

Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech

Tat'ána Galečková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Taťána GALEČKOVÁ**

Osobní číslo: **H080267**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části se zaměřit na edukační proces v ošetrovatelství, způsoby edukace, fáze edukace v ošetrovatelství, didaktické zásady v edukaci, záznam edukace.

V praktické části pomocí dotazníku zjistit, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají všeobecné sestry za dostačující.

Výsledky vyhodnotit, interpretovat.

Dát doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L'. Edukácia a edukačný proces vošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2009. 154 s. ISBN 978-80-8063-326-4.

JUŘENÍKOVÁ, P. Zásady edukace v ošetrovateľskej praxi. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

ZÁVODNÁ, V. Pedagogika v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2005. 118 s. ISBN 80-8063-108-5.

NEMCOVÁ, J. HLINKOVÁ, E. Moderná edukácia v ošetrovateľstve. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 987-80-8063-321-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Gabriela Gajzlerová

Ústav ošetrovateľství

Datum zadání bakalářské práce:

10. února 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. června 2011

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně
23.5.2011

.....
Galileoni Tatiana

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b
Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Teoretická část práce „Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech“ je zaměřena na edukační proces v ošetrovatelství, způsoby edukace, fáze edukace v ošetrovatelství, didaktické zásady v edukaci a záznam edukace. Další součástí teoretické části je péče o pacienta v pooperačním období a péče o operační ránu. V praktické části je zjišťováno, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující, v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací a co pacienti na chirurgických odděleních při edukaci vnímají negativně. Praktická část dále obsahuje vyhodnocení výsledků výzkumu a závěrečné doporučení pro praxi ve formě edukačního letáku zaměřeného na problematiku péče o operační ránu v domácím prostředí.

Klíčová slova: Edukace, edukační proces, pooperační péče, operační rána, péče o ránu

ABSTRACT

The theoretical part of work „Educational processes of the patients in the surgical units“ is specialized about educational process in nursing, the methods of education, the phases of education in nursing, the didactic principles in education and the evidence of education. Next part of a theoretical part is care of the patient in postoperative period and a care of the operational wound. In a practical part is found out, if a patients in surgical sections consider the informations, which the sanitary workers give them, for adequate, in which area of the education would patients in the surgical units welcome more informations and what the patients in the surgical units feel negative. A practical part contains the evaluation of results of the research too and a final recommendation for practise in the form of the educational handout orientated on matters of the care of an operational wound in the home surrounding.

Keyword: Education, educational process, postoperative care, operational wound, care of wound

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Mgr. Gabriele Gajzlerové, vrchní sestře chirurgického oddělení KNTB a.s. ve Zlíně za trpělivost a ochotu při odborném vedení mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zdravotnickým zařízením, které mi umožnily uskutečnit výzkum, bez kterého by tato práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1 EDUKACE -ZÁKLADNÍ POJMY	12
1.2 DRUHY EDUKACE	12
1.3 FÁZE EDUKACE V OŠETŘOVATELSTVÍ.....	14
1.3.1 POSOUZENÍ.....	14
1.3.2 DIAGNOSTIKA.....	15
1.3.3 PLÁNOVÁNÍ.....	16
1.3.4 REALIZACE.....	16
1.3.5 HODNOCENÍ.....	17
1.4 ZÁZNAM EDUKACE	18
1.5 DIDAKTICKÉ ZÁSADY V EDUKACI.....	18
1.6 METODY EDUKACE	20
2 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE	21
2.1 POUČENÍ A SOUHLAS PACIENTA S OPERACÍ.....	21
2.2 PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	21
2.2.1 DLOUHODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	22
2.2.2 KRÁTKODOBÁ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA	22
2.2.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVA.....	23
2.2.4 PŘÍPRAVA DIABETIKA K PLÁNOVANÉMU OPERAČNÍMU VÝKONU	23
2.2.5 PŘÍPRAVA KLIENTA K URGENTNÍ OPERACI	24
2.3 POOPERAČNÍ PÉČE.....	24
2.3.1 POVINNOSTI SESTRY V POOPERAČNÍ PÉČI.....	25
2.3.2 AKTIVITY SESTRY V DALŠÍCH POOPERAČNÍCH DNECH	26
2.3.3 POOPERAČNÍ DIETA	27
3 PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU	28
3.1 HOJENÍ OPERAČNÍ RÁNY	28

3.1.1	PRIMÁRNÍ HOJENÍ RAN.....	28
3.1.2	SEKUNDÁRNÍ HOJENÍ RAN.....	28
3.1.3	KOMPLIKACE HOJENÍ RAN	28
3.1.4	PREVENCE INFEKČNÍCH KOMPLIKACÍ OPERAČNÍ RÁNY.....	29
3.2	PŘEVAZY OPERAČNÍ RÁNY V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE	29
3.2.1	AKTIVITY SESTRY PŘED VÝKONEM	30
3.2.2	AKTIVITY SESTRY PŘI PŘEVAZU RÁNY	31
3.2.3	AKTIVITY SESTRY PO PŘEVAZU.....	31
3.3	PÉČE O JIZVU V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	32
3.3.1	PŘÍZNAKY POČÍNAJÍCÍ INFEKCE.....	32
3.3.2	HYPERTROFICKÁ A KELOIDNÍ JIZVA	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4	CÍLE PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY	35
5	METODIKA.....	36
5.1	METODIKA PRÁCE.....	36
5.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	36
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
7	ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ	73
8	DISKUSE.....	74
	ZÁVĚR	78
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	79
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	82
	SEZNAM GRAFŮ	83
	SEZNAM TABULEK.....	85
	SEZNAM PŘÍLOH.....	87

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám edukačním procesem pacientů. Je nesporné, že edukace pacientů je součástí ošetrovatelského procesu na všech odděleních nemocnice. Já jsem se zaměřila na oddělení chirurgická. Toto téma je mi blízké, protože sama pracuji jako všeobecná sestra na chirurgickém oddělení.

V teoretické části se zaměřuji na edukační proces v ošetrovatelství, způsoby edukace, fáze edukace v ošetrovatelství, didaktické zásady v edukaci a záznam edukace. Dále se zaměřuji na pooperační režim, povinnosti sestry v pooperačním režimu a na péči o operační ránu. V praktické části pomocí dotazníku zjišťuji, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující, kdo nejčastěji edukuje pacienty během hospitalizace, v které oblasti edukace chybí pacientům nejvíce informací, v které oblasti by uvítali více informací a jak ovládají ošetřování operační rány v domácím prostředí po ukončení hospitalizace. Jako metodu mého výzkumu jsem si zvolila dotazník. Respondenty jsou samotní pacienti na chirurgických odděleních čtyř nemocnic Zlínského kraje. Zvolila jsem si tři cíle a šest hypotéz. Pokud se potvrdí jedna z hypotéz, kde předpokládám, že pacienti nejsou dostatečně poučeni o ošetřování operační rány v domácím prostředí, bude další součástí mé bakalářské práce doporučení pro praxi, které se bude tímto problémem zabývat. Dále bych chtěla zjistit, co na pacienty působí při edukaci negativně, zda jim vadí používání odborných termínů a jak vnímají přítomnost další osoby při edukaci. Další součástí mé bakalářské práce bude vyhodnocení výsledků formou grafů a tabulek s uvedením absolutní a relativní četnosti.

Závěrečné doporučení pro praxi bude ve formě edukační brožury pro pacienty, který bude pojednávat o péči o operační ránu v domácím prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKAČNÍ PROCES V OŠETŘOVATELSTVÍ

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu, v rámci kterého jsou diagnostikovány deficity ve vědomostech a dovednostech pacientů. Edukační proces ovlivňuje chování pacientů s cílem uskutečnit pozitivní změny v oblasti vědomostní (kognitivní), postojů (afektivní) a dovednostní (psychomotorika).

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a zlepšení kvality života (Juřeníková, 2010).

1.1 Edukace -základní pojmy

Pojem **edukace** pochází z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Edukaci lze také definovat jako proces výchovy a vzdělávání, který si klade za cíl nejen získání určitých poznatků, ale také změnu v chování a vytvoření si nových postojů. Edukace je považována za jednu z funkcí ošetrovatelství.

Do procesu edukace vstupují **čtyři determinanty** – edukant, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí (Průcha, 2002).

Edukant – ve zdravotnictví to bývá nejčastěji zdravý nebo nemocný klient.

Edukátor – ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, nutriční terapeut, atd.

Edukační konstrukty – jsou plány, předpisy, edukační standardy a edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukace.

Edukační prostředí – je místo, kde edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí může ovlivňovat např. osvětlení, hluk, nábytek, sociální klima (Juřeníková, 2010).

1.2 Druhy edukace

Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví a zkvalitnění života jedince. Hraje významnou roli také v prevenci primární, sekundární a terciální.

Primární edukace je zaměřena především na zdravé lidi. Jejím cílem je předcházet zdravotním problémům. Kromě prevence vzniku nemocí se také zabývá pozitivním zlepšením zdravotního stavu, což vede ke zvyšování kvality života.

Sekundární edukace hraje důležitou roli v případě nemoci. Může zabránit přechodu akutní fáze nemoci do chronické nebo ireverzibilního stadia. Je založena na poučení klienta o jeho stavu a způsobu, jak nemoci čelit nebo jak obnovit zdraví.

Terciární edukace se zpravidla týká lidí dlouhodobě invalidních a těch, kteří nemohou být zcela vyléčeni. Terciární edukace učí takto postižené klienty a jejich příbuzné, jak využívat co nejvíce stávajících možností zdravého žití a jak se vyhnout zbytečným problémům a komplikacím (Jarošová, 2000).

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační, komplexní.

Za **základní edukaci** lze považovat takovou edukaci, kdy jsou jedinci předávány nové vědomosti či dovednosti a klient je motivován ke změně hodnotového žebříčku i postojů. Příkladem může být edukace nově diagnostikovaného klienta s hypertenzí nebo edukace dětí rodiči k dodržování hygieny ústní dutiny již v útlém věku.

Za **reedukační edukaci** považujeme takovou edukaci, při které máme možnost navázat na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. Tyto vědomosti, dovednosti a postoje dále prohlubujeme. Příkladem reedukace může být jedinec po prodělaném infarktu myokardu, kdy v akutní fázi onemocnění provádíme základní edukaci (podané informace se omezují pouze na takové informace, které slouží jedinci k „přežití“) a po odeznění akutní fáze se snažíme u klienta jeho vědomosti i dovednosti prohloubit o zdraví prospěšná opatření a změnit postoje k jeho zdraví tak, aby již k novému infarktu myokardu nedošlo.

Za **komplexní edukaci** lze považovat takovou edukaci, kdy jsou jedinci etapově předávány ucelené vědomosti, budovány dovednosti a postoje ve zdraví prospěšných opatřeních která vedou k udržení nebo zlepšení zdraví. Nejčastěji se tento typ edukace děje v kurzech, např. kurzy pořádané pro diabetiky (Juřeniková, 2010).

1.3 Fáze edukace v ošetrovatelství

Edukační proces se skládá z pěti fází podobně jako proces ošetrovatelský. Tyto fáze jsou: posouzení, diagnostika, plánování, realizace, hodnocení. Jednotlivé **fáze edukačního procesu** a ošetrovatelského procesu jsou sice společné, ale jejich cíle jsou rozdílné (Nemcová, Hlinková 2010).

Tabulka č. 1 Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu (Závodná, 2005)

Edukační proces	Ošetrovatelský proces
Zhodnocení / posouzení schopnosti učit se a potřeby poučení	Zhodnocení / posouzení schopností a potřeb
Stanovení edukační diagnózy	Stanovení ošetrovatelské diagnózy
Příprava edukačního plánu	Plánování ošetrovatelských intervencí
Realizace učebního plánu	Realizace ošetrovatelského plánu
Hodnocení vědomostí, dovedností a postojů pacienta	Hodnocení efektivity ošetrovatelských intervencí

1.3.1 Posouzení

V této fázi se edukátor snaží odhalit úroveň vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta a zjišťuje jeho edukační potřeby. Tato fáze je důležitá z hlediska získávání informací pro stanovení edukačních cílů. Zdrojem informací může být zdroj primární – samotný edukant, zdroje sekundární – rodinný příslušník, doprovod, zdravotnický pracovník, zdravotnická dokumentace pacienta. Získané informace můžeme rozdělit na subjektivní a objektivní. Subjektivní informace jsou ty, které nám poskytne pacient a které si nemůžeme ověřit pozorováním, testováním nebo měřením. Objektivní informace jsou takové, které si testováním, pozorováním a měřením ověřit můžeme. Ke zjištění potřebných informací používáme pozorování, rozhovor, ústní a písemné testování a zdravotní dokumentaci (Jarošová, 2000).

Při sběru informací se zaměřujeme zejména na tyto oblasti:

- základní údaje, věk, pohlaví, rasa, zaměstnání, vzdělání
- úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a návyků ve vztahu k tématu edukace
- předpoklady pro učení, schopnost učit se
- činitele ovlivňující učení, psychický stav, stav vědomí, akutní onemocnění, funkční změny
- životní styl
- postoje k vlastnímu zdraví
- profil rodiny
- sociální a ekonomické zázemí
- porozumění situaci
- motivace, příčiny nedostatečné motivace

1.3.2 Diagnostika

Na základě analýzy sebraných informací o edukantovi, stanovíme jeho edukační potřeby – stanovíme edukační diagnózy. Za edukační potřebu považujeme **deficit v oblasti vědomostí, dovedností, návyků a postojů** ve vztahu ke svému zdraví. Potřebu edukace je nutno jednoznačně identifikovat, pojmenovat a zapsat do dokumentace, např. deficit informací o pooperačním režimu (Závodná, 2005).

Problematika potřeb jednotlivce, rodiny a komunity a jejich hodnocení v závislosti na jejich zdraví je specifický problém ošetřovatelství a úzce se pojí s vývojem standardní terminologie, která tvoří základ klasifikačních systémů.

Rozvojem ošetřovatelské diagnostické terminologie se zabývá NANDA International. V roce 2000 byla výborem pro **taxonomii NANDA** přeložena taxonomie II založená na struktuře diagnostických domén vycházejících z funkčních vzorců zdraví M. Gordonové.

Ošetřovatelské diagnózy vztahující se k potřebě učení ve vztahu ke zdraví a onemocnění se nejčastěji nachází pod doménou **Podpora zdraví - třída Management zdraví** a doménou **Vnímání a poznávání - třída Poznávání**. Jeden z typu ošetřovatelských diagnóz je

diagnóza **Wellness**, ta vyjadřuje stav pohody a spokojenosti, nebo diagnózy na ochotu zlepšení zdraví. Můžeme sem přiřadit všechny další kategorie formulované **jako „ochota zlepšit“** (Magurová, Majerníková, 2009).

Příklady edukčních diagnóz dle NANDA International Definice a klasifikace 2009 -2011 jsou zobrazeny v příloze č. 1,2,3,4.

1.3.3 Plánování

Fáze plánování zahrnuje určení edukačních strategií a cílů edukace. Struktura edukačního plánu (viz. příloha č. 5) obsahuje téma, místo, čas trvání, metody, pomůcky a cíle. Cíle jsou konečným výsledkem, který chceme dosáhnout.

Edukátor stanovuje ve fázi plánování tyto cíle **kognitivní** (poznávací), **afektivní** (postojové) a **psychomotorické** (výcvikové).

Fáze plánování zahrnuje tyto etapy:

- vyjmenování problému s ohledem na současnou situaci
- stanovení tématu
- stanovení cílů
- posouzení překážek při výuce
- výběr edukantů a popsání jejich potřeb
- výběr edukační strategie
- příprava pomůcek a studijního materiálu (Magurová, Majerníková, 2009).

1.3.4 Realizace

Realizace edukačního procesu znamená uplatnění edukačních strategií zaznamenaných v edukačním plánu. Realizace edukačního procesu může probíhat individuálně, hromadně, skupinově. Při realizaci edukačního plánu vycházíme z teoretických východisek a následujících fází.

Motivační fáze – vzbuzení zájmu, příprava edukanta na učení.

Expoziční fáze – zahrnuje všechny postupy a způsoby osvojování si učiva pod vedením edukátora. Významnou úlohu hrají předchozí zkušenosti.

Fixační fáze – prvotní opakování a upevňování si osvojených dovedností a zručností. Využívají se různé fixační metody, opakování, cvičení, řešení problémových situací.

Diagnostická fáze – je fáze hodnotící, ověřovací. Hodnotíme a ověřujeme si osvojení vědomostí, dovedností, zručnosti a návyky, např. pomocí testů.

Aplikační fáze – využívání získaných vědomostí, dovedností, praktické využití toho, co si edukant osvojil v předcházejících etapách (Nemcová, Hlinková 2010).

1.3.5 Hodnocení

Vyhodnotit znamená zjistit, zdali jsme dosáhli zvolených cílů a do jaké míry. Zda byl náš plán edukace efektivní. Rozeznáváme tři typy hodnocení **termínované**, **průběžné** a **souhrnné**. V průběžném hodnocení sestra společně s edukantem hodnotí co se naučili, odhalují se chyby a nedostatky v průběhu edukace edukátor na základě zjištěných poznatků může aktuálně přizpůsobit edukaci potřebám edukanta. Souhrnné, závěrečné hodnocení zahrnuje celkový pohled edukanta a edukátora na celý průběh edukace. Provádí se na konci určitého období např. před propuštěním z nemocnice, na konci absolvovaného kurzu (Juřeniková, 2010).

V některých případech se nám nepodaří plánované cíle splnit. Příčin může být hodně, kdy Závodná (2005) uvádí nejčastější **důvody**:

- nedostatečný nebo nevhodný odhad potřeb
- nesprávné stanovení edukační diagnózy
- vytyčení nereálných cílů
- volba nevhodné strategie učení
- nedostatečná nebo žádná motivace
- nepřiměřený časový plán
- chyby v komunikaci

Pokud nedojde ke splnění cílů edukace a nedojde k dosažení požadovaných výsledků, je nutno odhalit příčinu a provést novou edukaci.

1.4 Záznam edukace

Povinností každého zdravotnického zařízení je vedení zdravotnické dokumentace. Vedení dokumentace je v současnosti upraveno ustanovením § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Součástí zdravotnické dokumentace by měl být i edukační záznam (viz. příloha č.6 a č.7), který by měl obsahovat:

- úroveň znalostí edukanta na počátku a na konci edukace
- cíl edukace
- použité metody a formy edukace
- obsah edukace (alespoň osnovu, či odkaz na číslo edukačního standardu)
- učební pomůcky
- bariéry edukace
- hodnocení dosažení cílů
- kdo, kdy kde koho edukoval
- podpis edukátorka
- podpis edukanta

Edukační záznam by měl být srozumitelný, úplný, pravdivý, stručný a čitelný. Formulář pro edukační záznam může být sestaven tak, že do něho lze zapisovat bez rozdílu onemocnění, s jakým byl pacient přijat. Další možností je záznam, který bude připraven přímo pro specifický druh onemocnění, kde je možno dopředu do formuláře zaznamenat cíle, metody a formy práce, což sníží administrativní zátěž zdravotníků (Juřeníková 2010).

1.5 Didaktické zásady v edukaci

V edukačním procesu by měly didaktické zásady působit ve vzájemné shodě, neměli bychom jednu zásadu vyčlenit či preferovat (Juřeníková 2010).

Nejčastěji uváděné didaktické zásady jsou:

Zásada názornosti - patří mezi nejstarší didaktické zásady. Pokud je to vhodné volíme takové metody a formy výuky a didaktické pomůcky, které by tuto zásadu respektovaly (obrázky, video).

Zásada spojení teorie s praxí – vědomosti a dovednosti by měl být edukant schopen uplatnit v praktickém životě.

Zásada vědeckosti - obsah vzdělávání by měl být vždy v souladu s posledními nejmodernějšími objevy a poznatky.

Zásada přiměřenosti – s přihlédnutím k momentálnímu vědomostem, schopnostem a zdravotnímu stavu volíme rozsah, obsah a formu edukace tak, aby byla tato zásada dodržena. Postupujeme od jednoduchého k složitějšímu.

Zásada aktuálnosti – při sběru informací se snažíme získat aktuální informace a edukační potřeby.

Zásada zpětné vazby (feedbacku) – edukátor si v průběhu edukace ověřuje (např. kladením otázek, testováním), zda edukant rozumí učivu, chápe jej a dokáže znalosti uplatňovat v praktických činnostech.

Zásada uvědomělosti a aktivity – edukant by si měl uvědomovat a cítit potřebu aktivně se zapojit do edukace. Proto se snažíme dát edukantovi příležitost být aktivní (Juřeníková, 2010).

Zásada individuálního přístupu – vždy přihlížíme k individuálním zvláštnostem jednotlivce (Závodná, 2005).

Zásada soustavnosti – učení by mělo probíhat podle určitého logického systému tak, aby edukant mohl navázat na předchozí znalosti nebo dovednosti a dále je prohlubovat.

Zásada trvalosti – aby byl edukant schopen zapamatovat si vědomosti a dovednosti a podélším časovém odstupu si je vybavit.

Zásada kulturního kontextu - vychází z požadavku, že při edukaci musíme respektovat zvláštnosti jednotlivých kultur a sociálních skupin. (Juřeníková, 2010).

1.6 Metody edukace

Pojem **metoda** je odvozený z řeckého slova *methodos* – cesta, způsob. Prostřednictvím edukačních metod směřujeme k dosažení edukačních cílů.

Didaktickou metodou rozumíme uspořádání obsahu edukace, činnosti edukátora a edukanta, které jsou zaměřeny na dosažení stanovených edukačních cílů a to v souladu se zásadami organizace edukace (Magurová, Majerníková, 2009).

Přednáška je efektivní způsob představení nových informací. Materiál by se neměl číst. Využívají se příklady a jiné názorné pomůcky. Prvních deset minut je nejdůležitějších, protože informace z nich se pamatují nejlépe. Udržet zájem pomáhá i změna tónu hlasu a tempa přednášky.

Metodou **vysvětlování** dostává klient, případně rodina informace a instrukce, aby věděli proč, jak a co má a nemá klient dělat. Je vhodné používat terminologii, které klient a rodina rozumí. Výhodou vysvětlování je okamžitá zpětná vazba a vyšší míra aktivity klienta.

Demonstrace je pojem odvozený z latinského slova „*demonstro*“ předvádím, ukazuji. Doporučuje se využívat názorné pomůcky, obrázky, plakáty, modely, videozáznamy (Nemcová, Hlinková 2010).

Cvičení se využívá hlavně k upevnění vědomostí, rozvinutí schopností a vytváření návyků. Je to metoda záměrného opakování a tréninku. Součástí cvičení je instruktáž. Výhodou cvičení je upevňování zručnosti a prověřování vědomostí v praxi.

Rozhovor se využívá v úvodní části edukace. Otázky musí být formulovány jasně a přesně, je nutné dodržovat systematičnost, není vhodné používat sugestivní otázky. Výhodou rozhovoru je okamžitá zpětná vazba a možnost vytvoření důvěrnějšího vztahu (Jarošová, 2000).

Brainstorming se používá jako výchovně – vzdělávací metoda zaměřená na řešení problémů. Probíhá formou volné diskuse na určité téma. Realizace probíhá na základě jistých principů při respektování předem daných pravidel. Základní principy brainstormingu jsou: princip úplné volnosti nápadů, princip ztráty autorského práva, princip produkce kvantity nad kvalitou, princip zákazu kritizování a připomínek (Magurová, Majerníková, 2009).

2 PŘEDOPERAČNÍ A POOPERAČNÍ PÉČE

Operační zákrok obsahuje kromě samotného výkonu též **poučení** pacienta, **souhlas** pacienta, **předoperační přípravu** a **pooperační péči**.

2.1 Poučení a souhlas pacienta s operací

Poučení pacienta je požadavek stanovený jak právním předpisem, tak i etickými kodexy. O operačním zákroku pacienta poučuje zpravidla lékař. V současné době se provádí formou více či méně podrobných písemných informací v podobě informovaného souhlasu, doplněných informacemi při osobním jednání, jestliže to pacient požaduje. Tím, že pacient dává souhlas, provádí právní úkon. Právní předpis stanovuje, že právní úkon musí být učiněn svobodně, vážně a srozumitelně jinak je neplatný. Informovaný souhlas (viz. Příloha č.8 a č.9) musí tedy být učiněn svobodně a srozumitelně osobou, která je způsobilá k právním úkonům a která je v daném čase schopná právního úkonu. Obsahuje název operace, popis a vysvětlení operačního výkonu, důvody zákroku, možné alternativy a komplikace, dále pak podpis pacienta, lékaře, a datum. Cizinci mají být poučeni v jazyce, kterému rozumí. V případě potřeby lze použít tlumočnicka (Vondráček, Vondráček, 2008).

Tento písemný souhlas je pak uložen do pacientovi zdravotnické dokumentace. Povinností každého zdravotnického zařízení je vedení zdravotnické dokumentace. Vedení dokumentace je v současnosti upraveno ustanovením § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

2.2 Předoperační příprava

Předoperační příprava nemocného začíná již před přijetím na chirurgické oddělení. Tam, kde není nutná hospitalizace, je tato příprava zahájena ambulantně. Vlastní předoperační příprava je rozdělena na přípravu celkovou a místní. Důsledně provedenou předoperační přípravou můžeme předejít vzniku pooperačních komplikací. Operační výkony jsou rozdělené na plánované, urgentní a neodkladné výkony z vitální indikace.

2.2.1 Dlouhodobá předoperační příprava

Na základě rozhodnutí chirurga k operačnímu výkonu je klient odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření. Výsledky interního vyšetření nesmí být starší čtrnácti dnů před plánovaným operačním výkonem. Předoperační interní vyšetření zahrnuje EKG, rentgenové vyšetření srdce a plic, klinické a laboratorní vyšetření krve a moči.

