

Kvalita péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu

Klaudie Bobčíková

Bakalářské práce
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kludie Bobčíková**
Osobní číslo: **H17445**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality péče o pacienta po kardiochirurgickém výkonu.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BULAVA, A. Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory. 1. vyd. Praha: Grada, 2017. 223 s. ISBN 978-80-271-0468-0.

HAUSENLOY, D. J., E. BOSTON GRIFFITHS a D. M. YELLON. Cardioprotection during cardiac surgery. Cardiovasc Res, 2012, vol. 94, no. 2, p. 253-265 DOI: 10.1093/cvr/cvs131.

PLEVOVÁ, I. a kol. Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

VÁLKOVÁ, M. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví [online]. IPVZ, 2015, [cit. 2019-10-08]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>

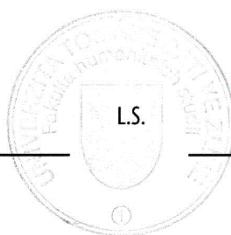
ZEMAN, M. a Z. KRŠKA. Speciální chirurgie. 3. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 2014. 511 s. ISBN 978-80-7492-128-5.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Mgr. Petr Snopek, Ph.D., MBA

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 11. října 2019
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. května 2020



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 8. ledna 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15. 3. 20.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na problematiku kardiochirurgie, nejčastější výkony, operační přístupy a ošetrovatelskou péči o pacienta po výkonu. Popsána je zde i kvalita péče ve zdravotnictví a její hodnocení. Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou kvalitou péče na lůžkových standardních odděleních. V praktické části bylo použito kvantitativní výzkumné šetření, které bylo realizováno technikou dotazníku.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že kvalita poskytované péče z hlediska pacientů je na vysoké úrovni. Hlavní cíl bakalářské práce, zhodnotit spokojenost s kvalitou poskytované péče u pacientů po kardiochirurgické operaci, byl splněn a byl vyhodnocen jako kvalitní. Výsledky jsou diskutovány s dostupnou literaturou.

Klíčová slova: kvalita, péče, pacient, kardiochirurgie, spokojenost

ABSTRACT

The bachelor thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part is focused on the issue of cardiac surgery, the most common procedures, surgical approaches and nursing care of the patient after the procedure. The quality of care in health care and its evaluation are also described here. The main goal of my bachelor's thesis was to determine the satisfaction of patients with the quality of care provided in standard wards. In the practical part, a quantitative research survey was used, which was carried out using the questionnaire technique.

The results of the research survey show that the quality of care provided in terms of patients is at a high level. The main goal of the bachelor's thesis, to evaluate the satisfaction of the quality of care provided to patients after cardiac surgery, was met and was evaluated as high quality. The results are discussed with the available literature.

Keywords: quality, care, patient, cardiac surgery, satisfaction

Prohlášení studenta

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a je totožná s verzí odevzdanou ve IS/STAG.

Uvedla jsem všechny literární prameny a publikace, ze kterých jsem čerpala.

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu panu proděkanovi PhDr.Mgr. Petrovi Snopkovi, DiS. Ph.D za připomínky při psaní bakalářské práce. Také bych chtěla poděkovat své rodině, jak za finanční, tak i psychickou podporu během mého studia.

Motto:

„Hořkost ze špatné kvality v nás zůstává ještě i dlouho potom, co vyvane kouzlo nízké ceny.“

Benjamin Franklin (1706-1790)

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 KARDIOCHIRURGIE	13
1.1 HISTORIE KARDIOCHIRURGIE	13
1.2 SOUČASNOST.....	15
1.3 OPERAČNÍ POSTUPY V KARDIOCHIRURGII.....	15
1.3.1 Operace na zavřeném srdci	15
1.3.2 Operace na otevřeném srdci	15
1.4 OPERAČNÍ VÝKONY	16
1.4.1 Aortokoronární bypass	16
1.4.2 Výkony na chlopních	16
1.4.3 Výkony na hrudní aortě.....	18
1.4.4 Transplantace srdce	18
1.5 MIMOTĚLNÍ OBĚH.....	18
1.5.1 Princip mimotělního oběhu	19
1.6 VROZENÉ VADY SRDCE.....	20
1.6.1 Koarktace aorty	20
1.6.2 Defekt septa síní	20
1.6.3 Defekt septa komor	20
1.6.4 Fallotova tetralogie.....	21
1.7 ZÍSKANÉ VADY SRDCE	21
1.7.1 Mitrální stenóza.....	21
1.7.2 Aortální stenóza	21
2 PÉČE PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI	23
2.1 BEZPROSTŘEDNÍ PÉČE	23
2.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	24
2.2.1 Monitorace	25
2.2.2 Vědomí.....	25
2.2.3 Dýchací systém	25
2.2.4 Výživa	27
2.2.5 Vylučovací systém	27
2.2.6 Péče o invazivní vstupy.....	28

2.2.7	Péče o pacienta s bolestí.....	28
2.2.8	Rehabilitace.....	29
2.3	POTŘEBY PACIENTA PO OPERACI SRDCE	29
2.3.1	Biologické potřeby	30
2.3.2	Psychosociální potřeby.....	31
3	KVALITA PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	32
3.1	DEFINICE KVALITY PÉČE	32
3.1.1	Kvalita péče z pohledu WHO	32
3.1.2	Kvalita péče dle Donabediana.....	32
3.1.3	Kvalita péče ze tří pohledů.....	33
3.2	MĚŘENÍ A VYHODNOCOVÁNÍ KVALITY	33
3.2.1	Indikátory kvality	33
3.2.2	Hodnocení kvality podle Donabediana	34
3.2.3	Indikátory kvality ošetrovatelské péče ANA	35
3.3	STANDARDY ZDRAVOTNÍ PÉČE	35
3.4	STANDARDY OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	35
3.4.1	Typy standardů.....	36
3.4.1.1	Strukturální standardy.....	36
3.4.1.2	Procesuální standardy	36
3.4.1.3	Standardy výsledků.....	36
3.5	AKREDITACE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ	37
3.6	MODEL Y ŘÍZENÍ KVALITY.....	37
3.6.1	Norma ISO	37
3.6.2	Model SAK ČR	38
3.6.3	Model JCAHO/JCIA	38
3.7	KVALITA OČIMA PACIENTŮ – HODNOCENÍ KVALITY	38
3.7.1	Historie projektu.....	38
3.7.2	Projekt Kvalita očima pacientů – KOP	39
3.8	HEALTHCARE INSTITUTE	39
II	PRAKTICKÁ ČÁST	41
4	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	42

4.1	ZÁKLADNÍ CÍLE VÝZKUMU	42
4.2	VÝZKUMNÁ METODA A TECHNIKA	42
4.3	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKOVÝCH POLOŽEK	42
4.4	VÝBĚR ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU	43
4.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	43
4.6	VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	44
4.7	DISKUZE.....	64
ZÁVĚR		70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		76
SEZNAM OBRÁZKŮ		78
SEZNAM TABULEK.....		79
SEZNAM PŘÍLOH.....		82

ÚVOD

V minulých letech bylo provedení kardiochirurgické operace velmi náročné. Historie sebou nese spoustu nedokonalých postupů, výkonů a s tím souvisí časté pooperační komplikace, které měly za následek vysokou pooperační úmrtnost. Postupem času docházelo ke zlepšování techniky, častějším výkonům na srdci, použití mimotělního oběhu a zlepšení pooperační péče. Tím docházelo i ke zlepšování kvality poskytované péče a snižování pooperačních rizik. Počet kardiochirurgických operací se od roku 2007-2018 ročně pohybuje v ČR mezi 8 500 až 9 000. Mezi nejčastější typy operací na srdci patří aortokoronární bypass a výkony na chlopních. Věková hranice se u operací srdce každým rokem zvyšuje. Průměrný věk pacientů s provedenou kardiochirurgickou operací je 65 let. V dnešní době je pacient obklopen spoustou vylepšené techniky, monitorovacích systémů, a proto můžeme říct, že péče, kterou poskytujeme je kvalitní. Pacient, ale nehodnotí kvalitu převážně podle techniky, ale hlavně, zdali jsou uspokojeny všechny jeho potřeby v době nemoci nebo nikoliv.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zmiňuji o historii kardiochirurgie, současnosti, operačních postupech a výkonech, principu mimotělního oběhu, vrozených a získaných vad srdce. Druhá kapitola se věnuje péči po kardiochirurgických operacích. V této kapitole popisují ošetrovatelskou péči po operaci srdce a potřeby pacienta během doby hospitalizace. V poslední kapitole jsem se zaměřila na kvalitu péče ve zdravotnictví, která zahrnuje měření a vyhodnocování kvality, standardy ošetrovatelské péče a modely řízení kvality.

V praktické části jsem se věnovala výzkumnému šetření, jehož hlavním cílem bylo zjistit spokojenost pacientů s kvalitou péče po kardiochirurgické operaci.

Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, protože mě obor kardiochirurgie velmi zajímá a taky proto, že jako studentka jsem měla možnost navštívit oddělení pro pacienty po operaci srdce, které mi bylo velmi blízké a zaujalo mě. Měla jsem možnost navštívit, jak anesteziologické, tak i standardní lůžkové oddělení, kde jsem uskutečnila své dotazníkové šetření, které je zobrazeno v mé praktické části.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KARDIOCHIRURGIE

Obor kardiologie nebo – li chirurgie srdce zahrnuje nejen léčbu vrozených a získaných srdečních vad a chorob, ale i operace hrudní aorty a plicnice. V kardiologii je důležitá týmová práce, na které se podílí nejen kardiologové, ale i anesteziologové, perfuzionisté, kardiologové, radiologové a spousta dalších. K úspěšnému zakončení operace je nejen nutné perfektní provedení vlastní operace, ale i správná předoperační diagnostika a zároveň i kvalitní pooperační péče. (Dominik, 1998, s.10; Zeman a Krška, 2014, s. 303).

1.1 Historie kardiologie

Kardiologie je jeden z nejmladších chirurgických oborů. Až do konce 19. století bylo totiž srdce považováno za nedotknutelný orgán. V té době se totiž předpokládalo, že každá rána potřebuje ke svému zhojení absolutní klid. Jenže srdce byl orgán, který nemohl zůstat v klidu, proto se předpokládalo, že rána na srdci se nemůže zhojit. Tuto předpověď prolomil až roku 1896 Ludwig Rehn, kdy úspěšně sešil bodnou ránu pravé srdeční komory. U nás v prvním desetiletí 20. století tuto operaci poprvé provedl Emanuel Rychlík (Pirk, 2019, s. 14).

Na počátku 20. století je však možné zaznamenat řadu aktivit v oblasti kardiologické fyziologie a experimentální chirurgie srdce. Roku 1908 se Trendelenburg pokusil o první embolektomii z arteria pulmonalis, která byla bohužel neúspěšná. Další oblastí, která velmi přitahovala pozornost lékařů převážně chirurgů byly vrozené srdeční vady. Jedna z prvních operovaných srdečních vad byla otevřená tepenná dučej. Otevřený ductus poprvé úspěšně zavřel R. E. Gross v roce 1935, díky čemuž se proslavil v cévní a moderní srdeční chirurgii. Období na konci války a krátce po válce bylo obdobím nového rozvoje kardiologie a přineslo spoustu nových pokroků nejen v chirurgické léčbě. V roce 1944 provedl Alfred Blalock první úspěšnou anastomozující operaci u jedenácti – měsíční dívky, která měla Fallotovu tetralogii. Byla to první operace, kterou kardiologové provedli z iniciativy kardioložky Helen Taussigové (Pirk, 2019, s. 15; Čerbák, 2013, s. 168-171).

Prvními operacemi ve světové kardiologii byly operace vrozených srdečních vad, kdy jednou z nich byla operace koarktace aorty s anastomózou end-to-end, kterou provedl v roce 1944 dr. Crawford. U nás se tyhle operace prováděly s relativně malým zpožděním. První z nich byla operace tepenné dučeje v roce 1947 a v roce 1949 koarktace aorty (Pirk, 2019, s. 15).

Zcela nový rozvoj oboru kardiochirurgie nastal v 50. letech 20. století, kdy se kardiochirurgie plně rozvinula v rozsáhlý a všestranný program. Avšak aby se mohla plně rozvinout, bylo za potřebí mnoho dalších objevů, které nám jsou v dnešní době tak samozřejmé, že nám to ani nepřijde, že by se kardiochirurgie bez nich neobešla. Jedním z nich jsou např. katetrizace srdce, arteriografie, objevení heparinu nebo defibrilačního přístroje (Pirk, 2019, s. 14; Zeman a Krška, 2014, s. 303).

Průlomovým rokem se stal rok 1953, kdy Gibbon poprvé sestrojil a použil mimotělní oběh při výkonu defektu septa síní. U nás tuto operaci poprvé zahájil Jan Navrátil v roce 1958. Postupem času bylo jednodušší nahrazovat i postižené srdeční chlopně umělými či biologickými (Pirk, 2019, s. 15; Hausenloy, D. J., E. Boston Griggthis, a D. M. Yellon, 2012, s. 254).

Důležitým mezníkem v historii je i transplantace srdce, kterou provedl jako první na celém světě Christian Bernard v roce 1967. V té době se na tu operaci připravovali ještě další dva známí američtí kardiochirurgové Shumway a Kantrowitz, kteří se pak podíleli na rozšíření této procedury. V průběhu 60. – 90. let minulého století se kardiochirurgie rozvíjela ve všech vyspělých státech, kde hlavní dominantou byla léčba chlopenních vad, ischemické choroby srdeční, ale i léčba hrudní aorty. Můžeme říct, že v České republice byla tři pionýrská pracoviště kardiochirurgie. Bylo to pracoviště v Hradci Králové, dále brněnské pracoviště na II. Chirurgické klinice v Brně a pracoviště na Klinice dětské chirurgie v Dětské fakultní nemocnici v Praze (Pirk, 2019, s. 15; Čerbák, 2013, s. 168-171; Dominik, 2010, s. 369).

Za největší změnu v naší škále operovaných pacientů vdčíme pokrokům v intenzivní péči, anesteziologii, perfuziologii, farmakoterapii, monitoraci, přístrojovém vybavení, možnostem použít moderní eliminační metody a v neposlední řadě i možnosti použít srdeční podpůrné systémy. Tyto všechny systémy a programy umožňují v dnešní době provádět vysoce náročné kombinované výkony na srdci i u starých a rizikových nemocných s polymorbidní anamnézou. Díky výše uvedeným pokrokům mohou dnes být operováni i nemocní, kteří by ještě před několika lety byli odmítnuti pro vysoký věk nebo závažná průvodní onemocnění (Dominik, 2010, s. 370; Zeman a Krška, 2014, s. 303).

1.2 Současnost

Současnost nám přinesla spoustu nových technologií, monitorovacích systémů, které nám v dnešní době umožňují sledovat všechny pacientovi základní životní funkce, a to jak během vlastní operace, tak i v pooperačním období.

Léčba srdečních vad se v dnešní době posunuje stále do nižších kategorií, a proto je možné operovat jak novorozence, kojence tak i děti předškolního věku a dopřát jim bezstarostný život bez dalších následků. Naopak je to u starších pacientů, kdy se věková hranice posunuje stále výš (Zeman a Krška, 2014, s. 303).

1.3 Operační postupy v kardiologii

Chirurgická léčba vrozených srdečních vad může být korektivní nebo paliativní. Pojem korektivní léčba znamená plnou a trvalou nápravu srdečních vad, zatímco paliativní jen dočasně zlepšuje stav pacienta a zabraňuje dalším orgánovým poškozením. I přesto po paliativním operačním výkonu následuje radikální korekce srdeční vady.

Z jiného pohledu se kardiologické výkony dále dělí na operace na zavřeném a otevřeném srdci. Hlavním rozdílem je, že operace na uzavřeném srdci jsou možné bez mimotělního oběhu, zatímco operace na otevřeném srdci, se bez mimotělního oběhu neobejdou (Zeman a Krška, 2014, s. 303).

1.3.1 Operace na zavřeném srdci

Operace na zavřeném srdci je výkon, který je uskutečněn bez použití mimotělního přístroje. Jsou to převážně operace perikardu a velkých cév. V současné době operace na tzv. zavřeném srdci tvoří již jen nepatrnou část. V dětské kardiologii tvoří operace na zavřeném srdci stále velké procento všech srdečních operací. Řadí se sem např. operace otevřené tepenné dučeje, koarktace aorty a spousta dalších spojkových operací (Dominik, 1998, s. 11).

1.3.2 Operace na otevřeném srdci

U operací na otevřeném srdci je nutností použití přístroje pro mimotělní oběh. Při takové operaci může chirurg provést i nejnáročnější rekonstrukční výkony uvnitř srdce pod zrakovou kontrolou. Přesto stále platí zásada, že čím kratší je doba mimotělního krevního oběhu,

tím lepší je pooperační průběh a výsledek operace (Zeman a Krška, 2014. s. 303; Dominik, 1998, s. 11).

Srdeční operace se provádějí v celkové normotermii nebo hypotermii. Hypotermie je snížení tělesné teploty pod normu, vede ke snížení nároků orgánů na přísun kyslíku, ale jedná se taky o patologický stav, který může vyvolat pokles některých orgánových funkcí. Hlavním cílem celkové hypotermie je ochrana mozku před hypoxií (Čoupková, Marcián, Marciánová, Příkrylová, Rážková, Slezáková, 2019, s. 175).

1.4 Operační výkony

Mezi nejčastější onemocnění, která se řeší chirurgickou cestou patří ICHS, postižení chlopní a hrudní aorty.

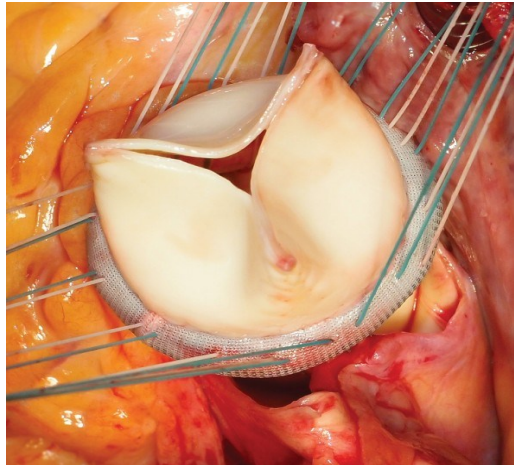
1.4.1 Aortokoronární bypass

Hlavním principem výkonu je přemostění zúžených věnčitých tepen cévním štěpem. Tím zajistíme přívod okysličené krve do oblasti myokardu zásobovaného uzavřenou tepnou. CABG je stále více preferovanou strategií pro koronární revaskularizaci. Při těchto operacích bylo za posledních 10-20 let operační riziko nižší, než je tomu v dnešní době, kdy pacienti více trpí komorbiditami, což přispívá k vyšším rizikům spojeným s operačním výkonem (Hausenloy, D. J., E. Boston Griggthis, a D. M. Yellon, 2012, s.254; Kolář, 2009, s. 423).

1.4.2 Výkony na chlopních

Obecnou zásadou při chirurgické léčbě chlopenních vad je snaha zachovat vlastní chlopeň pacienta, tedy pokusit se o plastiku chlopně ještě před její samotnou náhradou (Němec, 2006, s. 56).

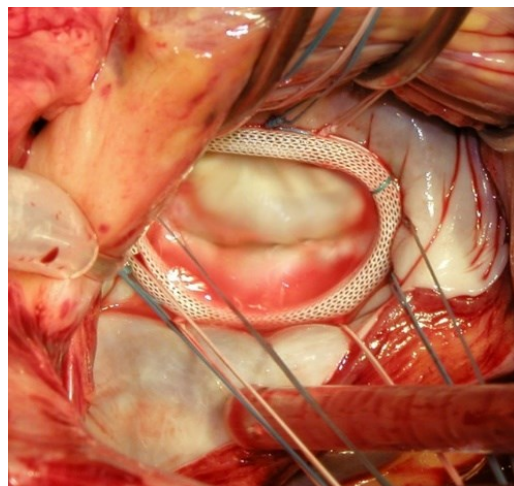
- Náhrada srdeční chlopně – V případě neúspěšné plastiky je chlopeň nahrazena chlopní mechanickou nebo biologickou (Kolář, 2009, s. 423).



Obrázek 1 Náhrada srdeční chlopně biologickou

(Zdroj: <https://www.fnhk.cz/kch/chlopenni-vady/chirurgicka-lecba-chlopenniho-postizeni/nahrada-chlopne>)

- **Plastika** – Rekonstrukce chlopně je možná u většiny pacientů. Chlopeň je nahrazena pouze v případě neúspěšné plastiky nebo strukturálních změn. Plastiky chlopní přispívají k zachování lepší funkce než samotná náhrada (Kolář, 2009, s. 423; Němec, 2006, s. 61).



