



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Petra Čekalová

Vedoucí práce: Mgr. František Dolák, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 5. 8. 2022

.....

Bc. Petra Čekalová

Poděkování

Mé největší poděkování patří Mgr. Františkovi Dolákovi Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi poskytoval v průběhu zpracování diplomové práce. Dále děkuji všem, kteří poskytli potřebná data v rozhovorech pro zpracování praktické části diplomové práce. V neposlední řadě chci poděkovat i svým nejbližším za podporu a trpělivost.

Oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá edukací pacienta na chirurgickém oddělení nemocnice v Jindřichově Hradci. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části diplomové práce je definován pojem edukace, následně jsou zde vymezeny oblasti edukace a edukační metody. Ke zpracování diplomové práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Technika sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s patnácti pacienty a patnácti všeobecnými sestrami. Analýza rozhovorů proběhla formou „papír tužka“ a metodou otevřeného kódování. Výsledky byly rozděleny do kategorií a podkategorií. Pro přehlednost byly jednotlivé kategorie a podkategorie upraveny do grafických schémat.

Cílem práce je: 1. Zjistit rozsah edukace pacientů před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace. 2. Zjistit názor pacientů na rozsah podaných informací během jednodenní hospitalizace. 3. Zjistit názor sester na důležitost a efektivnost provádění edukace pacientů v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o rány před a po operaci. 4. Zjistit nejčastěji používané metody sester při edukaci pacienta na chirurgickém oddělení. K těmto cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek: 1. Jaké informace byly pacientům poskytnuty v rámci edukace před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace? 2. Jaké informace byly poskytnuty pacientům v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o ránu během jednodenní hospitalizace? 3. Jak hodnotí pacienti podané informace od sester během jednodenní hospitalizace? 4. Jaký názor mají sestry na efektivnost edukace pacientů před a po operačním výkonu? 5. Jaké metody sestry nejčastěji využívají k edukaci pacientů na chirurgickém oddělení?

Výsledky výzkumného šetření by mohly posloužit jako podklad semináře pro sestry z chirurgických oddělení, se zaměřením na edukaci pacientů po operacích v oblastech výživy, pohybového režimu a péči o rány. Dále by toto výzkumné šetření mohlo posloužit k vytvoření nových edukačních materiálů pro pacienty před a po operaci (např. letáků, brožur apod.).

Klíčová slova: edukace, jednodenní chirurgie, pacient, edukant, edukátor, ošetrovatelství, všeobecná sestra

Areas of education in surgical patient's care

Abstract

This thesis deals with patient's education in the surgical ward of the Hospital Jindřichův Hradec. The thesis is divided into theoretical and practical parts. In the theoretical part of the thesis we define the concept of education and subsequently areas of education and educational methods. In order to prepare the thesis we used qualitative research methods. As for the data collection technique, we used a semi-structured interview with fifteen patients and fifteen general nurses. The analysis of the interviews was conducted in the form of "paper pencil" method and open coding method. The results were divided into categories and subcategories. For the sake of clarity, the individual categories and subcategories have been arranged in diagrams.

The aim of the thesis is: 1 To investigate the extent of patient education prior to elective surgery during an one-day hospital stay. 2 To determine patients' views on the extent of information given during an one-day hospital stay. 3 To determine a nurses' opinion on importance and effectiveness of conducting a patient education on nutrition, exercise and wound care before and after the surgery. 4 To identify the most common methods used by nurses in patient's education on the surgical ward. To address these objectives, there were identified five research questions: 1 What information was provided to patients as part of their education prior to elective surgery during their one-day hospitalization? 2 What information was provided to patients regarding nutrition, exercise and wound care during their one-day hospitalization? 3 How do patients evaluate the information given by nurses during their one-day hospitalization? 4 What is the opinion of nurses on the effectiveness of patient education before and after surgery? 5 What methods do nurses most often use to educate patients hospitalized in a surgical ward?

Results of the research could serve as a basis for a course for surgical nurses, focusing on education of postoperative patients in the areas of nutrition, exercise and wound care. Furthermore, this research could be used to create new educational materials for patients before and after surgery (e.g. leaflets, brochures, etc.).

Keywords: education, one-day surgery, patient, person receiving education, educator, nursing, general nurse

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Edukace.....	10
1.1.1 Pojmy v edukaci.....	11
1.1.2 Zásady edukace.....	13
1.1.3 Formy edukace.....	15
1.1.4 Edukační proces a jeho fáze.....	17
1.2 Metody edukace.....	18
1.2.1 Přednáška.....	19
1.2.2 Vysvětlování.....	19
1.2.3 Instruktaž a praktické cvičení.....	20
1.2.4 Rozhovor.....	20
1.2.5 Diskuze.....	21
1.2.6 Konzultace.....	21
1.2.7 Brainstorming.....	21
1.2.8 Práce s textem.....	21
1.2.9 E-learning.....	22
1.3 Oblasti ošetrovatelské péče na chirurgii.....	22
1.3.1 Předoperační péče.....	24
1.3.2 Intraoperační péče.....	28
1.3.3 Pooperační péče.....	29
1.3.4 Propuštění pacienta.....	31
1.4 Překážky v edukaci.....	32
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíl práce.....	36

2.2 Výzkumné otázky	36
3 METODIKA	37
3.1 Kvalitativní výzkumné šetření	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
4 VÝSLEDKY	39
4.1 Identifikace výzkumného souboru	39
4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s pacienty	42
4.2.1 Kategorie 1: Pocity pacientů z informací podaných před hospitalizací.....	42
4.2.2 Kategorie 2: Představa pacientů o průběhu operace za jednodenní hospitalizace.....	42
4.2.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů	42
4.2.4 Kategorie 4: Hodnocení pacientů	42
4.3 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů se sestrami	52
4.3.1 Kategorie 1: Vnímání potřeby edukace pacientů v jednodenní chirurgii oslovenými zdravotními sestrami	52
4.3.2 Kategorie 2: Význam a přínos edukace	52
4.3.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů z pohledu sester.....	52
4.3.4 Kategorie 4: Způsoby a oblasti edukace sestrami.....	52
5 DISKUSE	68
6 ZÁVĚR	81
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	83
8 SEZNAM ZKRATEK	92
9 SEZNAM PŘÍLOH	93

ÚVOD

Ve zdravotnictví se neustále zvyšuje kvalita lékařské a ošetrovatelské péče, a to hlavně díky novým léčebným a vyšetřovacím postupům. To samé platí i pro chirurgii, kde se v nynější době provádí již mnoho výkonů miniinvazivními vyšetřovacími a laparoskopickými operačními metodami, díky kterým jsou pacienti méně „zatěžováni“ a není tedy potřeba dlouhého pobytu pacientů v nemocnici. Jednodenní chirurgie či jednodenní hospitalizace se začala v České republice pomalu prosazovat na přelomu století. V dnešní době se již v mnoha našich zdravotnických zařízeních provádí operace či výkony za jednodenní hospitalizace.

Můj názor je takový, že jednodenní chirurgie je pro zdravotnictví úsporná a pro plátce zdravotního pojištění levnější. Do úspor je potřeba započítat i nižší riziko vzniku nemocničních neboli nozokomiálních infekcí, rychlejší návrat do pracovních i běžných činností, ale také i zkrácení čekací doby na operace. Z mého pohledu je jednodenní chirurgie u většiny pacientů oblíbená, jelikož upřednostňují krátkou dobu pobytu v nemocnici a vítají možnost dokončit léčbu doma v prostředí, kde mají větší klid, své zvyklosti a tím jsou v psychické pohodě.

K rychlejšímu návratu do domácího prostředí a k úspěšnému vyléčení či zlepšení stavu je nutná edukace pacienta, proto by měl být kladen velký důraz na její správnost a efektivitu. Edukace se týká všech oborů medicíny a také všech hospitalizovaných pacientů.

Tato diplomová práce je zaměřena na oblasti edukace a ošetrovatelskou péči o pacienty při jednodenní hospitalizaci na chirurgickém oddělení v nemocnici Jindřichově Hradci. Cílem této práce je: 1. Zjistit rozsah edukace pacientů před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace. 2. Zjistit názor pacientů na rozsah podaných informací během jednodenní hospitalizace. 3. Zjistit názor sester na důležitost a efektivnost provádění edukace pacientů v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o rány před a po operaci. 4. Zjistit nejčastěji používané metody sester při edukaci pacienta na chirurgickém oddělení.

1 SOUČASNÝ STAV

V dřívější době byla edukace velmi opomíjena a nebyl na ni kladen zdaleka tak velký důraz jako nyní. Při edukaci je důležité, aby pacient pochopil, jakou roli v procesu péče o sebe sama zastává a dále aby si uvědomil i to, že nese za své zdraví odpovědnost (Prachtová, 2012).

Neměli bychom opomenout, že oproti minulosti je dnes pacient již na jiné úrovni. Nyní je aktivním činitelem v péči o své zdraví, a to jak v době nemoci, tak ve zdraví. Proto by mělo být pacientovi umožněno, aby nebyl jen informován, ale aby se aktivně podílel na péči a stal se tak aktivním a také někdy i nejvíce rozhodujícím prvkem v péči při udržování nebo navrácení zdraví (Tomová, 2017).

Sebepéči lze definovat jako jednu z funkcí člověka, při které si osvojuje a aplikuje vědomosti pro provádění vnějších i vnitřních postupů jednání v sebepéči (Halmo, 2014).

Edukace pacientů má nepochybně klíčový význam pro fungování zdravotnické organizace. Pro úspěšný proces péče o pacienta je nezbytné získat správné informace ve správné formě a ve správný okamžik (Pirhonen et al., 2014).

Výchova ke zdraví a edukace je v dnešní době nedílnou součástí práce každého nelékařského zdravotnického pracovníka. A proto je v současné době edukace pacienta součástí vzdělávacích programů, a to nejen v ošetrovatelství. Je důležité, aby zdravotničtí pracovníci měli dostatečné vědomosti týkající se problematiky edukace pacienta a také aby byli schopni tyto vědomosti správně aplikovat v praxi. Pokud tyto vědomosti a schopnosti neumí všeobecná sestra využít v praxi, je pravděpodobné, že edukace bude pro pacienta s ohledem na jeho edukační potřeby nepřínosná a celý proces tak nebude efektivní (Tomová, 2017).

Aktivita všeobecných sester v edukaci spočívá v pozorném naslouchání a pochopení pacienta, ale také jeho rodiny. Během celého ošetrovatelského procesu, který obsahuje veškeré základní prvky, probíhá edukace. Edukace má větší efekt u těch pacientů, kteří se na edukaci sami více aktivně podílí. A právě sestra, která se snaží zmírnit negativní pocity nejistoty, obav a úzkosti pacienta, pomáhá pacientovi dospět k tomuto uvědomění (Prachtová, 2012).

Každý operační zákrok vyvolává vysoké nároky na organismus pacienta v podobě tělesné a také emocionální zátěže. Tuto zátěž je možno efektivně ovlivnit a snížit podáváním informací, což má vliv na pozitivní myšlení pacienta (Sedláková, 2013).

V období od roku 1990 až do roku 2003 Johansson a její kolegové vytvořili systematický přehled literatury o edukaci a její účinnosti na pooperační péči u chirurgických pacientů a v návaznosti byla provedena italská studie za období 2004–2010. Tato studie zkoumala vliv předoperační edukace prováděné sestrou na úzkost, znalosti, bolest a délku hospitalizace. Jediným, a to pozitivním výsledkem této studie byla lepší informovanost pacientů před operací. A z tohoto výzkumu vyplynul trend včasné edukace v předoperačním období (Ronco et al., 2012).

1.1 Edukace

Edukace (latinsky educare, educare) v překladu znamená vychovávat, vypěstovat, vést vpřed. Edukace v širším pojetí zahrnuje vzdělávání a výchovu. Jedná se o cílevědomou, plánovitou a všestrannou činnost, která člověka směřuje k přípravě pro jeho osobní život a společenské úlohy. Základní teoretické východisko pro edukaci v ošetrovatelství je pedagogika (Tomová, 2017).

Pedagogika je věda, jejímž předmětem je výchova. Otokar Chlup definuje pedagogiku jako záměrné působení na jedince za účelem dosažení změn v jeho znalostech, dovednostech, postojích a hodnotovém systému (Šulistová, Trešlová, 2012).

Jedním z oborů pedagogických věd je andragogika, vědní studijní obor zaměřený na veškeré aspekty učení a vzdělávání dospělých. Andragogika se specializuje na uspokojování vzdělávacích potřeb a na pomoc při řešení životních úkolů (Beneš, 2014).

Průcha a Veteška (2012) dělí andragogiku na tři skupiny vzdělávání, a to na formální, neformální a informální. Formální vzdělávání probíhá ve vzdělávacím zařízení. Neformální vzdělávání je vedeno mimo vzdělávací systém. Tato forma vzdělávání probíhá i ve zdravotnickém zařízení a zároveň se jedná také o celoživotní vzdělávání. Informálním vzděláváním se rozumí získávání zkušeností z každodenního života (Průcha, Veteška, 2012).

Ve zdravotnictví má v ošetrovatelské praxi výchova a vzdělávání pacientů nezastupitelný význam, a právě proto je všeobecná sestra jedním z hlavních subjektů

v edukačním procesu ve zdravotnictví. Zdravotní stav pacienta může být silně ovlivněn jeho přesvědčením, a proto je velmi důležitá jeho cílená edukace (Gurková, 2017).

1.1.1 Pojmy v edukaci

K pochopení samotné edukace je nutná znalost některých základních pojmů, které s ní souvisí.

Edukační proces

Edukační proces je popisován jako činnost osob, při které dochází k záměrnému či bezděčnému procesu učení. Tento proces začíná již v prenatálním období a probíhá až do smrti. V edukačním procesu rozeznáváme čtyři determinanty a těmi jsou edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Juřeníková, 2010).

Edukační proces je obousměrný, jelikož zde funguje interakce edukátora s edukantem. Pokud by byl jednosměrný, nebyl by zde nutný verbální přenos informací, stačilo by pouze použít edukační pomůcky. Avšak komunikace edukátora s edukantem a zpětná vazba jsou základním stavebním kamenem edukačního procesu (Tomová, 2017).

Edukant

Edukant je jedinec, který je středem ve výchovně-vzdělávacím procesu. Tímto jedincem se rozumí subjekt bez rozdílu věku a prostředí, kde probíhá edukace. Může jím být žák, dítě, účastník aj. Ve zdravotnictví se edukantem nejčastěji stává zdravý či nemocný pacient, ovšem edukantem může být i samotný zdravotnický pracovník, který v rámci celoživotního vzdělávání chce obohatit své znalosti a vědomosti. Zásadní pro edukaci je individualita osobnosti každého edukanta (Juřeníková, 2010).

Důležitou roli hrají předpoklady a vlastnosti jedince, jako jsou například předpoklady kognitivní (inteligence, schopnosti učení), afektivní (potřeby, motivace, postoje), fyzické (věk, pohlaví), sociálně-kulturní (etnická příslušnost, víra, prostředí, ve kterém jedinec žije). Další, co edukanta ovlivňuje, je jeho motivace, úsilí a aktivita. Edukant by měl edukací získat nové vědomosti a poznatky, ale měl by dosáhnout i určité změny v chování, pozměnit své hodnotové a vztahové postoje, potřeby a zájmy. Pokud je u edukanta edukační potřeba neboli deficit v některých z výše jmenovaných oblastí, mohou tyto nedostatky jeho současný stav zdraví i jeho budoucí vývoj negativně ovlivnit (Tomová, 2017).

Edukátor

Edukátor je osoba, která poskytuje edukantům výchovu a vzdělání, například pedagog, rodič, vychovatel, poradce aj. Ve zdravotnictví touto osobou bývají lékaři, sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti a další lidé, kteří poskytují péči pacientům. V současné době jsou kladeny stále vyšší požadavky na edukátora a na edukaci klienta, kterým se musí edukátor přizpůsobit. Pro celkový úspěch v edukaci by měl edukátor mít, stejně jako edukant, určité předpoklady, jako jsou tolerance, zodpovědnost, intelekt, adaptivní způsob chování, umění komunikovat, odborné znalosti a dovednosti i z oblasti edukace. Edukátor by měl zvládat verbální komunikaci, a to především mluvené slovo, měl by se umět vyvarovat používání odborných pojmů, kterým nemusí edukant porozumět (Juřeníková, 2010).

Tomová (2017) ve své knize popsala charakterové vlastnosti edukátora obsáhleji. Jako klíčové vlastnosti uvedla hodnotovou orientaci, všeobecné odborné pedagogicko-psychologické vzdělání, návyky, komunikační a organizační zkušenosti, tvořivost, takt, spravedlnost, zásadovost, morálnost, optimismus aj. Dále pak uvedla, že edukátor by měl mít dobré schopnosti verbální a nonverbální komunikace podle etických a morálních zásad, empatii, motivaci, interpersonální dovednosti, umět aktivně naslouchat a získat důvěru klienta (Tomová, 2017).

Zdravotnický pracovník v roli edukátora je poradcem a podporovatelem edukanta a zároveň poskytovatelem jeho vědomostí a zkušeností. Mimo jiné je i tvůrcem a koordinátorem celého procesu edukace, diagnostikuje edukační potřeby, realizuje a hodnotí samotnou edukaci (Juřeníková 2010).

Podle vyhlášky 252/2019 Sb. má sestra edukaci klientů zařazenou ve své kompetenci (Vyhláška 252/2019).

Edukační konstrukty

Edukační konstrukty jsou plány, předpisy, zákony, edukační standardy či materiály, které mohou ovlivňovat edukační proces. Do těchto konstruktů patří učební plány, osnovy, normy a standardy vzdělávání. Tyto konstrukty předepisují, normují a vyhodnocují reálné procesy edukace. Ve zdravotnictví se používají zpravidla edukační programy a edukační plány k určitému typu onemocnění a problémům s ním spojených. Jako další se v edukaci v ošetrovatelství využívají materiální pomůcky jako například inzulinové pero, tonometr nebo různé modely a simulátory. Tyto pomůcky umožňují

pacientovi nacvičovat činnosti, které musí zvládnout sám v rámci nezávislosti na ostatních (Nemcova, Hlinková, 2010).

Edukační prostředí

Edukace se vždy odehrává na určitém místě. Edukační prostředí může být školní, rodinné, zdravotnické, náboženské, vojenské nebo například sportovní (Průcha, 2017).

Edukace je pak ovlivněna různými faktory, například nábytkem, barvou, osvětlením, hlukem či atmosférou. Příkladem prostředí může být např. ambulance ve zdravotnickém zařízení, kde je pacient edukován lékařem (Juřeníková, 2010).

Edukaci může prostředí ovlivnit jak pozitivně, tak negativně. Nedílnou součástí pro vytvoření vhodného edukačního prostředí je zajištění dostatečného soukromí pacienta (Nemcova, Hlinková, 2010).

Edukační standard

Edukační standard je závazná norma k udržení profesionální kvality edukace. Tato norma je pro všechny edukátory závazná a vymezuje minimální požadavky, které je nutno splňovat při edukaci (Juřeníková, 2010).

Edukační plán

Tento plán popisuje potřeby k dané edukaci, cíle edukace, kdo bude edukátorem a kdo edukantem nebo potřebný počet lekcí k naplnění cíle. Edukační plán je vypracován ve formě písemného dokumentu (Malíková, 2011).

1.1.2 Zásady edukace

V ošetrovatelství je při edukaci důležité myslet i na etapy chování pacienta, které vedou ke změnám v jeho chování a postojích. První etapou je, když je pacient se současným stavem nespokojen, avšak nemá potřebu nic měnit. Další etapou je kontemplace, kdy si pacient je již vědom, že má problém, nachází se v duševním rozpolcení a zvažuje změnu. Poté nastupuje třetí etapa, kdy se rozhodne pro změnu. Ve čtvrté etapě pacient přistupuje aktivně k edukaci a spolupracuje s týmem. Poté přechází do etapy páté, která je označována jako etapa udržovací, kdy se edukant snaží držet svého rozhodnutí a učení se. Tato etapa nabízí dvě možnosti. Pacient podstoupil celý edukační proces a jedná se o ukončení změn, nebo se pacient opět nachází na začátku v první etapě. Pak je na edukátorovi, aby znovu přes všechny etapy změn jeho chování dovedl edukanta do stádia ukončení (Kahan et al., 2014).

Pro úspěšný, efektivní a správný průběh edukace je potřeba, aby edukace byla realizována podle didaktických zásad (Podlahová et al., 2012).

Didaktika je nejvíce propracovanou disciplínou pedagogiky. Již J. A. Komenský vymezil didaktiku jako teorii správného vyučování (Kuberová, 2010).

Cílem edukace nejsou didaktické zásady, tyto zásady slouží jako prostředek k vylepšení výuky. Tyto zásady musí v edukačním procesu sehrát svou roli, proto nelze některé zásady vyčlenit, ani je naopak preferovat. Aby byla edukace ve zdravotnickém zařízení provedena odborně, je třeba ji vést podle těchto zásad (Juřeníková, 2010).

Mezi nezbytně nutnou zásadu edukace patří znalost edukanta a navázání důvěryhodného vztahu s ním či s jeho rodinou. Důvěra je během edukačního procesu velice důležitá, jelikož pokud pacient nedůvěřuje zdravotnickému personálu, nemusel by se o podané informace zajímat nebo na ně brát zřetel. Je nezbytně nutné, aby vztah mezi edukátorem a edukantem byl partnerský, nesmí být autoritativní. To znamená, že edukátor pacienta nepoučuje a nevytýká mu, co dělá špatně, ale naopak ho chválí a jedná s ním jako s rovnocenným partnerem. Velmi důležitými aspekty jsou oboustranná spolupráce a profesionalita i odbornost edukátora, který musí znát danou problematiku a musí umět správně vybrat vhodnou metodu edukace či edukační prostředí. Komunikační schopnosti edukátora hrají také velice důležitou roli v edukaci. (Mlýnková, 2017).

Efektivní komunikace je nedílnou součástí ve vztahu sestra–pacient a je zásadní pro poskytování soucitné a vysoce kvalitní ošetrovatelské péče (Bramhall, 2014).

Množství zásad je široké a jejich rozdělení je různorodé a rozmanité. Dle Vetešky (2016) do těchto zásad patří např. zásada zpětné vazby, což stanovuje ve výuce rovnováhu. Dále zmiňuje zásadu přirozenosti, která spočívá ve výuce v přirozeném prostředí a atmosféře. Další je zásada aktivity, která spočívá v motivaci a podporování aktivity edukanta (Veteška, 2016).

Také Zormanová (2014) popisuje několik didaktických zásad. Například zásadu názornosti, kdy má edukant získat poznatky všemi smysly přímým stykem s okolím. Dále uvádí zásadu soustavnosti, kdy by měly podávané informace mít nějakou posloupnost a měly by na sebe navazovat. Poté také existuje zásada trvalosti, je důležité, aby si edukant získané informace udržel trvale v paměti, a pak si je i zpětně

vybavil. Zásada přiměřenosti znamená, že obsah edukace odpovídá vzdělání, inteligenci a schopnostem edukovaného jedince. A jako další uvádí zásadu individuálního přístupu, kdy je potřeba rozhodnout, zda bude edukace skupinová či individuální, a vhodně posoudit u edukanta psychický a zdravotní stav a respektovat jeho potřeby a odlišnosti (Zormanová, 2014).

Taktéž Juřeníková (2010) ve své knize popisuje zásady edukace, některé z nich již jsou výše zmíněné, a jako další zásady uvádí zásadu spojení teorie s praxí, zásadu vědeckosti, zásadu aktuálnosti, zásadu kulturního kontextu a zásadu jednotnosti. Zásada spojení teorie s praxí je uplatňována při edukaci zdravotníků či studentů, kdy sestra z praxe uplatňuje při výuce své zkušenosti, vědomosti, dovednosti a postoje. Zásada vědeckosti znamená, že obsah vzdělávání musí být v souladu se současnými objevy techniky, vědy a pedagogiky. V oboru ošetrovatelství jsou využívány příklady z klinické praxe ošetrovatelství založené na důkazech (Evidence Based Nursing). Dodržení této zásady je velmi náročné, jelikož to vyžaduje soustavné celoživotní vzdělávání. Zásada aktuálnosti spočívá ve zjištění aktuální úrovně edukačních potřeb pacienta. Zásada jednotnosti by měla zajistit, aby edukace byla jednotná a aby nedocházelo k podávání rozdílných informací. Ze zásady aktuálnosti a individuálního přístupu vychází zásada kulturního kontextu a naráží na to, že musíme brát v patrnost kulturní odlišnosti a zvláštnosti skupin a pohlaví (Juřeníková, 2010).

1.1.3 Formy edukace

Formu edukace lze popsat jako souhrn opatření organizace a uspořádání výuky při aplikaci edukačního procesu. Tyto formy můžeme rozdělit podle organizačního uspořádání, interakce mezi edukantem a edukátorem, prostředí, času, zaměření pedagogické akce. Při volbě formy edukace je důležité zohlednit stanovení cíle, kterého chceme dosáhnout (Juřeníková, 2010).

Forma edukace je skutečná podoba, kterou se informace dostávají k edukovanému. Krátká (2016) ve své knize uvádí tyto formy edukace: individuální, skupinové, hromadné a specifické organizační. Individuální forma edukace vychází z blízkého kontaktu a důvěry mezi edukátorem a edukantem. Skupinová forma spočívá v ovlivnění širší vrstvy zdravých nebo nemocných osob, příkladem může být například přednáška či diskuse apod. Do hromadné formy se zařazují například tisk, rozhlas, televize, které se zaměřují na širší okruh lidí. Příkladem specifických organizačních forem jsou

svépomocné skupiny, kluby, které sdružují osoby s podobnými zdravotními problémy nebo zájmy (Krátká, 2016).

Juřeníková popisuje ve své knize výhody a nevýhody individuální a skupinové edukace. Jako výhody individuální edukace uvádí úzkou spolupráci mezi pacientem a zdravotníkem, vysokou efektivitu učení a aktivitu jedince, možnost individualizace plánu edukace a přizpůsobení aktuální situaci pacienta, jeho stavu a průběhu nemoci. Nevýhodou individuální edukace bývá časová a ekonomická náročnost a nemožnost výměny zkušeností mezi edukanty. Mezi výhody skupinové edukace řadíme předávání zkušeností a možnost spolupráce mezi členy. Nevýhodou skupinové edukace je, že není dostatečně individuální. Skupinová edukace vyžaduje od edukátora odlišný přístup k edukaci, schopnost vést a řídit diskuzi, schopnost vnímat individualitu jednotlivých členů skupiny a podporovat aktivitu edukantů. Vznik skupiny může být formální podle kritérií (např. věk, pohlaví, typ onemocnění) nebo skupina vznikne neformálně na základě vlastního zájmu (Juřeníková, 2010).

Tomová (2017) ve své knize popisuje dělení edukačních forem na heteroedukační a autoedukační. Heteroedukaci popisuje jako proces vzdělávání a výchovy jedince prostřednictvím jiné osoby, při kterém musí respektovat osobnost a zvláštnosti jedince, motivační úroveň jedince, sociální podmínky, morální a postoje hodnoty edukovaného jedince. Autoedukace je sebevýchova ve smyslu formování postojů, motivací a sebezvzdělávání. Sebepoznání vlastní osobnosti je rozhodující pro zvolení adekvátní formy sebezvzdělávání a sebevýchovy. Důležitými předpoklady vedoucími k úspěchu jsou kvalitní sebepoznání, schopnost soustavné a cílené sebevýchovy, sebezvzdělávání a sebehodnocení (Tomová, 2017).

