



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Plánovaný chirurgický výkon z pohledu pacienta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Pavla Karšulínová

Vedoucí práce: Mgr. Kristýna Toumová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Plánovaný chirurgický výkon z pohledu pacienta*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2018

Poděkování

Děkuji Mgr. Kristýně Toumové za pomoc, cenné rady, trpělivé vedení a čas, který mi věnovala při vedení mé bakalářské práce.

Plánovaný chirurgický výkon z pohledu pacienta

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na plánovaný chirurgický výkon z pohledu pacienta. Plánované výkony znamenají pro pacienty mnoho nových zkušeností a informací. Je tedy vhodné pacienta na takový výkon co nejlépe připravit. Práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a empirickou. Teoretická část je zaměřena na chirurgický výkon, předoperační přípravu, intraoperační ošetrovatelskou péči, edukaci pacienta před výkonem, komunikaci sestry s pacientem, pooperační péči a spolupráci s rodinou. Empirická část osahuje výzkumné šetření.

Empirická část má jeden cíl: Zmapovat subjektivní připravenost pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu. Pro dosažení tohoto cíle byly stanoveny 3 výzkumné otázky. 1. Jak pacient hodnotí sesterskou edukaci před plánovaným chirurgickým výkonem? 2. Jaká jsou očekávání pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem? 3. Jaké jsou zkušenosti pacienta po absolvování plánovaného chirurgického výkonu?

Ke zpracování empirické části bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Základem sběru dat byly polostrukturované rozhovory s pacienty podstupujícími plánovaný chirurgický výkon. Při rozhovoru pacienti odpovídali na 17 otázek, rozhovor byl rozdělen na dvě části, pacienti odpovídali na otázky před i po výkonu. Rozhovorů se celkem zúčastnilo 9 pacientů. Z výsledků vyplynulo, že všichni dotazovaní pacienti, byli k plánovanému chirurgickému výkonu pomocí předoperační edukace sestrou vhodně připraveni. Před svým chirurgickým výkonem byli poučeni sestrou na operačním oddělení, která jim poskytla edukaci o ošetrovatelské péči vztahující se k výkonu a někteří pacienti byli edukováni i sestrami v ambulancích. Všichni pacienti odpověděli, že byli s přístupem a komunikací sester spokojeni. Od sester pacienti očekávali profesionální a vstřícný přístup a potřebnou péči.

Výstupem z práce bude odborný článek, který bude informovat o nutnosti edukace pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem.

Klíčová slova:

edukace; komunikace; předoperační příprava; plánovaný chirurgický výkon

Planned surgery from patient's point of view

Abstract

The present bachelor's thesis deals with planned surgical procedure from a patient's point of view. Planned surgical procedures include unfamiliar experiences and information for the patients. A proper preoperative patient teaching is, thus, advisable. The thesis is divided into two sections: a theoretical and a practical section. The theoretical section focuses on surgical procedure (surgery), preoperative procedures, intraoperative care, preoperative patient education, nurse-patient communication, postoperative care, and cooperation with patient's family. The practical section consists of a research into the matter.

The aim of the practical research section is to map patient's subjective preparedness for planned surgical procedure. To reach a conclusion, it is crucial to answer the following questions: 1. What is the patient's assessment of preoperative education performed by nurse? 2. What are the patient's preoperative expectations? 3. What are the patient's postoperative experiences? A qualitative research has been conducted. Semi-structured interviews with patients who were to undergo planned surgical procedures were used as the primary source of data for the research. The interview has two parts, first is before procedure and second is after procedure. The patients were to answer 17 questions. The 9 patients were to answer.

The results have shown that almost all of the patients were well-prepared for the planned surgical procedures thanks to the preoperative education performed by nurses. They were preoperatively educated by a nurse, who provided education on essential nursing care related to the planned procedure. Some patients were educated by a nurse of a particular specialized outpatient department. According to the research results, the patients were satisfied with nurse-patient communication that took place in the surgery department. The patients also expected the nurses to be at a professional behaviour, to be kind, and to deliver essential nursing care. A professional article that informs nurses about the importance of preoperative patient education is the practical outcome of this thesis.

Key Words:

education; communication; preoperative patient preparation; planned surgical procedure

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Chirurgický výkon (operace)	8
1.1.1 Předoperační příprava	9
1.1.2 Intraoperační ošetrovatelská péče	12
1.1.3 Edukace pacienta před výkonem	14
1.2 Komunikace sestry s pacientem	17
1.2.1 Pooperační péče	21
1.2.2 Spolupráce s rodinou.....	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	27
2.1 Cíl práce	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika	28
3.1 Použitá metoda	28
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	29
3.2.1 Pacienti podstupující plánovaný chirurgický výkon.....	30
4 Výsledky výzkumného šetření.....	31
4.1 Kategorizační skupiny.....	31
4.1.1 Kategorie: Druh plánovaného chirurgického výkonu:.....	31
4.1.2 Kategorie:Edukace pacientů před plánovaným chirurgickým výkonem	31
4.1.3 Kategorie:Pocity dotazovaných po ukončení edukačního rozhovoru.....	34
4.1.4 Kategorie: Očekávání před plánovaným chirurgickým výkonem	35
4.1.5 Kategorie: Komunikace a přístup sester na operačním oddělení.....	36
4.1.6 Kategorie: Hodnocení předoperační edukace po chirurgickém výkonu	37
4.1.7 Kategorie:Hodnocení celkového průběhu kolem plánovaného chirurgického výkonu.....	38
5 Diskuse	40
6 Závěr	49
7 Seznam použitých zdrojů.....	51
8 Seznam příloh	56
Příloha 1 Otázky použité k polostrukturovanému rozhovoru	56
9 Seznam zkratk	57

Úvod

Plánované chirurgické výkony jsou velmi časté zákroky, které pacienti v nemocnicích podstupují. Pacienti, kteří tyto výkony mají podstoupit, mají právo být o nich řádně informováni. Je důležité, aby pacientům byly informace předány, jelikož jedině díky nim se mohou vhodně na zákrok připravit.

Tyto výkony mohou pacientům výrazně pomoci, či dokonce zcela vyléčit jejich onemocnění. Pozornost pacientům, před plánovaným chirurgickým výkonem nevěnují pouze lékaři, ale i všeobecné sestry a další zdravotnický personál.

Úkolem sestry je pacienta připravit k operačnímu výkonu mnoha typy ošetrovatelských intervencí. Jednou z těchto intervencí je i edukace před výkonem a komunikace s pacientem. Vhodným způsobem komunikace a zvolením správné edukace může sestra pacienta kvalitně připravit na plánovaný výkon a předejít jiným komplikacím, které se mohou objevit jak, před operací, tak i po operaci.

Tato bakalářská práce je zaměřena na sesterskou edukaci pacienta před výkonem, na komunikaci mezi sestrou a pacientem, na pacientovu přípravu na operaci a následnou péči po plánovaném chirurgickém výkonu.

1 Současný stav

1.1 Chirurgický výkon (operace)

Chirurgický výkon (operace) je pojem, týkající se obecně jakéhokoliv zásahu do organismu člověka s účelem diagnostickým nebo terapeutickým. Většina chirurgických zákroků se neobejde bez porušení celistvosti těla pacienta (Schneiderová 2014). Dle Zemana et al. (2011), chirurgické výkony dělíme na krvavé a nekrvavé. Do krvavých patří veškeré léčebné výkony, které se neobejdou bez porušení povrchu těla, ať už kůže či sliznice a dojde tak k ranému krvácení. Nekrvavé léčebné výkony jsou výkony, při nichž pacientovi nezpůsobíme na povrchu těla žádnou ránu, jako například u nekrvavé nápravě vymknutí nebo zlomeniny. Hovoříme-li o operaci, většinou se jedná o výkon krvavý. Při dělení dle účelu výkonu dělíme operace na diagnostické a terapeutické. Diagnostické operace slouží k rozpoznání některých onemocnění a provádí se v případech, že ostatní vyšetřovací metody nejsou dostačující. Terapeutické (léčebné) operace mají za cíl snahu vyléčit pacienta nebo alespoň zmírnit chorobné symptomy (Zeman et al., 2011). Dle Jedličkové et al. (2012) nejvhodnější provedení chirurgického výkonu vypadá tak, že jsou co v nejmenším množství narušeny funkce organismu a následně po ukončení výkonu by se měly začít co nejrychleji upravovat ty funkce, které jsou poškozené vlastním onemocněním, chirurgickým výkonem a anestezií. Operační výkon včetně anestezie musí být pro pacienta vždy nastaven tak, aby byl uzpůsobený celkovému stavu pacienta (Jedličková et al., 2012).

Ve všech lékařských oborech, kde je součástí terapie chirurgický výkon, je využito i chirurgické ošetřovatelství. Chirurgické ošetřovatelství je specifické tím, že se zaměřuje na předoperační, intraoperační a pooperační péči. Všechny druhy operačních nebo chirurgických výkonů mají společné některé obecné intervence. Do těchto intervencí patří obecná předoperační péče, fyzická příprava pacienta na operaci nebo chirurgický výkon, poskytnutí psychické podpory pacientovi a rodině, kontrola podepsaného informovaného souhlasu a kontrola další zdravotnické dokumentace, obecná pooperační péče, edukace pacienta a jeho rodiny (Janíková a Zeleníková, 2013).

Rozhodneme-li se k operaci, nazýváme toto rozhodnutí indikací (Janíková a Zeleníková, 2013). Indikací k operaci označujeme takový stav nemocného, který odůvodňuje plánovaný chirurgický výkon jako nejvhodnější způsob odstranění určitého onemocnění, nebo záchrany života (Zeman et al., 2011). V momentě, kdy se

rozhodujeme pro operační výkon, musíme zvážit přínos výkonu ve srovnání s jinými léčebnými variantami, dále rizika, která mohou vzniknout v podobě pooperačních komplikací, poté fyziologické možnosti a přednosti pacienta a také samozřejmě rozlišujeme dle naléhavosti na operační výkon na plánovaný nebo neodkladný výkon. (Ferko et al., 2015).

Dle Schneiderové (2014) dělíme indikace na absolutní a relativní. Do absolutních indikací se řadí taková onemocnění, která nelze léčit konzervativním způsobem a operační výkon je život zachraňující. Relativní indikace je určena onemocněním, které je možné léčit konzervativně, nebo lze operaci uskutečnit s časovým odstupem, jelikož není pacient ohrožen na životě (Schneiderová, 2014). Blažek (2012) přidává i indikaci vitální, která je doporučena v případě, že je pacient bezprostředně ohrožen na životě a daným výkonem lze toto ohrožení vyvrátit (Blažek, 2012).

Operace může být i kontraindikována. Kontraindikace operace nastává v momentě, kdy je operace pro pacienta příliš náročná a mohla by vést k horšímu léčebnému výsledku než konzervativní léčení, nebo pokud je operace natolik riskantní, že by mohla způsobit poškození či dokonce smrt pacienta (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.1.1 Předoperační příprava

Pokud je operační výkon plánovaný, pacient je do nemocnice přijat na konkrétní oddělení s doporučením od praktického lékaře, nebo od lékaře specialisty a dále je přijat k indikaci operačního výkonu pro nalezené onemocnění. Na tomto oddělení pacient podstoupí vyšetření a zároveň se posoudí i výsledky dosavadních již hotových vyšetření a pacient je poučen o možnostech jeho léčby (Schneiderová, 2014).

Dle Bartůňka et al. (2016) je předoperační příprava provedena u každého pacienta, ale její rozsah záleží na množství času, který je před výkonem vyměřen. Dále její rozsah záleží na charakteru operace a na výskytu dalších současných chorob, kterými pacient trpí. Prioritně využíváme daný čas pro získání co nejvíce informací o pacientově zdravotním stavu a o jeho hemodynamických parametrech potřebných ke vhodnému procesu operace a pooperační péče, vždy však se zachováním rozumných medicínských úsudků a bez zbytečného plýtvání (Bartůňek et al., 2016).

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) je první část přípravy dlouhodobá předoperační příprava. Čas pro dlouhodobou přípravu je vytyčen dle celkového stavu pacienta a druhu plánovaného operačního výkonu. V kompetenci lékaře je vysvětlení léčby a aktivní zapojení pacienta do celkového průběhu léčby. Aktivní přístup pacienta, důvěra k lékaři a zvolené léčebné metody jsou základem pro terapii. Tato psychická příprava by měla dovést pacienta k podepsání informovaného souhlasu, ve kterém je daný operační výkon obsažen (Janíková a Zeleníková, 2013).

Do dlouhodobé předoperační přípravy patří i lékařské zhodnocení dostupné zdravotnické dokumentace, zjištění informací z anamnézy a fyzikálního vyšetření. Pacient je povinen před výkonem podstoupit interní vyšetření. Jednotlivé části interního vyšetření jsou ordinovány v souvislosti s plánovaným operačním zákrokem, druhem anestezie a celkovým zdravotním stavem pacienta. Anesteziologické riziko se stanovuje např. dle Americké společnosti anestezie (Janíková a Zeleníková, 2013).

Krátkodobá předoperační příprava by se měla dle Ferka et al. (2011) provést do jednoho týdne před operačním výkonem. Dle Novákové (2011) je z hlediska ošetřovatelství krátkodobá předoperační příprava obsažena v době 24 hodin před operačním výkonem, pokud je chirurgický výkon plánovaný s pobytem na lůžkovém oddělení (Nováková, 2011). Dle Blažka (2012) do krátkodobé předoperační přípravy patří vysazení antiagregancií, která jsou však vysazena pouze v indikovaných situacích. Pacienty s diabetem mellitem 2. typu, kteří užívají perorální antidiabetika, převádíme před výkonem na krátkodobě působící inzulinu kvůli riziku komplikací protražované hypoglykemie s deriváty sulfonylurey a riziko laktátové acidózy (Blažek, 2012). Dle Karna (2013) je nutné jeden den před chirurgickým výkonem u pacientů léčených Metforminem (perorální antidiabetikum) přerušit léčbu tímto lékem bez náhrady inzulinem, sulfonylureové léčivo totiž stačí vysadit pouze večer před chirurgickým zákrokem, s výjimkou Glibenclamidu, který je nutno vysadit 1 - 2 dny před operací (Karen, 2013). Dle Renewa et al. (2014) specifické ordinování léků, které by měly být před operací užívány nebo naopak vysazeny, musí pacienti jasně pochopit. Vhodné užívání chronické medikace v předoperačním období může mít značný vliv nejen na klinický stav pacienta, ale také na finanční situaci. Vhodným užíváním léků se dá vyhnout zpoždění nebo zrušení jejich operace. V případě, že léky užívají pacienti nevhodně, může být totiž jejich operace oddálena (Renew et al., 2014). U nemocných s diabetem mellitem 1. typu vyžadujeme stálou základní inzulinoterapii a nutriční

podporu již v předoperačním období a dále dostatek tekutin a dozor nad ketoacidozou. Pacienti užívající antikoagulancia jsou převedeni před výkonem na frakcionovaný heparin a jsou operováni v případě, že jejich výsledek INR je pod 1,5. Pacienti podstupující dialýzu jsou přeřazeni v dialyzačním programu před operační výkon. Hemofilické pacienty připravujeme se substitucí chybějících faktorů. U pacientů, kteří se léčí chronicky kortikosteroidy, se lékaři snaží maximálně redukovat denní dávku (Ferko et al., 2015).

