VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní

Bakalářská práce

Autor práce: Barbora Vápeníková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	**Barbora Vápeníková**
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	**Edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní**
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.
Cíl práce:	Analyzovat, navrhnout a zhodnotit efektivní postupy edukace pacientů před a po operaci dutiny břišní, s cílem zvýšit informovanost pacientů, usnadnit jejich pooperační rekonvalescenci a minimalizovat rizika komplikací.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem probíhá edukace pacientů před operací dutiny břišní, a zmapovat obsah a formu edukace pacienta po operaci. V teoretické části je věnována pozornost zásadám pacientské edukace, jejím metodám a významu jednotlivých fází léčby. Praktická část se zaměřuje na způsob edukace pacientů na základě dotazníkového šetření a rozhovorů s všeobecnými a praktickými sestrami. Výsledky výzkumu ukázaly, že edukace pacientů je většinou prováděna ústní formou bez využití písemných materiálů. Všeobecné a praktické sestry si uvědomují význam edukační činnosti, avšak její kvalitu často ovlivňuje časová zaneprázdněnost a nedostatek personálu. Bylo zjištěno, že nejčastějšími tématy edukace jsou péče o operační ránu, hygiena, stravování a prevence komplikací. Respondenti zároveň poukázaly na potřebu větší podpory ze strany vedení oddělení a dostupnosti edukačních pomůcek. Výzkum potvrdil, že systematická edukace má významný vliv na informovanost pacientů, jejich spolupráci a rychlejší rekonvalescenci po operaci.

Klíčová slova

Operace dutiny břišní, edukace pacienta, předoperační péče, pooperační péče, výživa

Abstract

This bachelor's thesis focuses on the issue of patient education before and after abdominal surgery. The aim of the thesis is to determine how patient education takes place before abdominal surgery, and to map the content and form of patient education after surgery. The theoretical part focuses on the principles of patient education, its methods and the importance of individual phases of treatment. The practical part focuses on the method of patient education based on a questionnaire survey and interviews with general and practical nurses. The research results showed that patient education is mostly carried out orally without the use of written materials. General and practical nurses are aware of the importance of educational activities, but their quality is often affected by time constraints and a lack of staff. It was found that the most common topics of education are surgical wound care, hygiene, nutrition and prevention of complications. Respondents also pointed out the need for greater support from the department management and the availability of educational aids. Research has confirmed that systematic education has a significant impact on patient awareness, cooperation, and faster recovery after surgery.

Keywords

Abdominal surgery, patient edukation, preoperative care, postoperative care, nutrition

Čestné prohlášení

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 24. října 2025

…….

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD. za její ochotu, neocenitelné rady, pomoc a příkladné odborné vedení a velikou trpělivost během psaní mojí bakalářské práce. Oceňuji její čas, ochotu vždy mě vést správným směrem a odpovídat na moje dotazy. Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům za hlídání dcery a zklidňování mých emocí v průběhu psaní mojí bakalářské práce.

Obsah

Úvod **11**
1 Teoretická část **13**
1.1 Edukace a její význam 13
1.2 Předoperační péče 16
1.3 Pooperační péče 18
1.4 Operace dutiny břišní – přehled 20
1.5 Edukace pacienta před appendektomii 21
1.6 Edukace pacienta po apendektomii 22
1.7 Edukace pacienta před cholecystektomii 23
1.8 Edukace pacienta po cholecystektomii 24
1.9 Edukace pacienta před hernioplastikou 25
1.10 Edukace pacienta po hernioplastice 26
1.11 Edukace pacienta před laparotomií 27
1.12 Pooperační edukace pacienta po laparotomii 28
1.13 Edukace pacienta před laparoskopickým výkonem 29
1.14 Edukace pacienta po laparoskopickém výkonu 29
1.15 Edukace pacienta před resekcí střeva 30
1.16 Edukace pacienta po resekci střev 31
2 Výzkumná část **33**
2.1 Výzkumné otázky a cíle 33
2.2 Metodika výzkumu 33
2.3 Výsledky 34
Diskuse **45**
Doporučení pro praxi **47**
Závěr **48**
Seznam použité literatury **49**
Příloha 1 ..... **51**
Příloha 2 ..... **53**

Seznam grafů

GRAF ČÍSLO 1 34
GRAF ČÍSLO 2 35
GRAF ČÍSLO 3 35
GRAF ČÍSLO 4 36
GRAF ČÍSLO 5 37
GRAF ČÍSLO 6 37
GRAF ČÍSLO 7 38
GRAF ČÍSLO 8 38
GRAF ČÍSLO 9 39
GRAF ČÍSLO 10 40
GRAF ČÍSLO 11 40
GRAF ČÍSLO 12 41
GRAF ČÍSLO 13 41
GRAF ČÍSLO 14 42
GRAF ČÍSLO 15 42
GRAF ČÍSLO 16 43

Seznam zkratek

EKG	Elektrokardiogram
ERAS	Zlepšené zotavování po operaci
JIP	Jednotka intenzivní péče
RTG	Rentgenové vyšetření
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	Světová zdravotnická organizace

Úvod

Chirurgické výkony v oblasti dutiny břišní patří mezi nejčastější zákroky v moderní chirurgii a představují významný zásah do organismu pacienta. Zásadním faktorem úspěšného průběhu léčby a rekonvalescence je nejen samotný výkon, ale také kvalitní příprava pacienta, jeho informovanost a aktivní zapojení do procesu péče. Současná medicína se stále více zaměřuje na komplexní přístup k pacientovi, který zahrnuje nejen technickou dokonalost chirurgického zákroku, ale i edukaci, podporu psychické pohody a posilování soběstačnosti nemocných. Edukace pacienta tak představuje klíčovou součást kvalitní ošetřovatelské péče a významně ovlivňuje výsledky léčby.

Správně vedená edukace přispívá ke snížení úzkosti a strachu z operace, zvyšuje spolupráci pacienta s ošetřujícím týmem a podporuje dodržování léčebného režimu. Zároveň snižuje riziko pooperačních komplikací, urychluje rekonvalescenci a tím i návrat pacienta do běžného života. Pacient, který rozumí průběhu léčby a je připraven na její jednotlivé fáze, se aktivněji zapojuje do péče o vlastní zdraví. Z hlediska kvality ošetřovatelské péče se proto klade důraz na individualizovaný přístup, srozumitelnou komunikaci a podporu psychické jistoty nemocného.

Všeobecné a praktické sestry hrají v procesu edukace nezastupitelnou roli. Jsou s pacientem v přímém a každodenním kontaktu, mohou pružně reagovat na jeho potřeby, vysvětlit mu postup léčby a poskytnout zpětnou vazbu. Znalost efektivních forem edukace a schopnost přizpůsobit je individuálnímu pacientovi patří mezi základní profesní kompetence všeobecných i praktických sester. Jejich role je klíčová nejen v předoperační přípravě, ale i v pooperačním období, kdy pacient potřebuje odborné vedení, povzbuzení a podporu při návratu k soběstačnosti.

Aktuálnost zvoleného tématu je podpořena rostoucím počtem chirurgických výkonů v populaci, stárnutím obyvatelstva a narůstajícími nároky na kvalitu ošetřovatelské péče. Zdravotnická zařízení stále častěji kladou důraz na systematickou edukaci pacientů jako nástroj prevence komplikací, zkrácení hospitalizace a zvýšení spokojenosti nemocných. Význam edukace potvrzují i moderní koncepce ošetřovatelství a programy jako ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), které zdůrazňují multidisciplinární spolupráci a aktivní roli pacienta při zotavování po chirurgickém výkonu.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku edukace pacientů v souvislosti s operací dutiny břišní, a to z pohledu všeobecných a praktických sester. Cílem práce je analyzovat způsob, jakým všeobecné a praktické sestry edukaci provádějí, jaká témata pacientům nejčastěji zprostředkovávají, a jaké překážky ovlivňují efektivitu edukačního procesu.

Výzkumné cíle práce jsou tři. Zaprvé zjistit, jakým způsobem všeobecné a praktické sestry provádějí edukaci pacientů před operací dutiny břišní. Dále popsat hlavní témata edukace pacientů po operaci a určit, kdo tuto edukaci nejčastěji provádí. A nakonec identifikovat hlavní bariéry a omezení, kteří respondenti vnímají při edukaci pacientů v perioperačním období. Tyto cíle umožní komplexně posoudit současný stav edukační činnosti, porovnat jej s odbornými doporučeními a navrhnout opatření ke zvýšení její efektivity.

Tímto způsobem práce přispívá k hlubšímu porozumění edukačním procesům v chirurgické ošetřovatelské praxi a může sloužit jako podklad pro další výzkum i pro tvorbu standardů kvality v oblasti ošetřovatelské edukace.

Následující kapitola se zaměřuje na metodologické zpracování výzkumu, který byl realizován za účelem naplnění stanovených cílů práce. Popisuje zvolenou výzkumnou metodu, charakteristiku výzkumného souboru, strukturu a obsah dotazníku i způsob vyhodnocení získaných dat. Tato část tvoří základ pro následnou analýzu výsledků a jejich interpretaci v kontextu odborné literatury.

1 Teoretická část

1.1 Edukace a její význam

Pojem edukace znamená vést vpřed a vychovávat, dále ho také lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání s cílem navodit kladné změny ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání pacienta. Oba pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit. Pojem výchovy a vzdělávání není v současné terminologii jednoznačně vymezen. (Juřeníková, 2010)

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Výsledným efektem vzdělávání je vzdělanost, vzdělání, kvalifikace.

Vzdělanost odráží celkovou úroveň vzdělávání v sociální skupině, státě či národě. Pojem vzdělanost v sobě také zahrnuje úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetřovatelství, sociálně-kulturní život společnosti atd. (Juřeníková, 2010)

1.1.1 Edukační proces

Edukační proces je činnost lidí, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Edukační procesy probíhají od prenatálního života až do smrti. Příkladem edukačního procesu může být osvojení si mateřského jazyka, kdy se dítě učí komunikačním dovednostem při kontaktu s matkou a ostatními lidmi. (Juřeníková, 2010)

a) Edukant/i – jedná se o jednotlivce či skupinu jednotlivců, kteří přijímají informace, vědomosti a dovednosti od edukátora.
b) Edukátor – je proškolený zdravotnický i nezdravotnický personál s odbornými znalostmi zapojující se do péče o pacienta. V případě zdravotní edukace jde o lékaře, všeobecnou sestru, praktickou sestru, terapeuta nebo další odborníky, kteří mají za úkol edukantovi předat informace. Je nezbytné, aby edukátor byl citlivý k potřebám edukanta a dokázal se přizpůsobit jeho individuálním potřebám či řešení krizových situací, sdělování negativních výsledků vyšetření nebo diagnóz. Edukátor by měl také dbát na správně formulovanou edukaci, dosažení cílů, které si stanovil s edukantem. (Kutnohorská J.,2016)
c) Edukační konstrukty – jsou standardy k edukaci a edukační materiály vytvořené ministerstvem zdravotnictví, danou nemocnicí či oddělením. Důležité je, aby byly metody edukace přizpůsobeny konkrétním potřebám edukanta. Při edukaci můžeme použít vizuální pomůcky, slovní popis nebo praktické ukázky. Kvalita edukace je rovněž závislá na volbě správné metody pro danou situaci a jedince. Edukační metody by měly být tedy flexibilní a citlivé na konkrétní potřeby pacientů a danou situaci. (Juřeníková, 2010)
d) Edukační prostředí – jedná se o vymezené prostředí pro edukaci. V rámci zdravotní edukace se jedná zejména o nemocniční prostředí, kliniky, rehabilitační zařízení či domácí prostředí pacientů. Edukační prostředí zahrnuje fyzické, sociální, kulturní a psychologické faktory, které mohou ovlivnit proces učení. Důležitým faktorem je například prostorová a technická vybavenost, dostupnost materiálů, ale i vztah mezi edukátorem a edukantem. (Juřeníková, 2010)

1.1.2 Edukace ve zdravotnictví

Edukaci dělíme do třech typů:

- Primární edukace je zaměřena na prevenci nemocí a podporu zdraví. Cílem je předcházet vzniku onemocnění a podporovat zdravý životní styl u jedinců. K dosažení cíle používáme komunikační prostředky informující o zlepšení návyků životního stylu, ať se jedná o změnu stravovacích návyků či zvýšení fyzické aktivity.
- Sekundární edukace se věnuje včasné diagnostice a léčbě. Je zaměřená na identifikaci rizikových faktorů, včasné zachycení onemocnění. V této fázi se zapojují screeningové programy, pravidelné kontroly pro včasnou diagnostiku. (Juřeníková, 2010)
- Terciární edukace se s zabývá zlepšením kvality života pacientů s chronickými nemocemi nebo terminálním stádiem onemocnění. Cílem je minimalizace fyzického a psychického dopadu nemoci na jedince a podpora adaptace na změněné životní okolnosti. Jde o individuální přístup v dosažení nácviku dovedností a poradenství.

Každý typ edukace vyžaduje specifický přístup a metodami. Nedílnou součástí procesu edukace je správné motivování edukanta. Motivovaná osoba je ochotna se učit, aplikovat nové znalosti a měnit své chování. Motivaci je možné podpořit různými způsoby, například pochvalou za malé pokroky, zapojením pacienta do rozhodování o léčbě, nebo poskytováním pozitivních zpětných vazeb. (Kuchař, 2019)

1.1.3 Vzdělávací metody a techniky

Nejčastější vzdělávací metody:

- Metoda výkladu je užitečná, pokud je třeba předat konkrétní fakta a teoretické informace. Tato metoda je efektivní při vysvětlování složitých témat a poskytování strukturovaných informací. Nevýhodou této metody je například jazyková bariéra nebo onemocnění sluchu či řeči.
- Metoda diskuse podporuje aktivní zapojení edukanta a rozvoj kritického myšlení. Je efektivní pro porozumění komplexním tématům a podporu samostatného uvažování. Nevýhody diskusní metody jsou obdobné s metodou výkladu.
- Metoda praktických ukázek a simulací jsou zvláště efektivní při výuce praktických dovedností, jako jsou techniky rehabilitace nebo správné užívání léků. Tyto metody umožňují edukantům získat praktické zkušenosti v kontrolovaném prostředí. Tato metoda se nejlépe praktikuje u pacientů v dětském věku. Její nevýhodou je použití u pacientů s tělesnými deformitami či ztrátě horních končetin.
- Metoda sebereflexe zahrnuje proces uvědomování si vlastního chování a myšlení, analýzu úspěchů a neúspěchů a hledání řešení pro zlepšení. Tato metoda podporuje osobní růst a zlepšení profesní praxe edukátora. Tuto metodu bych nepoužila u pacientů s těžkým mentálním onemocněním z důvodu závislosti na druhé osobě.

Při volbě vhodné metody je důležité přihlédnout k osobnosti edukanta, jeho zdravotnímu a psychickému stavu, věku, dosavadním dovednostem a zkušenostem, vytýčenému cíli, obsahu sdělení, formě edukace a prostředí, kde bude edukace probíhat.

1.1.4 Význam zdravotní edukace v prevenci

Zdravotní edukace hraje klíčovou roli v prevenci nemocí. Školení a informování o zdravém životním stylu může výrazně přispět ke snížení výskytu mnoha civilizačních nemocí, jako je obezita, cukrovka, srdeční choroby či rakovina. Pacienti, kteří jsou dobře informováni o rizicích, mohou přijmout preventivní opatření a tím významně zlepšit svou kvalitu života. Zaměřuje se na prevenci, musí být systematická a dlouhodobá pro výsledný požadovaný efekt. Zahrnuje nejen vzdělávání o prevenci, ale i podporu pozitivních změn v chování, jako je zdravé stravování, pravidelný pohyb či odvykání kouření. (Gavurová et al., 2020)

1.1.5 Výzvy a problémy ve zdravotní edukaci

Zdravotní edukace je důležitou součástí ošetřovatelské péče a klíčovým nástrojem pro zvyšování informovanosti, samostatnosti a adherence pacienta k léčbě. Přesto její efektivní realizace v praxi často naráží na řadu bariér.

