

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

EDUKAČNÍ POSTUPY V CHIRURGICKÝCH OBORECH

Bakalářská práce

Vedoucí práce
Mgr. Pavla Hrubá

2009

Autor práce
Iveta Kadlecová

Education Processes in the Surgical Branch

Various educational issues mean the process to overall human training and education. It has played an irreplaceable role in the nursing process and it is also an inseparable part of successful treatment. It is based on transfer of experience, wisdom, and human knowledge. Education activities in surgery include educating the clients during their hospitalization. A nurse in the role of an educator offers various procedures or alternatives, potential solutions and approaches to further information sources. The nurse creates a relationship of cooperation; he or she provides space for selection from options and decision-making. An essential prerequisite of efficient education is seen in the client's perfect informedness. The theoretical part is divided into four basic chapters as follows: characterization of education, education process in nursing, education in surgical branches, and importance of education in the nursing profession.

Two objectives have been set for this work. Objective 1: to find out whether nurses in surgical branches provide education to patients during their hospitalization at a surgical ward. Objective 2: to find out which education processes are used by the nurses in surgical branches. Two hypotheses have been determined. Hypothesis 1: it is assumed that the nurses in surgical branches educate clients who are hospitalized at surgical wards. Hypothesis 2: it is assumed that the nurses in surgical branches most frequently use interviews in their education processes. The method of questioning through the use of questionnaires was employed to achieve the objectives. The research group consisted of nurses and hospitalized patients from the surgical ward at Hospital České Budějovice a.s.

The interpretation of the questionnaires has shown that the nurses in surgical branches educate the clients who are hospitalized at the surgical ward. The nurses in surgical branches most often use interviews in their education processes. The objectives of this work have been achieved. The hypotheses 1 and 2 have been confirmed.

The conclusion of the work offers recommendations for the improvement of education processes in surgical branches such as to provide sufficient amounts of education materials for the clients, to use teaching aids during education, to organize regular nurse training aimed at educating clients. Annexes related to the given field can be found at the end of the work.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Edukační postupy v chirurgických oborech vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Iveta Kadlecová

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Pavle Hrubé za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod.....	2
1 Současný stav.....	3
1.1 Informovanost klientů.....	3
1.2 Charakteristika edukace.....	3
1.3 Edukační proces.....	4
1.3.1 Formy edukačního procesu.....	6
1.3.2 Fáze edukačního procesu.....	7
1.3.3 Metody edukačního procesu.....	8
1.3.4 Cíle edukačního procesu.....	10
1.3.5 Překážky a chyby v edukačním procesu.....	11
1.4 Význam edukace v profesi sestry.....	12
1.5 Edukace v chirurgických oborech.....	13
1.5.1 Charakteristika chirurgických oborů.....	14
1.5.2 Právní normy edukace klientů v ČR.....	17
1.5.3 Postupy edukace v chirurgických oborech.....	18
1.5.4 Edukace klienta před vyšetřením.....	21
1.5.5 Předoperační edukace klienta sestrou.....	22
1.5.6 Pooperační edukace klienta sestrou.....	25
2 Cíle práce a hypotézy.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Hypotézy práce.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Použitá metoda.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
4 Výsledky.....	32
4.1 Výsledky dotazníku pro sestry na chirurgickém oddělení.....	32
4.2 Výsledky dotazníku pro hospitalizované na chir. oddělení.....	41
4.3 Rozhovory se sestrami z chirurgického oddělení.....	51
5 Diskuse.....	59
6 Závěr.....	68
7 Seznam použitých zdrojů.....	69
8 Klíčová slova.....	72
9 Přílohy.....	73

Úvod

Edukace je proces celkové výchovy a vzdělávání člověka. Hraje nezastupitelnou roli v ošetrovatelském procesu a je nepostradatelnou součástí účinné léčby. Spočívá v předávání zkušeností, v moudrosti a v lidském poznání. Edukace má za úkol vytváření nových dovedností, hodnot, poznatků, změn, postojů v chování a jednání jedince a skupin. Při edukaci je žádoucí všítat si a zohledňovat osobnostní předpoklady každého člověka a dodržovat zákonitosti učebního procesu. Má-li být edukace klienta úspěšná, musí být vyjádřena přístupnou formou, citlivě, jednoduše a pokud možno opakovaně. U klientů, kteří jsou dokonale edukováni o svém onemocnění, lze předpokládat vyšší zájem o vlastní zdravotní stav a větší ochotu ke spolupráci při léčbě. Cílem dobré edukace je trpělivě vyslechnout názory klienta a pochopit klientův postoj a nabídnout mu účinnější postup směrem k očekávanému výsledku.

Během hospitalizace klienti prožívají stres a obavy z nedostatku informací, neví co je čeká, zvláště pak na chirurgickém oddělení, kde jsou prováděny operační výkony a různá invazivní vyšetření. Těmto problémům a nejistotě klienta lze předejít správnou a účinnou edukací ze strany sester i lékařů. Edukaci klientů v chirurgických oborech v průběhu přípravy na vyšetření, v bezprostřední i vzdálené předoperační i pooperační péči a ve výkonech, které jsou součástí ošetrovatelské péče, by měla zajistit sestra. Při edukaci je žádoucí klientovi vysvětlit postup léčby, dodržování správné techniky rehabilitačního cvičení, dodržovat doporučená režimová opatření a důležitost toho, že hlavní spolupracovník při léčbě je klient sám. V průběhu edukace zajišťuje sestra klientovi přístupy ke zdrojům informací, vysvětluje další alternativní možnosti a poskytuje prostor k rozhodnutí se a ve výběru. Nezbytným předpokladem k tomu, aby sestra dobře vykonávala svoji roli edukátorky, je dostatečná odborná vybavenost a schopnost komunikace.

Cílem práce je zjistit, zda-li sestry v chirurgických oborech edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení, a dále pak zjistit, jaké edukační postupy jsou sestrami v chirurgických oborech využívány.

1 Současný stav

1.1 Informovanost klientů

Velmi široký a mnohoznačný pojem informace je možno definovat jako obsah jakéhokoli oznámení, zprávy, instrukce, příkazu, sdělení, vysvětlení a objasnění údaje o čemkoli. Za informace lze také považovat podněty a vjemy vysílané a přijímané živými organismy. Svůj původ má v latinském výrazu: in-formatio, který značí ztvárnění, utváření a v nejobecnějším smyslu slova označuje údaj o reálném prostředí, o jeho stavu a procesech, které v něm probíhají (6).

Za informaci je z vědeckého hlediska považováno sdělení přinášející klientovi nový poznatek, který může být využit v jeho rozhodování. Pokud mají informace splňovat účel, musí se formulovat tak, aby jim klient rozuměl. Při informování klienta je důležité dodržovat určité zásady, k nimž se řadí jednoznačnost, dostatečnost, srozumitelnost, jasná formulace, pravdivost a musí odpovídat objektivní skutečnosti. Je kladen důraz především na jednoduchost informací. Jedná se o takové informace, které jsou na úrovni chápání z pohledu klienta. K dalším pravidlům řadíme opakování při každém kontaktu s klientem. Všeobecně se doporučuje ústní informace doplňovat o informace písemné, audiovizuální a klientovi umožnit prostor pro dotazy. Při poskytování informací má bezpochyby velký význam verbální komunikace, protože jsou-li podány klientovi neúplné nebo nedostatečné informace, snižuje se tak jeho motivace i pravděpodobnost přijetí správných rozhodnutí. Jedině správně formulovanými informacemi lze zajistit pozitivní motivaci a rozhodnutí klienta (3, 6).

1.2 Charakteristika edukace

V současnosti často užívaný výraz edukace je vysvětlován jako výchova, vzdělávání a učební proces. Svůj původ má v latinském výrazu: educio, educare a v nejobecnějším smyslu slova označuje různé situace, při kterých dochází k vyučování za účasti lidí.

Tento termín z latiny se ujal i v anglickém jazyce: education. Edukace je nezastupitelnou a důležitou součástí ošetrovatelského procesu a nepostradatelnou

součástí účinné léčby. Spočívá v předávání zkušeností, v moudrosti a v lidském poznání. Předává se nejen z generace na generaci, ale i intrageneračně. Je to trvalý proces vzdělávání působením formálních institucí a neformálního prostředí, který začíná již od narození a trvá po celý život člověka (14, 17, 19).

Subjekty edukace jsou edukant a edukátor. Termín edukant znamená různé vzdělávající se osoby bez ohledu na věk nebo typ prostředí v rozmanitých životních situacích. Termín edukátor označuje nejen lektory, učitele, konzultanty a instruktory, ale i všechny další osoby, které nějakým způsobem instruují, vyučují, poučují jiné lidské subjekty.

Edukační proces je činnost, při které nějaký subjekt vyučuje a nějaký subjekt se učí. Je to druh sociální interakce, probíhající v závislosti na sociálních charakteristikách její populace a sociální struktuře. Edukace, nebo-li edukační proces, probíhá v různých edukačních prostředích, lišící se formami, obsahem a intenzitou. Například ve škole - instituci formálního vzdělávání, jsou intenzita a obsah edukačních procesů vysoce regulovány a jsou nezávislé na samostatném rozhodování zúčastněných. Na rozdíl od edukačního prostředí ve zdravotnictví, kde edukační aktivity sestry či lékaře vůči klientům jsou minimálně regulovány a velmi závisí na individuálních vlastnostech edukantů i edukátorů. Učební osnovy, plány, standardy a normy vzdělávání, výukové filmy, počítačové programy, referáty na konferencích, rady lékaře i ostatních zdravotníků klientům jsou edukační konstrukty, které ovlivňují nebo určují reálné edukační procesy.

Edukace má za úkol vytváření nových dovedností, hodnot, poznatků, změn, postojů v chování a jednání jedince a skupin. Při edukaci je žádoucí všimnout si a zohledňovat osobnostní předpoklady každého člověka a dodržovat zákonitosti učebního procesu (14, 17, 18).

1.3 Edukační proces

Edukace klienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Edukační proces v ošetrovatelství má nezastupitelné místo, dochází při něm k výměně a předávání informací mezi sestrou a klientem. Edukační proces ovlivňují různé edukační faktory. Do skupiny edukačních faktorů patří

letáky, plány edukace, knihy, modely, předpisy, scénáře a veškerý výukový materiál a pomůcky. K edukačním faktorům můžeme také zařadit kontrolu a porovnání výsledku (4, 29).

Při prováděné edukaci si je třeba uvědomit, že pro žádaný výsledek edukačního cíle je důležitý věk edukované osoby, schopnosti, intelekt a kulturní prostředí z kterého pochází edukant.

Schopnost vnímání a učení může ovlivnit výsledek celého edukačního procesu. Edukátor musí brát vždy v úvahu při edukaci klientův celkový přístup ke zdraví, životnímu stylu a ochotu měnit jakkoliv zaběhnutý životní režim. Předpokladem edukace je změna. Člověk by se měl chovat tak, aby mu změna přinesla maximální užitek.

K požadavkům na sestru edukátorku patří schopnost vnímání a pohotové vzájemné působení na klienta. Důležitá je i komplexní dovednost projektovat, realizovat a hodnotit, pedagogicky adekvátně intervenovat v situacích, které vyžadují změnu postoje a chování klienta. Předpokládá se, že bude mít dostatek empatie, ochoty pomoci a respektu k osobnosti klienta. Další edukační kompetence sestry zahrnují její vědomosti ve specifických situacích a komunikační schopnosti. Dovednost komunikace spočívá v užívání správně cílených otázek, v umění vytvořit výstižná a krátká shrnutí probrané problematiky a klientův problém v pravou chvíli konkretizovat. Sestra by měla komunikovat srozumitelně, informace podávat v malých dávkách a průběžně při rozhovoru kontrolovat, zda klient informaci rozuměl. Edukační proces v ošetrovatelství se opírá o holistický přístup ke klientovi, komplexně chápe somatický, psychický i sociální charakter osobnosti klienta. Vychází z objektivní stránky nemoci, jejího průběhu a prognózy. Zohledňovat prožitky klienta, které se reálně podílejí na průběhu a léčbě choroby. V úsilí sestry je zapotřebí, aby bylo vždy v souladu s psychologickými a medicínskými poznatky a záměry léčby (4, 10, 29).

K edukaci je nutné zvolit si vhodné edukační prostředí, které musí mít správné osvětlení, bez hluku, nesmí být přetopené a mělo by zaručovat určitou intimitu, aby nebyli rušeni a nebyla tak odváděna pozornost klienta při edukaci (1, 29).

1.3.1 Formy edukačního procesu

V edukačním procesu rozlišujeme několik druhů edukací: edukaci základní, komplexní a reedukační.

Základní edukace se provádí tehdy, pokud klient nebyl ještě nikdy o problematice informován, u nově zjištěného onemocnění. Provádí ji sestra, každý ošetřující lékař, operatér, anesteziolog. Jejím smyslem je nemocnému pomoci vyrovnat se s nemocí a poskytnout mu minimální dovednosti a znalosti. Klientovi je třeba vysvětlit, proč je nutný operační zákrok, jaké jsou příznaky akutních komplikací a jak na ně reagovat. Nemocný by měl být seznámen s technikou selfmonitoringu a se zásadami předoperační, perioperační a pooperační léčby. Základní edukace bývá většinou individuální.

Komplexní, nebo-li specializovaná edukace se zpravidla realizuje v edukačních kurzech. Sestavený je edukační tým pod vedením specialisty, například chirurga, proktologa, formou edukačního kurzu pro menší skupiny nemocných, kterou tvoří maximálně do deseti edukovaných. Náplň edukačních programů je sestavena dle způsobů terapie. Délka trvání nemoci ani přítomnost komplikací není rozhodující, někdy je velmi prospěšná výměna zkušeností mezi klienty s různou dobou trvání nemoci i s různými komplikacemi. Komplexní edukační kurz vyžaduje několik edukačních hodin.

Reedukace je cílená, nebo-li pokračující edukace. Příznivý účinek edukace se projeví jedině tehdy, je-li cíleně opakovaná individuální formou se zpětnou vazbou klienta. Navazuje na již získané vědomosti, zahrnuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám (21, 29).

Formy edukace lze rozdělit na organizační, individuální a hromadné.

Organizační formy v edukaci určují časově - prostorové uspořádání práce. Rozlišujeme je podle poměru počtu edukantů k edukátorovi na individuální formy známé jako samostatná práce jednoho edukanta i edukátora. Hromadné formy používané ve třídě, praxi, laboratoři, když edukátor vyučuje více edukantů. Smíšené formy představují kombinaci individuální a hromadné formy edukace. Další organizační formy lze rozdělit dle místa realizace edukačního procesu ve škole nebo mimo školu, například pro účel této práce na chirurgickém oddělení. Organizační formou označujeme samostatnost práce v edukačním procesu, kdy při individuální práci se

každý samostatně věnuje odlišné úloze. Při skupinové práci plní edukant části úloh práce ve skupině a účastní se společného řešení. Při frontální práci edukanti pracují samostatně na společném úkolu (29).

1.3.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces je rozdělen do pěti fází. První fází je posouzení. Při posuzování se lze zaměřit na určení potřeby klienta, získání vědomostí a zjištění důležitých informací o klientovi. K důležitým údajům patří pohotovost, motivace, osobní anamnéza, společenské a ekonomické postavení, věk a postoj k vlastnímu zdraví. Během hodnocení pohotovosti mají význam citové faktory a zkušenosti. Sestra by měla podporovat pohotovost klienta poskytnutím psané informace nebo upozornit klienta na možnost praktické ukázky. Motivace se spojuje s touhou po poznání. U motivace sestra posuzuje dosavadní schopnosti klienta, může a měla by pozitivně ovlivňovat motivaci, přesvědčovat o důležitosti učení, vložit do procesu edukace poznatky o tom čeho si klient váží, a podporovat ho k samostatnosti (8, 22).

V průběhu druhé fáze jsou stanoveny vzdělávací diagnózy. Je důležité, aby sestra přesně definovala vědomosti, které klientovi chybí, například deficit vědomostí ve vztahu k následnému chirurgickému výkonu.

Třetí fází je plánování, které se uskutečňuje v etapách. Podstatou vytvoření smysluplného plánu je zainteresovaný klient, který se účastní formulace učebního plánu. Nejprve je důležité stanovení priorit ve výuce, poté je klient více motivován a lépe se dokáže koncentrovat na získávání potřebných vědomostí. Mezi další kritéria plánování řadíme stanovení učebního záměru a cíle. Krátkodobé cíle se vztahují na momentální potřeby klienta. Záměry znamenají souvislost s dlouhodobými potřebami klienta. Cíle učení musí být specifické a odrážet se v chování edukanta. Cíl musí být stanoven z hlediska klienta, ne z pohledu sestry. Plánování výukových strategií, které si sestra zvolí, musí přizpůsobit danému jedinci, učebnímu materiálu i vyučujícímu. Výběr obsahu výuky je daný cílem. Informace o tvorbě obsahu je možno čerpat od sestry, z knih, časopisů, letáků. Klienti se hodně naučí také od ostatních pacientů. V průběhu vzdělávání pomáhá také audiovizuální technika – filmy, diapozitivy, fotografie, PC, grafy, plakáty. K poslednímu kritériu třetí fáze patří rozplánování učiva. Při edukaci

klienta je účinné začínat s tím, co klient ví, co ho zajímá a postupně přejít k tomu, co je mu neznámé. Tento postup zvyšuje klientovu sebedůvěru. Každé učební téma vyvolávající úzkost se má probrat jako první, aby nenarušovala edukantovu koncentraci při studiu jiného tématu.

Čtvrtou fází je realizace edukačního plánu. Vlastní edukace musí být dokonale naplánovaná a připravená. Sestra hovoří ke klientovi stručně, zřetelně a jasně. Z výuky je třeba vyloučit informace, které nesouvisí s cílem edukace, aby nedocházelo k odpoutávání pozornosti od žádoucího tématu. Během edukace je nutné pozorovat reakce edukovaných a používat učební pomůcky a praktické dovednosti ulehčující učení. Sestra musí počítat s případným přehodnocením učebního plánu.

Během páté fáze je hodnocen průběžný i závěrečný proces. Při něm je žádoucí zpětná vazba, aby se sestra ujistila, zda jí klient rozuměl a je-li schopen žádané změny. Velmi důležité je hodnocení a analýza efektivnosti edukace společně s klientem a jeho seznámení s výsledky. Sestra by měla hodnotit i sebe jako edukátorku a přitom zvážit, zda poskytla dostatečný časový úsek, množství informací, adekvátní strategii výuky a zda dostatečně motivovala klienta. Sestra může klientovi navrhnout, aby si při edukaci zapisoval informace, které by mohl zapomenout, nebo mu dá tyto informace v tištěné formě. Vždy je žádoucí, aby sestra klientovi na závěr edukačního procesu poskytla prostor k otázkám, které klient má, a nabídla mu možnost opakovaného setkání (8, 10, 14, 22, 29).

1.3.3 Metody edukačního procesu

Otázkami řízení edukačního procesu se zabývá pedagogický obor - didaktika. Její součástí jsou formy, metody a prostředky výchovně-vzdělávacího procesu. Uvědomělý, záměrný a cílevědomý postup se nazývá metoda. Vyučovací metoda je promyšlený postup práce učitele směřující k uskutečnění vzdělávací činnosti. Vývoj metody velice úzce souvisí s vývojem společnosti. Lidstvo si v průběhu historie nashromáždilo nespočet poznatků a informací, které v každém období bylo předáváno dál. Mezi nejjednodušší metody řadíme napodobování a osvojování si pracovních návyků od jednoduchých ke složitějším. Základní členění metod edukační činnosti je podle zdrojů poznatků slovní, praktické a názorně-demonstrační.

K nejstarším metodám můžeme zařadit slovní metody. Mluvené, psané a tištěné slovo je zdrojem informací. Do slovních metod řadíme metody dialogické, metody výkladu a práce s knihou. Edukátor je především zdrojem výkladových metod. S vysvětlováním, rozhovorem, besedou je většinou spojené vyprávění. Při přednášce a vysvětlování je nutné logicky utřídit myšlenkové pochody. Využíváme-li znalosti edukovaných klientů, jedná se o dialogickou metodu, a to především při diskusi, rozhovoru, besedě. K edukaci klienta používá edukátor tištěné propagační materiály, učebnice. Základem práce s knihou je tištěné slovo.

K praktickým metodám se řadí práce laboratorní, písemné, praktické v odborných učebnách. Při praktických metodách je aktivní činnost zdrojem poznání. Metody jsou rozlišovány na induktivní metody, které jsou konkrétní a názorné, a na analyticko-syntetické metody, kdy jeden postup navazuje na druhý. Na základě analýzy jsou zformulované závěry. Deduktivní metoda směřuje od všeobecného pojmu k jednotlivému. Porovnávání je praktickou metodou, pomocí níž zjistíme rozdíl nebo shodu jevů, lidí nebo činností. Pozorování a předvádění jsou názorně demonstrační metody a vedou edukanta do přímého kontaktu s jevy, činnostmi, předměty.

V edukaci se metody doplňují a prolínají. Edukátor používá nejen slovo, ale i názorné pomůcky. Edukanti přijímají informace od edukátora pomocí zraku, sluchu a dělají si poznámky. K všeobecným didaktickým metodám řadíme vyučovací metody informačně-receptivní, které jsou prezentací hotových informací. Reproductivní metoda se realizuje v podobě řešení úloh a rozhovorem. Podstata problémového výkladu je naučit edukanty tvořivě myslet a řídit jejich myšlenkovou činnost. Při heuristické metodě jsou žáci aktivní při objevování nových metod práce. U výzkumné metody je důležitá samostatnost edukantů při práci. Alternativní metoda stimuluje k učení a tím je vzdělávací proces efektivnější. Při situační metodě se o problému diskutuje a hledají se řešení. Metoda brainstormingu rozvíjí tvořivé schopnosti edukantů (17, 18, 29).

Faktorem napomáhajícím edukaci je motivace vyjadřující vnitřní pocity působící na člověka. Motivace je nejúčinnější, když klient věří, že jeho potřeby budou uspokojeny prostřednictvím získaných vědomostí. Projevem ochoty učit se je motivace v určitém čase. Motivace k učení stoupá při aktivní účasti klienta při edukaci. K edukaci je důležitá zpětná vazba – informace, která pomáhá klientovi osvojit si psychomotorické schopnosti a dosáhnout vytouženého cíle. Pochvala či odměna je pozitivní zpětnou

vazbou. Projevem negativní zpětné vazby je výsměch, zlost a dokáže klienta odradit od edukace. Získávání vědomostí se urychlí logicky sestaveným učebním plánem, který umožňuje klientovi získat nové vědomosti a spojit si je s předcházejícími poznatky. Důležité je opakování klíčových pojmů edukace (8, 10).

1.3.4 Cíle edukačního procesu

Cílem edukačního procesu je formování vztahu člověka k sobě, ke společnosti a přírodě. Toto formování se uskutečňuje působením funkcionálním a intencionálním. Funkcionální působení není cílevědomé ani záměrné, ale záměrnost a cílevědomost se promítá do chování člověka. Účinek takového působení vychází z objektivní reality a je přirozené. Intencionální působení je záměrné.

Všeobecné výchovné cíle a jejich realizace je společensky podmíněná. Cíle určují výběr obsahu organizačních forem, metod a materiálních prostředků výchovy. Jsou základní podmínkou efektivního řízení edukačního procesu. Cíle programu výchovy spočívají v systematickém a cílevědomém rozvoji poznávacích schopností – kognitivizaci rozvíjet myšlení, inteligenci, schopnost řešit problémy, rozumět a orientovat se ve velkém množství informací a využívat je.

Proces emocionalizace představuje emocionální zralost člověka spočívající v rovnocenné kvalitě emociální inteligence s poznávacími schopnostmi. Při procesu motivace dochází k soustavnému zdokonalování zájmu edukovaných o poznávání, k touze po hledání progresivního smyslu života, vztahu k sobě, lidem, přírodě. Rozvoj prosocionálního chování v procesu socializace spočívá ve schopnosti žít s lidmi, pomáhat jim a spolupracovat s nimi. Je důležitá i seberegulace k vyjádření schopnosti převzít zodpovědnost za sebe, svoje přesvědčení, že se budoucnost dá změnit a ovlivnit vhodným směrem. Proces autoregulace napomáhá ke zdokonalování v učení, rozvoji a přizpůsobení se měnícím se podmínkám života. Během procesu kreativizace se rozvíjí tvořivost při řešení problémů, originalita, představivost a fantazie potřebné k osvojení si tvořivého životního stylu.

Cíle edukace by měly být dosažitelné, reálné, jasně formulované, měřitelné a kontrolované. Klasifikace cílů vychází z kognitivní, afektivní a psychosomatické oblasti. Je rozdělena dle taxonomie B. S. Blooma do šesti kategorií. První kategorií jsou

vědomosti značí schopnost vybavení si konkrétních údajů. Druhou kategorií je porozumění, které představuje minimální stupeň pochopení. Třetí kategorií je aplikace - blízká, bezprostřední, vzdálená představuje schopnost rozpoznat a definovat různé faktory ovlivňující kvalitu zdraví. Čtvrtá kategorie je analýza a znamená organizování, rozpoznání interakce a souvislostí mezi jednotlivými prvky v dané situaci - například definování různých faktorů ovlivňujících kvalitu zdraví. Do páté kategorie je řazena syntéza vyznačující se schopností předpovědi různých příznaků zlepšení či zhoršení zdravotního stavu. A poslední kategorií je hodnocení, jež představuje schopnost vytvořit si názor na možné důsledky určitého postupu a následné rozhodnutí (4, 21, 29).

