

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Vliv edukace prostřednictvím perioperační knihy  
na předoperační úzkost pacienta

Mgr. Aneta Vavrová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Aneta Vavrová**  
Osobní číslo: **Z12234**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Vliv edukace prostřednictvím perioperační knihy na předoperační úzkost pacienta**  
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. BASTABLE, Susan B. Health professional as educator: principles of teaching and learning. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlem Publishers, 2011, 628 p. ISBN 07-637-9278-0.
2. JEDLIČKOVÁ, J. et al. Ošetrovateľská perioperačná péče. Brno: NCO NZO, 2012, 268 s. ISBN 978-80-7013-543-3.
3. PRŮCHA, Jan. Moderní pedagogika. 4. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2009, 481 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
4. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. Praha: Galen, 2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
5. WENDSCHE, P., A. POKORNÁ a I. ŠTEFKOVÁ. Perioperační ošetrovateľská péče. Praha: Galen, 2012, 117 s. ISBN 978-80-7262-894-0.

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

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

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5. 5. 2014

.....  
Mgr. Aneta Vavrová

## **Poděkování**

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí mé diplomové práce PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za příjemnou spolupráci, toleranci, vstřícnost, trpělivost a odborné rady a vedení. Dále děkuji Ing. Janě Holé, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat. Děkuji rovněž všem klientkám, které byly ochotny zapojit se do výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině a příteli za podporu při studiu a tvorbě této práce.

.....  
Mgr. Aneta Vavrová

## ANOTACE

Diplomová práce má za cíl zhodnotit vliv edukace prostřednictvím perioperační knihy na předoperační úzkost patientek gynekologicko-porodnického pracoviště.

Předkládaná práce se v teoretické části zaměřuje na problematiku edukace pacientů v ošetrovatelství, perioperační ošetrovatelskou péči o pacienty a na problematiku úzkosti. Výzkumná část je zaměřena na vyhodnocení výzkumných otázek a testování stanovených hypotéz, které se zaměřují na míru úzkosti před a po operačním výkonu a na subjektivní úroveň informovanosti patientek před a po operačním výkonu.

## KLÍČOVÁ SLOVA

edukace, úzkost, perioperační kniha, operační výkon, perioperační péče

## TITLE

The influence of education through perioperative book to the patient's preoperative anxiety

## ANNOTATION

This thesis aims to evaluate the effect of perioperative education through perioperative book to the preoperative anxiety of patients of Department of Gynecology and Obstetrics.

The theoretical part of the present work focuses on the issue of patient education in nursing, perioperative nursing care of patients and the issue of anxiety. The research part is focused on the evaluation of research questions and test the hypotheses that focus on the degree of anxiety before and after surgery and the subjective level of awareness of patients before and after surgery.

## KEY WORDS

education, anxiety, perioperative book, surgery, perioperative care

# Obsah

Úvod.....	11
Cíle práce .....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 Edukace v perioperační péči .....	13
1.1 Základní prvky edukace v perioperační péči .....	13
1.2 Fáze edukačního procesu .....	16
1.2.1 Posuzování .....	17
1.2.2 Diagnostika .....	18
1.2.3 Plánování .....	19
1.2.3.1 Cíle edukace.....	20
1.2.3.2 Typy edukace .....	21
1.2.3.3 Metody edukace .....	21
1.2.3.4 Formy edukace.....	23
1.2.3.5 Edukační prostředky .....	24
1.2.4 Realizace .....	25
1.2.4.1 Realizace edukace chirurgického pacienta před operací .....	25
1.2.4.2 Obsah edukace v perioperační péči .....	27
1.2.5 Vyhodnocení .....	28
2 Úzkost.....	30
2.1 Úzkost versus strach .....	30
2.2 Projevy úzkosti .....	31
2.3 Terapie úzkosti.....	32
2.4 Úzkostný pacient.....	33
2.4.1 Role zdravotníků v péči o úzkostného pacienta.....	34
2.4.2 Měřicí nástroje pro hodnocení úzkosti a strachu .....	34
II VÝZKUMNÁ ČÁST .....	36
3 Výzkumné otázky a pracovní hypotézy .....	36
4 Metodika výzkumu .....	37
4.1 Charakteristika souboru .....	37
4.2 Výzkumný nástroj.....	37
4.3 Tvorba perioperační knihy .....	38
4.4 Organizace výzkumu .....	38

4.5	Metoda sběru dat.....	39
4.6	Analýza dat .....	39
5	Prezentace výsledků výzkumného šetření .....	40
5.1	Beckův inventář úzkosti.....	40
5.2	Vyhodnocení otázek č. 1 - 17 .....	42
5.3	Testování hypotéz .....	68
5.3.1	Pracovní hypotéza č. 1 .....	68
5.3.2	Pracovní hypotéza č. 2 .....	70
6	Diskuse.....	72
6.1	Výzkumná otázka č. 1 .....	73
6.2	Výzkumná otázka č. 2.....	74
6.3	Výzkumná otázka č. 3.....	75
6.4	Výzkumná otázka č. 4.....	76
6.5	Výzkumná otázka č. 5.....	78
7	Závěr .....	80
	Seznam bibliografických citací.....	83
	Seznam příloh .....	90



# SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

## Obrázky

Obrázek 1 Graf nejvyššího dosaženého vzdělání .....	43
Obrázek 2 Grafické porovnání míry úzkosti před a po edukaci .....	50
Obrázek 3 Projevy úzkosti .....	52
Obrázek 4 Zdroj informací pro respondentky před operačním výkonem.....	55
Obrázek 5 Grafické porovnání subjektivní míry informovanosti respondentek před a po edukaci .....	58
Obrázek 6 Grafický přehled metod mírnění prožívané předoperační úzkosti respondentek....	60
Obrázek 7 Subjektivní hodnocení přínosu edukace respondentkami .....	61
Obrázek 8 Hodnocení nejpřínosnějších informací z edukace .....	63
Obrázek 9 Vícenásobný krabicový graf subjektivní informovanosti respondentek před a po edukaci .....	69
Obrázek 10 Vícenásobný krabicový graf míry úzkosti pacientek před a po edukaci .....	71

## Tabulky

Tabulka 1 Beckův inventář úzkosti .....	40
Tabulka 2 Popisná statistika – Beckův inventář úzkosti.....	41
Tabulka 3 Kategorie úrovně úzkosti dle manuálu BAI .....	41
Tabulka 4 Věk respondentek .....	42
Tabulka 5 Předchozí operace v anamnéze .....	44
Tabulka 6 Četnost podstoupených operačních výkonů .....	44
Tabulka 7 Spektrum operačních výkonů v anamnéze respondentek .....	45
Tabulka 8 Edukace perioperační sestrou v minulosti .....	46
Tabulka 9 Indikovaný operační výkon .....	48
Tabulka 10 Změna míry prožívané úzkosti po edukaci .....	50
Tabulka 11 Porovnání BAI a GAS před edukací.....	51
Tabulka 12 Zjištěné kombinace projevů úzkosti .....	53
Tabulka 13 Kombinace zdrojů informací .....	55
Tabulka 14 Jediný zdroj informací pro respondentky .....	56
Tabulka 15 Změna subjektivní míry informovanosti po edukaci .....	58
Tabulka 16 Kombinace metod mírnění úzkosti .....	60

Tabulka 17 Kombinace nejpřínosnějších informací .....	64
Tabulka 18 Potřeba respondentek doplnit chybějící informace.....	65
Tabulka 19 Srozumitelnost informací v edukační knize .....	66
Tabulka 20 Prostor na dotazy a srozumitelnost odpovědí edukátorky .....	67

## Úvod

V diplomové práci se zabývám velmi aktuálním tématem, kterým je edukace pacientů v perioperační péči a její vliv na prožívání úzkosti v předoperačním období. Vzhledem k oboru, který studuji a kterému bych se chtěla věnovat i v profesním životě, jsem si téma vybrala záměrně. Uvědomuji si silnou potřebu edukovat pacienty indikované k operaci a usnadnit jim tak zvládnutí nové, stresující situace, kterou hospitalizace a operační výkon představují, zvláště jedná-li se o dětské pacienty, o osoby starší nebo o pacienty, kteří se do této situace dostali poprvé. Prostředí operačních sálů je stále pro většinu pacientů obestřeno jakýmsi tajemstvím, což na psychické pohodě nepřidává. Hospitalizace a operační výkon je pro pacienty silným zdrojem obav, které bychom, jako erudovaní a problematiky znalí profesionálové, měli umět u pacienta minimalizovat.

Edukace pacientů zaujímá v moderním ošetrovatelství posledních let a v roli sestry/porodní asistentky čím dál významnější postavení. Pacienti, kteří jsou dostatečně edukovaní, mění pozitivním směrem své návyky a postoje vůči vlastnímu tělu, lépe kooperují s lékaři a nelékařskými zdravotnickými pracovníky při poskytování péče a tím i lépe zvládají svoji nemoc, úraz či hospitalizaci, a to nejen po stránce zdravotní, ale i po stránce psychické.

Gynekologické operace bývají velmi často spojeny se studem, strachem, pocitem méněcennosti, mohou rovněž vyvolat změny v sebepojetí a obavy ze ztráty některých typicky ženských rolí. Úkolem zdravotníků je pomocí empatické a vhodně načasované edukace zmírnit tyto emoce a odvrátit tak jejich možný negativní dopad na prožívání předoperačního a zejména pak pooperačního období, kdy se žena vrací do běžného života.

Stěžejními body předoperační edukace je příjem pacienta k hospitalizaci, předoperační příprava, perioperační péče poskytovaná pacientům v operačním traktu a průběh pooperačního období. Tato témata jsme se snažili dopodrobna rozpracovat v edukační knize, která byla následně předkládána pacientkám s cílem předat maximum možných informací a minimalizovat tak negativní pocity, úzkost a strach vyplývající z plánovaných intervencí.

V následujícím textu předkládáme ucelený teoretický pohled na problematiku edukace a úzkosti v perioperační péči, ve výzkumné části pak prezentujeme a diskutujeme výsledky, ke kterým jsme dospěli na základě dotazníkového šetření prováděného v rámci porodnicko-gynekologického pracoviště za účelem zjistit zda a nakolik edukace pacientek v předoperačním období ovlivňuje jejich prožívání úzkosti.

## **Cíle práce**

Hlavním cílem diplomové práce je zhodnotit vliv edukace prostřednictvím edukační knihy na předoperační úzkost patientek porodnicko-gynekologického pracoviště.

### **Cíle pro teoretickou část**

Dílčím cílem teoretické části diplomové práce je zpracování uceleného teoretického přehledu týkajícího se problematiky edukace a úzkosti v perioperační péči.

### **Cíle pro výzkumnou část**

Vypracovat perioperační knihu, pomocí které budou edukovány pacientky porodnicko-gynekologického pracoviště indikované k operačnímu výkonu.

Zjistit míru úzkosti patientek porodnicko-gynekologického pracoviště v předoperačním období.

Zjistit vliv edukace patientek porodnicko-gynekologického pracoviště na jejich předoperační úzkost.

Zjistit vliv edukace patientek porodnicko-gynekologického pracoviště na jejich subjektivní informovanost.

# **I TEORETICKÁ ČÁST**

## **1 Edukace v perioperační péči**

Edukace je nedílnou součástí zdravotní péče. V současné době se edukace pacientů řadí mezi nejvyšší zájmy poskytovatelů péče, neboť výrazně stouply nároky na kvalitu poskytované léčebné a ošetrovatelské péče. Rovněž se zvyšuje vzdělanost pacientů. Haluzíková (2006, s. 276) a Honzák (2006, s. 42) shodně popisují pozitivní trend změny autoritativního, direktivního vztahu mezi pečujícím a pacientem na vztah založený na spolupráci, který je pro účinnou edukaci klíčový. Snahou ošetřujícího zdravotnického personálu je edukovat pacienta a jeho rodinu natolik, aby měli potřebné vědomosti a schopnosti a byli tak připraveni a schopni převzít odpovědnost za péči v domácím prostředí (Bastable, 2008, s. 4; Bastable, 2011, s. 104; Haluzíková, 2006, s. 276; Honzák, 2006, s. 42).

Bylo prokázáno, že dostatečná, srozumitelná edukace pacienta a jeho rodiny zvyšuje efektivitu navrženého léčebného režimu. Smyslem edukace je posílit důvěru pacienta ve schopnost sebez péče, edukovaný pacient je schopen aktivně spolupracovat, rozhodovat se a podílet se na své léčbě. Zároveň je edukace vhodným nástrojem pro emoční podporu pacienta (Bastable, 2011, s. 10; Svěráková, 2012, s. 7). Podle Haluzíkové (2006, s. 276) je však edukace i přes rozvoj v poslední době stále nejslabším prvkem zdravotnické praxe, neboť trvale naráží na nedostatek času.

### **1.1 Základní prvky edukace v perioperační péči**

Pro potřeby této práce se blíže zaměříme na charakteristiku jednotlivých prvků edukace v perioperační péči. Pro správné pochopení problematiky je nutné objasnit si pojem perioperační péče. Perioperační péče je definována jako péče poskytovaná pacientovi před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Zahrnuje v sobě tedy všechny preoperativní, intraoperativní a postoperativní úkony, procesy a intervence (Wendsche, Pokorná, Štefková, 2012, s.13-14; Wichsová, 2013, s. 133).

Pojem edukace pochází z latinského slova educio či educare, jež je překládáno jako vést vpřed nebo vychovávat. Edukace je definována jako dynamický, kontinuální proces, během kterého je jedinec vychováván a vzděláván s cílem pozitivně změnit své dosavadní návyky, znalosti, dovednosti, chování a postoje. Průcha (2009, s. 66) upozorňuje na fakt, že pojmy výchova

a vzdělávání jsou v souvislosti s edukací neoddělitelně spjaty a nemohou figurovat samostatně (Juřeníková, 2010, s. 9).

Mezi základní prvky edukace patří edukant, tedy subjekt, který je učen, a edukátor, tedy subjekt, který druhému subjektu zprostředkovává učení.

Edukantem v oblasti perioperační péče je chirurgický pacient, tedy jedinec, u něhož je indikován diagnostický nebo terapeutický operační výkon, nebo samotný zdravotnický pracovník za účelem udržování odbornosti v rámci celoživotního vzdělávání. Úspěšnost edukace závisí na mnoha faktorech, ať už se jedná o fyzické faktory (pohlaví, věk, zdravotní stav, míra stresu), sociálně-kulturní faktory (víra, příslušnost k etniku atd.), afektivní faktory (hodnotový žebříček, motivace ke změně) a v neposlední řadě míra vzdělání, schopnost učit se (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukátorem ve zdravotnictví je lékař a nelékařští zdravotničtí pracovníci (všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, radiologický asistent, nutriční terapeut a další). V perioperační péči se pacienti nejčastěji setkávají s edukací lékařem a zejména pak perioperační sestrou, která je vyhláškou č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků definována jako zdravotnický pracovník, který:

*„vykonává činnosti podle § 54 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů“* (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Edukátor musí mít kromě odborných znalostí, praktických dovedností a osobnostních předpokladů, mezi nejvýznamnější z nichž pro edukaci patří trpělivost, empatie, schopnost komunikace, ochota pomoci, rovněž zvládnuté principy výuky a učení, neboť pacienti mohou mít v důsledku své nemoci obtíže s učením (Bastable, 2008, s. 12; Juřeníková, 2010, s. 10).

Pro roli edukátora ve zdravotnictví je základním požadavkem vysoká úroveň medicínských a ošetrovatelských znalostí. V současné době přichází do nemocnice klienti, kteří jsou poměrně hodně vzdělání v problematice svého onemocnění, ať už díky předchozí edukaci ambulantního obvodního lékaře, lékaře specialisty nebo sestry/porodní asistentky, nebo díky velkému množství internetových, časopisových a dalších veřejně přístupných zdrojů.

Bez vyspělých komunikačních a didaktických dovedností nemůže být edukace přínosná. Edukátor musí vhodně volit slova, vyvarovat se cizích slov a odborných termínů, hovořit

v krátkých větách a vhodně zapojovat neverbální komunikaci. Edukace musí být předem promyšlená, naplánovaná a realizovaná ve vhodný čas. Edukátor usiluje o získání zájmu edukanta, klienta povzbuzuje, chválí a podporuje a vytváří edukační prostředí, které je pro klienta motivující (Kadeřávková et al., 2008; Svěráková, 2012, s. 36).

Učení může probíhat buď přímým předáváním informací od jednoho subjektu směrem k druhému, nebo zprostředkovaně pomocí edukačních materiálů. Proces učení, tedy získávání vědomostí, dovedností a schopností, a tím pozměňování a utváření jedince v průběhu jeho života, se nazývá edukační proces. Edukační proces se v perioperační péči uplatňuje ve své intencionální, tedy záměrné podobě, kdy vědomě usilujeme o naučení. Nejčastěji pak probíhá učení senzomotorické, které vede k osvojení pohybových činností, a učení verbálně kognitivní. Příkladem senzomotorického učení v perioperační péči může být například nácvik chůze po úrazu nebo amputaci končetiny, nácvik správného dýchání po hrudních operacích, nácvik aplikace inzulinu nebo nízkomolekulárních heparinů. Během verbálně kognitivního učení si edukant prostřednictvím jazyka osvojuje různé poznatky. V praxi se může jednat o verbální edukaci pacienta o dietním opatření, o frekvenci pooperačních kontrol atd. (Juřeníková, 2010, s. 10; Průcha, 2009, s. 76).

Edukace probíhá v edukačním prostředí podle edukačního standardu. Edukační prostředí je utvářeno mnoha elementy, jež toto místo charakterizují. Jedná se o osvětlení, barvy, zvuk, teplotu, vybavení (nábytek, židle apod.), prostorové dispozice, tvar oken nebo o sociální vztahy mezi účastníky edukace, které pomáhají dotvořit atmosféru daného místa a učební klima. Úspěšnost edukace je silně determinována edukačním prostředím (Juřeníková, 2010, s. 10; Průcha, 2009, s. 68-71).

Edukace pacientů chirurgických oborů musí probíhat na vhodném místě. Toto místo by mělo být klidné, bez elementů, které by průběh edukace narušovaly. Edukace chirurgických pacientů může probíhat na všech místech, kterými pacienti během hospitalizace procházejí. Při indikování operace, případně při příjmu k hospitalizaci může být edukačním prostředím ambulance, na standardním oddělení probíhá edukace nejčastěji na pokoji pacientů, je-li možné zabezpečit dostatečné soukromí a nerušené prostředí. Dále pak může edukace probíhat v pracovně sester a lékařů, na vyšetřovně nebo ve speciálně určené edukační místnosti, ve které jsou přítomny nejrozličnější edukační pomůcky, modely, plakáty, obrázky. V rámci operačního traktu může v případě potřeby probíhat edukace v patientském filtru nebo přímo na operačním sále. Edukace v pooperačním období je pak vedena na jednotce

intenzivní péče, na dospávacím pokoji a na standardním pooperačním oddělení (Juřeníková, 2010, s. 10).

Edukační standard je závazná dohodnutá norma, měřítko, na základě kterého je udržována požadovaná úroveň kvality edukačních procesů. Slouží pro srovnávání a hodnocení. Jedná se o předem naplánovanou edukaci pro určitý subjekt, ve zdravotnictví nejčastěji pro klienta s určitým onemocněním. Praktické využití edukačních standardů pozitivně ovlivňuje kvalitu edukace, dovoluje hodnotit kvalitu edukace, je závaznou normou pro všechny edukátory a zároveň definuje minimální požadavky, které musí být během edukačního procesu naplněny. Edukační standard je tvořen několika částmi: téma edukace, charakteristika standardu, cíle edukace (kognitivní, afektivní a psychomotorické), závaznost standardu (kdo se jím musí řídit), platnost standardu, četnost kontrol standardu, kritéria plnění standardu (kdo, kdy a kde bude edukovat, s využitím jakých pomůcek a jaké dokumentace, jak bude postupovat a jakých výsledků edukant nabyt) a audit, který slouží pro zhodnocení plnění standardu, a to nejčastěji pozorováním a dotazováním edukanta a edukátora (Juřeníková, 2010, s. 71).

Základem kvalitní edukace je dobře zvládnutá komunikace mezi subjekty, ve zdravotnickém prostředí tedy mezi pacientem, lékařem a sestrou/porodní asistentkou (Zacharová, 2009, s. 14).

## **1.2 Fáze edukačního procesu**

Edukační proces ve zdravotnictví je systematický, cílevědomý, plánovaný, řízený proces probíhající mezi dvěma vzájemně závislými složkami, edukátorem a edukantem. Jedná se o periodicky opakující se proces složený z 5 fází, které na sebe logicky vzájemně navazují. Každá fáze edukačního procesu je závislá na fázi předcházející.

Edukační proces je často srovnáván s procesem ošetrovatelským, neboť mají, i přes rozdílné cíle, shodné na sebe navazující kroky. Oba procesy se soustřeďují na posouzení, plánování, provedení a vyhodnocení. Ošetrovatelský proces se zaměřuje na plánování a poskytování ošetrovatelské péče na základě posouzení tělesných a psychosociálních potřeb klienta, na druhé straně edukační proces se zaměřuje na plánování a provádění edukace na základě zhodnocení edukační potřeby, ochoty a připravenosti edukanta ke změně. Cílů ošetrovatelského procesu je dosaženo, jestliže jsou naplněny tělesné a psychosociální potřeby



klienta. Cíle edukačního procesu jsou splněny tehdy, je-li dosaženo změn v chování, schopnostech, dovednostech a postojích klienta (Bastable, 2006, s. 9-10; Juřeníková, 2010, s. 21-22; Kuberová, 2010, s. 25).

Pro tuto práci vycházíme z členění edukačního procesu dle Kuberové (2010, s. 25-30), která jednotlivé fáze definuje takto: **posuzování** (neboli analýza edukanta), **diagnostika** (neboli stanovení edukačních potřeb a diagnóz), **plánování** edukace, **realizace** edukace, **vyhodnocení** a zpětná vazba.

### 1.2.1 Posuzování

V první fázi edukačního procesu provádí edukátor posouzení pacienta. Během rozhovoru ověřuje úroveň znalostí a dovedností edukanta, jeho motivaci a ochotu k učení a k provedení změn v dosavadním životním stylu, soustředěnost a připravenost učit se. Edukátor musí zohlednit zdravotní stav pacienta, jeho věk, úroveň vzdělání a rovněž ekonomické, společenské a sociální faktory. Edukace bude probíhat rozlišným způsobem u dítěte, dospělého jedince nebo seniora, jinak u osoby zaopatřené a jinak u osoby v neuspokojivé finanční situaci, kde je nasnadě během edukace rovněž zmínit možnost a nabídnout pomoc při žádání o sociální dávky.

Edukátor (sestra/porodní asistentka, lékař aj.) zhodnotí potřebu edukace a zohlední specifická přání a potřeby edukovaného, stejně tak možnosti, jak edukovaného aktivně zapojit do získávání informací. Zjištění, třídění a analýza všech těchto informací je klíčem ke stanovení reálných cílů edukace. Pro analýzu pacienta je možné kromě rozhovoru využít i metodu pozorování (Bastable, 2008, s. 12; Bastable, 2011, s. 104; Juřeníková, 2010, s. 21; Svěráková, 2012, s. 33-34).

Je-li analýza edukanta prováděna pečlivě, je během této fáze odhaleno nejvíce faktorů, které by mohly být příčinou neúspěšné, neefektivní edukace. Jedná se o tzv. bariéry edukace, tedy vnitřní a zevní aspekty bránící naplnění edukačních cílů. Limitující faktory lze dělit podle několika hledisek: na překážky ze strany zdravotnického systému a ze strany klienta a jeho rodiny, v další klasifikaci pak na faktory biologicko-fyziologické, psychicko-duchovní, sociálně kulturní a faktory prostředí. Aspekty bránící úspěšné edukaci mohou být průběžně odhalovány v kterékoliv z dalších fází edukačního procesu, a to v závislosti na měnícím se zdravotním stavu pacienta, nicméně platí, že čím dříve budou bariéry odhaleny

a odstraněny, tím rychleji a efektivněji může edukace proběhnout, neboť nebude nutné měnit plán edukace zásadním způsobem (Juřeníková, 2010, s. 53-54; Svěráková, 2012, s. 37-38).

