

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství

Adam Votava

**Předoperační a pooperační péče
v kardiochirurgii z pohledu pacienta**

Bakalářská práce

Praha 2023

Autor práce: **Adam Votava**

Vedoucí práce: **Mgr. Bc. Šárka Klokočková**

Oponent práce: **Mgr. Kateřina Zámečnicková**

Datum obhajoby: **2023**

Bibliografický záznam

VOTAVA, Adam. Předoperační a pooperační péče v kardiochirurgii z pohledu pacienta. Praha, 2023, 85s, přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Šárka Klokočková

Abstrakt

Bakalářská práce „Předoperační a pooperační péče v kardiochirurgii z pohledu pacienta“ zjišťovala, hodnotila a porovnávala pohledy pacientů, kteří podstoupili kardiochirurgický operační výkon na poskytovanou zdravotní péči. **Cílem práce** bylo zmapovat problematické oblasti v poskytovaných informacích o průběhu plánované péče a další oblasti s tímto tématem spojené. **V teoretické části** práce byl představen samotný obor kardiochirurgie, procesu hospitalizace na kardiochirurgickém oddělení a specifické informace o operačním výkonu, kterým si dotazovaní prošli. Dále se zabývala rolí pacienta ve zdravotnictví. Předkládá právní a etické aspekty pacienta v České republice a byly vysvětleny faktory ovlivňující pacientův přístup k poskytované zdravotní péči. Na závěr tato část vysvětluje potřebu informací a možné zdroje, které může kardiochirurgický pacient využít pro svůj prospěch. **Empirická část** obsahuje výsledky vlastního průzkumného šetření a porovnání výsledků s výsledky dalších podobných prací. **Metoda:** Kvalitativní výzkum – polostrukturovaný rozhovor. **Výsledky:** Výzkumného šetření se zúčastnilo osm dotazovaných. Jednotlivé odpovědi dotazovaných byly následně analyzovány. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že hodnocení pacientů týkající se fyzického a psychického komfortu je na dané klinice ve většině zmapovaných oblastí pro pacienty uspokojující, ale v oblasti informovanosti se problematika jeví jako neuspokojující. Prokázal se vliv znalostí pacientů nabitých z podávaných informací na spolupráci se zdravotnickým personálem. Pacienti se snaží vyhledávat informace z různých zdrojů, ale přesto lékař pro pacienty stále zůstává hlavním zdrojem informací. Dále byly identifikovány formy obav, které jsou spojené s hospitalizací. **Závěry:** Dostatečně aktivní a správně informovaný pacient, který si je vědom odpovědnosti za vlastní zdraví je předpokladem pro poskytování kvalitní zdravotní péče. Profesionálním přístupem můžeme podpořit pacienta a bezpečně ho provést operační zátěží k rychlejší rekonvalescenci. Zdravotní péče mířená k pacientovi musí být přizpůsobena jeho skutečným možnostem a schopnostem.

ABSTRACT

The bachelor's thesis "Preoperative and postoperative care in cardiac surgery from the patient's point of view" investigated, evaluated and compared the views of patients who underwent cardiac surgery on the health care provided. **The aim of the work** was to map problematic areas in the provided information on the course of planned care and other areas connected with this topic. In **the theoretical part** of the thesis, the field of cardiac surgery itself, the process of hospitalization in the cardiac surgery department and specific information about the surgical procedure that the interviewees went through were presented. She also dealt with the role of the patient in healthcare. It presents the legal and ethical aspects of the patient in the Czech Republic and explained the factors affecting the patient's access to the provided health care. In conclusion, this section explains the need for information and possible resources that the cardiac surgery patient can use to his advantage. **The empirical part** contains the results of our own exploratory investigation and a comparison of the results with the results of other similar works. **Method:** Qualitative research - semi-structured interview. **Results:** Eight interviewees participated in the research investigation. The individual answers of the interviewees were subsequently analyzed. The results of the research showed that the patients' assessment of physical and psychological comfort is satisfactory for the patients in the given clinic in most of the mapped areas, but the issue appears to be unsatisfactory in the area of information. The influence of the patients' knowledge loaded from the information provided on the cooperation with the medical staff was demonstrated. Patients try to find information from different sources, but still the doctor remains the main source of information for patients. Furthermore, the forms of fear associated with hospitalization were identified. **Conclusions:** A sufficiently active and properly informed patient who is aware of responsibility for his own health is a prerequisite for the provision of quality health care. With a professional approach, we can support the patient and safely carry him through the surgical burden for a faster recovery. Health care aimed at the patient must be adapted to his real possibilities and abilities.

Klíčová slova

kardiochirurgie, pacient, předoperační a pooperační péče, informovanost, spolupráce, komunikace, komfort, obavy

Key words

cardiac surgery, patient, preoperative and postoperative care, awareness, cooperation, communication, comfort, concerns

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetrovatelství

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Adam Votava**

Studijní program: **Všeobecné ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecné ošetrovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Předoperační a pooperační péče v kardiologii z pohledu pacienta**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

ADÁMKOVÁ, Věra, Petr KAČER, Tereza ČERVINKOVÁ, et al. Pacienti po aortokoronárním bypassu (1971-2016) v IKEM. Postgraduální medicína. Preventivní kardiologie. 2018, 20(Příl.1), 44-46. ISSN 1212-4184.

CABANOVÁ, Marianna a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Zátěžové situace a etika v prostředí kardiologických operačních sál z pohledu sestry. In: Cesta k modernímu ošetrovatelství. 2016, s. 205-213. ISBN 978-80-87347-23-2. Dostupné také z: https://www.finmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/2/1711/sbornik-cmo-2016-15092016-final.pdf

HALUZÍKOVÁ, Jana. Sledování bolesti u nemocných po kardiologických operacích - aortokoronárním bypassu. Paliativní medicína a léčba bolesti. 2012, 5(2), 59-61. ISSN 1337-6896.

ZELINKOVÁ, Magdaléna. Příprava pacientů ke kardiologickým operacím. Sestra. 2011, 21(2), 28. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

AMJAD ALI, SARFRAZ MASÍH, FAZLE RABBI a ABDUR RASHEED. Effect of nurse led education on anxiety level among coronary artery bypass grafting pre-operative patients. Journal of the Pakistan Medical Association [online]. 2020, 1-13 [cit. 2022-03-22]. ISSN 0030-9982. Dostupné z: DOI:10.47391/JPMA.325

SOROUGH, Ali, Saeid KOMASI, Mozghan SAEIDI, et al. Coronary artery bypass graft patients' perception about the risk factors of illness: Educational necessities of second prevention. Annals of Cardiac Anaesthesia [online]. 2017, 20(3) [cit. 2022-03-22]. ISSN 0971-9784. Dostupné z: doi:10.4103/aca.ACA_19_17

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Bc. Klokočková Šárka**

Oponenti: **Mgr. Zámečníková Kateřina**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 20.5.2022

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku


.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.5.2022


.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetřovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně pod vedením Mgr. Šárky Klokočkové, uvedl všechny použité literární a odborné zdroje a dodržoval zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu

V Praze, 10.4.2023

Adam Votava

Poděkování

Rád bych poděkoval mé vedoucí práce Mgr. Bc. Šárce Klokočkové za trpělivost, ochotu a cenné rady. Také bych rád poděkoval vedoucím pracovníkům kliniky, kde výzkumné šetření probíhalo. Za jejich vstřícnost a odbornou pomoc. V neposlední řadě patří velké děkuji mé rodině za podporu během celého studia.

OBSAH

1. ÚVOD	1
2. TEORETICKÁ ČÁST	3
2.1 Kardiochirurgie	3
2.1.1 Předoperační péče	4
2.1.2 Pooperační péče	6
2.1.3 Rehabilitace v kardiochirurgii	6
2.1.4 Aorto-koronární bypass	7
2.2 Pacient jako předmět ve zdravotnictví	7
2.2.1 Práva pacienta	8
2.2.2 Etika ve zdravotnictví	10
2.3 Faktory ovlivňující spolupráci pacienta	11
2.3.1 Reakce na nemoc	11
2.3.2 Zdravotní gramotnost	14
2.3.3 Komunikace	16
2.3.4 Zdravotní stav	17
2.3.5 Delirium	18
2.4 Potřeba informací	19
3. EMPIRICKÁ ČÁST	22
3.1 Téma výzkumu	22
3.2 Cíle a výzkumné otázky	22
3.3 Metodika výzkumného šetření	23
3.2.1 Výzkumná metoda	23
3.2.2 Sběr a zpracování dat	23
3.2.3 Struktura rozhovoru	24
3.2.4 Kritéria pro zařazení účastníka do výzkumu	25
3.2.5 Etické aspekty	25
3.2.6 Organizace šetření	26
3.2.7 Způsob analýzy	26
3.2.8 Opatření kvality výzkumu	27
3.2.9 Interakce zkoumaného světa s výzkumníkem	27
3.4 Výsledky kvalitativního šetření	28
3.4.1 Kategorizace výsledků	28

3.5 Diskuse	47
4. ZÁVĚR	59
4.1 Limity práce	62
4.2 Impulsy do budoucna	62
4.3 Aplikace do praxe	62
5. REFERENČNÍ SEZNAM	64

1. Úvod

Ve zdravotnictví pracuji celkem čtyři roky. Celé čtyři roky pracuji jako sanitář na oddělení Kardiochirurgie ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Mé předchozí zaměstnání a vzdělání mělo se zdravotnickou profesí společný maximálně zájem o anatomii a fyziologii živých organismů. Kdyby mi někdo oznámil během vykonávání mého předešlého zaměstnání, že vyměním zvířata za lidi, považoval bych to za zcela nereálné. Mé pracovní zkušenosti v oboru kardiochirurgie ovlivnily můj výběr tématu bakalářské práce. Kardiochirurgii považuji za velmi náročný, ale zcela fascinující obor, který má nespočet možností pro rozvoj zdravotnických dovedností. Díky mému zálibení v oboru se budu nadále zdokonalovat, prohlubovat svoje odborné znalosti a ke každému pacientovi přistupovat s pokorou, porozuměním a přesvědčením, že infarkt myokardu neznamena konec světa.

Kardiochirurgie je stále považována za relativně mladý obor, ve kterém dochází k objevování nových metod a ke zdokonalování metod již používaných. S příchodem změn v různých postupech poskytování zdravotnické péče v podobě operačních výkonů se mění i zdravotní péče v podobě ošetřovatelství, a to si žádá pravidelné aktualizování informací pro pacienty, kteří tuto službu využívají.

Pacient v dnešní době získává informace z různých zdrojů ještě před nástupem k hospitalizaci, a proto je dnes kladen důraz na zvýšení zdravotní gramotnosti veřejnosti. V případě, že se jednotlivec stává pacientem, je stav jeho dosavadního poznání důležitý pro jeho aktivní účast při poskytování zdravotní péče tak, aby sám cítil potřebu informací o zdraví a nemoci. V poskytování zdravotní péče pak důležitou roli zaujímá zdravotnický personál, jako hlavní zdroj informací. Pacient se často pohybuje v neznámém prostředí a bývá vystaven rozhodování, zdali podstoupit či nepodstoupit chirurgický zákrok. My, jako zdravotníci, máme za úkol je tímto prostředím bezpečně provést, dostatečně informovat a edukovat tak, abychom vytvořili vhodné prostředí pro kvalitní poskytování zdravotní péče ve spolupráci s pacientem. Cílem je informovaný pacient schopný aktivního přístupu na cestě ke svému zotavení. Má práce se orientuje na dospělé pacienty, kteří podstoupili vybraný kardiochirurgický výkon. Operační výkon znamená pro pacienta nespornou zátěž. S ohledem k dnešnímu spektru operovaných nemocných, jako jsou např. pacienti více riziková, vyššího věku a často s mnoha komorbiditami, je kladen ještě větší důraz na jejich dostatečné informování, na správně vedenou komunikaci a aktivní zapojení pacienta do léčebného procesu.

Profesionálním poskytováním zdravotní péče můžeme zajistit pacientovi kvalitní pooperační péči, lepší zvládnutí operační zátěže, dobré a nekomplikované hojení a rychlejší rekonvalescenci.

2. Teoretická část

V této části budou nejprve definovány základní pojmy a zmíněny obecně platné definice, které se vztahují k postavení pacientů. Nejdříve se budu podrobněji zabývat oborem kardiochirurgie a operačním výkonem, který participanti tohoto šetření podstoupili. Poté navážu základními právními a etickými stránkami, které mají spojitost s postavením pacienta v léčebném procesu. Dále představím faktory, které dokážou ovlivnit pacienta v podílení se na zlepšení a udržení zdraví. Na závěr popíšu potřebu informací a možné zdroje, které pacienti mohou využít před, během i po prodělení chirurgického zákroku.

2.1 Kardiochirurgie

V minulosti byly operace, které se zaměřovaly na řadu kardiovaskulárních onemocnění jako je např. ischemická choroba srdeční součástí všeobecné chirurgie. Obor kardiochirurgie došel do bodu, kdy se musel od všeobecné chirurgie oddělit, a to z důvodu specifických potřeb pro uskutečnění kardiovaskulárních operací. Nejednalo se pouze o potřebu určitého technického vybavení, které se postupem času vyvíjelo, ale především z důvodu stoupajícího trendu počtu vykonaných operací, pro které bylo nutné vytvořit samostatný prostor (Brát, 2008). Jako úplně první úspěšnou kardiochirurgickou operací se považuje výkon za použití jehly využívané k břišním operacím společně s hedvábným stehem. Tento výkon provedl chirurg z Německa Ludwig Rehn, který pomocí této metody provedl suturu pravé srdeční komory (Kaláb, 2013). Mezi největší pokrok v kardiochirurgickém světě v oblasti techniky se dá považovat sestavení mimotělního oběhu v roce 1953, který nám uskutečnil provádět nejen časově náročné operace, ale také zrealizovat větší invazivní zásah do kardiovaskulárního systému. Tento vynález dal impuls k rozvoji dalších metod, které se neustále zdokonalují a využívají dodnes. Mezi tyto metody patří i metoda aortokoronární bypass neboli přemostění, která se poprvé objevuje v šedesátých letech minulého století (Kaláb, 2013).

V současnosti se na území ČR nachází 13 kardiochirurgických oddělení, které se zabývají řadou onemocnění spojených s kardiovaskulárním systémem (Šetina et al., 2014). Každé oddělení má své specifické zaměření v oboru. Například oddělení dětského kardiocentra FN Motol se jako jediné zabývá kardiovaskulárními chorobami u dětí (Vaněk In Kolář et al., 2009). Adámková (2010, s. 16) ke kardiovaskulárním

chorobám uvádí: „*vývoj nemocnosti a úmrtnosti na kardiovaskulární choroby bývá často důsledkem působení různých faktorů např. sociálních psychosociálních nebo ekonomických, velký vliv má především životní styl, prevence a samotná léčba.*“ Obor kardiochirurgie prošel postupem času velikým pokrokem a nyní dokáže navrátit pacienta s vážným kardiovaskulárním onemocněním zpět do běžného života, což bylo v minulosti u dnes běžně vykonávaných operací nemyslitelné (Šetina, 2006). Dnes se kardiochirurgický zákrok uskutečňuje primárně stále v podobě podélné střední sternotomie. Na druhé straně veliký rozvoj se dostává metodě v podobě thorakoskopického přístupu, díky kterému lze eliminovat řadu komplikací spojených s velkým operačním řezem (Kaláb, 2013).

Pozitivum, které současnost v případě možností řešení kardiovaskulárních onemocnění přináší, nese i stále negativní stránky spojené se snahou odstranit či minimalizovat strach kardiochirurgických pacientů (Špinar a Vítovec, 2007). U plánovaných operačních výkonů je čas a prostor k tomu, aby chirurgové a další odborníci dokázali dostatečně vysvětlit závažnost stavu a správně ho motivovat k chirurgickému řešení onemocnění. Na druhé straně v případě akutních výkonů, kdy je výrazně zkrácená doba pro podrobnější rozebrání zdravotního stavu musí mít zdravotnický tým komunikační dovednosti, které dokážou pacientovy obavy z náhlé situace zmírnit (Pafko In Ptáček et al., 2011). Pacient se nestará pouze o výsledek operace, ale i o vše ostatní, co je s operací spojené. Mají obavy spojené především s pooperačním obdobím, a to v oblasti rekonvalescence, kdy si přejí brzký návrat do každodenního života. Mezi nejtypičtější a nejintenzivnější obavy patří ty, které jsou spojené s bolestí (Špinar a Vítovec, 2007).

2.1.1 Předoperační období

Období před operací nám dává možnost připravit pacienta k zvládnutí operační zátěže a následného pooperačního období, které znamená pro pacienta nejen velkou fyzickou zátěž, ale především psychickou (Zeman a kol., 2000). Obecně jako i v ostatních chirurgických oborech se předoperační příprava rozlišuje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Blažek et al., 2012). V případě dlouhodobé přípravy má lékař největší příležitost k získání pacientovi důvěry, a to z důvodu dostatečného množství času, díky kterému může lékař důkladně informovat o samotném onemocnění a způsobech řešení, která pacientovy dává možnost, podílet se na své cestě k lepšímu zdraví (Janíková, 2013). U krátkodobé přípravy vzniká časová náročnost na podávání informací.

Zdravotnický personál musí zhodnotit již získaná vyšetření a doplnit další nutná vyšetření, která souvisí s aktuálním zdravotním stavem pacienta. K vzhledem časové náročnosti se klade důraz na účinnou premedikaci, která vede ke zklidnění a zmírnění obav, které sebou tato příprava přináší (Slezáková a kol., 2010). V případě bezprostřední přípravy, která zpravidla trvá 1-2 hodiny není prostor pro důkladný informovaný rozhovor mezi pacientem a zdravotnickým personálem, a to ve většině případech z důvodu záchrany pacientova života. Bezprostřední příprava zahrnuje pouze kontrolu laboratorních vyšetření a fyzickou přípravu (hygienu, oholení operačního pole apod.) k operaci, která je nutná u každého typu předoperační přípravy (Janíková, 2013). Kardiochirurgická předoperační příprava u plánovaného výkonu závisí nejen na typu operace, ale i na dalších faktorech jako jsou přidružená onemocnění a dodržování stanovených standardů každého oddělení (Blažek et al., 2012). Pacient se dostaví do nemocnice 1-2 dny před uskutečněním operačního výkonu, kdy se provádí společně s komparací již získaných vyšetření další vstupní a aktualizující vyšetření. Ošetřovatelský personál v tomto období zastává velkou roli tím, že se pomocí ošetřovatelských nástrojů snaží plnit pacientovy individuální potřeby a zároveň si získat jeho důvěru. Zvládnutím těchto situací sestra dokáže pacienta bezpečně provést předoperačním obdobím (Jedličková a kol., 2012). Sestra pacienta seznámí s chodem oddělení, společně se seznámí a uloží cennosti na bezpečné místo a uloží pacienta na jeho pokoj. Přichází lékař, který pacienta informuje o průběhu plánované terapie a v případě pozitivního postoje pacienta společně podepisují informovaný souhlas. Dále sestra edukuje pacienta ohledně nutnosti lačnění a absence kouření, které je s operačním výkonem spojené. Edukuje o nutnosti hygienické přípravy a oholení operačního pole a podává premedikaci, která byla předepsána v rámci anesteziologické přípravy (Blažek et al., 2012). V den operačního výkonu je pacient v nutném případě vyzván k odstranění zubní náhrady, dále se bandážují dolní končetiny pro předejití tromboembolické nemoci. V případě aortokoronárního bypassu se končetiny nebandážují, a to z důvodu odebrání žilního štěpu, který se provádí zpravidla na dolních končetinách (Pirk In Rokyta a Höshl, 2016). Pacient poté vyčkává na lůžku do převezení na operační sál, kde je přebírán anesteziologickým týmem (Blažek et al., 2012).

2.1.2 Pooperační období

Důkladná předoperační příprava, úspěšně zvládnutý operační výkon ze strany chirurgického a anesteziologického týmu je předpokladem pro lepší zvládnutí pooperačního období a tím i splnění cíle, kterým je rychlý návrat pacienta do běžného života bez známek komplikací (Schneiderová, 2014). Po ukončení operačního výkonu se pacient dostává na jednotku intenzivní péče, kde je mu dále podávána anestézie a je udržován na UPV. Pacient je z důvodu rizika rozvoje komplikací, které jsou s kardiochirurgickými výkony spojené neustále monitorován. V případě stabilizace zdravotního stavu pacienta se přechází k odstavení anestézie a následnému vynětí endotracheální kanyly (Večeřová In Bartůněk et al., 2016). V případě, kdy se nevyskytují žádné komplikace, pacient nabil plného vědomí a byl zmobilizován, dochází zhruba po 1-2 dnech k překladi pacienta na intermediální či standartní oddělení. Na tomto oddělení pacient přestává být intenzivně monitorován, dochází k úpravě medikace a ke stabilizaci všech funkcí, které jsou předpokladem k nezávislosti pacienta a jeho následného propuštění ze zdravotnického zařízení (Kaláb 2013). V případě kardiochirurgického pacienta se jedná zejména o výkony jako je péče o kardiochirurgické rány, rehabilitace a úprava dietního režimu (Kolář P. et al., 2009). V případě, kdy nejsou splněny podmínky pro propuštění, překládá se pacient na oddělení následné péče. Po celou dobu hospitalizace by měla být respektována potřeba blízkých, kteří nám mohou být nápomocni ve vedení pacienta k přijetí nových životních podmínek a změně životního stylu. (Zacharová et al., 2007).

2.1.3 Rehabilitace v kardiochirurgii

Rehabilitace v kardiochirurgii má své specifické místo pro správnou rekonvalescenci pacientů. Je pro daný obor typická a z toho důvodu se používá pojem kardiorehabilitace (Špinar a kol., 2007). Zpravidla se s nácvikem rehabilitace začíná již v předoperačním období, a to z důvodu individuálních potřeb každého pacienta. Dále se kardiorehabilitace využívá pro potřebu zvýšení kapacity plic a zlepšení dýchání pacienta, které může být významnou komplikací u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním (Kolář P. et al., 2009). K nácviku dechové rehabilitace se dále přidává nácvik fyzické rehabilitace, a to v podobě správného posazování, stoje a následné chůze, která má za cíl správnou fixaci operační rány. V případě bezproblémové rekonvalescence a nevyskytnutí se jiných přidružených onemocnění, může pacient

využít služby lázeňských zařízení. V takovýchto zařízení se pokračuje v rehabilitaci a napomáhá k úplnému uzdravení (Vaníčková a Hájková., 2009).