1.3.5 Překážky a chyby v edukačním procesu

Překážky a chyby v edukačním procesu jsou rozeznávány ze strany klienta a ze strany zdravotnického personálu.

Ze strany klienta představuje překážku v edukaci nemoc v akutním stádiu, kdy jsou veškeré síly klienta soustředěny na boj s chorobou. Snahou edukátora je odložit edukaci do doby, než dojde ke zlepšení zdravotního stavu klienta. Při bolesti se snižuje koncentrace a je žádoucí před začátkem edukace eliminovat nebo zmírnit bolest. Při edukaci je nutné přihlížet a brát v úvahu handicap ve vztahu k věku. U starších klientů může být narušeny zrak, sluch i motorika. Pokud je překážkou v edukaci prognóza, je klient soustředěn na svou chorobu a není schopen se koncentrovat na přijetí nových informací. V tomto případě je žádoucí odložit edukaci na vhodnější dobu. Je důležitá změna doby edukace dle přání klienta s ohledem na mentální a tělesné schopnosti řídicí se biologickými hodinami edukanta. Pocity klienta, jako jsou strach, úzkost, deprese, radost, spotřebují klientovu energii a odvádějí pozornost od učení. Edukátor má za úkol zjistit důvody, které tyto city vyvolaly a odstranit případná nedorozumění. V situaci, kdy klient neovládá jazyk, kterým hovoří edukátor, je nutné zajistit někoho, kdo jazyk ovládá. Je důležité vytvoření vhodného prostředí a vztahu, ve kterém se edukant a edukátor nachází, aby edukátor svým chováním a postojem nevytvářel bariéry (8, 29).

Ze strany zdravotnického personálu lze považovat za chybu, když při edukaci není klient dostatečně motivován a aktivován, není ověřováno jeho porozumění ani aplikace toho, co se naučil. Edukace není součástí terapie a při stanovení léčebného

plánu je opomíjena. Omylem je, pokud už se edukace provádí, že při ní není věnován dostatek pozornosti a času. Dosud není plně zajištěna možnost edukace specializovanou sestrou diabetologickou, dietní, stejně je tomu i se zajištěním dostatečné edukace v ambulancích a lékárnách. Edukace je mylně oddělena od terapie, pacienti jsou informováni bez znalostí jejich osobních problémů. Edukace není chápána jako dlouhodobý proces a je nedostatečně opakována v rámci reedukace. Edukace není náležitě názorná a praktická. Častou chybou je, že klient není chápán jako partner, který má právo na větší zodpovědnost a samostatnost (11, 13).

1.4 Význam edukace v profesi sestry

K profesi sestry mimo jiné patří umět správně komunikovat a klientům informace nejen předávat, ale zároveň je učinit schopnými, využít získané informace v péči o svoje zdraví. Předpokladem pro správnou edukaci je navázat s klientem důvěryhodný vztah, být trpělivá, respektovat osobnost klienta a být ochotná nemocnému pomoci. Sestra v roli edukátorky musí znát způsob a dodržovat techniku výuky. Ke správné a účinné edukaci je třeba znát klienta a vědět, v čem potřebuje pomoci. Hlavní zásady pro účinnou edukaci jsou klienta nepřetěžovat informacemi, zvolit správný postup výuky ve správném čase, vždy se přesvědčit zda-li klient porozuměl podaným informacím a velmi účelné je klienta pochválit. Při edukaci je žádoucí klientovi vysvětlit postup léčby ve spolupráci s lékařem, dodržování správné techniky a frekvence převazů, rehabilitačního cvičení, dodržovat doporučená režimová opatření a skutečnost, že hlavní spolupracovník při poskytování péče je klient sám. nabídnout mu účinnější postup směrem k očekávanému výsledku (13, 29, 31).

K vylepšení edukace klientů je vhodné motivovat sestry k dalšímu vzdělávání v ošetrovatelství, zajišťovat dostatek edukačního materiálu, vytvořit a následně pracovat dle edukačního plánu, klientovi věnovat dostatek času při edukaci. Neméně důležité je i organizovat pro sestry v rámci zdravotních zařízení odborné semináře zaměřené na edukaci. K tomu, aby klient převzal zodpovědnost za svůj zdravotní stav, je zapotřebí zajistit spolupráci s dalšími zdravotníky, například fyzioterapeutem, psychologem či nutričním terapeutem. Účinnost edukace spočívá nejen v informovanosti klienta, ale

i poskytnutí zpětné vazby o tom, jak poskytnutým informacím porozuměl. Nezastupitelnou roli v edukaci klienta mají sestry (31, 32).

1.5 Edukace v chirurgických oborech

Edukační postupy se provádí na oddělení chirurgickém, ortopedickém, kardiochirurgickém, neurochirurgickém, gynekologickém, urologickém a zahrnují nejen vzdálenou i bezprostřední předoperační i pooperační edukaci klienta, ale i přípravu klienta na vyšetření. Edukační proces vyjadřuje časové rozložení výchovy, kdy dochází k vzájemnému ovlivňování, působení, spolupráci, napodobování a interakci dvou nebo více subjektů.

Většina zdravotníků chápe pod pojmem edukace předání jednorázové informace. Pokud nastane tato situace, je velmi pravděpodobné, že bude pro některé klienty obtížné vytvořit spolupráci při dodržování předoperačního i pooperačního léčebného režimu. Edukace musí představovat řádně připravenou a kvalitně realizovanou výuku. Je velmi důležité, aby zdravotníci vnímali a především přijali a posunuli se v chápání vztahu směrem ke klientům. Jedním z mnoha předpokladů k vytvoření důvěry mezi zdravotníkem a klientem je vstřícnost a porozumění (13, 29, 30).

Edukace a informovanost spolu úzce souvisí. V průběhu edukace zajišťuje všeobecná sestra klientovi přístupy ke zdrojům informací a vysvětluje další alternativní možnosti. Vytváří se vztah vzájemné spolupráce, sestry poskytují prostor k rozhodnutí se a k výběru. Klient se tak stává rovnocenným partnerem, aktivním článkem celého edukačního procesu dochází k posunu ve smyslu přijetí zodpovědnosti za vlastní zdraví, rozhodnutí se a rovněž za důsledky svého chování (13, 24).

Na procesu edukace klienta na chirurgickém oddělení se podílí větší okruh osob, především jsou to: chirurg, všeobecná nebo chirurgická sestra, anesteziolog, anesteziologická sestra, sestra instrumentářka, fyzioterapeut, nutriční terapeut.

Lékaři poskytují převážně odborné informace o stanovení diagnózy, prognóze onemocnění, způsobu a možnostech vyšetření a léčby.

Velice důležitou roli v edukaci má sestra, která má pro edukaci klienta více času než lékař a podává informace o způsobu ošetrovatelské péče, předoperační, pooperační

a rehabilitační péče, vyšetřeních a přípravě na vyšetření, působí na klientův psychický stav a podporuje jeho samostatnost.

Má-li být edukace klienta úspěšná, musí být vyjádřena přístupnou formou, citlivě, jednoduše a pokud možno opakovaně. Doplňující informace může získat klient z časopisů, denního tisku, informačních brožur, sledováním televizních pořadů se zdravotnickou tematikou.

V důsledku nedostatečné informovanosti může u klienta dojít k různým nežádoucím reakcím. Ty se mohou projevovat například v podobě nepřiměřeného chování, úzkosti, strachu.

Významné místo má také edukace v primární prevenci., která je zaměřená především na změnu nevhodného životního stylu, spočívající v ovlivnění stravovacích návyků, omezení kouření, požívání alkoholických nápojů či v podporování zvýšení fyzické aktivity (1, 12).

Je velmi žádoucí, aby sestry pracující v chirurgických oborech měly k dispozici široké spektrum edukačních materiálů. Tyto materiály by měly být vytvořeny tak, aby klienti zohlednili svůj přístup ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Po edukaci by měli mít klienti znalosti o prevenci a vzniku choroby, možnostech léčby a vzniku možných komplikací. Dále by se měli dokázat vyrovnat s novou životní situací, zlepšit fyzický a psychický stav, dosáhnout co největší soběstačnosti a nezávislosti, vrátit se do svého přirozeného prostředí a získat předpoklady ke společenskému a pracovnímu uplatnění. Součástí pomoci je také podpora rodiny klienta, aby se co nejlépe přizpůsobila vzniklé situaci a snížilo se její psychické, fyzické i ekonomické zatížení v souvislosti s péčí o klienta (13, 23, 24, 29).

1.5.1 Charakteristika chirurgických oborů

Chirurgie je nejstarší lékařský obor, který se zabývá operační léčbou onemocnění různých orgánů včetně poranění. Existují v rámci chirurgie další podobory, jako jsou kardiochirurgie, stomatochirurgie, plastická chirurgie, traumatologie, urologie, ortopedie, neurochirurgie. Chirurgické obory se uplatňují i v dalších lékařských oborech například očním lékařství, gynekologii (26, 30).

Název chirurgie je odvozen od řeckého slova cheirurgia v překladu znamenající práci rukou, kdy cheir znamená ruka a ergein lze přeložit jako pracovat. Chirurgie se vyznačuje tím, že k léčení a diagnostice používá mimo dalších technik rukodělných postupů (26).

Chirurgie je součástí klinického lékařství s rozsáhlou vědeckou a praktickou náplní, její specifikum je použití nástrojů, rukou a přístrojů k mechanickému vlivu na orgány a tkáně. Zahrnuje diagnostiku chirurgického onemocnění a poranění, posouzení celkového i místního stavu klienta a indikaci k operaci. Důležitá pro chirurga je i anestézie a také rozpoznání a včasné léčení pooperačních komplikací v pooperační péči o klienty, včasná a účinná rehabilitace klienta a prevence chirurgických onemocnění. Podmínkou úspěšnosti léčby každého klienta je získat jeho důvěru nejen před operačním výkonem, ale také v průběhu celého léčení. K přístupu chirurga neodmyslitelně patří seznámit klienta s navrženým způsobem léčby o účelnosti a nutnosti operačního výkonu, o následcích operace a možných komplikacích. (30).

V chirurgii jsou rozděleny výkony na krvavé a nekrvavé. Krvavé výkony jsou ty, které se neobejdou bez porušení povrchu kůže nebo sliznice. Do nekrvavých výkonů patří ty, při nichž nemocnému za účelem léčebného postupu není způsobena na povrchu těla žádná rána.

Dle účelu jsou operace rozděleny na terapeutické a diagnostické. Diagnostické operace slouží k rozpoznání chorob a jsou prováděny tehdy, když jiné metody nedovolí jejich přesné zjištění. Účelem terapeutické operace je vyléčit nebo alespoň zmírnit příznaky nemoci. Terapeutické operace lze rozdělit na naléhavé, které nepřipouštějí časový odklad, a plánované, které snesou odklad a umožní tím dokonalejší přípravu na operační výkon a možnost podrobnějšího vyšetření. Nejnaléhavější jsou urgentní operace, ty musí být okamžitě provedeny maximálně do několika hodin od vzniku onemocnění nebo úrazu. Akutní operace snesou odklad jen několik hodin.

Operace jsou jednodobé a vícedobé. Při jednodobé operaci se provádí celý operační výkon najednou a u vícedobé operace je operační výkon rozdělen na několik dob.

Operační výkony nevyžadující hospitalizaci v nemocnici patří do ambulantních operací. Předběžnou operací označujeme menší přípravný výkon předcházející vlastní

operaci. Pokud probíhá operace v infikovaných tkáních, jde o operaci septickou, v opačném případě o aseptickou operaci.

Operace se rozlišují na radikální a paliativní. Radikálním výkonem se odstraní chorobné ložisko a tím i příčina onemocnění. K paliativní operaci se přistupuje tehdy, pokud nelze úplně odstranit chorobné ložisko a různými operačními způsoby jsou zmírňovány potíže klienta.

Každý chirurgický výkon musí být indikován. Indikace k operaci je relativní nebo absolutní. K absolutní indikaci se řadí vitální indikace k odvrácení stavu bezprostředně ohrožující život klienta. O relativní indikaci se uvažuje, pokud lze od operace očekávat lepší nebo rychlejší výsledek než při použití jiných léčebných postupů. K relativním indikacím náleží profylaktická indikace, která předchází možným komplikacím onemocnění. K diagnostickým výkonům patří endoskopické metody odběru tkáně k histologickému vyšetření. Kosmetickou indikací jsou operace asymptomatických kosmetických vad. Při stanovení indikace k operaci je nezbytné přihlídnout k celkovému stavu klienta. V případě, že by pro klienta byl operační výkon příliš náročný nebo velmi zatěžující, je nutné od operace upustit. Pak jde o kontraindikaci k výkonu (12, 30).

K základním úkolům chirurgie patří poskytování léčebně preventivní péče chirurgických onemocnění. Spočívají v zajištění péče o stavy vyžadující neodkladnou chirurgickou léčbu se zvláštním ohledem k život ohrožujícím stavům. Jde o náhlé příhody břišní a závažná poranění. Dále o chronická onemocnění vyléčitelná pouze operací, jako jsou varixy, kýly, léčba nádorových onemocnění, léčení onemocnění, u kterých medikamentózní léčba selhala nebo u kterých hrozí život ohrožující komplikace. Náleží sem také transplantační chirurgie. K další úkolům chirurgie náleží léčba všech poranění kromě ušních, očních a nosních. Léčba některých vrozených vad, dále péče o chirurgicky nemocné, kteří vyžadují doléčení s využitím lázeňské a rehabilitační léčby. Součástí chirurgie je i účast na posudkové činnosti.

Pro chirurgii je nezbytná spolupráce s obory resuscitace a anesteziologie, vnitřního lékařství, rentgenologie, onkologie, pediatrie, včetně dispenzarizace a depistáže klientů, histopatologie, mikrobiologie a klinické biochemie (2, 30).

1.5.2 Právní normy edukace klientů v ČR

Současné právní úpravy stanovují v § 23 odstavce 1 zákona č. 20/1966 O péči o zdraví lidu, že lékař je povinen poučit a informovat klienta vhodným způsobem o účelu a povaze poskytované zdravotní péče u každého léčebného výkonu nebo vyšetření a rovněž i o možných alternativách, důsledcích a rizicích každého výkonu. Vyšetřovací a léčebné výkony se vždy provádějí se souhlasem klienta, tedy s podepsaným informovaným souhlasem, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li klient i přes veškerá vysvětlení udělit souhlas s navrhovanou zdravotní péčí, lékař si o tom vyžádá písemné prohlášení (28).

Mezi zdravotnické pracovníky, nelékaře, patří například všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut, radiologický asistent, zdravotně - sociální pracovník. Ti mohou poskytovat pouze informace o zdravotních výkonech, které jsou sami oprávněni provádět (27).

Edukační kompetence stanovuje sbírka zákonů č. 424/2004 vyhláškou ze dne 30. června 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků:

„§ 3 činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí všeobecná sestra v odstavci 1, zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti:

a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,

d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře.“

„§ 4 v odstavci 1 všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména:

j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály (s. 8098, 27)“.

„§ 48 činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí, všeobecná sestra uvedená v § 49 až 59 po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti podle

§ 4 a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči, včetně vysoce specializované ošetrovatelské péče, v oboru specializace, případně zaměření. Přitom zejména

odstavec a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály

Odstavec b) na základě indikace lékaře

2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech (s. 8116, 27)“.

1.5.3 Postupy edukace v chirurgických oborech

Edukační postupy v chirurgických oborech je třeba zvolit u každého klienta individuálně s ohledem na jeho věk, vzdělání, onemocnění, motivaci, kulturu, zkušenosti s danou problematikou, druh operačního výkonu nebo vyšetření. Důležitým hlediskem je i fakt, zda je klient před operací nebo po operaci, zda se jedná o jeho první či několikatou operaci (9).

K edukaci klienta je pro sestru žádoucí sestavit a naplánovat vyučovací strategie, činnosti a metody tak, aby dosáhla žádaného výsledku. Ve výuce je důležité postupovat systematicky, tedy dle edukačních fází a stanovit edukační plán. Edukační fáze již byly obecně popsány v kapitole 1. 2. 2.

Při fázi posuzování v chirurgických oborech se zaměřujeme na zjištění údajů o klientovi a jeho potřebu získat, případně doplnit vědomosti, získat dovednosti. Sestra odebírá anamnézu metodou dotazování technikou dotazníků, rozhovorem nebo diskusí s klientem. Úkolem sestry je zjistit a posoudit potřebu klienta učit se, jeho motivaci, osobnost klienta a jeho aktuální fyzický a psychický stav. Není vždy jednoduché odhalit potřebu edukace. Až po následné diskusi s klientem si může být sestra jistá, jakými znalostmi a dovednostmi klient disponuje a jaké by bylo třeba doplnit. Například u klienta, který je diabetik a má před operací dekompenzovaný diabetes mellitus a pravděpodobně ví, jak má užívat léky, umí si také změřit hladinu cukru, ale neumí si aplikovat nově naordinovaný inzulín. A právě v této oblasti je nutná edukace sestrou o aplikaci inzulínu (8, 12).

Fáze stanovení vzdělávací diagnózy sestrou probíhá na základě analýzy zjištěných údajů o klientovi. Všechny vzdělávací diagnózy patří do kategorie deficitu vědomostí nebo dovedností. Důležité je, aby sestra přesně specifikovala vědomosti nebo dovednosti, které klientovi chybí. Například se může jednat o deficit vědomostí v předoperační péči v souvislosti s následným chirurgickým výkonem nebo deficit dovedností v péči o dolní končetiny po operaci varixů. Dále mohou být deficity vědomostí o onemocnění, rehabilitaci, o prevenci, o životosprávě, o protetických pomůckách, o významu doživotní dispenzarizace.

Během fáze plánování edukačního postupu sestra společně s klientem nejprve zhodnotí a vymezí priority v edukaci. Při určování priorit je třeba brát v úvahu, že klientovy priority se nemusí shodovat s prioritami sestry. Například klient, který se chce naučit aplikovat Fraxiparin, se nemusí učit vše o trombembolické nemoci, pokud to sám nepotřebuje. Po určení priorit v edukaci se stanovují cíle z hlediska klienta a ne z pohledu sestry. Například cíl: klient sám předvede techniku bandáže dolních končetin a ne cíl: sestra naučí klienta techniku bandáže. Cíle se mohou určit jak krátkodobé, tak dlouhodobé. Sestra si po určení cíle zvolí metody výuky, které by měla přizpůsobit učebnímu materiálu, tématu edukace i schopnosti klienta učit se. Například někteří klienti se lépe učí posloucháním, jiní mají vizuální nebo audiovizuální paměť. Používané metody edukace jsou rozhovor, vysvětlování, názorně – demonstrační, přednáška, cvičení, hraní rolí. Dalším úkolem sestry je výběr obsahu edukace, který je dán cílem výuky. Při vzdělávání klienta pomáhají různé knihy, časopisy, letáčky, filmy, diapozitivy a nemalý význam mají spolupacienti. Například klient, který má velmi krátce kolostomii se hodně naučí od klienta, který s ní žije už několik let. K zásadám rozplánování učiva patří, nejprve učit základy, přejít na to, co klienta zajímá, a je nutné edukační téma vyvolávající u klienta strach a úzkost probrat jako první. Důležitým úkolem sestry je společně s klientem sestavit edukační plán, který obsahuje téma a místo edukace, edukační diagnózu, cíl, výsledná kritéria, o kolikáté setkání se jedná, strukturu lekce, použité metody a pomůcky, zpětnou vazbu a vyhodnocení (8, 9, 29, 30).

Ve fázi realizace musí být sestra v roli edukátorky velmi pružná, neboť musí počítat s případným přehodnocením učební plánu. Například sestra naplánovala pro klienta lekci, jak si má aplikovat fraxiparin, ale na počátku edukace zjistí, že klient potřebuje ještě doplnit nějaké informace. V takovém případě je nutné změnit učební

plán a potřebné informace, které si klient vyžádal, podat. Pro sestru je důležité používat učební pomůcky ulehčující edukaci a zvážit překážky v učení, které mohou nastat, a znát způsoby, jak si s těmito překážkami poradit. Například, pokud má klient bolest, která snižuje schopnost koncentrace, je žádoucí před začátkem edukace ji zmírnit nebo odstranit. Samotné učení se může být ovlivněno akutním onemocněním, kdy všechny síly klienta se soustředí na vyrovnávání se s onemocněním. V tomto případě je vhodné odložit edukaci, až se klientův zdravotní stav zlepší.

K zásadám realizace učebního plánu patří zvolit přiměřené tempo, optimální čas a místo lekce, navázat na poznatky a zkušenosti, které edukant má, zachovávat návaznost učiva, používat neoborné výrazy, nepodávat nadbytečné informace, vyjadřovat se srozumitelně, opakovat, vyžadovat zpětnou vazbu, používat pozitivního posílení – odměnu, pochvalu.

V závěrečné fázi vyhodnocení edukace se zjišťuje zpětnou vazbou, zda se podařilo dosáhnout stanoveného cíle. Například u klienta po operaci žlučníku byl stanoven cíl: klient vybere jídla s nízkým obsahem tuku a možností pro hodnocení je požádat ho, aby vyjmenoval jídla s nízkým obsahem tuku. Oproti tomu získávání zručností a schopností se nejlépe hodnotí pozorováním při uskutečňování daného postupu. Například klientka po operaci prsu předvede bandážování horní končetiny (8, 9, 10).

Při hodnocení edukačního plánu je žádoucí zaměřit pozornost jak na klienta, tak na edukátora a postupovat dle následujících kritérií. Ke kritériím pro hodnocení klienta patří způsob spolupráce se sestrou nebo lékařem, pocit klienta k odpovědnosti za léčbu a zdraví, jak oceňuje větší samostatnost, do jaké míry nemoc ovlivňuje jeho životní styl a chování, jak klient upravuje fyzickou zátěž a stravu, jaké zázemí nachází v rodině. Edukátor sám sebe hodnotí dle těchto kritérií, zda aktivují klienta k diskusi, jak se shodne s klientem na cílech léčby, jak důsledně využívá edukačních zásad v praxi, jakých změn dosáhl ve vědomostech, postojích, dovednostech a v chování klienta, jak dovede hodnotit edukaci a jakého edukačního plánu a jakých metod využije (9, 30).

Po vyhodnocení sestra často považuje za nevyhnutelné zopakovat nebo změnit edukační plán, pokud nebyl cíl splněn nebo byl splněn pouze částečně. U hospitalizovaných klientů je někdy potřeba pokračovat v edukaci i po propuštění do domácího ošetřování.

Základem edukačního postupu je dokumentace. Záznam o edukaci musí obsahovat čeho klient dosáhl, učební plán a zahrnout i osoby, které podporují klienta. K dalším funkcím záznamu o edukaci se řadí také zhodnocení vědomostí klienta, odsouhlasení edukačního plánu, revize výukových strategií a vylepšení potřebných oblastí edukace (8).

Je zapotřebí si uvědomit, že ne vždy je v rámci přípravy klienta na vyšetření, operační zákrok, ale i v pooperační péči možné provést edukaci, v tomto případě pak sestra zvolí pouze předání informací ústní formou. V následujících kapitolách bude popsána edukace nejen před vyšetřením, ale i před, v průběhu a po operaci s ohledem na situace, kdy je péče orientována na pouhé předání informací klientovi sestrou (5, 12).

1.5.4 Edukace klienta před vyšetřením

Vyšetření chirurgicky nemocného spočívá nejprve v odebrání anamnézy lékařem i sestrou. Sestra rozhovorem s klientem zjišťuje a zapisuje do dokumentace důležité údaje, které po posouzení a analýze využije jak ke stanovení edukační, tak i ošetřovatelské diagnózy. Následují fyzikální a paraklinická vyšetření, do nichž jsou řazena laboratorní vyšetření, zobrazovací metody a speciální vyšetření. Cílem základního předoperačního vyšetření je shrnutí výsledku fyzikálního vyšetření, anamnestických dat, pomocných vyšetření, potřebných konziliárních vyšetření včetně chronické medikace.

Cílem laboratorního vyšetření je vyvrátit nebo potvrdit lékařskou diagnózu, zhodnotit toleranci klienta k anestézii, způsobu léčby a zmírnit riziko klienta případným pozitivním nálezem souvisejícím přímo se základním onemocněním. Mezi základní předoperační laboratorní vyšetření patří: krevní obraz, sedimentace, biochemický rozbor iontů, kreatininu, urey, glykémie a jaterních testů. Dále pak chemické vyšetření moče + sediment. Sestra edukuje klienta před odběrem laboratorních vyšetření o významu, způsobu a průběhu odběru. Edukuje klienta, z jakého důvodu má být lačný, a vysvětlí mu, že při nedodržení lačnění může dojít ke zkresleným hodnotám výsledků. Tato edukace probíhá nejčastěji na vyšetřovně, jako metodu edukace sestry používají rozhovor a vysvětlování. Od klienta je po provedené edukaci vyžadován slovní souhlas s odběrem (20, 30).

Součástí každého předoperačního vyšetření je anesteziologické konzilium a interní vyšetření. Edukace sestrou o těchto vyšetřeních probíhá metodou vysvětlování, rozhovorem, mnohdy s názornou ukázkou. Všechna předoperační vyšetření jsou doplněna dle druhu onemocnění a operačního zákroku a dle požadavků lékaře (29, 30).