Obrázek 2 Plastika mitrální chlopně

(Zdroj: <https://www.fnhk.cz/kch/chlopenni-vady/chirurgicka-lecba-chlopenniho-postizeni/plastika-chlopne>)

1.4.3 Výkony na hrudní aortě

- Aneurysma – je definováno jako rozšíření průměru aorty, které má na svém průřezu vřetenovitý nebo méně často vakovitý tvar. Léčba výdutí je pouze chirurgická a spočívá v náhradě rozšířeného úseku protézou (Němec, 2006, s. 71; Bulava, 2017, s. 203).
- Akutní aortální syndromy – mezi akutní aortální syndromy patří nejen klasické disekce aorty, ale i dvě nová onemocnění – penetrující vřed a intramurální hematom (Šteiner, 2005, s. 7).
 - Disekce aorty – je akutní stav při kterém dochází k „rozštěpení“ cévní stěny neboli ke vzniku trhliny aorty, kudy prochází krevní proud a vytváří tzv. lumen aorty. Disekce aorty je akutní stav, který může pacienta ohrozit na životě, zvláště při neléčení a nerozpoznání nemoci (Vejvoda, Alan a Ošťádal, 2005, s. 159).
 - Penetrující vřed aorty – jedná se o chronické postižení, které je spojeno s aterosklerózou. Příčinou této formy je ulcerace, která později bývá příčinou přítomnosti krve nebo vzniku trombu v oblasti medie aorty.
 - Intramurální hematom – jedná se o stav, kdy dochází k tvorbě hematomu v aortální stěně bez patrného toku krve (Bulvas, 2018, s. 102).

1.4.4 Transplantace srdce

Transplantaci srdce indikujeme u pacientů s velmi těžkou pokročilou fází srdečního selhání, u nichž nezabírá už žádná medikamentózní léčba a není zde jiné řešení. Z hlediska diagnózy jsou k transplantaci srdce doporučeni pacienti s dilatační kardiomyopatií a s ischemickou chorobou srdeční. Někteří pacienti jsou přeposíláni přímo do kardiocentra s programem transplantace srdce, jelikož splňují kritérium jednoznačného selhání srdce. Tito pacienti jsou ve IV. třídě funkční klasifikace NYHA, a proto vyžadují neustálý dohled (Pirk, 2019, s. 176).

1.5 Mímotělní oběh

Mímotělní oběh je technické zařízení napojené na krevní oběh pacienta. Po dobu zástavy srdce nahrazuje veškerou jeho činnost a taky činnost plic. Umožňuje nejen oxygenaci or-

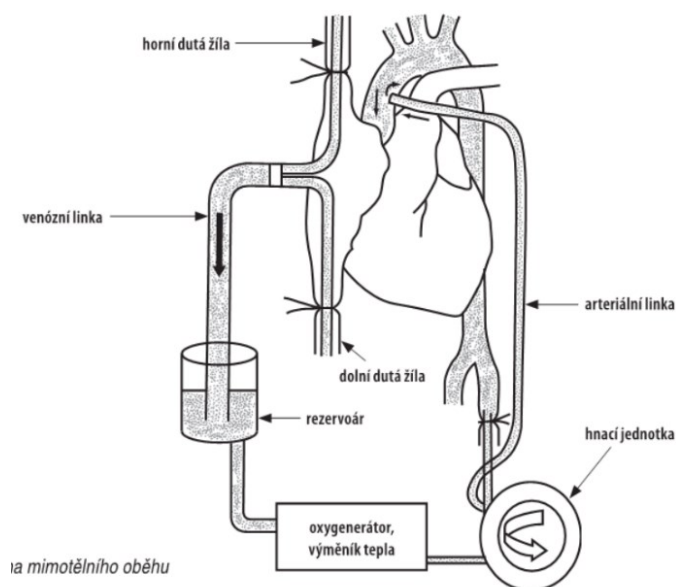
ganismu, ale i ochlazování a ohřívání krve. Nejdůležitější funkcí mimotělního oběhu je, že se umožňuje operace srdce, aniž by byla krev v operačním poli (Pirk, 2019, s. 51).

1.5.1 Princip mimotělního oběhu

Přístroj pro MTO nahrazuje, jak už bylo řečeno, veškerou činnost srdce. Zajišťuje tedy jednak cirkulaci a taky okysličování krve.

Žilní krev pacienta je odváděna jednou kanylou z pravé síně např. při výkonech na aortální chlopni nebo dvěma kanylami z horní a dolní duté žíly při výkonech na mitrální nebo trikuspidální chlopni. Poté krev putuje venózní linkou do rezervoáru a z tam odtéká přes hlavní rotační pumpu do oxygenátoru, kde probíhá výměna plynů a krev je zde okysličená a zbavena oxidu uhlíku. Okysličená krev se vrací zpět do pacienta tepennou linkou přes arteriální filtr. Taková krev se v poslední řadě vrací kanylou do aorty nebo femorální či axilární tepny. Další součástí oxygenátoru je i komora, která umožňuje krev dle potřeby ohřívát nebo ochlazovat (Pirk, 2019, s. 53; Němec, 2006, s. 11).

Během MTO musí být dodrženy určité hodnoty tlaků a průtoků, aby byla zaručená dostatečná perfuze všech orgánů a tkání organismu. Abychom zabránili vzniku trombů je důležitá celková heparinizace pacienta během MTO (Němec, 2006, s. 11).



Obrázek 3 Schéma mimotělního oběhu

(Zdroj: Slezáková a kol., Ošetřovatelství v chirurgii I, s. 169)

1.6 Vrozené vady srdce

Vrozené srdeční vady charakterizujeme jako anomálie anatomické struktury srdce a velkých cév (Sovová, Řehořová, 2004, s. 97).

Z praktického hlediska rozlišujeme vrozené vady na kritické, které vyžadují okamžitý chirurgický zákrok, jelikož zde hrozí srdeční selhání nebo hypoxie organismu. Jedná se převážně o novorozence v poporodním stavu. Jejich opakem jsou vrozené vady ostatní, které mají mírnější průběh a jejich chirurgická léčba je operována plánovaně, která se provádí většinou v batolecím nebo předškolním věku (Němec, 2006, s. 23).

1.6.1 Koarktace aorty

Vzniká zúžením aorty na začátku sestupné hrudní aorty pod odstupem levostranné arteria subclavia v místě aortálního istmu. Koarktace aorty vytváří překážku krevního toku, a proto dochází k arteriální hypertenzi nad místem zúžení. Tato vada je často v kombinaci s otevřenou tepennou dučejí nebo defektem septa komor. Operaci aorty je vhodné plánovat u dětí kolem druhého nebo třetího věku, abychom se vyvarovali systémové hypertenzi v dospělosti (Němec, 2006, s. 24).

1.6.2 Defekt septa síní

Vyskytuje se nejčastěji v oblasti fossa ovalis a vzniká neúplným uzávěrem septa síní. Při defektu síní dochází ke zkratu okysličené krve z levé síně do pravé komory, a to způsobuje přetížení pravé komory srdce. V takovém stavu může dojít u pacientů k palpitaci a pravostrannému srdečnímu selhání (Sovová, Řehořová, 2004, s. 98).

1.6.3 Defekt septa komor

Jedná se o nejčastější vrozenou srdeční vadu v dnešní době. Často se vyskytuje s jinými vadami např. defekt síňového septa nebo stenóza plicnice. (Němec, 2006, s. 28)

Při defektu komor dochází podobně jako u defektu síní ke zkratu, ale v tomto případě se jedná o zkrat krevního oběhu z levé komory do pravé komory, což má za následek hypertrofii pravé i levé komory. Častěji ale vzniká plicní hypertenze (Sovová, Řehořová, 2004, s. 98).

1.6.4 Fallotova tetralogie

Fallotova tetralogie patří k nejčastějším cyanotickým vrozeným srdečním vadám. Tvoří ji 4 anomálie srdce: stenóza plicnice, hypertrofie pravé komory, nasedající aorta nad defekt komorového septa a samotný defekt komorového septa. Stenóza plicnice způsobuje špatné proudění krve do plic, z toho důvodu musí odkysličená krev proudit přes defekt komorového septa do levé komory, aorty a odtud do systémového řečiště. Dochází tedy k mísení okysličené a neokysličené krve, a proto orgány nemají dostatek přísunu kyslíku (Němec, 2006, s. 34).

1.7 Získané vady srdce

Získané vady srdce můžeme rozdělit na chlopenní a zkratové, z čehož chlopenní vady srdce jsou více časté.

1.7.1 Mitrální stenóza

„Mitrální stenóza je srdeční vada charakterizovaná omezeným přečerpáváním krve ze síní do komor následkem zúžení ústí chlopně.“ (Kolář, 2009, s. 416).

Jednou z častých příčin mitrální stenózy je revmatická karditida, při které dochází k fibróze chlopně, srůstům komisur, ale i jizvení chlopně. Častější příčinou jsou degenerativní změny převážně u starších osob. Patologické změny při mitrální stenóze způsobují zúžení ústí, čímž omezují přečerpávání krve z levé síně do levé komory. Čím větší je zúžení ústí, tím vyšší je tlak mezi síní a komorou. V takovém případě dochází k dilataci levé síně a časté fibrilaci síní. Přetrvávající tlakové přetížení levé síně a plicního řečiště vede ke vzniku plicní hypertenze (Sovová, Řehořová, 2004, s. 102; Kolář, 2009, s. 416).

1.7.2 Aortální stenóza

Příčina aortální stenózy úzce souvisí hlavně s věkem pacienta. U starších lidí je příčina spíše degenerativní onemocnění chlopně, kdežto u mladších pacientů vzniká jako důsledek stenózy revmatické změny (Němec, 2006, s. 57).

Aortální stenóza způsobuje poruchu toku krve do aorty, která postupně vede ke vzniku vysokého tlaku v levé komoře a následné hypertrofii. Z hlediska symptomatologie je pro toto onemocnění typické dlouhé bezpříznakové období. V případě, že se ale nemoc projeví,

je pro aortální stenózu typická triáda: dušnost, synkopa a stenokardie (Němec, 2006, s. 57; Sovová, Řehořová, 2004, s. 106).

2 PÉČE PO KARDIOCHIRURGICKÉ OPERACI

Pooperační průběh i monitorace u pacientů po kardiochirurgické operaci se v mnohém odlišuje od jiných operací (Šetina a kol., 2005, s. 46).

Pro zotavení stavu po výkonu, jsou pacienti po kardiochirurgických operacích transportováni na lůžka jednotky intenzivní péče. Doba strávená na oddělení se zcela odvíjí od stavu pacienta, může být v řádu dní nebo i týdnů. Na pooperačním stavu se podílí spousta dalších faktorů např. postižení kardiální funkce, přidružené komorbidity pacienta či rozsah chirurgického výkonu. Prvním krokem je základní vyšetření a stabilizace pacienta. V dnešní době se pacienti, co nejdříve odpojují od umělé plicní ventilace. Je to trend, který vede k nejrychlejší vigilizaci pacienta.

Péče po kardiochirurgických operacích je dlouhodobá. Pacienti musí být poučeni o farmakologické i nefarmakologické léčbě i o možných nežádoucích účincích léků. I přesto, že pacienti nemusí mít subjektivní potíže je doporučena komplexní léčba a pravidelné kontroly svého zdravotního stavu (Pirk, 2019, s. 241).

2.1 Bezprostřední péče

Cílem pooperační péče je co nejdříve pacienta vrátit do běžného života. Bezprostřední péče je období ukončení a doznívání anestezie, kdy dochází k obnově bdělosti pacienta a návratu obranných reflexů. Z hlediska práce sestry se jedná o velmi rizikové období, kdy se péče zaměřuje převážně na sledování vitálních funkcí, prevenci vzniku komplikací, zvládnutí bolesti a taky na péči o psychický stav pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 47; Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 291).

U většiny kardiochirurgických operací je pacient uložen v poloze na zádech. V případě minimálních invazivních výkonů je možné pacienta natočit do pronační polohy s vypodložením pravé nebo levé poloviny hrudníku. Poloha přímo na pravém boku je nutná u operací koarktace aorty nebo u rozsáhlých výkonů na sestupné aortě. Pacient, který je plně zajištěný a zaintubovaný je v doprovodu anesteziologa a chirurga odvezen na jednotku intenzivní péče k pooperačnímu sledování. U pacienta jsou nadále sledovány všechny vitální funkce s minimální frekvencí záznamu každou hodinu. Důraz je kladen zejména na změny ve vývoji EKG, vědomí, změny tělesné teploty, ventilační parametry, pulsní oxymetrii, invazivní krevní tlak, centrální venózní tlak a hodinovou diurézu. (Kaláb, 2013, s.26-27)

K dalším standardním postupům sledování zdravotního stavu patří prevence TEN, prevence infekčních komplikací, péče o operační ránu a časná RHB. Nutná je taky pooperační analgezie. V laboratoři jsou sledovány hodnoty krevního obrazu, koagulace, krevních plynů, renálních funkcí, minerálů, acidobazické rovnováhy a markerů. Každou hodinu se zjišťují a zapisují krevní ztráty odcházející do drénů (Kaláb, 2013, s.26-27; Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 291).

Komplikacemi, se kterými se můžeme v bezprostřední pooperační péči setkat jsou krvácení, která vyžadují urgentní revizi, poruchy srdečního rytmu, ischemické změny na EKG nebo delirantní stavy. Délka pobytu na pooperační JIP bývá obvykle jeden až dva dny, ale všechno se to odvíjí od stavu pacienta. V případě nekomplikovaného stavu je poté pacient přeložen na jednotku intermediální péče, kde je doladěna kardiologická medikace a celkové zlepšení stavu. Nakonec se pacient překládá na standardní oddělení, kde se sleduje hlavně hojení ran a probíhá zde intenzivní rehabilitační péče. V této fázi je nadále důležité sledovat BT a pravidelně pacienta vážit a měřit, aby nedošlo ke hromadění tekutin v těle. Obvykle šestý den po operaci je pacient propuštěn do domácí péče (Kaláb, 2013, s.26-27).

2.2 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče v intenzivní péči zahrnuje vysoce specializovanou péči o těžce nemocné za použití náročné zdravotní techniky. Péče je orientována zejména na udržení základních životních funkcí a saturaci základních potřeb pacienta. Péče zahrnuje veškerou celkovou hygienu pacienta, péči o lůžko, polohování a mobilizaci. Dále pak sem řadíme péči o dýchací cesty, invazivní vstupy, výživu a důležitou součástí je i psychická podpora. Je důležité vidět pacienta jako bio-psycho-sociální a spirituální jednotu a posuzovat jeho potřeby, které vyžaduje. Všechny ošetřovatelské intervence by měly vést k postupné samostatnosti a soběstačnosti pacienta (Janíková, Zeleníková, s. 54; Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 293).

V intenzivní péči je důležitá hlavně monitorace pacienta. Nejvyužívanější metodou monitorace je kombinovaný monitoring, kdy je monitor jak u lůžka nemocného, tak je využíván i centrální monitor (Kapounová, 2007, s. 33).

2.2.1 Monitorace

Pojem monitorování označuje soubor činností, které slouží ke sledování aktuálního stavu pacienta. Nejedná se o léčebnou metodu, ale pouze o zdroj, sloužící k volbě odpovídající léčbě. Může probíhat v určité časové jednotce nebo kontinuálně. K základním monitorovaným parametrům patří srdeční tepová frekvence, dechová frekvence, tělesná teplota, laboratorní hodnoty krevního obrazu taky saturace hemoglobinu kyslíkem a diuréza. V intenzivní péči se můžeme setkat i s monitorací činnosti zdravotnických přístrojů, které slouží především k podpoře těchto funkcí. Jejich cílem je včasné odhalení patologických jevů (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 81).

Mezi základní monitorovací systémy patří snímání EKG křivky, která slouží k monitorování srdečního systému. Měření EKG slouží nejen k měření srdeční frekvence a rytmu, ale i odhalení různých srdečních poruch. Dále slouží ke sledování účinků léků nebo ke sledování funkce kardiostimulátoru. U kardiologických pacientů je důležité natáčet 12svodové EKG, alespoň jednou denně (Kapounová, 2007, s. 35).

2.2.2 Vědomí

Mezi metody, kterými se hodnotí stav vědomí u pacienta po operaci srdce, můžeme pro začátek zařadit kladení otázek. Jestliže pacient neodpovídá, oslovíme jej ještě jednou a zřetelněji. Pokud nemocný stále nereaguje je možnost využití taktilních podnětů, kam řadíme dotknutí pacienta nebo zatřesení ramenou (Kapounová, 2007, s. 198)

K nejpoužívanějším škálám hodnotící stav vědomí je klasifikace GCS (viz. Příloha III), kde hodnotíme otevření očí, motorickou a slovní odpověď. Výsledné hodnoty se pohybují v rozmezí 3–15, přičemž 15 znamená plné vědomí a hodnota 3 naopak hluboké bezvědomí. Hodnoty, které jsou nižší než 8 značí těžkou poruchu vědomí, který vyžaduje zajištění DC (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 106).

2.2.3 Dýchací systém

Monitorace dýchacího systému patří k základním sledovaným parametrům. Mimo to, že dechovou frekvenci můžeme sledovat pohybem hrudníku, jsou další možnosti, jak sledovat a zaznamenávat dech. Jednou z možností je metoda, založená na sledování změn elektrického odporu hrudníku při dechových exkurzích pomocí elektrod, které jsou součástí sledování srdeční frekvence a EKG rytmu. Tato metoda je, ale zatížena velkou chybovostí, ne-

boť pohyby hrudníku mohou souviset, jak s dýcháním, tak i pohyby pacienta. Proto nejvíce užívanou metodou u pacientů na umělé plicní ventilace je monitorace přímo dýchacím přístrojem (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 81).

Další součástí, která slouží k měření dýchacího systému je kapnometrie. Je to metoda, při které se měří hodnota CO₂ na konci výdechu. Koncentrace CO₂ nám umožňuje posouzení alveolární ventilace. Snímač, který tohle měření umožňuje, může být součástí monitoru (Kapounová, 2007, s. 35).

Nejběžnější a nejužívanější metodou zajištění průchodnosti dýchacích cest je tracheální intubace. Zajišťuje ochranu DC před aspirací žaludečního obsahu, slin nebo i krve. Další možností zajištění DC je tracheostomie. Tento způsob je zajištěn hlavně u pacientů, u kterých se předpokládá dlouhodobá ventilační podpora nebo nelze pacienta zaintubovat. Dále se tento způsob využívá u pacientů, kteří trpí dlouhodobou poruchou vědomí nebo mají hraniční ventilační rezervu. Výhodou tracheostomie je trvalý přístup do dýchacích cest, tím pádem dochází k usnadnění toalety dýchacích cest, snazší manipulace s pacientem, většího komfortu nemocného nebo usnadnění fáze odpojování od ventilátoru (Kapounová, 2007, s. 220).

Péči o dýchací cesty u spontánně ventilujícího pacienta je třeba zajistit v případě špatného polykání nebo neefektivního odkašlávání. V tom případě se provádí tzv. orofaryngeální nebo nazofaryngeální odsávání. Cílem odsávání je udržet dýchací cesty průchodné a udržet správnou ventilaci pacienta. Nedílnou součástí je i péče dutinu ústní, která skrze otevřená ústa vysychá již po 30 minutách (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 294).

Všeobecná sestra zajišťuje u zaintubovaného pacienta veškerou ošetrovatelskou péči. Jejím úkolem je zajištění toalety dýchacích cest, kam řadíme tracheální odsávání, poté pravidelnou kontrolu tracheostomické kanyly a kontrolu tlaku v obturační manžetě. Odsávání se u pacientů provádí buď uzavřeným nebo otevřeným způsobem. Proces odsávání pacient vnímá jako velmi nepříjemný a traumatizující proces, proto je třeba jej odsávat co nejméně a co nejkratší dobu. Při odsávání je důležité si kanylu fixovat rukou, aby nedošlo k její dislokaci. U kritických pacientů je potřeba sledovat monitor EKG, jelikož tento traumatizující proces může způsobovat bradykardii. Ke komplikacím tracheálního odsávání řadíme hlavně poškození sliznice, zanesení infekce do DC nebo i zvýšení nitrolebního tlaku. Součástí péče o dýchací cesty nemocného s invazivním zajištěním DC je snaha předejít nozokomiálním nákazám. U intubovaných pacientů hrozí riziko vzniku ventilátorové pneumonie.

Nejúčinnějším faktorem v její prevenci je poloha horní poloviny těla, která by nikdy neměla být menší než 10°. Optimální polohou v prevenci ventilátorové pneumonie (VAP) je poloha horní poloviny těla v rozmezí 30-40° (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 295; Kapounová, 2007, s. 224-227).

2.2.4 Výživa

Stav výživy je důležitý sledovat již v době předoperační s cílem předejít malnutrici, která by s sebou přinesla zhoršenou rekonvalescenci po operaci. Vhodná nutriční terapie může snížit riziko úmrtí a omezit tak počet pooperačních komplikací.

