



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Miroslava Kubešová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová, Ph. D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení*“ 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5. 2023

.....

Miroslava Kubešová

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Kristýně Toumové, Ph.D. za její cenné rady a odborné vedení při zpracovávání této bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem sestřám a pacientům, kteří se zúčastnili rozhovorů a podíleli se tak na výzkumné části této bakalářské práce. Touto cestou bych také ráda poděkovala vedení simulačního centra Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, které mi umožnilo zde pořídit fotografie potřebné k tvorbě edukačního materiálu.

Role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení

Abstrakt

Teoretická část bakalářské práce definuje roli sestry edukátorky, edukační realitu, složenou z edukačního procesu, konstruktů a prostředí, soustředí se také na konkrétnější představení jednotlivých témat edukace v předoperačním a pooperačním období na chirurgickém oddělení.

V empirické části bakalářské práce byly stanoveny čtyři výzkumné cíle. Stanovenými cíli práce bylo zjistit jakým způsobem sestry edukují pacienty v předoperačním a pooperačním období. Dalšími cíli bylo zmapování edukačních potřeb pacientů před a po operaci. Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření a technika polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden se sestrami na chirurgickém oddělení a s pacienty před a po plánovaném operačním výkonu. Kritériem pro výběr informantů bylo, aby se jednalo o pacienty chirurgického oddělení před plánovaným operačním výkonem s předpokládanou dobou hospitalizace delší než 2 dny. Stejní pacienti poté byli dotázáni rovněž v pooperačním období. Kritérium výběru informantek z řad sester byla jejich aktuální práce na standardní lůžkové stanici chirurgického oddělení po dobu delší než 3 měsíce. Výzkumný vzorek tvořilo 9 sester a 5 pacientů. Na základě analýzy provedených rozhovorů byly vytvořeny výsledné kategorie a podkategorie.

Z výsledků výzkumného šetření s pacienty a sestrami byl vytvořen edukační materiál pro pacienty chirurgického oddělení, jakožto výstup této bakalářské práce. Materiál je vytvořen tak, aby jej mohl mít pacient k dispozici po celou dobu hospitalizace. Využití edukačního materiálu by mohlo být oporou edukace pacienta na chirurgickém oddělení.

Klíčová slova

Edukace; chirurgie; sestra; edukační metoda; edukační forma; předoperační příprava; pooperační péče; komunikace; ošetřovatelství

The nurse's role in the education of patients on surgical ward

Abstract

The theoretical part of the bachelor thesis defines the role of a nurse-educator, the education reality consisting of the educational process, constructs, and the environment, it also concentrates on more particular introduction of the individual education topics in the pre-surgery and the post-surgery periods on a surgical ward.

Four research goals were set in the empiric part of the thesis. The goals of the thesis were to find out in what ways nurses educated patients in the pre-surgery and the post-surgery periods. Further goals were to map the educational needs of patients before and after the surgery. The qualitative research form and the technique of semi-structured interviews conducted with nurses from a surgery department and patients before and after a planned surgery were chosen for the implementation of a significant part of the thesis. The criterion for the selection of respondents was that they should be patients of a surgery department with planned hospitalization longer than 2 days. The same patients were also interviewed during the post-operation period. The criterion for the selection of the nurses-respondents was that they had really worked at the standard ward of a surgery department for more than 3 months. The research sample set consisted of 9 nurses and 5 patients. Final categories and subcategories were defined based on the analyses of the carried our interviews.

Educational material was prepared based on the research carried out with the patients and the nurses as the outcome from this bachelor thesis. The material was prepared in a form that enables its availability for a patient for the whole time of hospitalization. The use of the educational material can support the patient education on the surgical ward.

Key words

Education; surgery; nurse; educational method; educational form; pre-surgery preparation; post-surgery care; communication; nursing

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Ošetřovatelství v chirurgii.....	8
1.1.1 Předoperační péče	9
1.1.2 Pooperační péče	12
1.1.3 Role sestry na chirurgickém oddělení.....	14
1.2 Role sestry edukátorky	15
1.2.1 Základní pojmy edukace	15
1.2.2 Formy a metody edukace	19
1.2.3 Komunikace v edukačním procesu.....	21
1.3 Edukace v předoperačním a pooperačním období na chirurgickém oddělení	22
1.3.1 Oblasti edukace v předoperačním období na chirurgickém oddělení	23
1.3.2 Oblasti edukace v pooperačním období na chirurgickém oddělení	26
2 Cíl a výzkumné otázky	30
2.1 Cíle práce	30
2.2 Výzkumné otázky práce	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	32
4 Výsledky výzkumného šetření	35
4.1 Výsledky výzkumného šetření u sester chirurgického oddělení	35
4.2 Výsledky výzkumného šetření u pacientů chirurgického oddělení.....	46
5 Diskuze.....	52
6 Závěr	60
7 Seznam použité literatury	62
8 Seznam příloh	68
9 Seznam použitých zkratk	73

Úvod

Problematiku role sestry edukátorky na chirurgickém oddělení vnímám jako aktuální téma. Edukace pacientů je časově náročná, vyžaduje od sester větší úsilí a širší spektrum vědomostí stejně tak jako komunikační dovednosti, a přesto právě dobře provedenou edukací můžeme předcházet vzniku mnohých komplikací spojených s hospitalizací a s operačním výkonem. Edukace v předoperačním a pooperačním období na chirurgickém oddělení je specifická vlivy působící na pacienta. Pacient se ocitá v novém prostředí, je seznámen s velkým množstvím informací ze strany lékaře i sestry a samotná operace mnohdy u pacienta vyvolává zvýšenou stresovou zátěž a strach, které mohou být bariérou efektivního přijímání nových informací a potažmo celé edukace.

Osobně vnímám roly sestry edukátorky jako jednu ze základních rolí sestry. Dobře edukovaný pacient je dle mého názoru pro sestru partnerem. Edukace pacienta umožňuje jeho aktivní zapojení do poskytované péče, vede ho k samostatnosti a může jej po psychické stránce výrazně posílit. Sestra na chirurgickém oddělení edukuje pacienta podstupujícího plánovaný výkon o obecné a specifické předoperační přípravě, která může mít vliv na průběh a následky operačního výkonu. Edukace o pooperačním období je poté zaměřena na prevenci, včasný záchyt pooperačních komplikací a návrat pacienta do běžného života.

1 Současný stav

1.1 Ošetřovatelství v chirurgii

Obor chirurgie má hluboké kořeny v historii a ošetřovatelství bylo vždy s medicínou určitým způsobem provázáno (Libová et al., 2019). Již od té doby, co se člověk naučil využívat nástrojů kolem sebe, začal pokládat základy chirurgickým technikám. První písemné dochované zmínky o oboru chirurgie, v podobě papyrusu Edwina Smitha, evidujeme již z dob starověkého Egypta. Chirurgové se v té době věnovali převážně léčbě úrazů, ale využívali například i některé základy neurochirurgie (Shrestha, 2017). Velmi vysoké úrovně poté obor dosáhl v období starověkého Řecka, z tohoto období jsou popsány již složitější postupy jako například léčení kýl, píštělů a obdobných, pro nás dnes již známých problémů. V období středověku došlo k utlumení rozvoje, zástupnou funkci v té době plnili například lazebníci či ranhojiči. Jednou z výjimek byl v tomto období například Abú Alí ibn Síná (Avicenna), jenž vydal *Canon medicinae*. Velký význam pro chirurgický obor mělo pak objevení krevního oběhu v 17. století (Slezáková et al., 2019). V době před velkou průmyslovou revolucí, se obor stále nebyl schopný vypořádat se základními problémy jako je bolest, krvácení a infekce (Shrestha, 2017). K výraznějšímu rozvoji tedy došlo až poté v 19. století, kdy byla objevena například anestezie, antiseptika, aseptika a vynalezly se nové operační metody. Ve 20. století poté docházelo ke zdokonalování nejen operačních technik, ale také diagnostiky. V té době se do popředí začala dostávat speciální předoperační příprava a pooperační péče. Po druhé světové válce nastal rozvoj náročnější hrudní chirurgie a kardiochirurgie, kdy se již začal obor chirurgie formovat do dnešní podoby (Slezáková et al., 2019).

„Obor chirurgie je základní lékařský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění“ (Slezáková et al., 2019, s. 9). Chirurgii dělíme na všeobecnou a specializovanou. Všeobecná chirurgie je zaměřená na operace břicha, končetin, cév a hrudníku. Do specializované chirurgie řadíme stále intenzivně vyvíjející se obory, jako jsou například kardiochirurgie, neurochirurgie či plastická chirurgie. Na péči o pacienta na chirurgickém oddělení se podílí multidisciplinární tým, jehož efektivní spolupráce je základem poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče (Libová et al., 2019).

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína definovaná Konceptí ošetrovatelství. Ošetrovatelství v chirurgii je aplikovaným oborem vycházející z oboru chirurgie a ošetrovatelství. Hlavní oblasti, do kterých lze rozdělit ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení, jsou asistence u chirurgických zákroků a období předoperační a pooperační péče. Ošetrovatelství je zaměřeno na podporu pacienta v průběhu celého období vztaženého k chirurgickému výkonu a je realizováno ve všech částech chirurgického oddělení (Janíková et al., 2013). Ošetrovatelskou péči na chirurgickém oddělení poskytují praktické sestry, všeobecné sestry a sestry s dosaženým specializačním vzděláním. Ve vztahu k chirurgickému oboru může všeobecná sestra získat způsobilost jako sestra pro péči v chirurgických oborech (vyhláška č. 55/2011 sb., § 61), sestra pro intenzivní péči (vyhláška č. 55/2011 sb., § 55) a sestra pro perioperační péči (vyhláška č. 55/2011 sb., § 56). Jednotlivé specializace se pak liší dle činností, jež může sestra vykonávat bez odborného dohledu a indikace lékaře, na základě indikace lékaře a pod odborným dohledem lékaře.

I přes velmi široký záběr má ošetrovatelská péče v chirurgii výrazné společné rysy. Období hospitalizace pacienta rozdělujeme z hlediska doby operačního výkonu na péči předoperační, perioperační a pooperační. Pro všechny druhy výkonů pak existují společné obecné intervence jako psychická podpora pacienta a rodiny, obecná předoperační péče potažmo příprava, edukace pacienta a rodiny, obecná pooperační péče (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.1.1 Předoperační péče

Přesně definovat časové vymezení předoperační péče zcela nelze. Jejím počátkem je chvíle indikace pacienta k operačnímu výkonu a koncem předoperační péče o pacienta je jeho předání na operační sál. Délka období se liší u jednotlivých zákroků v řádu dní i měsíců. Samotná předoperační příprava je také odlišná v závislosti k naléhavosti operačního výkonu (Janíková, Zeleníková, 2013). Na samotné chirurgické oddělení bývá pacient přijat nejčastěji jeden den před plánovaným výkonem. Jeho předoperační přípravu na chirurgickém oddělení lze rozdělit na přípravu místní a celkovou, ty pak můžeme dále rozdělit ještě na obecnou a speciální. Mezi obecnou celkovou přípravu řadíme ošetrovatelské úkony prováděné před každou plánovanou operací a jsou všem pacientům společné. Speciální celková příprava je vztažena k onemocnění pacienta a odvíjí se od ordinace lékaře (Libová et al., 2019). Místní příprava je zaměřena na část těla, kde bude probíhat operační výkon (Schneiderová,

2014). Období předoperační péče pak můžeme také rozdělit z časového hlediska na přípravu dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková, Zeleníková, 2013).

Dlouhodobá předoperační příprava

Základním prvkem dlouhodobé předoperační přípravy je vyšetření pacienta. Pokud je u pacienta rozhodnuto o provedení plánovaného operačního výkonu a stanoven termín operace je pacient odeslán na interní předoperační vyšetření (Slezáková et al., 2019). Základní vyšetření provádí praktický lékař, doplňující lékař specialista (Libová et al., 2019). Do interního předoperačního vyšetření zahrnujeme fyzikální vyšetření, zhodnocení fyziologických funkcí, vyšetření moči a krve, elektrokardiografie (EKG) a u pacientů starších 40 let rentgen srdce a plic (Schneiderová, 2014). Doba platnosti vyšetření se liší, většinou se však uvádí maximální doba stáří 14 dnů před plánovaným operačním výkonem (Slezáková et al., 2019; Libová et al., 2019). Role lékaře je v tomto období poskytnout všechny důležité informace týkající se plánovaného výkonu srozumitelnou ústní i písemnou formou, neměl by chybět prostor pro dotazy pacienta. Dostatečné množství informací ze strany ošetřujícího lékaře a sestry je velmi důležitou částí psychické přípravy pacienta, která by měla být dovršena podepsáním informovaného souhlasu o provedení zákroku (Janíková, Zeleníková, 2013). Je důležité zdůraznit pacientovi, že naše péče bude navazovat i po výkonu v rámci spolupráce multidisciplinárního týmu v oblastech ošetrovatelské a lékařské péče, rehabilitace a návratu k co nejvíce kvalitnímu životu. Pokud se nám podaří spojit vysokou odbornou úroveň s empatickým a lidským přístupem ze strany lékaře a sestry, můžeme vybudovat důvěru pacienta, která je pro psychickou přípravu zcela stěžejní (Schneiderová, 2014). Další specifická vyšetření pacienta jsou indikována na základě druhu a rozsahu výkonu či přidružených onemocnění pacienta.

Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé předoperační přípravy je vymezeno na 24 hodin před výkonem. V této době se pacient indikovaný k plánované operaci většinou dostaví na chirurgické oddělení k hospitalizaci. Lékař společně se sestrou dle svých kompetencí zhodnotí výsledky předoperačního vyšetření, zkontroluje dokumentaci, popřípadě doplní chybějící informace (Janíková, Zeleníková, 2013). Po zhodnocení přichází za pacientem anesteziolog, který

vyhodnotí zdravotní stav pacienta a rizika spojená s průběhem operace, zvolí druh anestezie a zodpoví dotazy pacienta. Pacient pak podepíše informovaný souhlas s anestezií (Schneidrová, 2014). Hlavním bodem předoperační přípravy z pohledu kompetencí sestry na chirurgickém oddělení je fyzická příprava pacienta. Do té se řadí vyprázdnění střeva, dieta a hydratace, vyprázdnění močového měchýře, hygienická péče, příprava operačního pole a péče o spánek a odpočinek pacienta. Je potřeba také zajistit cennosti a protetické pomůcky pacienta a řádně je uložit. Pacient je v této době poučen o vyjmutí a uložení zubních náhrad před operací (Slezáková et al., 2019). Do krátkodobé přípravy řadíme také zajištění periferního žilního katetru (PŽK), permanentního močového katetru (PMK), popřípadě podání antibiotik a premedikace v rámci ordinace lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013). Operace je značně stresovou událostí, proto je v této době důležitá edukace a emoční podpora pacienta, ta má pozitivní efekt na pacientův fyzický i psychický stav (Lemone et al., 2010). V rámci speciální předoperační přípravy mohou být intervence sestry například asistence při zavedení centrálního žilního katetru (CŽK), nebo speciální příprava s ohledem na přidružená onemocnění, jako je diabetes mellitus (DM) (Libová et al., 2019).

Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je zhruba 2 hodiny před samotným výkonem. V této době naposledy dochází ke kontrole dokumentace a předešlé přípravy. Zkontrolujeme lačnění, vyprázdnění, oholení, hygienu a připomeneme pacientovi nutnost odložení cenností, zubní protézy a šperků. Těsně před operací by mělo dojít také k vyprázdnění močového měchýře (Slezáková et al., 2019). V tomto období se také provádí měření fyziologických funkcí dle ordinace lékaře (Libová et al., 2019). Pokud tak nebylo učiněno v předešlé době, zajistíme PŽK. Zavedení invazivních vstupů jako je PMK, nebo nasogastrické sondy (NGS) se odvíjí od druhu operace. Dalším úkolem sestry je zajištění prevence tromboembolické nemoci (TEN) dle specifik operace (Janíková, Zeleníková, 2013). Posledním z výkonů je podání premedikace, která byla stanovena anesteziologem. Cílem premedikace je snížit úzkost a strach pacienta nebo snížení sekrece slin a žaludečních šťáv. Jedná se nejčastěji o analgetika, vagolitika (Slezáková et al., 2019). Po podání premedikace má pacient klidový režim na lůžku až do převozu a předání na sál (Janíková, Zeleníková, 2013). Období předoperační péče je ukončeno převozem převlečeného pacienta na sál, kam je

převezen v leže, na čistém lůžku, s sebou nemá žádné osobní věci a má zabandážované dolní končetiny. Pacienta zde sestra z oddělení předá anesteziologické sestře i s celým chorobopisem a důležitými informacemi o pacientovi (Schneiderová, 2014).

1.1.2 Pooperační péče

Období pooperační péče začíná odezněním anestezie a končí propuštěním do domácí péče (Libová et al., 2019). Rozsah pooperační péče a umístění pacienta na stanici je dán charakterem výkonu. Ve většině případů je průběh pooperační péče znám již před zákrokem, nebo v průběhu operace (Schneiderová, 2014). Pooperační péči dělíme na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče je zaměřená na monitoraci pacienta a předcházení pooperačních komplikací, následná péče se pak soustředí na rehabilitaci (Janíková, Zeleníková, 2013).

Po operaci je pacient převezen z operačního sálu extubovaný, při vědomí a je předán na pooperační pokoj, který bývá součástí operačního traktu. Zde probíhá intenzivní monitorace pacienta. V případě potřeby může být pacient předán na JIP nebo ARO (Slezáková et al., 2019). Lékař ordinuje frekvenci monitorace vitálních funkcí, polohu pacienta, medikaci, infuzní terapii a péči o rány (Janíková, et al. 2013). Na pooperačním pokoji zůstává pacient dle Libové et al. (2019) po dobu 2 hodin, u rozsáhlejších výkonů déle, indikaci k převozu pacienta na lůžkové oddělení dává anesteziolog. Období 2 hodin po operaci je nejrizikovější pro vznik pooperačních komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013).

Na standardním lůžkovém oddělení probíhá dále měření vitálních funkcí dle ordinace lékaře, drobné výkyvy hodnot jsou po operaci během této doby běžné (Slezáková et al., 2019). U pacienta sledujeme operační ránu, zaměřujeme se na prosakování krytí, odvádění a funkčnost drénů (Libová et al., 2019). Pokud krytí není prosáklé či porušené, převaz rány se provádí až v následujících dnech po operaci (Janíková, Zeleníková, 2013). U pacienta monitorujeme bolest a podáváme analgetika dle ordinace lékaře. U pacienta se v průběhu prvních 24 hodin může objevit také nauzea a zvracení následkem anestezie a medikace, v tom případě musíme dbát na prevenci aspirace a popřípadě podáme antiemetika (Schneiderová, 2014). V prvních hodinách je důležitá také péče o vyprázdnění močového měchýře, to by mělo proběhnout samovolně do 6 až 8 hodin po odeznění anestezie, pokud se tak nestane je

nutná jeho katetrizace (Slezáková et al., 2019). V případě, že se močení samovolně nedostaví, můžeme pomoci pacientovi například puštěním tekoucí vody stimulující vymočení (Schneiderová, 2014). Pečujeme také o odchod stolice a plynů. Zástava odchodu plynů se projevuje plynatostí, která může způsobit i intenzivní bolest. S obtížemi může pomoci zavedení rektální rourky (Slezáková et al., 2019). Samotná obnova peristaltiky závisí na typu a rozsahu operačního výkonu. Po obnově peristaltiky může u pacienta proběhnout postupná realimentace (Schneiderová, 2014). Pacient po přeložení na standardní lůžkové oddělení má klidový režim na lůžku. Sestra během prvních 24 hodin zajistí potřebné odběry a vede dokumentaci, pečuje o hygienu pacienta a sleduje příznaky pooperačních komplikací (Janíková, Zeleníková, 2013).