Jedním z nejčastějších problémů je nedostatek čas u, který zdravotnický personál může věnovat edukační činnosti. Sestry bývají přetížené množstvím úkolů, což vede k omezenému prostoru pro individuální přístup k pacientovi. (Kozier et al., 2008)

Další výzvou je nízká zdravotní gramotnost, která ztěžuje porozumění informacím. Pacienti si často nedokážou správně vysvětlit odborné termíny a nejsou schopni aktivně se zapojit do rozhodování o své léčbě (WHO, 2016). Tato situace je běžná především u starších osob, které mohou navíc trpět i kognitivními poruchami. (Hudáková, Majerníková, 2013)

V případě pacientů jiné národnosti se jako problém jeví jazyková a kulturní bariéra, která může významně omezit schopnost porozumět sděleným informacím. Bez dostupnosti tlumočníka nebo přizpůsobených materiálů je edukace často neefektivní. (Brabcová, Žiaková, 2013)

Významný vliv má také psychický stav pacienta, který je v perioperačním období často ovlivněn stresem, strachem a nejistotou. Tyto faktory snižují jeho schopnost soustředění i zapamatování si důležitých informací, což podtrhuje potřebu opakované a trpělivé edukace. (Krucký et al., 2012)

Dále může být problémem nedostatek kvalitních a srozumitelných edukačních materiálů, které by sloužily jako podpůrný nástroj a pomáhaly pacientovi lépe porozumět režimovým opatřením. (Kozier et al., 2008)

Nelze opomenout ani nedostatečnou přípravu některých všeobecných a praktických sester v oblasti edukace. Ne všechny všeobecné a praktické sestry disponují dostatečnými pedagogickými a komunikačními dovednostmi pro efektivní edukační práci, což může snižovat kvalitu předávaných informací. (Brabcová, Žiaková, 2013)

Přestože se zdravotní edukace potýká s řadou výzev, její správná realizace má přímý dopad na bezpečnost a spokojenost pacienta, zlepšuje výsledky léčby a podporuje aktivní roli pacienta v procesu uzdravování. (Krucký et al., 2012)

1.1.6 Dovednosti potřebné pro efektivní edukaci

Pro efektivní zdravotní edukaci je nezbytné, aby edukátor disponoval širokým spektrem dovedností. Kromě odborných znalostí v oblasti zdraví musí edukátor umět empaticky naslouchat, rozpoznat potřeby pacienta a přizpůsobit metody edukace na míru každému jednotlivci. Komunikační dovednosti jsou v tomto ohledu naprosto klíčové. Efektivní komunikace zahrnuje nejen schopnost předávat složité informace v přístupné podobě, ale i schopnost motivovat a podporovat pacienty při implementaci změn do jejich životního stylu.

Kromě toho by měl edukátor být schopen zhodnotit úroveň porozumění pacienta a v případě potřeby upravit přístup, aby byla edukace co nejúčinnější. To zahrnuje i použití vizuálních pomůcek, opakování klíčových informací nebo zapojení rodinných příslušníků, pokud je to potřeba. V každém případě je důležité, aby edukátor byl schopen pracovat s pacienty různých věkových kategorií a vzdělanostních úrovní. (Pšeničková, 2017)

1.1.7 Etické aspekty zdravotní edukace

Zdravotní edukace je úzce spojena s etickými otázkami, protože edukátor musí respektovat autonomii pacienta a jeho právo na informovaný souhlas. To znamená, že pacient musí mít dostatek informací o své diagnóze, možnostech léčby a o případných rizicích, aby mohl učinit rozhodnutí, které je v souladu s jeho hodnotami a preferencemi. Edukátor je povinen poskytovat informace pravdivě a nezaujatě, přičemž musí brát v úvahu kulturní, náboženské a jiné osobní faktory, které mohou ovlivnit rozhodování pacienta. Je také nutné, aby edukátor vždy chránil důvěrnost informací o pacientovi. V případě, že pacient sdílí citlivé informace o své zdravotní situaci nebo osobním životě, je edukátor povinen tyto informace zachovávat v tajnosti, pokud pacient neudělí souhlas s jejich sdílením s dalšími osobami. (Horský, 2015)

1.2 Předoperační péče

Předoperační péče zahrnuje péči o pacienta před operací. Jako každá jiná ošetřovatelská péče má i tato jednotlivá období svá specifika, na která je třeba brát zřetel. Intervence zdravotnických profesionálů vycházejí ze standardů jednotlivých zdravotnických pracovišť a zaměřují se na uspokojení potřeb pacienta. Časové ohraničení předoperační péče je různé, může se provádět během hodin, dnů i měsíců. Začíná péči o pacienta od doby, kdy lékař indikuje operační řešení potíží a končí předáním pacienta na operační sál. Z tohoto vymezení je patrné, že období je charakteristické velkou variabilitou, do které se promítá příčina vedoucí k operaci, naléhavost operačního výkonu a celkový stav pacienta. (Kučerová, 2017)

Před operací lékař informuje o průběhu, typu a možnosti operačního výkonu či jeho rozšíření. Tyto informace lékař interpretuje v písemné formě do informovaného souhlasu s operačním výkonem, které následně pacient po přečtení vlastnoručně podepíše, v případě že se nemůže podepsat sám zvolí se v případě dětí podpis zákonného zástupce, pokud je pacient při vědomí ale nemůže se vlastnoručně podepsat musí být u podpisu pacienta napsán důvod a svědek a v případě bezvědomí se zahajuje detenční řízení u soudu. (Nováková, 2018)

Na případné dotazy odpoví pacientovi lékař. Cílem předoperační přípravy je vytvořit co nejpříznivější podmínky pro zvládnutí operačního výkonu a nekomplikovaného pooperačního zotavení. (Kučerová, 2017)

Předoperační péčí dělíme na:

- Bezprostřední předoperační péče – péče, která je poskytována pacientovi před samotným operačním výkonem. Tato fáze je velmi důležitá, protože má za cíl zajistit, že pacient je v co nejlepším fyzickém i psychickém stavu, který umožní bezpečný průběh operace. Tato péče zahrnuje:
  Příprava pacienta na operační sál – To zahrnuje provedení potřebných administrativních kroků, jako je podepsání informovaného souhlasu s operací, kontrola identifikace pacienta, ověření operačního výkonu a příprava k převozu na operační sál.
  Kontrola vitálních funkcí – Monitorování základních životních funkcí, jako je krevní tlak, srdeční frekvence, dýchání a teplota, aby se zajistilo, že pacient je stabilní.
  Předoperační příprava (hygienické opatření) – Patří sem například oholení operačního pole, vyčištění a dezinfekce pupku a příprava na anestezii.
  Podávání medikace – Pokud to vyžaduje stav pacienta, může se podávat medikace pro prevenci infekcí (antibiotika) nebo sedativní léky na zklidnění.
  Bezprostřední předoperační péče je tedy velmi specifická a zaměřuje se na přípravu pacienta tak, aby operační výkon probíhal co nejklidněji a s minimálním rizikem komplikací. (Kučerová, 2017)
- Krátkodobá předoperační péče – je soubor činností, které jsou prováděny několik dnů před plánovanou operací. Cílem této přípravy je zajistit optimální fyzický a psychický stav pacienta, minimalizovat rizika komplikací během a po operaci a připravit pacienta na průběh hospitalizace i samotného výkonu. (Bednářová et al., 2010)
  Součástí krátkodobé předoperační přípravy je především edukace pacienta o plánovaném výkonu, vyšetření před operací (např. EKG, laboratorní testy, RTG plic), úprava farmakoterapie (např. vysazení antikoagulancií), očista střeva (u břišních operací), lačnění, hygienická příprava, zavedení žilního vstupu a další opatření dle povahy zákroku. Edukace v této fázi by měla být jasná, srozumitelná a přizpůsobená individuálním potřebám pacienta. Důležité je také zmírnění stresu a úzkosti, často za pomoci podpory rodiny a empatického přístupu zdravotnického personálu. (Jelínková & Vacková, 2012)
- Dlouhodobá předoperační péče – časové hledisko dlouhodobé předoperační přípravy se odvíjí od celkového stavu pacienta a typu plánovaného operačního výkonu. (Nováková, 2018)
  V kompetenci všeobecné či praktické sestry je náležité vysvětlení celého procesu léčby. Tato veškerá důvěra by měla začít podepsáním informovaného souhlasu se zvoleným operačním výkonem. (Kučerová, 2017)

1.3 Pooperační péče

Pooperační péče je klíčovou součástí ošetřovatelského procesu, která následuje po chirurgickém zákroku a má za cíl zajistit stabilizaci pacienta, předcházet komplikacím a podpořit jeho zotavení. Její délka a intenzita se odvíjí od rozsahu operace, celkového zdravotního stavu pacienta a typu anestezie.

Bezprostředně po výkonu je pacient sledován na dospávacím pokoji nebo jednotce intenzivní péče, kde je monitorován krevní tlak, puls, dýchání, tělesná teplota a saturace kyslíkem. Všeobecné či praktické sestry kontrolují stav operační rány, odvodnění (drény), močení a případné známky krvácení nebo infekce. Důležitá je také prevence pooperačních komplikací, jako jsou hluboká žilní trombóza, pneumonie nebo poruchy vědomí způsobené anestezií. (Šeblová, 2017)

Včasná mobilizace pacienta (např. sed do křesla, chůze s dopomocí) podporuje peristaltiku, snižuje riziko trombembolických příhod a pozitivně ovlivňuje psychický stav. Pooperační péče zahrnuje rovněž adekvátní tlumení bolesti, které je zásadní pro spolupráci pacienta a jeho aktivní účast na rehabilitaci. (Kelnarová et al., 2020)

Součástí ošetřovatelského procesu je edukace pacienta i jeho rodiny. Pacient by měl být informován o možných pooperačních obtížích, zásadách hygieny, stravování, omezeních pohybu a režimových opatřeních po propuštění do domácí péče. (Slezáková, 2016)

1.3.1 Cíl edukace po operaci

Pooperační edukace je klíčovým prvkem v celkovém procesu hojení a rekonvalescence pacienta. Jejím cílem je:

- podpořit zotavení a zamezit komplikacím,
- připravit pacienta na návrat domů a zvládnutí domácí péče,
- posílit soběstačnost a samostatné zvládání běžných činností.

„Pacient po chirurgickém zákroku potřebuje jasné a srozumitelné informace, aby zvládl pooperační období nejen fyzicky, ale i psychicky.“ (Hrubá, *2013)*

1.3.2 Hlavní body pooperační edukace

1. Režimová opatření
    - postupný návrat k běžné fyzické aktivitě,
    - omezení zvedání těžkých předmětů (většinou po dobu 4–6 týdnů),
    - vyhýbání se delšímu stání, sezení nebo předklánění,
    - doporučení k dechovým cvičením a prevenci trombózy.
2. Péče o operační ránu
    - sledování rány – zarudnutí, otok, hnisavý sekret jsou varovné příznaky,
    - výměna obvazů dle pokynů zdravotníků,
    - udržování rány v suchu, zákaz koupání ve vaně (jen sprchování),
    - kontrola u praktického lékaře nebo chirurga.
3. Strava
    - lehká strava první dny po výkonu, postupné rozšiřování jídelníčku,
    - důraz na dostatek tekutin a vlákniny (zejména po výkonech na střevech),
    - individuální dietní režim podle typu operace (např. bez tuků po cholecystektomii)

4. Léčba a medikace
    - správné užívání předepsaných léků (např. analgetika, antibiotika),
    - sledování vedlejších účinků a možných reakcí,
    - dodržení délky užívání – zejména u antibiotik.
5. Psychická podpora a edukace rodiny
    - informování o možných výkyvech nálady, spánku, bolesti apod.,
    - podpora autonomie pacienta, ale i zapojení rodiny do péče,
    - doporučení ke kontaktu s odborníky v případě úzkostí nebo komplikací.
6. Termíny kontrol a varovné příznaky
    - poučení o termínech pravidelných pooperačních kontrol,
    - upozornění na varovné příznaky: horečka, silná bolest, krvácení z rány, potíže s močením či vyprazdňováním.

„Edukace po operaci nesmí být podceněna – ovlivňuje celkový průběh rekonvalescence, předchází rehospitalizacím a podporuje soběstačnost pacienta.“ *(Bednářová, a kol. 2010)*

1.3.3 Bezprostřední pooperační období

Tato fáze pooperační péče trvá první hodiny po operaci a obvykle probíhá na tzv. dospávacím pokoji (pooperačním oddělení) nebo na jednotce intenzivní péče. Délka hospitalizace na dospávacím pokoji se liší podle typu operace, anestezie a celkového stavu pacienta, nejčastěji se však jedná o období přibližně dvou hodin po výkonu. Mezi hlavní činnosti sester v této fázi patří pečlivá monitorace vitálních funkcí – především krevního tlaku, pulsu, dechové frekvence, saturace kyslíkem a tělesné teploty. Dále je nezbytné sledovat stav vědomí a úroveň bolesti pacienta, která bývá hodnocena např. pomocí vizuální analogové škály (VAS). Kontrola operační rány, odvodů (drénů), výdejů moči a včasná prevence pooperačních komplikací, jako jsou aspirace, hypoventilace, oběhový šok nebo krvácení, představují základní prvky ošetřovatelské péče v bezprostředním pooperačním období. (Straka et al., 2015, s. 145; Kelnarová, 2012, s. 196)

Neméně důležitá je i psychická podpora pacienta, který se po probuzení z anestezie může cítit dezorientovaný, úzkostný nebo mít pocity neklidu. Ošetřující sestra by měla zachovávat klidný přístup, pacienta informovat o průběhu péče a vysvětlit mu, že se nachází v bezpečném prostředí. Dle Pokorné (2010) přispívá empatická komunikace a včasné zhodnocení potřeb pacienta ke snížení stresu a zrychlení pooperační rekonvalescence.