2.1.4 Aorto – koronární bypass

Aorto-koronární bypass patří k běžně využívaným metodám v řešení kardiovaskulárních onemocnění. Jedná se o rekonstrukční výkon na koronárních tepnách, který je indikován u pacientů s prokázaným aterosklerotickým onemocněním koronárních tepen a zároveň není účinná maximální medikamentózní léčba nebo není vhodné katetrizační řešení tepenného postižení. Před plánovanou operací se optimalizuje především anginózní léčba, tělesná hmotnost a krevní tlak. Léčba salicyláty a antikoagulancii se přerušuje. Symptomatictí nemocní s aterosklerózou karotid podstupují profylaktickou endarterektomii jako prevenci cévní mozkové příhody během operace (Kolář J. et al., 2009).

Pooperační doporučení pro pacienta vyplývá především z patologie onemocnění, pro které byl pacient indikován k operaci. Jedná se tedy o prevenci ischemické choroby srdeční (ICHS). Pacient by se s takovými doporučeními měl setkávat v předoperačním období bezprostředně po stanovení základní diagnózy. Nicméně ne všichni pacienti doporučení respektují (Kolář J. et al., 2009). Mezi nefarmakologická opatření se řadí zákaz kouření. K tématu kouření se vyjadřuje Vítovec (2011, s. 202): *„Zbavení se zlovyku kouření je nejúčinnějším opatřením v sekundární prevenci: žádný lék nedokáže snížit mortalitu o 25–50 %, jak to dokáže přerušeni kuřáckého zlovyku.“* Další doporučení navádějí pacienta k snížení tělesné hmotnosti u obézních pacientů. Díky dosažení uspokojivé tělesné hmotnosti dochází ke stabilizaci krevního tlaku, hladiny lipidů a glykémie (Vítovec et al., 2011).

2.2 Pacient jako subjekt zdravotnického systému

Pacienti jsou skupinou, která ve společnosti zastává velké procento. Procento velikosti této skupiny je odvozeno od proměnlivého stavu, kdy se každou chvíli někdo dostává do role pacienta a následně z ní zase vystupuje. Tato skupina je sociálně slabá a z toho důvodu se dá označit jako více zranitelná. Pacient jakožto nemocný má sníženou možnost se hájit a je třeba, aby jeho zájmy byly respektovány. Díky právům, které pacienti mají dokážou vyvážit rozhodovací moc, která vyplývá z pozice lékaře. Vztah mezi lékařem a pacientem není vyrovnaný. Zatímco lékař si svoji roli vybral a nic svou

rolí neztrácí, nemocný je v situaci opačné. Prožívá fyzickou i psychickou bolest, slabost a strach o své zdraví a někdy i o svůj život. Dostává se tak do pozice závislosti na druhých a do prostředí, které nezná a kterému nerozumí (Šimek, et. al., 2002). Tento vztah se postupně vyvíjí a začíná se usilovat o vyrovnání v podobě partnerského vztahu, kde je vzbuzován pacientův zájem o informace o vlastním zdraví a nemoci. S tímto pokrokem přichází zvýšení počtu pacientů, kteří přestávají být zcela závislí na rozhodování lékařů a tím se zvyšuje nutnost podávat takové informace, které zlepší spolupráci mezi pacientem a zdravotnickým personálem a tím buď předcházet nemoci, vyléčit dané onemocnění nebo zabránit opětovnému vzplanutí onemocnění (Haškovcová, 2015).

Sociologie vnímá pacienta jako člověka, kterému brání jeho nemoc ve výkonu takových činností, které by ve svém běžném životě vykonával. V průběhu nemoci se pacient soustřeďuje na své onemocnění a nemůže tak vykonávat svou činnost, kterou by jinak vykonával. K jeho povinnostem pak patří vyhledání lékařské pomoci a následná spolupráce s ošetřujícím lékařem. Role pacientů se liší. Přízpůsobení se charakteru a průběhu onemocnění je závislé na sociální situaci nemocného. Úlohu zde hraje psychika, prožitky bolesti, strach z diagnózy, léčebných úkonů nebo nejistota z vývoje nemoci podpořená strachem ze smrti (Bártlová, 2003). Odlišný pohled na pacienta má zdravotní politika. Tam je pacient coby uživatel a příjemce zdravotních služeb vnímán stále více jako aktivní hráč, který rozhoduje o významných problémech týkajících se péče o zdraví. Pacient má možnost vybrat si zdravotní pojišťovnu, a pokud není spokojen s jejími službami, či lékař nemá s jeho pojišťovnou sjednanou smlouvu, má možnost ji jednou ročně změnit. Každý občan si může dle svého uvážení zvolit lékaře či zdravotnické zařízení, nebo si hradit nadstandardní služby, popř. vybrat soukromou kliniku (Janečková a Hnilicová, 2009).

V dnešní době se pacient považuje za aktivního partnera lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků, kteří právě vyžadují informovaného a poučeného pacienta. Dostatečně informovaný pacient by měl na podkladu nabitých informací dokázat rozhodovat o svém zdravotním stavu (Holčík, 2011).

2.2.1 Práva pacienta

Práva pacientů jsou na území ČR řízena zákonem č. 372/2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění. Tento zákon se interpretuje jako nárok

každého, kdo je plnoletý a svéprávný, na poskytnutí zdravotnické péče za předpokladu jeho svobodného a informovaného souhlasu. Dále má pacient právo na ohleduplné a důstojné zacházení s přihlédnutím na jeho soukromí. V případě nezletilého pacienta platí, že má nárok na přítomnost svého zákonného zástupce nebo osoby, která mu byla právně přidělena (např. pěstoun) (zákon 372/2011 Sb. – zákon o zdravotních službách). Pacient má právo znát všechna jména zdravotnického personálu, který mu poskytuje zdravotní péči, a to i v případě, kdy se přítomná osoba připravuje na výkon budoucího povolání. Dále má pacient např. právo na poskytnutí duchovní péče s ohledem na zdravotní stav pacienta, řád daného zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů (Svejkovský, 2016).

V oblasti informovanosti pacienta se zákon řídí určitými povinnostmi poskytovatele, kde je uvedena např. povinnost poskytovatele zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách a povinnostech, umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny. Dále zákon např. uvádí i kdo a v jakém rozsahu podává pacientovi informace. Z ustanovení vyplývá, že informace pacientovi je povinen předat poskytovatel zdravotní služby u úkonů, které sám provádí a ke kterým je kompetentní (zákon č. 372/2011 Sb. – zákon o zdravotních službách).

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů dále upravuje problematiku zásahů do integrity fyzické osoby. Výklad tohoto zákona se používá, když zákon o zdravotních službách nestanoví jiná nebo podrobnější pravidla. V situaci informovaného souhlasu se uvádí, že v případě, kdy se nevyžaduje písemná forma souhlasu, se má automaticky za to, že byl souhlas udělen. Na druhé straně, při nejistotě, zda byl souhlas udělen v jiné než písemné formě, se tato situace pokládá za neplatnou a k souhlasu nedošlo (Zákon č. 89/2012 Sb. – Občanský zákoník).

Informovaný souhlas

Tento typ souhlasu vznikl jako důsledek zvyšování se výskytu žalob občanů využívajících zdravotnické služby, které byly mířeny na zdravotnická zařízení. Tyto žaloby byly podávány z důvodu neposkytování důležitých informací před zahájením terapeutických, ale i diagnostických léčebných metod. V mnoha případech, kdy lékař pacienta řádně slovně poučí a pacient slovně souhlasí, ale při případných komplikacích

ústní souhlas popře a záležitost se stane slovem proti slovu, se začala jednotlivá zdravotnická zařízení zabývat tvorbou písemných informovaných souhlasů. Vznikem písemného informovaného souhlasu se předchází řadě právních sporů a tím umožňuje určitou právní ochranu zdravotnickému personálu (Svejkovský 2016). Náplní písemného informovaného souhlasu jsou všechny důležité informace jako je např. popis průběhu plánované péče a vyšetření, možná rizika spojená s poskytovanou péčí a nutnými opatřeními, která mohou souviset s vyšetřením. Podpisem tohoto souhlasu pacient stvrzuje, že mu byla všechna důležitá fakta o vyšetření předána, a že měl prostor k doplnění informací lékařem dle potřeby a tím s provedením výkonu souhlasí. Mimořádnou událostí je situace, ve které se pacient vyskytne v případě, kdy je ohrožen na životě a není časový prostor pro podepsání informovaného souhlasu (Šustek, 2007). Pokud však pacient doporučené vyšetření či výkon podstoupit odmítá, je třeba, aby se i o této alternativě učinil záznam. Tento záznam, který se nazývá negativní revers (označení pro jakýkoliv nesouhlas – např. nesouhlas s vyšetřením) je listina, ve které pacient prohlašuje svým podpisem stvrzuje, že přes veškerá lékařská doporučení odmítá poskytnutí zdravotní péči a přebírá svým rozhodnutím zodpovědnost za všechny možné komplikace a rizika spojená s neabsolvováním lékařem ordinovaných postupů (Svejkovský, 2016).

2.2.2 Etika ve zdravotnictví

Pojem etika vznikl již dávno v minulosti a jeho význam se používá dodnes. V dnešní době se jedná o filozofickou disciplínu, která je zaměřená na mravní zásady chování člověka. Etika řeší problematiku toho, co je a není správné a napomáhá k rozhodování v každodenním životě. S etikou úzce souvisí výraz morálka. Morálka je označována jako nepsané hodnoty a normy v chování, které se projevují jako správným či nesprávným výsledkem jednání každého člověka (Thompson, 2004).

Etika ve zdravotnictví je termín, který dále zahrnuje pojmy jako jsou lékařská etika a ošetrovatelská etika. Tato specifická etika řeší otázky veškeré etické a morální problémy, které se ve zdravotnictví mohou objevit. S vývojem nových metod a techniky využívané ve zdravotnictví se začaly objevovat nové etické problémy. V minulosti byl lékař jediným zdrojem informací a tím byly pacientovy znalosti závislé na pouze na něm. V dnešní době se už pacient obecně zajímá o medicínu a informace s ní spojené. Pacient se dokáže lépe orientovat v možnostech léčby a dokáže si říct například o to,

jaký druh vyšetření by chtěl uskutečnit či jaká metoda by vedla k jeho uzdravení. Tato situace si výrazně zmenšila propast ve vztahu lékař a pacient. Nicméně pacient často určité nabitě informace přeceňuje, a ne vždy by jeho přesvědčení vedlo k pozitivním výsledkům. Z tohoto důvodu se vztah mezi lékařem a pacientem mění z paternalistického vztahu, kdy je pacient plně závislý na lékaři, na vztah rovnocenný neboli partnerský, kdy se obě strany snaží spolupracovat, co nejefektivnějším způsobem. Existuje řada etických pravidel, které přitom musí lékař dodržovat. Tato etická pravidla jsou obsažena v tzv. etických kodexech. Jedním z takových kodexů je nejznámější Hippokratova přísaha. Dalším kodexem je např. etický kodex České lékařské komory, který udává, jakým způsobem by povolání mělo být vykonáváno (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Největší skupinou, která zajišťuje ošetrovatelskou péči o pacienty jsou zdravotní sestry, kterých se pravidla etiky týkají stejně jako lékařů. Kromě své pracovní náplně představuje sestra pro pacienta největší oporu v neznámém prostředí nemocničního zařízení. Sestra musí být v dnešní době odborně vzdělanější, zodpovědnější, a především samostatnější než kdy dřív. Vývojem těchto událostí je na zdravotní sestru kladen velký důraz na etické a morální předpoklady pro výkon povolání. Přístup citlivou a vřelou formou je pro pacienty nezbytný a sestra tím podporuje pacientovu psychickou pohodu v jemu neznámém prostředí (Haškovcová, 2017). Jedním z etických kodexů, kterým se zdravotní sestry řídí je etický kodex České asociace sester, který udává základní etické normy, kterým by se měli řídit všechny sestry po celém světě (Ptáček a Bartůněk, 2011).

2.3 Faktory ovlivňující pacientovu spolupráci

Onemocnění pro pacienta znamená tíživou situaci, kterou chce vyřešit během nejkratší doby. Nemoc odráží chorobné jevy v daném organismu, v němž dochází k poruše tělesných a psychických funkcí. Není dáno, že nemoc zasahuje pouze orgány, ale naopak trpí jí celý organismus a má značný vliv na celkovou psychiku nemocného, což se odráží do jeho prožívání a chování (Morovicsová, 2006).

2.3.1 Reakce na nemoc

Při každém onemocnění dochází k negativním změnám nejen na úrovni fyzické a psychické, ale také na úrovni sociální. Tato změna znamená pro nemocného člověka

zásah do běžného chodu jeho života. V případě vzplanutí nemoci, může člověk zareagovat všelijak, a to z důvodu jeho představy budoucího omezení v běžném životě (Zacharová, 2017). V případě reakce na nemoc může pacient zaujímat řadu postojů. Zacharová (2017) uvádí ve své tvorbě možné typy postojů, které nemocný člověk zaujímá:

Normální postoj – odpovídá skutečnému stavu nebo tomu, co bylo jedinci o nemoci sděleno, člověk je na nemoc přiměřeně adaptován

Bagatelizující postoj – nemocný podceňuje závažnost svého stavu, neléčí se a nedodrží doporučená opatření, kde důvodem často bývá přeceňování svých možností a podceňování důležitosti zdraví

Repudiační postoj – zapuzení nemoci, nemocný ji nebere na vědomí, nejde k lékaři, potlačuje myšlenku na nemoc a úvahy na ní

Disimulační postoj – nemocný záměrně zkresluje svoje potíže, popřípadě neinformuje lékaře správně

Každé onemocnění má na člověka negativní dopad. Dokáže ovlivnit jeho psychiku, mění jeho chování a reakce při chronickém onemocnění může způsobit i změnu v povahových rysech (Čechová In Mellanová et al., 2015).

Sociologické pojetí

Ze sociologického pohledu je onemocnění dělené několika fázemi, které popisují možný vývin onemocnění. Rozdělení do fází představuje psychologický proces spojený se symptomy, které se objevují somaticky. Vývoj nemoci má vliv na sociální stránku pacienta, a to zejména síla vlivu na roli ve společnosti. V průběhu první fáze se objevují první příznaky onemocnění a s tím spojená první reakce člověka, která má podobu ve snaze člověka aplikovat samoléčbu místo návštěvy lékaře. Problémem samoléčby je pravděpodobné nesprávné odhadnutí diagnózy a tím dochází k oddalování aplikace správné, a především včasné léčby. Během druhé fáze člověk přijímá pomoc od druhých lidí. Pomoc může být vyhledaná nemocným člověkem nebo se mu jí dostává bez jeho impulsu jako je např. pomoc ze strany rodiny. Pro nemocného to znamená situaci, na kterou není zvyklý. V této situaci přichází obavy spojené s mnoha faktory jako je pochyba o určení správné diagnózy či strach z určitých postupů léčby. Ve třetí fázi dochází k přijetí role pacienta nemocným jedincem. Nemocný se ocitá v jemu

neznámém prostředí a nezastává svou sociální roli, neboť mu to onemocnění nedovoluje (Bártlová, 2003).

Psychologické pojetí

Každý, kdo onemocní se musí s danou situací vypořádat, a to znamená určitou zátěž na psychiku. Psychologické pojetí nemoci má několik etap. U tohoto pojetí nemají etapy určitou posloupnost a jsou zcela individuální. Etapy se mohou prolínat z první na poslední nebo se mohou různými způsoby opakovat. Psychologické pojetí nemoci je rozděleno do pěti stádií prožívání nemoci (Mlčák, 2011). První stádium představuje výraz šok, ve kterém je člověk nesoustředěný a má většinou nepřiznává danou skutečnost a jeho obranou reakcí na již působící situaci či zrovna sdělenou diagnózu může být stádium popírání dané skutečnosti. Popírání může přejít do stádia zlosti, které často přechází v agresi a bojováním proti aktuální situaci, která se v životě nemocného odehrává. Stádium zlosti nebývá těžkým obdobím pouze pro nemocného, ale především pro jeho blízké. V dalším stádiu smlouvání nemocný sabotuje a vymlouvá se z nevyhnutelného, a to ve snaze získat čas na věci, které by rád stihnul nebo celkově mění své priority. Ve stádiu deprese nemocný už nijak nepopírá svůj aktuální zdravotní stav a projevuje svůj smutek. Posledním stádiem je přijetí, během kterého se dotyčný smiřuje s aktuální situací. Na konci nemocný působí klidně a vyrovnaně a je schopný hovořit o svém zdravotním stavu a zcela přijímá svůj osud (Mlčák, 2011).

Subjektivní pojetí nemoci

Subjektivní pojetí nemoci se rozumí určité pocity spojené s daným onemocněním, a to i v případě, kdy člověk nemá žádnou vlastní zkušenost s daným onemocněním a pouze o něm má povědomí z doslechu. Jde tedy o představy o dané nemoci a o všem, co je s nemocí spojené. Subjektivní pojetí nemoci je v úzkém spojení s lidmi, kteří se označují jako laici, kteří se v dané tématice nijak široce neorientují (Mareš a Vachková, 2009). Díky vývoji medicíny a řadou dostupných pohledů na nemoc, které jsou či nejsou označené jako odborné, se stává, že pacient, a i zdravý člověk o dané nemoci moc přemýšlí. V případě, kdy se člověk ocitne v roli pacienta, nechce být za toho pasivního, ale snaží se aktivně podílet na zotavování. Pomocí různých zdrojů informací o nemoci předává své zkušenosti a tím dává podklad k vytvoření laického pojetí nemoci (Mareš a Vachková, 2011). Subjektivním zkušenostem se neubírá na váze a jsou vnímány jako reálné faktory, které k onemocnění patří. Nastávají situace, kdy zdravotnický personál

nevnímá dostatečně samotné prožitky pacienta, který daným onemocněním trpí. Nejen, že zdravotníkům tyto prožitky pomáhají v diagnostice, ale především staví základ, jak se pacient k danému onemocnění postaví. Pro nemocného člověka nastává složitá životní situace, se kterou se bude vypořádávat různými způsoby (Zacharová a kol., 2007). Subjektivní pojetí nemoci ovlivňuje několik oblastí. Kognitivní oblast zaměřující se na strukturu znalostí o dané nemoci a samotné názory na nemoc. Afektivní oblast, která předkládá hodnoty, znalosti, různé emoční projevy, ale i zkušenosti, které se mohou projevit v konativní oblasti, kde dochází k prosazení chování daným způsobem či využívání možných strategií (Mareš a Vachková, 2009).

2.3.2 Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost nepatří k populárním pojmům. S ohledem na všechny složky gramotnosti je složka zdravotní gramotnosti jedince podceňovaná a není na ní kladen takový důraz, jaký by si zasloužila. Zdravotní gramotnost se týká individuálních kognitivních a sociálních dovedností, které napomáhají k lepší orientaci v informacích, které se týkají zdraví a zdravotnických služeb, zlepšuje jejich vyhledávání pochopení, a především jejich použití ve svůj prospěch v podobě zlepšení kvality života. V rámci edukace člověka je zdravotní gramotnost jednou ze základních podmínek správného a kvalitního žití (Bártlová et al., 2019). Pacienti často čelí složitým informacím a rozhodnutím o léčbě. Tyto rozhodnutí uskutečňují na místech jako jsou obchody s potravinami, v drogerii, v práci, v nemocničních zařízeních nebo i doma. Musí zjistit jaký typ zdravotního pojištění si zvolit, kolik léků dát nemocnému dítěti podle návodu v příbalovém letáku nebo jak reagovat na varování před závažným ohrožením veřejného zdraví (Bártlová et al., 2019). S rozvojem internetu jako zdroje zdravotnických informací může zdravotní gramotnost zahrnovat i schopnost prohledávat internet a hodnotit webové stránky. Musí také získat a pochopit zdravotní informace, interpretovat informace o svém zdravotním stavu, aby v návaznosti na poskytnuté špatné informace mohl rozhodovat a aktivně se účastnit v péči o své zdraví. Přesto jsou v dnešní době informace prezentovány způsobem, který není použitelný pro průměrného dospělého člověka. Téměř 9 z 10 dospělých má těžkosti s využíváním informací o každodenním zdraví, způsobu života, které jsou k dispozici v našich zdravotnických zařízeních a médiích. Zdravotnické informace a služby jsou často neznámé a komplikované, dokonce i pro lidi s vyšším vzděláním. Lidi všech věkových skupin, ras a úrovní

vzdělání jsou omezeni na úrovni zdravotní gramotnosti (Bártlová et al., 2019). Zdravotní gramotnost a gramotnost spolu úzce souvisí, ale nejsou totožné. Gramotnost je definovaná jako soubor čtení, psaní, základy řeči, matematiky, základy řeči, matematiky a porozumění. Číselná gramotnost, která je součástí gramotnosti znamená, zacházení se základní pravděpodobností a numerickým konceptem. Tyto schopnosti potřebujeme pro každodenní fungování ve společnosti. Stejně tak je to nevyhnutelné i pro zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost zahrnuje i schopnost počítat. Například vypočítat hladinu cholesterolu a cukru v krvi, měření, dávkování léků a porozumění nutričním štítkům či porovnávání finančního pokrytí léků na předpis. Všechny zmíněné a úplně běžné činnosti si vyžadují matematické schopnosti (Perlík et al., 2016). Kromě základních zručností v oblasti gramotnosti vyžaduje zdravotní gramotnost i znalost témat týkajících se zdraví. Lidem s omezenou zdravotní gramotností často chybí vědomosti nebo mají dezinformace o tématu jako je např. určité onemocnění. Bez těchto vědomostí často nejsou schopni porozumět vztahu mezi faktory životního stylu jako je strava a cvičení. Dobrá interpretace zdravotní gramotnosti v společenském pojetí vyžaduje vědomosti jednotlivců z mnohých tematických oblastí jako je zdravá životospráva a orientace v systému zdravotnictví (Perlík et al., 2016). Uznání, že kultura hraje důležitou úlohu v komunikaci, nám pomáhá lépe porozumět zdravotní gramotnosti. U lidí z různých kulturních prostředí ovlivňují zdravotní gramotnost např. vyznání víry, komunikační dovednosti a postoje k informacím o zdraví. I když je kultura jenom jednou částí, která ovlivňuje zdravotní gramotnost, tak je velmi důležitou a komplikovanou částí (Kachlík, 2018). Mezi základní kulturní charakteristiky řadíme jazyk. Uvádí se, že jazyk je ztělesněním kultury a je jejím šířitelem. Zdravotní gramotnost je ovlivněná jazykem, kterým hovoříme, a proto jsou důležité i jazykové znalosti. Aby byl komunikační proud úspěšný, jsou potřeba dvě stránky komunikace. Na jedné straně musí pacienti správně formulovat své zdravotní problémy a přesně popsat příznaky onemocnění, musí klást správné otázky a rozumět pokynům a postupům. Na druhé straně musí i lékaři a sestry musí podávat takové informace, které jsou pro pacienty srozumitelné (Kachlík, 2018). V rámci celkového úsilí o zlepšení kvality zdravotní péče a snížení nákladů dochází k zaměření na pacienta. Jednotliví pacienti a poskytovatelé musí spolupracovat, aby umožnili efektivní komunikaci. Pacienti musí být aktivní při rozhodování o zdraví a rozvíjet silné informační schopnosti v oblasti zdraví. Poskytovatelé zdravotní péče musí využívat efektivně naučené komunikační schopnosti v oblasti zdraví (Dylevský, 2019).

