

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

EDUKACE KLIENTEK NA OPERAČNÍ
GYNEKOLOGII

Bakalářská práce

Autor práce: **Alena Navrátilová**

Vedoucí práce: **Mgr. Regina Slowik**

2007

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

**EDUCATION OF FEMALE CLIENTS IN
OPERATION GYNECOLOGY**

Bachelor's thesis

Autor: **Alena Navrátilová**

Supervisor: **Mgr. Regina Slowik**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 14.4. 2007

Alena Navrátilová

.....

Děkuji Mgr. Regině Slowik za metodické vedení při zpracování mé bakalářské práce.
Dále bych chtěla poděkovat svému příteli za pomoc a zázemí.

OBSAH

ÚVOD	6
1. GYNEKOLOGICKÁ OPERATIVA	7
1.1 DĚLENÍ GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ.....	7
1.1.1 Rozdělení gynekologických operací dle jejich příčin a účelu	7
1.1.2 Rozdělení gynekologických operací dle jejich naléhavosti.....	7
1.1.3 Rozdělení gynekologických operací dle operativního přístupu.....	7
2. EDUKACE	10
2.1 PRÁVO NA EDUKACI.....	10
2.2 OPERAČNÍ GYNEKOLOGIE A EDUKAČNÍ LEKCE.....	11
2.3 PSYCHOLOGICKÉ PRVKY EDUKACE	14
2.4 EDUKACE A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES.....	15
2.4.1 Plán ošetrovatelské péče zaměřený na edukaci na operační gynekologii.....	15
2.4.2 Celková operační péče/edukace klientky.....	17
2.5 DOKUMENTACE EDUKAČNÍ ČINNOSTI NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII...20	
2.6 LÉKAŘ V ROLI EDUKÁTORA NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII.....	20
2.7 PORODNÍ ASISTENTKA/SESTRA V ROLI EDUKÁTORKY NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII.....	22
3. EMPIRICKÝ PRŮZKUM	24
3.1 CÍLE PRŮZKUMU.....	24
3.2 ORGANIZACE PRŮZKUMU.....	25
3.2.1 Charakter souboru a organizace průzkumu.....	25
3.2.2 Metoda průzkumu.....	26
3.3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU	27
3.4 DISKUZE.....	60
ZÁVĚR	72
ANOTACE	74
LITERATURA A PRAMENY	75
SEZNAM GRAFŮ	78
SEZNAM TABULEK	80
SEZNAM PŘÍLOH	81
PŘÍLOHY	82

ÚVOD

„Padající kapky hloubí kámen“

Lucretius

K povolání porodní asistentky náleží také ošetrovatelská péče na úseku gynekologie. Vzhledem k modernímu trendu ošetrovatelství, kdy by žena měla být partnerkou při rozhodování a tím i spoluodpovědná za své zdraví, jsou pro ni informace o operaci, předoperační i pooperační péči velmi důležité. Je třeba si také uvědomit, že potřeba informovanosti patří k základním potřebám člověka. Potom by také edukační činnost měla přispívat hospitalizované ženě k adaptaci na neznámé nemocniční prostředí a k vyrovnání se s nároky a zátěží, které jsou na ni kladeny v souvislosti s gynekologickým onemocněním i operací samotnou a v neposlední řadě také posílit vzájemnou důvěru mezi ní a zdravotníky. Stane se tak partnerem a členem týmu - lékař, porodní asistentka/ sestra, klientka.

Cílem teoretické části je podat ucelený, ale stručný přehled velkých gynekologických operací a zabývat se edukační činností na oddělení operační gynekologie v preoperativním i postoperativním období. Chtěla bych též pojednat o ošetrovatelském procesu a edukační činnosti jako jeho nedílné součásti a připomenout i některé psychologické prvky edukace. Dále bych se chtěla zabývat lékaři a sestrami/porodními asistentkami v rolích edukátorů a jejich kompetencemi. Empirická část si klade za cíl popsat, na základě provedeného průzkumu na operační gynekologii v Krajské nemocnici v Pardubicích, kde jsem zaměstnána jako porodní asistentka, úroveň a rozsah edukovanosti u hospitalizovaných žen, které podstoupily velké gynekologické operace, jak v předoperačním období, tak i v období pooperačním. Dále bych chtěla zjistit, zdali jsou klientky spokojené s tím, jak k nim přistupuje ošetřující personál v roli edukátorů, zmapovat nedostatky edukace a vyvodit vhodná doporučení pro lepší a efektivnější uspokojování této potřeby. Cílem se mi také stalo odhalit, čemu ženy samy přiřkládají v edukaci nejvyšší váhu a zdali mají dostatek informací, znalostí a dovedností během pobytu na oddělení operační gynekologie.

Byla bych ráda, aby mnou vytyčené cíle byly splněny a má bakalářská práce alespoň malým dílem přispěla k tomu, aby se klientky na oddělení operační gynekologie cítily lépe.

1. GYNEKOLOGICKÁ OPERATIVA

Operační gynekologie se vyčlenila z chirurgie v polovině minulého století. Řídí se stejnými zásadami jako moderní obecná chirurgie: informovanost, předoperační vyšetření, příprava před zákrokem, dodržování zásad asepse, prevence předoperačních a pooperačních komplikací a pooperační péče. Rozhodnutí o chirurgické léčbě gynekologického onemocnění musí vycházet ze zásad indikace s přihlédnutím k věku ženy, povaze onemocnění a očekávanému efektu operace. (Macků, 1996)

1.1 DĚLENÍ GYNEKOLOGICKÝCH OPERACÍ

1.1.1 Rozdělení gynekologických operací dle jejich příčin a účelu

- a) *Operace diagnostické* – účelem je vyšetření orgánů
- b) *Operace probatorní* – slouží ke zjištění rozsahu patologického procesu a potvrzení diagnózy
- c) *Operace paliativní* – zmírňují příznaky onemocnění a zlepšují kvalitu života, využívají se hlavně v onkologii
- d) *Operace korekční* – cílem korekce abnormálního stavu, plastické úpravy
- e) *Operace léčebné* – cílem je terapeutický zásah (Citterbart et al., 2001)

1.1.2 Rozdělení gynekologických operací dle naléhavosti

- a) *Operace akutní z vitální indikace* – řeší urgentní stavy ohrožující ženu na životě (ektopická gravidita, torze adnex aj.)
- b) *Operace plánované* – vhodné pro zlepšení stavu ženy a zkvalitnění jejího života
- c) *Operace vyžádané* – na žádost ženy (např. sterilizace) (Citterbart et al., 2001)

1.1.3 Rozdělení gynekologických operací dle operačního přístupu

a) *Operace vaginální*

Vaginální přístup je jeden z možných operačních přístupů. K vaginálním výkonům a operacím se řadí: operační zákroky na vulvě a hrázi, malé operační výkony na zevních rodidlech, operace na poševních stěnách, pánevním dnu a děložním čípku. Patří sem i operace na vnitřních rodidlech. Jsou technicky

náročnější pro obtížný přístup k operačnímu poli a omezený přehled. Problémem zde mohou být adheze a nadměrná velikost tumorů. K výhodám patří menší invazivnost operačního pole, menší pooperační oblenění peristaltiky a rychlejší rekonvalescence. K velkým vaginálním operačním zákrokům se řadí např. vaginální hysterectomie a plastiky poševních stěn. (Macků, 1995)

b) *Operace abdominální - laparotomie*

Otevření peritoneální dutiny řezem v břišní stěně umožňuje dokonalý přehled a přístup do operačního pole. Je to důležité hlavně u radikálních operací zejména onkologických pacientek. Nevýhodou je pooperační větší bolestivost, oblenění střevní peristaltiky a riziko vzniku kýl v jizvě. (Citterbart et al., 2001)

Nejrozšířenější incizí je transversální řez Phannenstielův. Provádí se v podbříšku nad sponou stydkou. Nehodí se pro operace rozsáhlých nádorových procesů. Mezi nejvíce využívané vertikální řezy patří dolní střední laparotomie. Mediální řez vede od pupku ke stydké sponě. Vyžaduje-li to situace umožňuje prodloužení vlevo kolem pupku nahoru. Ve srovnání s podélnými řezy poskytují příčné řezy vynikající kosmetický efekt, nevyskytují se u nich dehiscence a kýly. Nevýhodou je, ale ne tak dokonalý přehled pro operátora. (Kobilková, Živný, Bochman, 2000)

Nejčastější abdominální operace jsou operace na děloze jako je: enukleace myomu, supravaginální amputace těla děložního, abdominální hysterectomie, abdominální hysterectomie s bilaterální adnexetomií a radikální rozšířená hysterectomie (Wertheim-Meigs) u onkologického onemocnění čípku děložního nebo radikální operace s rozsáhlými lymfadenectomiemi a appendectomií u carcimomu ovaria. Dále jsou to i operace na adnexech, u nichž se ale dnes upřednostňuje spíše technika laparoskopická. (Kobilková, 2005)

c) *Operace laparoskopické*

Jsou to metody minimální invazivní chirurgie. Dělí se na diagnostické a operační. Využívá vysoce specializovaného přístrojového a nástrojového vybavení endoskopické techniky. Umožňuje pohled do dutiny břišní z jednoho nebo více vpichů za pomoci tvorby pneumoperitonea insuflací plynu. Výhodou laparoskopie je nízká morbidita, minimální operační zátěž a dyskomfort. Je zkrácena také doba

hospitalizace. Někdy si ženy stěžují na typické bolesti v rameni. Vzniká vstřebáváním plynu, který dráždí brániční nerv. (Macků, 1996).

Nevýhodou je rizikový přístup, kdy může dojít k poranění střevních kliček a cév. Není vhodná např. u obézních žen, rozsáhlých tumorózních procesech či interních kontraindikacích. Mezi indikace k laparoskopii patří např. zhodnocení vnitřních rodidel z hlediska vrozených vývojových vad, sterilita, infertilita, podezření na endometriózu, chronická pánevní bolest, ektopická gravidita nebo ruptura ovariální cisty. (Citterbart et al., 2001) Zahrnují ale i onkologickou operativu (Querleu-Dargement) nebo operace v graviditě. (Holub, Kužel, 2005)

d) *Operace z kombinovaného přístupu*

Kombinuje se laparoskopický a vaginální přístup, LAHV-laparoskopicky asistovaná vaginální hysterectomie je nejčastější takto kombinovanou metodou. U takto indikovaných operací může nahradit laparotomický přístup. (Kobilková, Živný, Bochman, 2000)

e) *Operace urogynekologické*

Operace indikované pro inkontinenci moče. Provádí se páskovými metodami, minimálně invazivními, z poševního přístupu pomocí dvou speciálních jehel. TVT, TOT jsou dnes dvě hlavní metody. Náročnější operací je operace dle Burche, kdy se zároveň provádí hysterectomie. (www.mocova-inkontinence.cz)

✓ Za rok 2006 bylo na Porodnicko-gynekologickém oddělení v Pardubicích provedeno: 80 abdominálních hysterectomií, 178 vaginálních hysterectomií, 180 operativních laparoskopií, 57 diagnostických laparoskopií, 30 LAHV-laparoskopicky asistovaných hysterectomií vaginálních, 3 operace dle Wertheim-Meigse, 49 TOT operací pro močové inkontinence a dalších 81 dalších velkých gynekologických operací.

2. EDUKACE

Slovo edukace pochází z latinského jazyka (educare, educare), v nejobecnějším významu označuje jakékoliv situace, při nichž probíhá edukační proces, tj. dochází k nějakému učení. (Průcha, 1997)

Člověk, který je aktivním producentem vyučování, je označován jako edukátor a jako edukant je označován, kterýkoliv subjekt učení. (Mužík, 1998)

Edukace pacienta (příp. jeho rodiny, komunity) může být zaměřená např. na provádění sebekpěče, prevenci či zachování soběstačnosti. Edukace je nejúčinnější, jestliže je přizpůsobena fyzickým, emocionálním, intelektuálním a sociálním podmínkám edukanta. (Špirudová et al., 2006)

Chceme-li zrealizovat ve zdravotnictví profesionální edukaci, musíme vědět, co vše úspěšnost edukace ovlivňuje.

2.1 PRÁVO NA EDUKACI

V současné době dochází ke změně pohledu na zdravotnickou péči. Je kladen i důraz na práva pacientů, k nimž náleží i možnost svobodného rozhodování v oblasti poskytování zdravotní péče, která je mnohdy provázána zásahem do integrity osobnosti. Svobodné rozhodování, ale nemůže být absolutní. Aby se mohl ten, kterého se toto týká, svobodně rozhodnout a určit další postup léčby, musí být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu. (Špirudová et al., 2006)

Zákon č. 20/1966 Sb., stanovuje, že se vyšetřovací a léčebné výkony provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Nejčastěji se jedná o souhlas verbální. U závažnějších výkonů, která nesou rizika, dává pacient souhlas písemný. V případě operace, tedy i gynekologické, klientka podepisuje tzv. informovaný souhlas s operací (pozitivní reverz), který je součástí zdravotnické dokumentace. Zákon jasně určuje, že takové poučení je v kompetenci pouze lékaře. Bohužel není stanovený konkrétní obsah ani forma poučení, mělo by být ale srozumitelné a v jazyce, kterému klient rozumí, takže latina je nepřijatelná.

Etický kodex práv pacienta uvádí, že má právo se rozhodnout, zda souhlasí s navrhovaným postupem diagnostickým a léčebným a zahrnuje také právo na odmítnutí léčby (negativní reverz).

Porodní asistentka/zdravotní sestra má právo podávat poučení pouze v rámci své profesní kompetence a činnosti. Poučuje a edukuje o ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší, ošetrovatelských výkonech a očekávané spolupráci klienta. Jako porodní asistentky/sestry nejsme ze zákona oprávněny podávat informace o diagnóze, prognóze a postupu léčby. Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotní sestry/porodní asistentky vychází ze zákona 96/2004 Sb. – o nelékařích. Pojednává o ní Hlava II - § 5/§ 6.

- ✓ Součástí modelu informovaného souhlasu s vyšetřením a léčbou (pozitivního reverzu) je na našem gynekologickém operačním oddělení také přání klientky, kdo má a nemá být informován o jejím zdravotním stavu a také jestli mohou osoby získávající způsobilost ke zdravotnickému povolání nahlížet do její dokumentace. Klientka svým podpisem stvrzuje skutečnost, že byla seznámena s navrhovaným výkonem a s možnými komplikacemi, které mohou nastat. K odmítnutí vyšetření a léčby slouží negativní reverz, kde je nutný podpis nejen lékaře a klientky, ale též podpis svědka.
- ✓ Práva pacientů jsou v tištěné formě k dispozici na každém pokoji a klientka svým podpisem stvrzuje, že s nimi byla seznámena. Tento podpis je součástí sesterské dokumentace. Zmínka o nich je též v dokumentu informovaného souhlasu s vyšetřením a léčbou.

2.2 OPERAČNÍ GYNEKOLOGIE A EDUKAČNÍ LEKCE

Edukační lekce je záměrná učební jednotka, v níž má být dosaženo změny kvality u vzdělávaného jedince. Ve zdravotnictví se upřednostňuje nové pojetí péče o vlastní zdraví, které je zaměřeno na sebevzdělávání a sebevýchovu a vytváří podmínky pro aktivní zapojení klienta, které je důležitým prvkem profesionálně vedené edukace. Edukační lekce obsahuje: (Kudlová, Tomanová, 2005)

a) cíle

Jsou představy kvality, k nimž směřujeme. Postihují celou osobnost edukanta – kognitivní, afektivní i psychomotorickou. Jedním z cílů edukace sestry je prokázání znalosti specifiky jednotlivých klientů (zná, umí zjistit) a cíl klienta je znát sám sebe a svoje bariéry.

- ✓ Cíl lékaře a porodní asistentky na oddělení operační gynekologie je uplatnit své odborné znalosti a dovednosti na nejvyšší úrovni a mít na paměti individualitu každé ženy se svými klady a zápory a snaha zapojit do edukace i širší skupiny (členy rodiny aj.)
- ✓ Cílem hospitalizované ženy na operační gynekologii je být rovnocenným partnerem, který na základě svých vědomostí, dovedností a znalostí bude spolurozhodovat za své zdraví a bude umět objektivně pojmenovat svoje těžkosti a problémy.

b) obsah

Jedná se o učivo, které má *tři základní podoby*. *Formální neboli informační učivo*, obsahuje fakta a pojmy. *Realizované učivo* je to, které bylo zpracováno v edukační lekci a je závislé na naší schopnosti postihnout všechny složky edukace - kognitivní, afektivní i psychomotorické. To učivo, které klient užije v životní situaci se nazývá *osvojené učivo*. Tvoří výstupní kvalitu edukovaného - vědomosti, dovednosti, schopnosti.

- ✓ Vědomosti a znalosti o gynekologické předoperační péči
- ✓ Vědomosti a znalosti o gynekologické pooperační péči
- ✓ Dovednosti a schopnosti umožňující pozitivně zvládnout předoperační i pooperační průběh na oddělení operační gynekologie
- ✓ Dovednosti, schopnosti a vědomosti, které přispějí k rychlejší rekonvalescenci a navrácení zdraví
- ✓ Vědomosti a znalosti vztahující se k emocionálnímu stavu ženy, která prodělala gynekologickou operaci

c) metody

Zahrnují způsoby a činnosti, jimiž se edukovaný učí danému učivu. Závisí na nich vytvoření představy a porozumění souvislostem. Edukátor by měl znát i alternativní metody pro specifické případy jako je např. člověk smyslově postižený či handicapovaný úrovní vzdělání.

- ✓ Ústní a písemné metody
- ✓ Napodobování
- ✓ Praktický nácvik
- ✓ Opakování, reedukace

- ✓ Demonstrační metody
- ✓ Předvedení

d) materiálně technické vybavení lekce a organizační podmínky

K vybavení patří přístroje, pomůcky, demonstrační modely, záznamové archy, brožury aj. materiální vybavení, které nám pomáhá k dosažení vytyčených cílů. Prostorové zabezpečení představuje stránku organizační.

- ✓ Demonstrační model sagitálního průřezu malou pánví, je součástí vyšetřovny
- ✓ Letáky a brožury vztahující se k různým gynekologickým onemocněním, jsou k dispozici na ambulancích i oddělení
- ✓ Vyšetřovna, která zajišťuje soukromí a pohodlí k zabezpečení pozornosti klientky při předávání informací
- ✓ Přípravna zabezpečující klid a soukromí pro zachování studu a intimity při přípravách

e) kontrolní – evaluační systém

Je to systém vyhodnocování a zjišťování vědomostí počátečních, průběžných i výstupních z edukační lekce.

- ✓ Rozhovorem se zpětnou vazbou
- ✓ Pozorování
- ✓ Dotazování
- ✓ Záznamové listy (checklisty – kontrolní dokumenty), zavedeny nejsou

f) cílová uživatelská skupina

Je určena uživatelům i s jejich determinujícími faktory jako jsou věkové, individuální či profesní zvláštnosti.