Příjem tekutin a potravy patří k základním potřebám každého člověka. Pacientům po operaci srdce, kteří jsou umístěni na oddělení ARO nebo JIP je indikována dieta č. 9 (diabetická) z důvodu udržení hladiny glykémie do 7 mmol/l. Při dlouhodobém zvýšení hladiny glykémie může totiž dojít ke špatnému hojení operační rány. Umělá výživa má v intenzivní péči nenahraditelné místo. Hlavním důvodem podávání umělé výživy je nemožnost nahradit dostatečný příjem potravy normální formou. Pacienti, u kterých není pravděpodobnost obnovení plného příjmu do tří dnů, by měli dostávat umělou enterální výživu. Aby tato možnost byla proveditelná, je důležité, aby byl funkční zažívací trakt. V případě, že využití zažívacího traktu není možné, je indikována parenterální výživa, která se podává přímo do žilního systému. Postoupnou realimentaci je vhodné doplnit sippingem, který může mít pozitivní vliv na pooperační zotavování (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 187; Janíková, Zeleníková, 2013, s. 55).

2.2.5 Vylučovací systém

Pacient by se měl vymočit přibližně do 6-8 hodin po výkonu. Pokud se tak neuskuteční je možné jej podpořit fyzikálními prostředky nebo zavedením permanentního močového katetru. Močení je třeba sledovat i v následujících pooperačních dnech. Peristaltika by se u pacientů měla obnovit za 2-3 dny po operaci. Přibližně po jednom dni dochází ke tvorbě plynů, které se můžou projevat vzduchováním břicha či pocitem tlaku. Pokud nedochází k samovolnému odchodu plynů, je možnost jej podpořit zavedením rektální rourky do konečníku. Důležitou nezbytností je u pacientů po operaci pravidelné polohování a postupná mobilizace, která přispívá k motilitě střev. Pokud i přes to všechno nedojde k vyprázdnění do 3-4 dnů, je třeba uvažovat nad pooperačním ileem neboli neprůchodností střev (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 55).

2.2.6 Péče o invazivní vstupy

Po kardiochirurgické operaci má pacient zajištěný žilní vstup pro aplikaci medikace a případně infuzní terapie. U některých výkonů se zavádí arteriální kanyla, která slouží k měření arteriálního tlaku a taky možnosti zde odebrat krev pro měření krevních plynů. První operační den spočívá péče o operační ránu pouze krycím materiálem. Sledujeme jeho prosakování, vzhled okolní kůže apod. Pokud nejsou přítomny žádné komplikace, provádíme převaz s odstupem jednoho až dvou dnů. Převaz provádíme za aseptických podmínek dle ord. lékaře. U pacientů se zavedenými drény sledujeme hlavně množství a konzistenci tekutiny (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 56).

2.2.7 Péče o pacienta s bolestí

Pooperační bolest je jedním z doprovodných jevů každého operačního výkonu a její intenzita může být ovlivněna řadou faktorů. Bolest můžeme definovat jako nepříjemný subjektivní pocit doprovázený vegetativními i psychickými změnami, které mohou vést i ke změně chování. Bolest u pacienta nikdy nepodceňujeme, a proto v každém případě sledujeme její intenzitu, charakter, lokalizaci a reakci na léky (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 54).

Bolest souvisí s řadou vnitřních i vnějších faktorů, které je třeba vnímat a sledovat. Sestra by měla věnovat pozornost pacientova zachycení biologických, psychologických, sociálních a kulturních faktorů. Základní postoje k bolesti si člověk vytváří už od dětství. Obecně lze říct, že chování a postoj jedince k bolesti ovlivňují faktory jako práh bolesti a časový úsek. Je známo, že se člověk lépe adaptuje na bolest známou než neznámou. Podstatné je, jak bolest člověka ovlivňuje v jeho rodinném, osobním životě a jak jej přímo omezuje ve vykonávání každodenních činností (Bartůněk, Jurásková, 2016, s. 250).

Bolest slouží jako varovný signál, který upozorňuje na situaci ohrožení. Při hodnocení bolesti je důležité zjistit lokalizaci bolesti, intenzitu, kvalitu a typ bolesti. Při ošetřování pacienta s bolestí je důležité dbát několika zásad. Mezi ně patří např.:

- Naučit nemocného zaujmout úlevovou polohu,
- Zajistit dostatek odpočinku pacienta,
- Zajistit dostatečné informace o stavu,
- Nabídnout neinvazivní metody ke zmírnění bolesti (Kapounová, 2007, s. 138).

Pacient po operaci srdce trpí hlavně akutní bolestí. Jeli účinná analgetická léčba zahájena včas, snižuje se riziko progresu do chronického stádia. Obecně se preferuje podávání anal-

getik v pravidelných dávkách, nikoli až při vzniku bolesti. Zejména po operaci srdce nemocný potřebuje zlepšit svou analgetickou léčbu, jelikož dochází ke stimulaci sympatiku a následné tachykardii. K měření hloubky analgosedace se nejčastěji využívá klasifikace RASS. Cílem analgetické léčby je zmírnění či odstranění bolesti s minimálními nežádoucími účinky. Vhodná léčba akutní bolesti zvyšuje spokojenost pacientů s hospitalizací a snižuje některé komplikace (Kapounová, 2007, s. 142; Málek a Ševčík, 2011, s. 15-19).

2.2.8 Rehabilitace

Každý pacient by měl být před výkonem edukován o pooperační péči. Sestra by si měla udělat čas na to, aby s pacientem určité prvky nacvičila, jako např. hluboké dýchání nebo nácvik odkašlávání. Také sem patří vstávání z lůžka přes bok, aby se zabránilo komplikacím hojení hrudní kosti. Na oddělení intenzivní péče pravidelně dochází rehabilitační sestra, která cvičí se všemi pacienty individuálně. Tato specifická rehabilitační péče se provádí i na standardních odděleních. Rehabilitace pro tyto pacienty je velmi důležitá z hlediska zabránění svalových atrofií, zlepšení střevní pasáže a celkově zlepšení kardiovaskulárních funkcí (Kapounová, 2007, s. 162-163).

2.3 Potřeby pacienta po operaci srdce

Každá potřeba pacienta je projevem nedostatku, kterou je vhodné odstranit. Stejně jak se vyvíjí stav pacienta, vyvíjí se i jeho potřeby a nároky na ošetrovatelskou péči. Každý pacient je často po operaci závislý na pomoc sester, proto je důležité, aby sestra dokonale znala všechny jeho potřeby, naslouchala mu a uměla ho podporovat v jeho samostatnosti a soběstačnosti. V případě nedostatečné sebeobsluhy ze strany pacienta, by mu měla být sestra nápomocná a dokázala mu plně uspokojit jeho potřeby. K nejčastějším potřebám pacienta patří potřeba dýchání, výživy, vyprazdňování, soběstačnost a psychická vyrovnanost (Kapounová, 2007, s. 21).

Hlavním cílem kvalitní ošetrovatelské péče je uspokojení potřeby jistoty, bezpečí a nezávislosti nemocného. Další nedílnou součástí naplňování potřeb nemocných je dostatečná informovanost a pravidelná komunikace s nimi. Jestliže je pacient dostatečně informován o své léčbě, prognóze, o plánovaných vyšetřeních, určitě snáší svoji nemoc více pokojně. Další nezbytností z hlediska uspokojování potřeb pacienta je, abychom respektovali jeho autonomii. „*Autonomie je potřeba zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel. Být autonomní znamená zůstat pánem svého možného způsobu života.*“ (Šamánková,

2011, s. 39). Pacientská autonomie znamená zachování identity, tzn. abychom pacienta ponechali tím, kým chce být. Autonomii dosáhneme tím, že budeme respektovat pacientova vyslovená přání, dáme mu možnost se podílet na plánování své léčby a spoluhledání nových cest v jeho léčbě (Šamánková, 2011, s. 40).

2.3.1 Biologické potřeby

Uspokojování biologických potřeb znamená hlavně uspokojování základních potřeb. Patří sem hlavně potřeba dýchání, hygieny, prevence vzniku dekubitů, příjem potravy a tekutin, vyprazdňování, spánek a odpočinek a taky komfort. Nemocní v intenzivní péči mají často narušené dýchání. U pacientů s tracheostomií nedochází k ohřívání, zvlhčování a očišťování vzduchu, proto je třeba vzduch zvlhčovat (Richards, Sharon, 2004, s. 93).

Nultý den po operaci zajišťuje osobní hygienu všeobecná sestra. Další dny závisí na stavu pacienta. Udržování hygieny je pro nemocné velmi důležité. Zanedbáním hygieny se u pacientů může zvýšit výskyt infekce a jejich zdravotní stav se tak může zhoršit (Workman, Bennet, 2006, s. 57).

Potřeba tekutin je v intenzivní péči nahrazena nejčastěji nasogastrickou sondou (NGS) nebo nitrožilně. Oba přístupy obcházejí dutinu ústní, proto je třeba o ni co nejvíce pečovat. U pacientů s NGS je třeba dbát správného a dostatečného uchycení, aby nedošlo k jejímu snadnému vytažení (Šamánková, 2011, s. 85-88).

Důležitou potřebou pacientů v intenzivní péči je potřeba vylučování, kterou se pacienti často bojí projevit. Velkou roli zde hraje stud a sociální výchova. Zejména se jedná o mladé lidi, kteří se ocitli v situaci, kdy musí projevit svou potřebu před všeobecnou sestrou. Je na ní, aby tento problém prolomila a pomohla tak nemocnému zachovat intimitu, upozornit na škodlivosti potlačování a další (Šamánková, 2011, s. 88-89).

Spánek v nemocnici je vždy nějakým způsobem narušen, a to zejména na oddělení ARO nebo JIP. Pacienty často ruší monitory nebo linky, které jsou na pacientovi připojeny. Je zřejmé, že tyto problémy spíše řeší pacienti při vědomí než ti v analogosedaci. Pokud to pacientův stav dovolí, je možné po domluvě s lékařem monitoraci upravit tak, aby pacienta, co nejméně zatěžovala a stále přitom přinášela cenné poznatky (Šamánková, 2011, s. 89-92).

2.3.2 Psychosociální potřeby

Pacient po jakékoliv operaci nebo jen při strávení minimálního času v nemocnici je psychicky vyčerpávaný a jeho psychická zátěž se poté může odrazit na spoustě dalších funkcích. Je třeba si tedy uvědomit, že pacienti ztrácí svoji práci, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, blízkost rodinných příslušníků či partnerů, a přitom jsou vystaveni neznámému prostředí. Na všechny tyto situace mají pacienti právo reagovat, a mnohdy reagují agresí, úzkostí, zmateností, depresí a dalšími poruchami chování. K tomu, abychom docílili pacientovy pohody, je třeba přispět z některých následujících faktorů, a to v maximální možné míře s ohledem na jeho zdraví:

- Udržet nebo zlepšit soběstačnost nemocného,
- Odstranit či minimalizovat bolest,
- Komunikovat,
- Zajistit dostatečný odpočinek a spánek,
- Vytvořit pocit jistoty a bezpečí (Kapounová, 2007, s. 23-24).

Potřeba jistoty a bezpečí u nemocných v bezvědomí je velice důležitá. Projevuje se zklidněním nebo rozrušením při příchodu blízké osoby, se kterou by měl nemocný spojený pocit bezpečí. I přesto, že tito nemocní nejsou schopni své pocity vyjádřit, musíme k nim přistupovat tak, jako by při vědomí byli (Šamánková, 2011, s. 97).

3 KVALITA PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ

V současné době je uváděno velmi široké spektrum různých definic kvality poskytované zdravotní péče. Kvalita péče je pojem relativní, proto ji můžeme neustále zlepšovat, což vede postupně ke zlepšování kvality.

Obecně platí, že kvalita je schopnost uspokojovat potřeby zákazníka (Bednařík, 2018, s.3; Válková, 2015, s. 12).

3.1 Definice kvality péče

Rozvoj kvality péče nastal už v 70. letech minulého století, kdy došlo převážně k rozvoji medicínských technologií a velkému nárustu nákladů na zdravotní péči. Situace v tehdejší ČSSR byla náročná a poněkud odlišná. Nové technologie se k nám dostávaly obtížně, protože veškeré hospodářství bylo pro naši zemi velmi nákladné. Období mezi 70. a 90. lety bylo velmi těžké a náročné. Nebyl kladen příliš velký důraz na kvalitu péče, a proto i hodnocení kvality péče bylo zrušeno. Tento stav neodvrátil ani nástup zdravotního pojištění. K průlomovému rozvoji došlo až koncem 90. let, kdy Česká republika vstoupila do Evropské unie. V tu dobu se začaly rozvíjet různé měřicí a hodnotící formy kvality služeb a kvality péče (Šťastný, 2015, s. 156).

3.1.1 Kvalita péče z pohledu WHO

Světová organizace v roce 1966 definovala kvalitu zdravotnické péče jako: „*Souhrn výsledků, kterých bylo dosaženo v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě věd a praxe.*“ (Válková, 2015, s. 12).

Došlo k obnovení definice kvality péče v roce 1982, kdy Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala kvalitu jako: „*Stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.*“ (Bednařík, 2018, s. 4).

3.1.2 Kvalita péče dle Donabediana

Další významnou definici, kterou je třeba zmínit je dle Donabediana, který stanovil model pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče po celém světě. Definoval kvalitu péče jako: „*Takový druh péče, při kterém lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.*“ (Válková, 2015, s. 12).

3.1.3 Kvalita péče ze tří pohledů

Mezi další vymezení definic pojmu kvality péče řadíme i definici podle Škrly a Škrlalové, kteří ji popsali jako: „*Dělat správné věci správně, na správném místě a se správnými lidmi.*“ (Válková, 2015, s.13). Chtěli poukázat převážně na to, že na kvalitu se dá pohlížet z několika perspektiv:

- Z pohledu lékařského a nelékařského personálu,
- Z pohledu pacienta,
- Z pohledu výstupů.

Lékařský a nelékařský personál vyhodnocuje stav pacienta a hodnotí taky jeho péči. Uspokojuje pacientovy potřeby, které vznikly v souvislosti s onemocněním a taky se podílí na výuce. Pacient poté hodnotí kvalitu péče z hlediska spokojenosti se službami, přístupem personálu a podle toho projevuje empatii a úctu.

Po provedení všech léčebných postupů se ptáme, zdali u pacienta došlo ke zlepšení zdravotního stavu nebo kvality života, a zmiňované výstupy jsou pro nás odpovědí. (Válková, 2015, s. 13)

3.2 Měření a vyhodnocování kvality

Abychom se v něčem mohli posunout dál a zvyšovat tak kvalitu zdravotní péče, je důležité abychom ji uměli změřit a následně vyhodnotit, protože jestli něco nemůžeme změřit, lze potom špatně rozhodovat o tom, zda se určitý proces zlepšuje nebo zhoršuje.

V programech zvyšování kvality jsou zmíněny čtyři zdroje dat, díky kterým můžeme vyhodnocovat kvalitu, jak už to lékařskou nebo ošetrovatelskou péči. Řadíme sem tedy:

- Od pacientů,
- Z auditů,
- Z indikátorů zdravotní péče,
- Od externích expertů. (Válková, 2015, s. 15)

3.2.1 Indikátory kvality

Indikátor kvality je definován jako měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí, požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo.

Každý indikátor musí mít nějaké vlastnosti:

- Musí být smysluplný,
- Jedná se o kvantitu, která vypovídá něco o kvalitě,
- Může nás předem varovat, že něco není v pořádku,
- Může se zaměřovat na lékaře, sestru,
- Výsledek musí být zanesen do numerického kontextu, který ho umožní s něčím srovnat (Válková, 2015, s. 16).

Při výběru sledovaného indikátoru je nutné zohlednit to, že nelze sledovat všechny indikátory, ale musíme si vybrat pouze ty, které jsou nejrizikovější, nejdražší nebo nově zavedené (Plevová a kol., 2012, s. 237-238).

3.2.2 Hodnocení kvality podle Donabediana

Americký profesor Avedis Donabedian stanovil rámeček pro měření kvality a zlepšení zdravotní péče na celém světě. Jeho schéma se skládá ze 3. částí: struktury, procesu a výsledku.

Strukturální:

- počet personálu,
- kvalifikační struktura,
- vybavení pomůckami a přístroji.

Procesuální:

- provozní režim,
- hygienický režim,
- diagnostické výkony,
- léčebné výkony,
- ošetrovatelské výkony.

Výsledek – statistika:

- incidence a prevalence dekubitů,
- management bolesti,
- management inkontinence,
- pitný režim,
- nozokomiální nákazy,

- incidence pádů,
- spokojenost klientů,
- spokojenost zaměstnanců,
- změny soběstačnosti (Válková, 2015, s. 17-18).

3.2.3 Indikátory kvality ošetrovatelské péče ANA

Indikátory kvality, podle kterých lze sledovat poskytování kvality zdravotních služeb definovala např. Americká asociace zdravotních sester (ANA). Jedná se o oblasti poskytované ošetrovatelské péče:

- Struktura ošetrovatelského personálu,
- Výskyt dekubitů,
- Prevence pádů,
- Spokojenost pacienta s léčbou bolestí,
- Spokojenost pacienta s celkovou péčí,
- Výskyt nemocničních nákaz,
- Spokojenost ošetrovatelského personálu (Válková, 2015, s. 17).

3.3 Standardy zdravotní péče

Standardy zdravotní péče jsou dohodnutou profesní normou kvality, které umožňují objektivní hodnocení poskytované péče. Zároveň slouží jako akreditační nástroj k posuzování úrovně péče nemocnic a zdravotnických zařízení. Standardy mají vždy obsahovat parametry, které jsou měřitelné a hodnotitelné. Tento mechanismus je nutno akceptovat i v oblasti zdravotnictví, jelikož bez standardizace nelze systémově řešit vztahy mezi kvalitou, cenou a dostupností zdravotní péče v žádném zdravotnickém systému.

První standardy vznikly v 70. letech v USA jako odezva zdravotníků na vyhlášení první Charty práv nemocných (Válková, 2015, s. 20; Plevová a kol., 2012, s. 236).

3.4 Standardy ošetrovatelské péče

Ošetrovatelské standardy jsou platné definice kvalitní ošetrovatelské péče. Standard nebo norma vznikne definováním podmínek pro poskytování ošetrovatelské péče a připojením určitých kritérií a indikátorů kvality. Jedná se o určité jednotné měřítko pro hodnocení kvalitní úrovně poskytované péče (Válková, 2015, s. 20).

3.4.1 Typy standardů

Při sestavování standardů lze využívat různé teoretické modely. Donabedian definoval zajišťování kvality z hlediska struktury, procesu a výsledku péče.

3.4.1.1 *Strukturální standardy*

Jedná se zejména o manažerské standardy, které stanoví metody a nástroje k vedení lidí, poskytování zdrojů, prostředí, vybavení přístroji, nástroje na integraci a komunikaci, informační systémy apod. Hlavní požadavek na zjištění kvality péče je zaměřen na odbornou a speciální kvalifikaci jednotlivých profesí, které se podílejí na zdravotní péči, udržování odborné úrovně vzděláváním, definováním kompetencí a stanovením minimálního počtu pracovníků, kteří se na péči podílejí (Plevová a kol., 2012, s. 236-237).

3.4.1.2 *Procesuální standardy*

Jsou označovány taky jako řídicí standardy, které stanovují závazné postupy pro řízení lidí, pro výkony a záznamy v praxi. Mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetrovatelských činností a výkonů. Většina zdravotnických zařízení si v souvislosti s procesem akreditace vytvořila vlastní systém tvorby a formy standardních ošetrovatelských postupů, které korespondují s požadavky akreditačních standardů. Konečné rozhodnutí, které standardy budou ve zdravotnických zařízeních písemně definovány, je na managementu zařízení (Plevová a kol., 2012, s. 237).

3.4.1.3 *Standardy výsledků*

Zde se jedná hlavně o monitorovací standardy, které stanovují metody a nástroje pro monitorování, měření, analýzu a hodnocení výsledků. Patří sem např.: spokojenost pacientů, personálu nebo kvalifikace ošetrovatelského personálu (Válková, 2015, s. 22).

3.5 Akreditace zdravotnických zařízení

Pojem akreditace znamená oficiální uznání, že zdravotnické zařízení je způsobilé k poskytování kvalitní zdravotní péče a má vytvořen funkční a efektivní systém pro posuzování výkonnosti a pro zvyšování kvality poskytované péče (Válková, 2015, s. 33).

Toto uznání uděluje externí organizace, která hodnotí a posuzuje do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na kvalitu péče. Akreditace podle Slezákové a Závodné znamená důvěryhodné doložení způsobilosti, při kterém dané zařízení získá ocenění kvality. V České republice vznikla roku 1998 Spojená akreditační komise (SAK), která posuzuje určité přihlášené zdravotnické zařízení podle daných akreditačních standardů, na nichž se podílela spousta dalších organizací a jedním z nich je i Ministerstvo zdravotnictví (Plevová a kol. 2012, s. 235).

