

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2011

Lenka KREJČÍ

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**VYTVOŘENÍ A PRÁCE SESTRY S EDUKAČNÍMI KARTAMI
NA CHIRURGICKÉM ODDĚLENÍ**

Bakalářská práce

PhDr. Věra Stasková

Lenka Krejčí

2011

Abstract

The Making and Use of Educational Cards in the Job of a Nurse at the Surgical Ward

The objective of the present work called “The Making and Use of Educational Cards in the Job of a Nurse at the Surgical Ward” is to propose a unification, consolidation and simplification of information given to a client so that the educational process might be transparent, effective and acceptable for general (patient) public. At the beginning of the research the author set four goals: Goal 1: To find out whether the education of clients prior to selected surgical procedures is effective or not; Goal 2: To find out the methods of education of clients at the surgical ward prior to selected surgical procedures as viewed by nurses; Goal 3: To make (create) an educational means (educational cards) for clients prior to selected surgical procedures. Goal 4: To check the created educational means in the nursing practice. The author also set three questions for her inquiry: Question 1: What knowledge do clients have prior to the surgical procedure for a successful postoperative development? Question 2: What educational methods do nurses apply with clients prior to surgical procedures? Question 3: What positive aspects do clients perceive when working with educational cards? The inquiry took place in the Znojmo Hospital with the matron’s kind permission. To achieve successful results in her work, the author applied qualitative examination, the method of a questionnaire, the technique of a non-standardized interview. The object of the inquiry consisted of clients and nurses of the surgical ward. Having analysed the answers of all respondents, the author put together and subsequently checked in practice educational cards for clients prior to surgical procedures. The results of the present bachelor work can be used further in practice, e.g. the created educational cards can be left at the surgical ward at patients’ disposal for the whole period of their hospitalization. Is to propose a unification, consolidation and simplification of information given to a client so that the educational process might be transparent, effective and acceptable for general (patient) public.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Vytvoření a práce sestry s edukačními kartami na chirurgickém oddělení“ vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů z literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátu.

V Českých Budějovicích 29. 4. 2011

Lenka Krejčí

Poděkování:

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Věře Staskové za odborné vedení, cenné rady a trpělivý přístup při zpracování bakalářské práce. Rovněž tak vedení Nemocnice Znojmo p.o. za umožnění výzkumného šetření. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu, kterou mi po celou dobu studia všichni poskytovali.

Obsah

1 SOUČASNÝ STAV.....	4
1.1 Edukace v ošetrovatelství.....	4
1.1.1 Podstata edukace.....	4
1.1.2 Druhy edukace.....	5
1.1.3 Metody edukace.....	6
1.1.4 Fáze edukace.....	7
1.1.5 Cíle edukace.....	9
1.1.6 Role sestry v edukaci.....	11
1.2 Vybrané operace dutiny břišní.....	12
1.2.1 Anatomie dutiny břišní.....	12
1.2.2 Plánovaná operace kýly.....	13
1.2.3 Plánovaná operace žlučníku – cholecystektomie.....	15
1.2.4 Akutní operace červovitého výběžku – apendektomie.....	18
1.3 Obsah edukace a činnosti sestry před vybranými operacemi.....	20
1.3.1 Charakteristika chirurgického oddělení jako edukačního prostředí.....	20
1.3.2 Obsah základní edukace a činnosti sestry před plánovanou operací dutiny břišní.....	21
1.3.3 Specifika edukace před plánovanou operací kýly.....	24
1.3.4 Specifika edukace před plánovanou operací žlučníku.....	26
1.3.5 Specifika edukace před operací slepého střeva.....	27
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 Cíle práce:.....	28
2.2 Výzkumné otázky:.....	28
3 METODIKA.....	29
3.1 Použitá metodika.....	29
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	30

4	VÝSLEDKY	31
4.1	Rozhovory s klienty před plánovanou operací dutiny břišní.....	31
4.2	Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí klientů před plánovanou operací dutiny břišní.....	40
4.3	Rozhovory se sestrami z chirurgického oddělení	49
4.4	Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí sester.....	55
4.5	Rozhovory s klienty po edukaci dle edukačního plánu s použitím vytvořených edukačních karet.....	62
4.6	Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí klientů po edukaci vytvořenými edukačními kartami.....	67
5	DISKUSE.....	77
6	ZÁVĚR	83
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	93
8	KLÍČOVÁ SLOVA.....	96
9	PŘÍLOHY.....	97

Úvod

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Sestra, která pochopí, že správně edukovaný klient je „výhrou“ hlavně pro její další ošetrovatelské působení si jistě dá velmi záležet na celém edukačním procesu. Klient vybavený takovými znalostmi a dovednostmi, díky kterým se může zapojit do ošetrovatelského a léčebného procesu, je pro celý zdravotnický tým skvělým partnerem v boji proti nemoci, jež ho postihla. Informovaný klient je schopen se spolupodílet na léčení a na rozhodování o dalších léčebných postupech. Úspěšnost v edukaci klientů je však velmi rozlišná, vždy v souvislosti s množstvím podaných informací, jejich uspořádáním, formou podání a schopností sestry vše vhodně a správně interpretovat s ohledem na možnosti a schopnosti klienta. I přes veškerou snahu jsou informace někdy chaotické, kusé, nedostatečné, či naopak pro klienta příliš odborné a tím nesrozumitelné. V neposlední řadě je třeba mít na zřeteli, že se nejedná o pouhé předávání informací. Edukaci je třeba chápat jako proces, v němž dochází k přeměně informace ve znalost, ať praktickou či teoretickou. Klient musí podané informace přijmout a umět s nimi pracovat. Tím se stává aktivní v přístupu ke svému zdraví a jeho podpoře, což je jedním ze základních cílů celého edukačního procesu.

Praxe mě přesvědčila, že spěch a stres nepomáhají ničemu a v komunikaci s nemocným spíše napáchají mnoho škod. Významu edukace klientů jsem plně porozuměla a vždy se snažila její smysl naplnit. Díky studiu bakalářského oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem však měla možnost navštívit i chirurgická oddělení v jiných nemocničních zařízeních a navštívila jsem i jiná, než chirurgická oddělení. Tato široká praxe mi dala možnost nahlédnout na edukační proces z více stran a donutila mě přemýšlet o své práci při edukaci pacientů a o mnou využívaných edukačních metodách. Jsou adekvátní a dostačující? Z tohoto důvodu jsem si k napsání bakalářské práce vybrala téma „Vytvoření a práce sester s edukačními kartami“. Smyslem této práce je navrhnout sjednocení, ucelení a zjednodušení informací podávaných klientovi tak, aby proces edukace byl přehledný, efektivní a přijatelný pro širokou patientskou veřejnost.

1 Současný stav

1.1 Edukace v ošetrovatelství

1.1.1 Podstata edukace

Edukace přeloženo z latinského slova znamená vést vpřed, vychovávat. Lze tedy říci, že termín edukace reprezentuje dva pojmy, výchovu a vzdělávání. Výchovu lze stručně charakterizovat jako záměrné rozvíjení postojů, potřeb, zájmů a chování jedince. Naproti tomu vzdělávání je proces, v němž si jedinec rozvíjí a osvojuje vědomosti, dovednosti, návyky a schopnosti. Proces edukace tedy lze definovat jako soustavné ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech (9,19,29).

Pro potřeby práce budou definovány pojmy, se kterými se bude dále pracovat. *Edukace* je aktivní proces, který probíhá mezi edukátorem a edukantem, kdy *edukátor* je osoba provádějící edukační aktivity. U klientů hospitalizovaných na chirurgickém oddělení tuto roli většinou zastává lékař, sestra nebo fyzioterapeut. *Edukant* je jakýkoli subjekt edukace a to bez ohledu na věk, pohlaví či zdravotní způsobilost. Každý edukant je charakterizovaný svým věkem, zdravotním stavem, kognitivními schopnostmi a prostředím, ve kterém se pohybuje. Proto je třeba ke každé edukaci přistupovat individuálně, právě s ohledem na edukanta a jeho potenciál. *Edukační prostředí* je místo, ve kterém edukace probíhá. Lze je rozdělit na vnější a vnitřní. Patří sem jak klientovo socioekonomické prostředí, tak i aktuální fyzické prostředí, v němž se klient právě nachází a které jej ovlivňuje: prostor, výmalba, osvětlení, pomůcky atd. Dalším pojmem v edukačním procesu jsou *edukační konstrukty*. Jedná se o teoretické plány, předpisy a materiály, které ovlivňují kvalitu celého edukačního procesu. Ještě před zahájením samotné edukace si edukátor stanoví cíl edukace, zpracuje teoretický rámec a připraví si pomůcky, s nimiž bude v průběhu edukačního procesu pracovat. Nezbytná je i volba vhodného edukačního prostředí, které vyhovuje náplni edukace a na klienta působí pozitivně (9,22,29).

1.1.2 Druhy edukace

Na základě studia literatury, lze edukaci dělit několikerým způsobem. *Dle druhu edukace* na základní, reedukační a komplexní. Základní edukace je proces, v němž jsou klientovi předávány nové vědomosti, které jsou dále přeměňovány v dovednosti a je motivován ke změnám v postojích a chování. Jako příklad lze uvést edukaci u klienta po amputaci dolní končetiny, kdy je po operaci veden k mobilizaci a samostatné chůzi o berlích. Reedukační proces je taková edukace, kde se navazuje na již získané dovednosti a vědomosti, které se dále rozšiřují a prohlubují. Příkladem bude již zmiňovaný klient po amputaci dolní končetiny, který prošel základní edukací nácvičku chůze o berlích. Klient je nyní již plně mobilní, operační rána na pahýlu je zhojena a je tedy možné přikročit k reedukaci, kdy je s klientem nacvičena manipulace a chůze s protézou dolní končetiny. Komplexní edukace je proces, kde jsou klientovi nové informace předávány etapovitě. Dovednosti a vědomosti se postupně ucelují a vedou k ukotvení nových postojů a návyků podporujících a zlepšujících zdraví. Příkladem je klient po cholecystektomii, kdy je edukace nejprve zaměřena na péči o operační ránu, drenáž a včasnou mobilizaci. V další etapě následuje edukace o výběru vhodné stravy, sestavení jídelníčku a dietního omezení provádějící klienty po operaci žlučníku (9,22).

Dělení edukace *dle intencionality*, tedy dle vědomého záměru učení je typu A,B,C. Edukační proces typu A je takový, kde dochází k učení zcela bezděčně, spontánně. Klient, aniž by si to sám uvědomoval či se jakkoli snažil, si osvojuje nové poznatky a zkušenosti. Oproti tomu při edukačním procesu typu B se uplatňuje intencionální (záměrné) učení, kdy klient vědomě usiluje o získání nových vědomostí a užívá k tomu jak své vnitřní dispozice, tak i vnější prostředky. Edukační proces typu C obsahuje prvky intencionálního učení a je doplněn o řízené učení. Z toho vyplývá, že edukovaný k musí vyvinout určité úsilí a vědomě se učit a k tomu je regulován z vnějšku edukantem. K edukaci klientů na chirurgickém oddělení byl vybrán edukační proces typu C, kdy sestra předává klientovi nové informace, jež společně s klientem převádí v praktické dovednosti. Edukační proces bude rozšířen o práci s vytvořenými

edukačními kartami tak, aby informace předávané klientovi byly co nejvíce srozumitelné a přehledné (9,22).

Edukaci lze dále dělit *dle znalostí klienta* na úvodní, pokračovací a hloubkovou. Dle zdravotního stavu či kognitivních schopností klienta lze edukaci rozdělit do etap, ve kterých jsou nové informace a dovednosti předávány postupně a plánovitě.

Další možný způsob dělení edukace je *dle množství klientů*, a to na individuální, skupinovou a hromadnou. Vzhledem k tomu, že individuální edukace je velmi efektivní s možností okamžité zpětné vazby mezi sestrou a edukovaným, byla vybrána a aplikována u klientů přijatých k plánovaným operačním výkonům na chirurgické oddělení v nemocnici Znojmo a je v práci dále zpracována v kapitolách 1.3.1 – 1.3.5.

Dále lze edukaci dělit *dle časového harmonogramu* na jednorázovou a opakovanou. Jednorázová edukace se většinou týká témat, jež pro klienty nejsou náročná, například důvody a pravidla při přiložení Prieznitzova obkladu či sedacích koupelí. Edukace opakovaná se provádí například u klientů před plánovanou operací se stomickým vývodem, kdy jsou klienti edukováni před operací o typu stomického vývodu, lokalizaci a o následné péči o stomii. Po operaci následuje reedukace, kdy u klienta edukaci opakujeme, ale již s prvky postupného nácviku k samostatnosti při sebedpěči o stomii (9,22).

1.1.3 Metody edukace

Edukační metody lze chápat jako cílené a promyšlené jednání edukátora, jímž působí na edukanta tak, aby došlo k efektivnímu naplnění stanovených cílů. Nejčastější dělení edukačních metod je dělení na teoretické, teoreticko-praktické a praktické. *Teoretické metody* lze nazvat též slovní, kde se užívá jak forma mluveného slova, tak i forma slova psaného či tištěného. Do teoretických metod užívajících mluveného slova lze zařadit přednášky, které se dále člení na monologické jako výklad, vysvětlování, nebo dialogické jako je rozhovor, diskuze, konzultace. Do teoretických metod

užívajících slova tištěného patří práce s textem. Může se jednat o odborný text v knize či různé edukační brožury, letáky, plakáty a jiné materiály. Další z metod, která pracuje s tištěným slovem je edukace na počítači přes různé webové stránky zaměřené na danou edukační problematiku, či speciální E-learningové kurzy. Tato metoda edukace však není vhodná a z důvodu nedostatečného materiálně technického zabezpečení jednotlivých oddělení ani dostupná pro edukaci hospitalizovaných klientů. Pro další práci s klienty před vybranými plánovanými operacemi na chirurgickém oddělení byla zvolena *metoda teoreticko-praktická*, kdy klient při vstupu na oddělení obdrží od lékaře základní informace o svém onemocnění a léčebném postupu. Na získané vědomosti navazuje sestra a tyto informace v průběhu edukačního procesu proměňuje spolu s klientem v jeho praktické dovednosti. Do teoretické části náleží edukace formou mluveného slova, jež může být rozšířena i o formu slova tištěného, jako jsou již zmíněné letáky, brožury či jiné tištěné edukační prostředky. Praktickou část představuje nácvik mobilizace po operaci, vstávání z lůžka, nebo nácvik chůze o berlích. Uvedená teoreticko-praktická metoda prováděná individuálně s každým klientem před operací umožňuje okamžitou zpětnou vazbu. Díky tomu je sestra schopna posoudit, zda je nutné edukaci opakovat, zjednodušit či rozvrhnout etapovitě a to vždy s přihlédnutím na individuální schopnosti klienta. Poslední z metod edukace jsou *praktické metody*, které zahrnují např. exkurze, instruktáže, praktická cvičení, asistence a stáže (8,9,10,13,14,15,16,20,21,22,25,29).