Juřeníková jako další uvádí dělení forem edukace dle interakce mezi edukátorem a edukantem na přímou, nepřímou a smíšenou. Za přímou formu je považován přímý kontakt edukanta s edukátorem. Tato forma je ve zdravotnictví využívána nejčastěji. Výhodou je, že edukátor může okamžitě reagovat a přizpůsobit edukaci potřebám edukanta. V nepřímé formě se edukant s edukátorem nesetká a edukace probíhá formou e-learningu či práce s textem. Výhodou nepřímé formy je, že se edukant může vzdělávat tak, jak sám potřebuje, a kdy má na to dostatek času. Smíšená forma edukace je kombinací obou předchozích forem (Juřeníková, 2010).

1.1.4 Edukační proces a jeho fáze

Edukační proces je ve zdravotnickém zařízení specifický. Zdravotnická zařízení se zabývají především péčí o zdraví pacientů a součástí této péče by měla být i edukace. Proto se edukace musí přizpůsobit a být v souladu se systémem a metodami péče v daném zařízení (Juřeníková, 2010).

Pečlivá příprava edukačního procesu ulehčuje práci zdravotnického personálu a zároveň je motivací pro pacienta. Když pacient vnímá, že je mu věnována pozornost a péče, tak i on věnuje edukaci větší pozornost (Svěráková, 2012).

Edukační proces se skládá zpravidla z 5 fází: fáze počáteční, fáze projektování, fáze realizace, fáze upevňování a prohlubování učiva a fáze zpětné vazby (Juřeníková, 2010).

Fáze počáteční je také v literatuře popisována jako fáze posouzení pacienta. Před začátkem edukace si musí edukátor zjistit potřebné informace o pacientovi. Během prvního rozhovoru s ním zjišťuje jeho názory, jeho pohled na důležitost zdraví, jeho připravenost učit se změnám v dosavadním stylu života. V této fázi je také nezbytné v rámci sběru informací zjistit finanční situaci pacienta, protože také ekonomika může ovlivňovat motivaci pacienta k edukaci. Dále je nutné brát na zřetel vzdělání pacienta. Pakliže má pacient nízké vzdělání, je zapotřebí přizpůsobit a vybrat vhodný styl komunikace, aby porozuměl podávaným informacím (Svěráková, 2012).

Hlavním cílem této fáze je zjistit vědomosti, dovednosti a edukační potřeby pacienta a stanovení cílů pro další spolupráci (Juřeníková, 2010).

Fáze projektování neboli fáze diagnostiky spočívá ve stanovení edukační diagnózy edukátorem na základě údajů zjištěných v počáteční fázi, která se nejčastěji týká deficitů ve znalostech. Po stanovení edukační diagnózy se stanoví i edukační cíl. V této fázi se také stanovuje typ edukace, o kterou se bude jednat. Zda-li bude potřeba informace pacientovi pouze doplnit, či se začne se základní edukací (Nemcova, Hlinková, 2010).

V této fázi si edukátor sestaví edukační plán, který musí obsahovat priority pro edukaci seřazené podle důležitosti. Dále edukátor vybere vhodnou edukační metodu, obsah

edukace, harmonogram a organizaci edukace, pak také nezbytné pomůcky k edukaci a v poslední řadě vyhodnocení edukačního procesu (Svěráková, 2012).

Fáze realizace je třetí fází edukačního procesu. V této fázi je hlavním krokem motivace pacienta a vzbuzení jeho zájmu o danou problematiku a příprava na příjem nových informací. Na motivaci navazuje expozice, kdy jsou podány nové informace, poté následuje fixace, kdy se získané poznatky opakují a upevňují. Dalším krokem je průběžná diagnostika, která zjišťuje, zda bylo v průběhu edukace dané učivo pochopeno. Posledním krokem realizace plánu je aplikace a zde se edukátor snaží, aby pacient zvládl použít získané poznatky a dovednosti (Juřeníková, 2010).

Fáze upevnění a prohlubování učiva je také velmi důležitá, v této fázi dochází k uchování učiva. Téma edukace je nutné stále procvičovat a opakovat, aby došlo k fixaci. Bohužel se na tuto fázi při edukaci ve zdravotnickém zařízení často zapomíná (Juřeníková, 2010).

Fáze zpětné vazby nebo též z literatury známý termín fáze hodnocení či evaluace je fáze, kdy se hodnotí, zda byly cíle edukace naplněny. Cíle edukace mohou být buď úplně splněné, částečně splněné, nebo nesplněné. Tato informace určuje, zda sestra edukaci ukončí, či v ní bude pokračovat (Nemcova, Hlinková, 2010).

1.2 Metody edukace

Pojem metoda pochází z řeckého slova *methodos*, což můžeme v překladu chápat jako určitý prostředek napomáhající k naplnění stanoveného cíle. Edukační metody můžeme tedy chápat jako promyšlené jednání edukátora, kterým působí na edukanta tak, aby byly splněny předem dané cíle edukačního procesu. Při výběru vhodné edukační metody je nutné brát ohled na edukanta, na jeho znalosti, dovednosti a zkušenosti a také na stanovený cíl edukace (Juřeníková, 2010).

Měly by se stanovovat spíše snadněji dosažitelné cíle, u kterých je vyšší pravděpodobnost, že jich nemocný dosáhne. Při nesplnění takovýchto ambicí může dojít ze strany edukovaného k negaci až zavržení celé léčby (Kvapil, 2011).

Samozřejmě pacienti mohou být i zdravotníci, avšak většinu pacientů můžeme zařadit mezi laiky, kteří nemají všeobecný medicínský rozhled a informace, těmto musí být nabídnuta adekvátní forma, metoda a rozsah edukace (Stryja, 2011).

Juřeniková (2010) uvádí rozdělení edukačních metod na metody teoretické, teoreticko-praktické a praktické (Juřeniková, 2010).

Magerčiaková (2008) ve své knize dělí metody edukace podle forem působení edukace na metody mluveného slova, metody tištěného slova a metody názorných prostředků. Metoda mluveného slova je jednoznačně nejčastěji používanou metodou a patří sem například přednáška, diskuse, brainstorming atd. Metoda tištěného slova by měla jen doplňovat metodu mluveného slova. Metody názorných prostředků musí upoutat pozornost a zájem, kupříkladu plakát, televize, kampaň známé osobnosti, např. v preventivních programech apod. (Magerčiaková, 2008).

1.2.1 Přednáška

Je definována jako vysoce strukturovaná metoda, s jejíž pomocí edukátor verbálně přenáší informace přímo do skupiny edukantů. Přednáška je základním způsobem, jak lze pacientům poskytnout řadu informací, a vzápětí lze přednášku doplnit následnou diskuzí (Bastable, 2017).

Prostřednictvím této metody edukátor slovně předává informace o daném tématu či problému jednotlivci či skupině edukantů. Tato metoda je jedna z nejstarších a také jedna z nejčastěji využívaných metod (Magurová, Majerníková, 2009).

1.2.2 Vysvětlování

K vysvětlování je zapotřebí efektivní otevřené komunikace, kdy by nemělo docházet ke zkreslování informací a v případě nepochopení si nejasnosti vysvětlit. Tato komunikace má dané cíle a výsledkem by mělo být pochopení problému pacientem nebo vyřešení společnou aktivitou (Pokorná, 2011).

Metoda vysvětlování bývá volena v případě, kdy panuje snaha objasnit příčiny a souvislosti posluchači tak, aby byl schopen vysvětlit podstatu problému, který je mu objasňován. Vysvětlování volíme také v případě, že se nelze opřít o předešlé zkušenosti a znalosti edukanta. K této metodě se často přidává i dokazování a popis. Je důležité předávat informace systematicky a srozumitelně, popřípadě použít i různé názorné pomůcky (Juřeniková, 2010).

1.2.3 Instruktaž a praktické cvičení

Při metodě instruktaže a praktického cvičení dochází k teoretické a praktické edukaci. Nejprve se instruktaží edukant seznamuje s daným pracovním postupem, který ho čeká, a postupně se přesouvá k praktickému nácviku, kde by měl získat danou psychomotorickou dovednost. Instruktaž je první část, která probíhá nejčastěji pomocí verbální komunikace a navazuje na teoretické znalosti edukanta. Edukantovi by měly být postupně vysvětleny kroky, které budou probíhat v praktickém nácviku. Samotné praktické cvičení je provázeno slovní instruktaží, kdy je edukant upozorňován na případné možné chyby. Důležité je tuto činnost provádět pomalu, aby ji edukant zvládal průběžně sledovat (Juřeniková, 2010).

1.2.4 Rozhovor

Rozhovor je součástí každodenní práce každého zdravotnického personálu. Při této edukační metodě je potřeba mít dobré komunikační dovednosti a schopnosti (Juřeniková, 2010).

Komunikace se dělí na komunikaci verbální a neverbální, ty se navzájem ovlivňují a doplňují. Verbální komunikace je řazena do formy úmyslné a neverbální komunikace do formy neúmyslné, avšak často se využívají současně (Zacharová, 2016).

Verbální komunikace probíhá přenosem slovních informací pomocí řeči. Slova slouží k vyjádření vlastních myšlenek, mají informační hodnotu, umí povzbudit či motivovat (Pokorná, 2011).

Základem rozhovoru je kladení otázek, které probíhá mezi edukátorem a edukantem, a tím mezi nimi dochází k výměně informací. Rozhovor slouží ke sběru informací a sdělování nových informací a zároveň si získané znalosti opakujeme a upevňujeme (Juřeniková, 2010).

Edukátor se musí umět vyjadřovat správně, srozumitelně, spisovně, stručně, s omezením odborné terminologie. Dále musí zvládat rétorické schopnosti, jako je například přiměřená rychlost řeči, výška hlasu, intonace apod. (Magerčiaková, 2008).

Při rozhovoru s větší skupinou jedinců je potřeba pokládat otázky rovnoměrně všem edukantům, reagovat na otázky a odpovědi a vyvarovat se nevhodným otázkám (Špatenková, 2015).

1.2.5 Diskuze

Tato metoda bývá řazena jak do teoreticko-praktické metody, tak do dialogických metod. V diskuzi mají edukanti možnost argumentovat, sdílet své myšlenky, znalosti a tímto si také mohou ověřit svoji schopnost přesvědčit druhé. Metodu diskuze je vhodné použít i k procvičení a upevnění znalosti edukanta. Pro úspěch diskuze je potřeba vybrat vhodné prostředí a téma edukace (Juřeníková, 2010).

1.2.6 Konzultace

Ve zdravotnických zařízeních, kde dochází k setkání odborníka s edukantem, se konzultace řadí mezi jednu z nejvíce využívaných metod. Edukant může konzultovat svůj problém s edukátorem, který je schopen zodpovědět jeho dotazy a má vědomosti v dané problematice. Tato metoda se často vyskytuje v kombinaci s dalšími edukačními metodami, například s instruktáží a následným praktickým nácvikem (Juřeníková, 2010).

1.2.7 Brainstorming

Brainstorming bývá označován jako mozková bouře či burza nápadů a je metodou, kterou lze použít při skupinové edukaci. Snahou je získat co nejvíce nápadů a možných řešení daného problému v určitém časovém úseku (Juřeníková, 2010).

1.2.8 Práce s textem

Ve zdravotnických zařízeních bývá metoda práce s textem hojně využívána, a to nejčastěji ve formách různých letáků, brožur či plakátů (Juřeníková, 2010).

Základem této metody je zpracování textových informací, které má vést k osvojení a rozšíření si nových poznatků, prohloubení a upevnění nových informací (Špatenková, 2015).

Textový materiál by měl být kvalitně zpracován, bez chyb a překlepů. V dnešní multikulturní společnosti ideálně také ve vícero jazycích. Textové informace mohou být zpracovány např. jako heslo, článek, leták, brožura, časopis, internetový zdroj, kniha, různé postupy či osnovy činností (Magerčiaková, 2008).

Je důležité, aby edukant textu porozuměl, uchoval si z něj důležité informace a vytvořil si vlastní postoj (Špatenková, 2015).

Častou mýlkou edukátorů (zdravotníků) je, že tištěný materiál edukantovi stačí, a nemají dále potřebu edukantovi poskytovat bližší informace. Avšak práce s textem by měla být pouze jedním z použitých informačních zdrojů (Juřeníková, 2010).

1.2.9 E-learning

E-learning je metoda vzdělávání s pomocí počítačové techniky. Na digitálním zařízení jsou dodávány instrukce, jejichž účelem je podporovat učení. Jedná se o instrukční metody, tzv. kurzy, které mohou být jednostranné či oboustranné, a jsou to například příklady z praxe či zpětná vazba (Clark a Mayer, 2011).

Nejčastěji e-learning probíhá ve formě počítačových kurzů, které jsou rozděleny na jednotlivé lekce, ve kterých se kombinuje text, animace, zvuk a videa. E-learningové kurzy jsou vhodné spíše pro celoživotní vzdělávání. E-learning využívají i zdravotničtí pracovníci a jedná se spíše o metodu sebevzdělávání (Juřeníková, 2010).

1.3 Oblasti ošetrovatelské péče na chirurgii

V úvodu této kapitoly zmíníme něco málo z historie vzniku a rozvoje chirurgie. Slovo chirurgie je starořeckého původu, kdy spojením cheir – ruka, ergein – pracovat vznikne slovo cheirourgia – práce rukou. Chirurgie je obor, který nemoci a úrazy léčí nejen konzervativně, ale využívá i operační léčbu. Nejstarší známý chirurgický dokument pocházející přibližně z roku 1600 př. n. l. je papyrus Edwina Smithe, který popisuje diagnostiku, léčbu i prognózu u řady onemocnění. Susrutha je považován za otce chirurgie, vyučoval a praktikoval medicínu v Indii a také o svých poznatcích z chirurgie napsal několik svazků. Ve středověku medicínu provozovali především lazebníci a ranhojiči, kteří se zaměřovali převážně jen na diagnostiku a předepisování medikamentů a praktickou chirurgii považovali za podřadnou. Ranhojiči měli praxi z válek a postupně se stávali pravými a respektovanými chirurgy. Ve válečné medicíně docházelo k různým úrazům a amputacím končetin, které byly ve válečném období nejčastějšími operačními zákroky. V polovině 19. století došlo k rozvoji rozsáhlejší optativy, a to díky používání éteru a chloroformu a tím uvedení anestézie do praxe. Chirurgie v Čechách zaznamenala rozmach v roce 1882, kdy v Praze vznikla první chirurgická klinika pod vedením přednosta, profesora doktora Viléma Weisse. Později ho nahradil profesor Karel Maydl, který byl průkopníkem výzkumu v chirurgii, do praxe zavedl dvouhlavňovou stomii a více propracoval techniku operace kýl. Postupně došlo k rozvoji chirurgie, lékaři zdokonalovali své postupy, sestry získaly více

zkušeností z praxe. Ze všeobecné chirurgie se rozvíjely chirurgické specializační obory, jako např. traumatologie, ortopedie, kardiochirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie a další (Duda, 2011).

O rozšiřování jednodenní chirurgie v ČR usilovala také česká chirurgická společnost a v roce 2012 uzavřela dohodu s VZP ohledně výkonů prováděných v rámci jednodenní chirurgie. I přes podporu odborné společnosti a zdravotních pojišťoven je využívání jednodenní chirurgie v českých nemocnicích menší nežli v některých jiných státech Evropy (Bezděková, 2015).

Ruku v ruce s rozvojem medicíny šel i vývoj ošetrovatelství, který byl stejně jako medicína ovlivněn válkami, kulturou, politickou, sociální a ekonomickou situací, významnými osobnostmi a vědeckými objevy (Tóthová, 2014).

Ošetrovatelství je považováno za samostatnou vědeckou disciplínu, jejímž záměrem je aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová, 2012).

Jednu skupinu zdravotnických pracovníků, kteří jsou v kontaktu s pacienty, tvoří lékaři. Druhou skupinu zdravotníků tvoří všeobecné sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům a jsou v praxi nejčastěji v kontaktu s pacienty. V ošetrovatelství se deklaruje holistický přístup a proklamuje se individualizovaná péče o pacienty (Sawamura et al., 2013).

Vztah lékař – pacient, sestra – pacient by měl být partnerský, co se týče prevence i léčby onemocnění. Hlavně důvěra a ochota ke spolupráci v oblasti léčby představují nezbytný předpoklad úspěchu (Vráblík, 2014).

Skutečná představa řešení edukační činnosti, kdy jsou pacienti ještě před samotným plánovaným operačním zákrokem zváni do edukačních ambulancí nebo center, znamená veliký přínos nejen pro samotné pacienty, ale i pro zdravotnická zařízení. Pacienti jsou před plánovaným operačním zákrokem v relativně zdravém stavu, nejsou tak pro vnímání edukace ovlivněni pooperačním stavem. Tudiž nastupují do nemocnice se znalostmi, které budou potřebovat v pooperační době. A pro zdravotnické zařízení to může mít kladný přínos ve smyslu zkrácení doby hospitalizace. Jak uvádí profesor Svačina (2016), pro úspěšnou léčbu je vzdělaný a spolupracující pacient stejně důležitý jako kvalita léků či operačních postupů (Svačina, 2016).

Je zde také zapotřebí ujasnit, kdo z ošetrovatelského týmu vůbec může provádět edukaci v ošetrovatelství. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků vyplývají z vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. Do kategorie nelékařských zdravotnických povolání (dále jen NLZP) spadá několik desítek profesí, avšak zde jsou popsány kompetence pracovníků, kteří pracují v chirurgických oborech.

Vyhláška 391/2017 Sb. § 3 vymezuje kompetence zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí, kde pod písmenem g) je zakotveno: motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe. § 4 popisuje kompetence všeobecné sestry a lze se pod písmenem k) dočíst: edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály. § 4 je v této novelizaci rozšířen o kompetence praktické sestry, která má k edukaci stejné kompetence jako všeobecná sestra, narozdíl od již zaniklého oboru zdravotnický asistent.

Kompetence všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí vymezuje § 54 a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře má sestra kompetenci edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály, b) na základě indikace lékaře edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech. A posledním zmíněným pracovníkem podle § 61 je sestra pro péči v chirurgických oborech, která má bez odborného dohledu a bez indikace lékaře dle bodu 5 edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech zdravotní prevence a ošetrování; přitom spolupracovat zejména s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem.

1.3.1 Předoperační péče

Operací se všeobecně rozumí každý léčebný, diagnostický a preventivní výkon, při kterém se pomocí přístrojů a nástrojů zasahuje do organismu. A jejím cílem je návrat ke zdraví, záchrana či prodloužení života nemocného člověka (Zeman et al., 2011).

Pacient musí být srozumitelně a s ohledem na jeho věk seznámen s výkonem, který má podstoupit, a obeznámen s tím, jak bude samotný zákrok probíhat (Chourová, 2011). "

Předoperační příprava k výkonu má zajistit pečlivou a individuální přípravu pacienta, tím zajistit co nejlepší podmínky k podstoupení operačního výkonu s co nejnižším rizikem komplikací a následnou rychlou rekonvalescencí. Předoperační příprava před všemi operacemi není v podstatě odlišná, byť je operace prováděna za jednodenní či delší hospitalizace. Potřebná vyšetření pacienta před operací si určuje chirurg indikující operaci (Málek et al., 2011).

Tato vyšetření zajišťuje standartně praktický lékař pacienta. Avšak u pacientů, kteří mají přidružená onemocnění je někdy potřeba i vyšetření specialistou. (Slezáková et al., 2010). Základní podstatou vyšetření pacienta před operací je provedení fyzikálních a laboratorních vyšetření a důkladně získaná anamnéza (Zeman et al., 2011).

Kotík (2012) uvádí, že předoperační vyšetření by neměla být starší než 14 dní a u pacientů nad 40 let věku doporučuje provést EKG a rentgen srdce a plic. (Kotík, 2012). Stejně tak i Cvachovec (2009) ve své knize doporučuje vyšetření srdce (EKG), které by se mělo provádět u pacientů nad 40 let, jelikož může odhalit skryté srdeční abnormality a poruchy rytmu. Rentgen srdce a plic se provádí běžně pacientům nad 60 let, pacientům kuřákům nad 40 let věku, pacientům s kardiovaskulárním, respiračním a maligním onemocněním. Dále pak u pacientů s možným epidemickým výskytem tuberkulózy (Cvachovec, 2009).

Gabrhelík (2017) ve své knize uvádí, že pokud nenastala náhlá změna zdravotního stavu pacienta, je platnost těchto vyšetření u dospělého pacienta až jeden měsíc (Gabrhelík, 2017).

Anamnéza se skládá z osobní, rodinné, pracovní, sociální anamnézy a u žen navíc i z anamnézy gynekologické. Osobní anamnéza pacienta lékaři poskytuje informace a čase nástupu a charakteru příznaků nemoci, nynější a chronická onemocnění a také úrazy a prodělané operace (Schneiderová, 2014).

Dále je u pacienta zjišťována i anamnéza farmakologická, kde se uvádí dávkování užívané medikace. Zanedbatelná jistě není ani alergologická anamnéza, která informuje lékaře o přecitlivělosti pacienta například na léky, dezinfekci a potraviny. V rámci anamnézy se zjišťuje i přítomnost abusus například návykových látek, drog, alkoholu a tabáku, což může mít vliv na před i pooperační průběh (Nicholls, Wilson 2006).

Rodinná anamnéza lékaři ozřejmí výskyt dědičných chorob a také onemocnění příbuzných v rodině, jako jsou například vrozené vady či pohlavní nemoci. V pracovní anamnéze se uvádí fyzická a psychická zátěž a možný vliv povolání na onemocnění pacienta. A o rodinném zázemí, například zda je např. pacient ženatý, bezdomovec apod. vypovídá anamnéza sociální (Zeman et al., 2011).

Dalším standardním vyšetřením před operací je také vyšetření fyzikální – celkové posouzení stavu pacienta, pohledem (aspekce), pohmatem (palpace), poslechem (auskultace), poklepem (perkuze) a popřípadě per rectum (Janíková, Zeleníková, 2013). Dále také lékař hodnotí fyziologické funkce – tělesná teplota, krevní tlak, pulz, výška, hmotnost a BMI (Schneiderová, 2014).

Mimo tohoto do vyšetření spadá také screeningové vyšetření krve a moče pacienta. Ze vzorků krve se zjišťuje krevní obraz, sedimentace, urea, kreatinin, iontogram, jaterní testy, glykemie a popřípadě i krevní skupina. Popřípadě se dle ordinace lékaře doplňují speciální laboratorní vyšetření (Larsen, 2004).

Rozsah vyšetření je závislé také na typu operačního výkonu, kdy musí anesteziolog spolupracovat s lékařem operačního oboru. Závěry z provedených předoperačních vyšetření jsou podkladem k předanesteziologickému vyšetření (Stibor, 2017).

Každý pacient indikovaný k plánovanému operačnímu výkonu je povinen podstoupit vyšetření v anesteziologické ambulanci a musí být řádně poučen o možnostech anestezie a je mu dán k podpisu souhlas s anestezií (Málek et al., 2011). Cílem tohoto vyšetření je najít a zvolit nejvhodnější a nejbezpečnější varianty pro podání anestezie a ujistit se, zda je pacient v optimálním stavu (Kurzová, 2011).

Anesteziolog stanovuje stupeň operačního rizika, což je míra pravděpodobnosti úmrtí pacienta během nebo bezprostředně po operaci, pomocí nejčastěji používané klasifikace Americké anesteziologické společnosti ASA (American Society of Anesthesiologists), která má pět stupňů (ASA I–V). Při klasifikaci ASA se hodnotí celkový stav pacienta, avšak opomíjí se zde jiní činitelé, jimi jsou například věk pacienta, rozsah a závažnost operačního zákroku. V režimu jednodenní chirurgie je doporučeno provádět výkony u pacientů v ASA I a ASA II. se provádí operační výkony v místní i celkové anestezii, dle doporučení anesteziologa a operátora a také dle typu výkonu. (Ferko et al., 2015).

Příprava pacienta k operaci je jednak chirurgická, anesteziologická, všeobecná a nesmíme opomíjet i přípravu psychickou. Chirurgická příprava je dána charakterem a typem operačního zákroku, kdy může být zapotřebí například profylaxe antibiotiky, u operací na zažívacím traktu je potřeba jeho vyprázdnění apod. (Málek et al., 2011).

Krátkodobá předoperační příprava je období, které trvá 24 hodin před samotným operačním zákrokem. v režimu jednodenní chirurgie probíhá z velké části v domácím prostředí. Od anesteziologa mají pacienti eventuelně předepsané léky v rámci premedikace, které užijí dle ordinace. Dle typu operačního výkonu většinou pacienti nemají do půlnoci před operací žádná omezení (Janíková, 2013).

Od půlnoci nebo aspoň minimálně 6-8 hodin před operací nesmí nemocný přijímat nic per os, nekouřit a ani žvýkat. U pacientů diabetiků se aplikují nitrožilně infuze glukózy (Zeman et al., 2011).

Bezprostřední příprava k operaci obvykle probíhá velmi krátkou dobu, a to cca dvě hodiny před výkonem, kdy sestra kontroluje, aby pacient měl odstraněny šperky, zubní protézu či jiné náhrady odstraněny (Janíková a Zeleníková, 2013).

Dále musí sestra zkontrolovat čistotu a oholení operačního a pokud tak nebylo učiněno, musí zajistit oholení a hygienu. Nemocnému jsou před odjezdem na sál změřeny fyziologické funkce a musí být proveden zápis změřených hodnot do dokumentace pacienta. Sestra zkontroluje a podepisuje dokumentaci pacienta, kde je záznam o podané premedikaci a na sále předá nemocného anesteziologické sestře (Kala, 2010).

Léky v premedikaci a jejich podání určuje anesteziolog při anesteziologickém vyšetření, kdy posuzuje, o jaký druh výkonu se jedná, komorbidity pacienta a další faktory (Janíková a Zeleníková, 2013).

Prevence tromboembolické nemoci u pacienta spočívá v provedení elastické bandáži dolních končetin a dle ordinace lékaře se aplikuje nízkomolekulární heparin. Jak již bylo výše napsáno sestra provede kontrolu dokumentace pacienta, včetně kontroly podpisů pacienta na příslušných informovaných souhlasech (Jedličková, 2012).

Další často opomíjenou částí přípravy před operací je psychická příprava nemocného, kdy není dostačující informovat nemocného jen o tom co ho vlastně čeká, jaký operační zákrok podstupuje a jaké mohou nastat komplikace. Do psychické přípravy také spadá

motivace a podpora pacienta, dále pak i snaha odstranit jeho strach a získat jeho důvěru (Kutnohorská, 2010)

1.3.2 Intraoperační péče

I na operačních sálech byla edukace velmi dlouho opomíjená. Avšak současná doba přinesla nejen inovace v operačních metodách a anestezii, ale především v přístupech a komunikaci sester s pacientem na sále před operací (Chourová, 2011).

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) začíná intraoperační péče předáním pacienta v předšálí do péče pracovníků operačního týmu až do převzetí pacienta zpět do péče personálu standardního oddělení nebo na jednotku intenzivní péče. (Janíková a Zeleníková, 2013).