Cílem akreditace je dosáhnout co nejlepší péče pro pacienty z hlediska procesu i výsledku za co nejlepší pracovních podmínek pro zdravotnické pracovníky. Akreditace je většinou dobrovolná, ale málokterá nemocnice si může dovolit tomuto procesu vyhnout, jelikož by to vzbudilo u lidí nedůvěru, a to by vedlo k omezení proudu financí do zdravotnických zařízení (Válková, 2015, s. 34).

3.6 Modely řízení kvality

Posuzování dosažené úrovně poskytování kvality ve zdravotnických zařízeních lze hodnotit pomocí mnoha modelů. V dnešní době nestačí systém řízení kvality naplnit pouze samostatně, ale vhodnější je uplatnění integrovaných systémů řízení, které zahrnou vedle systémů kvality poskytované péče také implementaci požadavků na ochranu životního prostředí, bezpečnosti pacientů a zdravotnického personálu. Nedílnou součástí je i ochrana citlivých dat (Bednařík, 2018, s. 12).

3.6.1 Norma ISO

Nejrozšířenějším modelem kvality, a to zejména v laboratořích, kuchyních a centrálních sterilizacích je mezinárodní organizace pro normalizaci (ISO). Tento systém je zaměřen na procesní řízení kvality, na zákazníka a taky způsob vedení dokumentace a zaměstnance. Systémové normy jsou rozděleny do jednotlivých oblastí podle svého zaměření. Každá organizace potřebuje k zachování stability, funkčnosti, kvality a bezpečnosti péče přede-

vším kvalitní plánovací, řídicí a kontrolní procesy, které zaručí bezpečnost klienta (Válková, 2015, s. 37).

3.6.2 Model SAK ČR

Spojená akreditační komise, jak už bylo zmíněno, vznikla v roce 1998. Posláním komise je trvalé zvyšování kvality, a to pomocí akreditace zdravotnických zařízení. SAK vydala padesát akreditačních standardů, které jsou rozděleny do deseti oblastí. Tato komise realizuje ve zdravotnických zařízeních, která o to požádají tzv. „akreditační šetření“ s cílem zjistit „shodu“ mezi akreditačními standardy a aktuálním stavem zdravotnického zařízení. Prokáže-li se shoda, bude udělen akreditační certifikát na dva až tři roky (Válková, 2015, s. 38; Plevová a kol. 2012, s. 228).

3.6.3 Model JCAHO/JCIA

Jedná se o společnou komisi pro akreditaci zdravotnických organizací a společnou mezinárodní komisi. Tento model akreditačních standardů vznikl za účelem sledování úrovně a zlepšování kvality zdravotní péče. Tato instituce vydává a vypracovává standardy, posuzuje činnost jednotlivých zdravotnických zařízení a uděluje akreditace. Zaměřuje se hlavně na práva pacientů, etiku, edukaci pacienta, sledování infekcí a spoustu dalších (Plevová a kol., 2012, s. 226; Bednařík, 2018, s. 14).

3.7 Kvalita očima pacientů – hodnocení kvality

3.7.1 Historie projektu

Projekt Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí vznikl jako reakce na WHO „Zdraví 21“, který je převážně určen evropskému regionu, a zájmy ČR související se začleňováním do EU. Kvalita ve zdravotnictví je široký pojem, který zahrnuje celou řadu postupů v oblasti standardizace, akreditace, měření kvality poskytované péče apod.

Počátky měření kvality vycházely hlavně zdola, kdy se pacienti sami začali domáhat vyšší kvality péče, a to výměnnou informací o zkušenostech s různými zdravotnickými institucemi. Postupem času na tuto situaci začala reagovat většina managementů nemocnic, takže koncem devadesátých let byla spíše výjimkou nemocnice, které neměly nějaký jednoduchý způsob hodnocení spokojenosti pacientů. Hlavním cílem tohoto projektu bylo vyvinout profesionální metodické nástroje, které by ověřilo metodiku použitelnou pro měření spoko-

jenosti s kvalitou péče na území ČR a srovnatelnou s mezinárodními standardy (Raiter, kvalita očima pacientů, 2010).

3.7.2 Projekt Kvalita očima pacientů – KOP

Projekt Kvalita očima pacientů měří kvalitu zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. Pro klienty poskytuje objektivní a statisticky průkazné informace o kvalitě v různých zdravotnických zařízeních. Tento projekt je hodnocen formou standardizovaného měření kvality prostřednictvím spokojenosti/zkušenosti pacientů, přičemž je využíván návod pro distribuci a sběr dotazníků. Metodický standard byl vydán zejména pro řízené organizace Ministerstva zdravotnictví, ale je doporučován i ostatním zřizovatelům zdravotnických služeb, kteří mají zájem o kvalitu poskytované péče (Válková, 2015, s. 62-64).

Spokojenost klientů se zdravotní péčí měří systém hodnocení kvality prostřednictvím patnácti indikátorů kvality, které tvoří osm dimenzí kvality lůžkové péče.

Klient v dotazníku hodnotí zejména jak probíhalo přijetí na oddělení, dále posuzuje chování a jednání zdravotníků nebo jestli byl ošetřován s úctou a ohledem. Hodnocení spokojenosti klienta je rozděleno na ambulantní a lůžkovou složku. Klienti na lůžkových odděleních hodnotí tyto dimenze kvality:

- Přijetí do zařízení
- Respekt – ohled – úcta k pacientovi
- Koordinace a integrace péče o pacienta
- Informace a komunikace s pacientem
- Citová opora pacienta
- Zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta
- Propuštění pacienta do zařízení (Válková, 2015, s. 63).

První, kdo přišel s touthle filozofií byl Pickerův institut v polovině 80. let minulého století. Od té doby je tato metodika rozšířená po celém světě a stala se mezinárodním standardem (Raiter, Kvalita očima pacientů, 2010).

3.8 HealthCare Institute

HealthCare Institute je nezisková organizace, která napomáhá postupnému zvyšování kvality poskytované péče o pacienty v nemocnicích. Tato instituce každoročně pořádá projekt

„Nejlepší Nemocnice“, který je zaměřen na sledování bezpečnosti a spokojenosti pacientů a zaměstnanců v českých nemocnicích. Tento celostátní projekt vznikl v roce 2005 a od té doby se každoročně do výzkumného šetření zapojuje přibližně 150 nemocnic. Dotazníky jsou testovány s pomocí představitelů akreditovaných českých nemocnic tak, aby vyhovovaly standardům a potřebám národních a mezinárodních akreditačních autorit v běžných zemích Evropy a USA, kde se této problematice věnují déle než v České republice. Pro svoji bakalářskou práci jsem využila tento dotazník (viz. Příloha I), ze kterého jsem si vyčlenila určité otázky a použila je pro zpracování svého dotazníkového šetření (HealthCare Institute, 2005).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části byla zvolena forma kvantitativního výzkumu realizována technikou dotazníku.

4.1 Základní cíle výzkumu

Pro splnění záměrů této bakalářské práce jsem si zvolila hlavní cíl zhodnotit spokojenost pacientů s kvalitou poskytované péče po kardiochirurgických operacích na lůžkových odděleních. Mezi dílčí cíle patří:

Hlavní cíl: Zhodnotit spokojenost pacientů s kvalitou poskytované péče po kardiochirurgické operaci.

Dílčí cíl č. 1: Zjistit, zdali jsou pacienti v předoperační péči edukováni, jak o sebe pečovat po operaci.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, zdali jsou všeobecné sestry vůči pacientům dostatečně empatické.

Dílčí cíl č. 3: Zjistit spokojenost pacientů s poskytovanými službami všeobecných sester.

4.2 Výzkumná metoda a technika

Práce byla zpracována metodou kvantitativního výzkumu a technikou dotazníku. Dotazník (viz. Příloha II) byl určen pacientům po operaci srdce, kteří jsou po zotavení stavu umístěni na standardní lůžkové oddělení. Dalším kritériem byla především ochota vyplnit dotazník a porozumět všem otázkám v dotazníku. Dotazník začínal úvodním slovem, kde byl respondent seznámen s autorkou výzkumného šetření, dále jim byl vysvětlen účel šetření, anonymita vyplňování a ke konci dobrovolnictví jeho vyplnění. Vlastní dotazník byl zpracován s pomocí standardizovaného dotazníku od HealthCare instituce (viz. Příloha I), která každoročně hodnotí bezpečnost a spokojenost pacientů i zaměstnanců nemocnic. Jelikož originální dotazník je spíše obecný, bylo třeba doplnit několik vlastních otázek, které jsou zaměřeny na pacienty po operaci srdce.

4.3 Charakteristika dotazníkových položek

Dotazník se skládá z 32 otázek, který zahrnuje demografické údaje a otázky pro vlastní výzkum. 27 otázek je uzavřených (možná jedna odpověď), kdy respondent značí odpověď křížkem. Čtyři otázky jsou polouzavřené (možnost více odpovědí s možností dopsání jiné

varianty). Dotazníkové šetření probíhalo v průběhu května 2020. Z důvodu Covid – 19 nebyla možnost získat více respondentů, než je uvedeno níže. Dotazníky byly rozdány pacientům na standardním oddělení ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a Fakultní nemocnici v Motole, a to v tištěné formě. Dotazníkového šetření se měla zúčastnit i Fakultní nemocnice v Olomouci, ale vzhledem k epidemiologické situaci to nebylo povoleno, proto počet respondentů není velký. K analýze bylo celkem rozdáno 70 dotazníků.

Otázky č. 1 – č. 5 se týkají hlavně identifikačních údajů pacienta.

Otázky č. 6 – č. 9 jsou řazeny cíli č. 2, kde jsem se zaměřila, zdali jsou pacienti dostatečně edukováni o pooperační péči před výkonem. Otázky jsou uzavřené nebo polouzavřené a pacient na ně odpovídá formou ano/ne nebo přesně značí konkrétní odpovědi. Pokud je uvedeno jinak, je možnost i více odpovědí.

Otázky č. 10 – č. 15 jsou zaměřeny na empatii sester očima pacientů.

Otázky č. 16 – č. 32 jsou zaměřeny na spokojenost pacientů s poskytovanými službami ošetrujícího personálu, převážně od všeobecných sester. V celém dotazníku jsou použity i otázky z dotazníku od HealthCare Institute, která jak už bylo výše zmíněno, se zabývá hodnocením spokojenosti klientů s kvalitou péče.

4.4 Výběr účastníků výzkumu

Kritérium pro hodnocení kvantitativního šetření byli muži i ženy od 18 let, kteří byli hospitalizováni po kardiochirurgické operaci na standardní lůžkové oddělení. Důležitým kritériem byla ochota a schopnost daného respondenta vyplnit dotazník. Bylo rozdáno 35 dotazníků do každé nemocnice, tudíž celkem 70 dotazníků. Ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze jich bylo použito 26 a 9 bylo vráceno nevyplněných. Z nemocnice v Motole jich bylo použito 32 a vráceno bylo 8 nevyplněných. Celkový počet zkoumaných dotazníků je tedy 58.

4.5 Zpracování získaných dat

Data získaná od respondentů byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Word a tabulkového editoru Microsoft Office Excel 2016 do datové tabulky a následně statisticky vyhodnocena. K prezentaci získaných dat byly použity tabulky absolutní a relativní četnosti a sloupcové grafy.

4.6 Výsledky kvantitativního šetření

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše pohlaví?

Tabulka č. 1: Pohlaví

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	28	48,3 %
Žena	30	51,7 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Demografické údaje byly získány na základě dotazníku z otázky č. 1. Tabulka č. 1 nám znázorňuje počet mužů a žen, kteří podstoupili kardiochirurgickou operaci. Z celkového počtu 58 respondentů bylo 28 (48,3 %) mužů a 30 (51,7 %) žen.

Otázka č. 2 – Váš věk:

Tabulka č. 2: Věková skupina

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
18-35	6	10,3 %
36-50	5	8,6 %
51-65	21	36,2 %
66-80	23	39,7 %
80 a více	3	5,2 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z celkového počtu dotazovaných 58 (100 %) respondentů byla nejpočetnější skupina 23 klientů (39,7 %) ve věku 66-80 let. Druhá skupina byla ve věku 51-65 let s počtem 21 (36,2 %) respondentů. Ve věku 36-50 let se zúčastnilo 5 (8,6 %) respondentů, 6 (10,3 %) bylo ve věku 18-35 a zbylí 3 (5,2 %) respondenti byly ve věku 80 a více let.

Otázka č. 3 – Byl/a jste přijat akutně nebo plánovaně?

Tabulka č. 3: Příjem pacienta

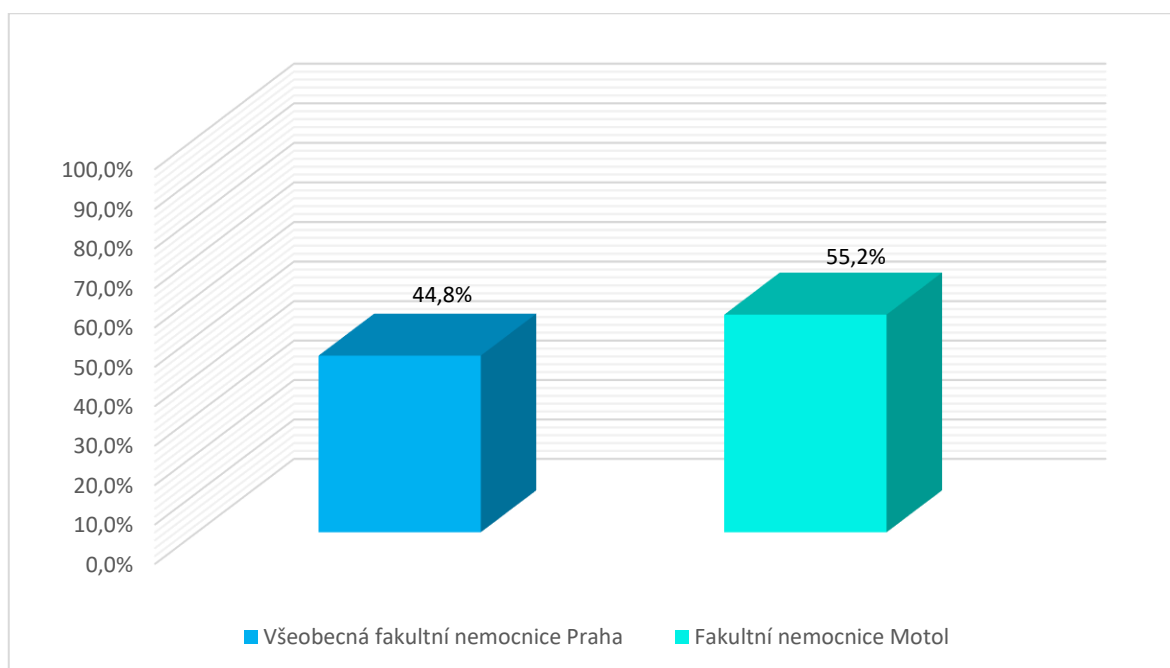
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Akutně	30	51,7 %
Plánovaně	28	48,3 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Na otázku zaměřenou na příjem pacienta z celkového počtu 58 (100, 0 %) dotazovaných byla většina pacientů 30 (51, 7 %) přijata akutně. Plánovaně bylo přijato 28 (48, 3 %) pacientů.

Otázka č. 4 – Ve které nemocnici ležíte?

Tabulka 4: Hospitalizace v nemocnici

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
VFN v Praze	26	44,8 %
Fakultní nemocnice MOTOL	32	55,2 %
Celkem	58	100,0 %



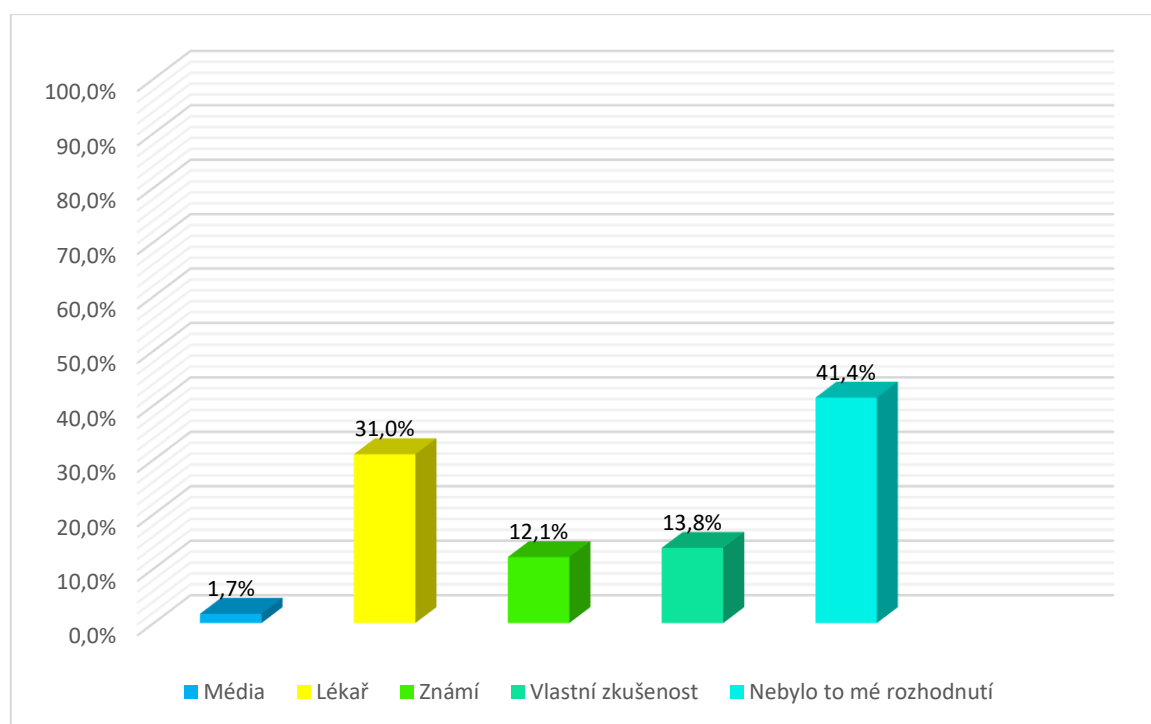
Graf 1 – Hospitalizace v nemocnici

Komentář: Návratnost dotazníků od respondentů byla ve Fakultní nemocnici v Motole o něco větší. Počet respondentů z nemocnice Motol je 32 (55, 2 %) a ze Všeobecné fakultní nemocnice 26 (44, 8 %), kteří dotazník vyplnili.

Otázka č. 5 – Na základě, čeho jste se rozhodl/a pro tuhle nemocnici?

Tabulka 5: Důvod výběru dané nemocnice

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Média	1	1,7 %
Lékař	18	31,0 %
Známí	7	12,1 %
Nebylo to mé rozhodnutí	24	41,4 %
Vlastní zkušenost	8	13,8 %
Celkem	58	100,0 %



Graf 2 – Důvod výběru dané nemocnice

Komentář: Z grafu č. 2 lze vidět, že ve většině případů pacienti nerozhodovali o možnosti volby nemocnice – 41,4 %. Dalším vodícím znakem k výběru nemocnice jsou lékaři – 31,0 %. V několika případech dávali respondenti na svoji vlastní zkušenost – 13,8 %, dále na

své známé – 12,1 %. Jeden z respondentů označil i možnost výběru nemocnice z médií – 1,7 %.

Otázka č. 6 – Kdo Vás edukoval o pooperační péči před výkonem?

Tabulka 6: Edukace pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Všeobecná sestra + lékař	47	81,0 %
Všeobecná sestra	3	5,2 %
Lékař	4	6,9 %
Nikdo mě needukoval	4	6,9 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Tabulka č. 6 se vztahuje k otázce č. 6: „Kdo Vás edukoval o pooperační péči před výkonem?“. Je patrné, že nejvíce respondentů s počtem 47 (81,0 %) edukoval o pooperační péči lékař i všeobecná sestra. Ve 4 (6,9 %) případech se stalo, že byl respondent edukován pouze od lékaře a rovněž v dalších 4 (6,9 %) případech nebyl respondent edukován vůbec. Pouze 3 (5,2 %) respondenty edukovala samostatně všeobecná sestra.

Otázka č. 7 – Byl/a jste před výkonem poučen/a o pooperační péči v oblasti?

Tabulka 7: Oblast edukace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dýchání+odkašlávání	54	27,1 %
Vstávání z lůžka	46	23,1 %
Zákaz řízení mot.vozidla	19	9,6 %
Přivolání personálu	49	24,6 %
Dechová RHB	26	13,1 %
Nikdo mě needukoval	5	2,5 %
Celkem	199	100,0 %

Komentář: U otázky č. 7 byla možnost více odpovědí. Absolutní četnost tedy odpovídá počtu odpovědí, nikoliv počtu dotazovaných. Nejčastější odpovědi respondentů byla oblast dýchání + odkašlávání (27,1 %), dále přivolání personálu (24,6 %) a vstávání z lůžka (23,1 %). Méně respondenti označovali možnost dechové RHB (13,1 %), zákaz řízení motorové-

ho vozidla (9,6 %) a v 5 (2,5 %) případech nebyl respondent edukován o žádné pooperační péči.

