

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA  
Všeobecné ošetrovatelství

IDENTIFIKACE NEGATIVNÍCH VLIVŮ U PACIENTŮ  
V SOUVISLOSTI S OPERAČNÍM VÝKONEM  
Bakalářská práce

Autor práce: Michaela Řeháková

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Michaela Řeháková</b>
Studijní program:	Všeobecné ošetrovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	<b>Identifikace negativních vlivů u pacientů v souvislosti s operačním výkonem</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kourková, MBA
Cíl práce:	Identifikovat negativní vlivy u pacientů v souvislosti s operačním výkonem z pohledu ošetrovatelství.

## Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na identifikaci negativních vlivů působících na pacienty v souvislosti s operačním výkonem z pohledu ošetřovatelství. Teoretická část charakterizuje perioperační péči, specifika předoperační přípravy, význam edukace a komunikace. Dále se věnuje problematice stresu a úzkosti u pacientů. Praktická část vychází z kvantitativního dotazníkového šetření zaměřeného na prožívání stresu v předoperačním období. Výzkum se soustředí na identifikaci hlavních stresorů, jejich konkrétních projevů a na zhodnocení přínosu předoperační edukace a podpory ze strany všeobecných sester. Závěry práce mohou sloužit jako podklad pro zkvalitnění ošetřovatelské péče a posílení psychosociální podpory pacientů v perioperačním období.

## Klíčová slova

Předoperační příprava, pooperační péče, úzkost, stres, edukace, komunikace

## Abstract

The bachelor's thesis focuses on the identification of negative factors affecting patients in connection with surgical procedures from a nursing perspective. The theoretical part characterizes perioperative care, the specifics of preoperative preparation, and the importance of education and communication. It further addresses the issue of stress and anxiety in patients. The practical part is based on a quantitative questionnaire survey focused on patients' experience of stress in the preoperative period. The research focuses on the identification of the main stressors, their specific manifestations, and on the evaluation of the benefits of preoperative education and support provided by general nurses. The conclusions of this thesis may serve as a basis for improving nursing care and strengthening psychosocial support for patients in the perioperative period.

## Keywords

Preoperative preparation, postoperative care, anxiety, stress, education, communication

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 29. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

## Poděkování

*Ráda bych poděkovala všem, kteří mě během studia i při zpracování této bakalářské práce podporovali a byli mi oporou.*

*Zvláštní poděkování patří vedoucí práce, paní Mgr. Petře Kourkové, MBA, za její odborné vedení, cenné připomínky, ochotu a čas, který mi věnovala. Velmi si vážím jejího vstřícného přístupu, trpělivosti a inspirace, kterou mi po celou dobu poskytovala.*

*Poděkování rovněž náleží mé rodině a blízkým za jejich podporu, pochopení a povzbuzení po celou dobu mého studia. Velmi si vážím zázemí, které mi poskytovali, a jejich nezlomné trpělivosti, která mi pomohla vytrvat a dovést studium i tuto práci do úspěšného konce.*

*Všem upřímně děkuji za jejich podporu a důvěru.*

## Obsah

Seznam grafů.....	5
Seznam zkratk.....	6
Úvod .....	10
<b>1 Současný stav problematiky .....</b>	<b>11</b>
1.1 Chirurgie jako lékařský obor .....	11
1.1.1 Chirurgické ošetrovatelství .....	11
1.2 Operační výkony.....	12
1.2.1 Indikace k operačnímu výkonu .....	12
1.2.2 Kontraindikace operačního výkonu .....	12
1.2.3 Druhy operačních výkonů .....	12
1.2.4 Operační přístupy.....	13
1.3 Předoperační příprava.....	13
1.3.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	14
1.3.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	15
1.3.3 Bezprostřední předoperační příprava .....	15
1.3.4 Příprava diabetika k plánovanému operačnímu výkonu.....	16
1.3.5 Příprava pacienta k urgentnímu operačnímu výkonu.....	16
1.4 Informovaný souhlas.....	17
1.5 Anestezie.....	18
1.6 Intraoperační péče o pacienta .....	18
1.7 Pooperační péče o pacienta.....	19
1.7.1 Následná péče o pacienta po operačním výkonu .....	19
1.7.2 Pooperační komplikace .....	20
1.7.3 Pooperační bolest .....	20
1.8 Prožívání stresu u pacientů před operačním výkonem.....	21
1.8.1 Fáze a působení stresu.....	21
1.8.2 Projevy stresu.....	22
1.9 Úzkost v souvislosti s operačním výkonem.....	22
1.9.1 Projevy úzkosti .....	22
1.9.2 Předoperační úzkost.....	23
1.9.3 Vliv předoperačních informací na úzkost pacienta .....	23
1.9.4 Způsoby snižování předoperační úzkosti .....	23
1.10 Komunikace ve zdravotnictví .....	25
1.10.1 Verbální komunikace.....	25
1.10.2 Neverbální komunikace.....	25
1.10.3 Překážky v komunikaci všeobecné sestry s pacientem .....	26
1.11 Edukace jako součástí ošetrovatelské péče .....	26
1.11.1 Předoperační edukace pacienta.....	27
<b>2 Výzkumná část.....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	28
2.2 Metodika výzkumu.....	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	29
2.4 Průběh výzkumu.....	29
2.5 Zpracování získaných dat .....	29

2.6	Výsledky výzkumu .....	30
<b>3</b>	<b>Diskuze.....</b>	<b>44</b>
<b>4</b>	<b>Návrh řešení a doporučení pro praxi.....</b>	<b>55</b>
<b>Závěr .....</b>		<b>56</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>		<b>57</b>
<b>Přílohy.....</b>		<b>61</b>

## Seznam grafů

Graf 1: Pohlaví respondentů .....	30
Graf 2: Věk respondentů .....	30
Graf 3: Druh operačního výkonu .....	31
Graf 4: Výskyt stresu během čekání na operaci v nemocnici .....	32
Graf 5: Retrospektivní hodnocení míry stresu těsně před operací .....	32
Graf 6: Obavy pacientů spojené s operačním výkonem .....	33
Graf 7: Fyzické obtíže pacientů v souvislosti s nadcházejícím operačním výkonem .....	34
Graf 8: Faktory zmírňující fyzické projevy stresu před operací .....	35
Graf 9: Psychické obtíže pacientů v souvislosti s nadcházejícím operačním výkonem .....	36
Graf 10: Faktory zmírňující psychické projevy stresu .....	37
Graf 11: Informovanost pacienta o jednotlivých oblastech před operačním výkonem .....	38
Graf 12: Dostatek informací od přijímacího lékaře před operací .....	39
Graf 13: Srozumitelnost informací poskytnutých přijímacím lékařem .....	39
Graf 14: Spokojenost pacienta se zodpovězením otázek lékařem .....	40
Graf 15: Hodnocení informovanosti o předoperační přípravě .....	41
Graf 16: Vliv informovanosti na míru stresu před operačním výkonem .....	41
Graf 17: Podpora pacienta ze strany všeobecné sestry před operací .....	42
Graf 18: Činnost a projevy všeobecných sester s největším vlivem na zmírnění stresu .....	43

## Seznam zkratek

APTT	Activated Partial Thromboplastin Time (aktivovaný parciální tromboplastinový čas)
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ASA	American Society of Anesthesiologists
CO <sub>2</sub>	Oxid uhličitý
CRP	C-reaktivní protein
EKG	Elektrokardiogram
JIP	Jednotka intenzivní péče
KBT	Kognitivně – behaviorální terapie
LMWH	Nízkomolekulární hepariny
ORL	Otorinolaryngologie
RTG	Rentgenové vyšetření
Sb.	Sbírky
STATIM	lékařský termín pro urgentní vyšetření

## Úvod

Identifikace negativních vlivů v souvislosti s operačním výkonem představuje jednu z klíčových priorit moderního ošetrovatelství. Každý chirurgický zákrok, bez ohledu na jeho náročnost, vyvolává v organismu pacienta komplexní stresovou reakci. Ta se neomezuje pouze na rovinu biologickou, ale zasahuje hluboce i do sféry psychické a sociální. Přestože technický pokrok v medicíně a rozvoj miniinvazivních technik umožňují stále šetrnější operativu, subjektivní prožívání pacienta a riziko pooperačních komplikací nadále významně ovlivňují průběh a úspěšnost rekonvalescence.

V perioperačním období působí na pacienta celá řada faktorů, které mohou negativně ovlivnit průběh léčby i celkovou kvalitu života. Z pohledu ošetrovatelství je proto nezbytné vnímat pacienta jako bio-psycho-sociální jednotku. Mezi nejvýznamnější negativní vlivy v perioperačním období nepatří pouze fyzická bolest, ale především široká škála psychosomatických obtíží. Jedná se zejména o preoperační úzkost a stres, které se u pacientů projevují jak v rovině psychické, tak skrze doprovodnou somatickou a vegetativní symptomatologii. Intenzita těchto obtíží může být ovlivněna zejména mírou informovanosti pacienta, jeho individuálním prožíváním situace a také prostředím zdravotnického zařízení. Včasná identifikace těchto faktorů je proto zásadní pro příznivý vývoj zdravotního stavu a urychlení návratu pacienta k běžným činnostem.

Současné trendy ve zdravotnictví, jako je zkracování délky hospitalizace a rostoucí důraz na efektivitu a kvalitu péče, kladou zvýšené nároky na zdravotnický personál, zejména na schopnost rychlé orientace v potřebách pacienta a adekvátní reakce na vznikající obtíže. Právě snaha o hlubší porozumění možnostem, jak v těchto specifických podmínkách co nejlépe podpořit pacienta a optimalizovat jeho přípravu na operační výkon, byla hlavní motivací pro výběr tohoto tématu. V tomto kontextu zaujímá všeobecná sestra nezastupitelné postavení. Díky kontinuálnímu kontaktu s pacientem má možnost sledovat jeho stav, včas rozpoznat fyzické i psychické změny a aktivně se podílet na jejich řešení prostřednictvím vhodně zvolených ošetrovatelských intervencí. Její role tak zahrnuje nejen monitorování zdravotního stavu, ale také poskytování psychické podpory, edukaci pacienta a podporu jeho aktivního zapojení do procesu léčby.

Hlavním cílem bakalářské práce je identifikovat negativní vlivy u pacientů v souvislosti s operačním výkonem z pohledu ošetrovatelství. Z tohoto cíle vycházejí čtyři výzkumné otázky, které směřují ke zmapování konkrétních faktorů přispívajících ke stresu a jejich projevů ve fyzické a psychické rovině. Práce se dále zaměřuje na posouzení vlivu předoperační edukace a na identifikaci intervencí všeobecných sester, které pacienti vnímají jako nejvíce přínosné pro zmírnění předoperační zátěže. Výzkumná část je realizována formou dotazníkového šetření mezi pacienty a získané poznatky mohou sloužit jako podklad pro zvyšování kvality ošetrovatelské péče v perioperačním období.

# 1 Současný stav problematiky

Předoperační příprava a péče po operaci představují klíčové složky celého chirurgického procesu. Náležitě naplánovaná příprava významně snižuje riziko komplikací a podporuje úspěšný průběh rekonvalescence. Nedílnou součástí přípravy k operaci je předoperační vyšetření, jehož cílem je zhodnotit celkový stav pacienta, identifikovat další onemocnění a stanovit operační riziko. Získané informace slouží jako podklad pro stanovení strategie anestezie, posouzení indikace k výkonu a plánování pooperační péče (Bartůněk a kol., 2016; Kotík, 2022).

Vedle fyzických rizik je nutné zohlednit také psychický stav pacienta. Většina pacientů v předoperačním období pociťuje stres a úzkost, která je přirozenou reakcí na neznámou a potenciálně ohrožující situaci. Nadměrná úzkost však může nepříznivě ovlivnit průběh léčby i pooperační rekonvalescenci (Kassahun a kol., 2022).

## 1.1 Chirurgie jako lékařský obor

Slovo chirurgie pochází z řeckého výrazu a dá se přeložit jako „práce rukou“. Vychází ze slov „cheir“ znamená ruka, a „ergein“ práce. Chirurgické obory se zabývají léčbou nemocí a poranění, při nichž se využívají ruce a speciální nástroje (Ihnát a Tulinský, 2024).

Chirurgické obory lze rozdělit na dvě základní skupiny. Všeobecná chirurgie se zaměřuje na běžné operace v oblasti břicha, hrudníku, krku a cév. Druhou skupinu tvoří specializovaná chirurgie, například operace srdce nebo plastická chirurgie. Tyto obory se neustále vyvíjejí díky novým poznatkům a moderním technologiím (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

### 1.1.1 Chirurgické ošetřovatelství

Péče je zaměřena na pacienty, kteří podstupují operační či invazivní zákrok. Zahrnuje asistenci při výkonu a péči o pacienta před operací, v jejím průběhu i po ní, až do období rekonvalescence. Ošetřovatelství v rámci chirurgie má za cíl aktivně podporovat zdraví a uzdravení pacienta a zároveň poskytovat oporu i jeho rodině. Kvalitní péče vyžaduje znalosti a zkušenosti z medicíny, ošetřovatelství, managementu i humanitních věd (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Janíková a Zeleníková, 2013).

Péče o chirurgického pacienta je realizována prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Na terapeutickém procesu se vedle lékařů a všeobecných sester podílejí také laboranti, fyzioterapeuti, nutriční terapeuti a další specializovaní zdravotničtí pracovníci. Základem kvalitní péče je především dobrá komunikace a spolupráce celého zdravotnického týmu. Jeho úkolem je poskytovat pacientovi odbornou podporu a zajistit hladký průběh ve všech fázích operačního výkonu (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

## 1.2 Operační výkony

Operace je lékařský zákrok, při kterém se chirurgicky zasahuje do těla pacienta. Zahrnuje řez kůže a hlubších tkání, aby bylo možné dostat se k postiženému místu a následně upravit nebo odstranit nemocné tkáně či orgán. Hlavním cílem operace je pomoci pacientovi, ať už to znamená záchranu života nebo zlepšení jeho zdravotního stavu (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Janíková a Zeleníková, 2013).

### 1.2.1 Indikace k operačnímu výkonu

Indikace k operaci je proces, během kterého se hodnotí, zda očekávaný výsledek léčby převyšuje rizika související s výkonem. Posuzují se veškeré komplikace, které by mohly nastat krátce po zákroku nebo i s delším časovým odstupem (Páral a kol., 2020).

Život zachraňující indikace nastává, když je operační zákrok nezbytný a nelze jej odložit, například při náhlých příhodách břísňích. Bezpodmínečné indikace se týkají případů, kdy by pacienta bylo možné léčit i jinak, například rehabilitací, ale operace je nejlepší řešení zdravotního problému. Podmíněné indikace nastávají, když je pacient v bezprostředním ohrožení života a operace je nezbytná okamžitě, i přes riziko zákroku je jedinou cestou k záchraně života (Páral a kol., 2020).

### 1.2.2 Kontraindikace operačního výkonu

Kontraindikace jsou situace, kdy by operace mohla ohrozit pacienta, a proto je před každým výkonem nutné posoudit rizika (Janíková a Zeleníková, 2013).

**Absolutní kontraindikace** nastává tehdy, kdy operaci nelze provést za žádných okolností, protože by ohrozila život pacienta. Příkladem je infarkt myokardu.

**Relativní kontraindikace** označuje stavy, které sice zvyšují riziko operace, ale výkon se může provést. Riziko lze snížit vhodnou předoperační přípravou. Příkladem je diabetes mellitus (Slezáková a kol., 2019).

### 1.2.3 Druhy operačních výkonů

Operační výkony se rozlišují podle toho, zda dochází k porušení kůže. Invazivní zákroky narušují tkáň a vzniká při nich rána, zatímco u neinvazivních zákroků k poranění kůže nedochází (například repozice zlomeniny). Podle účelu jsou diagnostické zákroky určeny k potvrzení či upřesnění diagnózy a provádějí se jen výjimečně, například odběr tkáně na histologické vyšetření. Léčebné zákroky buď odstraňují nemoc úplně, nebo alespoň zmírňují její projevy, přičemž mezi nejčastější patří cholecystektomie či bypass. Důležitým kritériem je také naléhavost výkonu. Plánované se provádějí v předem stanoveném termínu a jsou určeny pro stavy, které nevyžadují okamžitý zásah, například kosmetické zákroky. Neodkladné operace se realizují ihned po přijetí pacienta, protože odklad by znamenal bezprostřední ohrožení života. Akutní operace jsou takové, které lze odložit o několik hodin, například při akutní cholecystitidě. Z hlediska časového uspořádání jsou jednodobé operace dokončené během jedné operační doby. Vícedobé vyžadují několik zákroků, prováděných po sobě. Specifickou formu představuje ambulantní chirurgie, u níž není nutná hospitalizace a pacient může být

propuštěn v den výkonu. Tento postup je vhodný u menších zákroků, například při odstranění drobných útvarů. Důležité je také to, jak je samotná operace náročná. Velké zákroky jsou technicky složitější a pro organismus znamenají větší zátěž, protože u nich hrozí vyšší riziko komplikací a také větší ztráty krve. Malé zákroky jsou jednodušší, s nižším rizikem a mohou se provádět ambulantně (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

#### 1.2.4 Operační přístupy

Chirurgové využívají různé přístupy k dosažení cílové oblasti operačního výkonu. Klasická otevřená operace spočívá ve vytvoření většího řezu, který umožňuje přímý pohled i manuální přístup k orgánům. V posledních letech se více využívají modernější, šetrnější techniky. V současné chirurgické praxi představuje významnou část výkonů laparoskopie, která je považována za minimálně invazivní alternativu k otevřeným operacím. Metoda je založena na insuflaci oxidu uhličitého (CO<sub>2</sub>) do dutiny břišní, čímž vzniká pracovní prostor pro zavedení trokarů. Tento stav se nazývá pneumoperitoneum. Vzniklý tlak plynu nadzvedne břišní stěnu od vnitřních orgánů, čímž se zlepší přehlednost operačního pole a umožní bezpečnou manipulaci s nástroji. Prostřednictvím těchto vstupů operatér zavádí optiku a pracovní nástroje, přičemž průběh výkonu sleduje pomocí kamerového systému. I přes technologický pokrok se v klinické praxi může uplatňovat kombinace laparoskopického a otevřeného přístupu, zejména v náročnějších fázích výkonu, jako je rekonstrukce anastomóz (Slezáková a kol., 2019; Páral a kol., 2020).

Robotická operace je další moderní způsob, vycházející z principů laparoskopie. Využívá se ve specializacích, jako je urologie a gynekologie. Operace se provádí pomocí několika malých řezů, kterými jsou do operačního pole zavedeny chirurgické nástroje a kamera. Stejně jako u laparoskopie se břišní dutina insufluje oxidem uhličitým za účelem vytvoření pracovního prostoru (pneumoperitonea), což umožňuje bezpečnou manipulaci s nástroji. Chirurg sedí u konzole a ovládá robotická ramena pomocí joysticků. Mezi výhody patří přesné provedení díky 3D zobrazení a zvětšení, menší krevní ztráty, kratší doba hospitalizace, nižší riziko pooperačních komplikací a příznivější estetický výsledek. Nevýhodou jsou možné technické problémy a vysoká pořizovací cena (Kotík, 2022).

### 1.3 Předoperační příprava

Předoperační příprava je nezbytnou součástí péče o každého pacienta. Podoba této přípravy závisí na dostupném čase, typu plánovaného zákroku a přidružených onemocněních pacienta. Během přípravy je cílem získat co nejvíce informací o jeho zdravotním stavu a zajistit stabilitu životně důležitých funkcí. Správná příprava snižuje rizika spojená s výkonem, pomáhá předcházet komplikacím po operaci (Bartůněk a kol., 2016).

Rozlišuje se péče obecná (poskytovaná všem pacientům) a speciální (dle typu výkonu). Z hlediska zaměření se dělí na tělesnou, psychickou a medikamentózní, zatímco podle rozsahu na celkovou a místní. Časové hledisko pak péči rozlišuje na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední (Janíková a Zeleníková, 2013).

### 1.3.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá příprava spočívá v odborných vyšetřeních u praktického lékaře, která nesmí být starší než 14 dní (Páral a kol., 2020).

Předoperační příprava zahrnuje podrobnou anamnézu (léky, alergie, předchozí operace, omezení hybnosti), fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí a nezbytné laboratorní testy. Laboratorní screening zahrnuje krevní obraz, stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, aktivovaný parciální tromboplastinový čas (APTT), stanovení protrombinového času (Quick test) a biochemické vyšetření, například iontogram, ureu, kreatinin, jaterní testy, bilirubin, glykemii a C-reaktivní protein (CRP). Močový screening spočívá v chemickém vyšetření moče a sedimentu. Podle potřeby se doplňují zobrazovací metody a specializovaná vyšetření. Rentgen (RTG) hrudníku se provádí u pacientů starších 60 let a u mladších rizikových skupin, například u kuřáků. U všech pacientů nad 40 let se provádí elektrokardiogram (EKG) a u žen se provádí gynekologické vyšetření. Další vyšetření se mohou provést podle aktuálního zdravotního stavu pacienta (Dingová Šliková, Vrabelová a Lidická, 2018; Seidlová a kol., 2024).

Při ortopedických nebo chirurgických výkonech se může pacientům doporučit autotransfúze, tedy podávání vlastní krve. Tento postup snižuje rizika spojená s transfúzí. Pacientům se odebírá přibližně 10 % celkového objemu krve (400–450 ml) v pravidelných intervalech. Poslední odběr by měl být 72 hodin před výkonem. Krev se uchovává 35 dní. Během operace jsou krevní ztráty nahrazovány intravenózním podáváním tekutin. Při větších ztrátách krve se využívá přístroj „cell-saver“, který odsává krev z operačního pole, čistí ji a vrací zpět pacientovi (Slezáková a kol., 2019).

Pro hodnocení operačního rizika pacienta se používá klasifikace American Society of Anesthesiologists (ASA). Tento systém slouží jako škála, která odráží celkový zdravotní stav, od zcela zdravých jedinců až po pacienty s výraznějšími či závažnými onemocněními, které mohou průběh anestezie a chirurgického zákroku významně ovlivnit (Málek a kol., 2016).

V praxi je tento systém definován numerickou škálou od 1 do 5, přičemž jednotlivé stupně odrážejí závažnost pacientova stavu:

**ASA I** – zdravý pacient, který nemá žádné onemocnění.

**ASA II** – pacient s mírným onemocněním, které je pod kontrolou. Činnost orgánů není omezená, například lehká hypertenze.

**ASA III** – pacient se středně závažným onemocněním. Omezená běžná činnost orgánů, například diabetes.

**ASA IV** – pacient s velmi závažnou nemocí, která ohrožuje jeho život, bez ohledu na to, zda podstoupí operaci, například srdeční selhávání.