V rámci ošetrovatelské péče u krátkodobé přípravy je nutná kontrola zdravotnické dokumentace (souhlas s anestézií, terapií transfuzními produkty a daným chirurgickým výkonem). Dále lékaře lze upozornit na patologické výsledky vyšetření. Můžeme i asistovat anesteziologovi při anesteziologickém vyšetření. Zajistíme také přípravu operačního pole, zaživacího ústrojí a lačnění pacienta 6 - 8 h před operačním výkonem. Nutná je aplikace ordinované medikace a kontrola hygienické péče a zprostředkování ordinovaných invazivních vstupů (Janíková a Zeleníková, 2013).

Bezprostřední předoperační příprava obsahuje standardní anesteziologické vyšetření a ověření zdravotnické dokumentace spolu s ověřením staronových protokolů (operace na končetinách, párových orgánech atd.). Průběžně si ověříme a zajistíme poučení nemocného včetně získání písemných informovaných souhlasů (Blažek, 2012). Bezprostřední přípravu pacienta zahajujeme v den operace, a to cca 2 hodiny před začátkem plánovaného chirurgického výkonu. K ošetrovatelské péči patří kontrola lačnění pacienta, sepsání a uschování cenností a šperků, kontrola vyprázdnění močového měchýře (Janíková a Zeleníková, 2013). Dále očistná koupel nebo osprchování pacienta, ale pouze v případě, kde je to u plánovaných výkonů možné. Následuje příprava kožního krytu pacienta včetně oholení operačního pole v den operace (upřednostňujeme oholení pacienta na sucho). Jestliže má pacient zubní protézu, je nutné ji odstranit. Dále je nutné individuálně připravit trávicí trakt a provést opatření vedoucí k prevenci tromboembolické nemoci (aplikace bandáží na neoperované končetiny a aplikace nízkomolekulárního heparinu), (Blažek, 2012).

Důležité zajištění invazivních vstupů a podání léků dle naordinování lékaře (infuzní terapie, premedikace, antibiotika), (Janíková a Zeleníková, 2013). Před operací je nutná úprava hydratace úměrně klinickému stavu nemocného, korekcí vnitřního prostředí a minerálů. Dostatečné množství tekutin může být pacientovi podáno i pomocí infúze.

Diabetikům se podává infúze s glukózou, minerály a inzulinem. V den operace lze předem objednat transfúze. Před objednáním stanovíme krevní skupinu a provedeme křížovou zkoušku. Nesmíme zapomenout na podání upravené chronické medikace a podání premedikace (nejčastěji analgetika a antihistaminika, také anxiolýza s cílem umožnit spánek a odpočinek), (Blažek, 2012). Jaké léky bude premedikace obsahovat a jak bude načasovaná, záleží na druhu operačního zákroku, komorbiditě pacienta a dalších faktorech, které má za úkol posoudit lékař anesteziolog při anesteziologickém vyšetření (Janíková a Zeleníková, 2013).

1.1.2 Intraoperační ošetrovatelská péče

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) je intraoperační péče období, které začíná předáním nemocného v předsáli (včetně filtru) až po jeho převzetí zpět z operačního sálu do péče personálu jednotky intenzivní péče, nebo na standardní oddělení. Tato péče je zajišťována pracovníky operačního týmu (Janíková a Zeleníková, 2013). Dle Wichsové et al. (2013), intraoperační fáze perioperační péče začíná po zakrytí operačního pole sterilní rouškou a ve chvíli, kdy jsou všichni pracovníci operačního týmu přítomni, druhým krokem perioperační bezpečnostní procedury.

Před zahájením operace každý člen operačního týmu, či pracovník operačního sálu (operatér, sestra instrumentárka, pomocná sestra, anesteziolog, anesteziologická sestra) musí projít přes hygienický filtr, než přijde k operačnímu stolu. Ve filtru je každý pracovník povinen převléct se do operačního prádla a obuvi, které je určeno pouze pro operační sálu a nesmí být nošeno v jiných prostorách (Ihnát, 2017). Do filtru se vchází v nemocničním ochranném oděvu, pracovník sem nesmí přijít ve svém civilním oblečení a obuvi (Schneiderová, 2014).

Dle Ihnáta (2017) je operace práce kolektivní. Operační výkon je tvorba operátora včetně všech členů operačního týmu. Operační tým se skládá z operátora (chirurg), jednoho až tří asistentů (chirurgové, lékaři nechirurgických oborů, medici), sestry instrumentárky, pomocné (obíhající) sestry, sálového sanitáře, anesteziologa a anesteziologické sestry. Operační tým se však může skládat ještě z více pracovníků. Dle potřeby je možné přidat radiologického asistenta, lékaře provádějícího gastrokopii nebo kolonoskopii či lékaře zodpovědného za mimotělní oběh (Ihnát, 2017).

Wichsová et al. (2013) uvádí, že perioperační bezpečnostní procedura WHO začíná uvedením jména a svého úkolu všemi členy týmu. Na začátku musí dojít k potvrzení identity pacienta, místa a typu operačního výkonu. Dále se potvrdí podání antibiotik v rámci profylaxe v poslední hodině (Wichsová, 2013). Dle Wagnera (2009) se může antibiotická profylaxe podávat před, v průběhu a i po invazivních výkonech. Patogeny, které se mohou, nacházet v místě operace mohou způsobit bakteriemi Wagner (2009).

Následuje posuzování rizika. Operatér stanoví předpokládaný průběh výkonu, zmíní možná rizika, předpokládanou dobu operace, předpokládanou krevní ztrátu a potvrdí ke konci svého posuzování předoperační podání antibiotik. Anesteziolog ustanoví možná rizika anestezie. Perioperační sestra posoudí připravenost nástrojů a všech pomůcek. Posoudí se i dostupnost obrazové dokumentace. Velmi nutná je i kontrola funkčnosti anesteziologického přístroje, nachystaných anestetik, dále kontrola, zda pacient nemá, překážku v dýchacích cestách dále je nutné zjistit, zda hrozí riziko aspirace a pohlídat správné přiložení pulzního oxymetru (Wichsová et al., 2013).

Úkolem instrumentující sestry je sledování průběhu operačního zákroku. Dále instrumentuje lékaři dle situace (bez vyzvání, na vyzvání a podle posunků). Nástroje, které instrumentující sestra podává, jsou přezkoušené, čisté, suché a chladné. Nástroje podává úchopovou částí k operatérovi či asistentovi a funkční částí k sobě. Nástroje musí být podané ostřím a zuby dolů, hrotem jehly a nůžek nahoru, mezi palec a ukazovák - skalpel a pinzeta, do dlaně podává jehelec, peán a hák (Wichsová et al., 2013).

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. péči pacientům poskytuje před, v průběhu a bezprostředně po operaci. K její práci řadíme i péči u intervenčních, invazivních, a diagnostických výkonů. V intraoperační péči sestra zajišťuje bez odborného dohledu a indikace lékaře před během a po operaci instrumentárium, zdravotnické prostředky a další materiál a pomůcky. Dále provádí specializované desinfekční a sterilizační metody. Obstarává manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami. Dále realizuje antisepsi operačního pole, kontroluje ve spolupráci s operatérem před začátkem a ukončením každého operačního výkonu počet použitých nástrojů a dalšího materiálu. Dále zabezpečuje stálou připravenost pracoviště ke standardním i speciálním operacím. Pokládá roušky na operační pole, instrumentuje během operace. Pod indikací lékaře dále bez odborného

dohledu v průběhu operace zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole (zajišťuje i před operací), provede preventivní opatření před komplikacemi z imobilizace. Je schopna asistovat u méně obtížných operací (vyhláška č. 55/2011 Sb.). Když nástroje a materiál po operaci souhlasí, sestra provede dokumentační zápis do operační knihy. Revizi je vhodné si usnadnit opatřením, které spočívá v tom, že jsou sterilní roušky s longety připravovány a baleny v ustáleném počtu, obvykle po 10 kusech (Zeman et al., 2011).

Instrumentující sestra by měla umět předvídat některé kroky operátora a být na ně připravena. Během výkonu ošetřuje použité nástroje a další materiály a kromě toho kontroluje navrácené pomůcky. Sestra dále kontroluje během výkonu sterilitu operačního pole a sterilitu technik u členů skupiny. Případně se může podílet i na asistenci (Wichsová et al., 2013). Pomocná neboli obíhající sestra asistuje celé operační skupině a funguje jako spojka mezi operační skupinou a okolím (Zeman et al., 2011). Jejím úkolem je i doplňování materiálu, zařizování případného konzilia, označování k následnému vyšetření vzorky biologického materiálu, kontrolování sterility, obsluhování některých přístrojů, zadávání úkolů sanitáři a kontrola jeho činnosti, zapisování do dokumentace a spolupráce s instrumentující sestrou při počítání nástrojů a materiálu (Wichsová et al., 2013).

1.1.3 Edukace pacienta před výkonem

Edukace (z latinského educio, educare - vychovávat, vypěstovat) je v širším pojetí daný proces výchovy a vzdělávání jedince a rozvíjení jeho osobnosti. Záměrem edukace je předání důležitých vědomostí a nácvik zručností související s poskytováním ošetrovatelské péče. Cílem edukace může být i změna v chování a přeměna hodnotových i vztahových přístupů a citových i volních struktur osobnosti (Slezáková et al., 2017).

Role sestry edukátorky může být velmi obtížná. Sestra, která chce poskytnout pacientovi edukaci, musí mít znalosti, dovednosti a postoje z ošetrovatelství, psychologie a také z pedagogiky a didaktiky. Důraz je kladen i na osobnost sestry-edukátorky (Šulistová a Trešlová, 2012).

Sesterská edukace by měla mít kvalifikovaný přístup. Edukace totiž ovlivňuje účinnost pacientovy léčby a má také pozitivní vliv na spokojenost pacienta. Edukaci je možné provést v každé etapě ošetrovatelského procesu. V zájmu edukace je udržení nebo obnova zdraví kvality života u akutních, chronických či nevléčitelných chorob (Nemcová et al., 2010). Aktivní pacient, který je spolutvůrcem svého léčebného procesu, je cílem edukace. Sestra musí klást důraz na soběstačnost nemocného (Magurová a Majerníková 2009). Téměř všechny sesterské činnosti mohou být v ošetrovatelství zakomponovány do edukace. Při každém kontaktu sestry s pacientem proběhne komunikační proces i proces oboustranného učení. Pacient při kontaktu sestru pozoruje a vyhodnocuje, zda její dovednosti, které mu předává, bude, či nebude potřebovat. Ovšem ne vždy si obě dvě strany tento stav uvědomují, což může edukaci poškodit. Neumíme tak plně využít společný čas, jehož deficit pocítují ve zdravotnických zařízeních všichni. Pokud chce sestra efektivně využít společný čas s pacientem, musí přesně vědět, co to edukace je, co je její součástí a jaké faktory ji ovlivňují (Zachová et al., 2010). Sesterská edukace je aktivita, která by měla být zařazena vždy, když potřebujeme, aby pacient dokázal ovládat novou kompetenci (na příklad bezpečnou mobilizaci v pooperačním období; dietní léčbu a selfmonitoring u nově diagnostikovaného diabetu; změnu výživy u novorozence, u kterého se vyšetřila alergie na kravské mléko atd.). Edukační aktivity mohou být rozděleny na jednorázové, epizodické, nebo pokud pacient potřebuje vícečetné setkání, je nutné naplánovat řadu konzultací (Špirudová, 2015).

V určitých zdravotnických zařízeních provádí edukaci před operací perioperační sestra. Zatím to ale není standardizovaná činnost, kterou by perioperační sestry měly zařazenou v povinnostech péče o pacienta. Jestliže perioperační sestra provede tuto edukaci, dochází k ní v předvečer chirurgického výkonu. K edukaci sestra používá písemné materiály, fotografie, video a rozhovor, díky němuž nemocnému vysvětluje průběh perioperační péče a odpovídá na dotazy (Wichsová et al., 2013).

Perioperační sestra by měla poskytnout vysoce individualizovanou péči nemocnému pomocí úzkého osobního kontaktu a také v rámci multidisciplinárního týmu v prostředí s vhodnými pokročilými technologiemi. Perioperační sestra je schopna rychle a účinně rozpoznat potencionální problémy a rázně a rozhodně je řešit. Musí být tím pádem zkušená ve svém oboru a znát potřebné postupy k řešení standardních i nestandardních záležitostí (Wendsche, 2012).

Pacient by měl s předstihem obdržet edukační leták s informacemi, které si má nastudovat a následně si promyslet a připravit dotazy. Sestra poté pacientovi zodpoví kladené otázky. Tato kombinace se ukazuje jako ideální. Pacient totiž odpoledne před chirurgickým výkonem přichází na předoperační přípravu, podstupuje vyšetření a pohovory s lékařem a případně prochází dalšími dodatečnými vyšetřeními. Tudíž je zahlcen informacemi. Dalším faktorem je stres z nadcházející operace a může se tak stát, že pacient přestane vnímat předávané informace od sestry (Wichsová et al., 2013).

Dle Kingové et al. (2014), jsou k předání vědomostí zapotřebí edukační metody a znalosti, do kterých patří poskytnutí informací v písemné podobě. Použití různých výkresů spolu s opakováním informací pomůže pacientovi zachovat učivo v paměti. Proto by měly být poskytnuty pacientům před chirurgickým zákrokem písemné materiály a vizuální pomůcky, které by měly být konzultovány na vzdělávacích schůzkách. Tyto materiály musí být však vypracovány srozumitelným jazykem a být jasně graficky přehledné tak, aby byly přístupné i lidem, kteří žijí s omezenou gramotností. Požadavky na gramotnost musí být v souladu se schopnostmi pacienta vyváženy tak, aby zlepšily účinky péče a zkvalitnily tak život pacientů (Kingová et al., 2014).

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) se nejčastěji první setkání perioperační sestry s pacientem uskuteční až při příchodu nemocného na oddělení. V rámci edukace pacienta před výkonem se provádí perioperační rozhovor. Předmětem rozhovoru je chirurgický výkon pacienta, v němž by měla být sestra schopna předat nemocnému své odborné znalosti. Sestra potřebuje zjistit příběh a současné pocity nemocného před operací (Janíková a Zeleníková, 2013). Sestra tedy dbá na interpersonální vztahy a komunikaci, a to tak, že vytváří a udržuje efektivní interpersonální vztahy s pacientem všude tam, kde je to patřičné. Dále si musí uvědomit základní požadavky pro dosažení chtěných výsledků v péči o pacienta v perioperačním procesu a v neposlední řadě aplikuje vhodné strategie verbální a písemné komunikace, aby zprostředkovala přesné ukládání informací a jejich přenos v zájmu léčby pacienta (Wichsová et al., 2013). Péče perioperační sestry se tedy netýká pouze fáze předoperační, ale i intraoperační a pooperační. Cílem rozhovoru je zajištění ochrany pacientovy důstojnosti, respekt a zmírnění strachu a úzkosti. Cílem rozhovoru je také zajištění bezpečné péče prostřednictvím plynulé péče perioperační sestrou (Janíková a Zeleníková, 2013).

