

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

B A K A L Á Ř S K Á P R Á C E

2012

Miluše Fotrová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Edukační činnost sestry v perioperační péči

bakalářská práce

Autor práce: Miluše Fotrová
Studijní program: Ošetrovatelství
Studijní obor: Všeobecná sestra
Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová
Datum odevzdání práce: 3.5.2012

ABSTRACT

EDUKAČNÍ ČINNOST SESTRY V PERIOPERAČNÍ PÉČI

Edukace pacientů je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, jednání sestry je chápáno jako jedna ze základních rolí- role sestry. Pacient v roli posluchače a sestra v roli edukátorky vytváří aktivní spolupracující dvojici. Tato práce se věnuje problematice edukace na operačních sálech perioperačními sestrami. V práci byly stanoveny cíle a výzkumné otázky. Cíl 1: Zjistit rozdíl v edukační činnosti perioperační sestry na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice a.s. Cíl byl splněn, edukační metody vycházejí podle zaměření operačních sálů na příslušných odděleních. Respondentky se shodují v nejvíce užívané metodě, v metodě rozhovoru. Cíl 2: Zjistit rozdíl v edukaci při celkové a místní anestézii perioperační sestrou. Cíl byl splněn. Rozdílnost edukace při místní anestézii se liší především v přístupu k pacientovi, kde respondentky uvedly bližší, individuální kontakt k operovanému. Sestry se shodují, že při místní anestézii pacientovi podávají podrobnější výklad k následující operaci z pohledu ošetrovatelské péče a s nemocným aktivně hovoří a informují ho po celou dobu operačního výkonu. K cílům práce byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

Otázka 1. Jaké edukační metody využívají perioperační sestry? Respondentky uváděly shodně metodu rozhovoru, vysvětlování, práci s textem-letáky, brožurky, dále uvedly fotodokumentaci a edukační knížky, ačkoli se u nich na sálech nepoužívají.

Otázka 2. Jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější pro pacienta? Respondentky shodně uvedly metodu rozhovoru, šest dotazovaných uvedlo práci s textem-letáky, brožurky.

Otázka 3. Jakým způsobem probíhá edukace na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice, a.s.? Všech devět sester shodně uvedlo, že edukaci provádí v den operace na předsáli. Zde obíhající sestra seznámí pacienta s prostředím sálu, vysvětlí a provede ošetrovatelskou přípravu dle zvyklosti oddělení, poučí pacienta o poloze na operačním stole.

Otázka 4. V čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii? Rozdílnost podle sester spočívá při místní anestézii, v individuálnější přístup k pacientovi, s metodou podrobnějšího vysvětlování. S pacientem hovoří po celou dobu výkonu, při rozhovoru spolu s lékařem vysvětlují více do hloubky postup operačního výkonu.

ABSTRACT

EDUCATIONAL ACTIVITY OF A NURSE IN PERIOPERATIVE CARE

Education of patients is an integral part of the nursing process, and the nurses' behaviour is seen as one of the key roles - the role of nurses. A patient in the role of a listener, and a nurse is in the role of an educator create an active cooperative pair. This paper is devoted to the questions of the education in operating theatres through perioperative nurses. The paper defined the objectives and research questions. Objective 1: To determine the difference in educational activities of a perioperative nurse in selected operating theatres in the Hospital České Budějovice, AG. The objective was accomplished, and the educational methods comply with the orientation of the operating theatres in the relevant departments. The respondents agree on the most used method, which is an interview. Objective 2: To determine the difference in the education through a perioperative nurse in the general and local anaesthesia. The objective was accomplished. Diversity of the education for the local anaesthesia consists primarily in the approach to a patient, where the respondents reported a closer individual contact towards an operated patient.

The nurses agree on that during the local anaesthesia they interpret a detailed explanation to the patient to the following surgery in terms of nursing care, and they talk actively to the patient, and inform him throughout the whole period of the surgery process. The objectives of the paper were defined by four research questions.

Question 1. What are the educational methods used through the perioperative nurses? The respondents reported unanimously the method of an interview, an explaining, a work with text - leaflets, brochures; further they indicated a photo-documentation and educational books, although they are not used in the operating theatres in questions.

Question 2. What method is considered by the perioperative nurses as the most beneficial for the patient? The respondents reported unanimously the method of an interview, six of the respondents stated the work with a text - leaflets, brochures.

Question 3. In what manner proceeds the education on the selected operating theatres in the Hospital České Budějovice, AG? All nine nurses consistently reported that they conduct the education in a corridor on the day of surgery. Here the acting nurse acquaints the patient with the operating theatre environment, explains and performs a nursing preparation according to the department practices, instructs the patient about his position on the operating table.

Question 4. What is the difference in the education of the patient through the perioperative nurse before the surgery in general and local anaesthesia? According to the nurses' opinion, the difference lies by the local anaesthesia in a more individual access to the patient, when the method of detailed explanation is used. The nurses talk to the patient throughout the whole performance, and together with the doctor they explain the process of the surgery in a more particular way.

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci na téma Edukační činnost sestry v perioperační sestry jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených 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/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2012

.....

Poděkování

Děkuji touto cestou Mgr. Ivaně Chloubové za laskavé vedení mé práce, odborné konzultace, věnovaný čas, ochotu a cenné rady při psaní této bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Význam slova edukace	10
1.1.1 Edukace jako proces učení.....	10
1.2 Edukační proces a jeho fáze	12
1.2.1 Realizace edukačního procesu.....	12
1.2.2 Využívané metody v edukaci.....	13
1.2.3 Cíl edukace.....	15
1.3 Role edukátora	15
1.3.1 Sestavení edukačního plánu.....	16
1.3.2 Profesionalita sestry a edukace.....	16
1.4 Komplexní ošetrovatelská péče a potřeby pacienta	17
1.5 Edukace chirurgického pacienta	18
1.5.1 Společné aspekty předoperačního období.....	19
1.5.2 Předoperační období a stáří.....	19
1.5.3 Předoperační období a dětský věk.....	20
1.5.4 Předoperační těhotenství a gravidita.....	21
1.5.5 Význam lačnění v předoperačním období.....	22
1.6 Psychologie nemocného před operací	22
1.6.1 Zvládnutí strachu nemocného-hlavní úkol sestry edukátorky.....	24

1.7 Informovaný souhlas	24
1.8 Předoperační edukace a lékař	25
1.8.1 Perioperační sestra a její role na operačním sále.....	25
1.8.2 Důležitost dokumentace na operačním sále.....	27
1.8.3 Perioperační sestra v roli edukátorky.....	27
1.8.4 Důležitost edukace před operačním výkonem.....	27
1.8.5 Edukace a plánovaný výkon.....	29
1.9 Přímá edukace	29
1.9.1 Cíl edukace před operací.....	30
1.10 Celková a místní anestézie	31
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 METODIKA	34
3.1 Používaná metodika	34
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	35
4 VÝSLEDKY	36
4.1 Kvalitativní šetření-přepisy rozhovorů	36
4.2 Charakteristika respondentek	56
4.2.1 Kategorizace dat v tabulkách	57
5 DISKUZE	65

6 ZÁVĚR	74
7 SEZNAM LITERATURY	76
8 KLÍČOVÁ SLOVA	80
9 SEZNAM PŘÍLOH	81

ÚVOD

V dnešním přetechizovaném světě jsou na každého z nás kladeny stále vyšší nároky v oblastech našich dovedností a vědomostí. Společenský vývoj se neustále zrychluje. Mezi hlavní příčiny postupující technické revoluce patří zejména rozšiřování nových vědeckých poznatků a také rozvoj komunikačních a informačních technologií. Změny se staly součástí každodenního života lidí. Nová technologie se nezastavila ani před branami našeho zdravotnictví. Každým dnem jsou ve zdravotnictví pro pomoc v léčbě pacientům zaváděny nové vyšetřovací metody i nové terapeutické zákroky. Ale i přes tento pokrok stále stoupá počet chronicky nemocných, což je mimo jiné dáno i prodlužující se délkou života.

Pacient je nucen poté navštívit zdravotnická zařízení, která jsou pro něj velkou neznámou, neorientuje se a vstup do těchto zařízení se pro něj stává stresujícím. Stres se u pacienta v mnoha případech prohlubuje špatnou informovaností o vyšetřujících metodách, o způsobu léčby, o jejím postupu. Tyto informace by měl získat každý pacient od zdravotnického personálu.

Úkolem každého zdravotníka je umožnit pacientovi získání nových dovedností, vědomostí a návyků. Ty potom pomohou obnovit zdraví, nebo udržet si je na přijatelné úrovni. Tyto informace poskytují zdravotníci formou edukace pro zlepšení prostředí v našich zdravotnických zařízeních. Nezáleží, jakou metodu edukace zdravotníci použijí, důležité je dosažení vytyčeného edukačního cíle a následné plnění. Je na zodpovědnosti každého zdravotníka, zda chce nebo nechce přispět na zdokonalení a zlepšení současné situace ve zdravotnictví. (14)

Téma týkající se edukace pacientů v perioperační péči jsem si zvolila s přesvědčením, že edukace na operačním sále představuje oblast, kterou má smysl zabývat se důkladně a do hloubky. Smysl v cestě přiblížit se více k člověku, k pacientovi, který spoléhá na zdravotníka v době, kdy jej zrazuje jeho vlastní já, ať fyzické, či duševní. Jak sestra k edukaci přistupuje, se bezprostředně projevuje na přístupu pacienta k sestře.

1 Současný stav

Slovo edukace se v dnešní době skloňuje ve všech pádech, stala se nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Na operačních sálech byla edukace pacienta dlouho opomíjená, pacient byl jen člověk, u kterého bylo třeba provést operační výkon, ať už plánovaný nebo akutní. Úkolem sester – instrumentárek byla příprava nástrojů a pomůcek k operaci a asistence lékařům. K pacientovi se většinou přistupovalo, až když byl pod celkovou anestézií. Význam ošetrovatelského procesu spolu s edukací pacienta překročil v dnešní době i práh operačních sálů z důvodu zkvalitnění ošetrovatelské péče. Současná doba přinesla nejen nové metody v anestézii, ale také nutnost perioperačních sester navázat kontakt s pacientem před operací, operovaného edukovat, a tím jej získat pro spolupráci na operačním sále (13).

1.1 Význam slova edukace

Výraz edukace pochází z latinského slova educio, educare. Edukace znamená vychovávat, vést vpřed. Pojem edukace lze definovat jako „**proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince, s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.**“ Edukace se považuje za jednu z funkcí ošetrovatelství a patří mezi nejdůležitější aspekty ošetrovatelské péče (14)

1.1.1 Edukace jako proces učení

Je to učební proces, který představuje významný způsob zlepšení kvality života člověka. Edukační proces probíhá u všech lidí od prenatálního života až po konec jeho života, tedy smrt. Činností osob dochází k záměrnému nebo nezáměrnému učení. Ve zdravotnické praxi edukace znamená poskytování informací pacientovi, které si má osvojit během poskytování zdravotní péče. Cílem edukace u pacienta je vytváření

nových hodnot, poznatků, nových vědomostí a správných postojů nemocného. Vzhledem ke stálému zkracování pobytu pacienta ve zdravotnickém zařízení je edukace v dnešní době více aktuálnější než kdykoliv předtím. Při edukaci jde o komunikační proces mezi edukantem - pacientem a edukátorem. Ve zdravotnictví je to především lékař, sestry, porodní asistentky, rehabilitační pracovníci, nutriční terapeut aj. Tento komunikační proces má snížit nebo eliminovat úzkost a obavy pacienta na možné minimum a podporovat jeho uzdravení a návrat do běžného života. Edukační proces může být zpočátku vnímán sestrami jako enormní úkol. Je-li ale začleněn do každodenní péče a stane-li se multidisciplinární snahou, pak je jej možno zvládnout. Aby měl tento proces opravdu efekt, musí dojít k navázání důvěrnějšího vztahu mezi ošetrovatelským personálem a pacientem. Ke smysluplnému dialogu mezi pacientem a sestrou může dojít jen tehdy, zná-li a respektuje-li sestra svého pacienta a pacient zná a respektuje ji. Teprve potom může být veden dialog o nemoci pacienta, o jeho pocitech, které v něm neznámé prostředí a nemoc vyvolávají, o problémech související s jeho onemocněním. Tyto dialogy podporují uzdravující proces u nemocného. Sestra je v roli edukátora, při dialogu se snaží vybudovat si důvěrný vztah s pacientem, vyhodnotit jeho edukační potřeby, vyhodnotit bariéry, které by mohly narušit cestu procesu výuky a také organizovat výuku tak, aby co nejvíce vyhovovala pacientovi a jeho osobním potřebám. Sestra přijímá pacienta, ať vypadá jakkoliv, ať se chová jakkoliv a ať má jakékoliv vzdělání a vědomosti. Sestra musí být v každém případě nestranná, nezaujatá, ke každému pacientovi se musí chovat stejně. Dosažení tohoto vztahu je prioritou číslo jedna pro efektivitu edukátora. Edukátor je empatický a ochotný pomoci, správné neverbální a verbální komunikační dovednosti a schopnost umět být kdykoliv radcem (14).

1.2 Fáze edukačního procesu

V první fázi edukačního procesu je zjišťováno co nejvíce údajů o edukantovi, jeho intelekt, vědomosti, dovednosti, znalosti a postoje. K získání těchto informací je využíváno metody rozhovoru nebo pozorování.

Ve druhé fázi jsou stanoveny edukační diagnózy, na podkladě závěru odpovědi edukanta na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy.

V třetí fázi nastává plánování edukačního procesu, naplánování cílů zdravotní výchovy, forem, zvolení metod, pomůcek, materiálu, posouzení překážek ve výuce.

Čtvrtá fáze spočívá v realizaci edukačního procesu. Tato fáze začíná motivací pacienta, pak následuje expozice, při které představíme nové poznatky. Navazuje fixace, u které je nutné stálé procvičování a opakování. Po fixaci následuje průběžná diagnostika, kde je nutné otestovat pacienta, zda porozuměl a pochopil dané učení a zda projevil zájem o edukaci. Poté následuje aplikace, při které je pacient požádán, aby předvedl, zda dovede použít získané dovednosti a vědomosti.

V páté fázi dochází k vyhodnocení edukačního procesu, výsledků ošetrovatelské péče. V této zpětné vazbě je zhodnoceno, zda bylo dosaženo krátkodobých či dlouhodobých cílů a do jaké míry. Vyhodnocení je prováděno formou otázek, kdy jsou zjišťovány vědomosti pacienta. Pozoruje a sleduje se zručnost edukanta. O každé edukaci je prováděn záznam (14).

1.2.1 Realizace edukačního procesu

Na realizaci edukačního procesu se podílí celý multidisciplinární tým zdravotníků. Každý provádí edukaci dle svých kompetencí, stanoveného plánu a specializace. Každého pacienta je nutno brát jako individuum. Každý pochází a žije v rozličných sociálně - kulturně - ekonomických podmínkách. Při realizaci edukace musí být na zřeteli ovlivňující faktory nemocného. Patří sem biologické, psychické a sociální faktory. Mezi faktory biologické se zařazuje věk, pohlaví, úroveň soběstačnosti,

jaký je zdravotní stav a onemocnění pacienta, jeho smyslové poruchy. Do psychicko-duchovních faktorů patří psychický stav nemocného, motivace, schopnosti a dovednosti, osobnostní vlastnosti, typ temperamentu, zkušenosti, vyznání a víra. Důležité jsou rovněž faktory sociální. Ty jsou ovlivněny ekonomickou situací, rodinnými vztahy, zaměstnáním, vzděláním, etnickou a kulturní příslušností (6).

1.2.2 Využívané metody edukace

Slovo metoda pochází z řeckého slova met - hodos, což můžeme přeložit jako „za cestou“, tedy jít po cestě k naplnění daných cílů. Edukační metody má edukátor dobře promyšlené a cílevědomé, tak aby aktivovaly edukanta-pacienta k učení, a tím k dosažení stanovených cílů. Stanovené metody musí být pro pacienta zajímavé, aktuální k jeho zdravotnímu i psychickému stavu. Ve zdravotnictví je nejvíce používána metoda *mluveného slova*, a to formou přednášky, instruktáží a praktickou ukázkou, vysvětlováním, rozhovorem, praktickým cvičením, diskuzí, prací s textem, konzultací. Je možné použít i dalších zdrojů, video, fotografie, diapozitivy, didaktické pomůcky (14).

Metoda mluveného slova zaujímá první místo ve zdravotní výchově, je nejčastěji využívaná z důvodu podání nejpresnějšího podání informací. Velká výhoda této metody je v tom, že se může použít kdekoliv. Může se různě měnit, podle potřeb jedinců nebo skupin. Projev sestry je velice důležitý, aby metoda splnila svůj cíl, který musí být vždy promyšlený dopředu a v souladu se zásadami edukace (14).

Přednáška patří mezi nejčastěji používané metody edukace. Přednáškou jsou předávány nové poznatky a myšlenky v ucelené podobě. Každá přednáška se skládá ze tří částí, úvodu, vlastního tématu a závěru. V úvodu jsou edukanti seznámeni s tématem přednášky a edukátor se snaží získat jejich pozornost a důvěru. Po úvodu následuje vlastní výklad, který se skládá z podložených fakt. Text přednášky má být logicky uspořádaný. Je možné pro zajímavost do výkladu vložit i několik svých poznatků nebo doplnit příklady z praxe. Vždy je nutné vysvětlit nové pojmy, pro edukanty neznámé.

Po této části nastupuje závěr přednášky. V závěru dochází ke shrnutí celého tématu do nejdůležitějších bodů. Během přednášky se mohou využívat i různé pomůcky, k většímu pochopení tématu. Dnes je používána i počítačová technika, interaktivní tabule, přednášky mohou být formou prezentace Power Point. Výhodou přednášky je předání informací větší skupině lidí. Nevýhodou je malá aktivita edukantů, malá zpětná vazba pro kontrolu, zda účastníky byla pochopena správnost přednášky. Je dobré na konec přednášky pokládat otázky, kterými je zpětně zodpovězeno, do jaké míry bylo téma pochopeno (14).

Vysvětlování se snaží objasnit příčiny a souvislosti tak, aby edukovaný byl schopen pochopit podstatu problému. Tuto metodu je možno doplnit příkazy, zákazy, instrukcí. Instruktaž a praktické cvičení je důležité v době, kdy dochází ke snaze edukovaného seznámit s jistým pracovním postupem. Nejprve následuje teoretická část, která navazuje na informace a vědomosti edukovaného. Poté následuje praktická ukázka. Zpočátku by měla být pomalá, pro snadnější pochopení a se slovním doprovodem. Následující praktickou ukázkou je ukázáno normální tempo, kterého by měl edukovaný dosáhnout. Každý edukant provádí následovně nácvik pracovní činnosti.

