

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Edukace o perioperačním období v akreditovaných zdravotnických zařízeních

Bc. Sabrina Karpíšková

Diplomová práce

2015

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Sabrina Karpíšková**  
Osobní číslo: **Z13118**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Edukace o perioperačním období v akreditovaných 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. 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.
2. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
3. 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.
4. PUDNER, Rosemary. Nursing the surgical patient. 2nd ed. New York: Elsevier, 2005, 542 s. ISBN 07-020-2757-X.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetrovatelství v chirurgii I. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
6. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
7. 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.

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

Datum zadání diplomové práce: 1. října 2013  
Termín odevzdání diplomové práce: 4. května 2015

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 28. ledna 2015

## **Prohlášení autora**

Prohlašuji:

Tuto diplomovou práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární zdroje a informace, které jsem v práci použila, 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 jiného 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 24. dubna 2015

.....  
Bc. Sabrina Karpíšková

## **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. Ondřejovi Pruskovi, Ph.D. za odborné rady týkající se statistického zpracování práce. Dále děkuji vedení nemocnic, ve kterých jsem prováděla výzkum, za umožnění jeho provedení a spolupráci. Dále pak děkuji všem respondentkám, které byly ochotné 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 „Edukace o perioperačním období v akreditovaných zdravotnických zařízeních“ je rozdělena na dvě části – část teoretickou a část výzkumnou.

Teoretická část shrnuje informace o pojmu perioperační péče a všech etapách perioperačního období, a také informace o edukačním procesu a jeho fázích, metodách či osobnosti edukanta. Výzkumná část je zaměřena na zmapování edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu a dále na vyhodnocení výzkumných otázek a testování hypotéz.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

perioperační období, edukace, komunikace, edukační proces, perioperační sestry

## **TITTLE**

Education about the perioperative period in accredited healthcare facilities.

## **ANNOTATION**

The diploma thesis is called "Education about the perioperative period in accredited healthcare facilities" and is divided into two parts - theoretical and research.

The first part summarizes information on the concept of perioperative care and all stages of the perioperative period. Moreover, it includes information on the educational process and its phases, methods or personality of educator. The research part focuses on the education mapping of patients within the perioperative period by the medical staff and furthermore, it deals with the evaluation of research questions and hypotheses tested.

## **KEYWORDS**

perioperative period, education, communication, educational process, perioperative nurses

# Obsah

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK .....	9
SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK.....	10
ÚVOD .....	11
1 Cíl práce .....	13
ČÁST TEORETICKÁ.....	14
2 Perioperační péče .....	15
2.1 Pojem perioperační péče.....	15
2.2 Předoperační období .....	16
2.2.1 Předoperační péče z časového hlediska.....	16
2.2.2 Předoperační fáze na operačním sále .....	18
2.3 Intraoperační období.....	19
2.4 Pooperační období .....	20
2.4.1 Bezprostřední pooperační péče.....	21
2.4.2 Krátkodobá pooperační péče .....	21
2.4.3 Dlouhodobá pooperační péče .....	22
3 Edukace .....	24
3.1 Současný stav .....	24
3.2 Význam slova edukace .....	24
3.3 Edukační proces.....	24
3.4 Fáze edukačního procesu.....	25
3.4.1 Posuzování.....	25
3.4.2 Diagnostika.....	26
3.4.3 Plánování .....	26
3.4.4 Realizace .....	26
3.4.5 Vyhodnocení .....	27
3.5 Využívané metody edukace.....	27
3.5.1 Nejvíce využívané edukační metody všeobecnou sestrou:.....	28
3.6 Překážky v edukačním procesu .....	29
3.6.1 Překážky ze strany všeobecných sester .....	30
3.6.2 Překážky ze strany pacientů .....	30
3.7 Osobnost edukátora .....	30
ČÁST VÝZKUMNÁ .....	32
4 Cíle výzkumu .....	33

5 Výzkumné otázky a testované hypotézy .....	34
6 Metodika výzkumu.....	36
6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku .....	36
6.2 Organizace výzkumného šetření.....	36
6.3 Sběr dat.....	37
6.3.1 Dotazník – všeobecné informace.....	37
6.4 Zpracování dat .....	38
7 Prezentace výsledků .....	39
7.1 Charakteristika souboru respondentů .....	39
7.2 Všeobecné otázky k edukaci o perioperační péči .....	45
7.3 Testování statistických hypotéz.....	51
7.3.1 Výzkumná otázka 1 .....	51
7.3.2 Výzkumná otázka 2 .....	54
7.2.3 Výzkumná otázka 3 .....	58
DISKUZE.....	60
ZÁVĚR.....	66
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ.....	68
PŘÍLOHY .....	75



## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Věkové rozdělení respondentek s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	40
Obrázek 2 Rozdělení respondentek podle délky praxe s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	41
Obrázek 3 Rozdělení respondentek podle nejvyššího dosaženého vzdělání s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	42
Obrázek 4 Rozdělení respondentek podle specializace v oboru perioperační péče s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	43
Obrázek 5 Rozdělení respondentek podle znalosti obsahu edukace s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	45
Obrázek 6 Ověření porozumění edukace pacientem s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	46
Obrázek 7 Hodnocení perioperační edukace pacientů s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	47
Obrázek 8 Proškolení respondentek na téma perioperační edukace pacientů s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	48
Obrázek 9 Vedení perioperačního bezpečnostního záznamu s přihlédnutím k akreditaci nemocnice.....	49
Obrázek 10 Odpovědi respondentek na případnou změnu edukace s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	50
Obrázek 11 3D histogram odpovědí na otázku 16 .....	55
Obrázek 12 3D histogram odpovědí na otázku 17 .....	57
Obrázek 13 Rozdělení četností odpovědí u otázky 21 s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	59
Tabulka 1 Rozdělení respondentek podle oddělení s přihlédnutím k akreditaci nemocnice .....	44
Tabulka 2 Souhrn odpovědí respondentek na otázky 9-15 .....	52
Tabulka 3 Body respondentek z nemocnice s akreditací a jejich pořadí v celkovém souboru dat .....	52
Tabulka 4 Body respondentek z nemocnice bez akreditace a jejich pořadí v celkovém souboru dat.....	53
Tabulka 5 Hodnoty četností odpovědí u otázky 16.....	55
Tabulka 6 Hodnoty četností odpovědí u otázky 17.....	56
Tabulka 7 Hodnoty četností odpovědí u otázky 21 .....	58

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ARO	–	anesteziologicko resuscitační oddělení
DC	–	dýchací cesty
DK	–	dolní končetiny
EKG	–	elektrokardiogram
$H_A$	–	alternativní hypotéza
$H_0$	–	nulová hypotéza
ISBN	–	International Standard Book Number
ISSN	–	International Standard Serial Number
KO	–	krvní obraz
MM	–	močový měchýř
RTG	–	rentgenové vyšetření
SAK	–	Spojená akreditační komise
TEN	–	trombembolická nemoc
TK	–	tlak krve
UZ	–	ultrazvukové vyšetření
WHO	–	World Health Organization

## ÚVOD

Jakýkoliv operační výkon, ať už plánovaný či akutní, je zásahem do organismu pacienta. Je velmi důležité věnovat nemocným zvýšenou pozornost a komplexní péči.

Pacient často přichází do zdravotnického zařízení, jemu zcela nového neznámého prostředí. Pro mnoho lidí již toto může být velmi stresující. Stres může také prohlubovat nedostatek informací o zdravotním stavu pacienta a v neposlední řadě také neinformovanost o všech etapách perioperačního období.

Častým problémem je dnešní přetechnizovaná doba. Vlivem internetu či jiných zdrojů si lidé zjišťují informace sami. Ne vždy jsou tyto informace pravdivé a smysluplné. Je tedy velmi důležité, abychom pacienta informovali přesně. Čím lépe pacienty informujeme, tím méně si lidé budou informace vyhledávat sami.

Edukace je pojem, který se ve zdravotnictví skloňuje ve všech pádech a znamená vychovávat, vést vpřed. Edukace pacientů je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, jednání všeobecné sestry v rámci edukace je chápáno jako jedna ze základních rolí sestry. Pacient v roli posluchače a všeobecná sestra v roli edukátorky vytváří aktivní spolupracující dvojici.

Teoretická část práce je zaměřena na charakteristiku perioperačního období, přesněji na vysvětlení základních pojmů této problematiky, předoperační fázi, intraoperační a pooperační fázi. Dále je zaměřena na vysvětlení pojmu edukace a její současný stav, edukační proces v ošetrovatelství a jeho jednotlivé fáze, na využívané metody edukace a v neposlední řadě na samotnou osobnost edukátora.

Výzkumná část má za cíl zmapovat způsoby edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu (oddělení gynekologie, urologie, chirurgie, neurochirurgie, ortopedie a operačních sálů) ve zdravotnickém zařízení s akreditací a bez akreditace, edukace všeobecnými sestrami z jednotlivých oddělení a sálovými sestrami. Součástí výzkumné části je testování hypotéz, vyhodnocení výzkumných otázek a porovnání našich výsledků s již publikovanými studiemi. Touto problematikou se také zabývala různá výzkumná šetření v zahraničí. Hirose Masahira a kolektiv se v Japonsku zabývali otázkou povědomosti a znalosti standardů edukačního procesu sester ve dvou různých typech zdravotnického zařízení. Ve výzkumném šetření Jayra Tenga

v Austrálii zkoumali zápis provedené edukace samotným pacientem. Výzkumem a jeho zhodnocením bylo v tomto šetření zjištěno, že dotazované respondentky znají edukační metody a mezi nejvíce používané patří především rozhovor s pacientem a práce s textem.

## **1 Cíl práce**

Diplomová práce se zabývá edukací pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. Konkrétně se jedná o všeobecné sestry z oddělení gynekologie, urologie, chirurgie, neurochirurgie, ortopedie a jejich operačních sálů.

Cílem bylo teoreticky podat informace o perioperačním období (tj. období před operací, období vlastního operačního výkonu a období po operaci) a dále popsat problematiku edukačního procesu v ošetrovatelství.

Cílem výzkumného šetření bylo srovnat edukační činnost o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací a bez akreditace, dále zjistit zda se v dokumentaci zapisuje provedená edukace jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany pacientů. V neposlední řadě se šetření snažilo zmapovat metody edukace o perioperačním období používané všeobecnými sestrami.

## **ČÁST TEORETICKÁ**

## 2 Perioperační péče

Téma perioperační péče je jeden z cílů diplomové práce týkající se edukace o perioperačním období v odlišných zdravotnických zařízeních. V této kapitole jsou uvedeny obecné informace o perioperačním období v jednotlivých fázích.

Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví (Plevová, 2011, s. 60-61). Ošetřovatelství se rozděluje do několika základních oblastí:

- dějiny ošetřovatelství,
- všeobecné ošetřovatelství,
- metodologie ošetřovatelství,
- aplikované obory.

Perioperační péči je možno zařadit mezi aplikované obory, respektive do oblasti chirurgických oborů ošetřovatelství. Obsahem je komplexní péče o pacienty (Farkašová a kol., 2006, s. 13-15).

### 2.1 Pojem perioperační péče

Jak Jedličková uvádí: „*Peri je předpona řeckého původu, označující kolem, okolo. Slovo perioperační vzniklo v souvislosti se změnami terminologie ve zdravotnictví v roce 2004 přijetím Zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání.*“ (Jedličková, 2012, s. 155). Oproti tomu dle Wichsové výuka a studium perioperačního ošetřovatelství má v České republice již velmi dlouhou tradici. Už v padesátých letech minulého století publikoval Bohuslav Niederle první učebnici určenou operacním sestřám. Toto dílo mělo celkem 4 vydání a pro sestry instrumentářky bylo biblí. V roce 2000, po dlouhé odmlce, následovala kniha od Miroslava Dudy. Pak následovaly publikace Jaroslavy Jedličkové (2012) a Petera Wendscheho (2012). Obě tyto knihy popisují problematiku práce sester na operačních sálech (Wichsová a kol., 2013, s. 9). Další publikace uvádí, že samotný pojem perioperační péče se objevil koncem 90. let minulého století. V roce 1996 v rámci České společnosti sester vznikla profesní organizace sálových sester. Byl přijat název „Společnost instrumentářek“, dále jen SI. Na začátku byly členkami pouze sestry instrumentářky, časem

mezi sebe přijaly další členky, pracovnice mající vztah k práci na operačním sále, ale také všeobecné sestry poskytující ošetrovatelskou péči bezprostředně před a po vlastním operačním výkonu. Do této skupiny bychom mohly zařadit i anesteziologické sestry (Bittnerová, 2007, s. 48).

Perioperační období je období před, během a po operaci. Zahrnuje předoperační, intraoperační a pooperační fázi. Předoperační fáze začíná rozhodnutím pro operační výkon a končí přijetím 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 (Pudner, 2005, s. 18, 27).

## **2.2 Předoperační období**

Cílem předoperačního období je vytvořit nemocnému optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k dobrému a nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Provádí se vyšetření celkového stavu pacienta s optimalizací fyzické i psychické přípravy pacienta (Zeman, 2003, s. 156).

### **2.2.1 Předoperační péče z časového hlediska**

**Dlouhodobá příprava** je velmi individuální, trvá několik dnů, týdnů až měsíců a vyplývá z diagnostiky a přípravy pacienta. Zahrnuje chirurgickou přípravu, která spočívá v diagnostice zdravotního problému a vyžaduje chirurgický zákrok. Nejčastěji tuto přípravu řídí chirurg ve spolupráci s dalšími diagnostickými pracovišti (např. sonografie, endoskopické vyšetřovací centrum, rentgen, laboratoř, ...). Další nedílnou součástí je interní příprava na základě rozhodnutí chirurga o operačním výkonu. Interní vyšetření nesmí být starší 14 dnů před plánovanou operací. Klient je odeslán k předoperačnímu internímu vyšetření, které zahrnuje zhodnocení anamnézy a zobrazovacích metod, EKG, UZ, RTG srdce a plíce a fyzikální vyšetření poklepem, pohmatem, poslechem. Laboratorní vyšetření se provádí ze vzorků krevního séra a moče pacienta. Obvykle odebíráme vzorky krve na stanovení krevního obrazu (KO), sedimentace, hematokritu, urea, kreatininu, glykemie, jaterní testy a krevní skupinu. Ze vzorku moči se stanoví močový sediment. Při onemocněních, která by mohla ovlivnit operační výkon, je nutné doplnit speciální laboratorní vyšetření dle ordinace lékaře. Na základě vyhodnocení těchto vyšetření lékař internista rozhoduje, zda je pacient schopný



operačního výkonu či nikoliv (Juřeníková, 1999, s. 230-233; Skalická, 2007, s. 33-34). Existuje mnoho pacientů se specifickými chorobami. U těchto pacientů je vyšší riziko komplikací. V dnešní době se hodně setkáváme s nutričními poruchami. Při vysoké obezitě může být pacientovi doporučena před plánovaným operačním výkonem redukce hmotnosti. U pacientů s onkologickým onemocněním je proveden screening a následně naordinován sipping neboli popíjení nutridrinku dle stavu výživy nemocného. Další skupinou jsou pacienti s diabetes mellitus I. a II. typu a hypertenzí. Je velmi důležité, aby každý pacient s určitým onemocněním byl řádně kompenzovaný. Tato kompenzace přispívá k optimálnímu průběhu intraoperačního i pooperačního období (Larsen, 2004, s. 126; Vomela, 1998, s. 50-55). Role všeobecné sestry je důležitá při psychické přípravě pacienta. Všeobecná sestra dovysvětlí a zodpoví pacientovy otázky a podá informace o průběhu péče při hospitalizaci. Pokud má pacient zájem, všeobecná sestra nabídne brožurky a letáčky, popř. zajistí kontakt na odborné pracoviště. Pacient podepíše informovaný souhlas s operací v souladu se zákonem (Švecová, 2007, s. 36-37).

**Krátkodobá příprava** je omezena na 24 hodin před výkonem. Je důležité vytvořit pacientovi optimální podmínky pro zvládnutí operační zátěže a poučit ho o jednotlivých 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 pacient musí vymočit a k vyprázdnění střev mu může být podle druhu operačního výkonu 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, piercingy a odlíčit make-up.

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

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

Jako *prevence tromboembolické nemoci (TEN)* se provádí bandáže dolních končetin (DK) nebo se mohou použít kompresivní punčochy. Podává se vhodná medikace (Fraxiparine, Heparin).

Sestra s pacientem cvičí *pooperační dýchání, odkašlávání, vstávání a přidržování operační rány* při mobilizaci pacienta. (Skalická, 2007, s. 30; Slezáková a kol., 2010, s. 35; Šamánková a kol., 2006, s. 270; Juřeníková, 1999, s. 14).

*Psychická příprava* – pacienti mají velké obavy z výsledku operačního výkonu, mají strach z narkózy, bojí se, že se neprobudí či naopak probudí během operace. Velkou roli hraje také strach z bolesti a neschopnosti vykonávat svoji práci či běžné denní aktivity. Je důležité umět odpovědět na všechny otázky pacienta správně a nikdy je nebagatelizovat (Mikšová a kol., 2006, s. 93; Jedličková, 2012, s. 233).

**Bezprostřední příprava** je konečnou fází a probíhá v posledních dvou hodinách před samotným operačním výkonem. Během této doby se kontroluje dokumentace, operační pole, chrup, lačnění, odstranění šperků, bandáže DK, vyprázdnění. Provádí se speciální požadavky anesteziologa nebo chirurga (např. zavedení permanentního močového katetru, žaludeční sondy, statimové odběry) a podává se premedikace ke zklidnění pacienta (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 127-129). Součástí je speciální příprava u pacientů s různými přidruženými nemocemi, např. morbus Crohn, diabetes mellitus, onemocnění srdce, nadledvin a plic atd. (Slezáková a kol., 2010, s. 35).

## **2.2.2 Předoperační fáze na operačním sále**

Pacient je převezen z oddělení, jednotky intenzivní péče či anesteziologicko resuscitačního oddělení sanitářem v doprovodu všeobecné sestry z příslušného oddělení.

Ve vstupním filtru pro pacienty je přijímán anesteziologickou sestrou či lékařem anesteziologem. Dochází k důkladnému předání informací o pacientovi spolu s dokumentací a kontrolou identifikačního štítku. Pacient je zpravidla přeložen v předsáli na sálový vozík nebo přímo na operační stůl a zde obíhající sestra provádí identifikaci pacienta. Obíhající sestra po úvodním představení kontroluje pacientovo celé jméno, datum narození a zjišťuje známé alergie. Po celou dobu rozhovoru udržuje s pacientem oční kontakt. Vlídovým slovem se snaží uklidnit pacienta, popř. zmírnit jeho obavy, navodit důvěru a snížit strach a úzkost.

Anesteziologická sestra zajistí invazivní vstupy do žilního řečiště pacienta, provede opětovnou kontrolu jména, data narození a alergií (Mikšová a kol., 2006, s. 93).

Obíhající sestra (pomocná) dohromady s instrumentující sestrou (instrumentářkou) zastávají dvě důležité funkce jako perioperační sestry. Obíhající sestra tvoří spojkou mezi operačním týmem a okolím. Doplnuje a podává sestře instrumentáře potřebný materiál. Veškerá činnost instrumentující sestry, vrcholí účastí na operaci – instrumentováním. Instrumentářka se již předem seznámí s operačním programem. Po chirurgickém mytí a oblečení se do sterilního operačního pláště provádí rouškování instrumentačních stolků, přípravu operačních nástrojů, pomáhá při rouškování pacienta a oblékání operační skupiny (Zeman, 2003, s. 208).

