



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

## **Jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Petra Čekalová

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 20. 10. 2016

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda vyjádřila poděkování své vedoucí práce Mgr. Aleně Polanové za její vstřícnost, cenné rady a čas, který mi ochotně věnovala při tvorbě této bakalářské práce. V neposlední řadě bych také chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a obětavost.

## **Abstrakt**

Jednodenní chirurgie je obor, který využívá moderních léčebných postupů a nabízí pacientům krátkou dobu hospitalizace po operačním výkonu. Režim jednodenní chirurgie není vhodný pro všechny zákroky ani pro všechny pacienty. Jsou daná kritéria, která musí pacient splňovat, aby mohl podstoupit operaci v režimu jednodenní chirurgie. Existuje seznam výkonů, které mohou být prováděny v režimu jednodenní chirurgie. Předoperační a pooperační péče je stejná jako u jiných operací. Ve většině případů je pacient druhý den po operaci propuštěn a je informován o možných komplikacích a režimových opatřeních a musí mít zajištěn odvoz a doprovod.

Tato bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na problematiku jednodenní chirurgie, na předoperační a pooperační péči o pacienty. Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor.

Cílem práce bylo: 1. Zjistit názor pacientů na jednodenní hospitalizaci před operací. 2. Zjistit obsáhlost informací podaných pacientovi před plánovanou operací. 3. Zjistit názor pacientů na jednodenní hospitalizaci po operaci. 4. Zjistit obsáhlost informací podaných pacientovi po operaci při propuštění do domácí péče. K těmto cílům bylo stanoveno pět výzkumných otázek: 1. Jaký názor měli pacienti na jednodenní hospitalizaci před plánovanou operací? 2. Jaké informace byly pacientům poskytnuty před operací v režimu jednodenní chirurgie? 3. Jaký názor mají pacienti na jednodenní hospitalizaci po operačním výkonu? 4. Jaké informace byly poskytnuty pacientům při propuštění do domácí péče? 5. Jak hodnotí pacienti podané informace od sester a lékařů při propuštění do domácí péče?

Podle výsledků bylo zjištěno, že představa oslovených o jednodenní chirurgii byla pouze operace a jeden den hospitalizace. O možnosti operace za jednodenní hospitalizace věděli čtyři oslovení od lékaře a čtyři z jiných zdrojů. Pouze tři dotazovaní byli informováni před hospitalizací o nutnosti zajistit si odvoz a doprovod při propuštění. Dále se tázaní shodli převážně na tom, že jim po operaci chyběla lékařská vizita, a někteří by přivítali i více ústně podaných informací. Při zjišťování názoru na jednodenní chirurgii se ukázalo, že všichni oslovení hodnotí poskytnutou péči kladně.

Výsledky bakalářské práce by mohly sloužit ke zkvalitnění informovanosti pacientů před a po operaci v režimu jednodenní chirurgie i jako materiál pro zvýšení kvality péče.

Klíčová slova: jednodenní chirurgie; jednodenní hospitalizace; péče; pacient; sestra

## **Abstract**

Same-day surgery (one-day surgery, outpatient surgery) is a branch that uses contemporary medical treatments and it offers patients with short terms of hospitalization after a surgery. The same-day surgery schedule is not suitable for all treatments and all patients. There are set the criteria that must be met by a patient so as to be able to undergo the surgery in the same-day surgery mode. There is a list of surgeries that may be performed in the same-day surgery mode. The pre-operative and post-operative care is the same as in case of other surgeries. In most of the cases, the patient is released the day following the surgery and he/she is informed about possible complications and regime measures, he/she must be accompanied and transported.

This bachelor thesis is divided into two parts – the theoretical and the empiric one. The theoretical part aims at problems of the same-day surgery, at pre-operation and post-operation care for patients. Qualitative research investigations have been used in the bachelor thesis processing. Data collection technique – semi-structured interview.

The aim of the thesis was: 1. To establish the opinion of patients regarding one-day hospitalization before an operation. 2. To find out the extent of information provided to a patient before planned surgery. 3. To find out the patients' opinion regarding one-day hospitalization after a surgery. 4. To find out the extent of information provided to a patient when releasing him/her for home care. Five research questions have been set for these purposes: 1. What was the patients' opinion on one-day hospitalization before planned surgery? 2. Which information was provided to patients before the surgery in one-day surgery mode? 3. What is the patients' opinion on one-day hospitalization after the planned surgery? 4. Which information was provided to patients at the moment of their release for home care? 5. How do the patients assess the information provided by nurses and doctors at the moment of their release for home care?

On the basis of results it was established that the idea of the inquired regarding the one-day surgery included just the surgery and one day of hospitalization. Four of the inquired patients knew the possibility of surgery with one-day hospitalization from their doctors, four patients knew it from other sources. Only three inquired patients were informed before hospitalization about the necessity of arranging their transport and accompaniment after being released. The inquired patients also mostly agreed that they missed the doctors' round after their surgery and some of them would also appreciate more orally provided information. When detecting the opinions regarding the one-day surgery it proved that all the patients positively assess the care provided.

The results of the bachelor thesis could serve for quality improvement of patients' level of informedness before and after the surgery in one-day surgery mode as well as material for care quality improvement.

Key words: one-day surgery; one-day hospitalization; care; patient; nurse

## **OBSAH**

ÚVOD .....	9
1 SOUČASNÝ STAV .....	10
1.1 Jednodenní chirurgie – definice .....	10
1.2 Historie a vývoj jednodenní chirurgie .....	11
1.2.1 Systém jednodenní chirurgie v České republice .....	12
1.2.2 Systém jednodenní chirurgie v cizině .....	12
1.3 Výhody jednodenní chirurgie .....	13
1.3.1 Přínos jednodenní chirurgie pro pacienty .....	14
1.4 Předpoklady pro provoz jednodenní chirurgie .....	14
1.5 Hospitalizace v režimu jednodenní chirurgie .....	15
1.5.1 Výkony prováděné v režimu jednodenní chirurgie .....	16
1.5.2 Předoperační období .....	16
1.5.3 Intraoperační období .....	19
1.5.4 Pooperační období .....	20
1.5.5 Ukončení procesu péče .....	21
1.5.6 Riziko pooperačních komplikací .....	22
1.5.7 Nozokomiální (nemocniční) nákazy – výskyt .....	25
1.6 Poučení a edukace pacientů při propuštění do domácí péče .....	25
1.7 Využití agentur domácí péče .....	27
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	30
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky .....	30
3 METODIKA .....	31
3.1 Použitá metoda .....	31
3.2 Rozhovor .....	31
3.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
4 VÝSLEDKY .....	33
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty .....	33
4.1.1 Kategorizační skupiny .....	33
4.2 Představy o jednodenní chirurgii .....	33

4.3 Informovanost pacientů před operací .....	34
4.4 Informovanost o přípravě před operací .....	34
4.5 Informovanost o operačním výkonu .....	35
4.6 Informovanost o průběhu jednodenní hospitalizace .....	35
4.7 Představy o průběhu pooperačního stavu .....	36
4.8 Pooperační pocity pacientů .....	37
4.9 Nejčastější pooperační potíže .....	37
4.10 Nedostatky v péči po operaci .....	38
4.11 Informovanost pacientů po operaci .....	38
4.12 Informace o pooperačním režimu .....	39
4.13 Informace o dietním opatření po operaci .....	39
4.14 Informace při propuštění .....	40
4.15 Spokojenost pacientů s podanými informacemi při propuštění .....	41
4.16 Pocity pacientů před propuštěním .....	42
4.17 Hodnocení poskytnuté péče .....	42
4.18 Opětné podstoupení operace za jednodenní hospitalizace .....	42
5 DISKUZE .....	44
6 ZÁVĚR .....	54
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	55
8 SEZNAM PŘÍLOH .....	59



## Úvod

O jednodenní chirurgii či o jednodenní hospitalizaci nebo v anglickém jazyce one-day surgery se hovoří v České republice již více jak 20 let. Celkový rozvoj medicíny a současně chirurgie je spojen s využitím miniinvazivních metod a se zvyšujícími se nároky na kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče.

Dle mého názoru je pro zdravotnictví jednodenní chirurgie přínosem, a to vzhledem k úsporám finančních prostředků a nižším nákladům na léčbu. Myslím si však, že největší přínos má jednodenní chirurgie pro pacienty. A to z toho důvodu, že si po provedených zákrocích mohou zkrátit pobyt v nemocničním zařízení na dobu nezbytně nutnou. Mezi další výhody jednodenní chirurgie určitě patří, že se pacienti rychleji navrátí do domácího prostředí a mají méně stresu během hospitalizace. Samozřejmě režim jednodenní chirurgie není vhodný pro všechny zákroky ani pro všechny pacienty. Jsou daná kritéria, která musí pacient splňovat, aby mohl podstoupit operaci v režimu jednodenní chirurgie. Vytvořen je také seznam výkonů, které mohou být prováděny v režimu jednodenní chirurgie. Jestliže je pacient vhodný pro léčbu v režimu jednodenní chirurgie, záleží také na něm samotném, zda bude souhlasit s jednodenní hospitalizací, či upřednostní hospitalizaci delší.

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o pacienty při jednodenní hospitalizaci na chirurgickém oddělení. Cílem bylo zjistit, jak pacienti vnímají ošetrovatelskou péči před operací a po operaci. Dalším cílem práce bylo zjistit, jak pacienti hodnotí rozsah informací podaných zdravotnickým personálem. A zda by dotazovaní pacienti využili znovu možnosti jednodenní hospitalizace.

## **1 Současný stav**

V době socialismu byly budovány nové nemocnice s vysokými počty akutních lůžek, jež byla obsazována pacienty, kteří s ohledem na své zdravotní problémy nemuseli být vůbec hospitalizováni. Ovšem v době socialismu byli pacienti zvyklí v nemocnicích na dlouhodobé hospitalizace a nikdo se nad tím nepozastavoval. V současnosti je medicína na takové úrovni, že velké procento nemocných nemusí být hospitalizováno na dlouhou dobu. V některých případech mohou být pacienti propuštěni do domácí péče dokonce v den samotného zákroku či velmi brzy po něm (Czudek et al., 2009).

Režim jednodenní péče se využívá nejvíce v operačních oborech, jako je například chirurgie, gynekologie, urologie, otorinolaryngologie a jiné. Samozřejmě akutní, těžká a komplikovaná onemocnění vyžadují dlouhodobější léčbu. Časté delší hospitalizace jsou praktikovány také z důvodu sociální situace pacienta. Mnozí pacienti zůstávají v nemocnici proto, že jsou jim prováděna nejruznější vyšetření. Ne všechna vyšetření mohou být prováděna v tentýž den, proto je pro některé pacienty méně časově i finančně náročné zůstat v nemocnici (Adamčík et al., 2006).

O výhodách jednodenní péče, v tomto případě jednodenní chirurgie, musí být přesvědčen sám pacient. Do péče o pacienta je zapotřebí zapojit také jeho rodinu. V neposlední řadě se pak nabízí možnost využití agentur domácí péče (home care), které si pacienta přebírají do péče po propuštění z nemocničního zařízení a spolupracují s lékaři a samozřejmě s rodinou pacienta (Czudek et al., 2009). Pro pacienty je tedy pobyt v nemocnici zkrácen na nezbytně nutnou dobu. Je pro ně méně stresujícím a minimalizuje se i riziko nozokomiální nákazy. Nezanedbatelnou výhodou je také fakt, že je tento systém nesporně levnější (Adamčík et al., 2006).

### ***1.1 Jednodenní chirurgie – definice***

Definice pojmu jednodenní chirurgie, „jednodenní péče“ či „chirurgie jednoho dne“ není jednoznačná. Vyskytují se i pojmy jako „ambulantní chirurgie“ nebo „krátkodobá chirurgie“. Jednodenní chirurgie je nejčastěji chápána jako chirurgický výkon, po kterém je pacient propuštěn ze zdravotnického zařízení do 12 hodin, někdy do 24 hodin (Czudek et al., 2009). Dle § 8 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), je

definována jednodenní péče jako zdravotní péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové intenzivní péče.

Jednodenní chirurgie se dá také popsat jako chirurgická operační léčba v celkové nebo lokální anestezii, kdy pacient přijde na příjem ráno v den operace a po provedení operace je ještě týž den v odpoledních hodinách propuštěn domů, nejpozději pak den následující (Malý, 2006).

Ovšem ne ve všech zemích je pojem jednodenní chirurgie či jednodenní péče chápán stejně. Například v USA se pojem jednodenní chirurgie vysvětluje jinak nežli ve Spojeném království, hlavní rozdíly jsou v délce hospitalizace (Jarrett a Staniszewski, 2006).

## ***1.2 Historie a vývoj jednodenní chirurgie***

S počátky jednodenní chirurgie se setkáváme na přelomu 19. a 20. století. V tomto období operoval v Glasgow Royal Hospital for Sick Children skotský lékař James H. Nicoll. Od roku 1899 do roku 1908 provedl celkem 8988 různých operačních výkonů v režimu jednodenní chirurgie. Mezi operační výkony v režimu jednodenní chirurgie tehdy patřily například operace kýly. Své zkušenosti J. H. Nicoll publikoval v The British Medical Journal v roce 1909 (Vajnerová, 2010).

Jednodenní chirurgie se nejvíce uplatnila v posledních třiceti letech. V tomto období došlo k technické revoluci ve zdravotnictví. Velkým zlomem v rozvoji jednodenní chirurgie bylo používání miniinvazivních operačních metod, jako jsou artroskopie a laparoskopie. Rozvíjely se nové operační metody a endoskopie, zdokonalily se zobrazovací techniky, prudký rozvoj je zaznamenán i v anestezii. Dále se začaly v medicíně používat jednorázové pomůcky, nové materiály a další moderní vymoženosti. S vývojem miniinvazivních operačních technik dochází k tomu, že operační výkony jsou šetrnější vůči pacientovi, a tudíž pacient nemusí být po operaci dlouho hospitalizován. Vedou se spory o tom, zda důvody vzniku ambulantní chirurgie byly spíše medicínské, či ekonomické. Je vhodné podotknout, že ambulantní chirurgii nezavedly zdravotní pojišťovny, nýbrž sami lékaři (Czudek et al., 2009).

### ***1.2.1 Systém jednodenní chirurgie v České republice***

Rozvoj jednodenní chirurgie proběhl v České republice se zpožděním. Primář MUDr. Ludvík Winkler uvedl: „*Velkou zásluhu na rozvoji jednodenní chirurgie u nás má profesor Pavel Pafko. V roce 2001, kdy se začalo jednat o vytvoření rámce pro provádění jednodenní chirurgie a jejího uvádění do praxe, se tato otázka projednávala na úrovni ministerstva a na výboru chirurgické společnosti. Tehdy profesor Pafko podpořil prosazení myšlenky jednodenní chirurgie, kterou považoval za progresivní a přínosnou pro pacienta. V rámci své kliniky také takové oddělení vybudoval. Myslím, že bez jeho přispění by v České republice jednodenní chirurgie ještě nebyla.*” (Winkler a Skálová, 2007).

V České republice zavedení jednodenní chirurgie rovněž postupně přineslo poznání, že člověk zvládá období rekonvalescence lépe v domácím prostředí. Pacient je vystaven menšímu stresu, není vytržen násilně ze stereotypů, nemusí sledovat potíže jiných pacientů. Mezi další výhody počítáme výrazně nižší výskyt infekcí v ráně, v močových nebo v dýchacích cestách (Czudek et al., 2009).

V letech 2006 a 2007 byly z iniciativy výboru České chirurgické společnosti vypracovány standardy léčebných postupů. Výbor České chirurgické společnosti schválil standard výkonu s názvem „*Hospitalizace v režimu jednodenní chirurgie*“ (Czudek et al., 2009). Česká chirurgická společnost dále usilovala o rozšíření jednodenní chirurgie a v roce 2012 uzavřela dohodu s VZP k výkonům, které lze provádět v rámci jednodenní chirurgie. I přesto, že rozvoj jednodenní chirurgie je podporován odbornou společností i zdravotními pojišťovnami, je v českých nemocnicích jednodenní chirurgie využívána méně než v některých jiných evropských státech (Bezděková, 2015).

### ***1.2.2 Systém jednodenní chirurgie v cizině***

V odborné literatuře jsou přednosti krátkodobé či jednodenní chirurgie hodnoceny všeobecně pozitivně, ale i přesto se v některých zemích systém jednodenní chirurgie neprosadil. Mnohé naznačuje, že v těchto případech hraje významnou roli zdravotnická politika. Naopak v zemích se silnými integračními snahami o léčení nemocných pokročilo využití krátkodobé či jednodenní chirurgie mnohem více. Rozvoj jednodenní chirurgie byl v každé zemi provázen jinými okolnostmi (Czudek et al., 2009).