Za největší bariéru edukace je považován nedostatek času, který brání edukátorům provádět svoji roli efektivně. Otázka času je tedy rovněž hlavním problémem bránícím dostatečné edukaci chirurgických pacientů v perioperační péči. Vhodným řešením se zdá zaměstnat na oddělení sestru edukátorku, jejíž náplní práce by byla důsledná edukace klientů. Nutno však konstatovat, že v současné době se na většině oddělení sestry edukátorky nevyskytují a edukace klientů je prováděna v rámci práce sloužících směnových sester/porodních asistentek. Významnou bariérou edukace je nerespektování osobnostních charakteristik edukanta, mezi které se řadí pohlaví (ženy mají obecně lepší postoj ke svému zdraví a ke zdolávání nemoci než muži), věk, zdravotní stav a případná bolest, narušení smyslové percepce (hluchota, poruchy zraku apod.), psychický stav a stres, úroveň vzdělání, schopnosti, dovednosti a potřeby a motivace klienta. Významnou roli hrají i osobnostní rysy edukátora, jeho schopnost empatie, lidský přístup, trpělivost, schopnost vyučovat, vysvětlovat, úroveň komunikačních dovedností. Ze zevních faktorů je významný negativní vliv prostředí jako je nedostatek vhodného prostoru pro edukaci, kde není možno zachovat soukromí klienta a důsledně pečovat o jeho intimitu, nebo negativní vliv hospitalizace na jedince, který trpí sociální izolací a ztrátou nebo omezením sebekontroly.

Fáze posuzování je do značné míry ovlivněna časovým faktorem, jedná-li se o posuzování chirurgického pacienta, do jiné hloubky bude probíhat v případě plánovaného chirurgického zákroku, do jiné hloubky u akutních a urgentních operací (Bastable, 2008, s. 15-18; Haluzíková, 2006, s. 278; Juřeníková, 2010, s. 53-54; Svěráková, 2012, s. 37-38).

### **1.2.2 Diagnostika**

Ve druhé fázi edukačního procesu edukátor analyzuje informace získané od edukanta v první fázi procesu. Na základě výsledků analýzy stanoví edukační potřeby edukanta. Dle Juřeníkové (2010, s. 25) se edukační potřebou stává zjištěný deficit vědomostí, dovedností, pozitivních postojů nebo návyků, jež by mohly mít negativní dopad na zdraví edukanta v současnosti nebo budoucnosti. Edukační potřeby je nutné zaznamenat do edukační dokumentace. Pod pojmem edukační diagnóza se skrývá charakteristika problémů a potřeb klienta, včetně všech příčin a faktorů, které tyto problémy ovlivňují a podmiňují.

Pro stanovení edukačních diagnóz je nejčastěji využívána NANDA taxonomie II, přičemž naprostá většina diagnóz vztahujících se k edukaci a ke snaze klienta něčemu naučit spadají, i při holistickém vnímání pacienta jakožto bio-psycho-sociální a spirituální jednoty, do kategorie Nedostatečné znalosti (00126). Na základě analýzy edukanta pak edukátor může stanovit ještě diagnózy postojové (postoj k nemoci, ke zdraví, k životu atd.). V edukační dokumentaci musí být jasně uvedeno, které znalosti nebo dovednosti klientovi chybí. Edukační diagnózy jsou řazeny dle důležitosti (Dušová, 2006, s. 15; Janíková, 2013, s. 37; Kuberová, 2010, s. 25-26; NANDA International, 2013, s. 281; Taliánová, Řeřuchová, 2011, s. 46).

### 1.2.3 Plánování

Na základě získaných informací edukátor ve třetí fázi plánuje a připravuje edukační proces. V tzv. edukačním plánu stanovuje edukační témata v pořadí dle priorit, vytyčuje cíle, plánuje průběh, vhodně volí metody edukace, typ edukace, formu edukace, její obsah, harmonogram a volí pomůcky, které jsou pro daný edukační proces nezbytné. Plánování edukačního procesu v perioperační péči je silně ovlivněno časovým faktorem, který je závislý na tom, kdy se pacient k operaci dostaví (1 a více dní před operací, večer před operací, v operační den) (Juřeníková, 2010, s. 25; Svěráková, 2012, s. 34).

Při plánování edukace si tedy edukátor musí položit řadu otázek, jež vyžadují odpověď. Otázka „**Proč?**“ slouží k zamyšlení edukátora nad edukačními potřebami klienta a nad oblastmi, ve kterých musí dojít ke změně, aby se projevil pozitivní vliv na zdraví edukanta. Pod otázkou „**Koho?**“ edukátor chápe edukanta se všemi jeho charakteristikami, tedy zohledňuje jeho pohlaví, věk, mentální vyspělost, psychický a zdravotní stav, životní styl, motivaci a připravenost k učení, zvyky, postoje, názory a další aspekty, které vyhodnotí jako neopomenutelné. Na otázku „**Co?**“ edukátor odpovídá co bude obsahem edukace. Otázka „**Jak?**“ slouží k naplánování typu, formy a metody edukace tak, aby maximálně vyhovovala edukantovi i edukátorovi a pomohla dosáhnout stanovených cílů. Na otázku „**Kdo a kdy?**“ edukátor zvažuje odpověď, který ze členů zdravotnického týmu edukaci povede a která doba bude pro edukaci vhodná. U otázky „**Kde a za jakých podmínek?**“ edukátor vybírá edukační prostředí, kterým může být pokoj klienta, vyšetřovna, speciálně vyčleněná místnost atd., a edukační materiály a pomůcky, jichž bude využito. Při otázce „**S jakým výsledkem?**“ edukátor zvažuje možnosti a způsoby hodnocení efektivity edukace a změn u klienta. Edukační plán musí být dostatečně pružný, aby dokázal reagovat na všechny

změny podmínek a okolností, které by mohly narušit dosahování stanovených cílů edukace (Juřeníková, 2010, s. 26; Kuberová, 2010, s. 26).

### **1.2.3.1 Cíle edukace**

Cíl edukace je předem stanovený výsledek, ideální hranice, meta, již má být prostřednictvím edukace dosaženo. Cíle musí být reálné, dosažitelné a formulované co nejpřesněji, stanovují se ve spolupráci s jedincem, který bude edukován. Cíle edukátora musí být ve shodě s cíli edukovaného. Čím konkrétněji jsou cíle stanoveny, tím přesnější a snazší je následná kontrola účinnosti edukačního procesu. Každý edukační proces má tři cíle, kognitivní, afektivní a psychomotorický. Cíle mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé, nižší nebo vyšší. Formulace cílů musí být vždy ve znění doporučení, nikoliv rozkazů nebo zákazů.

V perioperační péči se s převahou užívají cíle kognitivní, ale rovněž afektivní cíle a psychomotorické cíle najdou své uplatnění. Afektivním cílem může být osvojení pozitivního přístupu k ochraně vlastního zdraví jedince či změna postoje k preventivním opatřením bránícím komplikacím nebo recidivám onemocnění, typickým psychomotorickým cílem chirurgických pacientů v perioperační péči je zvládnutí aplikace nízkomolekulárních heparinů, zvládnutí chůze po amputaci dolní končetiny apod (Haluzíková, 2006, s. 278; Juřeníková, 2010, s. 27; Kadeřávková et al, 2008; Kuberová, 2010, s. 26; Taliánová, Řeřuchová, 2011, s. 34).

**Kognitivní cíle** jsou koncipovány tak, aby vedly k nabytí a prohloubení vědomostí. Dle revidované Bloomovy klasifikace zahrnují kognitivní cíle 2 dimenze. První dimenzí je obsáhlá znalostní dimenze, jež zahrnuje 4 podkategorie, a to: znalost faktů (znalost základní terminologie a informací), znalost konceptuální (znalost vztahů mezi prvky, principů, kategorií, teorií atd.), znalost procedurální (znalost metod, postupů a technik) a znalost metakognitivní (znalost o poznávání a vlastním uvažování). Druhou dimenzí je dimenze kognitivního procesu, ve které nacházíme 6 hierarchicky řazených kategorií v pořadí od nejnižší po nejvyšší úroveň: zapamatovat, porozumět, aplikovat, analyzovat, hodnotit, tvořit. Bližší rozbor jednotlivých dimenzí a kategorií přesahuje rámec této práce. Typickým kognitivním cílem edukace v perioperační péči je dostatečná znalost pacienta v oblasti předoperační přípravy nebo pooperační péče (Bixler, 2007; Dabbagh, 2013a; Hudecová, 2003, s. 3-7; Kadeřávková et al, 2008).

**Afektivním cílem** rozumíme změnu a osvojování nových postojů, názorů a hodnot. Taxonomie afektivních cílů dle Kratwohla zahrnuje 5 podsystémů: vnímání, reakce, oceňování, integrace hodnot, zvnitřnění (interiorizace) hodnot. Pro účel této práce není dle našeho názoru nutné se jimi podrobněji zabývat. Příkladem dosažení jednoho z afektivních cílů edukace v perioperační péči je fakt, že pacient se chce podílet na své léčbě a chce spolupracovat (Bixler, 2007; Dabbagh, 2013b; Kadeřávková et al, 2008).

**Psychomotorickými cíli** je rozuměno budování psychomotorických dovedností, rozvoj jemné a hrubé motoriky. Pro úplnost tématu uvádíme, že nejčastěji je pro klasifikaci psychomotorických cílů využíváno dvou taxonomií, Daveovy taxonomie a taxonomie dle Harrowové. Daveova taxonomie zahrnuje 5 kategorií (imitace, manipulace, zpřesňování, koordinace, automatizace), taxonomie dle Harrowové zahrnuje 6 kategorií (reflexní pohyby, základní pohyby, percepční schopnosti, pohybové aktivity, adaptivní pohybové dovednosti, výrazově neverbální komunikace). Příkladem dosaženého psychomotorického cíle v perioperační péči je dovednost pacienta aplikovat si nízkomolekulární heparin apod. (Bixler, 2007; Dabbagh, 2013c; Kadeřávková et al, 2008; Mechlová, Mechl, 2003, s. 30).

### **1.2.3.2 Typy edukace**

Edukaci je možno rozdělit na tři typy: základní, reedukační a komplexní. Prostřednictvím základní edukace získává jedinec nové vědomosti a osvojuje si nové dovednosti, v ideálním případě mění své návyky, postoje a urovnává žebříček hodnot. Reedukační typ edukace navazuje na již dříve získané vědomosti a dovednosti a nadále je rozvíjí. Komplexní edukace je dlouhodobějším, na etapy členěným procesem předávání ucelených informací, nabývání dovedností a změny postojů s cílem udržet nebo zlepšit vlastní zdraví. V perioperační péči v naprosté většině případů převládá základní typ edukace, u chirurgických pacientů, kteří mají v anamnéze operační výkon, je možné využít typ reedukační a navázat tak na znalosti a dovednosti, které již pacienti mají (Juřeníková, 2010, s. 11-12).

### **1.2.3.3 Metody edukace**

Pojmem metoda edukace rozumíme postup, kterou je dosahováno vytyčených cílů, tedy předání informací, nabytí znalostí a dovedností a osvojení si návyků. (Svěráková, 2012, s. 38-39)

*„Edukační metodu tedy můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.“*  
(Juřeníková, 2010, s. 37)

Metody edukace můžeme rozdělit na 3 základní kategorie: teoretické, teoreticko-praktické a praktické. Teoretické metody jsou nejvhodnější pro předávání teoretických poznatků, objasňování pojmů, pro doplnění a aktualizaci vědomostí a podporu logického uvažování. Mezi teoretické metody edukace lze zařadit klasickou přednášku, přednášku doplněnou diskuzí, doslovné čtení textu (přednáška ex cathedra), cvičení, seminář. Teoreticko-praktické metody slouží nejen k předání teoretických poznatků, ale rovněž přibližují teoretickou výuku konkrétní praxi. Do teoreticko-praktických metod lze zařadit např. diskuzní metody, diagnostické a klasifikační metody, programovou výuku a další. Praktické metody slouží k nácviku a zdokonalení praktických dovedností. Mezi praktické metody se řadí např. instruktáž, stáž, exkurze, brainstorming a další (Juřeníková, 2010, s. 37; Mužík, 2004, s. 69-70).

Ve zdravotnické praxi se k edukaci nejčastěji využívá **přednáška**, během které je prostřednictvím mluveného slova předáváno penzum informací jakožto jeden celek, **vysvětlování**, při němž se edukátor snaží edukantovi objasnit všechny souvislosti, vztahy, příčiny a důsledky problému tak, aby byl schopen porozumět podstatě řešeného tématu. Velmi významnou metodou edukace je **instruktáž a praktický nácvik**. Praktický nácvik je užíván u klientů, u kterých je třeba docílit osvojení psychomotorických dovedností. Samotnému nácviku předchází teoretický úvod mluveným slovem (instruktáž). Při prvním předvádění nacvičované činnosti edukátor nejen pečlivě vysvětlí postup, ale zaměří se rovněž na popis chyb, které se mohou vyskytnout a kterých je třeba se vyvarovat, aby nedošlo k fixaci chybného postupu. První ukázka je prováděna pomalu s podrobným slovním komentářem, následuje další ukázka v tempu, jehož by mělo být po osvojení dovednosti dosaženo, třetí ukázka je opět v pomalu po jednotlivých krocích, následuje praktický nácvik. Edukátor musí důsledně kontrolovat pracovní postup edukovaného, metoda je tedy s výhodou využívána u jednotlivců nebo malých skupin edukantů. Častou edukační metodou je **konzultace**, při níž klient s odborníkem diskutuje svůj problém, nejasnosti nebo obdržená doporučení. Konzultace probíhá v přímém kontaktu a může být doplněna další metodou, například instruktáží a praktickým nácvikem. Během **práce s textem** jsou využívány nejrozličnější knihy, letáky, brožury, plakáty nebo články. Metoda musí být doplněna vždy další metodou, např. vysvětlením nebo konzultací. **Rozhovor** slouží k výměně informací mezi

edukátorem a jedním či více edukanty. Základem úspěšného rozhovoru jsou dobré komunikační dovednosti a správná formulace otázek tedy vyvarování se otázek složitých, nejasných, sugestivních nebo otázek s možností odpovědi ano/ne. Rozhovor může být volný nebo řízený.

V perioperační péči se při edukaci chirurgických pacientů nejčastěji využívá demonstrace a praktického nácviku, kdy perioperační sestra cvičí s pacienty například aplikaci nízkomolekulárních heparinů, bandážování končetin, chůzi po amputaci dolní končetiny, dýchání po nitrohručních operacích apod. Dále je využíváno přednášky a vysvětlení a v neposlední řadě je hojně využíváno práce s textem, tak jako tomu bylo i v případě našeho výzkumu, kdy byla pro edukaci chirurgických pacientů použita edukační perioperační kniha doplněná rozhovorem (Juřeníková, 2010, s. 38-46; Svěráková, 2012, s. 39; Taliánová, Řeřuchová, 2011, s. 28).

#### **1.2.3.4 Formy edukace**

Edukace ve zdravotnictví může probíhat ve třech formách – jako edukace individuální, skupinová nebo jako distanční učení.

Individuální edukace je edukace, která probíhá pouze u jednoho edukanta. Výhodou je možnost zohlednit osobní potřeby edukanta, jeho názory, postoje a zájmy a maximálně tak individualizovat edukační plán. Edukátor naváže s edukantem velice úzký vztah a má možnost nad rámec edukačního plánu pružně reagovat na sebemenší změny. Nevýhodou je značná časová náročnost individuální edukace. Z metod edukace je možno využít přednášku, vysvětlení, rozhovor, instruktáž a praktický nácvik, konzultaci nebo práci s textem. Individuální edukace je v perioperační péči užívána nejčastěji (Kadeřávková et al., 2008; Svěráková, 2012, s. 39).

Skupinová forma edukace probíhá mezi edukátorem a dvěma a více edukanty. Výhodou je možnost vyměňovat názory, zkušenosti a znalosti jednotlivých edukantů, zohledňování specifických individuálních potřeb jednotlivých účastníků edukace je však obtížnější. Edukátor musí vyrovnávat rozdíly mezi jednotlivými edukanty, edukaci řídit a usměrňovat a potencovat zájem a aktivitu všech zúčastněných. Nevýhodou skupinové edukace je nemožnost vytvořit přísně individuální edukační plán. Během skupinové edukace je možno navíc oproti individuální edukaci využít i brainstorming, brainwriting nebo diskuzi. Se skupinovou formou edukace se v perioperační péči téměř nesetkáváme.

Forma distančního učení, neboli e-learning, se v českém zdravotnictví pro edukaci pacientů nevyužívá, jeho použití je častější v rámci celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Jedná se o učení prostřednictvím počítačových kurzů, ve kterých je propojen text, animace, zvuk a video. Zpětná vazba mezi edukantem a edukátorem je zprostředkována prostřednictvím elektronických testů (Juřeníková, 2010, s. 46-47; Svěráková, 2012, s. 39).

#### 1.2.3.5 Edukační prostředky

Učební (edukační) pomůcky pomáhají zvýšit efektivitu edukace, lépe pochopit a osvojit si přednášené učivo a dosáhnout stanovených cílů díky názornému předvedení vyučované látky. Edukační pomůcky působí na edukanta motivačně a aktivačně, propojují teorii s praxí a edukaci vhodně doplňují a rozšiřují (Juřeníková, 2010, s. 48; Kuberová, 2010, s. 229).

Edukační pomůcky je možné rozdělit do několika skupin. **Textové pomůcky**, tedy pomůcky v psané formě, jsou nejvyužívanějšími edukačními pomůckami ve zdravotnictví, potažmo tedy i v perioperační péči, jejich použití je snadné, umožňuje doplňovat poznámky, výpisky, pomůcky se snadno přenášejí a snadno se s nimi manipuluje. Nevýhodou je jejich ztráta aktuálnosti, proto musí být často obnovovány a doplňovány. Používají se v kombinaci s dalšími typy pomůcek. Mezi textové pomůcky se řadí učebnice, letáky, brožury, odborné časopisy nebo noviny. Do **vizuálních pomůcek** spadají nástěnné obrazy nebo obrazy promítané pomocí dataprojektoru, tabule, fotografie, grafy, postery, modely a zdravotnické trenažéry, zdravotnické pomůcky (inzulinová pera, pomůcky k ošetřování apod.). Vizualní pomůcky lze využít ve skupině složené z více edukantů, problémem je však nedostatečná zpětná vazba mezi edukanty a edukátorem a v mnoha případech i nemožnost vrátit se k dříve prezentovanému. **Auditivní pomůcky** slouží ke zprostředkování sluchových vjemů. Jsou využívány v podstatně menší míře než dva dříve uvedené typy pomůcek, a to zejména proto, že chybí vizuální stránka edukace a velmi rychle se ztrácí pozornost edukantů. K auditivním pomůckám patří CD a MP3 přehrávače a rozhlasové vzdělávací programy. Čím dál více jsou ve zdravotnictví uplatňovány **audiovizuální pomůcky**, a to v případech, kdy je potřeba zprostředkovat zrakové a sluchové vjemy. Dají se využít i ve větších skupinách edukantů a jsou poutavé. Pořizovací cena potřebné techniky je však vyšší. Do audiovizuálních pomůcek lze řadit televizi, DVD přehrávač, video nebo dataprojektor.



V perioperační péči je možné setkat se nejvíce s používáním textových pomůcek, mezi které se kromě jiných řadí edukační kniha a informovaný souhlas (Juřeníková, 2010, s. 48-51; Kuberová 2010, s. 229-230).

#### **1.2.4 Realizace**

Po důkladném sběru a analýze dat a stanovení edukačních potřeb a edukačních diagnóz přistupuje edukátor k samotné realizaci edukace, kde zapojuje nejen svoji teoretickou přípravu, ale rovněž praktické dovednosti. Edukace se řídí plánem, který byl vypracován v rámci fáze plánování edukačního procesu. Během edukace není vhodné používat odborné termíny, zkratky a dlouhá souvětí. Edukace musí být jednoduchá, tak aby odpovídala úrovni pacientova chápání, předávané informace by měly být vícekrát zopakovány, což usnadní jejich zapamatování. Edukátor by měl během edukace edukanta povzbuzovat, aktivně zapojovat a chválit. Velkou výhodou je zapojení členů rodiny do edukace (Haluzíková, 2006, s.277-278; Juřeníková, 2010, s. 53; Kuberová, 2010, s. 28).

##### **1.2.4.1 Realizace edukace chirurgického pacienta před operací**

Nedostatečná nebo žádná edukace může být příčinou rozvoje řady nežádoucích jevů, jako je úzkost, strach, maladaptivní chování atd. Edukace probíhá téměř na všech místech, kde pacient přichází do styku s ošetřujícím personálem, v ambulancích, stacionářích, na lůžkových odděleních. Jedinou výjimkou však často bývá operační sál. Kusé informace o dění na operačním sále pacienti získávají od lékařů a kompetentních sester z operačních oddělení, ve větší míře pak z médií, internetu nebo osob ze svého okolí, které mají s pobytem na operačním sále vlastní zkušenosti. Úsilím poslední doby je, aby byl pacient o chodu operačních sálů a o svém pobytu v tomto prostředí dostatečně a včas edukován, a to osobami nejpopovolanějšími, které operační sál dobře znají, tedy lékaři z operačních sálů a instrumentářkami (Haluzíková, 2006, s. 276; Matlochová, 2012, s. 41).

Edukace chirurgických pacientů ve většině případů probíhá s využitím textových edukačních pomůcek, jako jsou brožury, letáčky a informované souhlasy, které zahrnují informace připravující klienty na nadcházející postup, a verbálních pokynů zdravotnických pracovníků v den operace. Ačkoliv se může zdát, že klient obsahu edukace porozuměl, předoperační úzkost, strach a stres mu může zabránit plně pochopit, co je mu vysvětlováno. Ideálním stavem by tedy byla edukace započatá před přijetím, tedy při prvním kontaktu s lékařem,

kdy se rozhoduje o provedení chirurgického zákroku, následovaná edukací během příjmu klienta k hospitalizaci a dokončená během hospitalizace těsně před operací (Kruzík, 2009, s. 381-382).

Kruzík (2009, s. 386) hovoří o výzkumy prokázaném pozitivním vlivu předoperační edukace na klienta. Díky předoperační edukaci se mírní předoperační úzkost a strach chirurgického pacienta, zkracuje se zotavovací doba a tím i doba hospitalizace, zmenšuje se riziko pooperačních komplikací, snižuje se spotřeba anestetik podávaných během operace a analgetik podávaných v pooperačním období a zvyšuje se spokojenost klienta i jeho rodiny.

Význam edukace není pouze psychologický, ale často slouží i k získání klíčových informací o klientovi, jako jsou alergie, nošení zubní náhrady, implantovaný kardiostimulátor atd. Tyto informace jsou kontrolovány i po přijetí pacienta na operační sál v rámci perioperačního bezpečnostního protokolu, ale v zájmu bezpečnosti pacienta není na škodu, jsou-li tyto informace zkontrolovány několikrát. Pečlivé plánování edukačního procesu, týmová spolupráce a zpětná vazba od chirurgického pacienta je klíčovým faktorem pro úspěšnou a účinnou edukaci, která je díky všem pozitivním předoperačním i pooperačním účinkům přínosem jak pro pacienta, tak pro ošetřující zdravotnický personál (Kruzík, 2009, s. 386-387; Málek, Čtrnáctá, Kurzová, 2004, s. 407; Matlochová, 2012, s. 41).

Předoperační edukace perioperační sestrou, která by mohla být vzorem pro další nemocnice, funguje například v nemocnici Třinec. Přes prvotní rozpaky perioperačních sester, plynoucí z nedostatku času nebo nezájmu ze strany pacientů, je nyní, po 4 letech od zavedení, edukace rozvinuta na dobré úrovni. Perioperační sestry provádějí edukaci u klientů, kteří projeví zájem a jejichž zdravotní stav a urgency operace to dovoluje, a to vždy odpoledne po skončení denního operačního programu. V případě náročného operačního programu a z toho plynoucího nedostatku času, je verbální edukace nahrazena edukační brožurou, která byla za tímto účelem vypracována. Kniha obsahuje nejen srozumitelný text, ale zároveň vyfocené jednotlivé úkony, které pacienta čekají (bandážování končetin, přeložení na operační stůl, uložení do operační polohy, nalepení inaktivní elektrody, zavedení flexily apod.). Samy perioperační sestry hodnotí zavedení edukace chirurgických pacientů jako přínosné a jako činnost, která má smysl (Matlochová, 2012, s. 41).

