

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických
zařízeních

Bc. Ivana Urbaníková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ivana Urbaníková**
Osobní číslo: **Z12300**
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**
Název tématu: **Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

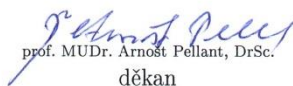
1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:


1. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
2. KALA, Zdeněk, Igor PENKA a kol. Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
3. KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
4. MONAHAN, Frances Donovan et al. Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 8th ed. Edinburgh: Elsevier Mosby, 2007, 2067 s. ISBN 978-032-3031-974.
5. ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. Chirurgická propedeutika. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Škvrňáková, Ph.D.
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2012
Termín odevzdání diplomové práce: 5. května 2014


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 29. 4. 2014

.....

Bc. Ivana Urbaníková

Poděkování

Tímto bych chtěla upřímně poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Janě Škvrňákové, Ph.D. za trpělivost, kterou mi projevila, za odborné vedení, cenné rady a připomínky a metodické vedení mé diplomové práce. Také děkuji Ing. Janě Holé, Ph.D. za odborné rady týkající se statistického zpracování práce. Dále děkuji vedení nemocnice, ve které jsem prováděla výzkum, za umožnění jeho provedení a spolupráci. Dále pak děkuji všem respondentkám či respondentům, kteří byli ochotni podílet se na zpracování mého výzkumu.

Poděkování patří i mé rodině a příteli za podporu po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Diplomová práce s názvem „Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních“ je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část shrnuje informace o edukačním procesu, fázích edukace, komunikaci či překážkách v edukačním procesu a podává také informace o předoperačním, intraoperačním či pooperačním období. Výzkumná část je zaměřena na zmapování edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu a dále je zaměřena na vyhodnocení výzkumných otázek a testování hypotéz.

KLÍČOVÁ SLOVA

Edukace, komunikace, didaktika, operace, perioperační období.

TITLE

Methods of educating patients in healthcare facilities about the perioperative period.

ANNOTATION

The diploma thesis is called „Methods of educating patients in healthcare facilities about the perioperative period” and is divided into two parts – theoretical and research.

The theoretical part summarizes information about the educational process, stages of education, communication, and obstacles in the educational proces. Information about the preoperative, intraoperative, and postoperative period is also provided. The research part maps how medical staff educate patients about the perioperative period. In this part, the research questions are assessed and the hypotheses tested.

KEYWORDS

Education, communication, didactics, operation, perioperative period.

OBSAH

| | |
|--|----|
| SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK..... | 9 |
| SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK | 11 |
| ÚVOD..... | 12 |
| 1 Cíl práce..... | 13 |
| ČÁST TEORETICKÁ | 14 |
| 2 Edukační proces v ošetrovatelství | 15 |
| 3 Vymezení základních pojmů v edukaci..... | 16 |
| 4 Komunikace v edukačním procesu..... | 17 |
| 4.1 Verbální a nonverbální komunikace | 17 |
| 5 Základní kompetence a povinnosti zdravotnických pracovníků při edukaci | 18 |
| 6 Vedení dokumentace v edukačním procesu | 19 |
| 7 Fáze edukace | 20 |
| 8 Didaktické principy, metody, prostředky a pomůcky v ošetrovatelství | 21 |
| 8.1 Didaktické principy..... | 21 |
| 8.2 Didaktické metody | 22 |
| 8.3 Didaktické prostředky a pomůcky | 23 |
| 9 Překážky v edukačním procesu | 24 |
| 9.1 Překážky u zdravotnických pracovníků | 24 |
| 9.2 Překážky u pacientů | 24 |
| 9.3 Překážky ve zdravotnickém systému | 24 |
| 10 Perioperační období a rozdělení operací | 26 |
| 10.1 Perioperační období | 26 |
| 10.2 Rozdělení operací podle naléhavosti..... | 26 |
| 11 Edukace pacientů o perioperačním období..... | 27 |
| 11.1 Péče v předoperační fázi | 28 |
| 11.1.1 Vyšetření pacienta..... | 28 |

| | | |
|--------------------------------------|--|----|
| 11.1.2 | Terapeutická rozvaha | 29 |
| 11.1.3 | Příprava pacienta k operaci | 29 |
| 11.2 | Péče v intraoperační fázi | 31 |
| 11.3 | Péče v pooperační fázi | 31 |
| 11.4 | Pooperační komplikace | 34 |
| ČÁST VÝZKUMNÁ | | 36 |
| 12 | Cíle výzkumu | 37 |
| 13 | Výzkumné otázky a testované hypotézy | 38 |
| 14 | Metodika výzkumu | 40 |
| 14.1 | Charakteristika zkoumaného vzorku | 40 |
| 14.2 | Organizace výzkumného šetření | 40 |
| 14.3 | Sběr dat | 41 |
| 14.3.1 | Dotazník – všeobecné informace | 41 |
| 14.4 | Zpracování dat | 42 |
| 14.5 | Charakteristika souboru respondentů | 43 |
| 15 | Prezentace výsledků | 46 |
| 15.1 | Výsledky otázek č. 4 – 22 | 46 |
| 15.2 | Testování hypotéz | 63 |
| 15.2.1 | Výzkumná otázka č. 1 | 63 |
| 15.2.2 | Výzkumná otázka č. 2 | 67 |
| DISKUZE | | 71 |
| ZÁVĚR | | 75 |
| SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ | | 77 |
| PŘÍLOHY | | 82 |

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Rozložení respondentů dle typu oddělení (relativní četnost) | 43 |
| Obrázek 2 Rozložení pohlaví respondentů (relativní četnost) | 44 |
| Obrázek 3 Věkové rozdělení respondentů (absolutní četnost) | 45 |
| Obrázek 4 Prostředí, v němž byli pacienti informováni nejčastěji (absolutní četnost) | 51 |
| Obrázek 5 Prostředí, které by pacientům pro podávání informací vyhovovalo více (absolutní četnost) | 53 |
| Obrázek 6 Zdravotnický personál, jenž sdělil pacientům nejvíce informací (absolutní četnost) | 54 |
| Obrázek 7 Ověření srozumitelnosti zdravotnickým personálem (absolutní četnost) | 57 |
| Obrázek 8 Hodnocení informovanosti o jednotlivých oblastech (absolutní četnost) | 61 |
| Obrázek 9 Dvourozměrné rozdělení: srozumitelnost x počet edukačních setkání | 66 |
| Obrázek 10 Dvourozměrné rozdělení: srozumitelnost x užití metody | 70 |
| | |
| Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů | 46 |
| Tabulka 2 Podstoupení operačního výkonu v minulosti | 47 |
| Tabulka 3 Spokojenost pacientů se sdělováním informací | 47 |
| Tabulka 4 Dostatečnost sdělených informací | 48 |
| Tabulka 5 Edukační formy užití pro informování pacientů | 49 |
| Tabulka 6 Názor pacientů na vhodnost užití edukační formy | 50 |
| Tabulka 7 Počet edukačních setkání | 50 |
| Tabulka 8 Názor pacientů na vhodnost edukačního prostředí | 52 |
| Tabulka 9 Porozumění informacím podaných lékařem | 55 |
| Tabulka 10 Porozumění informacím podaných sestrou | 55 |
| Tabulka 11 Možnost dotazování se v případě nepochopení informacím | 56 |
| Tabulka 12 Vnímaná negativa při sdělování informací | 58 |
| Tabulka 13 Období podání nejvíce informací o operaci a předoperační péči | 59 |
| Tabulka 14 Období podání nejvíce informací o období po operaci | 60 |
| Tabulka 15 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: srozumitelnost | 64 |
| Tabulka 16 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: počet edukačních setkání | 64 |
| Tabulka 17 Kontingenční tabulka jednotlivých odpovědí | 64 |
| Tabulka 18 Pearsonův & M-V chí-kvadrát test | 65 |

| | |
|--|----|
| Tabulka 19 <i>Tabulka četností jednotlivých odpovědí: srozumitelnost</i> | 67 |
| Tabulka 20 <i>Tabulka četností jednotlivých odpovědí: užití metody pro edukaci</i> | 68 |
| Tabulka 21 <i>Kontingenční tabulka jednotlivých odpovědí</i> | 68 |
| Tabulka 22 <i>Pearsonův & M-V chí-kvadrát test</i> | 68 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | | |
|-------|---|--------------------------------------|
| ASA | – | American Society of Anesthesiologist |
| CT | – | počítačová tomografie |
| DC | – | dýchací cesty |
| DK | – | dolní končetiny |
| EKG | – | elektrokardiogram |
| FW | – | Fahraeusova-Westergreenova metoda |
| H_A | – | alternativní hypotéza |
| H_0 | – | nulová hypotéza |
| ISBN | – | International Standard Book Number |
| KO | – | krevní obraz |
| MM | – | močový měchýř |
| RTG | – | rentgenové vyšetření |
| TEN | – | trombembolická nemoc |
| TK | – | tlak krve |
| UZ | – | ultrazvukové vyšetření |

ÚVOD

Edukace je velmi důležitou součástí ošetrovatelského procesu i léčby. Hlavním cílem edukace je pacienty učit, vzdělávat, vychovávat, předávat jim informace či učit je novým návykům. Správně edukovaný pacient má lepší předpoklady uzdravit se, zvládnout celý průběh léčby, hospitalizace, ale také období po propuštění do domácího prostředí (Juřeníková, 2010, s. 8-9).

Operační výkon může být pro řadu pacientů velmi stresovou záležitostí. Proto je nezbytně nutné, aby byli o výkonu dostatečně informováni zdravotnickým personálem. Pro pacienty není důležité znát pouze průběh operace. Často se například dotazují, proč řešením jejich zdravotního problému musí být právě operační výkon, zda není možné jiné řešení. Pacienti by se měli dozvědět dostatek informací ještě před nástupem do zdravotnického zařízení, v němž operační výkon mají podstoupit. Měli by být edukováni o předoperačním vyšetření, předoperační péči či přípravě na operaci, průběhu operace a anestezie, pooperační péči, léčebném režimu po propuštění ze zdravotnického zařízení, ale také musí znát možná rizika a komplikace operačního výkonu.

Často si lidé řadu informací zjišťují sami, například na internetu, v časopisech či prostřednictvím jiných zdrojů. Ne vždy jsou zde odborné informace uvedeny pravdivě a smysluplně. Je tedy na nás zdravotníků, abychom pacientům podali informace pravdivé a nepravdivé jim vyvrátili. Čím lépe budou pacienti informováni zdravotnickým personálem, tím budou mít menší potřebu vyhledávat si informace sami.

Teoretická část je zaměřena na edukační proces v ošetrovatelství, komunikaci v edukačním procesu, fáze edukace, překážky edukace, kompetence a povinnosti zdravotnických pracovníků při edukaci, didaktické principy, metody, prostředky a pomůcky v ošetrovatelství. Dále je zaměřena na perioperační období, konkrétně na péči v předoperační, intraoperační a pooperační fázi a také na pooperační komplikace. Výzkumná část má za cíl zmapovat způsoby edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu na oddělení operační gynekologie a chirurgie. Dále se výzkumná část práce zabývá tím, zda byli pacienti spokojeni s podáváním informací, zda považovali podané informace za dostatečné, zda byla podle nich forma sdělování informací vhodná, co vnímali jako negativní při sdělování informací, kdo ze zdravotnického personálu jim sdělil nejvíce informací o perioperačním období atd. Součástí výzkumné části je také testování stanovených hypotéz.

1 Cíl práce

Diplomová práce se zabývá edukací pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. Konkrétně se jedná o pacienty a pacientky po chirurgických a gynekologických operacích.

Cílem bylo teoreticky popsat problematiku edukačního procesu v ošetrovatelství, ale také podat informace o péči v perioperačním období (tj. období před operací, období vlastní operace a období po operaci).

Cílem výzkumného šetření bylo srovnat hodnocení srozumitelnosti edukace o perioperačním období u pacientů na oddělení operační gynekologie a chirurgie v závislosti na počtu edukačních setkání a použitých metodách pro edukaci, dále zjistit, jakým způsobem edukace u pacientů probíhala. V neposlední řadě se šetření snažilo zjistit, o čem byli pacienti informováni nejvíce a o čem naopak nejméně, ale také kdo ze zdravotnického personálu jim sdělil nejvíce informací o perioperačním období.

ČÁST TEORETICKÁ

2 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces je logický, systematický, plánovaný a následný proces, ve kterém se odehrávají dvě vzájemně se ovlivňující činnosti, jimiž jsou vzdělávání a učení. Vzniká tak nepřetržitý cyklus, na kterém se taktéž podílejí dva vzájemně se ovlivňující subjekty, jimiž jsou edukant a edukátor. Edukátorem je v tomto případě sestra či lékař, edukantem je pacient, skupina pacientů či rodina (Nemcová a kol., 2010, s. 25).

Edukace v ošetrovatelství slouží ke kvalifikované pomoci klientům, kteří jsou postiženi nemocí, stresovými situacemi či jinými problémy. Proto je důležité, aby byla edukace připravována a organizována z didaktického hlediska, na základě didaktických zásad a podmínek. Tímto způsobem lze dosáhnout ovlivnění klienta a jeho snahy o uzdravení či zlepšení kvality života. Edukační proces vede klienty k pochopení zdraví a nemoci, učí je správným hygienickým návykům, zdravému chování, poznání vlastního zdravotního stavu nebo odchylek od norem, vyhýbání se rizikům a slouží jako prevence onemocnění (Kuberová, 2010, s. 23-24). Úkolem edukace je ovlivnit klienta tak, aby se uměl správně rozhodovat v situacích, které ovlivňují jeho zdraví, aby si rozšiřoval vědomosti, utvářel si životní hodnoty, postoje a názory a aby si osvojil správné činnosti a dovednosti. Aby byl holistický přístup k edukovaným klientům realizován plnohodnotně, musí být kladen důraz na individualitu jedinců. Velmi důležitá je také edukace a informovanost pacientů o výkonu či operaci, o předoperační přípravě a pooperační péči (Kuberová, 2010, s. 31-32; Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006, s. 94-95).

Edukační proces se rozděluje podle toho, ve které fázi pacientova onemocnění k edukaci dochází. **Úvodní edukace** – jedná se o edukaci iniciální, zaměřenou na pacienta, který je připravován na určitý výkon. Je informován o předoperační přípravě i pooperační péči. **Prohlubující edukace** – pacientovi jsou sdělovány další informace o péči po výkonu, provádí se nácvik zručnosti a dovedností, potřebných ke zvládnutí pooperačního stavu. **Kontinuální edukace** – pacient je edukován o následné péči o sebe samého po propuštění do domácího prostředí. Tato edukace má vést k lepší adaptaci pacienta na období po výkonu či operaci (Nemcová a kol., 2010, s. 25).

3 Vymezení základních pojmů v edukaci

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukací se rozumí všechny činnosti lidí, při kterých se nějaký subjekt učí buď přímo, nebo zprostředkovaně a jiný subjekt mu toto učení zprostředkovává. Jedná se o aktivní a cílevědomý přístup k životu s cílem vyvolat změny v poznání a pochopení informací (Nemcová a kol., 2010, s. 13).

Edukátor je aktér edukační aktivity. Ve zdravotnictví se nejčastěji jedná o lékaře, porodní asistentku, všeobecnou sestru, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta atd. (Juřeníková, 2010, s. 10). Edukátor zaujímá pozici koordinátora, organizátora a iniciátora edukačního procesu. K jeho základním povinnostem patří příprava, realizace a hodnocení didaktického procesu, výběr a uspořádání obsahu vzdělávání a stanovení cílů. Průběh a výsledek edukace ovlivňují jeho osobnostní, kognitivní, afektivní, psychomotorické a morálně-charakterové vlastnosti, dále profesionální a odborné zkušenosti (Kuberová, 2010, s. 49).

Edukant je subjekt učení. Ve zdravotnickém prostředí bývá subjektem učení zdravý či nemocný klient. Také jím však může být zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti a dovednosti. Edukanti jsou charakterističtí svými fyzickými, kognitivními a afektivními vlastnostmi. Zpracovávají informace, přijímají postoje a mění své schopnosti (Juřeníková, 2010, s. 10; Kuberová, 2010, s. 49).

Edukační konstrukty jsou zákony, předpisy, plány, teorie, modely, edukační standardy a materiály, které určují či ovlivňují edukační proces (Průcha, 2002, s. 67).

Edukační prostředí je místo, ve kterém probíhá edukace. Ovlivňuje jej atmosféra edukace, sociální klima a ergonomické podmínky (např. prostor, osvětlení, zvuk, nábytek atd.). Edukačním prostředím může být například ambulance, ve které dochází k edukačnímu procesu (Juřeníková, 2010, s. 10).

4 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je proces, při kterém dochází k předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Je základem všech vztahů mezi lidmi. Jedná se o proces sdělování, přenosu a výměny hodnot a významů zahrnující jak oblast informací, tak i další projevy a výsledky lidské činnosti (Pokorná, 2008, s. 9).

Mezi komunikací a edukačním procesem je velmi úzký vztah, proto je komunikace nedílnou součástí edukace. Každý, kdo se chce podílet na edukaci, musí mít dostatečné komunikační znalosti a dovednosti (Juřeníková, 2010, s. 16).

Komunikace plní v edukačním procesu několik funkcí. Zprostředkovává výměnu informací, motivů, postojů, zkušeností a emocí a umožňuje vzájemný kontakt mezi účastníky edukace. Také ovlivňuje účastníky edukačního procesu a je nástrojem k uskutečnění vlastní edukace (Juřeníková, 2010, s. 20).

Komunikace se nejčastěji rozděluje na **verbální** a **nonverbální**. Verbální komunikace je uskutečněna pomocí slov, písmen či jiných znaků, neverbální komunikace je komunikací beze slov (Juřeníková, 2010, s. 16).

4.1 Verbální a nonverbální komunikace

Verbální komunikací se rozumí vyjadřování pomocí slov, prostřednictvím jazyka. Verbální komunikace může být mluvená nebo psaná, živá nebo reprodukováná, přímá nebo zprostředkovaná (Vymětal, 2008, s. 112). Ústní komunikace zdravotníkům umožňuje okamžitou zpětnou vazbu, okamžitou výměnu názorů a fyzickou blízkost. Edukátoři by pacientům měli podávat stručné a jasné, avšak dostatečné a pochopitelné informace a neměli by používat příliš odbornou terminologii (Mikuláščík, 2010, s. 98; Venglářová a Mahrová, 2006, s. 23).

Nonverbální komunikace zahrnuje to, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy při slovní komunikaci. Neverbální komunikací lidé zprostředkovávají informace o svých emocích, záměrech, potřebách, myšlenkách a postojích bez slovního vyjádření. Pomocí neverbální komunikace může zdravotník lépe vnímat emoce, postoje a prožívání pacienta. Lidé na sebe působí celkovými pohyby těla, pohybem očí, mimikou, gesty, dotyky, zaujímáním vzdálenosti atd. (Plevová a kol., 2011, s. 28-29; Vymětal, 2008, s. 54).

5 Základní kompetence a povinnosti zdravotnických pracovníků při edukaci

Základní kompetence a povinnosti by zdravotnický personál měl získat po přípravě v oborové didaktice a dalších pedagogicko-psychologických vědních disciplínách. Tyto kompetence a povinnosti při edukaci vyplývají z kompetencí učitelů (Kuberová, 2010, s. 77).