### **2.3 Intraoperační období**

Intraoperační péče začíná převozem pacienta z předsálí na operační stůl. V průběhu celého intraoperačního období zabezpečuje péči a ošetřování pacienta zdravotnický odborný personál operačních sálů. Pacient je podle operačního výkonu uložen do požadované polohy, což s sebou může nést i riziko pádu z operačního stolu. Při polohování pacienta je důležité se vyvarovat rizika proleženin, které vznikají při velkém tlaku a délce operace při nezměněné poloze těla pacienta. K nejvíce ohroženým místům patří paty, kotníky, kolena, kyčle, sakrální krajina, ramena, lokty a temeno hlavy vždy dle operačního výkonu. Správné a bezpečné zpolohování pacienta je plně v kompetenci obíhající sestry. Nesprávné zpolohování může vést k bolesti či dokonce poškození pacienta (Wendsche a kol., 2012, s. 76). Nedílnou a často opomíjenou činností je ochrana pacienta proti prochladnutí. Pacient je pokládán na speciální vyhřívanou podložku a v případě, že pociťuje chlad, je možno ho zakrýt speciální dekou s proudícím teplým vzduchem. Dalším krokem přípravy pacienta je desinfekce kůže operačního pole, která se provádí sterilním tamponem a desinfekcí. Kůže se potírá směrem od středu operačního pole ke stranám, od nejčistší k méně čisté zóně, minimálně 15 – 20 cm od linie řezu všemi směry, celé se to vždy opakuje dvakrát. Jako poslední se tamponem vyčistí všechna špatně dostupná místa (Zeman a kol., 2003, s. 212-213). Při užití desinfekce na alkoholové bázi je třeba vyčkat, dokud se alkoholové výpary neodpaří, než použijeme elektrokoagulaci. Pozor také na zatečení desinfekce pod pacienta. Je důležité neopomínat na sterilní krytí, pokud operační pole obsahuje otevřenou ránu. Posledním výkonem před zahájením operačního výkonu je sterilní jednorázové rouškování. Zarouškování provádíme až po zaschnutí desinfekce, cca 2-3 min po desinfekci operačního pole. Používají

se roušky jednorázové, odolné proti průniku tekutin, vysoce savé, pevné v tahu. Při manipulaci s rouškami je důležitý minimální pohyb, zbytečně roušky neroztřepávat. Jednorázové rouškování zabraňuje přenosu infekčních mikroorganismů. Nejprve se zarouškuje okolí operační rány a poté pokračujeme k periférii. Při jakýchkoliv pochybách o sterilitě odstraníme část rouškování a znovu tento proces opakujeme.

Nezastupitelnou roli v intraoperačním období zaujímá také anesteziologický tým (Wendsche a kol., 2012, s. 76). Napojí pacienta na monitor s elektrokardiogramovou (EKG) křivkou, měří tlak a saturaci krve kyslíkem. Poté je pacient uveden do anestezie podle předem zvoleného postupu. Po celou dobu operace sleduje anesteziologický lékař stav pacienta a vede příslušnou dokumentaci o průběhu anestezie. Anesteziologická sestra plní ordinace lékaře a sleduje fyziologické funkce pacienta. Na pokyn operátora se anestezie ukončí a pacient se pomalu začne probouzet.

Sestra instrumentářka spolu s obíhající sestrou za dohledu operátora provedou početní kontrolu nástrojů, roušek a tampónů, následně nahlásí, zda vše souhlasí. Sestra instrumentářka asistuje operátorovi při uzavírání operačního pole a po zašití zajistí překrytí operační rány (Kala, Penka a kol., 2010, s. 28).

U epidurální anestezie jsou specifika instrumentářky a operátorů rozšířeny o komunikaci s pacientem. Je důležité vést přiměřenou komunikaci vzhledem k probíhajícímu operačnímu výkonu. Pacient v rámci možností spolupracuje po celou dobu výkonu, může sdělit vnímání bolesti (tupá, vystřelující, ostrá, pálivá, atd.), pocity nevolnosti, strachu apod. (Špičáková, 2008, s. 8).

## **2.4 Pooperační období**

Péči v pooperačním období můžeme rozdělit do několika fází. První tzv. bezprostřední pooperační fáze, kterou se rozumí 2 hodiny po operačním výkonu. Následuje krátkodobá pooperační fáze, která trvá 24 hodin po výkonu. Dlouhodobá pooperační fáze je poslední fází celého pooperačního období a je definována od 24 hodin po výkonu až po propuštění do domácího prostředí.

### **2.4.1 Bezprostřední pooperační péče**

Bezprostřední péčí po operaci se rozumí první dvě hodiny po výkonu. Pacienti jsou nejčastěji přemístěni na dospávací pokoj. Dospávací pokoj je jednotka, kam jsou pacienti převezeni bezprostředně po operačním výkonu k neustálému sledování všech fyziologických funkcí pod odborným dohledem, dokud nedojde k celkové stabilizaci pacientova stavu. O celkové době pobytu na této jednotce rozhoduje vždy anesteziologický lékař. Pacientovi zajišťuje velmi důslednou kontrolu pomocí monitorovacího zařízení anesteziologická sestra. Provádí se kontrola průchodnosti dýchacích cest (DC), kontrola ventilace, monitorace krevních ztrát, odpad z drénů, prosakování rány. Sleduje se krevní tlak (TK), pulz, dechová frekvence, tělesná teplota, barva a zarudnutí kůže, operační rána, funkčnost drénů, stav vědomí, saturace kyslíkem, nevolnost, zvracení, močení, hodnotí se bolest do dokumentace podle škály atd. (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 266). Pacienti po těžších a náročnějších operacích bývají překládáni z operačního sálu rovnou na jednotku intenzivní péče či ARO, neboť velmi často je nutné pokračovat v plicní ventilaci pacientů (Slezáková a kol., 2010, s. 36-38). Z medikamentózní péče necháme dokapat infuzní roztok z operačního sálu, při speciálních požadavcích lékaře můžeme odebrat statimové odběry. Pacienta informujeme, že má po operaci, je na dospávacím pokoji a může v klidu dospat. (Janíková, Zelená, 2013, s. 47-50).

### **2.4.2 Krátkodobá pooperační péče**

Krátkodobou pooperační péčí se rozumí 24 hodin po výkonu. Pacienti po operačním výkonu, kteří již nepotřebují intenzivní monitorování životních funkcí, jsou z dospávacího pokoje překládáni na standardní lůžkové oddělení. Pacienta si přebírá všeobecná sestra z lůžkového oddělení s veškerou pacientovou dokumentací. Dokumentace obsahuje úplný chorobopis spolu s operačním protokolem a záznamem o anestezii (Pešková, 2000, s. 295-296). Provádí se pravidelné kontroly stavu vědomí, dýchání, TK, pulzu, tělesné teploty, množství sekretu z drénů, sond a katétrů, hodnocení rány a kontrola obvazu, tlumení a hodnocení bolesti a plnění ordinací. Po operaci je pacient většinou uložen do polohy na zádech s mírně zvýšeným hrudníkem a hlavou, záleží však na typu operace. Pacient musí být dostatečně hydratován, sledujeme příjem tekutin. Důraz je kladen také na kontrolu vyprazdňování močového měchýře. Pacient by se měl vymočit do 6-8 hodin po operaci. Nejčastější důvod u pacientů, proč se nemohou spontánně vymočit je psychická zábrana, nedostatečný příjem tekutin a bolest. Někdy je možné navodit spontánní vyprázdnění MM určitým podrážděním,

např. změnou polohy, puštěním vody, vlažným obkladem podbřišku atd. V pravidelných intervalech se sleduje diuréza. Sledování výsledků vyšetření a sledování příznaků pooperačních komplikací je neodmyslitelnou součástí této péče (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 268; Málek a kol., 2011, s. 118-119; Nováková, 2011, s. 108). Důležitá je také péče o operační ránu. Je důležité kontrolovat jak samotnou operační ránu, tak její okolí. Kontroluje se, zda rána neprosakuje krví či jinou tekutinou. V některých zdravotnických zařízeních se provádí převaz operační rány (Šamánková a kol., 2006, s. 271; Workman a Bennett, 2006, s. 246). Opomíjena nesmí být ani osobní hygiena pacienta, která se první pooperační den provádí pouze omýváním těla. Pacienti nemusí být po operaci schopni provádět hygienu sami, proto je důležitá pomoc zdravotnického personálu (Málek a kol., 2011, s. 119).

### **2.4.3 Dlouhodobá pooperační péče**

Dlouhodobou pooperační péčí se rozumí péče od 24 hodin po operačním výkonu po propuštění do domácího prostředí.

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

*Prevence TEN* – již před operací se provádí bandáže DK, omezuje se venózní podávání léků a aplikují se antikoagulantia. Zahajuje se včasná mobilizace pacienta, provádí se cviky DK a dechová cvičení (Slezáková a kol., 2010, s. 37-39).

*Sledování operační rány* – obvykle je operační rána kryta sterilním obvazem. Kontroluje se jeho prosakování, krvácení z rány a provádí se převaz rány. Také se kontroluje funkčnost drénu vyvedeného z operační rány, množství a konzistence odváděné tekutiny (Šamánková a kol., 2006, s. 271; Workman a Bennett, 2006, s. 246).

*Prevence proleženin* – polohováním pacienta a péčí o predilekční místa se předchází možnosti vzniku dekubitů. Pacientovo lůžko by mělo být neustále pečlivě upravené.

*Stravování* – je dáno operačním výkonem a celkovým stavem pacienta. Obvykle pokud pacient nepociťuje nauzeu a nezvrací, dostane po čtyřech až šesti hodinách čaj. Dále je podávání stravy řešeno dle standardů. Po operacích na zaživacím traktu je v prvních pooperačních dnech perorální příjem tekutin nahrazen parenterálním podáním roztoků (Juřeníková a kol., 1999, s. 22; Slezáková a kol., 2010, s. 38).

*Vyprazdňování* – pokud i přes mechanismy navozující močení přetrvávají problémy s močením, je možné po domluvě s ošetřujícím lékařem zavést permanentní katetr, následně se musí sledovat diuréza, příjem a výdej tekutin atd. Při určitých typech operací se může vyskytnout zástava peristaltiky. Obnovení peristaltiky lze navodit pohybem DK, polohováním pacienta, chůzí, pomocí kapénkového klyzmatu či aplikací léků (Slezáková a kol., 2010, s. 38; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 269-270).

*Hygiena* – provádí se osobní hygiena celého těla, důležitá je také hygiena dutiny ústní. Pokud pacient stále není plně soběstačný, je nutné zajistit dopomoc při provádění osobní hygieny.

*Plnění ordinací lékaře* – dle ordinací lékaře všeobecná sestra podává pacientům medikaci, odebírá vzorky krve, nebo moči na laboratorní vyšetření.

*Léčba bolesti a poruch spánku* – operační výkon je spojen s menší či větší pooperační bolestí. Podle délky trvání a stupně bolesti se pacientům podávají analgetika popřípadě analgetika opiátového typu. Při poruchách spánku, které mohou vzniknout bolestí, strachem a obavami z následků operace podáváme také hypnotika (Zeman, Krška a kol., 2011, s. 268). Způsob pooperační analgezie se volí podle typu operace a pooperační bolesti. Mohou se použít také nefarmakologické metody, např. působení chladu (Gabrhelík a Pieran, 2012, s. 23-24; Málek a kol., 2011, s. 124-125). Všeobecná sestra monitoruje projevy bolesti a zaznamenává je do dokumentace. Každý pacient by měl mít založen protokol sledování a léčby pooperační bolesti (Málek a kol., 2011, s. 118-119; Nováková, 2011, s. 108).

*Rehabilitace po operaci* – včasná pohybová aktivita pacienta po operaci je důležitá pro normalizaci tělesných funkcí, ale také jako prevence komplikací. Pokud pacient není schopen cvičit aktivně, provádí pasivní cvičení rehabilitační pracovník, nebo všeobecná sestra (Slezáková a kol., 2010, s. 57; Zeman, Krška a kol., 2011, s. 275-276). Po některých výkonech se provádí specializovaná rehabilitační péče, kterou nejdříve provádí rehabilitační pracovník, následně procvičování je pak pouze za asistence všeobecné sestry (např. operace na páteři, po operaci plic).

*Edukace* – všeobecná sestra informuje pacienty o průběhu pooperačního období, o péči, která jim bude během hospitalizace poskytována, ale i o péči v domácím prostředí. Pacient je edukován o předpokládané délce hospitalizace, tlumení pooperační bolesti, dietním a pohybovém režimu v domácím prostředí, péči o operační ránu, následné kontrole po propuštění do domácího prostředí atd. (Workman a Bennett, 2006, s. 246-247).

## **3 Edukace**

V diplomové práci se také zabývám hodnocením samotné edukace o perioperačním období v odlišných zdravotnických zařízeních. V této kapitole jsou uvedeny obecné informace o edukaci (metody, edukační proces, osobnost edukátora).

### **3.1 Současný stav**

Pojem slova edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. V posledních letech se velice změnil přístup pacientů ke svému zdraví a také výrazně stouply nároky na kvalitu poskytované péče zdravotnickým personálem. Pacient musí nejen znát, jaký výkon ho čeká, ale také jak bude zákrok probíhat, samozřejmě přiměřeně k jeho věku. Edukace byla velmi dlouho opomíjená i na operačních sálech. Sestry instrumentářky měly za úkol připravit pomůcky a nástroje k operaci a asistovat operatérům. K pacientovi se často přistupovalo, až byl v celkové anestezii. Současná doba tak přinesla nejen nové metody a přístupy v anestezii a v postupech operačních výkonů, ale především v navázání kontaktu perioperačních sester s pacientem před samotným zákrokem (Chourová, 2011, s. 36-38).

### **3.2 Význam slova edukace**

Význam slova edukace je odvozen z latinského slova *educare*, které v překladu znamená vést vpřed, či vychovávat. „*Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ Někdy ji lze také definovat jako výchovu a vzdělávání jedince (Juřeníková, 2010, s. 9). Průcha popisuje edukaci jako cílené působení na osobnost člověka se záměrem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji. Jde o utváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj jedince s ohledem na jeho individuální dispozice (Průcha, 2002, s. 49-52.)

### **3.3 Edukační proces**

Edukační proces je činnost člověka, při níž dochází k učení a představuje významný způsob zlepšení kvality života. Může tak docházet k záměrnému či nezáměrnému učení. Edukační proces probíhá celý život, přesněji od prenatálního života až do konce smrti. Ve zdravotnictví znamená edukace poskytování informací pacientovi. Cílem edukace



at' už u zdravého nebo nemocného pacienta je vytvoření nových hodnot, poznatků, správných postojů a nových vědomostí nemocného (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační proces je systematický, logický a plánovaný proces, ve kterém jsou vzájemně se ovlivňující činnosti, jimiž jsou vzdělávání a učení. Na tomto nepřetržitém cyklu se rovněž podílejí dva vzájemně ovlivňující se subjekty, edukant a edukátor. Za edukátora v tomto případě považujeme všeobecnou sestru, či lékaře a edukantem je pacient, členové rodiny (Nemcová, 2010, s. 25). Edukační proces zaměřený hlavně na komunikaci s pacientem má eliminovat obavy, strach a úzkost pacienta na minimum a zároveň podporovat jeho brzké uzdravení a navrácení do běžného života.

Edukační proces, patřící mezi základní kompetence všeobecných sester, může být pro některé vnímán jako těžká a nezvladatelná součást komunikace. Je rozdíl, zda edukuje všeobecná sestra s mnohaletými zkušenostmi, nebo nově nastupující všeobecná sestra. K docílení efektu při edukační činnosti je nutné, aby došlo k navázání důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem (Juřeníková, 2010, s. 16, 27). Úkolem edukace je ovlivnění pacienta tak, aby se uměl správně rozhodovat v situacích, které ovlivňují jeho zdraví, aby si utvářel své životní hodnoty, postoje a názory, aby si neustále rozšiřoval vědomosti a správně si osvojil všechny dovednosti. Za velmi důležitou se považuje také edukace pacientů o výkonu, o předoperační péči a pooperační péči, která zmírňuje strach, obavy a úzkost u pacienta (Kuberová, 2010, s. 32-33).

### **3.4 Fáze edukačního procesu**

Edukační proces probíhá v pěti na sebe navazujících etapách.

#### **3.4.1 Posuzování**

V první fázi edukace dochází ke sběru veškerých informací, třídění a analýze dat o pacientovi. Tyto informace získáváme metodou rozhovoru, fyzikálním vyšetřením, pozorováním, dotazníkem, nebo ze samotné dokumentace. Tato fáze je významná pro další stanovení budoucích cílů edukace (Juřeníková, 2010, s. 21).

### **3.4.2 Diagnostika**

Zdravotník stanovuje edukační diagnózy pomocí údajů získaných edukačním posuzováním pacienta. Tyto diagnózy vymezují problémy a potřeby pacienta, jejich příčiny a faktory. Cílem diagnostiky je pomocí stanovených diagnóz navrhnout plán edukace (Nemcová, 2010, s. 26).

### **3.4.3 Plánování**

Záměrem plánování je vytvořit edukační plán pro pacienta a stanovení priorit. Všeobecná sestra spolu s lékařem či dalším zdravotnickým personálem musí posoudit, co je nejdůležitější pacientovi sdělit na prvním místě a co až později. Na tomto poté závisí struktura edukace, její obsah, délka a zvolení nejvhodnějších edukačních metod. V edukaci se vymezují cíle jak dlouhodobé, označovány také jako záměry, tak krátkodobé, které se vztahují k momentálním potřebám pacienta. Cíle by měly být jasně formulované, ověřitelné, prospěšné lidské sebeúctě a slučitelné s právy lidí. Všeobecná sestra musí vždy respektovat vzdělání, tělesný, psychický stav a osobnost pacienta, ale také předchozí zkušenosti ze zdravotnického zařízení (Kuberová, 2010, s. 26-27).

### **3.4.4 Realizace**

V této fázi je v rámci edukace všeobecnou sestrou důležité dodržovat pedagogické zásady. Jedná se o zásady a principy, které ovlivňují průběh a výsledek edukace a jejich dodržování vede k dosažení cílů edukace.

*Princip přiměřenosti* – důležitý je správný rozsah, obsah a náročnost informací. Je potřeba postupovat od jednoduchého ke složitějšímu, od konkrétního k abstraktnímu, od známého k neznámému atd.

*Princip soustavnosti* – poznatky by měly být systematicky uspořádané a navazovat na sebe. Takto uspořádané informace pacientů lépe pochopí (Kuberová, 2010, s. 151).

*Princip vědeckosti* – zdravotnický pracovník by měl své starší poznatky týkající se zdraví, nemoci, diagnostiky a léčby onemocnění aktualizovat (Kalhous, Obst a kol., 2002, s. 270).

*Princip motivace* – před edukací pacienta by měla být navozena pozitivní motivace a atmosféra.

*Princip individuálního přístupu* – je třeba respektovat rozdíly mezi účastníky edukace, hlavně předchozí znalosti a zkušenosti, jejich potřeby, schopnost učit se novým věcem, atd. (Mužík, 1998, s. 111-112).

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

*Zásada názornosti* – pacient by měl zapojit smyslové vnímání spolu s myšlenkovou a poznávací aktivitou. Lépe tak dokáže pochopit to, co vidí (Juřeníková, 2010, s. 31).

### **3.4.5 Vyhodnocení**

V této poslední fázi dochází k vyhodnocení edukačního procesu. Hodnotí se, zda bylo dosaženo krátkodobých i dlouhodobých cílů, zda cíle byly splněny, splněny částečně či nesplněny. Každá všeobecná sestra by měla pacienta pochválit, vždy vyzdvihnout pozitiva a teprve až poté upozornit na nesrovnalosti/ nepřesnosti (Kuberová, 2010, s. 28-30).

### **3.5 Využívané metody edukace**

Výraz metoda pochází z řeckého slova met-hodos doslova „za cestou“. Jde o promyšlené a cílevědomé působení edukátora vedoucí k efektivnímu naplnění cílů. Při stanovení vhodné metody edukace přihlížíme k samotné osobnosti pacienta, k jeho dosavadním zkušenostem, dovednostem a vědomostem. Důležitý je také obsah edukace, technické možnosti a osobnost edukátora.

Na klasifikaci edukačních metod existuje celá řada kritérií. Podle zdroje a druhu poznatků se dělí na metody slovní, názorně demonstrační a praktické, dále je dělení podle fáze edukačního procesu na metody motivační, expoziční, fixační, diagnostické a klasifikační (Skalková, 2007, s. 184-186).

