

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Lenka Tlstá

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Lenka Tlstá, Dis.

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV EDUKACE NA POOPERAČNÍ PRŮBĚH U ŽEN PO
GYNEKOLOGICKÉ OPERACI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Hošková

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka TLSTÁ, DiS.**
Osobní číslo: **Z10B0053K**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

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

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **JUŘENÍKOVÁ, P.** Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- **SLEZÁKOVÁ, L. a kol.** Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 272+8s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- **VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ G.** Komunikace pro zdravotní sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
- **KŘIVOHLAVÝ, J.** Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0.
- **ŠMAJSOVÁ-BUCHTOVÁ, B.** Praktická komunikace v medicíně. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 152s. ISBN 978-80-247-1784-5.

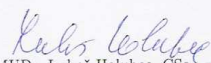
Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Markéta Hošková

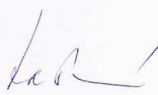
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2013**


Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.
děkan




Mgr. Lucie Kašová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 26. 03. 2013.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Hoškové za odborné vedení práce a poskytování rad. Dále děkuji svým blízkým za podporu při vypracování bakalářské práce.

Anotace

Příjmení a jméno: Tlstá Lenka, DiS.

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Hošková

Počet stran – číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 15

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 31

Klíčová slova: edukace, pooperační období, pacientka, žena, gynekologie

Souhrn:

V bakalářské práci jsem se věnovala problému edukace a jejímu vlivu na pooperační období u žen po gynekologické operaci. Teoretická část je rozdělena na dvě oblasti. První oblast je zaměřena na vymezení základních pojmů a popis procesu edukace ve zdravotnickém zařízení. Druhá oblast zahrnuje popis komplexní péče v předoperačním i pooperačním období. V praktické části sleduji vlastní problematiku edukace v pooperačním období a shrnuji zde data získaná od respondentek. Získané údaje bude následně možno zohlednit při edukaci našich pacientek. Cílem moderního ošetrovatelství je dosažení vysoké kvality poskytované péče a jedním z bodů je právě dobrá edukace pacienta.

Annotation

Surname and name: Tlstá Lenka, DiS.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Effect of education on postoperative treatment of women after gynaecological surgery

Consultant: Mgr. Markéta Hošková

Number of pages – numbered: 72

Number of pages – unnumbered: 15

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 31

Keywords: education, postoperative period, woman, patient, gynaecology

Summary:

The bachelor degree thesis is focused on patient education and its impacts to treatment of women in postoperative period after gynaecological surgery. Theoretical chapter is divided into two parts. First part defines the basic terms and describes the process of patient education in the hospital. Second part is focused on description of complex care in both pre- and postoperative periods. In the practical chapter the author concentrates on practical aspects of patient education in postoperative period and summarizes the data obtained from patients via questionnaires. The results of this thesis will help in improving of patient education in following periods. The complex patient education is one of prerequisites for achieving the high quality standards in nursing and healthcare.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	10
1.1 Definice edukace.....	10
1.2 Základní pojmy v edukaci.....	10
1.3 Druhy edukace	11
1.3.1 Primární prevence.....	11
1.3.2 Sekundární prevence.....	11
1.3.3 Terciální edukace.....	12
1.4 Komunikace v edukačním procesu	12
1.5 Fáze edukačního procesu	13
1.6 Faktory a zásady ovlivňující edukační proces	15
1.7 Edukační cíle.....	15
1.7.1 Specifické cíle podle psychických procesů	16
1.8 Didaktické zásady edukace	16
1.9 Didaktické formy edukace	18
1.10 Edukační metody.....	19
1.10.1 Přednáška.....	20
1.10.2 Vysvětlování.....	20
1.10.3 Instruktaž a praktické cvičení	20
1.10.4 Rozhovor	21
1.10.5 Diskuze	21
1.10.6 Konzultace	22
1.10.7 Brainstorming (burza nápadů „mozková bouře“).....	22
1.10.8 Brainwriting.....	22
1.10.9 Práce s textem.....	23
1.10.10 E-learning.....	23
1.11 Edukace v gynekologické oblasti.....	23
2 GYNEKOLOGICKÁ OPERACE	25
2.1 Abdominální operace – laparotomie	25
2.2 Předoperační příprava	25
2.2.1 Psychická příprava.....	26
2.2.2 Předoperační vyšetření	26
2.2.3 Krátkodobá předoperační příprava	27
2.2.4 Bezprostřední předoperační příprava.....	28

2.3	Pooperační období	28
2.3.1	Sledování fyziologických funkcí.....	29
2.3.2	Sledování krvácení	29
2.3.3	Bolest a porucha spánku	29
2.3.4	Zvláštní péče o dutinu ústní.....	30
2.3.5	Nauzea a zvracení.....	30
2.3.6	Vyprazdňování moči.....	30
2.3.7	Odchod stolice a plynů	31
2.3.8	Sledování bilance tekutin.....	31
2.3.9	Prevence tromboembolické nemoci	32
2.3.10	Prevence vzniku dekubitů.....	32
2.3.11	Hygienická péče	32
2.3.12	Péče o ránu.....	33
2.3.13	Následná léčba.....	33
2.3.14	Komplikace spojené s hojením operační rány	33
	PRAKTICKÁ ČÁST	35
3	FORMULACE PROBLÉMU	35
3.1	Hlavní problém	35
3.2	Dílčí problémy	35
4	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	35
5	CÍLE	35
6	HYPOTÉZY	36
7	VZOREK RESPONDENTŮ	36
8	METODIKA VÝZKUMU.....	36
9	VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
10	DISKUZE	63
	ZÁVĚR.....	72
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK	
	PŘÍLOHA 2 – EDUKAČNÍ KARTA	

ÚVOD

V bakalářské práci se zabývám vlivem edukace na zvládnání pooperačního průběhu v období po laparotomických gynekologických operacích. Téma své bakalářské práce jsem si zvolila záměrně, protože pracuji na Gynekologii na Pooperačním oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Setkávám se s pacientkami různého věku, psychického rozpoložení, úrovně intelektu a různými přidruženými chorobami.

Každý den si uvědomuji, jak důležitou roli hraje důsledná edukace na zvládnání pooperačního období. Termín edukace je v naší společnosti málo známý. Edukace je důležitá součást ošetrovatelského procesu. Poskytuje nejen informace, ale především vychovává a mění postoje pacientů. Správná edukace může snížit výskyt komplikací. Jednoduše podané a správně pochopené informace mohou napomoci k překonání obav před operačním výkonem. Pacientka je ve větší psychické pohodě, lépe spolupracuje a vstřebává naše informace.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak pacientky zvládají pooperační průběh a jak důsledná edukace může tento průběh ovlivnit. Nástup do nemocnice a operace je vždy stresující zkušenost, zvláště pro starší pacientky a ženy, které nikdy nebyly hospitalizovány. Předoperační úzkostí trpí více ženy než muži. Navíc gynekologické problémy mohou souviset se změnami tělesného vzhledu, v sebepojetí a v plnění rolí. Ženy jsou ovlivňovány strachem, studem, úzkostí a pocitem méněcennosti. Operace ovlivňuje reprodukční schopnost, sexuální prožívání a aktivitu. Úkolem zdravotnického týmu je, aby ženě v souvislosti s operačním výkonem bylo vše vysvětleno. Úkolem sestry je seznámit pacientku s ošetrovatelskými intervencemi v předoperačním a pooperačním období. Edukace se týká zejména problematiky bolesti a jejího tlumení, hygienické péče, operační rány, invazivních vstupů, následné rehabilitace, možností nauzey a zvracení v souvislosti s vedlejšími účinky anestezie, problematiky vyprazdňování moče a stolice a správné životosprávy. Ženám v této situaci by měl být věnován dostatečný čas a trpělivost. Měly by být na operaci připraveny a pochopit její důvod. Důležité je ke každé ženě přistupovat individuálně.

Psychická podpora a pochopení ze strany zdravotnického personálu a blízkých významně pomáhá ženám překonat strach a psychické napětí. Mohou jim pomoci v tom, aby na toto období vzpomínaly pouze jako na událost, kterou úspěšně zvládly.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Definice edukace

Edukace je proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince. Cílem je nastavit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, dovednostech a postojích. Jde tedy o výchovu a vzdělávání jedince. Pojem edukace vychází z latinského slova *educō, educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. (8)

Ve zdravotnictví znamená edukace výchovu pacientů, především ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu stavu. Edukace hraje bezesporu důležitou roli v ošetřovatelském procesu. Prostřednictvím edukace pomáháme pacientovi získat nové poznatky, osvojit si činnosti sebezpečí, rozvíjet osobnost, ovlivňovat emoce, posílit vůli a dosáhnout pozitivní změny chování. Edukace je nedílnou součástí léčby. Zahrnuje jak výuku, tak i proces učení. Vyžaduje interakci nejméně dvou osob. (8, 18)

Cílem edukace je pozitivně působit na chování nemocného tak, aby jeho léčba byla maximálně úspěšná. Samotná edukace je velice namáhavá a časově náročná. Mnohdy se nám může zdát, že je naše snažení i zbytečné. Avšak správně vedená edukace má prokazatelně dobrý vliv na kompenzaci zdravotního stavu pacienta a na jeho náhled na onemocnění. (19)

1.2 Základní pojmy v edukaci

Edukátor ve zdravotnictví je nejčastěji všeobecná setra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut a další. Zdravotnický pracovník v roli edukátora by měl mít určité předpoklady ke své činnosti. Měl by mít dobré teoretické znalosti a praktické dovednosti. Nesmí mu chybět ochota pomoci pacientovi a empatie. Měl by být vybaven správnými verbálními a nonverbálními komunikačními schopnostmi. V ošetřovatelství edukátor při edukaci poskytuje informace o zdravotním stavu (dle svých kompetencí), seznamuje pacienta s oddělením a postupy při vyšetřeních. Dává důležitá poučení o správné životosprávě a rizikových faktorech. Předává zkušenosti od jiných pacientů a své vlastní zkušenosti. Předkládá naučné materiály (brožury, letáky). Dále poskytuje získání zručnosti tím, že pacienta naučí správnou techniku a předává rady a návody. (8, 25)

Edukantem se ve zdravotnických zařízeních stává pacient. Každý edukant je velmi individuální a jeho charakteristiku ovlivňuje kromě věku, pohlaví a zdravotního stavu i víra, etnická příslušnost i prostředí ve kterém žije.

Edukační konstrukty jsou například předpisy, zákony, plány nebo edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Charakter prostředí ovlivňuje například osvětlení, prostor, zvuk, nábytek a další. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, kde edukační proces probíhá.

Edukační standard je závaznou normou pro udržení požadované úrovně kvality edukace. Nejčastěji se jedná o předem naplánovanou edukaci pro pacienta s nějakým konkrétním onemocněním. (8)

Edukační proces je taková činnost lidí, při níž dochází k učení. Na jedné straně je edukant, jemuž je edukátorem přímo nebo nepřímo exponován určitý druh informace. Proces edukace probíhá celý život.

Vzdělání je proces, při kterém se rozvíjí vědomosti, dovednosti, schopnosti a návyky na rozdíl od vzdělanosti, která odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, národě či státě. Výchovu a vzdělávání není možné od sebe oddělovat. Tyto pojmy se navzájem prolínají. (8, 21)

1.3 Druhy edukace

Edukační činností se snažíme předcházet poškození zdraví, udržovat zdraví, dále zdraví navracet a také zkvalitnit život během nemoci.

1.3.1 Primární prevence

Primární prevence je definována jako oblast, která směřuje k předcházení vzniku nemocí. Je zaměřena na zdravé lidi. Cílem je předcházet zdravotním problémům. V rámci primární prevence se zpravidla realizují projekty směřující k prevenci civilizačních chorob.

1.3.2 Sekundární prevence

V případě nemoci hraje důležitou roli. Sekundární prevence je výchovně vzdělávací činnost, kterou zdravotničtí pracovníci zaměřují na pacienty, kteří již nějakým onemocněním trpí. Můžeme zabránit přechodu nemoci do chronického stádia a obnovit zdraví. Je založena na poučení pacienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit.

1.3.3 Terciální edukace

Oblast terciální prevence je zaměřena na řešení následků po prodělaném onemocnění či po úrazu. Týká se lidí dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohou být zcela vyléčení. Terciární edukace učí pacienty i jejich příbuzné jak využívat co nejvíce stávající možnosti a navrátit se do běžného života. (25)

1.4 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je nedílnou součástí edukačního procesu. V komunikaci jde o sdělování a dorozumívání se mezi lidmi. Dochází k přenosu informací od edukátora k edukantovi. Edukátor (mluvčí) vysílá určitou zprávu edukantovi (posluchači) a ten ji musí svým způsobem dekodovat, případně přiměřeným způsobem reagovat. Celá komunikace probíhá v určitém situačním kontextu. Tím se myslí situace, ve které komunikace probíhá. V průběhu komunikace se mohou vyskytnout komunikační šumy, které mohou informace zkreslit (únava, nedostatek času, bolest). (8)

Při efektivní komunikaci by měl mít edukátor jasno v následujících bodech. Co přesně chce pacientovi sdělit a nakolik má být informace rozsáhlá. Čeho se bude týkat a kdo všechno se bude na předávání informací podílet. Kdy se bude informace předávat. Za velice vhodné se považuje, aby si zdravotník s pacientem naplánoval čas a datum schůzky. Dále je důležité v jakém prostředí bude edukace probíhat a jakou metodu edukátor využije nejen z hlediska pedagogického, didaktického, ale především z hlediska psychologického. (20, 17)

Komunikace v edukačním procesu umožňuje vzájemný kontakt a působení mezi účastníky. Je prostředkem, aby se edukace uskutečnila. Pomocí komunikace zdravotník od pacienta informace získává, edukuje ho, pozitivně přesvědčuje, také ho motivuje, povzbuzuje, vysvětluje, hodnotí a doporučuje. Při komunikaci se lépe naváže kontakt s pacientem a umožňuje ho lépe vnímat, pozorovat i chápat. Při komunikaci dochází ke vzájemnému působení mezi zdravotníkem a pacientem, spolupráci, organizování společné činnosti či k oboustranné pomoci. (8, 20)

Pedagogickou komunikaci využíváme v rámci edukace. Ta zahrnuje kooperaci lektora s účastníky, mezilidské vztahy, vzájemné působení. Přiměřené tempo, aktivita účastníků, postup od jednoduchého ke složitějšímu, od neznámého ke známému, názornost a asertivita patří k zásadám pedagogické komunikace. (2)

1.5 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Lze ho rozdělit do pěti fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení.

V první fázi edukačního procesu se zdravotník zaměřuje na důkladný sběr, třídění a analýzu údajů o pacientovi. Posuzování by mělo být systematické, komplexní, přesné a nepřetržité. Údaje o pacientovi může získat metodou rozhovoru, pozorováním, ale také z dokumentace nebo z dotazníku. Posuzování předpokládá aktivní účast jak edukanta, tak edukátora. Potřeba učit se by měla vycházet jako vnitřní motivace přímo od pacienta. Fáze pozorování má velký význam pro stanovení budoucích cílů edukace. Je nutné na každého pacienta nahlížet komplexně a individuálně. Edukátor se během pozorování a rozhovoru snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Při vstupním posouzení zjišťujeme základní údaje (věk, pohlaví, rasa, vzdělání, zaměstnání), posouzení zdravotního stavu, zdravotních problémů a edukačních potřeb. Dále zjišťujeme situační analýzu edukanta (životní styl, ekonomická situace, profil rodiny). Získané informace jsou buď subjektivní povahy, které jsou přímo od edukanta a nejdou ověřit nebo objektivní povahy ověřitelné měřením, testováním a pozorováním. Získané mohou být z primárního zdroje přímo od edukanta, nebo ze sekundárních zdrojů například od rodiny, zdravotnických pracovníků či zdravotnické dokumentace. (8, 29)

K druhé fázi edukačního procesu, kterou je stanovení edukační diagnózy (potřeby), přistupuje zdravotnický pracovník po shrnutí a posouzení všech údajů o edukantovi. Za edukační diagnózu považujeme například deficit v oblasti vědomostí a dovedností, návyků a postojů edukanta vzhledem ke svému zdraví. Tyto nedostatky mohou negativně ovlivnit zdraví edukanta v současnosti i v budoucnosti. Edukační diagnóza vymezuje problémy a potřeby pacienta, jejich příčiny a také faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy včetně přesné charakteristiky. Edukační diagnózu je nutné přesně definovat a zapsat do edukační dokumentace. (8)

Ve třetí fázi edukačního procesu se provádí plánování a příprava. Musíme se zamyslet nad otázkami, k jaké změně má dojít, koho edukujeme, jaké formy a metody edukace použijeme, co bude obsahem edukace, v jakém prostředí a způsob hodnocení. Edukační plán musí být pružný, aby se mohl přizpůsobit nepředvídatelným změnám podmínek. Je potřeba se s jednotlivými metodami, jejich charakteristikami, výhodami a nevýhodami důkladně seznámit. Poté si edukátor s edukantem stanoví cíle, na kterých se

shodnou. Cíle rozlišujeme krátkodobé, které se zaměřují na aktuální potřeby pacienta a dlouhodobé, jež se zaměřují na změnu životního stylu a chování. Cíle, které zdravotník stanoví, by měly být pouze doporučením nikoliv zákazem. Zákazy vedou spíše k opačnému chování. Cíle by měly být formulované jasně, měřitelné, ověřitelné a slučitelné s právy pacientů. Musí splňovat určitá kritéria, mezi která můžeme zařadit realnost týkající se časové dotace a prostředky ke splnění cíle. Při plánování je dále nutné respektovat tělesný a duševní stav pacienta. Začít by se mělo s tím, co pacienta zajímá a tím zvýšíme i jeho sebedůvěru. Edukují se pacienti různých věkových skupin, pohlaví, profesí, s odlišnými diagnózami. Každý z nich může mít jinou kulturu, tradice a edukaci může komplikovat i jazyková bariéra. (8, 18)

Ve čtvrté fázi, realizaci, edukátor aplikuje svou teoretickou přípravu a praktické dovednosti. Realizace edukace by měla vycházet z plánu a směřovat ke splnění stanovených cílů. Na realizaci edukace by se měl podílet celý multidisciplinární tým složený ze sester, lékařů, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů a dalších zdravotnických pracovníků, který edukaci provádí na základě svých kompetencí a specializací. Při realizaci edukace musíme respektovat pacientovy **fyziologicko-biologické faktory** (věk, pohlaví, zdravotní a psychický stav, smyslové vnímání, osobnostní vlastnosti, motivaci a postoj ke zdraví, schopnosti a dovednosti, návyky a zkušenosti), **faktory prostředí** a jeho vybavení (pokoj, lůžko, nábytek, pomůcky), **sociálně-kulturní faktory** (vzdělání, zaměstnání, rodinné vztahy, ekonomická situace, kulturní a etnická příslušnost). Edukační bariéry mohou ovlivnit realizaci edukace a znamenají překážku nebo komplikaci, která znemožní dosažení edukačního cíle. Ze strany edukanta se jedná o změny zdravotního stavu, smyslové poruchy, změny psychiky, mentální handicap a jiné. Ze strany edukátora se může jednat o nedostatečnou přípravu, nenaplánování průběhu edukace, nedostatečné edukační vědomosti a dovednosti, nedostatek času, nedostatečnou motivaci k edukaci, únavu či špatnou multidisciplinární spolupráci. Aby edukace byla pro pacienty srozumitelná, měl by se zdravotnický pracovník vyvarovat odborným výrazům a zkratkám v ošetrovatelské oblasti. Úspěšná realizace je prostředkem ke zlepšení kvality života pacientů, k získání soběstačnosti a ulehčení získávání vědomostí. (6, 8, 18)

Pátá fáze je fází kontroly a hodnocení. Je průběžným a zároveň závěrečným procesem. Edukátor poskytuje pacientům zpětnou vazbu formou pochvaly a ocenění, což má příznivý vliv a pomáhá pozitivně měnit jejich postoje. Negativní zpětná vazba by pacienty jen odradila od učení. Hodnotíme, zda jsme dosáhli určených cílů. Hodnotíme

změnu chování a jednání, ale i to, co se pacient naučil. Edukátor se na vědomosti ptá citlivě a s porozuměním, hodnotí motorické dovednosti, které vypovídají o dosažených vědomostech. Hodnocení může být **formativní**, které je zaměřeno na odhalování nedostatků a chyb v průběhu edukace. Hodnotí se individuálně a zjišťujeme momentální stav vědomostí a dovedností edukanta. Poskytuje i zpětnou vazbu důležitou pro motivaci edukanta. **Sumativní** hodnocení (shrnující) se provádí na konci určeného období. Cílem je shrnout pokroky edukanta například zkouškou. Hodnotit můžeme verbálně i neverbálně. Nejčastější je dotazníková forma (subjektivní). (8, 18)

1.6 Faktory a zásady ovlivňující edukační proces

Edukační proces je ovlivňován ve fázi plánování a realizace mnoha faktory (negativními i pozitivními smyslu).

Mezi faktory mající pozitivní vliv patří *compliance*, což je ochota ke spolupráci, touha po poznání a potřeba chtít se něco naučit. **Motivace** je vnitřní síla, která vede ke změně postojů. Vlastní zájem člověka chtít něco změnit je vnitřní motivace a vnější motivací je snaha edukátora v edukantovi tento zájem vzbudit. Dalšími faktory jsou **zpětná vazba, opakování klíčových pojmů, optimální prostředí a učební plán**, který je sestavený od nejjednoduššího po nejsložitější. Mezi negativní faktory, které mají na učení vliv, můžeme zařadit psychický stav pacienta (úzkost, apatie, deprese, nezájem, nedůvěra), dále jeho fyzický stav (onemocnění, bolest) a kulturní bariery (jazyk, životní hodnoty). Edukační proces nemusí být ovlivněn jen ze strany edukanta. Také edukátor by měl být dostatečně motivován a mít zájem o edukaci pacienta. (8, 18)

1.7 Edukační cíle

Edukační cíle můžeme charakterizovat jako očekávaný výsledek, kterého chceme dosáhnout. Výsledek je pozitivní kvalitativní a kvantitativní změna ve vědomostech, dovednostech, postojích a návycích edukanta. Na konci edukace by měl být co nejmenší rozdíl mezi výsledkem edukace a edukačním cílem. Cíle lze dělit na krátkodobé a dlouhodobé, nižší a vyšší. Správně stanovený cíl splňuje podmínku přiměřenosti, jednoznačnosti, kontrolovatelnosti, konzistentnosti a komplexnosti.