Projektové kompetence jsou plánování a příprava edukačního procesu v ošetrovatelství. O metodách přípravy na edukaci či výchovně-vzdělávacím procesu svobodně rozhoduje edukátor. Zdravotnický pracovník si musí edukaci naplánovat tak, aby byla pro pacienty zajímavá, pochopitelná a aby vedla ke stanovenému cíli (Kuberová, 2010, s. 78-79).

Realizační kompetence jsou organizačně-řídící povinnosti, kdy zdravotník musí umět využít své teoretické vědomosti, navázat kontakt s pacientem, komunikovat s ním verbálně i neverbálně a dávat jasné a srozumitelné instrukce (Kuberová, 2010, s. 80-81).

Reflexivní kompetence uplatňují pracovníci při hodnocení edukačního procesu. Měli by hodnotit objektivně a s pozitivním přístupem k pacientovi. Důležitá je snaha zdravotníků docílit u pacientů sebehodnocení, sebereflexe a poskytnout jim zpětnou vazbu. Zdravotník by měl také zvládnout vlastní sebereflexi a rozbor své edukační činnosti (Kuberová, 2010, s. 82).

Písemné plánovací a realizační kompetence mají uplatnění při vedení edukační dokumentace. Zdravotničtí pracovníci by měli kvalitně zaznamenávat edukační činnost (Kuberová, 2010, s. 83-84).

Ostatní kompetence – edukátor by měl mít jazykové, komunikační a pedagogické vloh, vlídné jednání, měl by být zodpovědný, empatický, trpělivý a ochotný pomoci (Svěráková, 2012, s. 37).

6 Vedení dokumentace v edukačním procesu

Povinností každého zdravotnického zařízení je vést řádnou zdravotnickou dokumentaci. Součástí zdravotnické dokumentace je také edukační záznam. Měl by být pravdivý, srozumitelný, úplný, stručný, čitelný a snadno dostupný zdravotnickým pracovníkům. Edukační záznam obsahuje následující údaje:

- úroveň vědomostí pacienta na začátku a na konci edukace,
- cíl edukace,
- použité formy a metody edukace,
- obsah edukace,
- použité pomůcky,
- bariéry edukace (pokud se vyskytnou),
- hodnocení cílů,
- kdo, kde, kdy a koho edukoval,
- podpis edukátora a edukanta.

Formulář může být sestaven tak, že do něj lze zapisovat bez rozdílu obsahu edukace u pacientů s různými onemocněními, ale může být také připraven pro specifický obsah edukace u konkrétního onemocnění, kde je možné dopředu zapsat cíle, metody a formy práce (Juřeniková, 2010, s. 66).

7 Fáze edukace

Edukace se skládá z pěti fází edukačního procesu, které na sebe navazují, a každá následující fáze je závislá na té předchozí (Nemcová a kol., 2010, s. 26).

Posuzování

Skládá se z důkladného sběru, třídění a analýzy údajů o jedinci. Údaje jsou získávány rozhovorem, pozorováním, fyzikálním vyšetřením, dotazníkem či zjištěním ze zdravotnické dokumentace. Následně zdravotník posoudí schopnost pacienta učit se a také faktory, které by mohly proces učení ovlivnit (Kuberová, 2010, s. 25).

Diagnostika

Pomocí údajů získaných edukačním posuzováním pacienta si zdravotník stanovuje edukační diagnózy. Edukační diagnózy charakterizují problémy a potřeby pacienta, jejich příčiny a charakteristiky. Pomocí těchto diagnóz si edukátor promyslí plán edukace (Kuberová, 2010, s. 25; Nemcová a kol., 2010, s. 26).

Plánování

Plánování edukace spočívá ve stanovení priorit, což znamená, že edukátor posoudí, o čem je nutné pacienta poučit nejdříve a co mu lze sdělit později. Na tom bude záviset struktura, frekvence a trvání edukace, výběr edukačních metod a obsah edukace. Obsah edukace je dán edukačními cíli a vychází z potřeb jedince. Jejich stanovení zdravotník realizuje ve spolupráci s pacienty (Kuberová, 2010, s. 26-27; Nemcová a kol., 2010, s. 26).

Realizace

Nejprve je nutné pacienta motivovat, aby měl o nové informace zájem. Poté, co zdravotník pacientovi informace předá, by si měl pacient získané vědomosti a dovednosti procvičit a zopakovat. Následuje prověření, zda pacient informace pochopil (Juřeníková, 2010, s. 21).

Vyhodnocení

Vyhodnocení zahrnuje zjištění, zda byly cíle a výsledky splněny, splněny částečně či nesplněny. Při hodnocení by měl zdravotnický pracovník nejprve pacienta pochválit a zdůraznit pozitiva, až poté by měl zvážit negativa (Kuberová, 2010, s. 29; Nemcová a kol., 2010, s. 26).

8 Didaktické principy, metody, prostředky a pomůcky v ošetrovatelství

8.1 Didaktické principy

Jedná se o požadavky, zákonitosti a pokyny, které ovlivňují průběh a výsledek edukace a při jejich dodržování vedou k dosažení cílů edukace (Kuberová, 2010, s. 150).

Princip vědeckosti – zdravotník by měl udržovat kontakt s vědeckými disciplínami a aktualizovat starší poznatky týkající se zdraví, nemoci, diagnostiky a léčby onemocnění (Kalhous, Obst a kol., 2002, s. 270; Kuberová, 2010, s. 151).

Princip soustavnosti – jednotlivé poznatky mají být systematicky uspořádané a mají na sebe navazovat. Takto uspořádané informace klienti lépe pochopí.

Princip přiměřenosti – důležitý je správný obsah, rozsah a náročnost informací. Je třeba postupovat od jednoduchého ke složitějšímu, od známého k neznámému, od konkrétního k abstraktnímu atd. (Kuberová, 2010, s. 151).

Princip individuálního přístupu – tento princip respektuje rozdíly mezi účastníky edukace, zejména jejich schopnosti učení, předchozí znalosti či zkušenosti, potřeby atd.

Princip motivace a participace – před edukací by měla být navozena pozitivní atmosféra a motivace, což vede pacienty k větší participaci na edukaci (Mužík, 1998, s. 111-112).

Princip uvědomělosti a aktivity – uvědoměle osvojené poznatky jsou hluboce pochopené a pacient je dokáže formulovat a aplikovat v praxi (Kalhous, Obst a kol., 2002, s. 271).

Zásada názornosti – edukant by měl mít možnost co nejvíce zapojit smyslové vnímání spolu s poznávací a myšlenkovou aktivitou. Lépe totiž dokáže pochopit to, co vidí, nebo to, co si může vyzkoušet (Juřeníková, 2010, s. 31).

8.2 Didaktické metody

Jedná se o postupy a strategie zdravotníků, které umožňují edukantům osvojit si získané vědomosti a dovednosti a uplatňovat je v praxi. Pomocí těchto metod dochází k dosažení stanovených cílů (Kuberová, 2010, s. 153; Zormanová, 2012, s. 13).

V průběhu edukačního procesu se mohou jednotlivé metody měnit či střídát. Jejich volba by neměla být náhodná, ale promyšlená. Volba metod nejčastěji závisí na cílech a úkolech edukace, obsahu daného oboru, úrovni fyzického a psychického stavu pacientů, zvláštěnostech pacientů, vnějších podmínkách edukace či osobnosti edukátora (Maňák a Švec, 2003, s. 50; Vališová a Valenta, 2011, s. 195).

Existuje řada kritérií, podle kterých lze klasifikovat edukační metody. Nejpoužívanější je klasifikace vyučovacích metod *podle zdroje a druhu poznatků* na metody slovní, názorně demonstrační a praktické. Další dělení je *podle fáze edukačního procesu*. Zde rozlišujeme metody motivační, expoziční, fixační a diagnostické (Kuberová, 2010, s. 154).

A) Klasifikace edukačních metod podle zdroje a druhu poznatků

Metody slovní zahrnují metody monologické (vyprávění, vysvětlování, přednášky či popis), metody dialogické (rozhovor, diskuze, dialog atd.) a metody práce s textovým materiálem (letáky, brožury, články, časopisy, knihy) (Kuberová, 2010, s. 174; Skalková, 2007, s. 184-186).

Metody názorně demonstrační – zdrojem poznání je zde pozorování. Edukátor ukazuje určité předměty, činnosti či procesy pomocí pomůcek, modelů, obrázků atd. (Skalková, 2007, s. 195).

Metody praktické – zdrojem poznání není pouze pasivní vnímání, ale také aktivní činnost pacienta (Kuberová, 2010, s. 156).

B) Klasifikace podle fáze edukačního procesu

Metody motivační usměrňují učení a zahrnují povzbuzení, pochvalu, kritiku, motivační rozhovor, povídání, demonstraci a výzvu.

Metody expoziční slouží k prvotnímu seznámení s tématem a zahrnují vyprávění, vysvětlování, popis, přednášku, rozhovor, ukázky obrazů, předmětů, praktické cvičení atd.

Metody fixační vedou k opakování a upevňování učiva. Zahrnují ústní opakování učiva, metodu otázek a odpovědí, opakovací rozhovor atd.

Metody diagnostické a klasifikační hodnotí, kontrolují a klasifikují učení. Zahrnují jak zkoušení, tak i pozorování, rozhovor či dotazník (Kuberová, 2010, s. 157-158).

8.3 Didaktické prostředky a pomůcky

Při edukaci bývá nejčastěji využívána verbální komunikace. Z mnoha důvodů je však efektivnější používat také vizuální informace. Vizuální pomůcky totiž upoutávají pozornost a vzbuzují zájem edukantů, jsou lépe zapamatovatelné a jsou projevem zájmu edukátora (Petty, 2008, s. 271-272).

Didaktické prostředky lze definovat jako všechny materiální předměty, které podmiňují, zajišťují a zefektivňují průběh edukačního procesu, usnadňují proces učení a vedou k hlubšímu osvojování vědomostí a dovedností. Edukátoři volí vhodné pomůcky vzhledem k cílům edukace, věku a psychickému vývoji pacientů, vzhledem k podmínkám realizace a zkušenostem edukátora. Pomocí didaktických pomůcek se realizuje *princip názornosti* (Skalková, 2007, s. 249-250).

Učební pomůcky pomáhají při vytváření představ a pomocí těchto pomůcek si lidé mohou lépe představit určité jevy či předměty. Můžeme zde zařadit různé **modely** (statické – například kanyly či dynamické – například tonometry, ošetrovatelské modely přibližující charakter, způsob a metody ošetrovatelského procesu), dále **zobrazení** (statické – obrázky, fotografie, postery, nástěnky, dynamické – například nákres operace nebo orgánů na tabuli), **trojrozměrné pomůcky** (statické, funkční, ukázky léků či jiných pomůcek k ošetřování atd.). Mezi další pomůcky lze zařadit také **audiovizuální pomůcky** (video, televize, promítací přístroj atd.) (Kuberová, 2010, s. 229-231).

9 Překážky v edukačním procesu

Příčinou neefektivnosti edukačního procesu jsou překážky, které znemožňují zdravotníkům edukovat a dosahovat stanovených cílů. Překážky mohou být jak na straně zdravotníků, tak na straně pacientů či, zdravotnického systému.

9.1 Překážky u zdravotnických pracovníků

- Nedostatečná příprava, malá motivace či únava zdravotníků (Juřeníková, 2010, s. 57).
- Mnohé sestry se necítí být dostatečně kompetentní a sebejisté při edukaci a své edukační schopnosti považují za nedostatečné.
- Některé sestry či lékaři zpochybňují význam a efektivitu edukace.
- Pracovníci neberou ohled na schopnosti a dovednosti pacientů, na jejich osobnost, věk či vývojový stupeň.
- Pracovníci neberou v úvahu hodnoty a víru pacientů, což může narušit vzájemnou důvěru (Nemcová a kol., 2010, s. 28).

9.2 Překážky u pacientů

- Stres způsobený onemocněním může vyvolat strach a úzkost, což vede ke snížení motivace a brání pacientovi zapojit se do procesu učení. Bariérou může být také akutní onemocnění, bolest, jazyková, či jiná komunikační bariéra, ale také věk (Kuberová, 2010, s. 73; Nemcová a kol., 2010, s. 28).
- Osobní charakteristiky, jako například popírání či odmítání edukačních potřeb, nedůvěra ve zdravotníky, odpor vůči autoritě či nedostatečná ochota převzít odpovědnost, mohou výrazně ovlivnit očekávané výsledky edukace.
- Pacient může být negativně ovlivněn nemocničním prostředím, což způsobuje sociální izolaci a nedostatek soukromí. Tím může být edukace negativně ovlivněna (Nemcová a kol., 2010, s. 28-29).

9.3 Překážky ve zdravotnickém systému

- Nedostatek času na edukaci, například v důsledku brzkého propouštění pacientů či pracovní vytíženosti sester a lékařů.

- Nevhodné prostředí, ve kterém edukace probíhá. Prostředí může být negativně ovlivněno hlukem, nedostatkem místa či soukromí, opakovaným přerušováním edukace atd. (Nemcová a kol., 2010, s. 29).

10 Perioperační období a rozdělení operací

10.1 Perioperační období

Perioperační období je období před, během a po operaci. Zahrnuje předoperační, intraoperační a pooperační fázi.

Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro operační výkon a končí převezněním pacienta na operační sál. Během tohoto období se pacient psychicky a fyzicky připravuje na výkon.

Intraoperační fáze začíná uložením pacienta na operační stůl a končí přijetím na pooperační oddělení.

Pooperační fáze začíná přijetím pacienta na pooperační oddělení a končí úplným zotavením pacienta z operace (Mikšová, Froňková a Zajíčková, 2006, s. 88; Pudner, 2005, s. 18, 27).

10.2 Rozdělení operací podle naléhavosti

Plánované (elektivní operace) se provádí po důkladném předoperačním vyšetření a přípravě pacienta, včetně případného vyšetření specialistou. O plánovaném výkonu je pacient pečlivě poučen chirurgem při ambulantní schůzce, je poučen o smyslu, rozsahu, rizicích a přínosech výkonu. Výkon může být proveden za několik dnů až měsíců (Nicholls a Wilson, 2006, s. 31).

Akutní operace se provádí po základním vyšetření a je možné provést alespoň krátkou předoperační přípravu a pacienta alespoň krátce edukovat. Operace je zahájena v čase od dvou do šesti hodin.

Urgentní operace se provádí pouze po základním či orientačním vyšetření. Předoperační příprava je omezená nebo není vůbec možná. Také poučení pacienta je pouze okrajové. Operace se provádí v co nejkratší době, maximálně do dvou hodin.

Operace z vitální indikace – jedná se o operace, bez jejichž provedení by došlo k úmrtí pacienta. Operace je zahájena ihned po zajištění vitálních funkcí (Blažek, Havel a Bělobrádková, 2012, s. 423; Kala, Penka a kol., 2010, s. 32-33).

11 Edukace pacientů o perioperačním období

V průběhu perioperačního období je nutné poučit pacienta. Ošetřující lékař by měl pacientovi předat první informace o jeho zdravotním stavu, preventivních, diagnostických, léčebných výkonech a o jejich možných komplikacích již v ambulanci. Na operačním oddělení provádí poučení pacienta zpravidla ošetřující lékař, poučení však může provést také operatér, či lékař přijímající pacienta. Edukaci o konkrétním operačním výkonu by neměla provádět sestra. Sestra by měla edukovat pouze o výkonech, které provádí ona sama (Vondráček a Vondráček, 2008, s. 19).

Předoperační poučení je prováděno řadou forem. V současné době se užívá kombinace slovních, písemných, či názorných forem edukace (fotografie, video atd.). Důraz je kladen na to, aby pacient porozuměl své nemoci a aby byl seznámen s celým procesem vyšetření a s léčbou (Hytych, Vernerová a Horažďovský, 2006, s. 38; Vondráček a Vondráček, 2008, s. 19).

Je vhodné poskytovat informace v dostatečném časovém předstihu, nikoliv těsně před operací. Díky tomu se mohou pacienti lépe vnitřně připravit na operaci (Wendsche, Pokorná a Štefková, 2012, s. 66).

Po řádném poučení se od pacienta vyžaduje souhlas s doporučenou zdravotní péčí, tzv. **informovaný souhlas**. Podpisem pacient potvrdí právní úkon, který musí být učiněn svobodně, srozumitelně a určitě, jinak je neplatný. V případě, že to dovoluje zdravotní stav pacienta a nejedná se o urgentní operaci, se vyžaduje písemná forma informovaného souhlasu. Souhlas musí být učiněn osobou, která je způsobilá k právním úkonům, v daném čase je schopna právního úkonu a nepožila žádné návykové látky či léky ovlivňující schopnosti pacienta (Vondráček a Vondráček, 2008, s. 23).

Informovaný souhlas obsahuje popis doporučeného výkonu, alternativní možnosti terapie, přínos výkonu, možné komplikace a rizika výkonu (Nicholls a Wilson, 2006, s. 39).

11.1 Péče v předoperační fázi

Předoperační fáze zahrnuje vyšetření pacienta, terapeutickou rozvahu a přípravu pacienta k operaci.

11.1.1 Vyšetření pacienta

Anamnéza

Osobní anamnéza zjišťuje osobní data o pacientovi. Poté se zjišťuje **nynější onemocnění**, kdy jsou zjišťovány současné problémy a důvody, proč pacient navštívil lékaře, či podrobnosti úrazu, který vedl k poranění. Lékař zjišťuje také **dřívější onemocnění, úrazy a operace**. Ty mohou totiž nynější onemocnění způsobit, či komplikovat jeho průběh, nebo naopak současné onemocnění může zhoršit průběh některé vedlejší nemoci. Součástí **alergologické anamnézy** je zjistit alergie na léky, dezinfekční prostředky, náplasti atd., **farmakologická anamnéza** zjišťuje veškeré léky užívané pacientem do současnosti. **Rodinná anamnéza** sbírá informace o výskytu dědičných onemocnění či častém výskytu jiných onemocnění. Součástí **pracovní anamnézy** je zhodnotit vliv minulých a současných zaměstnání na vznik nemoci či úrazu (Kala, Penka a kol., 2010, s. 12-13).

Fyzikální vyšetření

Je důležité, aby pacient věděl, že mu bude provedeno široké spektrum podrobného vyšetření sestrou i lékařem. Nejprve se posoudí **stav vědomí** ke zjištění jeho případné poruchy (sommolence, sopor, kóma). Orientačně se může použít skórovací schéma Glasgow Coma Scale. Dále se hodnotí pacientovo **chování, změna hlasu či poruchy artikulace**. Následuje **aspekce**, kterou lze velmi snadno zjistit, jakou polohu pacient zaujímá, zda je poloha přirozená, úlevová či vynucená. Z některých vynucených poloh lze snadno odhadnout konkrétní problém. Hodnotí se také fyziologické funkce, barva kůže, sliznic a sklér, dále jizvy a otoky. Poté následuje vyšetření **poklepových fenoménů** a **auskultace**. **Palpací** se na postižené oblasti vyšetřuje teplota a citlivost kůže, pulzace tepen, bolestivost, svalové napětí, otok a krepitace. Palpuje se také páteř, hrudník, pánev a břicho. Závěrem fyzikálního vyšetření je **vyšetření tělních otvorů** (uši, nos, ústa, konečník) pohledem i pohmatem (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 116-118).