V rámci předoperační přípravy může být klientovi doporučen odběr krve – tzv. autotransfuze. Odběry krve se provádějí v týdenních intervalech, tak aby poslední krev byla odebrána týden (nejpozději však 72 hodin) před plánovaným termínem operace. Jednorázově se odebírá 10% objemu krve, což činí u dospělého člověka 400 – 450 ml krve. Použitelnost krve je 35 dní (Slezáková, 2010).

2.2.2 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava je období 24 hodin před samotným výkonem. Zahrnuje přípravu fyzickou, psychickou a anesteziologickou.

Fyzická příprava

Výživa a tekutiny – každý klient musí být před operačním výkonem alespoň 6 – 8 hodin lačný. U klientů s poruchou výživy a s dehydratací se zajišťuje přívod energie a tekutin parenterální cestou.

Vylučování – těsně před operací se klient spontánně vymočí. U náročných operací se provádí katetrizace močového měchýře. Výkon se provádí přímo na příslušném oddělení v den operace nebo se může provést přímo na operačním sále. Vyprázdnění tlustého střeva se odvíjí od druhu operace a řídí se pokynem chirurga. Buď se provádí opakovaně očistné klyzma, nebo se podává prázdnící roztok.

Hygienická péče – podle zhodnocení soběstačnosti provádí klient celkovou hygienu, pozornost se věnuje stavu nehtů, odstranění laku z nehtů, stavu vlasů a dezinfekci pupku.

Příprava operačního pole – holení a dezinfekce operačního pole.

Spánek a odpočinek – den před operací ordinuje anesteziolog sedativa a hypnotika. Nerušený spánek a odpočinek pomáhá zvládnout stres před operačním výkonem.

Cennosti a protetické pomůcky – šperky, cennosti a větší obnosy peněz se proti podpisu ukládají do trezoru. Protetické pomůcky se označí jménem klienta a uschovají se. Snímatelné zubní náhrady se odstraní z dutiny ústní, označí se a uloží do sklenice s vodou.

Prevence tromboembolické nemoci - přiložení bandáže, elastické obinadlo se přikládá od špiček prstů přes nárt, patu až po tříslu a nebo se mohou použít elastické punčochy.

Anesteziologická příprava

Anesteziolog přichází za klientem na oddělení, hodnotí jeho zdravotní stav a seznamuje ho s anestezií a také s rizikem, které může nastat v průběhu operace. Doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem a rozhoduje o premedikaci u klienta.

Psychická příprava

Cílem psychické přípravy je minimalizace strachu a stresu z operace. Na tomto úkolu se podílejí jak lékaři, tak i sestry. Nikdy nesmíme bagatelizovat kladené otázky od klienta, které se bezprostředně týkají operačního výkonu, délky anestezie, nepříznivého výsledku operace, pooperační bolesti, imobilizace a také starosti o rodinu. Dle kompetence pacientovi informace podáváme nebo zajistíme od lékaře (Slezáková, 2010).

2.2.3 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava se omezuje na časový úsek asi 2 hodiny před operací. Součástí je **kontrola dokumentace** klienta, kontrola **operačního pole**, **přikládání bandáží**, kontrola chrupu, **lačnění**, **vyprázdnění** a provedení **speciálních požadavků chirurga**, jako je například zavedení permanentního močového katétru, žaludeční sondy, venózního přístupu. O všech výkonech se provede **záznam do dokumentace**. **Premedikace** se aplikuje na základě ordinace anesteziologa.

2.2.4 Příprava diabetika k plánovanému operačnímu výkonu

Dlouhodobá i bezprostřední příprava u klienta s diabetem je dále ještě rozšířena o kontrolu v diabetické poradně. Diabetik musí být **hospitalizován** nejméně **jeden den před** operačním výkonem. Opakovaně se provede **glykemický profil**, zajistí se žilní vstup. I u diabetiků je nutné **dodržet lačnění**. Z toho důvodu lékař ordinuje aplikaci infuzního roztoku glukózy a inzulinu podle aktuální hladiny glykémie. V žádném případě se nepodávají PAD a dlouhodobě působící inzuliny. V operačním programu bývá diabetik

řazen na první místo. V pooperačním období musíme brát na zřetel, že diabetikům hrozí větší riziko komplikací.

2.2.5 Příprava klienta k urgentní operaci

Riziko možných komplikací v důsledku krátkého času na přípravu nedostatku vstupních informací od klienta se zvyšuje. Klient trpí bolestmi, může se nacházet ve stavu bezprostředního **ohrožení života**, nejsou k dispozici všechny výsledky. Nejvíce jsou ohroženy děti a starší klienti pro možná další přidružená onemocnění. Předoperační příprava se omezuje na **odběry biologického materiálu na STATIM** (krevní obraz, biochemické vyšetření krve, moči, krevní skupinu). Hygiena je zaměřena pouze na očištění hrubých nečistot, vyjmutí snímacích náhrad z dutiny ústní, koupel je kontraindikována. Je na místě úschova cenností, následuje **příprava operačního pole**, lačnění je vhodné konzultovat s anesteziologem, popřípadě zavést žaludeční sondu a odsát žaludeční obsah.. Očistné klyzma je kontraindikováno, je třeba **zajistit žilní vstup**, provést **bandáže dolních končetin** a aplikovat **premedikaci** dle ordinace anesteziologa (Slezáková, 2010).

2.3 Pooperační péče

Po ukončení operace zůstává nemocný pod stálým dohledem, dokud nemá stabilizovaný oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něho patrné obranné reflexy, schopnost kašlat a polykat. Časným operativním komplikacím, to je možnému nebezpečí zapadání jazyka, přetrvávající relaxaci dýchacích svalů, laryngospasmu a aspiraci zvratků, je zabráněno zajištěním anesteziologické péče v časně fázi po operaci.

Část nemocných je po rozsáhlém, delší dobu trvajícím výkonu je zaintubována a převezena z operačního sálu na oddělení intenzivní péče nebo na ARO pokud je dále po operaci nezbytné pokračovat v umělé plicní ventilaci (Vyhnálek 2003).

Klient je převezen z operačního sálu na pooperační pokoj již extubován a při vědomí, reaguje na oslovení. Nemocní jsou zde minimálně 2 hodiny po operaci a následně jsou předáni na lůžkové oddělení.

2.3.1 Povinnosti sestry v pooperační péči

Sestra převezme péči o nemocného spolu kontrolou operačního nálezu a ordinací od anesteziologa a operátora. Ordinance zpravidla obsahují: intervaly měření krevního tlaku, pulsu, dechu, saturace kyslíkem, TT, sledování stavu vědomí a měření příjmu a výdeje tekutin, ordinace k aplikaci analgetik, podání dalších léků, antibiotik a infuzních roztoků, pokyny k péči o drény, cévky a sondy včetně jejich odsávání nebo proplachů, ordinace k laboratornímu vyšetření – krevní obraz, mineralogram, jaterní testy, glykémie a k dalším vyšetřením – rentgen plic, EKG, interní vyšetření (Vyhnálek 2003).

Sledování fyziologických funkcí. Sledování vědomí, tepu, dechu, saturace, tělesné teploty a krevního tlaku se provádí v pravidelných intervalech. První hodinu měříme **co 15 minut**, další hodinu **co 30 minut** a následně do 24 hodin každou hodinu.

Zápis do dokumentace. Sestra uvedené hodnoty, zvláště pak hodnoty vitálních funkcí a stavu vědomí zapisuje do příslušné dokumentace a uvede i čas, kdy měření provedla (Vyhnálek 2003).

Kontrola obvazu a operační rány. Zásadní částí pooperační ošetrovatelské péče je kontrola obvazu, zda není prosáklý krví nebo jinou tekutinou. Kontrola drénů, obsah a funkčnost. Sestra okamžitě hlásí každou změnu lékaři (Vyhnálek 2003).

Tlumení bolesti. Bolest v operační ráně je častým projevem, který se dostavuje po vymizení anestetika. Pokud se jedná o nekomplikovaný průběh hojení operační rány, bolest v jednom až dvou dnech vymizí. Přetrvávající intenzivní bolest charakterizuje akutní zánět, rané krvácení, rozestup rány a píštěle. Nikdy bolest u klienta nepodceňujeme. Sestra sleduje a pravidelně vyhodnocuje bolest. Aplikuje analgetika dle ordinace lékaře a sleduje účinek aplikovaného léku. Mezi hodnotící metody intenzity bolesti patří nejčastěji verbální škály. Klient vyjadřuje pocit bolesti číslem na stupnici stanovené od 1 do 10, slovně od slabé po nesnesitelnou (Slezáková 2010). Verbální škály, hodnocení a záznam bolesti (viz. příloha č.10 a č.11).

Nauzea a zvracení. Jako následek premedikace, anestézie a analgetik se může v prvním pooperačním dnu objevit nauzea a zvracení. Zvratky mohou způsobit aspiraci zvláště u klienta, který se ještě úplně neprobudil z narkózy. Aplikujeme léky, které tlumí nauzeu a zvracení, sledujeme účinky léků. Klienta polohujeme na bok, jako prevenci aspirace (Slezáková 2010).

Vyprazdňování moči. Nevymočí-li se klient po operaci spontánně do 6 – 8 hodin, provádí se katetrizaci močového měchýře (Slezáková 2010).

2.3.2 Aktivity sestry v dalších pooperačních dnech

Monitoring **fyziologických funkcí** dle ordinace lékaře.

Zajistit **hygienu**, dle potřeby provádět péči o dutinu ústní, postupně podporovat samostatnost a sebek péči.

Sledovat **projevy bolesti**. Aplikovat **analgetika** první dva dny po výkonu injekční formou, pak perorálně. Podávat analgetika před započítím výkonu (před chůzí, rehabilitací, převazem, spaním). Vyhodnocenou bolest sestra zaznamenává a průběžně sleduje. (Vyhodnocování a záznam bolesti viz. příloha č.10 a č.11).

Procvičovat **hluboké dýchání** a odkašlávání, což napomáhá odstraňovat hlen, který se tvoří a zůstává v plicích vlivem anestézie a analgetik. Provádí se jako prevence bronchopneumonie (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Sledovat **obnovení peristaltiky - odchod stolice a plynů**. Zástava plynů a stolice patří k přechodným pooperačním stavům. Příčinou je dočasné zastavení střevní peristaltiky, které se projevuje plynatostí. Mezi příznaky meteorismu patří vzednutí břicha, nevolnost, bolest břicha až kolikového charakteru. Obtíže vycházející z meteorismu můžeme zmenšit zavedením rektální rourky do konečníku. Meteorismus můžeme ovlivnit i změnou polohy klienta, posazováním a včasnou mobilizací klienta. K podpoření střevní peristaltiky se aplikují léky (Slezáková 2010).

Časná pooperační mobilizace. Po operaci začíná mobilizace klienta co nejdříve, jak to stav dovoluje. Začíná se masáží dolních končetin, dechovou gymnastikou a pasivním cvičením na lůžku. Časná pooperační mobilizace je základním preventivním opatřením, bránícím vzniku časných pooperačních komplikací, a to zánětlivým plicním komplikacím a trombembolické nemoci. Na prevenci trombembolické nemoci se zaměřujeme již před operací a pokračujeme i po ní. Příkladají se elastické bandáže a podávají se antikoagulancia.

Prevence proleženin. K dekubitům jsou náchylní lidé kachektičtí, obézní, s malnutricií a s neurologickými lézemi. Dekubity mohou vzniknout během 4 – 6 hodin. Důležitá je

prevence- častá změna polohy nemocného, používání antidekubitních matrací, udržování čistého, suchého a napjatého prostěradla (Valenta 2007).

Sledovat **hojení operační rány**, asistence při převazu, uzavření, extrakce drénu, vytažení stehů (podle druhu a rozsahu výkonu 7. – 10. den).

Informovat pacienta o domácím ošetření – dietní režim, pohybová aktivita, péče o ránu.

2.3.3 Pooperační dieta

Správná výživa nemocných po operaci je důležitou součástí léčby. Musí vycházet z funkce orgánů, kterých se operační výkon týká, přímo či nepřímo ze změn funkce trávicího ústrojí, které operace vyvolá a z obecných zásad dietologie.

Pooperační dieta je většinou neslazený čaj, seeping – v podobě továrně vyráběných nutričních nápojů, později kašovitá strava. Nakonec pevná strava. Způsob stravování určuje lékař podle zdravotního stavu pacienta a druhu operačního výkonu. Po závažnějších operacích to je několik dnů parenterální výživa, popřípadě výživa nazogastrickou sondou. Zvýšené odsávání žaludečního obsahu ze sondy se zástavou odchodu plynů je známkou závažné komplikace (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Operace v dutině břišní vždy způsobí poruchu pasáže střevem a poruchu evakuace žaludku. Pokud to trvá tři až pět dní a pacient čtvrtý až pátý den začíná opět jíst, bude pravděpodobně vše v pořádku. Tak tomu bývá po operaci žlučníku, apendektomii, provedení spojky mezi žaludkem a tenkým střevem, větších cévních výkonech, ale například často i po odstranění části tlustého střeva pro nádorové onemocnění nebo u mírně až středně těžké pankreatitidy (Grofová 2007).

3 PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU

3.1 Hojení operační rány

3.1.1 Primární hojení ran

Primární hojení ran je ideálním způsobem nerušeného hojení rány, jejichž okraje se dotýkají. Zhojení probíhá ve **třech fázích**:

- **Stadium defenzivní** – dochází ke slepení okrajů rány fibrinem, ke zvýšené mitotické činnosti buněk a k zánětu, což je reakce zaměřená na odstranění všech cizích látek a odumřelých tkání, která se projeví zčervenáním a otokem.
- **Stadium rekonstrukční** – dochází k fibroplazii fibroplasty. V ráně syntetizují mukopolysacharidy, glykoprotein a kolagen. Kolagen je bělavá bílkovinná látka, která dodává ráně pevnost.
- **Stadium dozrávání** – v tomto stadiu se měří tvar i velikost jizvy, která se stává pevnější (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

3.1.2 Sekundární hojení ran

Rána se hojí sekundárně, má-li velký rozsah a vyskytuje-li se značná ztráta tkáně. Sekundární hojení se od primárního odlišuje delším časem hojení, větší jizvou, větší náchylností k infekci.

Faktory ovlivňující hojení ran:

- **Vnitřní faktory** – cévní zásobení, stav výživy, obezita, léky (imunopresiva), stav imunity, kouření, stres, dehydratace, DM, TBC.
- **Zevní faktory** – předoperační stav, předoperační příprava (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

3.1.3 Komplikace hojení ran

Jsou nejčastěji v prvním pooperačním týdnu. Může jít o nahromadění čiré tekutiny – **serom**, nebo krve – **hematom**, popřípadě hnisu – **absces**, v podkoží nebo v hlubších vrstvách rány. Zánět se může šířit do okolí operační rány jako **nekrotizující fasciitis**.

Rána se může rozpadnout - **dehiscence** rány, buď jen v povrchových vrstvách, nebo ve vrstvách hlubokých, nebo kompletně s nebezpečím výhřezu, prolapsu orgánů. Zpravidla je nutné otevřít ránu a vyčistit ránu, při dehiscenci provést resuturu. Poruchy hojení rány jsou velmi často důsledkem malnutrice, relativně často se objevují u nemocných s maligními nádory nebo při obezitě (Valenta 2007).

3.1.4 Prevence infekčních komplikací operační rány

Předoperační prevence

- Předoperační antiseptická hygiena těla. Pacient se osprchuje za použití desinfekčního mýdla.
- Holení místa chirurgického výkonu bezprostředně před operací.

Peroperační prevence

- Používání všech zásad asepsy na operačním sále, dodržování prevence kontaktu s mikroorganismy.
- Příprava kůže pacienta před operací vhodnými antiseptiky - natírání operační rány desinfekčními roztoky.
- Péče o celkový komfort pacienta během operačního výkonu např. používání vyhřívacího gelu pod pacientem.

Pooperační prevence: jsou následné postupy, vedoucí k bezproblémovému hojení operační rány.

- Aseptický postup při ošetřování operační rány.
- Hodnotná a vitamíny obohacená strava.
- Edukace pacienta v průběhu hospitalizace (KADLECOVÁ, J. *Pooperační péče*. [online]. 2006-2011 Plastická a estetická chirurgie Laruea spol. s.r.o [cit. 2011-05-25]. Dostupné z WWW: <www.Laurea.cz>).

3.2 Převazy operační rány v průběhu hospitalizace

V operační den se převaz rány obvykle neprovádí, pokud to nevyžaduje pooperační průběh. První nebo druhý den po zákroku provede převaz rány lékař. Při ošetřování operační rány

se vždy řídíme pokyny ošetřujícího lékaře a zvyklostmi na oddělení. Každá výměna obvazu by měla probíhat za naprosto sterilních podmínek. Stehy se zpravidla odstraňují 7. pooperační den (je možné je odstranit i ambulantně), u velkých operačních ran se někdy stehy odstraňují ob steh, jako prevence rozestupu. Všechny pomůcky, které přijdou do styku s ránou musí být sterilní. Je třeba pracovat šetrně, neboť tento výkon bývá často doprovázen bolestí.

Cíl převazu operační rány

Cílem převazu je ošetřit ránu nebo provést kontrolu, odstranit stehy po operaci, zkrátit či odstranit drény, aplikovat léčivo, vypláchnout ránu, ošetřit ránu v různé fázi hojení. Ošetřit ránu s maximálním omezením potenciální infekce, zhojit defekt v rámci možností a zdravotního stavu pacienta, minimalizovat bolest a zajistit fyzickou a psychickou pohodu pacienta (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Pomůcky

- Převazový stolek event. sterilní převazová souprava.
- Sterilní chirurgické instrumentárium (pinzeta, nůžky, peán, podávky a jiné).
- Dezinfekční roztoky a prostředky např. Cutasept F, peroxid vodíku, Braunol, Betadine, Prontosan, Octenisept, apod.
- Sterilní obvazový materiál v kontejnerech, v obalu papír – fólie, terapeutické obvazové materiály.
- Sekundární obvazový materiál (tampony, longety, jednorázové krytí apod.), náplasti, obinadla.
- Sterilní roušky, sterilní, nesterilní rukavice.
- Sterilní zkumavky a štětičky k odběru na mikrobiologické vyšetření.
- Emitní misky, odpadová nádoba pro infekční materiál (Šeflová, Beránková, 2006).

3.2.1 Aktivity sestry před výkonem

- Připravit převazový stolek.
- Připravit fotoaparát k případné monitoraci rány (dle možností pracoviště).

- Informovat pacienta o provedení převazu.
- Aplikace, dle ordinace lékaře analgetika 20 min. před převazem.

3.2.2 Aktivity sestry při převazu rány

- Připravit pacienta, uložit jej do pohodlné polohy, při které se dá odkrýt rána.
- Zajistit intimitu nemocného.
- Provést hygienu rukou, nasadit si rukavice, případně roušku či empír pokud je to třeba.
- Obnažit obvazovanou část, odstranit obvaz. Vložit sejmutý obvaz ihned do, emitní misky či jiné odpadové nádoby. Při odstraňování primárního obvazu z rány použít sterilní nástroje, nůžky, pinzetu, sterilní rukavice.
- Na lůžko k pacientovi položit emitní misku.
- Provést dezinfekci rány.
- Provést posouzení rány (sledujeme vzhled, velikost rány, začervenání, otok, okolí rány, event. barvu, druh a zápach exsudátu).
- Pokud je třeba asistovat lékaři při vytažení stehů, zkrácení nebo vytažení drénů nebo podkládání drénů. Podávat lékaři nástroje: pinzetu, nůžky, sterilní tampony, sterilní obvazový materiál.
- Opět provést dezinfekci rány, poté ránu sterilně překrýt a provést fixaci.
- Po výkonu provést hygienickou dezinfekci rukou a úklid pomůcek

3.2.3 Aktivity sestry po převazu

Během výkonu sestra komunikuje s pacientem, uklidňuje ho a sleduje projevy bolesti. Po výkonu sestra uloží pacienta do lůžka, upraví lůžko pokud je třeba a pacienta edukuje o dodržování klidového režimu hygienické péči a o nutnosti udržovat ránu v suchém a čistém prostředí. Je také nezbytné provést záznam do dokumentace (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006).

Záznam do dokumentace (viz. příloha č.11) by měl obsahovat: provedený výkon - extrakce stehů, obtížná extrakce stehů, ošetření rány a okolí, aplikované materiály určené pro léčbu ran, záznam o odběru biologického materiálu, popis rány - lokalizaci, velikost a hloubku rány, okraje, spodinu, barvu, druh a zápach exudátu, okolí rány, otok, přítomnost infekce. Dále se do záznamu uvádí reakce pacienta - bolest při výkonu. Bolest je třeba zhodnotit dle zvyklosti oddělení za použití verbální, neverbální či vizuální škály hodnocení bolesti a provést záznam (viz. Příloha č.10 a č.11).

3.3 Péče o jizvu v domácím prostředí

V prvních týdnech po operaci musíme předcházet vniknutí infekce do rány. Je důležité jizvu udržovat **v naprosté čistotě** a před každým převazem je nutno **umýt si ruce mýdlem**. Vhodné je omývání rány tekoucí čistou vodou a dezinfekce vhodně zvoleným přípravkem.

Při péči o pooperační jizvu je důležité mít na paměti, že vnitřní tkáně potřebují na kvalitní zahojení alespoň 6 týdnů. Takže po tuto dobu se vynechávají silová cvičení a jiné **nevhodné aktivity**.

Je vhodná podpora hojení tkání stravou bohatou na **vitamíny, minerály a bílkoviny** a doporučuje se **nekouřit**.

Jeden až dva týdny po odstranění stehů a po zacelení kůže je možné použít **vhodný krém a tlakovou masáž** podporovat hojení tkáně. Jizvu **nevystavujeme slunci** alespoň dva až tři měsíce, dle ročního období a doporučení lékaře (ŠTEFÁNEK, J. *Jak urychlit hojení ran po operaci*. [online]. 20. září 2010 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z WWW: www.ordinace.cz).

3.3.1 Příznaky počínající infekce

Je také důležité, aby pacient v domácím prostředí znal a dovedl rozpoznat **příznaky** počínající **infekce** a ihned kontaktovat lékaře.

Příznaky infekce místní:

- Operační rána je místně nebo celá **zarudlá**.
- Operační rána má stálou **sekreci** (výtok) a to bezbarvý nebo žlutý.
- V místě operační rány stále přetrvává **otok** nebo se otok zvětšuje.
- V operační ráně se tvoří černý **povlak** (nekróza).

- **Bolestivost** operační rány neustupuje nebo se stupňuje.
- Operační rána se **rozestupuje** a je povleklá.
- Infikovaná rána má nepříjemný **zápach**.

Příznaky infekce celkové:

- **Subfebrilie** (zvýšená teplota těla-37°C), **febrilie** (horečnatý stav těla-nad 38°C)
- Únava, **schvácenost** .

3.3.2 Hypertrofická a keloidní jizva

Při hojení rány se produkují nové buňky tkání, které mají zaplnit mezeru v poraněné kůži. Tato specifická tkáň je tvořena vazivem, kolagenovými vlákny a cévkami. Podle vzhledu dostala označení **zrnitá tkáň**. Někdy dojde k tomu, že produkce vaziva se včas nezastaví a nad jizvou vnikne plastický útvar. Pokud se jizva nešíří do okolí rány, říkáme těmto jizvám **hypertrofické**. Jedná se o nejčastější formu chybného hojení jizev.

Někdy vznikne nad jizvou plastický polštářek, z něhož do stran vybíhají cípy. Kolagenová vlákna vytvářejí zbytnělou tuhou tkáň. V tomto případě se jedná o jizvu **keloidní**. Její zbarvení může být červené až fialové.

Opakem hypertrofické jizvy, kdy jizva plasticky vystupuje nad okolní pokožku, je **hypotrofická** jizva. U ní je jizva níže než ostatní kůže a v pokožce je tedy prohlubeň.

Keloidní, hypotrofické a hypertrofické jizvy mohou kromě estetických výhrad způsobovat funkční potíže. Zejména v okolí kloubů mohou omezovat pohyblivost a někdy mohou být i bolestivé (FIBÍR, A. *Péče o jizvy* [online]. 11. prosince 2005 [cit. 2011-05-25]. Ordinance. Dostupné z WWW: www.ordinace.cz).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE PRÁCE A PŘEDPOKLÁDANÉ HYPOTÉZY

Cíl č. 1: Zjistit, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující.

Hypotéza č. 1.1: Předpokládám, že více než polovina respondentů považuje informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci na chirurgických odděleních za dostačující.

Hypotéza č. 1.2: Předpokládám, že většina edukací se pacientům na chirurgických odděleních dostává od všeobecných sester.

Cíl č. 2: Zjistit, v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací.

Hypotéza č. 2.1: Předpokládám, že pacienti nemají dostatek informací o ošetřování operační rány v domácím prostředí.

Hypotéza č. 2.2: Předpokládám, že pacienti po chirurgických operacích jsou velmi dobře informováni o dietě.

Cíl č. 3: Zjistit, co pacienti při edukaci na chirurgických odděleních vnímají jako negativní.

Hypotéza č. 3.1: Předpokládám, že pacienti upřednostňují edukaci v soukromí více, než v přítomnosti další osoby.

Hypotéza č. 3.2: Předpokládám, že pacienti vnímají negativně používání odborných termínů při edukaci zdravotnickými pracovníky.

5 METODIKA

5.1 Metodika práce

Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativním výzkumem. Jako metoda sběru dat byl použit dotazník. Dotazník byl anonymní a byl sestaven na základě vlastních zkušeností z praxe na chirurgickém oddělení a na základě informací z odborné literatury.