Zobrazovací metody indikuje chirurg. Jedná se o rentgen plic, srdce, ultrazvuk vyšetřovaného orgánu, počítačovou tomografii nebo endoskopická vyšetření. Lékař edukuje klienta o druhu vyšetření, jak bude provedeno a předá mu poučení o vyšetření, které klient v případě souhlasu s vyšetřením podepíše. Edukace sestrou například před endoskopickou retrográdní cholangiopankreatografií spočívá nejprve na dohodě času a sestavení edukačního plánu s klientem a poté v edukaci klienta o nezbytném osmihodinovém lačnění a pití čirých tekutin, vyjmutí zubní náhrady, sejmutí šperků a hodinek, odložení chronické medikace po výkonu. Edukuje ho o průběhu přípravy na vyšetření a o následujícím postupu po vyšetření. Po provedené edukaci sestra klientovi nabídne možnost klást otázky. Jako metodu edukace lze využít diskusi, rozhovor, vysvětlování, názornou demonstraci nebo je možné uvedené metody různě kombinovat. Je vhodné poskytnout klientovi informační brožuru nebo leták a ověřit si, zda klient podaným informacím rozuměl. Cílem edukace před vyšetřením je, aby byl klient edukován v takovém rozsahu, aby byl co nejméně stresován (1, 4, 8, 9, 12, 30).

1.5.5 Předoperační edukace klienta sestrou

Operačnímu zákroku předchází předoperační příprava, jejíž rozsah je závislý na nemoci, která k indikaci operace vedla a na jejím dosavadním vývoji, klinickém a laboratorním nálezu, druhu operačního výkonu na jeho rozsahu, obtížnosti a míře zátěže, přítomnosti přidružených vedlejších chorob, dosavadní tělesné a duševní kondici klienta. Účelem předoperační přípravy je posouzení celkového stavu ve vztahu k operaci, ustálení nebo úprava odchylek, které mají komplikující vliv na operační průběh (30).

Předoperační přípravu lze rozdělit na obecnou a speciální, na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední, dále pak na celkovou a místní. Opomenout nelze přípravu fyzickou, a zejména pak přípravu psychickou. Každá předoperační příprava je zaměřena na zmírnění nebo odstranění peroperačních a pooperačních komplikací. Jedním

z důležitých aspektů přípravy klienta na operační výkon je edukace klienta a jeho rodiny.

Pečlivou přípravu klienta z hlediska kompenzace komplikujících onemocnění, volby anestézie i operačního výkonu dovoluje jen plánovaná operace. Sestra před plánovanou operací pečlivě edukuje klienta o dlouhodobé i krátkodobé přípravě k operaci. K metodám edukace sestra nejčastěji využívá vysvětlování, rozhovor a názorně demonstrační metodu, kdy zpětnou vazbou ujistí, zda klient všemu porozuměl a je u něho odstraněn deficit vědomostí nebo dovedností. U urgentní operace nemohou být komplikující onemocnění dostatečně korigovány a operační výkon ani edukace nelze naplánovat. Před urgentním výkonem není z časových důvodů edukace možná, proto se přistupuje k pouhému informování klienta o předoperační přípravě.

Cílem celkové obecné předoperační přípravy je vytvořit klientovi optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, k nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Obecná příprava spočívá ve zhodnocení operačních rizik, která se provádí na základě ASA klasifikace (Příloha 1).

V rámci edukace lékařem je nutné klientovi objasnit principy operačního výkonu s jeho riziky, pravděpodobným výsledkem, předpokládanou dobou rekonvalescence a dobou hospitalizace. Zda bude operace provedena v celkovém nebo místním znecitlivění, kde se klient probudí a co nastane v pooperačním období, například nutnost zavedení močového katétru nebo pravděpodobná přítomnost drénu v operační ráně. Klientem nebo jeho zákonným zástupcem musí být před operací podepsán informovaný souhlas s operačním výkonem a s anestézií. Kromě edukace a psychologického vedení klienta je obecná celková předoperační příprava zaměřena na udržení homeostázy, úpravu ztrát tělesných tekutin, minerálů a živin. Například u řady onemocnění gastrointestinálního traktu dojde k poruše vodní a elektrolytové rovnováhy a v předoperačním období se tato porucha koriguje, aby se předcházelo pooperačním infekcím, zhoršenému hojení a imunitním defektům. (21, 25,30).

K obecné edukaci před operací řadíme edukaci v souvislosti s pooperační rehabilitací, která spočívá v nácvičku pohybové aktivity, nácvičku dýchání, návratu střevní peristaltiky a péči o psychický stav klienta. Sestra se zajímá o potřeby klienta, zajišťuje jeho klid a pohodu, předchází strachu, pečuje o spánek a edukuje klienta o předoperačních ošetřovatelských postupech, které vyplývají z typu operace. Například

klienta před amputací dolní končetiny pod kolenem sestra edukuje o různých alternativách protetických pomůcek, provádí s klientem nácvik dýchání, chůze s berlemi. Tato edukace probíhá tak, že si sestra s klientem domluví edukační lekci, společně sestaví edukační plán dle obecného vzoru (Příloha 6). Na první setkání je třeba zvolit edukační místnost, kde bude edukace probíhat, dobu trvání edukace, určit si edukační téma a cíl, například: klient sám hovoří o možnostech protetických pomůcek po amputaci dolní končetiny. K této edukaci sestra používá především metody vysvětlování, diskusi, rozhovor, videoprojekci a je vhodné i využití názorných pomůcek. Velmi důležité je zapojit do edukace i rodinu klienta, předat jim letáčky, brožurky s protetickými pomůckami a poskytnout jim prostor pro otázky. Zpětnou vazbou si pak sestra ověří, zda klient, případně i jeho rodina, danou problematiku chápe a jaký postoj k ní zaujímá. V případě jakýchkoliv nejasností, ať už ze strany klienta nebo jeho rodiny, sestra nabídne možnost opakovaného setkání. (8, 12, 22, 29, 30, 32).

Místní předoperační příprava spočívá v edukaci o přípravě operačního pole, liší se podle druhu operace. Jedná se například o nutnost zavedení nazogastrické sondy před operací, kdy sestra edukuje klienta o tom, že se žaludeční sonda zavádí z důvodu odčerpání žaludečního obsahu a dovede klienta k uvědomění si nutnosti zavedení nasogastrické sondy. Před některými operacemi sestra edukuje o nezbytném vyprázdnění tlustého střeva. Sestra edukuje o důvodech případného zavedení permanentní cévky u náročnějších a delších operací. Tato individuální edukace nejčastěji probíhá na pokoji u lůžka klienta, kdy sestra může využít vysvětlování, rozhovor, krátkou videoprojekci či názornou demonstraci prostřednictvím výukových modelů (2, 8, 15, 30).

Chirurgická sestra v rámci přípravy na operaci edukuje klienta o krátkodobé předoperační přípravě, při které zpravidla používá ústní formu edukace, především rozhovor, vysvětlování, které je doplněno o předávání letáčků, brožurek. O každé edukaci klienta by sestra měla provést edukační záznam a provést zpětnou vazbu a tím si ověřit, zda klient podaným informacím porozuměl. Edukuje ho o průběhu předoperační přípravy. Krátkodobou předoperační edukaci sestra provádí v den před plánovanou operací. Sestra klientovi sdělí, aby od 24 hod nejedl, nepil a nekouřil. Dle ordinace lékaře a druhu operace podá očistné klyzma, nebo podá glycerinový čípek. Pokud klient užívá chronickou medikaci per os, užije ji večer před operací a ráno dle

ordinace anesteziologa. Sestra klienta edukuje o důležitosti celkové koupele před operací, ostříhání, případně odlakování nehtů, uložení cenností do úschovy. Ráno v den operačního výkonu provádí klient osobní hygienu, sestra kontroluje operační pole. U některých klientů se v rámci prevence tromboembolické nemoci dávají elastické punčochy nebo se provádí bandáže dolních končetin (8, 12, 25).

Během bezprostřední předoperační přípravy sestra dotazem zkontroluje, zda se klient před výkonem vymočil a dodržel lačnění. Informuje a následně požádá klienta o odložení protetických pomůcek. Před odvozem na operační sál sestra zkontroluje, zda si klient sejmul šperky, hodinky, dle poučení si klient oblékne ústavní košili a dle ordinace anesteziologa je mu aplikována premedikace. Poté by již klient neměl vstávat z lůžka a sestra zajišťuje ve spolupráci s nižším zdravotnickým personálem převoz klienta na operační sál (8, 25, 30).

Na operačním sále z časových a provozních důvodů není dost dobře možné perioperační edukaci klienta provádět. Sestry a lékaři se v tomto období omezují na poskytování základních informací klientovi tak, aby byla s ním navázána spolupráce a upřesněny informace, které vedou ke snížení obav a strachu klienta před operačním výkonem. Správně podané informace ze strany nejen perioperační a anesteziologické sestry, ale i lékaře, může stav klienta velmi pozitivně ovlivnit, neboť klientův duševní klid je bezprostředně před výkonem velmi důležitý. Cílem a prioritou poskytování informací je přesvědčit klienta, že operační sál je prostředí přátelské, velmi dobře přístrojově vybavené, kde se v prevenci infekce dodržují přísné zásady asepse (12, 30).

1.5.6 Pooperační edukace klienta sestrou

Pooperační edukaci lze rozdělit na obecnou a speciální. Obecná pooperační edukace se provádí u všech klientů a speciální se odvíjí od druhu operačního výkonu. Při převozu z operačního sálu operovaného i s dokumentací přebírá sestra z příslušného oddělení. Bezprostředně po operaci zůstává klient pod stálým dohledem sestry a lékaře na dospávacím pokoji, a to do stabilizace krevního oběhu, spontánního dýchání a návratu obranných reflexů po odeznění účinků narkózy. Klienti, jejichž pooperační stav vyžaduje déletrvající intenzivní péči, jsou přeloženi z operačního sálu na

chirurgickou jednotku intenzivní péče. Klienti, jejichž pooperační stav intenzivní péči nevyžaduje, jsou přeloženi na lůžkové oddělení (30).

V pooperační péči sestra v rámci edukace klienta provede nejdříve vysvětlení a následně názornou ukázkou o časném posazování a vstávání z lůžka hned první pooperační den, pokud to stav klienta dovoluje. Bolest v operační ráně se objevuje po vymizení účinků anestetika. Proto je vhodné hned po probuzení z anestézie podat analgetika a dále klienta informovat o možnosti další aplikace analgetik dle ordinace lékaře, zpravidla v intervalech po čtyřech nebo šesti hodinách. Důležité je edukovat klienta i o možných alternativních metodách léčby bolesti, jako jsou například odvádění pozornosti, úlevové polohy, svalová relaxace, psychologické působení na klienta. Odstranění nebo alespoň zmírnění bolesti je velmi důležité, neboť bolest odvádí pozornost klientů při edukaci. Dalším úkolem sestry je informovat o možnostech objevení se nauzey nebo zvracení 24 hod po operaci, jako reakce na premedikaci a anestézii. Trvá-li zvracení déle než 24 hod, je třeba po konzultaci s lékařem zavést nasogastrální sondu (1, 9, 12, 17, 31).

Po operaci je důležité sledovat vyprazdňování močového měchýře. Nezbytné je vysvětlení a pečlivá edukace sestrou, z jakého důvodu by se měl klient do osmi hodin po operaci vymočit a pokud by to nebylo z nějakého důvodu možné, je nezbytné klienta edukovat o nutnosti vycévkování. V případě, že u operovaného nedojde do tří až čtyř dnů k spontánnímu odchodu plynů, informuje sestra klienta o možnosti podání glycerinového čípku nebo klyzmatu. Sestra edukuje klienta o hygieně a prevenci vzniku proleženin. Tyto edukační postupy jsou nejčastěji prováděny metodou rozhovoru nebo diskusí, a pokud je to vhodné i v kombinaci s názorně – demonstračními ukázkami a sestra cílenými dotazy a pozorováním zjistí, zda klient vše správně pochopil (8, 9, 12, 30).

Neméně důležitá je i péče o operační ránu, kdy sestra edukuje klienta o způsobu převazu, kontrole z důvodu prosakování obvazu a dodržení některých zásad asepse při péči o operační ránu. V operační den převaz rány není prováděn, pokud to nevyžaduje pooperační průběh a pokud obvaz není prosáklý. První nebo druhý den po zákroku provede převaz rány lékař. Zhodnotí postup hojení a doporučí další péči. V rané pooperační péči se již klient sprchuje za používání dezinfekčního mýdla jedenkrát až dvakrát denně. Stehy se odstraňují většinou sedmý den po operaci (30, 31).

V rámci prevence vzniku pooperačních komplikací není prioritní, aby klient znal všechny komplikace, které mohou vzniknout, ale naučit klienta správným postupům tak, aby se komplikacím předešlo. Pooperační komplikace jsou rozděleny dle časového intervalu operace na časně a pozdní a dle místa komplikace na místní a celkové. Mezi místní komplikace jsou řazeny poruchy hojení ran - to jsou záněty kůže, nekróza, infekce rány, rozestup operační rány. Mezi respirační komplikace patří atelaktáza plic, pneumonie, plicní aspirace, laryngospasmus, bronchospasmus, edém laryngu, apnoe. Ke kardiálním komplikacím po operaci patří poruchy srdečního rytmu, akutní infarkt myokardu, pooperační srdeční selhání. Mezi tromboembolické komplikace řadíme flebotrombózu, embolii plicnice, tromboflebitidu, vzduchovou embolii, tukovou embolii.

Smyslem této kapitoly je poukázat na prevenci v rámci edukace těch komplikací, kterým může předejít sám klient svou aktivní účastí v edukačním procesu. V rámci prevence tromboembolické nemoci jsou edukační činnosti zaměřené na správnost provedení bandáže operované končetiny, při níž sestra nejčastěji používá názorně – demonstrační metodu spojenou s vysvětlováním. V některých případech musí klient po propuštění tyto bandáže provádět sám a je nepochybně velmi důležité jej názorně naučit techniku přiložení bandáže, a to tak, aby přiložení bandáže bylo prováděno efektivně a předešlo se tak možným komplikacím. Efektivnost přiložení bandáže si sestra ověří pozorováním klientovi, zručnosti při přikládání bandáže na dolní končetiny. Sestra informuje klienta i o možnosti použití elastických punčoch. V rámci edukace klienta sestrou o prevenci tromboembolické nemoci je neméně důležité názorné vysvětlení techniky cévní gymnastiky, která spočívá v pokrčování a natahování dolních končetin v lůžku a také v krouživých pohybech v hlezenním kloubu. Sestra rovněž klade důraz na dostatečný příjem tekutin (9, 10, 12, 29, 30).

V rámci prevence atelaktázy plic sestra edukuje klienta o dechovém cvičení, nafukování balónku, dýchání proti odporu či vibrační masáže sestrou, včasném posazování, změně polohy. K této edukaci sestra může použít vysvětlování s názornou demonstrací i předáním instruktážního letáčku.

Specifická edukace klienta sestrou po operaci pak spočívá v objasnění a vysvětlení i praktickému nácviku pooperační péče, která se odvíjí od druhu provedeného operačního zákroku. Sestra edukuje v pooperačním období nejen klienta,

ale i klientovu rodinu, neboť je třeba zajistit péči po propuštění klienta do domácího ošetřování. Úkolem pooperační edukace je zajistit nekomplikované zhojení rány, předcházet komplikacím a vytvořit podmínky pro regeneraci tkání a docílit příznivého zformování jizvy (2, 8, 9, 12, 30, 31).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda sestry v chirurgických oborech edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení.

Cíl 2: Zjistit, jaké edukační postupy jsou sestrami v chirurgických oborech využívány.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1: Domnívám se, že sestry v chirurgických oborech edukují klienty, kteří jsou hospitalizováni na chirurgickém oddělení.

Hypotéza 2: Domnívám se, že sestry v chirurgických oborech využívají nejčastěji k edukačním postupům rozhovor.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

K dosažení cílů a ověření stanovených hypotéz byla použita kombinace kvantitativního a kvalitativního šetření. Tedy část šetření probíhala metodou dotazování technikou dotazníků a druhá část šetření byla vedena technikou polostandardizovaného rozhovoru se sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení. Použité dotazníky byly určeny pro hospitalizované klienty na chirurgickém oddělení a pro sestry na chirurgickém oddělení. Dotazníky byly anonymní.

Dotazník pro sestry na chirurgickém oddělení obsahoval otevřené, polouzavřené a uzavřené otázky. Obsahoval 15 otázek zaměřených na edukaci klientů na chirurgickém oddělení. 9 otázek bylo uzavřených, 4 otázky polouzavřené a 2 otázky otevřené.

Dotazník pro hospitalizované na chirurgickém oddělení obsahoval uzavřené a polouzavřené otázky, které nabízely možnost výběru z konkrétních možností a zároveň možnost vyjádření vlastního názoru. Obsahoval 16 otázek, ze kterých bylo 9 otázek uzavřených a 7 otázek polouzavřených.

Rozhovor se sestrami byl anonymní a byl veden na podkladě předem připravených 13 otevřených otázek polostandardizovaného rozhovoru pro sestry na chirurgickém oddělení (Příloha 2).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní na chirurgickém oddělení a sestry na chirurgickém oddělení nemocnice České Budějovice a. s. V průběhu dvou po sobě následujících měsíců (únor – březen 2009) byli hospitalizovaní a sestry na chirurgickém oddělení osloveni a požádáni o vyplnění dotazníku. V červenci 2009 bylo šetření doplněno o polostandardizovaný rozhovor se sestrami z chirurgického oddělení. Kontaktní osobou byla vrchní sestra chirurgického oddělení.

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. Z toho 60 dotazníků pro sestry na chirurgickém oddělení a 60 dotazníků pro hospitalizované na chirurgickém oddělení.

Od sester na chirurgickém oddělení se 5 dotazníků vůbec nevrátilo, 2 dotazníky se vrátily prázdné a 6 dotazníků bylo nutné vyřadit pro neúplnost údajů. Návratnost od sester na chirurgickém oddělení tedy činila 87 %. Od hospitalizovaných na chirurgickém oddělení se 10 dotazníků vůbec nevrátilo, 5 dotazníků se vrátilo prázdných a 2 dotazníky bylo nutné vyřadit pro neúplnost údajů. Návratnost od hospitalizovaných na chirurgickém oddělení tedy činila 83 %.

První výzkumný soubor tedy tvořilo 90 respondentů, z toho 47 sester z chirurgického oddělení a 43 hospitalizovaných na chirurgickém oddělení.

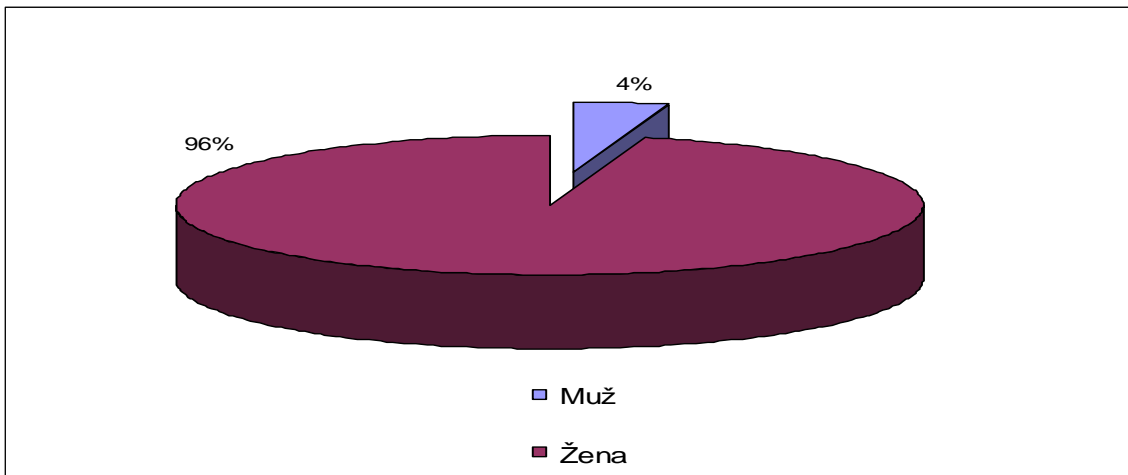
Polostandardizovaného rozhovoru, který obsahoval 13 předem připravených otevřených otázek, se zúčastnilo 5 sester z chirurgického oddělení. Všechny 5 sester s rozhovorem souhlasilo.

Pro umožnění dotazníkového šetření a rozhovoru se sestrami z chirurgického oddělení byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, vrchní sestra chirurgického oddělení a po domluvě se staničními sestrami chirurgického oddělení byly sestry požádány o vyplnění dotazníku, který byl určený sestram. Hospitalizovaní byli požádáni o vyplnění dotazníku určeného pro hospitalizované na chirurgickém oddělení nemocnice České Budějovice a. s. V úvodu obou použitých dotazníků byla obsažena žádost o jeho vyplnění.

4 Výsledky

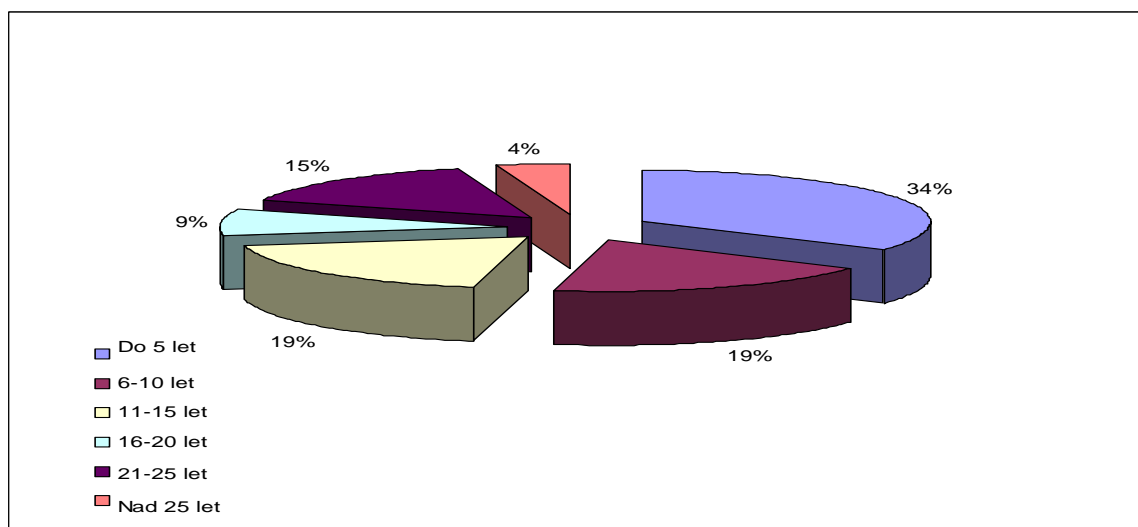
4.1 Výsledky dotazníku pro sestry na chirurgickém oddělení

Graf 1 Identifikace sester na chirurgickém oddělení



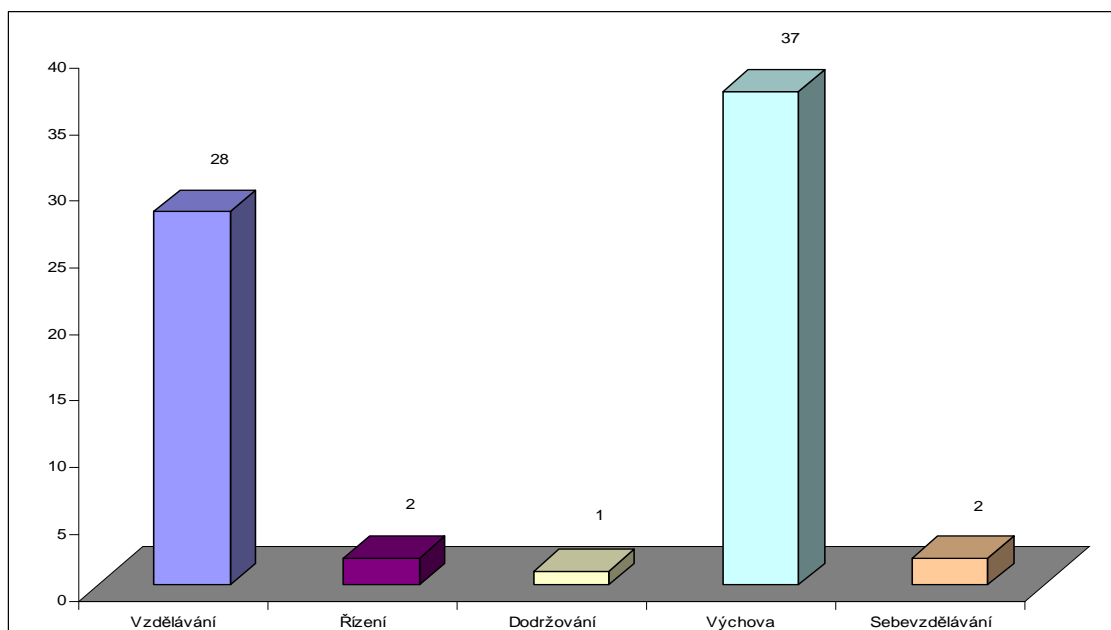
Graf 1 znázorňuje, že ve sledovaném souboru jsou 2 muži (4 %) a 45 žen (96 %).