Rozhovor je základní technický nástroj komunikace, který lze ovládat. Což znamená, že celý proces setkání sestry s pacientem lze řídit a dávat tak setkání určitou podobu a tvar (Zacharová, 2016). Sestra se setkává s nemocným pro daný rozhovor den před operací na chirurgickém oddělení. Úkolem perioperační sestry je nemocného připravit na situace, které budou probíhat na operačním sále (Janíková a Zeleníková, 2013). V rámci svých kompetencí sestra popíše pacientovi organizaci operačního dne a operačního výkonu. Nemělo by chybět vysvětlení přesunu z oddělení na operační sál a přesunutí na operační stůl i s nasazení pokrývky hlavy. Dalším úkolem sestry je pacienta seznámit s bezpečnostními předpisy na operačním sále, vysvětlí mu složení operačního týmu a aktivity, které budou probíhat na sále. Vhodné je představit pacientovi odborný personál, který se o něj bude starat na operačním sále včetně jejich kompetencí, pokud bude mít nemocný zájem, může mu popsat přístroje, kterými bude ošetřován. Nutné je i vysvětlení bezprostředního pooperačního procesu s následnou péčí. Sestra má při tomto rozhovoru možnost zjistit, zda má pacient nějaké speciální požadavky (Janíková a Zeleníková, 2013).

Pro většinu pacientů může být příchod do nemocnice z důvodu operace velmi stresující. Pacient by měl být poučen o operačním výkonu v předoperačním období. Předoperační edukace musí být součástí rutinní péče o všechny pacienty, kteří jsou přijati pro operační výkon. S edukací je práce zdravotníků lepší a vede k pozitivním výsledkům léčby (Priya a Roach, 2013). Dle C.K. Lee a I.K. Lee (2012), předoperační edukace je pro chirurgické pacienty velmi přínosná, zmírňuje totiž úzkost a podporuje pooperační zotavení pacienta (C.K. Lee a I.K. Lee, 2012).

1.2 Komunikace sestry s pacientem

„Komunikace je univerzálním jevem lidské společnosti a přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů“ (Zacharová, 2016, s. 8). Komunikace s pacienty ve zdravotnictví je velmi podstatná pro lékaře i pro nelékařské zdravotnické profese. Kvalitní komunikace zdravotníků s pacientem do určitého rozsahu pozitivně ovlivňuje trvání, úspěšnost a nákladnost léčby. Měla by být zaměřená zejména na jedince. Komunikace zaměřená na člověka je podřízena postojům, směřována vztahem a cílená na průběh vývoje. Nositeli jsou osoby s vykazujícími známkami kongruence, přijetí a empatického pochopení (Tomová a Křivková, 2016).

Dobrá komunikace mezi pacientem a sestrou je sama o sobě přínosným a terapeutickým zásahem, stejně tak je i pohonem pro kvalitní péči a může být důležitá pro následující ošetrovatelskou péči nebo léčbu. Stručně řečeno, důkazy naznačují, že komunikace v oblasti zdraví pomáhá pacientovi: vyjádřit své psychické a emocionální potřeby, klást otázky a být více zapojen do péče, získávat pocit kontroly nad svým stavem a léčbou, rozvíjet důvěru v ošetrovatelský proces a léčbu, získávat fyzické výhody pro zdraví, jako je snížená bolest a snížený krevní tlak (Webbová a Hollandová 2011).

Pokud zdravotník nebude s nemocným vhodně komunikovat, může dojít k psychické/psychogenní iatropatogenii. Tento pojem konkrétně znamená jednání zdravotníka, které má za důsledek způsobení psychického poškození pacienta. Přímou u sester se toto poškození nazývá sororigenie (Andršová, 2012). Dle Mellanové (2017) poškození sestrou může být způsobeno nechtěně či nevědomě. Poškození může být různé, ať už méně závažné, nebo naopak může pacienta zásadně ohrozit. Velký význam pro další vývoj stavu pacienta má i to, zda si sestra, která pacienta poškodila, své pochybení uvědomila a následně ho vysvětlila lékaři nebo si není tohoto stavu vědoma. Naneštěstí existují i případy, kdy se sestra chovala nevhodně zcela záměrně a poškodila tak pacienta, důvodem tohoto jednání byla nezvládnutá agrese a averze sestry vůči pacientovi (Mellanová, 2017).

K poškození nemocného může dojít nezřetelným či necitelným výrokem nebo jakoukoliv nevhodnou či nevhodně sdělenou informací- symbolem, gestem, ale také lze pacienta naopak poškodit i zamlčením informace (např. nepřipravíme nemocného na bolestivý zákrok), odmlčením se. Daná situace může v pacientovi vyvolat stud, ponížení a snížení lidské důstojnosti. Důsledkem poškození může být u pacienta vytvořen tzv. „strach z bílých plášťů“ - nadměrná úzkost a strach ze zdravotnického personálu a zdravotnických zařízení vedoucí k nepřiměřeným obavám, nejistotě a depresi (Andršová, 2012).

Pacienti mohou prožívat před operací nepříjemné pocity, které se mohou projevit jako úzkost, stres a deprese. Operaci vnímají jako kritický stav, a tím pádem je pro ně i děsivou a neznámou realitou. Nadměrné účinky těchto emočních stavů mají vliv na tělesnou i psychickou pohodu pacienta, dále na kvalitu života a produktivitu pacienta. Emoce jsou individuálně ovlivněny i věkem a stavem výživy. Dále závisí na tom, zda nemocný trpí akutním nebo chronickým onemocněním, jaká část těla bude operována,

jaký postupuje pacient druh operace včetně jejího rozsahu a jestli má pacient zkušenosti s operací v minulosti. Také pacienta může značně ovlivnit, jestli je operace provedena i se záměrem objevení potencionálního onkologického onemocnění (Santos et al., 2014).

Jestliže nebudeme pacientovi v předoperačním období věnovat dostatečnou pozornost v podobě monitorování a eliminace nadměrného strachu, mohou se u něj objevit různé psychické problémy různorodé síly. Poskytnutí vhodných informací před operací je velmi důležité. Nejlepší způsob předání informací je pomocí rozhovoru a dále předání informativních letáků a brožur. Pokud pacientovi předáme dostatek informací, dojde ke zklidnění, najde způsob přípravy k operaci a také se dozví, co ho očekává. Nezvládnutí strachu a stresu před operačním výkonem vede totiž k nevhodnému dopadu na pooperační období a také např. i k poruše spánku pacienta (Gulášová et al., 2014).

Pacient se ocitne ve stavu, který nemůže plně řídit a je tak závislý na péči zdravotníků a musí k nim chovat důvěru. Operativní výkon je pro organismus stresující událostí i z biologické stránky (např. ztráta krve). Jestliže se k této stresové situaci připojí i velká psychická zátěž, může se stav vyvinout do zbytečných pooperačních komplikací např. do embolie. Každý jedinec může reagovat naprosto odlišně, mnohdy tyto reakce nemusí od něj okolí očekávat (Wendsche et al., 2012). Nepřekonání předoperačního strachu se může projevit již v bezprostředním pooperačním období, kdy je nutné pacientovi poskytnout pomoc při orientaci v prostoru, čase a provést kontrolu jeho psychického stavu. Patříčným použitím přístupných prostředků a metod a působením na pacienta mohou zdravotníci kladně ovlivnit pacientovi postoje, názory a prožívání. Mezi základní postupy předoperační přípravy patří farmakologická a psychologická příprava (Gulášová et al., 2012).

Komunikace v ošetrovatelství je průběh neustále se rozvíjející a dynamický, slouží k výměně informací týkajících se choroby, zdraví a ošetrovatelské péče mezi ošetřující sestrou a pacientem. Předávání informací může probíhat různými způsoby. Může mít verbální i neverbální formu a může mít i formální či neformální styl (Křivková a Tomová, 2016).

Komunikace v každé situaci probíhá ve dvou úrovních, vztahové a obsahové (věcné). Průběhem komunikace aktéři totiž sdílejí a vysvětlují určité informace a také budují svůj vzájemný vztah. Vytvoření vhodného vztahu mezi sestrou a pacientem, sestrou a členy rodiny pacienta, případně mezi ostatními členy zdravotnického personálu není

možné uskutečnit bez účinné komunikace (Vévoda et al., 2013). Komunikace mezi sestrou a pacientem by měla být směřována k vyváženému vztahu dvou osob, i když sestra působí z profesionálního hlediska jako autorita. O způsobu a obsahu komunikace by měla rozhodovat sestra a zároveň by měla umět komunikaci řídit a usměrňovat. Jelikož je komunikace dána sociálními rolemi, může dojít mezi sestrou a pacientem k nedorozumění (role mezi pacientem a sestrou se liší). Sestry chápou onemocnění a jejich následnou terapii jako standardní věc, pacient ale pocítuje hrozbu. Díky těmto pocitům se může pacient začít chovat sobecky a nasazovat vysoké nároky na péči a vynucovat si maximální pozornost (Křivková a Tomová, 2016).

Komunikace pacienta s ošetřující sestrou se řadí do sociální komunikace. Sociální komunikace se zabývá spojením dvou osobností a přenosem informací mezi nimi, to znamená od člověka k člověku. Mluvíme zde o komplexní a náročné zručnosti, při které musíme zvládnout různé situace, osvojit si k nim určité dovednosti, jež umožní rozhovor začít, rozvíjet, udržovat a dokončit ho (Zacharová, 2016). Sociální interakce-komunikace patří mezi složky potřebné k profesionálnímu chování. Základní komunikační styly a techniky se naučíme během socializačního procesu. Sociální dovednosti získáme pomocí aktivního či pasivního druhu učení (Mellanová, 2017).

Komunikace se často formuluje jako vzájemná výměna informací. Jinak řečeno, výměna myšlenek a nápadů. Pokud hovoříme o výměně informací mezi lidmi, jedná se o sociální komunikaci či sociální interakci. Cílem komunikace je vyvolat odpověď, proto je komunikace dějem. Komunikační proces obsahuje pět základních složek. Pokud jedna ze složek chybí, komunikace neprobíhá správně (Zacharová, 2017).

Do struktury sociální komunikace se řadí komunikátor - prvotní osoba vysílající a předávající zprávu dalším osobám. Komunikátor je ovlivnitelný postojem k situaci, k člověku, se kterým mluví, bezprostředním okolím, kulturou, momentálním citovým rozpoložením, postoji, vzděláním, výchovou, profesní pozicí, jazykovými schopnostmi atd. Komunikátor při předávání zprávy předpokládá, že osoba, která zprávu přijímá, má stejný nebo podobný kódovací systém, aby dokázala porozumět jejímu sdělení. (Křivková a Tomová, 2016). Komunikant je osoba, která přijímá vyslanou zprávu (pro něj je informace určena), zprávu musí dekodovat a jeho vnímání zprávy je následně ovlivněno jeho osobností, zkušenostmi, prožitky a vlastními záměry a cíli. Komuniké je obsah zprávy, informace, názor, myšlenka, potřeba, postoj, problém a emoce (verbální a

neverbální symboly jsou podobou zprávy). Další složkou je komunikační jazyk, díky kterému předáváme komunikační zprávu, důležité jsou zde procesy kódování a dekódování, které nám umožní porozumět významům slov. I když mluvíme stejným jazykem, nemusíme si rozumět, slova mohou mít jiné významy, zejména ty abstraktní a jedinec je může individuálně jinak chápat (Zacharová, 2017). Komunikační kanál přenáší zprávy a dále je šíří, je to tedy nosič zpráv. Komunikační kanály lze rozdělit na tři hlavní: zrakový, sluchový a kinestetický. Zrakovým kanálem zaměřujeme svůj pohled a pozorujeme, sluchový kanál se skládá z mluvených slov a pokynů a kinestetický kanál používáme při prožívání vjemů např. dotek (Plevová et al., 2011).

1.2.1 Pooperační péče

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013), je první část pooperační péče bezprostřední pooperační péče. Bezprostřední pooperační období je stav, kdy dochází k ukončení a doznívání anestezie. U pacienta dojde k obnovení bdělosti a vědomí a navrátí se mu obranné reflexy. Pro sesterskou práci je toto období značně rizikové. Péče je v této fázi zaměřena primárně na monitoring vitálních funkcí, sledování projevu možných pooperačních komplikací, zvládnání bolesti a na péči o psychický stav pacienta. Pokud je po operačním výkonu nutné pacientovi vitální funkce sledovat kontinuálně, je pacient po skončení operace přesunut přímo ze sálu na ARO nebo JIP. Pokud je pacient přeložen po operaci zpět na standardní oddělení, bývá v prvních pooperačních hodinách uložen na pooperačním pokoji (Janíková a Zeleníková, 2013).

Operatér po operaci provede zápis do chorobopisu, ve kterém sestra nalezne ordinaci léků, infuzních roztoků, transfuzí, pokyny ohledně polohy, převazování operační rány, odstranění drénů atd. Sestra dále sleduje fyziologické funkce, a to vědomí, puls, tělesnou teplotu a krevní tlak (Slezáková et al. 2010). Lékař se musí před převozem ujistit, zda bude mít pacient dostatečnou analgezií po probuzení z anestezie, pro převoz na oddělení a na první fázi setrvání na pooperačním oddělení od pacientova příjezdu. Tento způsob prevence periody bez analgezie je velmi důležitý, ale často podceňovaný (Málek et al., 2016).

Když pacienta převážíme z operačního sálu, je již extubován a při vědomí. Důležité je, abychom kontrolovali při převozu pravidelnost dýchání. Pacient po operačním výkonu

leží na zádech a při každé jiné poloze myslíme na to, aby bylo umožněno dobré rozpětí plic. Dbáme na pravidelné změny poloh, které zabraňují komplikacím (Slezáková et al. 2010). V momentě, kdy se pacient vrací po chirurgickém výkonu zpět na oddělení, hlavní ošetřující osobou je sestra, která poskytuje pooperační péči (sleduje množství odsáté tekutiny z drénu, monitoruje fyziologické funkce a pečuje o rány), (Lee a F-K Lee, 2012). Monitorace probíhá v pravidelných intervalech, první hodinu po převozu měříme fyziologické funkce po 15 min, druhou hodinu po 30 min a následně do uběhnutí 24 hodin od operace měříme každou hodinu (dle stavu pacienta a obtížnosti provedeného chirurgického výkonu). Údaje se zaznamenávají do akutní karty. Mírné změny fyziologických funkcí jsou u klientů v prvních pooperačních dnech obvyklé. Příčina těchto výkyvů často bývá zatížení organismu anestezií, ztrátou krve a podobně (Slezáková et al. 2010).