Dotazník obsahoval celkem 29 otázek. Bylo použito 9 otázek uzavřených a 20 otázek polouzavřených, u kterých byla vždy možnost vyjádřit svůj názor. Položky č.1, 2, 3, 4, 5, 6 a 7 byly informativní, měly charakterizovat výzkumný soubor a zjišťovaly věk, vzdělání, důvod hospitalizace, typ operace a informace o pooperační péči, které se respondentů týkaly. Položky č. 8, 9, 10, 17, 18, 19, 20, 21, 27 zjišťovaly, zda respondenti považují informace, které jim podali zdravotničtí pracovníci za dostačující a také kdo jim podal nejvíce informací o pooperačním režimu. Položky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16 zjišťovaly v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací a v jaké míře jim byly podány informace o dietním režimu a o péči o operační ránu. Položky č. 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29 zjišťovaly co pacienti na chirurgických odděleních při edukaci vnímali jako negativní, zda jim byla nebo nebyla příjemná přítomnost další osoby při edukaci a zda jim vadilo používání odborných termínů při edukaci zdravotnickými pracovníky. Dotazník je doložen formou přílohy č. 13.

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazník byl určen pro pacienty hospitalizované na chirurgických odděleních, kteří podstoupili operační zákrok. Pacienti byli osloveni v den propuštění. Výzkum probíhal ve čtyřech nemocnicích a bylo rozdáno celkem 140 dotazníků.

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci únoru a březnu roku 2011 na chirurgických odděleních v Krajské nemocnici T. Bati a.s., v Uherskohradišťské nemocnici a.s., v Nemocnici Atlas a.s. a v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. Žádosti o umožnění dotazníkového šetření v těchto zařízeních jsou součástí příloh.

V Krajské nemocnici T. Bati a.s. bylo rozdáno 35 dotazníků, z čehož byla návratnost 28 (80 %) dotazníků. V Uherskohradišťské nemocnici a.s. bylo rozdáno 35 dotazníků, návratnost byla 31 (88 %) dotazníků. V Nemocnici Atlas a.s. a bylo rozdáno 35 dotazníků,

z čehož návratnost byla 35 (100 %) dotazníků a v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. byla návratnost 35 (100 %) dotazníků z 35 rozdaných dotazníků.

Celková návratnost tedy byla 129 dotazníků, což je 92, 14 % z celkového počtu 140. Z těchto 129 dotazníků bylo vyřazeno 35 dotazníků pro neúplnost nebo chybné vyplnění. Zbýlých 94 dotazníků tvoří 67,14% z celkového počtu. Těchto 94 dotazníků bylo vyhodnoceno. Výsledky jsou vyjádřeny v grafech a v tabulkách s uvedenou absolutní (n) a relativní četností (r) v procentech (%).

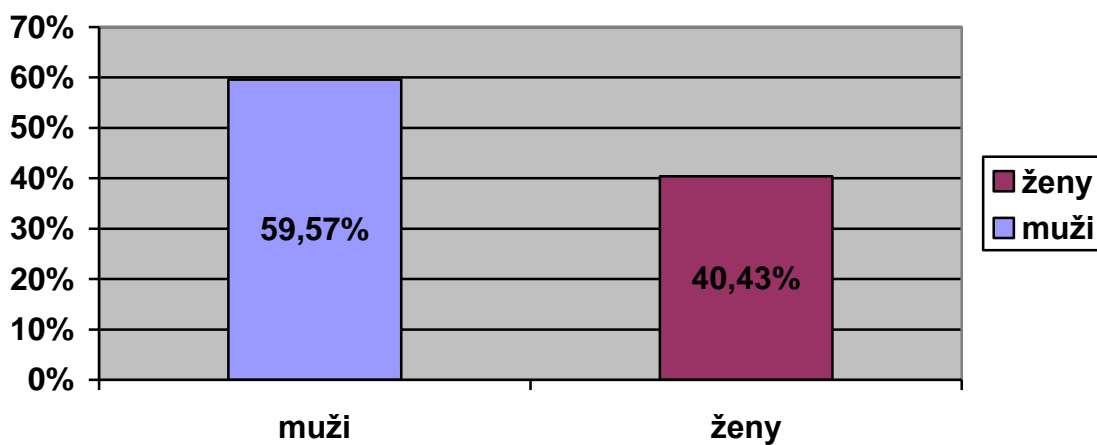
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Položka č. 1 : Zjišťovala pohlaví respondentů.

Tabulka č. 2 - Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
muži	56	59,57 %
ženy	38	40,43 %
Celkem	94	100,00 %

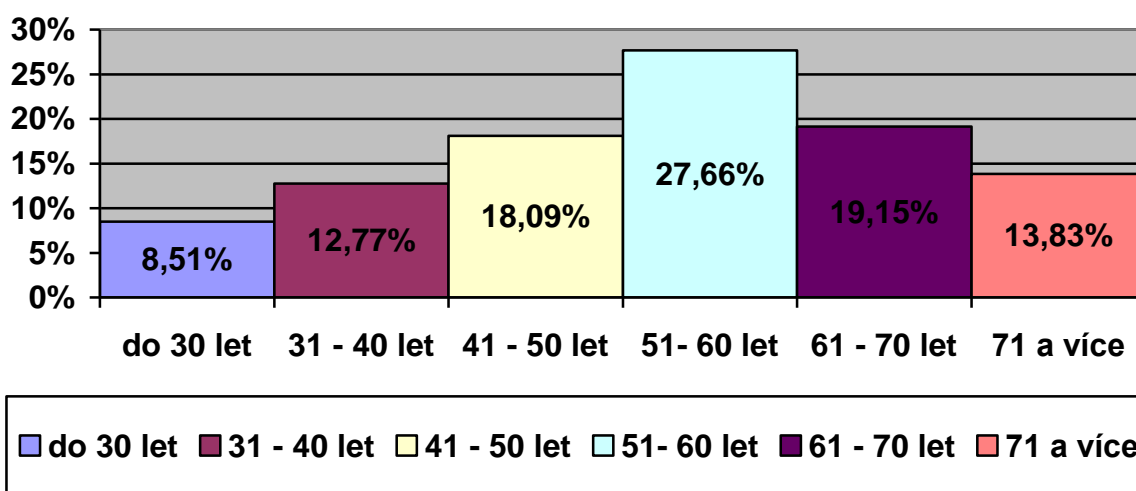
Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



Z celkového počtu 94 (100 %) vyhodnocovaných, správně vyplněných dotazníků bylo 56 (59,57 %) mužů a 38 (40,4%) žen, jak znázorňuje Graf č. 1. a Tabulka č. 2.

Položka č. 2: Zjišťovala věk respondentů.*Tabulka č. 3 Věk respondentů*

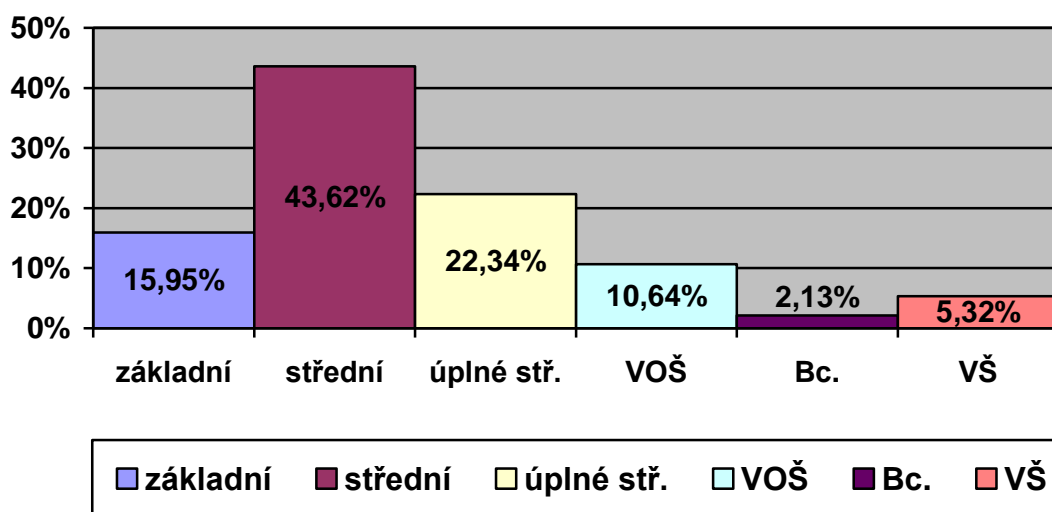
Věk	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Do 30 let	8	8,51 %
31 – 40 let	12	12,77 %
41 – 50 let	17	18,09 %
51 – 60 let	26	27,66 %
61 – 70 let	18	19,15 %
71 let a více	13	13,83 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 2 Věk respondentů

Graf č. 2 a Tabulka č. 3 znázorňuje věk respondentů. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli pacienti ve věku 51 – 60 let a to v počtu 26 (27,66 %). 18 (19,15 %) pacientů bylo ve věku 61 – 70 let, 17 (18,09 %) pacientů bylo ve věku 41 – 50 let, 13 (13,83 %) pacientů ve věku nad 71 let, 12 (12,77 %) pacientů bylo ve věku 31 – 40 let a nejméně početnou skupinu představovali pacienti do 30 let a to 8 (8,51 %) pacientů.

Položka č. 3: Zjišťovala vzdělání respondentů.*Tabulka č. 4 Vzdělání respondentů*

Vzdělání	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní	15	15,95 %
Střední	41	43,62 %
Úplné střední	21	22,34 %
VOŠ	10	10,64 %
Bc.	2	2,13 %
VŠ	5	5,32 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 3 Vzdělání respondentů

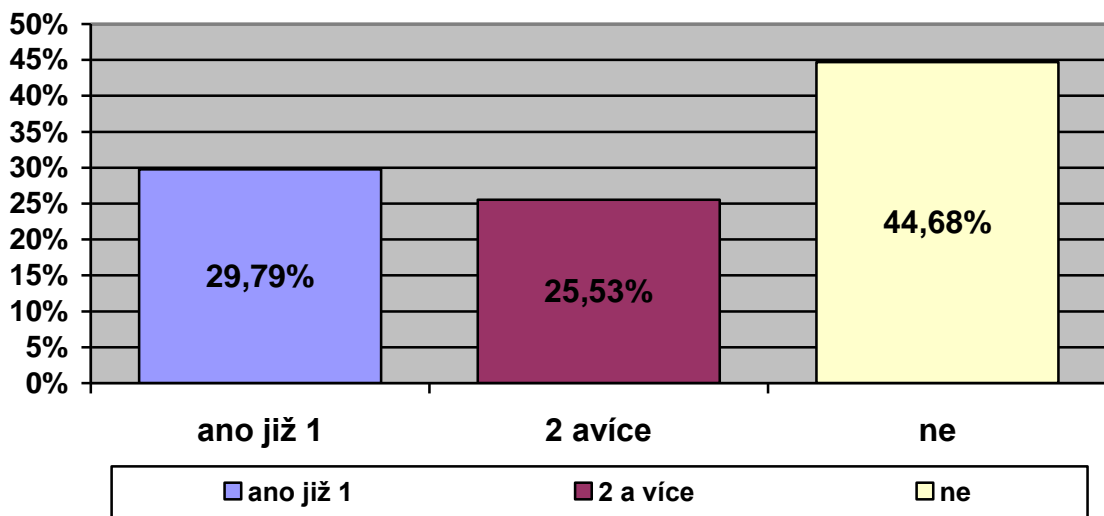
Nejvyšší počet respondentů 41 (43,62 %) bylo středního vzdělání. Úplné střední vzdělání mělo 21 (22,34 %) respondentů, základní vzdělání mělo 15 (15,95 %) respondentů, VOŠ absolvovalo 10 (10,64 %) respondentů, VŠ 5 (5,32 %) respondentů a bakalářské studium 2 (2,13 %) respondenti z celkového počtu 94 (100 %).

Položka č. 4: Zjišťovala, zda byl respondent již v minulosti hospitalizován a nebo je hospitalizován poprvé.

Tabulka č. 5 Počet hospitalizací v minulosti

Počet hospitalizací v minulosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano již 1	28	29,79 %
2 a více	24	25,53 %
Ne, nyní poprvé	42	44,68 %
Celkem	94	100 %

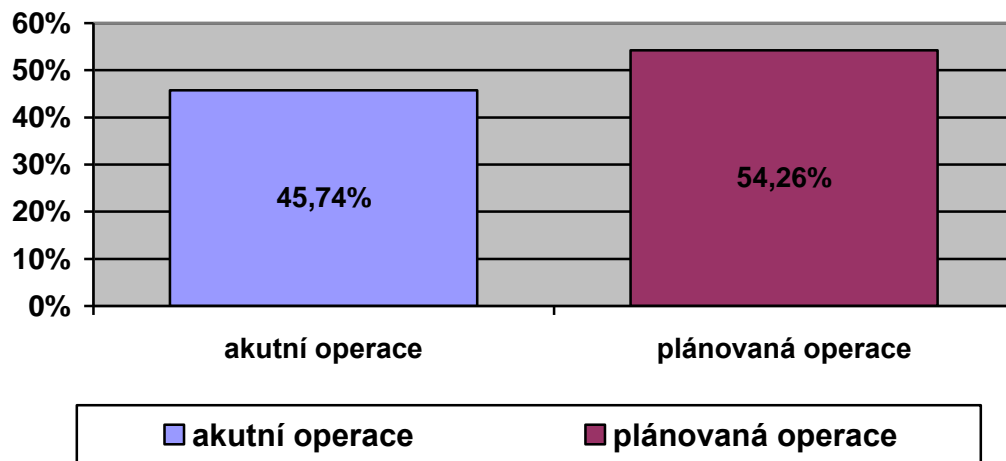
Graf č. 4 Počet hospitalizací



Pacienti, kteří byli hospitalizováni poprvé představovali největší počet 42 (44,68 %), 28 (29,79 %) pacientů bylo již jednou hospitalizováno, 24 (25,53 %) pacientů bylo hospitalizováno dvakrát a vícekrát (Graf č. 4, Tabulka č. 5).

Položka č. 5: Zjišťovala důvod hospitalizace, zda byla operace plánovaná či akutní.*Tabulka č. 6 Důvod hospitalizace*

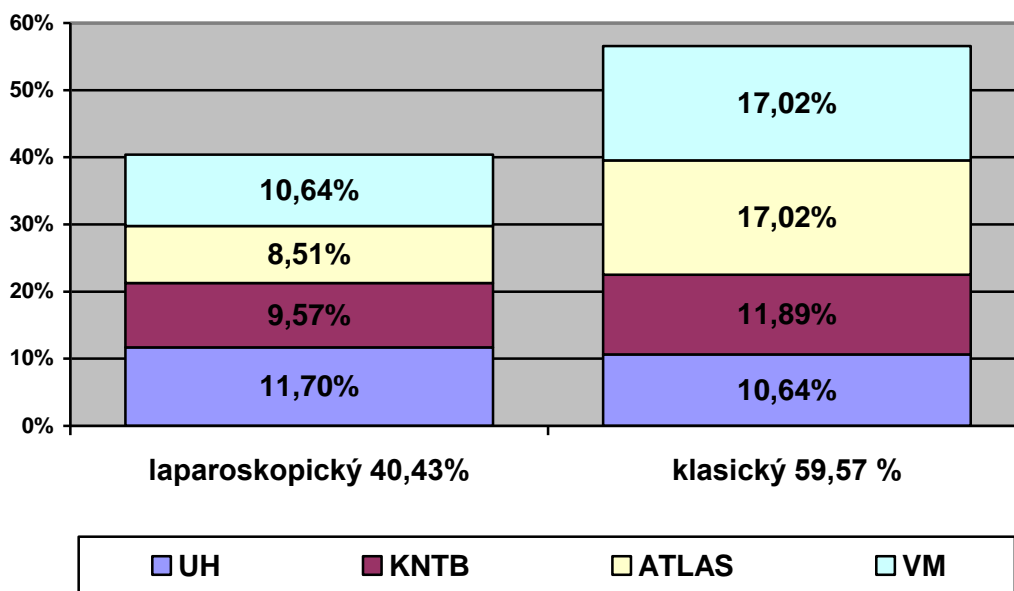
Důvod hospitalizace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Akutní operace	43	45,74 %
Plánovaná operace	51	54,26 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 5 Důvod hospitalizace

Důvod hospitalizace byl pro 51 (54,26 %) pacientů plánovaná operace a pro 43 (45,74 %) pacientů akutní operace, jak znázorňuje Graf č. 5, Tabulka č. 6.

Položka č. 6: Zjišťovala jaký typ operace respondenti podstoupili.*Tabulka č. 7 Typ operace*

Typ operace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Klasický	56	59,57 %
Laparoskopický	38	40,43 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 6 Typ operace

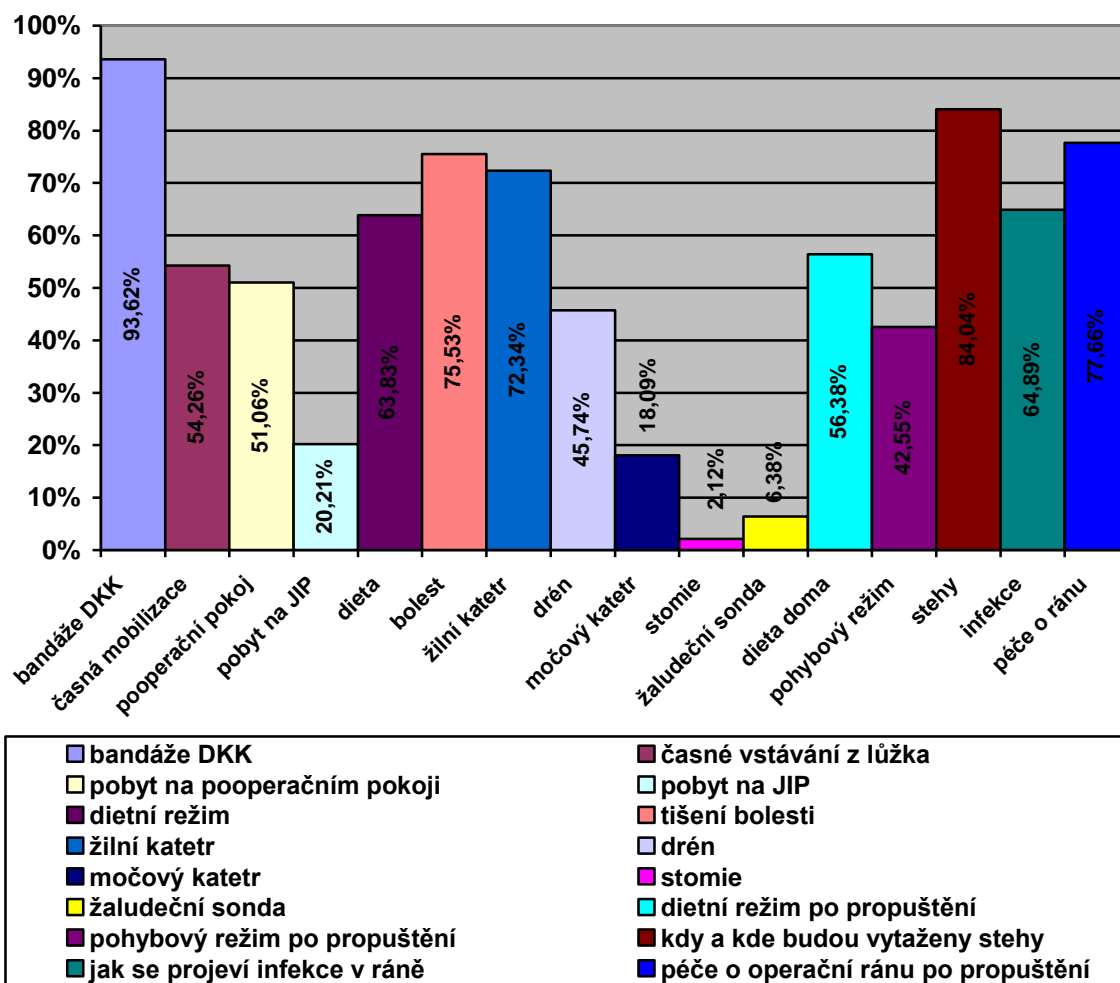
Z celkového počtu 94 (100%) podstoupilo 56 (59,57 %) pacientů klasický a 38 (40,43 %) laparoskopický typ operace Graf č.6, Tabulka č. 7.

Položka č. 7: V položce č. 7 měli pacienti označit postupy v pooperační péči, které se jich týkaly.

Tabulka č. 8 Postupy pooperační péče

Postupy pooperační péče	Odpověď ano	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bandáže DKK	88	93,62 %
Časné vstávání z lůžka po operaci	51	54,26 %
Pobyt na pooperačním pokoji	48	51,06 %
Pobyt na JIP	19	20,21 %
Dietní režim	60	63,83 %
Tišení bolesti	71	75,53 %
Přítomnost invazivních vstupů		
Žilní katetr	68	72,34 %
Zavedení drénu	43	45,74 %
Močový katetr	17	18,09 %
Stomie	2	2,12 %
Žaludeční sonda	6	6,38 %
Režim po propuštění do domácí péče		
Dietní režim	53	56,38 %
Pohybový režim	40	42,55 %
Péče o ránu		
Kdy a kde budou vytaženy stehy	79	84,04 %
Jak se projeví infekce v ráně	61	64,89 %
Péče o operační ránu po propuštění	73	77,66 %

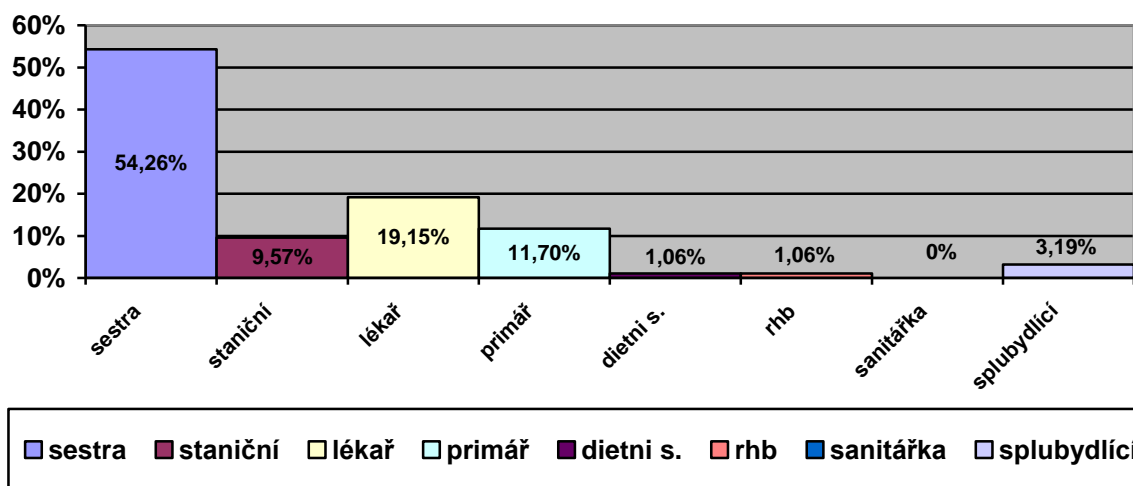
Graf č. 7 Postupy pooperační péče



V pooperačním režimu se pacienti setkávají s jistými postupy, respondenti měli označit ty, které se jich týkaly. Výsledky jsou znázorněny v Grafu č.7 a v Tabulce č.8. S bandážemi dolních končetin se setkala 88 (93,62 %) respondentů, s časným vstáváním z lůžka po operaci 51 (54,26 %) respondentů, s pobytem na pooperačním pokoji 48 (51,06 %) respondentů, s pobytem na JIP 19 (20,21 %) respondentů, s dietním režimem 60 (63,83 %) respondentů, s tišením bolesti 71 (75,53 %) respondentů, co se týká invazivních vstupů s žilním katétrem se setkala 68 (72,34 %) respondentů, zavedený drén mělo 43 (45,74 %) respondentů, močový katetr 17 (18,09 %), žaludeční sondu 6 (6,38 %) respondentů a se stomií se setkali 2 (2,12 %) respondenti. Otázka vytažení stehů se týkala 79 (84,04 %) respondentů, jak se projeví infekce v ráně 61(64,89 %) respondentů. Dietní režim po propuštění do domácí péče se týkal 53 (56,38 %) respondentů, pohybový režim v domácí péči se týkal 40 (42,55 %) respondentů a jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí 73 (77,66 %) respondentů.

Položka č. 8: Zjišťovala, který zdravotnický pracovník podal nejvíce informací.*Tabulka č. 9 Četnost podaných informací zdravotnickými pracovníky*

Zdravotnický pracovník	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Sestra na oddělení	51	54,26 %
Staniční sestra	9	9,57 %
Ošetřující lékař	18	19,15 %
Primář oddělení	11	11,70 %
Dietní sestra	1	1,06 %
Rehabilitační pracovník	1	1,06 %
Sanitářka	0	0 %
Spolubydlící na pokoji	3	3,19 %
Celkem	94	100%

Graf č. 8 Četnost podaných informací zdravotnickými pracovníky

Nejvíce informací o pooperačním režimu podala sestra na oddělení a to 51 (54,26 %) respondentům. Poté následuje lékař 18 (19,15 %), primář oddělení 11 (11,70 %), staniční sestra 9 (9,57 %), spolubydlící na pokoji 3 (3,19 %), fyzioterapeut 1 (1,06 %) a sanitářku jako zdroj nejvíce informací nevedl nikdo. Údaje jsou znázorněny v Grafu č.8 a v Tabulce č. 9.

Položka č. 9: V položce č. 9 respondenti označovali u konkrétní informace, zda jim byla podaná sestrou nebo lékařem.