Pro formulaci cílů používáme aktivní slovesa ve spojení s tím, co má edukant umět. Cíle se formulují vždy ze strany edukanta. Slovesa musí vyjadřovat činnosti, které lze

pozorovat a kontrolovat například: předvede, vyjmenuje, napíše, zopakuje, vysvětlí, přiřadí, seřadí a jiné. (8)

1.7.1 Specifické cíle podle psychických procesů

Taxonomie cílů umožňuje edukátorovi uvažovat o jejich náročnosti, návaznosti a komplexnosti. Pro správné stanovení a formulaci může pomoci kategorizace cílů pro jednotlivé oblasti a to kognitivní, afektivní a psychomotorické cíle.

Kognitivní cíle zahrnují oblast vědomostí, intelektových schopností, poznávacích schopností jako jsou například paměť, vnímání, myšlení, tvořivost. Při vzdělání převažují tyto cíle. Nejznámější uváděnou klasifikací je klasifikace podle B. S. Blouma. Autor rozděluje kognitivní cíle do šesti kategorií a jsou to znalost, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnotící posouzení.

Afektivní cíle tvoří druhou skupinu cílů. Zahrnují oblast citovou, oblast postojů, hodnotových orientací a oblast sociálně-komunikačních dovedností. B. Krathwohlov uvedl pět kategorií a to přijímání, reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot a začlenění hodnot do charakterové struktury.

Psychomotorické cíle zahrnují oblast motorických dovedností, používání pomůcek a zařízení, obsluhu přístrojů. Tyto cíle bývají hlavní náplní praktických cvičení. Podle R. H. Davea se dělí psychomotorické cíle do pěti skupin na imitaci, manipulaci, zpřesňování, koordinaci a automatizaci. (8, 14)

1.8 Didaktické zásady edukace

Didaktické zásady jsou obecné požadavky, zásady, pravidla, která vycházejí ze zákonitostí vyučovacího procesu. Jsou prostředkem, nikoliv cílem edukace a pozitivně ovlivňují kvalitu výuky. V edukačním procesu by měly působit ve vzájemné shodě a neměli bychom jednu zásadu vyčleňovat ani preferovat. Řídit by se jimi měl každý edukátor i učící se subjekt. První didaktické zásady u nás formuloval J. A. Komenský. V současné době neexistuje jednotná klasifikace didaktických zásad. Proto se zaměříme na nejčastěji uváděné didaktické zásady uplatňující se v edukaci dospělých. (8, 14)

Zásada názornosti – jedna z nejstarších didaktických zásad, která není v praxi zcela dodržována. Toto pravidlo je dosti opomíjené zejména v edukaci dospělých. Při učení by měl mít edukant možnost zapojit smyslové vnímání spolu s poznávací a myšlenkovou aktivitou. Je vždy vhodné zvolit takové metody a formy výuky i didaktické

pomůcky, které by tuto zásadu respektovaly a usnadnily proces učení. Edukant si lépe spojí poznatky dříve získané s novými, pokud má možnost určité jevy vnímat zrakem.

Zásada spojení teorie s praxí – edukanti mají určité zkušenosti, dovednosti, vědomosti a postoje získané praxí. Jejich úroveň by měl edukátor znát. Správné vědomosti a dovednosti by měl edukátor upevnit. Nesprávné by se měl snažit změnit v pozitivní. Získané vědomosti a dovednosti v edukačním procesu by měl být edukant schopen uplatnit v praktickém životě.

Zásada vědeckosti – obsah vzdělávání by měl být v souladu se současnými poznatky z oblasti zdravotnictví a pedagogiky. V praxi je to velmi náročné a vyžaduje, to aby se edukátor soustavně celoživotně vzdělával. Při edukaci laiků je důležité, aby sdělovaný text nebyl prezentován příliš odborně, což je při dodržování této zásady problém. I laik musí sdělovanému obsahu rozumět, aniž by byla porušena zásada vědeckosti.

Zásada přiměřenosti – pokud chceme dodržet tuto zásadu, musíme dbát na to, aby rozsah učiva, metody a formy edukace byly v souladu s vědomostmi a dovednostmi edukanta a s jeho schopnostmi a zdravotním stavem. Jedinec by měl být schopen vědomosti pochopit, vstřebat a umět je uplatnit v praxi. Platí zde zásada postupovat od jednoduššího ke složitějšímu a od blízkého ke vzdálenému. (8, 14, 25)

Zásada zpětné vazy (feedbacku) – po celou dobu edukace by se měl edukátor vhodným způsobem ujišťovat, zda edukant předkládaným faktům rozumí, chápe je, pamatuje si je a umí je uplatnit při praktické činnosti.

Zásada uvědomělosti a aktivity – při dodržení této zásady je důležité, aby edukant z vlastní potřeby cítil nutnost aktivně se zapojit do edukace. Dodržet tuto zásadu se snažíme vnitřní i vnější motivací. Při edukaci se snažíme dát edukantovi příležitost být aktivní, aby měl zpětnou kontrolu nad výsledky své práce a aby učivo pochopil a mohl ho uplatnit v běžném životě.

Zásada individuálního přístupu – edukace by měla vždy přihlížet k individuálním zvláštnostem jedince. U edukanta musíme vždy posoudit a respektovat při plánování a realizaci edukace jeho zdravotní stav, psychický stav, individuální potřeby, zkušenosti, osobnostní vlastnosti, zvláštnosti sociálního prostředí a kulturní odlišnosti.

Zásada soustavnosti – obsah učiva by měl být uspořádán do logických celků. Edukátor by měl přesně diferencovat, co je hlavní část učiva a co vedlejší a jaký je mezi nimi vztah. Aby mohl edukant navázat na svoje předchozí dovednosti, vědomosti a trvale je prohlubovat, mělo by předávání vědomostí probíhat podle určitého logického systému. Na konci edukace bychom měli provést na základě zvolené metody kontrolu, zda edukant probírané učivo pochopil a logicky shrnout nejdůležitější body učiva.

Zásada trvalosti – vyžaduje, aby byl edukant schopen si získané vědomosti a dovednosti zapamatovat, a vybavit si je i po delším čase i v praktických případech. Trvalé vědomosti jsou takové, na které můžeme navázat nové vědomosti. Při uplatňování této zásady se snažíme, aby se edukant co nejvíce zapojil a aby se s ním učební látka procvičovala a opakovala.

Zásada kulturního kontextu – tato zásada je v dnešní době velice aktuální, protože vychází z požadavku, že při edukaci musíme respektovat zvláštnosti jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví. K těmto zvláštnostem musíme při edukaci přihlédnout. (8, 25)

1.9 Didaktické formy edukace

Didaktická forma edukace je souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci vzdělávacího procesu. Formy edukace můžeme rozdělit podle časového uspořádání, vyučovacího prostředí, vzájemné vazby lektor – posluchač, uspořádání studujících a stavu systémů, v nichž vzdělávání probíhá. Při volbě vhodné formy edukace se vždy musí přihlédnout ke stanovenému cíli, probírané látce, k připravenosti edukanta a k jeho individuálním zvláštnostem a možnostem, které máme v rámci zdravotnického zařízení. Z hlediska edukace ve zdravotnictví nejčastěji popisujeme formy edukace dle organizačního uspořádání. Proto podle toho můžeme edukaci rozdělit na individuální, skupinovou a hromadnou.

Individuální forma edukace je jednou z nejčastějších forem edukace používaných ve zdravotnictví. Jde o úzký osobní kontakt mezi zdravotníkem a pacientem. Edukace se účastní vždy jen jeden edukant, který pracuje zcela individuálně. Obsah edukace je přizpůsoben individuálním potřebám každého jednotlivého edukanta. Tato forma nejčastěji probíhá v ambulantním sektoru, u lůžka nebo v ordinaci praktického lékaře. Nejčastěji se při této formě využívají edukační metody vysvětlování, rozhovoru, instruktáže s praktickým cvičením a podobně. Mezi výhody individuální formy výuky patří sestavený

edukační plán na konkrétního edukanta, tempo a obsah učiva vychází z individuálních potřeb edukanta, vysoká efektivita učení, vysoká aktivita edukanta a vysoká zpětná vazba mezi edukátorem a edukantem. Mezi nevýhody individuální výuky patří nízká efektivita práce edukátora vzhledem k počtu edukantů a nemožnost spolupráce a výměny vzájemných zkušeností mezi edukanty.

Skupinová forma edukace rozděluje edukanty do skupin o různé velikosti. Skupinovou formu výuky lze aplikovat jak u zdravých, tak i u chronicky nemocných, kdy ideální počet členů je 3 - 5 ve skupině. Buď skupinu vytvoříme na základě určitých kritérií (formální), nebo může vzniknout na základě vlastního zájmu (neformální). Kritérii mohou být například věk, pohlaví, druh onemocnění, úroveň vědomostí a dovedností. Skupiny můžeme na základě kritérií rozdělit na homogenní (stejnorodé), kde jsou zařazeni edukanti se stejným zdravotním problémem a přibližnými schopnostmi, vědomostmi a dovednostmi, a na heterogenní (různorodé), kde jsou edukanti s různou úrovní zkušeností a vědomostí. Při vytváření skupin bychom měli brát v úvahu mezilidské vztahy a přání jednotlivých edukantů. Při výuce můžeme použít diskuzi, brainwriting. Mezi výhody skupinové formy výuky patří možnost spolupráce a výměny zkušeností mezi edukanty. Podle potřeb edukantů může být práce ve skupinách různě diferencována. Nevýhodou skupinové formy je, že do skupinové práce se nemusí zapojit všichni členové skupiny stejnoměrně.

Hromadná forma edukace se zaměřuje na širokou skupinu osob. Používá se ve zdravotnictví, když chceme sdělit účastníkům edukace stejný obsah. Typickou metodou při hromadné formě edukace je například přednáška. Výhodou je, že sdělíme informace velké skupině osob. Mezi nevýhody této výuky patří nízká aktivita edukantů, malý individuální přístup a nízká zpětná vazba mezi edukátorem a edukantem. (8, 14, 25)

1.10 Edukační metody

Řecké slovo *met-hodos* v překladu „za cestou“ můžeme chápat jako cestu k naplnění cílů. Edukační metoda je cílevědomé a promyšlené působení edukátora na edukanta tak, aby ho aktivizoval v učení a byly efektivně naplněny cíle učení. Při volbě edukační metody musíme opět přihlídnout k osobnosti edukanta, k jeho dosavadním vědomostem a zkušenostem, stanoveným cílům a obsahu, a v nemalé míře k aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu. Faktory prostředí zde hrají významnou roli. Stanovená metoda by měla být použitelná v praxi, přirozená a zajímavá. Předávané vědomosti a dovednosti by měly být plnohodnotné a obsahově nezkrácené. Existuje nepřehledné

množství klasifikací edukačních metod. Dále se zaměříme pouze na nejčastější metody používané ve zdravotnictví.

1.10.1 Přednáška

Tradice přednášky sahá až do antiky. Prostřednictvím souvislého uceleného projevu předáváme vědomosti. Klasickou přednášku tvoří tři části a to úvod, vlastní výklad a závěr. V úvodu seznamujeme edukanty s problémem a snažíme se získat jejich zájem a pozornost. Pro získání zájmu je vhodné seznámit posluchače s cílem přednášky a na příkladech uvést smysl prezentovaného problému. Při výkladu předkládáme vědecky podložená fakta. Text přednášky by měl být logicky uspořádán, doplněný příklady z praxe a měly by být vysvětleny pojmy, které jsou pro účastníky nové. V závěru je nutné shrnout nejdůležitější body projevu. Během přednášky můžeme použít i pomůcky, které vytvoří lepší představu o prezentované problematice. Posluchači by měli mít možnost si v průběhu přednášky dělat poznámky, popřípadě jim poskytnout v písemné podobě podklady k přednášce, aby se k danému tématu mohli kdykoliv vrátit. Výhodou přednášky je, že předáváme vědomosti velké skupině osob najednou. Nevýhodou je malá aktivita účastníků, malá zpětná vazba. Pro zvýšení aktivity posluchačů můžeme do přednášky zařadit diskuzi, a to během přednášky, nebo na její závěr. (8, 25)

1.10.2 Vysvětlování

Vysvětlováním se snažíme posluchačům objasnit podstatu problému tak, aby byl schopen ho pochopit. Metoda vysvětlování je vhodná, pokud se můžeme opřít o předcházející vědomosti a zkušenosti posluchače. Při vysvětlování bychom měli postupovat logicky, systematicky a srozumitelně objasňovat souvislosti a fakta. Vysvětlování je vhodné doplnit názornými pomůckami, jako jsou například fotografie, schémata, modely.

1.10.3 Instruktaž a praktické cvičení

Instruktaž je teoretická příprava na praktickou činnost, při níž se edukatni musí seznámit s pracovním postupem, aby získali psychomotorickou dovednost. Instruktaž provádíme nejčastěji mluveným slovem, méně často psaným textem. Při instruktaži bychom měli vysvětlit, co budeme dělat a jaký bude výsledek naší činnosti, kdy navazujeme na teoretické vědomosti edukantů. První ukázkou bychom měli předvést pomalu, slovně doprovázet a upozorňovat na správný postup a chyby, kterých by se edukanti mohli dopustit. Potom předvedeme ukázkou v rychlosti, které by měl edukant

dosáhnout. Poté znovu ukázkou předvádíme v pomalém tempu po jednotlivých krocích a stále doplňujeme slovním komentářem. Na instruktáž navazuje praktické cvičení. Ve zdravotnictví může probíhat individuálně nebo ve skupině dvou a více osob, kdy skupina by neměla přesáhnout 10 edukantů. Při prvním nácviku jsou pohyby většinou nekoordinované a s řadou chyb. Protože na tuto činnost je potřeba vynaložit velké množství energie, nezařazujeme nácvik psychomotorických dovedností v akutní fázi onemocnění. Edukátor musí dbát na to, aby nevznikly chyby v pracovním postupu, dbá na dostatečnou motivaci edukantů, zvláště při opakování činností. V průběhu nácviku praktických činností by se měly dělat přestávky. Edukátor musí mít dopředu připravený a promyšlený postup instruktáže a praktického cvičení včetně pomůcek.

1.10.4 Rozhovor

Zdravotník by měl mít dobré komunikační schopnosti a dovednosti, protože rozhovor je součástí každodenní praxe zdravotníka. Měl by metodu rozhovoru ovládat. Základem je kladení otázek, kdy dochází k výměně informací. Rozhovor slouží nejčastěji ke sběru informací, ke sdělení poznatků, k upevnění a opakování získaných vědomostí. Otázky by měly být kladeny jazykově správně, spisovně, spíše stručně a neměla by se používat složitá souvětí. Otázky by neměly být sugestivní, měly by obsahovat pouze jeden problém a v logické posloupnosti. Při kladení otázek skupině nejdříve položíme otázku celé skupině a necháme skupinu rozmyslet. Potom vybereme jednoho edukanta, který odpoví. Za správnou odpověď je důležitá pochvala. Pokud odpoví nesprávně, měli bychom ho přivést k tomu, aby na správnou odpověď přišel sám. Nesmíme zapomenout na dodržování pravidel správné komunikace. (8, 25)

1.10.5 Diskuze

Metodou diskuze mají diskutující možnost argumentovat a prezentovat své myšlenky, znalosti a nápady. Při diskuzi se upevňují a procvičují vědomosti edukanta. Pro úspěšný průběh diskuze je důkladná příprava všech účastníků na zvolené téma a vhodné prostředí k diskuzi. Téma diskuze by měli účastníci znát dopředu, a to nejlépe v písemné formě, aby se na diskuzi mohli připravit. Vedoucí roli v diskuzi má edukátor, který po celou dobu sleduje její průběh a koriguje diskutující. Na závěr diskuze je nutno provést její shrnutí.

1.10.6 Konzultace

Ve zdravotnictví patří konzultace mezi jednu z nejvíce užívaných metod. Konzultace znamená setkání se s odborníkem. Edukant s ním může svůj problém prodiskutovat, vyjasnit si nejasnosti a zkonzultovat doporučení. Probíhá nejčastěji v přímém kontaktu edukanta s edukátorem. Metoda konzultace se často kombinuje s jinými metodami, jako jsou například vysvětlování či instruktáž. U pacientů s chronickým onemocněním má konzultace dlouhodobý charakter. V rámci konzultace si sestra může ověřit vědomosti a dovednosti pacienta a na základě zjištěných nedostatků provede edukaci.

1.10.7 Brainstorming (burza nápadů „mozková bouře“)

Tuto metodu lze využít při práci ve skupině, kdy se snažíme v určitém časovém limitu získat co nejvíce nápadů a představ o způsobu řešení problému. Optimální velikost skupiny při metodě brainstormingu je do 12 osob a délka výuky by neměla přesáhnout 45 minut. Edukátor vybere problém a zapíše ho na tabuli. Seznámí účastníky s metodou a vymezí čas, který mají účastníci na své nápady. Vyzve účastníky, aby navrhovali způsoby řešení problému. Všechny návrhy zapíše na tabuli beze jmen účastníků. V této fázi se k návrhům nevyjadřujeme. Po uplynutí časového limitu provedeme analýzu návrhů, vyhodnocení a shrnutí způsobu řešení zadaného problému. Je nutné si uvědomit, že pracujeme spíše s kvantitou než kvalitou.

1.10.8 Brainwriting

Je určitou obdobou metody brainstormingu s tím rozdílem, že si každý účastník zapisuje nápady na papír. Ideální velikost skupiny je 6 osob. V případě větší skupiny je potom nutné ji rozdělit na více částí. Edukátor vybere vhodný problém, který má jednodušší charakter, a zapíše ho na tabuli. Seznámí účastníky s metodou a vymezí čas. Během doby 5 minut napíšou účastníci na svůj papír tři nápady. Poté předají papír sousedovi, který ve stejném časovém limitu zapíše své tři nápady na řešení problému. Nápady se nesmí opakovat. Vše se opakuje, dokud se papír nevrátí původnímu majiteli. Myšlenky se přečtou a vyhodnotí se nejlepší, které řeší daný problém. U této metody odpadá určitý ostych sdělovat nápady před ostatními a účastníci mají větší možnost koncentrace. (8, 25)

1.10.9 Práce s textem

Práce s textem je jednou z nejčastějších metod používaných ve zdravotnictví. Používají se nejčastěji letáky, brožury, plakáty, knihy a články v časopisech. Avšak nemělo by to být hlavním zdrojem informací pro edukanta, což si zdravotníci často myslí. Písemný materiál, poskytovaný pacientům, bychom měli dobře znát. Měl by být předán edukantům, pro které byl vytvořen a informace v písemném materiálu by měly být doplněné například konzultací a vysvětlováním. Při sestavování písemného materiálu bychom se měli držet následujících zásad. Měli bychom mít jasný cíl, kterého chceme dosáhnout. Dále pro jakou cílovou skupinu je materiál určen. Psaný text by měl být přizpůsoben jazyku a stylu čtenáře a účelu, kterému bude sloužit. Měl by obsahovat obrázky k lepšímu pochopení textu a grafické zpracování by mělo čtenáře co nejvíce zaujmout. Při psaní písemného textu bychom měli brát v úvahu specifika svého zdravotnického zařízení. Letáky, plakáty a brožury můžeme umístit například na ambulanci. (8, 25)

1.10.10 E-learning

Tato metoda nemá přesnou definici. Vzdělávací proces probíhá většinou formou počítačových kurzů. Kurzy jsou rozděleny do jednotlivých lekcí v kombinaci s výkladovým textem s animacemi, grafikou, zvukem, videem a elektronickými testy, které umožňují zpětnou vazbu. E-learningové kurzy se používají spíše k celoživotnímu vzdělávání zdravotníků a patří do metod sebevzdělávacích. Výhodou této metody je, že si edukant volí dobu a tempo učení podle svých potřeb. Kurzy jsou většinou interaktivnější než běžná výuka. Naopak bariery pro e-learning jsou počítačová negramotnost účastníků, nemožnost přístupu k počítači nebo nemožnost připojení k počítačové síti, vysoké vstupní náklady na vybavení a malá zkušenost se zavedením e-learningových kurzů. (8, 25)

1.11 Edukace v gynekologické oblasti

Edukace v této oblasti by měla být stěžejní pro vzdělávání dívek a žen ve správném pojmání zdraví a zdravé sexuality. S edukací by se mělo začínat již od dětství. Cílem je dosáhnout změny chování a jednání dětí a dospívajících, aby se stalo součástí jejich životního stylu.

Primární edukace v gynekologické oblasti by se měla zaměřit na získání informací o vlastním těle, hormonální činnosti, hygienických návycích, sexualitě a jejích úskalích. Další potřebné informace jsou v oblasti antikoncepčních technik, jejich rizik a uvědomělého plánování rodičovství. Dále by se měla zaměřit na prevenci zánětlivých

onemocněných, přenos pohlavních chorob, preventivní prohlídky a samovyšetření prsu. Nedílnou součástí primární edukace je příprava žen na klimakterium, které ženám přináší kromě somatických změn i změny psychické a sociální. A řešení inkontinence posilováním pánevního dna a podpora pozitivního sebepojetí.

Sekundární edukace v gynekologické oblasti se zaměřuje na konkrétní zdravotní problémy a jejím cílem je zkvalitnění života dívek a žen. Týká se předoperačního období, kde je důležitá informovanost o zákroku včetně přípravy na pooperační období a případnou léčbu. Dále se týká pooperačního období, kde je edukace zaměřena na dostatečnou informovanost o provedeném zákroku a výsledcích zákroku. Sekundární prevence je také zaměřena na možnosti další léčby, pohybový režim, správnou životosprávu a sexualitu, léčbu gynekologických onemocnění, dodržování léčebného režimu, změny životního stylu a pravidelné preventivní prohlídky. K edukačním metodám, kterými lze edukaci provádět patří například pozorování, které dává informace o momentálním psychickém stavu. Rozhovorem získáme potřebné informace o potřebách jednotlivých pacientek, o jejich postojích k sobě, ke zdraví a o informovanosti. Pomocí přednášek můžeme měnit postoje pacientek k sobě samým a ke zdravému životnímu stylu. Besedou neboli skupinovým rozhovorem s pacientkami se stejnými problémy můžeme hodnotit jiné pohledy na danou problematiku. Dále můžeme použít promítání filmů, nahrávek, edukační materiály ve formě letáků a brožurek, nástěnky a telefonické poradenství.

Edukace by měla být součástí edukačního plánu. Ten je možné zpracovat podle individuálních potřeb pacienta. Důležitý je vzájemný vztah mezi sestrou a pacientem. Role sestry edukátorky je mnohostranně zaměřena. Formování jedince i skupiny v zájmu podpory a obnovy zdraví je jedním z hlavních cílů edukace. Při edukaci je potřeba brát na zřetel také etické normy a principy s ohledem na bio-psycho-sociální potřeby jednotlivce, neboť jedine správně vedená edukace zvýší zdravotní osvětu obyvatelstva a tím i zdraví jedinců ve společnosti. (30)

2 GYNEKOLOGICKÁ OPERACE

2.1 Abdominální operace – laparotomie

Laparotomie znamená otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně. Dovoluje dokonalý přehled a přístup operačního pole, což je důležité zvláště pro radikálnější operace. Důkladná znalost anatomie malé pánve je předpokladem úspěšné operační léčby. Nevýhodou je pooperační dyskonfort vzhledem k rozsahu operační rány, oblenění střevní peristaltiky a riziko vzniku hernie v jizvě. V zásadě se využívají dva typy incizí.