1.1.4 Fáze edukace

Závodná ve své knize Pedagogika v ošetrovatel'stve dělí edukaci do tří fází. První fáze plánování je přípravnou fází, kde je nutné odpovědět na otázky proč edukovat, koho, o čem, jak, v jakých podmínkách a jaký efekt by edukace měla mít. Výsledkem první fáze je plán, který byl sestaven při postupném zodpovídání jednotlivých otázek. Ve fázi realizace sestra postupuje dle předem stanoveného plánu edukace. Po jeho naplnění následuje poslední fáze hodnocení (29).

Oproti Závodné, Juřeníková s Kristovou dělí celý edukační proces na jednotlivé kroky, které jsou postupně řazené do pěti fází. První fáze počáteční pedagogické diagnostiky je fáze, v níž se edukátor snaží zmapovat úroveň vědomostí, dovedností a návyků klienta. Je nutné pracovat s informacemi o klientovi samotném. O jeho kognitivních schopnostech, praktických dovednostech, fyzických schopnostech, aktuálním zdravotním stavu a aktuálních potřebách. Nezbytné je též zjistit, je-li klient ochoten spolupracovat a aktivně se zapojit do léčebného i ošetrovatelského procesu. Na základě zjištění si sestra stanoví reálné edukační cíle, jichž chce s klientem dosáhnout. Poté nastupuje druhá fáze projektování, kdy dochází k plánování cílů a časového rámce. Sestra si dle potřeb klienta a stanovených cílů připraví obsah edukace. S ohledem na schopnosti a stav klienta vybere pro něho nejpříjemnější metodu v rámci edukačního procesu. Do této fáze patří i příprava vhodných pomůcek, jež budou v průběhu edukace klienta použity a volba vhodného prostředí, které by mělo korespondovat s tématem a metodou edukace. Jiné prostředí bude zvoleno k nácvičce o berlích, jiné při nácvičce vstávání z lůžka a jiné při edukaci o dietním opatření po operaci zažívacího traktu. To vše musí sestra zvážit a pečlivě připravit. Teprve poté může přistoupit ke třetí fázi realizace. V této fázi sestra klienta nejprve motivuje ke spolupráci a poté následuje samotná expozice edukačního procesu. Po expozici následuje fixace, kdy je nutné získané vědomosti převést v dovednosti praktickým procvičováním. Čtvrtá fáze upevnění a prohlubování učiva je jednou z nejdůležitějších, ale často opomíjených fází. Pokud nově získané vědomosti nezopakujeme, až padesát procent je již do druhého dne zapomenuto. Pouze při systematickém opakování dochází k dostatečné fixaci v dlouhodobé paměti. Poslední pátou fází je fáze zpětné vazby, která je nedílnou a velmi důležitou součástí edukačního procesu. Hodnocení výsledků a to nejen edukanta, ale i edukátora. Teprve hodnocení výsledků nám dává možnost zpětné vazby mezi klientem a edukátorem (9,10).

Hodnocením výsledků edukace a zpětnou vazbou na klienty se tato práce zabývá

ve své praktické části. Na základě zjištěných výsledků budou navrženy, zpracovány a v praxi otestovány edukační karty pro klienty před vybranými chirurgickými operacemi.

Edukační karty mají poskytnout zpětnou vazbu jak sestře, tak i klientovi a napomoci tak ke zefektivnění předoperační edukace u klientů na chirurgických odděleních (9).

Nedílnou součástí hodnocení je záznam. Zaznamenáváme nejen výsledné hodnocení, ale celý edukační proces s jeho datem uskutečnění, cíli, metodami, obsahem edukace, ev. s bariérami, jež se u klienta vyskytly. Nutné jsou iniciály edukanta i edukátora společně s jejich podpisy. Povinnost i forma vedení edukační dokumentace ve zdravotnických zařízeních: „...je v současnosti upraveno ustanovením §67b zákona č.20/1966 Sb. O péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Bližší podrobnosti o způsobu vedení zdravotnické dokumentace v návaznosti na výše uvedené ustanovení stanoví prováděcí vyhláška č. 385/2006 Sb. O zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci zakotvuje i ustanovení §5 odst.2 písm.d) zákona č. 160/1992 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů (9 str. 62, 63)“.

1.1.5 Cíle edukace

Pokud je proces edukace již v kapitole 1.1.1 definován jako soustavné ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech, odpověď na otázku co je cílem edukace je v definici obsažena. Cílem není pouhé direktivní a jednostranné předání informací, doporučení a zákazy, ale získání klienta pro spolupráci ke zlepšení jeho zdravotního stavu. S klienty pracujeme cíleně a systematicky, aby měli možnost své nově získané informace proměnit na praktickou dovednost a své vědomosti byli schopni co nejlépe využít při podpoře vlastního zdraví (9,20,29).

Při edukaci a formulaci jejích cílů je třeba vycházet nejen z potřeb sestry klientovi předat nové informace a naučit jej novým dovednostem, ale hlavně z potřeb

klienta. Dále musí mít sestru na zřeteli, že je několik úrovní osvojení si učiva. Jednou z nejužívanějších je Bloomova taxonomie cílů, která osahuje šest hierarchicky uspořádaných kategorií cílů. *Znalost - zapamatování* je kategorie, do které jsou zařazeny základní poznatky o nemoci, příčinách, preventivních opatřeních, léčbě apod. Rozsah a obsah poznatků závisí na klientově individuálních vlastnostech a zvláštěnostech. Druhou kategorií je *pochopení – schopnost porozumění* – v této oblasti se sestra musí zaměřit převážně na to, zda klient informacím, kterými disponuje i rozumí. Zda správně chápe příčiny a následky, zda rozumí souvislostem dané problematiky. Kategorie *aplikace – schopnost aplikovat* se zabývá schopnostmi klienta aplikovat naučené vědomosti v praxi. Bude klient doma schopen sám přiložit elastické obinadlo, přestože edukace proběhla? V kategorii *analýza – schopnost analyzovat* sestra společně s edukovaným rozebírá problém na dílčí části. Naproti tomu v kategorii *syntéza – schopnost syntetizovat* skládá sestra s edukantem dílčí části do nových celků. Poslední kategorií je *hodnocení – schopnost vyhodnocovat*. Jedná se o schopnost ověřování informací, odhalování nesrovnalostí a rozpoznání omylů (11).

Z těchto obecných cílů musí vycházet i konkrétní cíle pro samotnou edukaci, které dle psychických procesů edukanta dělíme na cíle kognitivní, afektivní a psychomotorické. *Cíle kognitivní* – znalostní se soustřeďují na předávání informací, intelektuální dovednosti a vysvětlování tak, aby klient podaným informacím porozuměl a na jejich základě uměl jednat v zájmu ochrany a podpory svého zdraví. *Cíle afektivní* – postojové zahrnují oblast citů, postojů a hodnotové orientace. Představují vytváření postojů k nemoci a zdraví a stanovování pořadí důležitosti. *Cíle psychomotorické* - dovednostní se zaměřují na získávání dovedností a jsou hlavní náplní praktické edukace a odborných výcviků. K naplnění těchto cílů je třeba motorických dovedností a schopností spojených s psychickými procesy klienta (11).

1.1.6 Role sestry v edukaci

Edukace je pro sestru jednou ze základních pracovních rolí. Pro dobré zvládnutí role edukátorky by měla sestra splňovat určité předpoklady – charakterové, intelektové a sociální. Je nezbytné, aby znala a respektovala pravidla úspěšné komunikace a měla kromě znalostí ze somatické medicíny také zkušenosti z oblasti psychosociální a pedagogické. Jedním z novějších způsobů edukace je cesta využívající empatie. K úspěšné edukaci je důležité, aby se sestra byla schopna ztotožnit se svou rolí edukátorky, kdy se stává poskytovatelkou nových vědomostí, zkušeností a poradcem i podporovatelem edukovaného klienta. Při plnění této role sestře velmi pomůže, zvládne-li dokonale určité dovednosti, jako využívání osobních zkušeností klientů a výuku prostřednictvím praktického procvičování dovedností. Bylo ověřeno, že pokud je edukace vedena formou instrukcí a lékařskou terminologií, je pro nemocného velice obtížné využívat vědomostí v praxi. K úspěšné edukaci sestra také přispěje, jestliže se jí podaří propojit znalosti a dovednosti klienta s konkrétními i obecnými cíli léčby. Čím lépe dokáže klient pochopit veškeré zákonitosti a souvislosti, tím snadněji chápe problematiku své léčby a ošetrovatelské péče. Současně je třeba brát ohled na intelekt, kulturní zázemí a celkovou strukturu osobnosti klienta. Aby sestra naplnila všechny zmíněné parametry a edukace byla pro klienta přehledná a srozumitelná, je vhodné, aby si sestra předem připravila edukační plán. Pro potřeby klientů před plánovaným operačním výkonem dutiny břišní na chirurgickém oddělení byl edukační plán sestaven a je uveden v závěru bakalářské práce. Samozřejmostí je po celou dobu edukačního procesu trpělivý a vlídný přístup sestry. Má-li sestra správně naplňovat roli edukátora, je nezbytné, aby se ona sama zúčastňovala vzdělávacích akcí pro zdravotnické pracovníky, kde jsou seznamováni s novými edukačními technikami, postupy, pomůckami a trendy (1,9,10,20,25,28,29).

1.2 Vybrané operace dutiny břišní

V následujících kapitolách je popsána obecná anatomie dutiny břišní a plánované operace kýly, žlučníku a červovitého výběžku. Anatomie a fyziologie je v jednotlivých kapitolách uváděna proto, že i sestry ji musí ovládat, aby mohly klientům adekvátně odpovídat na jejich dotazy.

1.2.1 Anatomie dutiny břišní

Dutina břišní je největší dutinou lidského těla. Je to tělní prostor, který je ohraničen shora bránicí, zesponu pánví a vzadu páteří. Kompletnost břišní dutiny dotváří svalové struktury. Jedná se o velký, malý a čtyřhranný bederní sval vedoucí po obou stranách páteře, příčný břišní sval, zevní a vnitřní šikmý sval tvořící boční stěnu a vpředu se dutina břišní uzavírá přímým břišním svalem. Celá dutina břišní je vystlána lesklou serózní blánou nazývanou pobřišnice nebo-li peritoneum. Pobřišnice se dělí na nástěnnou (parientální), která kryje stěnu břišní a orgánovou (viscerální) obalující břišní orgány. V peritoneální dutině jsou uloženy části trávicí trubice – abdominální část jícnu (oesophagus), žaludek (ventriculus), dvanáctník (duodenum), tenké a tlusté střevo s konečníkem (jejunum, ileum a caecum, appendix, colon ascendent, transversum, descendens, sigmoideum a rectum). Dále se zde nachází játra (hepar) se žlučníkem (vesica fellea), slezina (lien) a slinivka břišní (pankreas) (Příloha 2). U žen je v peritoneální dutině v oblasti malé pánve uložena děloha s vaječníky a vejcovody. Součástí dutiny břišní je i retroperitoneum, tedy oblast za pobřišnicí, jež je ohraničena vpředu pobřišnicí a vzadu bederními svaly. V řídkém vazivu jsou zde uloženy nadledviny (glandula suprarenales), ledviny (ren), vývodné močové cesty skládající se z močovodu (ureter), močového měchýře (vesica urinaria) a močové trubice (urethra). Dále se zde nachází aorta, dolní dutá žíla a její větve, mízní cévy, nervové kmeny a pleteně. Dutina břišní je velkým tělním prostorem obsahujícím mnoho orgánů, ve kterých může docházet k různým patologickým změnám vyžadujících chirurgické řešení (2,4,26).

1.2.2 Plánovaná operace kýly

Část věnovaná plánované operaci kýly je dále koncipována podle osnovy – anatomie a fyziologie kýl, dělení kýl, léčebné metody při řešení kýl a pooperační komplikace.

Kýla, v překladu do latinského jazyka hernia, je poměrně častým onemocněním, vyskytujícím se u 4-5 % populace. Jedná se o onemocnění, při kterém část obsahu dutiny břišní trvale nebo dočasně přestoupí směrem ven – do podkoží či na jiné místo dutiny břišní. Místo, jímž prochází, se nazývá kýlní branka. Kýlní obsah může být tvořen kterýmkoliv orgánem dutiny břišní, nebo jeho částí (Příloha 3). Je-li kýlní obsah krytý nástěnným peritoneem, jedná se o tzv. pravou kýlu. Peritoneum zde vytváří kýlní vak, u kterého rozlišujeme tři části a to krček, což je místo, kde prochází nástěnná pobřišnice, dále tělo – největší část s kýlním obsahem a nejbližší místo od krčku se nazývá dno. Kýly se mohou projevit náhlou prudkou bolestí v postižené oblasti. U volných (skluzných) kýl se však bolest vůbec nemusí objevit. Nemocný si sám nahmatá nebolestivou rezistenci. Je-li kýla větší a spíše u astenických pacientů, může být i viditelná (2,5,24).