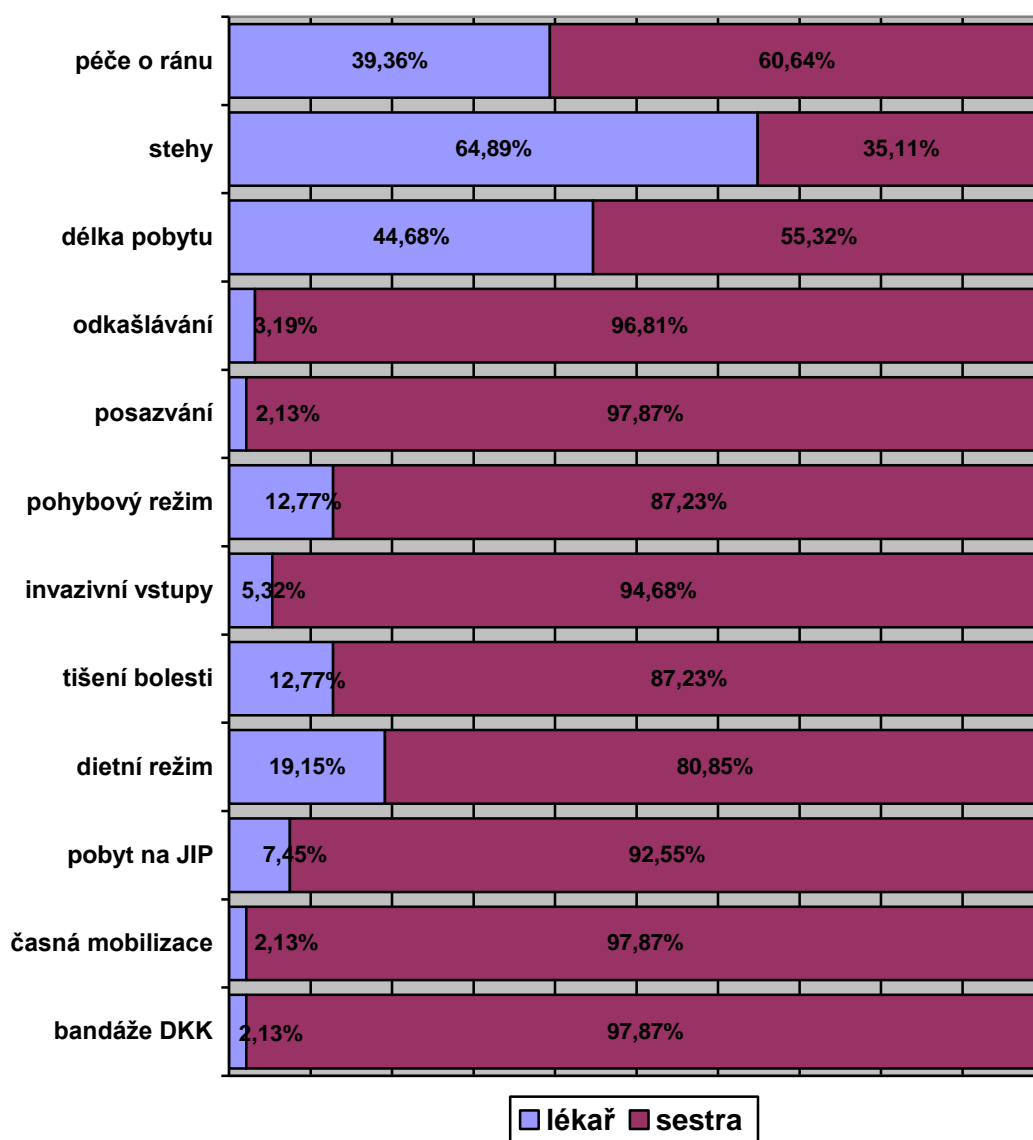
Tabulka č. 10 Informace od VS a od lékaře

Informace	sestra		Lékař	
	n	r %	n	r%
Bandáže DKK	92	97,87 %	2	2,13 %
Časné vstávání z lůžka po operaci	92	97,87 %	2	2,13 %
Pobyt na pooperačním pokoji, na JIP	87	92,55 %	7	7,45 %
Dietní režim	76	80,85 %	18	19,15 %
Tišení bolesti	82	87, 23 %	12	12,77 %
Přítomnost invazivních vstupů	89	94,68 %	5	5,32 %
Pohybový režim po operaci	82	87, 23 %	12	12,77 %
Nácvik správného vstávání z lůžka	92	97,87 %	2	2,13 %
Nácvik správného odkašlávání	91	96,81 %	3	3,19 %
Délka pobytu v nemocnici	52	55,32 %	42	44,68 %
Kdy budou vytaženy stehy	33	35,11 %	61	64,89 %
Jak pečovat o operační ránu	57	60,64 %	37	39,36 %

Jak vyplývá z Grafu č. 9 a z Tabulky č. 10 sestry nečastěji edukují o bandáži dolních končetin 92 (97,87 %), o časném vstávání z lůžka po operaci 92 (97,87 %), o pohybovém režimu po operaci 92 (97,87 %), o nácviku správného odkašlávání 91(96,81 %), o přítomnosti invazivních vstupů 89 (94,68 %), o pobytu na pooperačním pokoji a na JIP 87 (92,55 %), o pohybovém režimu po operaci 82 (87, 23 %) o dietním režimu 76 (80,85 %) a o tom, jak pečovat o operační ránu po propuštění 57 (60,64 %), nejméně o délce pobytu v nemocnici 52 (55,32 %) a o tom, kdy budou vytaženy stehy 33 (35,11 %) a Lékaři v nejvyšší míře edukují o tom, kdy budou vytaženy stehy 61 (64,89 %), o délce pobytu v nemocnici a méně o tom, jak pečovat o operační ránu po propuštění 37 (39,36 %), o

dietním režimu 18 (19,15 %), o tišení bolesti 12 (12,77 %), o pohybovém režimu po operaci 12 (12,77 %) a nejméně o pobytu na pooperačním pokoji a na JIP 7 (7,45 %), o přítomnosti invazivních vstupů 5 (5,32 %), o nácviku správného odkašlávání 3 (3,19 %), o bandáži dolních končetin 2 (2,13 %), o časném vstávání z lůžka po operaci 2 (2,13 %), o pohybovém režimu po operaci 2 (2,13 %).

Graf č. 9 Informace od VS a od lékaře

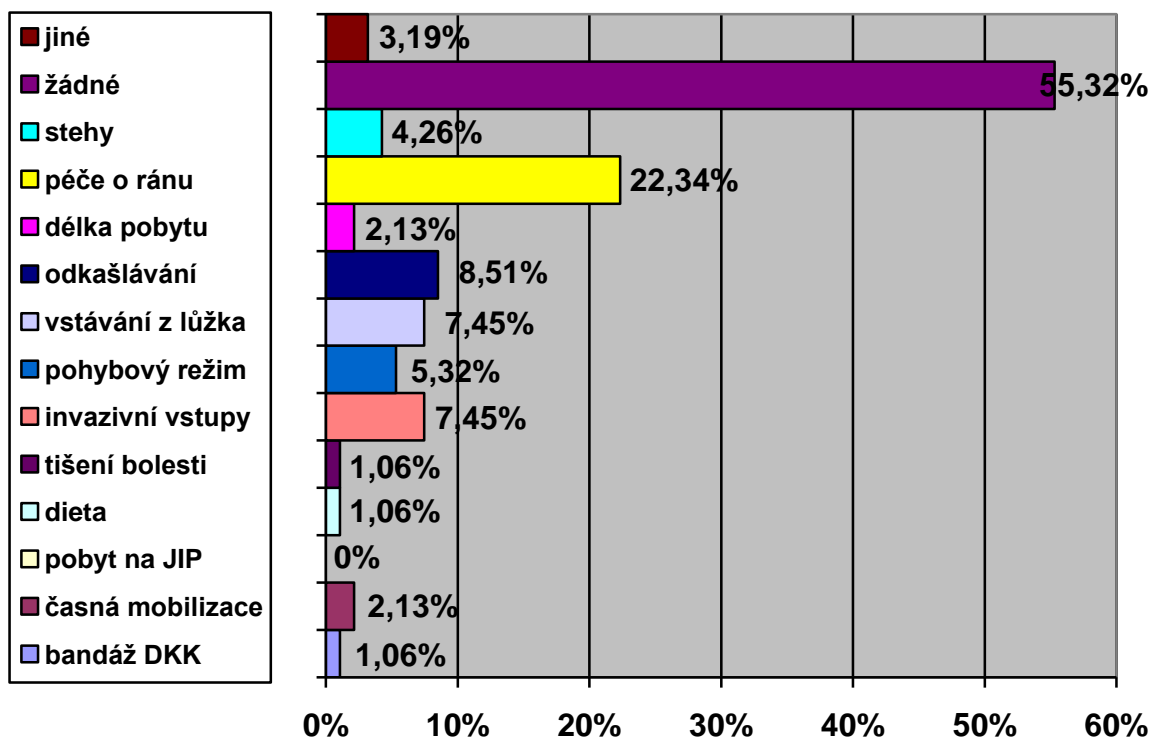


Položka č. 10: V položce č. 10 měli pacienti odpovědět na otázku, které informace nedostali a oni si mysleli, že se jich týkaly.

Tabulka č. 11 Informace, které respondentům chyběly

Informace, které respondentům chyběly	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Bandáže dolních končetin	1	1,06 %
Časné vstávání z lůžka po operaci	2	2,13 %
Pobyt na pooperačním pokoji, na JIP	0	0 %
Dietní režim	1	1,06 %
Tišení bolesti	1	1,06 %
Přítomnost invazivních vstupů	7	7,45 %
Pohybový režim po operaci	5	5,32 %
Nácvik správného vstávání z lůžka po operaci	7	7,45 %
Nácvik správného odkšlávání	8	8,51 %
Délka pobytu v nemocnici	2	2,13 %
Jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí	21	22,34 %
Kdy a kde budou vytaženy stehy	4	4,26 %
Žádné	52	55,32 %
Jiné	3	3,19 %

Graf č. 10 Informace, které respondentům chyběly



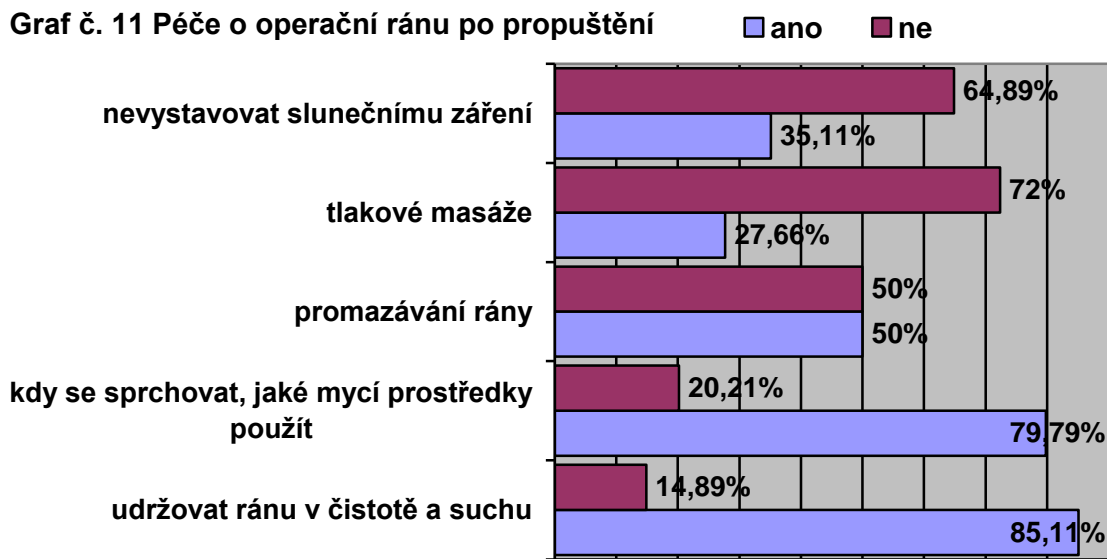
Nejvíce informací respondentům chybělo v oblasti péče o operační ránu v domácím prostředí. Tyto informace chyběly 21 (22,34 %) respondentům, dále respondentům chyběly informace o nácviku správného odkašlávání 8 (8,51 %), o přítomnosti invazivních vstupů 7 (7,45 %), o nácviku správného vstávání z lůžka po operaci 7 (7,45 %), o pohybovém režimu po operaci 5 (5,32 %), kdy a kde budou vytaženy stehy 4 (4,26 %), o délce pobytu v nemocnici 2 (2,13 %), o časném vstávání z lůžka po operaci 2 (2,13 %), o bandáži dolních končetin 1 (1,06 %), dietní režim 1 (1,06 %), o tišení bolesti 1 (1,06 %), 3 respondenti napsali jinou odpověď a chyběli jim informace o tom, jak se projeví infekce v ráně, jaké výživové doplňky stravy lze užívat během pobytu v nemocnici po operaci a jeden respondent by uvítal více informací o harmonogramu dne na oddělení, naopak 52 respondentů odpovědělo, že jim nechyběly informace žádné.

Položka č. 11: Respondenti vybírali z nabízených informací ty, které jim byly podány v souvislosti s péčí o operační ránu v domácím prostředí.

Tabulka č. 12 Péče o operační ránu po propuštění

Informace o péči o operační ránu	ano		ne	
	n	r %	n	r %
Udržovat ránu v čistotě a suchu	80	85,11 %	14	14,89 %
Kdy se sprchovat, jaké použít mycí prostředky	75	79,79 %	19	20,21 %
Promazávání rány	47	50,00 %	47	50,00 %
Tlakové masáže	26	27,66 %	68	72,34 %
Nevystavovat ránu slunečnímu záření 3 měsíce	33	35,11 %	61	64,89 %

Graf č. 11 Péče o operační ránu po propuštění



Při zjišťování jakých informací o péči o operační ránu v domácím prostředí se respondentům dostalo jsem zjistila, že respondenti byli edukováni o tom, že mají udržovat ránu v čistotě a suchu 80 (85,11%) případech, o tom kdy se sprchovat, jaké použít mycí prostředky se dostalo informací 75 (79,79%) respondentům, o promazávání rány 47 (50,00%) respondentům, o tom, že nemají vystavovat ránu slunečnímu záření alespoň tři měsíce 33 (35,11%) respondentům, o tlakových masážích 26 (27,66%) respondentům, z toho vyplývá,

že polovina respondentů 47 (50,00%) nebyla edukována o promazávání rány a více než polovině 68 (72,34%) se nedostalo informací o tlakových masážích a více jak polovině 61

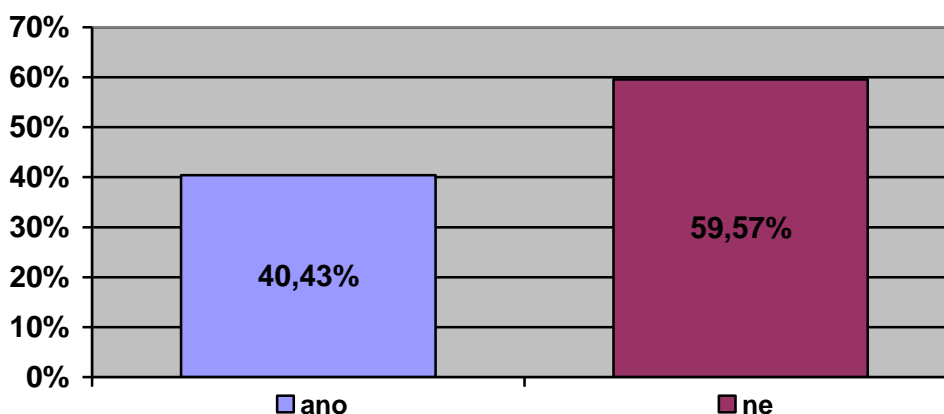
(64,89%) o tom, že nemají vystavovat ránu slunečnímu záření alespoň tři měsíce. Výsledky jsou znázorněny v Grafu č. 11 a v Tabulce č. 12.

Položka č. 12: Informovanost o projevech infekce v ráně.

Tabulka č. 18 Projevy infekce v ráně

Projevy infekce v ráně	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	38	40,43%
Ne	56	59,57%
Celkem	94	100 %

Graf č. 17 Projevy infekce v ráně



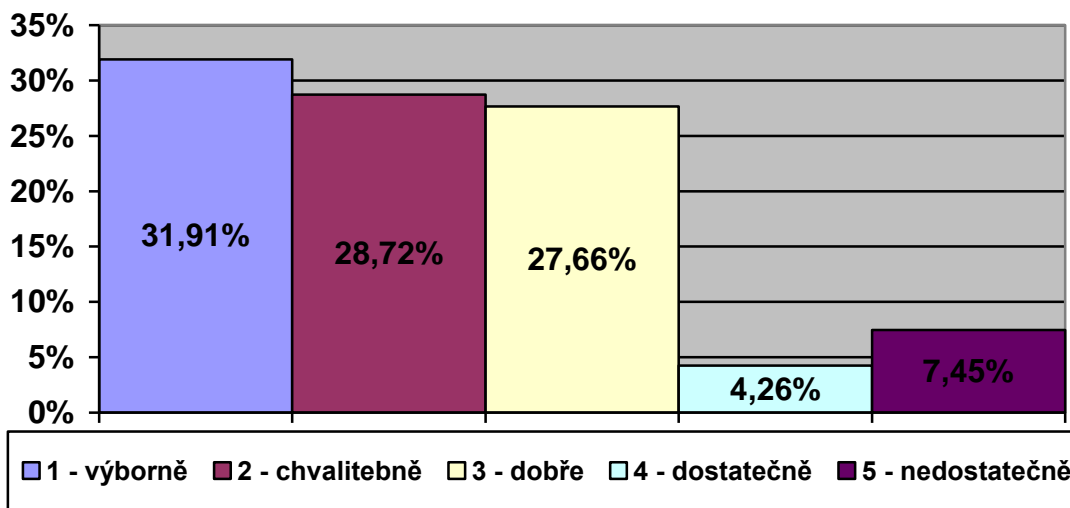
V další otázce byly vyjmenovány projevy infekce v ráně, jako jsou zarudnutí rány, zvýšená teplota v okolí rány, otok, sekrece z rány, rozestupování se rány, povleklá rána. Otázka zněla, zda se respondentů dostalo těchto informací. Ano odpovědělo 38 (40,43%) respondentů a více než polovina 56 (59,57%) respondentů odpovědělo ne.

Položka č. 13: V této položce hodnotili respondenti informace podané o péči o operační ránu známkou 1 – 5.

Tabulka č. 14 Hodnocení informací o péči o operační ránu

Stupeň hodnocení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 výborně	30	31,91%
2 chvalitebně	27	28,72%
3 dobře	26	27,66%
4 dostatečně	4	4,26%
5 nedostatečně	7	7,45%
Celkem	94	100 %

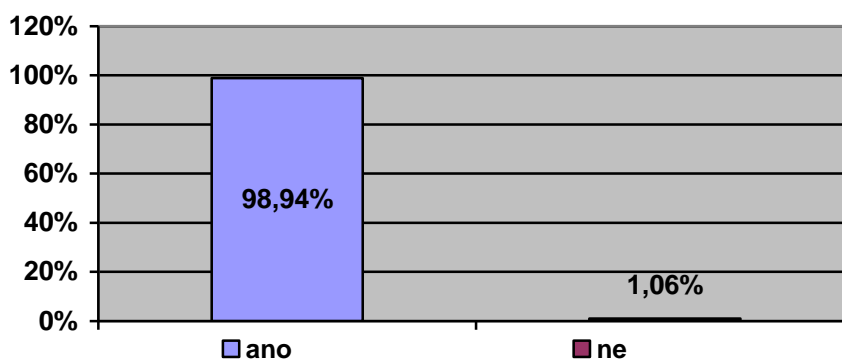
Graf č. 13 Hodnocení informací o péči operační ránu



Informace o péči o operační ránu respondenti hodnotilo 30 (31,91%) respondentů výborně, 27 (28,72%) respondentů chvalitebně, 26 (27,66%) respondentů dobře, 4 (4,26%) respondenti dostatečně a 7 (7,45%) respondentů nedostatečně viz. Graf č. 13, Tabulka č. 14.

Položka č. 14: Zjišťovala, zda byli pacienti poučeni o dietním režimu.*Tabulka č. 15 Informace o dietním režimu*

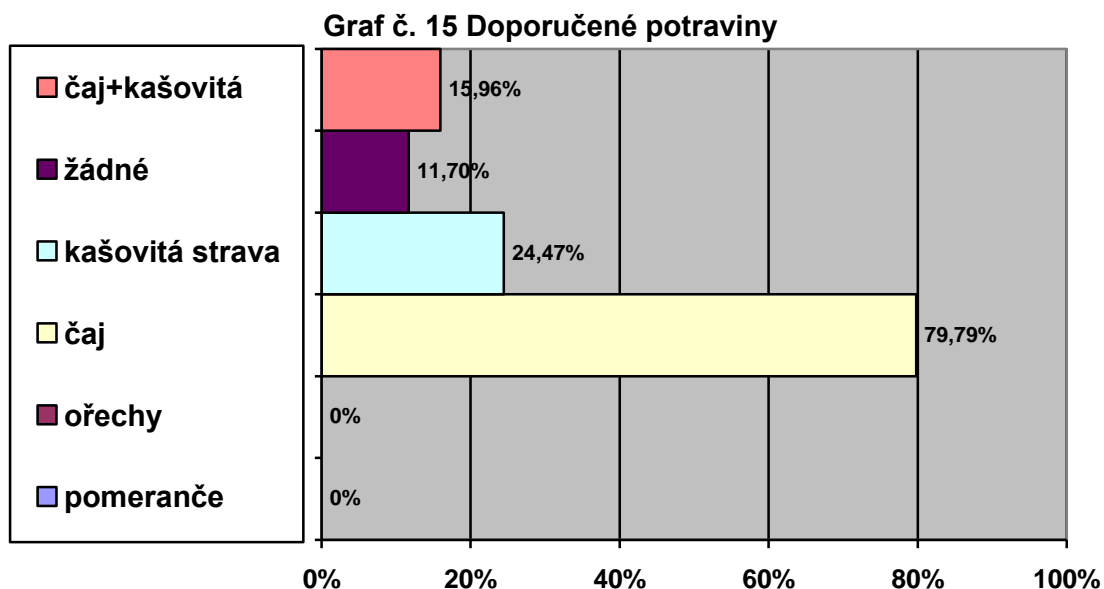
Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	93	98,94%
Ne	1	1,06%
Celkem	94	100 %

Graf č. 14 Informace o dietním režimu

O dietním režimu před operací a v pooperačním období byli edukováni téměř všichni respondenti 93 (98,94%), nebyl poučen pouze 1 (1,06%) respondent, viz. Graf č. 14, Tabulka č. 15.

Položka č. 15: Zjišťovala jaké potraviny byly pacientům doporučeny.**Tabulka č. 16 Doporučené potraviny**

Doporučené potraviny	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Pomeranče	0	0 %
Ořechy	0	0 %
Čaj	75	79,79%
Kašovitá, lehce stravitelná strava	23	24,47%
Žádné (jako součást režimu)	11	11,70%
Čaj a kašovitá strava	15	15,96%



Z uvedených potravin označilo 75 (79,79%) respondentů nejčastěji jako doporučenou potravinu čaj, ve 23 (24,47%) případech to byla kašovitá, lehce stravitelná strava, u 11 (11,70%) respondentů nebyly doporučeny potraviny žádné, jako součást pooperačního dietního režimu, současně čaj a kašovitou stravu uvedlo 15 (15,96%) respondentů. Pomeranče, ořechy a pivo nevedl žádný s respondentů, což svědčí o to, že pacienti byli

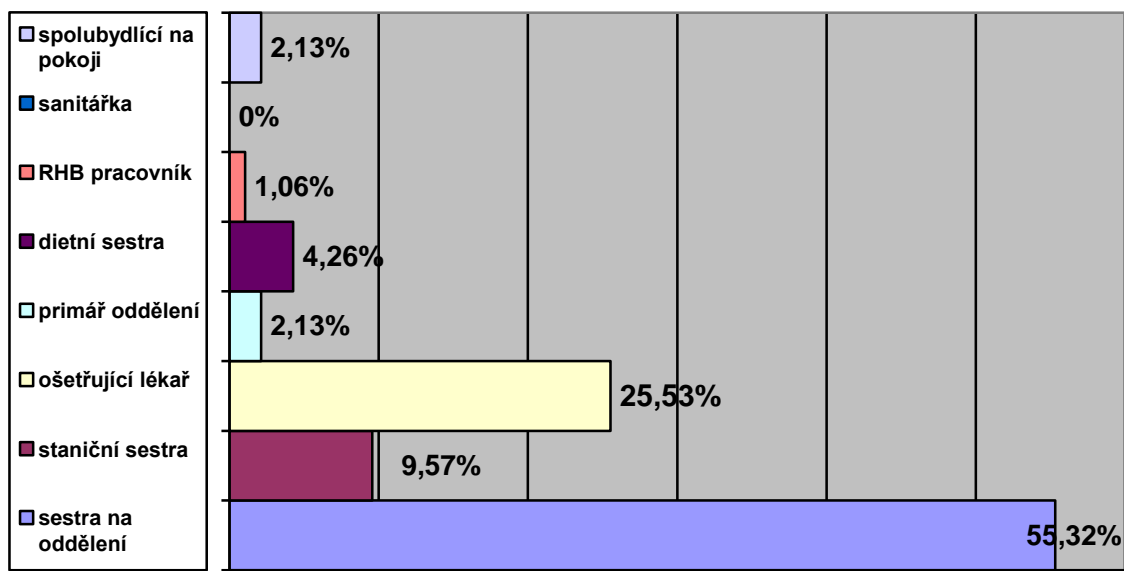
dobře poučení v oblasti dietního režimu během pobytu v nemocnici, viz. Graf č. 15, Tabulka č. 16.

Položka č. 16: Který zdravotnický pracovník podal nejvíce informací o dietě.