Rozhovor patří ke každodenní činnosti sestry ve spolupráci s pacientem. Je to plánovaná komunikace, jejímž cílem je rozebrat problémy a potřeby klienta, dochází k vzájemné výměně informací. Základem je kladení otázek, při kterém dochází k doplnění a upřesnění údajů o edukantovi. Otázky, které klade edukátor by měly být krátké, srozumitelné, v logické posloupnosti, ne sugestivní. Je nutné brát v potaz, kdo je rozhovoru přítomný, dodržovat osobní identitu nemocného (14).

Diskuze se užívá k procvičování a upevňování vědomostí edukanta. Zadání tématu k diskuzi by mělo být stanoveno předem, aby se mohli účastníci diskuze připravit. Po celou dobu diskuze je vedoucím sledován průběh, je kontrolováno, aby nedocházelo k odklonění od tématu a k vzájemnému napadání účastníků. Cílem je dospět k společnému názoru, přijmout závěry (14).

Konzultace patří k nejvíce využívaným metodám ve zdravotnictví. Během konzultace s odborníkem, dochází k prodiskutování s edukantových problémů, k objasnění nejasnosti, ke zkonzultování patřičných doporučení. Konzultace může být

dlouhodobá, zvláště u chronicky nemocných osob. Příkladem je práce diabetologické sestry s pacienty aplikujícími si inzulin s diabetem mellitus. Sestra si může zpětně ověřit vědomosti a dovednosti nemocného, popřípadě provést nápravu, správnou a opakovanou edukací (14, 2).

Práce s textem je často využívaná metoda ve zdravotnictví, nejčastěji formou letáků, plakátů, brožur, knih, článků v odborných časopisech. Tyto texty jsou umístřovány často v čekárnách ambulancí (14, 2).

1.2.3 Cíl edukace

Edukační cíl je očekávaný výsledek, kterého je nutné dosáhnout u každého pacienta. Cílem ošetrovatelského personálu je navázat kontakt s pacientem, získat zájem pacienta, předat potřebné informace, podpořit pacienta, získat jej pro svou spolupráci, pomoci mu pochopit podstatu jeho zdravotního stavu, jeho onemocnění a zároveň získat zpětnou vazbu od pacienta. Je nutné jej informovat o jeho vlastní roli v péči o sebe, o svou osobu a motivovat jej k odpovědnosti za ni. Pacient musí pociťovat podporu a pochopení ze strany sestry. Edukace a informovanost spolu velice úzce souvisí. Edukace znamená řádnou přípravu a kvalitní realizaci výuky, informace jsou nástroj na zajištění účasti pacienta v procesu poskytování péče v době hospitalizace i po propuštění do domácího ošetření (14).

1.3 Role edukátora

Dobrý edukátor si uvědomuje, jak důležité je první navázání vztahu s pacientem. Správná sestra má vyjadřovat ochotu, laskavost a respekt vůči pacientovi. Humanistický přístup k edukaci je tím nejvhodnějším. Teprve až se pacient seznámí a vyrovná se s tím, co ho nejvíce tíží, až vše pochopí bude schopen se soustředit na informace od edukátorky. Při edukaci je třeba se také zamyslet nad lidskou různorodostí. Pacienti se

od sebe odlišují v mnoha aspektech, věkem, vzděláním, pohlavím, zaměstnáním, hodnotami a postoji, potřebami, schopnostmi, inteligencí, motivací, etnickou příslušností, kulturou, soběstačností. Tyto determinanty sestra edukátorka bere vždy v úvahu, musí je akceptovat, chce-li pomoci pacientovi a plně ho podpořit. Změnit jeho zaběhnutý systém každodenního života je velmi obtížné. Proto je nutné vytvořit patřičnou atmosféru, která umožní nemocnému verbalizovat svůj názor. V takové atmosféře bude respektován a plně podpořen, nikdo nebude napadat pro jeho názor, vyznání (14).

1.3.1 Sestavení edukačního plánu

Každý edukační plán musí splňovat určitá společná kritéria. Zásadní je znát oblast, téma edukace. Proč se edukace provádí, za jakým účelem. Kdo bude edukován, zda se jedná o jednotlivce, skupinu lidí, jakého věku, pohlaví, vzdělání, onemocnění. Jak edukovaného pacienta kontaktovat, kdy a kde bude edukován, kolikrát. Jakým způsobem bude edukace probíhat, jakou nejvhodnější metodou. Jaký bude používán materiál, technika. Co edukace nemocnému přinese, jak na edukaci reagoval, zpětná vazba (14).

1.3.2 Profesionalita sestry a edukace

Jaká je profesionalita sestry, takový je i efekt edukace pacienta. V dnešní době je již samozřejmostí samovzdělávání sester v jejich oborech. Sestry aktivně vyhledávají odborné časopisy s články zaměřenými na edukační činnost. Navštěvují odborné semináře, přednášky a kurzy, účastní se kongresů. Cílem edukační činnosti sestry je dobře informovaný, ve své nemoci zorientovaný a především spolupracující pacient. Role sestry se s rozvojem ošetřovatelství mění. Sestra se dnes stává rovnocennou partnerkou týmu, je schopna samostatně pracovat s nemocným i zdravým člověkem.

Profese sestry by se měla vyznačovat velkými znalostmi, schopnostmi, dovednostmi a zručnostmi. Pro edukaci jsou nezbytné schopnosti z oblasti komunikace, sociální, interpersonální a intrapersonální způsobilost. Mezi základní vlastnosti sestry patří její etický přístup, oddaná práce pacientům, její sociální citění i komunikační schopnosti, tolik důležité pro dorozumění se s pacientem. Sestra musí být způsobilá vykonávat svou profesi jak v týmové spolupráci, tak samostatně (4, 14).

Kvalitní ošetrovatelská péče je prvořadým cílem ošetrovatelského procesu, uspokojování individuálních potřeb nemocného. V rámci ošetrovatelského procesu neustále hodnotí svou práci zpětnou vazbou, analýzou, reflexí. Sestra zhodnocuje, plánuje, realizuje a vyhodnocuje edukační plán. Pro splnění tohoto plánu musí sestra splnit určité předpoklady (23). Je důležité správně navázat kontakt s pacientem, najít si k němu správnou cestu. Zde je nutností mít patřičné znalosti z pedagogiky a psychologie. Důležité jsou dobré vyjadřovací schopnosti, umění vysvětlovat, schopnost všimnout si reakcí pacienta. Pacient potřebuje někomu věřit a cítit, že ho někdo poslouchá a jeví o něj zájem. Sestra musí budit u pacienta důvěru, pak se jí svěří se svými problémy. Při správném postoji sestry vezme na vědomí její rady a bude se jimi řídit. Hlavním cílem je tedy zaktivovat nemocného a podílet se na upevňování zdraví. Sestra musí své profesionální chování přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta. Správně rozpoznává jeho potřeby a je schopna empaticky komunikovat. Jen tak může dosáhnout shody s pacientem a vytvořit si tak cestu ke splnění všech svých stanovených cílů v ošetrovatelském a edukačním procesu. Pacient musí mít jistotu, že je mu vždy poskytnuta pomocná ruka k jeho úspěšné léčbě, k vyléčení, nebo alespoň ke kompenzaci nemoci (34).

1.4 Komplexní ošetrovatelská péče a potřeby nemocného

Potřeby řadící se do jednotlivých kategorií má každý, ale priority se mění podle situace, kterou člověk právě prožívá. Sestra proto musí vědět o uspokojování těchto potřeb co nejvíce. Dokáže-li uspokojit potřeby pacienta na maximum svých možností,

pak dochází ke spolupráci a ke spokojenosti pacienta. Spokojeností pacient odstraňuje strach, neklid, frustraci. Pro práci sestry a její holistický přístup k pacientovi je nutné vědět, která kategorie potřeb je pro nemocného nejdůležitější (Maslowova pyramida).

Do primárních potřeb, to znamená biologických, je možné zařadit potřeby potravy, vyprazdňování, spánku, odpočinku, bdění, činností, tepla, polohy. Mezi sekundární-psychické patří potřeba vlastní identity, poznání, krásy, uzavírání přátelství, zábavy, lásky, péče a pomoci. V kulturních potřebách má své místo estetika prostředí, kulturní a společenské dění. Respektování náboženství, vyznání patří do potřeb spirituálních, stejně jako zajištění účasti na náboženských obřadech. K sociálním potřebám se řadí pocit jistoty, bezpečí, komunikace, lidského kontaktu a porozumění. Významný předpoklad spolupráce sestry a pacienta je v respektování jeho subjektivního prožívání při uspokojování jeho potřeb, poskytnutí pocitu důvěry a akceptování práv pacienta (23, 33).

1.5 Edukace chirurgického pacienta

Každý chirurgický výkon je zásahem do organismu, spojený se zátěží pro každého jedince. Chirurgickým výkonem dochází k narušení potřeb biologických, somatických, psychických, kulturních, spirituálních, ekonomických či sociálních.

Edukace chirurgického pacienta úzce souvisí s potřebou informovanosti, získání nových vědomostí, znalostí, nebo nových postojů a názorů vzhledem ke změněné životní situaci, kterou sebou přináší chirurgické onemocnění a operační výkon. Na edukačním procesu v chirurgickém oboru se podílí sestry z chirurgických operačních sálů v roli edukátora a pacient s chirurgickým onemocněním před operací v roli edukanta. Edukační prostředí je místo, kde se edukace realizuje. V tomto případě se takovým prostředím stává předoperační pokoj, předsálí operačního sálu i operační sál. Tuto edukaci provádí sestra na předoperačním oddělení spolu s perioperační sestrou - instrumentářkou (21).

1.5.1 Společné aspekty předoperačního období

Každému operačnímu výkonu předchází určitý průběh onemocnění a k tomu patříčná diagnostická vyšetření, která jsou ukončena chirurgickým výkonem. Podle povahy onemocnění a odlišnosti klinického stavu nemocného se liší i tyto předoperační přípravy. Záleží na specialitě chirurgického pracoviště a jeho vybavení a možnostech provádějících výkonů. Nedílnou součástí je spolupráce s dalšími obory medicíny, jako je interní, anesteziologická, laboratorní aj. Bez této spolupráce by operační výkon v samotné chirurgii nebyl možný. Co všechno nemocného může ohrožovat? Při chronickém vleklém onemocnění se jedná především o dekompenzaci stavu, který může vést až k přímému ohrožení života. A to v jakékoliv fázi operačního výkonu i s kvalitním operačním týmem. Důležitý je časový limit předoperační přípravy, který je velmi rozdílný před dlouhodobě plánovaným, nebo urgentním operačním výkonem. Urgentnost operačního výkonu vede ke zhoršení vyhlídek na perioperační průběh nemoci. U těchto operací je nutné počítat s podstatně vyšším rizikem komplikací.

Naproti tomu plánovaný výkon s pečlivou připraveností z hlediska komplikací toto riziko snižuje na minimum. Důležitá je stabilizace stavu k optimalizaci, kompenzovanost nemoci a přidružených onemocnění, kontrola nutričního stavu nemocného. K takovéto přípravě je důležité zahrnout i rozhovory s nemocným, diskuze se všemi mezioborovými specialisty. Důležitou roli v tomto čase má také sestra na chirurgickém oddělení, která úzce spolupracuje se všemi odborníky a plní jejich ošetřovatelské pokyny vůči nemocnému (21, 27).

1.5.2 Předoperační období a stáří

Svou roli hraje i věk nemocného. Stárnutí provází fyziologické změny, se kterými je nutné počítat v souvislosti s operačním výkonem. Starší pacienti doprovázejí různé další nemoci, které mohou negativně ovlivňovat průběh primárního onemocnění, operačního výkonu i pooperačního stavu. Nejčastější součástí komorbidit je ICHS,

hypertenze, chronická obstrukční plicní nemoc a diabetes mellitus. V předoperačním období se proto věnuje zvýšená pozornost těmto onemocněním. Věk nad 70 let znamená větší hrozbu pooperační úmrtnosti a největší podíl na úmrtí mají kardiovaskulární nemoci, podle výzkumu až trojnásobné. Vyšší věk z pohledu chirurga znamená i častější poruchy kognitivních funkcí, zhoršené hojící se procesy rány, prodlouženou hospitalizací s rehabilitací, nižší spolupráci pacienta a větší riziko selhání základních životních funkcí a orgánů (35).

1.5.3 Předoperační období a dětský věk

U dětského věku se mezi nejrizikovější řadí věk novorozence, kdy péče spadá do rukou neonatologa. Zrání tělesných orgánů u dětí probíhá rychle, děti školního věku již mohou považovat anesteziologové jako dospělé. Psychika nemocného dítěte se však výrazně odlišuje od psychiky dospělého, proto je třeba dětem v předoperačním období věnovat velkou pozornost. Děti jsou většinou zdravé, je nutné sledovat vodní hospodářství z hlediska metabolismu. Obavy má dítě spíše psychického rázu, zdravotník musí pomýšlet, že s dítětem se navazuje kontakt obtížněji, protože dítě má strach z neznámého prostředí. Děti mají na bolest silnou reakci, a s tím je třeba počítat. Kombinace bolesti a neznámého prostředí prohlubuje psychický stres dítěte. Chirurg si je také vědom, že dětské orgány jsou menší, dle věku dítěte, proto je vyžadována jemnější a preciznější práce při operaci. Spolupráce s pediatry a především s rodiči je u malých dětí velmi přínosná. Z hlediska anestézie je nutné rozdělení věku novorozeneckého, kojeneckého a batolecího. Každé toto období se vyznačuje určitými fyziologickými rozdíly. Pozornost se klade na nezralost kardiovaskulárního systému, na udržování termoregulace. Nechtěná hypotermie při operaci vede u novorozenců k poklesu srdečního výdeje a k útlumu dýchání, rovněž podávání anesteziologických farmak je ovlivňováno nezralostí cílových orgánů. Na všechny tyto aspekty musí brán zřetel anesteziologem. Zvláštní pozornost v předoperační péči je věnována lačnění dětí před operací, k prevenci aspirace žaludečního obsahu, ale zároveň nesmí dítě

dehydratovat. Přípravné kroky před operací jsou jinak velmi podobné jako příprava dospělých před operačním zákrokem. Význam má získání anamnézy od rodičů, včetně vakcinace, poté klinické patřičné klinické vyšetření k operačnímu výkonu. Předoperační přípravu doplňují laboratorní a konziliární vyšetření. Všechna tato vyšetření připravuje a dokumentuje sestra na dětském oddělení a spolu s rodiči se snaží najít vhodný přístup k dítěti a plnit jeho požadavky v rámci hospitalizace. Některá nemocniční zařízení povolují pobyt matek s dítětem na oddělení. Takový postup vede k rychlejšímu uzdravení dítěte a včasnému propuštění do domácího ošetření (29).

1.5.4 Předoperační období a gravidita

U žen při plánovaném výkonu v období gravidity je nutné veškerá vyšetření před operací doplnit ultrazvukem k upřesnění vývojové fáze gravidity. Chirurg musí upřesnit nutnost operace, časový úsek. Není-li to nutné, je vhodné posunout operaci do II. trimestru. Vždy je nutná antikoagulační léčba před operací, tzv. heparinizace. Pokud chirurgické onemocnění není závažné, chirurg vyčká do porodu. Mezi urgentní výkony se zařazují poranění u autonehod ohrožující jak matku, tak plod. Při každé operaci je nutná spolupráce chirurga, gynekologa a od II. fáze trimestru také neonatologa. Anestetika podávaná v těhotenství jsou pečlivě kontrolována, nutno vyřadit farmaka nebezpečné pro plod a matku. U žen užívající antikoncepci je třeba brát zřetel na druh používané antikoncepce. U kombinované antikoncepce s estrogeny a gestageny vzniká nebezpečí výskytu hluboké žilní trombózy. Důležitá je délka operačního výkonu. Do třiceti minut nevyžaduje zvláštní opatření, nemusí se přerušit užívání antikoncepce, výjimku tvoří jen operace na dolních končetinách. Je-li operační výkon delší, překračující dobu třiceti minut, je nutné u plánovaných operací antikoncepci vysadit alespoň tři týdny před nástupem k výkonu. Při urgentních operacích, kdy nedojde k vysazení léků, je třeba zajistit miniheparinizací. Při gestagenní antikoncepci není třeba terapii vysadit, protože nezvyšuje riziko žilních trombóz. Veškeré informace žena může

získat u svého gynekologa, rovněž z informačních letáků. Při nástupu na operaci je nutné neopomenout dotaz ohledně užívání hormonální antikoncepce (7).

1.5.5 Význam lačnění v předoperačním období

Nutriční stav nemocného má velký význam před a hlavně po operačním výkonu. Z hlediska anestézie je závažným problémem morbidní obezita (BMI 40 a více), kdy dochází ke komplikacím při zajištění dýchacích cest při intubaci, ale i při samotné anestézii a pooperační plicní ventilaci. Důraz je kladen na hydrataci nemocného. Nejcitlivější v této oblasti jsou děti a senioři. Tyto věkové kategorie mají mít první místo v operačním programu, náhrady tekutin dodávat infúzemi (24).

Pro předoperační přípravu jsou dané zásady lačnění. V péči o dodržování těchto zásad je důležitá spolupráce pacienta a ošetrovatelského personálu, který nemocného na výkon připravuje, informuje ho o možných rizicích při porušení. Pochopení informací pacientem je dáno správnou edukací ošetrovatelského personálu. Sestra informuje o možných rizicích při nedodržení pravidel lačnění. Pevná strava nesmí být podána šest hodin před operací, čiré tekutiny může pacient 2 hod před operačním výkonem (podle druhu operace) a perorální medikace podat 1-2 hod před operací, zapít pouze douškem vody. Tyto zásady u pacienta zajišťuje sestra, která následně provádí i řádnou kontrolu jejich dodržování. Takto dobře informovaný pacient je řádně připraven na operační výkon (8, 24).