Kýly lze dělit několika způsoby. *Podle doby vzniku* je můžeme rozdělit na získané a vrozené. U vrozených kýl je příčinou vzniku vývojová porucha, při které dochází k nedostatečnému vývinu vrstev vnitřní stěny, nebo k neúplným uzávěrům perforovaných otvorů. Kýly získané se otevírají až po narození a příčinou je většinou zvýšený nitrobřišní tlak, úrazy, jizvy nebo těhotenství. Další způsob dělení kýl je *podle lokalizace* na kýly zevní a vnitřní. U zevních kýl dochází k vysunutí kýlního obsahu směrem ven, do podkoží. Mezi zevní kýly patří tříselná kýla (hernia inguinalis), která prostupuje tříselným kanálem. Častěji se vyskytuje u mužů a s postupným zvětšováním může sestoupit až do šourku, tím vznikne skrotální kýla. Ta se může objevit i u malých chlapců, jako vrozená forma. Velmi blízká tříselné kýle je stehenní kýla (hernia femoralis), která prostupuje pod tříselným vazem na vnitřní stranu stehna. Většinou se jedná o malé kýly s velkou tendencí se uskřínout. Častější výskyt těchto kýl

je u žen. Stejně tak i kýla pupeční (hernia umbilicális) se častěji vyskytuje u žen. Vzniká v oblasti pupku a může se objevit i u novorozenců dětí. U obézních osob může dosáhnout značných rozměrů. Další z řady vnějších kýl je kýla v jizvě (hernia in cicatrice), která může vzniknout v jakékoli jizvě, i po laparotomii, zvláště tam, kde došlo k poruchám hojení. Vnitřní kýly vznikají v přirozených záhybech a výchlipkách peritonea. Nejsou zjevné a často se projeví až při uskřinutí nebo jsou objeveny jako náhodný nález při laparoskopických prováděných za úplně jiným účelem. U bráničních kýl proniká kýlní obsah otvorem v bránici do mezihrudí. Zevně nejsou zřejmé. Dále můžeme kýly dělit *podle vpravitelnosti* na kýly volné – reponibilní, kde je možné jemným tlakem a taxí vpravit kýlní obsah zpět do dutiny břišní. Oproti tomu kýlu nereponibilní následkem srůstů mezi kýlním obsahem a vakem již nelze vrátit zpět do dutiny břišní a hrozí snadnější uskřinutí. To je stav, kdy dojde k zaškrcení cév a střevní neprůchodnosti. Celé onemocnění pak probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní (5,24,27).

Konzervativní postup při léčbě kýl je indikován pouze u vysoce rizikových osob, jež by nezvládly operační zátěž a spočívá v nošení kýlních pásů či suspenzorů a omezení fyzické námahy. Chirurgickou léčbu lze rozdělit na operace plánované, kdy klient se svým praktickým lékařem operaci plánuje předem, včetně dlouhodobé předoperační přípravy a na operaci akutní, kdy dojde k uskřinutí kýly, která nejde-li zreponovat je třeba operovat co nejdříve, jelikož hrozí gangréna kýlního obsahu. Principem chirurgické léčby je repozice kýlního obsahu zpět do dutiny břišní a odstranění kýlního vaku s následnou plastickou úpravou břišní stěny, v některých případech i za použití silonové síťky. Operační výkony lze rozdělit na klasické operační postupy, kdy se řezem v dané lokalitě vypreparuje kýlní vak, provede se repozice kýlního obsahu a resekuje se kýlní vak. Zásadní význam u této techniky má pevná rekonstrukce hlubokých vrstev stěny břišní. Laparoskopické techniky jsou založeny na vypreparování kýlní branky a uzávěru vstupu do ní pomocí syntetické síťky. Laparoskopický výkon je většinou indikován u oboustranných kýl, převážně tříselných.

Ferko v Chirurgii v kostce uvádí, že po apendektomii jsou operace kýly nejčastějšími operacemi v chirurgii vůbec (5).

Na vznik pooperačních komplikací má vliv celá řada faktorů. Záleží na věku pacienta, na jeho zdravotním stavu před operací, jeho přidružených chorobách a jejich kompenzaci v době operace. Dalším ovlivňujícím faktorem je druh a způsob anestézie a operační výkon sám – jeho délka, technické provedení a případné komplikace již v průběhu operace. Komplikace po operaci kýly lze rozdělit jako u všech pooperačních stavů v celkové anestezii na *respirační pooperační komplikace* jako je laryngotracheitida, atelektáza, cyanóza, aspirace, apnoe například po podání opiátů. Dále *komplikace kardiální* zastoupené selháním pravého či levého srdce. Mezi *komplikace tromboembolické* patří tromboflebitida, flebotrombóza a embólie plicnice. Dalším zdrojem možných pooperačních komplikací je *porucha funkce močového systému*, která se může projevit retencí moče, poruchou funkce ledvin nebo záněty močových cest. *Komplikace* mohou nastat i v *gastrointestinálním traktu* a nejčastěji se projeví nauzeou, zvracením, paralytickým ileem. Nejčastějšími pooperačními komplikacemi po operaci kýly jsou však *komplikace v ráně*. Z nich to jsou krvácení z rány, hematom v okolí rány, otok, infekce v ráně, nekróza rány, stehové píštěle a dehiscence rány. Do pozdních komplikací je nutné zařadit recidivu kýl (27,30).

1.2.3 Plánovaná operace žlučníku – cholecystektomie

Následující kapitola věnovaná cholecystektomii je rozdělena podle následujícího klíče: anatomie a fyziologie žlučníku, onemocnění žlučníku a žlučových cest, léčebné metody při onemocnění žlučníku a komplikace po operaci žlučníku.

Žlučové cesty se tvoří ze žlučových kapilár, které se spojují a vytvářejí tak větší nitrojaterní žlučovody. Ty se dále spojují a z jater vystupují jako ductus hepaticus dexter a sinister. Po jejich dalším spojení vzniká ductus hepaticus communis a po spojení s vývodnými cestami ze žlučníku - ductus cysticus, vzniká společný vývod ductus choledochus nazývaný hlavní žlučovod. Ten prochází za duodenem a kolem

hlavy pankreatu, kde společně s pankreatickým vývodem ústí v sestupné části duodena na Vaterově papile. Žlučník (vesica fellea) je výchlípkou žlučových cest (Příloha 4). Jeho stěna je tvořena sliznicí, vazivem a hladkou svalovinou. Jednou stranou je žlučník přirostlý ke spodní straně pravého jaterního laloku a strana orientovaná do dutiny břišní je pokryta peritoneem. Žlučník má hruškovitý tvar a slouží jako rezervoár žluči, která se zde dále zahušťuje. Žluč je složena z vody, soli, žlučových barviv a kyselin. V klidovém stavu je vývod z hlavního žlučovodu uzavřen Oddiho svěračem a žluč z jater se hromadí ve žlučníku. Při vstupu potravy do duodena se Oddiho sfinkter otevře, dochází ke kontrakcím žlučníku a vyplavení žluči do duodena. Zde se mísí s již natrávenou potravou ze žaludku, spojuje se s tuky, které emulguje a výsledný komplex je poté rozpustný ve vodě a tím i dobře vstřebatelný ve střevě. Zdravý žlučník není hmatný, ale může se naplnit až do objemu asi šedesáti mililitrů. Pouze při jeho patologickém zvětšení, např. hydrops a empyém lze pod pravým žeberním obloukem najít hmatnou, většinou bolestivou rezistenci (2,4,24).

Nejčastějším onemocněním žlučníku a žlučových cest jsou *žlučové kameny*. Ty se mohou vyskytnout jak ve žlučníku - cholecystolitiáza, nebo ve žlučovodu, pak se hovoří o choledocholitiáze. Žlučové kameny se vyskytují asi u 20-30 % populace, s častějším výskytem u žen. Kameny jsou tvořeny z jednotlivých částí žluče - bilirubinu, cholesterolu a vápníku. Nejčastěji jsou ovšem kameny smíšené. Vznikají z poruchy rovnováhy, mezi jednotlivými složkami a mohou mít různou formu - od žlučového blátíčka (sludge), přes drobný žlučový písek až po mnohočetnou litiázu. Další skupinu onemocnění žlučníku a žlučových cest představují *zánětlivá onemocnění*. Cholecystitis acuta- zánět žlučníku a cholangitis acuta- zánět žlučových cest. Zánět nejčastěji způsobují aerobní bakterie, např. Escherichia coli, stafylokoky a streptokoky. Infekce je do žlučníku zanesena krevní nebo lymfatickou cestou. Další částí jsou *onkologická onemocnění*. Karcinom žlučníku je vysoce maligní, zpočátku asymptomatické onemocnění s velmi špatnou prognózou. Průběh onemocnění žlučníku a žlučových cest může být zcela asymptomatický. Častější je ovšem průběh s dyspeptickými potížemi provázený nauzeou, zvracením, pocitem plnosti, nadýmáním a zvýšenou plynatostí,

zvláště pak po požití tučných jídel. Dramatičtější symptomatickou formou je biliární kolika. Jedná se o záchvatovitou velmi intenzivní bolest pod pravým žeberním obloukem, vystřelující pod pravou lopatku. Může se objevit i zvracení, celková schvácenost a teplota. Jsou-li přítomny konkrementy a dojde k obturaci žlučvodů, objeví se ikterus, tmavá moč a acholická stolice (5,24,27).

Léčba žlučníkových onemocnění se dělí na konzervativní léčebné postupy, které se týkají převážně zánětlivých onemocnění a komplikací. Zde je prvořadým cílem potlačit zánět, což představuje podávání antibiotik a spasmolytik na tlumení bolesti. Jedná-li se o obstrukční ikterus, přidávají se léky podporující trávení. Teprve po zklidnění a přeléčení zánětu se přistupuje k plánované operaci. Chirurgickou léčbu lze rozdělit na miniinvazivní a invazivní metody. Do invazivních metod řadíme klasickou operaci žlučníku otevřenou cestou přes pravé podžebří. Této metody se dnes užívá jen u komplikovaných případů. Předností laparoskopické operace, u které se využívá endoskopická videotechnika je miniinvazivní vstupu do dutiny břišní a tím jednodušší pooperační průběh s kratší rekonvalescencí. Jelikož je tento způsob operace žlučníku nejčastější, budou pro další práci vybráni pacienti připravující se právě na laparoskopickou cholecystektomii. Edukační karta bude zpracována ve spolupráci s těmito klienty a jimi také ověřena v praxi. Další miniinvazivní metodou je ERCP. Jedná se o endoskopický výkon, kdy je klientovi ležícímu na levém boku přes dutinu ústní zaveden do duodena endoskop. Tím lékař může extrahovat konkrementy, zavádět stenty, provádět protěti Vaterovy papily a další léčebné výkony (5,24,27).

U klientů po operaci žlučníku a žlučových cest se mohou objevit všechny komplikace provázející stav po celkové anestezii, jak již byly popsány v kapitole 1.2.2. Dále se mohou objevit specifické komplikace. Může dojít ke krvácení a úniku žluči do drénu nebo do volné dutiny břišní, na což nasedá další závažná komplikace – peritonitida. Po revizi žlučových cest a výkonech na Vaterově papile hrozí vznik akutní pankreatitidy. Uvolněný stent může způsobit obstrukci žlučových cest. Všechny komplikace jsou velmi závažné a vyžadují včasnou chirurgickou revizi (27).

1.2.4 Akutní operace červovitého výběžku – apendektomie

Kapitola věnovaná apendektomii je dělena do následujících částí – anatomie a fyziologie slepého střeva, zánět červovitého přívěšku, léčebné metody při akutní apendicitidě a komplikace po apendektomii.

Slepé střevo (caecum) je začátkem tlustého střeva. Začíná slepě vakem. Je dlouhé asi 10 cm a uložené v pravé kyčelní jámě. Do caeca ústí ileum, což je konečná část tenkého střeva. Od ileocaekálního ústí začíná colon ascendens. Na vrcholu slepého vaku caeca odstupuje červovitý výběžek slepého střeva, appendix vermiformis (Příloha 5). Tento výběžek o průměru asi 1 cm je dlouhý 5-10 cm. Vzácně může dosahovat délky 2-50 cm. Závěsem je fixován k caecu. Jeho polohy však mohou být různé. Nejčastěji je orientován do pánve a za caecu. Může ale probíhat i před a po stranách caeca. Pro appendix je charakteristické nahromadění lymfatické tkáně v podslizničním vazivu. Tato oblast je často postižena zánětem – apendicitidou. Obecně, ale nesprávně se název slepé střevo používá pro červovitý výběžek (2,4).

Akutní apendicitida je nejčastější nitrobršní zánětlivé onemocnění začínající na sliznici červovitého přívěšku, kde vznikají vřídky a zánět se rozšíří po celé stěně a do okolí. Etiologie u tohoto onemocnění není zcela jasná. Předpokládá se pomnožení bakterií a částečná nebo úplná obturace. Akutní apendicitida probíhá pod obrazem náhlé příhody břišní, kdy se příznaky nemoci objeví náhle a projevují se jako nechutenství, nauzea, zvracení, případně i zástava střevní peristaltiky. Bolest je nejdříve neurčitá v oblasti pupku a po několika hodinách se stěhuje do pravého podbříšku. Teplota je zvýšená do 38°C a nastupuje tachykardie. Doprovází-li klinický obraz i odpovídající laboratorní nález, jako zvýšené CRP, leukocytóza, rozdíl axilo-rektálních teplot a citlivost v Douglasově prostoru je diagnostika jasná. Potíže s včasným a správným diagnostikovaním nemoci však mohou nastat např. při atypickém uložení appendixu, u malých dětí a seniorů. V těchto případech se bolest může manifestovat ve zcela netypických lokalitách a komunikace s malými dětmi a seniory je problematická vzhledem ke snížené schopnosti se vyjadřovat (24,27).