Na pooperačním pokoji sledujeme až do úplné stabilizace vitální funkce (krevní tlak, puls, saturace krve kyslíkem a stav vědomí). Sledujeme i biologický materiál z drénů, obvazy na operační ráně a svalovou sílu. Pokud pacient začne zvracet, musíme ho rychle polohovat tak, aby zvratky neaspiroval. Pokud nemocný udává bolest, podáváme analgetika. Na pooperačním pokoji by měl být lékař - anesteziolog, chirurg a pověřené sestry. Pokud je pacient po operaci odeslán na JIP nebo ARO, převáží se přímo z operačního sálu, mnohdy zaintubován a připojen k umělé plicní ventilaci (Schneiderová et al., 2014). Dle Streitové a Zoubkové et al. (2015) po operaci nastává režim zvláštního sledování. Nutná je totiž kontrola operační rány, a to krvácivosti, bolesti, drenáží, zbarvení kůže a sliznic, diurézy a invazivních vstupů. Pooperační ránu musíme také převazovat. Převaz je výkon, při němž provádíme soubor činností, které vedou k pozitivnímu ovlivnění průběhu hojení rány. V operační den se rána obvykle nepřevazuje, první převaz vykonáme po 48 hodinách od ukončení operace, v dřívější době ránu převážeme v případě, že rána masivně krvácí nebo se projeví jiné pooperační komplikace. Následující převaz provedeme za účelem zkontrolování pooperační rány a jejího okolí, výměny znečištěného krytí, dezinfekce a débridementu rány, odběru biologického materiálu, zkrácení, odstranění proplachu a napojení drénu, aplikace léčiv a odstranění stehů (Streitová, Zoubková et al., 2015). Bolest v operační ráně je častá, hlavně po vymizení funkce anestetika. Bolest kontrolujeme současně s fyziologickými funkcemi, a pokud se vyskytne, nahlásíme ji lékaři, a ten následně rozhodne o její léčbě, Pokud se jedná hojení rány bez komplikací, bolest do jednoho až dvou dnů vymizí

(hojení rány per primam). Přetrvávající silná bolest značí hojení rány per secundam (akutní zánět, rané krvácení, rozestup rány a píštěle). Důležité je nepodceňovat pacientovu bolest. Bolest hodnotíme většinou pomocí verbálních škál. Můžeme hodnotit i neverbálně (projevy jako pláč, křik, vzdechy, vzlykání atd.) a dále můžeme použít i vizuální škálu (Slezáková et al. 2010).

Dále věnujeme v pooperačním období pozornost zvláštní péči o dutinu ústní, zajistíme hygienu ústní dutiny včetně hygieny chrupu; předcházíme zápachu z úst a udržujeme svěží pocit. Sestra provede kontrolu dutiny ústní, podívá se po bolestivých místech, zkontroluje chuťové vnímání, dále kontroluje, zda pacient nemá potíže se žvýkáním a polykáním, zhodnotí stav sliznic. Musí pacienta edukovat o kontrole a nutné spolupráci. Pokud sestra pečuje o nesoběstačného pacienta, poučí ho o výkonu a vykonává sama veškerou péči o dutinu ústní (Bartůněk et al., 2016). Díky omezení pitného režimu jak před, tak i po operaci dochází k osychání sliznice a jazyka, a tím i k nepříjemnému zápachu z úst (tento stav může zapříčinit i nauzeu a zvracení). Pokud nastane nauzea a zvracení, může to být i následek premedikace, anestezie a podávání analgetik v prvním pooperačním dnu. Zvratky je nutné odsát katétrem z úst a polohovat nemocného na bok, aby nedošlo k aspiraci (zejména u pacienta, který není zcela probuzen po anestezii). Léky k tlumení nauzei a zvracení podáváme parenterální cestou (Slezáková et al. 2010). Dále sledujeme vyprazdňování moči, před určitými chirurgickými výkony se pacientovi zavádí permanentní močový katétr, jeho použití se odvíjí dle zvyklosti určitého pracoviště a dle druhu operace, kterou má pacient podstoupit, v některých případech gynekologických a urologických chirurgických zákroků je zavedení permanentního močového katétru nekompromisní (Janíková a Zeleníková, 2013). Následně je po operaci buď odstraněn, nebo se ponechá (pokud se pacient nevymočí do 6- 8 h po výkonu, spontánně provedeme katetrizaci). V rámci pooperační péče sledujeme i odchod stolice a plynů. Může dojít k dočasné zástavě odchodu plynů a stolice, která se může projevit meteorizmem, příčinou je zástava střevní peristaltiky. Pacientovi můžeme pomoci v rámci ošetrovatelské péče aplikací rektální rourky, polohováním a časnou mobilizací (Slezáková et al., 2010). Obnova funkce peristaltiky je závislá na druhu operace. Jestliže byl chirurgický výkon, vykonán přímo nad trávicí trubicí, obnova funkce trvá delší interval. Obnova může trvat i několik dnů, nejdříve začnou odcházet střevní plyny a až poté začne odcházet i stolice. Do doby, než dojde k obnovení funkce peristaltiky, musíme pacientovi omezit příjem per os. Můžeme pacientovi podávat

pouze malé množství čaje. Tekutiny a živiny dodáváme pomocí infuzí a parenterální výživou, případně lze použít enterální sondu vedoucí do tenkého střeva (Schneiderová, 2014).

Pozornost klademe i na vodní a elektrolytové hospodářství, ve kterém může dojít ke změnám způsobeným krvácením při chirurgickém výkonu. Sledujeme tedy příjem a výdej tekutin a případně je ordinováno parenterální podání náhradních roztoků (při silném zvracení nebo po operacích v trávicím systému). Prevence dekubitů je další část péče, pacienta často polohujeme a zvláštní pozornost věnujeme hlavně predilekčním místům. V neposlední řadě myslíme na prevenci tromboembolické nemoci. Zaměřujeme se hlavně na obézní pacienty, pacienty trpící kardiovaskulárním onemocněním a na klienty s tromboembolickou anamnézou z minulosti. Pacientům zajistíme bandáže dolních končetin, omezíme intravenózní injekce, infúze, lékař také ordinuje antikoagulantia a pacienta časně mobilizujeme (Slezáková et al. 2010).

V pooperačním období se mohou objevit i komplikace. Pooperační komplikace jsou narušující situace, které neumožňují standardní pooperační průběh a jejich postupování souvisí s anestezií nebo s operací. Nejvyšší riziko pooperačních komplikací je v časovém intervalu prvních dvou hodin po ukončení operace. Sestra musí sledovat symptomy, které mohou poukázat na možné komplikace a co nejdříve provést intervence, které zabrání rozvoji komplikací. Hlavní komplikace v pooperačním období jsou; hypoventilace (vzniklá vlivem doznívání anestezie a svalového relaxancia), skrytý šokový stav, a to hypovolemický a hemoragický (hypotenze, negativní bilance, krevní ztráty). Dále do hlavních komplikací patří výkyvy krevního tlaku a tělesné teploty, chirurgické komplikace (např. krvácení) a předávkování léčivy (anestetika, opiáty, svalová relaxancia), (Janíková, Zeleníková 2013).

1.2.2 Spolupráce s rodinou

Komunikací s příbuznými nemocného můžeme dosáhnout navázání či nenavázání dobrého kontaktu s rodinou a získat tak příležitost k vytvoření spolupráce. Komunikace sestry s rodinou pacienta se odvíjí především od zdravotního stavu pacienta, druhu onemocnění (akutní nebo chronická choroba), četnosti setkání sestry s příbuznými

nemocného, důležitosti řešení problémů (zejména sociálních a psychických) a časových rezerv sestry i rodiny nemocného (Vévoda et al., 2013).

Rauta et al. (2013), považuje za důležité sdělování informací o zdravotním stavu pacienta jeho rodině, pokud si to nemocný přeje. Mnoho pacientů chce, aby byla jejich rodina zapojena do poskytování informací. Dochází tak k snížení stresu a úzkosti a k následnému zvýšení spokojenosti nemocného. Pacienti také ocení, když jsou přítomni jejich členové rodiny u edukace perioperační sestrou, při plánovaném chirurgickém výkonu, vnímají je totiž jako emoční podporu (Rauta et al., 2013).

Dle Vévody et al. (2013) musí, sestra při komunikaci s příbuznými v první řadě myslet na osobní informace nemocného a chránit je jako důvěrné. Pravidelné a opakované informace o zdravotním stavu nemocného jsou velmi důležité jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Sestra musí v této oblasti znát své kompetence, které jí umožňují sdělování informací příbuzným pacienta, aby věděla, co přesně může sdělit a jakým způsobem. Dle Zacharové (2017) by se zdravotníci měli umět řídit určitými zásadami při komunikaci s rodinou. Měli by umět ocenit, že se snaží nemocného navštěvovat a prospět mu tím. Dále by měli ujistit příbuzenstvo pacienta, že se zdravotnický tým umí vhodně postarat o nemocného a využívá všechny dostupné léčebné postupy. Je vhodné rodině pacienta sdělit, jakým způsobem při léčbě mohou spolupracovat. Dále pomocí vhodné komunikace zjistit údaje, jež mohou pomoci léčebnému procesu pacienta. Vhodné je i ukázat pochopení pro starost či zneklidnění příbuzných (Zacharová, 2017). Dle Vévody et al. (2013) sestra nemluví s rodinou nemocného o diagnóze, nálezech, prognóze a závažnosti stavu pacienta. Sestra může sdělovat příbuzným nemocného informace o ošetrovatelské péči, chodu oddělení, návštěvních hodinách a může sdělit i kontakt na pacienta, ošetřující sestry a jeho lékaře. Sestra v rámci komunikace může zejména směřovat k edukační činnosti v závislosti na charakteru daného onemocnění a zdravotního stavu nemocného (Vévoda et al., 2013).

Po operačním výkonu je pacient propuštěn do domácí péče až tehdy, kdy je stabilní, bez známek akutního zánětu a přijímá potravu. Odchází domů s plánem ambulantních kontrol. Před propuštěním je nutno zjistit, zda má pacient rodinné zázemí a zhodnotit, jestli může být opravdu propuštěn domů (má někoho, kdo by mu zajistil stravu, jestli dokáže provést sám hygienu, a v případě, že ne, jestli má příbuzného, který mu s hygienou pomůže atd.). V případě, že pacient není schopen se sám o sebe postarat a

nemá žádného příbuzného, který by mu pomohl, měl by mu praktický lékař zajistit domácí ošetrovatelskou péči. Pokud domácí péče nelze zajistit tak, aby byla odpovídající, je pacient přeložen na lůžko následné péče. V některých případech jsou zajištěny lázeňské či rehabilitační zařízení (např. kardiologie, ortopedie, gynekologie), (Bartůněk, 2016).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1- Zmapovat subjektivní připravenost pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1- Jak pacient hodnotí sesterskou edukaci před plánovaným chirurgickým výkonem?

Výzkumná otázka 2- Jaká jsou očekávání pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem?

Výzkumná otázka 3- Jaké jsou zkušenosti pacienta po absolvování plánovaného chirurgického výkonu?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných dat k praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů s pacienty podstupující plánovaný chirurgický výkon. Rozhovory jsou k dispozici k nahlédnutí na přiloženém CD, jež je součástí bakalářské práce. Pro výzkumné šetření byly vybrány dvě stanice chirurgického oddělení v jedné z jihočeských nemocnic. Toto výzkumné šetření bylo provedeno až po získání souhlasu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestry, staničních sester a pacientů, kteří poskytli potřebná data k výzkumnému šetření.

Klíčovými tématy byly připravenost pacientů k plánovanému chirurgickému výkonu pomocí edukace sestrou a spokojenost pacientů v komunikaci se sestrami. Všichni pacienti byli před zahájením individuálních rozhovorů obeznámeni s důvodem výzkumného šetření. Rozhovory směřovaly k získání odpovědí na způsob edukace, která byla pacientům poskytnuta před plánovaným chirurgickým výkonem a to zejména na operačním oddělení. Další otázky se týkaly očekávání pacientů před plánovaným chirurgickým výkonem, zhodnocení užitečnosti podané edukace po absolvování plánovaného chirurgického výkonu, spokojenosti v komunikaci mezi sestrou a pacientem a hodnocení celkového procesu kolem plánovaného chirurgického výkonu, zejména na operačním oddělení.

Každý pacient podstoupil dva rozhovory. První rozhovor se uskutečnil jeden den před plánovaným chirurgickým výkonem. Tento rozhovor byl zaměřen na předoperační edukaci pacienta a na pacientova očekávání týkající se ošetrovatelské péče a prospěšnosti plánovaného výkonu. Obsahoval 10 otázek. Druhý rozhovor se konal zpravidla několik hodin po operaci za souhlasu ošetřujících sester, kdy pacienti již byli stabilizováni a schopni hodnotně odpovídat. Tento rozhovor směřoval k ohodnocení užitečnosti předoperační edukace, dojmu z celkového průběhu kolem plánovaného výkonu a komunikace mezi sestrou a pacientem. Při druhém rozhovoru bylo položeno celkem 7 otázek. Pacienti tedy poskytli své odpovědi celkem na 17 otázek. Rozhovory trvaly přibližně 15 minut, po sečtení obou rozhovorů u jednotlivých pacientů byl celkový čas konverzace přibližně 30 minut. Sběr dat k rozhovorům probíhal v období měsíce března 2018. Místem setkání s dotazovanými pacienty byl pokoj na

chirurgickém oddělení, jež obývali po dobu své hospitalizace. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem pacientů přes aplikaci Záznam zvuku do mobilního telefonu autorky bakalářské práce.

Polostrukturované rozhovory s dotazovanými pacienty zaznamenané v aplikaci Záznam zvuku v mobilním telefonu autorky bakalářské práce byly pomocí poslechu přepsány do písemného zápisu a poté ručně zpracovány pomocí metody „otevřeného kódování“. Dle této metody se následně různými barvami označovaly individuální kategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo devět pacientů podstupující plánovaný chirurgický výkon. Soubor byl ve složení 6 žen a 3 muži. Dotazovaní pacienti byli hospitalizováni na dvou standardních stanicích chirurgického oddělení. Pro zachování anonymity, konkrétního oddělení nelze oddělení více identifikovat. Pacienti jsou označeni jako D1 - D9.

Tabulka 1: Identifikační údaje pacientů

Pacient/ dotazovaný	Pohlaví	Zdravotník/ nezdravotník	Druh plánovaného chirurgického výkonu	Hospitalizace na oddělení v minulosti
1	Žena	Nezdravotník	Odstranění kýly z pupeční jizvy	Ano
2	Muž	Nezdravotník	Laparoskopická cholecystektomie	Ne
3	Muž	Nezdravotník	Odstranění břišní kýly	Ne
4	Žena	Zdravotník	Exstirpace benigního ložiska z prsu	Ne
5	Žena	Nezdravotník	Odstranění cysty z prsu	Ne
6	Žena	Nezdravotník	Mastektomie	Ne
7	Muž	Nezdravotník	Odstranění tříselné kýly	Ne
8	Žena	Nezdravotník	Odstranění štítné žlázy	Ne
9	Žena	Nezdravotník	Mastektomie	Ano

3.2.1 *Pacienti podstupující plánovaný chirurgický výkon*

DOTAZOVANÝ 1: žena, nezdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon odstranění kýly z pupeční jizvy, na oddělení již byla v minulosti hospitalizována.