Klasický řez podélný ve střední čáře mezi symfýzou a pupkem (dolní střední laparotomie) s možností prodloužení kolem pupku. Výhody podélného řezu jsou dobrý přístup do malé pánve, snadné prodloužení řezu podle potřeby, možnost současné chirurgické léčby, časově menší náročnost a menší krvácení z prořatých tkání. Nevýhoda je horší kosmetický efekt a častější výskyt hernií v jizvě.

Příčný řez nad symfýzou má výhody dobrého kosmetického efektu a minimálního rizika vzniku hernií v jizvě. Naopak nevýhody jsou větší časová náročnost a možnost většího krvácení, což je nutno brát v úvahu při indikacích k urgentním operacím.

Operační výkony se provádí obvykle v celkové inhalační anestezii. Pacientky jsou hospitalizovány na standardním pooperačním gynekologickém oddělení či jednotce intenzivní péče. Příjem k hospitalizaci může být plánovaný nebo akutní. Plánovaná operace znamená, že na ni pacientka nějakou dobu čekala. Během této doby má pacientka čas na psychologickou přípravu a čas připravit se na předpokládané výsledky. Akutní operace neumožňuje pacientce, aby se na operaci připravila, a může se pak cítit špatně. Proto je potřeba se pacientce věnovat v pooperačním období o to více. Doba hospitalizace závisí zejména na zdravotním stavu pacientky a druhu provedeného operačního výkonu. Před operací by měla být pacientka informována ze strany lékaře o operačním zákroku a na základě těchto informací by měla podepsat informovaný souhlas. (15, 22, 23, 24, 31)

2.2 Předoperační příprava

Příprava před operací a pooperační ošetření pacientky představuje systém komplexní péče, kterou zajišťují sestry a porodní asistentky a ordinují gynekolog, anesteziolog, popřípadě internista. Operace s sebou vždy nese určité riziko. Proto k ní lékaři přistupují s rozvahou, až když jsou vyčerpány možnosti konzervativní léčby nebo

nelze onemocnění vyléčit žádným jiným způsobem. Zmenšit operační riziko znamená pro zdravotnický personál zajistit pacientce nejlepší podmínky k provedení operace, pro její průběh a rekonvalescenci. (10)

2.2.1 Psychická příprava

Cílem psychické přípravy je zmírnit strach a stres z operace. Na tomto složitém úkolu se podílejí jak lékaři, tak sestry. Bylo by chybou bagatelizovat kladené otázky od pacientky, které se týkají operačního výkonu, délky anestezie, nepříznivého výsledku operace, bolesti po operaci, imobilizace a starosti o rodinu.

Operace na reprodukčních orgánech nebo jejich odstranění zahajují u žen celý řetězec reakcí v jejich psychice. Ženy mají většinou pocit, že bude ohroženo nejen jejich zdraví, ale i funkce, kterou má reprodukční systém v manželském životě. Uvědomují si, že budou operací na určitou dobu vyřazeny z funkce ženy, matky, manželky a že gynekologická operace výrazně ovlivní jejich sexuální život či sexualitu vůbec. Každá pacientka vnímá tyto otázky různě a reakce žen proto mohou být zcela odlišné. Některé ženy považují dělohu za základ sexuality a atraktivnosti. Velmi složitou psychologickou otázkou je vypořádání se s pocitem trvalé sterility, tedy s tím, že ženy po hysterektomii nebo po operaci na adnexech ztratí možnost otěhotnění. Pocit nejistoty a obavy se často objevují i u žen, které již děti mají a další těhotenství neplánují.

Pro celý předoperační i pooperační průběh je velice užitečné, aby měl lékař vždy čas pacientku vyslechnout, včas jí o operaci a jejím důvodu informoval. Rozhovor s pacientkou před operací má nesmírný význam pro další péči. Příznivě ovlivňuje celé prožívání operace a pooperačního období. Předoperační rozhovor je naléhavý zvláště u složitějších výkonů a nebývá od věci v případě potřeby přizvat k rozhovoru i psychologa. Časem, který zdravotnický personál pacientce věnuje, si ji získává ke spolupráci a pomáhá jí překonávat obtíže, které s sebou každý operační výkon na reprodukčních orgánech přináší. Je velmi dobré udržovat při rozhovoru kontakt s pacientkou pohledem z očí do očí. Tím žena získává jistotu, že lékař věnuje plnou pozornost tomu, co mu pacientka sděluje a že je schopen se vžít do jejích pocitů v současné životní situaci. (5, 7, 11, 13, 28, 31)

2.2.2 Předoperační vyšetření

Pacientka je odeslána k internímu předoperačnímu vyšetření na základě rozhodnutí lékaře k operaci. Výsledky interního vyšetření nesmí být starší 10 dnů před plánovanou operací. Interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, fyziologické funkce, screeningové

vyšetření moči, screeningové vyšetření krve: krevní obraz, základní biochemie, krevní skupina a Rh faktor, koagulační vyšetření. Dále EKG vyšetření a rentgenové vyšetření srdce a plic. Základní předoperační vyšetření může být doplněno o další speciální vyšetření. Rozhoduje o tom lékař podle celkového stavu pacientky. V rámci předoperační přípravy může být pacientce doporučen odběr krve na tzv. autotransfuzi, což je transfuze krve a krevních komponentů získaných od dárce s určením pro něj samého. Výhodou autotransfuze je minimalizování rizik spojených s podáváním transfuze. (23)

2.2.3 Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé předoperační přípravy je vymezeno na 24 hodin před samotnou operací.

Výživa a tekutiny – každá pacientka musí být před operací lačná alespoň 6 – 8 hodin. Doporučuje se proto již od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat a necucat bonbóny. U pacientek s poruchami výživy či diabetičkám zajistíme přívod energie a tekutin parenterální cestou. Dojde tak ke snížení rizika pooperačních komplikací.

Vylučování – před plánovanou gynekologickou operací je nutné vyprázdnění střev. Buď se provádí očistné klyzma, nebo se podává vyprazdňovací roztok dle zvyklosti oddělení. Vždy záleží na druhu a rozsahu operace. Klyzma se podává večer před operací a pacientka už nevečeří. Vyprazdňovací roztok se podává perorálně v odpoledních hodinách a pacientka poté nejí, ale v obou případech musí přijímat dostatek tekutin.

Hygienická péče – zhodnotí se soběstačnost pacientky a provede se celková hygiena. Zvýšenou pozornost věnujeme nehtům (odstranit lak), vlasům, odlíčení obličeje a desinfekci pupku.

Příprava operačního pole – se řídí dle druhu operace, pokyny operátora a zvyklostmi oddělení (například holení a desinfekce operačního pole).

Spánek – nerušený spánek pomáhá zvládnout strach a stres před operací, proto den předem ordinuje anesteziolog na spaní sedativa či hypnotika.

Cennosti a protetické pomůcky – větší obnos peněz, cennosti, šperky si může pacientka uložit do centrálního trezoru. V případě, že tak neudělá, si za neuložené věci ručí sama a personál za ně nezodpovídá. Snímatelné zubní náhrady se odstraní z dutiny ústní a pacientka je uloží do sklenice s vodou.

Prevence tromboembolické nemoci – večer před plánovanou operací se ve většině případů aplikuje nízkomolekulární heparin do podkoží.

Anesteziologická příprava – den před operací přichází anesteziolog za pacientkou na oddělení, hodnotí její zdravotní stav a únosnost k operaci. Seznamuje ji s anestezií a s riziky, která mohou během operace nastat. Doplňuje ordinace před operací a rozhoduje o premedikaci. (12, 23)

2.2.4 Bezprostřední předoperační příprava

Tato předoperační příprava se omezuje na časový úsek asi 2 hodin před operací. Je nutná kontrola dokumentace pacientky, kontrola operačního pole, přikládání bandáží či použití elastických punčoch na dolní končetiny a kontrola chrupu. Pacientce jsou podány ordinované léky, je zajištěn venózní přístup a podány infuzní roztoky k zajištění dostatečné hydratace. Na přání lékaře se například zavádí permanentní močový katétr či žaludeční sonda. O všech výkonech je nutné provést záznam do dokumentace pacientky. Premedikace se aplikuje na základě ordinace anesteziologa a telefonické výzvy z operačních sálů. V rámci premedikace se aplikují například opiáty, antibiotika, antiemetika či léky na potlačení alergických reakcí. (10, 22, 23)

2.3 Pooperační období

Po ukončení operace pacientka zůstává pod intenzivním dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u ní patrné obranné reflexy. Zajištěním anesteziologické péče je zabráněno časným operativním komplikacím, jako jsou například nebezpečí zapadnutí jazyka, přetrvávající relaxace dýchacích svalů, laryngospasmus či aspirace zvratků. Po dlouhotrvajících operacích, pokud je nutné pokračovat v umělé plicní ventilaci, jsou pacientky převezeny z operačního sálu na Anesteziologicko - resuscitační oddělení.

Těsně po operaci je pacientka uložena na jednotku intenzivní péči či pooperační pokoj k monitorování vitálních funkcí a stabilizaci stavu. Zde obvykle pracuje porodní asistentka specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Pooperační péče se řídí druhem operace a anestezií, aktuálním stavem pacientky, požadavky operátora a zavedenými zvyklostmi oddělení.

Do chorobopisu pacientky provede operátor zápis o provedené operaci a rozepíše ordinované léky, infuzní roztoky, transfuze, laboratorní vyšetření, pokyny ohledně polohy

pacientky, převazů operační rány, odstranění drénů, odstranění permanentního močového katétru a poševní tamponády.

Pacientka je přivezena z operačních sálů již při vědomí a reaguje na oslovení. Pacientka zaujímá polohu na zádech. Při každé jiné poloze musíme dbát na dobré rozpětí plic. Dále je důležité věnovat pozornost vzniku dekubitů, pooperačních flebotrombóz a hlavně bezpečnosti pacientky. (22, 23, 27)

2.3.1 Sledování fyziologických funkcí

Sledování vědomí pacientky, krevního tlaku, dechové a tepové frekvence a tělesné teploty provádí na gynekologickém pooperačním oddělení porodní asistentka. Dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň se provádí měření fyziologických funkcí v první hodině po 15 minutách, další dvě hodiny po 30 minutách a následně každou hodinu a to celkem 24 hodin od operace, nevyžaduje-li zdravotní stav pacientky sledování jinak. Veškeré údaje se zaznamenávají do dokumentace. Výkyvy fyziologických funkcí jsou v prvních pooperačních dnech časté. Nejčastějšími příčinami jsou zatížení organismu narkózou, krevní ztráta při operaci nebo podchlazení na operačním sále. (24, 27)

2.3.2 Sledování krvácení

Porodní asistentka sleduje při monitorování fyziologických funkcí i krvácení z rodidel. U vaginálního krvácení se sleduje počet prokrvácených vložek za určitý čas. Dále se sleduje krvácení z operační rány, kontroluje se odvod z drénů a krvácení v místě jejich vyvedení, dále známky vnitřního krvácení, které se projevují změnami fyziologických funkcí, peritoneálním drážděním, hematomy a pocitem vzrůstajícího tlaku v dutině břišní. Dále kontrolujeme invazivní vstupy (periferní žilní katétr, centrální žilní katétr, dialyzační katétr, venózní porty, permanentní močový katétr. (24, 27)

2.3.3 Bolest a porucha spánku

Bolest v oblasti operační rány je častým projevem, který se dostavuje po vymizení působení anestetik. Pokud se rána nekomplikovaně hojí, bolest po jednom až dvou dnech vymizí. Přetrvávající intenzivní bolest charakterizuje zánět, ranné krvácení, rozestup rány a píštěle. Bolest u pacientky nikdy nepodceňujeme a sledujeme jí současně s fyziologickými funkcemi. Analgetika opiátového typu aplikujeme až po odeznění účinků anestetik. Porodní asistentka podává analgetika podle ordinace lékaře, kontroluje účinky podaných analgetik a všechny informace zaznamenává do Akutní karty a do Plánu pro hodnocení a léčbu bolesti. Při nedostačujícím účinku analgetik vždy informuje lékaře, který léčbu

upraví podle potřeb pacientky a vše zaznamená do dokumentace. K úlevě od bolesti se dále provádí dechová rehabilitace, používání úlevových poloh, odvádění pozornosti vhodnou komunikací, poslechem rádia, televize či umožnění návštěv rodiny. Všechny tyto faktory ovlivňují rekonvalescenci pacientky.

Pokud se dostaví porucha spánku, lékař naordinuje hypnotika. Porodní asistentka pomáhá ke zlepšení kvality spánku tím, že zajistí dobré podmínky, jako jsou například úprava lůžka před spaním, poloha pacientky, vyvětrání místnosti, ztišení přístrojů a zajištění soukromí.

2.3.4 Zvláštní péče o dutinu ústní

Zvláštním důvodem péče o dutinu ústní je omezení příjmu tekutin jak před operací, tak po určitou dobu po operaci. Dochází k osychání sliznice dutiny ústní a jazyka, což vede k nepříjemnému zápachu. Navíc se může objevit pooperační nauzea a zvracení. Dutinu ústní pravidelně ošetřujeme a motivujeme pacientku k čištění zubů a vyplachování úst. Hygiena dutiny ústní je doplněna hygienou celého těla. (9, 22, 23, 24, 26, 27)

2.3.5 Nauzea a zvracení

Nauzea a zvracení může být následek premedikace, anestezie či analgezie. Při akutní operaci může být zvracení komplikace u pacientek, které nebyly lačné. V těchto případech se před operací zavádí nasogastrická sonda. Hodnotí se odvod sondy a zapisuje se do dokumentace. Zvratky mohou způsobit aspiraci hlavně u pacientek, které se ještě úplně nevzbudily z narkózy. Léky, které tlumí zvracení a nauzeu, aplikujeme parenterální cestou. Tekutiny perorálně podáváme až po stabilizaci stavu nejdříve však za 2 hodiny od operace. Ihned po operaci je zajištěna parenterální výživa s postupným přechodem na výživu enterální. Dle Standardu Fakultní nemocnice v Plzni je stanoven dietní pooperační režim takto: 0. pooperační den podáváme pacientce pouze tekutiny, 1. pooperační den má pacientka dietu čajovou + k obědu 200 ml bujónu a k večeři 200 ml mléka, 2. pooperační den dostává pacientka kašovitou dietu, 3. pooperační den dietu šetřící a od 4. pooperačního dne si pacientka volí dietu z jídelníčku dle vlastního výběru. Při operaci na střevě je možný perorální příjem až od 1. pooperačního dne nebo i déle dle ordinace lékaře.

2.3.6 Vyprazdňování moči

Před laparotomickou operací se pacientce zavádí za aseptických podmínek permanentní močový katétr. Sběrný sáček vyměňujeme po 72 hodinách nebo při jeho znečištění. Zdravotnický personál dodržuje aseptické podmínky také při jeho vypouštění

nebo při odběrech vzorků moče. Edukuje pacientku o péči o katétra před mobilizací a nutnosti dodržování zvýšené hygienické péče. U laparotomických operací se odstraňuje permanentní močový katétra první pooperační den. Pacientka by se měla do 6 hodin od extrakce katétra vymočit. Výjimkou je radikální operace dle Wertheima – Meigse, kdy se permanentní močový katétra pátý pooperační den uzavírá a šestý pooperační den extrahuje. Permanentní močový katétra může být ponechán i déle pokud došlo při operaci například k poranění močového měchýře. Výdej tekutin za 24 hodin sledujeme do třetího pooperačního dne. Při pooperační retenci moče, selhávání ledvin nebo u chronických onemocnění ledvin sledujeme hodinovou diurézu dle ordinace lékaře. (26)

2.3.7 Odchod stolice a plynů

Zástava plynů a stolice patří k přechodným pooperačním stavům. Příčinou je dočasné zastavení střevní peristaltiky projevující se zvýšenou plynatostí. Mezi příznaky plynatosti patří vzednutí a bolest břicha až kolikového charakteru, nevolnost a říhání. Obtíže s plynatostí můžeme zmenšit zavedením rektální rourky do konečníku nejdéle na 20 minut. Plynatost můžeme ovlivnit také změnou polohy pacientky, posazováním a včasnou mobilizací pacientky. K podpoření střevní peristaltiky aplikujeme léky ordinované lékařem, podáváme vhodnou stravu a tekutiny nebo přikládáme teplé obklady na podbřišek. Stolicí by měla pacientka mít třetí pooperační den. V případě obtíží s obnovením stolice podáváme glycerinové čípky, Laktulózu, Forlax nebo malé klyzma, které je kontraindikované u pacientek po operaci na střevě. Při vylučování stolice na lůžku je nutné zachovat intimitu pacientky, ubezpečovat pacientku o naprosté přirozenosti procesu vyprazdňování, upozornit na škodlivost potlačování vyprazdňovacích reflexů a aktivně nabízet možnost vyprázdnit se. (9, 22, 23, 24, 26, 27)

2.3.8 Sledování bilance tekutin

Z důvodu ztráty tělesných tekutin způsobené krvácením při operačním výkonu dochází ke změnám v elektrolytovém a vodním hospodářství. Pravidelně sledujeme fyziologické funkce, krvácení, zvracení a příjem a výdej tekutin. Ztráty tělesných tekutin jsou hrazeny formou transfuzí krevních derivátů a infuzními roztoky podávanými do centrální nebo periferní žíly. Infuzní roztoky upravují objem a minerálové prostředí. Slouží k dodávce energie a ovlivňují bilanci tekutin. Při dlouhodobé nemožnosti perorálního příjmu zajišťujeme výživu pacientky podáváním parenterální výživy. Veškeré údaje zaznamenáváme průběžně do dokumentace pacientky. Příjem a výdej tekutin sledujeme do třetího pooperačního dne.

2.3.9 Prevence tromboembolické nemoci

Na prevenci tromboembolické nemoci se zaměřujeme již před plánovaným operačním výkonem. Dle Standardu Fakultní nemocnice Plzeň se aplikuje miniheparinizace minimálně 12 hodin před plánovanou operací. Tato péče by měla být zvláště zaměřena na rizikové skupiny pacientek, které jsou obézní, mají kardiovaskulární onemocnění či tromboembolickou nemoc v anamnéze. V den operace se přikládají pacientce bandáže dolních končetin či elastické punčochy. Po operaci začíná včasná mobilizace dolních končetin, dechová gymnastika a pasivní cvičení na lůžku. První pooperační den se provádí celková mobilizace pacientky. Rehabilitaci v dalších pooperačních dnech provádí fyzioterapeut. (9, 22, 23, 24, 26, 27)

Po operaci se elastické bandáže dolních končetin ponechávají do úplné a dostatečné mobilizace pacientky. Dále pokračujeme v podávání miniheparinizace podle ordinace lékaře většinou po celou dobu pobytu v nemocnici. U pacientek s maligním onemocněním je aplikace prodloužena na 4 týdny. Během pobytu v nemocnici edukujeme pacientku o správné aplikaci miniheparinizace a učíme ji samotné aplikaci. Opět vše zaznamenáváme do dokumentace, hlavně do Edukační karty pacientky (viz příloha – 2).

2.3.10 Prevence vzniku dekubitů

Velký význam v prevenci dekubitů mají změny polohy pacientky, upravené lůžko a péče o predilekční místa. Predilekční místa jsou místa vystavená nadměrnému tlaku. U pacientek, jejichž zdravotní stav se po operaci zhoršil je zhodnoceno riziko vzniku dekubitů a zaveden plán péče. Pacientka je pravidelně polohována po dvou hodinách a je prováděna hygienická péče speciálními přípravky. Je nutné dbát na pravidelnou kontrolu invazivních vstupů, močový katétr a na dostatečnou hydrataci a výživu pacientky.

2.3.11 Hygienická péče

Zvýšená hygienická péče je věnována péči o genitál a operační ránu. Genitál oplachujeme minimálně dvakrát denně, pravidelně vyměňujeme vložky a celkovou hygienu na lůžku provádíme 1x za 24 hodin. Ložní a osobní prádlo vyměňujeme dle potřeby pacientky. Po mobilizaci pacientky ji zdravotnický personál doprovází, pomáhá jí při oplachu zevního genitálu po vyprázdnění a edukuje ji o nutnosti časté výměny osobního prádla.

2.3.12 Péče o ránu

Krytí u pacientek laparotomické operaci odkrýváme třetí pooperační den a pacientku edukujeme o péči o ránu jak v nemocničním prostředí, tak následně i v prostředí domácím. Poté pacientka provede celkovou hygienu ve sprše. Od třetího dne necháváme operační ránu odkrytou. V případě krvácení z rány provádíme převazy dle potřeby za přísně aseptických podmínek. Pokud je operační rána začervenalá přikládají se na ránu obklady s protizánětlivými účinky, jako jsou například Prontosan, Dermacyn, Persteril 0,25% a jiné. Při sekreci z rány provedeme dle ordinace lékaře stěr z operační rány na mikrobiologické vyšetření.

2.3.13 Následná léčba

Informace o následné léčbě před propuštěním z hospitalizace poskytuje pacientce lékař. Informuje ji o nutnosti a termínu návštěvy gynekologa, doporučené době trvání pracovní neschopnosti, o nároku na lázeňskou léčbu, o pravidelném sledování a eventuálně následné onkologické léčbě. Pacientce by mělo být sděleno kdy, kam a na koho se obrátit a návrhy na pokračující léčbu. (9, 22, 23, 24, 26, 27)

2.3.14 Komplikace spojené s hojením operační rány

Zdroj **infekce** může být v samotné pacientce, nebo při kontaminaci rány při operaci operačním týmem a operačním materiálem. V pooperační péči může být rána infikována při nedodržení bariérového režimu. Mezi příznaky infekce v ráně patří zarudnutí operační rány, bolest, sekrece z operační rány, zvýšená hladina leukocytů v krvi, napětí kůže a změny fyziologických funkcí jako jsou například febrilie. Z takto infikované rány se odstraní stehy a provede se odběr stěru na kultivaci a citlivost. Lékař provede vypuštění hnisu a aplikuje desinfekční nebo protizánětlivé prostředky. Podle výsledků kultivace z rány se nasazují antibiotika podávané většinou venózní cestou.