2.3.3 Komunikace

Faktor, který má velkou váhu ohledně způsobu, jak bude pacient s informacemi pracovat je komunikace ze strany zdravotnického personálu. Musíme mít v povědomí, že vše, co děláme je naše chování a tím pádem i naší komunikací. Základem chování je to, že nemá protiklad. Není nic, co by se dalo označit za nechování. Víme-li, že veškeré chování nese nějaké sdělení, tzn. je komunikací, plyne z toho, že se člověk může sebevíc snažit, ale nemůže nekomunikovat. Slova nebo mlčení se pokládá za informace, která může mít vliv na druhé lidi a tím pádem komunikace mezi lidmi představuje v předávání důležitou roli (Watzlawick et al., 2011).

U vývoje techniky používané ve zdravotnictví, vývoje nových poznatků v oblasti farmakologie a vývoje různých běžně používaných metod není pochyb, že jde směrem dopředu. Na druhé straně se to bohužel nedá říct o komunikaci, která by měla jít s tímto vývojem společně. I když jde medicína směrem dopředu a stále se vyvíjí nové zdokonalovací prostředky, tak chronických onemocnění tím neubývá. To má dopad na zvětšování komunikační propasti mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Pacient se tímto rychlým vývojem lehce v dané problematice ztrácí a tím je mu neumožněno se dostatečně danému problému otevřít (Irmiš, 2014).

V průběhu praxe dochází k řadě chybám a omylům na komunikační úrovni. Řada stížností na zdravotnictví ze strany pacientů je označována nedostatečná komunikace ze strany zdravotnického personálu. Mnoho pacientů uvádí, že je komunikace vedená k jejich situaci nepřiměřeně, často zlehčuje jejich problémy či je dokonce vedena hrubým stylem. Mnoha zdravotníkům připadá vést rozhovor s pacienty jako obtížným či zcela zbytečným. Výsledkem takové komunikace je nedostatečně informovaný pacient, který vyznačuje značné obavy z poskytované zdravotní péče, o které nic neví. V nejhorších případech může docházet k odmítání léčby. To znamená, že sebelepší léčba se bez správné komunikace může míjet účinkem, zatímco tlumením obtíží při kvalifikované komunikaci docílíme spokojenosti pacienta bez pocitů frustrace (Linhartová, 2007).

Jako je u každého člověka reakce na onemocnění individuální, tak u komunikace může být stejně tak individuální reakce na stejná slova, která jsou podávána např. lékařem či sestrou (Irmiš, 2014). Jelikož nikdo pacienta přímo během života nepřipravuje ke komunikaci s odborníky, kteří by mu měli poskytnout zdravotní péči, tak je to právě zdravotnický personál, který ho má tímto neznámým prostředím provést. Pacienti jsou

totiž lidé různých zaměstnání s nejrůznějšími povahami, mohou být mentálně či tělesně postižení a různého věku. Veškerá zdravotnická osvěta může být nedostačující pro toho, či onoho pacienta. Proto je nutné počítat s tím, že takový člověk přichází naprosto nepřipraven, ale bude kontrolovat veškerou realizovanou péči (Zacharová, 2017).

V Komunikaci by si zdravotnický personál měl být vědom terapeutického vztahu s pacientem a uvědomovat si pacientovu zranitelnost a autenticitu. Důležité je především umět naslouchat, a přitom si zachovat svoji osobnost. Být si vědom, že každý máme své vlastní problémy tím být schopen respektovat a přijmout druhého. Prostřednictvím ocenění pozitivně povzbuzovat pacienty, abychom je dokázali motivovat k osobnímu růstu a rozvoji. Empaticky vnímat pacienty tak, jako bychom byli na jejich místě i ve stejném emocionálním stavu (Venglářová, Mahrová, 2006).

2.3.4 Zdravotní stav

Míra, kterou bude pacient ochoten spolupracovat je z velké části ovlivněna jeho aktuálním zdravotním stavu. Mezi faktory týkající se zdravotního stavu patří např. akutní nebo chronické onemocnění, rozsah poskytované zdravotní péče, zda pacient má trvalé zdravotní poškození s následky a změnami pro život pacienta po propuštění (Pokorná, 2006). Specifický přístup potřebují i nemocní lidé, kteří trpí mentálním, smyslovým či tělesným postižením. K takovýmto pacientům se přistupuje vždy stejně profesionálně, taktně a tolerantně. Snažíme se poskytnout pomoc a zároveň podporovat aktivitu specifického pacienta. U pacientů se smyslovou vadou využíváme řadu kompenzačních pomůcek nebo přítomnost rodiny nemocného. V práci s neslyšícím pacientem je možnost využít služby tlumočnicka do znakové řeči (Mellanová et al., 2014).

Obtížná spolupráce s pacientem je zejména na jednotkách intenzivní péče, kde se pacient vyskytne v případě, kdy je nutno zajistit především jeho vitální funkce, ale také se postarat o jeho základní potřeby, které by si byl schopný pacient plnit z větší míry sám. Přes omezenou schopnost spolupráce pacienta na jednotce intenzivní péče, se zdravotnický personál snaží předávat informace různými způsoby. Pacienti po operačním výkonu ve většině případech přijímají informace verbálně. Nemohou si již jakékoliv informace obstarat sami a tím se zdravotnický personál často stává, s možností spolupráce s jeho rodinou, jediným zdrojem informací. Pro splnění efektu v předávání informací v intenzivní péči, je nutno rozpoznat schopnosti a možnosti

pacienta (Křivková In Tomová, 2016). Obtížnější situace nastává v případě pacienta, který má změněný stav vědomí jako je např. vliv farmakoterapie, zmatenost. V takovéto situaci zdravotnický personál využívá řadu komunikačních stylů. V případech, kdy má pacient změněný stav vědomí v podobě kómatu se uplatňuje komunikace pasivní, kterou se rozumí komunikace bez zpětné vazby pacienta (Kapounová, 2007). Prostředkem, který se využívá v komunikaci s pacientem, který není v bdělém stavu, je tzv. bazální stimulace (Friedlová, 2003). Další obtížnou situací je pacient s invazivně zajištěnými dýchacími cestami. V této situaci se přihlíží na schopnosti a svalovou sílu pacienta. Podle toho volíme vhodnou techniku pro komunikaci. V komunikaci s pacientem na UPV využíváme řadu komunikačních pomůcek, a to v podobě elektronických (tablety, telefony apod.) nebo neelektronických (tabulka s abecedou, psaní aj.) (Křivková In Tomová, 2016). V intenzivní péči je běžná komunikace s pacienty s tracheostomií. S takovými pacienty se nejčastěji zdravotnický personál dorozumívá pomocí odezírání rtů. Tento způsob komunikace není snadný a vyžaduje určité dorozumívací schopnosti ze strany pacienta i sestry (Stodolová a Veličková, 2011). V neposlední řadě z velké míry pacientovu spolupráci ovlivňuje bolest. Každá bolest je projevem reálným nebo potencionálním poškozením tkání. Jedná se o senzorický i emocionální prožitek, který je označován jako nepříjemný. Prožívaná bolest přímo ovlivňuje celkový komfort pacienta a tím i jeho komunikaci a aktuální postoj k poskytované zdravotní péči. Tlumit či nejlépe odstranit bolest u pacienta je na prvním místě (Mellanová et al., 2014).

2.3.5 Delirium

Delirium je kvalitativní poruchou vědomí vyskytující se u pacientů po operaci s incidencí 10–30 %. Příznaky bývají důsledkem různých poškození funkcí mozku. Nejčastější příznaky jsou např. neschopnost soustředit se a porucha kognitivních funkcí, tzn. problémy s orientací, pamětí, vyjadřováním a se zpracováním informace. Ve více rozvinutých situacích se můžeme setkat s iluzemi a halucinacemi zrakové roviny (Hála, 2011). Dle poukázání Hály (2011, s. 18): *„I pacientům s pooperačním deliriem (neklidní, nespolupracující, agresivní apod.) je potřeba poskytovat zdravotní péči adekvátní jejich základnímu onemocnění, a to i přesto, že ti ji často odmítají. Pacienti v akutní fázi deliria mají totiž výrazně snížené kognitivní funkce a nedokáží si uvědomit dosah svého jednání. Komunikace s pacientem a zabezpečení jeho léčby představuje tedy velkou výzvu.“* Jsou nutná opatření, která nám umožní komunikace s delirantním

pacientem. Ze strany spolupráce a komunikace je nutné řídit se pravidly, jako je např. častá a přátelská komunikace s pacientem, opakovaná snaha o jeho orientaci, zapojení do rehabilitace a mobilizace, umožnění vnímání každodenního dění poslechem zpráv, umožnit návštěvu blízkých, snažit se získat jeho důvěru (Hála, 2011). Prokázala se souvislost nižšího výskytu deliria u pacientů v časném pooperačním období vlivem kvalitních předoperačních informací, které snížili pocity strachu a úzkosti (Berg et al., 2006). Byl proveden výzkum, který se zabýval stavem deliria u pacientů podstupujících kardiochirurgickou operaci. Pacienti byli nadstandardně psychicky připravováni před operačním výkonem. Informace, které pacienti dostávali byly spojené se samotnou operací a pooperačními omezeními (např. intubace) nebo i možnými pooperačními komplikacemi, které zahrnují delirium. Výsledky prokázaly nižší výskyt pooperačního deliria po kardiochirurgické operaci (Lee, 2013).

2.4 Potřeba informací

V běžné komunikaci znamená informace nějaké sdělení či zprávu. Jde o specifický znakový projev, který má význam pro komunikátora i příjemce. Abychom s informacemi mohli pracovat, potřebujeme je přijímat, zpracovávat, ukládat a reagovat na ně (Dylevský, 2009). V posledních letech se téma informovanosti dostává mezi důležité faktory, nejen pro orientaci ve zdravotnictví, ale v mnoha dalších oblastech, které nám pomáhají fungovat ve společnosti. Informační gramotnost je vysvětlována jako potřebná schopnost pro práci s informacemi z nejrůznějších zdrojů. Člověk, který je označován jako informačně gramotný dokáže zhodnotit, zdali danou informaci potřebuje získat nebo už získal. Dokáže vyhledat a vyhodnotit validní informace a následně mu tyto získané informace napomáhají ke správné volbě v rozhodování o určité situaci (Kubů, 2014).

V dnešní době zvyšujícího se trendu v podporování rovnocenného vztahu mezi lékařem a pacientem se pacient za pomoci informací a správných technik, které využije k jejich vyhodnocení, stává aktivním partnerem v poskytování zdravotní péče a tím se snaží, zásadně ovlivnit stránku prevence a vyhnout se řadě pochybení (Škrla a Škrlová, 2008). Informace zastávají velkou roli při vybudování důvěrného vztahu mezi pacientem a lékařem. Díky tomuto vztahu může pacient získat informace o samotném onemocnění a průběhu léčby, ale také informace o tom, jak zvládat své obavy, které jsou s onemocněním spojené (Ayers, De Visser, 2011). Lékař se vždy snaží pacienta

informovat ve správné míře, aby nedošlo k zahlcení pacienta velkým objemem informací. Velký objem informací, které nedokáže v danou situaci pacient zpracovat, může mít za následek vznik úzkostí a následné zhoršení spolupráce pacienta (Procházka, 2014). Pokud je pacient informován o své diagnóze, prognóze, léčbě a plánech do budoucna, stává se v průběhu léčby mnohem klidnějším. Při poskytování potřebných informací pacientovi bychom vždy měli postupovat s rozvahou a být si vědomi s jakým typem pacienta komunikujeme. Zvýšenou pozornost musíme věnovat u pacientů s určitým typem tělesného postižení (Janíková a Zeleníková, 2013). V průběhu rozhovoru s pacientem se snažíme vypořádat, jaké informace už pacient získal a v jakých oblastech mu můžeme dané informace doplnit. Chybějící informace doplňujeme tempem, které je pro pacienta vhodné a pravidelně ověřujeme, že pacient rozumí všem informacím, které mu jsou poskytovány (Ayers, De Visser, 2011). Pacienti se dají rozdělit do dvou skupin, které zaujímají rozdílné postoje v potřebě informací. První skupina požaduje informace ze všech oblastí jako jsou např. informace o onemocnění, plánovaných vyšetřeních nebo informace o terapii. Naopak druhá, méně početná skupina nevyžaduje velký objem informací. Řídí se pokyny zdravotnického personálu bez doplňujících otázek k souvislostem, které se týkají jejich zdravotního stavu (Zacharová, 2017). Vždy si musíme být jisti, že jsme pacienta důsledně informovali, a to i přes jeho pasivní postoj k informacím. Nepodávání správných informací může mít za následek různé formy poškození pacienta. V takovém případě by jednalo o poškození pacienta ze strany zdravotnického personálu. Předané informace mohou mít negativní vliv, a tím pacienta zneklidnit a vzbudit řadu pochybností, které stěžují jeho spolupráci při dodržování terapeutického plánu (Zacharová, 2017).

Zdravý či nemocný člověk může využít řadu možností k získání informací podporující zdraví, a to především v prostředí ambulancí, ale i v samotných nemocnicích. Tyto zdroje informací mají většinou podobu písemných materiálů jako jsou např. knihy, časopisy a další propagační materiál. Poskytování informačního materiálu pacientům je zásadní, a to v případech jako je prevence před vzplanutím daného onemocnění nebo v případě přípravy pacienta k plánovanému operačnímu výkonu apod. (Zacharová, 2017). Důležitost poskytování informačního materiálu potvrzuje provedená studie. Studie poukázovala na zlepšení předoperační informovanosti pacientů poskytnutím informačních materiálů a nadstandardní informační podpory zdravotníky po operaci. Byla prokázána významná souvislost pocitu připravenosti pacientů na vývoj pooperačního období a dodržování pooperačních opatření (O'Brien, 2013).

V dnešní době lidé získávají informace skrz řadu médií jako jsou pořady se zdravotní tematikou, dostupné přednášky a možnosti spojené s internetovým vyhledáváním. Metody vyhledávání prostřednictvím internetu se dělí dle vztahu ke konvenčním metodám léčby nebo dle vztahu ke komerčnímu obsahu. Nekonenční obsah poskytuje druh informací, který neprošel klinickým výzkumem. Konvenční obsah naopak interpretuje informace z oblasti klasické medicíny. Komerční portály bývají spojené s konvenční medicínou a můžou být poskytovány v podobě prezentací zdravotnických zařízení, které jsou dostupné na internetových stránkách. Nekomerční portály jsou specifické obsahem, který nenabízí komerční zboží a je motivován především zájmy pacienta (Kubů, 2007).

Každý zdroj k získání kvalitních informací má své limity. Rozvoj internetu, a to v oblasti sociálních sítí a s tím spojené sdílení osobních informací nemusí znamenat dohledání důvěryhodných informací o zdravotním stavu. Problematika ve vyhledávání informací na internetu závisí na např. množství nepřehledných informací, které mohou vyvolat stresující domněnky a tím komplikovat samotnou spolupráci se zdravotnickým personálem. Hlavním zdrojem informací v případě jakéhokoliv onemocnění je lékař. Deficit informací je dán subjektivním pocitem pacienta (Haškovcová In Ptáček et al., 2011). Jak uvádí Haškovcová (In Ptáček, 2011, s. 33), „hledání informací „jinde“ *vzrůstá tam, kde chybí poučení ze strany lékaře*“.

3. Empirická část

V této kapitole popisuji praktickou část bakalářské práce. V úvodu empirické části uvádím výzkumné cíle. Dále představuji použité metody pro šetření a v konečné části uvádím výsledky, které z transkriptu rozhovorů vplynuly. Samotné výsledky jsou pak podrobněji analyzovány a diskutovány.

3.1 Téma výzkumu

Tématem výzkumu bylo zkoumání a zhodnocení zdravotní péče v průběhu předoperační a pooperační péče v kardiochirurgii z pohledu pacienta. Výzkum byl ve spojitosti s teoretickou částí práce ve shodě uvedených témat jako je informovanost, obavy a komfort pacienta. Dále obsahuje zmínky o potřebě informací a potenciálně přínosných zdrojích, které by pacient mohl využít v oblasti poskytované péče a tím předejít obavám z hospitalizace.

3.2 Cíle a výzkumné otázky

Pro splnění záměrů této bakalářské práce jsem si stanovil hlavní cíl zhodnotit celkový pohled na zdravotní péči pacientů, kteří podstoupili plánovanou kardiochirurgickou operaci, a to primárně v oblasti informovanosti. Dále zmapovat problematiku a navrhnout jejich řešení. Z důvodu široké tematiky zkoumané problematiky jsem pro lepší porozumění určil následující výzkumné cíle.

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit úroveň informovanosti pacientů.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, jak hodnotí pacienti předoperační péči a jejich současnou hospitalizaci.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit úroveň komfortu pacienta během celého procesu.

Výzkumný cíl č. 4: Zjistit faktory, které ovlivňují pacientovu spolupráci.

3.3 Metodika výzkumného šetření

Výzkumné šetření jsem provedl kvalitativní metodou. Kvalitativní výzkum probíhal ve formě polostrukturovaného rozhovoru. Pro tuto metodu jsem se rozhodl pro doporučení mé vedoucí bakalářské práce. Důvodem tohoto rozhodnutí byla snaha o dostatečné proniknutí do hloubky problematiky, kterou by nám kvantitativní typ šetření nemusel u vybraných dotazníků odkrýt.

3.3.1 Výzkumná metoda

Z uvedeného výše je zřejmé, že jsem k výzkumnému šetření využil kvalitativní přístup, který je v literatuře popisován jako výzkum, který nepoužívá numerická data, ale také je označován jako způsob myšlení či shluk možností, jak přistupovat ke společenské a sociální realitě (Punch, 2008). Švaříček (Švaříček a kol., 2007) popisuje kvalitativní přístup jako *„proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickému vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“* Autoři vysvětlují podstatu kvalitativního výzkumu do široka rozprostřený sběr dat, kde nejsou na počátku stanovené proměnné, nejsou předem dány hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybudoval (Švaříček a kol., 2007). Hendl (Hendl, 2008: 47–48) uvádí, že neexistuje jediný, obecně uznávaný způsob, jak realizovat kvalitativní výzkum a dále přirovnává práci kvalitativního výzkumníka k práci vyšetřovatele. Kvalitativní průzkumník na základě svých poznatků modifikuje či upravuje design svého výzkumného projektu. Z tohoto důvodu, jak dále uvádí, je některými autory kvalitativní výzkum považován za emergentní nebo pružný typ výzkumu (Hendl, 2008).

3.3.2 Sběr a zpracování dat

Sběr dat jsem uskutečnil metodou polostrukturovaného rozhovoru, který jsem si sám vytvořil. Miovský (Miovský, 2010) vysvětluje polostrukturovaný rozhovor jako tzv. jádro interview, které tazatel musí probrat. Na toto strukturované jádro dále tazatel navazuje dle zaměření informanta a aktuálního dění doplňujícími otázkami, které

vhodně rozšiřují původní zadání a strukturu rozhovoru. Vybraná metoda mi poskytla využití nenucené komunikace a tím reagovat na odpovědi dotazovaných. Odpovědi dotazovaných sloužili jako hlavní zdroj dat.

Analýza získaných dat kvalitativní části šetření probíhala v několika fázích. Rozhovory jsem se svolením pacientů nahrál na hlasový záznamník. Poté jsem provedl doslovnou transkripci rozhovorů, vytvořil jsem kódování dat a následně roztřídil do pěti kategorií prvního řádu, ke kterým jsem přiřazoval kategorie druhého řádu označené jako podkategorie.

3.3.3 Struktura rozhovoru

Pro kvalitativní šetření jsem použil polostrukturované rozhovory, které vycházely z předem připraveného schématu. Toto schéma sestávalo z úvodní části, jejíž součástí byly sociodemografické otázky. Další okruh otázek byl směřovaný k období před hospitalizací a k příjmu pacienta, zejména se zaměřením na získané informace, na komunikaci se zdravotníky a na pocity a obavy, které mohly provázet tuto fázi přípravy k operaci. Následující okruh otázek se věnoval období pooperačnímu. Pacienty jsem vyzval k popisu situací, které si z tohoto období vybavovali, co pro ně bylo nepříjemné či naopak příjemné. Zda pro ně podávané informace byly srozumitelné. Poslední část zahrnovala období pobytu na standardním či intermediárním oddělení. Zde byl prostor věnován shrnutí a zhodnocení pobytu v nemocnici z hlediska informací, spolupráce a komunikace se zdravotníky. V závěru jsem ponechal pacientům prostor pro jejich vlastní vyjádření, otázky či doplňující informace. Hlavním cílem polostrukturovaného rozhovoru patřilo zjištění názorů na zdravotní péči a míry informovanosti participantů v těchto oblastech:

Úroveň informovanosti týkající se předoperační a pooperační péče

Využití zdroje informací spojené s tématem hospitalizace

Pocity deficitu informací

Informovaný souhlas

Očekávání a reálný obraz z období předoperační a pooperační péče

Negativní myšlenky spojené s obavami, strachem a úzkostí

Názor na komunikaci ze strany zdravotnického personálu

Srozumitelnost podávaných informací

Názor na úroveň komfortu během hospitalizace

Názor na vzájemnou spolupráci se zdravotnickým personálem

V příloze č. 3 bakalářské práce přikládám kompletní schválenou osnovu polostrukturovaného rozhovoru.