1.3.4 Následná pooperační péče

V této fázi, která může trvat několik dní až týdnů, se ošetřovatelská péče zaměřuje především na sledování hojení operační rány, prevenci infekce, podávání analgetik, zajištění adekvátní výživy a podporu časné mobilizace. Péče o operační ránu zahrnuje pravidelnou kontrolu obvazu, sledování přítomnosti sekrece, zarudnutí či známek infekce a udržování čistoty operační oblasti. Všeobecná a praktická sestra by měla pacienta rovněž edukovat o správné hygieně rány a o tom, jak zabránit jejímu mechanickému poškození. (Kelnarová, 2012, s. 205)

Podávání analgetik představuje důležitý prvek v prevenci pooperačního stresu a podporuje spolupráci pacienta při následné rehabilitaci. Účinná kontrola bolesti přispívá nejen ke komfortu pacienta, ale také ke snížení rizika dechových komplikací způsobených omezeným dýcháním při bolesti. (Straka et al., 2015, s. 156)

Zásadní je rovněž nutriční péče – po operacích v oblasti dutiny břišní bývá často přechodně omezen perorální příjem. Sestra sleduje toleranci tekutin, postupné zavádění stravy a hodnotí případné známky nevolnosti nebo zvracení. Dle Pokorné (2010) je nezbytné pacienty edukovat o vhodném režimu příjmu tekutin a stravy v závislosti na typu výkonu a pokynech lékaře. Časná mobilizace po operaci je klíčovým prvkem prevence plicních, oběhových a tromboembolických komplikací. Všeobecná a praktická sestra ji zahajuje co nejdříve dle stavu pacienta a současně edukuje o správné technice vstávání z lůžka, o nutnosti hlubokého dýchání a polohování. Aktivní zapojení pacienta do rehabilitačních činností podporuje rychlejší rekonvalescenci, zlepšuje psychickou pohodu a snižuje délku hospitalizace. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 189; Kelnarová, 2012, s. 207)

1.3.5 Edukace pacienta a propuštění

Součástí pooperační péče je i důkladná a cílená edukace pacienta před propuštěním do domácího prostředí. Tato fáze má zásadní význam pro zajištění kontinuity ošetřovatelské péče a prevenci komplikací po návratu domů. Edukace by měla být přizpůsobena věku, zdravotnímu stavu, kognitivním schopnostem a míře porozumění pacienta. Sestra pacientovi srozumitelně vysvětluje způsob užívání předepsaných léků, doporučení k dietnímu a pitnému režimu, zásady hygieny a ošetřování operační rány, jakož i příznaky možných komplikací, které vyžadují neodkladnou konzultaci s lékařem (např. horečka, zarudnutí rány, výtok či bolest). (Pokorná, 2010, s. 241)

Všeobecná a praktická sestra hraje klíčovou roli v edukaci o vhodné fyzické aktivitě a rehabilitaci. Pacient by měl být veden k postupnému zvyšování pohybové aktivity podle doporučení lékaře a fyzioterapeuta, s důrazem na prevenci trombózy a zlepšení celkové kondice. Důležité je také upozornit na zákaz zvedání těžkých břemen a dodržování klidu v případě bolestí nebo komplikací. (Kelnarová, 2012, s. 213)

Kvalitně provedená edukace pacienta prokazatelně zvyšuje jeho soběstačnost, pocit jistoty a zodpovědnost za vlastní zdraví. Zároveň významně snižuje riziko rehospitalizace, urychluje rekonvalescenci a přispívá k lepší adherenci k léčbě. (Straka et al., 2015, s. 180; Hudáková a Majerníková, 2013, s. 192) Edukační proces by měl být dokumentován v ošetřovatelské dokumentaci a ideálně doplněn písemnými materiály, které pacient může využít po propuštění. Tím je zajištěna nejen kvalita péče, ale i právní ochrana zdravotnického pracovníka. (Svobodová, 2018, s. 112)

1.4 Operace dutiny břišní – přehled

Dutina břišní je největší tělesná dutina, která obsahuje řadu životně důležitých orgánů – žaludek, játra, žlučník, slezinu, slinivku břišní, tenké a tlusté střevo, močový měchýř či vnitřní pohlavní orgány. Tyto orgány mohou být postiženy záněty, nádory, úrazy či jinými chorobnými procesy, které vyžadují chirurgickou léčbu. (Maňásek et al., 2020, s. 34) Operace dutiny břišní jsou běžnou součástí práce chirurgických oddělení. (Ševčík et al., 2015, s. 41)

1.4.1 Mezi nejčastější chirurgické výkony v oblasti dutiny břišní patří:

- Appendektomie – odstranění červovitého přívěsku slepého střeva, obvykle kvůli akutní apendicitidě. (Maňásek et al., 2020, s. 76)
- Cholecystektomie – odstranění žlučníku, často v důsledku žlučníkových kamenů a chronické cholecystitidy. (Ševčík et al., 2015, s. 58)
- Hernioplastika – plastická operace břišní kýly, nejčastěji v oblasti třísel, pupku nebo pooperačních jizev. (Maňásek et al., 2020, s. 88)
- Laparotomie – otevření břišní dutiny s cílem diagnostiky nebo léčby (např. při nejasných bolestech břicha). (Ševčík et al., 2015, s. 49)
- Laparoskopické výkony – miniinvazivní zákroky prováděné pomocí optiky a nástrojů zavedených skrze drobné řezy. Jsou šetrnější a mají kratší dobu rekonvalescence. (Maňásek et al., 2020, s. 92)
- Resekce střeva – odstranění části tenkého či tlustého střeva, např. u nádoru, ischemie nebo Crohnovy choroby. (Ševčík et al., 2015, s. 67)

Zvolený operační přístup (otevřený vs. laparoskopický) závisí na zdravotním stavu pacienta, charakteru onemocnění a zkušenostech operačního týmu. Laparoskopie je moderní metodou s mnoha výhodami, ale v některých případech (např. rozsáhlý zánět nebo krvácení) je nutné přistoupit k laparotomii. (Maňásek et al., 2020, s. 94)

Chirurgické výkony na dutině břišní jsou zatíženy určitými riziky. Mezi nejčastější patří krvácení, infekce operační rány, poranění okolních struktur, adheze (srůsty) a pooperační ileus. Významnou roli v prevenci těchto komplikací hraje kvalitní předoperační a pooperační příprava pacienta, včetně edukace. (Ševčík et al., 2015, s. 72)

1.5 Edukace pacienta před appendektomii

Appendektomie je chirurgické odstranění appendixu vermiformis – červovitého přívěsku slepého střeva. Nejčastěji se provádí z důvodu akutní apendicitidy, což je náhlý zánět appendixu, který může způsobit život ohrožující komplikace, pokud dojde k jeho prasknutí.

Appendektomie se běžně provádí:

- Laparoskopicky – miniinvazivní přístup, kratší doba hojení, méně bolesti.
- Klasickým řezem (laparotomicky) – při komplikacích, rozsáhlém zánětu nebo v těhotenství.

„Akutní apendicitida je nejčastější příčinou náhlé příhody břišní a chirurgického zákroku u mladých pacientů.“ *(Škrla, a kol. 2014)*

1.5.1 Cíle předoperační edukace

Protože se jedná často o akutní operaci, je edukace časově omezená, ale stále důležitá. Musí být rychlá, výstižná a srozumitelná. (Kelnarová et al., 2020)

Pacient (nebo jeho zákonný zástupce) by měl být stručně informován o:

- příčině operace a jejím naléhavém charakteru,
- způsobu provedení zákroku,
- typu anestezie (v celkové narkóze),
- očekávané délce hospitalizace,
- pooperačním režimu (klid, dieta, postupné zatěžování břicha),
- možnosti pooperační bolesti a jejího tlumení. (Demlová et al., 2018)

U dětí nebo osob s mentálním postižením je třeba přizpůsobit formu sdělení pečlivě a zapojit rodinu. (Doškalová & Zeleníková, 2014)

„I u akutních operací je třeba pacienta edukovat. Získané informace snižují stres a umožňují pacientovi lepší spolupráci během léčby.“ (Červinková, 2016, s. 95)

1.5.2 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra připravuje pacienta fyzicky (hygiena, lačnění, převlečení) a zároveň psychicky – vysvětlí, co bude následovat, a poskytuje podporu. I při časové tísni je důležité zachovat klidný přístup a jasnou komunikaci. U dětí může využít jednoduché obrázky nebo přítomnost rodičů jako oporu. (Jankovský & Zvoníčková, 2017)

1.6 Edukace pacienta po apendektomii

Po apendektomii jsou důležitá režimová a mobilizace která obsahují následující doporučení:

- Klidový režim: V prvních dnech po operaci omezte fyzickou aktivitu. (Demlová et al., 2018)
- Postupná mobilizace: Začněte s lehkými procházkami a postupně zvyšujte zátěž podle pokynů lékaře. (Jankovský & Zvoníčková, 2017)
- Zvedání těžkých předmětů: Vyhněte se zvedání těžkých břemen po dobu několika týdnů, aby nedošlo k narušení hojení. (Kelnarová et al., 2020)

1.6.1 Péče o operační ránu

Správná péče o operační ránu je klíčová pro prevenci infekce:

- Hygiena: Udržujte ránu čistou a suchou; sprchování je obvykle povoleno po několika dnech, koupání ve vaně až po úplném zhojení. (Červinková, 2016)
- Kontrola rány: Sledujte známky infekce, jako je zarudnutí, otok, bolest nebo výtok. (Doškalová & Zeleníková, 2014)
- Převazy: Dodržujte pokyny všeobecných a praktických sester ohledně převazů a výměny obvazů. (Demlová et al., 2018)

1.6.2 Stravovací režim

Po operaci slepého střeva je doporučeno:

- Lehká strava: V prvních dnech po operaci preferujte lehce stravitelná jídla, jako jsou polévky, kaše a vařená zelenina. (Kelnarová et al., 2020)
- Postupné rozšiřování jídelníčku: Postupně přecházejte na běžnou stravu podle tolerance.
- Prevence zácpy: Zajistěte dostatečný příjem vlákniny a tekutin, aby nedocházelo k zácpě, která by mohla zvýšit nitrobřišní tlak. (Jankovský & Zvoníčková, 2017)

1.6.3 Prevence komplikací

Pacient by měl být informován o možných komplikacích a jejich prevenci:

- Infekce rány: Dodržujte hygienická opatření a sledujte stav rány. (Červinková, 2016)
- Trombóza: Podporujte časnou mobilizaci a případně užívejte antikoagulační léčbu podle pokynů lékaře. (Doškalová & Zeleníková, 2014)
- Další komplikace: V případě horečky, silné bolesti břicha nebo jiných neobvyklých příznaků kontaktujte lékaře. (Demlová et al., 2018)

1.6.4 Psychická podpora a edukace rodiny

Pooperační období může být psychicky náročné. Důležité je:

- Podpora pacienta: Poskytněte psychickou podporu a povzbuzení. (Kelnarová et al., 2020)
- Edukace rodiny: Informujte rodinu o potřebách pacienta a zapojte ji do péče. (Doškalová & Zeleníková, 2014)
- Komunikace s lékařem: V případě nejasností nebo obav se neváhejte obrátit na všeobecnou a praktickou sestru. (Jankovský & Zvoníčková, 2017)

1.7 Edukace pacienta před cholecystektomii

Cholecystektomie je chirurgický výkon, při kterém dochází k odstranění žlučníku. Nejčastějším důvodem k tomuto zákroku je cholelitiáza (žlučníkové kameny), která může vést ke zánětu žlučníku (cholecystitidě), bolestem břicha, trávicím potížím nebo dokonce k závažným komplikacím, jako je zánět žlučových cest nebo slinivky břišní. (Škrla et al., 2014; Vokurka & Hugo, 2015)

1.7.1 Výkon se provádí dvěma způsoby:

Laparoskopická cholecystektomie – miniinvazivní metoda, kdy je žlučník odstraněn pomocí speciálních nástrojů zavedených přes malé řezy v břišní stěně. Tato metoda je šetrná, s menší bolestivostí a kratší hospitalizací.

Klasická (otevřená) cholecystektomie – provádí se při komplikacích nebo nemožnosti provést laparoskopii, přičemž je nutné otevřít břišní dutinu větším řezem.

„Cholecystektomie je jedním z nejčastějších chirurgických zákroků v oblasti dutiny břišní a představuje efektivní léčbu žlučníkovýh onemocnění.“ (Škrla, a kol. 2014)

1.7.2 Cíle předoperační edukace

Cílem edukace je připravit pacienta po fyzické, psychické a informační stránce tak, aby byl schopen aktivně spolupracovat během hospitalizace i v pooperačním období. (Farkašová et al., 2005; Hrubá, 2013)

Pacient musí být informován o:

- důvodu operace a jejím přínosu,
- průběhu hospitalizace (předoperační vyšetření, délka pobytu, zákrok),
- samotném výkonu (způsob provedení, anestézie),
- možných komplikacích (krvácení, infekce, poranění žlučových cest),
- předoperační přípravě (lačnění, vysazení léků, hygiena),
- potřebě spolupráce (dodržení pokynů, komunikace se zdravotníky).

„Pacient by měl být edukován srozumitelným způsobem, ideálně kombinací ústní a písemné formy. Klíčové je ujistit se, že informace správně pochopil.“ (Hrubá, 2013)

1.7.3 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra se významně podílí na předoperační edukaci. Je v kontaktu s pacientem během přijetí, připravuje ho na vyšetření, vysvětluje režim oddělení a poskytuje podporu. Důležitá je schopnost empatické komunikace, trpělivosti a přizpůsobení informací konkrétnímu pacientovi. (Demlová et al., 2018; Kelnarová et al., 2020)

Edukace by měla být dokumentována – často pomocí edukačního záznamu nebo checklistu.

1.7.4 Psychologická příprava

Strach z operace je přirozený. Pacient může mít obavy z bolesti, anestezie nebo samotného výkonu. Vysvětlení průběhu, sdílení zkušeností a prostor pro dotazy pomáhá tyto obavy zmírnit. Všeobecná nebo praktická sestra by měli vytvořit bezpečné prostředí, kde se pacient nebojí ptát. „Psychická příprava hraje v předoperační edukaci zásadní roli – pomáhá snižovat stres a zvyšuje spolupráci pacienta.“ *(Farkašová, a kol. 2005)*

1.8 Edukace pacienta po cholecystektomii

Režimová opatření po laparoskopické cholecystektomii se uvádí, že se pacient obvykle zotavuje rychleji než po klasické otevřené operaci. Přesto je důležité dodržovat následující doporučení:

- omezení fyzické zátěže alespoň 2–3 týdny,
- klidový režim v prvních dnech po návratu domů,
- pozvolný návrat k běžné činnosti (např. lehké domácí práce do týdne, sport za 3–4 týdny),
- hlídat bolestivost břicha, případně kontaktovat lékaře.

„Pacienti by měli být poučeni, že laparoskopie zkracuje dobu rekonvalescence, ale nevylučuje pooperační omezení.“ *(Mikyška, 2006)*

1.8.1 Stravovací režim

Po odstranění žlučníku se mění způsob zpracování tuků v těle, a proto je nutné přizpůsobit jídelníček:

- lehce stravitelná dieta (vařená, dušená jídla, bez smaženého a tučného),
- vynechání pálivých jídel, alkoholu, bublinkových nápojů,
- jíst častěji a v menších porcích,
- po několika týdnech lze postupně rozšiřovat jídelníček dle tolerance.

„Po cholecystektomii je nutná edukace o úpravě jídelníčku, protože pacient nemá zásobník žluči a její tok do střev je trvalý.“ (Škrla, *a kol. 2014)*

1.8.2 Péče o rány a sledování komplikací

- pravidelná kontrola operačních ran, sledování možného zarudnutí nebo otoku,
- pacient by měl vědět, kdy kontaktovat lékaře (horečka, bolest, hnisavý sekret),
- ošetřování ran podle pokynů lékaře – často není nutné převažovat denně,
- důležité je také sledování stolice – světlá stolice nebo tmavá moč může ukazovat na poškození žlučových cest. (Demlová et al., 2018; Doškalová & Zeleníková, 2014)

1.9 Edukace pacienta před hernioplastikou

Hernioplastika je chirurgický výkon, jehož cílem je opravit břišní kýlu – výhřez orgánu nebo tkáně přes oslabenou část břišní stěny. Nejčastěji se provádí v oblasti tříselné kýly, pupeční kýly nebo pooperační kýly. Kýly mohou být vrozené nebo získané (např. po předchozích operacích). (Vokurka & Hugo, 2015)

V závislosti na druhu kýly se může použít laparoskopická metoda (miniinvazivní), nebo otevřená chirurgická metoda s řezem v oblasti kýly. Laparoskopie má výhodu v rychlejším uzdravení, menší bolesti a rychlejší návrat do běžného života. (Škrla et al., 2014)

„Hernioplastika je efektivní způsob, jak zabránit opakovaným výhřezům a zmírnit bolest spojenou s kýlou.“ *(Škrla, a kol. 2014)*

1.9.1 Cíle předoperační edukace

Edukace pacienta před hernioplastikou je důležitá, protože tato operace obvykle nevyžaduje akutní zákrok a pacient má čas na přípravu. (Hrubá, 2013)

Hlavní body edukace zahrnují:

- důvod operace (proč je nutné kýlu opravit, jaké jsou možné komplikace při jejím neřešení),
- předoperační příprava (lačnění, příprava pokoje, předoperační vyšetření),
- průběh operace (jak bude operace probíhat, jaký typ anestezie bude použit),
- pooperační režim (omezená fyzická aktivita, vhodná strava, sledování bolesti),
- rizika spojená s operací (krvácení, infekce, opětovný vznik kýly). (Farkašová et al., 2005; Demlová et al., 2018)

„Včasná edukace pacienta před operací přispívá k tomu, že pacient je lépe připraven na pooperační období a je méně vystaven zbytečnému stresu.“ *(Hrubá, 2013)*

1.9.2 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra hraje klíčovou roli při předoperační edukaci. Vysvětluje pacientovi průběh operace, poskytuje podporu při obavách, pečuje o pohodlí pacienta před operací a dbá na jeho správnou přípravu. Zároveň sestra informuje pacienta o případných omezeních po operaci, jako je zvedání těžkých břemen nebo dlouhodobé sezení. (Kelnarová et al., 2020
Důležitá je také podpora v pooperačním období, kdy sestra pomáhá s adaptací pacienta na nový režim a monitoruje ho pro případné komplikace. (Doškalová & Zeleníková, 2014)