DOTAZOVANÝ 2: muž, nezdravotnické profese, podstoupil plánovaný chirurgický výkon laparoskopická cholecystektomie, na oddělení nebyl nikdy v minulosti hospitalizován.

DOTAZOVANÝ 3: muž, nezdravotnické profese, podstoupil plánovaný chirurgický výkon odstranění břišní kýly, na oddělení nebyl nikdy v minulosti hospitalizován.

DOTAZOVANÝ 4: žena, zdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon exstirpaci benigního ložiska z prsu, na oddělení nebyla nikdy v minulosti hospitalizována.

DOTAZOVANÝ 5: žena, nezdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon odstranění cysty z prsu, na oddělení nebyla nikdy v minulosti hospitalizována.

DOTAZOVANÝ 6: žena, nezdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon mastektomie, na oddělení nebyla nikdy v minulosti hospitalizována.

DOTAZOVANÝ 7: muž, nezdravotnické profese, podstoupil plánovaný chirurgický výkon odstranění tříselné kýly, na oddělení nebyl nikdy v minulosti hospitalizován.

DOTAZOVANÝ 8: žena, nezdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon odstranění štítné žlázy, na oddělení nebyla nikdy v minulosti hospitalizována.

DOTAZOVANÝ 9: žena, nezdravotnické profese, podstoupila plánovaný chirurgický výkon mastektomie, na oddělení již byla v minulosti hospitalizována.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Kategorizační skupiny

1. Druh plánovaného chirurgického výkonu
2. Edukace pacientů před plánovaným chirurgickým výkonem
3. Pocity dotazovaných po ukončení edukačního rozhovoru se sestrou
4. Očekávání před plánovaným chirurgickým výkonem
5. Komunikace a přístup sester na operačním oddělení
6. Hodnocení předoperační edukace po plánovaném chirurgickém výkonu
7. Hodnocení celkového průběhu kolem plánovaného chirurgického výkonu

4.1.1 Kategorie: Druh plánovaného chirurgického výkonu:

Pacienti podstoupili různé plánované chirurgické výkony. Mastektomii podstoupily pacientky (D6, D9). Odstranění cysty z prsu jedna pacientka (D5). Exstirpaci benigního ložiska z prsu prodělala jedna pacientka (D4). Laparoskopickou cholecystektomii absolvoval jeden pacient (D2). Odstranění břišní kýly podstoupil jeden pacient (D3). Odstranění tříselné kýly také jeden pacient (D7). Odstranění kýly z pupeční jizvy se podrobila jedna žena (D1). Odstranění štítné žlázy podstoupila jedna pacientka (D8).

4.1.2 Kategorie: Edukace pacientů před plánovaným chirurgickým výkonem

Všichni pacienti přijímali edukaci od sester na operačním oddělení (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D5: „Sestřička mě tady na oddělení edukovala. Přišla sestřička, řekla mi, kolikátá budu na řadě, v kolik tak asi půjdu na sál a ještě říkala, že mi dá takovou injekci, která je na uklidnění tak abych se už nezvedala potom z postele a taky si převlíkla anděla a taky říkala, že mi musí zavázat nohy a mám být od půlnoci na lačno a že mi dají kanylu na léky.“ D6: „Sestra mi tady na oddělení řekla vše do detailů, že mi napíchnou žílu na léky a že mě uspí a nasadí mi kyslík, že nesmím od půlnoci nic jíst a pít. Taky říkala, že před jednou určitou injekcí (premedikací) ať jdu na záchod a

pak ať už nikam nechodím. Mluvila i o pooperačním pokoji o tom dospívacím.“ D3: „Sestra všechno řekla. Říkala, ať od půlnoci nejím a nepiju, to mně nevadilo, protože je to pro mě normální pak ráno říkala, ať si natáhnu punčochy a že mi píchnou kanylu a injekci hodinu před operací na přípravu na usnutí a že mám jít na záchod před tou injekcí a pak už jen ležet.“

Dotazovaná D8 získala úvodní informace o svém plánovaném chirurgickém výkonu již u své endokrinoložky. D8: *„Dostala jsem informace už od své paní doktorky, co jsem měla na štítnou žlázu, dostala jsem od ní leták a tam byla popsána ta moje operace štítné žlázy a tam jsem si to všechno vyčetla, všechno, co mě čeká, jak to bude po operaci, všechno tam bylo napsané.“* Dotazovaná D1 podstoupila edukaci lékařem na traumatologickém oddělení. D1: *„Poučoval mě už doktor na traumačce.“* Všichni dotazovaní byli edukováni lékařem z anesteziologicko-resuscitačního oddělení (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D4: *„Pak mne edukoval ještě lékař na ARU.“*

Dotazované D4, D5, D6, D9 byly edukovány prostřednictvím mammárního týmu od lékaře i sestry. D4: *„Edukovala mne nějaká sestřička na mamárním týmu a pochopila jsem to asi špatně. Protože oni vzhledem k tomu, že jsem zdravotník, předpokládali, že tomu asi rozumím. Takže jsem pochopila, že přijdu, oni mně odoperují a druhý den půjdu domů a vlastně jsme přišla, zavedli Frankův vodič, takový drát a teď tady jsem asi dva dni.“* Dotazované D6, D9 se zmínili o edukaci onkologem. D9: *„Jo, poučil, už doktorka z onkologie ta mi toho hodně vysvětlovala. Sestřičky tady taky, vlastně mě poučili i na příjmu a tak všude. Myslím, že docela podrobně a byl to vlastně onkolog, doktor na ARO a tady na oddělení se mnou tak pan doktor mluvil.“*

Všichni dotazovaní byli edukováni při příjmu od lékaře na operačním oddělení (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D7: *„Mluvil jsem tady s nějakým doktorem, když mě přijímali na příjmu, ten mě poučoval.“* D6: *„Poučovali mě při příjmu i s doktorkou a i s panem chirurgem.“* Dotazovaní odpověděli, že jako edukační místnost zvolená sestrou byl nejčastěji použit jejich pokoj na oddělení a chirurgická ambulance, kde dotazovaní absolvovali příjem na konkrétní oddělení (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D2: *„Hlavně jak jsem přišel na ten příjem a pak i tady na pokoji.“* D7: *„Na ambulanci při příjmu a na pokoji.“* Dalšími místnostmi byli mammární ambulance (D4, D5, D6, D9), ordinace endokrinoložky (D8) a traumatologická ambulance (D1).

Sestry edukovaly pacienty zejména pomocí rozhovoru a informovaného souhlasu s operací, kde byl popsán daný druh plánovaného chirurgického výkonu a další nutné informace vztahující se k výkonu (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D6: „*No když jsem byla na pokoji, tak mi přinesla na podepsání a na přečtení informovanéj souhlas. Jinak mi vše sestra říkala a všechno bylo do detailů vysvětlený. Stačilo mi to takhle.*“ D7: „*Hlavně slovně poučovala a pak jsem podepisoval a četli si ten souhlas, nic jinýho mi nedala.*“ Pacientka D9 sdělila, že dostala před hospitalizací od sestry z mammárního týmu informační leták. D9: „*Dostala jsem od sestry leták, ještě když mě paní doktorka posílala na operaci, ještě když jsem byla, na tom mammo týmu. Tam jsem dostala papír a tam bylo všechno napsaný, co mě čeká.*“ Pacientka D5 dostala informační letáky o svém plánovaném chirurgickém výkonu na chirurgii při objednání na operační zákrok. D5: „*Dostala jsem letáky na pročtení, už jak jsem se byla objednat na tu operaci. Tam taky bylo vše svým způsobem napsaný. Takže jsem už měla před nástupem na operaci přehled.*“ Pacient D3 dostal také informační letáky od sestry. D3: „*Pak jsem dostal na příjmu ještě letáky od sestry a tam byl jeden takovej všeobecněj a pak tam bylo i o komplikacích a proč je ta operace nutná.*“ Informační leták dostala i pacientka D8, ale ta jej neobdržela od sestry ale od své lékařky z endokrinologie, která ji dlouhodobě léčí. Další pacienti tedy byli edukováni pouze rozhovorem a prostřednictvím informovaného souhlasu (D1, D2, D4, D6, D7).

Všichni dotazovaní neshledávali žádné záporny v obsahu sdělených informací sestrou na operačním oddělení (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D9: „*Záporny neshledávám asi žádný, protože mi to řekli dobře a člověk byl rád, že to ví.*“ D7: „*Nevadilo mi nic, všemu jsem rozuměl, co po mě chtěli, všechno bylo pro mě jen kladný.*“ D6: „*Rozuměla jsem všemu, polopaticky to vysvětlovaly. Na co jsem se vždycky zeptala tak jsem dostala odpověď, hodnotím spíš kladně.*“ Dotazovaní D4, D5, D8 uvedli, že nejdůležitější kladná informace, kterou dostali, byla, když jim sestra sdělila, že mají možnost si kdykoli po operaci požádat o analgetika. D4: „*Neshledávám záporny, všechno mi řekli, jak to bude. Hlavně mi sestřička na oddělení pomohla, když mi řekla o tom tlumení bolesti, že si můžu kdykoli říct o lék.*“ D8: „*Žádný zápor nevidím, hodnotím informace kladně. Hlavně tu, že si můžu říct kdykoli o léky na bolest.*“

Více jak polovina pacientů odpovědělo (D3, D5, D6, D8, D9), že je nenapadlo před operací žádné další doplňující otázky, které by jim zásadně informačně před plánovaným chirurgickým výkonem pomohly. D5: „*Ne, nic navíc mě nenapadlo.*“

Kdybych něčemu nerozuměla tak se zeptám.“ D9: *„Vím, co můžu čekat a co ne. Já už vím, co mě čeká, protože jsem už byla na tyhle operaci. Žádné doplňující otázky nemám.“* Pacienti D1 a D2 se zmínili, že je napadla otázka, jak dlouho budou muset pobývat po svém chirurgickém výkonu na oddělení, než dojde k jejich propuštění. D1: *„Akorát jsem se zeptala kdy asi tak půjdu po ty operaci domů, jak dlouho to bude trvat.“* D2: *„No, jak dlouho tady budu muset ještě být, a odpověděli mi.“* Dotazovaná D4, odpověděla, že se potřebovala zeptat na zavaděč - Frankův vodič nutný k její operaci. D4: *„Jenom jsem se ptala ohledně toho Frankova vodiče. To jsem se o to jako zajímala no, protože předpokládali, že vím co to je a já nevěděla, o co se jedná. Ještě paní doktorka, jak mi to zaváděla, tak říkala, jestli se chci na ten drát podívat, já řekla, ne děkuju, protože to bylo nepříjemný a paní pak v čekárně pak říkala, že byl metr dlouhej, ale to jsem vědět nechtěla.“* Pacient D7 odpověděl, že potřeboval před operačním výkonem zjistit, zda vyoperují i druhou kýlu, kterou trpí anebo jestli podstoupí další operaci. D7: *„Akorát jsem se zeptal, jestli mi vezmou i tu druhou kýlu co mám a na to řekli, že mi to nebudou dělat, víc už mě nic nenapadlo.“*

4.1.3 Kategorie: Pocity dotazovaných po ukončení edukačního rozhovoru

Dotazovaní (D3, D5, D6, D7, D8) sdělili, že se po edukačním rozhovoru cítili uklidnění. D5: *„Po tom co mi sestřička vysvětlovala, co se mi bude dít, jsem se cítila klidnější. Věděla jsem takhle potřebné informace.“* D7: *„No žádné zvláštní pocity, já jsem, zvyklej už jsem celej rozřezanej. Já měl často úrazy. Cítil jsem se prostě jako v nemocnici a nervózní jsem nebyl, spíš klidnější, protože jsem věděl všechno.“* Část pacientů popsali své pocity jako neutrální (D1, D2, D9). D2: *„Prostě jsem přišel do nemocnice s tím, že jdu na operaci a já toho moc ani vědět nechtěl, pro mě je občas lepší nevědět. Cítil jsem se tak neutrálně, nebál jsem se, že bych něco od sestry nevěděl.“* D9: *„No všemu jsem rozuměla a ty její pokyny jsme brala, protože to tak prostě musí bejt. Protože chci, aby mi nebylo třeba špatně po ty operaci. Neměla jsem problém, že by sestra použila nějaký odborný výraz a já ho nepochopila. Cítila jsem se tak neutrálně.“* Poslední dotazovaná pacientka se cítila zneklidněná a nervózní. D4: *„Sestřička mi říkala všechno tak jako, že jsem si říkala dobrý, tak to bude tak jako na dva dny, ale když paní doktorka doplnila, že když bude potřeba tak toho vezmou víc a o to děle tu budu, tak to mě teda trochu zneklidnilo. Tak teda nevím, do čeho jdu.“*

4.1.4 Kategorie: Očekávání před plánovaným chirurgickým výkonem

Všichni dotazovaní pacienti očekávali, že se plánovaný chirurgický výkon zdaří (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D8: „Očekávám to, že se to podaří v pořádku všechno vyndat a že to přežiju.“ D4: „Očekávám, že ta operace dopadne dobře a nevezmou hodně.“ Dotazovaní D2 a D3 očekávali, že jejich operační zákrok povede k zbavení se bolesti, které jim onemocnění způsobovalo a přinese jim následnou úlevu. D2: „Očekávám samozřejmě úlevu. Protože už mám nějaký bolestivý záchvaty a už to musí ven.“ D3: „Očekávám, že se zbavím kýly a bolesti a uleví se mi.“ Většina dotazovaných očekávala, že se po operaci co nejdříve zotaví, aby mohli být propuštěni z nemocnice a dostat se tak brzy zpět do svých domovů (D2, D4, D5, D7, D8). D5: „Očekávám, že to budu mít rychle za sebou a že mi bude brzo dobře, abych mohla brzo domů.“ D9: „Očekávám, že se budu rychle hojit a doufám, že půjdu, brzo domů do těch pěti dnů bych chtěla odejít. Poprvé mi to prodloužili, tak doufám, že teď to bude lepší a myslím si, že to bude lepší.“ Pacienti, kteří přišli na plánovaný zákrok, kvůli onemocnění kýly, očekávali, že se tohoto problému zbaví (D1, D3, D7). D1: „Co očekávám? No, že mi to zpraví, že už kýla nebude, ale ona by bejvala nebyla, kdyby nebyla ta operace předtím. Pan doktor mi totiž říkal, že se ta břišní stěna možná poškodila tou laparoskopií. To byla totiž předtím operace žlučníku.“ D7: „No očekávám, že bude vše v pořádku a odstraní tu kýlu. Že mi to pomůže k uzdravení.“