V Německu jsou prováděny operace v režimu jednodenní chirurgie dle směrnice, tyto operace jsou předmětem tripartitní smlouvy mezi vedoucími svazy nemocenských pojišťoven, Německým svazem nemocnic a Spolkovým sdružením smluvních lékařů zdravotních pojišťoven. V této smlouvě je uvedeno, že operace v režimu jednodenní chirurgie mají být prováděny zpravidla na podnět smluvního lékaře a s jeho doporučením (Czudek et al., 2009).

Již v šedesátých letech 20. století vznikala v USA centra jednodenní chirurgie. I v letech následujících byl rozvoj jednodenní chirurgie v USA dynamičtější (Jarrett a Staniszewski, 2006). Ve Spojených státech pacienti využívají 2500 center jednodenní chirurgie „Surgery – Centers“, tato centra jsou samostatná a zřízená výhradně pro ambulantní chirurgická ošetření. Pro USA je charakteristická volná soutěž o pacienty, volné zacházení s odměnami, individuální smlouvy mezi poskytovateli služeb se stanovením odměn (Czudek et al., 2009).

V Kanadě stejně jako v USA spojili rozvoj jednodenní chirurgie se snahou snížit výdaje ve zdravotnictví, hlavně se jednalo o výdaje na nemocniční péči. Proto v Kanadě zavedli nový způsob financování zdravotní péče, který poskytoval několik alternativ péče, jednodenní chirurgie byla jednou z nich (Jarrett a Staniszewski, 2006).

Také v Austrálii se od osmdesátých let rozvíjela jednodenní chirurgie. A poměrně rychle zde začal narůstat počet samostatně fungujících center jednodenní chirurgie. První takové centrum v Austrálii vzniklo v roce 1982 (Roberts, 2006).

Významný a inspirující byl rozvoj jednodenní chirurgie i ve Velké Británii. Odměny nemocnicím jsou zde uskutečňovány formou globálních rozpočtů. Odměny za jednotlivé výkony poskytují ošetřujícím lékařům maximální svobodu při volbě formy ošetření. Přibližně 60–70 % všech aktivních výkonů je prováděno na bázi jednodenní chirurgie (Czudek et al., 2009).

### ***1.3 Výhody jednodenní chirurgie***

Ukazuje se, že péče poskytovaná v režimu jednodenní chirurgie má řadu výhod. Snaha o provedení co nejšetnějších výkonů v rámci miniinvazivní chirurgie (endoskopie, laparoskopie apod.) v současné době dominuje. Ve zdravotnictví můžeme pozorovat snahu provést řadu chirurgických zákroků v režimu jednodenní chirurgie. Tím se snižuje ekonomická náročnost a umožňuje to lepší využití operačních sálů

a nemocničních lůžek (Skalická et al., 2007). Castoro et al., (2007) uvádí, že v léčebných výsledcích jednodenní chirurgie nevykazuje významný rozdíl v porovnání s delší hospitalizací po stejném výkonu. Czudek et al., (2009) ve své publikaci dodává, že se také minimalizuje riziko infekce či nozokomiální nákazy u pacientů.

Obecně lze tedy říci, že jednodenní hospitalizace je levnější, ale hlavně je pro mnohé pacienty velice výhodná. Díky režimu jednodenní chirurgie je totiž stres spojený s dlouhodobou hospitalizací snížen na minimum (Winkler a Skálová, 2007).

### ***1.3.1 Přínos jednodenní chirurgie pro pacienty***

Z hlediska efektivity chirurgických zákroků jsou nejdůležitější přání a potřeby pacienta, mnohdy bohužel opomíjené. Obecně lze rozdělit pacienty do dvou skupin. Jednu skupinu tvoří pacienti, kteří když jdou na operaci, sami chtějí či upřednostňují delší hospitalizaci. Druhou skupinou jsou pacienti, kteří se chtějí s nemocí vypořádat co nejrychleji a vítají možnost léčby či ošetření v režimu jednodenní chirurgie. Těmto pacientům vyhovuje přijít ráno na operaci, do 24 hodin opustit nemocnici a doléčit se v domácím prostředí. Pro mnohé pacienty je výhoda domácího prostředí, kde se cítí daleko lépe nežli v cizím nemocničním prostředí, prioritní. Jistou předností je samozřejmě styk s rodinou a s návštěvami, který bývá pro některé pacienty velice významný (Winkler a Skálová, 2007).

Hospitalizace v režimu jednodenní chirurgie některým pacientům vyhovuje více, jelikož v nemocnici stráví minimální dobu a poté se zotavují doma ve známém prostředí. Pobyt v domácím prostředí má kladný vliv na psychický stav pacienta a tím napomáhá k rychlejšímu zotavení. A to zejména u seniorů nebo dětských pacientů, kteří si hůře zvykají na náhlé změny stereotypu (Jarrett a Staniszewski, 2006). Jednodenní chirurgie také přináší možnost zkrácení čekacích dob na operace (Castoro et al., 2007).

### ***1.4 Předpoklady pro provoz jednodenní chirurgie***

Oddělení jednodenní chirurgie by mělo být umístěno v klidném prostředí s dobrou dopravní dostupností a zároveň by mělo vyhovovat všem požadavkům kladeným na lůžková zařízení. Pracoviště jednodenní chirurgie je v ideálním případě samostatné zařízení s vlastní recepcí pro příjmy pacientů a s vlastní ambulancí. Zde je možné provést u pacienta předoperační vyšetření a poučit ho o charakteru a riziku operačního výkonu. Další součástí pracoviště jednodenní chirurgie je lůžková

část, kde se nachází převazovna, administrativní místnost, čistící místnost, sklad čistého a špinavého prádla. Lůžková část je vybavena stejně jako lůžková část nemocnice, Nedílnou součástí pracoviště je operační trakt s pooperačním pokojem (Czudek et al., 2009).

Dalším předpokladem pro provoz oddělení jednodenní chirurgie je personál. Medicínskou úroveň prováděných operací i následnou pooperační péči a lékařský dohled na oddělení garantuje primář oddělení, který dbá na dodržování stanovených standardů a řeší případné komplikace. Sekundární lékaři, kteří pracují v ambulantní i lůžkové části a na operačním sále, jsou plně erudovaní ve spektru operačních výkonů. Medicínskou úroveň anesteziologické péče garantuje primář anesteziologie s týmem anesteziologů. Potřebnou ošetrovatelskou péči zajišťuje vrchní sestra s týmem všeobecných sester a pomocného personálu. Pracoviště jednodenní chirurgie má své administrativní pracovníky a manažera, který dbá na smluvní vztahy se zdravotními pojišťovkami a na ekonomickou efektivitu oddělení (Czudek et al., 2009).

Malý (2006) dodává, že z ekonomického hlediska vychází nejefektivněji či nejlaciněji poskytování jednodenní chirurgie ve stávajících nemocničních zařízeních, a to z důvodu, že se nemusí budovat nová samostatná zařízení.

### ***1.5 Hospitalizace v režimu jednodenní chirurgie***

Aby bylo zajištěno dobré fungování oddělení jednodenní chirurgie, musí mít pevně stanovená pravidla provozu a silné vedení. Jsou zde kladeny vyšší nároky na všestrannost zdravotnického personálu. Vzhledem k rychlému obratu pacientů by všeobecné sestry neměly postrádat kromě dobré zdravotnické úrovně také organizační a psychologicko-komunikativní schopnosti. Velmi důležitý je také pečlivý výběr pacientů vhodných pro ošetření v režimu jednodenní chirurgie na příjmové ambulanci. Správný výběr je opodstatněný také pro prevenci pooperačních komplikací nebo pro náhlé rušení výkonů (Czudek et al., 2009). Výběr vhodných pacientů pro provedení operačního výkonu v režimu jednodenní chirurgie má své zásady. Pacienti nesmí mít dekompenzovanou přidruženou chorobu a měli by odpovídat American Society of Anesthesiologists (dále ASA) I, ASA II. V den operace nesmí mít náhle vzniklé onemocnění, např. uroinfekci, virózu apod. Pacienti musí být plně orientovaní místem, časem a prostorem (Zeman et al., 2011). Bydliště pacienta by nemělo být vzdáleno od nemocnice více jak jednu hodinu cesty, aby transport pacienta do domácí péče byl co

nejméně zatěžující. Předpokladem pro provedení výkonu v režimu jednodenní chirurgie je i dobré sociální zázemí pacienta, protože jednou z podmínek propuštění z nemocnice je, aby pacient měl zajištěnou potřebnou péči po propuštění do domácí péče (Czudek et al., 2009). V některých literárních zdrojích je uvedena i zásada týkající se věku pacienta, jeho věk by neměl přesáhnout 70 let. V režimu jednodenní chirurgie dále není vhodné provádět operační výkony, které trvají déle než 60 minut (Nicholls a Wilson, 2006).

### ***1.5.1 Výkony prováděné v režimu jednodenní chirurgie***

Jak již bylo výše zmíněno, v režimu jednodenní chirurgie mohou být prováděny operační výkony patřící do různých lékařských oborů. Nejčastěji se jedná o chirurgii, gynekologii, urologii, ortopedii, otorinolaryngologii nebo oftalmologii (Castoro et al., 2007). Avšak množství výkonů, které mohou být prováděny v režimu jednodenní chirurgie, s rozvojem medicínských postupů neustále roste (Jarrett a Staniszewski, 2006). Obecně by se dalo říci, že by se mělo jednat o výkony, které jsou k organismu pacienta relativně šetrné a nejsou pro pacienta extrémně velkou zátěží. U výkonů se také bere v úvahu riziko významné krevní ztráty, pooperační bolestivosti a délka operačního výkonu (Castoro et al., 2007).

Vhodné výkony pro režim jednodenní chirurgie jsou operace prováděné miniinvazivními technikami (endoskopie, artroskopie), operace benigních onemocnění konečníku, operace benigních i maligních onemocnění prsní žlázy, operace kožních a podkožních afekcí, operace varixů dolních končetin, operace kýly klasicky a některé výkony plastické chirurgie. Mezi nejčastější operace všeobecné chirurgie v režimu jednodenní chirurgie patří pupeční kýla laparoskopicky i klasicky, kýla v jizvě laparoskopicky, tříselná kýla laparoskopicky, cholecystektomie laparoskopicky, appendektomie laparoskopicky, diagnostická laparoskopie a záchovná operace prsu. Také často jsou v režimu jednodenní chirurgie prováděny cévní výkony například operace varixů dolních končetin (Czudek et al., 2009).

### ***1.5.2 Předoperační období***

Pod pojmem „operace“ se obecně rozumí každý preventivní, diagnostický a léčebný výkon, při kterém se zasahuje do organismu pomocí přístrojů a nástrojů. Do



těchto výkonů se neřadí aplikace injekcí, infuzí a rentgenová vyšetření. Cílem lékaře, který provádí operační výkon, je obnova zdraví, záchrana nebo prodloužení života. Proto je důležité v předoperačním období provést důkladnou předoperační přípravu pacienta (Zeman et al., 2011).

Úkolem předoperační přípravy je vytvořit pro pacienta optimální podmínky ke zvládnutí operačního výkonu a k dobrému a nekomplikovanému zotavení se v pooperačním období. Předoperační příprava v režimu jednodenní chirurgie je téměř totožná jako v případě výkonů, které vyžadují delší hospitalizaci. V období předoperační přípravy absolvuje pacient předoperační vyšetření, která byla požadována od indikujícího chirurga (Málek, 2011). Slezáková et al. (2010) uvádí, že požadovaná předoperační vyšetření obvykle provádí praktický lékař, ale i chirurg, anesteziolog, popřípadě i specialista. Mezi předoperační vyšetření patří anamnéza, fyzikální vyšetření, paraklinická vyšetření a další přídatná vyšetření podle přítomnosti komplikujících onemocnění. U osob nad 40 let věku se provádí navíc i rentgen srdce a plic a EKG. Výsledky těchto vyšetření by neměly být starší než 14 dnů.

Anamnéza je jedna z nejdůležitějších částí předoperačního vyšetření, jelikož pacient vlastně sám sděluje svá možná rizika (Kotík, 2012). Anamnéza se skládá z několika základních částí: z osobní anamnézy, rodinné anamnézy, pracovní anamnézy, sociální anamnézy a u žen i gynekologické anamnézy. V osobní anamnéze zjišťuje lékař od pacienta čas nástupu a charakter příznaků, nynější a dřívější onemocnění, užívané léky, prodělané úrazy a operace. Dále v rámci osobní anamnézy lékař zjišťuje alergie, zda pacient kouří, užívá pravidelně alkohol nebo jiné návykové látky (Schneiderová, 2014). V rámci rodinné anamnézy lékař zjišťuje, zda se v rodině pacienta vyskytují dědičné choroby (např. hemofilie, některé druhy karcinomů, diabetes mellitus). Doptává se také na onemocnění rodinných příslušníků (např. vrozené vady, výskyt TBC, pohlavní nemoci). Pracovní anamnéza hodnotí vliv zaměstnání na chorobu pacienta a dále hodnotí fyzickou a psychickou zátěž pacienta v zaměstnání. V sociální anamnéze lékař zjišťuje sociální zázemí pacienta, například zda bydlí sám, zda je ženatý/vdaná (Zeman et al., 2011).

Fyzikální vyšetření neboli celkové zhodnocení stavu pacienta začíná posouzením stavu vědomí pomocí skórovacího schématu Glasgow ComaScale (GCS) a popisem chování pacienta. Poté následuje vyšetření pohledem (aspekce), poklepem (perkuze), pohmatem (palpace), poslechem (auskultace) a provedením preventivní onkologické

prohlídky, včetně vyšetření per rectum. Pacientovi je změřena tělesná teplota, krevní tlak, počet pulzů za minutu, výška, hmotnost a BMI (Schneiderová, 2014).

Do paraklinických vyšetření patří vyšetření moči + močového sedimentu a vyšetření krve: krevního obrazu, základní biochemie, krevní srážlivosti a popř. krevní skupiny (Slezáková et al., 2010).

Další složky předoperační přípravy tvoří anesteziologická, chirurgická, všeobecná a v neposlední řadě psychická příprava.

Anesteziologická příprava spočívá v celkovém posouzení zdravotního stavu pacienta a funkční rezervy orgánů tak, aby mohla být bezpečně podána anestezie. Pacient indikovaný k plánovanému operačnímu výkonu v režimu jednodenní chirurgie absolvuje návštěvu v anesteziologické ambulanci, zde je anesteziologem provedeno předanestetické vyšetření. Pacient je poučen o žádoucím chování před operací, možnostech anestezie, k podpisu je mu předložen souhlas s anestezií (Málek, 2011). Ferko et al. (2015) uvádí, že na základě anamnézy, výsledků paraklinického vyšetření a psychosomatického stavu pacienta anesteziolog stanoví stupeň anesteziologického rizika dle klasifikace ASA (American Society of Anesthesiologists). V režimu jednodenní chirurgie je doporučeno provádět výkony u pacientů v ASA I a ASA II. Anesteziolog doporučí farmakologickou přípravu (premedikaci) u pacienta před operačním výkonem. Operační výkony se v režimu jednodenní chirurgie provádí v celkové i místní anestezii, samozřejmě dle typu operačního výkonu a doporučení anesteziologa a operatéra.

Chirurgická příprava je dána samotným operačním výkonem. Například u operací zažívacího traktu je potřeba speciální vyprázdnění, u některých operačních výkonů je potřeba profylaxe antibiotiky (Málek, 2011).

Všeobecná příprava je časově omezena na 24 hodin před operačním výkonem. To znamená, že v režimu jednodenní chirurgie tato příprava probíhá z velké části v domácím prostředí. Všeobecná příprava spočívá v lačnění alespoň 6–8 hodin před operací a důsledné celkové hygieně. V den příjmu a zároveň operace je nutná řádná příprava operačního pole, toto místo je zapotřebí zbavit ochlupení a nečistot, u břišních operací je důležité provést dezinfekci pupku. Rozsah a doba oholení před výkonem se různí dle druhu operace a zvyklostí oddělení, důležité je postupovat šetrně, aby nedošlo k poranění při holení, jelikož i drobné ranky mohou být vstupní bránou infekce. Před

operací se provádí poučení pacienta o tom, jak po operaci odkašlávat, jak vstávat z lůžka (Slezáková et al., 2010).