Jestliže zánět v červovitém výběžku slepého střeva již propukl a akutní apendicitida je diagnostikovaná, je možná již pouze chirurgická léčba. Lidové rozhánění a ledování slepého střeva rozvinutý zánět nezastaví a vede pouze k opakovaným atakám bolestí břicha, chronickým zánětlivým změnám na střevní sliznici a trávicím potížím. Chirurgická léčba nabízí dvě možnosti provedení apendektomie – odstranění slepého střeva. Operaci lze provést klasickým otevřeným způsobem, kdy je řez veden v pravém podbříšku, nebo laparoskopicky. Při tomto výkonu je možná i vizualizace okolních nitrobřišních orgánů a eventuelní adheolýza případných srůstů, které akutní apendektomii mohou provázet. Po laparoskopickém výkonu má pacient pouze drobné vpichy v okolí pupku, nikoli operační ránu jako v případě otevřené metody (24,27).

Probíhá-li onemocnění pod typickým klinickým obrazem, je dobře rozeznatelné, včas a adekvátně léčené, jsou komplikace ojedinělé. Jako vždy je ale nutné zohlednit zdravotní a fyzický stav klienta před operací i nespecifické pooperační komplikace spojené s celkovou anestezii-viz kapitola 1.2.2. Objeví-li se komplikace již při diagnostice, např. atypická poloha apendixu s netypickou lokalizací bolesti nebo příchod klienta již v pokročilém stádiu, může zánět postoupit na okolní orgány. Dále může apendix podlehnout nekróze, může dojít k jeho ruptuře, vylítí obsahu do dutiny břišní, peritonitidě a případně k vytvoření abscesu. Při těchto komplikacích je nutná laváž s dokonalým vysušením dutiny břišní a založením drenáže. To vše jsou stavy, jež komplikují hojení po operaci. Závažnou pozdní pooperační komplikací jsou u děvčat srůsty v malé pánvi a následná infertilita (5).

1.3 Obsah edukace a činnosti sestry před vybranými operacemi

V následujících kapitolách je charakterizováno edukační prostředí, kde probíhalo výzkumné šetření pro potřeby této práce. Dále obsah základní edukace, činnosti sestry před plánovanou operací dutiny břišní a specifika edukace před jednotlivými operačními výkony.

1.3.1 Charakteristika chirurgického oddělení jako edukačního prostředí

V této kapitole je charakterizováno jako edukační prostředí chirurgické oddělení v Nemocnici Znojmo p.o. Do nemocnice jsou klienti k plánovaným chirurgickým operacím přijímáni den před operací. Důvodem je předoperační příprava a edukace před operací. Neopomenutelný je i psychický význam, kdy se klienti mohou seznámit s novým prostředím ještě před operací. Vede to k uspokojení potřeby jistoty a bezpečí. Před vstupem na samotné oddělení prochází klient příjmovou chirurgickou ambulancí, kde lékař vypisuje anamnézu a informuje klienta o organizačních záležitostech plánovaného operačního zákroku. Odtud klient odchází na standardní chirurgické oddělení. Zde se jej ujímá ošetřující sestra, která od klienta získá údaje potřebné k sestavení kompletní ošetřovatelské anamnézy. Poté klientovi představí oddělení se všemi jeho specifiky, upozorní na organizačně provozní řád oddělení a nutnost jeho dodržování. Dále je klient seznámen s právy a povinnostmi pacienta. Poté sestra uvede klienta na pokoj k jeho lůžku, kde je vyzván, aby si uložil své věci, seznámil se s prostředím a vyčkal, až mu bude představen jeho ošetřující lékař a anesteziolog, jež bude u operačního zákroku. Ošetřující lékař klienta vyšetří, převezme předoperační vyšetření a laboratorní výsledky od praktického lékaře a případně doplní chybějící údaje v anamnéze. Dále klientovi vysvětlí důvody operace, techniku plánovaného zákroku, eventuální možné pooperační komplikace a je-li to nutné, upraví domácí medikaci. Nakonec je klientovi předán k podpisu informovaný souhlas s operačním výkonem. Anesteziolog, který bude klienta provázet po dobu operace, provede

předanesteziologické vyšetření, stanoví způsob anestezie, se kterým klienta seznámí a připraví mu k podpisu informovaný souhlas s anestézií. Není-li předoperační vyšetření kompletní, doplní se ještě chybějící vyšetření. Na základě ordinací ošetřujícího lékaře a zvoleného způsobu anestezie přechází sestra k edukaci pacienta před operací. Ta je popsána v následujících kapitolách.

1.3.2 Obsah základní edukace a činnosti sestry před plánovanou operací dutiny břišní

V rámci krátkodobé předoperační přípravy, která je časově vymezená dvaceti čtyřmi hodinami před operací, je klientovi předáváno velké množství informací, podepisuje řadu dokumentů a je seznamován s novým prostředím a lidmi. Je to období velmi hektické plné stresových situací. V rámci krátkodobé předoperační přípravy proto sestra nesmí zapomínat na velmi důležitou, ale často opomíjenou součást, kterou je psychická předoperační příprava. Ta má za úkol zmírnit stres a strach z operace. Zde zaujímá své místo i edukace klienta před operací, kdy sestra vlídným slovem, správnou komunikací, neustálým vysvětlováním prováděných úkonů a opakovaným nácvikem nových dovedností minimalizuje obavy a strach klienta (24,30).

K edukaci sestra zvolí klidné místo a připraví si pomůcky, se kterými bude klienta seznamovat. Emitní miska, permanentní žilní katétr, pulzní oxymetr, nalepovací kontakty k monitoru, krycí materiál, Redonova drenáž, podložní mísa, močová lahev pro muže, elastické punčochy nebo bandážní obinadla. Až má vše připravené, vyzve klienta ke spolupráci a zahájí edukaci. Edukace bude probíhat podle chronologického sledu událostí, jež budou před a po operaci následovat. Nejprve se ujistí, že je klient lékařem informován o operačním výkonu a typu anestezie. Jestliže lékař naordinuje doplňující vyšetření, vysvětlí klientovi jeho význam a způsob provedení i s časovým plánem. Veškeré aktivity, jež klienta před operací čekají, rozdělí do skupiny před operací, v den operace a postupně ho se všemi seznámí. Sestra vysvětlí princip a význam prevence tromboembolické nemoci. V případě, že klient užívá Warfarin, ujistí

se sestra o tom, že klient již ve spolupráci s praktickým lékařem v rámci dlouhodobé předoperační přípravy lék vysadil a byl převeden na nízkomolekulární heparin, který mu bude i nadále aplikován injekční formou do podkoží. Dle způsobu anestezie bude aplikován v den operace ráno, nebo večer před operací. Do prevence tromboembolie dále patří dodržování pitného režimu nebo dostatečná nitrožilní hydratace, kterou po operaci naordnuje lékař a včasná pooperační mobilizace. Tu s klientem prakticky nacvičí sestra již před operací. Dále klienta poučí o používání elastických punčoch nebo bandáží, které klientovi předvede, seznámí jej s jejich aplikací ráno před odjezdem na operační sál a zdůrazní nutnost jejich nošení až do plné mobilizace po operaci. Další oblastí ošetrovatelské péče před operací dutiny břišní je příprava zažívacího traktu. V rámci sběru osobní anamnézy sestra zjistí poslední stolicí a její pravidelnost v domácím prostředí. Dle zvyklostí oddělení, typu plánované operace a ordinace lékaře vysvětlí klientovi nutnost přípravy střeva k operaci. A to buď provedením klyzmatu nebo aplikací glycerinových čípků. Po přípravě zažívacího traktu je nutné zdůraznit význam večerní hygieny a kvalitního spánku před operací, který je zajištěn podáním večerní premedikace dle ordinace anesteziologa. Poslední záležitostí týkající se předoperačního dne je lačnění před operací. Doporučená doba je 6-8 hodin. Není-li klient zařazen až do odpoledního programu, je vyzván, aby do půlnoci nejedl a nepil. Má-li předepsány ranní léky, podá mu je sestra k zapití jen s malým množstvím vody (24,30).

Během celé edukace sestra pečlivě sleduje reakce klienta a zpětným dotazováním se ujišťuje, zda podaným informacím porozuměl. Podporuje ho v kladení otázek a trpělivě mu na ně odpovídá. Získání pocitu bezpečí a jistoty u klienta je v rámci psychické předoperační přípravy pro sestru nejdůležitější úkol. Tento pocit sestra podpoří i tím, že klientovi znovu připomene již známá jména lékařů, kteří ho budou během operace provázet. Jakmile se sestra ujistí, že klient všemu porozuměl, přistoupí k jeho seznamování s operačním dnem (11).

Ráno, v den operace, bude klientovi opět připomenuta nutnost lačnění. Bude vyzván k provedení důkladné hygienické očisty. Zvláště ženy je nutné upozornit na nepoužívání mastných pleťových krémů, make-upu a líčidel a odlakování nehtových lůžek pro kontrolu periferní krevní cirkulace. Po provedení hygienické péče je pozornost sestry zaměřena na přípravu operačního pole, vždy s přihlédnutím k typu operace, která klienta čeká. Holení se provádí na sucho s následnou dezinfekcí pokožky. Nutná je kontrola kůže po holení, která nesmí být zarudlá a musí být zachována celistvost. Případné patologické útvary je třeba nahlásit lékaři. Dále je nutné klientovi vysvětlit systém zabezpečení jeho cenností. Sepsání záznamu o cennostech, podpisy klienta i sestry, jejich označení jmenovkou a uložení do trezoru s vysvětlením, že jakmile se po operaci probudí, mohou mu být jeho cennosti navráceny. Před odjezdem na operační sál je klient vyzván k návštěvě toalety, jelikož po aplikaci premedikace již nebude moci vstávat z lůžka. Poté je převlečen do operační košile, bez spodního prádla a je vyzván k odložení všech protetik - zubní protézy, oční protézy, naslouchadla, kontaktní čočky, brýle, paruky, umělé řasy atd. Sestra ještě zkontroluje dutinu ústní, zda v ní nejsou viklající se zuby či žvýkačky. Dále přiloží bandáže a aplikuje premedikaci, po které klient odjíždí na operační sál. Tím sestra vyčerpala výčet aktivit operačního dne před odjezdem na sál. Opět proto provede zpětným dotazováním kontrolu porozumění podaným informacím. Jestliže klient všemu porozuměl a nemá další otázky, přistoupí sestra k pooperačnímu průběhu (5).

Seznámí klienta se skutečností, že po samotné operaci bude dvě hodiny monitorován na „dospávacím pokoji“ u operačních sálů, odkud bude převezen na jednotku intenzivní péče k pooperačnímu monitoringu. Klienta je nutné připravit na skutečnost, že po operaci bude určitou dobu upoután na lůžko a bude permanentně monitorován. Proto mu sestra ukáže nalepovací kontakty a vysvětlí jejich napojení k monitoru. Dle typu anestezie poučíme klienta o příjmu tekutin. Jestliže byl klient v celkové anestezii, dvě hodiny po operaci nesmí nic přijímat ústy. Po návratu z dospávacího pokoje, nemá-li klient nauzeu, může začít po doušcích popíjet. Další zatížení zažívacího traktu stravou záleží na druhu provedené operace, stavu pacienta a

ordinace lékaře. Jestliže byl operační zákrok prováděn prostřednictvím epidurální anestezie, klientovi jsou naopak tekutiny nabízeny hojně, ale je upozorněn na nutnost dodržování klidového režimu na lůžku a to po dobu vymezenou anesteziologem. Pro případ pooperační nauzei a zvracení sestra klientovi ukáže emitní misku. Podložní mísu, ev. močovou láhev pro muže pro vyprazdňování na lůžku. Dále klienta seznámí s předpokládaným místem operační rány (dle typu operace) a s typem krycího materiálu, který je nejčastěji používán. Upozorní klienta na možnost zavedení drénu. Pro zmírnění obav vysvětlí důvody zavedení a principy zajištění drenáže proti vytrhnutí. Předvede klientovi sběrnou nádobku na drén a společně nacvičí manipulaci. Dalším invazivním vstupem, se kterým sestra klienta seznámí je permanentní žilní katétr. Ukáže mu jej, vysvětlí jeho význam a uvede nejčastější místa zavedení. Zdůrazní význam aseptických postupů při péči o ránu a invazivní vstupy, které musí dodržovat nejen ošetřující personál, ale i sám klient. Jakmile klient porozumí všem podaným informacím a sestra zodpoví veškeré jeho dotazy, mohou v rámci předoperační edukace přejít k důležitému praktickému nácviku správného dýchání, kašlání, vyprazdňování se na lůžku, cviků dolních končetin a správného vstávání po operaci (24,30).

Nezbytnou součástí edukace je záznam do dokumentace, který sestra provede po skončení edukace. Musí splňovat předepsanou formu, která byla popsána v kapitole 1.1.4 (24).

1.3.3 Specifika edukace před plánovanou operací kýly

Edukace pacienta před plánovanou operací kýly vychází z obecné edukace před plánovanou operací dutiny břišní popsané v předešlé kapitole 1.3.2 a doplněné specifiky z oblasti péče o klienta po operaci kýly. Dle druhu kýly popsaných v kapitole 1.2.2 se bude u jednotlivých typů lišit předpokládané místo operační rány, se kterým sestra klienta seznámí. Jestliže lékař zvolí laparoskopickou operační techniku, bude pacient zatížen pouze vpichy po zavedení endoskopických přístrojů a to v okolí pupku.

