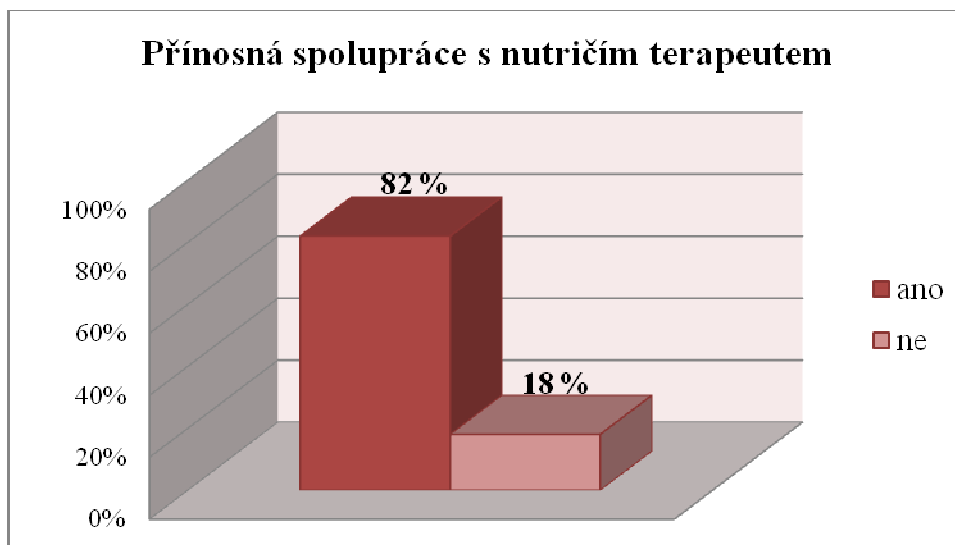
Z celkového počtu 100 sester odpovědělo 75 (75 %) sester, že s ní KCHP s dehiscencí rány mluví o ráně, 21 (21 %) sester uvedlo, že KCHP mluví s lékařem o ráně, a jen 4 (4 %) sestry uvedly, že KCHP o ráně nemluví vůbec.

Graf 38



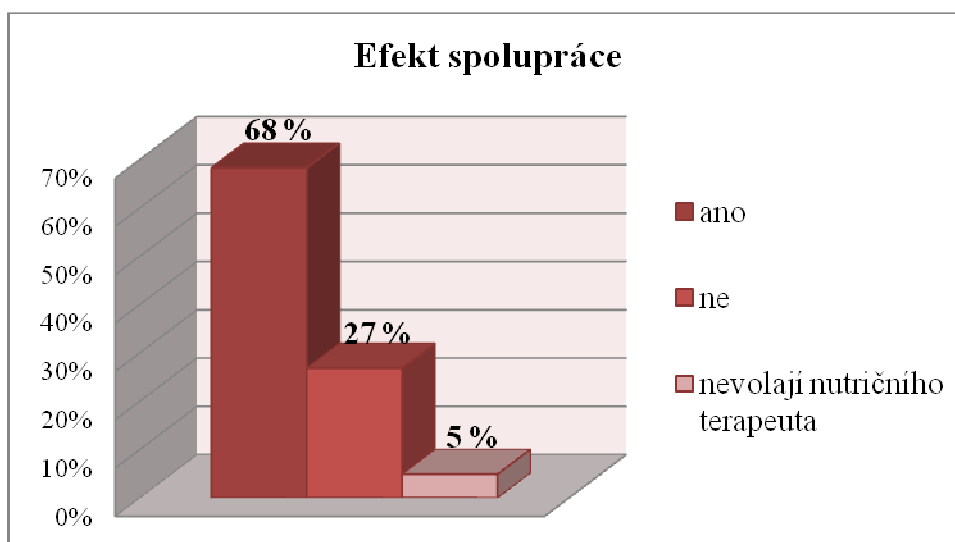
Ze 100 sester, které pracují na kardiochirurgických odděleních označila 1 (1 %) sestra, že ji KCHP s dehiscencí rány vždy odmítnul při převazu rány, často je v zastoupení u 3 (3 %) sester, dále pak sestry uvedly, že 43 (43 %) bylo výjimečně při převazu rány odmítnuto KCHP a 53 (53 %) sester nebylo nikdy KCHP odmítnuto.

Graf 39



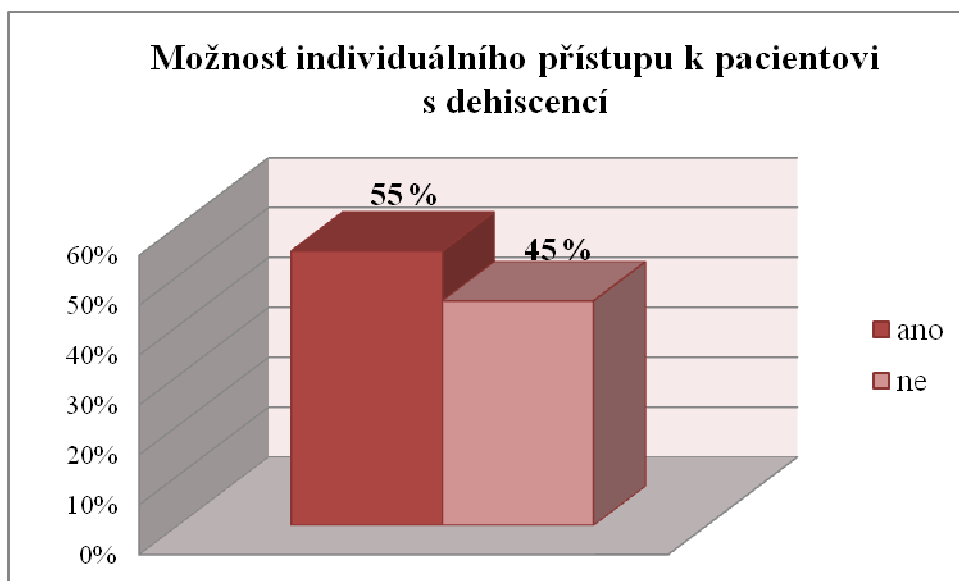
Z celkového počtu 100 sester uvedlo 82 (82 %) sester, že je přínosná spolupráce s nutričním terapeutem pro KCHP s dehiscencí rány, a 8 (18 %) sester uvedlo, že není přínosná.

Graf 40



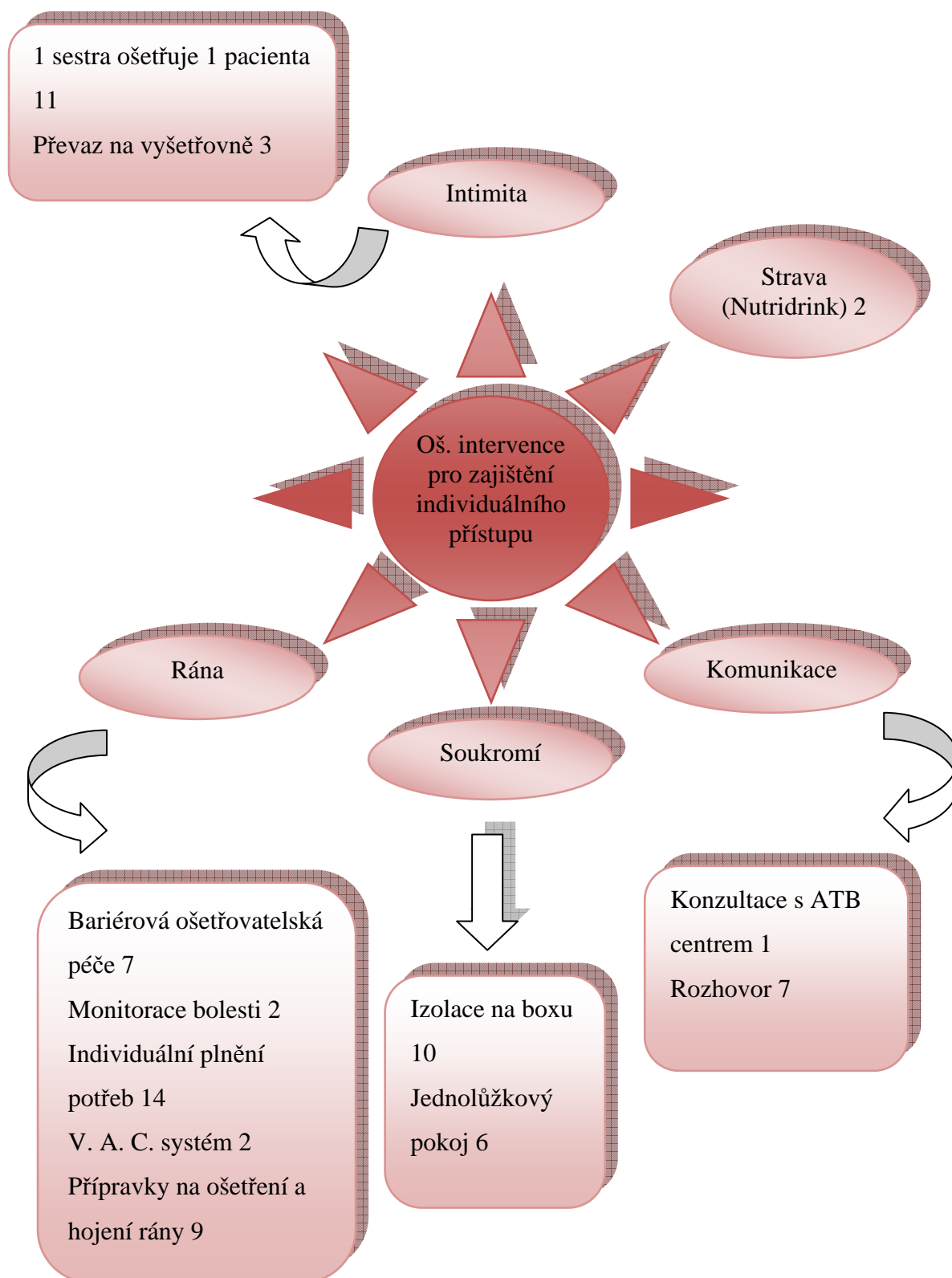
Z 82 sester, které uvedly ano, zaznamenalo 56 (68 %) sester u KCHP s dehiscencí rány výrazný efekt ve spolupráci s nutričním terapeutem, 22 (22 %) sester nezaznamenalo výrazný efekt a 4 (5 %) sestry nevolají nutričního terapeuta.

Graf 41



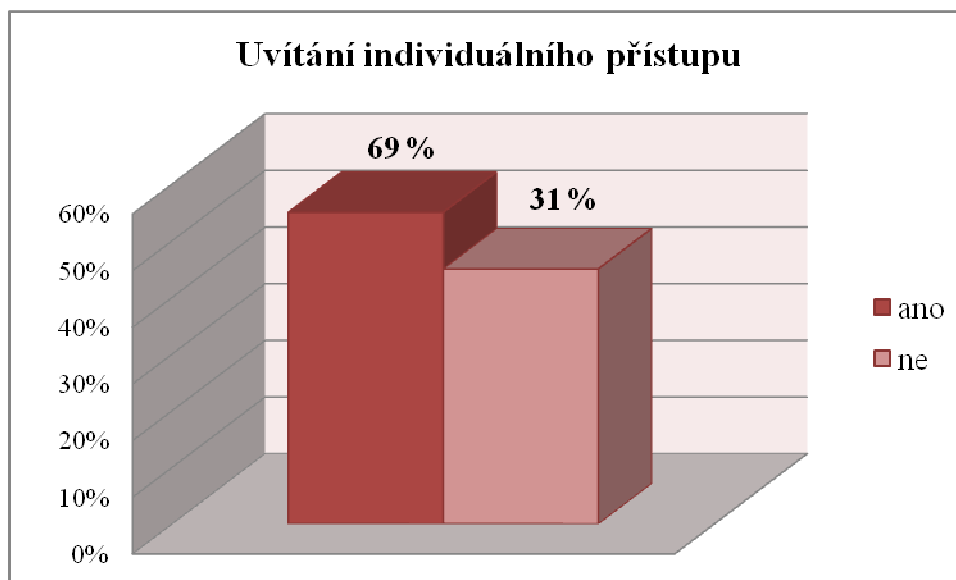
Z celkového počtu 100 sester odpovědělo 55 (55 %) sester, že mají možnost individuálního přístupu ke KCHP s dehiscencí rány, a 45 (45 %) sester tuto možnost nemá.

Schéma 7 Ošetrovatelské intervence pro zajištění individuálního přístupu



Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry pracující na kardiochirurgických odděleních zajišťují individuální přístup u KCHP s dehiscencí rány v komunikaci, v soukromí, v ošetření rány, v intimitě a ve stravě, tu zmínily 2 sestry. **Oblast komunikace** byla zastoupena tím, že 1 sestra „konzultuje s ATB centrem“, a 7 sester poskytuje KCHP s dehiscencí rány „rozhovor“. Do **oblasti soukromí** byla zařazena „izolace na boxu“, kterou napsalo 10 sester, a 6 sester uvedlo zajištění „jednolůžkového pokoje“ pro KCHP s dehiscencí rány. **Oblast rána** vyjadřuje „bariérovou ošetrovatelskou péči“, kterou zmínilo 7 sester, 2 sestry „monitorují bolest“, 14 sester „plní individuální potřeby“, dále 2 sestry používají „V. A. C. systém“ a 9 sester využívá „přípravky na ošetřování a hojení rány“ jako zajištění individuálního přístupu k KCHP s dehiscencí rány. Dále do **oblasti intimity** byl zařazen 3 sestrami „převaz na vyšetřovně“ a 11 sester uvedlo, že individuální přístup spočívá v tom, že „1 sestra ošetřuje 1 pacienta“.