1.6 Psychologie nemocného před operací

Psychika člověka může být před operací velmi silně narušena, a tím může ovlivnit i samotný průběh operačního výkonu i po něm. Psychologickou péčí je nutné rozdělit podle věku a stavu nemocného a jeho stavu, který vede k nutnosti operačního výkonu. Mezi nejnáročnější operace z hlediska psychologického patří výkony se

závažnou diagnózou. Ta může v období po operaci nemocného izolovat od společnosti, handicapovat, má velký vliv na jeho hodnotové postoje a sebehodnocení. První stres prožívá nemocný tehdy, dovídá-li se skutečnost o svém onemocnění, které je nutné řešit operačně a operace jako taková je nutná a nevyhnutelná. Dochází ke střetu člověka s překážkou, kterou nemocný nezvládne pouze sám. Po operaci si sám nedokáže poskytnout své základní potřeby, ztrácí pocit soukromí. (18, 20).

Významnou roli hraje pohlaví a jejich rozdílnosti obav. Muži se většinou obávají délky hospitalizace z důvodu strachu o zaměstnání, o délku rekonvalescence, zatímco ženy mají obavy o domácnost a o zajištění dětí a jejich potřeb. Nutná je již spolupráce sestry v ambulantní části. Pacient se soustředí pouze na samotný operační výkon a na nic jiného není schopen v dané chvíli myslet. Důležité je pacienta dle stavu nemoci objednat v co nejbližším termínu. Záleží na jeho nemoci a důvodu operace. Onkologické onemocnění je nutné objednávat v co nejrychlejším termínu nejenom z důvodu špatné psychiky, ale také s ohledem na možnost postupně zhoršujícího se nálezu. Nemělo by se otálet s předoperačním vyšetřením a informovaností o všem, co se týče operačního výkonu samotného. Po přijetí do nemocničních zařízení se strach, úzkost a obavy ještě zvětšují. Pacient přichází do neznámého prostředí, které na něj může působit až depresivně. Psychika je narušena, a mnoho pacientů proto není schopna ani přijmout informace, které jim jsou na příjmové ambulanci podané ošetřovatelským personálem. Je nutno nechat pacientovi čas na „rozkoukání se“, pomalu jej začít seznamovat s chodem oddělení, s přihlédnutím k jeho psychickému stavu. S uložením na lůžko mu dát přečíst informace a souhlas k operaci. Informace o samotném výkonu podává lékař osobně. Pacient musí mít dostatek času na přečtení všech formulářů, na případné dotazy a otázky k personálu. Projevy strachu mohou být různé. Somaticky se úzkost může projevit studenou kůží, zvýšením krevního tlaku, pocením, zčervenáním nebo naopak bledostí, nutkáním na močení, zvracení, zimomřivostí (9, 10).

Z psychických projevů může dojít k poruše myšlení, nesoustředění se, roztěkanosti, pacient může být plačtivý, nebo naopak agresivní, hašteřivý. Většina se uzavírá do sebe, nebo naopak se snaží vypovídat ze svého trápení a problémy se stále

opakují. Projevuje se nedůvěřivost, někdy hašteřivost, pacient může mít pocit, že si jej nikdo nevšímá. Pacient má sníženou sebedůvěru, neustále se ujišťuje o svém stavu, dochází k pocitu ohrožení, plačtivosti. Nemocný musí cítit, že je sestrou respektovaný, že ho sestra bere zejména jako člověka, nikoliv jen jako nemocného, plně závislého na její vůli (25, 32).

1.6.1 Zvládnutí strachu nemocného- hlavní úkol edukátorky

Role ošetřujícího personálu, především sestry edukátorky, je velmi důležitá pro zvládnutí pacientova strachu. Vegetativní projevy mohou velmi negativně ovlivňovat myšlení i pozornost. Nevyrovnaný somatický stav vede ke zvýšené spotřebě podávaných léků při anestézii, což vyvolává následné neblahé účinky na organismus. Proto je velmi důležité zvládnout takový stav nemocného vhodným chováním, dostatečnými informacemi a vhodnou kladnou komunikací. Na zlepšení stavu nemocného před operačním výkonem se podílí celý zdravotnický tým (18, 20, 9).

1.7 Informovaný souhlas k operaci

Po provedené lékařské edukaci je předán pacientovi písemný informovaný souhlas k operačnímu výkonu. Každé zdravotnické zařízení vydává své informované souhlasy, vytvořené pro různá pracoviště, před každým diagnostickým či terapeutickým výkonem, pro ambulantní složku nebo v nemocnici. Písemný souhlas nenahrazuje, ale pouze doplňuje poučení od lékaře. Obsah je vytvářen při všech úkonech stejně. Popisuje, jaký výkon bude proveden, jakým způsobem, kým a jaká jsou rizika následujícího výkonu. Na závěr je informovaný souhlas potvrzen podpisem lékaře a pacienta. Výjimky, kdy nelze dostat podpisu pacienta jsou jednoznačné. Jsou to stavy, kdy má pacient zastřené nebo ztracené vědomí. Zdravotní sestry se na informovaném souhlasu nepodílí, přesto jsou obeznámeny s jeho obsahem. Pacient je většinou

v bližším kontaktu se sestrou, dokáže být k sestřám otevřenější, je rád za emotivní podporu (11, 36).

1.8 Předoperační edukace a lékař

Z hlediska lékařského se na informovanosti podílí chirurg, který bude pacienta operovat, předává nemocnému informace o jeho aktuálním stavu a důležitosti a přínosu samotného operačního výkonu. Důležité je provést empatické sdělení ve vhodný čas a vhodným způsobem, důležitá je schopnost pozorovat pacienta, jeho projevy. Podstatná je účinná komunikace a její zpětná vazba. Ne vždy je pacient na vše připraven. Jako druhý přichází lékař anesteziolog. Ten se osobně seznámí s pacientem před plánovanou operací den před výkonem. Informuje jej o premedikaci před operací, domluví se o způsobu a vedení anestézie při operačním výkonu i o nutnosti invazivních zajištění (10, 26).

1.8.1 Perioperační sestra a její role na operačním sále

Perioperační sestra je základní člen operačního týmu, spolupracující s ostatními odborníky zdravotní péče. Perioperační sestra je registrovaný zdravotnický pracovník, tedy bez odborného dohledu, samostatně pracující. Svou kvalifikaci si zvyšuje v Praze nebo Brně postgraduálním studiem, které ukončuje zkouškou teoretickou i praktickou z oboru instrumentování. Perioperační sestra-instrumentářka plánuje a řídí ošetrovatelskou péči na operačním sále u pacientů před operací, v průběhu operace i po provedeném operačním výkonu v rámci operačního sálu. Role perioperačních sester záleží na charakteru operačního sálu. Rozdílnost péče je dána tím, zda jsou sály centrální, nebo přidružené k oddělení se speciálním zaměřením (chirurgie, gynekologie, urologie, ortopedie, ORL, oční aj). Na některých sálech jsou sestry rozděleny. Sestry instrumenářky, asistující při operačních výkonech, jsou pravou rukou operátéra a

asistentů, při podávání instrumentária dle zvyklostí a pokynů. Další roli plní oběhová, neboli obíhající sestra, jejíž náplní práce je dokonalá příprava instrumentária a pomůcek k operačním výkonům, asistence při přípravě pacienta k operaci. V průběhu operace je nezbytná její spolupráce se sestrou instrumentářkou, kdy pro klidný průběh operace dodává potřebný docházející materiál. Sestra odebírá histologický materiál, podílí se spolu s nižším zdravotnickým personálem na polohování pacienta, podle pokynů lékaře (40, 41).

1.8.2 Důležitost dokumentace na operačním sále

Před každou edukací se perioperační sestra seznámí nejprve s dokumentací pacienta, v níž nalezne potřebné informace. Podstatné je seznámení se s anamnézou nemocného, podle které je třeba přizpůsobit rozhovor. Z anamnézy se dají vyčíst rodinné a sociální poměry a podle toho zvolit typ rozhovoru. Jiný přístup bude k matce malých dětí, k nezadanému, nebo vdovci. Podstatné je, zda nemocný bydlí sám, s rodinou, v ústavu, v jakých sociálních podmínkách. Anamnéza v dokumentech poskytne informace ohledně alergií, závislostí na lécích, alkoholu, drogách (19).

Veškeré úkony z operačního sálu jsou zapisovány do perioperačního záznamu. V záznamu se zapisuje začátek operace, zaznamenává čas výkonu, potřebná instrumentária, pomůcky, složení operačního týmu při dané operaci, odběr histologického materiálu, poloha pacienta, druh použité dezinfekce, zdravotnický materiál při operaci, souhlas s počtem instrumentária, roušek a tamponů dle zvyklosti operačních sálů. Po operaci je zapsán čas ukončení operačního výkonu. Perioperační záznam spolu s ostatní dokumentací je předán lékaři nebo pověřené předávající sestře spolu s pacientem (16, 19). Úkolem sestry ve spolupráci s pacientem je sestavit edukační plán, který musí obsahovat určitá kritéria. Musí být vymezeno téma a místo konání edukace, dále edukační diagnóza, výsledná kritéria a cíle, použité metody spolu s pomůckami. Neméně důležité je vyhodnocení a zpětná vazba (15, 17).

1.8.3 Perioperační sestra v roli edukátorky

Edukační činnost perioperační sestry se liší podle chirurgických oborů, podle zaměření operačních výkonů na různých operačních sálech. Touto činností perioperační sestra zajišťuje zkvalitnění péče na operačním sále. Mnoho lékařů si stále ještě myslí, že sestra na operačním sále je pouze tichý společník lékaře operátora a její role je v podávání chirurgického instrumentária, popřípadě asistování při operačních výkonech. Sestra na operačním sále byla dlouhá léta brána pouze jako část chirurgického týmu, bez jakéhokoliv bližšího styku s pacientem. Role perioperační sestry postupem let prošla výraznými změnami. Rozvoj operačních oborů za posledních 25 let doznal neuvěřitelných rozměrů. V čem je jeho rozmach? Především v nové přístrojové technice, v nových poznacích z řad vědy a medicíny, rovněž růst výměny informací pomocí počítačové techniky. Tím dochází ke změně i postavení perioperační sestry. V práci sestry instrumentářky se už nejedná pouze o tradiční znalost oboru, která zahrnovala osvojení si anatomie, ustálených operačních výkonů, péče o sterilní instrumentarium a dodržování hygienicko-epidemiologického režimu. I perioperační sestra musela projít inovačním vývojem a přijmout novou roli. Ta nastává se zavedením ošetrovatelského procesu na operační sál. Sestry na sálech již pochopily, že ošetrovatelský proces na operačním sále je důležitý vývojový proces, který má tvořit onu pomyslnou cestu k osobnějšímu přístupu k pacientovi. Tímto procesem na operačních sálech dochází ke zvyšování kvality ošetrovatelské péče (22, 28).

1.8.4 Důležitost edukace před operačním výkonem

Pacient dostává od chirurga informace o své operaci, od anesteziologa o anestézii. Největším přínosem pro člověka před operací je sestra, která se stará o bezprostřední předoperační období. Jsou to sestry na předoperačních odděleních spolu se sestrami z operačních sálů - perioperační sestry (dříve instrumentářky). A právě od nich je velmi důležitá dobře vedená edukace, která je složena z rozhovoru, pomocných

letáčků, informovaných souhlasů a doplňujících materiálů jako je například fotodokumentace operačního sálu. Pro většinu nemocných je operační sál jakési tabu, velkou neznámou. Každý pacient rád uvítá patřičné informace z operačního traktu, jelikož nemá strach pouze z operačního výkonu samotného, ale rovněž z neznámého prostředí, ve kterém se nachází. Při vedení rozhovoru společně s fotodokumentací se dostává nemocnému pocit, že jeho osoba pro perioperační sestry na operačním sále není neznámá a anonymní. Pacient pochopí, že je vnímám jako člověk se svými potížemi, bolestmi (12).

Jestliže je pacient vhodně informován - edukován o okolnostech, které ho čekají s nastávajícím operačním výkonem, je možné tyto nežádoucí, nepříjemné pocity snížit. Každého člověka je nutno brát jako individualitu, proto i informace, které mu jsou podávány, musí směřovat k jeho požadavkům. Pro chirurgické pacienty před zákrokem je důležitá vhodně volená komunikace. Při edukaci je třeba respektovat přání pacienta, zda si se sestrou přeje hovořit soukromě nebo v kolektivu. Ne každý chce o svém zdravotním problému hovořit před ostatními nemocnými. Také může edukaci od sestry odmítnout, je to právo každého pacienta. Většinou pacient čeká na každé slovo, každou větu od sester, očekává nějaké informace, které jej alespoň trochu uklidní a zmírní strach před operačním výkonem (13, 22).

Je velmi důležité si s pacientem pohovořit o jeho zákroku, o tom, co jej čeká před operací, co po operaci. Na pacienta je nutné mluvit klidně, srozumitelně a pomalu. Vždy je potřeba vyčkat zda informace pochopil, v případě nejasností se snažit vše znovu opakovat, informace podávat podrobněji vyčkat, zda nemá pacient žádné otázky. Na otázky je dobré odpovídat v krátkých a srozumitelných větách. Důležitá je i podpora v naději na úspěšné vyléčení. Perioperační sestra neprobírá s pacientem samotný operační výkon, ten je v kompetenci lékaře, ale informuje jej o organizačních věcech na operačním sále, které se dějí v den operace v rámci ošetrovatelské péče (12, 22, 39).

1.8.5 Edukace před plánovaným výkonem

Edukace perioperační sestrou se stala součástí ošetrovatelského procesu pacienta před operačním výkonem. Každé zdravotnické zařízení používá jiné formy a metody edukace před operací. Nejčastěji je využívána metody rozhovoru. Nemocný se v perioperačním období ocitá ve velké psychické zátěži. Proto ze strany zdravotníků vyžaduje laskavý, etický, profesionální, pozitivní přístup. Očekává informace, které jeho strach z neznámého prostředí zmírní. Den před operacemi je dodán operační program na následující den. Z tohoto programu jsou perioperační sestrou zjišťovány informace o typu operací, počtu pacientů, v jaký čas operační program začíná, jaké je pořadí pacientů, kdo je operatér a kdo asistent při operačních výkonech. Jsou zde napsány diagnózy, se kterými pacient přichází k operačnímu výkonu a další přidružená onemocnění. Rovněž je připsán druh anestézie, celková, lokální, spinální. Podle tohoto programu si může perioperační sestra načasovat postup edukace u jednotlivých nemocných. Edukaci může provádět jen dobře vyškolená sestra, s empatickým přístupem, která dovede respektovat osobnost jedince. Většinou se edukace provádí v odpoledních hodinách den před operačním výkonem. Záleží na chodu operačních sálů a jeho zvyklostech. Tato edukace by měla navazovat na edukaci sester na předoperačním oddělení. Perioperační sestra informovaná o pacientovi z operačního programu si zvolí čas a místo edukace. Velmi opatrně zvolí spektrum informací, které pacientovi sděluje. Informace jsou sdělovány v mezích kompetence perioperační sestry (4, 33).

1.9 Přímá edukace

Perioperační sestra se na pokoji nemocného představí a sdělí účel své návštěvy. Nemocný se rozhodne, zda a na jakém místě chce rozhovor uskutečnit. Sestra informuje nemocného podle edukačního plánu. Informuje ho o bezprostřední přípravě na operační sál, o premedikaci, po které nevstává již z lůžka, o odstranění šperků, zda má zubní

vyndavací náhrady. Tyto informace musí být shodné s informacemi, které podala sestra z oddělení. Poté vysvětlí způsob transportu na operační sál, informuje o prostředí na operačním sále, popřípadě jaká pacienta čeká těsná předoperační příprava na předsáli. Pacient je informován o poloze na operačním stole, o umístění neutrální elektrody na těle a vysvětlení důvodu podání, je poukazováno na důležitost bandáží dolních končetin, dále je informován o způsobu přípravy instrumentária a rouškování. Podstatné jsou informace o dezinfekci operačního pole, o operačním týmu, který bude přítomen operaci, včetně anesteziologa (12).

1.9.1 Cíl edukace před operací

Cílem edukace je přesvědčit pacienta, že operační sál je vybaven velmi dobrým přístrojovým vybavením, profesionálním personálem a proto jsou v něm dodržovány zásady asepse (4). Pacient musí být přesvědčen, že je mu podávána stoprocentní péče. Ačkoli personál na operačním sále působí anonymně s rouškami na hlavě a ústech a sál působí přetechizovaně, nesmí mít pacient pocit odcizenosti a frustrace. Edukaci je proto vhodné doplnit fotodokumentací, kde bývají vyfoceny jednotlivé úseky operačního traktu. Pacient je jejím prostřednictvím seznámen s vybavením operačních sálů, jejich uspořádáním a personálem. Tímto způsobem může perioperační sestra efektivněji dosáhnout splnění svého cíle. V případě neuskutečnění edukace přímo u pacienta jsou vhodné alespoň informační letáky (22, 27).

Edukace se neprovádí v případě neodkladných, urgentních operací, kdy není dostatečný časový prostor pro edukaci, při bezvědomí pacienta, v některých zařízeních u reoperace, kdy byl pacient již edukován. Při neodkladných operacích se využije minimálního časového prostoru alespoň k částečné edukaci. Nemocnému je třeba vysvětlit polohu, důležitost výkonu po stránce ošetrovatelské, představit se a popřípadě upřesnit, kde se nachází (oddělení, budova, patro), zjistit případné alergie. Sestra neprovádí edukaci také u nemocného, který si ji z jakéhokoliv důvodu nepřeje.

V takovém to případě je nutné snažit se navázat kontakt a pokusit se o krátký rozhovor (22, 33).

1.10 Celková a místní anestézie

Na operačním sále týmová práce vyžaduje úzkou spolupráci mezi anesteziologickým lékařem a jeho sestrou s ostatním sálovým personálem. Vzájemná pomoc vyžaduje i zastupování, proto je důležité seznámení perioperační sestry se základy práce anesteziologického personálu s přístrojovým vybavením a anesteziologickými medikamenty a instrumentáři (5).

Anestézie je umělá, reverzibilní a cílevědomá ztráta veškerého cití, jak bolesti, tak chladu i tepla. Rozděluje se na místní (regionální) a celkovou anestézii (ztráta vědomí) (5).

Celková anestézie na operačních sálech převažuje nad místní. Základním úkolem celkové anestézie je vyřazení vědomí a zajištění amnézie, navození analgezie, zajištění klidného a dobře přístupného operačního pole. Anestézie se podle vstupu do organismu dělí na inhalační, nitrožilní, nitrosvalovou a rektální. Nejčastěji je užívána kombinace nitrožilní a inhalační anestézie. Koncentrace anestetik v mozku určuje stupeň útlumu a hloubku anestézie. Průběh celkové anestézie se člení do různých časových úseků, počínaje úvodem do anestézie, udržováním a probouzením z anestézie. Po celou dobu celkové anestézie jsou průběžně sledovány a monitorovány základní životní funkce nemocného (3, 41).