1.10 Edukace pacienta po hernioplastice

Po operaci kýly je důležité dodržovat následující režimová opatření:

- Klidový režim: V prvních dnech po operaci je vhodné omezit fyzickou aktivitu.
- Postupná mobilizace: Začněte s lehkými procházkami a postupně zvyšujte zátěž podle pokynů lékaře.
- Zvedání těžkých předmětů: Vyhněte se zvedání těžkých břemen po dobu 4–6 týdnů, aby nedošlo k recidivě kýly.
- Práce a sport: Návrat k pracovní činnosti a sportu konzultujte s lékařem; obvykle je možný po 4–6 týdnech. (Demlová et al., 2018; Kelnarová et al., 2020)

1.10.1 Péče o operační ránu

Správná péče o operační ránu je klíčová pro prevenci infekce:

- Hygiena: Udržujte ránu čistou a suchou; sprchování je obvykle povoleno po několika dnech, koupání ve vaně až po úplném zhojení.
- Kontrola rány: Sledujte známky infekce, jako je zarudnutí, otok, bolest nebo výtok.
- Převazy: Dodržujte pokyny zdravotnického personálu ohledně převazů a výměny obvazů. (Doškalová & Zeleníková, 2014; Červinková, 2016)

1.10.2 Stravovací režim

Po operaci kýly není obvykle nutná speciální dieta, ale doporučuje se:

- Lehká strava: V prvních dnech po operaci preferujte lehce stravitelná jídla.
- Prevence zácpy: Zajistěte dostatečný příjem vlákniny a tekutin, aby nedocházelo k zácpě, která by mohla zvýšit nitrobřišní tlak.
- Postupné rozšiřování jídelníčku: Postupně přecházejte na běžnou stravu podle tolerance. (Jankovský & Zvoníčková, 2017; Kelnarová et al., 2020)

1.10.3 Prevence komplikací

Pacient by měl být informován o možných komplikacích a jejich prevenci:

- Infekce rány: Dodržujte hygienická opatření a sledujte stav rány.
- Recidiva kýly: Vyhněte se zvedání těžkých předmětů a dodržujte klidový režim.
- Trombóza: Podporujte časnou mobilizaci a případně užívejte antikoagulační léčbu podle pokynů lékaře. (Demlová et al., 2018)

1.10.4 Psychická podpora a edukace rodiny

Pooperační období může být psychicky náročné. Důležité je:

- Podpora pacienta: Poskytněte psychickou podporu a povzbuzení.
- Edukace rodiny: Informujte rodinu o potřebách pacienta a zapojte ji do péče.
- Komunikace s lékařem: V případě nejasností nebo obav se neváhejte obrátit na všeobecné a praktické sestry. (Kelnarová et al., 2020; Hrubá, 2013)

1.11 Edukace pacienta před laparotomií

Laparotomie je chirurgický zákrok, při kterém se otevře břišní dutina větším řezem, než jaký by byl použit při laparoskopii. Tento výkon je často zvolen, když je potřeba podrobný chirurgický přístup do břišní dutiny, například při nádorech, poškození vnitřních orgánů, zánětlivých onemocněních nebo při diagnostice nejasných břišních problémů. (Škrla et al., 2014; Vokurka & Hugo, 2015)

Laparotomie může být součástí širšího chirurgického výkonu nebo sloužit k diagnostice, kdy není jasné, co je příčinou problémů v břišní dutině (např. peritonitida nebo nejasná bolest břicha).

„Laparotomie je velký chirurgický zásah, který si vyžaduje pečlivou přípravu jak z hlediska operačního přístupu, tak i pacientovy fyzické a psychické přípravy.“ (Škrla, *a kol. 2014)*

1.11.1 Cíle předoperační edukace

Edukace pacienta před laparotomií je důležitá nejen pro vysvětlení samotného výkonu, ale také pro zajištění správné přípravy na chirurgii a optimální zotavení. (Škrla et al., 2014; Vokurka & Hugo, 2015)

Pacient by měl být informován o:

- důvodu operace (diagnostický účel nebo léčebný výkon),
- typ operace (otevřený řez, anestezie),
- předoperační příprava (lačnění, vyšetření, přizpůsobení režimu),
- pooperační režim (délka hospitalizace, omezená fyzická aktivita, první dny po operaci),
- možné komplikace (infekce, krvácení, zhoršení orgánové funkce),
- péče o rány a prevenci infekcí.

„Včasná a srozumitelná edukace snižuje úzkost pacienta a umožňuje mu spolupracovat s lékařským týmem během a po operaci.“ (Hrubá, 2013)

1.11.2 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra hraje klíčovou roli ve všech fázích péče o pacienta před a po laparotomii:

- Předoperační příprava – všeobecná a praktická sestra musí pacienta informovat o všech nezbytných krocích před operací (lačnění, příprava na anestezii) a ujistit ho o tom, co může očekávat. (Hrubá, Drahoslava. 2013)
- Psychologická podpora – laparoskopické operace jsou většinou neakutní, ale laparotomie může pacienta psychicky zneklidnit. Empatie a informovanost mohou snížit strach. (Hrubá, 2013)
- Pooperační péče – monitorování vitálních funkcí, sledování hojení rány, prevenci infekcí a edukace o pohybových aktivitách. (Doškalová & Zeleníková, 2014; Kelnarová et al., 2020)

1.12 Pooperační edukace pacienta po laparotomii

Po laparotomii je důležité postupně zvyšovat fyzickou aktivitu a dodržovat následující režimová opatření:

- První den po operaci: zahájení dechových cvičení a pasivní pohyby končetin.
- Druhý až třetí den: postupné posazování na lůžku a krátké procházky po pokoji.
- Následující dny: prodlužování chůze a návrat k běžným činnostem podle tolerance. (Demlová et al., 2018; Kelnarová et al., 2020)

Doporučuje se vyhýbat se zvedání těžkých předmětů a náročným fyzickým aktivitám po dobu 6–8 týdnů, v závislosti na individuálním stavu pacienta. (Škrla et al., 2014)

„Zotavení po operaci je individuální. Po klasické operaci 6 týdnů, záleží na Vaší pracovní profesi a na tom, jak se budete zotavovat.“ (Škrla, Pavel a kol. 2014)

1.12.1 Péče o operační ránu

Pacient by měl být poučen o správné péči o operační ránu:

- Udržovat ránu čistou a such ou.
- Pravidelně kontrolovat ránu na známky infekce (zarudnutí, otok, výtok).
- Dodržovat pokyny zdravotnického personálu ohledně převazů a hygieny.
- V případě jakýchkoli neobvyklých příznaků je důležité okamžitě kontaktovat lékaře. (Doškalová & Zeleníková, 2014; Farkašová et al., 2005)

1.12.2 Stravovací režim

Po operaci je doporučeno:

- Začít s tekutou nebo kašovitou stravou a postupně přecházet na pevnou stravu podle tolerance.
- Vyhýbat se těžko stravitelným, tučným a kořeněným jídlům.
- Zajistit dostatečný příjem tekutin.
- Stravovací doporučení by měla být individuálně přizpůsobena podle typu operace a stavu pacienta. (Vokurka & Hugo, 2015; Škrla et al., 2014)

1.12.3 Prevence komplikací

Pacient by měl být informován o důležitosti prevence komplikací:

- Provádět dechová cvičení a mobilizaci k prevenci plicních komplikací.
- Dodržovat hygienická opatření k prevenci infekcí.
- Sledovat příznaky, jako je horečka, bolest nebo změny v oblasti rány, a v případě potřeby vyhledat lékařskou pomoc. (Hrubá, 2013; Demlová et al., 2018)

1.12.4 Psychická podpora a edukace rodiny

Pooperační období může být psychicky náročné. Důležité je:

- Poskytnout pacientovi psychickou podporu a povzbuzení.
- Zapojit rodinu do péče a edukace, aby mohli efektivně pomáhat v domácím prostředí.
- Informovat o možnostech psychologické podpory, pokud je potřeba. (Hrubá, 2013; Kelnarová et al., 2020)

1.13 Edukace pacienta před laparoskopickým výkonem

Laparoskopie je miniinvazivní chirurgický výkon, při kterém se do dutiny břišní zavádí optická kamera a pracovní nástroje malými řezy. Tento přístup umožňuje lékařům provádět různé zákroky (např. cholecystektomie, apendektomie, operace kýly) s menším rizikem komplikací, kratší dobou hojení a rychlejší rekonvalescencí. (Škrla et al., 2014; Vokurka & Hugo, 2015) Výhodou laparoskopických výkonů je nižší bolestivost po operaci, menší krevní ztráta a kratší hospitalizace. Pro pacienta však zůstává důležitá důkladná předoperační příprava – zejména psychická a informační. (Škrla et al., 2014; Hrubá, 2013)

1.13.1 Cíle předoperační edukace

Cílem edukace je snížit pacientovu nejistotu, podpořit jeho spolupráci s lékařským týmem a připravit jej na průběh hospitalizace a následné zotavení. (Hrubá, 2013).
Pacient by měl být před laparoskopickým výkonem informován o:

- důvodu výkonu a jeho očekávaném výsledku,
- samotném průběhu zákroku (anestezie, délka výkonu),
- nutnosti předoperační přípravy (lačnění, vysazení některých léků),
- předpokládané délce hospitalizace (obvykle 1–3 dny),
- pooperačním režimu (odpočinek, stravovací doporučení, péče o drobné rány),
- možných komplikacích (např. bolest ramen způsobená insuflací CO_2, krvácení, infekce).

Srozumitelná edukace pomáhá snížit stres, zvyšuje důvěru ve zdravotnický personál a zlepšuje celkový výsledek léčby. (Demlová et al., 2018; Doškalová & Zeleníková, 2014)

1.13.2 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra zajišťuje jak praktickou, tak psychickou přípravu pacienta. Edukuje pacienta o průběhu výkonu, pomáhá mu pochopit význam jednotlivých pokynů a zodpovídá případné otázky.
Před zákrokem provádí hygienickou přípravu, ověří informovaný souhlas a připravuje pacienta na celkovou anestezii. Zvláštní pozornost je věnována úzkostným nebo starším pacientům, kteří mohou mít obavy z neznámé techniky. (Kelnarová et al., 2020)
Důležitá je i komunikace s rodinou, zejména pokud jde o zajištění následné domácí péče a upozornění na příznaky komplikací. (Hrubá, 2013; Doškalová, Zeleníková, 2014)

1.14 Edukace pacienta po laparoskopickém výkonu

Po laparoskopickém zákroku bývá rekonvalescence rychlejší než po klasické operaci. Přesto je důležité dodržovat určité zásady režimových opatření které jsou:

- První hodiny po výkonu: pacient odpočívá, je monitorován a dostává infuzní terapii.
- Po 6–12 hodinách: je vhodné začít s pomalým posazováním a krátkými procházkami.
- Následující dny: pacient se postupně vrací k běžné činnosti, ale bez větší fyzické zátěže. Nedoporučuje se zvedání těžkých předmětů po dobu 2–4 týdnů. Návrat do práce závisí na typu zákroku a charakteru zaměstnání. (Škrla et al., 2014; Demlová et al., 2018)

1.14.1 Péče o rány

Laparoskopie zanechává pouze drobné ranky, které je však nutné řádně ošetřovat:

- Rány by měly být udržovány v suchu a čistotě, sprchování bývá povoleno po 1–2 dnech.
- Je třeba sledovat známky infekce: zarudnutí, otok, bolest nebo výtok z rány.
- Převazy se řídí pokyny zdravotnického personálu – často není nutné je měnit denně. (Doškalová & Zeleníková, 2014)

1.14.2 Stravovací režim

Po laparoskopickém výkonu lze obvykle zahájit příjem tekutin v den operace, následovaný lehkou stravou:

- Začíná se tekutou nebo kašovitou stravou,
- V dalších dnech je možný přechod na běžnou dietu podle tolerance,
- Doporučuje se vyhýbat těžce stravitelným a nadýmavým potravinám. Strava by měla být lehce stravitelná, nenadýmavá, s dostatkem vlákniny a tekutin. (Vokurka & Hugo, 2015; Kelnarová et al., 2020)

1.14.3 Prevence komplikace

Pacient by měl být edukován o možných pooperačních komplikacích a jejich prevenci:

- Dechová cvičení a mobilizace snižují riziko plicních komplikací.
- Sledování rány pomáhá včas odhalit infekci.
- V případě horečky, bolesti břicha, nevolnosti nebo jiných potíží je nutné ihned kontaktovat lékaře.
- U některých typů výkonů může být doporučena i antitrombotická prevence. (Hrubá, 2013; Farkašová et al., 2005)
-

1.14.4 Psychická podpora a edukace rodiny

I přes miniinvazivní přístup může být pooperační období pro pacienta stresující. Je důležité:

- Podpořit pacienta psychicky a vysvětlit mu běžné projevy po výkonu, jako je např. bolest ramen z CO_2,
- Zapojit rodinu do péče a informovat ji o pooperačním režimu,
- Poskytnout kontakt na zdravotnické zařízení v případě komplikací. (Hrubá, 2013; Kelnarová et al., 2020)

1.15 Edukace pacienta před resekcí střeva

Resekce střeva je chirurgický výkon, při kterém se odstraní část střeva. Tento zákrok se provádí v případech, kdy dojde k vážnému poškození střeva, například u nádorů, Crohnovy choroby, divertikulitidy nebo ischémie střev. Po odstranění postižené části střeva se zdravé části opět spojí. (Mikyška, 2006)

Resekce může být prováděna laparoskopicky (miniinvazivně) nebo otevřenou metodou, záleží na rozsahu poškození střeva a dalších faktorech, jako je stav pacienta. (Bednářová a kol., 2010)

„Resekce střeva je často nezbytná pro záchranu života pacienta a zajištění jeho dalšího normálního fungování.“ *(Mikyška, 2006)*

1.15.1 Cíle předoperační edukace

Předoperační edukace u pacientů, kteří podstoupí resekci střeva, je klíčová pro úspěšný průběh operace i rychlejší rekonvalescenci. (Bednářová a kol., 2010)
Edukace by měla pokrýt následující oblasti:

- důvod operace (vysvětlení nemoci a jejího vlivu na střevo),
- typ operace (laparoskopická vs. otevřená metoda),
- předoperační příprava (lačnění, vyšetření, vynechání některých léků),
- možné komplikace (krvácení, infekce, poruchy střevní motility),
- pooperační režim (vhodná strava, monitorování stolice, první pohyby střev),
- informace o kolostomii (pokud by byla nezbytná – dočasná nebo trvalá).