Paraklinické vyšetření

Pacient je zdravotnickým personálem poučen o nutnosti provedení **laboratorního, zobrazovacího, popřípadě speciálního vyšetření**. Mezi nejčastěji požadované **laboratorní vyšetření** patří vyšetření krevního obrazu (KO), moč chemicky + sediment, ionty v séru (natrium, kalium, chlor), urea a kreatinin v séru, jaterní testy, glykémie a sedimentace erytrocytů – Fahraeusova-Westergreenova metoda (FW). Výsledky testů hodnotí chirurg a anesteziolog, vyjadřuje se k nim také interní konziliář. Pacienti podstupují také vyšetření pomocí **zobrazovacích metod** – rentgenové (RTG) či ultrazvukové vyšetření (UZ), počítačovou tomografií (CT), nukleární magnetickou rezonancí, radionuklidové metody či termografií. Někdy je potřebné provést také **speciální vyšetření** prováděná pomocí nástrojů či přístrojů. Patří sem například laparoskopie, torakoskopie, endoskopické vyšetření gastrointestinálního, urogenitálního a dýchacího systému, cytologické či histologické vyšetření atd. (Kala, Penka a kol., 2010, s. 15-17).

11.1.2 Terapeutická rozvaha

Po důkladném vyšetření pacienta a zjištění všech informací přistupuje lékař ke **stanovení diagnózy a způsobu léčení**. Diagnóza by neměla pojmenovávat pouze základní onemocnění či úraz, ale měla by zahrnovat také jeho pokročilost, popřípadě komplikace. Po určení diagnózy následuje rozhodnutí o konzervativní či operační léčbě. V případě rozhodnutí o operační léčbě se přistupuje k naplánování termínu a způsobu operace. Pokud jsou zjištěna závažnější rizika, může lékař rozhodnout o odložení operace a navrhnout opatření ke snížení rizik (Kotík, 2002, s. 318; Zeman, Krška a kol., 2011. s. 123-125).

11.1.3 Příprava pacienta k operaci

Hlavním úkolem předoperační přípravy je vytvořit pacientovi vhodné podmínky pro zvládnutí operační zátěže a **sdělit mu co nejvíce informací** o jeho zdravotním stavu, o průběhu operace, o jednotlivých úkonech předoperační přípravy, o průběhu anestezie a o případných komplikacích výkonu. Pacienty také zajímá délka hospitalizace, jejich pracovní neschopnost po výkonu a případné trvalé životní omezení jako následek operace. Velmi důležitá jsou témata osobní hygieny, dietního opatření po výkonu, pooperační rehabilitace, kdy se s pacienty cvičí vstávání z lůžka, pohybová aktivita, dechové cvičení atd. Všeobecná sestra edukuje pacienty zejména o ošetrovatelské péči a o chodu chirurgického oddělení (Kala, Penka a kol., 2010, s. 18-19). Nutná je také řádná **anesteziologická příprava**,

kteřá probíhá v anesteziologické ambulanci nebo u lůžka pacienta. Anesteziolog v návaznosti na předoperační vyšetření posoudí stav pacienta a výsledky vyšetření, odebere anamnézu týkající se předchozích anestezií, seznámí pacienta s postupem a typem anestezie a naordinuje premedikaci. Anesteziolog také zhodnotí závažnost zátěže a rizika a zařadí pacienta do skupiny ve stupnici podle American Society of Anesthesiologist (ASA) (Jedličková a kol., 2012, s. 233-234).

Poté následuje **krátkodobá předoperační příprava**, která je omezena na 24 hodin před výkonem. Je nutné pacienta poučit o následujících krocích.

Výživa a tekutiny – pacientovi je nutné sdělit, že alespoň 6-8 hodin před operací musí lačnit, nepít a nekouřit.

Vylučování – těsně před výkonem se musí vymočit a k vyprázdnění střeva mu může být podle druhu operace provedeno očistné klyzma, nebo mu může být podán roztok k vyprázdnění.

Hygiena – pacient provede celkovou hygienu, provede se dezinfekce pupeční jizvy, u ženy je vhodné odlakovat nehty, sundat šperky a odličít make-up.

Příprava operačního pole – podle druhu operace se operační pole omyje, dezinfikuje a oholí.

Spánek a odpočinek – pacient se seznámí s pozitivním vlivem spánku a odpočinku na zvládnutí stresu před operací, proto den před operací anesteziolog ordinuje hypnotika a sedativa.

Jako **prevence tromboembolické nemoci (TEN)** se na dolní končetiny (DK) přikládají bandáže nebo kompresivní punčochy a podává se vhodná medikace (Fraxiparine, nízkomolekulární Heparin).

Sestra s pacientem také cvičí **pooperační dýchání, odkašlávání, přidržování operační rány** při mobilizaci pacienta atd. (Slezáková a kol., 2010, s. 35; Šamánková a kol., 2006, s. 270).

Konečnou fází je **bezprostřední předoperační příprava**, která probíhá v posledních dvou hodinách před operací. Během ní se kontroluje dokumentace, operační pole, bandáže na DK, chrup, lačnění, vyprázdnění, provádí se speciální požadavky chirurga nebo anesteziologa (např. statimové odběry, zavedení permanentního močového katétru, žaludeční sondy atd.) a podává se premedikace. Součástí je i speciální příprava u pacientů s přidruženými nemocemi – diabetes mellitus, morbus Crohn, nádory gastrointestinálního

traktu, akutní a chronické onemocnění plic, onemocnění srdce, snížená funkce nadledvin atd. (Slezáková a kol., 2010, s. 35; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 127-129).

11.2 Péče v intraoperační fázi

Pacient se poučí o tom, že po převezení na operační sál bude položen na operační stůl do potřebné a bezpečné polohy. Zavede se mu nitrožilní kanyla napojená na infúzi krystaloidních roztoků. Anesteziologický tým jej napojí na monitor s elektrokardiogramovou (EKG) křivkou, dechovou křivkou, měřením tlaku a saturací krve kyslíkem. Poté se provádí úvod do anestezie dle předem zvoleného způsobu. Po celou dobu výkonu je stav pacienta bedlivě sledován. Po ukončení výkonu se anestezie ukončí a pacient se začne probouzet. V bezprostřední pooperační fázi je pacient kontrolován a poté je převezen na příslušné oddělení (dospávací pokoj, jednotka intenzivní péče, anesteziologicko-resuscitační oddělení), kde se nadále sledují základní životní funkce a celkový stav (Kala, Penka a kol., 2010, s. 28).

11.3 Péče v pooperační fázi

A) Bezprostřední pooperační péče (2 hodiny po výkonu)

Po operaci je pacient přeložen na dospávací pokoj, jednotku intenzivní péče či anesteziologicko-resuscitační oddělení, kde se provádí kontrola průchodnosti dýchacích cest (DC), kontrola adekvátní ventilace, monitorování krevních ztrát a poruch srdečního rytmu. Sleduje se tlak krve (TK), pulz, tělesná teplota, dechová frekvence, barva, teplota a turgor kůže, operační rána, drény a drenáže, saturace tkání kyslíkem, stav vědomí, nevolnost, zvracení, močení, odchod plynů, bolest atd. (Juřeníková a kol., 1999, s. 20-21; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 266).

B) Krátkodobá pooperační péče (24 hodin po výkonu)

Pacient je přeložen na standardní oddělení či jednotku intenzivní péče. Pacient na standardním oddělení vyžaduje zvýšenou kontrolu po zbytek operačního dne a následující noci. Provádí se **pravidelná kontrola** vědomí, dýchání, TK, pulzu, tělesné teploty, množství a kvality odváděných sekretů z drénů, katétrů a sond, kontrola obvazu, **monitorování a tlumení bolesti** a **plnění pooperačních ordinací**. Po operaci je pacient většinou **uložen do polohy** na zádech s mírným zvýšením hrudníku a hlavy, záleží však na typu operace. Pacienti nejsou po operaci zcela soběstační provádět **osobní hygienu**, proto je důležitá pomoc ze strany zdravotnického personálu. Jelikož celková koupel či sprchování nejsou v prvních

pooperačních dnech možné, provádí se omývání těla a masáž kůže, zejména na predilekčních místech. Důraz je kladen také na hygienu dutiny ústní. Dále se **kontroluje nevolnost a zvracení**, což se může objevit následkem anestezie a aplikace analgetik. Velmi nebezpečná je aspirace žaludečního obsahu, proto by měl mít pacient hlavu mírně zvednutou a otočenou na stranu, aby mohly zvratky odtékat. V případě aspirace je nutné odsátí DC. Důležité je také **zajištění hydratace**. První den po operaci pacient přijímá tekutiny parenterální cestou. Pokud však nemá nevolnost či zvracení, může se mu po probuzení podávat malé množství čaje po lžičkách. Nezbytná je také **kontrola vyprazdňování močového měchýře** (MM). Pacienti se po operaci často nemohou spontánně vymočit, například z důvodu psychické zábrany, nevhodné polohy, nedostatečného přísunu tekutin (perorálního či intravenózního), bolesti břišní stěny atd. Někdy je možné navodit spontánní vyprázdnění MM určitým podrážděním, například puštěním vody, změnou polohy, oplachem podbřišku vlažnou vodou atd. V pravidelných intervalech se sleduje diuréza. Do osmi hodin po operaci by se měl pacient spontánně vymočit (Slezáková a kol., 2010, s. 38; Šamánková a kol., 2006, s. 272; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 266-270).

Na jednotce intenzivní péče je zajištěn zvýšený komplexní dohled nad pacienty s monitorováním základních životních funkcí a zajišťováním respiračních, oběhových a metabolických parametrů. Jedná se například o řízenou plicní ventilaci, měření centrálního žilního tlaku, aplikaci kompletní parenterální výživy atd. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 267).

C) Dlouhodobá pooperační péče (od 24 hodin po výkonu po propuštění do domácího prostředí)

Sledování fyziologických funkcí – vědomí, dýchání, tělesná teplota, TK a pulz se sledují v pravidelných intervalech podle závažnosti výkonu a stavu pacienta.

Prevence proleženin – aby se zabránilo vzniku dekubitů, měla by se měnit poloha pacienta, lůžko by mělo být pečlivě upravené a mělo by se pečovat o predilekční místa.

Prevence TEN – již před operací se přikládají elastické bandáže na DK, omezuje se venózní podávání léků a aplikují se antikoagulantia. Co nejdříve by se měly provádět cviky DK, dechová cvičení a včasná mobilizace (Slezáková a kol., 2010, s. 37-39).

Sledování operační rány – obvykle je operační rána kryta obvazem. Kontroluje se jeho prosakování, fixace, krvácení z rány a provádí se převaz rány. Dále se kontroluje

funkčnost drénu vyvedeného z operační rány a sleduje se množství a konzistence odváděné tekutiny (Šamánková a kol., 2006, s. 271; Workman a Bennett, 2006, s. 246).

Vyprazdňování – pokud přetrvávají problémy s močením, je možné po domluvě s lékařem zavést permanentní katetr, následně sledovat diurézu, příjem a výdej tekutin atd. Po určitých operacích se může vyskytovat zástava peristaltiky. Obnovení peristaltiky lze navodit polohováním pacienta, pohybem DK na lůžku, chůzí, použitím rektální rourky, kapénkového klyzmatu či aplikací léků (Slezáková a kol., 2010, s. 38; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 269-270).

Stravování – se řídí operačním výkonem a celkovým stavem pacienta. Obvykle pokud pacient nemá nauzeu a nezvrací, dostane po čtyřech až šesti hodinách čaj. Dále je podávání stravy řešeno dle standardů po operačních výkonech na trávicím traktu nebo mimo něj. Po operacích na zaživacím traktu je v prvních pooperačních dnech perorální příjem tekutin hrazen parenterálním podáním náhradních roztoků (Juřeniková a kol., 1999, s. 22; Slezáková a kol., 2010, s. 38)

Léčba bolesti a poruch spánku – každý operační výkon je spojený s menší či větší pooperační bolestí, která může narušit spánek pacienta. Podle stupně a délky trvání bolesti se pacientům podávají analgetika, analgetika opiátového typu a v případě poruch spánku i hypnotika. Způsob pooperační analgezie se volí podle typu operace a předpokládané pooperační bolesti. Mohou se použít také nefarmakologické metody, např. masáže či působení chladu (Gabrhelík a Pieran, 2012, s. 23-24; Málek a kol., 2011, s. 124-125; Slezáková a kol., 2010, s. 37). Sestra podává pacientovi léky dle ordinace lékaře, monitoruje projevy bolesti a zaznamenává je do dokumentace. Každý pacient by měl mít založen protokol sledování a léčby pooperační bolesti, kam sestra v určitých časových intervalech zaznamenává intenzitu bolesti, účinnost léčby, popřípadě komplikace (Málek a kol., 2011, s. 118-119; Nováková, 2011, s. 108). Spánek může být narušen také rozrušením, strachem a obavami z následků operace. Sestra by měla pacientovi zajistit dostatečné množství spánku i pasivního odpočinku (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 268).

Hygienu – v prvních pooperačních dnech není pacient zcela soběstačný provádět osobní hygienu. Nutné je zajistit hygienickou péči zdravotnickým personálem nebo dopomoc při jejím provádění.

Rehabilitace po operaci – časná pohybová aktivita pacienta po operaci je důležitá pro normalizaci tělesných funkcí, ale také pro prevenci řady komplikací. Již před operací by měla sestra s pacientem nacvičit správný způsob dýchání a odkašlávání pro pooperační období, aktivní cvičení DK a vstávání z lůžka. V pooperačním období je velmi důležitá časná mobilizace a polohování pacienta. Pokud pacient není schopen cvičit aktivně, provádí pasivní cvičení rehabilitační pracovník či sestra (Slezáková a kol., 2010, s. 57; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 275-276). Po některých výkonech se provádí specializovaná rehabilitační péče, kterou primárně provádí rehabilitační pracovník, následné procvičování je za asistence sestry (např. operace na páteři, na velkých kloubech, po operaci plic).

Plnění ordinací lékaře – dle ordinací lékaře sestra podává pacientům medikaci, odebírá vzorky krve či moči na laboratorní vyšetření atd.

Edukace – zdravotnický personál informuje pacienty o průběhu pooperačního období, o péči, která jim bude během hospitalizace poskytována, ale také o péči v domácím prostředí. Pacient je edukován například o předpokládané délce hospitalizace, průběhu určitých vyšetření, tlumení pooperační bolesti, dietním a pohybovým režimem v domácím prostředí, péči o operační ránu, následné kontrole po propuštění do domácího prostředí atd. (Workman a Bennett, 2006, s. 246-247).

11.4 Pooperační komplikace

Před operací je důležité pacienty edukovat o možných pooperačních komplikacích, které mohou nastat v souvislosti s anestezií nebo operačním výkonem. Jednou z nich je **tzv. pooperační nemoc**, neboli celková i místní odpověď organismu na stresovou zátěž. Je charakteristická nespavostí, nechutenstvím, únavou, žízní, bolestí, zvracením, urychlením dechové a tepové frekvence, poklesem TK, zástavou odchodu plynů a stolice, retencí moči atd. (Kala, Penka a kol., 2010, s. 47; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 277).

A) Časné pooperační komplikace

Mezi časné pooperační komplikace patří poruchy dýchání (neprůchodnost DC, aspirace, zástava dýchání atd.), poruchy oběhu (hypotenze, hypertenze, poruchy srdečního rytmu, embolie atd.), krvácení z operační rány, svalový třes a podchlazení, hypertermie, nevolnost a zvracení, psychomotorický neklid či poruchy ve vyprazdňování (retence moči) (Juřeníková a kol., 1999, s. 24).

B) Pozdní pooperační komplikace

Dýchací systém – bronchopneumonie, pneumonie, embolizace plic, atelektázy atd.

Oběhový systém – tromboflebitida, flebotrombóza, vzduchová embolie, tuková embolie, hypovolemie atd.

Močový systém – retence / inkontinence moči, poruchy funkce ledvin, záněty močových cest, katéetrová horečka atd.

Trávicí systém – nevolnost, zvracení, zácpa, meteorismus, zástava peristaltiky, ileus z neurogenních či cévních příčin atd.

Komplikace v operační ráně – krvácení, infekce, dehiscence (rozestup), nekróza, záněty kůže v okolí operační rány.

Změny psychiky – strach, úzkost, vzrušenost, deprese, melancholie atd. (Juřeníková a kol., 1999, s. 24-25; Monahan et al., 2007, s. 305-306; Slezáková a kol., 2010, s. 39-56).

ČÁST VÝZKUMNÁ

12 Cíle výzkumu

1. Srovnat hodnocení srozumitelnosti edukace o perioperačním období u pacientů na oddělení operační gynekologie a chirurgie v závislosti na počtu edukačních setkání a použitých metodách pro edukaci.
2. Zmapovat způsoby edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu.
3. Zjistit, v jaké oblasti jsou respondenti edukováni nejvíce, v jaké naopak nejméně; dále zjistit, kdo ze zdravotnického personálu sdělil pacientům nejvíce informací o perioperačním období.

13 Výzkumné otázky a testované hypotézy

Výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 1:

- Existuje souvislost mezi počtem edukačních setkání pacientů se zdravotnickým personálem a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?
- Existuje souvislost mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?

Výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 2:

- Jakou formou byly pacientům poskytnuty informace o perioperačním období?
- V jakém prostředí byly pacientům informace poskytovány nejčastěji?
- Vnímali pacienti nějaká negativa při sdělování informací?

Výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 3:

- Kdo ze zdravotnického personálu sdělil pacientům nejvíce informací o perioperačním období?
- O čem byli pacienti edukováni nejvíce, o čem naopak nejméně?

Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumné otázce č. 1:

H₀: Mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

H_A: Mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období je statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumné otázce č. 2:

H₀: Mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

H_A: Mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období je statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

14 Metodika výzkumu

Předmětem výzkumu diplomové práce bylo zhodnotit způsoby, rozsah, oblasti edukace pacientů o perioperačním období zdravotnickým personálem a otestovat hypotézy, které byly stanoveny na základě cílů práce. Jde o výzkumné prospektivní šetření se záměrným výběrem respondentů.

14.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondenty výzkumu byly pacientky, které podstoupily operaci na gynekologickém oddělení a pacienti po operaci na chirurgickém oddělení zdravotnického zařízení krajského typu. Do výzkumného šetření byli zařazeni pouze pacienti či pacientky, kteří podstoupili plánovanou operaci, a edukace proběhla dle standardu oddělení. Pacienti indikovaní k urgentnímu výkonu nebyli osloveni. Základní podmínkou pro zařazení respondenta do výzkumného šetření byla jeho ochota se výzkumu zúčastnit a vyplnit dotazník. Všichni respondenti s účastí na výzkumném šetření souhlasili. Bylo rozdáno celkem 90 dotazníků (45 dotazníků na gynekologickém oddělení, 45 dotazníků na chirurgickém oddělení) včetně 10 dotazníků v rámci pilotní studie. Na gynekologickém oddělení bylo vyplněno a navráceno 41 dotazníků, návratnost byla 91,1 %. Na chirurgickém oddělení bylo vyplněno a navráceno 43 dotazníků, návratnost byla 95,5 %. Celková návratnost byla 84 dotazníků, což je 93,3 % z celkového počtu 90. Z těchto 84 dotazníků bylo vyřazeno 6 dotazníků pro neúplné vyplnění či mnohočetné odpovědi (3 dotazníky z gynekologického oddělení a 3 dotazníky z chirurgického oddělení). Zbýlých 78 dotazníků (86,6 % z celkového počtu rozdaných dotazníků) bylo vyhodnoceno.