V bezprostřední předoperační přípravě, to je asi 2 hodiny před operací, se pacient připravuje k výkonu, má sejmuté šperky a má sundané nebo vyndané případné protetické pomůcky, např. zubní náhradu v dutině ústní. V rámci prevence tromboembolické nemoci je pacientovi přiložena správně provedená elastická bandáž nebo elastické punčochy na dolních končetinách a eventuálně aplikován nízkomolekulární heparin dle ordinace lékaře. Součástí bezprostřední předoperační přípravy je i kontrola dokumentace pacienta, včetně informovaných souhlasů, ve kterých pacient svým podpisem stvrzuje, že byl seznámen s operací, s pravděpodobným výsledkem operace a s možnými riziky operace (Jedličková, 2012).

Cílem psychické přípravy je minimalizovat stres a strach z operace. Psychologickou přípravu zajišťuje lékař i sestra. V této oblasti je důležitá komunikace mezi pacientem a lékařem, pacientem a sestrou. Pacientovi by měly být zodpovězeny veškeré otázky týkající se operačního výkonu, délky anestezie, pooperační bolesti apod. Přístup personálu k pacientovi by měl být vstřícný, klidný a profesionální, což by mělo být samozřejmostí v každém zdravotnickém zařízení (Slezáková et al., 2010).

### ***1.5.3 Intraoperační období***

Intraoperační období začíná přijetím pacienta na operační sály a končí předáním pacienta zpět na lůžkové oddělení. Intraoperační péče započne převozem pacienta z lůžkového oddělení v doprovodu středně zdravotnického personálu v rámci kontinuální péče do vstupního filtru operačního traktu, kde si pacienta přebírá do péče anesteziologická a perioperační sestra. Pacient je zde přeložen na operační stůl, leží zde bez oděvu, přikrytý jen prostěradlem. Je samozřejmě nezbytné dodržovat intimitu pacienta. Velmi důležitá je kontrola totožnosti pacienta, kdy sestra zkontroluje identifikační náramek pacienta, zeptá se pacienta na jméno, na operační výkon a na operovanou stranu, aby nedošlo ke stranové záměně. Sestra si ověřuje dotazem na pacienta známé alergie, zda je pacient lačný a vyprázdněný. Před samotnou operací je pacient uložen do fyziologické polohy, tak aby nevzniklo riziko vzniku dekubitů či poškození nervů z útlaku. A pokud je při operačním výkonu použita monopolární elektrokoagulace, je nutné přiložit na tělo pacienta neutrální elektrodu (Wichsová, 2013).

V operačním traktu je péče o pacienty náročná a mnohdy málo oceňovaná. Pacient se ocitá na operačním sále, tudíž v neznámém prostředí. Je v situaci, kterou nemůže zásadně ovlivnit. Odkázán je na péči zdravotníků, kterým musí plně důvěřovat. Proto i v intraoperační péči je důležité snažit se pacienta zbavit strachu, úzkosti a obav z operace, tyto negativní pocity mohou totiž ovlivnit průběh operace. Nedílnou součástí intraoperační péče je, že se sestra a lékař starající se o pacienta na operačním sále představí a obeznámí pacienta s průběhem operace. I zde je potřeba profesionálního přístupu k pacientovi, vhodné a empatické komunikace (Wendsche et al., 2012).

Poté, co je pacient uveden anesteziologem do anestezie, je povinností anesteziologické sestry zaznamenávat veškeré údaje do dokumentace, monitorovat fyziologické funkce pacienta, asistovat a plnit ordinace anesteziologa během operačního výkonu. Po probuzení pacienta z anestezie anesteziologická sestra doprovází pacienta při transportu z operačního sálu na tzv. dospávací pokoj, kde pacienta předá do péče sestře z dospávacího pokoje (Wichsová, 2013).

#### ***1.5.4 Pooperační období***

Bezprostřední pooperační období je období po ukončení a doznívání anestezie. Jedná se o období, kdy je pacient přivezen na dospávací pokoj, který je v bezprostřední blízkosti sálů. Zde je u pacienta sledován a monitorován stav vědomí, krevní tlak, puls, dechová frekvence, saturace tkání kyslíkem, bolest, barva a turgor kůže a popřípadě i hybnost končetin (např. u svodné anestezie). Všechny pokyny k následné péči a monitoraci pacienta z operačního sálu musí být detailně rozepsány a signovány anesteziologem. U pacientů operovaných v režimu jednodenní chirurgie platí, že většinou dochází k ústupu rizika pulmonálních a kardiálních komplikací a téměř úplné stabilizaci v průběhu dvou hodin po operaci. Tento časový interval je však individuální a záleží vždy na stavu pacienta (Zeman et al., 2011). Kritéria propuštění pacienta z dospávacího pokoje jsou různá, někdy je pacient převezen z dospávacího pokoje na standardní oddělení po třiceti nebo šedesáti minutách. Na standardním oddělení pokračuje sledování vitálních funkcí u pacienta obdobně jako na dospávacím pokoji, až do úplné stabilizace (Timmins et al., 2009).

Pokračuje také sledování a hodnocení pooperační bolesti, která vychází převážně z operační rány, v níž dochází k dráždění nervových zakončení chemickými mediátory, které se uvolní z porušených tkání. Vnímání a snášenlivost bolesti je u každého pacienta

individuální. V pooperační době strávené v nemocnici či zařízení jednodenní chirurgie se k tlumení bolesti používají analgetika v injekční formě a k doléčení v domácím prostředí se užívají analgetika per os v souladu s ordinacemi lékaře. U některých pacientů se může objevit po operaci, či spíše po celkové anestezii i nauzea nebo zvracení, tyto potíže jsou tlumeny antiemetiky (Zeman et al., 2011).

Dále se po operaci sleduje močení, pacient by se měl spontánně vymočit do 6–8 hodin po operaci, hrozí totiž riziko pooperační retence moči. Pokud se pacient nevymocí spontánně, musí mu být zaveden močový katétr (Schneiderová, 2014).

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče v režimu jednodenní chirurgie je prevence tromboembolické nemoci, která spočívá v bandáži dolních končetin, podávání nízkomolekulárního heparinu, dobré hydrataci a časně mobilizaci pacienta po operaci (Jedličková, 2012).

Pooperačně se kontroluje také operační rána, respektive krvácení z rány a prosakování obvazu, pokud dojde k prosáknutí, provede se převaz. Většinou se převaz operační rány provádí první den po operaci na ambulanci při plánované kontrole. Stehy se odstraňují zpravidla 7–14 dní po operaci, ale záleží také na lokalizaci a zatížení tahem okolní kůže při pohybu (Slezáková et al., 2010).

Dietní opatření v režimu jednodenní chirurgie jsou závislá na typu operačního výkonu. Přihlíží se k tomu, zda pacient má nauzeu, zvrací a zda bez problémů polyká. Po operacích v celkové anestezii se po uplynutí dvou hodin mohou podávat tekutiny per os. Samozřejmě u pacientů, kteří mají daná dietní opatření, např. u diabetiků, se respektují jejich stravovací návyky (Michalský a Volfová, 2014).

V zařízení jednodenní chirurgie zůstává pacient po operačním výkonu jen nezbytnou dobu, a pokud je pooperační průběh bezproblémový, může být pacient propuštěn do domácího ošetřování (Czudek et al., 2009).

### ***1.5.5 Ukončení procesu péče***

Pokud je pooperační průběh bezproblémový, odchází pacient do domácího ošetřování v co nejkratším možném termínu po operaci. Jak uvádí Czudek (2009), je nutné splnit určité podmínky k propuštění pacienta do domácího ošetření. Pacient, který se má propouštět do domácího ošetřování, je schopen samostatné chůze, popř. chůze o berlích, má obnovenou střevní pasáž a není nezbytné odstranění drénů

(Czudek et al., 2009). Pacient je poučen o vhodném dietním režimu a o možné tělesné námaze v pooperačním období. Dále je vybaven propouštěcí zprávou, na níž je uveden i telefonní kontakt, na který pacient zavolá v případě vzniku komplikací, a je informován o termínu kontroly. Z důvodu ochrany a bezpečnosti musí mít pacient zajištěn doprovod a spolehlivou osobu, která o něj bude pečovat v domácím prostředí. Propuštění pacienta samozřejmě musí slovně odsouhlasit sám pacient, chirurg, anesteziolog i doprovod (Zeman et al., 2011).

Jestliže u pacienta dojde ke komplikacím, je nezbytné ho přeložit do zdravotnického zařízení, kde je možnost bezpečného řešení vzniklých potíží. Způsob řešení vzniklých komplikací a místo, kam pacienta dle potřeby předat, musí být předem domluveny a musí být všem předem známy. Na jednotkách jednodenní chirurgie by neměla být poskytována péče, která svým charakterem patří do nemocnice s běžnou dobou hospitalizace. U pacientů, kterým byl proveden operační výkon v režimu jednodenní chirurgie, by měla být zajištěna úzká spolupráce s praktickými lékaři a se systémem „home care“, případně i se specialisty, kteří pacienta k operaci odeslali (Czudek et al., 2009).

### ***1.5.6 Riziko pooperačních komplikací***

Pooperační komplikace jsou příhody, které vznikají v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem a narušují normální pooperační průběh. Již v předoperační přípravě pacienta, při volbě způsobu anestezie i vlastního operačního výkonu je třeba myslet na prevenci možných pooperačních komplikací (Zeman et al., 2011). Znalost nejdůležitějších příznaků těchto stavů a jejich včasné rozpoznání je důležité pro stanovení správné diagnózy, ale především pro jejich léčení (Valenta et al., 2007).

Mezi pooperační komplikace patří pooperační nemoc, pooperační komplikace respirační, kardiální, tromboembolické, vzduchová a tuková embolie, poruchy hemostázy, teplota po operaci, alergické komplikace, poruchy funkce močového systému, jater, trávicího ústrojí, komplikace v operační ráně, nervové a duševní poruchy (Spilka et al., 2013).

Každý operační výkon vyvolá v organismu celkovou i místní odezvu, která se projeví syndromem pooperačních somatických i psychických změn nazývaných podle Leriche pooperační nemocí. O průběhu a závažnosti pooperační nemoci rozhoduje

odolnost organismu, přidružené nemoci, individuální vnímavost, rozsah a doba trvání i místo a šetrnost operačního výkonu a případné krevní ztráty (Schneiderová, 2014). Projevy pooperační nemoci jsou překrvení, leukocytóza, transsudace lymfy a edém v oblasti operační rány, tělesná a duševní skleslost, nespavost, nechutenství, žízeň, bolest, tachypnoe, tachykardie, hypotenze, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice, retence moči, oligurie (Zeman et al., 2011).

Vznik respiračních pooperačních komplikací může podmiňovat celková anestezie vyžadující intubaci trachey a svalovou relaxaci, která vyřazuje obranné reflexy dýchacích cest a dráždivým účinkem inhalovaných látek zvyšuje bronchiální sekreci (Slezáková et al., 2010). Mezi pooperační komplikace respirační patří laryngotracheitida (podráždění sliznice hrtanu a průdušnice endotracheální kanylou), atelektáza (nevzdušnost určitého okrsku plicní tkáně při obstrukci), aspirace (vniknutí pevných nebo tekutých látek do dýchacích cest), plicní edém (přítomnost tekutiny v plicních sklípcích a intersticiální tkáni), apnoe (zástava dýchání), šoková plíce (respirační nedostatečnost již v časných fázích šoku) a záněty plic (Schneiderová, 2014).

Kardiální pooperační komplikace více ohrožují pacienty, u nichž byly již před výkonem zjištěny poruchy funkce srdečně-cévního oběhu. Proto je důležitá před operací důkladná kardiologická příprava. Se zátěží anestezie a operačního výkonu se většinou zdravé srdce vyrovná (Zeman et al., 2011). Do těchto komplikací patří selhání levého srdce, které vzniká při nedostatečné ventilaci nebo také přechodnou ischemií vzniklou při poklesu krevního tlaku. Selhání pravého srdce vzniká přetížením oběhu nadměrným přívodem tekutin nebo plicní hypertenzí či plicní embolií (Spilka et al., 2013).

Tromboembolické pooperační komplikace vznikají většinou z endovaskulárního srážení krve, jehož hlavními příčinami jsou poškození endotelu žilní stěny, zpomalení krevního proudu, zvýšení srážlivosti krve a zvýšení viskozity krve. Do těchto komplikací řadíme tromboflebitidu (zánět žilní stěny s poškozením endotelu a tvorba trombu), flebotrombózu (trombus se tvoří v žíle bez zánětu a jen jeho malá část lne ke stěně žíly a hrozí nejčastěji plicní embolie), embolii plicnice (vmetek neboli embolus vytvoří mechanickou překážku v malém oběhu) (Barash et al., 2009).

Další závažné pooperační komplikace jsou vzduchová (plynová) a tuková embolie. Vzduchová embolie je stav, kdy se vzduch nebo jiný plyn dostane do žilního oběhu.

Tuková embolie se díky prevenci vzniku šokových stavů vyskytuje vzácněji (Zeman et al., 2011).

Pooperačně může také dojít k poruchám hemostázy, jako je například koagulopatické krvácení (krvácení spojené s poruchou rovnováhy koagulačního, antikoagulačního a fibrinolytického systému), anémie z náhlé ztráty krve při masivním krvácení (Slezáková et al., 2010).

Dále se může projevit i zvýšená teplota po operaci, která může být způsobena zvýšeným tonusem sympatiku, ale častěji zvýšená teplota signalizuje lokální nebo i celkovou infekční komplikaci (Zeman et al., 2011).

Po operaci se může vyskytnout i porucha funkce močového systému, jako je například retence (zadržení) moči, porucha funkce ledvin a zánět močových cest.

Poruchy funkce nebo poškození jater se obvykle objeví až v pooperačním období subikterem, ikterem větší dráždivostí se zvracením, plynatostí a v laboratorních testech (Valenta et al., 2007).

Poruchy funkce trávicího ústrojí jsou častým pooperačním jevem. Mezi tyto poruchy patří prudké ochrnutí žaludku, stresové eroze a vředy, ileus neboli zástava střevní peristaltiky (Spilka et al., 2013).

A v neposlední řadě se mohou objevit i komplikace v operační ráně, jako je infekce v ráně, krvácení z operační rány, rozestup operační rány, nekróza rány, zánět kůže v okolí operační rány (Ferko et al., 2015).

V pooperačním období také může dojít k poruchám centrálního nervového systému, jež mohou být důsledkem embolizace do mozku. Poruchy periferních nervů v pooperační době jsou obvykle následkem jejich peroperačního poškození (Spilka et al., 2013).

Někdy se v pooperačním období mohou objevit i duševní poruchy, které vznikají obvykle na základě predispozice nemocného. Tyto poruchy jsou vzácné a projevují se například depresí, vzrušeností až někdy manickou, akutní demencí a u alkoholiků to může být delirium tremens. Tito pacienti vyžadují trvalý dozor a konzultaci psychiatra (Zeman et al., 2011).



### ***1.5.7 Nozokomiální (nemocniční) nákazy – výskyt***

Od poloviny šedesátých let se začal ve Spojených státech intenzivně sledovat výskyt nemocničních nákaz a o něco později také začalo sledování nemocničních nákaz v Evropě (Czudek et al., 2009). Nozokomiální (nemocniční) nákaza je nákaza exogenního (vnějšího) nebo endogenního (vnitřního) původu, která vznikla v souvislosti s hospitalizací v nemocničním zařízení nebo v souvislosti s prováděnými výkony v ambulantní či lůžkové léčebné péči. Do nozokomiálních nákaz se také řadí infekce, které se projeví po propuštění do domácí či jiné péče. Do nozokomiálních nákaz nepatří infekce, se kterými je pacient přijímán k léčbě. Důležité pro sledování je místo pravděpodobného přenosu, a ne místo zjištěné infekce (Šrámová, 2013).

Jeden z nejčastějších typů infekce vyskytujících se v nemocnicích zaměřených na akutní péči jsou chirurgické rané infekce. Jedna z nejčastěji používaných klasifikací chirurgických raných infekcí je podle CDC (Centre for Disease Control and Prevention) a dělí je na povrchové a orgánové. Infekce krevního řečiště, pokud je získána v souvislosti s chirurgickým výkonem, je také klasifikována jako chirurgická raná infekce (Neoral, 2006). Chirurgické rané infekce lze rozdělit dle původu nákazy na předoperační, intraoperační a pooperační. Využití miniinvazivních operačních postupů vede ke zkrácení doby pobytu v nemocničním zařízení až k jednodenní chirurgii (Zeman et al., 2011). Toto zkrácení doby hospitalizace vede k snížení expozice pacienta k získání nozokomiální nákazy. Při využití jednodenní chirurgie by byl preventivní efekt vyšší, avšak musí se dodržovat platné hygienicko-epidemiologické zásady (Neoral, 2006).