- ✓ Cílová uživatelská skupina jsou ženy a dívky hospitalizované na oddělení operační gynekologie různých gynekologických diagnóz, profesí, kultury a tradic

g) naplánování učiva

Zde platí zásada přístupnosti a přiměřenosti, aby učivo odpovídalo psychosomatickému rozvoji edukanta. Postupovat od známého k neznámému a od jednoduchého ke složitějšímu. Je zdůrazňována zásada individuálního přístupu. (Špirudová et al., 2006)

2.3. PSYCHOLOGICKÉ PRVKY EDUKACE

Základní principy, které je vhodné uplatnit při edukaci pacienta v jakékoli oblasti, která s sebou přináší změnu jsou tyto body:

- ✓ Jaké změny chceme dosáhnout?
- ✓ Zkontrolovat formulace (žádná NE, snažení, pokoušení, „bychy“, ani ALE)
- ✓ Jak pozná okolí (skrytá kamera), že ke změně skutečně došlo?
- ✓ Jsou úkoly související se zadanou změnou splnitelné?

Tímto objasněním však společná práce zdaleka nekončí. Naším dalším úkolem je zjistit, jak očekávaná změna zapadne do pacientova hodnotového systému, zda se vejde mezi ty ne zcela plně uvědomované příkazy, zákazy a pravidla, která si v sobě nosíme a která vyhlášíme za „normální“. V transakční analýze se takováto složka našeho já označuje jako stav rodičovský, zkráceně RODIČ. Zahrnuje celou škálu postojů, analytických způsobů i projevů, které jsme přebírali od rodičů a jiných významných figur od nejčasnějšího dětství a považujeme je za „správné“. Naším úkolem je teda zjistit, co změně říká pacientův RODIČ a přivést ho k souhlasu. RODIČ obsahuje především to, co bývá označováno jako tradice, respektive správná tradice. A je dobré vědět, že takovýto postoj může mít velmi pevné kořeny, blízcí se neotřesitelné víře. Současně však tento postoj může zahrnovat mnoho předsudků, které pacient sám za předsudky vůbec nepokládá, ale vnímá je jako svaté pravdy. Jde hlavně o postoje vůči sobě, k okolí, k autoritám. Naši rodiče nám vtiskli mezi dobrými a užitečnými radami, také řadu neužitečných, nevýhodných a škodlivých pravidel a návodů. Jedním z nich je vnitřní příkaz musíš být silný/silná, tedy musíš na všechno stačit sám, nesmíš si říkat o pomoc, protože je to známka slabosti, musíš být na sebe tvrdý, nerozmazlovat se, protože je to projev změkčilosti, slabošství a zbabělosti. Víme všichni, že za některých okolností je mnohem obtížnější pomoc přijmout, než ji poskytnout (je to logické: patříme mezi pomoc poskytující a pomoc nabízející profese, nabídnutí pomoci se pak jeví jako projev naší kompetence, naopak jako nutnost jejího přijetí jako projev selhání). Nezapomínejme tedy ani na to, že stejné nebo velmi podobné pocity může prožívat pacient, zvláště vnímá-li zatím ještě nabídnutou pomoc více jako nežádoucí diktát zdravotníků než jako způsob, jak v konečném úhrnu zlepšit kvalitu svého života.

Cílem dobré edukační práce je mimo jiné také pochopení náhledu pacienta a jeho propojení a převedení do racionální roviny. Můžeme se k tomu dopracovat jedině tak, že jeho názory trpělivě vyslechneme, jeho postoje pochopíme a posléze mu nabídneme

účinnější cestu směrem k očekávanému výsledku. Bagatelizace a zesměšňování typu „kde jste sebral takovou spoustu pitomostí?“ je to nejhorší, co lze udělat. (Diagnóza v ošetřovatelství, 2. roč., 2006, s. 81)

2.4 EDUKACE A OŠETŘOVATELSKÝ PROCES

Edukace je nedílnou součástí ošetřovatelského procesu. Ošetřovatelský proces je systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče, jejíž cílem je změna zdravotního stavu klienta. Dnes je mezinárodním standardem ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je kvalitní ošetřovatelská péče uspokojováním individuálních potřeb klienta. (Mastiliaková, 2002)

2.4.1 Plán ošetřovatelské péče zaměřený na edukaci na operační gynekologii

Na základě analýzy získaných dat a informací od gynekologicky nemocné ženy dle Gordonové můžeme stanovit ošetřovatelské diagnózy. Měli bychom věnovat mimořádnou pozornost těmto položkám sesterské anamnézy. Položce číslo šest – Vnímání a poznání, která má velmi úzký vztah k edukaci. Popisuje způsob smyslového vnímání a poznání, jako je přiměřenost smyslového vnímání (zrak, sluch, chuť, čich, dotek) a používání kompenzačních pomůcek a protéz. Dále zahrnuje úroveň vědomí, mentálních funkcí, vnímání bolesti a nepohodlí. Jejím obsahem je i dostatek informací, chápání situace, vlastní názor, rozhodování a orientace. V neposlední řadě vypovídá i o způsobu slovního vyjádření. Položkou, která je také hodna zvláštní pozornosti je položka číslo devět – Sexualita, reprodukční schopnost. Vypovídá uspokojení v sexuálním životě nebo se svým pohlavím. Zahrnuje reprodukční období ženy jako je menstruační cyklus, počet porodů, potratů samovolných i umělých. Obsahuje také informace o užívání antikoncepce. (Trachtová et al., 2004)

Následně lze stanovit **edukační diagnózy**:

- ✓ Deficit ve vědomostech (neznalost pojmu) o předoperačních gynekologických opatřeních, o pooperačním režimu na oddělení operační gynekologie, o vlastním gynekologickém onemocnění, o anestézii
- ✓ Neefektivní dodržování gynekologického terapeutického režimu jednotlivcem v souvislosti s nedostatkem informací, nedostatečnou motivací

Na základě stanovení ošetřovatelských edukačních diagnóz určíme **očekávané cíle (výsledky)**

- ✓ Klientka chápe podstatu svého gynekologického onemocnění
- ✓ Klientka projevuje zvýšený zájem o nové informace
- ✓ Na základě nových informací klientka nachází způsoby, jak je možné situaci účinně změnit
- ✓ Klientka správně vykonává potřebné postupy a umí vysvětlit důvody
- ✓ Klientka zahájí potřebné změny životního stylu a účastní se léčby

Poté lze vytyčit ošetřovatelské **zásahy/intervence**

- ✓ Zjistí úroveň znalostí klientky o podstatě vzniku a prevenci gynekologického onemocnění
- ✓ Všimni si schopnosti a ochoty klientky učit se novému
- ✓ Uvědom si překážky bránící klientce dozvědět se, co potřebuje (smyslové bariéry, fyzický stav aj.)
- ✓ Posuď motivaci klientky
- ✓ Poskytni klientce dostatek informací
- ✓ Urči priority
- ✓ Vezmi v úvahu psychomotorické schopnosti klientky
- ✓ Veď rozhovor a poskytni zpětnou vazbu
- ✓ Specifikuj výsledky, kterých má být dosaženo
- ✓ Dohodni se s klientkou na vzájemných cílech
- ✓ Zapoj do spolupráce i rodinné příslušníky
- ✓ Poskytni klientce i písemné materiály, k nimž se může podle potřeby vracet
- ✓ Zvol vhodné prostředí pro edukaci
- ✓ Dbej na aktivní roli klientky v procesu edukace
- ✓ Nacvič s klientkou praktické dovednosti

Na závěr je možno přistoupit k **vyhodnocení výsledků** ošetřovatelské péče

- ✓ Zda bylo či nebylo dosaženo vytyčených cílů
- ✓ Dle výsledků plán péče upravit či obnovit
- ✓ Mít na paměti, že zapominání je normální proces a je potřeba s ním počítat (Špirudová et al., 2006)

2.4.2 Celková operační péče/edukace klientky

Pozorování/zjištění

EMOCIONÁLNÍ STAV

Porozumění předoperačním, operačním a pooperačním procedurám

Schopnost slovně vyjádřit strach a úzkost

Postoje, reakce a chování klientky a její rodiny

Informovanost (úroveň znalostí) klientky a rodiny o operačním výkonu

TĚLESNÝ STAV

Stav výživy a hygieny

Způsob a návyky při vylučování

Užívané léky

Medicínské pozadí: Onemocnění

Operace

Socioekonomické prostředí, status

Alergie

Tělesné handicapy, limity

Projevy infekce

Stav vědomí (mentální stav)

Stav smyslového vnímání (zraková, sluchová ostrost)

PRÁVNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Informovaný souhlas podepsaný klientkou před operací

Splnění všech předoperačních ordinací lékaře

Seznámení klientky s prostředím

- používání přístrojů a zařízení v místnosti
- používání signalizace
- účel a použití postranic (individuálně)

Předoperační edukace klientky

EMOCIONÁLNÍ

Zopakujte informace klidně, pomalu objasněte a podporujte způsob, jakým lékař klientce vysvětlil gynekologický zákrok

Odpovězte na otázky co možná nejupřímněji a nejpravdivěji

Poskytněte klientce časový prostor a podněcujte ji, aby slovně vyjádřila svůj strach a úzkost

Nepoužívejte standardní fráze jako: „Nedělejte si starosti“, „Všechno je v pořádku“, „Vím, jak se cítíte“ apod.

Naslouchejte a rozumějte tomu, co říká klientka, akceptujte to

Nepospíchejte při komunikaci a naslouchání

Akceptujte způsob chování klientky, pokud není nebezpečné, vyhněte se jeho posuzování nebo pokusům ho změnit

Zapojte rodinu nebo přátele do péče a edukace, pokud je to možné

TĚLESNÁ

Vysvětlete klientce všechny procedury, důvody k provedení a jejich důležitost

Edukace k předoperační přípravě

Klyzma

Příprava kůže

NPO (nic per os)

Zhodnoťte úplnost anamnézy a fyzikálního vyšetření

Zajistěte EKG záznam a RTG vyšetření hrudníku

Monitorujte laboratorní výsledky, abnormality hlase lékaři

Měřte a zapisujte hodnoty TK, pulsu, počet dechů, tělesnou teplotu, hmotnost a všechny abnormality hlase lékaři

Upozorněte klientku, aby se vymočila než půjde na operační sál

Odstraňte zubní protézy, kontaktní čočky, jiné druhy protéz, lak z nehtů, make-up a dále ozdoby: šperky, prsteny, náušnice a bezpečně je uložte

Podejte premedikaci

Sledujte a zapisujte projevy alergie

Edukace k pooperační péči

Parenterální podání tekutin

Měření vitálních funkcí

Obvazy, krytí operační ran, krvácení

Bolest a způsoby jejího tlumení

Močový katétr zavedený na určitou dobu

Nedotýkání se operační rány

Naučte klientku (názornými ukázkami), jak se má: otáčet, kašlat, zhluboka dýchat, podepřít si operační ránu, aktivně procvičovat dolní končetiny, sedat, vstávat, chodit

Vysvětlete důležitost včasné rehabilitační péče: včasná chůze, provádění sebedpěče

Péče na pooperačním pokoji – JIP

Úroveň vědomí

Lůžka nehtů

Dýchání

- normální

- frekvence

- cyanotická

- rytmus

Místo operační rány

- hloubka

- suché

- kvalita

- krvácení

Puls

- prosakování

- frekvence

- drény

- rytmus

Obvazy

- kvalita

- suché

Krevní tlak

- neporušené

- hypotenze

Drenáže

- hypertenze

- průchodnost a spojení

- normální

Bolest

Parenterální infúze

- lokalizace

- rychlost průtoku

- charakter a intenzita

- typ roztoku

- snášenlivost bolesti

- lokalizace

Krvácení z pochvy

- průchodná žíla

- intenzita a charakter

- medikace

Kůže

Stav

- normální

- suchá

- zarudlá

- vlhká

- cyanotická

- horká

- bledá

- studená

(Ošetrovatelství, 5. roč., č. 3-4, s. 58)

2.5 DOKUMENTACE EDUKAČNÍ ČINNOSTI NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII

Většinou se stále výuka klientů pokládá za určitý nadstandard a oddělení operační gynekologie v Pardubicích není v tomto výjimkou. Její provádění není důsledné a systematické a efektivita není vyhodnocována. Je potřeba si uvědomit, že mnoho klientek, zvláště v průběhu hospitalizace, není schopno vnímat potřebné informace týkající se jejich choroby, kondice, léčby nebo potřebných preventivních opatření v důsledku tlaku neznámého prostředí, strachu, obav a možných bariér. Porodní asistentka/sestra tyto bariéry musí umět vyhodnotit. Musíme se dokázat naučit předat nejen holou informaci, ale dokázat zdůvodnit, proč je nutné pro své zdraví něco dělat. Proces výuky je nedílnou součástí plánu ošetrovatelské péče.

Jelikož záznamové listy o edukaci klientek (checklisty) nejsou u nás zavedeny, prakticky není možné dohledat, do jaké míry byla ta která klientka edukována a vše stojí jen na vzájemné důvěře a víře, že bylo vše správně předáno a neztratilo se v informačním šumu. Tím samozřejmě nevylučuji, že by nedocházelo k následné kontrole či komunikační zpětné vazbě. Provedení záznamu o edukaci je ale důležité z těchto důvodů: přesná dokumentace chrání členy ošetrovatelského týmu, vede k aktivizaci klientky a přebírání zodpovědnosti za řešení zdravotního stavu a zaznamenává průběh, vývoj, komplikace edukace a odhaluje to, co už klient/rodinní příslušníci/pečovatelé znají. (Špirudová et al., 2006)

Přestože formuláře pro výuku klientů už byly vytvořeny např. společností RENEBO s.r.o. za účelem snadnějšího dokumentování edukace a každé oddělení si je může upravit podle svých potřeb, stále se mi zdají příliš složité a pro oddělení operační gynekologie nepoužitelné. Jelikož by měl být tento formulář důležitou součástí ošetrovatelské dokumentace a v neposlední řadě slouží k autoevaluaci pracoviště v oblasti edukace a k formulaci standardů pracoviště je nediskutabilní, že by k dispozici, byť i jednoduché, být měl. Je ale pravdou, že dokumentace neustále přibývá a neustálé podpisy také nic neřeší, pominu-li fakt právní ochrany pracoviště, v dnešní době nezanedbatelný prvek. Otázkou zůstává, jestli se nám v lejtrech neztratí člověk, lidská jedinečnost, vzájemná důvěra a ten nejpodstatnější společný cíl.

2.6 LÉKAŘ V ROLI EDUKÁTORA NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII

Při plánovaném výkonu přichází klientka do nemocnice v předem domluveném termínu, obvykle jeden den před zákrokem. Pokud se plánují rozsáhlé, dlouhotrvající

operace či se jedná o rizikové nebo staré klientky, přijímají se k hospitalizaci dříve, aby se mohla zkompletovat všechna potřebná vyšetření. (ultrazvukové vyšetření břicha, počítačová tomografie – CT, magnetická rezonance – MRI, cystoskopie, vylučovací urografie, rektoskopie, kolonoskopie, irrigografie, vyšetření krve na tumor markery aj.) Malé operační výkony se provádějí ve většině případů ambulantně.

Při příjmu klientky je nutné zkontrolovat její osobní údaje a zjistit, zda žena podstoupila všechna požadovaná předoperační vyšetření. Jedná se hlavně o vyšetření krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru, rtg srdce a plic, EKG a důležité předoperační interní vyšetření, které končí prohlášením, zda je žena schopna podstoupit celkovou anestézii. Gynekolog zhodnotí výsledky, které žena s sebou přináší a sepíše s ní lékařskou anamnézu. Již při sepisování anamnézy má lékař příležitost svým klidným, slušným, rozhodným a profesionálním jednáním získat klientčinu důvěru. Měl by být schopen jí vhodným a srozumitelným způsobem vysvětlit postup a princip operace a přibližnou délku hospitalizace. Čas, který věnuje lékař rozhovoru s klientkou je součástí úspěšné operace, neboť lékař získává ženu ke spolupráci a pomáhá jí překonávat obtíže spojené se známkami strachu a obav z budoucnosti. Rozhovor lékaře a ženy by se měl ubírat k vysvětlení, co může klientka očekávat od zákroku, včetně důsledků pro život a nastíněním prognózy, která nikdy nemá brát naději na uzdravení. Je vhodné i ozřejmit poznatky z anatomie a fyziologie orgánů např. na demonstračním modelu. (Citterbart et al., 2001)

Specifickou část tvoří gynekologické vyšetření, při kterém by si měl lékař počínat šetrně a vysvětlit klientce, co má očekávat. Toto vyšetření je doplněno gynekologickým ultrazvukem.

Po nabytí ucelených informací přistupuje žena k podpisu pozitivního reverzu - informovaného souhlasu s operací, který je dobrovolný a založený na dostatečném porozumění předaných informací. Chrání jak klientku, tak i zdravotnický personál po právní stránce a je důležitou součástí zdravotnické dokumentace. Rodinným příslušníkům klientky by měl lékař osvětlit, co mohou očekávat po operaci v rekonvalescenci ženy. Měl by upozornit na obvyklé průvodní operační jevy (kožní řez a délka hojení), nastínit předpokládanou dobu, po kterou se bude muset klientka šetřit a kdy lze očekávat propuštění z nemocnice a návrat do pracovního procesu. Rodina klientky je velmi důležitou součástí předoperačního i pooperačního období. Přeje-li si žena, aby byla rodina informována, je třeba tak učinit. (Kobilková, Živný, Bochman, 2000)

Na předoperační psychologické přípravě ženy by se měl podílet i anesteziolog. Správné psychické působení lékaře, sedativa, kvalitní spánek a vhodná premedikace jsou součástí přípravy před anestézií i vlastní operací.

V průběhu pooperačního období by měl lékař podávat pravidelné a srozumitelné informace o pooperačním stavu klientky a pružně reagovat na její dotazy a vyzývat ji, aby se i sama zeptala, motivovat ji do zapojení do péče o sebe sama. Při sdělování informací o zdravotním stavu klientce by měl hovořit otevřeně, bez pesimismu a neopodstatněné euforie a volit individuální přístup se zachováním všech komunikačních dovedností. Poučení a rekonvalescenci, pravděpodobné délce pracovní neschopnosti, event. nutnosti další léčby či informace o nároku na následnou lázeňskou léčbu jsou záležitosti vztahující se k dimisi a neměly by být opomíjeny.

Role lékaře by měla stavět na přirozené autoritě, která sebou přináší demokratické rozhodování a pocit spoluodpovědnosti na společném cíli.