3.3.4 Kritéria pro zařazení účastníka do výzkumu

Základním kritériem zařazení pacienta do zkoumaného souboru byl pacient po aorto-koronárním bypassu. Dalším kritériem bylo, že dotazovaní pacienti byli již přeloženi po samotném zákroku na intermediární či standardní oddělení. Konečným základním kritériem byl věk nad 18 let a především ochota a schopnost spolupracovat na výzkumném šetření. Vyhledávání pacientů pro kvalitativní šetření probíhalo dále užším účelovým výběrem. Vybíral jsem dle pohlaví, diagnózy a věku tak, aby byl výběr co nejbližší reprezentativnímu vzorku. Výběr se také řídil časovým rozmezím hospitalizace jednotlivých pacientů, a to s ohledem na časové období, kdy pacienti strávili předpokládanou plánovanou délku hospitalizace. Vzhledem k stálému trendu převahy mužů nad ženami, kteří podstupují kardiochirurgický výkon, jsem vybral odpovídající poměr muži a ženy 2:1. Věkové složení účastníků výzkumu bylo v průměru 58 let. Při výběru jsem vycházel ze statistických dat Národního kardiochirurgického registru, která zveřejňuje ÚZIS ČR.

3.3.5 Etické aspekty

Pro uskutečnění šetření jsem předložil požadované dokumenty Etické komisi zdravotnického zařízení, které mi umožnilo realizaci sběru dat. Kladné stanovisko

etické komise k výzkumnému projektu přikládám v příloze č. 1. Dále jsem oslovil náměstkyni pro ošetrovatelskou péči zdravotnického zařízení a vedoucí pracovníky daného oddělení a poskytl jim informace o plánovaném šetření.

Pacienti, se kterými jsem vedl rozhovor pro kvalitativní výzkum, podepsali informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření. Ten je přiložen v příloze č. 2.

Z důvodu ochrany soukromí účastníků výzkumu jsem kompletní nahrávky a jejich přepis uložil na bezpečném místě, tak abych zabezpečil anonymitu a důvěrnost poskytnutých informací od všech participantů.

3.3.6 Organizace šetření

Výzkumné šetření probíhalo na kardiochirurgickém oddělení od 07/2022 do 11/2022. Nejprve jsem provedl kvalitativní výzkum polostrukturovaným rozhovorem. Samotným rozhovorům, určeným ke zpracování, předcházel jeden pilotní rozhovor. Ten umožnil identifikovat nedostatky v navrženém schématu a upravit jej, a také získat větší jistotu a profesionalitu pro výzkumné šetření. Následně jsem vedl rozhovory s osmi pacienty. Na rozhovory jsem byl s pacienty předem domluvený. Vyhradili jsme společně místo a čas. Doba trvání jednotlivých rozhovorů byla 30–40 minut.

Prostředí, ve kterém se rozhovory uskutečňují hraje v kvalitativním šetření důležitou roli. Z tohoto důvodu jsem dával zřetel, aby výzkumné šetření probíhalo v klidném a nerušeném prostředí. Na rozhovor s dotazovanými jsem se předem připravoval a dotazované jsem předem informoval o průměrném časovém rozhraní rozhovoru. Z uvedeného výše jsem jednotlivé úspěšně provedené rozhovory zaznamenal na diktafon. Audiozáznamy rozhovorů byli poté převedeny v doslovný transkript, kde jsou citlivá data dotazovaných anonymní, a to z důvodu ochrany dotazovaných.

3.3.7 Způsob analýzy

Definitivní rozhovory nahrané na audiozáznam jsem doslovně přepsal, včetně přepisu neverbálního projevu jako je přitakání, smích, pokrčení ramen, povzdechnutí apod. V dalším kroku jsem se snažil o redukci dat tak, aby kontext informace zůstal zachován a následně jsem celý transkript bezpečně uložil z důvodu ochrany před únikem citlivých dat participantů. Pro analýzu získaných dat jsem použil metodu formální analýzy, pomocí které jsem získaná data kódoval. Miovský (2006, s. 219–220) definuje kódování jako: „*přirazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna*

snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoliv snadno pracovat s většími významovými celky.“ Jedná se tedy o proces identifikace a systematického přiřazování významů podle stanovených kritérií (Miovský, 2006). Ke kódování jsem použil metodu tužka a papír, kde jsem barevně označoval kategorie, které jsem pomocí použité metody určil.

3.3.8 Opatření kvality výzkumu

Taková to výzkumná studie byla mou první a z toho důvodu jsem vyhledával nástroje, které zvyšují efekt studie. Využíval jsem odborné literatury a různých návodů pro zajištění správného postupu samotného výzkumu.

K dotazovaným jsem se choval s respektem a přesvědčením, že vztah mezi výzkumníkem a dotazovaným není ve všech svých aspektech rovnocenným vztahem (Miovský, 2010), a z toho důvodu jsem se snažil držet veškerých etických zásad výzkumné práce.

3.3.9 Interakce zkoumaného světa s výzkumníkem

K závěru přiblížím, jaký je vztah výzkumníka ke zkoumané realitě. Je dáno, že kvalitativní výzkumník je významným faktorem, který působí na celý výzkum, a to vlastní zkušeností, znalostí, a především vlastní osobností, pomocí které se snaží přiblížit zkoumanou problematiku.

Při použití metod kvalitativního šetření není prioritou získat zcela jasná objektivní data, ale naopak odrážet a tím potlačit vlivy, které výzkumník může v šetření činit (Miovský, 2010). Já jakožto výzkumník tohoto šetření jsem si zaznamenával vedle odpovědí dotazovaných i své reflexe, kde jsem se snažil odrážet mé vlastní motivy pro výzkum a snažil se tím otevřít prostor pro jiná témata, která díky tomuto přístupu mohla vzniknout. Téma této bakalářské práce jsem si zvolil především z vlastního zájmu v oboru kardiologie. Sám v daném oboru pracuji a zajímal mě vždy pohled pacientů, co naše služby jakožto zdravotníků využívají. Díky mému zaměstnání jsem měl možnost oslovit vybrané dotazované a tento výzkum uskutečnit. Na druhou stranu studium mi umožnilo nahlédnout do dalších oborů a vidět situace, které kardiologický pacient nezažívá a díky tomu jsem u sebe pozoroval jiné náhledy na skutečnosti. K porozumění dotazovaných mi dále napomáhalo, že já sám jsem se v roli pacienta několikrát vyskytl a tím pro mě bylo jednodušší pochopit pacientovy

myšlenky. O problematiku ošetrovatelské péče v kardiouchirurgii se zajímám několik let a výzkum vnímám jako přínos pro budoucí poskytovatele ošetrovatelské péče, kteří by se přiblížením pacientova vnímání mohli vyhnout nežádoucím událostem.

3.4 Výsledky kvalitativního šetření

V této kapitole jsou uváděny výsledky mnou uskutečněného výzkumného šetření. Mluvený projev účastníků výzkumu se v některých případech převádí do literárního opisu či spisovného jazyka, data se oprostují od dialektu a chyb ve větné skladbě, a to zejména v případech, kdy je výzkum zaměřen především na obsahově tematickou rovinu (Hendl, 2008). Odpovědi dotazovaných byly doprovázeny různými emočně ovlivněnými situacemi, a z toho důvodu nemálo některé okolnosti zrcadlily. Názory dotazovaných jsem se snažil uchovat v autentickém znění, ale pro lepší pochopení a jsem z textu odstranil tzv. vycpávkové jazykové prvky. Přímé citace jsou dále v textu psány kurzívou. Pacienti jsou pro potřeby kvalitativního výzkumu dále označeni termínem participant. Doplnující otázky, které jsem kladl pro upřesnění informací, jsou označeny termínem tazatel.

Charakteristika participantů

Všichni participanté jsou pacienti, kteří podstoupili operační výkon aorto-koronární bypass. Věkové rozmezí všech dotázaných je 55-70 let. Všichni pacienti strávili stanovenou plánovanou dobu hospitalizace bez vážných komplikací.

3.4.1 Kategorizace výsledků

Na podkladu zpracování dat z kvalitativního šetření bylo určeno několik kategorií a podkategorií:

1) Kategorie Informovanost

Podkategorie: Zdroje informací

Informace

Srozumitelnost a postoj pacienta k podávaným informacím

2) Kategorie Obavy

Podkategorie: Z bolesti

Z budoucnosti

3) Kategorie Vytěsnění

Podkategorie: Nepřipouštění si závažnosti stavu

Popření negativních emocí

4) Kategorie Diskomfort

Podkategorie: Ovlivnitelný

Neovlivnitelný

5) Kategorie Spolupráce

Podkategorie: Komunikace

Kategorie Informovanost

Tato kategorie je zaměřená na veškeré informace získané před, během a po hospitalizaci. Zahrnuje vyjádření participantů o zdrojích informací, které se týkaly jejich zdravotního stavu, plánované operace, rekonvalescence po plánované operaci a následných režimových opatřeních pro udržení zdravého životního stylu. Dále se zaměřuje na úroveň nabitých informací a samotného postoje pacienta k podávaným informacím.

Podkategorie Zdroje informací

Na začátku rozhovoru byli participanté dotazováni, kdo jim poskytl první informaci o nutnosti operačního výkonu a zdali využili některé možnosti pro získání více informací týkajících se jejich zdravotního problému či k samotnému operačnímu výkonu.

Pět participantů uvedlo, že pravidelně navštěvují vlastní kardiology. Tři participanté z důvodu objevení se trvalých zdravotních obtíží, navštívili své praktické lékaře či využili služby pohotovosti v daných nemocnicích. Participanté č. 1 a 3 dochází pravidelně ke kardiologovi, ale v případě obtíží jim nepodalí prvotní informace o možné situaci, která mohla nastat. Participant č. 1 nebyl odeslán na vyšetření, ale byl donucen využít služby záchranných složek a až poté přijímá informaci o diagnóze, kterou pacient v té době mohl očekávat. Participant č. 3 byl sice odkázán na kardiologické vyšetření, ale dle slov: „*půjdu na vyšetření a pak hezky domů*“ nedostal informace o možném vývoji situace. Participant č. 4 uvedl, že dochází pravidelně ke kardiologovi způsobem:

Participant č. 4: „*Byla jsem u své kardioložky, kam už pravidelně kvůli tlaku docházím a ta mi udělala echo a něco se jí tam nelíbilo, tak mě poslala na katetrizaci a tam mi*

našli, že mám ucpaný ty cévy. Poslali mě sem na kardiologii a tam rozhodli, že půjdu na operaci, naplánovali jsme to a šla jsem nejdřív domů.“

Participant č. 4 si byl vědom, s jakými příznaky se může obrátit na kardiology a těchto služeb využil. Přesněji si byl vědom rizik spojených s vysokým tlakem, ale přesto slova: „něco se jí tam nelíbilo“ poukazují na nevědomost hlavního důvodu doporučeného vyšetření kardiologem. Participant č. 7 a 8 odpověděli:

Participant č. 7: *„Pravidelně docházím ke svému kardiologovi, asi co půl roku a poslední dobou mě začlo bolet u srdce, tak mě poslal na katetrizaci a zjistili, že mám ty cévy ucpaný a doporučili mi operaci, a tak se to kolo rozjelo. Na tu operaci jsem čekal dlouho, protože jsem se ještě musel vyléčit ze Streptokoka.“*

Participant č. 8: *„Chodím pravidelně na plicní kvůli astmatu a skrz práci jsem docházel jednou ročně na kardiologii. Jsem celkem aktivní člověk a najednou jsem se při výšlapu začal zadýchávat víc než normálně a píchalo mě u srdce a střílelo mi to do ruky. Naštěstí jsem měl zrovna termín návštěvy u kardiologa, kde mě rovnou poslali na katetrizaci a tam se zjistil ten problém a rovnou jsme to probrali a dohodli termín.“*

Pacienti se shodují v reakci na dané příznaky a jejich následné řešení skrze vlastního kardiologa, ale nejvíce informací dostávají u dalších specialistů. Na druhé straně, kde pacienti, kteří nedochází pravidelně ke kardiologovi uvádí:

Participant č. 2: *„Poslední dobou se mi přitížilo, tak jsem šla k nám do nemocnice a tam měli podezření, tak mě odkázali na Bulovku, kde mi udělali katetrizaci a tam mi řekli, že musím na operaci, ...“*

Participant č. 5: *„Cítil jsem se poslední dobou unavený, tak jsem šel za svým obvodákem a ten mě poslal na vyšetření. Ke kardiologovi jsem nechodil, jen jsem bral léky na tlak. Udělali mi vyšetření a hned mi dali termín na operaci.“*

Participant č. 6: *„Šla jsem na katetrizaci a tam mi řekli, že je potřeba udělat operaci a pak už to šlo rychle, protože mě vlastně nepustili domů. Chvíli jsem pobyla na kardiologii a když se uvolnilo místo na operaci, tak mě vzali sem. Přišlo za mnou*

několik doktorů a ty mi řekli o co jde, ale já už jsem věděla, protože můj bratr prošel úplně tím stejným, ... “

Všichni Participanti navštěvující pravidelně kardiologa se shodují v prvních oznámeních se zdravotními potížemi spojených s kardiovaskulárním systémem, nicméně z dané návštěvy neodcházejí plně informováni o možném vývoji situace či poskytnutí informačního materiálu, který by jim mohl zodpovědět otázky, které po takovém to oznámení mohou vyvstat. Tím se neliší nijak od druhé skupiny, která na pravidelné prohlídky nedochází, ale uvádí stejný scénář o nečekané situaci.

Po odkázání lékaři na určitá vyšetření či již po stanovení diagnózy a plánování jejího řešení jsem se dotázal na využití zdrojů informačních materiálů. Participanti odpovídali různorodě:

Tazatel: Dobře a když Vám oznámili, jaký operační výkon je nutný provést, věděl jste do čeho jdete? O Jaké onemocnění se jedná?

Participant č. 3: *„Moc jsem nevěděl, tam mi řekli, že mám ucpaný cévy a že je potřeba udělat ten bypass. Zeptali se mě, jestli s tím souhlasím a převezli mě sem. Tady mi až bylo vysvětleno, co to ten bypass je, ... “*

Tazatel: Nezkoušel jste hledat třeba nějaké informace na internetu?

Participant č. 3: *„To vůbec ne, kdo ví co by tam na mě vyskočilo(smích). Já nemám ani někoho známého, kdo by mi o tom řekl. Stačilo mi to, co povídali doktoři.“ ... „Uložili mě na pokoj, přišla za mnou doktorka, která mi vysvětlila, co a jak, ... “*

Tazatel: Hledal jste si nějaké informace o tom, jak operace probíhá?

Participant č. 4: *„Ani ne, jen jsem se o tom bavila se známými, ty mě říkali jen jdi bude se ti líp dýchat a všechno bude lepší. Povídali, mohlo by to být horší, pak se ti to ucpe úplně a půjdeš stejně.“ ... „Přišla jsem, dostala jsem pokoj a udělali nějaké poslední vyšetření. Přišel ještě ten anesteziolog, podepsali jsme informovaný souhlas, který jsem si teda přečetla od shora dolů.“*

Participant č. 5: „*Ne vůbec ne. Byl jsem s tím smířený a šel do toho po hlavě. ...*
„Během dne za mnou přišel doktor, co mi říkal, jak to bude probíhat a pak ještě ten
anesteziolog, tak jsem tak nějak věděl. Něco mi říkali i sestřičky.“

Participant č. 7: „*Ano řekli mi všechno, ale i tak jsem si hledal na internetu a tam jsem*
zjistil víc. Dokonce i to, že to dělají jenom přes ty žíly tou katetrizací, ale tady pan
přednosta mi řekl, že to dělají přes ten otevřený hrudník, že je to vhodnější. Tak jsem
dal na jeho doporučení, a to mi stačilo a už jsem nic nehledal. Maximálně jsem posbíral
drby od známých, co na tom taky byli. ... „Nastoupil jsem sem nahoru, měl jsem sebou
vše vyšetření, co po mě chtěli. Ukázali mi pokoj a pak už přišel jen zase pan přednosta a
ten mi řekl, co jak bude probíhat.““

Participant č. 8: „*Já jsem jako nevěděl do čeho jdu, ale mám známého, který má za*
sebou taky bypass a i umělou chlopeč, já si z něho dělal srandu, že už by měl mít na
hrudníku zip, aby ho nemuseli pořád řezat(smích). Měla to i tchýně a všichni s tím žili
spoustu let, takže jsem žádný detaily nezjišťoval. Věřím, že máme špičkový pracoviště.“
... „Přišel za mnou ten doktor, co mě i operoval a ten mi řekl všechno““

Z uvedeného vyplývá shoda dotazovaných, že hlavním zdrojem informací je lékař. Větší část označovala informace podávané lékařem za dostačující a jiné informace nevyhledávala. Další část pokračovala ve shromažďování informací u svých blízkých či známých. Minimum participantů dohledávalo informace za pomoci internetu. Nikdo z dotazovaných neuváděl zdroje informací jako je odborná literatura v podobě knih, časopisů či informačních letáků.

Podkategorie Informace

Pacienti, kteří se účastnili výzkumu byli dále dotazováni přímou otázkou na pocit deficitu informací, ke kterému si vyjádřili takto:

Participant č. 1: „*...,řekl jsem jdeme do toho, vždyť jsou toho plný noviny, udělejte to a*
pak půjdu domů.““

Participant č. 2: „*Tak jsem do toho šla. Asi to bude i tím, že můj bratr a sestra tuhle*
operaci měli za sebou“ ... „Takže jsem věděla o čem ta operace je.““

Participant č. 3: „*Stačilo mi to, co povídali doktoři.*“

Participant č. 5: „*Během dne za mnou přišel doktor, co mi říkal, jak to bude probíhat a pak ještě ten anesteziolog, tak jsem tak nějak věděl.*“

Participant č. 6: „*Přišlo za mnou několik doktorů a ty mi řekli o co jde, ale já už jsem věděla, protože můj bratr prošel úplně tím stejným,...*“

Participant č. 8: „*Přišel za mnou ten doktor, co mě i operoval a ten mi řekl všechno, podepsali jsme papíry.*“ ... „*Já jsem mu řekl, že mají moji plnou důvěru.*“

Většina dotazovaných pacientů se k deficitu informací vyjádřili kladně. Sami neoznačili spojení na možnosti obav či nevyhovující spolupráce se zdravotníky s podávanými informacemi. Nicméně ve spojitosti s informacemi podávanými v průběhu stanovování diagnózy, které je zmiňováno výše, tito pacienti určitou míru deficitu informací měli. Na deficit informací poukazuje vyjádření participanta č. 7:

Participant č. 7: „*Ano řekli mi všechno, ale i tak jsem si hledal na internetu a tam jsem zjistil víc.*“

Pacient tvrdí, že mu bylo řečeno vše, ale i přesto pociťoval deficit informací, který ho motivoval k vyhledávání dalších informací. Dále na deficit poukazuje odpověď participanta č. 4:

Participant č. 4: „*Já si myslím, že by měl mít každý pacient svého jednoho doktora, aby to mělo nějaký systém.*“ ... „*Zatla jsem zuby a jen si říkala, ať to dobře dopadne.*“

Odpověď poukazuje na přímé vyjádření pacienta k systému podávání informací a jeho spojení se srozumitelností podávaných informací. Pacienta tato skutečnost neovlivnila ke svobodnému rozhodnutí terapii ukončit, ale vedla k tomu, že pacienta doprovázely značné obavy.

Podkategorie Srozumitelnost a postoj pacienta k podávaným informacím

Nemocnice se při poskytování informací o zdravotním stavu hospitalizovaných pacientů řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Informace o zdravotním stavu pacienta a navrženém individuálním léčebném postupu jsou lékařem primárně sdělovány přímo samotnému pacientovi, který je poté může sdělovat dalším osobám dle vlastního uvážení. Danou citaci uvádím z důvodu možného vyvolání pochybností ohledně poskytované zdravotní péče. Cílem je poukázat nejen na kvalitu podávaných informací, ale i na zájem a ochotu pacientů tyto informace přijímat.

Participantům byla položena otázka na srozumitelnost podávaných informací. Z rozhovoru vyplynuly také určité postoje pacientů:

Tazatel: Přišly Vám veškeré podávané informace srozumitelné?