**ASA V** – pacient je v život ohrožujícím stavu, u kterého je operace poslední možnost záchrany. Riziko úmrtí během 24 hodin je vysoké, příkladem je např. nitrolební krvácení (Hess, Málek a Slíva, 2024).

### 1.3.2 Krátkodobá předoperační příprava

Období krátkodobé předoperační přípravy začíná přibližně 24 hodin před plánovaným výkonem. V tomto období je kladen důraz na režimová opatření, kdy pacient zůstává 6–8 hodin nalačno a nezbytná hydratace je zajišťovaná intravenózní cestou. Je také zakázáno kouřit a žvýkat žvýkačku. Somatická příprava zahrnuje celkovou hygienickou očistu těla, odstranění laku na nehtech, odlíčení a důkladnou očistu pupíku, přičemž úprava samotného operačního pole (holení a dezinfekce) probíhá dle specifických pokynů operátora. Vyprazdňování je primárně ponecháno na spontánním průběhu, avšak u rozsáhlejších operací může být indikována katetrizace močového měchýře či aplikace laxativ a očistného klyzmatu. Součástí předoperační přípravy je také zajištění klidu a dostatečného spánku, které pomáhají snižovat stres. V případě výraznější úzkosti může anesteziolog indikovat podání sedativ. Cennosti, šperky a peníze se ukládají do trezoru, protetické pomůcky se označí jménem pacienta a bezpečně uloží (Slezáková a kol., 2019; Burda a Šolcová, 2016).

Prevence tromboembolické nemoci v předoperační i pooperační péči zahrnuje elastické bandáže či kompresní punčochy, které dle Kotíka (2022) snižují riziko trombózy o 25 %. Podání nízkomolekulárního heparinu snižuje riziko ještě výrazněji, o 50–70 %, a srovnatelnou účinnost má i kompresní terapie. Dalším preventivním opatřením je vysazení hormonální antikoncepce, která zvyšuje riziko trombózy až desetkrát. U menších výkonů s včasnou mobilizací obvykle není vysazení nutné, u větších se doporučuje 4–6 týdnů před operací (Kotík, 2022; Slezáková a kol., 2019).

Proces anesteziologické přípravy začíná indikací operačního výkonu chirurgem. Na základě tohoto rozhodnutí pacient podstupuje předanesteziologické vyšetření, jehož cílem je zhodnocení celkového zdravotního stavu, minimalizace perioperačních rizik a celková optimalizace organismu před výkonem. Anesteziolog na základě komplexní anamnézy, se zaměřením na alergie, užívanou medikaci a abúzus, a následného fyzikálního vyšetření volí optimální anesteziologický postup. Pozornost je věnována zejména průchodnosti dýchacích cest a stavu kardiovaskulárního systému, přičemž u plánované regionální anestezie se posuzuje také stav páteře. V rámci této fáze anesteziolog rozhoduje o úpravě chronické medikace nebo doporučuje režimová opatření, například omezení kouření. Pro standardizované hodnocení fyzického stavu pacienta a odhad rizika perioperačních komplikací se využívá klasifikace ASA. Celý proces je zakončen edukací pacienta o průběhu a rizicích anestezie a následným podpisem informovaného souhlasu (Málek a kol., 2016).

Součástí přípravy je také psychická příprava pacienta, jejímž cílem je snížit strach a úzkost spojenou s nadcházející operací. Lékaři a všeobecné sestry by měli brát vážně všechny jeho otázky a obavy, nejen ty, které se týkají samotného zákroku, ale i období po něm. Při přípravě je důležité, aby s pacientem mluvili otevřeně a vysvětlili mu, co ho čeká během operace i při zotavování (Slezáková a kol., 2019).

### 1.3.3 Bezprostřední předoperační příprava

Příprava pacienta před operací probíhá obvykle přibližně dvě hodiny před samotným zákrokem a zahrnuje úkony nezbytné pro jeho bezpečný průběh. Nejprve se ověřuje, zda je pacient lačný, následně se kontroluje stav chrupu a provádí se příprava operačního pole. Poté je zajištěn periferní žilní vstup pro podávání tekutin a léčiv. Na základě jeho zajištění mohou být podle

indikace chirurga aplikovány potřebné léky, například antibiotická profylaxe nebo infuzní terapie. V indikovaných případech se dále zavádí močový katétr nebo žaludeční sonda. Následně se aplikují elastické bandáže jako prevence tromboembolické nemoci. Veškeré provedené úkony jsou pečlivě dokumentovány v ošetřovatelské dokumentaci, aby byl doložen přesný průběh předoperační přípravy (Slezáková a kol., 2019).

#### 1.3.4 Příprava diabetika k plánovanému operačnímu výkonu

Pacienti s diabetem mellitem představují v chirurgii rizikovou skupinu se zvýšeným výskytem pooperačních komplikací. Nejvyšší riziko mají nemocní léčení inzulinem nebo s nedostatečně kompenzovaným diabetem. V perioperačním období může docházet k hyperglykémii vlivem chirurgického stresu, hladovění nebo podávaných léků. Perorální antidiabetika a dlouhodobě působící inzuliny se před operací vysazují a pacient je dočasně převeden na krátkodobě působící inzulin. Proto je důležitá pečlivá předoperační příprava, zhodnocení kompenzace diabetu a spolupráce multidisciplinárního týmu. Operace se zpravidla plánuje tak, aby se minimalizovala doba hladovění, často v ranních hodinách. Po operaci je nutné pravidelné sledování glykemie a úprava antidiabetické léčby (Nemcová a kol., 2024).

#### 1.3.5 Příprava pacienta k urgentnímu operačnímu výkonu

Urgentní chirurgický výkon je spojen se zvýšeným rizikem peroperačních i pooperačních komplikací. Tento stav je podmíněn především výrazným časovým omezením, které neumožňuje realizaci standardní předoperační přípravy, a současně skutečností, že pacient se často nachází ve stavu bezprostředního ohrožení života. Z těchto důvodů zpravidla nelze získat kompletní anamnestické údaje ani provést plnohodnotné předoperační vyšetření. Předoperační příprava je proto omezena pouze na nezbytné úkony zajišťující vitální funkce pacienta. Mezi tyto kroky patří zejména zajištění žilního vstupu, provedení neodkladných laboratorních vyšetření (STATIM) a odstranění zubních náhrad. Vzhledem k tomu, že pacient není nalačno, je indikováno zavedení žaludeční sondy za účelem prevence aspirace žaludečního obsahu. Na rozdíl od plánovaných operačních výkonů jsou standardní přípravné postupy, jako je hygienická koupel či klyzma, v této situaci kontraindikovány. Bezprostředně po ukončení operačního výkonu je pacient transportován na pracoviště jednotky intenzivní péče (JIP) nebo na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), kde je zajištěn kontinuální monitoring a další specializovaná péče (Slezáková a kol., 2019).

## 1.4 Informovaný souhlas

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, upravuje poskytování zdravotních služeb na základě informovaného souhlasu pacienta, který je poučen o svém zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu (§ 31–35). Informovaný souhlas představuje klíčovou součástí práv pacientů a základní podmínku poskytování zdravotní péče (Šustek a kol., 2016).

Jedná se o potvrzení, že pacient dobrovolně souhlasí s vyšetřením nebo léčbou. Aby byl souhlas platný, musí být splněny tři podmínky: pacient musí obdržet úplné, pravdivé a srozumitelné informace, musí jim porozumět a rozhodnout se bez jakéhokoli nátlaku (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

Tento proces je v reálném nemocničním prostředí realizován formou řízeného rozhovoru mezi pacientem a ošetřujícím lékařem. Pacient je srozumitelně seznámen s plánovaným postupem, přičemž lékař klade důraz na objektivní vysvětlení rizik i očekávaného přínosu operace. Pacientovi musí být poskytnut dostatečný prostor pro dotazy, což mu umožňuje aktivně se podílet na rozhodování o vlastním léčebném postupu. Následně je tento proces zpravidla stvrzen podpisem informovaného souhlasu, který se stává součástí zdravotnické dokumentace (Šustek a kol., 2016).

V rámci procesu informování je pacient seznámen nejen s výkonem samotným, ale také s charakterem následné pooperační péče, která zahrnuje například tlumení bolesti či nezbytnost zavedení invazivních vstupů, jako jsou katétry, kanyly nebo drény. V poučení je stručně popsáno, kde a v jakém rozsahu bude zasahováno, zda bude něco odebráno či vloženo a zda bude pacient při vědomí, lokálně znecitlivěn nebo v celkové anestezii. Uvedeny jsou i hlavní kroky výkonu, použité přístroje a léky. Poučení o rizicích zahrnuje možné komplikace od drobných, jako je zarudnutí či otok, až po závažné následky včetně poškození zdraví nebo úmrtí, přičemž míra rizika závisí na věku, zdravotním stavu a dalších okolnostech a nelze ji zcela vyloučit ani při správném provedení zákroku. Pacient má rovněž právo být informován o alternativách léčby, například o konzervativní, laparoskopické či otevřené operaci, aby se mohl svobodně rozhodnout. Stejně tak má právo se poučení vzdát, což musí být učiněno bez nátlaku a zaznamenáno v dokumentaci (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Šustek a kol., 2016).

Informovaný souhlas musí být získán před zahájením výkonu a před podáním léků, které by mohly ovlivnit schopnost pacienta racionálně rozhodovat. Lékař je povinen nejen poskytovat přesné a odborně správné informace, ale také ověřit, že jim pacient skutečně porozuměl. Respektování autonomie pacienta znamená právo rozhodnout o přijetí či odmítnutí léčby. Toto právo má jak etický, tak právní rozměr a jeho porušení může mít závažné důsledky. Provedení zdravotního výkonu bez platného souhlasu představuje zásah do práv pacienta (Libová, Balková a Jankechová, 2019).

Souhlas není jediný důvod pro zákrok. Někdy zákon umožňuje nebo přímo přikazuje zasáhnout i bez souhlasu, např. při vážném zranění nebo povinném léčení nebezpečných nemocí. Pacient může zároveň udělit souhlas pouze k části navržené léčby a jiný postup odmítnout, například z náboženských důvodů. V takových případech je nutné jeho rozhodnutí respektovat, důkladně jej poučit o možných rizicích a celý rozhovor zapsat do zdravotnické dokumentace (Libová, Balková a Jankechová, 2019; Šustek a kol., 2016).

## 1.5 Anestezie

Anestezie je charakterizovaná jako, řízený dočasný, reverzibilní stav navozený farmakologickými prostředky, jehož cílem je odstranění bolesti, potlačení reflexních reakcí a podle typu anestezie také navozená bezvědomí a svalové relaxace. Na základě rozsahu účinku se anestezie dělí na celkovou a lokální. Celková anestézie potlačuje všechny podněty do centrálního nervového systému, což vede k bezvědomí. Podle způsobu podání se rozlišuje inhalační anestézie, kdy pacient vdechuje plynné nebo kapalné anestetikum. Nitrožilní anestetika se podávají přímo do žíly, díky čemuž rychle působí na centrální nervový systém. Doplněvaná anestézie kombinuje různé léky tak, aby se zvýšily žádoucí a snížily nežádoucí účinky. Využívá různé léky k tlumení bolesti, vyvolání bezvědomí a amnézii a vede k uvolnění svalů, přičemž se volí podle potřeb operátora a stavu pacienta (Málek a kol., 2016).

Lokální anestézie znecitlivuje pouze určitou oblast, přičemž pacient zůstává při vědomí. Topická anestézie spočívá v podání anestetika na povrch sliznic nebo kůže. Infiltrační anestezie znamená, že látka je podána přímo do místa operace. Svodná anestezie znecitlivuje určitou oblast těla podáním anestetika u nervového svazku nebo páteřního kanálu. Intravenózní regionální blokáda spočívá v podání anestetika do žíly končetiny, odkud se šíří k okolním nervům. Epidurální anestézie znecitliví část těla tím, že se lék vstříkne kolem míchy, zatímco subarachnoidální anestézie působí rychleji, protože se anestetikum aplikuje přímo do míšního prostoru (Málek a kol., 2016).

Typ anestezie volí anesteziolog během předoperační přípravy, přičemž rozhodování se opírá o zdravotní stav a anamnézu pacienta (včetně klasifikace ASA), typ a rozsah operačního výkonu, jeho naléhavost a v neposlední řadě o preference samotného pacienta. Po celou dobu operace je pak pacient pod stálým dohledem anesteziologa a anesteziologické sestry, kteří sledují jeho životní funkce (Málek a kol., 2016).

## 1.6 Intraoperační péče o pacienta

Intraoperační péče zahrnuje veškerou ošetrovatelskou péči poskytovanou pacientovi přímo během chirurgického výkonu na operačním sále. Zajišťuje ji multidisciplinární tým, přičemž klíčovou roli hraje perioperační sestra. Cílem je bezpečný a plynulý průběh operace a minimalizace rizika pooperačních komplikací. Mezi hlavní činnosti intraoperační péče patří přesná identifikace pacienta před zahájením výkonu, správné polohování a ochrana před podchlazením či dekubity, průběžná kontrola a evidence zdravotnického materiálu a přísné dodržování aseptických zásad s cílem předcházet infekcím. Efektivní intraoperační péče je zásadní pro bezpečí pacienta i celého operačního týmu (Burda a Šolcová, 2016).

## 1.7 Pooperační péče o pacienta

Bezprostředně po dokončení operace začíná pooperační péče, jejímž hlavním cílem je včasné rozpoznání a řešení případných komplikací. V závislosti na náročnosti výkonu a zdravotním stavu pacienta probíhá monitoring buď na dospávacím pokoji nebo JIP. Na dospávacím pokoji pacient obvykle zůstává jen několik hodin, dokud se jeho stav nestabilizuje. Pravidelně se kontroluje úroveň vědomí, srdeční aktivita pomocí EKG a krevní tlak s pulsem. Důležitým ukazatelem je také dechová frekvence, tělesná teplota a celková bilance tekutin, kam spadá příjem i výdej (např. z drénů). V neposlední řadě se sleduje stav operační rány a její krytí (Páral a kol., 2020).

Po rozsáhlých nebo komplikovaných operacích je pacient indikován k překladi na JIP. Při příjmu pacienta na JIP je nezbytné provést systematické předání, které zahrnuje identifikaci pacienta, kontrolu zdravotnické dokumentace a přehled klíčových údajů o průběhu operace. Anesteziolog informuje přijímajícího lékaře o aktuálním stavu pacienta. Následné vyšetření provádí lékař JIP a zaměřuje se na včasné rozpoznání případných změn vitálních funkcí, které se mohou objevit po operaci (Páral a kol., 2020).

### 1.7.1 Následná péče o pacienta po operačním výkonu

Pooperační období představuje fázi perioperační péče, která navazuje na ukončení chirurgického výkonu a je zaměřena na stabilizaci vitálních funkcí pacienta, prevenci komplikací a podporu zotavení organismu. Bezprostředně po operaci je pacient monitorován dle ordinace lékaře, přičemž jsou sledovány základní fyziologické funkce, zejména krevní tlak, puls, dýchání, tělesná teplota a stav vědomí. V časném pooperačním období se mohou vyskytovat přechodné fyziologické odchylky, které jsou důsledkem působení anestezie, operačního stresu nebo krevních ztrát. Častou komplikací je nauzea a zvracení v souvislosti s účinky anestetik a analgetik, což zvyšuje riziko aspirace žaludečního obsahu. Součástí prevence je podání antiemetik a zajištění adekvátní polohy pacienta. V oblasti urologické péče je postup individuální – močový katétr je dle stavu pacienta odstraněn nebo ponechán, přičemž při retenci moči je indikována jednorázová katetrizace, obvykle při nemožnosti spontánní mikce do 6–8 hodin po výkonu. U gastrointestinálního traktu může v důsledku operační zátěže a farmakologického ovlivnění dojít ke zpomalení střevní peristaltiky, která se klinicky projevuje nadýmáním, nevolností, bolestí břicha nebo zácpou. Základním preventivním opatřením je časná mobilizace pacienta, vertikalizace a vhodná polohová terapie. Při přetrvávajících obtížích může být indikováno zavedení rektální rourky. Operační krevní ztráty mohou vést k poruše cirkulujícího objemu a elektrolytové rovnováhy, proto je v časném pooperačním období často indikována intravenózní tekutinová terapie. Prevence tromboembolické nemoci je zahajována již v perioperačním období, a to formou kompresní terapie dolních končetin a případně farmakologické antikoagulace. V pooperační fázi přetrvává riziko snížené mobility pacienta, proto je klíčová časná mobilizace a rehabilitační péče, které významně snižují výskyt hluboké žilní trombózy, čímž se výrazně snižuje riziko jejího vzniku, jež je udáváno u 15–20 % pacientů (Kotík, 2022; Slezáková a kol., 2019).

### 1.7.2 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace jsou nežádoucí stavy, které narušují očekávaný průběh hojení. Jejich vznik souvisí s typem operačního výkonu, podáním anestezie a také s reakcí organismu na operační trauma. Některé komplikace se projeví rychle a jejich rozpoznání je snadné, jiné mohou být nenápadné a vyžadují cílené sledování. Mohou se objevit bezprostředně po operaci, během hodin či dnů, nebo až po delší době, například po týdnech či měsících (Páral a kol., 2020).

Infekce rány se obvykle objevuje během prvního týdne po operaci. Projevuje se bolestí, zarudnutím a hnisavou sekrecí z rány, často doprovázenou zvýšenou teplotou. Léčba spočívá v lokálním ošetření rány, zajištění odtoku sekretu a podání antibiotik. Krvácení z operační rány se může projevit prosakováním krve do obvazu, vznikem hematomu nebo zduřením v oblasti rány. Řešení zahrnuje lokální kompresi, úpravu srážlivosti a případně chirurgickou revizi rány. Dehiscence rány představuje částečný nebo úplný rozestup operační rány. Projevuje se prosakováním tekutiny mezi stehy nebo zvětšováním rány. Léčba spočívá v lokálním ošetření rány, případně v její opětovné resutuře. Nekróza rány vzniká při nedostatečném prokrvení tkání. Projevuje se tmavým zbarvením okrajů rány, odumíráním tkáně a zpomaleným hojením. Řešením je odstranění nekrotické tkáně a následná úprava způsobu hojení. Z respiračních komplikací se může objevit atelektáza, tedy kolaps části plic. Projevuje se dušností, sníženou ventilací plic a poklesem saturace kyslíku. Léčba zahrnuje dechovou rehabilitaci a odsávání sekretu z dýchacích cest. Další komplikací je aspirace, při níž dochází k vniknutí žaludečního obsahu do dýchacích cest. Projevuje se kašlem, dušností a může vést k pneumonii. Léčba spočívá v odsátí obsahu, zajištění průchodnosti dýchacích cest a podání antibiotik. Mezi kardiovaskulární komplikace patří srdeční selhání, které se může projevit dušností, bolestí na hrudi a poruchami srdečního rytmu. Pacient vyžaduje intenzivní monitoraci a léčbu podle vyvolávající příčiny. Z cévních komplikací se může objevit tromboflebitida, která se projevuje zarudnutím, bolestí a zatvrdnutím v průběhu žíly. Léčba spočívá v klidu končetiny, lokální terapii a případně podání antibiotik. Závažnější je flebotrombóza, projevující se otokem končetiny, bolestí a změnou barvy kůže. Léčba je založena na antikoagulační terapii. Po operaci se může objevit také zvýšená tělesná teplota, která se projevuje zimnicí nebo třesavkou. Léčba spočívá v odhalení vyvolávající příčiny a případném podání antibiotik (Páral a kol., 2020).

### 1.7.3 Pooperační bolest

Bolest představuje významnou zátěž pro psychiku pacienta. Může vést k rozvoji úzkosti, strachu či poruch spánku. Později se projevuje také zlostí a podrážděností. Dlouhodobě přetrvávající bolest může přispět až k rozvoji depresivních stavů. Intenzitu pooperační bolesti ovlivňuje několik faktorů, zejména lokalizace a typ zákroku, velikost chirurgické rány a rozsah operačního traumatu. Významnou roli hraje také fyzický a psychický stav pacienta, jeho individuální vnímání bolesti, kvalita předoperační přípravy, volba anestezie a pooperační péče (Málek a Ševčík, 2021).

Akutní bolest spouští komplexní stresovou odpověď organismu. Aktivuje sympatický nervový systém, neuroendokrinní dráhy a imunitní systém. Taková bolest má ochranný charakter, ale může zároveň zpomalit pooperační zotavení. Bolest zvyšuje srdeční frekvenci a krevní tlak a ovlivňuje dech. Typické je rozšíření zornic a vyšší spotřeba kyslíku. Metabolicky se projevuje

zvýšenou hladinou glukózy v krvi, spotřebou živin a oslabením imunity. Navenek se bolest projevuje neklidem a zvýšeným pocením pacienta (Hakl a kol., 2022; Bartůněk a kol., 2016).

Chronická pooperační bolest je dlouhodobá bolest přetrvávající déle než tři měsíce po operaci, která neustupuje ani po zhojení rány. Může se objevit například po amputaci jako fantomová bolest. Riziko jejího vzniku souvisí s věkem a pohlavím pacienta a častěji se objevuje u mladších osob nebo u pacientů, kteří po operaci trpěli výraznou akutní bolestí. Významný vliv má také zvolený operační přístup a druh anestezie. Chronická bolest může negativně ovlivnit kvalitu života, například spánek, chuť k jídlu, pracovní schopnost i psychický stav pacienta (Málek a Ševčík, 2021).

## 1.8 Prožívání stresu u pacientů před operačním výkonem

Stres (všeobecný adaptační syndrom) je běžná součást života. Jak uvádí Vožeh (2017), stav stresu je nedílnou součástí života a autor cituje Hansa Selyeho: „*Stres je život a život je stres*“ (s. 67). Protože je stres běžnou součástí našich životů, není možné ho zcela eliminovat. Nastává, když jsou na člověka kladeny vysoké nároky, které nedokáže zvládnout. Tělo se brání, aby udrželo rovnováhu a ochránilo se před poškozením (Drozdová, 2025; Adam a kol., 2019; Vožeh, 2017).

### 1.8.1 Fáze a působení stresu

V 50. letech Hans Selye představil pojem stres, který nazval „*general adaptation syndrome*“. Bylo popsáno, jak organismus reaguje na fyzickou nebo psychickou zátěž. Při působení stresu dochází k aktivaci obranných reakcí organismu, které umožňují zvládnout náročnou situaci a podílejí se na jeho ochraně. Stresory lze klasifikovat do tří skupin: fyzikální, zahrnující extrémní teploty či hluk; fyziologické, jako je deprivace spánku a bolest; a psychosociální, kam řadíme náročné životní situace (Adam a kol., 2019).