Otázka č. 8 – Jakým způsobem jste byl/a edukován?

Tabulka 8: Způsob edukace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ústně	57	36,3 %
Ukázka	32	20,4 %
Písemně	26	16,6 %
Nácvik	39	24,8 %
Nerelevantní	3	1,9 %
Celkem	157	100,0 %

Komentář: Otázka č. 8 rovněž nabídla možnost více odpovědí. Absolutní četnost tedy uvádí, jak už bylo řečeno, počet odpovědí, ne dotazovaných. Nejvíce označovanou odpovědí byl způsob edukace ústně (36,3 %). Někteří respondenti měli možnost edukace pomocí nácviku (24,8 %) nebo ukázky (20,4 %), která je jednoznačně přínosná po operaci srdce. Písemnou formu edukace pomocí letáků či brožur uvedlo 16,6 % respondentů. Jako nerelevantní odpovědi byly zaznamenány 3 (1,9 %)

Otázka č. 9 – V případě nepochopení byly vám informace zopakovány?

Tabulka 9: Pochopení otázky

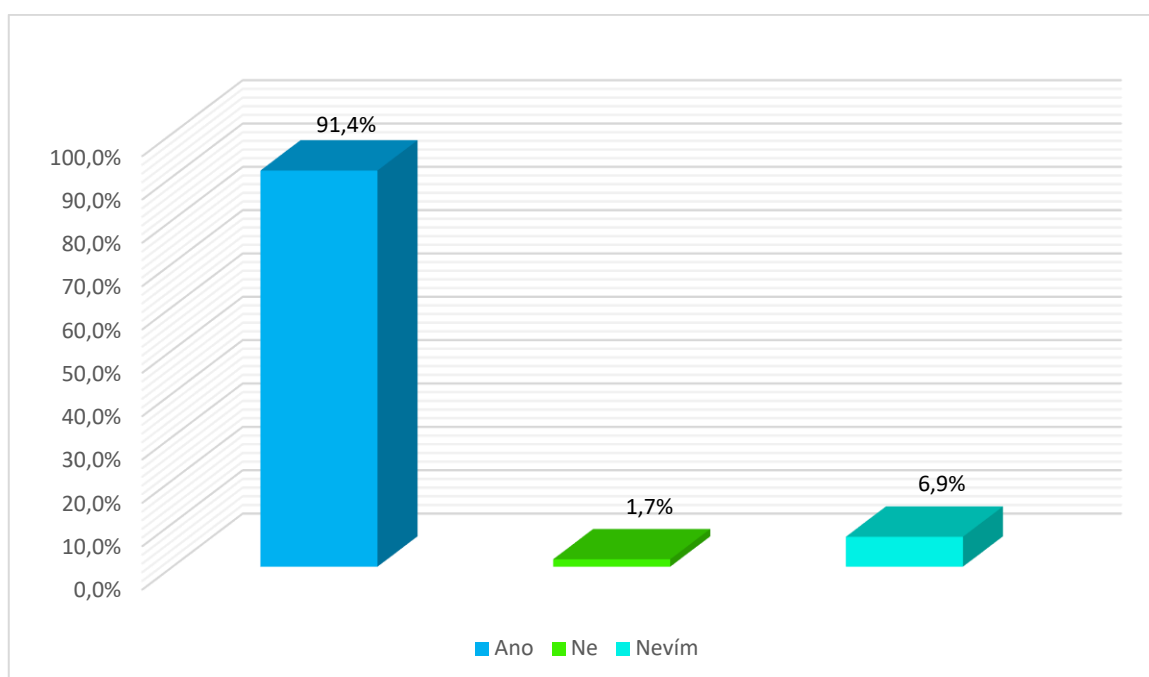
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	55	94,8 %
Ne	3	5,2 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: V dané Tabulce č. 9 můžeme vidět, že 55 (94,8 %) respondentů odpovědělo na otázku: „V případě nepochopení byly Vám informace zopakovány?“ Ano. Pouze 3 (5,2 %) respondenti z celkového počtu 58 (100 %) uvedli možnost ne, kdy jim informace nebyly zopakovány při nepochopení.

Otázka č. 10 - Představil se Vám ošetřující personál, který o Vás bude pečovat?

Tabulka 10: Představení ošetřovatelského personálu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	53	91,4 %
Ne	1	1,7 %
Nevím	4	6,9 %
Celkem	58	100,0 %



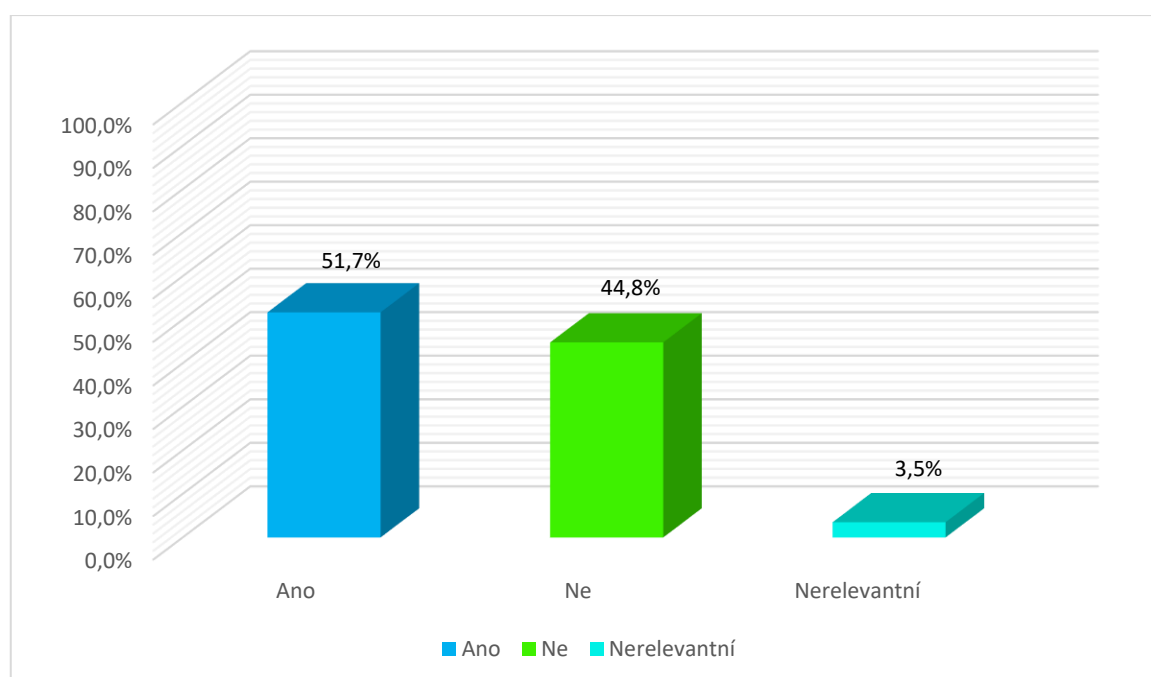
Graf 3 – Představení oše. personálu

Komentář: Tabulka č. 10 shrnuje data, zdali se respondentům představil ošetřující personál, který o ně bude pečovat. Většina respondentů 53 (91,4 %) z celkového počtu 58 (100,0 %) odpověděla na otázku Ano. Pouze 4 (6,9 %) respondenti uvedli možnost Nevím a 1 (1,7 %) z dotazovaných označil odpověď Ne.

Otázka č. 11 – Nabídla Vám sestra možnost výběru svého i vašeho oslovení?

Tabulka 11: Nabídnutí možnosti oslovení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	30	51,7 %
Ne	26	44,8 %
Nerelevantní	2	3,5 %
Celkem	58	100,0 %



Graf 4 – Nabídnutí možnosti oslovení

Komentář: Následující graf č. 4 poukazuje na to, zdali byl respondentům nabídnut výběr oslovení svého i sestry. Z celkového počtu 58 (100,0 %) bylo 30 (51,7 %) respondentům nabídnuto oslovení a 26 (44,8 %) naopak nebylo. Poslední 2 (3,5 %) odpovědi jsou považovány za nerelevantní.

Otázka č. 12 – Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem?

Tabulka 12: Jednání s pacientem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z uvedené tabulky č. 12 vyplývá, že 57 (96,0 %) respondentů uvádí, že s nimi v nemocnici jednají s úctou a respektem, pouze 1 (4,0 %) respondent tuto odpověď odvrátil a uvedl, že s ním tak jednáno není.

Otázka č. 13 – Zajistily Vám sestry dostatečnou psychickou podporu?

Tabulka 13: Zajištění psychické podpory

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z uvedené Tabulky č. 13 vyplývají stejné výpočty, jak u předešlé Tabulky č. 12. Skupina 57 (96,0 %) respondentů měla dostatečně zajištěnou psychickou podporu od sester, kdežto 1 pacient (4,0 %) uvedl odpověď nedostatečné psychické podpory.

Otázka č. 14 – Byla Vám umožněna dostatečná podpora od rodiny?

Tabulka 14: Dostatečná podpora od rodiny

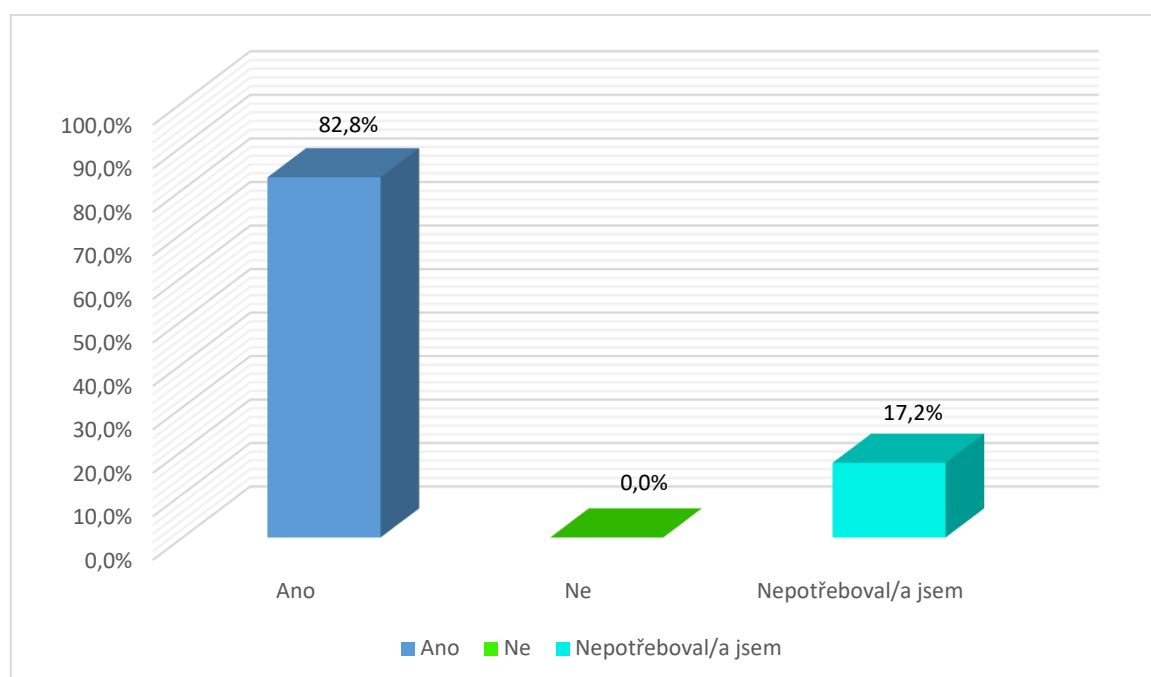
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	55	92,0 %
Ne	3	8,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Zajištění dostatečné podpory od rodiny pocítovali téměř všichni respondenti. Odpověď Ano uvedlo v dotazníku 55 (92,0 %) respondentů a pouze 3 (8,0 %) uvedli odpověď Ne, jako nedostatečnou.

Otázka č. 15 – Pokud jste potřeboval/a si s někým pohovořit, byla Vaše prosba vyslyšena?

Tabulka 15: Potřeba si s někým pohovořit

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	48	82,8 %
Ne	0	0,0 %
Nepotřeboval/a jsem	10	17,2 %
Celkem	58	100,0 %



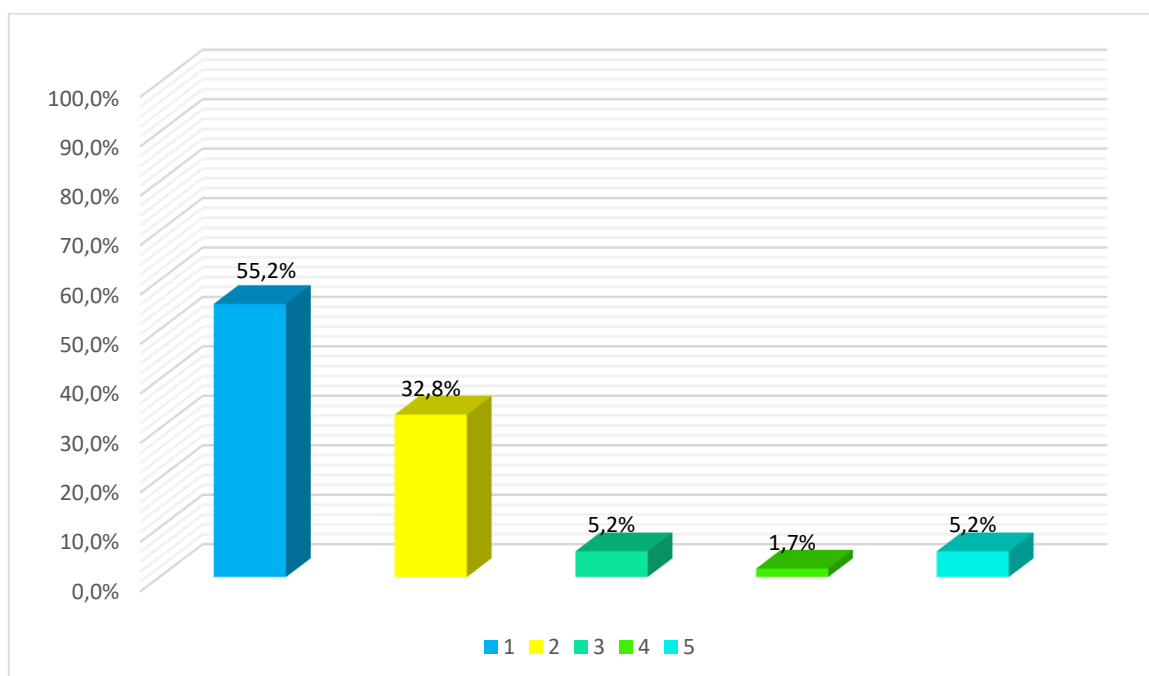
Graf 5 – Potřeba si s někým pohovořit

Komentář: Otázka č. 15 v dotazníku zjišťuje, zdali je prosba pacientů si s někým pohovořit od sester vyslyšena. Větší polovina 48 (82,8 %) respondentů uvádí, že jim jejich prosba byla vždy vyslyšena. V 10 (17,2 %) případech pacienti uvedli, že potřebu si pohovořit nepotřebují. Odpověď Ne neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 16 – Jak hodnotíte komunikaci se zdravotníky během hospitalizace?

Tabulka 16: Komunikace se zdravotníky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	32	55,2 %
2	19	32,8 %
3	3	5,2 %
4	1	1,7 %
5	3	5,2 %
Celkem	58	100,0 %



Graf 6 – Komunikace se zdravotníky

Komentář: Tabulka č. 16 znázorňuje spokojenost respondentů s komunikací se zdravotníky během hospitalizace. Z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů uvedlo 32 (55,2 %) maximální spokojenost, dále odpověď s číslem 2 uvedlo 19 (32,8 %), odpověď 3 uvedli taktéž 3 (5,2 %) respondenti. Dále z dotazovaných 1 (1,7 %) uvedl odpověď s číslem 4 jako velmi neuspokojivou a 3 (5,2 %) respondenti uvedli maximální nespokojenost s komunikací se zdravotníky.

Otázka č. 17 – Jak vnímáte pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně?

Tabulka 17: Pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
1	38	65,5 %
2	15	25,9 %
3	1	1,7 %
4	1	1,7 %
5	3	5,2 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Tabulka č. 17 shrnuje data, jak jsou respondenti spokojeni s pomocí ošetrovatelského personálu při hygieně. Z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů odpovědělo 38 (65,5 %), že je maximálně spokojeno, z toho 15 (25,9 %) hodnotí pomoc jako velmi uspokojivou. Dále 1 (1,7 %) respondent hodnotí pomoc jako průměrně uspokojivou, naopak s velmi neuspokojivou péčí byl 1 (1,7 %) respondent a odpověď maximální nespokojenost uvedli 3 (5,2 %) respondenti.

Otázka č. 18 – Byla Vám zachována intimita při hygieně?

Tabulka 18: Zachování intimity při hygieně

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Jak uvádí tabulka č. 18, je na první pohled patrné, že skoro u všech dotazovaných 57 (96,0 %) respondentů byla zachována intimita při hygieně, pouze u 1 (4,0 %) byla intimita nedodržena.

Otázka č. 19 – Byla Vám zajištěna pomoc při podávání stravy?

Tabulka 19: Pomoc při podávání stravy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	42	72,4 %
Ne	0	0,0 %
Nepotřeboval/a jsem	16	27,6 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Odpovědi na otázku č. 19 v dotazníku: „*Byla Vám zajištěna pomoc při podávání stravy?*“ poukazuje Tabulka č. 19, kde je znázorněno, kolika respondentům byla pomoc při podávání stravy zajištěna v poslední době. Z celkového počtu 58 respondentů, tj. 100,0 % odpovědělo na otázku Ano 42 (72,4 %) z nich a z toho 16 (27,6 %) ji nepotřebovalo. Žádný z dotazovaných neodpověděl na otázku Ne.

Otázka č. 20 – Měl/a jste možnost výběru stravy během hospitalizace?

Tabulka 20: Výběr stravy během hospitalizace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	32	55,2 %
Ne	26	44,8 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: V otázce č. 20 měli respondenti označit odpověď, zdali měli možnost výběru stravy v nemocnici, na kterou 32 (55,2 %) z nich odpověděli Ano a 26 (44,8 %) tuhle možnost výběru neměli a označili odpověď Ne.

Otázka č. 21 – Byla Vám zajištěna dostatečná péče o dýchání?

Tabulka 21: Zajištění péče o dýchání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	52	89,7 %
Ne	0	0,0 %
Nepotřeboval/a jsem	6	10,3 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z uvedeného grafu č. 7 vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných respondentů mělo zajištěnou péči o dýchání po kardiochirurgické operaci 52 (89,7 %) respondentů a 6 (10,3 %) tuhle pomoc nepotřebovalo.

Otázka č. 22 – Měl/a jste možnost využít dechových RHB pomůcek?

Tabulka 22: Možnost využití RHB pomůcek

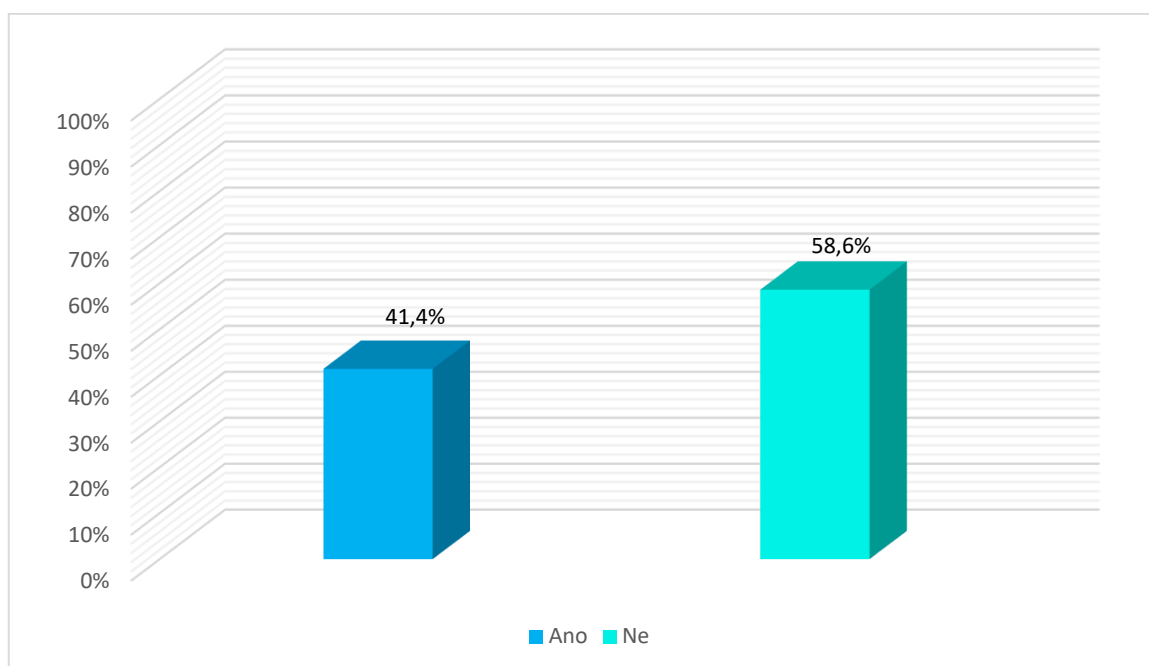
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	47	81,0 %
Ne	11	19,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: V daném grafu č. 8 jde vidět, že dechových RHB pomůcek mělo možnost využít 47 (81,0 %) respondentů, a naopak tu možnost nemělo 11 (19,0 %) dotazovaných z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů.