Jedličková (2012) začátek intraoperační péče popisuje otevřením dokumentace nemocného perioperační sestrou, která provede kontrolu identifikačních údajů pacienta a uvítá ho. Dalšími kroky intraoperační péče je zajištění bezpečné polohy pacienta, antiseptiky operačního pole, příprava operační skupiny, sterility operačního pole a operační zákrok. Poté následuje péče o pacienta, která je zaměřena na prevenci možného poškození pacienta a také na zachování jeho intimity. Pacient je zabezpečen pásy přes horní a dolní končetiny a zakryt vyhřívací či jednorázovou příkrývkou (Jedličková, 2012).

Dle Wichsové et al. (2013) intraoperační fáze začíná zakrytím operačního pole a ve chvíli, kdy je kompletně přítomen operační tým. Dalším krokem je potvrzení identity pacienta, místa, operované strany a typu operačního výkonu (Wichsová et al., 2013).

Všechna pracoviště mají své vnitřní směrnice a předepsaný postup při identifikaci pacienta. Doporučením Šilerové (2012) je použití dvojí kontroly identity pacienta, a to dotazem například na jeho jméno a příjmení a datum narození Šilerová (2012).

I Wendsche (2012) popisuje intraoperační období od doby, kdy pacienta přijme anesteziologická sestra na operačním sále. Ta při převzetí zkontroluje totožnost nemocného, podpisy informovaných souhlasů s anestézií a s operačním výkonem. Na operačním sále se musí pacient uložit na operačním stole do správné polohy, aby při operaci nedošlo k porušení integrity kůže a během operace by mělo být pacientovi zajištěno i tepelné pohodlí. Po ukončení operačního zákroku se pacient přesouvá

z operačního sálu na dospávací pokoj a po stabilizaci stavu se předává zpět na standardní oddělení (Wendsche et al., 2012).

1.3.3 Pooperační péče

Dle Jedličkové (2012) je poslední etapou intraoperační péče zakrytí operační rány, popř. napojení drenáže a probuzení pacienta z anestezie. A pooperační péče o pacienta začíná jeho převozem nebo na dospávací pokoj či na oddělení dle potřebné péče (Jedličková et al., 2012).

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) bezprostřední pooperační péče začíná po ukončení anestezie, kdy se pacient probouzí do úplného vědomí a má obnovené obranné reflexy. Bezprostředně po operaci je péče cílena hlavně na sledování životních funkcí, příznaků možných komplikací po operaci, dále pak je také zaměřena na tlumení bolesti a na psychiku pacienta. V případě, kdy je nezbytné sledovat u pacienta životní funkce nepřetržitě, je pacient po operačním výkonu přesunut rovnou ze sálu na jednotku intenzivní péče či anesteziologickoresuscitační oddělení. V případě, že pacientův stav je stabilizovaný je po operaci přesunut zpět na standardní oddělení a sledování obvykle probíhá v prvních hodinách na pooperačním pokoji (Janíková a Zeleníková, 2013).

Wendsche (2012) vidí pooperační období jako péči o pacienta bezprostředně po narkóze, a to hlavně v monitoraci jeho vitálních funkcí a plnění lékařských ordinací. Při probuzení pacienta z anestezie je potřeba, aby sestra na pacienta mluvila a též hodnotila i jeho vědomí. Poté co je pacientův stav stabilní a jsou navraceny reflexy je pacient je pacient propuštěn z operačního sálu na pooperační pokoj či na lůžkové oddělení (Wendsche et al., 2012).

Pacient je po probuzení po kontrole anesteziologem převezen na standardní oddělení, kde i nadále pokračuje sledování fyziologických funkcí až do úplné stabilizace a ukončení monitorace (Timmins et al., 2009).

Operatér po operaci zapíše ordinace do dokumentace pacienta, podle kterých sestra aplikuje léky, infuze, požadovanou polohu, péči o operační ránu atd. Dále je zde rozepsaná monitorace fyziologických funkcí, a to krevního tlaku, pulsu, vědomí, pravidelnost dýchání a tělesnou teplotu (Slezáková et al. 2010).

Streitová a Zoubková et al. (2015) uvádí, že v pooperační době nastává režim zvláštního sledování, který spočívá v kontrole operační rány, sledování krvácení, barvy kůže a sliznic, bolesti, invazivních vstupů, drenáží a diurézy. První převaz rány se běžně provádí až po 48 hodinách po výkonu, v den výkonu se rána obvykle nepřevazuje, pouze v případě masivního krvácení nebo při příznacích pooperačních komplikací. Další převaz se provádí za účelem kontroly operační rány a jejího okolí, dezinfekce a očištění rány s výměnou krytí, popřípadě k odběru vzorku biologického materiálu, péči o drénu, aplikaci léků a v poslední fázi extrakce stehů (Streitová, Zoubková et al., 2015).

I Michalský a Volfová (2014) popisují pooperačním obdobím důležitost monitorace diurézy, kdy by mělo dojít u pacienta ke spontánní mikci do 6–8 hodin po operaci, pokud se tak nestane hrozí pooperační zadržování moči a je nutné zavést močový katétr. Dále uvádí, že první převaz operační rány by se měl provést první den po operaci či dle pokynů operátora a k odstranění stehů dochází sedmý až čtrnáctý den po operačním výkonu, avšak s ohledem na stav rány, lokalizaci a zátěž okolní kůže při pohybu. Po uplynutí dvou hodin od operace v celkové anestezii může pacient přijímat tekutiny dle snášenlivosti a dietu má dle typu operačního výkonu a dietního omezení např. u diabetiků (Michalský a Volfová, 2014).

Další povinností operátora před odvozem pacienta ze sálu je ujistit se, zda má pacient zajištěnou dostatečnou analgezii po probuzení z narkózy a v další fázi pooperační péče na pooperačním či na standardním oddělení (Málek et al., 2011).

Po operaci je častá bolest v operační ráně, hlavně po odeznění anestetika. Sestra sleduje bolest u pacienta po operaci společně s životními funkcemi, pokud si začne pacient stěžovat na bolesti, je informován lékař, který následně ordinuje analgetickou léčbu. Pacientova bolest se nesmí podceňovat. Na hodnocení míry bolesti se využívají nejčastěji verbální škály, ale lze využít i vizuální škálu. Dále je možné hodnotit i neverbální projevy bolesti např. pláč, vzdychání, křik apod. Bolesti při hojení per primam bez komplikací většinou vymizí do dvou dnů. Hojení per secundam (zánětlivý proces, dehiscence rány, píštěl v ráně) se projevuje silnými přetrvávajícími bolestmi (Slezáková et al., 2010).

V rámci bolesti a hojení se po operaci v jednodenní chirurgii se vyskytuje otázka, jaké konkrétní typy operačních výkonů jsou vhodné provádět v tomto režimu. Mělo by se

jednat o šetrnější méně invazivní typy operací, které nepředstavují nadměrně velkou zátěž pro organismus nemocného a je u nich nižší riziko krevních ztrát, odhadovaná délka bolesti po výkonu a kratší čas pro provedení operace (Castoro et al., 2007).

V nemocnici či v zařízení jednodenní chirurgie se tlumí bolest analgetiky v injekční formě a do domácího prostředí lékař pacientovi doporučí či předepíše analgetika per os. Dále může pacient po operaci či spíše po celkové anestezii pociťovat nauzeu nebo i zvracet, při těchto potížích aplikována antiemetika (Zeman et al., 2011).

1.3.4 Propuštění pacienta

U pacientů propouštěných do domácí péče je kladen důraz na jejich soběstačnost, zvláště pak u pacientů hospitalizovaných v režimu jednodenní chirurgie. Pacient na sebe přebírá z větší části zodpovědnost za své vlastní zdraví, a proto je edukace nedílnou součástí ošetrovatelství (Castoro et al., 2007).

Edukace pacientů po operaci je většinou podávána od sester slovně, písemně (např. brožury, letáky) nebo se tyto metody navzájem kombinují (Cook et al., 2014).

Při propuštění je sestra povinna informovat se u pacienta či příbuzných o podmínkách návazné péče o pacienta, informovat pacienta o stravování, užívání léků a potřebné ošetrovatelské péči. V den propuštění sestra zkontroluje osobní věci pacienta a předá mu je, kontroluje ordinované léky a stav obvazu. Poskytuje informace doprovázející osobě či příbuzným o další ošetrovatelské péči. Nakonec sestra uzavírá ošetrovatelskou dokumentaci (Svěráková, 2012).

Do domácího prostředí je pacient po operačním zákroku propuštěn až tehdy, kdy je jeho stav stabilní, nejsou přítomny příznaky pooperačních komplikací a s naplánovaným termínem kontrol na ambulanci. Před propuštěním z nemocnice je potřeba vědět, jaké má pacient sociální zázemí (někoho, kdo mu zajistí nákupy a stravu, pomoc s hygienou atd.) a zda může být vůbec propuštěn do domácího prostředí. Pokud se ukáže, že pacient se sám o sebe nepostará a nemá dobré nebo žádné rodinné zázemí, měla by se mu zajistit domácí péči (Bartůněk, 2016).

U pacientů, kteří o sebe nemohou, neumějí či nechťejí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči domácí péče. Agentury domácí péče poskytují pomoc jednotlivci,

rodinám i skupinám, kdy cílem této pomoci je navrácení samostatnosti v uspokojování fyziologických, psychosociálních a duchovních potřeb nemocného (Polícar, 2010).

V ČR je domácí péče poskytována v pěti formách. Akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, hospicová domácí péče a jednorázová domácí péče. Akutní komplexní domácí péče je především určena pacientům s akutním, krátkodobým onemocněním, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci a dále je určena pro klienty po operaci či úrazech. Tato forma domácí péče je často využívána u pacientů operovaných v režimu jednodenní chirurgie, kteří jsou rychle propouštěni z nemocničního lůžka do svého známého prostředí a pohodlí svého domova. Zkušenosti z praxe ukazují, že psychická pohoda urychluje rekonvalescenci po operacích. Domácí péče je hrazena zdravotní pojišťovnou a předpis této péče z nemocnice má platnost prvních 14 dní po propuštění (Kalvach, 2011).

I Durnová (2012) tvrdí, že proces hojení se díky pozitivnímu vlivu domácího prostředí na psychiku pacienta urychluje a že domácí péče je z hlediska ekonomického úspornější, jelikož se zkrátí finančně nákladnější dlouhodobé hospitalizace (Durnová, 2012).

I v domácí péči musí být vedena u každého pacienta individuální ošetrovatelská dokumentace, která obsahuje záznamy o veškerých provedených činnostech. V této dokumentaci nejsou zaznamenávány pouze provedené výkony, ale i aktuální plán ošetrovatelské péče a hodnocení účinnosti tohoto plánu (Kalvach et al., 2011).

Stručné shrnutí předností domácí péče je, že tato péče je individualizovaná, ekonomičtější. A další výhodou domácí péče je komplexnost, kdy je pacientovi poskytován soubor činností spojených s terapií, ošetřováním, rehabilitací, psychická a duševní podpora (Marková, 2010).

1.4 Překážky v edukaci

Základem pro budování funkčního terapeutického vztahu je správný přístup od prvního okamžiku, jelikož vztah sestra – pacient začíná ve chvíli, kdy se oba spatří, tudíž ještě dříve, než cokoli říknou. Pokud sestra působí nejistě, uspěchaně, nepozorně či unaveně, vztah se tím může výrazně narušit (Ptáček, Bartůněk, 2015).

Kvalita edukace je výrazně ovlivněna nejrůznějšími vlastnostmi jedince, a to jak edukanta, tak i edukátora. Existuje tedy mnoho faktorů, které mohou edukaci ovlivnit. Ve své knize Kuberová tyto faktory rozděluje pro větší přehlednost na dvě základní skupiny. Faktory, které napomáhají edukaci, a faktory, které v edukaci překážejí a brzdí ji (Kuberová, 2010).

Faktory edukaci brzdící

Obecněji lze říci, že problém může vzniknout tehdy, kdy edukace není kvalifikovaně připravená, realizovaná a hodnocená. Dalším problémem může být demotivace pacienta, kdy se mu dostává negativní zpětné vazby nebo je-li terčem výsměchu či sarkasmu. Toto téměř jistě pacienta odradí od jakéhokoliv učení. Na edukaci může stejně negativně působit i akutní onemocnění, aktuální psychický stav, přítomnost poruch vnímání nebo myšlení. Dále také v nemalé míře negativně ovlivňuje edukaci citové rozpoložení, bolest, biorytmus, věk nebo komunikační bariéry, např. jazyková bariéra (Kuberová, 2010).

Akutní onemocnění fyzické či psychické může negativně ovlivňovat průběh i výsledek edukace. V takovém případě je vhodné začít s edukací poté, co dojde ke zlepšení zdravotního stavu pacienta. V případě, že se s edukací dostatečně nepočká, může dojít s největší pravděpodobností k tomu, že se pacient soustředí pouze na své onemocnění, což může bránit dostatečnému soustředění se na edukaci. Taktéž pacientovo citové rozpoložení může průběh edukace negativně ovlivnit. Avšak citové rozpoložení pacienta lze do určité míry ovlivnit např. rozhovorem a pokusit se nepříjemné pocity před edukací odstranit. Onemocnění může být doprovázeno bolestí, která snižuje u pacienta schopnost koncentrace, a je proto nutné před edukací bolest odstranit či ji alespoň zmírnit. Biorytmus je dalším důležitým faktorem, který může mít vliv na edukaci, jelikož cílem je správné načasování doby edukace. Ke každému jedinci je potřeba přistupovat individuálně, a proto je vhodné edukační setkání naplánovat spíše na ranní nebo dopolední čas či dle domluvy s pacientem. Dalším velmi důležitým činitelem v edukaci je věk, je potřeba přizpůsobit edukaci věku a možnostem daného pacienta. Také jazyková bariéra může být velkým handicapem, a pokud není odstraněna, může být příčinou špatně vnímané a nepochopené edukace. Netýká se to pouze cizinců, ale může se jednat i o hluchoněmé pacienty. Pak je vhodné využít služeb tlumočnicka nebo jiných možností, např. komunikační karty pro pacienty (Kuberová, 2010).

Pokorná (2010) ve své knize uvádí různá rozdělení komunikačních bariér, například lze komunikační bariéry rozdělit na interní a externí. Interní bariéry plynou z dovedností a schopností jedince a také z jeho zdravotního stavu a prožívání. Do těchto bariér patří např. nemoc a fyzické nepohodlí, nepřipravenost a obava z neúspěchu, strach. Externí čili vnější bariéry jsou dány prostředím. Do těchto bariér patří např. neschopnost naslouchat klientovi či vizuální rozptýlení, hluk, vyrušení jinou osobou. Jako další bariéry při komunikaci Pokorná (2010) uvádí problémy vzniklé z důvodu poškození sluchu a zraku, problémy spojené s poruchami řeči (dysartrie či dysfázie), s desorientací a zmateností či vznikem sensorické deprivace (Pokorná, 2010).

Hrozenková ve své knize jako další překážky v komunikaci uvádí také demenci u geriatrických pacientů, diagnostikovanou poruchu komunikační schopnosti, dále problémy spojené s involučními změnami projevující se na sluchu i zraku seniorů (Hrozenková, 2013). Sestry se v ošetrovatelské praxi setkávají s pacienty, kteří nemohou být edukováni z různých již výše uvedených příčin a v těchto případech je nezbytná edukace podpurných osob (Magerčiaková, 2011).

Kuzníková (2011) ve své knize zmiňuje také ekonomické překážky, kdy je potřeba jedince či rodinu edukovat o možnostech využití finanční podpory pomocí dávek, popřípadě jiných prostředků, či v dalších oblastech péče a podpory (Kuzníková, 2011).

Překážky na straně edukátora

Nemalou skupinou faktorů negativně ovlivňující edukaci jsou faktory, které nepocházejí ze strany edukanta, nýbrž ze strany edukátora. Tyto překážky jsou též nazývané jako iatrogenní překážky. Kuberová ve své knize k těmto překážkám uvádí, že *„představují negativní postoj vyplývající z nekvalifikovaného přístupu sestry, nevhodný výběr poznatků a informací a také spěch, ignorování jedince, sarkasmus, hněv a špatný osobní příklad.“* (Kuberová, 2010, s. 73).

Dále Kuberová uvádí, že na průběh edukace mohou mít stejný negativní efekt i nedostatečné vědomosti a zkušenosti edukátora. Je třeba vědět, že pacientovi můžeme ublížit stejně jako nevhodnou léčbou i nevhodně zvoleným přístupem či slovem. Avšak najdou se stále zdravotníci, kteří mají sklon k tomu direktivně tvrdit pacientovi, co je pro něj nejlepší. Především by měla panovat snaha o motivaci pacienta nebo jeho rodiny k získávání nových vědomostí. Dalším faktorem, který může negativně ovlivnit kvalitu edukace, je tzv. mikroklima prostředí, například teplota, kvalita vzduchu, osvětlení

a také v neposlední řadě i rozsah edukačního materiálu, pokud je příliš rozsáhlý, je vhodné ho rozdělit na více částí (Kuberová, 2010).

Mandysová (2016) ve své knize také uvádí prostředí zdravotnického zařízení jako překážku v edukaci pacienta. Popisuje zde, že při hospitalizaci může docházet ke ztrátě soukromí pacienta, k izolovanosti od okolního světa a k omezené schopnosti rozhodovat se. Dále uvádí, že jedním z největších problémů při edukaci z pohledu zdravotnického personálu je nedostatek času, k tomu přispívají i kratší doby hospitalizací. Nedostatek času na edukaci se jako překážka objevuje také z pohledu pacienta a ten se může cítit frustrován, což má také negativní vliv na edukaci (Mandysová, 2016).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit rozsah edukace pacientů před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace.

Cíl 2: Zjistit názor pacientů na rozsah podaných informací během jednodenní hospitalizace.

Cíl 3: Zjistit názor sester na důležitost a efektivnost provádění edukace pacientů v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o rány před a po operaci.

Cíl 4: Zjistit nejčastěji používané metody sester při edukaci pacienta na chirurgickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké informace byly poskytnuty v rámci edukace pacientům před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace?

Výzkumná otázka 2: Jaké informace byly poskytnuty pacientům v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o ránu během jednodenní hospitalizace?

Výzkumná otázka 3: Jak hodnotí pacienti podané informace od sester během jednodenní hospitalizace?

Výzkumná otázka 4: Jaký názor mají sestry na efektivnost edukace pacientů před a po operačním výkonu?

Výzkumná otázka 5: Jaké metody sestry nejčastěji využívají k edukaci pacientů na chirurgickém oddělení?

3 METODIKA

Ke zpracování diplomové práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat, jež byla použita v práci, je polostrukturovaný rozhovor, který podle Kutnohorské (2009) patří k nejčastěji používané metodě sběru dat.

Výzkumné šetření bylo realizováno se všeobecnými sestrami chirurgického oddělení a záměrně s pacienty operovanými v režimu jednodenní péče v nemocničním prostředí na chirurgickém oddělení. Výzkumné šetření bylo zcela anonymní, rozhovory probíhaly se souhlasem dotazovaných informantů. Informanti byli vždy předem informováni o problematice diplomové práce a o anonymitě výzkumného šetření. Souhlas s výzkumným šetřením, který dala hlavní sestra nemocnice, vzhledem k zachování anonymity není součástí příloh. Je proto k nahlédnutí u autora práce. Rozhovory s informanty probíhaly od 28. 2. do 28. 3. 2021.

3.1 Kvalitativní výzkumné šetření

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo s informanty dvou skupin. Jednu skupinu tvořily všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení a druhou skupinou byli pacienti po operaci za jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení. Pro rozhovory bylo předem připraveno 14 otázek zvlášť pro pacienty (příloha A) a 14 otázek zvlášť všeobecné sestry (příloha B). Stanovené otázky se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující, které vycházely z rozhovoru s informanty, který trval přibližně 40 minut. Informanti měli možnost během rozhovoru dodat jakékoli informace a žádat další vysvětlení k jakékoli položené otázce. Před začátkem rozhovoru byl každý informant informován o anonymitě a s rozhovorem a jeho zaznamenáváním souhlasil.

Všechny rozhovory byly zaznamenány písemně a poté přepsány do elektronické podoby. Zpracování rozhovorů bylo provedeno metodou tužka a papír. Následně byly získané informace od informantů analyzovány s využitím otevřeného kódování. Kódování je realizováno postupem, kdy jsou získaná data rozebrána, roztríděna a následně poskládána novým způsobem (Švaříček, Šedřová et al., 2014). Kódy, které jsme získali, jsme seřadili a sumarizovali do celků, které jsou zpracovány do kategorií a k nim dílčích podkategorií s vybranými citacemi informantů.

Pro snadnější orientaci v analýze dat jsme informanty představující oslovené všeobecné sestry označili písmenem „S“ včetně číslice určující pořadí, v jakém byl rozhovor prováděn (např. S1, S2 atd.) Informanty představující oslovené pacienty jsme označili písmenem „P“ včetně číslice označující pořadí. Odpovědi z kvalitativního šetření byly uspořádány do kategorizačních skupin a následně uspořádány (Švaříček et al., 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Kvalitativní šetření probíhalo se všeobecnými sestrami (S) z chirurgického oddělení a s pacienty (P) po operacích, které byly provedeny v režimu jednodenní péče na chirurgickém oddělení. Rozhovory s pacienty byly prováděny na konci hospitalizace. Bylo osloveno celkem 15 všeobecných sester a 15 pacientů. Kvalitativního šetření se zúčastnilo všech 30 oslovených informantů. Veškeré rozhovory byly realizované individuálně a s ústním souhlasem dotazovaných.

Pro zpřehlednění jednotlivých údajů dotazovaných byla vytvořena tabulka 1 se zachováním anonymity jmen a jejich označením písmenem P jako pacient s příslušným číslem (1–15) podle pořadí. Stejně tak byla vytvořena tabulka 2 se zachováním anonymity jmen a jejich označením písmenem S jako sestra s příslušným číslem (1–15) podle pořadí.

4 VÝSLEDKY

4.1 Identifikace výzkumného souboru

Tabulka č. 1 – Identifikační údaje dotazovaných pacientů

Respondent	Pohlaví	Věk	Operační výkon	Povolání
P1	muž	48 let	laparoskopická cholecystektomie	kuchař
P2	muž	51 let	tříselná kýla	strojník
P3	žena	27 let	laparoskopická cholecystektomie	rodičovská dovolená
P4	žena	38 let	hemeroidy	prodavačka
P5	muž	69 let	tříselná kýla	důchodce
P6	muž	43 let	laparoskopická cholecystektomie	voják
P7	muž	56 let	pupeční kýla	invalidní důchodce
P8	žena	52 let	laparoskopická cholecystektomie	dělnice
P9	žena	35 let	laparoskopická cholecystektomie	OSVČ
P10	muž	35 let	laparoskopická cholecystektomie	nezaměstnaný
P11	muž	55 let	tříselná kýla	dělník
P12	muž	53 let	pupeční kýla	učitel
P13	muž	47 let	hemeroidy	řidič
P14	žena	49 let	laparoskopická cholecystektomie	pedagog
P15	žena	28 let	laparoskopická cholecystektomie	kadeřnice

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1 nám přibližuje identifikační údaje dotazovaných pacientů s označením (P1 – P15). Informant P1 byl 48letý muž, povoláním kuchař, po plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Na operaci byl objednan před šesti týdny, kdy prodělal druhou koliku a byla mu doporučena operace, se kterou souhlasil. P2 byl 51letý muž, povoláním strojník. Byl na plánované operaci pupeční kýly za jednodenní hospitalizace. Pupeční kýlu měl více než 4 roky, ale doporučenou operaci odkládal. Nyní již začal mít potíže, tak se rozhodl operaci podstoupit. P3 byla 27letá žena, povoláním účetní, nyní na MD, která podstoupila plánovanou laparoskopickou

cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. První koliku měla během těhotenství a tehdy jí bylo doporučeno, že pokud by se kolika opakovala, bylo by pak vhodné provést operaci. Další koliku měla dva roky po porodu, kdy navštívila chirurgickou ambulanci, kde jí byl dán termín operace, se kterou souhlasila. P4 byla 38letá žena, povoláním prodavačka, po plánované operaci zevních hemeroidů za jednodenní hospitalizace. Na operaci byla indikovaná před 3 týdny z proktologické ambulance. P5 byl 69letý muž, starobní důchodce, který podstoupil plánovanou operaci tříselné kýly za jednodenní hospitalizace. Na operaci byl objednáán před 9 týdny, kdy mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil. P6 byl 43letý muž, povoláním voják, po plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Před 3 měsíci, kdy měl první biliární koliku, mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil. P7 byl 56letý muž v invalidním důchodu. Byl na plánované operaci pupeční kýly za jednodenní hospitalizace. Na operaci byl objednáán před 4 měsíci, kdy mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil. P8 byla 52letá žena, povoláním dělnice. Přijátá k plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Indikace k výkonu byla před 3 měsíci, kdy jí byla doporučena operace od praktického lékaře. P9 byla 35letá žena, povoláním osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ). Byla na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. K operaci objednáána před 7 týdny, kdy měla opakované potíže se žlučníkem a byla jí již opakovaně doporučena operace, se kterou nyní souhlasila. P10 byl 35letý muž, nezaměstnaný, vedený na úřadu práce. Byl na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Na operaci byl objednáán na chirurgické ambulanci před 2 měsíci, kdy mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil. P11 byl 55letý muž, povoláním dělník v ZD, po plánované operaci tříselné kýly za jednodenní hospitalizace. Na operaci objednáán před 4 měsíci z kýlní ambulance. P12 byl 53letý muž, povoláním středoškolský učitel po plánované operaci pupeční kýly za jednodenní hospitalizace. Na operaci byl objednáán z kýlní ambulance před 5 týdny, kdy mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil. P13 byl 47letý muž, povoláním řidič z povolání. Byl na plánované operaci zevních hemeroidů za jednodenní hospitalizace. Na operaci objednáán před 2 týdny, kdy měl opět potíže a byla mu na chirurgické ambulanci doporučena operace, se kterou souhlasil. P14 byla 49letá žena, povoláním pedagog, po na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Na operaci byla objednáána před 3 měsíci, kdy měla zánět a byla jí ještě za hospitalizace doporučena operace, se kterou souhlasila. P15 byla 28letá žena, povoláním kadeřnice.

Byla na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace, na kterou byla objednána před 4 měsíci, kdy jí byly zjištěny kameny ve žlučníku a byla jí doporučena operace, se kterou souhlasila.