V průběhu dalších dní hospitalizace pacienta na standardním lůžkovém oddělení se sestra nadále věnuje monitoraci pacienta a prevenci komplikací, zajištění hygieny, podávání medikace, infuzní terapii, prevenci dehydratace a malnutrice (Janíková, Zeleníková, 2013). U pacienta je v tomto období důležitá včasná mobilizace a rehabilitace, která je prevencí vzniku TEN, dekubitů a plicních komplikací (Schneiderová, 2014). Již v předoperačním období je dobré realizovat nácvik dechových cvičení, obzvláště pak u ohrožených skupin (Slezáková et al., 2019). K dechovým cvičením řadíme nácvik správného dýchání, kontaktní dýchání, drenáže nebo například dynamická dechová cvičení, při kterých pacient využívá koordinovaných pohybů těla a dýchání. K dechovým cvičením je možné využít také inspirační a expirační dechové trenažery jako je například Threshold IMT, Triflo, Tri-ball nebo Acapella. Dechová cvičení by měla být v ideálním případě realizována fyzioterapeutem (Dosbaba et al., 2021). Sestra nadále pečuje o ránu a drény. Specifika následné pooperační péče se odvíjejí od povahy a rozsahu výkonu (Janíková et al. 2013). Před propuštěním sestra edukuje pacienta, popřípadě člověka v roli pečovatele o domácí péči a návštěvě praktického lékaře (Libová et al., 2019).

1.1.3 Role sestry na chirurgickém oddělení

Role sestry v historii prošly řadou změn, kdy se formovaly v prvopočátku charitativního a řádového ošetrovatelství, poté ve válečném období, a to až po dnešní profesionální ošetrovatelskou péči. Role sester mají v různých zemích obdobné znaky, přesto se však v některých oblastech odlišují. Samotný vývoj rolí je intenzivně ovlivňován politickými, socioekonomickými a kulturními faktory. Role můžeme rozdělit do oblasti ošetrovatelsko-pečovatelské, expresivní, výchovné, instrumentální, poradenství, podpory a výchovy ke zdraví a oblasti organizace a administrativy (Plevová et al., 2018). Ve starších zdrojích, jako například dle Staňkové (2002), jsou role sester definované jako sestra pečovatelka, sestra koordinátorka, sestra výzkumnice, sestra asistentka, sestra obhájkyň nemocného, sestra edukátorka nemocného a jeho rodiny. Velmi obdobným způsobem definovala role i Lemone et al. (2010). K původnímu popsání rolí dle Staňkové (2002) můžeme dále definovat sesterské role komunikátorky, poradkyně, rozhodovatelky, navrhovatelky, nositelky změn, manažerky a vůdkyně (Šulistová, Trešlová, 2012). V novější pojetí jsou hlavní role sestry podpora pacienta a rodiny ve fyzické a emocionální oblasti v době zotavování se z nemoci či zranění. Ostatní role včetně plánování ošetrovatelské péče, podávání medikace, řízení administrativy, role v oblasti diagnostiky, péče o rány, monitorace, edukace a mnoho dalších, jsou společné a koordinované v rámci multidisciplinárního týmu (Gillespie, 2021). Role sestry na chirurgickém oddělení vychází z rolí sester v interakci s chirurgickým oborem. Role lze rozdělit na autonomní, kooperativní, výzkumnou, rozvojovou, koordinační a řídicí. Do autonomní role řadíme podporu pacienta a jeho rodiny, plánování ošetrovatelské péče, sledování a hodnocení pacienta, vedení ošetrovatelské dokumentace a v neposlední řadě edukaci pacienta a rodiny o prevenci komplikací a ošetrovatelství (Janíková, Zeleníková, 2013). Edukace je zaměřena na přípravu pacienta na plánovaný výkon a efektivní pooperační rehabilitaci, na které je závislý celkový výsledek operace (Goodman, Cynthia, 2017). Kooperativní role sestry popisuje její efektivní spolupráci v multidisciplinárním týmu. S kooperativní rolí souvisí role koordinační a řídicí, kdy sestra je moderátorem ošetrovatelské péče či koordinuje skupinu poskytující péči pacientovi. Poslední je role výzkumná a rozvojová (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2 Role sestry edukátorky

V předchozí kapitole si můžeme povšimnout opakujícího se prvku edukace pacienta v období hospitalizace na chirurgickém oddělení nebo zastoupení v rolích sestry. Samotný obor ošetrovatelství se dynamicky vyvíjí a v moderním pojetí je na sestru kladen čím dál tím větší nárok v oblasti vědomostí, dovedností, a to včetně edukace (Krátká, 2016). Edukace i její praktická aplikace je součástí osnov vzdělávání v oboru ošetrovatelství (Tomová, 2017). Samotná edukační činnost je i součástí definice náplně práce všeobecné sestry a jednoho z cílů, které jsou uvedeny v nejnovější koncepci ošetrovatelství Ministerstva zdravotnictví České republiky (Strnadová et al., 2021). V knize Šulistové a Trešlové (2012) se můžeme setkat také s definicí rolí sestry edukátorky v edukačním procesu, které jsou popsány jako komunikátorka, poradkyně, učitelka, advokátka, navrhovatelka, organizátorka, hodnotitelka, zprostředkovatelka, průvodkyně a konzultantka (Šulistová, Trešlová, 2012). V některých nemocnicích se můžeme setkat i s edukační sestrou, jejíž náplní práce je hlavně edukace. Ve Fakultní nemocnici Olomouc edukační sestry například vytvářejí různé edukační materiály, edukují hospitalizované i ambulantní pacienty nebo vedou semináře (Drobiličová, 2015). Vyjma rolí sester došlo také k transformaci role pacienta. Pacient přestal být pasivním příjemcem ošetrovatelské péče, jež se řídí rozkazy autorit (zdravotníka), ale stal se aktivní součástí procesu, kdy při dobré informovanosti a orientaci může přebrat část odpovědnosti (Svěráková, 2012). Vzhledem k rizikovým faktorům pochybení zdravotníka může právě aktivní zapojení pacienta do ošetrovatelské péče zvýšit její bezpečnost (Brabcová et al., 2014).

1.2.1 Základní pojmy edukace

K hlubšímu studování problematiky edukace na chirurgickém oddělení je důležité definovat základní pojmy vtahující se k edukaci a popsat jejich význam a vztahy.

Edukace

Z obecného hlediska můžeme pojem edukace vnímat jako období jakéhokoliv procesu záměrného nebo bezděčného učení (Průcha, Veteška, 2014). Podrobněji můžeme edukaci popsat jako proces výchovy a vzdělávání, při kterém jedinec roste ve všech svých osobnostních aspektech, získává nové dovednosti, hodnoty a postoje, přičemž jejich nabytí

vede k pozitivní změně chování (Krátká, 2016). Edukaci můžeme popsat jako „*proces soustavného ovlivňování chování jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích návycích a dovednostech*“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Vztáhneme-li edukaci do ošetrovatelské praxe, tak právě ona umožňuje pacientovi, klientovi nebo jejich blízké osobě v roli pečovatele, aktivně se podílet na péči o zdraví a upevňuje ideální partnerský vztah mezi poskytovatelem péče a pacientem (Krátká, 2016). Edukace pacientů v ošetrovatelské profesi zasahuje do všech oblastí prevence (Dušová et al., 2019). Pro prostředí lůžkové a ambulantní péče je typická edukace v oblasti sekundární prevence, tedy oblast podpory efektivní léčby a předcházení komplikací. Efektivní učení a výchova pacientů zvyšuje jejich aktivní přístup k léčbě, zefektivňuje dodržování léčebného režimu a můžeme předpokládat dřívější propuštění pacienta do domácí péče (Svěráková, 2012).

Edukaci můžeme rozdělit na základní, komplexní a reedukační. Základní rozumíme takovou edukaci, kdy obsah edukace je pro příjemce nový, tedy nové vědomosti, dovednosti, návyky, postoje (Dušová et al., 2019). Reedukační edukace navazuje na vědomosti a dovednosti již předtím získané, které dále prohlubujeme. Komplexní edukací pacient získává ucelené informace o onemocnění a prevenci a léčbě (Tomová, 2017).

Edukant

Edukant je odborné označení pro učícího se jedince, tedy žáka. Edukantem může být kdokoliv komu je směřována edukace. V oblasti ošetrovatelské profese to může být zdravý nebo nemocný pacient, klient nebo například student vykonávající odbornou praxi, ale i jiný člen zdravotnického týmu v rámci celoživotního vzdělávání (Krátká, 2016). Edukant je charakteristický svým věkem, pohlavím, zdravotní stavem, dosaženým vzděláním i schopností učení se. Edukanta charakterizují jeho potřeby, motivace, postoje a hodnoty, je součástí skupin, ve kterých zastává role, je součástí sociálního a kulturního prostředí a má své spirituální smýšlení (Šulistová, Trešlová, 2012). Všechny tyto vlastnosti mohou ovlivnit edukaci pozitivním nebo negativním směrem. Důležitým faktorem je motivace edukanta k edukaci. Je důležité identifikovat bariéry ze strany edukanta, které by edukaci bránily ještě před začátkem realizace. Bariérou může být například bolest, porucha myšlení, jazyková nedostatečnost a jiné (Tomová, 2017). Každý pacient chce být informován natolik a takovým

způsobem, aby byl schopný informace v daném okamžiku zpracovat. Obecně platí, že je pacient hůře informovaný, než sestra předpokládá (Dušová et al., 2019).

Edukátor

Edukátor je označení osoby, která edukaci provádí. Tím může být pedagog, vychovatel, rodič a ve vztahu ke zdravotnictví například sestra (Tomová, 2017). Edukátor by měl být tolerantní, trpělivý, důsledný, velmi schopný v oblasti verbální i neverbální komunikace, disponovat odbornými teoretickými a praktickými znalostmi a dovednostmi nejen z oblasti ošetrovatelství, ale také například z etiky a psychologie. Měl by být ochoten pomoci edukantovi a projevovat o něj zájem (Krátká, 2016). Edukátor jakožto osoba plánující a vedoucí edukaci může edukaci podpořit, ale i do značné míry brzdit. Bariérou ze strany edukátora může být je nekvalifikovanost, jazyková nevybavenost a nevhodnost například v podobě velkého množství odborných výrazů. Edukátor by měl být schopný samotného plánování edukace, která by měla být dobře připravená a realizovaná (Tomová, 2017).

Edukační proces

Obecně chápeme edukační proces jako děj, při kterém jedinec nebo jedinci získávají přímým nebo nepřímým působením jiného jedince (ten děj řídí - vyučuje) nové vědomosti, dovednosti, postoje a hodnoty (Průcha, Veteška, 2014). Edukační proces ve vztahu k ošetrovatelské profesi můžeme popsat jako systematickou formu předání specifických informací příjemci, kterým je pacient nebo osoba blízká (Krátká, 2016). Edukační proces je tvořen a ovlivňován edukačními činiteli a to, edukantem, edukátorem a jejich vlastnostmi, edukačními konstrukty, prostředky a edukačním prostředím (Tomová, 2017). Stejně jako ošetrovatelský proces i edukační proces má svoji dokumentaci, ta v ideálním případě probíhá ve všech fázích procesu (Šulistová, Trešlová, 2012).

Celý edukační proces z pohledu sestry můžeme rozdělit do pěti fází. Na začátku procesu probíhá fáze posuzování, zhodnocení. V této fázi sbíráme informace o pacientovi nebo klientovi. Soustředíme se na otázky, kdo bude edukovat, koho budeme edukovat, proč bude edukace probíhat, jak bude probíhat a kdy a kde (Tomová, 2017). To můžeme získat rozhovorem, pozorováním nebo ze zdravotní dokumentace (Dušová et al., 2019). Soustředíme se na informace ovlivňující edukaci ze strany edukanta. Na základě toho

můžeme vyhodnotit deficit vědomostí v určité oblasti a ten uvést do dokumentace (Krátká, 2016).

Ve druhé fázi identifikujeme problém a stanovíme edukační diagnózu. Jde o identifikaci specifického deficitu vědomostí, zručností nebo i nedostatečnou motivaci (Tomová, 2017). Diagnóza má svou specifickou formulaci a stejně jako v ošetřovatelské diagnostice je orientována na podporu zdraví, riziko nebo již vzniklý problém. Diagnózy mohou být například zaměřeny na neuspokojení potřeby poznání (nedostatek znalostí) nebo na nedostatek informací, které přímo souvisí s jinou ošetřovatelskou diagnózou (Dušová et al., 2019).

Dle Tomové (2017) ve třetí fázi ošetřovatelského procesu dochází k plánování. V tuto dobu definujeme cíle edukace z oblastí kognitivních, afektivních a psychomotorických, naplňujeme edukační strategii. Dle Šulistové a Trešlové (2012) je celé plánování edukační činnosti obsaženo v druhé fázi edukačního procesu.

Po plánování přichází na řadu realizace edukačního procesu. V této fázi probíhá seznamování učení a upevňování nových dovedností a informací (Dušová et al., 2019). Edukátor v rámci svých kompetencí předává informace pacientovi o chodu zařízení, onemocnění, možné prevenci, životosprávě, předává pacientovi edukační materiály a poskytuje pacientovi návody, rady či doporučení. Nezastupitelnou roli v průběhu realizace edukace hraje motivace edukanta k získávání nových informací. Motivace může být stimulační, ale i negativní. Motivace je ovlivněna potřebami edukanta a edukátora i vnějšími podmínky (Tomová, 2017).

Poslední fází edukačního procesu je pak vyhodnocení. Během vyhodnocení popíšeme, zdali bylo dosaženo našich cílů. Vyhodnocení provádí edukátor i edukant, můžeme k tomu využít například metodu reflexe a zpětné vazby (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukační konstrukty a prostředky

Edukační konstrukty jsou všechny materiální i nemateriální prostředky určené k edukaci, které ovlivňují edukační proces a realitu. Mohou to být například standardy, edukační plány, legislativa či edukační pomůcky (Krátká, 2016). Tomová (2017) vyjma konstruktů zvlášť

definuje ještě edukační prostředky, kam zařazuje edukační materiály, edukační formy a metody (Tomová, 2017). Edukační materiály můžeme obecně rozdělit na textové (učebnice, letáky, brožury), vizuální (obrazy, fotografie), auditivní (zvukové nahrávky), audiovizuální (výukový film) nebo počítačové (interaktivní učební aplikace a programy) (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí

Edukační prostředí je místo, kde probíhá edukační proces a je dáno vnějšími a vnitřními podmínkami. Vnějšími podmínkami rozumíme okolí edukanta, jež je charakterizováno ekonomickými, sociokulturními, demografickými a etnickými vlivy (Šulistová, Trešlová, 2012). Vnitřní podmínky můžeme rozdělit na fyzikální a psychosociální. Fyzikální jsou podmínky tvořené charakteristikou prostoru, jako je osvětlení, provzdušnění a jiné. Psychosociální podmínky můžeme rozdělit na statické, tedy trvalé vztahy mezi edukantem a edukátorem, a proměnlivé krátkodobé vlivy, jež působí na obsah a charakter edukace, ty lze nazvat učební atmosférou (Tomová, 2017). Edukační prostředí ambulance, jednotky intenzivní péče a domácí péče se bude tedy značně odlišovat (Krátká, 2016).

1.2.2 Formy a metody edukace

Edukační formy a metody nám popisují cestu a způsob jakým si edukant osvojuje nové vědomosti, dovednosti, postoje a hodnoty (Krátká, 2016).

Formy edukace

Edukační formy popisují uspořádání a organizaci edukace (Vališová, Kovaříková, 2021). V obecné rovině můžeme rozdělit formy na autoedukaci, tedy sebevzdělání, a na heteroedukaci, při kterém dochází k učení prostřednictvím edukátora (Tomová, 2017). V rámci edukace zprostředkované edukátorem rozlišujeme tři základní formy, a to individuální, skupinovou, hromadnou formu. Individuální forma edukace je zaměřená na jednoho edukanta a jeho specifické potřeby. Jedná se o nejčastější formu edukace v ošetrovatelství (Juřeníková, 2010). Tato forma je založena na úzké komunikaci a spolupráci edukanta s edukátorem. Výhodou je vysoká efektivnost a lepší aktivizace edukanta, nevýhodou může být časová a finanční náročnost (Tomová, 2017). Skupinová forma je

určena většímu počtu edukantů, můžeme se s ní setkat jak v oblasti preventivní péče, v rehabilitačních zařízeních, tak v podpůrných skupinách. Ideální velikost skupiny čítá tři až pět edukantů (Juřeníková, 2010). Skupiny mohou být vytvořeny formálně na základě určité podobnosti, například onemocněním, není to však podmínkou (Tomová, 2017). V souvislosti se skupinovou formou edukace se můžeme setkat také s označením kooperativní vedení edukace, u té je centrem výuky spolupráce mezi edukanty, stejně tak i mezi edukanty a edukátorem (Šulistová, Trešlová, 2012). Hromadná forma edukace na rozdíl od té skupinové se zaměřuje na větší množství edukantů (Krátká, 2016). V dominantní roli je edukátor, komunikace z jeho strany je do značné míry jednostranná a spolupráce mezi edukanty je omezená (Šulistová, Trešlová, 2012). Krátká (2016) uvádí jako příklad hromadné edukace učení formou tisku nebo televize. Šulistová a Trešlová (2012) popisují hromadnou edukaci například jako frontální přednášku.

Edukační metody

Edukační metody můžeme definovat jako „*cílený a záměrný postup, kterým edukátor reguluje učení edukantů při vyučování*“ (Šulistová, Trešlová, 2012, s. 72). Můžeme je také chápat jako koordinovaný způsob dosažení edukačních cílů, způsobů, teorií a hledisek, jakými můžeme dělit edukační metody, je nespočet (Špatenková, Smékalová, 2015). My dále budeme pracovat s rozdělením na klasické, kam řadíme metody slovní, názorně demonstrační a dovednostně-praktické, a dále na aktivizační a komplexní metody (Šulistová, Trešlová, 2012).

Mezi metody slovní řadíme mluvené, tištěné a psané metody. Slovní metodou je například monologické vyprávění, vysvětlování, popis, přednáška, dialog, práce s brožurou či letákem (Tomová, 2017). Práce s textem je nejběžnější metodou ve zdravotnictví, mnohdy však dochází k pouhému předání materiálu a zdravotník pokládá edukaci za hotovou. Tištěný materiál by měl být vždy doplněn jinou metodou, například rozhovorem (Juřeníková, 2010). Metody názorně demonstrační působí na smyslové pochopení učiva, tyto metody je vždy třeba vnímat v provázání s metodami slovními a praktickými. Řadíme mezi ně například pozorování a předvádění. Metody praktické pak posilují aktivitu edukantů. Příkladem je napodobování, manipulace či vlastní tvorba (Šulistová, Trešlová, 2012).

Aktivizační metody jsou založeny na principu vlastní učební aktivity edukantů, u nichž je důležité jejich vlastní uvažování. Řadíme sem diskusi, brainstorming, metody řešení problému, nebo například metodu hry či inscenace. Jako poslední uvedeme komplexní výukové metody, kam můžeme zařadit například zkušenostní učení, projektovou výuku nebo učení dramatem (Šulistová, Trešlová, 2012).

1.2.3 Komunikace v edukačním procesu

V péči o pacienta je komunikace velmi důležitá, nezáleží totiž pouze na tom, jaký obsah sestra pacientovi předá, ale také jakým způsobem tak učiní (Dušová et al., 2019). Komunikaci lze definovat jako sdělování významů mezi jedinci pomocí verbální komunikace (využitím slov a symbolů) a neverbální komunikace, tedy nejazykovými metody, jako jsou například gesta, postoje či mimika (Průcha, 2014). Dobré komunikační vědomosti a dovednosti jsou jedním ze základních předpokladů efektivní edukace ve zdravotnictví (Krátká, 2016). Komunikaci můžeme rozdělit na přímou, kdy je edukant a edukátor v bezprostředním kontaktu, a nepřímou, kdy komunikace probíhá například metodou tištěného slova v brožuře (Vališová, Kovaříková, 2021). Efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem je založena na empatickém přístupu a na schopnosti vyjádření zájmu o druhé. Základem je také naše zapojení do interakce, pozitivní náhled na komunikaci a naše bezprostřednost, jejíž malá míra může signalizovat náš odstup od pacienta (Šulistová, Trešlová, 2012). Měli bychom využívat otevřených otázek, všimnout si verbálních i neverbálních projevů i poskytnout prostor k mlčení. Měli bychom se vyhnout zastrašování, aroganci a významnému poučování (Dušová et al., 2019).