2.7 PORODNÍ ASISTENTKA/SESTRA V ROLI EDUKÁTKY NA OPERAČNÍ GYNEKOLOGII

Při komunikaci s gynekologicky nemocnou ženou je důležité, aby porodní asistentka/sestra navázala takový kontakt, který podporuje vzájemnou důvěru a sounáležitost. Prochází tak během edukačního procesu, zrovna tak jako lékař několika rolemi. Na počátku stojí role zpovědníka, poté informátora a na závěr se ocitá v roli poradce a učitele. Jsou na ni kladeny nároky na komunikační dovednosti, empatii, ochotu pomoci, respekt k osobnosti klientky, konzultační dovednosti a odborné znalosti toho, co učí. Jednou z nejdůležitějších rolí moderního ošetrovatelství je koordinace péče o klienta. Porodní asistentka/sestra tráví u lůžka gynekologicky nemocné ženy delší dobu, než kterýkoliv jiný člen ošetrovatelského týmu. Proto je správné, že je to ona, kdo vyhodnocuje klientčiny edukační potřeby. Měla by prokazovat znalosti ve stanovení edukačních diagnóz, cílů a intervencí a následně je umět vyhodnotit. Orientace v ošetrovatelském procesu by měla být samozřejmostí a umění správně odebrané sesterské anamnézy klíčové.

Je třeba mít na paměti, že operace nemocných reprodukčních orgánů nebo dokonce jejich odstranění zahajuje u ženy celou řadu reakcí v její psychice. Ženy vnímají i nekomplikovaný výkon jako výjimečný zážitek. Mají většinou pocit, že bude ohroženo nejen jejich zdraví, nýbrž funkce, kterou má reprodukční systém v partnerském životě.

Velmi složitou psychologickou otázkou bývá, jak se vypořádat s pocitem trvalé sterility. Tato situace je velmi těžká pro ženy, které již těhotenství neplánují, natož pro ženy, které po mateřství touží. Proto je nutné, udělat si čas na to, abychom ženu vyslechly a získaly informace o jejích obavách. (Kobilková, Živný, Bochman, 2000)

Při přijetí na oddělení by měla být klientka seznámena s uspořádáním oddělení, organizačním řádem, právy pacientů a s ošetřujícím personálem. Žena se potom bude lépe orientovat a bude cítit jistější, proto by také měla vědět, jak používat signalizační zařízení v nouzi. Dále musí porodní asistentka informovat ženu o předoperačních přípravách a péči. Zdůvodnit klientce přípravu střev – klyzma, seznámit ji s přípravou kožního povrchu – holení, celková hygiena a počínat si při všech přípravách šetrně a s ohledem na stud a intimitu každé ženy. Žena musí být informována, kdy naposledy, jíst, pít a kouřit. Dále by měla mít znalosti o tom, že nesmí být v den operace nalíčená, nesmí mít nalakované nehty a musí mít sundané šperky a protetické pomůcky. Ženě by měl být poskytnut všeobecný časový rozvrh všech perioperačních úkonů. Dále má být seznámena s tím, kde bude ležet bezprostředně po operaci – JIP a znát přibližný čas operace a jméno operátora.

Edukace v pooperačním období zahrnuje znalosti a dovednosti ve zmírňování pooperačních bolestí, dietních opatřeních a v prevenci tromboembolie. Pokud jsou klientkám ponechávány žilní vstupy, drény nebo močové katétry, měly být ženy dostatečně edukovány v péči o tyto pomůcky, rovněž tak péče o operační ránu by jim neměla být cizí. Dále do kompetencí porodních asistentek spadá rehabilitační péče, nácvik vstávání a uléhání do lůžka nebo cvičení po různých gynekologických operacích. Klientky by také měly být seznámeny s možným krvácením, s problémy s odchodem větrů či stolice, která je důsledkem obleněné peristaltiky po operaci nebo s problémy vyprazdňování močového měchýře tam, kde se operovalo v jeho blízkosti.

Specifické ošetřovatelské intervence se vztahují k intenzivní pooperační péči na JIP, která obvykle trvá po 24 hod. od gynekologické operace. Edukační činnost se vztahuje hlavně k boji proti bolesti, prevenci tromboembolie, rehydrataci a realimentaci a prevenci časných pooperačních komplikací.

Porodní asistentka/sestra má k hospitalizované ženě vždycky o něco bliž než lékař a ženy necítí tolik ostychu se jí svěřit se svými obavami. Važme si toho a oplat'me to svou pravdivostí a akceptováním každé ženy i s jejími individuálními potřebami.

3. EMPIRICKÝ PRŮZKUM

3.1 CÍLE PRŮZKUMU

HLAVNÍ CÍL

Na základě provedeného průzkumu na mém pracovišti – na oddělení operační gynekologie v Krajské nemocnici v Pardubicích, zjistit, jaká je úroveň a rozsah edukovanosti hospitalizovaných žen

DÍLČÍ CÍLE

1. Zabývat se edukovaností v předoperačním období
2. Zaměřit se na potřebu edukace v pooperačním období
3. Odhalit, zda jsou hospitalizované ženy spokojené s tím, jak k nim přistupuje ošetřující personál v roli edukátorů
4. Zmapovat nedostatky potřeby edukace na mém pracovišti, vyvodit vhodná doporučení pro lepší a efektivnější uspokojování této potřeby
5. Zjistit, co ženy samy považují za nejdůležitější ve znalostech, dovednostech a informovanosti během pobytu na oddělení operační gynekologie

3.2 ORGANIZACE PRŮZKUMU

3.2.1 Charakteristika souboru a organizace průzkumu

Průzkum probíhal na mém pracovišti v Krajské nemocnici v Pardubicích na oddělení operační gynekologie. Průzkum pouze na oddělení, kde jsem zaměstnána jsem si zvolila záměrně, jelikož se domnívám, že hlavně tam, kde má moje práce přímý vliv, je možné edukaci úspěšně ovlivnit. Oddělení sčítá 20 lůžek standardních a 5 lůžek péče intenzivní. Kdyby k vizi a motivaci pro úspěšnou změnu a zefektivnění potřeby edukace měla přispět i tato bakalářská práce, byla bych potěšena, že byla smysluplná.

Tento průzkum jsem prováděla během tří měsíců (ledna, února, března) v roce 2007 metodou anonymního dotazníku se svolením Porodnicko-gynekologického oddělení v Pardubicích. Tyto dotazníky jsem rozdávala osobně a každou ženu zvlášť jsem upozornila na důvěrnost a dobrovolnost vyplnění tohoto dotazníku a objasnila jim i cíl, co od tohoto průzkumu očekávám. Jednalo se o mnou náhodně vybrané ženy hospitalizované na oddělení operační gynekologie, které prodělaly velké gynekologické operace, nikoliv malé operační výkony. To, že ke mně ženy pojalý důvěru dokazuje 100% návratnost všech 65 rozdaných dotazníků. Z těchto materiálů však muselo být pro nekompletní vyplnění a nejasnosti vyřazeno dotazníků celkem 5. Absolutní návratnost sčítala tedy 60 dotazníků, což odpovídá návratnosti relativní 92,3%. Všem ženám, které mě pomohly provést tento průzkum ještě jednou tímto velmi děkuji. Dotazníky jsem rozdávala vždy v předvečer před plánovaným propuštěním s přesvědčením, že ženy již mají ucelené představy a povědomí, do jaké míry byly spokojené s informacemi, dovednostmi a znalostmi, které jim ošetřující personál předal a již nejsou obtěžovány vedlejšími nepříjemnými faktory jako je například bolest či strach z neznámého. Poté jsem si ženy obešla se zapečetěnou schránkou a vyzvala je, aby vyplněný dotazník do ní vhodily. Čtyři ženy mě samy požádaly, abych jim osobně pomohla dotazník vyplnit a třemi jsem byla kontaktována s žádostí o upřesnění dat, kde pocíťovaly nesrovnalosti. I z tohoto důvodu nyní spatřuji přínos v tom, že jsem dotazníky rozdávala osobně. Tento přímý osobní přístup mě ale ovšem limitoval v tom, že jsem takto mohla průzkum praktikovat jen na omezeném počtu respondentek.

Jsem si vědoma, že dotazník již nemapuje otázky edukovanosti vztahující se k dimisi, ale to zcela cíleně, jelikož se domnívám, že by byly propuštěné ženy již

ovlivněny nesoustředěností a nakonec i z toho důvodu, že by mi i moje zaneprázdněnost během denní služby nedovolila, jim v klidu objasnit to, co je od nich očekáváno.

3.2.2 Metoda průzkumu

Jako metodu průzkumu jsem zvolila originální dotazník, v kterém jsou použity otázky s uzavřenou strukturovanou odpovědí, pouze jedna otázka má charakter otevřené otázky. V úvodu vstupní části se představuji, dále je vysvětlen cíl dotazníku, jeho účel, ujištění o anonymitě, obsahuje pokyny pro jeho vyplnění a poděkování za spolupráci.

Kompletní dotazník sčítá 26 otázek, přičemž předpokládaný čas na jeho vyplnění činí cca 15 minut. Na otázky bylo možné uvést pouze jednu odpověď s výjimkou předposlední a poslední otevřené otázky. Úplné znění dotazníku uvádím v příloze (viz. příloha č. 1).

První dvě otázky v dotazníku jsou otázky identifikační, týkající se věku a vzdělání respondentek. Otázka 4.-11. mapuje oblast předoperační péče a režimu, otázka 12.-20. se zabývá péčí pooperační, 21.-25. položka odhaluje subjektivní hodnocení žen, které si vytvořily ve vztahu ke zkušenostem během hospitalizace, ošetřujícímu personálu a očekáváním, jak by si přály být edukovány. Poslední 26. otázku jsem zvolila otevřenou a vyzývám v ní ženy, aby ony samy upřednostnily pro ně nejdůležitější položku edukace. Tato otázka je bezpochyby zajímavá a jistě má i výpovědní hodnotu. Riskem otevřené otázky je ale to, že na ni bude odpovídat jen omezený počet respondentů a bude odbíhat od hlavního tématu, což se mě také potvrdilo.

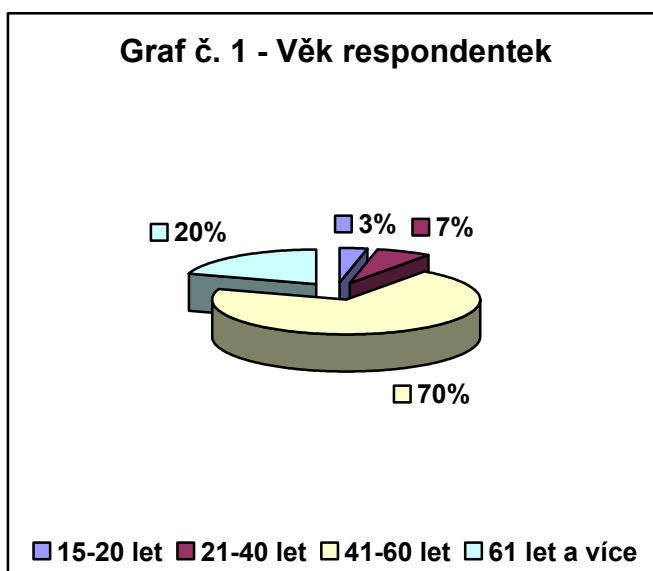
Vyhodnocení dotazníků bylo zpracováno počítačovým programem Microsoft Word za použití tabulek, výsečových a sloupcových grafů.

3.3 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Otázka č. 1: **Do jaké věkové skupiny patříte?**

Tabulka č. 1 – Věk respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
15 – 20 let	2	3 %
21 - 40 let	4	7 %
41 – 60 let	42	70 %
61 a více	12	20 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



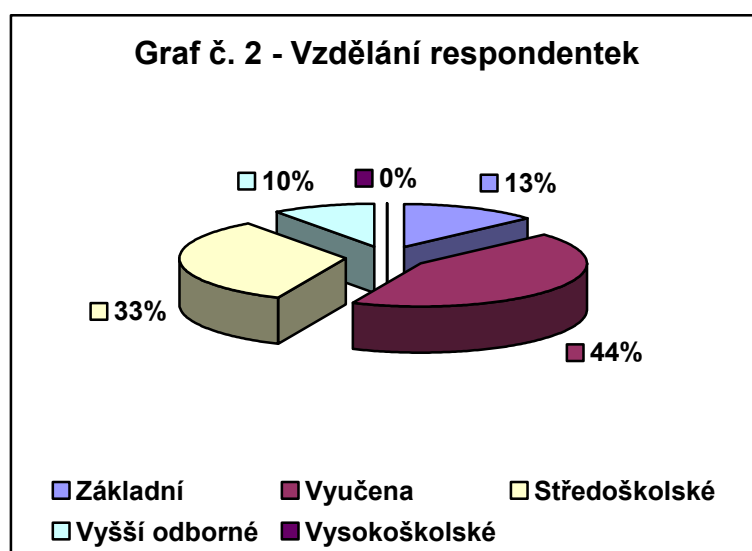
KOMENTÁŘ:

Z celkového počtu 60-ti dotazovaných hospitalizovaných žen jsou ve věku 15-20 let 2 respondenty, tj. 3%, ženy ve věku 21-40 let jsou 4 a tvoří 7% operantek, skupinu žen ve věku 41-60 let zastupuje 42 respondentek, v dotazníku představují 70%, ženy, kterým je 61 a více let, tvoří 20% respondentek tj. 12 žen.

Otázka č. 2: **Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :**

Tabulka č. 2 – Vzdělání respondentek

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Základní	8	13 %
Vyučena	26	44 %
Středoškolské	20	33 %
Vyšší odborné	6	10 %
Vysokoškolské	0	0 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



KOMENTÁŘ:

Nejpočetnější skupinou, která se zúčastnila průzkumu byla skupina vyučených žen, tvořilo ji 44% dotazovaných, což činí 26 respondentek. Středoškolské vzdělání mělo 20 žen, tj. 33%. 8 respondentek se hlásilo k vzdělání základnímu, tedy 13% žen. Vyšší odborné vzdělání udalo 6 operantek, což činí 10%, žádná z žen nedosáhla vzdělání vysokoškolského.

Otázka č. 3 : **Operace byla:**

Tabulka č. 3 – Naléhavost operace

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Plánovaná	54	90 %
Akutní	6	10 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



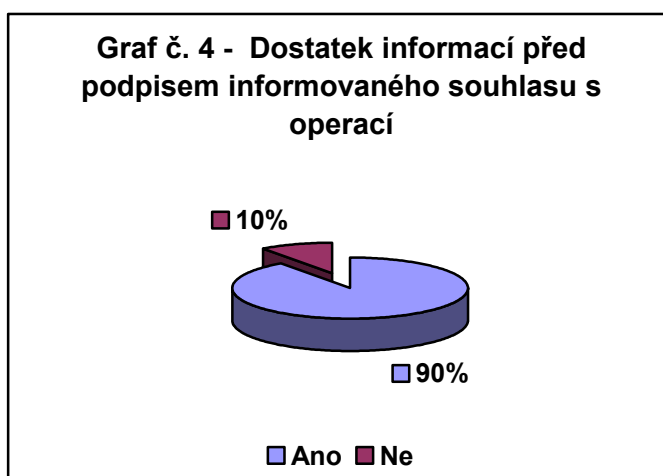
KOMENTÁŘ:

54 žen podstoupilo operaci plánovanou, tj. 90% respondentek a 6 dotazovaných žen podstoupilo operaci akutní, jednalo se o 10% operantek.

Otázka č. 4: **Máte dojem, že jste před operací a před tím, než jste s ní podepsala souhlas dostala dostačující informace od lékaře?**

Tabulka č. 4 – Dostatek informací před podpisem informovaného souhlas s operací

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	54	90 %
Ne	6	10 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



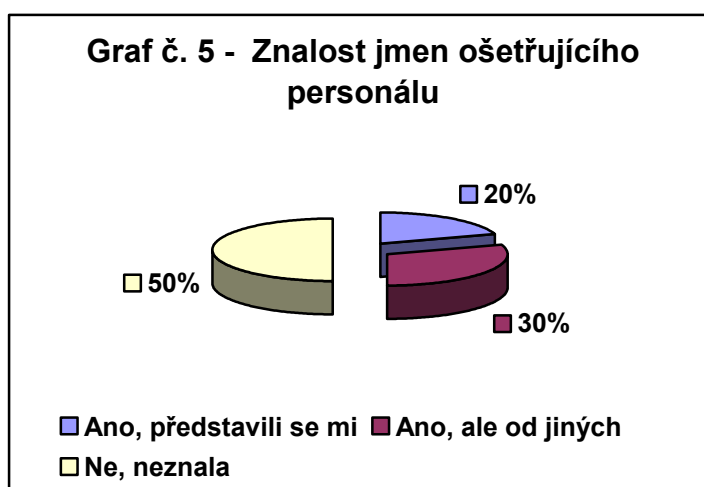
KOMENTÁŘ:

54 dotázaných žen mělo dojem, že před podepsáním informovaného souhlasu s operací obdrželo dostačující informace, tj. 90% respondentek, 6 žen ale dostačující informace údajně nezískalo, jedná se tedy o 10% respondentek.

Otázka č. 5: **Znala jste jména ošetřujícího personálu?**

Tabulka č. 5 – Znalost jmen ošetřujícího personálu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano, představili se mi	12	20 %
Ano, ale od jiných	18	30 %
Ne, neznala	30	50 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



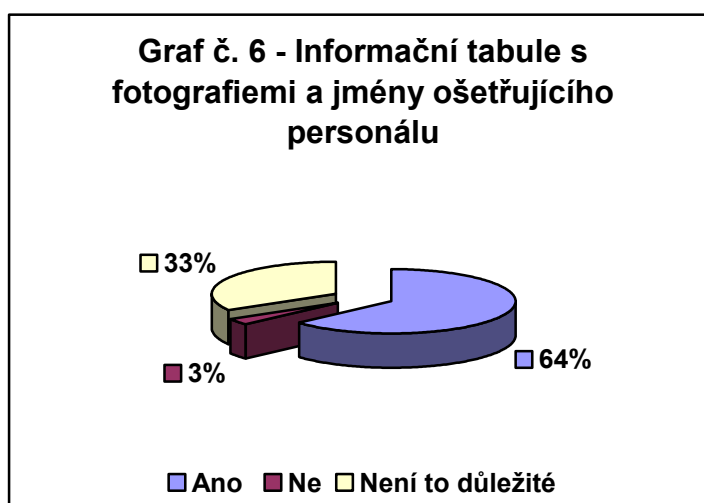
KOMENTÁŘ:

12 žen odpovědělo, že se jim ošetřující personál představil, toto odpovídá 20%, 18 operantek udalo, že jména znaly, ale od jiných, je to 30%, 30 žen jména vůbec neznalo, tzn. 50% dotázaných žen nevědělo, kdo je jmenovitě ošetřuje.