Krvácení z operační rány může být důsledkem nedostatečného stavění krvácení při operaci a vyskytuje se častěji u pacientek s různými poruchami hemokoagulace. Pokud je krvácení povrchové, krev prosakuje krytím. Rána může krváčet také pod kůží a vytvořit podkožní hematoma. Mezi příznaky krvácení z rány patří bolest, zvýšená teplota, otok rány, pocit tlaku v ráně, změna barvy kůže a okolí rány. Slabší krvácení stavíme kompresí a sledováním celkového stavu pacientky. Silné krvácení z operační rány vyžaduje revizi rány, vypuštění hematoma či drenáž rány pod clonou antibiotik.

Rozestupem (dehiscencí) operační rány jsou ohroženy především rány po laparotomických operacích. Zvýšené riziko dehiscence je u pacientek s maligním onemocněním, u diabetiček, obézních a naopak kachektických pacientek, při nedostatku bílkovin a vitamínu C. Příčinou dehiscence mohou být také technické chyby při šití rány, chybné vedení řezu, pooperační krvácení a infekce rány. Nejčastějším příznakem je bolest a sekrece z rány. Dehiscence operační rány řešíme většinou konzervativně tím, že po vyléčení infekce v ráně provedeme resuturu. Preventivním řešením je při kašli přidržovat břicho ze stran, nácvik šetrného vstávání z lůžka a důsledná edukace pacientky v oblasti péče o jizvu.

Záněty kůže v okolí operační rány mohou být způsobeny desinfekčním prostředkem při desinfekci operačního pole, alergií na náplast a drážděním kůže sekretem z rány. Příznakem je bolestivé zčervenání, výskyt papul a pustul a mokvání. Důležitou prevencí je odběr alergologické anamnézy. (9, 23)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

3.1 Hlavní problém

Nedostatečná edukace žen o předoperačním a pooperačním průběhu po gynekologické operaci a nesrozumitelnost poskytovaných informací vede ženy k pocitům méněcennosti, úzkosti a strachu.

Ženy hospitalizované na pooperačním gynekologickém oddělení a ošetrovatelský tým spolu tráví spoustu času. Někdy se jedná o několik dní, ale v případě vzniku komplikací se může jednat i o několik týdnů. Tímto mezi sebou vytvářejí vztah, ve kterém by nemělo chybět vzájemné pochopení a spolupráce.

Nedostatek, rozdílnost a neúplnost poskytovaných informací, negativně ovlivňuje důvěru žen v ošetrovatelský tým a znemožňuje ženám orientovat se v dané životní situaci.

3.2 Dílčí problémy

Je zapotřebí zajistit ženám vhodným způsobem dostatek srozumitelných informací ohledně předoperačního a pooperačního období, věnovat ženám dostatek času, správně je motivovat a včas zapojit do ošetrovatelské péče.

4 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem průzkumu je zjistit, zda jsou ženy dostatečně edukovány o předoperačním a pooperačním průběhu po gynekologické laparotomické operaci. Kdo, kdy a jak je edukoval, jak celý proces edukace a spolupráci s ošetrovatelským týmem vnímají a jaký vliv měla edukace na zvládnutí tohoto období. Následně pak tato zjištění zohlednit v edukaci žen podstupujících gynekologickou operaci.

5 CÍLE

Cíl 1 – Zjistit, kdo ženy edukoval o pooperační péči.

Cíl 2 – Zjistit, jak edukované ženy zvládaly pooperační období.

Cíl 3 – Zjistit, kdy ženy získaly nejvíce informací o pooperačním průběhu.

6 HYPOTÉZY

Hypotéza č. 1

Domnívám se, že ženy byly edukovány o pooperační péči nejvíce ze strany porodní asistentky.

Hypotéza č. 2

Předpokládám, že pooperační průběh zvládaly lépe ženy, které byly edukovány o pooperačním průběhu.

Hypotéza č. 3

Domnívám se, že nejvíce informací získaly ženy v průběhu hospitalizace.

7 VZOREK RESPONDENTŮ

Soubor dotazovaných tvořily ženy, které podstoupily gynekologickou laparotomickou operaci a byly hospitalizované na Pooperačním oddělení Gynekologicko-porodnické kliniky Fakultní nemocnice v Plzni. Velikost výběrového souboru tvořilo 87 pacientek.

8 METODIKA VÝZKUMU

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku. Dotazník byl anonymní a skládal se z otevřených, polouzavřených a uzavřených otázek. Na tyto otázky ženy odpovídaly zaškrtnutím nebo doplněním určité odpovědi. Dotazník celkem obsahoval 25 výzkumných otázek. (1, 16)

Bylo rozdáno 110 dotazníků a vráceno 95 dotazníků. Z navracených dotazníků nebylo kompletně vyplněno 8 dotazníků. Do výzkumu bylo tedy zařazeno 87 respondentek, které zde tvoří 100 %.

Otázky č. 1, 2, 3 a 4 udávají informace o věku, dosaženém vzdělání, o akutnosti operace a důvodu operace. Tyto otázky byly pouze informační.

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 byly stanoveny otázky č. 6, 18 a 20, které se dotazovaly na osoby edukující ženy. Otázka č. 7 byla doplňující a zjišťuje, jakým způsobem edukace probíhala.

Pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2 byly sestaveny otázky č. 21, 22 a 23, které zjišťovaly důležitost a vliv edukace na pooperační období. Otázka č. 15 je doplňující a dotazuje se na konkrétní oblasti edukace.

S hypotézou č. 3 byly spojeny otázky č. 12, 17, 19 a zjišťovaly, kdy byly ženy edukovány o pooperačním průběhu a zda jim byly v průběhu hospitalizace poskytovány další informace.

Otázky 5, 8, 9, 10, 11, 13, 14 a 16 byly orientační, a sloužily k upřesnění jednotlivých otázek.

Otázky č. 24 a 25 doplňují a porovnávají zvládnutí pooperačního režimu v případě opakovaných operací.

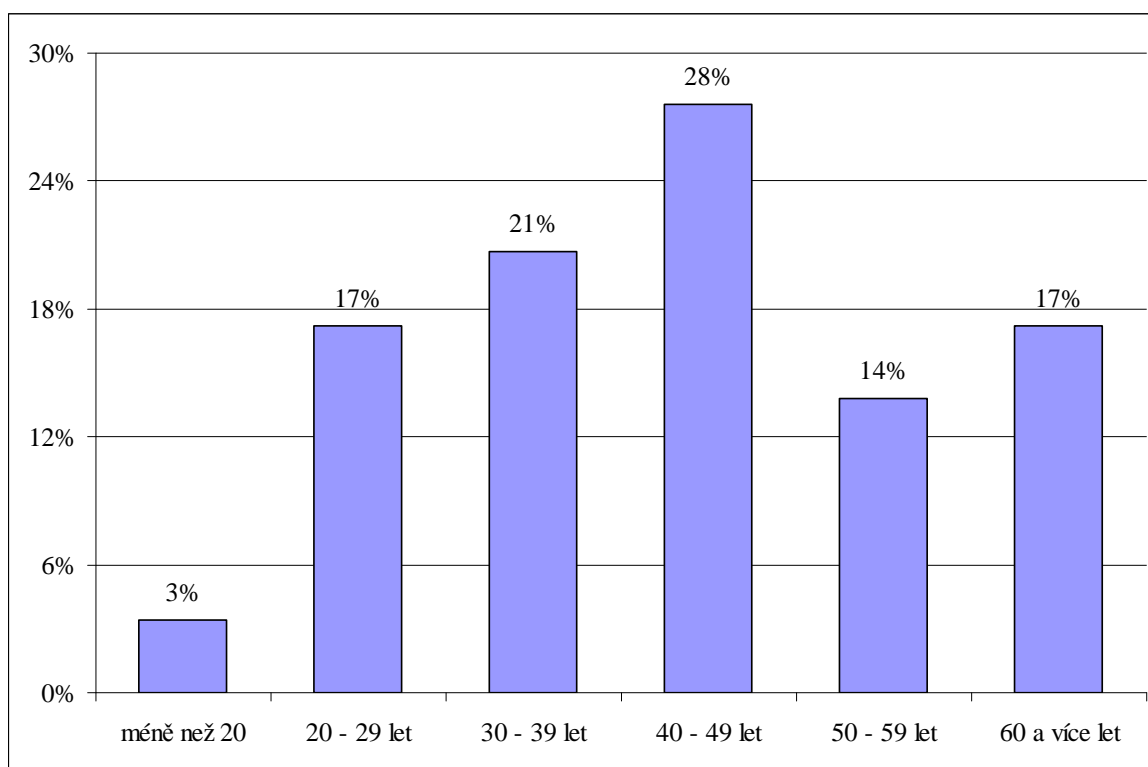
V následující kapitole jsou výsledky pro přehlednost interpretovány formou tabulek i grafů.

9 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tabulka 1 Věk respondentek

Odpověď	Počet	Počet v %
méně než 20	3	3 %
20 - 29 let	15	17 %
30 - 39 let	18	21 %
40 - 49 let	24	28 %
50 - 59 let	12	14 %
60 a více let	15	17 %
Celkem	87	100 %

Graf 1 Věk respondentek

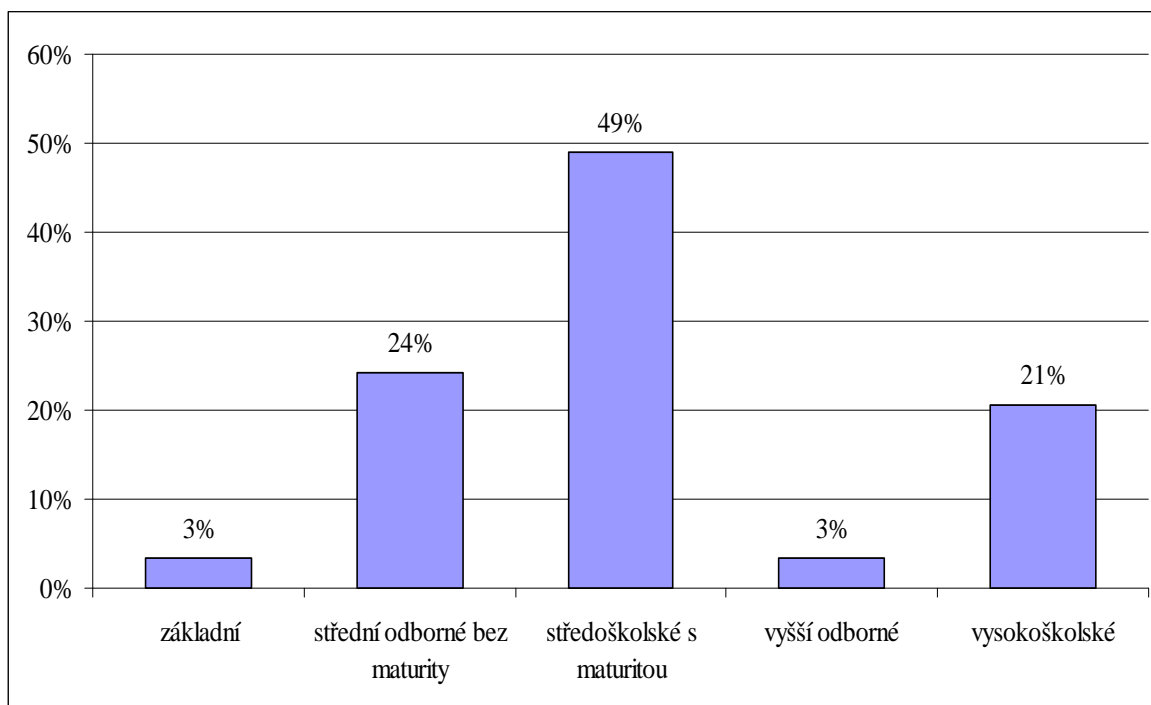


Tabulka 1 a graf 1 nám ukazují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek je nejvíce respondentek ve věku 40 – 49 let (28 %), druhou nejpočetnější skupinou jsou respondentky ve věku 30 – 39 let (21 %), 15 (17 %) respondentek je ve věku 20 – 29 let, 15 (17 %) respondentek je ve věku 60 a více let, 12 (14 %) respondentek je ve věku 50 – 59 let a 3 (3 %) respondentky jsou mladší 20-ti let.

Tabulka 2 Vzdělání respondentek

Odpověď	Počet	Počet v %
základní	3	3 %
střední odborné bez maturity	21	24 %
středoškolské s maturitou	42	49 %
vyšší odborné	3	3 %
vysokoškolské	18	21 %
Celkem	87	100 %

Graf 2 Vzdělání respondentek

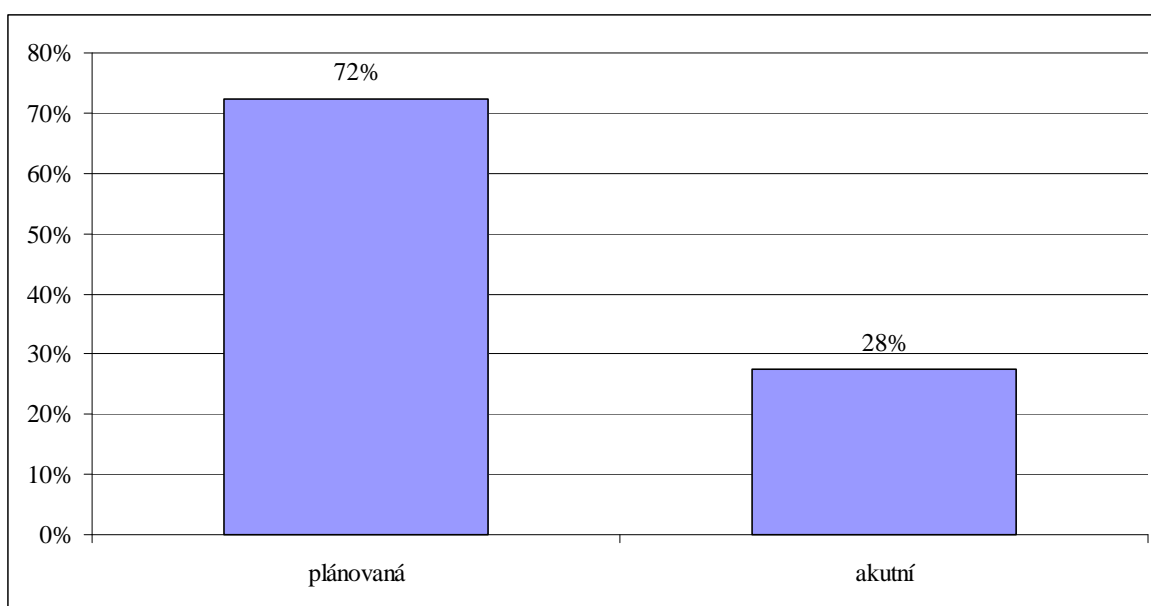


Tabulka 2 a graf 2 ukazují, že z celkového počtu 87 respondentek (100 %) mají 3 (3 %) základní vzdělání, 21 (24 %) má střední odborné vzdělání bez maturity, 42 (49 %) má vzdělání středoškolské s maturitou, 3 (3 %) vyšší odborné vzdělání a 18 (21 %) vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 3 Plánovaná a akutní operace

Odpověď	Počet	Počet v %
plánovaná	63	72 %
akutní	24	28 %
Celkem	87	100 %

Graf 3 Plánovaná a akutní operace

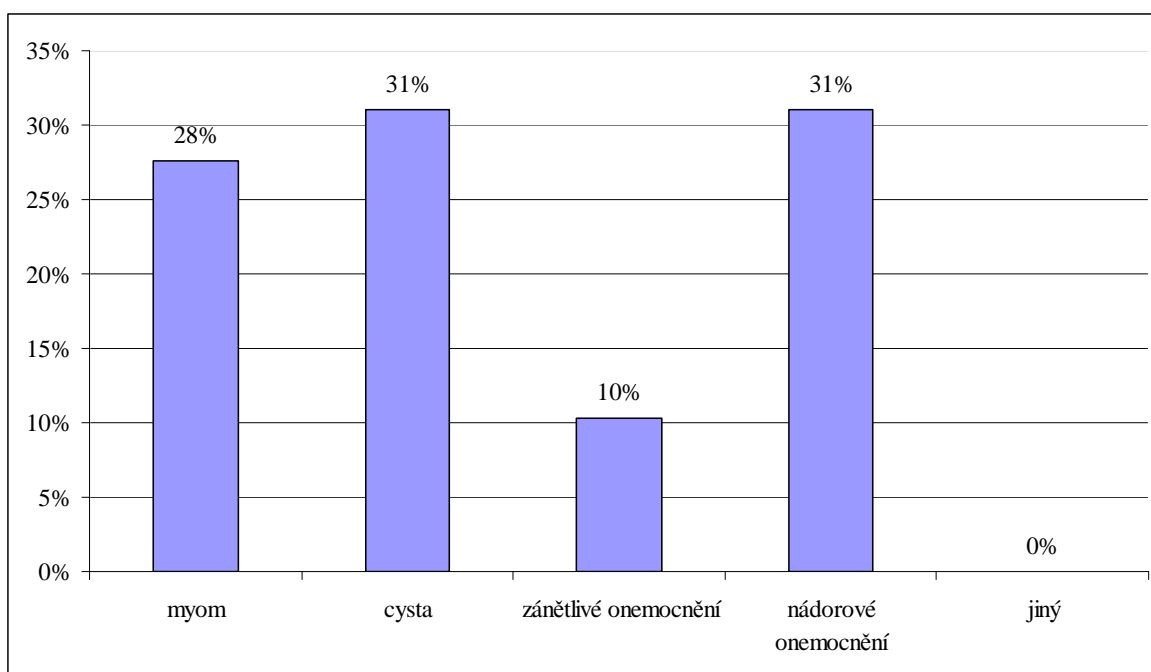


Tabulka 3 a graf 3 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 63 (72 %) respondentek prodělalo operaci plánovanou a u 24 (28 %) se jednalo o operaci akutní.

Tabulka 4 Důvod operace

Odpověď	Počet	Počet v %
myom	24	28 %
cysta	27	31 %
zánětlivé onemocnění	9	10 %
nádorové onemocnění	27	31 %
jiný	0	0 %
Celkem	87	100 %

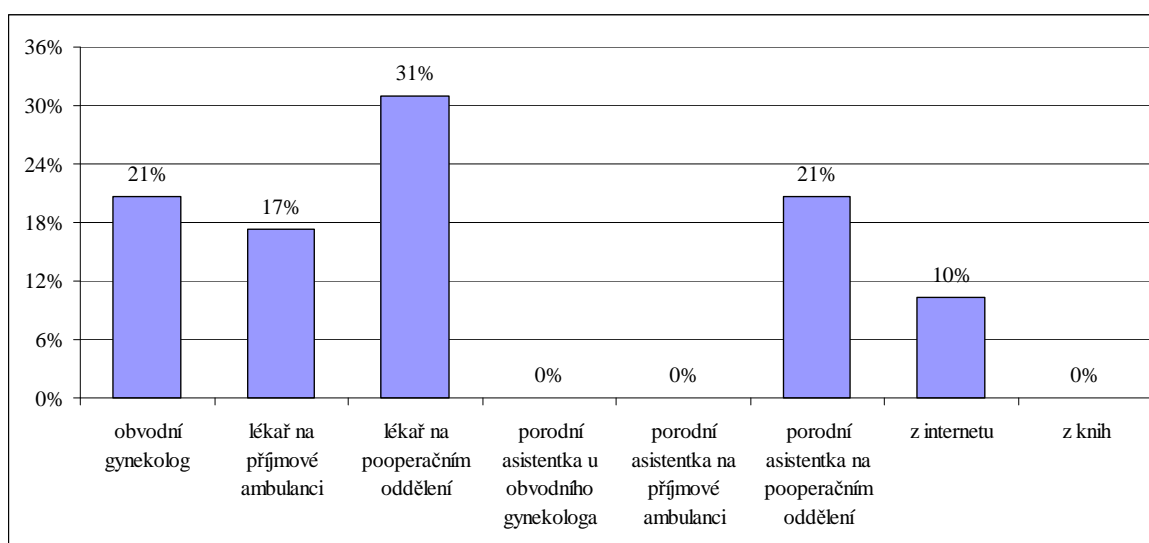
Graf 4 Důvod operace



Tabulka 4 a graf 4 znázorňují důvod gynekologické operace u jednotlivých respondentek. Z počtu 87 (100 %) respondentek jich 24 (28 %) bylo operováno pro myom, 27 (31 %) pro cystu, 9 (10 %) respondentek z důvodu zánětlivého onemocnění, 27 (31 %) pro nádorové onemocnění a možnost jiné neodpověděla žádná respondentka (0 %).

Tabulka 5 Informace o operačním výkonu

Odpověď	Počet	Počet v %
obvodní gynekolog	18	21 %
lékař na příjmové ambulanci	15	17 %
lékař na pooperačním oddělení	27	31 %
porodní asistentka u obvodního gynekologa	0	0 %
porodní asistentka na příjmové ambulanci	0	0 %
porodní asistentka na pooperačním oddělení	18	21 %
z internetu	9	10 %
z knih	0	0 %
Celkem	87	100 %

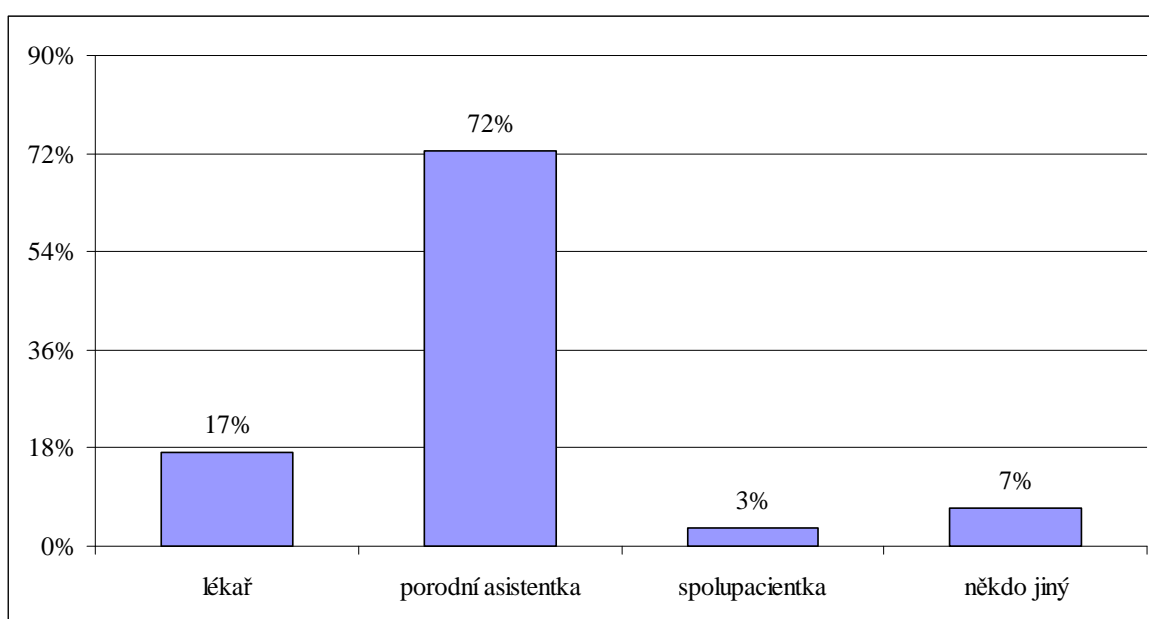
Graf 5 Informace o operačním výkonu

Tabulka 5 a graf 5 nám znázorňují, od koho se respondentky dozvěděly informace o samotném operačním výkonu. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek dostalo 18 (21 %) informace od obvodního gynekologa, 15 (17 %) od lékaře v příjmové ambulanci, 27 (31 %) respondentek získalo informace od lékaře na pooperačním oddělení, 18 (21 %) od porodní asistentky na pooperačním oddělení, 9 (10 %) respondentek z internetu. Na možnost porodní asistentka u obvodního gynekologa, porodní asistentka v příjmové ambulanci a z knih neodpověděla žádná respondentka (0 %).