Do verbální komunikace řadíme komunikaci pomocí jazyka, znaků nebo symbolů. Sestra edukátorka by měla být velmi zdatná v oblasti verbální komunikace, jelikož se jedná o jeden z jejích nástrojů profesionální práce (Zacharová, 2016). Verbální komunikace mezi edukátorem (sestrou) a edukantem (pacientem) by měla být výstižná, jednoduchá, správně načasovaná a přizpůsobená individuálním schopnostem a vědomostem komunikujících. Vždy bychom si měli uvědomovat téma komunikace, měli bychom mít na paměti, s kým mluvíme a jaké jsou naše prostorové a časové podmínky (Juřeníková, 2010). Při verbální komunikaci bychom si měli dát pozor na záměnu dialogu s monologem, k vedení dialogu je

potřeba kázeň, neměli bychom se snažit mít za každou cenu poslední slovo. Měli bychom se snažit držet tématu a druhému porozumět (Vališová, Kovaříková, 2021).

Neverbální komunikace je za pomoci našeho těla, bez využití slov. Stejně jako komunikace verbální podává informace o vzájemném vztahu, naší náladě, pocitech a postoji. V ošetrovatelství je tento typ komunikace velmi důležitý a sestra by měla být schopná pracovat se svými neverbálními projevy, a zároveň umět porozumět komunikaci ze strany pacienta (Zacharová, 2016). Do neverbální komunikace řadíme proxemiku (prostorová vzdálenost), haptiku (doteky), mimiku, gestikulaci, posturologii (postoj a držení těla) a řeč očí (pohled, frekvence mrkání, postavení obočí) (Vališová, Kovaříková, 2021). Všechny tyto oblasti neverbální komunikace mohou sestře mnohé říct, ale také o ní mnohé prozradit (Zacharová, 2016). Doporučit v oblasti neverbální edukace lze například vzdálenost od pacienta při vedení individuální komunikace na 30 až 120 centimetrů, kdy se nacházíme v jeho osobní zóně. Oči bychom při komunikaci s pacientem měli mít ve stejné vertikální úrovni. Dobré je také prostorové postavení sestry a pacienta do pravého úhlu. V tomto postavení má pacient možnost přímého pohledu z očí do očí, ale i možnost vyhnutí se zrakovému kontaktu. Dále také například podání ruky pacientovi by měla být běžná součást kontaktu mezi sestrou a pacientem, dovolí-li to jeho zdravotní stav (Juřeníková, 2010).

1.3 Edukace v předoperačním a pooperačním období na chirurgickém oddělení

Jedna z rolí sestry na chirurgickém oddělení je edukace a podpora pacienta a jeho rodiny (Janíková, Zeleníková, 2013). V chirurgii existuje vztah mezi nenabytím očekávaných znalostí ze strany pacienta a výskytem pooperačních komplikací, z čehož plyne, že edukace pacienta má vliv na zotavení po operaci (Koivisto et al., 2020). Oblasti edukace se budou lišit pacient od pacienta vzhledem k jednotlivým druhům operací, diagnóz a pooperačních následků. Vyjma poučení ohledně operačních rizik a jejich prevence, by měl pacient také dostat informace o průběhu předoperačního období a o předoperační přípravě, stejně tak jako o tom, co se bude dít po operaci. Většina edukace pacienta by měla proběhnout v předoperační době, jelikož po operaci se u pacienta mohou vyskytovat mnohé edukační bariéry, jako je například bolest (Lemone et al., 2010). Předoperační edukace pacienta je také součástí mezinárodních doporučení v rámci Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), které se snaží o snížení stresu pacienta, podporu a navrácení přirozených funkcí, a hlavně

urychlení zotavení po operaci (Mendes, Ferrito, 2021). Pokud edukace proběhne ve správnou dobu a vhodnou formou pomůže k hladkému průběhu hospitalizace a umožní tím zvýšení kvality péče (Jedličková, Hodanová, 2013). Dobře informovaný pacient, se může lépe zapojit do procesu ošetrovatelské péče a je motivován k tomu dodržovat léčebný a ošetrovatelský plán (Gillis et al., 2017). K edukaci je možné využít různé edukační prostředky, přičemž by měly být přizpůsobené pacientovo specifickým potřebám (Goodman, Cynthia, 2017).

Jelikož se tato práce nevěnuje edukaci u specifikované skupiny pacientů, v následujících dvou kapitolách budou popsány příklady oblastí edukace, které jsou téměř pro všechny chirurgické pacienty společné.

1.3.1 Oblasti edukace v předoperačním období na chirurgickém oddělení

V rámci všeobecné přípravy pacienta před operací jej sestra provede po lůžkovém oddělení, poučí ho o převlečení, přezutí a uložení osobních věcí. Mělo by proběhnout také seznámení s chodem oddělení. V této době je vhodné, aby sestra vysvětlila pacientovi všechny specifické náležitosti celkové i místní předoperační přípravy a nastínila budoucí průběh předoperačního období. (Schneiderová, 2014). Vyjma oblastí přímo spojených s obdobím na lůžkové stanici, je dobré pacienta seznámit s budoucími událostmi na operačním sále (Goodman, Cynthia, 2017). Vnímáný nedostatek informací v předoperačním období u pacienta zvyšuje míru stresu z nadcházející operace (Gillis et al., 2017).

Výživa a hydratace

Sestra poučí pacienta o dodržení diety. Dietou se rozumí lačnění 6 až 8 hodin před výkonem, přesná doba lačnění je ovlivněna věkem, typem operace a zdravotním stavem pacienta. Přijímání čirých tekutin per os, by mělo být ukončeno 2 hodiny před operací, popřípadě je možné zapít premedikace malým množstvím vody, do 30 ml. V případě odložení operace je nutné individuálně zvážit stav pacienta a zabránit dehydrataci. Cílem diety a omezení příjmu tekutin je snaha snížení rizika aspirace a regurgitace žaludečního obsahu (Slezáková et al., 2019). Je důležité připomenout pacientovi, že po dobu 6 hodin před zákrokem nesmí ani kouřit (Schneiderová, 2014). V knize Ferko et al. (2015) je zkrácena doba lačnění pacienta, který nepodstupuje výkon na střevě, na 4 až 6 hodin. Sestra se v tomto ohledu řídí ordinací lékaře. V doporučených postupech ERAS od Gustafsson et al. (2018) je lačnění omezeno na

6 hodin i u kolorektálních výkonů. Doporučuje se také nastavení diety u pacienta i v rámci dlouhodobé přípravy například v oblasti redukce tukové hmoty nebo zlepšení výživy u pacientů s malnutricí (Slezáková et al., 2019).

Hygienická péče

Sestra edukuje pacienta o správném provedení hygienické péče. Hygienickou přípravu provede pacient sám nebo s dopomocí sestry dle jeho úrovně soběstačnosti. Hygienická péče se skládá z celkové očisty včetně vlasů, větší pozornost pak věnujeme dezinfekci pupku, odlakování nehtů a odlíčení obličeje (Slezáková et al., 2019). Po provedení celkové hygieny by si měl pacient se sestrou zkontrolovat provedení hygieny v oblastech pod prsy, kožních záhybů, kde by se mohly vyskytovat mykotické infekce a nečistoty. Důkladnou hygienu provedeme v místě operačního pole (Schneiderová, 2014). K hygieně místa operačního zákroku může být využito klasické mýdlo, nebo mýdlo s antiseptickou složkou (např. chlorhexidine), přičemž rozdíl v účinnosti v rámci prevence infekce operační rány je nevýznamný. U mýdel s antiseptickou složkou je třeba brát na zřetel riziko nežádoucích alergických reakcí (Solomkin et al, 2018). Dezinfekce operačního pole probíhá na operačním sále, dezinfekci provádí operační tým. U nehtů kontroluje krátké zastřížení a řádné odlakování (Schneiderová, 2014).

Holení

Každé operační pole musí být před operací oholeno. Oholení provádí dobře poučený pacient nebo sestra. Rozsah oholení se řídí pokyny operátora. Samotné holení by mělo proběhnout bezprostředně před operací, jelikož předčasné oholení například večer před výkonem může zvýšit riziko infekce (Schneiderová, 2014). V místě operačního pole by se neměla vyskytovat žádné infekční ložisko, to může být například ve formě folikulitidy, která může vzniknout následkem holení. K holení lze využít jednorázové holítko, epilační krém či elektrický strojek (Janíková, Zeleníková, 2013). Obecně se preferuje oholení na sucho (Ferko et al., 2015).

Příprava střev

Vyprázdnění střeva se vždy řídí pokyny chirurga (Slezáková et al., 2019). Jedná se specifickou oblast přípravy. Sestra poučí pacienta o nutnosti přípravy, vysvětlí mu postup. Příprava střev před břišní operací může proběhnout formou očistného klysmatu, nebo ortográdní formou, kdy pacient popíjí vyprazdňovací roztok. U perorálního roztoku je velmi důležité řádně informovat pacienta o způsobu provedení a časovém horizontu vypití daného vyprazdňovacího roztoku. Je potřeba zvážit, zdali je pacient schopný přijmou zvýšené množství tekutin, u přípravku Fortrans například 3 až 4 litry během 3 až 4 hodin (Janíková, Zeleníková, 2013). V dnešní době se již opustilo rutinní vyprázdnění před každou operací, to aktuálně zůstává stěžejní hlavně u výkonů v oblasti rekta a některých břišních výkonů, z důvodu rizika infekce a kontaminace (Gustafsson et al., 2018).

Prevence tromboembolické nemoci (TEN)

Sestra před operací informuje pacienta o důvodu prevence TEN. Naučí pacienta navléknout elastické punčochy, popřípadě provedeme bandáž elastickými obinadly (Janíková, Zeleníková, 2013). Kompresivní bandáž napomáhá k žilnímu návratu, zlepšuje cirkulaci krve (Švestková, 2013). V rámci včasného odhalení můžeme pacienta edukovat o příznacích flebotrombózy, jako je například otok, bolest dolní končetiny s omezenou hybností nebo napjatá bledá kůže na končetině (Slezáková et al., 2019). K prevenci patří také podávání nízkomolekulárního heparinu, a to až do úplné mobilizace pacienta (Ferko, et al., 2015). Nízkomolekulární heparin se podává ve formě subkutánní injekce, nejčastěji do oblasti břicha, paže nebo stehna (Vytejčková et al., 2015).

Psychická příprava pacienta

Psychická příprava pacienta cílí na minimalizaci pacientova strachu, stresu a úzkosti související s nadcházející operací. Doba kdy se dostaví u pacienta nejvyšší míra úzkosti a strachu se bude značně lišit, ale u některých to může být právě v bezprostřední době před výkonem. V této oblasti se můžeme setkat také s anticipační úzkostí, která může být podmíněna například možnou změnou tělesného obrazu pacienta po operaci (Goodman, Cynthia, 2017). Je potřeba aby pacient měl možnost vyjádřit své obavy, aby rozuměl jednotlivým krokům předoperační přípravy a věděl o věcech, jež se budou dít po operaci

(Radford et al, 2016). Sestra by měla pacientovi naslouchat, poskytovat mu informace dle jeho přání a potřeb, respektovat to, že si pacient nepřeje být informován. Vhodné je nechat pacienta popsat jeho strach či úzkost a pocity pacienta nebagatelizovat (Goodman, Cynthia, 2017).

1.3.2 Oblasti edukace v pooperačním období na chirurgickém oddělení

Management bolesti

Sestra může edukovat pacienta o existenci a možnostech zvládnání bolesti, v období před i po operaci (Khorfan et al., 2020). Pooperační bolest je zcela běžná a neodmyslitelně spjatá s operačním výkonem a s prvními pooperačními dny, její dlouhodobé přetrvávání může být jedním z projevů komplikací. Hodnocení intenzity bolesti provádí sestra verbální cestou, nejčastěji pomocí stupnice vizuální analogové škály (VAS), či dle neverbálních projevů bolesti. V rámci úlevy od bolesti sestra podává pacientovi neopiátová i opiátová analgetika dle ordinace lékaře a na základě hodnocení bolesti pacienta (Slezáková et al., 2019). Nefarmakologickou cestou lze pacientovi ulevit od bolesti například polohováním a klidovým režimem, to však v prvních pooperačních dnech pouze doplňuje účinek podaných analgetik (Málek, 2022). Užívání opiátů po operaci může mít nežádoucí účinky jako je ospalost, nauzea, zácpa či útlum dechového centra (Nejedlá, 2015). Neefektivní terapie bolesti může způsobit pooperační komplikace, psychické následky a prodloužit dobu hospitalizace. Operace v dutině břišní pak patří mezi jedny z nejvíce bolestivých (Málek, 2022). Dle Khorfan et al. (2020) předoperační a pooperační edukace pacienta o zvládnání bolesti po operaci snížila průměrné množství užitých opiátů pacientem v rámci zachování efektivního tlumení bolesti.

Mobilizace

Pooperační mobilizace je jeden ze základních bodů prevence vzniku TEN a vzniku plicních komplikací. Při začátku mobilizace se obvykle sundává kompresivní bandáž, u rizikových pacientů zůstává déle (Gustafsson et al., 2018). Před operací je vhodné u pacientů nacvičit dýchání a základy dechové gymnastiky pro pooperační období. Je vhodné pacienta dopředu edukovat o způsobu vstávání z lůžka po operaci (Slezáková et al., 2019). Po návratu z operačního sálu je pacient v poloze charakterizované výkonem, nejčastěji na zádech s mírně

vyzdvihnutou horní částí těla. Pacient by měl být dobře seznámen se všemi ránami a drény z důvodu předcházení jejich poškození. Pokud pacient není indikován ke vstávání z lůžka, může jej sestra edukovat o aktivním cvičení v lůžku například dolních končetin. Specifickou oblastí ošetřovatelství ve všeobecné chirurgii je pak vstávání z lůžka a mobilizace po břišních operacích, ta je zaměřena na prevenci dehiscence rány (Vytejšková et al., 2013). Pacient po břišní operaci vstává z lůžka přes bok operované strany. Při pohybu, kašlání, kýchání a smíchu si rukou přidržuje operační ránu (Dobšaba et al., 2021). Pokud pacient sedí s nohama svěřenýma z lůžka, je důležitý kontakt plosek nohou se zemí, popřípadě stoličkou. Pacient také méně využívá nohu na straně operační rány při vstávání a usedání z lůžka či toalety. Sestra by měla důkladně edukovat pacienta o prevenci pádu (Vytejšková et al., 2013).

Hydratace a výživa

Hydratace pacienta je jednou z oblastí, která nás bude zajímat již v den operace. V době, kdy je pacient již plně při vědomí a nevyskytuje se u něj zvracení ani nauzea, může začít s pomalým perorálním příjmem tekutin, pokud k tomu není kontraindikován (Gustafsson et al., 2018). V den 0, tedy v den operace, je běžné podávání čaje po lžičkách. U pacienta je také důležitá hygiena dutiny ústní, kdy může dojít k osychání jazyka či ke dráždění v souvislosti se zvracením. Sestra by měla pacienta edukovat o ústní hygieně a výplachu úst několikrát denně (Slezáková et al., 2019). U pacientů po operaci můžeme sledovat také parézu střev, ta by měla samovolně odeznít do 48 až 72 hodin po operaci. V pooperačním období se pacient setká také se stravou upravenou na míru jeho druhu operačního zákroku. Sestra by měla pacienta motivovat k dostatečné nutrici, popřípadě mu zajistit nutriční doplňky (Janíková et al., 2013). Rizikem malnutrice u pacienta může být například komplikované hojení operační rány nebo zvýšení rizika dehiscence rány a infekce. V období před a po operaci je zcela zásadní dostatečný přísun bílkovin (Kasper, 2015). Dostatečný přísun vlákniny napomáhá v kombinaci s pitným režimem prevenci zácpy (Radford et al., 2016). Pacient by se měl vyhýbat stresu (zhoršuje střevní motilitu a funkci). Dobré nutrici napomáhá také mobilizace, která stimuluje syntézu bílkovin a motilitu střeva (Wobith, 2021).

Prevence komplikací v místě operačního výkonu

Operační rána bez známek infekce by měla být kryta suchým a čistým krytím, a to bezprostředně po výkonu do minimálně 2. až 3. pooperačního dne (Slezáková et al., 2019). Obecně se doporučuje ránu začít časně sprchovat vlažnou vodou, poté důkladně osušit. Stehy se vyndávají 7. až 10. den po operaci, záleží na lokalitě rány (Sinha, 2019). Koivisto et al. (2019) dává do souvislosti edukaci pacienta a vznik komplikací v místě operační rány. Komplikací může být infekce, dehiscence nebo krvácení (Schneiderová, 2014). Mezi projevy infekce patří bolest, zarudnutí, otok, prohrátí tkáně nebo hnisavý výtok. Celkovými projevy pak mohou být horečka, opocení, schvácenost, dehydratace i malátnost (Ferko et al., 2015). Prevencí infekce rány je dodržování aseptických postupů a prevence kontaminace rány například stolicí (Slezáková et al., 2019). Pro dehiscenci rány je nejvíce rizikovým první týden po operaci (Janíková et al., 2013). Může vzniknout následkem zvýšeného nitrobrišního tlaku (například dráždivým kašlem, kýchání a zvracením). Větší riziko pro dehiscenci rány je u obézních a kachektických pacientů (Schneiderová, 2014). Dehiscence je často spojena s nevhodnou mobilizací (Slezáková, 2019).

Péče o jizvu

Vznik jizvy má negativní dopad na pacienta a jeho kvalitu života. V místě jizvy se může objevit bolest, svědění, kontraktury či omezení funkce. Jizva může být nevzhledná, i se změnou pigmentace (Deflorin et al., 2020). Po vyjmutí stehů z rány nebo jejich vstřebání, zůstává jizva nekrytá, nebo lze využít náplastí určených ke krytí jizev, které snižují pnutí v místě jizvy. Je důležité si uvědomit, že pevnost tahu přes místo jizvy je 1. týden po operaci pouze minimální, téměř původní síly dosáhne jizva až po 3 měsících po operaci (Son, Harijan, 2014). Sestra tedy edukuje pacienta v oblasti péče o jizvu po dobu hospitalizace a v domácím prostředí. Doporučuje se jizvu udržovat v čistotě, v suchu, nedráždit místo jodovou či alkoholovou dezinfekcí, nestrhávat strupy a jizvu neškrábat, nenosit těsné a dráždivé oblečení. Jizvu je nutné chránit před slunečním zářením a chladem, nedoporučuje se navštěvovat solária a sauny. Je dobré omezit sportovní aktivity, při nichž dochází k pnutí v místě jizvy nejméně na dobu 6 týdnů. Vhodné je 2 – 4 týdny vynechat koupání ve vaně, vhodná mýdla jsou jemná, bez parfumace. Doporučuje se jizvu mazat, pacient může využít silikonové gely na jizvy, nebo například měsíčkovou mast či borovou mast. Na trhu jsou

dostupné i speciální masti na jizvu jako je Cotractubex gel. Sestra edukuje pacienta o provádění tlakových masáží jizvy, které mohou snížit její tloušťku, velikost i bolestivost. Nejvhodnější je provádět masáže 1 až 2 týdny po operaci, kdy se jizva alespoň 3krát denně na 10 minut stlačí až ke spodině (Janíková et al., 2013).

