

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Marcela Matysová

Edukační role sestry po operacích hrudníku

Nurse's role in patient education after chest operations

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Helena Chloubová

Konzultant: Prof. MUDr. Jan Schützner, CSc.

Datum obhájení práce:

Praha 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 1. 11. 2011

Marcela Matysová

Podpis:

Identifikační záznam:

MATYSOVÁ, Marcela. *Edukační role sestry po operacích hrudníku. [Nurse's role in patient education after chest operations]*. Praha, 2011. 61 s., 8 příloh. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Chloubová Helena.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala PhDr. Heleně Chloubové za vzorné vedení mé bakalářské práce, podnětné připomínky a názory, Prof. MUDr. Janovi Schütznerovi za konzultace, kontrolu a připomínky k odborné části, Doc. MUDr. Alanovi Stolzovi za konzultace a poskytnutí fotografií, Veronice Matysové DiS. za podnětné připomínky, pomoc při nácviku a formulaci otázek polostandardizovaného rozhovoru a diskutování o problémech ve zdravotnictví.

Abstrakt

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou sesterské edukace v pooperačním období po hrudních operacích. V teoretické části vysvětluji pojem *edukace*, jeho využití a realizaci ve zdravotnictví, formy a metody edukace. Nadále zmiňuji nejčastější hrudní operační výkony, jejich stručné vysvětlení a možné pooperační komplikace. Z hlediska sesterské edukace popisuji krátce předoperační přípravu a komplexní pooperační péči včetně možných pooperačních komplikací po hrudních operacích. V praktické části zjišťuji metodou polostandardizovaného rozhovoru s doplňkovým pozorováním postrádané informace, které respondenti v pooperačním období postrádají, zapamatování si podstatných bodů sesterské pooperační edukace respondenty a spokojenost respondentů se sesterskou edukací v pooperačním období. Cílem práce bylo zjistit, zda je sesterská edukace produktivní, a podle výsledků šetření navrhnout nová opatření pro zlepšení edukace respondentů, a tím pádem i ošetrovatelské péče v pooperačním období. Kvalitnější, komplexní a zároveň i individuální přístup je předpokladem co nejrychlejší rekonvalescence respondenta a brzký návrat do domácího prostředí.

Klíčová slova: edukace, pooperační péče, pooperační komplikace, spokojenost.

Abstract

My bachelor's dissertation concerns the nurse's role in patient education after chest operations. The theoretical section explains not only the concept of patient education, its use and realisation in Public Healthcare, but also the forms and methods of education. Included is a summary of the most common chest operations, their short clarification and possible post - operative complications. I will also briefly describe the nurse's tasks before and after the operation. The practical section involves structured interviews with patients after chest operations. The aim of the interviews was to find out what information patients were lacking and how well they remembered important details given to them by a nurse. The interviews also contain satisfactory reviews on the nurse's role in patient education after chest operations. The aim of my study was to find out if the nurse's role in patient education was productive. Based on the results, my intention was to suggest better practices both for improving patient education and also to perfect the nurse's role in post - operative care. A superior, comprehensive and individual approach is the key to faster and more complete patient recovery and his/ hers return home.

Key words: education, post-operative care, post-operative complications, patient satisfaction.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. EDUKACE.....	10
1.1 CHARAKTERISTIKA EDUKACE A JEJÍ VÝZNAM V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI.....	10
1.2 EDUKAČNÍ PROCES	12
1.3 FORMY A METODY EDUKACE	15
1.3.1 EDUKAČNÍ FORMY	15
1.3.2 EDUKAČNÍ METODY.....	15
2. EDUKACE PACIENTA NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ.....	17
2.1 EDUKACE PACIENTA V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	17
2.1.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	18
2.1.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	18
2.1.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	19
2.2 EDUKACE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ – OBECNĚ.....	19
2.2.1 POHYBOVÝ REŽIM V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	21
2.2.2 VÝŽIVA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	22
2.2.3 HYGIENA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	22
2.2.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	22
2.2.5 DECHOVÁ REHABILITACE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	23
3. EDUKACE A POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA PO HRUDNÍCH OPERACÍCH.....	23
3.1 NEJČASTĚJŠÍ HRUDNÍ OPERACE	23
3.1.1 PLICNÍ RESEKCE.....	23
3.1.2 OPERACE JÍCNU	24
3.1.3 OPERACE V MEDIASTINU.....	24
3.2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE	25
3.2.1 CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE.....	25
3.2.2 NECHIRURGICKÉ KOMPLIKACE.....	26

3.2.3	CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE SPECIFICKÉ PRO KONKRÉTNÍ VÝKONY	28
3.3	EDUKACE PACIENTA SPECIFICKÁ PRO KONKRÉTNÍ VÝKONY.....	32
3.3.1	EDUKACE PO PLICNÍCH OPERACÍCH	33
3.3.2	EDUKACE PO OPERACI JÍCNU	34
3.3.3	EDUKACE PO ZÁKROCÍCH V MEDIASTINU	35
PRAKTICKÁ ČÁST		
4.	PŘÍPRAVNÁ FÁZE	38
4.1	NÁMĚT A VÝZKUMNÝ PROBLÉM	38
4.2	DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ.....	38
4.3	CÍLE VÝZKUMU	38
4.4	HYPOTÉZY VÝZKUMU	38
4.5	PŘEDMĚT VÝZKUMU	39
4.6	METODY VÝZKUMU	39
4.7	ZKOUMANÝ SOUBOR.....	41
4.8	PILOTNÍ ŠETŘENÍ	41
4.9	VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	41
4.10	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	42
5.	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	43
5.1	ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE č. 1.....	43
5.2	ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE č. 2.....	44
5.3	ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE č. 3.....	49
5.4	KVALITATIVNÍ VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	51
6.	DISKUZE.....	55
7.	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	57
ZÁVĚR		58
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ		59
PŘÍLOHY		

ÚVOD

Edukace je ve zdravotnictví v poslední době velmi projednávána a neustále se rozvíjející problematika. Vzdělávání pacientů neznámá jen jednostranné předání informací, ale probíhá v několika fázích. Je potřeba si uvědomit, že hospitalizovaný klient se samotným vytržením z rolí svého denního života, odloučením od své rodiny či blízkých dostává do velkého stresu a jeho psychika i vnímání je změněno. Každý klient na tuto změnu reaguje individuálně a nachází se ve fázích edukačního procesu různě dlouhou dobu v závislosti na fyzickém a psychickém stavu. Účinnost edukace je závislá na několika fázích klientova myšlení, kdy musí informaci vyslechnout, pochopit, zařadit si tyto informace do svého hodnotového žebříčku a následně tyto předané informace využívat v praxi.

Edukace pacientů napomáhá k efektivnějšímu poskytování nejen ošetrovatelské péče se zapojením klienta i jeho rodiny. Potřeba informovanosti se logicky stává prioritní při nástupu k hospitalizaci, protože nemoc, operace a neznámé prostředí nemocnice se při deficitu informací může stát vězením.

Téma zdravotnické edukace je pro mě velice zajímavé a aktuální, protože načerpání nových vědomostí v této oblasti znamená zdokonalení se v poskytování individuální ošetrovatelské péče v mojí praxi. Vždyť největší motivací při poskytování komplexní péče je spokojený a psychicky vyrovnaný pacient, který se aktivně zapojuje do procesu rekonvalescence a rychlého uzdravení.

Tato práce mi klade za cíl zjistit, jsou-li pacienti spokojeni se sesterskou edukací v pooperačním období, schází-li jim po operaci nějaké podstatné informace a zda je sesterská pooperační edukace pro pacienty srozumitelná.

TEORETICKÁ ČÁST

1. EDUKACE

1.1 CHARAKTERISTIKA EDUKACE A JEJÍ VÝZNAM V OŠETŘOVATELSKÉ PRAXI

Pojem edukace je podle Juřeníkové odvozen z latinského slova „educō, educare“, což znamená vést vpřed, vychovávat. Edukaci definuje jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená tedy výchovu a vzdělávání jedince.⁹ Výchova je proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Vzdělávání v obecnějším pojetí jsou takové činnosti, které probíhají v nějakém edukačním prostředí a zahrnují řízené učení nějakého subjektu, jemuž je exponována nějaká didaktická informace, systematický obsah vzdělání.²⁴

Edukaci můžeme rozdělit následovně:

- **základní** (člověku jsou předány nové vědomosti či dovednosti a je motivován ke změně hodnotového žebříčku)
- **reedukační** (pokračující, rozvíjející, nápravná)
- **komplexní** (postupné předávání ucelených vědomostí a budování dovedností a postojů ve zdraví prospěšných opatřeních, která vedou k udržení či zlepšení zdraví)⁹

V ošetrovatelské praxi se setkáváme s edukací každý den při plnění lékařských ordinací, při přípravě pacienta na vyšetření i při vykonávání ošetrovatelských činností.

⁹ JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Vymezení základních pojmů, s. 9.

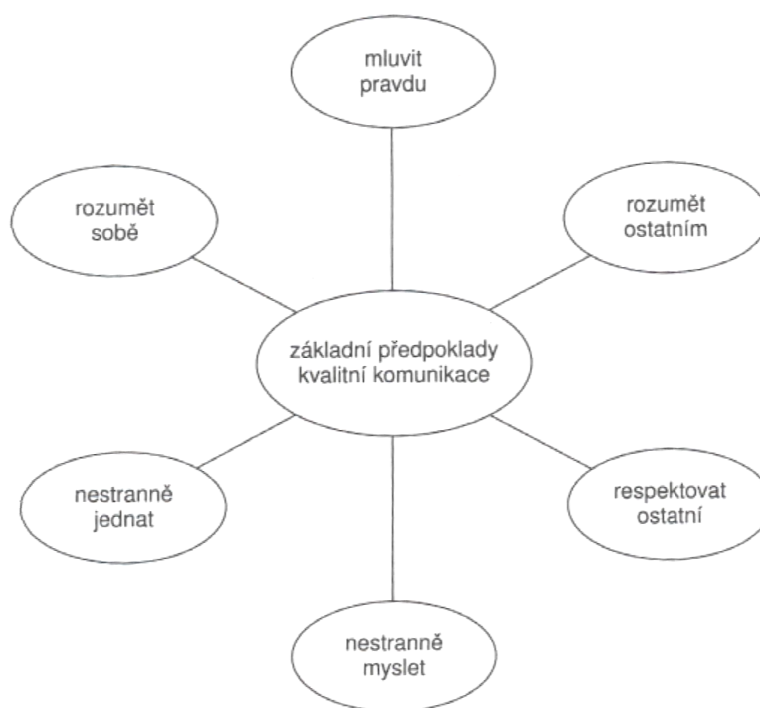
²⁴ PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

⁹ JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Vymezení základních pojmů, s. 11-12.

Velmi podstatný je prvotní kontakt sestry s pacientem. Důležitým úkolem je vzbudit v pacientovi pocit bezpečí, jistoty a důvěry, a tím si zajistit následnou spolupráci v průběhu celé hospitalizace. V dřívějších dobách znamenala edukace jednostranné předání informace, dnes je pacient považován za rovnocenného partnera, za aktivní člunek v péči o své zdraví, a od toho by se měla odvíjet i ošetrovatelská péče.

Při realizaci edukačního procesu je sestra připravená tento proces aktivně a efektivně vést jak teoreticky, vzhledem k povinnosti celoživotního vzdělávání, tak prakticky, nácvikem při poskytování ošetrovatelské péče či učení se od zkušenější sestry. Při vzdělávání pacientů sestra upotřebuje dovednosti efektivní komunikace a hlavně toto vzdělávání musí vhodně načasovat, obsah uzpůsobit potřebám pacientů a především zvolit správnou edukační metodu.

Obrázek 1: Předpoklady kvalitní komunikace.



(PLAMÍNEK 2008)

„Nesetrvávejme pouze u jednorázové informace, protože v tomto případě se může pacient jednoduše dostat do situace, kdy sice možná ví, ale často není schopen nebo ochoten realizovat.“¹⁵

Pacient, který má uspokojené všechny své potřeby, je v psychické harmonii, má dostatek informací nejen o příčinách své nemoci, ale hlavně chápe změnu chování k lepšímu životnímu stylu a k rychlému navrácení svého zdraví, pak skutečně tyto činnosti vykonává. Takto spolupracující a spokojený pacient bude mít méně pooperačních komplikací a kratší dobu hospitalizace, než pacient neinformovaný, nespolupracující či psychicky i tělesně nestabilní.

1.2 EDUKAČNÍ PROCES

Edukační proces je taková činnost lidí, při nichž se „určitý“ subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává. Edukační proces probíhá v edukačním prostředí. To je dáno fyzikálními podmínkami, zúčastněnými subjekty a jejich psychosociálními vztahy.²³

„Naučit se něčemu není totéž jako zapamatovat si to – jedná se o proces, při němž aktivně vytváříme významy. Do dlouhodobé paměti proniknou jen informace, které si žák (edukant) utřídil a přehodnotil. Tomuto procesu přehodnocování více než poslouchání výkladu napomáhá praxe.“¹⁹

Edukant je subjekt učení. Každý edukant je individuální osobnost, která je charakterizována svými fyzickými (věk, zdravotní stav, pohlaví), afektivními (motivace, postoje, hodnoty) a kognitivními (schopnost učit se) vlastnostmi. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i dosavadní výchova, rodina a sociální prostředí, ve kterém edukant žije, a sociálně-kulturní podmínky.

Edukátor je aktér edukační aktivity.

¹⁵ ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *SESTRA: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, 12, s. 17-18.

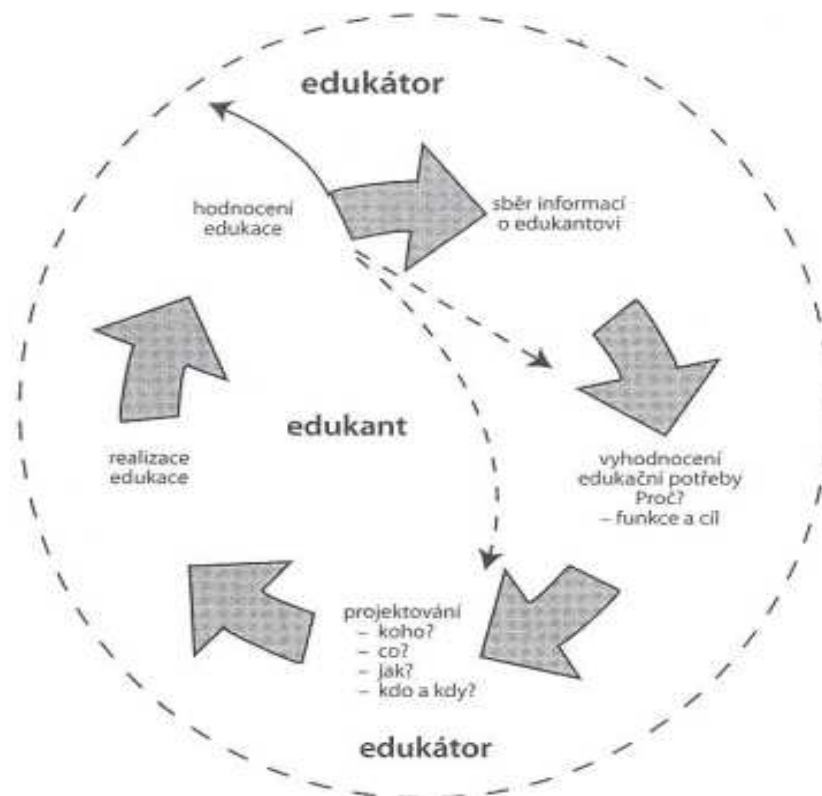
²³ PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.

¹⁹ PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. Z anglického originálu přeložil Štěpán Kovařík. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení:

1. **Fáze počáteční pedagogické diagnostiky** – získávání informací o klientovi.
2. **Fáze projektování** – stanovení edukační potřeby, plánování a příprava. Proč? Koho? Co? Jak? Kdo a kdy? Kde a za jakých podmínek? S jakým výsledkem?
3. **Fáze realizace** – motivace edukanta, expozice (zprostředkování poznatků), fixace (procvičování, opakování), průběžná diagnostika (prověřit pochopení učiva a zájem edukanta), aplikace (ověření, že edukant dokáže vědomosti použít).
4. **Fáze upevnění a prohlubování učiva** – opakování, procvičování.
5. **Fáze zpětné vazby** – hodnocení výsledků edukanta i edukátora.⁹

Obrázek 2: Edukační proces



(JUŘENÍKOVÁ 2010)

Zdravotní sestra - profesionál ve svém oboru vhodným přístupem, správnou komunikací, dostatečnou edukací motivuje pacienta k aktivnímu přístupu a spolupráci

⁹ JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Proces edukace ve zdravotnickém zařízení, s. 21-22.

v průběhu celé hospitalizace. Její role je nezastupitelná. FNM má propracovaný systém realizace edukačního procesu (viz Příloha G: Odborná směrnice o edukaci pacientů a jejich blízkých a Příloha E: Edukační záznam). Edukační záznam zaručuje celistvé poskytnutí potřebných informací, a tím je zajištěna kontinuita komplexní ošetrovatelské péče.

Obrázek 3: Slovník aktivních sloves používaných k vymezení cílů vyučování.

Cílová kategorie (úroveň osvojení)	Typická slovesa a jejich vazby používané k vymezení cílů	
1. Zapamatování (znalost) specifických informací terminologie a fakta, klasifikace, kategorizace, obecné poznatky a generalizace v oboru teorie a struktur	definovat doplnit napsat opakovat pojmenovat popsat	přiřadit reprodukovat seřadit vybrat vysvětlit určit
2. Pochopení (porozumění) překlad z jednoho jazyka do druhého, z jedné formy komunikace do druhé, jednoduchá interpretace, extrapolace (vysvětlení)	dokázat jinak formulovat ilustrovat interpretovat objasnit odhadnout opravit	převést vyjádřit vlastními slovy vysvětlit vypočítat zkontrolovat
3. Aplikace použit abstrakci a zobecnění (teorie, zákony, principy, metody) v konkrétních situacích	aplikovat demonstrovat diskutovat interpretovat načrtnout navrhnout	použít prokázat registrovat řešit uvést vztah uspořádat
4. Analýza rozbor komplexní informace (systému, procesu) na prvky, stanovení hierarchie prvků, principů jejich organizace, interakce mezi prvky	analyzovat provést rozbor rozhodnout rozlišit rozčlenit specifikovat	
5. Syntéza složení prvků a jejich částí do nového celku (ucelené sdělení, plán operací nutných k vytvoření díla nebo projektu, odvození souboru abstraktních vztahů k účelu klasifikace nebo objasnění jevů)	kategorizovat klasifikovat kombinovat modifikovat napsat sdělení organizovat reorganizovat shrnout vytvořit obecné závěry	
6. Hodnotící posouzení posouzení materiálů, podkladů, metod a technik z hlediska účelu podle kritérií, která jsou dána nebo která si žák navrhne sám	argumentovat obhájit ocenit oponovat podpořit (názory) porovnat provést kritiku posoudit	prověřit srovnat s normou uvést klady a zápory zdůvodnit zhodnotit

(SKALKOVÁ 2007)

1.3 FORMY A METODY EDUKACE

1.3.1 EDUKAČNÍ FORMY

Edukační forma je dle Juřeníkové souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci určitého vzdělávacího procesu.

Formy edukace dle organizačního uspořádání:

- **individuální edukace** – zdravotník je v úzkém osobním kontaktu s edukantem. Edukaci řídí jeden edukátor u jednoho edukanta. Edukanti vzájemně nespolupracují, pracují zcela individuálně. Obsah edukace je stanoven na základě individuálních potřeb každého jedince. Nejčastější používané metody jsou vysvětlování, rozhovor, instruktáž s praktickým cvičením, zadáváním úkolů či četby informací.
- **skupinová edukace** – edukanti jsou rozděleni do skupin o různé velikosti. Nejčastěji řídí skupinu edukátor, v některých případech ji může řídit sám edukant. Kritéria pro vytvoření skupiny mohou být věk, pohlaví, druh onemocnění, úroveň vědomostí a dovedností. Úkoly, které zadáváme jednotlivým skupinám, mohou být stejné, nebo různé z hlediska obsahu i náročnosti. Můžeme využít diskuzi.
- **hromadná edukace** – zaměřuje se na širší skupinu osob. Obsahově je stejná pro všechny účastníky. Typicky užívanou metodou je přednáška, edukační letáky a informační plakáty.⁹

1.3.2 EDUKAČNÍ METODY

Juřeníková edukační metodu chápe jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.

- **VÝKLAD** – znamená, že edukátor stojí před skupinou edukantů a něco jí slovně sděluje. **Výhody:** vhodný způsob vysvětlování, lze přizpůsobit indivi-

⁹ JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Didaktické formy edukace, s. 34-37.

duálním potřebám edukantů, může nadchnout pro věc, rychlá metoda předání informací, osobitější metoda než písemná forma. **Nevýhody:** Edukátor postupuje s celou skupinou stejným tempem, neexistuje při něm žádná zpětná vazba.