Podle Hanse Selye jsou rozlišovány tři fáze stresové reakce. **Poplachová reakce** je okamžitá reakce těla na stres. Pokud je zátěž velmi silná, tělo na ni nejdříve reaguje šokem. Člověk tak může působit zmateně a jeho obranné reakce jsou oslabené. Postupně se ale tělo začne přizpůsobovat, znovu nabírá sílu a chystá se bránit. Do krve se uvolňují látky, které tělu dodají energii k rychlé reakci. Nadledviny přitom vyplavují adrenalin a noradrenalin, což vede ke zrychlení tepu, pocení a k zúžení cév ve vnitřních orgánech (Paulík, 2017).

Druhá fáze stresu je **fáze rezistence**. V této fázi se tělo částečně uklidní a snaží se zátěž zvládnout. Zapojí další zdroje energie, aby mělo sílu situaci řešit. Pokud stres není nutný, hormonální procesy jej postupně tlumí. Když stres trvá dlouho, tělo zůstává v napětí a připravené reagovat. Začnou se uvolňovat hormony, které ovlivňují energii i náladu, například kortizol. Ten pomáhá tělu zvládat zátěž, tlumí záněty a organismus uklidňuje. Zvyšuje se také tvorba hormonů podporujících paměť, takže člověk může lépe využít zkušenosti a učit se situaci zvládnout. Navenek se to může projevit únavou, stažením se do sebe, pocitem bezmoci nebo depresivní náladou (Paulík, 2017).

Třetí fáze stresu se nazývá **fáze vyčerpání**. Nastává ve chvíli, kdy stres trvá příliš dlouho a tělo už nemá dost energie se s ním dál vyrovnávat. Znovu se objevují potíže, které se objevily

už na začátku stresové reakce. Pokud stres pokračuje i nadále, může vést k vážným zdravotním problémům, v krajních případech až k ohrožení života (Paulík, 2017).

Určitá míra stresu je pro člověka téměř nezbytná. Eustres je stres, který má na člověka příznivý vliv. Povzbuzuje a motivuje k lepším výkonům. Objevuje se například při hraní her nebo při adrenalinových sportech. Dodává energii, zvyšuje soustředění a pomáhá člověku zvládat náročné situace. Distres je stres, který člověku škodí. Jeho intenzita je příliš silná, takže může oslabit tělo, zhoršit zdraví a v krajních situacích být i nebezpečný pro život (Adam a kol., 2019; Paulík, 2017).

Stres lze dále rozdělit podle toho, jak silně na člověka působí. Hypostres je mírný stres, se kterým si člověk poradí. Dokáže se mu přizpůsobit. Hyperstres je opačný stav, kdy jsou stresory tak silné, že už se člověk nestihá vyrovnat a může dojít k psychickému i fyzickému vyčerpání nebo kolapsu (Kopecká, 2015).

### 1.8.2 Projevy stresu

Podle Kopecké (2015) se stres na člověku projevuje mnoha způsoby. Tělo na nadměrnou zátěž reaguje nepříjemnými pocity, jako je sevřené hrdlo, křeče v břiše, zažívací potíže či častý pocit na močení. Není výjimkou ani bolest hlavy, migréna nebo sucho v ústech. Součástí stresové reakce jsou i emoční projevy, například strach či fobie, které spouštějí tělesnou připravenost k obraně, útěku nebo útoku. Po psychické stránce se lidé pod tlakem potýkají s výkyvy nálad, horší soustředěností nebo uzavřeností, často ztrácejí empatii a soustředí se na nepodstatné věci. Navenek se stres může projevit nerozhodností, pláčem a pomalejším zotavováním z nemoci. Lidé se také snaží vyhnout odpovědnosti různými výmluvami nebo sahají po alkoholu, cigaretách či lécích na uklidnění a mění se i chuť k jídlu. Zatímco někdo o chuť k jídlu úplně přijde, jiný se naopak začne přejídat (Adam a kol., 2019; Kopecká, 2015).

## 1.9 Úzkost v souvislosti s operačním výkonem

Úzkost je stav provázený intenzivními nepříjemnými pocity, které se objevují i bez zjevné příčiny. Jedinec může pociťovat obavy z blížícího se nebezpečí, aniž by dokázal přesně určit jeho zdroj. Pokud jde o úzkostnou poruchu, strach je silný a dlouhodobý. Člověk se pak často vyhýbá situacím, které mu připadají nebezpečné, i když ve skutečnosti nejsou. Tyto hrozby mohou být vnímány zvenčí, například z neznámého sociálního prostředí nebo mohou být prožívány zevnitř ve formě nepříjemných tělesných vjemů (Craske a kol., 2017; Ocisková a Praško, 2017).

### 1.9.1 Projevy úzkosti

Úzkost vyvolává rychlé fyziologické reakce organismu, protože tělo se přepne do režimu „bojů nebo úteč“. Podle Adama (2019) se projevuje v několika rovinách. V tělesné rovině se objevuje bušení srdce, zrychlený tep, tlak na hrudi, nevolnost, zrychlené dýchání, třes končetin, pocení nebo sucho v ústech. V myšlenkové rovině je člověk nervózní, napjatý a nejistý, zatímco v emocionální rovině prožívá intenzivní strach až paniku. Úzkost se u každého projevuje jinak, u někoho jako trvalé napětí bez zjevného důvodu, u jiného jako náhlý panický záchvat. Je-li úzkost spojena s konkrétními situacemi, je označována jako fobie. Mírná úzkost může varovat

před nebezpečím, ale dlouhotrvající nebo silná úzkost vyčerpává a poškozuje psychické i fyzické zdraví (Ocisková a Praško, 2017; Adam a kol., 2019).

### 1.9.2 Předoperační úzkost

Úzkost je stav neklidu, obav, strachu a napětí. Vzniká jako reakce na vnější nebo vnitřní podněty a může se projevovat behaviorálními, emocionálními, kognitivními i fyziologickými příznaky. Perioperační období patří pro většinu chirurgických pacientů mezi stresující situace, protože je spojeno s nejistotou a obavami z plánovaného operačního výkonu. Cílem perioperační péče je zajistit pacientovi příznivé prostředí a podpořit kvalitu života před operací, během ní i po ní. Mírná úzkost je přirozenou reakcí na nejistotu a potenciálně ohrožující situaci, zejména u pacientů, kteří podstupují operaci poprvé. Vyšší míra úzkosti však může vést ke komplikacím, jako jsou nevolnost, zvracení, tachykardie, hypertenze nebo zvýšené riziko infekce. Míra předoperační úzkosti je ovlivněna řadou faktorů, například věkem, pohlavím, předchozí zkušeností s operací, vzděláním, typem a rozsahem plánovaného výkonu, zdravotním stavem či socioekonomickým postavením. Vyšší úroveň úzkosti se častěji vyskytuje u žen, mladších pacientů a u osob bez předchozí zkušenosti s chirurgickým zákrokem (Mulugeta a kol., 2018).

### 1.9.3 Vliv předoperačních informací na úzkost pacienta

Zdravotničtí pracovníci mají povinnost pacientům srozumitelně vysvětlit průběh operace i následnou rekonvalescenci. Důležitý je nejen obsah informací, ale také jejich včasné sdělení. Pokud je pacient informován s dostatečným předstihem, například den před zákrokem, má prostor situaci zpracovat a konzultovat ji s blízkými, což může přispět ke snížení úzkosti. Naopak nedostatek informací nebo jejich sdělení těsně před operací může vést ke zvýšené nervozitě, která může přetrvávat i po zákroku. Podstatné je také zajistit, aby pacient poskytnutým informacím skutečně porozuměl. Dobře informovaný pacient se cítí jistěji a obvykle lépe spolupracuje při následné léčbě. Edukace by měla být vždy individuálně přizpůsobena potřebám pacienta, protože někteří vyžadují podrobné vysvětlení, zatímco jiní preferují pouze stručné a jasné informace, což platí zvláště u starších osob. Pacienti se nejčastěji zajímají o délku trvání bolesti, návrat k soběstačnosti a možné komplikace. Nedostatek odpovědí na tyto otázky nebo obava zeptat se může vést k dalšímu zvyšování úzkosti (Krupic a kol., 2025; Zacharová, 2016).

### 1.9.4 Způsoby snižování předoperační úzkosti

Snížení předoperační úzkosti je důležité pro psychickou pohodu pacienta a hladký průběh operace. K dispozici jsou různé nefarmakologické i farmakologické metody, které pomáhají uvolnit napětí, zmírnit stres a podporovat pocit bezpečí (Wang a kol., 2022).

Farmakologická premedikace představuje jednu z možností ovlivnění předoperační úzkosti a celkové psychické pohody pacienta. Jejím cílem je snížení stresové reakce organismu, zajištění klidnějšího průběhu předoperační přípravy a usnadnění spolupráce pacienta. Nejčastěji se využívají benzodiazepiny, například midazolam nebo diazepam, které mají anxiolytický, sedativní a amnestický účinek. Jejich podání však může být spojeno s nežádoucími účinky, jako je ospalost, respirační útlum nebo prodloužená rekonvalescence. Z tohoto důvodu

je jejich použití indikováno individuálně, s ohledem na klinický stav pacienta a charakter plánovaného výkonu (Wang a kol., 2022).

Významným nefarmakologickým přístupem k podpoře psychického stavu pacienta je muzikoterapie. Poslech hudby přispívá k celkovému zklidnění organismu, což se objektivně projevuje snížením tepové a dechové frekvence a stabilizací krevního tlaku. Kromě fyziologických přínosů hudba efektivně odvádí pozornost od bolesti a eliminuje rušivé negativní myšlenky. Použití sluchátek navíc umožňuje odstínit vnější podněty, čímž významně zvyšuje pacientův pocit bezpečí a subjektivní pohody (Wang a kol., 2022).

Další možností je relaxace, při níž se pacient soustředí na dech a tělesné pocity a nechává plynout okolní myšlenky a zvuky. Pomalejší a hlubší nádechy podporují uvolnění těla i mysli a rychle navozují pocit klidu, což mnozí lidé využívají i přirozeně. Dechová cvičení jsou základním prvkem mnoha relaxačních metod. Nádech podporuje aktivitu a energii, výdech uvolňuje napětí a pomáhá odpoutat pozornost od stresu. V klinické praxi se pak často využívají techniky rytmického dýchání, které zahrnují například nádech na šest dob, následné zadržení dechu na tři doby a výdech na šest dob. Paulík (2017) zmiňuje také imaginaci a vizualizaci jako další techniky. Pacient si představuje příjemné obrazy nebo situace, což pozitivně ovlivňuje psychiku a zmírňuje napětí. Pomáhá navozovat pocit pohody a bezpečí. Meditace je zaměřená na soustředění a zklidnění mysli, při níž se pacient soustředí na dech, tělo nebo pozitivní myšlenky a snaží se oprostit od stresu a nepodstatných starostí. Pomáhá získat nadhled a pocit vnitřní rovnováhy a lze ji provádět v různých polohách, nejčastěji vsedě, kdykoliv během dne podle potřeb člověka (Paulík, 2017; Kopecká, 2015).

Proti předoperační úzkosti se jako jedna z nejúčinnějších metod může využít kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Pomáhá lidem lépe zvládat stres a učí je, jak pracovat s negativními myšlenkami. Díky tomu se pacienti obvykle cítí psychicky lépe. Další metodou je aromaterapie, tedy využití esenciálních olejů. Nejčastěji používaná je levandule, růže nebo citrus, které vedou ke zlepšení pohody a snížení úzkosti. Oleje mohou uvolnit napětí, zmírnit nevolnost, zlepšit spánek a podpořit pocit klidu. Obvykle se aplikují inhalací nebo při koupeli. Nevýhodou je, že aromaterapie není vhodná pro osoby s migrénami, alergiemi či záněty. Arteterapie se nejčastěji zaměřuje na výtvarné činnosti, jako je malování nebo modelování. Tyto aktivity pomáhají pacientovi lépe vyjádřit a pochopit vlastní pocity. Cílem je především celkové uvolnění a snížení stresu. Součástí tohoto přístupu může být i biblioterapie, která využívá četbu knih k podpoře psychické pohody. Při čtení dochází ke zklidnění organismu a k odpoutání pozornosti od negativních myšlenek (Kopecká, 2015; Kisieleska a kol., 2025).

## 1.10 Komunikace ve zdravotnictví

Schopnost vést otevřený a srozumitelný rozhovor patří k základům kvalitní ošetrovatelské péče. Citlivý a empatický rozhovor pomáhá navázat dobrý kontakt nejen s pacientem, ale i s jeho rodinou. A zároveň buduje důvěru mezi pacientem a zdravotníkem (Bednařík a Andrášiová, 2020).

### 1.10.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace, tedy běžné mluvení, má v práci zdravotníků velký význam. Jejím cílem je, aby se pacient cítil klidně, v bezpečí a spokojeně, a je proto klíčovou součástí ošetrovatelské péče. Pro srozumitelný a přínosný rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem je nutné dodržovat základní pravidla. Zacharová (2016) zdůrazňuje význam individuálního přístupu, kdy všeobecná sestra přizpůsobuje vyjadřování aktuálním potřebám pacienta. Stejně významná je úcta k jeho názorům, postojům a obavám. Pozitivní vztah se vytváří postupně a je ovlivňován každým slovem i chováním zdravotnického personálu. Postoj všeobecné sestry se neodráží pouze v tom, co řekne, ale také v doprovodných projevech, jako je mimika, oční kontakt či gestika, které pacient často vnímá velmi citlivě. Nezbytnou součástí péče je empatie, tedy schopnost vcítit se do pocitů pacienta. Všeobecná sestra by měla rozumět, co pacient prožívá, ale měla by si zachovat profesionální odstup. Pokud se příliš ztotožní s pacientem, může pocity pacienta vnímat jako vlastní, což může narušit objektivitu péče. Je také důležité, aby informace byly podávány jednoduchým a srozumitelným jazykem, bez nadměrného používání odborných termínů a přehledně, protože nejasná nebo příliš rozsáhlá sdělení mohou pacienta znejistit a narušit důvěru (Zacharová, 2016; Tomová a Křivková, 2016).

### 1.10.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je způsob, jak lidé vyjadřují emoce, postoje a informace prostřednictvím těla a jeho pohybů, aniž by použili slova. Při rozhovoru tváří v tvář se prolínají slova i gesta. Verbální a neverbální projevy spolu souvisí a lze popsat několik způsobů jejich vzájemného působení. Zdůraznění nastává, když gesta zesilují slova, například zvýšený hlas nebo ruka na stole. Doplnění znamená, že gesta přidávají další informace, například úsměv nebo kývnutí hlavou. Popření nastává, pokud neverbální signály odporují slovům, například zakrytá ústa či zkřížené prsty. Regulace pomáhá řídit rozhovor, například naklonění se dopředu při naslouchání nebo zvednutí ruky, aby se někdo mohl vyjádřit. Opakování potvrzuje či opakuje slova, například kývnutí hlavou při slově „jdeme“. Nahrazení nastává, když gesta mohou nahradit slova, například kývnutí hlavou místo „ano“ nebo gesto OK. Ve zdravotnictví se význam neverbální komunikace liší podle situace a délky kontaktu, a proto je důležité tyto projevy nejen vnímat, ale také správně interpretovat (Zacharová, 2016; Tomová a Křivková, 2016).

Neverbální komunikace zahrnuje několik vzájemně propojených oblastí. Nejdůležitější z nich je mimika, která umožňuje skrze pohyby obličeje rozeznat emoce, zatímco z dolní části lze nejlépe vyčíst radost, z oblasti čela se odráží překvapení či zamyšlení. Vizika se zaměřuje na pohledy a oči, kde například zvýšená frekvence mrkání signalizuje stres a změna velikosti zornic míru zájmu či únavy. Kinezika sleduje přirozené pohyby těla a gestika záměrné pohyby rukou, které řeč doplňují, ovšem s nutností brát ohled na kulturní odlišnosti jednotlivých gest.

Významnou roli hraje také haptika, využívající dotek k uklidnění pacienta v náročných chvílích, a proxemika, která se zabývá prostorovou vzdáleností mezi lidmi. Ta je v nemocničním prostředí zásadní, neboť intimní zóna, sahající do půl metru, bývá u pacientů často narušena a je důležité tento prostor respektovat (Tomová a Křivková, 2016).

### 1.10.3 Překážky v komunikaci všeobecné sestry s pacientem

Efektivní komunikaci mezi všeobecnou sestrou a pacientem mohou ovlivnit různé bariéry. Praktické překážky zahrnují nadměrný hluk, časovou tíseň nebo nevhodné prostředí. Jazykové bariéry vznikají při nesrozumitelném sdělení, vysoké informační zátěži nebo u lidí, jejichž rodným jazykem je jiný jazyk. Emoční bariéry se objevují při strachu nebo úzkosti. Fyzické překážky lze detekovat při únavě, bolesti či jiných omezeních. Specifické obtíže nastávají, když pacient není schopen či ochoten komunikovat kvůli bolesti, nedůvěře, úzkostným stavům nebo poruchám vědomí. Nejčastěji brání komunikaci slabé jazykové a komunikační schopnosti jak na straně pacienta, tak i zdravotnického personálu (Zacharová, 2016; Tomová a Křivková, 2016).

Komunikace může být narušena i ze strany všeobecné sestry, pokud neposkytne potřebné informace, zastává jiný názor, vyhýbá se důležitým tématům nebo vede jednostranný rozhovor. Takové nedostatky v interakci mohou vést k nepochopení či k omezení možnosti svobodného rozhodování pacienta, který je následně nucen přijímat rozhodnutí bez dostatečného přesvědčení nebo v rozporu se svými skutečnými potřebami (Zacharová, 2016).

## 1.11 Edukace jako součástí ošetrovatelské péče

Pod pojmem edukace se rozumí proces, kdy zdravotníci předávají potřebné znalosti pacientům, jejich blízkým nebo široké veřejnosti. Výraz má kořeny v latině (*educare*, *educare*) což znamená vychovávat. Informace předává edukátor, obvykle je to všeobecná sestra. Ten, kdo se učí, je edukant, tedy pacient nebo zdravá osoba. Pro efektivní edukaci je nezbytné klidné prostředí a zohlednění věku, zdravotního stavu, národnosti a předchozích nemocničních zkušeností pacienta. Cílem edukace pacienta před operací je zlepšit porozumění léčebnému procesu a umožnit efektivní spolupráci s lékaři a všeobecnými sestrami. Podle Kopecké (2015) zahrnuje edukace tzv. poznávací proces, jehož součástí je poskytnutí jasných a srozumitelných informací o plánované léčbě a správném užívání léků. Další důležitou složkou je nácvik praktických dovedností, které pacient bude potřebovat v každodenním životě, například používání zdravotních pomůcek nebo dodržování doporučeného režimu. Rovněž je klíčové ovlivnit postoje a návyky pacienta tak, aby aktivně přijímal opatření podporující jeho zdraví, například úpravu životního stylu či zavedení pravidelného denního režimu (Kopecká, 2015; Krátká, 2016).

Edukace může probíhat individuálně nebo skupinově. Individuální forma umožňuje přizpůsobit tempo a obsah potřebám pacienta a budovat důvěru, což je zvláště důležité před operací. Skupinová forma, často formou přednášky či diskuze, se využívá u pacientů se stejným onemocněním nebo podobnými potřebami (Kopecká, 2015; Krátká, 2016).

### 1.11.1 Předoperační edukace pacienta

Nedílnou součástí předoperační přípravy je důkladná edukace pacienta. Pacient musí být srozumitelně informován o důvodech operace, jejím průběhu, typu anestezie, potřebné přípravě a o možných rizicích či komplikacích. Součástí poučení je také popis pooperačního režimu, včetně odhadované délky hospitalizace, způsobu stravování a následné rehabilitace. Předoperační edukace pomáhá pacientovi cítit se klidněji, snižuje strach a zlepšuje spolupráci se zdravotnickým personálem. Otevřená komunikace podporuje důvěru a aktivní zapojení do léčby. Edukace je potvrzena podpisem informovaného souhlasu (Páral a kol., 2020; Ali a kol., 2024).

Touto kapitolou je uzavřena teoretická část bakalářské práce, která poskytla přehled o problematice negativních vlivů působících na pacienta v souvislosti s operačním výkonem. Text byl strukturován do několika navazujících oblastí. Nejprve byly vymezeny základy chirurgie a ošetrovatelské péče a následně byla popsána klasifikace operačních výkonů a jejich indikací. Samostatná pozornost byla věnována komplexní přípravě pacienta k výkonu, včetně specifických postupů u vybraných skupin, jako jsou diabetici či pacienti v urgentních stavech, a také problematice informovaného souhlasu. Následně byly popsány jednotlivé typy anestezie a ošetrovatelský management v průběhu operace i v období po ní. V závěru teoretické části byly analyzovány možné pooperační komplikace, problematika bolesti a psychosociální aspekty, zejména vliv stresu a úzkosti na pacienta. Tyto poznatky vytvořily ucelený teoretický rámec pro navazující praktickou část, jejímž cílem je identifikovat konkrétní negativní vlivy u vybrané skupiny pacientů.

## 2 Výzkumná část

Empirická část bakalářské práce se věnuje identifikaci faktorů, které negativně ovlivňují pacienty před operačním výkonem. Zaměřuje se na psychické a fyzické projevy stresu, jež pacienti prožívají v souvislosti s obavami z neznámého prostředí, strachem z bolesti, možných komplikací či nejistotou ohledně výsledků operace. Součástí výzkumu je rovněž oblast zkoumání, jakým způsobem může podpora a informovanost ze strany všeobecných sester přispět ke zmírnění těchto negativních dopadů a zlepšení předoperační pohody pacientů.

### 2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Pro účely bakalářské práce byl stanoven hlavní cíl výzkumu, z něhož vycházejí čtyři výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce je identifikovat negativní vlivy u pacientů v souvislosti s operačním výkonem z pohledu ošetřovatelství.

Výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaké faktory nejvíce přispívají ke stresu pacientů před operací?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jakými fyzickými a psychickými příznaky se u pacientů projevuje stres před operací?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaký vliv má předoperační edukace na míru stresu pacientů?

**Výzkumná otázka č. 4:** Jaké intervence všeobecných sester vnímají pacienti jako nejvíce přínosné pro zmírnění předoperačního stresu?

### 2.2 Metodika výzkumu

Pro dosažení stanoveného cíle byl zvolen kvantitativní výzkum, který umožňuje systematické zpracování a porovnání získaných dat. Kvantitativní přístup umožňuje získat systematické a porovnatelné informace od respondentů a zhodnotit, jak různé faktory ovlivňují psychický a fyzický stav pacientů před operačním výkonem.