### ***1.6 Poučení a edukace pacientů při propuštění do domácí péče***

Poslední fází pobytu pacienta v nemocničním zařízení je propuštění pacienta do domácího prostředí. Propuštění pacienta vyžaduje týmovou spolupráci, zapotřebí je dobré koordinace práce jednotlivých členů týmu a také určitých zkušeností personálu k zajištění optimálního přechodu pacienta do domácí péče. Protože i všeobecná sestra poskytuje pacientovi péči, je jedním z koordinátorů procesu propouštění (Šimek, 2004).

U všech pacientů propouštěných do domácí péče, obzvláště u pacientů hospitalizovaných v režimu jednodenní chirurgie, je kladen důraz na jejich

samostatnost. Při propuštění pacient přebírá větší část zodpovědnosti za své vlastní zdraví na sebe. Z toho důvodu je edukace nedílnou součástí ošetrovatelství v režimu jednodenní chirurgie (Castoro et. al., 2007). Dle Morovicové (2008) pojem edukace vyjadřuje proces výchovy a vzdělávání, jehož cílem je získávání a upevňování určitých vědomostí a poznatků, ale i žádoucí změny chování pacienta. V tomto procesu by měl pacient získat informace, pochopit je, umět tyto informace použít a osvojit si určité teoretické i praktické dovednosti (Morovicová, 2008). Je velmi obtížné změnit pacientovi zaběhnutý systém každodenního života. Proto je důležité se při edukaci zamyslet nad lidskou různorodostí. Pacienti se od sebe mohou lišit v mnoha aspektech, pohlavím, věkem, etnickou příslušností, kulturou, inteligencí, vzděláním, zaměstnáním, schopnostmi, hodnotami a postoji, potřebami, motivací a soběstačností. Tyto aspekty musí sestra i ostatní personál, chce-li pomoci pacientovi a plně ho podpořit, brát vždy v úvahu a musí je akceptovat. To znamená, že každý pacient musí být hodnocen individuálně a pro každého pacienta by měl být stanoven individuální plán činností k zajištění jeho propuštění. Jedině správně vedená edukace pacienta nebo rodinných příslušníků a vhodný psychologický přístup přispívají k informovanosti a k aktivní spolupráci pacienta, k eliminaci nežádoucích obav, nejistot a strachu (Svěráková, 2012).

Jak uvádí Magurová a Majerníková (2009), edukace se dělí na edukaci základní, reedukaci a komplexní edukaci. A v ošetrovatelství lze edukaci ještě rozdělit v rámci prevence na edukaci primární, sekundární a terciární (Magurová a Majerníková, 2009). U propouštěných pacientů se jedná o edukaci sekundární, která je zaměřena na navrácení zdraví, na zabránění vzniku možných komplikací a na zabránění přechodu nemoci do chronického stadia (Juřeníková, 2010). Metodu edukace lze chápat jako postup práce sestry, kdy se odehrává výchovně-vzdělávací, edukační a ošetrovatelská činnost, která směřuje k naplnění stanovených cílů.

Nejčastěji se při edukaci v ošetrovatelství používá slovní metoda, dále pak názorně-demonstrační metody, dovednostně-praktické metody. Využívají se také textové učební pomůcky, například letáky, brožury, nebo vizuální učební pomůcky, to jsou například fotografie (Kuberová, 2010).

Jak již bylo výše zmíněno, i sestra poskytuje pacientovi ošetrovatelskou péči a nedílnou součástí této péče je i edukace. V ošetrovatelství sestra zastupuje hned několik rolí, které se vzájemně prolínají. Sestra plní roli pomocnice, ošetrovatelky, komunikátora, poradkyně, učitelky, advokáta nemocného, manažerky, výzkumnice

a edukátorky. Sestra by měla mít vědomosti, zkušenosti a odbornou způsobilost, aby mohla být dobrou edukátorkou. K dalším vlastnostem, které by sestra měla mít, patří schopnost empatie, motivace, týmové práce a schopnost komunikace (Zacharová, 2016). Sestra by měla umět dobře komunikovat, protože komunikace slouží k vytvoření vztahu mezi sestrou a pacientem. A prostřednictvím komunikace probíhá výměna informací v edukačním procesu. Lze tak dosáhnout změn, které jsou potřebné (Tutková, 2007).

Z praktického hlediska by měla sestra provést u pacienta před propuštěním činnosti týkající se plánování propuštění a činnosti v den propuštění. Při plánování propuštění se sestra informuje u pacienta nebo jeho příbuzných o podmínkách návazné péče o pacienta, o užívání léků, o potřebné ošetřovatelské péči, nabádá pacienta ke spolupráci. V den propuštění sestra zkontroluje a odevzdá pacientovi jeho osobní a cenné věci, zkontroluje ordinované léky, zkontroluje obvaz a poskytne pacientovi potřebné informace v souvislosti s další ošetřovatelskou péčí. Předá pacienta do péče doprovázející osoby, uzavírá ošetřovatelskou dokumentaci a vypracovává ošetřovatelskou propouštěcí zprávu (Svěráková, 2012).

Mezi obecná doporučení při propuštění do domácí péče, která jsou závislá na typu operačního výkonu, patří změny v dietním režimu a stravovacích návycích. Dále k nim patří dostatek vitaminů a minerálních látek, které jsou nezbytným předpokladem lidského zdraví, dostatečný pitný režim s vyloučením alkoholu a cigaret, dostatek odpočinku a spánku. Samozřejmě všechna tato doporučení musí být v souladu s pokyny lékaře (Janíková, Zeleníková, 2013). Průběh rekonvalescence se může u jedinců lišit, záleží na mnoha okolnostech. Rekonvalescenci asi nejvíce ovlivní typ operačního zákroku, jak těžkou fyzickou práci pacient vykonává, dle toho se odvíjí trvání pracovní neschopnosti. Během tohoto období by měl pacient z důvodu kontroly zdravotního stavu po operaci navštěvovat svého ošetřujícího či praktického lékaře (Morovicsová, 2008).

### ***1.7 Využití agentur domácí péče***

Vzhledem k současnému trendu krátkodobých hospitalizací nebo i jednodenních hospitalizací je nezbytné ponechat péči, která byla dříve zajišťována během delší hospitalizace, na péči v domácím prostředí (Hanzlíková et al., 2007). V České republice je domácí péče poskytována komunitními sestrami a ostatními členy

multidisciplinárního týmu. Tato péče je poskytována v pěti základních formách, jako je akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, domácí hospicová péče a jednorázová domácí péče.

Definice domácí péče jsou různé, ovšem je potřeba si uvědomit, že podstata věci zůstává stejná. Například WHO definuje domácí péči jako péči poskytovanou lidem jakoukoli formou v jejich domovech (Jarošová, 2007). Zdravotní řád se o domácí péči zmiňuje jako o druhu ambulantní péče, jež zajišťuje odbornou zdravotní péči svým pojištěncům s chronickým nebo akutním onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci v jejich sociálním prostředí (Krátká a Šilháková, 2008). Agentury domácí péče poskytují jednotlivci, rodinám, ale i skupinám pomoc, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. A pacientům, kteří o sebe nechtějí, nemohou, či neumějí pečovat, domácí péče zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči (Policar, 2010).

Na vznik a další průběh onemocnění má zásadní vliv stav fyzického a i psychického zdraví pacienta. Pokud je pacient během nemoci vystaven nestabilitě a stresům, obranyschopnost jeho organismu může být oslabena. A v této chvíli pacient instinktivně vyhledává domácí prostředí, které důvěrně zná, ve kterém má pocit bezpečí a naděje. Služby domácí péče se snaží vyhovět potřebám pacientů. Domácí péče podporuje princip individuálního přístupu, jedinečnosti a důstojnosti, bere ohled na soukromí a potřeby pacienta. Jeden z hlavních důvodů, proč si pacient zvolí domácí péči, je zachování zažitých zvyklostí, stereotypů a vlastního sociálního zázemí, v němž se pacient uzdravuje rychleji nežli za hospitalizace v nemocničním zařízení (Hanzlíková et al., 2007).

Díky kladnému vlivu domácího prostředí na psychiku pacienta se většinou urychluje i samotný proces hojení a z ekonomického hlediska přináší domácí péče velkou úsporu zdravotnickým zařízením, neboť šetří jejich peníze zkrácením dlouhodobé finančně nákladné hospitalizace (Durnová, 2012). Dle Markové (2010) má domácí péče celkem šest výhod. První výhodou je hospodárnost, druhou výhodou je mnohostrannost odborníků poskytujících služby, jedná se o multidisciplinární tým. Třetím bodem v žebříčku výhod je individualizovaný přístup v péči o pacienty. Čtvrtou výhodou je komplexnost všech činností, které domácí péče poskytuje. Do těchto činností patří rehabilitace, psychická podpora a ošetřování klienta. Dlouhodobá péče je

pátým bodem v pořadí. Šestou výhodou je podpora zdraví, jež spočívá v poskytování služeb v oblasti primární, sekundární a terciární prevence ze strany domácí péče (Marková, 2010).

Jak již bylo výše zmíněno, sestra v domácí péči je součástí multidisciplinárního týmu, tudíž spolupracuje i s odděleními příslušného zdravotnického zařízení, ale také s praktickým lékařem a ostatními sestrami z agentur domácí péče. Převážně nejvíce pacientů v domácí péči přichází z chirurgických oborů. Je velice důležité, aby pacient a jeho rodina byli obeznámeni s rozdíly mezi domácí péčí a pečovatelskou službou. Mezi hlavní rozdíly patří fakt, že domácí péče je zdravotnická služba a je hrazena ze zdravotního pojištění. Naproti tomu pečovatelská služba poskytuje převážně sociální služby, které si hradí sám pacient (Durnová, 2012). Domácí péče je financována z několika zdrojů, a to hlavně z fondu veřejného zdravotního pojištění, dále pak přímou platbou za nadstandardní služby anebo ze sponzorských darů, nadací či grantů, jedná se tedy o financování z více zdrojů (Marková, 2010).

Samozřejmě i v domácí péči se veškeré provedené činnosti zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace, která je u každého pacienta vedena individuálně. Nezaznamenávají se pouze provedené výkony, ale též se zaznamenává aktuální plán ošetrovatelské péče a hodnocení účinnosti ošetrovatelského plánu. Bohužel v České republice si agentury domácí péče ošetrovatelskou dokumentaci upravují dle svých potřeb, tudíž není jednotná, setkáváme se tedy s více typy dokumentace (Kalvach et al., 2011).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit názor pacientů na jednodenní hospitalizaci před operací.
2. Zjistit obsáhlost informací podaných pacientovi před plánovanou operací.
3. Zjistit názor pacientů na jednodenní hospitalizaci po operaci.
4. Zjistit obsáhlost informací podaných pacientovi po operaci při propuštění do domácí péče.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaký názor měli pacienti na jednodenní hospitalizaci před plánovanou operací?
2. Jaké informace byly pacientům poskytnuty před operací v režimu jednodenní chirurgie?
3. Jaký názor mají pacienti na jednodenní hospitalizaci po operačním výkonu?
4. Jaké informace byly poskytnuty pacientům při propuštění do domácí péče?
5. Jak hodnotí pacienti podané informace od sester a lékařů při propuštění do domácí péče?

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použitá metoda***

Ke zpracování bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat, jež byla použita v práci, je polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření bylo realizováno s pacienty v nemocničním prostředí. Výzkumné šetření bylo anonymní, rozhovory probíhaly se souhlasem dotazovaných pacientů. Souhlas s výzkumným šetřením, který dala hlavní sestra nemocnice, vzhledem k zachování anonymity není součástí příloh. Je proto k nahlédnutí u autorky práce. Rozhovory s oslovenými pacienty probíhaly od 28. 2. do 28. 3. 2017.

### ***3.2 Rozhovor***

Ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval 16 otázek (příloha 1), které byly položeny dotazovaným pacientům. Stanovené otázky se v průběhu rozhovoru rozšiřovaly o doplňující otázky, které vycházely z rozhovoru s pacientem. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemně a poté přepsány do elektronické podoby (příloha CD). Zpracování rozhovorů bylo provedeno metodou tužka a papír. Odpovědi z kvalitativního šetření byly uspořádány do kategorizačních skupin a následně uspořádány (Švaříček et al., 2014).

### ***3.3 Charakteristika výzkumného souboru***

Kvalitativní šetření probíhalo s pacienty po operacích v režimu jednodenní chirurgie. Rozhovory byly prováděny na konci hospitalizace. Bylo osloveno celkem 8 pacientů. Kvalitativního šetření se zúčastnilo všech 8 pacientů. Veškeré rozhovory probíhaly s ústním souhlasem dotazovaných pacientů.

Pacientka 1 byla 57letá žena, povoláním kuchařka. Byla na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Na operaci byla objednána před pěti týdny, kdy měla poprvé biliární koliku a byla jí doporučena operace, se kterou souhlasila, a doufá, že již bude bez potíží.

Pacient 2 byl 39letý muž, povoláním voják. Byl na plánované laparoskopické operaci levostranné tříselné kýly. Před operací žádné potíže s kýlou neměl. Kýlu pozoroval již půl roku, ale k lékaři šel až před šesti týdny, kdy mu byla doporučena operace, se kterou souhlasil.

Pacientka 3 byla 32letá žena, povoláním učitelka na ZŠ. Byla na operaci varixů pravé dolní končetiny za jednodenní hospitalizace. Na operaci byla objednaná před čtyřmi měsíci cévním chirurgem. Operaci podstoupila pro nehezky vzhled a pro bolesti pravé dolní končetiny, které byly způsobeny vnějšími varixy. Jelikož už před dvěma lety byla na operaci varixů na levé dolní končetině a operace jí přinesla úlevu, rozhodla se jít na operaci i s pravou dolní končetinou. A doufá ve stejný výsledek operace.

Pacient 4 byl 43letý muž, povoláním elektrotechnik. Byl na plánované laparoskopické operaci pupeční kýly za jednodenní hospitalizace. Pupeční kýlu už měl tři roky, ale operaci odkládal, neboť mu nedělala žádné potíže, ale před půl rokem začal mít bolesti. Teď doufá, že se to operací vyřeší a bude zase bez potíží.

Pacientka 5 byla 23letá žena, povoláním kadeřnice nyní na mateřské dovolené. Byla na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace, pro opakované koliky. Navrhovanou operaci již dvakrát odmítla, ale po prodělané třetí kolice se rozhodla operaci podstoupit. Doufá, že operace dobře dopadne a že hned druhý den bude propuštěna domů za dítětem.

Pacient 6 byl 42letý muž, povoláním stavební projektant s vysokoškolským vzděláním. Byl na plánované laparoskopické operaci levostranné tříselné kýly za jednodenní hospitalizace. Před operací měl občasné bolesti, ale operaci odkládal kvůli velkému pracovnímu vytížení. Nyní se rozhodl operaci podstoupit a doufá, že potíže po operaci zcela vymizí.

Pacient 7 byl 40letý muž, povoláním automechanik. Byl na plánované laparoskopické cholecystektomii za jednodenní hospitalizace. Před operací byl hospitalizován pro akutní cholecystitidu a byla mu doporučena operace s odstupem tři měsíců, kterou nyní podstoupil.

Pacient 8 byl 48letý muž, povoláním podnikatel. Byl na plánované laparoskopické operaci pupeční kýly za jednodenní hospitalizace. Operaci kýly několik let odkládal, neboť se bál a kýla mu nedělala žádné potíže. Nyní se rozhodl operaci podstoupit, jelikož začal mít bolesti v místě kýly, a doufá, že nyní po operaci to už bude v pořádku.



## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů s pacienty

#### 4.1.1 Kategorizační skupiny

1. Představy o jednodenní chirurgii
2. Informovanost pacientů před operací
  - 2.1 Informovanost o přípravě před operací
  - 2.2 Informovanost o operačním výkonu
  - 2.3 Informovanost o průběhu jednodenní hospitalizace
3. Představy o průběhu pooperačního stavu
4. Pooperační pocity pacientů
5. Nejčastější pooperační potíže
6. Nedostatky v péči po operaci
7. Informovanost pacientů po operaci
  - 7.1 Informace o pooperačním režimu
  - 7.2 Informace o dietním opatření po operaci
  - 7.3 Informace při propuštění
  - 7.5 Spokojenost pacientů s podanými informacemi při propuštění
8. Pocity pacientů před propuštěním
9. Hodnocení poskytnuté péče
10. Opětovné podstoupení operace za jednodenní hospitalizace

### 4.2 Představy o jednodenní chirurgii

Tato kategorie se zabývá představami oslovených pacientů o pojmu jednodenní chirurgie. Představy všech dotazovaných se převážně shodovaly. Pacienti 1, 2, 3, 4, 5 a 8 uvedli, že pod pojmem jednodenní chirurgie si představovali, že pobyt na chirurgickém oddělení bude i včetně operace jen na jeden den. Pacient 6 uvedl, že ví, co je jednodenní chirurgie, jelikož operaci v režimu jednodenní chirurgie již podstoupil podruhé, a o jednodenní chirurgii řekl: „*Je to jednodenní hospitalizace, během které podstoupíte operaci. Ale asi ne všechny operace jdou dělat takhle, při těch složitějších operacích se asi musí zůstat v nemocnici déle.*“ A pacient 7 uvedl: „*Neměl jsem před operací žádnou představu, co to obnáší. Jen to, co napoví název chirurgie na jeden den.*“

Z doplňujících otázek vyplynulo, jak se oslovení pacienti dozvěděli o možnosti operací v režimu jednodenní chirurgie. Pacienti 1 a 7 uvedli, že se o této možnosti dozvěděli od svého příbuzného. Pacienti 2 a 4 uvedli, že se o této možnosti dozvěděli od svých známých, kteří již v režimu jednodenní chirurgie byli operováni. Pacienti 3, 5 a 8 uvedli, že jim operace v režimu jednodenní chirurgie byla doporučena lékařem. A pacient 6 uvedl, že o této možnosti věděl z předešlé zkušenosti.

Na doplňující otázku „Měl jste nějaké obavy nebo nejistotu před operací?“ oslovení pacienti 1, 2, 3, 4, 5, 7 a 8 odpověděli shodně, že největší obavy měli z narkózy. Pacientka 1 řekla: „*No to si pište, že jsem měla strach. Hlavně jsem měla strach, abych se po operaci vůbec probudila.*“ Dále pacienti 1, 2, 5 a 6 odpověděli, že měli i obavy z pooperačních komplikací. Pacientka 5 uvedla: „*Měla jsem taky strach z toho, aby se něco nepokazilo, abych nemusela zůstat delší dobu v nemocnici.*“ Pacienti 1, 2, 7 a 8 dále uvedli, že měli obavu z nevolnosti a bolesti po operaci. Pacient 8 řekl: „*Největší obavu jsem měl z toho, abych se probрал z narkózy, a taky z toho, že když půjdu hned druhý den ráno domů, že mi bude doma špatně nebo budu mít doma bolesti.*“

Z rozhovorů s oslovenými pacienty tedy vyplynulo, že představa o jednodenní chirurgii všech dotazovaných byla, že se jedná o operaci za jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení.

#### **4.3 Informovanost pacientů před operací**

Tato kategorie je rozdělena na tři podkategorie, které jsou zaměřeny na informovanost dotazovaných pacientů. První kategorie má název *Informovanost o přípravě před operací*. Druhá se jmenuje *Informovanost o operačním výkonu*. Třetí nese název *Informovanost o průběhu jednodenní hospitalizace*.

#### **4.4 Informovanost o přípravě před operací**

Na otázku, jaké dostali informace o přípravě před operací, odpověděli všichni oslovení pacienti stejně, že mají v den příjmu a zároveň operace být nalačno. Doporučeno oholit si operační pole bylo jen pacientům 3 a 5. Pacientka 3 na to, co jí bylo doporučeno, odpověděla: „*Být nalačno a oholit si doma den před operací celou končetinu včetně třísla.*“ Stejně tak odpověděla pacientka 5, která uvedla: „*Abych si den před operací doma oholila břicho a podbřišek a že mám přijít nalačno.*“ Pacienti 1 a 6 navíc uvedli, že nemají před operací užívat žádné léky.

Z doplňujících otázek vyplynulo, jaké další informace o předoperační přípravě na oddělení pacienti dostali. Pacienti 1, 2, 3, 4 a 5 uvedli, že jim bylo řečeno, ať si před operací sundají šperky a hodinky. Pacient 8 uvedl: „*Po příjmu na oddělení za mnou sestra přišla a vyptávala se mě, jestli nejsem na něco alergický, jestli používám nějaké pomůcky, jako jsou například brýle nebo kontaktní čočky, vyndavací zuby a podobně, že jsou potřeba před operací sundat.*“

Oslovené pacienty o předoperačním režimu informoval lékař i sestry. Dotazovaní obdrželi informace před plánovanou hospitalizací i v den operace.

#### **4.5 Informovanost o operačním výkonu**

Na otázku, jaké dostali informace o operačním výkonu, odpověděli pacienti 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 stejně, že bude operační výkon proveden v celkové narkóze. Pacientka 3 uvedla: „*Mně to vysvětloval lékař z cévní ambulance, který mě na tuto operaci odeslal. Řekl mi, že se ta operace provádí buď v celkové narkóze, kdy mě uspí, nebo se píchne do zad a já nebudu cítit nohy a budu vzhůru během operace.*“ Všichni dotazovaní při doplňujících otázkách uvedli, že jim bylo lékařem řečeno, že se tyto operace, které tito oslovení pacienti podstoupili, provádí za jednodenní hospitalizace. Dále pacienti 1, 2, 4, 5, 7 a 8 uvedli, že jim bylo lékařem řečeno, že operace bude provedena laparoskopicky. Pacientka 3 uvedla, že jí operaci vysvětlil cévní lékař, a doslova řekla: „*Pak mi řekl, že se udělá řez v tříse a drobné řezy na noze tam, kde jsou ty žíly, které se budou operovat. A že po operaci budu muset nosit punčochy, které mi předepsal.*“ Pacient 2 uvedl: „*Doktor, který mě objednával, mi řekl, že se tahle operace provádí v celkové narkóze, že operace trvá přibližně jednu hodinu.*“ O délce trvání operačního výkonu se zmínili v rozhovorech i pacienti 4, 6, 7 a 8.

Pacienty 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 o provedení operačního výkonu informoval chirurg, který je objednával k operačnímu výkonu. Pacientka 3 byla o provedení operačního výkonu informována cévním lékařem, který jí operaci doporučil. O délce trvání operačního výkonu byli lékařem informováni pacienti 2, 4, 6, 7 a 8.

#### **4.6 Informovanost o průběhu jednodenní hospitalizace**

Na otázku, jaké informace jim byly poskytnuty ošetřujícím personálem o průběhu jednodenní hospitalizace, se pacienti 2, 4, 5, 7 a 8 shodli, že jim bylo řečeno, že po operaci budou na pooperačním pokoji, poté budou převezeni zpět na oddělení a druhý den budou propuštěni. Oslovený 4 řekl: „*Na ambulanci, kde mě doktor přijímal, mi bylo řečeno, že budu ležet na chirurgii a že jsem v plánu na operaci na desátou hodinu, po*

*operaci budu na pokoji, kde mě budou sledovat po operaci, pak mě vrátí zpátky na tu chirurgii a tam budu do druhého dne a pak mě propustí domů.*“ Pacientka 3 uvedla: *„Na oddělení mě zavedli na pokoj, ukázali mi, kde budu ležet a jaká skříňka je moje. Pak se mě sestřička zeptala, jestli chci něco vysvětlit. Ale já jsem jí řekla, že už jsem jednou byla na operaci varixů, takže ani nic nepotřebuju vysvětlit.* Pacienti 1 a 6 uvedli, že o tomto průběhu hospitalizace informování nebyli. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, všichni dotazovaní uvedli, že jim bylo lékařem řečeno, že délka hospitalizace bude jeden den. Pacient 7 doslova řekl: *„A k hospitalizaci mi jen řekl, že ráno přijdu, ten den mě odoperují a hned druhý den jdu ráno domů.*“ Pacienti 1, 3, 5 a 6 dále uvedli, že byli informováni o domácím řádu. Oproti tomu pacienti 2, 4, 7 a 8 uvedli, že jim o domácím řádu nikdo neřekl. Pacient 8 odpověděl: *„Tak o tomhle mi nikdo nic neřekl. Jenom jsem si všiml, že na nástěnce na oddělení nějaký domácí řád visí, ale nečetl jsem ho.“*

O průběhu hospitalizace oslovené pacienty informoval přijímající lékař i sestry na oddělení. Sestry informace doplnily o domácí řád oddělení.

#### **4.7 Představy o průběhu pooperačního stavu**

Na otázku, jakou představu o pooperačním stavu měli, pacienti 2, 4, 7 a 8 uvedli, že si představovali, že budou po operaci zvracet. Pacient 8 řekl: *„Už kdysi jsem byl na operaci a po narkóze jsem zvracel. Tak jsem si myslel, že budu po téhle operaci taky zvracet, ale nezvracel jsem, jen jsem měl asi hodinu pocit na zvracení.“* Pacient 4 uvedl: *„Myslel jsem si, že mi bude po operaci špatně od žaludku a že mě bude to břicho bolet.“*

Dále se představy oslovených týkaly bolesti po operaci. Pacienti 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 se obávali, že budou mít po operaci bolesti. Pacient 7 uvedl: *„Myslel jsem si, že budu mít velké bolesti a že mi bude špatně na zvracení.“* Pacient 2 řekl: *„Myslel jsem si, že budu mít velké bolesti v tom operovaném trísle a že mi bude špatně od žaludku.“*

Dále si oslovení pacienti 4 a 7 představovali, že po operaci stráví delší dobu na pooperačním pokoji. Pacient 7 uvedl: *„Taky jsem si myslel, že po operaci budu nějakou dobu třeba na jipce a pak že mě převevou zpátky na pokoj.“*

Nejčastější představy dotazovaných o pooperačním stavu se zabývaly bolestí, nevolností, zvracením a představou o delším pobytu na pooperačním pokoji.

#### **4.8 Pooperační pocity pacientů**

Na otázku, jaké byly jejich pocity po operaci, pacienti 1, 2, 3, 4, 5, 6 a 8 odpověděli shodně, že pociťovali úlevu, že mají operaci za sebou. Pacientka 1 řekla: „*Já jsem měla radost, že to mám za sebou a že jsem se vůbec vzbudila z narkózy.*“ Pacient 2 uvedl: „*Čekal jsem to horší, takže jsem byl docela mile překvapený, že to šlo takhle hladce. Hlavně se mi ulevilo, že to dobře dopadlo a mám to za sebou.*“

Dále pacienti 3 a 4 odpověděli, že měli po operaci nepříjemné pocity. Pacient 4 uvedl: „*Jak jsem říkal, měl jsem po operaci bolesti. Takže moje pocity nebyly moc příjemné, ale byl jsem rád, že to mám za sebou a že jsem se probudil z narkózy.*“ Pacientka 3 odpověděla: „*No zase jsem měla takový ten nepříjemný pocit z toho, že jsem nemohla hýbat nohama.*“

Z rozhovorů s oslovenými vyplynulo, že nejčastějším pocitem po operaci byla úleva, že mají operaci za sebou.

#### **4.9 Nejčastější pooperační potíže**

Tato kategorie popisuje nejčastější pooperační potíže oslovených pacientů. V předchozí kapitole je popsáno, že bolesti se před operací obávali pacienti 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8. A na otázku „Měl jste nějaké potíže po operaci?“ shodně odpověděli oslovení 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8, že je trápila bolest břicha. Bolest, kterou dotazovaní v rozhovorech popisují, se vyskytuje v souvislosti s operačním výkonem a operační ránou. Pacientka 1 uvedla: „*Měla jsem trochu bolesti v břiše, ale dalo se to vydržet. Sestřička mi nabízela injekci, ale já ji nechtěla.*“ Pacientka 5 doslova řekla: „*Měla jsem bolesti v břiše, ale nebyly zase tak velké, aby se to nedalo vydržet. S porodem se to nedá vůbec srovnávat.*“ Na doplňující otázku „Byly Vám nabídnuty nějaké léky proti bolesti?“ pacientka 5 odpověděla: „*Byly, ale já je odmítla.*“ Pacient 4 k pooperační bolesti uvedl: „*No tak je jasné, že mě to břicho bolelo, po operaci docela dost, ale po injekci se to zlepšilo. Na noc jsem si nechal dát ještě jednu injekci na bolest, abych se vyspal, ale stejně jsem se moc nevyspal.*“ Na doplňující otázku, proč se nevyspal, odpověděl: „*Kvůli bolestem ani ne. Spíš mi vadilo, že nejsem doma, a pak přítomnost druhého pacienta na pokoji.*“

Pacientka 3 na otázku, zda měla nějaké potíže po operaci, odpověděla: „*Ne, protože jsem nohy necítila, tak jsem neměla ani žádné bolesti. A pak, když nohy přišly k sobě, jsem taky bolesti neměla. Jedinou potíž, kterou jsem měla, že jsem se nemohla pořádně hýbat, kvůli těm umrtveným nohám.*“

Na doplňující otázku „Neměl jste po operaci potíže s močením?“ všech 8 oslovených shodně odpovědělo, že při močení po operaci potíže neměli. A všech 8 oslovených na doplňující otázku, zda byli sestrami dotazováni na močení po operaci, shodně odpovědělo, že byli dotazováni. Pacient 4 doslova řekl: „*Po operaci se mě sestřičky ptaly pokaždé, když mi měřily tlak, jestli nemám potřebu močit.*“

Z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že jejich pooperační bolest byla tlumena dostatečně. Pacient 8 uvedl: „*Měl jsem taky trochu bolesti, ale na bolest jsem si nechal píchnout od sestry injekci a pak to bylo dobré.*“

#### **4.10 Nedostatky v péči po operaci**

Na otázku „Byly z Vašeho pohledu nějaké nedostatky v péči po operaci?“ pacienti 3, 5, 6 a 7 shodně odpověděli, že žádné nedostatky v péči neshledali. Pacientka 3 uvedla: „*Já jsem si žádných nedostatků nevšimla, já jsem byla se vším spokojená.*“ Pacientka 1 také uvedla, že žádné nedostatky neshledala, ale doslova řekla: „*Já jsem žádné nedostatky neviděla, já jsem opravdu byla maximálně spokojená. Akorát mě mrzelo, že po operaci za mnou vůbec nepřišel doktor a neřekl mi, jak dopadla operace.*“ Pacienti 2, 4 a 8 se také shodli, že jim chyběla vizita odpoledne po operaci. Pacient 2 doslova řekl: „*Jediné, co mi trochu vadilo, bylo, že doktora jsem viděl jenom dvakrát, při příjmu, a pak když mě propouštěl domů. Po operaci se na mě ani nepřišel podívat.*“ Dále z rozhovorů s pacienty 4 a 8 vyplynulo, že by si přáli být po operaci lépe monitorováni, nejlépe na pooperačním pokoji nebo jednotce intenzivní péče. Pacient 4 řekl: „*Myslel jsem si, že mě na tom pokoji, kde jsem byl hned po narkóze, nechají delší dobu, když jsem měl bolesti. Ale i přesto mě vezli docela dlouhou chodbou zpátky na oddělení a to mi neudělalo moc dobře.*“ A pacient 8 uvedl: „*Jen asi to, že když mě přivezli ze sálu, zůstal jsem na pokoji sám. A i když mi sestřičky chodily měřit tlak, tak jsem si říkal, že kdyby se něco stalo v době, když tam zrovna nebyly.*“

Z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že se pacienti převážně shodli na tom, že nejvíce jim chyběla lékařská vizita. A dále z těchto rozhovorů vyplynulo i to, že za další nedostatek v péči považovali nedostatečné monitorování bezprostředně po operaci.

#### **4.11 Informovanost pacientů po operaci**

Tato kategorie je rozdělena na čtyři podkategorie, které popisují informovanost pacientů po operaci a při propuštění. První podkategorie se nazývá *Informace o pooperačním režimu*, druhá podkategorie se jmenuje *Informace o dietním opatření*

a třetí podkategorie nese název *Informace při propuštění*. Čtvrtá podkategorie má název *Spokojenost pacientů s podanými informacemi*.