Tabulka č. 2 – Identifikační údaje dotazovaných sester

Respondent	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka praxe na chirurgii
S1	žena	50 let	všeobecná sestra	8 let
S2	žena	47 let	všeobecná sestra	5 let
S3	žena	25 let	všeobecná sestra	5 let
S4	žena	39 let	všeobecná sestra	10 let
S5	žena	36 let	všeobecná sestra	7 let
S6	žena	40 let	všeobecná sestra	9 let
S7	žena	30 let	všeobecná sestra	2 roky
S8	žena	22 let	praktická sestra	2 roky
S9	žena	28 let	všeobecná sestra	3 roky
S10	žena	24 let	praktická sestra	5 let
S11	žena	20 let	praktická sestra	1 rok
S12	žena	23 let	praktická sestra	1 rok
S13	žena	53 let	všeobecná sestra	6 let
S14	žena	27 let	praktická sestra	5 let
S15	žena	41 let	všeobecná sestra	11 let

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 1 nám přibližuje identifikační údaje dotazovaných sester s označením (S1–S15). S1 byla 50letá všeobecná sestra s 28letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 8 let. Dříve pracovala na interním oddělení. S2 je 47letá všeobecná sestra s 20letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 5 let. Dříve pracovala na dětském oddělení a pak také mimo zdravotnictví. S3 je 25letá všeobecná sestra s 5letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje od úspěšného ukončení studia. S4 je 39letá všeobecná sestra s 18letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 10 let. Dříve pracovala na interním a urologickém oddělení. S5 byla 36letá všeobecná sestra s 8letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 7 let. Dříve pracovala 1 rok na urologickém oddělení. S6 byla 40letá všeobecná sestra s 15letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 9 let. Dříve pracovala na interním oddělení. S7 byla 30letá všeobecná sestra s 5letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém

oddělení pracuje 2 roky. Dříve pracovala mimo zdravotnictví. S8 byla 22letá praktická sestra s 2letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje od ukončení studia na střední zdravotnické škole. S9 byla 28letá všeobecná sestra s 6letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 3 roky. Dříve pracovala na urologickém oddělení. S10 byla 24letá praktická sestra s 5letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje od úspěšného ukončení studia na střední zdravotnické škole. S11 byla 20letá praktická sestra s roční praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje od úspěšného ukončení studia na střední zdravotnické škole. S12 byla 23letá praktická sestra s 3letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 1 rok. Dříve pracovala na oddělení následné péče. S13 byla 53letá všeobecná sestra s 30letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 6 let. Dříve pracovala na interním a pak na urologickém oddělení. S14 byla 27letá praktická sestra s 7letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 5 let. Dříve pracovala na gynekologickém oddělení a interní jednotce intenzivní péče. S15 byla 41letá všeobecná sestra se specializací s 18letou praxí ve zdravotnictví, která na chirurgickém oddělení pracuje 11 let. Dříve pracovala 7 let na chirurgické ambulanci.

4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s pacienty

4.2.1 Kategorie 1: Pocity pacientů z informací podaných před hospitalizací

4.2.2 Kategorie 2: Představa pacientů o průběhu operace za jednodenní hospitalizace

4.2.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů

Podkategorie 1: Informovanost pacientů o operačním výkonu

Podkategorie 2: Informovanost pacientů o předoperační přípravě před hospitalizací

Podkategorie 3: Informovanost pacientů o předoperační přípravě na oddělení

Podkategorie 4: Informovanost pacientů v oblasti výživy, pohybu a péči o ránu

Podkategorie 5: Informace podané osloveným pacientům při propuštění

4.2.4 Kategorie 4: Hodnocení pacientů

Podkategorie 1: Hodnocení srozumitelnosti podaných informací

Podkategorie 2: Hodnocení a spokojenost pacientů s podanými informacemi

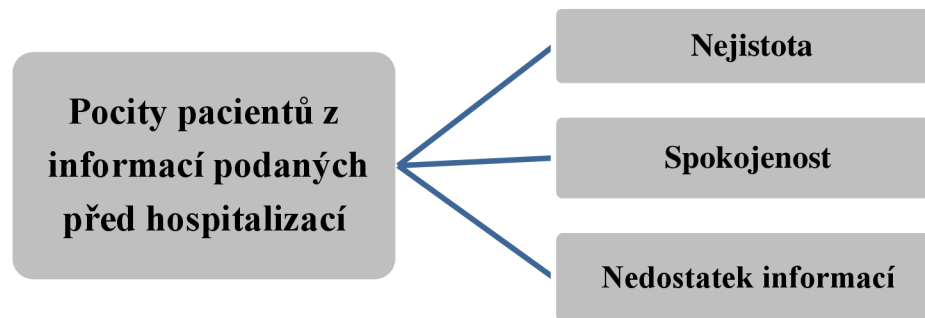
Podkategorie 3: Hodnocení péče oslovenými pacienty

4.2 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů s pacienty

4.2.1 Kategorie 1: Pocity pacientů z informací podaných před hospitalizací

Tato kategorie se zabývá pocity dotazovaných pacientů z informací obdržených před hospitalizací, resp. před operací. Informanti P1, P6, P8 a P14 uvedli, že z podaných informací měli pocit nejistoty. Jak doslova pacient P6 odpověděl: „Bylo to trochu zmatečný. Praktický lékař mi řekl, že ta hospitalizace je několik dní. A pak mi chirurg řekl, že se to dělá za jednodenní hospitalizace.“ P9 v rozhovoru uvedl, že měl pocit, že podaných informací bylo málo. Podobný pocit měl i P3, který uvedl: „Těch informací před hospitalizací mohlo být víc a mohly být podrobnější.“ Dobrý pocit a spokojenost s poskytnutými informacemi uvedli informanti P2, P4, P5, P7, P10, P11, P12, P13 a P15. Schéma č. 1 graficky zobrazuje první kategorii.

Schéma č. 1 – Pocity pacientů z informací podaných před hospitalizací

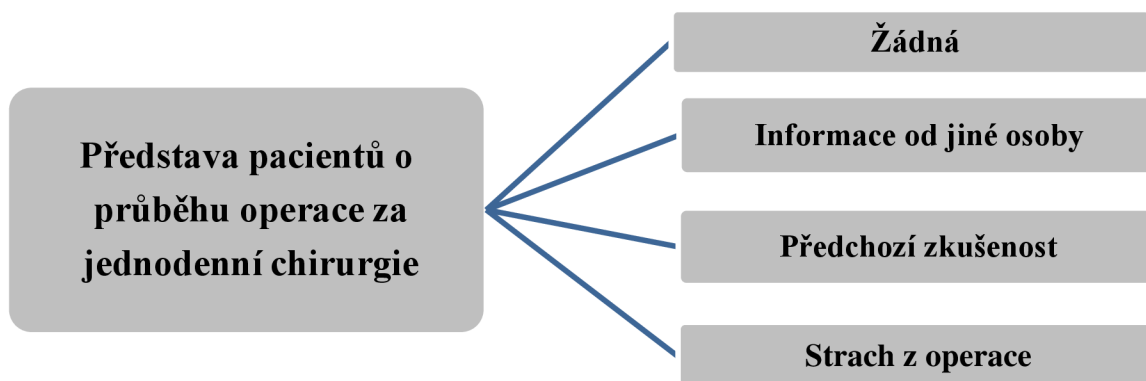


Zdroj: vlastní zpracování

4.2.2 Kategorie 2: Představa pacientů o průběhu operace za jednodenní hospitalizace

Na otázku, jakou představu měli oslovení pacienti o průběhu operace za jednodenní hospitalizace, informanti P3, P5, P8, P10, P11, P13 a P14 odpověděli, že neměli žádnou představu ani žádnou předchozí zkušenost. P1, P7, P9 a P15 měli představu z informací získaných od známé osoby, která byla operována v režimu jednodenní chirurgie. Pacienti P2, P4, P6 a P12 již měli představu z vlastní předchozí zkušenosti. Z doplňující otázky, která zjišťovala přítomnost strachu u pacienta před operací, vyplynulo, že P3, P5, P7, P8, P11, P13 a P14 měli strach z operace jako takové. Strach z narkózy v rozhovorech uvedli informanti P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P11 a P14. Schéma č. 2 graficky zobrazuje druhou kategorii.

Schéma č. 2 – Představa pacientů o průběhu operace za jednodenní chirurgie

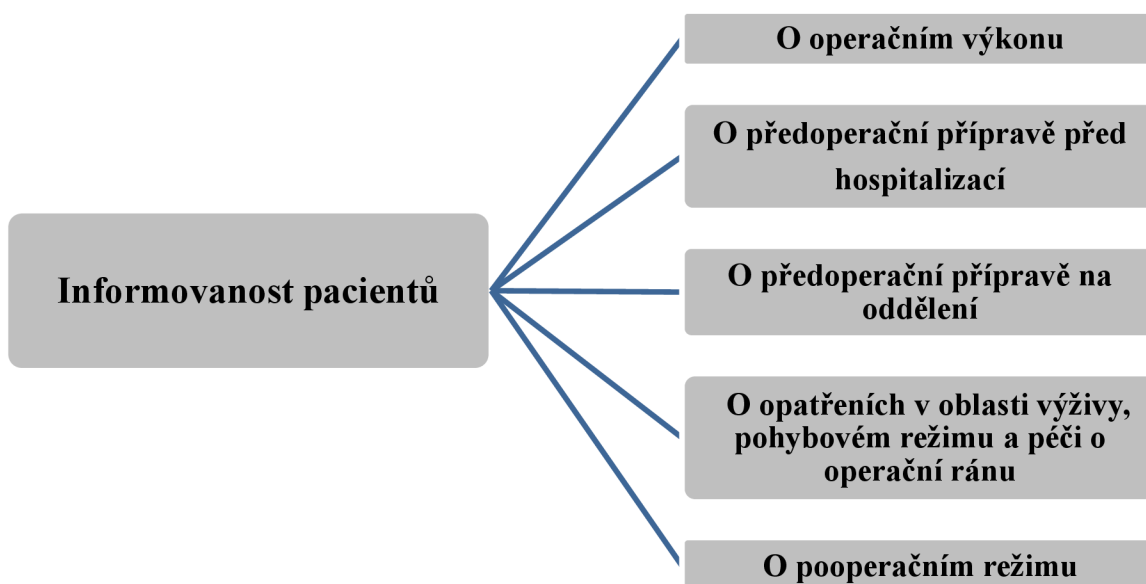


Zdroj: vlastní zpracování

4.2.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů

Tato kategorie je rozdělena na 5 podkategorií, které se zaměřují na informovanost pacientů o výkonu, o předoperační přípravě před hospitalizací a na oddělení, o opatřeních v oblasti výživy, pohybovém režimu a péči o operační ránu a o pooperačním režimu. Schéma č. 3 graficky zobrazuje třetí kategorii s podkategoriemi.

Schéma č. 3 – Informovanost pacientů

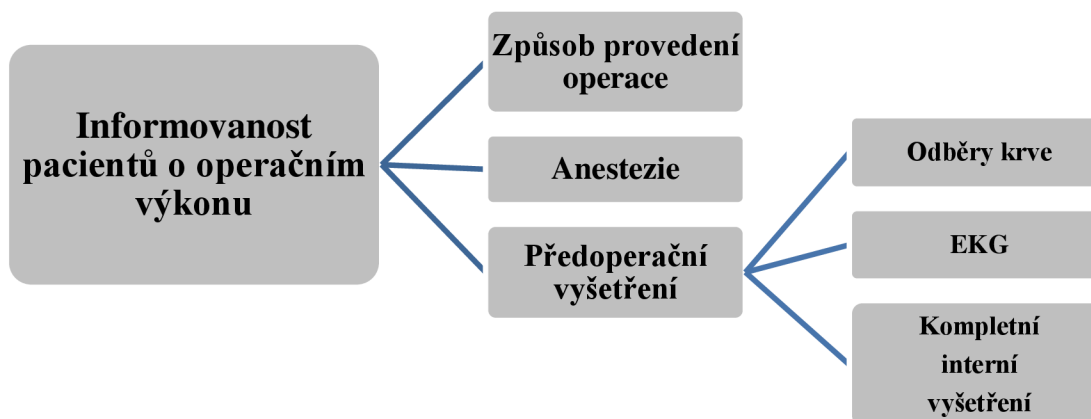


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 1: Informovanost pacientů o operačním výkonu

V rozhovorech všichni dotazovaní pacienti kromě P3 a P4 uvedli, že jim byly podány informace o způsobu provedení operace. Dále P1, P2, P4, P5, P6, P9, P10, P12 a P13 uvedli, že jim bylo řečeno, že se výkon provádí v celkové anestezii. P1 ještě dodal, že mu byla sdělena přibližná délka výkonu. V doplňující otázce v rozhovorech se zjišťovalo, jaká předoperační vyšetření dotazovaní pacienti prodělali. Všem dotazovaným pacientům (P1 – P15) byly provedeny odběry krve na vyšetření a předanesteziologické vyšetření v ARO ambulanci. Dále P1, P2, P4, P5, P6, P7 a P13 uvedli, že podstoupili vyšetření EKG. A samotné vyšetření internistou zmínili P8, P11, P12 a P14. Schéma č. 4 graficky zobrazuje první podkategorii.

Schéma č. 4 – Informovanost pacientů o operačním výkonu



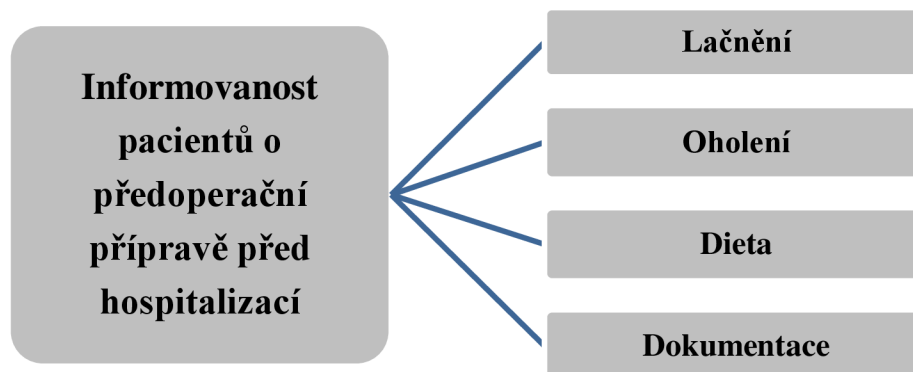
Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 2: Informovanost pacientů o předoperační přípravě před hospitalizací

Tato kategorie se zabývá tím, jaké informace dotazovaní pacienti obdrželi o fyzické předoperační přípravě doma před hospitalizací. Všichni oslovení pacienti (P1–P15) v rozhovorech shodně uvedli, že byli poučeni o nutnosti lačnění před operací. Dále v rozhovorech P3, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P11, P12, P13, P14 a P15 uvedli, že jim bylo doporučeno si doma oholit operační pole. Ohledně dietního omezení byli poučeni P7, P13, P14 a P15. V doplňující otázce bylo zjišťováno, jaké další informace byly dotazovaným pacientům podány ohledně přípravy k hospitalizaci. P1, P4, P5, P7, P9, P10, P11, P12 a P14 v rozhovorech uvedli, že jim bylo doporučeno vzít si k příjmu osobní doklady a výsledky všech absolvovaných vyšetření. Dále P2, P4, P10 a P12 se

v rozhovorech zmínili o tom, že si měli s sebou vzít sepsaný seznam užívaných léků. Schéma č. 5 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 5 – Informovanost pacientů o předoperační přípravě před hospitalizací

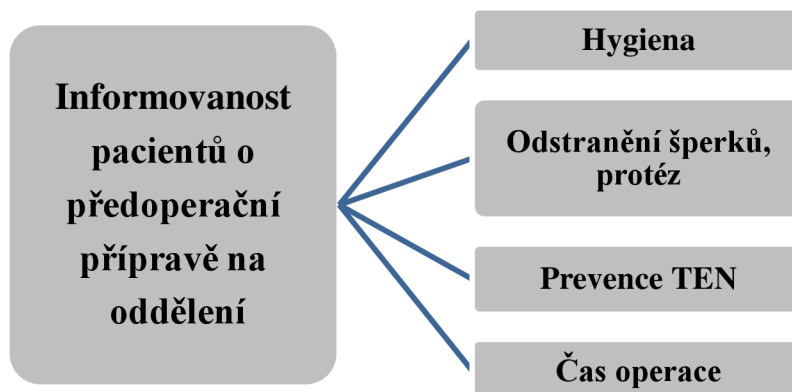


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 3: Informovanost pacientů o předoperační přípravě na oddělení

Tato kategorie se zabývá tím, jaké informace dotazovaní pacienti obdrželi o předoperační přípravě již za hospitalizace na chirurgickém oddělení. Všichni oslovení pacienti (P1–P15) v rozhovorech shodně uvedli, že byli poučeni o důkladné hygieně před výkonem. Dále P1, P4, P5, P6, P7, P11, P12 a P14 byli seznámeni s přibližným časem operace. Informace o prevenci tromboembolické nemoci, ve smyslu provedení bandáže dolních končetin a aplikaci nízkomolekulárního heparinu obdrželi P1, P2, P3, P9 a P15. Pouze P3, P4 a P8 uvedli, že byli poučeni o sundání veškerých šperků a cizích předmětů z těla před odjezdem na sál. Schéma č. 6 graficky zobrazuje třetí podkategorii.

Schéma č. 6 – Informovanost pacientů o předoperační přípravě na oddělení

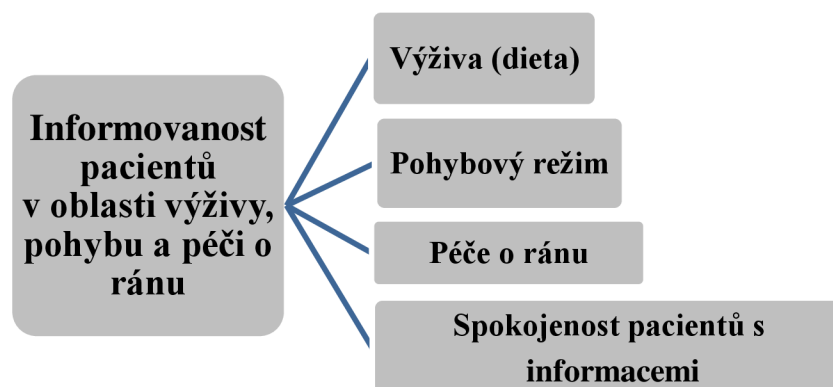


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 4: Informovanost pacientů v oblasti výživy, pohybu a péči o ránu

V rozhovorech se také zjišťovalo, jak byli oslovení pacienti poučeni v oblasti výživy, pohybovém režimu a péči o operační ránu v pooperačním období. Z rozhovorů vyplynulo, že informace v oblasti výživy, hlavně v dodržování odlehčené šetřící či žlučnickové diety po operaci, obdrželi P1, P3, P5, P8, P9, P10, P13, P14 a P15, zatímco P2, P4, P6, P11 a P12 uvedli, že ohledně diety žádné poučení nedostali. Informace o fyzickém šetření se, jako je vyhnout se těžké fyzické námaze po operaci, v rozhovorech zmínili P1, P10, P11 a P12. Dále z rozhovorů vyplynulo, že P1, P2, P5, P8, P10, P12, P13 a P15 byli informováni o hygieně a péči o ránu. Doplňující otázka se zabývá tím, jaké informace dotazovaní pacienti obdrželi o pooperačním režimu. Z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že P7, P10, P12 a P13 byli již před operací informováni o následném sledování na „dospávacím“ pokoji, který je součástí centrálních operačních sálů. Dále P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P13 a P14 shodně v rozhovorech uvedli, že byli poučeni o vstávání po operaci pouze s doprovodem personálu. Všichni oslovení pacienti (P1–P15) uvedli, že tyto informace jim byly podány ústně. Dále pak P1, P3, P4, P6, P8, P9, P10, P14 a P15 dostali navíc informace písemně formou letáku. P4 uvedl, že s ním sestry provedly praktický nácvik aplikace nízkomolekulárního heparinu subkutánně a P7 byl poučen o správném použití břišního pásu. Doplňující otázka zjišťovala, jak oslovení pacienti hodnotili rozsah podaných informací. Všichni dotazovaní pacienti (P1–P15) zhodnotili rozsah jim podaných informací za dostačující. Schéma č. 7 graficky zobrazuje čtvrtou podkategorii.

Schéma č. 7 – Informovanost pacientů v oblasti výživy, pohybu a péči o ránu

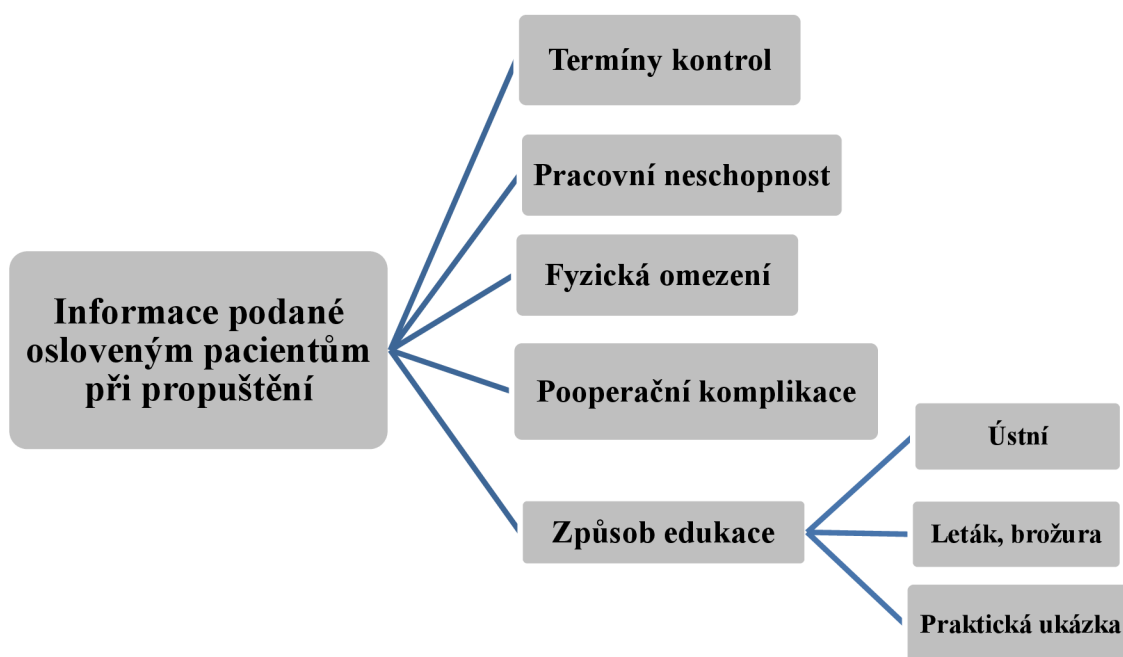


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 5: Informace podané osloveným pacientům při propuštění

V rozhovorech se dále zjišťovalo, jaké informace byly osloveným pacientům podány při propuštění do domácího prostředí. O termínu kontroly na chirurgické ambulanci byli informováni pacienti P1, P2, P3, P4, P6, P7, P9, P10, P11, P14 a P15. Dále z rozhovorů vyplynulo, že P1, P2, P5, P8 a P11 byli poučeni o řádném přečtení doporučení v propouštěcí zprávě. P1, P2, P8 a P12 dostali informaci o doporučené délce pracovní neschopnosti. Informace o možných komplikacích uvedli v rozhovorech P2, P8, P9, P14 a P15. O fyzickém šetření se po operaci v domácím prostředí byli ústně poučeni P2, P3, P6, P7, P10, P12 a P13. Dále v rozhovorech P3, P4, P7, P8 a P13 uvedli, že jim byly podány informace ohledně péče o rány. Doplnující otázka zjišťovala, jaké informace ohledně dietního omezení po operaci byly poskytnuty dotazovaným pacientům při propuštění. Z rozhovorů vyplynulo, že všeobecná doporučení o dietních omezeních či odlehčené stravě byla sestrami řečena pacientům P1, P2, P3, P5, P8, P9, P10, P11, P12, P13 a P15. P6 na tuto otázku odpověděl: „Dali mi leták a řekli mi, že nesmím mastný a kořeněný jídla. Spíš vařený a dušený maso.“ O poučení o dietě formou letáku se v rozhovorech také zmínili P1, P3, P4, P8, P9, P10, P14 a P15. Avšak P7 na tuto doplňující otázku doslova odpověděl: „O dietě mi nic neřikali.“ Schéma č. 8 graficky zobrazuje pátou podkategorii.

Schéma č. 8 – Informace podané pacientům při propuštění

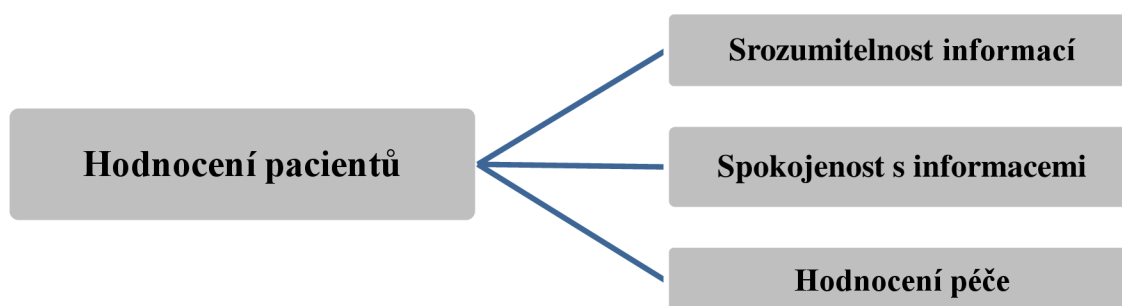


Zdroj: vlastní zpracování

4.2.4 Kategorie 4: Hodnocení pacientů

Tato kategorie je rozdělena do 3 podkategorií. Hodnocení srozumitelnosti podaných informací, spokojenost pacientů s podanými informacemi a hodnocení péče oslovenými pacienty. Schéma č. 9 graficky zobrazuje čtvrtou kategorii s podkategoriemi.

Schéma č. 9 – Hodnocení pacientů

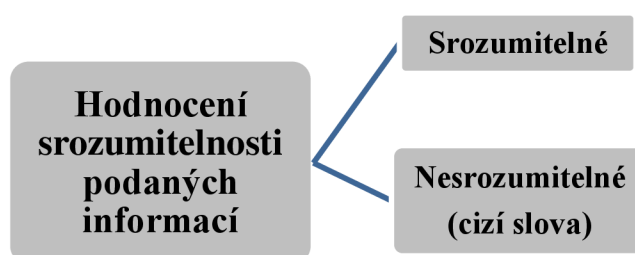


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 1: Hodnocení srozumitelnosti podaných informací

Na otázku, jak oslovení pacienti celkově hodnotí srozumitelnost podaných informací, všichni (P1–P15) shodně uvedli, že podané informace pro ně byly srozumitelné. Z doplňující otázky, zda si pacienti přece jen nevzpomenou na nějakou informaci, která pro ně nebyla úplně srozumitelná pouze P1 uvedl: „*No tak samozřejmě, že doktoři i sestřičky používali takový ty medicínský názvy, ale většinou mi pak řekli, o co se jedná.*“ Schéma č. 10 graficky zobrazuje první podkategorii.