Tabulka č. 17 Edukace o dietě

Zdravotnický pracovník	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
sestra na oddělení	52	55,32%
staniční sestra	9	9,57%
ošetřující lékař	24	25,53%
primář oddělení	2	2,13%
dietní sestra	4	4,26%
rehabilitační pracovník	1	1,06%
sanitářka	0	0,00%
spolubydlící na pokoji	2	2,13%
celkem	94	100 %

Graf č. 16 Edukace o dietě



Dle výzkumu o dietním režimu pacienti na chirurgických odděleních nejčastěji edukují sestry na oddělení, jak odpovědělo 52 (55,32%) respondentů, lékař nejčastěji edukoval o

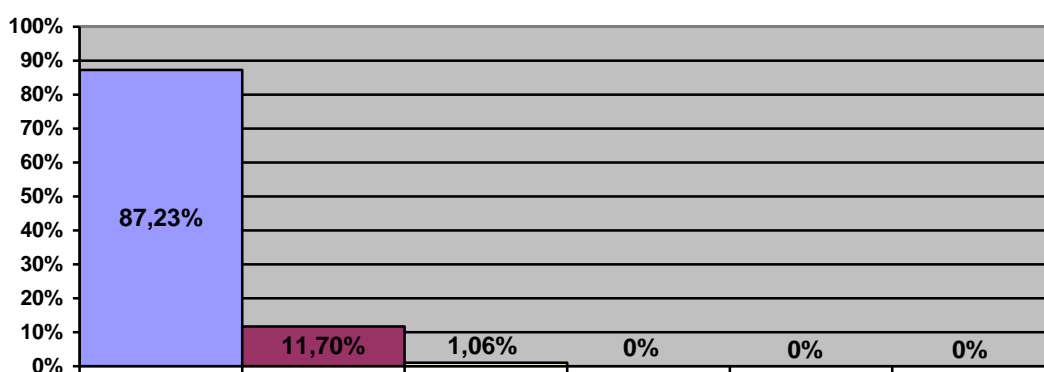
dietním režimu 24 (25,53%) respondentů, staniční sestra 9 (9,57%) respondentů, dietní sestra 4 (4,26%), primář oddělení 2 (2,13%), spolubydlíci na pokoji 2 (2,13%) a rehabilitačního pracovníka uvedl 1 (1,06%) respondent.

Položka č. 17: Nejčastější forma edukace.

Tabulka č. 18 Forma edukace

Forma sdělování informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Rozhovor	82	87,23%
Písemně, letáčky, brožury	11	11,70%
Nákres	1	1,06%
Ukázka na tabuli	0	0,00%
Video	0	0,00%
Jiný způsob	0	0,00%
Celkem	94	100 %

Graf č. 17 Forma edukace



■ rozhovor ■ letáčky, brožury ■ nákres ■ ukázka na tabuli ■ video ■ jiný způsob

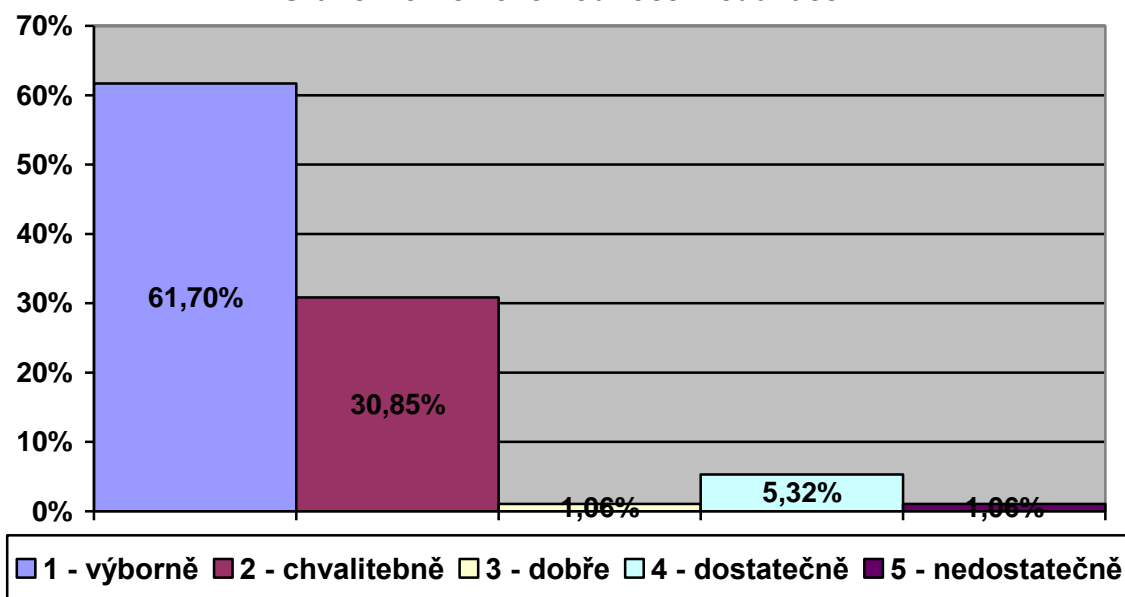
Jak vyplynulo z výzkumu nejčastěji používanou formou edukace je rozhovor (zobrazeno v Grafu č. 17 a v Tabulce č. 18). Tuto formu edukace uvedlo 82 (87,23%) respondentů, 11 (11,70%) respondentů uvedlo, že se jim dostalo edukace pomocí letáčků a brožur, 1 (1,06%) respondent uvedl nákres. Ostatní nabídnuté formy edukace ukázkou na tabuli, video nebo jiný způsob edukace neoznačil žádný respondent.

Položka č. 18: Celkové hodnocení podaných informací známkou 1 – 5.

Tabulka č. 19 Celkové hodnocení edukace

Stupeň hodnocení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1 - výborně	58	61,70%
2 - chvalitebně	29	30,85%
3 - dobře	1	1,06%
4 - dostatečně	5	5,32%
5 - nedostatečně	1	1,06%

Graf č. 18 Celkové hodnocení edukace



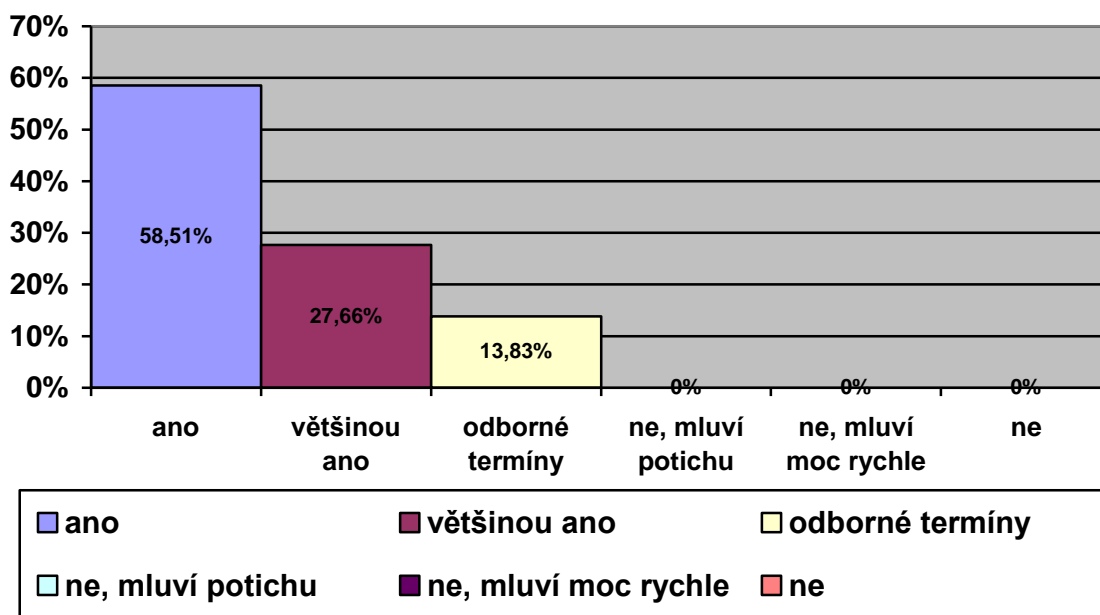
Celkovou úroveň edukace hodnotili respondenti spíše kladně. Na otázku jak by ohodnotili podané informace odpovědělo výborně 58 (61,70%) respondentů, chvalitebně 29 (30,85%) respondentů, dobře 1 (1,06%) respondent, dostatečně 5 (5,32%) a nedostatečně pouze 1 (1,06%) respondent viz. Graf č. 18, Tabulka č. 19.

Položka č. 19: Srozumitelnost informací podaných lékařem.

Tabulka č. 20 Srozumitelnost informací od lékaře

Informace podané lékařem	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	55	58,51%
Většinou ano	26	27,66%
Odborné termíny	13	13,83%
Ne, lékaři mluví potichu	0	0,00%
Ne, lékaři mluví rychle	0	0,00%
Ne	0	0,00%
Celkem	94	100 %

Graf č. 19 Srozumitelnost informací od lékaře



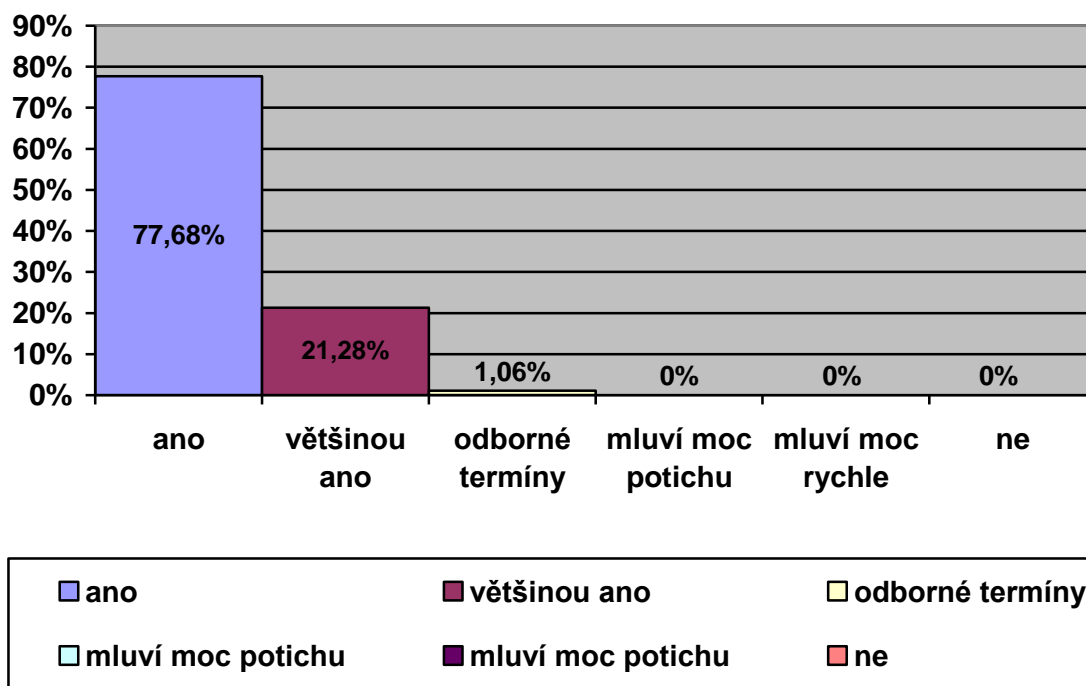
Informace podané lékařem byly pro většinu respondentů srozumitelné 55 (58,51%), většinou ano uvedlo 26 (27,66%) respondentů, nesrozumitelnost odborných termínů uvedlo 13 (13,83%) respondentů viz. Graf č. 19, Tabulka č. 20.

Položka č. 20: Srozumitelnost informací podaných sestrou.

Tabulka č. 21 Srozumitelnost informací od VS

Informace podané sestrou	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	73	77,66%
Většinou ano	20	21,28%
Odborné termíny	1	1,06%
Ne, sestry mluví potichu	0	0,00%
Ne, sestry mluví rychle	0	0,00%
Ne	0	0,00%
Celkem	94	100 %

Graf č. 20 Srozumitelnost informací od VS



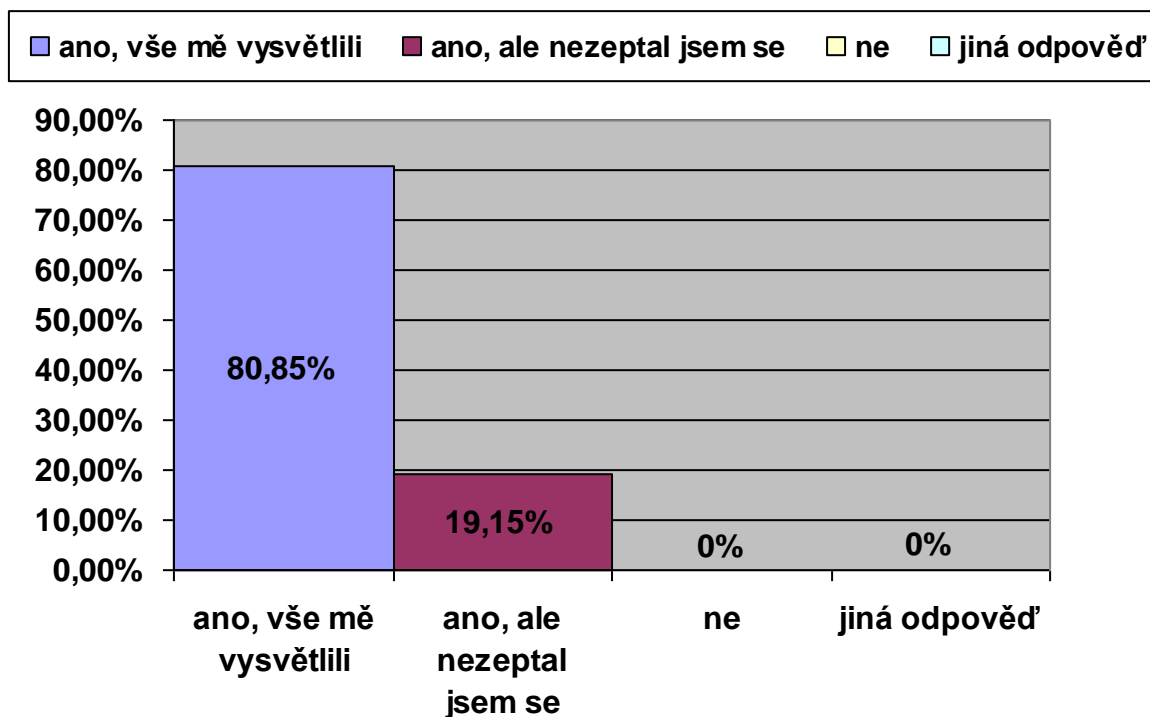
Informace podané sestrou byly pro většinu respondentů také srozumitelné. V porovnání s informacemi od lékařů byly informace od sester hodnoceny ještě kladněji a to u 73 (77,66%) respondentů, většinou ano uvedlo 20 (21,28%) respondentů, nesrozumitelnost odborných termínů uvedlo 1 (1,06%) respondentů viz. Graf č. 20, Tabulka č. 21.

Položka č. 21: Položka zjišťovala, zda měli pacienti možnost zeptat se na to, čemu nerozuměli.

Tabulka č. 22 Možnost zeptat se

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, vše mě vysvětlili	76	80,85%
Ano, ale nezeptal jsem se	18	19,15%
Ne	0	0,00%
Jiná odpověď	0	0,00%
Celkem	94	100 %

Graf č. 21 Možnost zeptat se



Graf č. 21 a Tabulka č. 22 znázorňuje odpověď na otázku, zda se respondentům dostalo odpovědi na věci, kterým nerozuměli. Ano, vše mě bylo vysvětleno odpovědělo 76 (80,85%) respondentů. Ano, ale nezeptal jsem se odpovědělo 18 (19,15%) respondentů. U této odpovědi měli respondenti možnost vyjádřit proč. Jeden z respondentů odpověděl, že „personál je často zaneprázdněný a nemá čas“, další respondent odpověděl, že „sestry se věnují více administrativní práci“ a další respondent odpověděl, že „sestry přišly a hned odešly, proto neměl možnost se zeptat“.

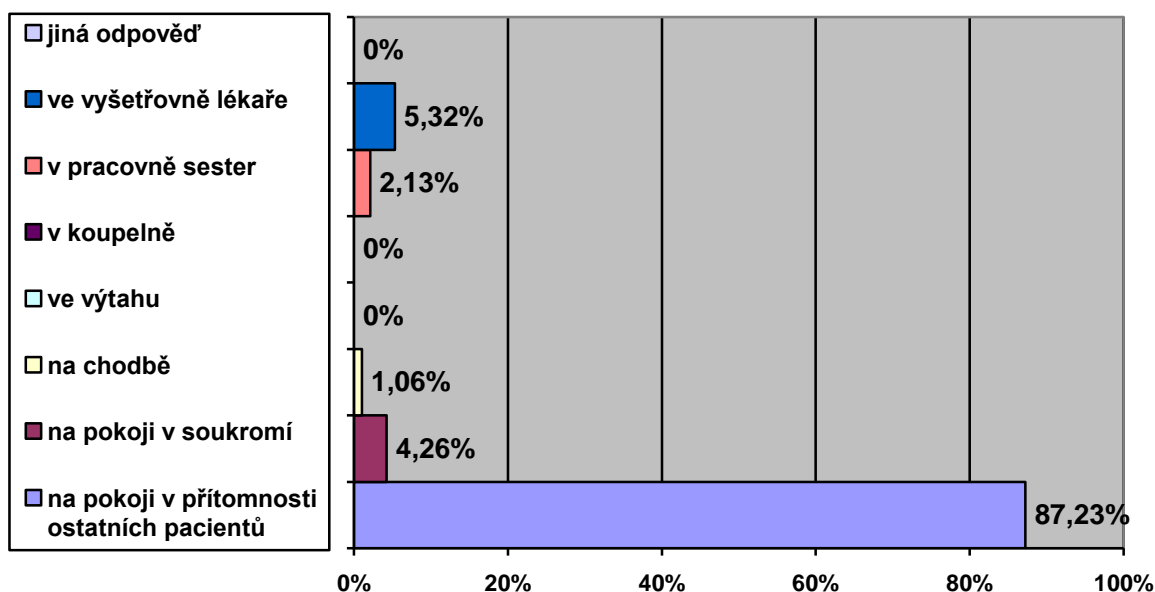
Položka č. 22: Zjišťovala, kde je edukace nejčastěji prováděna.

Tabulka č. 23 Místo edukace

Kde jsou podávány informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
V přítomnosti ostatních pacientů	82	87,23%
Na pokojích v soukromí	4	4,26%
Na chodbě	1	1,06%
Ve výtahu	0	0 %
V koupelně	0	0 %

V pracovně sester	2	2,13%
Ve vyšetřovně lékaře	5	5,32%
Jiná odpověď	0	0 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 22 Místo edukace



Dle respondentů, jak je znázorněno v Grafu 22 a v Tabulce 23 je edukace prováděna nejčastěji na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů, uvedlo to 82 (87,23%) respondentů, ve vyšetřovně lékaře uvedlo 5 (5,32%) respondentů, na pokoji v soukromí uvedli 4 (4,26%) respondenti, v pracovně sester 2 (2,13%) respondenti a 1 (1,06%) respondent dostal nejvíce informací na chodbě. Ve výtahu, v koupelně a jinou odpověď neuvedl žádný respondent.

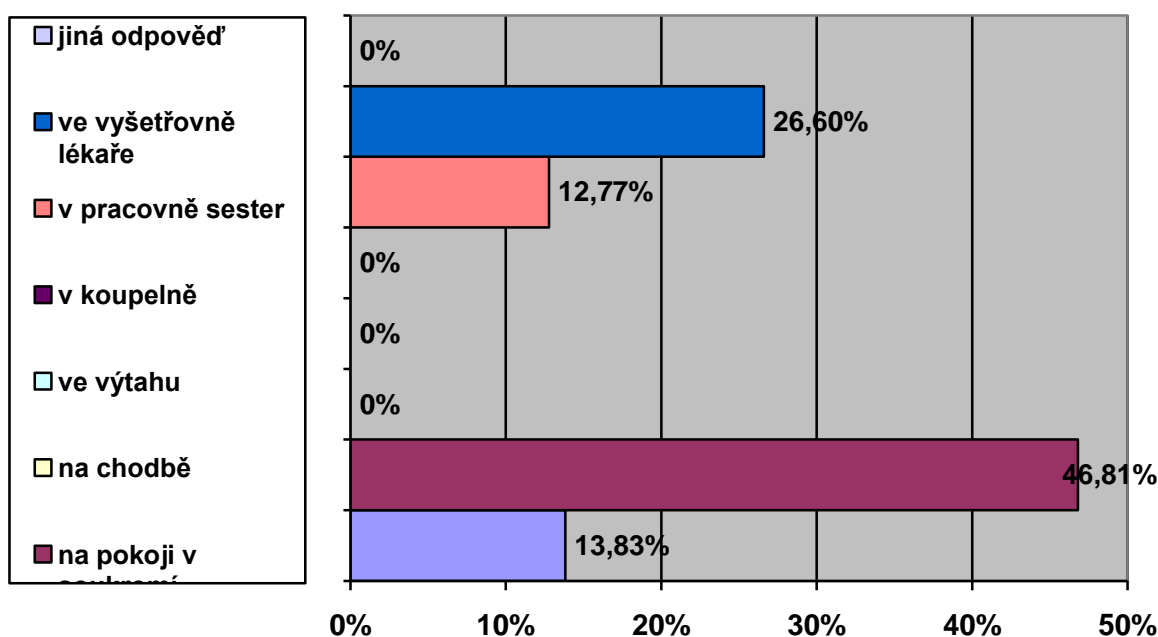
Položka č. 23: Zjišťovala, kde by si pacienti přáli být edukováni.

Tabulka č. 24 Místo edukace dle pacienta

Kde by měli být podávány informace	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
V přítomnosti ostatních pacientů	13	13,83 %
Na pokoji v soukromí	44	46,81 %
Na chodbě	0	0,00 %

Ve výtahu	0	0,00 %
V koupelně	0	0,00 %
V pracovně sester	12	12,77 %
Ve vyšetřovně lékaře	25	26,60 %
Jiná odpověď	0	0,00 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 23 Místo edukace dle pacienta



Dle Grafu č. 23 a Tabulky č. 24 by pacienti více uvítali edukaci na pokoji v soukromí, uvedlo to 44 (46,81%) respondentů, 25 (26,60%) respondentů by si přálo dostávat informace ve vyšetřovně lékaře, 13 (13,83%) respondentům nevadí edukace na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů a 12 respondentů by uvítalo edukaci spíše v pracovně sester.

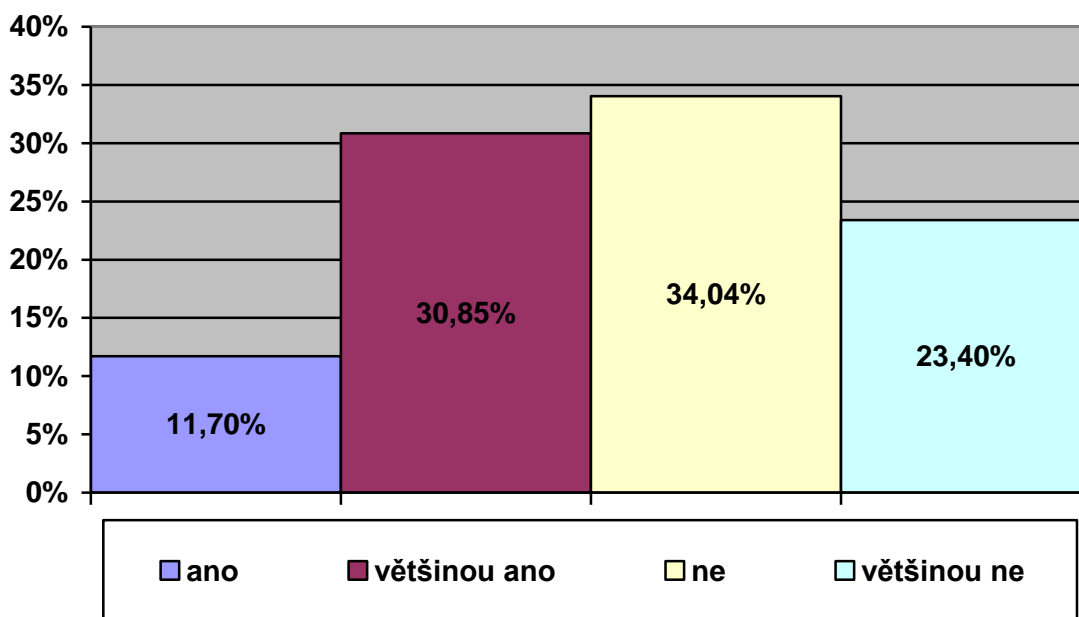
Položka č. 24: Zda respondentům vadí přítomnost jiné osoby při edukaci.