Psychická podpora pacienta po operaci a návazná péče

Jedna z intervencí sestry v pooperačním období je citlivá komunikace s pacientem a rodinou. Pacienti mohou pociťovat strach z nutnosti změnit svůj dosavadní styl života, stejně tak z narušeného obrazu svého těla či následků onemocnění, které mohou způsobit nutnou změnu dosavadních společenských rolí (Zacharová, 2017). Pacient by měl být po operaci dobře informován o průběhu pooperačního období, měl by mít možnost vyjádřit své obavy a vědět, na koho se může v době hospitalizace a po propuštění obrátit (Radford et al, 2016). Pooperační prožívání například ztráty končetiny bude velmi odlišné, proto bychom měli k pacientům přistupovat individuálně (Janíková et al., 2013). Pro pacienty existují nejrůznější podpůrné organizace jako například ALEN – neziskové sdružení žen postižených rakovinou prsu nebo České ILCO, z.s. pro pacienty se stomií (Seznam patientských organizací, 2023). Po propuštění z chirurgického oddělení může být pacient navštěvován v domácím prostředí agenturou domácí péče na základě poukazu od ošetřujícího lékaře z nemocnice nebo svého praktického lékaře. Agentura domácí péče poskytuje dlouhodobou, následnou a paliativní nelékařskou zdravotní péči, může se jednat například o péči o rány, drény nebo rehabilitaci (Strnadová et al., 2020).

2 Cíl a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

- 1.Zjistit jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienty v rámci předoperačního období.
- 2.Zjistit jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienty v rámci pooperačního období.
- 3.Zmapovat edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s předoperačním obdobím na chirurgickém oddělení.
- 4.Zmapovat edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s pooperačním obdobím na chirurgickém oddělení.

2.2 Výzkumné otázky práce

- 1.Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci předoperačního období?
- 2.Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci pooperačního období?
- 3.Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s předoperačním obdobím na chirurgickém oddělení?
- 4.Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s pooperačním obdobím na chirurgickém oddělení?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Empirická část bakalářské práce „*Role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení*“ byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor se sestrami a pacienty na standardním chirurgickém oddělení. Kritériem pro výběr informantů bylo, aby se jednalo o pacienty chirurgického oddělení před plánovaným operačním výkonem. Stejní pacienti poté byli dotázáni rovněž v pooperačním období. Kritérium výběru informantek z řad sester byla jejich aktuální práce na standardní lůžkové stanici chirurgického oddělení po dobu delší než 3 měsíce. Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2023 a celkem bylo osloveno 15 informantů, z toho 9 sester a 6 pacientů. Rozhovory proběhly na místě vybraném informanty. Sestry i pacienti byli rovnoměrně vybráni ze všech stanic chirurgického oddělení ve vybrané nemocnici v Jihočeském kraji. Provedení výzkumu technikou rozhovoru se sestrami a pacienty bylo písemně schváleno hlavní sestrou nemocnice. Vzhledem k anonymizaci zdravotního zařízení není schválení výzkumu součástí bakalářské práce, na vyžádání je možné nahlédnutí u autorky práce. Získaná data z rozhovorů byla důsledně přepsána do Microsoft Wordu a analyzována za pomoci otevřeného kódování metodou „tužka a papír“. Text byl rozčleněn na jednotlivá témata, jimž byl přiřazen kód. Kódem rozumíme slovo, popřípadě slovní spojení. Na základě podrobné analýzy a opakovaného rozboru textu byly následně vytvořeny kategorie a podkategorie.

Pacienti byli dotazováni po přijetí na oddělení v průběhu odpoledne před plánovanou operací. Stejní informanti z řady pacientů byli dotázáni také následně v 1. pooperační den. Rozhovor se sestrami probíhal v jejich pracovní době. Před zahájením rozhovoru byli všichni informanti seznámeni s jeho tématem a byli poučeni o zachování jejich anonymity. Informanti vyjádřili ústně souhlas s provedením rozhovoru a s jeho nahráváním na diktafon. Ve dvou případech vyjádřili svůj nesouhlas se záznamem na diktafon, a proto byl rozhovor na místě detailně přepsán do Microsoft Wordu. U sester došlo k teoretickému nasycení po 9. provedeném rozhovoru, u pacientů po 6. rozhovoru.

Výstupem empirické části bakalářské práce je vytvoření šablony informačního materiálu pro pacienty chirurgického oddělení, který jim může pomoci s orientací v době hospitalizace a v období následné pooperační péče. Šablona je vytvořena na základě poznatků z teoretické a empirické části bakalářské práce, s možností přizpůsobení zvyklostem oddělení. Šablona je k dispozici vrchní sestře chirurgického oddělení, na kterém byl výzkum realizován.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jak již bylo nastíněno, výzkumný soubor můžeme rozdělit na výzkumný vzorek sester a vzorek pacientů, se kterými byl veden rozhovor na standardním chirurgickém oddělení. Výzkumného šetření se zúčastnilo 9 sester a 6 pacientů. Otázky pro rozhovor byly připraveny pro oba vzorky v odlišném znění a jsou obsaženy v Příloze 1 a 2.

U obou výzkumných vzorků se jednalo o záměrný výběr informantů. Kritériem výběru informantek z řad sester byla jejich aktuální práce na standardní lůžkové stanici chirurgického oddělení po dobu delší než 3 měsíce a na základě dobrovolnosti. Sestry zastoupené ve výzkumném souboru se liší dobou, po kterou pracují ve zdravotnictví i nejvyšším dosaženým vzděláním. V případě výzkumného vzorku pacientů byl zvolen taktéž záměrný výběr informantů. Kritériem pro výběr informantů bylo, aby se jednalo o pacienty chirurgického oddělení před plánovaným operačním výkonem s předpokládanou dobou hospitalizace delší než 2 dny. Stejní pacienti poté byli dotázáni rovněž v pooperačním období. Všichni informanti byli vybráni na základě jejich dobrovolnosti.

Sestry budou dále v bakalářské práci označovány jako S1 – S9, pacienti jako P1 – P6, a to s cílem zajištění jejich anonymity a zlepšení přehlednosti textu. Pořadí S1 až S9 a P1 až P6 je dáno chronologicky dle doby, kdy proběhly rozhovory a jejich pořadí je v celé práci zachováno.

Tabulka 1 Přehled informantů - sestry

	Zkratka	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Délka praxe na chirurgickém oddělení
Sestra 1	S1	Žena	48 let	Středoškolské – všeobecná sestra	30 let
Sestra 2	S2	Žena	24 let	Vysokoškolské – Mgr.	4 měsíce
Sestra 3	S3	Žena	35 let	Vysokoškolské – Mgr.	10 let
Sestra 4	S4	Žena	56 let	Středoškolské – všeobecná sestra	35 let
Sestra 5	S5	Žena	24 let	Středoškolské – praktická sestra	4 roky
Sestra 6	S6	Žena	50 let	Středoškolské – všeobecná sestra	30 let
Sestra 7	S7	Žena	54 let	Středoškolské – všeobecná sestra	35 let
Sestra 8	S8	Žena	50 let	Středoškolské – všeobecná sestra	32 let
Sestra 9	S9	Žena	40 let	Vyšší odborné – Dis.	22 let

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný vzorek sester je tvořen 9 ženami. Věkově nejmladší dotazované jsou S2 a S5 ve věku 24 let. Nejstarší je informantka je S4 s věkem 56 let, která rovněž s S7 pracuje na chirurgickém oddělení nejdéle. Nejkratší dobu na chirurgickém oddělení pracuje sestra S2, která zde v době rozhovoru na plný úvazek pracovala pouze 4 měsíce s nezapočítanou předchozí brigádní zkušeností. Většina informantek, vyjma S2 a S5, pracovala na chirurgickém oddělení po dobu více než 10 let, z toho pět z nich minimálně 30 let. Vyjma doby, po kterou pracují na chirurgickém oddělení, byly informantky dotázány na dobu praxe ve zdravotnictví, která byla u všech totožná s dobou praxe na chirurgickém oddělení. Větší část dotazovaných sester uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, přičemž vyjma S5 jsou všechny všeobecné sestry. S2 a S3 mají vysokoškolské vzdělání se získaným titulem Mgr., S9 dosáhla vyššího odborného vzdělání s titulem Dis. Rozhovory se sestrami

probíhaly na místě jimi zvoleném, většinou na denní místnosti a vyšetřovně. Identifikační údaje sester jsou shrnuty v Tabulce 1.

Tabulka 2: Přehled informantů - pacienti

	Označení	Věk	Pohlaví	Podstoupený chirurgický výkon
Pacient 1	P1	41 let	Muž	Operace tříselné kýly
Pacient 2	P2	47 let	Žena	Laparoskopická operace žlučníku
Pacient 3	P3	65 let	Muž	Operace tlustého střeva
Pacient 4	P4	68 let	Muž	Operativní odstranění hemeroidů
Pacient 5	P5	62 let	Žena	Operace prsu
Pacient 6	P6	66 let	Žena	Úplné odstranění prsu

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumný vzorek pacientů je tvořen 3 ženami a 3 muži. Věkové rozmezí pacientů je od 41 let do 68 let. Jako důležitý identifikační údaj pro tuto bakalářskou práci je uveden podstoupený plánovaný chirurgický výkon. Pacienti P1, P2 a P3 podstoupili operace přes dutinu břišní, pacientky P5 a P6 podstoupily operaci prsu a pacient P4 operaci v místech konečníku. Rozhovor s každým pacientem proběhl odpoledne den před operací, vždy poté co byl pacient již řádně přijat na oddělení a následně v průběhu 1. pooperačního dne. Rozhovory s pacienty probíhaly na místě jimi zvoleném, většinou na jídelně, popřípadě na pokoji. Pro větší přehlednost jsou identifikační údaje pacientů shrnuty v Tabulce 2.

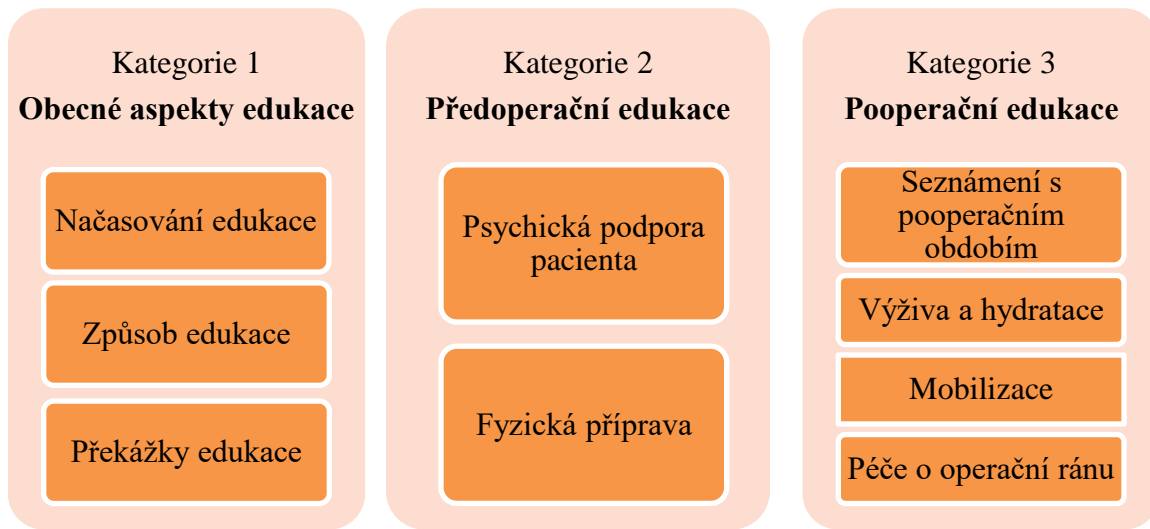
4 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola bude popisovat výsledky výzkumného šetření, které probíhalo formou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty a sestrami, kteří byli představeni v předchozí kapitole. Získané informace byly zpracovány formou otevřeného kódování. Výsledkem jsou kategorie a podkategorie, které budou popsány zvlášť u pacientů a u sester v následujících podkapitolách.

4.1 Výsledky výzkumného šetření u sester chirurgického oddělení

Rozdělení kategorií

Schéma 1 přehled kategorií a podkategorií - Sestry



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 Obecné aspekty edukace

Kategorie 1 s názvem Obecné aspekty edukace je dále rozdělena na podkategorie: Načasování edukace, Způsob edukace, Překážky edukace.

Podkategorie Načasování edukace

Při přípravě edukace je důležité brát na zřetel, kdy edukaci provedeme. Vhodné načasování může výrazně ovlivnit úspěšnost edukace. Sestry na otázku, kdy provádějí předoperační edukaci, odpovídaly převážně velmi obdobně. Všechny sestry vyjma S5 ve shodě uvedly, že edukaci pacienta provádějí při jeho příjmu na oddělení. S5 odpověděla: „Většinou v den, kdy

je přijímáný a pak ráno při ranní hygieně, v den operace“ S1, S2 a S7 doplnily svoji odpověď o opakující edukaci s jednotlivými kroky přípravy. S8 a S9 také zdůraznily důležitost opakování. S4 vyjma edukace při příjmu pacienta uvedla: „Před operací, která má být zítra, tak ho edukuji dneska odpoledne, to je za mě za denní sestry. Potom to samé noční... a znovu se to opakuje ráno.“ S9 v odpovědi také zmiňuje opakování edukace ze strany nočních sester.

Reakce na otázku, kdy se provádí edukace po operaci, byly již trochu více odlišné. S1 odpověděla: *„Má to písemně dané, to si může přečíst před operací, a pak hned v den té operace, když ho přivážíme ze sálu, tak mu vlastně všechno ještě jednou opakujeme.“* S2, S4, S5 a S9 uvedly, že edukaci pacienta o pooperačním období provádějí před i po operaci. Například S9 reagovala: *„No já jim to říkám, než odjedou na sál, že budou dvě hodiny na pooperačním pokoji... a potom na ranní vizitě jim to řekne pan doktor, co je čeká, že ráno budou vstávat a fungovat, a pak je edukuji po operaci.“* S3 edukuje pacienty o tom, co se bude dít po operaci, když provádí edukaci o předoperační péči. S7 a S8 odpověděly, že edukaci provádějí až po návratu pacienta z pooperačního pokoje.

Vyjma rozmyšlení si, kdy bude edukace probíhat, je vhodné se zamyslet nad tím, jak dlouho bude edukace trvat. Sestrám byla položena otázka, kolik času jim zabere edukace pacienta. S1, S2, S3, S5 a S9 shodně odhadují dobu edukace na přibližnou půlhodinu. S2, S3 a S7 odpověděly, že doba trvání se bude u jednotlivých pacientů lišit. S7 například odpověděla: *„Záleží pacient od pacienta, někomu stačí říct všechno jednou a všechno pochopí a pak je tu skupina lidí, kteří edukaci stejně buď nevnímají, úplně nás vypouští, nechtějí nic slyšet, nebo to úplně bojkotují. Je to člověk od člověka.“* S4 odhadla čas edukace v řádu minut, uvedla: *„Čtyřikrát, pětkrát to od nás slyší. Je to otázka 5 minut ani ne, je to pár slov někdy pár vět, někdy chvíli povídání. Taky podle toho, jak je rozsáhlá ta příprava a podle toho, jak to člověk pochopí.“* S8 vysvětlila, že je dobré se každému věnovat alespoň 10 až 15 minut. S6 odpověděla: *„Tak ono tam jste, měříte tlaky nebo kontrolujete ránu, ráno donesete mísu, mezitím tak povídáte. Tu půlhodinu by to asi mohlo dát. To je taky individuální, někdo má víc otázek, někomu je to jasnější, někomu ne. Bude záležet na jaký výkon pacient jde.“* Všechny informantky zmínily v průběhu rozhovoru důležitost opakování.

Podkategorie Způsob edukace

Informantkám byly položeny otázky na to, jakým způsobem edukují pacienta před operací a po operaci. Sestry odpovídaly velmi obdobným způsobem. Všechny informantky shodně uvedly, že edukace pacienta na chirurgickém oddělení probíhá převážně mluveným slovem – verbálně a pacient dostává k přečtení informovaný souhlas. S5 edukaci popsala následovně: *„Dostávají informovaný souhlas, a potom na základě rozhovoru.“* S7 se blíže vyjádřila k informovanému souhlasu v písemné podobě: *„Pacienta edukujeme ústně, a potom je určitě edukovaný, protože pacient dostává do rukou poučení k operaci v tištěné formě, to si přečte, podepíše, a pak může vznést další dotazy jak na nás, tak na lékaře.“* To, že edukace probíhá formou dialogu a pacienti mají možnost vznést dotazy, zdůraznily také S2, S6 a S8. S2 zmiňuje v rozhovoru, že vyjma informovaných souhlasů, má pacient informace například v oblasti péče o operační ránu v propouštěcí zprávě. S7 také k tištěnému poučení dodala: *„Potom jsou výjimky, když chodí na větší výkony jako jsou třeba plastiky prsa, tak ty dostávají edukační materiály už v přípravných ambulancích, mají je doma, aby měli dost času všechno si to přečíst a promyslet.“* Vyjma verbální edukace S1, S2 a S4 využívají k edukaci pacienta i názorné ukázky. S6 ke způsobu edukace ještě doplnila: *„Takže když máme třeba dvě nebo tři ženy na pokoji, tak přijdete a mluvíte ke všem, a tím se vám ušetří čas.“*, dalo by se tedy odvodit, že někdy může mít edukace i prvky skupinové formy. S9 okomentovala způsob edukace následovně: *„Probíhá ústně, pak mu dáváme ještě písemně poučení konkrétně o té operaci. Hlavně jsou edukováni z několika stran: od sestry, lékaře, pak i ošetřovatelek a sanitářů, rozhodně to slyší víckrát.“* S4 také uvedla: *„Záleží na tom, jaký ten člověk je. Na někoho musíte pomalu po kouskách, tak nějak lidově, někomu zase naopak to říkat odborněji. Je třeba jim nechat prostor na to, aby se mohli zeptat, a první vysvětlení je málo, musí se víckrát.“* Všechny sestry uvedly jako primární místo edukace před i po operaci pokoj pacienta.

Sestry byly také dotázány na to, zdali si edukaci pacienta nějakým způsobem připravují. V této oblasti panovala absolutní shoda odpovědí. Všechny sestry uvedly, že ony samy si edukaci výrazně nepřipravují, upravují informace aktuální situaci, diagnóze a požadavkům lékařů. S1 přípravu popsala následovně: *„Já si myslím, že u mě je to už tím věkem, že už to mám nějak připravený, ale určitě ty mladší kolegyně si to připravují. A záleží na druhu*

operace.“ S2 jakožto nově začínající setra odpověděla: „*Tak hlavně se kouknu, na jakou jde ten pacient operaci a sesumíruju si to, co potřebuje vědět a jak bude následovat ta jeho péče.*“ S3 reagovala obdobně, pouze dodala, že se domlouvá s lékařem. S4, S5, S6 a S8 vypověděly podobným způsobem, dle jejich názoru člověk s přibývajícím praxí ví, o čem a jak edukovat. S7 uvedla: „*Jako příprava v tištěné formě je daná, každý výkon má svůj vlastní tiskopis přípravy, jinak asi si to nijak nepřipravujeme, většinou to víme z praxe, akorát když je nějaká odlišnost, tak si člověk musí promyslet, co a jak říct.*“ S9 označila edukaci jako rutinní záležitost a informace upravuje dle diagnózy, dokumentace a lékaře.