Participant č. 1: *„Asi jo. Já se ani většinou neptal, když jsem něčemu nerozuměl, protože jim kývnu na všechno, hlavně ať jdu brzo domů. Vždy mi všechno řekli, a tak to bylo.“*
... *„Chtěl jsem žít už hlavně normálním životem neptal jsem se a ani nikde nehledal žádnou informaci, ani na internetě. Lékaři mě nemuseli nijak přesvědčovat o tom, že je to nutný.“* ... *„Přijeli jsme, dali mě na pokoj a mluvil se mnou pan Doktor a paní Doktorka. Přišli s papírama, který jsem ani nečetl a podepsal, ještě mi říkali, co mi budou dělat, ale to jsem odkejšoval a řekl jsem jdeme do toho, vždyť jsou toho plný noviny, udělejte to a pak půjdu domů.“*

Participant č. 2: *„Ano, doktoři se mi vždy snažili vše říct a co jsem úplně nepochopila, tak jsem se zeptala sestřiček a ty mi to po lopatě vysvětlili. Nebyla jsem, ale radši nijak moc zvědavá, ještě bych si z toho dělala zbytečně větší starosti.“* ... *„, Podepsala jsem ty papíry, ty jsem ani nečetla a už si jen říkala ať to mám za sebou.“*

Participant č. 3: *„Ale jo, raději poslouchám starší doktory než ty mladý, ale tak jsou to doktoři měli by vědět o čem mluví. Já jsem nenáročný.“* ... *„, Uložili mě na pokoj, přišla za mnou doktorka, která mi vysvětlila, co a jak, ale těm výrazům stejně člověk moc nerozumí, takže mi to pak dovysvětlili trochu sestřičky. Podepsal jsem souhlasy, které jsem tak letmo prolétl a souhlasil se vším.“*

Participant č. 5: „*Tak napůl. Jen to, co mě zajímalo. Nebylo tam nad čím přemýšlet, protože kdyby se se mnou něco stalo, tak už by mi to mohlo být úplně jedno(pošklebek).*“

Participant č. 5: „*Ano, co mi řekli mi stačilo. Pokaždý, co řekli, tak to tak bylo. Když jsem nepochopil pokyn, tak se stačilo zeptat.*“

Participant č. 6: „*Ano, vždy přišel někdo a ten řekl, co bude a nebude. I na vizitě se mi znovu představovali a říkali, ten dělal to a tamten to. Já si po tý narkóze připadám trochu vygumovaná, ptám se sestřičky někdy dokola na jednu věc.*“

Participant č. 7: „*Ano ano, všechno Vám řeknou a nejtipnější na tom je, že když to zapomenete, tak Vám to stejně zase zopakují(smích).*“ ... „*Vytáhl na mě papíry, ty jsem ani nečetl podškrábnul, to nemá cenu číst. Jednou už jste na kudle, tak hlavně ať Vás zachrání.*“

Participant č. 8: „*Ano, myslím, že jsem porozuměl všemu, co mi, kdo řekl. Nenastala žádná situace, kde by jsme na sebe nechápavě koukali(smích). Oni Vám to i často opakují, což je trochu otravný, ale rozumím tomu, proč to dělají.*“ ... „*„...podepsali jsme papíry. Ty jsem si přečetl, ale tak papíry no(mávnutí rukou). Já jsem mu řekl, že mají mojí plnou důvěru.*“

Z uvedeného vyplynulo, že pacienti dávají přednost mluvené formě předávání informací než psané formě. Uvádějí, že to, co bylo řečeno bylo i pacienty pochopitelné. Uvádějí, že informace jim pro lepší uložení byla několikrát zopakována nebo se, v případě nesrozumitelnosti, na dané informace doptali. Hlavním zdrojem informací byl tedy lékař, nikoli informovaný souhlas, který je pacientům předkládán. Naprostá většina podepsala informovaný souhlas jako stvrzení pochopení podaných informací bez jeho důkladného přečtení. Participant č. 4 se k tématu srozumitelnosti vyjádřil:

Participant č. 4: „*Přišel ještě ten anesteziolog, podepsali jsme informovaný souhlas, který jsem si teda přečetla od shora dolů. Pořád za mnou chodili nějaký lékaři, tak jsem z toho měla guláš, protože ten říkal to a ten zase to.*“ ... „*Ptala jsem se i sestřiček, ty byly celkem milé a uklidňovali mě, že jsou lékaři šikovní.*“

Tazatel: Přišly Vám veškeré podávané informace srozumitelné?

Participant č. 4: *„Jak jsem řekla, mám z toho guláš. Ale at' jenom nenadávám, to hlavní asi jo. Mě by se líbil nějaký letáček nebo nějaký čtení. Nemusela bych se ptát, jak padlá na hlavu a přečetla bych si to.“*

Tazatel: Vy jste nedostala nějaký základní informační materiál od lékařů v ambulanci?

Participant č. 4: *„Víte, že ani nevím. Možná mi tam něco nabízeli, ale to jsem někam založila. To bylo na začátku, a to jsem měla v hlavě jenom to, co se mnou bude.“*

Pacient je v rozporu s ostatními pacienty, kdy uvádí, že srozumitelné informace ze strany lékařů nedostal. Z důvodu pocíťované nedůvěry pacienta to vedlo k důkladnému přečtení informace z informovaného souhlasu.

Kategorie Obavy

Obava či starost je negativní lidská emoce, která vzniká z důsledku strachu a pocitu nejistoty z neznámého prostředí (v tomto případě nemocnice) nebo neznámé situace jako v našem případě podstoupení operačního výkonu. Obava emoce, která je spojená s něčím, co se má odehrát v budoucnosti a může mít mnoho podob. U participantů v tomto výzkumu jsem identifikoval dva druhy obav (Hartl a Hartlová, 2000).

Podkategorie Z bolesti

Obava z bolesti je jednou z emocí, kterou pacient může projevit, a proto byla na dotazované směřovaná přímá otázka, zdali je něco během hospitalizace bolelo. Většina participantů v oblasti obav z bolesti cítili značnou úlevu. Dle následujících interpretací:

Participant č. 2: *„Naštěstí mě nic nebolelo, toho jsem se taky moc bála, že mě bude ten hrudník neskutečně bolet.“*

Participant č. 3: *„...člověk je tam takovej zmatenej a měl jsem hlavu v pejru, ale nic mě nebolelo to bylo dobrý, toho jsem se trochu bál. Pomalu mě posadili a postavili...“*

Participant č. 4: „...mě naštěstí nic nebolelo a po tom, co mě zbavili té trubky, tak mi bylo dobře.“

Participant č. 5: „Vůbec ne! Celou dobu, co jsem tu, mě nic nebolelo. Mě normálně nikdy nic moc nebolelo, proto mě i překvapilo, že musím na tu operaci. Tam dole naopak, jsem byl jako v jiném světě. To asi ty léky, ale tam jsem byl takový, no úplně jinde. Paráda. Odpočinul jsem si, přišel k sobě, vyskočil na nohy a jel jsem brzo sem nahoru.“

Participant č. 6: „To probuzení bylo docela dobrý, protože mě nic nebolelo“ „...„Hlavně, že mě nic nebolelo, to jsem opravdu ráda.“

Participant č. 8: „Ne, oni Vám tam dávají léky na bolest, s tím jsem problém neměl.“

Se dotazovaní shodují na žádné nebo minimální bolesti spojené s pooperačním obdobím a považují analgetickou léčbu za efektivní, přesto participanti 2,3 a 6 vykazovali značné obavy z bolesti již v předoperačním období a úleva přišla až po samotném výkonu operace. Otázka ohledně bolesti přinesla poukázání na bolesti spojené s dodržováním ošetrovatelských postupů, a to zejména s udržením doporučené polohy v lůžku po operačním výkonu u těchto dotazovaných:

Participant č. 7: „Víte, že ani ne. Jednou bolest, co jsem měl byla ta z postele. Já jsem zvyklý spát na bříchu, takže je to teď pro mě těžký být jen na zádech, to je hrozný. Sestřičky mi dali něco na bolest a už jakžtakž nacházím polohu ve který to jde, ale je to těžký.“

Participant č. 2: „Já se snažila moc nehýbat. Jen mě bolelo za krkem, a to mě bolí i teď, ale to mám asi od páteře, já si i doma vypořádávám hlavu takovým válečkem.“

Tito participanti se shodli, že určité polohy v lůžku jim byly značně nepříjemné až bolestivé. Participant č. 7 situaci řešil oznámením zdravotnickému personálu, který se snažil ulevit pacientovi analgetickou léčbou, přesto pacient pociťoval určitou formu bolesti, která měla vliv na jeho míru komfortu. Participant č. 2 naopak nevyžadoval

pomoc ze strany zdravotnického personálu a řešil situaci v podobě úpravy lůžka dle vlastní iniciativy. Jeden dotazovaný uvádí:

Participant č. 1: *„Nic mě nebolelo i když jsem si to myslel, ale měl jsem hroznej chrchel, který bolel jako jehličky. Potom bylo náročný to sezení a vstávání, to jsem se musel naučit. Naštěstí jsem šel sem zpátky nahoru celkem rychle.“*

Na základě odpovědi, která si rozporuje ve slovech: „Nic mě nebolelo, i když jsem si to myslel“ není zcela jasné, co pacient v daném okamžiku přesně prožíval. Při konstatování úlevy při opouštění pooperační jednotky to poukazuje na to, že pacientovi nebylo v časném pooperačním období příjemně, a i v tomto případě možná bolest úzce souvisí s pocity nepohodlí.

Podkategorie Z budoucnosti

Při otázce na negativní myšlenky se objevují obrazy nepříznivé reality po ukončení léčebného procesu či představy o komplikacích během operačního výkonu. Polovina dotazovaných a to participanti č. 2, 7 a 8 na položenou otázku reagovala následovně:

Participant č. 2: *„...,I tak jsem měla velké obavy. Já se bojím té anestézie, jestli se probudím. Měla jsem sucho v krku a pocit dušení, ale pan anesteziolog mě uklidňoval a říkal nebojte to vyřešíme.“* *„...,akorát mě jednou chytly nervičky, protože to mám doma těžké, staráme se o vnoučata s manželem. Chtěla bych už domů, protože nevím, jak to tam beze mě vypadá. Mám z toho nervy, jak to tam sami zvládají, i když mě děda uklidňuje.“*

Participant č. 7: *„Ne já měl stoprocentní důvěru. Říkal jsem si, že mi dají ráno oblbováka a nebude mě to v tý palici vrtat. Já toho mám za sebou víc, takže jsem byl v pohodě. A hlavně je tu dobrá parta sestřiček, ne jako ty starý báby, co byly dřív. Ty Vás dokázaly vystresovat hrůza děs. Jako mám teď občas nutkání jít, co nejdřív domů, protože to tam prostě všechno stojí, ale doporučujou mi ještě ty lázně, tak nikam spěchat nebudu.“*

Participant č. 8: *„No nepříjemné myšlenky ani ne, ale já bych to přirovnal k tomu, když letíte letadlem. Když tam nasednete a vzlínáte, tak už s tím stejně nic neuděláte(smích).“*

Němel jsem ani strach z té operace, ale spíš tím, že jsem byl úplně zdravý člověk, tak mi spíš naskakuje, takové to Pane V měl bys zpomalit, co pak manželka tady sama, brzdi s tím dřevem. Jinak operace dobrý, já se jehel nebojím. ““

Všichni tito pacienti vykazovali silné obavy z budoucnosti. Neshodovali se v míře obav o své zdraví, ale shodovali se v obavách o své blízké a chod jejich přirozeného prostředí tzn. Domov. Hlavním motivem obav bylo znepokojení ohledně budoucnosti jejich blízkých v případě nepřítomnosti dotazovaných. Na druhé straně participanti 1, 4 a 5 dotazovaných odpověděla:

Participant č. 1: *„Občas večer na mě padli takový zvláštní myšlenky o tom, že tu nebudu dlouho, protože vždy říkali, co se mnou ještě budou dělat a zdálo se mi toho moc a měl jsem chvíli špatný pocit na hrudi. “*

Participant č 4: *„...,tak jsem měla strach, co bude. Ráno si mě připravili a odvezli na sál. Zatla jsem zuby a jen si říkala, ať to dobře dopadne. “*

Participant č. 5: *„Byl jsem překvapený, ale těžkou hlavu jsem z toho neměl.“ „..., Nebylo tam nad čím přemýšlet, protože kdyby se se mnou něco stalo, tak už by mi to mohlo být úplně jedno(pošklebek). “ „...,Ne, nebál jsem se. Volala mi ještě dcera, než mě odváželi a musel jsem spíš uklidňovat já ji než ona mě(smích). Občas večer mě napadlo, co když umřu a že to bude bolet, ale tomu člověk nechce uvnitř věřit, takže jsem pak myslel zase na to, co budu dělat až se vrátím domů. “*

Z výše uvedeného se tito dotazovaní řadí k těm, které ovlivnila představa o své smrti. Představa v nich vyvolávala značnou míru strachu a úzkosti se kterou se všichni participanti vypořádávali podobně, a to bez ohledu na podobu obav z budoucnosti. Participanty spojovala forma snahy takové myšlenky potlačit.

Kategorie Vytěsnění

Vytěsněním se rozumí druh obranného mechanismu, který má snahu nevědomě přesunout veškeré nepříjemné myšlenky, fantazie či motivy z lidského vědomí do nevědomí. U participantů mého šetření vyplynuli následující formy vytěsnění (Hartl a Hartlová, 2000).

Podkategorie Nepřipouštění si závažnosti stavu

Jednou z forem potlačení, která byla u dotazovaných pacientů zpozorována je popření a zlehčování dané situace. Participant 1 uvádí:

Participant č. 1: *„Šel jsem do toho po hlavě a dělal legrácky.“*

Tento pacient vykazoval snahu řešit situace prostřednictvím humoru, který se mu stal štítem proti možnosti otevřít debatu ohledně uvědomění si závažnosti svého zdravotního stavu a následným možným krokům pro zlepšení svého životního stylu. Participant č. 4 odpověděl:

Participant č. 4: *„Dneska už bych na to nešla, je to zdlouhavý a už jsem z toho otrávená“*

Vyjádření odhaluje postoj pacienta k úkonům nutných pro rekonvalescenci. Obě formy se dají označit jako nepřipouštění si vážnosti stavu, ale zásadně se liší v podobě vnímání. Participant č. 1 má problém s vyrovnáváním se se závažností stavu. Participant č. 2 projevuje známky nedostatečné informovanosti a tím pádem uvědomění si, jak je situace vážná nebo známkami rezignace sama nad sebou.

Podkategorie Potlačení negativních emocí

Druhou formou vyplývající z rozhovoru je snaha vyhnat či vypnout vzniklé negativní myšlenky. Participant č. 3 svou snahu potlačení vyjádřil takto:

Participant č. 3: *„...,já bych si to potom moc představoval, takhle radši zavřu oči a přečkám to.“ „...,snažil jsem se být klidný, ale to víte, oni se ty myšlenky, co bude a nebude vždy nějak objeví, tak jsem nehnutě čekal a nějak jsem to potlačoval no.“*

Z uvedeného je vidět násilné a vědomé potlačení negativních myšlenek se kterými se pacient vypořádával bez pomoci, kterou mohl mezi zdravotnickým personálem vyhledat. Na rozdíl od participanta č. 5, který spoléhal na medikamentózní řešení:

Participant č. 5: *„Byl jsem s tím smířený a šel do toho po hlavě.“ „...,Jo a ten prášek před operací? Bomba! (smích).“*

Kategorie Diskomfort

Diskomfort je vysvětlován jako nepříjemný pocit, který zahrnuje fyzickou, duševní či sociální nepohodu. Diskomfort se může projevit i kombinací určité formy nepohody a existuje řada vyjádření diskomfortu. V tomto šetření jsem rozdělil diskomfort na dvě podkategorie, a to na diskomfort ovlivnitelný a neovlivnitelný (Kutnohorská, 2015).

Podkategorie ovlivnitelný

V oblasti diskomfortu se dotazovaní rozcházejí v oblasti fyzického a psychického diskomfortu. Participanti 1, 4 a 7 poukazují na diskomfort fyzický:

Participant č. 1: *„Já jsem ještě dlouhý a tam je to všechno takový malý, jak pro králíky. Nohy se mi zapíraly o konec postele.“* ...,*„Naopak jim zakazuju za mnou chodit. Až moc péče někdy. Můžou mě nechat klidně chvíli být jak jsem.“*

Participant č. 4: *„...,třeba teď mám nějakou stahovací podprsenku a ta je otravná. Je to nedomyšlený a mám z toho akorát vyrážku, jak to tam tlačí a není to prodyšný a stejně se mi v tom blbě dech.“* ...,*„Ještě mi bývá špatně po antibiotikách“*

Participant č. 7: *„Já jsem zvyklý spát na bříchu, takže je to teď pro mě těžký být jen na zádech, to je hrozný.“*

Participant č. 1 udává problémy na nedostačující lůžko, které nebylo přizpůsobeno jeho tělesné výšce a tím mu znesnadňovalo zaujmout vyhovující polohu. Participant č. 2 upozorňuje na nedostatky použitých zdravotnických pomůcek, které mohou být důvodem vzniku jiných zdravotních problémů a participant č. 7 dává důraz na neumožnění vyhovujícího polohování během spánku. Toto jsou individuální situace, kde má každý svůj pohled na úroveň diskomfortu. Na druhé straně participanti 1, 3 a 5 vyjádřili podobně:

Participant č. 1: *„Naopak jim zakazuju za mnou chodit. Až moc péče někdy. Můžou mě nechat klidně chvíli být jak jsem.“*

Participant č. 3: *„Starají se tu o nás dobře, i televizi Vám zařídí. Jedna sestřička se tu o mě stará perfektně, někdy až moc.“*

Participant č. 5: *„Naopak, jsou až moc starostlivý(smích), furt chodí a ptají se jestli mi něco není a já říkám ne nic mi není, kdyžtak určitě řeknu(smích).“*

Pacienti se shodují na přebytečné péči ze strany ošetrovatelského personálu, která v nich vyvolávala spíše neklid a nedostatek pocitu soukromí, což znamená nenaplnění potřeby psychické pohody pacienta.

Podkategorie Neovlivnitelný

Pacienti se na téma diskomfortu nebáli rozpovídat a zmiňovali i jim nepříjemné situace v oblasti časné pooperační péče o kterých byli předem informováni a byli si vědomi, že mohou nastat. Představuji zde podkategorii, do které dané výsledky pro objasnění zařazuji, ale již s nimi dále nepracuji. Na téma neovlivnitelného diskomfortu participanti uváděli:

Participant č. 1: *„Vzbud'te se jste po operaci. Jak se jmenujete a kdy jste se narodil, ale bylo to hnusný. Jo a ještě zmáčkněte mi ruku. Byl jsem spocenej, pořád mi otírali čelo. Ta trubka byla nepříjemná.“*

Participant č. 4: *„...„stáli nade mnou dvě sestřičky a začla jsem kašlat a dusit se, protože jsem měla v puse tu trubici, ...“ ... „Ta trubka byla strašně nepříjemná a bolí po tom v krku.“ ...*

Participant č. 7: *„Pak už jsem jen čekal. Najíst už mi nedali, ale dalo se to jednou vydržet.“ ... „Pamatuju si ten dýchací hajzl v puse, to bylo strašný*

Participant č. 8: *„Probudili mě, zeptali se mě, jak se jmenuju, ale jak jsem jim to měl říct, když jsem měl v puse tu trubici(smích). Tak to bylo nepříjemný, ale vydržel jsem to.“*

Polovina participantů byla ve shodě především v oblasti diskomfortu, která měla spojení s vědomím zavedené endotracheální kanyly a její následné extubace. Ostatní participanti si danou situaci nevybavují z důvodu působení podávané anestézie během operačního období. Pouze participant č. 5 uvádí odlišné známky diskomfortu:

Participant č. 5: „*Vadilo mi, že jsem nemohl vstávat, protože jsem měl na sobě tu krabičku na ekg, ...*“

V tomto případě se pacient nemohl z důvodu ohrožení na životě volně pohybovat, i když nabil pocitu, že by toho byl bez jakýchkoliv obtíží schopen. Po poskytnutí dostatku informací a zhodnocení situace tento diskomfort ve vlastním zájmu toleroval.

Kategorie Spolupráce

Spolupráce je druh sociální interakce, ve které je cílem společné úsilí zaměřené na dosažení prospěchu všech, kteří se na něm podílejí (Heywood, 2008).

Podkategorie Komunikace

Účastníci výzkumu byli dotazováni na spokojenost komunikace ze strany zdravotnického personálu. Naprostá většina participantů odpovídala pozitivně. Nikdo s nimi dle slov nejednal dehonestujícím způsobem, někteří pacienti se snažili porovnat jiné hospitalizační období se současným a sami uvádí, že s komunikací personálu jsou spokojenější. Tyto myšlenky stavím na základě vyjádření těchto participantů:

Participant č. 1: „*Naprosto. Nemůžu nikomu nic vytknout. Jako některý holky jsou zvláštní, ale všechny jsou hodný a nestalo se mi, že bych si připadal, že mi něco tají a nebo že by mi dělaly naschvály. Všichni tu jsou milí.*“

Participant č. 1: „*Nikdo na mě netlačí, na čem jsme se domluvili to jsme udělali,...*“

Participant č. 2: „*Sestřičky jsou moc hodné a uklidňovali mě celý den, byly to pro mě, a to jsem se naplakala. Teď se úplně stydím. Nemohu nic vytknout i známí si to tady pochvaloval, co se týká personálu.*“

Participant č. 2: „*Já si myslím, že ano. To víte, zdraví je jen jedno, takže, co mi řeknou nebo poradí to se snažím dodržet, ještě to sladké, kdybych dokázala omezit(smích). Já totiž normálně moc nejím a tady jsou na mě moc velké porce, takže mě někdy sestřičky nutí víc jíst a já se jim snažím říct, že toho tolik prostě nesním. Ale to není nic špatného, vždy jsme se nějak domluvili,...*“

Participant č. 3: „Určitě, já jsem slušný člověk, co toho moc nenamluví. Starají se tu o nás dobře, i televizi Vám zařídí. Jedna sestřička se tu o mě stará perfektně, ...“

Participant č. 3: „Ano já jsem hodný a sestřičky ještě hodnější(smích). Neustále mě poučují, ale myslí to dobře.“ ... „Musím se tu dát, co nejvíc do kupy, takže poslouchám a u toho se i zasmějeme, což já potřebuju.“

Participant č. 5: „Všechno na jedničku, já jsem nikdy v nemocnici nebyl, takhle dlouho.“ ... „Ne personál je příjemný milý. Doktory tu moc nevidíte, s nima mluvíte jen na té vizitě.“

Participant č. 5: „Ano to jsou samé srandičky u všeho. Je to tu výborný. Zvykl bych si(smích).“

Participant č. 6: „Ano nemůžu říct nic špatného, se vším mi pomohli. Naučili mě foukat do balónu a začla jsem konečně chodit a správně se zvedat.“

Tazatel: Takže jste se cítila, že tu jste s námi v bezpečí?