Otázka č. 6: **Uvítala byste, kdyby na oddělení visela informační tabule s fotografiemi a jmény zaměstnanců?**

Tabulka č. 6 – Informační tabule s fotografiemi a jmény ošetřujícího personálu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	38	64 %
Ne	2	3 %
Není to důležité	20	33 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



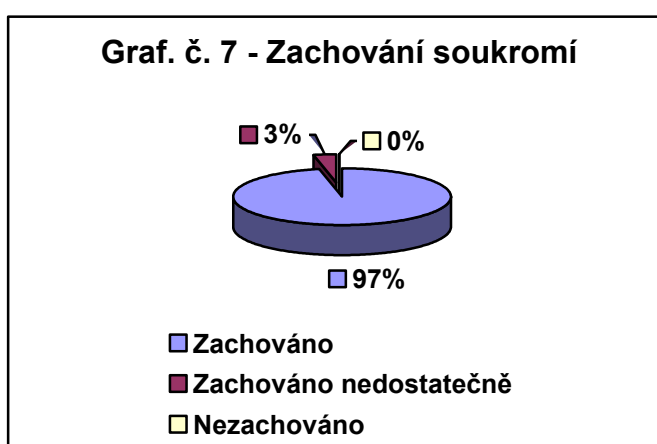
KOMENTÁŘ:

Informační tabuli se jmény a fotografiemi zaměstnanců, která by visela na oddělení by uvítalo 38 dotazovaných operantek, tj. 64%, 2 ženy uvedly že by toto neuvítaly, činí to 3%, 20 žen udalo, že informační tabule není důležitá, k tomuto názoru se tedy přiklání 33% respondentek.

Otázka č. 7: **Moje soukromí bylo při všech vyšetřeních, přípravách, předáváním intimních informací:**

Tabulka č. 7 – Zachování soukromí

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Zachováno	58	97 %
Zachováno nedostatečně	2	3 %
Nezachováno	0	0 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



KOMENTÁŘ:

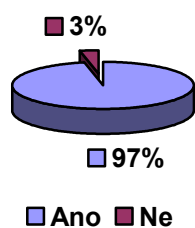
U 58 žen bylo soukromí při předávání intimních informací, přípravách i vyšetřeních zachováno, což představuje 97%. Na nedostatečné soukromí tak upozorňují 2 ženy, což je 3%. Žádná žena se nepřiklonila k tomu, že by bylo její soukromí absolutně nezachováno.

Otázka č. 8: **Byla jste seznámena s těmito okolnostmi?**

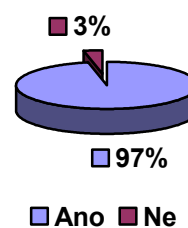
Tabulka č. 8 – Seznámení s chodem oddělení a právy pacientů

	ANO		NE		Celkový počet odpovědí	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
S nemocničním řádem	58	97 %	2	3 %	60	100 %
S právy pacientů	58	97 %	2	3 %	60	100 %
S návštěvními hodinami	52	87 %	8	13 %	60	100 %
S kontaktem na telefon	54	90 %	6	10 %	60	100 %
S možností uložení cenností do trezoru	58	97 %	2	3 %	60	100 %
Se zvukovou signalizací pro přivolání sestry	60	100 %	0	0 %	60	100 %

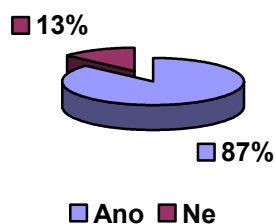
Graf č. 8 a - Seznámení s nemocničním řádem



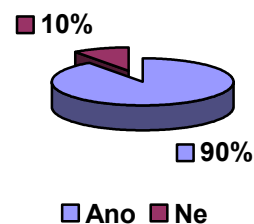
Graf č. 8 b - Seznámení s právy pacientů



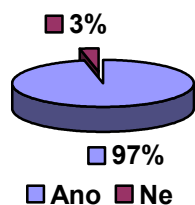
Graf č. 8 c - Seznámení s návštěvními hodinami



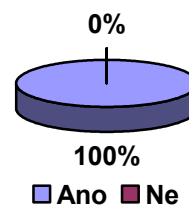
Graf č. 8 d - Seznámení s kontaktem na telefon



Graf č. 8 e - Seznámení s možností uložení cenností do trezoru



Graf č. 8 f - Seznámení se zvukovou signalizací pro přivolání sestry



KOMENTÁŘ:

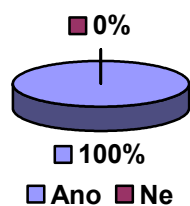
S nemocničním řádem udalo, že bylo seznámeno 58 operantek, což představuje 97%, 2 respondenty seznámeny nebyly, tj. 3 %. S právy pacientů bylo seznámeno také 97% žen. Rovněž 97% žen vědělo, že si může cennosti odložit do trezoru. S návštěvními hodinami bylo srozuměno 87% operantek, což představuje 52 žen. Seznámeny s nimi nebylo 8 žen, tj. 13%. Kontakt na telefon obdrželo 90% respondentek, tj. 54 žen, neznalo ho 10%, tj. žen 6. K seznámení se zvukovou signalizací pro přivolání sestry došlo u všech ze 60-ti dotazovaných žen, tzn. 100% znalo, jak sestru v případě nouze přivolat.

Otázka č. 9: **Byla jste seznámena s těmito předoperačními opatřeními?**

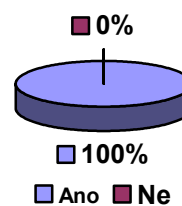
Tabulka č. 9 – Seznámení s předoperačními opatřeními

	ANO		NE		Celkový počet odpovědí	
	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Kdy smíte před operací naposledy jíst a pít	60	100 %	0	0 %	60	100 %
Že nesmíte mít zubní protézu	60	100 %	0	0 %	60	100 %
Že musíte mít sundané šperky	60	100 %	0	0 %	60	100 %
Že musíte být odličená a nemít nalakované nehty	58	97 %	2	3 %	60	100 %

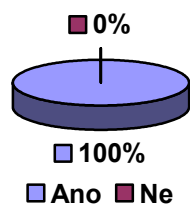
Graf č. 9 a - Informovanost s dietními předoperačními opatřeními



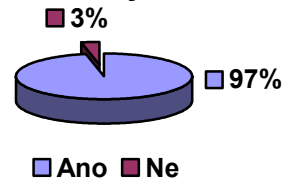
Graf č. 9 b - Informovanost o vyndané zubní protéze před operací



Graf č. 9 c - Informovanost o nutnosti mít sundané šperky před operací



Graf č. 9 d - Informovanost o nutnosti být před operací nenalíčená a mít odlakované nehty



KOMENTÁŘ:

Všech 60 dotázaných operantek (100%) uvedlo, že bylo před operací upozorněno, kdy mohou naposledy jíst a pít, že musí mít před operací vyjmutou zubní protézu a nemít žádné šperky, 58 žen udalo, že byly informovány o nutnosti být odličené a mít odlakované nehty (97%), dvě ženy o tomto údajně nevěděly (3%).

Otázka č. 10: **Byl Vám vysvětlen důvod, proč je nutné před operací oholit ochlupení?**

Tabulka č. 10 – Znalost důvodu holení operačního pole

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	44	73 %
Ne	16	27 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



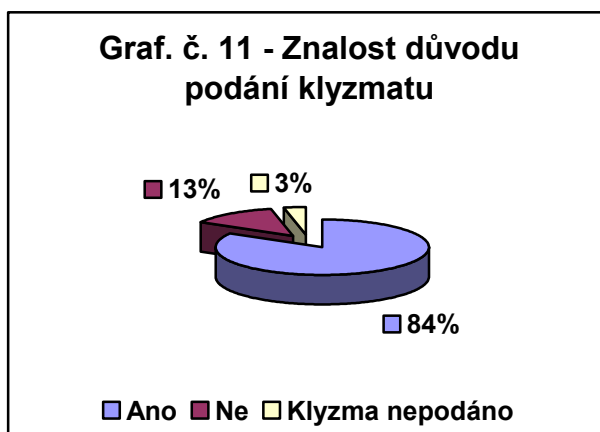
KOMENTÁŘ:

44 žen uvedlo, že jim byl vysvětlen důvod holení ochlupení (73%), důvod holení operačního pole nebyl ozřejměn 16 ženám (27%).

Otázka č. 11: **Byl Vám vysvětlen důvod provedení klyzmatu (klystýru, nálevu)?**

Tabulka č. 11 – Znalost důvodu podání klyzmatu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	50	84 %
Ne	8	13 %
Klyzma nepodáno	2	3 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



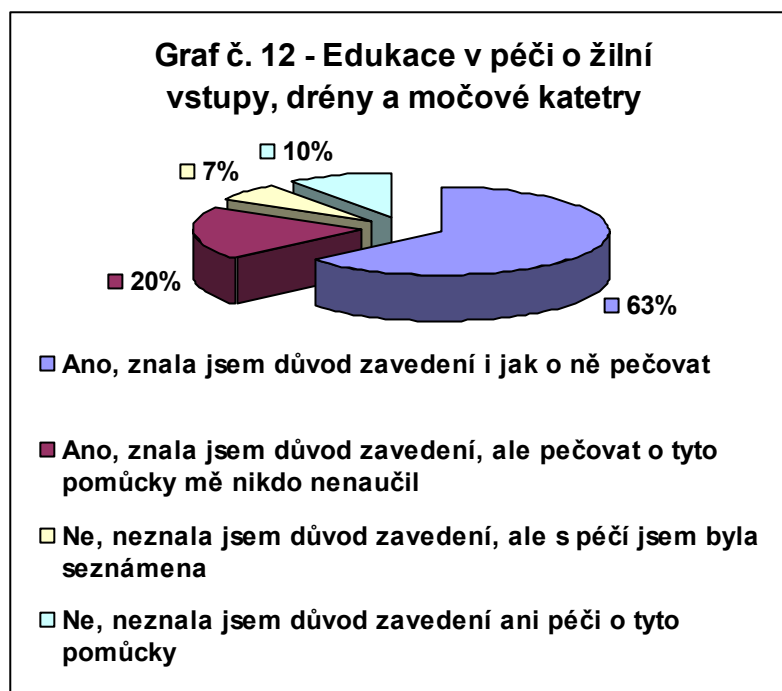
KOMENTÁŘ:

Důvod podání klyzmatu byl vysvětlen 50-ti ženám (84%), důvod nebyl nastíněn osmi operantkám, tj. 13% nevědělo, proč je jim klyzma podáváno a 2 ženy klyzma nedostaly (3%).

Otázka č. 12: Pokud jste měla po operaci močovou cévku, kanylu nebo drény, byla jste seznámena s účelem jejich zavedení a věděla jste, jak sama o ně pečovat, pokud Vám zůstávaly po delší čas?

Tabulka č. 12 – Edukace v péči o žilní vstupy, drény a močové katetry

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano, znala jsem důvod zavedení i jak o ně pečovat	38	63 %
Ano, znala jsem důvod zavedení, ale pečovat o tyto pomůcky mě nikdo nenaučil	12	20 %
Ne, neznala jsem důvod zavedení, ale s péčí jsem byla seznámena	4	7 %
Ne, neznala jsem důvod zavedení ani péči o tyto pomůcky	6	10 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



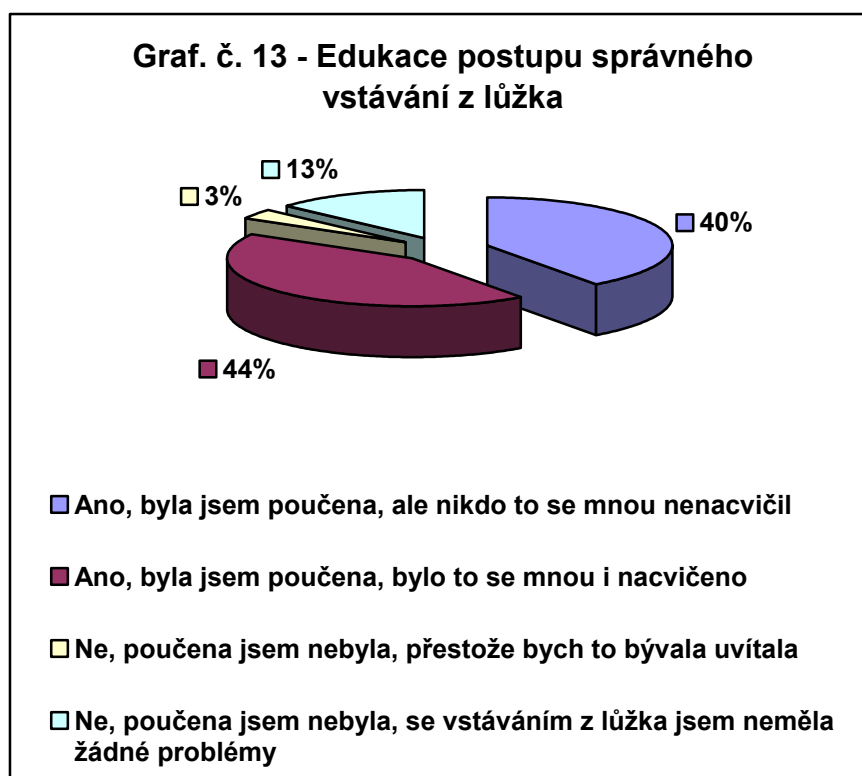
KOMENTÁŘ:

Důvod zavedení a péči o žilní vstupy, drény a katetry znalo a bylo o ní edukováno 38 operantek (63%), proč jim byly tyto pomůcky ponechány vědělo 12 operantek (20%), ale již nebyly edukovány v oblasti, jak o tyto pečovat, důvod ponechání neznaly 4 operantky, ale byly edukovány, jak o ně pečovat (7%), 6 operantek se hlásí k tvrzení, že neznaly důvod zavedení těchto pomůcek, dokonce ani to, jak o ně pečovat, nebyly v tomto směru edukovány vůbec (10%).

Otázka č. 13: **Byla jste poučena, jak máte správně po operaci vstávat z lůžka, bylo to s Vámi i nacvičeno?**

Tabulka č. 13 – Edukace postupu správného vstávání z lůžka

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano, byla jsem poučena, ale nikdo to se mnou nenacvičil	24	40 %
Ano, byla jsem poučena, bylo to se mnou i nacvičeno	26	44 %
Ne, poučena jsem nebyla, přestože bych to bývala uvítala	2	3 %
Ne, poučena jsem nebyla, se vstáváním z lůžka jsem neměla žádné problémy	8	13 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



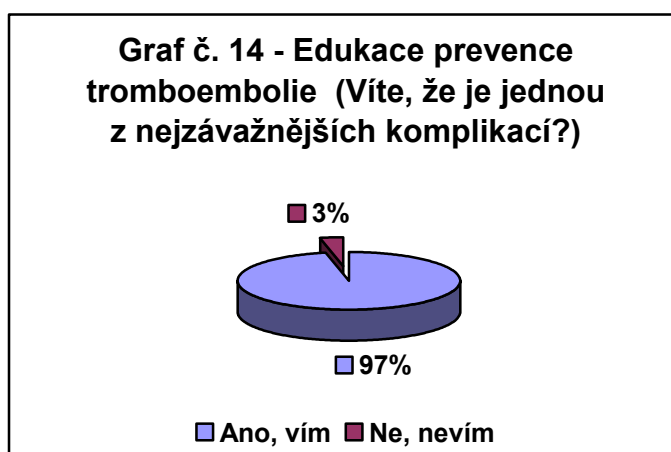
KOMENTÁŘ:

24 operantek bylo poučeno, jak má správně vstávat z lůžka, ale tento postup s nimi nikdo nenacvičil (40%), k vysvětlenému postupu a následnému nácviku se přihlásilo 26 žen, tj. 44% dotazovaných žen, edukovány, ačkoli by si to bývaly přály nebyly operantky 2, tzn. 3% respondentek, 8 žen se přiklonilo k tomu, že jim vstávání z lůžka nečinilo žádných obtíží a edukaci v tomto směru tak nepotřebovaly, jednalo se o 13% operantek.

Otázka č. 14: Víte, že jednou z nejzávažnějších komplikací po operaci může být plicní embolie a proto je nutné mít do doby plné mobilizace kompresy na dolních končetinách (elastická obinadla, punčochy), ředit krev pomocí léku v malé injekci a po operaci brzy vstávat?

Tabulka č. 14 – Edukace prevence tromboembolie (Víte, že je jednou z nejzávažnějších komplikací ?)

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano, vím	58	97 %
Ne, nevím	2	3 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



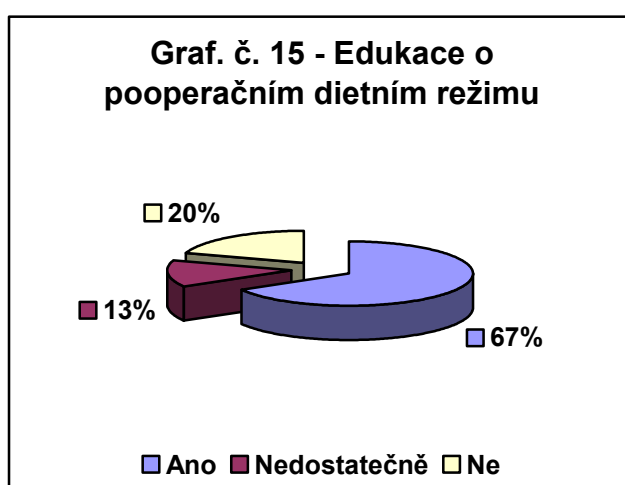
KOMENTÁŘ:

Edukováno v prevenci tromboembolie bylo 58 dotazovaných operantek, tj. 97%, 2 operantky v této prevenci edukovány nebyly tj. 3% respondentek.

Otázka č. 15: **Byla jste poučena o dietním režimu po operaci (jaký druh stravy a tekutin je pro Vás vhodný v určitý den)?**

Tabulka č. 15 – Edukace o pooperačním dietním režimu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	40	67 %
Nedostatečně	8	13 %
Ne	12	20 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



KOMENTÁŘ:

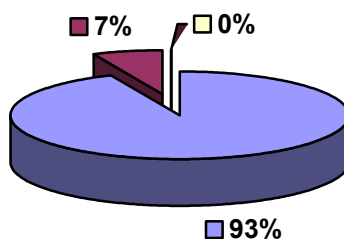
Edukováno o pooperačním dietním režimu bylo 40 operantek, tj. 67% respondentek, k nedostatečné edukaci se přiklonilo 8 žen, tedy 13%, 12 žen uvedlo, že nebylo o dietním režimu poučeno vůbec, jedná se o 20 % respondentek.