Graf 42



Ze 45 sester pracujících na kardiochirurgických odděleních, které nemají možnost individuálního přístupu, by 31 (69 %) sester uvítalo individuální přístup k KCHP s dehiscencí rány a 14 (31 %) sester by individuální přístup neuvítalo.

Graf 43



Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry uspokojují potřeby u KCHP s dehiscencí rány takto: 92 sester uspokojuje „biologické potřeby“, „psychologické potřeby“ uspokojuje 62 sester, 32 sester uspokojuje KCHP „sociální potřeby“ a „spirituální potřeby“ uspokojuje jen 1 sestra.

Tabulka 13 Popis biologických potřeb

	Počet odpovědí sester
Hygiena	45
Oblékání	1
Teplo	1
Intimita	1
Soukromí	5
Polohování	9
Tlumení bolesti	60
RHB	17
Dostatek tekutin	9
Pohyb	3
Pohodlí	2
Spánek	24
Vyprazdňování	19
Výživa	43
Kontrola TK, P	1
Čistota ložního prádla	1
Péče o ránu	21
Soběstačnost	3
Aseptické převazy	2
Celkový výskyt	267

Biologické potřeby a jejich uspokojování byla otevřená otázka, zde mohly sestry vyjádřit vlastní názor. Výsledky uvádějí jejich četnost. Podle sester KCHP s dehiscencí rány uspokojují biologické potřeby tím, že se 45 sester zaměřuje na „hygienu“, 1 sestra pomáhá KCHP „s oblékáním“, 1 se zaměřuje „na teplo“. K biologickým potřebám dále sestry uvedly, že 1 uspokojuje „intimitu“, a 5 sester zajišťuje „soukromí“. 9 sester „polohuje“ KCHP s dehiscencí operační rány a 60 sester se zaměřuje na „tlumení

bolesti“. Biologické potřeby jsou dále uspokojeny tím, že 17 sester provádí s KCHP „rehabilitaci“, 9 zajišťuje „dostatek tekutin“. 3 sestry provádějí s KCHP „pohyb“ a 2 zajišťují KCHP „pohodlí“, aby měl pacient uspokojeny biologické potřeby. 24 sester se zaměřuje na „spánek“ a 19 sester se orientuje na „kvalitu vyprazdňování“. Dále mezi biologické potřeby a jejich uspokojení zahrnuje 43 sester „výživu“ a 1 kontrolu „krevního tlaku a pulsu“. 1 sestra uspokojuje biologické potřeby tím, že KCHP „má čisté ložní prádlo“, a 21 sester uvedlo, že „pečují o ránu“, která je postižena dehiscencí. 3 sestry se zaměřují na „soběstačnost“ a 2 sestry uspokojují biologické potřeby u KCHP s dehiscencí operační rány „pomocí aseptických převazů“.

Tabulka 14 Ošetřovatelské intervence psychologických potřeb

	Počet odpovědí sester
Informace	33
Komunikace	13
Rozhovor	3
Edukace	3
Zaměstnání během dne	4
Sledování TV	2
Spolupráce s psychologem	7
Potřeba sebeúcty	1
Vyslechnutí	4
Povzbuzení	1
Pocit bezpečí	5
Pocit jistoty	6
Celkový výskyt	82

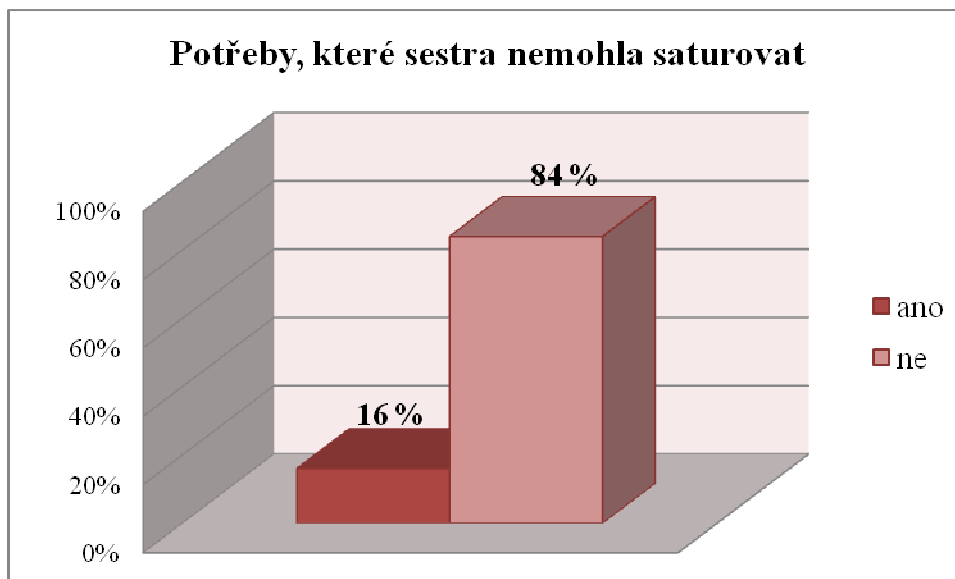
Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Psychologické potřeby sestry KCHP uspokojují tím, že 33 sester podává KCHP potřebné „informace“, 13 sester s KCHP „komunikuje“ a 3 sestry s KCHP provádějí „rozhovor“. Dále 3 sestry uvedly „edukaci“, díky ní uspokojují KCHP psychické potřeby a 4 sestry KCHP „zaměstnává během dne“. 2 sestry uspokojují psychické potřeby tím, že KCHP „může sledovat TV“ a 7 sester nabídne KCHP „spolupráci s psychologem“. Dále 4 sestry KCHP s dehiscencí operační rány „vyslechnou“, tím uspokojují psychické potřeby KCHP a 1 sestra „povzbudí“ KCHP. 5 sester „zajistí pocit bezpečí“ a 6 sester uspokojují psychologické potřeby KCHP s dehiscencí rány tím, že jim „poskytnou pocit jistoty“.

Tabulka 15 – Ošetřovatelské intervence sociálních potřeb

	Počet odpovědí sester
Kontakt s rodinou	30
Potřeba vědět o okolí	1
Návštěvy	2
Celkový výskyt	33

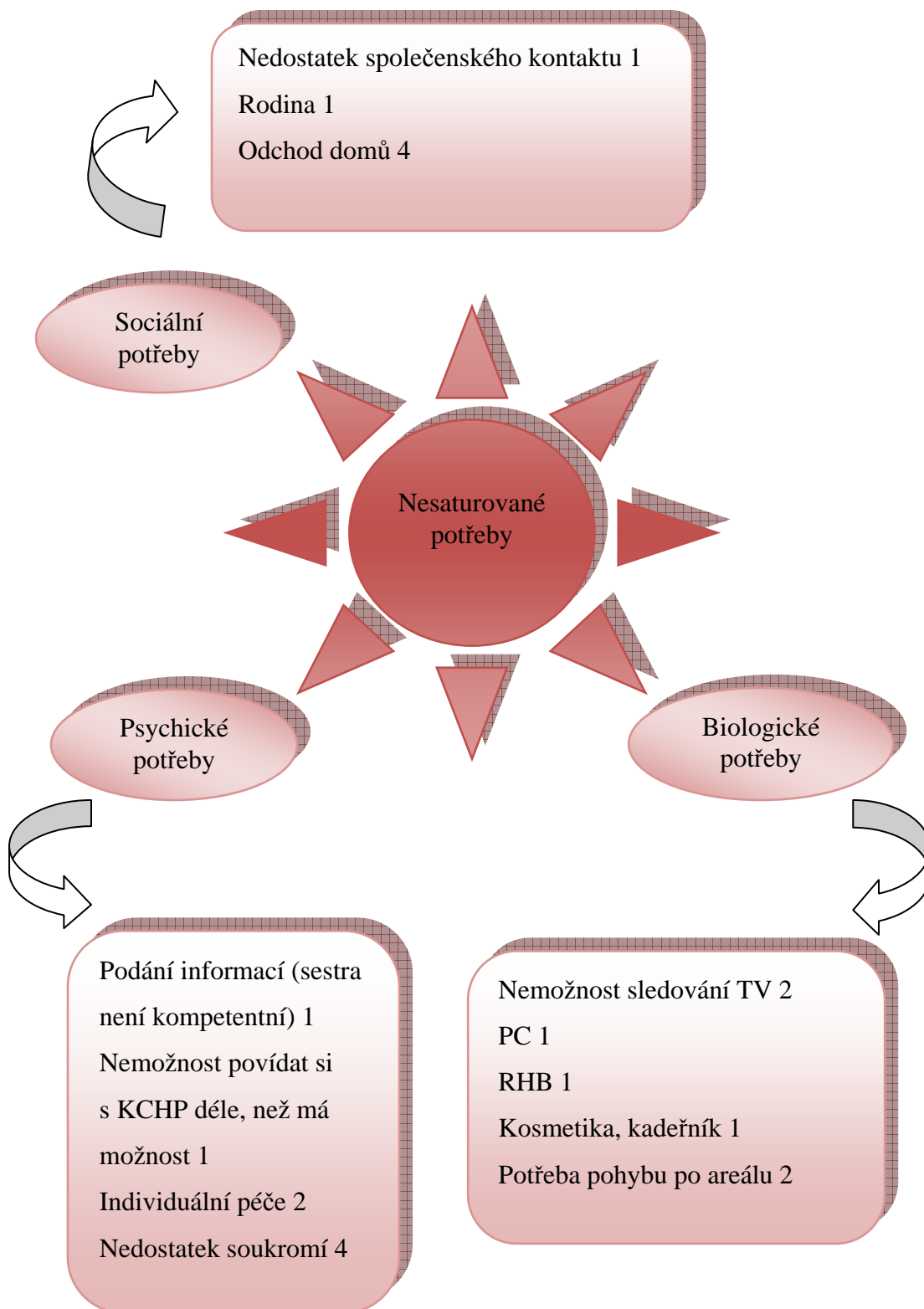
Uspokojování sociálních potřeb byla otevřená otázka, ve které sestry mohly napsat vlastní názor. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry KCHP s dehiscencí operační rány uspokojují sociální potřeby tím, že 30 sester „zajistí kontakt s rodinou“, 1 sestra „poskytne informace o okolí“ a 2 „zajistí návštěvy“.

Graf 44



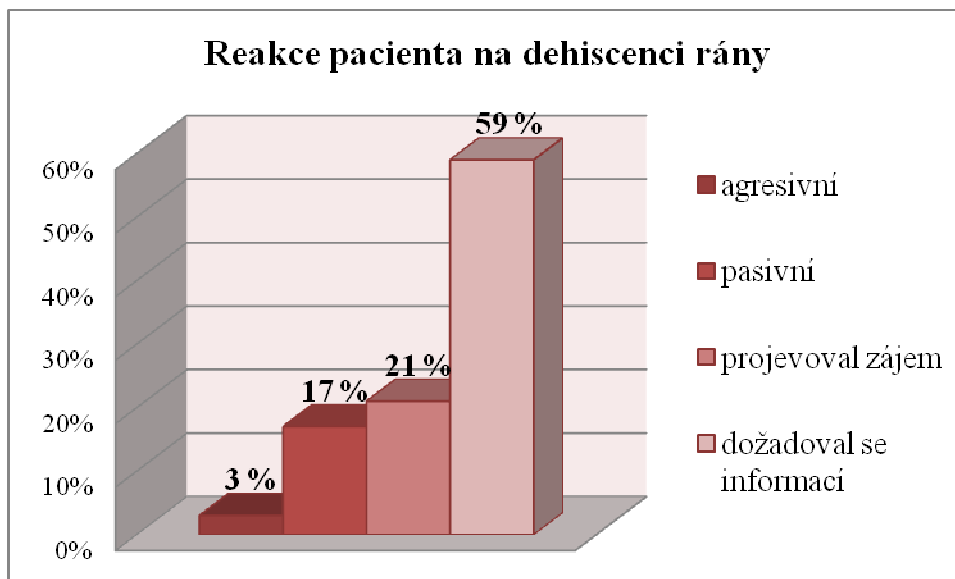
Z celkového počtu 100 sester odpovědělo 16 (16 %) sester, že se setkala s potřebami KCHP s dehiscencí rány, které nemohly saturovat, a 84 (84 %) sester se neseťkalo s potřebami, které by nemohly saturovat.