Místní anestézie se oproti celkové liší ztrátou cití v určité oblasti těla, vyvolané přerušением vodivosti periferního nervu. Vědomí a dýchání je zachováno. Místní anestézie působí analgezií, přetrvávající i v pooperačním období. Zlepšuje perfuzi v ovlivněné oblasti těla, není narušena imunita ani dýchání. Je zachován kontakt a spolupráce s nemocným. Její užití je důležité zejména při operacích na povrchu těla, na končetinách, v gynekologii, urologii, ortopedii. Podmínkou užití místní anestézie jsou vhodné anatomické podmínky v místě vpichu, příznivá operační poloha a aktivní

spolupráce nemocného. Sledování i monitorování pacienta je při této anestézii jednodušší a snadnější, jelikož nemocný je při vědomí. Klinický stav není zastřen, je obohacen o subjektivní příznaky. Po celou dobu operačního zákroku v místní anestézii je důležitá spolupráce s nemocným a zachování klidné atmosféry na operačním sále ve spolupráci s ostatním sálovým personálem (8, 30, 41).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle

Cíl 1

Zjistit rozdíl v edukační činnosti perioperační sestry na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Cíl 2

Zjistit rozdíl v edukaci při celkové a místní anestézii perioperační sestrou

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1

Jaké edukační metody využívají perioperační sestry?

Otázka 2

Jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější pro pacienta?

Otázka 3

Jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na vybraných operačních sálech Nemocnice České Budějovice, a.s.?

Otázka 4

V čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena metoda kvalitativní šetření. Pro sběr dat byla použita metoda dotazování, technika nestandardizovaného polostruktovaného rozhovoru. Rozhovory probíhaly v Nemocnici České Budějovice a.s. na třech vybraných operačních sálech. Průzkum byl anonymní, rozhovory individuální a probíhaly se souhlasem respondentek v časové etapě od 1. 2. 2012 do 26. 2. 2012

Kvalitativní šetření probíhalo formou nestandardizovaného rozhovoru, kterým byly získávány informace o znalostech edukace z pohledu perioperační sestry. Při jednotlivých rozhovorech byly použity otázky (Příloha 1), které byly připraveny na podkladě prostudování odborné literatury zabývající se problematikou edukace perioperačních sester a na základě vlastních zkušeností. Otázky vycházející z cílů bakalářské práce byly stanoveny pro získání odpovědí na čtyři výzkumné otázky. Otázky byly rozšířeny o tzv. doplňující otázky. Výzkumný soubor tvoří zástupkyně sester na vybraných operačních sálech. Ke zpracování získaných dat byla použita zakotvená teorie podle Glasera a Strausse. Postupováno bylo podle jednotlivých kroků rámcové analýzy. Rozhovory se sestrami byly nejprve vedeny individuálně, anonymně. Nestandardizované rozhovory byly vedeny podle předem připravených otázek (Příloha1).

Odpovědi sester byly anonymně zapisovány do záznamových archů. Protože si respondentky nepřály audiovizuální záznam, nebylo použito žádných nahrávek. Rozhovory probíhaly s každou sestrou individuálně a trvaly předběžně hodinu a půl. Rozhovory byly poté přepisovány a následně analyzovány. Výsledky jednotlivých rozhovorů byly zpracovány do skupin, následně interpretovány do tabulek pro přehlednost.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor kvalitativního šetření zastoupily perioperační sestry z různých operačních sálů z Nemocnice České Budějovice a.s. Celkový počet respondentek byl 9. Z operačních sálů byly vybrány obory ortopedie, urologie a gynekologie. Z každého operačního sálu byly vybrány 3 sestry, 3 sestry byly z operačních sálů na ženském oddělení, 3 sestry z urologických operačních sálů, 3 sestry z ortopedických operačních sálů. Z každého operačního bloku byla vybrána 1 sestra s vysokoškolským vzděláním, 1 sestra se středoškolským vzděláním se speciálním postgraduálním studiem perioperační sestry, 1 sestra se středoškolským vzděláním bez specializačního postgraduálního studia.

Rozhovory byly hloubkové a každá sestra byla ochotna věnovat svůj volný čas pro průzkum. Přání, že nebudou nahrávány na audio-záznam a že jejich rozhovory budou anonymní, byla respektována. Respondentky byly před rozhovorem seznámeny s tím, že jejich názory budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci a nebudou jinak použity ani zneužity.

Výzkumné šetření bylo provedeno v období od 1. 2. - 26. 2. 2012 .

4. VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní šetření- přepisy rozhovorů respondentek-sester

Rozhovor 1

Respondentka č.1 je žena ve věku 33 let, po střední zdravotnické škole pracovala na ženském oddělení na ambulantní části. V průběhu praxe dosáhla v kombinované formě bakalářského studia vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra. Před dvěma lety dokončila specializaci v IDVZP (institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Praze, pomaturitní specializační studium v oboru perioperační péči. Celková délka její praxe ve zdravotnictví činí 14 let, na operačním sále na ženském oddělení pracuje 8. rokem.

Sestra č.1 na otázku, zda ví, jaké edukační metody znají a využívají sestry v perioperační péči, odpověděla bez rozmyšlení rozhovor, který by řadila na první místo, dále uvedla práci s textem, hlavně letáky, konzultaci a vysvětlování stavu před operací. Také prý viděla při své praxi v Praze na chirurgickém oddělení edukační knížku a jako další pomůcku fotodokumentaci s vybavením operačního sálu. Tato knížka s fotografiemi se jí velice líbila, respondentka se domnívá, že pacienti si informace v podobě obrázků více zapamatují.

Sestra č. 1 sama uvádí význam a přínos edukace pacienta pro jeho včasné uzdravení. „*Dobře a správně edukovaný pacient si nese své ponaučení stále sebou, určitě nad ním přemýšlí, jaké má pro něj význam při uzdravování,*“ jak uvádí respondentka.

Za nejpřínosnější edukační metody v perioperační péči považuje respondentka rozhovor, vysvětlování, seznámení s letáky-práce s textem a různé učební pomůcky potřebné k dopomoci při rekonvalescenci po operaci.

Větší přínos edukace před operací vidí, když je samotná edukace prováděna den před operací než v den operace, protože pacient má před sebou ještě dostatek času si vše promyslet, dále udává, že také záleží na stavu pacienta a za jakých okolností je edukace

prováděna. *„Je-li pacientka ve vyšším věku a je již senilní, je lepší edukaci provádět až v den operace, jelikož stejně všechno zapomene.“*

Edukaci na svém pracovišti, na gynekologických sálech, neprovádí den předem, pouze v den operace, *„Jak je zde zvykem,“* odpověděla respondentka. Na otázku, jakým způsobem probíhá edukace u nich na operačních sálech, odpovídá, že hlavně rozhovorem s pacientkou. *„Nejprve se představím a zeptám se na jméno pacientky zda má nějaké alergie, což kontroluji i s identifikačním náramkem. Z alergií mě nejvíce zajímá dezinfekce, kovy, pryže a léky. Pacientce se snažím postupným vysvětlováním zobrazit vše, co jí čeká po ošetrovatelské stránce.“* Respondentka dále uvádí, že k určitým druhům operací mají k dispozici i letáky, s vhodnými informacemi pro pacientky, které dostávají den před operací na předoperačním oddělení. *„Týká se to především vaginálních operací, kdy je nutné v rámci ošetrovatelské péče poučit pacientku o nutnosti používání nafukovacího kruhu při sezení.“*

Překážky v edukaci pacienta před operací vidí respondentka v nedostatku času, z důvodu dlouhých operačních programů, dále v nedostatku personálu, ale i z důvodu neaktivity managementu.

K zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci by podle názoru respondentky pomohlo více zdravotnického personálu, podpora od managementu, v neposlední řadě i zkrácení délky operačního programu. *„Vzhledem k tomu, že jsou u nás často akutní operace, není možné délku operačního programu předem naplánovat.“*

Při rozhovoru na téma anestézie a edukace respondentka uvedla, že rozdíl v edukaci před operačním výkonem v místní a celkové anestézii je významný. Ze strany sestry č.1 dochází k osobnějšímu přístupu k pacientce, kdy jí může určité ošetrovatelské úkony podrobněji vysvětlit, ke každé pacientce má individuální přístup a s některými naváže podle situace i bližší a delší kontakt. *„Nejbližší kontakt člověk naváže s pacientkami, které opakovaně dochází na břišní punkci ascitu, jelikož některé ženy dochází i několik měsíců. Bohužel, když pacientka již nepřijde, je nám jasné, co se stalo.“*

Na otázku, jaké metody místní anestézie se používají na Vašich operačních sálech, respondentka uvedla, *„Hlavně spinální, ve které se provádí určité procento to*

císařských řezů, dále epidurální, také topickou slizniční při zavedení permanentního močového katétru.“

Rozhovor 2

Respondentka č.2 je sestra ve věku 40 let, po absolvování gymnázia si doplnila dvouleté nástavbové studium střední zdravotnické školy. V průběhu praxe si dodělala specializaci v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Brně. Respondentka pracuje ve zdravotnictví celkem 12 let, svou praxi započala na centrálních operačních sálech. Na gynekologických operačních sálech pracuje sedmým rokem.

Při položení otázky, jaké edukační metody zná a o jakých metodách si myslí, že je využívají sestry v perioperační péči, odpověděla, že hlavní metodou je slovní kontakt s pacientem - rozhovor a vysvětlování situace nemocnému. Jako další metodu uvedla práce s letáky - textem, konzultaci a na předchozím pracovišti používali k rozhovoru i fotodokumentaci s polohami nemocných.

Na otázku, zda vidí význam a přínos edukace pacienta pro jeho včasné uzdravení, respondentka odpověděla: *„Pro pacienta má edukace přínos ve více směrech, dobře vedená edukace se podílí nejen na rychlejším uzdravení, ale i na psychickém a fyzickém stavu pacienta“*

Mezi nejpřínosnější edukační metody v perioperační péči považuje respondentka přímý rozhovor s pacientem se snahou vysvětlit důvod ošetrovatelské péče na operačním sále. Respondentka uvádí: *„Informační textové letáky jsou pro pacienta také důležité, protože se k nim může kdykoliv vrátet a v případě nejasností je dále prokonzultovat se zdravotnickým pracovníkem.“*

Při položení otázky, zda má edukace pacienta den před operací větší přínos než v den operace, odpověděla respondentka kladně, dodává, že záleží na okolnostech, například na druhu postižení a časové rezervě před operací. Edukace na pracovišti respondentky probíhá pouze v den operace, na předsáli. Respondentka uvádí: *„Provádět edukaci den předem, je téma k zamyšlení, ale sama si myslím, že to není možné z provozních důvodů. Jeden z nich jsou u nás dlouhé operační programy.“*

Na otázku, jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na Vašem pracovišti, uvádí respondentka metodu rozhovoru s vysvětlováním. *„Pacientka je po příjezdu na sál edukována příslušnou obíhající sestrou. Ta se jí nejprve představí, poté zkontroluje dokumentaci a identifikační pásek, možné alergie. Pacientce je vysvětleno, co bude následovat po stránce ošetrovatelské. Den před operací dostává klientka informovaný souhlas o nastávající operaci, který stvrzuje svým podpisem, že byla obeznámena s postupem i s možnými komplikacemi.“*

Hlavní překážky v edukaci pacienta před operací vidí respondentka v nedostatku času souvisejícím s dlouhými operačními programy. Dále sestra uvádí: *„Překážkou je i nedostatek personálu, stačí, když někdo dlouhodobě marodí, za něj náhrada neexistuje.“*

„Z této situace se dají vyvodit i určité návrhy na zlepšení situace a na odstranění překážek v edukaci,“ dodává respondentka. Navrhuje více personálu, vstřícnost managementu a zkrácení operačních programů. Rovněž ale dodává, že většina dlouhotrvajících operačních programů je zapříčiněna akutními neplánovanými operacemi, které se nedají předvídat a ani ovlivnit.

Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, respondentka udává, že pacientce při místní anestézii může podrobněji a postupně vysvětlovat kroky výkonu, které u ní provádí. Dochází jak k verbálnímu, tak k neverbálnímu kontaktu s pacientkou.

Při rozhovoru jsme se dostaly na téma anestézie. *„Spolupráce pacientky závisí na metodě místní anestézie, která se používá na sále k určitému operačnímu výkonu. U nás se používá jak spinální, s epidurální anestézií pacientka většinou přichází z porodního sálu. Také se na našem sále používá slizniční anestézie při zavedení močového katétru před abdominální operací.“*

Rozhovor 3

Respondentka č .3 je sestra ve věku 38 let, vystudovala střední zdravotnickou školu. Na operačních sálech pracuje celkem 16 let. Před dvěma roky zahájila studium

v IDVZP (institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) v Praze, v oboru perioperační péče. Nyní se připravuje na závěrečné specializační zkoušky.

Respondentka uvádí, že teprve ve škole v Praze se více dozvěděla o edukaci jako takové a o jejích metodách. Na otázku, zda ví, jaké edukační metody znají a využívají perioperační sestry ve své praxi, uvedla informační letáky k jednotlivým operacím, tedy práce s textem. *„Při své praxi v pražských nemocnicích jsem takové informační materiály viděla na nejednom sále, byly srozumitelně sepsané i pro laiky. Tyto materiály rozdávají perioperační sestry den před operací pacientům, u kterých provádí následnou edukaci rozhovorem, vysvětlují pacientům, co je čeká před operací, v době operace i po operaci z pohledu sestry a její ošetrovatelské péče.“*

„Pro včasné uzdravení pacienta má edukace dosti podstatný význam,“, uvedla svůj názor respondentka. *„Má veškeré informace, které může využít ve fázi uzdravování.“*

Na otázku, jaké edukační metody považují, podle názoru respondentky, sestry na operačních sálech za nejpřínosnější, uvádí opět rozhovor a tištěné informační letáky, s jakými byla seznámena na svých praktických stážích na chirurgických sálech v pražských nemocnicích.

Zda má edukace pacienta před operací větší význam den před operací než v den operace, nemohla respondentka jednoznačně odpovědět. *„Nejsem si jistá, že edukace pacienta den před operací je přínosnější. Podle mého názoru, je-li edukační rozhovor dobře veden v den operace, má stejné měřítko, jako den předem. Pochopitelně záleží na celkovém stavu pacienta jak po stránce psychické, tak fyzické. U nás na operačních sálech provádíme edukaci pouze v den operace,“* dodává respondentka. *„A rozhodně si nemyslím, že by tímto pacientky byly ochuzené o potřebné informace.“* Edukace probíhá v klidu a pohodě na předsáli obíhající sestrou, která je ochotná zodpovědět všechny možné dotazy po ošetrovatelské stránce. Lékařskou edukaci provádí operatér den předem, při odpolední vizitě. Neučil-li tak, edukuje pacientku lékař konající službu na oddělení, operatér pak zopakuje informace při příjezdu pacientky na operační sál.

Jako edukační metodu volí podle slov respondentky rozhovor a vysvětlování. *„Při příjezdu na předsáli se pacientce představíme jménem, jmenovky na operačním*

sále nejsou přípustné. Poté se seznámíme s dokumentací, zeptáme se na alergie a vysvětlíme, z jakého důvodu nás tyto informace zajímají.“ O pacientce se dozvídá respondentka vše potřebné z operačního programu, poučí ji o bezprostřední předoperační přípravě, vysvětlí důležitost správné operační polohy na operačním stole, její zabezpečení proti posunutí a pádu, z jakého důvodu zavádí permanentní močový katétr, jak dlouho jej bude pacientka mít a proč. Rovněž poučí o nutnosti výplachu pochvy dezinfekcí, poučí o významu bandáží dolních končetin. *„Každá předoperační příprava má svá specifika podle druhu operace, tak jako ke každé pacientce musíme přistupovat individuálně. Podle toho se odvíjí i postup edukace.“*

Ne vždy edukace probíhá podle plánu, uvádí dále respondentka. Překážku v edukaci vidí sestra například v nezájmu ze strany pacienta. Sestra uvádí, že jednou chtěla pacientce vysvětlit předoperační přípravu na předsáli, nebylo ale možné se s pacientkou domluvit, prostě s ní odmítala komunikovat, dokonce zavřela oči. Respondentka dělala jen to, co jí řekla, bez odporu, ale také bez jakékoliv osobní účasti. Proto si zavolala starší a zkušenější kolegyni, která přípravu dokončila za ní. *„Bylo mi vysvětleno, že někdo tak může reagovat ve stresu, bohužel jsem to zpočátku brala osobně. Ted' mě to mrzí, bylo to neprofesionální, ale sama jsem nebyla ten den v pohodě.“* Dále respondentka uvádí, že edukace se neprovádí při akutních operacích, *„Tam je hra o čas.“* Ještě dodává, že operační programy překračují často konec pracovní doby a to je vše ve větším spěchu.

Na otázku, zda může podat nějaké návrhy na zlepšení situace, navrhuje respondentka č. 3, zkrátit délku operačních programů, objednávat méně pacientek a počítat s akutními operacemi.

Na otázku, v čem podle respondentky spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, odpověděla: *„Určitě s pacientkou navazuji osobnější přístup, máme bližší kontakt, mohu vysvětlit podrobněji situaci, ve které se nachází, povídat si s ní o průběhu výkonu, co bude následovat. Při určitých operačních výkonech dochází i bližší spolupráci s lékařem, například u punkcí ascitu, nebo při cystoskopiích, které se provádějí jako ambulantní výkon.“*

„Na našich operačních sálech se používají tři druhy místní anestézi,“ dodává respondentka. Dále sestra uvádí, že nejvíce se používá anestézie spinální, při císařských řezech. Výhodou je, že maminka ihned po operaci vidí miminko, které jí donese ukázat neonatolog po zajištění základních potřeb. „Je hezké vidět maminku plakat štěstím nad malým tvorečkem.“ Jako další metodu respondentka uvádí epidurální anestézii a topickou slizniční, při zavedení močového katétru, cystoskopii a punkci ascitu.

Rozhovor 4

Respondentka č. 4 je žena ve věku 42 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, poté se dále specializovala v rámci PSS (pomaturitní specializační studium, v oboru perioperační sestra) v Brně. Po několika letech se přihlásila na vysokou školu a vystudovala vysokoškolské bakalářské studium, studijní obor všeobecná sestra. Pracuje ve zdravotnictví celkem 21 let, z toho na urologickém operačním sále pracuje 18 let.