Tabulka č. 25 Přítomnost jiné osoby

Přítomnost jiné osoby	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	11	11,70%
Většinou ano	29	30,85%

Ne	32	34,04%
Většinou ne	22	23,40%
Celkem	94	100 %

Graf č. 24 Přítomnost jiné osoby



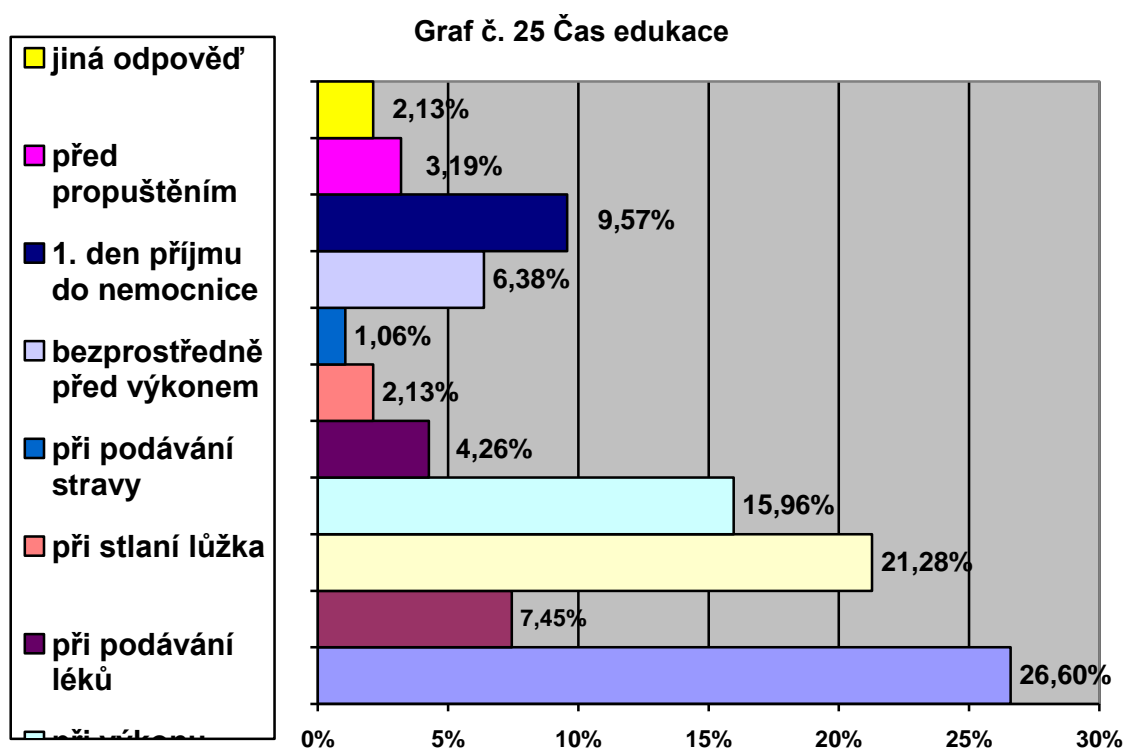
Na otázku, zda respondentům vadí přítomnost jiné osoby při edukaci, odpovědělo 11 (11,70%) ano, 29 (30,85%) většinou ano, 32 (34,04%) odpovědělo ne a 22 (23,40%) respondentů odpovědělo většinou ne. Lze tedy usuzovat, že větší polovině, 54 (57,45%) respondentům přítomnost jiné osoby při edukaci nevadí a přiklání se k odpovědi ne. Zbýlých 40 (42,55%) respondentů se přiklání k odpovědi ano a přítomnost jiné osoby při edukaci jim spíše vadí. Výsledky jsou znázorněny v Grafu č. 24 a v Tabulce č. 25.

Položka č. 25: Kdy, byla edukace nejčastěji prováděna.

Tabulka č. 26 Čas edukace

Kdy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dopoledne	25	26,60%
Odpoledne	7	7,45%

Při vizitě	20	21,28%
Při výkonu sestry na pokoji	15	15,96%
Při podávání léků	4	4,26%
Při stlaní lůžka	2	2,13%
Při podávání stravy	1	1,06%
Bezprostředně před výkonem	6	6,38%
První den pro příjmu do nemocnice	9	9,57%
Před propuštěním	3	3,19%
Jiná odpověď	2	2,13%
Celkem	94	100 %



Nejčastěji dostávají informace pacienti na chirurgických odděleních dopoledne, odpovědělo tak 25 (26,60%) respondentů, při vizitě uvedlo 20 (21,28%) respondentů, při výkonu prováděném sestrou na pokoji uvedlo 15 (15,96%) respondentů, první den příjmu do nemocnice uvedlo 9 (9,57%) respondentů, odpoledne uvedlo 7 (7,45%) respondentů, 6 (6,38%) respondentů označilo odpověď bezprostředně před výkonem, 4 (4,26%) respondenti označili odpověď při podávání léků, 3 (3,19%) respondenti před propuštěním, 2 (2,13%) respondenti při stlaní lůžka, 1 (1,06%) respondent označil odpověď při podávání stravy a 2 (2,13%) respondenti uvedli jinou odpověď. Jeden z respondentů

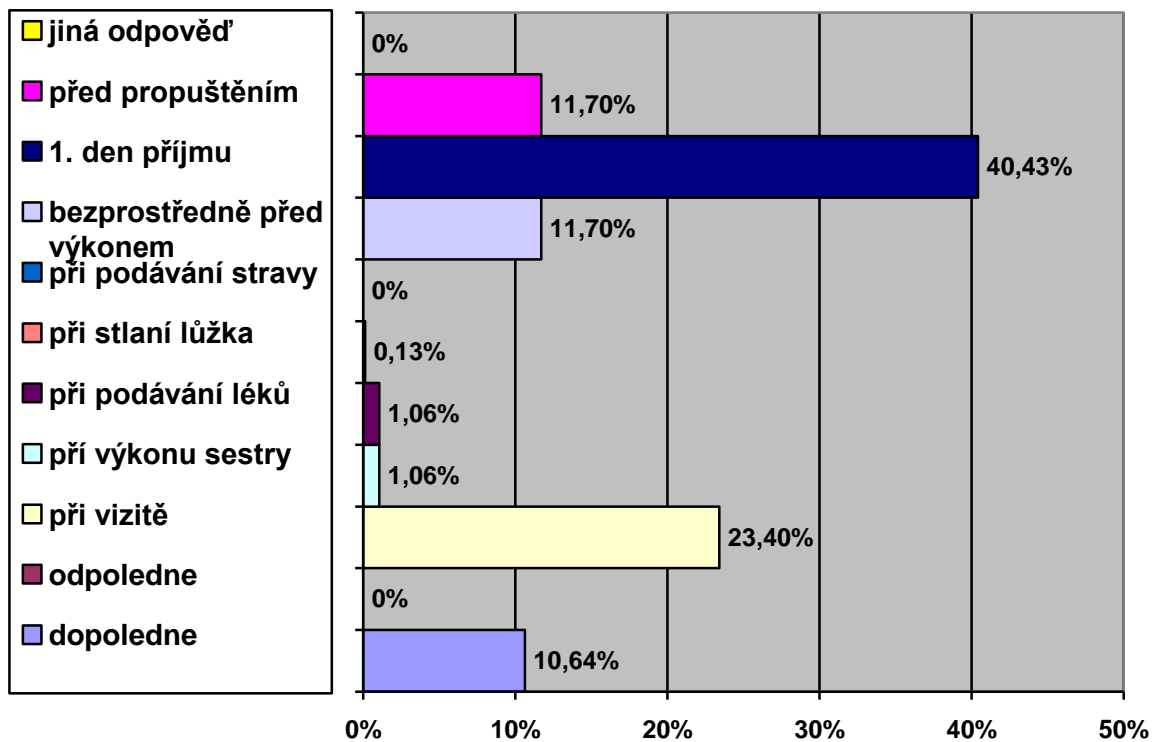
uvedl, že dostal nejvíce informací nejčastěji na jeho dotaz a druhý respondent odpověděl, že dostal nejvíce informací při konzultaci před operací. Znázornění výsledků viz. Graf č. 25 a Tabulka č. 26.

Položka č. 26: Kdy by měla být edukace prováděna dle pacienta.

Tabulka č. 27 Čas edukace dle pacienta

Kdy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Dopoledne	10	10,64%
Odpoledne	0	0,00%
Při vizitě	22	23,40%
Při výkonu sestry na pokoji	1	1,06%
Při podávání léků	1	1,06%
Při stlaní lůžka	0	0,13%
Při podávání stravy	0	0,00%
Bezprostředně před výkonem	11	11,70%
První den pro příjmu do nemocnice	38	40,43%
Před propuštěním	11	11,70%
Jiná odpověď	0	0 %
Celkem	94	100 %

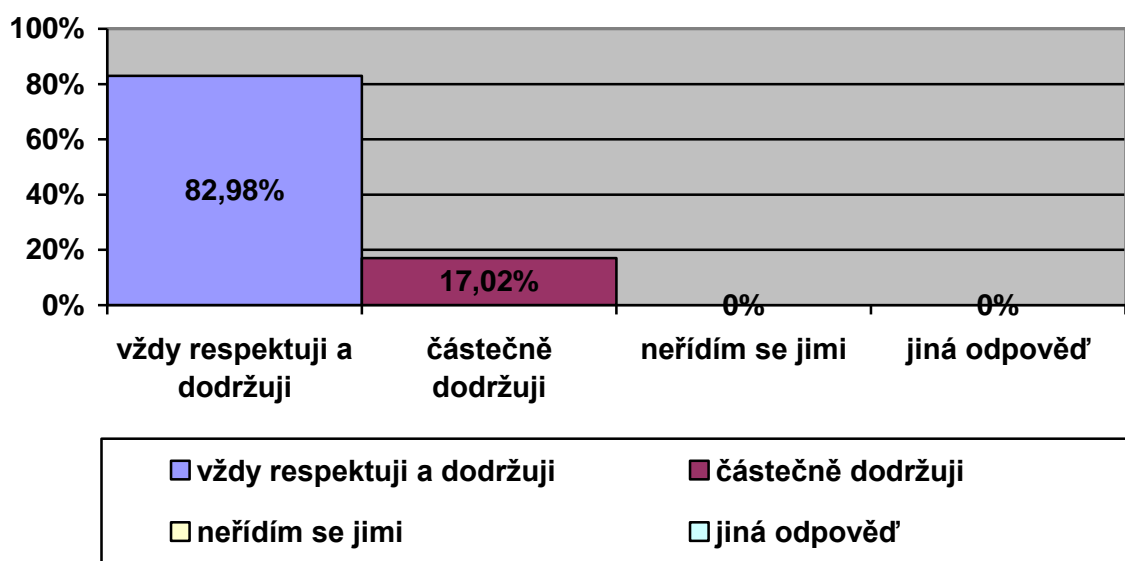
Graf č. 26 Čas edukace dle pacienta



Respondenti se domnívají, že nejvíce informací by mělo být podáno první den příjmu do nemocnice, odpovědělo tak 38 (40,43%) respondentů, 22 (23,40%) respondentů si myslí, že nejvíce informací by měli dostat u vizity, 11 (11,70%) respondentů by uvítalo nejvíce informací bezprostředně před výkonem, 11 (11,70%) respondentů před propuštěním, 10 (10,64%) respondentů dopoledne, 1 (1,06%) respondent při výkonu prováděném sestrou na pokoji a 1 (1,06%) při podávání léků. Žádný z respondentů si nepřeje dostávat informace odpoledne, při stlaní lůžka a při podávání stravy, viz. Graf č. 26, Tabulka č. 27.

Položka č. 27: Zda se pacienti řídí doporučenými postupy.**Tabulka č. 28 Dodržování doporučených postupů**

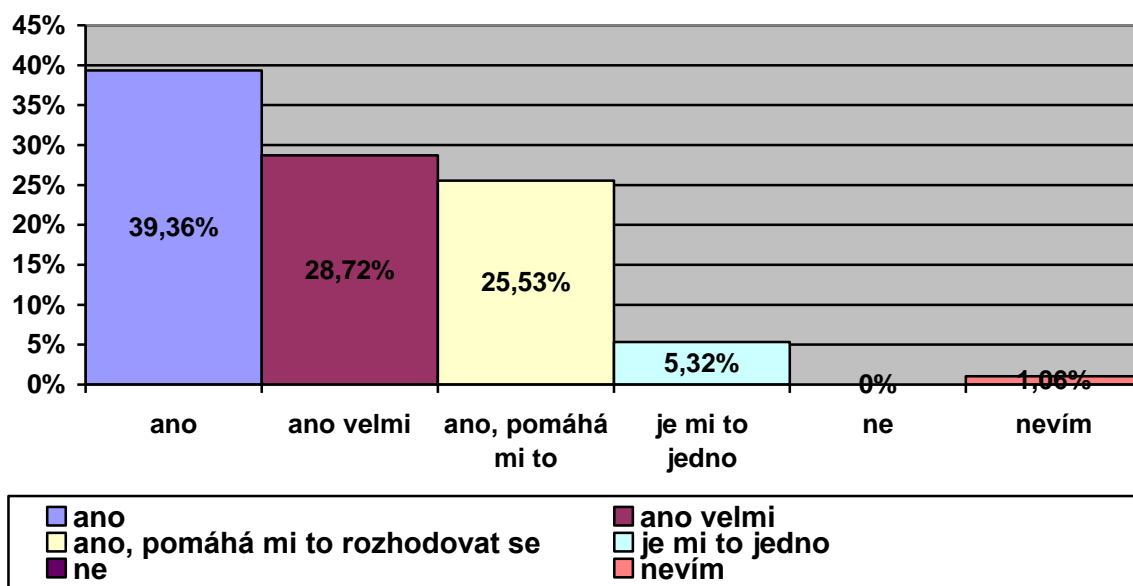
Doporučené postupy	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Vždy respektuji a dodržuji	78	82,98%
Částečně dodržuji, částečně se řídím svým instinktem	16	17,02%
Vyslechnu si to, ale neřídím se jimi	0	0 %
Jiná odpověď	0	0 %
Celkem	94	100 %

Graf č. 27 Dodržování doporučených postupů

Převážná většina 78 (82,98%) dotázaných respondentů dodržuje postupy doporučené zdravotníky, 16 (17,02%) respondentů dodržuje doporučené postupy částečně a částečně se řídí svým instinktem, odpověď vyslechnu si to, ale neřídím se jimi neoznačil žádný respondent, viz. Graf č. 27, Tabulka č. 28.

Položka č. 28: Jak je pro pacienty důležitá edukace během hospitalizace.**Tabulka č. 29 Důležitost informací**

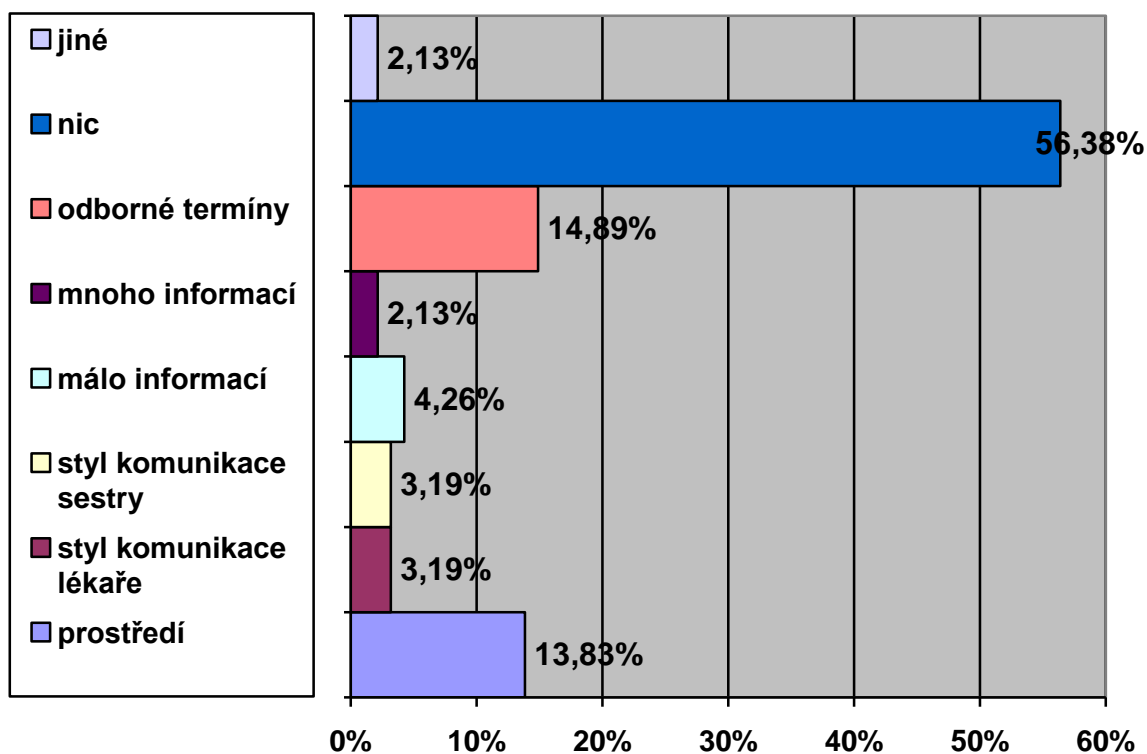
Důležitost informací	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	37	39,36%
Ano velmi	27	28,72%
Ano, pomáhá mi to lépe se rozhodovat	24	25,53%
Je mi to celkem jedno, plně se oddávám do rukou zdravotníků	5	5,32%
Ne	0	0 %
Nevím	1	1,06%
Celkem	94	100 %

Graf č. 28 Důležitost informací

Graf č. 28 a Tabulka č. 29 znázorňuje, zda je pro pacienty důležité mít kvalitní informace během pobytu v nemocnici. Ano odpovědělo 37 (39,36%) respondentů, ano velmi odpovědělo 27 (28,72%) respondentů, ano, pomáhá mi to lépe se rozhodovat odpovědělo 24 (25,53%), je mi to celkem jedno, plně se oddávám do rukou zdravotníků odpovědělo 5 (5,32%) respondentů, nevím odpověděl 1 (1,06%) respondent, odpověď ne neoznačil žádný respondent. Převážná většina se tak přiklání k tomu, že je důležité mít kvalitní informace během pobytu v nemocnici.

Položka č. 29: Co je vnímáno negativně při edukaci.*Tabulka č. 30 Negativa*

Odpověď	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Přítomnost ostatních pacientů	13	13,83%
Styl komunikace ošetřujícího lékaře	3	3,19%
Styl komunikace sestry na oddělení	3	3,19%
Informací bylo málo, uvítal(a) bych více	4	4,26%
Informací bylo zbytečně mnoho	2	2,13%
Odborné termíny	14	14,89%
Nic	53	56,38%
Jiné	2	2,13%
Celkem	94	100 %

Graf č. 29 Co je vnímáno negativně při edukaci

Graf č. 29 a Tabulka č. 30 znázorňuje co pacienti vnímají negativně při edukaci. 53 (56,38%) respondentů uvedlo, že na edukaci nevnímají negativně nic, 14 (14,89%) respondentů uvedlo, že negativně vnímají používání odborných termínů při edukaci, přítomnost ostatních pacientů vnímá negativně 13 (13,83%) respondentů, informací bylo málo, uvítal(a) bych více uvedli 4 (4,26%) respondenti, styl komunikace ošetřujícího lékaře uvedli 3 (3,19%) respondenti, styl komunikace sestry na oddělení uvedli také 3 (3,19%) respondenti, pro 2 (2,13%) respondenty bylo informací mnoho, 2 (2,13%) uvedli jinou odpověď, jeden uvedl, že informace byly velmi stručné a druhý by uvítal více informací o režimu dne na oddělení.

7 ZHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl č. 1: Zjistit, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující.

Hypotéza č. 1.1: Předpokládám, že více než polovina respondentů považuje informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci na chirurgických odděleních za dostačující. **Byla potvrzena.**

Hypotéza č. 1.2: Předpokládám, že většina edukací se pacientům na chirurgických odděleních dostává od všeobecných sester. **Byla potvrzena.**

Cíl č. 2: Zjistit, v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací.

Hypotéza č. 2.1: Předpokládám, že pacienti nemají dostatek informací o ošetřování operační rány v domácím prostředí. **Byla potvrzena.**

Hypotéza č. 2.2: Předpokládám, že pacienti po chirurgických operacích jsou velmi dobře informováni o dietě. **Byla potvrzena.**

Cíl č. 3: Zjistit, co pacienti při edukaci na chirurgických odděleních vnímají jako negativní.

Hypotéza č. 3.1: Předpokládám, že pacienti upřednostňují edukaci v soukromí více, než v přítomnosti další osoby. **Byla potvrzena.**

Hypotéza č. 3.2: Předpokládám, že pacienti vnímají negativně používání odborných termínů při edukaci zdravotnickými pracovníky. **Byla potvrzena.**

8 DISKUSE

Bylo rozdáno celkem 140 dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 129 ze 140 dotazníků, což je 92,14 % z celkového počtu. Z těchto 129 dotazníků bylo vyřazeno 35 dotazníků pro neúplnost nebo chybné vyplnění. Zbýlých 94 dotazníků tvoří 67,14 % z celkového počtu. Těchto 94 dotazníků jsem vyhodnocovala v mém výzkumu. Výzkum byl uskutečněn v Krajské nemocnici T. Bati a.s., v Uherskohradištské nemocnici a.s., v Nemocnici Atlas a.s. a v Nemocnici Valašské Meziříčí a.s. Pacienti byli osloveni v den propuštění, neboť edukace pacienta probíhá po celou dobu hospitalizace a i v den propuštění, jen tak mohli respondenti posoudit, zda dostali všechny informace, které potřebují. Výzkumu se zúčastnilo 56 mužů a 38 žen. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou byli pacienti ve věku 51 – 60 let. Zhruba polovina respondentů byla hospitalizována poprvé a druhá polovina byla již v minulosti hospitalizována jednou, dvakrát či vícekrát. Důvod hospitalizace byl pro 51 pacientů plánovaná operace a pro 43 pacientů akutní operace. Z celkového počtu 94 podstoupilo 56 pacientů klasický a 38 laparoskopický typ operace.

V předoperačním a pooperačním období se pacienti setkávají s jistými ošetrovatelskými postupy. Zjistila jsem, že nejčastěji se pacienti setkávají s bandáží dolních končetin, s žilním katétrem, s tišením bolesti, s vytažením stehů a péčí o operační ránu a to jak v nemocnici, tak v domácím prostředí. Zjišťovala jsem, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující. Předpokládala jsem, že více než polovina respondentů považuje informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci na chirurgických odděleních za dostačující. A zjistila jsem, že informace, které pacienti dostaly ohledně postupů předoperační a pooperační péče hodnotili převážně pozitivně, jako výborně je hodnotilo 61,70% pacientů, chvalitebně 30,85 % pacientů, což je převážná většina a je to příjemné zjištění, ale ne až tak překvapivé, neboť jako sestra z praxe vím, že jsou pacienti na chirurgických odděleních a zvláště o předoperační přípravě a pooperační péči edukováni důsledně. Většině 80,85 % respondentů se také dostalo odpovědi na věci, kterým nerozuměli. 19,15% respondentů, kteří měli také možnost se zeptat na věci, kterým nerozuměli se, ale nezeptali se. Jeden z respondentů odpověděl: „Personál je často zaneprázdněný a nemá čas“, další respondent odpověděl „sestry se věnují více administrativní práci“ a další respondent odpověděl, že „sestry přišly a hned odešly“, proto neměl možnost se zeptat na to čemu nerozuměl. Tito

tří respondenti odpověděli negativně, z celkového počtu 94 je to sice částka zanedbatelná, ale nemělo by se stávat, aby pacient nedostal prostor na vyjádření dotazu. Bylo také zjištěno, že většina edukací se pacientům na chirurgických odděleních dostává od všeobecných sester formou rozhovoru. Této formy edukace se dostalo 87,23 % respondentů. Je to nejspíše dáno tím, že sestry jsou v neustálém kontaktu s pacienty a také tím, že edukace patří do náplně jejich práce. Ukázalo se, že sestry nečastěji edukují o bandáži dolních končetin, o časném vstávání z lůžka po operaci, o pohybovém režimu po operaci, o nácviku správného odkašlávání po operaci, o přítomnosti invazivních vstupů a o dietním režimu. Lékaři podávají informace spíše o tom, kdy budou vytaženy stehy a o délce pobytu v nemocnici. Zároveň při srovnání informací od sester a od lékařů, jsou pacientům informace podané sestrou srozumitelnější, protože lékaři používají více odborných termínů.

Dále jsem zjišťovala, v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací. V 55,32 % nechyběly respondentům informace žádné, ale u 22,34 % respondentů chybělo nejvíce informací o péči o operační ránu v domácím prostředí. Dá se tedy říci, že většině pacientů nechyběly informace žádné a pokud chyběly, tak to bylo převážně v oblasti péče o operační ránu. Při zjišťování jakých informací o péči o operační ránu v domácím prostředí se respondentům dostalo jsem zjistila, že respondenti byli edukováni o tom, že mají udržovat ránu v čistotě a suchu v 85,11 % případech o tom, kdy se sprchovat a jaké použít mycí prostředky v 79,79% případech, což je určitě správně. Ale naopak bylo zjištěno, že 50,00 % respondentů nedostalo informace o promazávání rány, více než polovina, 72,34 % respondentů, nedostala informace o tlakových masáží a více jak polovina 64,89 % respondentů o tom, že nemají vystavovat ránu slunečnímu záření. Dále se ukázalo, že více než polovina 59,57 % respondentů neví, jak se projeví infekce v ráně. Je nezbytné, aby pacienti dokázali rozpoznat počínající infekci v ráně, aby věděl jak těmto komplikacím předcházet a také, aby věděli jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí. Toto zjištění mě vedlo k vytvoření edukačního materiálu ve formě edukační brožury, která pojednává o tom, jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí. Sestry na oddělení, by pak mohli tuto edukační brožurku používat u pacientů v pooperačním období a při propuštění a zkvalitnit tak edukaci o péči o operační ránu. Opačné zjištění ovšem bylo u edukace o dietním režimu. O dietním režimu před operací a v pooperačním období byli edukováni téměř všichni respondenti, nebyl poučen pouze 1 z 94 respondentů, což je

opravdu potěšitelné. Také z uvedených potravin označilo správně 79,79% respondentů jako nejčastěji doporučenou potravinu čaj, ve 24,47% respondentů kašovitou a lehce stravitelnou strava, u 11,70% respondentů nebyly doporučeny potraviny žádné, jako součást pooperačního dietního režimu, současně čaj a kašovitou stravu uvedlo 15,96% respondentů. Špatně neodpověděl žádný respondent, což také svědčí o tom, že pacienti byli dobře poučeni v oblasti dietního režimu během pobytu v nemocnici. Bylo také zjištěno, že o dietním režimu pacienti na chirurgických odděleních nejčastěji edukují všeobecné sestry na oddělení, dietní sestru uvedlo 4,26 % respondentů.