Dotazovaní (D1, D3, D4, D9) uvedli, že oddělení a personál znají již z dřívější zkušenosti a čekají, že péče bude stejně uspokojivá jako při minulém setkání. D1: „Já jsem tady už jednou byla, takže jsem věděla, jakou péči můžu očekávat, a zatím mě nezklamali. Furt ta péče je stejná, dobrá. Přesně takhle dobrou jsem jí očekávala.“ D3: „Tak já už to tu trochu znám už jsem tu byl. Takže očekávám, že to bude podobný jako minule. Očekávám, že budou sestry takový, abych byl spokojený jako minule a zatím jsem spokojenej na 99,9%.“ Dotazovaní (D2, D5, D6, D7, D8) od péče před výkonem očekávali, že je sestra seznámí s chodem oddělení a pomůže jim k uzdravení se. D6: „No normálně jsem očekávala, že mě tady uloží, že mě tady se vším seznámí, jak to tady probíhá, poznám sestřičky, doktory a spolubydlící. No a hlavně se nemůžu už dočkat už, aby to bylo za mnou a pomohli mi.“ D2: „Očekávám prostě standardní péči, nevím, co

bych mohl ještě chtít v nemocnici a že budu vědět, jak to tu chodí. Hlavně chci, aby mi pomohli, a to mi stačí, když mi pomůžou.“

Dotazovaní pacienti také odpověděli, co ještě čekají od sester před operací. Většina odpověděla, že očekávají od sester profesionální práci a vstřícný přístup (D1, D5, D6, D7, D8, D9). D6: *„Očekávám, že se budou chovat profesionálně, sympaticky, vstřícně a mile a zatím tomu tak je, myslela jsem si, že budou odměřenější, ale jsem příjemně překvapena. Takže takovou péči čekám i dál.“* D5: *„Zatím se mi dostává veškeré péče. Čekám slušný a vstřícný jednání a zatím si nemám na co stěžovat.“* Pacientka D4, očekávala od sester podrobnější vysvětlení vztahující se k jejímu operačnímu výkonu. D4: *„No čekám, že mě do toho zasvětlí trochu hloubš, protože se jako věnuju ty problematice, toho nádorovýho onemocnění, ale v chirurgii zas tak zběhlá nejsem. Takže tohle čekám, že mi osvětlí blíž, co mě čeká a očekávání se teda splnilo, ale docela pozdě, čekala bych to dřív.“* Dotazovaní D2 a D3 před operačním výkonem předpokládali, že dostanou potřebnou péči a že se dostaví v brzké době na operační sál. D2: *„Zatím mě nic nenapadá, jen ať mě dají to co je potřeba a řeknou, že už jedeme na sál.“* D3: *„Očekávám, že mi dají péči takovou, jaká bude potřeba, a odejdu na sál.“*

4.1.5 Kategorie: Komunikace a přístup sester na operačním oddělení

Všichni dotazovaní pacienti by, ze své vlastní zkušenosti, v komunikaci se sestrou na oddělení, na němž byli hospitalizováni by nic nezměnili (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D9: *„Tady zrovna oddělení, jsou sestřičky šikovný, hodný a usměvavý. Všechno řeknou, jsou ochotný, je to dobrý. Neměnila bych nic.“* D1: *„Asi bych neměnila. Oni vám stejně nemůžou všechno asi říct, oni většinou řeknou, musíte počkat na pana doktora, protože sestry jsou vázaný na ně. Na to nejdůležitější se zeptám sestry a ta mi odpoví, jak jsem říkala neutrálně, nebo pozitivně.“* Všichni pacienti se shodli v tom, že byli spokojeni s komunikací mezi nimi a sestrou z oddělení, na němž byli hospitalizováni. (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D1: *„Jo, byla jsem spokojená, mluvila se mnou chápavě. Komunikace mi vyhovovala, domluva byla dobrá.“* D7: *„Ano, byl jsem spokojenej. Vždycky jsem se bez problémů dozvěděl všechno, co jsem chtěl.“* D8: *„Spokojená jsem naprosto byla, domlouvala jsem se bez problémů, naštěstí jsem se nikdy tady se sestřičkou nedostala do nějaký nepříjemný situace.“*

Pacienti byli dále tázáni na to, jak k nim sestry přistupovaly, zda tento přístup splnil jejich očekávání. Většina dotazovaných odpověděla, že přístup sestry byl vyhovující, dle jejich očekávání (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8). D1: „*Ano splnil očekávání. Pokaždé když jsem tu byla. Ted' je ten přístup taky vyhovující.*“ D6: „*Jo, přístup sestry splnil moje očekávání. Sestry jsou tady opravdu profesionální, pečovaly o mě vážně pečlivě, nestalo se, že by mi něco důležitýho chybělo.*“ D7: „*Určitě splnil. Očekával jsem, že mi pomohou a že se budou starat tak aby mi něco nechybělo a tak to přesně bylo.*“ D8: „*Určitě splnil moje očekávání. Celkově všechny sestřičky jsou tady milý, usměvavý, když vidí, že je vám zle tak na vás hned promluví, takže se mi uleví, jsou fakt jako hodný, nemůžu si stěžovat ani na jednu.*“ Pacientka D9 uvedla, že přístup sester byl nad její očekávání a byla mile překvapena. D9: „*Přístup je v pořádku, čekala jsem to třeba i horší. Příjemně mě to překvapilo, opravdu jsem nečekala, že to bude vše tak klidně probíhat.*“

4.1.6 Kategorie: Hodnocení předoperační edukace po chirurgickém výkonu

Téměř všichni dotazovaní pacienti sdělili, že obdrželi dostatek informací před plánovaným výkonem, takže po výkonu nebyli ničím nečekaným překvapeni (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D8). D1: „*Ano určitě mi bylo dodáno dostatek informací, byla jsem si taková docela jistá, nic mě nepřekvapilo tak, že bych z toho byla vylekaná, poučení před tou operací bylo vážně dobrý.*“ D3: „*Myslím si, že mi před tím byl dán dostatek informací. Nebylo nic, co by mě zaskočilo, když jsem se vracel ze sálu, s tím s čím jsem se setkal, jsem počítal. Dozvěděl jsem se to od sestry předem totiž.*“ Odpovědi dvou pacientů se lišili od odpovědí většiny. Klient D7 uvedl, že nebyl před zákrokem informován o možném otoku pooperační rány. D7: „*Já si myslím, že jsem před operací věděl téměř všechno. Neřekli mi teda před tím, že by ta rána mohla být trošku zvětšená a oteklá tak jsem se ted' ptal a pan doktor říkal, že je to v pořádku a že to bude trvat ještě měsíc, než se to vstřebá a to jsem teda předem nevěděl.*“ Druhá dotazovaná klientka, která uvedla, že se nedozvěděla, před operací každou potřebnou informaci sdělila, že jí vadila neinformovanost o hodině odjezdu na operační sál a o době čekání na operačním sálu. D9: „*Jedině mi vadilo, že jsem nevěděla, v kolik hodin teda jdu, řeknou jenom, že jdete druhá. To je teda takový trochu napnutý, ale oni asi nemůžou říkat v kolik přesně, aby jim to vyšlo. Potom ještě jediné když mě převezli na sál, že jsem*

zase dýl čekala, protože vlastně měli ještě pacienta vedle a člověk už tam leží jako už připravenej, slečenej a už čeká a je to takový nepříjemný to čekání. Je tam chladno a není to tam příjemný, když jsem takhle ležela v tom předsálí. Ten kavalec je taky takovej tvrdej. Myslela jsem si totiž, že přijedu a hned budu operovaná.“

Všichni dotazovaní pacienti hodnotili v závěru předoperační edukaci jako užitečnou a prospěšnou, i když někteří odpověděli v předchozích otázkách, že se některé nutné informace předem nedozvěděli (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D1: *„Ano určitě mi to pomohlo, věděla jsem totiž, co mě čeká, ony Vám sestry stejně neřeknou nic negativního, mluví spíš pozitivně, nebo neutrálně.“* D8: *„To vysvětlení na mě působilo dobře, dozvěděla jsem se všechno, prostě jsem se dozvěděla co a jak no. Chápala jsem všechno, co po mě chtěli. Neměla jsem problém pochopit všechno to dění kolem. Jsem ráda, že mi to řekli, protože člověk by tady pak ležel a tápal a takhle jsem sem přišla a všechno mi sestra vysvětlila, takže to bylo úplně v pořádku, byla jsem klidná.“* D9: *„To víte, že mi edukace pomohla. Člověk je potom klidnější. Ví, do čeho jde. Věděla jsem, co mi budou dělat a jakej to bude mít postup. Bylo to užitečné, nebyla jsem nervózní.“*

4.1.7 Kategorie: Hodnocení celkového průběhu kolem plánovaného chirurgického výkonu

Všichni pacienti uvedli, že byli s celkovým průběhem kolem jejich plánovaného chirurgického výkonu spokojeni, nenacházeli žádné zásadní chyby v poskytované ošetrovatelské péči, které by vedly k neuspokojení potřeb nemocných (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D5: *„Já jsem spokojená. Já prostě neshledávám v tom žádnéj problém, nikde žádnou závadu. Nemám ani žádný otázky, který bych potřebovala ještě zodpovědět. Jsem spokojená.“* D8: *„Hodnotila bych to na jedničku, já jsem maximálně spokojená, chovaj se tu ke mně dobře, operace se podařila, sestřičky jsou perfektní. Nemůžu si stěžovat.“* D4: *„No už jsem ráda, že je konec, že už si tu jen tak odpočívám, už jen čekáme na ty výsledky z histologie, ale dobrý, jsem spokojená.“*

Všichni pacienti se shodli v odpovědi, že pokud by v budoucnu měli podstoupit opět plánovaných chirurgický výkon, nevadila by jim hospitalizace na daném oddělení. Tuto možnost by přijali (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). D1: *„Ano, přijala bych možnost tady být zase operována a ležet na tomhle oddělení, už jsem tady byla i předtím, už jsem tady počtvrtý a nemůžu si stěžovat, pokaždý jsem byla moc spokojená.“*

D2: „Nevadilo by mi sem někdy ještě jít na operaci, na oddělení se mi líbí. Co potřebuju, to dostanu, sestry se tu starají dobře. Nevidím v tom žádný problém.“ D5: „Hospitalizaci bych zde určitě přijala, nevadilo by mi to, kdyby mě sem zase poslali. S personálem jsem neměla problém a určitě mi pomohli se uzdravit.“

5 Diskuse

Výzkumné šetření bakalářské práce je zaměřeno na přípravu pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem, kterou provádí sestra. Pro tyto účely byl stanoven cíl: Zmapovat subjektivní připravenost pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu. Pro dosažení tohoto cíle byly vytvořeny výzkumné otázky: Jak pacient hodnotí sesterskou edukaci před plánovaným chirurgickým výkonem? Jaká jsou očekávání pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem? Jaké jsou zkušenosti pacienta po absolvování plánovaného chirurgického výkonu? Sběr dat do výzkumného šetření probíhal s pacienty, kteří podstupovali plánovaný chirurgický výkon na dvou stanicích chirurgického oddělení. Kvalitativní výzkumné šetření bylo uskutečněno technikou polostrukturovaných rozhovorů s devíti hospitalizovanými pacienty.

Na začátku bylo důležité obstarat dostatečné množství dotazovaných pacientů. Po získání souhlasu s vykonáním výzkumného šetření od náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, bylo nutné požádat o svolení vykonání výzkumného šetření ještě vrchní sestru chirurgického oddělení a staniční sestry na konkrétních chirurgických stanicích. Všechny zmíněné osoby bez problému výzkumné šetření odsouhlasily. Po získání těchto souhlasů bylo možné přistoupit k vlastnímu zkoumání. Všichni dotazovaní pacienti s výzkumným šetřením souhlasili. Nestalo se, ani u jedné osoby, že by nechtěla rozhovory poskytnout a předat tak své zkušenosti.

Při výzkumu jsme zjišťovali, kdo pacientům poskytoval před plánovaným chirurgickým výkonem edukaci. Zajímali jsme se v první řadě o sestry edukátorky. Pacienti byli pochopitelně poučeni i od lékařů v různých ambulancích v rámci předoperačních vyšetření. Edukaci všem pacientům D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9 poskytli lékaři z anesteziologicko-resuscitačního oboru což je dle Málka et al. (2011), součást vlastního předanestetického, předoperačního vyšetření. Úkolem lékaře je podat poučení pacientovi o charakteru anesteziologického výkonu. Brychta et al. (2014) uvádí, že představení se a osobní kontakt mezi anesteziologem a pacientem čekajícím na operaci je naprosto nenahraditelný. Dotazovaní pacienti D1, D4, D5, D6, D8, D9, byli edukováni od lékařů na různých specifických ambulancích, které se zaměřovali na jejich onemocnění vyžadující plánovaný chirurgický výkon. Pacienti D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9 byli poučeni, lékařem z chirurgického oddělení v průběhu příjmu na operační oddělení. Všichni pacienti D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9 se shodli,

že podstoupili edukaci sestrou na chirurgickém oddělení, která pacientům podává standardní ošetrovatelskou péči. Ve studii *Preoperative patient teaching: The practice and perceptions among surgical ward nurses*, do níž byly zapojeny sestry pracující na chirurgickém oddělení, vyšlo najevo, že poskytování edukace v rámci předoperační a pooperační péče je nejčastějším druhem edukace, který pacientům tyto sestry poskytují. V současné praxi sestry zajišťují značné množství příprav (na příklad předání instrukcí k lačnění a k premedikaci). Proto je předoperační edukace jedním z hlavních cílů sester na chirurgickém oddělení (C.K. Lee a I.K. Lee, 2012). Osobní názor autorky práce na nutnost předoperační edukace je, že proto, abychom pacientovi poskytli vhodnou péči, je tato edukace sestrou naprosto nevyhnutelná, bez edukace sestrou by neměl pacient na operační sál docházet, jelikož by mohlo dojít k poškození pacienta po jeho fyzické i psychické stránce.

Žádný pacient se nezmínil, že by mu edukaci poskytla perioperační sestra, která by se měla na perioperační rozhovor specializovat. Janíková a Zeleníková (2013) uvádí, že perioperační sestra poskytuje pacientovi dle svých kompetencí informace o organizaci operačního dne a operačního výkonu. Žádný z pacientů, nemluvil ani o tom, že by se mu dostalo poučení od sestry edukátorky, o bezpečnostním postupu na operačním sále, sestra edukátorka nepředstavila pacientovi personál, který o něj bude na operačním sále pečovat. Nebylo ani zjištěno, zda pacient má nějaké speciální přání, která by se týkala průběhu jeho operace. Tyto záležitosti má na starosti dle Janíkové a Zeleníkové (2013), perioperační sestra. Wichsová et al. (2013) uvádí, že ani v zařízeních kde se pacientům běžně předoperační edukace dostává, se nedostane edukace vždy každému. Pacienti se někdy dostaví k operaci až v operační den a edukace se již nestihne, nebo jsou perioperační sestry natolik zaneprázdněny pracemi na operačním sále, že nemohou pacienta stihnout edukovat (Wichsová et al., 2013).