Na otázku, jaké edukační metody zná a jaké používají perioperační sestry, odpověděla, že nejvíce používanou edukační metodou u sester je rozhovor s pacientem. Dále si myslí, že je to konzultace sester s pacientem. „*Sestry si pomáhají při rozhovoru s pacientem různými informačními letáky, někdy doplněné i fotografiemi z operačních sálů.* Na semináři určeném pro urologické sestry respondentka viděla zajímavou edukační knihu doplněnými fotografiemi od přípravy pacienta na operaci, až po odvoz z operačního sálu na jednotku intenzivní péče. „*Nic takového bohužel nepoužíváme.*“

Na otázku, zda vidí přínos edukace také pro včasné uzdravení pacienta, odpověděla respondentka, že určitě ano. „*Myslím si, že čím víc informací o svém postupu ošetřování pacient ví, tím dřív se jeho stav stabilizuje a tím dochází k rychlejšímu uzdravení.*“

Respondentka uvádí, že za nejprínosnější edukační metodu považuje opět rozhovor s pacientem. „*Není nad přímý slovní kontakt, osobně razím heslo, na přímou otázku, přímá odpověď.*“ Pro lepší pochopení, co má pacient očekávat po ošetrovatelské stránce, vidí jako doplňující metodu práci s textem, v podobě různých informačních letáků a učební pomůcky, pro nácvik sebeovládání. „*U nás se to týká třeba výměny sběrného močového sáčku s dodržováním hygienických a aseptických podmínek.*“

„Ačkoli se na našem operačním sále neprovádí edukace perioperační sestrou den před operací, myslím si, že pro pacienta by měla větší přínos než v den operace.“ Dodává, že pacienti na urologii bývají většinou pánové staršího věku, a proto nové informace vstřebávají pomaleji. *„Edukace den předem by byla ve větším klidu a pacient by mohl mít větší prostor, pro případné dotazy. Myslím si, že někteří dědouškové nestačí na rychlý tok informací reagovat, pak bývají zmatení a neklidní.“*

„Na našich operačních sálech probíhá edukace pacienta před operací formou rozhovoru,“ dodává sestra. Rozhovor provádí určená obíhající sestra na předoperačním pokoji, kam se pacient přiváží před operací. Určená perioperační sestra se podle respondentky nejprve představí a zkontroluje spolu s dokumentací totožnost pacienta. Rovněž podle operačního programu zjistí druh operačního výkonu, popřípadě, na jaké straně se bude operace provádět. Velmi často probíhá rozhovor pacienta a sestry za přítomnosti operujícího lékaře, kdy operatér podává informace po stránce lékařské a sestra vysvětluje postup po stránce ošetrovatelské. Některé operace vyžadují podle slov respondentky informační letáky, které pacient dostává před operací na oddělení. Informace se týkají nejenom samotného operačního výkonu, ale i doby pooperační.

„V edukaci může dojít i k různým překážkám,“ dodává sestra. Myslí si, že není dostatečný zájem ze strany managementu. *„Ve zdejší nemocnici se tímto tématem náš management podle mě nezaobírá. Alespoň se ke mně žádné informace podobného rázu nedostaly.“* Navíc respondentka poukazuje na nedostatek času při edukaci.

Podle respondentky se každá překážka v edukaci může odstranit, jako návrh na zlepšení situace navrhuje lepší spolupráci s managementem. *„Vedení by mohlo občas přijít mezi sestry, ne jako kontrola, ale zeptat se, co by se dalo vylepšit. Možná by se divilo, jaké zajímavé nápady a návrhy ke zlepšení práce by se od sester dozvědělo.“* Na některých místech by stačilo přidat více personálu, třeba i nižších zdravotnických pracovníků, míní respondentka.

Téma anestézie a edukace přenechává respondentka ve větší míře anesteziologickému týmu. Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, odpovídá respondentka, že vidí změnu v individuálním, osobnějším přístupu. *„Je-li pacient po*

celou dobu výkonu při vědomí, je pochopitelné, že s ním musíme navázat slovní kontakt,“ dále sestra uvádí, že v případě, kdy pacient nechce pospávat, je dobré mu dlouhý čas zkrátit, povídáním si. Většinou se snaží odpoutat pozornost od výkonu.

Respondentka udává, že na jejich operačních sálech se využívá dvou typů metod místní anestézie. *„U nás používáme spinální anestézii. V případě, že nemocnému tzv. sedne, je operační výkon bezproblémový a klidný. Pacient je spokojený a jeho náladu vyladíme příjemnou hudbou, může si dokonce přinést i svou oblíbenou nahrávku.“*

Další místní anestézie, používaná na urologických sálech je topická slizniční metoda. Při této metodě využívají především Mesocain gel na znecitlivění zaváděcích permanentních katétrů, nebo při cystoskopii.

Rozhovor 5

Respondentka č. 5 je žena ve věku 41 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu. Po ukončení studia pracovala na lůžkovém oddělení 6 let. Poté nastoupila na gynekologické operační sály, kde se v průběhu praxe specializovala v IDVZP (Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků) v Brně. Po mateřské dovolené nastoupila na urologické operační sály, kde pracuje druhým rokem. Celková délka její praxe činí 16 let.

Na otázku o jakých edukačních metodách si myslí, že je znají a využívají perioperační sestry, odpověděla respondentka, že na operačních sálech se využívá hlavně dvou metod. Na prvním místě vidí použití rozhovoru. *„Bez rozhovoru s nemocným není možná žádná spolupráce. Sestra musí umět s nemocným komunikovat, i když já jsem s tím osobně měla zpočátku mé praxe velké problémy.“* Respondetka udává jako další metodu edukace informační letáky o ošetřování nemocných před, v průběhu a po operaci.

Přínos edukace má jistě přínos pro pacienta v jeho rychlejším uzdravení, dodává respondentka. *„Čím víc člověk informací má, tím lépe může s nimi pracovat, a to platí i u informací pro pacienta. Čím více zná informací o svém zdravotním stavu a péči o něj, tím rychleji dochází k procesu uzdravování.“*

Nejpřínosnější metoda v edukaci perioperační sestrou je podle mínění respondentky metoda rozhovoru. *„Rozhovor je podle mého mínění nejdůležitější komunikační metoda. Rozhovorem navazuji s pacientem bližší kontakt, můžu mu poradit, poučit ho, otázkami zkontrolovat, zda všechno pochopil, pochválit ho, ale i pokárat za nedodržení léčebného postupu.“*

Při položení otázky, zda má edukace před operací větší přínos den předem odpovídá, že podle ní je to individuální, osobně si myslí, že určitě ano, protože člověk si může informace pomalu sjednotit a seřadit, ale také záleží na stavu pacienta a na určitých okolnostech, které tomu předchází. Je-li pacient starý a senilní, respondentka si myslí, že informace den dopředu nemají smysl. Hlavně staří dědečkové většinou vše zapomenou ještě týž den. *„Na našem pracovišti se edukace den dopředu neprovádí, pouze v den operace. Používáme metodu rozhovoru, vysvětlování a před některou operací dostává pacient informační letáky s postupy ošetřování po operaci.“*

„Překážky v edukaci vidím v nedostatku času na operačním sále.“ Jak uvádí respondentka, pracuje na urologickém sále teprve druhým rokem a určité postupy nemá ještě tak zažité, jako ostatní sestry. Myslí si, že její problém je v nedostatku informací, které postupnou praxí získává. Udává, že již ve škole potřebovala delší čas ke vstřebávání informací. Rovněž si není jistá, zda jich má dostatek pro dostatečnou edukaci.

Pro zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci má respondentka jednoduchou odpověď. *„Aby edukace perioperačních sester byla stoprocentní, musí docházet k dalšímu vzdělávání v oboru. Je třeba absolvovat různé semináře, hlavně ty, které pořádá konkrétní oddělení. Proto se účastním všech urologických seminářů, pořádané naším oddělením, na různá témata o ošetřování pacientů v urologii.“*

Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, respondentka uvádí, že se pacientovi podrobněji vysvětlí jednotlivé postupy péče před, během i po operaci. *„Při nastoupení na urologické sály jsem měla jeden velký problém. Před mateřskou dovolenou jsem pracovala na operačních gynekologických sálech, kde byly pochopitelně jen samé ženy.“* Tady začal pro sestru problém s druhým pohlavím. Nemohla dlouho najít cestu ke komunikaci

s pacienty - muži. Proto ji staniční sestra více vypisovala na sál, kde byly operace v místní anestézii, aby co nejvíce navázala kontakt s pacientem. Je zde důležité podrobněji vysvětlit postup operace a spolu se staniční sestrou sestra měla možnost poučit pacienta po ošetrovatelské stránce. *„Tím se postupně odstranil můj problém s komunikací.“*

Co se týká používaných metod místní anestézie na urologických operačních sálech, udává respondentka anestézii spinální a topickou slizniční. Ta se používá především při cystoskopiích a při zavádění močových katétrů, kdy se Mesocainem potírá katétr a zavaděč cystoskopu pro místní znecitlivění.

Rozhovor 6

Respondentka č.6 je žena ve věku 26 let, která vystudovala střední zdravotnickou školu jako poslední ročník této školy. Ve zdravotnictví pracuje celkem 5 let a na operačním urologickém sále je prvním rokem.

Na otázku zda ví, jaké edukační metody využívají perioperační sestry, uvedla respondentka rozhovor s pacientem a informační letáky pro nemocné před operací.

„Informační letáky pro nemocné jsem viděla již na předoperačním oddělení, jsou sepsány pro různé druhy operací, je na nich sepsána veškerá sesterská ošetrovatelská péče.“

Po položení otázky, zda vidí respondentka význam a přínos edukace pacienta pro jeho včasné uzdravení, odpověděla sestra po krátké úvaze, že si není jistá. Edukaci perioperační sestry chápe jako potřebu poučit pacienta před operací, připravit na stav po operaci a pomoci mu tento stav překonat pomocí sester. Ale přínos v rychlejším uzdravení nevidí.

Za nejpřínosnější edukační metodu pro pacienty považuje respondentka rozhovor. *„Je to jediná metoda, při které můžete předat všechny potřebné informace. Znamená to rozhovor dvou lidí navzájem, nejenom monolog jedné osoby. Má-li pacient nějakou nejasnost, může se kdykoliv zeptat, otázku opakovat. Rozhovorem také zjistíte zpětnou vazbu, zda pacient informace pochopil a jaké ponaučení si z nich vzal. Proto tuto metodu vidím jako nejpřínosnější.“*

„Nejsem si jistá, zda má edukace větší význam den před operací. Na našich operačních sálech neprovádíme edukaci den předem, a nemyslím, že by to bylo špatně.“ Respondentka dodává, že také záleží na vážnosti stavu pacienta. *„My ji neprovádíme při akutních operacích, například u krvácivých stavů, kde je operace život zachraňující situací.“*

Na otázku, jakým způsobem probíhá edukace na Vašich operačních sálech, respondentka uvádí, že rozhovorem a vysvětlováním. Je-li jako obíhající sestra, má povinnost poučit pacienta o veškeré ošetrovatelské péči na operačním sále. Mezi ponaučení patří například důležitost bandáží, proč má být oholeno a odezinfikováno operační pole, proč musí mít pacient vyndanou zubní protézu, veškeré šperky, zda nemá v těle nějaký kov, zda neví o žádné alergii. Vysvětlují pacientovi, co jej čeká na operačním sále, jeho polohu na operačním stole, proč je mu dána inaktivní destička při použití elektrokoagulace a jiné.

Překážky v edukaci na svém pracovišti vidí respondentka v nedostatku informací o problematice urologie, jelikož na operačním sále pracuje teprve prvním rokem. Není si jistá, zda potřebné informace pacientovi říká správně, jelikož si není určitých směrů jistá. Na operačním sále se také setkala s nezájmem své kolegyně. *„Jedna kolegyně má podle mě k pacientům neosobní přístup, v knihách tomu říkají syndrom vyhoření, pracuje již dlouho a zdá se mi hodně unavená.“*

Na odstranění překážek v edukaci a zlepšení situace navrhuje respondentka určit pověřenou sestru, která by prováděla edukaci všech pacientů před operací. *„Tato sestra by byla patřičně vyškolená, edukaci by mohla provádět jak den před operací, tak opakovaně i v den operace.“* Pacienti by ji podle výpovědi sestry již znali, kontakt s pověřenou sestrou by byl bližší, a tím by se předešlo zbytečnému stresu a neklidu, který někdy nastává při dlouhých operačních programech.

Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta před operačním výkonem v celkové a místní anestézii perioperační sestrou respondentka odpověděla: *„S pacienty při místní anestézii navazuji bližší a delší kontakt, protože si s takovým člověkem povídám nejenom před operací, ale i během operace a po operaci, kdy není z léků pro celkovou anestézii oblužený.“* Jak dále sestra uvádí, pacientem si povídá o všem

možném, třeba o počasí, co bude dělat, až bude propuštěný, o rodině. Pacienti jsou rádi, že s nimi někdo komunikuje, když není lékař z anestézie zrovna hovorný. „*A to ještě, když si povídáte s mužskými pacienty, dozvíte se spoustu zajímavých informací.*“

Respondentka uvádí, že při místní anestézii se používají na urologických operačních sálech metody spinální a slizniční anestézie s Mesocain gelem.

Rozhovor 7

Respondentka č. 7 je žena ve věku 41 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, po nástupu na operační sály se dále specializovala v rámci PSS (pomaturitního specializačního studia) v IDVZP (institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků) v Brně. Ihned po ukončení vysokoškolského bakalářského studia zahájila navazující magisterské studium Ošetřovatelství v chirurgických oborech v kombinované formě studia. Studium úspěšně dokončila před dvěma lety. Povolání zdravotní sestry vykonává celkem 21 let, z toho pracovala na gynekologických operačních sálech 19 let a nyní pracuje již druhým rokem na sálech ortopedických.

Na otázku, jaké edukační metody znají a využívají perioperační sestry, respondentka odpověděla takto: „*Edukačních metod ve zdravotnictví je několik, rozdílnost použitých metod závisí na druhu oboru. Určitě použijeme jinou metodu edukace na interním oddělení, nebo na očním oddělení, kde může být pacient slepý. Rovněž je důležitý věk pacienta. Jinak budeme přistupovat k dětem a jinak k psychiatrické osobě.*“ Respondentka uvedla, že mezi metody, které používají na operačních sálech perioperační sestry, určitě patří rozhovor s pacientem, tištěné informační letáky, konzultace o ošetřovatelské péči u operovaného. Na kongresech pro instrumentářky viděla přednášku, o používání edukačních knížek spojené s fotopříručkou. Rovněž tyto metody popisují i některé články v odborném časopisu Sestra, kam posílají své články instrumentářky z celé republiky. Na ortopedických sálech používají několik dní před operací i instruktáž a praktický nácvik, zejména pro pacienty, kdy jejich pooperační stav vyžaduje používání berlí, uvádí dále respondentka.

Respondentka se domnívá, že příkladná edukace může vést i k včasnému uzdravení pacienta. *„Na ortopedii se o tom přesvědčujeme při následných kontrolách po operacích v ambulancích. Tam pacient ukazuje své dovednosti v nácviku chůze na berlích a jak dokáže nezatěžovat operovanou stranu. To je velmi důležité, protože operovaná končetina musí být i několik dlouhých měsíců bez jakékoliv zátěže pro řádné uzdravení a navrácení její funkčnosti do normálu.“*

Na otázku, jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější, uvedla respondentka hned několik. *„Podle mých zkušeností jak na gynekologických, tak ortopedických operačních sálech mohu říct, že je možné použít různé metody v různých kombinacích. Domnívám se, že se nedá jednoznačně říci, jaká metoda je tedy nejpřínosnější.“* Podle respondentky záleží na více aspektech, ale určitě zařadí na první místo metodu mluveného slova, rozhovor s pacientem, protože slovní komunikace mezi sestrou a nemocným je začátek úspěchu k další spolupráci. Důležité je vysvětlování zdravotního stavu po stránce ošetrovatelské. Pacient musí vědět, že není na svou nemoc sám, že je mu kdykoli k dispozici pomocná ruka ošetrovatelského personálu. Jako další edukační metody respondentka uvedla informační letáky, učební pomůcky a instruktáž.

„Na našich operačních sálech se ve většině případů provádí edukace pacienta v den operace, pouze u některých operací chodíme za pacientem odpoledne den předem.“ Podle výpovědi respondentky má edukace den před operací své výhody, pacient má více času nové informace vstřebat, promyslet si je, popřípadě se opakovaně vyptat sestry v případě nejasností edukace. Jak dále dodává, záleží podle ní také na stavu pacienta. Je-li pacient malé dítě, nemá cenu jej den dopředu stresovat informacemi k operaci, je důležité nechat dítě s maminkou v klidu. *„Aspoň tak to vidím já, jako matka pětiletého dítěte. Je to ale pouze můj osobní názor.“*

Při dotazu, jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na Vašich operačních sálech, odpověděla respondentka takto: *„Na našich operačních sálech používáme tři druhy edukace, je to rozhovor s pacientem, metoda vysvětlování a u operací, které budou vyžadovat v pooperační léčbě pomůcky i praktický nácvik. Pacienti se na ortopedických sálech učí chodit na berlích nebo si sami vyzkouší navlékat ortézu, sundat odnímatelné pomůcky, to vše na předoperačním pokoji.“*

„Překážky v edukaci pacienta na našem pracovišti vidím v nedostatku času, který souvisí s nedostatkem personálu.“ Práce na ortopedii je podle respondentky zajímavá, ale bohužel velmi náročná i po fyzické stránce. Než si člověk připraví všechny kontejnery s instrumentáři, vrtačky a další přídavné materiály, hodně se fyzicky unaví. *„Mladé kolegyně si myslí, že asistovat při operacích je jen podání skalpelu, a tak si po několika měsících hledají „lehčí“ práci. S tím souvisí i nezáměr managementu vysvětlit novým sestřím i druhou stránku této práce. Také se často potýkám s povýšeným chováním. Vzhledem k tomu, že tu pracuji krátkou dobu, nejsem nijak schopna tento problém řešit.“* Jako další překážku v edukaci vidí respondentka křížení se s anesteziologem při místní anestézii. Anesteziologický tým má na pacienta více času než obíhající sestra.

