

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**EDUKAČNÍ ČINNOST PERIOPERAČNÍ SESTRY NA ORL
ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Mgr. Helena Michálková

Autor:
Jitka Reindlová

2009

Abstrakt

The thesis title is Educative Activities of a Perioperative Nurse at an ORL Department. In her profession, the nurse performs several important roles. One of these is the very role of an educator. No less important is the educative activity of a perioperative nurse which is currently increasingly referred to. Education is important in order for a client to be able to assume an active role in the area of own health care and in order to be able to decide completely with respect to own health provision. An operating procedure is a difficult situation in a person's life and it is necessary that a client has all the information available.

The objective of this thesis was to map the educative activity of perioperative nurses. In particular with respect to the clients' satisfaction with pre-operative care within the context of the educative process; whether the education performed by a perioperative nurse alleviates a client's anxiety and improves the awareness of clients before an operating procedure.

A quantitative research has been selected for the fulfillment of objectives. The survey investigation was executed by means of a questionnaire form. Two anonymous questionnaires were used. The first one was intended for clients after an operating procedure at an ORL department, and the second one for perioperative nurses. The questionnaire survey reflected on 84 clients and 86 perioperative nurses.

It is apparent from the results that clients who were educated by a perioperative nurse are more satisfied with pre-operative care, are less anxious about the operating procedure and are better informed. The questionnaire survey of perioperative nurses implies that nurses indeed do educate, mostly in verbal form. In order to provide for better introduction of educative activities of perioperative nurses, we would recommend deepening the knowledge of nurses in this area, e.g. by providing training concerning education by a perioperative nurse, or an internship at a department where such activities are performed.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Edukační činnost perioperační sestry na ORL oddělení“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/ 1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě- v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....
Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Heleně Michálkové za odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

OBSAH:

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV	4
1.1. Perioperační sestra	4
1.1.1. Vzdělávání	4
1.1.2. Náplň práce	12
1.1.3. Ošetrovatelská dokumentace	14
1.2. ORL- Otorinolaryngologie	16
1.2.1. Specifika oboru	16
1.2.2. Výkony v ORL	17
1.2.3. Ošetrovatelská péče na ORL	18
1.2.4. Operační výkon jako náročná životní situace	19
1.3. Edukační činnost v ošetrovatelství	20
1.3.1. Edukace	20
1.3.2. Předoperační edukace	21
1.3.3. Edukace klienta perioperační sestrou na ORL ÚVN	23
1.3.4. Práva klientů- informovaný souhlas	25
2. Cíle práce a hypotézy	27
2.1. Cíle výzkumu	27
2.2. Hypotézy	27
3. METODIKA	28
3.1. Metodika	28
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	29
4. VÝSLEDKY	30
4.1. Výsledky z dotazníku pro perioperační sestry	30
4.2. Výsledky z dotazníků pro klienty po operačním výkonu na ORL	42
4.3. Srovnání skupin	55
5. DISKUSE	66
6. ZÁVĚR	71

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	73
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	77
9. PŘÍLOHY	78
9.1. Dotazník pro klienty po operačním výkonu na ORL oddělení.....	78
9.2. Dotazník pro perioperační sestry	81

ÚVOD

Jednou z důležitých rolí sestry je role edukátorky. Neméně důležitá je edukační činnost perioperační sestry. V návaznosti na předoperační edukaci sestrou a edukaci anesteziologickou sestrou může perioperační sestra klientovi zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči. Výzkumným šetřením je zjišťována současná situace týkající se edukace perioperační sestrou na ORL oddělení. Poznatky a výsledky výzkumu přispějí k rozvoji edukační role perioperační sestry a tím k poskytnutí maximální kvality ošetrovatelské péče.

Cílem této bakalářské práce na téma Edukační činnost perioperační sestry na ORL oddělení je zmapování situace v edukaci klienta perioperační sestrou v nemocničním zařízení na ORL oddělení. Je zaměřena především na získávání informací vyvozující, zda jsou klienti spokojeni s předoperační péčí a zda mají dostatek informací o operačním výkonu. Pro doplnění byla mapována situace mezi perioperačními sestrami, zda jsou připraveny k výkonu edukační činnosti.

1. SOUČASNÝ STAV

Edukace klienta perioperační sestrou je jedním z kroků ke zkvalitnění poskytované péče v rámci kontinuálního zvyšování kvality. Na základě dosavadních zkušeností je zřejmé, že edukace klientů i v oblasti perioperační péče je nástrojem zajištění jejich lepší účasti na procesu poskytování péče. Klient přebírá zodpovědnost za své zdraví, je vybízen k aktivní roli. Aby mohl tuto roli přijmout, musí mít dostatek informací. Tyto informace mu poskytuje zdravotnický personál. Sestra, v rámci svých kompetencí, podává klientovi informace o tom jak má o sebe pečovat. Sestry proto rozvíjejí své komunikační dovednosti tak, aby mohly efektivně edukovat své klienty. V souvislosti s operačním výkonem se edukační činnost perioperační sestry ukazuje jako nanejvýš důležitá a potřebná.⁽¹⁰⁾

1.1. Perioperační sestra

Motto:

„Instrumentování se lze naučit, je k tomu třeba dobrých znalostí, zkušeností i zručnosti. Ale dobrou instrumentářkou se může stát jen sestra, která má ve své anonymitě ušlechtilý zájem o osud nemocného a prožívá a naplňuje smysl svého povolání nejen dovedností a kulturou ducha, ale i kulturou svého srdce“.

Prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc. ^(12, s.15)

1.1.1. Vzdělávání

Medicína, a chirurgie především, je velkým týmovým oborem, kde sestra zaujímá své důležité a nezastupitelné místo. Řada předních chirurgů proto věnovala velkou pozornost jejich výchově a vzdělávání. A zejména práce sester na operačních sálech vyžaduje zvláštní schopnosti a nespočet speciálních školení. Jedním z lékařů, který pochopil velký význam vzdělávání operačních sester byl prof. Mudr. Bohuslav Niederle, DrSc. Jeho monografie Práce sestry na operačním sále, se vedle přímého

předávání zkušeností stala důležitým studijním materiálem v přípravě ke kvalifikačním zkouškám.⁽¹²⁾

Systém vzdělávání sester pracujících na operačních sálech má v ČR svoji tradici. Specializace v instrumentování na operačním sále byla jednou z prvních specializačních oborů. Specializovala sestry již od padesátých let, zatímco ostatní typy současných specializací vznikly až po roce 1971. Specializace instrumentování na operačním sále probíhala formou pomaturitního specializačního studia dálkovou nebo externí formou v návaznosti na středoškolské odborné vzdělání, které bylo zakončeno maturitní zkouškou. Studium organizoval Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví (IPDVZ) v Brně.⁽¹²⁾

V poslední době došlo ke změně koncepce vzdělávání sester. Transformací z IPDVZ vzniklo Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) Brno. Specializační vzdělávání probíhá při výkonu práce příslušného povolání nelékařského zdravotnického pracovníka (stejně jako dříve probíhalo tzv. pomaturitní specializační studium), ale výraznou změnou je realizování tohoto vzdělávání. Je uskutečňováno v akreditovaném zařízení, tj. takovém, kterému MZ ČR udělí akreditaci k realizaci příslušného vzdělávacího programu. Další změnou je vydávání nových specializačních programů. Vzdělávací programy jsou koncipovány modulovým systémem specializací. Modul se vysvětluje jako ucelená část vzdělávacího programu s daným počtem kreditů. Každý modul musí stanovovat znalosti a praktické dovednosti, které účastník jeho absolvováním získá. Moduly se dělí na povinné, výběrové dle zaměření odbornosti a výběrové dle zaměření specializace. Tento systém umožňuje vhodnou kombinací a seřazením modulů dosáhnout požadované úrovně znalostí a dovedností. Současně může být modul akreditován samostatně jako certifikovaný kurz. Výhodou modulového systému je, že si zdravotnický pracovník může flexibilně sestavit svůj program, ale také to, že jde o systém otevřený, tzn. že lze dle aktuálních potřeb a požadavků praxe, inovovat obsah programů nebo vypracovat nové speciální moduly. Součástí studia je odborná praxe, která probíhá v akreditovaných zařízeních.^(24, 19)

Vzdělávací programy jsou vydávány ve Věstníku MZ ČR. Zařazování do specializačního vzdělávání provádí MZ prostřednictvím Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně (NCONZO), které je jeho přímo řízenou organizací.⁽¹⁹⁾

Vzdělávací program, umožňující specializaci sestrám pracujícím na operačním sále, byl vydán pod názvem Perioperační péče. Obecně je tento obor určen pro zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry nebo porodní asistentky a pracuje v úseku perioperační péče. Cílem této specializace je připravit všeobecnou sestru nebo porodní asistentku pro poskytování přímé i nepřímé specifické ošetrovatelské péče pacientům čekajících na operační výkon, v jeho průběhu a bezprostředně po něm. Studium je rozděleno do jednotlivých modulů. Znamená to, že na základní (povinný) modul s názvem Role sestry v perioperační péči navazuje odborný (povinný) modul- Perioperační péče, který je již určen jen pro sálové sestry a sestry z dalších úseků práce oboru. Následují speciální moduly, které jsou povinně volitelné. Volí se tři libovolné chirurgické obory dle zaměření sestry. Jejich absolvování vede k získání odbornosti Sestra pro perioperační péči.^(19, 24, 29, 5)

Součástí NCONZO je centrální registr zdravotnických pracovníků, který po zaregistrování vydává osvědčení k výkonu svého povolání bez odborného dohledu. Registrovat se může každý zdravotnický pracovník, pokud splňuje stanovené podmínky. Jedná se o potvrzení o odborné způsobilosti, trestní bezúhonnosti a potvrzení dokládající délku praxe a účast na celoživotním vzdělávání. Registrace vznikla za účelem podpory a kontroly celoživotního vzdělávání a lze ji také chápat jako příležitost pro ty, kteří chtějí své povolání vykonávat v plném rozsahu. Práce sestry je spojena s mnoha riziky pro klienta i pro ni samotnou a proto je požadavek trvalého udržování kvalifikace zcela adekvátní.^(32, 19)

„Registrace doslova znamená, že jméno sestry je zaznamenáno do registru. Tento profesní registr potvrzuje adekvátní úroveň rozvoje dovedností a znalostí zaregistrované osoby, která po absolvování vzdělání získala profesní diplom nebo titul. Registrace by měla také zajistit, aby titul „registrovaná sestra“ používali pouze lidé s odpovídajícím vzděláním a kvalifikací.“^(22, s.66)

Lze tak zabránit tomu, aby praxi vykonávaly nekvalifikované pracovní síly. Registrace neznamená jen zaznamenávání jmen a kvalifikace. Efektivní systém registrace záznamy aktualizuje. Jde o pravidelné doplňování dalšího vzdělávání a ověřování kvalifikace před prodloužením dalšího období registrace a tím tedy i praxe.⁽²²⁾

Pokud registrovaná sestra přestane splňovat požadavky nebo poškodí klienta, nemůže užívat registraci a může pracovat jen pod odborným dohledem. Registrace se tak stává jedním ze způsobů, jak zajistit legislativní ochranu klienta (ochrana veřejnosti před nedodržením standardů) a vysokou kvalitu práce (prohlubováním vědomostí).⁽²²⁾

Pevné postavení, soudržnost a integritu ošetrovatelské profese a jejím členům přináší regulační systém, jehož základem je právě výše zmíněná registrace. Systém regulace již delší dobu prosazuje Mezinárodní rada sester (ICN), jako zástupce ošetrovatelské a zdravotnické veřejnosti na mezinárodní a světové úrovni. Termín regulace užívá ICN v souvislosti s legitimními a důležitými nástroji, jimiž je do ošetrovatelské profese zaváděn řád, důslednost, identita a kontrola. Profese ošetrovatelství a její členové jsou přesně definováni a mají stanoven rozsah odborné způsobilosti. Součástí regulace jsou regulační mechanismy tzv. procesy pověřování- registrace, udělování licencí, vydávání dokladů o kvalifikaci, provádění akreditací, vydávání osvědčení, certifikátů, oficiálního souhlasu apod. Takovéto pověření od regulačního subjektu může dostat osoba, instituce i vzdělávací program. Získává tím oficiální souhlas nebo potvrzení o tom, že splňuje určitý standart kvality, který je ovšem nutné pravidelně obnovovat.⁽²²⁾

V praxi se registrace a s ní spojený pojem celoživotní vzdělávání setkává s kladnými i zápornými názory. Ve výzkumném šetření se zaměřením na názor sester na registraci, kdy bylo osloveno více než 150 sester bylo zjištěno, že pro 65% dotazovaných je registrace důležitá a pro 35% dotazovaných důležitá není. Na otázku, zda jsou odborné vzdělávací akce přínosné odpovědělo 94% sester ano a pouze 6% ne. Bylo tím potvrzeno, že sestry vzdělávací akce navštěvují a po registraci o ně stoupl zájem a tedy i to, že registrace podporuje celoživotní vzdělávání.⁽⁹⁾

Dalším důležitým orgánem podporující rozvoj perioperačních sester je Evropská asociace sester operačních sálů (European Operation Room Nurses Association-

EORNA), jejíž členem je i naše profesní odborné sdružení sester perioperační péče- Společnost instrumentářek. Tímto se vysvětluje pojem „perioperační sestra“. Nejdříve byl tento pojem používán pro snadnější komunikaci s EORNA. Výrazu instrumentářka byl kolegyněmi z ostatních zemí přikládán jiný význam, než v naší zemi. Později, v souvislosti s přijetím zákona o změně ve vzdělávání, se stal součástí oficiální terminologie. Česká republika se v EORNA podílí na vytváření společných učebních osnov pro sestry pracující na operačních sálech v celé Evropě. V těchto osnovách EORNA zdůrazňuje model „perioperační“ péče a pro sestru pracující na operačním sále používá právě termín „perioperační sestra“. Zahrnuje tedy nejen instrumentování během operačního výkonu, ale i ošetrovatelskou péči o klienta před operačním výkonem a bezprostředně po něm. Také je přímým důkazem toho, že dříve byla sestra pracující na sále- instrumentářka, chápána jen jako sestra asistující lékaři během operace.^(12, 6)

Požadavky na vzdělání se zvyšují souběžně s rozmachem nových operačních metod. Proto je celoživotní vzdělávání v denní praktické činnosti nezbytné. Je samozřejmě věcí každé instrumentářky, do jaké míry využívá všech dostupných možností ke svému sebevzdělávání.⁽¹²⁾

Způsobilost k výkonu bez odborného dohledu, povinnost celoživotně se vzdělávat a registraci také definuje Věstník MZ České republiky v Koncepti ošetrovatelství.

„Koncepte vychází z Koncepte ošetrovatelství České republiky z roku 1998, respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, doporučení Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Tyto dokumenty určují další vývoj a směr ošetrovatelství a porodní asistence v 21. století.“⁽²⁸⁾

Pracovníci v oboru a jejich vzdělávání

Ošetrovatelskou péči podle uvedené koncepce zajišťují zdravotničtí pracovníci v rozsahu vymezeném zákonem a zvláštním právním předpisem:

1) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti.

2) Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením.

Činnosti jednotlivých kategorií ošetrovatelských pracovníků jsou stanoveny zvláštním právním předpisem. Podrobněji jsou rozpracovány zaměstnavatelem příslušného zdravotnického zařízení.⁽³¹⁾

Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oboru ošetrovatelství

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti

a) Kvalifikační studium probíhá na vyšších zdravotnických školách a na vysokých školách v souladu s příslušnými směrnicemi Evropské unie.

b) Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilost v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Součástí celoživotního vzdělávání je také specializační vzdělávání, které je zaměřeno na ošetrovatelství v klinických oborech, na různé formy ústavní, ambulantní a komunitní péče a na management ve zdravotnictví. Probíhá v akreditovaných zařízeních. V rámci celoživotního vzdělávání je možné v oboru ošetrovatelství získat vyšší stupně akademického vzdělání (magisterské a doktorské).^(28, 31)

Zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením

c) Kvalifikační studium probíhá na střední zdravotnické škole nebo v akreditovaném kvalifikačním kurzu.

d) Celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotničtí pracovníci obnovují, zvyšují, prohlubují a doplňují vědomosti, dovednosti a způsobilosti v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.⁽²⁸⁾

Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu

V průběhu aktivního výkonu ošetrovatelské profese se zdravotničtí pracovníci registrují v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu. Registr je veřejně přístupný, s výjimkou údajů o rodném čísle a trvalém pobytu a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Poskytuje informace o počtu a odborném zaměření zdravotnických pracovníků poskytujících ošetrovatelskou péči. ^(28, 31)

Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (registrace)

Zápis v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu povolání bez odborného dohledu motivuje sestry k dalšímu a celoživotnímu vzdělávání, usnadní jejich profesní uplatnění v rámci Evropské unie. Dokladem o registraci zdravotnických pracovníků je osvědčení, které se vydává na období 6 let. Osvědčením se získává oprávnění k výkonu povolání bez odborného dohledu a oprávnění k vedení praktického vyučování. ⁽³¹⁾

Průkaz odbornosti

Průkaz odbornosti slouží k průběžnému zaznamenávání druhu a délky získaného vzdělání a vykonávaných činností při výkonu povolání zdravotnických pracovníků, vykonaných zkoušek, celoživotního vzdělávání. ⁽²⁸⁾

Povinnost celoživotního vzdělávání pro všechny zdravotnické pracovníky ukládá zákon č. 96/2004 Sb. ^(19, 32)

Zákon 96/2004 Sb., Hlava V, díl 2 týkající se celoživotního vzdělávání v §53 ukládá:

1) Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

2) Celoživotní vzdělávání je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky.⁽³⁷⁾

Dále také zákon 96/2004 Sb., Hlava V, díl 2 týkající se celoživotního vzdělávání v §54 ukládá:

Formy celoživotního vzdělávání jsou:

- specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- certifikované kurzy,
- inovační kurzy,
- odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích,
- publikační, pedagogická a vědecko- výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu,
- samostatné studium odborné literatury.⁽³⁷⁾

Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání se prokazuje na základě kreditního systému. Získání stanoveného počtu kreditů je podmínkou pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Povinnost kontinuálně se vzdělávat měla sestra již od roku 1960 ze zákona 20/1960 Sb. o péči, o zdraví lidu, ale nebyla nikým kontrolována. Problematikou kreditního systému se zabývá vyhláška č.423/2004 Sb. Stanovuje počet kreditů u jednotlivých forem celoživotního vzdělávání.⁽¹⁶⁾

Než byl kreditní systém podle vyhlášky 423/2004 Sb. zabudován do legislativy, čerpala ČR ze zkušeností systému Velké Británie, USA, Holandska, apod. Česká republika tedy není jedinou zemí, kde je tento systém zaveden.⁽¹¹⁾

1.1.2. Náplň práce

Perioperační sestra se na operačním sále denně setkává s lidmi, kteří jsou ve stavu ohrožení základních životních funkcí. Očekává se od ní velká dávka sebeovládání, klidné vystupování a také rychlé a přesné plnění úkolů. Její práce je náročná na vnímání a paměť, vyžaduje kritické myšlení, odborné vědomosti na vysoké úrovni, ale také zručnost a praktické zkušenosti. Podmínkou spokojenosti a úspěšnosti je dobrá profesionální adaptace, která obnáší překonání hlubokého prožívání zatěžujících událostí (např. utrpení a bolest nemocných).⁽²⁾

Náplň práce perioperačních sester zahrnuje asistenci lékaři během operačního výkonu, zodpovědnost za sterilitu instrumentária, přípravu operačního sálu a materiálu potřebného k jednotlivým operacím, ale také bezprostřední předoperační a pooperační péči, jak již bylo výše zmíněno. V posledních deseti letech se tato péče rozrostla a perioperačním sestřím přibyla nová role. Jde o práci s vysoce sofistikovanou technikou a s její obsluhou. Je známo, že na mnoha úsecích perioperační péče v cizině manipulují se zdravotnickými přístroji technici. U nás je práce technika prozatím málo frekventovaná.⁽⁷⁾

Pro všeobecné role sester je charakteristickým znakem schopnost zabezpečit nemocnému pocit jistoty, vycházení z potřeb nemocného a pochopení jeho problému a schopnost sestry podřídit své emoce kontrole, tzn. být emocionálně neutrální. Sestra svým profesionálním působením nezastává jednu roli, vždy jde o více rolí.⁽¹⁴⁾

Role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky a technologie, celkový zdravotní stav obyvatelstva, ale také utváření ošetřovatelství jako vědní disciplíny. V současnosti zastává sestra nejčastěji roli sestry poskytující ošetřovatelskou péči, roli manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, a výzkumnice.⁽¹⁴⁾

Tyto role sester vlastně opisují jejich činnost v praxi. Mohou se vzájemně prolínat, jedna druhou nevyklučují. Role ošetřovatelky patří mezi činnosti sester, které chrání důstojnost člověka, přináší důležité poznatky a poskytují podporu. Je to role lidských vztahů. Sestra manažerka řídí a organizuje ošetřovatelskou péči jednotlivců, rodiny a

komunity. Také prověřuje ošetřovatelskými úkony jiné sestry a pomocné síly, dohlíží na jejich činnost a vyhodnocuje ji. To probíhá na různých úrovních- státní, regionální a na úrovni zdravotnického zařízení. Edukační role sestry je zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného konání člověka i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Advokátka je obhájkyňou klienta, reprezentuje a obhajuje jeho práva, vysvětluje mu je, předkládá a tlumočí jeho názory a požadavky. Role nositelky změn napomáhá změně, která je základní součástí ošetřovatelství. V rámci ošetřovatelského procesu sestra pomáhá klientovi rozhodnout se pro změnu a uskutečnit ji. A role sestry výzkumnice je aktuální v dnešní společnosti, ve které se ošetřovatelství utváří jako sociálně významná, důvěryhodná vědecká profese zaručující kvalitní ošetřovatelskou péči.^(14, 18)