#### **4.12 Informace o pooperačním režimu**

Na otázku, jaké informace dostali o následném pooperačním režimu, oslovení pacienti 1, 2, 3, 4, 5 a 8 shodně odpověděli, že bezprostředně po operaci byli poučeni o používání signalizace. Pacientka 3 doslova řekla: *„Pak mi řekla, že za mnou bude chodit každých dvacet minut, a kdybych mezitím něco potřebovala, tak ať si na ně zazvoním. A zvoneček mi pověsila na postel.“* Pacientka 1 uvedla: *„Ukázali mi, kde je zvonek, na co se na zvonku mačká, kdybych si je potřebovala přivolat.“*

Dále oslovení pacienti 1, 2, 3, 4, 5, 7 a 8 shodně vypověděli, že byli poučeni o prvním vstávání z lůžka po operaci za přítomnosti ošetřujícího personálu. Pacient 2 řekl: *„Pak mi sestra ještě řekla, že první vstávání z postele a chůze po operaci musí být pod dohledem sestřiček. Tak abych sám nevstával bez nich, že by se mi mohlo udělat špatně a omdlít.“*

Dále z doplňujících otázek vyplynulo, že se pacienti 2, 4, 6, 7 a 8 shodli, že při provádění hygieny po operaci se mohou osprchovat, ale nesmí používat mýdlo na operační rány. Pacient 8 odpověděl: *„Když jsem se zeptal, jestli se můžu koupat, mi sestra řekla, že koupat ne, ale že půjdu první den po operaci na kontrolu a tam mi sundají obvaz a že se pak můžu doma osprchovat, ale abych nepoužíval mýdlo na rány.“* Oproti tomu pacientky 1 a 3 uvedly, že jim bylo doporučeno rány vůbec nenamáčet. Pacientka 1 doslova řekla: *„Dále mi sestra řekla o dodržování hygieny, abych rány vůbec nenamáčela.“*

Další informace se věnovala fyzické námaze po operaci. Pacienti 1, 2, 4, 5, 6 a 7 reagovali totožně. Shodli se, že po operaci se mají několik týdnů vyvarovat fyzické námahy. Pacient 7 uvedl: *„Sestra mě poučila o tom, že se mám aspoň dva až tři týdny vyhnout větší fyzické zátěži, jako že nemám tahat a zvedat nic těžkého.“*

Informace k pooperačnímu režimu osloveným pacientům podaly sestry během hospitalizace a lékař při propuštění.

#### **4.13 Informace o dietním opatření po operaci**

Na otázku, jaké informace dostali o dietním omezení po operaci, pacienti 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 odpověděli shodně, že dvě hodiny po operaci nejedli a nepili. Pacient 8 odpověděl: *„Po operaci mi sestřička řekla, že nesmím nic jíst ani nic pít dvě hodiny, že*

*po dobu těch dvou hodin mi bude sledovat tlak.“ A pacient 7 stručně odpověděl: „Nepít a nejíst dvě hodiny po operaci.“ Pacientka 3 na tuto otázku odpověděla: „Jelikož jsem nebyla uspaná a byla jsem na operaci nohy, tak jsem žádná omezení neměla. Já dostala po operaci oběd i večeři.“*

Další informace se věnovala doporučenému dodržování diety po propuštění domů. Jak již bylo zmíněno, pacientka 3 uvedla, že vzhledem k typu operace jí žádná dietní opatření doporučena nebyla. Všichni ostatní dotazovaní shodně odpověděli, že ohledně dodržování diety byli informováni ústně. Pacientka 5 uvedla: *„Sestra mi ještě řekla, ať hlavně nejím mastná, smažená, přepálená a kořeněná jídla. A že tuto dietu mám přísně dodržovat aspoň tak dva měsíce.“* Pacient 6 odpověděl: *„O tom, že mám první dva dny po operaci dodržovat šetrící dietu. Ke které mi sestra řekla, abych se vyhnul potravinám, které nadýmají, a spíše abych jedl vařená a dušená jídla a nejedl mastná a ostrá jídla.“* Dále pacienti 1, 2, 4, 5, 6, 7 a 8 odpověděli, že jim byl před propuštěním vydán leták o doporučené dietě. Pacientka 1 odpověděla: *„Sestřička mi dala ještě leták o tom, jaká dieta se má dodržovat po operaci žlučníku.“* Pacient 4 uvedl: *„Dostal jsem leták o dietě. A bylo mi řečeno, že si ho mám přečíst, že je tam napsáno, jakým jídlům se mám vyhnout a i naopak, co jíst můžu.“*

Oslovené pacienty o dietním opatření informovaly sestry během hospitalizace a při propouštění do domácí léčby.

#### **4. 14 Informace při propuštění**

Na otázku, jaké informace jim byly podány při propuštění do domácího léčení, odpověděli všichni oslovení totožně, že jim lékař řekl o možných komplikacích. Pacient 8 uvedl: *Lékař mi řekl, jaké by mohly být po operaci komplikace, jako je teplota, větší bolesti nebo zarudnutí rány. A v tomto případě abych přišel na kontrolu dřív, než bylo naplánováno.“*

Dále všichni dotazovaní shodně uvedli, že termíny kontrol po operaci na chirurgické ambulanci měli napsané v propouštěcí zprávě. Pacientka 1 řekla: *„A pak jsem při propuštění domů dostala vytištěnou propouštěcí zprávu, kde jsem měla napsáno, kam a kdy mám jít na kontrolu a na vyndání stehů.“*

Pacienti 1, 2, 4, 6, 7 a 8 ještě uvedli, že jim bylo řečeno, že by měli do tří dnů po propuštění navštívit svého praktického lékaře. Pacient 6 doslova řekl: *„A dále jsem byl lékařem poučen, že mám do tří dnů od propuštění předat zprávu svému praktickému lékaři, který mi pak ukončí pracovní neschopnost.“* Pacienti 2, 4, 7 a 8 také jako



respondent 6 uvedli, že jim lékař řekl, že pracovní neschopnost jim ukončí praktický lékař. Pacient 2 uvedl: „*Pak mi ještě lékař řekl, že trvání pracovní neschopnosti po operaci klyly je přibližně čtrnáct dní a že neschopenku mi ukončí praktický lékař.*“

Na doplňující otázku, jakým způsobem byli informováni při propuštění do domácího léčení a o dalším léčebném režimu, všichni dotazovaní shodně odpověděli, že jim informace byly podány ústně a písemně měli veškeré informace napsané v propouštěcí zprávě. Pacient 8 odpověděl: „*Při propuštění se mnou mluvil lékař i sestra. A písemně taky, to jsem dostal propouštěcí zprávu, kde jsem měl všechno ostatní napsané.*“

Následné pooperační kontroly se konají na chirurgické ambulanci do dvou dnů od propuštění. Při výskytu pooperačních komplikací jsou pacienti zkontrolováni na chirurgické ambulanci, kde je nepřetržitý provoz. Informace při propuštění podávají pacientům lékaři i sestry ústně a následně písemně v propouštěcí zprávě.

#### **4.15 Spokojenost pacientů s podanými informacemi při propuštění**

Tato podkategorie popisuje spokojenost oslovených pacientů s informacemi, které při propuštění dostali. I přesto, že se v předešlé podkategorii všichni oslovení shodli na tom, že mají veškeré informace napsané v propouštěcí zprávě, a zdálo se, že budou všichni spokojeni, pacienti 1, 2, 4 a 8 odpověděli, že mohli být v určitých oblastech informováni více.

Na otázku, jak byli spokojeni s těmito podanými informacemi, pacientka 1 uvedla: „*Já si myslím, že v té zprávě bylo napsané všechno, hlavně ty termíny kontrol, protože kdyby mi to jen řekli, tak já bych si to nepamatovala. Ale o tom, že mě musí někdo odvézt po propuštění, mi mohli říct už při příjmu nebo ještě předtím, abych si to mohla předem s někým z rodiny domluvit.*“ Pacient 2 uvedl: „*Mně to stačilo. Já myslím, že mi řekli tak nějak všechno, co jsem potřeboval vědět. Akorát o té dietě mi mohli říct víc, nejen to, ať si to přečtu. A doktor mi mohl popsat detailněji ty komplikace, které by se mohly doma vyskytnout.*“ Pacienti 4 a 8 také uvedli, že mohli být o dietě informováni více. Pacient 4 doslova řekl: „*Myslím si, že mi mohli říct více informací k té dietě než jenom dát mi leták a říct mi, abych si ho přečetl. Jinak si myslím, že mi řekli to podstatné. Takže celkem jsem byl spokojený.*“ Pacienti 3, 5, 6 a 7 uvedli, že byli s podanými informacemi spokojeni. Pacient 6 odpověděl: „*Byl jsem spokojen. Bylo mi řečeno, jak operace proběhla, jak dopadla, kdy a kam půjdu na kontrolu. Já si myslím, že to je to nejdůležitější, co jsem potřeboval vědět.*“

#### **4.16 Pocity pacientů před propuštěním**

Na otázku, jak se cítili před propuštěním v první den po operaci, pacienti 2, 3, 6, 7 a 8 dopověděli, že se cítili dobře a cítili se na to, být propuštěni domů. Pacient 6 odpověděl: „*Když se mě doktor zeptal, jestli se cítím na to, jít domů, odpověděl jsem mu, že ano, protože jsem se tak opravdu cítil.*“

Oproti tomu pacienti 1, 4 a 5 odpověděli, že se necítili úplně dobře a necítili se na to, jít domů. Dále také uvedli, že jim byla nabídnuta delší hospitalizace, ale rozhodli se, že chtějí být propuštěni. Pacient 4 řekl: „*Měl jsem ještě bolesti a pocit nafouknutého břicha, ale doktor mi řekl, že je to normální a že jestli chci, můžu jít domů. Úplně jsem se necítil na to, jít domů. Hlavně kvůli těm bolestem. Doktor mi nabídl, že jestli chci ještě zůstat v nemocnici, že samozřejmě můžu, ale já jsem chtěl domů. A tak mi dal recept na prášky od bolesti.*“

#### **4.17 Hodnocení poskytnuté péče**

V této kategorii se zaměříme na spokojenost oslovených pacientů s celkovou poskytnutou péčí v průběhu hospitalizace. Do této kategorie by se dalo zařadit, že polovina dotazovaných uvedla nespokojenost s tím, že po operaci nebyla lékařská vizita, jak je již popsáno v kategorii *Nedostatky v péči po operaci*.

Pacienti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 i 8 hodnotí celkovou péči, která jim byla poskytnuta, kladně. Na otázku, jak hodnotí péči sester a ostatního ošetřujícího personálu během hospitalizace, pacient 6 odpověděl: „*Moje hodnocení je kladné. Všichni na oddělení byli moc ochotní. Sestřičky i doktor se mě ptali, jestli se chci na něco zeptat, jak před operací, tak i po operaci. Sestřičky byly moc ochotné, stále se zajímaly, jestli něco nepotřebuju nebo jestli mi něco nechybí. Já jsem byl spokojený.*“ Respondent 4 řekl: „*Já je hodnotím na jedničku. Nemám žádné výtky. Kdybych měl jít znova na nějakou operaci, tak bych šel zase sem.*“

#### **4.18 Opětvné podstoupení operace za jednodenní hospitalizace**

Na otázku „Podstoupil byste, pokud by byla u Vás indikována operace, operační výkon v režimu jednodenní chirurgie znovu?“ pacienti 1, 2, 3, 4, 6, 7 a 8 odpověděli shodně, že by to podstoupili znovu. Pacient 6 uvedl: „*Ano. Jak jsem řekl, už se vlastně stalo. Protože teď to bylo podruhé, co jsem takhle operaci podstoupil, a kdybych měl jít na nějakou další operaci, tak bych to chtěl taky takhle.*“

Oproti tomu pacientka 5 jako jediná uvedla, že by zvolila operaci při delší hospitalizaci, a doslova řekla: „*Asi bych si to rozmyslela. A možná bych v nemocnici po té operaci radši zůstala o jeden den, možná i o dva dny déle.*“

Na doplňující otázku „Jaké si myslíte, že má jednodenní chirurgie z Vašeho pohledu výhody nebo nevýhody?“ odpovědělo všech 8 oslovených pacientů shodně, že výhodou je krátká doba strávená v nemocnici. Pacientka 1 uvedla: „*Hlavně asi to, že člověk nemusí dlouho ležet v nemocnici.*“ O nevýhodách jednodenní chirurgie se v rozhovoru zmínili pacienti 4, 5 a 8. Pacient 4 řekl: „*A nevýhodou můžou být bolesti po operaci i doma, když je člověk propuštěný hned druhý den.*“ Pacientka 5 uvedla: „*Nevýhoda pro mě byla v tom, že jsem byla ještě unavená.*“ A pacient 8 řekl: „*Možná může nevýhoda být v tom, že má člověk strach, aby se u něj nevyskytla nějaká komplikace doma, kde není žádný zdravotnický personál.*“

## 5 Diskuze

Bakalářská práce na téma Jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta se zaměřuje na operace, které lze provádět v režimu jednodenní chirurgie, předoperační vyšetření, pooperační péči, pooperační režim a potřeby pacientů. Dále se ve sdělení hodnotí informovanost pacientů o dietních opatřeních a péči i celkový zdravotní stav po operačních výkonech.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumného šetření bylo zjistit názor pacientů na jednodenní hospitalizaci na chirurgii před operací a po operaci, obsáhlost informací podaných pacientovi před plánovanou operací, po operaci a při propuštění do domácí péče.

Pro výzkum v této bakalářské práci bylo vytvořeno pět výzkumných otázek: jaký názor měli pacienti na jednodenní hospitalizaci před plánovanou operací, jaké informace byly pacientům poskytnuty před operací v režimu jednodenní chirurgie, jaký názor mají pacienti na jednodenní hospitalizaci po operačním výkonu, jaké informace byly poskytnuty pacientům při propuštění do domácí péče a jak hodnotí pacienti podané informace od sester a lékařů při propuštění do domácí péče.

Pro získání informací byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl veden s pacienty po operaci v režimu jednodenní chirurgie při ukončení jejich hospitalizace. Otázky, které byly pacientům položeny, zkoumaly jejich představy a názory na jednodenní chirurgii, dále pak pocity a potřeby v předoperačním a pooperačním období. Zjišťovalo se, jak jsou informovaní o režimových opatřeních, jak dobře je znají a jak hodnotí celkovou péči při pobytu v nemocnici a zda by využili znovu možnosti operace v režimu jednodenní chirurgie.

První výzkumná otázka se věnuje názorům pacientů na jednodenní chirurgii před plánovanou operací. Jak uvádí Malý (2006), jednodenní chirurgie se dá popsat jako chirurgická operační léčba v celkové nebo lokální anestezii, kdy pacient přijde na příjem ráno v den operace a po provedení operace je ještě týž den v odpoledních hodinách, nejpozději následující den propuštěn domů. Myslím si, že postoj a názor pacienta na jednodenní chirurgii je závislý na rozsahu jeho informovanosti. Ze své zkušenosti mohu konstatovat, že mnoho pacientů operovaných v tomto režimu ani neví, že se jedná o jednodenní chirurgii. Podle výsledků bylo zjištěno, že všichni oslovení věděli, že u nich bude operace provedena v režimu jednodenní chirurgie. O možnosti provedení operací za jednodenní hospitalizace se dozvěděli čtyři dotazovaní

od svých známých a čtyři od indikujícího lékaře, z nichž jeden tázaný měl již předchozí zkušenost. Dále bylo zjištěno, že pojem jednodenní chirurgie si sedm dotazovaných vysvětlilo tak, že si od názvu jednodenní chirurgie odvodili slova jeden den na chirurgii. Pouze jeden z oslovených, jak již bylo zmíněno, věděl, co je jednodenní chirurgie, a to proto, že již byl na operaci v režimu jednodenní chirurgie podruhé.

Do názorů na jednodenní hospitalizaci byly zařazeny i obavy pacientů před operací. Jelikož dle mého názoru i to může výrazně ovlivnit pohled pacienta na operaci v režimu jednodenní chirurgie. I Slezáková et al. (2010) uvádí, že by měla proběhnout anesteziologická příprava ohledně způsobu anestezie a také psychická příprava pacienta, která je důležitá k minimalizaci strachu a stresu z operace. Podle výsledků bylo zjištěno, že nejčastější obavou před operací není operace samotná, nýbrž jsou to obavy z průběhu anestezie. Schneiderová (2014) uvádí, že nejvíce komplikací při celkové anestezii nastává při úvodu do anestezie, při ukončování a při vyvádění pacienta z anestezie. Největší obavu z anestezie mělo sedm dotazovaných z osmi, avšak po operaci se jejich obava z anestezie změnila na úlevu.