Zvolí-li otevřený přístup, najde po probuzení klient řez v oblasti odoperované kýly. Všechny uvedené druhy kýl a operačních technik musí sestra teoreticky znát, stejně jako plánovaný způsobem operace, aby mohla klientovi předávat adekvátní informace. Před plánovanou operací kýly je nutné sledovat vyprazdňování. Byl-li klient na stoličce den před operací a netrpí-li zácpou, postačí zavedení glycerinového čípku a následné vyprázdnění. V případě, že klient trpí zácpou nebo určí-li lékař jinak, provede sestra klyzma nebo podá medikaci dle ordinace. V průběhu edukace sestra zdůrazní význam zvýšené hygienické péče po vyprazdňování a to převážně u klientů s tříselnou, stehenní a skrotální kýlou, kdy se operační rána vyskytuje v těsné blízkosti genitálií. Příjem tekutin v den operace závisí na druhu anestezie a stavu pacienta, jak již bylo popsáno v předešlé kapitole 1.3.2. Pokud klient netrpí nauzeou a nezvrací, může první pooperační den popíjet čaj bez omezení a k večeři dostane tekutou stravu. Jestliže je strava tolerována, dostane klient druhý den po operaci šetřící stravu a třetí den je převeden na stravu racionální. Při edukaci dochází k nácviku správné mobilizace po operaci. Sestra klienta upozorní, že první vstávání po operaci musí absolvovat za dohledu a pomoci sestry. Klient se položí na lůžko do polohy na zádech, což je poloha, ve které je přivezen z operačního sálu. Sestra jej dále instruuje o změnách polohy a kontroluje správnost provedení. Vyzve klienta, aby se opatrně, nadzdvižením pánve přesunul ke kraji lůžka, na stranu, kde je operační rána. Poté se pomalu otáčí na bok, na kterém je operační rána a pokrčí si dolní končetiny. Klient se rukou, na níž leží, zapře do matrace a druhou jemně přitiskne operační ránu. Poté pomalu spouští dolní končetiny z lůžka. Zatíná boční břišní svaly na neoperované polovině břicha a s pomocí sestry se pomalu dostává do polohy vsedě. Techniku vstávání klientovi sestra nejprve vysvětlí a poté ji společně prakticky nacvičují, dokud ji klient samostatně nepředvede. Naordinuje-li lékař nošení kýlního pásu po operaci, seznámí sestra klienta s pásem a zásadami jeho používání. Je nutné zdůraznit nasazování pásu ještě před vstáváním z lůžka, právě na zmírnění nitrobřišního tlaku. Kýlní pás musí klient nosit během celého dne a odkládá jej pouze při hygienické péči, kdy se vyhýbá zatínání břišních svalů, a na noc. Pás odkládá až v momentě, kdy již leží v lůžku a nasazuje si jej

dříve, než vstane. Nasazování kýlního pásu sestra s klientem prakticky nacvičí. V pooperační době bude u klienta provedena další edukace zaměřená na rekonvalescenci v domácích podmínkách a je nutné zdůraznit vyhýbání se zvedání těžkých břemen. V rámci zpětné vazby klade sestra klientovi kontrolní otázky, jako např.: Kdy smíte naposledy jíst a pít? Jakým způsobem budete po operaci provádět hygienickou péči? Kdy si smíte sejmout kýlní pás? Předved'te mi vstávání z lůžka (9,17,27).

1.3.4 Specifika edukace před plánovanou operací žlučníku

Edukace před plánovanou operací žlučníku bude probíhat tak, jak bylo popsáno v kapitole 1.3.2 s následným zaměřením na dietní režim a invazivní vstupy. Klienta seznámíme s drény a sběrnými systémy – Redonova drenáž, sběrný sáček, T-drén a drenáž do obvazu. Vysvětlíme mu význam drenáže, která je nutná k odvodu patologických produktů, volné břišní tekutiny nebo žluči. Dále se způsobem její fixace k pokožce, předpokládanou dobou odstranění, vhodnou manipulací a způsobem ošetřování. Periferní žilní kanyla také patří mezi invazivní vstupy. Klient je v den operace a zpravidla i první pooperační den závislý na příjmu energie a tekutin parenterální cestou. Přes žilní kanylu jsou klientovi podávány i analgetika. Při edukaci proto poukážeme na to, co to periferní žilní kanyla je a k čemu se používá. Dále upozorníme na způsob fixace k pokožce a nutnost zachování aseptického přístupu. Je nutné zdůraznit, že pokud by klient cítil v místě vstupu kanyly bolest, svědění nebo pozoroval zarudnutí, musí to z důvodu možného rizika infekce ihned oznámit sestře. Velmi důležitou součástí edukace klienta u onemocnění žlučníku je seznámení se s dietním režimem. Jak již bylo zmíněno, v den operace a první pooperační den jsou tekutiny přiváděny převážně parenterálně. Druhý pooperační den začíná klient popíjet tekutiny. Vhodný je čaj, voda, jablečné šťávy atd. Naopak nevhodné jsou syčené minerální vody a dráždivé ovocné džusy s kousky ovoce. Pokud klient toleruje tekutiny

a střevní peristaltika je funkční, dostane třetí pooperační den tekutou neдрáždívou dietu. Zpravidla čtvrtý den dostává klient dietu s přísným omezením tuku. Další dietní opatření se týká vhodných a nevhodných potravin a způsobu přípravy jídla, což je tématem pro další edukaci klienta ještě před propuštěním do domácího léčení. Zpětná vazba je opět zajištěna kladením kontrolních otázek klientovi. Např.: Od kdy již nesmíte jíst a pít? Co je to periferní žilní kanyla? Jak o ni budete pečovat? Předved'te mi vstávání z lůžka. Smíte po operaci jíst stravu, kterou Vám nepodá sestra? Vyjmenujte potraviny, které smíte jíst (9,10,17).

1.3.5 Specifika edukace před operací slepého střeva

Oproti oběma předchozím kapitolám se edukace před operací slepého střeva liší, neboť se převážně jedná o akutní operaci. Vzhledem k tomu, že se jedná o náhlou příhodu břišní, je většinou třeba před operací doplnit řadu vyšetření – laboratorní odběry, UZ, RTG, EKG, ARO, internu, v případě ženy klientky gynekologii a další vyšetření dle ordinace. Klient má velmi často zvýšenou tělesnou teplotu, nauzeu a zvrací. Má také velké bolesti břicha a proto není možné provádět kompletní edukaci jako u plánovaných operací. K akutnímu operačnímu zákroku musí být klient vypraven na operační sál během několika hodin. V tomto čase je třeba provést všechna výše jmenovaná vyšetření a zvládnout fyzickou přípravu klienta: příprava operačního pole, hygienická péče, bandáž dolních končetin a aplikace premedikace. Neprovádí se žádná příprava na zažívacím traktu. Z důvodu možné perforace střeva jsou klyzmata přímo kontraindikována. Vzhledem k malé časové dotaci se i psychická příprava snižuje na minimum. Odpadá také nácvik vstávání, kašláni, péče o invazivní vstupy a edukace o dietním omezení. To vše většinou probíhá až po operaci, kdy je již pacient stabilizován, zbaven těch největších bolestí, nezvrací a je schopen se soustředit na komunikaci (5,24).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce:

Cíl 1: Zjistit, zda je edukace klientů před vybranými operačními zákroky efektivní.

Cíl 2: Zjistit metody edukace klientů na chirurgických odděleních před vybranými operačními zákroky z pohledu sester.

Cíl 3: Vytvořit edukační prostředek (edukační karty) pro klienty před vybranými operačními zákroky.

Cíl 4: Ověřit vytvořený edukační prostředek v ošetrovatelské praxi.

2.2 Výzkumné otázky:

VO 1: Jakými vědomostmi disponují klienti před operačním zákrokem ke zdárnému pooperačnímu průběhu?

VO 2: Jaké edukační metody sestry využívají u klientů před operačními výkony?

VO 3: V čem klienti spatřují přínos při práci s edukačními kartami?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro naplnění cílů práce bylo využito kvalitativního šetření. Ke sběru potřebných dat byla využita metoda dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru s klienty přijatými k plánované operaci dutiny břišní a se sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení Nemocnice Znojmo p.o.

Rozhovory byly vedeny na základě předem připravených otázek pro pacienty před plánovanou operací dutiny břišní (Příloha 6), kteří již byli sestrami edukováni na téma předoperační příprava a pooperační péče. Některé otázky byly pro potřeby naplnění cílů v průběhu rozhovoru dále rozvedeny. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam, přepsány a zaznamenány do tabulek a grafů. Pro větší přehlednost byly prepisy dále zpracovány do kazuistik.

Druhým sledovaným souborem byly sestry pracující na chirurgickém oddělení. Opět byla použita metoda dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru. Dotazování proběhlo na podkladě připravených otázek (Příloha 7). Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam, přepsány a zaznamenány do tabulek a grafů. Pro větší přehlednost byly prepisy dále zpracovány do kazuistik.

Na základě odpovědí respondentů byly vytvořeny edukační karty, které jsou uveřejněny v kapitole 6. Tyto karty byly zařazeny do edukace klientů na podkladě edukačního plánu, který byl sestaven pro klienty před plánovanými operacemi dutiny břišní a je také uveden v kapitole 6. Následně bylo s třetí skupinou respondentů provedeno kvalitativní šetření metodou dotazování, technikou nestandardizovaného rozhovoru na podkladě připravených otázek (Příloha 8), zaměřených na práci s edukačními kartami.

3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Pro umožnění výzkumného šetření byla prostřednictvím žádosti oslovena hlavní sestra Nemocnice Znojmo p.o. (Příloha 1), která s šetřením souhlasila.

První výzkumný soubor tvořilo šest klientů před operací dutiny břišní. Jejich výběr byl záměrný. Zařazovacím kritériem byla hospitalizace na chirurgickém oddělení, plánovaný operační výkon v dutině břišní a absolvovaná edukace před operačním výkonem. S rozhovorem souhlasilo šest z osmi oslovených klientů. Údaje od respondentů byly získány během února 2011.

Druhý výzkumný soubor tvořily sestry pracující na chirurgickém oddělení. Výběr sester byl záměrný a zařazovacím kritériem bylo pracovní působení na chirurgickém oddělení, možnost podílet se na edukaci klientů před operačními výkony a souhlas s rozhovorem. Osloveno bylo šest sester a všechny s rozhovorem souhlasily. Sběr dat od sester byl proveden v únoru 2011.

Třetí výzkumný soubor tvořilo šest klientů. Jejich výběr byl záměrný. Zařazovacím kritériem byla hospitalizace na chirurgickém oddělení, edukace před operačním výkonem s použitím vytvořených edukačních karet, absolvovaný operační výkon v dutině břišní a shodnost s prvním výzkumným souborem v pohlaví respondentů, vzdělání a plánovaném operačním výkonu. Rozhovory byly pořízeny jeden až dva dny před plánovaným propuštěním. S rozhovorem souhlasilo šest z šesti oslovených klientů. Údaje od respondentů byly získány během března a dubna 2011.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory s klienty před plánovanou operací dutiny břišní

Pro přehlednost a srozumitelnost byly rozhovory s klienty přepsány do kazuistik.

Kazuistika č. 1

Respondent R1 je muž ve věku 53 let s nižším odborným vzděláním, pracující.

Na otázku jaké informace mu byly předány lékařem, odpovídá, že ho lékař informoval o vhodnosti co možná nejrychlejšího odstranění kýly, minimální bolestivosti a délky hospitalizace. Dále získal informace o datu a způsobu operace, lokalitě operačního vstupu a návštěvě anesteziologa, který určí způsob anestezie. Další informace se týkaly doby po ukončení hospitalizace, kdy byl respondent informován o nutnosti dodržování režimu s mírnou fyzickou zátěží a zákazu zvedání těžkých břemen. Informace, které respondent obdržel od sestry, vnímal jako velmi obsáhlé. Nejprve odpovídal na otázky týkající se pitného režimu, kouření, společné domácnosti, vyprazdňování, bolestí a více si již nepamatuje. Poté mu sestra předala informace o oddělení a jeho chodu a odvedla ho na pokoj. Na otázku, zda dostal informace o předoperační přípravě, odpovídá, že mu sestra říkala, že od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. Víc si již nepamatuje. Na dotaz o informacích o pooperační péči odpovídá: „To už jsem říkal té sestře. Vždyť ještě ani nevím, jestli se vzbudím, tak mě to řekněte až potom, podle toho, jak to dopadne.“

Informace byly respondentovi poskytnuty ústně a o jinou formu předání by dle jeho slov ani nestál. Na srozumitelnost podávaných informací se sestra několikrát ptala: „Rozumíte, co říkám?, Jestli nerozumíte, tak se ptejte. Čemu jste nerozuměl?“ a on jí odpověděl, že rozumí. Na dotaz, zda byly informace, jimž nerozuměl, uvádí, že ano, ale již si nepamatuje jaké a dotazovat se nechtěl, aby si sestra nemyslela, že je hloupý. Dále uvádí, že sestra mu stále něco vysvětlovala a vyzývala ho k dotazování. Dotaz, který klient nakonec vznesl, se týkal místa vyhrazeného pro kouření. Žádné informace klientovi údajně nechyběly, jelikož pacienti na pokoji mu řekli vše.

Informace byly klientovi předávány na ambulanci při přijetí na oddělení. Prostředí mu vyhovovalo a vnímal ho jako místnost v nemocnici, kde je sestra a doktor.

Pomůcky klientovi nebyly představeny žádné a uvádí, že nedošlo ani k žádnému nácviku dovedností. Pouze mu sestra sdělila ústně postup při mobilizaci.

Další edukační materiál klient vnímá jako další papír, který by stejně nečetl, pouze by jej musel opět podepsat. Uvádí ale, že obrázky by se mu jistě líbily více než pouze text, který by musel být napsaný: „... srozumitelně pro obyčejné lidi“.

Kazuistika č. 2

Respondent R2 je muž ve věku 37 let s vysokoškolským vzděláním, pracující.

Na otázku jaké informace mu byly předány lékařem, odpovídá, že většinu informací měl již od svého obvodního lékaře. Nové informace od ošetřujícího lékaře se týkaly průběhu a typu operace, způsobu anestezie a přesného termínu zákroku. Další informace se vztahovaly k pooperačnímu období s upřesněním doby hospitalizace, délce trvání pracovní neschopnosti, k pooperačním režimovým opatřením a první návštěvě na ambulanci po propuštění z nemocničního ošetřování.

Informace podané sestrou se týkaly organizace oddělení, domácího řádu, práv pacientů. Předoperační příprava byla zaměřena na informace o lačnění před operací, a to od půlnoci, zákazu kouření, o organizaci dne v den operace, ranní sprše před operací, holení operační rány, přesun na jiné oddělení, vyprazdňování a mobilizaci po operaci. Dále sestra zjišťovala osobní údaje týkající se váhy, výšky, stravování a diety, tekutin, vyprazdňování a bolestí.