14.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od 25. června do 19. listopadu 2013. Sběr dat byl realizován na oddělení pooperační gynekologie a chirurgie. Nejdříve byli osloveni vedoucí pracovníci uvedených oddělení a byl jim vysvětlen cíl výzkumného šetření. Po získání souhlasu vedoucích pracovníků oddělení a zdravotnického zařízení bylo zahájeno dotazníkové šetření. Samotnému sběru dat předcházelo provedení pilotní studie neboli předvýzkumu, který měl za úkol zjistit, zda je dotazník vlastní konstrukce pacientům srozumitelný a zda je výzkum proveditelný. V rámci pilotní studie bylo rozdáno 10 dotazníků (5 dotazníků na gynekologickém oddělení, 5 dotazníků na chirurgickém oddělení). Na základně provedeného předvýzkumu byla doplněna jedna z možností výběru odpovědí u otázky číslo

13. Dotazníky z pilotní studie byly zařazeny do samotného výzkumu. Díky ochotě zdravotnického personálu na chirurgickém oddělení jsem mohla dotazníky v tištěné podobě ponechat na oddělení. Všeobecné sestry jsem poučila o záměru dotazníkového šetření, o jeho anonymitě a o způsobu realizace sběru dat. Sdělila jsem jim, o čem mají pacienti před vyplněním dotazníku informovat, jakým pacientům a v jaké fázi hospitalizace mají dotazníky rozdávat. Na oddělení pooperační gynekologie jsem rozdávala dotazníky pacientkám osobně. Všem pacientkám jsem se nejprve krátce představila a stručně jsem je informovala o záměru výzkumu a naprosté anonymitě. Od všech pacientů byl vyžadován ústní souhlas s podílením se na výzkumném šetření, nikdo z pacientů účast na výzkumu neodmítl.

14.3 Sběr dat

Pro studii byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a jako výzkumný nástroj pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce. Pacienti vyplňovali dotazníky těsně před propuštěním do domácí péče, tedy během posledního dne hospitalizace, aby mohla být zmapována edukace pacientů o perioperačním období v průběhu celé hospitalizace. Podmínky pro vyplnění dotazníků byly pro všechny pacienty stejné.

14.3.1 Dotazník – všeobecné informace

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 22 položek, které byly vytvořeny na základě předem stanovených cílů. Některé otázky v dotazníku byly inspirovány otázkami z bakalářské práce Galečkové (2011), jelikož se ve své práci zabývala podobnou problematikou, tj. edukačními postupy pacientů v chirurgických oborech. V úvodu dotazníku byl uveden krátký text seznamující respondenty s hlavním účelem dotazníku, několik základních informací pro relevantní vyplnění dotazníku a několik málo informací o tématu diplomové práce. Podstatné bylo zdůraznit, že dotazník je zcela anonymní. Byly použity otázky uzavřené, a to jak dichotomické, polytomické, tak i škálové. Dalším použitým druhem otázek byly otázky polouzavřené.

Položka 1 se týkala typu oddělení, na kterém pacienti podstoupili operaci. Položky 2 – 5 byly informativní a měly charakterizovat výzkumný soubor z hlediska pohlaví, věku, vzdělání, a zda respondenti podstupovali operační výkon poprvé, nebo již v minulosti měli operaci. Položky 6 a 7 zjišťovaly, zda byli respondenti spokojeni se sdělováním informací ze strany zdravotnického personálu a zda byly pro ně sdělené informace dostačující. Položky

8 – 10 měly zjistit, jakou formou byly informace respondentům poskytnuty, zda pro ně byla tato forma vhodná a zda jim byly informace sděleny najednou nebo v průběhu více setkání. Položky 11 – 13 vedly ke zjištění, v jakém prostředí byly informace respondentům sdělovány nejčastěji, zda pro ně bylo toto prostředí vhodné a jaké prostředí by jim vyhovovalo více. Položky 14 – 18 zjišťovaly, kdo ze zdravotnického personálu sdělil respondentům nejvíce informací, zda respondenti porozuměli informacím podaných lékařem a sestrou, zda měli možnost se v případě nesrozumitelností na cokoliv zeptat a zda si personál ověřil, jestli informacím rozuměli. Položky 19 – 21 sloužily ke zjištění, zda pacienti vnímali nějaká negativa při sdělování informací, popřípadě jaká, kdy bylo pacientům podáno nejvíce informací o perioperačním období. Položka 22 zjišťovala, jak pacienti hodnotili množství získaných informací od zdravotnického personálu o jednotlivých oblastech. Pacienti jednotlivé oblasti obodovali od 0 do 5 bodů, kdy 0 znamenala nejhorší hodnocení a 5 nejlepší hodnocení. Dotazník je uveden v příloze A, s. 83.

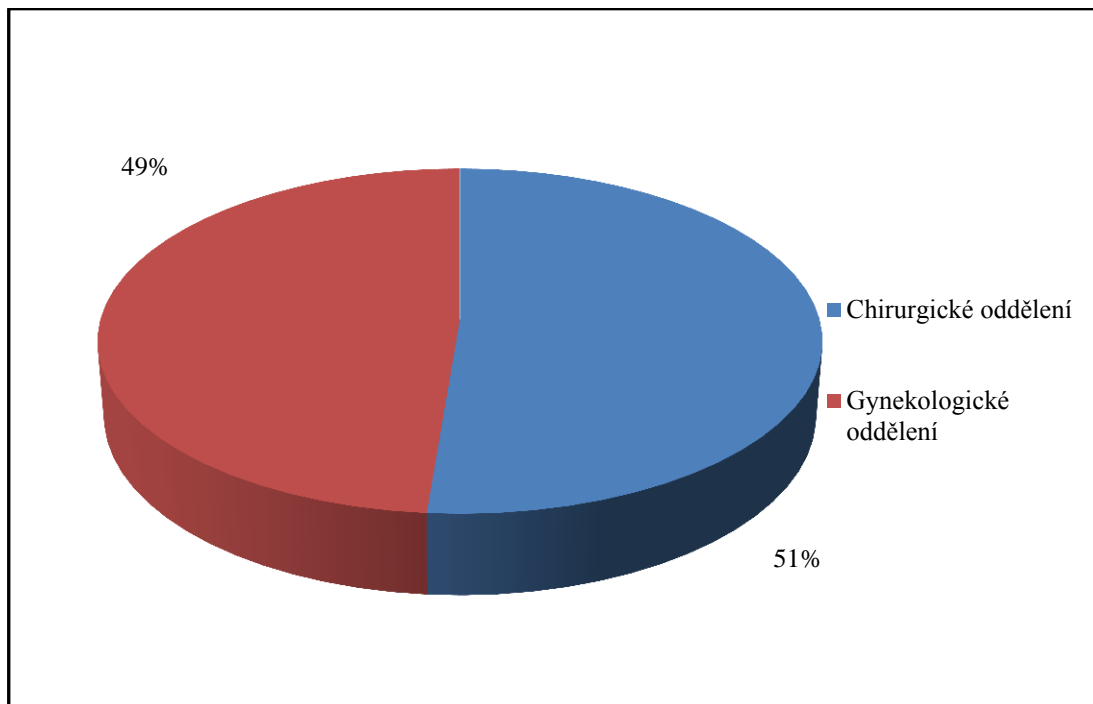
14.4 Zpracování dat

Nejprve byla data zadána a zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010, kde byla využita popisná statistika a funkce pro tvorbu tabulek a grafů. K ověření hypotéz byl následně použit program STATISTICA 12. Jelikož se v našem případě jednalo o data nominální, zvolily jsme pro testování kontingenční tabulku a Pearsonův & M-V chí-kvadrát test. Ke statistickému zpracování byly použity odpovědi 78 respondentů, tzn. všech respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

14.5 Charakteristika souboru respondentů

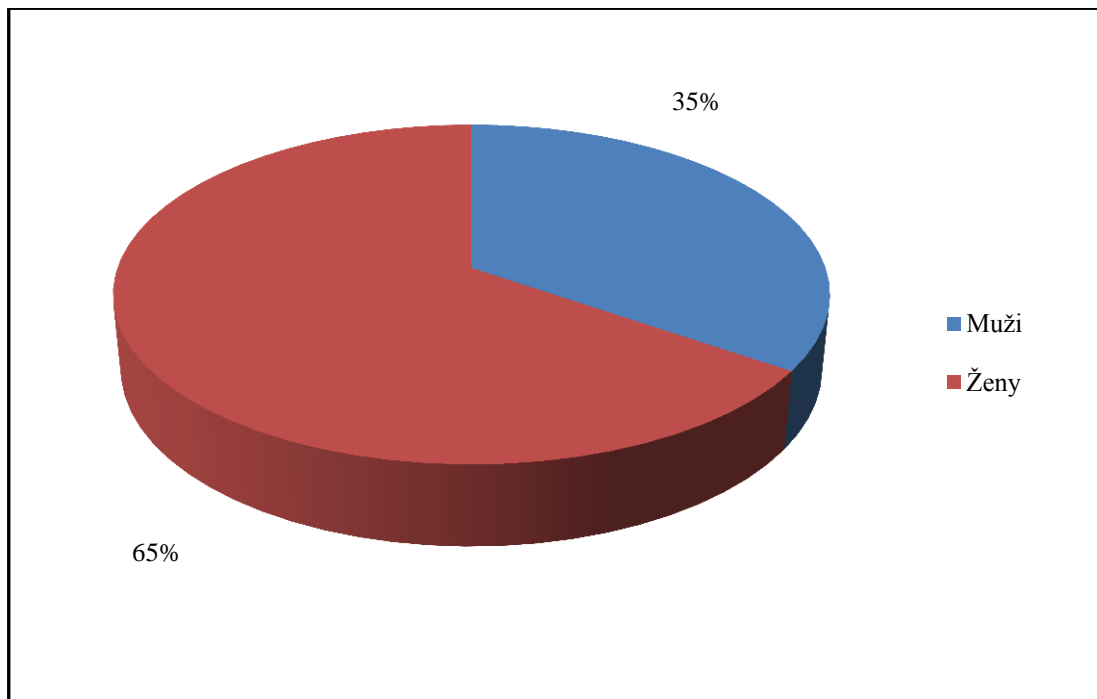
Výzkumného šetření se zúčastnili pacientky/pacienti, kteří podstoupili operační výkon na gynekologickém oddělení a chirurgickém oddělení.

Počet zařazených respondentů z oddělení, na kterém podstoupili operační výkon, bylo 38 (49 %) patientek z gynekologického oddělení a 40 (51 %) pacientů z chirurgického oddělení (obrázek 1).



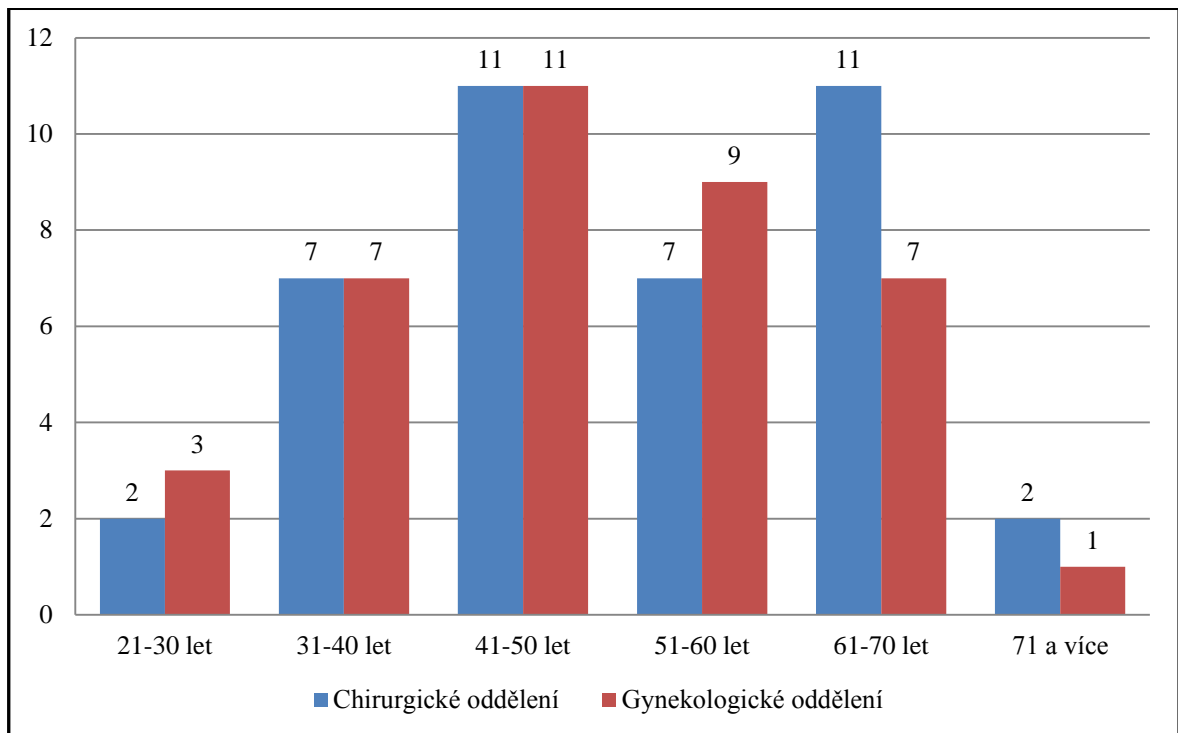
Obrázek 1 Rozložení respondentů dle typu oddělení (relativní četnost)

Zastoupení respondentů vzhledem k jejich pohlaví bylo v poměru 51 (65 %) žen ku 27 (35 %) mužům (obrázek 2).



Obrázek 2 Rozložení pohlaví respondentů (relativní četnost)

Z hlediska věkového rozložení respondentů nejvíce pacientek z gynekologického oddělení patřilo do věkové škály 41-50 let, a to 11 pacientek (14,10 %), naopak pouze 1 pacientka (1,28 %) byla ve věkové škále 71 a více let. Nejvíce pacientů z chirurgického oddělení patřilo do věkové škály 41-50 let a 61-70 let, a to 11 pacientů (14,10 %) v obou věkových kategoriích, naopak nejméně jich bylo ve věkové škále 21-30 a 71 a více let, a to 2 pacienti (2,56 %) v každé věkové škále. Nikdo z respondentů nepatřil do věkové škály do 20 let. Věkové rozložení respondentů lze vidět na obrázku 3.



Obrázek 3 Věkové rozdělení respondentů (absolutní četnost)

15 Prezentace výsledků

15.1 Výsledky otázek č. 4 – 22

V následujících otázkách jsou výsledky uvedeny pro každou skupinu respondentů, tedy zvlášť pacienti z chirurgického oddělení a gynekologického oddělení. Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010. Výsledky byly vyjádřeny v grafech či tabulkách za použití absolutních (počet odpovědí) či relativních (procentuální zastoupení) četností.

Otázka 4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (tabulka 1)

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-----------------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| základní | 2 | 2,6 | 2 | 2,6 | 4 | 5,1 |
| střední bez maturity | 8 | 10,3 | 13 | 16,7 | 21 | 26,9 |
| střední s maturitou | 24 | 30,8 | 17 | 21,8 | 41 | 52,6 |
| vyšší odborné | 3 | 3,8 | 3 | 3,8 | 6 | 7,7 |
| vysokoškolské | 3 | 3,8 | 3 | 3,8 | 6 | 7,7 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,0 |

Nejvíce respondentů 41 (52,6 %) mělo střední vzdělání s maturitou, 21 (26,9 %) respondentů mělo střední vzdělání bez maturity. Respondentů s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním byl stejný počet 6 (7,7 %) a nejméně respondentů 4 (5,1 %) mělo základní vzdělání. 2 respondenti získali vysokoškolský titul Bc., 3 získali vysokoškolský titul Mgr., 1 respondent měl titul Ing. (tabulka 1).

Otázka 5. Podstupujete operační výkon poprvé, nebo jste již v minulosti nějakou operaci absolvoval (a)? (tabulka 2)

Tabulka 2 Podstoupení operačního výkonu v minulosti

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|--|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| poprvé | 21 | 26,9 | 16 | 20,5 | 37 | 47,4 |
| již jsem operaci absolvoval (a) | 19 | 24,4 | 22 | 28,2 | 41 | 52,6 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,0 |

37 (47,4 %) respondentů nyní podstoupilo operační výkon poprvé a 41 (52,6 %) již operační výkon podstoupilo v minulosti (tabulka 2).

Otázka 6. Byl (a) jste spokojen (a) se sdělováním informací o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu? (tabulka 3)

Tabulka 3 Spokojenost pacientů se sdělováním informací

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| určitě ano | 16 | 20,51 | 25 | 32,05 | 41 | 52,56 |
| spíše ano | 21 | 26,92 | 12 | 15,38 | 33 | 42,31 |
| spíše ne | 3 | 3,85 | 1 | 1,28 | 4 | 5,13 |
| určitě ne | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

41 (52,56 %) respondentů bylo se sdělováním informací o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu naprosto spokojených, spíše spokojených bylo 33 (42,31 %) respondentů, spíše nespokojeni byli 4 (5,13 %) respondenti, a to 3 (3,85 %) respondenti z chirurgického oddělení a 1 (1,28 %) respondentka z gynekologického oddělení. Nikdo z respondentů nezvolil odpověď určitě ne (tabulka 3).

Otázka 7. Byly pro Vás sdělené informace o perioperačním období dostačující? (tabulka 4)

Tabulka 4 Dostatečnost sdělených informací

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| určitě ano | 14 | 17,95 | 23 | 29,49 | 37 | 47,44 |
| spíše ano | 23 | 29,49 | 14 | 17,95 | 37 | 47,44 |
| spíše ne | 3 | 3,85 | 1 | 1,28 | 4 | 5,13 |
| určitě ne | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

Sedmá otázka zjišťovala, zda byly sdělené informace o perioperačním období pro respondenty dostačující. Odpověď určitě ano a spíše ano zvolil stejný počet respondentů 37 (47,44 %). Pro 4 (5,13 %) respondenty byly informace spíše nedostačující, konkrétně se jednalo o 3 (3,85 %) pacienty z chirurgického oddělení a 1 (1,28 %) pacientku z gynekologického oddělení. Pro nikoho z respondentů nebyly informace zcela nedostačující (tabulka 4).