#### **1.2.4.2 Obsah edukace v perioperační péči**

Aby byla edukace chirurgických pacientů komplexní a maximálně efektivní, měla by postihnout všechny oblasti perioperační péče. Pacienti jdoucí k operaci by tak měli být edukováni zejména o příjmu na standardní oddělení a o jeho chodu, o předoperační přípravě, o jejich pobytu a péči poskytované v operačním traktu, o pooperačním období a poskytované péči v tomto období a v neposlední řadě o období a o doporučeném režimu po propuštění z nemocnice. V následujícím textu uvádíme nejvýznamnější body jednotlivých oblastí perioperační péče, které jsou následně podrobně rozpracovány v perioperační edukační knize, jež je součástí této práce (Wichsová, 2013, s. 133-134; Zeleníková, 2013, s. 88-89).

Chirurgický pacient bývá na oddělení přijímán zpravidla den před operací, diabetický pacient o dva až tři dny dříve. Již při indikaci a objednávání k operačnímu výkonu v ambulanci lékaře specialisty musí být pacient dostatečně poučen o tom, jaká vyšetření je potřeba v mezidobí podstoupit, kdy se k příjmu k hospitalizaci dostavit, s jakými dokumenty a s výsledky jakých vyšetření. Po fyzickém příjmu pacienta na oddělení (sesterský administrativní příjem a lékařský příjem) je pacient seznámen s chodem oddělení a s algoritmem vyšetření, léčby a péče, která bude následovat (Bartošová, Straková, 2013, s. 3).

Edukace pacienta o předoperační přípravě je zpravidla prováděna odpovědnou sestrou/porodní asistentkou ze standardního oddělení a měla by zahrnovat informace o významu předoperační přípravy a o jejím harmonogramu. Chirurgický pacient by měl být dostatečně informován o úpravě dietního režimu a o významu lačnění před operací, o významu a průběhu přípravy tlustého střeva před operací, o přípravě operačního pole. Sestra/porodní asistentka by dále měla pacientovi objasnit význam a metody prevence tromboembolické nemoci. V neposlední řadě musí být pacient poučen o premedikaci, která mu bude podána vpředvečer operace a v den operace, zejména pak o nutnosti omezit pohyb po podání premedikace, aby nedošlo k pádu pacienta (Penka, 2010, s. 18-20; Selingerová, 2012, s. 232-233).

Významnou částí edukace je edukace pacienta o pobytu v operačním traktu. V nemocničních zařízeních, kde je zvykem návštěva perioperační sestry u lůžka pacienta v den před operací, probíhá edukace o pobytu a péči poskytované v operačním traktu již během této návštěvy. V den operace se v operačním traktu pacient zpravidla setkává s perioperační sestrou, která jej předchodí den navštívila. Tato skutečnost edukaci usnadňuje, neboť sestra, se kterou se již zná, budí v pacientovi pocit důvěry a určitého bezpečí v cizím prostředí.

Pokud byl pacient edukován již v den předcházející operaci, perioperační sestra v krátkosti zopakuje základní informace, případně zodpoví dotazy, které pacient položí. Pokud edukace pacienta dosud neproběhla, popíše perioperační sestra pacientovi personální obsazení operačního sálu a následně jej edukuje o všem, co se s ním bude v operačním traktu dít, počínaje přeložením z transportního lehátka na sálové návozkové lehátko, přeložením na operační stůl, dále pacienta edukuje o významu provedení a jednotlivých složkách perioperačního bezpečnostního procesu a o poskytované péči a všech intervencích, které budou provedeny před nástupem anestezie. Edukace končí popisem péče v bezprostředním pooperačním období. V případě zájmu pacienta může perioperační sestra ještě popsat jednotlivé přístroje, které pacient na operačním sále vidí. Znalost prostředí, ve kterém se pacient nachází, může efektivně vést ke zmírnění předoperační úzkosti (Zeleníková, 2013, s. 89).

Edukace pacienta o pooperačním období probíhá částečně již na standardním oddělení před operací a následně v operačním traktu, hlavní část edukace pak probíhá na jednotce intenzivní péče, případně na dospávacím pokoji, kam je pacient po operaci přeložen. Edukace v pooperačním období zahrnuje zejména popis a harmonogram poskytované péče, výčet a popis možných pooperačních komplikací včetně metod, kterými lze riziko jejich výskytu minimalizovat, informace o pooperačním dietním režimu, o rehabilitaci a pohybovém režimu, o hygienických zásadách, o přeložení na standardní oddělení a o propuštění do domácího ošetřování (Garajová, 2010, s. 43-46).

Edukace týkající se péče a režimu po propuštění do domácího ošetřování probíhá během hospitalizace na standardním oddělení po operaci. Pacienti jsou edukováni o hygienickém, pohybovém a dietním režimu, o prevenci komplikací a recidiv onemocnění a o harmonogramu pooperačních kontrol u lékaře (Bartošová, Straková, 2013, s. 3).

### **1.2.5 Vyhodnocení**

Evaluační edukace je poslední fází procesu. Je prováděna průběžně během edukace (tzv. formativní hodnocení) a rovněž na závěr edukace (sumativní hodnocení) a probíhá formou pozorování (pozorování změn chování, pozorování při praktických činnostech) a formou dotazování. Edukátor hodnotí pokroky edukanta, jakých výsledků bylo u edukanta dosaženo, zda byly zcela naplněny cíle edukace, došlo-li ke změně postojů, hodnotového žebříčku, názorů a chování. V případě, že k naplnění cílů nedošlo, je nutné zjistit příčiny,

edukační plán revidovat a edukaci zopakovat. K příčinám neúspěšné edukace může patřit stanovení nereálných cílů, nedocnění potřeb edukanta, stanovení chybných edukačních diagnóz, chybějící motivace, nedostatečný čas nebo špatný přístup a učební strategie edukátora. Ve fázi edukace není hodnocen pouze edukant, ale rovněž edukátor, a to formou zpětné vazby ze strany edukovaného (Haluzíková, 2006, s. 278; Juřeníková, 2010, s. 66-67; Kuberová, 2010, s. 28-30).

## 2 Úzkost

Úzkost patří mezi základní lidské emoce, jedná se o nepříjemný psychosomatický prožitek doprovázený tělesnými a psychickými příznaky. Jediná, všeobecně uznávaná definice úzkosti neexistuje. Čeští i zahraniční autoři zabývající se problematikou úzkosti (Bourne, 2011, s. 6; Janíček, 2008, s. 17; Nakonečný, 2000, s. 241; Vymětal et al., 2007, s. 22) se shodují, že úzkost nemá přesně definovatelnou příčinu, která ji vyvolá, neexistuje konkrétní hrozba. Je reakcí na předtuchu, neviditelné ale očekávané nebezpečí, u něhož člověk neví kdy, ani odkud přijde. Rozvinutí úzkosti závisí na minulé zkušenosti jedince (Knopp, 2009, s. 35; Ulč et al. 1999, s. 13).

V životě člověka je úzkost běžná, hraje nezastupitelnou roli. Pokud je úzkost vyvolána stresory, které ohrožují zdraví, život nebo důstojnost člověka, nejedná se o psychickou poruchu, nýbrž o fyziologickou reakci organismu. Intenzita i délka ataky úzkosti je různá. Může trvat od několika vteřin či minut až do několika týdnů, může se projevit pouze pocitem zvýšeného napětí, ale také akutním záchvatem paniky. Mírná úzkost má ochranný charakter, aktivuje obranné mechanismy a zvyšuje výkon jedince, aby byl schopen se nové situaci bránit či přizpůsobit. Problém nastává ve chvíli, kdy je úzkost nepřiměřená, tedy kdy trvá dlouhou dobu, je intenzivní, objevuje se často nebo v nevhodných situacích. Dojde-li k překročení hranice, kdy úzkost začne bránit plnohodnotnému prožívání života a vykonávání běžných každodenních činností, je nutné začít na úzkost nahlížet jako na nemoc (Janíček, 2008, s. 18-19; Knopp, 2009, s. 35; Nepokojová, 2011, s. 25; Praško, Ondráčková, Šípek, Kosová, 2004, s.1-2; Sekot, 2011, s. 179).

### 2.1 Úzkost versus strach

Ve společnosti běžně dochází k záměně pojmů strach a úzkost. Nakonečný (2000, s. 241) uvádí případ zahraniční autorky M. B. Arnold (1968), která pojmy nerozlišuje. V další literatuře (Nakonečný, 2000, s. 241; Ptáček, Kuželová, 2011, s. 30; Vymětal et al., 2007, s. 22) je již rozdíl ve významu pojmů jasně vymezen. Pocitové vnímání strachu a úzkosti je téměř totožné, strach má však, na rozdíl od úzkosti, jasně daný předmět, konkrétní nebezpečí či situaci, které ho vyvolávají.

Strach je, stejně jako úzkost, běžnou emocí, jež má význam v ochraně člověka před nebezpečím, ohrožením a poškozením. Pozitivní vliv strachu je ovšem rovněž shledáván

pouze v případě, kdy se strach objevuje v přiměřené míře a v odpovídajících situacích. Úzkost bývá lidmi subjektivně vnímána intenzivněji, neboť očekávání neznámého působí člověku větší trýzeň, než identifikovatelná hrozba (Vymětal et al., 2007, s. 22-23).

Teoreticky lze tedy pojmy strach a úzkost vymezit poměrně přesně, v praxi se však hranice mezi strachem a úzkostí stírají, oba stavy od sebe lze oddělit velmi obtížně. Zeleníková (2013, s. 83-84) zmiňuje tzv. „syndrom strachu a úzkosti“ (fear-anxiety syndrom), který lze popsat u člověka, u něhož jsou charakteristiky úzkosti (nejasný pocit diskomfortu, neznámá příčina úzkosti apod.) a charakteristiky strachu (známý zdroj strachu, chování ve smyslu boje nebo útěku apod.) přítomny současně. Typickým příkladem jedince, u něhož se s tímto syndromem lze setkat, je chirurgický pacient, který prožívá strach z operace, anestezie, ze ztráty kontroly, ze smrti apod. a zároveň úzkost, která se vztahuje na neznámé následky.

## **2.2 Projevy úzkosti**

Úzkost je někdy označována rovněž jako nervozita, tenze nebo stres. Postihuje jak psychiku člověka, tak jeho fyzickou stránku, mimiku, chování a výkonnost.

Škála psychických příznaků typických pro úzkost je velmi pestrá. Patří k nim pocit napětí, sevřenosti, tíseň na hrudi, obavy, ostražitost, špatná koncentrace, únava, porucha spánku (nespavost), ospalost, depersonalizace (jedinec je tzv. mimo sebe) a derealizace (pocit, že okolí není reálné), podrážděnost, závratě, pocit na omdlení a strach ze smrti (Janíček, 2008, s. 31; Knott, 2013, s. 1-2; Kopista, Kopistová, 2013; Prašková, Praško, 2000, s. 13; Vymětal et al., 2007, s. 22).

Somatické projevy jsou reakcí na hrozící nebezpečí a zároveň připravují tělo k obraně, k odvrácení hrozby. K obvyklým somatickým projevům úzkosti patří zvýšená svalová tenze a tremor (třes), tachykardie, palpitace, hyperventilace, lapavé dechy, sevření na hrudi, pocení, červenání nebo blednutí obličeje, chladná akra, nauzea, sucho v ústech, zvýšená viskozita slin, obtížné polykání, časté močení, trávicí obtíže (obstipace, průjem), návaly horka nebo chladu, mravenčení, slabost v končetinách (Anxiety, 2013; Honzák, 2005, s. 32; Kopista, Kopistová, 2013; Lawson, 2013; Prašková, Praško, 2000, s. 13; Nakonečný, 2000, s. 245).

Z mimických projevů úzkosti uvádí Vymětal et al. (2007, s. 22) mydriázu zornic, otevření úst, sníženou mimiku.

Prožívání úzkosti je na jedinci patrné na první pohled i z jeho chování. Úzkostný jedinec mění hlasový projev od napjatého hlasu, přes úmyslně hluboký, hovoří rychle nebo zvýšeným tónem. Jeho hlas je rovněž poznamenán pocitem „knedlíku v krku“. Jedinec působí strnule, má tendenci k úhybným manévřům, reaguje lekavě se sklony k útěku (Kast, 2012, s. 17; Prašková, Praško, 2000, s. 13; Vymětal et al., 2007, s. 22).

Úzkost v neposlední řadě ovlivňuje rovněž výkonnost jedince. Nižší, mírná úzkost podněcuje aktivitu člověka, zatímco vysoká míra úzkosti již vede k apatii, nezájmu a výkon jedince snižuje (Vymětal et al., 2007, s. 22).

Uvedený výčet projevů úzkosti přesto není konečný, neboť úzkost může být ve svých projevech velmi kreativní.

## **2.3 Terapie úzkosti**

Jak bylo řečeno dříve, úzkost je v životě člověka běžná a v přiměřené míře není nežádoucím, nebezpečným jevem, je pouze velmi nepříjemná. Jedinec, kterého čas od času zachvátí pocit úzkosti, má své vlastní metody, jimiž se s atakou úzkosti vyrovnává, ať už se jedná o uklidňující dýchání, odpočinek a relaxaci, oblíbenou činnost, která odvede pozornost, nebo rozhovor s rodinou či blízkými (Janíček, 2008, s. 17; Kennerley, 1998, s. 39).

Klíčovým bodem v péči o úzkostného jedince je triáda napětí – úzkost – bolest. Jedná se o stále plynoucí koloběh, který je možné narušit působením na jeho jednotlivé aspekty. Tedy účinnou eliminací vnitřní tenze a navozením uvolnění; farmakologickými a/nebo nefarmakologickými metodami vedoucími k odstranění nebo zmírnění bolesti; relaxační a/nebo medikamentózní léčbou úzkosti (Ulč et al., 1999, s. 42).

Mezi nefarmakologické metody mírnění a odstraňování úzkosti se řadí kognitivně-behaviorální terapie, což je psychoterapeutický přístup, jehož cílem je zmírnit a odstranit psychické problémy identifikací a analýzou chybných, negativních idejí, představ a myšlenek. Jedinec se pod vedením terapeuta naučí rozpoznávat nezdravé vzorce myšlení a měnit je, což se postupně pozitivně projeví v jeho chování (Praško, Kosová, 1998, s. 12).

Další nefarmakologickou metodou k odstranění úzkosti je muzikoterapie. Muzikoterapie, zejména anxioalgolytická hudba, která pomáhá snižovat úzkost a bolestivé počitky, je často využívána v zahraničí u chirurgických pacientů v perioperační péči, v českých zdravotnických



zařízeních není její užití prozatím nijak obvyklé. Terapie hudbou spočívá v odpoutání pozornosti od bolesti, v maskování nepříjemných zvuků v okolním prostředí, v navození relaxace (Zeleníková, 2013, s. 90-91).

Z dalších nefarmakologických technik vedoucích ke zmírnění úzkosti je třeba zmínit nejčastěji užívanou techniku, a sice podávání informací, potažmo edukaci, ale také využití aromaterapie, reflexologie, relaxačních technik a humoru (Zeleníková, 2013, s. 91).

Farmakologické ovlivnění úzkosti spočívá v aplikaci premedikace, tedy v podávání medikace chirurgickým pacientům před operací. Léky aplikované v rámci premedikace působí částečně analgeticky, antiemeticky, antikonvulzivně, antipsychoticky, jejich největší účinkem je ale účinek anxiolytický. Premedikace je mimo jiné podávána za účelem zklidnit pacienta a zmírnit jeho strach a úzkost. Nejčastěji užívanými anxiolytiky v rámci premedikace jsou benzodiazepiny (Zeleníková, 2013, s. 90).

## **2.4 Úzkostný pacient**

Úzkost každého pacienta je nepopsatelná, neboť je výhradně jeho. Rovněž hodnocení míry úzkosti je čistě subjektivní. První záchvěv úzkosti pacient zažije ještě před příchodem do nemocnice, v době, kdy je mu ošetřujícím lékařem stanovena a sdělena diagnóza a navržen postup léčby onemocnění. První krok v terapii úzkosti je tedy v rukách ambulantních lékařů a sester/porodních asistentek, kteří by pacientovi měli podat dostatek srozumitelných informací o předoperačním vyšetření, o samotném zákroku, o pooperačním období, uklidnit ho (Janíček, 2008, s. 17; Libigerová, 2005, s. 66; Vosátková, Houdková, 2008, s. 63).

Každé přijetí do nemocnice vyvolává v jedinci úzkost, a to bez ohledu na závažnost zdravotního stavu. Pacient, který přichází do nemocnice, se náhle ocitá v neznámém prostředí mezi neznámými lidmi. Očekávaný operační výkon v něm opět probouzí pocit ohrožení a nebezpečí, úzkost se stupňuje. Ošetřující personál musí pacientovi, který hovoří o úzkosti, věřit, případně ji podle projevů rozpoznat a ihned řešit. Nereflektovaná nebo nezvládnutá úzkost pacienta zhoršuje nejen perioperační období, ale komplikuje celou hospitalizaci pacienta (Málek, Čtrnáctá, Kurzová, 2004, s. 406; Vosátková, Houdková, 2008, s. 63).

### **2.4.1 Role zdravotníků v péči o úzkostného pacienta**

Základem terapeutického úspěchu zdravotnických pracovníků je profesionalita, empatie, ohleduplnost a citlivé chování. Úzkostný pacient reaguje na všechny podněty velmi citlivě, jeho pozornost bývá často roztěkaná, proto se v roli sestry i v roli lékaře velmi uplatní umění trpělivosti (Janíček, 2008, s. 112).

Pilířem psychoterapeutického působení na úzkostného pacienta je rozhovor. Cílem rozhovoru je navázat s jedincem vztah založený na důvěře, přiblížit se pacientovi. Lékař v kooperaci se sestrou/porodní asistentkou seznámí pacienta se zdravotním stavem, předpokládaným průběhem hospitalizace, plánovanou terapií a operačním výkonem spolu s jeho přínosem pro pacienta, s ošetrovatelskou péčí, chodem oddělení atd. Podmínkou úspěšného a přínosného rozhovoru je však i umění naslouchat, poslouchat a reagovat na dotazy ze strany pacienta (Gulášová et al., 2012, s. 42; Prašková, Praško, 2000, s. 19; Vosátková, Houdková, 2008, s. 63).

Má-li mít rozhovor psychoterapeutický účinek, nesmí být veden direktivně, naopak je žádoucí přátelská, nikoliv autoritativní, rovina. Psychoterapeutický rozhovor může být veden sestrou/porodní asistentkou/porodní asistentkou. Ta by měla před započetím rozhovoru znát anamnestická data a obtíže pacienta, a to nejen zdravotní, pokud se pacient chce svěřit. Sestra/porodní asistentka je pacientovi psychickou a emoční podporou, snaží se ho namotivovat k aktivní spolupráci. Přínosem psychoterapeutického rozhovoru, byť ho nevede klasifikovaný terapeut, je již samotný fakt, že pacientovi je věnována pozornost. Chybou zdravotníků při poskytování péče úzkostnému pacientovi je strohá, ba dokonce žádná komunikace, a prosté zaměření na vyšetřování a ošetřování (Exnerová, 2006, s. 65-66; Janíček, 2008, s. 111).

### **2.4.2 Měřicí nástroje pro hodnocení úzkosti a strachu**

Hodnocení úzkosti a strachu není v klinické praxi standardně prováděno, měřicí nástroje jsou častěji využívány v rámci výzkumných studií. Existuje několik standardizovaných měřících nástrojů.

**GAS** (Graphic Anxiety Scale) je jednopoložková škála, na které pacient hodnotí úzkost, kterou momentálně prožívá. Na škále je na výběr z výroků: klidný, mírně úzkostný, průměrně úzkostný, velmi úzkostný, extrémně úzkostný (Zeleníková, 2013, s. 86).

**BAI** (The Beck Anxiety Inventory), Beckův inventář úzkosti, obsahuje 21 položek popisujících subjektivní příznaky, somatické příznaky a příznaky úzkosti související s panikou. Podle bodového skóre jsou následně pacienti kategorizováni do 4 kategorií úzkosti. Dosažení skóre 0 až 7 bodů řadí pacienta do kategorie minimální úroveň úzkosti, 8 až 15 bodů značí mírnou úzkost, 16 až 25 bodů střední úzkost a 26 až 36 bodů značí těžkou, závažnou úzkost (Beck, Steer, 1993; Beckův inventář úzkosti, 2013; Zeleníková, 2013, s. 86).

Oba výše zmíněné měřicí nástroje byly využity ve výzkumné části této práce. Z dalších měřicích nástrojů jmenujeme pro úplnost škálu **STAI** (Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory), která pomocí 40 položek slouží k sebeposuzování pacienta; **VAS**, vizuální analogovou škálu sloužící k zakreslení míry úzkosti; **APAIS** (The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale), jež je tvořena dvěma škálami, kdy jedna hodnotí úzkost (4 otázky zabývající se strachem z anestezie a operace) a druhá potřebu informací (2 otázky); **HADS** (The Hospital Anxiety and Depression Scale), 14ti položkový dotazník nemocniční úzkosti a deprese; **HARS** (The Hamilton Anxiety Rating Scale), 14ti položkovou škálu k hodnocení závažnosti příznaků úzkosti; **ASSQ** (Anxiety Specific to Surgery Questionnaire) a **COSS** (The Coping with Surgical Stress Scale) (Zeleníková, 2013, s. 86-87).

## **II VÝZKUMNÁ ČÁST**

Empirická část diplomové práce je zaměřena na hodnocení vlivu edukace pacientek s indikovaným operačním výkonem na jejich předoperační úzkost. V této části práce se zaměříme na rozbor a zpracování dat získaných dotazníkovým šetřením a na diskutování výsledků výzkumu.

### **3 Výzkumné otázky a pracovní hypotézy**

#### **Výzkumné otázky**

Výzkumná otázka č. 1

Mají pacientky porodnicko-gynekologického pracoviště indikované k operačnímu výkonu zájem o předoperační edukaci s využitím perioperační edukační knihy?

Výzkumná otázka č. 2

Setkaly se ženy s operačním výkonem v anamnéze s edukací perioperační sestrou?

Výzkumná otázka č. 3

Jaké jsou nejčastější zdroje informací pacientek porodnicko-gynekologického pracoviště indikovaných k operačnímu výkonu?

Výzkumná otázka č. 4

Jaký je vliv edukace pacientek na subjektivní míru jejich informovanosti?

Výzkumná otázka č. 5

Jaký je vliv edukace pacientek na subjektivní míru jejich úzkosti?

#### **Pracovní hypotézy**

Pracovní hypotéza č. 1

Subjektivní míra informovanosti pacientek se díky edukaci v předoperačním období zvýší.

Pracovní hypotéza č. 2

Vlivem edukace v předoperačním období dojde u pacientek ke zmírnění úzkosti.

## **4 Metodika výzkumu**

### **4.1 Charakteristika souboru**

Výzkumný soubor tvořilo celkem 59 žen, pacientek akreditovaného porodnicko-gynekologického pracoviště ve Východočeském regionu, které byly indikovány k operačnímu výkonu, hovořily českým jazykem a projevíly zájem o edukaci a účast ve výzkumu. Limitujícím faktorem pro vyplnění dotazníku byl věk respondentek, a to 18 a více let. Žádné další limitující faktory stanoveny nebyly.

### **4.2 Výzkumný nástroj**

K získání dat pro výzkumné šetření byla zvolena metoda anonymního kvantitativního dotazníkového šetření. Dotazník byl určen ženám, pacientkám porodnicko-gynekologického pracoviště, u kterých byl indikován operační výkon. Dotazník je součástí diplomové práce jako Příloha A.

Dotazník je složen ze tří částí. První část dotazníku je tvořena standardizovaným dotazníkem BAI (Beckův inventář úzkosti) obsahujícím 21 položek, které popisují subjektivní příznaky, somatické příznaky a příznaky úzkosti související s panikou. Úkolem respondentek bylo označit křížkem, do jaké míry je jednotlivé symptomy úzkosti obtěžovaly během posledního týdne včetně dne, kdy vyplňovaly dotazník.

Druhá část dotazníku je nestandardizovaná a tvoří ji 10 otázek. Otázky jsou uzavřené (otázky č. 1, 2), uzavřené škálové (otázka č. 6 – GAS škála, otázka č. 9), polootevřené (otázky č. 3, 4, 7, 8, 10) a otevřené (otázka č. 5).

Třetí část dotazníku je tvořena 7 otázkami, které jsou uzavřené (otázky č. 16, 17), uzavřené škálové (otázky č. 11, 14 a otázka č. 13 – GAS škála), polootevřené (otázka č. 12) a otevřené (otázka č. 15).