„U pacientů podstupujících resekci střeva je důležitá edukace o životě s kolostomií nebo o rehabilitaci střevní funkce po operaci.“ *(Bednářová a kol., 2010)*

1.15.2 Role všeobecné a praktické sestry

Všeobecná a praktická sestra má zásadní roli nejen v předoperační edukaci, ale i v pooperačním období, kdy se pacient musí vyrovnat s novými podmínkami, jako je změněná funkce střeva (pokud došlo k odstranění větší části střeva) nebo potřeba používání stomie. (Bednářová a kol., 2010)
Všeobecná a praktická sestra by měla:

- poskytnout pacientovi všechny důležité informace o samotné operaci, rizicích a pooperační péči,
- vést pacienta při přípravě na operaci (např. vysvětlit, jak se připravit na lačnění, jaké léky vysadit),
- monitorovat pooperační stav pacienta, včetně správného příjmu stravy, kontroly střevní funkce a prevenci komplikací. (Hrubá, 2013)

1.16 Edukace pacienta po resekci střev

Pacient by měl být informován o pooperačním režimu a edukován o důležitosti dodržování klidového režimu, postupné mobilizaci a správném způsobu vstávání z lůžka. Je třeba upozornit na nutnost šetrného pohybu, aby nedošlo k narušení operační rány nebo vzniku kýly. (Špatenková, 2020)

1.16.1 Péče o operační ránu

Pacienta je nutné seznámit s hygienou a péčí o ránu. Edukace by měla zahrnovat sledování známek infekce (zarudnutí, otok, sekrece, bolest), potřebu udržování rány v suchu a informaci, kdy vyhledat lékaře. (Pokorná, 2015)

1.16.2 Stravovací režim

Po resekci střev může být nutná změna stravovacích návyků. Pacient je veden k dietnímu režimu dle doporučení nutričního terapeuta nebo lékaře. Strava je zpočátku kašovitá nebo tekutá, postupně se zavádí běžná strava s důrazem na lehce stravitelná jídla. Je důležité vysvětlit potřebu častějších menších porcí a vyhýbání se nadýmavým a těžce stravitelným potravinám. (Kolektiv autorů, 2018)

1.16.3 Defekační návyky a sledování stolice

Po operaci může dojít ke změně četnosti a konzistence stolice. Pacient by měl být edukován, že tyto změny jsou do určité míry běžné, ale také by měl vědět, kdy je nutné kontaktovat lékaře (např. průjmy, přítomnost krve ve stolici, zácpa). (Jelínková, 2019)

1.16.4 Farmakoterapie

Pacient by měl znát své léky, způsob jejich užívání, možné nežádoucí účinky a důležitost jejich pravidelného užívání. V případě, že je nasazena antibiotická nebo antikoagulační léčba, je třeba upozornit na specifická rizika. (Demlová, 2016)

1.16.5 Psychická podpora a edukace rodiny

Po operaci může pacient pociťovat úzkost nebo obavy z návratu k běžnému životu. Edukace by měla zahrnovat i podporu psychického stavu a motivaci. Je vhodné zapojit rodinu, která může významně pomoci s adaptací na nové podmínky. (Vaňková, 2017)

1.16.6 Následná péče a kontroly

Pacient musí být informován o nutnosti pravidelných kontrol u lékaře a případných dalších vyšetření. Včasné zachycení komplikací je klíčové pro úspěšnou rekonvalescenci. (Špatenková, 2020)

2 Výzkumná část

2.1 Výzkumné otázky a cíle

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem probíhá edukace pacientů před a po operaci dutiny břišní v klinické praxi.

Cíl 2: Cílem je zmapovat obsah a formu edukace pacientů poskytovanou všeobecnými nebo praktickými sestrami, a tím zjistit, jaká témata jsou pacientům nejčastěji předávána a jakými metodami.

Cíl 3: Identifikovat hlavní překážky a omezení, které všeobecné a praktické sestry vnímají při edukaci pacientů v perioperačním období, se zaměřením na časové podmínky, dostupnost edukačních materiálů, efektivitu edukace a návrhy na její zlepšení.

1. Jakým způsobem všeobecné či praktické sestry provádějí edukaci pacientů před operací dutiny břišní?
2. Jaká jsou hlavní témata edukace pacientů po operaci dutiny břišní a kdo ji nejčastěji provádí?
3. Jaké bariéry vnímají všeobecné či praktické sestry při edukaci pacientů v perioperačním období?

2.2 Metodika výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala průzkumně výzkumnou práci, pro získání dat jsem použila dotazníkové šetření. Dotazník obsahuje 16 otázek, z nichž 9 je uzavřených, 6 polootevřených a jedna otevřená.
Dotazníkové šetření slouží ke zjištění zkušenosti a realizaci edukace pacientů před a po operaci dutiny břišní. Dále jak jsou všeobecné a praktické sestry spokojeny s možností a využití edukačních materiálů v praxi.

2.2.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou respondentů byly všeobecné a praktické sestry na chirurgických odděleních a chirurgických jednotkách intenzivní péče ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně.

2.2.2 Průběh výzkumu a dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření bylo realizováno na chirurgických standardních odděleních a chirurgických jednotkách intenzivní péče, kde je poskytována komplexní ošetřovatelská péče pacientům v předoperačním i pooperačním období. Výzkum probíhal v období od září do října roku 2025 a byl zaměřen na získání informací o obsahu a formě edukace pacientů z pohledu všeobecných a praktických sester.
Dotazníky byly respondentům předávány osobně v tištěné podobě, přičemž jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné a anonymní**.** Na úvodní straně dotazníku byly uvedeny pouze základní identifikační údaje o autorce výzkumu – jméno, název školy, studovaný obor a stručné vymezení cíle šetření, aby byli respondenti seznámeni s účelem a významem výzkumu.
Rozdáno bylo celkem 113 dotazníků a všechny byly použity pro vyhodnocení výzkumu.
Vzhledem k časové vytíženosti výzkumu, i všeobecných a praktických sester na chirurgických odděleních i jednotkách intenzivní péče byl dotazník koncipován stručně, přehledně a věcně**,**

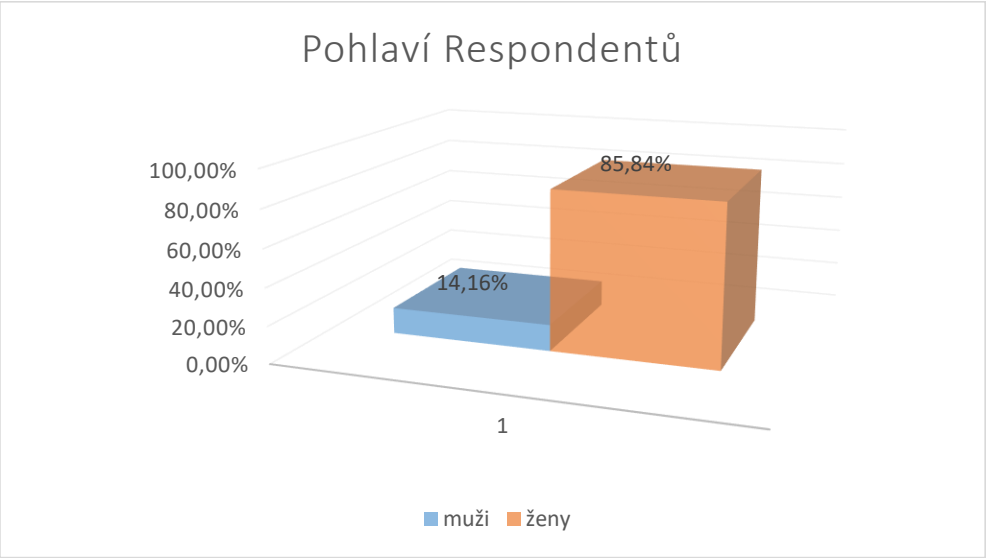
aby jeho vyplnění nezabralo příliš času. Otázky byly formulovány jasně a srozumitelně a zaměřovaly se výhradně na oblasti související s realizací edukačního procesu, jeho obsahem, formou a přístupem všeobecných a praktických sester k edukaci pacientů.
Cílem takto zvoleného postupu bylo získat pravdivé a relevantní informace z klinické praxe, které by odrážely skutečné zkušenosti zdravotnického personálu, a zároveň minimalizovat administrativní zátěž respondentů.

2.3 Výsledky

Pro analýzu výsledků bylo použito 113 dotazníků. Výsledky jsou zpracovány do grafů s vyjádřením absolutní a relativní četností. Prvních pět otázek bylo využity k charakteristice vzorku respondentů.

2.3.1 Výsledky výzkumu

Otázka číslo 1: Pohlaví respondentů

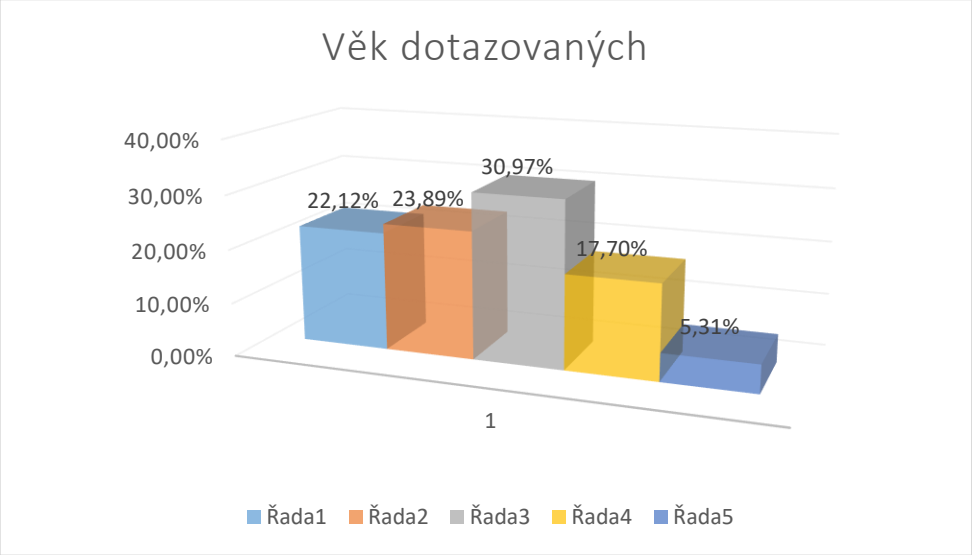


Graf číslo 1

Zdroj: vlastní výzkum 2025

Z grafu 1 je patrné, že mezi respondenty převládají ženy, které tvoří 85,8 % všech dotazovaných, zatímco muži představují pouze 14,2 %. Tento výsledek odpovídá obecnému trendu v ošetřovatelství, kde převažují ženy. Vysoké zastoupení žen v ošetřovatelské profesi je dlouhodobě spojováno s charakterem povolání, které vyžaduje empatii, trpělivost a schopnost poskytovat péči. Tyto údaje jsou důležité i z hlediska interpretace výsledků, protože mohou ovlivnit postoje k edukační činnosti a komunikaci s pacienty.

Otázka číslo 2: Věk respondentů

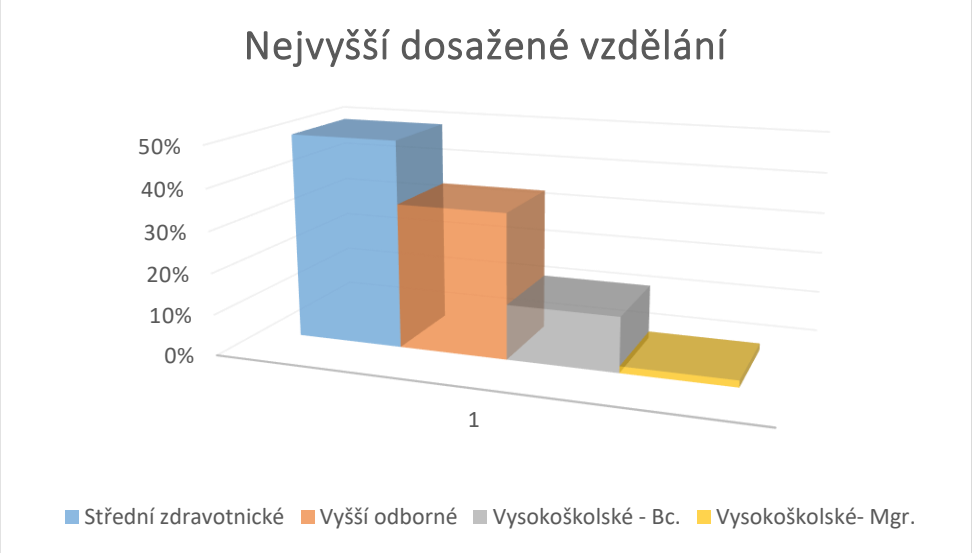


Graf číslo 2

Zdroj: vlastní výzkum 2025

Z grafu 2 vyplývá, že nejpočetnější skupinu tvoří sestry ve věku 36–45 let (30,9 %), následované skupinou 26–35 let (23,9 %) a 46–55 let (17,7 %). Tyto výsledky ukazují, že většina respondentů je v produktivním věku s dostatečnou profesní zkušeností. Zastoupení mladších i starších věkových skupin naznačuje rozmanitost ve zkušenostech a přístupech k edukaci pacientů. Vyvážená věková struktura může pozitivně ovlivnit kvalitu edukační činnosti, protože kombinuje moderní přístupy i zkušenosti z praxe.

Otázka číslo 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



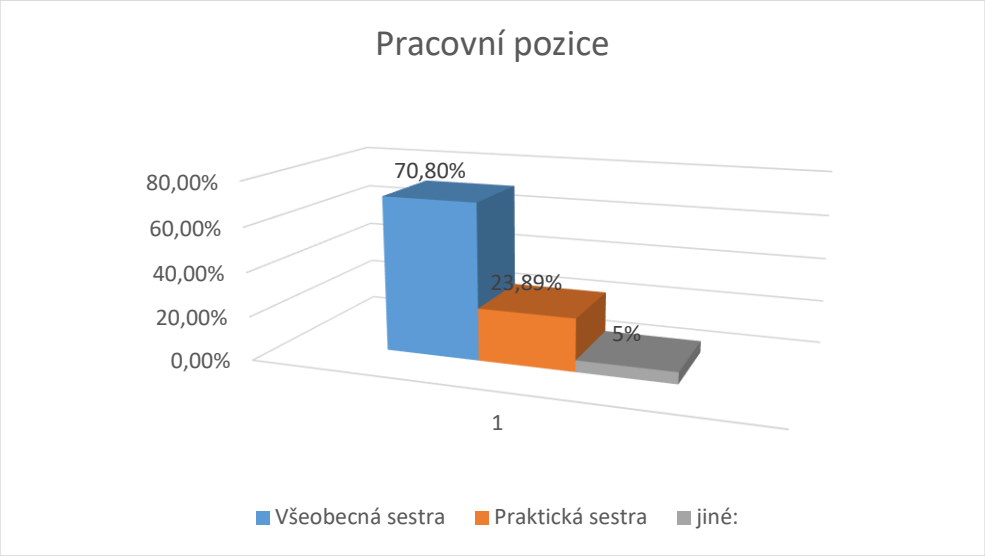
Graf číslo 3

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Podle grafu 3 má polovina dotazovaných sester středoškolské vzdělání, 35 % vyšší odborné vzdělání, 13,3 % bakalářské a 1,7 % magisterské vzdělání. Tento výsledek odpovídá běžnému rozložení vzdělání v českém ošetřovatelství. Vyšší úroveň vzdělání může být spojena s lepší orientací v edukační problematice, moderními metodami edukace i s větší důvěrou při vedení

pacientů k samostatnosti. Nižší zastoupení vysokoškolsky vzdělaných sester může naznačovat, že teoretické znalosti jsou často doplňovány zkušenostmi z praxe.

Otázka číslo 4: Pracovní pozice

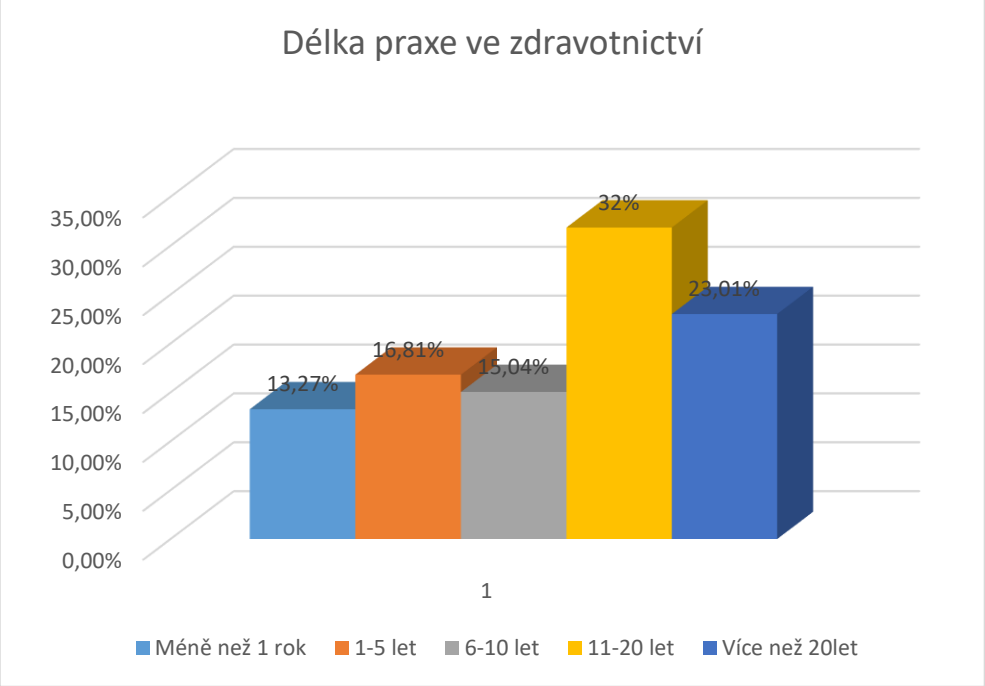


Graf číslo 4

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 4 vyplývá, že největší část tvoří všeobecné sestry (70,8 %), následované praktickými sestrami (23,9 %) a jinými profesemi (5,3 %). Převažující zastoupení všeobecných sester odpovídá charakteru výzkumu, který se zaměřuje na ošetřovatelský personál s přímým kontaktem s pacientem. Tento poměr potvrzuje, že zjištění reflektují pohled těch, kteří jsou hlavními nositeli edukačního procesu. Menší zastoupení jiných profesí může souviset s nižší angažovaností v přímé edukaci pacientů.