#### **I. Klasifikace edukačních metod podle poznatků a zdrojů**

*Metody slovní* neboli monologické zahrnují vyprávění, vysvětlování, přednášky a popis. Metody dialogické jsou rozhovor, diskuze, atd. K metodám práce s textovým materiálem patří brožury, letáčky, knihy, články a časopisy (Kuberová, 2010, s. 174).

*Metody názorně demonstrační*, kde zdrojem poznání je pozorování. Sestra v roli edukátora ukazuje určité předměty, procesy či činnosti za pomoci pomůcek, modelů a obrázků (Skalková, 2007, s. 195).

U *metod praktických* není zdrojem pouze pasivní vnímání, ale taky aktivní činnost samotného pacienta (Kuberová, 2010, s. 156).

## **II. Klasifikace edukačních metod podle fáze edukačního procesu**

*Metody motivační* zahrnují povzbuzení, pochvalu, kritiku, povídání a motivační rozhovor.

*Metody expoziční* slouží k prvnímu seznámení s tématem. Mohou zahrnovat vysvětlování, přednášku, ukázkou, rozhovor, popis, praktické cvičení, atd.

*Metody fixační* vedou k opakování a upevňování si daného učiva a tématu. Zahrnují metodu otázek a odpovědí, ústní opakování učiva atd.

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

### **3.5.1 Nejvíce využívané edukační metody všeobecnou sestrou:**

K nejčastěji využívaným metodám v edukaci pacientů o ošetrovatelské problematice patří vysvětlování, rozhovor, konzultace, práce s textem, instruktáž a praktické cvičení, metoda přednášky a diskuze.

1. *Vysvětlování* se snaží objasnit nějakou příčinu a její souvislosti tak, aby byla pochopena podstata vysvětlovaného problému. Používá se při žádných předchozích zkušenostech či vědomostech jedince. Metodu je možno doplnit o příkazy, zákazy a instrukce. Je vhodné postupovat logicky, jasně, systematicky, srozumitelně a objasňovat fakta a souvislosti (Svěráková, 2012, s. 39).

2. *Rozhovor* je každodenní součástí práce zdravotnického pracovníka ve spolupráci s pacientem. Jsou důležité dobré komunikační schopnosti a dovednosti. Jde o plánovanou komunikaci, kdy cílem je rozebrat pacientovi problémy a potřeby. Základem je kladení otázek pro upřesnění daných informací a údajů o pacientovi. Otázky by měly být krátké, srozumitelné.

3. *Konzultace* patří k nejvyžívanějším metodám ve zdravotnické praxi. Jde o setkání s odborníkem a prodiskutování daného problému, vysvětlení nejasností či zkonzultování jistých doporučení. Konzultace se mohou opakovat především u pacientů s chronickým onemocněním.

4. *Práce s textem* je další velmi využívanou metodou ve zdravotnictví. Nejčastěji se používají letáky, brožury, knihy. Tyto materiály jsou nejčastěji umístěny v ambulancích, u praktických lékařů a na specializovaných pracovištích (Juřeníková, 2010, s. 38-47).

5. *Instruktaž a praktické cvičení* je snaha edukovaného jedince seznámit s jistým pracovním postupem. Navazuje se na předchozí vědomosti a zkušenosti jedince. Je důležité vysvětlit postup činnosti a vymezit cíl a výsledek. První ukázka se provádí pomali, za doprovodu mluveného slova po jednotlivých krocích. Po instruktáži navazuje samotné praktické cvičení a nácvik určité činnosti edukovaných jedinců (Juřeníková, 2010, s. 39-40).

6. *Metoda přednášky* má své kořeny již v antice. Snahou je předložit a předat nové poznatky, myšlenky, informace a vědomosti v uceleném a souvislém projevu (Svěráková, 2012, s. 38). Přednáška se rozděluje na tři části. Začíná úvod, kdy se edukanti seznamují s určitým problémem. Důležité je upoutat jejich pozornost a zájem v této problematice. Vlastní výklad nejčastěji obsahuje logicky uspořádaná a vědecky podložená fakta. Poslední část přednášky tvoří závěr. V závěru jsou shrnuty nejdůležitější body z celého projevu.

7. *Diskuze* se užívá k upevnění vědomostí edukovaných jedinců. Téma pro diskuzi je vždy předem stanoveno, aby se všichni edukovaní mohli připravit. Po celou dobu diskuze sleduje vedoucí průběh a kontroluje, zda nedochází k odklonění od tématu. Cílem je najít společný názor (Juřeníková, 2010, s. 38-45).

### **3.6 Překážky v edukačním procesu**

Důvodem neefektivnosti edukačního procesu jsou překážky, které znemožňují všeobecným sestřám edukovat pacienty a dosahovat požadovaných edukačních cílů. Překážky v edukaci mohou být ze strany všeobecných sester nebo pacienta.

### **3.6.1 Překážky ze strany všeobecných sester**

- Nedostatečná příprava všeobecných sester na edukaci je často spojena s nedostatečnými vědomostmi a dovednostmi.
- Některé všeobecné sestry zpochybňují efektivitu edukačního procesu a jeho význam.
- Nedostatek času, únava a malá motivace všeobecných sester.
- Nedostatečná dokumentace poskytované ošetrovatelské péče, což může ovlivnit kvalitu edukace.
- Nedostatečná spolupráce s ostatním zdravotnickým týmem.
- Některé všeobecné sestry nerespektují individuální vlastnosti edukanta, jeho dovednosti a schopnosti učit se (Nemcová, 2010, s. 28; Juřeniková, 2007, s. 57).

### **3.6.2 Překážky ze strany pacientů**

- Stres způsobený nemocí, který často vyvolává strach a úzkost, může negativně ovlivnit pacientovu motivaci a snížit schopnost zapojit se do procesu učení.
- Odmítání a popírání edukačních potřeb, odpor vůči autoritě, nedostatek ochoty převzít zodpovědnost jsou závažnými psychickými překážkami, které souvisí s osobní charakteristikou pacienta a mohou ovlivnit výsledky edukace (Kuberová, 2010, s. 73).
- Negativní vliv nemocničního prostředí, jehož důsledkem může být nedostatek soukromí, sociální izolace a ztráta kontroly, ovlivňuje aktivní přístup v rozhodování, který je velmi důležitý pro správný postup edukace (Nemcová, 2010, s. 28-29).

## **3.7 Osobnost edukátora**

V dnešní době jsou kladeny stále vyšší nároky a požadavky na edukaci, kterým se musí zdravotník v roli edukátora přizpůsobit. K předpokladům úspěšného edukátora patří trpělivost, důslednost, zodpovědnost, tolerance, zručnost, obratnost, odborné znalosti

a dovednosti, schopnost přizpůsobit se, adaptivní chování, znalost metod edukace a jejich efektivní využití v praxi (Průcha, 2002, s. 59-62). Zdravotník v roli edukátora plní roli poskytovatele vědomostí a zkušeností. Zároveň je také poradcem a podporovatelem edukanta. Edukátor je též tvůrcem a projektantem celé edukace, diagnostikem edukačních potřeb, realizátorem edukace a samotným hodnotitelem a koordinátorem celé edukace. (Juřeníková, 2010, s. 69). Během edukace je důležité zamyslet se nad lidskou různorodostí. Pacienti se odlišují věkem, pohlavím, vzděláním, zaměstnáním, životními hodnotami a postoji, soběstačností, etnickou kulturou, schopnostmi a inteligencí. Toto musí edukátor vždy brát v potaz, akceptovat to a pacienta plně podpořit (Svěráková, 2012, s. 36-37).

K utváření úspěšné osobnosti edukátora patří také celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Toto vzdělávání navazuje na získanou způsobilost k výkonu povolání a všeobecné sestry účasti na tomto vzdělávání, které probíhá formou konferencí, seminářů a školení, získávají cenné informace o nejnovějších trendech v dané oblasti.

## **ČÁST VÝZKUMNÁ**



## 4 Cíle výzkumu

1. Srovnat edukační činnost o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací a bez akreditace.
2. Zjistit, zda je v dokumentaci zaznamenávána provedená edukace - ze strany zdravotnického personálu; ze strany pacienta.
3. Zmapovat metody edukace pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu.

## 5 Výzkumné otázky a testované hypotézy

### Výzkumná otázka vztahující se k cíli 1:

- Existuje rozdíl v edukační činnosti v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

#### Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumné otázce 1:

**H<sub>0</sub>**: Rozsah edukační činnosti je stejný v nemocnici s akreditací a bez akreditace.

**H<sub>A</sub>**: Rozsah edukační činnosti je rozdílný v nemocnici s akreditací a bez akreditace.

### Výzkumné otázky vztahující se k cíli 2:

- Existuje rozdíl v zaznamenávání provedené edukace všeobecnou sestrou v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

#### Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumné otázce 2:

**H<sub>0</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na zápis provedené edukace všeobecnou sestrou v dokumentaci pacienta je stejný u akreditované i neakreditované nemocnice.

**H<sub>A</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na zápis provedené edukace všeobecnou sestrou v dokumentaci pacienta se liší u akreditované i neakreditované nemocnice.

- Existuje rozdíl v zaznamenávání provedené edukace pacientem v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

#### Testovaná hypotéza vztahující se k výzkumné otázce 2:

**H<sub>0</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na zápis provedené edukace pacientem v dokumentaci je stejný u akreditované i neakreditované nemocnice.

**H<sub>A</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na zápis provedené edukace pacientem v dokumentaci se liší u akreditované i neakreditované nemocnice.

**Výzkumná otázka vztahující se k cíli 3:**

- Je rozdíl v četnosti/rozmanitosti použitých metod v rámci edukace u všeobecných sester v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

## **6 Metodika výzkumu**

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

### **6.1 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Respondentkami výzkumu byly všeobecné sestry z oddělení gynekologie, urologie, chirurgie, neurochirurgie, ortopedie a jejich operačních sálů z nemocnice s akreditací a bez akreditace. Nemocnice s akreditací je akreditována akreditací typu SAK. Základní podmínkou pro zařazení respondentky do výzkumného šetření byla její ochota se výzkumu zúčastnit a vyplnit dotazník. Všechny respondentky s účastí na výzkumném šetření souhlasily. Bylo rozdáno celkem 90 dotazníků (50 dotazníků do nemocnice s akreditací a 40 dotazníků do nemocnice bez akreditace) včetně 10 dotazníků v rámci pilotní studie. V nemocnici s akreditací bylo vyplněno a vráceno 46 dotazníků, návratnost byla 92 %. V nemocnici bez akreditace bylo vyplněno a vráceno 40 dotazníků, návratnost byla 100 %. Celková návratnost byla 86 dotazníků, což je 95,5 % z celkového počtu 90. Z těchto 86 dotazníků nebyl ani jeden vyřazen. Všechny se vrátily úplně a správně vyplněné, proto bylo 86 dotazníků vyhodnoceno.

### **6.2 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo od 25. června do 26. října 2014. Sběr dat byl realizován v nemocnici s akreditací na 5 odděleních (gynekologie, urologie, chirurgie, neurochirurgie a ortopedie) a jejich operačních sálech a v nemocnici bez akreditace na 4 odděleních (gynekologie, urologie, chirurgie a ortopedie) a operačních sálech. Nejdříve byly osloveny vedoucí pracovníci (staniční, vrchní sestry) těchto oddělení a byl jim vysvětlen cíl výzkumného šetření. Po získání souhlasů staničních, vrchních sester oddělení a zdravotnických zařízení bylo zahájeno dotazníkové šetření. Samotnému sběru dat předcházelo provedení pilotní studie neboli předvýzkumu, který měl za úkol zjistit, zda je dotazník vlastní konstrukce všeobecným sestrám srozumitelný a zda je výzkum proveditelný. V rámci pilotní studie bylo rozdáno 10 dotazníků do nemocnice s akreditací (na gynekologické oddělení, na chirurgické operační sály, na urologické oddělení, na neurochirurgické operační sály a na ortopedické oddělení). Na základě provedení

předvýzkumu byla doplněna jedna z možností výběru odpovědí u otázky číslo 21. Dotazníky z pilotní studie byly zařazeny do samotného výzkumu. Díky ochotě staničních a vrchních sester v nemocnici s akreditací jsem mohla dotazníky v tištěné podobě ponechat jak na oddělení, tak na operačních sálech. Staniční sestře každého oddělení a vrchní sestře operačních sálů jsem se nejprve krátce představila a stručně vysvětlila záměr dotazníkového šetření, zachování anonymity dat a realizaci sběru dat. Nemocnice bez akreditace si přála řešit dotazníkové šetření elektronickou formou. Po prvním kontaktu s paní náměstkyní pro ošetrovatelskou péči mi bylo řečeno, že si nepřejí a nepovažují za důležité mou osobní účast a vysvětlení dotazníkového šetření ani následné oslovení vedoucích sester (staniční, vrchní sestry). Paní náměstkyně obešla vrchní a staniční sestry jednotlivých oddělení a operačních sálů a seznámila je s mým dotazníkem, zachováním anonymity údajů a také o způsobu sběru dat. V této nemocnici chybělo oddělení neurochirurgie a neurochirurgického operačního sálu, bylo tedy rozdáno o 10 dotazníků méně.

### **6.3 Sběr dat**

Pro studii byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a jako výzkumný nástroj pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce. Všeobecné sestry vyplňovaly dotazníky během své pracovní doby. Podmínky pro vyplnění dotazníků byly pro všechny všeobecné sestry stejné.

#### **6.3.1 Dotazník – všeobecné informace**

Nestandardizovaný dotazník obsahoval 23 položek, které byly tvořeny na základě předem stanovených cílů. Některé otázky v dotazníku byly inspirovány otázkami z diplomové práce Urbaníkové (2014), jelikož její téma práce se zabývalo podobnou problematikou, tj. způsoby edukace o perioperačním období. V úvodu dotazníku byl uveden krátký text k seznámení respondentek s hlavním účelem dotazníku, několik základních informací pro správné vyplnění dotazníku, mé představení a několik vět o tématu diplomové práce. Důležité bylo zmínit, že dotazník je zcela anonymní. Byly použity otázky uzavřené, škálové a polouzavřené.

Položky 1 – 4 byly informativní a měly charakterizovat výzkumný soubor z hlediska věku, délky praxe, vzdělání a specializace v perioperační péči. Položky 5 a 6 se týkaly typu nemocnice a oddělení, na kterém všeobecné sestry pracují. Položka 7 byla určena všeobecným sestrám pracujícím na operačních sálech. Položka 8 zjišťovala, zda všeobecné sestry vědí, co je obsahem edukace o perioperačním období. Položky 9 – 11 zjišťovaly,

zda na jednotlivých odděleních provádějí edukaci pacientů všeobecné sestry, zda pacienti přicházejí na oddělení již o perioperačním období edukováni a jestli považují všeobecné sestry jejich poskytnutou edukaci za dostatečnou. Položky 12 – 14 vedly ke zjištění, zda všeobecné sestry jednotlivých oddělení informují pacienty o všech etapách perioperačního období tj. o průběhu těsně před operací, v průběhu operace a bezprostředně po operaci. Položky 15 – 17 sloužily ke zjištění, zda všeobecná sestra zaznamenává provedenou edukaci v dokumentaci pacienta, zda i pacienti podepisují provedenou edukaci v dokumentaci. Součástí byla i položka ke zjištění, jsou-li pacienti edukováni až po podepsání informovaného souhlasu s operací. Položka 18 zjišťovala, zda všeobecné sestry ověřují porozumění obsahu edukace pacientem. Položky 19 a 20 zjišťovaly, jak všeobecné sestry hodnotí jimi prováděnou edukaci pacientů a jakým způsobem jsou ony samy školeny na toto téma. Položka 21 sloužila ke zjištění nejvíce používaných metod k edukaci o perioperačním období. Tato položka měla možnost výběru více odpovědí. Poslední dvě položky, tj. 22 a 23 zjišťovaly, jestli se na jednotlivých odděleních vede bezpečnostní perioperační záznam a zda by všeobecné sestry změnily prováděnou edukaci na jejich oddělení. Dotazník je uveden v příloze A, s. 76.

## **6.4 Zpracování dat**

Z celkového počtu 86 respondentek, bylo 46 všeobecných sester z nemocnice s akreditací a 40 všeobecných sester z nemocnice bez akreditace. Ke statistickému zpracování byly použity všechny dotazníky všeobecných sester, které se zúčastnily výzkumného šetření.

Data byla nejprve zadána v programu Microsoft Office Excel 2010 a následně zpracována do tabulek s přihlédnutím k rozdělení všeobecných sester podle akreditace nemocnice. Pro grafické vyjádření byly použity sloupcové grafy, které fakticky vyjadřují histogramy četnosti. K ověření statistických hypotéz byl následně použit doplňkový modul Analýza dat. K testování statistické hypotézy vztahující se k výzkumnému cíli 1 byl použit Mann-Whitneyův pořadový test, pro hodnocení nepárových dat, kdy porovnáváme dva různé výběrové soubory. K testování statistických hypotéz vztahujících se k výzkumnému cíli 2 byl použit  $\chi^2$  test (chí kvadrát test) pro posouzení rozdílu skutečných a očekávaných četností v zaznamenávání provedené edukace v dokumentaci pacienta a zároveň bylo provedeno 3D grafické vyhodnocení. Výzkumný cíl 3 byl hodnocen popisnou statistikou.

## **7 Presentace výsledků**

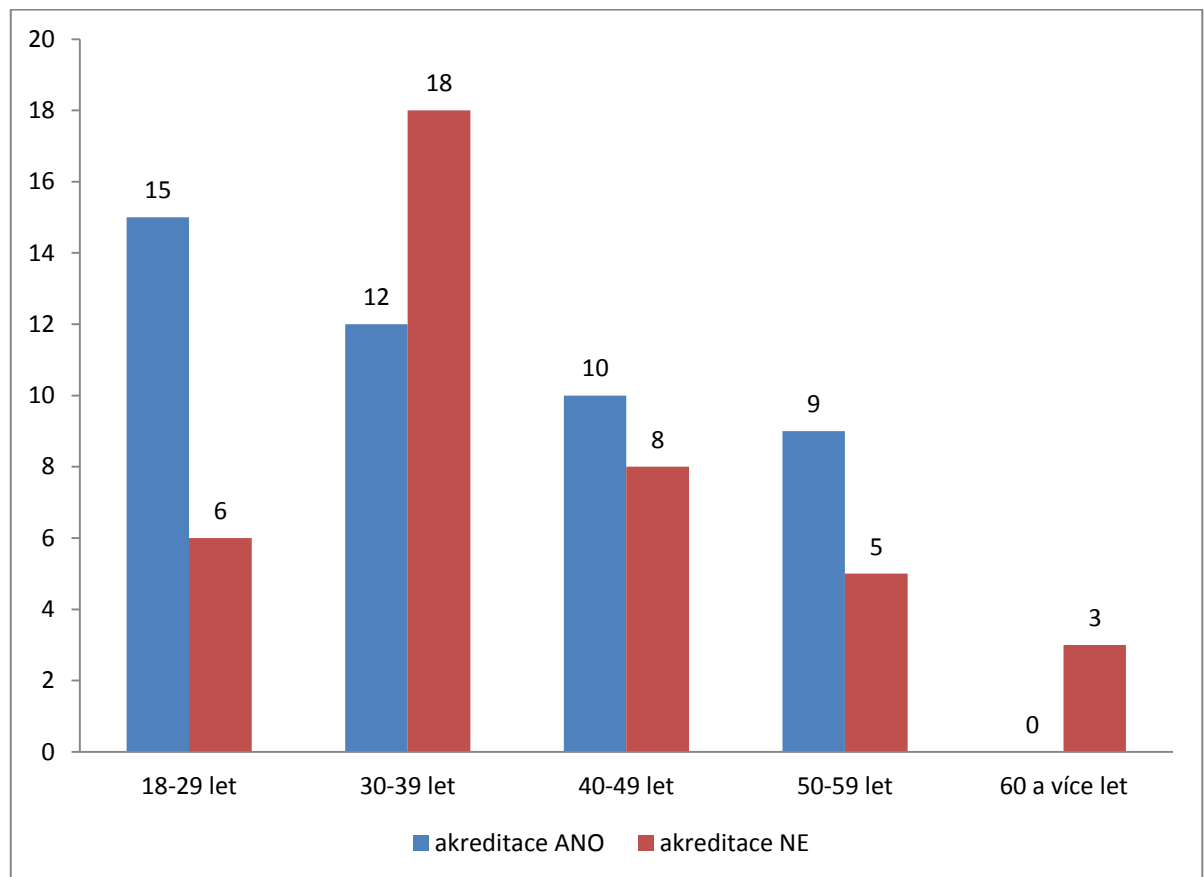
### **7.1 Charakteristika souboru respondentů**

Výzkumného šetření se zúčastnily všeobecné sestry pracující na oddělení gynekologie, urologie, chirurgie, neurochirurgie, ortopedie a jejich operačních sálů z nemocnice s akreditací a bez akreditace.