Schéma 8 Nesaturované potřeby



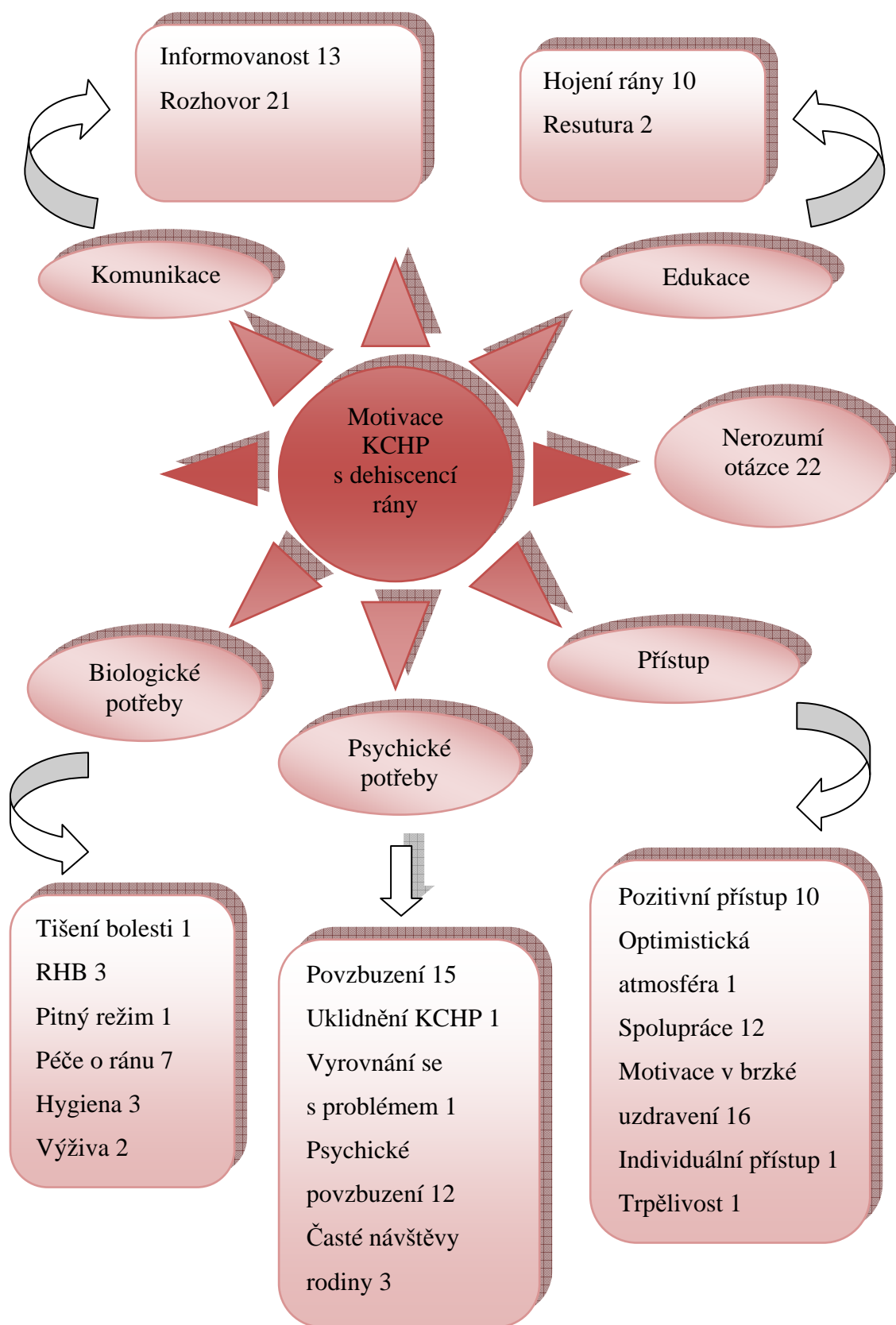
Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry, které pracují na kardiochirurgických odděleních se setkaly s potřebami KCHP s dehiscencí rány, které nemohly saturovat, protože „jim to neumožnily podmínky“. Do těchto potřeb byly zahrnuty biologické potřeby, psychické potřeby a sociální potřeby. Do **oblasti biologických potřeb** byla dána v 1 případě „nemožnost sledování KCHP televize“, dále pak 1 sestra uvedla „nemožnost umístění počítače“, 1 sestra napsala „RHB“, 1 sestra nemohla saturovat „kosmetiku a kadeřníka“ a 2 sestry nemohly umožnit KCHP s dehiscencí rány „pohyb po areálu“. Do **oblasti psychických potřeb** bylo zařazeno, že 1 sestra nemohla KCHP „podat informace, jelikož k tomu není kompetentní“, 1 sestra si „nemohla povídat s KCHP děle, než má možnost“, a 2 sestry uvedly, že „nemohly zajistit individuální péči“, jelikož jim to nedovolily podmínky. Do poslední **oblasti**, která znázorňuje **sociální potřeby**, byla zařazena 1 odpověď, a to „nedostatek společenského kontaktu“, 1 sestra uvedla, že „nemohla zajistit rodinu“, a 4 sestry „nemohly zajistit odchod domů“ KCHP s dehiscencí rány.

Graf 45



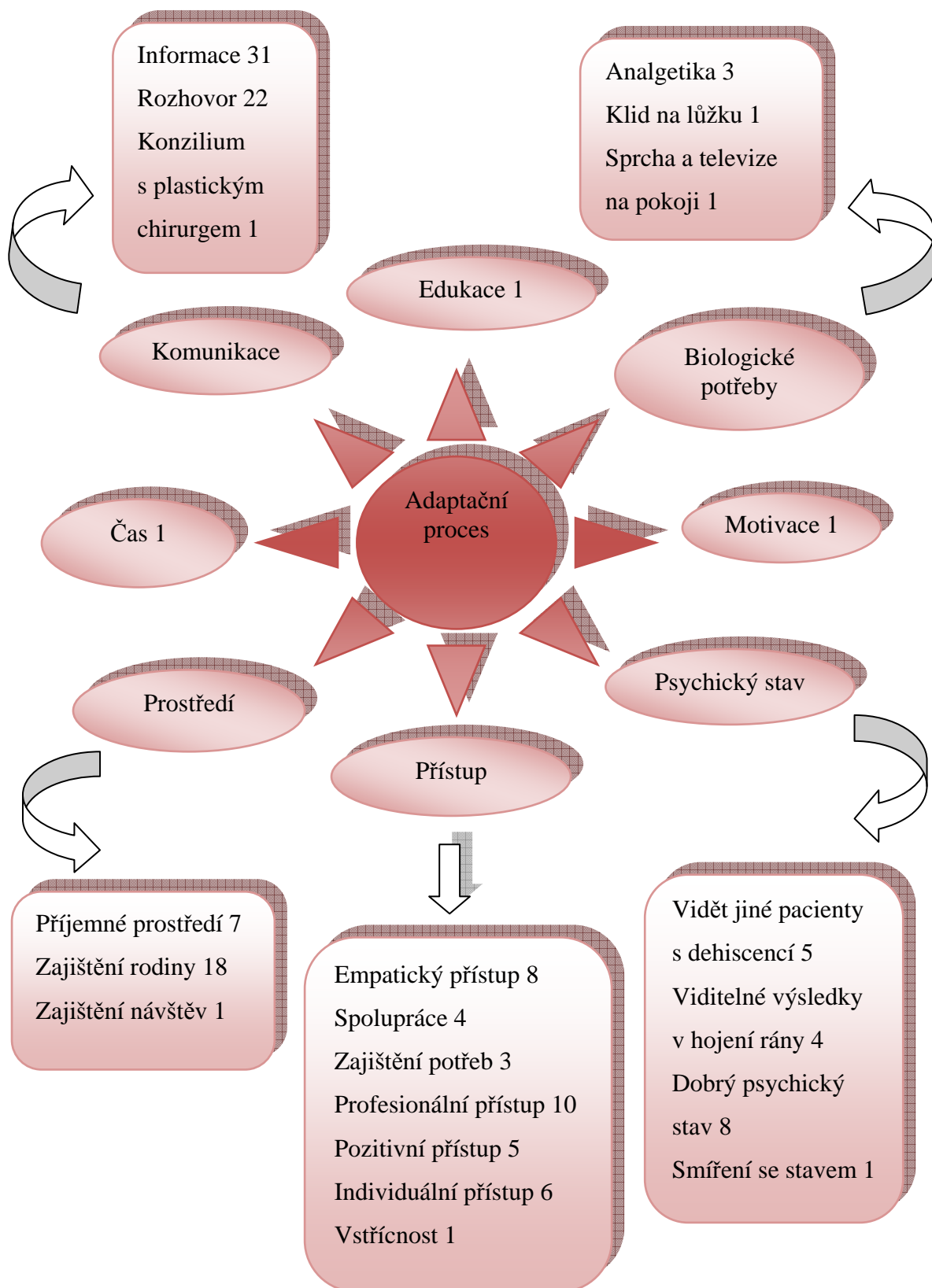
Ze 100 sester, které pracují na kardiochirurgickém oddělení, 3 (3 %) sestry uvedly, že byl KCHP agresivní, když se dozvěděl, že je operační rána postižena dehiscencí. 17 (17 %) sester odpovědělo, že byl KCHP pasivní, 21 (21 %) sester zaškrtnulo, že pacient projevoval zájem o ránu, a 59 (59 %) sester uvedlo, že se KCHP dožadoval informace o ráně.

Schéma 9 Motivace KCHP



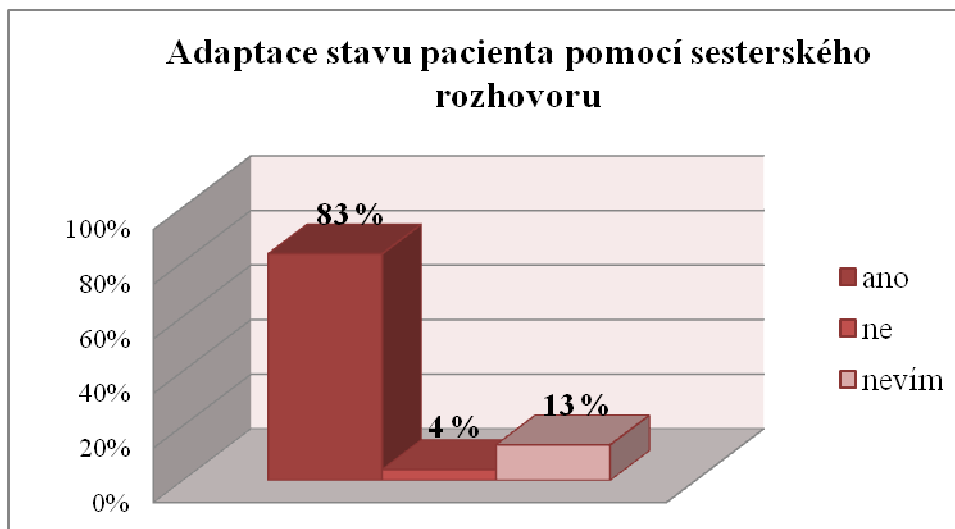
Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry, které pracující na kardiochirurgických odděleních, vnímají motivaci KCHP s dehiscencí operační rány v přístupu, v psychických potřebách, v biologických potřebách, v komunikaci a v edukaci. 23 sester bylo zahrnuto do poslední oblasti, a to, nepochopení otázky. Do **oblasti přístupu** byl dán „pozitivní přístup“, který uvedlo 10 sester, 1 sestra se zmínila o „optimistické atmosféře“, 12 sester uvedlo „spolupráci“, 16 sester „motivuje KCHP brzkým uzdravením“, 1 sestra napsala „individuální přístup“ a 1 sestra uvedla „trpělivost“. **Oblast psychické potřeby** znázorňuje v 15 případech „povzbuzení“, 1 sestra „uklidňuje“ KCHP, 1 sestra uvedla, že KCHP se „musí vyrovnat s problémem“, 12 sester „nabízí KCHP psychické povzbuzení“ a 3 sestry „zajišťují časté návštěvy rodiny“. Do **oblasti biologických potřeb** bylo zařazeno „tíšení bolesti“, které uvedla 1 sestra, 3 sestry odpověděly „RHB“, 1 sestra napsala „pitný režim“, 7 sester „pečuje o ránu“, 3 sestry „zajišťují hygienu“ a 2 sestry uvedly „výživu“. Další **oblast komunikace** znázorňuje „informovanost“, kterou uvedlo 13 sester, a 21 sester poskytuje KCHP s dehiscencí rány „rozhovor“, ve kterém vidí sestry motivaci. Poslední **oblastí** byla **edukace**, do které bylo zařazeno „hojení rány“, které uvedlo 10 sester, a 2 sestry napsaly „resuturu“ jako motivaci KCHP s dehiscencí rány.

Schéma 10 Adaptační proces



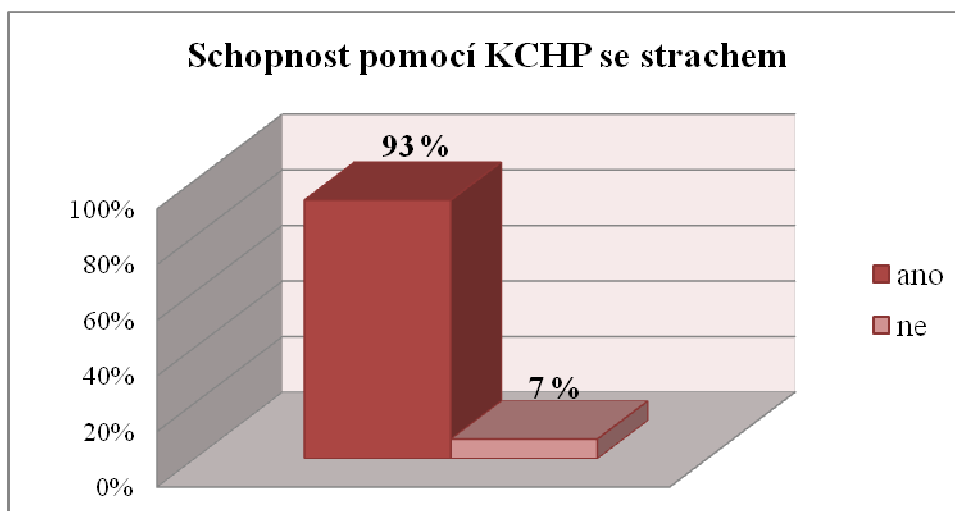
Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Sestry, které pracují na kardiokirurgických odděleních, vnímají adaptační proces jako biologické potřeby, „motivaci“, tu uvedla 1 sestra, dále psychický stav, přístup, prostředí, 1 sestra napsala „čas“, komunikaci a „edukaci“, kterou uvedla 1 sestra. Všechny tyto oblasti mají pomoci KCHP s dehiscencí rány přizpůsobit se svému stavu. Do **oblasti biologických potřeb** byla dána „analgetika“, která zmínily 3 sestry, 1 sestra se domnívá, že KCHP potřebuje „klid na lůžku“ k adaptaci, a 1 sestra uvedla „sprchu a TV na pokoji“. Do **oblasti psychický stav** bylo zahrnuto v 5 případech, že KCHP potřebuje „vidět i jiné pacienty s dehiscencí rány“, 4 sestry uvedly „viditelné výsledky v hojení rány“, 8 sester se domnívá, že KCHP potřebuje mít „dobrý psychický stav“, aby se mohl vyrovnat s komplikací, a 1 sestra uvedla, že KCHP se „musí smířit se stavem“. Do **oblasti přístupu** byl dán „empatický přístup“, který napsalo 8 sester, 4 sestry uvedly „spolupráci“, 3 sestry se zmínily o „zajištění potřeb“, 10 sester uvedlo „profesionální přístup“, který má pomoci k adaptaci stavu KCHP, 5 sester uvedlo „pozitivní přístup“, 6 sester se domnívá, že „individuální přístup“ pomůže KCHP se vyrovnat s komplikací dehiscence rány, a 1 sestra uvedla „vstřícnost“. Do **oblasti prostředí** bylo zařazeno v 7 případech „příjemné prostředí“, 18 sester uvedlo zajištění „rodiny“ a 1 sestra napsala „zajištění návštěv“. Do **oblasti komunikace** byly dány v 31 případech „informace“, „rozhovor“ byl zastoupen 22 odpověďmi a 1 sestra uvedla „konzilium s plastickým chirurgem“, které by mělo pomoci KCHP přizpůsobit se na komplikaci dehiscence rány.