Otázka č. 23 – Měl/a jste problémy se spánkem?

Tabulka 23: Problémy se spánkem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	24	41,4 %
Ne	34	58,6 %
Celkem	58	100,0 %



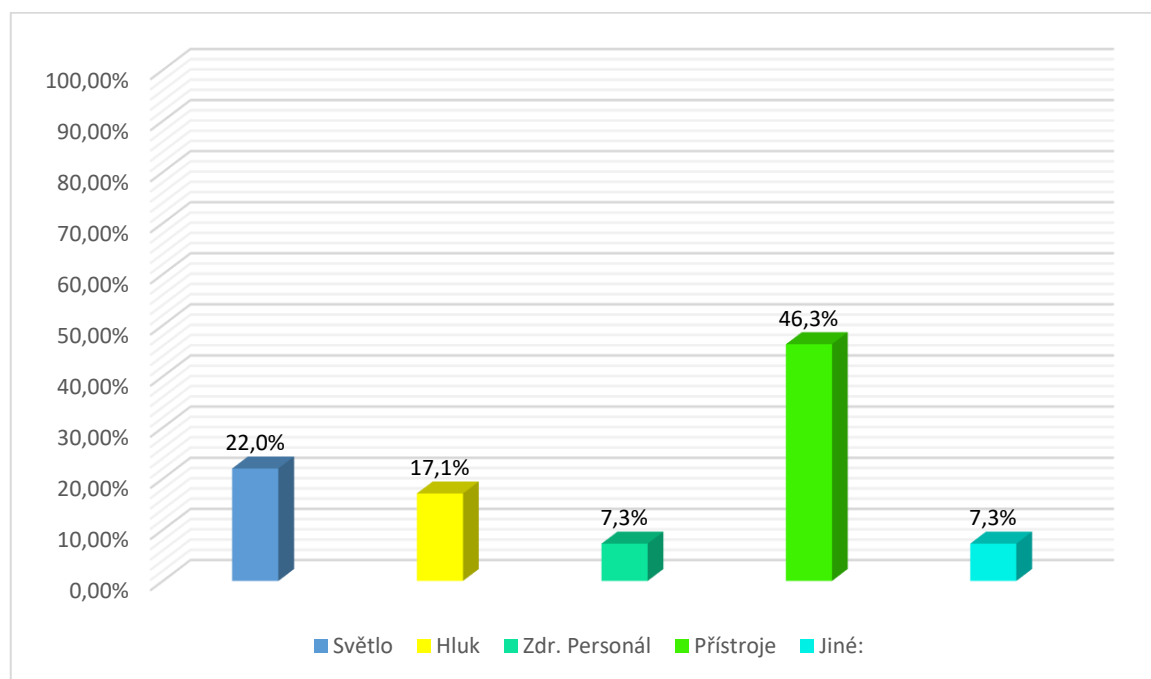
Graf 7 – Problémy se spánkem

Komentář: V následujícím grafu č. 7 je patrné z výsledků, že z celkového počtu 58 dotazovaných (100,0 %) 24 (41,4 %) respondentů mělo během hospitalizace problémy se spánkem, ale naproti tomu 34 (58,6 %) z nich problémy se spánkem nemělo. Na tuto otázku č. 23 se vztahují další následující dvě otázky č. 24 a č. 25.

Otázka č. 24 – Pokud ano, jaká byla příčina poruchy spánku?

Tabulka 24: Příčina poruchy spánku

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Světlo	9	22,0 %
Hluk	7	17,1 %
Zdravotnický personál	3	7,3 %
Přístroje	19	46,3 %
Jiné: Spolupacient Jiné prostředí	3	7,3 %
Celkem	41	100,0 %



Graf 8 – Příčiny poruchy spánku

Komentář: Na odpověď Ano z předešlé otázky č. 23 navazuje otázka č. 24: „Pokud ano, jaká byla příčina poruchy spánku?“. V této otázce byla možnost více odpovědí. Nejčastější poruchou spánku byly u 19 (46,3 %) respondentů přístroje, dalším narušujícím faktorem bylo světlo, které označilo 9 (22,0 %) dotazovaných. Dalším narušitelem u 7 (17,1 %) respondentů byl hluk a nejméně pak zdravotnický personál, který označili 3 (7,3 %) respondenti. V poslední řadě uvedli 3 (7,3 %) respondenti jiný důvod příčiny spánku. Jako jiný důvod byla uvedena odpověď spolupacient (chrápání) nebo jiné prostředí.

Otázka č. 25 – Jakým způsobem se Váš problém se spánkem vyřešil?

Tabulka 25: Řešení poruchy spánku

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ztlumení světél	8	18,2 %
Snížení hluku	8	18,2 %
Léky na spaní	13	29,6 %
Bylo mi vysvětleno, proč je na odd. hluk	15	34,1 %
Celkem	44	100,0 %

Komentář: Otázka č. 25 v dotazníku se vztahuje stále na respondenty, kteří v otázce č. 23 odpověděli Ano. Následující tabulka č. 25 vypovídá o tom, jak se řešila porucha spánku u dotazovaných respondentů. Nejčastější odpovědí na otázku bylo vysvětlení pacientům, proč je na oddělení hluk, tu označilo 34,1 % respondentů. Dále si 29,6 % respondentů vzalo léky na spaní. Snížení hluku a ztlumení světél označilo stejný počet respondentů, tedy 18,2 %.

Otázka č. 26 – Měl/a jste po operaci bolesti?

Tabulka 26: Bolest po operaci srdce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z dané tabulky č. 26 je patrné, že téměř všichni respondenti měli po operaci srdce bolesti. Odpověď Ano tedy označilo 57 (96,0 %) respondentů až na 1 (4,0 %), který po operaci bolesti neměl.

Otázka č. 27 – Pokud ano, pomohla Vám sestra problémem účinně a okamžitě vyřešit?

Tabulka 27: Okamžité řešení bolesti po operaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Otázka č. 27 je zaměřena na respondenty, kteří v předešlé otázce č. 26 odpověděli Ano. Tedy na otázku č. 27: „*Pokud ano, pomohla Vám sestra problémem účinně a okamžitě vyřešit?*“ odpovědělo 57 (96,0 %) respondentů Ano a pouze 1 (4,0 %) označil odpověď Ne.

Otázka č. 28 – Když jste potřeboval/a přivolat personál, byla jeho reakce včasná?

Tabulka 28: Reakce přivolání personálu

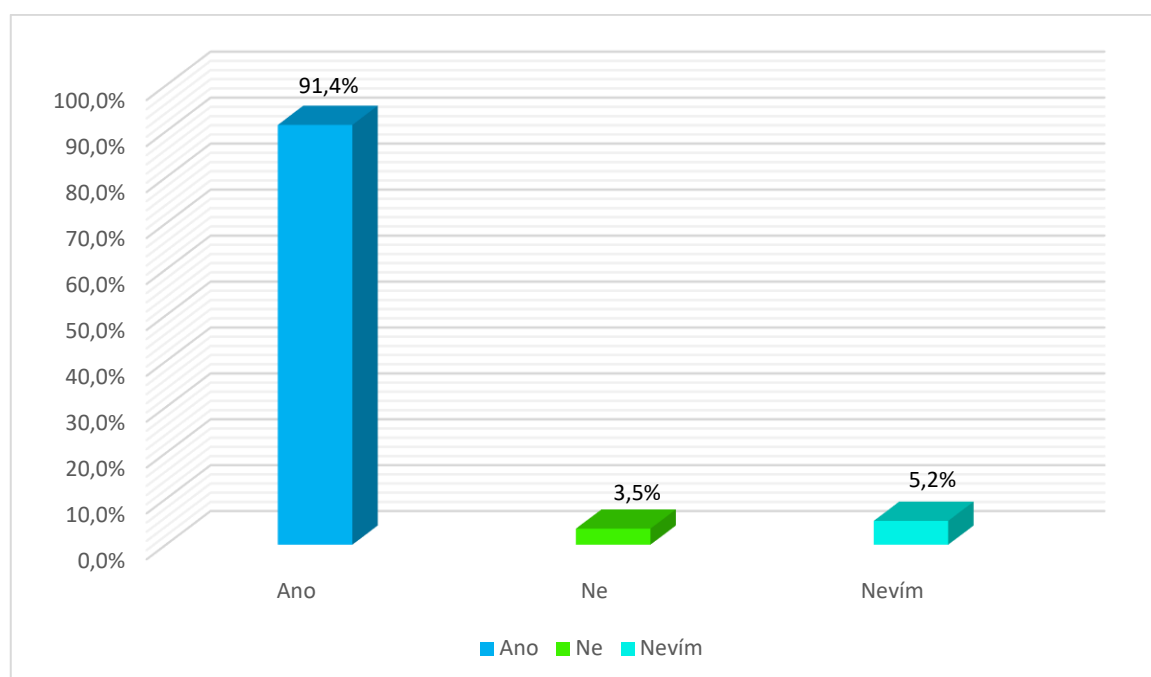
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	56	96,6 %
Ne	1	1,7 %
Nepotřeboval/a jsem	1	1,7 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Z uvedené tabulky č. 28 vyplývá, že 56 (96,6 %) respondentů uvedlo včasnou reakci personálu, naproti tomu 1 (1,7 %) z dotazovaných uvedl, že reakce personálu nebyla dostatečně včasná a stejně tak další 1 (1,7 %) respondent potřebu přivolání personálu nevyžadoval.

Otázka č. 29 – Byl/a jste pravidelně polohován, jako prevence vzniku proleženin?

Tabulka 29: Pravidelné polohování pacienta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	53	91,4 %
Ne	2	3,5 %
Nevím	3	5,2 %
Celkem	58	100,0 %



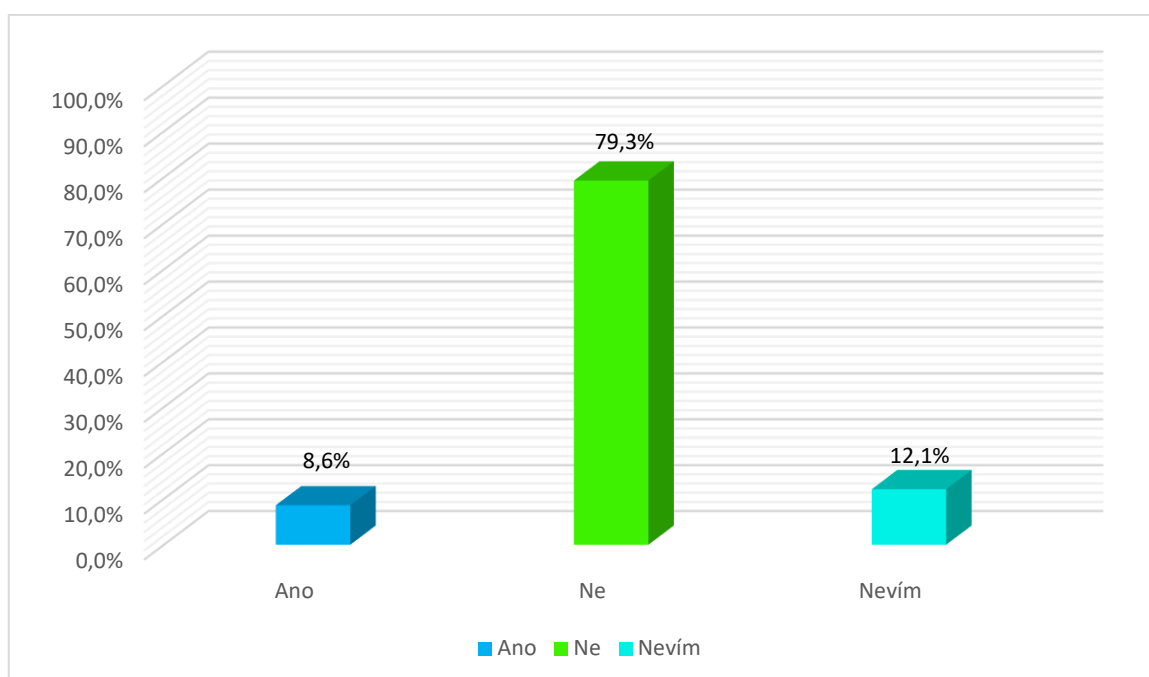
Graf 9 – Pravidelné polohování pacienta

Komentář: U hospitalizovaných pacientů je důležité, aby nedošlo ke vzniku proleženin, proto byla tato otázka zaměřena na pravidelné polohování. Z odpovědí respondentů vyplývá, že 53 (91,4 %) pacientů je pravidelně polohováno a pouze 2 (3,5 %) tuto skutečnost odvrátilo. Z toho 3 (5,2 %) dotazovaní označili odpověď, že neví, zdali jsou pravidelně preventivně polohováni.

Otázka č. 30 – Vznikly u Vás komplikace zdravotního stavu?

Tabulka 30: Komplikace zdravotního stavu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	5	8,6 %
Ne	46	79,3 %
Nevím	7	12,1 %
Celkem	58	100,0 %



Graf 10 – Komplikace zdravotního stavu

Komentář: Tabulka č. 30 znázorňuje u kolika respondentů vznikly komplikace zdravotního stavu. Z odpovědí respondentů vyplývá, že u 46 (79,3 %) respondentů nevznikly žádné komplikace zdravotního stavu. Naopak u 5 (8,6 %) dotazovaných komplikace vznikly a 7 (12,1 %) dotazovaných odpovědělo na otázku, že neví.

Otázka č. 31 – Pokud ano, bylo Vám nabídnuto okamžité řešení problému?

Tabulka 31: Okamžité řešení problému

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	5	50,0 %
Ne	0	0,0 %
Nevím	0	0,0 %
Nerelevantní	5	50,0 %
Celkem	10	100,0 %

Komentář: Otázka č. 31 navazuje v rámci otázky č. 30 v dotazníku. Na otázku: „*Pokud ano, bylo Vám nabídnuto okamžité řešení problému?*“ odpovědělo 5 (50,0 %) respondentů Ano a 5 (50,0 %) odpovědí je považováno za nerelevantní, jelikož odpověděli na předchozí otázku č. 30 Nevím a jejich odpověď se objevila i v otázce č. 31.

Otázka č. 32 – Cítíte se mezi ošetřujícími sestrami a lékaři bezpečně?

Tabulka 32: Bezpečí pacienta mezi ošetřujícím týmem

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	57	96,0 %
Ne	1	4,0 %
Celkem	58	100,0 %

Komentář: Jak tabulka č. 32 uvádí z výsledků vyplynulo, že z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů se cítí v bezpečí mezi ošetřovatelským týmem 57 (96,0 %) dotazovaných. Odpověď Ne označil 1 (4,0 %) respondent.

4.7 Diskuze

Úmyslem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost pacientů s kvalitou poskytované péče po kardiochirurgické operaci. Pro výzkum byla použita kvantitativní metoda formou dotazníku, který se skládal z 32 otázek.

Otázky č. 1-5 se týkaly převážně demografických údajů pacienta. Z hlediska pohlaví respondentů byli nejvíce zastoupeny ženy, které podstoupily kardiochirurgickou operaci. Počet žen byl tedy 30 (51,7 %) a mužů 28 (48,3 %). Výzkum probíhal ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a Fakultní nemocnici v Motole. Ve VFN v Praze se zúčastnilo dotazníkového šetření 26 (44,8 %) pacientů a v Motole celkem 30 (55,2 %). Z výsledků tedy vyplynulo, že větší počet operovaných zastávají ženy. Dle Národního kardiochirurgického registru (2010) jsou ve VFN i v nemocnici v Motole častěji operováni muži než ženy, což se v našem šetření nepotvrdilo. Z otázky č. 2 je patrné, že nejvíce operovaných respondentů z celkového počtu 58 (100,0 %) spadalo do kategorie 66-80 let. Jak uvádí NKCHR (2010) jsou stejně tak ve VFN i v Motole nejčastěji operováni pacienti ve věku 60-79 let, což můžeme označit jako potvrzující odpověď, jelikož tuto odpověď označilo z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů 23 (39,7 %). V rámci dotazu, zda byli pacienti přijati k hospitalizaci akutně nebo plánovaně, byla položena otázka v dotazníku, kde měli určitou odpověď označit. Z výsledků vyplynulo, že počet akutně přijatých pacientů byl větší než plánovaných operací. Odpověď akutně označilo 30 respondentů, kdežto plánovaně jen 28. Jak uvádí NKCHR (2010) častěji prováděné operace jsou plánované než urgentní, což se v našem případě nepotvrdilo. Dále byla pacientům položena otázka v dotazníku, z jakého důvodu se rozhodli pro tuhle nemocnici. Z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů, 41,4 % uvedlo, že to nebylo jejich rozhodnutí. Dalším rozhodujícím faktorem ve výběru nemocnice byli lékaři ve 31,0 %.

Cíl č. 1 se týkal edukace pacientů o pooperační péči před výkonem. Informace týkající se k tomuto cíli jsme získaly z otázek č. 6-9. Zde byli respondenti dotazováni na to, kdo je edukoval před výkonem, v jakých oblastech byli edukováni nebo jakým způsobem. Dle výsledků jsme zjistili, že nejčastějšími edukátory v 81,0 % jsou lékaři a všeobecné sestry. V rámci otázky č. 7 jsme zjistili, že nejčastější oblastí edukace je dýchání + odkašlávání (27,1 %), přivolání personálu (24,6 %) a vstávání z lůžka (23,1 %). Z výsledků dále vyplynulo, že z hlediska edukace je méně pacientů edukováno o následném zákazu řízení motorových vozidel alespoň po dobu 6 týdnů. Jak uvádí Šetina a kol. (2005) při řízení člo-

věk vykonává pohyby, které by mohly narušit hojení rány nebo to, že hrudní kost nesroste. V téhle oblasti bylo edukováno pouze 9,6 % respondentů tj. 19 pacientů po operaci srdce.

Navazující otázkou v dotazníkovém šetření pro respondenty byla otázka, jakým způsobem byli pacienti edukováni. Dotazovaní měli na výběr více odpovědí, které mohli označit. Nejčastější odpovědí byla ústní edukace, kterou označilo 36,1 % a poté možnost nácviku, tu označilo 24,8 %. V rámci dotazu, zda byli informace v případě nepochopení zopakovány, měli respondenti odpovědět Ano nebo Ne. Dle Šetiny a kol. (2005) je nezbytně nutné, aby všechna sdělení, která pacientovi předkládáme byla pro něho srozumitelná a dostatečná. V případě nepochopení je důležité určité informace zopakovat nebo je s nimi probrat podrobněji. Tohle tvrzení se nám v otázce č. 9 potvrdilo. 55 (94,8 %) respondentů odpovědělo na otázku Ano, pouze 3 (5,2 %) respondenti označili odpověď Ne.

Z uvedených výsledků, lze vyhodnotit, že pacienti potřebují více informací o pooperační péči v oblasti edukace zejména zákazu řízení motorových vozidel, aby mohli dále uzpůsobit svůj životní styl a předejít tak následným komplikacím. Můžeme tedy říct, že otázky, které se vážou k cíli č. 1 byly uspokojivé. Na každou otázku odpověděla pozitivně minimálně větší polovina respondentů, což značí uspokojivé výsledky, až na menší nedostatek v oblasti edukace, který byl už výše zmíněn.