Schéma č. 10 – Hodnocení srozumitelnosti podaných informací



Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 2: Hodnocení a spokojenost pacientů s podanými informacemi

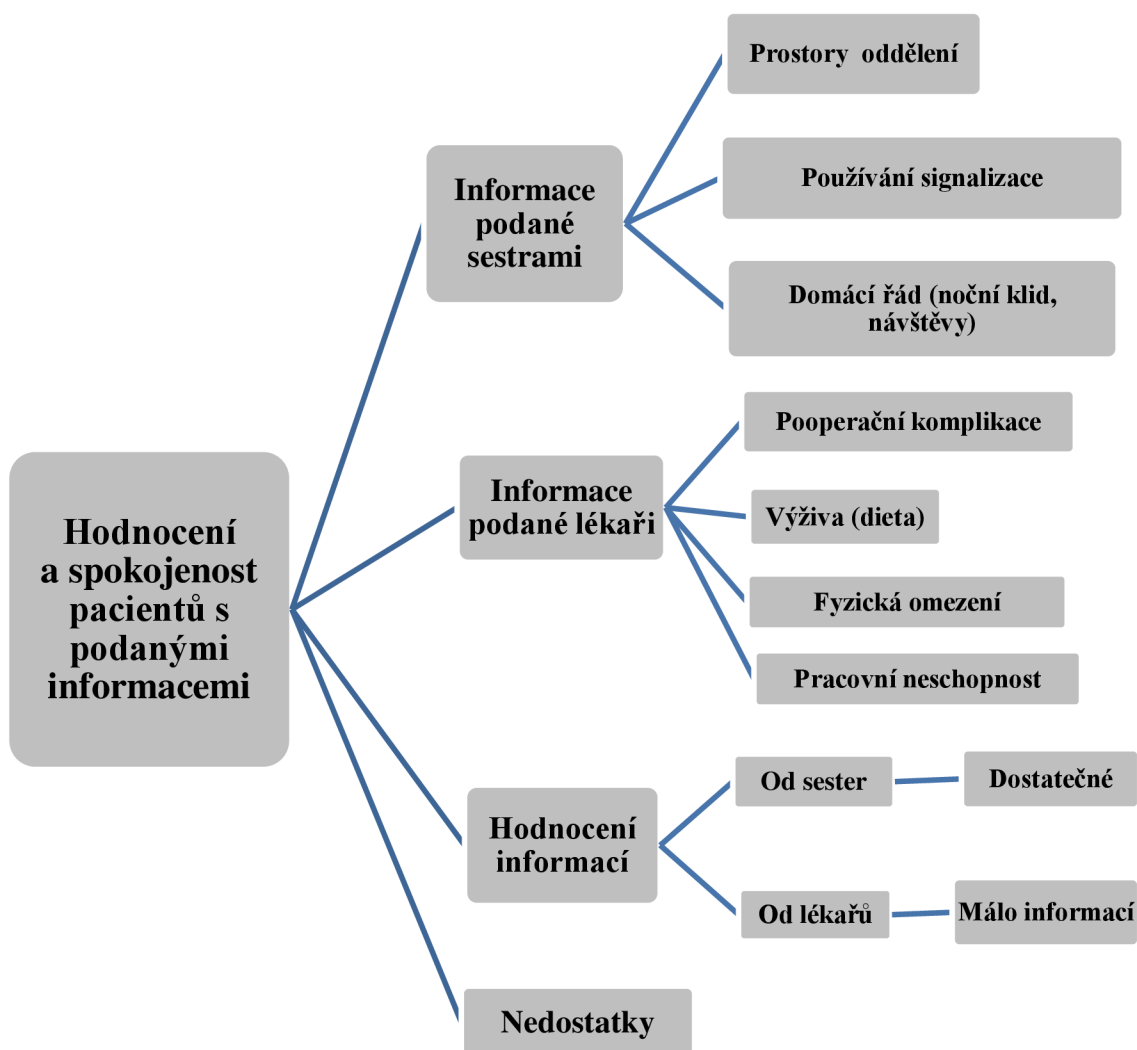
Tato kategorie se zabývá tím, jak byli dotazovaní pacienti spokojeni s podanými informacemi. Všichni oslovení (P1–P15) uvedli, že byli s podanými informacemi spokojeni. Jak například P6 v rozhovoru uvedl: *„Já jsem byl spokojený. To, co jsem chtěl vědět, to mi řekli.“* Další otázka se zabývá tím, jak hodnotí oslovení pacienti informace podané sestrami na oddělení. Jak už bylo výše napsáno, hodnocení všech pacientů (P1–P15) bylo kladné. P1 a P14 v rozhovoru ještě dodali, že informace od sester byly rozsáhlejší nežli informace od lékařů. Jak P1 řekla: *„Já jsem se od sester dozvěděla víc informací nežli od lékařů. Takže hodnotím kladně.“*

Doplňující otázka zjišťovala, jaké informace byly osloveným pacientům poskytnuty při příjmu na oddělení. P1, P2, P4, P5, P6, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14 a P15 v rozhovorech uvedli, že byli seznámeni s prostory pokoje a jeho příslušenstvím. Dále P1, P2, P8, P9, P13, P14 a P15 uvedli, že jim sestry ukázaly, jak používat signalizaci. O času operace byli informováni P3, P4, P7, P8 a P11. Heslo na podávání informací dostali od sester pouze P5, P6, P9 a P10. Další doplňující otázka zjišťovala, jaké informace byly osloveným pacientům poskytnuty o domácím řádu a provozu na oddělení. O domácím řádu, respektive o jeho umístění na nástěnce na chodbě, byli informováni P1, P2, P6, P12, P14 a P15. O zákazu kouření v celém areálu byli poučeni P1, P3, P5, P11 a P12. Dále pak oslovení P1, P2, P3, P5, P10 a P11 v rozhovorech uvedli, že jim bylo řečeno, že noční klid na oddělení je od 22 hodin. O doporučené době pro návštěvy byli informováni P3, P6, P10 a P13. Nakonec P4, P7, P8 a P9 v rozhovorech uvedli, že o domácím řádu a provozu oddělení jim nebyly sděleny žádné informace. V rozhovorech se také zjišťovalo, jak oslovení pacienti hodnotili informace, které jim byly podány lékaři. V rozhovorech většina oslovených pacientů (P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13 a P15) hodnotila informace od lékařů za dostačující a uspokojivé. P11 uvedl v rozhovoru skoro stejnou odpověď jako P14, která uvedla: *„Jak jsem již řekla, spíše mi toho řekly více sestry než lékaři. Takže tady hodnotím informace od lékařů jako průměrné.“* P5 uvedl, že informací podaných lékařem mohlo být více.

Doplňující otázka zjišťovala, jaké informace byly osloveným pacientům poskytnuty lékařem před propuštěním. Většina oslovených (P3, P4, P6, P8, P9, P11, P12, P13, P14 a P15) uvedla, že jim lékař při propuštění řekl, že potřebné informace mají napsané

v propouštěcí zprávě. Dále pak P1, P2, P3, P10 a P12 uvedli, že jim lékař popsal možné pooperační komplikace. O doporučené délce pracovní neschopnosti byli informováni P12, P13, P14 a P15. Informace o dodržování diety obdrželi od lékaře P1, P2, P6 a P10 a informace o fyzickém šetření se po operaci v domácím prostředí obdrželi P2, P7 a P15. Na otázku, jaké nedostatky vidí oslovení pacienti v podávání informací, převážně všichni (P1, P2 a P4 až P15) uvedli, že nevidí žádné nedostatky. P3 v rozhovoru na tuto otázku odpověděla: „*Těch informací je docela dost najednou. Nebo spíše v den operace, když přijdete ráno, hned na vás vychrlí, co máte všechno dělat před a po operaci, a hned druhý den už vám zase říkají, co máte dělat doma po propuštění. Je to takový narychlo.*“ Schéma č. 11 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 11 – Hodnocení a spokojenost pacientů s podanými informacemi

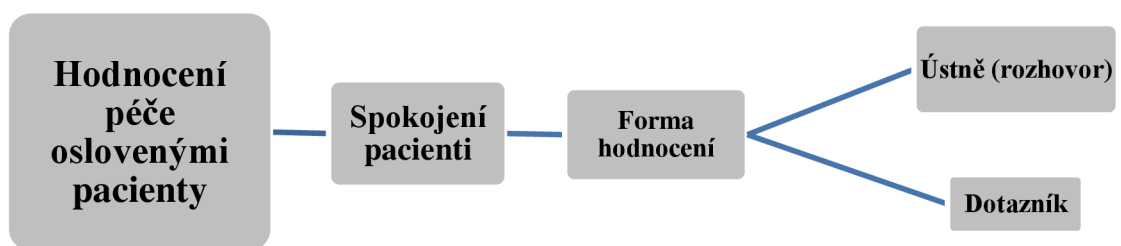


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 3: Hodnocení péče oslovenými pacienty

Tato kategorie se zabývá tím, jak byli dotazovaní pacienti spokojeni s péčí sester a ostatního ošetřujícího personálu. Všichni oslovení pacienti (P1–P15) v rozhovorech slovně uvedli, že byli s péčí spokojeni. Dále pak P1, P5, P8 a P15 uvedli, že hodnocení provedli i písemně do dotazníku spokojenosti, který jim byl dán na oddělení. Z toho tedy vyplývá, že dotazníky spokojenosti nebyly poskytnuty všem osloveným pacientům. Schéma č. 12 graficky zobrazuje třetí podkategorii.

Schéma č. 12 – Hodnocení péče oslovenými pacienty



Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Kategorizace a analýza výsledků rozhovorů se sestrami

4.3.1 Kategorie 1: Vnímání potřeby edukace pacientů v jednodenní chirurgii oslovenými zdravotními sestrami

4.3.2 Kategorie 2: Význam a přínos edukace

Podkategorie 1: Význam a přínos edukace před operací

Podkategorie 2: Význam a přínos edukace po operaci

4.3.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů z pohledu sester

Podkategorie 1: Informovanost pacientů před plánovanou operací

Podkategorie 2: Informace podávané sestrou pacientům

4.3.4 Kategorie 4: Způsoby a oblasti edukace sestrami

Podkategorie 1: Znalost oblastí edukací v před a pooperační péči v jednodenní chirurgii

Podkategorie 2: Nejčastější oblasti edukace pacientů dotazovanými sestrami na jejich oddělení

Podkategorie 3: Nejčastěji zvolená forma či způsob edukace pacientů

Podkategorie 4: Čas věnovaný edukaci pacienta v jednodenní chirurgii

4.3.1 Kategorie 1: Vnímání potřeby edukace pacientů v jednodenní chirurgii oslovenými všeobecnými sestrami

Tato kategorie se zabývá tím, jak oslovené všeobecné sestry vnímají potřebu edukace pacientů před a po operaci v rámci jednodenní chirurgie. Potřebu edukace pacientů před a po operaci pokládaly za důležitou sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9 a S14, jejichž odpovědi se převážně shodovaly. S10 uvedla, že edukaci považuje za potřebnou, ale u výkonů, které vyžadují delší hospitalizaci. Podobně vnímala potřebu edukace S11, která uvedla: „*No asi potřebná bude, ale spíš u delších hospitalizací. U jednodenní chirurgie si myslím, že to tolik potřeba asi není.*“ S12 odpověděla: „*Určitě pro nějaké pacienty ta potřeba edukace je. Hlavně pro ty starší pacienty.*“ S13 uvedla, že edukace je potřeba spíše až po operaci. A S15 uvedla, že nepovažuje edukaci v jednodenní chirurgii za tak zásadní. Z hloubkového rozhovoru vyplynulo, jaká je znalost pojmu edukace dotazovaných sester. Na otázku „*Co se Vám vybaví pod pojmem edukace?*“ odpověděly všechny oslovené sestry (S1–S15) převážně shodně, že edukace znamená učení se. Pouze S3 na tuto otázku odpověděla: „*Podání určitých informací pacientovi o tom, co se s ním bude dělat v příštích dnech.*“ Na doplňující otázku, jak a kdy sestry zjistí u pacienta potřebu edukace, sestry S1, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S11, S12 a S15 shodně uvedly, že to zjišťují při vyplňování ošetřovatelské anamnézy při příjmu. S2 uvedla: „*Podle diagnózy a typu operačního výkonu. A pak taky podle stavu pacienta.*“ S6 odpověděla: „*Když se pacient ptá na otázky, na které si není schopen sám si odpovědět, z toho plyne, že potřebuje více informací.*“ S13 na tuto otázku uvedla: „*No, když vidím, že něco neumí a je potřeba ho to naučit. Je vidět, že to potřebují hlavně starší pacienty.*“ A z odpovědi S14 vyplynulo, že potřebu edukace pacient zjistí z mentální a fyzické schopnosti pacienta a typu výkonu. Na otázku provedení a zaznamenávání edukace všechny dotazované sestry (S1–S15) shodně odpověděly, že na záznam používají předtištěný edukační záznam. Dále S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13 a S14 uvedly, že provádějí edukaci ústně. Způsob provádění edukace praktickou ukázkou uvedly v rozhovorech S2, S3, S4, S6, S10, S11, S13 a S14.

A o využití letáků, brožur apod. při edukaci se zmínily S3, S5, S10 a S11. V doplňující otázce, jak dotazované sestry hodnotí úspěšnost edukace na záznamovém listu, všechny sestry (S1–S15) shodně uvedly, že se tam zaškrťává, zda edukaci zvládl, či ne. S15 odpověděla: „*Když teda pacient vyjde na edukaci, tak tam zaškrtnu, v čem ho budu edukovat, pak tam zaškrtnu, co jsem k edukaci použila. Jako třeba ústní vysvětlení, leták, praktickou ukázkou a podobně. A nakonec to uzavřu tím, jestli to zvládl, či ne.*“ Z rozhovorů s oslovenými sestrami tedy vyplynulo, že potřebu edukace pacientů považuje za důležitou většina dotazovaných sester. A dále z doplňujících otázek v rozhovoru vyplynulo, že ke zjišťování, záznamu a hodnocení edukace všechny dotazované sestry uvedly, že používají dokumenty vytvořené jejich nemocnicí. Schéma č. 13 graficky zobrazuje první kategorii.

Schéma č. 13 – Vnímání potřeby edukace pacientů v jednodenní chirurgii oslovenými všeobecnými sestrami

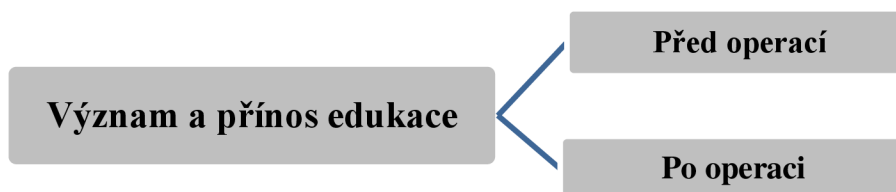


Zdroj: vlastní zpracování

4.3.2 Kategorie 2: Význam a přínos edukace

Tato kategorie je rozdělena na 2 podkategorie, které jsou zaměřeny na význam a přínos edukace. První podkategorie má název Význam a přínos edukace před operací. Druhá podkategorie se jmenuje Význam a přínos edukace po operaci. Schéma č. 14 graficky zobrazuje druhou kategorii s podkategoriemi.

Schéma č. 14 – Význam a přínos edukace



Zdroj: vlastní zpracování

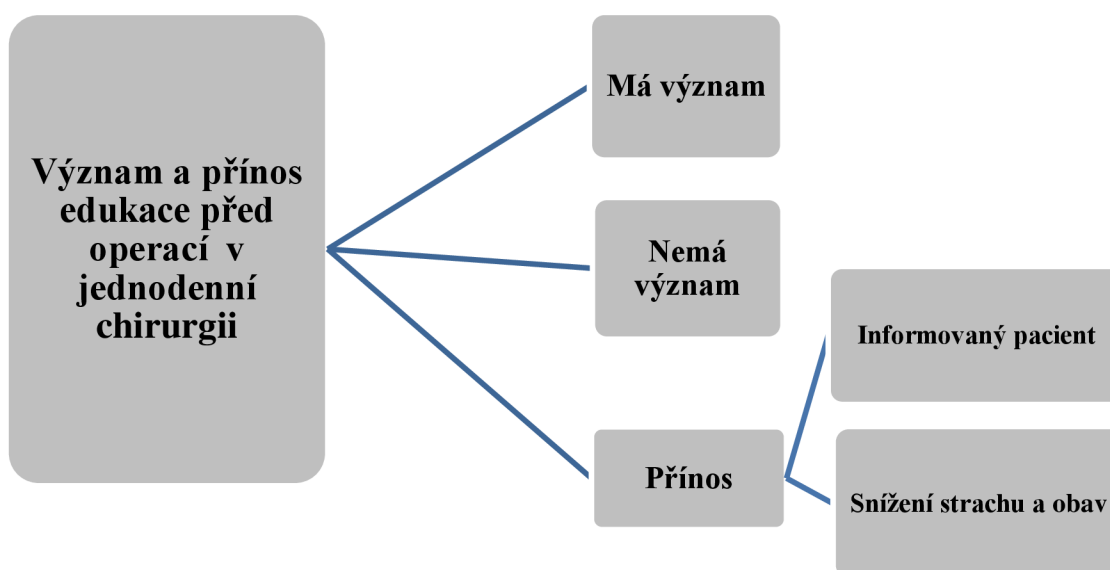
Podkategorie 1: Význam a přínos edukace před operací

Tato kategorie se zabývá tím, jaký význam přiřkládají dotazované všeobecné sestry edukaci před operací v rámci jednodenní chirurgie. S1, S2, S3, S5, S6, S7, S11, S12 a S15 uvedly, že edukace před operací je důležitá. S4, S9 a S10 se shodly, že předoperační edukace má význam v dostatečné informovanosti pacientů. S8 uvedla: „*Já si myslím, že před operací by pacientům stačilo, že si přečtou souhlas se zákrokem, a ostatní poučení až v nemocnici.*“ S13 a S14 shodně uvedly, že edukace před operací není tak důležitá.

Z doplňující otázky vyplynulo, že přínosem předoperační edukace je podle S3, S4, S5, S8, S9, S10, S11, S13 a S14 informovanost pacientů. S1, S2, S6, S7 a S15 uvedly jako největší přínos edukace před operací snížení strachu a obav pacienta. S12 uvedla: „*Když je dobře provedená, tak to pacienta psychicky a fyzicky připraví a tím může pomoci k rychlejší rekonvalescenci po výkonu.*“

Většina oslovených sester považuje edukaci pacientů před operací za důležitou a její přínos vidí v informovanosti pacientů. A dále S1, S2, S6, S7, S15 a S12 vidí přínos také ve snížení strachu z operace. Schéma č. 15 graficky zobrazuje první podkategorii.

Schéma č. 15 – Význam a přínos edukace před operací



Zdroj: vlastní zpracování

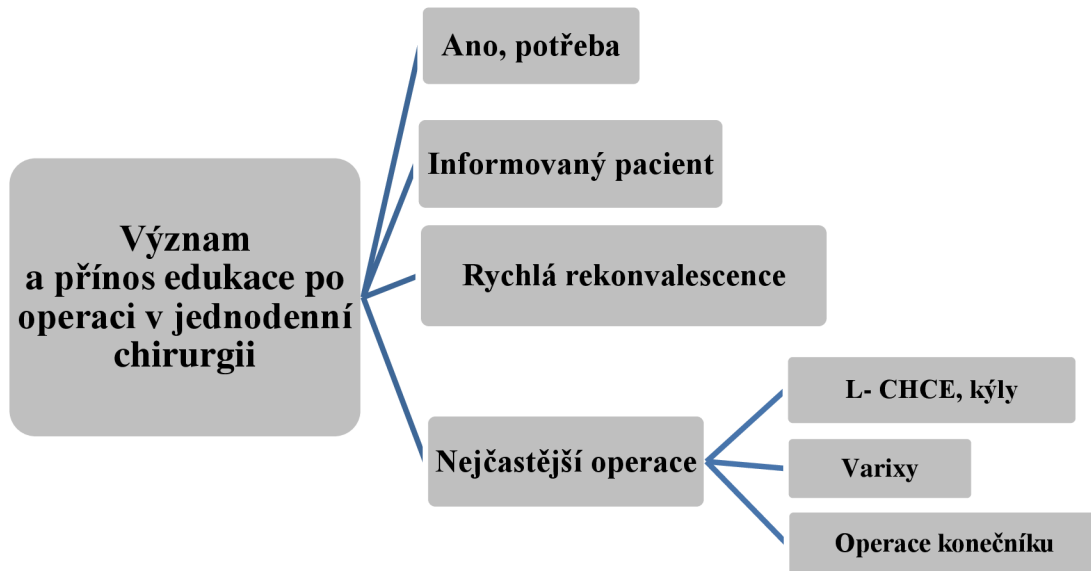
Podkategorie 2: Význam a přínos edukace po operaci

Tato kategorie se zabývá tím, jaký význam přiřkládají dotazované všeobecné sestry edukaci po operacích v rámci jednodenní chirurgie. Všechny dotazované sestry (S1–S15) se shodly, že edukace po operaci je potřebná a důležitá. S8 na otázku, jaký význam přiřkládá edukaci pacientů po operaci, uvedla: „*Pacienta po operaci je důležité naučit, jak se má chovat a co má dodržovat.*“ Z doplňující otázky vyplynulo, že přínosem edukace po operaci je podle S1, S2, S3, S6, S8, S9, S11 a S15 informovanost pacientů o pooperačním režimu. Stejně tak to uváděly S4, S5 a S7, kdy tyto sestry do svých odpovědí navíc přidaly, že vidí přínos jak v informovanosti, tak v rychlejším návratu k soběstačnosti. S12, S13, S14 a S10 jako přínos uvedly hlavně rychlý návrat k soběstačnosti, jak S10 uvedla: „*Pacient zvládne lépe pooperační průběh a zvládne být rychle soběstačný.*“ Na doplňující otázku: „*Jaké operační výkony se na vašem pracovišti nejčastěji provádí v režimu jednodenní chirurgie?*“ všechny oslovené sestry (S1–S15) shodně odpověděly, že nejčastější jsou operace žlučníku a kýl. Dále S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14 a S15 uvedly operaci varixů. Jako další časté operace S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S11, S12 a S14 uvedly operace konečníku. S7, S8, S11 a S14 uvedly v rozhovoru i operace prováděné v rámci chirurgie ruky.

Všechny oslovené sestry považují edukaci pacientů po operaci za potřebnou a důležitou. Většina oslovených sester její přínos vidí v informovanosti pacientů o pooperačním

režimu a rychlejší návrat k soběstačnosti. Dotazované sestry se v rozhovorech shodly, že laparoskopické operace žlučníku a kýly jsou nejčastěji prováděné výkony v jednodenní chirurgii. Schéma č. 16 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 16 – Význam a přínos edukace po operaci

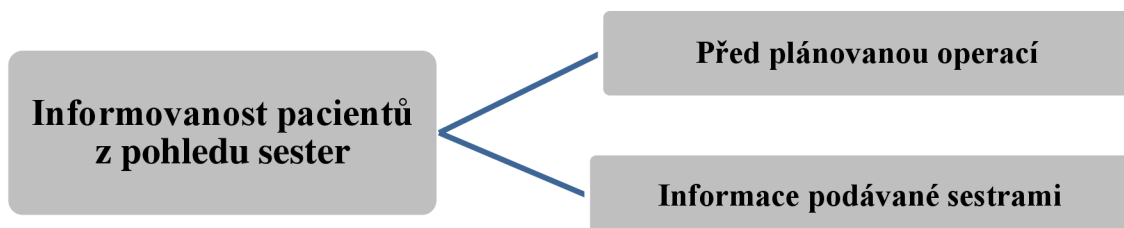


Zdroj: vlastní zpracování

4.3.3 Kategorie 3: Informovanost pacientů z pohledu sester

Tato kategorie je rozdělena na 2 podkategorie, které jsou zaměřeny na informovanost pacientů před plánovanou operací a na informace podávané sestrou pacientům. Schéma č. 17 graficky zobrazuje třetí kategorii s podkategoriemi.

Schéma č. 17 – Informovanost pacientů z pohledu sester

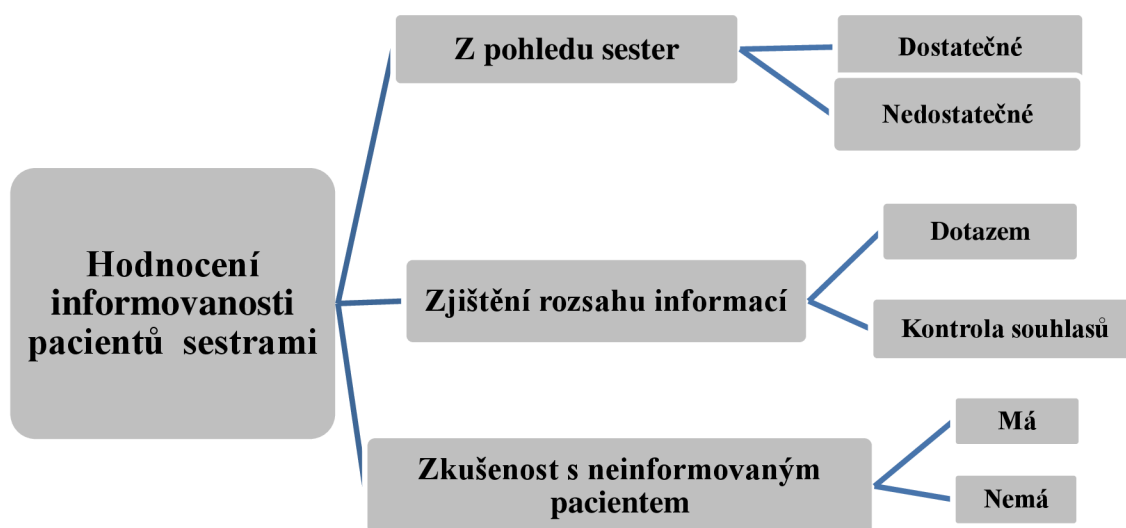


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 1: Informovanost pacientů před plánovanou operací

Tato podkategorie je zaměřena na hodnocení informovanosti pacientů před plánovanou operací a na zkušenosti sester s pacienty, kteří nebyli žádným způsobem edukováni před hospitalizací. Z rozhovorů vyplynulo, jak dotazované všeobecné sestry hodnotí informovanost pacientů před operací. S1, S3, S9, S11, S12, S14 a S15 se shodly, že z jejich pohledu jsou pacienti informováni dostatečně. S4 uvedla: „*Myslím si, že někdy je to přínosné a někdy ne. Podle toho, jak a kým jsou ti pacienti poučováni. Ale v podstatě jsou většinou aspoň minimálně informováni.*“ S7 uvedla: „*Já bych to hodnotila i podle věku pacienta. Myslím si, že mladší pacienti jsou víc informováni, protože jsou více zvědaví a hledají informace třeba i na internetu.*“ Naopak S2, S5, S6, S8, S10 a S13 hodnotí informovanost pacientů před operací za nedostatečnou. Doplňující otázka zjišťuje, jakým způsobem nejčastěji sestry zjistí, zda je pacient informován již před hospitalizací. Všechny sestry (S1–S15) shodně odpověděly, že tyto informace zjišťují dotazem při vyplňování anamnézy s pacientem. Dále S8, S10, S11 a S15 ještě navíc uvedly, že také kontrolují podpisy souhlasů s výkonem a anestezií. Z rozhovorů vyplynulo, že S1, S3, S4, S7, S9, S11, S12, S14 a S15 hodnotí informovanost pacientů před operací jako dostatečnou. Naopak S2, S5, S6, S8, S10 a S13 hodnotí informovanost pacientů před operací jako nedostatečnou. Tato podkategorie se také zabývá tím, zda dotazované sestry mají zkušenost s needukovanými pacienty. S1 až S6 shodně uvedly, že s vůbec needukovanými pacienty zkušenosti mají. Naopak S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 shodně uvedly, že zkušenost s pacienty, kteří by nebyli žádným způsobem edukováni, nemají. S15 doslova na tuto otázku odpověděla: „*Žádné. Vždycky vědí, na jakou operaci jdou a že je to na krátkou dobu hospitalizace.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že 6 z 15 oslovených sester má zkušenost s needukovaným pacientem. Schéma č. 18 graficky zobrazuje první podkategorii.