Graf 2 Délka doby praxe sester na chirurgickém oddělení



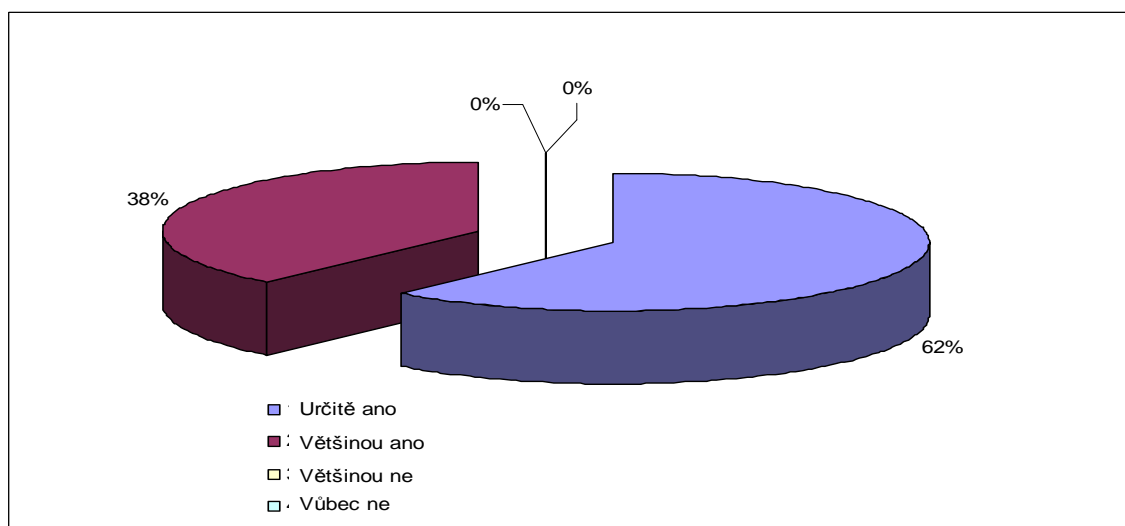
Graf 2 znázorňuje délku praxe ve zdravotnictví u sledovaného souboru sester. Kategorii do 5 let označilo 16 sester (34 %), kategorii 6 - 10 let označilo 9 sester (19 %), kategorii 11 - 15 let označilo 9 sester (19 %), kategorii 16 - 20 let označily 4 sestry (9 %), kategorii 21 - 25 let označilo 7 sester (15 %) a kategorii nad 25 let označily 2 sestry (4 %).

Graf 3 Charakteristika pojmu edukace



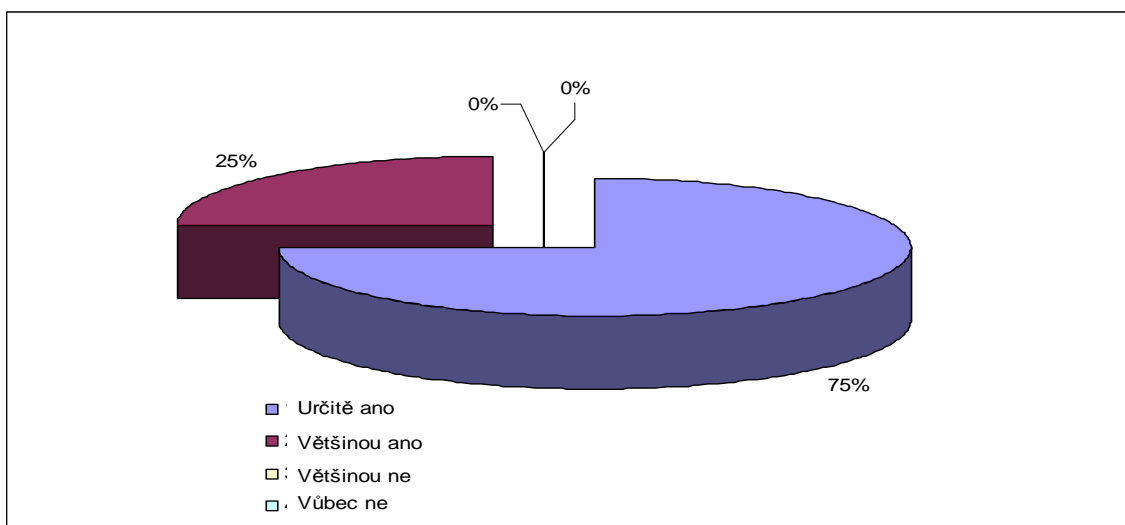
Graf 3 znázorňuje četnost odpovědí sester charakterizující pojem edukace: 28 sester označilo vzdělávání, 2 sestry označily možnost řízení, 1 sestra označila dodržování, 37 sester označilo možnost výchovy, 2 sestry označily možnost sebevzdělávání.

Graf 4 Edukace klientů před vyšetřením



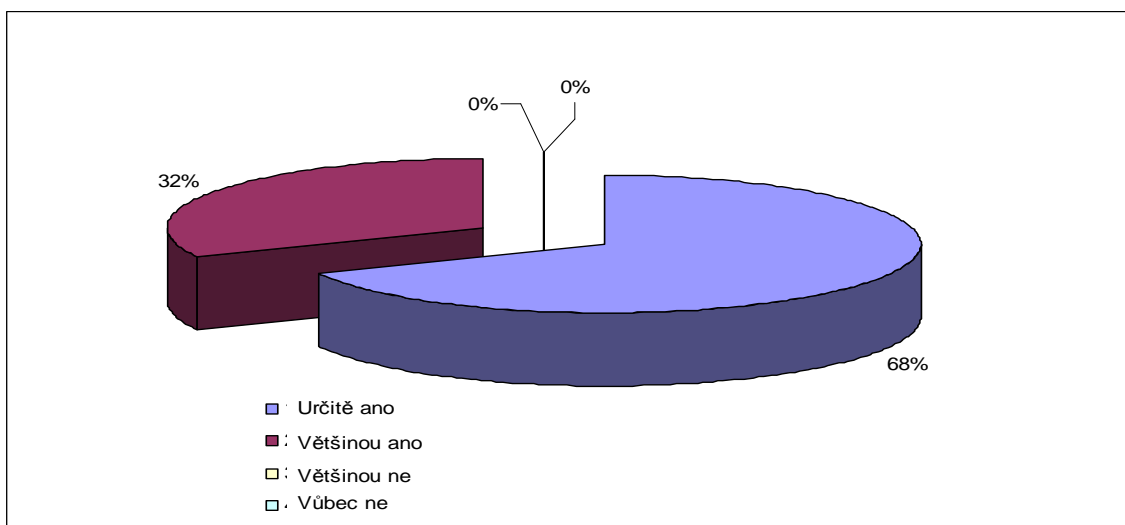
Graf 4 znázorňuje, zda sestry edukují klienty před vyšetřením: 29 sester (62 %) označilo možnost určitě ano, 18 sester (38 %) označilo možnost většinou ano. Možnosti většinou ne a vůbec ne neoznačila žádná sestra.

Graf 5 Edukace klienta o předoperační přípravě



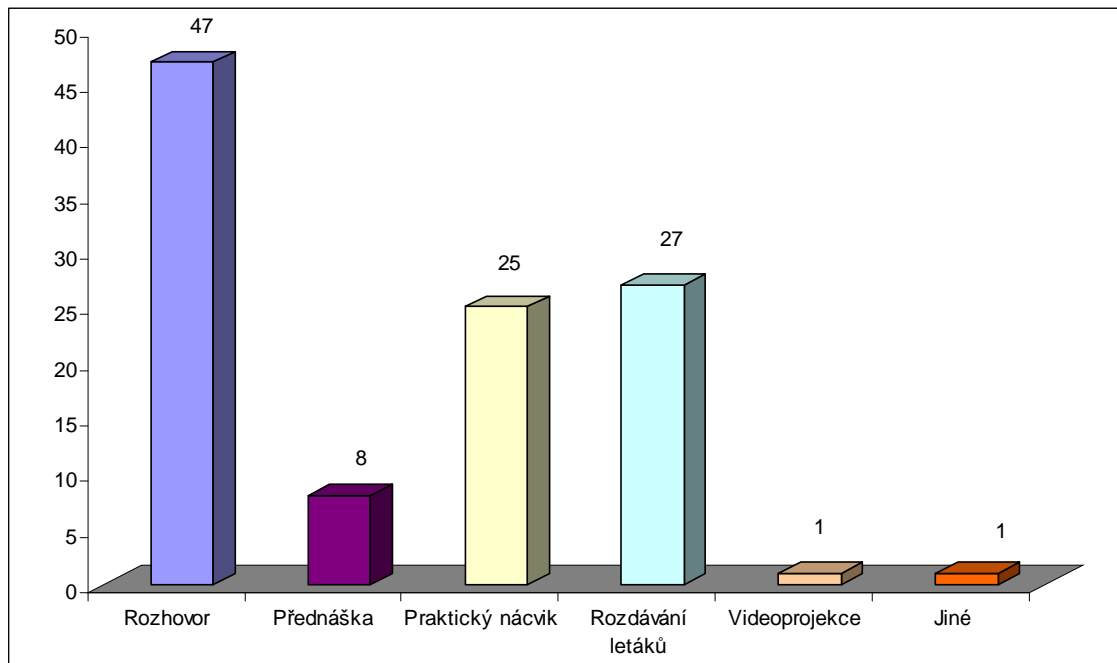
Graf 5 znázorňuje, zda sestry edukují klienty o předoperační přípravě: 39 sester (75 %) označilo možnost určitě ano, 13 sester (25 %) označilo možnost většinou ano. Možnosti většinou ne a vůbec ne neoznačila žádná sestra.

Graf 6 Edukace klienta sestrou o pooperační přípravě



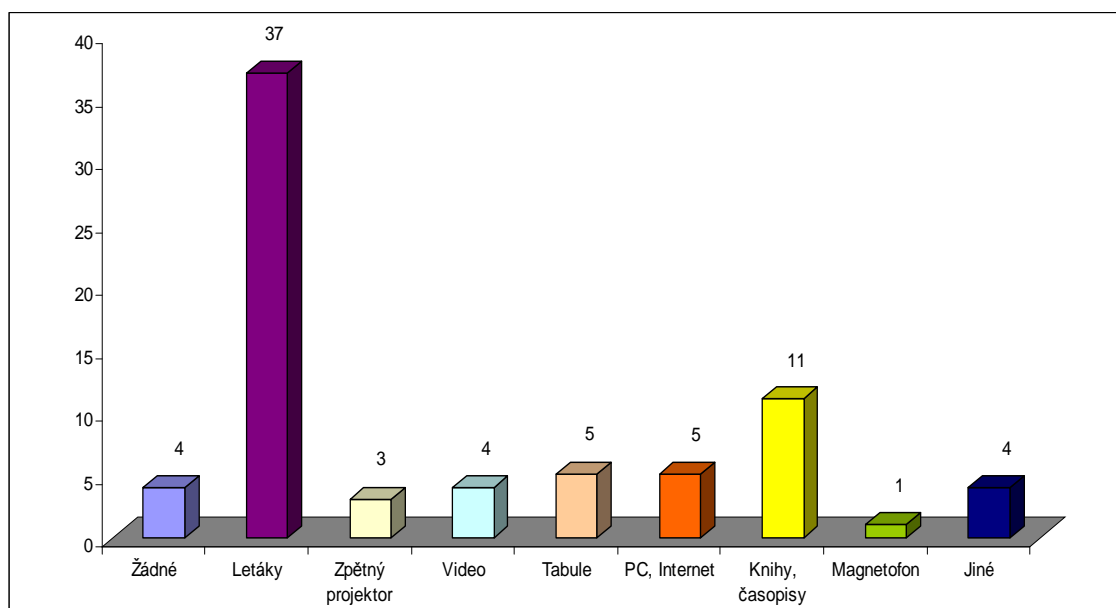
Graf 6 znázorňuje, zda sestry edukují klienty o pooperační přípravě: 32 sester (68 %) označilo možnost určitě ano, 15 sester (32 %) označilo možnost většinou ano. Možnosti většinou ne a vůbec ne neoznačila žádná sestra.

Graf 7 Používané metody edukace sestrou



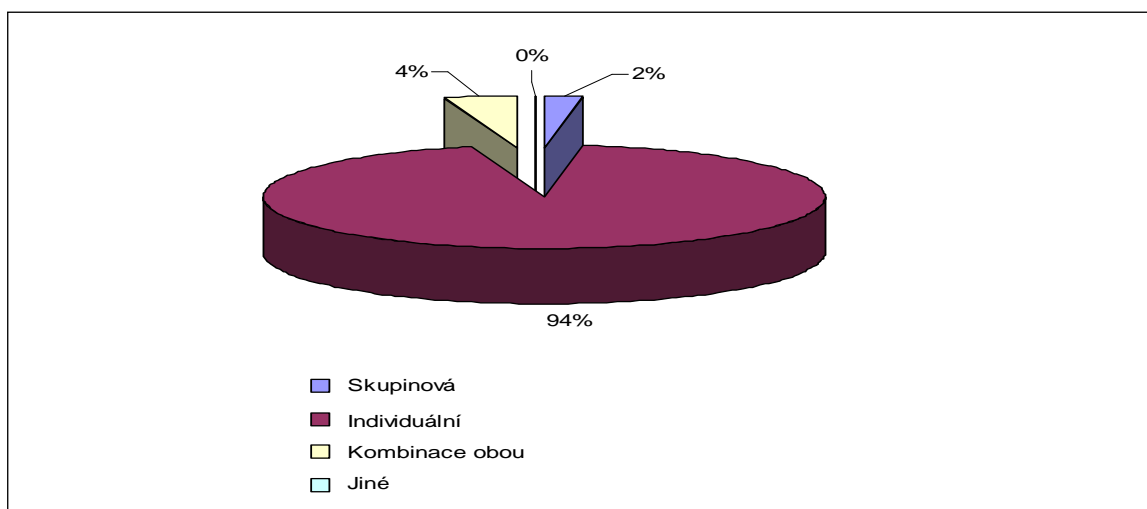
Graf 7 znázorňuje četnost odpovědí. Jako používanou metodu edukace na chirurgickém oddělení označilo 47 sester rozhovor, 8 sester označilo přednášku, 25 sester označilo praktický nácvik, 27 sester označilo možnost rozdání letáků, informačních brožur, příruček, 1 sestra označila možnost videoprojekce. A v možnosti jiné uvedla 1 sestra poučení o daném zákroku a používání pomůcek při edukaci klientů.

Graf 8 Používané pomůcky v průběhu edukace klientů



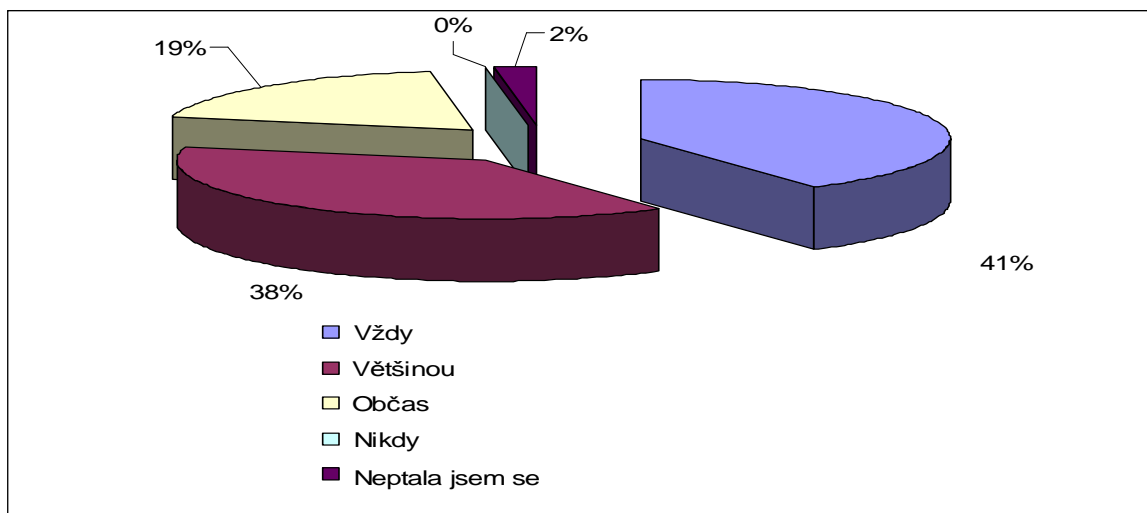
Graf 8 znázorňuje četnost odpovědí. Jako používané pomůcky při edukaci klientů na chirurgickém oddělení označily 4 sestry žádné pomůcky, 37 sester označilo možnost letáky a jiné propagační materiály, 3 sestry označily zpětný projektor, 4 sestry označily video, 5 sester označilo tabuli, 5 sester označilo PC, internet, 11 sester označilo knihy, časopisy, 1 sestra označila magnetofon. A v možnosti jiné 4 sestry uvedly pomůcky potřebné k léčbě pacienta.

Graf 9 Používaná forma edukace



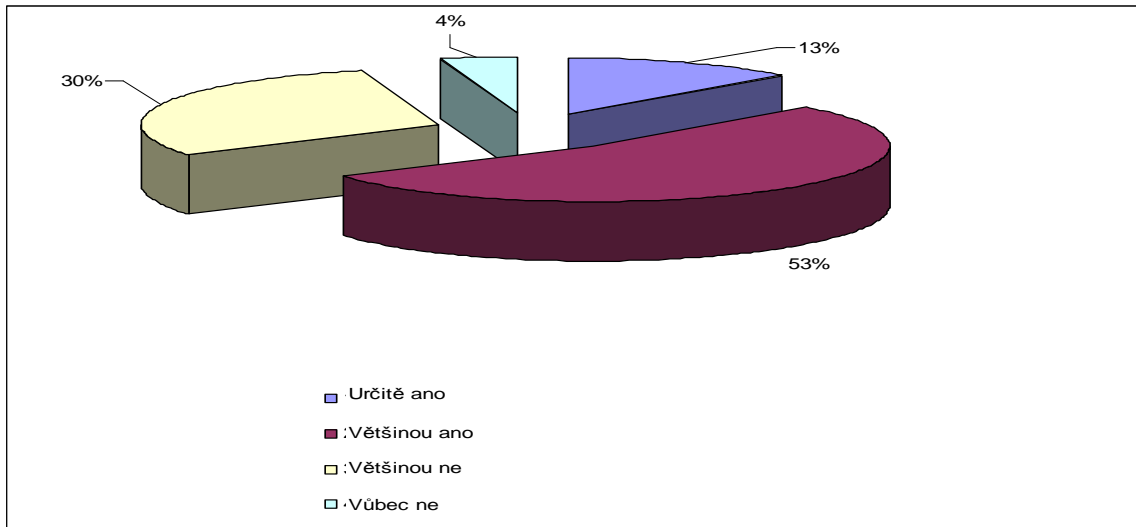
Graf 9 znázorňuje formu edukace používanou sestrami na chirurgickém oddělení. 1 sestra (2 %) označila skupinovou formu edukace, 44 sester (94 %) označilo formu individuální edukace, 2 sestry (4 %) označily možnost kombinaci obou a možnost jiné neoznačila žádná sestra.

Graf 10 Zpětná vazba na srozumitelnost podaných informací



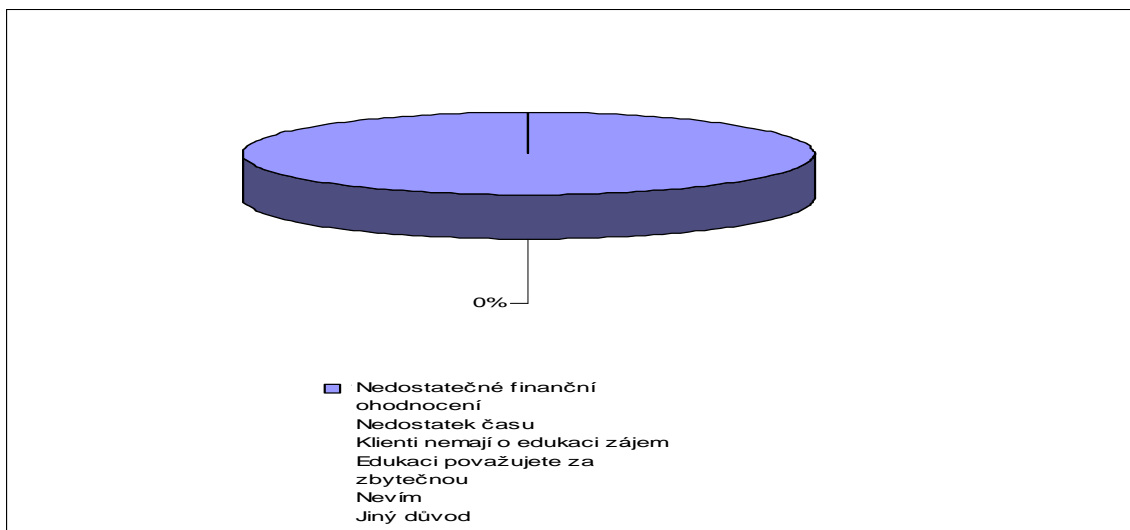
Graf 10 znázorňuje, zda sestry kontrolují, jestli klient rozuměl podaným informacím: 19 sester (41 %) uvedlo vždy, 18 sester (38 %) uvedlo většinou, 9 sester (19 %) uvedlo občas. Možnost nikdy neuvedla žádná sestra a 1 sestra (2 %) uvedla možnost neptala jsem se.

Graf 11 Zapojení rodiny klienta do edukace



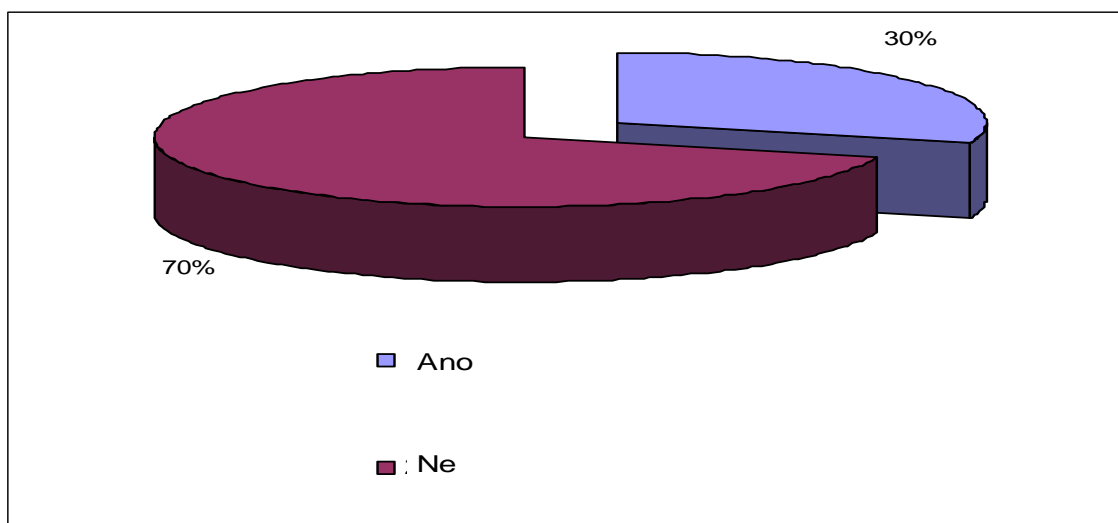
Graf 11 znázorňuje, zda sestry na chirurgickém oddělení zapojují do edukace rodinu klienta: 6 sester (13 %) označilo vždy, 25 sester (53 %) označilo většinou ano, 14 sester (30 %) označilo většinou ne, 2 sestry (4 %) označily vůbec ne.

Graf 12 Příčina neprovádění sesterské edukace



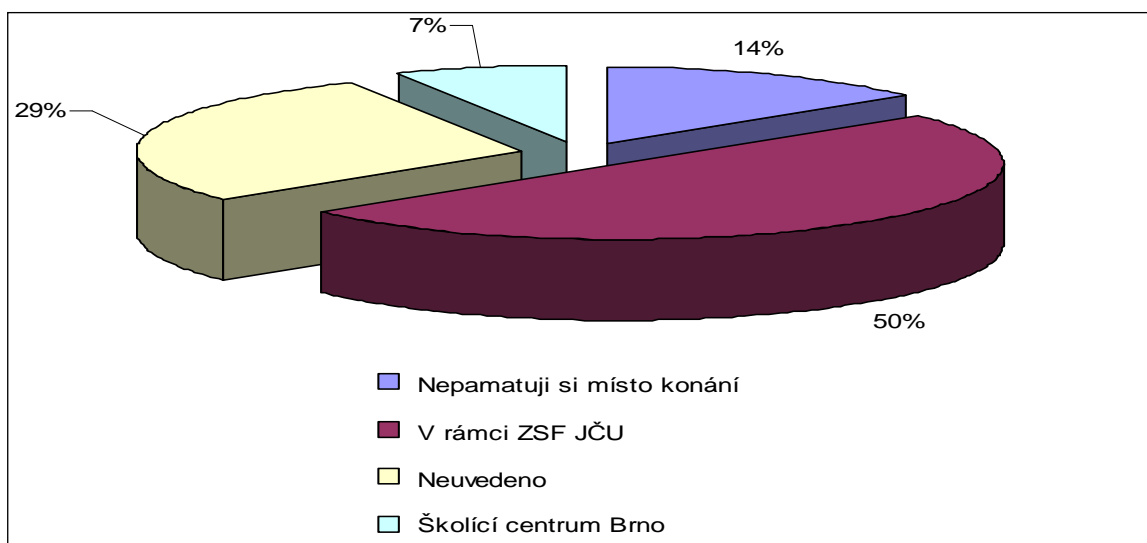
Graf 12 znázorňuje důvody, proč sestry, které označily v otázkách 4, 5, 6, možnosti c,d neprovádí edukační činnost klientů. Žádná sestra neuvedla v otázkách 4, 5, 6 možnosti c, d, a proto žádná sestra neuvedla důvod, proč edukační činnost neprovádí.