Rozsah činností sester v perioperační péči je také stanoven vyhláškou č. 424/2004 Sb. Výpis z vyhlášky 424/2004 §50 se týká sester pro perioperační péči:

Sestra pro perioperační péči vykonává činnosti podle §48 při péči o pacienty před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu, včetně intervenčních, invazivních a diagnostických výkonů. Přitom zejména:

v odstavci a) bez odborného dohledu a bez indikace

1. připravuje instrumentarium, zdravotnické prostředky a jiný potřebný materiál a pomůcky před, v průběhu a po operačním výkonu,
2. provádí specializované sterilizační a dezinfekční postupy,
3. zajišťuje manipulaci s operačními stoly, přístroji a tlakovými nádobami,
4. provádí antisepsi operačního pole u pacientů,
5. provádí ve spolupráci s lékařem- operátorem před začátkem a ukončením každé operace početní kontrolu nástrojů a použitého materiálu, zajišťuje stálou připravenost pracoviště ke standardním a speciálním operačním výkonům,

v odstavci b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře

1. zajišťuje polohu a fixaci pacientů na operačním stole před, v průběhu a po operačním výkonu, včetně prevence komplikací z imobilizace,
2. provádí zarouškování pacientů,
3. instrumentuje při operačních výkonech.⁽³⁴⁾

Zdálo by se, že touto vyhláškou je problém vymezení kompetencí vyřešen, ale přesto z výzkumného šetření Bártlové, týkající se pracovních vztahů a kompetencí všeobecných sester v České republice, vyplývá, že druhým nejčastějším problémem ve vztahu lékaře a všeobecné sestry je výkon činností, spadajících do kompetence někoho jiného (30,9% dotazovaných sester).^(3, 4)

1.1.3. Ošetrovatelská dokumentace

Dokumentace obecně (chorobopis) je vždy písemný doklad. Obsahuje zdravotní anamnézu klienta, momentální zdravotní stav, léčbu a léčebný postup. Je to přísně důvěrný právní dokument, pomocí kterého si lékaři, sestry, sociální pracovníci a ostatní zdravotničtí pracovníci navzájem vyměňují informace o klientovi. Chorobopis tedy slouží jako prostředek, pomocí kterého mezi sebou zdravotnický personál komunikuje. Je také právní dokumentací a uznává se jako soudní důkazný materiál. V některých státech se nepokládá za důkaz v případě, že si to klient nepřeje, protože údaje zveřejněné lékaři jsou důvěrné. Informace v chorobopise slouží i jako cenný zdroj údajů pro výzkum, pro různé statistiky pomáhající předvídat a plánovat potřeby zdravotnických služeb v budoucnosti a pro studium budoucích zdravotníků. Dále se zdravotní záznamy klientů používají k monitorování zdravotní péče a zároveň k posouzení způsobilosti osob poskytujících tuto péči. A v neposlední řadě členové zdravotnického týmu využívají údaje z chorobopisu klienta za účelem naplánování léčebného postupu.⁽¹⁸⁾

Ošetrovatelská dokumentace poskytuje důkaz, že je klientovi poskytována individualizovaná péče metodou ošetrovatelského procesu. Obecné cíle vedení ošetrovatelské dokumentace jsou zajištění kvality péče o klienty, dokumentování vývoje stavu klienta se zaměřením na výsledky u klienta a zajištění interdisciplinární důslednosti a spojení cílů léčby a péče pro vývoj stavu klienta.⁽²²⁾

Základní strukturu ošetrovatelské dokumentace tvoří formulář Ošetrovatelská anamnéza (záznam počátečního zhodnocení), formulář Plán ošetrovatelské péče (zápis ošetrovatelských diagnóz, očekávaných výsledků a intervencí) a formulář Vývoj stavu

klienta/ pozorování (zápis realizace ošetrovatelské péče a hodnocení). Vedle těchto základních částí existují další součásti (např. edukační plán, překladová nebo propouštěcí ošetrovatelská zpráva, sledování bolesti, záznam diabetika, péče o ránu a další).⁽²²⁾

Dokumentace je nepřetržitý záznam o tom, co se děje s klientem a je také právním podkladem chránící klienta, sestru, lékaře i zdravotnické zařízení.⁽²²⁾

Perioperační ošetrovatelská dokumentace by měla zajistit maximální bezpečnost v perioperační péči klientovi i celému operačnímu týmu. Je nedílnou součástí moderního pojetí ošetrovatelství a zavádění ošetrovatelského procesu na operační sál. Na většině pracovištích patří vedení sesterské dokumentace k denní činnosti perioperační sestry. Jde o tzv. Perioperační záznam, Operační list apod., který představuje především vyplňování základních údajů o klientovi a evidenci přístrojové techniky. Na pracovištích, kde je již zaveden ošetrovatelský proces na operační sál, byla dokumentace rozšířena o záznam perioperační péče týkající se ošetrovatelských diagnóz, realizace péče na op. sále a hodnocení plánu péče. Tento se po operačním výkonu stává součástí dokumentace klienta. Příkladem takového pracoviště je Ústřední vojenská nemocnice v Praze (ÚVN), která v roce 2004 získala mezinárodní akreditaci společností Joint Commission International a stala se tak první nemocnicí v ČR i ve střední a východní Evropě s maximální možnou kvalitou péče a bezpečím pro klienty. Byla zde ustálena jednotná forma ošetrovatelské dokumentace, jejíž součástí je tzv. edukační záznam. Perioperační sestra pracuje s touto složkou dokumentace v souvislosti s edukační činností před operací. Je nutné podotknout, že žádná verze ošetrovatelské dokumentace nebude nikdy definitivní, ale naopak se bude měnit odrazem činností perioperačních sester.^(2, 17, 23)

1.2. ORL- Otorinolaryngologie

1.2.1. Specifika oboru

„Otorinolaryngologie (zkratka ORL) je obor zabývající se výzkumem, diagnózou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob. Dříve se do jisté míry rozlišovala otologie, rinologie a laryngologie.“ ^(33, s. 636)

Počátky otologie- faryngologie a rino- laryngologie (později otorinolaryngologie) spadají do 40. a 50. let devatenáctého století. Otologie se odštěpila od chirurgie v druhé polovině devatenáctého století, zatím co laryngologie se vyčlenila z vnitřního lékařství. Obojí spojuje anatomická oblast nosu a hltanu, vývojová a funkční závislost řeči na sluchu a podobný způsob vyšetřování za pomoci endoskopie. Spojením všech podstatných částí vzájemně se prolínajících ve své stavbě vznikl obor, který zaujal samostatné místo v lékařské vědě.⁽⁸⁾

Zvláštnostmi oboru jsou vyšetřovací metody. Vyšetřované oblasti jsou citlivé a může dojít k vyvolání dávicího reflexu, proto se používá lokální anestézie. Některé orgány jsou uloženy v tělesných dutinách, takže nejsou dostupné pohledem při běžném osvětlení. Je tedy nutné používat speciální osvětlení. Nejjednodušším způsobem byl konkávní čelní zrcadlový reflektor. Dnes už se většinou využívá studené světlo v kombinaci s optickými systémy. Mnohdy je nutno k vyšetření použít zvětšovací zařízení (např. lupy a mikroskop). Mikroskop je nezbytný i u některých operací (ušní operace a operace na hrtanu). Operační pole je malé, neboť je omezeno umístěním orgánů v lebce nebo na krku, kde leží v těsné blízkosti životně důležitých struktur. Tyto výkony se provádí za použití miniaturních nástrojů. Jsou zde kladeny značné nároky na instrumentaci a asistenci také proto, že do operačního pole vidí pouze operátor.^(1, 27)

1.2.2. Výkony v ORL

OPERAČNÍ VÝKONY V OBLASTI UCHA

Ušní operace lze rozdělit na operace zevního ucha (např. korekce tvaru boltců, operace atheromů) a operace středního ucha prováděné pod mikroskopem se speciálním mikrochirurgickým instrumentariem.⁽²⁷⁾

Operace středního ucha dále dělíme na operace sanační a rekonstrukční. Sanační operace jsou prováděné za účelem odstranění zánětu. Jde o antromastoidektomie (odstranění sklípků postižených zánětem), atikoantrotomie a radikální operace (odstranění všech postižených středoušních struktur a tím odstranění chronického zánětu). Úkolem rekonstrukčních operací je zrekonstruovat poškozený převodní aparát, tak aby došlo ke zlepšení sluchové funkce. Jsou to tympanotomie (vytvoření přístupu do středouší k dalším operacím), myringoplastika (uzavření centrální perforace bubínku pomocí štěpu) a třmínkové operace (mobilizace třmínku nebo náhrada jeho části).^(1, 27)

OPERAČNÍ VÝKONY NA DÝCHACÍCH CESTÁCH

Mezi tyto výkony patří operační výkony nosu, dutin, nosohltanu, hrtanu a trachey, prováděné za účelem zprůchodnění dýchacích cest.⁽²⁷⁾

Nejčastější nosní operační výkony jsou polypektomie (extrakce nosních polypů), mukotomie (ablace zbytnělé nosní sliznice) a septoplastika (korekce deviované chrupavky a kosti nosní přepážky). Operační výkony dutin jsou Caldwell- Lucova operace (odstranění patologických změn a části čelistní dutiny trvale a následné široké spojení s dutinou nosní), ethmoidektomie (odstranění zánětlivých změn z čichových sklípků), operace čelních dutin a operace klínové dutiny. Na nosohltanu se provádí operační výkon zvaný adenotomie (odstranění zbytnělé nosohltanové mandle). Operační výkony hrtanu lze rozdělit do dvou skupin a to podle operačního přístupu. První skupinou jsou výkony prováděné z vnitřního přístupu technikou hrtanové mikrochirurgie- operace dle Klansassera (metoda, kterou lze provést drobné operační zákroky na hlasivkách za pomoci speciálního tubusu, mikroskopu a mikrochirurgických nástrojů). Druhou skupinou jsou výkony prováděné ze zevního přístupu- thyreotomie

(rozetnutí chrupavky štítné) a laryngofissura (rozetnutí chrupavky prstenčité). Operace prováděné za účelem získání přístupu do hrtanu jsou chordektomie (odstranění hlasivky) a laryngektomie (odstranění hrtanu). Dle rozsahu postižení se provádí parciální laryngektomie (částečné odstranění) nebo totální laryngektomie (odstranění celého hrtanu). Nejčastějším operačním výkonem na průdušnici je tracheotomie (protěti průdušnice s následným vytvořením otvoru v průdušnici= tracheostomatu). Provádí se u všech rozsáhlých krčních operací.^(1, 27)

OPERAČNÍ VÝKONY V OBLASTI POLYKACÍCH CEST

Mezi tyto patří tonsilektomie (odstranění tonsil postižených zánětem nebo nádorem), operace slinných žláz (podčelistní, příušní slinné žlázy), glosektomie úplná nebo částečná (odstranění jazyka pro zhoubné onemocnění) a faryngektomie (odstranění hltanu).^(1, 27)

OPERAČNÍ VÝKONY PROVÁDĚNÉ NA KRKU

Jedná se o operace basaliomů, veruk, atheromů, cyst a píštělí. Nejčastějšími jsou operace uzlin.⁽²⁷⁾

Jedním z nejrozsáhlejších výkonů je bloková krční direkce (odstranění metastáz, lymfatického aparátu a měkkých tkání na postižené straně. Někdy je nutné odstranit jugulární žílu, přilehlé měkké tkáně s metastázami). Zpravidla jde o zákrok spojený s řadou dalších výkonů (tracheotomie, laryngektomie, glosektomie, faryngektomie, mandibulotomie= protěti dolní čelisti).^(1, 8, 27)

1.2.3. Ošetrovatelská péče na ORL

Co se týče ošetrovatelské péče o klienty v ORL jsou zde patrné určité odlišnosti. Základem kvalitní odborné péče je především správná komunikace. Perioperační sestra se často setkává s neslyšícími klienty (nedoslýchavost, hluchota, stav po operaci ucha aj.) a s klienty bez hlasu (tracheotomie= vyústění průdušnice navenek, totální

laryngektomie= úplné odstranění hrtanu aj.). Obě tyto skupiny mají zhoršenou možnost komunikace s okolím.⁽¹⁾

Na nedoslýchavé klienty mluvíme pomalu a zřetelně. V případě těžké sluchové vady křik není řešením, ztrácí se v něm srozumitelnost. Nedoslýchaví i neslyšící umí zpravidla odezírat ze rtů. Komunikaci začínají dotykem. Pokud neovládáme posunkovou řeč, dáváme si během rozhovoru pozor abychom nepoužívali ruce. Pohyby rukou působí rušivě.⁽¹⁾

Klienti s onemocněním hrtanu, mohou mít potíže s hlasem (chrapot, selhávání hlasu). Klienti po úplném odstranění hrtanu hlas nemají a označujeme je jako afonické nemocné. Rovněž trachostomie brání znělému hlasu, i když hrtan a hlasivky jsou ponechány.⁽¹⁾

Na tyto okolnosti je nutné myslet již v předoperační přípravě během edukace perioperační sestrou.⁽¹⁾

1.2.4. Operační výkon jako náročná životní situace

Operační sál je místo, o kterém si klienti po výkonu mezi sebou předávají nejružnější informace. Ty ale bývají zkreslené v souvislosti s premedikací, rozdílným vnímáním a zkušenostmi. Je to prostředí spojované s pocity strachu, úzkosti a bolesti. A právě v tomto prostředí se stávají perioperační a anesteziologické sestry nepostradatelné.⁽¹⁷⁾

Miloslav Duda toto vyjádřil v úvodu své knihy použitím motta: „**Operační sál je místem, v jehož magickém prostředí jsou instrumentářky nepostradatelnými, tichými a spolehlivými průvodkyněmi nemocných i chirurgů.**“^(12, s. 19)

Klient přichází do zdravotnického zařízení s určitými obavami, většinou pociťuje úzkost a má strach. Úkolem zdravotnického personálu tedy je pomoci mu strach z pro něj nepříjemného prostředí sálu překonat. A to i přesto, že na operačním sále během příprav k výkonu není čas věnovat se klientovi dle standardu.⁽¹⁰⁾

A právě v takovéto náročné životní situaci sehraje důležitý úkol edukace perioperační sestrou. Cílem a prioritou této edukace je přesvědčit klienta, že operační sál je prostředí přátelské, velmi dobře přístrojově vybavené a kde se v prevenci infekce

dodržují přísné zásady asepse. Je nutné si uvědomit, že holistický pohled na nemocného a jeho potřeby se nevyhýbá ani takovému úseku oddělení, jako je operační sál. Edukace klientů perioperační setrou je prvním krokem k realizaci ošetrovatelského procesu na operačních sálech.^(10, 17)

1.3. Edukační činnost v ošetrovatelství

1.3.1. Edukace

Edukaci chápeme jako proces výchovy a vzdělávání. Edukace klientů a jejich blízkých je nástrojem na zabezpečení jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodnout. Zahrnuje informace, které jsou pro klienta důležité v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, ale i informace týkající se propuštění domů nebo přeložení do jiného zdravotnického zařízení. Edukace pracuje s různými modely, jeden z nejčastěji uváděných je empowerment (do češtiny lze přeložit jako posílení, zapojení). Tento model zastupuje princip, ve kterém zdravotník nabízí zdroje informací, postupy, možná řešení. Vytváří tím vztah vzájemné spolupráce a poskytuje prostor k rozhodnutí. Klient se stává aktivním článkem edukačního procesu a rovnocenným partnerem.^(38, 26)

Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních institucí, profesionálů a neformálního prostředí. Vytváří prostor pro osvojení si nových poznatků, pro vytváření si hodnotových, postojoyých a emocionálních struktur osobnosti.

Pro lepší porozumění edukace je potřeba definovat související pojmy:

Edukant je kterýkoliv subjekt edukace (např. klient).

Edukátor je kterýkoliv aktér edukační aktivity (např. učitel, sestra, instruktor).

Edukační proces představuje určitou formu „odevzdávání“ konkrétních informací, která se uskutečňuje ve specificky připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestra- klient. Je vytvořený vzájemně k tomu, aby se někdo něco učil. Edukační proces je dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a klientem. Je to také výchovný a vzdělávací proces. Může být součástí ošetrovatelského procesu. Edukační proces má tři fáze. První

fází je projektování, což je přípravná fáze. Základem je soubor otázek, na které se hledají odpovědi. Druhou fází je realizace, která spočívá ve schopnosti motivovat jedince, klienta či skupinu k účinné spolupráci při učení se novému. Poslední fází je hodnocení, jehož cílem je zjišťování a posuzování stavu dosaženého edukačním procesem.⁽³⁸⁾

K dosažení stanoveného cíle je důležité při edukaci vycházet ze základních principů. Je nutné stanovit cíle tak, aby vycházeli z potřeb jednotlivce, udržovat nepřetržitě kontakt sestry s klientem, využívat předcházející vědomosti jednotlivce, skupiny, pomáhat mu osvojit si nové zručnosti. Dále je zapotřebí komunikovat jasně, stručně a zřetelně. A také omezit nebo úplně vyloučit informace, které nesouvisí s edukačním cílem.⁽³⁸⁾

Základem edukačního procesu o vykonaných edukačních aktivitách sestry a klienta je dokumentace. Její součástí je edukační plán, ale i záznam o dosáhnutí vědomostí, zručností, případně i vzniklých problémech. Může posloužit i ke zprostředkování edukace pro další zdravotnické pracovníky a pro právní účely. Edukační plány zabezpečují kontinuitu edukace.⁽³⁸⁾

1.3.2. Předoperační edukace

Součástí předoperační přípravy je předoperační edukace. Edukace perioperační sestrou v současné době probíhá jen v některých zdravotnických zařízeních. V Ústřední vojenské nemocnici Praha byla tato edukace zařazena do edukačního programu ÚVN v roce 2004. Stala se tak dalším krokem ke zkvalitnění poskytované péče v rámci kontinuálního zvyšování kvality. ÚVN uplatňuje minimálně triplicitní formu edukace. Edukace probíhá od první chvíle, kdy klient přichází do zdravotnického zařízení. Pokud je přijat k hospitalizaci je následovně edukován sestrou lůžkového oddělení o všeobecné přípravě k operaci. Navazuje edukace anesteziologickou a perioperační sestrou. Edukace anesteziologickou sestrou byla zařazena do edukačního programu v ÚVN v roce 2005.^(10, 20)

Jedním z důležitých prostředků edukace je komunikace. Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka. Kvalitní ošetrovatelská péče je nemožná bez komunikace mezi sestrou a klientem. V ošetrovatelství si však sestra nevystačí pouze s komunikací, kterou si osvojila v běžném životě. Měla by se orientovat i v psychologii a získané znalosti umět použít v praxi. Jsou na ni kladeny základní požadavky, které by měla při komunikaci dodržovat. Jde o schopnost empatie, schopnost naslouchat, projev porozumění a úcty k druhým, schopnost poradit a zachovat individuální přístup ve vztahu ke klientovi.⁽³⁰⁾

Dalším důležitým aspektem je, že informace musejí být sdělovány v mezích kompetencí jednotlivých pracovníků. Edukační kompetence sester zmiňuje vyhláška 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

V § 3 činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí:

v odstavci 1) zdravotnický pracovník uvedený v §4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti:

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

V § 4 všeobecná sestra v odstavci 1) 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.

