



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Význam předoperačních informací pro nemocného po operaci

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Ondřej Strnad

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14.8.2017

.....

Ondřej Strnad

Poděkování

Touto cestou bych rád poděkoval PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za její cenné rady, připomínky, odborné vedení a především za trpělivost při vedení práce. Poděkování také patří všem dotazovaným, kteří si našli čas a byli ochotni poskytnout mi rozhovor.

Význam předoperačních informací pro nemocného po operaci

Abstrakt

Pro bakalářskou práci s názvem Význam předoperačních informací pro nemocného po operaci byl zvolen tento cíl: Poukázat na význam předoperačních informací pro nemocného po operaci. K cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky : Jaký význam mají pro nemocného informace v pooperačním období, které dostane před operací od sestry? Jak sestry hodnotí význam podávání informací nemocným před operací pro jejich pooperační období? K naplnění výše uvedeného cíle bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat v empirické části práce byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Výzkumné šetření probíhalo na chirurgickém oddělení. Výzkumný soubor se skládal z šestnácti dotazovaných, polovinu tvořili pacienti po operaci žlučníku a druhou část sestry, pečující o tyto nemocné. Odpovědi dotazovaných byly zapisovány písemnou formou do poznámkového sešitu. Následoval přepis přímou transkripcí do programu Microsoft Word. Odpovědi byly zpracovány formou otevřeného kódování. Výzkumné šetření ukázalo, že pacienti dostávají před plánovanou operací od zdravotnického personálu informace nejrůznějšího druhu - prvotní informace o onemocnění, o samotném průběhu operačního výkonu, o předoperační péči, o dietních opatřeních, o rehabilitačním režimu. Pacienti po operaci hodnotí kladně, až na ojedinělé připomínky, všechny podávané předoperační informace, které jsou jim poskytovány zdravotnickým personálem. Pomáhají jim ke zmírnění obav ze zákroku a navozují pocit bezpečí a důvěry. Empatie ze strany sester napomáhá úspěšnému průběhu pooperačního období. Z analýzy rozhovorů sester vyplývá, že informovaný pacient je lépe spolupracující a rychleji se uzdravující pacient.

Dle zjištěných informací by bylo vhodné pořídit pacientům kopii informovaného souhlasu. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že by se sestry mohly více věnovat edukační činnosti v oblasti rehabilitace a soustředit větší pozornosti na zjišťování intenzity bolesti pacienta.

Klíčová slova: předoperační informace; pacient; operace; potřeby pacienta; sestra; komunikace

Importance of Preoperative Information for the Patient after Surgery

Abstract

The goal of the bachelor's thesis entitled The Importance of Preoperative Information for the Patient after Surgery is to point out the importance of preoperative information for the patient after surgery. To achieve this goal two research questions were set: Of what importance is the information received by the patient from the nurse before surgery in the postoperative period of time? How do nurses evaluate the importance of submitting information to patients before surgery for the postoperative period of time? To achieve the above stated goal a qualitative research inquiry was used. To collect data for the empirical part of this work, a semi-structured interview was chosen. The research was going on in a surgical ward. The research group consisted of sixteen respondents, half of them was made up by patients after gallbladder surgery and the other half by nurses looking after them. Respondents' answers were noted down in a written form in a notebook, which was followed by their direct transcription into the programme Microsoft Word. The answers were processed by means of the open coding system. The research inquiry showed that patients are provided with information of various kind before planned surgery; e.g. primary information about the illness, information about the course of surgery itself, the preoperative care, the diet-measures, the rehabilitation regime. Patients after surgery evaluate, apart from some sporadic cases, all preoperative information provided by hospital staff positively. It helps them to dispel fears of the surgical intervention and brings about the sense of security and trust. Nurses' empathy is instrumental in a successful course of the postoperative period of time. The analysis of nurses' interviews shows that an informed patient equals a better cooperative and faster recovering patient.

According to the gained information it would be beneficial to have a copy of the informed consent for patients made. Furthermore, the research showed that nurses could occupy themselves more with education activities concerning rehabilitation and pay more attention to finding out patients' pain intensity.

Keywords: preoperative information, patient, surgery, patient's needs, nurse, communication

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Potřeby pacienta při hospitalizaci.....	8
1.2 Předoperační informace.....	9
1.2.1 Komunikace v edukačním procesu	10
1.2.2 Podání předoperačních informací	12
1.2.3 Zásady podávání předoperačních informací	14
1.3 Pacient po operaci	16
1.4 Chirurgické oddělení	17
1.4.1 Cholecystolitiáza.....	18
1.4.2 Jednotky chirurgického oddělení	20
1.5 Předoperační příprava.....	21
1.6 Intraoperační péče	23
1.7 Pooperační péče.....	24
1.8 Pooperační komplikace	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 Operacionalizace pojmů	27
4 Metodika	28
4.1 Použité metody	28
4.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	28
5 Výsledky výzkumného šetření.....	31
6 Diskuse	47
7 Závěr	54
8 Seznam zdrojů	56
9 Seznam příloh	60
10 Seznam použitých zkratk	63

Úvod

„Co je dlouho očekáváno, to připadá lehčí.“ (Seneca)

Pro úvod této bakalářské práce jsem si vypůjčil citát římského filosofa Senecy. Onemocnění žlučníku patří mezi časté choroby trávicího ústrojí. Včasným odhalením nemoci a operací se může předejít komplikacím, které mohou ohrozit i život pacienta. Pacient prožívá dlouhodobé bolesti břicha a často operaci oddaluje z důvodu obav ze samotného operačního zákroku, z anestezie i z laických představ, že by bez žlučníku nemohl jíst svá oblíbená jídla. Protože každý pacient je jedinečná osobnost, přistupuje k operačnímu zákroku odlišně. Někteří pacienti přijímají vše pasivně, jiní si o onemocnění a operačním výkonu vyhledávají v různých zdrojích rozličné informace.

Předoperační informace se týkají jak předoperační, tak i operační a pooperační péče o pacienta, a to nejen v nemocničním prostředí. Například je-li pacient nedostatečně informován, jaká dietní opatření má dodržovat, může dojít k nepříjemné situaci a komplikacím v léčbě. Nemocní mají právo být informováni o svém zdravotním stavu, o možných komplikacích operace, mají být seznámeni s průběhem operačního zákroku a místem hospitalizace, s léčebným režimem a s úpravou životního stylu.

Smyslem bakalářské práce je zjistit skutečný stav významu podaných předoperačních informací pro pacienta, který je již po operaci a může tedy hodnotit kvalitu podaných informací před zákrokem. Práce též zahrnuje hodnocení poskytovaných informací očima sester pečujících o tyto pacienty. Šetření prováděné na chirurgickém oddělení u pacientů po operaci žlučníku mi bylo blízké zvláště proto, že toto onemocnění postihlo mně blízkou osobu a mohl jsem v nedávné době sledovat, jaké obavy jí před operací provázely, jak jí podané předoperační informace pomohly a jaké jí naopak scházely.

Vrátím-li se zpět k úvodnímu citátu, lze říci, že informovaný pacient je ve větší psychické pohodě a lépe spolupracuje se zdravotnickým personálem.

1 Současný stav

1.1 Potřeby pacienta při hospitalizaci

Podávání předoperačních informací, které mají vliv na pooperační stav pacienta, souvisí uspokojováním jeho potřeb, proto bylo na úvod této kapitoly zařazeno pojednání o potřebách pacienta. Pacient má dle Bártlové (2005) specifické potřeby, které závisí na druhu nemoci, osobnosti pacienta a sociálním prostředí, ve kterém žije. Potřeby pacienta hospitalizovaného v nemocničním zařízení lze zařadit do tří skupin.

Za první jsou to potřeby, které zůstávají i v době nemoci, jsou stejné jako u zdravého člověka, ale člověk si některé z nich nemůže zajistit sám a při uspokojení těchto základních potřeb, jako je zajištění jídla, tekutin, čistoty, vyprázdnění se, odpočinku, spánku, bezpečí, pomáhá zdravotnický personál. Pořadí uspokojování těchto potřeb si pacient nezávisí na pacientovi (Bártlová, 2005).

Za druhé jsou to potřeby, které se změny v průběhu nemoci. Například pacienti s chorobou trávicího ústrojí jsou odkázáni na dietní stravu. Potřeba aktivity je směřována ke zvládnutí nemoci, je velmi vhodné co nejdříve obnova fyzické aktivity nemocných, k čemuž napomáhá účinná rehabilitace. Pacient poté může navázat sociální kontakty a být i částečně soběstačný a to odvádí i jeho pozornost od potíží. Poznávací potřeba je zaměřena na zájem pacienta o jeho onemocnění, příčiny a způsoby léčby. Musí se též vyrovnat s režimem v nemocnici, zároveň chce mít informace o dění v práci a doma. Dostatek informací přispívá ke klidu pacienta a ten se pak stává spolupracujícím. Případný nedostatek informací pacientovi způsobí obavy a může narušit výsledky léčby. Zde hraje důležitou úlohu přístup zdravotnického personálu, který s pacientem dostatečně komunikuje a spolupracuje i s rodinnými příslušníky (Bártlová, 2005).

Třetí skupinu tvoří potřeby vzniklé nemocí a jsou součástí léčebného procesu každé nemoci. Vznik potřeb tohoto druhu závisí na mnoha okolnostech. Za nejzákladnější potřebou vyvinutou nemocí lze označit potřebu návratu zdraví. Tato potřeba je naplňována po celou dobu léčby. Schopnost plnění potřeby návratu zdraví závisí nejen na léčebném postupu, ale i na osobnosti pacienta. Při léčbě se setkáváme s

potřebou odstranění bolesti. Dnes je již v silách lékařů a sester tuto potřebu plnit u většiny pacientů (Bártlová, 2005).

Sestra si má být vědoma, že nemocný prožívá bolest subjektivně a snažit se reagovat individuálně, aby bolest byla co nejvíce zmírněna. Neměla by zaujmout přístup, že dobrý pacient je ten, který snáší bolest a nevyžaduje pozornost. Každému pacientovi je potřeba věřit, že má bolesti. Nemocní odlišně reagují na léky. Lék, který jednomu bolest zmírní, druhému nestačí. Sestra má důležitý úkol informovat lékaře o svém pozorování. Částečně lze bolest ovlivnit i psychoterapeutickým rozhovorem, empatií, relaxačními technikami. Bolest jakožto subjektivní prožitek nemůžeme přesně změřit. Kromě otázek kde, kdy se zajímáme o to, jak moc to bolí neboli o intenzitu bolesti. Vždy musíme vycházet ze slovního popisu bolesti, dále je možno využít analogové stupnice intenzity bolesti, např. VAS (Visual Analogue Scale = Vizuální analogová škála). Na jednomu konci úsečky je označena žádná bolest a na druhém konci nesnesitelná bolest. Zároveň jsou u úsečky číselné hodnoty od 0 do 10. Pacient označí bolest, kterou prožívá. I takto projevený zájem může přispět ke zmírnění bolesti (Honzák et al., 2006).

1.2 Předoperační informace

Je důležité si uvědomit, že operační zásah do těla pacienta je velice traumatizující stav, na který je třeba pacienta připravit. V současné zdravotnické praxi se není možné jen spoléhat na kvalitní diagnostiku a terapii. Důležitá je i psychická příprava k operačním zákrokům. Strach a úzkost pacienta nepříznivě ovlivňují léčbu a mohou způsobovat rozmanité komplikace při operaci a i po ní. Aby se pacient nacházel v dobrém psychickém stavu, je nutno podávat informace v odpovídajícím rozsahu, zajímat se o pacienta jako člověka a získat si jeho důvěru (Křivohlavý, 2015).

Výzkumy o přínosu informací pro pacienta probíhají již více jak dvacet pět let a jejich výsledky jsou velmi pozitivní (Ptáček a Bartůněk, 2011). Baldini a Caldora (2015) uvádějí, že je sice obtížné pozitivní účinky informací popsat, ale informace, které pacient dostane před operací, jsou pro něj v mnoha ohledech uklidňující. Některé

nemocnice nabízejí na svých internetových stránkách přehledné informace o různých onemocněních a operačních výkonech, mezi nimi najdeme popsána i onemocnění žlučníku. Pacient si tak může v pohodlí domova najít základní i podrobnější informace týkající se jeho pobytu v nemocničním zařízení. I přes špatné prognózy dobře podaná informace ovlivní chování a léčbu pacienta natolik, že je zcela zbytečné a zároveň nelogické předoperační informace pacientovi zatajovat (Baldini a Caldora, 2015).

Předoperační informace podporují pacienta v rozhodnutí se léčit. Informace před operací přicházejí od všech členů ošetrovatelského a lékařského týmu. Je tedy třeba, aby byla souhra mezi jednotlivci zdravotnického personálu, která často chybí a narušuje tak pozitivní účinnost předoperačních informací na pacienta (Ptáček a Bartůněk, 2011). Strach a úzkost z neznámého prostředí jsou normální pocity každého pacienta, ale můžeme je ovlivnit dobře a včasné podanými předoperačními informacemi, do kterých lze zahrnout i znalost prostředí, ve kterém se pacient léčí. Pro pacienta je každá maličkost úlevou a sníží jeho stres. Veškeré informace podané před operací mají i zpětnou vazbu pro ošetřující personál (Hamlin et al., 2010). Lze tedy všechny informace podávané po dobu přípravy, ať již krátkodobé nebo dlouhodobé, zařadit do předoperačních informací a zamýšlet se při jejich poskytování nad tím, že i po operaci budou mít informace velký význam jak pro ošetrovatelský personál, tak pro samotné pacienty (Baldini a Caldora, 2015).

1.2.1 Komunikace v edukačním procesu

Předoperační informace jsou předávány prostřednictvím edukačního procesu, na jehož jedné straně stojí pacient a na straně druhé zdravotnický pracovník. Hlavním cílem komunikace je navázat kontakt s nemocným a vytvořit atmosféru důvěry. Úroveň komunikace ovlivňuje efektivitu edukačního procesu. Aby docházelo k co nejnižšímu komunikačnímu šumu, je třeba užívat vhodných komunikačních technik. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální (Juřeníková, 2010).

Do verbální komunikace náleží vyjadřování pomocí slov a symbolů. Je důležité, aby komunikace respektovala schopnosti a znalosti pacienta. Slovní projev musí být srozumitelný, přehledný, neodbíhající od tématu (Juřeníková, 2010).

Při rozhovoru je třeba se řídit určitými pravidly. Zdravotnický pracovník se při prvním setkání s pacientem představí, vysvětlí svoji roli v nemocnici, důvody rozhovoru, nechává možnost vyjádřit se nemocného, sleduje, zda dotyčný rozumí, a dle zhodnocení situace si ověří, porozuměl-li pacient sdělovanému. Je vhodné určité shrnutí rozhovoru (Janáčková a Weiss, 2008).

Podstatná část naší komunikace se uskutečňuje neverbální formou. Z paralingvistických prostředků je vhodné připomenout rychlost a hlasitost řeči. Hlasitý i tichý projev unavuje stejně jako rychlá i pomalá řeč. Je dobré měnit během slovního projevu s pacientem tempo řeči a používat pomlky. Když pacient mluví pomalu, tiše a s dlouhými pauzami, můžeme usuzovat, že má strach, něco tají nebo chce sdělit něco intimního. Ale někdy též mluví rychle a hodně pacient, který se bojí. Pacientovi může ublížit ironická a lhostejná intonace v řeči sestry (Janáčková a Weiss, 2008). Je třeba dbát na to, aby oči komunikujících byly ve stejné výši, při hovoru se sestra k pacientovi má posadit na židli a sedět vůči němu do pravého úhlu, aby byla navozena přátelská atmosféra a mohl být kdykoliv navázán zrakový kontakt (Juřeníková, 2010). Emoce jsou často vyjadřovány prostřednictvím mimiky. Úsměvem lze navázat kontakt, ukázat přátelský postoj. Z horní části obličeje lze z postavení svalů okolo očí vyčíst prožitky utrpení. Jak uvádí Honzák (1999), asi třetina pacientů se domnívá, že sestry i lékaři musí jejich bolest vyčíst z tváře, že o ní ani nemusí informovat. Komunikace též probíhá prostřednictvím vzdálenosti. Osobní zóna (30 až 120 cm od těla) je vhodná pro vedení rozhovoru s pacientem, jelikož je mu dobře vidět do tváře. Zdravotnický personál často vstupuje i do intimní zóny (10 až 30 cm od těla), poněvadž to vyžadují nutné úkony, jako je např. aplikace injekcí, měření tepu, hygiena. V tomto případě je takovéto počínání nemocnému potřeba vysvětlit (Juřeníková, 2010). Z gestikulace nejvíce o stavu pacienta vypovídá pohyb rukou. Křečovitě držení paže jedné ruky prsty druhé ruky, sevření zkřížených rukou do pěstí, křečovitě svírání rukou na prsou, zakrytí úst rukou může svědčit o nejistotě, úzkosti, napětí, ruka položená na bradě odkazuje na

přemýšlení o něčem. Důležitým komunikačním prostředkem je též haptika - podávání rukou. Sestra by měla při představení se podat pacientovi přátelsky ruku. Přiložením druhé ruky či dotekem projeví vcítění se do jeho situace. Co se týče postoje těla, je třeba zdůraznit, že sestra by se k pacientovi neměla při hovoru otáčet zády, neměla by zaujímat postoj s rukama v kapsách a ruce, pokud právě nevykonává nějaké činnosti, by měla mít volně podél těla (Honzák, 1999).