Tabulka 6 Osoby edukující o pooperačním režimu

Odpověď	Počet	Počet v %
lékař	15	17 %
porodní asistentka	63	73 %
spolupacientka	3	3 %
někdo jiný	6	7 %
Celkem	87	100 %

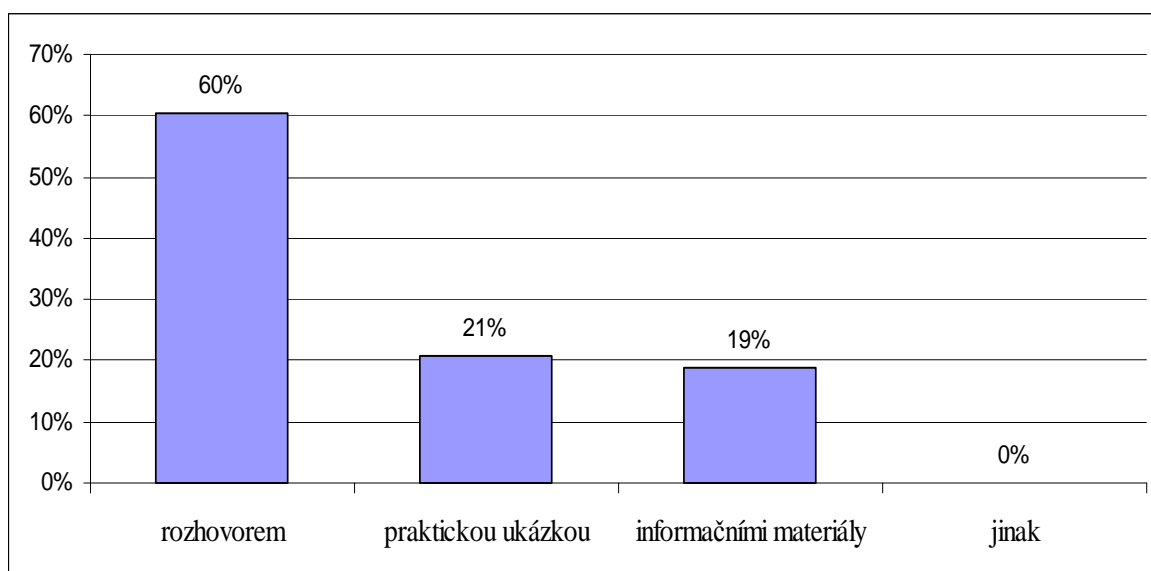
Graf 6 Osoby edukující o pooperačním režimu



Tabulka 6 a graf 6 ukazují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek bylo 15 (17 %) edukováno o pooperačním režimu lékařem, 63 (73 %) porodní asistentkou, 3 (3 %) respondentky edukovala jejich spolupacientka. Možnost jiné zvolilo 6 (7 %) respondentek, přičemž všechny udaly, že byly o pooperačním režimu informovány fyzioterapeutem.

Tabulka 7 Způsob edukace

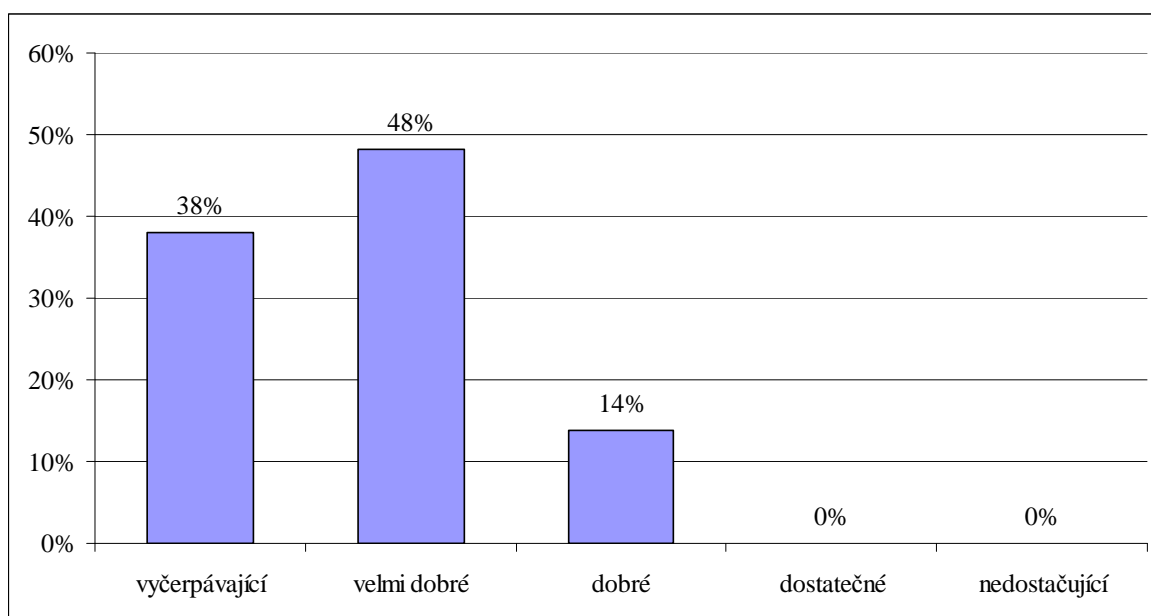
Odpověď	Počet	Počet v %
rozhovor	87	60 %
praktická ukázka	30	21 %
informační materiály	27	19 %
jinak	0	0 %
Celkem	144	100 %

Graf 7 Způsob edukace

Tabulka 7 a graf 7 znázorňují, že při možnosti volit více odpovědí, bylo z počtu 87 (100 %) respondentek 87 (60 %) edukováno rozhovorem, zároveň 30 (21 %) bylo edukováno praktickou ukázkou, 27 (19 %) informačními materiály a možnost jinak nezvolila žádná respondentka (0 %).

Tabulka 8 Úroveň získaných informací

Odpověď	Počet	Počet v %
vyčerpávající	33	38 %
velmi dobré	42	48 %
dobré	12	14 %
dostatečné	0	0 %
nedostačující	0	0 %
Celkem	87	100 %

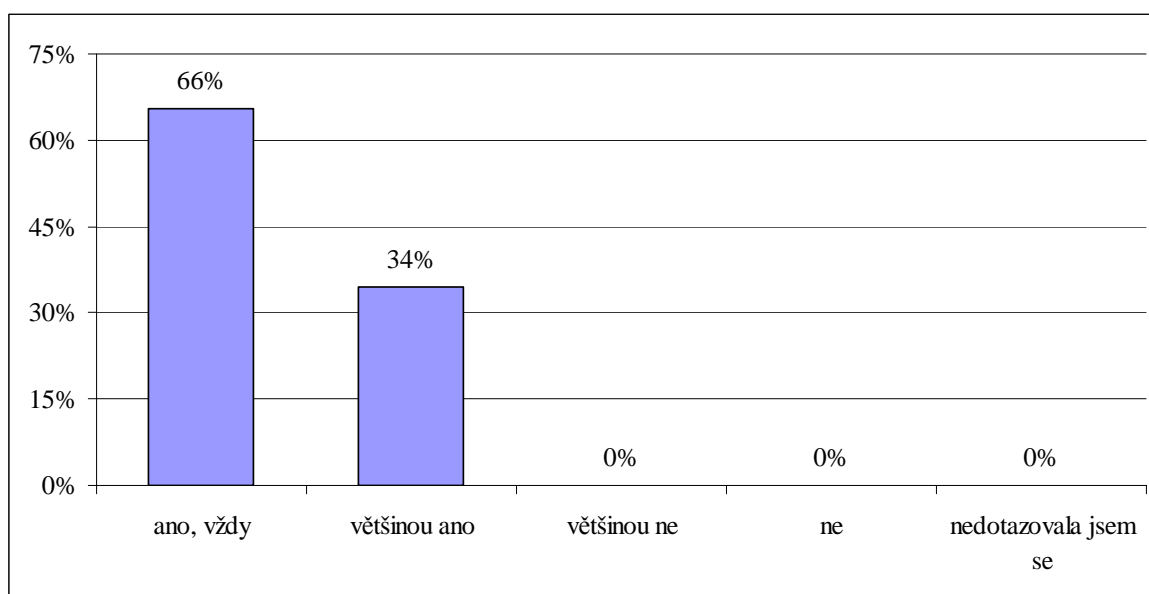
Graf 8 Úroveň získaných informací

Z tabulky 8 a grafu 8 vyplývá, že z počtu 87 (100 %) respondentek hodnotilo 33 (38 %) informace o pooperačním režimu jako vyčerpávající, 42 (48 %) jako velmi dobré, 12 (14 %) respondentek hodnotilo získané informace jako dobré, žádná (0 %) respondentka ne zvolila možnost dostačující ani nedostačující.

Tabulka 9 Srozumitelnost odpovědí k dotazům

Odpověď	Počet	Počet v %
ano, vždy	57	66 %
většinou ano	30	34 %
většinou ne	0	0 %
ne	0	0 %
nedotazovala jsem se	0	0 %
Celkem	87	100 %

Graf 9 Srozumitelnost odpovědí k dotazům

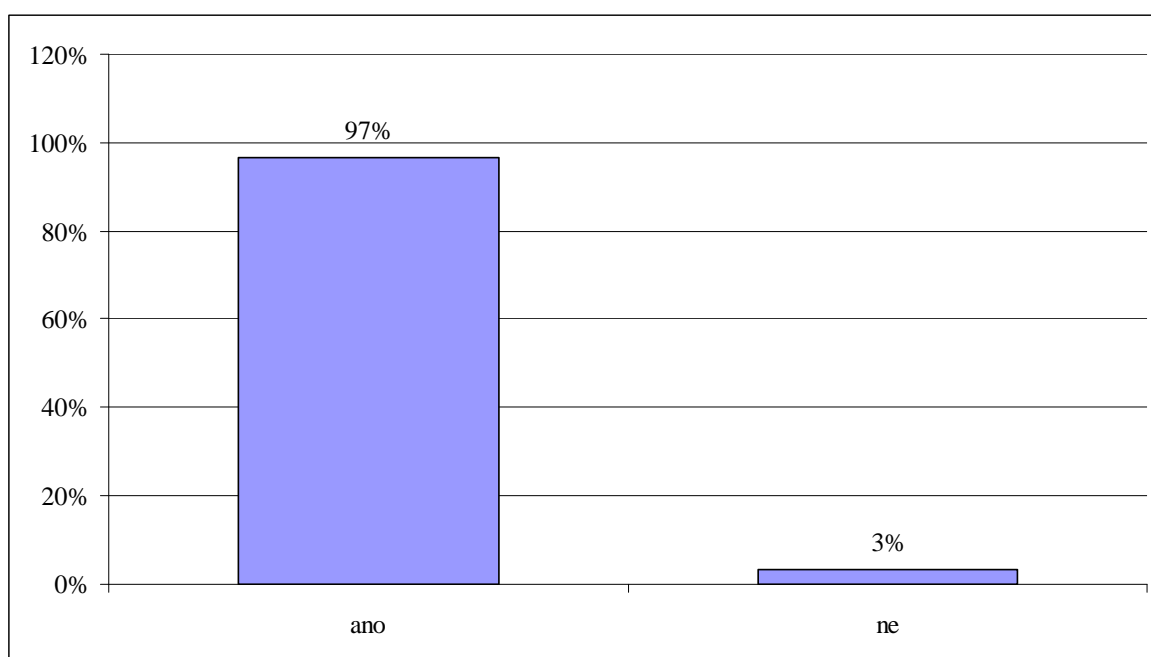


Tabulka 9 a graf 9 znázorňují, že z počtu 87 (100 %) respondentek 57 (66 %) vždy dostalo srozumitelnou odpověď k případným dotazům, 30 (34 %) respondentek udalo, že většinou dostaly srozumitelnou odpověď, možnosti většinou ne, ne a nedotazovala jsem se, nezvolila žádná (0 %) z respondentek.

Tabulka 10 Přírinosnost edukace

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	84	97 %
ne	3	3 %
Celkem	87	100 %

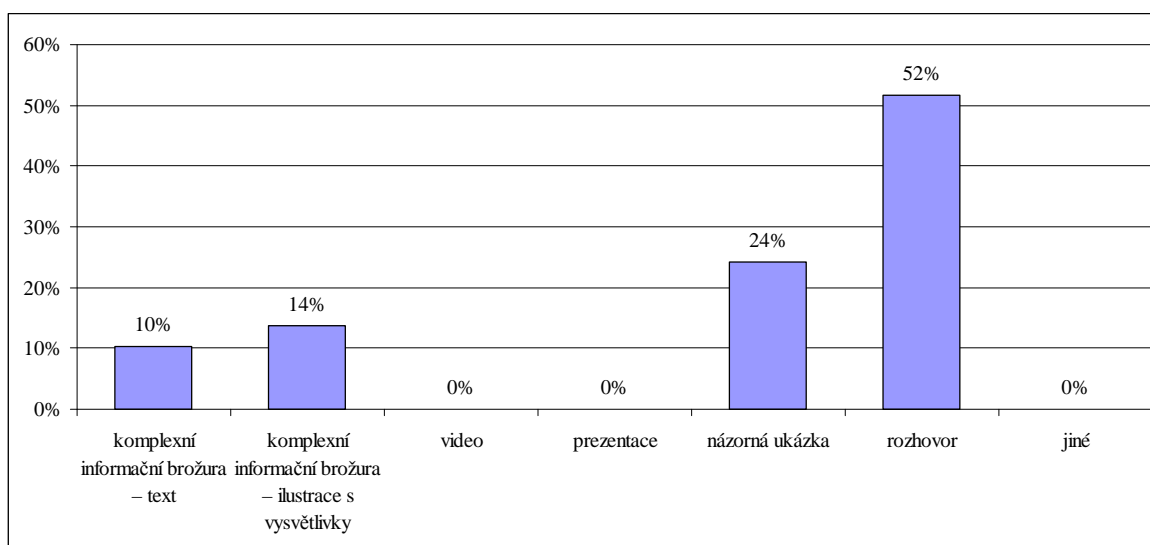
Graf 10 Přírinosnost edukace



Tabulka 10 a graf 10 znázorňují, jak byla edukace o kooperálním režimu pro respondentky přírinosná. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 84 (97 %) udalo, že pro ně edukace přírinosná byla a 3 (3 %) označilo, že pro ně edukace přírinosná nebyla.

Tabulka 11 Preferovaný způsob edukace

Odpověď	Počet	Počet v %
komplexní informační brožura – text	9	10 %
komplexní informační brožura – ilustrace s vysvětlivky	12	14 %
video	0	0 %
prezentace	0	0 %
názorná ukázka	21	24 %
rozhovor	45	52 %
jiné	0	0 %
Celkem	87	100 %

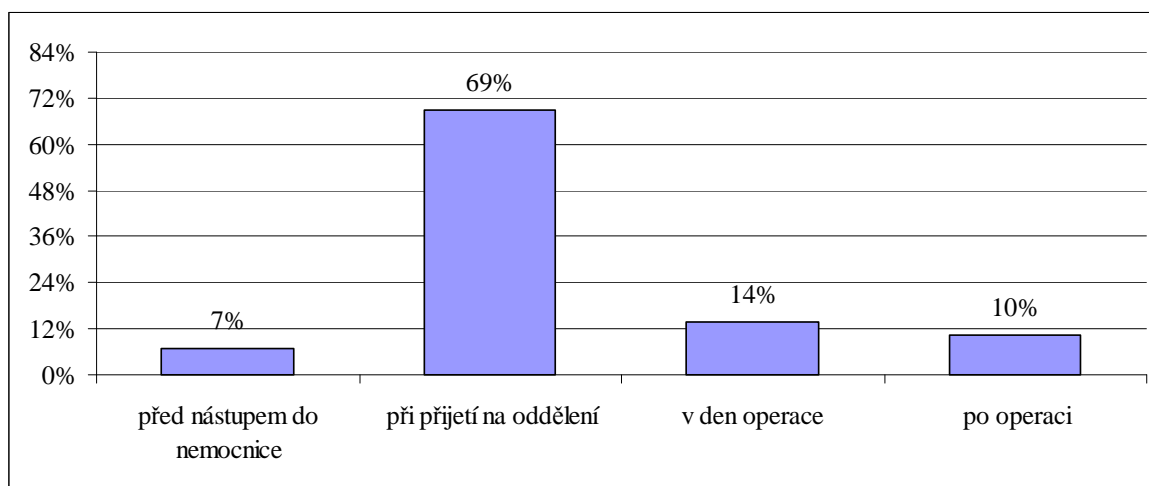
Graf 11 Preferovaný způsob edukace

Tabulka 11 a graf 11 ukazují, že z 87 (100 %) respondentek 9 (10 %) preferuje jako způsob edukace komplexní informační brožuru s textem, 12 (14 %) komplexní informační brožuru s ilustracemi a vysvětlivky, 21 (24 %) respondentek preferuje názornou ukázkou a 45 (52 %) respondentek rozhovor. Odpověď video, prezentace nebo jiné ne zvolila žádná respondentka (0 %).

Tabulka 12 Doba edukace pooperačního průběhu

Odpověď	Počet	Počet v %
před nástupem do nemocnice	6	7 %
při přijetí na oddělení	60	69 %
v den operace	12	14 %
po operaci	9	10 %
Celkem	87	100 %

Graf 12 Doba edukace pooperačního průběhu

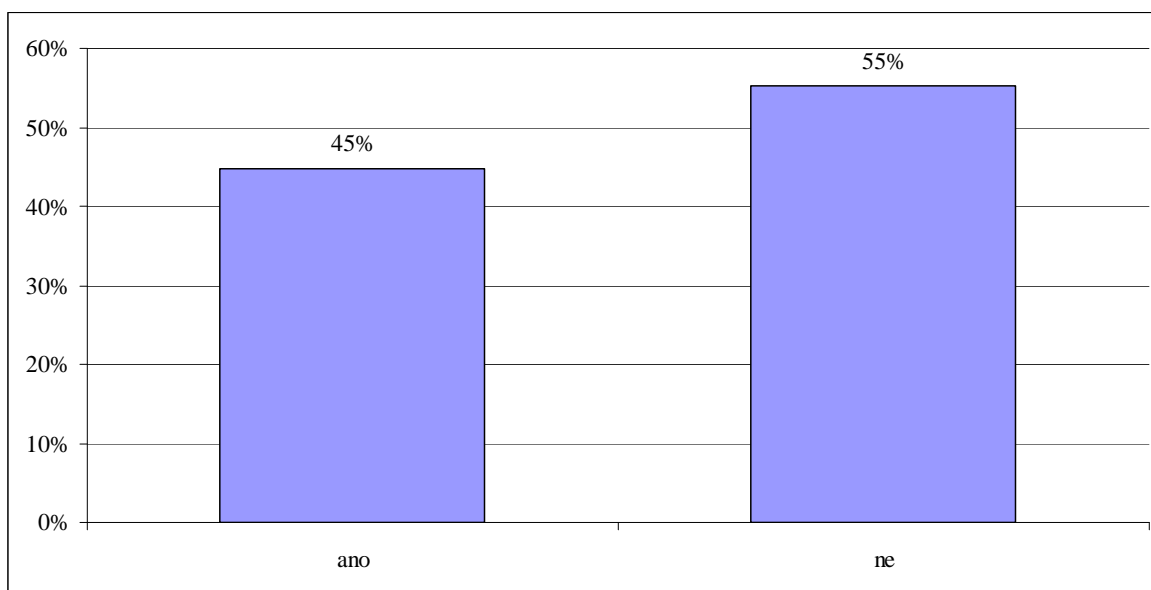


Tabulka 12 a graf 12 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek bylo 6 (7 %) edukováno o pooperačním průběhu před nástupem do nemocnice, 60 (69 %) při přijetí na oddělení, 12 (14 %) v den operace a 9 (10 %) respondentek bylo edukováno o pooperačním režimu až po operaci.

Tabulka 13 Informace o předoperační a pooperační péči

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	39	45 %
ne	48	55 %
Celkem	87	100 %

Graf 13 Informace o předoperační a pooperační péči

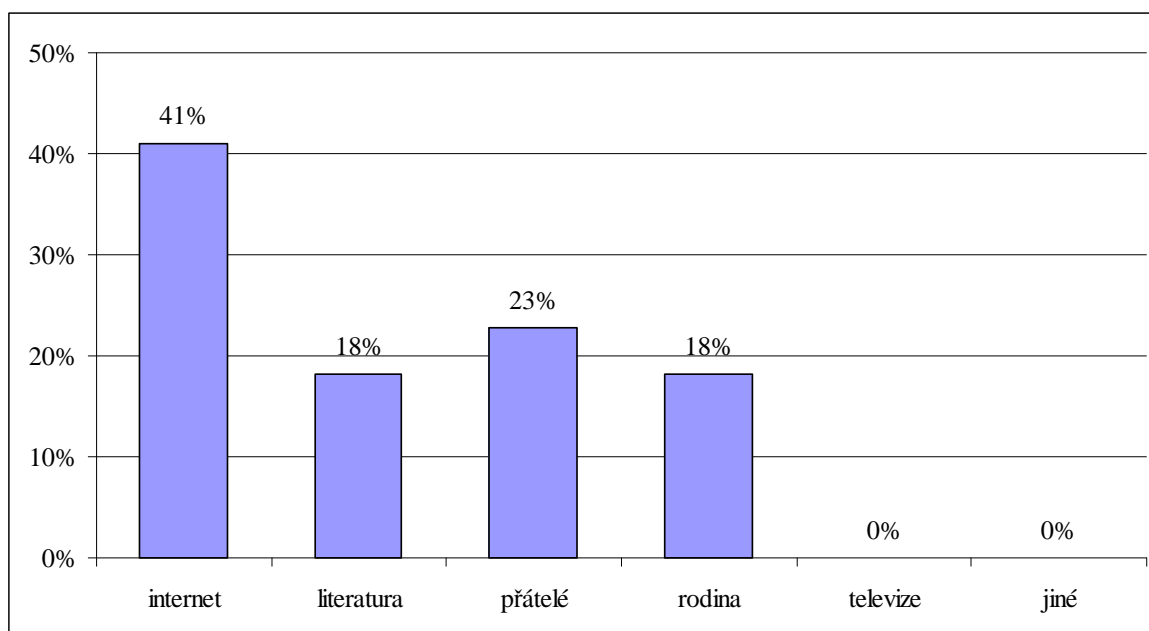


Tabulka 13 a graf 13 ukazují, že z počtu 87 (100 %) respondentek 39 (45 %) samo hledalo informace, co zahrnuje předoperační a pooperační péče a 48 (55 %) respondentek informace o tom co zahrnuje předoperační a pooperační péče samo nehledalo.