Otázky 1-4 popisující charakteristiku všeobecných sester jsou graficky znázorněny na obrázcích 1-4. Otázka 6 popisující rozdělení respondentek podle oddělení je zpracována v tabulce 1. Data byla zpracována s přihlédnutím k faktu, zda nemocnice, ve kterých všeobecné sestry pracují, mají či nemají akreditaci.

Z hlediska věkového rozložení respondentek nejvíce všeobecných sester z nemocnice s akreditací patřilo do věkové škály 18 – 29 let, a to 15 všeobecných sester (17,4 %), naopak žádná všeobecná sestra nebyla ve věkovém rozmezí 60 a více let. Nejvíce všeobecných sester z nemocnice bez akreditace patřilo do věkové škály 30 – 39 let, a to 18 všeobecných sester (20,9 %), naopak nejméně jich bylo ve věkové škále 60 a více let, a to 3 všeobecné sestry (3,5 %). Věkové rozložení všeobecných sester lze vidět na obrázku 1.

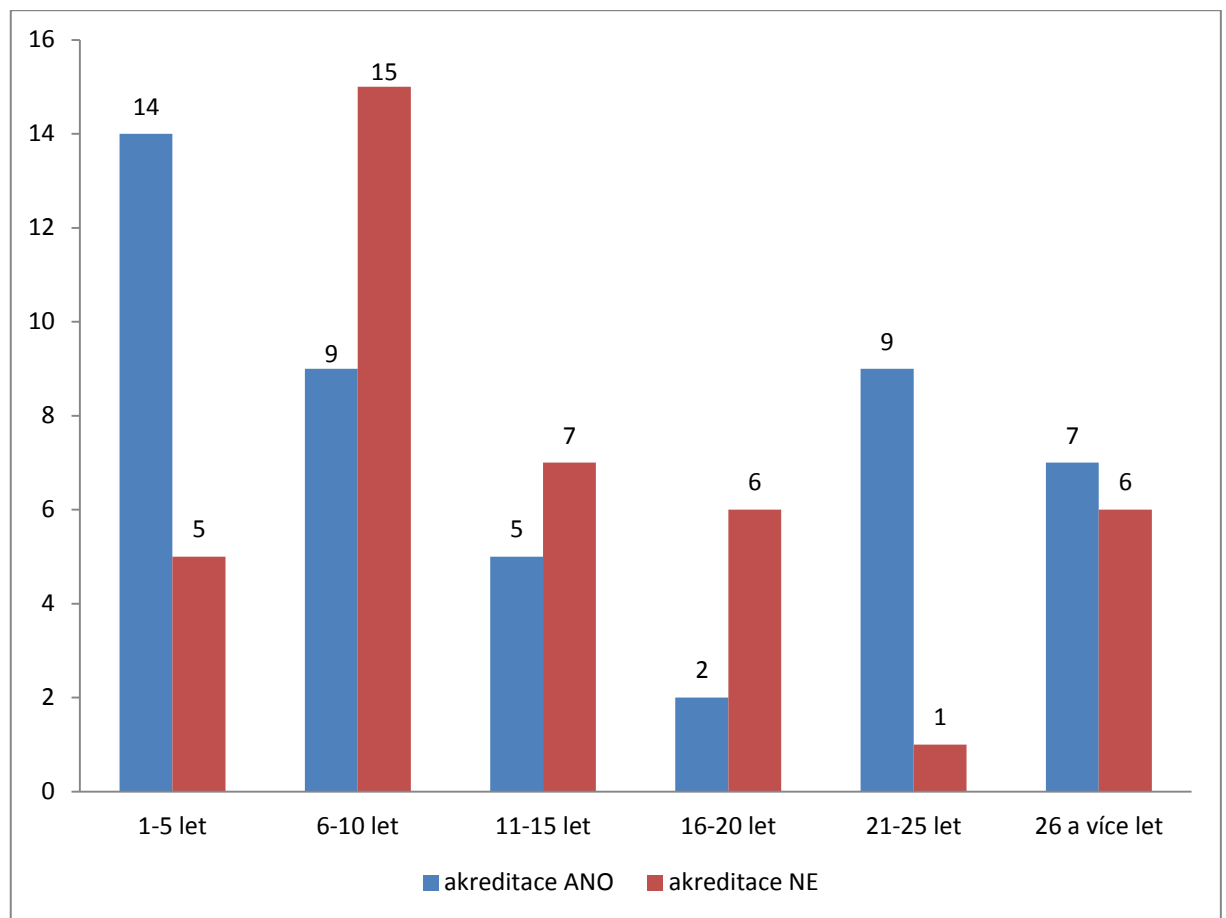
**Obrázek 1** Věkové rozdělení respondentek s přihlédnutím k akreditaci nemocnice





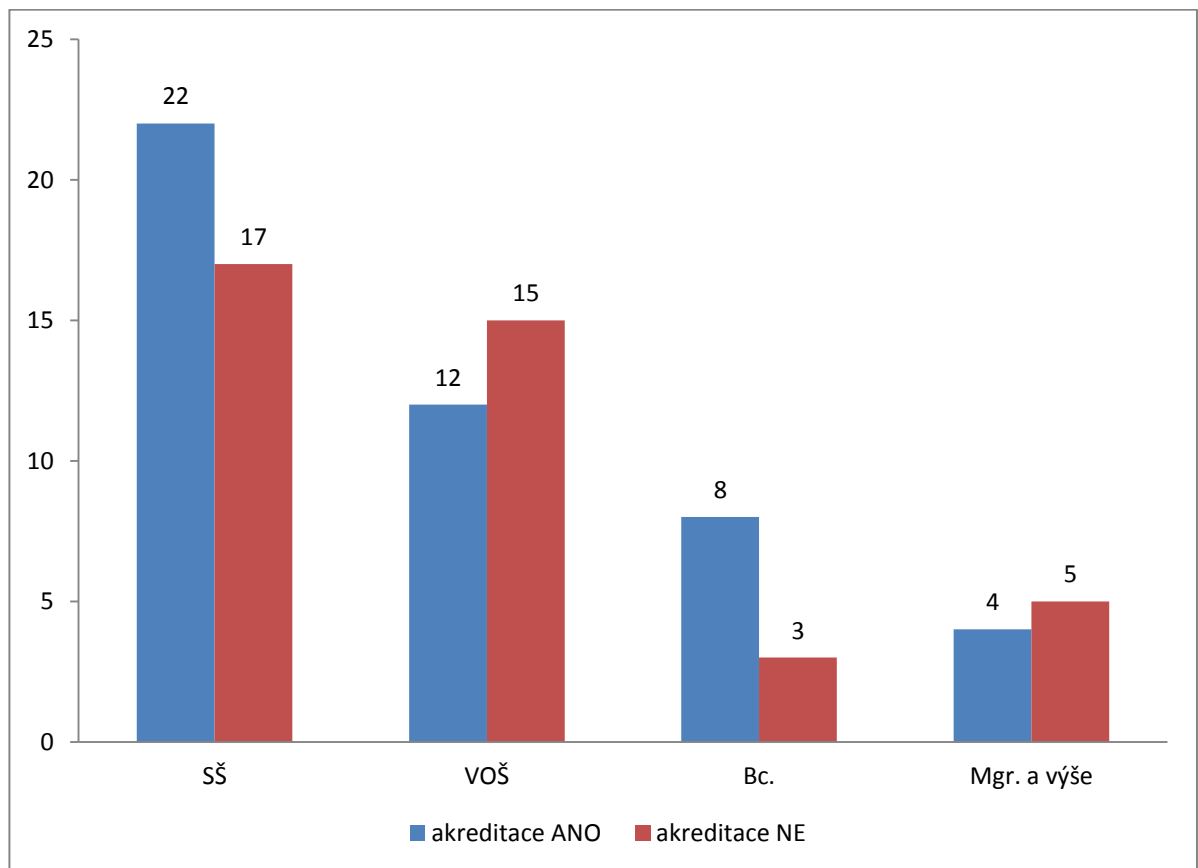
Z hlediska délky praxe všeobecných sester nejvíce patřilo z nemocnice s akreditací do škály 1 – 5 let, a to celkem 14 všeobecných sester (16,3 %). Naopak nejméně byla zastoupena škála 16 – 20 let, a to pouze 2 (2,3 %). V nemocnici bez akreditace nejvíce všeobecných sester patřilo do škály 6 – 10 let, a to pouze 2 (2,3 %). V nemocnici bez akreditace nejvíce všeobecných sester patřilo do škály 6 – 10 let, a to 15 všeobecných sester (17,4 %), naopak ve škále 21 – 25 let bylo pouze 1 zastoupení (1,2 %). Délku praxe všeobecných sester lze vidět na obrázku 2.

**Obrázek 2** Rozdělení respondentek podle délky praxe s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



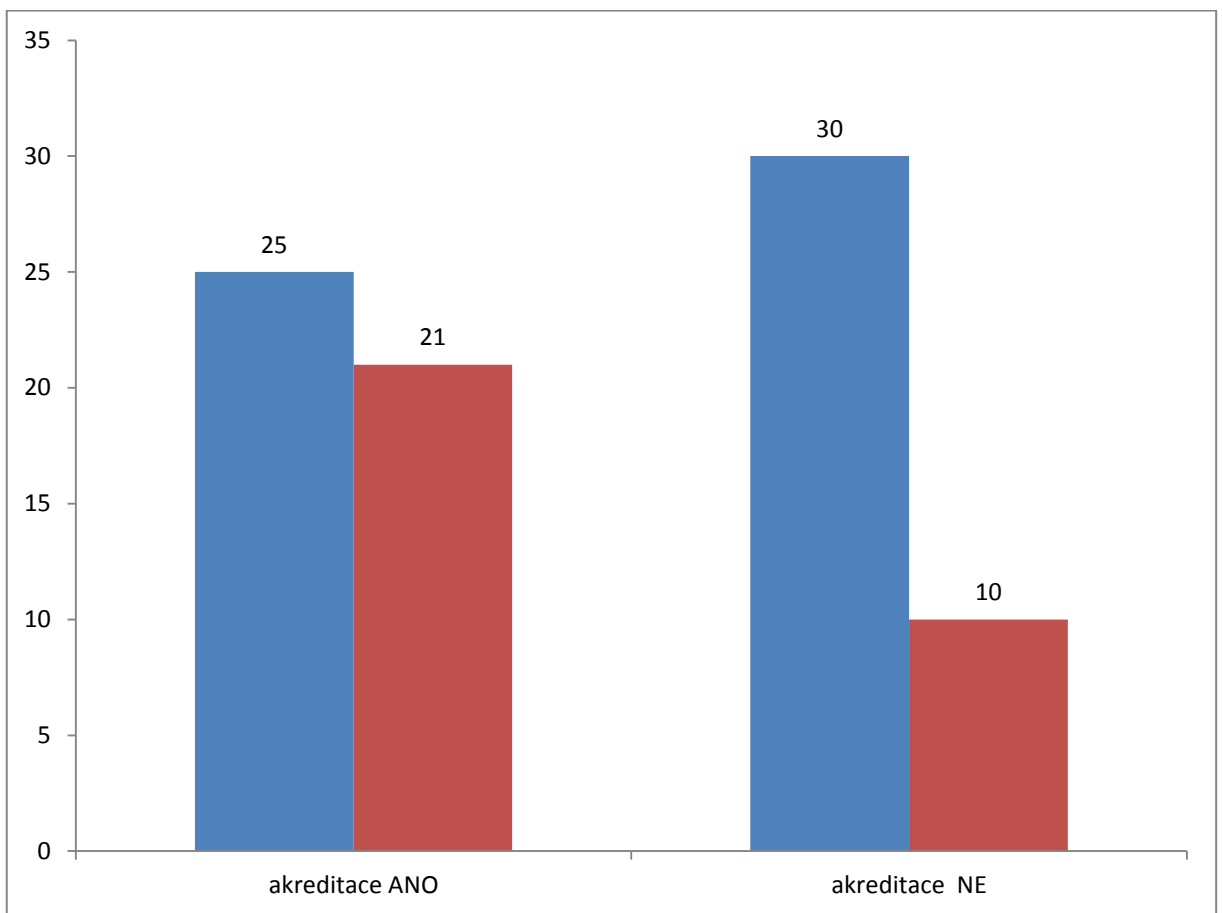
Nejvíce všeobecných sester v nemocnici s akreditací 22 (25,6 %) mělo středoškolské vzdělání s maturitou. 12 (14 %) všeobecných sester bylo s vyšším odborným vzděláním a nejméně bylo všeobecných sester s vysokoškolským vzděláním - bakalářské 8 (9,3 %), nebo magisterské a vyšší 4 (4,7 %). V nemocnici bez akreditace bylo nejvíce všeobecných sester také se středoškolským vzděláním s maturitou, a to 17 (19,8 %). 15 (17,4 %) všeobecných sester bylo s vyšším odborným vzděláním a nejméně všeobecných sester mělo vysokoškolské vzdělání, bakalářské vzdělání měly pouze 3 (3,5 %) všeobecné sestry a magisterské a vyšší mělo 5 (5,8 %) všeobecných sester. Výsledky lze vidět na obrázku 3.

**Obrázek 3** Rozdělení respondentek podle nejvyššího dosaženého vzdělání s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Z hlediska specializace v oboru perioperační péče je zřejmé, že počet všeobecných sester se specializací v oboru perioperační péče je více v nemocnici bez akreditace, a to 30 všeobecných sester (34,9 %). V nemocnici s akreditací je to 25 všeobecných sester (29,1 %). Výsledky lze vidět na obrázku 4.

**Obrázek 4** Rozdělení respondentek podle specializace v oboru perioperační péče s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Otázka 6 zjišťovala na jakém oddělení nebo operačním sále každá všeobecná sestra pracuje. V nemocnici bez akreditace není oddělení neurochirurgie ani neurochirurgické operační sály. Výsledky lze vidět v tabulce 1.

**Tabulka 1** Rozdělení respondentek podle oddělení s přihlédnutím k akreditaci nemocnice

Vzdělání	akreditace ANO		akreditace NE		celkem	
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Chirurgie	5	5,8 %	5	5,8 %	10	11,6 %
Chirurgické operační sály	5	5,8 %	5	5,8 %	10	11,6 %
Urologie	5	5,8 %	5	5,8 %	10	11,6 %
Urologické operační sály	4	4,7 %	5	5,8 %	9	10,5 %
Gynekologie	5	5,8 %	5	5,8 %	10	11,6 %
Gynekologické operační sály	4	4,7 %	5	5,8 %	9	10,5 %
Neurochirurgie	4	4,7 %	0	0 %	4	4,7 %
Neurochirur. operační sály	5	5,8 %	0	0 %	5	5,8 %
Ortopedie	5	5,8 %	5	5,8 %	10	11,6 %
Ortopedické operační sály	4	4,7 %	5	5,8 %	9	10,5 %
Celkem	46	53,5 %	40	46,5 %	86	100 %

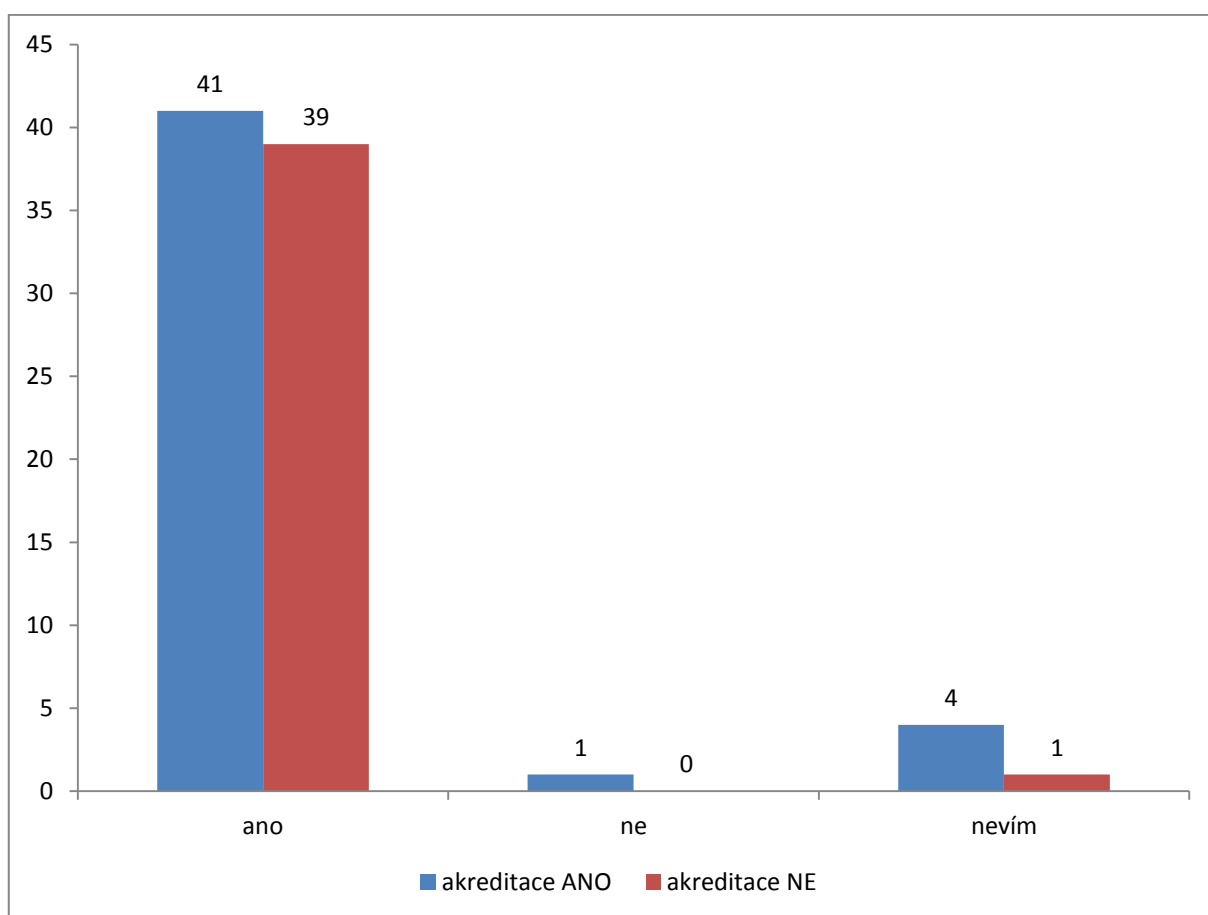
Z odpovědí na otázku 7: „Pracujete na operačních sálech – jednooborových nebo víceoborových“ vyplynulo, že v akreditované nemocnici jsou operační sály pouze víceoborové a v neakreditované nemocnici pouze jednooborové.

## 7.2 Všeobecné otázky k edukaci o perioperační péči

Otázky 8, 18, 19, 20, 22, 23 se obecně dotýkaly různých aspektů perioperační péče a její edukace.

Otázka 8 odpovídala, zda všeobecné sestry ví, co je obsahem edukace o perioperačním období odpovědí ANO, NE či NEVÍM. Výsledky jsou graficky zpracovány na obrázku 5.