- **VYSVĚTLOVÁNÍ** – vyžaduje důkladnou znalost tématu. Edukátor by měl umět téma zjednodušit, sdělit podstatu věci a shrnout předané informace.
- **UKAZOVÁNÍ** – smyslem je seznámit edukanty s příkladem správného provedení, aby ho napodobili nebo si ho přizpůsobili. Poskytuje jim ukázkou a ta je při učení praktickým i intelektuálním dovednostem velmi důležitá: ukazuje, jak má být úkol proveden, čeho jím dosáhneme, jak kvalitně by měl být proveden. Užitečné bývají i ukázky nesprávného provedení.
- **PROCVIČOVÁNÍ POD DOHLEDEM** – přiměje edukanty, aby vyvinuli vyšší pracovní úsilí než při jiných učebních metodách. Vede edukanty k činnosti, umožňuje jim opravu a kontrolu a dávám jim příležitost, aby si vyjasnili nejasnosti.
- **DISKUZE, DIALOG** – dialogická metoda učí samostatně uvažovat a umožňuje získávat kvalitní, široce aplikovatelné intelektuální dovednosti. Diskuze je volně plynoucí konverzace – užijeme jí v případě, že potřebujeme znát názory a zkušenosti edukanta. Na konci diskuze je potřeba shrnutí podstatných informací.
- **SKUPINOVÁ PRÁCE** – práce ve skupinách je aktivní. Umožňuje výměnu informací i mezi edukanty. Člověk je tvor společenský a vzdělávání se ve skupině je zábavnější.
- **UČENÍ Z TEXTU A VYHLEDÁVÁNÍ INFORMACÍ** – čtení nezaručuje získávání informací. Ale zaručuje jasné předání informací všem ve stejném obsahu. Žádný pacient není ochuzen o informace. Písemnou formu edukace lze využít ve zdravotnictví jako metodu doplňkovou.
- **HRY** – ve zdravotnictví se využijí hlavně na dětském oddělení – divadlo, obrázkové karty, kvíz.¹⁹

¹⁹ PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. Z anglického originálu přeložil Štěpán Kovařík. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.

Obrázek 4: Klasifikace výukových metod.

Klasické výukové metody	Metody slovní	Metody názorně-demonstrační	Metody dovednostně-praktické
	vyprávění	předvádění a pozorování	napodobování
	vysvětlování	práce s obrazem	manipulování, laborování a experimentování
	přednáška	instruktáž	nácvik dovedností
	práce s textem		produkční metody
	rozhovor		
Aktivizující metody	metody diskusní; metody heuristické, řešení problémů; metody situační; metody inscenační; didaktické hry		
Komplexní výukové metody	frontální výuka; skupinová a kooperativní výuka; partnerská výuka; individuální a individualizovaná výuka, samostatná práce žáků; kritické myšlení; brainstorming; projektová výuka; výuka dramatem; otevřené učení; učení v životních situacích; televizní výuka; výuka podporovaná počítačem, e-learning; sugestopedie a superlearning; hypnopedie		

(PRŮCHA 2009)

2. EDUKACE PACIENTA NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ

2.1 EDUKACE PACIENTA V PŘEDOPERAČNÍM OBDOBÍ

Edukace v předoperačním období je nedílnou součástí celkové ošetrovatelské péče, péče o lidské tělo i duši. Pacient prožívá neznámé a ohrožující situace. Je si vědom, že bude odloučen od svých blízkých na několik dní či týdnů, ztrácí na určitou dobu své sociální role a pozice, stává se závislým a někdy i bezmocným. Jeho nelehká, současná životní etapa je plná otazníků. Společně s úzkostí a strachem o svou budoucnost se vydává vpřed, ale s nadějí, vůlí a chtěnou důvěrou k zdravotníkům a jejich léčebným postojům, že po tomto velkém stresu – operaci, snad znovuzíská své zdraví.

„Kéž by mi někdo dokázal stručně a jasně doporučit něco, co skutečně funguje“, řekl jeden přítel krátce před závažnou operací. Cítil se zahlcen dobře míněnými radami přátel, kteří ho neustále zásobovali odbornými články, knihami jmény lidí

ochotných poskytnout další informace a podobně. „Vím, že se mi snažíte pomáhat, ale je to jako bych měl trojí práci na plný úvazek – vést firmu jako obvykle, zároveň vše připravit na svou déletrvající nepřítomnost a ještě vyhodnocovat informace, abych mohl lépe rozhodovat o svém zdraví.“⁵

2.1.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

V dlouhodobé přípravě je zahrnuto to, co dlouhodobě obecně předchází operačnímu výkonu. Stanovení diagnózy, které indikuje chirurgickou operační léčbu – tedy rozhovor s lékařem, který objednává pacienta a dává doporučení po dohodě s ním. Pacient před plánovaným operačním výkonem musí nejprve podstoupit nezbytná vyšetření. Je úkolem sestry poskytnout pacientovi informace o důvodech vyšetření a způsobu, jak a kde si tato vyšetření zajistit. Výsledky nesmí být starší 14 dnů před plánovaným operačním výkonem. Nejvhodnější metodou edukace je rozhovor a informační leták, který pacientovi sděluje nejdůležitější postupy, které by měl zřídít v předoperačním období.

2.1.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Časově je toto období omezeno 24 hodinami před operačním výkonem. Hospitalizovaný pacient je vytržen ze svého sociálního prostředí, a tudíž i ze svých obvyklých rolí denního života. Je vystaven léčebnému režimu a jsou omezeny jeho životní potřeby. Pacient se nachází ve vážné životní situaci a velkém stresu. Musí dodržovat režim a ordinace lékaře, je uložen na pokoji s cizími lidmi, není zdravý a v blízké budoucnosti ho čeká stres mnohem náročnější, podstoupí operační zákrok, a s nejasnými výsledky. Úkolem sestry je být jeho oporou a napomáhat mu k co k nejlepšímu zvládnutí této zátěžové situace a udržení jeho psychické harmonie. Musí počítat s maladaptivním chováním, které může u pacienta nastat při špatné adaptaci na nemocniční prostředí a nezvládnutí stresové situace, a zároveň mu předcházet. Sestra edukuje s trpělivostí, klidem, individuálně věku a stavu pacienta, nejen jeho, ale i rodinný doprovod. Pacient potřebuje podrobné informace o režimu oddělení, kde bude ubytován, o svých právech a samozřejmě, co všechno bude muset před operací podstoupit a kdy a jak to bude probíhat.

⁵ GUILMARTINOVÁ, Nance. *Mlčeti zlato: Co říci, když marně hledáte vhodná slova*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2003. 178 s. ISBN 80-7106-660-5.

- **fyzická příprava:** vyprázdnění trávicího traktu, lačnění, řádná celková hygiena, odlakování nehtů, příprava operačního pole,
- **anesteziologická příprava:** návštěva pacienta anesteziologem – naordinování premedikace,
- **nácvik prvků pooperačního režimu:** nácvik pohybu na lůžku, pohyb dolních končetin, dechové cvičení a odkašlávání,
- **psychická příprava:** vytvoření důvěry a zklidnění pacienta vhodným přístupem po informování pacienta. Komunikace s pacientem s možností poskytnout prostor pro otázky.

2.1.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA

Omezuje se na časový úsek těsně před operací. Pacient v tomto období čeká pod velkým stresem, někdy s úzkostí, ale i očekáváním, jak zákrok bude probíhat. Potřebuje nejen fyzickou, ale i psychickou pomoc a podporu zdravotního personálu. O všech úkonech v bezprostřední předoperační péči byl již srozuměn a sám je vykonal. U urgentních operací se příprava omezuje pouze na úpravu hypovolémie a abnormalit vodního a minerálového hospodářství, korekci těžké anémie nebo diabetické acidosis.^{8, 31}

2.2 EDUKACE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ – OBECNĚ

Všeobecná sestra v pooperačním období navazuje na komplexní péči před operací a zajišťuje kontinuitu ošetrovatelského a edukačního procesu. Standardní ošetrovatelská pooperační péče je realizována všeobecnou sestrou, která se ve FNM řídí dle směrnice č. IOS_5/2009-3 – Perioperační péče a systém časného varování. Sestra poskytuje komplexní péči o nemocného a všechny jeho potřeby fyzické, psychické a sociální s ohledem na jeho psychické a fyzické síly. Zná všechny možné, všeobecně známé pooperační komplikace, a těmto komplikacím předchází společně s pacientem či je monitoruje a zahajuje včasnou intervenci.

⁸ JUŘENÍKOVÁ, Petra, et al. *Ošetrovatelství: 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště - vlastním nákladem, 1999. 236 s.

³¹ VALENTA, Jiří, et al. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.

Mezi základní pooperační komplikace z pohledu ošetrovatelského patří **respirační** (laryngitida z důvodu postintubační podrážení sliznice hrtanu, aspirace aktuální či potenciální, obstrukce dýchacích cest z důvodu zvýšené tvorby hlenu v dýchacích cestách s potenciálním rozvojem bronchopneumonie), **tromboembolické** (vznik flebotrombózy z důvodu upoutání na lůžko s následnou embolií do plicnice, která je život ohrožující a nejobávanější pooperační komplikací), **urologické** (retence moči z důvodu ostychu či nefyziologické polohy při vyprazdňování či epidurální analgezii v pooperačním období), **gastrointestinální** (nevolnost, zvracení v souvislosti s podáním celkové anestezie, ileus z důvodu snížené tělesné aktivity, pooperační snížené střevní peristaltiky) **poruchy hemostázy** (v souvislosti s krevní ztrátou na operačním sále či s preventivním podáváním nízkomolekulárního heparinu), **febrílie** (zvýšená TT nad 38°C – infekční komplikace – absces, flegmóna rány, 2. – 3. pooperační den – zvýšené TT u plicních komplikací, 3. – 4. pooperační den – infekce močových cest, tromboflebitida, 5. – 6. pooperační den – infekce rány), **komplikace v operační ráně** (infekce, krvácení, dehiscence, nekróza), **bolest** (akutní, chronická a její vhodná a dostatečná léčba dle ordinace lékaře a zahájení maximální možné ošetrovatelské intervence pro zmírnění bolesti).²⁷

V bezprostředním pooperačním období je pacient částečně utlumen celkovými anestetiky a není v plné bdělosti, z tohoto důvodu sestra přizpůsobuje obsah a metodu edukace. **Bezprostřední pooperační edukace:** sestra informuje pacienta, kde se nachází, představí se a edukuje o základním vybavení. (ovládání lůžka, signalizace, stolek). Jak dlouho musí dodržet klidový režim na lůžku, za jakých okolností může změnit polohu. Vzhledem k utlumenému vědomí sestra zahájí prevenci pádu pacienta a edukuje o těchto opatřeních. Vlivem celkových anestetik a pooperační parestezii žaludku se může u pacienta vyskytnout nevolnost, v jeho dosahu se nachází pomůcky potřebné ke zvládnutí těchto obtíží. Monitorování bolesti a sledování účinků analgetik, způsob vyprazdňování, výživa, odkašlávání, prevence TEN, invaze a prevence jejich předčasného zrušení, prevence aspirace. Sestra po celou dobu komunikuje s pacientem a vyhledává neuspokojené potřeby, sleduje subjektivní prožívání

²⁷ SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii 1*. Praha: Grada, 2010. Pooperační komplikace, s. 39-57. ISBN 978-80-247-3129-2.

pacienta a je mu nápomocná v jeho nelehké životní situaci. Sestra v pooperačním období musí v ordinovaných intervalech monitorovat:

- fyziologické funkce
- bolest
- operační ránu, invaze
- odpady
- bilance tekutin
- laboratorní výsledky
- celkový stav pacienta (neklid, vědomí, nauzea, zvracení, zahleněnost, pohodlí, ...)

V následujících hodinách či dnech by měla být provedena reedukace z důvodu utlumeného vědomí po anestezii, nedostatečné pozornosti a vnímání pacienta z důvodu náročného operačního výkonu. Sestra vyhodnocuje nutnost reedukace dle celkového stavu, spolupráce a potřeb pacienta.

2.2.1 POHYBOVÝ REŽIM V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

V den operace je ordinován klidový režim na lůžku. Pacient je v neznámém prostředí a kolem něj se nachází mnoho přístrojů, drénů a kabelů. Bojí se změnit polohu, a tím je rizikový pro vznik dekubitu. Po odeznění celkové anestezie a nabytí plného vědomí se pacient může polohovat do polosedu a na boky s maximální opatrností na invaze. Sestra provede edukaci o **prevenci TEN** a zdůrazní vážnost této pooperační komplikace. Následující den dopoledne pacienta postupně vertikalizujeme dle celkového stavu a fyziologických funkcí. **Pacient se posazuje přes bok**, aby nezatěžoval operační rány, zvláště po operačních zákrocích dutiny břišní z důvodu prevence vzniku kýly v jizvě. Pozor na ortostatickou hypotenzi a následné kolapsové stavy. V odpoledních hodinách dle ordinace lékaře a stavu pacienta můžeme zkusit chůzi či kroky u lůžka. Pokud pacient první vertikalizaci pod dohledem zvládl bez kolapsových stavů, má povoleno posazovat se na lůžku bez dohledu. Pacient musí být poučen o invazích – jak s nimi zacházet při pohybování na lůžku. Při potížích během samostatné vertikaliace je signalizace dostupná v jakékoli hodině a situaci. Časná aktivizace je nutná pro prevenci TEN a ileu.

2.2.2 VÝŽIVA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Pokud nebyl proveden operační výkon na GIT, může požit pacient v den operace 4 hodiny po výkonu tekutiny s ohledem na nauzeu a zvracení. První pooperační den následuje strava kašovitá a dle stavu návrat k běžné stravě. Zvýšený dohled potřebují pacienti s diagnózou DM, kdy je nutné měřit glykemické profily a edukovat pacienta o možné dekompenzaci tohoto onemocnění v pooperačním období. Vždy postupujeme dle ordinace lékaře. Pokud pacient trpí nauzeou a nepřijímá dostatek tekutin a živin, je nutné informovat lékaře a zajistit dostatečnou hydrataci a alimentaci parenterálně. Sestra by měla aktivně pobízet pacienta k dodržování pitného režimu. Pokud nevolnost či nechutenství přetrvává delší dobu, sestra by měla aktivně pátrat po příčinách. Zda pacient nepotřebuje pomoc v jiných složkách svých potřeb, či je zvyklý na jiné produkty, a následně s ním tento problém vyřešit.

2.2.3 HYGIENA V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

V den operace je nutné věnovat zvýšenou péči o dutinu ústní. Pokud je pacient nedostatečně probuzený, provádí sestra, v opačném případě provádí pacient sám. První pooperační den pacient provádí celkovou hygienu pod dohledem sestry u lůžka. Při provádění hygienické péče zajistíme nejvyšší možnou intimitu pacienta. Ostych a odhalování se před cizími lidmi je velmi stresující a pro pacienta zatěžující, je to nepříjemný moment při hospitalizaci. Následující dny, pokud stav dovolí, může provést hygienu v koupelně.

2.2.4 VYPRAZDŇOVÁNÍ V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

V den operace probíhá vyprazdňování na lůžku vzhledem k ordinovanému klidovému režimu. Vlivem anestezie či ostychu může dojít k retenci moči. Je nutné sledovat, zda se pacient po výkonu již vymočil (maximálně 6 – 8 hodin po ukončení operačního zákroku), či ho netrápí bolesti v podbříšku. Dle ordinace lékaře sledujeme bilanci. Pacientovi by měla nejpozději třetí pooperační den odejít stolice. Vyprazdňování na lůžku je nefyziologické a vzhledem k nedostatku soukromí pro některé pacienty přímo nemožné. Pokud zdravotní stav a lékař dovolí, pacient se vyprazdňuje v sedu vedle lůžka se zajištěním nejvyššího možného soukromí. V těchto momentech sestra dokazuje svou profesionalitu, když svým přístupem a komunikací

pacientovi pomáhá zvládnout neuspokojenou potřebu v takto diskrétní oblasti. Pacienti jsou vděční za každé vhodné gesto, které jim naznačí, že neobtěžují.

2.2.5 DECHOVÁ REHABILITACE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ

Všichni pacienti jsou po operačním zákroku ohroženi bronchopneumonií z důvodu upoutání na lůžko a povrchního dýchání z důvodu bolestivosti v operační ráně. V průběhu hospitalizace sestra monitoruje dýchání nemocného – stav zahlenění, dušnost, saturaci, teplotu. Aby mohl pacient vykonávat dostatečně dechovou rehabilitaci, nesmí mu bránit bolest. Dle ordinace lékaře podáváme analgetika a sledujeme, zda mají dostatečný efekt. Také doporučíme úlevovou polohu, přidržení operační rány při kašli a pokud možno zajistíme klidné prostředí. Nutné je poučení pacienta, že pokud je v lůžku, musí si hlídat správnou polohu – Fowlerovu. Tato poloha zajišťuje prevenci aspirace a napomáhá správnému dýchání. Každý pacient si musí sám pravidelně dělat **dechová cvičení a odkašlávat několikrát denně**.

3. EDUKACE A POOPERAČNÍ PÉČE O PACIENTA PO HRUDNÍCH OPERACÍCH

3.1 NEJČASTĚJŠÍ HRUDNÍ OPERACE

3.1.1 PLICNÍ RESEKCE

Důležitou funkcí plic je výměna plynů – získávání nezbytného kyslíku z vdechovaného vzduchu a vylučování oxidu uhličitého do vydechovaného vzduchu.

Význam plic – oxidace tkání, hrudní mechanizmy. Proto jsou všechny zásahy na plicích složité a ohrožující.

Největší plicní resekci je pneumonektomie. Indikací k jejímu provedení je dnes nejčastěji centrálně uložený bronchogenní karcinom. Menším výkonem je lobektomie, segmentektomie či bronchoplastické operace (klínovité a sleeve resekce). Pleurální dutinu lze otevřít z torakotomie.^{16,17}

¹⁶ PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-72-62-402-7.

3.1.2 OPERACE JÍCNU

Jícen je trubice nacházející se mezi šestým krčním a jedenáctým hrudním obratlem. Jeho hlavním významem je posunutí potravy z hltanu do žaludku, ve svém průběhu je rozdělen na část krční, hrudní a břišní.

Radikální operace se provádějí u pacientů s nádorovým onemocněním jícnu (pokud je nádor operabilní). Operace jícnu můžeme rozdělit na: resekce jícnu s náhradou tubulizovaným žaludkem, resekce jícnu s náhradou tlustým či tenkým střevem. Úspěšnou radikální resekci většinou doplňuje aktino- a chemoterapie. U nemocných radikálně neoperovatelných neindikujeme paliativní resekci pro vysoké riziko tohoto výkonu, většinou se zavádí jícnový stent.^{4,7}

3.1.3 OPERACE V MEDIASTINU

- **RETROSTERNÁLNÍ STRUMA** – nitrohruční struma. Na zadní ploše štítné žlázy bývají lokalizována přístítná tělíska. Během vývoje štítné žlázy může dojít k různým variacím uložení štítné žlázy. Odštěpená část štítné žlázy se může vyskytnout (v souvislosti s embryonálním sestupem štítné žlázy a srdce) v hrudníku až při oblouku aorty. Téměř všechny nitrohruční strumy vyžadují přístup stereotomií, eventuálně torakotomií.
- **OPERACE BRZLÍKU – MYASTHENIA GRAVIS** – myasthenia gravis je nervosvalové onemocnění, klinicky definované nadměrnou svalovou unavitelností a slabostí kosterního svalstva. Je prvním poznaným autoimunitním onemocněním, u kterého byly prokázány protilátky proti nikotinovému acetylcholinovému receptoru (AChR). Zásadní roli v imunopatogenezi MG hraje thymus. Léčba MG je multidisciplinární, konzervativní, prováděná neurology,

¹⁷ PAFKO, Pavel; LISCHKE, Robert. *Plicní chirurgie: Operační manuál*. Praha: Galén, 2010. 147 s. ISBN 978-80-7262-674-8.

⁴ ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.