„Jak zlepšit situaci a odstranit překážky bych sice věděla, bohužel, je to pouze návrh,“ uvádí respondentka. Edukace by mohla být podle sestry (č. 7) přínosnější, kdyby vedení nemocnice zajistilo větší počet perioperačních sester, nebo alespoň za dlouhodobou neschopnost výpomoc z jiných operačních sálů. Podle výpovědi sestry pomáhají v určitých dnech ortopedické sestry obíhat na plastických operačních sálech. Tím dochází k naprostému nedostatku času na pacienta. *„Rovněž bych z mého pohledu zkrátila délku operačního programu, upravila rozdělení pacientů. Jeden den operujeme dlouho přes pracovní dobu a druhý den končíme po obědě.“*

Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, odpověděla respondentka takto: *„Rozdíl vidím v osobnějším přístupu k pacientovi, sestra má při místní anestézii možnost podrobnějšího vysvětlování, co se bude dít, jaké kroky ve výkonu budou následovat a jaká bude ošetrovatelská péče bezprostředně po operaci.“* Ke každému pacientovi při zachování vědomí zaujímá sestra individuální přístup, protože každý pacient je jiná osobnost. Při místní anestézii dochází k bližší spolupráci s lékařem, která je pro pacienta nezbytná. Podle úsudku respondentky, vidí-li pacient vzájemnou pracovní shodu mezi sestrou a lékařem, je klidný a spokojený, že je v dobrých rukou dobře sešraného personálu.

„Na našich operačních sálech používáme čtyři druhy místní anestézie, rozdělených do dvou skupin,“ odpovídá respondentka na otázku, jaké metody anestézie se používají na vašich operačních sálech. První skupinu podle dotazované sestry (č.7) tvoří anestézie do páteřního kanálu - spinální a epidurální, při kterých dochází k znecitlivění celé dolní části těla nebo celé končetiny. Do druhé skupiny řadí respondentka blokády periferních pletení (například ramenního kloubu, nebo blokádu periferních nervů, které se používají k vyřazení citlivosti určitého okrsku nervu).

Rozhovor 8

Respondentka č.8 je žena ve věku 40 let, po vystudování střední zdravotnické školy se v průběhu své praxe specializovala v rámci PSS (pomaturitního specializačního studia) v Brně. V době výzkumného šetření respondentka studovala vysokoškolské bakalářské studium v kombinované formě druhým rokem. Celková délka její praxe ve zdravotnictví činí 19 let, z toho na ortopedických operačních sálech pracuje 12 let.

Při položené otázce respondentce, zda ví, jaké edukační metody znají a využívají perioperační sestry, odpověděla respondentka takto: *„V dnešní době je slovo edukace skloňováno ve všech pádech, a nejenom ve zdravotnictví. V edukaci používáme různé metody, abychom pacientovi předali potřebné informace, týkající se jeho zdravotního stavu a jeho ošetřování zdravotnickým pracovníkem.“* Jak respondentka dále uvedla, mezi metody, které se využívají na operačních sálech, patří na první místo rozhovor s pacientem, vysvětlování, také informační tištěné letáky, konzultaci a v neposlední řadě i instruktáž a praktické cvičení, jak tomu bývá na jejím pracovišti.

Při dotazu, zda respondentka vidí přínos edukace pro včasné uzdravení pacienta, odpověděla respondentka, že určitě ano. *„S každou novou informací může pacient na sobě více pracovat, záleží jen na intelektu pacienta a na tom, jak si své poučení vezme k srdci.“*

Respondentka uvedla, že za nejpřínosnější edukační metodu při práci perioperační sestry považuje určitě rozhovor s pacientem, vysvětlování ošetrovatelské péče v době předoperační i pooperační. *„Také tištěné letáky jsou vhodný edukační materiál, protože pacient jej může mít stále u sebe a kdykoliv se k němu vracet,*

v případě potřeby by mu měl každý zdravotnický personál vysvětlit potřebné informace.“ Jako další metodu uvedla učební pomůcky a instruktáž, která se provádí i na jejím pracovišti.

Podle respondentky má edukace určitě větší význam den před operací. „*Když se dozvíte určité informace den před operací, máte dostatek času vše promyslet a případné nejasnosti si nechat vysvětlit ošetřujícím personálem i druhý den těsně před operací. Popřípadě si i rozmyslet jinou metodu anestézie, což vidím občas i na našich operačních sálech.*“ Edukace se podle výpovědi sestry provádí ve většině případů v den operace, jen v malém procentu se chodí za pacientem den dopředu. Podle názoru respondentky je to škoda, protože pacient by měl podle jejich slov, mít příležitost dostat informace a poučení o předoperační i pooperační péči v delším časovém intervalu.

Na otázku, jakým způsobem probíhá edukace pacienta na vašich operačních sálech, respondentka odpověděla: „*U nás preferujeme přímý rozhovor s pacientem v předoperační části sálu.*“ Zde se snaží vysvětlit všechny náležitosti, které pacienta očekávají. Vysvětlují péči po stránce ošetrovatelské, postupy, které budou probíhat těsně před operací, během operace i po bezprostředně po operaci. Respondentka také dodala, že pacienti, kteří budou mít po operacích pomocné hole a berle, nácvik s těmito pomůcky nacvičují dopředu, v den operace již není dostatečný časový prostor.

Překážky v edukaci pacienta na ortopedických sálech vidí respondentka v nedostatku času, způsobený nedostatkem personálu. Jak uvádí: „*Sester není nikdy dost a na ortopedii už vůbec ne!*“ Dále uvedla, že svůj podíl na této situaci má i možný nezájem managementu, který tento problém neřeší už několik měsíců. Překážku rovněž vidí v křížení se s anesteziologem, při místní anestézií je pacient více v kontaktu s anesteziologickým týmem, který se mu dostatečně věnuje.

Jako návrh na zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci, by respondentka navrhovala větší podporu managementu v přijetí většího množství personálu. „*Přijde nová sestra, a než se stačí něčemu naučit, už dává výpověď. Možná by nebylo od věci, kdyby zvýšili počet sester určený na náš operační sál. Tím by se zabránilo, že když někdo odejde, kolektiv pracuje bez odpočinku, což se projevuje únavou a podrážděností všech sester.*“ Význam by mělo, podle výpovědi sestry, kdyby nebyly operační

programy tak dlouhé. Navíc v některé dny jedna sestra odchází vypomáhat na plastické sály, takže postavit ošetřující tým na sále je prý někdy velmi složité.

Na otázku, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, respondentka uvádí osobnější a individuální přístup k pacientům, rozdíl je také v podrobnějším vysvětlování, co pacienta čeká, pacient může pokládat otázky k jeho stavu i během operace, dodává sestra dále. *„Je zde nutná i bližší spolupráce s lékařským týmem. Občas je spolupráce náročná, ale v převážné většině se s lékaři spolupracuje dobře.“*

„Na ortopedických sálech používáme různé druhy anestézie, vždy se souhlasem pacienta. S každou anestézií musí být pacient seznámen a podepsat informovaný souhlas.“ Respondentka sdělila, že na jejím pracovišti anesteziologové provádí mimo celkové anestézie i spinální a epidurální. Na některé výkony stačí blokády nervových pletení, nebo blokády pleteních nervů.

Rozhovor 9

Respondentka č. 9 je žena ve věku 30 let. Vystudovala střední zdravotnickou školu, po které nastoupila na lůžkovou část chirurgického oddělení, kde pracovala do mateřské dovolené. Po roční pracovní pauze nastoupila respondentka na chirurgické operační sály. Po přestěhování do Českých Budějovic nastoupila na operační sály ortopedické, kde pracuje prvním rokem. Celková délka praxe ve zdravotnictví je 10 let. V současné době respondentka studuje PSS (pomaturitní specializační studium) v oboru perioperační sestra v Praze.

Na otázku, jaké edukační metody podle respondentky znají a využívají perioperační sestry, respondentka odpověděla takto: *„Myslím, že nejdůležitější je rozhovor, tedy mluvené slovo mezi pacientem a sestrou, a to platí i na operačních sálech. Dříve jsem pracovala na chirurgických sálech ve středních Čechách a ke každé operaci byl sepsán ilustrační leták, který dostával pacient den před operací.“*

Při dotazu, zda vidí význam a přínos edukace pacienta pro jeho včasné uzdravení, respondentka po krátkém odmlčení odpověděla, že to nedokáže posoudit. Vysvětluje to tím, že už s pacienty po operaci nehovoří.

Za nejpřínosnější edukační metodu v perioperační péči považuje respondentka rozhovor. Dodává, že rozhovorem se o pacientovi dozvíme nejvíce, záleží nejen na komunikačních schopnostech sester, ale také na jejich znalostech oboru. Vhodně volenými otázkami se sestra může podle respondentky dozvědět veškeré informace, které potřebuje od pacienta znát, a naopak pacient se dovídá a je poučen o všem, co potřebuje vědět po stránce ošetřovatelské.

„Větší přínos v edukaci pacienta den před operací nevidím, tedy spíše nevidím v tom rozdíl,“ odpověděla respondentka na otázku, zda má podle jejího názoru edukace den před operací větší význam. Jak dále uvádí, záleží také na stavu pacienta. Někteří pacienti potřebují možná více času na vstřebání určitých informací, ale v dnešní době internetu, letáků, televize a dostupných odborných časopisů je možné načerpat potřebné vědomosti. *„Pravdou je, že na mém minulém pracovišti se rozdávaly informační letáky o operacích den před operací, ale v dnešní době dostávají informace o operaci i několik dní dopředu v psané formě, které musí potvrdit svým podpisem a souhlasem.“*

„Na ortopedických operačních sálech se edukace perioperační sestrou provádí v den operace a to formou rozhovoru,“ uvedla respondentka. Pacient je po příjezdu do předšálí seznámen se zdravotnickým personálem, poté následně poučen o všem, co bude následovat. Obíhající sestra získává od pacienta potřebné informace kladením otázek. Vzhledem k tomu, že praxe respondentky je na ortopedických sálech krátká, samostatně se edukace neúčastní, jelikož nemá sama ještě dostatečné znalosti z nového oboru.

„Nedostatek informací je pro mě jednou z překážek edukace,“ odpověděla respondentka na otázku, jaké vidí překážky v edukaci pacienta před operací. Sestra uvádí také nedostatek sester, s kterým se potýkají ortopedické sály. Z toho vyplývá nedostatek času na komunikaci s pacientem. Vzhledem k časté místní anestézii udává respondentka také překážku v křížení se s anesteziologem. Než se perioperační sestra dostane z důvodu časové tísně k pacientovi, dostává se mu informací od anesteziologického personálu, který někdy supluje sestry instrumentářky.

Návrh na zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci vidí respondentka v navýšení počtu perioperačních sester, při neznalosti nového personálu navrhuje více seminářů. Také operační program je někdy příliš dlouhý, přesahuje konec pracovní

doby, celý operační tým s postupujícím časem spěchá a na klidný rozhovor s pacientem je velmi málo času. Respondentka také navrhovala lepší využití všech operačních dnů a rozložení operačních výkonů. *„Jeden den program končí okolo poledne a druhý den pracujeme do 17 hodin. S malým dítětem je pro mě tento stav pomalu neúnosný, proto uvažuji o přeřazení na jiné operační sály.“*

Na otázku v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii, respondentka uvedla, *„Rozhodně se dostáváte k pacientovi blíže, zaujímáte k němu osobnější přístup.“* Rozhovor s pacientem vyžaduje delší čas a spolupráci, která nefunguje bez řádného poučení a vysvětlení. Nebude-li pacient spolupracovat, může dojít i k poškození pacienta a tomu se musí předejít správným a vhodně voleným přístupem v edukaci.

„Na ortopedických sálech se používají spinální a epidurální anestézie, také blokády periferních nervů a nervových pletení.“ Metodu anestézie si zde zvolí operátor spolu s anesteziologem. *„Úkolem sester je pacienta poučit po stránce ošetrovatelské, musí zde fungovat vzájemná spolupráce s anesteziologickým týmem,“* dodává na konci rozhovoru respondentka.

4.2 Charakteristika respondentek

Výzkumný kvalitativní soubor tvoří perioperační sestry z Nemocnice České Budějovice a.s. Šetření se zúčastnilo celkem devět sester ze tří operačních sálů (ženské odd., urologické odd., ortopedické odd.). Z každého operačního sálu byly vybrány 3 sestry různého vzdělání. Respondentky jsou označeny číslem 1 až 9. Ze tří operačních sálů je zastoupené vysokoškolské magisterské studium jednou sestrou (7), vysokoškolské bakalářské studium je zastoupené 2x (1, 4), pomaturitní specializační studium je zastoupeno 6x (1, 2, 4, 5, 7, 8), střední zdravotnickou školu absolvovaly všechny dotazované (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). 2 sestry si v této době doplňují pomaturitní specializační studium (3, 9). 1 sestra zahájila v loňském roce vysokoškolské bakalářské studium v kombinované podobě (8).

Respondentky byly vybrány z gynekologických operačních sálů ve věku 33 let (1), 40 let (2), 38 let (3). Respondentky z urologických operačních sálů ve věku 42 let (4), 41 let (5), 26 let (6). Respondentky z ortopedických operačních sálů byly ve věku 41 let (7), 40 let (8), 30 let (9). Průměrný věk sester v době průzkumu byl 37 let

V šetření byla zkoumána i délka praxe jednotlivých sester ve zdravotnictví. Z gynekologických operačních sálů je délka praxe 14 let (1), 12 let (2), 16 let (3), z urologických operačních sálů 21 let (4), 16 let (5), 5 let (6), z ortopedických operačních sálů 21 let (7), 19 let (8), 10 let (9). Průměrná délka praxe respondentek je 16 let.

Pro větší přehlednost rozhovorů byly vytvořeny tabulky s kategorizací dat respondentek.

4.2. Kategorizace dat v tabulkách

Tabulka 1 - Respondentky a jejich znalost edukačních metod

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Rozhovor</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<i>Práce s textem</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<i>Vysvětlování</i>	x	x						x		3
<i>Instruktaž a praktika</i>							x	x		2
<i>Konzultace</i>	x	x		x			x	x		5
<i>Pomůcky - fotopříručka</i>	x	x		x			x			4
<i>Edukační popisová knížka</i>	x						x			2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jaké edukační metody znají a využívají perioperační sestry?

U všech devíti respondentek byla shodná odpověď, že nejvíce používanou metodou je v perioperační péči *rozhovor* a *práce s textem*. Další nejčastěji používanou metodou byla *konzultace*-5 odpovědí (1, 2, 4, 7, 8), 4 respondentky označily *metodu s učebními pomůckami* (1, 2, 4, 7) v podobě *fotopříručky*, poté následuje metoda *vysvětlování* – celkem 3 odpovědi (1, 2, 8), *instruktaž* (7, 8) a *edukační knížka* s popisem a funkcí operačního sálu odpověděly 2 respondentky (7, 8). Respondentky ze ženského operačního sálu uvedlo shodně s respondentkami z ortopedických operačních sálů celkem 13 edukačních metod, respondentky z urologických sálů uvedly pouze 8 edukačních metod.

Tabulka 2 - Pacient jako partner a význam edukace pro jeho uzdravení

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědi
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Ano</i>			x		x					2
<i>Určitě ano</i>	x	x		x			x	x		5
<i>Nejsem si jistá</i>						x				1
<i>Nedokážu posoudit</i>									x	1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Vidíte význam a přínos edukace pacienta pro jeho včasné uzdravení?* 5 respondentek odpovědělo *určitě ano* (1, 2, 4, 7, 8), dvě respondentky *ano* (3, 5), jedna respondentka uvedla odpověď: *nejsem si jistá* (6), *nedokážu posoudit* (9).

Tabulka 3 - Nejprínosnější edukační metody

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědi
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Rozhovor</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<i>Vysvětlování</i>	x	x					x	x		4
<i>Práce s textem</i>	x	x	x	x			x	x		6
<i>Učební pomůcky</i>	x			x			x	x		4
<i>Instruktaž</i>							x	x		2

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější pro pacienty?* Pro respondentky je nejpřínosnější edukační metodou *rozhovor* (všech 9 sester), *práce s textem v podobě letáků* je druhá v pořadí (1, 2, 4, 5, 7, 8), *učební pomůcky* (1, 4, 7, 8), *vysvětlování* (1, 2, 7, 8), *instruktáž* (7, 8). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 26.

Tabulka 4 - Názor na přínos edukace den před operací

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědi
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Ano</i>		x		x						2
<i>Určitě ano</i>	x				x		x	x		4
<i>Nevidím rozdíl</i>								x		1
<i>Nejsem si jistá</i>		x				x				2
<i>Za určitých okolností</i>	x	x			x					3
<i>Záleží na stavu pacienta</i>	x		x		x	x	x		x	6

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi na otázku: *Má edukace pacienta větší význam den před operací?* U respondentek je nejčastější odpověď *záleží na stavu pacienta*, uvedena 6x (1, 3, 5, 6, 7, 9), odpověď *určitě ano* je uvedena 4x (1, 5, 7, 8), odpověď *za určitých okolností* je 3x (1, 2, 5), nejméně byla uvedena odpověď *ano* 2x (2, 4), *nejsem si jistá* 2x (3, 6), *nevidím rozdíl* (9), a to 1krát. Ze šetření dále vyplývá, že edukace na pracovišti respondentek se provádí v den operace, jen výjimečně se za pacientem dochází den před operací.

Tabulka 5 -Způsob edukace na vybraných operačních sálech

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Rozhovor</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<i>Vysvětlování</i>	x	x	x	x	x	x	x	x		8
<i>Učební pomůcky</i>							x	x		2
<i>Praktický nácvik</i>							x	x		2
<i>Letáky</i>	x	x	x	x	x	x				6

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku:

Jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na Vašich operačních sálech ?

U respondentek je nejčastější kategorií odpověď *rozhovor*, uvedena v plném počtu (9 x), *vysvětlování* je zastoupeno 8x (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), odpověď *letáky* 6x (1, 2, 3, 4, 5, 6), *praktický nácvik* 2x (7, 8), *učební pomůcky* 2x (7, 8).

Tabulka 6 - Perioperační sestra a překážky v edukaci

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Nedostatek času</i>	x	x	x	x	x		x	x	x	8
<i>Nedostatek informací</i>						x	x			2
<i>Nedostatek personálu</i>	x	x					x	x	x	5
<i>Nezájem ze strany pacienta</i>			x		x					2
<i>Nezájem ze strany personálu</i>								x	x	2
<i>Nezájem ze strany sestry</i>					x					1
<i>Únava sestry</i>									x	1
<i>Křížení s anestez. pracovníkem</i>							x	x	x	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaké vidíte překážky v edukaci pacienta před operací?*

U respondentek je nejčastější kategorií odpovědi *nedostatek času* 8x (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9), 5x byla také odpověď *nezájem managementu* (1, 2, 4, 7, 8), odpověď *křížení s anesteziologickým pracovníkem* se vyskytla 3x (7, 8, 9), *nedostatek informací* 2x (5,6), *nezájem ze strany pacienta* 2x (3, 5), *nezájem ze strany personálu* 2x (8, 9), 1x *nezájem ze strany sestry* (6), *únava sestry* 1x (9).