Otázka číslo 5: Délka praxe ve zdravotnictví

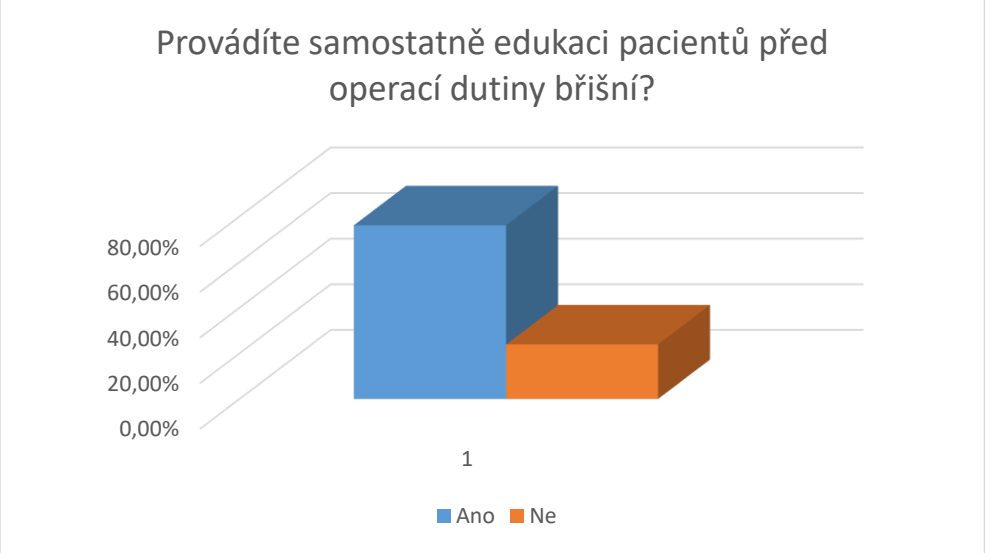


Graf číslo 5

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Jak ukazuje graf 5, největší skupinu tvoří všeobecné a praktické sestry s praxí 11–20 let (31,9 %), dále následují sestry s praxí delší než 20 let (23 %). Tyto údaje naznačují, že většina respondentů má rozsáhlé pracovní zkušenosti, což může pozitivně ovlivňovat kvalitu edukace pacientů. Zkušenější všeobecné a praktické sestry obvykle lépe zvládají komunikaci, identifikují potřeby pacientů a dokážou edukaci přizpůsobit individuálním možnostem pacienta. Výsledky tedy potvrzují, že výzkumu se účastnily především všeobecné a praktické sestry s významnou praxí a odbornou jistotou.

Otázka číslo 6: Provádíte samostatně edukace pacientů před operací dutiny břišní?

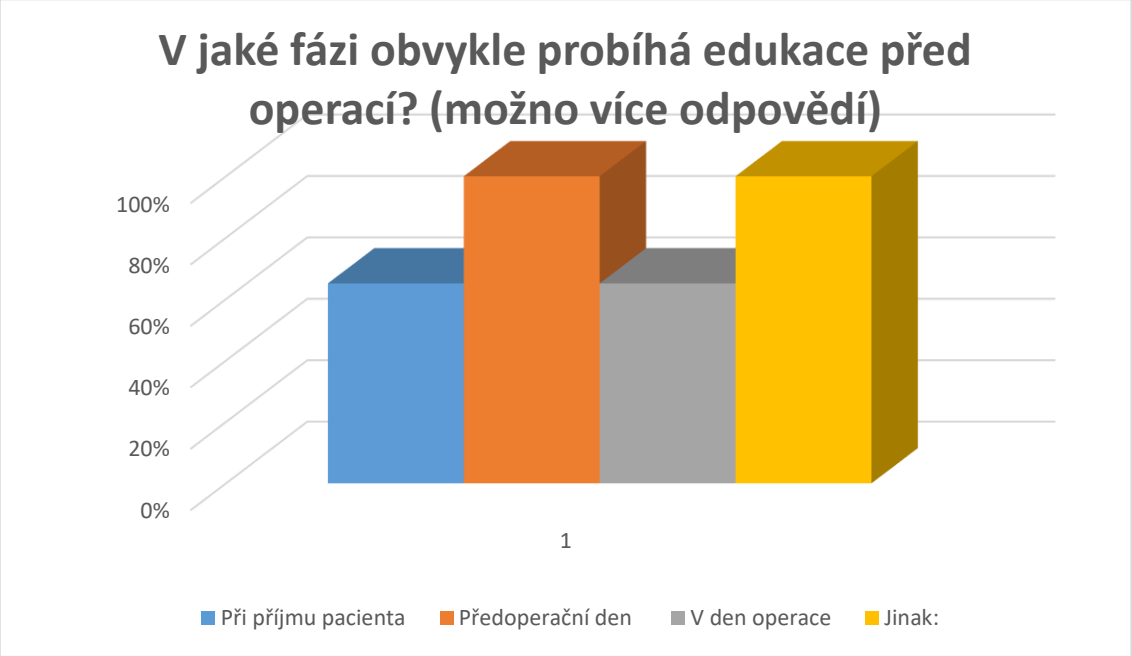


Graf číslo 6

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 6 vyplývá, že většina sester (76,1 %) uvádí, že edukaci pacientů skutečně provádí, zatímco 23,9 % nikoli. To potvrzuje, že edukační činnost je běžnou součástí ošetřovatelské praxe. Menší podíl všeobecných a praktických sester, které edukaci neprovádějí, může být ovlivněn nedostatkem času, personálu nebo chybějícími edukačními materiály. Výsledky ukazují, že povědomí o důležitosti edukace je vysoké, avšak její realizace může být limitována organizačními faktory.

Otázka číslo 7: V jaké fázi obvykle probíhá edukace před operací?

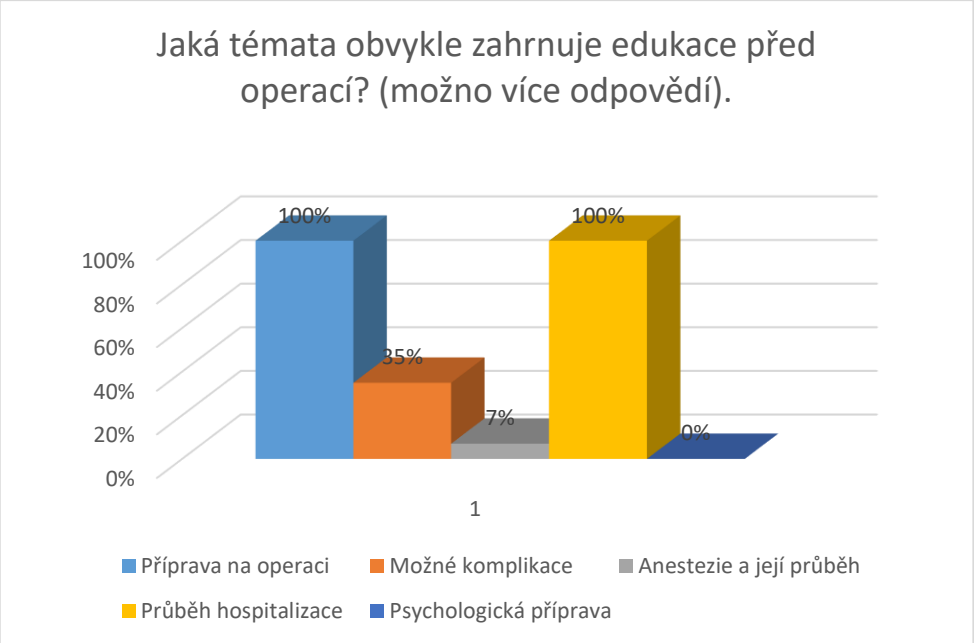


Graf číslo 7

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Graf 7 znázorňuje, že edukace je nejčastěji prováděna v předoperační den (100 %), zatímco při příjmu a v den operace je zastoupena u 65 % všeobecných a praktických sester. Tento výsledek je pozitivní, protože předoperační den poskytuje dostatek prostoru pro komunikaci, vysvětlení postupu i zodpovězení dotazů pacientů. Edukace při příjmu či v den operace může být vnímána jako doplňková, zaměřená spíše na organizační a praktické pokyny. Načasování edukace hraje významnou roli v připravenosti pacienta a ovlivňuje jeho psychickou pohodu i spolupráci při léčbě.

Otázka číslo 8: Jaká témata zahrnuje edukace před operací?

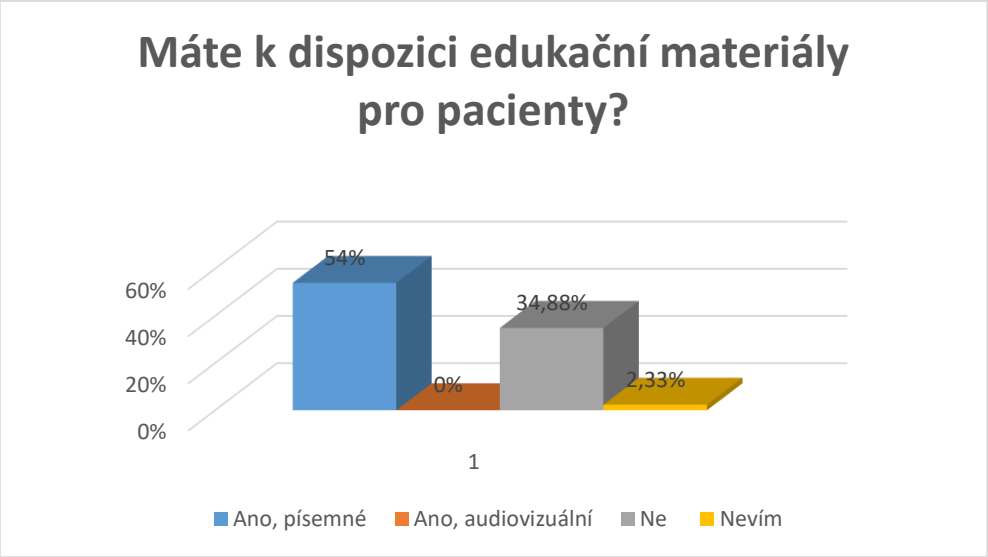


Graf číslo 8

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 8 vyplývá, že všeobecné a praktické sestry nejčastěji edukují pacienty o přípravě na operaci a průběhu hospitalizace (100 %). Méně často se zaměřují na možné komplikace (34,9 %) a anestezii (7 %), zatímco psychologická příprava je zcela opomíjena. Tento výsledek poukazuje na skutečnost, že edukace se orientuje především na praktické aspekty péče, méně však na psychickou podporu pacienta. Zařazení psychologické složky by mohlo přispět ke snížení stresu a obav pacientů před výkonem.

Otázka číslo 9: Máte k dispozici edukační materiály pro pacienta?

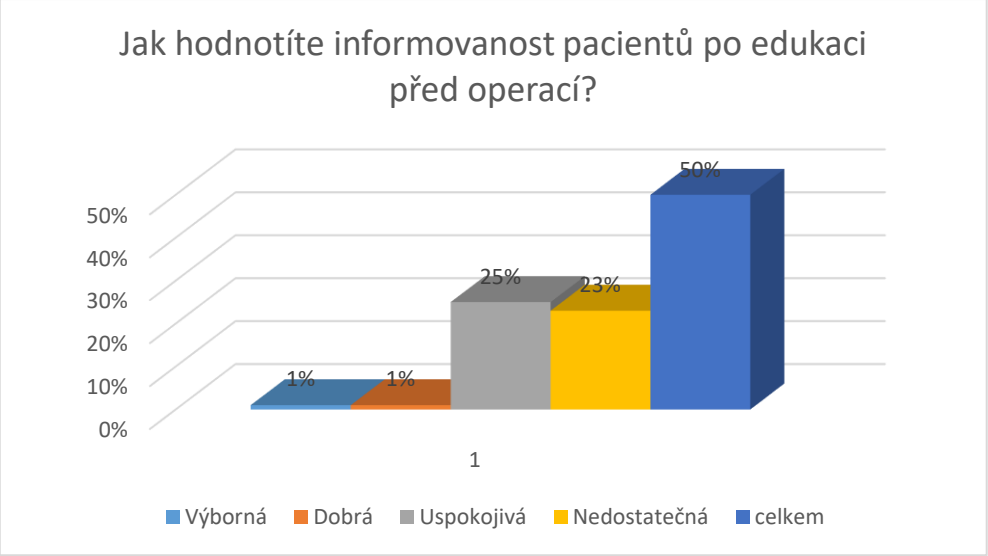


Graf číslo 9

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Podle grafu 9 více než polovina respondentů (54 %) využívá při edukaci písemné materiály, zatímco 34,9 % je nepoužívá a 2,3 % si nejsou jisti. Audiovizuální pomůcky nejsou využívány vůbec. Tyto výsledky naznačují, že i když jsou písemné materiály relativně běžné, existuje prostor pro rozšíření multimediálních forem edukace. Použití videí či obrázků by mohlo zvýšit srozumitelnost informací a zlepšit zapamatování klíčových pokynů pacientem.

Otázka číslo 10: Jak hodnotíte informovanost pacientů po edukaci před operací?

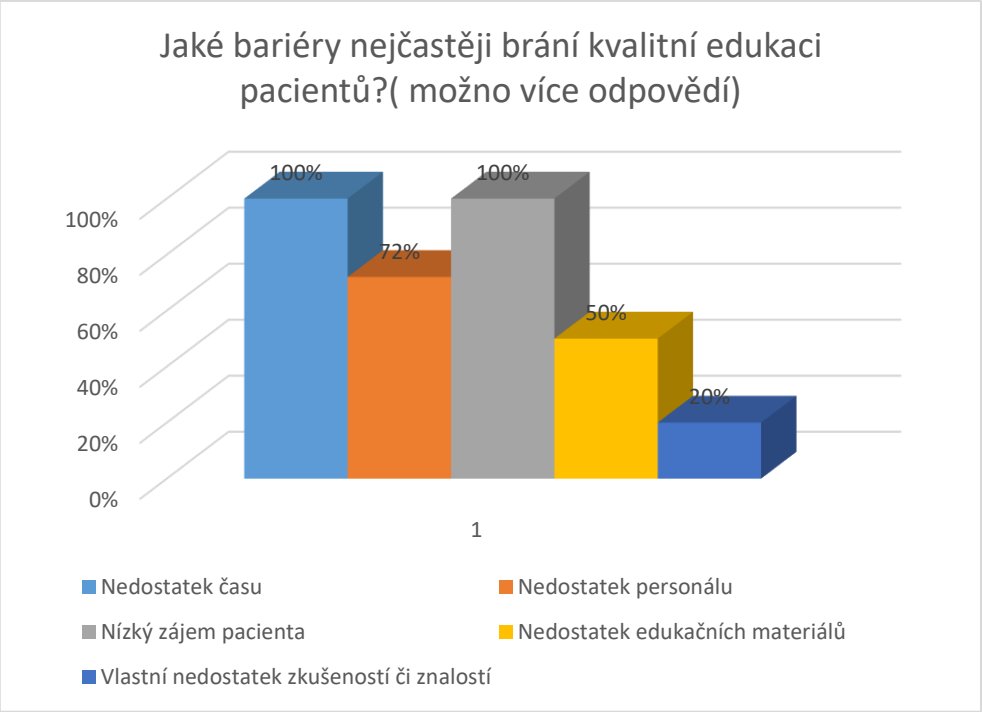


Graf číslo 10

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 10 vyplývá, že většina všeobecných a praktických sester hodnotí kvalitu edukace jako uspokojivou (25 %) nebo nedostatečnou (23 %). Pouze 2 % hodnotí edukaci jako výbornou či dobrou. To naznačuje, že všeobecné a praktické sestry si uvědomují rezervy v této oblasti a vnímají prostor ke zlepšení. Zlepšení by mohlo být dosaženo zejména zvýšením časových možností, lepší dostupností materiálů a systematickou podporou ze strany vedení.