Otázka č. 16 : **Pokud jste trpěla bolestmi, ošetřující personál Vám:**

Tabulka č. 16 – Prostředky a techniky zvládání bolesti

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Aplikoval tišící injekci, popř. dal tabletku na bolest	56	93 %
Aplikoval tišící injekci, popř. dal tabletku a naučil Vás zvládat bolest i jinými technikami (např. aplikací termoforu, sugescí, zajištěním soukromí, vysvětlením důvodu bolesti, pomocí zaujmout úlevovou polohu)	4	7 %
Personál byl k mé bolesti lhostejný	0	0 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %

Graf č. 16 - Prostředky a techniky zvládání bolesti



- Aplikoval tišící injekci, popř. dal tabletku na bolest
- Aplikoval tišící injekci, popř. dal tabletku na bolest a naučil Vás zvládat bolest i jinými technikami
- Personál byl k mé bolesti lhostejný

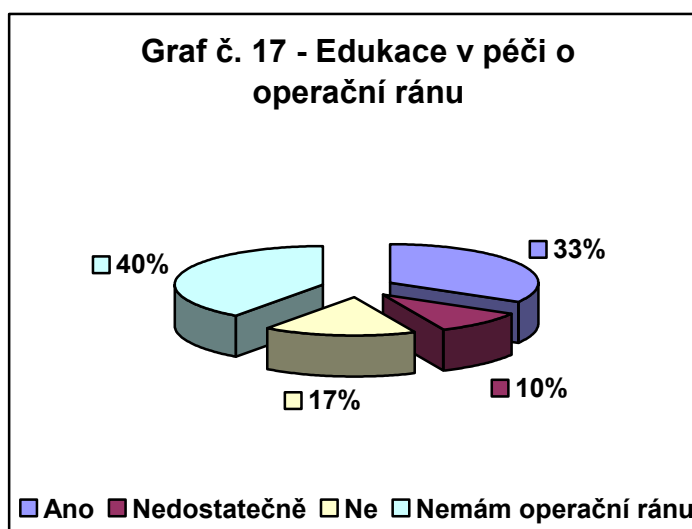
KOMENTÁŘ:

56 operantek uvedlo, že pokud trpěly bolestmi, dostaly tišící injekci nebo tabletku na bolest, tzn. 93% se přihlásilo k tomuto způsobu zvládnání bolesti, 4 dotázané ženy se přiklonily k tomu, že u nich byla bolest zvládána i jinými nefarmakologickými technikami, tj. 7% operantek bylo takto poučeno, žádná žena neuvedla, že by její bolest byla personálu lhostejná.

Otázka č. 17: Pokud máte operační ránu nebo malé ranky po laparoskopii, byla jste seznámena, jak máte o ně pečovat?

Tabulka č. 17 – Edukace v péči o operační ránu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	20	33 %
Nedostatečně	6	10 %
Ne	10	17 %
Nemám operační ránu	24	40 %
Celkem počet odpovědí	60	100 %



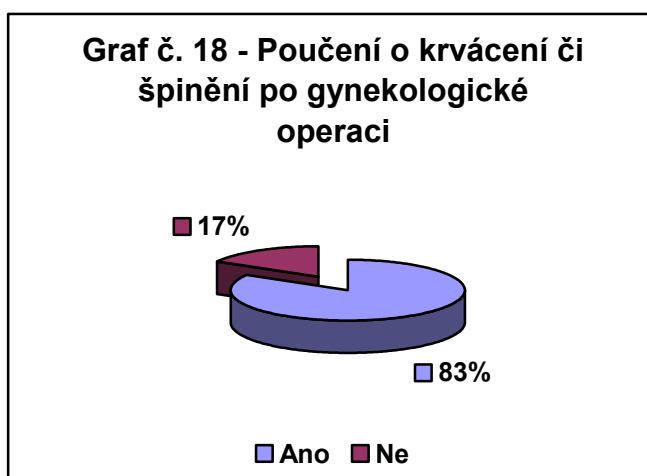
KOMENTÁŘ:

Edukováno v péči o operační ránu bylo 20 dotázaných operantek, tj. 33%, nedostatečně bylo poučeno 6 žen, tj. 10% respondentek, k tomu, že nebyly poučeny v péči o ránu se přihlásilo žen 10, tzn. 17% respondentek, 24 operantek nemělo operační ránu, představují 40% žen.

Otázka č. 18: **Byla jste seznámena s intenzitou a délkou krvácení či špinění po gynekologické operaci, kterou jste podstoupila?**

Tabulka č. 18 – Poučení o krvácení či špinění po gynekologické operaci

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	50	83 %
Ne	10	17 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



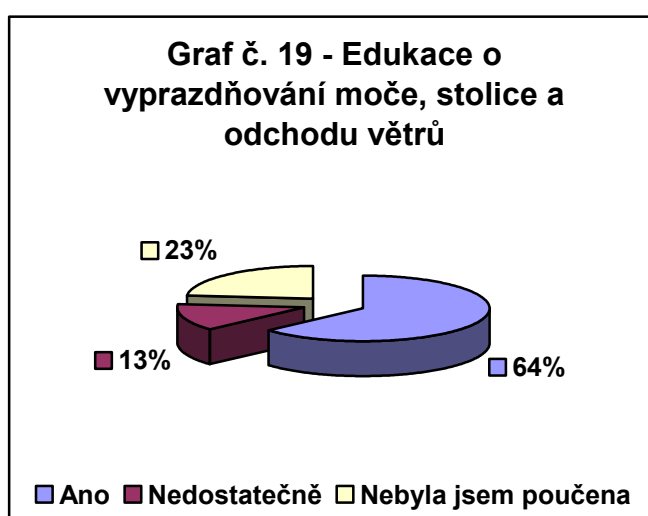
KOMENTÁŘ:

50 operantek uvedlo, že bylo poučeno, že mohou po gynekologické operaci krvácet, v jaké intenzitě a jak dlouho, tj. 83% respondentek, 10 dotázaných žen se přiklonilo k tomu, že nebyly obeznámeny s možností krvácení či špinění po gynekologické operaci, jednalo se o 17% žen, takto nepoučených.

Otázka č. 19 : **Domníváte se, že jste byla dostatečně poučena o možných obtížích s močením, s odchodem větrů a stolice v pooperačním období?**

Tabulka č. 19 – Edukace o vyprazdňování moče, stolice a odchodu větrů

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	38	64 %
Nedostatečně	8	13 %
Nebyla jsem poučena	24	23 %
Celkový počet odpovědí	60	100%



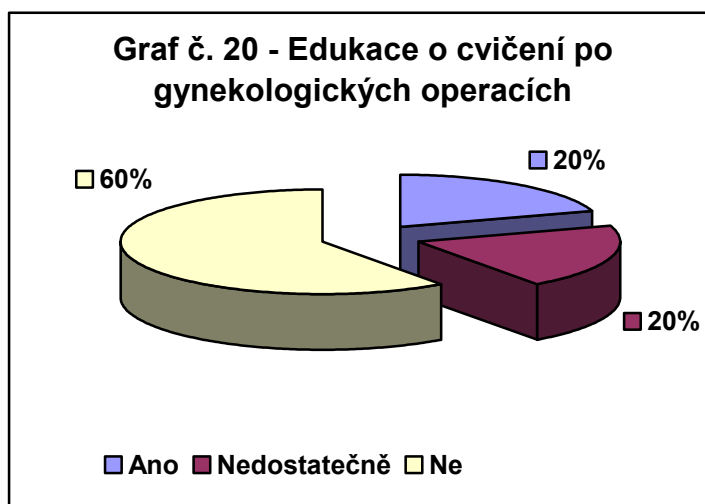
KOMENTÁŘ:

O možných obtížích při vyprazdňování moče, stolice nebo odchodu větrů bylo poučeno 38 žen, tj. 64% operantek, nedostatečně edukováno se cítilo 8 dotázaných žen, tzn. 13% operantek, 14 žen nebylo poučeno vůbec, tj. 23% dotázaných žen.

Otázka č. 20: **Byla jste poučena o cvičení (rehabilitaci) po gynekologických operacích (např. odkašlávání s fixací břišní stěny, procvičováním horních a dolních končetin a jiných vhodných cvičeníh)?**

Tabulka č. 20 – Edukace o cvičení po gynekologických operacích

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	12	20 %
Nedostatečně	12	20 %
Ne	36	60 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



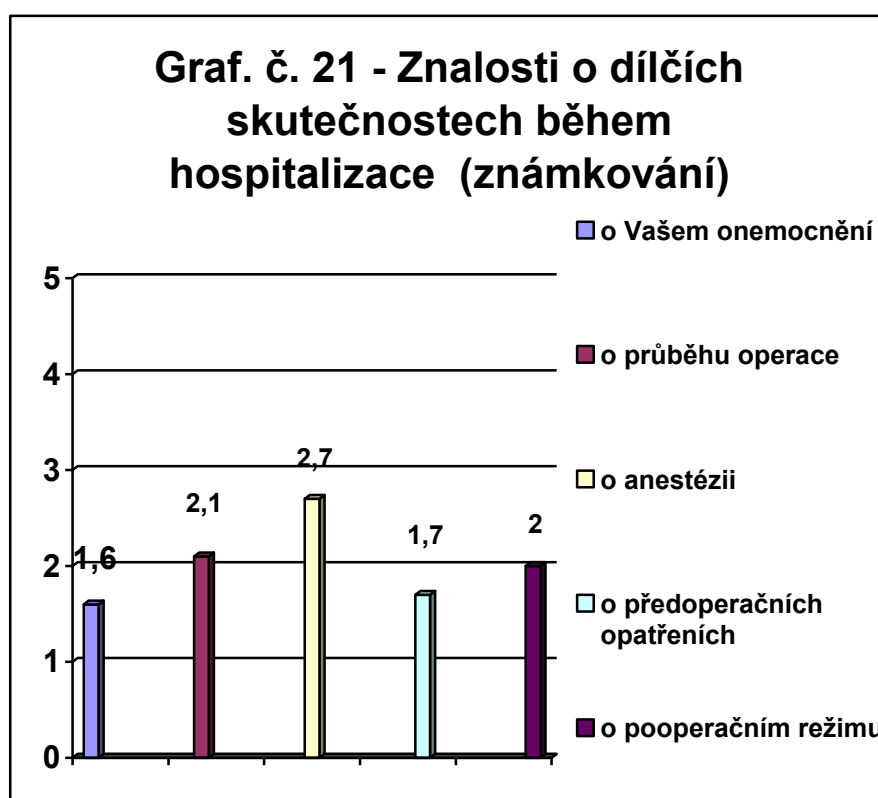
KOMENTÁŘ:

O cvičení po gynekologické operaci bylo poučeno 12 dotázaných žen, tj. 20% operantek, nedostatečně se cítilo být poučeno také 12 žen, 20%, 36 žen uvedlo, že nebyly edukovány vůbec, tzn. 60% operantek nevědělo, jaká cvičení jsou pro ně po gynekologických operacích vhodná.

Otázka č. 21: **Měla jste během hospitalizace dostatek znalostí a informací o těchto skutečnostech? (známku zakroužkujte, stupnice odpovídá známkování ve škole)**

Tabulka č. 21 - Znalosti o dílčích skutečnostech během hospitalizace (známkování)

	1		2		3		4		5		Průměrná známka
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	
O vašem onemocnění	38	64 %	12	20%	8	13%	2	3%	0	0%	1,6
O průběhu operace	28	47%	12	20%	10	17%	8	13%	2	3%	2,1
O anestézii	18	30%	12	20%	8	13%	12	20%	10	17%	2,7
O předoperačních opatřeních	34	57%	10	17%	14	23%	2	3%	0	0%	1,7
O pooperačním režimu	30	50%	14	24%	6	10%	8	13%	2	3%	2,0



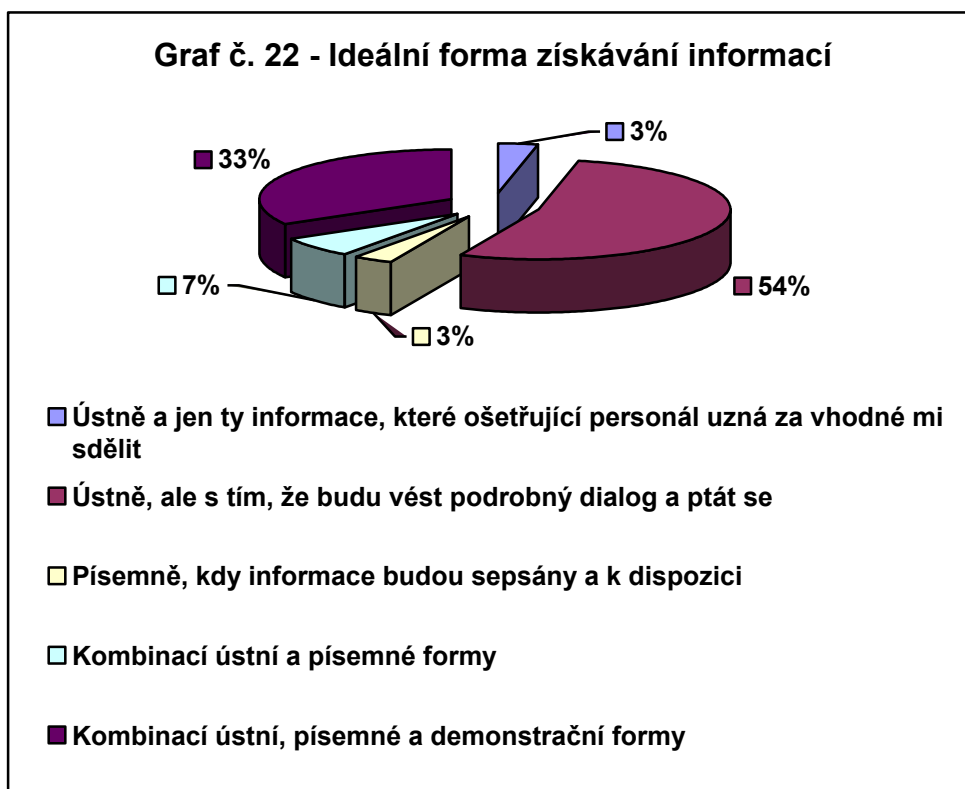
KOMENTÁŘ:

Znalosti a informace o vlastním onemocnění hodnotily ženy průměrnou známkou 1,6. Znalosti a informace o průběhu operace obdržely průměrnou známku 2,1. Průměrnou známkou 2,7 hodnotily respondentky získané informace o anestézii. Informovanosti a znalostem o předoperačních opatřeních byla přidělena respondentkami průměrná známka 1,7 a průměrná známka 2,0 byla přidělena informacím a znalostem o pooperační péči. Známkování se zúčastnilo 60 operantek, tzn. 100% respondentek.

Otázka č.22 : **Jaká forma získávání informací by Vám nejlépe vyhovovala?**

Tabulka č. 22 – Ideální forma získávání informací

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ústně a jen informace, které ošetřující personál uzná za vhodné mi sdělit	2	3 %
Ústně, ale s tím, že budu vést podrobný dialog s ošetřujícím personálem a ptát se	32	54 %
Písemně, kdy informace budou sepsány a k dispozici	2	3 %
Kombinací ústní a písemné formy	4	7 %
Kombinací ústní, písemné a demonstrační formy, kdy Vám ošetřující personál např. na modelu či obrázku přesně vysvětlí a ukáže, co Vám bylo operováno	20	33 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



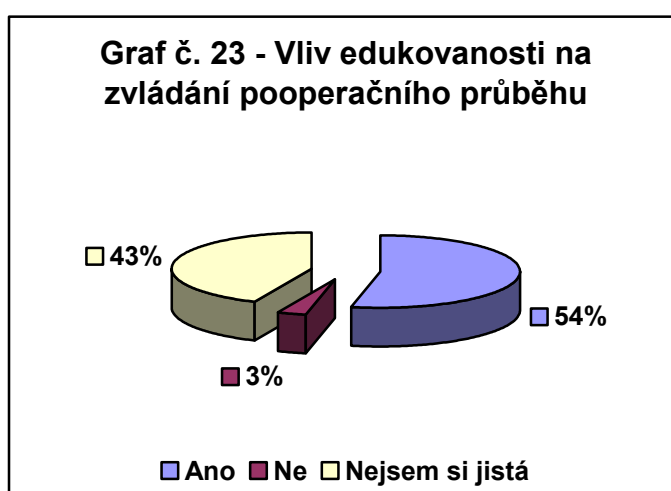
KOMENTÁŘ:

Ústní forma předávání informací a jen těch, které zdravotnický personál uzná za vhodné sdělit by nejvíce vyhovovala 2 ženám, což představuje 3% respondentek, 32 dotázaných žen by upřednostnilo předávání informací ústních, ale za pomoci vedení dialogu a možností klást otázky, tj. 54%. 2 respondentky, tzn. 3% by uvítaly předávání informací písemně, za předpokladu, že toto bude k dispozici, ke kombinaci ústní a písemné formy se přihlásily 4 ženy, tj. 7%. Kombinace ústní, písemné a demonstrační formy by nejvíce vyhovovala 20 respondentkám, tj. 33% dotázaným operantkám.

Otázka č. 23 : **Domníváte se, že míra Vašich znalostí, dovedností a informovanosti Vám pomáhá zvládat Váš pooperační průběh?**

Tabulka č. 23 – Vliv edukovanosti na zvládání pooperačního průběhu

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Ano	32	54 %
Ne	2	3 %
Nejsem si jistá	26	43 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



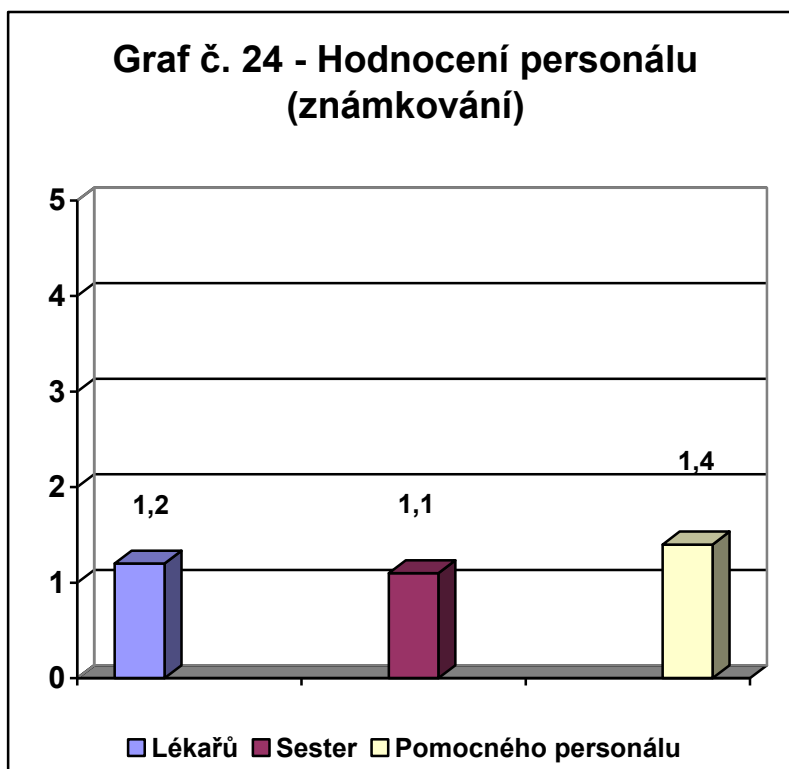
KOMENTÁŘ:

32 dotázaných operantek uvedlo, že dostatek znalostí, informovanosti a dovedností jim pomáhá zvládat pooperační průběh, tzn. 54% , 2 ženy se kloní k názoru, že jim toto nepomáhá, tj. 3% , 26 respondentek udalo, že si není jisto, zdali jim míra edukovanosti pomáhá zvládat pooperační průběh, tj. 43% .