⁷ HOCH, Jiří; LEFFLER, Jan. *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2001. Chirurgie krku, Hrudní chirurgie, 224s. ISBN 80-85912-44-9.

imunology a chirurgická. Thymektomie je prováděna ze stereotomie nebo je i možnost videothorakoskopické thymektomie.^{3, 25}

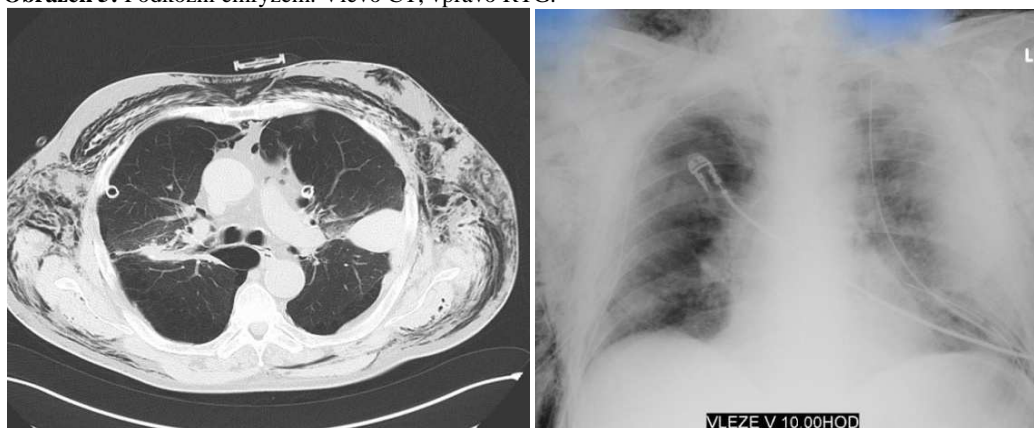
3.2 POOPERAČNÍ KOMPLIKACE

3.2.1 CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE

KRVÁCENÍ – je definováno jako ztráta většího množství krve v krátké době. Může být postupně progredující či masivní. Masivní krvácení je život ohrožující stav vyžadující urgentní revizi (např. důvodem při pneumonektomii může být sklouznutí ligatury z velké cévy). Všimáme si odpadů do drénů, fyziologických funkcí a výsledků krevního obrazu a koagulací. Dle zdravotního stavu, odpadu do drénu a laboratoře je indikovaná revize a následné doplnění vodního a elektrolytového hospodářství. **Monitoring:** sledovat TK, P, odpad do drénů, celkový stav pacienta – při krvácení bude pacient opocený, kůže bude světlá až šedá s možnou akrocyanózou, apatický.

ÚNIK VZDUCHU DO DRÉNU – únik vzduchu z plicního parenchymu, alveolární air leak. Zastavení nastane většinou tím, že dojde ke slepení viscerální a parietální pleury s postupným zhojením poranění plicního parenchymu, ze kterého dochází k úniku vzduchu. **Monitoring:** SPO₂, DF, funkčnost hrudního drénu, výskyt podkožního emfyzému.

Obrázek 5: Podkožní emfyzém. Vlevo CT, vpravo RTG.



³ DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza: Chirurgická anatomie, Operační technika*. Praha: SERIFA, 2000. 450 s. ISBN 80-902859-0-2.

²⁵ SCHÜTZNER, Jan; ŠMAT, Václav. *Myasthenia gravis: Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. Praha: Galén, 2005. 135 s. ISBN 80-7262-307-9.

INFEKCE – znamená proniknutí choroboplodných zárodků do lidského organismu. Místní infekce v operační ráně. Operační rána je zarudlá a může hnisavě prosakovat. Je úkolem sestry asepticky pečovat o operační ránu a při povšimnutí této komplikace informovat lékaře. Při rozsáhlé infekci v ráně musíme dávat pozor na její rupturu. Celková sepse znamená rozšíření infekce do celého organismu. **Monitoring:** vzhled operační rány, TT, laboratorní zánětlivé parametry – leukocyty, CRP, fyziologické funkce, vzhled sputa, moči, stolice.

3.2.2 NECHIRURGICKÉ KOMPLIKACE

3.2.2.1 EMBOLIE

Ucpání cévy v důsledku zanesení trombu na místo zúžení cévy. Trombus je krevní sraženina. Vzniká v důsledku stagnace žilní krve při sníženém pohybu pacienta. Tromboembolická nemoc je nejzávažnější a nejobávanější pooperační komplikací. Nejohroženější oblast vzniku trombu jsou žíly dolních končetin a pánevní žíly. Masivní embolie může vést k letálnímu konci. **Monitoring:** dech, SPO₂, prokrvení, bolestivost, asymetrický otok DK.

3.2.2.2 KARDIÁLNÍ KOMPLIKACE

Stresová situace pooperačně vzniklá či chronická, anemizace v kombinaci s hypoxií pro nedostatečnou ventilaci jsou pro arytmiu přímo vybízející činitelé. Při nepravidelném srdečním rytmu sestra aplikuje kyslíkovou terapii, natočí EKG, informuje lékaře a zajistí žilní vstup.

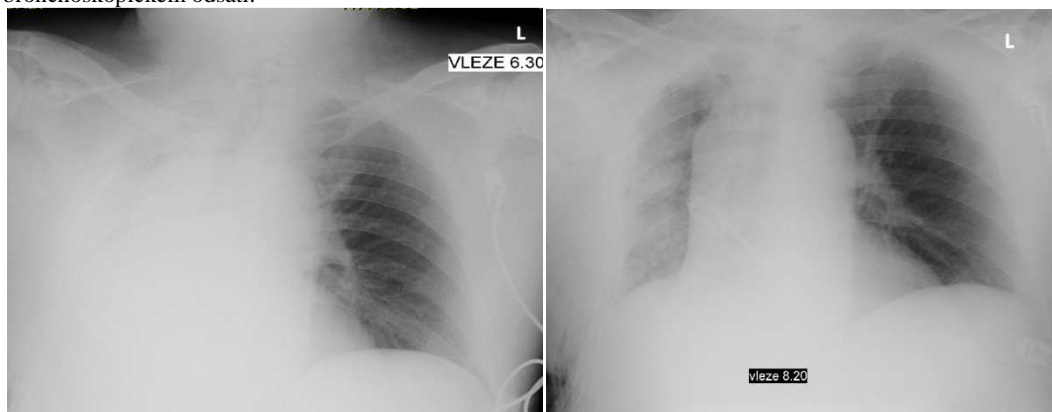
- **ARYTMIE** – poruchy srdečního rytmu. Mezi nejčastější arytmiie vyskytující se v pooperačním období po hrudních operacích patří fibrilace síní, která je většinou zvládnutelná medikamentózně. **Monitoring:** EKG křivka, celkový stav pacienta – pocity palpitace, dušnosti, únavy.
- **DEKOMPENZACE ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE.**
- **INFARKT MYOKARDU** – při AIM se snižuje nebo zastavuje proud krve do určité oblasti srdeční svaloviny. Buňky myokardu jsou vystaveny ischemii, dochází k hypoxickému poškození a nakonec k nekróze. V závislosti na rozsahu a lokalizaci poškození myokardu hrozí nemocnému trvalý funkční deficit nebo smrt. Klinický obraz: stenokardie trvající 20 min, neustupující

v klidu ani po podání nitroglycerinu, pocení, nevolnost a zvracení, úzkost, strach ze smrti, poruchy srdečního rytmu, palpitate, tachypnoe, slabost.

3.2.2.3 PLICNÍ KOMPLIKACE

- **PNEUMONIE** – zánět plic. Operační výkony na hrudníku jsou velmi bolestivé zákroky. Pacienti jsou ohroženi bronchopneumonií z důvodu snížené tělesné aktivity, upoutáním na lůžku a snížené expektorace z důvodu operačního zákroku. Epidurální analgezie je velkým přínosem pro zvládnutí akutní pooperační bolesti. Následnou vhodnou expektorací a dechovou rehabilitací pacienti předcházejí akutní pneumonii a dalším komplikacím. Při akutní pneumonii dochází k zánětu plicní tkáně. V průběhu pneumonie může dojít k velmi závažným komplikacím, k nimž patří zánět pohrudnice, pleurální výpotky, empyém, atelektáza a plicní abces.
- **ATELEKTÁZY** – jedná se o stavy nevzdušnosti plic. Pro udržení vzdušnosti alveolů je rozhodující povrchové napětí v alveolech. V plicích je značná tendence ke kolapsu, a podtlak v pleurální dutině a surfaktant v alveolech tomuto kolapsu zabraňují. K hlavním příčinám atelektázy proto patří poruchy surfaktantu, které mohou být získány při plicním poškození ARDS. Dále vzniká kolaps při změnách tlaku v pleurální dutině (pneumotorax, fluidotorax) nebo při neprůchodnosti průdušek, kdy se vzduch za překážkou postupně vstřebává. Součástí pooperační péče je edukace pacienta o nutnosti vykonávat několikrát denně dechovou rehabilitaci a odkašlávat. Při rozvoji této komplikace i přes dechovou rehabilitaci je indikované bronchoskopické odsátí.

Obrázek 6: RTG hrudníku po pravostranné dolní bilobektomii s atelektázou vlevo, vpravo RTG hrudníku po bronchoskopickém odsátí.



- FLUIDOTHORAX - je přítomnost tekutiny (výpotku) v pohrudniční dutině. Může jít o transudát, např. při hypoalbuminémii, pravostranném srdečním selhání, nebo o zánětlivý exsudát při pleuritidě či pneumonii. Velký výpotek stlačuje plíci a může vést k jejímu kolapsu. To negativně ovlivňuje ventilaci a dodávku kyslíku tkáním.
- ARDS – syndrom akutní respirační tísně ohrožuje život pacienta akutním selháním dýchání. Endotel plicních kapilár se stává zvýšeně propustný, což způsobuje únik bílkovin a intravaskulární tekutiny do intersticiálních prostor a alveolů. Vyvíjí se edém plic, snižuje se plicní poddajnost, zhoršuje se výměna plynů a rozvíjí se hypoxemie. V důsledku snížení poddajnosti plic vyžaduje dýchání zvýšený tlak v dýchacích cestách. Vzduch využívá cestu nejmenšího odporu a nejdříve proudí neporušenými segmenty plic. To vede ke zvýšenému objemu vzduchu a poranění těchto úseků z nadměrné distenze. Může dojít k roztržení alveolů a vzniku pneumotoraxu. V kritickém stavu nemocný s ARDS vyžaduje umělou plicní ventilaci a může se u něj vyvinout multisystémové orgánové postižení nebo orgánové selhání.^{1, 33}

3.2.3 CHIRURGICKÉ KOMPLIKACE SPECIFICKÉ PRO KONKRÉTNÍ VÝKONY

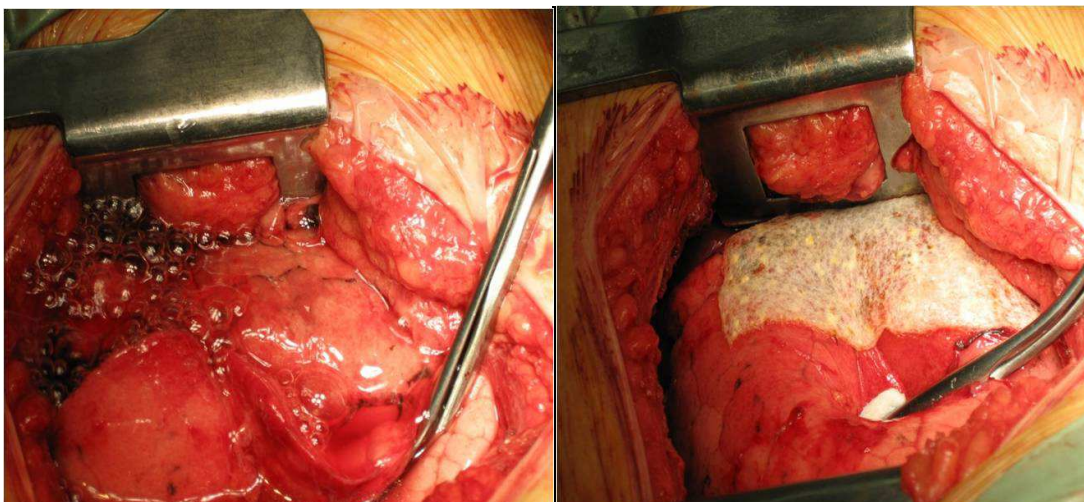
3.2.3.1 PLICNÍ RESEKCE

- PROLONGOVANÝ ÚNIK VZDUCHU DO DRÉNU – prolonged air leak, označuje únik vzduchu do hrudního drénu trvajícím sedm a více dnů. Terapie je konzervativní – déletrvajícím funkčním drenáží. Při jejím neúspěchu je indikována chirurgická revize. Pozor na riziko vzniku další komplikace – pleurálního empyemu. Pleurální empyem je nahromadění hnisu v pleurální dutině. Je to život ohrožující stav, který vyžaduje urgentní a razantní léčbu. **Monitoring:** SPO₂, DF, funkčnost hrudního drénu, výskyt podkožního emfyzému.

¹ ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.

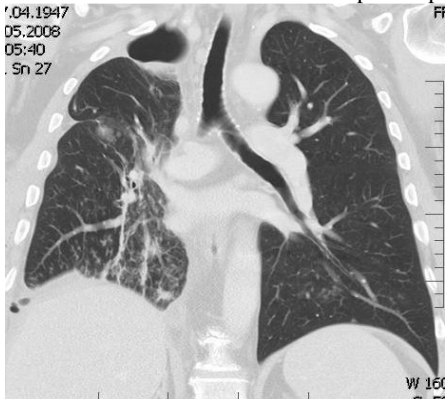
³³ VOKURKA, Martin, et al. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2005. 220 s. ISBN 80-246-0896-0.

Obrázek 7: Únik vzduchu z plicního parenchymu po lobektomii vlevo, vpravo zastavení úniku vzduchu po aplikaci TachoSilu.



- PŘETRŮVAJÍCÍ ZBYTKOVÁ DUTINA

Obrázek 8: CT – reziduální dutina vpravo apikálně po horní lobektomii.

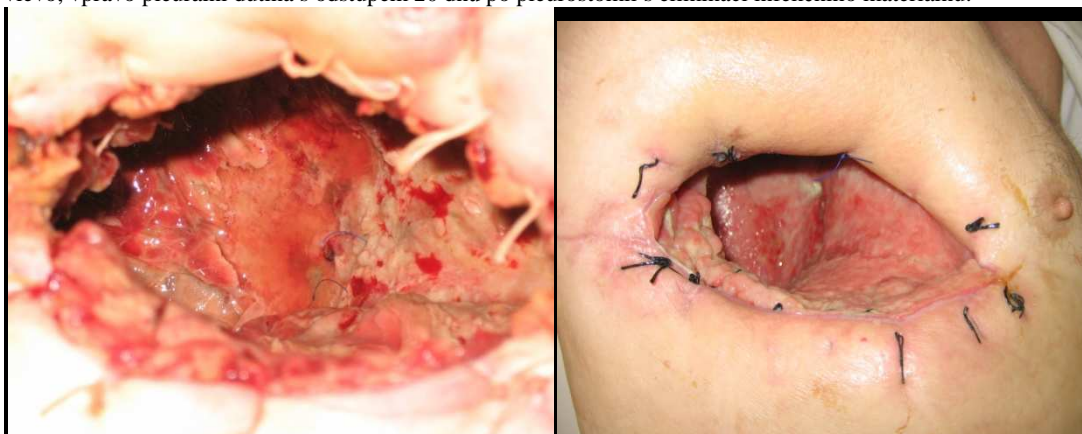


- BRONCHOPLEURÁLNÍ PÍŠTĚL – je komunikace mezi průduškou a pleurální dutinou způsobená nekrotizující infekcí, traumatem či špatným hojením sutury bronchu. Prevencí je dostatečná příprava k operaci, fyziologické operování, sutura pahýlu bez ischemizace a bez tahu. Při této komplikaci vzniká empyem a rozvíjí se celková seps. Pacient odkašlává purulentní sputum, v hrudním drénu je viditelný únik vzduchu. Léčba: reresekce – pokud lze, pleurostomie + tamponáda s Betadinem. Naděje na zvládnutí této komplikace nejsou velké.^{10, 28}

¹⁰ KLEIN, Jiří. *Chirurgie karcinomu plic*. Praha: Grada, 2006. 236s. IBSN 80-247-1384-5.

²⁸ STOLZ, Alan; PAFKO, Pavel. *Komplikace v plicní chirurgii*. Praha: Graha, 2010. 240 s. IBSN 978-80-247-3586-3.

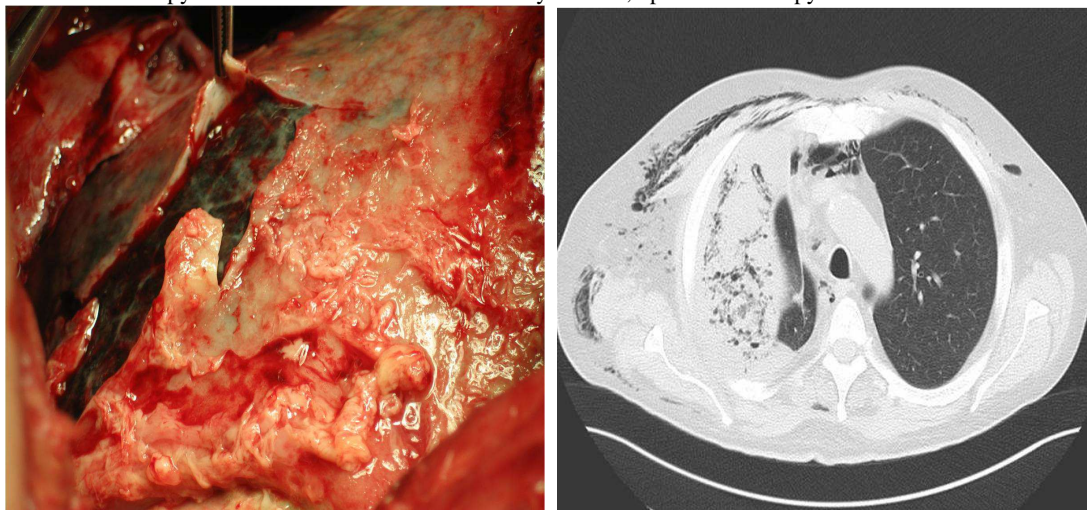
Obrázek 9: Pleurální dutina bezprostředně po provedení pleurostomie pro postpneumonektomický empyem vlevo, vpravo pleurální dutina s odstupem 20 dnů po pleurostomii s eliminací infekčního materiálu.



3.2.3.2 OPERACE JÍCNU

- **PÍŠTĚL** – nedostatečné zhojení sutury s rozvojem empyemu. Příčina může být technická či ischemická. Febrilní špičky, tachykardie, hypotenze, pocení, dušnost, to jsou symptomy alarmující pro komplikovaný pooperační průběh. 7. pooperační den jdou pacienti na RTG kontrolu s podáním vodného kontrastu per os. V případě komplikovaného průběhu má být kontrola dříve, podle stavu pacienta. Při uspokojivém výsledku mohou pacienti začít přijímat tekutiny. V případě prokázání píštěle musíme zvážit její závažnost a rozhodnout se pro konzervativní postup, či zavedení stentu nebo reoperaci.

Obrázek 10: Empyém – odstraňování vazivového krunýře vlevo, vpravo CT – empyém.



- **CHYLOTHORAX** – je přítomnost chylu v pleurální dutině, mléčně zbarvené, bělavé, nepáchnoucí tekutiny. Vzniká vzácně idiopaticky, častěji jej nacházíme při lymfomech či jiném nádorovém postižení mediastinálních lymfatických uzlin. Bývá komplikací po operacích jícnu, plic, zejména po velkých

lymfadenektomiích. Při chylotoraxu prosakuje lymfa z hrudního mízovodu do pleurální dutiny. Při větším množství tekutiny se zvyšuje tlak na přilehou plicní tkán, srdce i velké cévy. Kromě kolapsu plic může zvyšující se nitrohruční tlak způsobit městnání krve v žilním systému, omezovat venózní návrat a nakonec i srdeční výdej. Pokud má pacient hrudní drén, projeví se chylotorax sekrecí mléčné tekutiny.

Obrázek 11: Bipedální lymfangiografie vlevo, vpravo lymfangiografie ductus thoracicus – únik kontrastní látky z mízovodu nad obloukem aorty.



- ÚNIK VZDUCHU DO DRÉNU

3.2.3.3 ZÁKROKY V MEDIASTINU

OPERACE RETROSTERNÁLNÍ STRUMY – operace štítné žlázy jsou specifické v pooperační péči tím, že vzhledem k uložení operační rány může vzniknout krvácení s následným otokem na krku a tím je pacient ohrožen dechovou insuficiencí.

- **PORANĚNÍ NERVUS LARYNGEUS RECURRENS** – těsný vztah NLR a štítné žlázy je příčinou možného poranění nervu při izolaci žlázy nebo poškození jeho funkce při některých patologických nálezech tyreoidy. Protože žádný tyreoidální chirurg se nemůže při komplikované operaci vyvarovat poranění NLR, musí být nemocný před operací seznámen s touto vzácnou, ale stále existující komplikací. Poranění může být jednostranné a oboustranné. Následkem poškození NLR jsou poruchy dýchání či fonace různého stupně i trvání, pacient se může i dusit, u

nejtěžších stavů vzácně vyžaduje trvalou tracheostomii. Poškození může být jednostranné či oboustranné.