1.2.2 Podání předoperačních informací

Becker (2005) označuje předání předoperačních informací jako stav, kdy je pacientovi sdělena diagnóza a následný postup léčby. Pacientovi musí být jasné i záporné důsledky léčby jako například komplikace nebo riziko trvalých následků. Lékař a ani sestra nesmí nikdy přenášet odpovědnost za léčbu nebo operační výkon na pacienta (Baldini a Caldora, 2015).

S pacientem před operací komunikuje v souvislosti s léčbou mnoho osob. Poskytnuté informace mají být zaměřeny na tělesnou, psychickou a medikamentózní předoperační přípravu, typ anestezie a na průběh pooperačního období. Zaměříme-li se v tomto případě na komunikaci před dlouhodobě plánovaným výkonem, setkává se pacient nejprve s praktickým lékařem, lékařem specialistou a všeobecnou sestrou (Baldini a Caldora, 2015). Tyto osoby pacientovi poskytují prvotní informace a směřují ho k následné operaci. O operačním výkonu a o možném výskytu komplikací je informován lékařem. Sestra podává informace o vykonávání daných ošetrovatelských postupů. Nemocný může mít strach z operace, a tudíž je tedy na místě uvědomit si důležitost informací pro pacienta, aby věděl, co ho čeká. Podle Janíkové a Zeleníkové (2013) úzkost a strach pacienta z operace ovlivňují následné prožívání člověka, které zjistíme různými způsoby pozorování a využijeme k tomu mnoho typů informací (Janíková a Zeleníková, 2013). Pro zkušenou profesionální sestru není problémem vyzpozorovat stres, úzkost, změny nálad. K odbourání strachu a úzkosti jistě přispěje zdvořilý, vlídný a trpělivý přístup. Nedostatkem je přetvařování se a neschopnost empatie (Baldini a Caldora, 2015).

Pacient má své zážitky, své zkušenosti, chová se proto určitým způsobem a podle svých životních stereotypů, zvyklostí si klade si nároky na chování zdravotnického personálu. Při hospitalizaci se ocitá v cizím prostředí, s neznámými spolupacienty, je odkázán na pomoc personálu nemocnice. Je deprimován z neznalosti chodu oddělení, z častých předoperačních vyšetření (Křivohlavý a Pečenková, 2004). Často trpí bolestí, prožívá úzkost, protože neví, co bude následovat. Pacient je mnohdy nesoustředěný, přecitlivělý, náladový. Kromě trpělivých pacientů jsou zde i pacienti egocentričtí. Sestra si ale musí umět najít cestu, jak s nimi komunikovat (Venglářová a Mahrová, 2006).

Na obranu nás zdravotníků bychom mohli říci, že i my jsme také jenom lidé a máme své nálady, starosti, radosti. Ale i tak bychom se měli snažit je potlačit a nezabývat se starostmi v práci a chovat se jako profesionálové. Je to těžké, stojí to spousty námahy a vnitřní síly, ale naši pacienti nás potřebují milé, usměvavé, chápající, protože my jsme jim nejbližší v jejich těžkých chvílích a oni potřebují podporu. Pro nás může být odměnou lepší se stav, spokojený a usmívající se pacient. A tak bychom měli zapomenout na naše stesky a co nejvíce se usmívat, protože úsměv nás nic nestojí, nikdy nikomu neublížil a pacientům pomáhá.

Je velmi příjemné, když ráno přijde sestra na pokoj, usměje se a pozdraví, oslovuje pacienta jménem, snaží se mu vše vysvětlit. Nebojí se s lidmi mluvit o jejich problémech, čeho se obávají a mají strach. Někdy je k tomu opravdu zapotřebí velká trpělivost (Křivohlavý a Pečenková, 2004, s. 71-72).

V některých případech, vyskytnou-li se překážky v komunikaci s pacientem, je důležitá komunikace s rodinou (Venglářová a Mahrová, 2006). Sestra potřebuje pochopit příčiny nedorozumění. Rodina jí může být nápomocna a osvětlit, proč pacient takto reaguje. Nejasnosti mohou být způsobeny dezinformacemi, psychickou poruchou nebo intelektuální úrovní nemocného. Problém je potřeba odhalit a řešit, aby měl pacient důvěru v personál. Je nutné dodržovat pravdomluvnost (Vybíral, 2009).

Na internetových stránkách pochybných organizací a bulvárních deníků se objevuje řada smyšlených, nepravdivých a vzácných příběhů, které mohou pacienta velice negativně ovlivnit (Janíková a Zeleníková, 2013). Nemocný může nabýt pocitu, že je přehlížen, nebo nabýt domněnky nevléčitelné nemoci. Pacient může považovat lékaře

nebo sestru za bezradné v hodnocení jeho zdravotním stavu. Na tyto aspekty musí lékař nebo sestra již v počátku léčby pacienta upozornit, aby se tak dalo předejít tímto až nebezpečným situacím (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Vhodně podané informace pacientovi ze strany personálu jsou nesmírně důležitou součástí léčby a ošetrovatelské péče (Janíková a Zeleníková, 2013). Způsobů, jakými můžeme pacientovi informace podat, je několik druhů. Základní a dnes již standardní formou předání informací je kombinace ústního vysvětlení s poskytnutím brožury či informačního letáku. Na letáku či brožure je zpravidla podrobně popsáno onemocnění a následný operační zákrok. Pacient je zde seznámen i s možnými komplikacemi a následnou rehabilitací. Doplňující informace vždy upřesní lékař, který nemocnému vše řádně a dopodrobna vysvětlí (Skalická, 2007). V některých nemocnicích je již možnost interaktivního výkladu nemoci a následného zákroku. Znamená to tedy, že pacient má možnost se podívat na detailní snímky podobného onemocnění a průběhu operace. Sestra, která pacienta na všechna předoperační vyšetření připravuje, čelí stovkám dotazů ohledně vyšetření (Kutnohorská, 2009). Musí mít tedy připravenou adekvátní a pravdivou odpověď pro dotazujícího se pacienta nebo příslušníky rodiny. Sestra informuje nemocného prakticky celý den o tom, jaká vyšetření ho čekají, jaké má změny léků, jak se připraví na vyšetření, proč má dietu, kdy bude vizita. Zde je vyjmenován pouze malý zlomek dotazů, jimiž pacient sestru zahrnuje. Nemalou prací pro všeobecnou sestru je i překlad lékařských diagnóz a nařízení nemocnému, protože pacient těmto názvům často nerozumí a může si je mylně vyložit. Chybný výklad by mohl pacienta rozhodit a tím pádem ztížit i práci sestře a ostatnímu personálu (Skalická, 2007).

1.2.3 Zásady podávání předoperačních informací

Pacient musí souhlasit se zdravotnickým zákrokem. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování hovoří o tom, že zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak, a že pacient má právo na úctu, ohleduplnost a respektování soukromí

při poskytování zdravotních služeb. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě a na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků § 3 odstavce 1 říká, že zdravotnický pracovník s odbornou způsobilostí poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře. V § 4 odstavec 1, který se týká se činností všeobecné sestry, je uvedeno, že sestra může edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech.

Informace tedy musí být podávány tak, aby nepoškodily pacienta a jeho rodinu (Venglářová a Mahrová, 2006). Je-li pacientovi sdělována nějaká diagnóza, musíme brát ohled na soukromí nemocného. Uvědomme si, že i v takovýchto situacích může mít vliv náš hlas. Neměli bychom tedy křičet, ale říkat diagnózu klidným a přiměřeným tónem (Kutnohorská, 2009). Pacientovi jistě nebude příjemné, když se bude lékař nebo sestra povyšovat a hovořit arogantně nebo s nezájmem. Hovoříme vždy věcně a ujišťujeme se, že jedinec rozumí. Tento postup předání by neměl být použit pouze u diagnóz, ale i u příprav vyšetření, informovaného souhlasu nebo příjmu na oddělení. V praxi to tedy bude vypadat tak, že lékař se sestrou vezmou pacienta do samostatné místnosti, kde nebudou jiní pacienti a ani mnoho personálu. Pacientovi by měla být nabídnuta židle, aby se posadil. Lékař pacientovi objasní jeho zdravotní stav a nechá nemocnému čas na otázky. Všechny důležité otázky lékař zodpoví a dotazy, na které již není čas nebo na které se pacient zapomene se zeptat, zodpoví sestra. Pacienti jsou vůči sestře otevřenější a často jí kladou otázky, které by měly být směřovány k lékaři. Též se stává, že se chce pacient zeptat ještě jednou, protože si získané informace potřebuje ověřit a utřídit. Je tedy nutné, aby lékař i sestra mluvili podobně. V tomto ohledu je velmi důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem, lékařem a pacientem, lékařem a sestrou (Gullo, 2012). Nebudou-li tyto podmínky plněny, pacientovi se nedostane kvalitních informací (Kutnohorská, 2009). Jak uvádí Honzák (1999), opakované výzkumy ukázaly, že většina lidí odcházející od lékaře si třetinu řečeného nepamatuje. Bývá to z důvodu stresu. Často přichází pacient se svým názorem a lékař ho nenechá vypovídat. Když ho velmi brzy přeruší, většinou už pacient nic nedopoví.

Soukromí nemocného v předoperačním období je velice důležité. Pacient potřebuje mít klid na přemýšlení o svém zdravotním stavu, na hygienu, komunikaci s rodinou či lékařem. V nemocnicích je již standardem, že pokoje pacientů jsou vybaveny igelitovými plentami a toaletou na pokoji. Tyto maličkosti nesmírně ulehčí pacientovi pobyt v nemocničním zařízení a dodají i jistý duševní klid (Kutnohorská, 2009). V nových odděleních již bývá menší počet pacientů na pokoji s výjimkou JIP a sledovacích pokojů (Gullo, 2012).

Při podávání předoperačních informací můžeme běžné informace podat i při vyšším počtu pacientů. Jedná-li se však o intimní a podrobné informace, musíme zachovat bezpodmínečně soukromí. Pacienta odvedeme do jiné místnosti, nebo pokud je to možné, požádáme ostatní pacienty či návštěvy, aby na moment opustili místnost. Informace podáváme klidným, tišším hlasem směrem pacientovi (Leino-Kilpi, 2000). Dodržování soukromí pacienta musí patřit k základním pravidlům ošetrovatelské a lékařské praxe (Potter et al., 2013).

1.3 Pacient po operaci

Při zjišťování významu předoperačních informací pro pacienta, který se právě vrátil z operačního sálu na standardní oddělení nebo na JIP, je zapotřebí si uvědomit rozsah pacientova výkonu a jeho psychický stav. Z velké části pacienta ovlivní i farmaka podaná během nebo těsně po operaci, proto bychom měli zjišťovat míru významu informací s adekvátním časovým odstupem (Gullo, 2012).

Při dobré informovanosti operace chápaná pacientem jako nemoc může probíhat klidněji než u nemocného bez informací (Janíková a Zeleníková, 2013). Člověk dobře připravený na plánovaný výkon a seznámený se všemi možnými scénáři se mnohem lépe vyrovnává v případě vzniklých komplikací (Křivohlavý, 2009). Pacient, který netrpí bezmocí z nevědomosti, co se s ním může stát, sám napomáhá k rychlejšímu uzdravení (Potter et al., 2013).

V dnešní době takzvané domácí informovanosti z internetu může mít pacient zcela jiné a mylné informace, které naruší léčbu i komunikaci mezi nemocným a personálem.

Na internetových stránkách se objevuje řada smyšlených, nepravdivých a vzácných příběhů, které mohou pacienta velice negativně ovlivnit (Janíková a Zeleníková, 2013). Nemocný může nabýt pocitu, že je přehlížen, nebo nabýt domněnky nevyléčitelné nemoci. Pacient může považovat lékaře nebo sestru za bezradné v hodnocení jeho zdravotním stavu. Na tyto aspekty musí lékař nebo sestra již v počátku léčby pacienta upozornit, aby se tak dalo předejít tímto, až nebezpečným, situacím (Ptáček a Bartůněk, 2015).

Potter et al. (2013) uvádí, že předoperační informace mají velký psychický vliv na pacienta, který je po operaci. Informace pacientovi přinášejí uklidnění a vědomost, která mu zodpoví otázky typu, co se mnou bude dál. Informace získané v období před operací pacient vstřebá a může z nich zdárně čerpat (Leino-Kilpi, 2000). Nemusí se vždy jednat o informace teoretické, ale i o praktické, např. nácvik pohybu po operaci. Pacient po operaci samozřejmě cítí nejistotu, ale dřívější nácvik nemocného většinou velmi rychle ujistí a urychlí osamostatnění pacienta (Potter et al., 2013). Autorka dále uvádí, že špatně podaná informace je mnohdy horší nežli žádná. Pacienta mylně připraví na pooperační období.

Dle Lewis et al. (2013) jsou ve velké většině případů informace předány adekvátně. Pacienti jsou rádi, že ví, co se děje a bude dít. Mohou připravit příbuzné na situaci, která nastane. V mnoha případech tyto informace ulehčí pacientovi život ve spolupráci s rodinou. Příbuzní, kteří budou o nemocného nadále pečovat v domácím prostředí, mají možnost domov náležitě připravit (Lewis et al., 2013). Bajčev (2014) vyzdvihuje názor na podání informací rodinným příslušníkům jako jeden z klíčových prvků v rehabilitaci. Pro nemocné je klíčové mít připraven pohodlný návrat domů.

1.4 Chirurgické oddělení

Výzkumné šetření v bakalářské práci probíhalo na chirurgickém oddělení u pacientů po operaci žlučníku a u sester o ně pečujících. Před seznámením s oddělením bude stručně pojednáno o onemocnění a operaci žlučníku.

1.4.1 Cholecystolitiáza

Cholecystolitiáza je pravděpodobně nejčastější onemocnění žlučníku a velmi časté onemocnění, které si žádá chirurgický výkon. Jedná se o staré onemocnění, vyskytující se častěji v civilizovaných oblastech. V průběhu posledních dvacet pět let byl zaznamenán velký nárůst léčby tohoto onemocnění, a to díky operační metodě laparoskopii. Pro uklidnění pacientů před příchodem na operační sál je třeba kvalitní a důsledná edukace (Zeman a Krška, 2014).