Otázka č. 24: **Prosím, ohodnoťte známkou od 1-5 přístup těchto zaměstnanců?**

Tabulka č. 24 - Hodnocení personálu (známkování)

	1		2		3		4		5		Průměrná známka
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	
Lékařů	42	70%	14	23%	4	7%	0	0%	0	0%	1,2
Sester	54	90%	6	10%	0	0%	0	0%	0	0%	1,1
Pomocného personálu	36	60%	24	40%	0	0%	0	0%	0	0%	1,4



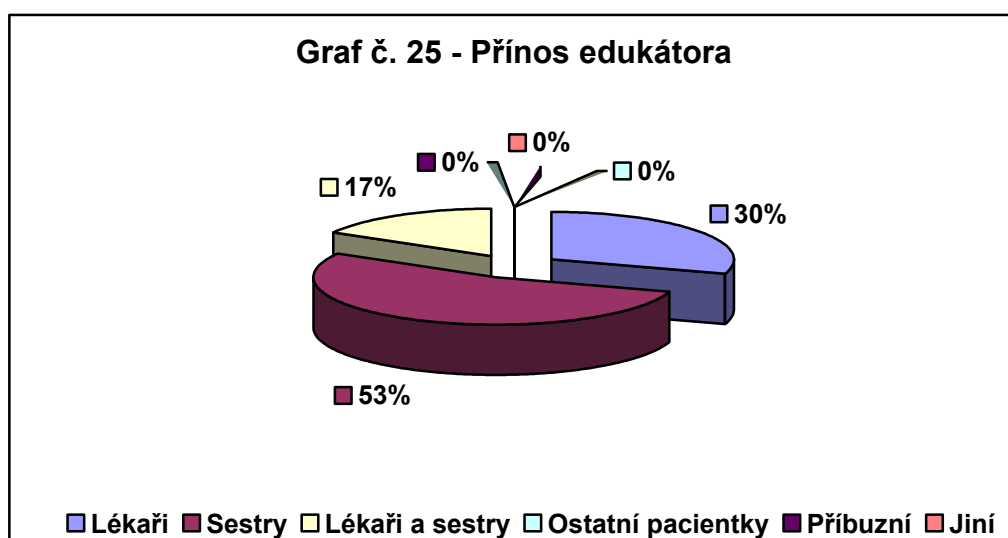
KOMENTÁŘ:

Přístup lékařů byl ohodnocen průměrnou známkou 1,2. Průměrná známka pro přístup sester odpovídala hodnotě 1,1. Pomocný personál a jeho přístup byl oceněn průměrnou známkou 1,4. Hodnocení se zúčastnilo všech 60 (100 %) respondentek.

Otázka č. 25: **Kdo nejvyšší měrou přispěl k Vaší informovanosti, znalostem a dovednostem, které jste získala během Vaší hospitalizace?**

Tabulka č. 25 – Přínos edukátora

	Absolutní počet odpovědí	Četnost v %
Lékaři	18	30 %
Sestry	32	53 %
Lékaři a sestry	10	17 %
Ostatní pacientky	0	0 %
Příbuzní	0	0 %
Jiní	0	0 %
Celkový počet odpovědí	60	100 %



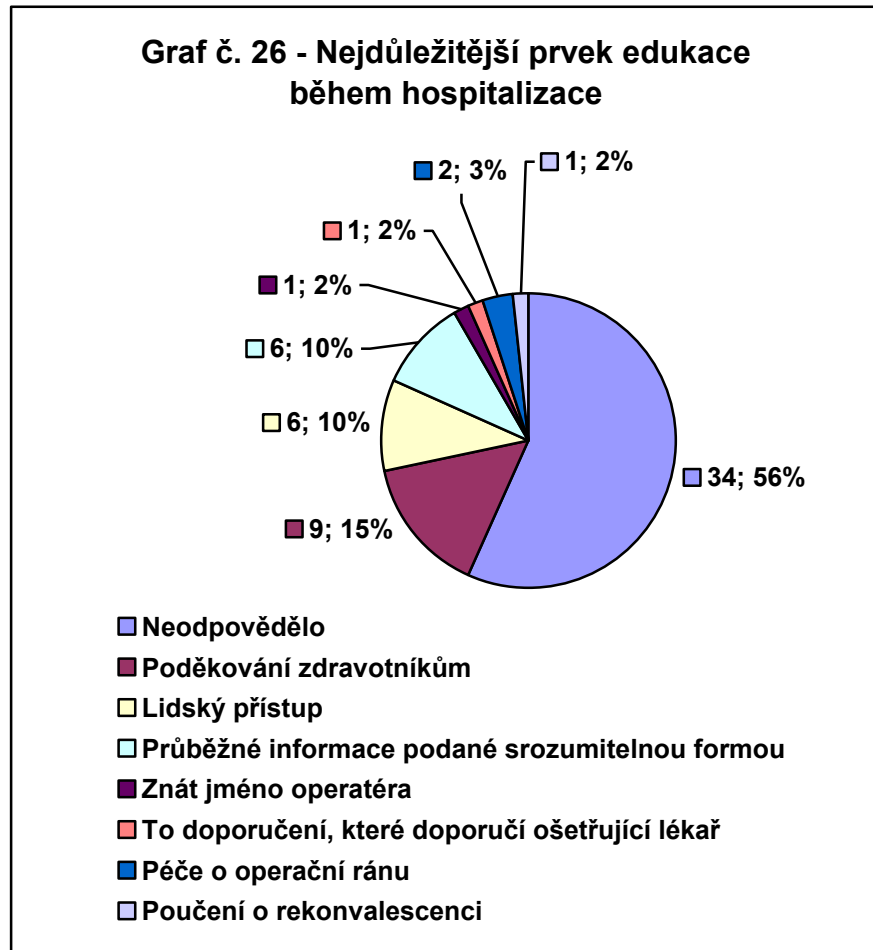
KOMENTÁŘ:

18 respondentek uvedlo, že nejvyšší podíl na jejich informovanosti, znalostech a dovednostech měli lékaři, tzn. 30%. Sestry k míře edukovanosti nejvíce přispěli u 32 dotázaných žen, tj. u 53% operantek. 10 respondentek označilo v dotazníku obě možnosti (lékaře i sestry), tj. 17% operantek, žádná žena se nepřiklonila k žádnému jinému zdroji.

Otázka č. 26 : **Jaká poučení, znalosti nebo dovednosti ohledně zvládnání Vašeho zdravotního stavu pokládáte Vy během pobytu v nemocnici za nejdůležitější?**
(vypište)

.....

.....



KOMENTÁŘ:

K této otázce se nevyjádřilo 34 operantek, tj. 56%, odpovědělo na ni 26 žen, tj. 44% respondentek. 9 žen se k původní otázce vůbec nevyjádřilo a využilo této otázky k poděkování zdravotnickému personálu za ochotu a péči, tzn. 15% dotazovaných žen. Průběžné informace podané srozumitelnou formou považuje za nejdůležitější prvek edukace 6 žen, tj. 10% dotázaných operantek, stejný počet respondentek zdůraznilo lidský přístup. Dvě ženy se přihlásily k názoru, že za nejdůležitější považují zvládat péči o operační ránu, tzn. 3%. Jedna žena (2%) odpověděla, že nejdůležitější je znát jméno operátora, jedna upřednostňuje doporučení lékaře a jedna poučení o rekonvalescenci.

3.4 DISKUZE

Hodnocení odpovědí na otázky dotazníku

1. otázka: Do jaké věkové kategorie patříte?

Hranice věkového rozpětí, které uvádím v dotazníku jsem zvolila cíleně. První skupinu (15-20 let) tvoří mladé ženy a dívky, které jsou na našem gynekologickém oddělení nejméně početnou skupinou. Jedná se o skupinu, která vzácně podstupuje plánovanou operaci, v naprosté většině se jedná o akutní operace jako je torze adnex či bolesti vyvolané benigními změnami na vaječnicích jako je například ruptura cysty. Výsledek dotazníku, že se v tomto věkovém rozpětí nacházelo nejméně respondentek tomu odpovídá.

Věkové rozpětí 21-40 let představuje ženy ve fertilním věku, v dotazníku tvoří druhou nejméně zastoupenou skupinu. Jsou to ženy, které většinou podstupují plánované, ale i akutní operace. Jedná se většinou o diagnostické a terapeutické laparoskopie z důvodu pelviálgie (endometrióza, vaječnickové cysty aj.), sterility a infertility, dále nikoli vzácně akutně operované ženy pro extrauterinní graviditu. Další operací indikovanou v tomto věkovém rozmezí je i vaginální hysterectomie pro myomatózní dělohu či odstranění zánětlivého adnextumoru a bohužel stále více roste i počet takto mladých žen, které podstupují radikální abdominální operace pro carcimomy cervixu a ovarii.

Nejvíce zastoupenou skupinou jsou ženy v menopauzické věku (41-60 let). Tvoří skutečně nejpočetnější skupinu žen operovanou na gynekologickém oddělení. Většinou podstupují plánované operace, z nichž nejpočetnější je vaginální hysterectomie, event. laparoskopicky asistovaná, pro myomy. Dále i operace pro benigní, ale i maligní útvary vaječníků a vejcovodů, děložního cervixu a dosti často i operace indikované pro inkontinence tzv. pásky či jiné urogynekologické operace.

Ženy postmenopauzické (61 a více let) jsou druhou nejvíce zastoupenou skupinou. Podstupují v naprosté většině plánované operace, nejčastěji vaginální a abdominální hysterectomie a oboustranné adnexectomie pro carcinomy děložního těla dále poševní plastiky pro různě rozsáhlé device rodidel jako jsou descensy, prolapsy, cysto a rectokely a také vulvectomie pro carcinom zevních rodidel.

Domnívám se, že se potřeba a rozsah edukace zajisté bude v různých věkových skupinách lišit, zrovna tak i rozsah a závažnost provedené operace si bude žádat odlišnou

zainteresovanost edukátora. Uvědomme si, že gynekologické operace často zasahují do integrity osobnosti a významně souvisí s vnímáním ženství ve všech jeho determinačních směrech. Pro mnoho žen znamená odstranění dělohy ztrátu nebo snížení sexuální přitažlivosti a urychlení procesu stárnutí.

2. otázka: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Nejvíce respondentek, které se zúčastnilo výzkumu udávalo vzdělání – vyučena, druhou nejvíce zastoupenou skupinou byly středoškolsky vzdělané ženy, k vyššímu odbornému vzdělání se přihlásilo 10% žen. Vyplnění dotazníku se nezúčastnila žádná vysokoškolsky vzdělaná žena. Míra dosaženého vzdělání má zajisté na potřebu a rozsah edukace také vliv.

3. otázka: Operace byla:

Na tuto otázku se měly respondentky vyjádřit k tomu, zda-li se jednalo o operaci plánovanou či akutní. Naprostá většina gynekologických operací je plánovaná, čemuž také odpovídá výsledek dotazníku.

Tuto otázku jsem ale zařadila do dotazníku úplně z jiného důvodu a sice z toho, že má naléhavost operace zajisté přímý dopad na edukovanost vztaženou hlavně k předoperačním opatřením. Naléhavost a časová tíseň nám tak významně krátí dobu na předávání informací a dovedností, orientujeme se hlavně na dokonalé věcné a technické zvládnutí a bezchybnou diagnostiku. Často potom zapomínáme, že ženy, které podstupují akutní operaci, potřebují empatické a ohleduplné jednání stejnou měrou jako ženy chystané k operaci plánované a mají stejné právo na informace.

4. otázka: Máte dojem, že jste před operací a před tím, než jste s ní podepsala souhlas, dostala dostačující informace od lékaře?

Součástí edukovanosti na operačních odděleních by mělo být plné poučení klientky o důvodu operace, technice výkonu a možných komplikacích, tzv. informovaný souhlas s operací. Je písemný, klientka by si ho měla v klidu přečíst a vyžádat si i opětovné vysvětlení nejasností a poté tento souhlas podepsat. Zůstává součástí zdravotní dokumentace a je plně v kompetenci lékaře.

Součástí našeho modelu informovaného souhlasu je i přání klientky, komu sdělovat či nesdělovat informace o jejím zdravotním stavu a zda mohou osoby, které získávají

způsobilost k výkonu zdravotnického povolání nahlížet do její zdravotnické dokumentace. I přesto, že 90% klientek udalo, že mělo dojem, že obdrželo před podpisem tohoto souhlasu dostačující informace, stále se mi počet - 10 % klientek, které udalo, že tomu tak nebylo, jeví poměrně vysoký, obzvlášť v době, kdy chceme předejít stížnostem klientek na nevhodné chování ošetřujícího personálu a na nedostatečnou komunikaci. To, že naléhavost operace ovlivňuje dojem získaných informací před podpisem informovaného souhlasu jen potvrzuje výsledek, že dvě respondentky, které uvedly, že byla jejich operace akutní, neobdržely dostačující informace před zákrokem. Chtěla bych ještě dodat, že anketa nazvaná - Informovanost pacientek před operačním výkonem proběhla na Gynekologicko-porodnické klinice FN Brno s úplně stejným výsledkem v roce 2006, rozdáno třicet dotazníků. (Sestra, 2006)

5. otázka: Zнала jste jména ošetřujícího personálu?

Celá jedna polovina dotázaných žen uvedla, že neznala jména ošetřujícího personálu, druhá polovina je znala, ale jen 20-ti % se personál osobně představil, zbylé ženy znaly jména z jiných zdrojů. Měly bychom si uvědomit, že součástí důvěry klientky k nám jsou i zásady slušného chování, i nimž bezpochyby patří i představení se, obzvlášť, když jsme to my, kdo drží v ruce triumf plné znalosti klientky v podobě osobních důvěrných dat.

6. otázka: Uvítala byste, kdyby na oddělení visela informační tabule s fotografiemi a jmény zaměstnanců?

Tato otázka se vztahuje k předešlé. Z výsledku vyplývá, že více než polovina dotázaných žen (64 %) by uvítala, kdyby na našem oddělení visela informační tabule se jmény a fotografiemi zaměstnanců. Domnívám se, že by její zhotovení nahradilo do jisté míry osobní představení a přispělo i k důvěře vložené do nás, ošetřujícího personálu, ze strany klientek. Zhruba jedna třetina klientek uvedla názor, že není důležité, zdali bude tato informační tabule k dispozici, ale to zajisté neznamená, že by jí bylo jedno, že nezná jméno ošetřujícího lékaře či sester, které o ni pečují.

7. otázka: Moje soukromí bylo při všech vyšetřeních, přípravách, předáváním intimních informací:

Naprostá většina respondentek uvedla, že bylo její soukromí zachováno. Výsledkem této otázky může být jen mile potěšení, jelikož každý pacient má právo na to, aby byly při jakémkoli vyšetření brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. (Práva pacientů, 1992)

8. otázka: Byla jste seznámena s těmito okolnostmi? (zakroužkujte)

Výsledky této otázky jsou zajímavé a to, z toho důvodu, že prvních pět položek informovanosti (seznámení s nemocničním řádem, s právy pacientů, s návštěvními hodinami, s kontaktem na telefon, s možností uložení cenností do trezoru) je součástí naší sesterské zdravotnické dokumentace, kterou klientka při příjmu vždy podepisuje a to konkrétně tuto část, týkající se těchto skutečností. I přesto, že respondentky odpovídaly převážně ano, je patrné, že jsou ovlivněny strachem, nervozitou a nepozorností, která by neměla být v žádném případě zneužita. Seznámeno se zvukovou signalizací pro přivolání sestry bylo všech 60 respondentek, to znamená, že 100% vědělo, jak má sestru v případě nouze kontaktovat, což považuji za stěžejní v prevenci pádů a zranění na gynekologickém oddělení.

9. otázka: Byla jste seznámena s těmito předoperačními opatřeními?

Výsledky otázek na edukaci s předoperačními opatřeními jsou velmi kladné. Byly 100% - v případě dotazu, zda klientky věděly, kdy naposledy jíst a pít před operací, zda byly informovány, že nesmějí mít zubní protézu a šperky. Dvě operantky (3%) údajně nevěděly, že musí být odlíčené a nemít nalakované nehty. Tato předoperační edukace je v kompetenci porodní asistentky/sestry a vztahuje se k případným komplikacím související s operačním zákrokem, ale hlavně s působením anestetik. Zvracení a aspirace zvratků je jednou z nejzávažnějších komplikací celkové anestézie. Operantky lační obvykle již od poledne, kdy je jim naposledy podána polévka, pokud trpí diabetem, tak i večer. Poté jsou důrazně edukovány, že nesmějí od půlnoci pít, jíst ani kouřit.

10. otázka: Byl Vám vysvětlen důvod, proč je nutné před operací oholit ochlupení?

Důvod holení operačního pole byl vysvětlen 73% operantkám. Cílem přípravy kožního povrchu před operací je snížení rizika pooperační infekce rány. Holení

pubického ochlupení je pro ženu velmi intimní zákrok, a proto je pro ni jistě důležité vědět, proč se provádí. Holení operačního pole provádíme u všech žen, včetně klientek chystaných k laparoskopické operaci. Pokud bude žena znát nutnost tohoto zákroku, jistě se s ním lépe vyrovná.

11. otázka: Byl Vám vysvětlen důvod provedení klyzmatu (klystýru, nálevu)?

Znalost důvodu podání klyzmatu uvedlo 84% respondentek. Podání nálevu patří mezi nebolestivé, ale choulostivé zákroky, které rozhodně ženy nevitají s nadšením. Pokud bude podáno šetrně a v soukromí, jistě to bude oceněno. K tomu patří i vysvětlení, proč si takto počínáme, získáme si tak důvěru a ochotu spolupracovat. Edukace o způsobu a provedení klyzmatu je v kompetenci porodní asistentky či sestry. Klyzma podáváme v předvečer před plánovanou operací obvykle jedno nebo dvě. U diabetiček, jež ještě večerí, podáváme ještě jeden nálev brzy ráno, aby měla klientka dostatek času na vyprázdnění. Dvě klientky uvedly, že klystýr nedostaly, v tomto případě se jistě jednalo o operace akutní. 13% se přihlásilo k tomu, že neznalo důvod podání klyzmatu.

12. otázka: Pokud jste měla po operaci močovou cévku, kanylu nebo drény, byla jste seznámena s účelem jejich zavedení a věděla jste, jak sama o ně pečovat, pokud Vám zůstávaly po delší čas?