- **PARESTÉZIE Z HYPOKALCÉMIE** – při totální thyreoidektomii mohou být odstraněna i příštítná tělíška, která produkují parathormon. Hlavním úkolem parathormonu je rychlé zvýšení hladiny vápníku a její udržování. Odstraněním příštítných tělísek může dojít k hypoparatyreóze, která se projevuje sníženou hladinou kalcia v plazmě, a v důsledku toho zvýšenou nervosvalovou dráždivostí. Prvním příznakem je brnění v konečcích prstů a okolí rtů (hypokalcemická tetanie: jedním z prvních projevů jsou křeče svalů ruky a nohy).³

OPERACE BRZLÍKU

- **ROZPAD STERNOTOMIE** – pacienti po zákrocích v mediastinu musí intenzivně provádět dechovou rehabilitaci, namáhají operační ránu, někteří jsou ohroženi rupturou. V současné době dochází k této komplikaci vzácně.

3.3 EDUKACE PACIENTA SPECIFICKÁ PRO KONKRÉTNÍ VÝKONY

Hrudní operace jsou velmi náročným operačním výkonem, který zcela ovlivňuje nejen funkci plic a srdce, ale nepřímo i stav vědomí a psychických funkcí. Péče o pacienta po hrudních a dvoudutinových výkonech je komplexní a realizována na JIP či ARO. Je nutná spolupráce celého zdravotnického týmu lékařů, všeobecných sester i fyzioterapeutů. V pooperačním období je pacient vystaven velkému stresu z náročného operačního výkonu, únavy a opětovné změny prostředí. Pacient po takto náročném výkonu ztrácí svou soběstačnost a musí dodržovat léčebný režim. Je vyčerpaný a v neznámém prostředí, mnohdy trpí dušností a silnými bolestmi. Několik dní po operaci sestra edukuje pacienta pouze o nezbytně nutných základních záležitostech a úměrně k vážnému zdravotnímu stavu pacienta. Edukace probíhá v po sobě navazujících bodech, maximálně srozumitelných a potřebných pro pacienta.

³ DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza: Chirurgická anatomie, Operační technika*. Praha: SERIFA, 2000. 450 s. ISBN 80-902859-0-2.

Ošetrovatelská péče probíhá ve všech rovinách lidských potřeb, nesoustřeďuje se pouze na péči o základní tělesné fyziologické potřeby, ale i o základní existenciální a psychosociální potřeby.

Pacienti po operacích hrudníku si uvědomují, že výkon, který podstoupí či podstoupili je náročný. Mají strach ze smrti, jsou svěřeni do péče cizího člověka a jejich život je v ohrožení. Vstupují do neznámé situace, cítí se v tenzi, harmonie těla a duše je tatam, organismus se dostává do stresu. Sestra v těchto těžkých chvílích je oporou pacienta a vhodným přístupem, léčebným rozhovorem či pouze mlčením a nasloucháním, tzn. pouze svou přítomností podporuje pacienta a pomáhá tento stres zvládnout.

V dnešní době pacienti po hrudních operacích mají epidurální analgezi, která velmi usnadňuje pacientovo vnímání pooperačního období a jeho spolupráci z důvodu zvládnutí silných pooperačních bolestí a hlavně napomáhá ke kvalitnější dechové rehabilitaci a odkašlávání. Epidurální analgezie je velkým přínosem v prevenci pooperačních komplikací.

„Jeden z největších darů, jaký můžeme někomu dát, je být s ním ve chvíli, kdy trpí. Známe bolest fyzickou a bolest emocionální. Existuje strach z neznámého a strach, že bolest nikdy neskončí. Známe otupělost, která ve skutečnosti přináší utrpení z pocitu, že jsme zpřetrhali veškeré vazby. A pak existuje úzkost, kterou cítíme, když si děláme starosti s utrpením, které se domníváme, že svou bolestí způsobujeme jiným.“⁵

3.3.1 EDUKACE PO PLICNÍCH OPERACÍCH

Operace plic je pro organismus tedy i pro pacienta závažný výkon. Plíce jsou hlavním orgánem pro udržování acidobazické rovnováhy organismu. Trvá několik měsíců, než dojde k adaptaci organismu na tento zákrok. Pacienti mohou pociťovat dušnost a s tím spojený strach. Velmi nepříjemný pocit pokud jsou pooperační silné bolesti. Pooperační péče je poskytována individuálně stavu pacienta s ohledem na rozsah plicní resekce. Vzhledem k nefyziologickému postavení horní končetiny při samotném výkonu, všichni pacienti po operaci udávají silné bolesti ramenního

⁵ GUILMARTINOVÁ, Nance. *Mlčeti zlato: Co říci, když marně hledáte vhodná slova*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2003. 178 s. ISBN 80-7106-660-5.

kloubu. **Důležité body edukace: hrudní drenáž, dechová rehabilitace, pitný režim.** U pacientů po pneumonektomii se musí dodržovat klidový režim na lůžku a rovněž příjem tekutin je omezen. Sestra musí sledovat bilanci tekutin z důvodu možného přetížení malého krevního oběhu.

Obrázek 12: Monitorace hrudní drenáže.



(Matysová 2011)

Obrázek 13: Rozdíl ošetrovatelské péče u pacientů po operaci plic.



(Matysová 2011)

3.3.2 EDUKACE PO OPERACI JÍCNU

Operace jícnu je většinou dvoudutinový výkon. Pacienti po těchto výkonech a anastomózách na GIT nesmí sedm dní přijímat žádné tekutiny ani stravu. 7. pooperační den podstupují rentgenové vyšetření s kontrastní látkou – pasáž vodným kontrastem. Pokud je výsledek tohoto vyšetření uspokojivý, lékař povolí tekutiny. Vzhledem k sedmidennímu hladovění je alimentace zajištěna parenterálně. **Pro pacienta je sedmidenní hladovění velmi náročná situace, kterou si těžko dokážeme**

představit, vzhledem k četnosti invazí se stává pro takového pacienta velmi náročný pohybový režim a jeho psychika je velmi napjatá. Cítí se svázan a nesoběstačný – bezmocný. Několik dní po operaci pacienti převážně spí a reagují pouze na podněty sestry. Velmi povzbudivé jsou pro ně návštěvy rodinných příslušníků. Sestra pečuje o psychickou pohodu pacienta, zároveň ho motivuje v péči o sebe samého a pečuje o všechny invaze s maximální opatrností, sleduje funkčnost, možné otlaky či projevy zánětu v okolí invazí.

Obrázek 14: Znázornění důležitých bodů ošetrovatelské péče u pacientů po operaci jícnu.



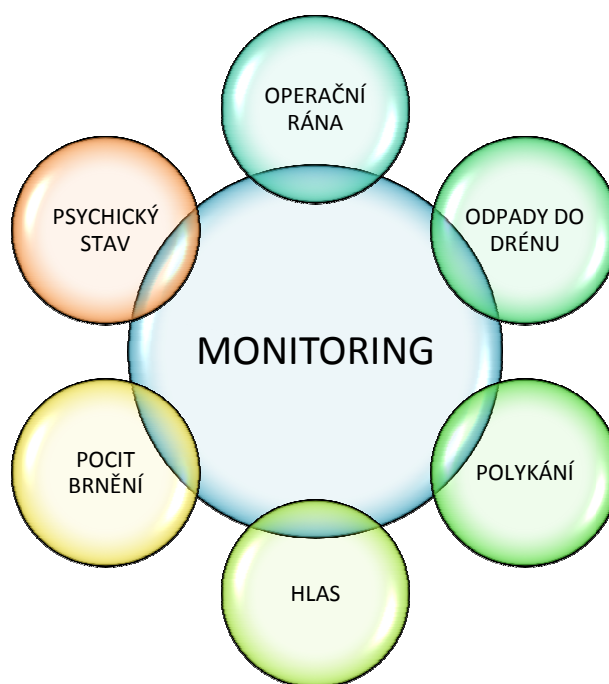
(Matysová 2011)

3.3.3 EDUKACE PO ZÁKROCÍCH V MEDIASTINU

EDUKACE PO OPERACI NITROHRUDNÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

V některých případech mohou být se štítnou žlázou odstraněna i příštítná tělíska, proto musí být pacienti informováni o nutnosti sledování pocitu brnění v prstech, okolí rtů či dokonce křečí v horních končetinách. Denně se odebírá krev pro zjištění hladiny Ca celkového a ionizovaného. Nad obličej pacientovi aplikujeme zvlhčenou páru z důvodu komfortnějšího prostředí pro hlasivky.

Obrázek 15: Ošetrovatelský monitoring u pacienta po operaci štítné žlázy.

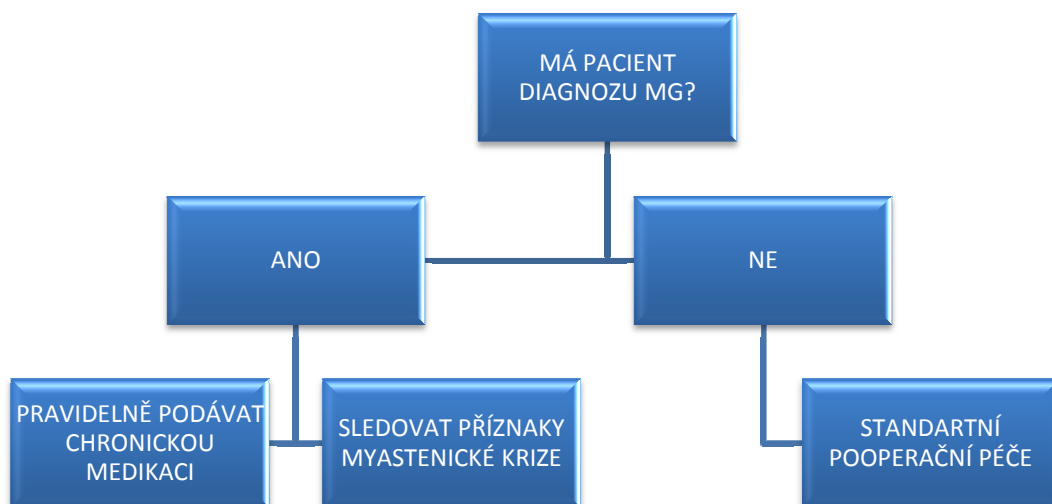


(Matysová 2011)

EDUKACE PO OPERACI BRZLÍKU

Ošetrovatelská péče po operaci brzlíku bez onemocnění MG nemá žádná specifika, péče je obdobná jako po plicních resekcích. Pacienti s dg MG musí pravidelně užívat svou medikaci. Při zvracení musíme pečlivě zaznamenávat, jak dlouho po podání medikace pacient zvracel či preventivně před podáním medikace podat antiemetikum dle ordinace lékaře. Musíme sledovat svalovou sílu pacienta, měřit dechový objem a maximální dechový výdej. Dle stavu pacienta a závažnosti onemocnění ho aktivizujeme a zapojujeme do denních činností. **Příznaky myastenické krize:** pokles dechového objemu, celková slabost, huhňavá řeč, nemožnost odkašlat, dvojité vidění, neostré vidění, ptóza víček, obtížné polykání, zatékání tekutin do nosu, aspirace, slabost končetin, celková slabost. Pacienti s dg MG nesmějí dostávat určité léky, které ji mohou zhoršit, proto nesmíme podávat léky uvedené v seznamu nežádoucích pro myasteniky.

Obrázek 16: Důležité body při ošetřování pacienta po zákrocích v mediastinu.



(Matysová 2011)

PRAKTICKÁ ČÁST

4. PŘÍPRAVNÁ FÁZE

4.1 NÁMĚT A VÝZKUMNÝ PROBLÉM

V teoretické i praktické části závěrečné bakalářské práce sleduji edukaci pacientů sestrou na chirurgickém oddělení.

V praktické části práce provádím malý průzkum na chirurgickém oddělení JIP, abych konkrétně zjistila, jak jsou pacienti po hrudních operacích spokojeni se sesterskou edukací, zda je pro ně srozumitelná, a v čem vidí nedostatky.

4.2 DOSAVADNÍ STAV POZNÁNÍ

V současné době jsem nedohledala žádné výzkumné šetření ohledně spokojenosti pacientů se sesterskou edukací po operacích hrudníku.

4.3 CÍLE VÝZKUMU

C1: Zjistit informace, které respondenti postrádali v pooperačním období.

C2: Zjistit zda edukovaný respondent dostatečně pochopil sdělené informace.

C3: Zjistit spokojenost respondentů s edukací v pooperačním období po hrudních operacích.

4.4 HYPOTÉZY VÝZKUMU

H1: Myslím si, že 100 % respondentů v pooperačním období nepostrádá žádné podstatné informace.

H2: Domnívám se, že v 90 % respondenti dostatečně pochopili sesterskou edukaci v pooperačním období, ale ocenili by v 80 %, kdyby v předoperačním období ještě obdrželi edukační leták.

H3: Myslím si, že 80 % respondentů je spokojených se sesterskou edukací.

4.5 PŘEDMĚT VÝZKUMU

Výzkum byl realizován ve FNM, kde pracuji na JIP již 7 let. Proměnné výzkumu: sestra x pacient

4.6 METODY VÝZKUMU

STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR S OTEVŘENÝMI OTÁZKAMI:

Tento rozhovor sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. Pružnost sondování v kontextu situace je omezenější než v jiných typech rozhovorů. Používá se, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit. Vedení kvalitativního rozhovoru je uměním i vědou zároveň. Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci a disciplínu. Je třeba učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu otázek, jejich formy i pořadí. Dále se musí uvážit délka rozhovoru. Na začátku je nutné prolomit psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem.^{6,11}

KRITÉRIA PRO VEDENÍ ROZHOVORU:

Rozhovory s vybranými pacienty jsem vedla mimo pracovní dobu v civilním oblečení vždy s viditelně připevněnou vizitkou. Zjistila jsem v pilotním šetření, že přístup respondentů je laxnější při pokládání otázek v pracovní uniformě. Při příchodu k respondentovi vždy proběhl pozdrav, představení se a podání ruky. Následně jsem uvedla, že jsem zaměstnancem kliniky a zároveň dokončuji studium výzkumnou závěrečnou prací zabývající se sesterskou edukací – vysvětlení pojmu edukace.

Každého respondenta jsem se tázala, zda je svolný k účasti ve výzkumu. Pokud souhlasil, pokračovala jsem souhlasem s pořízením hlasového záznamu s informací,

⁶ HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

¹¹ KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

že tento záznam bude anonymní a přiložen k závěrečné práci. Všechny rozhovory probíhaly na pokoji 3. – 4. den po operaci. Bohužel někdy i v rušném prostředí, protože respondenti nemohli opustit lůžko. Jediná pravidla, která jsem určila respondentovi: „Pokud něčemu nebudete rozumět, není to chyba, bez ostychu se zeptejte, položím otázku jinak.“, „Pokud nebudete chtít mluvit při příchodu personálu, udělejte pomlku či změňte téma.“, „Nic z toho co mi prozradíte při rozhovoru, nebudu šířit v pracovním kolektivu.“, „Pokud se budete cítit unaven, přeručíme rozhovor.“ Po ukončení rozhovoru jsem vždy poděkovala a popřála nekomplikovaný návrat domů. Ve fázi před začátek rozhovoru bylo nejpodstatnější navázání důvěryhodného vztahu.

Strukturovaný rozhovor byl hlavní výzkumnou metodou. Nejprve jsem provedla v předvýzkumu rozhovor s dvěma respondenty – viz kapitola *Pilotní šetření*. Vzhledem k neuspokojivému zjištění informací a pocitu vlastní nedostatečné přípravy k realizaci výzkumu jsem musela opětovně přeformulovat otázky a trénovat si doma jejich znění a pořadí. Během realizace výzkumu jsem zjistila velkou náročnost metody rozhovoru ve spojení s pozorováním. V závěru jsem velmi ocenila pořízení hlasového záznamu, protože jsem v průběhu analýzy a opětovného přehrání si rozhovoru zjistila předchozí přeslechnuté informace. Metoda je náročná, ale musím potvrdit, že respondenti otázkám, které zdravotník považuje za naprosto srozumitelné, opravdu nemusí rozumět tak, jak považujeme za samozřejmé.

Rozhovory jsem realizovala mimo pracovní dobu. Rozhovory zařazené do výzkumu byly realizovány v rozmezí 2 měsíců a 5 dní. Celkem trvaly 7 hodin a 46 minut čistého času což znamená 26 min v průměru s jedním respondentem. Nejkratší rozhovor trval 7 min a nejdelší 1 hod a 6 min. Není v tom započítaný čas strávený představením se, ani čas strávený s respondenty, kteří odmítli, ani čas strávený cestováním do FNM. Také tam není započítaný čas s jednou respondentkou, které se neudělalo dobře během rozhovoru, a následující den souhlasila s účastí ve výzkumu, ale odmítla hlasový záznam. Nadále tam není započítaný čas jednoho respondenta, který si mě přivolal a navrhl náměty, které postrádal a ocenil by, kdybychom je změnili. A na závěr tam není započítaný čas přípravy na rozhovory a vyhledávání si místa uložení respondentů, a vůbec výběr respondentů samotných.

POZOROVÁNÍ

Jedná se o záměrné, cílevědomé a systematické sledování určitých jevů. Pozorováním se má dospět k objektivnímu popisu jevu, umožňujícímu následnou analýzu.

Ve výzkumu jsem pozorovala respondenty přímo při rozhovoru. Všímala jsem si přístupu respondentů a ochoty spolupracovat, změn tělesných – barvy obličeje, cyanózy, opocení, dušnosti, únavy, změny poloh, mimiky a celkového chování, které vznikalo při kladení otázek – viz příloha D.

4.7 ZKOUMANÝ SOUBOR

Při výzkumu jsem záměrně oslovovala pacienty 3. – 4. den po operaci a podle operačního výkonu, který podstoupili.

4.8 PILOTNÍ ŠETŘENÍ

Pilotní šetření jsem realizovala s dvěma respondenty. Původní metodou byl strukturovaný rozhovor bez hlasového záznamu. Vzhledem k neuspokojivému získávání dat jsem přešla k polostandardizovanému rozhovoru, včetně hlasového záznamu. Po prvním polostandardizovaném rozhovoru jsem po přehrání záznamu zjistila, že některé položené otázky jsou příliš útočné či pro respondenta nesrozumitelné, a proto jsem vypracovala jinou formulaci otázek, např. „Co Vám sestřička říkala po operaci?“ → „Jakým způsobem jste byl informován sestrou po operaci? Tím myslím obsah a formu.“ Co Vám po operaci nejvíce vadilo?“ → „Jak jste se cítil po operaci?“ „Máte nějaké špatné vzpomínky?“ „Jak cvičíte s DK?“ → „Předvedete mi, prosím, jakým způsobem cvičíte s DK?“ „Zadala Vám sestřička nějaké úkoly, které máte dělat každý den?“ → „Vzpomněl byste si na nějaké činnosti, které pro sebe můžete udělat, abyste neměl komplikace?“

Kladené otázky jsou v příloze D.

4.9 VÝUŽITÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Výsledů výzkumu bych ráda využila v případě potřeby pro podnětné zahájení intervence ke zkvalitnění realizace edukačního procesu v předoperačním či pooperačním období nejen na naší klinice.

4.10 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

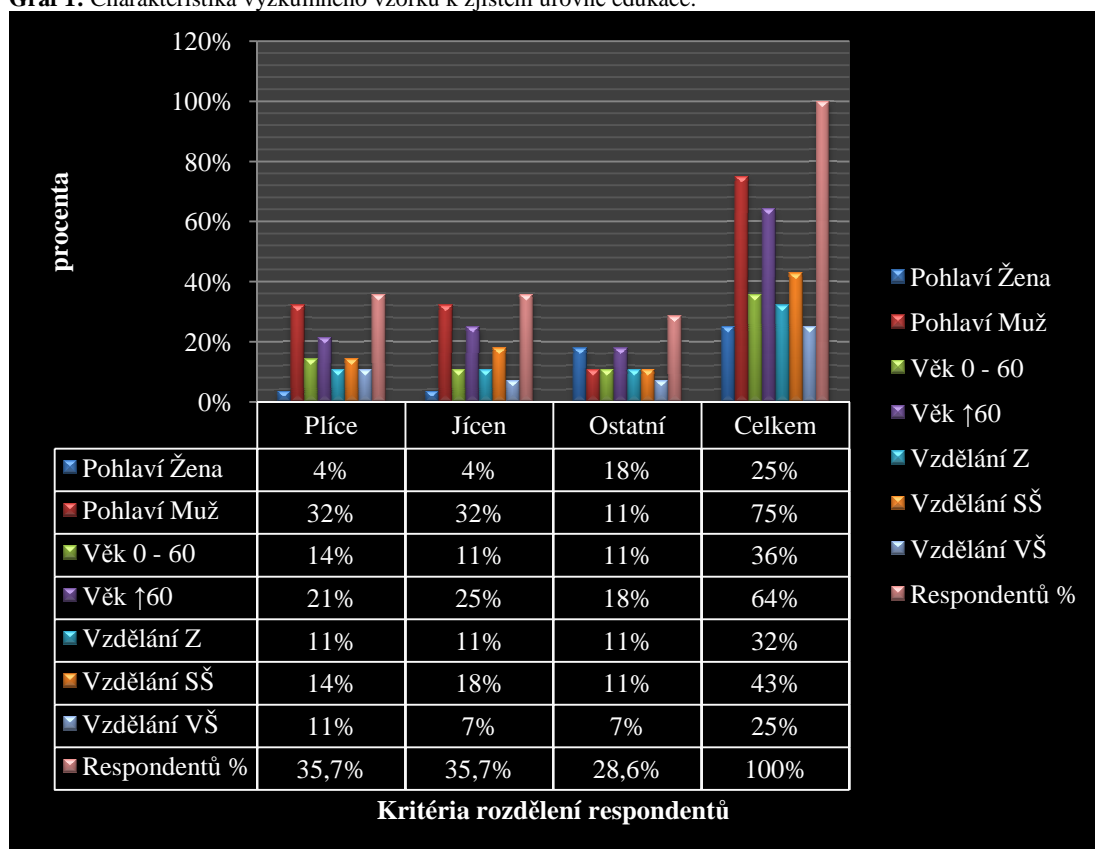
Šetření bylo provedeno ve FNM. Pro získání dat jsem oslovovala cíleně vybrané respondenty podle operačního zákroku na plicích, jícnu a ostatních zákrocích v mediastinu s ohledem na celkový zdravotní stav. Celkem bylo osloveno 32 respondentů, z toho 4 respondenti odmítli účast. K bližší charakteristice vzorku jsem dále zjišťovala pohlaví, věk, vzdělání a četnost hospitalizací – viz tabulka č. 1.