Otázka číslo 11: Jaké bariéry nejčastěji brání kvalitní edukaci pacientů?

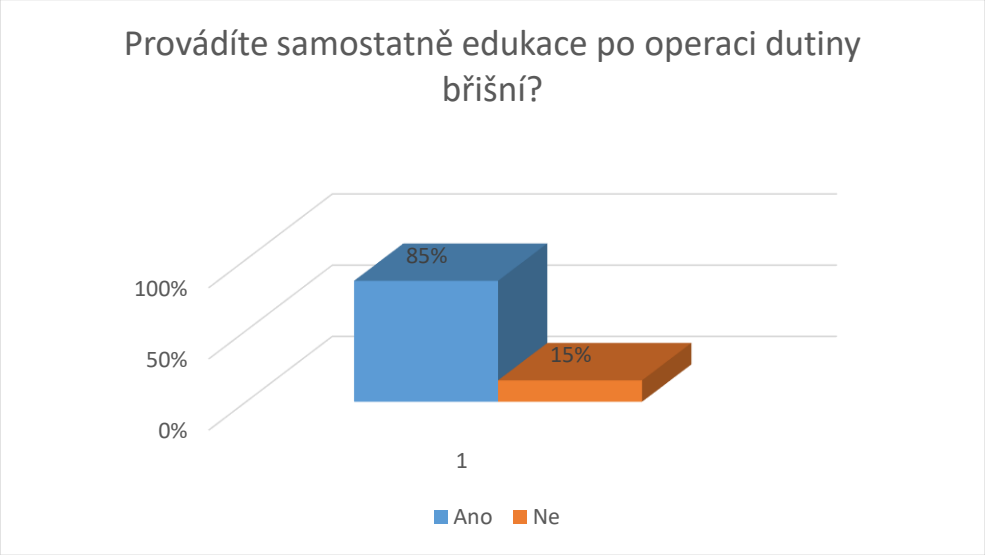


Graf číslo 11

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Graf 11 ukazuje, že za nejčastější překážky považují všeobecné a praktické sestry nedostatek času (100 %), nízký zájem pacientů (100 %) a nedostatek personálu (72 %). Dalšími faktory jsou nedostatek materiálů (50 %) a vlastní nedostatek zkušeností (20 %). Tyto výsledky potvrzují, že edukační činnost je často omezena provozními podmínkami a že všeobecné a praktické sestry potřebují větší organizační i metodickou podporu. Současně je patrná potřeba dalšího vzdělávání všeobecných a praktických sester v oblasti edukačních dovedností.

Otázka číslo 12: Provádíte samostatně edukace po operaci dutiny břišní?

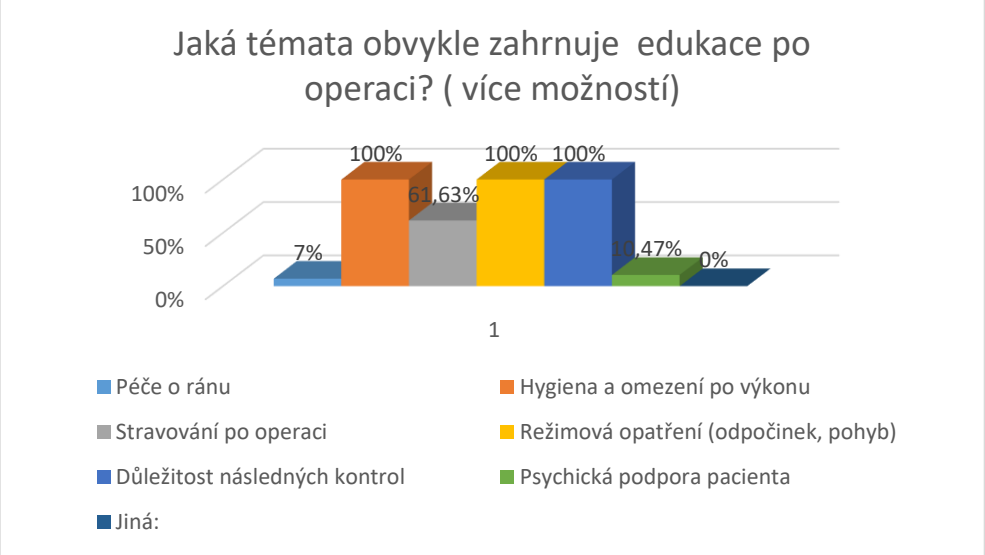


Graf číslo 12

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Podle grafu 12 provádí pooperační edukaci 85 % všeobecných a praktických sester, zatímco 15 % nikoli. To dokládá, že většina všeobecných a praktických sester považuje edukaci i po výkonu za součást kontinuální péče. Pooperační edukace je zásadní pro prevenci komplikací, správnou rehabilitaci a rychlejší návrat pacienta k běžným činnostem. Menší podíl všeobecných a praktických sester, které tuto edukaci neprovádějí, může souviset s nedostatkem času nebo s organizačními zvyklostmi oddělení.

Otázka číslo 13: Jaká témata obvykle zahrnuje edukace po operaci?



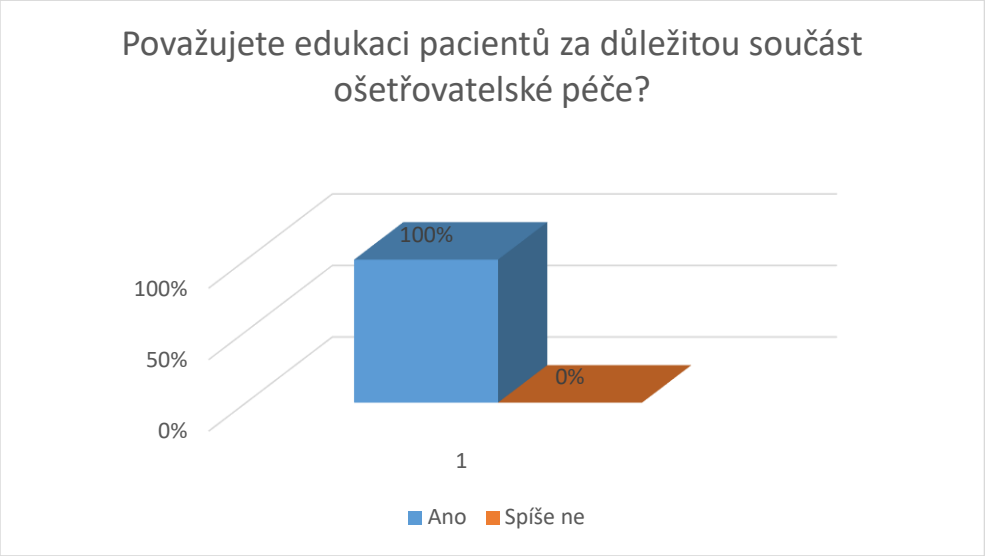
Graf číslo 13

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 13 vyplývá, že nejčastějšími tématy pooperační edukace jsou hygiena a režimová opatření (100 %), dále důležitost kontrol (100 %) a stravování (62 %). Péče o ránu byla zmíněna jen u 7 % respondentů. To může naznačovat, že všeobecné či praktické sestry považují hygienu a režim za samozřejmou součást péče, ale specifické aspekty, jako je péče o operační ránu,

nejsou vždy dostatečně zdůrazněny. Důraz na individuální rizika by mohl přispět k lepší prevenci komplikací a zvýšení adherence pacientů.

Otázka číslo 14: Považujete edukaci pacientů za důležitou součást ošetřovatelské péče?

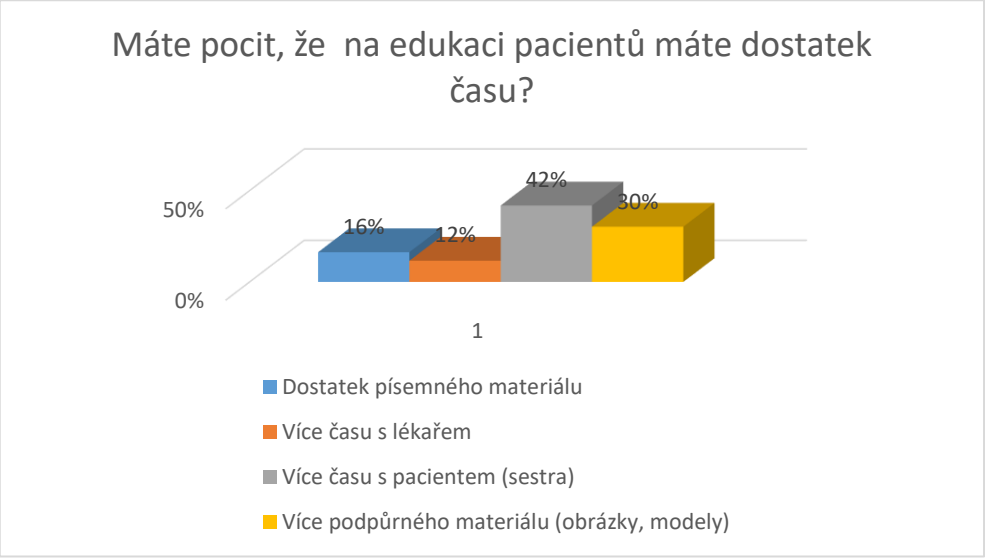


Graf číslo 14

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Graf 14 jednoznačně ukazuje, že všechny všeobecné a praktické sestry (100 %) kontrolují, zda pacient edukaci pochopil. Tento výsledek je velmi pozitivní, protože ověření porozumění je základním prvkem efektivní edukace. Zajišťuje, že pacient rozumí pokynům a je schopen je správně aplikovat v praxi. Takto důsledný přístup přispívá k bezpečnosti pacienta i k efektivitě ošetřovatelské péče.

Otázka číslo 15: Máte pocit, že edukace pacientů máte dostatek času?



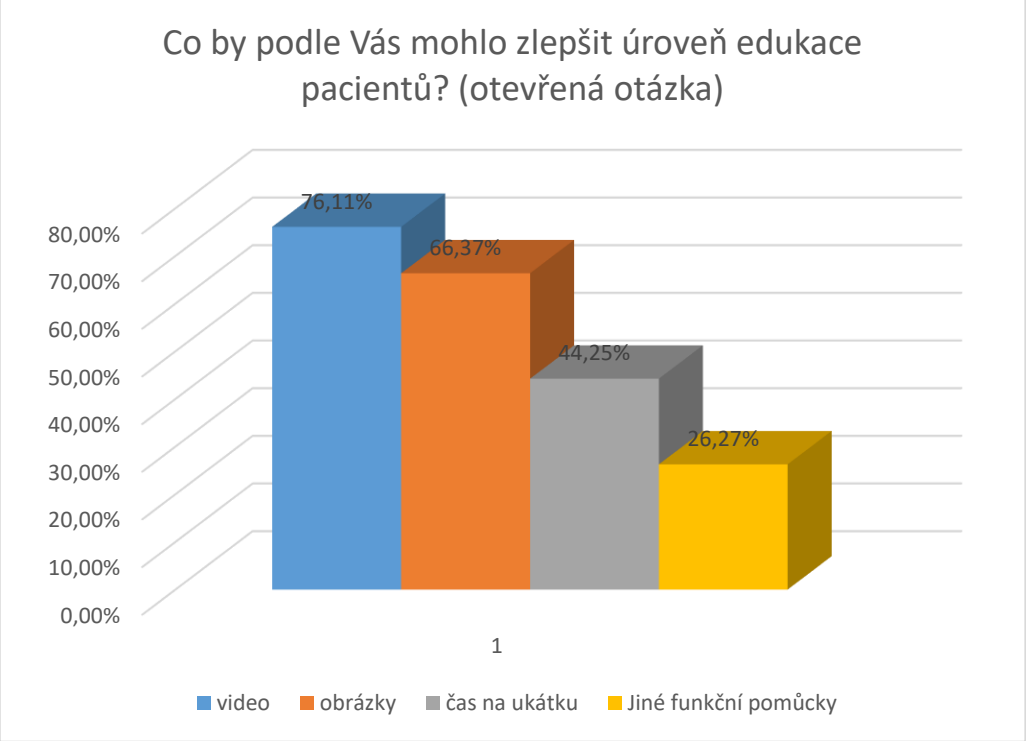
Graf číslo 15

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Z grafu 15 vyplývá, že 41,8 % respondentů uvedlo odpověď „spíše ne“ a 30,2 % „ne“, což znamená, že většina všeobecných a praktických sester pociťuje časovou tíseň při provádění edukace. Pouze 16,3 % uvedlo, že mají na edukaci dostatek času. Tento výsledek potvrzuje, že

časová náročnost ošetřovatelské práce je jedním z hlavních limitujících faktorů. Zavedení plánované edukační činnosti nebo lepší organizace práce by mohly tento problém zmírnit.

Otázka číslo 16: Co by podle Vás mohlo zlepšit úroveň edukace pacientů?



Graf číslo 16

Zdroj: Vlastní výzkum 2025

Graf 16 ukazuje, že všeobecné a praktické sestry nejčastěji využívají videozáznamy (76 %) a obrázky (66 %), méně často pomůcky pro ukázku (44 %) a jiné pomůcky (26 %). Tento výsledek naznačuje snahu o využití moderních forem edukace, které jsou pro pacienty názornější a srozumitelnější. Audiovizuální podpora může významně zlepšit porozumění, zejména u starších nebo úzkostných pacientů. Další rozvoj vizuálních pomůcek by mohl zvýšit kvalitu edukačního procesu a podpořit aktivní zapojení pacientů.

2.3.2 Porovnání vlastních cílů

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem probíhá edukace pacientů před a po operaci dutiny břišní v klinické praxi.

Tento cíl byl splněn prostřednictvím dotazníkového šetření mezi všeobecnými a praktickými sestrami na chirurgických odděleních. Výsledky ukázaly, že edukace pacientů probíhá převážně ústní formou, nejčastěji individuálně při přijetí a před výkonem. Po operaci je edukace zaměřena na péči o operační ránu, pohybový režim, stravování a prevenci komplikací.

Cíl 2: Zmapovat obsah a formu edukace pacientů poskytovanou všeobecnými nebo praktickými sestrami a zjistit, jaká témata jsou pacientům nejčastěji předávána a jakými metodami.

I tento cíl byl naplněn. Z výsledků vyplývá, že nejčastějšími tématy edukace jsou informace o přípravě k operaci, pooperačním režimu, hygieně, medikaci a možné komplikace. Z hlediska forem převažuje ústní edukace, zatímco písemné a vizuální pomůcky jsou využívány jen

okrajově. To potvrzuje potřebu širšího využívání standardizovaných edukačních materiálů, které by pacientům usnadnily porozumění a zapamatování informací.

Cíl 3: Identifikovat hlavní překážky a omezení, které všeobecné a praktické sestry vnímají při edukaci pacientů v perioperačním období.

Také tento cíl byl splněn. Respondentky nejčastěji uváděly jako bariéry nedostatek času, vysokou pracovní zátěž, nízkou motivaci pacientů a nedostatečnou dostupnost vhodných edukačních pomůcek. Z odpovědí rovněž vyplynula potřeba větší podpory ze strany vedení a lepší mezioborové spolupráce.

Na základě vyhodnocených dat lze uzavřít, že práce přinesla přehled o současném stavu edukace pacientů v perioperační péči a nabídla podněty k jejímu dalšímu rozvoji. Získané poznatky mohou být využity pro tvorbu doporučení a edukačních standardů, které by mohly přispět ke zvýšení kvality a efektivity ošetřovatelské péče.