Sběr dat probíhal pomocí anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Dotazník byl navržen tak, aby poskytl relevantní informace odpovídající stanovenému cíli práce. Respondenti byli pacienti hospitalizovaní v souvislosti s operačním výkonem. Úvodní část dotazníku obsahovala pokyny pro vyplnění, ujištění o anonymitě a poděkování respondentům za spolupráci. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 10-15 minut.

Dotazník obsahoval celkem 18 otázek, které byly tematicky rozděleny do několika oblastí. Zahrnoval identifikační údaje (pohlaví, věk, druh operačního výkonu), vnímání stresu před operací, fyzické a psychické projevy stresu a edukaci pacientů včetně poskytované podpory ze strany lékaře a všeobecných sester. Otázky byly formulovány s důrazem na srozumitelnost a jednoznačnost. Část otázek umožňovala výběr jedné odpovědi, jiné nabízely možnost více odpovědí.

Sběr dat probíhal formou papírového dotazníku přímo na odděleních vybrané nemocnice. Účast respondentů byla dobrovolná.

### 2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření bylo realizováno na čtyřech lůžkových odděleních chirurgických oborů Nemocnice Jihlava, konkrétně na gynekologickém, chirurgickém, ortopedickém a urologickém oddělení. Do výzkumu byli zařazeni pacienti starší 18 let, kteří podstoupili operační výkon a byli schopni samostatně vyplnit dotazník. Tato oddělení byla zvolena za účelem zahrnutí pacientů s různými typy operačních výkonů a umožnění srovnání mezi jednotlivými obory. Na každém oddělení bylo distribuováno 30 dotazníků, aby bylo zajištěno rovnoměrné zastoupení respondentů.

Celkově se vrátilo 112 vyplněných dotazníků. Z ortopedického oddělení bylo vráceno všech 30 dotazníků, přičemž tyto dotazníky jsem osobně rozdávala a sbírala. Z tohoto počtu byly 3 dotazníky vyřazeny kvůli nesprávnému vyplnění. Z chirurgického oddělení bylo vráceno 30 dotazníků, z urologického oddělení 23 dotazníků a z gynekologického 29 dotazníků, z nichž 1 byl vyřazen z důvodu nesprávného vyplnění. Po vyloučení neplatných dotazníků bylo tedy celkem použito 108 řádně vyplněných dotazníků, což představuje návratnost 90 %.

### 2.4 Průběh výzkumu

Sběr dat probíhal v období od 13. listopadu 2025 do 6. února 2026. Před jeho zahájením byla vypracována žádost o provedení šetření, kterou schválila náměstkyně pro nelékařské profese Mgr. Hana Hladíková, MHA. Následně byl zajištěn souhlas vrchních sester jednotlivých oddělení.

Po ukončení sběru byla data zkontrolována z hlediska úplnosti a správnosti. Neúplné nebo chybně vyplněné dotazníky byly vyřazeny. Následně byla data převedena do elektronické podoby a připravena k dalšímu zpracování.

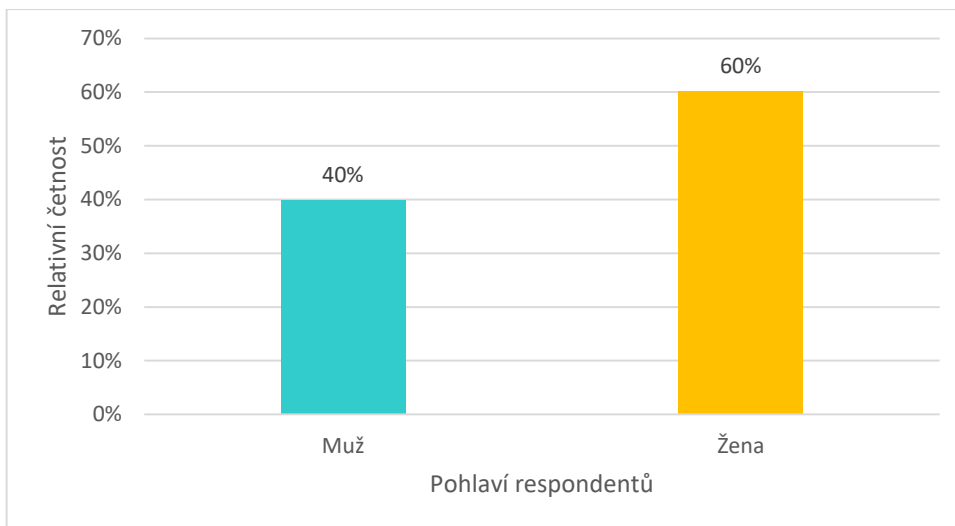
### 2.5 Zpracování získaných dat

K vyhodnocení dat a tvorbě tabulek byl použit program Microsoft Office Excel 2010, který umožnil systematické a přehledné zpracování všech získaných odpovědí. Pro vizualizaci výsledků byly využity sloupcové grafy, které poskytují přehledné zobrazení rozložení jednotlivých odpovědí a umožňují rychlou orientaci ve struktuře dat. Hodnoty jednotlivých položek v grafech představují relativní četnost a jsou vyjádřeny v procentech, což umožňuje porovnávání jednotlivých kategorií a identifikaci významných rozdílů mezi skupinami respondentů. Získané výsledky byly následně pečlivě analyzovány a interpretovány s ohledem na stanovené cíle výzkumu

## 2.6 Výsledky výzkumu

V této části jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které jsou zpracovány formou grafů a doplněny o slovní a procentuální vyjádření jednotlivých zjištění.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?

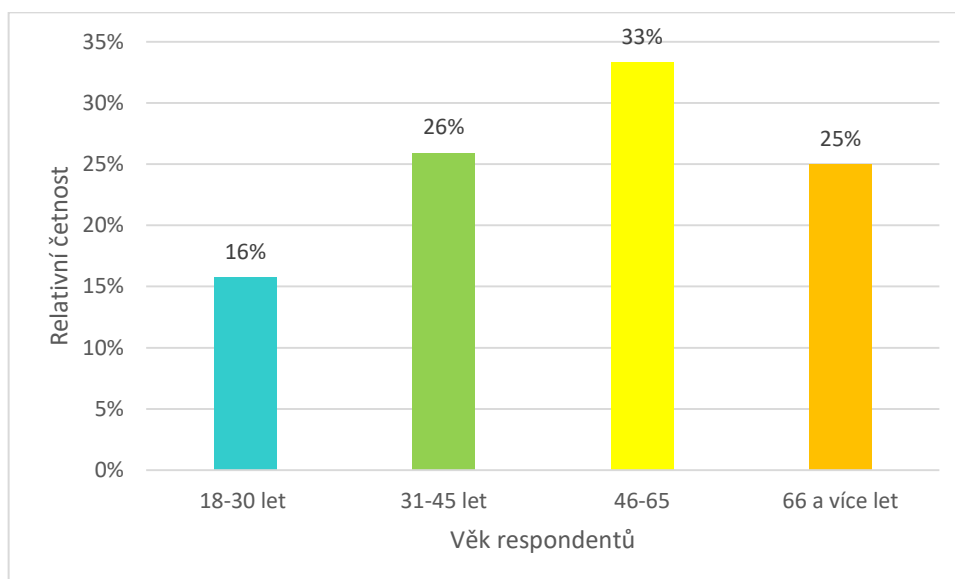


**Graf 1: Pohlaví respondentů**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 1 znázorňuje složení souboru podle pohlaví. Z celkového počtu 108 respondentů (100 %) tvořilo muže 43 osob (40 %) a ženy 65 osob (60 %).

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

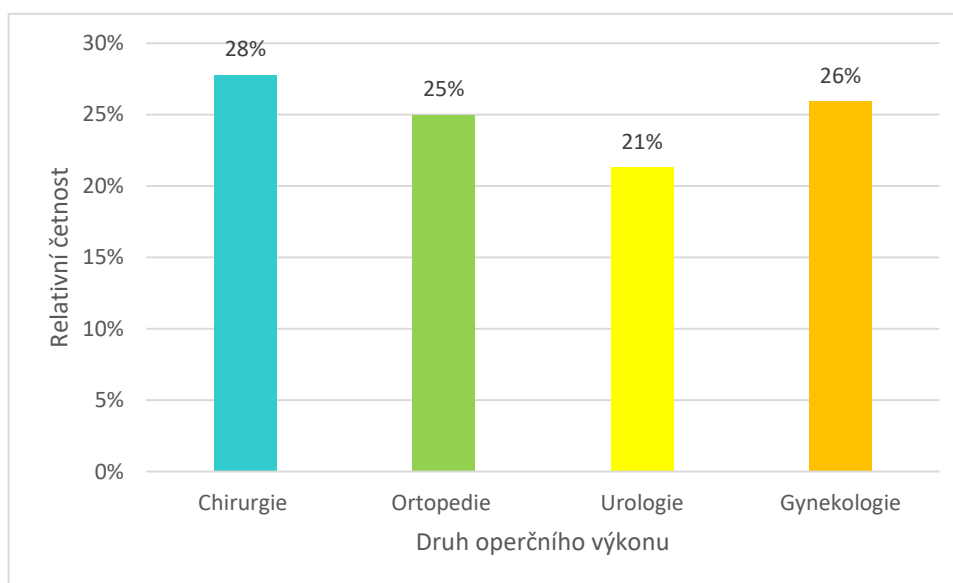


**Graf 2: Věk respondentů**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 2 zobrazuje věkové rozložení respondentů. Celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 108 osob (100 %). Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věku 46–65 let, kterých je 36 (33 %). Dále následuje skupina ve věku 31–45 let s 28 respondenty (26 %). Ve věku 66 let a více se šetření zúčastnilo 27 osob (25 %) a nejméně zastoupenou skupinou jsou respondenti ve věku 18–30 let, kterých je 17 (16 %).

Otázka č. 3: Druh operačního výkonu?

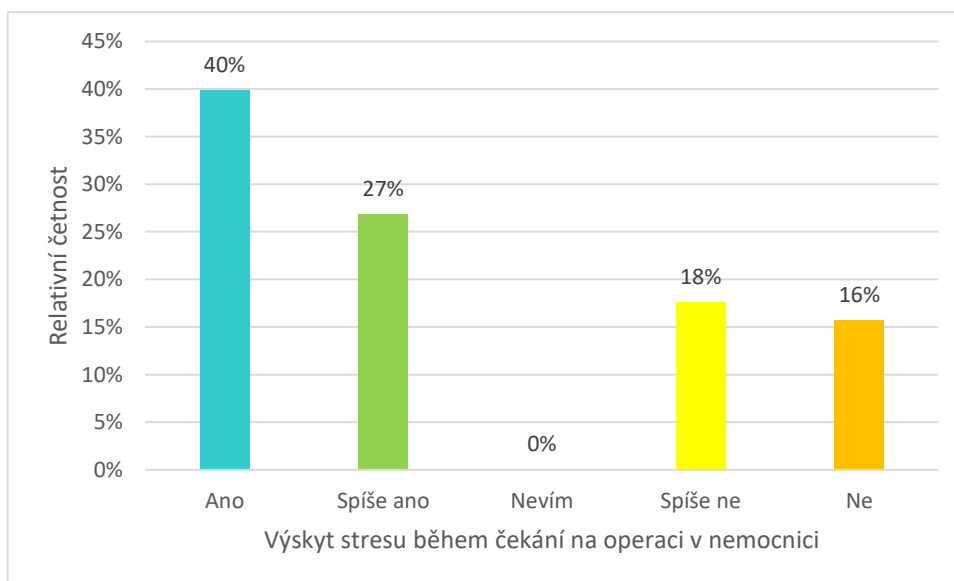


**Graf 3: Druh operačního výkonu**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 3 znázorňuje rozdělení respondentů podle druhu operačního výkonu. Celkový počet dotazovaných činil 108 respondentů (100 %). Největší zastoupení měli pacienti po chirurgickém výkonu, a to 30 respondentů (28 %). Gynekologický výkon uvedlo 28 respondentů (26 %), ortopedický 27 respondentů (25 %) a urologický 23 respondentů (21 %).

Otázka č. 4: Cítil/a jste stres během čekání na operaci při pobytu v nemocnici?

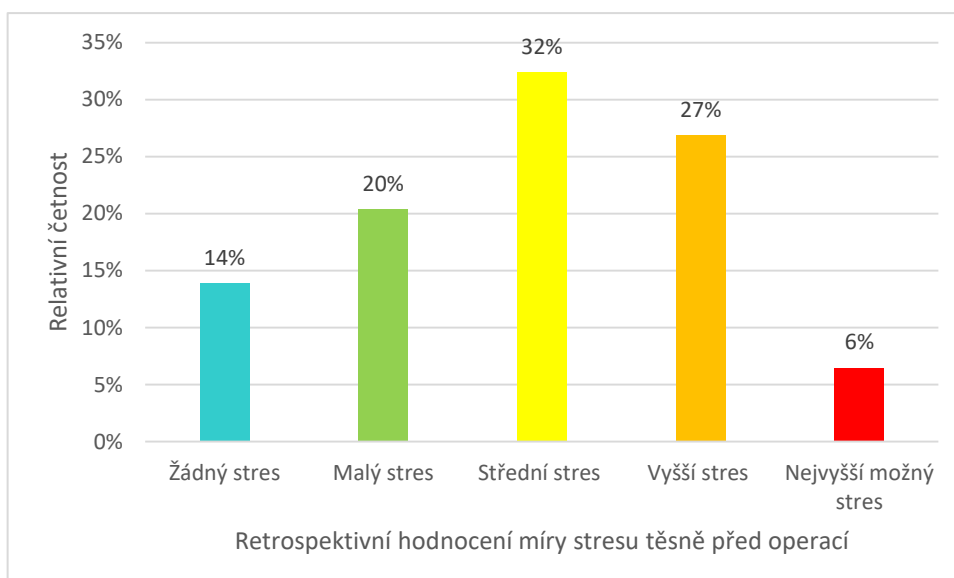


**Graf 4: Výskyt stresu během čekání na operaci v nemocnici**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 4 se zaměřuje na míru stresu, který respondenti pociťovali během čekání na operační výkon. Z celkového počtu 108 dotazovaných (100 %) uvedlo 43 osob (40 %) odpověď „ano“ a 29 respondentů (27 %) zvolilo možnost „spíše ano“. Varianta „nevím“ nebyla označena žádným respondentem. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 19 osob (18 %) a 17 respondentů (16 %) uvedlo možnost „ne“.

Otázka č. 5: Jak byste zpětně ohodnotil/a míru stresu těsně před operací?

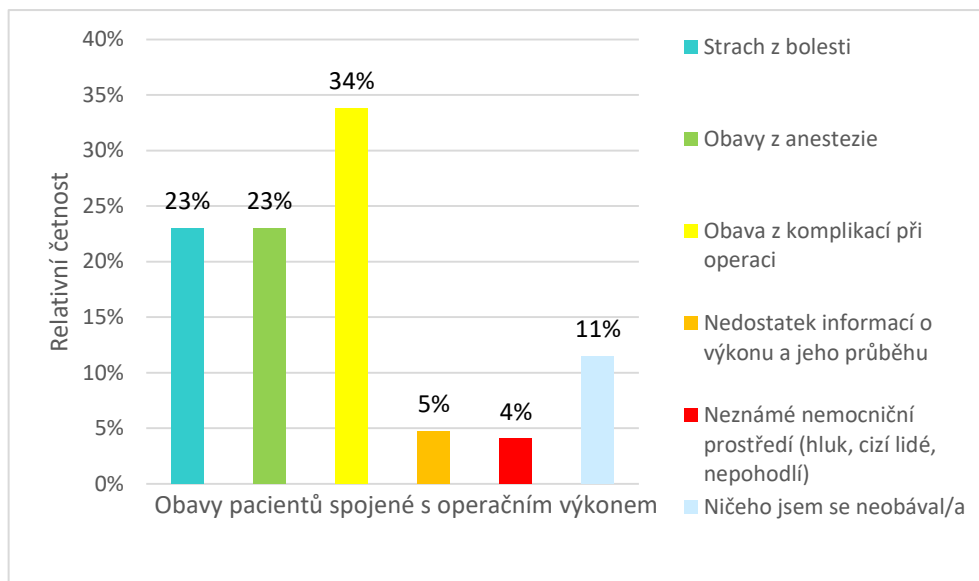


**Graf 5: Retrospektivní hodnocení míry stresu těsně před operací**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 5 zachycuje zpětné hodnocení intenzity stresu bezprostředně před operačním výkonem. Celkový počet dotazovaných činil 108 osob (100 %). Nejčastěji respondenti uváděli „střední“ míru stresu, kterou označilo 35 osob (32 %). Vyšší stres uvedlo 29 dotazovaných (27 %) a „malý“ stres 22 respondentů (20 %). Úplnou absenci stresu zaznamenalo 15 osob (14 %), zatímco „nejvyšší možnou“ míru stresu uvedlo 7 respondentů (6 %).

Otázka č. 6: Čeho jste se nejvíce obával/a v souvislosti s operací? (respondenti mohli vybrat více možností)

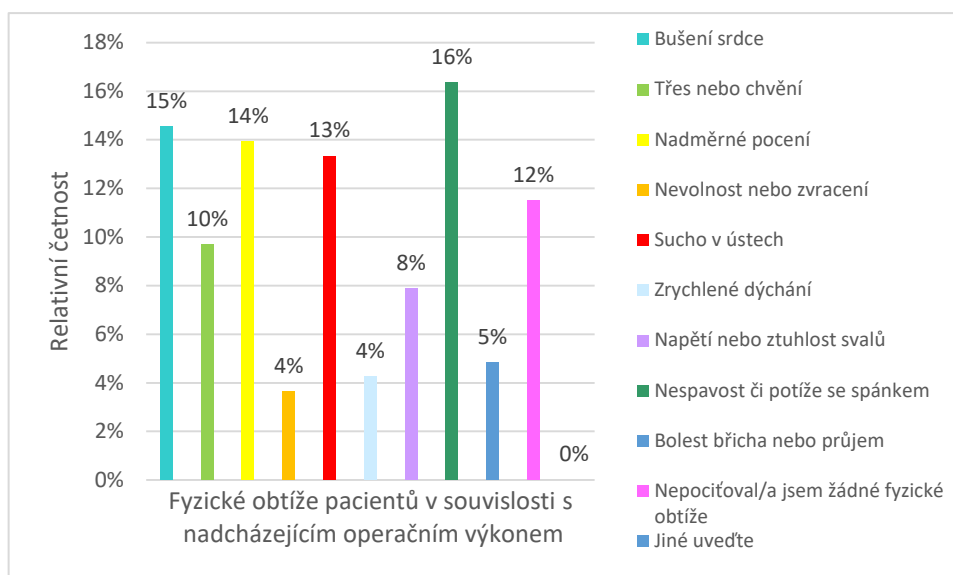


**Graf 6: Obavy pacientů spojené s operačním výkonem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 6 přináší přehled obav, které respondenti uváděli v souvislosti s operací. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 148 (100 %). Nejčastěji byla zaznamenána obava z komplikací během operace a tuto možnost zvolilo 50 respondentů, což představuje (34 %). Shodný počet respondentů, konkrétně 34 osob (23 %), uvedl strach z bolesti a také obavy z anestezie. Nedostatek informací o výkonu a jeho průběhu uvedlo 7 respondentů (5 %). Neznámé nemocniční prostředí, například hluk či přítomnost cizích osob, představovalo zdroj obav pro 6 respondentů (4 %). Žádné obavy neuvedlo 17 osob (11 %).

Otázka č. 7: Které fyzické obtíže jste zaznamenal/a v souvislosti s nadcházejícím výkonem? (respondenti mohli vybrat více možností)

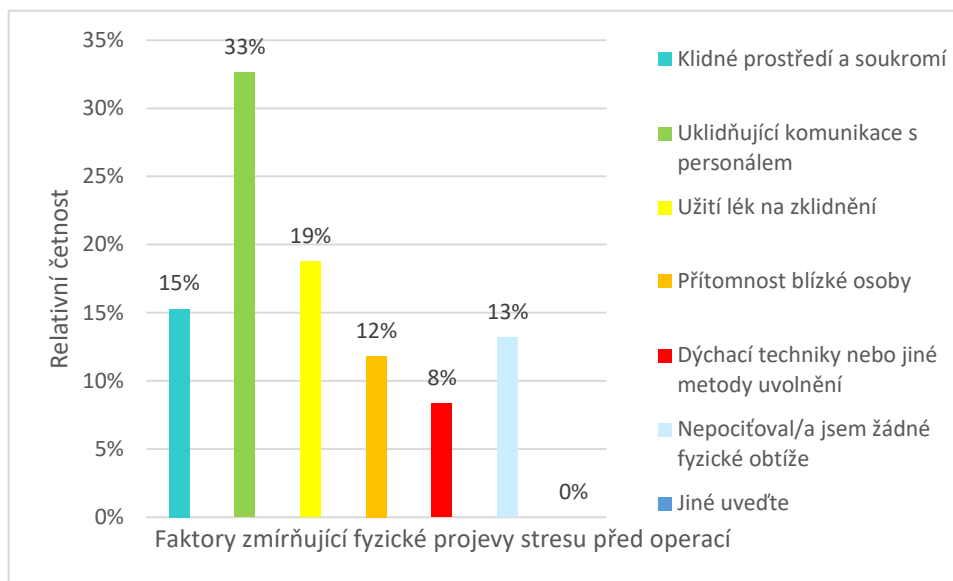


**Graf 7: Fyzické obtíže pacientů v souvislosti s nadcházejícím operačním výkonem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 7 se týká fyzických obtíží, které pacienti pociťovali v souvislosti s nadcházejícím operačním výkonem. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 165 (100 %). Nejčastěji byly uváděny potíže se spánkem nebo problémy při usínání, které označilo 27 osob (16 %). Bušení srdce uvedlo 24 dotazovaných (15 %) a nadměrné pocení 23 respondentů (14 %). Sucho v ústech zaznamenalo 22 osob (13 %), třes nebo chvění 16 osob (10 %) a napětí či ztuhlost svalů 13 osob (8 %). Zrychlené dýchání uvedlo 7 respondentů (4 %), bolest břicha nebo průjem 8 osob (5 %) a nevolnost či zvracení 6 osob (4 %). Žádné fyzické obtíže nepociťovalo 19 pacientů (12 %). Jiná odpověď se v tomto souboru nevyskytla.