V Hlavě I §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:

odst. a) bez odborného dohledu a bez indikace

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

odst. b) na základě indikace lékaře

2. edukuje pacienty, případně jiné osoby, ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech.⁽³⁴⁾

1.3.3. Edukace klienta perioperační sestrou na ORL ÚVN

Edukace klientů perioperační sestrou před plánovaným operačním výkonem na ORL klinice 3. LF UK a ÚVN Praha probíhá v odpoledních hodinách (okolo 17. hodiny) perioperační sestrou mající denní službu. Řídí se operačním programem na následující den. Navštívuje klienta individuálně u lůžka, aby chránila jeho soukromí a aby měl možnost klást otázky. Perioperační sestra se představí a podrobně informuje klienta o sledu událostí ráno v den operace. Zmiňuje transport na operační sál, prostředí operačního sálu, převzetí do péče perioperační sestry, překlad na operační stůl a o polohování na operačním stole. Vysvětlí, že vše probíhá za dodržování etických podmínek. Dává prostor ke kladení otázek a tím vybízí klienta k diskuzi. Dále je klientovi nabídnuta fotodokumentace pro seznámení s prostory operačního sálu.⁽¹⁰⁾

Provede zápis o provedené edukaci do edukačního záznamu, což je formulář, který je součástí jednotné dokumentace každého klienta. Zápis je opatřen příslušným datem, zhodnocením edukace, podpisem a razítkem sestry a podpisem klienta. Pokud z důvodu pracovního zaneprázdnění v průběhu služby (často akutní operativa) nemůže klienta navštívit, je mu předán pouze informační leták.⁽¹⁰⁾

Náplň edukačního pohovoru:

Perioperační sestra edukuje klienta o tom, co následuje po jeho převozu z lůžkového oddělení na operační sál ORL. V prostorách operačního filtru se uskutečňuje převzetí klienta s jeho dokumentací od sestry z oddělení, seznámení s perioperační sestrou a sanitářem, kontrola identifikace a dokumentace klienta a přemístění klienta s pomocí

sálového personálu z lůžka na operační stůl. Na operačním stole sanitář zajistí bezpečnou polohu a pohodlí klienta vypodložením hlavy, podkolenních oblastí a pat antidekubitními podložkami, přikrývá klienta rouškou a následně pomáhá se svléknutím košile, ve které byl přivezen z oddělení, přičemž dodržuje etické zásady. Dále přiloží bezpečnostní pás v oblasti stehů (prevence pádu z operačního stolu), upozorní na vyhřívací podložku umístěnou pod jeho zády, kontroluje úpravu vlasů (žádné kovové sponky) a zakrývá vlasovou část hlavy operační čepicí. Následuje kontrola označení operačního pole a transport klienta na operační sál. Na operačním sále probíhá umístění operačního stolu s klientem na magnetickou nohu operačního stolu, získávání údajů od klienta a zahájení vyplňování dokumentace operačních sálů obíhající sestrou. Perioperační sestra určená k operaci je již sterilně oblečena, chystá instrumentarium a sterilní materiál k výkonu ve spolupráci s obíhající sestrou. Navazuje péče anesteziologického týmu (anesteziologická sestra zajistí aplikaci EKG svodů na hrudník, potřebných k monitoraci srdeční činnosti, připevnění manžety na měření krevního tlaku na horní končetinu, zavedení i.v. kanyly a anesteziolog provádí ověření totožnosti klienta a shody mezi osobou klienta a veškerou zdravotní dokumentací). Sanitář provede imobilizaci horních končetin a připevní neutrální elektrodu na horní nebo dolní končetinu klienta. Následně je proveden předoperační bezpečnostní proces (ověření správnosti identifikace klienta anesteziologem, kontrola výkonu, operačního pole a ověření označení místa výkonu operátérem). Poté je klient uveden do anestézie. Již v anestézii zajistí obíhající sestra a sanitář vhodnou a bezpečnou polohu klienta dle typu operace a přání operátéra. Dále je provedena dezinfekce operačního pole, zarouškování klienta a zapojení přístrojové techniky potřebné k výkonu obíhající sestrou a sanitářem (veškerá přístrojová technika je pravidelně kontrolována a revidována). Během operačního výkonu obíhající sestra průběžně kontroluje polohu klienta, zapisuje údaje do dokumentace operačních sálů (spotřeba veškerého použitého materiálu, léčiv, použití přístrojové techniky...). Po ukončení vlastního operačního zákroku a v průběhu ukončování anestézie je zajištěna operační rána funkčním krytím perioperační sestrou, je provedena kontrola integrity kůže klienta v predilekčních místech (oblast hlavy, hýžděové oblasti, zad...) a ukončena dokumentace (operačních

sálů i hodnocení Plánu péče- záznam o odjezdu klienta ze sálu. Sanitář v doprovodu anesteziologa zajistí převoz z operačního sálu na ORL JIP, kde probíhá předání klienta včetně jeho dokumentace do péče lékaře a sester JIP.⁽¹³⁾

Součástí předoperační edukace perioperační sestrou je také podávání informací, týkajících se pooperační péče, která se liší různorodostí výkonů. Edukaci ukončuje zápisem do edukačního záznamu klienta v jeho dokumentaci- datum, stručné zhodnocení edukace, svůj podpis a razítko, podpis klienta. Podrobná edukace perioperační sestrou je zde chápána jako nedílná součást péče o klienta a to nejen z pohledu práva na plnou informovanost, ale i s ohledem na individuální přístup a požadavky klientů i s cílem bližšího seznámení s prostředím operačního sálu.⁽¹³⁾

Jak již bylo zmíněno, edukace je prvním krokem k realizaci ošetrovatelského procesu na operačním sále, vedoucí ke zkvalitnění poskytované péče v rámci kontinuálního zvyšování kvality. A pouze v ÚVN také slouží jako indikátor kvality ošetrovatelské péče.⁽¹⁰⁾

1.3.4. Práva klientů- informovaný souhlas

Ve spojitosti s předáváním informací, je nutné poukázat na to, že edukace- předávání informací, neznamená totéž co informovanost. Informovanost je obsažena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

§ 23 týkající se poučení a souhlasu nemocného v odstavci 1 ukládá, že Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.⁽³⁶⁾

Novela tohoto zákona stanovuje v § 23 poučení a souhlas nemocného:

v odstavci 1) Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby v souladu s § 67b odst. 12 písm.d), o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník

uvedený ve větě první oprávněn sdělit osobám blízkým 4b) pacientovi a členům jeho domácnosti 4c), kteří nejsou osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo ochranu jejich zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil podle § 67b odst. 12 písm. d) zákaz poskytování informací, lze informace podle věty druhé sdělovat pouze se souhlasem pacienta.⁽²⁵⁾

Dále tento zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu stanoví v § 23:

v odstavci 2), že Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).⁽³⁶⁾

Informovaný souhlas je písemné prohlášení o tom, že kompetentní osoba přiměřeným a dostatečným způsobem informovala o povaze diagnostického či léčebného výkonu, o který se jedná a jeho souhlas vyjádřený podpisem. Dále obsahuje prohlášení kompetentní osoby o tom, že pacienta dostatečně informovala. Každý diagnostický i terapeutický výkon je zatížen různou mírou rizika a proto informovaný souhlas nemá obecnou formu. Náležitá informovanost se vztahuje ke konkrétní situaci klienta. Písemný informovaný souhlas nenahrazuje ústní rozhovor s klientem. Souhlas se zakládá do chorobopisu.⁽¹⁵⁾

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit spokojenost klientů s edukační činností perioperační sestry.

Cíl 2: Zjistit informovanost klientů o operačním výkonu.

Cíl 3: Zjistit připravenost perioperační sestry k výkonu edukační činnosti.

2.2. Hypotézy

H 1: Klienti jsou spokojeni s edukační činností perioperační sestry.

H 2: Klienti mají dostatek informací o operačním výkonu.

H 3: Perioperační sestry jsou připraveny na edukační roli.

3. METODIKA

3.1. Metodika

K naplnění cílů bakalářské práce na téma Edukační činnost perioperační sestry na ORL oddělení byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření bylo realizováno dotazníkovou metodou. Byly použity dva anonymní dotazníky, přičemž první cílovou skupinou byli klienti po operačním výkonu na ORL oddělení a druhou perioperační sestry. Výzkum mezi klienty probíhal v měsíci březnu 2009 v nemocničních zařízeních v Praze, Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Výzkum týkající se perioperačních sester probíhal ve stejném časovém období v Praze a Českých Budějovicích.

Dotazník pro klienty obsahoval 22 otázek, z toho 18 otázek uzavřených, 1 otázku otevřenou a 3 otázky polootevřené. Dotazník pro perioperační sestry obsahoval 19 otázek, z toho 13 otázek uzavřených, 2 otázky otevřené a 4 otázky polootevřené.

Celkem bylo rozdáno 180 dotazníků, návratnost byla 174 (96,6 %). Klientům po operaci bylo rozdáno 90 dotazníků, 45 dotazníků klientům, u kterých se provádí edukace perioperační sestrou před výkonem a 45 dotazníků klientům, u kterých se neprovádí edukace perioperační sestrou před výkonem. Návratnost byla 88 (97,7 %), z toho byly 4 dotazníky pro neúplnost vyřazeny. Perioperačním sestřám bylo rozdáno 90 dotazníků, návratnost byla 86 (95,5 %). Dotazník pro klienty zjišťoval identifikační data, návštěvu perioperační sestry a její činnosti, strach z operačního výkonu, informovanost a spokojenost s předoperační péčí. Dotazníky pro perioperační sestry také obsahovaly identifikační data a dále otázky zaměřené na edukační činnost a její realizaci.

Výsledky od klientů byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů Microsoft Office Excel. Výsledky od skupin byly porovnány. Při srovnání skupin jsme se zaměřili na spokojenost, informovanost o operačním výkonu, představa o tom, jak to na sále vypadá a strach z operačního výkonu. Výsledky z dotazníků od sester byly zpracovány popisnou statistikou a získané údaje byly také znázorněny grafy.

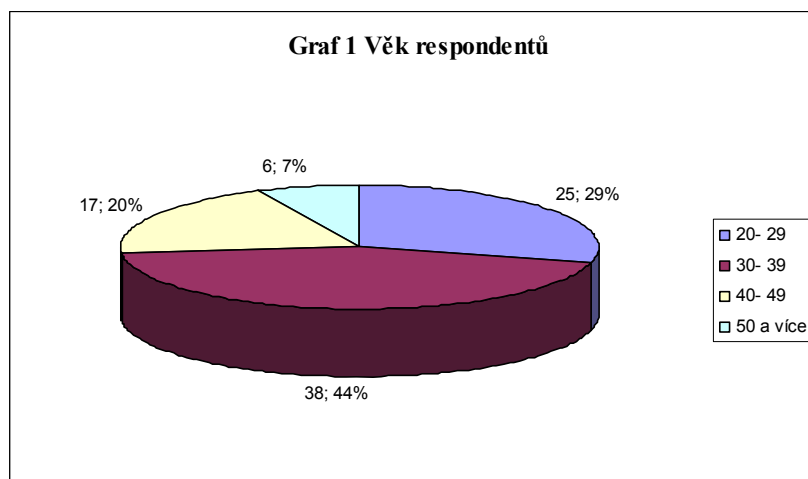
3.2. Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořili klienti po operačním výkonu na ORL oddělení v Praze, Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Soubor tvořilo dohromady 84 respondentů a skládal se z respondentů, u kterých byla v rámci předoperační přípravy prováděna edukace perioperační sestrou a z respondentů, u kterých zmíněná edukace prováděna nebyla. Identifikačními znaky bylo pohlaví, přičemž 51 % (43) je mužů a 49 % (41) je žen a věk, přičemž 31 % (25) respondentů je ve věku 30- 49 let, 27 % (23) respondentů je ve věku 18- 29 let, 21 % (18) respondentů je ve věku 50- 59 let a 21 % (18) respondentů je ve věku 60 a více let.

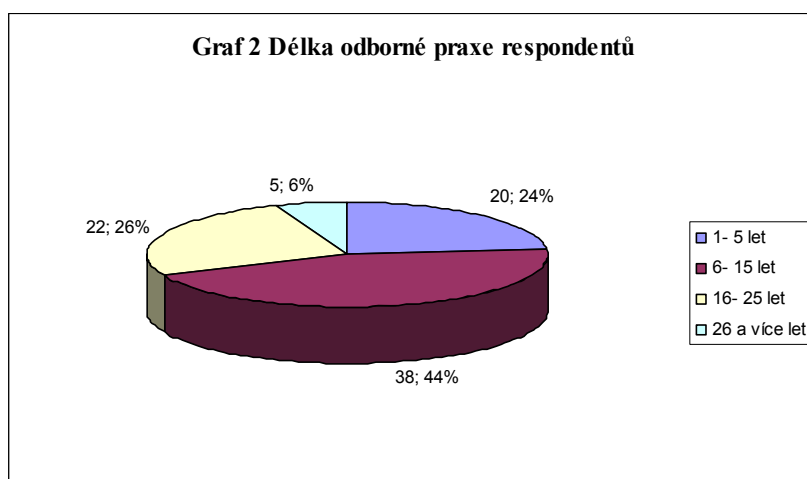
Druhý soubor tvořily perioperační sestry z Českých Budějovic a Prahy, pracující na operačních sálech ORL, ortopedie, plastické chirurgie, neurochirurgie, traumatologie a centrálních sálech. Tento soubor tvořilo dohromady 86 respondentů s identifikačními znaky věk, délka praxe a vzdělání. Prvním identifikačním znakem byl věk. Kdy 44 % (38) perioperačních sester je ve věku 30- 39 let, 29 % (25) perioperačních sester je ve věku 20- 29 let, 20 % (17) perioperačních sester je ve věku 40- 49 let a 7 % (6) perioperačních sester je ve věku 50 let a více. Druhým identifikačním znakem byla doba praxe. 44 % (38) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 6- 15 let, 26 % (22) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 16- 25 let, 24 % (20) respondentek 1- 5 let a 6 % (5) respondentek pracuje jako perioperační sestra déle než 26 let. Posledním identifikačním znakem bylo vzdělání. Jednalo se o nejvyšší dosažené vzdělání. 59 % (51) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, 19 % (16) perioperačních sester vystudovalo Střední zdravotnickou školu, 13 % (11) perioperačních sester vystudovalo Vyšší zdravotnickou školu, 8 % (7) respondentek má bakalářský titul a 1 % (1) perioperačních sester má magisterský titul. Kritérium výběru se týkalo pracovního zařazení na operační sály a realizace edukace perioperační sestrou.

4. VÝSLEDKY

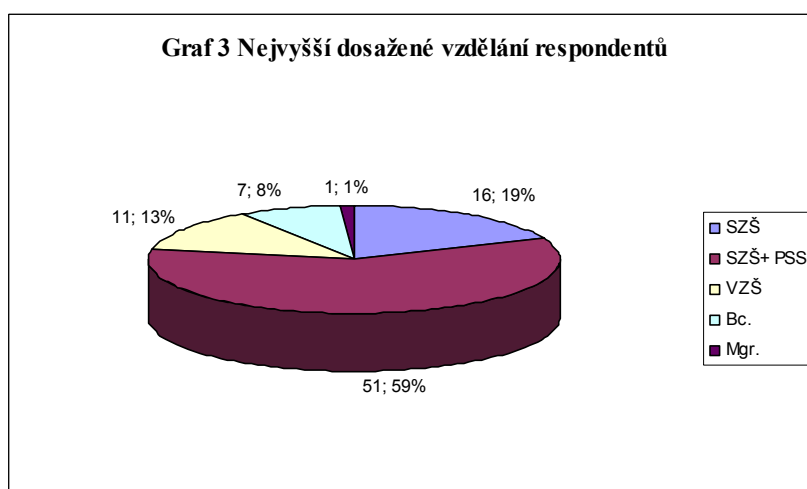
4.1. Výsledky z dotazníku pro perioperační sestry



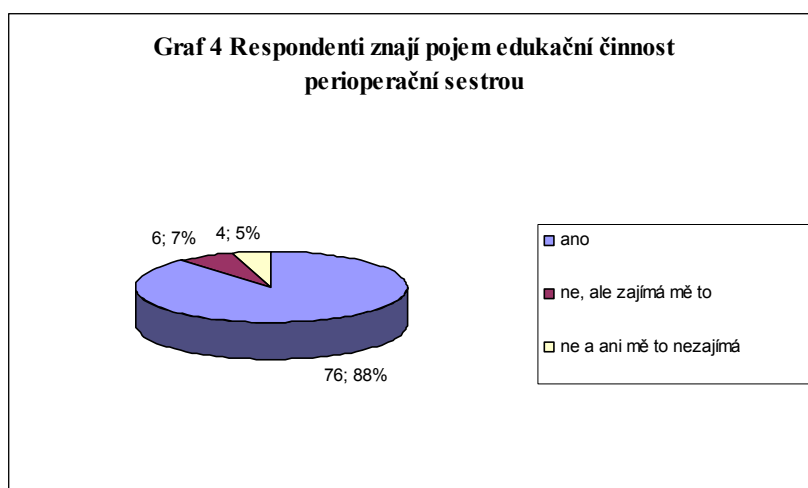
Graf 1: Z grafu 1, v jakém věku jsou respondentky, vyplývá, že 44 % (38) dotazovaných perioperačních sester je ve věku 30- 39 let, 29 % (25) dotazovaných perioperačních sester je ve věku 20- 29 let, 20 % (17) dotazovaných perioperačních sester je ve věku 40- 49 let a 7 % (6) dotazovaných perioperačních sester je ve věku 50 let a více.



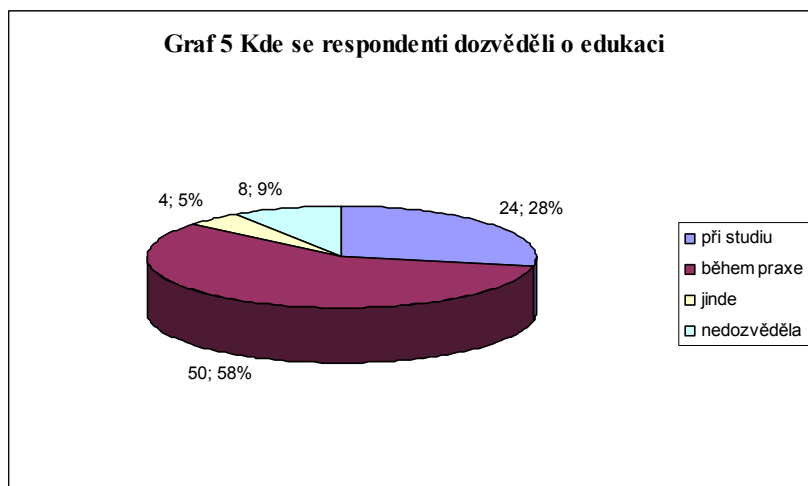
Graf 2: Z grafu 2 vyplývá, že 44 % (38) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 6- 15 let, 26 % (22) respondentek pracuje jako perioperační sestra v časovém rozmezí 16- 25 let, 24 % (20) respondentek 1- 5 let a 6 % (5) respondentek pracuje jako perioperační sestra déle než 26 let.



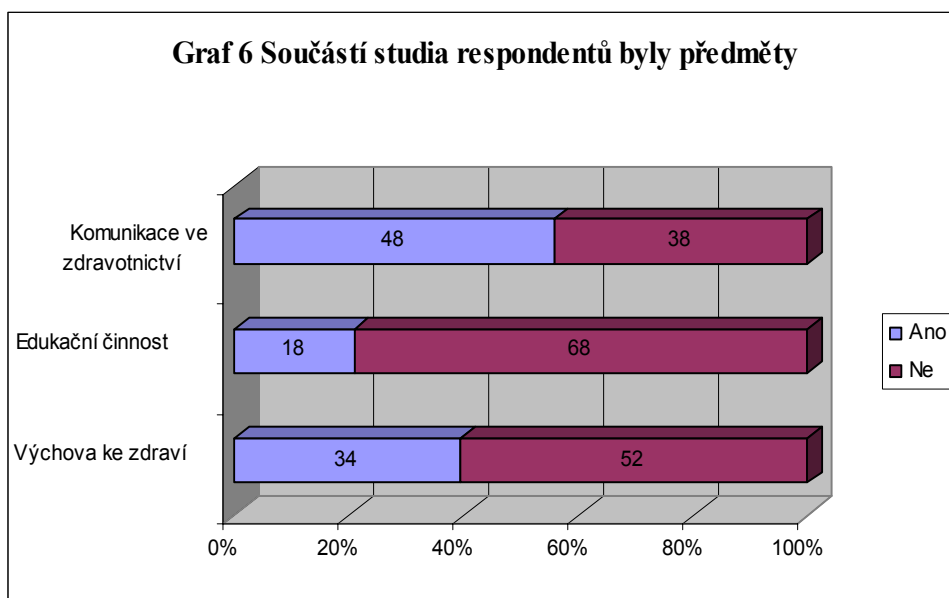
Graf 3: Na otázku, jaké mají dotazované perioperační sestry nejvyšší dosažené vzdělání 59 % (51) respondentek odpovědělo, že vystudovalo Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium, 19 % (16) respondentek vystudovalo Střední zdravotnickou školu, 13 % (11) respondentek Vyšší zdravotnickou školu, 8 % (7) respondentek má bakalářský titul a pouze 1 % (1) respondentek má titul magisterský.



Graf 4: Z grafu 4 vyplývá, že 88 % (76) dotazovaných zná pojem edukace perioperační sestrou, 7 % (6) dotazovaných pojem edukace perioperační sestrou nezná, ale zajímá je a 5 % (4) dotazovaných zmíněný pojem nezná a ani je toto téma nezajímá.



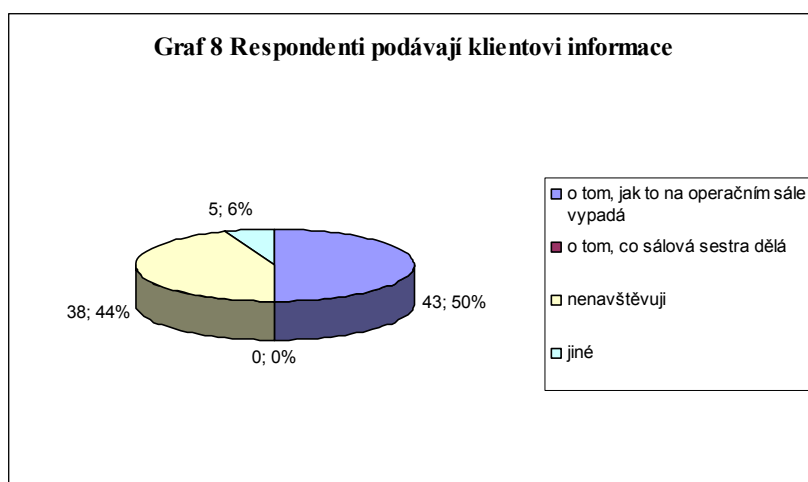
Graf 5: Z odpovědí na otázku, odkud se perioperační sestry o edukaci dozvěděly, vyplývá, že 58 % (50) respondentek se o edukaci dozvědělo během praxe, 28 % (24) respondentek se o edukaci dozvědělo při studiu, 9 % (8) respondentek edukaci nezná a 5 % (4) respondentek uvedlo jiný zdroj (odborný časopis, kolegyně, internet, ÚVN).