Schéma č. 18 – Informovanost pacientů před plánovanou operací



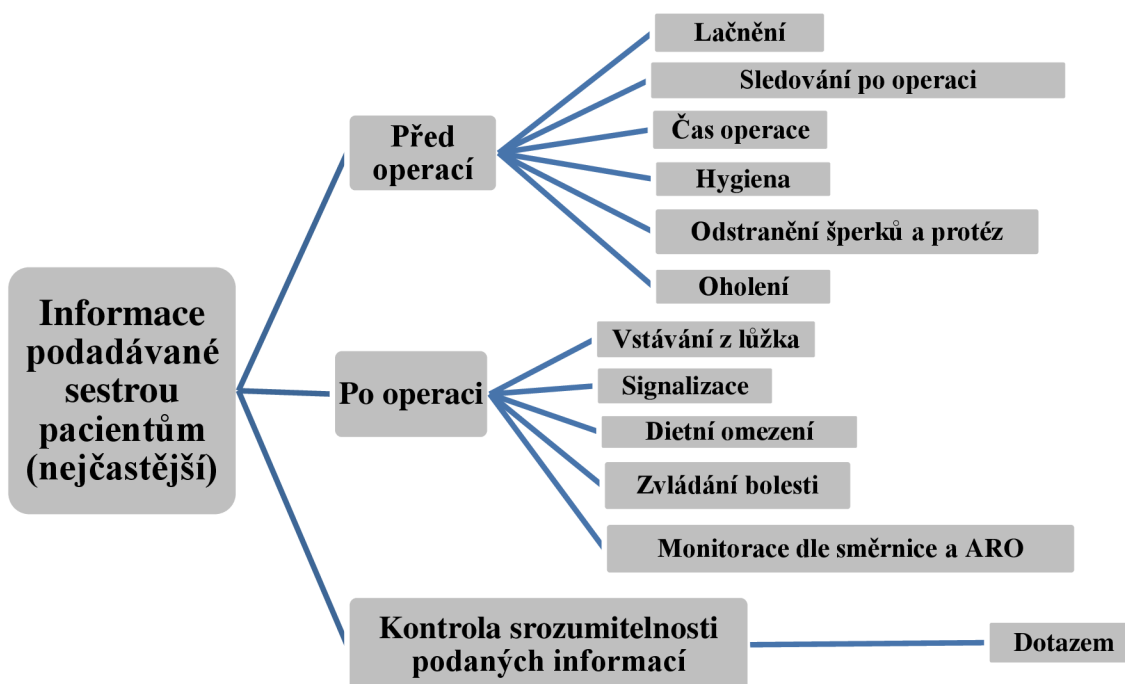
Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 2: Informace podávané sestrou pacientům

Tato podkategorie je zaměřena na informace podávané sestrou pacientům před operací, informace podávané sestrou pacientům po operaci a srozumitelnost podávaných informací pro pacienty. V rozhovorech se zjišťuje, jaké informace dotazované všeobecné sestry podávají pacientům před operací. S1, S4 až S15 shodně uvedly, že pacienty poučují o lačnění před výkonem. Dále S1, S2, S6 a S7 uvedly, že informují pacienty o sundání šperků a zubní protézy před operací. S1, S5, S7, S8, S10 a S11 dále uvedly, že informují pacienty o hygieně. Poučení pacienta v oblasti přípravy operačního pole, jako je oholení se, uvedla S1 a S4. Dále S2, S3, S4, S5, S6, S8, S10, S14 a S15 uvedly, že pacienty informují o času operace. S4 do informací podávaných pacientovi před operací také uvedla: „*Po operaci budou sledovány jeho fyziologické funkce*“. Pak S7, S9 a S14 ještě uvedly, že pacienta seznámí s oddělením a domácím řádem. Doplňující otázka zjišťuje, jaké informace sestry podávají pacientům před operací o pooperačním průběhu. S1, S2, S3, S7, S8 až S15 shodně uvedly, že informují pacienty o následném sledování jejich stavu na tzv. dospávacím pokoji. S4 a S5 uvedly, že tyto informace podávají pouze v případě, když pacient projeví o tyto informace zájem. S6 jako informace podávané pacientovi uvedla: „*O omezení pohybu po operaci, ukážu mu způsob vstávání z lůžka, signalizaci u lůžka. Pak se ho zeptám, jak podrobně si přečetl informovaný souhlas s operací a zda ví o možných komplikacích.*“ Dále S10 uvedla, že pacienta informuje o lačnění po operaci po dobu dvou hodin. Tato podkategorie se

zabývá tím, jaké informace dotazované všeobecné sestry podávají pacientům po operaci. S1, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S13 a S14 shodně uvedly informace o dietních omezeních. Jako další informace S1, S4 až S15 uvedly poučení o používání signalizace. Informace k pohybovému režimu, resp. k prvnímu vstávání z lůžka s doprovodem v rozhovorech uvedly S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15. Dále S4, S5, S8, S12 a S15 uvedly, že pacienty informují o zvládání bolesti po operaci. Doplnující otázka zjišťuje, jakým způsobem se provádí monitorace pacienta po operaci na standardním oddělení. Všechny dotazované sestry (S1–S15) shodně uvedly, že pacienti jsou po operaci standardně sledováni na dospávacím pokoji. S1, S3 až S15 uvedly, že ony pak na standardním oddělení sledují fyziologické funkce pouze jednou podle standardu. K tomu S2, S3, S4, S5, S9, S11, S12 a S15 navíc uvedly, že někdy provádí monitoraci pacienta, která je předepsaná dle ordinace anesteziologa. S2, S3, S7, S8, S10, S11, S12 a S15 uvedly, že sledují VAS. S3, S8, S11 a S15 přidaly do svých odpovědí i sledování močení po anestezii. S7 a S11 uvedly monitoraci hybnosti dolních končetin po spinální anestezii. Sledování operační rány uvedla pouze S15. Doplnující otázka zjišťuje, jakým způsobem je prováděna pooperační kontrola pacienta lékařem na standardním oddělení. S1 až S8, S10 a S15 uvedly, že lékař kontroluje pacienta hned po příjezdu na oddělení. S11, S12, S13 a S14 uvedly, že lékař provádí kontrolu až po delší době. S9 doslova uvedla: *„Když je doktor zrovna na oddělení, tak se na něj koukne hned. Pokud tu není, tak kontrolu provede, až když se vrátí. Doktor tu není celý den, chodí na konzilia a taky operovat.“* Z rozhovorů vyplynulo, že většina oslovených sester nejčastěji informuje pacienty po operaci o dietním režimu, o používání signalizace a o pohybovém režimu po operaci. Dále z rozhovorů vyplynulo, že všechny dotazované sestry u pacientů po operaci provádí monitoraci pooperačního stavu dle směrnice a dle ordinace anesteziologa. Další otázkou bylo, jak se dotazované všeobecné sestry ujistí, že jimi podávané informace jsou pro pacienty srozumitelné. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S7, S8, S10, S11, S12 a S13 shodně uvedly, že se ujistí hlavně dotazem. S1, S6, S9, S11 a S14 dále uvedly, že pacientům informace opakují vícekrát. S15 uvedla: *„Chci, aby mi to, co jsem jim řekla, zopakovali. Popřípadě když něco musí umět manuálně, tak at' mi to předvedou.“* Z rozhovorů vyplynulo, že se všechny oslovené sestry pacientů dotazují, že podaným informacím rozuměli. Schéma č. 19 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 19 – Informace podávané sestrou pacientům

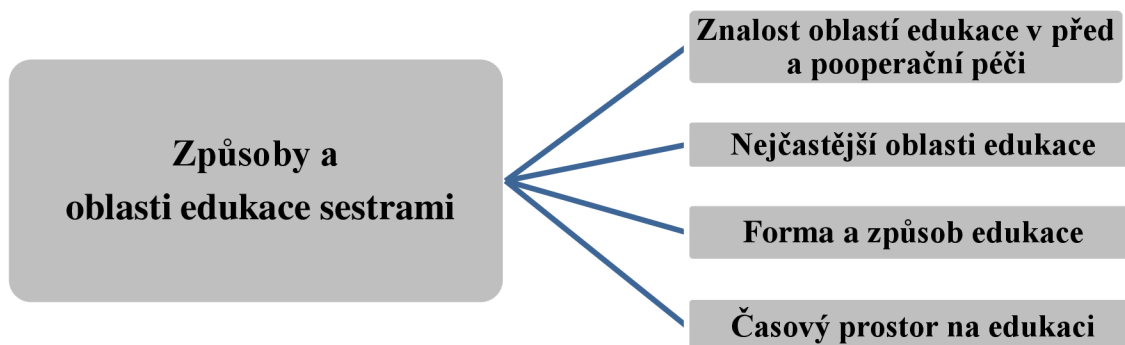


Zdroj: vlastní zpracování

4.3.4 Kategorie 4: Způsoby a oblasti edukace sestrami

Tato kategorie je rozdělena na 4 podkategorie, které jsou zaměřeny na znalost oblastí edukací v před-a pooperační péči v jednodenní chirurgii, nejčastější oblasti edukace pacientů dotazovanými sestrami na jejich oddělení, nejčastěji zvolenou formu či způsob edukace pacientů a čas věnovaný edukaci pacienta během jednodenní hospitalizace chirurgii. Schéma č. 20 graficky zobrazuje čtvrtou kategorii s podkategoriemi.

Schéma č. 20 – Způsoby a oblasti edukace sestrami

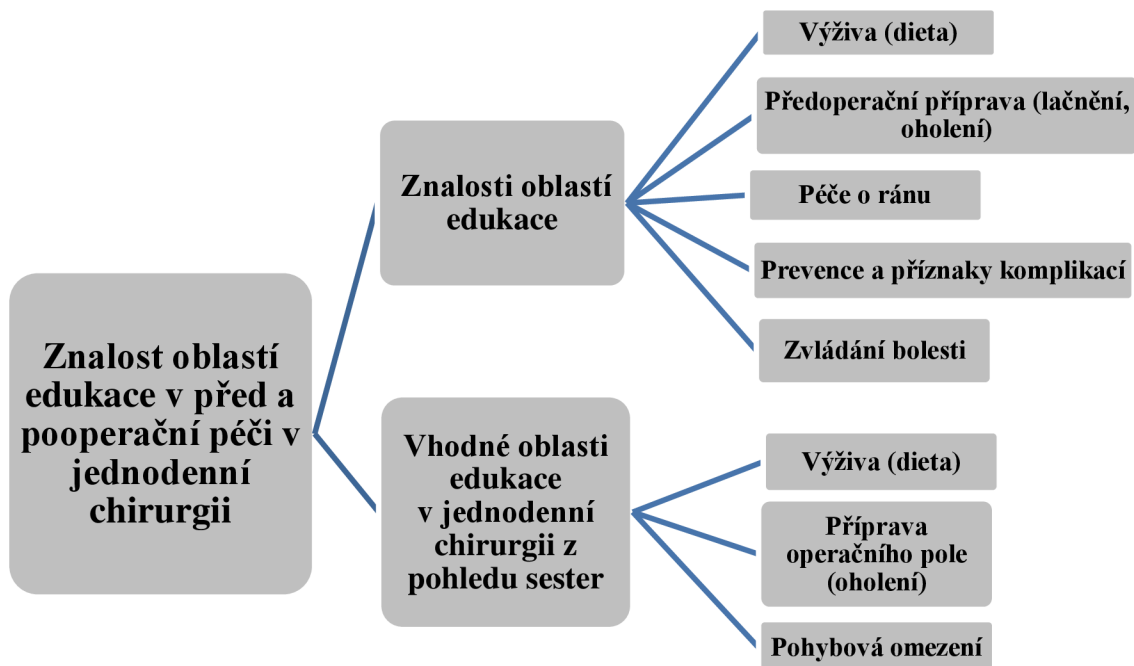


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 1: Znalost oblastí edukace v před a pooperační péči v jednodenní chirurgii

Tato podkategorie je zaměřena na znalost oblastí edukací v před a pooperační péči v jednodenní chirurgii a vhodné oblasti edukace před plánovanou operací z pohledu sester. Tato kategorie se zabývá tím, jaké oblasti edukace oslovené všeobecné sestry znají. S1, S7, S8, S10, S11, S12, S13 a S15 uvedly jako oblast celkovou přípravu k operaci, jako je lačnění, nekouření a oholení. Oblast dietního opatření uvedly sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9 až S14. Dále S2, S3, S4, S5, S9, S10, S13 a S14 uvedly jako další oblast edukaci v péči o ránu. S2 a S14 uvedly edukaci v oblasti pohybového režimu po operaci. O oblasti prevence komplikací po operacích se v rozhovoru zmínily S4, S7 a S9. Sestry S5 a S11 také dále uvedly edukaci v oblasti zvládnutí pooperačních bolestí v domácím prostředí. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplynulo, že do oblastí edukace v jednodenní chirurgii většina sester řadí celkovou předoperační přípravu, jako je lačnění a oholení. Dále do oblastí edukace po operaci zahrnuly sestry edukaci v dietních opatřeních, o pohybovém režimu a v péči o ránu. Tato podkategorie se zabývá tím, jaké oblasti edukace před operací dotazované sestry považují za vhodné. S1, S2, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12 a S15 uvedly jako oblast edukace všeobecně celkovou předoperační přípravu. S4, S5, S7, S9, S10, S12 a S14 uvedly konkrétně poučení pacienta v oblasti lačnění a zákazu kouření před operací. Vhodnost edukace pacienta v přípravě operačního pole, tzn. oholení, uvedly S5, S9 a S12. Další oblast edukace před operací uvedly S2, S3, S9, S11, S12 a S13, a to dodržování vhodné diety. S13 dále uvedla: „*Před operací by měl pacient vědět, jakým způsobem bude operace provedena a jaká bude mít potom omezení v pohybu.*“ Na doplňující otázku, zda si sestry vybaví další oblasti edukace pacientů před operací, S1, S4, S5, S6, S7 a S15 dodatečně uvedly dietní opatření. Edukaci o pohybovém režimu po operaci dále uvedla S2 a S11. Dále S3, S7, S8, S10 a S15 na tuto doplňující otázku uvedly také vhodnost edukace pacienta v oblasti přípravy operačního pole (oholení). S8 doplnila svou odpověď o edukaci v oblasti lačnění před výkonem. S13 a S14 shodně uvedly, že je další oblast edukace nenapadá. Z rozhovorů vyplynulo, že většina dotazovaných sester uvedla jako oblast edukace dietní opatření, jako je dieta a lačnění před výkonem. Dále 8 sester uvedlo oblast edukace ve fyzické přípravě, jako je oholení operačního pole. A pouze 3 sestry se v rozhovorech zmínily o edukaci v pooperačním pohybovém režimu. Schéma č. 21 graficky zobrazuje první podkategorii.

Schéma č. 21 – Znalost oblastí edukace v před a pooperační péči v jednodenní chirurgii

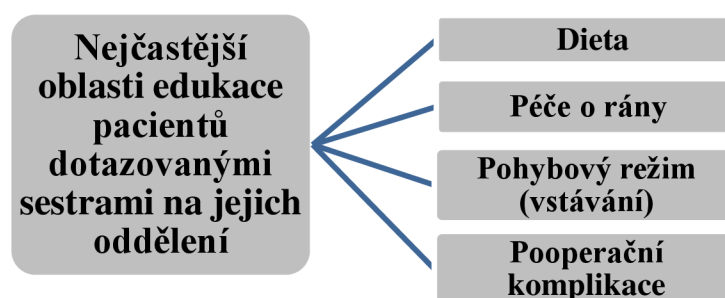


Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 2: Nejčastější oblasti edukace pacientů dotazovanými sestrami na jejich oddělení

Tato kategorie se zabývá tím, v jakých oblastech dotazované sestry pacienty na svém oddělení nejčastěji edukují. Všechny sestry se shodly, že nejčastěji edukují pacienty o dietě. Pak S1, S2, S4, S5, S6, S9, S10, S11, S13, S14 a S15 uvedly, že pacienta poučují v péči o ránu. Dále S2, S3, S5, S8, S10, S11, S12, S14 a S15 jako další uvedly poučení o pohybovém režimu po operaci. Mezi další nejčastější oblasti edukace S4, S7, S8, S9, S10, S11 a S15 zahrnuly poučení o příznacích možných komplikací. S14 jako jediná v rozhovoru uvedla edukaci pacienta v aplikaci podkožních injekcí. Z rozhovorů vyplynulo, že dotazované sestry nejčastěji provádí edukaci o dietním opatření, v péči o ránu a v pohybovém omezení po operaci. Poučení o možných pooperačních komplikacích zmínilo v rozhovorech sedm oslovených sester. Schéma č. 22 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 22 – Nejčastější oblasti edukace pacientů dotazovanými sestrami na jejich oddělení



Zdroj: vlastní zpracování

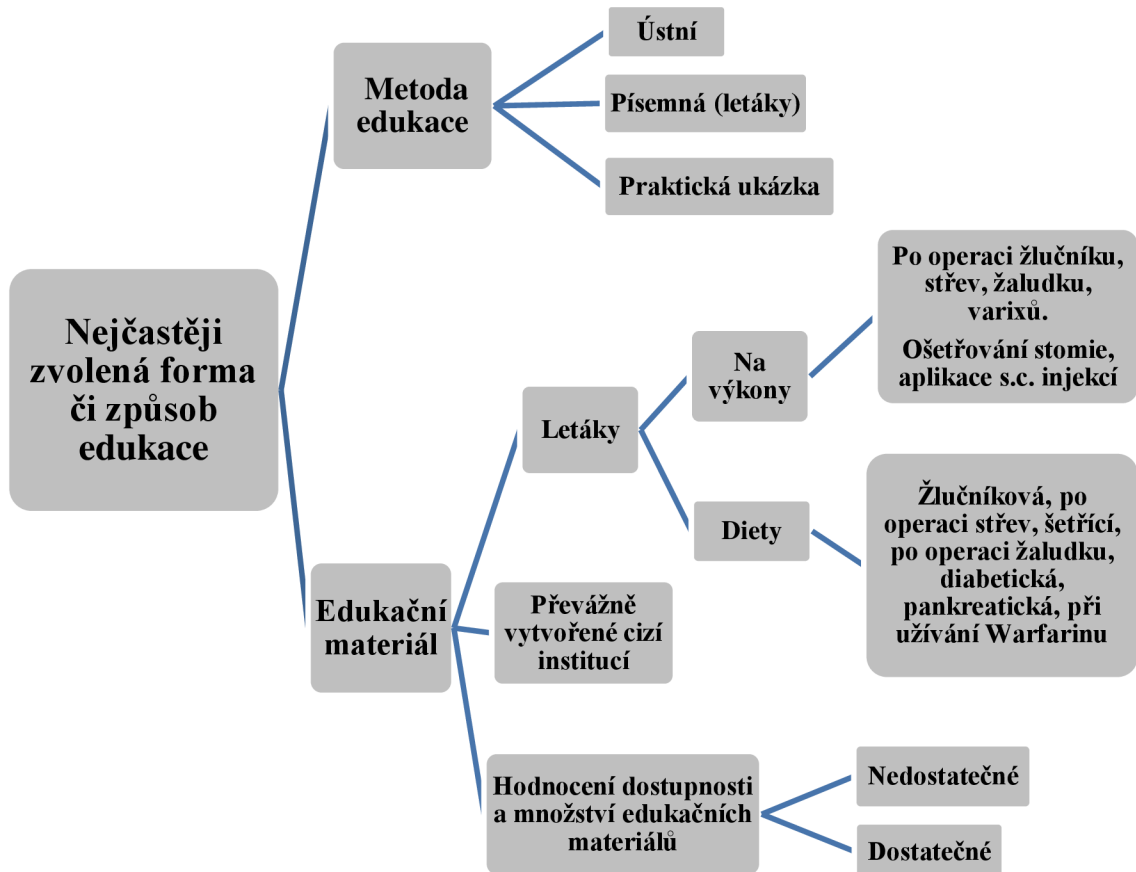
Podkategorie 3: Nejčastěji zvolená forma či způsob edukace pacientů

Tato podkategorie je zaměřena na nejčastěji zvolené formy či způsoby edukace pacientů a hodnocení dostupnosti edukačních materiálů na pracovišti z pohledu dotazovaných sester. Tato kategorie se zabývá tím, jakou formu či způsob edukace nejčastěji volí dotazované všeobecné sestry. Všechny dotazované sestry (S1–S15) shodně uvedly, že nejčastěji edukují pacienty ústně. S1, S2, S4, S5, S7 až S13 uvedly, že také často edukují pacienty pomocí letáků. Edukaci formou praktického nácviku v rozhovorech zmínily S2, S4 a S11. Na doplňující otázku, po jakých plánovaných výkonech za jednodenní hospitalizace na chirurgii sestry dávají pacientům letáky, S1, S3, S4, S5, S6 a S9 odpověděly, že jen po těch výkonech, na které mají letáky k dispozici. S2 uvedla: „Jen těm pacientům, co mají mít nějaké změny režimu po operaci, například dietu.“ S7, S8, S10 uvedly, že dávají letáky po operaci varixů. Dále S7, S8 a S11 poskytují letáky po operaci žlučníku. S9 až S15 na tuto otázku odpověděly, že dávají letáky o dietách po výkonu. Další doplňující otázka zjišťuje, na jaké výkony mají sestry na svém oddělení letáky. S1, S2, S4, S9 a S11 uvedly, že na cholecystektomii. S1, S2, S4, S5, S7, S8, S9, S10 a S11 uvedly, že mají leták pro pacienty po operaci střeva. Dále S1, S7, S8, S10 a S11 uvedly, že po operaci žaludku. O letáčích o aplikaci injekcí podkožně, jako je např. Clexane, se v rozhovorech zmínily S3, S4, S6, S10, S11, S12, S13, S14 a S15. Pak S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S12, S13 a S15 dále uvedly, že mají k dispozici leták o péči o stomie. S6 až S10 ještě pak uvedly leták po operaci varixů dolních končetin. Další doplňující otázka se zabývá tím, zda letáky, které sestry používají, jsou vytvořeny jejich institucí či převzaté odjinud. S2, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15

shodně uvedly, že letáky jsou převzaté odjinud. S1 a S3 uvedly, že si nejsou jisté, odkud letáky pochází. A S4 uvedla: „*Nějaké jsou vytvořené v naší nemocnici a jiné jsou převzaté odjinud.*“ Z rozhovorů vyplynulo, že všechny oslovené sestry nejčastěji edukují pacienty ústně a většina dotazovaných sester k edukaci používá i letáky. Dále z rozhovorů vyplynulo, že na oddělení mají dotazované sestry k dispozici letáky pro pacienty po operaci žlučníku, střeva, žaludku, varixů. Dále mají k dispozici letáky na diety, na aplikaci Clexane a dále pak leták pro pacienty se stomií. Dále pak bylo z rozhovorů zjištěno, že dostupné letáky na oddělení jsou z velké většiny vytvořeny a převzaty z cizích zdrojů. Další otázka se zabývá tím, jak dotazované sestry hodnotí dostupnost a množství edukačního materiálu na svém oddělení. S1, S5, S6, S10 a S15 uvedly, že dostupnost a množství edukačního materiálu je dostatečné. Oproti tomu sestry S2, S3, S4, S7, S9, S11, S12, S13 a S14 uvedly, že by mohlo být edukačního materiálu na jejich oddělení více. S8 uvedla: „*Něco na oddělení máme, ale možná by to chtělo trochu obnovit. Jsou to docela staré okopírované brožury.*“ Doplnující otázka zjišťuje, na jaké oblasti edukace mají sestry na svém oddělení letáky. Všechny sestry kromě S6 shodně uvedly, že mají letáky zaměřené hlavně na diety. Další (S1, S2, S3, S7, S8, S9, S10, S11, S14 a S15) uvedly letáky o aplikaci podkožních injekcí. Letáky týkající se ošetřování stomií v rozhovorech uvedly S10, S11, S14 a S15. Pak dále S2, S5 a S6 uvedly letáky o pohybovém režimu po břišních operacích. S4 a S8 uvedly letáky pro nové diabetiky. A S7, S8 a S15 uvedly letáky na edukaci při užívání Warfarinu. Další doplnující otázka se zabývá tím, na jaké konkrétní diety mají sestry k dispozici letáky. Sestry S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15 shodně uvedly žlučnickovou dietu. Pankreatickou dietu zmínily v rozhovorech S2, S3, S4, S5, S7 až S15. Všechny sestry (S1–S15) shodně uvedly dietu po operaci a při onemocnění střev. Šetřící dietu uvedly S1, S3, S4, S6, S8, S9 a S11. Dále pak S1, S6, S10, S12, S13, S14 a S15 uvedly leták o dietě po operacích žaludku, O letáku o dietním opatření při užívání Warfarinu se v rozhovoru zmínily S1, S4, S6, S8, S9, S10, S11, S12 a S15. A také S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12 a S14 dále uvedly, že mají leták pro diabetiky. Z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplynulo, že většina sester nepovažuje dostupnost a množství letáku na jejich pracovišti za dostatečné. Dále z rozhovorů vyplynulo, že na oddělení mají oslovené sestry k dispozici edukační letáky v oblasti výživy, resp. diet, aplikaci s.c. injekcí, ošetřování stomie a o pohybovém režimu po břišních operacích. Co se týká letáků o dietě, z rozhovorů vyplynulo, že mají

k dispozici letáky o dietě šetrící, pankreatické, žlučnickové, diabetické a dietě při onemocnění a po operaci střev. Schéma č. 23 graficky zobrazuje druhou podkategorii.