Pacientky D5, D9 se shodují, že dostaly informaci od sestry o pořadí, ve kterém se mají dostavit na sál. Dotazovaní pacienti D3, D5, D6 se vyjádřili, že byli edukováni o aplikaci injekční premedikace a následném dodržení klidu na lůžku, bandáži dolních končetin, lačnění od půlnoci a aplikaci periferního žilního katétru. Janíková a Zeleníková (2013), uvádí, že tyto potřebné intervence všeobecné sestry patří do bezprostřední předoperační přípravy. Patientka D4, popsala nedostatky při komunikaci a edukaci se sestrou, která ji edukovala již před nástupem na operační oddělení v ambulanci mammárního týmu. Došlo tak k neporozumění ohledně délky hospitalizace a

využití Frankova vodiče, pacientka sama usoudila, že neporozumění vzniklo na základě toho, že je též zdravotníkem (všeobecnou sestrou) a edukátorka dle pacientky naznala, že se pacientka dokáže v problematice bez podrobnějšího vysvětlení zorientovat díky svému vzdělání. Stejný problém uvádí i Výchová (2013), v momentě, kdy se u zdravotníka změní role a stane se z něj pacient, mohou být vědomosti pacienta nevýhodou. Vědomosti se stanou zdrojem obav z možných komplikací, chyb ze strany ošetřujícího personálu a nedostatku předání informací ze strany kolegů, pečujících o tohoto pacienta. Ošetřovatelský personál může totiž předpokládat, že nemocný má dostatečné znalosti o dané chorobě.

Všichni pacienti sdělili, že považovali za edukaci sestrou pročtení a podepsání informovaného souhlasu s operací, kterým jim edukující sestra na operačním oddělení předala, po rozhovoru s jejich ošetřujícím lékařem. Dle Ptáčka et al. (2011), má být informovaný souhlas získán po důkladném informativním rozhovoru lékaře s pacientem a písemná forma souhlasu není ze zákona povinná. Písemná forma má být stručná, v obecné rovině a bez obsáhlého výpisu všech možných komplikací. Dle názoru autorky práce, by sestry neměly v rámci své edukace příliš spoléhat na poučení pacienta pomocí informovaného souhlasu, protože informovaný souhlas si má obhájit zejména lékař. Sestra by měla raději využít jiné metody pro edukaci nemocných, například edukační leták, jenž některé sestry edukátorky použily v tomto výzkumném šetření. Dále všichni pacienti uvedli, že byli edukováni před plánovaným chirurgickým výkonem pomocí rozhovoru, který s nimi vedla sestra pracující na standardním operačním oddělení, kde byli hospitalizováni (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8 D9). Patientky D9, D5, D3 obdržely od sester edukační letáky, odkud mohly čerpat informace ke svému plánovanému chirurgickému výkonu. Patientka D8 dostala edukační leták také, ale od své ošetřující lékařky z endokrinologie. Patientky D5, D8, D9, odpověděly, že edukační leták dostaly již před přijetím na operační oddělení. Janíková a Zeleníková (2013), uvádějí, že poskytnutí informací pacientům, před chirurgickým výkonem pomocí letáku či brožury ještě před přijetím k hospitalizaci, je velmi důležité, jelikož má pacient možnost si informace opakovaně k dané problematice pročíst, a to sám nebo i se členy rodiny. Dotazovaná pacientka D3, edukační leták dostala již v průběhu příjmu na operační oddělení.

Všichni dotazovaní se shodli, že nenašli v obsahu předaných informací od edukující sestry z operačního oddělení nic co by hodnotily jako zápornou informaci. Dotazované

pacientky D4 a D8 udaly, že důležitá kladná informace pro ně byla možnost požádat po operaci ošetřující sestru o analgetika. Dle Dungla et. al (2014) edukace pacienta zaměřená na předpokládané bolesti a obtíže po operačním výkonu, výrazně snižuje psychickou zátěž, která může přizpůsobit efekt pooperačního zotavování se. Slezáková et al. (2017) uvádí, že úkolem sestry je pacienty seznámit s intervencemi, které u něj bude vykonávat před i po chirurgickém výkonu. Zejména podává informace o intervenci týkající se bolesti a jejího tlumení.

Většina pacientů se shodla, že nepotřebovala po rozhovoru se sestrou žádné další doplňující otázky. Dotazovaní pacienti D1, D2, D4, D7 odpověděli, že měli další otázky, které byly pro ně důležité před plánovaným chirurgickým výkonem, a chtěli je zodpovědět. Zacharová et al. (2011), říká, že pokud má pacient nedostatek informací, dochází k nevyhovující ošetrovatelské péči. Při nedostatku informací můžeme pacienta připravit o možnost správně se rozhodnout před zahájením léčby. Individuální rozhovor je tedy v tomto případě velmi důležitý. Pacient se může chtít s něčím velmi důležitým svěřit a sestra se může snažit pacienta o něčem podstatném informovat či poučit.

Při položení otázky jak se pacienti cítili, po rozhovoru se sestrou, který byl, zaměřen na předoperační edukaci pět pacientů odpovědělo, že se cítili uklidněni (D3, D5, D6, D7, D8). Ve studii Effectives of lifestyle modification education on knowledge, anxiety, and post operative problems of patients with being perianal diseases bylo zjištěno, že edukace sestrou je považována za důležitý faktor pro zmírnění úzkosti a dosažení uklidnění chirurgických pacientů. Edukace tak dokáže potlačit strach z operace a to zejména po předání informací pomocí verbální komunikace (Bayraktar et. al, 2017). Ve studii Effects of Educational Intervention on State Anxiety and Pain in People Undergoing Spinal Surgery: A Randomized Controlled Trial výsledky ukazují, že edukace sestrou může snížit předoperační úzkost i předoperační bolest. Čím blíže plánované operaci pacienti jsou, tím více se úzkost stupňuje. Nejsilnější pocit úzkosti je v den operace, i plánované operace jsou totiž velmi provokativní a stresující (Lee et al., 2018). Dle Barashe et al. (2015) předoperační uklidnění zdravotníkem, který nepatří do anesteziologického týmu, a používání edukačních pomůcek (např. brožurek, letáků) snižuje pocit strachu pacienta před chirurgickým výkonem. Nejúčinnější je však návštěva pacienta anesteziologem. Z těchto pěti zmíněných pacientů čtyři pacienti edukační leták dostali. Další pacienti (D1, D2, D9) nazvali své pocity po rozhovoru jako neutrální, jiným způsobem se ke svým pocitům vyjádřit nepotřebovali. Dle Kopecké

(2011), nevyjádření pocitů patří do stupně citové ovladatelnosti. Pacienti své emoce ovládají a jsou racionální, nevyjádření pocitů pro vysokou racionalitu může osobě i ublížit. Pouze jedna pacientka (D4) uvedla, že se cítila před operací neklidná a nervózní. Klíčem k těmto pocitům byla nevhodná edukace sestrou z mammárního týmu, která pacientku poučovala o době hospitalizace. Jak uvádí Vondráček L. a Vondráček J. (2008), za nevhodnou edukaci je považována edukace sestrou, kdy sestra předává informace o konkrétním operačním výkonu ústně. Úkolem sestry je poučit nemocného pouze o ošetrovatelských výkonech, které sama uskutečňuje (Vondráček L., Vondráček J. 2008).

Při zjišťování očekávání pacientů před plánovaným chirurgickým výkonem všichni pacienti očekávali, že se plánovaný chirurgický výkon zdaří. Dotazovaní pacienti D2, D4, D5, D7, D8 se shodli, když odpověděli, že očekávají brzké ukončení hospitalizace a návrat do svých domovů. Pilný et al. 2017 sděluje, že výsledky operační léčby velmi závisí na realistickém očekávání pacienta. Stejný názor zveřejnil i Hainer et al. (2012), který říká, že dlouhodobá úspěšnost chirurgické léčby podstatně závisí na realistickém očekávání pacienta o výsledku této léčby. Ve studii Evaluation of patient perspectives toward awake, frame - based deep - brain stimulation surgery je uvedeno, že pacienti, kteří mají, před operací možnost podrobně prodiskutovat své očekávání od plánovaného chirurgického výkonu jsou v konečné fázi terapie více spokojeni s postupem jejich léčby. Pokud si pacient spolu se zdravotníky stanoví jasné cíle v průběhu předoperačních rozhovorů a bude mu poskytnut jasný popis operačního postupu, pacient bude spokojenější (Ben - Haim a Falowski, 2018). Další pacienti (D2 a D3) očekávali, že se díky operaci zbaví bolesti, kterou jim jejich onemocnění způsobuje. Dle Bartůňka et al. (2016) bolest často působí jako vedoucí symptom choroby, úleva od bolesti je pravděpodobně nejčastějším požadavkem nemocného, který zdravotník řeší. Pro zdravotníky je léčba bolesti odbornou a etickou, významnou povinností, zároveň je tlumení bolesti bazálním právem nemocného. Pacienti, D1, D3, D7 uvedli, že jejich očekáváním od plánovaného chirurgického výkonu je, že se zbaví kýly. Toto očekávání je zcela pochopitelné, jelikož podle Zemana et al. (2011), se terapeutická a zároveň radikální operace, která byla těmto pacientům naplánována, zaměřuje na odstranění chorobného ložiska nebo jinou variantou řeší příčinu potíží pacienta úplně. Jako příklad Zeman et al. (2011), uvádí právě rekonstrukci břišní stěny u kýly. Pacienti D1, D3, D4, D9 se shodli, že operační oddělení znají z předešlé zkušenosti, kdy byli spokojeni, takže

očekávají, že k nim personál bude přistupovat stejným způsobem jako při předchozí zkušenosti. Zacharová (2017) poukazuje na zážitky a zkušenosti pacienta z předešlých setkání se sestrou. Ty mohou ovlivnit komunikaci se sestrou v budoucích kontaktech. Věk, charakterové vlastnosti, typ osobnosti a temperament pacienta i sestry dotvářejí způsob neverbální komunikace. Při následující delší interakci může sestra od pacienta předpokládat specifické způsoby projevu.

Dotazovaní klienti D2, D5, D6, D7, D8 shodně sdělili, že očekávají a považují za nutné seznámení se s oddělením a potřebují pomoc sester, aby se uzdravili. Podle Schneiderové (2014), seznámení pacienta s oddělením patří k obecné celkové přípravě, která je uskutečněna před každým plánovaným chirurgickým výkonem. Pacienta seznámíme s prostory oddělení dále s organizačním řádem oddělení a požadavkem na dodržování toho řádu po celou dobu hospitalizace. Pomoc od sester, kterou pacienti očekávají a která povede k uzdravení se, logický požadavek. Špirudová (2015), popisuje profesu sestry jako pomáhající povolání. Dále popisuje sesterskou disciplínu ošetrovatelství, která je sestrou poskytována, jako vedoucí zejména k udržení a podpoře zdraví, nevrácení zdraví včetně rozvoje soběstačnosti, dále u pacientů kde je vyléčení nemožné, pomáhá k zmírňování utrpení a obstarávání klidného umírání a smrti.

Pacienti D1, D5, D6, D7, D8, D9 se shodli, že od sestry ještě před operací očekávají profesionální a vstřícný přístup. Tomová a Křivková (2016) uvádí, že profesionální přístup v ošetrovatelské péči je samozřejmostí a patří k dlouhodobě kontrolovaným faktorům kvalitní a individuálně zprostředkované péče. Mnohem méně se však v požadavcích na sesterskou profesi objevuje nutná potřeba vstřícného jednání založeného na autentické komunikaci a jednotlivém přístupu osoby. Dotazovaní D2 a D3 uvedli, že před operačním výkonem očekávali, že dostanou od sestry potřebnou péči a že se dostaví v brzké době na operační sál. Podle Šamánkové et al. (2011), by mělo být cílem ošetrovatelského procesu naplňování potřeb klienta. Každý jedinec je zcela individuální a má určité vlastnosti, postoje názory a potřeby. Potřeba vyjadřuje specifické nedostatky z biologického a sociálního života osoby (Šamánková et al., 2011). Stejní pacienti se dále zmínili, že stále očekávali, kdy se dozví, že konečně odjedou na operační sál, kde se plánovaný chirurgický výkon měl uskutečnit. Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) je čekání na operaci a výzvu z operačního sálu jedna z pěti nejvíce stresujících událostí pro pacienta před operací. Pacientka D4, očekávala od sester podrobnější vysvětlení vztahující se k jejímu operačnímu výkonu a její očekávání se naplnilo, ale usoudila, že

to bylo pozdě. Ptáček et al. (2011) uvádí, že za nedostatečné poučení před operací vedoucí k nevhodnému dopadu léčby nese jakoukoli právní i etickou zodpovědnost lékař. Lékaři by neměla etická pravidla dovolit neposkytnout vhodné poučení před operací.

Všichni pacienti se po vlastní zkušenosti shodli, že by v komunikaci se sestrou na daném oddělení nic neměnili (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). Dle Heřmanové et al. (2012), je vhodná komunikace s ošetřujícím personálem nezbytná pro zajištění bezpečné péče klientům. Nedostatečná či nevhodná komunikace je jeden z nejvíce vyskytujících se etických problémů ve zdravotnictví. Dotazovaná pacientka D1 se zmínila, že by komunikaci neměnila a dále usoudila, že se sestra snažila s ní komunikovat spíše neutrálně. Petr et al. (2014), uvádí, že předávání informací sestrou by mělo být neutrální, faktické, bez osobních a emočních faktorů. Všichni pacienti shodně sdělili, že byli spokojeni s komunikací mezi nimi a sestrou na oddělení, na němž byli hospitalizováni (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). Vévoda et al. (2013) říká, že nejčastěji podávané stížnosti, trestní oznámení a soudní spory se většinou netýkají odborného působení zdravotníků, ale právě komunikace. Menšina pacientů se odváží zpochybnit odbornost zdravotníka, ale téměř každý pacient se cítí kompetentní k posuzování komunikačních schopností zdravotnického pracovníka. Možností, kdy může dojít k nedorozumění, konfliktům a komunikačním šumům, je mnoho. Ke komunikaci totiž dochází při každém setkání sestry s pacientem. Většina pacientů (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8) uvedla, že profesní přístup sester naplnil jejich očekávání, shodovali se zejména v odpovědi, že požadovali od sester projevení zájmu o jejich potřeby. Dle Kellnarové a Matějkové (2014), se profesionální chování sestry odvíjí od jejího charakteru. U sestry se k profesionálnímu chování váže i profesionální empatie. Je velmi těžké chtít, aby byl pacient spokojen s přístupem, prací a chováním zdravotníka, jestliže pacientovi zdravotník nebude rozumět a nebude chápat jeho pocity, chování a prožívání. Empatie je tedy pro práci zdravotnického pracovníka nezanedbatelná. Studie s názvem *Peroperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes* říká, že nejúčinnější předoperační ošetřovatelské intervence jsou takové, kdy sestra používá empatickou komunikaci, která pacientovi následně zajistí pochopení jeho emocí a respektování jeho osobnosti (Pereira et. al, 2016). Pacientka D9 uvedla, že přístup sester byl nad její očekávání a byla mile překvapena.