Diskuse

Výsledky dotazníkového šetření poskytují podrobný obraz o tom, jak všeobecné a praktické sestry realizují edukaci pacientů v perioperačním období (před a po operaci dutiny břišní), jaká témata v edukaci dominují a jaké bariéry v praxi vnímají. Charakteristika souboru naznačuje, že závěry vycházejí z praxe sester s vysokým podílem přímé práce s pacienty: mezi respondentkami převažovaly ženy (85,8 %), muži tvořili 14,2 %. Věkově dominovala skupina 36–45 let (30,9 %), následovaná 26–35 lety (23,9 %) a 46–55 lety (17,7 %). Z hlediska vzdělání mělo 50 % středoškolské, 35 % vyšší odborné, 13,3 % bakalářské a 1,7 % magisterské vzdělání. Největší profesní skupinu tvořily všeobecné sestry (70,8 %), dále praktické sestry (23,9 %) a jiné profese (5,3 %). Zkušenost souboru je podpořena i délkou praxe: nejpočetnější byla kategorie 11–20 let (31,9 %) a více než 20 let (23 %).

1. Jakým způsobem všeobecné a praktické sestry provádějí edukaci pacientů před operací dutiny břišní

Podle výsledků šetření edukaci preoperačně skutečně provádí 76,1 % respondentů, zatímco 23,9 % nikoli. Načasování je koncentrováno zejména do předoperačního dne, kdy edukaci realizuje 100 % respondentů; další kontakt probíhá při příjmu a v den výkonu u 65 % všeobecných a praktických sester. Převažující formou je stručný ústní výklad, který je v časově náročném provozu nejpraktičtější. (Pokorná, 2010) Více než polovina respondentů (54 %) používá také písemné materiály, 34,9 % je nepoužívá a 2,3 % si nejsou jisté jejich využitím. Audiovizuální podpora v této části edukace využívána nebývá. Z hlediska obsahu preoperační edukace jednoznačně dominuje příprava na operaci a průběh hospitalizace (100 %), méně časté je probírání možných komplikací (34,9 %) a anestezie (7 %), zatímco psychologická příprava není zmiňována. (Kelnarová, 2012; Heczková, 2016) Tyto výsledky ukazují na převahu praktických a organizačních informací nad psychologickými aspekty přípravy pacienta. (Jarošová, 2011)

Za důležité lze považovat, že všechny všeobecné i praktické sestry deklarují ověřování porozumění (100 %), což odpovídá doporučeným postupům moderní edukace. (Pokorná, 2010) V praxi to naznačuje důraz na to, aby pacient rozuměl pokynům a byl schopen je aplikovat. Zároveň se však ukazuje rozpor v deklarovaném využití audiovizuálních pomůcek: zatímco v preoperační části nejsou zmiňovány, v obecné položce o pomůckách sestry uvádějí jejich časté využití. Rozdíl lze vysvětlit různým kontextem otázek – konkrétní preoperační situace vs. obecné pomůcky používané v celém edukačním procesu. (Heczková, 2016)

2. Jaká jsou hlavní témata edukace pacientů po operaci dutiny břišní a kdo ji nejčastěji provádí

Pooperační edukaci provádí 85 % respondentů, 15 % ji neprovádí. Obsahově je zaměřena zejména na hygienu a režimová opatření (100 %), dále na význam kontrol (100 %) a stravování (62 %). (Zadák, 2009) Specifická témata, jako je péče o operační ránu, jsou akcentována méně (7 %), což ukazuje na prostor pro posílení individualizovaných informací o varovných příznacích a zásadách bezpečné péče v domácím prostředí. (Heczková, 2016) Z vyjádření všeobecných a praktických sester i z povahy témat vyplývá, že na edukaci se v pooperační fázi často podílí multidisciplinární tým (lékař, nutriční terapeut, fyzioterapeut), zatímco praktickou a každodenní instruktáž zajišťují převážně všeobecné a praktické sestry. (Kelnarová, 2012) Tento model odpovídá modernímu pojetí kontinuální péče a doporučením ERAS Society Guidelines (2023), kde je důraz kladen na opakovanou, fázovou edukaci a spolupráci celého týmu.

Pokud jde o edukační pomůcky obecně, respondenti nejčastěji uvádějí využití videozáznamů (76 %) a obrázků (66 %), dále praktických pomůcek pro ukázku (44 %) a jiných nástrojů (26 %).

Zjištění naznačují snahu využívat moderní a názorné formy komunikace, které podporují srozumitelnost a zapamatování u pacientů, zejména u seniorů a osob s vyšší mírou obav. (Kelnarová, 2012; Pokorná, 2010)

3. Jaké bariéry vnímají všeobecné a praktické sestry při edukaci pacientů v perioperačním období

Jako dominantní překážky všeobecné a praktické sestry uvádějí nedostatek času (100 %) a nízký zájem části pacientů (100 %), dále nedostatek personálu (72 %), chybějící materiály (50 %) a vlastní nedostatek zkušeností (20 %). (Jarošová, 2011) Vnímání časové tísně potvrzují i odpovědi na přímou otázku: 41,8 % respondentů odpovědělo, že na edukaci nemají spíše dost času, a 30,2 % uvedlo, že čas nemají; dostatek času deklarovalo pouze 16,3 %. Toto zjištění se promítá i do sebehodnocení kvality edukace, kdy převládá hodnocení jako uspokojivá (25 %) či nedostatečná (23 %), zatímco pozitivní hodnocení (dobrá či výborná) uvádí jen 2 % respondentek. Souhrnně řečeno, všeobecné a praktické sestry považují edukaci za důležitou a běžně ji realizují, ale vnímají významné systémové a organizační limity, které snižují prostor pro standardizovanou a konzistentní edukační činnost. (Kelnarová, 2012; Pokorná, 2010)

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků výzkumu lze formulovat několik doporučení, která by mohla přispět ke zkvalitnění edukace pacientů v perioperačním období a podpořit profesní činnost všeobecných a praktických sester:

1. **Zavedení standardizovaných edukačních postupů a materiálů**

   Doporučuje se vytvořit jednotné písemné a vizuální edukační materiály, které by sestry mohly používat při edukaci pacientů před a po operaci dutiny břišní. Tyto materiály by měly obsahovat základní informace o přípravě na operaci, pooperačním režimu, hygieně, stravování, pohybové aktivitě a varovných příznacích komplikací. Standardizace edukace by zvýšila její kvalitu, srozumitelnost a kontinuitu mezi jednotlivými pracovníky.

2. **Podpora kontinuálního vzdělávání sester v oblasti edukačních kompetencí**

   Je žádoucí, aby sestry měly možnost pravidelně se vzdělávat v oblasti komunikace s pacientem, edukačních metod a motivačních technik. Získané znalosti by posílily jejich sebejistotu při edukaci a umožnily by jim lépe reagovat na individuální potřeby pacientů.

3. **Zlepšení organizačních a časových podmínek pro edukaci**

   Významným faktorem zvyšujícím kvalitu edukace je dostatečný časový prostor pro individuální přístup. Doporučuje se, aby vedení zdravotnických zařízení umožnilo sesterám lépe plánovat čas vyhrazený pro edukaci pacientů, případně aby byla edukace integrována jako standardní součást ošetřovatelského procesu.

4. **Podpora mezioborové spolupráce**

   Efektivní edukace vyžaduje spolupráci celého multidisciplinárního týmu – lékařů, sester, nutričních terapeutů, fyzioterapeutů i psychologů. Je vhodné rozvíjet komunikaci mezi těmito profesemi, aby se předešlo nesrovnalostem v informacích předávaných pacientům a byla zajištěna návaznost péče po propuštění z nemocnice.

5. **Využití moderních forem edukace**

   S ohledem na rozvoj digitálních technologií lze doporučit doplnění ústní edukace o multimediální prvky, jako jsou instruktážní videa, edukativní plakáty či interaktivní aplikace. Tyto nástroje mohou pacientům usnadnit porozumění informacím a zlepšit jejich motivaci k aktivnímu zapojení do léčebného procesu.

Realizace výše uvedených doporučení by mohla přispět k vyšší informovanosti pacientů, ke snížení pooperačních komplikací a k celkovému zvýšení kvality ošetřovatelské péče poskytované v perioperačním období.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní, která představuje významnou součást ošetřovatelské péče v perioperačním období. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem je edukace pacientů v klinické praxi realizována, jaký je její obsah a forma, a jaké překážky vnímají všeobecné a praktické sestry při jejím provádění.

Teoretická část práce shrnula základní principy, cíle a metody edukace v ošetřovatelství, zdůraznila význam edukační kompetence všeobecných a praktických sester a popsala roli efektivní komunikace při předávání informací pacientům. Z dostupné odborné literatury (např. Pokorná, 2010; Kelnarová, 2012; Jarošová, 2011) vyplývá, že kvalitní edukace je klíčová pro prevenci komplikací, podporu adherence k léčebnému režimu a pro snížení úzkosti pacientů v souvislosti s chirurgickým výkonem.

Praktická část práce přinesla konkrétní poznatky z dotazníkového šetření mezi všeobecnými a praktickými sestrami pracujícími na chirurgických odděleních. Z výsledků vyplynulo, že edukace pacientů je prováděna pravidelně, nejčastěji ústní formou, bez širšího využití písemných nebo vizuálních edukačních materiálů. Všeobecné a praktické sestry se zaměřují především na témata týkající se přípravy k operaci, hygieny, lačnění, pooperačního režimu, péče o ránu a prevence komplikací. Významná část respondentek uvedla, že hlavní překážkou kvalitní edukace je časová vytíženost, nedostatek prostoru k individuálnímu přístupu a absence jednotných edukačních materiálů.

Z výzkumu dále vyplynulo, že sestry považují edukaci za neoddělitelnou součást své práce, zároveň však upozorňují na potřebu větší podpory ze strany vedení, dalšího vzdělávání a lepší organizace práce. Mezi návrhy na zlepšení edukace patří tvorba standardizovaných edukačních pomůcek, zavedení strukturovaných postupů a rozšíření spolupráce mezi lékaři a všeobecnými a praktickými sestrami.

Na základě dosažených výsledků lze konstatovat, že všechny stanovené cíle práce byly naplněny. Výzkum prokázal, že sestry mají snahu poskytovat pacientům kvalitní informace a podporu, avšak systémové a organizační bariéry mohou snižovat efektivitu edukačního procesu. Závěry práce mohou být využity jako podklad pro zkvalitnění edukace pacientů v chirurgické péči, například formou zavedení edukačních standardů, tvorbou tištěných i digitálních materiálů či podporou kontinuálního vzdělávání všeobecných a praktických sester.

Edukace pacientů představuje důležitý nástroj pro zvýšení informovanosti, bezpečí a spokojenosti pacientů a zároveň přispívá k posílení odborné role všeobecných a praktických sester. Je proto žádoucí, aby byla této oblasti i nadále věnována pozornost nejen v klinické praxi, ale i v rámci ošetřovatelského vzdělávání a managementu péče.

Seznam použité literatury

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. * 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi. * 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2960-2.

POKORNÁ, Alena. *Edukace v ošetřovatelství. * 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3246-6.

KELNAROVÁ, Jitka. *Edukační kompetence sester. * 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3724-9.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství. * 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

FARKAŠOVÁ, Drahoslava a kol. *Ošetřovatelství: teorie a praxe. * 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0938-1.

ŠEVČÍK, Ladislav a kol. *Chirurgie pro sestry. * 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5378-2.

MAŇÁSEK, Vlastimil a kol. *Chirurgická propedeutika pro zdravotnické obory. * 1. vyd. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1324-5.

STRÁKA, Zdeněk a kol. *Perioperační péče v ošetřovatelství. * 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5460-4.

HECZKOVÁ, Jana. *Ošetřovatelská péče v chirurgii. * 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.

ZADÁK, Zdeněk. *Klinická výživa v intenzivní péči. * 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2569-7.

HRUBÁ, Drahoslava. *Zdravotní výchova a edukační proces ve zdravotnictví. * 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6409-6.

KUTNOHORSKÁ, Jitka. *Etika v ošetřovatelství. * 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5598-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii I.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii II. * 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3130-8.

JELÍNKOVÁ, Eva a Hana VACKOVÁ. *Předoperační příprava pacienta. * 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4337-0.

NOVÁKOVÁ, Ivana. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech. * 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.

JANKOVSKÝ, Oldřich a Hana ZVONÍČKOVÁ. *Pooperační péče v praxi. * 1. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0285-0.

DOŠKALOVÁ, Milada a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská dokumentace a edukace pacienta. * 1. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5240-2.

MIKYŠKA, Jiří. *Chirurgické výkony: pooperační režimy a doporučení. * 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1271-0.

ERAS® SOCIETY. *Guidelines* [online]. 2023–2025 [cit. 2025-10-16]. Dostupné z: https://erassociety.org/guidelines/

ERAS® SOCIETY. *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) – Home* [online]. 2025 [cit. 2025-10-16]. Dostupné z: https://erassociety.org/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health literacy – Fact sheet* [online]. 2024 [cit. 2025-10-16]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy

UNITED STATES. *Healthy People 2030 – Health literacy definitions* [online]. 2020–2025 [cit. 2025-10-16]. Dostupné z: https://odphp.health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/health-literacy

Příloha 1

Dotazník

Téma: Edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní

Vážené kolegyně, vážení kolegové

jmenuji se Barbora Vápeníková a jsem studentkou Vysoké polytechnické školy v Jihlavě, oboru všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma *„Edukace pacienta před a po operaci dutiny břišní“*. Cílem je zjistit, jakým způsobem probíhá edukace pacientů v klinické praxi a jaké faktory ji ovlivňují.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu.

1. Demografické údaje

1.1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

1.2. Věk:

- do 25 let
- 26–35 let
- 36–45 let
- 46–55 let
- 56 a více let

1.3. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- Střední zdravotnické
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské – Bc.
- Vysokoškolské – Mgr./Mgr. et Mgr.
- Jiné: _____

1.4. Pracovní pozice:

- Všeobecná sestra
- Praktická sestra
- Jiná: _____

1.5. Délka praxe ve zdravotnictví:

- Méně než 1 rok
- 1–5 let
- 6–10 let
- 11–20 let
- Více než 20 let

2. Otázky k edukaci pacientů

2.1. Provádíte samostatně edukaci pacientů před operací dutiny břišní?

- Ano
- Ne

2.2. V jaké fázi obvykle probíhá edukace před operací? (možno více odpovědí)

- Při příjmu pacienta
- Den před operací
- V den operace
- Jinak: _____

2.3. Jaká témata obvykle zahrnuje edukace před operací? (možno více odpovědí)

- Příprava na operaci (hygiena, lačnění)
- Možné komplikace
- Anestezie a její průběh
- Průběh hospitalizace
- Psychologická příprava
- Jiná: _____

2.4. Máte k dispozici edukační materiály pro pacienty?

- Ano, písemné
- Ano, audiovizuální
- Ne
- Nevím

2.5. Jak hodnotíte informovanost pacientů po edukaci před operací?

- Výborná
- Dobrá
- Uspokojivá
- Nedostatečná
- (Pokud dáte uspokojivá či nedostatečná prosím zodpovězte další otázku)

2.6. Jaké bariéry nejčastěji brání kvalitní edukaci pacientů? (možno více odpovědí)

- Nedostatek času
- Nedostatek personálu
- Nízký zájem pacienta
- Nedostatek edukačních materiálů
- Vlastní nedostatek zkušeností či znalostí
- Jiné: _____

2.7. Provádíte samostatně edukaci pacientů po operaci dutiny břišní?

- Ano
- Ne

2.8. Jaká témata obvykle zahrnuje edukace po operaci? (možno více odpovědí)

- Péče o operační ránu
- Hygiena a omezení po výkonu
- Stravování po operaci
- Režimová opatření (odpočinek, pohyb)
- Důležitost následných kontrol
- Psychická podpora pacienta
- Jiná: _____

2.9. Považujete edukaci pacientů za důležitou součást ošetřovatelské péče?

- Ano
- Ne

2.10. Máte pocit, že na edukaci pacientů máte dostatek času?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

2.11. Co by podle Vás mohlo zlepšit úroveň edukace pacientů? (otevřená otázka)

Příloha 2