Otázka 8. Jakou formou Vám byly informace o perioperačním období poskytnuty?
V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. (tabulka 5)

Tabulka 5 Edukační formy užití pro informování pacientů

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|--|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| rozhovor | 40 | 38,10 | 38 | 36,19 | 78 | 74,29 |
| písemná forma (brožury, letáky, fotografie, atd.) | 7 | 6,67 | 6 | 5,71 | 13 | 12,38 |
| promítnutí videa | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| nákres a popis operace | 2 | 1,90 | 12 | 11,43 | 14 | 13,33 |
| jiný způsob | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 105 | 100,00 |

V 74,29 % byly respondentům informace podávány rozhovorem, v 13,33 % byl použit nákres a popis operace a v 12,38 % byly informace podávány písemnou formou, například prostřednictvím brožur, letáků, fotografií atd. Nikomu z respondentů nebylo promítnuto video a nikdo také neuvedl jiný způsob podávání informací (tabulka 5). Tento komentář odpovídá na třetí výzkumnou otázku vztahující se k cíli č. 2: Jakou formou byly pacientům poskytnuty informace o perioperačním období?

Otázka 9. Myslíte si, že Vám byly informace o perioperačním období sdělovány vhodnou formou? (tabulka 6)

Tabulka 6 Názor pacientů na vhodnost užití edukační formy

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| určitě ano | 21 | 26,92 | 29 | 37,18 | 50 | 64,10 |
| spíše ano | 19 | 24,36 | 9 | 11,54 | 28 | 35,90 |
| spíše ne | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| určitě ne | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro 50 (64,10 %) respondentů byla forma pro sdělování informací o perioperačním období určitě vhodná a pro 28 (35,90 %) respondentů byla forma pro sdělování informací spíše vhodná. Pro nikoho z respondentů nebyla forma pro sdělování informací spíše či určitě nevhodná (tabulka 6).

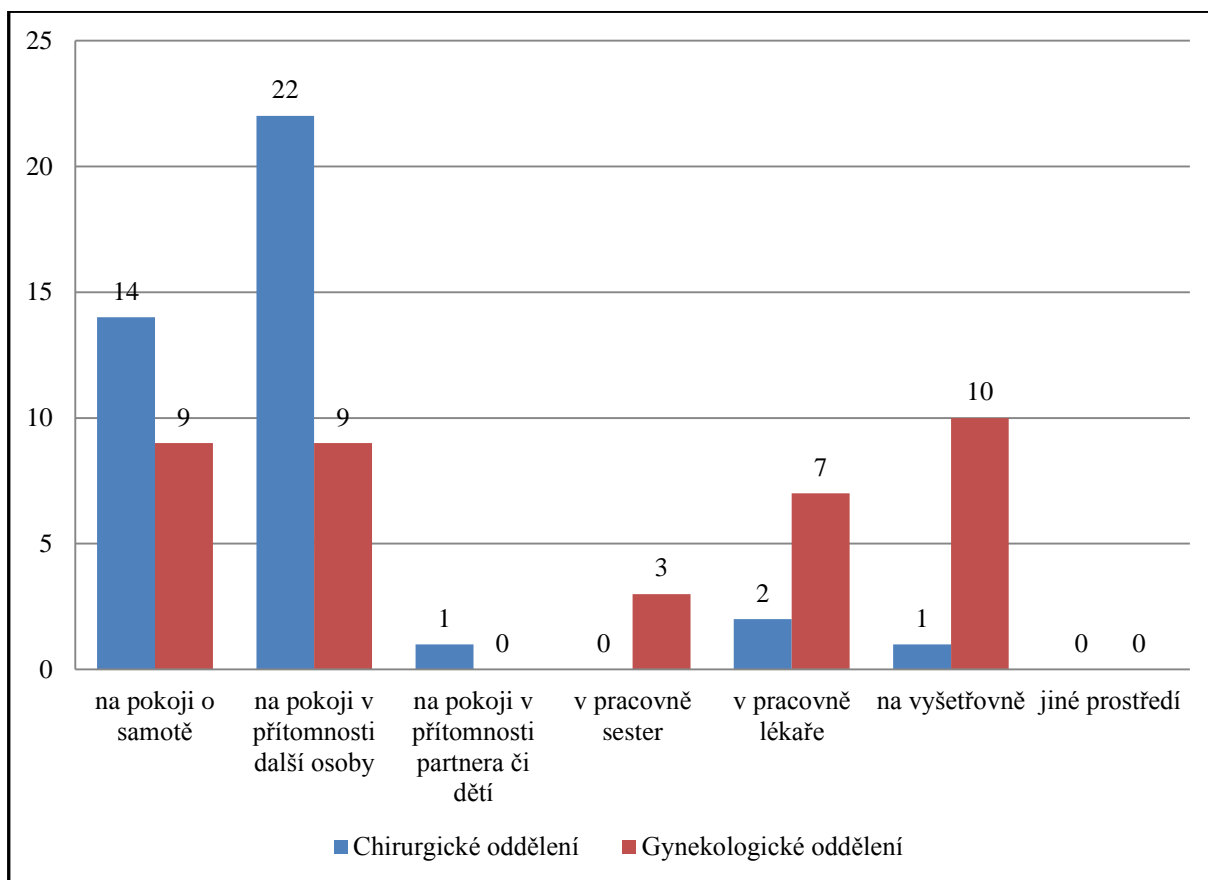
Otázka 10. Byly Vám všechny informace o perioperačním období sděleny najednou, nebo v průběhu více setkání? (tabulka 7)

Tabulka 7 Počet edukačních setkání

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-------------------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| najednou | 30 | 38,46 | 14 | 17,95 | 44 | 56,41 |
| v průběhu více setkání | 10 | 12,82 | 24 | 30,77 | 34 | 43,59 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

44 (56,41 %) pacientů uvedlo, že jim byly všechny informace o perioperačním období sděleny najednou, naopak 34 (43,59 %) pacientům byly informace sděleny v průběhu více setkání, z nichž 13 jich bylo informováno v průběhu dvou setkání, 18 v průběhu tří setkání, 1 v průběhu čtyř setkání a 2 v průběhu šesti setkání (tabulka 7).

Otázka 11. V jakém prostředí Vám byly informace o perioperačním období podávány nejčastěji? (obrázek 4)



Obrázek 4 Prostředí, v němž byli pacienti informováni nejčastěji (absolutní četnost)

Nejčastěji byly informace pacientům podávány na pokoji v přítomnosti další osoby, a to v případě 31 (39,74 %) respondentů. Druhé nejčastější prostředí bylo na pokoji o samotě u 23 (29,49 %) respondentů. 11 (14,10 %) respondentů bylo nejčastěji informováno na vyšetřovně, 9 (11,54 %) jich bylo informováno v pracovně lékaře. 3 (3,85 %) pacientky byly nejčastěji informovány v pracovně sester a pouze 1 (1,28 %) pacient na pokoji v přítomnosti partnera či dětí. Nikdo z respondentů neuvedl možnost „jiné prostředí“ (obrázek 4). Tento komentář odpovídá na čtvrtou výzkumnou otázku vztahující se k cíli č. 2: V jakém prostředí byly pacientům informace poskytovány nejčastěji?

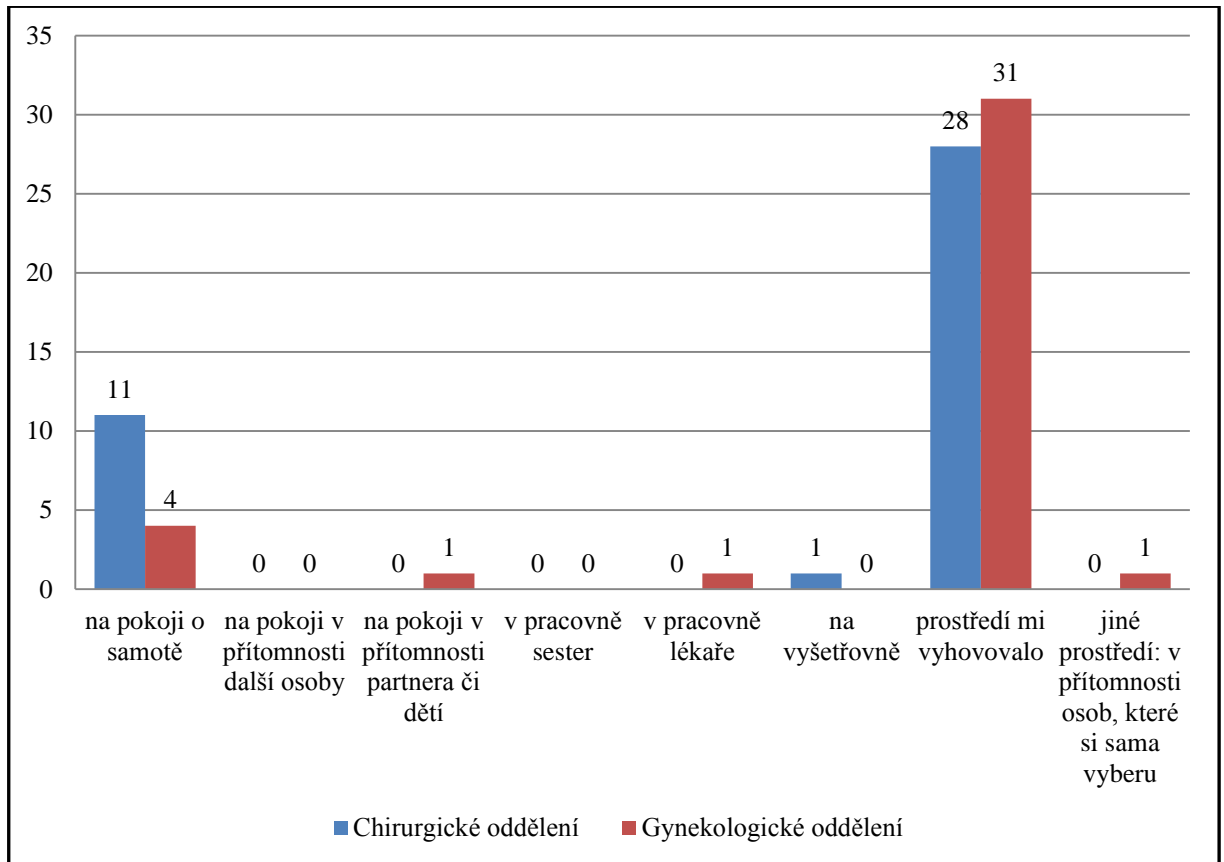
Otázka 12. Myslíte si, že prostředí pro sdělování informací o perioperačním období bylo ve Vašem případě vhodné? (tabulka 8)

Tabulka 8 Názor pacientů na vhodnost edukačního prostředí

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|-------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| určitě ano | 21 | 26,92 | 24 | 30,77 | 45 | 57,69 |
| spíše ano | 13 | 16,67 | 14 | 17,95 | 27 | 34,62 |
| spíše ne | 6 | 7,69 | 0 | 0,00 | 6 | 7,69 |
| určitě ne | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

Analýzou dat bylo zjištěno, že pro 45 (57,69 %) respondentů bylo prostředí pro sdělování informací o perioperačním období určitě vhodné a pro 27 (34,62 %) respondentů bylo spíše vhodné. 6 (7,69 %) pacientů z chirurgického oddělení uvedlo, že prostředí pro sdělování informací bylo spíše nevhodné. Pro nikoho z respondentů nebylo prostředí určitě nevhodné (tabulka 8).

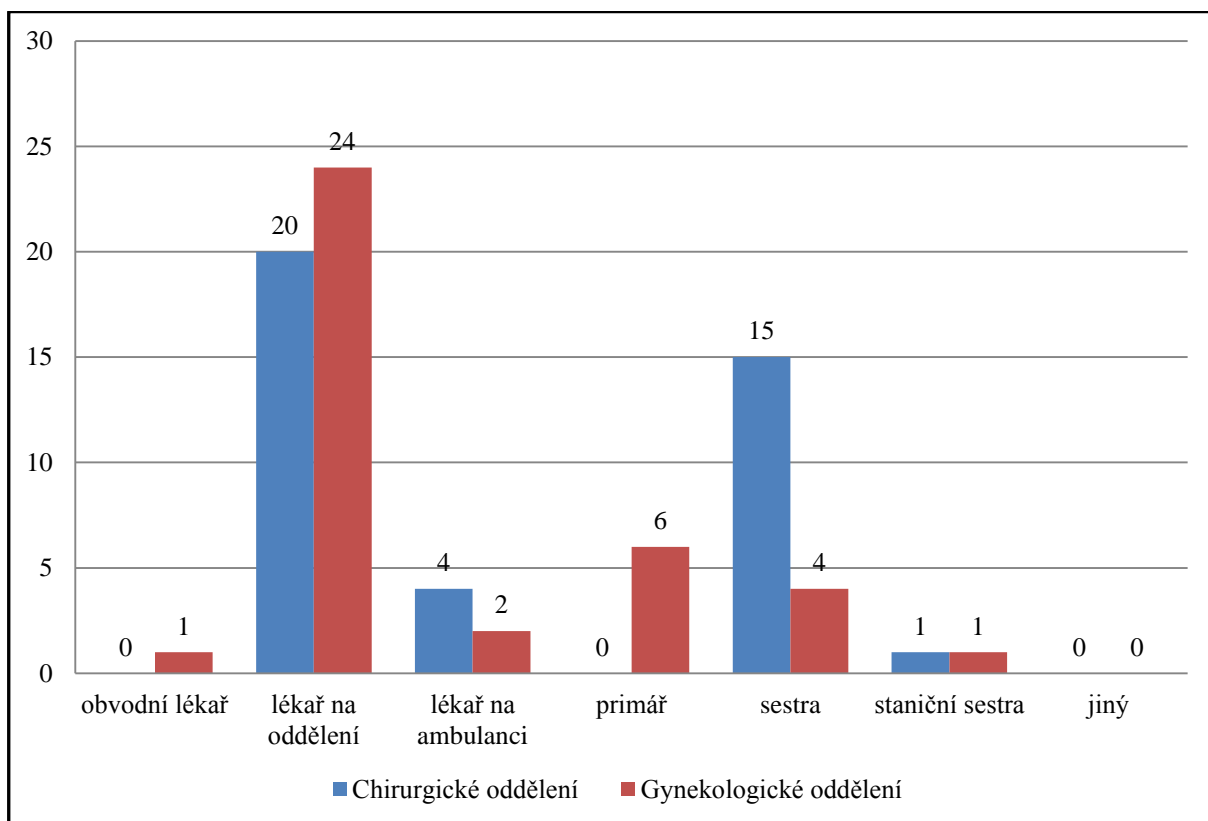
Otázka 13. Jaké prostředí pro podávání informací o perioperačním období by Vám vyhovovalo více? (obrázek 5)



Obrázek 5 Prostředí, které by pacientům pro podávání informací vyhovovalo více (absolutní četnost)

59 (75,64 %) respondentů uvedlo, že jim prostředí, ve kterém byli nejčastěji informováni, vyhovovalo. 15 (19,23 %) respondentů by bylo raději informováno na pokoji o samotě. Jedna respondentka (1,28 %) uvedla, že by raději preferovala podávání informací na pokoji v přítomnosti partnera či dětí, jedna v pracovně lékaře a jeden respondent na vyšetřovně. 1 (1,28 %) respondentka zvolila možnost „jiné prostředí“ a uvedla, že by jí více vyhovovalo podávání informací v přítomnosti osob, které by si sama vybrala (obrázek 5).

Otázka 14. Kdo ze zdravotnického personálu Vám sdělil nejvíce informací o perioperačním období? (obrázek 6)



Obrázek 6 Zdravotnický personál, jenž sdělil pacientům nejvíce informací (absolutní četnost)

44 (56,41 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o perioperačním období jim sdělil lékař na oddělení, 19 (24,36 %) respondentů bylo nejvíce informováno sestrou. Stejný počet respondentů 6 (7,69 %) uvedl, že nejvíce informací získali od lékaře na ambulanci a od primáře. 2 (2,56 %) respondenti byli nejvíce informováni staniční sestrou a jednomu (1,28 %) pacientovi podal nejvíce informací obvodní lékař (obrázek 6). Tento komentář odpovídá na šestou výzkumnou otázku vztahující se k cíli č. 3: Kdo ze zdravotnického personálu sdělil pacientům nejvíce informací o perioperačním období?

Otázka 15. Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podal lékař? (tabulka 9)

Tabulka 9 Porozumění informacím podaných lékařem

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| ano | 18 | 23,08 | 25 | 32,05 | 43 | 55,13 |
| spíše ano | 16 | 20,51 | 9 | 11,54 | 25 | 32,05 |
| spíše ne | 4 | 5,13 | 3 | 3,85 | 7 | 8,97 |
| ne | 2 | 2,56 | 1 | 1,28 | 3 | 3,85 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

Analýzou dat bylo zjištěno, že 43 (55,13 %) respondentů informacím podaných lékařem porozumělo a 25 (32,05 %) respondentů informacím spíše porozumělo. Informacím podaných lékařem spíše neporozumělo 7 (8,97 %) respondentů a 3 (3,85 %) uvedli, že informacím neporozuměli (tabulka 9).

Otázka 16. Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podala sestra? (tabulka 10)

Tabulka 10 Porozumění informacím podaných sestrou

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| ano | 19 | 24,36 | 27 | 34,62 | 46 | 58,97 |
| spíše ano | 15 | 19,23 | 7 | 8,97 | 22 | 28,21 |
| spíše ne | 4 | 5,13 | 3 | 3,85 | 7 | 8,97 |
| ne | 2 | 2,56 | 1 | 1,28 | 3 | 3,85 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

46 (58,97 %) respondentů informacím podaných sestrou porozumělo a 22 (28,21 %) respondentů informacím spíše porozumělo. Informacím podaných sestrou spíše neporozumělo 7 (8,97 %) respondentů a 3 (3,85 %) uvedli, že informacím neporozuměli (tabulka 10).