Tabulka 14 Zdroje informací o předoperační a pooperační péči

Odpověď	Počet	Počet v %
internet	27	41 %
literatura	12	18 %
přátelé	15	23 %
rodina	12	18 %
televize	0	0 %
jiné	0	0 %
Celkem	66	100 %

Graf 14 Zdroje informací o předoperační a pooperační péči

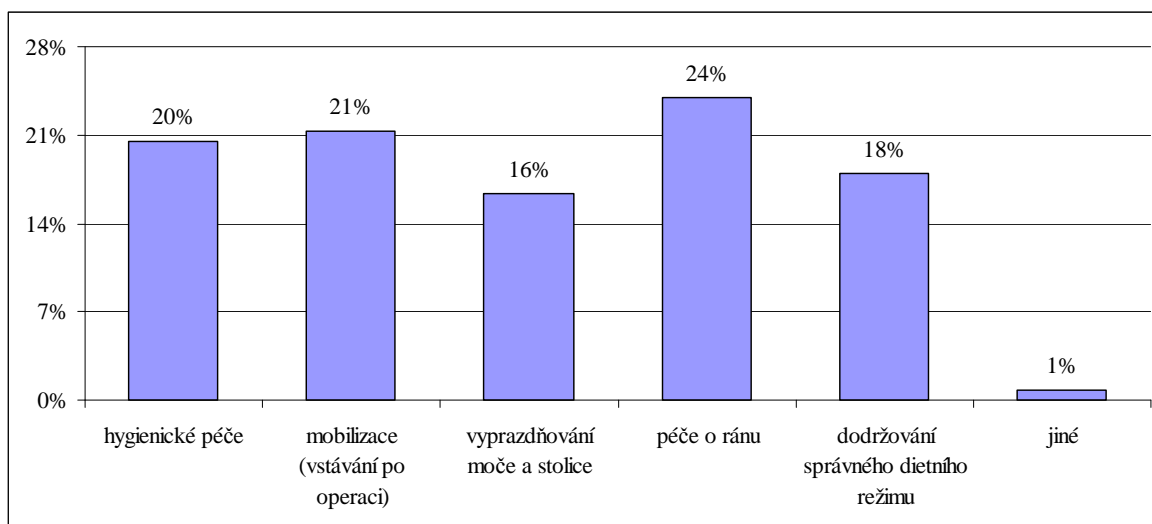


Tabulka 14 a graf 14 rozvíjí tabulku 13 a graf 13 a znázorňují odpovědi 39 (100 %) respondentek, které v předešlé otázce odpověděly ano. Respondentky měly možnost volit více odpovědí. Otázka upřesňuje, kde respondentky hledaly informace, co zahrnuje předoperační a pooperační péče. 27 (41 %) respondentek hledalo informace na internetu, zároveň 12 (18 %) z literatury, 15 (23 %) od přátel a 12 (18 %) respondentek také v rodině. Možnost televize a jiné nevolila žádná (0 %) respondentka.

Tabulka 15 Oblasti edukace

Odpověď	Počet	Počet v %
hygienická péče	75	20 %
mobilizace (vstávání po operaci)	78	21 %
vyprazdňování moče a stolice	60	16 %
péče o ránu	84	24 %
dodržování správného dietního režimu	66	18 %
jiné	3	1 %
Celkem	366	100 %

Graf 15 Oblasti edukace

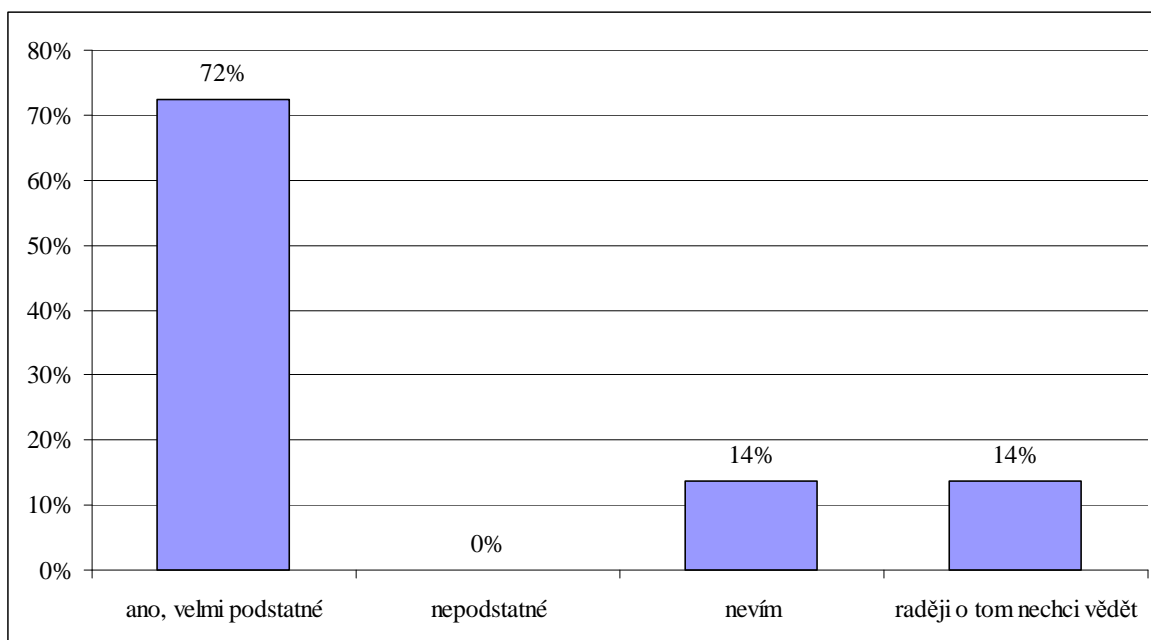


Tabulka 15 a graf 15 nám ukazují, že při možnosti volit více odpovědí, z počtu 87 (100 %) respondentek, jich bylo 75 (20 %) edukováno o hygienické péči, zároveň 78 (21 %) o mobilizaci (vstávání po operaci), 60 (16 %) bylo edukováno o vyprazdňování moče a stolice, 84 (24 %) respondentek bylo také edukováno o péči o ránu, 66 (18 %) respondentek o dodržování správného dietního režimu a možnost jiné zvolily 3 (1 %) respondentky. Z 3 (1 %) respondentek, které uvedly možnost jiné, byla 1 respondentka edukována o fyzické zátěži a 2 respondentky o pohybové aktivitě.

Tabulka 16 Důležitost znalosti komplikací

Odpověď	Počet	Počet v %
ano, velmi podstatné	63	72 %
nepodstatné	0	0 %
nevím	12	14 %
raději o tom nechci vědět	12	14 %
Celkem	87	100 %

Graf 16 Důležitost znalosti komplikací

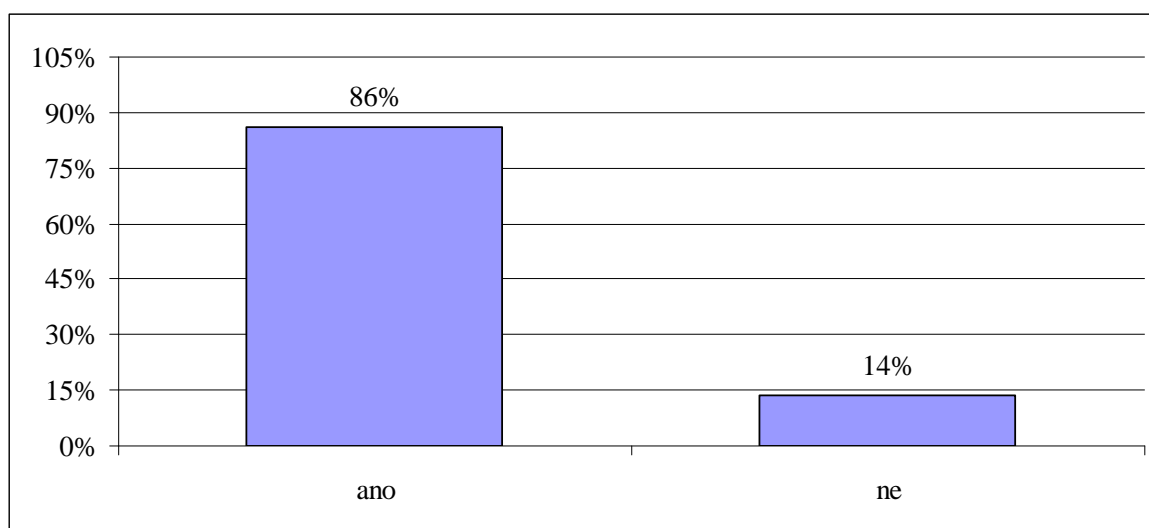


Tabulka 16 a graf 16 znázorňují, zda je pro respondentky podstatné vědět o možných komplikacích po operaci. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek uvedlo 63 (72 %) respondentek, že je pro ně velmi podstatné vědět o komplikacích, 12 (14 %) označilo odpověď nevím, 12 (14 %) respondentek raději o komplikacích vědět nechce a možnost nepodstatné neoznačila žádná (0 %) z respondentek.

Tabulka 17 Edukace o komplikacích po gynekologické operaci

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	75	86 %
ne	12	14 %
Celkem	87	100 %

Graf 17 Edukace o komplikacích po gynekologické operaci

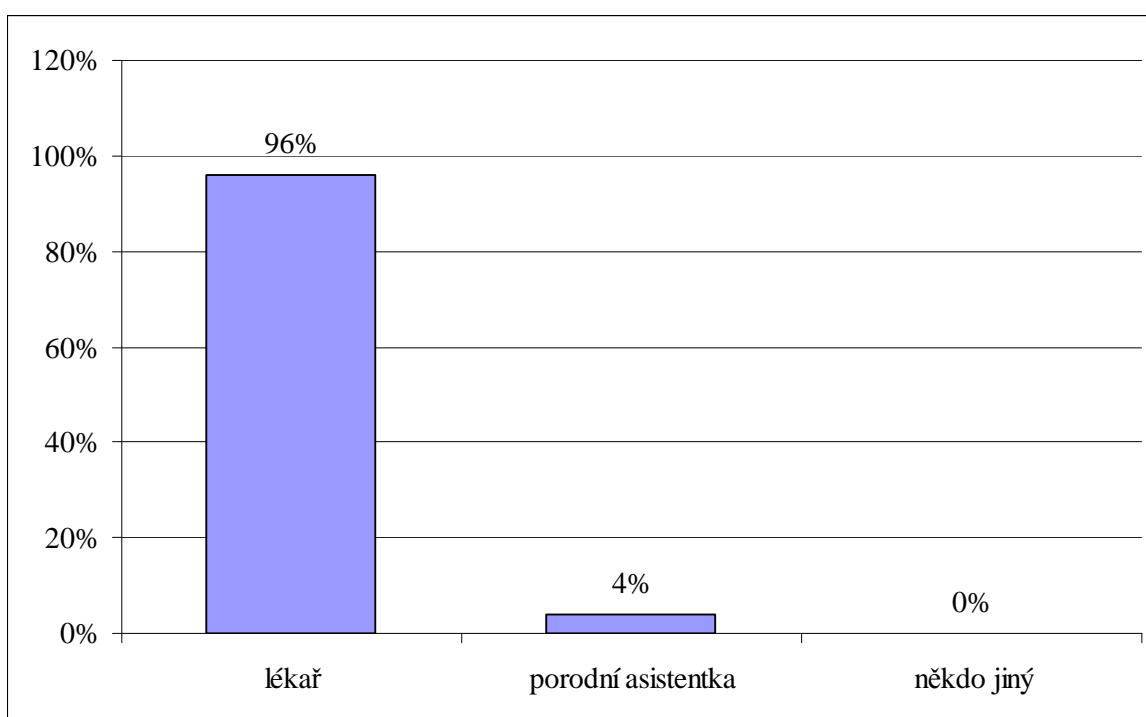


Tabulka 17 a graf 17 ukazují, že celkového počtu 87 (100 %) respondentek jich 75 (86 %) bylo edukováno o možných komplikacích po gynekologické operaci a 12 (14 %) respondentek edukováno o možných komplikacích po gynekologické operaci nebylo.

Tabulka 18 Osoby edukující o komplikacích

Odpověď	Počet	Počet v %
lékař	72	96 %
porodní asistentka	3	4 %
někdo jiný	0	0 %
Celkem	75	100 %

Graf 18 Osoby edukující o komplikacích

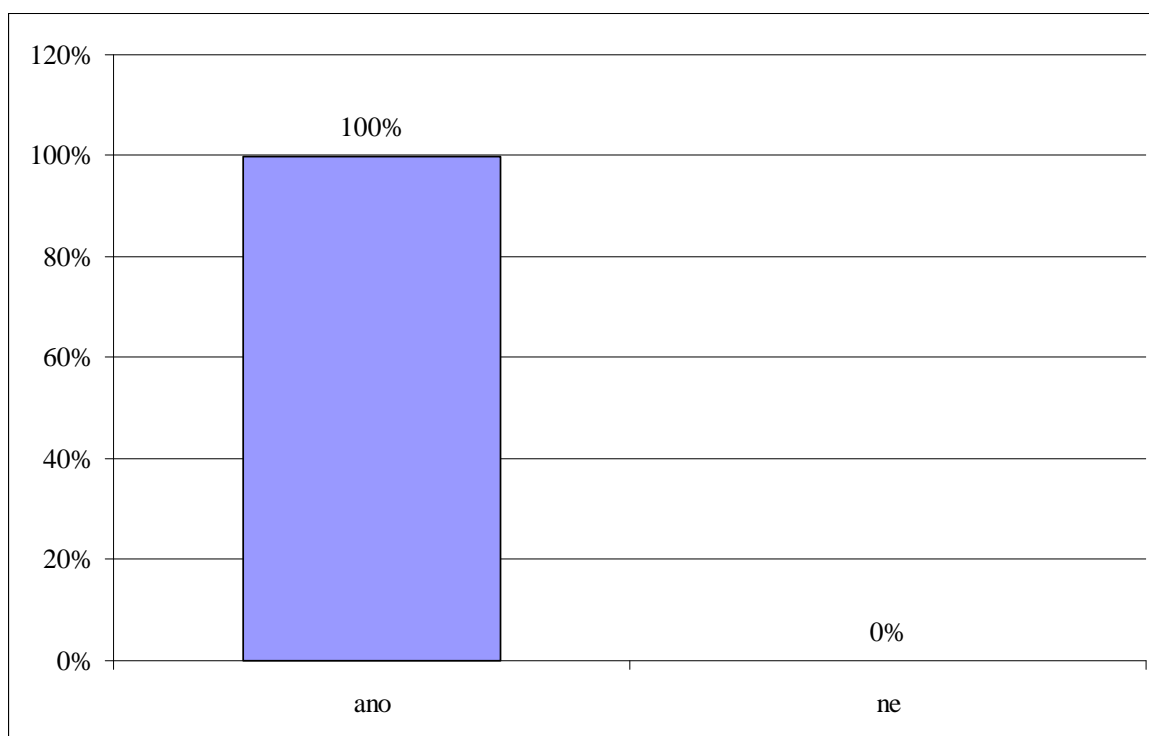


Tabulka 18 a graf 18 rozvíjí tabulku 17 a graf 17 a znázorňují odpovědi respondentek, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Z celkového počtu 75 (100 %) respondentek jich 72 (96 %) edukoval o možných komplikacích po gynekologické operaci lékař, 3 (4 %) edukovala porodní asistentka a odpověď někdo jiný neoznačila žádná (0 %) respondentka.

Tabulka 19 Edukace o dodržování režimu

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	87	100 %
ne	0	0 %
Celkem	87	100 %

Graf 19 Edukace o dodržování režimu

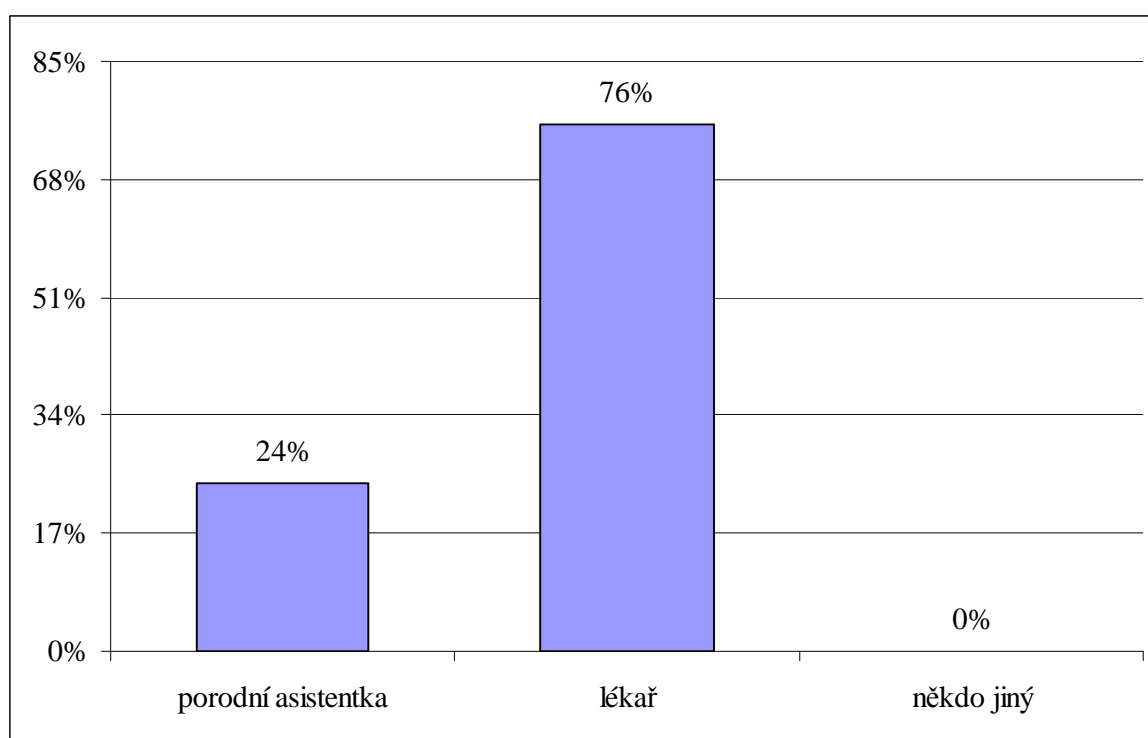


Tabulka 19 a graf 19 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek bylo všech 87 (100 %) respondentek edukováno o režimu, který mají dodržovat po propuštění z hospitalizace.

Tabulka 20 Edukátoři režimu po propuštění

Odpověď	Počet	Počet v %
porodní asistentka	21	24 %
lékař	66	76 %
někdo jiný	0	0 %
Celkem	87	100 %

Graf 20 Edukátoři režimu po propuštění

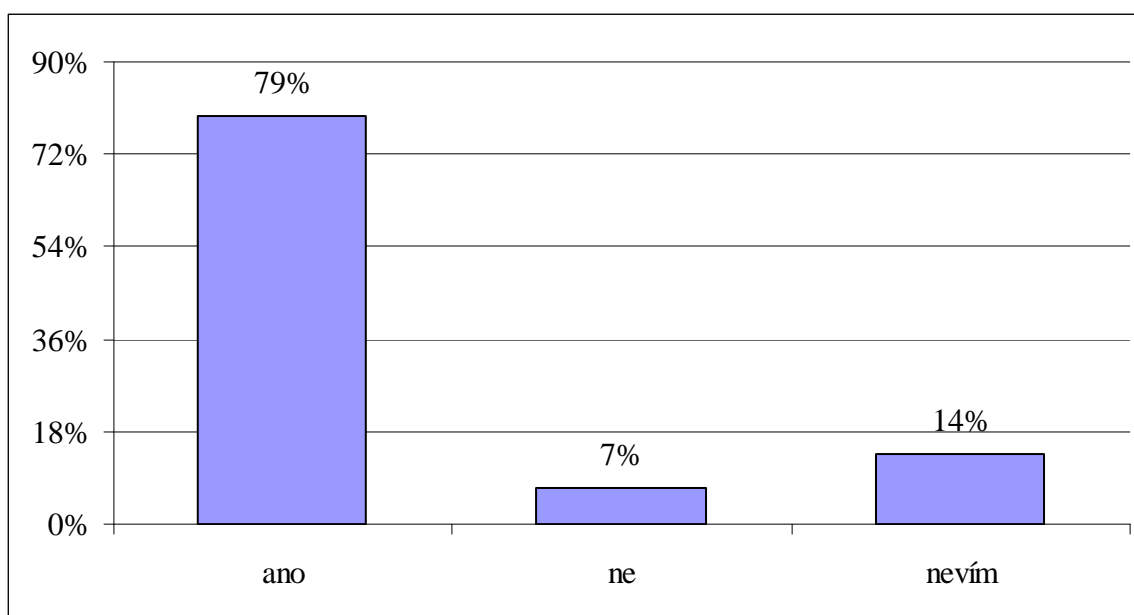


Tabulka 20 a graf 20 rozvíjí tabulku 19 a graf 19 a znázorňují odpovědi respondentek, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Vzhledem k tomu, že všech 87 (100 %) respondentek odpovědělo v předchozí otázce kladně, vyjádřily se i v této otázce. 21 (24 %) jich udalo, že je o dodržování režimu po propuštění po operaci edukovala porodní asistentka, 66 (76 %) respondentek bylo edukováno lékařem a odpověď někdo jiný neoznačila žádná (0 %) respondentka.