Podkategorie Překážky edukace

Tato oblast byla z našeho hlediska jednou z nejzajímavějších. Sestry odpovídaly na otázku ohledně překážek v edukaci a jejich vlastního hodnocení. Názory informantek byly poměrně komplexní a lišily se. Sestry nejčastěji vidí překážky v nedostatku času, ve větší míře strachu i stresu, opomenutí na provedení edukace, omezení zraku či sluchu pacienta, absence soukromí nebo uvedly také například pacienty, kteří žádné informace vědět nechtějí. S1 odpověděla: „*Myslím si, že je tady někdy přílišný chvat, máme hodně příjmů. Myslím, že se někdy může stát, že někdo opomene. A proto jak říkám, radši to několikrát opakujeme, než aby se zapomnělo. Někdy nám říkají, že to vlastně nechtějí slyšet, vědět dopředu.*“ S2 reagovala následovně: „*Může tam být strach toho pacienta, schopnost vnímat a může to být i to, jak kdo je na tom pokoji dále, jestli je na to dostatek času a prostoru. Mělo by to probíhat v klidném prostředí.*“ Na prostředí se ve své odpovědi zaměřila i S6, ta vnímá jako velkou překážku absenci soukromí, jelikož je edukace ve většině případů prováděna na pokoji pacienta. S6 také dodala: „*Doptávají se dost, spíš bych řekla, že mají otázky na lékaře, že toho moc z jejich strany nevědí. Doktoři přijdou ze sálu, proběhnout to, moc jim toho neřeknou.*“ S3 uvedla jako hlavní problém nedostatek času a strach, v některých případech i nezkušenost pacientů. S4 vnímá jako největší překážku stres z nemocničního prostředí a přehršel informací. Vliv, dle jejího názoru, má také věk a povaha pacienta. S5 odpověděla: „*Málo našeho času. Třeba když pacient špatně slyší nebo má porušené vědomí ... Ze strany lékaře si myslím, že by mohli být víc komunikativní.*“ S7 uvedla: „*Někdy jsou to zdravotní problémy, které ty lidi nepřiznají, třeba že špatně slyší a v poslední době to jsou hodně cizinci. Tam je problém s dorozuměním se, s jazykovou bariérou. Určitě na to má vliv i stres ...a bylo*

by dobré, kdyby na edukaci měli třeba víc času i lékaři. “ S8 vnímá jako problém nespolupráci pacientů, vypověděla: „Spíš ohledně toho pacienta, občas nechtějí spolupracovat, nebo jak jsou ti lidi starší, tak si dělají svoje, třeba si vezmou prášky, protože si řeknou, že my tomu nerozumíme. Říkáme nekouřit, kuřáci si samozřejmě ještě kouří. Většinou chtějí vědět přesně v kolik půjdou na sál, jsou ve stresu, chtějí to znovu zopakovat. Doktoři občas nemají tolik času. “ S8 také poukázala na větší množství lidí, kteří informují pacienta o stejné věci: „Občas se stane, že to slyší třeba i od všech čtyřech co jsme na směně. “ S9 odpověděla: „Stres určitě, pak někdo je taky třeba needukuje, nebo jenom tak letem světem. Někde to taky mohli zažít jinak, nebo si najdou něco na internetu, tak je vždycky uvedeme na pravou míru. “

Kategorie 2 Předoperační edukace

Kategorie 2 předoperační edukace byla rozdělena na podkategorie: Psychická podpora pacienta a Fyzická příprava. Sestry byly v rozhovoru dotázány na to, o čem pacienta edukují v předoperačním období. Vzhledem k předpokládanému výstupu bakalářské práce, byly sestřím často pokládány i související doplňující otázky.

Podkategorie Psychická podpora pacienta

Nadcházející operační výkon, neznámé prostředí, noví lidé a vidina nejisté budoucnosti po operaci. Předoperační období je pro pacienta značně stresující, může cítit úzkost a strach. O psychické přípravě pacienta se v rozhovoru zmínily sestry S2, S6 a S9, prvky psychické podpory byly ale patrné ve všech rozhovorech. Psychickou přípravou pacienta rozumíme jeho dobrou informovanost o tom, co se bude dít před a po operaci. Pacient by měl mít možnost pokládat otázky a vyjádřit své obavy. S2 popsala psychickou přípravu: „*Neměl by se vyděsit, ale podle mě je prevence to, když si s ním pořádně doktor promluví o tom, co a jak bude následovat, i ta sestra, když vysvětlí všechno. To je prevence toho, aby se bál. Když bude mít informace a nepůjde úplně do neznáma. “* S6 a S9 vnímají samotnou edukaci a pacientovo dobrou informovanost za důležitý bod psychické podpory. S9 zmínila: „*Když je pacient dobře informovaný, tak se vlastně trochu míň bojí. “* I ostatní sestry ve svých rozhovorech zmiňují důležitost dobré informovanosti pacienta o chodu oddělení a o tom, jak bude probíhat předoperační období. Všechny sestry v rozhovoru uvedly, že pacientovi popíšu a vysvětlí celkový průběh předoperačního období. Například S1 vysvětlí pacientovi:

„Co ho čeká, kdy a v kolik hodin se bude co dít. Co smí a co nesmí před operací. Jaký jsou rozdíly toho běžného dne a toho předoperačního.“ S2, S5 a S6 dodávají, že pacienta poučí i o tom, jak to bude probíhat po operaci. S3, S4 a S9 doplnily také provedení po oddělení, ve smyslu kde, co mohou najít. S3 například odpověděla: *„Řekneme, jak to tady chodí na oddělení, kde, co mají, kde nás najdou, kde mají telefon pro rodinu a ukážeme jim, kde mají jídelnu.“* S5 a S8 zmínily také informování o časovém uspořádání, jako v kolik hodin se přibližně dostane pacient na řadu, jak dlouho to asi potrvám, jak dlouho bude na pooperačním pokoji nebo jak dlouho bude pacient na oddělení.

Podkategorie Fyzická příprava

V podkategorii fyzické přípravy sestry edukují pacienta o výživě, hydrataci, vyprázdnění a prevenci tromboembolické nemoci. Všechny sestry uvedly, že pacienta informují o lačnění od půlnoci, stejně tak pacient nesmí od půlnoci pít ani kouřit. Většina sester klade důraz na opakování těchto informací. S5 odpověděla například: *„Nesmí pít, musí být pacient lačný... Já ho edukuji třeba už den dopředu, aby s tím počítal, že od té půlnoci nebude nic jíst, nic pít.“* S7 a S8 více specifikovaly lačnění u větších operačních výkonů, S7 odpověděla: *„Lační podle výkonu, pokud jsou menší a nejsou na trávicím traktu, tak lační od půlnoci, pokud to jsou velké cévní výkony, kdy vlastně bude zahrnuta oblast břicha, tak lační od večere. A nepijí od půlnoci všichni.“* S8 doplnila: *„Ráno na lačno můžou tabletky zapít douškem vody.“* S2, S3, S6 a S9 také vysvětlí pacientovi potřebu dostatečné hydratace do půlnoci. S2, S3 a S8 zmínily také poučení o vyprázdnění střev pacienta.

Všechny dotázané sestry ve shodě uvádějí, že poučují pacienty o potřebě provést důkladnou hygienu ve sprše před návozem na sál, v ideálním případě ráno před operací. S2 vysvětlí pacientovi: *„Neměl by k tomu používat nějaká dráždivá mýdla, měl by si důkladně vyčistit zuby. Neměl by se vonět nebo mastit nějakými mastičkami... neměli by se líčit a měli by si udělat culík, tak, aby jim nevadil při ležení po té operaci. Neměli by mít žádné šperky, hodinky, náušnice.“* S6 zdůraznila specifika hygieny u břišních operací, kdy se má pacient zaměřit na hygienu pupku a prostoru pod prsy. S8 doplnila nutnost zaměření se na oblast třísel v případě cévních operací. Sestry S6 a S7 uvedly v některých případech i dezinfekci pupku. S7 například odpověděla k dezinfekci pupku: *„Někdy, v případech, kdy jsou třeba známky zánětu nebo znečištění, se přikládá dezinfekční obklad, ideálně třeba záložka*

s betadinem.“ Dotázané sestry zmínily také potřebu oholení operačního pole před operací. S5 k holení uvedla: „*Operační místo kontrolujeme, když pacient potřebuje holíme ho my, když je schopný, holý se sám, a sanitáři holí chlapy podle jejich zvyklostí.*“ S2 odpověděla: „*Pacient se holí den před operací, spíš doma nebo může i tady, je lepší svým holicím strojkem. Může se holit na vlhko i na sucho, preference je to vlhké, je to příjemnější a je menší riziko nějakého poranění.*“ S1 doplnila, že oholené místo musí být dostatečně velké a vysvětlí pacientovi proč. S8 také doplnila, že vyjma klasické žiletky, se u cévních výkonů využívají holicí strojky.

V oblasti fyzické přípravy pacienta všechny sestry uvedly aspekty prevence tromboembolické nemoci. Vyjma S8 a S4, které uvedly pouze nasazení kompresních punčoch, všechny sestry odpověděly, že edukují pacienta o důvodu podání nízkomolekulárních heparinů a bandáži dolních končetin. S1 podrobně popsala, jak si mají pacienti správně nasadit kompresní punčochy: „*Musí být přes prsty, zespoda je pak ten otvor, pořádně přetažené přes patu, vždycky jim to ukazuju, kde je pata, že se o to se musí opírat, a že jsou různé velikosti těch ponožek, aby jim to sedělo... A na hoře je ještě ta lišta, která je lepící, aby byla zevnitř a ne vně, jinak jim ty ponožky sjíždějí.*“ S8 doplnila „*Tak určitě ty bandáže, ty jsou důležité, oni přijedou za sálu a už to chtějí hned svlékat.*“ Obdobně se vyjádřila i S5. S2 vyjma léků a bandáže vysvětlí pacientovi i budoucí nutnost brzkého vstávání a potřebu ponechání bandáží i po operaci.

Kategorie 3 Pooperační edukace

Kategorie 3 Pooperační edukace je rozdělena na podkategorie: Seznámení s pooperačním obdobím, Výživa a hydratace, Mobilizace a Péče o operační ránu. Informantky z řad sester jsme se stejně jako v předchozí kategorii ptaly, o čem edukují pacienta v pooperačním období. Stejně jako v případě předchozí kategorie 2 byly sestřám pokládány doplňující otázky.

Podkategorie Seznámení s pooperačním obdobím

Po převzetí pacienta po operaci z operačního sálu a posléze z dospávacího pokoje, začíná pro pacienta pooperační období. V této době sestry poučují pacienta o nově nastaveném režimu na oddělení a budoucích událostech. Po přivezení z operačního sálu všechny dotázané sestry

edukují pacienta o tom, co se bude dít do dalšího dne. Pacient by neměl vstávat, měl by se vymočit, má možnost dostat léky na bolest a proti zvracení. S8 popsala témata edukace po přivezení z operačního sálu následovně: *„Po operaci edukuji o redonech, o kanyle, o pití, o dietě, podávání léků na nauzeu nebo na bolest, o vstávání a o tom, jak má rehabilitovat. Taky jim říkáme, prostě budete ležet do rána, nevstávat, budete chodit na mísu. Pacient by se měl vymočit ideálně, no říká se těch 6 – 8 hodin po operaci.“* V oblasti vymočení, se názory sester lišily. S3 informuje pacienta, že by se měl vymočit do 6 hodin, dle S1 do 8 hodin a S9 popsala, že by se měl pacient vymočit nejpozději do 23.00. Více k možnosti terapie bolesti se vyjádřila S6: *„Vědí, že mají léky na bolest, mají vysvětlený, že my objíždíme pravidelně a mezi tím, že taky můžou dostat léky bolest, že kdyby cokoliv, tak že můžou zazvonit, a my přidáme. Vědí, že když je to nějaká větší operace, že jim dáme nějakou silnější kombinaci a fakt jim říkáme ať si léky na bolest vezmou.“* S9 v oblasti managementu bolesti pacientům vysvětlí: *„Aby odpočívali, aby si dávali léky proti bolesti, když to jde, je to normální, že to první dny po operaci bolí.“* S2, S3 a S5 poučí pacienta již při přebírání z operačního sálu ještě před dospávacím pokojem o tom, co se děje, a za jak dlouho bude převezen na oddělení. S3 pacientům vyjma dostupné medikace také připomíná důležitost vzájemné komunikace: *„Mají pravidelně možnost dostávat léky na bolest a vysvětlím jim, ať si je dávají, a ještě taky antiemetika, že mají tu možnost a ať s námi prostě komunikují. Připomenu jim, že mají zvoneček při ruce.“*

Podkategorie Výživa a hydratace

Všechny informantky edukují pacienta o výživě a hydrataci, přesněji o tom, kdy mohou začít pacienti po operaci jíst a pít. S7 popsala edukaci následovně: *„Každý den se edukují ohledně jídla. Protože to se každý den mění... Tak kromě pacientů, co mají sondy, tak dostávají pít 2 hodiny po ukončení operace, když se přivezou s dospávacího pokoje.“* To, že může pacient začít s pitím po 2 hodinách od operace, uvedla i S1. Blíže popsala informování pacienta ohledně pití S8, ta uvedla: *„Dvě hodiny po operaci už můžou pít po douškách, někdo se naloká a pak je jim špatně. Většinou neperlivou vodu, ty bublinky žaludku taky nemusí dělat dobře“,* obdobně se vyjádřily i S4 a S6. S3 ohledně jídla i pití odpověděla stručněji *„Budou pít minimální množství vody, ale častěji, aby se nepozvraceli ... Pak ty tekutiny, a aby nejedli, to mají zakázáno teda jíst mohou až 2. den“*

V oblasti výživy byly odpovědi informantek o něco složitější. S8 odpověděla: „*Jestli je někde edukace potřeba, tak ohledně diety, protože někteří už mají hlad, tak řekneme že ne, že je potřeba postupně, někdo má například jenom kaši. Oni se ptají pořád, někteří už jsou hladoví... Jíst, když mají normální operaci, tak můžou většinou druhý den ráno, když mají větší operace nebo jdeme do břicha tak mají ráno tekutiny nebo jenom kaši, a pak až 3. den mají normální stravu jako před operací.*“ S1 obdobně uvedla: „*Ještě jídlo, to pacienty hodně zajímá, kdy budou moct začít jíst, takže to jim taky dopředu říkáme. U nás začínají pozvolna s tím jídlem, je zástava peristaltiky, kvůli tomu nesmí ty tři dny pořádně jíst. Opravdu se jídlo dává postupně, my je nechceme trápit hlady, že by na základě toho mohli mít další komplikace. Je dobré jim to říct i dopředu.*“ S2 zdůraznila, že záleží i na jaké operaci pacient byl a na zdravotním stavu pacienta. S2 poté odpověděla, že edukuje pacienty například o tom: „*Kdy můžou začít jíst a pít. Záleží na tom, na jaké byl operaci a jestli je třeba po žlučníku, tak že by měl dodržovat žlučnickovou dietu a měl by pít dostatek tekutin*“

Podkategorie Mobilizace

Včasná mobilizace a vertikalizace patří mezi základní činnosti v oblasti prevence komplikací vniklých následkem operace a hospitalizace. Edukace o mobilizaci pacienta začíná již těsně po příjezdu pacienta zpět na oddělení. S1 odpověděla: „*Když ho přivezeme na pokoj, tak mu říkáme, že u nás se vstává až druhý den ráno, takže aby na to byli připravení, že se mohou hýbat v posteli, ale ne vstávat. A když třeba někomu pomáháme si sednout, že opravdu nejdřív tak po těch 12 hodinách.*“ S6 rozvedla téma pohybu v lůžku podrobněji: „*Vysvětlím jim, jak po operaci cvičit i na lůžku, když nemohou vstávat. Je důležité, aby nezůstávali ležet, aby se hýbali, hýbat se i když jsou na posteli, hlavně téma nohama, špičkami, otáčet se na bok.*“ O pohybu v lůžku se obdobně vyjádřily také S4, S8 a S9. Všechny dotázané sestry ve svých odpovědích zmínily aspekty vstávání z lůžka. Například S7 uvedla: „*Standardně vstávají všichni pacienti druhý den ráno, výjimečně, pokud to jsou nějaké malé výkony, tak s nimi vstáváme v noci s doprovodem, jdeme na záchod, ale jinak se snažíme vstávat s každým druhý den ráno při stlaní.*“ Z výpovědi S9 lze doplnit: „*... Jinak tady nebyvají kontraindikace k tomu vstávání, mají se na chvíli posadit, rozkukat se, pak až začít vstávat, nemají vstávat rychle.*“ S2 v odpovědi zahrнула i odlišnost dle typu anestezie: „*To záleží, po jakém výkonu je, kdy byl operovaný a jaká byla anestezie. Jestli ta anestezie byla celková nebo lokální.*“

Informantky také často zmiňovaly specifika mobilizace po břišních operacích. S8 odpověděla: „*Ty kýly a břicha, aby vstávali přes bok, oni se někdy chytí za hrazdu a berou to břišními svaly. Takže taky pomalu přes bok, napřed nohy, pomalu rozdýchat, protože hlava se jim točí, když leží těch 24 hodin.*“ Obdobně jako S8 se vyjádřila i S3 a S5. S2 a S9 doporučují pacientům po břišní operaci přidršet si ránu při kašli. S9 ještě doplnila: „*Po břišní operaci mají pacienti dost chodit, protože ta dutina břišní se při operaci nafoukne a taky to pomůže rozhýbat střeva. Myslí si, že mají ležet a odpočívat, a my je tady honíme.*“

Podkategorie Péče o operační ránu

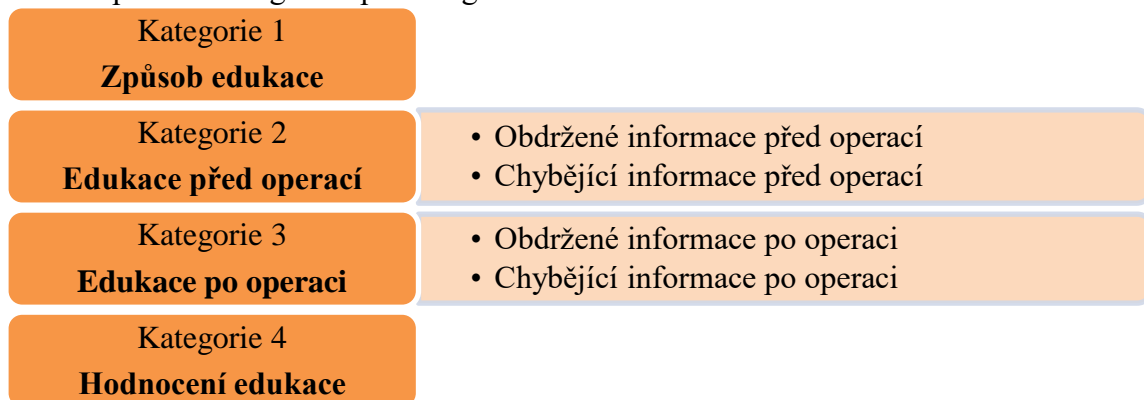
V pozdější fázi pooperačního období informantky uvedly, že edukují pacienta v oblasti péče o operační ránu. Ve svých odpovědích zmiňovaly sledování rány, sprchování, péče o redon a poučení o stezích. Vyjma S1 se všechny dotázané sestry zmínily ve svých výpovědích o edukaci v péči o ránu. S9 odpověděla: „*Když jim spadne obvaz, že nám musí říct, protože někdo taky vždycky neřekne. Nesprchovat, pokud možno nenamočit ten obvaz, alespoň prvních pár dní, pak už se jim to sundá a můžou to začít sprchovat, většinou tak ten druhý pooperační den. Před propuštěním o péči o tu ránu edukaci děláme i my i lékař. Oni se i dost ptají. Vysvětlím jim dezinfekci po sprše, nekoupat se dlouho, nemydlit, zlehka osušit, jenom čistou vodou, nedřít tu ránu, zlehka otřepat ručníkem a potom odezinfikovat a většinou potom už to nelepit.*“ S4 se k vyjma sledování rány vyjádřila i k edukaci rodiny pacienta, která se mnohdy podílí na péči o operační ránu v domácím prostředí, uvedla: „*Vysvětlíme jim, že když by si oni všimli, že třeba obvaz prosáknul nebo je něco v nepořádku, odlepi se to, tak aby se připomněli. Sprchování v první dny ne, jako okolí ráno pro mě za mě, ale tu ránu bych teda řekla nenamáčet, a aby byla čistá a suchá. Pokud je to něco zásadního tak edukujeme určitě i rodinu. O té péči jako je u stomiků, diabetické nohy, tak tam s rodinou spolupracujeme.*“ S3 a S5 edukují pacienta o tom, že by měl ránu udržovat v suchu a čistotě, S3 doporučuje pacientům sprchování až 3. den po operaci. S6 a S8 se také zmiňují o edukaci ohledně redonu, prevence vytažení či ztráty podtlaku. S6 doplnila, že po vyndání redonu poučí pacienta o pravidelném sledování prosaku rány. S7 se obdobně zmínila o péči o redon, a v oblasti péče o ránu doplnila: „*Do sprchy můžou chodit, pokud nemají drény, ty se většinou vyndají ten 3. a 4. den, ta rána už není zakrytá, často už jim to řekne i lékař. Většinou už je edukujeme na domu, protože odchází velmi brzy.*“ S2 jako jediná informantka zmínila ve své

odpovědi stehy, přičemž její odpověď byla lehce v rozporu s ostatními sestrami, odpověděla:
„My doporučení nedáváme, a hlavně když dostává propouštěcí zprávu, tak tam jsou informace od lékaře o tom, jak by se měl starat o tu ránu, a kdy by se měli odstranit stehy. Standardně se vyndávají u praktického lékaře, 7-10 dní po operaci. Jinak že by měl kontrolovat, jak ta rána vypadá a jestli z ní něco nevytéká.“