Mezi další obavy oslovených patřila obava z pooperační nevolnosti a zvracení v souvislosti s celkovou anestézií. Zeman et al. (2011) uvádí, že dříve dominantně udávaná anestezie jako hlavní příčina nauzey a zvracení ustoupila po zavedení nových postupů jako příčina do pozadí. Obavu z nevolnosti a zvracení bezprostředně po operaci měli čtyři z osmi dotazovaných. Pacient 2 uvedl: „*Měl jsem trochu obavy z toho, jak budu snášet narkózu, aby mi po ní nebylo špatně.*“ Po narkóze však nezvracel ani jeden tázaný, pouze jeden trpěl nevolností, která po odeznění celkové anestezie ustoupila, a pacient mohl bez problémů pít. Z rozhovorů však vyplynulo i to, že tři dotazovaní měli již před operací obavu i z toho, že by mohli po propuštění v první pooperační den doma trpět nevolností.

Další obava, která oslovené pacienty před operací trápila, byla obava z komplikací po operaci. Časných pooperačních komplikací za hospitalizace se obávali pacienti 1, 2 a 5. Pacientka 1 uvedla: „*Taky jsem se bála toho, aby se nic nepříhodilo při operaci nebo po ní, jako nějaké problémy například se srdcem a tak.*“ Z výzkumného šetření vyplynulo, že žádný z dotazovaných během hospitalizace netrpěl časnými pooperačními komplikacemi. Z šetření také vyplynulo, že čtyři z osmi oslovených měli obavu z toho, že když budou operováni v režimu jednodenní chirurgie a hned druhý den budou propuštěni, že je zde vyšší riziko vzniku pooperačních komplikací v domácím prostředí. Jak uvedl pacient 7: „*Trochu jsem měl strach i z narkózy a taky jsem si říkal, oni mě*

*odoperují a pak půjdu hned druhý den ráno domů, a co když budu mít doma potom nějaké komplikace?“* Jak uvádí Zeman et al. (2011), na prevenci možných pooperačních komplikací je třeba myslet už v předoperační přípravě pacienta, při volbě způsobu anestezie i vlastního operačního výkonu, především rozsahu a způsobu jeho provedení. I Slezáková et al. (2010) uvádí, že důsledně provedená předoperační vyšetření mohou též zabránit vzniku pooperačních komplikací u pacienta. Všichni dotazovaní měli před plánovaným operačním výkonem v režimu jednodenní chirurgie provedena potřebná předoperační vyšetření i anesteziologické konzilium.

Obavu z bolesti po operaci měli pacienti 1, 7 a 8. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že bolest po operaci pociťovalo sedm z osmi oslovených, kteří v rozhovorech uvedli, že byla jejich bolest dostatečně tlumena analgetiky. Slezáková (2010) udává, že bolest v oblasti operační rány je častým projevem, který se dostavuje po odeznění anestetika. A v případě nekomplikovaného průběhu hojení operační rány bolest po jednom až dvou dnech vymizí. Avšak z rozhovorů dále vyplynulo, že šest z osmi oslovených mělo také obavu z toho, jaký bude pooperační průběh v domácím prostředí po tak brzkém propuštění, a také z toho, že budou mít bolesti po operaci i doma.

Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace byly pacientům poskytnuty před operací v režimu jednodenní chirurgie. Jak uvádí Czudek et al. (2009), každý pacient musí být indikujícím chirurgem důkladně poučen o onemocnění, o možnostech, způsobu a technice operačního řešení a o možných komplikacích. O prospěšnosti jednodenní chirurgie musí být pacient sám přesvědčen, a je tedy důležité, aby měl o této možnosti chirurgické léčby dostatečné a ucelené informace. Podle mého názoru hraje velkou roli při rozhodování, zda si zvolit operaci v režimu jednodenní chirurgie, nebo za delší hospitalizace, bezesporu i postoj a názor odesílajícího lékaře. Z vlastní zkušenosti, a to jak z pohledu sestry, tak z pohledu pacienta, vím, že pokud je člověk informován o všem, co souvisí s operací, a ví, co ho čeká, pak jsou jeho obavy menší a může se lépe na tuto situaci připravit a myslím si, že ji i lépe zvládá. Jak již bylo výše zmíněno, všichni oslovení věděli, že jim bude operace provedena v režimu jednodenní chirurgie.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že ne všichni oslovení měli ohledně všeobecné předoperační přípravy v domácím prostředí stejné a úplné informace. Všeobecná předoperační příprava je stejná jako u výkonů prováděných za delší hospitalizace. Jak uvádí Schneiderová (2014), pacient je poučen o tom, že minimálně šest hodin před operací nesmí pít, jíst ani kouřit. Avšak při delší hospitalizaci jsou tito pacienti ve

většinu případů přijati k hospitalizaci den před výkonem a předoperační příprava probíhá na oddělení. Ale u pacienta operovaného v jednodenní chirurgii probíhá tato předoperační příprava z velké části doma, a proto si myslím, že by měl být důkladně a opakovaně o této přípravě informován. Z rozhovorů s oslovenými vyplynulo, že tyto neúplné informace o předoperační přípravě jim byly poskytnuty na chirurgické a anesteziologické ambulanci. Všichni dotázaní věděli, že mají v den příjmu k hospitalizaci a zároveň v den operace přijít nalačno. Avšak o tom, že v den operace nesmí užívat žádné léky, věděli pouze čtyři dotázaní. Jak uvedl pacient 6: „*Lačnit v den příjmu, neužívat žádné léky. Nic víc mi nikdo neřekl.*“ Dalším zjištěním bylo, že z osmi oslovených tři oslovení uvedli, že jim bylo doporučeno oholit si doma operační pole. Pacientka 5 doslova uvedla: „*Abych si den před operací doma oholila břicho a podbříšek a že mám přijít nalačno.*“ A dalším zjištěním bylo, že pouze tři dotazovaní z osmi byli před nástupem na operaci informováni o tom, že mají mít zajištěn odvoz a doprovod další osobou při propuštění druhý den z nemocnice. Jak uvádí Czudek et al. (2009), zajištěný doprovod a sledování v domácí péči je jednou z nutných podmínek k propuštění pacienta do domácího prostředí. Všechna tato zjištění poukazují na to, jak je důležité, aby byl pacient řádně informován před nástupem do nemocnice na plánovanou operaci. Proto se domnívám, že kdyby byly pacientům poskytnuty informace o všem, co souvisí s hospitalizací a s předoperační přípravou, v dostatečném časovém předstihu, například v rámci ambulance, přicházeli by pacienti na oddělení s menšími obavami a lépe připraveni.

Co se týče informovanosti o bezprostřední předoperační přípravě, z šetření vyplynulo, že se všichni dotazovaní shodli na tom, že převážně nejvíce informací jim bylo poskytnuto až ráno v den příjmu, a to sestrami na oddělení. Z osmi oslovených šest uvedlo, že jim bylo řečeno, ať si před operací sundají šperky a hodinky. Schneiderová (2014) uvádí, že pacientovi by mělo být vysvětleno, že před operačním výkonem je nutno provést důkladnou celkovou očistu, vyčištění pupku, odložení všech snímatelných náhrad a šperků. Dle mého názoru je bezprostřední příprava pacienta k operaci většinou stejná, ať se jedná o operaci v režimu jednodenní chirurgie, či za delší hospitalizace. Další zjištění z výzkumného šetření bylo, že dva oslovení z osmi nebyli po přijetí na oddělení seznámeni s prostorovým uspořádáním oddělení a nemocničním řádem. Jak uvádí Schneiderová (2014), každý pacient by měl být po příchodu na oddělení seznámen s prostorovým uspořádáním oddělení, s organizačním řádem oddělení a s nutností jeho dodržování. Myslím si, že by to mělo probíhat tak, že na oddělení se

pacienta ujme sestra, která pacienta seznámí s nemocničním řádem, denním režimem, ukáže mu uspořádání oddělení a uvede ho na jeho pokoj. Výsledky šetření ukazují, že zde jsou nedostatky v oblasti informovanosti pacientů, a ne pouze ze strany lékaře, ale v menší míře i ze strany sester.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, jaký názor mají pacienti na jednodenní hospitalizaci po operačním výkonu. Všichni oslovení shodně uvedli, že za největší výhodu jednodenní chirurgie považují krátkou dobu hospitalizace a rychlý návrat do domácího prostředí. Czudek et al. (2009) uvádí i to, že kromě krátké doby hospitalizace má jednodenní chirurgie i další výhody, jako je menší stres z pobytu v nemocnici nebo i minimalizace rizika nozokomiálních nákaz. Do názorů na jednodenní hospitalizaci byly zařazeny i pocity pacientů po operačním výkonu. Z šetření vyplynulo, že nejčastějším pocitem po operaci byl pocit úlevy, pouze dva dotazovaní uvedli, že měli po operaci nepříjemné pocity, jeden ze spinální anestezie a druhý oslovený pocíval bolest. Avšak z doplňujících otázek se ukázalo, že sedm z osmi oslovených mělo po operaci bolesti. Ale ukázalo se i to, že jejich bolest byla dostatečně tlumena analgetiky. Hakl et al. (2013) uvádí, že tlumení bolesti po operaci je nutné proto, aby pacient pocítil úlevu od bolesti a cítil se tělesně i psychicky dobře. Dostatečná úleva od bolesti urychluje pacientovu rekonvalescenci, povzbuzuje časnou mobilizaci, a tak se snižuje riziko komplikací po operaci. A proto dle mého názoru je u pacientů operovaných v režimu jednodenní chirurgie důležité, aby u nich byla bolest dostatečně a účinně tlumena, jelikož tyto pacienti jsou propuštěni v co nejkratší době většinou druhý den domů a měli by být již bez bolesti. Ze své letité praxe mohu podotknout, že pacienti, které jsem po operacích v režimu jednodenní chirurgie ošetřovala, si většinou analgetika při bolesti nechali podat, byli s působením analgetik spokojeni a většinou druhý den odešli domů a bez bolestí. Je to možná i tím, že se zde na oddělení využívá zavedených periferních žilních katétrů, analgetika se aplikují intravenózně a nástup účinku je rychlejší. I Hakl et al. (2013) ve své knize uvádí, že v časně pooperační době je intravenózní aplikace analgetik více efektivní nežli perorální či intramuskulární aplikace. Intravenózní aplikace analgetik má rychlejší nástup účinku léku a poskytuje pacientům větší pohodlí.

Dále byla do této výzkumné otázky zahrnuta i spokojenost dotazovaných s poskytnutou péčí, protože dle mého názoru i to může mít velký vliv na názor pacienta po operaci na jednodenní chirurgii. Všichni tázaní uvedli, že byli s poskytnutou péčí spokojeni. Z rozhovorů s oslovenými však bylo zjištěno, že v poskytnuté péči byly



i nedostatky. A to s chybějící lékařskou vizitou po operaci i během hospitalizace. O tomto nedostatku v péči se zmínila v rozhovorech polovina dotazovaných. Jak například v rozhovoru doslova uvedl pacient 2: „*Jediné, co mi trochu vadilo, bylo, že doktora jsem viděl jenom dvakrát, při příjmu, a pak když mě propouštěl domů. Po operaci se na mě ani nepřišel podívat.*“ Tento nedostatek je podle mého názoru docela podstatný, protože po každé operaci by měla vždy proběhnout kontrola pacienta lékařem a ten by měl poskytnout pacientovi informace o výsledku operace. Myslím si, že pro pacienty po operaci, kteří mají být propuštěni ještě týž, nebo hned druhý den ráno, jsou informace o průběhu a výsledku operace důležité, a to pro jejich pocit jistoty, a tudíž i jejich dobrý psychický stav, který dle mého může také ovlivnit pooperační stav.

Dále pak z rozhovorů bylo zjištěno, že sedmi osloveným z osmi bylo v předoperačním období lékařem řečeno, že budou bezprostředně po operaci sledováni dvě hodiny na dospávacím pokoji a poté převezeni zpět na standardní oddělení. Schneiderová (2014) uvádí, že většina pacientů po operačním výkonu v celkové anestezii je monitorována na pooperačním pokoji až do plného vědomí a stabilizace fyziologických funkcí, a to většinou po dobu dvou hodin, a poté předána na standardní lůžkové oddělení. Z šetření však vyplynulo, že pouze čtyři z osmi oslovených byli sledováni celé dvě hodiny na pooperačním pokoji. A dva oslovení ze čtyř dotazovaných, kteří nebyli sledováni celé dvě hodiny na pooperačním pokoji, to považovali za nedostatek v péči. Zeman et al. (2011) uvádí, že operovaní pacienti s plánovaným překladem na standardní oddělení, což je největší skupina pacientů, jsou bezprostředně po operaci převezeni na pooperační pokoj, kde je sleduje erudovaný personál. A dále také uvádí, že v této skupině pacientů většinou platí, že v průběhu dvou hodin po operaci dochází k ústupu rizika a úplné stabilizaci stavu, ale že záleží vždy jen na stavu pacienta. Po operaci určuje monitoraci anesteziolog, který i rozhoduje o tom, zda je pacient ve stavu, kdy může opustit dospávací pokoj. Podle mé zkušenosti se celkem často stává, že pacient je po operaci ze sálu převezen na dospávací pokoj, kde jsou mu změřeny jednou nebo dvakrát fyziologické funkce, a následně je převezen na standardní oddělení, kde pokračuje anesteziologem ordinované sledování fyziologických funkcí, a to většinou dvě hodiny po výkonu. Nemyslím si, že pokud anesteziolog rozhodne o tom, že může být pacient převezen a dále sledován na standardním pokoji, že se jedná o nedostatek v péči. Ale myslím si, že někteří pacienti operovaní v režimu jednodenní chirurgie mohou mít větší pocit jistoty a bezpečí, když byli na dospávacím pokoji

sledování do úplné stabilizace stavu a po dobu dvou hodin, protože poté jsou buď týž, nebo druhý den propuštěni domů.

Čtvrtá výzkumná otázka zjišťovala, jaké informace byly poskytnuty pacientům při propuštění do domácí péče. Czudek et al. (2009) uvádí, že podmínkou propuštění do domácího ošetření je vybavení pacienta propouštěcí zprávou, informovat ho o komplikacích, o dietním režimu, o možné fyzické zátěži a o termínu další kontroly. Jelikož v tomto výzkumu byli dotazovaní s různými diagnózami, informace ke každé diagnóze se v některých bodech liší. Ale dle mého názoru by měl být každý pacient, ať je operován za jednodenní, či delší hospitalizace, propouštěný do domácího léčení podrobně informován o dietě, o hygieně, o termínech kontrol a v neposlední řadě o možných komplikacích. Avšak u pacientů operovaných v režimu jednodenní chirurgie je na podávání těchto informací méně času, jelikož jsou hned druhý den propuštěni do domácího prostředí, a proto by měly být tyto informace těmto pacientům vysvětleny vícekrát a důkladněji. Informace by měl pacientům ústně předat lékař, ale i sestra. Termíny kontrol by měly být napsané v propouštěcí zprávě, se kterou je pacient propuštěn. Všichni oslovení shodně uvedli, že informace při propuštění jim ústně podal lékař i sestry a byla jim předána písemná propouštěcí zpráva. Všichni dotazovaní se také shodli v tom, že v propouštěcí zprávě měli napsané termíny kontrol na ambulanci po propuštění.

Ohledně informovanosti o dietě z výzkumného šetření vyplynulo, že sedm z osmi oslovených shodně uvedlo, že dostali leták a byli ústně poučeni o dietním režimu po operaci. Pouze pacientka 3 žádný leták ani poučení nedostala, jelikož byla po operaci varixů ve spinální anestezii a dietní omezení neměla. Jak uvádí Slezáková et al. (2010), dietu a způsob stravování po operaci určuje lékař, a to podle druhu operačního výkonu a zdravotního stavu pacienta. Ovšem dále z rozhovorů s dotazovanými vyplynulo, že by přivítali podrobnější vysvětlení dietního opatření, než jim bylo poskytnuto, jelikož v den po operaci mohli pít pouze čaj a hned druhý den jsou propuštěni domů a přechod na plnou stravu musí zvládnout doma sami. Z vlastní zkušenosti vím, že informace o dietním režimu po operaci pacientům poskytují v největší míře sestry, a proto si myslím, že by sestry měly pacientům podrobněji popisovat postup zatěžování stravou v domácím prostředí.

Dále byla do této výzkumné otázky zahrnuta informovanost o režimových opatřeních po operaci, která by měl pacient dodržovat po propuštění do domácího prostředí. Castoro et al. (2007) uvádí, že u všech pacientů propouštěných do domácí

péče, obzvláště u pacientů hospitalizovaných v režimu jednodenní chirurgie, je kladen důraz na jejich samostatnost. Při propuštění pacient přebírá větší část zodpovědnosti za své vlastní zdraví na sebe. Z rozhovorů s oslovenými vyplynulo, že o pooperačních režimových opatřeních, jako je způsob provádění celkové hygieny, bylo informováno sedm dotazovaných a o fyzickém šetření v prvních dnech po operaci v domácím prostředí bylo informováno šest oslovených z osmi. Všichni dotazovaní uvedli, že tyto informace jim také v největší míře poskytla sestra a že jsou s podanými informacemi spokojeni.