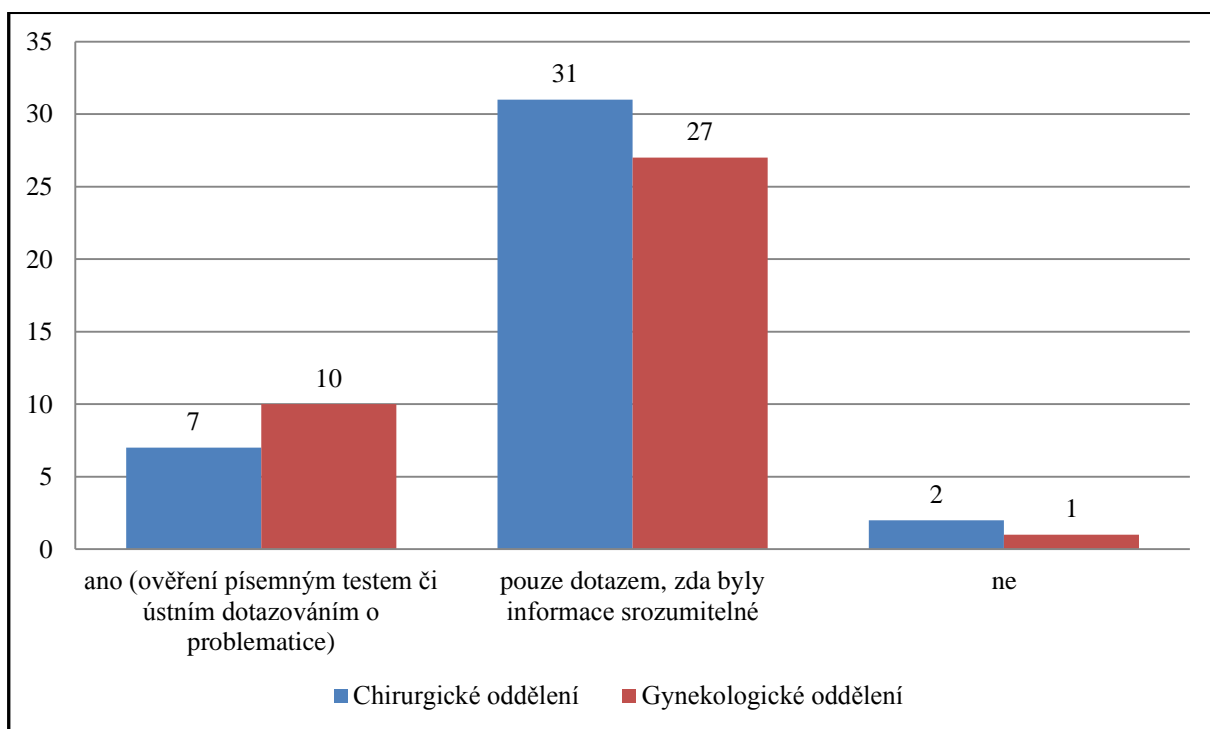
Otázka 17. Pokud jste něčemu nerozuměl (a), měl (a) jste možnost se na cokoliv zeptat?
(tabulka 11)

Tabulka 11 Možnost dotazování se v případě neporozumění informacím

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|------------------|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| ano | 29 | 37,18 | 35 | 44,87 | 64 | 82,05 |
| spíše ano | 9 | 11,54 | 1 | 1,28 | 10 | 12,82 |
| spíše ne | 2 | 2,56 | 1 | 1,28 | 3 | 3,85 |
| ne | 0 | 0,00 | 1 | 1,28 | 1 | 1,28 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

Otázka č. 17 zjišťovala, zda se pacienti mohli, v případě že něčemu nerozuměli, zeptat. 64 (82,05 %) respondentů odpovědělo ano, 10 (12,82 %) respondentů odpovědělo spíše ano. Odpověď spíše ne zvolili 3 (3,85 %) pacienti a pouze 1 (1,28 %) pacientka z gynekologického oddělení zvolila odpověď ne (tabulka 11).

Otázka 18. Ověřil si zdravotnický personál, zda jste informacím porozuměl (a)? (obrázek 7)



Obrázek 7 Ověření srozumitelnosti zdravotnickým personálem (absolutní četnost)

58 (74,36 %) respondentů uvedlo, že ověřování porozumění podaným informacím zdravotnický personál zjišťoval dotazem, zda byly informace srozumitelné. 17 (21,79 %) jich uvedlo, že zdravotnický personál použil k ověření srozumitelnosti písemný test či ústní dotazování o problematice. U 3 (3,85 %) pacientů žádné ověření o srozumitelnosti podaných informací neproběhlo (obrázek 7).

Otázka 19. Co jste vnímal (a) jako negativní při sdělování informací? V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. (tabulka 12)

Tabulka 12 Vnímaná negativa při sdělování informací

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|---|----------------------|--------------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
| | n _i | f _i (%) | n _i | f _i (%) | n _i | f _i (%) |
| nic negativního jsem nevnímal (a) | 20 | 24,10 | 29 | 34,94 | 49 | 59,04 |
| přítomnost jiné osoby | 5 | 6,02 | 5 | 6,02 | 10 | 12,05 |
| nadměrné používání odborných termínů zdravotnickým personálem | 7 | 8,43 | 3 | 3,61 | 10 | 12,05 |
| příliš mnoho informací | 10 | 12,05 | 0 | 0,00 | 10 | 12,05 |
| příliš málo informací | 2 | 2,41 | 1 | 1,20 | 3 | 3,61 |
| nevhodné prostředí | 1 | 1,20 | 0 | 0,00 | 1 | 1,20 |
| nevhodná doba | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| neprofesionální a neosobní přístup zdravotnického personálu | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| jiné | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Celkem | | | | | 83 | 100,00 |

49 (59,04 %) respondentů nevnímalo žádná negativa při sdělování informací. Ve 12,05 % pacienti negativně vnímali přítomnost jiné osoby, ve 12,05 % nadměrné používání odborných termínů zdravotnickým personálem a ve 12,05 % příliš mnoho podaných informací. Ve 3,61 % pacienti jako negativum vnímali příliš málo podaných informací a v 1,20 % nevhodné prostředí pro podávání informací (tabulka 12). Tento komentář odpovídá na pátou výzkumnou otázku vztahující se k cíli č. 2: Vnímali pacienti nějaká negativa při sdělování informací?

Otázka 20. Kdy Vám bylo podáno nejvíce informací o operaci a předoperační péči? (tabulka 13)

Tabulka 13 Období podání nejvíce informací o operaci a předoperační péči

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|--|----------------------|-----------|------------------------|-----------|--------|-----------|
| | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) | n_i | f_i (%) |
| před hospitalizací u praktického lékaře | 1 | 1,28 | 7 | 8,97 | 8 | 10,26 |
| při příjmu do zdravotnického zařízení | 21 | 26,92 | 13 | 16,67 | 34 | 43,59 |
| v průběhu hospitalizace | 18 | 23,08 | 14 | 17,95 | 32 | 41,03 |
| těsně před výkonem | 0 | 0,00 | 4 | 5,13 | 4 | 5,13 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

34 (43,59 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o operaci a předoperační péči jim bylo podáno při příjmu do zdravotnického zařízení, 32 (41,03 %) respondentů získalo nejvíce informací v průběhu hospitalizace, 8 (10,26 %) již před hospitalizací u praktického lékaře a 4 (5,13 %) těsně před výkonem (tabulka 13).

Otázka 21. Kdy Vám bylo podáno nejvíce informací o období po operaci? (tabulka 14)

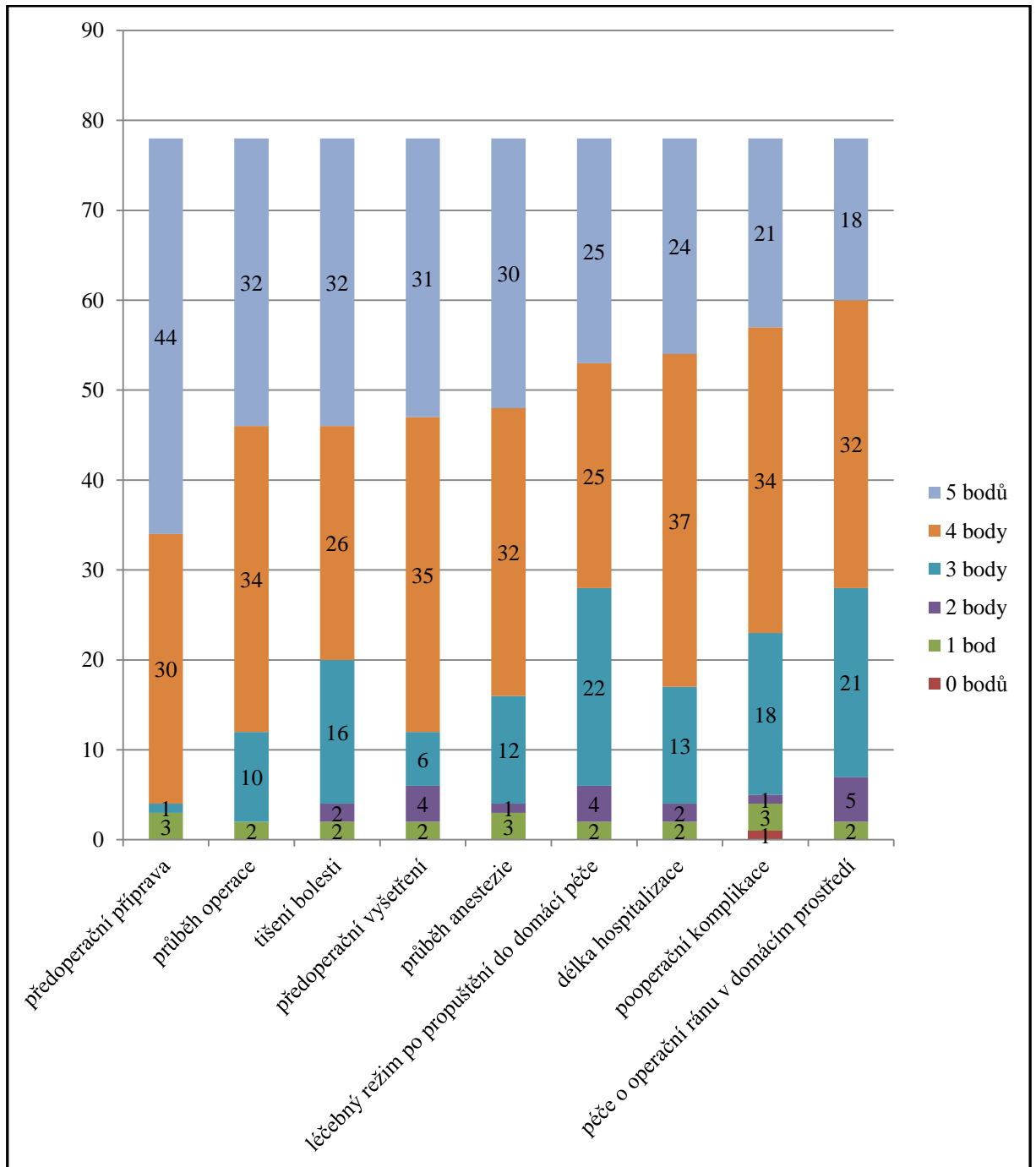
Tabulka 14 Období podání nejvíce informací o období po operaci

| Odpověď | Chirurgické oddělení | | Gynekologické oddělení | | Celkem | |
|--|----------------------|--------------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
| | n _i | f _i (%) | n _i | f _i (%) | n _i | f _i (%) |
| před hospitalizací u praktického lékaře | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| při příjmu do zdravotnického zařízení | 2 | 2,56 | 4 | 5,13 | 6 | 7,69 |
| v průběhu hospitalizace | 31 | 39,74 | 21 | 26,92 | 52 | 66,67 |
| těsně před výkonem | 6 | 7,69 | 6 | 7,69 | 12 | 15,38 |
| až po výkonu | 1 | 1,28 | 7 | 8,97 | 8 | 10,26 |
| Celkem | | | | | 78 | 100,00 |

52 (66,67 %) respondentů uvedlo, že nejvíce informací o období po operaci jim bylo podáno v průběhu hospitalizace, 12 (15,38 %) respondentů získalo nejvíce informací o období po operaci těsně před výkonem, 8 (10,26 %) až po výkonu a 6 (7,69 %) při příjmu do zdravotnického zařízení (tabulka 14).

Otázka 22. Jak byste zhodnotil (a) množství podaných informací ze strany zdravotnického personálu o následujících oblastech? (obrázek 8)

V následujících dílčích oblastech pacienti hodnotili množství podaných informací ze strany zdravotnického personálu pomocí bodů, kdy 0 bodů znamenalo nejhorší hodnocení, naopak 5 bodů znamenalo nejlepší hodnocení. Pro lepší přehlednost a srovnání jednotlivých oblastí byly všechny oblasti zpracovány v rámci jednoho grafu.



Obrázek 8 Hodnocení informovanosti o jednotlivých oblastech (absolutní četnost)

Z grafu je zřejmé, že nejlépe pacienti hodnotili získané informace o předoperační přípravě, kdy 44 (56,41 %) pacientů zvolilo 5 bodů, 30 (38,46 %) pacientů 4 body, 1 (1,28 %) pacient 3 body a 3 (3,85 %) zvolili 1 bod. Naopak nejhůře pacienti obodovali získané informace o péči o operační ránu v domácím prostředí. Pouze 18 (23,08 %) pacientů hodnotilo 5 body, 32 (41,03 %) hodnotilo 4 body, 21 (26,92 %) hodnotilo 3 body, 5 (6,41 %) pacientů zvolilo pouze 2 body a 2 (2,56 %) zvolili pouze 1 bod. Jeden (1,28 %) pacient zvolil 0 bodů pro ohodnocení množství podaných informací o pooperačních komplikacích (obrázek 8). Tento komentář odpovídá na sedmou výzkumnou otázku vztahující se k cíli č. 3: O čem byli pacienti edukováni nejvíce, o čem naopak nejméně?

15.2 Testování hypotéz

Ke zpracování obou hypotéz byla zvolena kontingenční tabulka a Pearsonův & M-V chí-kvadrát test, jelikož se v našem případě jednalo o data nominální. Kontingenční tabulka se používá ke zjištění, zda mezi dvěma znaky existuje prokazatelný výrazný vztah. Často v ní testujeme nulovou hypotézu o shodnosti struktury jednoho ze sledovaných znaků za různých podmínek, které vyjadřují kategorie druhého znaku (Zvárová, 2004, s. 157).

Nulová hypotéza (H_0) udává, že mezi sledovanými jevy není rozdíl. Naopak alternativní hypotéza (H_A) udává, že mezi sledovanými jevy rozdíl je. Na základě testování nulové hypotézy se následně rozhoduje o přijetí či zamítnutí hypotézy (Chráška, 2007, s. 72).

Data, se kterými bylo v programu STATISTICA 12 pracováno, jsou uvedeny v příloze B, s. 87, příloze C, s. 88 a příloze D, s. 89.

15.2.1 Výzkumná otázka č. 1

Existuje souvislost mezi počtem edukačních setkání pacientů se zdravotnickým personálem a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?

H_0 : Mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

H_A : Mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období je statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

Ke statistickému zpracování byly použity odpovědi 78 respondentů, tzn. všech respondentů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření. Jednalo se o odpovědi na otázky:

- Otázka č. 10: Byly Vám všechny informace o perioperačním období sděleny najednou, nebo v průběhu více setkání?
- Otázka č. 15: Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podal lékař?
- Otázka č. 16: Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podala sestra?

Abychom mohly pracovat s hodnocením srozumitelnosti informací o perioperačním období podaných zdravotnickým personálem, tedy lékařem i sestrou, sloučily jsme 4 odpovědi na otázky č. 15 a 16 do dvou odpovědí. Výsledným sloučením nám vznikly odpovědi *ano* a *ne* (ano a spíše ano = *ano*, ne a spíše ne = *ne*).

Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$, což je pravděpodobnost, že nesprávně zamítneme nulovou hypotézu (Chráška, 2007, s. 72).

Nejprve jsme vytvořily níže uvedené tabulky četností, ze kterých lze vyčíst, jaké byly odpovědi na jednotlivé dotazy týkající se srozumitelnosti informací a počtu edukačních setkání (tabulka 15 a 16).

Tabulka 15 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: srozumitelnost

| Srozumitelnost | Četnost | Kumulativní četn. | Rel. četn. | Kumul. % |
|----------------|---------|-------------------|------------|----------|
| ano | 68 | 68 | 87,18 | 87,18 |
| ne | 10 | 78 | 12,82 | 100,00 |
| Celkem | 78 | | 100,00 | |

Tabulka 16 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: počet edukačních setkání

| Počet edukačních setkání | Četnost | Kumulativní četn. | Rel. četn. | Kumul. % |
|--------------------------|---------|-------------------|------------|----------|
| více setkání | 34 | 34 | 43,59 | 43,59 |
| jedno setkání | 44 | 78 | 56,41 | 100,00 |
| Celkem | 78 | | 100,00 | |

Dále jsme vytvořily kontingenční tabulku, na níž lze vidět hodnocení srozumitelnosti podaných informací o perioperačním období u pacientů, kteří byli informováni najednou, a u pacientů, kteří byli informováni v průběhu více setkání (tabulka 17). Pravděpodobně z důvodu menšího počtu respondentů vidíme v kontingenční tabulce jednu nižší četnost, a to číslo 4, u pacientů informovaných v průběhu jednoho setkání, kteří uvedli odpověď ne.

Tabulka 17 Kontingenční tabulka jednotlivých odpovědí

| Srozumitelnost | Počet edukačních setkání více setkání | Počet edukačních setkání jedno setkání | Celkem |
|----------------|---------------------------------------|--|--------|
| ano | 28 | 40 | 68 |
| ne | 6 | 4 | 10 |
| Celkem | 34 | 44 | 78 |

Pomocí Pearsonova & M-V chí-kvadrát testu jsme zjistily vypočítanou hodnotu testového kritéria $\chi^2 = 1,256244$, dále počet stupňů volnosti $df = 1$ a hodnotu $p = 0,26236$ (tabulka 18).

Následně jsme v programu Microsoft Office Excel 2010 použily funkci CHINV a vypočítaly tzv. kritickou tabulkovou hodnotu pro zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a počet stupňů volnosti $df = 1$, která nám vyšla 3,841459.

Tabulka 18 Pearsonův & M-V chí-kvadrát test

| | Chí-kvadr. | sv | p |
|-------------------|------------|------|----------|
| Pearsonův chí-kv. | 1,256244 | df=1 | p=,26236 |
| M-V chí-kvadr. | 1,245901 | df=1 | p=,26434 |

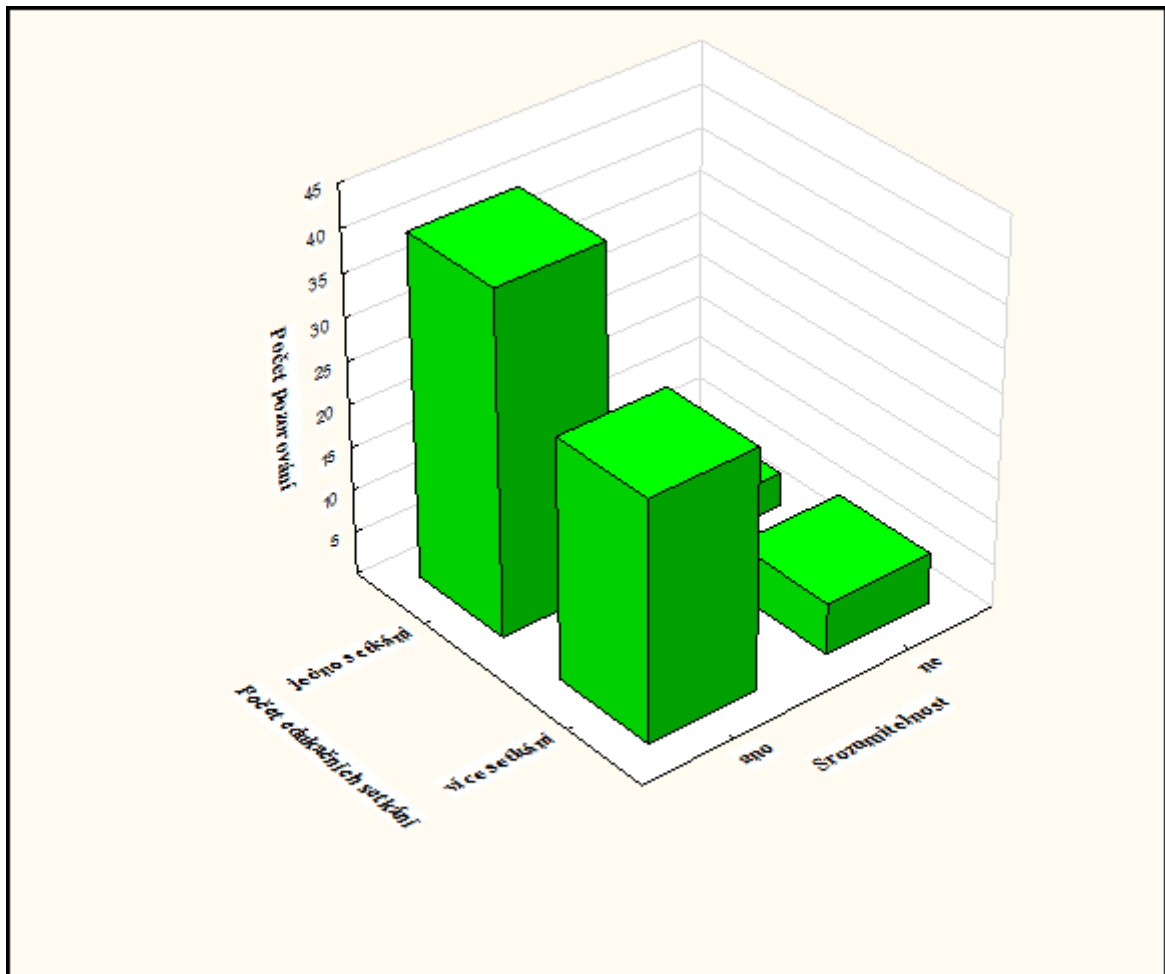
Poté jsme provedly srovnání jednotlivých zjištěných hodnot, které je důležité pro přijetí či zamítnutí hypotézy. Platí následující pravidlo:

- Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria menší než kritická tabulková hodnota a zároveň hodnota p je větší než α , ***pak H_0 nezamítáme.***
- Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria větší než kritická tabulková hodnota a zároveň hodnota p je menší než α , ***pak H_0 zamítáme ve prospěch H_A*** (Zvárová, 2004, s. 139).