Graf 13 Proškolení sester o edukaci



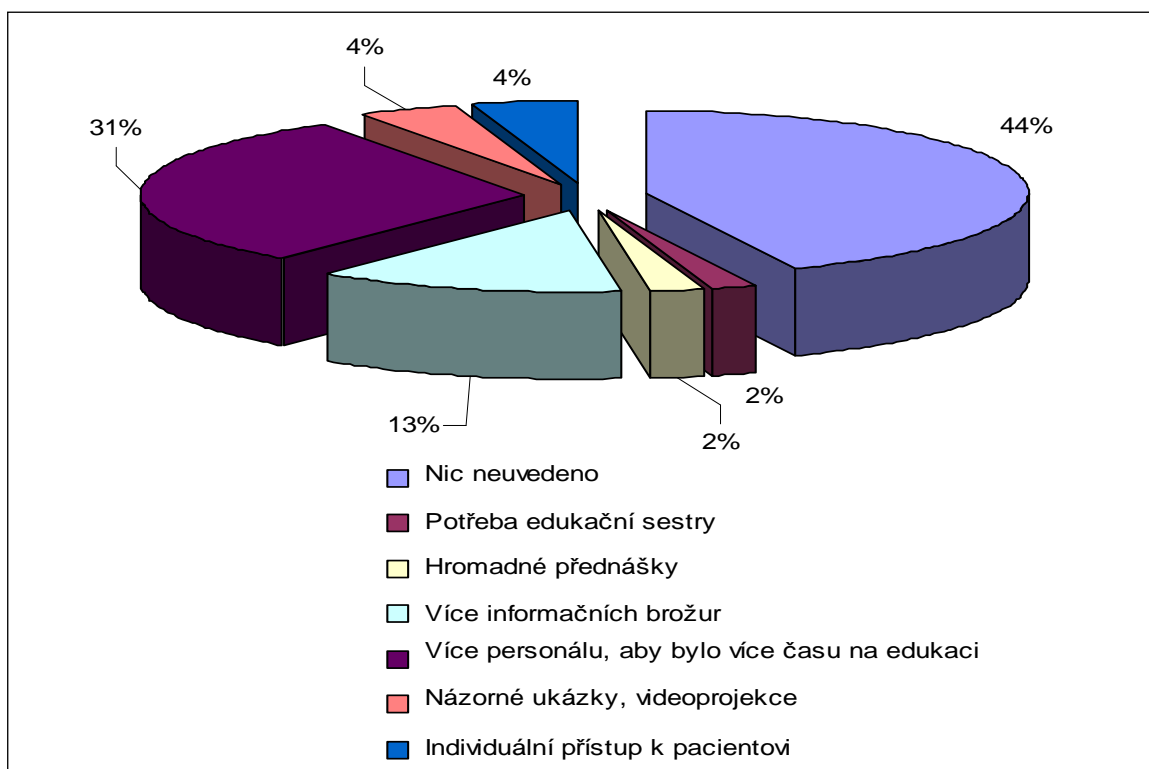
Graf 13 znázorňuje, zda sestry absolvovaly školení o edukaci: 14 sester (30 %) označilo možnost ano, 33 sester (70 %) označilo možnost ne.

Graf 14 Místo absolvování školení sester o edukaci



Graf 14 rozvíjí odpověď ano z grafu 13 a znázorňuje místo, kde sestry absolvovaly školení o edukaci: 2 sestry (14 %) uvedly, že si místo konání školení o edukaci nepamatují, 7 sester (50 %) uvedlo v rámci studia ZSF JČU, 4 sestry (29 %) nic nevedly a 1 sestra (7 %) uvedla školící centrum Brno.

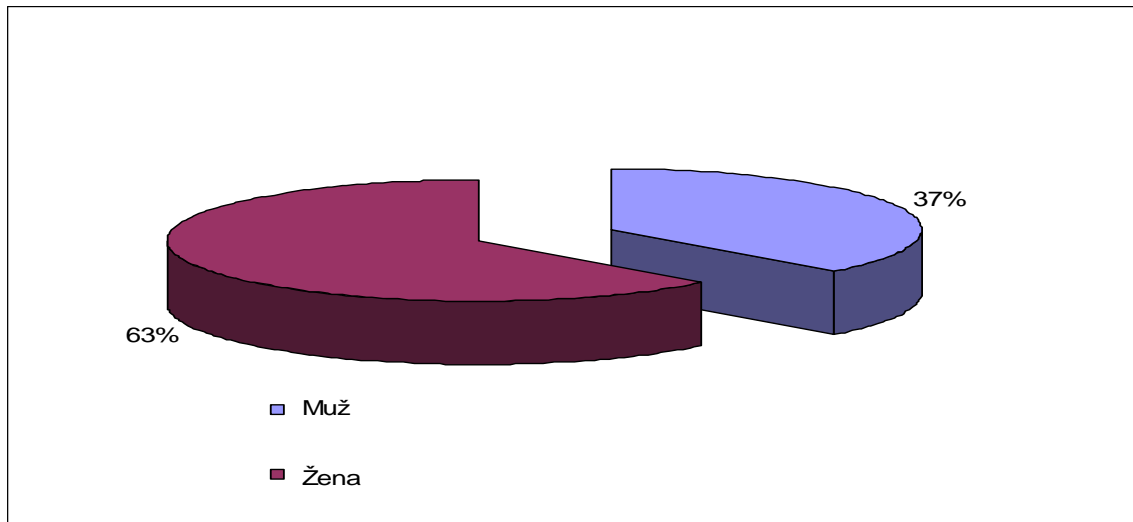
Graf 15 Možnosti zlepšení edukace ze strany sester



Graf 15 znázorňuje vyjádření sester, jakým způsobem by se dala na chirurgickém oddělení vylepšit edukace: 20 sester (44 %) neuvedlo žádnou možnost vylepšení edukace, 1 sestra (2 %) uvedla potřebu edukační sestry, 1 sestra (2 %) uvedla uskutečnění hromadných přednášek, 6 sester (13 %) uvedlo, aby bylo k dispozici klientům více informačních brožur, 14 sester (31 %) uvedlo více personálu, aby bylo více času na edukaci klientů, 2 sestry (4 %) uvedly názorné ukázky, videoprojekce a 2 sestry (4 %) uvedly pro zlepšení způsobu edukace individuální přístup ke klientovi.

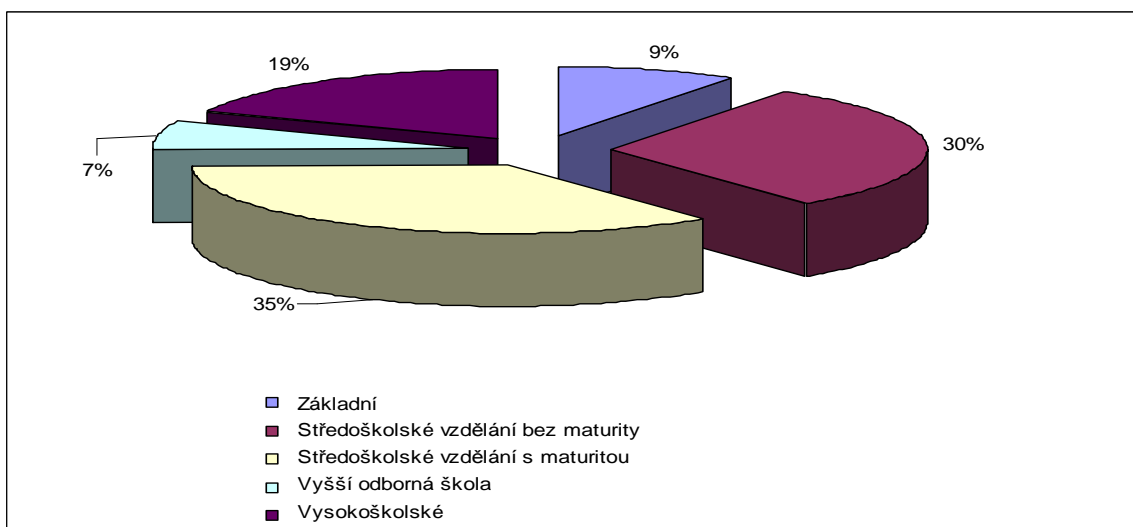
4.2 Výsledky dotazníku pro hospitalizované na chir. oddělení

Graf 16 Identifikace respondentů - klientů



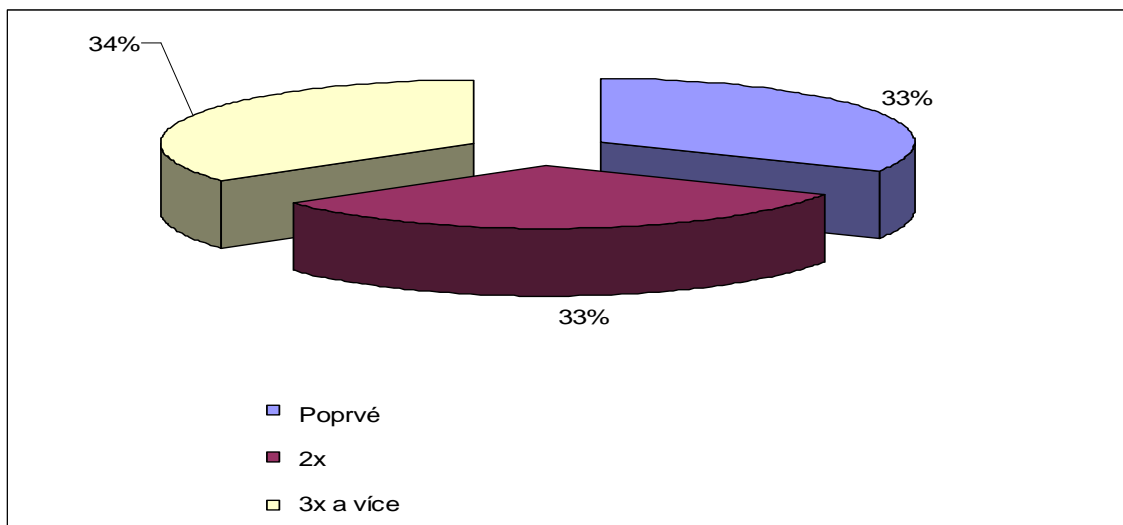
Graf 16 znázorňuje, že hospitalizovaných na chirurgickém oddělení je ve sledovaném souboru 16 mužů (37 %) a 27 žen (63 %).

Graf 17 Identifikace nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů - klientů



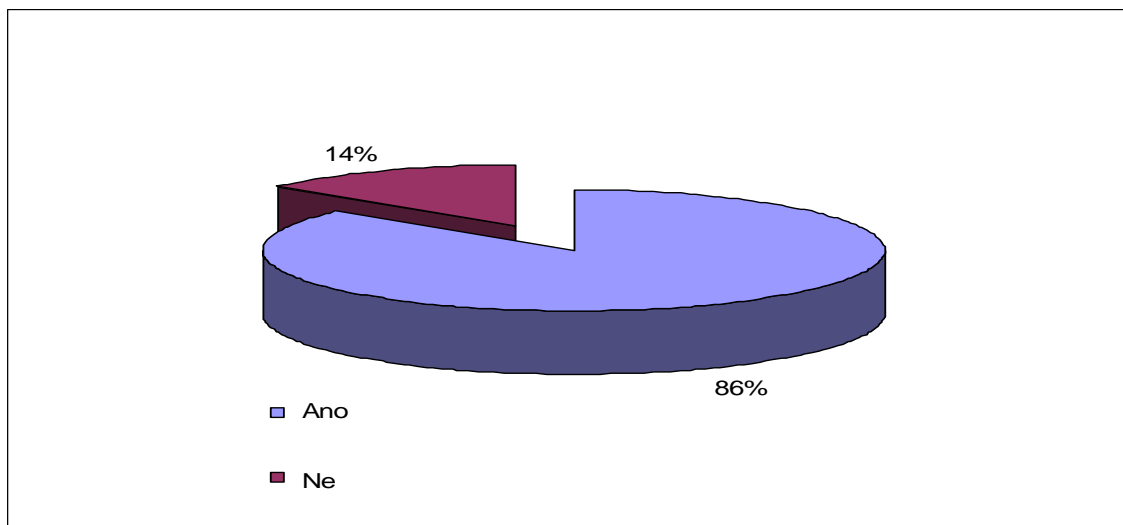
Graf 17 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání hospitalizovaných klientů na chirurgickém oddělení ve sledovaném souboru: 4 respondenti (9 %) mají základní vzdělání, 13 respondentů (30 %) má středoškolské vzdělání bez maturity, 15 respondentů (35 %) má středoškolské vzdělání s maturitou, 3 respondenti (7 %) mají vyšší odbornou školu, 8 respondentů (19 %) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 18 Počet hospitalizací klienta na chirurgickém oddělení



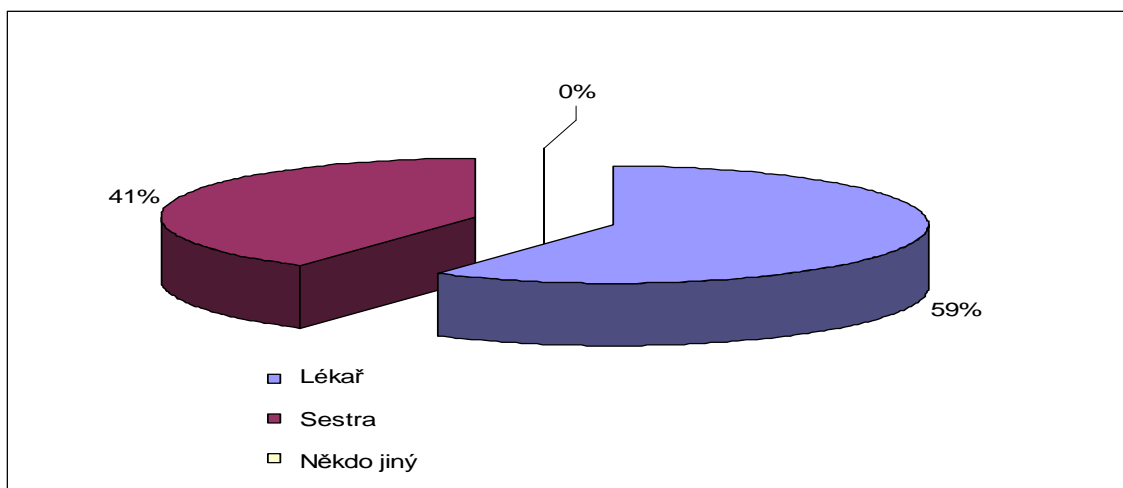
Graf 18 znázorňuje, kolikrát byli respondenti hospitalizováni na chirurgickém oddělení: poprvé bylo hospitalizováno 14 respondentů (33 %), 2x bylo hospitalizováno 14 respondentů (33 %), 3x a více bylo hospitalizováno 15 respondentů (34 %).

Graf 19 Absolvování vyšetření na chirurgickém oddělení



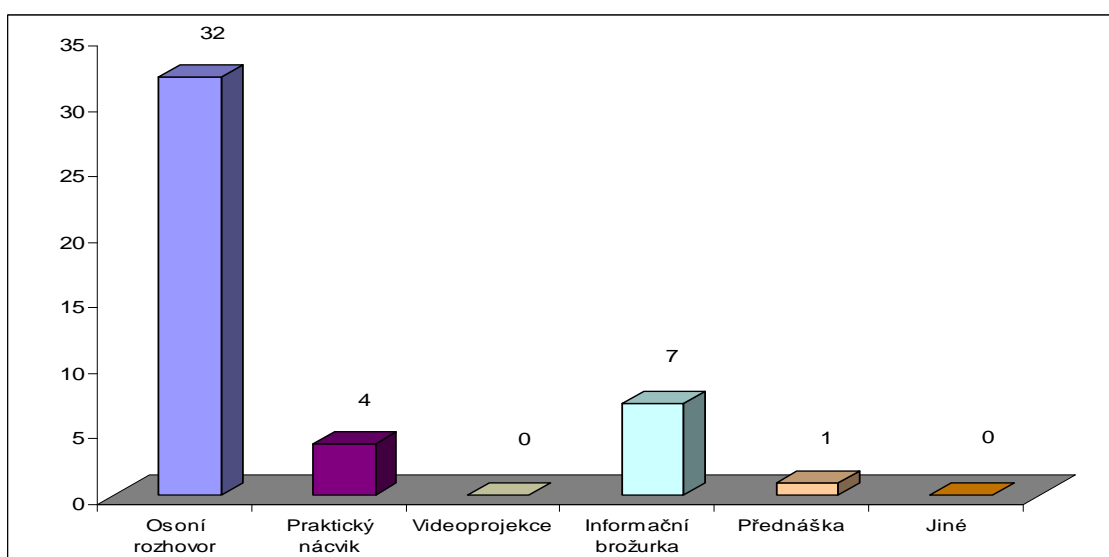
Graf 19 znázorňuje absolvování vyšetření na chirurgickém oddělení: 37 respondentů (86 %) označilo možnost ano, 6 respondentů (14 %) označilo možnost ne.

Graf 20 Informovanost klientů o vyšetření na chirurgickém oddělení



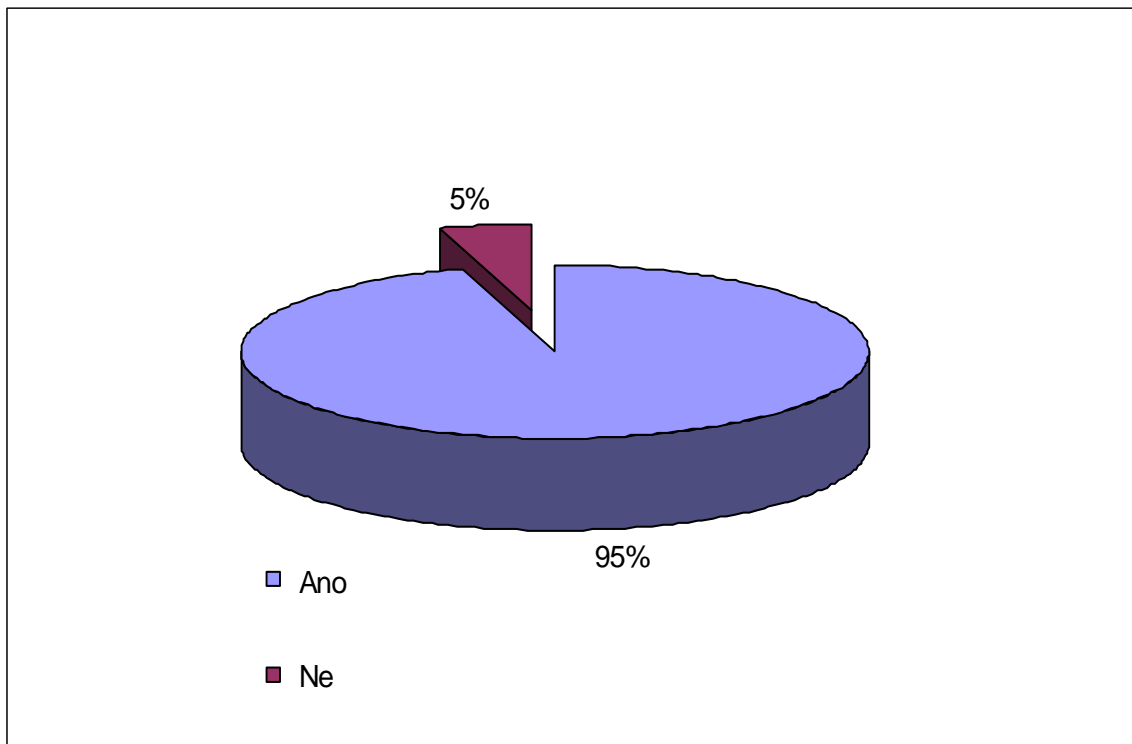
Graf 20 rozvíjí odpověď ano z grafu 19 a znázorňuje od koho získali hospitalizovaní na chirurgickém oddělení nejvíce informací před vyšetřením: 22 respondentů (59 %) označilo lékaře, 15 respondentů (41 %) označilo sestru a v možnosti někdo jiný nevedl nic žádný respondent.

Graf 21 Způsob podání informací o vyšetření klientům



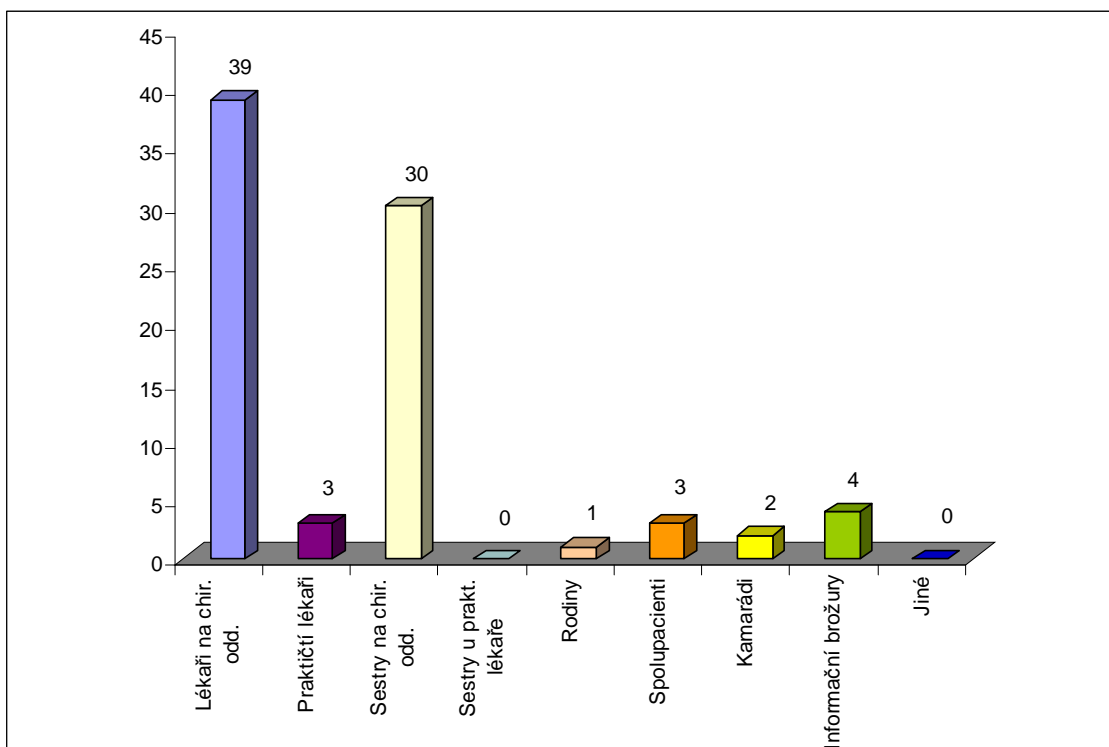
Graf 21 rozvíjí odpověď ano z grafu 19 a znázorňuje četnost odpovědí. Jako způsob podání informací v průběhu přípravy na vyšetření označilo 32 respondentů osobní rozhovor, 4 respondenti uvedli praktický nácvik, možnost videoprojekce neoznačil žádný z respondentů, 7 respondentů uvedlo informační brožuru, 1 respondent uvedl přednášku. V možnosti jiné neoznačil nic žádný respondent.

Graf 22 Podstoupení operačního výkonu na chirurgickém oddělení



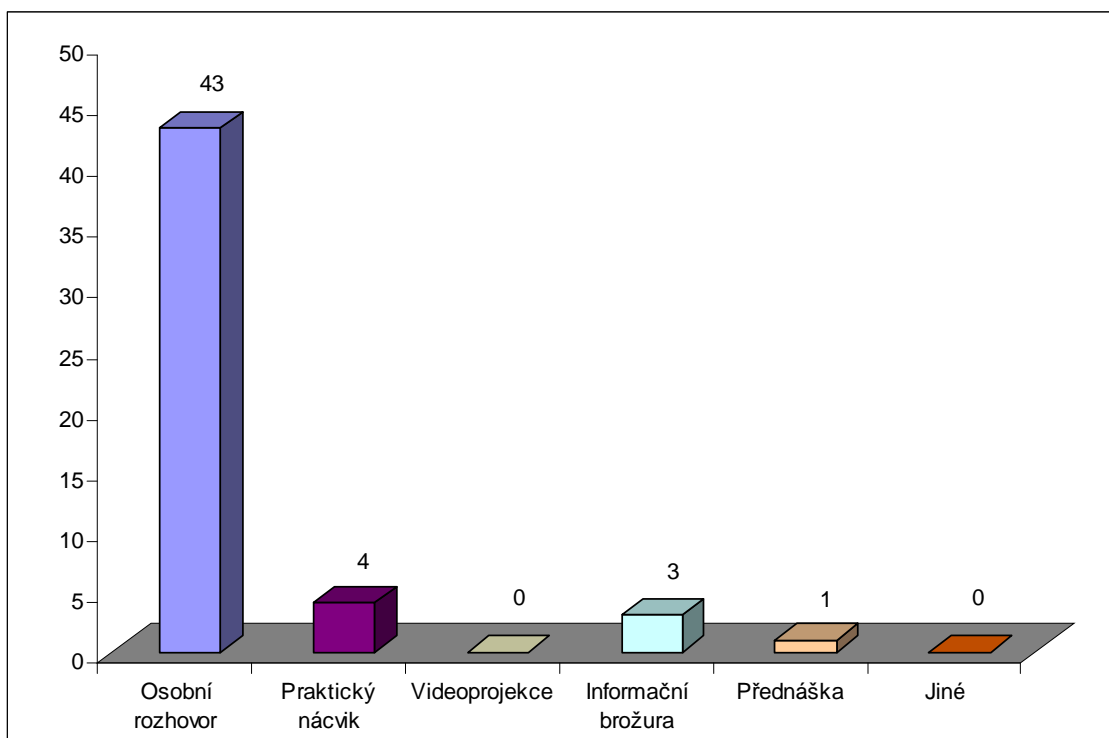
Graf 22 znázorňuje absolvování operačního výkonu na chirurgickém oddělení: 41 respondentů (95 %) označilo možnost ano, 2 respondenti (5 %) označili možnost ne.