Otázka č. 8: Které z následujících možností Vám nejvíce pomohly zmírnit fyzické projevy stresu před operací? (respondenti mohli vybrat více možností)

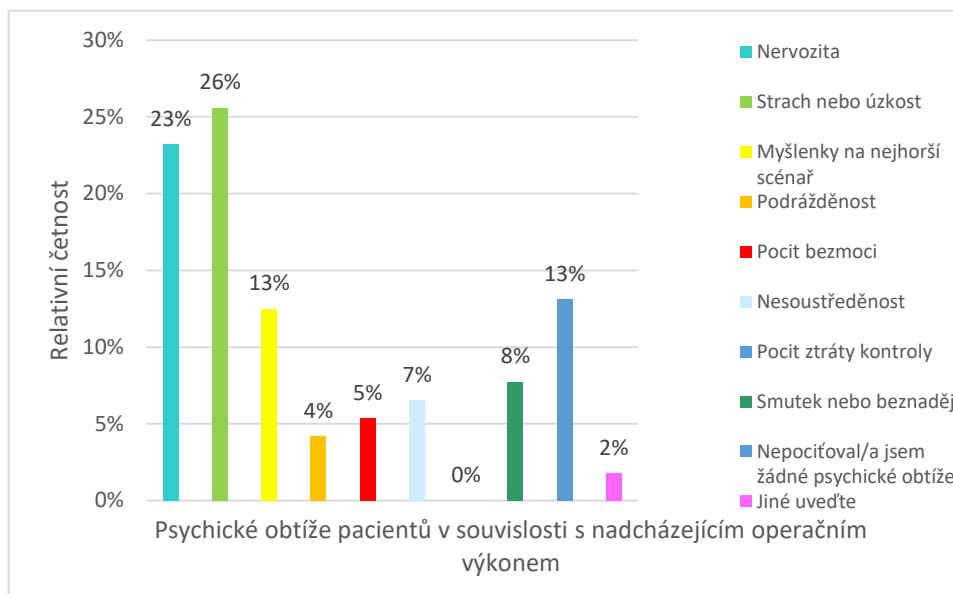


**Graf 8: Faktory zmírňující fyzické projevy stresu před operací**

*Zdroj: vlastní zpracování*

U grafu č. 8 byli respondenti dotázáni na faktory, které jim pomáhaly zmírnit fyzické projevy stresu před operací. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 144 (100 %). Mezi nejvýznamnější podpůrné prostředky patřila uklidňující komunikace s personálem, kterou uvedlo 47 pacientů (33 %). Užití léků na zklidnění označilo 27 respondentů (19 %) a klidné prostředí a soukromí 22 osob (15 %). Přítomnost blízké osoby byla pro pacienty důležitá v 17 případech (12 %) a dýchací techniky nebo jiné metody uvolnění využilo 12 dotazovaných (8 %). Žádné fyzické projevy stresu nepocítovalo 19 pacientů (13 %). Jiná odpověď se v tomto souboru nevykytla (0 %).

Otázka č. 9: Jaké psychické obtíže jste zaznamenal/a v souvislosti s nadcházejícím výkonem? (respondenti mohli vybrat více možností)

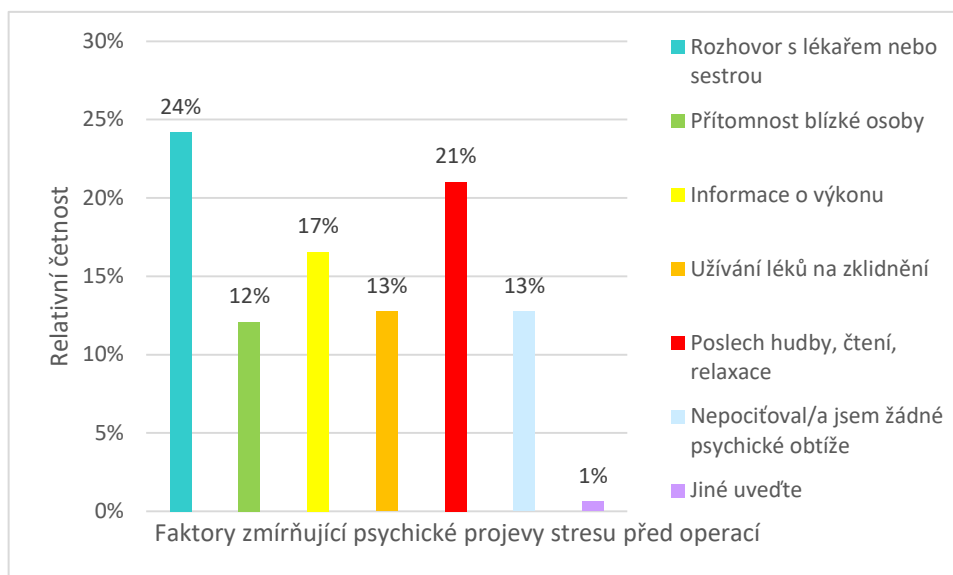


**Graf 9: Psychické obtíže pacientů v souvislosti s nadcházejícím operačním výkonem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 9 zachycuje psychické obtíže, které pacienti prožívali před operací. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 168 (100 %). Nejčastěji byl uváděn strach nebo úzkost, což označilo 43 respondentů (26 %), a nervozita, kterou uvedlo 39 osob (23 %). Myšlenky na nejhorší scénář pociťovalo 21 dotazovaných (13 %) a žádné psychické obtíže nepociťovalo 22 respondentů (13 %). Smutek nebo beznaděj označilo 13 respondentů (8 %) a nesoustředěnost 11 osob (7 %). Pocit bezmoci uvedlo 9 pacientů (5 %) a podrážděnost 7 osob (4 %). Pocit ztráty kontroly se v odpovědích nevyskytl (0 %). Jinou možnost uvedli 3 respondenti (2 %), konkrétně nejistotu.

Otázka č. 10: Které z následujících možností Vám nejvíce pomohly zmírnit psychické projevy stresu před operací? (respondenti mohli vybrat více možností)

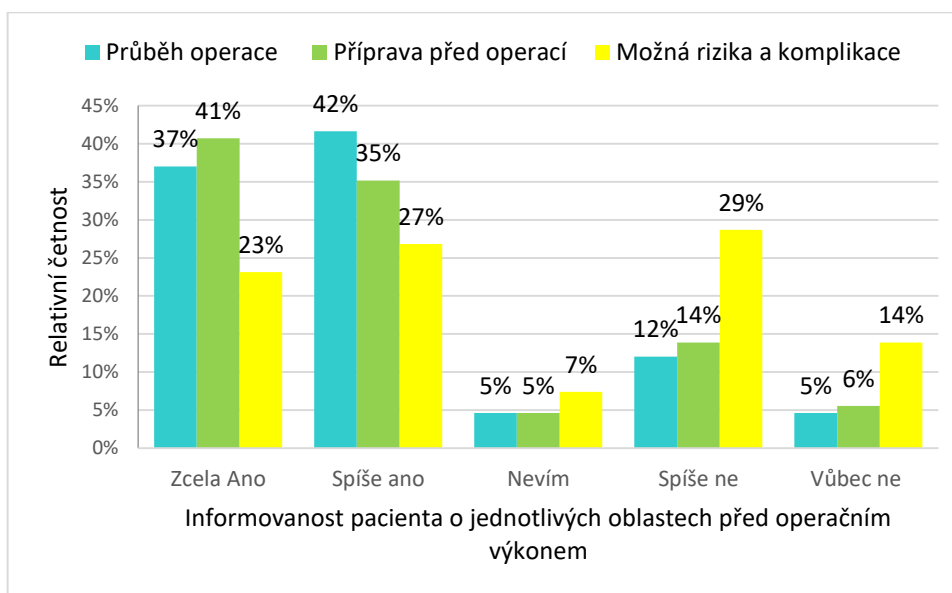


**Graf 10: Faktory zmírňující psychické projevy stresu**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 10 znázorňuje, co pacientům pomáhalo zmírnit psychické projevy stresu před operací. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 157 (100 %). Nejvíce respondentů uvedlo rozhovor s lékařem nebo sestrou, a to 38 osob (24 %). Poslech hudby, čtení nebo jiné formy relaxace označilo 33 dotazovaných (21 %). Informace o výkonu byly důležité pro 26 respondentů (17 %). Užívání léků na zklidnění uvedlo 20 osob (13 %) a stejný počet respondentů 20 (13 %) zároveň uvedl, že žádné psychické obtíže nepociťoval. Přítomnost blízké osoby pomáhalo 19 pacientům (12 %). Jinou možnost označil 1 respondent (1 %), konkrétně telefonický kontakt s blízkou osobou.

Otázka č. 11: Byl/a jste před výkonem dostatečně informován/a o jednotlivých oblastech?

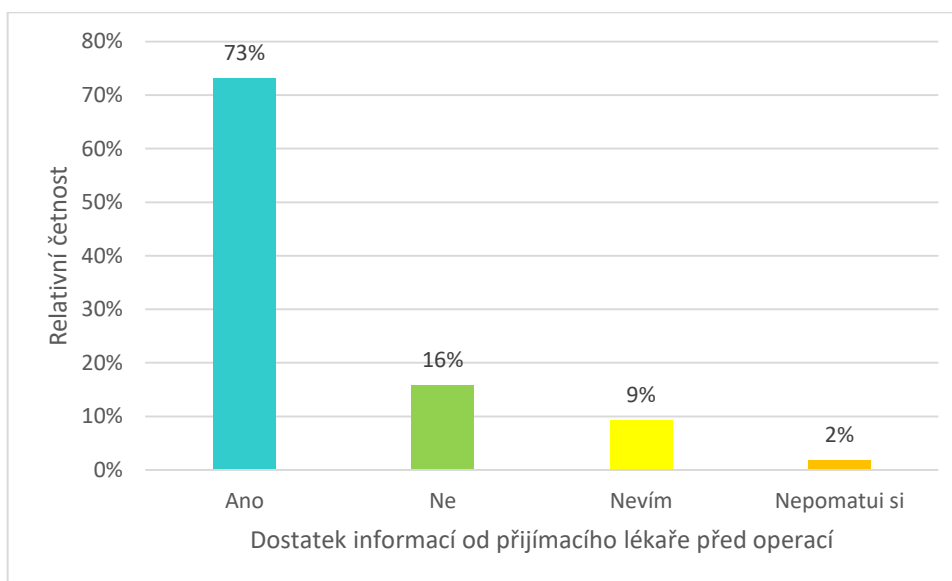


**Graf 11: Informovanost pacienta o jednotlivých oblastech před operačním výkonem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 11 shrnuje hodnocení informovanosti pacientů v oblasti průběhu operace, předoperační přípravy a možných rizik či komplikací. Celkový počet dotazovaných činil 108 osob (100 %). V případě informací o průběhu operace odpovědělo 40 respondentů (37 %) „zcela ano“ a 45 respondentů (42 %) „spíše ano“. Nejistotu vyjádřilo 5 osob (5 %), možnost „spíše ne“ zvolilo 13 dotazovaných (12 %) a 5 respondentů (5 %) uvedlo „vůbec ne“. U přípravy před operací označilo možnost „zcela ano“ 44 respondentů (41 %) a „spíše ano“ 38 osob (35 %). Odpověď „nevím“ uvedlo 5 dotazovaných (5 %), „spíše ne“ 15 respondentů (14 %) a „vůbec ne“ 6 osob (6 %). V oblasti možných rizik a komplikací odpovědělo 25 respondentů (23 %) „zcela ano“ a 29 osob (27 %) „spíše ano“. Nejistotu vyjádřilo 8 dotazovaných (7 %), 31 respondentů (29 %) zvolilo možnost „spíše ne“ a 15 osob (14 %) uvedlo „vůbec ne“

Otázka č. 12: Poskytl Vám přijímací lékař dostatek informací o operačním výkonu?

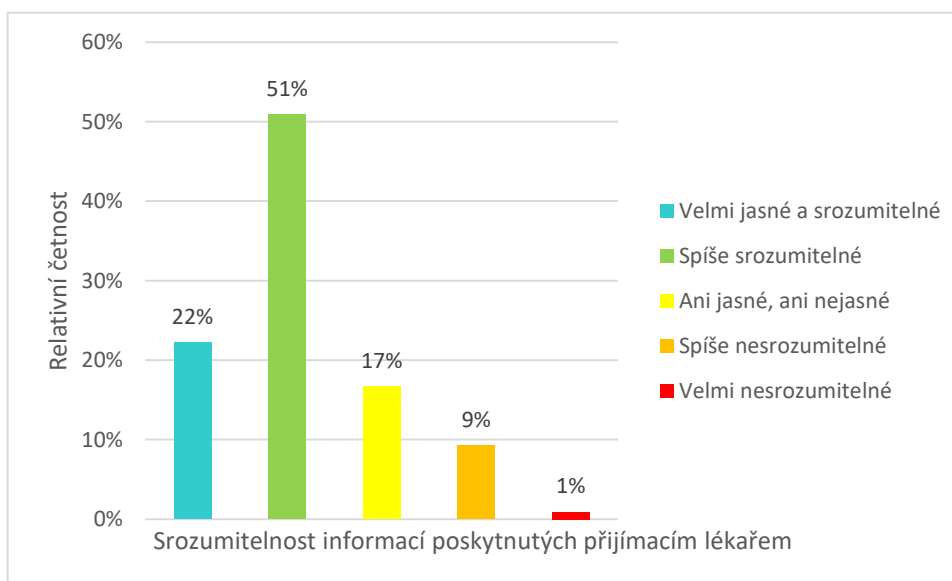


**Graf 12: Dostatek informací od přijímacího lékaře před operací**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 12 se zaměřuje na to, zda pacienti považovali informace od přijímacího lékaře před operací za dostatečné. Celkový počet dotazovaných činil 108 osob (100 %). Kladně odpovědělo 79 respondentů (73 %). Nedostatek informací uvedlo 17 osob (16 %). Možnost „nevím“ označilo 10 dotazovaných (9 %) a 2 respondenti (2 %) si na rozsah poskytnutých informací nepamatovali.

Otázka č. 13: Jak srozumitelné byly informace od přijímacího lékaře?

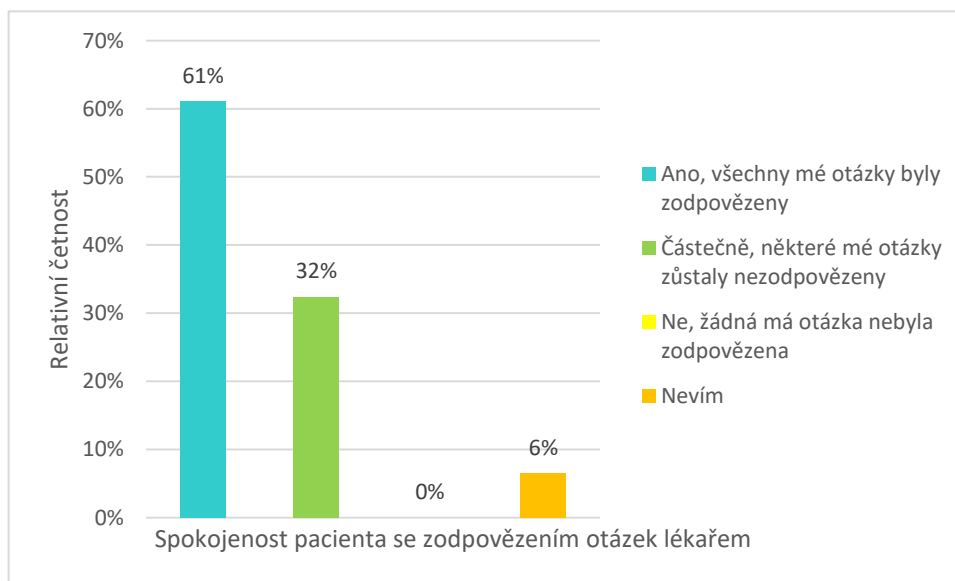


**Graf 13: Srozumitelnost informací poskytnutých přijímacím lékařem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 13 uvádí hodnocení srozumitelnosti informací poskytnutých přijímacím lékařem před operací. Celkový počet respondentů byl 108 osob (100 %). Možnost „velmi jasné“ označilo 24 respondentů (22 %) a „spíše jasné“ 55 osob (51 %). Odpověď „ani jasné ani nejasné“ zvolilo 18 dotazovaných (17 %). Negativní hodnocení se objevovalo méně často, možnost „spíše ne“ uvedlo 10 respondentů (9 %) a „velmi nejasné“ označil 1 respondent (1 %).

Otázka č. 14: Byly Vám od lékaře zodpovězeny všechny Vaše otázky?

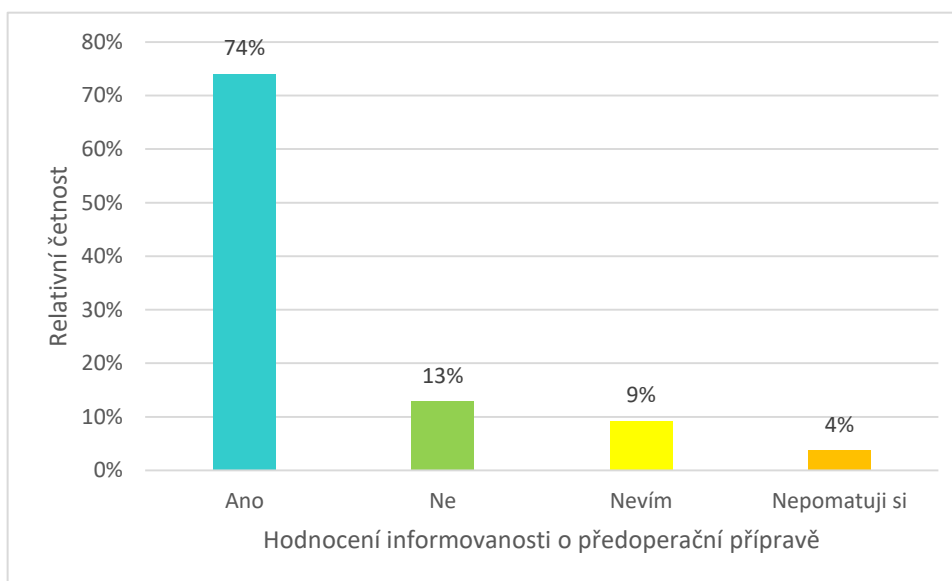


**Graf 14: Spokojenost pacienta se zodpovězením otázek lékařem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 14 se týká spokojenosti pacientů se zodpovězením jejich otázek lékařem. Z celkového počtu 108 dotazovaných (100 %) uvedlo kladnou odpověď 66 respondentů (61 %) a možnost „částečně“ zvolilo 35 osob (32 %). Negativní odpověď se nevyskytla. Možnost „nevím“ označilo 7 dotazovaných (6 %).

Otázka č. 15: Poskytla Vám všeobecná sestra dostatek informací o předoperační přípravě?

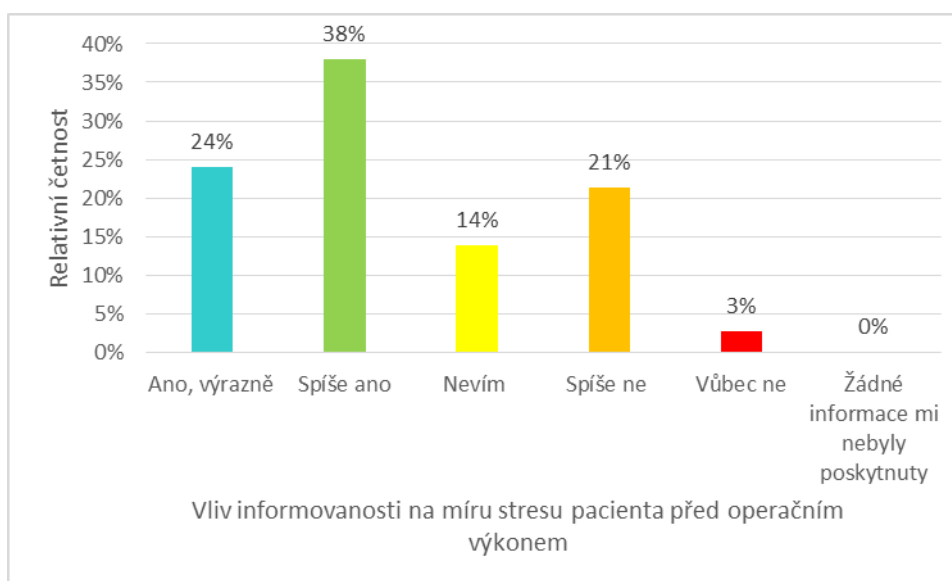


**Graf 15: Hodnocení informovanosti o předoperační přípravě**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 15 znázorňuje informovanost respondentů o předoperační přípravě. Celkový počet dotazovaných činil 108 osob (100 %). Z tohoto počtu se 80 osob (74 %) cítilo dobře informováno a odpovědělo „ano“. Odpověď „ne“ uvedlo 14 respondentů (13 %), zatímco 10 osob (9 %) zvolilo „nevím“. Čtyři respondenti (4 %) si nepamatovali, zda byli informováni.

Otázka č. 16: Pomohly Vám poskytnuté informace snížit míru stresu před operací?

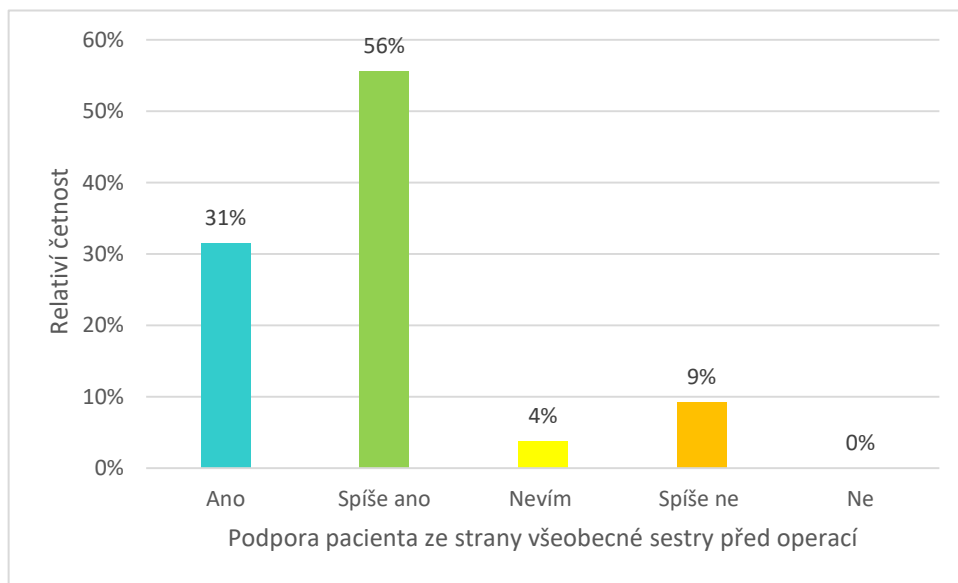


**Graf 16: Vliv informovanosti na míru stresu před operačním výkonem**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 16 zobrazuje vztah mezi informovaností pacientů a vnímanou mírou stresu před operačním výkonem. Celkem se k této otázce vyjádřilo 108 dotazovaných (100 %). Z nich uvedlo 26 osob (24 %) odpověď „ano, výrazně“ a 41 respondentů (38 %) „spíše ano“. To naznačuje, že část respondentů vnímá souvislost mezi vyšší informovaností a nižší mírou stresu. Odpověď „nevím“ zvolilo 15 osob (14 %), „spíše ne“ 23 respondentů (21 %) a „vůbec ne“ 3 osoby (3 %). U možnosti „žádné informace mi nebyly poskytnuty“ nebyla zaznamenána žádná odpověď (0 %).