Informace byly respondentovi předávány ústně. Pouze práva pacientů a domácí řád dostal k dispozici v tištěné podobě, která mu vyhovuje více. Signalizace byla klientovi předvedena názorně, s ukázkou jejího použití. Respondent porozuměl všem podaným informacím a uvádí, že se sestra opakovaně ptala: „Rozumíte všemu? Jestli nerozumíte, tak se ptejte. Čemu jste nerozuměl?“. Doplnující otázky, jež sestře položil, se týkaly konkrétního času operace, podrobností ohledně pooperačního překlada

na jednotku JIMP a následného opětovného zajištění nadstandardního pokoje na stávající jednotce, zajištění osobních věcí a cenností po dobu operace a možnosti návštěv. Dále uvádí, že po zodpovězení jeho dotazů považuje informace za kompletní a žádné mu nechyběly.

Informace byly klientovi předávány na ambulanci při přijetí. Toto prostředí uvádí jako nevyhovující. Vnímal ho jako hektické, lékař hovořil s druhou sestrou, zvonil telefon a na dveře klepali další pacienti.

Z předvedených pomůcek respondent uvádí pouze signalizaci, kterou mu sestra na pokoji předvedla a ukázala, jak s ní správně zacházet. Další pomůcky jako monitor, drény a žilní kanyla byly pouze slovně popsány. Praktický nácvik dovedností mimo předvedení signalizace neproběhl.

Respondent nemá pocit, že by mu později nějaké informace chyběly. Udává ale vstup na oddělení a předávání informací jako chaotické, pravděpodobně z důvodu velkého množství informací. Uvítal by tištěnou formu, která mu vyhovuje více, k pozdějšímu nastudování a utřídění informací.

Kazuistika č. 3

Respondentem R3 byla středoškolsky vzdělaná 23-letá žena hospitalizovaná s diagnózou akutní apendicitis.

Informace, které obdržela od lékaře, se týkaly stanovení diagnózy, nevyhnutelnosti operace a časového harmonogramu – termínu operace. Lékař se respondentky ptal na bolesti, od kdy je má, kde to bolí nejvíce a jestli se stupňují. Dále byla respondentka seznámena s informovaným souhlasem, kde ji velmi vyděsily uvedené možné komplikace. Byla lékařem uklidněna a ujištěna, že se tyto informace musí uvádět ve všech případech, nikoli, že její zdravotní stav je tak velmi vážný. Otázky, které byly lékaři respondentkou položeny, se týkaly velikosti a lokalizace jizvy a možností tlumení bolestí po operačním zákroku.

Sestrou byly respondentce předány informace týkající se chodu oddělení a domácího řádu. Dále sestra kladla respondentce dotazy na váhu a výšku, zda kouří, zda dodržuje nějaké dietní opatření, na množství vypitých tekutin během dne a poté sestra vyslovila zákaz příjmu dalších tekutin a jídla z důvodu brzké operace. Další dotazy se týkaly bolestí, zvracení a poslední stolice. Sestra respondentku seznámila s přesunem na JIP po operaci, kde bude monitorována a s možností, že bude mít po operaci zavedený drén a žilní kanylu. Potom sestra řekla, že zbytek informací bude doplněn, až se respondentka probudí po operaci a bude jí lépe.

Informace byly respondentce předávány ústně a vzhledem k bolestem a zvracení jí tato forma přijde jako jediná vhodná. Podaným informacím porozuměla a na požádání jí sestra vše vysvětlila. Konkrétní dotazy, které respondentka kladla sestře, se týkaly velikosti jizvy, možnosti návštěv, zvracení po operaci, možnosti prasknutí stehů po operaci a způsobu tlumení bolestí po operaci, protože injekcí se velmi obává. Jestli byly předané informace dostatečné, respondentka neví, ale žádné jí údajně nechyběly. Zpětná vazba sestry na edukaci probíhala formou dotazu “Rozumíte všemu?”

Informace byly respondentce pro výrazné bolesti a zvracení předávány částečně na příjmové ambulanci a částečně na pokoji. Ze stejného důvodu respondentka uvádí, že prostředí ani nevnímala, jen velmi ocenila, že si mohla lehnout do postele a nemusela zůstat na ambulanci na lehátku až do konce.

Pomůcky jí nebyly předvedeny žádné, setkala se s nimi až po operaci, kdy jí bylo dodatečně vše vysvětleno.

Možnost mít u sebe informační materiály, by respondentka uvítala, jelikož z informací, které obdržela před operací si pro velké bolesti a zvracení moc nepamatuje. Obrázky v edukačním materiálu by dle jejích slov: „...mohly být super.“

Kazuistika č. 4

Respondentem R4 byla 48-letá žena, pracující středoškolačka hospitalizovaná s diagnózou cholecystolitiásis, přijatá k plánované operaci žlučníku.

Respondentka uvádí, že lékař jí nejdříve kladl otázky týkající se jejích onemocnění, léků, které užívá, zda netrpí alergií, zda musí dodržovat nějaké dietní opatření, jestli a jaké má bolesti, kolik váží a měří a kdy byla naposledy na stolici. Poté lékař pacientce zopakoval diagnózu, s níž byla přijata a stanovil přesný termín plánované operace, předpokládaný operační přístup, lokalitu operačního vstupu a eventuelní možné komplikace operačního zákroku. Dále byla pacientka informována o délce hospitalizace a o celkové délce předpokládané doby domácího léčení. Lékař pacientce nastínil dietní opatření, jež bude po operaci dodržovat, s tím, že podrobné materiály o dietě jí předá sestra později. Poslední informace se týkaly plánované návštěvy anesteziologa a způsobu anestezie.

Sestra pacientce také nejdříve položila několik otázek. Ty byly zaměřené na oblast pitného režimu, stravování a dietní opatření, vyprazdňování, kouření, bolest, rodinné zázemí a dotaz na váhu a výšku. Dále sestra informace rozdělila do oblastí - informace o oddělení, operaci a na pooperační období. Informace o oddělení se týkaly umístění pokoje a lůžka na pokoji, lokalizace WC a koupelny, chodu oddělení, domácím řádu a nakonec byla pacientka seznámena s právy a povinnostmi pacienta. Informace týkající se předoperační přípravy obsahovaly informace o zákazu jídla a pití od půlnoci, zákazu kouření, provedení důkladné hygienické péče večer před operací a ranní hygiena bez použití mastných krémů a make-upů u žen. Respondentka byla také upozorněna na nutnost odlakovat si nehty. Sestra dále zdůraznila nutnost přípravy operačního pole oholením, aplikací bandáží na dolní končetiny, aplikaci premedikace a způsob uložení cenností po dobu operace. Dále byla pacientka seznámena s překladem na JIP z důvodu monitorace po operaci a byla seznámena s možnými zdravotnickými pomůckami, se kterými se může po operaci setkat – drény, flexila, a krytí operační rány. Prakticky byla pacientce předvedena signalizace, vyprazdňování na lůžku a mobilizace

po operaci. Informace vnímala respondentka jako velmi obsáhlé a vyčerpávající.

Informace byly předávány ústně. Domácí řád, práva pacientů a informované souhlasy byly respondentce předány v tištěné formě a prakticky jí byla předvedena signalizace, mobilizace po operaci a vyprazdňování na lůžku po operaci. Způsob předaných informací respondentce vyhovoval. Informace byly srozumitelné, a pokud něčemu nerozuměla, tak se ptala, k čemuž jí sestra i několikrát pobízela a to formou dotazů: „Rozumíte, co říkám? Jestli nerozumíte, tak se ptejte. Čemu jste nerozuměla?“ A dále formou kontrolních otázek: „Jak budete vstávat? Do kdy můžete před operací pít? Víte kde je Váš pokoj? Pamatujete si jak s tím zacházet? Předved'te, jak budete vstávat.“ Otázky, které kladla respondentka sestře, se týkaly délky monitorace na jednotce JIP, nutnosti vyprazdňování na lůžku, možnosti návštěv a předpokládané celkové délky domácí pooperační péče.

Informace byly předávány na ambulanci chirurgického oddělení. Respondentka označila prostředí jako „vyhovující daným skutečností“.

Pomůcky předvedené nebyly, pouze s nimi byla respondentka seznámena ústně. Prakticky došlo k nácvičku manipulace se signalizací, vstávání z lůžka a vyprazdňování na lůžku. Opakovali to se sestrou asi dvakrát, ale více nebylo třeba, jelikož to uměla.

Edukační materiál, kde by bylo vše shrnuté, by respondentka uvítala, pokud by jej mohla mít u sebe a byl by stručný a přehledný, nejlépe v tabulkách. Obrázky by byly vítané, ale neví, jestli by se tím nenavýšilo množství stran.

Kazuistika č. 5

Respondentem R5 byla 43-letá pracující, vyučená žena, která byla přijatá k plánované operaci kýly.

Od lékaře obdržela informace týkající se svého onemocnění – diagnóza, termín operace, technika operační přístup a místo operačního vstupu. Za velmi nepříjemné považuje, že s lékařem společně probírali možná rizika operačních komplikací. Lékař respondentku upozornil na nutnost nosit určitý čas po operaci werba pás, jelikož její břišní kýla je opravdu veliká. Další informace se týkaly délky a způsobu operačního zákroku a anestezie. Kvůli anestezii navštíví respondentku ještě anesteziologický lékař. Poslední informace byly o délce hospitalizace a celého domácího léčení, kdy musí pacientka dodržovat režim s mírnou fyzickou zátěží a nezvedat těžká břemena. Respondentka byla upozorněna na nutnost kontroly v kýlní ambulanci, asi za šest týdnů. Respondentka si dále vybavuje, jak jí lékař kladl otázky týkající se jejího zdravotního stavu – dalších nemocí, léků, které užívá, diety – pokud musí nějakou držet, je-li na něco alergická, jestli má bolesti, kdy byla naposledy na stolici a kolik váží a měří.

Sestra respondentku seznámila s oddělením a pokojem, kde bude ležet, ukázala jí, kde je WC a koupelna. Potom jí dala papír s řádem oddělení a ještě jeden s právy pacientů. Ty dostala respondentka k dispozici k pozdějšímu přečtení. Další informace se týkaly zákazu jídla a pití od půlnoci a zákazu kouření. Hygienickou péči večer před operací a ranní hygienu měla pacientka provést ve sprše. Ráno již neměla používat žádné mastné krémy ani make-up. Jelikož neměla nalakované nehty, nebylo potřeba s nimi nic dělat. Dále sestra respondentce sdělila, že jí bude ráno oholeno místo operačního pole, budou jí přiloženy bandáže na dolní končetiny a půl hodiny před odjezdem na sál jí bude aplikována injekce. Další informace se týkaly překlada na JIP a monitorace po operaci, uložení cenností po dobu operace a pomůcek se kterými se může respondentka po operaci setkat - drény, flexila, a krytí operační rány. Na pokoji sestra předvedla signalizaci, kterou si respondentka vyzkoušela. Dále nacvičily vstávání z lůžka po operaci. Respondenta uvádí, že informací bylo velmi mnoho a mimo to se

setra ještě ptala na věci jako: kolik toho vypije, jakou drží dietu, zda kouří, kdy byla naposledy na toaletu, kolik váží a měří a jestli je na něco alergická.

Informace byly respondentce předány ústně, domácí řád a práva pacientů v tištěné formě a signalizace a nácvik mobilizace proběhly prakticky s ukázkou. Sestra se snažila vše předat srozumitelně, ale respondentka se přesto často ptala. Uvádí, že jí k tomu i sestra sama vybízela: „Jestli nerozumíte, tak se ptejte. Čemu jste nerozuměla?“ Dále se setra ptala: „Pamatujete si, kde je Váš pokoj? Do kdy můžete před operací pít? Jak budete po operaci vstávat? Pamatujete si jak s tím (PŽK) zacházet?“ Respondentka také kladla sestře otázky. Ty se týkaly tlumení bolestí po operaci, konkrétní informace ohledně překladu na JIP, délky pobytu na JIP, možností návštěv na JIP a délky domácího ošetřování. Možná bylo dotazů i více, ale to si již respondentka nepamatuje. Ví ale, že jí byly veškeré dotazy zodpovězeny a všemu porozuměla.

Informace byly předávány na ambulanci, kde bylo dle slov respondentky docela živo. Na ambulanci byl lékař a sestry i se žákyněmi, občas zazvonil telefon. Prostředí na ni působilo: „.....velmi pracovně. Střídal se tady jeden pacient za druhým a sestřičky i s panem doktorem měly fofr, ale byly milé.“ Celkově dle respondentky prostředí vyhovovalo vstupnímu předání informací, ale dále by to chtělo klidnější místo.

Z pomůcek, jež byly respondentce předvedeny, uvádí signalizaci. Žilní katétr a drény jí byl popsány pouze ústně. Manipulaci se signalizací a pooperační mobilizaci měla možnost vyzkoušet prakticky, pod vedením sestry.

Písemný edukační materiál by respondentka uvítala pouze v případě, že by nebyl příliš obsáhlý a odborně napsaný. Vítané by byly obrázky, nebo fotografie a možnost mít tento materiál u sebe, aby do něj mohla později nahlédnout.

Kazuistika č. 6

Respondentem R6 byl 58-letý muž, vysokoškolák, v invalidním důchodu, přijatý k plánované operaci žlučníku.

Od lékaře se dozvěděl, jakým způsobem bude operace provedena, kdy bude provedena a jak bude uspaný. Dále mu bylo lékařem sděleno, že zbytek informací mu předá sestra později. Konkrétní informace o pacientovi si prý najde v počítači, jen ať mu poví, zda se něco nezměnilo.

Sestra toho naopak, dle respondenta, říkala mnoho. Nejdříve se ptala na věci jako kouření, pití, vyprazdňování, dieta, váha výška, s kým bydlí a dál si již respondent nepamatoval. Další informace se týkali oddělení, zákazů jídla, pití a kouření od půlnoci. Další informace prý respondentovi budou předány až ráno, těsně před operací.