Schéma č. 23 – Nejčastěji zvolená forma či způsob edukace pacientů



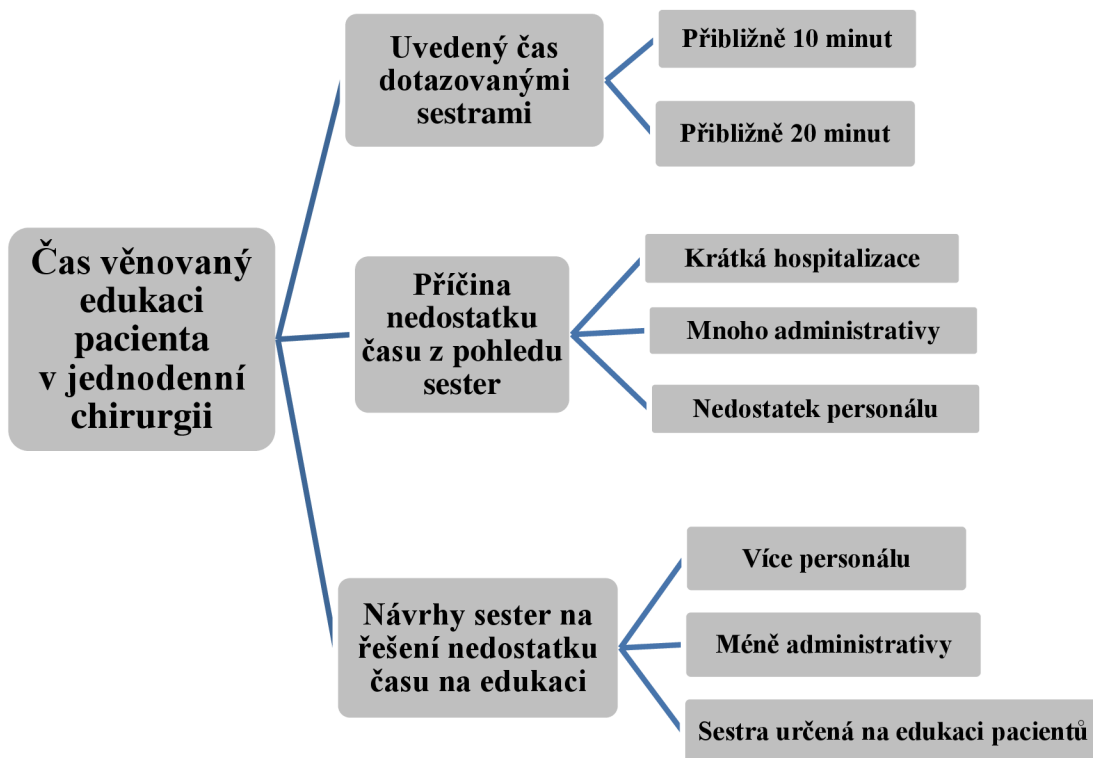
Zdroj: vlastní zpracování

Podkategorie 4: Čas věnovaný edukaci pacienta v jednodenní chirurgii

Tato kategorie se zabývá tím, kolik času oslovené sestry věnují edukaci pacienta v rámci jednodenní chirurgie. S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12, S13 a S14 uvedly, že edukaci věnují málo času, cca 10 minut. S10 a S15 uvedly, že s edukací pacientů stráví okolo 20 minut. Jako nejčastější příčinu nedostatku času na edukaci vidí S1, S4, S6, S7, S8, S9, S10, S13 a S15 krátkou dobu hospitalizace. S2 a S14 uvedly, že příčina je podle nich ve velkém množství administrativy. A S5, S7, S11, S12 a S13 se shodly, že příčina je v nedostatku personálu. Další doplňující otázka měla za cíl zjistit, zda dotazované sestry vidí řešení k získání více času na edukaci. S1 odpověděla: „Nevím, nic mě nenapadá.“ S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12 a S13 shodně uvedly

více personálu. S2 a S14 uvedly, že řešení by bylo, kdyby se ubralo administrativy. S9 uvedla: „Čas u těchto typů operací nezměníme, ale mohl by ten pacient být poučen sestrou, která by byla na to určená. Něco jako sestra na edukaci nebo něco jako edukační sestra, která by mohla být i pro více operačních oborů.“ S3, S4, S8 a S15 odpověděly podobně jako S9, že řešení by viděly v sestře, která by byla určená na edukaci. Z rozhovorů vyplynulo, že většina oslovených sester edukaci pacienta věnuje cca 10 až 20 minut. Dále z rozhovorů vyplynulo, že dotazované sestry spatřují příčinu nedostatku času na edukaci v krátké době hospitalizace, a hlavně v nedostatku personálu. Schéma č. 24 graficky zobrazuje třetí podkategorii.

Schéma č. 24 – Čas věnovaný edukaci pacienta v jednodenní chirurgii



Zdroj: vlastní zpracování

5 DISKUSE

Diplomová práce se zaměřuje na oblasti edukace v péči o chirurgického pacienta. V diplomové práci jsme si stanovili čtyři cíle, a to zjistit rozsah edukace pacientů před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace, zjistit názor pacientů na rozsah podaných informací během jednodenní hospitalizace, zjistit názor sester na důležitost a efektivnost provádění edukace pacientů v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o rány před a po operaci a zjistit nejčastěji používané metody sester při edukaci pacienta na chirurgickém oddělení.

První výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace byly poskytnuty v rámci edukace pacientům před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace. Jak uvádí Chourová (2011), pacient musí být srozumitelně a s ohledem na jeho věk seznámen s výkonem, který má podstoupit, a s tím, jak bude samotný zákrok probíhat. Gurková (2017) popisuje, že stav pacienta může být silně ovlivněn jeho přesvědčením, a proto je jeho cílená edukace velmi významná. O výhodách operace za jednodenní hospitalizace na chirurgii musí být přesvědčen hlavně sám pacient, a tudíž je nezbytné, aby mu byly o této možnosti chirurgické léčby podány dostatečné a ucelené informace. Podle Sedlákové (2013) každý operační zákrok vyvolává vysoké nároky na organismus jak v podobě tělesné, tak i emocionální zátěže, kterou je možné efektivně ovlivnit a snížit podáváním informací.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pocity dotazovaných pacientů z informací podaných před hospitalizací byly různé. Devět z dotazovaných pacientů mělo pocit spokojenosti. Dva dotazovaní pacienti měli pocit, že podaných informací bylo málo, jak P3 uvedla: „*Těch informací před hospitalizací mohlo být víc a mohly být podrobnější.*“ Dále pak čtyři pacienti pociťovali z podaných informací nejistotu. Jak doslova uvedl P6: „*Bylo to trochu zmatečný. Praktický lékař mi řekl, že ta hospitalizace je několik dní. A pak mi chirurg řekl, že se to dělá za jednodenní hospitalizace.*“ Iqbal et al. (2019) popisují nový program ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), který reprezentuje nový postoj k péči o chirurgického pacienta. Feldman et al. (2015) uvádějí, že základní složkou programu ERAS je edukace pacientů před operací. Kromě edukace v předoperačním období je tento program zaměřen i na perioperační a pooperační péči. Z mého pohledu sestry a také z vlastní zkušenosti jako pacienta vím, že pokud má člověk potřebné informace o operaci a o všem, co s ní souvisí, pak ví, co může

očekávat. Jeho pocity strachu a nejistoty jsou menší a je schopen se na tuto situaci lépe připravit a tím ji i lépe zvládnout. S tímto názorem se v rozhovorech shodovala i většina oslovených sester, které považují edukaci za důležitou a přínos vidí právě v informovanosti pacientů. Jak uvedla S10: „*Pacient zvládne lépe pooperační průběh a zvládne být rychle soběstačný.*“ Ovšem tři dotazované sestry uvedly, že edukace před operací za jednodenní hospitalizace z jejich pohledu není tak důležitá. Jak uvedla S11: „*No asi potřebná bude, ale spíš u delších hospitalizací. U jednodenní chirurgie si myslím, že to tolik potřeba asi není.*“ Představu o průběhu operace za jednodenní hospitalizace nemělo sedm dotazovaných pacientů. Informace o tom, jak probíhá operace za jednodenní hospitalizace, měli od svých známých čtyři pacienti a zbývajících čtyři dotazovaní pacienti je již měli z vlastní předchozí zkušenosti. Z šetření, jak hodnotí dotazované sestry informovanost pacientů před operací, vyplynulo, že jen devět sester z patnácti hodnotí informovanost pacientů před operací jako dostatečnou. Feldman et al. (2015) poukazují na to, že pacient nemusí předávaným informacím porozumět, jelikož edukace je ovlivněna i zdravotní gramotností pacienta. Proto musí zdravotnický pracovník informace předávat srozumitelnou formou komunikace.

Dále byly do tohoto šetření zařazeny také obavy pacientů před operací, jelikož si myslím, že i obavy mohou výrazně ovlivnit pacientův názor a průběh operace. S mým názorem se shodlo i šest oslovených sester. Jak například ve své odpovědi uvedla S12: „*Když je edukace dobře provedená, tak to pacienta psychicky a fyzicky připraví a tím může pomoci k rychlejší rekonvalescenci po výkonu.*“ Jirkovský et al. (2012) ve své knize uvádí, že u jakékoliv předoperační přípravy je důležité nevynechat také psychickou stránku pacienta a zaměřit se na předcházení, snížení či vymizení obav z operace, a to vysvětlením operačního výkonu. Podle Adamové (2019) má psychické rozpoložení pacienta významný vliv na pooperační výsledky, vznik infekce a zejména na délku hospitalizace. Z šetření bylo zjištěno, že celkem sedm dotazovaných pacientů mělo obavy z operace jako takové. Při podrobnějším zkoumání bylo dále zjištěno, že šest z těchto sedmi pacientů nemělo žádnou představu ani zkušenost s operací za jednodenní hospitalizace. Dále pak deset pacientů pociťovalo obavy z narkózy. P5 uvedl: „*Je jasný, že v mém věku jsem se bál, aby to všechno proběhlo v pořádku, hlavně aby nedošlo k problémům při narkóze.*“ Z šetření vyplynulo, že obava z průběhu anestezie byla u pacientů častější nežli obava z operace samotné. Ve své knize Schneiderová (2014) uvádí, že při celkové anestezii nejvíce komplikací nastává při

úvodu, při ukončování a také při vyvádění pacienta z anestezie. Aust et. al (2016) uvádějí, že pro pacienty, kteří pociťují úzkost před operací, je rozhovor se zdravotnickým personálem, který by měl být proškolen o správných technikách komunikace, zásadní.

Další informace, které byly poskytnuty pacientům před plánovanou operací za jednodenní hospitalizace, byly informace ohledně způsobu operace a narkózy. Slezáková (2010) uvádí, že k minimalizaci strachu a stresu z operace je důležité, aby proběhla anesteziologická příprava ohledně způsobu anestezie a také psychická příprava pacienta. Třinácti osloveným pacientům bylo řečeno, jakým způsobem bude výkon proveden, a devět pacientů mělo informace o celkové narkóze. Dále z šetření vyplynulo, že šest z oslovených sester má zkušenosti také s needukovaným pacientem, ale ne příliš často, spíše výjimečně. Všechny dotazované sestry se shodly, že míru informovanosti pacientů zjišťují dotazem, jaké informace mají ohledně výkonu a způsobu anestezie při vyplňování anamnézy při příjmu pacienta. Dále ještě čtyři sestry uvedly, že provádí kontrolu podpisů souhlasů s výkonem a anestézií. Shodně to ve své knize popisují i Janíková a Zeleníková (2013), které udávají, že je potřeba mít pacientem podepsaný souhlas s anestézií a operačním výkonem. Wichsová (2013) konstatuje, že v některých zdravotnických zařízeních se již můžeme setkat s edukací pacientů před operačním zákrokem perioperační sestrou. Všem patnácti pacientům byly provedeny v rámci předoperačního vyšetření odběry krve a vyšetření na anesteziologické ambulanci. Jak Málek et al. (2011) ve své knize uvádí, anesteziolog zhodnotí předoperační vyšetření a výsledky z vyšetření a na základě toho stanoví prepremedikaci a premedikaci. Sedmi pacientům bylo provedeno EKG a čtyři pacienti měli kompletní vyšetření internistou. Avšak pacienti nepopisují podstoupená předoperační vyšetření stejně, většinou uvádějí ta vyšetření, která pro ně byla nejvýraznější, anebo je nepodstoupili, protože u nich nebyla požadována. Jak uvádí Stibor (2017), rozsah předoperačního vyšetření závisí na zdravotním stavu pacienta i na typu operačního výkonu, kdy je nezbytná spolupráce lékaře operačního oboru anesteziologa. Z mé dosavadní praxe musím potvrdit, že ne všichni pacienti mají totožná vyšetření a také někdy nejsou schopni zpětně vyjmenovat veškerá podstoupená předoperační vyšetření. Co se týká předoperačního vyšetření, také Blažek et al. (2012) ve svém článku uvádí, že do standardního vyšetření před operací patří interní vyšetření, screeningové vyšetření krve, EKG a rentgen srdce a plic. Gabrhelík (2017) konstatuje, že platnost těchto a laboratorních vyšetření u dospělého

pacienta je jeden měsíc, pokud nenastala náhlá změna zdravotního stavu. Dále z šetření vyplynulo, že ne všichni oslovení pacienti byli o všeobecné předoperační přípravě v domácím prostředí, která u operací v jednodenní chirurgii probíhá z největší části doma, plně a stejně informováni. Přičemž tato příprava je stejná jako u výkonů prováděných i za delší hospitalizace, kdy jsou většinou pacienti přijati do nemocnice už den před výkonem a příprava je provedena za hospitalizace. A proto si myslím, že je nezbytné tyto pacienty opakovaně a podrobněji poučit o přípravě k operaci již na chirurgické a anesteziologické ambulanci. Jak uvádí Janíková (2013) pacienti do půlnoci před operací většinou nemají žádná omezení, eventuelně užijí medikaci předepsanou anesteziologem v rámci premedikace. A Zeman (2011) ve své knize uvádí, že pacient před operací musí 6-8 hodin lačnit a nekouřit. Feldman et al. (2015) uvádí, že i program ERAS je v předoperační péči zaměřen nejen na edukaci, ale i na předoperační rizika, stravování a zákaz kouření. Všichni dotazovaní pacienti byli opakovaně poučeni o nutnosti lačnit ráno při nástupu k hospitalizaci a zároveň v den operace. Například P7 doslova uvedl: *„Řekli mi, ať den předtím jím radši jen tekuté jídlo a od půlnoci nic nejíst a nepít. A že mám přijít ráno v půl sedmý a lačný.“* Také třináct oslovených sester uvedlo, že pacienty poučují o lačnění před výkonem. Dalších dvanáct pacientů vědělo o vhodnosti oholit si doma operační pole. Kutnohorská (2009) upozorňuje na nutnost provést oholení na sucho. Tento krok je významný proto, aby nedošlo k zanesení infekce do rány. Avšak jak z šetření dále vyplynulo, ne všichni se doma oholili a raději se nechali oholit až za hospitalizace. Jak odpověděl P5: *„Řekli mi, že když to zvládnu, ať si oholím doma břicho, ale to jsem nechal radši na sestřičkách.“* Informace o potřebě dodržovat dietu před hospitalizací obdrželi čtyři pacienti. Pak také devět pacientů bylo seznámeno s tím, že si mají k příjmu s sebou donést veškeré výsledky vyšetření a osobní doklady a čtyři pacienti si měli s sebou přinést seznam užívaných léků.

Mezi další informace poskytnuté sestrami ráno při příjmu třináct pacientů zahrnuje seznámení s prostory oddělení, dále sedm oslovených pacientů uvedlo poučení o manipulaci se signalizací u lůžka a s domácím řádem bylo seznámeno šest pacientů. Schneiderová (2014) ve své knize uvádí, že každý pacient by měl být při příjmu na oddělení seznámen s organizačním řádem oddělení a s jeho prostorovým uspořádáním. Wirthová (2011) popisuje, že také prostředí, ve kterém pacienti čekají na operaci, ovlivňuje jejich emoce. Dnes má každý pacient právo na výběr zdravotnického zařízení, ve kterém bude operován či ošetřen. Dle mého názoru by to mělo probíhat tak, že

jakmile se na oddělení sestra ujme pacienta, měla by pacienta seznámit s domácím řádem, denním režimem a měla by mu ukázat prostorové uspořádání oddělení včetně pokoje. Výsledky šetření ukazují, že zde jsou nedostatky, vzhledem k tomu, že ne všichni pacienti byli na oddělení sestrami dostatečně informováni o domácím řádu a prostorách oddělení.

Dále byli při příjmu na oddělení všichni oslovení pacienti opakovaně poučeni o lačnění a bylo jim doporučeno provést před operací důkladnou hygienu. Ale z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že ne všechny sestry pacienty vždy poučí o hygieně před operací. V rozhovorech se z patnácti sester pouze pět sester zmínilo o poučení o hygieně, ale myslím si, že je to pro sestry tak běžná věc, že to v rozhovorech pouze opomněly uvést. Jak uvádí Blažek et al. (2012), do přípravy k operaci patří celková koupel, oholení operačního pole a lačnění od půlnoci. Osm pacientů vědělo čas operace, což potvrzuje i devět sester, které v rozhovorech uvedly, že pacienta informují o přibližném čase operace. Z mého pohledu je to pro pacienta docela důležitá informace, jelikož se může psychicky připravit a v klidu se připravit i fyzicky. O prevenci tromboembolické nemoci (TEN), jako je bandáž dolních končetin, bylo poučeno pět pacientů. Jak uvedl P9: *„Dali mi operační prádlo a elastické punčochy, abych prý nedostala zánět žil.“* Dotazované sestry se v rozhovorech o poskytování informací v prevenci TEN nezmínily, i když bandáž dolních končetin patří ke standardní předoperační přípravě. Předpokládám, že dotazované sestry bandáž dolních končetin u pacientů před operací provádějí standardně, a proto si myslím, že to v rozhovorech pouze opomněly zmínit. O sundání šperků a snímatelných protéz pacienty poučují pouze čtyři oslovené sestry z patnácti. To potvrdilo i to, že pouze tři dotazovaní pacienti v rozhovorech uvedli, že byli o sundání šperků informováni. Myslím si, že sestry spoléhají na kontrolu pacienta pohledem, zda má sundané veškeré šperky či hodinky. I v knize Ferka et. al (2015) je popsáno, že příprava k operaci spočívá v odstranění šperků a zubní protézy, v oblečení nemocniční košile (anděla) a v bandáži dolních končetin. Podle mého názoru je bezprostřední příprava pacienta k operaci většinou stejná, ať se jedná o operaci za jednodenní, či za delší hospitalizace.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace byly poskytnuty pacientům v oblasti výživy, pohybového režimu a péči o ránu během hospitalizace. Ohledně informovanosti o dietě z výzkumného šetření vyplynulo, že třináct z patnácti oslovených pacientů bylo ústně poučeno o dietním režimu po operaci. Dále pak osm pacientů dostalo leták

o dietě. Diety v tištěných letácích, jejichž autoři jsou odborníci z oboru, jsou dle mého názoru celkem podrobně popsány, ale i tak si myslím, že by pacientům měli sestry i lékaři dietní opatření popsat také ústně podrobněji a při potřebě i opakovaně. Edukaci v oblasti výživy, respektive o dietních omezeních u pacientů po operacích, shodně uvedlo všech patnáct oslovených sester. Všechny sestry shodně uvedly, že na oddělení mají k dispozici letáky na různé diety. Z podrobnějšího šetření bylo zjištěno, že dle oslovených sester mají na oddělení letáky na dietu žlučnickovou, šetřící, pankreatickou, po operaci žaludku, po operacích střeva a dále pak na dietu při užívání Warfarinu a při onemocněním DM. Jak uvádí Slezáková (2010), způsob stravování a dietu po operaci by měl pacientovi určit lékař, a to podle druhu operace a pacientova zdravotního stavu. Avšak z vlastní zkušenosti vím, že pacientům po operaci informace o dietním režimu poskytují v největší míře sestry.

Informace týkající se pohybového režimu či fyzického šetření se po operaci byly poskytnuty deseti z patnácti oslovených pacientů, z čehož tedy vyplývá, že jedna třetina dotazovaných pacientů nebyla v této oblasti poučena. Avšak z rozhovorů s dotazovanými sestrami vyplynulo, že všechny sestry shodně uvedly, že pacienty poučují o správném vstávání z lůžka po operaci a fyzickém šetření se v pooperačním období. Jak například uvedla S11: „*Upozorním je, že pokud by potřebovali jít na WC nebo něco potřebovali, aby si zazvonili na sestru, že je na WC doprovodíme. Pak je poučím o tom, jak vstávat přes bok, aby co nejméně namáhali břicho.*“ Jak uvádí ve svém článku Pražský (2013), po bezprostřední pooperační péči je na řadě edukace pacienta při vstávání a lehání, jelikož tato edukace je důležitá pro prevenci tromboembolické nemoci (TEN). Jak uvádí Trachtová (2013), včasné vstávání napomáhá ke zvýšení venózního průtoku a jako podpora svalové pumpy slouží například elastická komprese dolních končetin.

Dále jsme zjišťovali, jaké informace dotazovaní pacienti obdrželi v oblasti péči o ránu. Hlinková et al. (2019) popisují ránu jako porušení integrity kožního povrchu a integrity organismu. Vytejková et al. (2015) uvádějí, že převaz rány se provádí z důvodu výměny krytí, kontroly rány, dezinfekce, čištění a odstranění stehů. Janíková a Zeleníková (2013) popisují, že stehy se odstraňují většinou 8.–10. pooperační den. Z šetření vyplynulo, že jedenáct oslovených pacientů bylo informováno o ošetřování rány v domácím prostředí. Jak doslova uvedl P7: „*Bylo mi řečeno, že se můžu osprchovat, ale bez mýdla, a že si můžu ten obvaz vyměnit a zalepit si to čistým*

čtvercem. “ Podobně odpověděl i P2, který řekl: „*První den po operaci, když mi dělali převaz, mi řekli, že se můžu třetí den už sprchovat a přes ty stehy jen vodou.*“ Z šetření se sestrami edukaci v oblasti péče o ránu zmínilo dvanáct dotazovaných sester. Avšak nejrozšířenější odpověď uvedla v rozhovorech S9 a ta zněla: „*Poučím pacienty o tom, jakým způsobem se mají doma starat o operační ránu, že by se měla udržovat v čistotě a v suchu a popřípadě sterilně krýt čtverečkem.*“

Do této výzkumné otázky jsem také zahrнула informovanost pacientů o možných pooperačních komplikacích. Jak uvádí Zeman (2011), pooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh, a pro včasné rozpoznání těchto stavů je potřeba znát nejdůležitější příznaky. Páral et al. (2020) popisují, že některé pooperační komplikace mohou být vzhledem k operačnímu zákroku očekávatelné a některé komplikace se mohou vyskytnout jen vzácně. Dále pak je rozdělují na časné, vyskytující se krátce po operaci – minuty, hodiny, dny, a pozdní, které se mohou vyskytnout po několika týdnech či měsících. V podstatě jsou pacienti o rizicích pooperačních komplikací informováni už před operací, jelikož podepisují souhlas s anestezií a s operačním výkonem, kde jsou tyto komplikace napsány. Avšak tyto souhlasy jsou pak již součástí nemocniční dokumentace, a proto by měl být pacient před propuštěním do domácího prostředí o těchto komplikacích dostatečně a opakovaně poučen. Z rozhovorů vyplynulo, že o poučení pacienta o možných pooperačních komplikacích se zmínilo pouze osm z patnácti dotazovaných sester. S4 v rámci poskytování informací při propuštění pacienta uvedla: „*Poučím pacienta o příznacích infekce, jako je například začervenání rány, teplota, nějaký sekret z rány, zvracení anebo i třeba velké bolesti.*“ Z rozhovorů s dotazovanými pacienty vyplynulo, že během hospitalizace a při propuštění byly pouze devíti dotazovaným pacientům poskytnuty informace o příznacích možných komplikací. Jak uvádí P9: „*Kdyby se objevily nějaké potíže, jako je začervenání rány, teploty nebo velké bolesti, tak ať přijdu kdykoliv na chirurgickou ambulanci.*“ Z mého pohledu je velmi důležité či spíše nutné, aby každý pacient po jakékoliv operaci byl poučen lékařem i sestrou o příznacích možných pooperačních komplikací bez závislosti na délce hospitalizace. Avšak u pacientů operovaných za jednodenní hospitalizace by na to měl být kladen větší důraz, protože tyto pacienti jsou hned následující den propuštěni domů a nejvyšší riziko vzniku komplikací bývá v prvních pooperačních dnech.

Třetí výzkumná otázka zjišťuje, jak hodnotí dotazovaní pacienti podané informace od sester během jednodenní hospitalizace. Rozsah informací podaných osloveným pacientům o předoperační přípravě před a během hospitalizace, o pooperačních režimových opatřeních a o možných komplikacích jsou popsány již výše. V tomto výzkumném šetření jsem se zaměřila nejen na hodnocení podaných informací a péče pacienty, ale též na informace podané pacientovi lékařem při propuštění do domácího prostředí. I Ptáček et. al (2014) upozorňují na srozumitelné předávání informací lékařem pacientům. I přesto, že všech patnáct oslovených pacientů hodnotilo poskytnuté informace jako srozumitelné, z mého pohledu byly ne všem pacientům všechny potřebné informace podány. Například jak již je výše uvedeno, pouze devět z patnácti oslovených pacientů bylo informováno o možných pooperačních komplikacích a jedenáct pacientů v péči o rány. Jak P1 odpověděl: „*Celkem jsem všemu rozuměl.*“ Pak na rozšiřující otázku ovšem P1 odpověděl toto: „*No tak samozřejmě, že doktoři i sestřičky používali takový ty medicínský názvy, co já neznám, ale většinou mi pak řekli, o co se jedná.*“ Celkově všichni oslovení pacienti v rozhovorech uvedli, že byli s podanými informacemi spokojeni. Dva pacienti (P1 a P14) uvedli, že informace od sester byly rozsáhlejší nežli od lékařů. Jak P1 uvedl: „*Já jsem se od sester dozvěděla víc informací nežli od lékařů. Takže hodnotím kladně.*“ Informace podané lékařem hodnotilo dvanáct oslovených pacientů za dostačující. P5 uvedl: „*Mohlo toho být víc.*“ P11 a P14 hodnotili informace od lékaře jako průměrné. Do této výzkumné otázky jsem zařadila také to, jaké informace byly podány osloveným pacientům od lékařů. Informaci od lékaře o důležitosti si pročíst informace v propouštěcí zprávě v šetření uvedlo deset z dotazovaných pacientů. O termínu kontroly na chirurgické ambulanci po propuštění bylo informováno deset dotazovaných pacientů. O přibližné či doporučené délce trvání pracovní neschopnosti byli lékařem informováni pouze čtyři z patnácti dotazovaných pacientů. Dále pouze pět z patnácti dotazovaných pacientů bylo poučeno lékařem o příznacích možných pooperačních komplikací. Poučení od lékaře o fyzickém šetření se uvedli tři z dotazovaných pacientů a o způsobu řešení bolesti v domácím prostředí se v rozhovorech zmínili pouze dva dotazovaní pacienti. Slezáková (2010) ve své knize udává, že bolest v místech operační rány bývá častým projevem po odeznění anestezie a v případě nekomplikovaného průběhu hojení tato bolest po jednom až dvou dnech vymizí. Dle mého názoru jsou zde ze strany lékařů velké nedostatky v informovanosti a poučení pacientů o fyzickém šetření se po operaci a o možnostech zvládnání bolesti v domácím prostředí. Dále z šetření vyplynulo, že informace ohledně diety lékaři podali

čtyřem z patnácti oslovených pacientů. Dle mého názoru je to tím, že lékaři spoléhají na to, že tyto informace pacientovi podrobněji poskytují hlavně sestry, což z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, ale jak z šetření vyplynulo, ne vždy je tomu tak. Dále jsme se v této otázce také zaměřili na to, zda pacienti viděli nějaké nedostatky v podaných informacích. Všichni oslovení pacienti kromě P3 žádné nedostatky neviděli. P3 nedostatek nepopsala přímo ke konkrétní informaci, ale spíše ke způsobu, jak byly informace podané, a doslova uvedla: „*Těch informací je docela dost najednou. Nebo spíše v den operace, když přijdete ráno, hned na vás vychrlí, co máte všechno dělat před a po operaci, a hned druhý den už vám zase říkají, co máte dělat doma po propuštění. Je to takový narychlo a člověk si to pak hůř všechno pamatuje.*“ Jak jsem již výše uvedla, dle mého názoru je toto riziko operací za jednodenní čili krátké hospitalizace, a proto by měly být tyto informace těmto pacientům vysvětleny vícekrát a důkladněji. Všichni dotazovaní pacienti byli s poskytnutou péčí spokojeni. Toto hodnocení proběhlo ústně při rozhovoru s dotazovanými pacienty, ale pouze čtyři z patnácti oslovených pacientů uvedli, že měli možnost hodnotit péči formou anonymního dotazníku, který jim byl dán při příjmu na oddělení. Toto hodnotím jako velký nedostatek, jelikož tento dotazník slouží hlavně jako indikátor kvality péče a cílem je co nejvíce zkvalitnit péči o pacienty.