Graf 46



Z celkového počtu 100 dotazovaných sester označilo 83 (83 %) sester, že se pomocí rozhovoru s KCHP s dehiscencí rány adaptoval na stav s komplikací, 4 (4 %) sestry uvedly, že jejich rozhovor nepomohl KCHP s adaptací na tuto komplikaci a 13 (13 %) sester neví, zda rozhovor mezi nimi pacientovi pomohl k adaptaci.

Graf 47



Ze 100 dotazovaných sester, 93 (93 %) sester uvedlo, že umí pomoci KCHP s dehiscencí rány, který pociťuje úzkost, strach a obavy, a 7 (7 %) sester neumí pomoci pacientovi s touto komplikací.

Tabulka 16 Ošetřovatelské intervence ve strachu

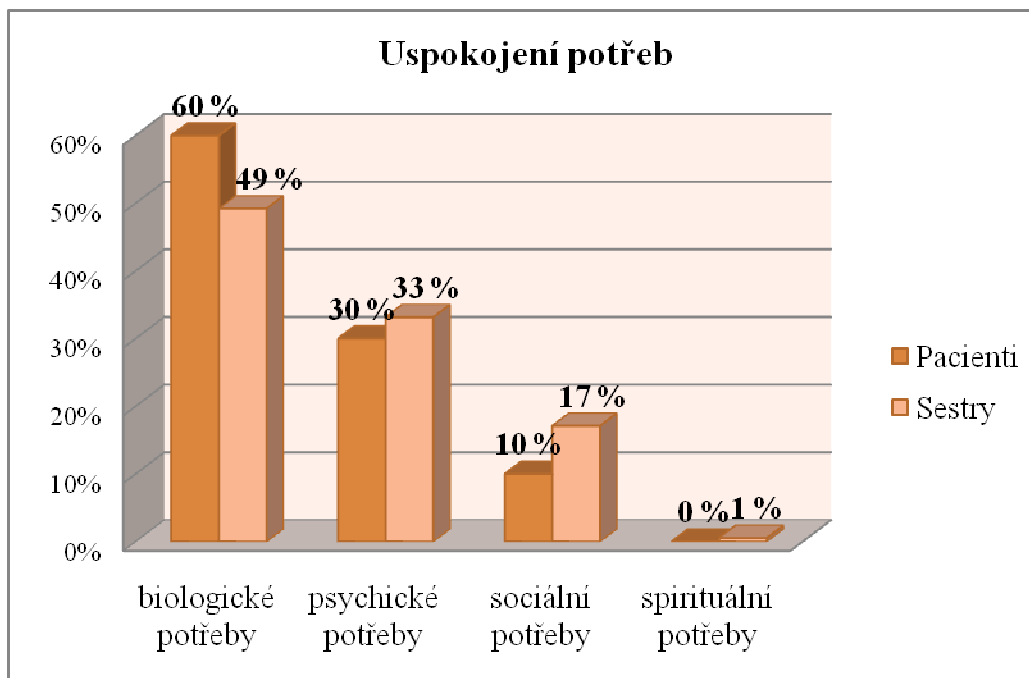
	Počet odpovědí sester
Pozitivní přístup	3
Informace	12
Povzbuzení	7
Komunikace	15
Farmakologicky	29
Individuální přístup	5
Psycholog	19
Rozhovor	47
Psychická podpora (vyslechnutí)	9
Empatie	3
Motivace	2
Edukace	2
Příjemné prostředí	1
Zařídit návštěvu rodiny	6
Celkový výskyt	160

Vlastní názor sestry vyjádřily v otevřené otázce. Výsledky uvádějí jejich četnost. Z 93 sester, které uvedly ano, pomáhají KCHP, který pociťuje úzkost, strach a obavy v souvislosti s jeho dehisencí rány tak, že 3 sestry preferují „pozitivní přístup“, 12 sester „podává KCHP informace“ a 7 sester se snaží „povzbudit“ KCHP. 15 sester „komunikuje“ s KCHP a 29 podává „farmaka“ proti negativním jevům. Dále sestry odpověděly, že 5 z nich pomáhá KCHP odstranit úzkost, strach a obavy tím, že „přístupují ke KCHP individuálně“, 19 sester nabízí KCHP „psychologa“ a 9 sester psychicky podporuje KCHP tím, že je „vyslechnou“. 3 sestry pomáhají KCHP s negativními pocity, že se „vcítí do jejich role“, a snaží se KCHP pochopit, 2 sestry KCHP „motivují“ a 2 se snaží KCHP „edukovat“. 2 sestry se snaží zajistit „příjemné

prostředí“ a 6 pomáhá KCHP, který pociťuje úzkost, strach a obavy v souvislosti s jeho dehisencí tak, že se snaží „zařídít návštěvu rodiny“.

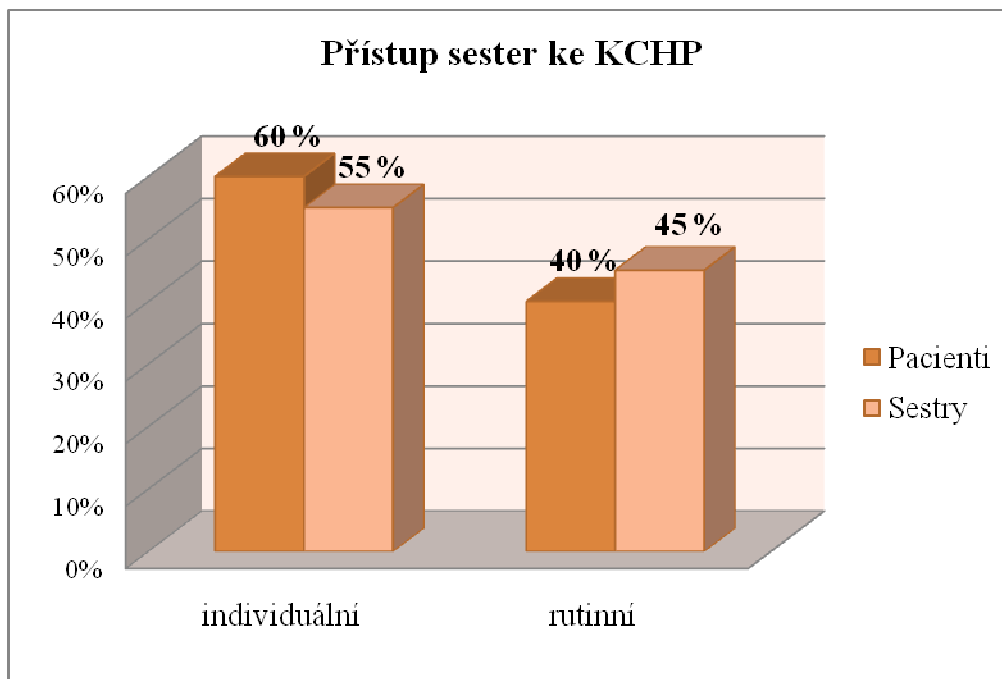
4.4 Porovnávací grafy sester s KCHP s dehiscencí rány

Graf 48



KCHP s dehiscencí rány potřebují ze strany sester nejvíce uspokojit biologické potřeby, což znázorňuje 60 % dotazovaných, ve 30 % potřebují uspokojit psychické potřeby, v 10 % sociální a v 0 % spirituální potřeby. Na rozdíl od KCHP uvedly sestry pracující na kardiochirurgických odděleních, že uspokojují u KCHP s dehiscencí rány biologické potřeby ve 49 %, psychické potřeby uspokojují ve 33 %, sociální potřeby v 17 % a spirituální potřeby v 1 %.

Graf 49



Z 30 dotazovaných KCHP s dehiscencí operační rány 18 (60 %) KCHP uvedlo, že k nim sestry přistupují individuálně, a 12 (40 %) KCHP uvedlo, že k nim sestry přistupují rutinně. Ze 100 dotazovaných sester 55 (55 %) sester uvedlo, že má možnost k KCHP s dehiscencí operační rány přistupovat individuálně, a 45 (45 %) sester přistupuje k KCHP rutinně.

5. Diskuse

Tato diplomová práce se zabývala problematikou dehiscence operační rány jak z pohledu pacienta, tak i z pohledu sestry. Na počátku výzkumu jsme se potýkali s neochotou kardiochirurgických center vyplňovat dotazníky. Ale i přes tento velký počáteční problém nás překvapil počet vyplněných a vrácených dotazníků.

V první části výzkumu, který byl zaměřen na kvalitativní šetření, technikou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami jsme se zabývali tím, *jak zvládá kardiochirurgický pacient pooperační komplikaci dehiscenci rány*. Výzkumný soubor tvořili čtyři kardiochirurgičtí pacienti s dehiscencí operační rány. Dehiscence neboli rozestup operační rány je velice závažná a náročná komplikace, která ovlivňuje nejen biologické, ale i psychické, sociální a spirituální potřeby pacienta (viz kapitola 1.6.3). Nepředpokládali jsme, že pacienti s dehiscencí budou zvládat svůj stav s optimismem, proto nás výsledky mile překvapily. 3 KCHP, kteří mají dehiscenci operační rány, jsou se svým stavem smířeni, a 2 KCHP jsou se stavem vyrovnáni. Odůvodnili to tím, že pomocí knih, televize, rodiny a sester přicházejí na jiné myšlenky (viz tabulka 2 a 5). Také jsme předpokládali, že u těchto pacientů budou převládat psychické a sociální potřeby, protože dehiscence s sebou přináší prodloužený pobyt v nemocnici a izolaci od okolního světa, ale je pozoruhodné, že se všichni 4 KCHP shodli na biologických potřebách. Domníváme se, že KCHP nepotřebují uspokojit ostatní potřeby, protože jsou soběstační a potřeby si uspokojují sami, nebo jsou jejich potřeby uspokojovány sestrami tak profesionálně, že se o nich nezmiňují (tabulka 3). Podle tabulky 4, která znázorňovala odpovědi respondentů na otázku - *Jaké ošetrovatelské intervence upřednostňuje KCHP u sestry při ošetřování rány* - nejpočetnější zastoupení měla komunikace, na které se shodli opět všichni 4 KCHP, a pohlazení, které uvedli 2 KCHP. Dále byl rozhovor směřován na to, jak rána pacienta ovlivňuje. Je zajímavé, že se 3 KCHP shodli na odpovědi, že rána má vliv „omezující, jelikož nemohou dělat to, co by chtěli“ (tabulka 6). Pro člověka je komplikace dehiscence nepříjemná, protože se rána dlouho hojí a, tím pacientům prodlužuje dobu hospitalizace v nemocničním zařízení. Tito pacienti se cítí být omezeni, jelikož se jim každý den provádí převaz rány, jsou

upoutání na lůžku a mají zakázány aktivity, které do této doby prováděli běžně. Na základě těchto odpovědí (spíše názorů a pocitů) byl sestaven dotazník pro KCHP a sestry pro druhou část kvantitativního výzkumu.

Ze zkoumaného vzorku 30 KCHP bylo 19 (63 %) mužů a 11 (37 %) žen (graf 1). Tyto výsledky podporuje i statický ústav (20), který uvádí, že na srdeční onemocnění je více odoperovaných mužů než žen. Zde se nabízí otázka, jak je to možné. Domníváme se, že se operaci srdce častěji podrobují muži než ženy, protože ženy jsou chráněny před ischemickým onemocněním srdce estrogenem. Nejvíce dotazovaných - 13 (43 %) KCHP - bylo ve věkové kategorii 61 až 70 let a 8 (27 %) KCHP ve věku 71 až 80 let (graf 2). V dřívějších dobách byli operováni mladší lidé, věková hranice operovaných pacientů se pohybovala kolem 55 let. Medicínská technika nebyla dostatečně rozvinutá, a tak tito lidé umírali na přidružené komplikace, které nebyli schopni zvládat. Od této doby došlo k velkému pokroku v lékařské vědě a praxi, a tak se délka života prodlužuje (66). V současné době se častěji setkáváme s nemocnými pacienty ve vyšším věku. Operují se převážně starší pacienti s vyšším počtem přidružených nemocí, jakými jsou diabetes mellitus, obezita apod., které komplikují pooperační průběh, a tím se zvyšuje i výskyt pooperačních komplikací, jako je infekce v ráně, která má za následek její dehiscenci (26, 74). Z grafu 3 je patrné, že se prodlužuje i délka hospitalizace, protože komplikace dehiscence vyžaduje delší léčbu. Dle Veličkové (74) je průměrná doba hospitalizace bez jakékoliv komplikace 7 dní. Statistický ústav (20) však uvádí 9 dní. 18 (60 %) KCHP s dehiscencí rány uvedlo, že se hospitalizace prodloužila o 5 až 10 dnů. V souvislosti s vyšším věkem pacientů, kteří mají mnoho přidružených onemocnění, narůstá i počet kombinovaných operačních výkonů na srdci (graf 4). Tyto zákroky se mohou provádět díky neustálému rozvoji medicíny. Na trh přicházejí nová farmaka, zdokonaluje se přístrojová technika, anestezie a díky výzkumu se zavádějí náročnější a složitější operační výkony (63, 66).