První část dotazníku – Beckův inventář úzkosti a druhá část dotazníku byly určeny k vyplnění před edukací, třetí část dotazníku byla určena k vyplnění po edukaci.

Pokud nebylo u otázky uvedeno jinak, mohly respondentky označit pouze jednu odpověď.

### **4.3 Tvorba perioperační knihy**

Realizaci výzkumu předcházela tvorba edukační perioperační knihy, která následně sloužila k edukaci pacientek v předoperačním období. Do edukační knihy byly zařazeny dvě kapitoly. První kapitola byla zaměřena na organizaci operačních sálů, druhá kapitola na perioperační péči.

V rámci první kapitoly byly pacientky seznámeny se stavebním uspořádáním operačních sálů, které bylo rovněž názorně prezentováno pomocí fotografií operačních sálů a dospávacího pokoje, které byly pořízeny a použity se svolením vrchní sestry porodnicko-gynekologického pracoviště a staniční sestry operačních sálů. Prostudováním této kapitoly dále pacientky získaly informace o personálním zabezpečení operačních sálů a náhled na spektrum prováděných operací na daném pracovišti.

Druhá kapitola byla zaměřena na pohyb pacientek v prostředí porodnicko-gynekologického pracoviště a na poskytování perioperační péče na jeho jednotlivých úsecích. Pacientky získaly přehled o průběhu příjmu na standardní operační oddělení před operací, o významu a harmonogramu předoperační přípravy, o příjezdu a poskytované péči v rámci operačního traktu a o průběhu pooperačního období.

Vytvořená edukační kniha je součástí této práce.

### **4.4 Organizace výzkumu**

Vlastnímu sběru dat určených k výzkumu předcházela pilotní studie realizovaná v únoru roku 2014. Během pilotní studie bylo osloveno 6 žen, které během edukace a vyplňování dotazníku měly identifikovat a sdělit nejasnosti a chybějící informace v perioperační edukační knize a nejasnosti a nedostatky v dotazníku. Všechny připomínky zúčastněných pacientek byly akceptovány a edukační kniha a dotazník byly nepatrně upraveny a následně použity pro vlastní výzkumné šetření.

Sběr dat probíhal v únoru roku 2014 se souhlasem náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestry porodnicko-gynekologického pracoviště, staniční sestry operačních sálů a staniční sestry oddělení operační gynekologie.

## 4.5 Metoda sběru dat

Pacientky, které souhlasily s edukací a zařazením do výzkumu, obdržely v předvečer operace (v případě pacientek přijatých k hospitalizaci 1 a více dní před operačním výkonem) nebo ráno v den operace (v případě ambulantních výkonů, u kterých byla dostatečná časová rezerva mezi příjmem k výkonu a vlastním návozem na výkonový sál) perioperační edukační knihu, dotazník a propisovací tužku a následně proběhlo jejich poučení o způsobu vyplnění dotazníku a ujištění, že při sběru dotazníků bude respondentkám ponechán prostor na dotazy.

Respondentkám byl ponechán dostatečný časový prostor (dle potřeby, minimálně však 1 hodina) pro vyplnění dotazníku a pro prostudování perioperační edukační knihy. Následně proběhla kontrola ze strany autorky práce – edukátorky, zda byly informace pochopeny, případně zda mají respondentky zájem o doplnění nějakých informací. Respondentky provedly poslední kontrolu vyplnění dotazníku a dotazník odevzdaly. Perioperační edukační kniha byla zájemkyním ponechána, od ostatních respondentek vybrána a připravena k dalšímu použití.

## 4.6 Analýza dat

Data získaná prostřednictvím dotazníkového šetření byla zpracována a vyhodnocena pomocí grafů a tabulek s podrobným komentářem. Pro tvorbu grafů a tabulek byl použit program Microsoft Office Excel 2003.

Pro prezentaci dat byly zvoleny sloupcové a výsečové grafy.

V tabulkách jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnosti ( $n_i$ ) vyjadřují počet respondentek, které v dotazníku označily danou možnost. Relativní četnost ( $f_i$ ) vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí ve zkoumaném vzorku. Je vyjádřena podílem absolutní četnosti k celkové četnosti ( $n$ ):  $f_i [\%] = n_i / n * 100$ . Relativní četnosti v uvedených tabulkách jsou zaokrouhlovány na jedno desetinné místo. Celková četnost ( $n$ ) vyjadřuje celkový počet respondentek.

Stanovené hypotézy byly statisticky ověřeny neparametrickým Wilcoxonovým párovým testem v programu STATISTICA 12 na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

## 5 Prezentace výsledků výzkumného šetření

V této kapitole diplomové práce se zabýváme rozbořem a zpracováním dat získaných výzkumným šetřením a názornou prezentací všech výsledků.

### 5.1 Beckův inventář úzkosti

Prostřednictvím Beckova inventáře úzkosti bylo zjišťováno, nakolik byly respondentky obtěžovány jednotlivými symptomy úzkosti za poslední týden včetně dne, kdy vyplňovaly dotazník. U každého ze symptomů úzkosti mohly označit jednu ze čtyř kategorií (vůbec, mírně, středně, vážně), nakolik byly daným symptomem postiženy. V Tabulce 1 jsou uvedeny absolutní četnosti ( $n_i$ ) a relativní četnosti ( $f_i$ ) odpovědí respondentek u každého ze symptomů.

**Tabulka 1** Beckův inventář úzkosti

	<b>vůbec</b>		<b>mírně</b> <i>moc mě to nerušilo</i>		<b>středně</b> <i>bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet</i>		<b>vážně</b> <i>stěžím jsem to vydržel(a)</i>	
	0 bodů		1 bod		2 body		3 body	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
Mrtvení nebo mravenčení	43	72,9	10	16,9	6	10,2	0	0,0
Pocit horka	35	59,3	12	20,3	10	16,9	2	3,4
Vratkost nohou	31	52,5	19	32,2	8	13,6	1	1,7
Neschopnost odpočinku	17	28,8	16	27,1	14	23,7	12	20,3
Strach z nejhorší události	24	40,7	18	30,5	10	16,9	7	11,9
Závrať nebo pocit na omdlení	44	74,6	12	20,3	3	5,1	0	0,0
Bušení srdce, zrychlený tep	17	28,8	18	30,5	20	33,9	4	6,8
Neklid	6	10,2	22	37,3	20	33,9	11	18,6
Zděšení	32	54,2	17	28,8	8	13,6	2	3,4
Nervozita	2	3,4	23	39,0	22	37,3	12	20,3
Pocit dušnosti	46	78,0	9	15,3	3	5,1	1	1,7
Chvění rukou	36	52,2	32	46,4	1	1,4	0	0,0
Třes	41	69,5	15	25,4	3	5,1	0	0,0
Strach ze ztráty kontroly	37	62,7	13	22,0	5	8,5	4	6,8
Namáhavé dýchání	37	62,7	19	32,2	3	5,1	0	0,0
Strach ze smrti	29	49,2	17	28,8	9	15,3	4	6,8
Panika	39	66,1	12	20,3	8	13,6	0	0,0
Trávící potíže nebo bolesti břicha	12	20,3	18	30,5	24	40,7	5	8,5
Pocit na omdlení	42	71,2	11	18,6	6	10,2	0	0,0
Zarudnutí v obličeji	40	67,8	13	22,0	5	8,5	1	1,7
Pocení	24	40,7	22	37,3	10	16,9	3	5,1



Minimální hodnota, které respondentky mohly v Beckově inventáři úzkosti (BAI) dosáhnout, bylo 0 bodů, maximální počet bodů, jehož je možné v BAI dosáhnout je 63 bodů. Analýzou dat bylo zjištěno, že respondentky v našem výzkumném vzorku dosahovaly průměrně 15,9 bodů. Minimum dosažených bodů činilo 0, jehož dosáhly 2 (3,4 %) respondentky, maximum dosažených bodů činilo 40, jehož dosáhla 1 (1,7 %) respondentka. Nejčetněji zastoupeným skórem (modus) byly 4 body, jehož dosáhlo 6 (10,2 %) respondentek. Medián byl roven 14 bodům, směrodatná odchylka dosahovala 10,6 bodů. Výše zmíněné výsledky jsou přehledně prezentovány v Tabulce 2.

**Tabulka 2** Popisná statistika – Beckův inventář úzkosti

	<b>N platných</b>	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>Modus</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Sm. odch.</b>
<b>BAI skóre</b>	59	15,9	14	4	0	40	10,6

Dle manuálu k Beckově inventáři úzkosti (Beck, Steer, 1993) lze úzkost kategorizovat do 4 skupin, dle dosaženého bodového skóre. Při dosažení 0 až 7 bodů se jedná o minimální úroveň úzkosti, 8 až 15 bodů představuje mírnou úzkost, 16 až 25 bodů představuje středně závažnou úzkost, skóre 26 a více bodů značí závažnou, těžkou úzkost. Kategorizací získaných dat dle manuálu BAI bylo zjištěno, že 16 (27,1 %) respondentek subjektivně prožívá minimální úzkost, rovněž 16 (27,1 %) respondentek subjektivně prožívá mírnou úzkost, 13 (22,0 %) respondentek prožívá subjektivně středně závažnou úzkost a 14 (23,8 %) respondentek prožívá těžkou, závažnou úzkost. Rozdíly v četnosti zastoupení jednotlivých úrovní úzkosti byly ve zkoumaném vzorku minimální. (viz Tabulka 3)

**Tabulka 3** Kategorie úrovně úzkosti dle manuálu BAI

<b>Úroveň úzkosti</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
minimální úzkost (0 - 7 bodů)	16	27,1
mírná úzkost (8 - 15 bodů)	16	27,1
střední úzkost (16 - 25 bodů)	13	22,0
závažná úzkost (26 - 63 bodů)	14	23,8
<b>Σ</b>	59	100,0

## 5.2 Vyhodnocení otázek č. 1 - 17

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Respondentky měly na výběr ze 6 věkových kategorií:

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) 61 – 74 let
- e) 75 – 90 let
- f) 91 let a více

První otázka dotazníku sloužila k charakterizování výzkumného vzorku z hlediska jeho věkového rozložení. Věková kategorie 18 – 30 let byla zastoupena 13 (22,0 %) respondentkami, věková kategorie 31 – 45 let byla zastoupena 16 (27,1 %) respondentkami. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byla skupina 46 – 60 let, kterou označilo 22 (37,3 %) respondentek. Do věkové kategorie 61 – 74 let spadalo 8 (13,6 %) respondentek. Věkové kategorie 75 – 90 let a 91 a více let nebyly ve zkoumaném vzorku respondentek zastoupeny. Přehled získaných dat je znázorněn v Tabulce 4.

**Tabulka 4** Věk respondentek

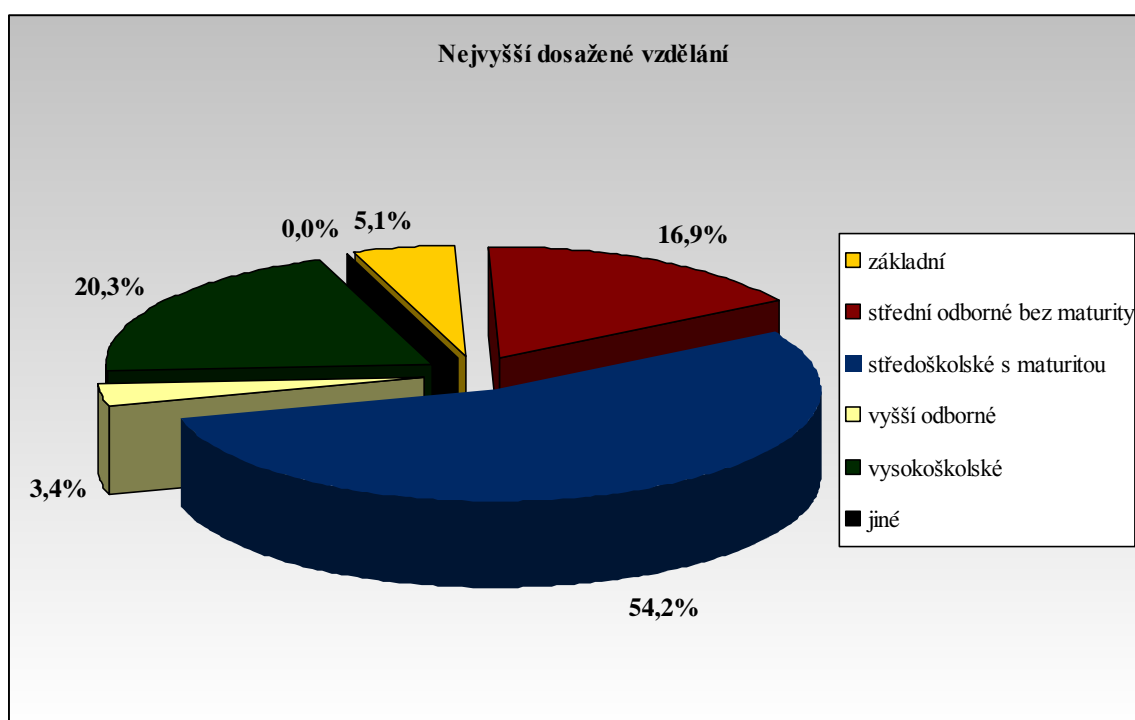
Věk	$n_i$	$f_i$ [%]
kategorie 18 – 30 let	13	22,0
kategorie 31 – 45 let	16	27,1
kategorie 46 – 60 let	22	37,3
kategorie 61 – 74 let	8	13,6
kategorie 75 – 90 let	0	0,0
kategorie 91 a více let	0	0,0
$\Sigma$	59	100,0

## Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Respondentky volily jednu ze 6 odpovědí:

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské
- f) jiné.....

Cílem druhé otázky v dotazníku bylo zjistit nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Základní vzdělání bylo nejvyšším dosaženým vzděláním 3 (5,1 %) respondentek, střední odborné vzdělání bez maturity označilo jako své nejvyšší dosažené vzdělání 10 (16,9 %) respondentek. Nejpočetněji zastoupenou kategorií bylo středoškolské vzdělání s maturitou, které označilo 32 (54,2 %) respondentek. Vyššího odborného vzdělání dosáhly 2 (3,4 %) respondentky, vysokoškolského vzdělání dosáhlo 12 (20,3 %) respondentek. Možnost jiné ne zvolila žádná respondentka. Získaná data jsou pro přehlednost znázorněna graficky v Obrázku 1.



**Obrázek 1** Graf nejvyššího dosaženého vzdělání

### Otázka č. 3: Podstoupila jste v životě nějakou operaci?

Ve třetí otázce volily respondentky jednu ze dvou možností a případně dopisovaly svoji odpověď:

- a) ano (*vypište jakou*)
- b) ne

Cílem třetí otázky bylo zjistit, zda respondentky podstoupily v životě nějakou operaci, v případě že ano, o jakou operaci se jednalo. 29 (49,2 %) respondentek uvedlo, že doposud žádnou operaci nepodstoupily, 30 (50,8 %) respondentek má již operační výkon v anamnéze. Data jsou uveřejněna v Tabulce 5.

**Tabulka 5** Předchozí operace v anamnéze

Předchozí operace	$n_i$	$f_i$ [%]
ano	30	50,8
ne	29	49,2
$\Sigma$	59	100,0

Z Tabulky 6 je patrné, že respondentky s operačním výkonem v anamnéze podstoupily doposud jednu nebo více operací. Jednu operaci v anamnéze uvedlo 25 (83,3 %) respondentek, dva operační výkony doposud podstoupily 4 (13,3 %) respondentky, tři operační výkony doposud podstoupila 1 (3,3 %) respondentka.

**Tabulka 6** Četnost podstoupených operačních výkonů

Počet podstoupených operačních výkonů	$n_i$	$f_i$ [%]
1 operační výkon	25	83,3
2 operační výkony	4	13,3
3 operační výkony	1	3,3
$\Sigma$	30	100,0

Třicet respondentek s operačním výkonem v anamnéze podstoupilo celkem 36 operací. Analýzou získaných dat bylo zjištěno spektrum těchto operací. Kurzívou uvádíme citace odpovědí respondentek.

Nejčteněji zastoupenou skupinou byly gynekologické a porodnické operace, které se v celkovém počtu podstoupených operačních výkonů vyskytly 11krát (30,6 % ze všech podstoupených operačních výkonů). V jednom případě se jednalo o „*biopsie*“, v pěti případech o „*císař, císařský řez*“, ve dvou případech o „*gyn. zákrok, gynekologický zákrok*“, v jednom případě o „*hysteroskopie*“, v jednom případě o „*odstranění myomu*“. Druhým nejčastěji zastoupeným operačním výkonem byla operace trávicího traktu („*slepé střevo, slepák, operace slepého střeva, operace žaludku, žlučník*“), která se vyskytla v 6 (16,7 %) případech. Ortopedická operace („*operace kolene, operace kotníku, operace zlomeného kotníku, ortopedická operace*“) se vyskytla ve 4 (11,1 %) případech, stejně tak i odstranění mandlí („*nosní mandle, krční mandle*“) bylo zastoupeno 4krát (11,1 %). Oční operace („*oční operace*“) se vyskytla ve 2 (5,6 %) případech, stejně jako plastická operace („*plastická operace, plastika uší*“), operace kýly („*kýla, operace kýly v dětství*“) a operace prsu („*odstranění fibromu z žlázy, cysta v prsu*“). Cévní operace („*křečové žíly*“) se mezi všemi podstoupenými operačními výkony vyskytla 1krát (2,8 %) shodně jako srdeční operace („*uzávěr foramen ovale*“) a urologická operace („*rozšíření močové trubice*“). Spektrum předchozích operačních výkonů je pro větší přehlednost znázorněno v Tabulce 7.

**Tabulka 7** Spektrum operačních výkonů v anamnéze respondentek

<b>Spektrum operačních výkonů v anamnéze</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
cévní operace	1	2,8
gynekologické a porodnické operace	11	30,6
oční operace	2	5,6
odstranění mandlí	4	11,1
operace kýly	2	5,6
operace prsu	2	5,6
operace trávicího traktu	6	16,7
ortopedické operace	4	11,1
plastické operace	2	5,6
srdeční operace	1	2,8
urologické operace	1	2,8
<b>Σ</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>

**Otázka č. 4: Byla jste někdy v minulosti edukována perioperační sestrou?**

a) ano (*vypište jak – např. rozhovor, leták, perioperační kniha apod.*)

b) ne

Tato otázka byla určena pouze pro respondentky, které v otázce č. 3 zvolily možnost „ano“. Na tuto otázku tedy odpovídalo 30 respondentek. Cílem čtvrté otázky bylo zjistit, zda se respondentky s operačním výkonem v anamnéze setkaly s edukací perioperační sestrou a jakou formou tato edukace probíhala.

S edukací perioperační sestrou se setkalo pouze 6 (20,0 %) respondentek, 24 (80,0 %) respondentek uvedlo, že nikdy v minulosti perioperační sestrou edukovány nebyly. U všech 6 respondentek, které byly perioperační sestrou v minulosti edukovány, probíhala edukace formou rozhovoru, 1 respondentka navíc měla k dispozici leták. Data jsou absolutními a relativními četnostmi zaznamenána v Tabulce 8.

**Tabulka 8** Edukace perioperační sestrou v minulosti

Edukace perioperační sestrou	celkem		rozhovor		leták	
	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]	$n_i$	$f_i$ [%]
ne	24	80,0	0	0,0	0	0,0
ano	6	20,0	6	100,0	1	100,0
$\Sigma$	30	100,0	6	100,0	1	100,0

**Otázka č. 5: Jaký operační výkon u Vás bude nyní proveden? (uveďte svými slovy)**

Otázka č. 5 byla určena k vyplnění všem respondentkám. Cílem otázky bylo vytvořit přehled operačních výkonů, ke kterým jsou respondentky indikovány. Kurzívou v závorce uvádíme citace odpovědí respondentek.

Nejpočetněji zastoupenou skupinou bylo odstranění dělohy a děložních přívěšků, kdy svojí odpovědí („*odstranění dělohy, odstranění dělohy a vaječníků, odstranění dělohy a vejcovodů, odstranění dělohy, vejcovodů a vaječníků, odstranění dělohy břichem, odstranění dělohy laparoskopicky, odstranění dělohy přes pochvu, odstranění dělohy vaginálně, vaginální hysterektomie*“) do této kategorie zapadlo 14 (23,7 %) respondentek. Druhou nejpočetněji zastoupenou kategorií byla kategorie laparoskopie, kterou ve svých odpovědích („*laparoskopické odstranění cysty, laparoskopie, opakované odstranění myomu laparoskopicky*“) zmínilo 11 (18,6 %) respondentek. Výkon na čípku („*čípek, konizace děložního čípku, plastika děložního čípku*“) uvedlo 8 (13,6 %) respondentek. Odpověď hysteroskopie se objevila v 6 (10,2 %) případech. Umělé ukončení těhotenství („*interrupce, miniinterrupce, potrat*“) bylo indikováno u 5 (8,5 %) respondentek. Čtyři (6,8 %) respondentky byly indikovány k císařskému řezu („*císař, císařský řez*“), 3 (5,1 %) respondentky uvedly ve své odpovědi vulvektomii („*vulvektomie*“) a rovněž 3 (5,1 %) respondentky byly indikovány ke kyretáži („*kyretáž, výškrab*“). Dvě (3,4 %) respondentky byly indikovány k operaci pro močovou inkontinenci („*močová páska, páska proti úniku moči*“), 1 (1,7 %) respondentka k revizi dutiny děložní („*odstranění nevyvíjejícího se těhotenství*“), 1 (1,7 %) respondentka k odstranění polypu („*odstranění polypu*“), 1 (1,7 %) respondentka k chromopertubaci („*zjištění průchodnosti vejcovodů*“). Data jsou zpřehledněna v Tabulce 9.

**Tabulka 9** Indikovaný operační výkon

<b>Indikovaný operační výkon</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
odstranění dělohy a děložních přívěsků	14	23,7%
laparoskopie	11	18,6%
výkon na čípku	8	13,6%
hysteroskopie	6	10,2%
umělé ukončení těhotenství	5	8,5%
císařský řez	4	6,8%
vulvektomie	3	5,1%
kyretáž	3	5,1%
operace pro močovou inkontinenci	2	3,4%
revize dutiny děložní	1	1,7%
odstranění polypu	1	1,7%
chromopertubace	1	1,7%
<b>Σ</b>	<b>59</b>	<b>100,0%</b>



**Otázka č. 6: Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost? (před edukací)**

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

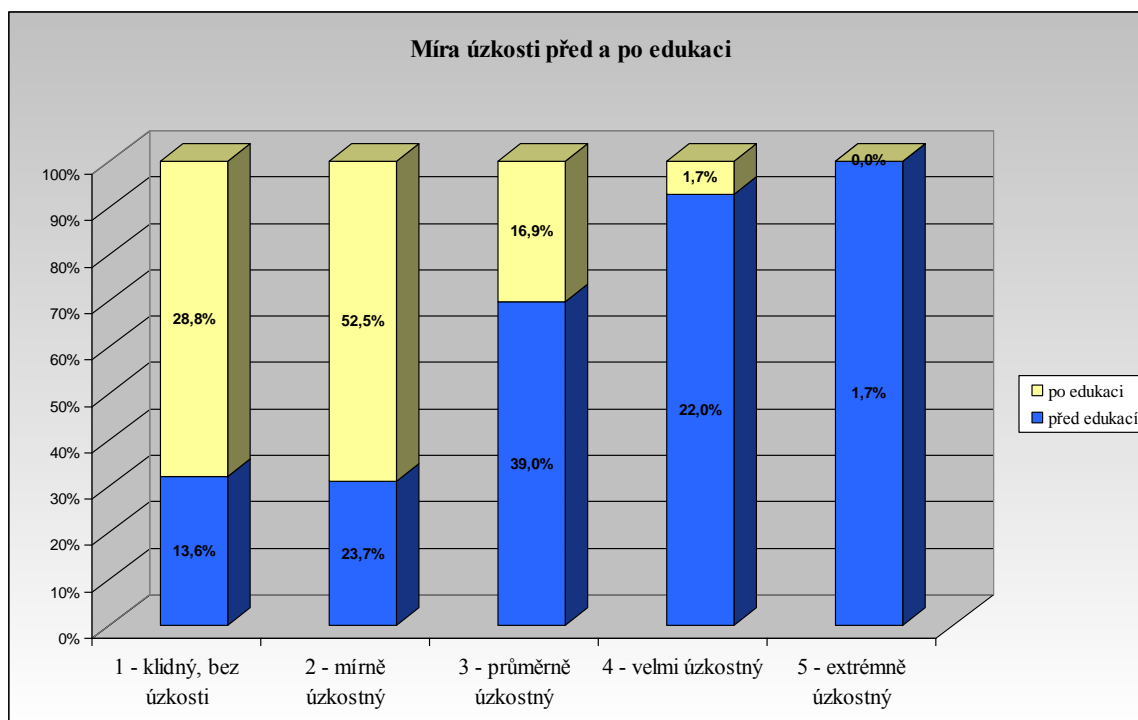
**Otázka č. 13: Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost? (po edukaci)**

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Otázka č. 6 a otázka č. 13 byly zaměřeny na subjektivní hodnocení míry úzkosti respondentek před edukací (otázka č. 6) a po edukaci (otázka č. 13). Jednalo se o tzv. GAS škálu (Graphic Anxiety Scale), což je jednopoložková škála, na které pacient hodnotí úzkost, kterou právě prožívá.