Cholecystolitiáza je stav, kdy se ve žlučníku vytvoří buď konkrémenty, nebo černá hustá hmota - bláto, a to z důvodu narušení rovnováhy mezi jednotlivými složkami žluči. Složky, které nejsou v rovnováze, se nazývají cholesterol, fosfolipidy a žlučové kyseliny. Konkrémenty (kamene) jsou většinou mnohočetné a zbarvené žlučovými barvivy. Může být ale pouze také jeden velký (Valenta, 2007). Pomineme-li bezpříznakovou formu, cholecystolitiáza se projevuje dvěma příznakovými formami: forma dyspeptická - je provázena nejasnými příznaky v podobě, jako jsou bolestivý tlak v nadbřišku, nauzea, zvracení, říhání, plynatost nebo pocit tlaku po tučném jídle, a forma kolikovitá - intenzivní bolest lokalizovaná v pravém podžebří, vystřelující do zad, pod pravou lopatku a do ramene. Objevuje se v noci, často po dietní chybě, vyvolávajícími faktory mohou být též tělesná námaha, rozčilení, prochladnutí a tučná jídla (Zeman a Krška, 2014). Komplikace cholecystolitiázy jsou následující: cholecystitida - zánět žlučníku; hydrops žlučníku - zaklíněný konkrément brání odtoku žluči, ta se odbarvuje, žlučník se zvětšuje; empyém žlučníku - při bakteriální infekci hydropsu se žlučník vyplňuje hnisem; cholecystobiliární píštěl; perforace žlučníku a choledocholitiáza - přítomnost jednoho či více konkrémentů ve žlučových cestách, která vznikne při vycestování kamene ze žlučníku do choledochu, kde způsobí jeho blokádu. Komplikací choledocholitiázy je obstrukční žloutenka, cholangitida, akutní pankreatitida a biliární cirhóza (Čoupková a Slezáková, 2010).

Při stanovení diagnózy je obtížné rozeznat, zda příznaky souvisejí se žlučovými konkrémenty. Příznaky mohou ukazovat i na jiná onemocnění. Vychází se z charakteru popisovaných potíží pacienta a výsledků laboratorních a zobrazovacích vyšetření. Je

dávána přednost neinvazivnímu ultrasonografickému vyšetření. Dále se provádí biochemické vyšetření, při kterém se vyšetřuje hladina bilirubinu, u extrahepatických obstrukcí je zvýšený bilirubin v séru a zároveň i hladina alkalické fosfatázy. Při biliární obstrukci se vyskytuje bilirubin v moči a při úplné obstrukci není ve stolici. Při krátkodobé obstrukci mohou být jaterní testy normální, naopak při dlouhodobé žloutence se zvyšují hladiny enzymů - ALT, AST. U diabetiků se provádí vyšetření glykémie. Diagnózu pomohou stanovit i RTG vyšetření. Endoskopická retrográdní cholangiopancreatografie dovoluje zobrazit žlučovody i u nemocných alergických na intravenózní podání kontrastní látky (Zeman a Krška, 2014).

Léčba cholecystolitiázy může být konzervativní a chirurgická. Do konzervativní léčby zahrnujeme tyto formy: medikamentózní; dietní opatření; litolýzu - rozpouštění konkrementů; litotripsii - rozdrčení konkrementů rázovou vlnou, následně endoskopické odstranění (Čoupková a Slezáková, 2010). Lázeňská léčba, olejové kúry nebo narušení kamenů rázovou vlnou dle Zemana a Kršky (2014) neskýtá naději na úspěch.

Základem chirurgické léčby zůstává cholecystektomie - chirurgické odstranění žlučníku s kameny. Tento zákrok vede u 92% nemocných k úplnému odstranění biliárních bolestí. V roce 1882 Carl Johann Langenbuch v Berlíně vykonal první cholecystektomii a od té doby je to jediný radikální způsob léčby, ať je provedený klasicky nebo laparoskopicky (Zeman a Krška, 2014). Cholecystektomie se dnes provádí ve většině případů miniinvazivní metodou. Pacienti podstupují převážně operaci žlučníku pomocí endoskopu. Endoskopická laparoskopie je šetrná metoda a vykonává ji zkušený chirurg pomocí robotických nástrojů, kamery a počítače (Dobiáš, 2013). Ke klasické metodě se přistupuje v nejkrajnějším případě, například z důvodu špatné anatomické polohy choledochu, velikosti konkrementu či urychlení operace. S klasickým řezem je spojen delší a nákladnější pobyt na ošetrovací jednotce (Schein a Rogers, 2011). Operace může být akutní, je jí nutné provést co nejrychleji, předoperační příprava je tudíž velmi rychlá a informace se omezí pouze na nezbytné minimum (Čoupková a Slezáková, 2010). Každá operace je rizikem pro pacienta a operátora, proto je vždy pacient řádně informován o možnosti komplikací a průběh operace je mu náležitě vysvětlena.

1.4.2 Jednotky chirurgického oddělení

Oddělení chirurgie je specializováno na operativní výkony, které mají za cíl pacientovi ulevit od jeho potíží. Oddělení tvoří několik jednotek, a to standardní ošetrující jednotka, jednotka intenzivní péče a jednotka intermediální péče (Čoupková a Slezáková, 2010).

Standardní ošetrovací jednotka je oddělení, kam jsou přijímáni všichni pacienti, kteří potřebují chirurgický zákrok vyžadující pobyt v nemocnici. Oddělení se skládá z jednotlivých pokojů pro hospitalizaci pacientů. Pokoje jsou standardně po 2-3 lůžkách. Každý z pokojů je vybaven samostatným WC, popřípadě sprchou, čímž se zajistí větší komfort pacientům. Jednotka je vybavena místností pro personál, lékařským pokojem, vyšetřovnou a sledovacím pokojem. Péči o pacienty zajišťují všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti a pomocný personál. Lékař by měl být vždy dostupný na telefonu (Dobiáš, 2013).

Jednotka intenzivní péče je stanice s neustálým dozorem lékaře a kvalifikovaných sester. Na jednotce intenzivní péče je umístěn pacient, který je při vědomí, ale hrozí u něj riziko selhání základních životních funkcí (Czudek, 2009). Pro pacienty je zde připraveno lůžko, vybavené speciální antidekubitární matrací, lištami na zavěšení přístrojů, monitorem, který snímá životní funkce. Pacient je zde napojen 24 hodin denně na EKG snímač, snímač hladiny kyslíku v krvi, snímač tlaku krve a srdečního tepu. V případě potřeby je možné připojit další přístroje, které sledují potřebné hodnoty (Dobiáš, 2013). Každé lůžko je opatřeno odsávačkou, která musí být pravidelně kontrolována, aby byla stále funkční. Součástí vybavení musí být i lišta s přívodem plynů, zejména kyslíku. U každého pacienta se v pečlivě vedené dokumentaci zaznamenává denní příjem a výdej tekutin. Sestra je povinna kontrolovat všechny žilní, arteriální a ostatní vstupy do těla pacienta. Vizita zde probíhá několikrát za den, kdy lékař kontroluje podané léky a upravuje pacientovu léčbu. Ke každému lůžku musí být přístup s resuscitačním setem (Czudek, 2009).

Na intermediální jednotku jsou pacienti překládáni z jednotek intenzivní péče nebo bezprostředně po operačním výkonu. Pacienti, kteří jsou umístěni na intermediální

jednotku, jsou již mimo přímé ohrožení života selháním základních životních funkcí. Intermediální jednotce na chirurgickém oddělení se říká pooperační pokoj (Schein a Rogers, 2011). Často se zde používají lůžka přivezená ze standardních oddělení. Jednotlivé stanice pro lůžka s pacienty jsou vybaveny lištou s přívodem kyslíku a monitorem. Monitor sleduje základní životní funkce a tlak krve. Je zde také možnost připojení pacienta na EKG snímač. Intermediální pokoj je pod neustálým dohledem anesteziologické sestry. Lékař musí být dostupný na telefonu. Pokoj musí mít v dosahu resuscitační set (Dobiáš, 2013).

1.5 Předoperační příprava

Předoperační přípravu dělíme na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Jiná je situace u pacientů, kteří jsou operováni akutně. Do operační přípravy nepochybně patří i psychická příprava. Pacienti se musejí smířit s novým životním režimem, který bude obnášet redukci stravy a v časném pooperačním období i omezení pro někoho důležitých aktivit. Omezení aktivit může být především těžké pro pacienty v produktivním věku, kteří vykonávají namáhavější práci. Je zapotřebí minimalizovat strach pacienta vhodnými informacemi, a proto je přikládán velký význam zodpovězení otázek kladených pacientem. Otázky mířené na bolest, výsledek operace a podobně nesmíme zlehčovat a pacienta musíme uklidnit vhodnou odpovědí (Čoupková a Slezáková, 2010).

Do dlouhodobé přípravy patří interní vyšetření. Při přípravě k operačnímu výkonu je pacient odeslán na interní vyšetření zahrnující elektrokardiografické vyšetření, klinické vyšetření krve, fyzikální vyšetření, RTG srdce a plic (Dobiáš, 2013). Vyšetření provedená před operací nesmí být starší než 14 dní. Pacient může být podroben dalším vyšetřením na žádost lékaře, s kterým přijde pacient do styku v souvislosti s operací. Při předpokládané větší ztrátě krve je pro pacienta připravena transfuze (Schumpelick, 2013).

Krátkodobá příprava je vymezena do 24 hodin před samotnou operací. Pacient musí být bez potravy 6 až 8 hodin před výkonem. Snižujeme tak riziko pooperačních

komplikací, mezi které patří například zvracení a následné vdechnutí potravy (Schumpelick, 2013). Vyprázdnění pacienta je důležité pro hladký průběh operačního výkonu a sestra musí vyprázdnění zajistit (Valenta, 2007). Při požadavku operujícího chirurga na kompletní vyprázdnění je pacientovi podán projímavý roztok nebo očistné klyzma (Schumpelick, 2013).

Speciální chirurgie od Vodičky (2014) dále uvádí, že před operací je hygienická příprava nutná. Práce sestry při hygieně pacienta se odvíjí od zhodnocení jeho soběstačnosti. Pacientům je zakázáno používání kosmetických přípravků, zejména make-up, řasenky, parfémy a laky na vlasy (Vodička, 2014). Zvláštní péče se věnuje nehtům, protože vzniká riziko infekce. Pacientům není doporučováno použití laků na nehty z důvodu sledování fyziologické funkce okysličení na konečkách prstů. Laky zabraňují průhlednosti nehtů. Dalším důležitým místem kontroly je okolí a vnitřek pupku. Vnitřní strana se desinfikuje (Schumpelick, 2013). Pacientům se musí odstranit ozdobné předměty umístěné v okolí pupku (Čoupková a Slezáková, 2010). Tato pravidla platí i pro všechny ostatní šperky kdekoli na těle, zejména pak pro náušnice, prsteny, náhrdelníky, náramky a šperky pod kůží či v jazyku. Příprava operačního pole spočívá v druhu operace, pokynech operujícího lékaře a na zvyklostech oddělení. Odlišnosti mohou panovat například v holení operačního pole, použité dezinfekci a místu dezinfekce (Čoupková a Slezáková, 2010).

Den před operací přichází k pacientovi na oddělení anesteziolog, aby zhodnotil stav pacienta a rozhodl o premedikaci. Nutnou součástí předoperační přípravy je odpočinek a spánek. Pomáhá zvládat stres a úzkost z operace. Odpočinek často souvisí s podanou premedikací (Šváb, 2008). Pro předcházení tromboembolickým komplikacím je důležité použití bandáže, kterou je možno nahradit antiembolickými punčochami. Pacient nemusí mít obavy o své cennosti a osobní pomůcky, protože se uzamknou do trezoru v popsaných sáčcích nebo krabicích. Zubní náhrady se uschovají v popsané krabičce s vodou. Protetické pomůcky se označí jménem pacienta a uloží na sesterně (Janíková a Zeleníková, 2013).

Bezprostřední příprava je vymezena na dobu dvě hodiny před začátkem operace. Podle Pilného a Slodičky (2011) příprava bezprostřední obsahuje kontrolu údajů klienta,

dokumentace, operačního pole, vyšetřovaných hodnot, kontrolu chrupu, kontrolu hygieny, vyprázdnění, případně zavedení katétrů a podání premedikace pro uklidnění pacienta. O všech výkonech provedeme záznam do dokumentace (Čoupková a Slezáková, 2010).

Akutní příprava je druhem přípravy, která probíhá náhle a zcela neplánovaně. Pacient přivezen například záchrannou službou je co nejdříve poučen o zákroku. Je-li to možné, podepíše informovaný souhlas (Pilný a Slodička, 2011). Pacientovi se připraví pouze operační pole a vykoná základní hygiena. Nepodává se klyzma. Odloží se vše, co by mohlo překážet při operaci. Personál musí vždy pacienta důkladně prohlédnout. Podává se premedikace pro uklidnění pacienta (Šváb, 2008). Obvykle není čas na rozsáhlejší předoperační vyšetření, omezí se na základní klinické vyšetření a případně některá neinvazivní vyšetření, nejdostupnější je zpravidla EKG (Skalická, 2007).

Příprava zahrnuje i převoz pacienta na operační sál. Převoz probíhá dle zvyklostí oddělení (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.6 Intraoperační péče

Intraoperační péče začíná přemístěním pacienta z oddělení v předsálí a končí přeložením pacienta na dospávací pokoj, standardní oddělení, JIP či ARO. Aby pacient netrpěl pocitů studu, je při překladau přikryt jednorázovou přikrývkou a zajištěn pásy. Péče o pacienta a kontrola identifikačních údajů je zajištěna kvalifikovanými pracovníky operačních sálů. Poté je pacient odvezen na operační sál, kde se ho ujímá anesteziologický a chirurgický tým. Pacient je seznámen s postupem anestezie a následně je uveden do umělého spánku (Jedličková, 2012).

Důležitá je evidence pracovních pomůcek, aby nedošlo k poškození pacienta. Příkladem může být zapomenutí nástroje v operační ráně. Po ukončení operačního výkonu je pacientovi podáno antidotum (lék proti anestetiku). Působí na probuzení pacienta. Důležité je s pacientem vhodně komunikovat bezprostředně před operací a snížit jeho pocitů úzkosti (Čoupková a Slezáková, 2010).

1.7 Pooperační péče

Pooperační péče o pacienta je určována jeho stavem, průběhem a druhem operace (Zeman a Krška, 2011). Pacient po operaci při standardním průběhu bez komplikací je převezen na standardní oddělení, kde může být uložen na monitorovaný pokoj blíže k sesterně, který je vybaven monitory a sledovacím zařízením, nebo na standardní pokoj pouze s monitorem (Schneiderová, 2014). Po operaci s komplikovaným průběhem či po větších krevních ztrátách je pacient odvezen rovnou z operačního sálu na JIP nebo ARO (Ferko et al., 2015). Pacient umístěný na jednotkách intenzivní péče je někdy uveden na umělou plicní ventilaci. Po stabilizaci stavu je převezen na standardní pokoj (Schneiderová, 2014).

Pacientovi jsou po operaci monitorovány jeho fyziologické funkce - tep/ pulz, tlak, hladina kyslíku, a to po dobu 2 hodin. Sestra sleduje stav vědomí a rány pod obvazy - sekreci z ran a odpady z drénů. Pacienti často pociťují po extubaci nevolnosti spojené se zvracením, musí se tedy polohovat, aby nedošlo k aspiraci zvratků. Při přetrvávající nevolnosti podáváme pacientovi antiemetika. Při neustálém zvracení je nutno zavést nasogastrickou sondu. Pacientovi mohou být v případě bolestí ordinována analgetika (Ferko et al., 2015). Můžeme je podat bolusově do svalu intramuskulárně nebo intravenózně. Dalším úkolem sestry je sledování odchodu moči. Po operaci je nezbytné, aby se pacient vymočil nejdéle do šesti hodin. Nestane-li se tak, musí být jednorázově vycévkován. U břišních operací je především velice důležité sledování peristaltiky střev. Krátkodobě může dojít k její zástavě. Obnova funkce trávicího ústrojí může trvat i několik dnů. Do obnovení peristaltiky podáváme pacientovi tekutiny a některé živiny či minerály formou infuzních roztoků (Schneiderová, 2014).

Nedílnou součástí pooperační léčby je pooperační rehabilitace. Jak jen to dovolí pacientův stav, je co nejdříve po operaci aktivizován. Rehabilitací se dá velmi snadno a účinně dopomoci navrácení peristaltiky zažívacího traktu a tím také přijímání potravin, které zajistí urychlení hojení operační rány (Ferko et al., 2015). Pacient musí se sestrou, rehabilitačním pracovníkem nebo pomocným personálem co nejdříve chodit a pohybovat se. Nedovoluje-li to stav pacienta, je vhodná rehabilitace na lůžku.