Dále byla v této výzkumné otázce zjišťována informovanost pacientů při propuštění o pooperačních komplikacích. Zeman et al. (2011) uvádí, že pooperační komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh, a pro včasné rozpoznání těchto stavů je potřeba znalosti nejdůležitějších příznaků. Je tedy důležité, aby všichni pacienti byli podrobně informováni lékařem i sestrou o příznacích komplikací. Avšak u pacientů operovaných za jednodenní hospitalizace na to musí být kladen větší důraz, jelikož jsou hned druhý den propuštěni domů a riziko vzniku komplikací bývá nejvyšší v prvních dnech po operaci. Z rozhovorů bylo zjištěno, že všichni dotazovaní shodně uvedli, že informace o možných pooperačních komplikacích a jejich příznacích jim poskytl lékař i sestra při propuštění. Ovšem také z šetření vyplynulo, že ne všichni tázaní byli informováni ve stejné míře. Pacient 8 uvedl: *„Lékař mi řekl, jaké by mohly být po operaci komplikace, jako je teplota, větší bolesti nebo zarudnutí rány.“* Oproti tomu pacient 7 uvedl: *„A doktor mi ještě řekl, že kdyby se mi něco nezdálo v pořádku nebo kdyby se vyskytly teploty, velké bolesti břicha nebo problémy s vyprazdňováním, tak mám přijít na kontrolu na ambulanci dřív.“* O riziku pooperačních komplikací jsou pacienti informováni již i před operací, protože podepisují souhlas s operací a s anestezií, kde jsou pooperační komplikace napsány, ale když jsou propouštěni domů, tak už to nemají nikde napsané, protože souhlasy zůstávají v dokumentaci. Možným řešením by mohlo být, že by byl vytvořen leták s popisem nejčastějších pooperačních příznaků, který by mohl být součástí dokumentace pro pacienty při propuštění. Ale nemyslím si, že by to bylo reálné, protože by musel být vytvořen leták pomalu pro každého pacienta, jelikož zde hrají roli přidružené nemoci pacienta a také druh operačního výkonu. A proto si myslím, že nejjednodušším a osvědčeným řešením by bylo, kdyby lékař i sestra pacientům opravdu podrobně popsali příznaky pooperačních komplikací. Což je podle mého názoru hlavně i povinností lékaře při propouštění pacienta do domácího ošetřování. Dále se také domnívám, že

informace podané pacientům, převážně laikům, by bylo vhodné, i vzhledem k pooperačnímu stavu a také stresu, trpělivě zopakovat. Jelikož si myslím, že ne každý pacient je schopen si zapamatovat všechny ústně podané informace v tak krátké době po operaci. Což i svými slovy potvrdila pacientka 1, která sama řekla: „*Já si myslím, že v té zprávě bylo napsané všechno, hlavně ty termíny kontrol, protože kdyby mi to jen řekli, tak já bych si to nepamatovala.*“ Z vlastní zkušenosti mohu jen potvrdit, že zdaleka ne všichni pacienti si ústně podané informace pamatují a jsou rádi, že jim je sestry zopakují, a někdy i přesto, že tyto informace mají napsané v propouštěcí zprávě. A tady bych navázala na pátou výzkumnou otázku.

V páté, poslední výzkumné otázce bylo zjišťováno, jaká je spokojenost pacientů s podanými informacemi od sester a lékařů při propuštění do domácí péče. Rozsah podaných informací o režimových opatřeních osloveným je popsán již výše. Czudek et al. (2009) uvádí, že pacient při propuštění musí být vybaven propouštěcí zprávou, informován o komplikacích, o dietním režimu, o možné fyzické zátěži, o termínu další kontroly a musí mít zajištěný doprovod a odvoz domů. I přesto, že všichni dotazovaní odpověděli, že jsou s podanými informacemi spokojeni, tak z šetření vyplynulo, že by někteří oslovení chtěli být v určitých oblastech informováni více.

Pět z osmi tázaných uvedlo, že mohli být o nutnosti doprovodu další osobou při propuštění informováni již při příjmu, a ne až při propuštění. V tomto jim dávám za pravdu, jelikož i dle mého názoru by tyto informace měli mít pacienti již před operací v režimu jednodenní chirurgie.

S podanými informacemi o dietě po operaci nebyli plně spokojeni tři oslovení z osmi a uvedli, že by upřednostnili podrobnější ústní popis diety, kterou mají dodržovat po operaci od druhého dne po propuštění. Dle mého názoru jsou diety v tištěných letácích, jejichž autoři jsou odborníci z oboru, velmi hezky a i celkem podrobně popsány. I tak si myslím, že tento nedostatek v informovanosti o dietním režimu po operaci by mohl být jednoduše vyřešen tím, že by sestry pacientům dietní opatření popsaly podrobněji a popřípadě i opakovaně.

V oblasti spokojenosti s podanými informacemi o možných pooperačních komplikacích a jejich příznacích z hloubkových rozhovorů vyplynulo, že sedm z osmi oslovených odpovědělo, že byli s informacemi spokojeni. Pouze pacient 8 v hodnocení poskytnutých informací uvedl, že by si přál být více informován o pooperačních komplikacích, a doslova řekl: „*Doktor mi mohl popsat detailněji ty komplikace, které by se mohly vyskytnout doma.*“

Dále z šetření vyplynulo, že s informacemi obsaženými v propouštěcí zprávě byli všichni dotazovaní spokojeni. Jak pacientka 3 v rozhovoru uvedla: „*A v té zprávě, co mi dali při propuštění, bylo všechno vypsáno, kam a kdy mám jít na kontroly, jak dlouho mám být v pracovní neschopnosti, a další instrukce. Takže já jsem spokojena.*“

Do této výzkumné otázky byl zařazen i postoj oslovených k opětovnému podstoupení operace v režimu jednodenní chirurgie, pokud by to u nich bylo znovu indikované. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sedm z osmi oslovených by v případě nutnosti operace podstoupilo operaci opět v režimu jednodenní chirurgie, pokud by to bylo možné. A to i přesto, že někteří dotazovaní měli po operaci nepříjemné pocity, bolesti nebo z jejich pohledu byly i nedostatky v péči. U pacienta 6 se již tak stalo, jelikož operaci v jednodenní chirurgii podstoupil již podruhé, a jak sám uvedl: „*Jak jsem řekl, už se vlastně stalo. Protože teď to bylo podruhé, co jsem takhle operaci podstoupil, a kdybych měl jít na nějakou další operaci, tak bych to chtěl taky takhle.*“ Pouze pacientka 5 uvedla: „*Asi bych si to rozmyslela. A možná bych v nemocnici po té operaci radši zůstala o jeden den, možná i o dva dny déle. Kvůli případným bolestem a i kvůli odpočinku, ale to je můj pohled, protože já mám doma malé dítě a musím, až přijdu domů, hned fungovat.*“ Všech osm oslovených se v rozhovorech shodlo na tom, že za největší výhodu jednodenní chirurgie považují krátkou dobu hospitalizace v nemocnici. Z toho tedy vyplývá, že krátkodobá nebo jinak řečeno jednodenní chirurgie byla oslovenými pacienty ve většině případů vnímána kladně. To potvrzuje i Czudek et al. (2009), který ve své knize uvádí, že hlavním cílem jednodenní chirurgie je rychlejší návrat pacienta k normálnímu životu a k rodině, což je velkou částí populace vnímáno a hodnoceno pozitivně. I ze své letité praxe na chirurgii si trůfám říci, že si pacienti chválí možnost přijít ráno v den plánované operace a hned první den po operaci být propuštěni domů.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení z pohledu pacienta. Ke zpracování této problematiky byly stanoveny čtyři cíle. Pro splnění cílů bylo zvoleno kvalitativní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru.

Lze říci, že část dotázaných pacientů o jednodenní chirurgii získala informace od lékaře, který doporučil operaci, a někteří od známých. Jejich představa byla pouze ta, že budou jeden den přijati a odoperováni a druhý den půjdou domů. Dalo by se říci, že všeobecné informace o předoperační přípravě a průběhu hospitalizace byly dostačující. Ale nedostatky jsme shledali v informovanosti, co se týká propuštění do domácí péče. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že pouze tři respondenti byli informováni před operací o tom, že při propuštění musí mít zajištěn doprovod další osobou a odvoz. Ostatním pěti respondentům tyto informace byly sděleny až v den propuštění, což někdy dotázaným zkomplikovalo jejich situaci. Po operaci dále vznikly další obavy, jaký bude pooperační průběh po propuštění do domácího prostředí. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že respondentům po operaci chyběla lékařská vizita a informace o výsledku operace, který jim byl sdělen až při propouštění domů. Všichni dotázaní se shodli na tom, že dostali propouštěcí zprávu a informace o pooperačním režimu, fyzickém šetření a i s termíny pooperačních kontrol, ovšem při položení doplňujících otázek se ukázalo, že jeden z osmi oslovených by přivítal více informací o příznacích pooperačních komplikací. Pozitivním zjištěním je, že velkou roli v informovanosti respondentů hrála i sestra.

Bakalářská práce byla vytvořena tak, aby byla popsána problematika informovanosti pacientů před a po výkonu za jednodenní hospitalizace na chirurgickém oddělení. Důležitou roli v této problematice hraje rozsáhlost informací podaných již v předoperačním období, a to na chirurgické a anesteziologické ambulanci. Výsledky této bakalářské práce by mohly sloužit ke zvýšení a zkvalitnění informovanosti pacientů před a po operaci v režimu jednodenní chirurgie nebo jako studijní materiál pro začínající sestry na pracovištích jednodenní chirurgie.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. ADAMČÍK, S., CZUDEK, S., ŠKROVINA, L., 2006. Jednodenní chirurgie. *Praktický lékař*. 86(1), s. 13–19. ISSN 0032-6739.
2. BEZDĚKOVÁ, I., 2015. Jednodenní chirurgie v nemocnicích zatím nefunguje. *Medical Tribune*. 11(13), s. A1, A5. ISSN 1214-8911.
3. BARASH, P. G. et al., 2009. *Handbook of clinical anesthesia*. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0781789486.
4. CASTORO, C. et al., 2007. *Policy Brief – Day Surgery: Making it Happen* [online]. [cit. 17.11.2015].
5. CZUDEK, S. et al., 2009. *Jednodenní chirurgie: One-day surgery : se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
6. DUDA, M., 2007. Historie rozvoje laparoskopické chirurgie ve světě a v ČR. *Medical Tribune*. roč. 3, č. 34 (příloha), s. 1–2. ISSN 1214-8911.
7. DURNOVÁ, D., 2012. Domácí péče – běh na dlouhou trať, který stojí za to. *Diagnóza v ošetrovatelství, odborný časopis pro nelékařské pracovníky*, 8(2), s. 7–8. ISSN 1801-1349.
8. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce*, 2. vyd., Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
9. HAKL, M. et al., 2013. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 2., dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 237 s. ISBN 978-80-204-2902-5.
10. HANZLÍKOVÁ, A. et al., 2007. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 272 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
11. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
12. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
13. JARRETT, P., STANISZEWSKI, A., 2006. The development of ambulatory surgery and future challenges. In: LEMOS, P., JARRETT, P., PHILIP, B. (eds.). *Day Surgery – Development and Practice*. IAAS. Chapter 1, pp. 21–34. ISBN 9789892002347.

14. JEDLIČKOVÁ, J. et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: NCONZO. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
15. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247- 2171-2.
16. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
17. KOTÍK, L., 2012. *Předoperační vyšetření dospělých*. Praha: Mladá fronta. 135 s. ISBN 978-80-204-2696-3.
18. KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G., 2008. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 159 s. ISBN 978-80-7318-726-2.
19. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 246 s., ISBN 978-80-7367-648-1.
20. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 156 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
21. MALÝ, T., 2006. Zkušenosti s jednodenní chirurgií. *Lékařské listy*. 55(14), s. 28–30. ISSN 0044-1996.
22. MARKOVÁ, M., 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: NCONZO. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
23. MÁLEK, J. et al., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.
24. MICHALSKÝ, R., VOLFOVÁ, I., 2014. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. 1. vyd. (dotisk), Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.
25. MOROVICSOVÁ, E., 2008. Význam edukacie v jednodňovej chirurgii. *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných metodík: odborný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti*. Bratislava: Slovenská lekárska spoločnosť. Roč. 14, č. 2, s. 87–90. ISSN 1335-5090.
26. NEORAL, Č., 2006. Vliv miniinvazivní chirurgie na výskyt nozokomiálních nákaz. *Lékařské listy*. 55(14), s. 26–28. ISSN 0044-1996.



27. NICHOLLS, A., WILSON, I., 2006. *Perioperative medicine: Managing surgical patients with medical problems*. Oxford: Oxford University Press, 400 p. ISBN 9780199211739.
28. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
29. ROBERTS, L., 2006. Day surgery – National and international: From the past to the future. *Ambulatory Surgery*, vol. 12, no. 3, pp. 143-45.
30. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
31. SKALICKÁ, H. et al., 2007. *Předoperační vyšetření – návody pro praxi*. Praha: Grada. 127 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
32. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
33. SPILKA, J. et al., 2013. *Chirurgie pro bakaláře*. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. 168 s. ISBN 978-80-260-3421-6.
34. SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry – úvod do problematiky*. Praha: Galén. 64 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
35. ŠIMEK, J. et al., 2004. Propouštění pacientů vyššího věku z nemocnice – odborný i organizační problém. *Praktický lékař*. 84(5), s. 334–335. ISSN 00326739.
36. ŠRÁMOVÁ, H., 2013. *Nozokomiální nákazy*. 3. vyd. Praha: Maxdorf. 400 s. ISBN 978-807-3482-865.
37. ŠVAŘÍČEK, R., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367313-0.
38. TIMMINS, F. et al., 2009. *Day surgery: contemporary approaches to nursing care*. Chichester, U.K.: John Wiley. ISBN 978-0-470-31984-0.
39. TUTKOVÁ, J., 2007. Komunikace sestra – pacient. *Sestra*. 17(1), s. 22–23. ISSN 1210-0404.
40. VAJNEROVÁ, I., 2010. Podceňovaný půvab jednodenní chirurgie. *Sanquis*. č. 84, s. 92–94, ISSN 1212-6535.

41. VALENTA, J. et al., 2007. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd., Praha: Galén. 276 s. ISBN 978-80-7262-403-4.
42. WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén. 118 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
43. WICHISOVÁ, J. et al., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
44. WINKLER, L., SKÁLOVÁ, A., 2007. Přínos pro pojišťovnu i pro pacienta. *Zdravotnické noviny*. 56(27–28), s. 26–27. ISSN 0044-1996.
45. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 121 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
46. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. Sbíрка zákonů České republiky, částka 131, s. 4730 - 801. ISSN 1211-1244.
47. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

## **8 Seznam příloh**

Příloha 1 Otázky k rozhovorům

Příloha 2 Rozhovory na CD

## Příloha 1 Otázky k rozhovorům

1. Co jste si představoval/a pod pojmem jednodenní chirurgie?
2. Jakou představu jste měl/a o průběhu operace v režimu jednodenní chirurgie?
3. Jaké jste dostal/a informace o operačním výkonu?
4. Jaké jste dostal/a informace o předoperační přípravě před hospitalizací?
5. Jaké jste dostal/a informace o předoperační přípravě na oddělení?
6. Jaké informace Vám byly poskytnuty ošetřujícím personálem o průběhu jednodenní hospitalizace?
7. Jakou představu jste měl/a o pooperačním stavu?
8. Jaké byly Vaše pocity po operaci?
9. Měl/a jste nějaké potíže po operaci?
10. Byly z Vašeho pohledu nějaké nedostatky v péči?
11. Jaké informace jste dostal/a o následném pooperačním režimu?
12. Jak jste se cítil/a před propuštěním v první den po operaci?
13. Jaké informace Vám byly podány při propuštění do domácího léčení?
14. Jak jste byl/a spokojen/a s podanými informacemi při propuštění?
15. Jak hodnotíte péči sester a ostatního ošetřujícího personálu během hospitalizace?
16. Podstoupil/a byste, pokud by byla u Vás indikována operace, operační výkon v režimu jednodenní chirurgie znovu?

Zdroj: Vlastní výzkum