4.2 Výsledky výzkumného šetření u pacientů chirurgického oddělení

Rozdělení kategorií a podkategorií

Schéma 2 přehled kategorií a podkategorií - Pacienti



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 Způsob edukace

Pacienti byli v průběhu rozhovoru dotázáni na to, jakým způsobem probíhala edukace před a po operaci. Všichni pacienti popsali edukaci ústní formou. P1 odpověděl: „*Informace mi dávali u praktika, potom v ambulanci. Pak mi něco řekla sestřička, nevím, co, a šel jsem na pokoj. Pak se za mnou vrátila ještě jednou mě informovat o tom, co bude během dneška.*“ P1 popsal také písemnou formu: „*Pak jsem měl na tom papíře, co jsem podepisoval nějaké informace, byla tam popsána operace, a i něco o přípravě tam bylo, myslím. Spíš jsem se já ptal, když se zeptám, tak mi všichni mile odpoví.*“ P1 následně k tištěné formě doplnil: „*Ale co si budeme povídat, je to jako když si kupujete nějakou věc, a pak je tam k tomu ten papír s malým písmem, no řekněte mi, kdo to čte. No já se přiznám, jako nějaké přesné informace si asi nepamatuju.*“ P2 taktéž rozvedla více písemnou formu edukace: „*Vyplnila jsem ten formulář, kde bylo dost informací, ten byl jenom si ho pročíst, že to беру na vědomí, co se týká ohledně toho žlučníku a té operace. Bylo tam vlastně i napsáno po kolika hodinách můžu vstát z postele, a kdy dostanu jídlo a pití, takže bych měla vědět všechno, jestli si to budu v tom stresu pamatovat.*“ P3 a P4 odpověděli stejným způsobem jako P1 a P2. Odpověď P5 byla překvapující. P5 odpoledne před operací reagovala na dotaz k edukaci sestrou: „*Sestrou, no to asi ani ne, já jsem byla přijatá a dostala jsem papír, kde byl popsáný postup operace. Byl tu pan doktor, ale sestřičky ne.*“ Po operaci P5 doplnila k předoperační edukaci: „*Mluvily*

se mnou sestřičky, víckrát. Přišla jedna sestřička něco mi řekla, přišla druhá sestřička, řekla něco jiného, bylo to dost roztržité. Ale to bylo jen ten den před tou operací.“ P6 také popsala, kde edukace probíhala: *„Včera na ambulanci, pak tady na oddělení.“*, k místu edukace se obdobně vyjádřili i ostatní informanti. Edukaci P6 před operací prováděla lékařka i sestra. Po operaci P6 uvedla: *„Přivezli mě sem na pokoj, sestřička mi všechno vysvětlila.“*

Kategorie 2 Edukace před operací

Kategorie 2 Edukace před operací je rozdělena na dvě podkategorie: Obdržené informace před operací a Chybějící informace před operací.

Podkategorie Obdržené informace před operací

Všichni dotázaní pacienti byli edukováni o průběhu předoperačního období. Z odpovědí pacientů vyplývá, že vyjma sester se na edukaci podílejí také lékaři a ošetřovatelé. Přes to, že všichni informanti uvedli, že edukace proběhla, jako často opakující prvek rozhovorů se vyskytovala neschopnost si vzpomenout na obsah edukace a přesné informace. P1 odpověděl: *„Nejdřív jsem se dozvěděl, že nebudu operovaný dneska, což mě trochu naštvalo, ale musím respektovat řád nemocnice a plně jí důvěřovat, sám tomu nerozumím. Pak mi říkala (sestra), že mě přijde oholit sanitář. Ten byl moc milý, říkal, že mi to nemá připadat divné a že se nemusím stydět... No pak nevím, asi nic ... Jo, no někdo mi řekl, že mám být lačný od půlnoci. A že po operaci nebudu moct jíst. No o hygieně ... myslíte jako sprchu? Ne to mi nic neřekli, ale tak asi se musím umýt ne?“* P2 bylo představeno oddělení a zařízení pokoje. Zároveň P2 vyjádřila obavu z množství informací, které by si měla zapamatovat. P3 popsal edukaci následovně: *„Pak si pro mě přišla sestřička, ta mě vzala na pokoj, tam mi ukázala postel a řekla mi, že co a jak bude. Večer budu mít klystýr, neměl jsem večeri, že od půlnoci nemám pít.“* Edukace pacienta P4 byla dle jeho slov velmi krátká. P4 odpověděl: *„V poledne přišla sestra, ta mi dala nějaký prášek, pak přišel ještě doktor, řekl mi, že teda půjdu na tu operaci zítra, a že ještě dostanu nějaký prášek a víc si nějak nepamatuju. No říkali mi, co mi říkali, abych se osprchoval, že půjdu jako první, oholil mě pan sanitář.“* P5 zdůraznila roli lékaře v orientaci v předoperačním období. P6 uvedla: *„Sestra i lékařka mi řekla, co a jak bude, a co bude na oddělení večer. Sestřička mi říkala, že nemám jíst, počkejte, jak to říkala, nejíst nepít nekouřit, asi od večera. Počkat, už vím, od 03.00 ráno říkala,*

myslím. Pak ještě něco o tom, kde je záchod, kde je pití, a že mám teď pít ještě pořádně, no a že další věci budeme řešit pak.“

K ranní edukaci dotazovaní pacienti často uváděli obtíže při nasazování kompresní bandáže. P1 uvedl: *„Pak ráno přišla sestřička, že se mám ještě umýt a nandat punčochy, převléknout se, sundat trenky, což bylo takový no, vtipný v tu chvíli, jak to říkala všechno dohromady. A pak ty punčochy, co jsem si měl nandat, asi jsem to udělal blbě, pak jsme to před návozem na sál ještě měnili.*“ P3 reagoval: *„Před operací jsem si teda nezvládl nandat ty punčochy, to bylo marný, měl jsem je nějak opačně, ale tak alespoň jsme se všichni pobavili.*“ P4 odpověděl obdobně. P5 rovněž uvedla potíže s nasazením punčoch: *„Tak jsem to tu měla připravené, tak mi pomohly i s těmi punčochami, protože jsem si je nandala špatně.*“ P1 byl během rána informován i o tom, co se bude dít po operaci, odpověděl: *„A říkala mi i co bude po operaci, že bych pak měl ležet.*“

Podkategorie Chybějící informace před operací

Pacienti byli dotázáni také na informace, které jim v průběhu jejich edukace chyběly. Většina dotázaných pacientů vyjádřila určitý nedostatek informací v oblasti časové organizace. P1 uvedl k příjmu na oddělení: *„Pořád mi nikdo neřekl, jestli budu operovaný dnes, nebo zítra, šla mi z toho hlava kolem.*“ P1 poté také doplnil odpověď k předoperační edukaci: *„Já nevím, asi nic víc nepotřebuju, už to chci mít hlavně za sebou, možná kdyby lékař se mnou víc mluvil ráno bylo by to lepší, ale zase já vás chápu, že toho máte hodně.*“ P2 na otázku reagovala: *„To, co zatím nevím, se třeba ještě dozvím. Nebo jestli mi to řeknou zítra. Ani třeba nevím v kolik hodin.*“ P3 obdobně vyjádřil nedostatek informací v oblasti časové organizace, uvedl: *„No, zajímalo by mě, kdy zítra půjdu, ale hlavně už to chci mít za sebou, ... já třeba nechci vědět tolik o tom výkonu, mě to ani moc nezajímá.*“ P3 doplnil: *“Občas by mě zajímalo, co za léky dostávám, že mi řeknou jo tohle je na bolest a tohle na ředění krve, ale kdyby mi řekli, tohle je fraxiparine asi bych byl radši.*“ P4 chyběly informace ohledně výživy po operaci. Poté P4 řekl, že dle jeho slov už nic víc vědět nechce. P5 odpověděla: *„Nejhorší je to čekání, když nevíte, co bude, jak to bude, jak to dopadne ... Já si myslím že to ráno sestřičky ještě doplní všechno, co bude potřeba vědět ... a ono vlastně svým způsobem toho ani moc vědět nechci. Spíš hlavně aby to šlo rychle za sebou, ale jasný, takový ty věci, co budu muset udělat já, to asi určitě bych ráda věděla.*“ P6 obdobně uvedla: *„Zajímalo by mě, kdy budu*

operovaná, měla jsem být dneska, ale prý se na mě nedostalo. Bojím se, že se to stane i zítra. Občas mi přijde, že nevím, na co čekám.” I přes to, že pacienti často uváděli zapomenutí některých informací, přílišný nedostatek nebo absenci informací většinou nevnímali.

Kategorie 3 Edukace po operaci

Kategorie 3 Edukace po operaci je rozdělena do dvou podkategorií: Obdržené informace po operaci a Chybějící informace po operaci.

Podkategorie Obdržené informace po operaci

V pooperačním období nás zajímalo, o čem byli pacienti edukováni. P1 popsal edukaci následovně: *„Tady (na pokoji) mi sestřička říkala, co se bude dít a kdy. Že nemám vstávat, kdyby cokoliv, tak si mám zazvonit, že mám mít stabilizovanou polohu, hlavu mírně zvednutou, že se mohu lehce otáčet na bok, že nemusím nehnutě ležet. Můžu si vzít léky na bolest, tak ty jsem si vzal. Mohl jsem pít, ale jenom po troškách.”*. Obdobně P3 obdržel těsně o operaci následující informace: *„Nesmím vylézat z postele, že smím jenom ležet, že můžu pít, ale ne moc, aby mi nebylo špatně, no a pak že zítra se bude vstávat.”*. P4 a P5 odpověděli obdobným způsobem.

K mobilizaci P1 uvedl: *„No řekli mi dopoledne, že mám vstávat nějak přes bok a nenapínat břišní svaly, no já už jsem před tím vstával klasicky, ale za to sestřičky nemůžou, já jsem jim o tom neřekl. Pak mi to ukázaly a dovedly mě i do koupelny ... a ono to dost bolelo, tak to takhle dává smysl... A máme opatrně vstávat, aby se mi nezatočila hlava.“*. P1 byl rovněž edukován o kanyle. P2 uvedla: *„Asi nijak, já si to nějak nevybavuji, co se dělo.”*. Poté obdobně jako P1 popsala vstávání z lůžka se specifiky u břišních operací. P3 reagoval na doplňující otázku ke vstávání z lůžka: *„No musím přes bok, nic netahat břichem, ono to ani nejde, ono to dost bolí. Kdyby mi to nešlo na záchodě, že mám si říct, a že teď můžu mít to břicho trochu nafouklý a jinak si asi na nic moc nevzpomínám ... a taky že mám vstávat pomalu.”* V oblasti péče o ránu se P3 dozvěděl: *„No že to nesmím namočit, kdyby mi to prosakovalo, tak že jim to mám říct. Jinak asi nic, zatím to má být zalepený a pak se uvidí.”* P5 k ranní edukaci doplnila: *„Ráno přišla sestřička, sundala mi punčochy, řekla mi, jak mám vstát, abych se neopírala o ruku, že si mám jít udělat hygienu, doprovodila mě, že mám vstávat pomalu, že se mi teď po operaci může točit hlava. Drén mám brát s sebou, že se*

musím starat o to, abych ho nevytrhla.” P6 vyjma informací, které jsou zde již zmíněny od předešlých informantů, navíc uvedla: „No říkali mi, že si mám dát pozor na prudké pohyby, šetrít tu pravou ruku. Neměla bych tu ránu namočit až se budu ráno mýt a když jo, tak ať jim to řeknu, že mi to převáží, no a ten drén, že musím tahat s sebou a nesmím ho nikde zapomenout.”

Podkategorie Chybějící informace po operaci

Pacienti byli po operaci dotázáni na chybějící informace v pooperačním období. Po operaci se dotázaní pacienti cítili dobře edukovaní, vyjádření potřeby bylo pro ně obtížné. Většina vyjádřila důvěru ve zdravotnické zařízení, přičemž shodně s odpovědí sester v oblasti překážek edukace často uváděli, že příliš informací vlastně nechtějí. P1 odpověděl: *„Já jsem dostal asi všechny informace, co jsem potřeboval, já ani nevím, co bych mohl dostat, takže jsem asi spokojený, já toho vlastně moc vědět asi ani nechci, věřím zařízení.“* P2 popsala mírný nedostatek informací ze strany lékaře o průběhu a výsledku operace. V rozhovoru také zmínila: *„Dcera se sem chtěla dovolat, ale já jsem vůbec nevěděla číslo na oddělení, to mi přijde docela důležité, nechala bych ho například na pokoji k dispozici.“* P2 měla zavedenou redonovu drenáž, přičemž uvedla, že o drénu a o péči o ránu zatím edukována nebyla. P3 uvedl: *„Chci vědět, jestli budu moct zase normálně fungovat a takové věci no ... Jen doktoři toho moc nenamluví no, ale tak třeba to řeknou zítra, já vlastně jakoby pořád nevím, jak to vypadá, jak to dopadlo a tak.“* P4 odpověděl velmi stručně: *„Informace už nechci žádný, už bych chtěl domů.“* P5 i P6 obdobně vyjádřili dostatek obdržených informací.

Kategorie 4 Hodnocení edukace

Informanti z řady pacientů v závěru rozvoru také celkově hodnotili edukaci, k hodnocení předoperační edukace jsme se doplňující otázkou vrátili i po operaci. Vyjma P6 všichni pacienti reagovali na naše otázky vesměs pozitivně. P6 uvedla: *„Máte toho sestřičky hodně a já mám všechno, co asi od sester potřebuju vědět.“* P6 se pak ve svých odpovědích více zaměřila na hodnocení edukace před operací: *„Jo, ráno to čekání, když člověk nic neví, to bylo protivný. Ta sestřička při návozu na sál, ta byla docela taková, no od rány, moc mi toho neřekla a dost jsem se bála, nejhorší je to ležení a čekání ... ono to třeba není úplně příjemný, když vám sestřička říká, co a jak se bude dít, vy jí skoro neslyšíte, protože už je ve dveřích a*

odchází pryč. No a pak jsem dostala vynadáno za to, že si neumím nandat punčochy, tak to bylo takový no, dost nepříjemný.“ P5 také dokázala trochu více rozvést hodnocení, odpověděla: „No, jak jsme se bavily to odpoledne před operací, tak to bylo takové zvláštní, vždycky přišla jedna, něco mi řekla, pak přišla druhá řekla něco dalšího, byl v tom trochu guláš, ten začátek byl trochu slabší. Ale teď po operaci už je to v pohodě.“

P1 neprojevil výraznější zájem o edukaci ze strany sestry, odpověděl: „Mně to takhle stačilo, nevnímám to jako podstatné, hlavně aby dobře dopadla operace.“ poté P1 doplnil: „Možná by ty informace mohly být víc pohromadě, takhle mi každý řekl něco, a pořád se mě ptali na stejné otázky. Podle mě to bylo v pohodě, nic bych asi neměnil, sestry jsou tu hodné.“ P1 vyzdvihl komunikaci na operačním sále: „Na sále byli taky moc milý, tam to bylo asi nejlepší, fakt mi popsal pan doktor každý krok, se sestřičkou se mi představili, supr.“ P2 obdobně popsala edukaci jako dle jejího názoru dostačující, stejně jako P1 pochválila přístup na operačním sále, a také uvedla: „Jinak mi informace nechyběly, vše jsem si nastudovala v tom materiálu, co jsem potom podepisovala. A sestřičky vždycky přišly, a že teďka už se můžete pomaličku zvedat.“ P3 odpověděl: „No, když jsem přijel, tak to byla ta sestřička taková ostrá, ta to měla hnedka hotové. No ale jinak jsou tu všichni hodní a dneska ráno byly sestřičky trpělivé. Za mě dobrý, všechno mi řeknou, a to mně se to musí opakovat, já občas na něco zapomínám.“ P4 byl obdobně jako P1 a P2 s edukací ze strany sester spokojený, vyzdvihl také přístup k ostatním pacientům, se kterými sdílel pokoj.

5 Diskuze

Tato kapitola bude zaměřena na hledání souvislostí mezi výsledky kvalitativního výzkumného šetření a teoretickými poznatky. Uspořádání této kapitoly bude shodné s cíli a výzkumnými otázkami výzkumného šetření bakalářské práce.

Na základě cílů bakalářské práce na téma: „*Role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení*“ byly odvozeny následující výzkumné otázky: Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci předoperačního období? Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci pooperačního období? Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s předoperačním obdobím na chirurgickém oddělení? Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s pooperačním obdobím na chirurgickém oddělení?

Jak již bylo výše uvedeno, první výzkumnou otázkou bylo: „**Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci předoperačního období?**“.

Dle Slezákové et al. (2019) a Libové et al. (2019) patří edukace pacienta mezi základní role sestry na chirurgickém oddělení. Předoperační edukace pacienta je také součástí nejnovějších mezinárodních doporučení v rámci Enhanced Recovery after surgery (ERAS). Jedličková a Hodanová (2013) taktéž zdůrazňují vliv vhodného načasování a způsobu edukace na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče.

Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotázané sestry využívají jako hlavní edukační metodu slovní, ve formě vysvětlování a rozhovoru. Vyjma toho také popsaly, že pacienti dostávají k přečtení informovaný souhlas, ve kterém jsou všechny důležité informace i o ošetrovatelské péči. S7 také uvedla tištěné brožury, které dostávají pacienti u některých výkonů již předem v ambulanci. S1, S2 a S4 uvedly i metodu názorně demonstrační, kdy pacientovi provedou názornou ukázkou. Naše výsledky výzkumu se v tomto případě shodují s výsledky starší studie Sayin a Aksoy (2012), kdy 84 % pacientů bylo edukováno ústně, spíše kratšími rozhovory. Krátká (2016) rovněž uvádí metodu mluveného slova, kam řadíme vysvětlování i rozhovor, jako nejčastější metodu edukace v ošetrovatelské praxi. Tomová (2017) ale poukazuje na to, že vysvětlování má také své nedostatky, jako je například přílišné zjednodušení edukovaného tématu nebo naopak

zahlcení pacienta přílišným množstvím podrobností (Tomová, 2017). Na určité limity množství informací, které pacienti chtějí vědět, poukazuje také výzkum Rocheho a Jonesa (2021). V praxi se rovněž můžeme setkat s tištěnými materiály, ve formě například brožurek, které je ale nutné vždy doplnit například o rozhovor (Krátká, 2016). Goodman a Cythia (2017) doplňují, že edukační materiály by měly být přizpůsobené pacientovo specifickým potřebám (Goodman, Cynthia, 2017). V praxi je tedy zřejmě nejvýhodnější využít a zkombinovat více edukačních metod, neměli bychom však dle našeho názoru zapomínat na prostor pro dotazy pacienta. Rovněž se domníváme, že zcela klíčová je komunikace a interakce mezi sestrou a pacientem.