Zatímco v období před edukací uvádělo variantu 1 – *klidný, bez úzkosti* 8 (13,6 %) respondentek, po edukaci se jejich počet zvýšil na 17 (28,8 %). Variantu 2 – *mírně úzkostný* zvolilo před edukací 14 (23,7 %) respondentek, po edukaci 31 (52,5 %) respondentek. Za *průměrně úzkostnou* se před edukací označilo 23 (39,0 %) respondentek, po edukaci četnost této odpovědi poklesla na 10 (16,9 %). Variantu 4 – *velmi úzkostný* zvolilo před edukací 13 (22,0 %) respondentek, po edukaci pouze 1 (1,7 %) respondentka. Extrémně úzkostná byla před edukací 1 (1,7 %) respondentka, po edukaci již žádná respondentka. Ve sloupcovém grafu (Obrázek 2) uvádíme porovnání míry úzkosti respondentek před a po edukaci.



**Obrázek 2** Grafické porovnání míry úzkosti před a po edukaci

Tabulka 10 představuje změnu míry prožívané úzkosti po proběhlé edukaci. U 40 (67,8 %) respondentek došlo vlivem edukace ke zmírnění prožívané předoperační úzkosti, 1 (1,7 %) respondentka zaznamenala zhoršení míry prožívané úzkosti, 18 (30,5 %) respondentek uvedlo shodnou míru prožívané úzkosti před a po edukaci.

**Tabulka 10** Změna míry prožívané úzkosti po edukaci

<b>Změna míry prožívané úzkosti po edukaci</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> [%]</b>
zmírnění úzkosti	40	67,8
zhoršení úzkosti	1	1,7
stejná míra úzkosti	18	30,5
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Vzhledem k zařazení Beckova inventáře úzkosti do dotazníku bylo ještě provedeno porovnání, jak respondentky hodnotí svoji úzkost před operací na škále GAS s kategorií úzkosti, do které byly respondentky zařazeny po sečtení bodového skóre v Beckově inventáři úzkosti. Pro analýzu dat byla provedena syntéza dvou odpovědí v GAS do jedné, ve výsledku tedy možnost „klidný, bez úzkosti“ v GAS odpovídá kategorii „minimální úzkost“ v BAI, možnost „mírně úzkostný“ v GAS odpovídá kategorii „mírná úzkost“ v BAI, možnost

„průměrně úzkostný“ v GAS odpovídá kategorii „střední úzkost“ v BAI a možnosti „velmi úzkostný a extrémně úzkostný“ v GAS odpovídá kategorii „těžká, závažná úzkost“ v BAI. Z Tabulky 11 je patrné, že u 25 (42,4 %) respondentek došlo ke shodě v hodnocení úzkosti pomocí GAS i BAI, 26 (44,1 %) respondentek hodnotí svoji úzkost před edukací jako závažnější, než bylo vypočteno pomocí bodového skóre v BAI, a 8 (13,6 %) respondentek hodnotí svoji míru úzkosti před edukací pomocí GAS jako nižší, než bylo vypočteno v BAI, přičemž 1 z těchto respondentek, která v BAI dosáhla celkového skóre 29 bodů a spadá tak do kategorie těžká, závažná úzkost, na škále GAS vyjádřila, že je klidná, bez úzkosti.

**Tabulka 11** Porovnání BAI a GAS před edukací

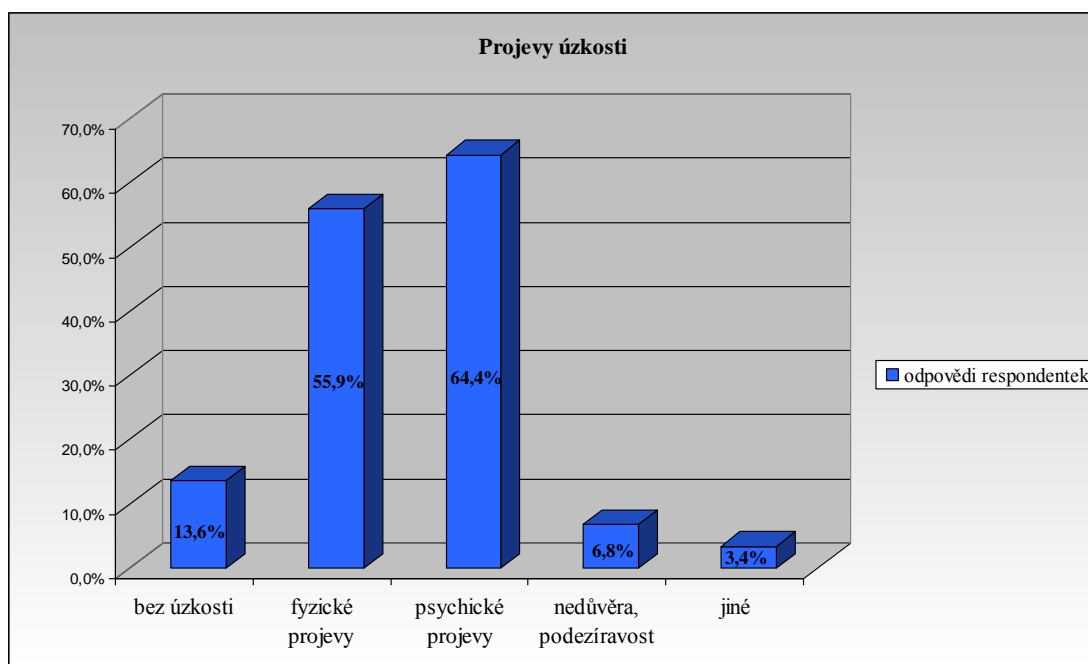
<b>Porovnání BAI a GAS před edukací</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
BAI a GAS souhlasí	25	42,4
GAS – nižší úzkost	8	13,6
GAS – vyšší úzkost	26	44,1
<b>Σ</b>	59	100,0

**Otázka č. 7: Jak se u vás nyní úzkost projevuje? (můžete označit více možností)**

- a) nepocítuji úzkost
- b) fyzické projevy (bušení srdce, průjmy, pocení, svalový třes, slabost v dolních končetinách, nepříjemný pocit na hrudi)
- c) psychické projevy (podrážděnost, emoční labilita, vnitřní napětí, pocit závratě, neklid, strach ze smrti)
- d) nedůvěra v sebe sama, váhavost, podezíravost, pocit viny
- e) jinak

Cílem sedmé otázky dotazníku bylo zjistit, s jakými projevy úzkosti se respondentky potýkají. Respondentky mohly označit více možností.

8 respondentek (13,6 %) uvedlo, že je bez úzkosti, 51 (86,4 %) respondentek se s nějakým projevem úzkosti potýkalo. Nejčastěji se u respondentek vyskytovaly psychické projevy, ať už samostatně nebo v kombinaci s dalšími projevy úzkosti. Psychické projevy úzkosti uvedlo ve své odpovědi 38 respondentek, psychické projevy tak představovaly 64,4 % všech odpovědí. S fyzickými projevy, ať už samostatně nebo v kombinaci s dalšími projevy úzkosti, se potýkalo 33 respondentek (55,9 % ze všech odpovědí). U čtyř respondentek se vyskytla nedůvěra, podezíravost (6,8 % ze všech odpovědí), 2 respondentky uvedly možnost jiné (3,4 % ze všech odpovědí). Jejich odpovědi zněly: „obava co všechno se může stát“ a „mírná úzkost z anestezie“. Výše zmíněná data jsou graficky zachycena na Obrázku 3.



**Obrázek 3** Projevy úzkosti

Analýzou dat bylo zjištěno, že 34 (57,6 %) respondentek v dotazníku uvedlo pouze 1 projev úzkosti, 25 (42,4 %) respondentek v dotazníku uvedlo kombinaci více projevů úzkosti. Kombinaci dvou projevů úzkosti uvedlo 24 (40,7 %) respondentek, kombinaci 3 projevů uvedla 1 (1,7 %) respondentka. Tabulka 12 zachycuje, o jaké kombinace projevů úzkosti se jednalo. Nejčastěji se jednalo o kombinaci psychických a fyzických projevů, což v dotazníku uvedlo 21 (84,0 %) respondentek. Kombinaci fyzických projevů a nedůvěry v sebe sama uvedla 1 (4,0 %) respondentka. Kombinaci psychických projevů a nedůvěry v sebe sama uvedla rovněž 1 (4,0 %) respondentka. Kombinaci fyzických projevů a možnosti jiné, u které bylo vysáno „*obava co všechno se může stát*“, uvedla 1 (4,0 %) respondentka. Kombinaci tří projevů – psychické projevy, fyzické projevy, nedůvěra v sebe sama uvedla rovněž 1 (4,0 %) respondentka.

**Tabulka 12** Zjištěné kombinace projevů úzkosti

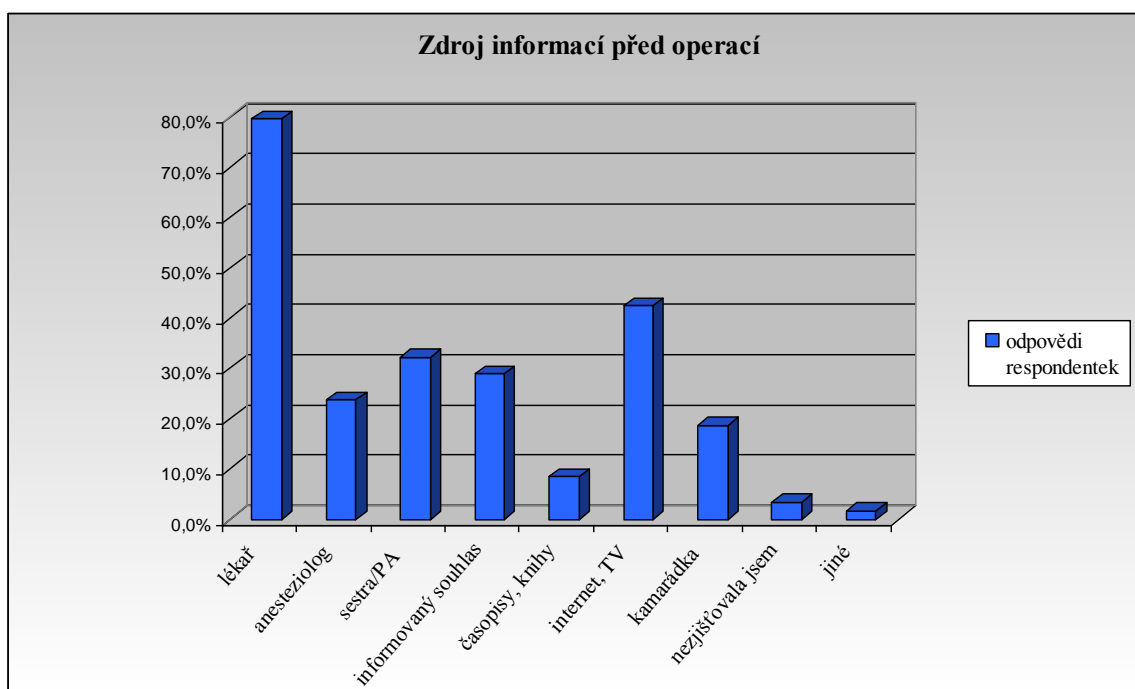
<b>Zjištěné kombinace projevů úzkosti</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
psychické projevy, fyzické projevy	21	84,0
fyzické projevy, nedůvěra v sebe sama	1	4,0
psychické projevy, nedůvěra v sebe sama	1	4,0
fyzické projevy a jiné	1	4,0
psychické projevy, fyzické projevy, nedůvěra v sebe sama	1	4,0
<b>Σ</b>	25	100,0

**Otázka č. 8: Odkud jste čerpala informace před nynější operací? (můžete označit více možností)**

- a) edukace ošetřujícím lékařem
- b) edukace anesteziologem
- c) edukace sestrou/porodní asistentkou
- d) informovaný souhlas
- e) odborné časopisy, knihy
- f) internet, televize
- g) od kamarádky, známé, která byla na stejné operaci
- h) nezjišťovala jsem
- i) jiné .....

Osmá otázka dotazníku byla zaměřena na zdroje informací, které respondentky před operací využily. Respondentky mohly zvolit více nabídnutých možností, případně dopsat svoji odpověď do varianty *jiné*.

Nejfrekventovanějším zdrojem informací byl ošetřující lékař, kdy možnost edukace ošetřujícím lékařem zvolilo 47 (79,7 %) respondentek. Druhou nejčastěji zastoupenou odpovědí byla odpověď internet, televize, kterou zvolilo 25 (42,4 %) respondentek. Devatenáct (32,2 %) respondentek označilo za zdroj informací, který využily, sestru/porodní asistentku, 17 (28,8 %) respondentek zvolilo možnost informovaný souhlas. Edukace anesteziologem sloužila jako zdroj informací pro 14 (23,7 %) respondentek. Kamarádka, známá, která byla na stejné operaci, byla zdrojem informací pro 11 (18,6 %) respondentek. Odborné časopisy, knihy označilo 5 (8,5 %) respondentek. Žádné informace si nezjišťovaly 2 (3,4 %) respondentky. Možnost jiné zvolila 1 (1,7 %) respondentka, která v odpovědi uvedla „vzdělání v oboru“. Zastoupení jednotlivých zdrojů informací pro respondentky před operací je graficky zachyceno v Obrázku 4.



**Obrázek 4** Zdroj informací pro respondentky před operačním výkonem

Respondentky mohly u otázky označit více možností. 2 respondentky (3,4 %) uvedly, že žádné informace nezjišťovaly. 16 (27,1 %) respondentek zvolilo 1 zdroj informací. 41 respondentek zvolilo kombinaci dvou a více zdrojů informací před operací, z čehož 18 (30,5 %) respondentek zvolilo kombinaci 2 zdrojů, 12 (20,3 %) respondentek kombinaci 3 zdrojů, 4 (6,8 %) respondentky kombinaci 4 zdrojů a 7 (11,9 %) respondentek kombinaci 5 zdrojů. Celkem bylo v dotaznících analyzováno 24 různých kombinací zdrojů informací. Jednotlivé zastoupení kombinací zdrojů informací je zpřehledněno v Tabulce 13.

**Tabulka 13** Kombinace zdrojů informací

Kombinace zdrojů informací	$n_i$	$f_i$ [%]
nezjišťovala jsem	2	3,4
1 zdroj	16	27,1
kombinace 2 zdrojů	18	30,5
kombinace 3 zdrojů	12	20,3
kombinace 4 zdrojů	4	6,8
kombinace 5 zdrojů	7	11,9
$\Sigma$	59	100,0

Z 16 (100,0 %) respondentek, které zvolily pouze jeden zdroj informací, označilo možnost ošetřující lékař 9 (56,3 %) respondentek, 3 (18,8 %) respondentky zvolily možnost internet, televize, rovněž 3 (18,8 %) respondentky možnost od kamarádky, známé, která byla na stejné operaci, a 1 (6,3 %) respondentka možnost odborné časopisy a knihy. Ostatní možnosti nebyly v odpovědích respondentek zastoupeny. Absolutní a relativní zastoupení zdroje informací, který využily respondentky jakožto jediný zdroj informací, je zřehledněno v Tabulce 14.

**Tabulka 14** Jediný zdroj informací pro respondentky

<b>Jediný zdroj informací</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> [%]</b>
ošetřující lékař	9	56,3
anesteziolog	0	0,0
sestra/porodní asistentka	0	0,0
informovaný souhlas	0	0,0
odborné časopisy, knihy	1	6,3
internet, televize	3	18,8
kamarádka, známá	3	18,8
jiné	0	0,0
<b>Σ</b>	16	100,0



**Otázka č. 9: Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**  
(označujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)

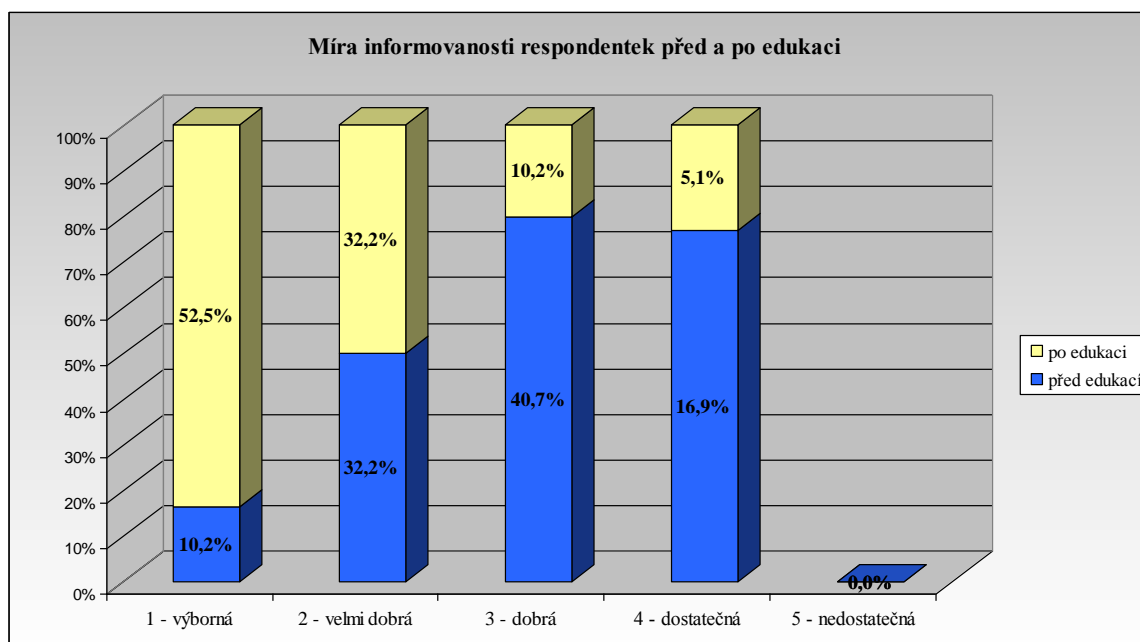
1 – 2 – 3 – 4 – 5

**Otázka č. 14: Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**  
(označujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Otázka č. 9 a otázka č. 14 byly zaměřeny na subjektivní hodnocení informovanosti respondentek před edukací (otázka č. 9) a po edukaci (otázka č. 14).

Zatímco před edukací hodnotilo svoji informovanost jako výbornou pouze 6 (10,2 %) respondentek, po edukaci to bylo již 31 (52,5 %) respondentek. Jako velmi dobrou hodnotilo před edukací svoji informovanost 19 (32,2 %) respondentek, což je stejný počet respondentek jako po edukaci (32,2 %). Jako dobrou ohodnotilo svoji informovanost před edukací 24 (40,7 %) respondentek, po edukaci 6 (10,2 %) respondentek. Za dostatečnou označilo svoji informovanost před edukací 10 (16,9 %) respondentek, po edukaci 3 (5,1 %) respondentky. Za nedostatečnou neoznačila svoji informovanost žádná respondentka před edukací ani po edukaci. Před edukací hodnotily respondentky svoji informovanost nejčastěji jako dobrou (40,7 %), zatímco po edukaci ji nejčastěji hodnotily jako výbornou (52,5 %). Ve sloupcovém grafu (Obrázek 5) uvádíme porovnání subjektivní míry informovanosti respondentek před a po edukaci.



**Obrázek 5** Grafické porovnání subjektivní míry informovanosti respondentek před a po edukaci

Tabulka 15 představuje změnu subjektivní míry informovanosti respondentek po proběhlé edukaci. U 43 (72,9 %) respondentek došlo vlivem edukace k subjektivnímu zvýšení informovanosti, 4 (6,8 %) respondentky zaznamenaly zhoršení subjektivní míry informovanosti, 12 (20,3 %) respondentek uvedlo subjektivně shodnou míru informovanosti před a po edukaci.

**Tabulka 15** Změna subjektivní míry informovanosti po edukaci

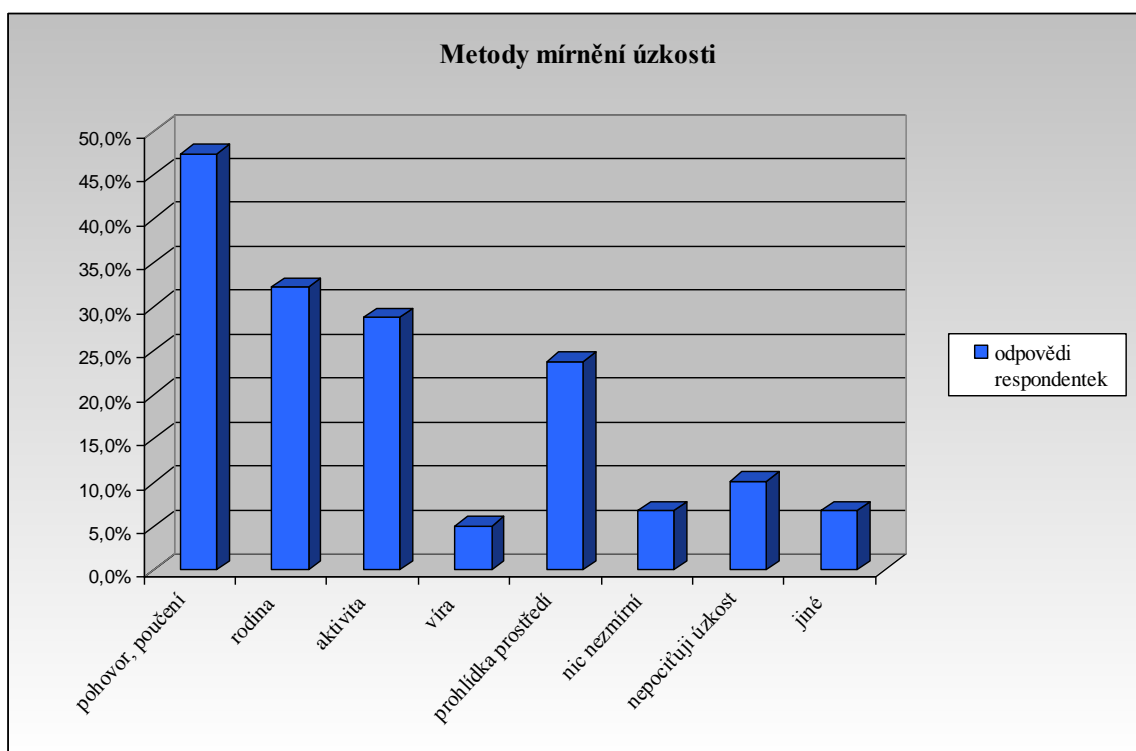
<b>Změna subjektivní míry informovanosti po edukaci</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> [%]</b>
zlepšení informovanosti	43	72,9
zhoršení informovanosti	4	6,8
stejná úroveň informovanosti	12	20,3
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

**Otázka č. 10: Co by Vaši úzkost dokázalo snížit či odstranit? (můžete označit více možností)**

- a) pohovor, poučení od lékaře, sestry
- b) kontakt s rodinou, příbuznými, známými
- c) aktivita (čtení, vyšívání, sledování televize apod.)
- d) víra, kontakt s duchovním
- e) prohlídka prostředí, kam půjdu
- f) moji úzkost nic nezmiří
- g) nic, neboť nepociťuji úzkost
- h) jiné .....

Desátá otázka dotazníku byla zaměřena na zjištění metod, které by respondentkám pomohly zmírnit jejich prožívanou úzkost v předoperačním období.

Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že, ať už samostatně nebo v kombinaci s jinými metodami, by za metodu přínosnou pro zmírnění nebo odstranění úzkosti považovalo 28 (47,5%) respondentek pohovor, poučení od lékaře nebo sestry. Tato metoda byla nejčteněji zastoupenou odpovědí respondentek. 19 (32,2%) respondentek by ke zmírnění nebo odstranění prožívané úzkosti vyhledalo kontakt s rodinou, příbuznými, známými. Aktivita jako čtení, vyšívání, sledování televize apod. by pomohl zmírnit nebo odstranit prožívanou úzkost 17 (28,8 %) respondentkám, víra nebo kontakt s duchovním 3 (5,1 %) respondentkám. Prohlídka prostředí, do kterého respondentky půjdou, by zmírnila nebo odstranila úzkost u 14 (23,7 %) respondentek. Čtyři (6,8 %) respondentky uvedly, že jejich úzkost nic nezmiří, 6 (10,2 %) respondentek uvedlo, že nepociťují úzkost. Čtyři (6,8 %) respondentky zvolily možnost jiné a dopsaly následující metody: „sport“, „nedávat před operací podepisovat lidem ve stresu žádné papíry, ale už dříve“, „nic, musím to překonat sama“, „to, že zákrok bude co nejlépe a nejrychleji proveden“. V Obrázku 6 jsou prezentovaná data znázorněna graficky.



**Obrázek 6** Grafický přehled metod mírnění prožívané předoperační úzkosti respondentek

Vzhledem k faktu, že respondentky mohly v odpovědi na tuto otázku zvolit více možností, vyskytly se v jejich odpovědích rovněž kombinace 2 a více metod, které by přispěly ke zmírnění nebo odstranění jejich prožívané úzkosti. Jednu metodu, která by vedla ke zmírnění nebo odstranění prožívané úzkosti, zvolilo 33 (55,9 %) respondentek, 17 (28,8 %) respondentek uvedlo kombinaci dvou metod, 8 (13,6 %) respondentek uvedlo kombinaci 3 metod a 1 (1,7 %) respondentka uvedla kombinaci 4 metod, které by přispěly ke snížení nebo odstranění prožívané úzkosti. Jednotlivé zastoupení kombinací metod vedoucích ke zmírnění nebo odstranění úzkosti je zřehledněno v Tabulce 16.

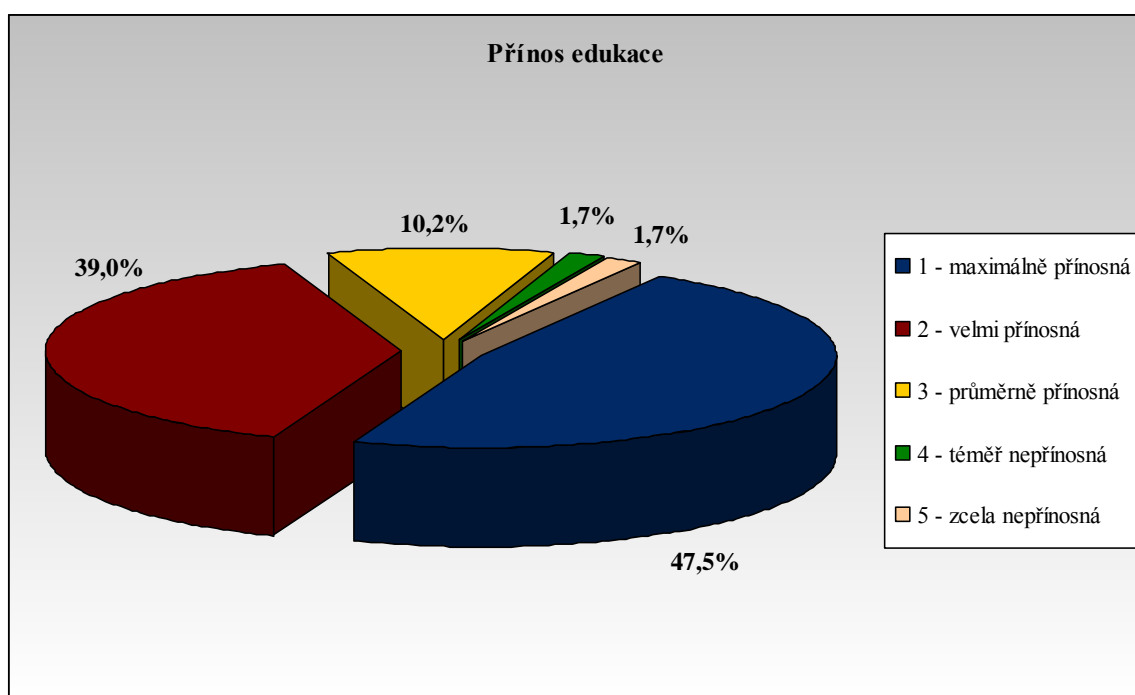
**Tabulka 16** Kombinace metod mírnění úzkosti

Kombinace metod mírnění úzkosti	$n_i$	$f_i$ [%]
1 metoda	33	55,9
kombinace 2 metod	17	28,8
kombinace 3 metod	8	13,6
kombinace 4 metod	1	1,7
$\Sigma$	59	100,0

**Otázka č. 11: Jak hodnotíte přínos edukace? (1 = největší přínos, 5 = žádný přínos)**

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Cílem jedenácté otázky v dotazníku bylo zjistit, zda a nakolik přínosnou považují respondentky edukaci pomocí edukační perioperační knihy. Za maximálně přínosnou považovalo proběhlou edukaci 28 (47,5 %) respondentek. Tato odpověď byla nejčteněji zaznamenanou odpovědí. Za velmi přínosnou považovalo edukaci 23 (39,0 %) respondentek a tato kategorie se stala druhou nejčteněji zvolenou kategorií v odpovědích respondentek. Průměrně přínosná byla edukace pro 6 (10,2 %) respondentek, pro jednu (1,7 %) respondentku byla edukace téměř nepřínosná, rovněž pro jednu (1,7 %) respondentku byla edukace zcela nepřínosná. Data graficky zachycuje Obrázek 7.



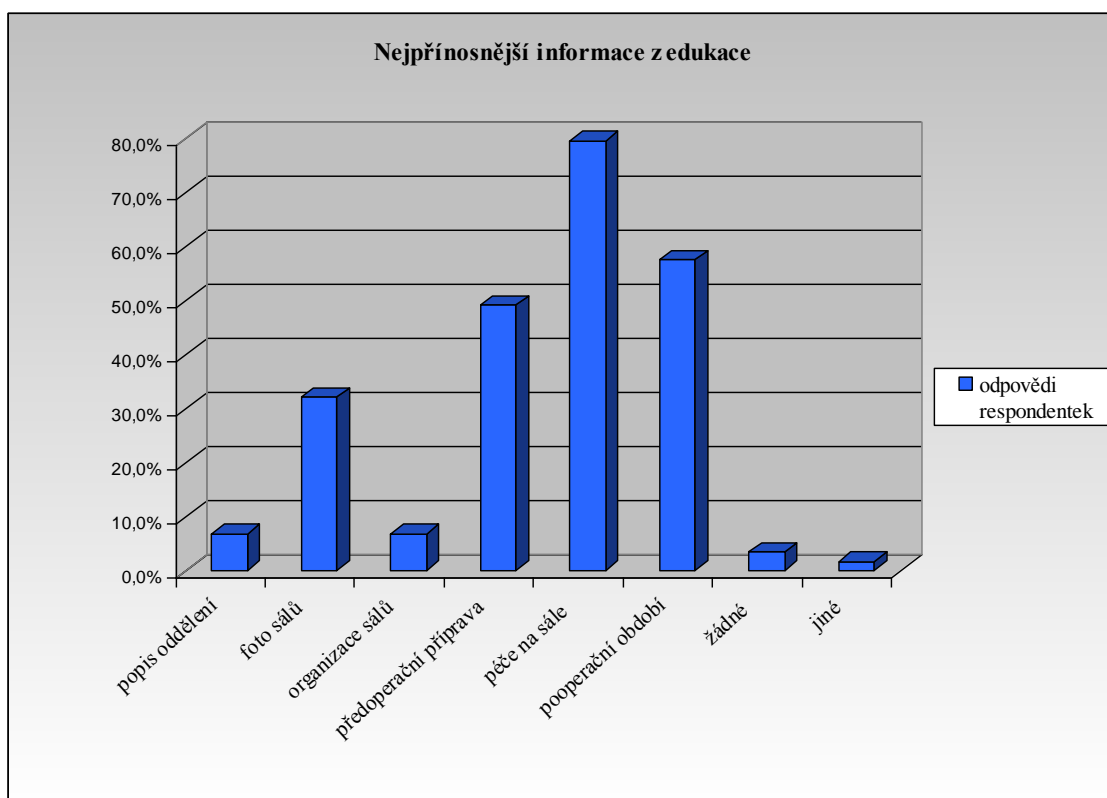
**Obrázek 7** Subjektivní hodnocení přínosu edukace respondentkami

**Otázka č. 12: Které informace z edukace pro Vás byly nejpřínosnější? (můžete označit více možností)**

- a) popis standardního oddělení
- b) fotografie operačních sálů
- c) organizace operačních sálů
- d) popis předoperační přípravy
- e) popis péče na operačním sále
- f) popis pooperačního období
- g) žádné
- h) jiné.....

Dvanáctá otázka dotazníku sloužila ke zjištění, které informace z edukace v předoperačním období považovaly respondentky za nejpřínosnější. Možnosti odpovědí na danou otázku korespondovaly s jednotlivými tematicky zaměřenými částmi edukační perioperační knihy, kterou měly respondentky k dispozici.

Nejčteněji zaznamenanou odpovědí byla odpověď popis péče na operačním sále. Tuto část edukace shledalo, ať už samostatně nebo v kombinaci s dalšími částmi edukace, za nejpřínosnější 47 (79,7 %) respondentek. Druhou nejpřínosnější částí edukace shledaly respondentky popis pooperačního období. Tato odpověď byla zaznamenána u 34 (57,6 %) respondentek. Popis předoperační přípravy shledalo přínosným 29 (49,2 %) respondentek, fotografie operačních sálů byly přínosné pro 19 (32,2 %) respondentek. Další odpovědi byly v dotazníku zaznamenány s výrazně nižší četností. Popis standardního oddělení v edukaci uvítaly 4 (6,8 %) respondentky, stejně tak 4 (6,8 %) respondentky ocenily přínos části, která se zabývala organizací operačních sálů. Dvě (3,4 %) respondentky neshledaly přínos u žádné z částí edukační perioperační knihy, 1 (1,7 %) respondentka zvolila možnost jiné, její odpověď zněla: „*veškeré nabízené informace jsou pro mě stresující*“. V Obrázku 8 jsou odpovědi respondentek znázorněny graficky.



**Obrázek 8** Hodnocení nejpřínosnějších informací z edukace

Vzhledem k faktu, že respondenty mohly v odpovědi na tuto otázku zvolit více možností, vyskytly se v jejich odpovědích rovněž kombinace 2 a více informací z edukace, které shledaly přínosnými. Zastoupení těchto kombinací prezentuje Tabulka 17. Pouze jednu možnost ve své odpovědi zvolilo 15 (25,4 %) respondentek, 18 (30,5 %) respondentek označilo kombinaci 2 možností, 17 (28,8 %) respondentek shledalo nejpřínosnějšími tři části edukační knihy, kombinaci 4 možností označilo 7 (11,9 %) respondentek, kombinaci 5 možností označily 2 (3,4 %) respondenty. Analýzou získaných dat bylo zjištěno celkem 14 různých kombinací nejpřínosnějších informací.

**Tabulka 17** Kombinace nejpřínosnějších informací

<b>Kombinace nejpřínosnějších informací z edukace</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> [%]</b>
1 možnost	15	25,4
kombinace 2 možností	18	30,5
kombinace 3 možností	17	28,8
kombinace 4 možností	7	11,9
kombinace 5 možností	2	3,4
<b><math>\Sigma</math></b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>



**Otázka č. 15: V případě, že nemáte dostatek informací, jaké informace byste potřebovala doplnit?**

V otázce č. 15 dostaly respondentky prostor pro zapsání, jaké informace jim v edukační knize chybí a které by následně chtěly doplnit. Tyto informace jim byly doplněny během prostoru na dotazy, na který byl vyčleněn čas po přečtení edukační knihy.

48 (81,4 %) respondentek uvedlo, že jim žádné informace nechybí a v čase vyčleněném na dotazy edukující osobě žádnou otázku nepoložily. Jedna (1,7 %) respondentka uvedla do vyčleněného prostoru „nevím“ a během kontroly ze strany edukující osoby nepoložila žádnou otázku. Deset (16,9 %) respondentek potřebovalo nějaké informace doplnit a následně se edukující osoby ptalo. Jejich dotazy zněly:

- „Co je potřeba doma po propuštění z nemocnice?“
- „Jak dlouho bude operace trvat?“
- „Jak dlouho trvá výkon?“
- „Jak dlouho zákrok trvá?“
- „Kdy budu propuštěna?“
- „Kdy mám přijít na kontrolu po operaci? Mám přijít do nemocnice nebo ke svému lékaři?“
- „Kdy půjdu domů?“
- „Kolikátá půjdu na řadu?“
- „Mohu odejít hned po zákroku?“
- „Jak probíhá pooperační léčba v domácím prostředí?“

Odpovědi respondentek s jejich absolutním a relativním zastoupením jsou uvedeny v Tabulce 18.

**Tabulka 18** Potřeba respondentek doplnit chybějící informace

Potřeba doplnit informace	$n_i$	$f_i$ [%]
žádné informace nechybí	48	81,4
potřebuji doplnit	10	16,9
nevím	1	1,7
$\Sigma$	59	100,0

**Otázka č. 16: Byly pro Vás informace předané perioperační edukační knihou srozumitelné?**

- a) ano zcela
- b) ano částečně
- c) ne

Šestnáctou otázkou v dotazníku byla ověřována srozumitelnost informací předaných prostřednictvím perioperační edukační knihy. Naprostá většina respondentek (47 respondentek, což představovalo 79,7 %) uvedla, že informace, které se dozvěděly prostřednictvím perioperační edukační knihy pro ně byly zcela srozumitelné. Dvanáct (20,3 %) respondentek považovalo informace obsažené v edukační knize za částečně srozumitelné. Jako nesrozumitelné nevnímala tyto informace žádná respondentka. Data prezentuje Tabulka 19.

**Tabulka 19** Srozumitelnost informací v edukační knize

<b>Srozumitelnost informací v edukační knize</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> [%]</b>
zcela srozumitelné	47	79,7
částečně srozumitelné	12	20,3
nesrozumitelné	0	0,0
<b><math>\Sigma</math></b>	59	100,0

**Otázka č. 17: Poskytla Vám edukující osoba prostor na dotazy a ověřovala, zda rozumíte tomu, co říká?**

- a) ano, edukující osoba kontrolovala, zda rozumím tomu, co říká, měla jsem dostatečný prostor na dotazy
- b) edukující osoba kontrolovala, zda rozumím tomu, co říká, ale prostor na dotazy nebyl dostatečný, nestihla jsem se zeptat na vše
- c) edukující osoba nekontrolovala, zda rozumím tomu, co mi říká, prostor na dotazy jsem neměla, tudíž jsem se na nic nezeptala

Při rozdávání dotazníků a edukačních knih respondentkám, byly tyto srozuměny s faktem, že po prostudování edukační knihy a při odevzdávání vyplněných dotazníků dostanou prostor pro dotazy. Respondentky měly možnost si v 15. otázce dotazníku poznačit otázky, které by chtěly edukující osobě položit. Následně byly vyzvány k tomu, aby případné otázky edukující osobě položily.

Cílem sedmnácté otázky bylo zjistit, zda dostaly respondentky dostatečný prostor na dotazy a zda rozuměly odpovědím, které jim edukující osoba předala. Z Tabulky 20 je patrné, že 59 (100,0 %) respondentek mělo dostatečný prostor na to, aby položily všechny své dotazy, odpovědím edukující osoby rozuměly. Žádná z respondentek neuvedla, že by prostor na dotazy nebyl dostatečný nebo že jí prostor na dotazy nebyl vůbec poskytnut.

**Tabulka 20** Prostor na dotazy a srozumitelnost odpovědí edukátorky

<b>Prostor na dotazy a srozumitelnost odpovědí</b>	<b><math>n_i</math></b>	<b><math>f_i</math> [%]</b>
dostatečný prostor na dotazy, srozumitelnost kontrolovala	59	100,0
nedostatek času na dotazy, srozumitelnost kontrolovala	0	0,0
nebyl prostor na dotazy, nekontrolovala srozumitelnost	0	0,0
<b><math>\Sigma</math></b>	59	100,0

## 5.3 Testování hypotéz

### 5.3.1 Pracovní hypotéza č. 1

**Subjektivní míra informovanosti patientek se díky edukaci v předoperačním období zvýší.**

První pracovní hypotéza se vztahuje k výzkumné otázce č. 4: „Jaký je vliv edukace patientek na subjektivní míru jejich informovanosti?“ a vychází z 9. a 14. otázky v dotazníku.

**Otázka č. 9. Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**

*(oznámkujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)*

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**Otázka č. 14. Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**

*(oznámkujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)*

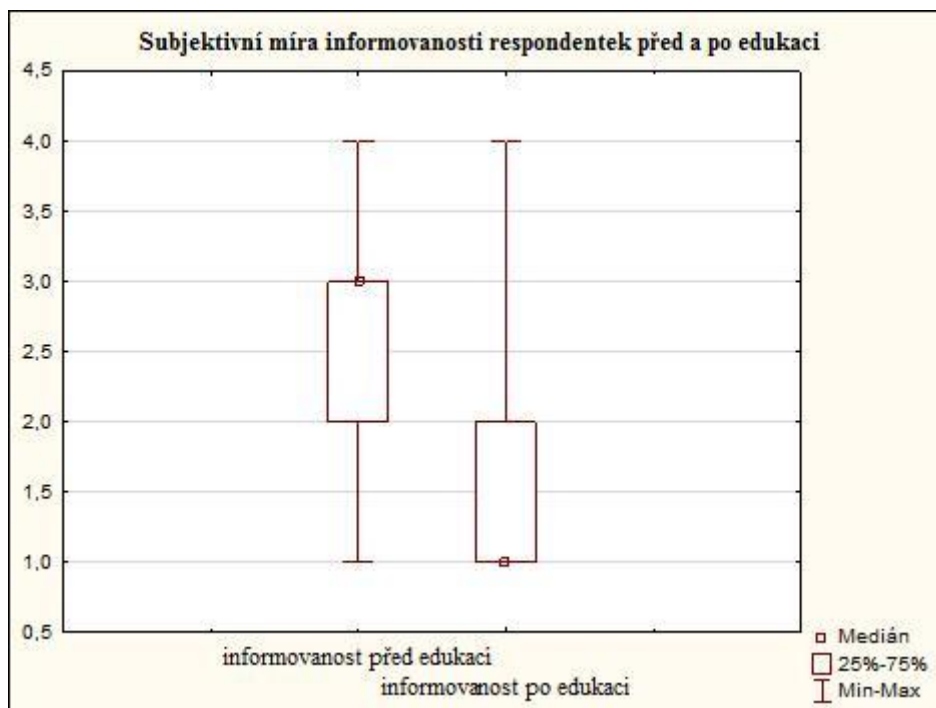
1 – 2 – 3 – 4 – 5

K první pracovní hypotéze jsme vyslovili hypotézu nulovou a hypotézu alternativní.

$H_0$ : Subjektivní míra informovanosti patientek před a po edukaci je stejná.

$H_A$ : Subjektivní míra informovanosti patientek je po edukaci vyšší.

Získaná data byla nejprve zanesena do krabicového grafu, díky němuž bylo možné usuzovat, že subjektivní míra informovanosti respondentek po proběhlé edukaci vzrostla (Obrázek 9).



**Obrázek 9** Vícenásobný krabicový graf subjektivní informovanosti respondentek před a po edukaci

Následně bylo přistoupeno k ověření hypotézy pomocí statistického testu. Pro stanovení rozložení dat byl proveden Kolmogorovův-Smirnovův test pro každou z proměnných. Byly stanoveny hypotézy:

$H_0$ : Data jsou normálně rozložená.

$H_A$ : Data nejsou normálně rozložená.

Hodnota  $p$  pro proměnnou „před edukací“ byla rovna 0,002651, hodnota  $p$  pro proměnnou „po edukaci“ byla rovna 0,000001. Hodnota  $p < \alpha$ , proto zamítáme  $H_0$  a přijímáme  $H_A$ : Data nejsou normálně rozložená.

Pro ověření hypotézy byl v programu STATISTICA zvolen neparametrický Wilcoxonův párový test. Hypotéza byla testována na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Vypočítaná hodnota  $p = 3,79 \times 10^{-7}$**

Při porovnání vypočítané hodnoty  $p = 3,79 \times 10^{-7}$  se zvolenou hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$  je zřejmé, že  $p < \alpha$ , proto zamítáme  $H_0$  na hladině  $\alpha$  a přijímáme  $H_A$ .

Mezi subjektivní mírou informovanosti pacientek před a po edukaci je statisticky významný rozdíl. Lze tedy říci, že respondentky subjektivně hodnotí svoji informovanost po edukaci lépe než informovanost před edukací.

### 5.3.2 Pracovní hypotéza č. 2

**Vlivem edukace v předoperačním období dojde u pacientek ke zmírnění úzkosti.**

Druhá pracovní hypotéza se vztahuje k výzkumné otázce č. 5: „Jaký je vliv edukace pacientek na subjektivní míru jejich úzkosti?“ a vychází z 6. a 13. otázky v dotazníku.

**Otázka č. 6. Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost?**

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**Otázka č. 13. Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost?**

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

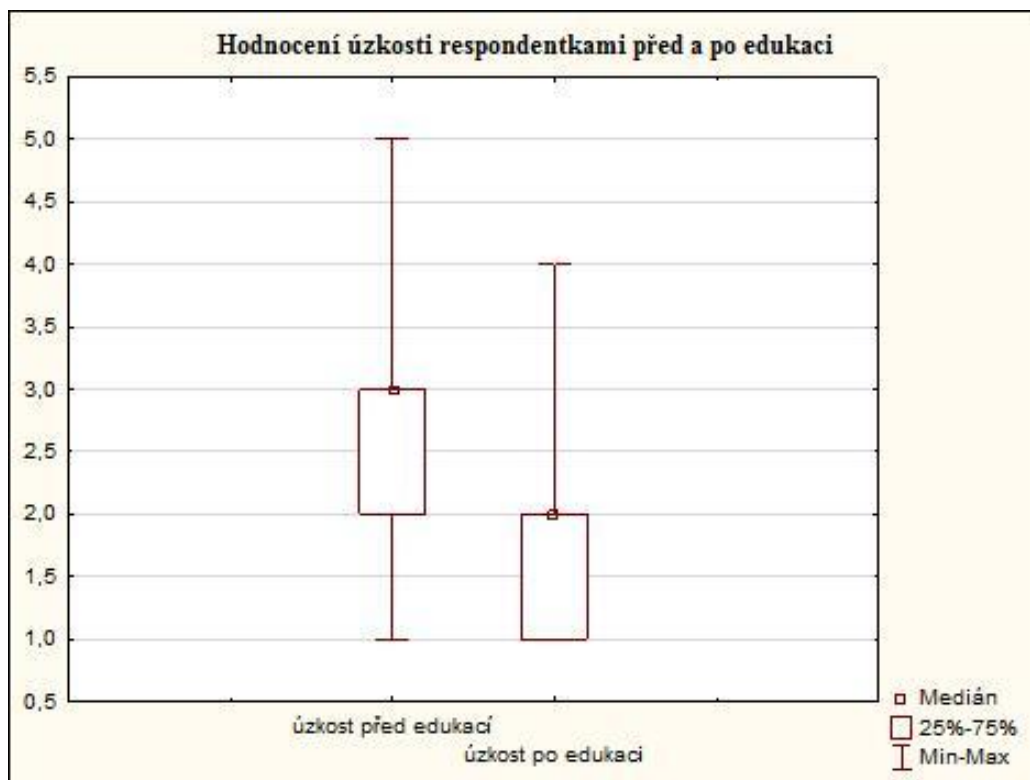
1 – 2 – 3 – 4 – 5

K druhé pracovní hypotéze jsme vyslovili hypotézu nulovou a hypotézu alternativní.

$H_0$ : Úzkost pacientek před a po edukaci je stejná.

$H_A$ : Úzkost pacientek se po edukaci snížila.