Tabulka 21 Důležitost edukace v pooperačním období

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	69	79 %
ne	6	7 %
nevím	12	14 %
Celkem	87	100 %

Graf 21 Důležitost edukace v pooperačním období

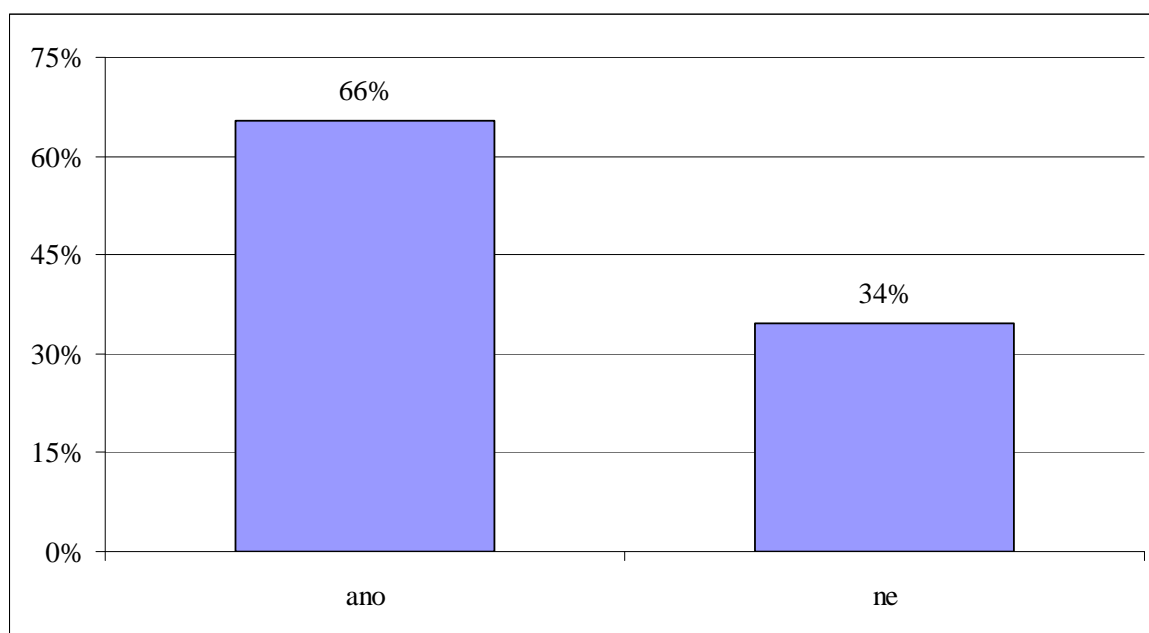


Tabulka 21 a graf 21 ukazují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek si 69 (79 %) respondentek myslí, že edukace hraje důležitou roli ve zvládnání pooperačního režimu, 6 (7 %) označilo odpověď ne a 12 (14 %) respondentek neví, zda edukace hraje důležitou roli ve zvládnání pooperačního období.

Tabulka 22 Zmírnění strachu

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	57	66 %
ne	30	34 %
Celkem	87	100 %

Graf 22 Zmírnění strachu

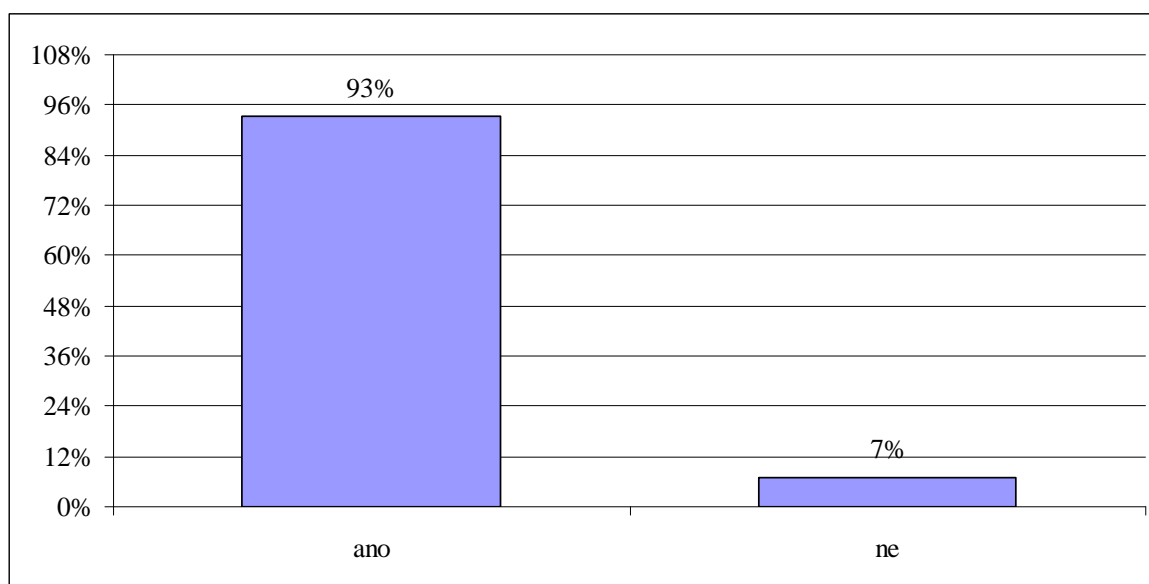


Tabulka 22 a graf 22 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 57 (66 %) udalo, že edukace zmírnila jejich strach z operace a z období po operaci. 30 (34 %) respondentek udalo, že edukace jejich strach z operace a z období po operaci nezmírnila.

Tabulka 23 Zvládání pooperačního období

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	81	93 %
ne	6	7 %
Celkem	87	100 %

Graf 23 Zvládání pooperačního období

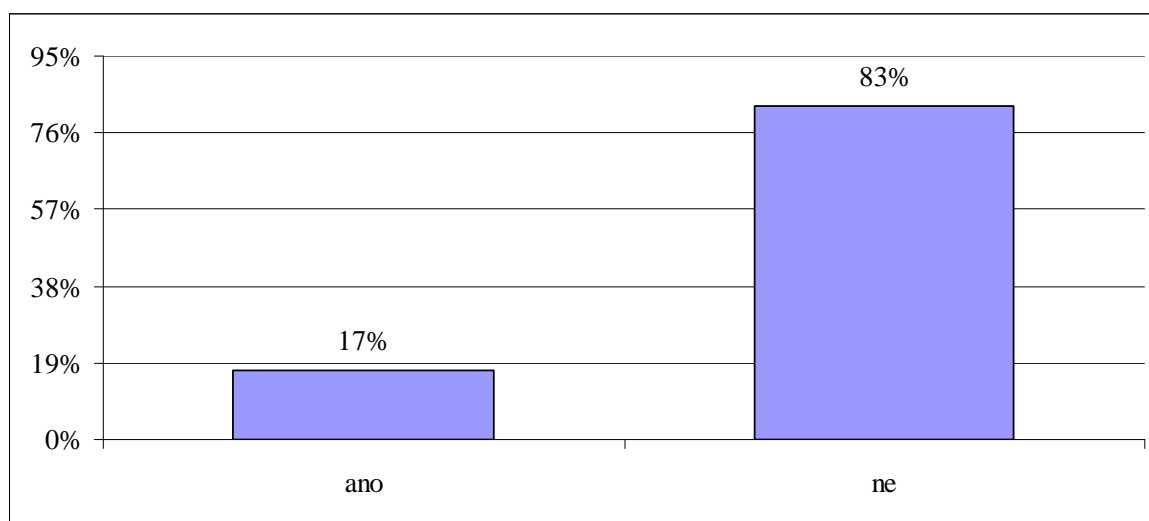


Tabulka 23 a graf 23 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 81 (93 %) označilo možnost ano a to, že pro ně zvládání pooperačního období bylo snazší, když byly edukovány o jeho průběhu. 6 (7 %) respondentek udalo, že pro ně zvládání pooperačního období ani díky edukaci snazší nebylo.

Tabulka 24 Operace v minulosti

Odpověď	Počet	Počet v %
ano	15	17 %
ne	72	83 %
Celkem	87	100 %

Graf 24 Operace v minulosti

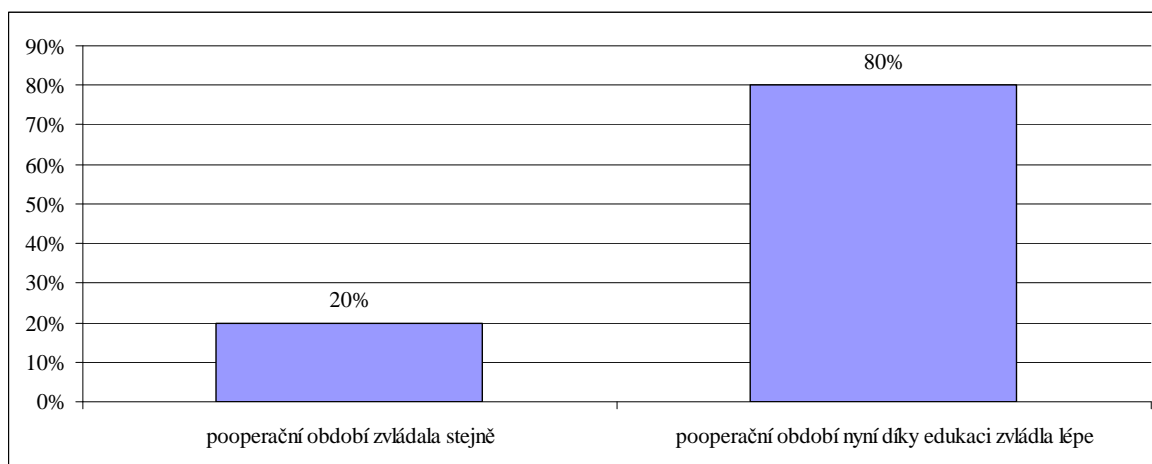


Tabulka 24 a graf 24 znázorňují, že z celkového počtu 87 (100 %) dotazovaných respondentek jich 15 (17 %) bylo již v minulosti operováno břišní cestou (rozříznutím břicha) a 72 (83 %) respondentek operováno břišní cestou v minulosti nebylo.

Tabulka 25 Zkušenost s pooperačním obdobím

Odpověď	Počet	Počet v %
pooperační období zvládala stejně	3	20 %
pooperační období nyní díky edukaci zvládla lépe	12	80 %
Celkem	15	100 %

Graf 25 Zkušenost s pooperačním obdobím



Tabulka 25 a graf 25 rozvíjí tabulku 24 a graf 24 a znázorňují odpovědi respondentek, které v předešlé otázce odpověděly kladně. Což odpovědělo 15 (100 %) respondentek. 3 (20 %) odpověděly, že pooperační průběh zvládaly stejně a 12 (80 %) respondentek odpovědělo, že pooperační průběh díky edukaci zvládly lépe.

10 DISKUZE

Cílem výzkumné části bakalářské práce na téma Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci bylo zjistit, zda jsou ženy dostatečně edukovány o předoperační a pooperační péči po gynekologické laparotomické operaci. Dále kdo je edukoval, jakým způsobem a jak celý proces edukace vnímaly. Zda pro ně získané informace byly přínosné a pomohly jim pooperační období lépe zvládat. V diskuzi se zamýšlím nad výsledky výzkumu, porovnávám je s teoretickými poznatky, výzkumným šetřením a vlastním názorem.

První otázkou bylo zjištěno, že z celkového počtu dotazovaných žen 87 (100 %) jich nejvíce bylo ve věku 40 – 49 let, 24 (28 %). Druhou nejpočetnější skupinu tvořily respondenty ve věku 30 – 39 let, 18 (21 %). Ve věku 20 – 29 let bylo 15 (17 %) respondentek a 60 a více let také 15 (17 %) respondentek. 12 (14 %) respondentek bylo ve věkové kategorii 50 – 59 let a 3 (3 %) respondenty byly mladší 20-ti let.

Na dosažené vzdělání se vztahovala druhá otázka. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek bylo nejvíce středoškolsky vzdělaných 42 (49 %). Střední odborné vzdělání bez maturity mělo 21 (24 %) respondentek, vysokoškolské vzdělání 18 (21 %) respondentek. Rovnoměrně byly zastoupeny respondenty s vyšším odborným a základním vzděláním, které byly v počtu 3 (3 %).

Dotazem, zda operace byla plánovaná nebo akutní bylo zjištěno, že větší procentuální zastoupení měly respondenty, jejichž operace byla plánovaná. Z počtu 87 (100 %) respondentek absolvovalo 63 (72 %) respondentek operaci plánovanou a 24 (28%) podstoupilo operaci akutní. Myslím si, že ženy, které podstoupily plánovanou, operaci měly daleko více času nejen na edukaci a zpětnou vazbu na ní, ale i na seznámení se s personálem a prostředím. Měly čas si získané informace v sobě vstřebat. Měly možnost se opakovaně ptát na nejasnosti a tím získat větší důvěru a klid před operací, než ženy, jejichž operace byla akutní.

Zda pacientky znají důvod operace, zjišťovala čtvrtá otázka. 27 (31 %) respondentek uvedlo, že důvodem jejich operace byla cysta, a stejný počet 27 (31 %) respondentek uvedlo, že byly operovány z důvodu nádorového onemocnění. 24 (28 %) bylo operováno pro myom, 9 (10 %) respondentek kvůli zánětlivému onemocnění a na otázku jiné neodpověděla žádná respondentka.

Kobilková ve své knize uvádí, že nejčastějším důvodem gynekologické laparotomie jsou benigní nádory na děloze (myomy). V současné době je co největší snaha provádět tyto operace v rámci zachování dělohy laparoskopicky, ale ne vždy je to možné. Myslím si, že právě snaha o provádění gynekologických operací co nejméně invazivním způsobem se projevila i ve výsledcích výzkumného šetření, kdy jako hlavními důvody gynekologických laparotomických operací byly uvedeny nádorová onemocnění a cysty. (10)

Další otázka byla zaměřena na to, od koho se respondentky dozvěděly informace o samotném operačním výkonu. Celkově lze shrnout, že z celkového počtu 87 (100 %) respondentek bylo 60 (69 %) informováno lékařem, ať už je informoval obvodní gynekolog, lékař v příjmové ambulanci či lékař na pooperačním oddělení. 18 (21 %) respondentek uvedlo, že informace získaly od porodní asistentky na pooperačním oddělení a 9 (10 %) respondentek získalo informace z internetu. Ze své praxe vím, že všechny ženy jsou informovány o tom, jaký operační zákrok je čeká. A to hlavně proto, že mají možnost si přečíst informovaný souhlas s příslušným druhem operace. Mají možnost klást lékaři otázky a v případě, že se vším souhlasí, informovaný souhlas podepíší. Je velice individuální, do jaké míry si pacientky informovaný souhlas přečtou.

Následující otázkou bylo zjišťováno, kdo edukoval pacientky o pooperačním režimu. 63 (73 %) respondentek uvedlo, že byly edukovány porodní asistentkou, 15 (17 %) lékařem a 3 (3 %) respondentky byly edukovány spolupacientkou. Na možnost jiné odpovědělo 6 (7 %) respondentek a všechny uvedly, že byly o pooperačním režimu edukovány fyzioterapeutem.

Slezáková uvádí, že plánovaná operace a hospitalizace je stresující zkušenost. Proto je hlavním úkolem zdravotnického týmu bojovat proti strachu z operace zejména tím, že pacientce v souvislosti s operačním výkonem vše srozumitelně vysvětlí. Lékař objasňuje konkrétní operační zákrok, aby plně informovaná pacientka mohla dát písemný souhlas k operaci. Úkolem porodní asistentky je seznámit pacientku s ošetrovatelskými intervencemi v období před a po operaci. Edukace pacientky velice napomáhá k dobré spolupráci a následné rekonvalescenci. (22)

V otázce, jakým způsobem byly pacientky edukovány, měly respondentky možnost volit více odpovědí. Odpovědělo z celkového počtu 87 (100 %) všech 87 (60 %) respondentek, že byly edukovány rozhovorem. Zároveň 30 (21 %) respondentek bylo edukováno praktickou ukázkou a 27 (19 %) respondentek bylo edukováno informačními

materiály. Jinou variantou nebyla edukována žádná respondentka (0 %). Výsledek této otázky jsem předpokládala. Myslím si, že osobním rozhovorem lze předat pacientce nejen potřebné informace, ale i získat její důvěru pro další spolupráci.

Juřeníková ve své knize píše, že při volbě jednotlivých edukačních metod musíme vždy přihlídnout k osobnosti edukanta. Dále k jeho dosavadním vědomostem, znalostem a zkušenostem. Při výběru vhodné metody musíme respektovat i aktuální zdravotní a psychický stav edukanta. (8)

Další otázkou jsem se ptala respondentek na úroveň získaných informací o pooperačním režimu. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek jako vyčerpávající úroveň informací hodnotilo 33 (38 %) respondentek, jako velmi dobrou úroveň hodnotilo 42 (48 %) respondentek a možnost dobrou zvolilo 12 (14 %) respondentek. Za dostatečnou a nedostačující úroveň získaných informací o pooperačním režimu nehodnotila žádná pacientka.

Švábová ve svém článku píše, že správně informovaná pacientka operační výkon lépe zvládá. Dále také ze zkušenosti víme, že i když je pacientka o zákroku opakovaně poučena, mnohdy řekne, že dostatečné informace nedostala. Proto je velice důležité mít trpělivost a vše vysvětlovat opakovaně. (15)

Myslím si, že je důležité, věnovat pacientkám dostatek času, aby si mohly nejen informace zapamatovat, ale také případně klást další otázky. Podepsáním informovaného souhlasu pacientka potvrdí, že je s danou problematikou seznámena. V současné době je podpis na informovaném souhlasu nutností, neboť slouží jako doklad v případě stížností.

Devátou otázkou jsem zjišťovala, zda bylo pacientce srozumitelně odpovězeno v případě jejích dotazů k poskytovaným informacím. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek dostalo vždy srozumitelnou odpověď 57 (66 %) respondentek. Většinou srozumitelnou odpověď dostalo 30 (34 %) respondentek. Na odpověď většinou ne, ne a nedotazovala jsem se, neodpověděla žádná z respondentek. Výsledek odpovědí pacientek byl velmi potěšující. Dokazuje, že opakované poskytování a doplňování informací podle potřeb pacientky má svůj smysl.

Na otázku, zda byla edukace přínosná, odpovědělo 84 (97 %) respondentek ano a pouze 3 (3 %) respondentky udaly, že pro ně edukace přínosná nebyla.

Otázkou jedenáct jsem se dotazovala pacientek, jaký způsob edukace preferují. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek odpovědělo 54 (52 %), že preferují edukaci formou rozhovoru, 21 (24 %) respondentek názornou ukázkou, 12 (14 %) preferuje komplexní informační brožuru s ilustracemi a vysvětlivky, a 9 (10 %) respondentek komplexní informační brožuru s textem. Možnost videa, prezentace či jiné ne zvolila žádná respondentka.

Juřeníková ve své knize uvádí, že rozhovor je součástí každodenní praxe zdravotníka. Ten by měl mít dobré komunikační schopnosti a měl by metodu rozhovoru dobře ovládat. Základem této metody je kladení otázek, kdy dochází ke vzájemné výměně informací. Rozhovor v edukaci slouží ke sběru informací, sdělení nových poznatků, k upevnění poznatků a také k opakování získaných vědomostí. (8)

Předpokládala jsem, že více respondentek bude preferovat komplexní informační brožuru a budou vyžadovat informace hlavně v psané formě. Výzkumem jsem však zjistila, že pacientky preferují edukaci formou rozhovoru. Myslím si, že edukaci formou rozhovoru zvolily pacientky proto, že zdravotnický personál jim během rozhovoru může odpovědět na případné dotazy, může jim informace zopakovat a informace přizpůsobit povaze a zdravotnímu stavu pacientky.

V další otázce jsem zjišťovala, kdy byly pacientky edukovány o pooperačním průběhu. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek odpovědělo 60 (69 %), že byly o pooperačním průběhu edukovány při přijetí na oddělení. 12 (14 %) respondentek odpovědělo, že byly edukovány v den operace, 9 (10 %) po operaci a 6 (7 %) respondentek bylo edukováno před nástupem do nemocnice.

Předpokládala jsem, že většina pacientek byla edukována při přijetí na oddělení. Ze své praxe vím, že na poskytování informací o pooperačním průběhu je kladen velký důraz. V den operace jsou pacientkám informace znovu zopakovány a možná proto 12 (14 %) z nich odpovědělo, že byly edukovány v den operace. Edukovány po operaci o pooperačním režimu jsou většinou ty pacientky, jejichž operace byla akutní a nebyl na edukaci dostatečný časový prostor. Před nástupem do nemocnice mohly být pacientky edukovány svým gynekologem nebo si informace získaly jinde.

Na otázku, zda pacientky samy hledaly informace, co zahrnuje předoperační a pooperační péče, jsem se dozvěděla, že 48 (55 %) odpovědělo, že informace o

předoperační a pooperační péči samy nehledaly. 39 (45 %) respondentek odpovědělo, že informace vyhledávaly. Myslím si, že to, jestli pacientky aktivně samy hledaly nebo nehledaly informace, co zahrnuje předoperační a pooperační péče je velmi individuální. Nelze přesně určit, jaké faktory měly vliv na odpovědi respondentek. Mohl to být pokročilý věk, nezájem o informace, očekávání získání informací až v nemocnici nebo neznalost jak se k těmto informacím dostat.

Onderková ve svém článku píše, že zdravotník by měl v pacientovi vyvolat potřebu po informacích. Zdravotník nabízí zdroje informací, různé alternativy a postupy, možná řešení a přístupy k dalším zdrojům. Vytváří vztah vzájemné spolupráce a poskytuje prostor k výběru a rozhodnutí se. Pacient se tak stává aktivním článkem edukačního procesu a zároveň rovnocenným partnerem. (20)

Čtrnáctá otázka navazuje na otázku předešlou a znázorňuje odpovědi respondentek, které samy hledaly informace, co zahrnuje předoperační a pooperační péče. V této otázce jsem se pacientek ptala, kde informace hledaly. Respondentky měly možnost zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 39 (100 %) respondentek 27 (41 %) hledalo informace na internetu, 15 (23 %) od přátel, 12 (18 %) respondentek hledalo informace v literatuře a 12 (18 %) v rodině.

Myslím si, že se dalo předpokládat, že pacientky budou nejčastěji hledat informace na internetu. Je to nejdostupnější a nejrychlejší způsob, jak se dostat k informacím jakéhokoliv druhu. Od přátel a v rodině čerpaly informace pravděpodobně pacientky, jejichž blízcí měli s břišní operací v minulosti již své osobní zkušenosti.