Informace byly respondentovi předány ústně a uvádí, že jim porozuměl. Pouze jednou se ptal na nějaký odborný výraz, když nevěděl, co znamená. Nyní si již nevzpomene jaké. Poté, co mu jej sestra vysvětlila, rozuměl všemu. Sestra respondentovi v rámci zpětné vazby nekladla žádné otázky.

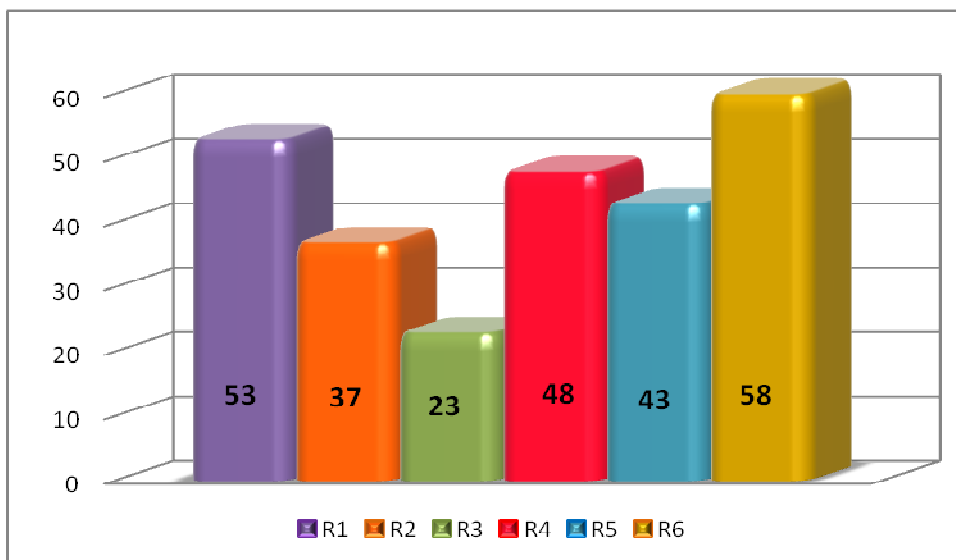
Předání informací probíhalo na ambulanci chirurgického oddělení. Respondent je vnímal jako vyhovující.

Pomůcky mu nebyly předvedeny žádné, mimo signalizace, na kterou se respondent sám sestry zeptal.

Tištěný edukační materiál by respondent uvítal, pokud by jej mohl mít u sebe a mohl do něj nahlédnout i po rozhovoru se sestrou nebo lékařem. Materiál by ale neměl být příliš obsáhlý a odborný, aby pacienty neodradil. Pokud by tam byly fotografie, bylo by to hodně názorné.

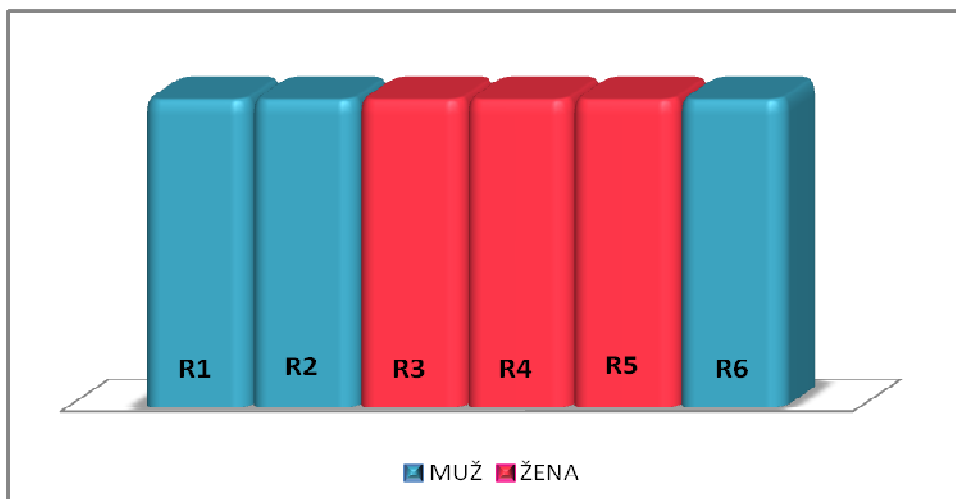
4.2 Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí klientů před plánovanou operací dutiny břišní

Graf 1 Věk respondentů před plánovanou operací dutiny břišní



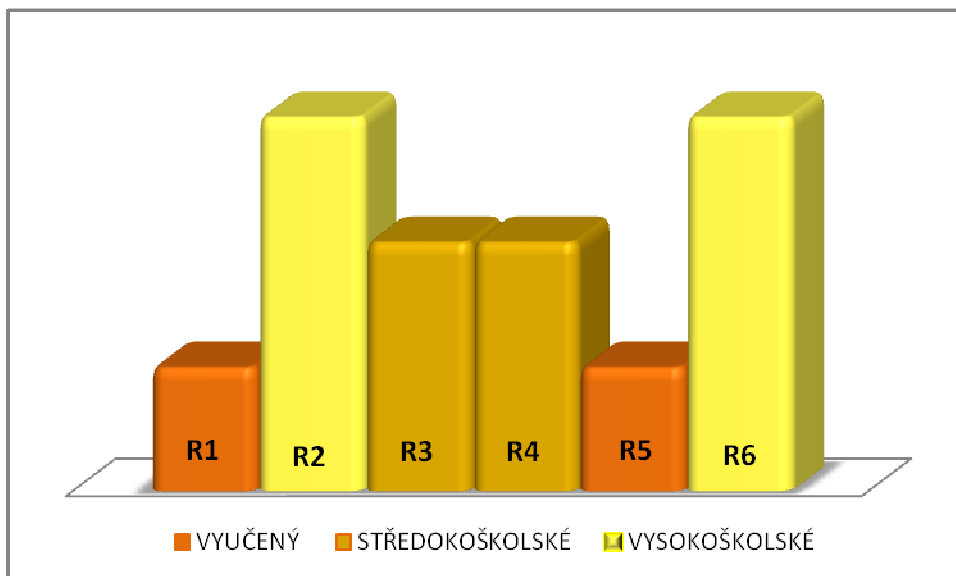
Graf 1 představuje věk respondentů. Respondent R1 má 53let, respondent R2 37let, respondent R3 23let, respondent R4 48let, respondent R5 43let a respondent R6 58 let.

Graf 2 Pohlaví respondentů před plánovanou operací dutiny břišní



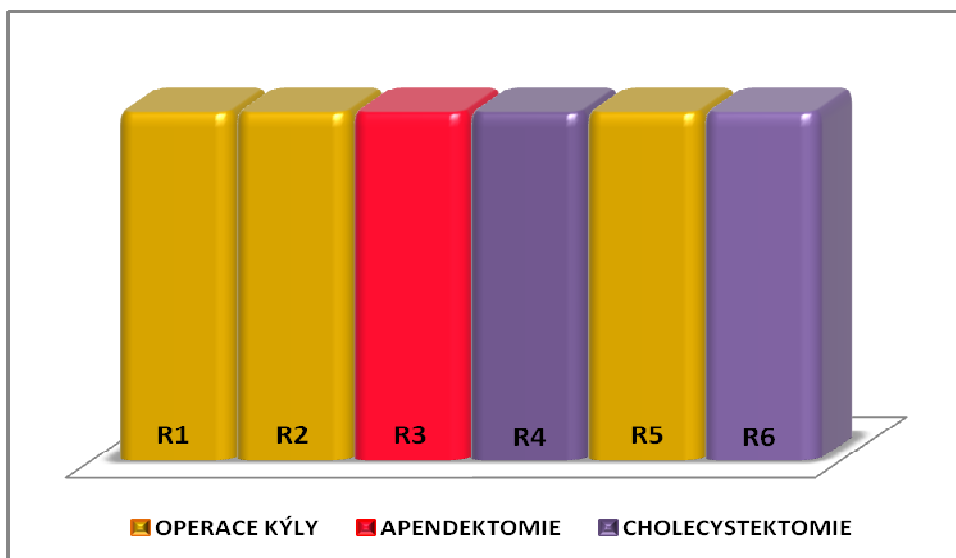
Graf 2 představuje zastoupení mužů a žen ve zkoumaném vzorku respondentů. Z grafu vyplývá, že muži jsou zastoupeni 3x (R1,2,6) a ženy také 3x (R3,4,5).

Graf 3 Vzdělání respondentů před plánovanou operací dutiny břišní



Graf 3 vypovídá o vzdělání respondentů. Nižší odborné vzdělání s vyučením je zastoupeno 2x (R1,5). Středoškolské 2x (R3,4) a vysokoškolské vzdělání také 2x(R2,6).

Graf 4 Plánované operační výkony u respondentů



Graf 4 představuje zastoupení operačních výkonů ve výběrovém vzorku. Operace kýly byla podstoupena 3x (R1,2,5), apendektomie 1x (R3), a cholecystektomie 2x (R4,6).

Tabulka 1 Informace předané lékařem klientům před operací

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
způsob provedení zákroku	5	1	1		1	1	1
délka hospitalizace	4	1	1		1	1	
komplikace OP zákroku	3			1	1	1	
režim s mírnou fyzickou zátěží	3	1	1			1	
nezvedat těžká břemena	3	1	1			1	
délky operačního zákroku	2		1			1	
bolestivost výkonu	2	1		1			
délka domácího ošetřování	2				1	1	
kontrola na ambulanci	2		1			1	
místo jizvy	1			1			
velikost jizvy	1			1			
podávání analgetik	1			1			
závažnost zdravotního stavu	1			1			
nevyhnutelnosti operace	1			1			
psychické uklidnění	1			1			
vyjmutí kýly co nejdříve	1	1					
nutnost nosit werba pás	1					1	
další informace předá sestra	1						1
edukaci o dietě provede sestra	1				1		

Tabulka 1 představuje souhrn informací, které byly klientům před operací předány lékařem. Způsob provedení operačního zákroku byl sdělen 5x (R1,2,4,5,6). 4x (R1,2,4,5) byla oznámena délka hospitalizace. Komplikace operačního zákroku byly nastíněny 3x (R3,4,5). Zákaz zvedat těžká břemena a režim s mírnou fyzickou zátěží byl doporučen 3x (R1,2,5). 2x (R4,5) byla sdělena délka domácího ošetřování. 2x (R2,5) informace o délce operačního zákroku a kontrole na ambulanci. Bolestivost výkonu lékař řešil 2x (R1,3). 1x (R3) lékař informoval o velikosti a místě jizvy, podávání analgetik, závažnost zdravotního stavu a nevyhnutelnost operace a poskytl psychické uklidnění. 1x (R6) lékař sdělil, že další informace budou předány sestrou. 1x (R4) lékař oznámil, že edukaci o dietě provede sestra. 1x (R1) lékař informoval o nutnosti vyjmout kýlu co nejdříve.

Tabulka 2 Informace předané sestrou klientům před operací

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
velmi obsáhlé	5	1	1		1	1	1
od půlnoci nejíst	5	1	1		1	1	1
od půlnoci nepít	5	1	1		1	1	1
od půlnoci nekouřit	5	1	1		1	1	1
přesun na JIP po operaci	4		1	1	1	1	
monitoring po operaci	4		1	1	1	1	
drény po operaci	4		1	1	1	1	
zavedená PŽK po operaci	4		1	1	1	1	
informace o právech pacientů	3		1		1	1	
hygiena před operací	3		1		1	1	
holení operační rány	3		1		1	1	
nácvik mobilizace po operaci	2				1	1	
organizace dne v den operace	2		1		1		
ranní hygiena bez make-upu	2				1	1	
odlakování nehtů	2				1	1	
bandáže dolních končetin	2				1	1	
aplikace premedikace	2				1	1	
uložení cenností	2				1	1	
péče o ránu	2				1	1	
vyprazdňování po operaci	2		1		1		
další informace až ráno před operací nebo po operaci	1			1			1
okamžitý zákaz tekutin a jídla	1			1			
informace o péči po operaci klient odmítá	1	1					

Tabulka 2 prezentuje informace, které byly klientům v rámci edukačního procesu před operací předány sestrou. 5x (R1,2,4,5,6) byly předány informace o zákazu jídla, pití a kouření od půlnoci a označeny za velmi obsáhlé. 4x (R2,3,4,5) sestra předala informace o překladi na JIP po operaci, monitoringu, drénech a zavedené PŽK. Dále byly 3x

(R2,4,5) předány informace o hygieně před operací a holení operační rány. 2x (R4,5) byli klienti informováni o uložení cenností, aplikaci premedikace, ranní hygieně bez make-upu, odlakování nehtů, bandáži dolních končetin a péči o ránu. Také s nimi byl proveden nácvik mobilizace po operaci. Informace o organizaci dne v den operace a vyprazdňování po operaci byly předány 2x (R2,4). 2x (R6,3) bylo sděleno, že další informace obdrží až po operaci nebo ráno před operací. Okamžitý zákaz jídla a pití byl vydán 1x (R3). Informace o péči po operaci byla odmítnutá 1x (R1).

Tabulka 3 Způsob předání informací sestrou klientům před operací

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ústní předání	6	1	1	1	1	1	1
tištěné slovo	3		1		1	1	
praktická ukázka	3		1		1	1	

Tabulka 3 vypovídá o způsobu předání informací sestrou klientům před operací. 6x byly informace předány ústní formou. 3x (R2,4,5) byly informace navíc předány v podobě tištěného textu a praktické ukázky.