V našem případě je vypočítaná hodnota testového kritéria 1,256244 menší než kritická tabulková hodnota 3,841459 a zároveň hodnota $p = 0,26236$ je větší než $\alpha = 0,05$, ***nezamítáme H_0 .*** Z toho vyplývá odpověď na výzkumnou otázku č. 1: Existuje souvislost mezi počtem edukačních setkání pacientů se zdravotnickým personálem a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?

U našeho vzorku respondentů se prokázalo, že mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah.

Provedly jsme zhodnocení pracovní hypotézy pomocí 3D histogramu, kde vidíme dvourozměrné rozdělení srozumitelnosti a počtu edukačních setkání (obrázek 9).



Obrázek 9 Dvourozměrné rozdělení: srozumitelnost x počet edukačních setkání

Pracovní hypotéza: Porozumění informacím o perioperačním období podaných zdravotnickým personálem je lepší u pacientů, kteří byli informováni v průběhu více setkání, než u pacientů, kteří byli informováni najednou.

Na uvedeném 3D histogramu lze vidět, že v obou případech předávání informací (najednou či v průběhu více setkání) byla srozumitelnost i nesrozumitelnost velmi podobná.

Interpretace výsledků

Testováním nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informací, tudíž naše pracovní hypotéza nebyla potvrzena.

15.2.2 Výzkumná otázka č. 2

Existuje souvislost mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?

H₀: Mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

H_A: Mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období je statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

Ke statistickému zpracování bylo využito odpovědí 78 respondentů. Jednalo se o odpovědi na otázku:

- Otázka č. 8: Jakou formou Vám byly informace o perioperačním období poskytnuty?
- Otázka č. 15: Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podal lékař?
- Otázka č. 16: Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podala sestra?

Znovu jsme pracovaly se sloučenými odpověďmi z otázek č. 15 a 16, které se týkaly hodnocení srozumitelnosti podaných informací, jako v případě testování hypotézy, vztahující se k výzkumné otázce č. 1.

Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Postup testování byl stejný jako v případě testování hypotézy k výzkumné otázce č. 1.

Nejprve jsme vytvořily níže uvedené tabulky četností, na nichž lze vidět, jaké byly odpovědi na jednotlivé dotazy týkající se srozumitelnosti informací a užitých metod pro edukaci (tabulka 19 a 20).

Tabulka 19 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: srozumitelnost

| Srozumitelnost | Četnost | Kumulativní četn. | Rel. četn. | Kumul. % |
|----------------|---------|-------------------|------------|----------|
| ano | 68 | 68 | 87,18 | 87,18 |
| ne | 10 | 78 | 12,82 | 100,00 |
| Celkem | 78 | | 100,00 | |

Tabulka 20 Tabulka četností jednotlivých odpovědí: užití metody pro edukaci

| Užití metody pro edukaci | Četnost | Kumulativní četn. | Rel. četn. | Kumul. % |
|--------------------------|---------|-------------------|------------|----------|
| slovní metoda | 52 | 52 | 66,67 | 66,67 |
| kombinace metod | 26 | 78 | 33,33 | 100,00 |
| Celkem | 78 | | 100,00 | |

Následovalo vytvoření kontingenční tabulky, kde lze vidět hodnocení srozumitelnosti podaných informací o perioperačním období u pacientů, u kterých byla k edukaci použita slovní metoda, a u pacientů, u kterých byla k edukaci použita kombinace metod (tabulka 21). Pravděpodobně z důvodu menšího počtu respondentů v kontingenční tabulce znovu vidíme jednu nižší četnost, a to číslo 3, u pacientů edukovaných pomocí kombinace metod, kteří uvedli odpověď ne.

Tabulka 21 Kontingenční tabulka jednotlivých odpovědí

| Srozumitelnost | Užití metody slovní metoda | Užití metody kombinace metod | Celkem |
|----------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| ano | 45 | 23 | 68 |
| ne | 7 | 3 | 10 |
| Celkem | 52 | 26 | 78 |

Poté jsme provedly Pearsonův & M-V chí-kvadrát test, čímž jsme zjistily vypočítanou hodnotu testového kritéria $\chi^2 = 0,0573529$, počet stupňů volnosti $df = 1$ a hodnotu $p = 0,81073$ (tabulka 22). Následně jsme v programu Microsoft Office Excel 2010 použily funkci CHINV, pomocí které jsme zjistily tzv. kritickou tabulkovou hodnotu pro zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a počet stupňů volnosti $df = 1$, která nám vyšla 3,841459.

Tabulka 22 Pearsonův & M-V chí-kvadrát test

| | Chí-kvadr. | sv | p |
|-------------------|------------|------|----------|
| Pearsonův chí-kv. | ,0573529 | df=1 | p=,81073 |
| M-V chí-kvadr. | ,0582343 | df=1 | p=,80931 |

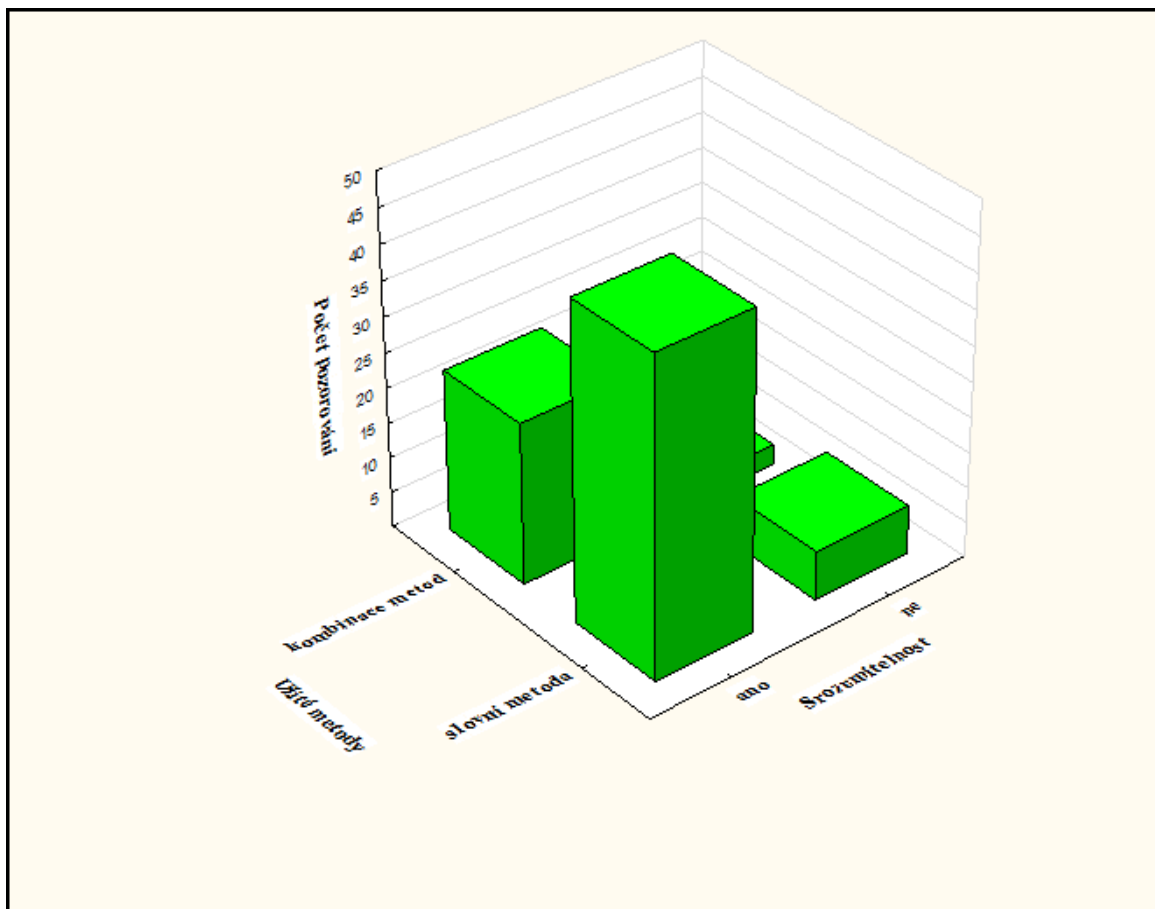
Abychom mohly rozhodnout o přijetí či zamítnutí hypotézy, srovnaly jsme jednotlivé zjištěné hodnoty. Opět jsme se řídily pravidlem:

- Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria menší než kritická tabulková hodnota a zároveň hodnota p je větší než α , ***pak H_0 nezamítáme.***
- Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria větší než kritická tabulková hodnota a zároveň hodnota p je menší než α , ***pak H_0 zamítáme ve prospěch H_A*** (Zvárová, 2004, s. 139).

Vypočítaná hodnota testového kritéria 0,0573529 je menší než kritická tabulková hodnota 3,841459, zároveň hodnota $p = 0,81073$ je větší než $\alpha = 0,05$, **nezamítáme H_0 .** Testováním jsme zjistily odpověď na výzkumnou otázku č. 2: Existuje souvislost mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období?

Mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů.

Poté jsme provedly zhodnocení pracovní hypotézy pomocí 3D histogramu, na němž vidíme dvourozměrné rozdělení srozumitelnosti a užitých metod pro edukaci (obrázek 10).



Obrázek 10 Dvourozměrné rozdělení: srozumitelnost x užití metody

Pracovní hypotéza: Porozumění informacím o perioperačním období podaných zdravotnickým personálem je lepší u pacientů, u kterých byla k edukaci použita kombinace metod, než u pacientů, u kterých byla použita slovní metoda.

Jak lze vidět na 3D histogramu, srozumitelnost a nesrozumitelnost byla velmi podobná u pacientů, u nichž byla k edukaci použita slovní forma a u pacientů, u nichž byla použita kombinace metod.

Interpretace výsledků

Testováním nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi užitými metodami pro edukaci a porozuměním informací, tudíž naše pracovní hypotéza nebyla potvrzena.

DISKUZE

Edukace o perioperační péči u pacientů, kteří přichází k operačnímu výkonu, je součástí komplexní péče zdravotnického personálu. Nedostatek informací zpravidla u pacientů vyvolává obavy z přípravy a průběhu operace. Kvalitu poskytované ošetrovatelské perioperační péče je tedy vhodné zvýšit především podáním ucelených informací pacientům před operačním výkonem, poskytnutých správnou a srozumitelnou formou. Dostatek všeobecných i speciálních informací podaných ve vhodný čas zajistí větší pocit bezpečí a důvěry ve zdravotnický personál, což ve výsledném efektu usnadní bezproblémový průběh hospitalizace pacientů. (Jedličková a Hodová, 2013, s. 24, 26).

Předkládaná diplomová práce se zabývá edukací pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. V našem výzkumu jsme se zaměřily na pacientky a pacienty, kteří podstoupili operační výkon na gynekologickém a chirurgickém oddělení. Cílem výzkumného šetření bylo srovnat hodnocení srozumitelnosti edukace o perioperačním období u pacientů v závislosti na počtu edukačních setkání a v závislosti na použitých metodách pro edukaci. Dále jsme chtěly zmapovat způsoby edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. Naším posledním cílem bylo, zjistit, v jaké oblasti jsou pacienti edukováni nejvíce a v jaké naopak nejméně, a také, kdo ze zdravotnického personálu podal pacientům nejvíce informací o perioperačním období.

Ke zjištění informací byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a jako výzkumný nástroj pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 22 položek. K naplnění cílů bylo stanoveno sedm výzkumných otázek, které byly zodpovězeny při vyhodnocení jednotlivých otázek z dotazníku v kapitole 15.1 (s. 46), a dvě testované hypotézy, které byly statisticky ověřeny pomocí kontingenční tabulky a Pearsonova & M-V chí-kvadrát testu v kapitole 15.2 (s. 63). Níže jsou uvedeny nejzajímavější výsledky našeho šetření.

Záměrem první výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 1 bylo zodpovědět, zda existuje souvislost mezi počtem edukačních setkání pacientů se zdravotnickým personálem a jejich porozuměním informacím o perioperačním období. Pomocí kontingenční tabulky a Pearsonova & M-V chí-kvadrát testu jsme zjistily, že mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů. Tento závěr nás překvapil. Předpokládaly jsme, že srozumitelnost bude ovlivněna počtem edukačních setkání a že bude lepší u pacientů, kteří byli informováni

v průběhu více setkání, než u pacientů, kteří byli informováni najednou. Domnívaly jsme se, že podaným informacím pacienti lépe porozumí právě tehdy, pokud jsou jim sdělovány v průběhu více setkání, kdy mají více času a prostoru si podané informace promyslet a lépe je vstřebat a pochopit. Podle Podlahové a kol. (2012) je v edukaci důležité, aby na sebe jednotlivé vyučovací celky logicky navazovaly, aby byly podávány informace postupně od jednodušších ke složitějším a od známých k neznámým, tedy zásada soustavnosti, ale také soustavné procvičování a opakování tématu, tedy zásada trvalosti. Mlýnková (2010) uvádí, že je nutná několikanásobná a postupná edukace a že není možné učit během jednoho nebo dvou setkání. Ve výzkumném šetření Joanna Briggs Institut (2006), provedeném v New South Wales, byla zkoumána efektivita edukace a porozumění podaným informacím u pacientů s psychiatrickým onemocněním z hlediska metod a frekvence edukace. Studie zjistila, že podání informací pacientům během více (tří) sezení vede ke statisticky významnému nárůstu míry porozumění ve srovnání s pacienty, kteří absolvovali pouze jedno edukační sezení, nebo nebyli edukováni vůbec. Výsledky šetření se liší od výsledků našeho výzkumu, kdy rozdíl v porozumění podaným informacím z hlediska počtu edukačních setkání nebyl statisticky významný. Rozdílný výsledek může být pravděpodobně zapříčiněn rozdílnou potřebou edukace pro pacienty s psychiatrickým onemocněním, u kterých je k pochopení důležitých informací o onemocnění, léčbě atd. nutná důkladnější a systematičtější edukace.

Záměrem druhé výzkumné otázky vztahující se k cíli č. 1 bylo zjistit, zda existuje souvislost mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období. Statistickým zpracováním pomocí kontingenční tabulky a Pearsonova & M-V chí-kvadrát testu bylo zjištěno, že mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů. Tento výsledek nás také překvapil, jelikož jsme předpokládaly, že použité metody pro edukaci ovlivní u pacientů jejich porozumění podaným informacím. Myslely jsme si, že porozumění informacím o perioperačním období podaných zdravotnickým personálem bude lepší u pacientů, u kterých byla k edukaci použita kombinace metod, než u pacientů, u kterých byla použita slovní metoda. Předpokládaly jsme, že pacienti lépe porozumí informacím, které jsou jim názorně demonstrovány na obrázcích, pomůckách či videu, jelikož si takto mohou řadu postupů lépe představit. Vlhová (2013) zkoumala v průběhu šesti měsíců efektivitu edukačních modulů u 183 diabetiků v Bílovecké nemocnici, a.s. Její výsledky ukazují na jednoznačně větší efektivitu u pacientů edukovaných alternativními metodami ve srovnání s klasickou formou edukace (rozhovor, přednáška).

Tento výsledek se liší od výsledku našeho výzkumného šetření, kdy užití edukační metody neměly vliv na srozumitelnost podaných informací u pacientů. Odlišnost výsledků může být způsobena tím, že pro edukaci diabetiků je nutné do edukace zahrnout také nácvik různých dovedností, například aplikace inzulínu, správné ošetření končetiny atd. Ukázka a nácvik těchto dovedností je pro porozumění pacientů bezpochyby velkým přínosem, tudíž takto předaným informacím pacienti porozumí mnohem lépe, než informacím předaným pouze ústní formou.

Dále jsme zjišťovaly, zda byli pacienti spokojeni se sdělováním informací o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. Výsledky byly podle našeho názoru velmi dobré, jelikož 41 (52,56 %) respondentů bylo se sdělováním informací o perioperačním období naprosto spokojených, spíše spokojených bylo 33 (42,31 %) respondentů a spíše nespokojeni byli 4 (5,13 %) respondenti. Výsledky našeho šetření se velmi podobají výsledkům šetření Jedličkové a Hodové (2013), které v průběhu roku 2010 zkoumaly u 266 pacientů edukaci o perioperačním období ve Fakultní nemocnici Brno pomocí dotazníkového šetření a statistického vyhodnocení dat. Jejich výsledky ukázaly, že 93 % respondentů bylo spokojeno s přístupem personálu, avšak podle 7 % respondentů je stále co zlepšovat.

Čtvrtá výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 2 zjišťovala, v jakém prostředí byly pacientům informace poskytovány nejčastěji. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastěji byly informace pacientům podávány na pokoji v přítomnosti další osoby, a to v případě 31 (39,74 %) respondentů. Pro 6 (7,69 %) respondentů, kteří byli informováni na pokoji v přítomnosti další osoby, bylo prostředí pro sdělování informací spíše nevhodné a 15 (19,23 %) respondentů by bylo raději informováno na pokoji o samotě. Druhé nejčastější prostředí pro informování pacientů bylo na pokoji o samotě u 23 (29,49 %) respondentů. Raková a Čičáková (2012) zkoumaly průběh edukace z pohledu sester v nemocnicích v Liptovském Mikuláši a Považské Bystrici. Výzkumný vzorek tvořilo 50 sester, které měly v dotazníku vyjádřit svůj postoj k výroky/tvrzením zaměřeným na zkoumanou oblast zvolením možnosti z pětistupňové Likertovy škály (5 – souhlasím, 4 – částečně souhlasím, 3 – nedokážu posoudit, 2 – částečně nesouhlasím, 1 – nesouhlasím). V jejich studii bylo zjištěno, že nejčastějším místem pro realizaci edukace je podle 86 % sester pokoj pacienta. Tento výsledek je nepatrně vyšší než u skupiny respondentů našeho šetření, kdy bylo na pokoji edukováno 69,23 % respondentů.