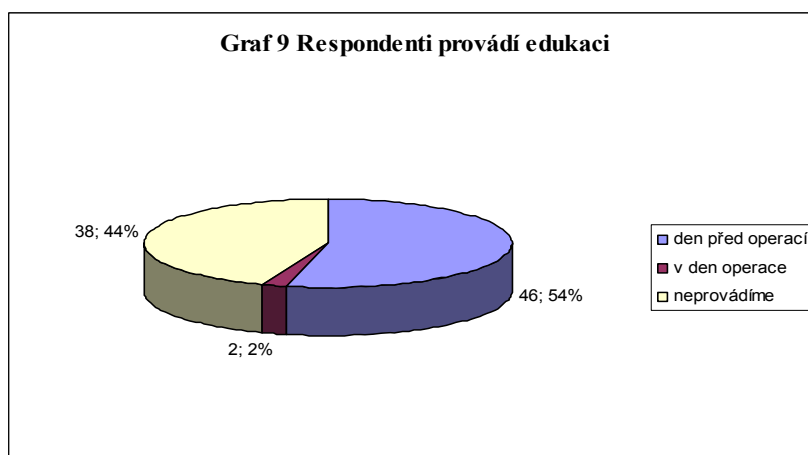
Graf 6: Z grafu 6 vyplývá, že Komunikace ve zdravotnictví byla součástí studia u 48 respondentek z celkového počtu 86 respondentek. Edukační činnost byla součástí studia u 18 respondentek z celkového počtu 86 respondentek a Výchova ke zdraví byla součástí studia u 34 respondentek z celkového počtu 86 respondentek.



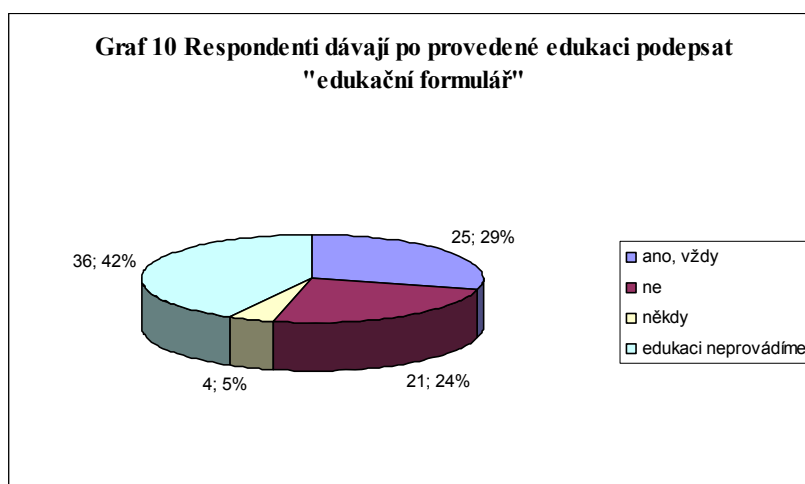
Graf 7: Na otázku, zda perioperační sestry edukují klienta před operací odpovědělo 55 % (47) respondentek ano a 45 % (39) respondentek odpovědělo ne.



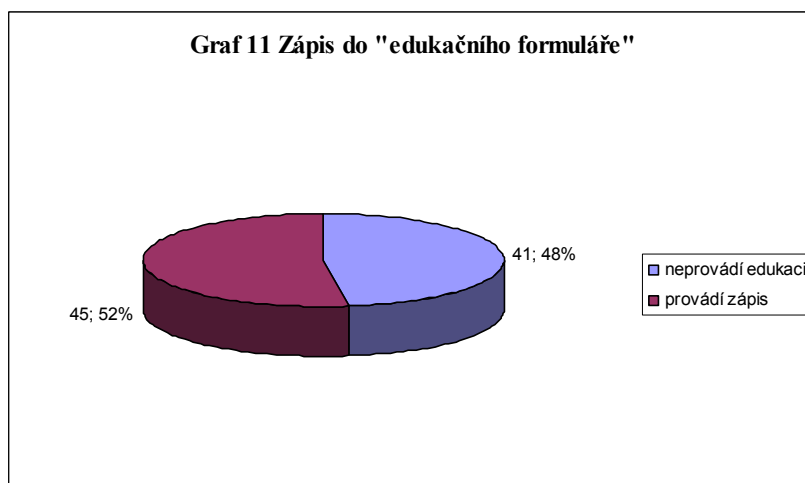
Graf 8: Z otázky v grafu 8, jaké jsou klientovi podávány informace při edukaci vyplývá, že 50 % (43) respondentek podává informace o tom, jak to na operačním sále vypadá, 44 % (38) respondentek klienta nenavštěvuje, 6 % (5) respondentek podává jiné informace (1 respondentka odpověděla, že podává informace, které se pacienta bezprostředně týkají a 4 respondentky nenapsaly jaké jiné informace podávají). Informace o tom, co dělá sálová sestra nepodává žádný respondent.



Graf 9: Z grafu 9 vyplývá, že 54 % (46) respondentek provádí edukaci den před operací, 44 % (38) respondentek edukaci neprovádí a 2 % (2) respondentek provádí edukaci perioperační sestrou v den operace.



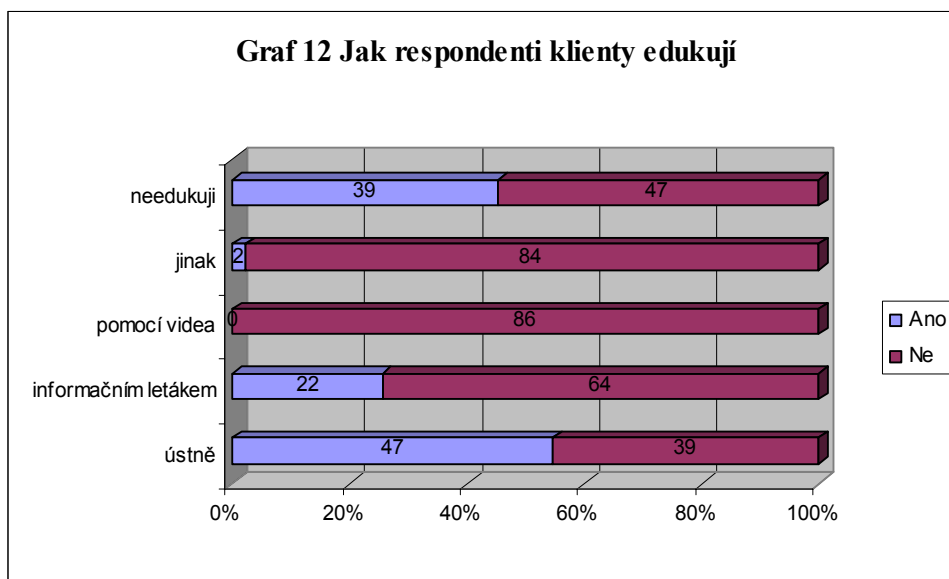
Graf 10: Na otázku, zda dávají perioperační sestry po provedené edukaci podepsat „edukační formulář“ odpovědělo 42 % (36) respondentek, že edukaci neprovádí, 29 % (25) respondentek odpovědělo, že „edukační formulář“ dávají podepsat vždy, 24 % (21) respondentek „edukační formulář“ podepsat nedávají a 5 % (4) respondentek dává „edukační formulář“ podepsat někdy.



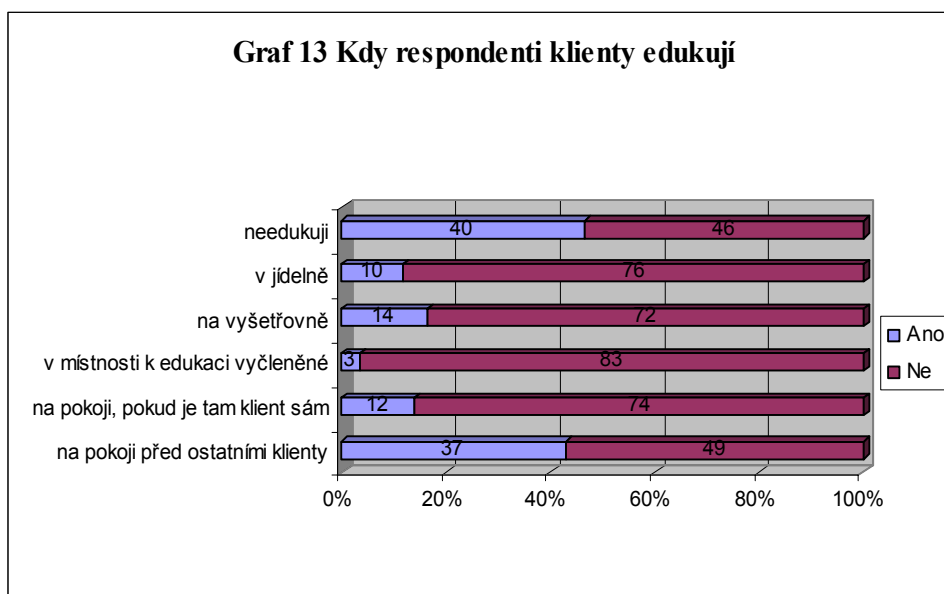
Graf 11: Na otázku co do „edukačního formuláře“ perioperační sestry zapisují odpovědělo 52 % (45) respondentek, že provádí zápis a 48 % (41) respondentek, že edukaci neprovádí. Respondentky, které edukaci provádí v polootevřené otázce dostaly

možnost napsat, co do edukačního formuláře zapisují. Všechny odpovědi se lišily pouze formulací, ale obsahově byly stejné. Ukázka odpovědí:

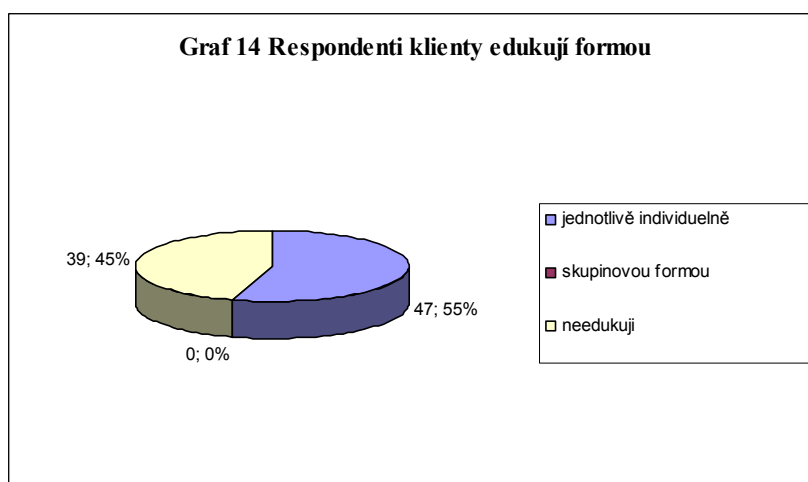
- Klient poučen sálovou sestrou.
- Klient edukován sálovou sestrou.
- Klient poučen o sálovém režimu.



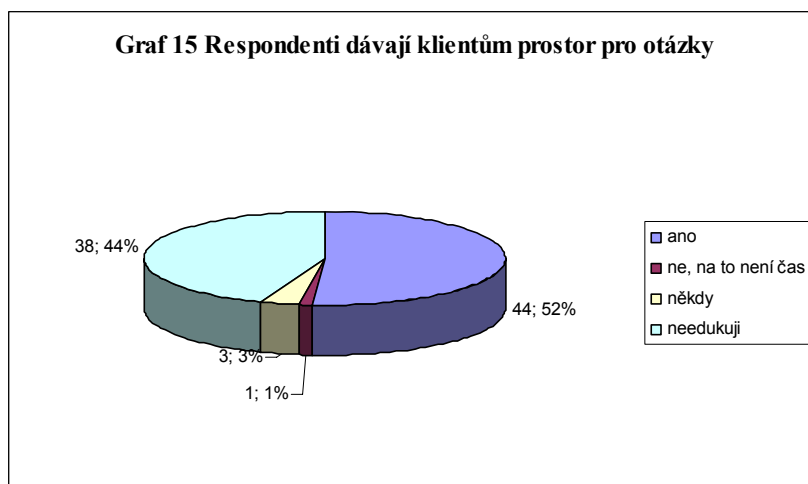
Graf 12: Výsledky grafu 12 ukazují, jak perioperační sestry klienty edukují. 47 respondentek, že klienty edukují ústně, z toho 22 respondentek odpovědělo, že klienty edukují informačním letákem, 2 respondentky odpověděly, že edukují jinak (pomocí fotografie) a žádná respondentka needukuje pomocí videa. 39 respondentek z celkového počtu 86 odpovědělo, že klienty needukují.



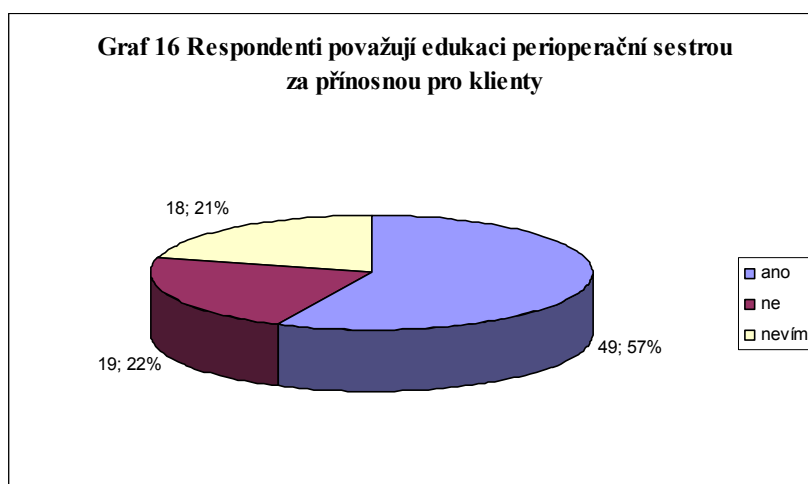
Graf 13: Z otázky v grafu 13, kde perioperační sestry edukaci provádí vyplývá, že 40 respondentek z celkového počtu 86 edukaci neprovádí, 37 respondentek z celkového počtu 86 edukuje na pokoji před ostatními klienty, z toho 14 respondentek edukuje na vyšetřovně, 12 respondentek edukuje na pokoji, pokud je tam klient sám, 10 respondentek edukuje klienty v jídelně a 3 respondentky edukují v místnosti k edukaci vyčleněné.



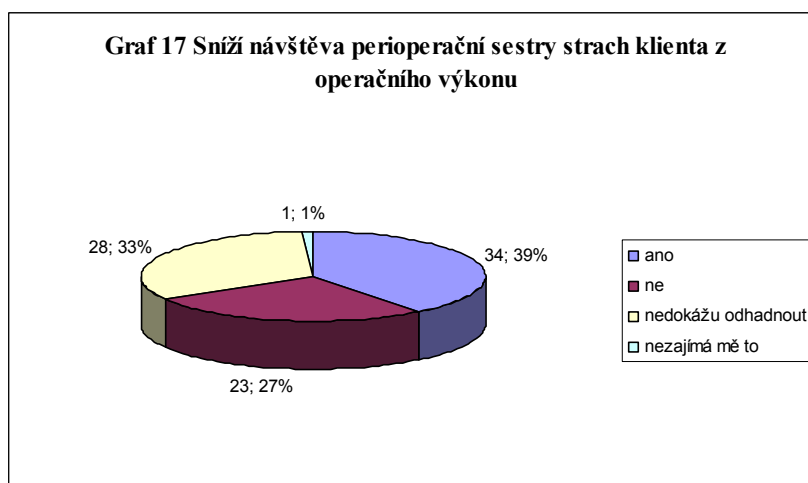
Graf 14: Z výsledků v grafu 14 vyplývá, že 55 % (47) respondentek edukuje klienty jednotlivě individuálně, 45 % (39) respondentek edukaci neprovádí a edukaci skupinovou formou neprovádí žádná respondentka.



Graf 15: Na otázku, zda-li perioperační sestry dávají během edukace klientům prostor na otázky odpovědělo 52 % (42) respondentek, že dává prostor pro otázky, 44 % (38) respondentek edukaci neprovádí, 3 % (3) respondentek odpověděly, že prostor pro otázky dávají někdy a 1 % (1) respondentek odpovědělo, že prostor pro otázky nedávají, protože na to není čas.



Graf 16: Z odpovědí na otázku, zda perioperační sestry považují edukaci perioperační sestrou za přínosnou pro klienty vyplývá, že 57 % (49) respondentek považuje edukaci perioperační sestrou za přínosnou pro klienty, 22 % (19) respondentek edukaci perioperační sestrou za přínosnou pro klienty nepovažuje a 21 % (18) respondentek neví, zda je edukace perioperační sestrou pro klienty přínosná.



Graf 17: Z otázky v grafu 17 vyplývá, že 39 % (34) respondentek se domnívá, že návštěva perioperační sestry u klienta v předoperačním období sníží jeho strach, 33 % (28) respondentek nedokáže odhadnout, zda návštěva perioperační sestry u klienta v předoperačním období sníží jeho strach, 27 % (23) respondentek se domnívá, že

návštěva perioperační sestry u klienta v předoperačním období nesníží jeho strach a 1 % (1) respondentek nezajímá, zda návštěva perioperační sestry u klienta v předoperačním období sníží jeho strach.



Graf 18: Na otázku, zda se perioperační sestry představují klientovi na operačním sále, odpovědělo 41 % (36) respondentek, že se klientovi na operačním sále vždy představují, 33 % (28) respondentek odpovědělo, že se klientovi na operačním sále někdy představují a 26 % (22) respondentek odpovědělo, že se klientovi na operačním sále nepředstavují.

V následujících tabulkách jsou znázorněny nejčastěji se vyskytující odpovědi na otázku, co si perioperační sestry o edukaci perioperační sestrou myslí. V levém sloupci jsou odpovědi perioperačních sester a v pravém sloupci je uveden počet sester, které odpovídali.

Tabulka 1: Kladné odpovědi

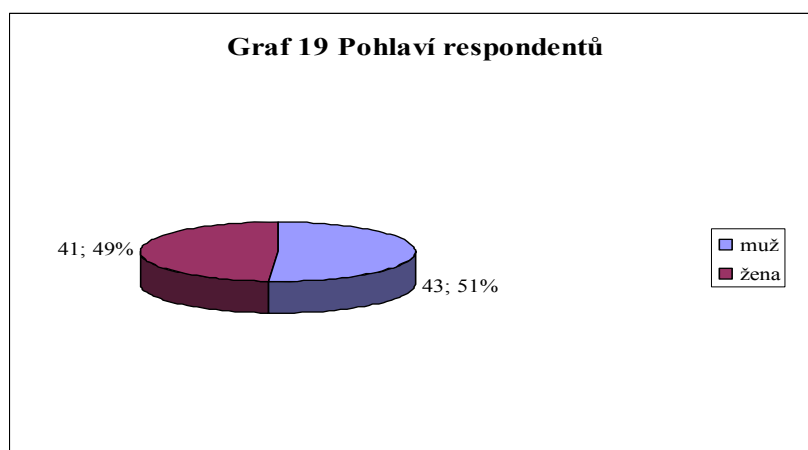
Přínosná za předpokladu tomu vytvořených podmínek.	9
Přínosná pro pacienty	12
Kontakt s klientem, uklidnění před výkonem	7
Přínosná, vhodné by bylo, aby k edukaci byla určena jedna sestra.	7
Snižuje strach pacienta.	6

Tabulka 2: Záporné odpovědi

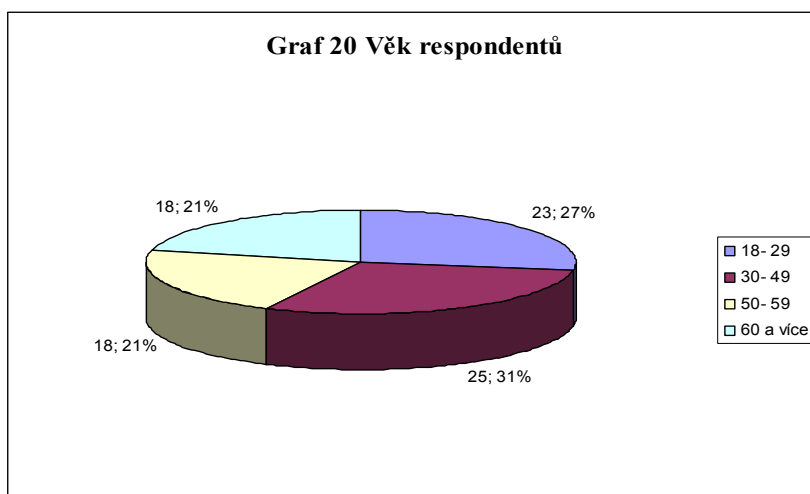
V našem provozu nelze provádět.	4
Pro některé pacienty přínosná, ale ne pro všechny.	10
Zbytečná práce.	1
Není až tak moc přínosná.	7
Pacienta ještě více stresuje.	5
Stačila by edukace formou letáku.	2
Nemám názor, needukuji.	7

4.2. Výsledky z dotazníků pro klienty po operačním výkonu na ORL

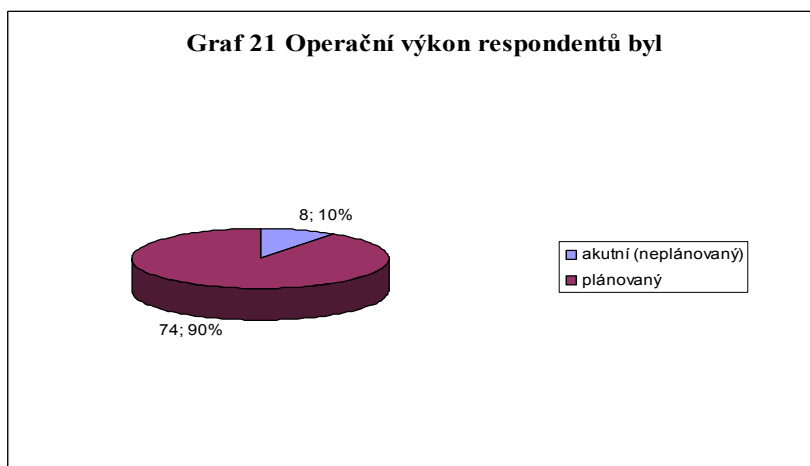
V této části výzkumu- práce jsme použili termín sálová sestra, protože termín perioperační sestra není pacientům znám.