Ve čtvrté výzkumné otázce byl zjišťován názor dotazovaných sester na efektivnost edukace pacientů před a po operačním výkonu. Do názorů sester bylo zařazeno i vnímání potřeby a důležitosti edukace pacientů operovaných za jednodenní hospitalizace. Z šetření vyplynulo, že deset z patnácti sester považuje edukaci za důležitou při každé hospitalizaci. Naopak tři sestry uvedly, že z jejich pohledu je spíše potřeba edukace u pacientů po operacích, které vyžadují delší hospitalizaci. Jak doslova S15 uvedla: „*V jednodenní chirurgii ji nepovažuji za tak zásadní. Ale netvrdím, že potřeba někdy není.*“ S13 vnímá pooperační edukaci více potřebnou nežli edukaci před operací. S12 uvedla, že z jejího pohledu je edukace spíše potřebná u starších pacientů. Dále byl do názorů zařazen význam a přínos edukace pacientů z pohledu oslovených sester. Třináct oslovených sester přikládá velký význam edukaci pacienta před operací, avšak podle všech oslovených sester má větší význam edukace pacienta až po operaci. Většina sester vidí hlavní přínos edukace před a po operaci v dostatečné informovanosti pacienta a šest dotazovaných sester vidí přínos v psychické přípravě pacienta, která spočívá ve zbavení strachu a obav pacienta z operace a hospitalizace. Dále sedm

oslovených sester uvedlo, že vidí přínos edukace pacienta v rychlejší rekonvalescenci a v návratu k plné soběstačnosti. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že všechny oslovené sestry věnují edukaci a poskytování informací pacientům přibližně deset minut. Příčinu nedostatku času všechny oslovené sestry vidí hlavně v nedostatku času v rámci jednodenní hospitalizace.

Dále bylo do této výzkumné otázky také zařazeno to, jak oslovené sestry zjišťují potřebu edukace u pacienta a jakým způsobem provádí záznam a hodnocení edukace. Dvanáct sester zjišťuje potřebu edukace dotazy a pohledem při vyplňování ošetrovatelské anamnézy při příjmu pacienta na oddělení. Další dvě sestry uvedly, že potřebu edukace určují také podle diagnózy a typu operačního výkonu. Jelikož u pacienta vždy při příjmu lékař sepisuje různé anamnézy, tak také sestry vždy sepisují ošetrovatelskou anamnézu. Proto předpokládám, že zbývající tři sestry toto v rozhovorech jen opomněly uvést. Tento dokument je součástí dokumentace pacienta. Jak uvádí Pokorná (2011), ošetrovatelská dokumentace má usnadnit a umožnit sestřím zaměřit se na hlavní problémy pacienta a tím je rychle a cíleně řešit. Jak uvádí Plevová (2018), veškerá dokumentace musí být vedena dle stanovených pravidel a právních předpisů. Všechny dotazované sestry se shodly, že záznam provádí do edukačního záznamového listu, který je vytvořen nemocnicí, kde byl tento výzkum prováděn. Hodnocení úspěšnosti edukace sestry provádí ve výše zmíněném dokumentu, a to zaškrtnutím předtíštěného výsledku, zda pacient či jiná blízká osoba edukaci zvládá či nezvládá nebo zda je potřeba edukaci opakovat. Také se tam zaznamenává, jakým způsobem byla edukace provedena. V tomto výzkumu byli osloveni pacienti s různými diagnózami a informace se v některých bodech u každé diagnózy liší. Ale i tak by měl být každý pacient informován o dietě, o hygieně, o termínech kontrol a také o možných komplikacích, ať byl operován za jednodenní, či delší hospitalizace.

Pátá výzkumná otázka zjišťovala, jaké metody sestry nejčastěji využívají k edukaci pacientů na chirurgickém oddělení. V tomto šetření bylo také zjišťováno, co si oslovené sestry představují pod pojmem edukace. Všechny dotazované sestry pojem edukace popsaly jako proces učení se. Z šetření vyplynulo, že všechny dotazované sestry nejčastěji pacienty edukují hlavně ústně. Šest oslovených sester používá k edukaci také letáky či brožury. Při dalším šetření se ukázalo, že všechny sestry uvedly, že na svém oddělení letáky různého zaměření mají k dispozici. Jak poté uvedly všechny oslovené sestry, na oddělení mají k dispozici letáky na různé diety (viz. výše),

na aplikace s.c. injekcí, po břišních operacích apod., které nejsou vytvořeny jejich institucí. Avšak z vlastní zkušenosti vím, že přestože sestry mají k dispozici letáky, tak je bohužel často nevyužijí a pacientovi neposkytnou. O edukaci praktickým nácvikem činností se zmínily pouze tři sestry. Ohledně dostupnosti a množství edukačního materiálu dvě třetiny z dotazovaných sester považují dostupné množství na oddělení za nedostatečné. S8 k tomuto uvedla: „*Něco na oddělení máme, ale možná by to chtělo trochu obnovit. Jsou to docela staré okopírované brožury.*“

Dále z šetření vyplynulo, že nejčastějšími oblastmi edukace před a po operaci v jednodenní chirurgii jsou pro dotazované sestry oblast všeobecné předoperační přípravy, výživy (dieta), o pohybovém režimu, péče o operační ránu a také poučení pacientů o příznacích možných pooperačních komplikací. Do oblasti všeobecné předoperační přípravy všechny oslovené sestry zahrnuly lačnění, dvanáct sester uvedlo přípravu operačního pole (oholení), pouze pět sester zmínilo hygienu těla a čtyři sestry odstranění zubní protézy a šperků před výkonem. Jak již bylo výše uvedeno, z mého pohledu to sestry nezmnily v rozhovorech z toho důvodu, že kontrolu odstranění šperků a zubní protézy provádí spíše pohledem. Do oblasti výživy všechny oslovené sestry zahrnuly diety dle diagnóz a typů operačních výkonů. Edukaci v této oblasti provádějí sestry jak ústně, tak i formou letáků. Jak již bylo výše v textu uvedeno, ne všem osloveným pacientům byly letáky poskytnuty. Z šetření vyplynulo, že sestry letáky na diety k dispozici na pracovišti mají, ale pacientům je vždy nedají. Z mého pohledu vidím pochybení na straně sester, že k edukaci pacientů tyto letáky nevyužívají, jelikož si myslím, že informace o dietě si nemusí každý pacient vždy zapamatovat. A pokud pacientovi není vydán leták, bylo by dle mého názoru potřeba mu dietní opatření popsat podrobněji, popřípadě i opakovaně. Jak uvádí Juřeníková (2010), častou mýlkou zdravotníků je, že tištěný materiál pacientovi stačí, a tudíž dále nepociťují potřebu poskytovat další bližší informace. A proto by také práce s textem neměla být pouze jedním z použitých informačních zdrojů.

Z šetření dále vyplynulo, že skoro všechny oslovené sestry poučují pacienty o pohybovém režimu, respektive o technice vstávání z lůžka a leháni na lůžko a fyzickém šetření se po operaci. Jak uvádí ve svém článku Pražský (2013), tato edukace je nutná pro prevenci tromboembolické nemoci (TEN).

Jak bylo dále ve výzkumném šetření zjištěno, většina oslovených sester uvedla jako další oblast edukace poučení pacienta v péči o operační ránu a o příznacích možných pooperačních komplikací. Z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že dvanáct sester zmínilo edukaci pacienta v péči o operační ránu, což potvrdilo i to, že deset z dotazovaných sester uvedlo, že péče o ránu bývá jeden z nejčastějších dotazů pacientů po operaci za jednodenní hospitalizace. Poučení či informace o prevenci a příznacích možných pooperačních komplikací poskytuje osm z patnácti oslovených sester. Dle mého mínění je potřeba, aby sestra pacienta podrobně informovala o riziku vzniku pooperačních komplikací, ale myslím si, že tyto informace by měl hlavně poskytnout a vysvětlit ošetřující lékař, který pacienta propouští do domácího léčení. Podle Adamové (2019) má psychické rozpoložení pacienta významný vliv na pooperační výsledky, vznik infekce a zejména na délku hospitalizace. Avšak jak již bylo výše uvedeno, pouze pět oslovených pacientů bylo při propuštění lékařem informováno o možných pooperačních komplikacích a spíše jim bylo doporučeno řádně si přečíst propouštěcí zprávu a dán termín včasné kontroly na chirurgické ambulanci. Je sice pravda, že pacienti podepisují souhlas s výkonem, kde jsou tyto komplikace popsány, ale tento dokument poté zůstává součástí dokumentace. Možným řešením edukace pacientů v oblasti prevence a riziku pooperačních komplikací by mohlo být vytvoření letáku s popisem nejčastějších příznaků komplikací, který by byl pacientovi předán již za hospitalizace či při propuštění. Ale dle mého názoru by to nebylo reálné, jelikož by musel být vytvořen každému pacientovi tzv. „na míru“, protože zde hraje roli druh operačního výkonu a také přidružená onemocnění pacienta. Z toho důvodu si myslím, že je stále nejjednodušším řešením podrobné ústní poučení pacienta. Na to navazuje další zjištění z šetření a tím je nedostatek času na edukaci pacientů, které sestry nejčastěji přisuzují krátké době hospitalizace, množství administrativy a nedostatku personálu. Proto se ztotožňuji s tvrzením Hlaváčka (2020), který uvádí, že čas věnovaný pacientům je vklad do důvěry pacienta ve zdravotnický personál a poskytovanou péči. Jak uvádí Šochmanová (2018), vedení ošetřovatelské dokumentace sice zabírá sestřím velké množství času, ale je nutné nepohlížet na administrativu jako na nutné zlo, jelikož cílem je eliminace zdvojení určité administrativní činnosti a řešením by mělo být doplnění pracovního týmu zaměstnancem, kterému by byla administrativní složka svěřena. Z vlastní praxe vím, že převážně všichni pacienti operovaní za jednodenní hospitalizace jsou následně zváni na včasnou kontrolu a převaz následující den po propuštění, aby se zkontroloval stav pacienta a vyloučily případné komplikace.

Dále bylo do této výzkumné otázky zařazeno i to, s jakými nejčastějšími operačními výkony v rámci jednodenní chirurgie se dotazované sestry na svém pracovišti, kde byl prováděn výzkum, setkávají. Všechny oslovené sestry nejčastěji ošetřují pacienty po laparoskopické operaci žlučníku. Další nejčastější výkony jsou dle dotazovaných sester operace břišních a tříselných kýl, operace varixů a operace na konečniku. Čtyři sestry z patnácti oslovených také do svých odpovědí přidaly operační výkony v rámci chirurgie ruky.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce shrnuje problematiku předoperační a pooperační edukace v oblastech výživy, pohybového režimu a péče o ránu u pacientů operovaných za jednodenní hospitalizace z pohledu sester a pacientů.

V teoretické části diplomové práce byly shrnuty základní informace o pedagogice, ze které zásady správné edukace vychází, o edukaci, možných bariérách a v neposlední řadě byl shrnut edukační proces.

Praktická část diplomové práce je zpracována tak, aby byla popsána problematika informovanosti pacientů před a po výkonu za jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení. Ke zpracování této problematiky bylo stanoveno pět cílů. Pro splnění cílů a nalezení odpovědí na výzkumné otázky bylo zvoleno kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory proběhly na základě předem připravených otázek s patnácti zdravotními sestrami a s patnácti pacienty, kteří podstoupili operační výkon za jednodenní hospitalizace.

Významnou roli v této problematice hraje rozsáhlost informovanosti pacientů již v období před operací, a to na chirurgické a anesteziologické ambulanci. Dalo by se říci, že všeobecné informace o předoperační přípravě by měly být pacientům podány v dostatečném časovém předstihu na ambulanci. Avšak z odpovědí pacientů vyplývá, že jen necelé dvě třetiny dotazovaných byly s podanými informacemi před operací spokojeny. Názory na edukaci a vnímání potřeby edukace všeobecnými sestrami bylo různé. Oslovené sestry se shodly, že edukace je důležitou součástí ošetrovatelské péče, avšak ne všechny sestry vidí efektivnost a potřebu edukace pacienta před operací. Naopak všechny vidí přínos edukace až v období po operaci a před propuštěním. Nedostatky jsme shledali v informovanosti pacientů, co se týká propuštění do domácí péče. Všichni oslovení pacienti se shodli na tom, že dostali propouštěcí zprávu s termíny pooperačních kontrol, ovšem při položení doplňujících otázek se ukázalo, že ne zcela všichni dostali všechny potřebné informace o pooperačním režimu, který se týká oblasti výživy, fyzického šetření, péče o rány a příznaků pooperačních komplikací. Předoperační a pooperační péče a edukace pacienta sestrami je poznamenána krátkým časovým intervalem, jelikož den příjmu pacienta je i dnem operace. Z odpovědí sester nepřímo vyplývá, že poskytují pacientům informace v závislosti na svých časových možnostech. Z pohledu oslovených sester by se problém s nedostatkem času dal vyřešit

navýšením počtu zdravotnického personálu na oddělení. Podávání informací a edukaci nejčastěji dotazované sestry provádí ústně a pomocí letáků z cizích zdrojů. Avšak z doplňujících otázek vyplynulo, že sestry pacienta poučují převážně ústně, a přestože mají leták vytvořený pro danou oblast, tak ho nevyužijí. Edukační činnost sestry je významnou součástí její profesní náplně, avšak z výzkumného šetření vyplývá, že se pacientům ne vždy dostane správné edukace podle didaktických zásad.

Výsledky této diplomové práce by mohly sloužit ke zvýšení a zkvalitnění informovanosti pacientů před a po operaci za jednodenní hospitalizace, pak také k vytvoření edukačních materiálů v dané nemocnici, kde se prováděl tento výzkum, či také jako studijní materiál pro teoretickou přípravu zdravotnického personálu včetně sester ke zvyšování kvality ošetrovatelské a komplexní zdravotní péče.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ADAMOŤ, Z., 2019. Předoperační příprava v onkochirurgii – ERAS doporučení v ambulanci praktického lékaře. *Medicína pro praxi*. 16(4), 277-279. ISSN 1803-5310.
2. AUST, H., et al., 2016. Coping strategies in anxious surgical patients. *BMC health services research*. 16(250), 1-10. DOI: doi.org/10.1186/s12913-016-1492-5.
3. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 714 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BASTABLE, S. B., 2017. *Essentials of patient education*. Second edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 570 s. ISBN 978-1-284-10444-8.
5. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
6. BEZDĚKOVÁ, I., 2015. Jednodenní chirurgie v nemocnicích zatím nefunguje. *Medical Tribune*. 11(13), s. A1, A5. ISSN 1214-8911.
7. BLAŽEK, M., et al., 2012. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta*. Interní medicína pro praxi. 14(11), 422-428.
8. BRAMHALL, E., 2014. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard* [online]. 29(14), 53-59 [cit. 2020-12-29]. DOI:10.7748/ns.29.14.53.e9355. ISSN 0029-6570. Dostupné také z: <https://search.proquest.com/openview/25fa168cc7fdb8d84b68e177ce23f439/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2042228>
9. CASTORO, C. et al., 2007. *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen* [online]. [cit.17.11.2015]. Dostupné z: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/108965/E90295
10. CLARK, R., C., MAYER, R., E., 2011. E-Learning and the science of instruction: proven guidelines for consumers and designers of multimedia learning. 3rd ed., CA: Pfeiffer: San Francisco. ISBN: 978-0-470-87430-1.
11. COOK, D. J. et al., 2014. Patient Education Self-Management During Surgical Recovery: Combining Mobile (iPad) and a Content Management System. *Telemedicine*

and e-Health [online]. 20(4), s. 312-317. [cit. 2021-04-10]. ISSN 1530-5627. Dostupné z: DOI: 10.1089/tmj.2013.0219

12. CVACHOVEC, K., et al., 2009. *Doporučený postup pro tzv. předanestetické vyšetření* Dostupné z: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče [online]. [cit. 2022-6-17]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/getmedia/f6e408f8-5d13-4edd-b88e-70c16a7aa906/doporučeny-postup-pro-tzv-predanesteticke-vysetreni-2009.pdf.aspx>

13. DUDA, M., 2011. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2999-1.

14. DURNOVÁ, D., 2012. Domácí péče – běh na dlouhou trať, který stojí za to. *Diagnóza v ošetrovatelství, odborný časopis pro nelékařské pracovníky*, 8(2), s. 7-8. ISSN 1801-1349.

15. FELDMAN, S. L., et al., 2015. *The SAGES/ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery*. Springer International Publishing. 386 s. ISBN 978-3-319-20363-8.

16. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*, 2.vyd., Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

17. GABRHELÍK, T., 2017. Anestezie. In: PILNÝ, J., SLODIČKA, R. *Chirurgie ruky*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 33-45. ISBN 978-80-271-0180-1.

18. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění. Edukace, motivace a opora pacienta*. 1 vyd. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.

19. HALMO, R., 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4811-5.

20. HLAVÁČEK, L., 2020. *Vnímání pacientů před a po operačním výkonu*. Diplomová práce. Masarykova Univerzita lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství a porodní asistence. 64 s.

21. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

22. CHOUROVÁ, L., 2011. Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále. *Sestra*. č. 2, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
23. IQBAL, U., et al., 2019. Preoperative patient preparation in enhanced recovery pathways. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*. 35(1), 14-23. DOI: 10.4103/joacp.JOACP_54_18.
24. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
25. JEDLIČKOVÁ, J. et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCONZO. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
26. JIRKOVSKÝ, D., et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence: učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole. ISBN 978-80-87347-13-3.
27. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247- 2171-2.
28. KAHAN, S. et al., 2014. *Health Behavior Change in Populations*. Johns Hopkins University Press. 584 s. ISBN 978-1-4214-1455-3.
29. KALA, Z. et al. 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 145 s. ISBN 978-807-0135-181.
30. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
31. KOTÍK, L., 2012. *Předoperační vyšetření dospělých*. Praha: Mladá fronta. 135 s. ISBN 978-80-204-2696-3.
32. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Studijní texty. 1vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati. 79 s. ISBN 978-80-7454-635-8. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/43694>
33. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

34. KURZOVÁ, A., 2011. Příprava pacienta před anestezií. In: MÁLEK, J. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, s. 69-80. ISBN 978-80-247-3642-6.
35. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
36. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
37. KVAPIL, M., 2011. Edukace správně a nesprávně. *Medical Tribune*. 7(17), s. A6. ISSN 1212-4184.
38. LARSEN, R., 2004. *Anestezie*. Vyd. 2. české. Přeložil Jarmila DRÁBKOVÁ. Praha: Grada. ISBN 80-247-0476-5.
39. MAGERČIAKOVÁ, M., 2008. *Edukácia v ošetrovatelstve I.*, 2. vyd. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva. 105 s. ISBN 978-80-8084-221-5.
40. MAGERČIAKOVÁ, M. 2011. *Eliminácia stresogénnych faktorov v ošetrovateľskej starostlivosti o chirurgických pacientov*. Ružemberok: Verbum. 124 s. ISBN 978-80-8084-808-8.
41. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin: Osveta. 156 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
42. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
43. MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.
44. MARKOVÁ, M., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
45. MÁLEK, J. et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

46. MICHALSKÝ, R., VOLFOVÁ, I., 2014. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. (dotisk), Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.
47. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
48. NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
49. NICHOLLS, A., WILSON, I., 2006. *Perioperační medicína*. Praha: Galén. 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
50. PÁRAL, J., et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
51. PIRHONEN, A., SILVENNOINEN, M., SILLENCE, E. 2014. Patient Education as an Information System, Healthcare Tool and Interaction. *Journal of Information Systems Education* [online]. West Lafayette: EDSIG. 25(4), s. 327-332. [cit. 2020-09-09]. ISSN: 1055-3096. Dostupné také z: <http://search.proquest.com/docview/1708019046/fulltext/482813BCE17041C2PQ/1?acountid=16730>
52. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.
53. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
54. PODLAHOVÁ, L. et al., 2012. *Didaktika pro vysokoškolské učitele*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4217-5.
55. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
56. POKORNÁ, A., 2011. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. dopl. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 104 s. ISBN 978-80-7013-524-2.

57. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
58. PRACHTOVÁ, R. 2012. Edukace pacienta po náhradě mitrální chlopně. *Sestra* [online]. Praha: Mladá fronta. 22(3) s. 34-37. [cit. 2020-09-08]. ISSN: 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-po-nahrade-mitralni-chlopne-463864>
59. PRAŽSKÝ, B., 2013. Prevence tromboembolické nemoci, současné možnosti. *Postgraduální medicína* [online]. Praha: Mladá fronta. [cit. 2021-4-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/prevence-tromboembolicke-nemoci-soucasne-moznosti-468958>
60. PRŮCHA, J., 2017. *Moderní pedagogika*. 6., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. 488 s. ISBN 978-80-262-1228-7.
61. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2012. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-3960-1.
62. PTÁČEK, R. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 520 s. ISBN 978-80-247-9597-3.
63. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
64. RONCO, M., IONA, L., FABBRO, C., BULFONE, G., PALESE, A. 2012. Patient education outcomes in surgery: a systematic review from 2004 to 2010. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 10(4), 309-323. [cit. 2020-09-09]. DOI: 10.1111/j.1744-1609.2012.00286.x. ISSN 1744-1595. Dostupné také z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173656>
65. SAWAMURA, K., NAKASHIMA, T., NAKANISHI, M. 2013. Provision of individualized care and built environment of nursing homes in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 56(3), 416-424. [cit. 2021-01-07]. DOI: 10.1016/j.archger.2012.11.009 Dostupné také z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494312002361>

66. SEDLÁKOVÁ, A. 2013. Fyzioterapie po operaci hrudníku. *Sestra* [online]. Praha: Mladá fronta. 23(4), s. 31-32. [cit. 2020-09-09]. ISSN: 1210-0404. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/fyzioterapie-po-operacich-hrudniku-470115>
67. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
68. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
69. STIBOR, B., 2017. Předoperační vyšetření. In: SOUČEK, M., SVAČINA, P. *Vnitřní lékařství*. Praha: Grada Publishing, s. 1010-1073.
70. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ R. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
71. STRYJA, J., POKORNÁ, A., 2011. Receptem na úspěch je efektivní edukace. *Medical Tribune*. 7(4), s. D8. ISSN: 1212-4184.
72. SVAČINA, Š., 2016. Informovanost pacientů zvyšuje úspěšnost léčby. *Zdravotnické noviny*. 65 (11), 1-3 s. ISSN 0044-1996.
73. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry – úvod do problematiky*. Praha: Galén. 64 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
74. ŠILEROVÁ, I., 2012. Ochrana zdraví a bezpečnost práce na operačním sále. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Edited by Jaroslava Jedličková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 55-61 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
75. ŠOCHMANOVÁ, M., 2018. *Reakce prezidentky ČAS*. Praha: Česká asociace sester. [online]. [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: <https://www.cnna.cz/docs/akce/reakce.pdf>
76. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
77. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1 vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

78. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 9788026206446.
79. TIMMINS, F. et al., 2009. *Day surgery: contemporary approaches to nursing care*. Chichester, U.K.: John Wiley. ISBN 978-0-470-31984-0.
80. TOMOVÁ, Š., 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1. vyd., Praha: Ústřední knihovna UK. 97 s. ISBN 978-80-88176-12-1.
81. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
82. TRACHTOVÁ, E., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
83. VETEŠKA, J., 2016. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-262-1026-9.
84. VRÁBLÍK, M., 2014. Jak a proč zlepšit spolupráci s pacienty aneb téma adherence v běžné praxi. *Medical Tribune* [online]. č. 3, s. 1-5. [cit. 2020-09-09]. ISSN: 1212-4184. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/34252-jak-a-proc-zlepsit-spolupraci-s-pacienty-aneb-tema-adherence-v-bezne-praxi>
85. Vyhláška č. 252/2019 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2019, částka 109 s. 2450-2451. ISSN 1211-1244.
86. VYTEJČKOVÁ, R., et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: Speciální část*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
87. WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
88. WICHISOVÁ, J. et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

89. WIRTHOVÁ, V., 2011. Příjem nemocného k hospitalizaci, přeložení a propuštění. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I.* Praha: Grada. 37-48 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
90. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
91. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. Sbírka zákonů České republiky, částka 131, s.4730-4801. ISSN 1211-1244.
92. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika.* 3. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
93. ZORMANOVÁ, L., 2014. *Obecná didaktika: pro studium a praxi.* 1vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4590-9.

8 SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
BMI	Body Mass Index
ČR	Česká republika
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiogram
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
GCS	Glasgow Coma Scale
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLZP	Nelékařský zdravotnický personál
RTG	Rentgen
TEN	Tromboembolická nemoc
VAS	Visuální analogová škála
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozhovor s pacientem po operaci

Příloha B – Rozhovor se sestrou chirurgického oddělení

Příloha A – Rozhovor s pacientem po operaci

1. Jaký je Váš pocit z informací, které jste obdržel/a před hospitalizací, resp. před operací?
2. Jakou představu jste měl/a o průběhu operace za jednodenní hospitalizace?
3. Jaké informace jste obdržel/a o operačním výkonu?
4. Jaké informace jste obdržel/a o předoperační přípravě před hospitalizací?
5. Jaké informace jste obdržel/a o předoperační přípravě na oddělení?
6. Byly Vám poskytnuty informace o opatřeních v oblasti výživy, pohybovém režimu a péči o operační ránu? V jakém rozsahu?
7. Byl/a jste nějakým způsobem poučen/a o pooperačním režimu? (pohybový režim, dieta aj.)
8. Jaké informace Vám byly podány při propuštění?
9. Byly pro Vás podané informace srozumitelné?
10. Jak jste byl/a spokojený/á s podanými informacemi?
11. Byli z Vašeho pohledu nějaké nedostatky v ošetrovatelské péči? (jaké?)
12. Byli z Vašeho pohledu nějaké nedostatky v podávání informací? (jaké?)
13. Jak hodnotíte informace podané sestrami?
14. Jak hodnotíte informace podané lékaři?

Příloha B – Rozhovor se sestrou chirurgického oddělení

1. Považujete edukaci pacientů před a po operaci za potřebnou?
2. Myslíte si, že je edukace před operací přínosná?
3. Myslíte si, že je edukace po operaci přínosná?
4. Máte pocit, že edukace pacientů před plánovanou operací dostatečná?
5. V jakých oblastech by podle Vás měl být pacient před plánovanou operací edukován?
6. Setkáváte se s pacienty, kteří nebyli žádným způsobem edukováni před hospitalizací?
7. Jaké informace podáváte pacientovi před operací?
8. Jaké informace podáváte pacientovi po operaci?
9. Jakou formou či způsobem pacienta nejčastěji edukujete? (leták, ústně aj.)
10. Myslíte si, že Vámi podané informace jsou pro pacienty srozumitelné?
11. Máte pocit, že máte na pracovišti dostatek potřebného materiálu k edukaci pacientů? (letáky, brožury aj.)
12. Máte pocit, že máte na pracovišti dostatek času a prostoru na edukaci pacientů?
13. Jaké znáte oblasti edukace pacientů před a po operaci?
14. V jakých oblastech pacienta nejčastěji edukujete? (dieta, péče o ránu, pohybový režim aj.)