Možnosti léčby dehiscence operační rány jsou různé. Na kardiochirurgických odděleních se nejčastěji setkáváme s používáním obvazového materiálu, na který se nalije léčebný roztok, většinou peroxid vodíku 3 % nebo Persteril 0,5 %, 1 %. Moderní způsoby léčby zastupují V. A. C. systém, Actisorb plus 25 a Traumacel biodress. Tyto

způsoby se používají velmi málo. To potvrzují i výsledky šetření. 80 % KCHP s dehiscencí rány je léčeno opakovanými převazy s léčebným roztokem a jen v 17 % jsou pacienti léčeni nejmodernějším způsobem, a to V. A. C. systémem (graf 5). Zde se naskytá otázka, proč tak málo zdravotnických zařízení využívá V. A. C. systém. Vždyť se tato metoda v České republice používá již několik let (12). Podle Koutné (28) by mohl nastat problém v užívání V. A. C. systému v souvislosti s vysokými náklady těchto nových léčebných metod. Zde můžeme podotknout, že standardní terapie přináší větší náklady, protože je nutné ránu několikrát za den převazovat, tím se spotřebuje více obvazového materiálu a léčebného roztoku, to potvrzuje i Taufmanová (68). Problém může být i na straně lékařů, kteří v současné době využívají zaběhnuté, osvědčené a rutinní postupy. Rozhodnutí, čím se bude rána léčit, závisí vždy na lékaři, jak uvádí Bureš (4). Myslíme si, že V. A. C. systém je třeba více užívat u KCHP, protože tento moderní způsob léčení rány zkracuje dobu hojení, přináší optimální péči o KCHP nejen tím, že usnadňuje ošetrovatelskou péči snížením frekvence převazů, ale také snižuje zátěž pacienta, a zkracuje dobu hospitalizace. KCHP má saturovanou potřebu soběstačnosti, jelikož obvaz neprosakuje, a pacient se tak může pohybovat s pohonnou jednotkou (viz kapitola 1.7.3) a díky ní předchází imobilizačnímu syndromu a řadě dalších komplikací. Výsledkem jsou nižší náklady na převazový materiál, lůžkoden a dochází ke zlepšení psychické pohody KCHP.

Dále z výsledků vyplývá, že z 30 dotazovaných v 57 % upřednostňuje KCHP při převazu rány sestru před lékařem (graf 6), 75 % sester také uvedlo, že KCHP s dehiscencí operační rány chtějí více mluvit o ráně se sestrami než s lékařem (graf 37). Z toho vyplývá, že 53 % sester nebylo nikdy při ošetřování rány odmítnuto KCHP a 43 % jen výjimečně (graf 38). Sestra má s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Sestra je ta osoba, která pacienta chápe jako individuální bytost, zná jeho všechny potřeby a snáze si získává důvěru, naslouchá mu a umí se lépe vcítit do jeho pocitů (73). Z tohoto tvrzení vyplývá, že *hypotéza č. 2 - Pacient upřednostňuje lékaře před sestrou při ošetřování dehiscence operační rány* - se nepotvrdila. S tím souvisí i graf 7, k 60 % KCHP přistupuje sestra individuálně. Individuální ošetrovatelská péče je založena na vyhledávání a plánování pomoci při uspokojování potřeb pacienta (10). Ta spočívá

v tom, že jedna sestra ošetřuje jednoho pacienta. Taková péče je zajištěna na jednotkách intenzivní péče. Na standardních odděleních mají sestry pokoje rozděleny. Jedna sestra obvykle ošetřuje 9 pacientů a díky tomuto systému má více času věnovat se konkrétnímu pacientovi. Sestra má čas trpělivě ho vyslechnout, poradit mu a uspokojovat jeho bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Díky individuální péči může sestra volit ošetrovatelské intervence a tak může pomoci KCHP adaptovat se na komplikaci, a tím zajistit pacientovo pohodlí a zlepšit mu psychickou pohodu. Stanovená hypotéza č. 6 - *Individuální ošetrovatelský přístup podporuje adaptaci na stav KCHP s dehiscencí operační rány* - se potvrdila. K tomuto tvrzení se vztahují i výsledky sester z grafu 41 a schématu 7.

Naše představa byla, že člověk jako laik vnímá dehiscenci jako bezprostřední ohrožení na životě, protože „srdce je odkryto, není ničím chráněno a jeho tlukot je velice blízko“. Na druhou stranu jsme rádi, že takto KCHP dehiscenci nevnímají, je zajímavé, že z 30 dotazovaných KCHP vnímá 10 KCHP komplikaci dehiscence rány jako prodloužení pobytu v nemocnici, 6 KCHP jako bolest a 4 KCHP uvádějí omezení (tabulka 8). Dehiscence neboli chronická rána se hojí dlouhodobě, vyžaduje náročnější ošetrovatelskou péči, ovlivňuje kvalitu pacientova života a přináší s sebou mnoho pocitů a bolesti, které KCHP vnímá (kapitola 1.6.3, 49).

Rána, která je postižena dehiscencí, je velká, rozsáhlá, široká a hluboká. Bývá často zarudlá, bolestivá a okraje se od sebe rozestupují. Z rány vytéká sekret, který velice často silně zapáchá. Z 30 dotazovaných 12 KCHP odpovědělo, že je pro ně nejhorší vzhled rány, a 13 KCHP uvedlo vytékání tekutiny z rány. Překvapivé bylo, že jen 1 KCHP uvedl zápach z rány (graf 22). Zajímalo nás, proč je pro KCHP horší vzhled rány. Uvedli, že mají potíže se na ni podívat, protože je „veliká, ošklivá, mají strach, že pohled v nich vyvolá pocit na zvracení“ (tabulka 11). Dále pak „mají obavu ze zhoršení stavu, nebo utrpí šok“ (tabulka 11). I přes všechny tyto odpovědi se hypotéza č. 4 - *Projevy dehiscence operační rány, jako jsou zápach a sekrece z rány, působí na komfort pacienta více než dehiscence samotná* - potvrdila. Dle vyjádření pacientů můžeme stanovit ošetrovatelskou diagnózu, a to porušený tělesný obraz. Z tohoto hlediska by měla každá sestra, která provádí převaz, přistupovat k ráně šetrně a

dodržovat přísně aseptické podmínky a postupy. Podle nás bylo zajímavé zjistit, jaké ošetrovatelské intervence upřednostňuje KCHP s dehiscencí rány u sestry při převazu rány. Vycházeli jsme z rozhovoru, ve kterém jako ošetrovatelská intervence dominovala komunikace (tabulka 4). Nečekané bylo i to, že i v dotazníkovém šetření získala druhé místo. Zdůrazňujeme, že komunikace je neodmyslitelnou součástí lidského života, je důležitým aspektem ošetrovatelské péče a vytváří partnerský vztah mezi sestrou a pacientem. Sestry, které umí efektivně komunikovat, dokážou lépe monitorovat potřeby pacienta (15, 79). Na prvním místě se v dotazníku umístilo šetrné zacházení a na posledním místě oční kontakt (graf 28). Domníváme se, že i když se oční kontakt umístil na posledním místě, je důležité, aby sestra s pacientem udržovala oční kontakt, alespoň tak pozná dle výrazu a mimiky, jestli pacient prožívá bolest, jak reaguje na ošetřování, a pomocí očního kontaktu navazuje snadněji komunikaci.

Dále jsme se zaměřili na to, jak uspokojuje sestra bio-psycho-sociální a spirituální potřeby. Biologické potřeby zahrnují dostatek potravy, zdravou a pravidelnou životosprávu, dostatek odpočinku, kvalitní a dostatečně dlouhý spánek, uspokojivý sexuální život a celkový pocit zdraví (67). Překvapivé bylo, že ani jeden z dotazovaných pacientů tyto potřeby nezmínil, ale 15 KCHP uvedlo, že biologické potřeby mají uspokojeny tím, že sestry pečují o jejich ránu (graf 10). Tak to uvedli i 4 KCHP, se kterými jsme prováděli rozhovor. Z těchto tvrzení usuzujeme, že pokud pacienti mají uspokojenou potřebu ohledně rány, mají tak uspokojeny i ostatní biologické potřeby a díky tomu jim nic neschází. Pejznochová (49) ve svém článku uvádí, že významnou částí léčby je správné ošetřování rány, které spočívá v praktických zkušenostech sestry, dodržování zásad a postupů při převazu a ve spolupráci mezi sestrou a lékařem, kde funguje neváznoucí komunikace. Tím zdůrazňuje odpovědi pacientů. Psychické potřeby jsou základními lidskými potřebami, které souvisí s pocitem bezpečí a jistoty. Nemocniční zařízení pro pacienta znamená nové prostředí, které nezná. V takovém případě pacient pociťuje strach, úzkost, obavu, nedůvěru, nejistotu a ztrátu pocitu bezpečí. Sestra může tyto pocity eliminovat podáním dostačujících a potřebných informací včas (55). Tím vyzdvihujeme odpovědi KCHP, 12 KCHP má uspokojeno psychické potřeby tím, že jim sestra podává informace, 7 KCHP má uspokojeno

psychické potřeby prostřednictvím rozhovoru se sestrou (graf 11). S těmito odpověďmi se ztotožňujeme a dodáváme, že sestra je spojkou mezi pacientem a světem, je to osoba, která pomocí komunikace získává informace, ale i poskytuje oporu, posiluje KCHP sebevědomí a pomáhá mu vyrovnat se s komplikací. Tím zvyšuje KCHP psychickou podporu, protože pacient ví, že v této náročné situaci není sám a může si s někým popovídat a zeptat se na to, co by ho zajímalo (50, 80). Sociální potřeby jsou také důležitým polem působnosti komplexní ošetrovatelské péče. Jsou rozděleny do různých oblastí, např. potřeba sociálního kontaktu, který vyjadřuje osobní kontakt s druhými lidmi, potřeba sociální komunikace – pacient potřebuje s někým mluvit, vyměňovat si názory, postoje a představy. Dále pak potřeba přátelského vztahu (31). Podle odpovědí uspokojuje zdravotnický personál potřeby KCHP tím, že jim umožní kontakt s rodinou a přáteli, což potvrdilo 16 KCHP (graf 12). Rodina, blízká osoba či přítel jsou pro každou lidskou bytost to nejcennější, co má a věříme v to, že pro pacienta, který je dlouhodobě hospitalizován, je důležité povolení návštěv, protože v tak náročné situaci, ve které se ocitá, potřebuje někoho, komu se svěří, někoho, kdo mu bude oporou a kdo na něho čeká doma. Ale vyskytují se také pacienti, kteří nemají rodinu. Zde má nezastupitelné místo sestra.

A jak KCHP s dehiscencí rány vidí budoucnost? Z 30 dotazovaných vidí 18 KCHP budoucnost optimisticky (graf 14). Tady se naskytá otázka, z jakého důvodu KCHP vidí budoucnost optimisticky. Myslíme si, že hlavní velkou roli zde hraje rodina, která neustále KCHP podporuje, ale své nezastupitelné místo má i zdravotnický personál, který poskytuje profesionální, individuální a intenzivní ošetrovatelskou péči, jejímž výsledkem je motivace a naděje na brzké uzdravení (schéma 9).

Dále z výsledku vyplývá, že z 30 dotazovaných KCHP 25 pociťuje v souvislosti s dehiscencí rány bolest (graf 15). Bolest je nepříjemný a emocionální zážitek, který je spojený s aktuálním či potenciálním poškozením organismu. Bolest a její prožívání je subjektivní pocit, který každý pacient prožívá individuálně. Každá sestra se každodenně při své praxi setkává s bolestí. Měla by na ni být dostatečně připravená a umět ji řešit. Základem správného řešení je komplexní zhodnocení bolesti a stanovení ošetrovatelských a léčebných farmakologických nebo nefarmakologických postupů

(38). Toplanská a Béréšová (70) uvádějí, že k tomu aby sestry mohly hodnotit bolest, potřebují nástroj na hodnocení bolesti, který by obsahoval lokalizaci bolesti, propagaci, intenzitu a charakter bolesti, vyvolávající nebo zhoršující a časový faktor. K tomu slouží vizuální analogové, verbální a numerické škály. Pro 64 sester je samozřejmostí použití VAS škály, pro 34 sester záznamy bolesti do ošetrovatelské dokumentace a pro 32 sester je důležité použití verbální škály (graf 35). Zde můžeme říci, že *hypotéza č. 3 - Komfort pacienta je zajištěn kontinuální monitorací bolesti* - se potvrdila. Zdůrazňujeme, že kontinuální monitorace bolesti sestrám pomáhá vytvořit důvěrný a terapeutický vztah s pacientem, čímž docílí, že se pacient zapojí do ošetrovatelsko – léčebného procesu.