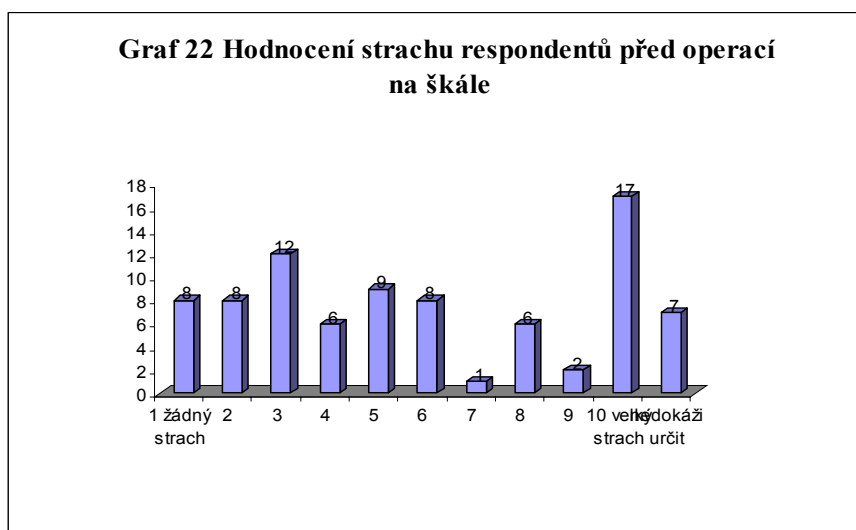
Graf 19: graf 19 ukazuje, že 51 % (43) respondentů bylo mužů a 49 % (41) respondentů bylo žen.



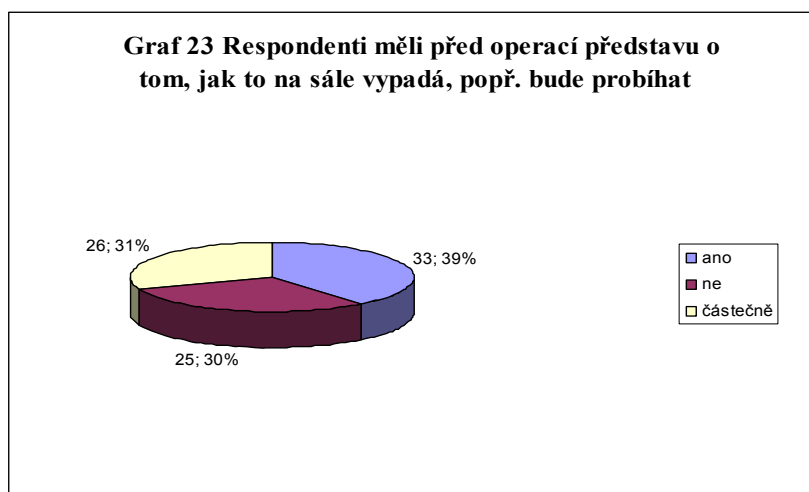
Graf 20: Z odpovědí na otázku, v jakém věku jsou respondenti vyplývá, 31 % (25) respondentů je ve věku 30- 49 let, 27 % (23) respondentů je ve věku 18- 29 let, 21 % (18) respondentů je ve věku 50- 59 let a 21 % (18) respondentů je ve věku 60 let a více.



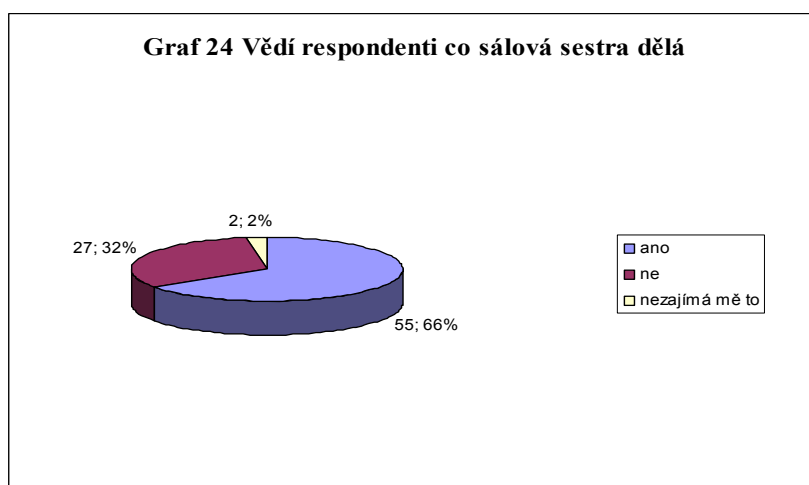
Graf 21: Z výsledků v grafu 21 vyplývá, že 90 % (74) respondentů bylo hospitalizováno pro plánovaný výkon a 10 % (8) respondentů bylo hospitalizováno pro akutní výkon.



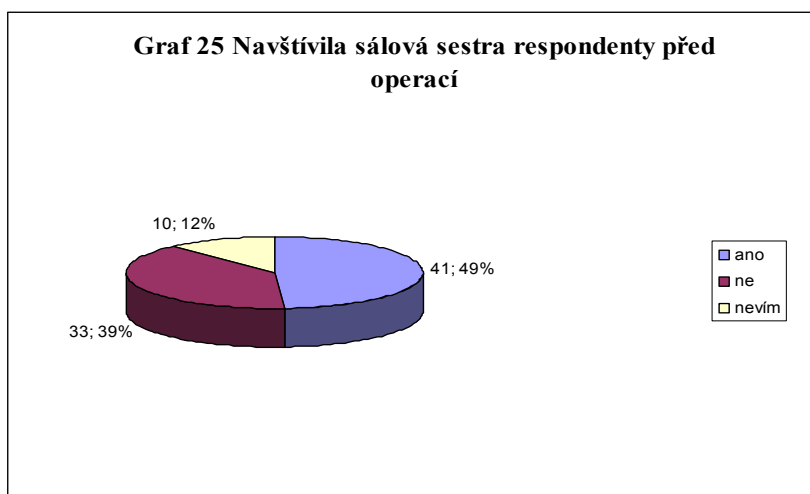
Graf 22: V grafu 22 jsou znázorněny odpovědi na otázku, jak velký strach měli respondenti z operačního výkonu. Hodnotili na škále 1- 10, nebo nedokáží určit. 8 respondentů odpovědělo, že nemělo žádný strach, 8 respondentů volilo stupeň 2, 12 respondentů stupeň 3, 6 respondentů volilo stupeň 4, 9 respondentů volilo stupeň 5, 8 respondentů volilo stupeň 6, stupeň 7 volil jeden respondent, stupeň 8 zvolilo 6 respondentů, stupeň 9 volili 2 respondenti a stupeň 10 volilo 17 respondentů. Odpověď nedokáží určit volilo 7 respondentů.



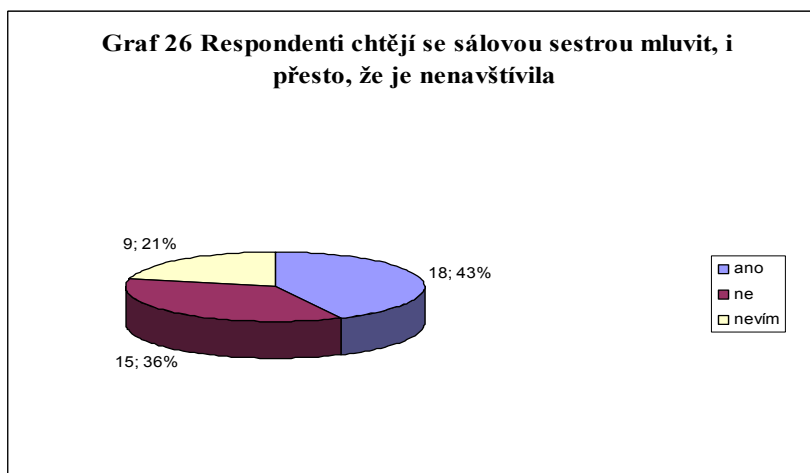
Graf 23: Z otázky v grafu 23, zda měli respondenti představu o tom, jak to na operačním sále vypadá, popř. bude probíhat vyplývá, že 39 % (33) respondentů představu mělo, 31 % (26) respondentů mělo představu částečnou a 30 % (25) respondentů představu nemělo.



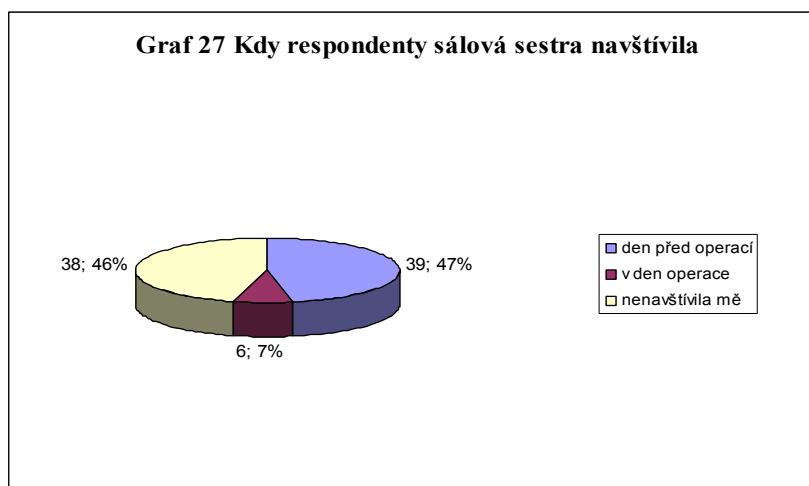
Graf 24: Z odpovědí v grafu 24 vyplývá, že 66 % (55) klientů ví, co dělá sálová sestra, 32 % (27) klientů neví, co dělá sálová sestra a 2 % (2) klientů to nezajímá.



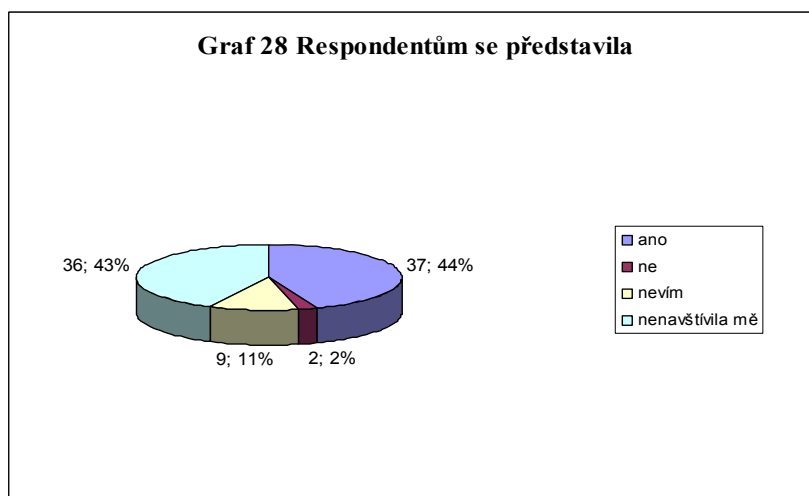
Graf 25: Z výsledků v grafu 25 vyplývá, že 49 % (41) klientů sálová sestra navštívila před operačním výkonem, 39 % (33) klientů sálová sestra před operačním výkonem nenavštívila a 12 % (10) klientů neví, zda je sálová sestra navštívila.



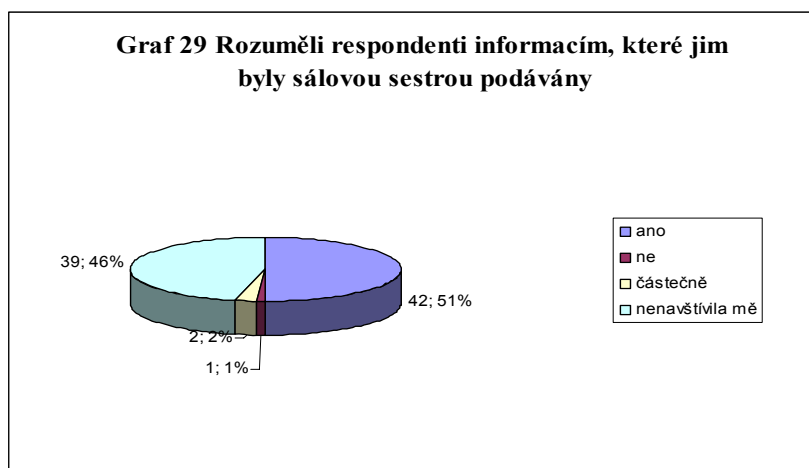
Graf 26: Z grafu 26 vyplývá, že 43 % (18) klientů, které sálová sestra nenavštívila by si s ní chtělo mluvit, 36 % (15) klientů, které sálová sestra nenavštívila by s ní mluvit nechtělo a 21 % (9) klientů, které sálová sestra nenavštívila neví, zda by s ní chtělo mluvit.



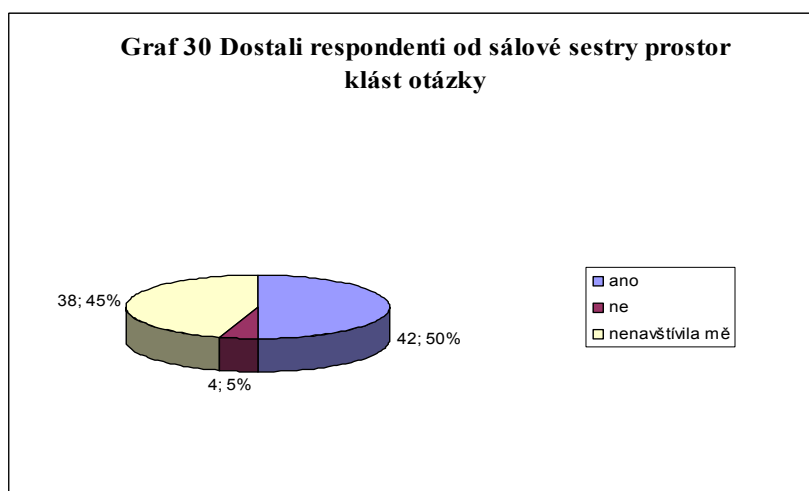
Graf 27: Z odpovědí na otázku, kdy klienty perioperační sestra navštívila vyplývá, že 47 % (39) klientů navštívila den před operací, 46 % (38) klientů nenavštívila a 7 % (6) klientů navštívila v den operace.



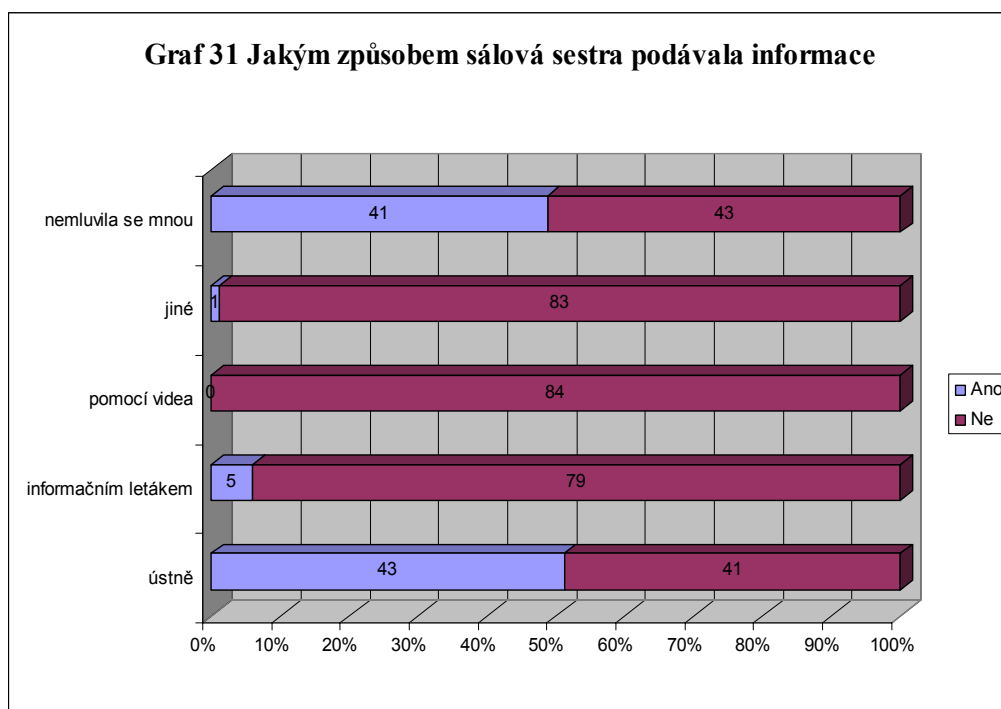
Graf 28: Na otázku, zda se perioperační sestra představila, odpovědělo 44 % (37) respondentů ano, 43 % (36) respondentů sestra nenavštívila, 11 % (9) respondentů neví, zda se představila a 2 % (2) respondentů odpovědělo ne.



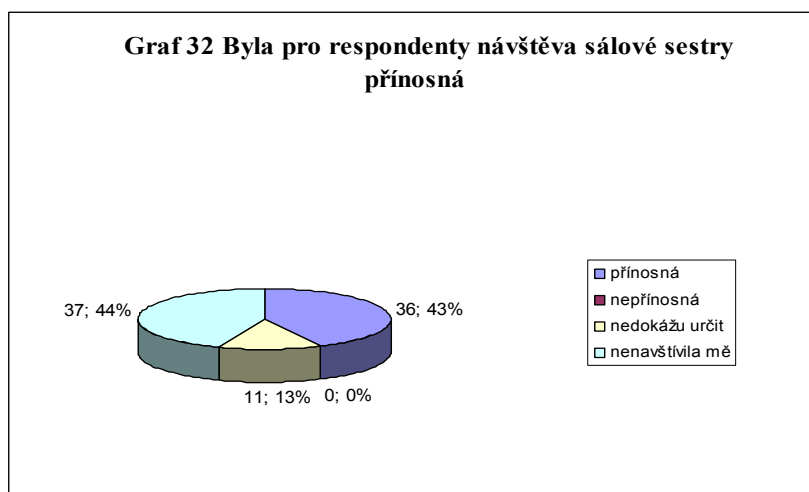
Graf 29: Na otázku, zda klienti rozuměli informacím, které jim byly sálovou sestrou podávány odpovědělo 51 % (42) respondentů ano, 46 % (39) respondentů sálová sestra nenavštívila, 2 % (2) respondentů odpovědělo částečně a 1 % (1) odpovědělo ne.



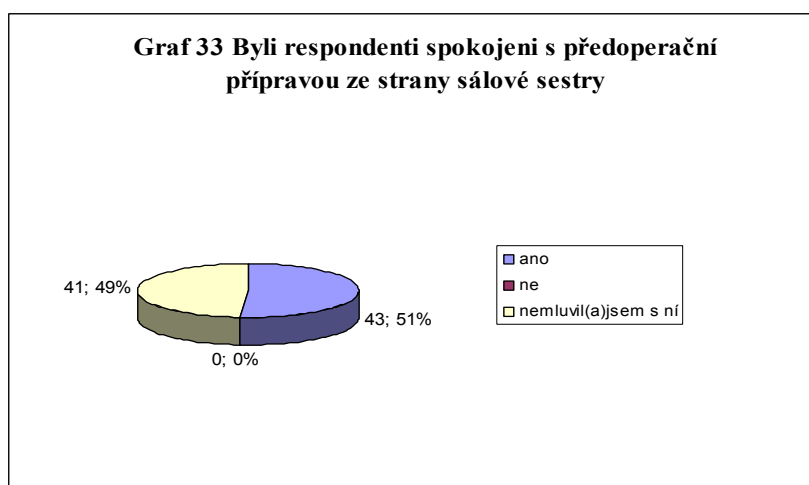
Graf 30: Z výsledků v grafu 30 vyplývá, že 50 % (42) respondentům dala sálová sestra prostor pro otázky, 45 % (38) respondentů sálová sestra nenavštívila a 5 % (4) respondentům prostor pro otázky nedala.



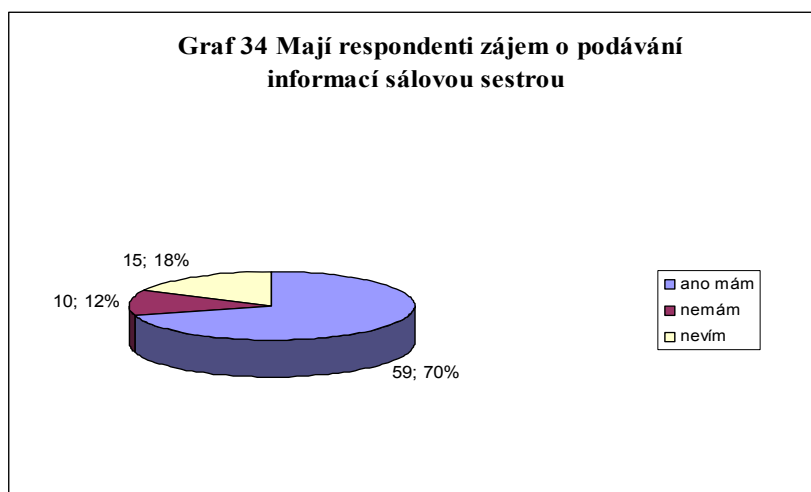
Graf 31: Na otázku v grafu 31, jakým způsobem sestra podávala informace, pokud klienta navštívila, odpovědělo 43 respondentů ústně, z toho 5 respondentů odpovědělo také informačním letákem a 1 respondent uvedl možnost jiné (na otázku jaké jiné informace odpověděl edukační materiál) 41 respondentů sálová sestra nenavštívila.