Rehabilitace upevní psychiku pacienta, která může být narušena operací, a napomáhá rychlejšímu odchodu pacienta do domácího léčení (Zeman a Krška, 2011).

1.8 Pooperační komplikace

Nejčastější pooperační komplikace jsou infekce, dehiscence rány, krvácení, respirační a tromboembolické potíže (Ferko et al., 2015). Potíže s infekcí jsou ovlivnitelné desinfekcí rány a jejího okolí, pravidelnou hygienou pacienta. Dále je nutná pravidelná kontrola rány. Aby nedošlo k dehiscenci rány, musí pacient, poučený ošetřujícím personálem o chování po operaci, dbát jeho rad a případně užívat kompenzační pomůcky (Zeman a Krška, 2011). Sestra pacienta poučí o přiměřené fyzické zátěži, o chování k ráně, o pravidelné kontrole rány v případě již zahojené operační rány, o péči, která se bude týkat samotné jizvy. Pacientovi je dobré navrhnout promašlování rány. Krvácení je prvotní znak poškození rány nebo vrstvy pod ránou. Může svědčit o špatné sutuře a zvýšeném tlaku v místě rány. Krvácení provází i dehiscenci. K respiračním potížím dochází při oslabení imunity pacienta a zavlečení respirační choroby. Tyto nemoci lze označit jako nozokomiální nákazu, která se vyskytuje pravděpodobně v každé nemocnici, i když jsou vysoké nároky na dodržování hygieny. Tromboembolické potíže jsou způsobeny upoutáním pacienta na lůžko. Pacient je ohrožen embolií či žilní trombózou. Předcházet této komplikaci se dá pravidelnou bandáží končetin, užíváním nízkomolekulárního heparinu a pravidelnou kontrolou rizikových míst na těle, jako jsou končetiny. Sestra musí monitorovat bolesti pacienta a vzhled pokožky, není-li jinak zbarvená nežli fyziologicky (Ferko et al., 2015).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Poukázat na význam předoperačních informací pro nemocného po operaci.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaký význam mají pro nemocného informace v pooperačním období, které dostane před operací od sestry?

Výzkumná otázka 2: Jak sestry hodnotí význam podávání informací nemocným před operací pro jejich pooperační období?

3 Operacionalizace pojmů

Tato kapitola je věnována definování pojmů, které jsou použity v cíli a výzkumných otázkách práce.

Předoperační informace jsou informace týkající se stavu pacienta nebo léčby před operací (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007, s. 406).

Pacient - nemocný, osoba v lékařské péči (Vokurka a Hugo, 2015, s. 613).

Operace - chirurgický výkon, při němž je obvykle narušen povrch těla (krvavý výkon) (Vokurka a Hugo, 2015, s. 595).

Sestra - zdravotnická pracovnice, která absolvovala vzdělávací program v ošetřovatelství a splňuje zákonné podmínky pro výkon povolání sestry (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007, s. 444).

Pooperační období - následující po operaci; týká se stavu pacienta nebo poskytované péče v tomto období (Výkladový ošetřovatelský slovník, 2007, s. 391).

4 Metodika

4.1 Použité metody

Pro sběr dat v empirické části této bakalářské práce bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Jednu část výzkumného souboru tvořili pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení po odstranění žlučníku, druhou část všeobecné sestry pracující na témž oddělení.

Výzkumné šetření se konalo v průběhu měsíců ledna až března 2017. Před samotným dotazováním byli pacienti i sestry seznámeni s účelem bakalářské práce. Všichni souhlasili s provedením výzkumného šetření. Na základě polostrukturovaného rozhovoru byly položeny pacientům a sestrám otázky týkající se předoperačních informací a jejich vlivu na stav po operaci. Dotazovaní pacienti zodpovídali na patnáct otázek a sestry na deset (Příloha 1 a 2). Úvodní otázky směřovaly k získání identifikačních údajů, které jsou zaznamenán v tabulkách. Další otázky byly formulovány jako otázky doplňovací, aby pacienti i sestry měli prostor pro odpovědi a nemohli odpovědět pouze ano či ne jako u otázek zjišťovacích (Švaříček a Šedřová, 2007).

Dialogy byly zaznamenány zápisem do bloku. Následně byly přepsány do písemné podoby v programu Microsoft Word pomocí přímé transkripce. Všichni zúčastnění s touto metodou záznamu souhlasili. Anonymita všech zúčastněných respondentů zůstala zachována. Odpovědi pacientů i sester byly zpracovány formou otevřeného kódování. Dle podobnosti zjištěných kódů byla provedena jejich kategorizace.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Sledovaný vzorek tvořilo dohromady šestnáct dotazovaných, z nichž bylo osm pacientů po operaci žlučníku a osm sester pracujících na témž chirurgickém oddělení. Pacienti, kteří se podíleli na výzkumném šetření, byli označeni P1 - P8 a sestry S1 - S8. Rozhovor s pacienty se uskutečnil v nemocničním pokoji. Délka jednotlivých rozhovorů

byla individuální (třicet minut a déle). Rozhovor byl zahájen metodou icebreaku. Někteří dotázaní poté byli velmi sdílní a rádi se rozpovídali i o skutečnostech mimo kladené otázky. Lze shrnout, že žádný z respondentů nezaujal odmítavý přístup a všichni projevili o své onemocnění zájem. Souhlasili, že jejich individuální připomínky k předoperačním informacím mohou být zaznamenány.

Rozhovory se sestrami zapojenými do výzkumného šetření probíhaly v čase přestávky v pracovní době. Některé dotazované sestry mi poskytly i řadu letáčků a informačních brožur, které jsou určeny pacientům před operací. Letáky mají doplnit edukaci sestrou a lépe připravit pacienta na samotný výkon. Rozhovor proběhl nenuceně a plynule se všemi dotázanými sestrami. Dalo by se shrnout, že rozsah odpovědí sester se odvíjel od délky praxe a získaných zkušeností. Pro přehlednost jsou zobrazeny identifikační tabulky obou skupin respondentů.

Tabulka č. 1 Identifikační údaje pacientů

Dotazovaný	Označení	Pohlaví	Věk	Pobyt
Pacient 1	P1	Muž	66	Třetí
Pacient 2	P2	Žena	42	Třetí
Pacient 3	P3	Muž	35	Druhý
Pacient 4	P4	Muž	44	První
Pacient 5	P5	Muž	52	Čtvrtý
Pacient 6	P6	Muž	61	Třetí
Pacient 7	P7	Muž	60	Třetí
Pacient 8	P8	Muž	42	Druhý

Tabulka 1 obsahuje identifikační údaje pacientů po operaci žlučníku, kteří byli zapojeni do výzkumného šetření. Proběhlo celkem s osmi pacienty, z nichž 7 pacientů bylo pohlaví mužského a jedna ženského. Nejmladšímu dotazovanému P3 bylo 35 let, nejstaršímu P1 bylo 66 let. Všichni pacienti podstoupili shodný operační výkon - cholecystektomii. Počet hospitalizací nebyl u všech dotazovaných stejný. Pro P1, P2, P6, P7 byl pobyt již třetí hospitalizací. P4 uvedl, že je v nemocnici poprvé. P3 a P8

podruhé, pro P5 byla tato hospitalizace již čtvrtou. Kromě P7, který byl operován akutně, byli všichni přijati k plánovanému výkonu. U všech dotazovaných byla provedena operace endoskopickou laparotomií.

Tabulka č. 2 Identifikační údaje všeobecných sester

Dotazovaný	Označení	Pohlaví	Vzdělání	Délka praxe	Místo působení
Sestra 1	S1	Žena	SZŠ	10 let	Chirurgické odd.
Sestra 2	S2	Žena	SZŠ	12 let	Chirurgické odd.
Sestra 3	S3	Žena	SZŠ	11 let	Chirurgické odd.
Sestra 4	S4	Žena	SZŠ	8 let	Chirurgické odd.
Sestra 5	S5	Žena	VOŠZ	4 roky	Chirurgické odd.
Sestra 6	S6	Žena	VOŠZ	2 roky	Chirurgické odd.
Sestra 7	S7	Žena	SZŠ	16 let	Chirurgické odd.
Sestra 8	S8	Žena	VŠ	1 rok	Chirurgické odd.

Všechny sestry zapojené do výzkumného šetření, jejichž identifikační údaje zobrazuje tabulka č. 2, jsou ženského pohlaví. Vysokoškolské vzdělání měla pouze S8, S5, S6 absolvovaly vyšší odbornou školou zdravotnickou. Ostatní dotázané S1, S2, S3, S4 a S7 uvedly vzdělání středoškolské. Délka praxe jednotlivých dotazovaných byla velmi odlišná. Dotázané jednotlivě sdělily následující údaje. Disponovaly následující délkou praxe na chirurgickém oddělení: S1 10letou praxí, S2 12letou praxí, S3 11letou praxí, S4 8letou praxí, S5 4letou praxí, S6 2letou praxí na chirurgickém oddělení, S7 16letou praxí, S8 měla pouze praxi jednoho roku na chirurgickém oddělení. Všechny dotázané pracovaly v době výzkumu pouze na chirurgickém oddělení.

5 Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola je věnována vyhodnocení rozhovorů s pacienty a se všeobecnými sestrami. Protože některé otázky směřující k pacientům a sestram se týkaly stejného tématu, podkategorie analyzují odpovědi buď pacientů a sester, nebo pouze pacientů. Pod jednotlivými podkategoriemi je proto uvedeno označení pacient a sestra nebo pacient. Využitím metody otevřeného kódování byly z odpovědí respondentů vytvořeny tyto kategorie:

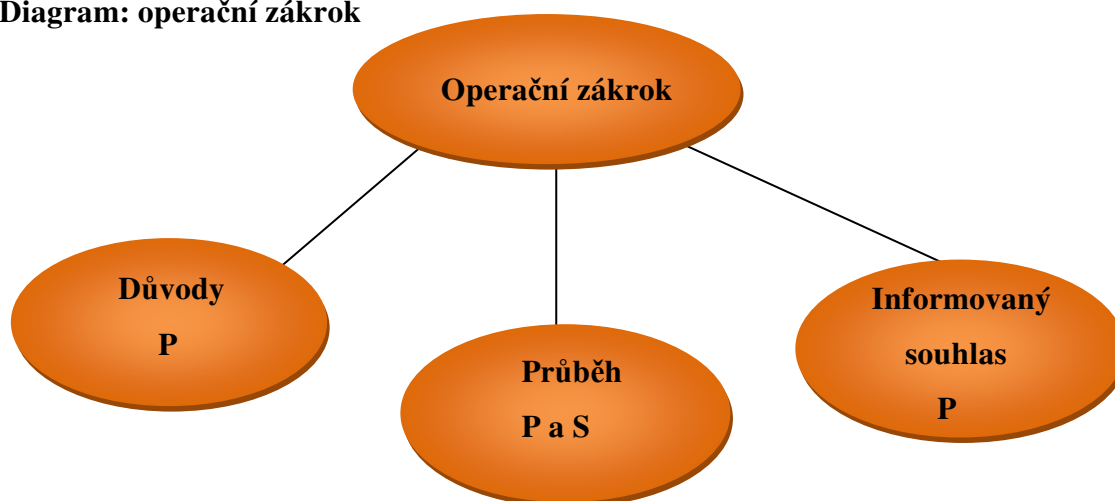
- informace o operačním zákroku
- informace o prostředí hospitalizace
- informace o právech pacientů
- informace o předoperační přípravě
- informace o pooperačním režimu
- celková spokojenost pacienta

Kategorie č. 1 - informace o operačním zákroku

Získané informace byly rozděleny do těchto podkategorií.

1. Informace o důvodech operačního zákroku - pacient
2. Informace o průběhu operačního zákroku - pacient a sestra
3. Informovaný souhlas - pacient

Diagram: operační zákrok



První podkategorie se zabývá předáním prvních **informací o důvodech** operačního zákroku. Objasnění důvodů operace přímo souvisí s uspokojením poznávací potřeby pacienta mít dostatečné informace o onemocnění, jeho příčinách a možnostech léčby. První informace získávali pacienti různě. Jsou uvedeny jejich odpovědi a poté následuje shrnutí. P1 uvedl: „*O tom, že mi odoperují žlučník, mi řekl praktický lékař. Již nějaký čas mě bolelo břicho po jídle, a tak mě lékař poslal na vyšetření ultrazvukem*“. P2 řekla: „*Když jsem ráno v 5 hodin byla na pohotovosti s bolestí břicha po oslavě, řekl mi lékař, že se operaci nevyhnu*“. P3 vypověděl: „*O kamenech ve žlučníku jsem věděl asi 15 let, kdo mi to tenkrát řekl, už nevím, asi obvodní lékař*“. P4 sdělil: „*Když jsem jednou byl na ultrazvuku s ledvinou, řekla mi paní doktorka, že tam mám kamen*“. P5 pronesl: „*O žlučnickových kamenech jsem se dozvěděl od svého obvodního lékaře, když jsem k němu šel s tím, že mám záchvatové bolesti po stravě. Zejména po tučném jídle a mléku*“. P6 odpověděl: „*Žlučnickové kameny se u nás v rodině dědí po generacích, proto jsem nebyl překvapen, že je mám taky, když mnou v jednu hodinu noci projela záchvatová bolest v podžebří a byl jsem donucen neodkladně navštívit chirurgického lékaře*“. P7 poznamenal: „*Žlučnickové kameny mne trápily řadu let, bohužel jsem se operace bál a radši jsem snášel bolesti. Můj obvodní lékař měl k tomuto problému laxní přístup a tak jsem to nechal být. Časem se problémy začaly stupňovat, vyřešil jsem celou situaci tak, že jsem si při dalším záchvatu zavolat sanitku, která mne odvezla rovnou na chirurgii*“. P8 prohlásil: „*Lékař na ultrazvuku říkal, že jsem musel žít se žlučnickovými kameny řadu let, kdybych o nich věděl dřív, mohl jsem si ušetřit plno probdělých nocí*“. Z odpovědí vyplývá, že prvotní informace jsou poskytovány jak praktickými lékaři, tak lékaři v odborných ambulancích, a to buď při vyšetřeních, kam jsou praktickými lékaři odesíláni, nebo při návštěvě pohotovosti při akutní bolesti.

Druhá podkategorie se věnuje informacím **o průběhu operačního zákroku**. Je zřejmé, že podrobné vysvětlení snižuje obavy pacienta z očekávaného zákroku. Seznámení pacientů s průběhem operačního zákroku bylo podobné, až na jedinou výjimku, a tou byl pacient P7, protože u něj proběhla operace akutně. Edukace byla prováděna audiovizuálně s komentářem lékaře a sestry. Uvádím odpověď P1: „*Když*

jsem byl již ubytovaný, přišel za mnou lékař se sestrou a řekl mi, jak bude operace probíhat. Přál si, abych šel s ním na vyšetřovnu. Na vyšetřovně mi sestra pustila video z operace na velké dotykové tabuli. Byl mi lékařem a sestrou vysvětlen postup operace. Sestra mi ještě předala leták s popisem operace. Lékař mi zopakoval důvody operace. Sestra mě nakonec odvedla na pokoj a vysvětlila mi pooperační průběh." P7 vypověděl: „Po přijetí jsem šel rovnou na operaci, protože mne přivezli v noci. Lékař mi jen rychle řekl, co mě čeká. Sestra mě převlékla a to bylo vše."

Dále bylo zjišťováno, **co pacient očekává od sestry vzhledem k doplnění předoperačních informací**. Je zřejmé, že pacient potřebuje doplňující informace, které mu sestra může v souvislosti se svými kompetencemi a pokyny lékaře podat. Pouze jeden dotázaný (P7) měl rozdílnou odpověď: „Neočekával jsem nic, bylo mi to téměř jedno". Uvádím jako příklad odpovědi dvou pacientů. P1 sdělil: „Očekával jsem, že mi sestra řekne, co bude následovat. Část informací jsem od lékaře zapomněl. Moje očekávání se vyplnilo." P2 řekla: „Očekávala jsem ochotu a vysvětlení všeho kolem pobytu a operace. Sestra mi vysvětlila kompletně všechno, co jsem potřebovala jako doplnění k informacím od lékaře." Ostatní pacienti odpověděli v podobném duchu jako předchozí. Spoléhají se na doplnění informací od sester a ty jejich očekávání naplnily.