Participant č. 6: „Ano určitě, jsem tu jako v bavlnce, ale i tak bych ráda domů. Co tu člověk může dělat jiného než koukat z okna(povzdech).“

Participant č. 7: „Určitě ano, všechno supr. Nedá se to srovnat s tím, co bylo dřív. Všichni jsou moc šikovní, hodní. Já jsem taky hodnej(smích).“

Participant č. 8: „Ale jo, všechno dobrý. Sestry tu jsou energický. Jinak já jsem ukecanej člověk a ty sestry si chtějí povídat taky, takže supr(smích). Nemůžu nic vytknout ani doktorům.“

Participant č. 8: „Jasně, tady jsou to i sestry učitelky a já jsem vzorný žák(smích). Cvičíme správný posazování, na to já pořád zapomínám, ale už lepší. Občas přijde i ta z rehabilitace, tak zase cvičíme.“

Participant č. 6 hodnotí celkovou komunikaci od zdravotníků jako přívětivou a neoznačuje pocity nedůvěry či dostatečného vybudování vztahu s personálem, přesto k otázce dodal:

Participant č. 6: *„Snad jo, já si myslím, že toho po nikom moc nechci. Já bych chtěla hlavně klid. Ráda bych se pořádně vyspala, a to Vás tady zase jen tak přes den nenechají. Tím nechci říkat něco špatného, děvčata tu jsou milé a vždy se všechno vyřešilo bez nějakých diskusí.“*

Poukazuje to na splnění komunikačních potřeb ze strany zdravotnického personálu, ale pro pacienta určitou míru diskomfortu, který souvisí se zmíněným psychickým diskomfortem výše. U jediného participanta se objevoval výrazný komunikační problém, který popisuje slovy:

Participant č. 4: *„No jak kde, ani ne. Vše jsem odkývala a souhlasila se vším, ale teda přijde mi, že Vám vše úplně neřeknou. Kdyby za mnou chodil jeden člověk a ten mi řekl, co a jak, ale chodí jich moc a já se v tom nevyznám. Ten řekne něco a ten druhý s ním pak nesouhlasí a domlouvají se na něčem. Tak z toho jsem teda nesvá, ať se domluví pořádně.“*

Participant č. 4: *„Pak je tu jedna sestra tu nemám vyloženě ráda. Já ji musím hlídat, protože jsem se ptala na prášky, co mi dává a ona ani neví. Já si všimla, že tam mám prášek, co o víkendu nesmím a ona by mi to nacpala a ještě byla našťvaná, že jsem ji upozornila. Nepříjemná, protivná. S nikým jiným tady nemám problém. Protože ostatní přijdou, zeptají se nepotřebujete něco a tak.“*

Tento pacient nejprve vyjádřil svou nedůvěru ke sdělovaným informacím zdravotníky. Nedůvěru pacient nedával najevo do situace, kdy došlo k podání medikace, která nebyla pacientovi určená. Nežádoucí situace nedůvěru ze strany pacienta ještě více ukotvila. Prvotní nedůvěra vznikla pravděpodobně z důvodů neporozumění přemíry podávaných informací a tím vznikla komunikační bariéra mezi pacientem a zdravotníky. Celkovou komunikaci doplnil slovy:

Participant č. 4: *„Bába protivná(smích). Myslím si, že na nikoho zlá nejsem. Co mi řeknou to udělám, ale stejně se nad tím vždy zamyslím. Hlavně, aby oni věděli, co dělají.“*

Tento participant je zmiňovaný v kategorii potlačení/popření, kde si nepřipouštěl závažnost stavu. V tomto případě by se mohli tyto dva faktory prolínat v podobě nedůvěry pacienta, vzniklé z komunikačních nedostatků ve vztahu zdravotník – pacient a tím dát impuls ke zvolení přístupu popírání a tím pádem možné odmítání poskytované zdravotní péče.

3.5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá celkovou zkušeností pacienta před, během i po kardiochirurgické operaci. Práce je primárně zaměřena na informovanost kardiochirurgických pacientů, nicméně předkládá výsledky, které z šetření vyplynuly, a to zejména v oblasti vypořádání se s negativními emocemi, jako jsou např. různé obavy a formy potlačení emocí spojené se strachem a úzkostí, spolupráce pacienta se zdravotnickým personálem a na jejich představu o pohodlí během celého procesu. Skupina participantů je poněkud rozmanitá. Z toho důvodu jsou poměrně rozmanité i samotné proměnné, které do této problematiky mohou vstupovat. Prostřednictvím kvalitativního šetření jsem podrobněji zkoumal zejména témata, která by bylo náročnější prozkoumat do hloubky dotazníkovým šetřením. V této části bakalářské práce se podrobně věnuji výsledkům kvalitativního šetření. Výsledky podrobuji diskusi. Snažím se najít odpovědi na výzkumné cíle a tím naplnit hlavní cíl bakalářské práce.

Výzkumný cíl č. 1: Zjistit úroveň informovanosti pacientů

Dle výsledků mého výzkumu pacienti pociťovali nedostatek informací, a to zejména v období před nástupem do nemocnice. Naprostá většina reagovala na otázku ohledně deficitu informací kladným způsobem. Nepociťovali pochybnosti k oznámeným situacím, které je během hospitalizace čekaly, nebo že by jim byly zatajovány důležité informace ohledně jejich zdravotního stavu. Přestože mají participanti velkou důvěru k našemu zdravotnictví, tak z rozhovorů jako celku vyvozují, že deficit informací byl u participantů více než nedostatečný. Ukázalo se, že pacienti buď nedokázali uložit podané informace během prvních návštěv lékařské pomoci, kde se dozvídali o svém onemocnění, nebo jim nebyla dostatečně vysvětlena hlavní příčina onemocnění. Na nedostatečnost informací v průběhu předoperační péče poukázala také ve své diplomové práci Lomozová (2018), kde pacienti vykazovali deficit znalostí v použití dezinfekčních prostředků v rámci hygienické přípravy. Někteří z participantů ve spojení s různými formami obav či potlačení nevykazovali známky zájmu o zopakování či doplnění těchto prvotních informací. Na naší klinice jsou předoperačně pacienti informováni prostřednictvím zaslaných informačních materiálů. V materiálech je uveden také kontakt na příjmovou ambulanci, kam mohou pacienti volat pro zodpovězení případných dotazů spojených s nástupem do nemocnice. Tyto možnosti participanti ve většině případů nevyužili. Dále se k pacientům dostávají veškeré

informace o fungování a dodržování řádu kliniky hned od příjmu k hospitalizaci. Po úspěšném přijmutí pacienta k němu přichází lékaři, jak z chirurgického týmu, tak z anesteziologického a podávají detailnější informace o průběhu operačního výkonu a následné pooperační péče. V období předoperační hospitalizace měli o onemocnění a průběhu poskytování zdravotní péče lepší povědomí, ale i přesto se ukázala nedostatečnost v uložení podávaných informací. V období po provedení operačního zákroku participanti neuvádějí žádné spojitosti na nedostatek informací, který by stěžoval vzájemnou spolupráci a uvádějí, že si byli vědomi toho, co přišlo v časném pooperačním období.

K tématu se vztahuje otázka, která se týká doplnění informací samotným pacientem. Otázka měla zjistit, zdali pacient využil i jiné zdroje, jako je internet, literatura či předání zkušeností od svých blízkých. Ukázalo se, že zejména většina pacientů měla daný kardiochirurgický zákrok v povědomí. Nabité informace s velkou převahou získávali od svých vrstevníků či podobně starých lidí z řad přátel nebo rodinných příslušníků, jako jsou např. sourozenci. V neposlední řadě jako zdroj informací stojí internet. Někteří participanti nezůstávají pouze u slovního předání informací a hledají detailnější informace o průběhu operace na internetu. Schopnost starších ročníků orientovat se a vyhledat důvěryhodnou informaci na internetu v jejich prospěch pokládám za velmi pozitivní.

Informovaností jsem se zabýval také otázkou, která vyplynula z konverzace s participanty a to, zda se splnilo jejich očekávání z průběhu hospitalizace, kde cílem otázky bylo, aby pacienti porovnali očekávání předoperačního a pooperačního období s reálnou situací, se kterou byli konfrontováni. Více než polovina participantů uvedla, že se jejich očekávání shodovala se vším či většinou situací, které nastaly během hospitalizace.

Neméně důležitou oblastí informování pacientů je rehabilitace. Nácvik dovedností se realizuje již v předoperačním období a zahrnuje i rehabilitaci dechovou. Součástí edukace je také zdůvodnění potřeby rehabilitace. Téma rehabilitace jsem s participanty otevřel otázkou: Překvapilo Vás, jak brzy po operaci jste musel/a vstávat? Reakce participantů by se dala rozdělit na půl. Jedna skupina nebyla nijak překvapena z rychlejší rehabilitace, se kterou neměli žádný problém. Druhá skupina měla na

rehabilitaci opačný pohled. Hlavními faktory pro rozdělení skupiny je zdravotní stav, kde rehabilitaci lépe zvládají ti, kteří netrpí dalšími přidruženými onemocněními nebo určitým typem fyzického omezení. Výraznější závislost se projevila u pacientů nad 60 let. Je tedy zřejmé, že potřebu důslednější, možná názornější edukace a jejího opakování mají pacienti staršího věku. Součástí edukace fyzioterapeutů je dále poučení pacientů v péči o operační ránu, resp. o jizvu a také nácvik expektorace s fixací operační rány. Velmi názorný a přehledný manuál pro kardiochirurgické pacienty vytvořila v rámci své bakalářské práce Vedrová (2015). Materiál je zaměřený na předoperační nácvik dovedností i na informace, které může pacient uplatnit v pooperačním období. Důležitost pooperační časné rehabilitace potvrzuje řada studií. Např. Santos et al. provedli kontrolovanou studii, kde vysvětlují, proč je důležité zapojit pacienta po operaci do rehabilitace co nejdříve. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že časná mobilizace je důležitá pro prevenci pooperačních komplikací, zlepšení funkční kapacity plic a snížení délky hospitalizace u kardiochirurgických pacientů (Santos et al., 2017).

Po rozebrání jednotlivých situací jsem se pacientů dotázal na celkový pocit deficitu informací, který pacienti uváděli o pobytu v nemocnici, plánu péče, zdravotním stavu a o plánované operaci. Participantů hodnotili svou informovanost jako dostatečnou, ale z rozhovorů bylo zřejmé, že ve všech bodech týkajících se jejich hospitalizace a možnostech se rozhodovat nejsou dobře informovaní. Botíková a Ilievová (2009) provedly výzkumné šetření zaměřené na práva pacientů ve zdravotnickém zařízení. Jedním z jejich výsledků bylo zjištění, že jsou pacienti nedostatečně informováni o vývoji a průběhu jejich onemocnění. Tento deficit byl ve shodě s mým zjištěním nedostatku informací o zdravotním stavu pacientů. Vzhledem k přihlídnutí k roku publikace Botíkové a Ilievové je vidět, že se v našem zdravotnictví a jeho přístup k pacientovi posouvá směrem dopředu a je pacienty označován spíše kladně, přesto považují takový výsledek spíše za negativní, a to z důvodu nedostatečné potřeby získávat více informací, díky kterým se mohou podílet více na péči o své zdraví.

Výzkumný cíl č. 2: Zjistit, jak hodnotí předoperační péči a jejich současnou hospitalizaci.

Následujícím dílčím cílem bylo zjistit, jak samotní pacienti hodnotí poskytování zdravotní péče v předoperačním období a během jejich současné hospitalizace. Každý z participantů se dozvídal o doporučení provedení kardiochirurgického výkonu stejnou

cestou. Ať už při pravidelné návštěvě svého osobního kardiologa či přes kardiologa příslušnému danému oddělení, ke kterému se určitý participant dostavil při náhlých příznacích daného onemocnění. Veškeré kardiologické a následně kardiochirurgické výkony se dají označit jako neodkladné stavy, kdy není prostor na dlouhé vyčkávání pro záchranu života. Z výzkumného šetření vyplynulo rozmezí necelého týdne až několika týdnů (zpravidla 3. týdnů), kdy pacienti čekají na svůj příjem k hospitalizaci a následnému provedení operačního výkonu. Z časového rozmezí je čitelné, že každý participant měl různou časovou délku na psychickou přípravu k hospitalizaci. Pacienti s nejkratší časovou možností pravděpodobně nastupovali s nízkou úrovní informovanosti a intenzivnějšími pocity úzkosti a strachu, což mohlo vést ke komplikacím ve spolupráci se zdravotnickým personálem. Za zmínku stojí také kosmetický faktor, který má nemalý vliv na rozhodování, zdali daný operační výkon podstoupit (např. jizvy způsobené invazivními zákroky). V případě mého šetření participant po doplněných informacích zhodnotil vážnost zdravotního stavu a na operační výkon přistoupil.

V případě časného pooperačního období se v oblasti komunikace nevyskytují žádné pochybnosti. Negativní ozvy se objevují převážně v oblasti komfortu. V období, ve kterém probíhalo výzkumné šetření, byli všichni participanté již na intermediárním oddělení, ze kterého byli následně propouštěni ve většině případech do lázeňských zařízení či do svých domovů. Hodnocení poskytované zdravotní péče a celkovou spokojenost s pobytem v nemocnici zkoumala ve své bakalářské práci Morongová (2015), která pomocí dotazníkového šetření vyhodnotila procento spokojenosti. Z počtu 200 dotazovaných uvedlo 59 % mužů a 42 % žen spokojenost s pobytem v nemocnici jako velmi dobrou. Participanté mého šetření necítili potřebu se vyjadřovat záporně k poskytnuté péči. Celkové hodnocení participantů poskytované zdravotnické péče je z jejich strany označeno jako uspokojivé.

Výzkumný cíl č. 3: Zjistit úroveň komfortu pacienta během celého procesu

V průběhu celého procesu se zdravotnický tým stará nejen o správné provedení předoperační přípravy, operačního výkonu a následné pooperační intervence, ale zejména i o komfort pacienta. Během procesu jsou situace, kdy je určitá míra diskomfortu nezbytná a pacient je nucen podstoupit výkony, které by pravděpodobně nebyly příjemné žádné živé bytosti. Tyto situace se zvládají pomocí látek tlumících bolest či se vykonávají v průběhu celkové anestézie pro eliminování počtu

nepříjemných situací. Na druhé straně se zdravotnický tým, a to především sestra, stará o pacientův komfort v oblasti základních potřeb, a to v podobě úpravy prostředí, denní hygieny, podávání pravidelné stravy a poskytnutí psychické podpory. V těchto oblastech se dá ze strany zdravotnického personálu lehce chybovat a při úmyslném zanedbání to považují za profesionální selhání.

Z mého šetření se potvrzují obě varianty diskomfortu a řada pacientů využila možnosti se k tématu vyjádřit. Nejvíce se participanti vyjádřili k zavedené endotracheální kanyle, která musí být při kardiokirurgickém výkonu zavedena. Tato kanyla slouží k udržení plicní ventilace z důvodu zajištění vitálních funkcí organismu. Tzv. extubace, či odstranění endotracheální kanyly, se provádí při vědomí pacienta a při jeho schopnosti samovolného dýchání. Tento zákrok je ve své podstatě nepříjemný, ale za to rychlý a hned po jeho ukončení nepříjemné pocity zcela zmizí. Faktem je také to, že pacientům po výkonu působí podávané léky, které jsou součástí anestézie a tyto nepříjemné pocity mohou zmírňovat či zcela eliminovat. Několik participantů se zmínilo i o bolestech v krku, přítomnosti většího objemu sputa v dýchacích cestách a pocity neuhasitelné žízně či nauzei a následného zvracení. Tyto příznaky nejsou nijak neobvyklé a dovolují si říct, že doprovází každého druhého pacienta po kardiokirurgickém výkonu. Příznaky jako jsou bolesti v krku se vyskytují z důvodu podráždění sliznice dýchacích cest endotracheální kanylou a většinou do jednoho dne odeznívají. Zvýšení objemu sputa přisuzují k přirozené fyziologii dýchacích cest a pozastaveným reflexům k jeho odstranění. Tento problém řeší sestra v intenzivní péči v podobě umožnění pacientovi dostat objem sputa z úst či pomocí odsávacího systému. Upřednostňuje se první varianta z prostého důvodu, že by samotné odsávání mohlo být pro pacienta zbytečně nepříjemné. Pacienti se po této situaci dožadují tekutin. S touto potřebou se musí pracovat správně, aby se předešlo možné nauzei a zvracení, které by mohlo pacienta ohrozit na životě v podobě udušení. Proto sestra podává tekutiny po malých dávkách. Jeden participant vyjádřil nespokojenost spojenou s pohybem mimo lůžko. Jednalo se o předoperační období, kdy pacient musel mít dočasnou telemetrii a do toho zůstat v lůžku. Předpokládám, že šlo o již probíhající infarkt myokardu, který by zvýšená fyzická zátěž podpořila a pacient by se mohl vyskytnout v bezprostředním ohrožení života, a proto označuji danou situaci jako nevyhnutelný diskomfort.

Dle mého názoru si pacienti na diskomfort, který je spojený s výkony potřebné pro jejich rekonvalescenci obecně nestěžují a jsou si vědomi, že tyto skutečnosti musí podstoupit, aby se jejich zdraví zlepšilo. Naopak si myslím, že kvalitu hospitalizace

hodnotí především skrz celkový přístup personálu, atmosféru na pracovišti, čistotu prostředí a podávanou stravu. I když celkovou péči participanti hodnotí kladně a více než dostačující, objevují se i situace, kterým se dá správným přístupem zamezit. V první situaci bylo problémem nevhodné lůžko, které bylo pro pacienta malé. Situaci se dalo předejít protažením čela postele, které je možné na všech lůžkách. Pokládám to za základní chybu v ošetrovatelství. I když byl participant na daném lůžku krátkou dobu, neznamená to, že nebyl vystaven riziku vzniku dekubitu. Toto riziko zmiňovala ve své práci Veverková (2019), kde uvádí faktory, které ovlivňují vznik dekubitů. V práci uvádí největší výskyt dekubitů v oblasti paty, které je spojeno s nesprávným polohováním pacienta v lůžku. Druhá situace se vázala na podpůrné pomůcky u ošetřování operační rány. Jedná se o pomůcku, která napomáhá k předejití rozpadu operační rány, v této situaci se jedná o stahovací podprsenku vhodnou pro ženy. U mužů se používá stahovací hrudní pás, který má stejný efekt. Dle slov participanta usuzuji, že nevyhovovala velikost dané podprsenky a pacienta stahovala více, než je vhodné a tím nejen stěžovala dýchání, ale narušovala i integritu pokožky. Dle rozhovoru usuzuji, že pacient na daný problém nepoukázal a určitý diskomfort toleroval. Přesto si myslím, že ošetrovatelský personál tuto skutečnost mohl zaznamenat bez pacientova poukázání. Typy odpovědí o situacích, které jsou výše zmíněné jsem očekával ve větší míře, a proto jsem mile překvapený, že na daném pracovišti se těmito situacím úspěšně vyhýbají. O to více mě překvapily reakce participantů na zájem zdravotnického personálu o jejich péči. Obecně si dovoluji říct, že si lidé stěžují na nezájem a zanedbání různých aspektů zdravotnické péče ze strany ošetrovatelského týmu. Tito participanti měli opačné pocity. Usuzuji, že péče a zájem dosáhla hranice, kterou pacienti potřebovali a místo uspokojení v nich vyvolávalo pocity neklidu a nedostatečného odpočinku. Otázkou je, zdali byla starost o pacienta opravdu na místě nebo šlo o nerespektování pacientova soukromí. Jelikož se jedná o kardiochirurgické oddělení, domnívám se, že starost byla na místě, a to z důvodu nevyzpytatelnosti onemocnění, které sebou kardiovaskulární choroby přináší. Přesto musí zdravotnický tým poskytnout pacientovi dostatečný prostor pro odpočinek a celkovou psychickou pohodu a dokázat k této situaci přistupovat profesionálně.

Není pochyb, jaký vliv má pacientovo pohodlí na přístup a celkovou spolupráci během hospitalizace. Proto není pochyb, že zdravotnický personál musí mít schopnosti nápomocné k uspokojování potřeb pacienta, ale i ke zvládnání těžkých situací jako je

přesvědčení nespolupracujícího pacienta k určitému chování, které napomáhá k jeho prospívání. Jednou z takovýchto situací může být pooperační delirium.

Na problémy tohoto charakteru participanti tohoto šetření přímo nepoukázali, ale zmínky z pooperačního období ukazují na vliv anestézie těsně po probuzení. Participant č. 5 sdělil: „*Tam dole naopak, jsem byl jako v jiném světě. To asi ty léky, ale tam jsem byl takový, no úplně jinde.*“ a participant č. 6: „*Já si po té narkóze připadám trochu vygumovaná.*“ Dalo by se říci, že si participanti vybavovali halucinace nebo pocit zmatenosti v pooperačním období. K tomuto fenoménu se vztahuje řada studií, např. Berg (2006) prokázal souvislost vlivu předoperační úzkosti a strachu na vývoj pooperačního deliria. Tento závěr podporují i výsledky srovnávací, retrospektivní studie, kterou provedl Lee (2013) u pacientů podstupujících kardiochirurgickou operaci. Pacienti byli nadstandardně edukováni a psychicky podporováni před operačním výkonem i po něm. Výsledky ukázaly výrazně nižší výskyt pooperačního deliria u sledované skupiny pacientů. Z výčtu opatření, která je možné použít u delirantního nemocného, je z hlediska spolupráce a komunikace s pacientem důležité dodržovat určitá pravidla, jako je např. častá a přátelská komunikace s pacientem, opakovaná snaha o jeho orientaci, zapojení do rehabilitace a mobilizace, umožnění vnímání každodenního dění a návštěv blízkých (Hála, 2011).

Výzkumný cíl č. 4: Zjistit faktory, které ovlivňují pacienta

Faktorů, které mohou ovlivňovat spolupráci pacienta, je celá řada. Věnoval jsem se jim obsáhle také v teoretické části bakalářské práce. Z výzkumného šetření vyplynulo několik faktorů, které mohou významně zasáhnout do kvality průběhu hospitalizace pacientů, kteří podstupují daný kardiochirurgický výkon na daném pracovišti.

Za zlomové faktory, které pacienta ovlivňují během hospitalizace spadá komunikace mezi zdravotníkem a pacientem, srozumitelnost informací, které zdravotnický personál podává, strach a úzkost spojený s bolestí a obavy z omezujících opatření spojené s operačním výkonem (např. změna životního stylu) či ze smrti.

Významným hlediskem informací, které se k pacientovi dostávají je jejich srozumitelnost. Srozumitelností informací se v této práci chápe jako veškeré informace o pobytu v nemocnici, plánu péče, zdravotním stavu a o plánované operaci, které pacient získává od lékařů a sester během hospitalizace. Hošková (2010) na základě dotazníkového šetření identifikovala problém v komunikaci zdravotníků, kteří často

používají odbornou terminologii, pro pacienty obtížně srozumitelnou. Tato poznámka mě přivádí k myšlence, že je lepší využití více zdrojů informací v různých formách pro lepší pochopení dané problematiky. Haluzíková (2006) se ve své publikaci tímto faktorem také zabývá. Zdůrazňuje výhodu poskytování informací opakovaně, ideálně uspořádaných do logických celků a také kombinaci forem, např. podání písemné a audiovizuální informace doplněné o rozhovor.