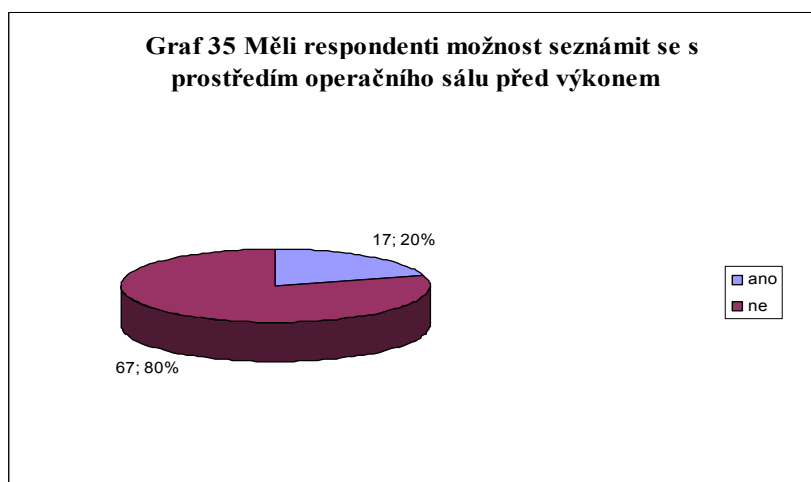
Graf 32: Z odpovědí na otázku, zda byla pro klienty návštěva sálové sestry přínosná vyplývá, že pro 43 % (36) klientů byla návštěva sálové sestry přínosná, 13 % (11) klientů nedokáže určit, zda pro ně byla návštěva sálové sestry přínosná a 44 % (37) klientů sálová sestra nenavštívila.



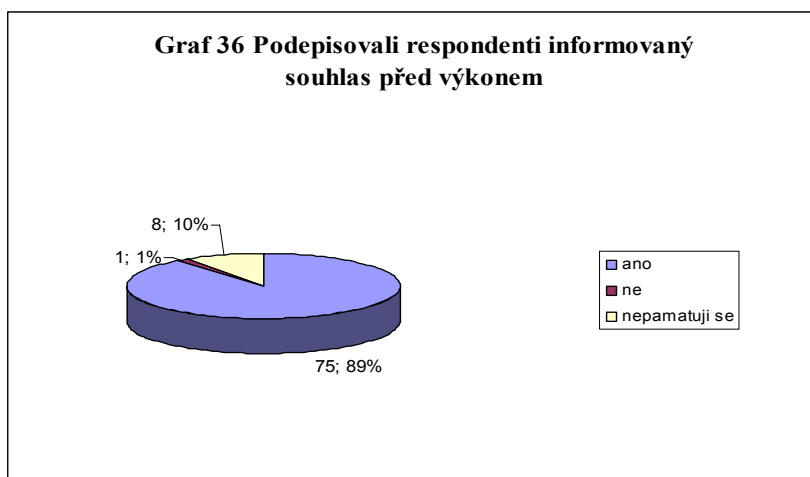
Graf 33: Z výsledků v grafu 33 vyplývá, že 51 % (43) respondentů bylo spokojeno s předoperační přípravou ze strany sálové sestry. 49 % (41) respondentů sálová sestra nenavštívila.



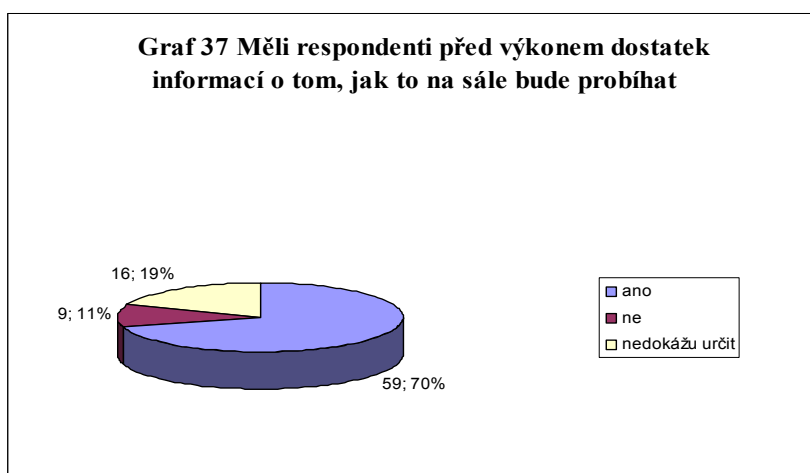
Graf 34: Na otázku, zda mají respondenti zájem o podávání informací sálovou sestrou odpovědělo 70 % (59) respondentů, že má zájem, 18 % (15) respondentů odpovědělo, že neví, zda má zájem a 12 % (10) respondentů odpovědělo, že zájem nemá.



Graf 35: Z odpovědí v grafu 35 vyplývá, že 80 % (67) klientů nemělo možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem a 20 % (17) klientů mělo možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem.

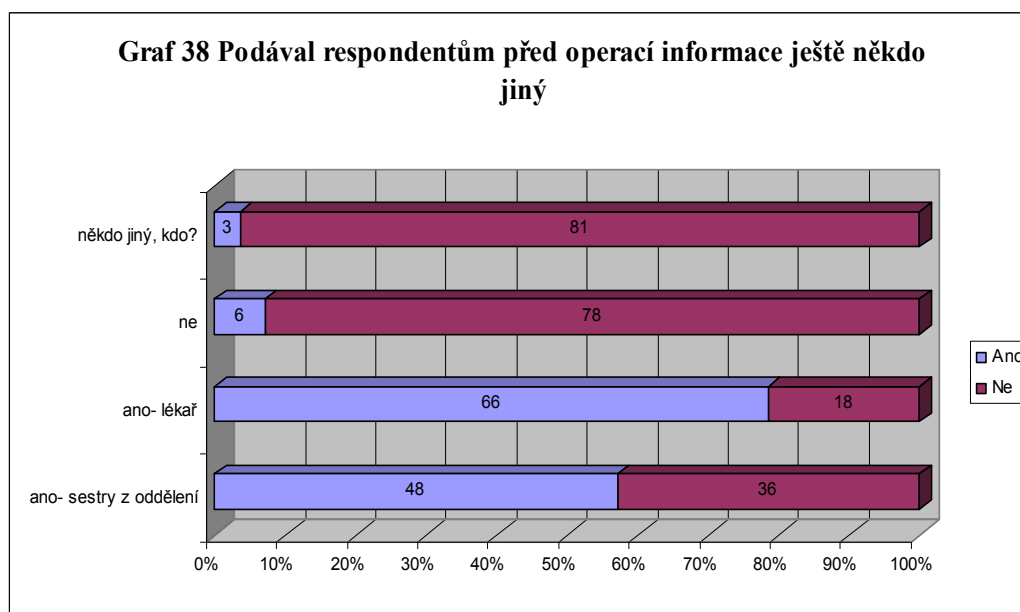


Graf 36: Z výsledků v grafu 36 vyplývá, že 89 % (75) respondentů podepisovalo před výkonem informovaný souhlas, 10 % (8) respondentů si nepamatuje, zda před výkonem informovaný souhlas podepisovalo a 1 % (1) respondentů informovaný souhlas před výkonem nepodepisovalo.

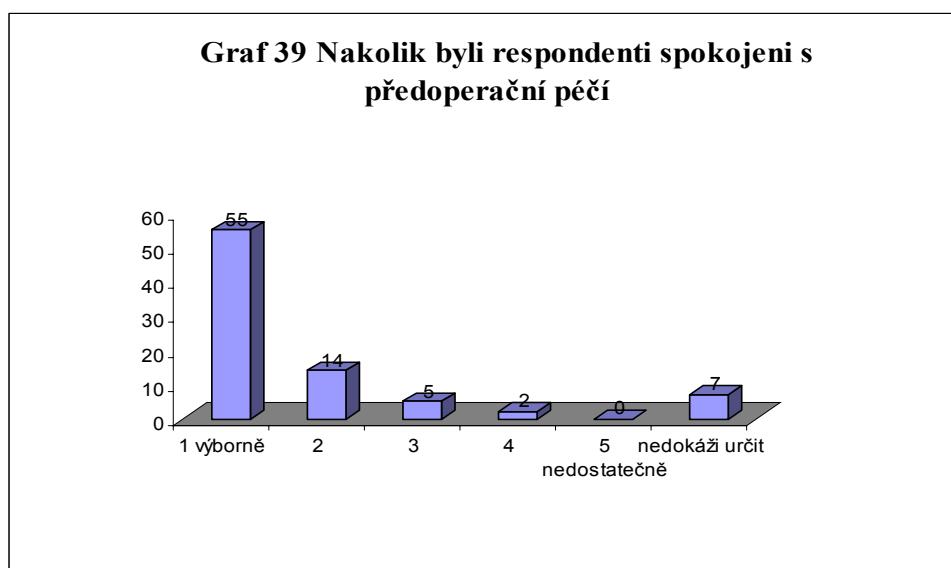


Graf 37: Na otázku, zda měli klienti před výkonem dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat odpovědělo 70 % (58) respondentů, že mělo dostatek informací, 19 % (16) respondentů odpovědělo, že nedokáže určit, zda mělo dostatek informací a 11 % (9) respondentů odpovědělo, že nemělo dostatek informací.

Pokud klienti odpovídali, že neměli dostatek informací, dostali v dotazníku prostor pro vypsání informací, které jim chyběly formou otevřené otázky. Nejčastěji chyběly informace o pooperačním průběhu, o tom, jak to na sále vypadá a jak to tam bude probíhat.



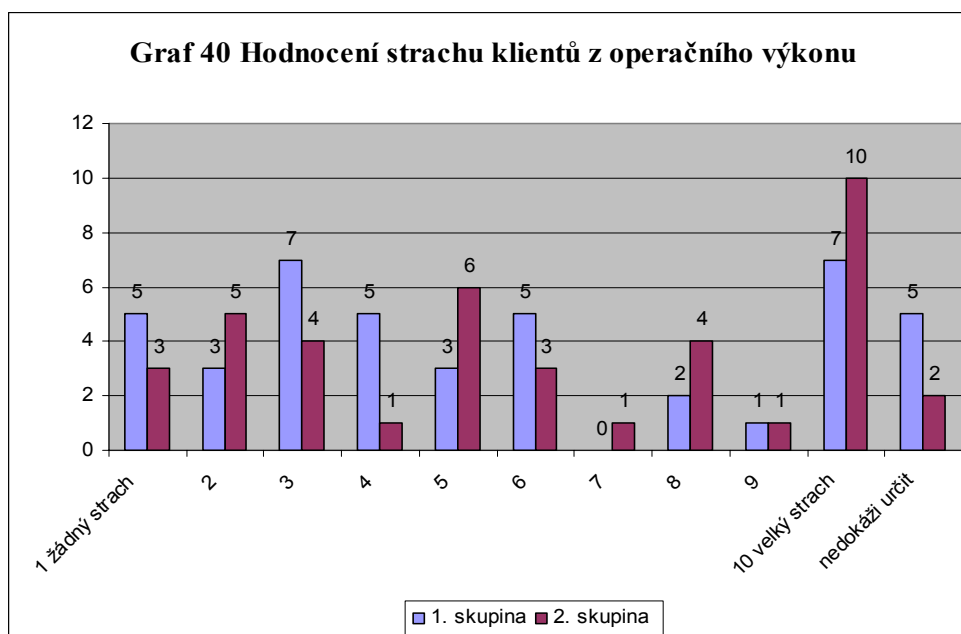
Graf 38: Na otázku, zda klientům před operací podával informace ještě někdo jiný odpovědělo 66 klientů, že jim informace podával i lékař, z toho 48 klientů odpovědělo, že jim informace podávala i sestra z oddělení, 6 klientů odpovědělo, že informace od nikoho jiného nedostali a 3 klienti odpověděli, že jim informace podával někdo jiný (na otázku kdo? odpověděli anesteziolog, endokrinolog, ostatní pacienti).



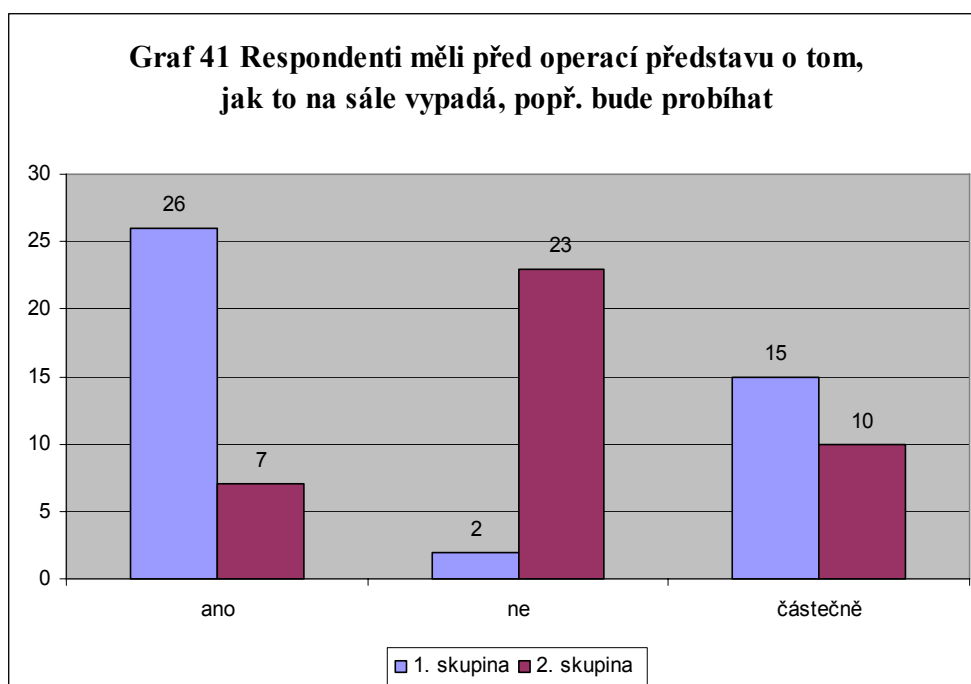
Graf 39: Z grafu 39 vyplývá, nakolik byli klienti spokojeni s předoperační péčí. Hodnotili na stupnici 1- 5 (jako ve škole) nebo nedokáží určit. 55 klientů volilo hodnocení výborně, 14 klientů volilo hodnocení chvalitebně, 7 klientů nedokáže určit nakolik byli spokojeni s předoperační péčí, 5 klientů volilo hodnocení dobře, 2 klienti volili hodnocení dostatečné a hodnocení nedostatečné nevolil ani jeden klient.

4.3. Srovnání skupin

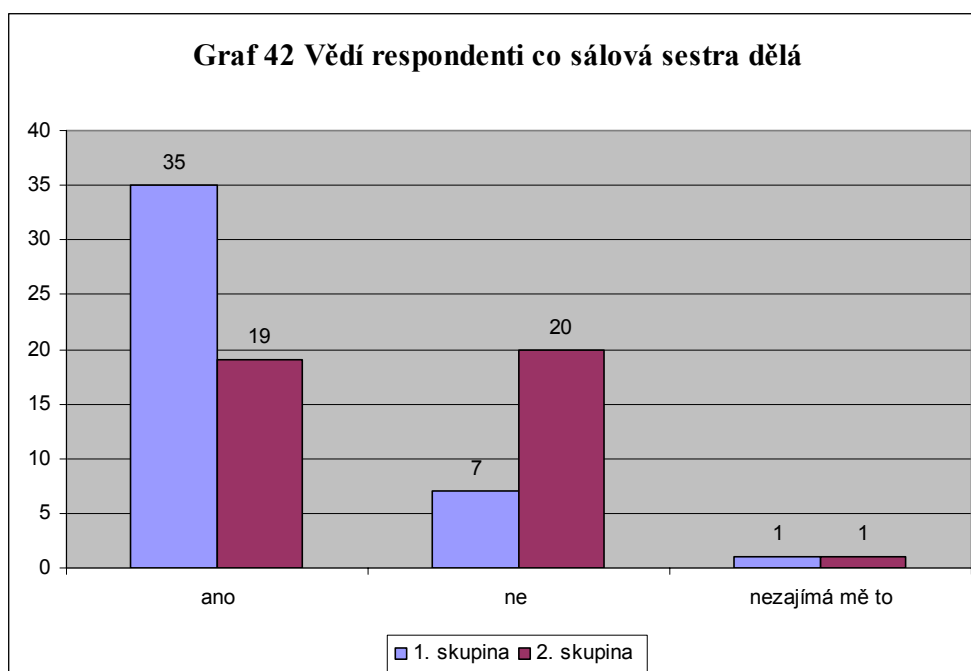
1. skupina= klienti, u kterých byla před operačním výkonem provedena edukace perioperační sestrou
2. skupina= klienti, u kterých nebyla před operačním výkonem provedena edukace perioperační sestrou



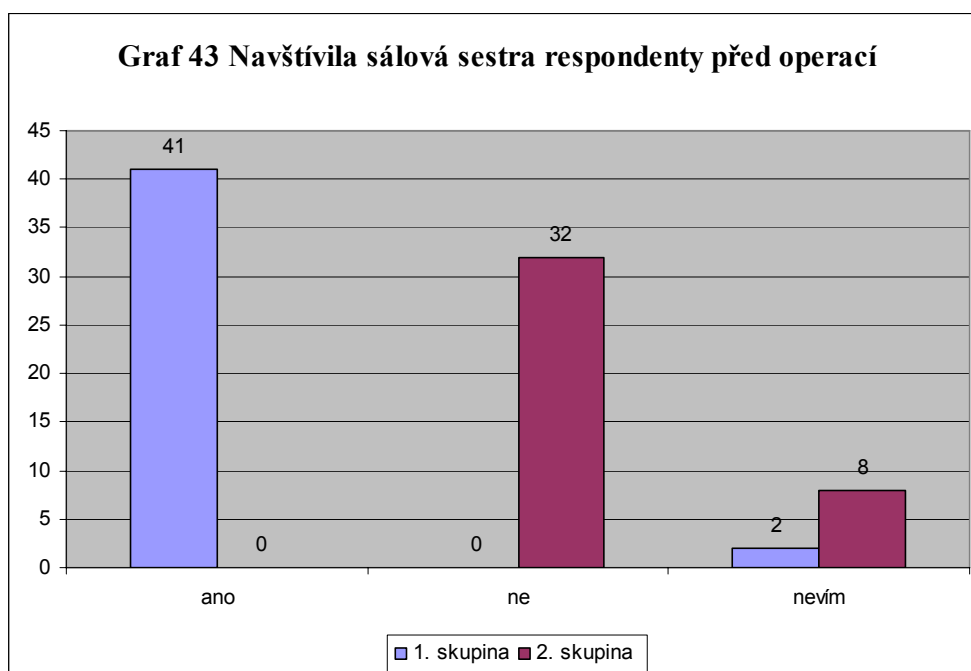
Graf 40: V grafu 40 jsou znázorněny výsledky srovnání skupin na otázku jak velký měli klienti strach z operačního výkonu. Ze skupiny edukovaných klientů odpovědělo 5 respondentů, že nemělo strach žádný, stupeň 2 volili 3 respondenti, stupeň 3 volilo 7 respondentů, stupeň 4 volilo 5 respondentů, stupeň 5 volili 3 respondenti, stupeň 6 volilo 5 respondentů, stupeň 8 volili 2 respondenti, stupeň 9 volil 1 respondent, stupeň 10 volilo 7 respondentů a 5 respondentů nedokázalo určit, jak velký mělo strach. Ze skupiny needukovaných klientů odpověděli 3 klienti, že neměli žádný strach, 5 klientů volilo stupeň 2, 7 klientů volilo stupeň 3, 1 klient volil stupeň 4, 6 klientů volilo stupeň 5, 3 klienti volili stupeň 6, 1 klient volil stupeň 7, 4 klienti volili stupeň 8, 1 klient volil stupeň 9, 10 klientů volilo stupeň 10 a 2 klienti nedokázali určit, jak velký měli strach.



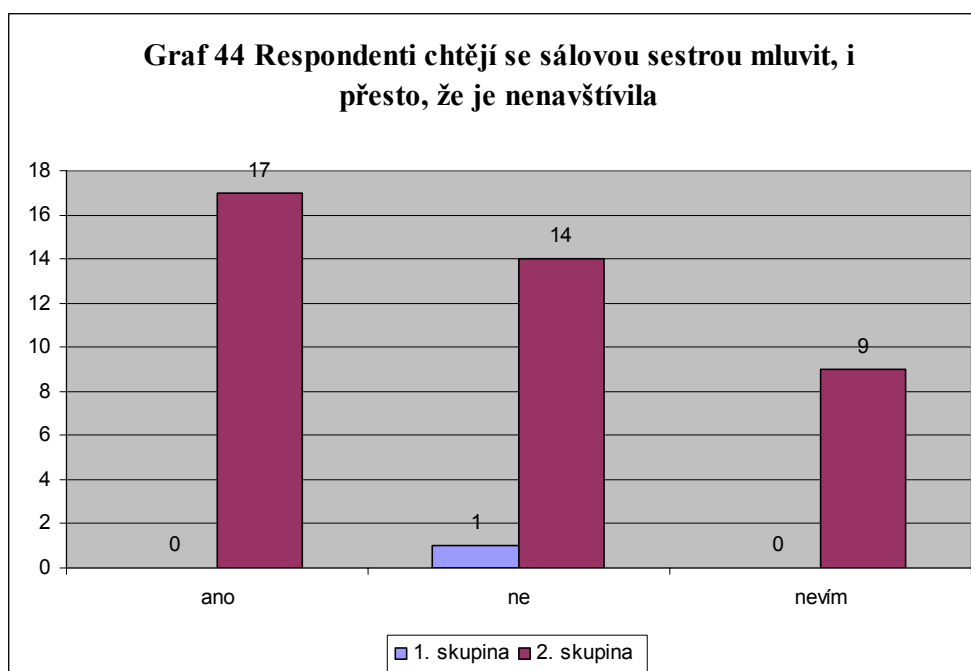
Graf 41: Graf 41 po srovnání skupin znázorňuje, že ze skupiny edukovaných klientů mělo 26 respondentů představu o tom, jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat, 2 respondenti neměli představu o tom, jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat a 15 respondentů mělo představu jen částečnou. Ze skupiny needukovaných klientů mělo 7 respondentů představu o tom, jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat, 23 respondentů nemělo představu o tom, jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat a 10 respondentů mělo představu jen částečnou.