Dále jsme zjišťovaly, kdy sestry edukaci provádějí. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že všechny dotázané sestry, edukaci provádějí při příjmu, popřípadě v den příjmu pacienta na oddělení. Sestry rovněž zdůraznily opakování edukace ze strany sester v noční službě a poté ráno před operací. Obdobně uvádí dobu, kdy provést předoperační edukaci i Janíková a Zeleníková (2013), které řadí edukaci a psychickou přípravu pacienta do krátkodobé předoperační přípravy, tedy 24 hodin před operací (Janíková, Zeleníková, 2013). Dle našeho názoru právě správně provedená a dobře načasovaná edukace je zásadním prvkem psychické přípravy pacienta. Například výzkum Gillise et al. (2017) uvádí, že vnímaný nedostatek informací v předoperačním období zvyšuje míru stresu u nadcházející operace (Gillis et al., 2017). Dle našeho výzkumu všechny dotázané sestry vysvětlí pacientovi průběh předoperačního období, přičemž pouze S2 a S9 vnímají edukaci jako možný prostředek snížení stresu a strachu pacienta. Domníváme se, že edukace by měla proběhnout v době příjmu pacienta, kdy by měl být edukován alespoň o přibližném průběhu předoperačního období, jelikož právě neinformovanost pacienta umocňuje jeho strach i stres. Většina sester odhadla trvání edukace na přibližných 30 minut a zdůraznily odlišnou časovou náročnost u jednotlivých pacientů. Tuto délku můžeme z části porovnat s výsledky výzkumu Mendesa a Ferrita (2021), kteří uvádějí délku edukace přibližně 40 minut. Sestry v rozhovoru také uvedly, že si edukaci výrazným způsobem nepřipravují. Informace – tedy obsah edukace, upraví pouze aktuální situaci, diagnózu pacienta a požadavkům lékaře. Příprava edukace je ale jednou ze základních částí edukačního procesu, která přímo ovlivňuje dosažení cíle edukace (Tomová, 2017). Domníváme se, že v této oblasti by v budoucnu mohl pomoci edukační materiál, který byl vytvořen jakožto výstup této bakalářské práce. Sestra by se

mohla dle něj orientovat v průběhu edukace a snížilo by se tak riziko opomenutí některého tématu.

Z analýzy výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že výpovědi pacientů a sester se shodovaly. Většina edukace proběhla ústní formou, stejně tak měli i informace v informovaném souhlasu. Pacienti se dle jejich výpovědí snaží pracovat s informovaným souhlasem, ale mnohdy narážejí na problém s příliš obsáhlým textem a malým písmem. Stejně tak pacienti uváděli, že mnohdy informacím nerozumí a text je příliš rozsáhlý. To je dle našeho názoru výraznou nevýhodou informovaného souhlasu. Jedná se o velké množství textu a pacient jej nemůže mít po celou dobu hospitalizace u sebe. Dle našich zkušeností mají pacienti také mnohdy problém přečtené informace zpracovat a zapamatovat si je. Obdobně vyjádřili své obavy i informanti z řady pacientů.

V návaznosti na komunikaci, nás v rámci výzkumného šetření vyjma čistého způsobu edukace zajímalo také, zdali sestry vnímají nějaké překážky v edukaci pacienta. Bariéry v edukaci jsou v praxi na straně edukanta – pacienta, ale i na straně edukátora – sestry (Tomová, 2017). Dle výsledků výzkumného šetření sestry vnímají ze své strany jako bariéru nedostatek času, který může vést až k opomenutí provedení edukace, stejně tak poukázaly i na přílišný spěch doktorů. Ze strany pacienta vnímají jako překážku stres a strach, kdy pacienti mají problém se vstřebáním a zapamatováním informací, což následně vede k opakovaným dotazům. Uvedly také situaci, kdy pacient špatně slyší či má narušené vědomí, nebo je mezi sestrou a pacientem jazyková bariéra. Překážkou může být i nevhodné prostředí. Dle našeho názoru je nejčastější bariérou edukace výše zmíněný strach a stres pacienta a nedostatky v oblasti vzájemné komunikace. Vnímáme jako velmi potěšující, že sestry přemýšlí o procesu edukace a komunikace poměrně komplexně a jsou citlivé k faktorům přímo ovlivňující jejich průběh.

V rámci první výzkumné otázky jsme se sester také zeptaly, o čem pacienty v předoperačním období edukují. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že se sestry při edukaci pacienta vyjma psychické přípravy věnují oblastem hygieny, přípravě operačního pole, lačnění a prevenci tromboembolické nemoci. Dotázané sestry se shodly na edukaci o provedení důkladné hygieny v předoperačním období, ta má proběhnout ideálně ještě ráno před operací. Výpovědi sester byly v této oblasti ve shodě se Slezákovou et al. (2019), která navíc uvádí

nutnost odlakování nehtů, kterou námi dotázané sestry nezmínily. Dle výsledků výzkumu sestry před operací edukují pacienty rovněž o nutnosti oholení operačního pole, přičemž odpovědi o konkrétním průběhu se značně lišily. Výsledky našeho výzkumu můžeme částečně porovnat s kvantitativním výzkumem Sayina a Aksoya (2012), kdy pouze necelých 60 % sester uvedlo, že poskytly pacientům informace ohledně přípravy místa operačního pole. Dle našeho názoru by se měla hygiena a příprava operačního pole, tedy potažmo i příslušná edukace, řídit standardy oddělení, což je rovněž uvedeno ve Slezákové et al. (2019).

Dále sestry popsaly edukaci o lačnění v předoperačním období. Pokud se nejedná o rozsáhlý výkon, nebo není jiná ordinace ze strany lékaře, tak všechny dotázané sestry vysvětlí pacientovi, že od půlnoci nesmí jíst, pít ani kouřit. Tyto informace pacientům několikrát opakují. Edukaci o lačnění uvádí rovněž výzkum Blöndal et al. (2022). Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotázané sestry v oblasti předoperačního období edukují pacienty také ohledně prevence tromboembolické nemoci. To je ve shodě například s knihou Janíkové a Zeleníkové (2013), která uvádí, že by sestra měla před operací pacienta naučit správně si nasadit kompresní bandáže ve formě punčoch (Janíková, Zeleníková 2013). Dle našeho názoru sestra samozřejmě může provést bandáž končetin sama, stejně tak jako další činnosti, které sestry v rozhovoru uvedly. Aktivní zapojení pacienta do ošetrovatelského procesu ale může pomoci sestře v časově náročných úkonech a posílí to její vnímání pacienta jako partnera v poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče.

Témata edukace o předoperačním období, které v rozhovorech popsaly dotázané sestry, poté popsali i pacienti, přičemž mnohdy opět vyjádřili nejistotu, zdali si informace pamatují správně. Vyjma témat, která byla výše popsána, uvedla studie Blöndala et al. (2022) edukaci pacientů ohledně premedikace a pooperačního období. Dle našeho názoru by bylo vhodné do období předoperační péče zařadit také více oblastí z pooperačního období. Dle Slezákové et al. (2019) je možné do předoperačního období zařadit například i nácvik pooperační mobilizace či dechových cvičení (Slezáková et al., 2019).

Jako druhou výzkumnou otázku jsme definovaly: **„Jakým způsobem sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienta v rámci pooperačního období?“**.

Na druhou výzkumnou otázku jsme z části odpověděly při předchozím rozklíčování odpovědi na první výzkumnou otázku. Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že způsob ve smyslu edukační formy a metody je stejný jako u předoperačního období. V rámci druhé výzkumné otázky jsme se zajímaly o to, kdy dotázané sestry edukaci o pooperačním období provádějí. Sestry v této oblasti nebyly zcela ve shodě. Výzkumné šetření ukázalo, že sestry, vyjma S1, S7 a S8, edukaci provádějí před i po operaci. To, že edukace o pooperačním období patří z velké části již do doby před operací, uvádí i odborná literatura. Janíková a Zeleníková (2013) řadí edukaci o pooperačním období do intervencí sestry v obecné předoperační přípravě. O tom, že edukaci o pooperačním období probíhá již před operací, píše rovněž Mednes a Ferrito (2021) i Blöndal et al. (2022). Domníváme se, že pokud pacient před operací postrádá informace o pooperačním období, může to zvyšovat jeho pocit nejistoty. Operační výkon pak pacient vnímá jako konečnou událost, která v něm vzbuzuje větší pocit strachu a pocitově prodlužuje jeho čekání na operační výkon.

Obdobně jako u předoperačního období nás v rámci způsobu edukace zajímalo, o čem informantky edukují pacienty po operaci. Výsledky výzkumu ukázaly, že sestry po operaci edukují pacienty o průběhu pooperačního období, o terapii bolesti, mobilizaci, výživě a o péči o ránu.

Z výsledků vyplynulo, že všechny dotázané sestry edukují pacienty o hydrataci a výživě. Gustafsson et al. (2018) uvádí, že pokud je pacient při vědomí, nezvrací, může začít s pomalým příjmem tekutin, není-li u něj perorální příjem kontraindikován. Obdobně odpověděly i informantky z řad sester. Všechny informantky pacientům vysvětlí, že po přivezení pacienta na standardní stanici mohou začít s pomalým popíjením malého množství vody. Postupná realimentace pacienta po operaci se odvíjí od druhu operace (Janíková, Zeleníková, 2013). Dotázané sestry rovněž poukazyvaly na odlišnosti v oblasti výživy i jednotlivých pacientů vzhledem k podstoupenému operačnímu výkonu. Sayin a Aksoy (2012) stejně jako Blöndal et al. (2022) pak řadí edukaci o pooperační výživě spíše do předoperační edukace. Rolí sestry je dle Janíkové a Zeleníkové (2013) rovněž motivace

pacienta k dostatečné nutriční. Dle našich zkušeností se pacienti o výživu zajímají v poměrně velké míře, to souhlasí i s názory námi dotázaných sester.

Všechny dotázané sestry v oblasti pooperačního období zmínily edukaci pacienta ohledně mobilizace. Mobilizace pacienta je zásadní pro prevenci TEN nebo plicních komplikací a je zásadní pro období pooperační rehabilitace (Gustafsson et al., 2018). Z hlediska edukace jsou nejvíce specifickou oblastí břišní operace. Po břišních operacích je obecně doporučována brzká mobilizace, již v den operace (Svensson-Raskh, et al., 2021). Po břišní operaci se doporučuje vstávání přes bok, přičemž by si pacient při výraznějším pohybu, kýčání či kašli měl rukou přidržit operační ránu (Dobšaba et al., 2021). Dle našeho názoru je edukace o mobilizaci pacienta zásadní pro prevenci dehiscence rány a je možné ji v praxi spojit s poučením o prevenci pádu pacienta. Informantky uvedly, že ve většině případů poučí pacienta o vstávání ráno první den po operaci. S1, S4, S8 a S9 poučí pacienta také o pohybu v lůžku do doby, než začnou se vstáváním. Námi dotázané sestry rovněž uvedly specifickou edukaci pacientů po břišních operacích ve shodě s Dobšabou et al. (2021).

Dle výsledku výzkumného šetření informantky edukují pacienty o nutnosti sledování rány a okolí a o aspektech hygieny operační rány jako například kdy začít ránu sprchovat a jakým způsobem se o ránu starat. S4 v této oblasti uvedla také edukaci rodiny, která se poté v domácím prostředí podílí na péči o pooperační ránu. Edukaci ohledně péče o operační ránu uvádí také výzkum Blöndala et al. (2022). Dle výzkumu Koivista et al. (2019) se u pacientů, kteří obdrželi méně informací, než očekávali, vyskytly komplikace v místě operační rány častěji než u pacientů, kteří obdrželi očekávané množství informací nebo více. Překvapivým odhalením v rámci našeho výzkumného šetření bylo, že žádná ze sester neuvedla edukaci ohledně péče o jizvu ani o možné návaznosti následné péče, vyjma praktického lékaře.

Třetí výzkumnou otázkou je: „**Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s předoperačním obdobím na chirurgickém oddělení?**“.

Edukační potřebu můžeme charakterizovat jako určitý nedostatek vědomostí, dovedností nebo návyků, které ovlivňují zdraví pacienta a léčebný režim (Juřeníková, 2010). Informantů z řad pacientů jsme se zeptali před i po operaci, jaké informace jim dle jejich osobní zkušenosti chyběly v předoperačním období. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se pacienti

před operací soustředí hlavně na co nejrychlejší uplynutí doby před zákrokem. Například P5 uvedla: „*Nejhorší je to čekání, když nevíte, co bude, jak to bude, jak to dopadne.* „Dle našich výsledků pacienti rovněž často vnímají nedostatek informací v oblasti časové organizace. Dle našeho názoru jsou chybějící informace v oblasti časové organizace, způsobené nedostatečnou komunikací ze strany lékařů i sester. Nedostatek času lékařů pak ve svých odpovědích uváděly také dotázané sestry, které to vnímaly jako jednu z bariér edukace. P6 pak také doplnila při otázce k hodnocení edukace nepříjemný zážitek směrem k nedostatkům v dovednostech nandání si kompresních punčoch, uvedla: „*No a pak jsem dostala vynadáno za to, že si neumím nandat punčochy, tak to bylo takový no, dost nepříjemný.*“. Je tedy patrné, že vyjma obsahu edukace jsou pacienti citliví i na způsob komunikace. Dle Výzkumu Sayina a Aksoya (2012) pacientům ohledně předoperačního období nejvíce chyběly podrobné informace k informovanému souhlasu a také informace související s anestezií. Pacienti se také zajímali o věci, které budou mít po operaci (ve smyslu drénů, katetrů, kompenzačních pomůcek). Pacienti rovněž chtěli znát důvod lačnění před operací nebo také místo, kde se nachází operační sál (Sayin, Aksoy 2012). Dle studie Blöndala et al. (2022) pacientům před operací chyběly informace ohledně možných komplikací a analgetické medikaci. Menší částí pacientů pak chyběly informace z oblasti nutrice a mobilizace (Blöndal, et al., 2022). Dle našeho názoru pacienti stále sami sebe nevnímají jako aktivní součást léčebného a ošetrovatelského procesu, proto vnímají množství informací v rámci možností jako dostačující. K posílení aktivní role pacienta může před operací posloužit právě dobře naplánovaná a organizovaná edukace. To uvádí rovněž například Studie Mendesa a Ferrita (2021), kdy většina pacientů, kteří byli před operací řádně edukováni, se cítili být aktivními účastníky léčebného procesu v chirurgii.

Poslední, tedy čtvrtá námi definovaná výzkumná otázka, je: „**Jaké jsou edukační potřeby pacientů v oblasti informací souvisejících s pooperačním obdobím na chirurgickém oddělení?**“

Stejně jako v předchozí otázce jsme se pacientů zeptaly, jaké informace jim chyběly v pooperačním období. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že obdobně jako před operací pacienti postrádali informace ze strany lékaře, jako jsou například výsledek operace, následky podstoupeného výkonu a průběh rehabilitace. Pacientům rovněž chyběly informace

ohledně omezení výživy a vstávání z lůžka. Domníváme se, že právě oblasti edukace, jako jsou pooperační výživa a mobilizace, je přínosné zařadit i do období před operací. Většina pacientů v závěru vyjádřila celkovou spokojenost s proběhlou edukací a obdrželi dle jejich názoru všechny zásadní informace. Opakoval se zde názor, kdy pacienti popisují, že příliš informací vědět nechtějí a spíše se snaží směřovat své myšlenky směrem k propuštění do domácí péče. To souhlasí například s názorem S5, ta uvedla: „*Doptávají se hodně na čas, jak to bude probíhat, kdy budou moct jíst, a kdy půjdou domů.*“. To můžeme porovnat s výsledky výzkumu Truccola et al. (2019), zde dotázaní nejčastěji postrádali informace související s diagnózou, léčbou, popřípadě prevencí. Ve výzkumu Rocheho a Jonesa (2021) je také uvedeno překvapení pacientů včasnou aktivní mobilizací a dřívějším propuštěním do domácí péče. Ze studie Blöndala et al. (2022) pak vyplývá, že by pacienti rádi dostali více informací v oblastech očekávané doby rekonvalescence, únavy a managementu bolesti.

Gillis et al. (2017) uvádí, že pokud srozumitelně vysvětlíme pacientům, proč to děláme a pomůžeme jim porozumět tomu, co děláme, budou se nám snažit co nejvíce pomoci, přičemž budou dobře motivováni k dodržování léčebného a ošetrovatelského plánu (Gillis et al., 2017). Pro nás překvapující výsledkem výzkumu byly často se opakující nedostatky v oblasti komunikace mezi sestrou a pacientem. Domníváme se, že právě verbální i neverbální komunikace a interakce mezi sestrou a pacientem je zcela zásadní pro úspěch edukace. Z analýzy výzkumného šetření rovněž vyplynulo, že se pacienti často doptávají a vracejí se k otázkám předoperační přípravy o pooperační péči. Na základě těchto výsledků byl vytvořen edukační materiál, který bude mít pacient stále u sebe a bude pro něj v období před a po operaci oporou.

6 Závěr

Tématem této bakalářské práce je role sestry v edukaci pacienta na chirurgickém oddělení, přičemž problematika edukace nebyla orientována směrem k specifickému operačnímu výkonu. Prvním a druhým cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem sestry edukují pacienta na chirurgickém oddělení v předoperačním a pooperačním období. Zajímal nás rovněž pohled ze strany pacientů. Třetí cíl byl zaměřen na zmapování edukačních potřeb pacienta před operací, čtvrtý cíl se pak soustředil na edukační potřeby pacienta po operaci.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že sestry na chirurgickém oddělení edukují pacienty před a po operaci převážně metodou slovní, ve formě rozhovorů a vysvětlování. Vyjma ústní edukace mají pacienti k přečtení informovaný souhlas, po jehož prostudování mohou vznést dotazy směrem k lékaři i sestře. Sestry v rozhovoru zmínily také využití praktického nácviku. Jako největší bariéru v edukaci pacienta sestry vnímají ze svojí strany nedostatek času a riziko opomenutí edukace, stejně tak je tomu i u lékaře. Ze strany pacienta může být silnou bariérou strach a stres z operačního výkonu a nejisté budoucnosti po operaci. Některé sestry identifikovaly edukaci jako možný prostředek snížení strachu a stresu pacienta. Bylo zjištěno, že v předoperačním období většina sester provádí edukaci již při příjmu pacienta a kladou velký důraz na opakování probraných témat. V předoperačním období sestry edukují pacienty o samotném průběhu hospitalizace, o hygieně a fyzické přípravě pacienta. Edukaci o pooperačním období provádí většina sester již částečně před operací a následně pak po přivezení pacienta zpět na standardní stanici chirurgického oddělení. Po operaci se sestry při edukaci věnují průběhu pooperačního období a také oblastem výživy a hydratace, mobilizace a péče o operační ránu. Výpovědi sester v předoperačním i pooperačním období korespondují s odpověďmi pacientů.

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že pacientům nejvíce chybí informace o časové organizaci a informace poskytované lékařem. Někteří dotázaní pacienti také uvedli v některých případech nedostatky v oblasti komunikace ze strany sester. Pacienti rovněž popsali, že i přes to, že potřebné informace dostali, tak si je kvůli jejich rozsáhlosti nebyli schopni zapamatovat všechny. Z tohoto důvodu vznikla informační brožura, kterou u sebe bude mít pacient k dispozici po dobu hospitalizace od příjmu až do propuštění.