**Obrázek 5** Rozdělení respondentek podle znalosti obsahu edukace s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



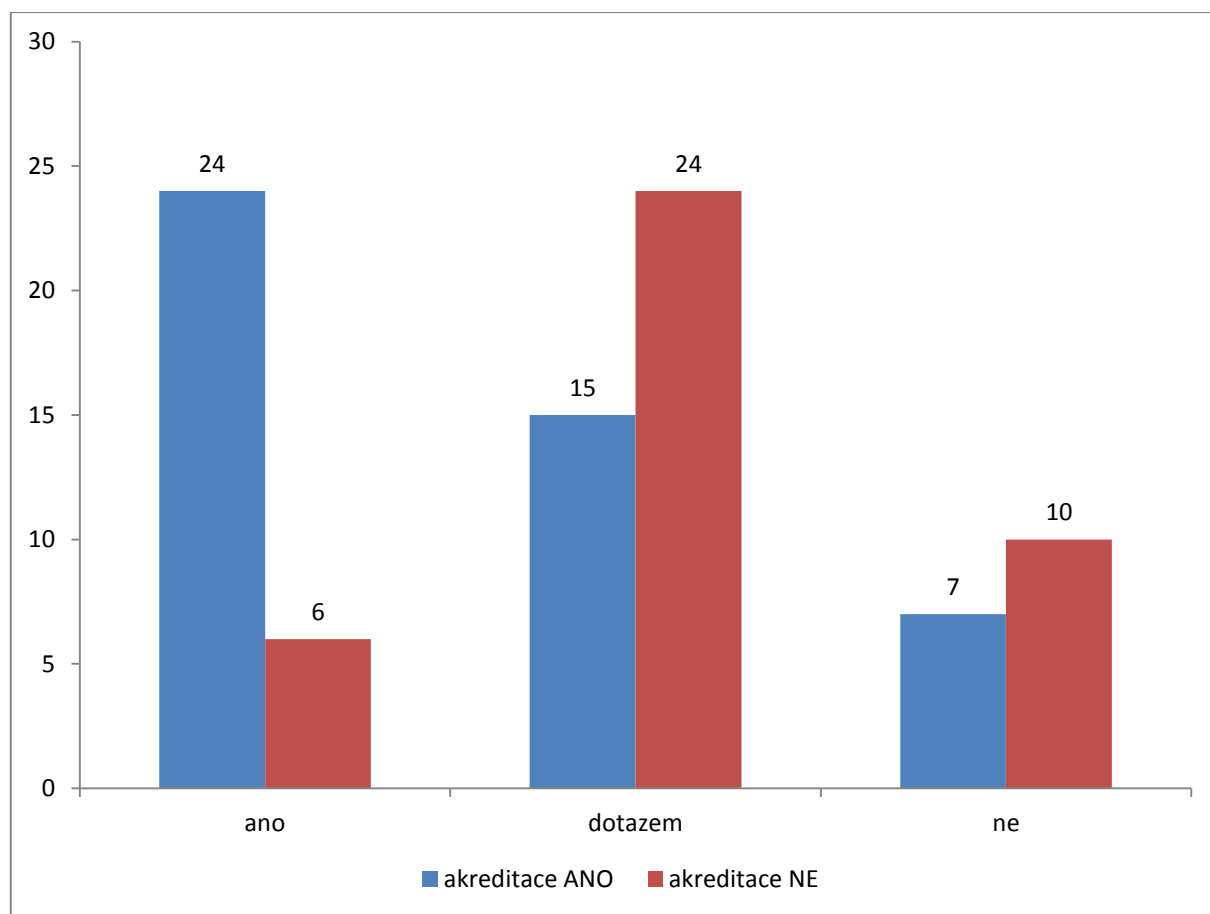
Většina všeobecných sester z obou nemocnic a to 80 (93 %) odpověděla, že vědí co je obsahem edukace o perioperačním období.

Otázka 18 zjišťovala, zda všeobecné sestry ověřují, zda pacient edukaci porozuměl. Měly na výběr ze tří možností odpovědi:

- Ano (ověření písemně či ústním dotazováním o problematice)
- pouze dotazem, zda informace byly srozumitelné
- Ne

Výsledky jsou shrnuty a graficky znázorněny na obrázku 6.

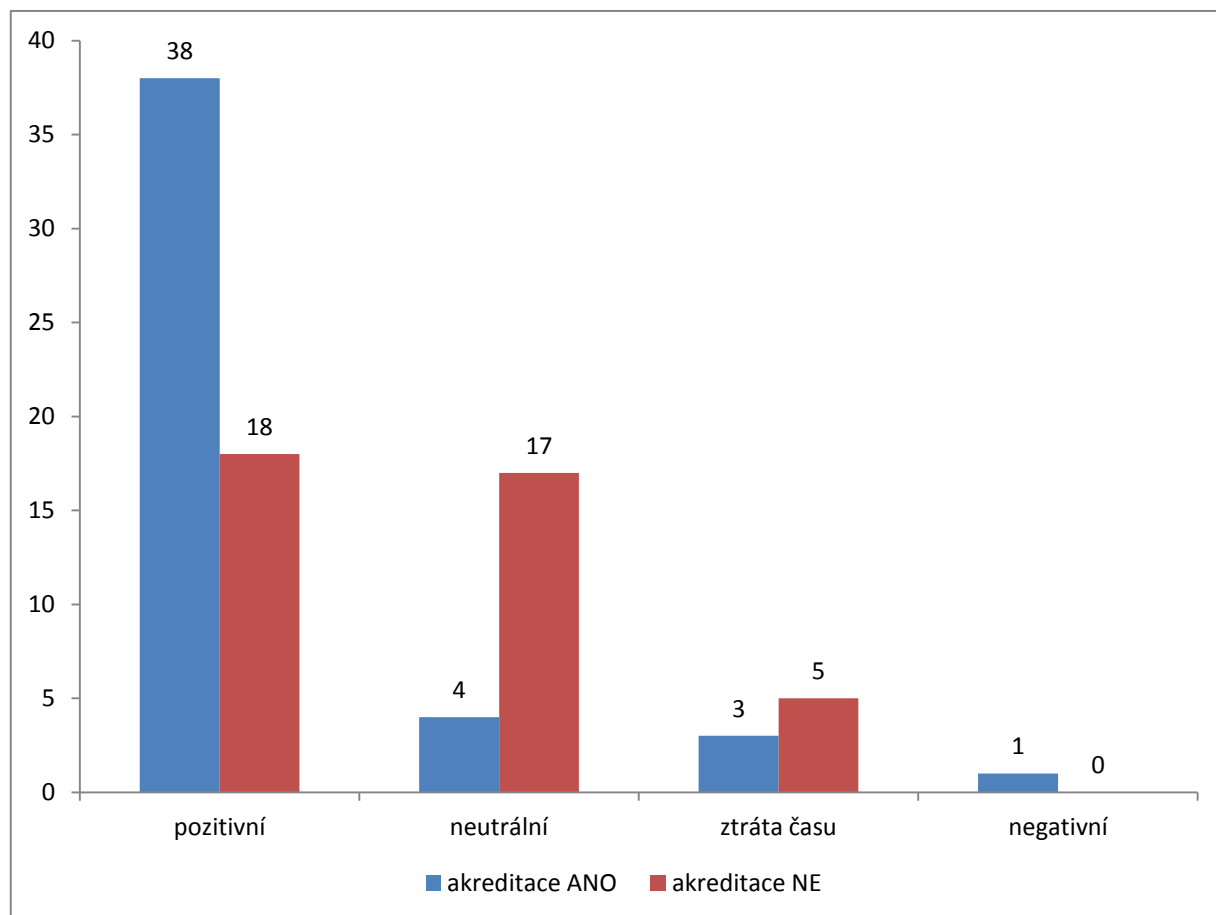
**Obrázek 6** Ověření porozumění edukace pacientem s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Z výsledků vyplývá, že v nemocnici s akreditací 24 (27,9 %) všeobecných sester zjišťuje, zda pacient edukaci porozuměl nejčastěji písemně či ústním dotazováním o problematice. 15 (17,5 %) všeobecných sester ověřuje edukaci u pacienta pouze dotazem, zda byly informace srozumitelné. 7 (8,1 %) všeobecných sester uvedlo, že u pacienta nezjišťují, zda edukaci porozuměl. V nemocnici bez akreditace uvedlo 6 (7 %) všeobecných sester ověření edukace písemně či ústním dotazováním o problematice. Nejvíce všeobecných sester 24 (27,9 %) zjišťuje porozumění pacienta pouze dotazem, zda byly informace srozumitelné. 10 (11,6 %) všeobecných sester uvedlo, že u pacienta nezjišťují, zda edukaci porozuměl.

Otázka 19 zjišťovala míru spokojenosti všeobecných sester s perioperační edukací pacienta. Výsledky jsou shrnuty a graficky znázorněny na obrázku 7.

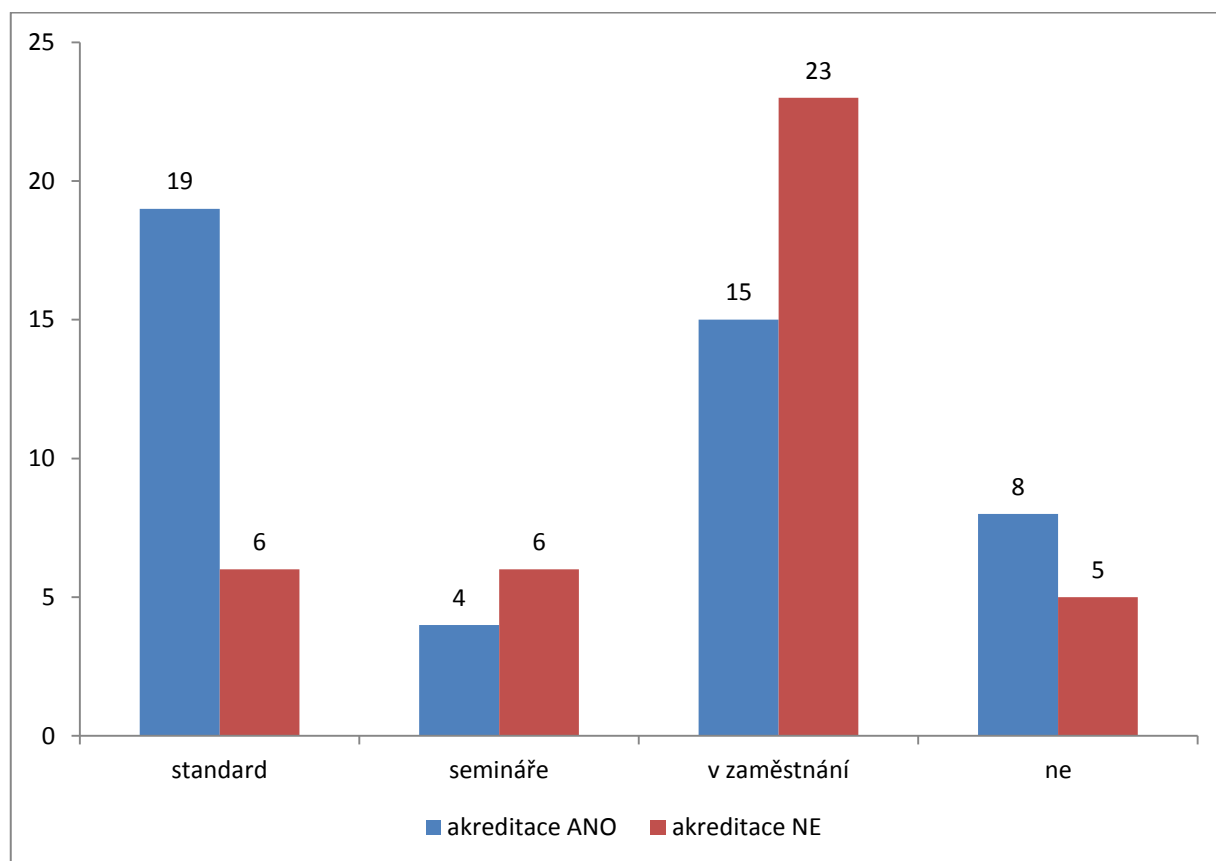
**Obrázek 7** Hodnocení perioperační edukace pacientů s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Z výsledků vyplývá převaha pozitivního hodnocení edukace o perioperační péči, která je ale výrazně vyšší u všeobecných sester v nemocnici s akreditací.

Otázka 20 zjišťovala proškolení všeobecných sester na téma edukace o perioperačním období. Všeobecné sestry měly na výběr z několika možností. První možnost „Ano, existence standardu“ znamená, že na oddělení existuje standard, kterým se všeobecné sestry řídí a podle kterého edukaci provádějí. Druhá možnost „Ano, semináře, konference“ znamená, že všeobecné sestry, se účastní seminářů a konferencí vedených na toto téma. Třetí možnost „Ano, v zaměstnání“ znamená, že všeobecné sestry jsou proškoleny vedoucími pracovníky v zaměstnání. Výsledky jsou shrnuty a graficky znázorněny na obrázku 8.

**Obrázek 8** Proškolení respondentek na téma perioperační edukace pacientů s přihlédnutím k akreditaci nemocnice

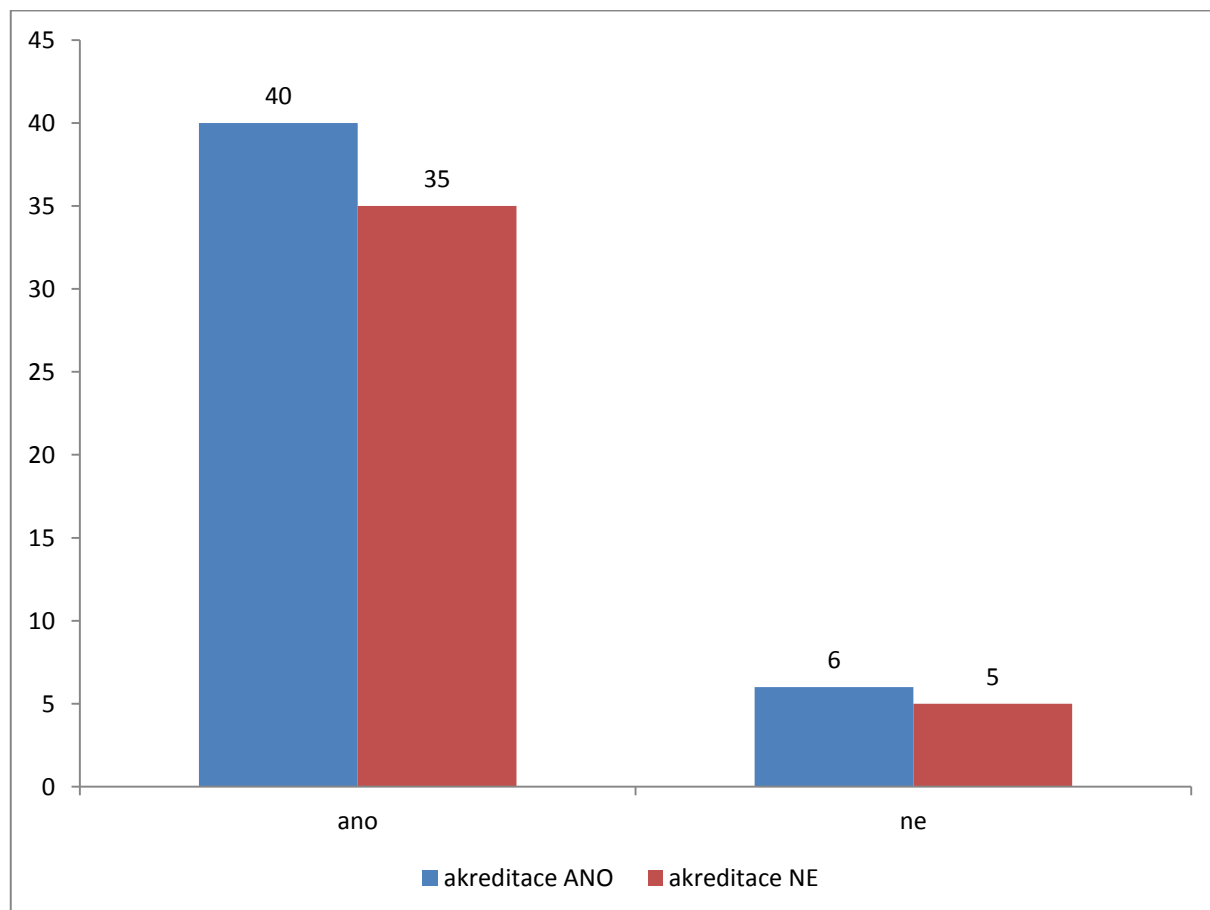


Z výsledků vyplývá, že nejvíce všeobecných sester v nemocnici bez akreditace jsou proškoleny v zaměstnání, a to 23 (26,7 %). Pouze 5 (5,8 %) všeobecných sester udává, že nebyly proškoleny vůbec. V nemocnici s akreditací udává nejvíce 19 (22,1 %) všeobecných sester proškolení pomocí standardu. Nejméně všeobecných sester udává proškolení pomocí seminářů a konferencí, a to 4 (4,6 %).



Otázka 22 ověřovala vedení perioperačního bezpečnostního záznamu na odděleních. Výsledky jsou shrnuty a graficky znázorněny na obrázku 9.

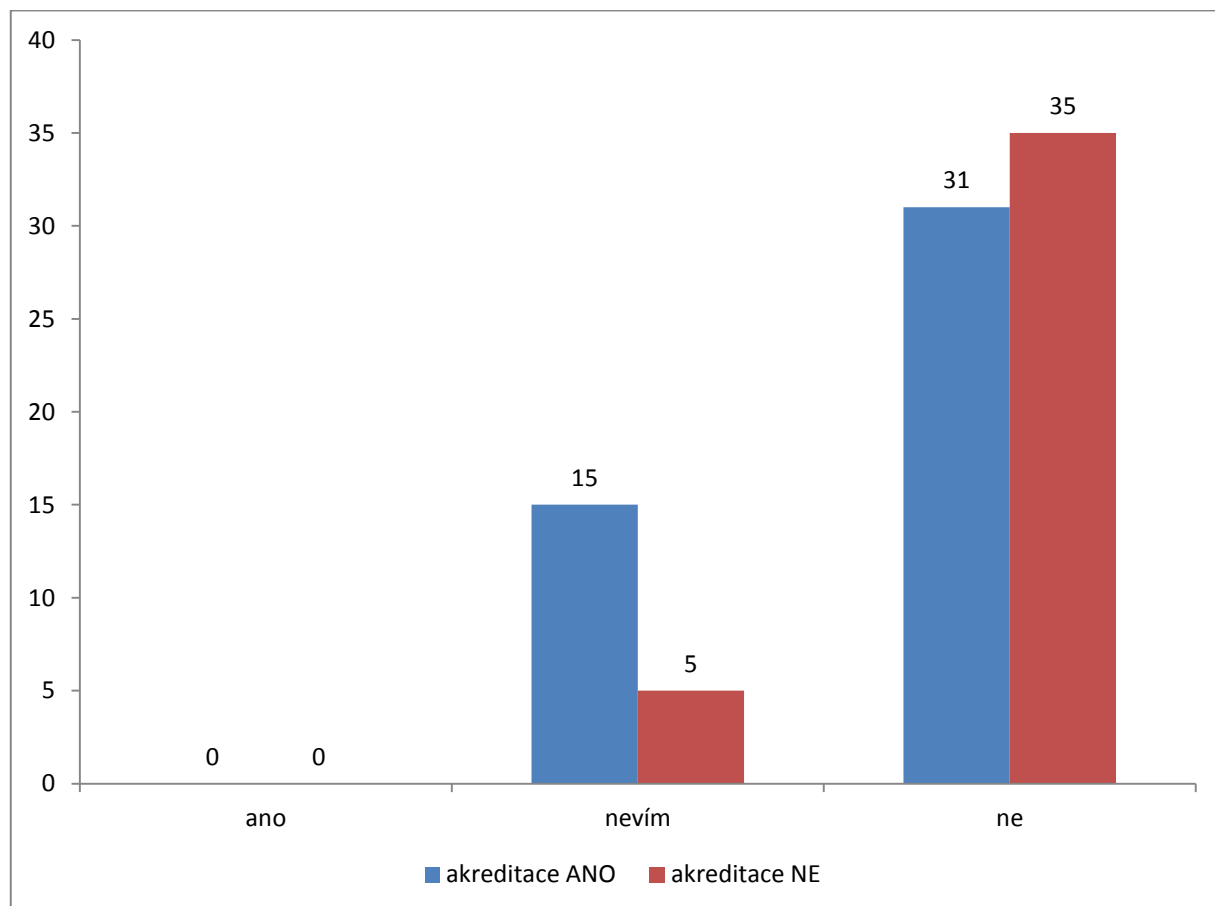
**Obrázek 9** Vedení perioperačního bezpečnostního záznamu s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Z výsledků vyplývá, že v nemocnici s akreditací z celkového počtu 46 (53,5 %) dotázaných všeobecných sester jich 40 (46,5 %) vede perioperační bezpečnostní záznam a 6 (7 %) všeobecných sester nevede perioperační bezpečnostní záznam. V nemocnici bez akreditace z celkového počtu 40 (46,5 %) dotázaných všeobecných sester jich 35 (40,7 %) vede perioperační bezpečnostní záznam a 5 (5,8 %) všeobecných sester nevede perioperační bezpečnostní záznam.