Sestry považují za svoji povinnost informovat pacienta včas a přistupují k **včasné informovanosti** s maximální zodpovědností. Dokáží se vcítit do pocitů pacienta, že potřebuje včasné informace. Uvědomují si jejich nejistotu, když nevědí, co je čeká. S1 uvedla: „Vždy si zakládám na tom, aby pacienti, o které se starám, dostali včasné a co nejpřesnější předoperační informace." S2 odpověděla: „Je pro mě velice důležité předat pacientovi všechny potřebné informace. Cítím v tom svou velkou zodpovědnost. Kdybych tak neučinila, cítila bych se špatně, protože se vždy snažím vcítit do pozice pacienta." S3 řekla: „Ke každému pacientovi přistupuji stejně, všem podávám předoperační informace podle mého nejlepšího vědomí a svědomí. Cítím to jako moji profesionální povinnost." S4, S5 a S6 odpovídaly podobně. S7 sdělila: „Je pro mne hodně důležité předat pacientovi předoperační informace včas a co nejkvalitněji. Aby se pacient cítil bezpečně a případně abychom si jeho nejasnosti v informacích mohli upřesnit." S8 odpověděla: „Jelikož jsem v dětství strávila necelý rok v nemocnici, velmi

dobře se umím vžít do role pacienta, zejména těch mladších a nezkušených. Proto jsou pro mne předoperační informace velmi důležitou součástí mého povolání, snažím se je přetlumočit pacientům tak, aby pro ně byly co nejlépe pochopitelné."

Na otázku, v jakém směru **vám usnadní podané předoperační informace o průběh zákroku komunikaci s pacientem**, odpověděly sestry následující. Jsou zaznamenány odpovědi S1, S2 a S3, jejich vyznění je podobné jako u ostatních sester. Pacient, který je podle sester informován, je klidnější, je uspokojena jeho poznávací potřeba mít informace o průběhu operačního zákroku, lépe se s ním komunikuje a má dostatek času na vstřebání informací. S1 uvedla: *„Myslím a z mé zkušenosti mohu říct, že pacienti se po předání předoperačních informací lépe orientují v dané problematice. Před operací jsou klidnější, protože ví, co bude následovat. " S2 řekla: „Pacient, který zná předoperační informace, si je vědom toho, co bude operace obnášet. Pochopí, že mu chceme pomoci a že to děláme pro jeho dobro. Je pak s ním lepší spolupráce." S3 vypověděla: „Mohu říct, že pacienti jsou po obeznámení předoperačních informací rozvážnější, což nám usnadní komunikaci s nimi, protože znají všechny důležité údaje, a tudíž se méně se vyptávají. "*

Třetí podkategorie se zaměřuje na předání **informovaného souhlasu** pacientovi.

Části pacientů byl předán souhlas lékařem, částí sestrou, někteří podepsali dokument ihned, jiní měli krátký čas na jeho prostudování. Protože se odpovědi odlišují, jsou v tomto případě zaznamenány odpovědi všech pacientů. P1 uvedl: *„Lékař mi dokument se souhlasem k operaci poskytl při přehrávání videa v lékařské kanceláři. Sestra mi pouze ukázala, kde se mám podepsat a poté dokument někam založila.“ P2 řekla: „Informovaný souhlas jsem podepsala sestře, protože lékař mi předtím vše vysvětlil, a asi hodinu poté si pro ty papíry přišla sestra. Už jsem se tedy neměla na co ptát.“ P3 vypověděl: „Informovaný souhlas mi poskytl lékař, když mi vysvětloval operaci. Podepsal jsem ho bez váhání. Beru to jako byrokracii. Ani jsem nevěděl, že takový souhlas existuje.“ P4 sdělil: „Souhlas mi dala sestra. Byl součástí informačního letáku. Nejdříve mi lékař ukázal to video a dal ten leták. Asi za hodinu nebo za dvě si pro něj přišla sestra. Pak jsem to jen podepsal.“ P5 prohlásil: „Lékař se mě při vysvětlování*

operace zeptal, jestli souhlasím s operací. Operaci jsem potřeboval, tak jsem se ani nerozmýšlel. Sestra mi poté podala dokument, který jsem podepsal.“ P6 poznamenal: „Sestra mi přinesla dokument se souhlasem k operaci. Ptala se, jestli tomu rozumím.. Nic jiného už jsem vědět nechtěl, tak jsem to podepsal.“ P7 vypověděl: „Přivezla mě sanitka, tak jsem toho moc vědět nechtěl. Souhlas mi dala sestra podepsat před operací a řekla mi nějaké základní věci. Jak mě to bolelo, tak mi to stejně bylo jedno.“ P8 uvedl: „Když mi lékař pustil to video, zeptal se mě, jestli souhlasím s operací. Odpověděl jsem, že samozřejmě. Sestra mi pak asi za hodinu přinesla ten dokument a ptala se mě, jestli chci něco vysvětlit. Já to jen podepsal, už jsem to znal.“

Pacientům byla následně položena zjišťovací otázka, zda by přivítali kopii informovaného souhlasu. Na otázku odpověděli všichni ano. Při doplňující otázce proč ano, udávali, že část z informací předávaných lékařem zapomněli a při pobytu na pokoji by si je v klidu pročetli. Někteří pacienti se dotazovali sester, které jim často odvětily, že jim informace přece říkal lékař. Pacienti nevytýkali, že by jim sestry nechtěly odpovědět, ale připadalo jim, že je zbytečně obtěžují.

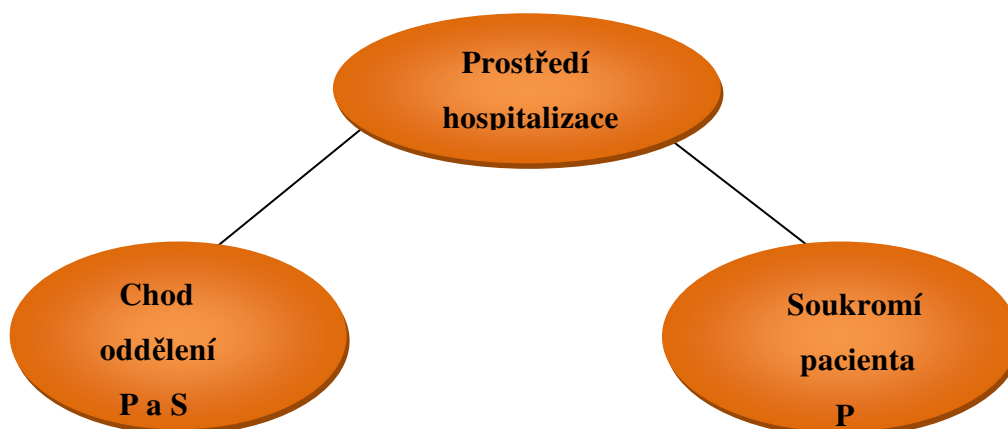
Kategorie č. 2 - informace o prostředí hospitalizace

Získané informace byly rozděleny do těchto podkategorií:

1. Seznámení pacientů s chodem oddělení - pacient a sestra

2. Soukromí pacienta - pacient

Diagram: prostředí hospitalizace



První podkategorie popisuje **seznámení pacientů s chodem oddělení** Pro pocit bezpečí je pro pacienty velmi důležitá znalost technického zázemí a režimu oddělení. Seznámení s oddělením popisovali pacienti až na jedinou výjimku (P7) podobně. Příkládám odpovědi P1 a P2. P1 řekl: „*Při příchodu na oddělení mě sestra provedla celou chodbou a vysvětlila mi základní informace. Sestra mi ukázala, kde je můj pokoj a moje lůžko, dále mi ukázala sesternu a vyšetřovnu. Sestra mi ještě podrobně vysvětlila denní režim na oddělení.*“ P2 sdělila: „*Když jsem přišla na oddělení v nemocnici, tak mě sestra hned vzala na můj pokoj a ukázala mi mé lůžko. Potom mi sestra vysvětlila chod oddělení a jeho režim, zároveň mě provedla po zbytku oddělení. Věnovala se mi a byla jsem za to vděčná.*“ P7 vypověděl: „*Protože mě přivezla sanitka, neměl jsem moc možností na úvodní seznámení s oddělením. Seznámil jsem se se vším až po operaci.*“ Ze sdělení pacientů vyplývá, že pobyt v novém, pro ně neznámém prostředí, by pro ně byl bez seznámení sestrami stresující a ještě by zvýšil úzkost, která je již provází z důvodů očekávané operace.

Sestry se shodly, že pacient se nachází v novém prostředí a je nutné, aby se v něm dobře orientoval, přispívá to ke zvýšení jeho pocitu jistoty a bezpečí v nové situaci. Zároveň se některé z nich snaží o navázání bližšího kontaktu s pacienty, což přispívá k jejich uklidnění. Uvádím většinu odpovědí. S1 prohlásila: „*Podle mého názoru pacient, který nebude seznámen s oddělením, bude nervózní a zmatený, proto vždy seznamuji pacienty důkladně s oddělením. Zároveň se s ním snažím hovořit i o jeho osobě a o rodině, má-li o to dotyčný zájem.*“ S2 pronesla: „*Když pacient přijde na oddělení, ihned ho seznámím s prostředím, protože je mi i hloupé mu neukázat, co kde je. Někdy bych s ním povídala ráda déle, ale jsem často omezena nedostatkem času.*“ S3 řekla: „*Po příjmu pacienta považuji za důležité mu ukázat oddělení, aby nebyl zmatený.*“ S4, S5 vypověděla: „*Pacienta nejprve seznámím s právy pacientů a pak mu ukazuji oddělení, aby se tu neztratil.*“ S6 odpověděla: „*Pacienty vždy nejprve provedu, protože je to podle mého názoru důležité. Je v novém prostředí, někteří se bojí zeptat. Vždy se zeptám, zda by ještě něco potřeboval vědět.*“ S7 sdělila: „*Pro pacienta je důležitá orientace, tak ho nejprve provedu oddělením. Někdy si nechám zopakovat, co si zapamatoval.*“ Obdobnou odpověď jako S6 poskytla i S8.

Druhá podkategorie se zaměřuje na **místo a soukromí** při předávání informací. Obsahuje názory **pacientů** na prostředí, ve kterém byly informace předány. Prostor přímo souvisí s potřebou bezpečí a jistoty pacienta. Soukromí ovlivňuje zejména počet jiných osob v místnosti. Všichni dotázaní se shodli na důležitosti prostředí, ve kterém byly předány předoperační informace. P1 uvedl: *„Při rozhovoru se sestrou, který se týkal mé operace, jsem pociťoval jistý pocit narušení mého soukromí. V místnosti byl ještě jiný pacient.“* P2 řekla: *„Při povídání o operaci se sestrou jsem se cítila bezpečně, protože jsem byla sama a měla jsem pohodlné soukromí.“* Pacienti P3 a P4 shodně uvedli, že se cítili pohodlně a nepoznali pocit nebezpečí. P3 a P4 sdělili: *„Operovali nás stejný den, a tak nás sestra poučila najednou. Nevadilo nám to.“* P4, hospitalizovaný poprvé, dodal: *„Protože pro mě toto prostředí bylo nové, ptal jsem se více než kolega.“* Dotázaní P5, P6 a P8 uvedli, že byli informováni v jídelně. P5 prohlásil: *„Když jsem přišel, sestra mě posadila do jídelny, kde jsem byl sám. Cítil jsem se pohodlně.“* P6 a P8 byly poskytnuty informace též v jídelně, protože na pokoji nebylo soukromí.

Kategorie č. 3 - informace o právech pacientů - pacient i sestra

Pacienti sami doplňovali, že při seznamování se s prostředím byli též sestrou poučeni o svých **právech**. Většina pacientů, kromě P7 a P4, měla podobné odpovědi. Už o právech pacientů z předchozích hospitalizací věděli, ale jejich obsah si nepamatovali. Například P1 odpověděl: *„Na vyšetřovně mě sestra seznámila s právy pacientů. Něco jsem věděl z dřívějšíka. Pamatoval jsem si jen, že mám právo být o všem informován.“* P3 pronesl: *„Po ukázání pokoje a postele jsem byl seznámen s právy pacientů. Bylo to dost rychlé, tak bych je stejně nevyjmenoval.“* P4 jakožto hospitalizovaný poprvé nic netušil o právech pacientů: *„Vůbec jsem netušil, že něco takového existuje. Překvapilo mě, že se mi mají sestry i lékaři představit. Lékaři to občas dělají, ale sestry v odborných ambulancích ne, takže to pro mne byla novinka. Sestra u praktického lékaře je stejná, takže ta se nepředstavuje.“* Na dotaz, zda vědí, že jsou práva vyvěšena na chodbě, pacienti odpověděli většinou kladně, ale četla si je pouze P2.

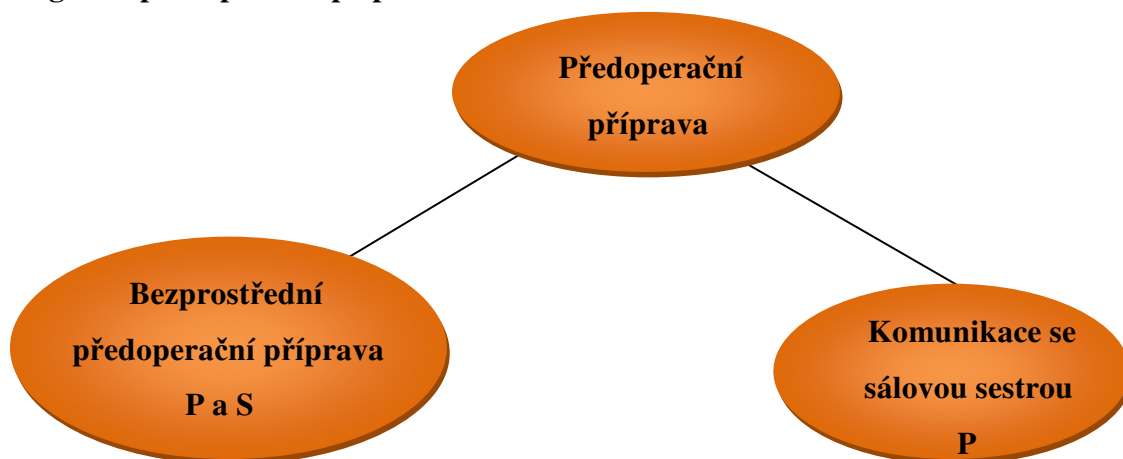
Odpovědi sester ohledně seznamování s právy se poněkud odlišovaly. S4 a S5 vypověděly: „*Pacienty nejprve seznámím s právy a pak teprve s chodem oddělení.*“ Ostatní sestry seznamují pacienty s právy při prohlídce oddělení, podle okolností. Záleží na klidu prostředí, kde se nacházejí. Když neruší ostatní pacienty na pokoji, řeknou jim je v pokoji, někdy v jídelně nebo na vyšetřovně. Většina sester uvedla, že povědomí o právech pacientů není příliš velké. Pacienti se často zmiňují, že o nich nikdy neslyšeli a již hospitalizovaní pacienti si je nepamatují. Občas zaslechnou od pacienta odpověď, že vše dotyčný již zná a nepotřebuje nic vědět. Ale sestry přesto práva zopakují. Upozornění na možnost přečíst si je na chodbě odpovídalo odpovědím pacientům.

Kategorie č. 4 - informace o předoperační přípravě

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie.