Výsledek této práce poukazuje na společné prvky edukace pacienta na chirurgickém oddělení, i přes odlišnost podstoupených operačních výkonů a různorodost pacientů v holistickém pojetí. Základním předpokladem edukace je komunikace a dostatečný časový prostor, stejně tak jako dobrá informovanost edukátorů. Je tedy potřeba této problematice nadále věnovat pozornost, kdy po podrobnější studii a implementaci získaných výsledků, by bylo možné dosáhnout posílení aktivní role pacienta, jakožto partnera v systému zdravotní péče, a snížení strachu a stresu, který se neodmyslitelně spojuje s operačním výkonem.

Výstupem této bakalářské práce je již zmínění edukační materiál (Příloha 3), který je vhodný jako doplňující prvek edukace pacienta na chirurgickém oddělení. Materiál je vztažen k oddělení, kde byl výzkum proveden. Vrchní sestra chirurgického oddělení má tento materiál k dispozici a v budoucnu se plánuje jeho využití.

7 Seznam použité literatury

1. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., TÓTHOVÁ, V., et al., 2014. Možnosti zapojení pacienta do prevence medikačního pochybení. *Kontakt*. 16(2), 81-87. ISSN 1804-7122.
2. BLÖNDAL, K., H. SVEINSDÓTTIR, B. INGADOTTIR. 2022. Patients' expectations and experiences of provided surgery-related patient education: A descriptive longitudinal study. *Nursing open*. Reykjavik, Iceland, 9(5), 2495–2505, doi:10.1002/nop2.1270.
3. DEFLOREN, C., HOHENAUER, E., STOOP, R., et al., 2020. Physical Management of Scar Tissue: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med*. 26(10), 854-865, doi: 10.1089/acm.2020.0109.
4. DOSBABA, F., KRÍŽOVÁ, D., HARTMAN, M., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.
5. DROBILIČOVÁ, A., 2015. Edukační sestra ve FN Olomouc. *Urologie pro praxi*. 16(5), 236-237. ISSN 1803-5299.
6. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 141 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
7. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK T., et al., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
8. GILLESPIE, D., 2021. *The Many Roles of the Registered Nurse*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing. 393 s. ISBN 978-1527561571.
9. GILLIS, CH., GILL, M., MARLETT, N., et al., 2017. Patients as partners in Enhanced Recovery After Surgery: A qualitative patient-led study. *BMJ Open*. 7(e017002), 1-10. doi:10.1136/bmjopen-2017-017002.
10. GOODMAN, T., CYNTHIA, S., 2017. *Essentials of Perioperative Nursing*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 376 s. ISBN 9781284079821.

11. GUSTAFSSON, U. O., SCOTT, M. J., HUBNER, M., et al., 2018. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *World Journal of Surgery*. 43(3), 659-695, doi: 10.1007/s00268-018-4844-y.
12. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
13. JEDLIČKOVÁ, J., HODANOVÁ, S., 2013. Edukační program perioperační péče ve FN Brno. *Florence*. 9(1-2), 23-26. ISSN 2570-4915.
14. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-802-4721-712.
15. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada. 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
16. KHORFAN, R., SHALLCROSS, M. L., BENJAMIN, Y., et. al., 2020. Pre-operative Patient Education and Patient Preparedness are Associated with Less Post-Operative use of Opioids. *Surgery*. Chicago, 167(5), 852-858, doi: 10.1016/j.surg.2020.01.002.
17. KOIVISTO, J., SAARINEN, I., KAIPIA, et. al, 2019. Patient education in relation to informational needs and postoperative complications in surgical patients. *ISQua*. 32(1), 35-40, doi:10.1093/intqhc/mzz032.
18. KRÁTKÁ, A., 2016. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 79 s. ISBN 978-80-7454-635-8.
19. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 9788073676841.
20. LEMONE, P., BURKE, K., BAULDOFF, et al., 2010. *Medical - Surgical Nursing: Critical Thinking in Patient Care*. 5th edition. United States of America: Pearson Education. 1867 s. ISBN 9780135075944.

21. LIBOVÁ, Ľ., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., et al., 2019. *Ošetrovatelský proces v chirurgii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
22. MÁLEK, J., 2022. Léčba pooperační bolesti. *Klinická farmakologie a farmacie*. Praha, 36(1), 13-18. Dostupné z: doi:10.36290/far.2022.003.
23. MENDES, A., FERRITO, C., 2021. Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referência*. (8), 1-16, doi:10.12707/RV20216.
24. NEJEDLÁ, Marie, 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-802-4744-025.
25. NOVÁKOVÁ, J., ŠMÍDOVÁ, Š., 2013. Edukace geriatrických pacientů. *Florence*. 9(12), 28 – 30 s. ISSN 2570-4915.
26. PÁRAL, J., DUŠEK, T., LOCHMAN, P., et al., 2020. *Chirurgická propedeutika: Základy chirurgie pro studenty lékařských fakult*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-1235-7.
27. PLEVOVÁ, I., BUŽGOVÁ, R., JANÍKOVÁ, E., et al., 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-802-7108-886.
28. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-802-4732-718.
29. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2. vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
30. RADFORD, M., SMITH, A., KISIEL, M., 2016. *Oxford Handbook of Surgical Nursing*. New York: Oxford University Press. 784 s. ISBN 9780199642663.
31. ROCHE, D., JONES, A., 2021. A qualitative study of nurse-patient communication and information provision during surgical pre-admission clinics. *Health Expectations*. Cardiff: Wiley, 24(4), 1357-1366 s. doi:10.1111/hex.13270.

32. SAYIN, Y., AKSOY, G., 2012. The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *Aorn Journal*. Turkey, 95(6), 772-787 s. Dostupné z: doi:10.1111/hex.13270
33. Seznam patientských organizací, 2023. *Portál pro pacienty a patientské organizace* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientske-organizace--seznam-pacientskych-organizaci>
34. SHRESTHA, S., 2017. *Operation Theatre Technique in Nursing*. Kathmandu, Nepal: Heritage publishers and distributors PVT. 264 s. ISBN 97899377031805.
35. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-802-4744-148.
36. SINHA, S., 2019. Management of post-surgical wounds in general practice. *Aust J Gen Pract*. 48(9), 596 – 99, doi:10.31128/AJGP-04-19-4921.
37. SLEZÁKOVÁ, L., ČOUPKOVÁ, H., MARCIÁN, P, et al., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.
38. SON., D, HARIJAN, A., 2014. Overview of surgical scar prevention and management. *J Korean Med Sci*. 29(6), 751-7, doi: 10.3346/jkms.2014.29.6.751.
39. SOLOMKIN, J., EGGER, M., BALKHY, H., *Global guidelines for prevention of surgical site infection*, 2018. 2. edition. [online]. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155047-5. [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf>
40. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. 2. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. 78 s. ISBN 80-701-3368-6.

41. STRNADOVÁ, A., L. HLADÍKOVÁ a M. KNOTKOVÁ, 2020. *Koncepce domácí péče*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2023-02-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
42. STRNADOVÁ, A., HLADÍKOVÁ, L., KNOTKOVÁ, M., et al., 2021. Koncepce ošetrovatelství. *Věstník Ministerstva Zdravotnictví ČR*. 2021(6). 87 s. ISSN: 1211-0868.
43. SVENSSON-RASKH, A., SCHANDL, A., STÄHLE, A., et al., 2021. Mobilization Started Within 2 Hours After Abdominal Surgery Improves Peripheral and Arterial Oxygenation: A Single-Center Randomized Controlled Trial. *Physical Therapy*. 101(5), doi: 10.1093/ptj/pzab094.
44. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
45. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
46. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
47. ŠVESTKOVÁ, S., 2013. Kompresivní terapie v praxi. *Praktické lékařství*. Solen, 9(3), 117-119. ISSN 1803-5329.
48. TOMOVÁ, Š. 2017. *Základy edukace pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 1. vydání. Praha: Ústřední knihovna UK. 99 s. ISBN 978-80-88176-12-1.
49. TRUCCOLO, I., MAZZOCUT, M., CIPOLAT M., et al., 2019. Patients and caregivers' unmet information needs in the field of patient education: results from an Italian multicenter exploratory survey. *Supportive Care in Cancer*. 6, 2023–2030. [online]. [cit. 2023-07-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4439-z>.

50. VALIŠOVÁ, A., KOVAŘÍKOVÁ, M., 2021. *Obecná didaktika a její širší pedagogické souvislosti v úkolech a cvičeních*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). 312 s. ISBN 978-80-271-3249-2.
51. Vyhláška č. 55/2011 Sb., vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 5/2022 Sb., 2011. [online]. [cit. 2022-07-08]. In: *Zákon pro lidi.cz*, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20220701>.
52. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
53. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, et al., 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III: speciální část*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-802-4734-217.
54. WOBITH M, WEIMANN, A., 2021. Oral Nutritional Supplements and Enteral Nutrition in Patients with Gastrointestinal Surgery. *Nutrients*. 13(8), 2655. doi: 10.3390/nu13082655.
55. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-802-7101-566.
56. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
57. ZÁVODNÁ, V., 2005. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. vydání. Martin: Osveta. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

Příloha 2 – Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s pacienty

Příloha 3 – Edukační materiál pro pacienty chirurgického oddělení

Příloha 1

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na pozici sestry ve zdravotnictví?
4. Jak dlouho pracujete na lůžkové stanici chirurgického oddělení?
5. Setkal/a jste se s problematikou edukace pacienta v průběhu vašeho vzdělávání?
(středoškolského/ vysokoškolského/ celoživotního vzdělávání)
6. Jak začleňujete edukaci do své ošetrovatelské praxe?

Předoperační příprava

7. Kdy provádíte edukaci pacienta o předoperační přípravě?
8. Jakým způsobem edukujete pacienta o předoperační přípravě?
9. O čem nejčastěji edukujete pacienta v oblasti předoperační přípravy?
10. Jak dlouho dle vaší zkušenosti zabere edukace pacienta o předoperační přípravě?

Pooperační období

11. Kdy provádíte edukaci pacienta o pooperačním období?
12. Jakým způsobem edukujete pacienta o pooperačním období?
13. O čem nejčastěji edukujete pacienta v oblasti pooperačního období?
14. Jak dlouho dle vašich zkušeností zabere edukace pacienta o pooperačním období?

Edukace

15. Jakým způsobem si připravujete edukaci pro jednotlivé pacienty?
16. V jakém prostředí nejčastěji edukujete pacienty?
17. Jaké jsou podle vás v praxi nejčastější překážky efektivní edukace pacienta?
18. Domníváte se, že edukace pacienta je dle vašeho popisu na oddělení dostatečná, nebo víte o něčem, co by podle vás bylo vhodné začlenit do praxe (nové informace, postupy, materiály)?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 2

Pacient před plánovaným operačním zákrokem na chirurgickém oddělení.

1. Jaký je váš věk?
2. Jaký plánovaný výkon budete aktuálně podstupovat?
3. Jakým způsobem jste byl edukován sestrou o předoperační přípravě na chirurgickém oddělení?
4. Kde edukace probíhala?
5. Jak edukace probíhala?
6. Jaké informace jste se dozvěděl?
7. Jaké další informace byste rád/a dostal/a o předoperačním období/přípravě na chirurgickém oddělení?
8. Jakým jiným způsobem by podle Vás mohla edukace proběhnout?
9. Jak byste dle vašeho názoru ohodnotil/a edukaci?

Pacient po plánovaném operačním zákroku na chirurgickém oddělení.

1. Jaký je váš věk?
2. Jaký plánovaný výkon jste aktuálně podstoupil/a?
3. Jakým způsobem jste byl edukován sestrou o pooperačním období na chirurgickém oddělení?
4. Kde edukace probíhala?
5. Jak edukace probíhala?
6. Jaké informace jste se dozvěděl?
7. Jaké další informace byste rád/a dostala o pooperačním období na chirurgickém oddělení?
8. Jakým jiným způsobem by podle Vás mohla edukace proběhnout?
9. Jak byste dle vašeho názoru ohodnotil/a edukaci?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha 3

CHIRURGICKÉ ODDĚLENÍ

Čeká Vás operace. Je zcela přirozené bát se operačního výkonu a toho, co se bude dít po něm. Tento oboustranný papír Vám může posloužit jako průvodce obdobím před a po Vaší operaci na chirurgickém oddělení.

Pokud máte jakýkoliv dotaz neváhejte a zeptejte se nás! *Informace jsou orientační, mohou se změnit.*

PŘED OPERACÍ

Vyprázdnění střev (liší se dle výkonu)

- Není potřeba**
- Zavedení glycerinového čípku do konečníku.**
- Očistné klysmo** – provádí sestra na oddělení ve speciální koupelně (v případě nutnosti na lůžku) po aplikaci tekutiny zůstáváte na koupelně – po vyprázdnění na toaletě se vrátíte zpět na pokoj a informujete sestru.
- Vypití prázdnícího roztoku** – podporuje vyprázdnění střev – ke správnému účinku se řiďte pokyny sestry.



Od Nejíst. Od nepít, nekouřit (v případě nedodržení, může dojít k odložení operace z důvodu Vaší bezpečnosti) – *před uvedenou dobou se doporučuje dostatečná hydratace.*

- Pokud dostanete ráno léky (tablety, kapsle) – je možné je zapít douškem čisté vody.

Hygiena

Hygienu ve sprše je vhodné provést večer a ráno před operací.

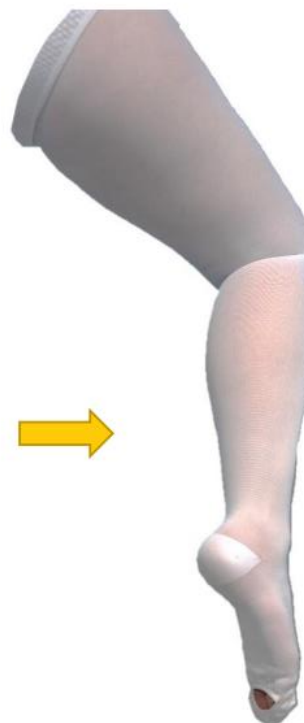
- Zaměřte se na oblast operačního pole, třísel, vymytí pupku a prostoru pod prsy.
- **Využijte mýdlo** (pokud mýdlo nemáte s sebou, je možné jeho zapůjčení u sestry).
- **Nezapomeňte na hygienu dutiny ústní. Neměli byste se vonět ani líčit.**
- **Operační místo musí být před operací oholeno.** Oholení ženám provede sestra, mužům sanitář, v případě dobře dostupného místa můžete oholení provést sám/sama (sestra poté provede pouze kontrolu).
Vždy je potřeba oholit větší pole, než je velikost budoucí operační rány.

Ráno před operací

Ráno dostanete od sestry anděla (speciální pyžamo) – po provedení hygieny se do anděla převléknete – *volná zavazovací část patří dozadu, pod andělem byste neměli mít ani spodní prádlo.*

- **Sundejte si všechny šperky, pokud máte vyjměte zubní náhradu, dlouhé vlasy svažte do culíku, na pokoji nechte – hodinky, telefon, naslouchátko, brýle a obdobné předměty.**
- **Pokud jste dostali ráno kompresní punčochy – nasadte je po hygieně.** (punčochy napomáhají k žilnímu návratu a zlepšují cirkulaci krve.)

Jak? Najděte si patu, při správném navlečení jsou prsty nohou schované. Otvor je na spodní straně nohy. Na horním okraji punčochy, který sahá až téměř do třísel je gumový pruh, ten patří na vnitřní stranu a zabraňuje skluzu. (Existují různé velikosti punčoch - pokud Vám nesedí, zeptejte se sestry.)



**Na sál Vás odveze sestra z oddělení, odjedete vleže na Vaší posteli.
Na předsálí operačního sálu si Vás převezme anesteziologická sestra.**

Po probuzení po operaci budete 2 hodiny na pooperačním pokoji z důvodu sledování a odeznívání anestezie. ➡ Pokud **nebude** zapotřebí intenzivní monitorace budete po 2 hodinách převezen/převezena zpět na standardní stanici na Váš pokoj.

PO OPERACI

Těsně po operaci

Ležet ANO, nehybně NEMUSÍTE!

- Po přivezení z dopravního pokoje zůstanete ležet v posteli až do dalšího rána. Můžete se opatrně otáčet na bok, nebo například přitahovat špičky nohou k tělu.
- **Není-li řečeno jinak, můžete na pokoji začít s pomalým popíjením čaje/vody – po douškách.** (Nedoporučují se perlivé nápoje.)
- **Po operaci Vám může být nevolno – V tom případě, zavolajte na sestru** (je k dispozici medicína).
- **Po operaci máte k dispozici léky na bolest** – bolest je po operaci normální jev, sestry pravidelně nabízejí léky pacientům, **v případě silné bolesti se nebojte použít zvonek!**
- **Po operaci máte operační ránu** – rána je první dny po operaci zakrytá (neřekne-li se jinak), krytí by mělo být suché a čisté – pokud není, řekněte to sestře. Pokud máte drén (hadičku vyvedenou z rány) dbejte na to, aby nedošlo k jeho vytažení – **myslete na něj i při pohybu na posteli.**
- **Po operaci by mělo dojít k vymočení do 8 hodin po výkonu** – v leže proběhne vymočení u žen do podložní mísy, u mužů do močové lahve tzv. bažanta (V případě nutnosti se zavede močová cévka).

Jídlo je u každého pacienta řešeno individuálně. S prvním jídlem se začíná standardně až ráno po operaci.

Vstávání z lůžka

Nejdříve chvíli sedte na okraji postele. Po operaci se Vám může motat hlava a nemusíte si být jistí v chůzi. **Pokud se necítíte dobře, vždy Vás rádi doprovodíme!**

Pokud není řečeno jinak, **vstává se z lůžka ráno po operaci v doprovodu a pod dohledem sestry** (nejdříve 12 hodin po operaci). **Zkuste si postup vstávání i před operací.**

Vstávat z lůžka doporučujeme přes bok, hlavně po břišních operacích. **Postupujte následovně:**



Péče o ránu

Péče o operační ránu se řídí pokyny lékaře.

Operační rána je po operaci krytá lepením/obvazem. **Krytí by mělo být suché a čisté.**

- Následně po odkrytí operační rány lze začít ránu sprchovat (Nepoužívat vanu!).
- **Jak?** Nesprchovat se dlouho, nemydlit, omýt pouze čistou vodou, zlehka osušit ručníkem, ránu nedřít. Po osušení provést dezinfekci rány. *(Poté už se rána většinou znovu nezakrývá.)*

PO OPERACI KŘEČOVÝCH ŽIL Je nutná **bandáž operované končetiny**. Sestra Vám vysvětlí, kdy bandáž provádět a ukáže správnou techniku. **Elastický obvaz přikládejte, než vstanete z lůžka.** Používejte obinadla široká 8–10 cm. Začínáte otočkou těsně pod prsty, postupujte přes patu, koleno, stehno až k tříslu. Patu vždy obvažte celou, aby nevznikl otok.

PO OPERACI PRSU **Nenamáhejte operovanou stranu těla.** Pokud je to možné vstávejte přes bok druhé strany. Na ruce operované strany **NENÍ** vhodné měřit krevní tlak. Fyzioterapeut Vám vysvětlí rehabilitaci a prevenci lymfedému.

PO BŘIŠNÍ OPERACI Při kašli, smíchu nebo kýchnutí si přidržeťte ránu rukou. Vyhněte se námaze břišních svalů.

9 Seznam použitých zkratek

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

CŽK – centrální žilní katetr

DM – Diabetes mellitus

EKG – elektrokardiograf

ERAS - Enhanced Recovery After Surgery

JIP – jednotka intenzivní péče

NGS – nasogastrická sonda

PMK – permanentní močový katetr

PŽK – periferní žilní katetr

TEN – tromboembolická nemoc

VAS – vizuální analogová škála