Otázka č. 17: Byla Vám od všeobecné sestry poskytnuta podpora před operačním výkonem?

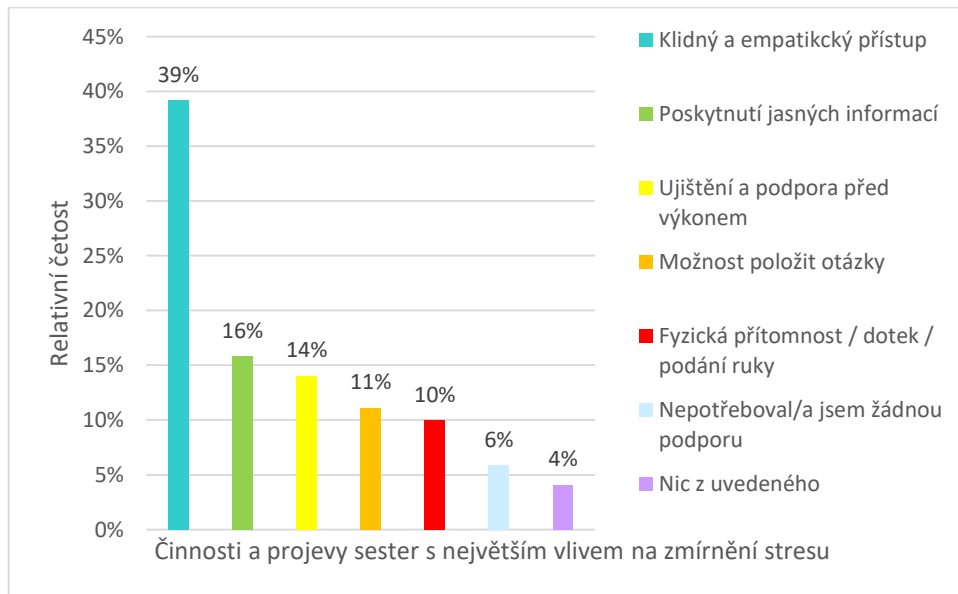


**Graf 17: Podpora pacienta ze strany všeobecné sestry před operací**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 17 zobrazuje míru podpory pacientů ze strany všeobecné sestry před operačním výkonem. Celkový počet dotazovaných v tomto případě byl 108 osob (100 %). Z nich uvedlo 34 osob (31 %) odpověď „ano“ a 60 respondentů (56 %) „spíše ano“, což ukazuje, že většina pacientů vnímala podporu pozitivně. Odpověď „nevím“ zvolily 4 osoby (4 %), „spíše ne“ 10 respondentů (9 %) a „ne“ neuvedl žádný respondent (0 %).

Otázka č. 18: Jaké konkrétní činnosti nebo projevy sester Vám pomohly nejvíce zmírnit stres? (respondenti mohli vybrat více možností)



**Graf 18: Činnost a projevy všeobecných sester s největším vlivem na zmírnění stresu**

*Zdroj: vlastní zpracování*

Graf č. 18 znázorňuje činnosti a projevy sester, které měly podle respondentů největší vliv na zmírnění stresu před operačním výkonem. Vzhledem k možnosti vícenásobné volby činí celkový součet zaznamenaných odpovědí 171 (100 %). Nejčastěji respondenti uváděli klidný a empatický přístup sester, který zvolilo 67 respondentů (39 %). Poskytnutí jasných informací označilo 27 respondentů (16 %), zatímco ujištění a podpora před výkonem byly důležité pro 24 respondentů (14 %). Možnost položit otázky uvedlo 19 respondentů (11 %) a fyzickou přítomnost, například dotek či podání ruky, 17 respondentů (10 %). Nepotřebovalo žádnou podporu 10 respondentů (6 %) a 7 respondentů (4 %) uvedlo, že jim nepomohlo nic z uvedeného.

### 3 Diskuze

Cílem bakalářské práce je identifikovat negativní vlivy, které působí na pacienty v souvislosti s operačním výkonem, a to z pohledu ošetřovatelství. Práce se zaměřuje především na období před operací, kdy pacienti často prožívají zvýšenou míru stresu, nejistoty a obav. Součástí práce je také posouzení role všeobecné sestry v procesu předoperační přípravy a zhodnocení toho, jakým způsobem ošetřovatelská péče přispívá ke zmírnění stresu a ke zlepšení psychického komfortu pacienta.

Úvodní část dotazníkového šetření byla zaměřena na zjištění základních sociodemografických a klinických charakteristik respondentů, konkrétně pohlaví, věku a druhu operačního výkonu. Tyto údaje slouží k bližší charakteristice výzkumného souboru a zároveň umožňují přesnější interpretaci získaných výsledků, jelikož uvedené faktory mohou významně ovlivňovat prožívání stresu i celkové vnímání předoperačního stavu.

Pro naplnění stanoveného cíle byly formulovány čtyři výzkumné otázky. První výzkumná otázka se zaměřuje na identifikaci faktorů, které nejvíce přispívají ke vzniku stresu u pacientů před operačním výkonem. Pozornost je věnována zejména obavám spojeným s bolestí, anestezií, možnými komplikacemi během operace, nedostatkem informací či vlivem nemocničního prostředí. Cílem této otázky je hlubší porozumění tomu, které aspekty pacienti vnímají jako nejvíce zatěžující.

Druhá výzkumná otázka se soustředí na projevy stresu u pacientů v předoperačním období. Jejím cílem je popsat konkrétní formy, jakými se stres projevuje, a zhodnotit jeho vliv na celkový stav pacienta, jak v rovině fyzické, tak psychické.

Třetí výzkumná otázka se zabývá významem předoperační edukace a mírou informovanosti pacientů. Sleduje, zda úroveň a včasnost poskytovaných informací ze strany lékaře a všeobecné sestry přispívají ke snížení míry stresu a pomáhají pacientům lépe zvládnout náročné období před operací. Součástí této oblasti je rovněž hodnocení subjektivního vnímání dostatečnosti a srozumitelnosti poskytovaných informací.

Čtvrtá výzkumná otázka je zaměřena na konkrétní ošetřovatelské intervence, prostřednictvím nichž všeobecné sestry přispívají ke zmírnění stresu před operačním výkonem. Jedná se zejména o empatický a klidný přístup, možnost klást otázky, poskytování jasných a srozumitelných informací, psychickou podporu či samotnou přítomnost sestry před výkonem. Cílem je poukázat na význam empatického přístupu a podporující komunikace, které podporují pacienta v rámci předoperační péče.

Výzkumu se celkem zúčastnilo 108 respondentů. Z hlediska pohlaví převažovaly ženy, které tvořily 65 respondentů (60 %), zatímco mužů bylo 43 (40 %). Vyšší zastoupení žen lze vysvětlit skutečností, že část dotazníků byla distribuována na gynekologickém oddělení. Lze tedy konstatovat, že ve výzkumném souboru byly ženy zastoupeny ve větší míře než muži.

Věkové složení respondentů bylo poměrně různorodé. Nejpočetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 46–65 let, konkrétně 36 osob (33 %). Druhou nejvíce zastoupenou kategorií byli respondenti ve věku 31–45 let, kterých bylo 28 (26 %). Pacienti ve věku 66 let a více představovali 27 osob (25 %) a nejméně zastoupenou skupinu tvořili mladí dospělí ve věku 18–30 let, celkem 17 osob (16 %). Z uvedených údajů je patrné, že převažovali pacienti středního

a vyššího věku. Tento výsledek lze považovat za očekávaný, jelikož s rostoucím věkem se zvyšuje výskyt zdravotních obtíží, které mohou vyžadovat operační řešení.

Z hlediska druhu operačního výkonu byli respondenti zastoupeni poměrně vyrovnaně. Největší skupinu tvořili pacienti podstupující chirurgický výkon, a to 30 osob (28 %). Gynekologický výkon uvedlo 28 respondentů (26 %), ortopedický 27 respondentů (25 %) a urologický 23 respondentů (21 %). Z výsledků je patrné, že jednotlivé typy výkonů jsou zastoupeny v relativně podobném rozsahu, což umožňuje sledovat problematiku předoperačního stresu u pacientů z různých odborných oblastí.

#### **První výzkumná otázka: Jaké faktory nejvíce přispívají ke stresu pacientů před operací?**

Odpovědi na tuto otázku byly získány prostřednictvím otázek č. 4, 5 a 6 v dotazníku.

Předoperační úzkost je v odborné literatuře dlouhodobě popisována jako častý jev spojený s chirurgickým výkonem. Systematické přehledy uvádějí, že se vyskytuje u významné části pacientů a je nejčastěji spojena se strachem z komplikací, anestezie a nedostatkem informací (Oteri et al., 2021).

Otázka č. 4 byla zaměřena na zjištění míry stresu během čekání na operační výkon. Z výsledků vyplývá, že toto období představuje pro většinu pacientů významnou psychickou zátěž. Celkem 72 respondentů uvedlo, že stres pociťuje, což představuje 67 % všech dotázaných. Odpověď „ano“ zvolilo na otázku zjišťující výskyt stresu během čekání na operaci v nemocnici 43 respondentů (40 %) a možnost „spíše ano“ vybralo 29 účastníků (27 %). Naopak celkem 36 respondentů (34 %) uvedlo, že stres v tomto období nepociťuje, z toho 19 osob (18 %) označilo odpověď „spíše ne“ a zbývajících 17 osob (16 %) zvolilo odpověď „ne“.

Při srovnání s bakalářskou prací Nikrmaierové (2016), která se zaměřovala na operační výkon jako stresovou zátěž, je patrný rozdíl v míře vnímaného stresu. Autorka pracovala s výzkumným souborem 96 respondentů z urologického, ortopedického, gynekologického a chirurgického oddělení (včetně chirurgické JIP). V rámci uvedeného šetření uvedlo přítomnost stresu 84 respondentů (87 %), zatímco 12 pacientů (13 %) stres nepociťovalo. Přesto však z obou výzkumů vyplývá, že u většiny pacientů je předoperační období spojeno se zvýšenou mírou stresu. Z naměřených hodnot lze konstatovat, že stres je běžnou součástí předoperačního období, avšak jeho intenzita je individuálně variabilní.

V otázce č. 5, která se zabývala zpětným hodnocením míry stresu těsně před operací, bylo zjištěno, že subjektivně vnímaný stres pacientů je významná. Největší skupinu tvořilo 35 respondentů (32 %), kteří uváděli střední míru stresu. Při součtu kategorií „vyšší“ (29 osob; 27 %) a „nejvyšší možný stres“ (7 osob; 6 %) lze konstatovat, že výraznou psychickou zátěž pociťuje přibližně jedna třetina dotázaných (36 osob; 33 %). Při srovnání s výzkumem Franekové (2021), který se zaměřil na identifikaci obav pacientů při hospitalizaci spojené s operačním výkonem, jsou výsledky částečně srovnatelné. Uvedený výzkumný soubor tvořilo celkem 146 respondentů, přičemž sběr dat probíhal na oddělení chirurgie, gynekologie, onkologie a v centru sportovní a úrazové medicíny. V rámci tohoto šetření, které hodnotilo intenzitu obav na třibodové škále, bylo zjištěno, že velké obavy pociťovalo 44 osob (30 %), což odpovídá zjištěním tohoto šetření. U Franekové (2021) však převažovala skupina s mírnými obavami 84 osob (58 %), zatímco v předkládaném šetření deklarovalo žádný či nízký stres 37 dotázaných (34 %). **Lze tedy konstatovat, že přibližně každý třetí pacient vstupuje na**

**operační sál s vyšší mírou psychické zátěže.** Tato skutečnost poukazuje na zásadní význam předoperační edukace a psychické podpory ze strany všeobecné sestry.

Podrobnější zhodnocení dat ukázalo, že nejvyšší míru stresu uváděly ženy na gynekologickém oddělení. Lze předpokládat, že gynekologické operace jsou vnímány jako citlivé, jelikož se týkají intimní oblasti a ženského zdraví, což může negativně ovlivňovat psychické prožívání pacientek. Tento trend potvrzuje také studie Salzmanna a kol. (2021), která uvádí vyšší míru předoperační úzkosti u žen (59 %) ve srovnání s muži (41 %). Výsledky naznačují, že ženy prožívají předoperační období intenzivněji, což vyžaduje individuální přístup a cílenou psychickou podporu.

V rámci šetření subjektivních obav u otázky č. 6 se jako nejvýznamnější stresor ukázala obava z operačních komplikací, kterou uvedlo 50 osob (34 %), což je výrazný faktor. Tento výsledek koresponduje se zahraničními studiemi, kde Bedaso & Ayalew (2019) uvádějí, že strach z komplikací dosahoval až 76 % respondentů. Ačkoliv je v tomto výzkumném souboru tato hodnota nižší, stále se jedná o hlavní faktor. Domnívám se, že vyšší míra obav může souviset se zjištěními u otázky č. 11, kde část respondentů uváděla nedostatečnou informovanost o rizicích a možných komplikacích operačního výkonu. Zároveň je nutné zohlednit, že zmíněná zahraniční studie pracovala s výrazně větším souborem respondentů (n = 402) oproti tomuto výzkumu (n = 108), což může ovlivňovat distribuci odpovědí. Dalším významným stresorem byl strach z bolesti a z anestezie, které v tomto souboru uvedlo shodně 34 osob (23 %). Ve srovnávané studii jsou tyto hodnoty vyšší – strach z anestezie (66 %) a obavy z pooperační bolesti (61 %). Tyto rozdíly lze vysvětlit individuálními vnímáními operačního výkonu, zejména rozdílnou tolerancí bolesti a představami o anestezii. Podstatný rozdíl byl zjištěn také u strachu z neznáma. V zahraniční studii Bedaso & Ayalew (2019) uvedlo strach z neznáma 45 % respondentů, zatímco v tomto výzkumu pouze 6 osob (4 %). Tento rozdíl je dán především menším rozsahem předkládaného souboru ve srovnání s rozsáhlejšími zahraničními studiemi. Pro srovnání byla využita také bakalářská práce Krejčové (2017). Autorka realizovala šetření u 128 respondentů na onkologických a chirurgických odděleních v nemocnicích v Jihlavě a Pelhřimově. V jejím výzkumu uvedlo nedostatek informací pouze 6 dotázaných (3 %), zatímco v tomto šetření byl u respondentů patrný mírně vyšší výskyt této obavy. Krejčová (2017) dále uvádí, že míra obav může být ovlivněna úrovní informovanosti a vzděláním pacientů. Konkrétně zmiňuje, že lidé s vyšším vzděláním mohou pociťovat větší obavy z nedostatku informací kvůli hlubšímu zájmu o svůj zdravotní stav.

Specifickým zjištěním tohoto šetření bylo, že 17 respondentů (11 %) neuvedlo žádné obavy. Na základě doplňujících informací získaných formou rozhovorů na ortopedickém oddělení vyplynulo, že se jednalo zejména o starší pacienty s opakovanou zkušeností s operačním výkonem. Právě předchozí hospitalizace a znalost prostředí se jeví jako zásadní faktor snižující strach z neznáma. Lze tedy předpokládat, že tito pacienti mají realističtější představu o průběhu zákroku, vědí, co mají očekávat, a neznámé prostředí pro ně již nepředstavuje zásadní stresor.

Výzkumné šetření potvrdilo, že předoperační stres je u pacientů běžným jevem, který pociťuje nadpoloviční většina respondentů. Přibližně třetina dotázaných pak vstupuje na operační sál s vysokou až nejvyšší mírou psychické zátěže, což zdůrazňuje nutnost individuálního přístupu. Nejvýraznější míra stresu byla identifikována u žen na gynekologickém oddělení, u nichž je

prožívání úzkosti umocněno citlivou povahou výkonu a obavami o vlastní zdraví. Z hlediska konkrétních stresorů dominují především obavy z operačních komplikací, strach z pooperační bolesti a obavy spojené s podáním anestezie. Naopak se ukázalo, že předchozí zkušenost s operací míru stresu snižuje, což bylo patrné zejména u starších pacientů, kteří díky dřívější hospitalizaci mají reálnější představu o průběhu zákroku. Získaná data tak jednoznačně potvrzují, že srozumitelná komunikace a psychická podpora ze strany všeobecné sestry jsou pro zvládnání předoperačního období klíčové. Výzkumnou otázkou lze považovat za zodpovězenou s tím, že předoperační stres je pro většinu pacientů významnou zátěží ovlivněnou typem výkonu i předchozí zkušeností.

### **Druhá výzkumná otázka: Jakými fyzickými a psychickými příznaky se u pacientů projevuje stres před operací?**

K analýze této problematiky byly v dotazníkovém šetření využity otázky č. 7 a 9, které se zaměřovaly na fyzické i psychické projevy stresu u pacientů před operačním výkonem.

V otázce č. 7, která byla zaměřena na fyzické projevy stresu, bylo zjištěno, že stresová zátěž se u respondentů projevuje především v oblasti kvality spánku a kardiovaskulárního systému. Nejčastěji uváděným symptomem byla nespavost či poruchy spánku u 27 respondentů (16 %) a bušení srdce u 24 dotázaných (15 %). Spánek představuje jeden z nejcitlivějších ukazatelů psychického stavu, neboť je nezbytný pro regeneraci organismu, a jeho narušení se následně promítá do celkové fyzické i psychické kondice (Muzni a kol., 2020).

Častý výskyt bušení srdce a nadměrného pocení u 23 respondentů (14 %) lze interpretovat jako projev aktivace autonomního nervového systému. Jak uvádí Paulík (2017), při zátěžové situaci dochází k uvolňování adrenalinu a noradrenalinu, což vede ke zrychlení srdeční činnosti, zvýšenému pocení a vazokonstrikci. Relativně častý výskyt sucha v ústech u 22 dotázaných (13 %) rovněž odpovídá stresové reakci, je však nutné podotknout, že tento příznak může být ovlivněn také předoperačním lačněním a omezením příjmu tekutin. Dalšími projevy byly třes u 16 respondentů (10 %) a svalové napětí u 13 osob (8 %). Tato skutečnost poukazuje na somatizaci psychického napětí. Naopak nižší výskyt byl zaznamenán u gastrointestinálních obtíží, jako je bolest břicha u 8 dotázaných (5 %) či nevolnost u 6 osob (4 %). Za pozornost stojí, že 19 respondentů (12 %) neuvvedlo žádné fyzické obtíže, což může souviset s vyšší psychickou odolností, předchozí zkušeností s hospitalizací nebo využíváním copingových strategií.

Při srovnání s diplomovou prací Riegerové (2019), která se zabývala analýzou strachu a úzkosti u pacientů v předoperačním období, lze pozorovat určité rozdíly. Autorka pracovala se souborem 70 respondentů, přičemž šetření bylo úzce zaměřeno na pacienty po plánovaných operacích žlučníku a tříselné kýly. Zatímco v předkládaném výzkumu dominovaly poruchy spánku, ve studii Riegerové (2019) uváděla největší skupina 28 respondentů (29 %) naprostou absenci obtíží. Shoda panovala pouze u výskytu zrychleného tepu a třesu. Tento rozdíl lze vysvětlit především povahou plánovaných operací. Zatímco u Riegerové (2019) šlo o rutinní výkony, které pacienti vnímají jako méně rizikové, v tomto šetření byli zastoupeni lidé před náročnějšími zákroky napříč různými obory. Vyšší míra nespavosti a bušení srdce u těchto respondentů tak pravděpodobně odráží větší strach z průběhu operace a možných komplikací. Také častější pocit sucha v ústech jen potvrzuje, že tito pacienti prožívali předoperační přípravu pod větším psychickým tlakem.

Při komparaci výsledků s prací Nikrmaierové (2016), zaměřenou na operační výkon jako stresovou zátěž, je patrná shoda v hierarchii projevů stresu. Nikrmaierová (2016) rovněž uvádí jako nejčastější obtíže poruchy spánku u 28 dotázaných (33 %) a bušení srdce u 26 osob (31 %), což koresponduje s výsledky tohoto výzkumu, kde tyto symptomy patřily mezi nejčastěji uváděnými projevy. K určité shodě dochází rovněž u symptomu nadměrného pocení, který byl v obou šetřeních identifikován jako častý projev. Celkově lze konstatovat, že stres se u respondentů projevuje významnými somatickými obtížemi, které jsou v obou porovnávaných studiích velmi podobné. Včasná identifikace těchto projevů ze strany ošetrovatelského personálu může přispět k včasné intervenci, snížení předoperační tenze a ke zlepšení celkové adaptace pacienta na výkon.

V otázce č. 9 byly nejčastěji identifikovány psychické projevy stresu, zejména strach či úzkost u 43 dotázaných (26 %), nervozita u 39 respondentů (23 %) a myšlenky na nejhorší scénáře u 21 respondentů (13 %). Vysoký výskyt těchto projevů lze vysvětlit samotnou podstatou úzkosti, která představuje stav napětí a neklidu vznikající jako reakce na zátěžovou situaci a projevuje se jak emočně, tak kognitivně. Perioperační období je pro většinu pacientů spojeno s nejistotou, a mírná úzkost je proto přirozenou reakcí. Při vyšší intenzitě však může vést k fyziologickým změnám, jako je tachykardie či hypertenze a ovlivnit průběh péče (Adam a kol., 2019).