Graf 23 Poskytnutí informací klientům o předoperační přípravě.



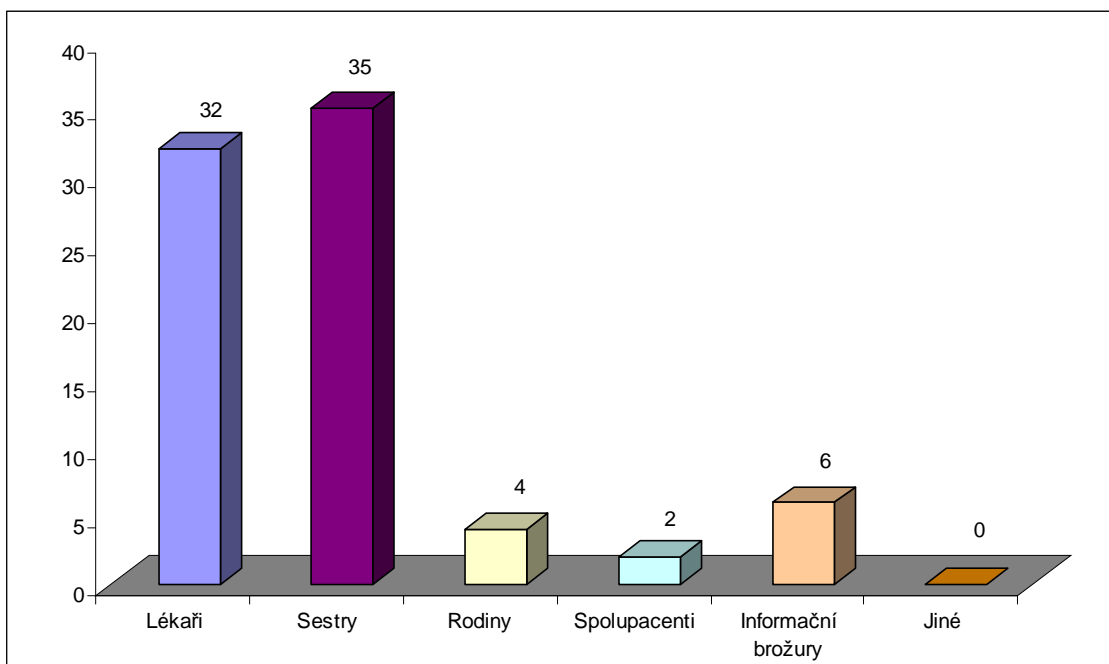
Graf 23 rozvíjí odpověď ano z grafu 22 a znázorňuje četnost odpovědí. Respondenti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení uvádějí, od koho získali nejvíce informací o předoperační přípravě: 39 respondentů označilo od lékaře na chirurgickém oddělení, 3 respondenti označili od praktického lékaře, 30 respondentů označilo od sestry na chirurgickém oddělení, od sestry u praktického lékaře neoznačil žádný respondent, 1 respondent označil od rodiny, 3 respondenti označili od spolupacientů, 2 respondenti označili od kamarádů, 4 respondenti označili možnost z informační brožury a v možnosti někdo jiný nevedl nic žádný respondent.

Graf 24 Způsob podání informací klientům o předoperační přípravě



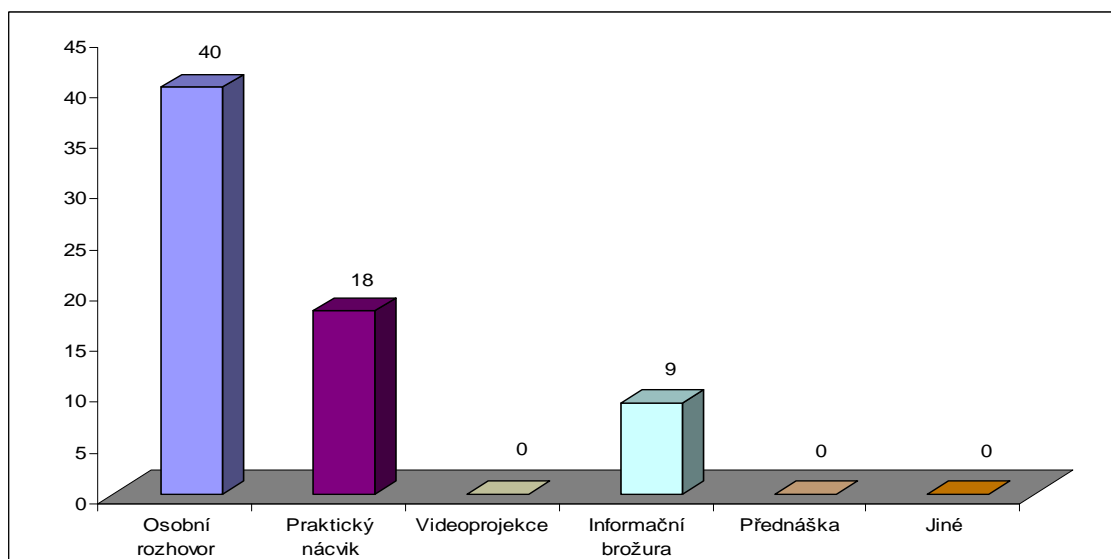
Graf 24 rozvíjí odpověď ano z grafu 22 a znázorňuje četnost odpovědí. Jako způsob podání informací v průběhu přípravy před operací označilo 43 respondentů osobní rozhovor, 4 respondenti uvedli praktický nácvik, možnost videoprojekce neoznačil žádný z respondentů, 3 respondenti uvedli, že jim sestra dala informační brožuru, 1 respondent uvedl přednášku. V možnosti jiné neoznačil nic žádný respondent.

Graf 25 Edukace klientů o pooperační přípravě



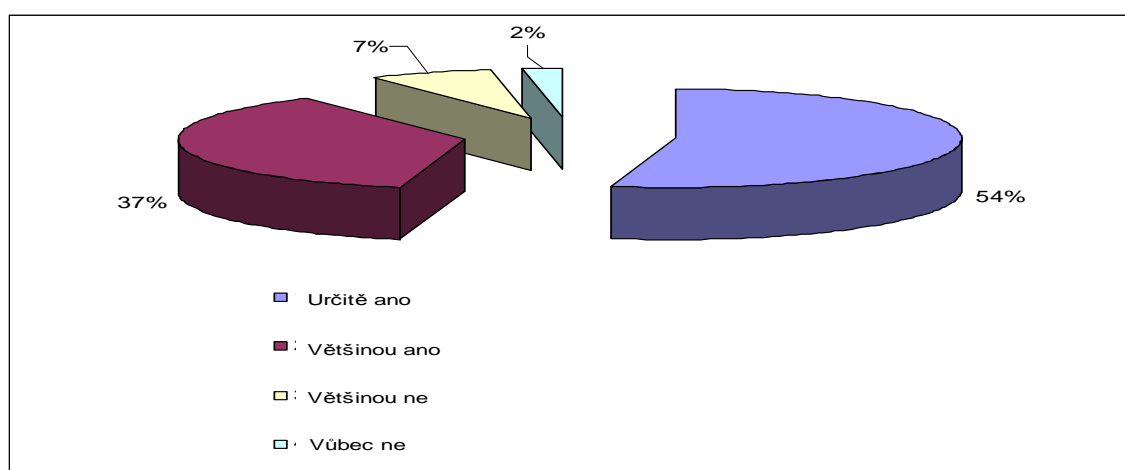
Graf 25 znázorňuje četnost odpovědí a označuje, od koho získali hospitalizovaní na chirurgickém oddělení nejvíce informací o péči po operaci: 32 respondentů označilo od lékaře, 35 respondentů označilo od sestry, 4 respondenti označili od rodiny, 2 respondenti označili od spolupacientů, 6 respondentů označilo možnost z informační brožury a v možnosti někdo jiný nevedl nic žádný respondent.

Graf 26 Způsob edukace klientů sestrou po operaci



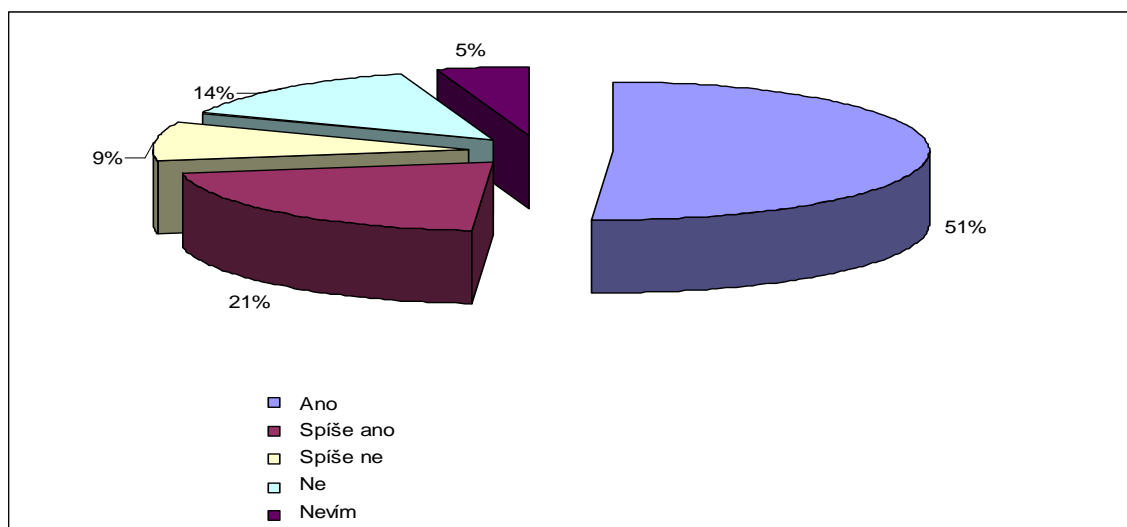
Graf 26 znázorňuje četnost odpovědí a uvádí způsob edukace sestrou na chirurgickém oddělení v pooperačním období. 40 respondentů označilo osobní rozhovor, 18 respondentů uvedlo praktický nácvik, možnost videoprojekce neoznačil žádný z respondentů, 9 respondentů uvedlo možnost, že jim sestra dala informační brožuru (příručku, leták, literaturu), možnost přednášky neoznačil žádný respondent a v možnosti jiné neoznačil nic žádný respondent.

Graf 27 Zpětná vazba na poskytnuté informace sestrou



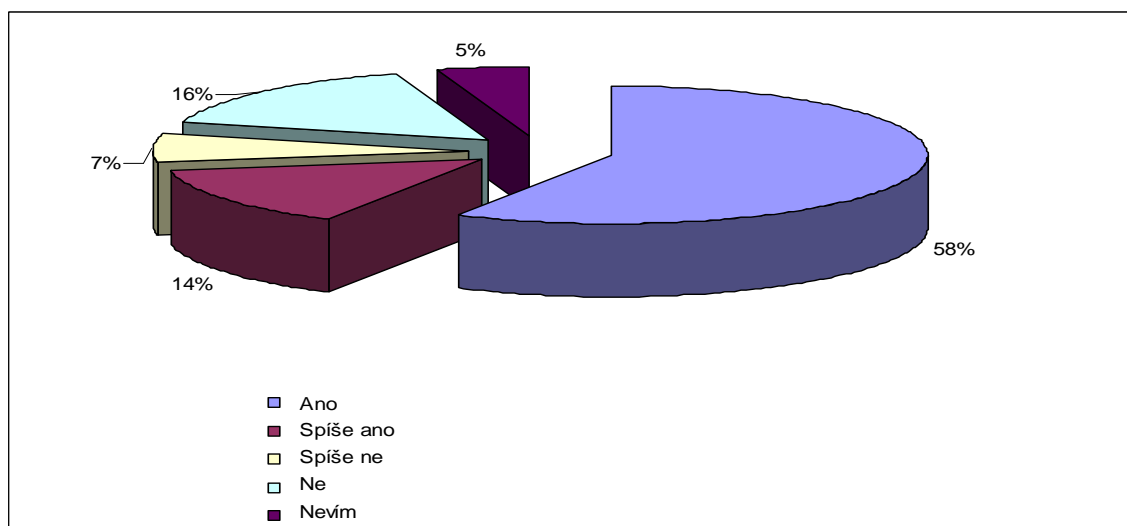
Graf 27 znázorňuje zpětnou vazbu klienta na podané informace. Určitě ano označilo 23 respondentů (54 %), 16 respondentů (37 %) označilo většinou ano, 3 respondenti (7 %) označili možnost většinou ne a 1 respondent označil možnost vůbec ne.

Graf 28 Edukace klienta o možných pooperačních komplikacích



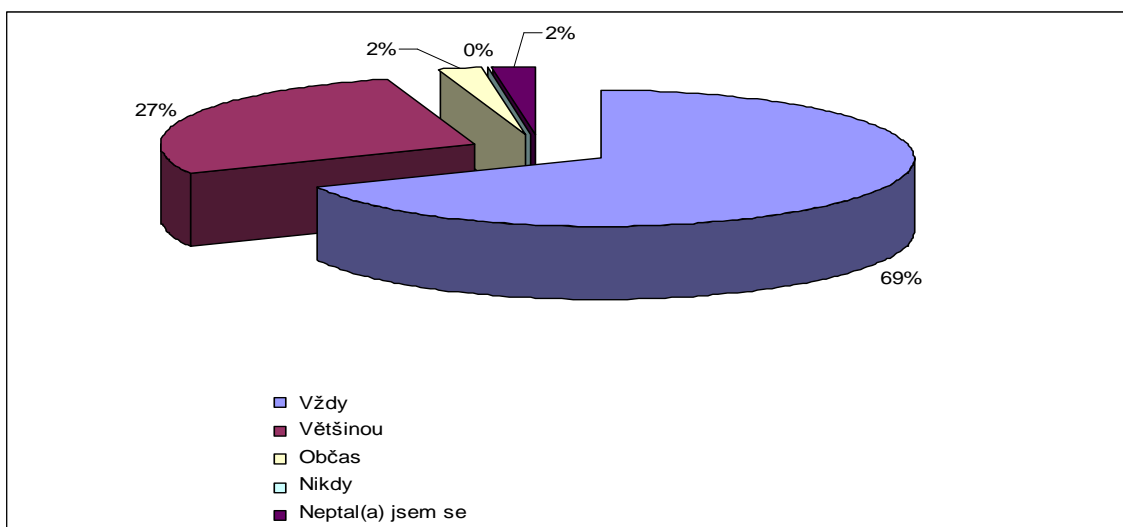
Graf 28 znázorňuje vyjádření klientů, zda jim sestra vysvětlila, jaké by u něj mohly nastat komplikace po operaci (otázka: 22 respondentů (51 %) označilo ano, 9 respondentů (21 %) označilo spíše ano, 4 respondenti (9 %) označili možnost spíše ne, 6 respondentů (14 %) označilo možnost ne, 2 respondenti (5 %) označili nevím.

Graf 29 Edukace klienta sestrou o prevenci pooperačních komplikací



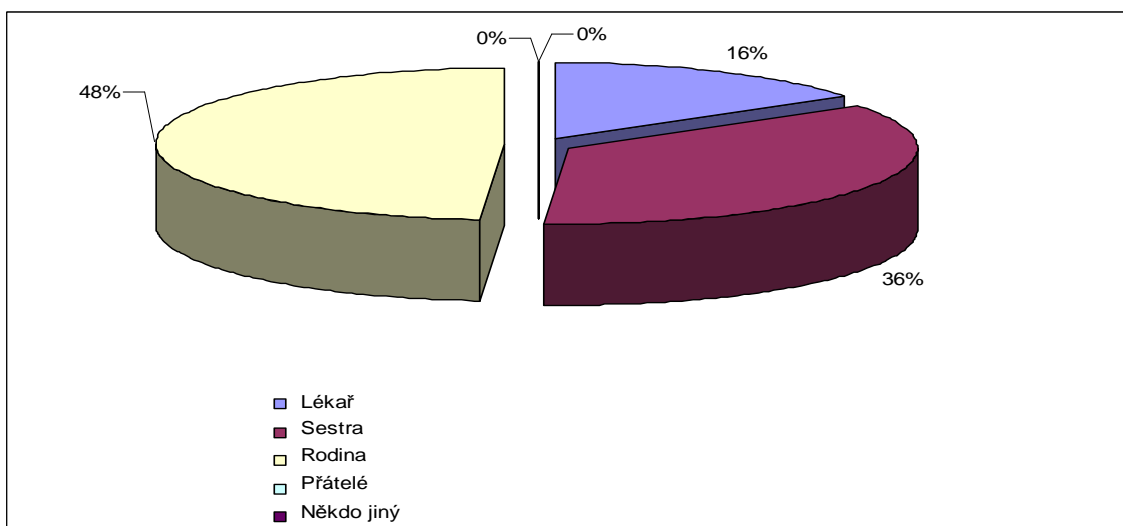
Graf 29 znázorňuje vyjádření klientů, zda jim sestra vysvětlila, jak mají předcházet komplikacím po operaci: 25 respondentů (58 %) označilo ano, 6 respondentů (14 %) označilo spíše ano, 3 respondenti (7 %) označili možnost spíše ne, 7 respondentů (16 %) označilo možnost ne, 2 respondenti (5 %) označili nevím.

Graf 30 Srozumitelnost informací poskytnutých sestrou



Graf 30 znázorňuje, jsou-li informace od sestry pro klienty na chirurgickém oddělení srozumitelné. 30 respondentů (69 %) označilo možnost vždy, 12 respondentů (27 %) označilo většinou, 1 respondent (2 %) označil možnost občas, žádný respondent neoznačil možnost nikdy, 1 respondent (2 %) označil možnost neptal(a) jsem se.

Graf 31 Psychická podpora klienta v průběhu hospitalizace



Graf 31 znázorňuje psychickou podporu, která byla klientovi poskytnuta v průběhu hospitalizace. 7 respondentů (16 %) označilo lékaře, 16 respondentů (36 %) označilo sestru, 22 respondentů (48 %) označilo rodinu, možnost přátelé neoznačil žádný respondent a v možnosti někdo jiný nevedl nic žádný respondent.

4.3 Rozhovory se sestrami z chirurgického oddělení

Pro přehlednost byly rozhovory se sestrami zpracovány do kasuistik.

Kasuistika sestry č. 1

Sestra 32 let, na oddělení chirurgie pracuje 13 let.

Na otázku č. 2 sestra odpověděla, že edukace klientů je rozhodně důležitá. Mnozí klienti přicházejí na chirurgické oddělení k plánovaným operacím nedostatečně edukováni, a to zejména v oblasti pooperační péče, nemají většinou představu o tom, co je čeká. A edukace je v tomto smyslu především na sestrách.

Na otázku č. 3 respondentka udává, že pojmy edukace a informovanost mají mnoho společného. Edukaci chápe jako výchovu klienta ke zdraví a současně vedení klienta k zodpovědnosti za své zdraví. Jedná se o vysvětlování a osvojování si ošetrovatelských postupů z hlediska klienta a poskytování potřebných informací v jakékoli formě. Součástí edukace je samozřejmě i zpětná vazba. Oproti tomu informovanost je poskytování informací o ošetrovatelských postupech v průběhu hospitalizace.

Sestra na otázku č. 4 udává, že její kompetence vycházejí v podstatě z kompetencí všeobecné sestry uvedených ve vyhlášce 424/2004. Edukační činnost pak vyplývá z plnění těchto kompetencí.

Na otázku č. 5 respondentka odpověděla, že zpětnou vazbu samozřejmě při edukaci používá, bez zpětné vazby by podle ní neměla edukace žádný efekt. Zpětnou vazbu chápe jako nezbytnou součást edukace.

Provádění zpětné vazby je pro sestru na chirurgii velmi široké téma, neboť se zde provádí mnoho různých operací a každá z nich má svá specifika. Například po operaci je nutné, aby klient dodržoval nejen základní hygienické zásady, ale musí být také edukován o přístupu k operační ráně. Nesmí dojít například k vytržení případného drénu zavedeného do operační rány. Po provedené edukaci si sestra vždy dotazem ověří, zda klient všemu rozuměl a zda pochopil danou problematiku či vyžaduje opakovanou edukaci.

Na otázku č. 6 sestra odpověděla, že edukace probíhá zpravidla na pokoji klienta, neboť mají na chirurgii v tomto směru velmi omezené možnosti.

Na otázku č. 7 sestra odpověděla, že nejčastěji vzdělává klienty metodou rozhovoru, dále používá vysvětlování a dbá i na názorné ukázky. Edukace vždy samozřejmě záleží na stavu klienta, a to nejen fyzickém, ale i na stavu psychickém. V případě, že klient není z nějakého důvodu schopen se sám o sebe postarat, edukuje i jeho rodinu. Pokud by měla být sestra konkrétní, tak například uvádí, že klient po cholecystectomii musí dodržovat přísnou dietu. Často je nutné zodpovídat klientovy otázky a opakovat, že strava, která je mu poskytována během hospitalizace, je pro něj ta nejlepší. V těchto případech je mnohdy nezbytné edukovat nejen klienta, ale také jeho rodinu. Příbuzní totiž většinou tuto problematiku nechápu a nosí klientovi různé pochutiny, které klient nesmí jíst. Někdy je nutné edukaci opakovat a zdůraznit možné komplikace. Dalším příkladem edukace jsou klientky po operaci prsu, kdy dochází (zejména u náročných operací, kdy jsou odstraňovány uzliny) k otokům horní končetiny a je nutné tuto končetinu rehabilitovat, a to jak ve spolupráci s fyzioterapeutem, tak i během služby, kdy fyzioterapeut není přítomen. Proto je důležité, aby sestry na chirurgickém oddělení měly široké znalosti a uměly klientovi vysvětlit příčiny otoku, názorně ukázat cviky a zajistit končetinu ve zvýšené poloze, případně poskytnout letáky a kontakt na Mamma ligu. Speciální edukace klienta pak přichází po cévních operacích, kdy záleží na tom, jaký by-pass byl klientovi proveden, a podle toho pak přizpůsobit způsob edukace i ošetrovatelskou činnost. Nezřídka dochází k tomu, že klienti v pooperačním období se musí opakovaně edukovat o nutnosti elevace dolní končetiny, následné vertikalizaci a chůzi. A to nejčastěji metodou rozhovoru i názornou ukázkou a zpětnou vazbou se ujistit, zda-li chápou vážnost svého onemocnění.

Na otázku č. 8 respondentka udává, že diferencuje rozdíl mezi edukací před operací a po operaci, protože při edukaci před operací se postupuje jinak než po operaci.

Na otázku č. 9 sestra odpověděla, že před akutním výkonem je v edukaci omezena především časem, takže se jedná spíše o prosté informování klienta o výkonu.

Na otázky č. 10 a č. 11 respondentka uvedla, že edukační plán k edukaci nepoužívá, a pokud má být upřímná, má jen malou představu o tom, co by měl edukační plán obsahovat.

Sestra na otázku č. 12 udává, že má k dispozici edukační brožury, ale jsou podle jejího názoru nedostačující.

Na otázku č. 13 respondentka odpověděla, že o existenci standardu edukace v nemocnici České Budějovice neví a nikdy o něm neslyšela.

Kasuistika sestry č. 2

Respondentka 43 let na otázku č. 1 udává, že na chirurgickém oddělení pracuje 23 let.

Na otázku č. 2 respondentka odpověděla, že edukace pacientů je velmi důležitá. Pacient, který je správně edukován, lépe spolupracuje.

Na otázku č. 3 sestra uvedla, že neví, jaký rozdíl je mezi edukací a informovaností, ale myslí si, že význam obou pojmů je stejný. A podle jejího názoru podávání informací velmi úzce souvisí s edukací.

Na otázku č. 4 sestra odpověděla, že o kompetencích sestry k edukaci nic neví, ani netušila, že musí nějaké kompetence k edukaci mít.

Na otázku č. 5 respondentka odpověděla, že v edukaci používá zpětnou vazbu. Například, když učí pacienta aplikovat fraxiparin nebo inzulin, zpětně si pak ověřuje, zda pacient ovládá a pochopil místa vpichu i techniku aplikování injekce.

Na otázku č. 6 sestra odpověděla, že edukace na chirurgickém oddělení probíhá většinou na pokoji za přítomnosti ostatních pacientů, neboť, jak respondentka uvádí, nemají pro edukaci určenou žádnou místnost. Někdy probíhá edukace pacienta na vyšetřovně, a to jen v případě, když edukuje pacienta o péči o stomii.

Na otázku č. 7 respondentka udává, že edukuje ústní formou, většinou používá metodu rozhovoru nebo vysvětlování s praktickou ukázkou. Například vysvětlí a prakticky ukáže techniku přikládání bandáží dolních končetin a pak si zpětně ověří, zda pacient vše pochopil a zvládá techniku bandáží sám.