Tabulka 1: Charakteristika výzkumného vzorku k zjištění úrovně edukace.

Operační zákrok	Pohlaví		Věk		Vzdělání			Hospitalizace		Respondentů	
	Žena	Muž	0 – 60	↑60	Z	SŠ	VŠ	První	Opak.	n	%
Plíce	1	9	4	6	3	4	3	1	9	10	35,7%
Jícen	1	9	3	7	3	5	2	1	9	10	35,7%
Ostatní	5	3	3	5	3	3	2	0	8	8	28,6%
Celkem	7	21	10	18	9	12	7	2	26	28	100%

Vysvětlivky: Modrá barva operační zákroky na plicích, červená barva operační zákroky na jícnu, žlutá barva operační zákroky v mediastinu. Zkratky: Z – základní vzdělání, SŠ – středoškolské vzdělání, VŠ – vysokoškolské vzdělání, n – celkový počet respondentů.

Graf 1: Charakteristika výzkumného vzorku k zjištění úrovně edukace.



5. VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

5.1 ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 1

H1: Myslím si, že 100 % respondentů v pooperačním období nepostrádá žádné podstatné informace.

Tabulka 2: Vyjádřené pocity některých respondentů v pooperačním období.

Pocity po operaci	Fyzické						Psychické						Nevyjádřilo respondentů	
	Bolest		Únava		Sucho v ústech		Strach		Příjemné překvapení		Bezpečí			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Celkem	7	25%	5	18%	2	7%	3	11%	5	18%	3	11%	11	39%

Při realizování výzkumu se vedení rozhovoru a pokládání otázek vyvíjelo se získáváním zkušeností, a proto když některý z respondentů odpověděl, že si nepamatuje na sesterskou edukaci po operaci, pokládala jsem otázku na nepříjemné či příjemné pocity. Někteří respondenti ani v těchto otázkách nebyli sdílní. Někteří dokonce byli překvapeni, že mají vyjádřit nahlas své pocity a jiní zase shrnuli své vnímání po operaci do jediné odpovědi – pokrčili rameny, což o ničem konkrétním nevyovídá. Z těchto důvodů je celkový počet nevyjádřených respondentů tak vysoký.

Tabulka 3: Vyjádření respondentů k edukaci sester – k míře informovanosti.

Postrádané informace v pooperačním období	Muž		Žena		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Postrádám	0	0%	0	0%	0	0%
Nepostrádám	21	75%	7	25%	28	100%
Celkem	21	75%	7	25%	28	100%

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 1

Cílem hypotézy bylo zjistit informace, které respondenti postrádali v pooperačním období. Při výzkumu na otázku: „Máte na mě nějaké otázky? Myslím tím, schází vám nějaké informace, které bych Vám mohla doplnit či vysvětlit?“, bylo ve 100 % odpovězeno, že žádné dotazy nejsou (viz tabulka č. 3). Ráda bych zde zdů-

raznila, že otázky a připomínky jsou dva různé aspekty. Tabulka č. 2 vyjadřuje pocity respondentů v pooperačním období. Žádný z respondentů neuvedl, že by nepříjemné pocity byly přehlíženy a všichni respondenti si uvědomovali, že některé nepříjemné vjemy v pooperačním období jsou nevyhnutelné.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

5.2 ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 2

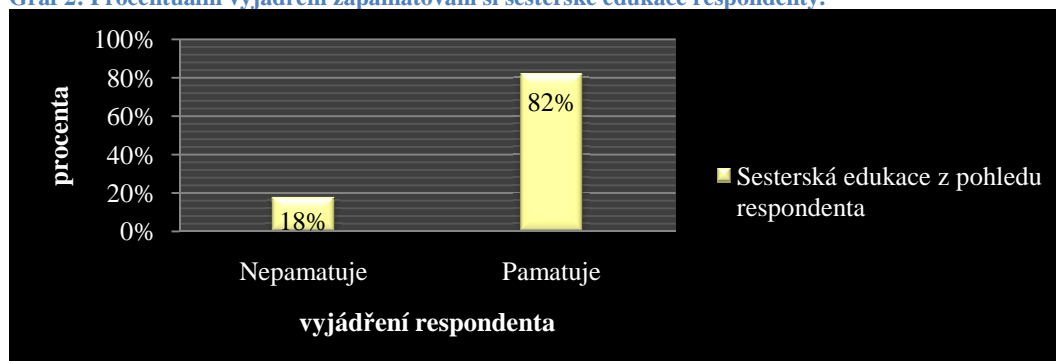
H2: Domnívám se, že v 90 % respondenti dostatečně pochopili sesterskou edukaci v pooperačním období, ale ocenili by v 80 %, kdyby v předoperačním období ještě obdrželi edukační leták.

Tabulka 4: Výsledky zapamatování nejdůležitějších preventivních činností ze sesterské edukace respondenty.

Sesterská edukace z pohledu respondenta	Nepamatuje		Pamatuje		Celkem
	n	%	n	%	n
Prevence - TEN	5	4%	23	21%	28
Prevence dechových komplikací	6	5%	22	20%	28
Prevence zrušení invazí	4	4%	24	21%	28
Prevence vzniku kýly v jizvě, nácvik bezpečného vstávání	5	4%	23	21%	28
Celkem	20	18%	92	82%	112

Preventivní opatření shrnuté v této tabulce, by podle mého názoru, měl znát každý respondent, který je po operacích hrudníku.

Graf 2: Procentuální vyjádření zapamatování si sesterské edukace respondenty.



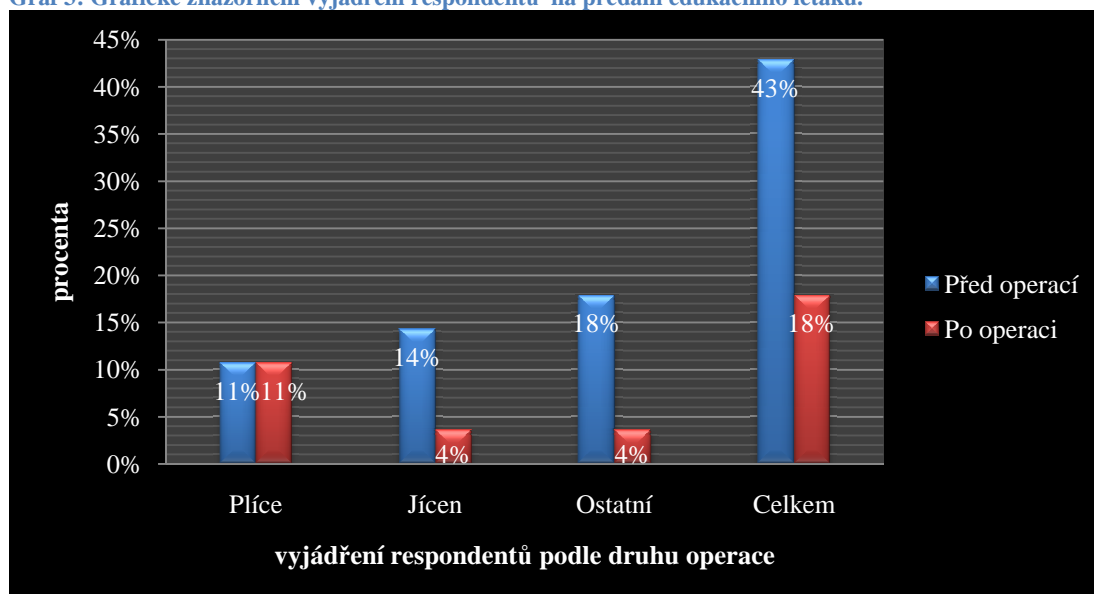
Tabulka 5: Názor respondentů na písemný edukační materiál podle pohlaví a operačního výkonu.

Informační leták	Ano				Ne				Neutrální			
	Žena		Muž		Žena		Muž		Žena		Muž	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Plíce	0	0%	4	14%	0	0%	4	14%	1	4%	1	4%
Jícen	0	0%	3	11%	0	0%	5	18%	1	4%	1	4%
Ostatní	3	11%	2	7%	1	4%	1	4%	1	4%	0	0%
Celkem	3	11%	9	32%	1	4%	10	36%	3	11%	2	7%
Celkem %	43%				39%				18%			

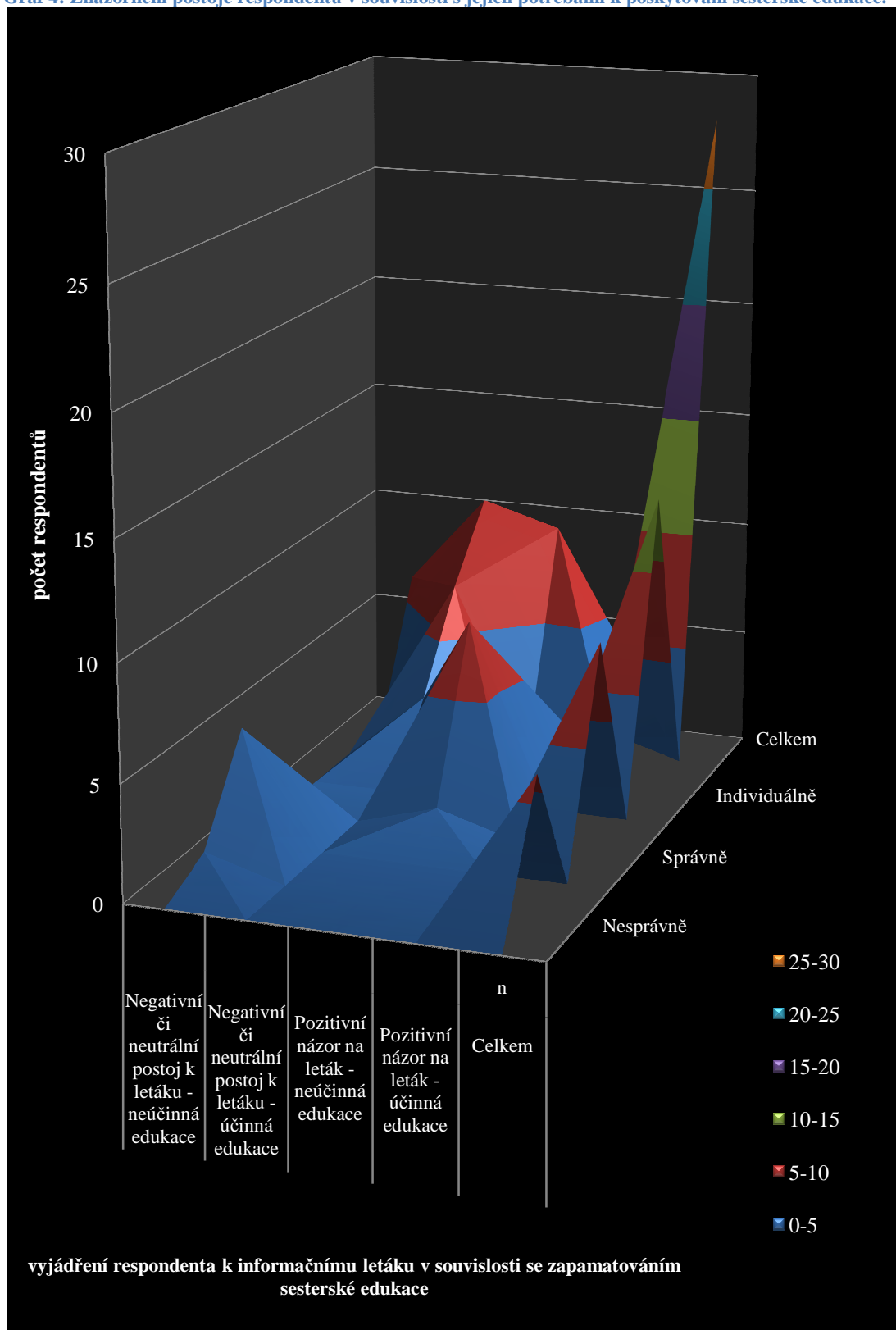
Tabulka 6: Vyjádření respondentů ohledně časového předání edukačního letáku před či po operaci.

Informační leták	Ano + neutrální			
	Před operací		Po operaci	
Celkem	n	%	n	%
Plíce	3	11%	3	11%
Jícen	4	14%	1	4%
Ostatní	5	18%	1	4%
Celkem	12	43%	5	18%

Graf 3: Grafické znázornění vyjádření respondentů na předání edukačního letáku.



Graf 4: Znázornění postoje respondentů v souvislosti s jejich potřebami k poskytování sesterské edukace.

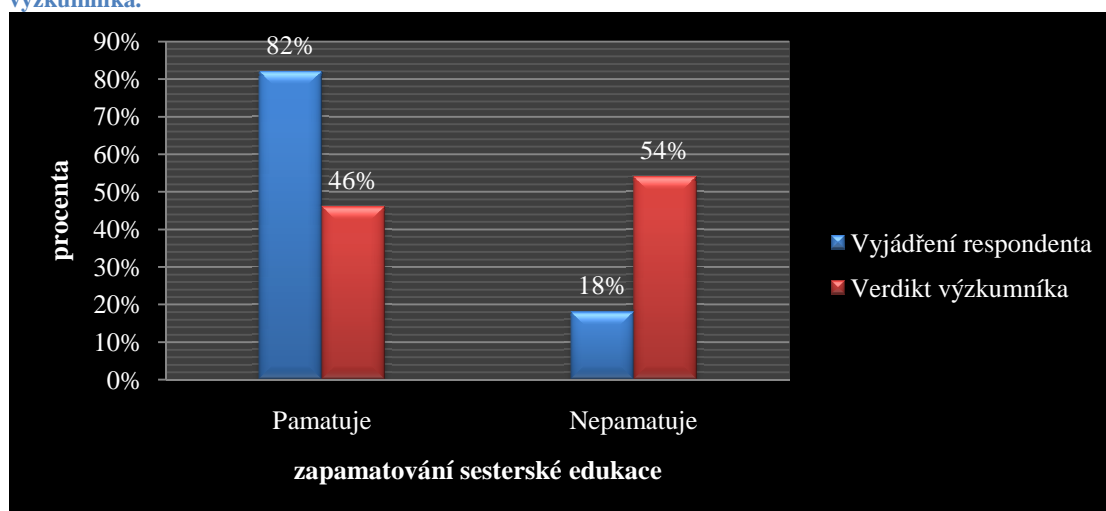


Vysvětlivky: Ve spodní části grafu je rozdělení respondentů podle jejich názoru na edukační leták v souvislosti s jejich zapamatováním si důležitých dotazovaných bodů ze sesterské edukace. V pravé části grafu je rozdělení z hlediska vyhodnocení výzkumníka, zda názor respondentů byl správný či nesprávný a

individuálně – vyjadřuje celkový počet respondentů, který si pamatovali důležité body sesterské edukace a jejich názory byly kladné i záporné – to znamená, že jejich potřeby ohledně sesterské edukace jsou individuální a současně tyto potřeby byly uspokojeny. Zelená barva znázorňuje, že 13 respondentů z 28 dotazovaných je spokojena a uspokojivě edukována sestrou. Tzn. pouze 46 % respondentů si pamatuje kompletně všechny 4 důležité body ze sesterské edukace.

Při dotazování respondentů na jejich názor ohledně předání edukačního letáku jsem byla překvapena, jak velký počet respondentů mi odpověděl, že jsou takto spokojeni a nic by na ústní sesterské edukaci neměnili. Někteří respondenti si nepamatovali důležité předané informace od sestry, a přesto jejich odpověď na předání edukačního letáku byla záporná, což je problém. Z druhé strany jsem měla pocit, že respondenti, kteří si pamatovali všechny důležité dotazované body sesterské edukace, budou rádi, když dostanou edukační leták, protože člověk nikdy neví, zda mu něco neuniklo. Ujišťovala jsem se tedy, zda si opravdu stojí za svým názorem či by je neurazilo, zda by jim byl pro jistotu tento leták předán, a oni si za svým názorem stáli. Když jsem si tyto body vložila do tabulky, vzešel mi tento velice zajímavý graf, ze kterého jsem teprve tyto striktní názory pochopila.

Graf 5: Pohled na sesterskou edukaci po operaci. Rozdíl mezi vyjádřením respondenta a vyhodnocením výzkumníka.



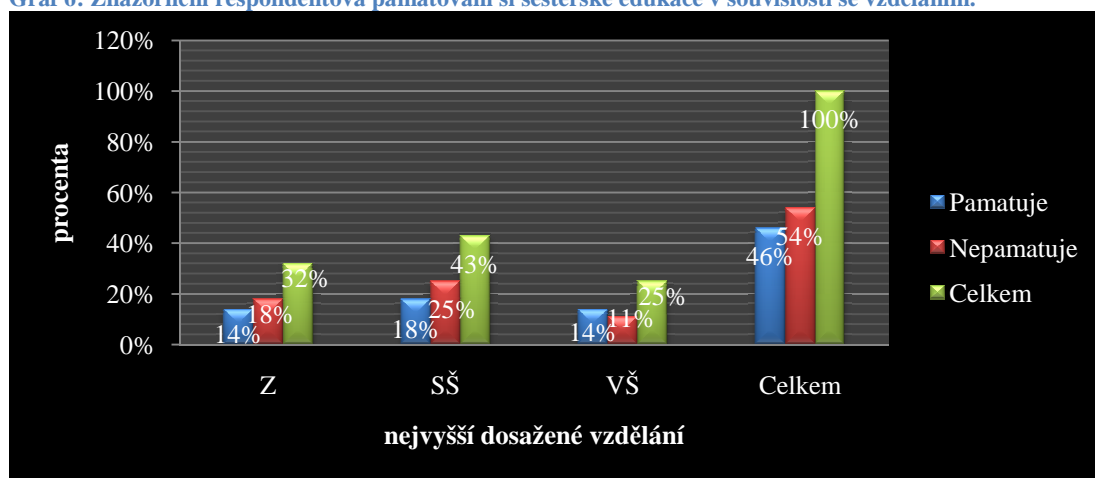
Graf č. 5 znázorňuje rozdíl mezi zapamatováním sesterské edukace a realizací v praxi. Pouze 46 % z celkového množství dotazovaných respondentů dokázalo všechny zapamatované informace realizovat v praxi v celkovém rozsahu a doporučení.

Tabulka 7: Vyhodnocení zapamatovaných informací ze sesterské edukace v souvislosti s pohlavím a vzděláním.

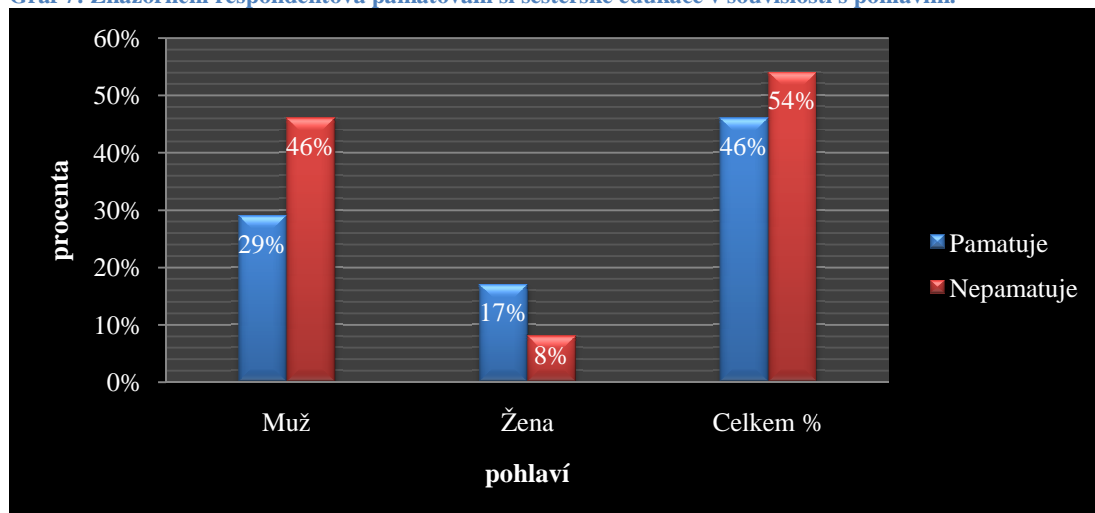
Účinnost edukace - komplexně	Vzdělání										Celkem %		
	Z				SŠ				VŠ				
	P		N		P		N		P	N			
Celkem	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Muž	3	11%	4	14%	2	7%	7	25%	3	11%	2	7%	75%
Žena	1	3,6%	1	3,6%	3	10,7%	0	0%	1	3,6%	1	3,6%	25%
Celkem	4	14%	5	18%	5	18%	7	25%	4	14%	3	11%	100%

Vysvětlivky: P – zapamatovaná edukace, N – nezapamatovaná edukace

Graf 6: Znázornění respondentova pamatování si sesterské edukace v souvislosti se vzděláním.