Zarážející bylo, že z 30 dotazovaných KCHP 19 uvedlo, že se sestra zajímá o sílu jejich bolesti (graf 16). Zde musíme podotknout, že by to mělo být ve všech 30 případech, jelikož bolest má výrazný vliv na komfort a na celkovou kvalitu pacientova života. Tím směřujeme k tomu, že je důležité mít na paměti, že bolest ovlivňuje jak biologické (spánek, výživu), tak i psychické (emocionální vypětí) potřeby.

To, jak člověk zvládá a vnímá operační ránu, může sestra monitorovat pomocí ošetrovatelské diagnózy - porucha přijetí vzhledu vlastního těla a pomocí komunikace ohledně rány. Výsledky nás velice mile překvapily, protože všem 30 pacientům nedělá problém mluvit o ráně jak se sestrou, tak i s lékařem. 28 KCHP nedělá problém mluvit o ráně ani s rodinou. Jen 2 KCHP uvedli, že mají problém mluvit o ráně s rodinou (graf 27).

Důležité zastoupení v ošetrovatelské péči má spolupráce nejen mezi pacientem a sestrou, ale také mezi sestrou a ostatními zdravotnickými pracovníky a sestrou a rodinnými příslušníky pacienta. Spolupráce tvoří základnu všech ošetrovatelských úkonů a díky ní sestra zapojuje KCHP a rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu, který je založen na vyhledávání a plánování pomoci při uspokojování potřeb (10, 34). Překvapivé jsou výsledky zjištění, že z 30 dotazovaných KCHP 17 uvedlo, že po nich zdravotnický personál požaduje, aby spolupracovali na ošetrovatelsko - léčebném procesu. Po 13 KCHP nemusí zdravotnický personál požadovat spolupráci, jelikož sami spolupracují (graf 29). Otázkou je důvod, proč jsou pacienti pasivní.

Můžeme se jen domnívat, že KCHP s dehiscencí rány nemají tolik informací, že nevědí, jak spolupracovat na ošetřovatelsko - léčebném procesu. Spolupráce je vzhledem k adaptaci na stav a rehabilitaci velmi důležitá, je jedním z atributů moderní ošetřovatelské péče. Tím se *hypotéza č. 5 - U kardiochirurgického pacienta s dehiscencí rány dochází k pasivitě ve spolupráci v ošetřovatelsko - léčebném procesu* - potvrdila. Tabulka 12 znázorňuje motivační prvky ke spolupráci. Zjistili jsme, že pokud dá zdravotnický personál KCHP určitý podnět ke spolupráci, tak KCHP začnou více projevovat zájem o ošetřování rány. 5 KCHP potřebuje od zdravotnického personálu aktivní přístup, 4 opět komunikaci a 3 KCHP určitou motivaci. Tím se opět potvrdila *hypotéza č. 1 - Pacient projevuje zájem o ošetřování rány, které je podporováno ošetřovatelským personálem*.

Z dotazníkového šetření u sester bylo zjištěno, že na kardiochirurgickém oddělení pracuje ze 100 dotazovaných sester 94 žen a 6 mužů (graf 30). Je dobré zjištění, že přibývá počet sester mužů, protože do zdravotnictví s sebou přinášejí optimismus a nemají impulzivní chování jako sestry - ženy, a tím je na pracovišti lepší atmosféra.

Překvapivé výsledky byly ve věkovém zastoupení sester, které pracují na kardiochirurgickém oddělení. Nejvíce, což je 52 % sester, je ve věku od 21 do 30 let a 39 % sester v rozmezí 31 až 40 let. Zarážející bylo, že ani jedna sestra do 20 let na tomto oddělení nepracuje (graf 31). Zde se nabízí otázka, proč tato věková kategorie chybí. Můžeme se domnívat, že kardiochirurgické oddělení je pravděpodobně náročnější oddělení než ostatní a vyžaduje sestry, které mají specializaci. Toto oddělení přijímá sestry, které mají určitou praxi. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo středoškolské s maturitou, což uvedlo 47 % sester, vyšší odborné vzdělání uvedlo 31 % sester, Bc. 11 % sester a titul Mgr. mají 3 % sester.

Individuální péče klade na sestru vysoké nároky. Sestra musí být samostatná, mít odborné znalosti a dovednosti, umět efektivně komunikovat, umět si organizovat čas a spolupracovat s ostatními členy zdravotnického týmu. Individuální péče zahrnuje také uspokojování potřeb KCHP tak, že jedna sestra ošetřuje jednoho pacienta nebo má na starost určitý počet pacientů. Ale ne každé zdravotnické zařízení umožňuje sestřím

poskytovat individuální péči, protože na některých odděleních sestry pečují o všechny pacienty funkčním systémem. Z výsledků vyplývá, že 55 % sester má možnost individuálního přístupu ke KČHP s dehiscencí rány (graf 41). V této problematice jsme se zaměřili na to, co zahrnují sestry v souvislosti s ošetrovatelskými intervencemi do individuálního přístupu. Ze schématu 7 je patrné, že sestry vnímají individuální přístup ke KČHP v zachování intimity a to díky tomu, že jedna sestra ošetřuje jednoho pacienta, to uvedlo 11 sester, dále se zmínily o ráně, kde sem zahrnuje 7 sester bariérovou ošetrovatelskou péči, 9 sester přípravky na ošetřování a hojení rány. Třetí důležitou oblastí k zajištění individuálního přístupu je komunikace, kterou uvedlo 7 sester. Zde se ztotožňujeme s odpověďmi, neboť každý pacient by měl mít nárok na individuální péči.

Podle Trachtové (71) se sestry zabývají člověkem jako celkem, tím uspokojují jeho biologické, psychické, sociální a spirituální potřeby. Tyto potřeby uspokojují pomocí ošetrovatelského procesu. Trachtová potřebu definuje jako projev nějakého nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Překvapivé výsledky jsou, že 92 sester se zaměřuje na uspokojení biologických potřeb, 62 sester na psychické potřeby, 32 na sociální potřeby, ale jen jedna sestra se zaměřuje na spirituální potřeby (graf 43). Jak uvádí Němcová a Kindlová (25, 46), spiritualita je považována za nezbytnou součást lidské psychiky a je jednou ze čtyř základních potřeb nemocného člověka. Mnoho sester zapomíná zahrnout do komplexního ošetrovatelského procesu i uspokojování spirituálních potřeb. V anamnéze nejsou správně zjišťovány a analyzovány duchovní potřeby, a tím nejsou v ošetrovatelské dokumentaci zaznamenány. Někdy vnímá nemocný člověk priority svých potřeb jinak než zdravotnický personál. Je důležité podotknout, že spirituální potřeby mohou být u některých pacientů v určité fázi nemoci důležitější než biologické potřeby. Protože nemocnému člověku, který má otevřený hrudník a „vidí bijící srdce, které je mu najednou blízko a není ničím chráněno“, se začnou v hlavě honit různé myšlenky, více přemýšlí a uvažuje o smrti. V této fázi potřebuje každý člověk najít smysl v tom, co ho potkalo. Tím zdůrazňujeme, že je třeba, aby sestry věděly a uměly zajistit adekvátní způsob správného přístupu k pacientovi, aby dokázaly naslouchat jeho duchovním potřebám, protože hlavní úlohou

ošetřovatelství je docílit optimálního fyzického, duševního, sociálního a duchovního stavu člověka.

Tabulka 13 znázorňuje, na jaké biologické potřeby se sestry převážně soustřeďují. Podle Farkašové (11) je důležité uspokojit základní fyziologické potřeby, které spočívají v zajištění potravy, dostatečného odpočinku a kvalitního spánku, hygieny a vyprazdňování a celkového pocitu zdraví. Sestry v této oblasti mile překvapily, protože se 45 sester zaměřuje na hygienu, 60 sester na bolest, 24 sester na spánek, 19 sester na vyprazdňování, 43 sester na výživu a 21 sester na péči o ránu. S tím se můžeme jen ztotožnit a můžeme dodat, že všechny tyto potřeby ovlivňují nejen psychickou pohodu pacienta, ale výrazně se podílí na průběh hojení rány. Dále se měly sestry vyjádřit k tomu, jak uspokojují psychické potřeby. Psychické potřeby sestry uspokojují KCHP zajištěním bezpečí a jistoty, to uvedlo 11 sester, dále vyslechnutím, které uvedly 4 sestry a spolupráci s psychologem preferovalo 7 sester. Psychickou pohodu pacientů podpoří i nezbytná informovanost, tu uvedlo 33 sester, své nezastupitelné místo zde má i komunikace, kterou uvedlo 13 sester (tabulka 14). Komunikace mezi sestrou a pacientem je neodmyslitelnou součástí ošetřovatelské péče, která slouží k zajištění efektivní a kvalitní péče o pacienty a přispívá k rychlejšímu uzdravení (53, 65). S těmito výroky můžeme jen souhlasit, protože bez komunikace by sestra nemohla poskytnout péči, nemohla by zajistit potřeby a hlavně díky komunikaci může sestra KCHP povzbudit, edukovat a vyslechnout a tím pacientovi zajistí pocit bezpečí a jistoty. Tímto se potvrdila *hypotéza č. 7 - Sestry se při péči o kardiochirurgického pacienta orientují na saturaci psychických potřeb.*

Dále měly sestry uvést, jak uspokojují sociální potřeby KCHP. 32 sester uvedlo, že umožňuje pacientům kontakt s rodinou a přáteli (tabulka 15), s těmito odpověďmi se ztotožňují i odpovědi pacientů (graf 12). Je velmi důležité, aby sestry umožnily KCHP s dehisencí operační rány kontakt nejen s rodinnými příslušníky, ale i přáteli. To vše může zmírnit jejich sociální izolaci. Rodina a její pozitivní přístup pomáhají pacientovi vyrovnat se stavem, nabízí mu pomoc, kdy to nejvíce potřebuje. A ještě zdůrazňujeme, že ani sestry či lékaři nepomůžou zahojit bolavé srdce tak jako vlastní rodina či blízká osoba.

Z výsledků dále vyplývá, že zdravotnická zařízení a jejich podmínky 16 % sestrám neumožnila saturovat potřeby KCHP (graf 44). Zajímavé je, že 1 sestra uvedla, že nemohla podat informace, jelikož není kompetentní osoba (schéma 8). Ano, sestra není kompetentní osoba pro sdělování diagnózy, zdravotního stavu nemocného. Tyto informace dle zákona může sdělovat jen lékař. Sestra může sdělovat informace ohledně postupu ošetřování rány, jak rána vypadá, a podává informace o edukaci a potřebách. Dále do nesaturovaných potřeb uvedly 4 sestry, že nemohly zajistit dostatek soukromí (schéma 8). Intimita se dá zajistit použitím zástěn mezi lůžky, pokud sestrám nedovolují podmínky zdravotnického zařízení, aby muži a ženy byli odděleni na jednotlivých pokojích, nebo odhalením jen části, kterou potřebuje sestra ošetřit.

Pacient, který jde na operaci srdce, věří, že se operace povede a on bude moci začít žít nový život. Ale bohužel v některých případech dojde ke komplikacím v ráně - dehiscenci. Lékař musí tuto diagnózu sdělit pacientovi, a tím nastane krizová situace. V souvislosti s tím měly sestry zhodnotit, jak KCHP reagovali na to, že rána se nehojí per primam, ale per sekundam, jelikož došlo ke komplikaci dehiscence operační rány. 59 % sester uvedlo, že pacient se dožadoval informací, 21 % sester odpovědělo, že projevoval zájem, v 17 % byl pacient pasivní a ve 3 % byl agresivní. Pacient, u kterého došlo k dehiscenci, se nachází v náročné situaci, má strach, obavy, co se bude dál dít, v hlavě se mu mísí různé myšlenky, má mnoho otázek. Může procházet pěti fázemi (šokem, popřením, úzkostí, depresí, agresí a následným vyrovnáním se se situací), které jsou přirozenou součástí reakce každého člověka na neočekávanou situaci. Tyto fáze vedou k zvládnutí a adaptaci stavu. Je velmi důležité, aby sestra našla společně s pacientem optimální cestu ke zvládnutí tak náročné situace, nenechala ho samotného. Dala mu najevo své pochopení a porozumění a uplatnila také empatický přístup a komunikaci pomocí rozhovoru. 93 % sester umí pomoci pacientovi zvládnout tyto obavy (graf 47). Pocit strachu, úzkosti a nejistoty u KCHP s dehiscencí rány sestry snižují podáváním informací, komunikací, farmakologicky, zajištěním psychologa a převážně pomocí rozhovoru mezi sestrou a pacientem (tabulka 16).

Je zajímavé, že se sestry, které chtějí motivovat KCHP s dehiscencí rány, zaměřují na biologické potřeby, na psychické potřeby, na komunikaci a edukaci a

hlavně na přístup zdravotnického personálu k pacientovi (schéma 9). Motivace při této komplikaci je velmi důležitá, pacient s tímto defektem se cítí být omezený. Jeho problém je spojen s řadou negativních pocitů, které výrazně ovlivňují kvalitu jeho života, a tím i celou řadu psychosociálních potřeb (23). Myslíme si, že pomocí motivace mohou sestry negativní pocity zmírnit, a tím zlepšit pacientův pohled na celou situaci, pacient se bude cítit být užitečný a jeho zdravotní stav se bude zlepšit.

6. Závěr

Diplomová práce s názvem „Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány“ pojednává o problematice této komplikace. Dehiscence patří mezi stresové, emocionálně a psychicky náročné životní situace. Zde má právě sestra nezastupitelné místo, jelikož se svým empatickým a profesionálním přístupem podílí na zlepšení kvality hospitalizace kardiochirurgického pacienta, a může tak uspokojovat bio-psycho-sociální a spirituální potřeby nemocného.