Výsledky této otázky jsou velmi zajímavé. Týkají se edukace v péči o žilní vstupy, drény a močové katetry. Někdy je po operaci nutné, aby ženě po určitý čas zůstávaly stále zavedeny. Žilní katétr např. ponecháváme alespoň po dobu 24 hod. pro případ, že by bylo nutné aplikovat farmaka či infúze. Takže vlastně všechny ženy mají po určitý čas zavedenou alespoň jednu z těchto pomůcek. Péče o ně je jednou ze základních vědomostí a dovedností, která by jim měla být ozřejmena. Možná, že ode mě bude troufalé, když prohlásím, že skoro považuji za důležitější, aby ženy o tyto pomůcky dovedly samy pečovat, než aby znaly důvod jejich zavedení. Věřím totiž, že většina žen má v nás důvěru a věří, že jim tyto pomůcky neponecháváme zbytečně.

Respondentky odpovídaly takto: 63% prohlásilo, že znaly důvod zavedení a věděly, jak o tyto pomůcky pečovat, 20% se přiklonilo k tomu, že důvod znaly, ale pečovat o ně je nikdo nenaučil, 7% žen uvedlo, že neznalo důvod zavedení, ale pečovat o tyto pomůcky uměly. K zamyšlení by nám měl být výsledek, je-li tomu skutečně tak, že každá desátá žena neví, proč má např. ještě jištěnou žílu a neví, čeho si má popřípadě všimnout

a na co ošetřující personál upozornit. Dostatečná edukace v tomto směru např. předchází tomu, že se vás žena třetí den po operaci zeptá, jestli se může jít sprchovat, když jí z rány vychází redonův drén. Chyba je ale v nás, jelikož edukace v péči o tyto pomůcky spadá pod naše kompetence porodních asistentek a sester. Správnou edukací v péči o tyto pomůcky předcházíme nepříjemným zdravotním komplikacím a ženy se tak stávají spoluodpovědné v aktivní péči o sebe sama.

13. otázka: Byla jste poučena, jak máte správně po operaci vstávat z lůžka, bylo to s Vámi i nacvičeno?

Edukace postupu a nácviku vstávání a uléhání do lůžka patří k základům znalosti ve cvičení v práci porodní asistentky. Správným a názorným vysvětlením pomáháme ženě po gynekologické operaci nejen fyzicky, ale také psychicky. Potlačujeme pocity slabosti, předcházíme bolestivým napětím poškozených svalů a tkání po operaci a posilujeme sebedůvěru.

Zvláštní pozornost by měla být věnována ženám po abdominálních operacích, které zajisté toto umění správného vstávání a uléhání do lůžka ocení. 44% respondentek uvedlo, že bylo takto poučeno a že s nimi byl postup nacvičen. 40% se přiklonilo k tvrzení že poučeno bylo, ale nácvik nebyl proveden. Je známo, že holé informace bez praktického nácviku nemají ani poloviční efekt. 3% operantek uvedlo, že nebylo v tomto směru edukováno vůbec, přestože by to uvítaly. Jsem ráda, že se jedná jen o tak malou část respondentek. 13% žen uvedlo, že se vstáváním z lůžka neměly problémy žádné. Uvědomme si, že nějaké, byť malé těžkosti s touto dovedností má dle výzkumu 87% žen po gynekologické operaci.

14. otázka: Víte, že jednou z nejzávažnějších komplikací po operaci může být plicní embolie a proto je nutné mít do doby plné mobilizace kompresy na dolních končetinách (elastická obinadla, punčochy), řídit krev pomocí léku v malé injekci a po operaci brzy vstávat?

Naprostá většina žen uvedla na tuto otázku odpověď, ano, vím. S podáváním nízkomolekulárních heparinů začínáme dvě hodiny před operací a pokračujeme po dobu pěti dní každých 24 hod., pokud není lékařem uvedeno jinak. Provádíme vysokou bandáž dolních končetin, vstáváme následný den ráno, nejdříve ale za 12 hod. od operace. Operantky na oddělení JIP upozorňujeme, že mají provádět dorsální a plantární flexi

nohy a na lůžku se přetáčet. Výsledek převážně kladných odpovědí na otázku si vysvětlují tím, že se jedná o profylaxi dlouhodobou, tudíž ženy jsou srozuměny s touto vážnou komplikací velmi dobře.

15. otázka: Byla jste poučena o dietním režimu po operaci (jaký druh stravy a tekutin je pro Vás vhodný v určitý den)?

Výsledky odpovědí na tento dotaz slouží k nejen k zamyšlení, ale i nápravě a změně. Nejsou totiž vůbec lichotivé. Každá pátá žena, která se zúčastnila výzkumu nebyla v tomto směru vůbec poučena a 13% uvedlo, že bylo poučeno, ale nedostatečně. Kladná odpověď zazněla z úst 67% respondentek. Dodržování dietního režimu spadá do péče o střevní peristaltiku, která je po operaci obleněná. Needukujeme-li ženy o tomto režimu, vystavujeme ji pozdějším gastrointestinálním komplikacím.

Ženám po laparoskopických operacích objednáváme první den po operaci dietu kašovitou a následné dny již racionální. Operantky, jež prodělaly vaginální nebo abdominální operace bez odstranění červovitého přívěsku, dostávají první den dietu tekutou, poté kašovitou a racionální. Pokud byl odstraněn appendix, operantky pijí první dva dny jen čaj, poté dostávají vývar a až poté dietu tekutou, kašovitou a racionální. Pokud žena drží jakoukoli dietu jinou, samozřejmě, že jí vyhovíme a tuto dietu objednáme. Zvláštní důraz by měl být kladen na dodržování pitného režimu v podobě dostatečného přísunu čaje nebo nesycených vod.

16. otázka: Pokud jste trpěla bolestmi, ošetřující personál Vám:

93% žen uvedlo v dotazníku, že byla u nich bolest zvládána farmakologicky, aplikací injekčních nebo perorálních analgetik. Jiné zvládnání tohoto velmi nepříjemného subjektivního pocitu uvedlo jen 7% žen. Pro nás zdravotníky je velmi pohodlné tímto způsobem bolest tlumit, ale je nutné si uvědomit, že jsou i jiné techniky zvládnání bolesti. Úlevová poloha na břicho s elevací pánve je např. doporučována při frenickém příznaku po laparoskopii.

Připusťme si, že závažným faktorem snižujícím toleranci k bolesti je strach. Bezmocnost, strach a nejistota jsou základními příčinami úzkostí a obav pacientů po operaci a mohou zvyšovat i vnímání bolesti. Pooperační bolest je možné minimalizovat pozorností k pacientovým potřebám a upřímným zájmem. Pooperační bolest je

neužitečná a podmiňuje změny v jiných tělesných systémech a proto je boj proti ní důležitý i z jiných důvodů než pro ni samotnou (Way, 1998).

Žádná žena neuvedla možnost, že by byl personál k její bolesti lhostejný, což je i důkazem existence tohoto boje proti bolesti.

17. otázka: Pokud máte operační ránu nebo malé ranky po laparoskopii, byla jste seznámena, jak máte o ně pečovat?

40% žen uvedlo, že operační ránu nemá, což vypovídá o vaginálním přístupu, 60% dotázaných žen, ale operační ránu mělo. I malé laparoskopické incize si zaslouží naši pozornost a následnou edukaci žen, které podstoupily tuto endoskopickou šetrnou operaci.

V operační gynekologii jsou dva druhy významných operačních ran, kterým by měla být věnována pozornost především. Jedná se o šetrnější řez nad sponou stydkou (Phannenstielův) a o dolní střední laparotomii, event. prodlouženou až nad pupeční jizvu. 33% žen uvedlo, že bylo seznámeno s tím, jak o ránu pečovat, 10% se cítilo být poučeno nedostatečně a 17% žen dokonce uvedlo, že nebylo edukováno vůbec. Správnou, šetrnou a odbornou péčí o operační ránu podporujeme její hojící proces a snižujeme riziko pooperační infekce. Skoro jedna třetina klientek, které se přiklonily k názoru nedostatečného nebo žádného poučení, by nám měla být alarmující. Především bychom měli zainteresovat ty ženy, u kterých můžeme očekávat problémy s hojením rány, např. ženy obézní nebo diabetičky.

18. otázka: Byla jste seznámena s intenzitou a délkou krvácení či špinění po gynekologické operaci, kterou jste podstoupila?

Gynekologická operace, logicky pro nás zdravotníky, obnáší i poševní krvácení různé délky a intenzity. Zvykli jsme si, že k nejčastější hygienické pomůcce na tomto oddělení patří vložky. Pokud nás žena přivolává zvukovou signalizací vyděšená, že mírně krvácí z pochvy, chybu hledejme opět v sobě a naší nedostatečné edukaci, vždyť 17% respondentek uvedlo, že nebylo seznámeno s intenzitou a délkou krvácení či špinění po gynekologické operaci, kterou podstoupilo.

19. otázka: Domníváte se, že jste byla dostatečně poučena o možných potížích s močením, s odchodem větrů a stolice v pooperačním období?

Některé ženy mívají potíže po plastických operacích v pochvě, po vaginálních operacích, urogynekologických operacích nebo tam, kde se operovalo v blízkosti močového měchýře s dostatečným vyprazdňováním moče. Vyšší zbytek moče v močovém měchýři, reziduum, může být zdrojem vzestupné infekce, proto je sledováno a kontrolováno za pomoci ultrazvuku nebo jednorázového vycévkování po dostatečném vymočení ženy, obvykle za šest hodin po vyndání permanentního katétru, který má operantka zavedený během pobytu na JIP. Může se tak stát, že je opět zaveden močový permanentní katétr (foley). Žena podstupující operaci by měla být o tomto předem edukována, aby se necítila být zaskočena a byla předem připravena na tuto ne vzácnou možnost opětovného zavedení močového katétru, než se proces s vyprazdňováním moči opět upraví. O edukaci v péči o močový katétr jsem pojednávala už v otázce č.12.

S odchodem větrů a stolice mají potíže hlavně pacientky po operacích abdominálních. Nastartování obleněné peristaltiky je dokáže kolikrát více potrápít než bolest související bezprostředně s operačním zákrokem. K prevenci těchto komplikací patří i péče o tělesný pohyb a dietní opatření. Dostatečně poučených v tomto směru bylo 64% respondentek. 13% se cítilo být poučeno nedostatečně a 23 % se přihlásilo k tomu, že nebylo edukováno vůbec. I nad tímto výsledkem bychom se měli zamyslet a podniknout opatření k nápravě chyb.

20. otázka: Byla jste poučena o cvičení (rehabilitaci) po gynekologických operacích (např. odkašlávání s fixací břišní stěny, procvičování horních a dolních končetin a jiných vhodných cvičeních)?

Ačkoli má cvičení po gynekologických operacích svůj nezastupitelný účel a napomáhá zabránit vzniku pooperačních komplikací - zlepšením střevní peristaltiky, plicní ventilace, podporou krevního oběhu a látkové výměny, zlepšením prokrvení v pánvi a podporuje hojení v operačním poli.“(Volejníková, 2002)

Musím se přihlásit k názoru, že je na našem oddělení opomíjeno. Proto mě výsledek této otázky vůbec nepřekvapil. 60% dotázaných žen potvrdilo, že nebylo o cvičeních poučeno, 20% respondentek se cítilo být poučeno nedostatečně a jen 20% se přihlásilo k variantě, že byly edukovány. Prakticky vůbec nefunguje spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, který by rehabilitaci zahájil včas, pravidelně a na odborné úrovni. Na

přebírání této péče ze strany porodních asistentek nezbyvá čas. Možným řešením by mohlo být sepsání jednoduchých cviků a pokynů pro jednotlivé pooperační dny, které by bylo k dispozici na každém pokoji, na které by byly ženy po operaci upozorněny.

21. otázka: Měla jste během hospitalizace dostatek znalostí a informací o těchto skutečnostech? (známku zakroužkujte, stupnice odpovídá známkování ve škole)

V této otázce uvádím pět dílčích skutečností hospitalizace a vyzývám v ní dotazované ženy, aby oznámkovaly dle svého přesvědčení znalosti a informace, které nabyly od ošetřujícího personálu během pobytu na našem oddělení.

Znalost a informace o onemocnění je především v kompetenci lékaře, který by měl pravidelně a jednoduchou formou ženy informovat, ženy tyto znalosti hodnotily průměrnou známkou 1,6 . Znalosti a informace o průběhu operace obdržely průměrnou známkou 2,1. Rámec těchto informací by si ženy měly nést už s podpisem informovaného souhlasu se zákrokem. Porodní asistentky mohou pomoci dokreslit nesrovnalosti v rámci svých kompetencí. Je nutné si vytvořit zpětnou vazbu a vyzvat ženy, aby se bez ostychu zeptaly na to, čemu nerozuměly. Vlivem strachu, úzkosti , obav i neznámého prostředí se totiž část informací vytrácí, toho bychom si měly být vědomé. Průměrnou známkou 2,7 byly hodnoceny znalosti a informace o anestézii. Z výzkumu, který proběhl v roce 2001 na Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze vyplývá, že 53% žen se obává narkózy ihned po strachu z výsledku histologie (Česká gynekologie, 2001).

K dispozici by měl být informovaný souhlas s podáním anestézie, který chyběl až do letošního roku 2007. Jistým řešením by mohlo být zakomponování edukační činnosti do práce anesteziologických sester. (Rutarová, 2006)

Předoperační znalosti a informovanost o nich obdržely průměrnou známkou 1,7. Domnívám se, že toto ohodnocení koresponduje s výsledky otázek 4.-11., které předoperační péči mapují. Znalosti a informace o pooperačním režimu dostaly průměrnou známkou 2,0. Pooperačním režimem a informovaností o něm se zabývá otázka 12.-20., známka 2,0 odpovídá výsledkům průzkumu.

22. otázka: Jaká forma získávání informací by Vám nejlépe vyhovovala?

K nejkonzervativnějšímu názoru, který klientku zcela zbavuje spoluodpovědnosti za svůj zdravotní stav, patří ten, kdy respondentky vypovídaly, že ideální forma získávání

informací je ústní a jen ta, kterou uznáme za vhodné sdělit. Přesto se našlo 3% respondentek, kterým by toto vyhovovalo. Odráží se v něm naprostá odevzdanost a důvěra ve zdravotnický personál. Je to sice zdánlivě lichotivé, ale tímto směrem se zajisté ubírat nechceme, znamenalo by to mílový krok zpátky, kdy byl pacient jen manipulovatelnou figurkou.

Nejvíce upřednostňovanou formou získávání informací je forma ústní s možností dialogu a zpětné vazby, obdržela více jak poloviční počet preferencí. Jen písemné informace by vyhovovaly 3% respondentek. Upřímně musím říci, že nevím, jak bych reagovala v roli pacienta, kdyby byl upřednostněn tento tok informací. Osobní kontakt a pocit sounáležitosti ani sebedokonalejší lejtstro nenahradí. Kombinaci ústní a písemné formy preferuje 7% dotazovaných žen. Domnívám se, že ačkoli si tato forma informací závatné preference nezískala, není špatnou formou toku informací. Klientka si poté může v klidu vše přečíst a tyto informace jí zůstanou při ruce po celou dobu hospitalizace. 33% respondentek udalo, že by jim nejvíce vyhovovala kombinace ústní, písemná a demonstrační. Je to pochopitelné, vždyť materiálně-technické vybavení patří k jednomu z prvků kvalitní edukační činnosti.

23. otázka: Domníváte se, že míra Vašich znalostí, dovedností a informovanosti Vám pomáhá zvládat Váš pooperační průběh?

Edukační činnost pomáhá zvládat, jak vyplynulo z výzkumu, více jak jedné polovině pooperační průběh, má tedy svůj opodstatněný smysl. 43% respondentek uvedlo, že si není jisto a 3%, že jim toto nepomáhá. Na zvládání pooperačního průběhu nemá vliv pouze edukace, ale i mnoho jiných faktorů. Například strach z malignity a výsledku histologického vyšetření ovlivníme mizivě. Vzhledem k tomu, že stojí na prvním místě všech obav, možná bude souviset s tak vysokým procentem odpovědí - „nejsem si jistá“.

24. otázka: Prosím, ohodnoťte známkou od 1-5 přístup těchto zaměstnanců:

Hodnocení zdravotnického personálu dopadlo pro nás výborně. Určitě to potěší všechny, koho se toto týká. Lékaři byly ohodnoceni průměrnou známkou 1,2. Porodní asistentky, sestry průměrnou známkou 1,1 a pomocný personál známkou 1,4. Jen bych chtěla dodat, že i pomocný personál je právoplatným členem týmu a nemalou měrou přispívá k tomu, aby se ženy u nás cítily dobře.

25. otázka: Kdo nejvyšší měrou přispěl k Vaší informovanosti, znalostem a dovednostem, které jste získala během Vaší hospitalizace?

Nejvíce respondentek uvedlo, že nejvyšší měrou v edukaci přispěly sestry, porodní asistentky (53%). Lékaře upřednostňuje 30% dotazovaných žen. 17% respondentek označilo v dotazníku obě možnosti, lékaře i sestry. Žádná žena se nepřiklonila k žádnému jinému nabízenému zdroji jako byly – ostatní pacientky nebo příbuzní. Výsledek této otázky jen doplňuje ten fakt, že máme my, porodní asistentky a sestry, nemalý vliv na edukační činnost během hospitalizace.

26. otázka: Jaká poučení, znalosti nebo dovednosti ohledně zvládnání Vašeho zdravotního stavu, pokládáte Vy, během pobytu v nemocnici za nejdůležitější?

K riziku položení otevřené otázky v dotazníku jsem se už vyjádřila. Více jak polovina žen, nevyužila možnosti k projevu v této otázce. 44% respondentek ale odpovědělo. Devět žen využilo této otázky k projevu osobního poděkování za péči a ochotu, což vždycky potěší, že má naše práce smysl. Šest žen uvedlo, že za nejdůležitější prvek edukace považují průběžné informace podané jednoduchou formou a šest žen zdůraznilo lidský přístup. Názor těchto 20-ti % žen vypovídá o tom, co je od nás především očekáváno. Budeme-li se tohoto držet, jistě se nedopustíme žádné chyby. Ostatní názory se týkaly péče o operační ránu, poučení o rekonvalescenci, znalosti jména operatéra. Zazněl také názor, že nejdůležitější je doporučení, které doporučí lékař, což představuje názor, že edukace poskytnutá nelékařem může být vnímána jako neplnohodnotná. Ale i toto můžeme jako porodní asistentky či sestry změnit, ale bude to zajisté běh na dlouhou trať, který si bude od nás žádat neustálé vzdělávání a boj za spuštění plnohodnotného systému vysokoškolsky vzdělaných porodních asistentek a sester ve všech stupních.