Téměř všichni dotazovaní pacienti se vyjádřili, že při hodnocení edukace, obdrželi dostatek informací před plánovaným výkonem tak, že po výkonu nebyli ničím nečekaným překvapeni a cítili před operací dostatečnou jistotu (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D8). Kopecká (2015) uvádí, že pacient v nemocnici nutně potřebuje mít naplněnou potřebu jistoty a bezpečí. V cizím prostředí jako je například nemocnice, je pocit bezpečí a jistoty důležitý, má blahodárny vliv na psychickou stránku všech klientů. Pacienti D7 a D9 se shodli, že jim některé informace před operací chyběly, pacient D7 byl překvapen otokem rány po operaci, o kterém prý nebyl před výkonem edukován a pacientka D9 si stěžovala na dlouhou čekací dobu v předsálí, s kterou nepočítala. Dle Hekelové (2012), se musí dodržovat určité zásady pro sdělování informací, aby pacientům žádné podstatné sdělení nechybělo. Zdravotník by měl umět předat poučení tak, aby dodržoval zásady, jako je předání správného množství informací, toleroval konzistentní informace od ostatních členů zdravotnického týmu, uzpůsobil informace obsahově vzhledem ke znalostem nemocného, informace podával v souladu s nynějším emočním rozpoložením pacienta, dodržel speciální nároky u náročných skupin pacientů (např. senioři a děti) a v neposlední řadě uměl uzpůsobit komunikaci v průběhu předávání informací ve zvláštní situaci (Hekelová, 2012).

Všichni dotazovaní pacienti se shodli při závěrečném hodnocení předoperační edukace v tom, že edukace byla pro ně užitečná a přínosná, přestože někteří odpověděli v předchozích otázkách, že se některé nutné informace předem nedozvěděli (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). Zormanová (2017) uvádí, že pro hodnocení edukačního procesu je důležitá spokojenost edukantů. Spokojenost se odvíjí podle toho, do jaké míry byly splněny zájmy a potřeby zúčastněných jedinců během výuky. Výsledná míra spokojenosti edukantů podstatně ovlivňuje subjektivní hodnocení vzdělávání.

Kladně hodnotilo celkový průběh jejich plánovaného chirurgického výkonu všech 9 dotazovaných. Pacienti byli spokojeni a nenacházeli žádné zásadní chyby v poskytované ošetrovatelské péči, které by vedly k zásadnímu neuspokojení potřeb nemocných, sestry se naopak potřeby snažily uspokojit (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). Zachová et al. (2010), uvádí, že pro poskytování systematické ošetrovatelské péče je základ pro uspokojování potřeb pacientů. Plevová et al. (2011) říká, že aktivní ošetrovatelská péče je etickým závazkem pro sestru. Tento etický závazek spočívá v aktivním vyhledávání potřeb nemocného a uspokojování těchto potřeb vhodnými prostředky. Tento způsob péče se týká zejména seniorů. Starší pacienti totiž zpravidla

nesdělují své potřeby, proto je nutné je samostatně hledat a uspokojovat (Plevová et al., 2011).

Všichni dotazovaní shodně odpovědi, že pokud by v budoucnu měli podstoupit opět plánovaný chirurgický výkon, nevdala by jim hospitalizace na daném oddělení, s péčí byli spokojeni. Hospitalizaci by zde přijali (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9). Košta (2013) uvádí, že spokojený pacient ve zdravotnickém zařízení je cílem komunikace ve zdravotnictví. Spokojenost pacienta se pozitivně vyvíjí, když se sestra chová přátelsky, dává mu požadovanou informaci, jedná s pacientem na úrovni, naslouchá mu, projevuje zájem a povzbudí ho k dotazům a srozumitelně s ním hovoří. Všechny tyto uvedené požadavky pacienti často sdělovali ve svých odpovědích.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tématem plánovaného chirurgického výkonu z pohledu pacienta. Z pohledu ošetrovatelské péče je velmi důležité znát pacientovo vnímání průběhu plánovaného chirurgického výkonu a jeho znalosti o očekávaném zákroku. S pacienty byly realizovány polostrukturované rozhovory, které byly uskutečněny po následném získání souhlasu pacientů.

Cílem práce bylo zmapovat subjektivní připravenost pacienta k plánovanému chirurgickému výkonu. Pro uskutečnění tohoto cíle byly sestaveny výzkumné otázky: Jak pacient hodnotí sesterskou edukaci před plánovaným chirurgickým výkonem? Jaká jsou očekávání pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem? Jaké jsou zkušenosti pacienta po absolvování plánovaného chirurgického výkonu?

Výzkumným šetřením se zjistilo, že všichni pacienti před svým plánovaným chirurgickým výkonem podstoupili edukaci sestrou, která je edukovala o potřebné ošetrovatelské péči vztahující se k jejich plánovanému výkonu. Každý pacient byl vždy poučen sestrou na daném operačním oddělení. Sestry na oddělení zvolily edukační metodu rozhovoru a předání znalostí pomocí předložení informovaného souhlasu. Někteří pacienti byli edukováni před výkonem nejen sestrou na operačním oddělení, ale i sestrou na jiných specializovaných ambulancích. Některé sestry, které předoperační edukaci prováděly na ambulancích, použily při edukaci edukační leták, který si pacienti mohli odnést s sebou domů (někteří pacienti dostali edukační leták i od svých lékařů). Tyto letáky pacientům pomohly k získání potřebných informací, které následně vedly ještě k lepšímu zorientování se v chirurgickém výkonu. Z tohoto zjištění tedy vyplývá, že je vhodné používat při edukaci pacienta nejen slovní edukaci, ale i edukační pomůcky. Dále bylo zjištěno, že poučení předávali pacientům samozřejmě i lékaři (anesteziologové, chirurgové atd.). Toto poučení bylo pro pacienty velmi důležité, potřebné a pomohlo jim k získání znalostí o jejich plánovaném výkonu, které se týkaly zejména medicínské terapie.

Z kategorizace dat, vyplývá, že všichni pacienti považovali podané informace od sestry na operačním oddělení za kladné. Zápornou informaci shledala pouze jedna pacientka v edukaci od sestry z mammárního týmu, nikoli od sestry z oddělení. Sestra edukovala pacientku, nevhodným způsobem a došlo tak k nedorozumění a zneklidnění pacientky. Tato pacientka se domnívala, že k tomuto pochybení došlo kvůli profesi pacientky (je

zdravotnický pracovník). Tento výstup ukázal, že některé sestry edukátorky neví, jak správně edukovat zdravotníky v roli pacienta tak, aby nedošlo k pochybení. Z kategorizace dat také vyplývá, že pacienti po edukačním rozhovoru se sestrou pociťovali různé emoce, některým pacientům edukace pomohla k uklidnění se, někdo své pocity popsal jako neutrální.

Dále v empirické části byla zjištěna různá očekávání pacientů od plánovaného chirurgického výkonu a očekávání od péče sester. Pacienti očekávali, že se jejich plánovaný výkon zdaří, dále čekali, že jim pomůže zbavit se bolesti a přinese úlevu, že se brzy zotaví, aby se mohli vrátit do svého obvyklého stylu života a že se díky operaci uzdraví ze svého onemocnění. Výsledky ukazují, že pacienti od sester na operačním oddělení očekávali profesionální a vstřícný přístup a dále dodání potřebné péče. Pacienti opravdu hodnotili péči velmi kladně a často sdělovali, že péče sester z operačního oddělení naprosto vyhovovala jejich očekávání. Další kategorie výzkumu se zaměřovala na komunikaci mezi edukující sestrou z operačního oddělení a pacientem. Pacienti dle vlastní zkušenosti nic změnit na edukaci nechtěli. S komunikací se sestrou na operačním oddělení, na němž byli hospitalizováni, byli spokojeni. Dále z výsledků vyplynulo, že pacienti obdrželi před operací dostatek informací od sestry edukátorky, tak že nebyli po výkonu ničím nečekaným překvapeni. Pouze dva pacienti uvedli, že jim informace předané sestrou nestačily a že byli překvapeni určitou událostí. Ovšem tento problém nepovažovali za zásadní.

Z kategorizace dat dále vyplynulo, že všichni pacienti předoperační edukaci hodnotili v závěru jako užitečnou a prospěšnou, i když, někteří odpověděli, že jim některé nutné informace předem podány nebyly. Z výsledků šetření bylo zjištěno i to, že pacienti byli s celkovým průběhem kolem jejich plánovaného chirurgického výkonu spokojeni. Všichni pacienti by byli ochotni se opět nechat na daném oddělení v budoucnu hospitalizovat a podstoupit zde další léčbu.

Tato bakalářská práce byla zpracována tak, aby poskytla základní informace o sesterské předoperační edukaci, komunikaci mezi pacientem a sestrou v rámci plánovaného chirurgického výkonu a ukázala očekávání a zkušenosti pacientů podstupující plánovaný chirurgický výkon. Praktickým výstupem z práce bude odborný článek. Odborný článek bude informovat sestry o důležitosti edukace pacienta před plánovaným chirurgickým výkonem.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4119-2.
2. BARASH, P. et al., 2015. *Klinická anesteziologie*. Praha: Grada, 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
3. BARTŮNĚK, P. et al., 2016. *Kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada. 714 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
4. BAYRAKTAR, N., et al., 2017. Effectiveness of lifestyle modification education on knowledge, anxiety, and postoperative problems of patients with benign perianal diseases. *Journal of perianesthesia nursing*. 16(10). 270-80. doi:10.1016/j.jopan.2017.03.006.
5. BEN-HAIM, S., FALOWSKI, S., 2017. Evaluation of patient perspectives toward awake, frame-based deep-brain stimulation surgery. *World Neurosurgery*. 111(3). 601-07. doi: 10.1016/j.wneu.2017.12.122.
6. BLAŽEK, M. et al., 2012. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi*. 14(11), 422-28. ISSN 1212-7299.
7. DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
8. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
9. GULÁŠOVÁ, I. et al., 2012. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra*. 22(2), 42-43. ISSN 1210-0404. 17.
10. GULÁŠOVÁ, I. et al., 2014. Strach pacienta před operací. *Sestra*. 24(2). 38-39. ISSN 1210-0404.
11. HAINER, V. et al., 2011. *Základy klinické obezitologie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-247-3252-7.
12. HEKELOVÁ, Z., 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4032-4.

13. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
14. IHNÁT, P., 2017. *Základní chirurgické techniky a dovednosti*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0334-8.
15. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4
16. JEDLIČKOVÁ, J. et al., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
17. KAREN, I., 2013. Předoperační vyšetření a léčba diabetika před operačním výkonem a po něm. *Kapitoly z kardiologie pro praktické lékaře*. 5(1), 19-22. ISSN 1803-7542.
18. KING, J. et al., 2014. Patient Educational Needs of Patients Undergoing Surgery for Lung Cancer. *Journal of Cancer Education*. 29(4), 802-07. doi: 10.1007/s13187-014-0658-2.
19. KOPECKÁ, I., 2011. *Psychologie: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.
20. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3 díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
21. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4422-3.
22. LEE, C., et al., 2018. Effects of educational intervention on state anxiety and pain in people undergoing spinal surgery: a randomized controlled trial. *Pain management nursing*. 19(2). 163-71. doi: 10.1016/j.pmn.2017.08.004
23. LEE, C.K., Lee I.K., 2012. Perioperative teaching: the practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 22(18), 2551-61. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04345.x.

24. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-326-4.
25. MÁLEK, J. et al., 2016. *Praktická anesteziologie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-5632-5.
26. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5589-2.
27. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
28. NEMCOVÁ, J., et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
29. PEREIRA, L., et al., 2016. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of anempathic patient- centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient education and counseling*. 99(5). 733-38. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.016.
30. PETR, T. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
31. PILNÝ, J. et al., 2017. *Chirurgie ruky. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 504 s. ISBN 978-80-271-0180-1.
32. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
33. PRIYA, P., ROACH E., 2013. Effect of pre-operative instruction on anxiety among women undergoing abdominal hysterectomy. *Nursing Journal of India*. 104(6). 245-8. ISSN: 00296503.
34. PTÁČEK, R. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
35. RAUTA, S. et al., 2012. Validation of the core elements of peroperative nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 22(9-10). 1391-99. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04220.x.

36. RENEW, JR. et al., 2015. Improving preoperative medication instructions and patient adherence: A collaborative, hospital-based qualityim provement project. *Journal of Peroperative Practice*. 25(3), 40-45. ISSN 1750-4589.
37. SANTOS M.M.B. et al., 2014. Anxienty, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*. 4(3), 7-15. ISSN 2182-2883.
38. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
39. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
40. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
41. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ R. et al., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-5215-0.
42. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5710-0.
43. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
44. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0064-4.
45. VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.
46. VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
47. WAGNER, R., 2009. *Kardioanestezie a perioperační péče v kardiochirurgii*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 9788024719207.

49. WEBB, L., HOLLAND K., 2011. *Nursing: Communication Skills In Practice*. New York: Oxford University Press Inc.. 329 s. ISBN 978-0-19-958272-3.
50. WENDSCHE, P. et al., 2012. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-894-0.
51. WICHSOVÁ, J., 2013. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.
52. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
53. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
54. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 288 s. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.
55. ZACHOVÁ, V. et al., 2010. *Stomie*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
56. ZEMAN, M. et al., 2011. *Chirurgická propedeutika. Třetí přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
57. ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-0051-4.
58. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o Činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (zákon o nelékařských zdravotnických povolání), 2011. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 20, s. 4300- 54. ISSN 1213-2241.

8 Seznam příloh

Příloha 1 Otázky použité k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 2 CD přepisy rozhovorů

9 Seznam zkratk

ARO - Anesteziologicko-resuscitační oddělení

atd. - a tak dále

CD - Compact Disc

D. - dotazovaný

INR - International normalised ratio

JIP - Jednotka intenzivní péče

např. - například

WHO - World health organization

Příloha 1: Otázky použité k polostrukturovanému rozhovoru

1) Jaký plánovaný chirurgický výkon podstoupíte?
2) Jakou péči před plánovaným chirurgickým výkonem očekáváte?
3) Co od Vašeho plánovaného chirurgického výkonu očekáváte?
4) Co od sester ještě očekáváte před operací?
5) Bylo Vám před výkonem dodáno dostatek informací?
6) Kdo Vás před výkonem edukoval?
7) Kde edukace probíhala?
8) Jakým způsobem, Vás sestra před operací edukovala (pouze slovně, nebo použila např. informační leták a jiné pomůcky)?
9) Jaké klady a záporny shledáváte v obsahu sdělených informací?
10) Napadly Vás ještě další dotazy, které jste potřeboval/a vědět před operací a bylo Vám na ně odpovězeno?
11) Jak Vám edukace pomohla?
12) Popište prosím, Vaše pocity po edukačním rozhovoru se sestrou.
13) Jak byste dle vašich zkušeností zhodnotil/a celkový průběh kolem Vašeho plánovaného chirurgického výkonu?
14) Co byste ze své vlastní zkušenosti chtěl/a v rámci komunikace se sestrou změnit?
15) Byl jste spokojen/a, co se týče komunikace se sestrami?
16) Podstoupil/a byste ještě někdy plánovaný chirurgický výkon zde v nemocnici, pokud byste věděl/a, že budete hospitalizován/a na tomto oddělení?
17) Splnil přístup všeobecné sestry Vaše očekávání?