Cílem této práce bylo zjistit, jak zvládá kardiochirurgický pacient pooperační komplikaci – dehiscence rány. KCHP s touto komplikací zvládají svůj stav optimisticky, věří v brzké uzdravení díky profesionální ošetrovatelské péči a berou tuto komplikaci jako součást života. Druhým cílem bylo zajištění oblastí možného zlepšení ošetrovatelské péče o kardiochirurgického pacienta s dehiscencí operační rány. I když sestry poskytují kvalitní ošetrovatelskou péči, najdou se oblasti, které potřebují zdokonalit. Je to intimita, péče o intenzitu bolesti a zajištění spirituálních potřeb. Dovolujeme si konstatovat, že cíle byly splněny.

V souvislosti s tematikou diplomové práce byly stanoveny tři výzkumné otázky a sedm hypotéz.

První otázka: *Jak zvládá KCHP svůj stav při pooperační komplikaci dehiscence rány?* Odpověď: Optimisticky. Druhá otázka: *Jaké potřeby převládají u KCHP s dehiscencí rány?* Odpověď: Biologické potřeby. Třetí otázka: *Jaké ošetrovatelské intervence upřednostňuje KCHP s dehiscencí rány?* Odpověď: Komunikace a šetrné zacházení.

H1 - *Pacient projevuje zájem o ošetřování rány, které je podporováno ošetrovatelským personálem* - byla potvrzena. H2 ve znění - *Pacient upřednostňuje lékaře před sestrou při ošetřování dehiscence operační rány* - byla nepotvrzena. H3 - *Komfort pacienta je zajištěn kontinuální monitorací bolestí* - byla potvrzena. H4 ve znění - *Projevy dehiscence operační rány, jako jsou zápach a sekrece z rány, působí na komfort pacienta více než dehiscence samotná* - byla výzkumem potvrzena. H5 - *U KCHP s dehiscencí operační rány dochází k pasivitě ve spolupráci v ošetrovatelsko-*

léčebném procesu - byla potvrzena. H6 ve znění - *Individuální ošetrovatelský přístup podporuje adaptaci na stav KCHP s dehiscencí operační rány* - byla výzkumem potvrzena. H7 - *Sestry se při péči o KCHP orientují na saturaci psychických potřeb* - byla potvrzena.

Ze získaných výsledků vyplývá pro sestry, které ošetřují KCHP s dehiscencí operační rány, toto doporučení: Sestry by se měly více zaměřit na intimitu, sledování intenzity bolesti a uspokojování spirituálních potřeb.

Výsledky práce bude možné využít v praxi jako materiál pro sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči kardiochirurgickým pacientům s dehiscencí rány anebo může tato práce zároveň sloužit jako studijní materiál pro studenty ošetrovatelských oborů.

Tímto bychom si moc přály, aby každá sestra přistupovala k pacientovi jako k individuální bytosti, chápala a uspokojovala jeho základní potřeby a poskytovala kvalitní profesionální ošetrovatelskou péči.

7. Seznam použité literatury

1. ADAMS, B., HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999, str. 488. ISBN 80-7169-893-8.
2. BIOSTER, A. S. *Nový Traumacel Biodress – bioaktivní hojení a úleva od bolesti*. [online]. 2010. [cit. 2009-10-20]. Dostupné z WWW: <http://www.traumacel.cz/katalog/traumacel-biodress/jak-funguje-traumacel-biodress>.
3. BIOSTER, A. S. *Traumacel Biodress – unikátní přírodní krytí na léčbu akutních a chronických ran*. [online]. 2010. [cit. 2009-10-20]. Dostupné z WWW: <http://www.traumacel.cz/katalog/traumacel-biodress>.
4. BUREŠ, I. Podíl sestry na hojení ran z pohledu lékaře. *Florence*. Praha: Galén, 2008, roč. IV, č. 1, str. 32. ISSN 1801-464X.
5. CEJPKOVÁ, J. KOPPOVÁ, V., VAŠKOVÁ, H. V. A. C. systém v kardiologii. [online]. 2008. [cit. 2009-11-15]. Dostupné z WWW: http://www.akutne.cz/res/file/Publikace/Sbornik_Homolka_2008/29-Vacsystem_v_kardiologii-Jana_Cejpkova.pdf.
6. DOHERTY, G., M., McGRAW, H., C. *Current diagnosis & treatment surgery*. 13. edition. Publisher: McGraw Hill Professional, 2009, str. 1312. ISBN 978-0-07-159087-7.
7. DOMINIK, J. *Kardiologie*. Praha: Grada, 1998, str. 215. ISBN 80-7169-669-2.
8. DOMINIK, J., ŽÁČEK, P. *Chirurgie srdečních chlopní nejen pro kardiologii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, str. 368. ISBN 978-80-247-2712-7.
9. DULOVOVÁ, D. Chirurgická rána hojící se per secundam. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. IV, č. 11, str. 16-18. ISSN 1210-0404.
10. DUŠOVÁ, B. Chronická bolest jako ošetřovatelský problém. *Nové trendy v ošetřovatelství V*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006, str. 95-100. ISBN 80-7040-884-7.

11. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatelství – teorie*. Přel. Tóthová, V. 1. české vydání. Martin: Osveta, 2006, str. 211. ISBN 80-8063-227-8.
12. FEJFAROVÁ, S., WICHTOVÁ, H. *V. A. C. systém a jeho použití*. Sborník přednášek: Nemocnice České Budějovice, 2008, str. 148. ISBN 978-80-254-2730-9.
13. FIALA, R., NÁHLOVSKÝ, J., ŠEBEK, T. *Hojení rány*. [online]. 24. 3. 2010. [cit. 2009-10-06]. Dostupné z WWW: <http://www.hojeni-ran.cz/hojeni-rany>.
14. GROFOVÁ, Z. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 237. ISBN 978-80-247-1868-2.
15. GULÁŠOVÁ, I. *Komunikácia v interakcii sestry – pacient v podmienkach klinickej praxe. Nové trendy v ošetrovatelství III*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004, str. 35-51. ISBN 80-7040-705-0.
16. GWOZDZIEWICZ, M. *Arteriální revaskularizace myocardu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 124 + 8. ISBN 978-80-247-1772-2.
17. HATCHETT, R., THOMPSON, D., COADY, E. *Cardiac nursing a comprehensive guide*. 2. edition. Publisher: Churchill Livingstone Elsevier, 2008, str. 663. ISBN 978-0-44-310214-1.
18. HRABOVSKÝ, J. *Chirurgie 1. a 2. díl*. 1. vydání. Praha: Eurolex Bohemia s.r.o., 2002, str. 157. ISBN 80-86432-39-4.
19. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty 3. díl*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, str. 88. ISBN 978-80-247-2855-1.
20. CHUDOBOVÁ, M. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky - Kardiochirurgická operace*. [online]. 2. 4. 2004. [cit. 2010-04-04]. Dostupné z WWW:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=chirurg®ion=100&kind=21&mnu_id=6200.

21. JOHNSON & JOHNSON. *Actisorb plus 25*. [online]. 5. 1. 2009. [cit. 2009-11-05]. Dostupné z WWW: http://www.jnjcz.cz/pdf/mdd/wound/spc_ACTISORB.pdf.
22. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: Grada, 2008, str. 312. ISBN 978-80-247-2436-7.
23. KALOUSOVÁ, E. Chronická rána – fyzická i psychická zátěž. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. III, č. 5, str. 232-233. ISSN 1801-464X.
24. KELNAROVÁ, J. A KOL. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy – 2. ročník*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, str. 232 + 4. ISBN 978-80-247-3106-3.
25. KINDLOVÁ, M. Etické aspekty v uspokojování spirituálních potřeb nemocných. *Nové trendy v ošetrovatelství II*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003, str. 67-69. ISBN 80-7040-636-4.
26. KOHUT, M., FORMÁNKOVÁ, J. Problematika hojení ran po kardiochirurgické operaci. *Diagnóza v ošetrovatelství – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. VI, č. 2, str. 11, 12. ISSN 1801-1349.
27. KOLEKTIV AUTORŮ. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, str. 549. ISBN 978-80-247-2548-2.
28. KOUTNÁ, M. Ekonomické otázky v oboru hojení ran. *Florence*. Praha: Galén, 2008, roč. IV, č. 11, str. 430-431. ISSN 1801-464X.
29. KOZIÉROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 2*. Přel. Krišková, A., Musilová, M., Závodná, V. 1. vydání. Martin: Osveta, 1995. Přel. z: *Fundamentals of Nursing*, str. 1474. ISBN 80-217-0528-0.
30. KRISTOVÁ, J., TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. 1. vydání. Martin: Osveta, 2002, str. 164. ISBN 80-8063-107-7.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002, str. 200. ISBN 80-247-0179-0.

32. KŘIVOHLAVÝ, J. *Sestra a stres – příručka pro duševní pohodu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010, str. 128. ISBN 978-80-247-3149-0.
33. KUBÍČEK, V., POJAR, M. Problematika hojení ran. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 4, str. 26-27. ISSN 1210-0404.
34. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 163. ISBN 978-80-247-2069-2.
35. LEMMER, J., H., VLAHAKES, G., J. *Handbook of patient care in cardiac surgery*. 7. edition. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, 2009, str. 384. ISBN 978-0-78-177385-0.
36. LINDNER, J. *Historie kardiologie*. [online]. 21. 3. 2010. [cit. 2009-09-17]. Dostupné z WWW: <http://www.kardiologie.cz/historie>.
37. LITTLE, A., G., MERILL, W., H. *Complications in cardiothoracic surgery: avoidance and treatment*. 2. editon. Publisher: John Wiley and Sons, 2009, str. 496. ISBN 978-1-40-518103-7.
38. MACHOVÁ, A., FILAUSOVÁ, D. Odpovídají znalosti zdravotnických pracovníků současným vědeckým poznatkům o bolesti. *Nové trendy v ošetrovatelství III*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004, str. 191-195. ISBN 80-7040-705-0.
39. MANDLOVEC, A. *Kardiovaskulární choroby u žen*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, str. 128 + 8. ISBN 978-80-247-2807-0.
40. MARGERESON, C., RILEY, J. *Cardiothoracic surgical nursing*. Publisher: Wiley – Blackell, 2003, str. 233. ISBN 978-0-63-205904-1.
41. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 352. ISBN 80-247-1151-6.
42. MARŠÁLEK, P. *Rehabilitace a pohybová aktivita po akutních syndromech*. 1. vydání. Praha: Triton, 2006, str. 125. ISBN 80-7254-740-2.
43. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003, str. 164. ISBN 80-7013-277-9.

44. MIKŠOVÁ, Z., FRONKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006, str. 172. ISBN 80-247-1443-4.
45. NAVRÁTIL, L. A KOL. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008, str. 424. ISBN 978-80-247-2319-8.
46. NĚMCOVÁ, J. Saturace spirituálních potřeb pacientů. *Diagnóza v ošetrovatelství – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, roč. VI, č. 1, str. 26 - 29. ISSN 1801-1349.
47. NĚMEČKOVÁ, J. *Infekce v ráně*. [online]. 4. 5. 2009. [cit. 2009-11-04]. Dostupné z WWW: <http://braunoviny.bb Braun.cz/clanky/infekce-v-rane/>.
48. O'CONNOR, M., ARANDA, S. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, str. 324. ISBN 80-247-1295-4.
49. PEJZNOCHOVÁ, I. Lokální ošetřování chronických ran. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. III, č. 2, str. 95. ISSN 1801-464X.
50. PĚNIČKOVÁ, M. Sociálně-psychologický výcvik sester-zvyšování kvality péče o psychiku pacienta. *Florence*. Praha: Galén, 2008, roč. IV, č. 7-8, str. 288-289. ISSN 1801-464X.
51. PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. A KOL. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení – 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 144. ISBN 978-80-247-1997-9.
52. PREISS, M., KUČEROVÁ, H. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 416. ISBN 80-247-1460-4.
53. RICHARDS, A., EDWARDS, S. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, str. 376. ISBN 80-247-0932-5.
54. ROKYTA, R. A KOL. *Bolest a jak s ní zacházet – učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, str. 184. ISBN 978-80-247-3012-7.
55. RULÁKOVÁ, K., TREŠLOVÁ, M. Pocit bezpečí a jistoty a podávání léků. *Nové trendy v ošetrovatelství II*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2003, str. 161-167. ISBN 80-7040-636-4.

56. RYBKA, J. A KOL. *Diabetologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 283. ISBN 80-247-1612-7.
57. ŘEHÁK, F. *Komplikace operačních ran*. [online]. 2002. [cit. 2009-10-12]. Dostupné z WWW: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/t179.rtf>.
58. SLEZÁKOVÁ, L. A KOL. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. – Pediatrie, Chirurgie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 200 + 4. ISBN 978-80-247-2040-1.
59. SOVOVÁ, E., LUKL, J. *100+1 otázek a odpovědí pro kardiaky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005, str. 120. ISBN 80-247-1166-4.
60. SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J. *Kardiologie pro obor ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, str.156+8. ISBN 80-247-1009-9.
61. STAŇKOVÁ, K. *České ošetrovatelství 13 – sestra a pacient (komunikace v praxi), zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004, str. 67. ISBN 80-7013-388-0.
62. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetrovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 280+4. ISBN 80-247-1148-6.
63. ŠETINA, M. A KOL. *Kardiochirurgie*. 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2005, str. 60. ISBN 80-7040-779-4.
64. ŠETINA, M. *Historie kardiochirurgie*. [online]. 2006. [cit. 2009-09-05]. Dostupné z WWW: <http://www.sanquis.cz/index.php?linkID=art295>.
65. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vydání. Praha : Advent – Orion s.r.o., 2003, str. 477. ISBN 80-7172-841-1.
66. ŠPINAR, J., VÍTOVEC, J. A KOLEKTIV. *Jak dobře žít s nemocným srdcem*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 256. ISBN 978-80-247-1822-4.
67. ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi: cesta k úspěchu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003, str. 152. ISBN 978-80-247-0530-9.