Tabulka 7 - Návrhy na zlepšení situace

Odpovědi dle oborů	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Více personálu</i>	x	x		x			x	x	x	6
<i>Podpora managementu</i>	x	x		x			x	x		5
<i>Semináře</i>					x			x	x	3
<i>Zkrácení délky op. programu</i>	x	x	x				x	x	x	6
<i>Prověřená perioperační sestra</i>						x				1

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Můžete podat určité návrhy na zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci?*

U respondentek je nejčastější kategorií odpovědi zkrácení délky operačního programu, uvedena 7x (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9), odpověď více personálu byla uvedena 6x (1, 2, 4, 7, 8, 9), podpora managementu se vyskytla 5x (1, 2, 5, 7, 8), odpověď semináře 3x (5, 8, 9), 1x byla odpověď pověřená perioperační sestra (6).

Tabulka 8 - Rozdíly v edukaci pacienta před celkovou a místní anestézií

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Osobnější přístup</i>	x	x	x	x			x	x	x	7
<i>Podrobnější vysvětlování</i>	x	x	x		x		x	x		6
<i>Bližší a delší kontakt</i>	x		x			x				3
<i>Verbální i neverbální kontakt</i>		x								1
<i>Individuální přístup</i>	x			x			x	x		4
<i>Bližší spolupráce s lékařem</i>			x				x	x		3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *V čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii?*

U respondentek je nejčastější kategorií odpovědi *osobnější přístup* 7x (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9), *podrobnější vysvětlování* se vyskytla 6x (1, 2, 3, 5, 7, 8), *individuální přístup* byla uvedena 4x (1, 4, 7, 8), odpověď *bližší spolupráce s lékařem* se vyskytla 3x (3, 7, 8), *bližší a delší kontakt* 3x (1, 3, 6), 1x se vyskytla odpověď *verbální i neverbální kontakt* (2).

Tabulka 9 - Užívané metody místní anestézie

Odpovědi	Ženské odd. sestra			Urologické odd. sestra			Ortopedické odd. sestra			Celkem odpovědí
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
<i>Spinální</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
<i>Epidurální</i>	x	x	x				x	x	x	6
<i>Topická slizniční</i>	x	x	x	x	x	x				6
<i>Blokáda periferních nervů</i>							x	x	x	3
<i>Blokáda nervních pletení</i>							x	x	x	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku: *Jaké metody místní anestézie se používají na vašich operačních sálech?*

U respondentek je nejčastější kategorií odpovědi *spinální*, uvedena všemi respondentkami 9x, *epidurální anestézie* se vyskytla 6x (1, 2, 3, 7, 8, 9), *topická slizniční anestézie* se vyskytla rovněž 6x (1, 2, 3, 4, 5, 6), odpověď *blokáda periferních nervů* byla uvedena 3x (7, 8, 9), rovněž odpověď *blokáda nervových pletení* byla uvedena také 3x (7, 8, 9).

5. DISKUZE

V nemocničním prostředí je společným posláním a cílem lékařů a sester pacient. Vztah mezi sestrou a pacientem je považován za základ v ošetrovatelské praxi. Jednání sestry je chápáno jako jedna ze základních rolí - role sestry edukátorky. Je nutné si uvědomit, že většina lidí vstoupí do kontaktu s lékaři, sestrami a ostatním zdravotnickým personálem a vůbec neví, co má se vstupem do zdravotnického zařízení očekávat. Každý pacient má právo ohledně svého zdravotního stavu, dozvědět se co nejvíce informací o péči a ošetrovatelských postupech, tak, jak ve své knize Haškovcová (11) uvádí, že každý pacient má právo být řádně informován o svém zdravotním stavu. Má právo vědět, jaké vyšetřovací metody a léčebné postupy jej ve zdravotnickém zařízení čekají a proč. Sestra v roli edukátorky a pacient v roli posluchače by měli vytvářet aktivní spolupracující dvojici. Jen takováto souhra vede k úspěšnému završení ošetrovatelské péče.

Cíle, hypotézy a výzkumné otázky této práce se věnují problematice edukační činnosti sester na vybraných operačních sálech. K získání odpovědí a dosažení stanovených cílů jsme si vybraly metodu individuálního rozhovoru, který se vždy s respondentkou konal mimo zdravotnické zařízení. Získané informace byly zpracovány na základě rámcové analýzy Ritchieho a Spencera, kategorizací dat, vypracovány do tabulek, pro větší a snadnější přehlednost dosažených informací.

Cílem naší práce bylo zmapovat názory perioperačních sester na význam a využití edukace na vybraných operačních sálech. Součástí průzkumu bylo také zjistit používání rozličných druhů anestézie při operačních výkonech a odlišnost edukace perioperační sestrou před jednotlivými typy anestézie.

Pro kvalitativní šetření bylo provedeno devět rozhovorů se zástupkyněmi sester operačních sálů, pracujících na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice a.s. Pro místo konání rozhovoru jsme si vybrali mimonemocniční prostředí, které navodilo při kávě spíše společenskou atmosféru, a rozhovory byly uvolněnější. Rozhovory byly prováděny postupně, individuálně s jednotlivými respondentkami.

Další podmínkou byla anonymita dotazovaných. Respondentky byly vybrány ze tří operačních sálů na ženském oddělení, urologickém a ortopedickém oddělení. Šetření se zúčastnily sestry lišící se dosaženým vzděláním, věkem i délkou praxe ve zdravotnictví a na operačních sálech. Věk dotazovaných respondentek se nejvíce pohyboval v kategorii od 39 do 42 let. Průměrný věk byl 37 let. Z šetření vyplývá, že jedna respondentka dosáhla magisterské vzdělání, dvě dosáhly vysokoškolského titulu bakalářského, pomaturitní specializační studium je zastoupeno šesti respondentkami. Další dvě respondentky si toto specializační pomaturitní studium doplňují, všech devět sester absolvovalo studium na střední zdravotnické škole.

V naší bakalářské práci jsme si stanovily celkem dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit rozdíl v edukační činnosti perioperační sestry na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice a. s. Druhým cílem bylo zjistit rozdíl v edukaci při celkové a místní anestézii perioperační sestrou.

V rámci kvalitního šetření byla hledána odpověď na 1. výzkumnou otázku: *Jaké edukační metody znají a využívají perioperační sestry?* Z průzkumného šetření všech devíti respondentek vychází, že mezi nejvíce používanou metodou v perioperační péči řadí rozhovor a práce s textem, který má formu rozličných informačních letáků a informovaných souhlasů vypracovaných pro jednotlivé operační výkony. Rozhovor jako nejčastější metodu používanou ve zdravotnictví uvádí shodně s respondentkami ve své knize Juřeníková (14). Respondentky dodávají, že rozhovor s pacientem by měl probíhat mezi čtyřma očima, sestra - pacient. Tento poznatek přináší ve své publikaci také Haškovcová (11), kdy uvádí, že ve většině případů je pacientovým přáním, aby rozhovor o osobních záležitostech probíhal v soukromí, v intimním prostředí. Konzultaci, jako další často používanou metodou, uvádí celkem pět respondentek, čtyři dotazované uvedly metodu s učebními pomůckami, v podobě fotodokumentace, kterou viděly na operačních sálech mimo České Budějovice. Respondentka č. 1 uvádí, „Je velká škoda, že takovou fotodokumentaci nemáme na našem operačním sále, jistě by bylo pro pacientky zajímavější vidět vyfotografované prostředí, do kterého vstoupí dříve než v den operace.“ Metodu vysvětlování uvedly tři respondentky, instruktáž a

praktický nácvik (2x) je blízký sestřám z ortopedických sálů. Obě měly na mysli nácvik chůze pomocí berlí, francouzských holí před operací. Uváděna byla i edukační knížka (2x), kterou viděly respondentky při přednášce na kongresu instrumentárek a při návštěvách jiných operačních sálů v republice (tabulka 1). Ze zkoumaného vzorku se sedm respondentek shoduje v názoru, že edukace má význam a je přínosná pro pacienta při jeho včasném uzdravení a návratu do aktivního života. Jedna z respondentek (č. 6) uvádí: „Nejsem si tím vůbec jista, zda edukace dovede ovlivnit rychlejší uzdravení, myslím, že záleží na člověku samém, jeho psychickém i fyzickém stavu“. Respondentka č. 8 tuto situaci nedokáže posoudit, protože pacienty po operacích již nevidí (tabulka 2).

V rámci kvalitativního šetření byla hledána odpověď na výzkumnou otázku č. 2. *Jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější pro pacienty?* Na tuto výzkumnou otázku jsme získali celkem 26 kategorizovaných odpovědí. Respondentky opět shodně uvedly za nejpřínosnější metodu rozhovor (9x), následovala práce s textem (5x), učební pomůcky shodně s metodou vysvětlování uvedly čtyři respondentky. Dvě sestry uvedly metodu instruktáže (tabulka 3).

Ačkoli v časopise Florenc ve svém článku Čámská (4) uvádí, že perioperační sestry provádějí edukaci den předem v odpoledních hodinách individuálně u lůžka, z našeho provedeného průzkumu vyplývá, že v českobudějovické nemocnici je edukace prováděna pouze v den operace, při příjezdu na předšálí. Zde se pacienta přejímá anesteziologická sestra s dokumentací a následně perioperační sestra, která ten den plní funkci obíhající sestry. Edukace se neprovádí u malých dětí, zmatených a pacientů, kteří edukaci odmítají. Na druhou stranu většina respondentek vidí větší přínos v edukaci den před operací. Edukace je individuální, pouze s jedním pacientem. O způsobu edukace rozhoduje věk nemocného, v jakém psychickém i fyzickém stavu se nachází. Současně si však respondentky myslí, že záleží na stavu pacienta, v jakém je rozpoložení, zda má bolesti, a dalších symptomech, které omezují jeho schopnost soustředit se na přijímání nových informací. Dvě z respondentek si nejsou jisté, jaká edukace den předem je pro pacienta přínosnější a jedna sestra uvedla: „Nevidím v tom rozdíl, zda se dozví pacient

vše den předem, naopak si myslím, že si pak z toho dělá zbytečné starosti a plno informací zapomene.“ (tabulka č. 4)

Otázka č. 3 zjišťuje: *Jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na pracovišti respondentek.* Sestry u pacienta berou v potaz jeho věk, pohlaví, inteligenci, zaměstnání, etnickou příslušnost. Je důležité si všimnout zpětné vazby a pacienta pochválit. Nejvíce používanou metodu při edukaci uvádí sestry rozhovor mezi pacientem a sestrou, kdy sestra předává potřebné informace směřující k ošetrovatelské problematice na operačním sále. Metodu rozhovoru používají ve své edukaci shodně také sestry z centrálních operačních sálů Svitavy, jak dokazuje článek Chmelíkové (12). Tento způsob edukace si svitavské sestry vybraly jako indikátor zkvalitnění péče o pacienta, rozhovory vedou den předem, v odpolední směně, na rozdíl od našich sester, které provádějí edukaci v den operace. Naše respondentky podávají informace individuálně, z očí do očí. Názory sester se shodují s knihou Bártlové a kol (1), která uvádí, že jde o vzájemnou interakci probíhající mezi uvedenými partnery tváří v tvář (face to face). Příznačný je jednosměrný tok informací. Tím se liší technika rozhovoru od běžné formy rozhovoru.

Sestry se při rozhovoru snaží potlačit pocit strachu svým klidným, individuálním přístupem a tím omezit možné nežádoucí reakce a komplikace. Chápou, že pacient se ocitá v neznámém prostředí, bez kontaktu se svými nejbližšími, bojí se výsledku operace a následující bolesti po výkonu. Ve svém článku Mačejovská (20) shodně uvádí, že pacient má strach z bolesti, ze změny integrity vlastního těla, z nežádoucího výsledku operace. Dodává, že když se strachu v předoperačním období nevěnuje dostatečná pozornost, výsledkem jsou možné komplikace v intraoperačním a pooperačním období.

Rozhovor spolu s vysvětlováním pomáhá respondentkám informovat pacienta o prostředí operačního traktu, o operačním stole a jeho poloze polohování v průběhu operace, o způsobu přípravy a použití nástrojů a přístrojů, o systému rouškování a dezinfekci operačního pole. V našem provedeném šetření vyšlo najevo, že zpětnou vazbu provádí všechny respondentky. Sestry z gynekologického sálu navíc poučují o

bezprostřední přípravě v podobě zavedení permanentního močového katétru a výplachu pochvy dezinfekcí těsně před laparotomickou operací. Bez spolupráce pacientky by tento výkon nemohl být řádně proveden. Další edukační metodou je používání informačních letáčků při operacích gynekologických a urologických., sestry z ortopedie uvádí metodu seznámení pacienta s pomůckami a zopakování si informací k nácvičku pomocných zařízení jako jsou dlahy, hole, berle (Tabulka 5). Nácvičku s berlemi se pacienti učí několik dní dopředu, perioperační sestra jen kontroluje zpětnou vazbu, zda pacient pochopil potřebné informace k nácvičku dle instrukcí lékaře.

Překážky v edukaci uvádí respondentky především v nedostatku času na pacienty (celkem 8). Na druhém místě vidí sestry překážku v nedostatku personálu, tento problém popisuje shodně Matlochová (22) ve své publikaci, kde uvádí, že edukaci neprovádí, pokud mají velký operační program a z důvodu edukace by musely dělat přesčas. Pro tyto případy sestry nahrazuje edukační příručka, kterou si vytvořily pro zjednodušení své práce. Šetřením se dále zjistilo, že u sester z ortopedie dochází k častému křížení s anesteziologem, jelikož operace prováděné na tomto pracovišti jsou převážně v místní anestézii. Zde pak anesteziolog provádí edukaci sám nebo společně s perioperační sestrou a navzájem se doplňují. Další překážku v edukaci vidí dvě respondentky v nezájmu ze strany pacienta. Tento problém řeší i Šimková a Navrátilová (33), když popisují, že se stávají případy, kdy pacient o edukaci vůbec neprojeví zájem. V tomto případě se snaží pouze o rozhovor a navázání kontaktu. Vždy respektují přání pacienta. Dvě respondentky přiznávají, že překážkou je problém v nedostatku informací, jelikož na operačních sálech pracují krátkou dobu a nejsou ještě připraveny před jistými operačními úkony podat dostačující informace z pohledu sestry. Jedna z dotazovaných uvádí únavu ze strany sestry a jedna nezájem sestry. Tato respondentka (č.6) navrhuje, aby edukaci prováděla pověřená osoba, nejlépe staniční sestra, která pracuje pouze na ranní směnu. Šest respondentek navrhuje na zlepšení situace více personálu. Jak dodávají, stačilo by přijetí i nižšího zdravotnického personálu, kdy sestry vykonávají pomocné práce za tento personál. Tím by měly sestry více času na pacienty. Důležitá by měla být také podpora managementu, které se podle pěti z dotazovaných nedostává. Pro nové sestry pracující na operačních sálech navrhují tři respondentky více vzdělávacích

seminářů. Více než polovina dotazovaných vidí zlepšení situace pro podporu edukace ve zkrácení délky operačních programů (tabulka 7). Převážně sestry z gynekologického a ortopedického sálu se s touto překážkou potýkají několikrát do týdne. Sestra z gynekologie (č. 2) navrhuje řešení ve vybudování zákrokového sálu na porodním sále pro akutní císařské řezy, ale vzhledem k velkému počtu rodících žen je tento stav neřešitelný. Věří, že tento problém vyřeší až postavení nové budovy.

V závěru našeho šetření jsme hledali odpověď na otázku č. 4: *V čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii?* Ve svých odpovědích respondentky uvádějí zároveň metody používané na jejich pracovištích. Ve všech devíti rozhovorech uvádějí shodně spinální anestézii, která má největší zastoupení u operací na ortopedických sálech, dále na gynekologii převážně u císařských řezů a u některých vaginálních operací. S epidurální anestézií se setkává šest respondentek z gynekologie a ortopedie. Slizniční topická anestézie je používána shodně na gynekologii a urologii. Na ortopedii se využívá metoda blokády periferních nervů a blokáda nervových pletení, kdy podle znalostí sester anesteziolog nebo ortopedický lékař vstříkne anestetikum do blízkosti nervů zásobující operační oblast (tabulka 8). Všechny respondentky shodně uvedly spolupráci s anesteziologem při místní anestézii. Také ve své publikaci Duda (5) uvádí, že týmová práce na operačním sále vyžaduje úzkou spolupráci mezi anesteziologem a jeho sestrou a ostatním sálovým personálem. Vzájemná pomoc a někdy i zastupování vyžaduje, aby se každá sestra operačního sálu seznámila alespoň se základy práce anesteziologa, s anesteziologickým instrumentáři a přístrojovým vybavením. Spolupráci s anesteziologem potvrzují i naše respondentky, nejednou ve své praxi zastupovaly roli anesteziologické sestry. Jak uvádí sestry s PSS, jednou ze zkoušek při postgraduálním studiu byla i znalost anestetik, anesteziologické techniky a přístrojové vybavení. Z našeho šetření vyplývá, že všechny dotazované dovedou vysvětlit co je základním úkolem místní anestézie. Všech devět respondentek odpovědělo, že místní anestézie zbavuje pacienta bolesti při výkonu i po něm. Sestra z ortopedie (č. 7) uvedla, jak je důležitá dobrá spolupráce lékaře a sestry, tuto spolupráci pacient vnímá, protože má zachované vědomí. Pacient podle jejích slov musí vědět, že je tzv. v dobrých rukou, mít

pocit jistoty. Gulášová (10) ve své publikaci uvádí, že zdravotnická profese se zakládá na interakci s pacientem. Přístup a komunikace sestry zanechávají v pacientově prožívání odezvu. Pokud pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a situaci prožívá úzkost, nejistotu, strach, je vhodné navodit atmosféru bezpečí, jistoty, porozumění a podpory.