Na otázku č. 8 sestra udává, že před operací pacienta edukuje o tom, jak bude vypadat jeho den po operaci. Například kdy, jak a proč bude moci po operaci vstávat z lůžka, nebo jak předcházet komplikacím po operaci. Následně po operaci si ověří, jak vše pacient pochopil.

Na otázku č. 9 sestra odpověděla, že na akutní výkon pacienta pouze informuje o předoperační přípravě, na edukaci není čas ani prostor.

Na otázku č. 10 respondentka udává, že nepoužívá k edukaci edukační plán a nikdo se jí na něj dosud ještě nezeptal.

Na otázku č. 11 sestra odpověděla, že přesně neví, co edukační plán obsahuje, ale myslí si, že nejspíše nějaký návod, jak postupovat při edukaci.

Na otázku č. 12 respondentka odpověděla, že nemá k dispozici edukační brožury a neví, zda by měly nějaký smysl.

Na otázku č. 13 sestra odpověděla, že standard edukace v nemocnici České Budějovice neexistuje.

Kasuistika sestry č. 3

Respondentka 40 let na otázku č. 1 udává, že na chirurgickém oddělení pracuje 19 let.

Na otázku č. 2 respondentka odpověděla, že edukaci vnímá jako důležitou součást ošetrovatelské péče a myslí si, že s pacientem, který je správně a účinně edukován, je lepší spolupráce.

Na otázku č. 3 sestra uvedla, že rozdíl mezi informovaností a edukací je minimální. Při edukaci, což je výchova, vzdělávání, sestra předává informace a vyžaduje od pacienta zpětnou vazbu, aby se přesvědčila, zda pacient podané informace pochopil. Informovanost velice úzce souvisí s edukací.

Sestra na otázku č. 4 odpověděla, že její kompetence k edukaci vychází z vyhlášky č. 424/2004.

Na otázku č. 5 respondentka odpověděla, že používá v edukaci zpětnou vazbu. Například pacienta po operaci varixů dolních končetin edukuje o důležitosti, významu a technice provádění bandáží dolních končetin a po provedené edukaci a praktickém nácviku si ověří, zda pacient vše pochopil a zvládá techniku provádění bandáže.

Na otázku č. 6 sestra odpověděla, že edukace probíhá většinou na pokoji u lůžka pacienta nebo u chodících pacientů na vyšetřovací místnosti. Sestra udává, že na chirurgickém oddělení není žádná edukační místnost.

Na otázku č. 7 sestra odpověděla, že edukuje pacienty ústní formou, a to nejčastěji metodou osobního rozhovoru. K edukaci používá také vysvětlování a často při edukaci kombinuje rozhovor s praktickou ukázkou.

Na otázku č. 8 sestra udává, že samozřejmě diferencuje rozdíl mezi edukací pacienta před operací a po operaci. Před operací sestra edukuje pacienta o přípravě k operaci, provádí s pacientem nácvik dýchání a vstávání z lůžka, aby pacient věděl, jak by měl po operaci vstávat a pečovat o sebe po operaci. Po operaci sestra edukuje pacienta například o bandážování končetin po operaci varixů nebo o aplikaci fraxiparinu, a to i s praktickou ukázkou.

Na otázku č. 9 sestra odpověděla, že před akutním výkonem pacienta pouze poučí o předoperační přípravě, neboť na edukaci není čas ani prostor.

Na otázky č. 10, č. 11 sestra odpověděla, že k edukaci klienta edukační plán nepoužívá. Ale ví, že sestavení edukačního plánu je součástí edukačního procesu a zná obsah edukačního plánu. Na sestavení edukačního plánu nemá dotazovaná sestra na chirurgii čas.

Na otázku č. 12 respondentka odpověděla, že mají k dispozici jen velmi strohé a nedostačující informační brožury. Snad jen stomická sestra má kvalitní edukační brožury. Sestra si také myslí, že zhotovení informačních brožur ke každému operačnímu výkonu by bylo velmi náročné.

Na otázku č. 13 sestra odpověděla, že standard edukace v nemocnici České Budějovice neexistuje.

Kasuistika sestry č. 4

Sestra 30 let, na oddělení chirurgie pracuje 10 let.

Na otázku č. 2 sestra odpověděla, že edukace je velice důležitá. Spokojený klient je dle jejího názoru základem pro úspěšnou léčbu.

Na otázku č. 3 sestra odpověděla, že edukace je proces, kterým sestra vzdělává a vyučuje klienty, předává jim odborné rady i zkušenosti. Informovanost je poučení klienta o něčem konkrétním. Sestra si myslí, že pojmy edukace a informovanost jsou téměř stejné.

Sestra na otázku č. 4 odpověděla, že kompetence sestry k edukaci spočívají v edukaci klientů v ošetrovatelských postupech.

Na otázku č. 5 respondentka odpověděla, že zpětnou vazbu používá. Sestra si po provedené edukaci od klienta ověří, zda klient všemu rozuměl. Ověření sestra provádí rozhovorem a vyžádá si od klienta zopakování nebo názornou demonstraci toho, co se naučil.

Na otázku č. 6 sestra odpověděla, že edukace na chirurgickém oddělení probíhá na pokoji klienta, v přítomnosti více klientů edukuje respondentka na vyšetřovně.

Na otázku č. 7 respondentka odpověděla, že jako metodu edukace používá především rozhovor, dále pak kladení otázek, zjišťování vědomostí klienta a pozorování klienta při realizaci praktické ukázky.

Na otázku č. 8 sestra udává, že edukační proces před operací a po operaci se odlišuje v obsahu edukace, tedy v jednotlivých postupech, které jsou určeny k přípravě před operací a po operaci.

Na otázku č. 9 sestra uvedla, že edukace klienta k akutnímu výkonu spočívá ve vysvětlení nejnnutnějších informací týkajících se předoperační přípravy. Bezprostředně před operačním výkonem zodpoví klientovi všechny jeho dotazy. Zpětnou vazbou se snaží sestra zjistit, zda klient porozuměl podaným informacím.

Na otázku č. 10 respondentka odpověděla, že k edukaci edukační plán nepoužívá.

Na otázku č. 11 sestra odpověděla, že edukační plán obsahuje kdy, kde a jak bude probíhat edukace klienta. Také co bude obsahem edukace a jaké pomůcky bude k edukaci potřebovat.

Na otázku č. 12 respondentka odpověděla, že edukační brožury nemá k dispozici.

Na otázku č. 13 sestra odpověděla, že standard edukace v nemocnici České Budějovice neexistuje.

Kasuistika sestry č. 5

Sestra 45let na otázku č. 1 udává, že na chirurgickém oddělení pracuje 22 let.

Respondentka na otázku č. 2 odpověděla, že edukace pacientů je velmi důležitá. Edukovaný pacient je zbaven nejistoty a zároveň i strachu před i po operačním výkonu.

Na otázku č. 3 respondentka odpověděla, že nediferencuje rozdíl mezi edukací a informovaností. Při edukaci sestra předává pacientovi informace o ošetrovatelských postupech. Podle ní tyto dva pojmy spolu velmi úzce souvisí.

Sestra na otázku č. 4 udává, že neví, jaké má kompetence k edukaci.

Na otázku č. 5 respondentka odpověděla, že používá zpětnou vazbu. Například, když pacienta edukuje o prevenci tromboembolické nemoci a o aplikaci fraxiparinu po provedené edukaci si sestra ověří, zda pacient porozuměl a zda ovládá techniku aplikace fraxiparinu.

Na otázku č. 6 sestra odpověděla, že edukace na chirurgickém oddělení probíhá na pokoji pacienta za přítomnosti ostatních pacientů.

Na otázku č. 7 respondentka odpověděla, že pacienty edukuje většinou ústní formou a používá metodu rozhovoru, při němž má od pacienta okamžitou zpětnou vazbu. Také používá metodu názorně – demonstrační, například, když učí pacienta aplikaci inzulínu.

Na otázku č. 8 respondentka uvedla, že diferencuje rozdíl mezi edukací před operací a po operaci. Před operací jsou jiné postupy edukace než po operaci.

Na otázku č. 9 sestra odpověděla, že před akutním výkonem pacienta pouze poučí o předoperační přípravě, neboť na správnou a účinnou edukaci není čas.

Na otázky č. 10, č. 11 respondentka odpověděla, že k edukaci edukační plán nepoužívá a netuší, co by měl takový plán obsahovat.

Na otázku č. 12 sestra odpověděla, že edukační brožury k edukaci pacientů nepoužívá.

Na otázku č. 13 sestra odpověděla, že standard edukace v nemocnici České Budějovice neexistuje.

Tabulka č. 1 analýza výsledků rozhovorů sester

SESTRA	S1.	S2.	S3.	S4.	S5.	Celkem
Důležitost edukace	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	5
Rozdíl mezi Informovaností a edukací	Ano	Edukace velmi úzce souvisí s informovaností	Edukace velmi úzce souvisí s informovaností	Není	Není	1
Zná kompetence k edukaci	Ano	Nezná	Ano	Ano	Nezná	3
Používá zpětnou vazbu	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	5
Prostředí edukace	Pokoj pacienta	Pokoj pacienta	Pokoj pacienta	Pokoj pacienta	Pokoj pacienta	5
Nejčastěji používaná metoda edukace	Rozhovor	Rozhovor	Rozhovor	Rozhovor	Rozhovor	5
Rozdíl mezi edukací před operací a po operaci	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	5
Způsob edukace na akutní výkon	Předává pouze informace	Předává pouze informace	Klienta pouze poučí	Vysvětlí nejnnutnější informace	Klienta pouze poučí	3
Používá edukační plán	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	5
Zná obsah edukačního plánu	Ne	Ne	Zná	Zná	Ne	3
Edukační brožury k dispozici	Ano nedostačující	Ne	Ano, ale jsou nedostačující	Ne	Ne	3
Standard edukace v Č.B. nemocnici	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	5

5 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na edukační postupy v chirurgických oborech. V práci byly stanoveny dva cíle. První cíl zjišťoval, zda sestry v chirurgických oborech edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění, jaké edukační postupy jsou sestrami v chirurgických oborech využívány. K cílům byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza: sestry edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. Druhá hypotéza: sestry v chirurgických oborech využívají nejčastěji k edukačním postupům rozhovor. Šetření bylo prováděno na chirurgickém oddělení a bylo použito dvou typů anonymních dotazníků. A to jednak pro sestry na chirurgickém oddělení, a jednak dotazníků určených pro hospitalizované na chirurgickém oddělení. Dále bylo šetření doplněno o polostandardizovaný rozhovor se sestrami z chirurgického oddělení. Rozhovor obsahoval 13 otevřených otázek se sestrami z chirurgického oddělení.

V dotazníku pro sestry na chirurgickém oddělení 1. otázka identifikovala respondenty ve smyslu, jedná-li se o muže či o ženu. Otázka 2 identifikovala délku doby praxe sester ve zdravotnictví. Otázka 3 zjišťovala, zda sestry vědí, co označuje pojem edukace. Otázky 4, 5, 6 byly zaměřeny na to, jestli sestry edukují klienty před vyšetřením, před operací a po operaci. Otázka 7 byla zaměřena na používanou metodu edukace. Otázka 8 zjišťovala používané pomůcky při edukaci. Otázka 9 byla zaměřena na formu edukace. 10. otázka byla zaměřena na použití zpětné vazby při edukaci. Otázkou 11 bylo zjišťováno, zda je edukována rodina hospitalizovaného na chirurgickém oddělení. Otázkou 12 byly zjišťovány důvody, proč sestry na chirurgickém oddělení neprovádí edukaci klientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Otázky 13, 14 mapují, zda-li vůbec a kde sestry absolvovaly školení o edukaci. V otázce 15 se sestry na chirurgickém oddělení vyjadřují, jakým způsobem lze edukaci vylepšit.

V dotazníku pro respondenty - klienty na chirurgickém oddělení 1. otázka identifikovala respondenty ve smyslu, zda se jedná o muže či ženu. Otázka 2 identifikuje nejvyšší dosažené vzdělání hospitalizovaných na chirurgickém oddělení. Otázka 3 zjišťuje, kolikrát byli respondenti hospitalizováni na chirurgickém oddělení.

Otázka 4 zjišťuje, zda respondenti prodělali na chirurgickém oddělení vyšetření. Otázka 5 rozvíjí otázku 4 a zkoumá, zda byli respondenti edukováni sestrou na chirurgickém oddělení před vyšetřením. Otázka 6 rozvíjí otázku 4 a je zaměřena na zjišťování metody edukace na chirurgickém oddělení v přípravě klientů na vyšetření. Otázka 7 označuje, zda respondenti prodělali na chirurgickém oddělení operační výkon. Otázka 8 je mnohočetná a rozvíjí otázku 7 a zjišťuje, od koho získali respondenti nejvíce informací v předoperační přípravě. Otázka 9 rozvíjí otázku 7 a zjišťuje používanou metodu edukace při přípravě na operaci. Otázka 10 rozvíjí otázku 7 a zjišťuje, kdo podával nejvíce informací hospitalizovaným na chirurgickém oddělení o péči po operaci. Otázka 11 je mnohočetná a zjišťuje metodu edukace po operaci. 12. otázka zjišťuje, zda sestra používá zpětnou vazbu při edukaci na chirurgickém oddělení. Otázka 13 zjišťuje, zda sestry vysvětlují hospitalizovaným na chirurgickém oddělení, jaké mohou u nich nastat komplikace po operaci. Otázka 15 zjišťuje, zda klient na chirurgickém oddělení rozuměl podaným informacím. Otázka 16 zjišťuje, kdo hospitalizovaným na chirurgickém oddělení nejvíce pomohl vyrovnat se s onemocněním.

Většina dotazovaných klientů (63 %) byly ženy (Graf 16). Zcela zásadní převaha žen (96 %) byla u sester (Graf 1). Dotazovali jsme se sester na délku doby praxe (Graf 2). Nejvíce sester 34 % pracuje ve zdravotnictví méně než pět let, 6 - 10 let a 11- 15 let je v praxi shodně 19 % sester, 9 % sester pracuje 16 – 20 let, 15% sester pracuje již 21 – 25 let a nad 25 let jsou v praxi 4 % sester. Zjišťovali jsme nejvyšší dosažené vzdělání hospitalizovaných (Graf 17). Z výsledků vyplynulo, že 35 % respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou, 30 % respondentů má středoškolské vzdělání bez maturity, 19 % respondentů dosáhlo vysokoškolského vzdělání, základní vzdělání má 9 % respondentů a 7 % respondentů má vyšší odborné vzdělání.

Z výsledků grafu 18 je patrné, že poprvé bylo na chirurgickém oddělení hospitalizováno 14 respondentů, podruhé 14 respondentů a třikrát a více bylo hospitalizováno 15 respondentů. Počet skupin klientů, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení jednou, dvakrát, třikrát a více je vyrovnaný, tudíž jsme neměli možnost porovnat, zda klienti, kteří byli hospitalizováni dvakrát nebo třikrát a více, mají více zkušeností s edukací sester.

Jelikož edukace je nepostradatelnou součástí léčby klienta, jak uvádí ve své práci Kromerová (11), zajímalo nás, zda sestry vědí, co znamená pojem edukace (Graf

3). Průcha (17) ve své publikaci uvádí, že v současnosti často užívaný výraz edukace je vysvětlován jako výchova, vzdělávání a učební proces. Potěšilo nás zjištění, že 28 sester označilo vzdělávání a 37 sester označilo výchovu, tedy správné odpovědi. Jen 5 sester nesprávně uvedlo sebevzdělání, řízení a dodržování.

Bastl, Švec (1) a Kubicová (12) ve svých publikacích uvádí, že lékaři poskytují převážně odborné informace o způsobu a možnostech vyšetření a léčby a sestra edukuje o způsobu ošetrovatelské péče, předoperační, pooperační péče, vyšetřeních a přípravě na vyšetření, působí na klientův psychický stav a podporuje jeho samostatnost. Zajímalo nás, zda-li je tomu tak, proto jsme nejprve chtěli u klientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení zmapovat, zda během hospitalizace podstoupili vyšetření (Graf 19). 14 % respondentů označilo, že vyšetření neprodělalo a 86 % respondentů uvedlo, že ano. Těch jsme se dále dotazovali na to, kdo jim podával nejvíce informací před vyšetřením (Graf 20). 59 % respondentů odpovědělo od lékaře a 41 % udalo, že nejvíce informací získalo od sestry. Zjišťovali jsme, zda sestry edukují klienty před vyšetřením (Graf 4). 62 % sester odpovědělo určitě ano, 38 % sester odpovědělo většinou ano. Je potěšující, že žádná ze sester neoznačila možnosti většinou ne a vůbec ne.

Než-li jsme se hospitalizovaných klientů dotazovali na samotnou edukaci před operací a po operaci, museli jsme nejdříve zmapovat, zda klienti během pobytu na chirurgickém oddělení operační výkon prodělali (Graf 22). 5 % respondentů odpovědělo záporně a celých 95 % respondentů odpovědělo kladně. Tento výsledek nás potěšil, neboť jsme pro validní šetření získali převážnou většinu hospitalizovaných, kteří operační výkon během hospitalizace prodělali. Operovaných jsme se dále dotazovali, od koho se nejvíce dozvěděli o přípravě na operaci (Graf 23). Respondenti – klienti měli možnost označit více možností. 39 respondentů uvedlo lékaře na chirurgickém oddělení, celých 30 respondentů označilo sestru na chirurgickém oddělení, 4 respondenti označili, že se o přípravě na operaci nejvíce dozvěděli z informačních brožur, 3 respondenti označili praktického lékaře a spolupacienty. Je překvapivé, že jen 2 respondenti označili od kamarádů a jen 1 respondent získal informace od rodiny. Zarážející je, že žádný z respondentů neoznačil, že informace o předoperační přípravě získal od sestry u praktického lékaře. Na edukaci v předoperační přípravě jsme se dotazovali i sester (Graf 5). 75 % sester odpovědělo určitě ano a 25 % většinou ano, žádná ze sester neoznačila většinou ne a vůbec ne, což je velmi potěšující skutečnost, neboť podle

mého názoru správná a účinná edukace klienta sestrou před operací ho zbavuje nejistoty a zmírňuje strach. Zde se můžeme ztotožnit se Zvoníčkovou (32), která ve své publikaci uvádí, že edukace v předoperačním období zvyšuje ochotu klienta ke spolupráci a snižuje strach.

Dále z výsledků vyplynulo, že hospitalizovaní klienti získali nejvíce informací o péči po operaci (Graf 25) od sestry. Tuto možnost označilo 35 respondentů, informace od lékaře získalo 32 respondentů, 6 respondentů označilo z informační brožury, 4 respondenti od rodiny a 2 respondenti označili od spolupacientů. Sestry byly dotazovány, zda edukují klienty o pooperační péči (Graf 6). Většina sester (68 %) odpověděla určitě ano, 32 % sester označilo většinou ano. Potěšující je, že možnosti ne a vůbec ne neoznačila žádná sestra. I Zvoníčková (31) uvádí ve svém článku, že úkolem sestry v pooperačním období je připravit klienta na péči o operační ránu a naučit ho zvládnout celý pooperační režim. Dále nás zajímalo, zda-li sestry edukují klienty o možných komplikacích po operaci. Výsledky ukázaly, že 72 % odpovědělo ano nebo spíše ano (Graf 28). Zároveň bylo potěšující, že sestry edukují klienty o tom, jakým způsobem mohou předcházet komplikacím po operaci (Graf 29). I Onderková (13) ve své práci popisuje pozitivní přínos edukace v léčbě a zvláště v prevenci možných pooperačních komplikací. Sester na chirurgickém oddělení jsme se dále tázali, z jakého důvodu edukační činnost neprovádí (Graf 12). Sestry z uvedených možností jako je nedostatek času, nedostatečné finanční ohodnocení, klienti nemají o edukaci zájem, edukaci považujete za zbytečnou, nevím a jiné, neoznačili žádnou z možností, neboť v otázkách 4, 5, 6 z dotazníku neoznačila žádná sestra možnost většinou ne a vůbec ne.

Vzhledem k tomu, že jsme chtěli hlouběji analyzovat některé odpovědi sester, doplnili jsme naše šetření polostandardizovaný rozhovor s pěti sestrami z chirurgického oddělení (Příloha 2). Z tabulky (Tabulka č.1) je patrné, že všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) vnímají edukaci klientů jako důležitou, což je pro nás velmi potěšující skutečnost. I Závodná (29) ve své publikaci uvádí, že edukace klienta je nejdůležitějším aspektem ošetrovatelské praxe a je důležitou funkcí ošetrovatelství.

Z vyhlášky 424/2004 (27) vyplývají kompetence všeobecných sester k edukaci, které spočívají v edukaci klienta, případně i jiné osoby v ošetrovatelských postupech. Zajímalo nás tedy, zda sestry vědí, jaké mají kompetence k edukaci. Potěšující bylo, že 3 sestry (S1, S3, S4) znají své kompetence k edukaci a pouze 2 sestry uvedly, že své

kompetence k edukaci neznají. Kozierová, Erbová, Olivierová (8) a Krátká (9) ve svých publikacích uvádějí, že edukační prostředí by mělo být nerušené, klidné a tiché, aby neodvádělo při edukaci pozornost edukanta. Zajímalo nás, zda-li je tomu tak, proto jsme se sester dotazovali, v jakém prostředí a za jakých podmínek, probíhá edukace na jejich oddělení. Sestry (S2, S3, S4) uvedly, že edukaci klientů provádí na pokoji klienta většinou za přítomnosti ostatních klientů nebo na vyšetřovně. A sestry S1, S5 odpověděly, že edukace na chirurgickém oddělení probíhá pouze na pokoji klientů.

Z výsledků analýzy rozhovorů sester dále vyplynulo, že sestry S2, S4, S5 nemají k dispozici edukační brožury a sestry S1, S2 disponují pouze s nedostačujícími edukačními brožurami. Toto je pro nás velmi neuspokojivá skutečnost, neboť dle Onderkové (13) je žádoucí doplnit ústní formu edukace o předání edukačních brožur k dispozici klientům.

Je zarážející, že všechny dotazované sestry (Tabulka č. 1) nepoužívají k edukaci edukační plán, neboť Krátká (9) ve své publikaci uvádí, že důležitým úkolem sestry je společně s klientem sestavit edukační plán, který obsahuje téma a místo edukace, edukační diagnózu, cíl, výsledná kritéria, o kolikáté setkání se jedná, strukturu lekce, použité metody, pomůcky, zpětnou vazbu a vyhodnocení. Jelikož jsme se dozvěděli, že sestry edukační plán nepoužívají, chtěli jsme zjistit, zda alespoň znají obsah edukačního plánu. Respondentky S1, S2 a S5 uvedly, že obsah edukačního plánu neznají. Sestra č. 3 uvedla, že zná obsah edukačního plánu. Pouze sestra č.4 odpověděla, že edukační plán obsahuje kdy, kde a jak bude probíhat edukace klienta, téma edukace i potřebné pomůcky k edukaci.

Rovněž nás zajímalo, zda sestry vnímají rozdíl mezi termíny edukace a informovanost. Sestry S4, S5 shodně uvedly, že rozdíl mezi edukací a informovaností nediferencují. Sestry S2, S3 odpověděly, že edukace velmi úzce souvisí s informovaností a sestra č. 1 jako jediná odpověděla správně, že informovanost je poskytování informací klientovi a oproti tomu edukace je výchova a vzdělávání, jejíž součástí je zpětná vazba.

Potěšující bylo zjištění, že všechny sestry (Tabulka č.1) používají k edukaci zpětnou vazbu, která je podle našeho názoru velmi důležitým aspektem v edukaci. Zde se můžeme ztotožnit s Onderkovou (13), která ve své práci uvádí, že zpětná vazba je důležitým předpokladem pro efektivnost edukace. Sester jsme se dále tázali, jakým

způsobem zpětnou vazbu provádí. Sestra č. 1 uvedla, že si vždy dotazem ověří, zda klient pochopil danou problematiku. S2, S3, S4, S5 si zpětně ověřují dotazem a pozorováním, zda klient ovládá a pochopil techniku, která byla předmětem edukace.

Z výše uvedených výsledků dotazníků a analýzy rozhovorů vyplývá, že hypotéza 1: *sestry v chirurgických oborech edukují klienty, kteří jsou hospitalizovaní na chirurgickém oddělení*, byla potvrzena.

Výsledky šetření dále ukázaly, jaké metody sestry používají k edukačním postupům (Graf 7). 47 sester uvedlo rozhovor, 27 sester označilo rozdání letáků, informačních brožur, příruček, 25 sester uvedlo praktický nácvik, 8 sester označilo přednášku a 1 sestra videoprojekci. V možnosti jiné uvedla jedna sestra poučení o daném výkonu a používání pomůcek při edukaci klientů. Hospitalizovaných respondentů – klientů jsme se dotazovali na to, jakým způsobem s nimi pracovala sestra v průběhu přípravy na vyšetření (Graf 21). 32 respondentů uvedlo osobní rozhovor, 7 respondentů označilo, že jim sestra dala informační brožuru, 4 respondenti uvedli praktický nácvik a 1 respondent označil přednášku. Dále nás zajímalo, jakým způsobem pracovala sestra s klientem v průběhu přípravy před operací (Graf 24). Z uvedených možností 43 respondentů – klientů označilo osobní rozhovor, 4 respondenti – klienti označili, že sestra použila praktický nácvik, 3 respondenti – klienti uvedli, že jim sestra dala informační brožuru a 1 respondent – pacient označil přednášku. Dále byla respondentům - klientům položena otázka, jakým způsobem jim byly sestrou podávány informace po operaci (Graf 26). 18 respondentů – klientů označilo praktický nácvik, 9 respondentů – klientů označilo poskytnutí informační brožury, letáku, příručky, literatury a 40 respondentů – klientů označilo osobní rozhovor. Zde se můžeme ztotožnit s literaturou (1, 29), která uvádí rozhovor jako nejčastěji používanou metodu edukace.