Otázka 23 se dotazovala všeobecných sester na případnou změnu v edukaci o perioperační péči. Výsledky jsou shrnuty a graficky znázorněny na obrázku 10.

**Obrázek 10** Odpovědi respondentek na případnou změnu edukace s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



V nemocnici s akreditací 31 (36,1 %) všeobecných sester uvedlo, že by na edukaci nic nezměnily. 15 (17,4 %) všeobecných sester odpovědělo na otázku nevím. V nemocnici bez akreditace 35 (40,7 %) všeobecných sester uvedlo, že by na edukaci nic nezměnily. 5 (5,8 %) všeobecných sester odpovědělo na otázku nevím.

## 7.3 Testování statistických hypotéz

### 7.3.1 Výzkumná otázka 1

Existuje rozdíl v edukační činnosti v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

$H_0$ : Rozsah edukační činnosti je stejný v nemocnici s akreditací a bez akreditace.

$H_A$ : Rozsah edukační činnosti je rozdílný v nemocnici s akreditací a bez akreditace.

K otestování výzkumné otázky 1 byly využity odpovědi 86 respondentek, tzn. všech respondentek, které se zúčastnily výzkumného šetření. Jednalo se o odpovědi na otázky:

- **Otázka 9:** Probíhá na Vašem oddělení edukace pacienta o perioperačním období?
- **Otázka 10:** Jsou pacienti edukováni o perioperačním období při příchodu na Vaše oddělení?
- **Otázka 11:** Domníváte se, že Vámi sdělené informace o perioperačním období jsou dostačující?
- **Otázka 12:** Edukujete pacienty o průběhu bezprostřední péče těsně před operací?
- **Otázka 13:** Edukujete pacienty o ošetrovatelské péči na operačním sále?
- **Otázka 14:** Edukujete pacienty o průběhu péče v pooperačním období?
- **Otázka 15:** Mají na Vašem pracovišti pacienti podepsaný informovaný souhlas s operací před edukací pacienta o perioperačním období prováděné všeobecnou sestrou?

Pro účely statistického zpracování byly slovní odpovědi na čtyřstupňové škále převedeny na bodové hodnocení od 0 do 3 podle schématu: ne = 0; někdy/spíše ne = 1; většinou/spíše ano = 2; vždy/ano = 3 a jsou shrnuty v tabulce 2.

**Tabulka 2** Souhrn odpovědí respondentek na otázky 9-15

otázka	odpověď 0		odpověď 1		odpověď 2		odpověď 3	
	Akreditace		akreditace		akreditace		akreditace	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
otázka 9	10	5	0	6	1	16	35	13
otázka 10	8	2	0	10	1	2	37	26
otázka 11	3	0	2	17	15	19	26	4
otázka 12	6	0	2	17	7	13	31	10
otázka 13	11	10	4	7	15	20	16	3
otázka 14	15	0	0	10	4	17	27	13
otázka 15	6	15	3	7	3	3	34	15

Otázky 9-15 popisovaly edukační činnost z různých úhlů pohledu, byl tedy proveden bodový součet odpovědí na otázky u každé všeobecné sestry. Každá všeobecná sestra tak měla ve výsledku jedno číselné hodnocení. Jako vhodná varianta k otestování příslušné statistické hypotézy bylo zvoleno porovnání dvou výběrových souborů nepárovým Mann-Whitneyovým pořadovým U-testem na zvolené hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Všechny hodnocení byly seřazeny do neklesající posloupnosti a každému hodnocení bylo přiřazeno odpovídající pořadí. Následně byla data rozdělena do dvou výběrů - jeden výběr pro statistické testování byl tvořen všeobecnými sestrami z nemocnice s akreditací – soubor A (Tabulka 3), druhý výběr tvořily všeobecné sestry z nemocnice bez akreditace – soubor B (Tabulka 4).

**Tabulka 3** Body respondentek z nemocnice s akreditací a jejich pořadí v celkovém souboru dat

A - nemocnice s akreditací																
body	2	4	5	5	7	7	8	9	10	11	14	14	15	15	15	17
pořadí	1	4,5	8,5	8,5	15,5	15,5	18	20,5	22	25	29	29	35	35	35	51
body	17	17	17	17	17	17	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
pořadí	51	51	51	51	51	51	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5	61,5
body	19	19	19	19	19	20	20	20	21	21	21	21	21	21		
pořadí	70	70	70	70	70	76,5	76,5	76,5	83	83	83	83	83	83		

**Tabulka 4** Body respondentek z nemocnice bez akreditace a jejich pořadí v celkovém souboru dat

B - nemocnice bez akreditace																
body	4	4	4	4	4	6	6	6	6	6	8	8	9	11	11	11
pořadí	4,5	4,5	4,5	4,5	4,5	12	12	12	12	12	18	18	20,5	25	25	25
body	11	14	15	15	15	15	15	15	16	16	16	16	16	16	17	17
pořadí	25	29	35	35	35	35	35	35	42,5	42,5	42,5	42,5	42,5	42,5	51	51
body	17	17	19	19	20	20	20	21								
pořadí	51	51	70	70	76,5	76,5	76,5	83								

Byly vypočteny testovací charakteristiky  $U_A = 570$  resp.  $U_B = 1271$  podle vzorce

$$U_A = n_A * n_B + \frac{n_A(n_A+1)}{2} - R_A \qquad U_B = n_A * n_B + \frac{n_B(n_B+1)}{2} - R_B$$

kde  $n_A$  a  $n_B$  jsou počty hodnot ve výběrech A a B ( $n_A = 46$ ;  $n_B = 40$ ),  $R_A$  je součet pořadí náležejících hodnotám souboru A ( $R_A = 2351,5$ ) a  $R_B$  je součet pořadí náležejících hodnotám souboru B ( $R_B = 2351,5$ ).

Kritická tabulková hodnota pro rozsahy výběrů  $n_A = 46$ ;  $n_B = 40$  je  $U_{krit.}(n_A, n_B) = 612$ . Nulová hypotéza se zamítne, pokud menší z čísel  $U_A$  a  $U_B$  je menší než kritická hodnota. V našem případě platí, že  $U_A < U_{krit.}$  ( $570 < 612$ ) a **nulovou hypotézu proto zamítáme**. Můžeme tedy tvrdit, že existuje rozdíl v edukační činnosti v nemocnici s akreditací oproti nemocnici bez akreditace.

### Pracovní hypotéza

Rozsah edukační činnosti je stejný v nemocnici s akreditací a bez akreditace.

### Interpretace výsledků

Testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl v edukační činnosti o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací a bez akreditace. Z rozložení hodnot odpovědí všeobecných sester z nemocnice s akreditací v porovnání s rozložením hodnot odpovědí všeobecných sester z nemocnice bez akreditace vyplývá větší rozsah informovanosti o perioperační péči v nemocnici s akreditací.

### 7.3.2 Výzkumná otázka 2

Existuje rozdíl v zaznamenávání provedené edukace všeobecnou sestrou v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

**H<sub>0</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na podepisování provedené edukace všeobecnou sestrou v dokumentaci pacienta je stejný u akreditované i neakreditované nemocnice.

**H<sub>A</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na podepisování provedené edukace všeobecnou sestrou v dokumentaci pacienta se liší u akreditované i neakreditované nemocnice.

Existuje rozdíl v zaznamenávání provedené edukace pacientem v nemocnici s akreditací a bez akreditace?

**H<sub>0</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na podepisování provedené edukace pacientem v dokumentaci je stejný u akreditované i neakreditované nemocnice.

**H<sub>A</sub>**: Podíl negativních a pozitivních odpovědí na podepisování provedené edukace pacientem v dokumentaci se liší u akreditované i neakreditované nemocnice.

K otestování výzkumných otázek 2 byly využity odpovědi 86 respondentek, Jednalo se odpovědi na otázky:

- **Otázka 16:** Zaznamenává (podepisuje) na Vašem pracovišti sestra provedenou edukaci pacienta v dokumentaci?
- **Otázka 17:** Potvrzuje pacient na Vašem pracovišti svým podpisem v dokumentaci uskutečněnou edukaci?

K vyhodnocení byl využit  $\chi^2$  test (chí kvadrát test), který je založen na posouzení rozdílu mezi skutečnými (empirickými) četnostmi výskytu hodnot ve výběrovém souboru a očekávanými (teoretickými) četnostmi. Na základě pravděpodobnostního rozložení  $\chi^2$  se vypočítá pravděpodobnost, která se nazývá dosažená hladina významnosti statistického testu ( $p$ -hodnota).

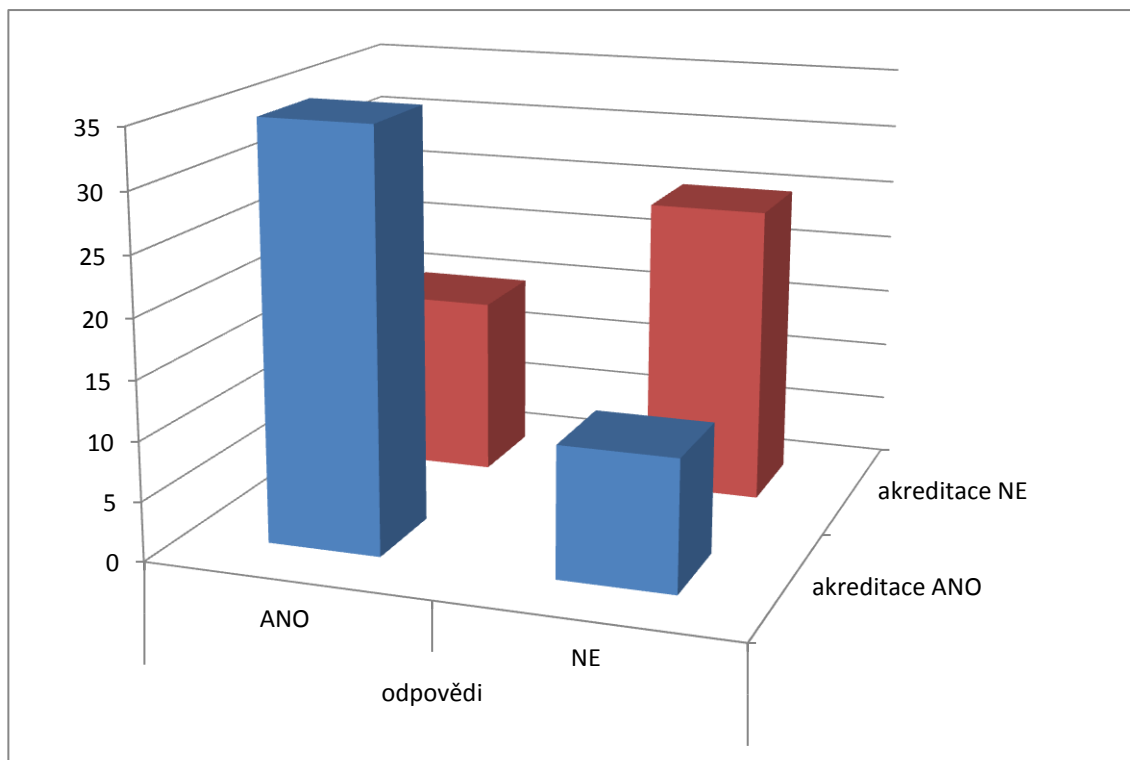
Pokud je  $p$ -hodnota menší než 0,05, zamítá se nulová hypotéza. To znamená, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly či závislosti vznikly pouze náhodou, je menší než 5% (Chráška, 2007, s. 72).

Výsledky k otázce 16 jsou zpracovány v tabulce 5 a zobrazeny v 3D histogramu na obrázku 11.

**Tabulka 5** Hodnoty četností odpovědí u otázky 16

		výsledek		celkem
		pozitivní (odpověď ano)	negativní (odpověď ne)	
počet	Akreditovaná nemocnice	35	11	46
%		76,09 %	23,91 %	100,00 %
počet	Neakreditovaná nemocnice	15	25	40
%		37,50 %	62,50 %	100,00 %
počet	Celkem	50	36	86
%		58,14 %	41,86 %	100,00 %

**Obrázek 11** 3D histogram odpovědí na otázku 16



Vypočtená signifikance  $\chi^2$  testu  $p = 0,0003$ , což znamená, že  $p < 0,05$  a proto se **zamítá nulová hypotéza**. Z porovnání pozorovaných četností pak je zřejmé, že procento pozitivních výsledků je výrazně vyšší u všeobecných sester z akreditované nemocnice.

### Pracovní hypotéza

Podepisování provedené edukace všeobecnou sestrou do dokumentace se liší u akreditované a neakreditované nemocnice.

### Interpretace výsledků

Testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl v podepisování provedené edukace všeobecnou sestrou do dokumentace, přičemž v nemocnici s akreditací byla vyšší míra podepisování dokumentace než v nemocnici bez akreditace.

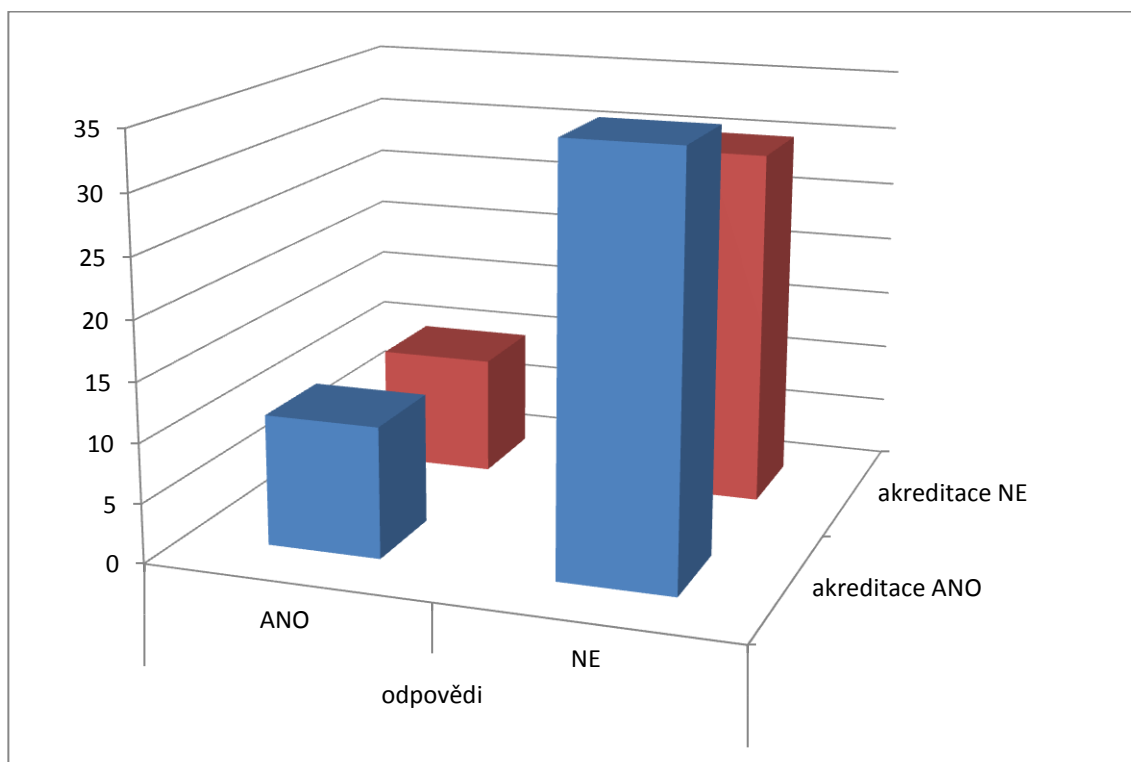
Výsledky k otázce 17 jsou zpracovány v tabulce 6 a zobrazeny v 3D histogramu na obrázku 12.

**Tabulka 6** Hodnoty četností odpovědí u otázky 17

		výsledek		celkem
		pozitivní (odpověď ano)	negativní (odpověď ne)	
počet	Akreditovaná nemocnice	11	35	46
%		23,91 %	76,09 %	100,00 %
počet	Neakreditovaná nemocnice	10	30	40
%		25,00 %	75,00 %	100,00 %
počet	Celkem	21	65	86
%		24,42 %	75,58 %	100,00 %



**Obrázek 12** 3D histogram odpovědí na otázku 17



Vypočtená signifikance  $\chi^2$  testu  $p = 0,9068$ , což znamená, že  $p > 0,05$  a proto se **nezamítá nulová hypotéza**. Podíl negativních a pozitivních odpovědí všeobecných sester na podepisování provedené edukace pacienta samotným pacientem do dokumentace je stejný u akreditované a neakreditované nemocnice.

### **Pracovní hypotéza**

Podepisování provedené edukace pacienta samotným pacientem do dokumentace je stejný u akreditované i neakreditované nemocnice.

### **Interpretace výsledků**

Testováním nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl v podepisování provedené edukace pacienta samotným pacientem do dokumentace.

### 7.2.3 Výzkumná otázka 3

Jaké metody využívají všeobecné sestry při perioperační edukaci?