Data získaná dotazníkovým šetřením byla nejprve zanesena do krabicového grafu, z něhož bylo možné usuzovat, že míra úzkosti pacientek se po proběhlé edukaci snížila (Obrázek 10).



**Obrázek 10** Vícenásobný krabicový graf míry úzkosti patientek před a po edukaci

Následně bylo přistoupeno k ověření hypotézy pomocí statistického testu. Pro stanovení rozložení dat byl proveden Kolmogorovův-Smirnovův test pro každou z proměnných. Byly stanoveny hypotézy:

$H_0$ : Data jsou normálně rozložená.

$H_A$ : Data nejsou normálně rozložená.

Hodnota  $p$  pro proměnnou „před edukací“ byla rovna 0,007804, hodnota  $p$  pro proměnnou „po edukaci“ byla rovna 0,000056. Hodnota  $p < \alpha$ , proto zamítáme  $H_0$  a přijímáme  $H_A$ : Data nejsou normálně rozložená.

Pro ověření hypotézy byl v programu STATISTICA zvolen neparametrický Wilcoxonův párový test. Hypotéza byla testována na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Vypočítaná hodnota  $p = 7,83 \times 10^{-8}$**

Při porovnání vypočtené hodnoty  $p = 7,83 \times 10^{-8}$  se zvolenou hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$  je zřejmé, že  $p < \alpha$ , proto zamítáme  $H_0$  na hladině  $\alpha$  a přijímáme  $H_A$ .

Mezi úzkostí patientek před a po edukaci je statisticky významný rozdíl. Lze tedy říci, že vlivem edukace v předoperačním období došlo u patientek ke zmírnění úzkosti.

## 6 Diskuse

Jako podklad pro diskuzi byly využity výsledky analýzy dat, která byla získána na základě dotazníkového šetření. Dotazník vyplňovaly pacientky akreditovaného porodnicko-gynekologického pracoviště ve Východočeském regionu indikované k operačnímu výkonu. Hlavním cílem práce bylo zhodnotit vliv edukace prostřednictvím edukační knihy na předoperační úzkost pacientek.

Stěžejním bodem následující diskuse bude shrnutí a komentář k výsledkům výzkumu vzhledem k výzkumným otázkám a pracovním hypotézám, jež byly na začátku výzkumného šetření stanoveny. V části diskuze se rovněž zaměříme na srovnání našich výsledků s výsledky dostupných studií.

První část dotazníku byla tvořena standardizovaným Beckovým inventářem úzkosti (BAI, Beck Anxiety Inventory). Úkolem respondentek bylo zvolit u každého z 21 vyjmenovaných symptomů, nakolik je obtěžoval v posledním týdnu včetně dne, kdy byl dotazník vyplňován. Tuto část dotazníku respondentky vyplňovaly před započítáním vlastní edukace prostřednictvím vypracované edukační knihy. Součtem bodového hodnocení, které bylo jednotlivým výrokům (vůbec, mírně, středně, vážně) přiřazeno, jsme získali celkové skóre, na základě kterého byly následně respondentky rozděleny do čtyř skupin podle míry úzkosti, již prožívají. Průměrné celkové skóre dosáhlo 15,9 bodů ze 63 možných, dosažené minimum představovalo 0 bodů a dosažené maximum pak 40 bodů ze 63 možných. Rozdělení respondentek do kategorií dle míry úzkosti, jak je definoval Beck v manuálu (Beck, Steer, 1993), bylo téměř vyrovnané. Ve výzkumném vzorku jsme tak pracovali s naprosto ideální skupinou respondentek, které se potýkaly od minimální úzkosti až po závažnou, těžkou úzkost, přičemž ani jedna z definovaných kategorií svým zastoupením výrazně nepřevyšovala zbylé kategorie.

První dvě otázky ve druhé části dotazníku (druhou část dotazníku tvořilo 10 otázek určených k vyplnění před započítáním edukace) sloužily k informačním účelům a zjišťovali jsme pomocí nich věk a nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Analýzou dat bylo zjištěno, že jsme pracovali spíše se ženami mladšími (86,4 % respondentek bylo mladších 61 let), nejčastěji pak středoškolsky vzdělanými s maturitou (54,2 %). Respondentky se základním vzděláním, u nichž bychom očekávali větší obtíže s pochopením textu v edukační knize, byly zastoupeny pouze v 5,1 % (3 respondentky). Žádné obtíže spojené s edukací, vzniklé ať už nepochopením



přečteného textu či nepochopením zodpovězených dotazů edukující osobou, nebo obtíže při vyplňování dotazníku se nakonec nevyskytly.

Jak víme z praxe, psychika hospitalizovaných žen je silně ovlivněna nemocničním prostředím a očekávaným operačním výkonem. Pomocí edukace se tak snažíme nejen naučit ženy něčemu novému a předat jim nové poznatky, zároveň se ale pokoušíme zmírnit jejich stres a obavy z nového prostředí a toho, co je čeká. Ženy ve stresu mohou být k edukaci méně vnímavé, můžeme se tak setkat i s tvrzením ze strany pacientky, že informaci, kterou jsme ženě předávali několikrát, vlastně vůbec nedostala. Pro edukaci je tak nutné nejen vyšetřit dostatek času, ale rovněž být empatický, mít trpělivost a ochotně vše několikrát vysvětlit. Na základě těchto poznatků jsme i pro kontrolu naší práce do výzkumu zahrnuli otázky, ve kterých jsme se respondentek dotazovali, zda pro ně byla edukace srozumitelná a zda měly dostatek času i na případné dotazy. Výsledky těchto dvou otázek jsme byli mile potěšeni, neboť z odpovědí žen vyplynulo, že naše snaha o efektivní edukaci byla i v tomto pro pacientky zátěžovém období úspěšná.

## 6.1 Výzkumná otázka č. 1

Pomocí první výzkumné otázky: „**Mají pacientky porodnicko-gynekologického pracoviště indikované k operačnímu výkonu zájem o předoperační edukaci s využitím perioperační edukační knihy?**“ jsme hledali odpověď na otázku, kterou jsme si položili na začátku výzkumu. Má cenu nabízet pacientkám v předoperačním období edukaci prostřednictvím perioperační knihy a edukátorky, jež by zodpověděla dotazy, na které respondentky v knize nenašly odpověď, nebo nemají pacientky o možnost rozšířit svoji informovanost před operací zájem, ať už z důvodu, že jsou informované dostatečně z jiných zdrojů, případně proto, že je informace nezajímají nebo je nechtějí slyšet z důvodu možného zhoršení předoperační úzkosti a strachu?

V období sběru dat bylo osloveno celkem 70 žen, pacientek akreditovaného porodnicko-gynekologického pracoviště, se žádostí o zařazení do výzkumu. Ženy byly přesně informovány, co výzkum obnáší, tedy seznámení se s obsahem edukační perioperační knihy (seznámení s obsahem celé knihy, případně s vybranými kapitolami dle zájmu) a vyplnění dotazníku. Ze 70 oslovených žen dalo k výzkumu souhlas 59 žen (84,3 %), které tak následně vytvořily náš výzkumný vzorek. Pozitivním zjištěním bylo, že zájem neprojevily pouze pacientky indikované k velkým operacím, jejichž motivací k pročtení knihy by mohla být

pouze snaha ukrátkit si dlouhé čekání na operaci, ale rovněž pacientky indikované k malým, ambulantním výkonům, které jsou přijímány zpravidla jednu až dvě hodiny před samotným provedením výkonu. Z 10 oslovených žen, u nichž byl indikován ambulantní výkon s příjmem v den operace, projevilo všech 10 žen (100,0 %) zájem o edukaci. Z jedenácti žen, které odmítly zapojení do výzkumu, čtyři ženy uvedly, že raději žádné informace slyšet nechtějí, neboť by je to ještě více rozrušilo a znervóznělo.

Na základě těchto zjištění můžeme říci, že pacientky porodnicko-gynekologického pracoviště indikované k operačnímu výkonu mají o předoperační edukaci, která by jim pomohla snížit předoperační úzkost, zájem a uvítaly by ji i jako součást běžné péče v předoperačním období.

## 6.2 Výzkumná otázka č. 2

Pomocí třetí otázky v dotazníku jsme rozdělili respondentky na ty, které doposud nepodstoupily žádnou operaci, a na respondentky s operačním výkonem v anamnéze. Jednalo se o otázku filtrační. Respondentky bez operačního výkonu v anamnéze byly vyzvány k vynechání čtvrté otázky dotazníku, respondentky s operačním výkonem v anamnéze uvedly typ podstoupeného operačního výkonu a následně pokračovaly na čtvrtou otázku dotazníku, která se vztahovala ke druhé výzkumné otázce práce: **„Setkaly se ženy s operačním výkonem v anamnéze s edukací perioperační sestrou?“**

Analýzou získaných dat bylo zjištěno, že se pouze každá pátá žena, která již podstoupila nějaký operační zákrok, setkala s edukací perioperační sestrou. Ve 100 % případů se jednalo o poskytnutí informačního letáčku, jedna z respondentek k letáčku navíc absolvovala rozhovor s perioperační sestrou. Vyhodnocením této výzkumné otázky se nám potvrdila informace, kterou zmiňujeme již v teoretické práci, a sice, že edukace perioperačními sestrami není v běžné praxi prováděna. Jak je uváděno v literatuře (Haluzíková, 2006, s. 276), nejčastější překážkou bránící v provádění edukace v předoperačním období je nedostatek času. Tento fakt nám byl potvrzen i samotnými perioperačními sestrami pracujícími na operačních sálech akreditovaného porodnicko-gynekologického pracoviště, kde výzkum probíhal. Domníváme se však, že tento problém by mohl být částečně vyřešen vytvořením edukační brožury, která by obsáhla nejpodstatnější body edukace tak, jako je tomu v případě námi vypracované perioperační knihy. Díky jednorázové časové investici by tak vznikla účinná pomůcka, pomocí které by následně mohly být pacientky dostatečně a efektivně edukovány i s vynaložením minimálního úsilí a času.

Model, který zde popisujeme, funguje v Nemocnici Třinec, p.o., kde perioperační sestry k edukaci pacientů využívají vlastnoručně vyrobenou edukační příručku, jež obsahuje fotografie a srozumitelný text. Příručka je pacientům poskytována sestrami pracujícími na standardním oddělení, kde jsou pacienti v předoperačním období hospitalizováni. Pacient má dostatek času na prostudování edukační příručky a připravení konkrétních dotazů ještě před příchodem perioperačních sester, čímž se znatelně snižuje časová náročnost edukace na perioperační sestry. Ty se tak mohou dostatečně věnovat své roli poskytovatelky ošetrovatelské péče v rámci operačních sálů a nadstavbou nad to díky pečlivě vypracované edukační příručce ještě efektivní edukaci pacientů v předoperačním období (Matlochová, 2012, s. 41).

Rovněž Kučerová a Švábová z Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice Brno popisují, že k edukaci klientek o přípravě a průběhu operačního zákroku využívají textové pomůcky a názorné obrázky doplněné ústní formou edukace. Na základě ankety mezi 30 pacientkami dané kliniky zjistily, že pacientkám daný způsob edukace s využitím textové i ústní formy zcela vyhovuje, 90 % pacientek vyjádřilo spokojenost s rozsahem edukace a s úrovní poskytnutých informací (2006, s. 21).

### 6.3 Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumnou otázkou: „**Jaké jsou nejčastější zdroje informací pacientek porodnicko-gynekologického pracoviště indikovaných k operačnímu výkonu?**“, jež se vztahuje k otázce č. 8 dotazníku, jsme se snažili zjistit, zda pacientky indikované k operačnímu výkonu využívají k rozšíření své informovanosti relevantní zdroje, nebo zda zakládají svoji informovanost na neověřených internetových zdrojích, případně radách a příbězích kamarádek a známých, jež podstoupily stejný operační výkon.

Pomocí páté otázky v dotazníku jsme získali náhled na spektrum operačních výkonů, ke kterým jsou ženy nyní indikovány. Odpovědi získané v této otázce jsme využili u třetí výzkumné otázky k vyslovení domněnky, že i přes to, že internet je nejdostupnějším a nejrychlejším zdrojem informací, pacientky v současné době využívají pro zvýšení své informovanosti více relevantní, ověřené zdroje, na což usuzujeme z vesměs správného pojmenování indikovaných operačních výkonů, jako např. odstranění dělohy, vejcovodů a vaječníků, hysterektomie, hysteroskopie, LEEP, konizace čípku apod. Odpovědi typu

„vybrání spodku“ či „něco na čípku“, se kterými jsme se v dřívější praxi hojně setkávali, se zde již nevyskytly.

Získaná a vyhodnocená data nám dovolují naši domněnku potvrdit a vyslovit závěr, že ženy indikované k operaci využívají pro zvýšení své informovanosti častěji zdroje relevantní, tedy ošetřujícího lékaře nebo odborné knihy a časopisy, než zdroje, díky kterým může dojít k nabytí nesprávných nebo neúplných informací (kamarádky a známé, média, internet apod.). I přesto, že ženy často ke zvýšení své informovanosti využívají 2 a více zdrojů informací, analýzou získaných dat bylo ověřeno, že zastoupení relevantních zdrojů (ošetřující lékař, anesteziolog, sestra/porodní asistentka, informovaný souhlas atd.) je i při kombinaci více zdrojů informací četnější než zastoupení zdrojů neověřených (internet, média apod.).

Stejnou otázkou se ve své práci zabývala i studentka Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni Lenka Tlstá, DiS., která svoji práci zaměřila na vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci. Respondentky ve výzkumu Tlsté rovněž uvedly, že informace o operačním výkonu a pooperačním režimu získaly nejčastěji z relevantních zdrojů, tedy od lékaře či porodní asistentky (90 % respondentek). Následně byly respondentky vyzvány, aby, pakliže samy zjišťovaly informace o předoperačním a pooperačním období, zvolily zdroj, ze kterého čerpaly. Z celkového počtu 87 respondentek uvedlo pouze 39 (45 %) žen, že informace samy vyhledávaly. Především pak informace hledaly právě na internetu (43 %), dále od přátel (23 %), v rodině (18 %) a v literatuře (18 %). Zde shledáváme shodu s naším výzkumem, a sice v tom, že respondentky často volí pro zvýšení své informovanosti více zdrojů, přičemž zastoupení relevantní složky stále výrazně převyšuje nad zastoupením neověřených zdrojů informací (Tlstá, 2013, s. 64).

#### **6.4 Výzkumná otázka č. 4**

Pro čtvrtou výzkumnou otázku, jež zněla: **„Jaký je vliv edukace patientek na subjektivní míru jejich informovanosti?“** byla stanovena první pracovní hypotéza. Výzkumná otázka č. 4 vycházela z otázky č. 9 a z otázky č. 14 dotazníku. Cílem výzkumné otázky bylo získat odpověď, zda budou pacientky po přečtení edukační knihy a zodpovězení dotazů ze strany edukující osoby hodnotit subjektivně svoji informovanost výše, než jak tomu bylo před započítáním edukace.

V rámci první stanovené pracovní hypotézy: „**Subjektivní míra informovanosti pacientek se díky edukaci v předoperačním období zvýší.**“ jsme tedy chtěli potvrdit domněnku, že vypracovaná edukační kniha skutečně povede k subjektivně větší informovanosti pacientek porodnicko-gynekologického pracoviště. Vzhledem k tomu, že cílem naší práce nebylo zkoumat, zda objektivně došlo ke zvýšení informovanosti respondentek, nepokládali jsme respondentkám žádné vědomostní otázky před a po edukaci, na kterých bychom si zvýšení informovanosti ověřili, nýbrž jsme celý problém ponechali na subjektivním hodnocení respondentek.

Analyzovaná data jsme zanesli do sloupcového grafu (Obrázek 5), ze kterého je patrná pozitivní změna v hodnocení informovanosti respondentek. Rovněž ve vícenásobném krabicovém grafu (Obrázek 9), který jsme vytvořili před samotným testováním vyslovené pracovní hypotézy, je dobře patrný posun v hodnocení subjektivní míry informovanosti pacientek před a po edukaci. Na základě krabicového grafu jsme již odhadovali, že změna v subjektivní informovanosti respondentek před a po edukaci bude statisticky signifikantní, což se nám následným testováním hypotézy pomocí neparametrického Wilcoxonova párového testu potvrdilo. Na základě porovnání vypočítané p hodnoty se stanovenou hladinou významnosti jsme přijali alternativní hypotézu a vyslovili závěr, že díky edukaci prostřednictvím perioperační edukační knihy došlo u respondentek k subjektivnímu zvýšení pocitu informovanosti.

Fakt, že se ženy indikované k operačnímu výkonu dozvěděly nové informace, které je obohatily a zvýšily jejich informovanost týkající se perioperační péče, která jim bude v souvislosti s operačním výkonem poskytnuta, se nám rovněž potvrdil a na základě analýzy 11. a 12. otázky dotazníku. Pomocí těchto otázek jsme zjišťovali, jak respondentky hodnotí přínos edukace a které z informací pro ně byly nejpřínosnější, díky kterým se něco nového dozvěděly nebo díky kterým si uspořádaly a doplnily informace, které již měly. Celkem 51 respondentek z 59, jež tvořily výzkumný soubor, označilo edukaci jako maximálně nebo velmi přínosnou. Naopak za ztrátu času (téměř nepřínosná, zcela nepřínosná edukace) považovaly edukaci pouze 2 respondentky (3,4 %) a rovněž dvě (3,4 %) respondentky uvedly, že žádné z nabízených informací pro ně nebyly obohacující.

Ve výzkumu Tlsté (2013, s. 65) se rovněž vyskytla otázka, ve které respondentky hodnotily přínosnost edukace. Stejně jako v našem výzkumu, i ve výzkumu Tlsté naprostá většina respondentek (97 %) hodnotila edukaci jako přínosnou a pouze 3 respondentky uvedly,

že edukace pro ně přínosná nebyla. 79 % respondentek ve výzkumu Tlsté (2013, s. 69) uvedlo, že edukace týkající se pooperačního období hrála následně při zvládnání toho období důležitou roli. Porovnáním výsledků obou výzkumů jsme si potvrdili závěr, který jsme vyvodili již na základě zpracování dat k první výzkumné otázce, a sice, že pacientky porodnicko-gynekologických pracovišť, na kterých není běžně prováděna edukace v předoperačním období, uvítají, bude-li tato intervence zavedena do perioperační ošetrovatelské péče, jež je jim v souvislosti s operačním výkonem poskytována.

## 6.5 Výzkumná otázka č. 5

V šesté a třinácté otázce dotazníku jsme využili tzv. GAS (Graphic Anxiety Scale) škálu ke zhodnocení míry úzkosti, se kterou se respondentky právě potýkají. Šestá otázka dotazníku byla určena ke zhodnocení míry úzkosti před edukací, třináctá otázka, která spadala do třetí části dotazníku a byla určena k vyplnění po edukaci, pak sloužila ke zhodnocení míry úzkosti po proběhlé edukaci. Tyto dvě otázky byly podkladem pro zodpovězení 5. výzkumné otázky a zároveň druhé pracovní hypotézy, která byla k této výzkumné otázce vyslovena. Pátá výzkumná otázka zněla: „**Jaký je vliv edukace patientek na subjektivní míru jejich úzkosti?**“. Cílem výzkumné otázky bylo zjistit, zda dojde u patientek vlivem edukace k poklesu úzkosti oproti době před edukací.

Úzkost je charakteristická tím, že nemá přesně danou příčinu. Je vyvolaná neviditelným ale očekávaným nebezpečím, u kterého však není jasné, odkud nebo kdy přijde. Na základě těchto poznatků, kterým jsme v teoretické části práce věnovali dostatečný prostor, jsme vypracovali edukační knihu, která obsáhla všechny oblasti, ze kterých by pro respondentky mohlo hrozit eventuelní nebezpečí. Domnívali jsme se, že pokud budou respondentky dostatečně o těchto oblastech informovány, sníží se pro ně tak riziko rozvoje úzkosti z neznámého. Na tomto předpokladu jsme vyslovili druhou pracovní hypotézu: „**Vlivem edukace v předoperačním období dojde u patientek ke zmírnění úzkosti.**“. Prostřednictvím této hypotézy jsme tedy chtěli potvrdit domněnku, že díky nabytí vědomostí o tom, co respondentky čeká a jak bude probíhat perioperační péče, která jim bude v souvislosti s operačním výkonem poskytnuta, dojde u respondentek ke zmírnění úzkosti.

Analyzovaná data byla zanesena nejprve do sloupcového grafu (Obrázek 2), ve kterém je znázorněno porovnání míry úzkosti před a po edukaci, jak ji hodnotily respondentky využitím GAS škály. Následně jsme již na základě vícenásobného krabicového grafu

(Obrázek 10), který jsme vytvořili před samotným testováním vyslovené pracovní hypotézy, odhadovali, že změna v hodnocení úzkosti před a po edukaci bude statisticky významná. Toto se nám po otestování hypotézy neparametrickým Wilcoxonovým párovým testem potvrdilo. Na základě porovnání vypočítané p hodnoty se stanovenou hladinou významnosti jsme přijali alternativní hypotézu a vyslovili závěr, že díky edukaci prostřednictvím perioperační knihy, díky které byly respondentky podrobně seznámeny s perioperační péčí a všemi intervencemi, které se vztahují k indikovanému operačnímu výkonu, došlo ke zmírnění jejich úzkosti oproti stavu před edukací.

Jak bylo zmíněno již v teoretické části práce, úzkost velmi úzce souvisí se strachem. U chirurgických pacientů byl popsán dokonce tzv. syndrom strachu a úzkosti, kterému se věnujeme v podkapitole 2.1. Na základě tohoto teoretického poznatku si dovolíme srovnat závěr naší výzkumné otázky, která se týkala poklesu úzkosti u respondentek vlivem edukace, s výsledky výzkumu Tlsté (2013, s. 69), jež hodnotila pokles strachu u respondentek vlivem edukace. Z obou výzkumů vyplývá, že edukace má pozitivní vliv na míru úzkosti a strachu, kterou pacientky v předoperačním období prožívají. Zatímco v našem výzkumném souboru došlo ke zmírnění úzkosti u 67,8 % (40 respondentek), u 30,5 % (18 respondentek) přetrvávala úzkost po edukaci ve stejné míře a u 1,7 % (1 respondentka) se úzkost zhoršila, ve výzkumném souboru Tlsté došlo ke zmírnění strachu v 66 % (57 respondentek) a ve 34 % (30 respondentek) zůstala míra strachu po edukaci stejná.

V zahraničním výzkumu, který se zabýval faktory vedoucími k předoperační úzkosti chirurgických pacientů (Ebirim, Tobin, 2010), autoři zmiňují pozitivní vliv dobré komunikace mezi pacientem, lékařem a dalším ošetřujícím personálem, která umožňuje mimo jiné i dostatečnou informovanost pacienta, na míru úzkosti pacienta před operačním výkonem. S tímto tvrzením se shoduje i náš závěr, ke kterému jsme dospěli vyhodnocením 5. výzkumné otázky, a sice, že dostatečná edukace a tím dobrá informovanost pacientů v předoperačním období vede ke snížení prožívané úzkosti.

## 7 Závěr

Diplomová práce se zabývala problematikou edukace a úzkosti v perioperační péči. V rámci teoretické části práce jsme vypracovali z našeho pohledu ucelený přehled o dané problematice, čímž jsme naplnili cíl stanovený pro teoretickou část diplomové práce. V empirické části jsme se zaměřili na vyhodnocení dotazníkem získaných dat a diskutování výsledků a tím na splnění cílů pro výzkumnou část práce, které jsme si na začátku stanovili. Vlastní výzkumné šetření proběhlo bez problémů, respondentky byly vstřícné a projevíly o edukaci upřímný zájem.

Jedním z dílčích cílů, který jsme si stanovili pro výzkumnou část, bylo vypracovat perioperační knihu, která bude sloužit k edukaci pacientek porodnicko-gynekologického pracoviště indikovaných k operačnímu výkonu. Tuto knihu jsme zpracovali před započatím výzkumu a zahrnuli jsme do ní nejen podrobný, přehledně uspořádaný srozumitelný text, ale rovněž obrázky, které daný text vhodně doplňují. Pacientky tak nemusely pouze číst a představovat si, jak vypadá operační sál, ale mohly si prohlédnout fotografie z popisovaného prostředí. Domníváme se, že právě začlenění reálných fotografií udělalo z naší vypracované perioperační knihy velmi užitečný edukační materiál, který by se uplatnil i při používání v běžné praxi, nejen při provádění našeho výzkumu. Stanoveného cíle bylo beze zbytku dosaženo.