Mnoho výkonů, které pacient podstupuje, pokud přichází k elektivnímu operačnímu výkonu, vyžaduje informovaný souhlas. S informovaným souhlasem o anestezii je pacient seznámen většinou den před vlastní operací. Na podkladu rozhovorů se informace od anesteziologa před operací dostalo všem pacientům. Zcela odlišný je postoj pacienta k situaci, kdy dostává podstatné informace ať už v mluvené či psané formě. Část pacientů ani nevyjadřuje zájem o informace a plní každý potřebný krok k jeho rekonvalescenci, který je dán ze strany zdravotnického personálu, aniž by si byl vědom, z jakého důvodu danou činnost provádí. Takový přístup se objevil v ne jednom z rozhovorů. Naprostá většina participantů bere lékaře jako hlavní zdroj informací a podepsání informovaného souhlasu bere jako potvrzení, že tyto informace přijmul aniž by si daný souhlas přečetl. Na druhé straně se objevují pacienti, kteří dané situace využívají k získání maximálního uspokojení v oblasti informovanosti. Srozumitelností anesteziologické konzultace se zabývala randomizovaná kontrolovaná studie Rebekky Straessle et al. (2011). Pacientům čekajícím na operaci byl poskytnut půl hodiny před anesteziologickou vizitou písemný informační leták napsaný srozumitelným jazykem bez odborných termínů. Autoři prokázali, že se následně zlepšilo vnímání informací, podávané pacientům od anesteziologa a zvýšil se také zisk informací a následně i míra spokojenosti pacientů. Informovaný souhlas se ale netýká jen anestezie. Pacient podepisuje informované souhlasy týkající se hospitalizace, operačního výkonu a dalších souvisejících úkonů. Zaměřil jsem se obecně na postoj pacientů k informovaným souhlasům a ukázalo se, že v tomto případě pacienti následují pokyny lékaře aniž by si dané informace ověřili.

Z výzkumného šetření k otázce srozumitelnosti informací bylo poukázáno na zjištění, že srozumitelnější informace získávali pacienti od sester. Tento výsledek odpovídá již publikovaným tvrzením, že pacient většinou naváže bližší vztah se sestrou, ta s ním tráví více času zejména v časném pooperačním období, poskytuje tak prostor i čas na

pacientovy případné dotazy nebo objasnění nesrozumitelných pojmů. Na tento užší vztah poukázala i Haluzíková (2006). Díky užšímu vztahu by sestra měla rozpoznat emoce jako je strach, úzkost či různé formy obav jako první a v návaznosti na to doplnit informace, které by dokázaly pacienta uklidnit.

Vhodný způsob podávání informací pacientovi může být podmínkou efektivního zpracování informací. Komunikace zdravotníků může ovlivňovat pacientovo chování a jednání velmi podstatně. Správně vedená komunikace je profesionální dovedností, kterou by měl ovládat každý zdravotnický pracovník. Během výzkumného šetření jsem se pacientů tázal i na to, jak hodnotí komunikaci zdravotníků během hospitalizace. Vyjádření pacientů neslo pozitivní odpovědi. Přes pozitivní ohlasy na schopnost komunikace zdravotnického personálu, může být problémem nejednoznačnost informací, které pacient dostává. V mém šetření se naskytla situace, kde se projevila nedostatečná vzájemná komunikace. Ta vedla k nesrovnalostem a nepochopení a tím se vypěstovala pacientova nedůvěra. S přihlédnutím k výsledkům, které vyplývají z rozhovorů, doufám a předpokládám, že je tato zkušenost naprosto výjimečná. Tento pacient pak ke konci rozhovoru shrnul celkovou péči pozitivními slovy.

Výsledkem dobré komunikace v podobě podávání srozumitelných informací je pacientova důvěra, která je ke spolupráci nezbytná. Za zmínku stojí říct, že pacient má právo na informace o jménech ošetřujícího personálu. V mé bakalářské práci se přímo na důvěru ve zdravotnický personál žádná z otázek výzkumného šetření nevztahuje, ale i tak z rozhovoru vyplynula. Na pracovišti, kde šetření probíhalo jsou pacienti obecně důvěřiví, o to víc je zarážející, když se setkáte na daném pracovišti se situací, kdy pacient ztratí důvěru k ošetřujícímu týmu. Tato ztracená důvěra pacienta se těžko navrácí a v mnoha případech je řešena záměnou ošetřujícího zaměstnance. K závěru bych vyzdvihl k důvěře pacientů ve zdravotníky bakalářskou práci Hinkové (2017), která se daným tématem zabývala. Toto šetření probíhalo na jednotce intenzivní péče chirurgického oddělení. Uvedla dvě témata. Prvním tématem byla důvěra pacientů v lékaře a sestry a druhým tématem důležitost znalosti jmen ošetřujících lékařů a sester. Výsledkem šetření bylo zjištění téměř stoprocentní důvěry v lékaře i sestry. 75 % pacientů uvedlo, že je pro ně důležité znát jméno ošetřujícího lékaře, a 60 % pacientů uvedlo, že je pro ně důležité znát jméno ošetřující sestry. Důvěra je jedním ze

základních předpokladů spolupráce a spokojenosti pacienta a může mít tak vliv na proces poskytování informací.

Bolest jako ošetrovatelský problém ve zdravotnictví vede v žebříčku probíraných témat na prvním místě, a to v jakékoliv situaci během hospitalizace. Nijak mě nepřekvapilo, že se naprostá většina participantů zmínila o různých formách bolesti. U kardiochirurgických pacientů je především typický strach z pooperačních bolestí, které se v dnešní době zvládá úspěšně tlumit na úplné minimum. Tento strach je podpořený také tím, že pacienti mohou procházet svou první celkovou anestezií na rozdíl od jiných pacientů, kteří nabyli zkušenosti z předešlých operací různých typů. Z kvalitativního šetření vyplynulo, že pacienti spíše pooperační bolest neměli nebo v případě potřeby řekli zdravotníkům, kteří na to adekvátně reagovali. Jeden pacient uvedl vyjádření, ve kterém vyšlo najevo, že na bolest neupozorňoval i když ho velice zatěžovala a komplikovala nabít kvalitního spánku. Z výše uvedeného vyplývá stále vysoký důraz na edukaci pacientů o bolesti před operací a na přípravu na pooperační období. Pacienti musí mít předpoklady ke spolupráci založené na dostatku informací a nesmí pooperační bolest bagatelizovat. Správný postup ke zvládnutí pooperační bolesti je jedním ze základních úkolů anesteziologa ve spolupráci s ostatními zdravotnickými pracovníky i s pacientem samotným. Autoři Ševčík a Křikava uvádějí (2007, s. 7): „*Předpokládejme bolest a předcházejme ji dříve, než se rozvine.*“ Mylné představy pacienta o bolesti a jejím ovlivnění mohou být překážkou v účinné úlevě od bolesti. Dotazníková studie Cogana et al. (2014) se pokusila zmapovat bariéry v úlevě od bolesti. Až 20 % pacientů souhlasilo s tvrzením, že dobří pacienti nemluví o své bolesti a 40 % pacientů věřilo, že léky by měly být použity až při silné bolesti. Další překážkou v úlevě od bolesti však mohou být i samotní zdravotníci, kteří sabotují bolest pacienta. Na tuto problematiku upozorňuje řada studií. Ve své diplomové práci Rákosová (2016) představila výsledky výzkumného šetření, z kterého mimo jiné vyplynulo, že sestry vnímají vyšší terapeutický efekt podaných analgetik než samotní pacienti. Upozornila také na fakt, že sestry neměly důvěru v intenzitu bolesti udávanou pacientem. Lomozová (2018) ve svém výzkumném šetření toto zjištění potvrzuje výsledky, které poukazují na bagatelizaci bolesti ze strany zdravotníků. V případě participantů mého šetření si ani jeden nestěžoval na pooperační bolesti a pouze dva uvádějí bolesti jiného charakteru než pooperační.

Kromě zmíněných obav z bolesti se vyskytují v nemalé míře obavy z budoucnosti, a to v podobě strachu o budoucí fungování ve společnosti a plnění své role nebo z komplikací během operace a následné smrti. Nebylo pro mě nijak překvapující slyšet od participantů podobné výroky jako: „*Občas večer mě napadlo, co když umřu a že to bude bolet,...*“ Naopak by dle mého názoru bylo lehce zarážející, kdyby se myšlenka ohledně nezdaru určitého výkonu ani jednou neobjevila. Dle mého názoru si každý člověk tuto situaci vybaví chvíli po oznámení vážné diagnózy, nutnosti určité složitější operace, která sebou dané riziko přináší. Nicméně myšlenkami toho typu se lidé vypořádávají různými způsoby. Participanti v mém šetření se k vypořádávání se s negativními myšlenkami přistupovali různě. Jedna skupina tyto myšlenky potlačuje a dané riziko označuje jako nereálné. Druhá nechává průchod veškerým emocím jako je úzkost a strach doprovázené například pláčem, či v horším případě, určitou formou agrese a tím pádem zhoršené spolupráce. Sám sobě si pokládám otázku, zdali by šlo označit jednu ze skupin jako správný přístup. Odpovídám si formou zlaté střední cesty. První skupina zvládne veškerý proces potlačováním emocí, ale může to pro pacienta znamenat skrytou obrovskou stresovou zátěž, která může mít za následek spuštění psychických, ale i fyzických onemocnění. Od jednodušších forem jako jsou například různé chronické záškuby jakékoliv části těla až po ty život ohrožující. V pozitivnějším případě pacienta tento přístup nijak neohrozí, pacient bude adekvátně spolupracovat a po celém procesu pravděpodobně většinu situací vytěsňuje. Druhá skupina bude emočně dostupnější a více předvídatelná, ale je tu možnost, kdy zvýšená senzitivita pacienta může omezit úroveň vzájemné spolupráce se zdravotnickým personálem a celý proces pro lepší vitalitu pacienta zkomplikovat. V pozitivnějším scénáři daného přístupu pacient prožije danou emoci a dojde ke smíření, které mu umožní podstoupit daný proces bez psychického či fyzického trápení. Jako zlatou střední cestu uvádím poznámku participanta č. 8: „*No nepříjemné myšlenky ani ne, ale já bych to přirovnal k tomu, když letíte letadlem. Když tam nasednete a vzlétnete, tak už s tím stejně nic neuděláte(smích). Neměl jsem ani strach z té operace, ale spíš tím, že jsem byl úplně zdravý člověk, tak mi spíš naskakuje, takové to Pane V měl bys zpomalit.*“ V odpovědi je vidět uvědomění si vážnosti zdravotního stavu, nezlehčuje situaci a věří ve změnu životního stylu pro lepší kondici. Kracíková (2019) provedla výzkum u kardiochirurgických pacientů. Dle výzkumu si závažnost onemocnění připouštělo 48 % respondentů. Tento, dle mého názoru, nízký výsledek je blízký s mými výsledky.

Pacienti nepovažují kardiochirurgický zákrok za závažný, předpokládají návrat do plného zdraví a neuvědomují si rizika a omezení, která s sebou přináší.

Před uskutečněním rozhovorů s participanty jsem ohledně otázky myšlenek na smrt očekával životní příběhy a určitou formu shrnutí svého života. Opak byl pravdou. Za velice úctyhodnou věc považuji upřednostňování svých blízkých před sebou samým. Participanti nelitovali sebe ani svůj život, nýbrž litovali své blízké, kteří by tu zůstali dle jejich slov sami. Domnívali se, že nedostatečně zabezpečili své blízké v případě jejich odchodu či projevovali obavy z toho, jak se jejich blízcí vypořádají s těžšími životními situacemi bez jejich přítomnosti. Operační výkon je obecně pro pacienta velká stresová zátěž, se kterou se vypořádávají individuálně, a proto si i situace žádá individuální přístup, který by měl lékař či sestra ovládat. V situacích, kdy nestačí doplnění informací pro lepší pochopení situace a doprovázení ke smíření či premedikace ze strany anestézie bych doporučil sezení s psychologem v podobě větší předoperační přípravy.

Jako poslední faktor, který dokáže ovlivnit pacienta v jeho spolupráci se zdravotnickým týmem je absence kouření tabákových výrobků. V mém kvalitativním šetření se kouřením tabáku nijak nezaobírám a ani ze strany participantů nevyplývala poznámka ohledně absence kouření. Přesto se o tomto faktoru dovoluji zmínit, a to z důvodu nabitých zkušeností s pacienty na naší kardiochirurgické klinice. Není novinkou, že uživatelé tabáku tvoří velké procento všech kardiochirurgických pacientů. Spolupráce s pacientem, který vyznačuje abstinenční příznaky není jednoduchá. Pacient většinou ztrácí chuť k jídlu a má zhoršenou náladu, která se může vystupňovat do agrese. V dnešní době se setkávám s vybavením v podobě nikotinových náplastí, které předchází či tlumí abstinenční příznaky. Toto bych označil jako nadstandardní vybavení a člověk závislý na nikotinových výrobcích by s tímto neměl v jeho budoucí hospitalizaci počítat.

Zahraniční studie ovšem potvrzují doporučení zanechat kouření minimálně čtyři týdny před plánovanou operací, ideálně dokonce osm týdnů (Wu, 2012). Z tohoto faktu vyplývá odpovědnost lékařů, kteří se setkávají s pacienty v dlouhodobé přípravě před operací a mohou je v zanechání kouření ovlivnit a poskytnout jim i informace o odborné pomoci. Vzhledem k aktuálně krátké čekací době na termín kardiochirurgické operace v dotčeném zdravotnickém zařízení lze takovou včasnou intervencí zajistit velmi těžko a spíše u pacientů chronických, kteří jsou zde dlouhodobě sledováni.

4. Závěr

Záměrem mé bakalářské práce s názvem „Předoperační a pooperační péče v kardiologii z pohledu pacienta“ bylo zmapovat problematiku v informovanosti a celkové spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí dospělých pacientů podstupující elektivní kardiologický výkon. Téma je to poměrně široké a vstupuje do něj mnoho proměnných. Pro naplnění hlavního cíle bakalářské práce jsem stanovil čtyři dílčí cíle.

V prvním výzkumném cíli jsem se snažil identifikovat úroveň informovanosti pacientů během předoperační přípravy a pooperačního období. Dle výsledků mého výzkumného šetření pacienti pocítovali nedostatek informací před nástupem do nemocnice. V rozhovorech jsem se snažil zjistit, zdali mají pacienti zájem o podrobnější informace než o ty, které jim poskytne lékař a způsob, kterým si pacienti tyto další informace vyhledávají. Polovině participantů přišlo dostačující to, co jim sdělil lékař, čtvrtina participantů zjišťovala informace od svých známých v podobě předávání zkušeností a čtvrtina participantů dohledávala informace pomocí internetových zdrojů. Dle výsledků se projevil paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem.

Další zkoumanou oblastí byla pooperační rehabilitace. Důležitost časně pooperační rehabilitace pro rychlejší rekonvalescenci potvrzuje řada provedených studií. Pacienti na klinice, kde probíhalo výzkumné šetření, jsou již předoperačně edukováni fyzioterapeuty a v pooperačním období dochází k upevňování znalostí a dovedností v oblasti pooperační rehabilitace. Téměř většina pacientů znalo důvody rehabilitace tělesné, ale již neznalo důvody rehabilitace dechové. Především se jednalo o pacienty starší 60 let. Bylo by žádoucí vytvořit podmínky pro efektivnější informování a edukaci kardiologických pacientů v oblasti rehabilitace.

Při přímé otázce na pocit deficitu informací participanti odpovídali kladně. Uváděli, že jim dostačovalo to, co jim bylo řečeno, nebo že si dané informace zjistili sami. Přesto byl deficit informací zřetelný, a to především z důvodu nedostatečného zájmu pacientů o informace, díky kterým by dokázaly více porozumět příčinám a důvodům k vykonávání určitých metod, které vedou ke zlepšení jejich zdravotnímu stavu. Výsledky šetření tedy poukazují na nedostatečnou míru informovanosti kardiologických pacientů.

V druhém výzkumném cíli jsem zjišťoval, jak pacienti hodnotí předoperační péči a současnou hospitalizaci na daném pracovišti. Pacienti zhodnotili poskytnutí zdravotní péče více než uspokojivě. Nejvíce se zaobírali hodnocením předoperační péče, kde jsem jim nechal velký prostor k vyjádření. Ukázalo se, že velký vliv na pacientovo psychické zdraví má rychlost indikace k operačnímu výkonu. Někteří pacienti neměli dostatek času na přípravu k příjmu do nemocnice dle vlastních potřeb, a to mělo za následek prohloubení úzkosti spojené s přijetím svého zdravotního stavu. V časném pooperačním období pacienti poukazovali na pocity neúplného bdělého stavu. Tyto stavy ale nehodnotili jako negativní, nýbrž s operačním výkonem spojené. Naopak vybavení pooperační jednotky působilo na pacienty více bezpečně, boxový systém jim dopřával větší míru soukromí a komunikace s jednou sestrou umožnila navázání užšího kontaktu a tím prohloubila důvěru se zdravotnickým personálem. Při hodnocení poskytované péče po přeložení z pooperační jednotky si pacienti snažili vybavit a srovnávat zkušenosti z předešlých hospitalizací. Dva z osmi uvedli, že poskytované informace byly lepší než při předchozích hospitalizacích. Dalších šest se k tématu nevyjádřilo či se jednalo o jejich první hospitalizaci.

V třetím výzkumném cíli bylo úkolem zjistit úroveň komfortu pacienta v průběhu celého procesu a zdali se objevila nekomfortní situace, které se dalo předejít. Z výzkumného šetření vyplynulo, že i daná klinika není bezchybná a nastávají situace, ve kterých se pacienti necítí komfortně. Dva participanti vylíčili chvíle, ve kterých se buď necítily v psychické pohodě a vzbuzovala v nich nedůvěru v ošetrovatelský personál, či zažívala formu fyzického diskomfortu. Oběma situacím se dalo předejít zvýšenou pozorností ošetrovatelského týmu, kterou označuji v tomto případě zodpovědný za vznik nežádoucí situace. Zanedbání péče se nedá omluvit únavou či přehlédnutím potřeby pacienta. Personál si má být vědom svých schopností a v případě nejistoty nebo nedostatku energie na vykonání určitého výkonu vyhledat pomoc ve zdravotnickém týmu, aby se předešlo jakékoliv formě poškození pacienta. Dva z osmi participantů se dá považovat za pozitivní výsledek a dané klinice to přidává na kvalitě podávané zdravotnické péče. Přesto si myslím, že v dnešní době, kdy se pacient bere jako holistická bytost, u které se myslí na veškeré individuální potřeby, by se zanedbání péče ze strany zdravotnického personálu mělo objevovat naprosto minimálně ne-li vůbec.

Dále pět participantů z osmi zažívali nepříjemné stavy spojené s probuzením po operačním výkonu z anestézie. Tyto stavy byly neovlivnitelné a během celého procesu nezbytné. Pacienti si byli těchto výkonů a možných nepříjemných situací vědomi. V případě, že by pacienti zažívali během těchto situací nestandardní nepříjemné pocity, jako je bolest či úzkost, považoval bych to za ovlivnitelný diskomfort. Pacienti označili tato období za zvladatelná a nijak výjimečná. Pacienti nezažívali žádný typ bolesti z důvodu správně podávané analgetické léčby a z tohoto důvodu nepokládám tento typ diskomfortu jako výsledek mé práce.

Ve čtvrtém výzkumném cíli jsem si stanovil zjistit, jaké faktory ovlivňují pacientův přístup k podávaným informacím a následné spolupráci se zdravotnickým personálem. Faktorům, které mohou ovlivňovat pacienty, jsem se věnoval obsáhle také v teoretické části bakalářské práce. Z hlediska výsledků výzkumného šetření považuji za důležité faktory, které pacienta dokážou během dodržování stanovených postupů léčby nejvíce ovlivnit, spolupráci se zdravotnickým personálem, úroveň kvality komunikace, srozumitelnost podávaných informací ze strany zdravotnického personálu, obavy z bolesti a obavy z budoucího vývoje pacientovi role ve společnosti.

Komunikační dovednosti pacienti hodnotí velice pozitivně. Byli spokojeni s komunikací ze stran lékařů i sester. Pouze jeden z participantů poukazoval na chování jednoho člena zdravotnického týmu, které se mu jevilo jako nepřijatelné, a tím vznikla nedůvěra pacienta k členům zdravotnického personálu. V oblasti srozumitelnosti podávaných informací si pacienti přímo nestěžovali. Uváděli, že veškeré informace jim byly předkládány. Nepřímo ale z rozhovorů vyplynulo, že více než polovina participantů si v případě nepochopení informace nepožádá o její dovysvětlení a označí vše za srozumitelné. V tomto případě se mohou objevit domněnky ze strany pacienta a prohlubovat jeho úzkost spojenou s celým procesem. Zdravotnický personál nemusí vždy rozpoznat, zdali pacient opravdu všemu dostatečně rozumí, a proto bych doporučil dostatek informačního materiálu v podobě písemné formy.

Dále jsem se zaměřil na obavy z bolesti, které se u všech pacientů v určitých formách promítly. Informace o pooperační bolesti jsou poskytnuty v časně předoperační přípravě a edukace o bolesti je také součástí poskytované pooperační péče. Výsledky šetření byly různorodé. Pacienti ve velké míře počítají s bolestí. Liší se pouze přístup ke zvládnutí pooperační bolesti, kde se ukázalo, že jedna strana nechce pociťovat žádnou bolest a využívá všech prostředků k potlačení bolesti, a na druhé straně jsou pacienti, kteří

někdy neinformují zdravotnický personál o jejím výskytu a snaží se bolest přečkat. Žádný z participantů neuváděl odpověď, která by vykazovala znaky bagatelizace bolesti či nedostatečné řešení bolesti ze strany zdravotnických pracovníků. Eliminaci nebo alespoň minimalizaci bolesti považují za jeden ze základních úkolů dobře zvládnutého pooperačního období.

Obavy z pooperační bolesti doprovázely obavy z budoucího vývoje kvality života pacientů. Ukázalo se, že pacienti nedisponují obavami o své vlastní životy, nýbrž o kvalitu života jejich nejbližších, a to zejména rodinných příslušníků, kteří by se, dle slov participantů, buď nemuseli dokázat vypořádat s různými životními situacemi bez jejich přítomnosti anebo by se stali přítěží pro chod domácnosti. Někteří pacienti neměli problém hovořit o těchto obavách a nacházeli uspokojení v rozhovorech se zdravotnickým personálem nebo v komunikaci s nejbližšími. Ostatní pacienti volili způsob potlačení těchto obav a nepřipouštěli si riziko spojené s operačním výkonem.