Cíl č. 2 se týkal empatie sester. Naším úkolem tedy bylo zjistit, zdali jsou sestry vůči pacientům dostatečně empatické. K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10-15. Na otázku, zdali se představil ošetřující personál, který bude o pacienta pečovat odpovědělo 53 (91,4 %) respondentů Ano, což značí většinu hospitalizovaných pacientů. Při výběru oslovení už tolik pacientů možnost nemělo. Sestry nabídly oslovení 30 (51,7 %) respondentům a 26 (44,8 %) už naopak ne. Na otázky, zdali sestry jednaly s pacientem s úctou a respektem a jestli jim zajistili dostatečnou psychickou podporu odpovědělo 57 (96,0 %) respondentů Ano. Dle Krájíčka a kol., který popisuje v kardiouchirurgii, že pacient nehodnotí kvalitu podle léčebných výsledků, ale převážně dle lidskosti v přístupu lékařů a sester k nemocným, což se v našem dotazníkovém šetření potvrdilo. Proto je důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně a vždy každého přesvědčit, že on je ten střed zájmu celodenní snahy všech lékařů a sester. Ke správné psychické podpoře je důležitá stejně tak i podpora od rodiny. Podpora a pochopení rodiny je v takových situacích velmi důležitá a hraje velkou roli k úspěšné léčbě pacienta, jak uvádí Frolková (2015) ve své bakalářské práci. Proto je v našem dotazníkovém šetření otázka zaměřena na podporu od rodiny, kdy odpověď Ano označilo 55 (92,0 %) respondentů a pouze 3 (8,0 %) tuhle možnost podpory neměli. Ke

správnému fungování mezilidských vztahů je důležitá i správná komunikace mezi pacientem a sestrou. Každý z hospitalizovaných pacientů má své individuální potřeby a jednou z nich je i potřeba si s někým pohovořit. Podle Kapounové (2007) poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči bez komunikace nelze. Celkem 48 (82,8 %) dotazovaných odpovědělo, když si potřebovali s někým pohovořit, tak jejich prosba byla řádně vyslyšena. V 10 (17,2 %) případech respondenti uvedli, že potřebu si s někým promluvit nevyžadovali.

Z uvedených výsledků vyplývá, že v jasné míře je pacientům dopřána kvalitní péče a empatie sester je na správném místě. Správné jednání a komunikace s pacienty je dle hodnocení spokojenosti pacientů kvalitní, a to z toho důvodu, že větší polovina dotazovaných odpovídala na otázky s pozitivním dopadem. V takovém případě můžeme říct, že cíl č. 2 byl splněn a pacienti hodnotí přístup sester jako dostatečně empatický.

Cíl č. 3 měl zjistit, zda jsou pacienti spokojeni s poskytovanými službami zdravotnického personálu. K tomuto cíli se vztahují otázky č.16-32. Otázka č. 16 je zaměřena podobně jako otázka č. 15, kdy se jedná o komunikaci se zdravotníky. Respondenti měli zhodnotit komunikaci se zdravotníky během hospitalizace od čísla 1-5. 1 znázorňovala maximální spokojenost, naopak 5 maximální nespokojenost. Z celkového počtu 58 respondentů, tj. 100,0 % hodnotí 32 (55,1 %) maximální spokojenost s komunikací. Jak už bylo řečeno poskytování kvalitní ošetrovatelské péče bez komunikace nelze – Kapounová (2007). Velký důraz se klade i na zajištění celkové hygienické péče. Pacienti po operaci srdce jsou ze začátku odkázáni na pomoc ošetrovatelského týmu. Z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů označilo 38 (65,2 %) maximální spokojenost s pomocí při hygieně, ačkoliv 3 (5,2 %) dotazovaní označili maximální nespokojenost. Jak uvádí Workman a Bennett (2006) dodržování hygienické péče je u takových pacientů nesmírně důležité, jelikož při nedodržení hygieny může dojít ke vzniku infekce a následnému zhoršení zdravotního stavu. K dodržení hygieny se váže i zachování intimity. Každý pacient má dle Trachtové a kol. (2013) míru studu nastavenou jinde, a proto je důležité u každého pacienta zachovávat prostor pro intimitu. Z našeho dotazníkového šetření vyplynulo, že skoro u všech tedy u 57 (96,0 %) respondentů byla intimita zachována. K narušení intimity došlo pouze u 1 (4,0 %) respondenta. Pacienti po operaci srdce jsou prvně uloženi na oddělení ARO nebo JIP, kde jsou zcela odkázáni na veškerou pomoc ošetrovatelského týmu. V otázce č. 19 jsme zjišťovali, jestli byla pacientům poskytnuta pomoc při podávání stravy. Někteří pacienti potřebují pomoc stále i na standardních odděleních, kde jsou později přeloženi. Z výsledků jsme zjistili, že 42 (72,4 %) dotazovaných tuto pomoc mělo zajištěno a 16 (27,6 %) ji ani nepo-

třebovalo. Jak uvádí Šamánková a kol. (2011) hlad a potřeba přijímat potravu patří mezi základní lidské potřeby a v takových případech, kdy pacient není schopen ji přijímat sám je odkázán na pomoc ošetrovatelského týmu. Z navazující otázky, zdali pacienti měli možnost výběru stravy jsme zjistili, že 32 (55,2 %) respondentů tu možnost mělo a naopak 26 (44,9 %) ji nemělo. V rámci hodnocení kvality péče, jsme se zaměřili i na potřebu dýchání. Z výsledků zajištění péče o dýchání jsme zjistili, že u 52 (89,7 %) respondentů byla poskytnuta dostatečná péče, což je dle Šamánkové a kol. (2011) jedna ze základních fyziologických potřeb, bez kterých se nedá dlouhodobě žít. V návaznosti na otázku jim byla dále položena otázka, jestli měli možnost využití dechových RHB pomůcek. Na otázku odpovědělo 47 (81,0 %) dotazovaných Ano. Odpověď Ne označilo 11 (19,0 %) respondentů. Do péče o DC je dle Kapounové (2007) nezbytné zařadit i péči o dutinu ústní. Péče u DC je důležitá hlavně z hlediska udržení volných DC a zabránit tak vzniku infekčních komplikací. Z našich výsledků vyplývá, že péče o dýchání je pacientům zajišťována v dostatečně uspokojivé míře. Potřeba dýchání a dechová RHB je u pacientů po operaci srdce velmi důležitá. Je důležité dbát na to, aby pacienti se naučili správnému vykašlávání a předcházelo se tak plicním komplikacím. Další důležitou biologickou potřebou je spánek. Spánek je pro člověka velmi důležitý, dopřává nejen tělu ale i mozku odpočinek. Jenže v nemocničním prostředí je spánek většinou nějak narušený, a to zejména na odděleních intenzivní péče. Na otázku č. 23 z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů odpovědělo 41,4 %, že jejich spánek nebyl kvalitní, ale byl něčím narušený. V následující otázce měli pacienti zaznačit, jaká byla příčina spánku. Dle Šamánkové (2011) je nejčastějším zdrojem narušení spánku hluk, ačkoliv tuto odpověď označilo pouze 17,1 % pacientů. Největším zdrojem narušení byly přístroje, ty označilo 46,3 % respondentů, dále pak světlo nebo zdravotnický personál. Na výběr měli respondenti možnost i jiné odpovědi, kterou uvedli 3 z dotazovaných. Jak popisuje Šamánková (2011), může se stát, že příčinou poruchy bude spolupacient, který bude narušovat spánek svých sousedů a toto tvrzení se v našem dotazníkovém šetření taky potvrdilo. V případě poruchy spánku měli dále pacienti označit, jakým způsobem došlo k vyřešení jejich problému. U většiny pacientů byl vysvětlen důvod, proč je na oddělení hluk, tu možnost označilo 34,1 % respondentů, druhou nejčastější odpovědí byly léky na spaní, ty označilo 29,6 %. S kardiochirurgickou operací souvisí i potřeba být bez bolesti. S tím souvisí otázka č. 26, kde jsme zjišťovali, zdali měli pacienti po operaci bolesti. 57 (96,0 %) respondentů odpovědělo, že bolesti měli. V případě odpovědi Ano, jsme v další otázce zjišťovali, jestli jim sestra pomohla problémem účinně a okamžitě

vyřešit. Z výsledků jsme zjistili, že u všech pacientů, kteří měli bolesti, jim sestra pomohla jejich problém okamžitě a s pozitivním následkem vyřešit. Léčba bolesti, jak popisuje Bartůněk (2016) je odbornou i etickou povinností zdravotníků a zmírnění bolesti je jedním z práv nemocných. Léčba se nikdy neobejde bez pomoci nemocného, ale v případě spolupráce bude mít na nemocného pozitivní dopad a zlepší se tak i jeho kvalita života. V další otázce jsme se zaměřili na včasné reakce ošetřujícího personálu. Pooperační péče je do 24 hodin po výkonu dle Bartůňka (2016) označována jako časná. V této fázi je pacient sledován kontinuálně, 24 hodin v kuse. Z výsledků tedy vyplývá, že reakce ošetřovatelského personálu byla v 96,6 % včasná. S ošetřovatelskou péčí souvisí i preventivní polohování pacienta, který se z důvodu operace nemůže pohybovat sám, jak by potřeboval. Z toho důvodu jsme sestavili otázku v dotazníku, která zjišťovala, zdali jsou pacienti pravidelně polohováni jako prevence vzniku proleženin. Pacienti po operaci srdce mají omezený pohybový režim. Dle Kapounové (2006) dlouhodobá imobilizace vede k projevům tzv. imobilizačního syndromu, proto je důležité pacientův pobyt v lůžku omezit na minimum. Pravidelným polohováním zamezíme vzniku dekubitů a celkovému zhoršení stavu pacienta. Z výsledků na tuto otázku č. 29 vyplývá, že 91,4 % respondentů bylo pravidelně polohováno. Našli se i pacienti, kteří odpověděli na otázku, že nebyli polohováni (3,5 %) nebo odpověděli, že neví (5,2 %). Během hospitalizace je důležité předcházet vzniku komplikací. V tomto případě, jsme položili otázku respondentům v dotazníku, kdy měli označit odpověď, zdali u nich vznikly komplikace zdravotního stavu. Z celkového počtu 58 (100,0 %) respondentů označilo odpověď Ne 46 z nich (79,3 %). Našli se i pacienti, kteří označili odpověď Nevím (12,1 %), ale i případy u kterých komplikace vznikly (8,6 %). V případě odpovědi Ano, měli respondenti označit v následující otázce, zdali jim bylo nabídnuto okamžité řešení daného problému. Dle Šetiny a kol. (2005) je důležité případným komplikacím předcházet, ale jestliže nastanou je důležité je řešit v časně fázi. Z 5 (8,6 %) případů, kdy pacienti odpověděli Ano na předešlou otázku č. 30, označili v další otázce č. 31 odpověď Ano, která značí okamžité řešení problému. Dalších 5 (50,0 %) odpovědí, které se vyskytly v otázce č. 31 je považováno za nerelevantní. Poslední otázka je zaměřena na bezpečnost pacienta mezi ošetřovatelským týmem. Potřeba jistoty a bezpečí se odvíjí od stavu pacienta. Dle Šamánkové (2011) je potřeba jistoty a bezpečí u pacientů při vědomí značně těžší. Pacienti při vědomí jsou značně zahrnuti informacemi, které nemusí chápat a následně z něj mohou mít strach. Zeptali jsme se respondentů, jestli se cítí bezpečně v okolí lékařů a sester. Skupina 57 (96,0 %) respondentů označilo odpověď Ano a pouze 1

(4,0 %) z pacientů tento pocit neměl. Z výsledků je tedy patrné, že téměř všichni respondenti mají pocit bezpečí a jistoty.

Z výsledků je patrné, že pacienti jsou v jasné míře spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb. Na otázky, které byly sestavené k cíli č. 3, pacienti odpovídali téměř jednoznačně. Jejich odpovědi měli ve všech případech pozitivní dopad. Ve výsledcích nebyl objeven žádný případ nebo problém, kdy by byla poskytovaná péče u velkého počtu pacientů nějak narušena. Můžeme tedy říct, že hlavní cíl zhodnotit spokojenost pacientů s kvalitou poskytované péče je ve VFN a v Motole zcela na vysoké úrovni a pacienti ji hodnotí jako jednoznačně kvalitní.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala kvalitou péče u pacientů po kardiochirurgických operacích. Kardiovaskulární choroby jsou jednou z nejčastějších příčin hospitalizace v České republice. V roce 2017 bylo pro nemoci oběhového systému hospitalizováno skoro 300 tisíc osob.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit spokojenost s kvalitou poskytované péče u pacientů po kardiochirurgické operaci. Cíl byl splněn s využitím dotazníkového šetření. Ze získaných výsledků můžeme říct, že hospitalizovaní pacienti jsou v nemocnicích Všeobecné Fakultní nemocnice v Praze a ve Fakultní nemocnici v Motole spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb. Kvalita péče, která je poskytována pacientům během hospitalizace je očima pacientů na vysoké úrovni. Menší nedostatky byly zjištěny v rámci edukace pacienta před výkonem o pooperační péči zákazu řízení motorového vozidla. Provádění edukace lékařem nebo všeobecnou sestrou by mělo být samozřejmostí. Proto by se měl klást větší důraz na edukaci, aby se zabránilo následnému vzniku komplikací, a to i v domácí péči. Pacienti po operaci srdce vyžadují správnou dechovou rehabilitaci. Aby RHB byla účinná, je důležité, aby pacient měl k dispozici dostatek pomůcek, které budou mít na jeho RHB pozitivní vliv. Ošetrovatelská péče je v dnešní době cílem moderního ošetrovatelství a jestliže bude spokojený pacient, bude ošetrovatelská péče kvalitní.

Uspokojivé výsledky vyplývají z otázek, které byly zaměřeny na potřeby klienta po operaci srdce, které se vážou k cíli č. 3. Jak už bylo zmíněno v úvodu práce, pacienti nehodnotí kvalitu dle moderních technologií, ale hlavně podle toho, zdali měli uspokojeny všechny potřeby v době nemoci a kdy to jejich stav vyžadoval. Kvalitní ošetrovatelskou péčí lze dosáhnout, když budeme splňovat veškeré pacientovy potřeby a zajistíme mu tak příjemný pobyt v nemocnici. Jestliže sestra bude vykonávat kvalitní služby, kdy pacientovi všechny informace vysvětlí, seznámí ho s režimem pobytu, bude empatická a zajistí tak příjemné prostředí, vyhodnotí pacient kvalitu poskytované péče jako kvalitní.

VFN v Praze i Fakultní nemocnice v Motole získaly ocenění Spojené akreditační komise a získaly tak prestižní certifikát kvality, který značí kvalitní poskytovanou péči všem pacientům. Můžeme tedy říct, že ocenění, které nemocnice získaly, jsou získané spravedlivě a poctivě. Dále se obě nemocnice každoročně zapojují i do projektu „Nemocnice roku“.

Tento projekt pořádá HC InSTITUTE, která má za cíl oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích pacientů a zaměstnanců. Za rok 2019 v kategorii hodnocení bezpečnosti a spokojenosti hospitalizovaných pacientů získala 1. místo nemocnice v Motole. Kdežto o rok dříve toto stejné ocenění získala i Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

Doporučením pro praxi nejen pro lékaře, ale i všeobecné sestry je dbát více na edukaci pacientů ve všech oblastech, které jsou důležité znát po operaci srdce. Stejně jak, ústní, tak i nácvik či ukázka během poučení pacienta o pooperační péči je důležitá, protože se snažíme předcházet komplikacím, které mohou později nastat. Dalším doporučením pro sestry je, aby dbaly na správnou rehabilitaci pacientů po kardiochirurgických operacích.

Z celkových výsledků našeho šetření tedy vyplývá, že poskytovaná péče je z hlediska spokojenosti pacientů kvalitní, o čemž svědčí i fakt, že každá nemocnice získala ocenění „Nemocnice roku“.

Největší odměnou pro zdravotníka je, když vidí spokojeného pacienta, což se v našem dotazníkovém šetření potvrdilo. Spokojený pacient se rovná kvalitní ošetrovatelské péči.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTŮNĚK, Petr, Dana JURÁSKOVÁ, 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada. ISBN 9788024743431.
- [2] BEDNAŘÍK, Milan, 2018. Kvalita péče ve zdravotnictví. Praha: Ústav práva a právní vědy. ISBN 978-80-87974-14-8.
- [3] BULAVA, Alan, 2017. Kardiologie pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0468-0.
- [4] BULVAS, Miroslav, 2018. Aortální disekce a její endovaskulární léčba. SOLEN: Interv Akut Kardiol [online]. 17(2), 100-106 [cit. 2020-03-03]. ISSN 1803-5302. Dostupné z: <https://iakardiologie.cz/pdfs/kar/2018/02/11.pdf>
- [5] ČERBÁK, Roman, 2013. Několik poznámek k historii kardiochirurgie. Kardiol Rev [online]. 15(3), 168-171 [cit. 2020-03-03]. ISSN 2336-2898. Dostupné z: <https://www.kardiologickarevue.cz/casopisy/kardiologicka-revue/2013-3-5/nekolik-poznamek-k-historii-kardiochirurgie-41549/download?hl=cs>
- [6] ČOUPKOVÁ, Hana, Pavel MARCIÁN, Vladislava MARCIÁNOVÁ, Lucie PŘIKRYLOVÁ, Ludmila RÁŽKOVÁ a Lenka SLEZÁKOVÁ, 2019. Ošetrovatelství v chirurgii I. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2900-8.
- [7] DOMINIK, Jan, 1998. Kardiochirurgie. Praha: Grada. ISBN 80-7169-669-2.
- [8] DOMINIK, Jan, 2010. Zamyšlení nad dosavadním vývojem a dalším směřováním kardiochirurgie. *Cor Vasa*. [online]. 52(5–6), 369-371. ISSN 0010-8650. Dostupné z: <https://actavia.e-coretvasa.cz/pdfs/cor/2010/05/19.pdf>
- [9] FROLKOVÁ, Anna, 2015. Život po těžké kardiochirurgické operaci. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Anna Krátka. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/31690/frolková_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [10] HAUSENLOY, Derek J., Edney BOSTON GRIFFITHS, Derek. M. YELLON, 2012. Cardioprotection during cardiac surgery. *Cardiovasc Res*. [online]. 94(2) 253-265 DOI: 10.1093/cvr/cvs131. Dostupné z: <https://academic.oup.com/cardiovasres/article/94/2/253/271217>

- [11] HÁJKOVÁ, Lucie a Tereza VANÍČKOVÁ, 2009. Péče o pacienta před a po operaci na standardním a mediálovém oddělení kardiochirurgie. Zdravotnictví a medicína [online]. Mladá Fronta [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pred-a-po-operaci-na-standardnim-a-medialovem-oddeleni-kardiochirurgie-448198>
- [12] HealthCare Institute [online], 2006. Ostrava [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/>
- [12] JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada. ISBN 9788024744124.
- [13] KALÁB, Martin, 2013. Perioperační péče o pacienta v kardiochirurgii. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 9788070135570.
- [14] KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. Ošetrovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada. ISBN 9788024718309.
- [15] Kardiochirurgie [online], 2011. Praha: MeDitorial [cit. 2020-20-05]. Dostupné z: <https://www.kardiochirurgie.cz/home>
- [16] KOLÁŘ, Jiří, 2009. Kardiologie pro sestry intenzivní péče. 4., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 9788072626045.
- [17] MÁLEK, Jiří a Pavel ŠEVČÍK, 2011. Léčba pooperační bolesti. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 9788020424532.
- [18] Náhrada chlopně biologickou. Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/chlopenni-vady/chirurgicka-lecba-chlopenniho-postizeni/nahrada-chlopne>
- [19] Národní registr kardiovaskulárních operací a intervencí (NRKOI). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. Praha [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--narodni-zdravotni-registry--narodni-registr-kardiovaskularnich-operaci-a-intervenci>

- [20] Plastika mitrální chlopně. Fakultní nemocnice Hradec Králové [online]. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/kch/chlopenni-vady/chirurgicka-lecba-chlopenniho-postizeni/plastika-chlopne>
- [21] PIRK, Jan a kol., 2019. Kardiochirurgie. Maxdorf. ISBN 978–80–7345–568-2.
- [22] PLEVOVÁ, Ilona a kol., 2012. Management v ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
- [23] RAITER, Tomáš, 2010. Kvalita očima pacientů. Praha. [cit. 2020-02-05]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/>
- [24] RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS, 2004. Repetitorium pro zdravotní sestry. Praha: Grada. ISBN 80-247-0932-5.
- [25] SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. Ošetrovatelství v chirurgii I. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3129-2
- [26] SOVOVÁ, Eliška a Jarmila ŘEHOŘOVÁ, 2004. Kardiologie pro obor ošetrovatelství. Praha: Grada. ISBN 80-247-1009-9.
- [27] ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada. ISBN 9788024732237.
- [28] ŠETINA, Marek a a kol., 2005. Kardiochirurgie. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 80-7040-779-4.
- [29] ŠŤASTNÝ, Jan, 2015. Kvalita zdravotní péče: o co vlastně jde? SOLEN: Interní Med., [online]. 17(3), [cit. 2020-03-04]. 156-158. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/14.pdf>
- [30] ŠTEINER, Ivo, 2005. Akutní aortální syndromy. Česko-slovenská patologie [online]. 41(1), [cit. 2020-03-04] 7-11. ISSN 1210-7875. Dostupné z: <http://www.cspatologie.cz/docs/339-fulltext.pdf>
- [31] TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ, 2013. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 3., vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2