Další otázkou jsem se pacientek ptala, v jakých oblastech byly edukovány. Pacientky měly volbu více možností. 84 (24 %) respondentek bylo edukováno o péči o ránu, 78 (21 %) o mobilizaci (vstávání po operaci), 75 (20 %) respondentek bylo edukováno o hygienické péči, 66 (18%) o dodržování správného dietního režimu, 60(16 %) o vyprazdňování moče a stolice a na možnost jiné odpověděly 3 (1 %) respondentky.

Slezáková ve své knize uvádí, že úkolem zdravotnického personálu je bojovat proti strachu z operace hlavně tím, že je ženě v souvislosti s operačním výkonem vše srozumitelně vysvětleno. Lékař objasňuje lékařský výkon, aby pacientka byla plně informována a mohla dát písemný souhlas s operací. Sestra podává informace, které se

týkají zejména problematiky hygienické péče, rehabilitace, operační rány, problematiky vyprazdňování, dietního režimu a bolesti. (22)

Citterbart zmiňuje vést pacientku po operaci k aktivním dýchacím pohybům, pohybům dolních končetin a pokračovat v prevenci tromboembolické nemoci. Ta spočívá ve včasné mobilizaci pacientky po operaci, v bandážích dolních končetin a podávání nízkomolekulárních derivátů heparinu. (3)

Otázkou šestnáct jsem se pacientek ptala na důležitost znalosti pooperačních komplikací. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 63 (72 %) odpovědělo, že je pro ně velmi podstatné vědět o možných komplikacích. 12 (14 %) respondentek nevědělo a 12 (14 %) respondentek o tom raději nechtělo vědět. Na možnost, že jsou pro ně informace nepodstatné, neodpověděla žádná respondentka.

Slezáková popisuje, že komplikace jsou příhody, které narušují normální pooperační průběh. Prevence pooperačních komplikací začíná již při přípravě pacientky na operaci. Musí se na ní pamatovat při anestezii i při vlastní operaci. Důležité je včasné rozpoznání pooperačních komplikací. To vyžaduje dobrou znalost jejich příznaků. (4)

Myslím si, že je důležité vědět o možných komplikacích v pooperačním období. Pacientky jsou pak lépe připravené na případné komplikace. Ze své praxe mám zkušenost, že díky informacím dokážou pacientky snáze sdělit ošetřujícímu personálu například, že se jim špatně dýchá, točí hlava nebo, že mají pocit tlaku v břiše, což může značit, že něco není v pořádku. Ostatně i z otázky šestnáct je patrné, že pacientky informace žádají a jsou pro ně důležité.

Z 87 (100 %) pacientek bylo 75 (86 %) edukováno o možných pooperačních komplikacích a 12 (14 %) pacientek edukováno o možných komplikacích po gynekologické operaci nebylo.

Citterbartl ve své knize uvádí, že mezi nejčastější pooperační komplikace patří zástava srdce, šokový stav, pooperační krvácení, tromboembolické komplikace a poruchy střevní pasáže. (3)

Ze 75 (100 %) respondentek, které odpověděly, že byly edukovány o možných komplikacích po gynekologické operaci označily, že je edukoval lékař. 3 (4 %)

respondentky edukovala porodní asistentka. Možnost někdo jiný neoznačila žádná respondentka.

Otázkou devatenáct jsem se dotazovala pacientek, zda byly edukovány o režimu, který mají dodržovat po propuštění do domácího ošetření. Mile mě překvapily odpovědi respondentek, které ve 100% zněly, že o režimu, který mají dodržovat po propuštění z nemocnice, edukovány byly. Zároveň ze svých praktických zkušeností vím, že když lékař předává pacientce propouštěcí zprávu, tak ji plně informuje o režimu, který má dodržovat v domácím prostředí.

Na předešlou otázku navazuje dotaz, kdy v případě kladných odpovědí pacientky volily, kdo je edukoval o režimu, který mají dodržovat po propuštění. Vzhledem k tomu, že všech 87 (100 %) respondentek odpovědělo v předchozí otázce kladně, vyjádřily se i v této otázce. 66 (76 %) respondentek udalo, že je edukoval lékař, a 21 (24 %) edukovala porodní asistentka. Možnost někdo jiný ne zvolila žádná respondentka.

21 (24 %) respondentek uvedlo, že je o režimu po propuštění edukovala porodní asistentka. Často se stává, že pacientky potřebují informace o režimu, který mají dodržovat po propuštění zopakovat a obrátí se na porodní asistentku. Myslím si, že tuto možnost zvolily proto, že porodní asistentka byla ta poslední, kdo jí informace podal.

Zda si pacientky myslí, že edukace hraje důležitou roli ve zvládnutí pooperačního období, odpovědělo 69 (79 %) respondentek kladně a 6 (7 %) respondentek odpovědělo, že edukace ve zvládnutí pooperačního období roli nehraje. 12 (14 %) respondentek odpovědělo, že neví.

Míčková ve svém článku píše, že edukace pacienta i jeho rodiny hraje bezesporu důležitou roli v ošetrovatelském procesu. Cílem edukace je pozitivně působit na chování pacienta, a to takovým způsobem, aby jeho léčba byla maximálně úspěšná. Samotná edukace je často velmi namáhavá, časově náročná a mnohdy se nám může zdát i bezvýsledná. Avšak má prokazatelný vliv na kompenzaci zdravotního stavu pacienta a také na jeho náhled na onemocnění. (19)

Následující otázkou jsem zjišťovala, zda edukace zmírnila strach pacientek z operace a z období o operaci. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 57 (66 %) odpovědělo, že se jejich strach zmírnil a 30 (34 %) respondentek odpovědělo, že i přes to, že byly edukovány ke zmírnění strachu nedošlo.

Kobilková ve své knize píše, že úzkost a pocit strachu jsou obecnými průvodními jevy každé operace, tím více gynekologické. Často pramení z představy, že bude obtížné operaci přežít. Poskytnutím podrobných informací spolu s kvalifikovanou zdravotní péčí, a spoluúčast všech členů zdravotnického týmu, mohou značně ovlivnit tyto pocity a u většiny žen je odstraní. (11)

Dvacátá třetí otázka zněla, zda bylo zvládnání pooperačního období pro pacientky snazší, když byly edukovány o jeho průběhu. Z celkového počtu 87 (100 %) respondentek 81 (93 %) označilo možnost ano a to, že pro ně zvládnání pooperačního období bylo snazší, když byly edukovány o jeho průběhu. 6 (7 %) respondentek označilo, že pro ně zvládnání pooperačního období ani díky edukaci snazší nebylo.

Ze své zkušenosti vím, že při edukaci každé pacientky je důležitá týmová spolupráce. Pacientka by měla pochopit, že především ona sama je zodpovědná za své zdraví a proto je na místě dodržovat stanovený léčebný režim a životosprávu. Dobře vedená edukace by měla být ku prospěchu samotné pacientce, ale i zdravotníkovi. Neméně důležité je přimět pacientku k pozitivnímu myšlení. Edukované pacientky lépe zvládají pooperační období, více spolupracují a jsou ve větší fyzické i psychické pohodě.

Další otázkou, jsem se ptala respondentek, zda byly v minulosti již operovány břišní cestou. Z celkového počtu 87 (100 %) dotazovaných respondentek jich 15 (17 %) již v minulosti břišní operaci prodělalo a 72 (83 %) respondentek v minulosti operováno nebylo.

Myslím si, že úroveň péče o pacientky se zvyšuje. Ze své praxe vnímám, že je kladen čím dál větší důraz na péči o pacientky. Proto jsem na závěr dotazníku chtěla zhodnotit, jakou zkušenost měly pacientky se zvládnáním pooperačního období nyní a nebo po prodělané operaci v minulosti.

Na otázku, jaká byla zkušenost se zvládnáním pooperačního období, odpovídalo 15 (100 %) respondentek, které v minulosti podstoupily břišní operaci, a porovnávaly pooperační období dříve a nyní. 12 (80 %) respondentek odpovědělo, že nyní díky edukaci zvládaly lépe a 3 (20 %) respondentky odpověděly, že pooperační průběh zvládaly stejně.

Myslím si, že edukace pacientů se obecně zvyšuje a prokazatelně má svůj smysl.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, kdo ženy edukoval o pooperační péči.

Cíl práce byl splněn.

Na základě studia odborné literatury a praktických zkušeností byla stanovena hypotéza: Domnívám se, že ženy byly edukovány o pooperační péči nejvíce ze strany porodní asistentky. **Hypotéza se potvrdila.**

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak edukované ženy zvládaly pooperační období. **Cíl byl splněn.**

Hypotéza zněla: Předpokládám, že pooperační průběh zvládaly lépe ženy, které byly edukovány o pooperačním průběhu. **Hypotéza se potvrdila.**

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, kdy ženy získaly nejvíce informací o pooperačním průběhu. **Cíl byl splněn.**

Hypotéza zněla: Domnívám se, že nejvíce informací získaly ženy v průběhu hospitalizace. **Hypotéza se potvrdila.**

ZÁVĚR

Nástup do nemocnice a plánovaná operace je velice stresující zkušenost. Při tomto stresu je velice obtížné „otevřít svoji duši“ a hovořit o intimních problémech. Předoperační úzkostí trpí více ženy než muži. Před operací chování ženy ovlivňuje zejména strach, stud, úzkost a pocity méněcennosti.

Úkolem zdravotnického týmu je bojovat proti strachu z operace zejména tím, že je ženě v souvislosti s operačním výkonem vše srozumitelně vysvětleno a je plně informovaná. Lékař objasňuje lékařský výkon a úkolem sestry je seznámit pacientku se všemi ošetrovatelskými intervencemi v předoperačním a pooperačním období. Pacientku je nutno informovat také o možnosti kontaktu s rodinou, protože ta je pro ni obvykle velkou oporou v náročné životní situaci. Sestra by měla pacientce vstřícně zodpovídat všechny dotazy, zvláště jsou-li spojené s úzkostí a strachem z operačního zákroku.

Edukovaná pacientka velmi dobře spolupracuje a následná rekonvalescence je většinou bez větších problémů. Edukace by se neměla podceňovat a čas strávený s pacientkou se ošetrovatelskému týmu později bohatě vrátí. Pacientky, které spolupracují se zdravotnickým personálem, lépe zvládají pooperační období. Důležité je přistupovat ke každé ženě individuálně a umět jí vytvořit nejlepší podmínky pro zvládnutí hospitalizace, pooperačního období a období rekonvalescence, neboť spokojená pacientka je hlavním cílem pro ošetřující tým.

Původním záměrem výstupu z bakalářské práce bylo vytvoření informační brožury s kompletními informacemi o předoperační a pooperační péči po gynekologické operaci. Domnívala jsem se, že pacientky budou nejvíce vyžadovat informace v psané podobě. Z výzkumu však vyplynulo, že daleko důležitější je pro pacientky osobní rozhovor a názorná ukázka, protože při rozhovoru mohou sestře klást otázky a vznášet dotazy.

Pracuji ve Fakultní nemocnici v Plzni, kde jsou zdravotníci neustále vzdělávání formou různých seminářů a kurzů. Proto bych jako doporučení pro praxi navrhovala zařadit do dalšího vzdělávání zdravotníků více seminářů a kurzů zaměřených na komunikaci s pacientem a na edukaci samotnou, neboť pouze správně vedená komunikace a edukace má svůj smysl a význam.

LITERATURA A PRAMENY

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.
2. BASTL, Pavel a Vlastimil ŠVEC. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: IVPZ, 1997, 122 s. ISBN 80-701-3251-5.
3. CITTERBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xvi, 278 s. ISBN 80-246-0318-7.
4. ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2012, 249 s., viii s. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.
5. GULÁŠOVÁ, Ivica a kol. *Zvládání strachu pacienta před operací*. In *Sestra*. 2012, č.2, s.42-43, ISSN 1210-0404.
6. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
7. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. nezměn. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003, 225 s. Dějiny a kultura, sv. č. 5. ISBN 80-7013-390-2.
8. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
9. KAPOUNOVÁ, Gabriela. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 350 s. Sestra. ISBN 978-802-4718-309.
10. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-726-2315-X.
11. KOBILKOVÁ, Jitka, Jan BOCHMAN a Jaroslav ŽIVNÝ. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000, 283 s. ISBN 80-716-9494-0.
12. KRIŠKOVÁ, Anna. *Ošetrovatel'ské techniky: metodika sesterských činností; učebnica pre lekárske fakulty*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Martin: Osveta, 2006, 779 s. ISBN 80-806-3202-2.

13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
14. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
15. KUČEROVÁ, Edita a Marie ŠVÁBOVÁ. *Informovanost pacientek před operačním výkonem*. In *Sestra*. 2006, č.1, s.21, ISSN 1210-0404.
16. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
17. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 152 s. ISBN 978-802-4717-845.
18. MAGUROVÁ, Dagmar a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2009, 155 s. ISBN 978-808-0633-264.
19. MÍČKOVÁ, Iveta. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu*. In *Sestra*. 2009, č.12, s.44, ISSN 1210-0404.
20. ONDERKOVÁ, Alice. *Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. In *Sestra*. 2007, č.12, s.17, ISSN 1210-0404.
21. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 3. přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2005, 481 s. ISBN 80-736-7047-X.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.
23. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 264 s. ISBN 978-802-4731-292.
24. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
25. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
26. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.

27. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
29. VRÁNOVÁ, Věra a Petra EGGOVÁ. *Edukační činnost porodní asistentky. Diagnostika v ošetrovatelství*, 2010, roč.6. č.6, s.20-21. ISSN 1801-1349.
30. VRUBLOVÁ, Yveta, *Edukace a její význam v ošetrovatelském procesu v gynekologicko-porodnické oblasti*. Olomouc: Grada publishing a.s. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. 2002. 372s. ISBN 80-247-0536-2
31. WORKMAN, Barbara A a Clare L BENNETT. *Klíčové dovednosti sester*. 1. vyd. české. Překlad Marie Zvoníčková. Praha: Grada, 2006, 259 s. ISBN 80-247-1714-X.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentek

Tabulka 2 Vzdělání respondentek

Tabulka 3 Plánovaná a akutní operace

Tabulka 4 Důvod operace

Tabulka 5 Informace o operačním výkonu

Tabulka 6 Osoby edukující o pooperačním režimu

Tabulka 7 Způsob edukace

Tabulka 8 Úroveň získaných informací

Tabulka 9 Srozumitelnost odpovědí k dotazům

Tabulka 10 Přínosnost edukace

Tabulka 11 Preferovaný způsob edukace

Tabulka 12 Doba edukace pooperačního průběhu

Tabulka 13 Informace o předoperační a pooperační péči

Tabulka 14 Zdroje informací o předoperační a pooperační péči

Tabulka 15 Oblasti edukace

Tabulka 16 Důležitost znalosti komplikací

Tabulka 17 Edukace o komplikacích po gynekologické operaci

Tabulka 18 Osoby edukující o komplikacích

Tabulka 19 Edukace o dodržování režimu

Tabulka 20 Edukátoři režimu po propuštění

Tabulka 21 Důležitost edukace v pooperačním období

Tabulka 22 Zmírnění strachu

Tabulka 23 Zvládání pooperačního období

Tabulka 24 Operace v minulosti

Tabulka 25 Zkušenost s pooperačním obdobím

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentek

Graf 2 Vzdělání respondentek

Graf 3 Plánovaná a akutní operace

Graf 4 Důvod operace

Graf 5 Informace o operačním výkonu

Graf 6 Osoby edukující o pooperačním režimu

Graf 7 Způsob edukace

Graf 8 Úroveň získaných informací

Graf 9 Srozumitelnost odpovědí k dotazům

Graf 10 Přínosnost edukace

Graf 11 Preferovaný způsob edukace

Graf 12 Doba edukace pooperačního průběhu

Graf 13 Informace o předoperační a pooperační péči

Graf 14 Zdroje informací o předoperační a pooperační péči

Graf 15 Oblasti edukace

Graf 16 Důležitost znalosti komplikací

Graf 17 Edukace o komplikacích po gynekologické operaci

Graf 18 Osoby edukující o komplikacích

Graf 19 Edukace o dodržování režimu

Graf 20 Edukátoři režimu po propuštění

Graf 21 Důležitost edukace v pooperačním období

Graf 22 Zmírnění strachu

Graf 23 Zvládání pooperačního období

Graf 24 Operace v minulosti

Graf 25 Zkušenost s pooperačním obdobím

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 – Dotazník
- Příloha 2 – Edukační karta

PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK

Vážená klientko,

jmenuji se Lenka Tlstá a studuji Fakultu zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Pracuji jako porodní asistentka na Oddělení pooperační a konzervativní gynekologie ve Fakultní nemocnici v Plzni. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který bude brán jako podklad pro vypracování mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní a proto Vás prosím o pravdivé odpovědi. Téma mé bakalářské práce je „Vliv edukace na pooperační průběh u žen po gynekologické operaci“. Získané informace využiji ve výzkumu a ke zkvalitnění péče v pooperačním období. Pokud není jinak uvedeno, označte prosím jednu odpověď.

Předem děkuji za ochotu při vyplňování dotazníku.

Vysvětlení pojmu:

Edukace – předávání informací, poučení, zkušeností, rad, návodů, získávání zručnosti, za pomoci naučných materiálů, textů a názorných ukázek.

1. Do které věkové kategorie spadáte?

- a) méně než 20
- b) 20 – 29 let
- c) 30 – 39 let
- d) 40 – 49 let
- e) 50 – 59 let
- f) 60 a více let

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

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

3. Vaše operace byla:

- a) plánovaná
- b) akutní

4. Jaký byl důvod Vaší operace?

- a) myom
- b) cysta
- c) zánětlivé onemocnění
- d) nádorové onemocnění
- e) jiný, prosím

vypište.....

5. Informace o samotném operačním výkonu jste se dozvěděla od:

- a) obvodního gynekologa
- b) lékaře na příjmové ambulanci
- c) lékaře na pooperačním oddělení
- d) porodní asistentky u obvodního gynekologa
- e) porodní asistentky na příjmové ambulanci
- f) porodní asistentky na pooperačním oddělení
- g) z internetu
- h) z knih

6. Kdo Vás edukoval o pooperačním režimu?

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) spolupacientka
- d) někdo jiný, prosím

vypište.....

7. Jakým způsobem edukace probíhala?

(možno více odpovědí)

- a) rozhovorem
- b) praktickou ukázkou

c) informačními materiály - př. letáky, brožura

(vypište).....

d) jinak, prosím

vypište.....

8. Informace o pooperačním režimu po laparotomické (břišní) operaci, které jste získala byly:

a) vyčerpávající

b) velmi dobré

c) dobré

d) dostatečné

e) nedostačující

9. Pokud jste měla dotaz k podaným informacím, bylo Vám srozumitelně odpovězeno?

a) ano, vždy

b) většinou ano

c) většinou ne

d) ne

e) nedotazovala jsem se

10. Byla pro Vás edukace o pooperačním režimu přínosná?

a) ano

b) ne

11. Jaký způsob edukace preferujete?

a) komplexní informační brožura – text

b) komplexní informační brožura – ilustrace s vysvětlivky

c) video

d) prezentace

e) názorná ukázka

f) rozhovor

g) jiné, prosím

vypište.....

12. Kdy jste byla edukována o pooperačním průběhu?

- a) před nástupem do nemocnice
- b) při přijetí na oddělení
- c) v den operace
- d) po operaci

13. Hledala jste sama informace, co je a co zahrnuje předoperační péče a pooperační péče?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, zakroužkujte kde:

(možno více odpovědí)

- a) internet
- b) literatura
- c) přátelé
- d) rodina
- e) televize
- f) jiné, prosím

vypište.....

15. Byla jste edukována o pooperačním režimu po gynekologické operaci v oblasti:

(možno více odpovědí)

- a) hygienické péče
- b) mobilizace (vstávání) po operaci
- c) vyprazdňování moče a stolice
- d) péče o ránu
- e) dodržování správného dietního režimu
- f) jiné

(doplňte).....

16. Je pro Vás podstatné vědět o možných komplikacích po operaci?

- a) ano, velmi podstatné
- b) nepodstatné
- c) nevím
- d) raději o tom nechci vědět

17. Byla jste edukována o komplikacích po gynekologické operaci?

- a) ano
- b) ne

18. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, napište kdo Vás o komplikacích edukoval.

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) někdo jiný, prosím

vypište.....

19. Byla jste edukována o režimu, který máte dodržovat po propuštění?

- a) ano
- b) ne

20. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, napište kdo.

- a) porodní asistentka
- b) lékař
- c) někdo jiný, prosím

vypište.....

21. Myslíte si, že edukace hraje důležitou roli ve zvládnutí pooperačního období?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

22. Zmírnila edukace Váš strach z operace a z období po operaci?

a) ano

b) ne

23. Bylo pro Vás zvládnání pooperačního období snazší, když jste byla edukována o jeho průběhu?

a) ano

b) ne

24. Byla jste v minulosti operována břišní cestou (rozříznutím břicha)?

a) ano

b) ne

25. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, jaké je Vaše zkušenost se zvládnáním pooperačního období?

a) pooperační období jsem zvládala stejně

b) pooperační období jsem nyní díky edukaci zvládla lépe

PŘÍLOHA 2 – EDUKAČNÍ KARTA

Zdroj: FN Plzeň



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Dr. E. Dvořák 13, 302 00 Těpeň, Dvůr
 301 00 Plzeň, tel. 377 60 100, fax 377 60 100 111
 IČO 00050006, NKL 377 60 111, 377 100 111

EDUKAČNÍ KARTA

Identifikační štítek

ZOK: _____

List č.: _____

		Téma edukace		Kdo edukuje	
1. výšva	7. péče o stáří	13. možnost péče v domácí prostředí	19. _____	A - všeobecná sestra	
2. edukace diabetika	8. péče o chronickou rýmu	14. prevence TEN	20. _____	B - porodní asistentka	
3. sebepečení	9. péče o invazivní vaskuly	15. prevence a šíření infekce	21. _____	C - lékař	
4. medicace	10. respirační terapie	16. prevence pádu	22. _____	D - fyzioterapeut	
5. pohybový režim	11. příprava před výkonem	17. manipulace s lidškem	23. _____	E - nutriční terapeut	
6. pokřování	12. péče po výkonu	18. manipulace se signálizací	24. _____	F - zdravotnický asistent	
Detunivhodina	Téma	Komunikační bariéra	Reakce edukovaného	Použitá metody	Podpis (+ zn. A – F)
<input type="checkbox"/> pacientnaly <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výkon <input type="checkbox"/> prokazuje důvědnost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázkou <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> náčrtk	Popte edukativno
<input type="checkbox"/> pacientnaly <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výkon <input type="checkbox"/> prokazuje důvědnost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázkou <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> náčrtk	Popte edukativno
<input type="checkbox"/> pacientnaly <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výkon <input type="checkbox"/> prokazuje důvědnost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázkou <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> náčrtk	Popte edukativno

UZAVŘENÍ PRAVIDEL

11/2019/21