Dalším z cílů práce bylo zjistit, do jaké míry se pacientky potýkají s úzkostí v předoperačním období. Subjektivní míru úzkosti jsme v rámci výzkumu měřili standardizovaným Beckovým inventářem úzkosti, ve kterém respondentky zaznamenávaly, do jaké míry byly obtěžovány jednotlivými symptomy úzkosti, a zároveň pomocí standardizované pětibodové GAS škály, kde respondentky označily výrok, který subjektivně nejlépe vystihoval jejich momentální úzkost. Získaná data jsme zanesli do tabulek a grafů. Pro maximální využití získaných dat jsme provedli srovnání míry úzkosti dle BAI a GAS. Zajímavým zjištěním bylo, že ke shodě v míře prožívané úzkosti před provedením edukace dle BAI a GAS došlo pouze u 25 respondentek. Stanovený cíl, zjistit míru úzkosti pacientek, byl splněn.

V rámci dalšího dílčího cíle pro výzkumnou část a zároveň hlavního cíle celé práce jsme si stanovili zjistit, do jaké míry má edukace v předoperačním období vliv na subjektivní změnu prožívané předoperační úzkosti. Testováním vyslovené pracovní hypotézy jsme



zjistili, že edukace přispěla ke zmírnění subjektivního pocitu úzkosti pacientek, a tím jsme splnili i tento dílčí cíl výzkumné části a zároveň hlavní cíl celé diplomové práce.

Pro naplnění posledního dílčího cíle, ve kterém jsme si stanovili zjistit, do jaké míry ovlivňuje edukace subjektivní informovanost pacientek, jsme rovněž vyslovili pracovní hypotézu. Následným testováním hypotézy jsme došli k závěru, že edukace přispěla k subjektivnímu zvýšení informovanosti pacientek. Rovněž posledního dílčího cíle tak bylo dosaženo.

Během vyhodnocování získaných dat jsme narazili na několik problematických oblastí, jejichž změnu bychom uvítali. Pro praxi tedy navrhuje zejména sjednotit metodu vyhodnocování Beckova inventáře úzkosti. Při hledání manuálu pro vyhodnocení BAI jsme se setkali s několika různými verzemi, jak inventář vyhodnocovat. V některých zdrojích byly výroky, do jaké míry byli respondenti jednotlivými symptomy obtěžováni (vůbec, mírně, středně, vážně), bodovány 1 až 4 body, v jiných zdrojích byly bodovány správně dle manuálu, tedy 0 až 3 body. Další nesoulad v nalezených vyhodnoceních jsme objevili v rozdělení pacientů do jednotlivých kategorií úzkosti dle dosažených bodů. Zatímco v některých zdrojích byla první skupina – „klidný, bez úzkosti“ charakterizována bodovým rozpětím 0 až 7 bodů, v dalším zdroji se již jednalo o rozpětí 0 až 9 bodů, případně dokonce o rozpětí 0 až 21 bodů. V několika nalezených zdrojích byli pacienti kategorizováni do 4 skupin dle míry úzkosti, v dalších zdrojích pak pouze do tří. V jednom ze zdrojů se ve vyhodnocení vyskytla i kategorie, které však nebylo možné dosáhnout. Minimální celkového skóre, kterého mohli pacienti dosáhnout, bylo vyšší (21 bodů), než horní hranice této kategorie (méně než 21 bodů). V této verzi vyhodnocení jsme objevili i další skutečnost, nad kterou jsme se pozastavili. Pacient, který u 20 symptomů z celkových 21 zvolil možnost, že ho vůbec neobtěžovaly, a pouze u jediného z 21 symptomů označil možnost, že ho obtěžoval mírně a moc ho nerušil, byl již zařazen do kategorie středně závažná úzkost. Domníváme se, že sjednocení metody, jak Beckův inventář úzkosti vyhodnocovat, by bylo přínosem nejen pro praktické využití BAI ve zdravotnické sféře, ale rovněž pro provádění obdobných výzkumů jako byl ten náš.

Dále bychom navrhovali, jak bylo hojně zmiňováno v diskusi, začlenit edukaci chirurgických pacientů do běžné ošetrovatelské praxe. Uvítáme, pokud po doplnění námi vypracované edukační knihy o informace, které respondentky uvedly jako chybějící (např. péče doma, systém pooperačních kontrol apod.), a na základě aktivního nabídnutí z naší strany, projeví zdravotnické zařízení, kde výzkum probíhal, o tuto knihu zájem.

Mrzí nás, že jsme pro porovnání výsledků našeho výzkumu nenalezli více dostupných studií na podobné téma. V posledním návrhu pro praxi, který uvádíme, bychom tak uvítali, kdyby se problematika vlivu edukace na předoperační úzkost stala častějším předmětem výzkumů.

Přínos naší práce shledáváme především v tom, že jsme se v teoretické části i výzkumu zabývali jedním z velmi aktuálních témat, vytvořili tak možnost v podobném výzkumu pokračovat a na základě jeho výsledků stále zdokonalovat ošetrovatelskou perioperační péči, zejména pak edukaci chirurgických pacientů. Velký přínos rovněž shledáváme ve vypracování efektivní edukační pomůcky, kterou, jak bylo již zmíněno výše, jsme připraveni doplnit a poskytnout k využívání v běžné praxi.

## Seznam bibliografických citací

1. Anxiety. *Science Daily: Your source for the latest research news* [online]. Rockville, Maryland, ©2013 [cit. 2013-09-06]. Dostupné z: <http://www.sciencedaily.com/articles/a/anxiety.htm>
2. ARNOLD, Magda B. *The nature of emotion: selected readings*. Editor Magda B Arnold. Harmondsworth: Penguin Books, 1968, 397 s. Penguin modern psychology, UPS 12.
3. BARTOŠOVÁ, Petra a Zuzana STRAKOVÁ. *Velká gynekologická operace: edukační materiál pro pacientky*. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, 2013, 4 s. Dostupné z: [http://www.fnol.cz/pdf/pacientske\\_brozurky/Velk%C3%A1%20gynekologick%C3%A1%20operace\\_PORGYN.pdf](http://www.fnol.cz/pdf/pacientske_brozurky/Velk%C3%A1%20gynekologick%C3%A1%20operace_PORGYN.pdf)
4. BASTABLE, Susan B. *Essentials of patient education*. 1<sup>st</sup> ed. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, c2006, xviii, 502 p. ISBN 07-637-4842-0.
5. BASTABLE, Susan B. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3<sup>rd</sup> ed. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, 2008, 667 p. ISBN 978-076-3746-438.
6. BASTABLE, Susan B. *Health professional as educator: principles of teaching and learning*. 1<sup>st</sup> ed. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlem Publishers, c2011, xxi, 628 p. ISBN 07-637-9278-0.
7. BECK, A. T., N. EPSTEIN, G. BROWN a R. A. STEER. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 1988, vol. 56, issue 6, s. 893-897 [cit. 2013-11-11]. DOI: 10.1037/0022-006X.56.6.893. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.56.6.893>
8. BECK, Aaron T. a Robert A. STEER. X. *Beck anxiety inventory: manual*. San Antonio: Psychological Corporation, 1993. ISBN 978-015-8018-416.
9. Beckův inventář úzkosti. *PsychiART* [online]. Strážnice, ©2013 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.psychiart.cz/beckuv-inventar-uzkosti.html>

10. BIXLER, Brett. *Instructional Goals and Objectives* [online]. 2007, last update 2011-09-16 [cit. 2013-10-13]. Dostupné z: <http://www.personal.psu.edu/bxb11/Objectives/index.htm>
11. BOURNE, Edmund J. *The anxiety and phobia workbook*. 5th ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2011, 496 s. ISBN 15-722-4892-0.
12. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupná také z: [aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5886)
13. DABBAGH, Nadda. Bloom's Taxonomy of Cognitive Development. *Instructional Design Knowledge Base* [online]. 2013a [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://cehdclass.gmu.edu/ndabbagh/Resources/IDKB/bloomstax.htm>
14. DABBAGH, Nadda. Krathwohl's Taxonomy of Affective Domain. *Instructional Design Knowledge Base* [online]. 2013b [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://classweb.gmu.edu/ndabbagh/Resources/Resources2/krathstax.htm>
15. DABBAGH, Nadda. Harrow's Taxonomy of Psychomotor Domain. *Instructional Design Knowledge Base* [online]. 2013c [cit. 2013-11-13]. Dostupné z: <http://cehdclass.gmu.edu/ndabbagh/Resources/IDKB/harrowstax.htm>
16. DUŠOVÁ, Bohdana. *Edukace v ošetrovatelství: II. část* [online]. Ostrava, 2006, 67 s. [cit. 2013-11-20]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/III-edukace.pdf>
17. EBIRIM, L. N. a M. TOBIN. Factors Responsible For Pre-Operative Anxiety In Elective Surgical Patients At A University Teaching Hospital: A Pilot Study. *The Internet Journal of Anesthesiology* [online]. 2010, vol. 29, number 2 [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://ispub.com/IJA/29/2/8534#>
18. EXNEROVÁ, Stanislava. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2006, 146 s. ISBN 80-737-2096-5.
19. GARAJOVÁ, Barbora. Pooperační péče. In KALA, Zdeněk a Igor PENKA. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, s. 43-46. ISBN 9788070135181.

20. GULÁŠOVÁ, Ivica et al. Zvládání strachu pacienta před operací. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 22, č. 2, s. 42-43. ISSN 1210-0404.
21. HALUZÍKOVÁ, Jana. Informovaný pacient - spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 7, s. 276-280. ISSN 1801-1349.
22. HONZÁK, Radkin. *Úzkostný pacient*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 180 s. ISBN 80-726-2367-2.
23. HONZÁK, Radkin. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství: nezávislý časopis pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Promediamotion, 2006, roč. 2, č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349.
24. HUDECOVÁ, Dagmar. *Revize Bloomovy taxonomie edukačních cílů*. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2003, 10 s. Dostupné z: <http://aplikace.msmt.cz/DOC/NHRevizeBloomovytaxonomieedukace.doc>
25. JANÍČEK, Jeroným. *Když úzkost bolí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 208 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-807-3673-666.
26. JANÍKOVÁ, Eva. Předoperační péče. In JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 27-39. ISBN 978-80-247-4412-4.
27. JANÍKOVÁ, Eva. Pooperační péče. In JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 47-63. ISBN 978-80-247-4412-4.
28. KADERÁVKOVÁ, Blanka et al. Edukace. *Multimediální trenažer plánování ošetrovatelské péče* [online]. Hradec Králové, 2008 [cit. 2013-12-17]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
29. KAST, Verena. *Úzkost a její smysl*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 235 s. Spektrum (Portál), 80. ISBN 978-802-6201-601.

30. KENNERLEY, Helen a Stanislav KRATOCHVÍL. *Jak zvládat úzkostné stavy: příručka pro klinickou praxi : [psychologické metody a praktický nácvik]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 192 s. ISBN 80-717-8266-1.
31. KNOPP, Jan. Úzkostný pacient v ambulanci praktického lékaře - 1. část. *Practicus: odborný časopis praktických lékařů*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2009, roč. 8, č. 10, s. 35-39. ISSN 1213-8711.
32. KNOTT, Laurence. Generalised Anxiety Disorder. *Patient.co.uk: Trusted medical information and support* [online]. 2013 [cit. 2013-09-17]. Dostupné z: <http://www.patient.co.uk/health/generalised-anxiety-disorder-leaflet>
33. KOPISTA, Petr a Hana KOPISTOVÁ. Úzkostné stavy. *Úzkostné poruchy* [online]. [2013] [cit. 2013-12-06]. Dostupné z: [http://www.uzkost.cz/uzk\\_stavy.htm](http://www.uzkost.cz/uzk_stavy.htm)
34. KRUIK, Nancy. Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients. *AORN Journal* [online]. 2009, vol. 90, issue 3, s. 381-387 [cit. 2013-11-13]. DOI: 10.1016/j.aorn.2009.06.022. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0001209209005481>
35. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetřovatelství*. Praha: Portál, 2010, 248 s. ISBN 978-807-3676-841.
36. KUČEROVÁ, Edita a Marie ŠVÁBOVÁ. Informovanost pacientek před operačním výkonem. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2006, roč. 16, č. 1, s. 21. ISSN 1210-0404.
37. LAWSON, Euan. Anxiety. *Patient.co.uk: Trusted medical information and support* [online]. 2013 [cit. 2013-09-17]. Dostupné z: <http://www.patient.co.uk/health/anxiety>
38. LIBIGEROVÁ, Eva. Úzkostné poruchy v primární péči. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Praha: Mladá fronta, 2005, roč. 7, č. 1, s. 66-72. ISSN 1212-4184.
39. MÁLEK, J., E. ČTRNÁCTÁ a A. KURZOVÁ. Obavy a prožitky pacientů v perioperačním období. *Rozhledy v chirurgii*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2004, roč. 83, č. 8, s. 406-410. ISSN 0035-9351.

40. MATLOCHOVÁ, Eva. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2012, roč. 22, č. 2, s. 41. ISSN 1210-0404.
41. MECHLOVÁ, Erika a Jaromír MECHL. *Pedagogická praxe v doplňujícím pedagogickém studiu učitelství odborných předmětů a odborného výcviku: studijní opora* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003 [cit. 2013-10-13]. Mimořádné formy studia. Dostupné z: [http://artemis.osu.cz:8080/artemis/uploaded/162\\_Pedagogicka\\_praxe.pdf](http://artemis.osu.cz:8080/artemis/uploaded/162_Pedagogicka_praxe.pdf)
42. MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. Vyd. 2., přeprac. Praha: ASPI, 2004, 148 s. ISBN 80-735-7045-9.
43. NANDA INTERNATIONAL. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace: 2012 - 2014*. 1. české vydání. Herdman T. Heather. Praha: Grada, 2013, 584 s. ISBN 978-80-247-4328-8.
44. NEPOKOJOVÁ, Jitka. Anxiolytika v léčbě úzkosti. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 21, č. 4, s. 25. ISSN 1210-0404.
45. PENKA, Igor. Předoperační příprava nemocného. In KALA, Zdeněk a Igor PENKA et al. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010, s. 18-20. ISBN 978-80-7013-518-1.
46. PRAŠKO Ján a Jiřina KOSOVÁ. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha: Triton, 1998, 234 s., [2] s. obr. příloh. ISBN 80-858-7546-2.
47. PRAŠKO, J., I. ONDRÁČKOVÁ, J. ŠÍPEK a J. KOSOVÁ. *Trpíte záchvaty panické úzkosti?: příručka pro osoby trpící panickou poruchou*. Praha: Pro Lundbeck vydal Lubomír Houdek - nakladatelství Galén, 2004, 16 s. ISBN 80-862-5724-X.
48. PRAŠKOVÁ, Hana a Ján PRAŠKO. *Úzkostné a fobické poruchy: malá psychiatrie pro praktické lékaře*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 102 s. Folia practica. ISBN 80-726-2039-8.
49. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 4., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2009, 481 s. ISBN 978-80-7367-503-5.

50. PTÁČEK, Radek a Hana KUŽELOVÁ. Strach a úzkost jsou jako pavouk. *Pacientské listy: příloha Zdravotnických novin*. 2011, roč. 60, č. 1, s. 30-31. ISSN 0044-1996.
51. SEKOT, Miroslav. Problematika úzkosti a somatizace v klinické praxi. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. Praha: Mladá fronta, 2011, roč. 13, č. 2, s. 179-186. ISSN 1212-4184.
52. SELINGEROVÁ, Radmila. Předoperační příprava pacienta. In JEDLIČKOVÁ, Jaroslava et al. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, s. 231-238. ISBN 978-80-7013-543-3.
53. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
54. TALÍANOVÁ, Magda a Magdalena ŘEŘUCHOVÁ. *Vybrané kapitoly z didaktiky ošetrovatelství*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2011, 82 s. ISBN 978-80-7395-389-8.
55. TLSTÁ, Lenka. *Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci* [online]. Plzeň, 2013 [cit. 2014-04-06]. 89 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Markéta Hošková. Dostupné z: [https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9980/Bc\\_prace%20Lenka%20Tlsta.pdf?sequence=1](https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/handle/11025/9980/Bc_prace%20Lenka%20Tlsta.pdf?sequence=1).
56. ULČ, Igor et al. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 85 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9790-7.
57. VOSÁTKOVÁ, Karolína a Alena HOUDKOVÁ. Psychologie nemocného v před a pooperačním období. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 2008, roč. 18, č. 7-8, s. 63. ISSN 1210-0404.
58. VYMĚTAL, Jan. Pojetí úzkosti a strachu v psychologii. In VYMĚTAL, Jan et al. *Speciální psychoterapie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2007, s. 19-39. ISBN 978-80-247-1315-1.
59. WENDSCHE, Peter, Andrea POKORNÁ a Ivana ŠTEFKOVÁ. *Perioperační ošetrovatelská péče*. Praha: Galén, 2012, 117 s. ISBN 978-807-2628-940.



60. WICHISOVÁ, Jana. Perioperační péče. In WICHISOVÁ, Jana et al. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013, s. 133-139. ISBN 978-80-247-3754-6.
61. ZACHAROVÁ, Eva. Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebepéči. *Zdravotnické noviny: týdeník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii*. Praha: Mladá fronta, roč. 58, č. 33-34, s. 14-16. ISSN 1805-2355.
62. ZELENÍKOVÁ, Renáta. Psychická podpora pacientů v chirurgických oborech. In JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013, s. 83-94. ISBN 978-80-247-4412-4.

## Seznam příloh

<b>Příloha A</b> Titulní strana perioperační knihy .....	91
<b>Příloha B</b> Dotazník .....	92



# PERIOPERAČNÍ KNIHA

---

*Informační brožura pro klientky  
před operačním výkonem na akreditovaném  
porodnicko-gynekologickém pracovišti  
ve Východočeském regionu*

2014

---

## **Příloha B: Dotazník**

Vážená klientko,

jmenuji se Aneta Vavrová a jsem studentkou 2. ročníku Perioperační péče v gynekologii a porodnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, pomocí kterého budu zkoumat vliv edukace na předoperační úzkost.

Dotazník má tři části. První část je tvořena standardizovaným dotazníkem BAI (Beckův inventář úzkosti), ve kterém křížkem označíte symptomy úzkosti, které Vás za poslední týden obtěžovaly. Druhá a třetí část dotazníku je tvořena 17 otázkami. Deset otázek je určeno pro vyplnění před edukací, 7 otázek je určeno k vyplnění po edukaci. Pokud není uvedeno jinak, označte pouze jednu možnost. V případě nedostatku místa vypište Vaši odpověď kamkoli na dotazník.

Vyplňte jednotlivé otázky pravdivě prosím. Dotazník je anonymní.

Děkuji, Mgr. Aneta Vavrová

# **ČÁST I. Dotazník BAI (Beck Anxiety Inventory, Beckův dotazník úzkosti)**

Přečtete si pozorně každou položku seznamu a označte křížkem, do jaké míry Vás jednotlivé symptomy úzkosti obtěžovaly během minulého týdne včetně dneška. (Beckův inventář úzkosti, 2013)

	<b>vůbec</b>	<b>mírně</b> <i>moc mě to nerušilo</i>	<b>středně</b> <i>bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet</i>	<b>vážně</b> <i>stěží jsem to vydržel(a)</i>
	0	1	2	3
Mrtvění nebo mravenčení				
Pocit horka				
Vratkost nohou				
Neschopnost odpočinku				
Strach z nejhorší události				
Závrať nebo pocit na omdlení				
Bušení srdce, zrychlený tep				
Neklid				
Zděšení				
Nervozita				
Pocit dušnosti				
Chvění rukou				
Třes				
Strach ze ztráty kontroly				
Namáhavé dýchání				
Strach ze smrti				
Panika				
Trávicí potíže nebo bolesti břicha				
Pocit na omdlení				
Zarudnutí v obličeji				
Pocení				

**Celkové skóre:** .....

## ČÁST II. – PŘED EDUKACÍ

### 1. Kolik je Vám let?

- |                |                |                  |
|----------------|----------------|------------------|
| a) 18 – 30 let | c) 46 – 60 let | e) 75 – 90 let   |
| b) 31 – 45 let | d) 61 – 74 let | f) 91 let a více |

### 2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- |                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| a) základní                     | d) vyšší odborné |
| b) střední odborné bez maturity | e) vysokoškolské |
| c) středoškolské s maturitou    | f) jiné.....     |

### 3. Podstoupila jste v životě nějakou operaci?

- a) ano (vypíšte jakou) .....
- b) ne (odpovíte-li „ne“, přejděte na otázku č. 5)

### 4. Byla jste někdy v minulosti edukována perioperační sestrou?

(odpověděla-li jste na otázku číslo 3 „ne“, tuto otázku nevyplňujte a přejděte na otázku č. 5)

- a) ano (vypíšte jak – např. rozhovor, leták, perioperační kniha apod.) .....
- b) ne

### 5. Jaký operační výkon u Vás bude nyní proveden? (uved'te svými slovy)

.....

### 6. Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost?

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

### 7. Jak se u vás nyní úzkost projevuje? (můžete označit více možností)

- a) nepocítuji úzkost
- b) fyzické projevy (bušení srdce, průjmy, pocení, svalový třes, slabost v dolních končetinách, nepříjemný pocit na hrudi)
- c) psychické projevy (podrážděnost, emoční labilita, vnitřní napětí, pocit závratě, neklid, strach ze smrti)
- d) nedůvěra v sebe sama, váhavost, podezíravost, pocit viny
- e) jinak .....

### 8. Odkud jste čerpala informace před nynější operací? (můžete označit více možností)

- |  |  |
|--|--|
| a) edukace ošetřujícím lékařem         | f) internet, televize                                |
| b) edukace anesteziologem              | g) od kamarádky, známé, která byla na stejné operaci |
| c) edukace sestrou/porodní asistentkou | h) nezjišťovala jsem                                 |
| d) informovaný souhlas                 | i) jiné .....  |
| e) odborné časopisy, knihy             |  |

**9. Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**

(označujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**10. Co by Vaši úzkost dokázalo snížit či odstranit? (můžete označit více možností)**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| a) pohovor, poučení od lékaře,<br>sestry                   | f) moji úzkost nic nezmírní     |
| b) kontakt s rodinou, příbuznými,<br>známými               | g) nic, neboť nepocítuji úzkost |
| c) aktivita (čtení, vyšívání,<br>sledování televize apod.) | h) jiné .....                   |
| d) víra, kontakt s duchovním                               |                                 |
| e) prohlídka prostředí, kam půjdu                          |                                 |

**ČÁST III. – PO EDUKACI**

**11. Jak hodnotíte přínos edukace?**

(1 = maximálně přínosná, 2 = velmi přínosná, 3 = průměrně přínosná, 4 = téměř nepřínosná, 5 = zcela ne přínosná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**12. Které informace z edukace pro Vás byly nejpřínosnější? (můžete označit více možností)**

- |                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| a) popis standardního oddělení  | f) popis pooperačního období |
| b) fotografie operačních sálů   | g) žádné                     |
| c) organizace operačních sálů   | h) jiné.....                 |
| d) popis předoperační přípravy  |                              |
| e) popis péče na operačním sále |                              |

**13. Jak byste subjektivně ohodnotila Vaši nynější úzkost?**

(1 = klidný, bez úzkosti, 2 = mírně úzkostný, 3 = průměrně úzkostný, 4 = velmi úzkostný, 5 = extrémně úzkostný)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**14. Jak byste subjektivně hodnotila Vaši současnou informovanost?**

(označujte jako ve škole, 1 = výborná, 2 = velmi dobrá, 3 = dobrá, 4 = dostatečná, 5 = nedostatečná)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

**15. V případě, že nemáte dostatek informací, jaké informace byste potřebovala doplnit?**

.....

**16. Byly pro Vás informace předané perioperační edukační knihou srozumitelné?**

a) ano zcela

b) ano částečně

c) ne

**17. Poskytla Vám edukující osoba prostor na dotazy a ověřovala, zda rozumíte tomu, co říká?**

a) ano, edukující osoba kontrolovala, zda rozumím tomu, co říká, měla jsem dostatečný prostor na dotazy

b) edukující osoba kontrolovala, zda rozumím tomu, co říká, ale prostor na dotazy nebyl dostatečný, nestihla jsem se zeptat na vše

c) edukující osoba nekontrolovala, zda rozumím tomu, co mi říká, prostor na dotazy jsem neměla, tudíž jsem se na nic nezeptala