Graf 7: Znázornění respondentova pamatování si sesterské edukace v souvislosti s pohlavím.



Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 2

Cílem hypotézy č. 2 bylo zjistit, zda edukovaný respondent dostatečně pochopil sdělené informace. Tabulka č. 4 znázorňuje nejpodstatnější body sesterské edukace, z pohledu výzkumníka. Na základě analýzy rozhovoru i pozorování si 54 % sledovaných respondentů nepamatuje všechny body, podstatné pro jejich rychlé uzdravení bez komplikací, viz graf č. 4 a 5. Zajímavý je ale výčet názorů respondentů na písemnou formu edukace v souvislosti se znalostmi ohledně své rekonvalescence. Někteří respondenti nevěděli některé podstatné informace, a přesto na otázku ohledně písemné formy edukace odpověděli záporně, viz graf č. 4. V tabulce č. 7 a grafu č. 6. a 7. vidíme, že účinnost edukace není závislá na pohlaví ani vzdělání.

Hypotéza č. 2 se částečně potvrdila – 82 % dotazovaných respondentů si zapamatovalo 4 nejdůležitější body sesterské pooperační edukace (viz tabulka č. 4), ale pouze 46 % sledovaných respondentů si pamatuje důležité body pooperační sesterské edukace a zároveň je i dokáže aktivně realizovat v praxi (viz graf č. 4).

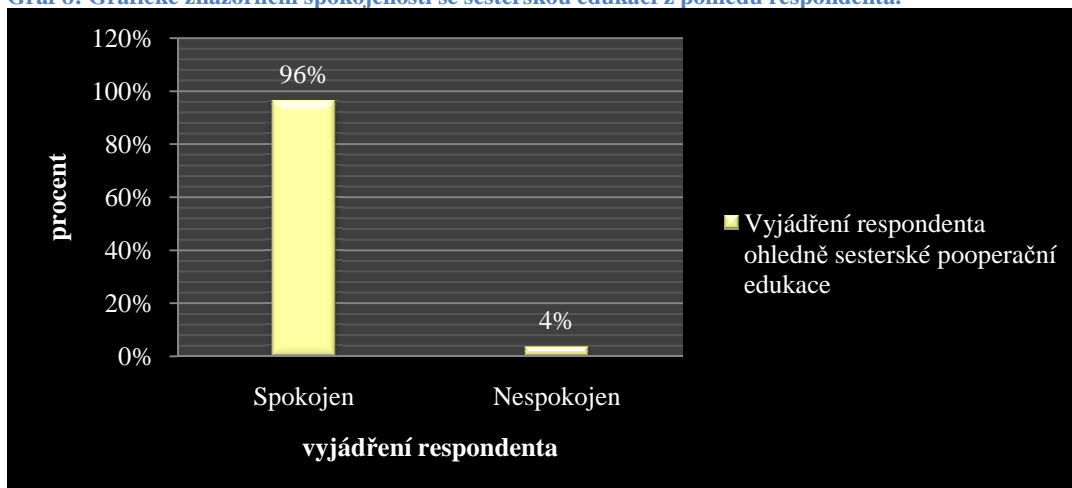
5.3 ZÍSKANÉ VÝSLEDKY K HYPOTÉZE Č. 3

H3: Myslím si, že 80 % respondentů je spokojených se sesterskou edukací.

Tabulka 8: Slovní vyjádření respondentů v pooperačním období ohledně sesterské edukace.

Vyjádření respondenta	Plíce		Jícen		Ostatní		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Spokojen	9	32%	10	36%	8	29%	27	96%
Nespokojen	1	4%	0	0%	0	0%	1	4%
Celkem	10	36%	10	36%	8	29%	28	100%

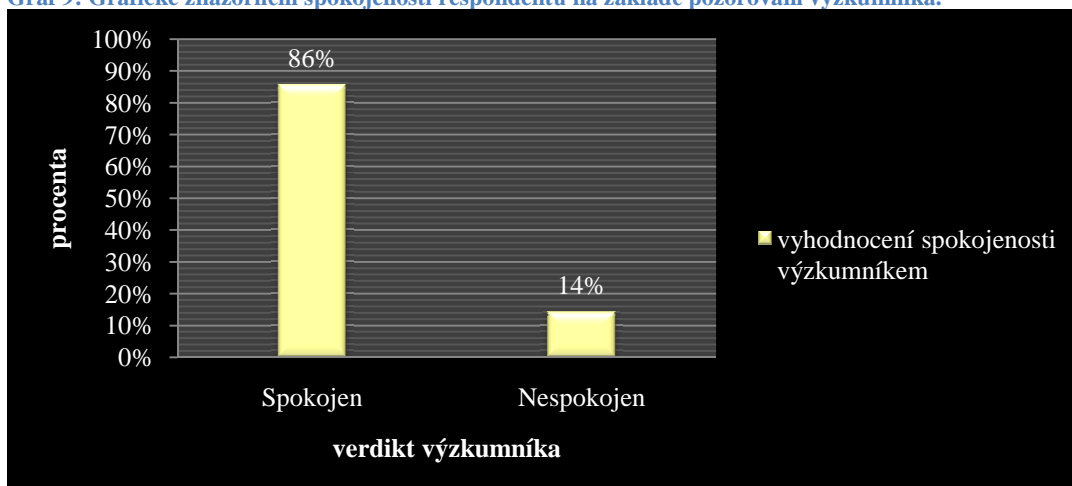
Graf 8: Grafické znázornění spokojenosti se sesterskou edukací z pohledu respondenta.



Tabulka 9: Vyhodnocení spokojenosti respondentů v pooperačním období se sesterskou edukací na základě pozorování výzkumníka.

Pozorování respondentů v pooperačním období		Muž		Žena		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
Plíce	Spokojen	7	25%	1	4%	8	29%
	Nespokojen	2	7%	0	0%	2	7%
Jícen	Spokojen	8	29%	1	4%	9	32%
	Nespokojen	1	4%	0	0%	1	4%
Ostatní	Spokojen	3	11%	4	14%	7	25%
	Nespokojen	0	0%	1	4%	1	4%

Graf 9: Grafické znázornění spokojenosti respondentů na základě pozorování výzkumníka.



Tabulka 10: Celkové vyhodnocení nejdůležitějších aspektů pozorování výzkumníka.

Pozorovaný aspekt		Plíce	%	Jícen	%	Ostatní	%	Celkem n	%
Oční kontakt	Ano	6	21%	4	14%	6	21%	16	57%
	Ne	4	14%	6	21%	2	7%	12	43%
Poloha pacienta při rozhovoru	Leží	5	18%	7	25%	2	7%	14	50%
	Sedí	5	18%	3	11%	6	21%	14	50%
Hlas	Klidný	9	32%	10	36%	8	29%	27	96%
	Agresivní	1	4%	0	0%	0	0%	1	4%
Ruce	Klidné	9	32%	10	36%	7	25%	26	93%
	Nadměrné pohybování a máchání	1	4%	0	0%	1	4%	2	7%
Obličej	Bez známek stresu	9	32%	8	29%	7	25%	24	86%
	Opocný	1	4%	2	7%	1	4%	4	14%
Celková spolupráce	Uspokojivá	9	32%	9	32%	8	29%	26	93%
	Nedostatky	1	4%	1	4%	0	0%	2	7%

V tabulce č. 10 je výčet nejdůležitějších analyzovaných bodů pozorování. Nejvíce zarážející je vyhodnocení očního kontaktu při rozhovoru. Téměř polovina respondentů převážnou část rozhovoru hleděli před sebe, což vypovídá o určité nejistotě.

Shrnutí a zhodnocení výsledků k hypotéze č. 3

Cílem hypotézy č. 3 bylo zjistit spokojenost respondentů s edukací v pooperačním období po hrudních operacích. Zajímavá je odlišnost výsledků při vyhodnocení z pohledu respondenta a z pohledu výzkumníka. V 96 % respondenti vyjádřili spokojenost se sesterskou pooperační edukací (viz graf č. 8). Na základě rozhovoru, vyhodnocení celkové spolupráce a vyjádření respondentů jsem dospěla k odlišnému závěru, a to, že 86 % respondentů je spokojených se sesterskou edukací po operaci (viz graf č. 9 a tabulka č. 10).

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

5.4 KVALITATIVNÍ VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Provedla jsem kvalitativní vyhodnocení rozhovoru se dvěma pacienty s vážnými pooperačními komplikacemi.

A. Respondent muž, narozen roku 1950, středoškolsky vzdělaný po operaci jícnu. Pooperační komplikace – fludothorax, arytmie, chylothorax.

Tento respondent mou první nabídku na účast ve výzkumu odmítl z důvodu únavy. Následující den mi sám navrhl, že už je schopen zúčastnit se výzkumu a těší se na rozhovor. Respondent v první části vedl monolog ohledně nespokojenosti se zdravotnictvím. 30min se vůbec nedržel tématu. Po tomto monologu už jsem ho striktněji začala směřovat k danému tématu.

- Edukaci před operací vyhodnotil jako naprosto neuspokojivou. Sestru definoval jako loutku, která přeříkává předem naučené věty. Ocenil by „pokecárnu“, ve které by se mohl odreagovat a přijít na jiné myšlenky. Obsahově si předoperační edukaci nepamatoval. Na pooperační období vzpomínal velice rád. S nadšením říká, že to byla paráda.
- „Po operaci mi nic nevadilo, byl jsem moc spokojený. V životě jsem tu sestru neviděl a ona mě klidně hladila po ruce.“ Pociťoval více lidskosti.
- Jeho pocity po operaci: bolest, strach, panická hrůza. Udal, že tyto pocity měl, protože neměl dostatek informací.
- Informační leták nazval: „zastrašující leták“. Původně myslel, že se ho dotazují na informované souhlasy. Po ujasnění dotazované otázky mi bylo řečeno, že cokoli přinese odstressování, je nádherná věc. Následovně potvrdil, že by ho tento leták po operaci „odstressoval“.
- Činnosti, které má vykonávat znal, ale z jeho přístupu jsem pochopila, že ho tyto záležitosti vůbec nezajímají se slovy: „Ať mi dají všichni pokoj! Je mi špatně, potřebuji pomoci, nemám náladu nic dělat. Nedokážu si to spojit. Mě to nezajímá! Nejhlavnější je pro mě rozhovor.“
- Pozorování: při rozhovoru seděl na lůžku, ruce sepnuté při zdůraznění nějakých myšlenek mával rukou, obličej neopocení, normálně zbarvený, dech v normě, rty hydratované, oční kontakt pouze při úvodu, při samotném rozhovoru koukal před sebe. Spolupráce a vstřícnost byla uspokojivá, ale odbíhal dosti od tématu.
- Neměl žádné doplňující otázky. Jen dosti připomínek: „Jídlo v nemocnici naprosto katastrofální a prostředí pro konzumaci též.“ Zdůraznil, že pacient není

povinen se ptát, ale vše by mu mělo být sděleno automaticky. Definitivně by zrušil vizity, které mu připadají zbytečné. Stačilo by, kdyby lékař přišel třeba jednou denně, ale opravdu se zajímal o mou bytost a popovídali bychom si. Uvítal by, kdyby existovali soukromé firmy se specializovanou péčí o lidskou psychiku.

- Respondent byl po operaci přeložen na ARO. 3. pooperační den přeložen na JIP. 5. pooperační den progresse fluidothoraxu a v odpoledních hodinách arytmie. Drénován fluidothorax, kde byl prokázán chylothorax. Kontrolní pasáž bez extraluminace s přiměřeným nálezem. 12. pooperační den reoperace pro vysoké odpady při chylothoraxu. 20. pooperační den dimise.
- Další zajímavé poznatky během rozhovoru: respondent udával neuvěřitelný stres již před hospitalizací z důvodu rozepří v rodině ohledně výběru zdravotnického zařízení, kde bude výkon proveden. Chronicky užívá antidepresiva. Také zdůraznil, že se bojí o svou duši, kterou definoval jako „bláto“. Zjistila jsem zřejmě nedostatečnou podporu rodiny z hlediska duševního či spirituálního. Následující dny mě respondent vyhledával a chtěl znovu rozebírat prodiskutované téma.
- Názor výzkumníka: Respondent naprosto psychicky nestabilní. Jeho neverbální komunikace regadovala do nižšího vývojového stádia. Při komunikaci byl orientovaný, ale mimikou vyjadřoval dětské pohledy. I při stabilní chůzi vyžadoval přímý kontakt s personálem. Jeho manželka přiznala, že ho vůbec nepoznává a neví, co má dělat.

B. Respondent muž, narozen 1937, vysokoškolsky vzdělaný, operační zákrok na plicích. Pooperační komplikace – subileus, vážné zhoršení celkového zdravotního stavu (renální, respirační insuficience, hypotenze). Při oslovení tohoto respondenta jsem pozorovala velkou ochotu spolupráce a zamyšlení se nad daným tématem. Držel se tématu.

- Předoperační edukaci si moc nevybavoval.
- Pocity po operaci: „všechny dny splývají v jeden“ Na otázku o příjemém překvapení odpověděl, že jsem ho překvapila já v pracovní činnosti svým přístu-

pem. Nepříjemně vnímal, že nezná řád oddělení, kdy si sestry mění služby a také nezná jejich jména: „Postrádám i informaci jména sestry, která mě má konkrétně na starosti. Ale to jsem zatím všechno vysledoval.“

- Edukační leták by velmi ocenil, a to před operací, po operaci prý není schopen ani přečíst noviny.
- Činnosti: ohledně RHB a odkašlávání si pamatoval, sed přes bok dělá automaticky z důvodu bolesti v kyčelním kloubu. O invazích by ocenil podrobnější informace a prevenci TEN si nepamatoval.
- Pozorování: klidný hlas, aktivně spolupracuje a poskytuje zajímavé podněty pro zlepšení, ruce klidné, obličej bez známek stresu. Oční kontakt občasný, ruce spojené a klidné.
- Doplňující dotazy měl ohledně frekvence odkašlávání a cvičení s DK, následovně podotkl, že se zdravotníci baví o něm, ale bez něj a lékaři nedávají dostatek prostoru pro dotazy. Upozornil, že nechápe důvod, proč ho sestra okřikuje, ať nemluví při poslechovém vyšetření lékařem. Tím ho umlčí, a on pak nemá možnost s lékařem mluvit. Nadále poukazuje na nenávaznost ošetrovatelské péče.
- Následující den mě respondent upozornil na myšlenky, které ho napadly. Ocenil by více propracované internetové stránky. Rád by si prostudoval už v domácím prostředí důležité informace týkající se takto zátěžové situace.
- Pacient byl po operaci uložen na JIP. V pooperačním průběhu porucha střevní pasáže – subileozní stav, plyny i stolice však stomií odcházely. Na konzervativní terapii zlepšen. 11. pooperační den zhoršení stavu renální insuficience, hypotenze, respirační insuficience. Přeložen na ARO. 18. Pooperační den přeložen na JIP a 28. pooperační den dimise.
- Názor výzkumníka: Pacient budil dojem psychicky vyrovnaného, ale neustále ale vyžadoval informace o svém zdravotním stavu. Spolupracující a orientovaný pacient. Potřebuje průběžně dostávat komplexní informace.

6. DISKUZE

Vzhledem k vhodně zvolené metodě při realizaci průzkumu jsou pro mě osobně získané informace nesmírně cenné, protože jsem zjistila, že respondenti opravdu některým otázkám nerozumí a myslím, že průzkum realizovaný metodou dotazníkovou by mohl mít data velice rozdílná, a rozhodně by chuť a spolupráce respondentů nebyla tak vysoká v případě, že by své pocity a připomínky měli psát na papír v takto náročném zdravotním stavu. Uvědomuji si, že zpracovaná data mohou být napadnutelná, ale rozhodně jsou přínosná pro mě samotnou, a to při poskytování ošetrovatelské péče v praxi.

Respondenty, kteří odmítli, vůbec nezajímalo, že do budoucna můžou pomoci jiným pacientům ke zlepšení péče. Dokonce jsem si všimla některých posměšků a ironických poznámek, když jsem dělala rozhovor s respondentem uloženým vedle, což bylo velmi demotivující a musela jsem prodělat několik autoregulačních proměn, abych výzkum dokončila s nějakým validním počtem respondentů. V začátcích jsem musela udělat pauzu, než někteří respondenti budou přestěhováni na jiný pokoj.

Mile mě překvapilo, že 100 % respondentů nepostrádalo žádné podstatné informace v pooperačním období. Důležité je zamyslet se nad tímto výsledkem. Pečlivě jsem vybírala respondenty podle zdravotního stavu. Je možné, že kdybych se v průzkumu zaměřila pouze na respondenty ležící po operaci na oddělení ARO, byl by výsledek úplně jiný v souvislosti s vážnějším zdravotním stavem a náročnějším prostředím. Z celkového počtu respondentů jsem kvalitativní metodou zpracovala dva, kteří potřebovali náročnější ošetrovatelskou péči z hlediska ošetrovatelských výkonů, psychické podpory, delších rozhovorů a narůstající potřeby kontaktu se sestrou. Tito respondenti měli pooperační komplikace, a proto se ošetrovatelská péče, a tím pádem i edukace, stávaly specifickými. U takto náročných pacientů bychom se měli zamyslet nad tím, kde končí naše povinnost poskytování péče a kde by měla začínat pomoc rodiny. Zajímalo mě, jak je možné, že každým rokem mi připadá práce náročnější a čas, který zbývá na samotnou komunikaci s pacientem, nedostupující. V začátcích mého bádání jsem pomýšlela na vzrůstající získávání nových zkušeností i vědomostí, tím pádem poskytování kvalitnější ošetrovatelské péče. Při

zhodnocování průzkumu jsem se zamyslela nad samotným tlakem, který je přenášen na respondenty při poskytování ošetrovatelské péče při čtenějších ošetrovatelských výkonech, rušnějším prostředím, kvalitnější a přesnější technikou. Edukace v takových podmínkách může být přeslechnuta či nedostatečně vnímána respondentem. Tabulka č. 11 vyjadřuje vzrůstající počet respondentů pro poskytování náročnější ošetrovatelské péče. Náročnější ošetrovatelská péče = větší nároky na edukaci respondenta sestrou = větší nátlak na psychickou harmonii respondenta. V kolika případech byla sestra schopna zapojit a edukovat rodinné příslušníky, aby respondentovi pomohla k psychické harmonii, a tím pádem by získala čas na kvalitnější a efektivnější edukaci respondenta samotného?

Tabulka 11: Rozdílný počet kódů v roce 2006 a 2010.

Kód	Rok 2006	Rok 2010
653	113	461
655	1873	1978
657	1809	1497
658	1046	986
Celkem	4841	4922

(Odbor informačních systémů a zpracování dat ZP, FNM)

Vysvětlivky: Kódy 653 – 658 vyjadřují náročnost ošetrovatelských výkonů při ošetrování respondentů. 658 – nejméně náročný respondent, 653 – nejnáročnější respondent.

Fakt, že většina respondentů je spokojena se sesterskou edukací v pooperačním období podle mého pozorování (viz tabulka č. 8) přímo neprokazuje souvislost mezi sesterskou edukací a směrnicí jako takovou, ale podle mého přesvědčení může být výsledkem toho, že sestra má metodické vodítko pro edukaci v podobě směrnice, a tato skutečnost se pozitivně projevuje ve vnímání respondentů a jejich spokojenosti. Pravdou zůstává, že existuje rozpor mezi respondentovým vnímáním obsahu edukace a samotnou realizací v praxi. Osobně se domnívám, na základě realizace průzkumu, že informační leták, ke kterému by se respondenti mohli vrátit ve volných chvílích, by výrazně navýšil efektivitu sesterské edukace. Výhoda je totiž, kromě standardizovaného sdělení, že pokrývá všechny oblasti edukace a edukace je pro všechny respondenty stejná. Tento leták by byl edukací pouze základní. Na tuto základní písemnou edukaci by po operaci navazovala individuálně poskytovaná ústní sesterská edukace úměrně zdravotnímu stavu, vnímání a konkrétním potřebám

respondentů. Zpracování edukačního letáku je nosné téma pro další diplomovou práci, protože úkol je to velmi nelehký, a to z důvodu skloubení obsahové a formální stránky, nehledě na schvalovací proceduru. Tento leták by měl být ukázkou mezi-oborové spolupráce (právník, lékař, fyzioterapeut, sestra, ...), kde by bylo komplexně vyjádřeno, co je pro pacienta podstatné, a zároveň ne příliš zatěžující pro jeho bezstarostnou rekonvalescenci.