Metodu použité anestézie respondentky zapisují spolu se všemi informacemi operačního výkonu do svých perioperačních záznamů. Rozdíly v edukaci před operačním výkonem v místní anestézii souvisí s osobnějším přístupem k pacientovi (celkem 7), podrobnější informovanost k výkonu uvádí šest sester, rozdíl vidí v individuálnějším přístupu k pacientovi (celkem 4), bližší spolupráci s lékařem spolu s navozením delšího a bližšího kontaktu uvádějí shodně 3 respondentky. Z našeho šetření vyplývá, že důležité je pro celý personál stále myslet na to, že pacient je při vědomí, poslouchá jejich rozhovory, vyžaduje pozornost, chce komunikovat. Tento stav popisuje podobně Pčolková (30) ve svém příspěvku: „ Skutečnost, že pacient je při vědomí po celou dobu operačního výkonu, vyžaduje, aby personál na operačním sále byl před zahájením operace s touto situací obeznámen, protože pacient citlivě vnímá ruch okolo sebe a komunikaci mezi personálem navzájem.“ Při rozhovorech jsme také zjistili, že respondentky z ortopedie (č. 7, 8, 9) nabízí pacientovi při místní anestézii pro zpříjemnění chvil na operačním sále poslech hudby prostřednictvím sluchátek. Pacient si může přinést i svou nahrávku. Sestry na ženském a urologickém sále používají hudební přenašeče pro celý sál.

Na otázku, zda používají sestry na sále nějakou ošetrovatelskou dokumentaci, respondentky uvedly, že zapisují do perioperačních záznamů, který je nedílnou součástí dokumentace pacienta, vše od příchodu pacienta na sál. Z výsledků analýzy rozhovorů sester vyplývá, že jiný dokument se na operačních sálech nevyužívá. Perioperační záznam se podle výpovědí respondentek liší zaměřením operativy na jednotlivých odděleních. Společnými kritérii je identifikace pacienta, charakteristika výkonu, čas začátku a konce operace, použití nástrojů a přístrojů, vypsání operačního týmu včetně pomocného personálu, operovaná strana, histologie, alergie, dále spotřeba materiálu

(včetně samolepek od šicího materiálu, implantátů, přístrojů a pomůcek od jednotlivých firem). Sestry zde zakládají chemické indikátory ze sterilních nástrojových sít a rouškování. Podle výpovědi respondentek perioperační záznam vyplňuje obíhající sestra, která svým podpisem na konci operace stvrzuje správnost dokladu. Vše musí být čitelné a jasné, bez přepisování. Vondráček (38) ve své knize popisuje, že každý záznam musí být vždy autorizován, to znamená, že musí mít podpis a jmenovku. Jmenovka může být jako otisk razítka, nebo psaná hůlkovým písmem a to čitelně. Dotazované sestry shodně uvádí, že při svých zápisech používají razítka. Na otázku, jaký je důvod této dokumentace, respondentky odpovídají, že tento doklad má funkci kontrolní, pro případné komplikace. Také Kováčiková (16) ve své publikaci dokládá, že používají podobný perioperační záznam. Popisuje, že ošetrovatelský záznam poskytuje kompletní charakteristiku operačního výkonu. Podává souborný a důkladný přehled různorodých výkonů a činností sledovaných během operace. Zpětně umožňuje posoudit průběh operačního výkonu a vyhledat klíčové momenty a osoby podílející se na vzniku eventuálních pochybení.

Výsledky našeho průzkumu můžeme považovat za uspokojivé, pouze je zarážející, že všechny respondentky uvádějí, že nepoužívají edukační plán, ani žádné ošetrovatelské diagnózy. Naproti tomu se v literatuře Krátká (17) uvádí, že důležitým úkolem sestry je spolu s pacientem je sestavit edukační plán, který bude obsahovat téma a místo konání edukace, edukační diagnózu, výsledná kritéria, cíl, použité metody, pomůcky, vyhodnocení a zpětnou vazbu. Nejenom že respondentky edukační plán nepoužívají, ale kromě jedné sestry (č. 7) si nedovedou ani představit, jak by měl edukační plán pro operační sál vypadat. Pouze sestra č. 7 dovedla popsat, co je součástí edukačního plánu (místo, čas, téma edukace, metoda edukace a pomůcky k edukaci). Tyto poznatky získala při vysokoškolském studiu.

Zhodnocení výsledků nám přináší odpověď na otázky: „ Je na vybraných operačních sálech prováděna dostatečná edukace pro pacienta před operací? Stačí podané informace formou rozhovoru nemocnému k pochopení nových informací?“ Naše průzkumné šetření ukazuje, že je možné edukační činnost na vybraných

operačních sálech vylepšit. Při prostudování literatury jsem si vlastně uvědomila, že v naší nemocnici nás perioperační sestry čeká ještě dlouhá cesta při používání edukačního procesu u pacienta. Jak uvádí ostatní operační sály v odborných časopisech, pacientům nabízí větší možnosti edukace, za pacienty chodí již den před operací, mají vytvořeny informační edukační knížky s fotodokumentací. Proto bych navrhovala pořádání pravidelného proškolení perioperačních sester o edukaci pacienta (příloha 3). Edukaci by mohly perioperační sestry provádět již den před operací v odpoledních hodinách s použitím názorných pomůcek nebo alespoň doplněním fotodokumentace z operačního sálu (příloha č. 2).

Mě osobně prostudovaná literatura inspirovala pro vytvoření edukační fotodokumentace, která na našich operačních sálech opravdu chybí. Na gynekologickém oddělení si v případě zájmu pacientky prohlédnou tyto fotografie den před operací. Staniční sestra na předoperačním oddělení moji nabídku a spolupráci uvítala a v této době se fotoalbum již před operací předkládáno ženám k nahlédnutí. Fotoalbum nám usnadňuje edukaci v den operace, kdy pacientky již z fotografií poznávají prostory předsálí i sálu a jsou dopředu obeznámeny s bezprostřední přípravou k operaci.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla věnována tématu edukace perioperačních sester na vybraných operačních sálech. Ke zpracování tohoto tématu byly stanoveny dva cíle: Zjistit rozdíl v edukační činnosti perioperační sestry na vybraných operačních sálech v Nemocnici České Budějovice, a.s. Zjistit rozdíl v edukaci při celkové a místní anestézii perioperační sestrou. Oba cíle byly splněny. Na základě cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka mapovala znalost sester, zda dovedou vyjmenovat, jaké edukační metody využívají perioperační sestry na operačních sálech. Z odpovědí sester vyplynulo, že znají edukační metody používané na operačních sálech. Mezi nejvíce užívané metody řadí rozhovor spolu s prací s textem, konzultace, vysvětlování, práci s pomůckami, použití edukačních knih s fotodokumentací. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jakou metodu považují perioperační sestry za nejpřínosnější pro pacienta. Výsledky ukazují, že sestry vidí největší přínos v rozhovoru s pacientem, druhá v pořadí je podle výpovědí práce s textem v podobě informačních letáků, dále názorné učební pomůcky s vysvětlováním. Třetí výzkumná otázka se ptá, jakým způsobem probíhá edukace pacienta perioperační sestrou na vybraných operačních sálech Nemocnice České Budějovice a.s. Všechny respondentky odpověděly jednoznačně, že je metoda rozhovoru spolu s vysvětlováním, více než polovina používá ke své edukaci informační letáky. Čtvrtá výzkumná otázka byla zaměřena na anestézii a její druhy. Sestry byly dotazovány, v čem spočívá rozdíl v edukaci pacienta perioperační sestrou před operačním výkonem v celkové a místní anestézii. Největší rozdíl sestry udávaly v osobnějším přístupu k pacientovi, podrobněji mu vysvětlují problematiku místní anestézie, navazují bližší a delší kontakt, k nemocnému přistupují individuálněji, poukazují na větší spolupráci s lékařem. Šetření dokázalo, že sestry na operačních sálech mají přehled o používaných edukačních metodách. Z průzkumného šetření vyplývá, že perioperační sestry přistupují ke každému pacientovi individuálně, bez účasti dalších osob. Výsledky výzkumného šetření ukazují, že edukaci sestry provádí v den operace rozhovorem s nemocným na předsáli při čekání na operační výkon.

Výsledky tohoto průzkumu by mohly přispět k řešení některých nedostatků. Pro potřeby pacientů byla vytvořena edukační fotodokumentace a návrh semináře pro perioperační sestry na gynekologickém oddělení, na téma edukace pacienta perioperační sestrou (přílohy 2, 3).

7 SEZNAM LITERATURY

1. Bártlová, S., Chloubová, I., Trešlová, M. *Vztah sestra-lékař*. Brno NCO NZO, 2010, s. 92, ISBN 978-80-7013-526-6.
2. Bártlová, S., Sadílek, P., Tóthová, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. NZO NZO, Brno, 2008, ISBN 978-80-7013-467-2.
3. Bratová, A., *Bezpečnost pacientů při anestézii*. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 7-8, s. 44-45. ISSN 1210-0404
4. Čámská, I. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Florence, 2007, roč. 3, č. 1, s. 27. ISSN 1801-464X
5. Duda, M., *Práce sestry na operačním sále*. Praha: Grada 2000, 392 s. ISBN 80-7169-642-0
6. Dušová, B. *Edukace v ošetřovatelství*. [on - line] 2006. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-educace.pdf>
7. Eggová, P., *Edukační činnost porodní asistentky*. *Diagnóza v ošetřovatelství*, 2010, roč VI, č. 6, s. 20-21. ISSN 1801-1349
8. Ferko, A., Vobořil, Z., Šmejkal, K., Bedrna, J. *Chirurgie v kostce*. 1. vydání, Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
9. Gulášová, I., Bačíková, Z., Hruška, J., Braza, J. *Zvládání strachu pacienta před operací*. *Sestra*. 2012 č.2, s.42-43. ISSN 1210-0404
10. Gulášová, I., Braza, J. *Základné oblasti etického prístupu lekára a sestry k pacientovi v chirurgických odboroch*. *Diagnóza v ošetřovatelství*. 2010, roč. VI, č. 1, s. 24-25. ISSN 1801-1349

11. Haškovcová, H. *Informovaný souhlas, jak a proč?* 1. vydání, Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
12. Chmelíková, J., Šilhartová, V. *Edukace perioperační sestrou*. Sestra. Praha: 2008, č.7-8, s. 62. ISSN1335-9444.
13. Chourová, L. *Ošetrovatelské diagnózy na operačním sále*. Sestra. Praha: 2011, č. 2, s. 36-38. ISSN1210-0404.
14. Juřeníková, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010, 80 s. ISBN 978-80-247-217-2
15. Klicar, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vydání, Praha: Grada, 2010, 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
16. Kováčiková, J., Janečková, K. *Ošetrovatelská dokumentace na operačním sále*. Sestra č. 4. 7-8, 2009, s. 61-62. ISSN 1210-0404
17. Krátká, A. *Edukace klientů v praxi sestry*. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: Grada Publishing a.s. 2002, 372s. ISBN 80-247-0536-2
18. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1. vydání, Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 36254-36646
19. Kudlejová, M. *Dokumentácia v operačných sálach*. Sestra. Praha: 2007, č. 9-10, s. 41. ISSN 1335-9447
20. Mačejovská, M., Rybárová, D. *Strach u pacientov pred operáciou*. Sestra. Praha: 2009, č. 5-6, s. 26. ISSN 1335-9444.
21. Magerčiaková, M. *Edukácia chirurgického pacienta*. Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík. 2009, roč.XV., č.1. s.36-39. ISSN 1335-5090

22. Matlochová, E. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Sestra. Praha: 2012, č.2, s.41-42. ISSN 1210-0404
23. Mastiliáková, D. *Úvod do ošetrovatelství*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. Praha: 2002, 187s. ISBN 80-246-0429-9
24. Mikšová. Z., Froňková. M., Zajíčková. M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Grada 2006, 172 s. ISBN 80-247-1443-4
25. Mikušová, D. *Psychologická starostlivost' o chirurgického pacienta*. Sestra. 2007, č. 9-10, s. 43. ISSN-1335-9444
26. Morovicsová, E. *Psychologické problémy chirurgickej liečby*. Sestra. 2009, č. 5-6, s. 20. ISSN ISSN-1335-9444
27. Morovicsova, E. *Význam edukácie v jednodňovej chirurgii*. Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík. 2008, č. 2, s. 87-88. ISSN 1335-5090
28. Onderková, A. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Sestra. 2007, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404
29. Ondriová, I., Sinaiová, A. *Prevenca psychických problémů u dětí v souvislosti s chirurgickým zákrokem*. Sestra. 2011, č. 4, s. 34-36. ISSN 1210-0404
30. Pčolková, M. *Štandardy ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov při spinálnej anestézii*. Ošetrovateľský obzor. 2007, č. 4, s. 113-120. ISSN 1336-56
31. Reindlová, V. *Ošetrovateľské diagnózy na operačním sále*. Florence. 2007, č.2, s.76-77. ISSN 1801-464X
32. Šamánková, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vydání, Praha: Grada, 2007, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
33. Šimková, V., Navrátilová, E. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Sestra. Praha: 2007, č. 4, s. 3. ISSN 1210-0404

34. Škrlová, M., Škrla, P. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8
35. Švába, J. a kolektiv. *Chirurgie vyššího věku*. 1. Vydání, Praha: Grada, 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5
36. Tuza, T. *Právo pacientů na informace a ochrana těchto informací*. Pacientské listy. Europrint a.s., 2009. roč. 58, č. 5. s. 16-17. ISSN 1214-7664
37. Vaňková, M. *Předoperační ošetrovatelská péče*. Diagnóza v ošetrovatelství. 2006, roč. 2, č. 9, s. 343. ISSN 1801-1349
38. Vondráček, L., Wirthová, V. *Sestra a její dokumentace*. 1. vydání, Praha: Grada, 2008, 88s. ISBN 978-80-247-2763-9.
39. Vosátková, K., Houdková, A. *Psychologie nemocného v před a pooperačním období*. Sestra. Praha: 2008, č. 7-8, s. 63. ISSN 1210-0404
40. Zeman, M., a kol. *Chirurgická propedeutika*. 1. Vydání, Praha: Grada, 2003, 524 s. ISBN 80-7169-705-2
41. Zvoníčková, M. *Jednodenní chirurgie-předoperační příprava nemocného z pohledu sestry*. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha, 2006, roč. 2,10 s. 400, 401, 402. ISSN 1801-1349

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace

Edukační proces

Perioperační sestra

Operační sály

Ošetrovatelská péče

Anestézie

Druhy anestézie

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Okruhy otázek pro respondentky

Příloha 2 - Edukační fotodokumentace pro operační sály ženského oddělení

Příloha 3 - Seminář pro sestry gynekologického oddělení - návrh

Příloha 1- Okruhy otázek rozhovoru s perioperačními sestrami z operačních sálů

1. Označení sester podle dosaženého vzdělání a operačního oboru
2. Jakého je věk respondentek?
3. Jaká je délka praxe respondentek ve zdravotnictví?
4. Jaké znají respondentky edukační metody používané na operačních sálech?
5. Má edukace význam a přínos pro pacienta a pro jeho včasné uzdravení?
6. Jaké jsou podle respondentek nejpřínosnější edukační metody pro pacienta perioperační sestrou?
7. Má edukace pacienta větší význam den před operací, a kdy se provádí edukace na pracovišti respondentek?
8. Jaký způsob edukace používají respondentky na svých operačních sálech?
9. Jaké překážky vidí sestry v edukaci pacienta před operací?
10. Jaké návrhy na zlepšení situace a odstranění překážek v edukaci respondentky doporučují?
11. V čem podle sestry spočívá rozdíl v edukaci pacienta před operačním výkonem v celkové a místní anestézii?
12. Jaké metody místní anestézie používají respondentky na svých pracovištích?

zdroj: vlastní

Příloha 2



Identifikační pásek se jménem



Bandáž DK před operací



Převozový sálový vozík



Vítáme Vás na operačním sále



Přípravna před břišní operací



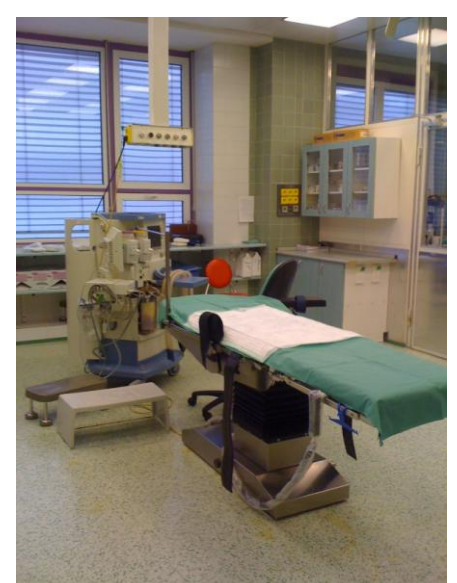
Foley-cévka do moč. měchýře



Dezinfekce rukou před operací



Operační sál s materiálem



Operační stůl



Pomůcky k operaci



Operační lampy



Laparoskopická věž a koagulace



Anesteziolog s přístrojem



Poloha pro břišní operaci



Gynekologická poloha



Spolupráce operačního týmu



Sterilizační přístroj

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Seminář sester zaměřený na edukaci pacienta v sálovém provozu-návrh

Název:

EDUKACE PACIENTA PERIOPERAČNÍ SESTROU

1. ÚVOD

seznámení s tématem semináře – Edukace perioperačních sester

2. NÁPLŇ PROGRAMU

sestra a problematika poskytování informací pacientovi

1. Sestra podává informace podle svých kompetencí-ošetrovatelský proces
2. Sestra a pacient-představit se, seznámit se s dokumentací pacienta, zachovat intimitu
4. Sestra informuje o předoperační přípravě
5. Sestra informuje o způsobu převozu na operační sál-transportní vozík
6. Sestra informuje o bezprostřední přípravě k výkonu-na předsáli
7. Sestra informuje o poloze pacienta na operačním stole
8. Sestra informuje o pomůckách, přístrojích a dalším vybavení-k vlastnímu výkonu
9. Sestra informuje o operačním týmu-popř. zajistí rozhovor s lékařem
10. Sestra zjistí zpětnou vazbu- v případě kladné zpětné vazby pochválí pacienta
11. Sestra zaznamenává vše do dokumentace-perioperační záznam
12. Sestra odpovídá na otázky pacienta dle své kompetence
13. Sestra nikdy neupřesňuje délku operačního výkonu
14. Sestra při nezájmu o edukaci zajistí nezbytné informace- leták, fotodokumentace

3. DISKUZE

4. ZÁVĚR

Zjistit zpětnou vazbu sester

Po dohodě s vrchní sestrou gynekologického oddělení bude téma zařazeno do seminářů, které oddělení pořádá několikrát ročně.

Zdroj: vlastní