1. Informace o bezprostřední předoperační přípravě - pacient a sestra
2. Komunikace se sálovou sestrou před operací - pacient

Diagram: předoperační příprava



První podkategorie se věnuje otázkám souvisejícím s **bezprostřední předoperační přípravou**. Pacient spolupracuje se sestrou při vykonávání činností důležitých v předoperační přípravě. Jsou vykonávány úkony, při kterých lze navodit užší vztah mezi sestrou a pacientem. Použití vhodných komunikačních technik může přispět k uklidnění

pacienta. Seznámení s předoperační přípravou a s konkrétními body přípravy (oholení operačního pole, odstranění laku na nehty, sejmutí šperků, zákaz příjmu tekutin i stravy, vyjmutí zubní protézy, převlečení do nemocničního prádla, navlečení bandáží), proběhlo u všech **pacientů** kromě jednoho dotázaného (P7) téměř stejně. Odlišné odpovědi se u mužů týkaly pouze času oholení břicha. P1 podobně jako ostatní muži vypověděl: „*Před operací jsem dostal od sestry pokyny, které musím před operací dodržet. Sestra se mě ptala, jestli mám oholené břicho, řekla mi, abych si sundal a schoval hodinky, řetízek a zuby. Zuby mám svoje. Dala mi nemocniční prádlo a řekla mi, abych se v den operace ráno umyl a rovnou se převlékl. Jídlo mi zakázala od půlnoci předešlého dne. Dostal jsem také punčochy na nohy. Já s ničím neměl problém, tak jsem se ráno umyl a převlékl.*“ P2 uvedla: „*Den před operací mi sestra zakázala pít, jíst a kouřit. Ráno mi pak přinesla prádlo a punčochy. Sestra mě poslala do sprchy a řekla mi, abych se rovnou oblékla. Musela jsem si sundat prsteny, řetízek, náušnice. Zuby mám svoje, zatím. A také jsem nesměla mít lak na nehtech.*“ P7 prohlásil: „*Když mě přivezli, tak mi sestra sundala oblečení a hodinky, nic jiného jsem na sobě neměl. Peněženku mi někam uložila. Poté mi pomohla se obléct do nemocničního oblečení a oholit břicho. Měl jsem bolesti, tak jsem to nezvládal sám.*“

Co se týče **informací o bezprostřední předoperační přípravě**, zazněly tyto odpovědi **sester**. S1, S2, S3 jakož i S4 shodně uvedly, že bezprostřední příprava je pro ně posledním kontaktem s pacientem před operací. Pro hladký průběh celé operace je významné pacienta dobře připravit. Mají tím na mysli převléci ho do nemocničního prádla, podat premedikaci a zkontrolovat šperky. S3 a S4 kromě toho zdůraznily, že chtějí informace od pacientů zopakovat. S5 prohlásila: „*Při bezprostřední předoperační přípravě kontrojuji hlavně šperky a oblečené nemocniční prádlo. Pacienti musí být perfektně připravení, aby nedošlo k narušení operačního programu a samotné operace. Narušení by mohlo být velice stresující pro pacienta.*“ S6 odpověděla: „*Informace v bezprostřední předoperační přípravě mají, podle mne, velký význam, protože uklidňují pacienta a zároveň jimi kontrojuji přípravu před výkonem.*“ S7 uvedla: „*Někteří pacienti těsně před operací stále nemají představu o tom, co s nimi bude. Bezprostřední příprava je pro ně signálem, že brzy půjdou na operaci a ukončí se tak jejich čekání.*“

S8 vypověděla: *"Když se vcítím do role pacienta, musím si představit, jak těžké je čekání těsně před operací. Proto při bezprostřední předoperační přípravě přikládám velký význam opakování informací o operaci, která každou chvíli nastane."* Z odpovědí vyplynulo, že pacienti jsou dostatečně edukováni sestrami v rámci předoperační přípravy a výpovědi obou skupin respondentů jsou v souladu. Sestry v odpovědích nezdůrazňovaly kompresivní punčochy, zahrnují je ve své mluvě pod pojem nemocniční prádlo. Lze shrnout, že sestry předoperační přípravu využívají ke komunikaci s pacientem, ujišťují se, že pacienti jejich pokynům rozumí, žádají zpětnou vazbu a využívají tento čas k uklidnění pacienta.

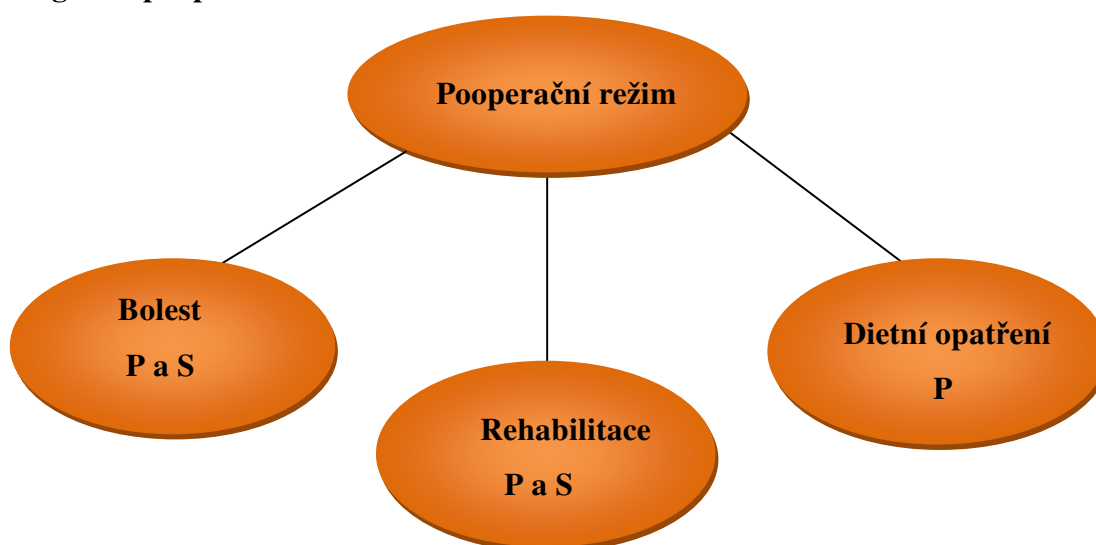
Druhá podkategorie se zabývá komunikací mezi **sálovou sestrou** a pacientem při příjezdu na operační sál. Pacienti popisovali postup zdravotnického personálu, a to pomocného, sálových sester a lékaře téměř totožně. P1 uvedl: *„Při příjezdu na operační sál byla sestra velmi milá. Vysvětlila mi, co mě čeká a pomocí jezdícího pásu mě společně se sanitářem pomohla přesunout na operační lehátko. Lékař mi vysvětloval postup při anestezii, ale už jsem byl dost ospalý, tak si to nepamatuju.“* P2 odpověděl velmi podobně jako P1. P3 pronesl: *„Když jsem jel na sál, chtělo se mi spát, protože jsem dostal injekci před operací. Přešel jsem přes ten pás na operační stůl. Sestra mi ještě něco vysvětlovala, ale už si to nepamatuju.“* P4, P5 a P6 vypověděl: *„Když se se mnou rozloučila sestra z oddělení, přišla jiná a ptala se znovu, jestli nemám nějaké šperky a vyndavací zuby. Pak mě pomohli na ten pás a na lehátko. Píchli mi do ruky hadičku. Pak už nic nevím.“* P7 uvedl: *„Hned, co jsem přijel před sál, kontrolovali mě, jestli nemám šperky. Sestra mi píchla druhou hadičku a lékař mi říkal, co bude následovat. Bylo mi to jedno, chtěl jsem spát a už to mít za sebou.“* P8 řekl: *„Protože jsem dostal injekci, chtělo se mi spát. Tak si pamatuju jen, že mi sestra na sále kontrolovala šperky a zuby.“* Z odpovědí pacientů vyplývá, že vlivem premedikace jsou jejich vzpomínky útržkovité, ale že anesteziologické sestry pacienty před operací kontrolují.

Kategorie č. 5 - informace o pooperačním režimu

Tato kategorie obsahuje tři podkategorie.

1. Informace o použití léků na bolest - pacient a sestra
2. Informace o pohybu na lůžku a rehabilitaci po operaci - pacient a sestra
3. Informace o dietním opatření - pacient

Diagram: pooperační režim



První podkategorie sleduje informace o možnosti použití léků na bolest. U většiny pacientů panovala shoda, že byli informováni o bolesti, která může nastat, a o možnosti říci si o léky na ni. Další informace ohledně bolesti uváděli pacienti odlišné, proto je uvedu postupně. P1 odpověděl: „Sestra i lékař mi řekli o lécích na bolest. Já sám žádné léky neužívám, ale od známého jsem věděl, že je budu potřebovat. Tak mi sestra řekla, abych si o léky řekl a nebál se. Po operaci mi mohou píchnout nějaký silnější.“ P2 vypověděla: „Sestra mi před operací řekla o lécích. O léky jsem si řekla už hned po operaci.“ P3 pronesl: „Léky na bolest mi zdůraznila sestra před operací, řekla mi také, že to ale nemůžu přehánět. Uklidnila mě ale, abych se nebál si o ně říci říct.“ P4 uvedl: „Před operací mi sestra řekla o lécích na bolest. Já věděl, že je budu potřebovat, mám nízký práh bolesti. Řekla mi, abych se nebál si o ně říci. Bolest byla mnohem větší, než jsem předpokládal.“ P5 řekl: „Léky pro na bolest mi zdůraznila sestra před operací,

pak mi řekla, abych se nebál a řekl si o ně. Sestra mi také vysvětlila dávkování.“ P6 zmínil: „Léky na bolest znám samozřejmě už z domova, ale sestra mi připomněla důležitost léků po operaci. Řekla mi, abych se nebál říct o lék na bolest. Já se nebojím a zatím jsem je potřeboval jenom jednou. P7 prohlásil: „Léky na bolest jsem dostal už v sanitce. Po operaci mi sestra řekla, že si mám říct o léky. Doporučila mi, abych tu bolest nezadržoval.“ P8 uvedl: „O lécích na bolest mi řekla sestra hned na počátku hospitalizace. Vysvětlila mi dávkování a abych se nebál o léky si říct. Bolest byla velmi silná a to jsem si myslel, jak hodně vydržím. Lékař u mě nebyl. Bolest jsem vydržel, ale budu si ji dlouho pamatovat.“ Shrnu-li odpovědi pacientů, nebyla sestrami předkládána hodnotící škála bolesti, odpověď o nadbytečném používání léků také nebyla nejvhodnější a lékař se též nedostavil. Ale není známo, zda ho sestra informovala.

Tato podkategorie též zahrnuje odpovědi **sester, zda informují pacienty o možné bolesti**. Sestry shodně uváděly, že již před operací informují o možné bolesti. Odpovědi by se daly shrnout takto: Sestry většinou nechtějí u pacientů zbytečně vzbuzovat obavy z bolesti, ale připomínají pacientům, že se nemají bát po operaci o léky přihlásit, že operační zákrok bolest provází. Některé sestry uvedly, že věnují pozornost mimice pacienta, která jim může bolest napovědět.

Druhá podkategorie souvisí s **pohybem na lůžku a rehabilitací po operaci**. Je totiž důležité, aby pacient vstával přes levý bok a byl seznámen s cviky na obnovu peristaltiky. Předávání informací o rehabilitaci a pohybu na lůžku uvádějí dotázaní následovně. P1 řekl: *„Před operací za mnou byla sestra a vysvětlila mi, jak bych se měl po operaci pohybovat. Chtěla, abych jí ukázal, jak budu vstávat přes bok.“* P2 řekla totéž, navíc uvedla upozornění na užívání hrazdy nad postelí. Téměř totožné odpovědi zazněly u P4, P5 a P6. P3 odpověděl: *„Sestra mi před operací ukázala hrazdu na posteli a vysvětlila mi, k čemu je. Potřeboval bych býval nějaké cviky na odstranění plynatosti.“* P7 prohlásil: *„Když mě přivezli, nebyl na takové věci čas. Všechno mi sestra řekla až po operaci. Pomohla mi vstát přes bok a doporučila mi tu hrazdu.“* P8 sdělil: *„Když byl čas, přišla za mnou sestra a vysvětlila mi vstávání. Pak mi ukázala, jak pracovat s hrazdou a jak vstávat přes bok. Chyběly mi ale ukázky cviků k odstranění*

nafouknutí. “Z odpovědí jasně vyplývá, že pacienti jsou o rehabilitaci a používání hrazdy poučeni, ale cviky k odstranění plynatosti neznají.

K **rehabilitaci se sestry** vyjadřovaly takto: S1 řekla: *„Pacienty seznámím se způsobem používání pomůcek na posteli, které se jim budou po operaci hodit.“* S2 uvedla: *„Než pacient opustí pokoj, ukážu, jak má po operaci vstávat a užívat hrazdy nad postelí, protože mu to pomůže při pooperační rehabilitaci.“* S3 odpověděla: *„S pacientem projdu užití kompenzačních pomůcek.“* S4 zmínila: *„Rehabilitace je důležitá pro rychlé uzdravení, proto pacientovi vysvětlím pohyb na lůžku, aby se po operaci nebál hýbat.“* S5 prohlásila: *„Bez rehabilitace se to neobejde, proto pacientovi vysvětlím užití hrazdy a kompenzační pomůcky.“* S6 pronesla: *„Zeptám se pacienta, jestli ví, jak použít pomůcky na posteli a připomenu mu vstávání přes levý bok.“* S7 stejně jako S8 uvedla: *„Rehabilitaci pacientům připomínám těsně před odjezdem, aby se nebáli potom na posteli pohnout.“* Odpovědi korespondují s odpověďmi pacientů - jedná se pouze o upozornění na vstávání a používání hrazdy.

Třetí podkategorie se zabývá komunikací mezi **nutriční terapeutkou a pacientem** v souvislosti s **pooperační dietou**. Je zřejmé, že tyto informace jsou velmi důležité proto, že správný průběh léčení závisí na dodržování dietního režimu. Potřeba jídla je jednou ze základních potřeb a v tomto případě musí docházet při jejím uspokojování k modifikaci. O stravování v pooperačním období vypovídali dotázaní následovně. P1 uvedl: *„Při rozhovoru s dietní sestrou jsem se podrobně dozvěděl, co a jak budu vařit. Sestra mi zdůraznila, že musím omezit tuky a solení. Byl jsem rád, že mi to někdo vysvětlil.“* P2 sdělila: *„Dietní sestra mi podrobně vysvětlila způsob stravování. Zeptala se mě, co ráda vařím, a řekla mi, co bych měla omezit. Dostala jsem také brožuru s recepty.“* P3 vypověděl: *„Dietní sestra mi řekla, abych se vyhnul tučnému jídlu. Řekla mi, že bych neměl také solit. Brožuru, kterou jsem dostal, jsem předal manželce, která mi upraví domácí jídelníček.“* P4 řekl: *„Dopředu jsem si nastudoval na internetu jídelníček po operaci. Sestra mi pak vysvětlila detaily diety. Pak jsem si prostudoval podrobně brožuru.“* P5 zmínil: *„Dietní sestra mi dala seznam s jídlem, které bych měl jíst. Doma jsem si již četl nějaké rady, ale setra mi dala podrobnější. S omezením stravy*

jsem počítal. Dostal jsem také informace o nemocniční dietě, která bude neslaná a bez tuků.“ P6 pronesl: „Sestra, která přišla s brožurou o jídle, mi řekla, že musím omezit tuky a neměl bych tolik solit. Doporučila mi jídla z brožurky. Manželka mi také oznámila, že bude vařit podle brožury.“ P7 prohlásil: „Protože to bylo strašně narychlo, prakticky všechno o dietě jsem se dozvěděl až po operaci. Dostal jsem tu brožuru. A jako jídlo jen neslanou polévku. Sestra mi řekla, že budu mít takovou stravu několik dní.“ P8 poznamenal: „Na jídlo v nemocnici mě sestra upozornila jako první. Pak mi dala brožuru s jídly. Doporučila mi omezení solí a tuků. Mluvila také s manželkou, která byla zrovna na návštěvě.“ Z odpovědí vyplývá, že edukaci nutriční terapeutky hodnotili pacienti velmi pozitivně. Obdrželi pro ně užitečné informace ohledně stravování, dokonce byli překvapeni i pestrými jídelníčky. Přístup nutriční terapeutky jim pomohl vyrovnat se s uspokojováním této změněné potřeby.