Zjistit, co pacienti na chirurgických odděleních při edukaci vnímají jako negativní, bylo dalším mým cílem. Bylo zjištěno, že pacienti jsou nejčastěji edukováni na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů, uvedlo to 87,23 % respondentů. Předpokládala jsem, že to pacienti vnímají negativně. Ale na otázku, zda respondentům vadí tato přítomnost jiné osoby při edukaci, se více než polovina 57,45% respondentů přiklání k odpovědi, že jim přítomnost jiné osoby při edukaci nevadí, což pro mě bylo velmi překvapivé. Přesto, že tak odpověděli, tak při další hospitalizaci by více uvítali edukaci na pokoji v soukromí, uvedlo to 46,81% respondentů, 26,60% respondentů by si přálo dostávat informace ve vyšetřovně lékaře, 12 respondentů by uvítalo edukaci spíše v pracovně sester a pouze zbylých 13,83 % respondentů uvedlo, že edukace na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů jim vyhovuje. Lze tedy usuzovat, že pacientům jim přítomnost jiné osoby při edukaci nevadí, ale při příští hospitalizaci by si přáli být edukováni spíše v soukromí bez přítomnosti cizí osoby. Nejspíše záleží na druhu edukace. Každopádně by edukace měla probíhat nerušeně v soukromí a v příjemném prostředí. Zjišťovala jsem také, jak pacienti vnímají používání odborných termínů při edukaci zdravotnickými pracovníky. Předpokládala jsem, že negativně a to se potvrdilo. Při zjišťování srozumitelnosti informací podaných lékařem se potvrdilo, že se jednalo právě o odborné termíny čemu nerozuměli. Informace podané sestrou byly pro většinu respondentů srozumitelnější. V porovnání s informacemi od lékařů byly informace od sester hodnoceny kladněji a nesrozumitelnost odborných termínů uvedl pouze 1 (1,06%) respondent. Z toho tedy vyplynulo, že pacienti vnímají používání odborných termínů negativně, ale týká se to především edukace ze strany lékaře. Při zjišťování, co působí na pacienti negativně uvedlo právě 14,89% respondentů používání odborných termínů při edukaci. Naopak 56,38% respondentů uvedlo, že na edukaci nevnímají negativně nic, což je pozitivní a potvrzuje to také jednu z hypotéz, kde

předpokládám, že více než polovina pacientů na chirurgických odděleních považuje informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující. Dále bylo zjištěno, že nejčastěji dostávají informace pacienti na chirurgických odděleních dopoledne. Respondenti se, ale domnívají, že nejvíce informací, by mělo být podáno první den příjmu do nemocnice, odpovědělo tak 38 respondentů, 22 respondentů si myslí, že nejvíce informací by měli dostat u vizity, 11 respondentů by uvítalo nejvíce informací bezprostředně před výkonem, 11 respondentů před propuštěním, 10 respondentů dopoledne, 1 respondent při výkonu prováděném sestrou na pokoji a jeden při podávání léků. Žádný z respondentů si nepřeje dostávat informace odpoledne, při stlaní lůžka a při podávání stravy.

ZÁVĚR

Můj výzkum zaměřený na edukaci v chirurgických oborech mi přinesl hodně zajímavých faktů. Zjišťovala jsem, zda pacienti na chirurgických odděleních považují informace, které jim podávají zdravotničtí pracovníci za dostačující. Jak výzkum ukázal, informace, které pacienti dostali ohledně postupů předoperační a pooperační péče hodnotí většina jako dostačující. Edukace o dietním režimu byla téměř 100%, nebyl poučen pouze 1 pacient. U edukace o péči o operační ránu to pak bylo o poznání horší. Bylo také zjištěno, že nejčastěji na chirurgických odděleních edukuje všeobecná sestra a to formou rozhovoru. Dále jsem zjišťovala, co pacienti vnímají negativně při edukaci. Bylo zjištěno, že pacientům nejvíce vadí používání odborných termínů. Přítomnost cizí osoby při edukaci pacientům sice nevadí, ale v budoucnu by si většina přála být edukována v soukromí.

Dále jsem zjišťovala, v jaké oblasti edukace by pacienti na chirurgických odděleních uvítali více informací. Nejvíce respondentů by uvítalo více informací o péče o operační ránu v domácím prostředí. Při zjišťování jakých informací o péči o operační ránu v domácím prostředí se respondentům nedostalo jsem zjistila, že více jak polovině respondentů chyběly informace o promazávání rány, o tlakových masážích a o tom, že nemají vystavovat ránu slunečnímu záření. Dále se ukázalo, že více než polovina respondentů nezná projevy infekce v ráně. Je nezbytné, aby pacienti dokázali rozpoznat počínající infekci v ráně, aby věděli jak těmto komplikacím předcházet a také, aby věděli jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí. Toto zjištění mě vedlo k vytvoření edukačního materiálu ve formě edukační brožury. Brožurka pojednává o tom, jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí. Sestry na oddělení, by pak mohly tento edukační materiál používat u pacientů v pooperačním období a při propouštění pacienta. Zkvalitnila by se tak edukace o péči o operační ránu. Tento edukační materiál dává pacientům návod jak pečovat o operační ránu, jak předcházet komplikacím při hojení a jak rozpoznat infekci v ráně. Letáček bude dostupný pro pacienty na chirurgických odděleních Uherskohradišťské nemocnice a.s. a KNTB, a.s. ve Zlíně. Doufám, že jej ocení jak pacienti, tak všeobecné sestry na těchto odděleních.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. přepracované vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. Brno: IDVPZ, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
- DUŠOVÁ, B. *Edukace v ošetrovatelství - distanční opory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 67 s.
- FERKO, A., VOBOŘIL, Z., SMEJKAL, K. a kol. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4.
- FIBÍR, A. *Péče o jizvy* [online]. 11. prosince 2005 Ordinance [cit. 2011-05-25]. Dostupné z WWW: <www.ordinace.cz>.
- JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: ISV, 2000. 82 s. ISBN 80-85866-55-2.
- JAROŠOVÁ, D. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie - distanční opory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002. 75 s. 80-7042-339-0.
- JAROŠOVÁ, D. *Základy výzkumu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006.
- JAROŠOVÁ, D. *Metodologie výzkumu*. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita, 2007. 69 s. ISBN 978-80-248-1286-1.
- JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství – učební text pro střední zdravotnické školy - 2. část. Chirurgie, pediatrie, gerontologie*. 1. vyd. Uherské Hradiště: /s.n./, 1999. 233 s.
- JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALA, Z., PROCHÁZKA, V. a kol. *Perioperační péče o pacienta v digestivní chirurgii*. Brno: NCONZO, 2010. 236 s. ISBN 978-80-7013-519-8.
- KADLECOVÁ, J. *Pooperační péče*. [online]. Plastická a estetická chirurgie Laruea spol. s.r.o 2006-2011 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z WWW: <www.Laruea.cz>.

- KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. 216 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelské diagnózy*. Definice a klasifikace 2009 - 2011. Praha: Grada, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
- MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. 160 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
- NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- PLACHETA, Z. a kol. *Pokyny pro vypracování magisterské diplomové práce*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství MU, 2005. 37 s. ISBN 80-210-2431-3.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. 495 s. ISBN 80-7178-170-3.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii I. díl*. Praha: Grada, 2010. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II. díl*. Praha: Grada, 2010. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
- STAŇKOVÁ, M. *Hodnotící a měřící techniky v ošetrovatelství - praktická příručka*. Brno: NCONZO v Brně, 2006. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- STRYJA, J. *Repetitorium hojení ran*. Semily: Geum, 2008. 200 s. ISBN 978-80--86256-60-3.
- ŠEFLOVÁ, L., BERÁNKOVÁ, I. *Management ošetrování dekubitů*. *Solen - interní medicína pro praxi* [online]. 2006, 5, [cit. 2011-05-25]. Dostupný z WWW: <www.interní medicína.cz>.
- ŠTEFÁNEK, J. *Jak urychlit hojení ran po operaci*. [online]. 20. září 2010 [cit. 2011-05-25]. Dostupné z WWW: <www.rordinace.cz>.
- TÓTHOVÁ, V. a kol. *Výchova a vzdělávání – součást ošetrovatelství*. In *Nové trendy v ošetrovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2006. 125 s. ISBN 80-7040-884-7.

- VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*. 2. doplněné a přepracované vyd. Praha: Galén, 2007. 280 s. ISBN 978-80-7262-403-3.
- VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada, 2008. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
- VYHNÁLEK, F. a kol. *Chirurgie II. díl*. Praha: Informatorium, 2003. 188 s. ISBN 80-7333-007-5.
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. přepracované vyd. Martin: Osveta, 2005. 120 s. ISBN 80-8063-193-X.
- ZVONÍČKOVÁ, M. *Sestra edukátorka*. In zpravodaj Vliv profese na sestru. Praha: Česká asociace sester, 1999. č. 8, s. 17-19, ISBN 80-7023-105-4.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiograf
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association - severoamerická asociace pro sesterské diagnózy, profesionální organizace sester pro standardizaci sesterské terminologie
PAD	Perorální antidiadetika
STATIM	Ihned (z lat.)
TBC	Tuberkulóza
TT	Tělesná teplota
VS	Všeobecná sestra

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Pohlaví respondentů.....	38
Graf č. 2 Věk respondentů.....	39
Graf č. 3 Vzdělání respondentů.....	40
Graf č. 4 Počet hospitalizací.....	41
Graf č. 5 Důvod hospitalizace.....	42
Graf č. 6 Typ operace.....	43
Graf č. 7 Postupy pooperační péče.....	44
Graf č. 8 Četnost podaných informací zdravotnickými pracovníky	46
Graf č. 9 Informace od VS a od lékaře	48
Graf č. 10 Informace, které respondentům chyběly	49
Graf č. 11 Péče o operační ránu po propuštění	50
Graf č. 12 Projevy infekce v ráně	51
Graf č. 13 Hodnocení informací o operační ránu.....	52
Graf č. 14 Informace o dietním režimu.....	53
Graf č. 15 Doporučené potraviny	54
Graf č. 16 Edukace o dietě.....	55
Graf č. 17 Forma edukace.....	56
Graf č. 18 Celkové hodnocení edukace.....	58
Graf č. 19 Srozumitelnost informací od lékaře.....	59
Graf č. 20 Srozumitelnost informací od VS.....	60
Graf č. 21 Možnost zeptat se.....	61
Graf č. 22 Místo edukace.....	62
Graf č. 23 Místo edukace dle pacienta.....	63
Graf č. 24 Přítomnost jiné osoby.....	64

Graf č. 25 Čas edukace	66
Graf č. 26 Čas edukace dle pacienta	67
Graf č. 27 Dodržování doporučených postupů	68
Graf č. 28 Důležitost informací během	69
Graf č. 29 Negativa	70

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Porovnání edukačního a ošetrovatelského procesu.....	14
Tabulka č. 2 Pohlaví respondentů.....	38
Tabulka č. 3 Věk respondentů.....	39
Tabulka č. 4 Vzdělání respondentů.....	40
Tabulka č. 5 Počet hospitalizací v minulosti.....	41
Tabulka č. 6 Důvod hospitalizace.....	42
Tabulka č. 7 Typ operace.....	43
Tabulka č. 8 Postupy pooperační péče, které	44
Tabulka č. 9 Četnost podaných informací zdravotnickými pracovníky	46
Tabulka č. 10 Informace od VS a od lékaře	47
Tabulka č. 11 Informace, které respondentům chyběly.....	48
Tabulka č. 12 Péče o operační ránu po propuštění.....	49
Tabulka č. 13 Projevy infekce v ráně	50
Tabulka č. 14 Hodnocení informací o péči o operační ránu	51
Tabulka č. 15 Informace o dietním režimu	54
Tabulka č. 16 Doporučené potraviny	55
Tabulka č. 17 Edukace o dietě	56
Tabulka č. 18 Forma edukace.....	57
Tabulka č. 19 Celkové hodnocení edukace.....	58
Tabulka č. 20 Srozumitelnost informací od lékaře.....	59
Tabulka č. 21 Srozumitelnost informací od VS	60
Tabulka č. 22 Možnost zeptat se.....	62
Tabulka č. 23 Místo edukace.....	63
Tabulka č. 24 Místo edukace dle pacientů	64

Tabulka č. 25 Přítomnost jiné osoby	65
Tabulka č. 26 Čas edukace.....	66
Tabulka č. 27 Čas edukace dle pacienta.....	67
Tabulka č. 28 Dodržování doporučených postupů.....	68
Tabulka č. 29 Důležitost informací	69
Tabulka č. 30 Negativa	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Ošetřovatelská diagnóza – Nedostatečné znalosti

Příloha P II: Ošetřovatelská diagnóza – Snaha zlepšit znalosti

Příloha P III: Ošetřovatelská diagnóza – Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví

Příloha P IV: Ošetřovatelská diagnóza – Snaha zlepšit výživu

Příloha P V: Struktura edukačního plánu

Příloha P VI: Edukační záznam KNTB, a.s. ve Zlíně

Příloha P VII: Edukační záznam Uherskohradišťská nemocnice a.s.

Příloha P VIII: Informovaný souhlas KNTB, a.s. ve Zlíně

Příloha P IX: Informované souhlasy Uherskohradišťská nemocnice a.s.

Příloha P X: Škály bolesti

Příloha P XI: Záznam bolesti

Příloha P XII: Plán péče o rány Uherskohradišťská nemocnice a.s.

Příloha P XIII: Dotazník

Příloha P XIV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Atlas a.s.)

Příloha P XV: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Uherskohradišťské nem. a.s.)

Příloha P XVI: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (KNTB, a.s. ve Zlíně)

Příloha P XVII: Žádost o umožnění dotazníkového šetření (Nem. Valašské Meziříčí a.s.)

Příloha PXVIII: Edukační brožura

PŘÍLOHA P I: OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - NEDOSTATEČNÉ ZNALOSTI
(00126) (Převzato: KUDLOVÁ, P., *Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009*
– 2011. s. 167)

Nedostatečné znalosti (00126)

(1980)

Doména 5: Percepce/kognice
Třída 4: Kognice

Definice: Absence nebo nedostatek kognitivních informací souvisejících s konkrétním tématem.

Určující znaky

- nepřesná interpretace znalostí v testu
- nepřesné provádění instrukcí
- nevhodné chování (např. hysterické, nepřátelské, agitované, apatické)
- přehnané chování
- sdělování problému

Související faktory

- kognitivní omezení
- misinterpretace informací
- nedostatečný kontakt s prostředím, ze kterého lze vědomosti získat
- nedostatečný zájem o studium
- neobeznámenost se zdroji informací
- špatná výbavnost

Doména 5

PŘÍLOHA P II: OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - SNAHA ZLEPŠIT ZNALOSTI
(00161) (Převzato: KUDLOVÁ, P, *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009 – 2011, s. 168*)

Snaha zlepšit znalosti (00161)

(2002, LOE 2.1)

Doména 5: Percepce/kognice
Třída 4: Kognice

Definice: Přítomnost nebo nabytí kognitivních informací vztahujících se ke konkrétnímu tématu postačuje k dosažení zdravotních cílů a lze je zlepšovat.

Určující znaky

- chování odpovídá projevům znalostem
- popisuje předchozí zkušenosti vztahující se k tématu
- vyjadřuje zájem o studium
- vysvětluje znalost tématu

Doména 5

**PŘÍLOHA P III: OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - SNAHA ZLEPŠIT PÉČI O
VLASTNÍ ZDRAVÍ (00162) (Převzato: KUDLOVÁ, P. Ošetřovatelské diagnózy.
Definice a klasifikace 2009-2011. s. 65)**

Snaha zlepšit péči o vlastní zdraví (00162)

(2002, LOE 2.1)

Doména 1

Doména 1: Podpora zdraví
Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec regulace a integrace programu léčby onemocnění a následků onemocnění do každodenního života, který postačuje ke splnění cílů souvisejících se zdravím a lze jej posílit.

Určující znaky

- nemá velké potíže s předepsanými režimy
- žádná neočekávaná akcelerace příznaků nemoci
- popisuje snížení rizikových faktorů
- volby v každodenním životě jsou dostatečné pro splnění cílů (např. léčby, prevence)
- vyjadřuje touhu zvládnout nemoc (např. léčbu, prevenci následků)

Reference

- Banister, N., Jastrow, S., Hodges, V., Loop, R., Gillham, M. (2004). Diabetes self-management training program in a community clinic improves patient outcomes at modest cost. *J Am Dietetic Assoc* 104: 807–810.
- Benavides-Vaello, S., Garcia, A., Brown, S., et al. (2004). Using focus group to plan and evaluate diabetes self-management interventions for Mexican Americans. *Diabetes Educ* 30(2): 238–256.
- Curtin, R., Sitter, D., Schatell, D., et al. (2004). Self-management, knowledge, and functioning and well being of patients on hemodialysis. *Neph Nurs J* 31(4): 378–386.
- Deakin, T., McShane, C., Cade, J., Williams, R. (2005). Group-based training for self management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Sys Rev* 18(2): CD003417.
- DeWalt, D., Pignone, M., Malone, R., Rawis, C., Kosnar, M., George, G., et al. (2004). Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure. *Patient Educ Couns* 55: 78–86.
- Funnel, L.M., Anderson, R. (2004). Empowerment and self-management of diabetes. *Clin Diabetes* 22: 123–127.
- Gallant, M., Beaulieu, M., Carnevale, F. (2002). Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs* 40(2): 149.
- Georges, C., Bolton, L., Bennett, C. (2004). Functional health literacy: an issue in African-American and other ethnic and racial communities. *J Natl Black Nurses Assoc* 15(1): 1–4.
- Goldberg, H., Lessier, D., Mertens, K., Eytan, T., Cheadle, A. (2004). Self management support in a web-based medical record: A pilot randomized controlled trial. *Jt Comm J Qual Saf* 30: 629–635, 589.
- Goodwin, J., Black, S., Satish, S. (1999). Aging versus disease: the opinions of older black, Hispanic, and non-Hispanic white Americans about the causes and treatment of common medical conditions. *J Am Geriatr Soc* 47(8): 973.
- Gray, J. (2004). Self-management in chronic illness. *Lancet* 364: 1467–1468.
- Grey, M., Knafel, K., McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self and family management of chronic conditions. *Nurs Outlook* 54: 278–286.
- Harvey, I. (2006). Self management of a chronic illness: an exploratory study on the role of spirituality among older African American women. *J Women Aging* 18(3): 75–88.

PŘÍLOHA P IV: OŠETŘOVATELSKÁ DIAGNÓZA - SNAHA ZLEPŠIT VÝŽIVU

(00163) (Převzato: KUDLOVÁ, P. Ošetřovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2009-2011, s. 63)

Snaha zlepšit výživu (00163)

(2002, LOE 2.1)

Doména 1

Doména 1: Podpora zdraví

Třída 2: Management zdraví

Definice: Vzorec příjmu živin, který je dostatečný pro splnění potřeb metabolismu a může být posílen.

Určující znaky

- bezpečná příprava stravy
- bezpečná příprava tekutin
- bezpečné skladování potravin
- bezpečné skladování tekutin
- dodržuje vhodný standard pro příjem živin (např. potravinová pyramida, směrnice ADA – Americké diabetologické asociace)
- jí vhodnou stravu
- pije vhodné tekutiny
- postoj k příjmu tekutin se shoduje se zdravotními cíli
- postoj ke stravování se shoduje se zdravotními cíli
- pravidelně se stravuje
- projevuje znalosti ohledně výběru tekutin pro zdravý pitný režim
- projevuje znalosti ohledně výběru zdravé stravy
- vyjadřuje ochotu ke zlepšení výživy

PŘÍLOHA P V: STRUKTURA EDUKAČNÍHO PLÁNU

(Magurová, Majerníková, 2009, s.85)

1. fáza edukačního plánu POSUDZOVANIE	<ul style="list-style-type: none"> • Posúdenie schopností učíť sa, potreby učenia sa klienta/pacienta • Vstupné posúdenie v edukačnom procese (adaptované podľa Rankina a Stallingsa, 2001) • Situačná analýza edukanta (pacienta/klienta) vyplývajúca z posúdenia a súvisiaca s problematikou edukácie 		
2. fáza edukačního plánu DIAGNOSTIKOVANIE	<ul style="list-style-type: none"> • Vedomostná (edukačná) diagnóza > Nedostatok (deficit) vedomostí > Nedostatok (deficit) zručností > Nedostatok motivácie 		
3. fáza edukačního plánu PLÁNOVANIE	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Plánovanie edukačných stretnutí</i> > <i>Edukačná jednotka</i> > Téma edukačnej jednotky > Cieľ a výsledné kritériá edukačného stretnutia > Stanovenie priorit vo výučbe > Stanovenie učebného zámeru Výber obsahu > > > 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitívny cieľ • Výsledné kritériá > > > • Afektívny cieľ • Výsledné kritériá > > • Behaviorálny (motorický) cieľ • Výsledné kritériá > > Rozplánovanie učiva > > > 	<ul style="list-style-type: none"> forma edukácie > metódy edukácie > > > miesto edukácie > pomôcky > > čas edukácie > <i>Plánovanie metodického postupu:</i> > úvod > motivačná fáza/min > expozičná fáza/min > fixačná fáza/min > hodnotiacia fáza/min > rýchla diagnostika/aplikačná fáza
4. fáza edukačního plánu REALIZÁCIA	Téma edukačného stretnutia	<i>Metodický postup a realizácia edukačného stretnutia:</i> <ul style="list-style-type: none"> > úvod > motivačná fáza > expozičná fáza > fixačná fáza > hodnotiacia fáza > rýchla diagnostika 	
5. fáza edukačního plánu VYHODNOTENIE	Pribežné vyhodnotenie cieľa a výsledných kritérií stanovených v edukačnom stretnutí Záverečné (celkové) vyhodnotenie jednotlivých stretnutí Hodnotenie z pohľadu edukanta Hodnotenie z pohľadu edukátora		
Reakcie edukanta (pacienta/klienta) na edukáciu: <ul style="list-style-type: none"> • spokojnosť, nespokojnosť s realizáciou edukácie, s postojom sestry • postrehy, návrhy, pripomienky • iné 			
Reakcie edukátorky (sestry) na edukáciu: <ul style="list-style-type: none"> • postrehy, návrhy, pripomienky • nedostatky v edukácii • nezáujem edukanta (pacienta/klienta), edukant je neschopný hovoriť • edukant odmietol výučbu, preukázané schopnosti pacienta/klienta • správanie edukanta • iné 			

PŘÍLOHA P VII: EDUKAČNÍ ZÁZNAM

(Převzato: Uherskohradišťská nemocnice a.s.)

Edukační záznam

list č.: _____


Jméno:
 Příjmení:
 R.č.: oddělení: _____

Edukace koho		Téma edukace				Kdo edukuje
<input type="checkbox"/> pacienta/tky	<input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodů <input type="checkbox"/> doprovodu	1. výživa	2. sebez péče, samostatnost	7. péče o stomii	8. péče o chronickou ránu	<input type="checkbox"/> sestra <input type="checkbox"/> lékař <input type="checkbox"/> fyzioterapeut <input type="checkbox"/> nutriční terapeut <input type="checkbox"/> sálová sestra <input type="checkbox"/> anesteziologická sestra
Komunikační bariéra		3. dialýzy	4. užívání pomůcek	9. aplikace inzulinu	10. respirační terapie	
<input type="checkbox"/> smyslová	<input type="checkbox"/> jazyková	5. poučení o medikaci sestrou	6. péče o invazivní vstupy	11. možnost péče v terénu	12. vyšetřovací metoda (příprava k vyšetření)	
<input type="checkbox"/> fyzická	<input type="checkbox"/> jiná					
<input type="checkbox"/> psychická						
Edukace v průběhu hospitalizace						
DATUM/HOD	TÉMA	CHARAKTER EDUKACE	REAKCE PACIENTA/TKY	POUŽITÉ METODY	PODPIS	EDUKUJÍCÍHO, EDUKOVANÉHO
		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> piš se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		
		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> piš se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		
		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> piš se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		
		<input type="checkbox"/> vstupní informace <input type="checkbox"/> informace v průběhu hospitalizace <input type="checkbox"/> informace při propuštění	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> piš se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik		

HINZ/NUH/29/6/2007 Verze: 2 - 90

PŘÍLOHA P VIII: INFORMOVANÝ SOUHLAS

(Převzato: KNTB, a.s. ve Zlíně)

 **KRAJSKÁ NEMOCNICE
T. BATI, a. s.**

Havlíčková nábřeží 600, 762 75 Zlín
Zapsána v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Brně, oddíl B, vložka 4437
IČ: 27661989, DIČ: CZ27661989
bankovní spojení: Česká spořitelna, a.s., číslo účtu: 3482762/0800

tel.: 577 551 111, fax: 577 552 107, e-mail: bnzlin@bnzlin.cz

Chirurgické oddělení KNTB a.s., tel.: 577 552 477, 577 552 577, 577 552 617

Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotní péče

(ve smyslu přílohy č. 1 bodu 5 vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci ve znění vyhlášky č. 64/2007 Sb. a v souladu s ust. § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu)

Vážená paní, vážený pane,
na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučeno provedení níže popsaného zdravotního výkonu. Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze Vašeho onemocnění či zranění o předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného zdravotního výkonu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého výkonu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient

Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce nebo opatrovník:

Jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi

Obecný informovaný souhlas k léčebnému (diagnostickému) výkonu

Název výkonu (česky):

.....

Povaha výkonu:

.....

.....

Účel výkonu:

.....

.....

Předpokládaný prospěch výkonu:

.....

.....

Následky výkonu:

.....

.....

Možná rizika a typické komplikace výkonu:

.....
.....

Alternativy výkonu:

.....
.....

Prohlášení a informovaný souhlas

Podpisem tohoto záznamu potvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče.

Zároveň prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení o mém zdravotním stavu, potřebných výkonech, alternativách, rizicích i případných omezeních mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto záznamu o informovaném souhlasu a jeho příloh a měl/a jsem možnost klást lékaři otázky, na které úplně, řádně a srozumitelně odpověděl.

Současně prohlašuji, že jsem byl poučen o předpokládaném prospěchu výkonu a o možných následcích spojených s neprovedením navrhovaného výkonu, o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení výkonu, o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o provedení vhodných kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích úkonů.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně **souhlasím** s provedením navrženého a popsaného zdravotního výkonu.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas kdykoli odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nejde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíší negativní reverz.

Ve Zlíně, dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli.