Ke zmapování metod edukace sloužila otázka 21:

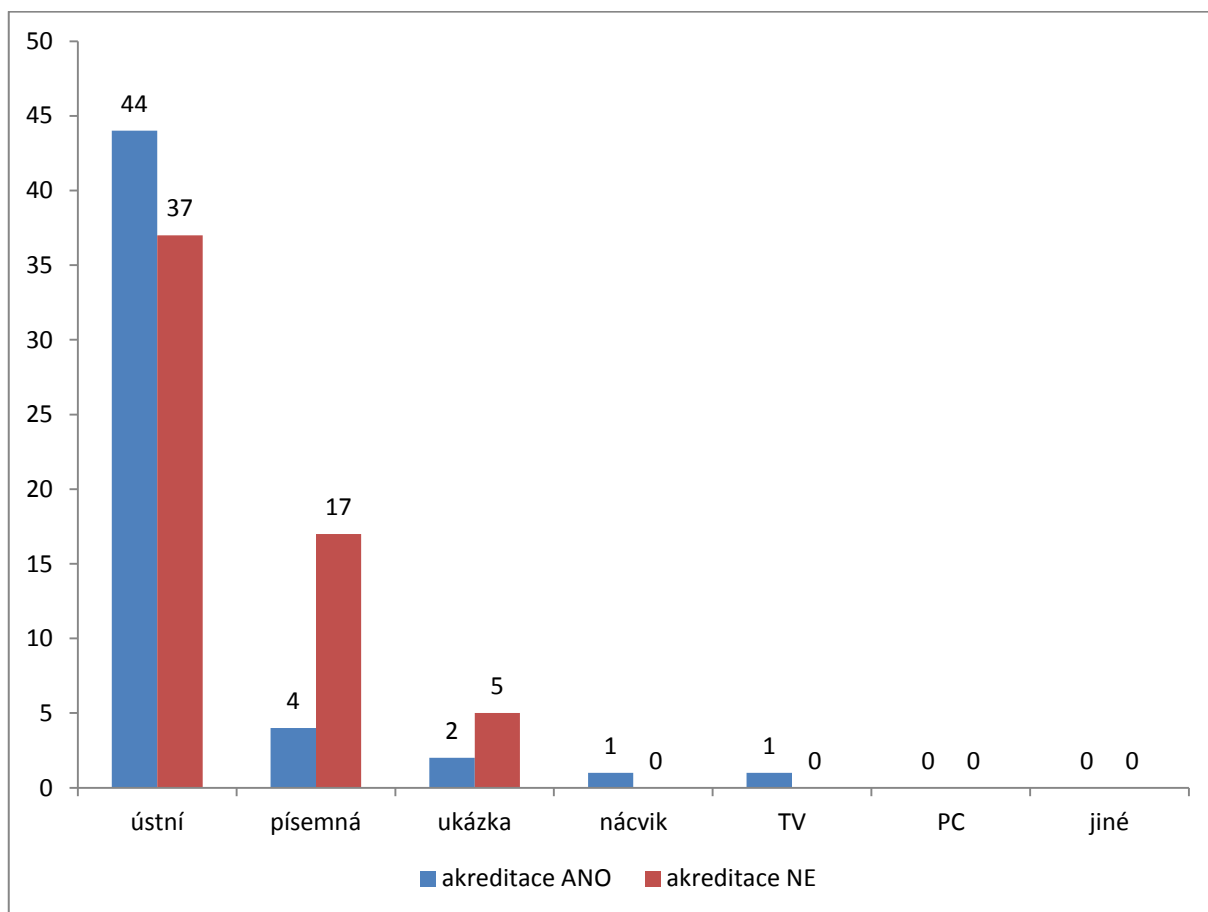
- **Otázka 21:** Jaké metody nejvíce využíváte na Vašem oddělení při perioperační edukaci všeobecnou sestrou?

Všeobecné sestry měly možnost zvolit i více možností z výběru metod, které nejvíce využívají při edukaci o perioperačním období. Výsledky jsou shrnuty v tabulce 7 a graficky znázorněny na obrázku 13 histogramem četností jednotlivých možností.

**Tabulka 7** Hodnoty četností odpovědí u otázky 21

metoda	akreditace	
	ANO	NE
ústní	44	37
písemná	4	17
praktická ukázka	2	5
nácvik dovedností	1	0
TV	1	0
PC	0	0
jiné	0	0

**Obrázek 13** Rozdělení četností odpovědí u otázky 21 s přihlédnutím k akreditaci nemocnice



Z odpovědí všeobecných sester je zřejmé, že daleko nejčastější metodou je ústní edukace pacienta o perioperační péči. V nemocnici bez akreditace všeobecné sestry udávaly i kombinaci několika těchto metod, zatímco v nemocnici s akreditací volily všeobecné sestry skoro vždy pouze jednu metodu.

## DISKUZE

V nemocničním prostředí je základním posláním a společným cílem veškerého zdravotnického personálu pacient. Vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem je považován za základ v ošetrovatelské praxi. Jednou ze základních činností všeobecných sester je edukace. Je nutné si uvědomit, že spousta pacientů i přes dnešní technologie (internet, televize, ...) přichází do nemocničního zařízení k operačnímu výkonu a neví co očekávat, mají nedostatek informací, nebo je mají zkreslené, což může vyvolávat obavy, strach, úzkost. Edukace o perioperační péči je proto u těchto pacientů neodmyslitelná a je součástí komplexní péče zdravotnického personálu. Kvalitu poskytované perioperační ošetrovatelské péče je vhodné zvýšit především podáním ucelených informací pacientům správnou a vhodnou formou, přiměřenou k věku, vzdělání i k samotné situaci. Dostatek informací zajistí pocit bezpečí a důvěry ve zdravotnický personál, což usnadní bezproblémový průběh celé hospitalizace včetně operačního výkonu (Haškovcová, 2007, s. 17, 23).

Diplomová práce se zabývá edukací pacientů o perioperačním období ze strany zdravotnického personálu. V našem výzkumu jsme se zaměřily na všeobecné sestry ve dvou typech zdravotnického zařízení, a to s akreditací typu SAK a bez akreditace. Šlo o oddělení gynekologie, chirurgie, urologie, ortopedie, neurochirurgie a jejich operačních sálů. Cílem výzkumného šetření bylo porovnat edukační činnost o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací a bez akreditace z pohledu všeobecných sester (kdy probíhá edukace, rozsah informací pacientovi, edukace o jednotlivých fázích perioperačního období atd.). Dále jsme chtěly zjistit, zda se do dokumentace zaznamenává provedená edukace jak ze strany zdravotnického personálu, tak ze strany pacienta, otázka 16 a 17. Naším posledním cílem bylo zmapovat nejpoužívanější metody edukace pacientů o perioperačním období ze strany všeobecných sester.

Ke zjištění informací byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu a jako výzkumný nástroj pro sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 23 položek. K naplnění cílů byly stanoveny 4 výzkumné otázky, které byly zodpovězeny při vyhodnocení jednotlivých otázek z dotazníku v kapitole 7.3. V rámci výzkumu byly použity histogramy četnosti a testovány statistické hypotézy. S přihlédnutím k charakteru vstupních dat byly využity neparametrické testy: Mann-Whitneyův pořadový U-test a  $\chi^2$  test (chí kvadrát testu). Výzkumný cíl 3 byl hodnocen popisnou statistikou. Níže jsou uvedeny nejzajímavější výsledky našeho šetření.

Z histogramů četností dat u otázek 1 – 4 a z tabulky četností dat u otázky 6 popisujících soubor respondentek vyplývá, že rozložení všeobecných sester, které se účastnily dotazníkového šetření, je v daných popisných atributech víceméně rovnoměrné, což je žádoucím jevem před samotným ověřováním statistických hypotéz.

Záměrem první výzkumné otázky vztahující se k cíli 1 bylo zodpovědět, zda existuje rozdíl v edukační činnosti o perioperačním období v nemocnici s akreditací a bez akreditace. Jako vhodná varianta k otestování příslušné statistické hypotézy byl zvolen Mann-Whitneyův pořadový U-test. Testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl v edukační činnosti o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací a bez akreditace. Z toho tedy vyplývá, že větší informovanost, rozsah edukace o perioperační péči probíhá v nemocnici s akreditací. Tento závěr nás nepřekvapil. Předpokládaly jsme větší informovanost o perioperačním období v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Akreditované zdravotnické zařízení musí dodržet přesně stanovené standardy i při edukaci pacientů všeobecnými sestrami (jedná se například o standardy dodržování práv pacientů a jejich edukace, standardy komunikace a informací pro pacienty atd.). Chmelíková spolu s Šilhartovou (2008) dodávají, že při edukaci pacienta je důležité respektovat jeho rozhodnutí, zda si přeje či nepřeje být informován o celém perioperačním průběhu. Ve výzkumném šetření Hirose Masahira a kol. (2003) provedeném v Japonsku, byla zkoumána povědomost a znalost standardů a postupů edukačního procesu všeobecných sester většího zdravotnického zařízení s akreditací (120 respondentek) na rozdíl od maloměstské nemocnice (52 respondentek). Autoři studie zjistili, že všeobecné sestry ve zdravotnickém zařízení s akreditací mají větší povědomí o standardech a postupech jak při práci, tak při edukaci pacienta. Často v jejich zařízení probíhají i semináře na tato témata. Všeobecné sestry v maloměstské nemocnici nemají přesně stanovené standardy o způsobu edukace pacienta o perioperačním období. Proto si často neví rady jakým způsobem a do jaké míry pacienta edukovat. Způsob edukace pacienta se u nich často hodně liší. Výsledky šetření jsou podobné s výsledky našeho výzkumu. Větší informovanost, rozsah edukace, probíhá v akreditovaném zdravotnickém zařízení. Dle mého názoru, je tento výsledek dán možnostmi dalšího vzdělávání všeobecných sester v akreditovaném zařízení. Toto vzdělávání probíhá formou školení a seminářů na daná témata, která se pravidelně opakují v návaznosti na novinky v dané oblasti. V neposlední řadě v akreditovaném zdravotnickém zařízení standardy edukace patří mezi vnitřní předpisy

nemocnice, ve kterých je stanoven doporučený postup, jenž je závazný pro všechny pracovníky a kontroluje se jejich znalost a dodržování.

Záměrem druhé výzkumné otázky vztahující se k cíli 2 bylo zjistit, zda existuje rozdíl v záznamu provedené edukace všeobecnou sestrou v nemocnici s akreditací a bez akreditace. Jako vhodná varianta k otestování příslušné statistické hypotézy byl využit  $\chi^2$  test (chí kvadrát test). Testováním byl potvrzen statisticky významný rozdíl v zápisu provedené edukace všeobecnou sestrou do dokumentace. Vyplývá z toho tedy, že v nemocnici s akreditací byla vyšší míra zápisu do dokumentace než v nemocnici bez akreditace. Tento závěr nás nepřekvapil. Předpokládaly jsme, že více podepsaných edukací v dokumentaci pacientů všeobecnými sestrami bude v nemocnici s akreditací, z důvodu existence standardu upravujícího vedení zdravotnické dokumentace pacientů. Mlýnková (2010) říká, že plán ošetrovatelské péče, který je součástí dokumentace pacienta obsahuje ošetrovatelské problémy (diagnózy) pacienta a musí obsahovat všechny nutné údaje. Měl by obsahovat úroveň znalostí edukanta/pacienta na počátku a na konci edukace. Je zde také naznačen alespoň stručný obsah či osnova edukace a učební pomůcky, které budou při edukaci použity. Dále musí obsahovat metody a formy edukace. Záznam je opatřen datem, místem konání edukace a celými jmény edukanta a edukátora a jejich podpisy. Vondráček a Wirthová (2008) dodávají, že edukační záznam musí být čitelný, přesný, pravdivý, stručný s razítkem sestry a jejím vlastnoručním podpisem. Ve výzkumném šetření Ingravalla Francesca a kol. (2014) provedeného v Itálii, byla hodnocena prováděná edukace pacientů zdravotními sestrami s následným zaznamenáváním a vedením dokumentace. Výzkumného šetření se zúčastnilo 485 sester z 540 dotázaných. Výsledkem je, že více než polovina sester v jedné z největších akreditovaných nemocnic v Itálii nevede záznam o edukaci pacientů. Tato skupina sester udává jako největší problém nedostatek sester, které nemají čas a prostor edukovat každého pacienta zvlášť, natož vést záznam v dokumentaci. Jako další důvod uvádí nedostatečnou kvalifikaci sester v oblasti edukace pacientů, nedostatek školení na toto téma, seminářů a nedostatek potřebných materiálů (brožury, letáky, ...). Výsledky šetření se liší od výsledků našeho výzkumu, který udává, že v nemocnici s akreditací více než 70 % všeobecných sester, 35 z celkového počtu 46 dotázaných, provádí zápis edukace pacientů do jejich dokumentace. Dle mého názoru je tento výsledek ovlivněn větším počtem všeobecných sester na oddělení, z čehož vyplývá nejen více času a prostoru na edukaci pacienta, ale také přesné zaznamenávání provedené edukace pacienta do dokumentace. Vedení dokumentace je opět dáno existencí standardu, který určuje vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň

zápisů v dokumentaci pacientů. Tyto postupy jsou sledovány pomocí nástrojů řízení kvality (audity, indikátory kvality atd). Dodržování uvedených standardů je také důležité z důvodů případných stížností/problémů.

Záměrem třetí výzkumné otázky vztahující se k cíli 2 bylo zjistit, zda existuje rozdíl v zápisu provedené edukace pacientem v nemocnici s akreditací a bez akreditace. Jako vhodná varianta k otestování příslušné statistické hypotézy byl využit  $\chi^2$  test (chí kvadrát test). Testováním nebyl potvrzen statisticky významný rozdíl v zápisu provedené edukace pacienta samotným pacientem do dokumentace. Vyplývá z toho tedy, že v nemocnici s akreditací není vyšší míra zápisu provedené edukace samotným pacientem. Tento závěr nás překvapil. Předpokládaly jsme, že vyšší míra podepisování edukace pacientem tedy vyšší míra odpovědnosti všeobecných sester bude v nemocnici s akreditací. Naopak ze zkoumání vyšlo, že míra odpovědnosti je stejná, přičemž procento pozitivních odpovědí je v nemocnici s akreditací pouze 24 % a v nemocnici bez akreditace pouze 25 %. Důvodem zjištěného výsledku je skutečnost, že součástí standardu není nutnost podpisu pacienta o provedené edukaci. Výše uvedený standard je upraven vnitřním předpisem v souladu s podmínkami nemocnice s akreditací. Ve výzkumném šetření Jayra Tenga (2014) provedeném v Austrálii, byla zkoumána edukace u pacientů k ortopedické operaci. Výzkumného šetření se zúčastnilo 78 pacientů z 95 dotázaných. Studie zjistila, že pacienti často nepochopili samotnou edukaci při zpětném dotazování. V rozhovoru uvedli, že edukace probíhala velice rychle a stroze a na jakékoliv dotazy nebyl čas. Autoři uvádějí, že edukaci o perioperačním období provádí pouze sestra z operačních sálů den před operací. Nicméně téměř 90 % pacientů mělo podepsanou provedenou edukaci v dokumentaci, což svědčí o tom, že edukace nesplnila dle výpovědí pacientů svůj význam, ale sestry dbaly na formální splnění požadavků na edukaci. Šimková a Navrátilová (2007) z Prostějovské akreditované nemocnice říkají, že důležitým dokumentem pro sestry „instrumentářky“ je Standard edukace pacienta perioperační sestrou. Zde je přesně vymezeno kdo, jak a kdy edukaci provádí a jaké komplikace při ní mohou nastat (např. zhoršení zdravotního stavu pacienta). Za rok 2006 provedli edukaci u 18 % operovaných pacientů, všichni potvrdili edukaci podpisem. Měly také přesně vymezeno, kdy edukaci neprovádět – akutní stavy, pacienti v bezvědomí a u reoperace. Upozorňují na skutečnost, že velké procento pacientů samotnou edukaci odmítá a nepřejí si být nijak informováni. Sestry musí v této situaci respektovat přání pacienta. Matlochová (2012) uvádí, že v nemocnici v Třinci kladou velký důraz na edukaci pacientů perioperační sestrou den před operací. V dokumentaci vedou záznamy o uskutečněné edukaci.

Záznam podepisují pouze perioperační sestry, speciálně vyrobeným razítkem s větou o uskutečněné edukaci. Pacienti edukaci nepodepisují. Výsledek našeho zkoumání, míra podepisování uskutečněné edukace pacienty je stejná jak v nemocnici s akreditací, tak v nemocnici bez akreditace připisujeme skutečnosti, že není nutný podpis pacienta, neexistuje žádný standard, ani směrnice o tom, že sám pacient by měl podepsat provedenou edukaci všeobecnou sestrou. Zajímavé ovšem je, že 24 % všeobecných sester z nemocnice s akreditací a 25 % všeobecných sester z nemocnice bez akreditace nechává pacienty edukaci v dokumentaci podepsat. Můžeme tak předpokládat vlastní iniciativu všeobecných sester, čímž mohou předcházet komplikacím z důvodů případných stížností/problémů.

Záměrem čtvrté výzkumné otázky vztahující se k cíli 3 bylo zjistit, jaké metody využívají všeobecné sestry při perioperační edukaci. Byla možnost výběru z více odpovědí. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že nejčastěji edukují všeobecné sestry pacienty metodou ústní. V nemocnici s akreditací to je 44 všeobecných sester, bez akreditace 37 všeobecných sester. Písemnou metodu využívají spíše všeobecné sestry v nemocnici bez akreditace, což udává 17 všeobecných sester a pouze 4 všeobecné sestry v nemocnici s akreditací. Metodu ukázky využívá 5 všeobecných sester v nemocnici bez akreditace a pouze 2 všeobecné sestry v nemocnici s akreditací. Návěst a TV ukázka byla vybrána vždy pouze 1 všeobecnou sestrou v nemocnici s akreditací. PC a popřípadě jiné metody nevybrala žádná všeobecná sestra. Výsledky našeho šetření se shodují s výsledky výzkumu prováděného v nemocnici v Třinci, kde k nejvíce využívané metodě patří metoda ústní, rozhovor s pacientem. Matlochová (2012) také ale dodává, že pokud je dlouhý operační program a perioperační sestry nestíhají s pacienty provést edukaci formou rozhovoru, mají pro tyto případy vytvořené omyvatelné edukační příručky. Jsou zde vyfoceny jednotlivé úkony, které čekají každého pacienta před operací. Fotografie jsou doplněny o jednoduchý srozumitelný text. Juřeníková (2010) ve své knize píše, že při volbě jednotlivých edukačních metod musíme vždy přihlídnout k osobnosti edukanta/pacienta. Dále k jeho dosavadním vědomostem, znalostem a zkušenostem. Při výběru vhodné metody musíme respektovat i aktuální zdravotní a psychický stav pacienta. Metodu rozhovoru používají ve své edukaci shodně také sestry z centrálních operačních sálů nemocnice ve Svitavách, jak dokazuje článek Chmelíkové a Šilhartové (2008). Tento způsob edukace si svitavské sestry vybraly jako indikátor zkvalitnění péče o pacienta. Z námi uvedených studií vyplynulo, že všeobecné sestry většinou edukují ústní formou a to rozhovorem. Dle mého názoru je efektivita edukace větší, pokud se kombinují metody (slovní, ukázka fotografií, tištěný materiál či video),



než rozhovor, kdy pacient má obavy, strach před operací a mnoho si toho nezapamatuje. Samozřejmě to není vhodné u všech pacientů, někdy tam hraje roli čas, pracnost vytvoření tištěných materiálů či fotodokumentace. Tento výsledek mě překvapil z hlediska negativního. Předpokládala bych, že v nemocnici s akreditací mají edukační materiály připravené a využívají kombinaci metod při edukaci.

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo porovnat edukační činnost všeobecných sester o perioperačním období mezi nemocnicí s akreditací SAK a bez akreditace. Data a výsledky získané za použití nestandardizovaného dotazníku jsou uvedeny v kapitole 7. Výsledky jsou vyjádřeny pomocí histogramů, relativních a absolutních četností a stanovené cíle práce byly zodpovězeny pomocí výzkumných otázek a testování statistických hypotéz v kapitole 7.3.

Výzkumné šetření předkládané práce nám přineslo řadu zajímavých výsledků. *Testováním první hypotézy bylo zjištěno, že mezi edukací o perioperačním období v nemocnici s akreditací a bez akreditace je statisticky významný rozdíl. Stejně tak testováním druhé hypotézy nám vyšlo, že mezi zaznamenáváním provedené edukace všeobecnou sestrou v nemocnici s akreditací a bez akreditace je statisticky významný rozdíl. Tyto výsledky nás nepřekvapily, jelikož jsme u obou testovaných hypotéz nepředpokládaly vztah mezi jednotlivými proměnnými. Testováním třetí hypotézy vyplynulo, že mezi potvrzením provedené edukace samotným pacientem v nemocnici s akreditací a bez akreditace není statisticky významný rozdíl. Tento výsledek nás překvapil, předpokládaly jsme, že mezi nemocnicemi bude statisticky významný rozdíl. Toto připisujeme skutečnosti, že není nutný podpis pacienta. Standard, ani směrnice zdravotnického zařízení tuto skutečnost neošetřuje. Z několika dotazníků (11 v akreditované nemocnici, 10 v neakreditované nemocnici), které potvrdily podepisování edukace samotným pacientem do zdravotnické dokumentace, usuzujeme na vlastní iniciativu všeobecných sester, které toto považují za určitý stupeň obrany proti případné stížnosti o neúplné edukaci pacienta. Samotný podpis pacienta nemá výpovědní hodnotu o kvalitě provedené edukace ani o tom, zda ji pacient porozuměl.*

Zjišťovaly jsme, jakou formu edukace všeobecné sestry při edukaci o perioperačním období považují za nejpoužívanější. Výsledky ukázaly, že jak v nemocnici s akreditací, tak v nemocnici bez akreditace všeobecné sestry za nejpoužívanější metodu považují metodu ústní (rozhovor, vysvětlování, konzultace atd.), a to 44 (85 %) odpovědí z celkového počtu 52 odpovědí v nemocnici s akreditací a 37 (63 %) odpovědí z celkového počtu 59 odpovědí v nemocnici bez akreditace.