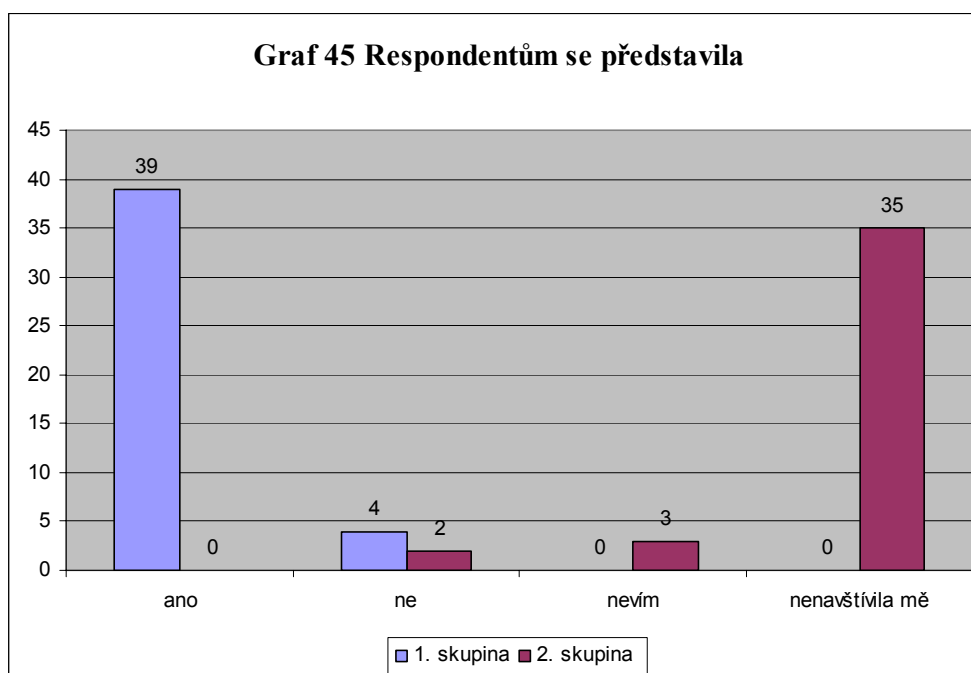
Graf 42: Z grafu 42 vyplývá, že po srovnání skupin ze skupiny edukovaných klientů 35 respondentů ví, co dělá sálová sestra, 7 respondentů neví, co dělá sálová sestra a 1 respondenta to nezajímá. Ze skupiny needukovaných klientů 19 respondentů ví, co dělá sálová sestra, 20 respondentů neví, co dělá sálová sestra a 1 respondenta to nezajímá.



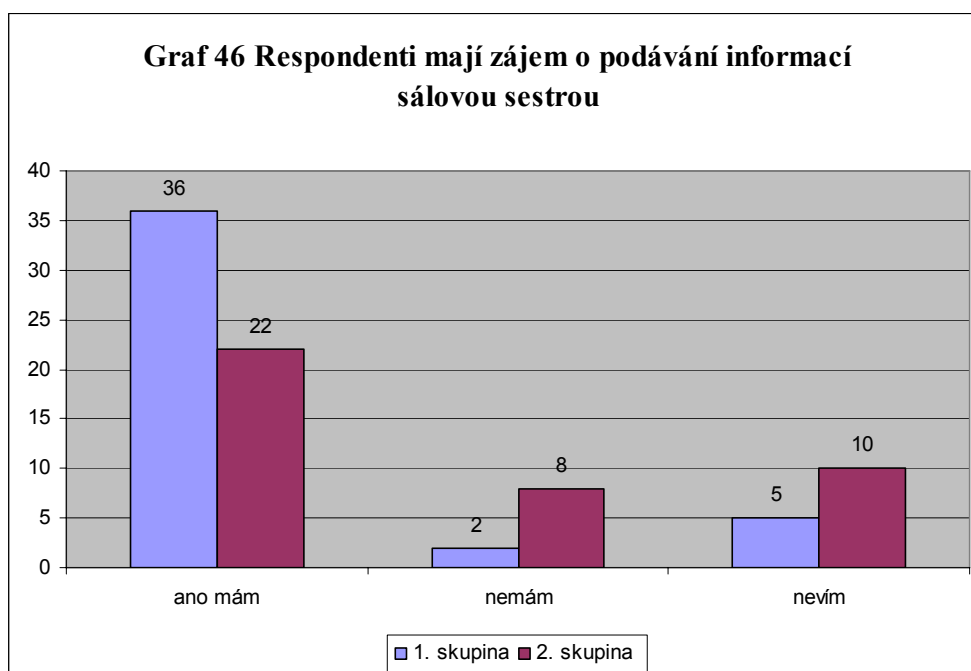
Graf 43: Po srovnání skupin vyplývá z výsledků grafu 43, že ze skupiny edukovaných klientů je 41 klientů, které perioperační sestra navštívila a 2 klienti neví, zda je perioperační sestra navštívila. Ze skupiny needukovaných klientů je 32 klientů, které perioperační sestra nenavštívila a 8 klientů neví, zda je perioperační sestra navštívila.



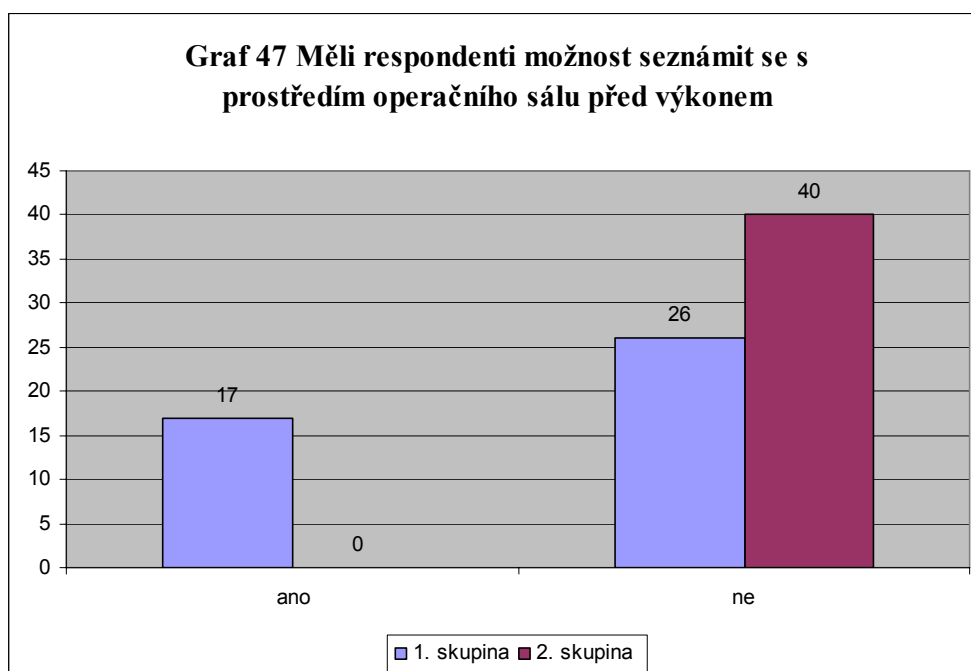
Graf 44: Výsledky grafu 44 po srovnání skupin ukazují, že ze skupiny edukovaných klientů 1 respondent odpověděl, že by s perioperační sestrou nechtěl mluvit (tento klient nevěděl, zda byl edukován). Ze skupiny needukovaných klientů 17 respondentů odpovědělo, že by s perioperační sestrou chtěli mluvit, 14 respondentů by s perioperační sestrou mluvit nechtělo a 9 respondentů neví, zda by s perioperační sestrou chtělo mluvit.



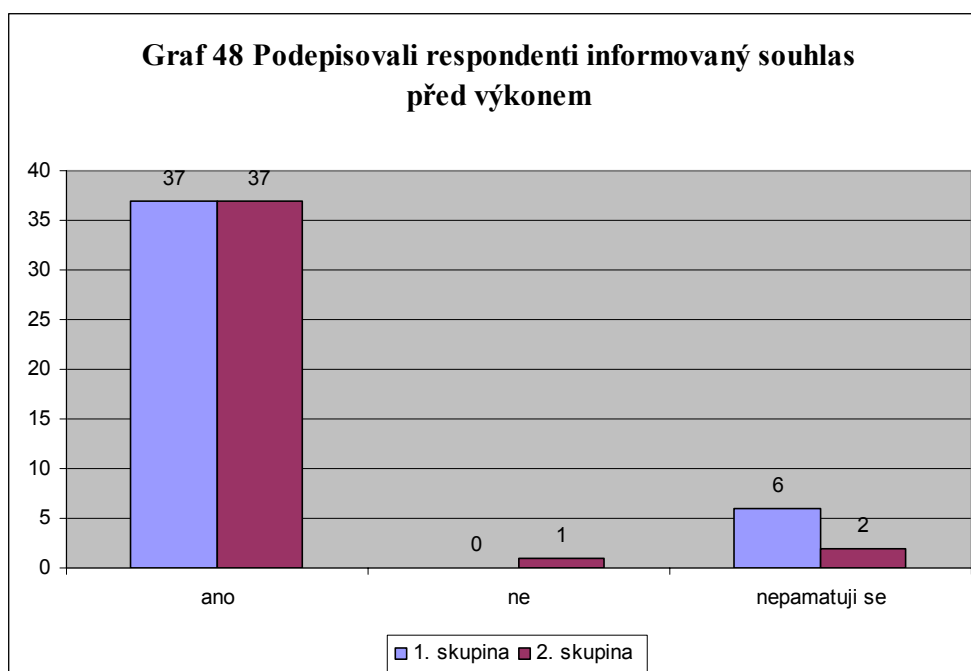
Graf 45: Z grafu 45 po srovnání skupin vyplývá, že ve skupině edukovaných klientů je 39 respondentů, kterým se perioperační sestra během edukace představila a 4 respondenti, kterým se perioperační sestra během edukace nepředstavila. Ze skupiny needukovaných klientů je 35 respondentů, které perioperační sestra nenavštívila, 3 respondenti nevěděli, zda se jim perioperační sestra představila a 2 respondenti, kterým se perioperační sestra nepředstavila.



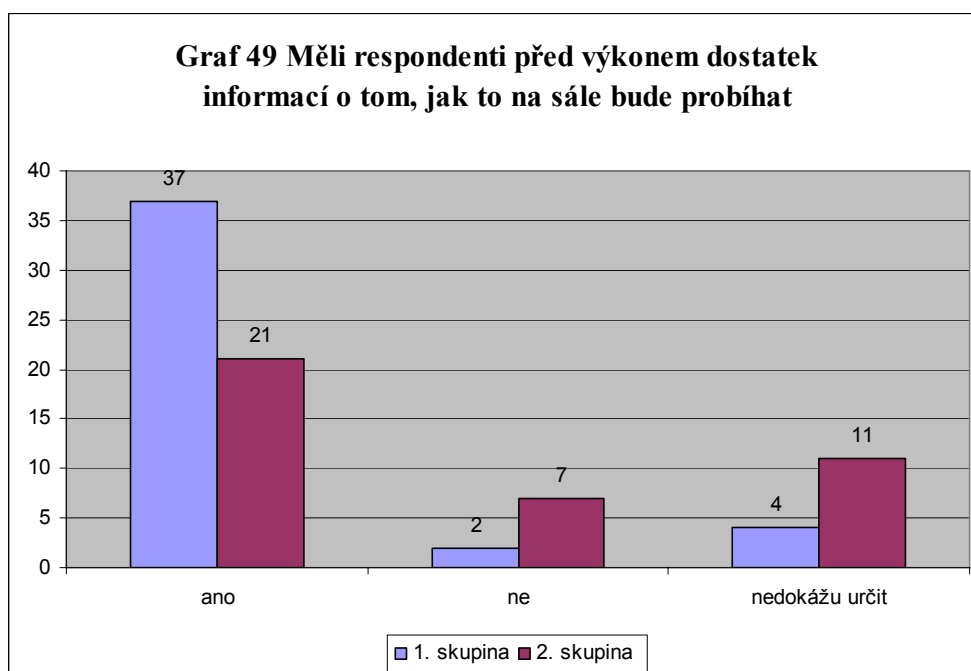
Graf 46: Z grafu 46 po srovnání skupin vyplývá, že ze skupiny edukovaných klientů má 36 respondentů zájem o podávání informací sálovou sestrou, 2 respondenti nemají zájem o podávání informací sálovou sestrou a 5 respondentů neví, zda má zájem o podávání informací sálovou sestrou. Ze skupiny needukovaných klientů má 22 respondentů zájem o podávání informací sálovou sestrou, 8 respondentů nemá zájem o podávání informací sálovou sestrou a 10 respondentů neví, zda má zájem o podávání informací sálovou sestrou.



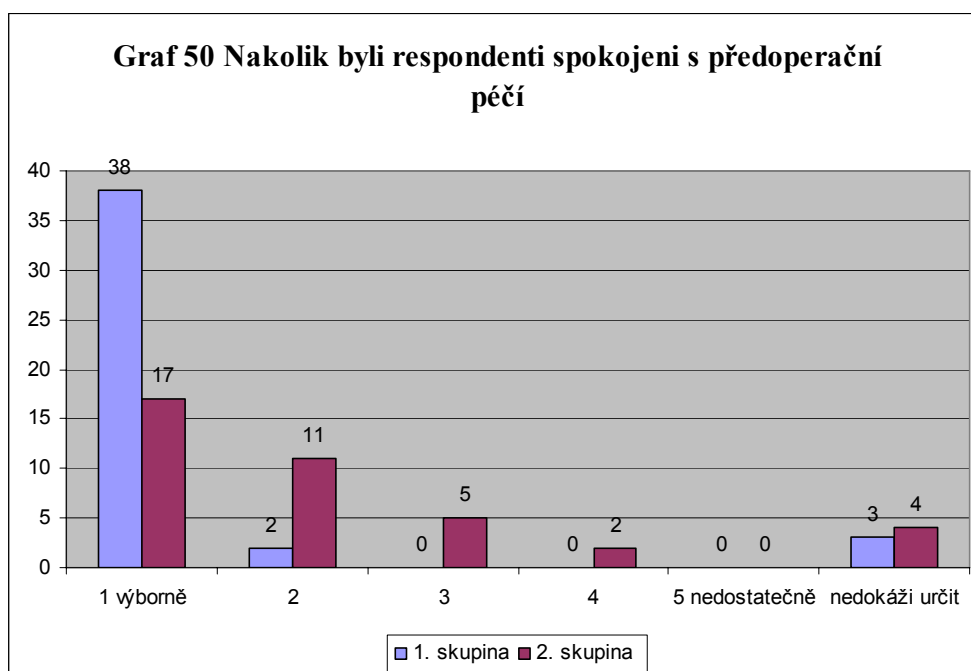
Graf 47: Z výsledků v grafu 47 po srovnání skupin vyplývá, že ze skupiny edukovaných 17 respondentů mělo možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem. Ze skupiny needukovaných mělo 26 respondentů možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem a 40 respondentů nemělo možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem.



Graf 48: Výsledky v grafu 48 po srovnání skupin ukazují, že ze skupiny edukovaných klientů 37 respondentů podepisovalo informovaný souhlas a 6 respondentů si nepamatuje, zda informovaný souhlas podepisovalo. Ze skupiny needukovaných klientů 37 respondentů podepisovalo informovaný souhlas a 2 respondenti si nepamatují, zda informovaný souhlas podepisovali.



Graf 49: Z výsledku v grafu 49 po srovnání skupin vyplývá, že ze skupiny edukovaných klientů mělo 37 respondentů podle jejich názoru dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat, 4 respondenti nedokáží určit, zda měli dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat a 2 respondenti neměli dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat. Ze skupiny needukovaných klientů mělo 21 respondentů dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat, 11 respondentů nedokáže určit, zda měli dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat a 7 respondentů nemělo dostatek informací o tom, jak to na sále bude probíhat.



Graf 50: Po srovnání skupin z grafu 50 vyplývá, že ze skupiny edukovaných klientů 38 respondentů hodnotilo předoperační péči výborně, 2 respondenti hodnotili chvalitebně a 3 respondenti nedokázali určit nakolik byli spokojeni s předoperační péčí. Ze skupiny needukovaných klientů 17 respondentů hodnotilo výborně, 11 respondentů hodnotilo chvalitebně, 5 respondentů hodnotilo dobře, 2 respondenti hodnotili dostatečně a 4 respondenti nedokázali určit nakolik byli spokojeni s předoperační péčí. Nedostatečné hodnocení nevolil ani jeden respondent.

5. DISKUSE

Tato bakalářská práce je zaměřena na zmapování situace v edukaci klienta perioperační sestrou v nemocničním zařízení. Především na získávání informací vyvozující, zda jsou klienti spokojeni s předoperační péčí, zda mají dostatek informací o operačním výkonu, jak velký je jejich strach před operačním výkonem a zda mají představu o tom jak to na operačním sále probíhá. Pro doplnění byla mapována situace mezi perioperačními sestrami, zda jsou pro roli edukátorky připraveny. Byly stanoveny dvě hypotézy týkající se klientů a jedna hypotéza týkající se sester. První část diskuse je věnována klientům.

První hypotéza měla potvrdit, zda edukovaní klienti jsou spokojeni s předoperačním režimem. V grafu 39 odpovídali klienti na otázku, nakolik byli spokojeni s předoperační péčí. Při pohledu na graf je jasné, že většina klientů volila hodnocení jedna, při srovnání skupin jsme došli k závěru, že klienti, které perioperační sestra edukuje jsou spokojenější (viz graf 50). Mezi jedinci, které perioperační sestra needukuje byli někteří nespokojeni dokonce natolik, že volili hodnocení 4. Tento aspekt potvrzuje, jak je edukace perioperační sestrou důležitá a to, že v našem výzkumu jsou edukovaní klienti opravdu spokojenější. Na počátku výzkumného šetření jsme se domnívali, že proces edukace perioperační sestrou bude ovlivněn tím, zda je výkon akutní nebo plánovaný. Z výzkumného šetření ale vyplynulo, že i klienti, kteří byli hospitalizováni pro akutní operační výkon byli také edukováni. Dle Závodné⁽³⁸⁾ je edukace chápána jako proces výchovy a vzdělávání. Edukace zahrnuje mimo jiné informace, které jsou pro klienta důležité v průběhu poskytování ošetrovatelské péče. Právo na podávání informací má každý klient. K tomu, aby je dostal, je důležité, aby se zúčastnili všichni zdravotničtí pracovníci. Jsme přesvědčeni, že do procesu podávání informací je nutné zařadit i perioperační sestru, která edukuje v rozsahu svých kompetencí dle vyhlášky 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.⁽³⁴⁾ Považujeme za vhodné zmínit, že edukace- předávání informací neznamena totéž co informovanost dle zákona 20/ 19966 Sb., o péči o zdraví lidu, kterou zmiňuje.⁽³⁶⁾ Do našeho výzkumu jsme také zařadili otázku týkající se

informovanosti a ptali jsme se, zda klienti podepsovali informovaný souhlas před výkonem. Graf 48 ukazuje, že většina respondentů informovaný souhlas podepsovala, bez ohledu na to, zda se jednalo o skupinu klientů edukovaných nebo needukovaných. V souvislosti s předáváním informací chceme poukázat na grafy 42 a 46. Z grafu 42 je znatelné, že klienti, které navštěvuje perioperační sestra před operací mají informace o tom, co dělá sálová sestra oproti klientům, které perioperační sestra nenavštěvuje. Z grafu 44 vyplývá, že i klienti (17 respondentů), které perioperační sestra nenavštívila, by s ní chtěli mluvit. Rovněž v grafu 46 jsou znázorněny velice pozitivní výsledky. I přesto, že perioperační sestra nemluvila se všemi respondenty z našeho výzkumu, výsledky v grafu 46 dokazují, že má většina klientů zájem o podávání informací perioperační sestrou.

K druhé hypotéze, zda mají klienti dostatek informací o operačním výkonu se vztahuje graf 49, který znázorňuje, zda mají klienti dostatek informací o průběhu na operačním sále. Po srovnání skupin jsou opět patrné rozdíly. Ze skupiny edukovaných respondentů mělo dostatek informací 37 klientů a 2 edukovaní klienti měli nedostatek informací, přičemž 1 respondent nevedl jaké informace mu chyběly a druhý postrádal informace o způsobu a technice operačního výkonu. V tomto případě je patřičné opět zmínit edukační kompetence sestry a vyhlášku 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.⁽³⁴⁾ Z druhé skupiny mělo dostatek informací 21 klientů, i přesto, že je perioperační sestra nenavštívila. Domníváme se, že tato skutečnost může být ovlivněna například opakovaným operačním výkonem. Z výzkumného šetření jsme zjistili, že edukovaní klienti jsou spokojenější a mají více informací než klienti, u kterých se edukace neprovádí, tedy hypotézy se potvrdily.

V grafu 41 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda měli klienti představu o tom, jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat. 26 edukovaných klientů odpovědělo, že představu mělo. Je zde vidět opět velký rozdíl mezi edukovanými a needukovanými klienty. Z needukovaných klientů mělo jen 7 představu o tom, jak to na sále vypadá.