Závěrem bych chtěla zdůraznit, že si uvědomuji poměrně vysoký rozsah stran mé bakalářské práce. Nechtěla jsem ale tuto práci ochudit o podstatné obrázky a grafy v teoretické části, které napomáhají jasnějšímu vyjádření a pochopení textu. Pokud bych je zařadila do příloh či je vyřadila úplně, domnívám se, že by to práci velmi ochudilo v názorném pochopení obsahu chirurgické edukace.

7. NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

- Zpracování doplňkové formy edukace, a to v písemné formě.
- Vzdělávací seminář pro sestry na téma: „Efektivita a realizace edukačního procesu v praxi“.
- Pečlivější sesterské rozplánování realizace edukačního procesu v praxi.
- Pečlivější výběr podstatných informací sdělených respondentovi nejjednodušší a účinnou formou, tzn. nepřehlcovat respondenta podrobnostmi či nepodstatnými informacemi (pokud to nevyžaduje).
- U psychicky rozladěných respondentů s pooperačními komplikacemi spolupracovat s celým zdravotnickým týmem a edukovat rodinné příslušníky o přístupu a komunikaci s respondentem.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se snažila získat náhled na sesterskou edukaci pacientů v pooperačním období po hrudních operacích.

Vycházím z teoretické části, která poskytuje základní informace o edukačním procesu na chirurgickém oddělení. Rámcově se zabírám edukací předoperační a navazují podrobněji obecnou a specifickou sesterskou edukací po operaci. Nadále zmiňuji nejdůležitější operační výkony na hrudníku a jejich nejčastější, nejvážnější či nejobávanější pooperační komplikace.

V praktické části jsem se zajímala o postrádající informace v pooperačním období z pohledu respondentů, zjišťovala jsem zapamatování si sesterské pooperační edukace respondenty, její realizaci v praxi a nakonec jsem analyzovala spokojenost respondentů se sesterskou pooperační edukací. Sběr dat proběhl prostřednictvím polostandardizovaného rozhovoru, doplňující metodou bylo pozorování. Celkem bylo získáno vyjádření 28 respondentů (z 32 oslovených). Kvalitativně jsem zpracovávala rozhovory dvou nemocných s vážnými komplikacemi po operaci. Během rozhovorů jsem zaznamenala, že termín *edukace* je pro respondenty vzdálený pojem, po bližším vysvětlení se ukázalo, že primárně si tento pojem spojují s lékařem. Zjistila jsem, že nikdo z dotázaných nepostrádal po operaci žádné podstatné informace. 82 % respondentů si zapamatovalo čtyři nejdůležitější body sesterské edukace. Pouze polovina respondentů tyto důležité body dokázala dostatečně uplatnit v praxi. Polovina respondentů by ocenila edukační leták. Nadále ze získaných rozhovorů vyplývá, že většina respondentů udává spokojenost se sesterskou edukací po operaci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMS, B.; HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Praha: Grada, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
2. BRABEC, Jiří, et al. *Lidské tělo*. Praha: Euromedia Group, k. s. - Knižní klub, 2007. 256 s. ISBN 978-80-242-2211-0.
3. DVOŘÁK, Josef. *Štítná žláza: Chirurgická anatomie, Operační technika*. Praha: SERIFA, 2000. 450 s. ISBN 80-902859-0-2.
4. ELIŠKOVÁ, Miloslava; NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Karolinum, 2006. 309 s. ISBN 80-246-1216-X.
5. GUILMARTINOVÁ, Nance. *Mlčeti zlato: Co říci, když marně hledáte vhodná slova*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2003. 178 s. ISBN 80-7106-660-5.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
7. HOCH, Jiří; LEFFLER, Jan. *Speciální chirurgie*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2001. *Chirurgie krku, Hrudní chirurgie*, 224s. ISBN 80-85912-44-9.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra, et al. *Ošetrovatelství: 2. část - chirurgie, pediatrie, gerontologie*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště - vlastním nákladem, 1999. 236 s.
9. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KLEIN, Jiří. *Chirurgie karcinomu plic*. Praha: Grada, 2006. 236s. ISBN 80-247-1384-5.
11. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
12. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. Praha: Grada, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
13. Odborná směrnice. *IIOS_29/2007-2 : Edukace pacientů a jejich blízkých*. Praha: FNM, 2008. 11 s.
14. Odborná směrnice. *IIOS_5/2009-4 : Perioperační péče a systém časného varování*. Praha: FNM, 2009. 22 s.

15. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2007, 12, s. 17-18.
16. PAFKO, Pavel. *Základy speciální chirurgie*. Praha: Galén, 2008. 385 s. ISBN 978-80-72-62-402-7.
17. PAFKO, Pavel; LISCHKE, Robert. *Plicní chirurgie: Operační manuál*. Praha: Galén, 2010. 147 s. ISBN 978-80-7262-674-8.
18. PAULÍK, Karel. *Asertivita v jednání s lidmi*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě Filozofická fakulta, 2005. Podstata asertivního chování, s. 7-32.
19. PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. Z anglického originálu přeložil Štěpán Kovařík. Praha: Portál, 2008. 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
20. PLAMÍNEK, Jiří. *Komunikace a prezentace*. Praha: Grada, 2008. Kvalitní komunikace, s. 70. ISBN 978-80-247-2706-6.
21. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno: NCO NZO, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
22. PRŮCHA, Jan. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. Formy a metody výuky, s. 195. ISBN 978-80-7367-546-2.
23. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.
24. PRŮCHA, Jan; WALTEROVÁ, Eliška; MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.
25. SCHÜTZNER, Jan; ŠMAT, Václav. *Myasthenia gravis: Komplexní pojetí a chirurgická léčba*. Praha: Galén, 2005. 135 s. ISBN 80-7262-307-9.
26. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*. Praha: Grada, 2007. Vyučování jako celiství proces, s. 122. ISBN 978-80-247-1821-7.
27. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii 1*. Praha: Grada, 2010. Pooperační komplikace, s. 39-57. ISBN 978-80-247-3129-2.
28. STOLZ, Alan; PAFKO, Pavel. *Komplikace v plicní chirurgii*. Praha: Grada, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-3586-3.
29. ŠLAISOVÁ, Ivana. Evalvační a devalvační prvky v komunikaci. *SESTRA: Odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2009, 6, s. 26-27.

30. ŠTIRANDOVÁ, Emílie. *Uplatnění ošetrovatelských standardů v praxi v české republice*. Bratislava, 2011. 84 s. Diplomová práce. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžběty Bratislava.
31. VALENTA, Jiří, et al. *Chirurgie: pro bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2005. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
32. VENGLÁŘOVÁ, Martina; MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-2471262-8.
33. VOKURKA, Martin, et al. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. Praha: Karolinum, 2005. 220 s. ISBN 80-246-0896-0.

Internetové zdroje:

34. http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavní_strana
35. <http://www.ceskatelevize.cz/program/diagnoza/>
36. <http://www.dotaznik-online.cz/>
37. <http://www.vyplnto.cz/jak-spravne-sestavit-dotaznik/>

PŘÍLOHY

- **Příloha A:** Seznam zkratk.
- **Příloha B:** Žádost o umožnění výzkumného šetření.
- **Příloha C:** Kritéria pozorování při realizaci výzkumu.
- **Příloha D:** Formulace otázek v předvýzkumu + definitivní formulace otázek při výzkumu.
- **Příloha E:** Edukační záznam.
- **Příloha F:** Systém časného varování kritických hodnot.
- **Příloha G:** Směrnice „Edukace pacientů a jejich blízkých“.
- **Příloha H:** Základní analýza polostandardizovaného rozhovoru.

- Hlasové záznamy z průzkumu k dispozici u výzkumníka.

Příloha A: Seznam zkratk.

AChR	Acetylcholinový receptor	KEDA	epidurální katetr
ARDS	syndrom dechové tísně dospělých, šoková plíce	LS	levá srdeční síň
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení	MG	Myasthenia gravis
CRP	C reaktivní protein, marker zánětu	NGS	nazogastrická sonda
CT	radiologická vyšetřovací metoda	NLR	Nervus laryngeus recurrens
CŽK	centrální žilní katetr	P	srdeční tep
DF	dechová frekvence	PK	pravá srdeční komora
DK	dolní končetiny	PMK	permanentní močový katetr
DM	diabetes mellitus	PŽK	periferní žilní katetr
ECHO	ultrazvuk srdce	RHB	rehabilitace
EKG	elektrokardiogram	RTG	rentgen
ES	enterální sonda	SONO	ultrazvuk
FNM	Fakultní nemocnice v Motole	SPO2	saturace krve kyslíkem
GIT	gastrointestinální trakt	TEN	tromb-embolická nemoc
JIP	Jednotka intenzivní péče	TK	krvní tlak
		TT	tělesná teplota

Příloha B: Žádost o umožnění výzkumného šetření.



FN MOTOL



FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
150 06 Praha 5 - Motol, V úvalu 84
☎ 22443 1050, Fax: 22443 1020
E-mail: jana.novakova@fnmotol.cz

V Praze dne 19.7.2011

Vážená paní
Marcela Matysová
III. chirurgická klinika UK 1. LF a
FN Motol

Věc: Žádost o umožnění provádění výzkumu

Vážená paní Matysová,

vyhovuji Vaší žádosti a **souhlasím** s prováděním výzkumu pro Vaši bakalářskou práci na téma „Spokojenost pacientů se sesterskou edukací po hrudních operacích“. Kontaktujte prosím vrchní sestry, které potřebujete oslovit.

S pozdravem

Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

B. Z.
Květoslava Šimmerová

FAKULTNÍ NEMOCNICE v MOTOLE
150 06 Praha 5 - Motol, V Úvalu 84
náměstkyně pro oš. péči
IČO: 00064203 DIČ: CZ00064203

Příloha C: Kritéria pozorování při realizaci výzkumu.

Podání ruky	teplota, opocení, stisk, poloha rukou při rozhovoru
Oční kontakt	pohled přímo do očí, pohled mimo výzkumníka, roztěkaný pohled, převážně zavřené oči
Poloha	sed, leh, časté změny polohy během rozhovoru, uvolněná, poloha v křeči - neuvolněná, zklíčená poloha
Mimika	úsměv, zamračenost, apatie, pláč, bolestivý výraz
Obličej	opocené čelo, barva obličeje, hydratace – rty
Řeč	rychlost, hlasitost, koktání
Dech	dušnost, cyanóza, lapání po dechu, pravidelnost, zadýchávání, zahleněnost
Vyjadřování	klidné, agresivní, ironické
Celkový přístup a spolupráce při rozhovoru	odpovídání při rozhovoru, zamýšlení se nad položenými otázkami

Příloha D: Formulace otázek v předvýzkumu + definitivní formulace otázek při výzkumu.

Formulace otázek v předvýzkumu.

Základní	Doplňující
Máte dostatek informací k Vaší bezstarostné rekonvalescenci?	ANO - NE
	Jaké informace postrádáte?
Rozumíte všem informacím, které dostáváte?	ANO - NE
	Jakým informacím nerozumíte?
Které sdělení (informace) od sestry si pamatujete?	
Mohl byste mi předvést: Jakým způsobem cvičíte s DK? Jakým způsobem se posazujete? Jakým způsobem odkašláváte?	
Byl jste informován sestrou před operací o pooperačním období?	ANO - NE
	V jakých oblastech?
	Jakou formou?
Myslíte, že by Vám usnadnilo pochopení (náviku) některých činností, kdybyste byl informován?	
Jaký operační výkon jste podstoupil?	
Měl jste nějaké pooperační komplikace?	ANO - NE
	Jaké?
	Měl jste o nich dostatek informací?
Pokud byste postrádal některé informace, zeptal byste se sestry?	
Jste hospitalizován poprvé?	
Jakou formou jste informace dostal?	
Vyhovuje Vám tato forma předávání informací?	
Ocenil byste nějakou doplňkovou formu?	ANO - NE
	V jaké podobě?
Je něco, co se Vám nelíbilo při poskytování informací?	
Máte pocit, že jsou Vám některé informace opakovány?	ANO - NE
	Obtěžuje Vás to?
Kolik je Vám let?	
Jaké máte vzdělání?	

Definitivní formulace otázek při výzkumu.

Řeknete mi rok, kdy jste se narodil?	Jaké máte vzdělání?	Ležíte poprvé v nemocnici?	Jaký orgán Vám lékaři operovali?

Jakým způsobem jste byl informován sestrou před operací o pooperačním období? Myslím tím formu a obsah...

Byla pro Vás edukace před operací srozumitelná? Považoval jste tyto informace za dostatečné?

Jakým způsobem jste byl informován po operaci? Myslím tím formu a obsah...

Vzpomenete si na nějaké důležité body - činnosti, které byste měl vykonávat každý den, abyste neměl komplikace (problémy)?

Ocenil byste, kdyby Vám byl před operací předán informační leták s těmito body? Cvičení s DK, pohybový režim, dechová RHB.

Jaké byly Vaše pocity po operaci? Něco Vás příjemně překvapilo? Je něco, na co nerad vzpomínáte?

Máte na mě nějaké dotazy či nějaké připomínky k tomuto tématu?

Příloha E: Edukační záznam.

FN MOTOL
EDUKAČNÍ ZÁZNAM
FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

Identifikační štítek

FN MOTOL

List č.: 1

Datum/čas:	Datum/čas:	Datum/čas:	Datum/čas:
Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input checked="" type="checkbox"/> Práva pacientů <input checked="" type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input checked="" type="checkbox"/> Diagnostika <input checked="" type="checkbox"/> Léčebný postup <input checked="" type="checkbox"/> Medikace <input checked="" type="checkbox"/> Výživa <input checked="" type="checkbox"/> Respirační terapie <input checked="" type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input checked="" type="checkbox"/> Péče po výkonu <input checked="" type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input checked="" type="checkbox"/> Péče o ránu <input checked="" type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input checked="" type="checkbox"/> Identifikační náramek <input checked="" type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:
Datum/čas: 31.3.2010 Edukovaná osoba: <input checked="" type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky: Byla jsem seznámena s tím, že mištem určeným k uložení větší částky peněz a cenosti po dobu mé hospitalizace ve FN Motol je administrativní příjem. <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Uložení cenosti na určeném místě odmítnám. <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Klíče od nočního stolku, skříň předány pacientovi <input checked="" type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE (důvod v Záznamu oš.péče) Operace výkon: klíče do úschovy* <input checked="" type="checkbox"/> ANO	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:	Edukovaná osoba: <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodinný příslušník: Téma edukace: <input type="checkbox"/> Práva pacientů <input type="checkbox"/> Domácí řád odd. <input type="checkbox"/> Diagnostika <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medikace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu <input type="checkbox"/> Monitorování bolesti <input type="checkbox"/> Identifikační náramek <input type="checkbox"/> Inkontinence Poznámky:
Operace výkon: klíče do úschovy <input type="checkbox"/> ANO	Operace výkon: klíče do úschovy <input type="checkbox"/> ANO	Operace výkon: klíče do úschovy <input type="checkbox"/> ANO	Operace výkon: klíče do úschovy <input type="checkbox"/> ANO
Použitá metoda: <input checked="" type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input checked="" type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího: ✓ + jmenovka	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího:	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího:	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> porozuměl/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nepochopil/a Podpis edukujícího:
Podpis edukované osoby: ✓*	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:

Příloha F: Systém časného varování kritických hodnot.

Systém časné identifikace kritických hodnot dospělých

Příznaky

- TK systolický < 100 nebo > 170 mmHg
- TK diastolický < 50 nebo > 100 mmHg
- tepová frekvence > 100/min nebo < 50/min
- SaO₂ < 90% při dýchání vzduchu
- náhle změna vědomí (kvalitativní, kvantitativní), porucha řeči nebo hybnosti
- diuréza viz
- laboratoř viz
- krvácení do drénů viz

Reakce: 1 příznak → VOLEJ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

2 příznaky → VOLEJ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE A RESUSCITACI (3333)

Konzilium lékaře KAR:

A) Ponechání na místě, předpis léčebných opatření, stanovení časového limitu pro kontrolu

B) Překlad na RES

Kontrola lékařem KAR ve stanoveném časovém limitu:

A) Účinek léčebných opatření **příznivý** → ponechat na místě

B) Účinek léčebných opatření **nedostatečný** → překlad na RES

Vědomí

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- náhle změna vědomí, porucha řeči nebo hybnosti
 - kvalitativní - náhlý neklid, zmatenost, agrese
 - kvantitativní - pacient náhle neodpovídá na výzvu

Dýchání

Hodnocení dechové frekvence

	Dospělý	Dítě nad 12 let
bradypnoe	< 10 dechů/min	< 10 dechů/min
tachypnoe	> 25 dechů/min	> 25 dechů/min
	Dítě 3 - 12 let	Dítě 1 - 3 roky
bradypnoe	< 12 dechů/min	< 15 dechů/min
tachypnoe	> 25 dechů/min	> 30 dechů/min
	Kojenec	Novorozenec
bradypnoe	< 20 dechů/min	< 20 dechů/min
tachypnoe	> 40 dechů/min	> 60 dechů/min

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- pokles SaO₂ pod 90% nebo o více než 10% hodnoty, kterou naposledy schválil lékař
- bradypnoe/tachypnoe viz tabulky, neordinuje-li OL jinak
- náhle vzniklá změna dýchacích pohybů

Oběh

Hodnocení tepové frekvence

	Dospělý
bradykardie	< 50/min
tachykardie	> 100/min

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- je-li tepová frekvence mimo uvedenou meze a nestanoví-li OL jinak

Hodnocení krevního tlaku [mmHg]

	Dospělý
hypotenze	< 100 mmHg v systole nebo < 60 mmHg v diastole
hypertenze	> 170 mmHg v systole nebo > 100 mmHg v diastole

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- je-li hodnota TK mimo uvedenou meze a nestanoví-li OL jinak

Diuréza

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- nově vzniklá hematurie
- pokles diurézy pod 0,5 ml/kg/hod za poslední 3 hodiny, neordinuje-li OL jinak

Krvácení do drénů

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- náhle krvácení - definuje operační obor
- pokračující krvácení - definuje operační obor

Rozmezí fyziologických hodnot tepové frekvence

[P/min]

Fyziologické hodnoty krevního tlaku

[mmHg]

	[P/min]	systolický	diastolický
nedonošenci	120 - 170	55 - 75	35 - 45
0 - 3 měsíce	100 - 150	65 - 85	45 - 55
3 - 6 měsíců	90 - 120	70 - 90	50 - 65
6 - 12 měsíců	80 - 120	80 - 100	55 - 65
1 - 3 roky	70 - 110	90 - 105	55 - 70
3 - 6 let	65 - 110	95 - 110	60 - 75
6 - 12 let	60 - 95	100 - 120	60 - 75
nad 12 let	55 - 85	110 - 135	65 - 85

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- je-li tepová frekvence, TK nebo obojí mimo uvedenou meze a nestanoví-li OL jinak

Laboratoř

K⁺ > 6,5 mmol/l

INR > 5

Glykémie < 4 mmol/l

Volat vždy ošetřujícího lékaře:

- je-li hodnota výsledku vyšetření mimo uvedenou meze a nestanoví-li OL jinak

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5



FN MOTOL

Příloha G: Směrnice pojednávající o edukaci pacientů a jejich blízkých.

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 84, 150 06 Praha 5



FN MOTOL

Odborná směrnice č. IIOS_29/2007-2

Edukace pacientů a jejich blízkých

Určení: všem zaměstnancům zdravotnických pracovišť.