Zajímavé zjištění vplynulo z analýzy rozhovorů se sestrami, že všechny dotazované sestry (S1, S2, S3, S4, S5) diferencují rozdíl mezi edukací před operací a edukací po operaci. Všechny sestry se v podstatě shodly na tom, že edukace klienta sestrou před operací a po operaci se odlišuje v jednotlivých ošetrovatelských postupech používaných před operací a po operaci.

Z tabulky analýzy rozhovorů se sestrami (Tabulka č.1) je patrné vyjádření sester o způsobu edukace klienta na akutní operační výkon. S1, S2 uvedly, že klientovi před

akutní operací pouze předají informace týkající se akutní přípravy na operaci. S4 vysvětlí klientovi před akutní operací nejnütnější informace a S3, S5 klienta pouze poučí o předoperační přípravě. Všechny sestry se shodují v názoru, že před akutním výkonem není na edukaci klienta čas.

V průběhu rozhovoru jsme se sester dále dotazovali na nejčastěji používanou metodu edukace. S1, S2, S3, S4, S5 nejčastěji používají jako metodu edukace rozhovor. Zde se můžeme ztotožnit se Závodnou (29), která ve své publikaci zmiňuje, že nejčastěji používanou metodou edukace je rozhovor. Dále jsme zjistili, že sestra č. 1 kromě rozhovoru navíc používá vysvětlování a dbá i na názorné ukázky. Sestra č.2 používá metodu rozhovoru nebo vysvětlování s praktickou ukázkou. Sestra č. 3 používá často kombinaci rozhovoru s praktickou ukázkou a také vysvětlování. Sestra č. 4 kromě rozhovoru používá pozorování klienta při realizaci praktické ukázky. A sestra č. 5 kromě rozhovoru s klientem používá názorně - demonstrační metodu.

Na základě výše uvedených výsledků dotazníků a analýzy rozhovorů byla potvrzena hypotéza 2, že: *sestry v chirurgických oborech využívají nejčastěji k edukačním postupům rozhovor.*

Osobní rozhovor s názornou ukázkou doplněnou pomůckami jsou podle mého názoru v edukaci velmi efektivní, neboť klienti se jejich použitím lépe učí a snáze si naučené zapamatují. I Kromerová (11) ve své práci uvádí, že jen samotné předávání edukačních materiálů bez osobního rozhovoru nezaručí, že si klient zcela uvědomí a pochopí svoji situaci a často si obdržené letáky ani nepřečte. Zajímalo nás tedy, jaké pomůcky užívají sestry při edukaci klientů (Graf 8). Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že 37 sester používá letáky a jiné propagační materiály, 11 sester knihy a časopisy, 5 sester uvedlo tabuli, PC, internet, 3 sestry uvedly, že používají zpětný projektor, 1 sestra magnetofon, v možnosti jiné uvedly 4 sestry, že užívají pomůcky potřebné k léčbě klienta a poučení o daném výkonu a 4 sestry nepoužívají žádné pomůcky.

Potěšující je i skutečnost, že si sestry zpětně kontrolují, zda klient porozuměl podaným informacím (Graf 10). 41 % sester používá zpětnou vazbu vždy, 38 % sester označilo odpověď „většinou ano“ a 19 % sester označilo odpověď „občas“. Na využívání zpětné vazby sestrami jsme se dotazovali i respondentů - klientů (Graf 27), kdy 54 % uvedlo, že se sestra vždy dotazovala, zda porozuměl podaným informacím,

37 % respondentů – pacientů označilo odpověď „většinou ano“, 7 % respondentů – pacientů označilo odpověď „většinou ne“. Zde se naše výsledky shodují s Onderkovou (13), která ve své práci uvádí, že předpokladem pro efektivní edukaci je poskytnout klientovi čas k přemýšlení, utřídění si získaných informací a především prostor pro kladení otázek, tedy provést zpětnou vazbu.

Chvályhodné bylo zjištění, že pokud klient položil sestře otázku, tak z 69 % dostal vždy odpověď, které rozuměl (Graf 30). Zde musíme odporovat Onderkové (13), která ve své práci udává, že jen velmi malý počet klientů označil získanou informaci od sestry za srozumitelnou.

Z výsledků dotazníků pro sestry vyplynulo, že 94 % sester používá individuální formu edukace (Graf 9), což považujeme za velmi pozitivní. Do individuálního přístupu ke klientovi můžeme zahrnout i edukaci rodiny klienta. Touto problematikou se zabývá i Vágnerová (24), která ve své publikaci uvádí, že rodina je pro nemocného klienta jedinou sociální skupinou umožňující dostupnou a zvládnutelnou sociální integraci a může mu poskytnout potřebnou emoční podporu a zázemí. Proto si myslíme, že edukace rodiny klienta je velmi prospěšná. Z tohoto důvodu jsme se v rámci dotazníkového šetření sester dotazovali, zda zapojují do edukace rodinu klienta. 13 % sester označilo většinou ano, 13 % sester označilo určitě ano. Je zarážející, že 30 % sester odpovědělo většinou ne a 4 % sester rodinu klienta nezapojují vůbec (Graf 11), neboť rodinu jako největší pomoc při vyrovnávání se s onemocněním uvedlo 48 % respondentů – pacientů (Graf 31). Překvapivé je, že celých 36 % respondentů označilo, že vyrovnat se s onemocněním jim pomohla sestra.

Jelikož je žádoucí celoživotní vzdělávání sester, chtěli jsme zmapovat, zda sestry absolvovaly školení o edukaci (Graf 13). 70 % sester školení o edukaci neabsolvovalo a pouze 30 % školení o edukaci absolvovalo. Většinou bylo toto školení prováděno v rámci Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity, což uvedlo 7 sester, 4 sestry neuvedly žádné místo konání, 2 sestry si nepamatovaly místo konání a 1 sestra uvedla školící centrum Brno.

Z dotazníkového šetření respondentek - sester nás zajímaly odpovědi, jakým způsobem by se dala edukace vylepšit (Graf 15). 20 sester neuvedlo nic, 14 sester uvedlo více personálu, aby bylo více času na edukaci klientů. 6 sester uvedlo více informačních brožur k volné dispozici klientům. 2 sestry napsaly, že by se edukace dala

vylepšit názornými ukázkami a rovněž 2 sestry uvedly individuální přístup ke klientovi, 1 sestra uvedla hromadné přednášky. Za velmi podnětnou odpověď považujeme potřebu edukační sestry, kterou uvedla 1 sestra.

V závěru našeho šetření nás zajímalo, zda existuje standard edukace v nemocnici České Budějovice. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) se shodly, že standard edukace v nemocnici České Budějovice neexistuje. Zde bychom chtěli uplatnit náš záměr a seznámit management chirurgického oddělení se zavedením standardu edukace platného od 1. 9. 2009 (Příloha 5) dle literatury (7). Tato skutečnost se nám podařila zjistit při vyhledávání literatury potřebné k napsání naší práce.

Z analýzy výsledků dotazníků a rozhovorů bychom viděli vylepšení edukace na chirurgickém oddělení v sestavení edukačního plánu, který by měl obecné využití (Příloha 6), zavedení standardu edukace, pořádání pravidelných školení sester o edukaci klientů, zajištění dostatku edukačního materiálu k dispozici klientům a v používání názorných pomůcek při edukaci. Důležité je také klienta dostatečně motivovat a aktivovat při edukaci.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda sestry v chirurgických oborech edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení. Druhým cílem bylo zjistit, jaké edukační postupy jsou sestrami v chirurgických oborech využívány. Oba cíle byly splněny.

Z vyhodnocených dotazníků a rozhovorů vyplynulo, že sestry edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení a k edukačním postupům používají nejčastěji rozhovor, dále pak vysvětlování, praktický nácvik, přednášku, informační letáky, příručky nebo využívají kombinaci uvedených metod. Byly stanoveny dvě hypotézy. H1: sestry v chirurgických oborech edukují klienty v průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení a H2: sestry v chirurgických oborech využívají nejčastěji k edukačním postupům rozhovor. Po vyhodnocení výsledků byly obě hypotézy potvrzeny.

Problematika edukace je v současné době velmi aktuálním tématem, neboť hraje nezastupitelnou roli v ošetrovatelském procesu a je nepostradatelnou součástí účinné léčby. Edukaci klientů v chirurgických oborech v průběhu přípravy na vyšetření, v bezprostřední i vzdálené předoperační i pooperační péči a ve výkonech, které jsou součástí ošetrovatelské péče, by měla zajistit sestra. Nezbytným předpokladem k tomu, aby sestra dobře vykonávala svoji roli edukátorky, je dostatečná odborná vybavenost a schopnost komunikace. Účinnost edukace spočívá v dokonalé informovanosti klienta. Z tohoto důvodu by měla být problematice edukace věnována daleko větší pozornost.

Výsledky práce budou poskytnuty managementu chirurgického oddělení, kde bylo šetření prováděno. Může vést všeobecné sestry k zamyšlení nad možnými intervencemi a následně ke zlepšení edukačních postupů v chirurgických oborech. Intervence ke zlepšení edukačních postupů na chirurgickém oddělení bychom viděli v sestavení edukačního plánu, který by měl obecné využití (Příloha 6), v informování sester o zavedení standardu edukace platného od 1. 9. 2009 (Příloha 5), pořádání pravidelných školení sester o edukaci klientů, v zajištění dostatku edukačního materiálu k dispozici klientům a používání názorných pomůcek při edukaci, důležité je také klienta dostatečně motivovat a aktivovat při edukaci.

7 Seznam použitých zdrojů

- 1 BASTL, P. ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997 122s. ISBN 80-7013251-5.
- 2 FERKO, A., VOBOŘIL, Z., ŠMEJKAL, K. BEDRNA J. *Chirurgie v kostce*. Grada: Avicenum, 2002. 596s. ISBN 80-247-0230-4.
- 3 GLADKIJ, I. A kol, *Managment ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80 – 7226 – 996- 8.
- 4 HAVLÍK, J. , VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JČU, 2004. 89s. ISBN 80- 7040-725-5.
- 5 HONZÁK, RADKIN. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 1- 4 s. 42, 81, 134, 178. ISSN 1801-1349.
- 6 <http://cs.wikipedia.org/wiki/Informace>
- 7 http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf
- 8 KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta. 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
- 9 KRÁTKÁ, A. *Edukace klientů v praxi sestry*. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. Olomouc: Grada Publishing a.s. 2002, 372s. ISBN 80-247-0536-2.
- 10 KRISTOVÁ, J. TOMÁŠKOVÁ, Z. *Komunikacia v ošetrovatel'stve* 1. vyd. Martin:Osveta. 2002. 165s. ISBN 80-8063-107-7.
- 11 KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného Edukace*. Sestra. Praha: 2005, roč. 15, č. 5 s. 27. ISSN 1210-0404.
- 12 KUBICOVÁ, L. a kol. *Chirurgické ošetrovatel'stvo*. Martin, 2000. 119s. ISBN 80-8063-049-6.

- 13 ONDERKOVA, A. *Sestra. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem*. Praha: 2007, roč. 17, č. 12, s. 17- 18. ISSN 1210-0404.
- 14 PETTY, G. *Moderní vyučování*. přel. z: Technik Today Kovařík, Š. 2. vyd. Praha: Portál. 2002. 380s. ISBN 80-7178-681-0.
- 15 PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., ŘEHOŘOVÁ, J., a kol. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Grada Publishing, 2007. 147s. ISBN 80-247-1997-9.
- 16 POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno, 2006. 86s. ISBN 80-7013-440-2.
- 17 PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. přeprac. a aktualit. Vyd. Praha: Portál, 2002 488s. ISBN 80-7178-31-4.
- 18 PRŮCHA, J. *Učebnice teorie a analýzy edukačního média*. Paido. 1998. 148s. ISBN 80-85931494.
- 19 PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. rozšř. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. 328s. ISBN 80-7178-579-2.
- 20 SKALICKÁ, H. a kol. *Předoperační vyšetření: Návody pro praxi*. Grada Publishing, 2007. 152s. ISBN 80-247-1079-2.
- 21 SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 2. rozšř. a aktualit. vyd. Praha: Grada, 2007. 328s. ISBN 978-80-247-1821-7.
- 22 TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVZP Brno, 2001. 186s. ISBN 80- 7013-324-4.
- 23 ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: Učebnice metod sociální praxe*. Praha: Slon, 2007. 128s. ISBN 80-86429-36-6.
- 24 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšř. a přeprac. vyd. Portál: Praha, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

- 25 VAŇKOVÁ, M. Předoperační ošetrovatelská péče. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 9 s. 343-347. ISSN 1801-1349.
- 26 VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozš. vyd. Praha:Maxdorf, 2004. 490s. ISBN 80-7345-009-7.
- 27 Vyhláška č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- 28 Zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu.
- 29 ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2002. 93s. ISBN 80-8063-108-5.
- 30 ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Grada: Avicenum , 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
- 31 ZVONÍČKOVÁ, M. Jednodenní chirurgie- pooperační příprava nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 10 s. 400, 401, 402. ISSN 1801- 1349.
- 32 ZVONÍČKOVÁ, M. Jednodenní chirurgie- předoperační příprava nemocného z pohledu sestry. *Diagnóza v ošetrovatelství*. Praha: 2006, roč. 2, č. 9 s. 348, 349. ISSN 1801-1349.

8 Klíčová slova

Edukace

Edukační proces

Sestra

Chirurgie

Ošetřovatelství

9 Přílohy

Příloha 1 – ASA klasifikace

Příloha 2 – Otázky rozhovoru se sestrami na chirurgickém oddělení

Příloha 3 – Dotazník pro sestry na chirurgickém oddělení

Příloha 4 - Dotazník pro hospitalizované na chirurgickém oddělení

Příloha 5 – Standard edukace platný od 1. 9. 2009

Příloha 6 – Edukační plán

Příloha 1 - Kategorizace ASA

Tab. 7.2 Anesteziologická rizika – Kategorizace ASA (American Society of Anesthesiologists)

1.	normální, zdravý pacient	běžné riziko
2.	lehké celkové onemocnění nebo choroba bez omezení funkční výkonnosti	mírně zvýšené riziko
3.	těžké, závažné celkové onemocnění nebo choroba s omezením funkční výkonnosti	středně zvýšené riziko
4.	těžké celkové onemocnění nebo choroba, která ohrožuje život nemocného, ať operaci podstoupí či ne	vysoké riziko
5.	moribundní pacient, u něhož lze očekávat úmrtí do 24 hodin, ať operaci podstoupí či nikoli	velmi vysoké riziko
Pro neodkladné operace se schéma rozšiřuje o kategorie:		
6.	akutní pacienti skupiny 1 – 2	zvýšené riziko
7.	akutní pacienti skupiny 3 – 5	vysoké až velmi vysoké riziko

Riziko je definováno jako pravděpodobnost smrti od zahájení anestezie až do 7. pooperačního dne. Nemusí bezprostředně a kauzálně souviset s anestezií.

Zdroj: ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Grada: Avicenum, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

Příloha 2 - Otevřené otázky rozhovoru se sestrami na chirurgickém oddělení

1. Kolik je Vám let a jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?
2. Myslíte si, že je edukace klientů důležitá?
3. Jaký rozdíl je mezi edukací a informovaností?
4. Víte jaké máte kompetence k edukaci?
5. Používáte v edukaci zpětnou vazbu a jak ji provádíte?
6. Za jakých podmínek a v jakém prostředí probíhá edukace na Vašem oddělení?
7. Jakou metodou nejčastěji edukujete klienty?
8. Diferencujete rozdíl mezi edukací před operací a po operaci?
9. Jakým způsobem realizujete edukaci na akutní operační výkon?
10. Používáte k edukaci klientů edukační plán?
11. Víte co by měl edukační plán obsahovat?
12. Máte k dispozici edukační brožury?
13. Existuje standard edukace v nemocnici České Budějovice?

Příloha 3 - Dotazník pro sestry na chirurgickém oddělení

Vážené kolegyně, (kolegové) jmenuji se Iveta Kadlecová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor Všeobecná sestra. Zajímám se o téma: „Edukační postupy v chirurgických oborech“ a z tohoto důvodu bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, označte zakroužkováním pouze jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, nebo doplňte vlastními slovy.

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

2. Jaká je doba Vaší praxe ve zdravotnictví?

- a) do 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21- 25 let
- f) nad 25 let

3. Jak by jste charakterizoval(a) pojem EDUKACE ? (Můžete označit více odpovědí).

- a) vzdělávání
- b) řízení
- c) dodržování
- d) výchova
- e) sebevzdělávání

4. Provádíte na Vašem pracovišti edukaci pacientů (klientů) před vyšetřením?
- a) určitě ano
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) vůbec ne
5. Provádíte na Vašem pracovišti edukaci pacientů (klientů) o *předoperační* přípravě?
- a) určitě ano
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) vůbec ne
6. Provádíte na Vašem pracovišti edukaci pacientů (klientů) o *pooperační* péči?
- a) určitě ano
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) vůbec ne
7. Jaké metody při edukačním procesu používáte? (Můžete označit více odpovědí).
- a) rozhovor
 - b) přednáška
 - c) praktický nácvik
 - d) rozdáním letáků, informačních brožur, příruček
 - e) videoprojekce
 - f) jinou (doplňte)

8. Které pomůcky používáte při edukaci klientů? (Můžete označit více odpovědí).

- a) žádné
- b) letáky a jiné propagační materiály
- c) zpětný projektor
- d) video
- e) tabule
- f) PC, internet
- g) knihy, časopisy
- h) magnetofon
- i) jiné (doplňte)

9. Jakou formou edukace provádíte?

- a) skupinovou
- b) individuální
- c) kombinaci obou
- d) jinou (uveďte jakou).....

10. Kontrolujete si zpětně zda klient podaným informacím rozuměl?

- a) vždy
- b) většinou
- c) občas
- d) nikdy
- e) neptal(a) jsem se

11. Zapojujete do edukace na chirurgickém oddělení i rodinu klienta?

- a) určitě ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) vůbec ne

12. Z jakého důvodu edukační činnost neprovádíte? (Odpovídejte jen v případě pokud jste v otázkách 4, 5, 6 označila možnost c, d).

- a) nedostatečné finanční ohodnocení
- b) nedostatek času
- c) klienti nemají o edukaci zájem
- d) edukaci považujete za zbytečnou
- e) nevím
- f) jiný důvod (jaký?)
-

13. Absolvovala jste školení o edukaci ?

- a) ano
- b) ne

14. Pokud jste absolvovala školení o edukaci , uveďte prosím, kde bylo toto školení prováděno.

.....
.....
.....

15. Prosím napište jakým způsobem by se dala vylepšit edukace na vašem oddělení:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Příloha 4 - Dotazník pro hospitalizované na chirurgickém oddělení

Dobrý den, jmenuji se Iveta Kadlecová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty, obor Všeobecná sestra. Zajímám se o téma: „Edukační postupy v chirurgických oborech“ a z tohoto důvodu bych Vás chtěla požádat o vyplnění mého dotazníku. Dotazník je anonymní. Pokud nebude uvedeno jinak, označte zakroužkováním pouze jednu odpověď, která se nejvíce blíží Vašemu názoru, nebo doplňte vlastními slovy.

1. Jaké je Vaše pohlaví ?
 - a) muž
 - b) žena

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské vzdělání bez maturity
 - c) středoškolské vzdělání s maturitou
 - d) vyšší odborná škola
 - e) vysokoškolské

3. Kolikrát jste byl(a) hospitalizován(a) na chirurgickém oddělení?
 - a) poprvé
 - b) 2x
 - c) 3x a více

4. Prodělal(a) jste během pobytu na chirurgickém oddělení vyšetření ?
 - a) ano
 - b) ne

5. Kdo Vám podával nejvíce informací **před vyšetřením** během pobytu na chirurgickém oddělení? (Odpovídejte jen pokud jste v otázce č. 4 vybral(a) možnost a.)
 - a) lékař
 - b) sestra
 - c) někdo jiný (doplňte)

6. Pokud jste odpověděl(a) ano na otázku č. 4. Jakým způsobem s Vámi pracovala sestra v průběhu **přípravy na vyšetření**? (Můžete označit více odpovědí).

- a) osobní rozhovor
- b) praktický nácvik
- c) videoprojekce
- d) dala Vám informační brožuru
- e) přednáška
- f) jiné(doplňte)

7. Prodělal(a) jste během hospitalizace na chirurgickém oddělení operační výkon?

- a) ano
- b) ne

8. O **přípravě před operací** během pobytu na chirurgickém oddělení jste se nejvíce dozvěděl(a) od : (Odpovídejte jen pokud jste v otázce č. 7 vybral(a) možnost a.)

(Můžete označit více odpovědí).

- a) lékaře na chirurgickém oddělení
- b) praktického lékaře
- c) sestry na chirurgickém oddělení
- d) sestry u praktického lékaře
- e) rodiny
- f) spolupacientů
- g) kamarádů
- h) z informační brožury
- i) jiné (doplňte)

9. Pokud jste odpověděl(a) na otázku č. 7 ano. Jakým způsobem s Vámi pracovala sestra v průběhu **přípravy před operací**? (Můžete označit více odpovědí).

- a) osobní rozhovor
- b) praktický nácvik
- c) videoprojekce
- d) dala Vám informační brožuru
- e) přednáška
- f) jiné(doplňte)

10. O **péči po operaci** během pobytu na chirurgickém oddělení jste se nejvíce dozvěděl(a) od :

(Můžete označit více odpovědí).

- a) lékaře
- b) sestry
- c) rodiny
- d) spolupacientů
- e) z informační brožury
- f) jiné (doplňte)

11. Jakým způsobem Vám sestra podávala informace **po operaci** ?

(Můžete označit více odpovědí).

- a) osobní rozhovor
- b) praktický nácvik
- c) videoprojekce
- d) dala Vám informační brožuru(příručku, leták, literaturu)
- e) přednáška
- f) jiné(doplňte)

12. Dotazovala se sestra, jestli jste porozuměl(a) podaným informacím?

- a) určitě ano
- b) většinou ano
- c) většinou ne
- d) vůbec ne

13. Vysvětlila Vám sestra, jaké mohou u Vás nastat komplikace *po operaci*?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
14. Vysvětlila Vám sestra , jak máte předcházet komplikacím *po operaci*?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) nevím
15. Když jste položil(a) sestře otázku, dostal(a) jste odpověď, které jste rozuměl(a)?
- a) vždy
 - b) většinou
 - c) občas
 - d) nikdy
 - e) neptal(a) jsem se
16. Kdo Vám při hospitalizaci na chirurgickém oddělení nejvíce pomáhá (pomohl/a) vyrovnat se s Vaším onemocněním?
- a) lékař
 - b) sestra
 - c) rodina
 - d) přátelé
 - e) někdo jiný(doplňte)

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Příloha 5 - Standard edukace platný od 1. 9. 2009

Standard 44:	U každého pacienta jsou posouzeny potřeby edukace a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace.
Účel a naplnění standardu:	Edukace pacientů je významným nástrojem, jak je aktivně zapojit do procesu poskytování zdravotní péče. Nemocnice tento standard naplní, když vypracuje postup hodnocení potřeby edukace, rozsahu a způsobu vlastní edukace a postup při dokumentaci provedené edukace. Hodnocením potřeby edukace se rozumí zhodnocení toho, zda pacient má dostatek informací týkajících se jeho aktuálního zdravotního stavu, či zda je nutné (například při plánovaném založení stomie) naplánovat edukační program. Tento postup stanoví, kteří pracovníci edukaci provádějí.
Indikátory standardu:	<ol style="list-style-type: none">1. Hodnotí se potřeba edukace u pacienta a jeho blízkých.2. Uvedené hodnocení se zaznamenává do dokumentace pacienta.3. Proces edukace pacienta se zaznamenává jednotným způsobem.4. Pacienti a jejich blízcí jsou edukováni o postupu při poskytování informovaného souhlasu, pokud je to na místě.5. Pacienti a jejich blízcí jsou poučováni o svém podílu na rozhodování a poskytování zdravotní péče.6. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o svém zdravotním stavu a o potvrzených diagnózách.7. Pacienti a jejich blízcí jsou informováni o dietních omezeních pacienta, pokud je to na místě, a o svém možném podílu na rozšíření jídelníčku pacienta.

Zdroj: http://www.sakcr.cz/files/SAK_standardy_pro_nemocnice_verze_01-09-2009.pdf

EDUKAČNÍ PLÁN

Individuální

Skupinový

Jméno:..... Název skupiny.....

Rok narození:.....

Oddělení:.....

Setkání :

Edukační téma :

Doba trvání :

Edukační prostředí :

Edukační diagnóza:

Cíl:

Výsledná kritéria:

Struktura lekce:

Posouzení znalostí klienta :

Posouzení zručností klienta:

Určení priorit edukace:

Motivace klienta :

Metoda edukace :

Rozhovor Vysvětlování Přednáška Názorně – demonstrační

Cvičení Diskuse Hraní rolí

Pomůcky:

Zpětná vazba :

Vyhodnocení:

Podpis klienta:

Podpis edukační sestry:

Zdroj: vlastní zdroj