V publikovaných studiích Šimkové a Navrátilové (2007) se autorky setkaly i s odmítnutím edukace o perioperačním období pacientem. Odmítnutí může nastat z důvodu stresu způsobeného nemocí, který často vyvolává strach a úzkost. V tomto případě bychom se měly snažit pouze o rozhovor a navázání kontaktu, ale vždy respektovat přání pacienta.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty oběma zdravotnickým zařízením, v nichž byl sběr dat prováděn, aby došlo ke zlepšení zjištěných nedostatků a zvýšení úrovně edukace. Budou upozorněni především na záznam o provedené edukaci do dokumentace všeobecnými sestrami, což by se v nemocnici s akreditací a bez ní nemělo výrazně lišit.

Také jim bude sděleno, že většina dotazovaných všeobecných sester (93 %) vědí, co je obsahem edukace o perioperačním období. I přesto, že jsou s provedením edukace spokojené a udávají, že by edukaci na oddělení neměnily, nelze toto považovat za pozitivní přístup. Všeobecné sestry by měly být vedeny ke zvyšování efektivnosti edukace např. tvorbou edukačních materiálů, které budou pro pacienty přehledné, srozumitelné a zajímavé.

Další výzkumné šetření by bylo vhodné zaměřit na sledování spokojenosti pacientů s obsahem, rozsahem a způsobem edukace o perioperačním období.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-807-0134-672.
2. BITTNEROVÁ, Zuzana. *Úkoly sester perioperační péče*. Sestra. 2004, č. 12, s. 24. ISSN 1210 – 0404.
3. BITTNEROVÁ, Zuzana. *Proč termín perioperační péče?*. Sestra. 2007, č. 6, s. 48. ISSN 1210 -0404.
4. ČÁMSKÁ, Ivana. *Edukace pacienta perioperační sestrou*. Florence, 2007, roč. 3, č. 1, s. 27. ISSN 1801-464X.
5. DUDA, Miloslav. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 389 s. ISBN 80-716-9642-0.
6. FARKAŠOVÁ, Dana. *Ošetřovatelství - teorie*. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006, 211 s. ISBN 80-806-3227-8.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 104 s. ISBN 978-807-2624-973.
8. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
9. CHOUROVÁ, Lenka. *Ošetřovatelské diagnózy na operačním sále*. Sestra. Praha: 2011, č. 2, s. 36-38. ISSN 1210-0404.
10. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Kobenhavn: Grada, 1958, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.

11. JEDLIČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovateľská perioperačná péče*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 268 s. ISBN 978-807-0135-433.
12. JUŘENÍKOVÁ, Petra a kol. *Ošetrovateľství: učební text pro střední zdravotnické školy. Chirurgie, pediatrie, gerontologie, 2. část*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám, 1999, 234 s.
13. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
14. KALA, Zdeněk, Igor PENKA a kol. *Perioperačná péče o pacienta v obecné chirurgii*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovateľství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
15. KALHOUS, Zdeněk, Otto OBST a kol. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 447 s. ISBN 80-7178-253-X.
16. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovateľství*. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
17. LARSEN, Reinhart. *Anestezie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.
18. MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 188 s. ISBN 978-802-4736-426.
19. MIKŠOVÁ, Zdeňka, Marie FRONČKOVÁ a Marie ZAJÍČKOVÁ. *Kapitoly z ošetrovateľské péče 2*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 171 s. ISBN 80-247-1443-4.
20. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovateľství 2. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovateľská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.

21. MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex Bohemia, 1998, 271 s. ISBN 80-85963-52-3.
22. NEMCOVÁ, Jana. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Editor Edita Hlinková. Martin: Osveta, c2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
23. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 204 s. ISBN 978-80-247-3707-2.
24. PEŠKOVÁ, Marie, 2000. Pooperační péče In: ZEMAN, Miroslav a kolektiv, *Chirurgická propedeutika*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-7169-705-2.
25. PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4735-580.
26. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. přepr. a aktual.v. Praha: Portál, 2002, 481 s. ISBN 80-717-8631-4.
27. PUDNER, Rosemary. *Nursing the surgical patient*. 2nd ed. New York: Elsevier, 2005, 542 p. ISBN 07-020-2757-X.
28. SKALICKÁ, Hana. *Předoperační vyšetření: návody pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 149 s. ISBN 978-802-4710-792.
29. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. 2., rozš. a aktualiz. vyd., Praha: Grada, 2007, 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7.
30. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
31. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.

32. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
33. ŠIMKOVÁ, Věra a Eva NAVRÁTILOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2007, Mimořádná příloha.
34. ŠVECOVÁ, Dagmar, Renata, MARTINCOVÁ. *Edukační činnost sestry v rámci specifické alergenové imunoterapie*. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 16, č. 6, s. 36 – 37. ISSN 1210–0404.
35. URBANÍKOVÁ, Ivana. *Způsoby edukace o perioperačním období u pacientů ve zdravotnických zařízeních*. Pardubice, 2014. Diplomová práce. Univerzita Pardubice.
36. VOMELA, Jindřich. *Chirurgie pro sestry*. 1. vyd. Brno: IVPZ, 1998, 210 s. ISBN 80-701-3262-0.
37. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 88 s.: ISBN 978-802-4727-639.
38. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.
39. WICHSOVÁ, Jana. *Sestra a perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. *Sestra* (Grada). ISBN 978-802-4737-546.
40. WORKMAN, Barbara, Clare BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. Překlad Marie Zvoníčková. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.
41. 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.
42. ZEMAN, Miroslav, a kol. *Chirurgická propedeutika*. 1. Vydání, Praha: Grada, 2003, 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
43. ZVÁROVÁ, Jana. *Základy statistiky pro biomedicínské obory*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2004, 218 s. ISBN 80-718-4786-0.

## Elektronické zdroje:

44. BALKOVÁ, Ildiko. Náročná práca instrumentárky. [online] In: *Spoločnosť instrumentárek* [cit. 2015-03-27]. Poslední revize 31. 01. 2011. Dostupné z: <http://www.instrumentarky.eu/clanek/narocna-prace-instrumentarky>.
45. FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ: *Bezpečí pacientů* [online]. 2011 [cit. 2015-03-26] Dostupné z: <http://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/program-kvality/bezpeci-pacientu>.
46. 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. 2015 – 03 – 27]. ISSN 1803-5256. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/01/06.pdf>.
47. GALEČKOVÁ, Taťána. *Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech* [online]. Zlín, 2011 [cit. 2015 – 03 – 29]. 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](https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/16850/gale%C4%8Dkov%C3%A1_2011_bp.pdf?sequence=1).
48. HIROSE, Masahiro, Yuichi IMANAKA, Tatsuro ISHIZAKI a Edward EVANS. How can we improve the quality of health care in Japan?: Learning from JCQHC Hospital Accreditation. *Health Policy* [online]. 2003, roč. 66, č. 1, s. 29-49 [cit. 2015-03-25]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=420dd024-cd9b-427fb4499e5f2cd0b19f%40sessionmgr111&hid=112&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=28780847>.
49. CHMELÍKOVÁ, Jana a Valerie ŠILHARTOVÁ. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2008, č. 7. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-374803>.
50. INGRAVALLO, Francesca, Emma GILMORE, Luca VIGNATELLI, Ada DORMI, Grazia CAROSIELLI, Luigia LANNI a Patrizia TADDIA. Factors associated with



nurses' opinions and practices regarding information and consent. *Nursing Ethics* [online]. 2014, roč. 21, č. 3, s. 299-313 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: [http://content.ebscohost.com/pdf23\\_24/pdf/2010/O89/01Aug10/53056134.pdf?T=P&P=AN&K=53056134&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7Q4v%2BbwOLCmr0ueprRSs6%2B4Ta%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtr0i2q7dLudnzhLnb5ofx6gAA](http://content.ebscohost.com/pdf23_24/pdf/2010/O89/01Aug10/53056134.pdf?T=P&P=AN&K=53056134&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7Q4v%2BbwOLCmr0ueprRSs6%2B4Ta%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtr0i2q7dLudnzhLnb5ofx6gAA).

51. 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. 2015 – 03 – 27]. ISSN: 1801-464X. Dostupné z: [http://issuu.com/ambitmedia/docs/listovacka\\_flo\\_1-13](http://issuu.com/ambitmedia/docs/listovacka_flo_1-13).
52. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 2012, č. 2. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-463444>.
53. 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. 2015 – 03 – 23]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/postoj-sester-k-edukaci-v-nemocnicnim-prostredi-464365>.
54. ŠPIČÁKOVÁ, Eva. Pacient na operačním sále. *Sestra*. 2008, Mimořádná příloha. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/pacient-na-operacnim-sale-340611>.
55. TENG, Jayr. Consent--basic concepts for clinical nursing practice. *Australian Nursing* [online]. 2014, roč. 21, č. 8, s. 38 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: [http://content.ebscohost.com/pdf27\\_28/pdf/2012/8XHZ/01Jul12/78405111.pdf?T=P&P=AN&K=78405111&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7Q4v%2BbwOLCmr0ueprRSsKi4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtr0i2q7dLudnzhLnb5ofx6gAA](http://content.ebscohost.com/pdf27_28/pdf/2012/8XHZ/01Jul12/78405111.pdf?T=P&P=AN&K=78405111&S=R&D=a9h&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7Q4v%2BbwOLCmr0ueprRSsKi4TLGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtr0i2q7dLudnzhLnb5ofx6gAA).

56. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *World Alliance for Patient Safety: Forward Programme 2008-2009* [online]. 1st. ed. France: 2008. [cit. 2015-03-27]. WHO/IER/PSP/2008.04.

Dostupné z: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/AllianceForward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/AllianceForward_Programme_2008.pdf).

## **PŘÍLOHY**

Příloha A <i>Dotazník</i> .....	76
Příloha B <i>Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém jazyce</i> .....	81
Příloha C <i>Safety check list</i> .....	82



Dobrý den,

jmenuji se Sabrina Karpíšková a jsem studentkou 1. ročníku navazujícího magisterského studia oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Dotazník, který máte nyní před sebou je podkladem pro vypracování mé diplomové práce na téma – „Edukace o perioperačním období v akreditovaných zdravotnických zařízeních“. Dotazník má vést ke zjištění, jak probíhá edukace o perioperačním období. Tímto bych Vás chtěla požádat o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku. Každou otázku si prosím přečtete a zakroužkujete jednu pravdivou odpověď, pokud není uvedeno jinak. Dotazník je anonymní a nezabere Vám více než 10 minut. Data získaná na základě tohoto dotazníkového šetření budou použita pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za Váš strávený čas nad tímto dotazníkem.

1. Do jaké věkové kategorie patříte?

- |                                      |                                      |  |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 18 – 29 let | <input type="checkbox"/> 40 – 49 let | <input type="checkbox"/> 60 a více let |
| <input type="checkbox"/> 30 – 39 let | <input type="checkbox"/> 50 – 59 let |  |

2. Jaká je délka Vaší praxe?

- |                                     |                                      |  |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – 5 let  | <input type="checkbox"/> 11 – 15 let | <input type="checkbox"/> 21 – 25 let   |
| <input type="checkbox"/> 6 – 10 let | <input type="checkbox"/> 16 – 20 let | <input type="checkbox"/> 26 a více let |

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> středoškolské          | <input type="checkbox"/> bakalářské          |
| <input type="checkbox"/> vyšší odborné vzdělání | <input type="checkbox"/> magisterské a vyšší |

4. Máte specializaci v oboru perioperační péče?

ano

ne

5. Pracujete ve zdravotnickém zařízení:

s akreditací

bez akreditace

6. Pracujete na:

chirurgie

gynekologie

ortopedie

chirurgické  
operační sály

gynekologické  
operační sály

ortopedické  
operační sály

urologie

neurochirurgie

urologické  
operační sály

neurochirurgické  
operační sály

7. Pracujete na operačních sálech:

jednooborových

víceoborových

8. Víte co je obsahem edukace o perioperačním období?

ano

ne

nevím

9. Probíhá na Vašem oddělení edukace pacienta o perioperačním období?

vždy

někdy

většinou

ne

10. Jsou pacienti edukováni o perioperačním období při příchodu na Vaše oddělení?

vždy

někdy

většinou

ne

11. Domníváte se, že Vámi sdělené informace o perioperačním období jsou dostačující?

- určitě ano
- spíše ano

- spíše ne
- určitě ne

12. Edukujete pacienty o průběhu bezprostřední péče těsně před operací?

- ano
- spíše ano

- spíše ne
- ne

13. Edukujete pacienty o ošetrovatelské péči na operačním sále?

- ano
- spíše ano

- spíše ne
- ne

14. Edukujete pacienty o průběhu péče v pooperačním období?

- ano
- spíše ano

- spíše ne
- ne

15. Mají na Vašem pracovišti pacienti podepsaný informovaný souhlas o operaci před edukací pacienta o perioperačním období?

- vždy
- většinou

- někdy
- ne

16. Zaznamenává (podepisuje) na Vašem pracovišti sestra provedenou edukaci pacienta v dokumentaci?

- ano

- ne

17. Potvrzuje pacient na Vašem pracovišti svým podpisem v dokumentaci uskutečněnou edukaci?

- ano

- ne

18. Ověřujete si, zda pacient edukaci porozuměl?

- ano (ověření písemně či ústním dotazováním o problematice)
- pouze dotazem, zda informace byly srozumitelné
- ne

19. Jak hodnotíte na Vašem pracovišti perioperační edukaci pacienta sestrou?

- pozitivně, je to přínosné
- je to ztráta času
- neutrálně
- negativně

20. Jsou na Vašem pracovišti sestry proškoleny na téma edukace o perioperačním období?

- ano, standard
- ano, semináře, konference
- ano, proškolení v zaměstnání
- ne

21. Jaké metody nejvíce využíváte na Vašem oddělení při perioperační edukaci sestrou (možnost více odpovědí)?

- ústní
- písemná např. brožura
- ukázka
- nácvik
- audio, video, TV
- PC
- jiné

22. Vede se na Vašem oddělení perioperační bezpečnostní záznam?

- ano
- ne

23. Změnila byste něco na edukaci na Vašem pracovišti?

ano

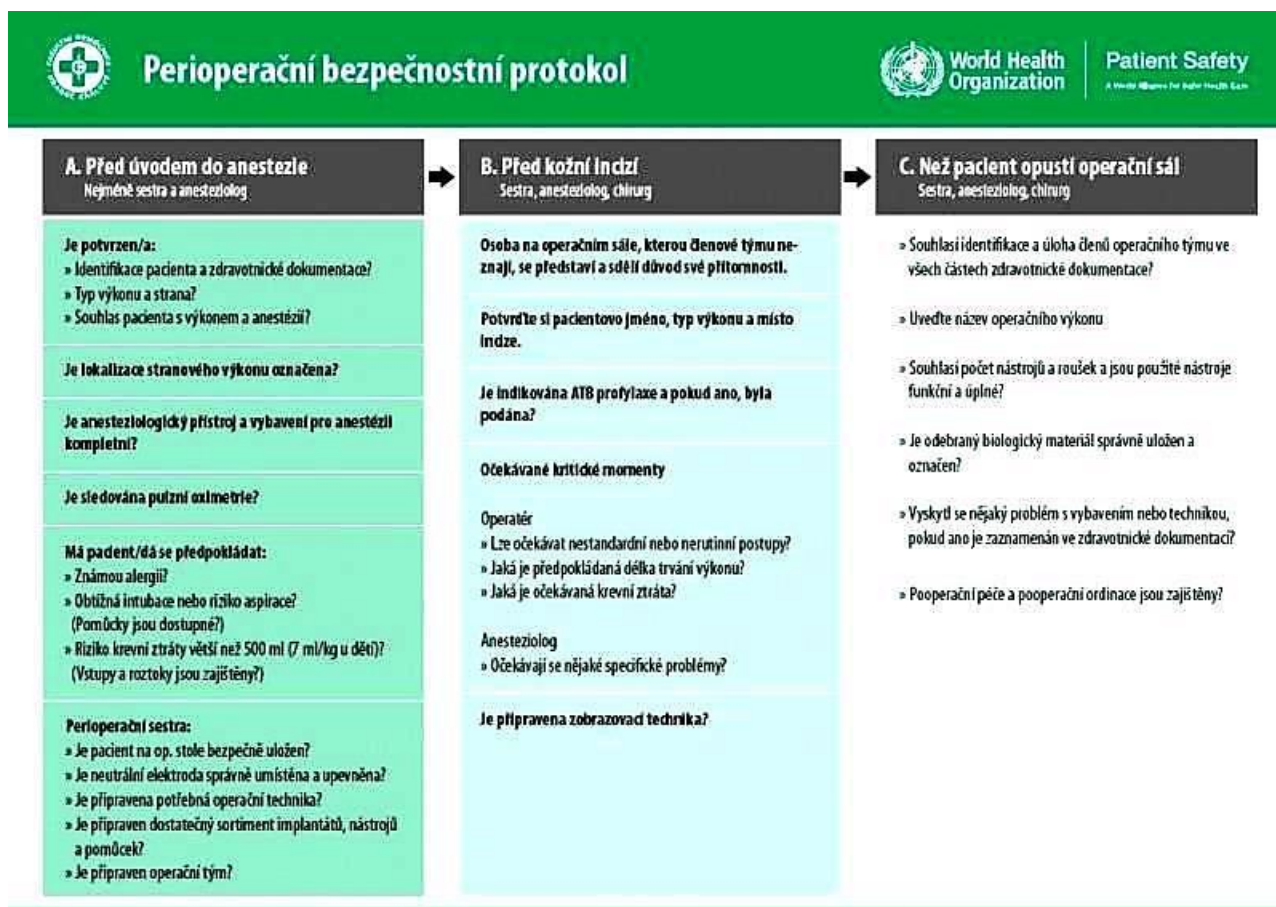
zda ano, uveďte prosím co:

nevím

ne



Příloha B Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém jazyce



Zdroj: Perioperační bezpečnostní protokol dle WHO v českém znění (dostupné z: <<http://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/program-kvality/bezpeci-pacientu>>.)

Příloha C Safety check list



BEFORE INDUCTION OF ANAESTHESIA →	BEFORE SKIN INCISION →	BEFORE PATIENT LEAVES OPERATING ROOM
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
<input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED • IDENTITY • SITE • PROCEDURE • CONSENT <hr/> <input type="checkbox"/> SITE MARKED/NOT APPLICABLE <hr/> <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <hr/> <input type="checkbox"/> PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING <hr/> DOES PATIENT HAVE A: KNOWN ALLERGY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND EQUIPMENT/ ASSISTANCE AVAILABLE RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ML/KG IN CHILDREN)? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INTRAVENOUS ACCESS AND FLUIDS PLANNED	<input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <hr/> <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE VERBALLY CONFIRM • PATIENT • SITE • PROCEDURE <hr/> ANTICIPATED CRITICAL EVENTS <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS, OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> NURSING TEAM REVIEWS: HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR RESULTS) BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? <hr/> HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE <hr/> IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM: <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE) <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED (INCLUDING PATIENT NAME) <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADDRESSED <hr/> <input type="checkbox"/> SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR RECOVERY AND MANAGEMENT OF THIS PATIENT

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

Zdroj: Originální verze perioperačního bezpečnostního protokolu od WHO v anglickém jazyce (dostupné z: <[http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/reports/Alliance\\_Forward\\_Programme\\_2008.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf)>, page 22>.)