V rámci výzkumu Franekové (2021) byla jako nejčastější projev obav zjištěna nervozita u 48 respondentů (22 %) a strach u 52 respondentů (24 %), přičemž v tomto výzkumu byly tyto hodnoty vyšší. Shoda byla zaznamenána také u pocitu bezmoci, který uvedlo 9 respondentů, což představuje (5 %), přičemž výsledky byly v obou šetřeních velmi podobné. Podíl respondentů bez psychických obtíží byl v obou šetřeních téměř identický. V tomto výzkumu se takto vyjádřilo 22 osob (13 %), zatímco v uvedené studii 25 osob (12 %). Tato shoda potvrzuje zjištění Mulugeta et al. (2018), podle nichž je míra úzkosti ovlivněna věkem a předchozí zkušeností. Jelikož výzkumný soubor tvořili převážně starší pacienti s předchozí zkušeností s operačním výkonem, lze předpokládat vyšší míru psychické stability. Z uvedených zjištění vyplývá, že efektivní psychická příprava pacienta vyžaduje nejen odborné znalosti zdravotnického personálu, ale také dostatek prostoru pro komunikaci a individuální přístup.

Na základě provedeného šetření lze shrnout, že stresová zátěž se u respondentů projevuje ve fyzické i psychické rovině. K analýze této problematiky byly využity odpovědi z dotazníkového šetření, které potvrdily, že mezi dominantní fyzické projevy patří zejména poruchy spánku u 27 respondentů (16 %) a kardiovaskulární symptomy, jako je bušení srdce u 24 respondentů (15 %). V oblasti psychických projevů převládá strach a úzkost u 43 dotázaných (26 %), následovaná nervozitou u 39 respondentů (23 %). Na základě výše uvedené syntézy výsledků lze konstatovat, že výzkumná otázka číslo 2 byla plně zodpovězena.

### **Třetí výzkumná otázka: Jaký vliv má předoperační edukace na míru stresu pacientů?**

K analýze této problematiky byly v dotazníkovém šetření využity otázky č. 11, 12, 13, 14, 15 a 16, které se zaměřovaly na srozumitelnost a dostatečnost edukace poskytované lékařem i všeobecnou sestrou a na její vliv na eliminaci předoperačních obav.

V otázce č. 11 byla pozornost zaměřena na informovanost pacientů o jednotlivých oblastech souvisejících s operačním výkonem, hodnocenou pomocí Likertovy škály. Diskuze je zaměřena na tři hlavní oblasti informovanosti pacientů: průběh operace, předoperační přípravu

a informovanost o rizicích a komplikacích. Výsledky ukazují, že informovanost pacientů není ve všech oblastech stejná. V případě informovanosti o průběhu operace se většina respondentů cítila dostatečně informována, přičemž 40 osob (37 %) uvedlo odpověď „zcela ano“ a 45 (42 %) „spíše ano“. Pět respondentů (5 %) uvedlo „nevím“, 13 dotazovaných (12 %) „spíše ne“ a 5 (5 %) „vůbec ne“. V porovnání se studií Arlı (2017), kde úplnou informovanost uvedlo pouze (19 %) respondentů, lze předpokládat, že komunikace týkající se průběhu operace je v rámci tohoto výzkumu na vyšší úrovni. Shodný podíl (12 %) odpovědi „spíše ne“ byl zaznamenán v obou šetřeních, stejně jako odpověď „vůbec ne“ (5 %). Celkově lze říci, že pacienti mají o průběhu operace poměrně dobré informace, ale stále existují rezervy, hlavně ve srozumitelnosti a ověřování porozumění.

Tyto závěry jsou srovnatelné se zjištěními Vizinové (2016), která realizovala výzkum u 69 respondentů na JIP a standardních lůžkových odděleních chirurgických klinik. Při komparaci obou prací lze konstatovat obdobné výsledky. V obou šetřeních výrazně převažují pacienti poučení o průběhu výkonu, zároveň se však vyskytuje menší skupina, která informovanost hodnotí jako nedostatečnou. V diplomové práci Vizinové (2016) uvedlo 48 respondentů (35 %), že poučení obsahovalo informace o průběhu i způsobu provedení výkonu, zatímco 19 osob (14 %) tyto informace postrádalo nebo nebylo poučeno dostatečně. Interpretace získaných dat naznačuje, že i přes převažující úroveň dostatečné informovanosti u většiny pacientů zůstává edukace u určité části respondentů v této oblasti deficitní.

Obdobné výsledky byly zjištěny i v oblasti předoperační přípravy, kde odpověď „zcela ano“ zvolilo 44 respondentů (41 %) a „spíše ano“ 38 dotazovaných (35 %). Ve srovnání se studií Arlı (2017), kde plnou informovanost uvedlo pouze (13 %) respondentů, lze konstatovat vyšší vnímanou úroveň informovanosti v tomto výzkumu. Ve srovnávané studii byl zároveň zaznamenán vyšší podíl odpovědi „nevím“ (26 %), zatímco v tomto výzkumu se tato odpověď objevovala méně často. Tento rozdíl může naznačovat, že informace o režimových opatřeních jsou poskytovány častěji a systematictěji, což pravděpodobně souvisí s tím, že tato edukace spadá do přímé kompetence všeobecných sester. Všeobecné sestry jsou s pacienty v častějším kontaktu a jejich edukační činnost je nedílnou součástí předoperační přípravy. Negativní odpovědi „spíše ne“ uvedlo 15 osob (14 %) a „vůbec ne“ 6 (6 %) v tomto výzkumu přibližně odpovídají výsledkům studie Arlı (2017), kde tyto možnosti zvolilo (13 %) a (9 %) respondentů.

Tuto oblast lze porovnat také s výzkumem Pavlů (2025), která se zabývala informovaností pacientů v rámci předoperační přípravy u souboru 113 respondentů na standardních odděleních ortopedie, neurochirurgie a urologie. V tomto šetření 94 respondentů (83 %) uvedlo, že byli o předoperační přípravě informováni. Výsledek je srovnatelný s tímto šetřením, kde kladné odpovědi tvořilo 82 respondentů (76 %). Rozdíl lze však sledovat u negativních odpovědí. Zatímco v tomto výzkumu uvedlo nedostatečnou informovanost celkem 21 respondentů (20 %), tedy součet odpovědi „spíše ne“ a „vůbec ne“, ve výzkumu Pavlů (2025) to bylo pouze 5 osob (4 %).

Naopak nižší úroveň informovanosti byla zjištěna v oblasti možných rizik a komplikací operace. V rámci předloženého šetření uvedlo odpověď „zcela ano“ 25 (23 %) respondentů a „spíše ano“ 29 (27 %), zatímco 8 (7 %) respondentů zvolilo „nevím“, 31 (29 %) „spíše ne“ a 15 osob (14 %) „vůbec ne“. Tyto výsledky jsou v rozporu se zjištěními Pavlů (2025), kde bylo seznámení s komplikacemi hodnoceno pozitivně u 94 respondentů (83 %). Zjištěné rozdíly naznačují, že

komunikace rizik a možných komplikací představuje slabší oblast předoperační edukace. Vzhledem k tomu, že tato oblast náleží primárně do kompetence lékaře, lze výsledky interpretovat jako důsledek nedostatečně srozumitelného či málo podrobného předávání informací směrem k pacientům.

Z výsledků dále vyplynulo, že významnou roli může hrát také způsob komunikace zdravotnického personálu. U části respondentů z urologického oddělení byly u dané otázky zaznamenány obtíže v porozumění poskytovaným informacím, a to zejména při komunikaci s lékařem jiné národnosti, který v současné době již na daném pracovišti nepůsobí. Tato skutečnost zdůrazňuje význam jazykové srozumitelnosti při předávání informací pacientům. V oblasti předoperační přípravy bylo rovněž zjištěno, že pacienti byli informováni všeobecnou sestrou především o základních pokynech, zatímco některé konkrétní detaily nebyly vždy sděleny. Například jeden z respondentů uvedl, že nebyl předem informován o nutnosti vyjmutí zubní protézy před převozem na operační sál a tuto skutečnost mu sdělila anesteziologická sestra. Na základě těchto zjištění lze shrnout, že pacienti jsou relativně dobře informováni o průběhu operace a předoperační přípravě, zatímco oblast rizik a možných komplikací zůstává problematičtější. Pacienti disponují základními informacemi nezbytnými pro přípravu na výkon, jejich povědomí o komplikacích je však omezené. Tato omezená informovanost může zvyšovat míru nejistoty a předoperačního stresu, přičemž informovanost představuje významný faktor ovlivňující psychickou pohodu pacienta.

V otázce č. 12, která se zaměřovala na to, zda přijímací lékař poskytl pacientům dostatek informací o operačním výkonu, bylo ve vlastním výzkumném šetření zjištěno, že většina 79 respondentů (73 %) hodnotí tyto informace jako dostatečné. Tento výsledek lze interpretovat pozitivně a naznačuje, že komunikace mezi lékařem a pacientem na pracovištích, kde byl výzkum realizován, probíhá na odpovídající úrovni. Dále 10 respondentů (9 %) nedokázalo úroveň informovanosti jednoznačně posoudit a 2 respondenti (2 %) uvedli, že si poskytnuté informace nepamatují. Tyto skutečnosti mohou souviset se zvýšenou mírou stresu v předoperačním období, který může negativně ovlivnit schopnost pacientů informace vnímat, porozumět jim a následně si je zapamatovat.

Při porovnání se studií Fialové (2025) se ukazuje výrazný rozdíl v kategorii plné informovanosti, kterou uvedlo jen 36 respondentů (31 %), což je oproti předkládanému šetření výrazně nižší podíl. Skupina hodnotící informovanost jako nedostatečnou je však v obou výzkumech téměř shodná; v předkládaném šetření činila 17 respondentů (16 %). Tento rozdíl lze vysvětlit odlišným zaměřením výzkumného souboru, neboť Fialová (2025) se zabývala pacienty v oblasti kardiochirurgie. Tyto výkony jsou vnímány jako závažnější, což může vést k vyšší míře úzkosti pacientů a současně i k vyšším nárokům na rozsah a kvalitu poskytovaných informací lékařem. Současně je však třeba zdůraznit, že bez ohledu na typ výkonu by měla být informovanost vždy dostatečná a individuálně přizpůsobená. Oba výzkumy se shodují, že část pacientů si informace nevybavuje, což naznačuje, že ústní komunikace nemusí být dostačující. Jako vhodné se proto jeví doplnění sdělení o písemné materiály, například brožury, které by pacientům umožnily se k informacím s odstupem vrátit.

V otázce č. 13 byla hodnocena srozumitelnost informací poskytovaných přijímacím lékařem před operačním výkonem. Z výsledků vyplývá, že většina dotázaných hodnotí komunikaci s lékařem pozitivně, přičemž celkem 79 dotázaných (73 %) označilo podané informace

za srozumitelné 24 respondentů (22 %) „velmi jasné“ a 55 osob (51 %) „spíše jasné“. Uvedená zjištění naznačují, že proces předávání informací v předoperační fázi dosahuje dobré úrovně, avšak u části pacientů přetrvává prostor pro zvýšení srozumitelnosti a přizpůsobení sdělení jejich individuálním potřebám.

Dosažené výsledky lze porovnat se zjištěními Franekové (2021), která se ve své bakalářské práci rovněž zabývala informovaností pacientů před operací. V uvedeném šetření deklarovalo plné porozumění informacím 95 osob (66 %) respondentů, což je hodnota velmi blízká výsledkům tohoto výzkumu. Rozdíl se však projevuje ve skupině pacientů s nižší mírou porozumění. Franeková (2021) uvádí, že 31 dotazovaných (27 %) respondentů porozumělo informacím pouze částečně a 20 dotazovaných (7 %) je nepochopilo vůbec. V předkládaném šetření této skupině odpovídá 18 dotázaných (17 %) neutrálních odpovědí a celkem 11 dotázaných (10 %) negativních hodnocení, z toho 10 osob (9 %) označilo informace jako spíše nejasné a 1 osoba (1 %) jako zcela nejasné. Z obou výzkumů vyplývá, že většina pacientů informacím rozumí, avšak u části z nich přetrvávají po rozhovoru s lékařem určité nejasnosti. Srozumitelnost poskytovaných informací může být ovlivněna individuálními faktory, jako je míra stresu, pozornost či schopnost porozumění.

V otázce č. 14 byla analyzována spokojenost pacientů se způsobem, jakým lékař zodpovídal jejich dotazy v předoperačním období. Výsledky ukazují převážně pozitivní vnímání této komunikace. Konkrétně 66 osob (61 %) uvedlo jednoznačnou spokojenost s odpověďmi lékaře. Za významné zjištění lze považovat skutečnost, že žádný z dotázaných nevyjádřil přímou nespokojenost. Tento výsledek naznačuje kvalitní úroveň komunikace a dobrou srozumitelnost informací poskytovaných lékařem v rámci předoperační přípravy. Při podrobnějším zhodnocení však nelze opomenout skupinu 35 respondentů (32 %), kteří svou spokojenost označili pouze jako částečnou. Tento nálezný může naznačovat, že u části pacientů přetrvávají určité nejasnosti nebo nenaplněná očekávání. Možným vysvětlením je využívání odborné terminologie, která může být pro pacienta v zátěžové situaci hůře srozumitelná, případně nedostatek času vyhrazeného na doplňující dotazy.

K podobným závěrům ohledně srozumitelnosti dospěla také Fialová (2025). V uvedeném výzkumu mělo 71 respondentů (61 %) pocit, že jsou o své operaci informováni srozumitelně a dostatečně. Shoda s výsledky tohoto šetření je patrná i v tom, že část pacientů si nebyla porozuměním informací zcela jistá – ve studii Fialové (2025) se jednalo o 31 respondentů (27 %). Výrazný rozdíl je však patrný v negativním hodnocení, které se v rámci tohoto šetření vůbec nevyskytlo, zatímco ve výzkumu Fialové (2025) celkem 14 respondentů (12 %) uvedlo, že podaným informacím spíše nebo určitě nerozumí. To potvrzuje, že ačkoliv většina pacientů komunikaci lékaře rozumí, pro nezanedbatelnou část souboru zůstávají některé informace nejasné, což může zvyšovat předoperační nejistotu.

V otázce č. 15 jsem se v rámci vlastního výzkumného šetření zaměřila na to, jak pacienti hodnotí svou informovanost o průběhu předoperační přípravy poskytované všeobecnou sestrou. Z celkového počtu 108 respondentů uvedlo 80 osob (74 %), že byli o přípravě poučeni. Získaná data lze porovnat s výsledky Šulové (2018), která realizovala šetření u souboru 120 pacientů na chirurgických, ortopedických, urologických a gynekologických odděleních v nemocnicích v Třebíči a Jihlavě. Ve srovnání s touto studií jsou patrné určité rozdíly v úrovni informovanosti. Šulová (2018) ve svém souboru zjistila, že o průběhu předoperační přípravy

bylo dostatečně poučeno 105 osob (88 %) pacientů, zatímco pouze 6 respondentů (5 %), že poučení nebyli. V tomto šetření se jednalo o 14 respondentů (13 %). Zajímavým zjištěním je také skupina pacientů, kteří si na poučení nepamatují – v předkládaném výzkumu se jednalo o 4 dotázané (4 %), zatímco u Šulové (2018) pouze o 1 osobu (1 %). Tyto výsledky mohou souviset s vyšší mírou stresu v předoperačním období, který může negativně ovlivnit schopnost pacientů informace vnímat a zapamatovat si je. V souladu s tímto zjištěním Yen a Leasure (2019), uvádějí, že pacienti bezprostředně po edukačním procesu zapomínají podstatnou část informací, přičemž téměř polovina toho, co si zpětně vybaví, bývá interpretována chybně. Podle autorek je proto pro efektivní edukaci nezbytné využívat metodu „Teach-back“, která sestře umožňuje okamžitě posoudit úroveň porozumění pacienta a v případě potřeby vysvětlení upravit tak, aby bylo dosaženo shody mezi sdělením a jeho pochopením (Yen a Leasure, 2019).

Tento předpoklad podporují také výsledky bakalářské práce Strnádkové (2024), která se rovněž zaměřila na informovanost před operačním výkonem. V jejím výzkumu hodnotilo informace o předoperační přípravě 67 % respondentů pozitivně, zatímco 26 % zaujalo neutrální postoj a 7 % respondentů je hodnotilo negativně. Ve srovnání s předkládaným šetřením i s výsledky Šulové (2018) je patrné, že pozitivní hodnocení sice převažuje, avšak nedosahuje tak vysokých hodnot. Tento rozdíl může souviset nejen s rozsahem poskytovaných informací, ale také s jejich srozumitelností a způsobem předávání. Vyšší podíl neutrálních odpovědí může zároveň odrážet určitou nejistotu v jejich vnímání.

Tyto výsledky úzce souvisejí se zjištěním u otázky č. 11, kde zejména pacienti z urologie uváděli, že se cítí informováni nedostatečně. Ukazuje se, že i když edukace proběhne, nemusí být vždy u každého stejně účinná. Z toho vyplývá, že je nutné více ověřovat, zda pacienti informacím opravdu rozumí, a přizpůsobit vysvětlování jejich potřebám. To je klíčový způsob, jak u nich snížit nejistotu a předoperační stres.

V rámci otázky č. 16 bylo zjišťováno, zda pacienti vnímají poskytnuté informace jako nástroj ke snížení předoperačního stresu. Získané výsledky ukazují, že informovanost má pro většinu respondentů pozitivní význam, celkem 67 dotázaných (62 %) uvedlo kladné hodnocení (26 osob 24 % odpověď „ano“ a 41 osob 38 % „spíše ano“). Z těchto zjištění vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů vnímá edukaci jako prostředek napomáhající zvládnání psychické zátěže před operací.

K obdobným závěrům dospěla také Franeková (2021), která ve svém šetření využila méně podrobnou škálu odpovědí. Naproti tomu škála odpovědí použitá v tomto výzkumném šetření umožnila detailnější diferenciaci postojů respondentů, a to i u těch, kteří si přínosem poskytovaných informací nejsou zcela jisti nebo jej nevnímají jednoznačně. Ve studii Franekové (2021) uvedlo 76 dotázaných (52 %) respondentů, že jim rozhovor s odborníkem pomohl snížit napětí, zatímco 53 osob (36 %) zaznamenalo jeho částečné snížení. Při detailnějším pohledu na vlastní data je však nutné věnovat pozornost i skupině, u níž edukace očekávaný efekt nepřinesla. Celkem 26 dotázaných (24 %) uvedlo negativní hodnocení (23 respondentů 21 % „spíše ne“ a 3 osoby 3 % „ne“), přičemž dalších 15 respondentů (14 %) se nedokázalo vyjádřit. V porovnání se zmíněnou studií, kde pouze 17 osob (12 %) uvedlo, že jim edukace nepomohla, je v tomto výzkumu patrný vyšší podíl respondentů bez jednoznačného přínosu. Jak uvádí

Zacharová (2016), adekvátní a srozumitelně podané informace mají zásadní vliv na psychickou pohodu, neboť napomáhají zvládnání stresu a posilují pocit kontroly nad situací.

Analýza získaných dat potvrzuje, že předoperační edukace má na psychický stav pacientů zásadní vliv a u nadpoloviční většiny respondentů prokazatelně přispívá ke snížení stresu. Předkládané šetření prokázalo, že srozumitelně předané informace posilují pocit jistoty a pomáhají lépe zvládat psychickou zátěž spojenou s výkonem. Přestože byla identifikována slabší místa, zejména v oblasti informovanosti o rizicích a komplikacích, přičemž v rámci vlastního šetření byly zaznamenány i individuální bariéry v jazykové srozumitelnosti, celkové výsledky ukazují, že kvalitní edukace představuje významný nástroj eliminace obav. Vzhledem k výše uvedeným zjištěním lze tuto výzkumnou otázku považovat za zodpovězenou s tím, že dostatečná a srozumitelná informovanost je klíčovým faktorem pro zajištění psychické pohody pacienta v předoperačním období.

**Čtvrtá výzkumná otázka: Jaké intervence všeobecných sester vnímají pacienti jako nejvíce přínosné pro zmírnění předoperačního stresu?**

Pro tuto výzkumnou otázku byly v dotazníkovém šetření využity položky č. 8, 10, 17 a 18.

V otázkách č. 8 a 10 se tato problematika zaměřovala na zvládnání fyzických a psychických projevů stresu. V tomto šetření se jako nejvýznamnější prvek v oblasti fyzických i psychických projevů stresu ukázala komunikace se zdravotnickým personálem, kterou uvedlo 47 osob (33 %) respondentů u fyzických projevů a 38 osob (24 %) u psychických. Tyto výsledky lze komparovat se zjištěními Krejčové (2017), u které je patrná shoda v tom, že komunikace představuje klíčový nástroj podpory, ačkoliv v jejím souboru ji uvedlo 55 respondentů (28 %).

Zajímavé srovnání poskytují také další metody zvládnání obav. V předkládaném šetření se mezi nejčastěji uváděné způsoby zvládnání psychických projevů stresu řadila relaxace (např. poslech hudby či čtení), kterou uvedlo 33 dotazovaných (21 %) respondentů. Krejčová (2017) uvádí využívání podobných volnočasových aktivit u 34 osob (17 %) respondentů. Shoda je také v oblasti sociální opory – přítomnost blízké osoby pomáhala 17 osobám (12 %) u fyzických projevů a 19 osobám (12 %) u psychických, což odpovídá 38 respondentům (19 %) v práci Krejčové (2017). Tyto výsledky potvrzují, že rodinná podpora je významným faktorem při zvládnání hospitalizace i obav z výkonu. Původně byl v rámci výzkumného předpokladu u této položky očekáván výrazně vyšší podíl, avšak výsledná data byla ovlivněna objektivními okolnostmi v době sběru dat. V daném období platil na odděleních zákaz návštěv z důvodu nepříznivé epidemiologické situace (chřipková epidemie). Tato restrikce znemožnila přítomnost blízkých osob u lůžka, což se projevilo v nižších hodnotách této odpovědi. Pacienti byli více odkázáni na komunikaci s personálem nebo vlastní relaxační metody. Výraznější rozdíl je patrný v oblasti farmakologického zvládnání stresu. V předkládaném šetření uvedlo dohromady 47 dotázaných (32 %) respondentů využití léků ke zklidnění, zatímco v práci Krejčové (2017) tuto možnost uvedlo pouze 11 respondentů, což představuje (6 %). Tento rozdíl může souviset s odlišnou klinickou praxí v podávání premedikace nebo se subjektivním vnímáním jejího účinku pacienty.

Vzhledem k uvedeným zjištěním v oblasti farmakologické podpory je vhodné zdůraznit, že dle aktuálních doporučení nepředstavují například hypnotika metodu první volby v léčbě nespavosti. Prioritou zůstává nefarmakologický přístup, zejména kognitivně-behaviorální terapie, zatímco farmakoterapie je indikována až při její neúčinnosti. Využití hypnotik je

doporučováno především u akutních stavů nespavosti, a to krátkodobě, zpravidla po dobu 2–4 týdnů. Dlouhodobé užívání se s ohledem na riziko vzniku tolerance, závislosti a dalších nežádoucích účinků nedoporučuje, proto je v současné klinické praxi jejich indikace vždy individuálně posuzována (Pretl, 2019).