- [32] VAVŘINA, Daniel, 2006. Dotazník HC Institute. Zvyšování kvality, bezpečnosti a efektivity ve zdravotnictví [online]. [cit. 2020-05-04]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/dotazniky/podpurne-materialy-a-informace.html>
- [33] VÁLKOVÁ, Monika, 2015. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. *IPVZ*, [cit. 2019-10-03] 1-80. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2364-hodnoceni-kvality-poskytovanych-zdravotnich-sluzeb.pdf>
- [34] VEJVODA, Jiří, David ALAN a Petr OŠŤÁDAL, 2005. Disekce aorty. *SOLEŇ: Interv Akut Kardiol* [online]. 4(3), 159-165 [cit. 2020-04-10]. ISSN 1803-5302. Dostupné z: <https://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2005/03/07.pdf>
- [35] WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. Klíčové dovednosti sester. Praha: Grada, 2006. ISBN 802471714X.
- [36] ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2014. Speciální chirurgie. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-128-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ANA	American nurse association (Americká asociace sester)
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
CABG	Coronary Artery Bypass (Aortokoronární bypass)
CO ₂	Oxid uhličitý
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
Dr.	Doktor
EKG	Elektrokardiografie
EU	Evropská unie
GCS	Glasgow Coma Scale (Klasifikace hodnocení vědomí)
ISO	International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)
ICHS	Ischemická choroba srdeční
JCAHO/JCIA	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations/ Joint Commission International (Společná komise pro akreditaci zdravotnických organizací/Společná mezinárodní organizace)
KOP	Kvalita očima pacientů
MTO	Mimotělní oběh
Např.	Například
NKCHR	Národní kardiochirurgický registr
NYHA	New York Heart Association (Klasifikace dušnosti)
RHB	Rehabilitace
SAK	Spojená akreditační komise
TEN	Tromebolická nemoc

Tj.	To je
USA	United State of America (Spojené Státy Americké)
VAP	Ventilátorová pneumonie
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Náhrada srdeční chlopně biologickou	17
Obrázek 2 Plastika mitrální chlopně	17
Obrázek 3 Schéma mimotělního oběhu	19

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Pohlaví.....	44
Tabulka č. 2: Věková skupina	44
Tabulka č. 3: Příjem pacienta	45
Tabulka 4: Hospitalizace v nemocnici	45
Tabulka 5: Důvod výběru dané nemocnice	46
Tabulka 6: Edukace pacienta.....	47
Tabulka 7: Oblast edukace	47
Tabulka 8: Způsob edukace.....	48
Tabulka 9: Porozumění otázky	48
Tabulka 10: Představení ošetrovatelského personálu.....	49
Tabulka 11: Nabídnutí možnosti oslovení	50
Tabulka 12: Jednání s pacientem	51
Tabulka 13: Zajištění psychické podpory.....	51
Tabulka 14: Dostatečná podpora od rodiny	51
Tabulka 15: Potřeba si s někým pohovořit	52
Tabulka 16: Komunikace se zdravotníky	53
Tabulka 17: Pomoc ošetrovatelského personálu při hygieně	54
Tabulka 18: Zachování intimity při hygieně	54
Tabulka 19: Pomoc při podávání stravy.....	55
Tabulka 20: Výběr stravy během hospitalizace	55
Tabulka 21: Zajištění péče o dýchání	56
Tabulka 22: Možnost využití RHB pomůcek.....	56
Tabulka 23: Problémy se spánkem.....	57
Tabulka 24: Příčina poruchy spánku	58
Tabulka 25: Řešení poruchy spánku	59
Tabulka 26: Bolest po operaci srdce	59
Tabulka 27: Okamžité řešení bolesti po operaci	60
Tabulka 28: Reakce přivolání personálu	60
Tabulka 29: Pravidelné polohování pacienta	61

Tabulka 30: Komplikace zdravotního stavu.....	62
Tabulka 31: Okamžité řešení problému	63
Tabulka 32: Bezpečí pacienta mezi ošetřujícím týmem.....	63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – <i>Hospitalizace v nemocnici</i>	45
Graf 2 – <i>Důvod výběru dané nemocnice</i>	46
Graf 3 – <i>Představení oše. personálu</i>	49
Graf 4 – <i>Nabídnutí možnosti oslovení</i>	50
Graf 5 – <i>Potřeba si s někým pohovořit</i>	52
Graf 6 – <i>Komunikace se zdravotníky</i>	53
Graf 7 – <i>Problémy se spánkem</i>	57
Graf 8 – <i>Příčiny poruchy spánku</i>	58
Graf 9 – <i>Pravidelné polohování pacienta</i>	61
Graf 10 – <i>Komplikace zdravotního stavu</i>	62

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník HealthCare Institute

Příloha č. 2 – Dotazník pro pacienty

Příloha č. 3 - GCS klasifikace

Příloha č. 4 - Pacient po operaci srdce

Příloha č. 5 - Mimosřelňní oběh ECMO po operaci srdce na oddělení JIP

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK HEALTH CARE INSTITUTE

1 Na základě čeho jste se rozhodl/a pro tuto nemocnici? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> doporučení známých	<input type="checkbox"/> vlastní zkušenost				
	<input type="checkbox"/> doporučení lékaře	<input type="checkbox"/> blízko bydliště				
	<input type="checkbox"/> média (TV, internet)	<input type="checkbox"/> nebylo to mé rozhodnutí (sanitka, ...)				
2 Šel/šla jste do této nemocnice s důvěrou?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano	<input type="checkbox"/> spíše ano	<input type="checkbox"/> spíše ne	<input type="checkbox"/> rozhodně ne		
3 Jak jste byl/a spokojen/a s organizací a rychlostí Vašeho přijetí do nemocnice?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
4 Byl Váš zákrok/pobyt v nemocnici plánovaný?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne				
5 V případě plánovaného zákroku/pobytu prosím uveďte délku objednací doby:	<input type="checkbox"/> do 1 měsíce	<input type="checkbox"/> 1-3 měsíce	<input type="checkbox"/> 3-6 měsíců	<input type="checkbox"/> více než 6 měsíců	<input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem	
6 Byl Vám srozumitelně vysvětlen navržený postup léčby?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne				
7 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s možnými riziky případného lékařského zákroku/vyšetření?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem zákrok			
8 Byl/a jste srozumitelně seznámen/a s tím, komu mohou být poskytovány informace o Vašem zdravotním stavu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím			
9 Pokud jste pocítoval/a bolest, bylo na ni ze strany personálu účinně a včas reagováno?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano	<input type="checkbox"/> spíše ano	<input type="checkbox"/> spíše ne	<input type="checkbox"/> rozhodně ne	<input type="checkbox"/> neměl/a jsem bolest	
10 Ověřoval personál nemocnice Vaše jméno před podáváním léků nebo zákrokem?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne				
11 Byl/a jste seznámen/a s tím, jak o sebe máte pečovat po propuštění z nemocnice?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne				
12 Uvítal/a byste možnost většího zapojení pacienta do rozhodování o způsobu léčby?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nevím			
13 Nakazil/a jste se při pobytu v nemocnici nějakou infekcí a nebo nemocí?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nemohu posoudit			
14 Pokud jste se nakazil/a v nemocnici infekcí nebo nemocí, uveďte prosím jakou:	<input type="checkbox"/> střevní infekce	<input type="checkbox"/> infekce močových cest	<input type="checkbox"/> vleké hojení pooperačních ran			
	<input type="checkbox"/> zánět horních dýchacích cest	<input type="checkbox"/> kožní infekce	<input type="checkbox"/> nenakazil/a jsem se			
jiné - uveďte: <input type="text"/>						
15 Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano	<input type="checkbox"/> spíše ano	<input type="checkbox"/> spíše ne	<input type="checkbox"/> rozhodně ne		

Správně označené pole ☺

Oprava již označeného pole

Nesprávně označené pole ☹

... pokračování na další straně 



16 Jak podle sebe hodnotíte pocit bezpečí z hlediska možných krádeží na Vašem oddělení?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
17 Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou na oddělení?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
18 Pokud jste pocítoval/a potřebu si s někým pohovořit, byla Vaše potřeba vyslyšena?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem	
19 Jak hodnotíte kvalitu podávané stravy?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
20 Co navrhuje v této nemocnici zlepšit? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> strava <input type="checkbox"/> televize <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> prostředí na pokoji (nábytek) <input type="checkbox"/> parkování <input type="checkbox"/> čistota a úklid <input type="checkbox"/> dostupnost a čistota WC/sprchy <input type="checkbox"/> modernizace/rekonstrukce budov <input type="checkbox"/> jsem spokojen/a <input type="checkbox"/> jednání/komunikace lékařů <input type="checkbox"/> jednání/komunikace sester <input type="checkbox"/> klimatizace a vytápění <input type="checkbox"/> způsob podávání informací pacientům <input type="checkbox"/> větší zapojení pacienta do procesu léčby a rozhodování <input type="checkbox"/> dostupnost dezinfekce na ruce	
jiné - uveďte: <input type="text"/>		
21 Bylo pro Vás orientační značení v nemocnici srozumitelné?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nevím	
22 Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími lékaři?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
23 Jak hodnotíte úroveň komunikace s ošetřujícími sestrami?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
24 Když jste potřeboval/a přivolat ošetřující personál, byla jeho reakce včasná?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřeboval/a jsem	
25 Zlepšil nebo stabilizoval se Váš zdravotní stav při pobytu v nemocnici?	<input type="checkbox"/> rozhodně ano <input type="checkbox"/> spíše ano <input type="checkbox"/> spíše ne <input type="checkbox"/> rozhodně ne <input type="checkbox"/> nemohu posoudit	
26 Jak často se personál nemocnice při komunikaci s Vámi usmívá?	<input type="checkbox"/> velmi často <input type="checkbox"/> často <input type="checkbox"/> méně často <input type="checkbox"/> téměř nikdy	
27 U které zdravotní pojišťovny jste v současné době pojištěn/a?	<input type="checkbox"/> Všeobecná zdravotní pojišťovna (111) <input type="checkbox"/> Vojenská zdravotní pojišťovna (201) <input type="checkbox"/> Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205) <input type="checkbox"/> Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207) <input type="checkbox"/> Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA (209) <input type="checkbox"/> Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211) <input type="checkbox"/> Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213)	
28 Jak hodnotíte komunikaci s Vaší zdravotní pojišťovnou? (e-mail, telefon, dopis, osobní kontakt)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
29 Jak hodnotíte nabídku preventivních programů Vaší zdravotní pojišťovny?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	1 = maximálně spokojen/a, 5 = velmi nespokojen/a
30 Co byste chtěl/a ve Vaší zdravotní pojišťovně zlepšit? (možnost více odpovědí)	<input type="checkbox"/> komunikace (elektronická, telefonická, písemná, reakční doba) <input type="checkbox"/> podpora léčby šetrnější pro pacienty <input type="checkbox"/> výše příspěvků na bonusové programy (sport, doplňky stravy, slevy pro pojištěnce) <input type="checkbox"/> nabídka preventivních programů (očkování, preventivní vyšetření)	
jiné - uveďte: <input type="text"/>		
31 Jste v této nemocnici dostatečně informován/a o možnostech propojení spolupráce s patientskou organizací zaměřenou na Vaše případné onemocnění?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nepotřebuji	

Pohlaví: muž žena

Váš věk: 1-20 21-35 36-50 51-65 66 a více let Vzdělání: základní středoškolské vysokoškolské

Ano, uděluji souhlas se zpracováním dat (bez souhlasu nelze dotazník zpracovat). Více informací na: www.hc-institute.org/souhlas

(Zdroj: <http://www.hc-institute.org/userfiles/files/Hospitalizovaní%20pacienti%202020%20-%20interaktivní.pdf>)

PŘÍLOHA PII: DOTAZNÍK PRO PACIENTY

Vážená paní, vážený pane,

Dovolte, abych se Vám nejprve představila. Jmenuji se Klaudie Bobčíková a jsem studentka třetího ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor všeobecná sestra.

Do rukou se Vám dostal dotazník, který se zabývá se kvalitou péče o pacienty po kardiochirurgickém výkonu.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný. Obsahuje 32 otázek. Veškeré získané informace budou použity pouze pro účely zpracování mé bakalářské práce. Ke každé otázce uveďte pouze jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vybranou odpověď označte křížkem.

Předem Vám děkuji za spolupráci a za upřímné vyplnění dotazníku.

Bobčíková Klaudie, studentka oboru Všeobecná sestra, FHS UTB Zlín.

1. Jaké je Vaše pohlaví:
 - Muž
 - Žena

2. Váš věk:
 - 18-35 66-80
 - 36-50 80 a více
 - 51-65

3. Byl/a jste přijat akutně nebo plánovaně?
 - Akutně
 - Plánovaně

4. V jaké nemocnici ležíte?
 - Všeobecná fakultní nemocnice Praha – II. klinika kardiiovaskulární chirurgie
 - Oddělení kardiiovaskulární chirurgie v Motole

5. Na základě, čeho jste se rozhodl/a pro tuhle nemocnici?
 - Média Známi
 - Lékař Vlastní zkušenost
 - Nebylo to mé rozhodnutí (sanitka)

6. Kdo Vás edukoval o pooperační péči před výkonem? (možnost více odpovědí)
 - Všeobecná sestra + lékař
 - Lékař
 - Všeobecná sestra
 - Nikdo mě needukoval

7. Byl/a jste před výkonem poučen/a o pooperační péči v oblasti? (možnost více odpovědí)
 - Dýchání + odkašlávání Zákaz řízení motorového vozidla
 - Vstávání z lůžka Přivolání personálu

Dechová RHB Nebyl/a jsem edukován

8. Jakým způsobem jste byl/a edukován? (možnost více odpovědí)

Ústně Písemně (brožury, letáky)
 Ukázka Návčik

9. V případě nepochopení byly vám informace zopakovány?

Ano
 Ne

10. Představil se Vám ošetřující personál, který o Vás bude pečovat?

Ano
 Ne Nevím

11. Nabídl/a Vám sestra možnost výběru svého i vašeho oslovení?

Ano
 Ne

12. Bylo s Vámi jednáno s úctou a respektem?

Ano
 Ne

13. Zajistily Vám sestry dostatečnou psychickou podporu?

Ano
 Ne

14. Byla Vám umožněna dostatečná podpora od rodiny?

Ano
 Ne

15. Pokud jste potřeboval/a si s někým pohovořit, byla Vaše prosba vyslyšena?

Ano
 Ne Nepotřeboval/a jsem

16. Jak hodnotíte komunikaci se zdravotníky během hospitalizace? 1=maximálně spokojen/a, 5=velmi nespokojen/a

1 4
 2 5
 3

17. Jak vnímáte pomoc ošetřovatelského personálu při hygieně? 1=maximálně spokojen/a, 5=velmi nespokojen/a

1 4
 2 5
 3

18. Byla Vám zachována intimita při hygieně?

Ano
 Ne

19. Byla Vám zajištěna pomoc při podávání stravy?
 Ano
 Ne Nepotřeboval/a jsem
20. Měl/a jste možnost výběru stravy během hospitalizace?
 Ano
 Ne
21. Byla Vám zajištěna dostatečná péče o dýchání?
 Ano
 Ne Nepotřeboval/a jsem
22. Měl/a jste možnost využít dechových RHB pomůcek?
 Ano
 Ne
23. Měl/a jste problémy se spánkem?
 Ano
 Ne
24. Pokud ano, jaká byla příčina poruchy spánku? (možnost více odpovědí)
 Světlo
 Hluk
 Zdravotnický personál
 Přístroje
 jiné:
25. Jakým způsobem se Váš problém se spánkem vyřešil? (možnost více odpovědí)
 Ztlumení světel
 Snížení hluku
 Léky na spaní
 Bylo mi vysvětleno, proč je na oddělení hluk
26. Měl/a jste po operaci bolesti?
 Ano
 Ne
27. Pokud ano, pomohla Vám sestra problém účinně a okamžitě vyřešit?
 Ano
 Ne
28. Když jste potřeboval/a přivolat ošetřující personál, byla jeho reakce včasná?
 Ano
 Ne Nepotřeboval/a jsem
29. Byl/a jste pravidelně polohován, jako prevence vzniku proleženin?
 Ano
 Ne Nevím
30. Vznikly u Vás komplikace zdravotního stavu?
 Ano

Ne Nevím

31. Pokud ano, bylo Vám nabídnuto okamžité řešení problému?

Ano

Ne Nevím

32. Cítíte se mezi ošetřujícími sestrami a lékaři bezpečně?



Ano

Ne

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný zbytek dne.

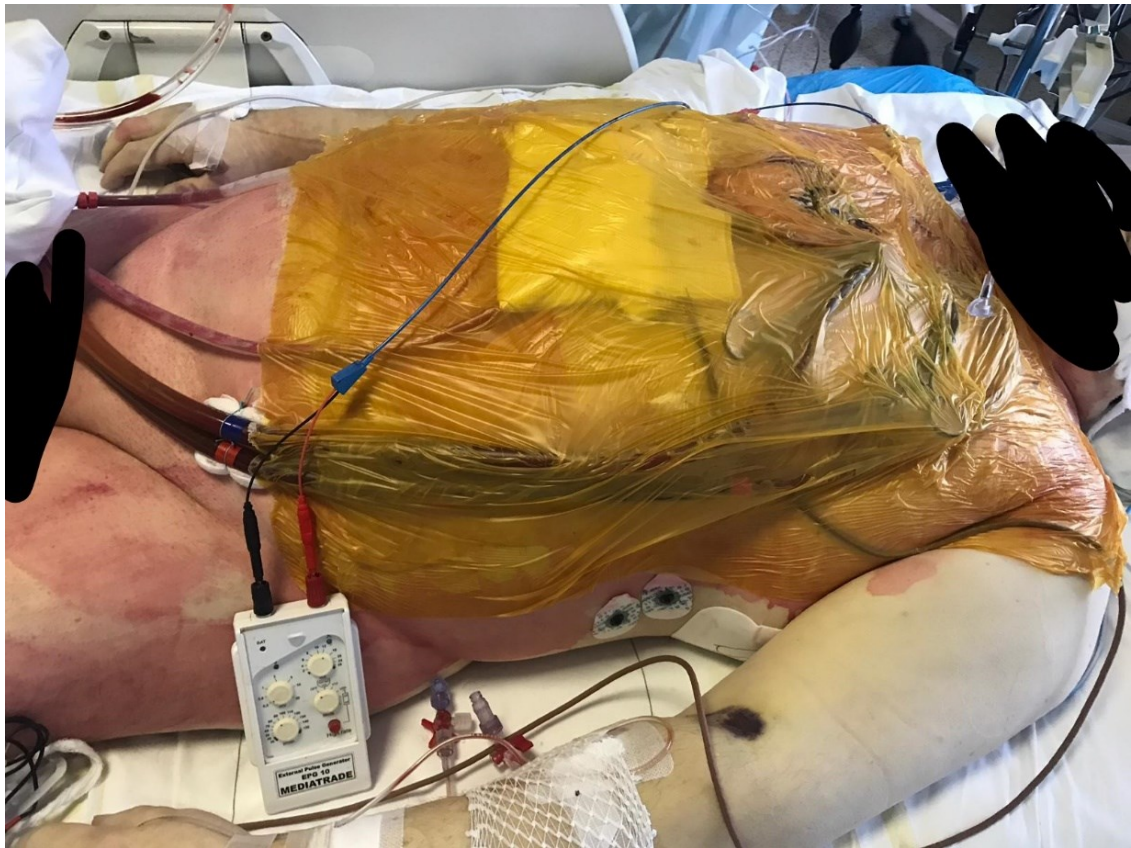
(Zdroj: vlastní)

PŘÍLOHA PIII: GCS KLASIFIKACE

Reakce	Bodové hodnocení	Poznámka
Otevírání očí		
• spontánně	4	Jako bolestivý podnět využít podněty na periferii (např. stlačení prstu). Bolestivé podněty centrálně mohou vést spíše ke grimasám a instinktivnímu zavření očí.
• na oslovení	3	
• na bolest	2	
• vůbec	1	
Nejlepší slovní odpověď		
• orientován	5	-
• zmatený	4	
• nepřiléhavá slova	3	
• nesrozumitelné zvuky	2	
• žádná	1	
Nejlepší motorická odpověď		
• na slovní příkaz	6	Jako bolestivý podnět se využívají centrálně působící stimuly.
• cílený obranný pohyb	5	
• úniková flekční reakce	4	
• patologická flexe (dekortikace)	3	
	3	
• patologická extenze (decerebrace)	2	
	2	
• žádná	1	

(Zdroj: Bartůněk, Jurásková, Vybrané kapitoly z intenzivní péče, s.112)

**PŘÍLOHA IV: PACIENT PO OPERACI SRDCE (NÁHRADA
MITRÁLNÍ + AORTÁLNÍ CHLOPNĚ NA VA ECMO)**



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA V: MIMOTĚLNÍ OBĚH ECMO PO OPERACI SRDCE NA ODDĚLENÍ JIP



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)



(Zdroj: vlastní fotodokumentace)

PŘÍLOHA VI: LŮŽKO NA STANDARDNÍM ODDĚLENÍ PRO PACIENTA PO OEPRACI SRDCE



(Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienta-pred-a-po-operaci-na-standardnim-a-medialovem-oddeleni-kardiochirurgie-448198>)