Dle Čámské⁽¹⁰⁾ klient přichází do zdravotnického prostředí s určitými obavami, pociťuje strach. Úkolem zdravotnického personálu je pomoci mu strach z prostředí

operačního sálu překonat. Z grafu 40 je bohužel jednoznačné, že návštěva perioperační sestry nemá vliv na klientův strach před operačním výkonem. Operační výkon je náročná životní situace, v které strach nelze odstranit. I přesto, že má klient strach stále, lze edukační činností perioperační sestry dosáhnout větší spokojenosti a lepší informovanosti klienta a tím následného uklidnění před operačním výkonem

K diskusi týkající se perioperačních sester je vhodné připomenout, že byla stanovena hypotéza, zda jsou sestry připraveny pro edukační roli. Dle Farkašové⁽¹⁴⁾ v současnosti zastává sestra nejčastěji roli sestry poskytující ošetrovatelskou péči, roli manažerky, edukátorky, advokátky, nositelky změn, a výzkumnice. Jednou z těchto rolí, zmíněná edukátorka, se ukazuje být důležitá i pro sestry v perioperační péči.

Podle Závodné⁽³⁸⁾ je edukace klientů a jejich blízkých nástrojem na zabezpečení jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodnout. Graf 4 znázorňuje odpovědi, zda edukace perioperační sestrou je pro naše respondenky známý termín. Zjistili jsme potěšující okolnost, že 88 % dotazovaných zná pojem edukace perioperační sestrou.

V našem vzorku provádí edukaci 55 % dotazovaných perioperačních sester. Domníváme se, že důvodů proč ostatní sestry z výzkumného vzorku needukují, může být několik. Jedním z nich je realizace našeho výzkumu na rozdílných pracovištích. Jednalo se o pracoviště, kde se edukace perioperační sestrou provádí a o pracoviště, kde se edukace neprovádí (i přesto 88 % respondentek tento pojem zná). Druhým důvodem je vzdělávání perioperačních sester týkající se edukace. V grafu 6 jsou znázorněny předměty, které respondenky uváděly jako součást jejich studia. Z celkového počtu 86 respondentek byla Edukační výchova součástí studia jen u 18 dotazovaných. Dle našeho názoru se jedná především o respondenky, které vystudovaly Střední zdravotnickou školu, nebo o respondenky vyššího věku, které studovaly v době, kdy ještě nebyl kladen důraz na psychologii a komunikaci, tedy neměly možnost se s tímto předmětem během studia setkat. Většina respondentek (podle grafu 3) 59 % vystudovalo Střední zdravotnickou školu a pomaturitní specializační studium. Dalším poznatkem bylo zjištění z grafu 5, který poukazuje na to, odkud se sestry o edukaci dověděly. 58 % respondentek se dozvědělo o edukaci během praxe. I sestry, které se během studií

s tímto předmětem nesetkaly jsou o edukaci informováni a nyní edukují. Během praxe byly seznámeni s tímto edukačním procesem, absolvovaly kurz v rámci celoživotního vzdělávání.

Celoživotně se vzdělávat ukládá sestrám, a nejen jim, zákon 96/ 2004 Sb.⁽³⁷⁾ Plnění povinnosti celoživotně se vzdělávat se prokazuje na základě kreditního systému a po získání určitého počtu kreditů získává sestra osvědčení k výkonu povolání bez odborného dohledu a tím i možností samostatně edukovat. Edukuje samozřejmě pouze v rozsahu svých kompetencí, které zmiňuje vyhláška 424/ 2004 Sb.⁽³⁴⁾

K edukaci bezpodmínečně patří komunikace, která je dle Tutkové⁽³⁰⁾ jedním z jejích důležitých prostředků. Schopnost dobře komunikovat patří k nejdůležitějším dovednostem zdravotníka. Bez komunikace mezi sestrou a klientem by nebyla možná kvalitní ošetrovatelská péče. V grafu 12 odpovídaly respondentky na otázku jak své klienty edukují. 47 respondentek odpovědělo, že edukaci provádí ústně, 22 respondentek přidávalo možnost edukace informačním letákem. V tomto případě se domníváme, že informační leták byl alternativou v případě nedostatku času sester, nebo alternativou pro zopakování si důležitých informací, a to přečtením doplňujícího letáčku. Graf 13 poukazuje na nedostatky v edukační činnosti perioperačních sester. Dovídáme se, že 37 klientek edukuje své klienty na pokoji před ostatními klienty. Bohužel se nepodařilo zjistit, čím je tato skutečnost ovlivněna. V úvahu přichází možnost nevyřešeného místa pro edukaci na jednotlivých odděleních. Oproti tomu je pozitivum, že klienti jsou edukováni jednotlivě, individuálně. Skupinovou formou needukuje ani jedna respondentka. Formu edukace znázorňuje graf 14. O zvládnutí komunikačních dovedností perioperačních sester se přesvědčujeme v grafu 15. Podle Tutkové⁽³⁰⁾ jsou na sestru kladeny základní požadavky, které by měla při komunikaci dodržovat. Jedním z těchto je umožnění klientovi ptát se, klást otázky. Z grafu 15 zjišťujeme, že 52 % respondentek dává klientům prostor pro otázky. K základním komunikačním dovednostem lze zařadit i takovou formalitu jako je představení se. Z našeho výzkumu bylo zjištěno, že jen 41 % sester se představuje klientovi na operačním sále, 33 % se představuje někdy a 26 % se nepředstavuje vůbec (graf 18). Tento fakt však nelze uzavřít se záporným vyvozením. Domníváme se, že situace na

sále, respektive zdravotní stav klienta, nemusí vždy výše zmíněné představení se umožňovat.

Samozřejmostí je, že ke komunikaci ve zdravotnickém zařízení nedochází jen mezi sestrou a klientem. Za účelem kvalitně odvedené ošetrovatelské i léčebné péče mezi sebou musí komunikovat i zdravotnický personál. I zde platí dodržování určitých komunikačních dovedností. Uplatňuje se zde ale i jiný způsob komunikace a tím je dokumentace. Podle Kozierové⁽¹⁸⁾ slouží jako prostředek, pomocí kterého mezi sebou zdravotnický personál komunikuje. Taktéž v souvislosti s edukací perioperační sestrou dokumentace nesmí být opomínána. Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na „edukační formulář“. Bylo zjišťováno, zda perioperační sestry dávají podepsat „edukační formulář“. 29 % respondentek dává podepsat „edukační formulář“ vždy, 24 % respondentek „edukační formulář“ podepsat nedává, a 5 % respondentek jej dává podepsat někdy (viz. graf 10). I přesto, že poměrně velká část respondentek formulář podepsat nedává, neznamená to, že jej vůbec nepoužívá. Všechny edukující respondentky v dotaznících uváděly, co do „edukačního formuláře“ zapisují. Otázkou zůstává, zda by v případě vyskytnutých se problémů, byla tato část dokumentace platná bez podpisu klienta. Dle Mastiliakové⁽²²⁾ je dokumentace klienta také právním podkladem chránící klienta, sestru, lékaře i zdravotnické zařízení.

Bez ohledu na to, zda se jednalo o perioperační sestry, které edukují, nebo o sestry které needukují, bylo překvapujícím zjištěním, že jen 39 % dotazovaných sester se domnívá, že jejich návštěva u klienta v předoperačním období sníží jeho strach (graf 17) a 57 % dotazovaných sester považuje edukaci perioperační sestrou za přínosnou. V souvislosti s otázkou, zda perioperační sestry považují edukaci za přínosnou pro pacienty většina sester ve věkových kategoriích 30- 39 let a 40- 49 let edukaci považuje za přínosnou. Z dotazovaných respondentek ve věku 50 let a více jen dvě odpověděly, že edukace perioperační sestrou je přínosná. Hypotéza, zda jsou perioperační sestry připraveny na edukační roli byla potvrzena. Perioperační sestry edukaci provádí a jsou obeznámeni s pojmem edukační činnost perioperační sestry. Přesto, že některé sestry nevyjádřily kladný postoj k edukační činnosti perioperační sestrou, domníváme se, že získané výsledky potvrzují důležitost této činnosti.

6. ZÁVĚR

Tato práce se zabývá edukační činností perioperační sestry na ORL oddělení. Jednou z důležitých rolí sestry je role edukátorky. Neméně důležitá je edukační činnost perioperační sestry. Edukace klienta perioperační sestrou je jedním z kroků ke zkvalitnění poskytované péče v rámci kontinuálního zvyšování kvality a k dosažení kompletní předoperační péče.

Cílem práce bylo zmapovat edukační činnost perioperačních sester. Především jak jsou klienti spokojeni s předoperační péčí v souvislosti s edukačním procesem, zda edukace prováděná perioperační sestrou zlepšuje informovanost klientů před operačním výkonem, ale také to, zda jsou perioperační sestry připraveny pro roli edukátorky.

Pro naplnění cílů byly vytvořeny dva anonymní dotazníky, přičemž první cílovou skupinou byli klienti po operačním výkonu na ORL oddělení a druhou perioperační sestry. Výzkum mezi klienty probíhal v nemocničních zařízeních v Praze, Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Výzkum týkající se perioperačních sester probíhal v Praze a Českých Budějovicích. Celkem bylo rozdáno 180 dotazníků, návratnost byla 174 (96,6 %). Na dotazníkové šetření reflektovalo 84 klientů a 86 perioperačních sester.

Výsledky od klientů byly zpracovány popisnou statistikou pomocí grafů Microsoft Office Excel. Výsledky od skupin byly porovnány. Výsledky z dotazníků od sester byly zpracovány popisnou statistikou a získané údaje byly také popsány grafy.

Získané výsledky byly využity k ověření stanovených hypotéz.

Výzkumné šetření potvrdilo všechny stanovené hypotézy. První hypotéza předpokládala, že klienti jsou spokojeni s edukační činností perioperační sestry a byla potvrzena. Edukovaní klienti jsou dle výsledků spokojenější s předoperační péčí, tudíž jsou spokojeni s edukací perioperační sestrou.

Druhá hypotéza, zda mají klienti dostatek informací o operačním výkonu, se taktéž potvrdila. Bylo zjištěno, že klienti edukovaní perioperační sestrou mají více informací než klienti, které perioperační sestra před výkonem nenavštívila. Z těchto dat je patrné, že edukace perioperační sestrou je důležitá.

Třetí hypotéza potvrdila, že perioperační sestry jsou připraveny pro edukační roli. Z výzkumného souboru provádějí edukaci perioperační sestrou respondentky z ÚVN, ale pojem edukační činnost perioperační sestrou zná většina respondentek. Přesto, že některé sestry měly na edukaci negativní názor, z předchozích dat je zřejmé, že edukace vede ke kvalitní péči a pacienti jí pozitivně vnímají.

Pro kvalitní výkon edukační činnosti je nutné, aby měly perioperační sestry o této činnosti dostatek informací. Vhodné by bylo umožnit perioperačním sestřím stáž na pracovištích, kde se edukační činnost perioperační sestrou provádí a prohlubovat znalosti například pomocí seminářů se zmíněnou tematikou.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ASTL, J. *Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku*. Praha: Karolinum, 2002. 139 s. ISBN 80-246-0325-X.
2. BALKOVÁ, Ildiko. Náročná práce instrumentářky. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 12, s. 26. – (příloha Tematický sešit č. 145- Sálové sestry). ISSN 1210-0404.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. Pracovní vztahy a kompetence všeobecných sester v České republice. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 3, s. 14-17. ISSN 1210-0404.
4. BÁRTLOVÁ, S. *Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 208 s. ISBN 80-7013-449-6.
5. BITTNEROVÁ, Zuzana. Možnosti vzdělávání v oboru instrumentování na operačním sále v současné době a v budoucnosti. Platný http://www.instrumentarky.cz/si/detail-clanku-moznosti-vzdelavani--v-oboru-instrumentovani-na-operacnim-sale-v-soucasne-dobe-a-v-budoucnosti_236.html?PHPSESSID=e414044caa090b7874cdbb77ff206f57), 19. listopad 2008.
6. BITTNEROVÁ, Zuzana. Proč termín perioperační péče?. Platný <http://instrumentarky.cz/si/detail-clanku-proc-termin-perioperacni-pece-439.html>, 19. leden 2008.
7. BITTNEROVÁ, Zuzana. Úkoly sester perioperační péče. *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 12, s. 24. – (příloha Tematický sešit č. 145- Sálové sestry). ISSN 1210-0404.
8. BOŘÍK, O. *Nástin ušního, nosního a krčního lékařství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996. 148 s. ISBN 80-7013-220-5.
9. BUBNÍKOVÁ, H., ZDRUBECKÁ, P., VÍŠKOVÁ, I. Názor sester na registraci. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 10, s. 19-20. ISSN 1210-0404.
10. ČÁMSKÁ, Ivana. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Florence*. Praha: 2007, roč. 3, č. 1, s. 27. ISSN 1801-464X.

11. ČERNÁ ŠÍPKOVÁ, H., MÜLLEROVÁ, N. Celoživotní vzdělávání, zákony, vyhlášky, praxe... *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 17. ISSN 1210-0404.
12. DUDA, M. *Práce sestry na operačním sále*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 392 s. ISBN 80-7169-642-0.
13. EDUKAČNÍ MATERIÁL ORL ÚVN Praha.
14. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Ošetrovatelstvo- teória*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0.
15. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
16. HOFŠTETROVÁ KNOTKOVÁ, Michaela. Jak je to s kredity? *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 5, s.16. ISSN 1210-0404.
17. JANOUŠKOVÁ, Miroslava. Uplatnění modelu perioperační péče na vlastním pracovišti. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 4-5. – (příloha Perioperační péče). ISSN 1210-0404.
18. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 1995. 1474s. ISBN 80-217-0528-0.
19. Kurková, Marie. Celoživotní vzdělávání není jen honba za kredity. Platný <http://www.zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=280035>, 19. listopad 2008.
20. LACINOVÁ, Milena. Dokumentace anesteziologických sester v ÚVN Praha. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 7-8, s. 59. ISSN 1210-0404.
21. LINHART, O., et al. *Instrumentování na operačním sále I*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků, 1987. 143 s. Tiráží znak 57-869-87.
22. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0429-9.
23. Mezinárodní akreditace JCI.
Platný <http://www.uvn.cz/CS/content/view/700/534/lang.cz/>, 19. listopad 2008.

24. NĚMCOVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, P., ERTLOVÁ, F., SELINGEROVÁ, R. Specializační vzdělávání. Specializace ARIP a perioperační péče. Platný <http://www.florence.cz/cislo.php>, 19. listopad 2008.
25. Novela zákona č.20/ 1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Platný http://www.detskylekar.cz/cps/rde/xbcr/dlekar/vox_zari_2007_stred_zak_o_pec_i_o_zdravi_lidu, cit. 18. leden 2009.
26. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404.
27. PLCH, J. *Otorinolaryngologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 182 s. ISBN 80-7013-176-4.
28. POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství. Základní terminologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
29. PROŠKOVÁ, E., HLADÍKOVÁ, L. Metodický pokyn k přípravě specializačních vzdělávacích programů. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 4, s. 14-17. ISSN 1210-04.
30. TUTKOVÁ, Jitka. Komunikace sestra- pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč. 17, č. 1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
31. VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Koncepce českého ošetrovatelství. Metodické opatření 9, 2004.
32. VIDOVIČ, Saša. Registrace sester- potřeba, nebo nutné zlo? *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 3, s. 10. ISSN 1210-0404.
33. VOKURKA, M., HUGO J., et al. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Maxdorf, 2004. 36000 hesel. ISBN 80-7345-037-2.
34. VYHLÁŠKA č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
Platný https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6745_7228.html,
cit. 18. leden 2009.
35. WICHSOVÁ, Jana. Perioperační ošetrovatelská dokumentace. *Sestra*. Praha: 2008, roč. 18, č. 1, s. 6-7. – (příloha Perioperační péče). ISSN 1210-0404.

34. ZÁKON č. 20/ 1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
Platný http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6744_4092.html,
cit. 18. leden 2009.
35. ZÁKON č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
Platný
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb04096&cd=76&typ=r %20>.
cit. 18. leden 2009.
36. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2005. 118 s.
ISBN 80-8063-193-X.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Perioperační sestra

Vzdělávání sester

Edukační činnost

Předoperační péče

Klient

Otorinolaryngologie

9. PŘÍLOHY

9.1. Dotazník pro klienty po operačním výkonu na ORL oddělení

Vážený pane, paní

jmenuji se Reindlová Jitka a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku.

Vaši odpověď označte prosím křížkem, popřípadě doplňte slovy. Zaškrtněte 1 odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak. Děkuji.

1. Jste:

muž žena

2. Kolik Vám je let?

18- 29 30- 49 50- 59 60 a více

3. Váš operační výkon byl:

akutní (neplánovaný) plánovaný

4. Jak velký byl Váš strach z operačního výkonu? Ohodnoťte prosím na škále:

žádný strach 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 velký strach

nedokáži určit

5. Měl(a) jste před operací představu jak to na sále vypadá, popř. bude probíhat?

ano ne částečně

6. Víte, co dělá sálová sestra?
 ano ne nezajímá mě to
7. Navštívila Vás před operací sálová sestra?
 ano ne nevím
Pokud jste odpověděl(a) ano, pokračujte otázkou č. 9.
8. Pokud Vás sálová sestra nenavštívila, chtěla(a) by jste s ní mluvit?
 ano ne nevím
9. Kdy Vás navštívila sálová sestra?
 den před operací v den operace nenavštívila mě
10. Představila se Vám?
 ano ne nevím nenavštívila mě
11. Rozuměl(a) jste informacím, které Vám byly sálovou sestrou podávány?
 ano ne částečně nenavštívila mě
12. Dala Vám sálová sestra prostor klást otázky?
 ano ne nenavštívila mě
13. Pokud s Vámi sálová sestra mluvila, jakým způsobem podávala informace?
(možno volit více odpovědí)
 ústně informačním letákem pomocí videa jiné nemluvila se mnou
14. Byla pro Vás návštěva sálové sestry přínosná?
 přínosná nepřínosná nedokáži určit nenavštívila mě

15. Byl(a) jste spokojen(a) s předoperační přípravou ze strany sálové sestry?

ano ne nemluvil(a) jsem s ní

Pokud jste nebyl(a) spokojen(a), napište prosím proč:

.....

16. Máte zájem o podávání informací sálovou sestrou?

ano mám nemám nevím

17. Měl(a) jste možnost seznámit se s prostředím operačního sálu před výkonem?

ano ne

18. Podepisoval(a) jste před výkonem informovaný souhlas?

ano ne nepamatuji se

19. Měl(a) jste podle Vašeho názoru, dostatek informací o tom, jak to na operačním sále bude probíhat?

ano ne nedokáži určit

20. Podával Vám před operací informace ještě někdo jiný? (možno volit více odpovědí)

ano- sestry z oddělení ano- lékař ne někdo jiný, kdo?...

21. Pokud jste neměl(a) dostatek informací, jaké informace Vám chyběly?

.....

22. Jak jste byl(a) spokojen(a) s předoperační péčí? Ohodnoťte prosím jako ve škole:

Výborné 1 2 3 4 5 nedostatečné

nedokáži určit

Děkuji za vyplnění dotazníku.

9.2. Dotazník pro perioperační sestry

Vážené kolegyně,

jmenuji se Reindlová Jitka a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích oboru Všeobecná sestra. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku. Tento dotazník je anonymní a veškeré zjištěné údaje budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce. Děkuji za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníku.

Vaši odpověď označte prosím křížkem, popřípadě doplňte slovy. Zaškrtněte 1 odpověď v každé otázce, pokud není uvedeno jinak. Děkuji.

1. Kolik Vám je let?

20- 29 30- 39 40- 49 50 a více

2. Jak dlouho pracujete jako perioperační sestra?

1- 5 let 6- 15 let 16- 25 let 26 a více let

3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

SZŠ SZŠ+ PSS VZŠ Bc. Mgr.

4. Znáte pojem edukační činnost perioperační sestrou?

ano ne, ale zajímá mě to ne a ani mě to nezajímá

5. O edukaci jste se dozvěděla:

při studiu během praxe jinde, kde?... nedozvěděla

6. Součástí Vašeho studia byl předmět:

Výchova ke zdraví ano ne

Edukační činnost ano ne

Komunikace ve zdravotnictví ano ne

7. Navštěvujete (edukujete) klienta před operací?
 ano ne
8. Jaké informace klientovi podáváte?
 o tom, jak to na operačním sále vypadá o tom, co sálová sestra dělá
 nenavštěvuji jiné...
9. Kdy provádíte edukaci perioperační sestrou?
 den před operací v den operace neprovádíme
10. Dáváte po provedené edukaci podepsat „edukační formulář“?
 ano, vždy ne někdy edukaci neprovádíme
11. Napište prosím, co do „edukačního formuláře“ zapisujete:
.....
 needukuji
12. Jak klienty edukujete?
 ústně informačním letákem pomocí videa jinak... needukuji
13. Kde klienty edukujete? (možno volit více odpovědí)
 na pokoji před ostatními klienty na pokoji, pokud je tam klient sám
 v místnosti k edukaci vyčleněné na vyšetřovně v jídelně needukuji
14. Klienty edukujete:
 jednotlivě individuálně skupinovou formou needukuji
15. Dáváte klientům prostor pro otázky?
 ano ne, na to není čas někdy needukuji

16. Považujete edukaci perioperační sestrou za přínosnou pro klienty?

ano ne nevím

17. Domníváte se, že Vaše návštěva u klienta v předoperačním období sníží jeho strach?

ano ne nedokáži odhadnout nezajímá mě to

18. Představujete se klientovi na operačním sále?

ano- vždy ano- někdy ne

19. Napište prosím, co si o edukaci perioperační sestrou myslíte:

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.