Sedmá výzkumná otázka vztahující se k cíli č. 3 zjišťovala subjektivní hodnocení pacientů, o čem byli edukováni nejvíce, o čem naopak nejméně. Bylo zjištěno, že nejvíce byli pacienti informováni o předoperační přípravě, naopak nejhůře pacienti hodnotili získané informace v péči o operační ránu v domácím prostředí. Je obtížné hodnotit, proč byla nejmenší informovanost právě v oblasti péče o operační ránu v domácím prostředí, jelikož tato oblast je velmi důležitá zejména pro zajištění správného hojení operační rány, prevence vzniku infekce, krvácení či dehiscence. Můžeme se domnívat, že zdravotnický personál informuje pacienty o této péči až při propouštění do domácího prostředí. Pacienti našeho výzkumného šetření však dotazníky vyplňovali těsně před propuštěním, proto může být malá informovanost v péči o operační ránu v domácím prostředí právě z tohoto důvodu.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno několik rozdílů v edukaci pacientů na gynekologickém a chirurgickém oddělení. Co se týká srovnání prostředí pro informování pacientů z hlediska oddělení, tak na chirurgickém oddělení bylo na pokoji v přítomnosti další osoby informováno 22 (28,21 %) pacientů, což je přibližně dvakrát větší počet než na gynekologickém oddělení, kde bylo v tomto prostředí informováno 9 (11,54 %) pacientek. Na vyšetřovně bylo nejčastěji informováno 10 (12,82 %) pacientů z chirurgického oddělení, naopak pouze 1 (1,28 %) pacientka u gynekologického oddělení. Další rozdíl byl zjištěn v použitých metodách pro edukaci, kdy se velmi lišilo užití nákresu a popisu operace ve prospěch gynekologického oddělení, kde byla tato metoda užitá u 12 (11,43 %) pacientek, zatímco na chirurgickém oddělení pouze u 2 (1,90 %) pacientů. Rozdílný je také fakt, že na chirurgickém oddělení bylo u 10 (12,05 %) pacientů negativně vnímáno příliš mnoho podaných informací, avšak na gynekologickém oddělení toto negativum nevnímala žádná pacientka.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat způsoby edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. Data a výsledky získané za použití nestandardizovaného dotazníku jsou uvedeny v kapitole 15 (s. 46). Výsledky jsou vyjádřené pomocí absolutních četností, relativních četností v procentech a cíle práce byly zodpovězeny pomocí výzkumných otázek a testovaných hypotéz v kapitole 15.2 (s. 63).

Výzkumné šetření předkládané práce nám přineslo řadu zajímavých výsledků. Testováním první hypotézy bylo zjištěno, že mezi počtem edukačních setkání a porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah v našem souboru respondentů. Stejně tak testováním druhé hypotézy nám vyšlo, že mezi užitými metodami pro edukaci pacientů a jejich porozuměním informacím o perioperačním období není statisticky významný vztah. Tyto výsledky nás překvapily, jelikož jsme u obou testovaných hypotéz předpokládaly vztah mezi jednotlivými proměnnými.

Zjišťovaly jsme, zda pacienti a pacientky na chirurgickém a gynekologickém oddělení považují informace, které jim podal zdravotnický personál, za dostačující. Výsledky byly podle našeho názoru velmi dobré, jelikož ukázaly, že informace o perioperačním období podané zdravotnickým personálem byly pro většinu respondentů dostačující, pouze pro 4 (5,13 %) respondenty byly spíše nedostačující. Jako pozitivum našeho šetření bych zdůraznila zjištění, jaká negativa respondenti vnímali při sdělování informací, jelikož toto zjištění by mohlo být důvodem pro zlepšení edukace ze strany zdravotnického personálu. Bylo zjištěno, že nejvíce pacientům vadila přítomnost jiné osoby při předávání informací, nadměrné používání odborných termínů zdravotnickým personálem, příliš mnoho nebo naopak příliš málo podaných informací a nevhodné prostředí pro podávání informací. Dále jsme zjišťovaly, o čem byli pacienti informováni nejvíce a o čem naopak nejméně. Zjistily jsme, že nejvíce byli pacienti informováni o předoperační přípravě, naopak nejhůře o péči o operační ránu v domácím prostředí.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty zdravotnickému zařízení, v němž byl sběr dat prováděn, aby došlo ke zlepšení zjištěných nedostatků a zvýšení úrovně edukace. Budou upozorněni především na vnímaná negativa u pacientů v průběhu sdělování informací zdravotnickým personálem a na menší informovanost pacientů o péči o operační ránu v domácím prostředí. Také jim bude sděleno, že kromě výše uvedených nedostatků, téměř

všichni pacienti, s výjimkou pouze několika málo z nich, byli s průběhem edukace spokojeni. Rovněž bude vedoucím pracovníkům navrženo, aby podobné dotazníky zaměřené na edukaci vyplňovali všichni pacienti na všech odděleních, za účelem určité zpětné vazby pro zdravotnické zařízení. Pracovníci by se tak dozvěděli, jak pacienti vnímají podávání informací, a na základě toho by mohli provádět potřebná opatření ke zlepšení.

Myslíme si, že na tuto problematiku by bylo vhodné zaměřit další výzkumné šetření. Například by bylo vhodné porovnat edukaci o perioperačním období mezi zařízeními fakultním, krajským a okresním, nebo také mezi zdravotnickým zařízením s národní a mezinárodní akreditací.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. CHRÁSKA, Miroslav. *Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
2. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a kol. *Ošetrovatelská perioperační péče*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
3. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
4. JUŘENÍKOVÁ, Petra a kol. *Ošetrovatelství: učební text pro střední zdravotnické školy. Chirurgie, pediatrie, gerontologie, 2. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999, 234 s.
5. KALA, Zdeněk, Igor PENKA a kol. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
6. KALHOUS, Zdeněk, Otto OBST a kol. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 447 s. ISBN 80-7178-253-X.
7. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
8. MÁLEK, Jiří a kol. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 188 s. ISBN 978-802-4736-426.
9. MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC. *Výukové metody*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Brno: Paido, 2003, 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
10. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FROŇKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
11. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

12. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
13. MONAHAN, Frances Donovan et al. *Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives*. 8th ed. Edinburgh: Elsevier Mosby, 2007, 2067 s. ISBN 978-032-3031-974.
14. MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1998, 271 s. ISBN 80-85963-52-3.
15. NEMCOVÁ, Jana a kol. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
16. NICHOLLS, Anthony a Ian WILSON. *Perioperační medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006, 370 s. ISBN 80-7262-320-6.
17. NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatel'ství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, ORL, stomatologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 235 s. ISBN 978-802-4734-224.
18. PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008, 380 s. ISBN 978-80-7367-427-4.
19. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatel'ství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 223 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
20. PODLAHOVÁ, Libuše a kol. *Didaktika pro vysokoškolské učitele*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 154 s. ISBN 978-80-247-4217-5.
21. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatel'ství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatel'ství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
22. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2002, 481 s. ISBN 80-7178-631-4.
23. PUDNER, Rosemary. *Nursing the surgical patient*. 2nd ed. New York: Elsevier, 2005, 542 s. ISBN 07-020-2757-X.

24. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování. 2., rozš. a aktualiz. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2007, 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
25. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
26. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.
27. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
28. VALIŠOVÁ, Alena a Josef VALENTA. *Metody vyučování a jejich modernizace. Pedagogika pro učitele. 2. rozš. a aktualiz. vyd.* Editor Alena Vališová, Hana Kasíková. Praha: Grada Publishing, c2011, 191 - 209. ISBN 978-802-4733-579.
29. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
30. VONDRÁČEK, Lubomír a Jan VONDRÁČEK. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
31. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 322 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
32. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
33. WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester.* Překlad Marie Zvoníčková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
34. ZEMAN, Miroslav, Zdeněk KRŠKA a kol. *Chirurgická propedeutika. 3. přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2011, 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

35. ZORMANOVÁ, Lucie. *Výukové metody v pedagogice: tradiční a inovativní metody, transmisivní a konstruktivistické pojetí výuky, klasifikace výukových metod*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 155 s. ISBN 978-802-4741-000.
36. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 218 s. ISBN 80-718-4786-0.

Elektronické zdroje:

37. BLAŽEK, Martin, Eduard HAVEL a Eva BĚLOBRÁDKOVÁ. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen s.r.o., 2012, roč. 14, č. 11, s. 422-428 [cit. 2013 – 03 – 27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf>
38. GABRHELÍK, Tomáš a Marek PIERAN. Léčba pooperační bolesti. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen s.r.o., 2012, roč. 14, č. 1, s. 23-25 [cit. 2013 – 03 – 31]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedica.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>
39. GALEČKOVÁ, Taťána. *Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2013 – 06 – 01]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Gabriela Gajzlerová. Dostupné z: https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16850/gale%C4%8Dkov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1
40. HYTYCH, Vladislav, Alice VERNEROVÁ a Pavel HORAŽŤOVSKÝ. Předoperační příprava před operací plic. *První linie: Odborný časopis pro lékaře v první linii* [online]. Praha: Practicus s.r.o., 2006, roč. 9, č. 1, s. 37-38 [cit. 2013 – 03 – 26]. ISSN 1212-0197. Dostupné z: http://www.thoracic-surgery.net/17.Predoperacni_priprava_v_hrudni_chirurgii.pdf
41. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava a Silvie HODOVÁ. Edukační program perioperační péče ve FN Brno. *Florence* [online]. Praha: Ambit Media, a.s., 2013, roč. 9, č. 1-2, s. 24-26 [cit. 2014 – 03 – 22]. ISSN:1801-464X. Dostupné z: http://issuu.com/ambitmedia/docs/listovacka_flo_1-13

42. JOANNA BRIGGS INSTITUT. Edukační intervence pro pacienty s duševním onemocněním užívající psychotropní léky. *Best Practice* [online]. 2006, roč. 10, č. 4 [cit. 2014-04-04]. ISSN 1329-1874. Dostupné z:
http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/Evidence_based_practice/10_4_2006.pdf
43. KOTÍK, Luboš. Předoperační vyšetření u nemocných před nekardiálním chirurgickým výkonem. *Interní medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen s.r.o., 2002, č. 7, s. 318-323 [cit. 2013 – 03 – 30]. ISSN 1803-5256. Dostupné z:
<http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/07/03.pdf>
44. RAKOVÁ, Jana a Lubomíra ČIČÁKOVÁ. Postoj sester k edukaci v nemocničním prostředí. *Sestra* [online]. Praha: Mladá fronta, a.s., 2012, roč. 22, č. 4, s. 28-29 [cit. 2014 – 03 – 23]. ISSN 1210-0404. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/postoj-sester-k-edukaci-v-nemocnicnim-prostredi-464365>
45. VLHOVÁ, Hana. Edukace diabetiků. *Florence* [online]. Praha: Ambit Media, a.s., 2013, roč. 9, č. 1-2, s. 13-15 [cit. 2014 – 03 – 22]. ISSN:1801-464X. Dostupné z:
http://issuu.com/ambitmedia/docs/listovacka_flo_1-13

PŘÍLOHY

| | |
|---|----|
| Příloha A <i>Dotazník</i> | 83 |
| Příloha B <i>Srozumitelnost informací podaných zdravotnickým personálem</i> | 87 |
| Příloha C <i>Počet edukačních setkání</i> | 88 |
| Příloha D <i>Užité metody pro edukaci</i> | 89 |

Příloha A *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Urbaníková a jsem studentkou studijního oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V rámci své diplomové práce jsem si vybrala téma „**Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních**“. Dotazník má vést ke zjištění, jakým způsobem probíhala u pacientů edukace o perioperačním období (tj. období před operací, období vlastní operace a období po operaci). Na základě tohoto zjištění by mohlo dojít ke zlepšení edukace pacientů prostřednictvím vhodnějších výukových metod, prostředí či rozsahu edukace. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění **anonymního** dotazníku, který bude podkladem pro vypracování praktické části mé diplomové práce. Dotazník obsahuje 22 otázek a nezabere Vám více než 10 minut. Pokud není uvedeno jinak, uveďte prosím pouze jednu odpověď.

Děkuji Vám za Váš čas a pravdivé odpovědi.

1. Na jakém typu oddělení podstupujete operaci?

- a) gynekologické oddělení
- b) chirurgické oddělení

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

3. Jaký je Váš věk?

- a) do 20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41-50 let
- e) 51-60 let
- f) 61-70 let
- g) 71 a více

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné (DiS.)
- e) vysokoškolské (vyberte): Bc., Mgr., Ing., MUDr., MDDr., MVDr., JUDr., Ph.D., DrSc., PaedDr., PhDr., RNDr., PharmDr., CSc.

5. Podstupujete operační výkon poprvé, nebo jste již v minulosti nějakou operaci absolvoval (a)?

- a) poprvé
- b) již jsem operaci absolvoval (a)

6. Byl (a) jste spokojen (a) se sdělováním informací o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|------------|-----------|----------|-----------|
| určitě ano | spíše ano | spíše ne | určitě ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

7. Byly pro Vás sdělené informace o perioperačním období dostačující? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|------------|-----------|----------|-----------|
| určitě ano | spíše ano | spíše ne | určitě ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

8. Jakou formou Vám byly informace o perioperačním období poskytnuty? (lze uvést více možností)

- a) rozhovor
- b) písemná forma (brožury, letáky, fotografie atd.)
- c) promítnutí videa
- d) nákres a popis operace
- e) jiný způsob (doplňte):

9. Myslíte si, že Vám byly informace o perioperačním období sdělovány vhodnou formou? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|------------|-----------|----------|-----------|
| určitě ano | spíše ano | spíše ne | určitě ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

10. Byly Vám všechny informace o perioperačním období sděleny najednou, nebo v průběhu více setkání?

- a) najednou
- b) v průběhu více setkání (uveďte počet setkání):

11. V jakém prostředí Vám byly informace o perioperačním období podávány nejčastěji?

- a) na pokoji o samotě
- b) na pokoji v přítomnosti další osoby (např. personál)
- c) na pokoji v přítomnosti partnera či dětí
- d) v pracovně sester
- e) v pracovně lékaře
- f) na vyšetřovně
- g) jiné prostředí (doplňte):

12. Myslíte si, že prostředí pro sdělování informací o perioperačním období bylo ve Vašem případě vhodné? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|------------|-----------|----------|-----------|
| určitě ano | spíše ano | spíše ne | určitě ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

13. Jaké prostředí pro podávání informací o perioperačním období by Vám vyhovovalo více?

- a) na pokoji o samotě
- b) na pokoji v přítomnosti další osoby (např. personál)
- c) na pokoji v přítomnosti partnera či dětí
- d) v pracovně sester
- e) v pracovně lékaře
- f) na vyšetřovně
- g) prostředí mi vyhovovalo
- h) jiné prostředí (doplňte):

14. Kdo ze zdravotnického personálu Vám sdělil nejvíce informací o perioperačním období?

- a) obvodní lékař
- b) lékař na oddělení
- c) lékař na ambulanci
- d) primář
- e) sestra
- f) staniční sestra
- g) jiný (doplňte):

15. Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podal lékař? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|-----|-----------|----------|----|
| ano | spíše ano | spíše ne | ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Porozuměl (a) jste všem informacím, které Vám podala sestra? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|-----|-----------|----------|----|
| ano | spíše ano | spíše ne | ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

17. Pokud jste něčemu nerozuměl (a), měl (a) jste možnost se na cokoliv zeptat? (zakroužkujte možnost)

| | | | |
|-----|-----------|----------|----|
| ano | spíše ano | spíše ne | ne |
| 1 | 2 | 3 | 4 |

18. Ověřil si zdravotnický personál, zda jste informacím porozuměl (a)?

- a) ano (ověření písemným testem či ústním dotazováním o problematice)
- b) pouze dotazem, zda byly informace srozumitelné
- c) ne

19. Co jste vnímal (a) jako negativní při sdělování informací? (lze uvést více možností)

- a) přítomnost jiné osoby (pacient, zdravotnický personál atd.)
- b) nadměrné používání odborných termínů zdravotnickým personálem
- c) nevhodné prostředí
- d) nevhodná doba
- e) neprofesionální a neosobní přístup zdravotnického personálu
- f) příliš málo informací
- g) příliš mnoho informací
- h) nic negativního jsem nevnímal (a)
- i) jiné (doplňte):

20. Kdy Vám bylo podáno nejvíce informací o operaci a předoperační péči?

- a) před hospitalizací u praktického lékaře
- b) při příjmu do zdravotnického zařízení
- c) v průběhu hospitalizace
- d) těsně před výkonem

21. Kdy Vám bylo podáno nejvíce informací o období po operaci?

- a) před hospitalizací u praktického lékaře
- b) při příjmu do zdravotnického zařízení
- c) v průběhu hospitalizace
- d) těsně před výkonem
- e) až po výkonu

22. Jak byste zhodnotil (a) množství podaných informací ze strany zdravotnického personálu o následujících oblastech? Zakroužkujte počet bodů (0 – žádný bod, 5 – nejvíce bodů):

- | | |
|--|-----------------------|
| a) předoperační vyšetření | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| b) předoperační příprava (lačnění, hygiena, vylučování, bandáže dolních končetin, podání premedikace atd.) | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| c) průběh operace | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| d) průběh anestezie | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| e) pooperační komplikace | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| f) tišení bolesti | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| g) délka hospitalizace | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| h) léčebný režim po propuštění do domácí péče | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| i) péče o operační ránu v domácím prostředí | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| j) popřípadě můžete uvést další: | |
| | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| | 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |

Příloha C *Počet edukačních setkání*

| | |
|---------------|---------------|
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | více setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | více setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | více setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | jedno setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| jedno setkání | více setkání |
| více setkání | více setkání |
| více setkání | více setkání |
| jedno setkání | více setkání |
| více setkání | jedno setkání |
| více setkání | více setkání |
| více setkání | více setkání |
| jedno setkání | více setkání |
| více setkání | |
| jedno setkání | |
| jedno setkání | |
| jedno setkání | |

Příloha D *Užité metody pro edukaci*

| | |
|-----------------|-----------------|
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | kombinace metod |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | kombinace metod |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | kombinace metod |
| slovní metoda | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | kombinace metod |
| kombinace metod | slovní metoda |
| kombinace metod | kombinace metod |
| kombinace metod | kombinace metod |
| slovní metoda | kombinace metod |
| slovní metoda | slovní metoda |
| kombinace metod | kombinace metod |
| kombinace metod | kombinace metod |
| kombinace metod | slovní metoda |
| slovní metoda | slovní metoda |
| kombinace metod | |
| slovní metoda | |
| slovní metoda | |
| slovní metoda | |