Celkově lze konstatovat, že se výsledky obou studií i přes dílčí rozdíly shodují v tom, že nejefektivnější redukce předoperačního stresu spočívá v kombinaci kvalitní komunikace, sociální podpory a relaxačních aktivit.

V otázce č. 17, která zjišťovala, zda byla pacientům poskytnuta podpora ze strany všeobecné sestry před operací, byly zaznamenány velmi pozitivní výsledky. Celkem 34 respondentů (31 %) odpovědělo jednoznačně „ano“ a dalších 60 respondentů (56 %) zvolilo odpověď „spíše ano“. Tato vysoká míra spokojenosti svědčí o tom, že ošetřovatelský personál si uvědomuje důležitost psychické podpory v předoperačním období. Za zmínku stojí, že žádný z dotázaných neuvedl negativní odpověď.

K obdobným závěrům dospěla ve své diplomové práci také Kováčová (2025). V této diplomové práci bylo zcela spokojeno 93 respondentů (87 %) a dalších 11 respondentů (10 %) vyjádřilo částečnou spokojenost. Shoda s výsledky tohoto šetření panuje především v tom, že v datech prezentovaných Kováčovou (2025) rovněž nebyl zaznamenán žádný respondent, který by byl s podporou všeobecné sestry zcela nespokojen. Tyto údaje potvrzují, že všeobecné sestry v obou porovnávaných souborech věnují pacientům v předoperační fázi dostatečnou pozornost a efektivně naplňují jejich potřebu podpory.

V otázce č. 18 byla sledována oblast činností všeobecných sester, které pacienti vnímají jako klíčové pro zmírnění předoperačního stresu. Z výsledků vyplývá, že nejdůležitějším faktorem je klidný a empatický přístup, který uvedlo 67 respondentů (39 %). Tento výsledek koresponduje se závěry Nikrmaierové (2016), kde stejný faktor označilo 65 osob (77 %). Tato shoda naznačuje, že lidský přístup všeobecné sestry představuje dlouhodobě stabilně nejvýznamnější prvek v péči o pacienta v předoperačním období.

V oblasti informovanosti považuje 27 respondentů (16 %) za zásadní poskytnutí jasných informací. Obdobně Nikrmaierová (2016) uvádí důležitost vysvětlení činností u 13 dotázaných (15 %) a seznámení s výkony u 14 pacientů (17 %). V tomto šetření bylo dále významné ujištění před výkonem 24 respondentů (14 %), možnost klást dotazy 19 dotázaných (11 %) a fyzická přítomnost všeobecné sestry 17 pacientů (10 %), například formou uklidnění dotykem, což potvrzuje potřebu emoční opory. Pouze 10 respondentů (6 %) žádnou formu podpory nevyžadovalo. Shoda s Nikrmaierovou (2016) se projevuje zejména v oblasti emoční podpory, kterou uvedlo 15 dotázaných (18 %). Z obou studií vyplývá, že role všeobecné sestry zahrnuje i významnou psychologickou složku, která přispívá ke snížení stresu a posílení pocitu bezpečí.

Z provedeného šetření vyplývá, že pacienti vnímají jako nejpřínosnější intervence klidný a empatický přístup, srozumitelnou komunikaci a psychickou podporu. Lidský přístup všeobecné sestry považuje za klíčový pro zmírnění stresu 67 respondentů (39 %). I přes rostoucí nároky na odbornou stránku péče zůstává emoční opora a ujištění pacienta před výkonem zásadním prvkem v redukci obav. Výzkumnou otázku lze považovat za zodpovězenou s tím, že pacienti preferují intervence kombinující odbornou kompetenci s vysokou mírou empatie.

## 4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumného šetření, které potvrdilo, že nadpoloviční většina respondentů pociťuje v předoperačním období stres, jsou formulována konkrétní doporučení pro klinickou praxi. První oblast návrhů reaguje na identifikované faktory stresu, které úzce souvisejí s následnými somatickými projevy. Dominantním stresorem je strach z operačních rizik a možných komplikací. Výsledky šetření v této oblasti poukázaly na významný nedostatek, kdy se pacienti cítili o rizicích operace a komplikacích informováni nedostatečně ve srovnání s jinými oblastmi přípravy. Problematika informovaného souhlasu představuje v klinické praxi oblast náležející do kompetence ošetřujícího lékaře, kterému ze zákona přísluší povinnost podrobného poučení pacienta o povaze výkonu i jeho rizicích, a je proto třeba jí věnovat náležitou pozornost. Ten by neměl být vnímán pouze jako formální podpis dokumentace, ale jako prostor pro srozumitelné a podrobné vysvětlení rizik, čímž lze efektivně snížit míru nejistoty a následné úzkosti. Tato psychická zátěž a nervozita se následně promítají do somatické roviny, což se u respondentů nejčastěji projevovalo poruchami spánku či problémy s usínáním, které uvedla celá čtvrtina dotázaných. Tento jev tak představuje dominantní symptom v rámci celého souboru. U necelé čtvrtiny respondentů se potíže projevovaly rovněž v kardiovaskulární rovině, a to formou palpitací. Vzhledem k tomu, že systém předoperační premedikace je na sledovaných pracovištích standardně zaveden, spatřuji hlavní roli *všeobecné sestry v precizním dodržování časového harmonogramu podávání ordinovaných léčiv* (zejména hypnotik na noc a anxiolytik ráno). Správné načasování je klíčové pro potlačení somatických projevů úzkosti a zajištění psychické stability pacienta před výkonem. Všeobecné sestry by měly v předoperační večer aktivně monitorovat celkové psychické rozpoložení pacienta a zajistit mu klidné prostředí pro nerušený odpočinek.

Druhá oblast doporučení se věnuje vlivu předoperační edukace, která u výrazné většiny respondentů prokazatelně přispívá ke zmírnění psychické zátěže. Přestože byla úroveň komunikace personálu hodnocena u naprosté většiny pacientů pozitivně, konkrétně u 80 respondentů (74 %), u části souboru, zejména u pacientů na urologickém oddělení, byla identifikována nižší srozumitelnost poskytovaných informací. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby všeobecné sestry na edukaci o předoperační přípravě apelovaly opakovaně a nespokojily se pouze s jednorázovým poučením. Jako vysoce efektivní nástroj pro zvýšení informovanosti doporučuji zavedení a využívání metody *zpětného ověření porozumění* (tzv. „Teach-back“) v každodenní ošetrovatelské praxi. Tato technika spočívá v tom, že všeobecné sestry vyzvou pacienta, aby vlastními slovy zrekapituloval klíčové informace, například o režimových opatřeních či nutnosti odstranění zubní protéz. Tento postup umožňuje okamžitou identifikaci a opravu dezinformací, čímž se efektivně eliminuje stres pramenící z nepochopení situace. Empatická komunikace, možnost klást dotazy a individuální přístup všeobecné sestry musí být vnímány jako neoddělitelná součást edukačního procesu, která zásadním způsobem zvyšuje psychický komfort pacienta.

## Závěr

Téma bakalářské práce „Identifikace negativních vlivů u pacientů v souvislosti s operačním výkonem“ bylo zvoleno záměrně, neboť předoperační období považují za kritický moment hospitalizace. Právě v této fázi může správný přístup všeobecné sestry zásadně ovlivnit psychický stav nemocného i celkovou úspěšnost jeho následné léčby a zotavení. Hlavním cílem bakalářské práce bylo identifikovat negativní vlivy působící na pacienty v souvislosti s operačním výkonem. K naplnění tohoto cíle mi pomohly stanovené výzkumné otázky, které se zaměřily na zmapování stresorů, projevů stresu a také na zhodnocení role všeobecné sestry v procesu předoperační přípravy, edukace a komunikace.

Teoretická část práce zmapovala problematiku chirurgických výkonů, fáze předoperační přípravy, specifika prožívání stresu a význam edukace a komunikace v ošetrovatelské péči. Praktická část byla realizována formou kvantitativního šetření u souboru 108 respondentů v Nemocnici Jihlava.

Z výsledků analýzy vyplynulo, že *předoperační období představuje pro 72 respondentů (67 %) významnou psychickou zátěž*, přičemž nejvyšší míru stresu vykazovaly ženy na gynekologickém oddělení. Jako dominantní stresory byly identifikovány obavy z operačních komplikací u 50 osob (34 %) a shodně strach z bolesti a anestezie u 34 osob (23 %). Stres se projevoval především psychicky formou strachu či úzkosti u 43 dotázaných (26 %) a nervozity u 39 osob (23 %), v somatické oblasti pak zejména nespavostí u 27 respondentů (16 %) a bušením srdce u 24 osob (15 %), což potvrzuje nutnost aktivního managementu těchto projevů ze strany ošetrovatelského personálu.

V oblasti edukace bylo zjištěno, že ačkoliv je většina pacientů orientována o průběhu operace (85 osob; 79 %), rezervy přetrvávají v komunikaci rizik operace a možných komplikací, kde se 46 respondentů (43 %) necítilo dostatečně poučeno. Je však nutné zdůraznit, že edukace v této oblasti spadá do výhradní kompetence lékaře. V kontextu ošetrovatelské péče je zásadním zjištěním úroveň informovanosti o předoperační přípravě, kterou *80 respondentů (74 %) hodnotilo kladně*. Pozornost je třeba věnovat také situacím, kdy srozumitelnost informací narušuje jazyková bariéra, která může u pacientů prohlubovat předoperační nejistotu. Přesto *67 respondentů (62 %) potvrdilo, že srozumitelná edukace je pro ně účinným prostředkem ke snížení předoperační úzkosti*.

Jako nejvíce přínosná intervence všeobecné sestry byl identifikován *klidný a empatický přístup, který uvedlo 67 respondentů (39 %)*, a individuální psychická podpora u 24 osob (14 %). Ukázalo se, že role všeobecné sestry je klíčová nejen v provádění ošetrovatelských intervencí, ale především v roli edukační, kdy všeobecná sestra pomáhá pacientům lépe se orientovat v poskytnutých informacích, čímž přispívá k psychické pohodě pacienta a posiluje jejich pocit jistoty před výkonem.

Závěrem lze konstatovat, že stanovené cíle byly splněny a výzkumné otázky zodpovězeny. Lidský přístup, profesionální komunikace a edukace tak zůstávají nepostradatelnými pilíři moderního ošetrovatelství nejen v předoperační péči.

## Seznam použité literatury

- ADAM, Zdeněk; KLIMEŠ, Jeroným; POUR, Luděk; KRÁL, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice et al. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.
- ALI, Zeeshan; AHSAN, Zainab; LIAQAT, Nazneen a ISRAR UD DIN. Bridging the gap: evaluation of preoperative patients' education by comparing expectations and real-perioperative surgical experiences: a mixed-methods descriptive cross-sectional study. Online. *BMC Health Services Research*. 2024, vol. 24, no. 1, s. 964-964. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11388-z>. [cit. 2026-04-20].
- BARTŮŇEK, Petr; JURÁSKOVÁ, Dana; HECZKOVÁ, Jana a NALOS, Daniel (ed.). *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-4343-1.
- BEDASO, Asres a AYALEW, Mohammed. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: a prospective survey at a general hospital in Ethiopia. Online. *Patient Safety in Surgery*. 2019, vol. 13, no. 1. ISSN 1754-9493. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0198-0>. [cit. 2026-04-09].
- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BURDA, Patrik a ŠOLCOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelská péče 2. díl: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.
- DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, Martina; VRABELOVÁ, Lucia a LIDICKÁ, Lucie. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0717-9.
- DROZDOVÁ, Kristýna. *Odolnost vůči stresu*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2025. ISBN 978-80-271-5222-3.
- FIALOVÁ, Klára. *Informovanost pacientů před kardiochirurgickou operací*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Regína Gavlasová, DiS. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, 2025. Dostupné z: <https://naos-be.zcu.cz/server/api/core/bitstreams/4c32b80d-2536-40f9-8431-6089f0183e0c/content>. [cit. 2026-04-09].
- FRANEKOVÁ, Daniela. *Identifikace obav pacientů při hospitalizaci spojené s operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Petra Doucková. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2021. Dostupné z: [https://theses.cz/auth/id/emjc0k/55615.pdf\\_?zpet=%2Fauth%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DIdentifikace%20obav%20pacient%20AF%20p%20C%99i%20hospitalizaci%20spojen%20s%20opera%20C%ADm%26start%3D1](https://theses.cz/auth/id/emjc0k/55615.pdf_?zpet=%2Fauth%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DIdentifikace%20obav%20pacient%20AF%20p%20C%99i%20hospitalizaci%20spojen%20s%20opera%20C%ADm%26start%3D1). [cit. 2026-04-23].
- HAKL, Marek. *Léčba bolesti: současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů*. 4., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-727-3.
- HESS, Ladislav; MÁLEK, Jiří a SLÍVA, Jiří. *Nové trendy v analgosedaci*. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5229-2.
- IHNÁT, Peter a TULINSKÝ, Lubomír. *Základní chirurgické intervence a výkony*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5213-1.
- JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Sestra. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-802-4744-124.

- KARADAĞ ARLI, Şenay. Ameliyat Öncesi Anksiyetenin APAIS ve STAI-I Ölçekleri İle Değerlendirilmesi / Evaluation of the Preoperative Anxiety With APAIS and STAI-I Scales. Online. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017, roč. 4, č. 3, s. 38–47. Dostupné z: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/427337>. [cit. 2026-04-09].
- KASSAHUN, Woubet Tefera, MEHDORN, Matthias, WAGNER, Tristan Cedric, BABEL, Jonas, DANKER, Helge a GOCKEL, Ines. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Scientific Reports* [online]. 2022, 12, 6312 [cit. 2026-04-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10302-z>.
- KISIELEWSKA, Weronika; KOŚCIÓŁEK, Michał; KOWALCZYK, Weronika; MITURA, Bernard; MITURA, Lidia et al. Decreasing Preoperative Anxiety in Patients with Newly Available Multimodal Approaches—A Narrative Review. Online. *Journal of Clinical Medicine*. 2025, vol. 14, no. 9, s. 2940. ISSN 2077-0383. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jcm14092940>. [cit. 2026-04-07].
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KOTÍK, Luboš. *Předoperační vyšetření dospělých*. 4., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2022]. ISBN 978-80-7345-714-3.
- KOVÁČOVÁ, Michaela. *Vliv poskytované ošetrovateľské péče na spokojenost pacientů po operaci srdce*. Online, diplomová práce, vedoucí PhDr. Věra Stasková, Ph.D. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2025. Dostupné z: [https://theses.cz/id/crg72h/Diplomova\\_prace\\_-\\_Kovacova\\_M..pdf](https://theses.cz/id/crg72h/Diplomova_prace_-_Kovacova_M..pdf). [cit. 2026-04-19].
- KRÁTKÁ, Anna. *Základy pedagogiky a edukace v ošetrovatelství: studijní texty*. Online. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2016. ISBN 978-80-7454-635-8. Dostupné z: <http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00194380-678f1573-2453-45ae-8d18-93aef0376a9f>. [cit. 2026-04-21].
- KREJČOVÁ, Veronika. *Identifikace obav pacientů spojených s operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Petra Doucková. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/auth/id/pew7m6/47203.pdf>. [cit. 2026-04-23].
- KRUPIĆ, Ferid; KRUPIĆ, Melissa; DERVIŠEVIĆ, Emina; KOVAČEVIĆ, Mirza a BUJAKOVIĆ, Tarik. Preoperative information as predictor of the patient's fear and anxiety before surgery Systematic review of qualitative and quantitative literature. Online. *Saudi Journal of Anaesthesia*. 2025, vol. 19, no. 4, s. 487-493. ISSN 0975-3125. Dostupné z: [https://doi.org/10.4103/sja.sja\\_120\\_25](https://doi.org/10.4103/sja.sja_120_25). [cit. 2026-04-07].
- LIBOVÁ, Ľubica; BALKOVÁ, Hilda a JANKECHOVÁ, Monika. *Ošetrovateľský proces v chirurgii*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2466-4.
- MÁLEK, Jiří a ŠEVČÍK, Pavel. *Léčba pooperační bolesti*. 4., přepracované a doplněné vydání. Jessenius. Praha: Maxdorf, [2021]. ISBN 978-80-7345-696-2.
- MÁLEK, Jiří. *Praktická anesteziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5632-5.
- MICHELLE G. CRASKE; MURRAY B. STEIN; THALIA C. ELEY; MOHAMMED R. MILAD; HOLMES, Andrew et al. Anxiety disorders. Online. *Nature Reviews Disease Primers*. 2017, vol. 3, no. 1, s. 17024-17024. ISSN 2056-676X.

- Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.24>. [cit. 2026-04-09].
- MULUGETA, Henok; AYANA, Mulatu; SINTAYEHU, Mezinew; DESSIE, Getenet a ZEWDU, Tesfu. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. Online. *BMC Anesthesiology*. 2018, vol. 18, no. 1. ISSN 1471-2253.
- Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0619-0>. [cit. 2026-04-07].
- MUZNI, Khyla; GROEGER, John A.; DIJK, Derk-Jan a LAZAR, Alpar S. Self-reported sleep quality is more closely associated with mental and physical health than chronotype and sleep duration in young adults: A multi-instrument analysis. Online. *Journal of Sleep Research*. 2020, vol. 30, no. 1. ISSN 0962-1105.
- Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jsr.13152>. [cit. 2026-04-09].
- NEMCOVÁ, Jana a HLINKOVÁ, Edita. *Diabetes mellitus: management ošetrovateľské péče*. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5361-9.
- NIKRMAIEROVÁ, Leona. *Operační výkon jako stresová zátěž*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Petra Kourková. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016.
- Dostupné z:  
<https://theses.cz/auth/id/6j9d6r/42089.pdf?zpet=%2Fauth%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Doperace%20jako%20z%C3%A1t%C4%9B%C5%BE%26start%3D1>. [cit. 2026-04-23].
- OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5822-0.
- OTERI, Vittorio; MARTINELLI, Anna; CRIVELLARO, Elisa a GIGLI, Francesca. The impact of preoperative anxiety on patients undergoing brain surgery: a systematic review. Online. *Neurosurgical Review*. 2021, vol. 44, no. 6, s. 3047-3057. ISSN 0344-5607.
- Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10143-021-01498-1>. [cit. 2026-04-07].
- PÁRAL, Jiří. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1235-7.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PAVLŮ, Hana. *Informovanost pacientů v rámci předoperační přípravy*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Kateřina Průšová. Praha: Univerzita Karlova, 2. lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2025.
- Dostupné z:  
<https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/201967/130416587.pdf?sequence=1>. [cit. 2026-04-09].
- PRETL, Martin. Hypnotika v léčbě nespavosti. Online. *Klinická farmakologie a farmacie*. 2019, roč. 33, č. 1, s. 38-42. ISSN 1803-5353.
- Dostupné z: <https://www.klinickafarmakologie.cz/pdfs/far/2019/01/08.pdf>. [cit. 2026-04-20].
- RIEGEROVÁ, Michaela. *Strach a úzkost pacienta před operací*. Online, diplomová práce, vedoucí Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2019.
- Dostupné z: <https://theses.cz/id/o54yl0/>. [cit. 2026-04-19].
- SALZMANN, Stefan; RIENMÜLLER, Stephen; KAMPMANN, Stefan; EUTENEUER, Frank a RÜSCH, Dirk. Preoperative anxiety and its association with patients' desire for support - an

- observational study in adults. Online. *BMC Anesthesiology*. 2021, vol. 21, no. 1, s. 149-149. ISSN 1471-2253.  
Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01361-2>. [cit. 2026-04-07].
- SEIDLOVÁ, Dagmar a ŠTOURAČ, Petr. *Perioperační medicína nejen pro praktické lékaře*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5043-4.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka; ČOUPKOVÁ, Hana; MARCIÁN, Pavel; MARCIÁNOVÁ, Vladislava; PŘIKRYLOVÁ, Lucie et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.
- STRNÁDKOVÁ, Beata. *Edukace pacienta před operačním výkonem*. Online, Bakalářská práce, vedoucí PhDr. Jitka Krocová, Ph.D. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., 2024. Dostupné z: [https://is.vszdrazv.cz/th/apvo4/Strnadkova\\_Beata.pdf](https://is.vszdrazv.cz/th/apvo4/Strnadkova_Beata.pdf). [cit. 2026-04-09].
- ŠULOVÁ, Martina. *Předoperační příprava pacienta v intervencích všeobecné sestry*. Online, Bakalářská práce, vedoucí Mgr. Petra Kourková. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2018.  
Dostupné z:  
<https://theses.cz/auth/id/0ledx8/50611.pdf?zpet=%2Fauth%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3DP%25%99edopera%25%8Dn%25%AD%20p%25%99%25%ADprava%20pacienta%20v%20intervenc%25%ADch%20v%25%A1eobec%25%A9%20sestry%26start%3D1>. [cit. 2026-04-23].
- ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-321-1.
- TOMOVÁ, Šárka a KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.
- VIZINOVÁ, Gabriela. *Edukace pacientů před aplikací anestezie*. Online, diplomová práce, vedoucí Mgr. Miluše Kulhavá. Praha: Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2016.  
Dostupné z:  
[https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/83587/DPTX\\_2012\\_1\\_11110\\_0\\_341184\\_0\\_129472.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/83587/DPTX_2012_1_11110_0_341184_0_129472.pdf?sequence=1&isAllowed=y). [cit. 2026-04-07].
- VOŽEH, František, 2017. Stres – nejen užitečný zachránce, ale i sebevražedná zbraň. *Plzeňský lékařský sborník* [online]. 83, 67–80 [cit. 2024-06-10]. ISSN 0551-1038.  
Dostupné z: [https://karolinum.cz/data/clanek/4064/PLS\\_83\\_2017\\_0067.pdf](https://karolinum.cz/data/clanek/4064/PLS_83_2017_0067.pdf)
- WANG, Rulin; HUANG, Xin; WANG, Yuan a AKBARI, Masod. Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. Online. *Frontiers in Public Health*. 2022, vol. 10, s. 854673-854673. ISSN 2296-2565.  
Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.854673>. [cit. 2026-04-07].
- YEN, Peggy H. a LEASURE, A. Renee. Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. Online. *Federal Practitioner*. 2019, vol. 2019, no. JUNE 2019 issue, s. 284-289.  
Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6590951/pdf/fp-36-06-284.pdf>. [cit. 2026-04-19].
- ZACHAROVÁ, Eva. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-0156-6.

## Přílohy

Příloha A Dotazník

Příloha B Žádost o povolení výzkumu k bakalářské práci v Nemocnici Jihlava