ZÁVĚR

Edukace a edukační činnost u klientek na operační gynekologii tvoří stěžejní prvek mé bakalářské práce. Právo na informace a následně na vědomosti, znalosti i dovednosti patří k základním potřebám člověka a edukační činnost by měla být nedílnou součástí ošetrovatelského procesu, který je dnes mezinárodním standardem ošetrovatelské péče. Rozhodla jsem se proto, zmapovat rozsah a potřebu edukace na svém pracovišti, kde jsem zaměstnána jako porodní asistentka.

V teoretické části podávám stručný přehled velkých gynekologických operací a dále se již zabývám edukací vztaženou na gynekologickou operativu a jejímu dopadu na ženu/klientku ve všech směrech, přičemž zdůrazňuji psychický aspekt dopadu gynekologické operace, který je významným zásahem do integrity osobnosti ženy a chápání ženství jako takového. Dále vyzdvihuji ošetrovatelský proces a zamýšlím se nad tím, jak by bylo možné dokumentovat edukační činnost na operační gynekologii. Do teoretické části jsem též zakomponovala právní a etické aspekty edukační činnosti a též i profesní kompetence lékařů a porodních asistentek v edukaci. Též věnuji pozornost rolím lékařů a porodních asistentek ve funkcích edukátorů na operační gynekologii.

Empirickou část jsem pojala ve znamení průzkumu, na operační gynekologii v Krajské nemocnici Pardubice, prostřednictvím dotazníku, který mapoval rozsah edukační činnosti v předoperačním a pooperačním období, měl odhalit nedostatky edukace, zjistit, jak jsou klientky spokojené s tím, jak k nim přistupuje ošetřující personál v rolích edukátorů a vystihnout to, co samy klientky považují v edukační činnosti za nejdůležitější. Domnívám se, že cíle stanovené na začátku mé práce se mě podařilo splnit. Byla bych ráda, aby výsledky posloužily k nápravám a změnám tam, kde byly odhaleny jisté rezervy a neuspokojivosti v edukační činnosti. Nepopírám ale, že některých jsem si nebyla vědoma, ještě před tím než jsem vyhodnotila výsledky dotazníků, ale je také pravdou, že některé se mě staly inspirací a jiné otevřely oči. Zjištěním bylo například to, že edukační činnost v předoperačním období považují ženy za uspokojivější než v období pooperačním. Utvrzením bylo, že ženy nemají dostatek znalostí o anestézii, přestože stojí na předním místě strachu a obav a také to, že je zanedbáváno gynekologické cvičení a rehabilitace po operaci. Dále bychom měli věnovat větší pozornost edukaci v pooperačním dietním režimu a důslednější edukaci v péči o operační rány a připravit

klientky na to, že mohou mít po operaci problémy s vyprazdňováním. Dále bych chtěla apelovat na to, že každý pacient má právo na to, znát jména ošetřujícího personálu. Přestože byla většina výsledků v těchto otázkách kladných a vyjadřovala spokojenost klientek, i tak, bychom se měli zamyslet nad tím, kam se ztrácí část informací a dovedností, které se snažíme předávat. Další rezervy máme v dokumentaci edukační činnosti, ačkoli se musím přihlásit k tomu, že klientky pod tlakem neznámého prostředí, obav, nepozornosti a trysku informací často svým podpisem stvrdí to, o čem později ani nevědí a tento předpoklad, se mi také výsledky průzkumu potvrdil. Nikdy bychom tohoto ale neměli zneužít, ale pamatovat i na to, že kvalitně vedená dokumentace chrání pracoviště po stránce právní. Musím ale také prohlásit, že výsledky také prokázaly velmi dobrou úroveň edukační činnosti a některými můžeme být mile potěšeni. Potvrdilo se mi, že dlouhodobá edukační činnost jako je například edukace v prevenci tromboembolie nebo taková poučení, která přináší následný užitek, kdy si klientka zafixuje - „toho bych mohla využít, to budu možná potřebovat“, mají velmi dobrý účinek. Klientky vítají srozumitelné a pravidelné informace a lidský přístup a více jak jedné polovině hospitalizovaných žen, dle průzkumu, pomáhá míra edukační činnosti lépe zvládat pooperační průběh. Domnívám se, že jen důsledná, pravidelná, systematická a motivující edukace, která respektuje lidskost a individualitu má ten pravý smysl. Velmi zavazujícím výsledkem průzkumu bylo zjištění, že sestry/porodní asistentky nejvyšší měrou přispěly u dotazovaných respondentek ke znalostem, informovanosti a dovednostem, které získaly během pobytu na operační gynekologii a jejich přístup ke klientkám byl hodnocen známkou výborně.

Naplnění role edukátora na nás klade nemalé profesionální nároky. To, jak vládneme komunikačními schopnostmi včetně umění mlčenlivosti a umíme respektovat právo na jedinečnost se zajisté odrazí na důvěře a ochotě spolupracovat a to jsou nemalé cíle v naší zdravotnické profesi. Byla bych ráda, kdyby tato práce alespoň malým dílem k tomuto cíli přispěla.

ANOTACE

Autor:	Alena Navrátilová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Edukace klientek na operační gynekologii
Vedoucí práce:	Mgr. Regina Slowik
Počet stran:	86
Počet příloh:	1
Rok obhajoby:	2007
Klíčová slova:	edukace, operační gynekologie, porodní asistentka, průzkum

Bakalářská práce pojednává o edukační činnosti na operační gynekologii. Poukazuje na právo na informovanost jako na jednu ze základních potřeb člověka a nutnost, aby každá žena se stala spoluodpovědná za své zdraví. Důraz je kladen na činnost lékařů, ale hlavně sester/porodních asistentek v roli edukátorů a na respekt ke každé klientce jako jedinečné lidské bytosti.

Těžiště práce tvoří průzkumné šetření na operační gynekologii v Krajské nemocnici v Pardubicích a jeho cílem je odhalit rozsah a potřebu edukovanosti v předoperačním i pooperačním období u hospitalizovaných žen, které podstoupily velkou gynekologickou operaci.

The bachelor's thesis deals with education's activities in the operation gynekology. It refers to the right to be informed which is one of the basic needs of people, and the necessity to make all women share the responsibility of their health. It places emphasis on activities of the physicians, but primarily on the activities of the nurses/midwives in their roles as educators, and it places emphasis on respecting female patients as individual human beings.

The goal of the bachelor's thesis is research on the gynecological ward in the Regional Hospital in Pardubice. The research's goal is to assess the extent and needs of education in the pre- and post-operative periods for hospitalized women who undergo a serious gynecological surgery.

LITERATURA A PRAMENY

1. CENTRÁLNÍ ETICKÁ KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Práva pacientů*. [online]. Praha: Svaz pacientů České republiky, 2007. [cit. 2007-01-01]. Dostupné na <http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=14>
2. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vyd., dotisk. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0 (Galén), ISBN 80-246-0318-7 (Karolinum)
3. HOLUB, Z., KUŽEL D. *Minimálně invazivní operace v gynekologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 236 s. ISBN 80-247-0834-5
4. HONZÁK, R. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: Promediamotion. ISSN 1801-1349. 2006. roč. 2, č. 2, s. 81
5. HORČIČKA, L., CHMEL R. *Močová inkontinence*. [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FN Motol. [cit. 2007-02-04]. Dostupné na <http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky3.html>
6. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, Univerzita Karlova v Praze, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-X (Galén), ISBN 80-246-1112-0 (Univerzita Karlova v Praze)
7. KOBILKOVÁ, J., ŽIVNÝ, J., BOCHMAN, J. *Technika gynekologických abdominálních operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. 284 s. ISBN 80-7169-494-0
8. KUDLOVÁ, P., TOMANOVÁ, D. *Didaktická vybavenost edukační lekce*. [online]. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské Univerzity, 2005. [cit. 2005-12-01]. Dostupné na <http://www.zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik04/kudlova.pdf>

9. KUČEROVÁ, E., ŠVÁBOVÁ M. Informovanost pacientek před operačním výkonem. *Sestra*. Praha: Strategie. ISSN 1210-0404. 2006. roč. 16, č. 1, s. 21
10. MACKŮ, F. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1996. 88 s. ISBN 80-855226-41-7
11. MACKŮ, F. et al. *Kompendium gynekologických operací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. 599 s. ISBN 80-7169-154-2
12. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. Díl*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-88824-55-9
13. MASTILIAKOVÁ, D. Kvalita ošetrovatelské péče (V. část) – Předoperační a pooperační péče. *Ošetrovatelství*. Hradec Králové: Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové. ISSN 1212-723-X. 2003. roč. 5, č. 3-4, s. 58
14. MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika*. 1. vyd. Praha: Codex, 1998. 271 s. ISBN 80-8596-352-3
15. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika: věda o edukačních procesech*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 495 s. ISBN 80-7178-170-3
16. RUTAROVÁ, J. *Význam edukace pacientů před celkovou anestézií*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2006. 67 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové
17. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X
18. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. dotisk. Brno: IDVZP, 2004. ISBN 80-7013-324-4

19. VÁCHOVÁ, D. et al. Psychologické aspekty gynekologických operací. *Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Turkyňe. ISSN 1210-7832. 2001. roč. 66, č. 4, s. 254

20. VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. 3. vyd. Brno: IDVZP, 2002. ISBN 80-7013-351-1

21. WAY, L.W. et al. *Současná chirurgická diagnostika a léčba. I. Díl., II.Díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 800 s. ISBN 80-7169-379-9

22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Zákon č. 96/2004 Sb. Hlava II § 5/§6*, ze dne 1.4. 2004

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Věk respondentek.....	27
Graf č. 2	Vzdělání respondentek.....	28
Graf č. 3	Naléhavost operace.....	29
Graf č. 4	Dostatek informací před podpisem informovaného souhlasu s operací.....	30
Graf č. 5	Znalost jmen ošetřujícího personálu.....	31
Graf č. 6	Informační tabule s fotografiemi a jmény ošetřujícího personálu.....	32
Graf č. 7	Zachování soukromí.....	33
Graf č. 8a	Seznámení s nemocničním řádem.....	34
Graf č. 8b	Seznámení s právy pacientů.....	34
Graf č. 8c	Seznámení s návštěvními hodinami.....	35
Graf č. 8d	Seznámení s kontaktem na telefon.....	35
Graf č. 8e	Seznámení s možností uložení cenností do trezoru.....	35
Graf č. 8f	Seznámení se zvukovou signalizací pro přivolání sestry.....	35
Graf č. 9a	Informovanost s dietními předoperačními opatřeními.....	36
Graf č. 9b	Informovanost o vyndané zubní protéze před operací.....	36
Graf č. 9c	Informovanost o nutnosti mít sundané šperky před operací.....	37
Graf č. 9d	Informovanost o nutnosti být před operací nenalíčená a mít odlakované nehty.....	37
Graf č. 10	Znalost důvodu holení operačního pole.....	38
Graf č. 11	Znalost důvodu podání klyzmatu.....	39
Graf č. 12	Edukace v péči o žilní vstupy, drény a močové katétry.....	40
Graf č. 13	Edukace postupu správného vstávání z lůžka.....	42
Graf č. 14	Edukace prevence tromboembolie.....	44
Graf č. 15	Edukace o pooperačním dietním režimu.....	45
Graf č. 16	Prostředky a techniky zvládnání bolesti.....	46
Graf č. 17	Edukace v péči o operační ránu.....	48
Graf č. 18	Poučení o krvácení či špinění po gynekologické operaci.....	49
Graf č. 19	Edukace o vyprazdňování moče, stolice a odchodu větrů.....	50
Graf č. 20	Edukace o cvičení po gynekologických operacích.....	51
Graf č. 21	Znalost o dílčích skutečnostech operace (známkování).....	52

Graf č. 22	Ideální forma získávání informací.....	54
Graf č. 23	Vliv edukovanosti na zvládnání pooperačního průběhu.....	56
Graf č. 24	Hodnocení personálu (známkování).....	57
Graf č. 25	Přínos edukátora.....	58
Graf. č. 26	Nejdůležitější prvek edukace během hospitalizace.....	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka č.1	Věk respondentek.....	27
Tabulka č.2	Vzdělání respondentek.....	28
Tabulka č.3	Naléhavost operace.....	29
Tabulka č. 4	Dostatek informací před podpisem informovaného souhlasu s operací...30	
Tabulka č. 5	Znalost jmen ošetřujícího personálu.....	31
Tabulka č. 6	Informační tabule s fotografiemi a jmény ošetřujícího personálu.....	32
Tabulka č. 7	Zachování soukromí.....	33
Tabulka č. 8	Seznámení s chodem oddělení a práva pacientů.....	34
Tabulka č. 9	Seznámení s předoperačními opatřeními.....	36
Tabulka č. 10	Znalost důvodu holení operačního pole.....	38
Tabulka č. 11	Znalost důvodu podání klyzmatu.....	39
Tabulka č. 12	Edukace v péči o žilní vstupy, drény a močové katétrů.....	40
Tabulka č. 13	Edukace postupu správného vstávání z lůžka.....	42
Tabulka č. 14	Edukace prevence tromboembolie.....	44
Tabulka č. 15	Edukace o pooperačním dietním režimu.....	45
Tabulka č. 16	Prostředky a techniky zvládnání bolesti.....	46
Tabulka č. 17	Edukace v péči o operační ránu.....	48
Tabulka č. 18	Poučení o krvácení či špinění po gynekologické operaci.....	49
Tabulka č. 19	Edukace o vyprazdňování moče, stolice a odchodu větrů.....	50
Tabulka č. 20	Edukace o cvičení po gynekologických operacích.....	51
Tabulka č. 21	Znalost o dílčích skutečnostech operace (známkování).....	52
Tabulka č. 22	Ideální forma získávání informací.....	54
Tabulka č. 23	Vliv edukovanosti na zvládnání pooperačního průběhu.....	56
Tabulka č. 24	Hodnocení personálu (známkování).....	57
Tabulka č. 25	Přínos edukátora.....	58

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník – vzor.....	82
-----------------------------------	----

DOTAZNÍK PRO ŽENY NA ODDĚLENÍ OPERAČNÍ GYNEKOLOGIE V KN PARDUBICE

Vážená paní,

jmenuji se Alena Navrátilová a jsem sestrou na oddělení, na kterém jste hospitalizovaná. Zároveň jsem také studentkou 4. ročníku oboru Ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové. Dotazník, který jsem si Vám dovolila předložit je součástí mé bakalářské práce a jeho vyplnění je dobrovolné a anonymní. Získané informace poslouží k vypracování mé bakalářské práce a jak pevně doufám, přispějí i ke zlepšení ošetrovatelské péče o ženy po gynekologických operacích. Děkuji Vám za spolupráci. Odpověď, k níž se přikláníte, zakroužkujte.

1. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 15 – 20 b) 21 – 40 c) 41 – 60 d) 61 a více

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

- a) základní b) vyučena c) středoškolské d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

3. Operace byla :

- a) plánovaná b) akutní

4. Máte dojem, že jste před operací a před tím, než jste s ní podepsala souhlas, dostala dostačující informace od lékaře?

- a) ano b) ne

5. Znala jste jména ošetřujícího personálu?

- a) ano, představili se mi b) ano, ale od jiných c) ne, neznala

12. Pokud jste měla po operaci močovou cévku, kanylu nebo drény, byla jste seznámena s účelem jejich zavedení a věděla jste, jak sama o ně pečovat, pokud Vám zůstávaly po delší čas ?

- a) ano, znala jsem důvod zavedení i jak o ně pečovat
- b) ano, znala jsem důvod zavedení, ale pečovat o tyto pomůcky mě nikdo nenaučil
- c) ne, neznala jsem důvod zavedení , ale s péčí jsem byla seznámena
- d) ne, neznala jsem důvod zavedení ani péči o tyto pomůcky

13. Byla jste poučena, jak máte správně po operaci vstávat z lůžka, bylo to s Vámi i nacvičeno ?

- a) ano, byla jsem poučena , ale nikdo to se mnou nenacvičil
- b) ano, byla jsem poučena, bylo to se mnou i nacvičeno
- c) ne, poučena jsem nebyla, přestože bych to bývala uvítala
- d) ne, poučena jsem nebyla, se vstáváním z lůžka jsem neměla žádné problémy

14. Víte, že jednou z nejzávažnějších komplikací po operaci může být plicní embolie a proto je nutné mít do doby plné mobilizace kompresy na dolních končetinách (elastická obinadla, punčochy), ředit krev pomocí léku v malé injekci a po operaci brzy vstávat?

- a) ano, vím
- b) ne, nevím

15. Byla jste poučena o dietním režimu po operaci (jaký druh stravy a tekutin je pro Vás vhodný v určitý den)?

- a) ano
- b) nedostatečně
- c) ne

16. Pokud jste trpěla bolestmi, ošetřující personál Vám:

- a) aplikoval tisíci injekci, popř. dal tabletku na bolest
- b) aplikoval injekci, popř. dal tabletku a naučil Vás zvládat bolest i jinými technikami (např. aplikací termoforu, sugescí, zajištěním soukromí, vysvětlením důvodu bolesti, pomocí zaujmout úlevovou polohu)
- c) personál byl k mé bolesti lhostejný

17. Pokud máte operační ránu nebo malé ranky po laparoskopii, byla jste seznámena, jak máte o ně pečovat?

- a) ano b) nedostatečně c) ne d) nemám operační ránu

18. Byla jste obeznámena s intenzitou a délkou krvácení či špinění po gynekologické operaci, kterou jste podstoupila?

- a) ano b) ne

19. Domníváte se, že jste byla dostatečně poučena o možných obtížích s močením, s odchodem větrů a stolice v pooperačním období?

- a) ano b) nedostatečně c) nebyla jsem poučena

20. Byla jste poučena o cvičení (rehabilitaci) po gynekologických operacích (např. odkašlávání s fixací břišní stěny, procvičování horních a dolních končetin a jiných vhodných cvičeníh)?

- a) ano b) nedostatečně c) ne

21. Měla jste během hospitalizace dostatek znalostí a informací o těchto skutečnostech? (známku zakroužkujte, stupnice odpovídá známkování ve škole)

- | | |
|--------------------------------|-------------------|
| a) o Vašem onemocnění | 1 – 2 – 3 - 4 - 5 |
| b) o průběhu operace | 1 – 2 – 3 - 4 - 5 |
| c) o anestézii | 1 – 2 – 3 - 4 - 5 |
| d) o předoperačních opatřeních | 1 – 2 – 3 - 4 - 5 |
| e) o pooperačním režimu | 1 – 2 – 3 - 4 - 5 |

22. Jaká forma získávání informací by Vám nejlépe vyhovovala?

- a) ústně a jen informace, které ošetřující personál uzná za vhodné mi sdělit
b) ústně, ale s tím, že budu vést podrobný dialog s ošetřujícím personálem a ptát se
c) písemně, kdy informace budou sepsány a k dispozici
d) kombinací ústní a písemné formy
e) kombinací ústní, písemné a demonstrační formy, kdy Vám ošetřující personál například na modelu či obrázku přesně vysvětlí a ukáže, co Vám bylo operováno