PŘÍLOHA P IX: INFORMOVANÉ SOUHLASY

(Převzato: Uherskohradišťská nemocnice a.s.)



Uherskohradišťská nemocnice a.s., J. E. Purkyně 365, 686 68 Uherské Hradiště

tel. 572 529 111

IČ 27 66 09 15

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pacient: _____	R.Č. _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	tel.: _____
Plánovaný výkon: <u>OPERACE ŽALUDKU I.- GASTREKTOMIE, SUBTOTÁLNÍ GASTREKTOMIE, RESEKCE</u>	
Oddělení: chirurgie	Lékař: _____

Vážená paní, vážený pane,
rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě přečetl/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamílčujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na příjmacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

Záznam o rozsahu podaných informací

Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:

Na základě provedených vyšetření Vám byla doporučena operace žaludku. Důvodem může být nádorové onemocnění (zhoubné nebo nezhojbné) nebo méně často chronická vředová choroba žaludku nebo dvanáctníku, která se nedaří medikamentózně vyléčit. Při nádorovém onemocnění je operace součástí komplexní léčby.

Princípem operace je odstranění 4/5 žaludku nebo celého žaludku s přilehlými závěsy a spádovými mízními uzlinami. Účelem je odstranění nemocné tkáně. Součástí operace může být i odstranění sleziny. Žaludek bude nahrazen kličkou tenkého střeva, která bude sešita s břišním jícem a další kličkou tenkého střeva, tím se obnoví souvislost zaživacího traktu (sešítí = anastomoza). V případě, že nelze žaludek odstranit, může být k zachování průchodnosti trávicího traktu provedeno sešítí mezi žaludkem a tenkým střevem. Operace bude provedena otevřeně řezem přes stěnu břišní v celkové anestézii. Do míst operovaných orgánů se vkládají na několik dní drény (plastové trubičky), které jsou vyvedeny přes břišní stěnu. Veškeré odstraněné tkáně se po operaci vyšetřují histologicky (mikroskopicky). Na podkladě těchto vyšetření a operačního nálezu se stanoví další léčebný postup. V několika pooperačních dnech je nezbytný pobyt na jednotce intenzivní péče, kde Vám bude poskytována veškerá péče po náročné operaci.

Následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Pooperační bolest operační rány je obvyklá, bude tlumena analgetiky (léky proti bolesti).

U každé rozsáhlejší břišní operace je několik dní utlumena činnost střev, projeví se zástavou odchodu stolice a plynů. Mohou se objevit potíže s močením, které se řeší zavedením močového katétru.

Ranná infekce – porucha hojení rány s možným hnisáním.

I přes dodržení všech zásad a správné operační techniky Vám žádný lékař nemůže zaručit nekomplikovaný průběh. V pooperačním období může dojít k poruše hojení anastomozy, vzniku krevního výronu v dutině břišní. Tyto situace si mohou vyžádat následnou operaci event. jiné výkony např. punkcí přes stěnu břišní, prodloužení podávání nitrožilní nebo sondové výživy a pobyt na JIP.

Alternativy zdravotního výkonu:

Alternativou u nádorového onemocnění jsou chemoterapie nebo radioterapie, které však nemohou bez operace přinést zásadní zlepšení prognózy onemocnění. Ponechání orgánu s nádorem může vést ke krvácení, prasknutí, neprůchodnosti, vzniku metastáz (vzdálených ložisek nádoru).



Uherskohradišťská nemocnice a.s., J. E. Purkyně 365,
686 68 Uherské Hradiště

tel. 572 529 111

IČ 27 66 09 15

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Pacient: _____	R.Č. _____
Bydliště: _____	ZP: _____
Zákonný zástupce: _____	tel.: _____
Plánovaný výkon: Cholecystektomie – odstranění žlučníku	
Oddělení: CHIRURGIE	Lékař: _____

Vážená paní, vážený pane,
rozhodl/a jste se, že provedení doporučeného výkonu svěříte našemu oddělení. Děkujeme Vám za důvěru. Prosíme Vás, abyste si bedlivě pročel/a následující informaci a stvrdil/a svým podpisem, že jste se s jejím obsahem seznámil/a a dáváte souhlas k výkonu. Považujeme za svoji povinnost informovat Vás o výkonu srozumitelnou a pravdivou formou, ve které nezamíčujeme žádnou závažnou skutečnost. Pokud Vám něco nebude jasné, obraťte se na přijímacího nebo ošetřujícího lékaře, nebo primáře oddělení, kteří Vám rádi podají podrobnější vysvětlení.

Záznam o rozsahu podaných informací

Účel, povaha a předpokládaný prospěch zdravotního výkonu:

Na základě provedených vyšetření Vám doporučujeme operaci - odstranění žlučníku. Vaše potíže způsobuje přítomnost žlučových kamenů, akutní nebo chronický zánět, vzácněji i jiné příčiny. Způsob provedení bude miniinvazivní (laparoskopický), tento je dnes považován za tzv. zlatý standard. Asi v 10% případů je nutné použít tzv. otevřený přístup řezem asi 10 – 15 cm dlouhým v pravém podžebří. V tento přístup může být výjimečně změněna i laparoskopie, jedná se o tzv. konverzi, jejíž důvod Vám bude následně vysvětlen. Účelem operace je odstranění zdroje potíží, zánětlivého ložiska, potenciačního rizika vzniku žloutenky z neprůchodnosti žlučových cest nebo bakteriálního zánětu žlučových cest nebo dutiny břišní, s možným rozvojem sepse (celkové infekce organismu), snížení rizika vzniku zánětu slinivky břišní, dle některých názorů i snížení rizika vzniku nádoru žlučníku. Při těžkých zánětech žlučníku se může jednat o výkon život zachraňující, kdy nejsou vyloučeny ani současné výkony na jiných orgánech (žaludek, dvanáctník, střeva). Po operaci je vždy vložen do místa kde se nacházel žlučník drén, tj. trubička, která odvádí zbytky krve nebo žluči (v určitém množství je vždy přítomno). Ponechává se obvykle 1 – 3 dny. Někdy (vzácně) je nutné provést během operace RTG snímek s kontrastní náplní žlučových cest.

Následky a možná rizika zdravotního výkonu:

- pooperační hnisání ranek či jizvy,
- krvácení z jaterního lůžka, žlučová sekrece z jaterního lůžka, poranění žlučových cest během operace,
- možnost další reoperace nebo endoskopického výkonu na žlučových cestách při pokračujícím krvácení nebo žlučové sekreci (většinou vycestování kaménků do vývodných žlučových cest). Četnost i závažnost komplikací je vyšší u těžkých zánětů žlučníku, ve vyšším věku a při souběhu dalších závažných onemocnění např. srdce, vysoký krevní tlak, cukrovka, poruchy srážlivosti krve apod.

PŘÍLOHA P X: ŠKÁLY BOLESTI

(Převzato: STAŇKOVÁ, M. *Hodnotící a měřicí techniky v ošetrovatelství. Praktická příručka. NCONZO v Brně, 2006. s. 19, 20, 21*)

Hodnocení bolesti

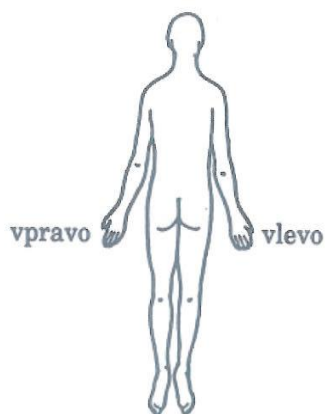
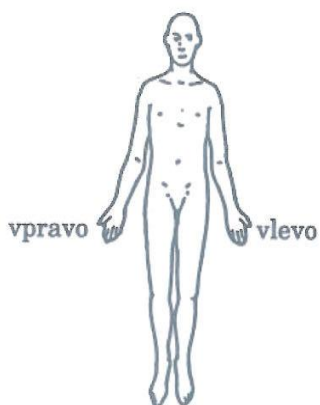
(podle Royal Marsden Hospital, in LEMON 1, 1996)

Jméno a příjmení
R. č.
Datum
Základní vyšetření
Pacientův popis bolesti
Co pomáhá zmírnit bolest
Co bolest zhoršuje

Máte bolest?	1. v noci	ano	ne	poznámka
	2. v klidu	ano	ne	poznámka
	3. při pohybu	ano	ne	poznámka

Lokalizace bolesti

Vyznačte v obrázku místa, kde pociťujete bolest. Označte každé místo písmenem A, B, C....



Intenzita bolesti: 0 – žádná bolest	3 – silná, stresující bolest
1 – mírná bolest	4 – velmi silná bolest
2 – obtěžující bolest	5 – nesnesitelná bolest

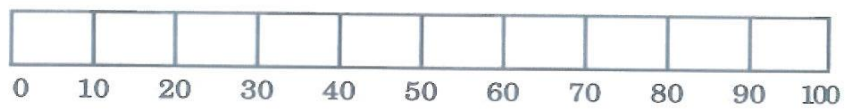
největší
bolest



*Teploměr jako vizuální analogová
škála*


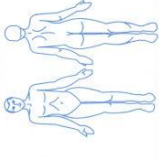
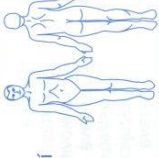
Převzato: REMEDIA 5, č. 1-2, 1995

Analogová měřítková škála



PŘÍLOHA P XI: ZÁZNAM BOLESTI

(Převzato: Uherskohradišťská nemocnice a.s.)

Jméno: Příjmení: R.č.: oddělení: D		list č.: Uherskohradišťská nemocnice a.s., Uherskohradišťská nemocnice 686 68 Uherská Hradiště tel.: 572 529 111, IČ 27 66 09 15		
datum: hodina: stupeň: 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		7 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4 6		
Lokalizace a charakter bolesti	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá	kde to bolí:  <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá	kde to bolí:  <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná
	Podpůrné	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá	kde to bolí:  <input type="checkbox"/> pálivá <input type="checkbox"/> klaudikační <input type="checkbox"/> neurčitá <input type="checkbox"/> jiná	jak to bolí: <input type="checkbox"/> tupá <input type="checkbox"/> bodavá <input type="checkbox"/> kolikovitá <input type="checkbox"/> svíravá <input type="checkbox"/> vystřelující <input type="checkbox"/> pulzující <input type="checkbox"/> řezavá
Hodnocení sestrou	D	N		
HINZNUJ/31/6/2007		Verze: 1 - 12		

PŘÍLOHA P XIII: DOTAZNÍK

Vážená paní/pane jmenuji se Taťána Galečková a jsem studentkou třetího ročníku UTB ve Zlíně, obor Všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je anonymní a informace Vámi uvedené budou použity ke zpracování bakalářské práce na téma „**Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech**“. Slovo edukace je odvozeno z latinského slova „educare“ a znamená „vedení vpřed“. Pojem edukace významově zahrnuje pojmy jako výchova a vzdělávání. Proto mě především zajímá, jak jsou informováni pacienti během hospitalizace na chirurgických odděleních ze strany ošetřujících zdravotnických pracovníků.

Při vyplňování dotazníku postupujte prosím takto: přečtěte si otázku a vždy označte jednu správnou odpověď (pokud není uvedeno jinak).

Moc Vám děkuji a přeji hezký zbytek dne.

1) Jaké je Vaše pohlaví?

muž žena

2) Kolik je Vám let?

do 30-ti let 31- 40 let 41 - 50 let 51 - 60 let 61 - 70 let 71 a více let

3) Vaše nejvýše dosažené vzdělání je:

základní střední úplné střední
 vyšší odborné bakalářské vysokoškolské

4) Byl(a) jste již v minulosti hospitalizován(a) na chirurgickém oddělení?

ano (uved'te počet hospitalizací) ne

- péče o ránu:
 - ANO NE kdy a kde budou vytaženy stehy
 - ANO NE jak se projeví infekce v ráně
 - ANO NE jak pečovat o jizvu v domácím prostředí (očista rány ,
sprchování, promazávání rány)

8) Kdo Vám podal nejvíce informací o pooperačním režimu?

- sestra na oddělení staniční sestra ošetřující lékař primář oddělení
- dietní sestra rehabilitační pracovník sanitářka spolubydlící na pokoji
- jiné (doplňte)

9) Které informace Vám byly podány sestrou a které lékařem ?

bandáž dolních končetin sestra lékař

časné vstávání z lůžka po operaci sestra lékař

pobyt na pooperačním pokoji, případně na JIP sestra lékař

dietní režim sestra lékař

tišení bolesti sestra lékař

přítomnost invazivních vstupů sestra lékař

pohybový režim po operaci sestra lékař

nácvik správného vstávání z lůžka po operaci sestra lékař

nácvik správného odkašlávání sestra lékař

délka pobytu v nemocnici sestra lékař

kdy budou vytaženy stehy sestra lékař

jak pečovat o operační ránu po propuštění sestra lékař

jiné (doplňte).....

10) Které informace Vám poskytnuty nebyly a Vy si myslíte, že Vám chyběly?

- bandáž dolních končetin
- časné vstávání z lůžka po operaci
- pobyt na pooperačním pokoji, případně na JIP
- dietní režim
- tišení bolesti
- přítomnost invazivních vstupů
- pohybový režim po operaci
- nácvik správného vstávání z lůžka po operaci
- nácvik správného odkašlávání
- délka pobytu v nemocnici
- jak pečovat o operační ránu v domácím prostředí
- kdy a kde budou vytaženy stehy
- nechyběly žádné informace
- jiné (doplňte).....

11) Po operaci se hojí operační rána jizvou, čemuž nelze zabánit. Vyberte z níže uvedených informací ty, které Vám byly podány v souvislosti s péčí o operační ránu po propuštění do domácího prostředí.

- udržovat ránu v čistotě a suchu
 ANO NE
- zda se můžete sprchovat, koupat, jaké mycí prostředky použít
 ANO NE
- promazávání okolí rány
 ANO NE
- tlakové masáže
 ANO NE

- nevystavovat jizvu slunečnímu záření, alespoň 3 měsíce po operaci
 ANO NE

12) Pokud je rána zarudlá, je zvýšená teplota v okolí rány, otok, sekrece z rány a nebo se rána rozestupuje a je povleklá jedná se o infekci v ráně. Dostalo se Vám informací o těchto možných pooperačních komplikacích?

ano ne jiné

13) Informace, které Vám byly poskytnuty o péči o ránu ohodnot'te jako ve škole.

1 - výborně, 2 – chvalitebně, 3 – dobře, 4 – dostačující, 5 – nedostačující

14) Byl jste dostatečně poučen o tom, co můžete a co nesmíte jíst před a po operaci?

ano ne jiné

15) Jaké potraviny Vám byly doporučeny během prvních pooperačních dnů?

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> pomeranče | <input type="checkbox"/> ořechy |
| <input type="checkbox"/> čaj | <input type="checkbox"/> kašovitá, lehce stravitelná strava |
| <input type="checkbox"/> pivo | <input type="checkbox"/> žádné (v rámci pooperačního režimu) |

16) Kdo Vám podal nejvíce informací o dietních opatřeních v souvislosti s Vaším onemocněním?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sestra na oddělení | <input type="checkbox"/> staniční sestra |
| <input type="checkbox"/> ošetřující lékař | <input type="checkbox"/> primář oddělení |
| <input type="checkbox"/> rehabilitační pracovník | <input type="checkbox"/> dietní sestra |
| <input type="checkbox"/> sanitářka | <input type="checkbox"/> spolubydlící na pokoji |
| <input type="checkbox"/> jiné | (doplňte) |

- ano, ale nezeptal(a) jsem se (můžete uvést důvod).....
- jiná odpověď (doplňte)

22) Kde Vám byly nejčastěji podávány informace?

- na pokoji, kde byli přítomni, ostatní pacienti na pokoji v soukromí
- na chodbě ve výtahu v koupelně
- v pracovně sester ve vyšetřovně lékaře
- jiné.....

23) Pokud byste si mohl(a) vybrat místo, kde by vám byly sdělovány informace, kde by to bylo?

- na pokoji, kde byli přítomni, ostatní pacienti na pokoji v soukromí
- na chodbě ve výtahu v koupelně
- v pracovně sester ve vyšetřovně lékaře
- jiné

24) Vadí Vám přítomnost ostatních pacientů, pokud jsou Vám sdělovány informace týkající se Vaší osoby?

- ANO většinou ANO NE většinou NE

25) Kdy Vám bylo podáno nejvíce informací?

- dopoledne odpoledne při vizitě při výkonu prováděném sestrou na pokoji při podávání léků při stlání lůžka při podávání stravy bezprostředně před výkonem první den po příjmu do nemocnice před propuštěním

jiné

26) Kdyby jste byl(a) příště hospitalizován(a), kdy byste chtěl(a) dostat nejvíce informací?

dopoledne odpoledne při vizitě při výkonu prováděném sestrou na pokoji při podávání léků při stlaní lůžka při podávání stravy bezprostředně před výkonem první den po příjmu do nemocnice před propuštěním

jiné

27) Informace, které Vám zdravotničtí pracovníci poskytují:

vždy respektuji a dodržuji částečně dodržuji a částečně se řídím svým instinktem

vyslechnu si to, ale neřídím se jimi jiná odpověď (doplňte)

28) Je pro Vás důležité mít srozumitelné informace během pobytu v nemocnici?

ano ano, je to velmi důležité ne nevím

ano, umožňuje to lépe se rozhodovat a tím se co nejlépe spolupodílet na léčbě

je mi to celkem jedno, plně důvěřuji zdravotnickému personálu a plně se oddávám se do jejich „rukou“

jiná odpověď (doplňte)

29) Co vnímáte jako negativní (co Vám vadilo) při podávání informací?

nevhodné prostředí (uveďte jaké).....

styl komunikace ošetřujícího lékaře styl komunikace sestry

informací bylo málo, uvítal(a) bych více informací (uveďte jaké).....

informací bylo zbytečně mnoho

nebylo mi vše srozumitelné (např. odborné termíny)

nevadilo mi nic jiná odpověď

PŘÍLOHA P XIV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

(Nemocnice Atlas a.s. Zlín)

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Tatána Galečková
Téma bakalářské práce	Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech
Skupina respondentů	Pacienti po operačním zákroku
Pracoviště	Nemocnice Atlas a.s., Zlín, chirurgické oddělení

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4. 5. 2011





Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství



razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XV: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

(Uherskohradišťská nemocnice a.s.)

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

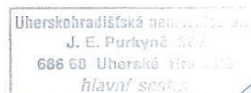
Jméno a příjmení studenta	Taťána Galečková
Téma bakalářské práce	Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech
Skupina respondentů	Pacienti po operačním zákroku
Pracoviště	Uherskohradišťská nemocnice a.s.. chirurgické oddělení


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 7.3.2011




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství




razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@ths.utb.cz, iza@ths.utb.cz

PŘÍLOHA P XVI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

(KNTB, a.s. ve Zlíně)

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

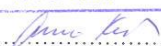
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Tatána Galečková
Téma bakalářské práce	Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech
Skupina respondentů	Pacienti po operačním zákroku
Pracoviště	Krajská nemocnice T. Bati, a.s., chirurgické oddělení

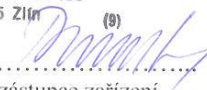
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 4.3.2011

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo nábřeží 600
762 75 Zlín (9)


razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XVII: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

(Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.)

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ


Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Taťána Galečková
Téma bakalářské práce	Edukační postupy pacientů v chirurgických oborech
Skupina respondentů	Pacienti po operačním zákroku
Pracoviště	Nemocnice Valašské Meziříčí, a.s.

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetrovatelství
760 01 ZLÍN ②

Ve Zlíně dne 12. 5. 2014.


Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Jana Pellkánová
hlavní sestra

Nemocnice Valašské Meziříčí a.s.
U Nemocnice č.p. 980
757 42 Valašské Meziříčí

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail:klimesova@fhs.utb.cz, iza@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XVIII: EDUKAČNÍ BROŽURA

Jizva po operaci

Tomu, že se porušená kůže hojí jizvou nelze zabránit, ale když už se jizva vytvoří, lze jí pomocí různých opatření zhojit tak, aby byla co nejméně patrná. Proto je třeba **dodržovat určitá opatření**. Každou jizvu je vhodné **promašťovat**, aby nedocházelo k přesychání kůže. Lze použít jakýkoliv mastný krém, nesolené vepřového sádla, obyčejnou Indulonu či bílou vazelínu. Dále se doporučuje jizvu **chránit před slunečním zářením**, alespoň první 2 - 3 měsíce po výkonu. Ve slunečním počasí pak používat krémy s vysokým ochranným faktorem alespoň č.20. Mezi další postupy, které by měly zamezit tvorbě nevzhledné jizvy patří **tlakové masáže**, laser a aplikace silikonových gelů. Chirurgické řešení je ponecháváno většinou až jako poslední možnost.

Tlakové masáže

Tlakové masáže se provádí takto: na zhojenou ránu tj. asi 1-2 týdny po odstranění stehů zatlačíme prstem proti podkladu tak, aby se nehtové lužko odkrývalo, tlak ponecháme cca 30 sekund, poté povolíme a prst přesuneme na vedlejší část jizvy a postup opakujeme. Takto tlakem promasírujeme celou délku jizvy. Přes jizvu tedy prstem nepřejíždíme, pouze tlačíme. Masáž provádíme minimálně 3x denně po 10 minutách, čím

častěji, tím lépe. Účinek očekáváme cca za 1 – 2 měsíce. Pokud jsou masáže prováděny správně a dostatečně často mají výborný efekt.

Biostimulační laser

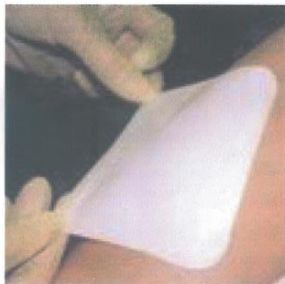
Opakovaná aplikace laseru v dostatečně vysoké dávce na vyzrávající jizvu zabraňuje tvorbě hypertrofických jizev a urychluje jejich vyzrávání. Je však bezpodmínečně nutné absolvovat alespoň 10 až 20 sezení. Biostimulační laser bývá běžně dostupný na kožních odděleních, nebo v kožních ambulancích.

Silikonové gely

Na zhojenou jizvu je možno přikládat speciální silikonové gely (jsou dostupné v lékárnách), které **působí na jizvy podobně jako tlakové masáže**. Urychlují jejich vyzrávání, zabraňují jejich zbytnění (hypertrofii). Jedná se o průhledný gel tvořený samotným silikonem nebo obsahující ještě minerální látky, který je zpevňen tkáninou. Nosí se přiložen gelem přímo na kůži a fixován je v místě aplikace jakoukoliv obyčejnou náplastí.

Zdroje:
STRYJA, J. *Reportorium hojení ran*. Semtily;Geum, 2008. ISBN 978-80-86256-60-3
Rány – péče (onli-ne) (cit.2011-04-04) Dostupné na:
<http://www.aura-group.cz/rany/obrazak/lepeni/>
Hojení ran – pooperaceční rány (onli-ne) (cit.2011-05-24)
Dostupné na:<http://www.hojeni-ran.cz/pooperacni-rany/>

Hojení a péče o operační ránu v domácím prostředí



O tom, jakým způsobem se bude vaše operační rána hojit a jak bude vypadat výsledná jizva, rozhoduje celá řada faktorů.

Vyhotovila: Galečková Tatána
tatran@seznam.cz

Faktory urychlující hojení ran

Správně provedený chirurgický zákrok. Tento faktor však pacient příliš ovlivnit nemůže.

Dodržování předepsaného klidu na lůžku a vyhýbání se nadbytečné fyzické aktivitě. Neuměrná fyzická zátěž může způsobit narušení integrity sešitě rány, uvolnit stehy, způsobit zhojení rány a tím pořádně zkomplikovat hojení. Je třeba mít na paměti, že tkáně potřebují na zhojení asi 6 týdnů.

Péče o ránu. Péče o ránu, její pravidelné převazování a udržování v čistotě je velice důležité. Hlavní je zabránit tomu, aby se rána infikovala. Dostanou-li se do rány bakterie, může to proces hojení výrazně narušit.

Nekouřit. V pooperačním období zásadně nekouříme, neboť i tento faktor významně ovlivňuje proces hojení operační rány.

Dostatečná výživa. Dostatek vitamínů a stopových prvků. Organismus potřebuje dostatek výživy, by se rána dobře hojila. A to zejména u těžce nemocných po rozsáhlých chirurgických zákrocích. Velice důležitý je dostatek vit. B, C a dostatek prvků, jako je železo, měď či zinek.

Převaz operační rány v domácím prostředí

Před každou manipulací a převazem operační rány je nezbytné umýt si ruce.

Připravte si předem všechny pomůcky, které budete potřebovat k převazu (sterilní krytí, antiseptický přípravek, náplast).

Po sejmutí obvazu si ránu **prohlédněte**, zda nejsou patrné známky infekce a poté **zdezinifikujte** ránu antiseptikem.

Po zasmnutí antiseptika ránu **přelepte** sterilním krytím.

Noste **volné oblečení**, tak aby rána nebyla drážděna.

Pamatujte na to, aby vše co přijde přímo do styku ránou bylo vždy **sterilní** (krytí, obvaz).

Při projevech infekce nebo nejasnostech kontaktujte svého lékaře.

Projevy infekce

Nejčastější příčinou komplikovaného hojení operační rány je infekce.

Při překročení určitého počtu bakterií v ráně dochází k **rozvoji infekce** se všemi typickými projevy. První varovnou známkou je **otok a zarudnutí** operační rány a jejího okolí.



Tyto projevy se však v různé míře projevují u všech operačních ran. Jde o projev zánětu, kterým se organismus brání poškození.

Neklamnou známkou probíhající infekce je přítomnost hnisu. **Žlutá** nebo **nazelenalá tekutina** se hromadí v ráně a zvětšuje její objem nebo vytéká cestou nejmenšího odporu např. z vpichů po stezích, drénech nebo mezi okraji rány. Rána se může rozpádat. Její stěny mohou být **povleklé**.