4.1 Limity práce

Práce se zabývala celkovým pohledem pacienta na poskytovanou zdravotní péči s důrazem na pacientovu informovanost. Během výzkumu se objevila řada témat, pro které nebyl prostor pro hlubší rozebrání problematiky. Má práce obsahuje výpovědi pacientů po jednom zvoleném plánovaném operačním výkonu. Pacienti, kteří prošli odlišným kardiochirurgickým výkonem mohou mít odlišné názory na poskytovanou péči a odlišnou míru informovanosti o kardiovaskulárních onemocněních.

4.2 Impulsy do budoucna

Téma, které se zaobírá úrovní spokojenosti a informovaností pacientů je velmi široké a každý z výzkumných cílů, které jsem stanovil, by dle mého názoru zasloužil pozornost v samostatném výzkumu. Zejména považuji za společensky významné prozkoumání fenoménu zdravotní gramotnosti laiků a potencionálních pacientů.

4.3 Aplikace do praxe

Výsledky práce se dají použít pro obohacení těch, kteří mají zájem především v oboru kardiochirurgie, ale i pro ty, co rádi využívají materiál, který neobohacuje pouze

teoretickou náplní, ale především praktickou zkušeností. Dle poznatků z teoretických východisek a na základě provedeného výzkumného šetření předkládám návrhy pro praxi, které by mohly vést ke zlepšení informovanosti a celkové spokojenosti pacientů.

1. Vytvořit projekt, která by reguloval informační deficit v předoperační intervenci, vyhledával rizikové pacienty a případně by fungoval nebo přímo odkazoval na potřebnou podporu pacientům v průběhu jejich hospitalizace.
2. Vytvořit vzdělávací materiál pro zdravotnické pracovníky kardiologické kliniky, které by obsahovali nejen teoretické, ale i praktické informace o situacích jako je předoperační příprava pacientů, informované souhlasy, pooperační bolest, rehabilitace, informace před propuštěním, lázeňská péče a ambulantní kardiorehabilitace.
3. Zaměřit se na zdokonalování komunikace s pacientem a prolamování komunikačních bariér mezi zdravotníkem a pacientem, a to v podobě vytvořené literatury, která by napomohla porozumět možnému chování pacienta.
4. Aktualizovat současné informační materiály pro kardiologické pacienty.
5. Vyhledat nejčastěji využívané informační zdroje rizikovou skupinou (lidé ve věku 50 let a více). Tyto zdroje následně obohatit o důvěryhodné informace.

K závěru mohu pouze zmínit myšlenku toho, že každý z nás je individuální osobnost, kterou s ostatními pojí základní potřeby pro naše přežití. Veškerý zdravotnický personál bez ohledu na pracovní pozici s profesionálním přístupem může být pro pacienta velikou oporou, která dokáže daného člověka s jakýmkoliv onemocněním provést celým procesem, aniž by to pacient považoval za špatnou zkušenost.

5. Referenční seznam

ADÁMKOVÁ, Věra a kol. Nemocné srdce, aneb, Nemoc není bezmoc. 1. vydání. Brno: Facta Medica, 2010, 152 s. ISBN 978-80-904260-7-8.

ADÁMKOVÁ, Věra, Petr KAČER, Tereza ČERVINKOVÁ, et al. Pacienti po aortokoronárním bypassu (1971-2016) v IKEM. Postgraduální medicína. Preventivní kardiologie. 2018, 20(Příl.1), 44-46. ISSN 1212-4184.

AMJAD ALI, SARFRAZ MASIH, FAZLE RABBI a ABDUR RASHEED. Effect of nurse led education on anxiety level among coronary artery bypass grafting pre-operative patients, Journals of the Pakistan Medical Association [online]. 2020, 1-13 [cit. 2022-03-22]. ISSN 0030-9982. Dostupné z: DOI:10.47391/JPMA.325

AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. Psychology for medicine. Los Angeles: Sage. 568 p. ISBN 978-1-4129-4690-2

BÁRTLOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 5. přepracované vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013391-0

BÁRTLOVÁ S. et al. Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Praha: Grada: Publishing 176s., 2019. ISBN 978-80-271-2201-1.

BERG, Almuth et al. Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial [NCT00151554]. BMC Nursing [online]. 2006, 5(1), - [cit. 2017-01-09]. DOI:10.1186/1472-6955-5-4. ISSN 1472-6955. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/725477>

BOTÍKOVÁ, Andrea a Ľubica ILIEVOVÁ. Úroveň informovanosti pacientů o jejich právech. Praha: Sestra, 2009, roč. 19, č. 6, s. 27-28. ISSN: 1210-0404.

BRÁT, Radim. Kardiologie pro bakalářské studium. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 56 s. ISBN 978-80-7368-601-7.

CABANOVÁ, Marianna a Tatiana RAPČÍKOVÁ. Zátěžové situácie a etika v prostredí kardiochirurgických operačných sál z pohľadu sestry. In: Cesta k modernému ošetrovatelstvu. 2016, s. 205-213. ISBN 978-80-87347-23-2.

COGAN, Jennifer et al. Patient Attitudes and Beliefs Regarding Pain Medication after Cardiac Surgery: Barriers to Adequate Pain Management. Pain Management Nursing[online]. 2014, 15(3), 574-579 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1016/j.pmn.2013.01.003. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904213000192>

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST [ČKS]. Národní kardiovaskulární program. Česká kardiologická společnost [online]. ©2017 [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://www.kardio-cz.cz/narodni-kardiovaskularni-program-559/>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). 2011, částka 131, s. 4730. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ČESKO. Zákon č. 89/2012 Sb. občanský zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, částka 33, s. 1026-1365. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD [ČSÚ]. Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci. In: Český statistický úřad [online]. ©2015. [cit. 2016-05-20] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyuzivani-informacnich-akomunikacnich-technologii-v-domacnostech-a-mezijednotlivci-vroce-2015>

DYLEVSKÝ, I., 2009. Speciální kineziologie. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1648-0

DYLEVSKÝ, I. Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Bazální stimulace v práci sestry. Sestra (Praha), 2003, roč. 13, č. 1, s. 14-16. ISSN: 1210-0404.

HÁLA, Martin. Ošetrovatelská péče u pacienta s pooperačním deliriem. Florence (Praha), 2011, roč. 7, č. 12, s. 18-21. ISSN: 1801-464X.

HALUZÍKOVÁ, Jana. Úroveň podávání informací z pohledu pacienta. Diagnóza v ošetrovatelství, 2006, Roč. 2, č. 10, s. 412-413. ISSN: 1801-1349.

HALUZÍKOVÁ, Jana. Sledování bolesti u nemocných po kardiochirurgické operaci – aortokoronárním bypassu. Paliativna medicína a liečba bolesti. 2012, 5(2), 59-61. ISSN 1337-6896.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-x.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 4. vyd. Praha: Galén, 2015. 225 s. ISBN: cnb002755935; 978-80-7492-204-6.

HENDL, Jan, Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace [Kniha]. - Praha: Portál, 2008. - 2. aktualizované vydání: str. 408. - ISBN 978-80-7367-485-4.

HEYWOOD, Andrew. Politické ideologie. 4. vyd. Přeložil Zdeněk MASOPUST. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-137-3.

HINKOVÁ, Dagmar. Vliv osobnosti zdravotnického personálu na pacienta v chirurgické intenzivní péči. Jihlava, 2017. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra zdravotnických studií.

HOLČÍK, Jan. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. In: Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem: škola a zdraví pro 21. století, 2011. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, s. 9-17. ISBN: 978-80-210-5533-9. Dostupné z

<http://docplayer.cz/30669168-Skola-a-zdravi-21-2011-vychova-ke-zdravipodnety-ke-vzdelavacim-oblastem.html>

HOŠKOVÁ, Pavlína. Informovanost klientů/pacientů a rodinných příslušníků. Praha: Sestra, 2010, roč. 20, č. 2, s. 28-29. ISSN: 1210-0404.

IRMIŠ, Felix. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: příklady, příčiny, psychosomatika, etika. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-130-8.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vydání. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-80-247-4412-4.

JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. Ošetrovatelská perioperační péče. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3

KACHLÍK, D. Lidské tělo v kostce. Praha: Euromedia Group, 2018. ISBN 978-80-242-6246-8.

KALÁB, Martin. Perioperační péče o pacienta v kardiochirurgii. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 243 s. ISBN: cnb002462574; 978-80-7013-557-0

KAPOUNOVÁ, Gabriela. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 350 s. ISBN: 978-80-247-1830-9.

KOLÁŘ, Jiří. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 4. vyd. Praha: Galén, c2009, 480 s. ISBN: 978-80-7262-604-5.

KOLÁŘ, Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1. Dostupné z:

http://toc.nkp.cz/NKC/201006/contents/nkc20102105014_1.pdf

KRACÍKOVÁ, Nikola. Kardiochirurgická operace z pohledu pacienta. 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Gigalová, Veronika.

KUBŮ, Pavel. Informační zdroje pro pacienty. In: MEDSOFT 2007: sborník příspěvků. Praha: Dům techniky ČSVTS, 1989-2007, s. 119-123. ISSN: cnb001577313.

KUBŮ P., 2014. Informační gramotnost. In ČEVELA, R., et al., Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. Diskomfort sester v péči o umírající pacienty. In Nové trendy ve zdravotnické praxi. Zlín: Academia Centrum UTB ve Zlíně, 2015. ISBN 978-80-7454-525-2.

LEE, Jeewon et al. Perioperative psycho-educational intervention can reduce postoperative delirium in patients after cardiac surgery: a pilot study. International Journal Of Psychiatry In Medicine [online]. 2013, 45(2), 143-58 [cit. 2017-12-10]. ISSN 00912174. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&an=23977818&scope=sie>

LINHARTOVÁ, Věra. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.

LOMOZOVÁ, Lenka. Hodnocení informovanosti pacientů po kardiochirurgické operaci. 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze. Vedoucí práce Burišková, Klára.

MÁLEK, Jiří a Jiří ŠIMEK. Základy komunikace anesteziologa s pacientem a příbuznými. Anesteziologie a neodkladná péče. 2000, 11(6), 279-282. ISSN 0862-4968.

MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. Pacientovo pojetí nemoci I. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80 7392-120-0.

MELLANOVÁ, Alena, Věra ČECHOVÁ, a Marie ROZSYPALOVÁ. Speciální psychologie. 5. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. ISBN 978-80-7013-559-4.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [MZČR]. Strategický cíl 1. zvýšení zainteresovanosti občana na péči o vlastní zdraví. In: Národní strategie elektronického zdravotnictví. [online] ©2016. [cit. 2016-10-12] Dostupné z: http://nsez.mzcr.cz/dokumenty/sc1_12529_31.html

MIOVSKÝ Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu [Kniha]. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. - 2. vydání: str. 332. - ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÝ Michal, et al. Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV [Sborník z konference]. - Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2005. 1. vydání: str. 448. - ISBN 80-244-1159-8.

MLČÁK, Zdeněk. Psychologie zdraví a nemoci. 2. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.

MORONGOVÁ, Adéla. Faktory ovlivňující spokojenost pacientů s poskytnutou ošetrovatelskou péčí. Č. Budějovice, 2015. bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta.

MOROVICSOVÁ, Eva. Nemoc v prožívání člověka. Praha: Mladá Fronta. Sestra. 2006, roč. 22, č. 4, s. 13–14. ISSN 1210-0404.

O'BRIEN, Lisa et al. Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: A survey from the patient's perspective. Australian Occupational Therapy Journal [online]. 2013, 60(6), 404-409 [cit. 2018-02-21]. DOI: 10.1111/1440-1630.12068. ISSN 00450766. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/1440-1630.12068>.

PERLÍK, F. et al., Individualizace farmakoterapie. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2016. ISBN 978-80-7387-636-4.

POKORNÁ, Andrea. Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství. 1. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN: 80-7013-440-2.

PRAŠKO, Ján a Richard ROKYTA, HÖSCHL, Cyril, ed. Emoce v medicíně. Praha: Academia Medica Pragensis, 2011. ISBN 978-80-86694-99-3.

PROCHÁZKA, R. Teorie a praxe poradenské psychologie. Praha: Grada, 2014. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.

PTÁČEK, Radek et al. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, c2011. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek et al. Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Praha: Grada Publishing, 2015. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.

PUNCH, Keith. Základy kvantitativního šetření. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

RÁKOSOVÁ, Andrea. Hodnocení kvality pooperační analgetické péče. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství.

SANTOS, P. et al. Systematic review: Effects of early mobilisation in patients after cardiac surgery. Physiotherapy [online]. 2017, 103(1), 1-12 [cit. 2018-04-08]. DOI: 10.1016/j.physio.2016.08.003. ISSN 00319406.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. Perioperační péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 368 s. ISBN: cnb002633298; 978-80-247-4414-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství v chirurgii I. 1. vydání Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2

SOROUSH Ali, Saeid KOMASI, Mozhgan SAEIDI, et. al. Coronary artery bypass graft patient's perception about the risk factors of illness: Educational necessities of second prevention. *Annals of Cardiac Anaesthesia* [online]. 2017, 20(3) [cit. 2022-03-22]. ISSN 0971-9784. Dostupné z: DOI: 10.4103/aca.ACA_19_17

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV [SÚKL]. Tiskové zprávy k činnosti SÚKL: Průzkum SÚKL odhalil, kde lidé nejčastěji získávají informace o lécích [online]. ©2017 [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/sukl/pruzkum-sukl-odhalil-kde-lidenejcastěji-ziskavaji-informace>

STODOLOVÁ, Paulína a Jana VELIČOVÁ. Specifika komunikace s tracheostomovaným pacientem. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2011, roč. 7, č. 6, s. 32. ISSN: 1801-1349.

STRAESSLE, Rebekka et al. Is a pre-anaesthetic information form really useful? *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* [online]. 2011, 55(5), 517-523 [cit. 2018-02-12]. DOI: 10.1111/j.1399-6576.2011.02422.x. ISSN 00015172. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-6576.2011.02422.x>

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav (ed.), Petr VOJTEK (ed.) a Lenka TESKA ARNOŠTOVÁ. *Zdravotnictví a právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2016, 453 s. ISBN: 978-80-7400-6197.

ŠETINA, Marek. *Historie kardiologie*. Sanquis, 2006, č. 43, s. 28-29. ISSN 1212-6535

ŠETINA, Marek et al. Přehled vybraných kardiologických operací v České republice 2012. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014, 42 s. ISBN 978-80-7472-092-5. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/prehledvybranych-kardiologickych-operaci-cr>

ŠEVČÍK, Pavel a Ivo KŘIKAVA. Pooperační bolest. Urologické listy. 2007, 5(2), 5-13. ISSN 1214-2085. Dostupné také z: http://www.urologickelisty.cz/pdf/ul_07_02_01.pdf

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada. 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠPINAR, Jindřich a Jiří VÍTOVEC. Jak dobře žít s nemocným srdcem. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1822-4.

ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. 1. Vyd. Praha: ASPI, 2007, 243 s. ISBN: 978-80-7357-268-6.

ŠVARŤÍČEK R. a kol. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách [Kniha]. - Praha: Portál, 2007. - 1. vydání: str. 384. - ISBN 978-80-7367-313-0

TOMOVÁ, Šárka a Jana KŘIVKOVÁ. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2016. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

VANÍČKOVÁ, Tereza a Lucie HÁJKOVÁ. Rehabilitace po kardiochirurgické operaci. Praha: Sestra, 2009, roč. 19, č. 5, s. 51–52. ISSN 1210–0404.

VEDROVÁ, Tereza. Možnosti fyzioterapeutické intervence u pacientů před kardiochirurgickým zákrokem. Praha, 2015. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024712628.

VEVERKOVÁ, Lenka. Faktory ovlivňující výskyt dekubitu na chirurgickém pracovišti. In Kongres SSPLR 2019 s mezinárodní účastí 14. – 16. NOVEMBER 2019 Kongres Hotel Chopok, Demänovská dolina. 2019.

VÍTOVEC, Jiří, Lenka ŠPINAROVÁ a Jindřich ŠPINAR. Sekundární prevence po infarktu myokardu – režimové a farmakologické postupy. Interní medicína pro praxi. 2011, 13(5), 202-204. ISSN 1212-7299. Dostupné také z: <http://www.internimediceina.cz/archiv.php>

WATZLAWICK, Paul, BAVELAS, Janet Beavin a JACKSON, Don D. Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy. Hradec Králové: Konfrontace, 1999, 283 s. ISBN: 80-86088-04-9.

WU, Benjamin. Does Perioperative Smoking Cessation Improve outcomes? Clinical Correlations [online]. 2012, 6. [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://www.clinicalcorrelations.org/?p=5115>

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. Základy psychologie pro zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 278 s. ISBN: cnb002223481; 978-80247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9

ZEMAN, Miroslav a kol. Chirurgická propedeutika. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2000. 516 s. ISBN 80-7169-705-2.

ZELINKOVÁ, Magdaléna. Příprava pacientů ke kardiochirurgické operaci. Sestra. 2011, 21(2), 28. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/covers>

Seznam zkratek

ACB – aorto-koronární bypass

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

č. – číslo

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

et al. – kolektiv

kol. - kolektiv

ICHs – ischemická choroba srdeční

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

NANDA – North american nursing diagnosis association

Sb. – sbírka

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

tzv. – takzvaně

UPV – úplná plicní ventilace

VSV – vrozené srdeční vady

VŠ – vysoká škola

WHO – světová zdravotní organizace

Seznam příloh

- 1) Stanovisko etické komise a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče
- 2) Informovaný souhlas
- 3) Schéma struktury rozhovoru

Příloha č. 1 Stanovisko etické komise a náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče



Etická komise
FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Česká republika
Ethics Committee

The University Hospital Kralovske Vinohrady
Czech Republic

☎ Šrobárova 50, 100 34 Praha 10 ☎ 296 472 272 ☎ 267 310 376 ✉ eticka.komise@fnkv.cz

Vážený pan
Adam Votava
Student 2. ročníku bakalářského studia 2. LF UK
Obor Všeobecná sestra

ČJ.: EK-D/03/0/2022

V Praze dne 07. 09. 2022

Věc
Vyjádření Etické komise FNKV k žádosti o povolení dotazníkového šetření pro účely bakalářské práce

K Vaší žádosti ze dne 20. 7. 2022 ve věci povolení dotazníkového šetření na Kardiologické klinice FNKV pro účely zpracování bakalářské práce na téma „**Předoperační a pooperační péče v kardiologii z pohledu pacienta**“ Vám sděluji, že Etická komise FNKV vydává souhlasné stanovisko.

Prof. MUDr. Jan Pachel, CSc.
předseda EK FNKV

Podpis předsedy / místopředsedy EK FNKV

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
ETICKÁ KOMISE



Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, telefon: 267 162 207, fax: 267 163 158 IČO: 00064173

V Praze dne: 29.9.2022
Vyřizuje: Petra Kučerová

**Vážený pan
Adam Votava
Student 2. ročníku bakalářského
studia 2. LF UK
Obor všeobecná sestra**

Věc: **Vyjádření k žádosti o povolení dotazníkové šetření**

Vážený kolego,

k Vaší žádosti ve věci schválení provedení dotazníkového šetření v rámci zpracování bakalářské práce na téma „*Předoperační a pooperační péče v kardiochirurgii z pohledu pacienta*“, Vám sděluji, že souhlasím za předpokladu

- dodržení zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů;
- že poskytnutá data z FNKV jsou pouze pro účely zpracování dané práce a další prezentace dat může být realizována pouze po předchozím písemném souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a řízení kvality zdravotní péče.

S pozdravem

PhDr. Libuše Gavlasová, MPA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a
řízení kvality zdravotní péče

Příloha č. 2 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníků výzkumu

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Předoperační a pooperační péče v kardiochirurgii z pohledu pacienta“.

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- 1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potencionálně) identifikující údaje
- 2) Mlčenlivost výzkumníka ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).
- 3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.
- 4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Adam Votava

Podpis:

Podle zákona č. 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších prepisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V..... dne Podpis:

Příloha č. 3 Schéma struktury rozhovoru

Úvod – Představení mé osoby, představení mé práce a jejího cíle, žádost o souhlas s rozhovorem a popřípadě s nahráváním či zapisováním poznámek z rozhovoru, zodpovědět respondentovi otázky.

Hlavní rozhovor – Vlastní otázky

- 1) Kdo Vám poskytl první informaci o nutnosti operačního výkonu?
 - Jaké další zdroje informací o plánované hospitalizaci jste využil/a?
 - Měl/a jste pocit nedostatku informací před nástupem k hospitalizaci?

- 2) Mohl/a byste mi vyprávět o průběhu hospitalizace před vlastním operačním výkonem?
 - Kdo Vám podal informace o průběhu operačního výkonu?
 - Četl/a jste informovaný souhlas?

- 3) Po vlastním operačním výkonu jste se probudil/a na jednotce pooperační a resuscitační péče. Jaké jsou Vaše zkušenosti po probuzení z anestézie?
 - Co Vás překvapilo, bylo pro Vás něco nepříjemné či naopak příjemné?
 - Cítil/a jste nějakou bolest?

- 4) Byl/a jste spokojený/á s komunikací mezi Vámi a zdravotnickým personálem?
 - Vyvolával ve Vás zdravotnický personál pocit klidu?
 - Máte z období hospitalizace nějakou špatnou zkušenost v oblasti komunikace se zdravotnickým personálem?

- 5) Přišly Vám veškeré podávané informace srozumitelné?
 - Zeptal jste se někoho, když jste něčemu nerozuměl/a?

- 6) Máte pocit dobré spolupráce mezi Vámi a zdravotnickým personálem?
 - Je něco, v čem Vám zdravotnický personál nevyhověl?
 - Překvapilo Vás, jak brzy po operaci jste musel vstávat?
 - Vyvolávalo ve Vás něco nebo někdo pocit nátlaku?

Závěr – Napadá Vás ještě něco důležitého k tématu, o čem jsme nehovořili? Chtěl/a byste se na něco zeptat Vy?

Poděkování – nabídnutí seznámení s výsledky, rozloučení