	Zpracoval:	Garant:	Schválil:
Organizační celek	Samostatné oddělení řízení kvality	Úsek léčebně preventivní péče, Úsek ošetrovatelské péče	Úsek ředitele
Funkce	Manažer kvality	Náměstek pro léčebně preventivní péči, Náměstek pro ošetrovatelskou péči	Ředitel FN Motol
Jméno	Mgr. Zdeňka Kubátová	MUDr. Martin Holcát, MBA Mgr. Jana Nováková, MBA	JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA

Účinnost směrnice od: 1.10.2007
Účinnost této verze od: 25.11.2008
Doba platnosti: bez omezení, revize 1x ročně
Verze: 2
Počet stran směrnice: 11
Počet příloh: 0
Vazba na akreditační standardy: JCI: kapitola PFE, SAK: č.22, 23
Umístění podepsaného výtisku: Administrátor pro řízenou dokumentaci
Rozdělovník: Sekretariát ředitele Fakultní nemocnice v Motole
Právní odbor
Samostatné oddělení řízení kvality
Odbor vnitřního auditu a kontroly

Obsah

- 1 Účel
- 2 Rozsah platnosti
- 3 Definice a použité zkratky
- 4 Poučení pacienta při přijetí
 - 4.1 Ošetřující lékař poučí pacienta o jeho právech
 - 4.2 Příjmová sestra poučí pacienta/zákonného zástupce
- 5 Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta
- 6 Kompetence edukujících osob
 - 6.1 Lékař edukuje
 - 6.2 Všeobecná sestra edukuje
 - 6.3 Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí edukuje dle specializace
 - 6.4 Porodní asistentka edukuje
 - 6.5 Fyzioterapeut edukuje
 - 6.6 Ergoterapeut edukuje
 - 6.7 Zdravotně-sociální pracovník edukuje
 - 6.8 Optometrista edukuje
 - 6.9 Ortoptista edukuje
 - 6.10 Foniater edukuje
 - 6.11 Nutriční terapeut edukuje
 - 6.12 Dentální hygienistka edukuje
 - 6.13 Asistent ochrany veřejného zdraví edukuje
 - 6.14 Ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci edukují
- 7 Postup edukace
- 8 Dokumentování edukace
- 9 Odmítnutí edukace
- 10 Související předpisy
- 11 Závěrečná ustanovení

Klíčová slova:

edukace, poučení, informace, práva pacientů, Charta práv dětí v nemocnici, Charta práv a svobod starších občanů

1 Účel

Směrnice upravuje edukaci pacientů/zákonných zástupců, případně jiných osob (např. osob blízkých nebo členů pacientovy domácnosti pečujících o pacienta), pokud jsou pro jejich edukaci splněny legislativou stanovené podmínky, na lůžkových i ambulantních zdravotnických pracovištích Fakultní nemocnice v Motole a stanovuje její jednotné dokumentování.

Edukace zahrnuje informace, které má pacient/zákonný zástupce, případně jiná osoba, znát v průběhu poskytování zdravotní péče a dále informace, které má znát po propuštění domů nebo přeložení do jiného zařízení (např. aplikace inzulínu u diabetiků).

Edukace je předpokladem pro udržení zdraví pacienta, prevenci či zjištění časných příznaků komplikací, provádění sebepéče a zachování soběstačnosti. Každý pacient má právo na edukaci, proto edukace vyžaduje systémový přístup pracoviště i ošetřujícího personálu.

2 Rozsah platnosti

Tato směrnice je závazná pro všechny zaměstnance zdravotnických pracovišť Fakultní nemocnice v Motole.

3 Definice a použité zkratky

edukace	výchova, poučení, zácvik, apod.
edukovaná osoba	pacient/zákonný zástupce, případně jiná osoba (např. osoba blízká nebo člen pacientovy domácnosti podílející se na péči o pacienta nebo přebírající péči o pacienta), pokud jsou pro její edukaci splněny legislativou stanovené podmínky
edukující osoba	osoba, která provádí edukaci

Zkratky:

FN Motol
ZD

Fakultní nemocnice v Motole
Zdravotnická dokumentace

4 Poučení pacienta při přijetí

Při přijetí k hospitalizaci je pacient poučen přijímajícím lékařem i přijímající sestrou lůžkového oddělení o svých právech.

Pro odstranění případné komunikační bariéry má pracoviště připraveno poučení v písemné podobě, v jazykových mutacích.

Pacient, který není schopen přijmout poučení při přijetí je edukován bez zbytečného odkladu, jakmile to jeho zdravotní stav dovolí.

Poučení i případná neschopnost pacienta přijmout nebo porozumět edukaci se zapisuje do ZD (viz čl. 8 této směrnice).

Práva pacientů, Charta práv dětí v nemocnici a Charta práv a svobod starších občanů jsou vyvěšena na všech klinických pracovištích tak, aby byla všem nemocným jednoduše dostupná a dobře čitelná. Pro osoby ležící a hendikepované mají pracoviště k dispozici vhodně upravené výtisky pro individuální edukaci.

4.1 Ošetřující lékař poučí pacienta o jeho právech

a) na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě nebo v jiných zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu; v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

b) v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do dokumentů uvedených v písmenu a); v případě záznamů autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky může nahlížet do záznamů týkajících se popisů příznaků onemocnění, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

c) na pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů uvedených v písmenu a); v případě autorizovaných psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má nárok na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těch částí dokumentů, které se týkají popisu příznaků, diagnózy, popisu terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů,

d) určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, a určit, zda této osobě náleží práva podle ustanovení bodu 4.1., písm. b) a c) nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí; pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat.

4.2 Přijímová sestra poučí pacienta/zákonného zástupce

a) o právech pacientů nebo Chartě práv dětí v nemocnici nebo Chartě práv a svobod starších občanů

b) o Domácím řádu pracoviště

c) o možnosti uložení cenných věcí a

d) o způsobu užívání léčiv během hospitalizace

5 Poskytování informací o zdravotním stavu pacienta

5.1 Poskytovat **informace o zdravotním stavu pacienta** je možné pouze osobě, kterou pacient uvedl v Informovaném souhlasu s podáváním informací o zdravotním stavu jako osobu, jíž lze poskytovat informace o jeho zdravotním stavu. Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby (pokud dal pacient Informovaný souhlas s podáváním informací o jeho zdravotním stavu těmto osobám), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích (viz směrnice č. IOS_10/2005-3 O informovaném souhlasu pacientů).

5.2 Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby, které mohou být o jeho zdravotním stavu informovány, mají **právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu** osoby blízké¹.

5.3 Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník v rozsahu svých kompetencí (viz bod 6) oprávněn sdělit osobám pacientovi blízkým a členům jeho domácnosti, kteří nejsou osobami blízkými, **informace,** které jsou pro ně **nezbytné k zajištění péče** o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich zdraví. Toto sdělení je třeba odlišovat od poskytování informací o zdravotním stavu pacienta (viz výše bod 5.1), k němuž je nutné získat souhlas pacienta.

5.4 V případě, že pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, lze podávat sdělení dle 5.3 pouze se souhlasem pacienta.

6 Kompetence edukujících osob

Pacienty/zákonné zástupce, případně jiné osoby, edukují všichni zdravotničtí pracovníci v rozsahu své odborné způsobilosti, svých znalostí a dovedností.

6.1 Lékař edukuje

- o plánu péče a dimisi,
- o medikaci (zdůvodnění medikace, zdůvodnění změny medikace, bezpečné užívání léčiv, nežádoucí účinky léčiv, možné interakce mezi potravou a léčivy),
- o používání zdravotnických prostředků,
- o dietním omezení a doporučené výživě,
- o způsobu řešení případných akutních stavů,
- o následné rehabilitační péči,
- o rozsahu následných kontrol,
- o preventivních opatřeních, apod.

6.2 Všeobecná sestra edukuje

- o ošetrovatelských postupech (např. o péči o stomie, o močový katétr, o ránu, nácvik aplikace injekcí, o předoperační přípravě nebo přípravě k vyšetření, o pooperační péči apod.).

6.3 Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí edukuje dle specializace

- ve specializovaných ošetrovatelských postupech (péče o peritoneální katétr, péče o centrální žilní katétr, péče o novorozence apod.).

6.4 Porodní asistentka edukuje

- o ošetrovatelských postupech v gynekologii a porodnictví (např. o životosprávě v těhotenství a při kojení, o přípravě na porod, o ošetření novorozence).

6.5 Fyzioterapeut edukuje

- o preventivních opatřeních proti vzniku komplikací či strukturálních změn u imobilních pacientů,
- o používání kompenzačních pomůcek,
- o způsobu provádění sebeobsluhy a běžných denních aktivit.

6.6 Ergoterapeut edukuje

- o preventivních opatřeních proti vzniku komplikací či strukturálních změn u imobilních pacientů,
- o používání kompenzačních pomůcek,
- o způsobu provádění sebeobsluhy a běžných denních aktivit,
- o úpravách domácího a pracovního prostředí pacienta ve vztahu k jeho funkčním schopnostem.

6.7 Zdravotně-sociální pracovník edukuje

¹ Osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner (rozuměj partner dle zákona o registrovaném partnerství); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. – ustanovení §116 zák. č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

- o sociálně právní problematice,
- o sociální péči,
- o sociálně právní ochraně.
- 6.8 Optometrista edukuje
 - o refrakčních vadách,
 - o druzích kontaktních čoček a jejich vhodném použití.
- 6.9 Ortoptista edukuje
 - o léčbě a léčebném výcviku.
- 6.10 Foniatr edukuje
 - o vhodné korekci sluchové vady,
 - o druzích sluchových pomůcek (sluchadel) a jejich vhodné aplikaci.
- 6.11 Nutriční terapeut edukuje
 - o zdravé a léčebné výživě,
 - o vhodných výživových doplncích.
- 6.12 Dentální hygienistka edukuje
 - o preventivní péči o ústní hygienu,
 - o postupech a technikách ústní hygieny,
 - o prevenci zubního kazu, parodontopatií, ortodontických anomálií a
 - o racionální výživě.
- 6.13 Asistent ochrany veřejného zdraví edukuje
 - v oblastech podpory zdraví a zdravého způsobu života.
- 6.14 Ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci edukují
 - v rozsahu své odborné způsobilosti, svých znalostí a dovedností.

7 Postup edukace

Schopnost pacienta přijímat edukaci zhodnotí všeobecná sestra nebo porodní asistentka (dále jen sestra) nebo jiný zdravotnický pracovník při přijetí pacienta k hospitalizaci a provede o tom záznam do ošetřovatelské anamnézy. Na ambulanci se provede záznam do zdravotnické dokumentace pacienta.

V případě neschopnosti pacienta přijímat edukaci tuto skutečnost zdravotnický pracovník zaznamená do zdravotnické dokumentace pacienta, vč. zákonného zástupce, který bude v případě potřeby edukován místo pacienta.

Potřebu edukace hodnotí zdravotnický pracovník při přijetí pacienta i v průběhu hospitalizace nebo při kontaktu s pacientem na ambulanci. Potřeba edukace je součástí plánu péče.

Před začátkem edukace posoudí zdravotnický pracovník případné bariéry pacienta/zákonného zástupce (jazyková, psychická, neschopnost porozumět řeči, neschopnost číst apod.) a vybere nejvhodnější metodu edukace:

- ústní,
- písemná – instruktážní texty nebo obrázky,
- audio, video, TV – edukující osoba využívá k předání informací audio nebo video záznamy,
- praktický nácvik – edukující osoba prakticky nacvičuje s pacientem (případně jinou osobou) dovednost, kterou se má naučit.

Pacient/zákonný zástupce (případně jiná edukovaná osoba) musí být edukován srozumitelným způsobem a pokud možno v jazyce, kterému rozumí. Všechny pokyny by měly být dle potřeby a možností doplněny vysvětlením, demonstracemi, videozáznamy nebo písemnými materiály.

Výsledek edukace ověří zdravotnický pracovník vždy po skončení edukace. Reakce na edukaci mohou být:

- pacient porozuměl - klade otázky (téma edukovanou osobu zaujalo a požaduje další informace nebo si ověřuje správnost svého výkladu informací) nebo verbalizuje pochopení (edukovaná osoba pochopila předávané informace),
- prokazuje dovednost – pacient (případně jiná edukovaná osoba) si osvojil požadované dovednosti,

- odmítá edukaci,
- nezáměr o edukaci,
- pacient nepochopil – zdravotní stav nebo jiné překážky brání pacientovi (případně jiné edukované osobě) v pochopení předávané informace.

8 Dokumentování edukace

Zdravotnický pracovník provádí zápis o edukaci do příslušného záznamu, který je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Na ambulantních pracovištích FN Motol se zaznamenává edukace do Záznamu o ošetření/vyšetření.

Na lůžkových pracovištích FN Motol se zaznamenává edukace do jednotných záznamů určených pro zápis edukace ve FN Motol - Edukační záznam, Edukační záznam – novorozenci, Edukační záznam – LDN. Pečlivé vedení Edukačního záznamu podporuje kontinuitu péče o pacienta. Edukační záznam musí být vždy označen identifikačním štítkem pacienta nebo jménem, příjmením, rodným číslem pacienta (případně datem narození, není-li přiděleno rodné číslo) a identifikací pracoviště (zkratka odd.), a pořadovým číslem záznamu.

Zápis o edukaci musí vždy obsahovat stručné vyjádření, o čem byl pacient (jiná osoba) edukován, jakou metodou a jaká byla jeho reakce. Každý zápis musí být označen datem, časem, jménem, příjmením, titulem a podpisem edukující osoby.

Edukována osoba stvrdí svým podpisem, že edukaci porozuměla (např. informace při přijetí k hospitalizaci, předoperační příprava atd.), před přeložením pacienta na jiné pracoviště FN Motol nebo do jiného zdravotnického zařízení nebo před propuštěním. Nemůže-li se edukovaná osoba z jakéhokoliv důvodu podepsat, tato skutečnost se zaznamená a záznam podepíše svědek, je-li to vzhledem k důležitosti záznamu vhodné.

V případě nezletilých dětí, osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a osob, jejichž způsobilost k právním úkonům byla omezena, musí být edukován zákonný zástupce, resp. opatrovník minimálně před propuštěním této osoby do domácího ošetřování nebo před překladem do jiného zdravotnického zařízení.

Do Edukačního záznamu se nezaznamenává:

Edukace pacienta/zákonného zástupce při propuštění pacienta (poučení o medikaci – dávkování, účincích, nežádoucích účincích a rizicích; poučení o předpokládané bolesti, následné instrukce, apod.). Záznam o této edukaci je součástí Propouštěcí zprávy pacienta. Edukace, kterou provádí sociální pracovník, je součástí kompletní sociální dokumentace, která je vedena odděleně od chorobopisu pacienta na Oddělení sociálním.

9 Odmítnutí edukace

V případě, že pacient/zákonný zástupce odmítne edukaci, zdravotnický pracovník zjistí důvod jeho počínání a pokusí se odstranit případné překážky. Pokud odmítnutí edukace trvá, provede zdravotnický pracovník zápis o odmítnutí (co pacient/zákonný zástupce odmítl a proč, co pacient/zákonný zástupce umí atd.) do Edukačního záznamu na lůžkovém pracovišti, do Záznamu o ošetření/vyšetření na ambulantním pracovišti.

Zápis o odmítnutí edukace musí být stvrzen podpisem osoby, která edukaci odmítla, případně se postupuje se podle čl. 8 této směrnice, odstavec 5, poslední věta. V případě, že byla poučena jiná osoba, která se podílí na péči o pacienta, který edukaci odmítl, uvede se tato skutečnost v Edukačním záznamu.

10 Související předpisy

11 Závěrečná ustanovení

Příloha H: Základní analýza polostandardizovaného rozhovoru.

Pořadí respondenta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Číslo nahrávky	7	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Pohlaví	♀	♂	♂	♂	♂	♀	♀	♂	♂	♂	♂	♂	♂	♂
Rok narození	1940	1977	1942	1932	1954	1954	1949	1950	1979	1972	1950	1962	1960	1959
Vzdělání	maturita	vyšokoško	vyšokoško	středoškol	středoškol	středoškol	středoškol	středoškol	středoškol	středoškol	středoškol	vyšokoško	středoškol	vyšučten
Ležte poprvé v nemocnici?	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak
Jaký orgán Vám lékaři operovali?	píče	píče	jícen	jícen	píče	píče	štítná žl.	jícen	píče	píče	píče	píče	píče	jícen
Jakým způsobem jste byl informován před operací o pooperačním obdobi?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Myslím tím obsah a formu...	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D
Byla pro Vás edukace před operací srozumitelná? Považoval jste tyto informace za dostatečné?	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní
Jakým způsobem jste byl informován po operaci? Myslím tím obsah a formu...	ústní	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D
formu	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
obsah	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Vzpomenete si na nějaké důležité body - činnosti, které by jste měl vykonávat každý den, aby jste neměl komplikace (problémy)?	TEN	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Objektivní vyhodnocení výsledků:	+	/	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Dechová RHB a odkášávání	/	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Inovace, především trén	/	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Pohybový režim, sed přes bok	/	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Oceňli byste, kdyby Vám byl před operací předán informační leták s těmito body?	Neutr.	NE - urážející	NE	NE	Neutr.	Neutr.	Neutr.	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE
Před operací?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Po operaci?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Jaké byly Vaše pocity po operaci? Něco Vás příjemně překvapilo? Je něco, na co nerad vzpomínáte?	zbytečnost	po op. přijíman	unaven, sil	unaven, sil	únava, negativ	únava, negativ	úspěšně	úspěšně	úspěšně	úspěšně	úspěšně	úspěšně	úspěšně	úspěšně
Máte na mě nějaké dotazy či nějaké připomínky k tomuto tématu?	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Pořadí respondenta	15	16	17	18	19	20
Číslo nahrávky	22	23	24	25	26	27
Pohlaví	♂	♀	♂	♀	♂	♂
Rok narození	1964	1949	1937	1952	1943	1944
Vzdělání	vyučen	základní	vysokoškolské	vysokoškolské	základní	základní
Ležíte poprvé v nemocnici?	opak	opak	opak	opak	opak	opak
Jaký orgán Vám lékaři operovali?	píče	píče	píče	jícen	štítná žláza	mediastinu
Jakým způsobem jste byl informován sestrou před operací o pooperačním období?	/	/leták	/	/leták	/leták	/leták
Myslím tím obsah a formu....	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D	S,D
Byla pro Vás edukace před operací srozumitelná? Považoval jste tyto informace za dostatečné?	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní
Jakým způsobem jste byl informován po operaci? Myslím tím obsah a formu...	S,D	S,D	S, nedostatek	S,D	S,D	S,D
Vzpomenete si na nějaké důležité body - činnosti, které by jste měl vykonávat každý den, aby jste neměl komplikace (problémy)?	+	+	/	+	+	+
Objektivní vyhodnocení výzkumníka:	+	+	+	+	+	+
Ocenil byste, kdyby Vám byl před operací předán informační leták s těmito body?	ANO	neutr.	ANO	neutr	NE	ANO
Jaké byly Vaše pocity po operaci? Něco Vás příjemně překvapilo? Je něco, na co nerad vzpomínáte?	+	+	+	+	+	+
	bolest pravé strany	spokojená	spousta věcí si logicky	POZOR	průjem	nespokojen
	cítil jsem se špatně, ale		POZOR			
			jméno sestry, řád oddělení, ošpe			

Pořadí respondenta	21	22	23	24	25	26	27	28
Číslo nahrávky	28	29	30	31	32	33	34	35
Pohlaví	♀	♂	♀	♂	♂	♀	♂	♂
Rok narození	1987	1957	1955	1948	1942	1941	1948	1949
Vzdělání	středoškolské	středoškolské	vysokoškolské	základní	středoškolské	vysokoškolské	základní	vyučení
Ležíte poprvé v nemocnici?	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak	opak
Jaký orgán Vám lékaři operovali?	štítná žláza + štítná žláza	štítná žláza	mediastinu	jícen	jícen	brzlík	jícen	brzlík
Jakým způsobem jste byl informován sestrou před operací o pooperačním období?	/	/leták	/	/leták	nic si nepal	leták, nepa/	/	/
Myslím tím obsah a formu...	S,D	S,D	S, nedosta	S,D	nemám špi	nemám žádn	před opera	S,D
Byla pro Vás edukace před operací srozumitelná? Považoval jste tyto informace za dostatečné?	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní	ústní
Jakým způsobem jste byl informován po operaci? Myslím tím obsah a formu...	S,D	S,D	S, D	S,D	S,D nic se r	S,D	S,D	S,D
Vzpomenete si na nějaké důležité body - činnosti, které by jste měl vykonávat každý den, aby jste neměl komplikace (problémy)?								
Objektivní vyhodnocení výzkumníka:								
TEN	+	nedělá +	+	+	+	+	neví proč ++	
Dechová RHB a odkasíávání	+	+	/	+	+	+	/	
Invaze, především drén	+	nehlídá +	/	/	+	+	+	
Pohybový režim, sed přes bok	+	+	/	+	nedodržuj	+	/	
Ocenil byste, kdyby Vám byl před operací předán informační leták s těmito body?	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO
Před operací?	+		+		+			+
Po operaci?								
Jaké byly Vaše pocity po operaci? Něco Vás příjemně překvapilo? Je něco, na co nerad vzpomínáte?		více kontaktu	boles, únava	jsem spokoj	chtěl by m	zvyšit WC	utrpění - nej	nepije, s
Máte na mě nějaké dotazy či nějaké připomínky k tomuto tématu?	/	Chrapitím, ale	PŘERUŠEN	k pohybu s	nic si nepa	infoleták o	jsem svázan, b	bal jsem.
	/	/	/	/	/	/	chtěl bych /	/