Kategorie č. 6 - spokojenost pacienta - pacient a sestra

Na otázku, jak ovlivnily předoperační informace vaši spokojenost, odpověděli dotázaní takto. P1 uvedl: *„Když mi sestra řekla všechny důležité věci, tak jsem se ani tolik nebál. Doplnilo mi to mezery, které jsem měl. Cítil jsem se klidněji, ale samozřejmě nějaký ten strach tam bude pořád.“* P2 prohlásila: *„Bezpečněji jsem se cítila, když jsem věděla, co mě čeká. Sestra mi vše vysvětlila do podrobností a já viděla, že opravdu rozumí tomu, co dělá. Cítila jsem se v klidu.“* P3 odpověděl: *„Před nástupem jsem měl velké pochybnosti, ale když mi sestra a lékař vše znova vysvětlili, pochopil jsem, že obavy nejsou na místě a cítil jsem se v pohodě.“* P4 vypověděl: *„Byl jsem vystrašený, když jsem nastoupil. Po chvíli to ze mě ale spadlo, když jsem viděl, jak jsou všichni milí a hodní. Poznal jsem, že zde pracují opravdu odborníci.“* P5 sdělil: *„Když jsem věděl, co mě čeká, byl jsem hned klidnější, protože kolem mě byli opravdoví odborníci. Přístup zdravotnického personálu se nedá srovnat s dobou před dvaceti lety. Nastalo velké zlepšení v komunikaci, tehdy jsem nevěděl, co se mnou bude a byl jsem velmi nervózní.“* P6 pronesl: *„Hned po nástupu to ze mě spadlo. Cítil jsem se v těch nejlepších rukou. Vybavil se mi pobyt v nemocnici asi v roce 1991, na který asi nikdy*

nezapomenu, protože komunikace s námi pacienty nebyla žádná.“ P7 řekl: „Když mě přivezli, bylo mi to jedno. Byl jsem rád, že se o mě někdo postará, ale cítil jsem obrovskou úlevu.“ P8 prohlásil: „Že jsem v těch nejlepších rukou, jsem poznal hned. Sestra byla milá a vše mi hned řekli, takže jsem věděl, co mě čeká. Dodalo mi to pocit klidu a bezpečí.“ Pacienti hodnotí pozitivně odborný přístup sester a způsob, jakým jim informace předávají.

Z odpovědí sester o vlivu podaných předoperačních informací na pacientův **pocit jistoty a bezpečí** vyplývá, že podané informace uspokojí poznávací potřeby pacienta týkající se jeho zdravotního stavu. Některé sestry trápí nedostatek času na komunikaci s pacientem. S1 uvedla: „Ze zkušeností vím, že pacienti mají před operací velký strach, proto si myslím, že dobře předané předoperační informace dají pacientovi pocit jistoty a bezpečí.“ S2 reagovala velmi podobně. S3 odpověděla: „Byla jsem svědkem toho, jak se z nerozvážných a nervózních pacientů stali po předání předoperačních informací, klidní a ukáznění pacienti. Měli jenom strach, protože nevěděli, co je čeká. Předoperační informace jim dodaly pocit jistoty.“ S4 zmínila: „Někteří pacienti se mnou nespolupracovali, poté, co jsem je obeznámila s předoperačními informacemi, spolupráce s nimi byla daleko jednodušší. Asi jim předoperační informace pomohly získat pocit bezpečí.“ S5 sdělila: „Většina pacientů se mne při nástupu na oddělení ptá, co je čeká. Když mám okolo sebe hodně další práce, nestíhám jim odpovídat. Proto je pro mne velké usnadnění, když klient je již seznámen s předoperačními informacemi. Chápu jejich strach, když neví, co je čeká, nemohou mít pocit jistoty a bezpečí.“ Podobná odpověď byla zaznamenána i od sestry S7. S6 prohlásila: „Pro mne je velmi důležité to, jak se pacient v nemocnici cítí. Chci, aby se cítil v bezpečí a měl jistotu v sám sobě, ale i v nás. Musí nám věřit, jinak je práce s ním pro mne velmi náročná.“ S8 odpověděla: „Pamatuji si z dětství z mého pobytu v nemocnici, jak pro mne byly předoperační informace velmi důležité. Cítím a vidím to tak i u mých pacientů. Po předání informací jsou klidnější. Řekla bych, že mají nadhled nad situací. To jim pomáhá získat pocit bezpečí, alespoň v takové míře, jaké to je možné.“

Sestry se shodly na celkové spokojenosti pacientů, protože dostatek informací, které pacienti obdrží, vede ke zdárnějšímu průběhu pooperačního období. Pacienti sami

sestrám uvádějí, že nečekají takovou ochotu komunikovat. Při odchodu do domácího ošetřování se většina pacientů usmívá, se sestrami se přichází rozloučit a poděkovat jim za péči při pobytu v nemocnici. Informace dle sester oceňují i rodinní příslušníci.

6 Diskuse

V následující kapitole bych se pokusil shrnout výsledky výzkumného šetření a pokusil se je dát do souvislosti s teoretickou částí práce. Výzkumné šetření proběhnuvší v rámci této práce bylo uskutečněno s pacienty po operaci žlučníku na chirurgickém oddělení a se sestrami pečujícími o tyto nemocné. Chtěl bych připomenout, že získané poznatky jsou typické pouze pro toto výzkumné šetření, nelze je proto zobecňovat.

Cílem výzkumného šetření bylo objasnit skutečný význam předoperačních informací pro pacienta po operaci, které dostává od sester, a zároveň zjistit názor sester na význam předoperačních informací podaných pacientovi před operací v pooperačním období. V souvislosti s vyhodnocením odpovědí získaných z rozhovorů s dotázanými pacienty po operaci a sestrami pečujícími o tyto nemocné, byla hledána odpověď na první i druhou výzkumnou otázku: 1. Jaký význam mají pro nemocného informace v pooperačním období, které dostane před operací od sestry? 2. Jak sestry hodnotí význam podávání informací nemocným před operací pro jejich pooperační období?

Všem dotázaným pacientům s onemocněním žlučníku byly kladeny otázky související s jejich onemocněním, následným operačním výkonem, hospitalizací, stravovacím režimem, rehabilitací. Z výzkumného šetření vyplynulo, že percepce předoperačních informací souvisí s počtem hospitalizací jednotlivých pacientů. P4, který byl v nemocnici poprvé, přijímal informace odlišně než vícekrát hospitalizovaní pacienti. Činil více dotazů. Zvláštní přístup byl u pacienta P7, který jako jediný z dotazovaných pacientů nebyl přijat k plánované operaci žlučníku. Pacient P7 byl přivezen zdravotnickou záchrannou službou ve večerních hodinách. Důvodem k zásahu zdravotnické záchranné služby byly silné bolesti břicha pacienta po konzumaci velmi tučné stravy. Výkon byl proveden neplánovaně, proto se jeho odpovědi odlišují od ostatních. Předoperační informace P7 byly omezeny na nejnutnější úkony, jak o tom hovoří Skalická (2007).

V další části této kapitoly bylo postupováno při vyhodnocení poznatků dle kategorizace. Objasnění důvodů operace přímo souvisí s uspokojením poznávací potřeby pacienta mít dostatečné informace o onemocnění, jeho příčinách a možnostech

léčby, jak popisuje Bártlová (2005). Informace o prvních důvodech zákroku pacienti popisovali různě. Z jejich odpovědí vyplývá, že sestra o důvodech zákroku neinformuje, pacienti většinou odkazují na praktické lékaře, jejichž informace považují za dostatečné. Praktický lékař si vyžádá často další odborná vyšetření. Někteří pacienti získali informace v chirurgické ambulanci.

Dále směřovaly dotazy k průběhu operačního zákroku. Pacientům byla položena otázka zaměřující se na vysvětlení průběhu operačního zákroku. Všichni pacienti kromě P7 shodně uvedli audiovizuální vysvětlení operačního zákroku s komentářem lékaře. Sestra jim předávala informační brožury. Jako příklad uvádím sdělení P1: *„Na vyšetřovně mi sestra pustila video z operace na velké dotykové tabuli. Byl mi lékařem a sestrou vysvětlen postup operace. Sestra mi ještě předala obrázkovou brožuru s popisem operace.“* Jediný P7 vzhledem k akutní operaci neměl poskytnuty informace výše popsáním způsobem. Ostatní pacienti podle svých slov dobře porozuměli průběhu operace. Jejich výpovědi potvrdily tvrzení Janíkové a Zeleníkové (2010) o vhodné informační metodě, která pomůže pacientovi pochopit operační zákrok.

Pacienti obdrželi od sester potřebné informace doplňující vysvětlení operačního zákroku. Shodli na efektivní komunikaci se sestrami. Sestry naslouchaly jejich dotazům a klidným hlasem zopakovaly informace již pronesené lékařem. Zároveň zdůraznili, že příjemné vystupování sestry při podávání doplňujících informací je mile překvapilo a zlepšovalo jejich náladu. Tyto poznatky korespondují s názory Křivohlavého a Pečenkové (2004). P1 a P6 uvedli, že měli před hospitalizací obavy z nedostatečné informovanosti. Tento pocit u nich přetrval z doby poslední hospitalizace přibližně před dvaceti lety a tato změna v přístupu k podávání informací ze strany zdravotnického personálu byla hodnocena velmi pozitivně. Analýza rozhovoru zaměřeného na podání předoperačních informací s pacientem v pooperačním období potvrdila zkušenosti Baldiniho a Caldoriho (2015), že správná komunikace s pacientem v předoperačním období má velký dopad na období pooperační. V souvislosti s očekáváním pacientů na chování sestry P1 uvedl: *„Očekával jsem, že mi sestra řekne, co bude následovat. Moje očekávání se vyplnilo.“* Ostatní pacienti odpověděli v podobném smyslu. Pacienti tedy

nemají důvod k obavám z nevědomosti, protože sestry předávají dostatek základních informací hned od prvního kontaktu s pacientem.

Sestry se shodly na důležitosti včasného podání předoperačních informací pacientovi. Včasné podání ovlivnilo spolupráci s pacienty a jejich psychickou pohodu. S2 dodala: „*Je pro mě velice důležité předat pacientovi všechny potřebné informace. Cítím v tom svou velkou zodpovědnost. Kdybych tak neučinila, cítila bych se špatně, protože se vždy snažím vcítit do pozice pacienta.*” Sestry cítí velkou zodpovědnost vůči pacientům za jejich povědomí o operaci. Sestra S8 uvedla velmi často v odpovědích vcítění se do pacienta z vlastní zkušenosti. Tento empatický přístup je velkým přínosem pro péči. Myšlenku důležitosti vcítění se do pocitů pacienta popisuje Křivohlavý a Pečenková (2004).

Usnadnění komunikace s pacientem při poskytnutí předoperačních informací o průběhu hospitalizace označily S1 až S8 za velmi významnou součást ošetrovatelské péče. Pacient, který je podle sester informován, je klidnější, je uspokojena jeho poznávací potřeba mít informace o průběhu operačního zákroku. Pacient je vyrovnanější, má dostatek času na vstřebání informací a lépe se s ním spolupracuje. Odpovědi sester souhlasí i s odpověďmi pacientů, kteří se vyjádřili ve velmi podobném smyslu. Praxe potvrzuje názory Křivohlavého (2015), Gulla (2012) a Kutnohorské (2009) o nutnosti efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem.

Povědomí pacientů o nutnosti podepsání informovaného souhlasu s operací nebylo jednoznačné. Několikrát hospitalizovaný pacient o souhlasu věděl velmi dobře, ale dotázaný pacient s první hospitalizací netušil, co se pod pojmem informovaný souhlas skrývá. Z odpovědí pacientů P1 a P3 bylo patrné, že neměli dostatečnou dobu na prostudování dokumentu. Pacienti byli obeznámeni s problematikou, ale tištěný text s informovaným souhlasem četli jen velmi málo. Část informací poté zapomněli. To koresponduje s názorem Honzáka (1999), že pacient často třetinu informací zapomene. P2, P4, P5, P6, P8 měli sice více času na prostudování informovaného souhlasu a na seznámení s informacemi o operačním zákroku, ale přesto by byli rádi, kdyby obdrželi kopii a mohli si vše v klidu na pokoji pročíst. Na jejich dotazy jim sestry sice zodpověděly, ale měli pocit, že je obtěžují, protože je sestry občas odkazovaly na

informace od lékaře. Praxe ukazuje, že by bylo vhodné, jak doporučuje Haškovcová (2007), vyhotovit kopii informovaného souhlasu pacientovi. P7 pro akutní stav nevěnoval souhlasu pozornost.

V souvislosti s výzkumnými otázkami jsem se zaměřil na seznámení pacientů sestrou s oddělením a jeho režimem. Pacienti ocenili vstřícný přístup sester při prohlídce oddělení, poté se cítili při hospitalizaci bezpečně, jako udává Hamlin et al. (2010). P7 nebyl seznámen s oddělením před operací pro noční příjezd. Sestry se též shodly, že je důležité seznámit pacienty s chodem oddělení, i když někteří jeho chod znali již z předchozích hospitalizací. S1 a S2, sestry s dlouhodobou praxí, sdělily, že při těchto činnostech se pacienti rádi svěřují se svými osobními záležitostmi a často hovoří o rodině. Je dle nich důležité pacienty vyslechnout, aby neztratily jejich důvěru a pacienti nenabýli pocitu, že jim na nich nezáleží. O tomto přístupu hovoří taktéž Křivohlavý a Pečenková (2004) a Bártlová (2005). Sestry trápí, že kvůli mnoha dalším povinnostem se nemohou při seznamování s prostředím pacientům věnovat delší dobu, jak by si někteří asi představovali.

Překvapením pro mě byla neznalost práv pacientů některými dotázanými. P4, poprvé hospitalizovaný, například vypověděl: „*Po prohlídce oddělením mě sestra seznámila s právy pacientů, o kterých jsem ani nevěděl.*“ Toto zjištění odhalilo nedostatečnou informovanost veřejnosti o právech pacientů. Ostatní pacienti sice o právech věděli, ale pamatovali si jen některá. Z odpovědí sester též vyplynulo, že povědomí o právech pacientů je nedostatečné.

V rámci mapování vlivu soukromí na pocit bezpečí při předávání předoperačních informací bylo zjištěno, že sestry věnují značnou pozornost zachování soukromí pacienta. Dotázaní odpověděli, že jim sestry vycházely vstříc a snažily se zajistit soukromí, aby měli prostor pro případné dotazy. P3 a P4 sice odpověděli, že je sestra informovala oba společně, ale bylo tak učiněno po předchozím souhlase obou, i když P4 potřeboval další vysvětlení, protože byl hospitalizovaný poprvé. Společné informace oba dotázaní vřele přijali a naznačili uvolnění napětí před operací. Postup sestry dokládá správnou teorii podle Leino-Kilpi (2000). Zároveň je potvrzena domněnka Patricie Potter et al. (2013), že dodržování soukromí patří k základním pravidlům.

Odpovědi pacientů na průběh předoperační přípravy se příliš nelišily. Kromě P7 byli pacienti s dostatečným předstihem informováni o jednotlivých krocích přípravy. Sestra pacienty správně poučila o odložení šperků a zubních protéz. Pacienti mužského pohlaví byli požádáni o oholení břicha. Pouze pacient P7 pro bolest tuto činnost nezvládl, proto ji vykonala sestra. Pacientka P2 byla požádána o odlakování nehtů. Všichni se shodli, že předoperační příprava byla vysvětlena srozumitelně. Informace o zákazu jídla, pití a kouření byla pacientům řečena večer před operací. Postup sester se shoduje s doporučením Schumpelicka (2013). Pacient P7 nebyl poučen, protože byl operován v krátké době po příjezdu do nemocnice. Pacient P7 uvedl, že všechnu potravu vyzvracel ještě doma. Bezprostřední předoperační příprava probíhala opět velmi podobně u pacientů P1 - P6 a P8. Sestra ráno dotázaným přinesla punčochy s operačním prádlem a nařídila jim, aby se vysprchovali. Dotázaný P7 hygienu nezvládl, proto byla provedena pouze základní hygiena sestrou. Důležitost provádění předoperační hygieny, jak ji udávali pacienti i sestry, je popisována Vodičkou (2014). Všem pacientům sestra nařídila, aby se pokusili na toaletě vyprázdnit. Vyprázdnění usnadní práci operatérovi a ušetří pacienta dalších výkonů, jako je cévkování nebo klyzma, jak uvádí Valenta (2007). Předoperační informace týkající se bezprostřední předoperační přípravy mají podle zkušeností sester pro pacienty uklidňující význam. Využití času ke komunikaci při podávání tohoto druhu předoperačních informací, při vykonávání předoperačních činností a současná kontrola předoperační přípravy jsou velice přínosné pro zklidnění pacienta před odchodem na sál a svědčí o empatickém přístupu sester.