68. TAUFMANOVÁ, B. Používání vakuového systému při hojení ran. *Diagnóza v ošetrovatelství – odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*, 2009, roč. V, č. 1, str. 14-16. ISSN 1801-1349.
69. TOMOVÁ, Š. Komunikace – dorozumívání nebo porozumění. *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2009, roč. 19, č. 9, str. 26. ISSN 1210-0404.
70. TOPLANSKÁ, Z., BÉREŠOVÁ, M. Spolupráca pacienta při hodnotení chronickej bolesti. *Florence*. Praha: Galén, 2009, roč. V, č. 7-8, str. 22-23. ISSN 1801-464X.
71. TRACHTOVÁ, E. A KOL. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. 2 nezměněné vydání. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001, str. 186. ISBN 80-7013-324-8.
72. VALENTA, J., ŠEBOR, J., MATĚJKA, J., RUNT, V. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005, str. 237. ISBN 80-246-0644-5.
73. VAŠKOVÁ, Z. Lékaři a sestry...máme v sobě empatii? *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 16, č. 11, str. 23. ISSN 1210-0404.
74. VELIČKOVÁ, J. Operační rány v kardiouchirurgii. *Florence*. Praha: Galén, 2007, roč. III, č. 2, str. 78- 80. ISSN 1801-464X.
75. VENGLÁŘOVÁ, M., BABIÁKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 352. ISBN 978-80-247-1151-5.
76. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 144. ISBN 80-247-1262-8.
77. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H. A KOL. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 328. ISBN 80-247-1716-6.
78. WORKMAN, B., BENNETT, C. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006, str. 260. ISBN 80-247-1714-X.

79. ZACHAROVÁ, E. Komunikace – jeden ze základních pilířů vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. *Nové trendy v ošetrovatelství V.* 1. vydání. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006, str. 462-465. ISBN 80-7040-884-7.
80. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení.* 1. vydání. Praha: Grada, 2007, str. 232. ISBN 978-80-247-2068-5.
81. ZEMAN, M. A KOL. *Chirurgická propedeutika.* 2. vydání. Praha: Grada, 2003, str. 524. ISBN 80-7169-705-2.

8. Klíčová slova

Kardiochirurgie

Dehiscence

Bolest

Komunikace

Výživa

Rehabilitace

9. Přílohy

Příloha 1	Souhlas k provedení výzkumu
Příloha 2	Otázky pro rozhovor
Příloha 3	Dotazník pro kardiochirurgické pacienty
Příloha 4	Dotazník pro sestry v kardiochirurgických centrech

Příloha 1

Adriana Bendulová, Bc.

Jablonského 383

Písek 397 01

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Boženy Němcové 585/54

České Budějovice 370 87

VĚC: ŽÁDOST O VYKONÁNÍ VÝZKUMU K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Já, Adriana Bendulová, studentka 2. ročníku magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, žádám Nemocnici České Budějovice, a.s. o souhlas k vykonání výzkumu pro svoji diplomovou práci s názvem „Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány“. Výzkumný vzorek budou tvořit sestry a pacienti. Výzkum bude proveden nejprve 4 rozhovory s pacienty a na základě rozhovoru budou sestaveny dotazníky pro sestry a pacienty. Po vyhodnocení budou výsledky předloženy vedení Nemocnice České Budějovice, a.s.

.....

Adriana Bendulová, Bc.

Studentka JU ZSF v ČB

.....

Mgr. Jiřina Otásková, MBA

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a hlavní sestra

V Písku dne 18. 11. 2009

(vlastní zdroj)

Příloha 2

Polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami pro kardiochirurgické pacienty

Souhlasíte s následujícím rozhovorem a jeho záznamem?

- 1. Otázka:** Jak zvládáte svůj stav při pooperační komplikaci dehiscence rány?
- 2. Otázka:** Jaké potřeby u Vás převládají?
- 3. Otázka:** Jaké ošetrovatelské intervence upřednostňujete u sestry, která ošetřuje ránu?
- 4. Otázka:** Co Vám nejvíce pomáhá vyrovnat se s toutou komplikací?
- 5. Otázka:** Jak Vás rána ovlivňuje?
- 6. Otázka:** Co pro Vás rána znamená?

Příloha 3

Anonymní dotazník pro kardiochirurgické pacienty s dehiscenční operační rány

DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážený/á pane/paní,

jmenuji se Adriana Bendulová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech se specializací zaměřenou na kardiochirurgii. Dotazník, který dostáváte do rukou je součástí mé diplomové práce, která se zabývá komplikovaným hojením operační rány po operaci srdce, proto se otázky v dotazníku budou týkat této problematiky. Data, která z těchto dotazníků získám, jsou anonymní.

Návod k vyplnění dotazníku:

Každou otázku si pozorně přečtete a zaškrtněte z nabídnutých možností odpověď dle Vašeho uvážení. Při vyplňování dotazníku označte křížkem odpověď .

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Bc. Bendulová Adriana

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk je:

- do 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 – 70 let
- 71 – 80 let
- 81 a více let

3. Kolikátý den jste hospitalizovaný/á s touto komplikací?

.....

4. Jakou operaci jste podstoupil/a?

.....

5. Jakým způsobem je léčena Vaše rána?

- opakovanými převazy s léčebným roztokem
- V. A. C systémem
- jiné:

6. Při ošetření Vaší rány upřednostňujete (zaškrtněte jen 1 odpověď)

- sestru
- lékaře
- jinou osobu:

7. Přístup sestry k Vám je

- individuální
- rutinní
- jiný:

8. Rozhovor při převazu sestra orientuje na (zaškrtněte jen 1 odpověď)

- ránu
- o ráně se nezmiňuje
- moje otázky
- to, jak se cítím
- to, jak zvládám svoji situaci
- to, co bych potřeboval ke zvládnutí svého stavu

9. Co pro Vás tato komplikace znamená?

.....
.....

10. Co Vás nejvíce v souvislosti s ránou trápí?

.....
.....

11. Jak hodnotíte sama sebe při této komplikaci?

.....
.....

12. Co Vám nejvíce pomáhá ke zlepšení psychické pohody?

.....
.....

13. Jaké potřeby u Vás v souvislosti s ránou převládají? (zaškrtněte jen 1 z uvedených možností a v nerozhodném případě napište)

- biologické potřeby
- psychické potřeby
- sociální potřeby
- spirituální potřeby
- jiné:

14. Jak jsou tyto potřeby uspokojovány sestrami v souvislosti s pobytem v nemocnici?

Biologické potřeby

.....
.....

Psychologické potřeby

.....
.....

Sociální potřeby

.....
.....

Spirituální potřeby

.....
.....

Jiné

.....
.....

15. Jak vidíte svoji budoucnost?

.....
.....

16. Pociťujete bolest v souvislosti s ránou?

- ne
- ano → kdy:
 - neustále (celý den)
 - při převazu rány
 - při změně polohy
 - při námaze
 - při chůzi po chodbě
 - při rehabilitaci
 - při ošetřování, kdy lékař provádí čištění rány
 - jindy:

17. Když máte bolest, co Vám nejvíce pomáhá k jejímu zmírnění?

.....
.....

18. Projevuje sestra zájem o sílu Vaší bolesti?

- ano → jak?
.....
.....
- ne

19. Lék proti bolesti (zaškrtněte jen 1 odpověď)

- je Vám nabízen sestrou
- sám musíte o lék požádat
- vím, že dostávám lék v pravidelných dávkách
- vím, že můžu požádat, kdykoliv budu potřebovat

20. Kontroluje u Vás sestra účinek léku proti bolesti?

ano → jak?

.....
.....

ne

21. Pomáhá Vám sestra k odstranění bolesti jinou formou než podáním léku?

ano → jak?

.....
.....

ne

22. Co je pro Vás při komplikaci horší (zaškrtněte jen 1 odpověď)?

vzhled rány

zápach

vytékání tekutiny z rány

odhalování při převazu

23. Dělá Vám potíže podívat se na ránu?

ano → proč?

.....
.....

ne

24. Jak hodnotíte sebe samu/samotného v souvislosti se vzhledem Vaší rány?

.....
.....

25. Jaké omezení Vám komplikace v ráně přináší?

.....
.....

26. Co Vám nejvíce pomáhá v souvislosti s ránou?

.....
.....

27. Jak zvládáte svoji situaci?

.....
.....

28. Dělá Vám potíže mluvit o ráně? (pokud jste u některé z odpovědí zaškrtnli ano, odpovězte proč)

se sestrou: ano ne

s lékařem: ano ne

s rodinou: ano ne

s blízkou osobou: ano ne

ano → proč?

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

29. Co u sester upřednostňujete, když Vám provádí převaz rány? (seřad'te odpovědi dle stupnice 1-6, kdy 1 znamená, že nejvíce upřednostňujete, a 6 nejméně upřednostňujete)

- komunikaci
- oční kontakt
- pohlazení
- úsměv
- šetrné zacházení
- asistování lékaři

30. Pro Vaši spolupráci na léčebném procesu je nutné projevení zájmu zdravotnického personálu o Vaši osobu?

- ano → jak?

.....
.....

- ne

Příloha 4

Anonymní dotazník pro sestry na kardiochirurgických centrech

DOTAZNÍK PRO SESTRY

Vážená sestro,

jmenuji se Adriana Bendulová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech se specializací zaměřenou na kardiochirurgii. Dotazník, který dostáváte do rukou je součástí mé diplomové práce s názvem „Kardiochirurgický pacient s dehiscencí operační rány“. Data, která z těchto dotazníků získám, jsou anonymní.

Návod k vyplnění dotazníku:

Každou otázku si pozorně přečtete a zaškrtnete z nabídnutých možností odpověď dle Vašeho uvážení. Při vyplňování dotazníku označte křížkem odpověď ☒.

Za vyplnění dotazníku předem děkuji.

Bc. Bendulová Adriana

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk je

- do 20 let
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 a více let

3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je

- středoškolské
- vyšší odborné
- vysokoškolské Bc.
- vysokoškolské Mgr.
- jiné:

4. Doba praxe

- 0 – 2 roky
- 3 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 20 a více let

5. Délka praxe na kardiologickém oddělení

- 0 – 3 roky
- 4 – 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 a více let

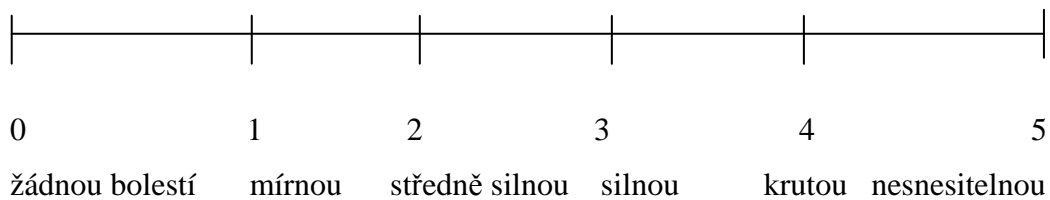
6. Jakým způsobem monitorujete a dokumentujete bolest u pacienta s dehiscencí operační rány?

.....

.....

.....

7. S jakou bolestí, se setkáváte u pacienta - reakce na Vámi prováděný převaz
(zakroužkujte jedno číslo na prímce)



8. Jaké nefarmakologické metody používáte u pacienta s dehiscencí rány, který prožívá bolest?

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

9. Pacient o ráně (zaškrtněte jen 1 odpověď, se kterou se nejčastěji setkáváte)

- mluví se sestrou
- mluví s lékařem
- nemluví vůbec
- jiné

10. Setkáváte se s tím, že pacient s dehiscencí odmítá ošetřování rány sestrou a preferuje ošetřování lékařem?

- vždy
- často
- výjimečně
- nikdy

11. Považujete spolupráci s nutričním terapeutem při péči o pacienta s dehiscencí operační rány za přínosnou?

- ano → Zaznamenali jste výrazný efekt v souvislosti s dehiscencí operační rány? :
 - ano
 - ne
- ne

12. Máte možnosti individuálního přístupu k pacientovi s dehiscencí operační rány?

- ano → V čem tento přístup spočívá?
.....
.....
.....
- ne → Uvítali byste tuto možnost?
 - ano
 - ne

13. Na jaké potřeby se orientujete u pacienta, který má dehiscenci

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

14. Jak tyto potřeby u pacienta, který má dehiscenci operační rány, uspokojujete?

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

15. Setkala jste se s potřebami pacienta, které byste chtěla saturovat, ale podmínky to nedovolují?

ano → Jaké?

.....

ne

16. Když se pacient dozvěděl, že se rána rozpadá, jeho reakce byla (můžete zaškrtnout jen 1 odpověď)

agresivní

pasivní

projevoval zájem

dožadoval se informací

17. Jak mohou sestry motivovat pacienta s dehiscencí?

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

18. Co podle Vás pomáhá k adaptaci pacienta? (přijetí stavu dehiscence operační rány)

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

19. Máte zkušenosti s tím, že Váš rozhovor s pacientem pomohl k adaptaci jeho stavu?

ano

ne

nevím

20. Máte možnost pomoci pacientovi, který pociťuje úzkost, strach, obavy
v souvislosti s jeho dehiscencí rány?

ano → Jak?

.....
.....

ne