Komunikace pacientů se sestrou na operačním sále před operací byla u všech pacientů obdobná, ale většina si na ni pamatovala velmi málo. Tento stav přisuzovali podané premedikaci. Na operačním sále s nimi komunikovala sálová sestra, lékař a pomocný personál. Pacientům byla vysvětlena přeprava na operační lůžko pomocí přepravního pásu. Shodně odpověděli, že zaznamenali komunikaci s anesteziologem, který jim vysvětlil způsob usnutí. Sestře se dotazovala na jméno a kontrolovala, jestli nemají náhradní zuby a šperky. Komunikace na sále probíhala tak, jak popisuje Čoupková a Slezáková (2010) a Jedličková (2012). Rozhovor s anesteziologickou sestrou nebyl předmětem tohoto výzkumného šetření.

Pacienti měli informace o lécích na bolest, s výjimkou P7, již před operačním výkonem. Sestra všem pacientům před zákrokem vysvětlila užití léků na bolest a jejich účinky. Všem dotázaným bylo řečeno sestrou, aby neměli strach si o léky říci. Řada pacientů se totiž stydí o ně požádat, jak říká Janíková a Zeleníková (2013). P1 až P8 vyjádřili uspokojení nad informací, že mohou dostat léky na bolest, protože se bolesti obávali. Zároveň byli velmi rádi, že jim sestra pokaždé věřila jejich bolest. Pacienti očekávali, že může nastat bolest po operaci, ovšem P4 a P8 byli zaskočeni její intenzitou. Odpovědi sester byly souhlasné s odpověďmi pacientů. Seznamují pacienty s předpokládanou bolestí a snaží se vyčíst bolest podle výrazu obličeje. Výzkumné šetření v tomto bodě ukázalo na nedostatky v informovanosti pacientů o možné vyšší intenzitě bolesti. Jak uvádí Honzák et al. (2006), je možné využít určité způsoby měření bolesti a projevení zájmu o bolest i touto formou může mít terapeutický účinek.

Pohyb na lůžku v pooperační době pacienti trénovali již před operací. Sestra pacientům vysvětlila způsob pohybu na lůžku a funkci jednotlivých pomůcek u lůžka. Důležitost užití kompenzačních pomůcek propaguje Zeman a Krška (2011). P3 a P8 by uvítali cviky na odstranění plynatosti, jak o nich hovoří Ferko et al. (2015). V této otázce bych též viděl možnost zlepšení, všeobecně sestry sice pacienty o pohybu na lůžku a rehabilitaci informují, ale nevěnují dostatek času nácviku a ujištění se, že pohyb dotyčný zvládne. Jak hovoří Bártlová (2005) a Potter et al. (2013), aktivizace pacienta a obnovení jeho soběstačnosti přispívá k urychlení léčby. Cviky na odstranění plynatosti nejsou též pacientům ukazovány.

Dietní úpravu stravy probírali pacienti s nutriční terapeutkou, která si každého dotázaného sama vyhledala. Pacienti zejména ocenili letáky se seznamem vhodných a nevhodných potravin a možné příklady jídelníčků, protože někteří se zbavili obav, že nebudou moci jíst pestrou stravu a že nebudou odkázáni jen na rohlíky a čaj. I když označili nemocniční stravu za jídlo bez chuti, smířili se s ní, protože věděli podle informací nutriční terapeutky, že je to strava přechodná. Bylo jim ale zřejmé, že úprava jejich jídelníčku bude nutná, nechtějí-li se vyhnout potížím. Nutnost změny postoje pacientů ke stravě popisuje v modifikovaných potřebách Bártlová (2005) a na základě

odpovědí, které mi byly poskytnuty, mohu konstatovat, že pacienti se se změnou v přístupu k uspokojování této potřeby vyrovnali.

Všem pacientům sestry svým přístupem navodily pocit bezpečí. Pacienti označili přístup zdravotnického personálu za výborný, P5 a P6 ho porovnávali s předchozími hospitalizacemi a zaznamenali značné zlepšení, ocenili ochotu sester s nimi komunikovat a působily na pacienty velice odborně. Dotázaní vypověděli, že se cítili v těch nejlepších rukách. Tento pocit pacientů potvrzuje názory Janáčkové a Weisse (2008) a Křivohlavého (2015) o nutnosti odborného a empatického přístupu sester. Při hodnocení vlivu předoperačních informací na celkovou spokojenost pacienta sestry shodně uvedly, že dostatečné informace jsou rozhodující pro psychickou pohodu pacienta, uspokojí poznávací potřeby týkající se jejich zdravotního stavu, pacienti lépe spolupracují a rychleji se uzdravují.

7 Závěr

Bakalářská práce je zaměřena na zjištění významu předoperačních informací pro nemocného po operaci. Ke splnění cíle práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenty byli pacienti po operaci žlučníku a sestry o ně pečující z téhož chirurgického oddělení. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2017. Po analýze získaných informací byla provedena jejich kategorizace.

Než uvedu výsledky výzkumného šetření, chtěl bych podotknout, že jsem předpokládal většinu odpovědí na otázky týkající se edukační činnosti ze strany zdravotnického personálu pozitivních. To se mi také potvrdilo. Nebylo však prováděno kvantitativní šetření formou hypotéz s dostatečným počtem respondentů, proto tyto výsledky dle mě nelze zobecňovat.

Na základě analyzovaných dat z poskytnutých rozhovorů lze na výzkumné otázky odpovědět následně. Pacientům jsou poskytovány informace o příčinách onemocnění, operačním výkonu, o předoperační a pooperační péči, o chodu oddělení, jejich právech, o dietních opatřeních, o rehabilitačním režimu. Při vyhodnocování výsledků bylo přihlíženo k tomu, jak jsou uspokojovány specifické potřeby pacienta. Pacienti umí využít předané informace, ale je třeba efektivní komunikace se sestrami. Dostatek informací poskytovaných zdravotnickým personálem snižuje obavy z léčby, naplňuje jejich poznávací potřebu znát co nejvíce o svém zdravotním stavu a navozuje v nich pocit bezpečí. Téměř všichni pacienti hodnotili většinu předávaných předoperačních informací kladně. Pacienti oceňují též respektování soukromí, a to v souvislosti s místem poskytování informací.

Sestry komunikují s pacientem v co nejvyšší míře. Zastávají názor, že je nutné pacientům podávat včas dostatek informací, aby měli pacienti přehled o dění, které se týká přímo jich samotných. Podávané předoperační informace jim usnadňují spolupráci s pacientem po operaci a snižují stres ve vypjatých situacích. Sestry se snaží při edukační činnosti vcítit do role pacienta, který potřebuje sociální kontakt, a hovoří s ním o jeho osobních a rodinných záležitostech. Tento prostor se jim nejvíce nabízí při

seznamování s chodem oddělení a bezprostřední předoperační přípravě, kdy tráví s pacientem více času. Považují to za důležité kvůli tomu, aby pacient získal pocit, že je tu sestra pro něj. Ale sestry při pracovní vyčerpání trápí nedostatek času k individuálnímu kontaktu s pacientem.

Za velmi pozitivní lze uvést edukační činnost ohledně dietních opatření, protože představy pacientů o dalším stravování byly často zkreslené. Informace o vhodných a nevhodných potravinách a příklady možných jídelníčků ve formě letáků jsou pacienty velmi oceňovány a rozptylují jejich obavy, jak se budou bez žlučníku stravovat.

Z odpovědí sester i pacientů vyplynulo, že je malé povědomí veřejnosti o právech pacientů. V médiích se objevuje snaha před sledovanými pořady diváky vzdělávat v různých oblastech, dle mého názoru by krátká televizní osvěta zaměřená na práva pacientů neškodila.

Jsem přesvědčen, že by bylo vhodné pacientovi pořídit kopii informovaného souhlasu. Pacient sice v daném momentě souhlas podepíše, sdělí lékaři, že všemu rozumí, ale po krátké době zjistí, že část informací zapomněl. Má-li strach požádat sestru o doplňující informace, provázejí ho obavy, jak bude operační zákrok probíhat. V případě poskytnuté kopie informovaného souhlasu by se pacient s informacemi v klidu mohl seznámit.

Určité nedostatky bych viděl v nedostatečné informovanosti ohledně možné vyšší intenzity bolesti. Domnívám se, že by bylo možné využít k vyhodnocení bolesti analogovou stupnici bolesti u pacientů, kteří si stěžují na silnější bolest. Myslím si, že je dobré se těmto pacientům více individuálně věnovat, například uklidnit je dotykem a o bolesti informovat lékaře. Je dobré, aby měli pocit, že je tato situace řešitelná. Bolest často souvisí s nedostatečně obnovenou peristaltikou střev. Mé další zjištění bylo, že pacienti nejsou seznámeni s cviky na odstranění nadýmání. Sestra na oddělení sice o pohybu na lůžku a o užívání kompenzačních pomůcek po operaci informuje, ale vzhledem k své vyčerpání se nemůže déletrvající rehabilitační činnosti věnovat.

Doporučoval bych, ale je to můj osobní názor, doplnit do dotazníku, o jehož vyplnění jsou požádáni pacienti při ukončení hospitalizace, otázky, které se vztahují k negativním zjištěním.

8 Seznam zdrojů

- BAJČEV, G., 2014. *Zabolyavaniya na gürdata pri müzhe*. Sofiya: Spektr. 108 s. ISBN 978-9-549-21339-3.
- BALDINI, A., CALDORA, P., 2015. *Perioperative medical Management for Total Joint Arthroplasty: How to Control Hemostasis Pain and Infection*. 2. vydání, Berlin: Springer. 215 s. ISBN 978-3-319-07202-9.
- BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BECKER, H. D., 2005. *Chirurgická onkologie*. Praha: Grada. 880 s. ISBN 80-247-0720-9.
- CZUDEK, S., 2009. *Jednodenní chirurgie: One-day surgery : se souborem vybraných miniinvazivních operací na DVD*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-1786-9.
- ČOUPKOVÁ, H., SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- DOBIÁŠ, V., 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4571-8.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA. *Před operací*. Fno.cz [online]. ©Fakultní nemocnice Ostrava 2009 [cit. 2016-09-01]. Dostupné z <http://www.fno.cz/kadiochirurgické-centum/pred-operací>.
- FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
- GULLO, P. M., 2012. *Governo clinico e medicina perioperatoria organizzazione, formazione, performance, eccellenza*. Italy: Springer. 355 s. ISBN 978-8-847-02793-0.
- HAMLIN, L., RICHARSON-TENCH, M., DAVIES, M., 2010. *Enfermería periperatoria: Texto introductorio*. Mexico: Manual Moderno. 320 s. ISBN 978-607-448-039-9.
- HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. vydání. Praha: Galén. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.
- HONZÁK, R., 2006. *Základy psychologie*. Praha: Galén. 132 s. ISBN 80-246-1138-4.

- JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 136 s. ISBN: 978-80-7367-477-9.
- JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- JEDLIČKOVÁ, J., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3.vydání. Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J., 2015. *Pozitivní psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-262-0978-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LEINO-KILPI, H., 2000. *Patient's autonomy, privacy, and informed consent*. Washington, DC: IOS Press. 176 s. ISBN 158-603-039-6.
- LEWIS, S. L., DIRKSEN, S. R., HEITKEMPER, M. M., BUCHER, L., 2013. *Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems*. Ninth edition. 1701 s. ISBN 978-032-308-678-3.
- PILNÝ, J., SLODIČKA, R., 2011. *Chirurgie ruky*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-3295-4.
- POTTER, P. A., PERRY, A. G., HALL, A., STOCKERT, P. A., 2016. *Fundamentals of nursing*. Ninth edition. 1392 s. ISBN 978-032-332-740-4.

- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-57889.
- SCHEIN, M., ROGERS P. N., 2011. *Urgentní břišní chirurgie: Schein's common sense emergency abdominal surgery*. Praha: Grada. 448 s. ISBN 978-80-247-2357-0.
- SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
- SCHUMPELICK, V., 2013. *Chirurgie - stručný atlas operací a výkonů*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-4531-2.
- SKALICKÁ, H., 2007. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. Praha: Grada. 147 s. ISBN 978-80-247-1079-2.
- ŠVÁB, J., et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. 205 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, J., 2007. *Základy chirurgie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 978-80-726-2403-4.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-1262-8.
- VODIČKA, J., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. doplněné vydání. Praha: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
- VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1190 s. ISBN 978-80-734-54562.
- VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 320 s. ISBN 978-80-7367-387-1.
- Zákon č. 373/2011 Sb., o Specifických zdravotních službách ve znění zákona č. 167/2012 Sb., 2013. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 22, s. 362-76. ISSN 1211-1244.

ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

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

9 Seznam příloh

Příloha č. 1 - návrh otázek k rozhovoru s pacienty

Jaký je váš věk?

Pokolikáté jste hospitalizován?

Kdo vás jako první informoval o důvodech operace?

Co jste očekával od sester vzhledem k doplnění předoperačních informací?

Jak byste zhodnotil komunikaci sester?

Jak vás seznámila sestra s oddělením, jeho chodem a právy pacientů?

Kdo a jak vás seznámil s průběhem operačního zákroku?

Kdo a jak vám předal informovaný souhlas s operací?

Jak na vás působilo prostředí při předávání informací?

Jak s vámi komunikovala sálová sestra po přijetí na operační sál?

Jak jste byl seznámen s bezprostřední předoperační přípravou (oholení operačního pole, sejmutí šperků, zákaz příjmu tekutin a stravy, vyjmutí zubní protézy, převlečení do nemocničního prádla, navlečení bandáží)?

Co jste se dozvěděl o stravování v pooperačním období?

Jak jste byl informován o možnosti použití léků na bolest?

Kdo a jak vám předal informace o rehabilitaci a pohybu na lůžku?

Jak ovlivnily předoperační informace vaši celkovou spokojenost?

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 - návrh otázek k rozhovoru se všeobecnými sestrami

Jak dlouhá je vaše praxe?

Jaké je vaše vzdělání?

Jak je pro vás včasné předání předoperačních informací nemocnému důležité?

V jakém směru vám usnadní podané předoperační informace komunikaci s pacientem?

Jaký vliv přikládáte seznámení s prostředím a s právy pacientů?

Jaký vliv mají podle vás podané předoperační informace na pacientův pocit jistoty a bezpečí?

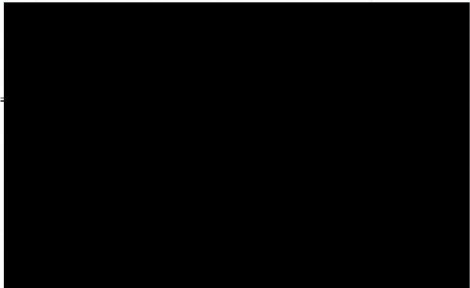
Jaký význam přikládáte bezprostřední pooperační přípravě?

Jak informujete pacienta o pohybu na lůžku a rehabilitaci po operaci?

Informujete pacienta o možné bolesti po operaci?

Jak byste zhodnotily předoperační informace vzhledem k celkové spokojenosti pacienta po operaci?

Zdroj: vlastní



Dobrý den paní [REDACTED],

jmenuji se Ondřej Strnad a jsem studentem 3. ročníku bakalářského oboru Všeobecná sestra na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Touto cestou bych [REDACTED] nemocnici chtěl požádat o povolení výzkumného šetření v rámci mé bakalářské práce. Téma bakalářské práce je Význam předoperačních informací pro nemocného po operaci. Šetření proběhne formou rozhovorů s 8 pacienty na chirurgickém oddělení [REDACTED] a zároveň s 8 sestrami na těchto odděleních. Zaručuji plnou anonymitu a informovanost všem zúčastněným. Pro pacienty i sestru je připraven souhlas. Sběr informací bude probíhat pomocí zápisů.

Věřím v kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem O. Strnad



Strnad Ondřej



[Handwritten signature]

10 Seznam použitých zkratek

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

EKG - elektrokardiografie

JIP - jednotka intenzivní péče

P1/8 - pacient

RTG - rentgenové vyšetření

S1/8 - sestra

VAS - vizuální analogová škála

ALT - alaninaminotransferáza

AST - aspartátaminotransferáza