Tabulka 4 Nejčastější dotazy kladené sestře klienty před operací

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
možnost návštěv	4		1	1	1	1	
podrobnosti ohledně překladu	2		1			1	
délka monitoringu na JIP	2				1	1	
dotaz na odbornou terminologii	2		1				1
způsob tlumení bolestí po operaci	2			1		1	
délka domácího ošetřování	2				1	1	
čas operace	1		1				
nadstandardní pokoj	1		1				
zajištění cenností	1		1				
velikost jizvy	1			1			
zvracení po operaci	1			1			
"prasknutí" stehů po operaci	1			1			
nutnost vyprazdňování na lůžku	1				1		
jak přivolat sestru	1						1
dotaz na prostory kouření	1	1					

Tabulka 4 představuje nejčastější otázky kladené klienty před operací sestřím. 4x (R2,3,4,5) byl vznesen dotaz na možnost návštěv. 2x (R4,5) se respondenti sester dotazovali na délku monitoringu na JIP a délku domácího ošetřování. 2x (R2,5) byly požadovány podrobnosti ohledně překladu. Dotaz na odbornou terminologii byl vznesen 2x (R2,6). O způsob tlumení bolestí po operaci se zajímali klienti 2x (R3,5). 1x (R2) byl vznesen dotaz na čas operace, zajištění cenností a nadstandardního pokoje. 1x (R3) se klient dotazoval na velikost jizvy, zvracení po operaci a možnost prasknutí stehů po operaci. 1x (R4) se klient zajímal o nutnost vyprazdňování na lůžku. Dotaz, jak přivolat sestru byl vznesen 1x (R6) a dotaz na prostory kouření byl položen také 1x (R1).

Tabulka 5 Nejčastější dotazy sester z pohledu respondentů

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Jestli nerozumíte, tak se ptejte.	4	1	1		1	1	
Čemu jste nerozuměl/a?	4	1	1		1	1	
Rozumíte všemu?	3		1	1		1	
Rozumíte, co říkám?	2	1			1		
Do kdy můžete před operací pít?	2				1	1	
Víte kde je Váš pokoj?	2				1	1	
Jak budete po operaci vstávat?	2				1	1	
Pamatujete si jak s tím zacházet?	2				1	1	
Předved'te, jak budete vstávat.	1				1		
Neptala se na nic	1						1

Tabulka 5 znázorňuje, jaké nejčastější dotazy kladly sestry klientům k ověření informací, které jim předaly. 4x (R1,2,4,5) klienti uvedli, že byli sestrami dotazováni: „Čemu jste nerozuměl/a?“ a „Jestli nerozumíte, tak se ptejte.“ 3x (R2,3,5) se sestry ptaly, zda rozumí všemu. 2x (R4,5) byly položeny dotazy: „Do kdy můžete před operací pít? Víte kde je Váš pokoj? Jak budete po operaci vstávat? Pamatujete si jak s tím zacházet?“ 2x (R1,4) byl vznesen dotaz: „Rozumíte, co říkám?“ O praktické předvedení vstávání z lůžka byl klient požádán 1x (R4). 1x (R6) se sestra neptala na nic.

Tabulka 6 Prostředí edukace vnímané respondenty před operací

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
ambulance	6	1	1	1	1	1	1
prostředí vyhovuje	4	1			1	1	1
další osoby, lékař, žákyně	3	1	1			1	
rušivý telefonát	2		1			1	
rušivý hovor dalších lidí	1		1				
preferance klidnějšího místa	1					1	
sestry byly milé	1					1	
živé - rušné prostředí	1					1	
hektické prostředí	1		1				
klepající pacienti	1		1				
mnoho dalších pacientů	1					1	
nevyhovující prostředí	1		1				
pokoj	1			1			
nevnímáno -pro bolesti a zvracení	1			1			
kladné ohodnocení možnosti dokončit edukaci na lůžku	1			1			

Tabulka 6 informuje o tom, jak respondenti vnímali prostředí, v němž probíhala edukace. 6x proběhla edukace na ambulanci. 4x (R1,4,5,6) bylo prostředí označeno za vyhovující. 3x (R1,2,5) je uvedeno, že na ambulanci byly ještě další osoby, lékař nebo žákyně. 2x (R2,5) byl zmíněn rušivý telefonát v průběhu edukace. 1x (R5) se uvádí, že místo edukace bylo živé – rušné, bylo tam mnoho dalších pacientů, bylo by vhodnější klidnější místo a že sestry byly milé. 1x (R2) je místo označeno za hektické a nevyhovující, s klepajícími pacienty a rušivými hovory dalších lidí. 1x (R3) byla kladně ohodnocena možnost dokončit edukaci na pokoji, na lůžku a prostředí nebylo vnímáno pro bolesti a zvracení.

Tabulka 7 Preference edukačních materiálů respondenty

R = respondent před operací	Σ	R1	R2	R3	R4	R5	R6
s obrázky ano	5	1		1	1	1	1
materiály u sebe	5		1	1	1	1	1
tištěná forma	3		1			1	1
stručné – ne moc obsáhlé	3				1	1	1
laicky podané informace	3	1				1	1
přehledné tabulky	1				1		
jen další papír	1	1					

Tabulka 7 vypovídá o preferenci edukačních materiálů respondenty. 5x (R1,3,4,5,6) je uvedeno, že materiály s obrázky by byly vítané. 5x (R2,3,4,5,6) je vyjádřena preference materiálů, jež by mohli mít klienti u sebe. Tištěná forma vyhovuje 3x (R2,5,6). Informace stručné, ne moc obsáhlé by byly uvítány 3x (R4,5,6). Materiály laicky podané byly uvítány 3x (R1,5,6). 1x (R4) byl vysloven požadavek na přehledné tabulky. 1x (R1) představuje edukační materiál pouze další papír.

4.3 Rozhovory se sestrami z chirurgického oddělení

Pro přehlednost byly rozhovory se sestrami pracujícími na chirurgickém oddělení přepsány do kazuistik.

Kazuistika č. 7

Sestře S1 je 48 let, na chirurgickém oddělení pracuje 23 let a nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Pojem edukace chápe jako poučení klienta o nových okolnostech spojených s jeho onemocněním. Sama edukaci vnímá jako součást své práce.

Při edukaci sestra využívá formou slovního sdělení nových informací.

Pomůcky k edukaci sestra nepoužívá, vše klientům předá ústně. Délku edukace odhaduje přibližně na 15 minut s vysvětlením: „...to musí stačit, mám i jinou práci a ještě ty papíry.“

Edukaci sestra provádí na ambulanci chirurgického oddělení. Při přijetí klienta k hospitalizaci probíhá rozhovor s lékařem, na který po skončení naváže sestra a doplní, informace, které neposkytl lékař. K tomuto účelu si ambulanci nijak nepřipravuje.

Na otázku, zda si nějakým způsobem ověřuje, zda ji klienti porozuměli, odpovídá, že se jich zeptá, zda všemu rozuměli. A podle výrazu ve tváři vidí, pokud klient něčemu nerozumí.

Nejčastější dotazy, které jsou sestře od klientů kladeny, se týkají délky hospitalizace, možnosti návštěv a občas podrobností ohledně překlada na JIP po operaci

Po předložení nové edukační karty sestra udává, že se jí karta líbí a že by se mohla líbit i lidem, ale má strach, že je lidi nebudou vracet a za chvíli opět žádné nebudou. Přínos spatřuje v tom, že by to sestram mohlo ušetřit čas.

Kazuistika č. 8

Sestře S2 je 37 let, na chirurgickém oddělení pracuje 15 let i s mateřskou dovolenou. Nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské.

Pojem edukace sestra chápe jako poučení klienta o nemoci a vysvětlení nejasností. Řadí sem například edukaci o žlučnickové dietě, kdy klienta poučí o vhodných a nevhodných potravinách. Edukaci vnímá jako součást ošetrovatelské péče, která je pro klienty velmi důležitá. Dále uvádí, že součástí edukace je i vyplnění edukačního záznamu.

Při své edukační činnosti sestra s klienty hovoří a jelikož domácí řád a práva pacientů mají k dispozici ve formě tištěného textu, dává je klientům k dispozici pro pozdější nahlédnutí.

Předoperační edukaci klientů věnuje sestra přibližně 30 minut a to i s předvedením signalizace, což je jediná pomůcka při edukaci použitá.

Jako edukační prostředí sestra používá ambulanci chirurgického oddělení. Zde jsou klientovi předány informace a vysvětleny případné nejasnosti. Poté je klient zaveden na pokoj a sestra mu pro případ potřeby předvede signalizaci. Ambulanci si pro potřeby edukace sestra nijak neupravuje, pouze se snaží zajistit, aby nebyli rušeni jinými pacienty - zavře dveře ambulance.

Úspěšnost edukačního procesu si sestra ověřuje dotazem: Rozumíte všemu? A výzvou: Jestli něčemu nebudete rozumět, tak se zeptejte. Dále uvádí, že si všímá výrazu ve tvářích klientů.

Mezi nejčastější dotazy ze stran klientů řadí dotazy na možnost návštěv, délku hospitalizace, tlumení bolestí po operaci a následnou ošetrovatelskou péči o ránu v domácím prostředí.

Předložené edukační karty se sestře líbily. Jejich přínos spatřuje v přehledné formě, které porozumí všichni, i staří lidé, kteří mají problémy se čtením a navíc mohou mít karty u sebe a přečíst si je v klidu znovu.

Kazuistika č. 9

Sestře S3 je 27 let, vystudovala vyšší odbornou školu a na chirurgii pracuje 2 roky. Již bez odborného dohledu.

Pojmu edukace rozumí jako přístupu ke klientovi, kdy mu srozumitelnou formou vysvětlí veškeré nejasnosti, které klient má v souvislosti se svým onemocněním. Řadí sem i nutnost klienta naučit nové dovednosti – například chůze o berlích u klientů po amputaci. Celý edukační proces vnímá jako součást komplexní ošetrovatelské péče důležité převážně pro klienta s nutností provést záznam o jeho průběhu.

Edukaci sestra provádí ústně formou vysvětlováním. Dále používá tištěný materiál, kde je uveden domácí řád a práva pacientů, která klientům nejdříve vysvětlí a poté, pokud mají zájem, zapůjčí jim text k nahlédnutí. U klientů před operačním zákrokem dále provádí praktický nácvik pooperační mobilizace.

Sestra uvádí, že délka edukačního procesu se liší v souvislosti s edukačním tématem a klientem, u kterého edukace probíhá. Předoperační edukace trvá asi 30 minut. Časová dotace se různí a to i podle počtu přijatých klientů. Na oddělení není sestra vymezená pouze pro edukační činnost, tak je třeba edukaci zařadit mezi ostatní povinnosti sester. Mezi pomůcky používané sestrou k předoperační edukaci patří signalizace a hrazda na lůžku k usnadnění mobilizace.

Edukace klienta probíhá na ambulanci lůžkového oddělení chirurgie. Zde se sestra snaží zajistit klientovi klidné prostředí alespoň tím, že vyčká, až nejsou rušeni ostatním ošetřujícím personálem a pacienty a zavře dveře na ambulanci. Předoperační edukaci dokončuje s klientem na pokoji, kde nacvičují pooperační mobilizaci a manipulaci se signalizací.

Zpětnou vazbu edukačního procesu zajišťuje pomocí výzvy: „Pokud nebudete něčemu rozumět, tak se hned ptejte.“ A kontrolních dotazů: „Rozumíte všemu? Víte kde je Váš pokoj? Od kdy již nesmíte před operací pít? Jak budete po operaci vstávat z lůžka?“ A po praktickém nácviku mobilizace připojuje výzvu na předvedení nacvičené mobilizace.

Jako nejčastější dotazy klientů sestra uvádí dotazy týkající se permanentních žilních kanyl, o nichž s klienty v průběhu edukace hovoří, dále mobilizace s drenážními systémy, způsob tlumení bolestí po operaci, podrobnosti ohledně překlada na JIP a délka hospitalizace. Nejčastější je ovšem dotaz na možnost návštěv.

Předložené edukační karty sestru pobavily a vyjádřila názor, že líbit se budou i ostatním a hlavně pacientům. Karty označila za přehledné, s tím, že i jí pomohou, aby při edukaci na nic nezapomněla. Nejvíce se jí líbila karta s edukačními pomůckami, protože teď je klientům ukáže a to je jistě lepší, než vysvětlovat, jak věci vypadají. Navíc si kartu mohou klienti ponechat u sebe, což pro ně bude jistě zajímavé.

Kazuistika č. 10

Sestře S4 je 42let, je středoškolsky vzdělaná a nyní studuje vyšší odbornou školu. Na chirurgii je zaměstnána 14 let.

Pojem edukace chápe jako poučení klienta, kdy je třeba vysvětlit věci, které mu nejsou v souvislosti s jeho onemocněním jasné, nebo je třeba ho připravit na vyšetření. Osobně edukaci vnímá jako součást ošetrovatelského procesu, které je důležitá hlavně pro klienta.

U klientů přijatých k hospitalizaci uplatňuje sestra ústní předání informací společně s tištěným textem – pokud ho mají na oddělení k dispozici. Prakticky předvádí klientům pouze signalizaci a manipulaci s ní.

Délka edukace klientů se liší v jejich schopnosti vnímat a pochopit, co sestra říká: „...Takže u některého klienta je edukace hotová za 15 minut a jinde trvá skoro 40.“ Z pomůcek sestra předvádí pouze signalizaci, a jak udává, manipulaci s ní zvládnou všichni rychle.

Jako edukační prostředí slouží ambulance na oddělení. Je to první místnost, kam klient při příchodu vstupuje a odehrává se zde největší část edukace klientů ať lékaři nebo sestrami. Prostředí si sestra nijak nepřipravuje, maximálně je-li na oddělení hluk, zavře dveře. Po uložení klienta na lůžko mu ještě předvede signalizaci.

Efektivitu edukačního procesu si sestra ověřuje opticky, kdy klienta sleduje a z výrazu tváře usuzuje, zda jí rozumí. Dále užívá kontrolních otázek typu: Rozumíte, co Vám říkám? Porozuměl jste všemu? A výzvy: Při nejasnostech se ptejte. Pokud se klienti ptají, nejčastěji je to na datum propuštění nebo délku hospitalizace a po operaci, proč mají ty všechny hadičky – čímž myslí žilní kanyly a drenážní systémy.

S edukačními kartami byla sestra spokojená. Nejvíce s kartou s pomůckami, protože na ty se klienti ptají a těžko se to vysvětluje. Myslí si, že se budou klientům líbit. Jí se líbí proto, že jsou přehledné, klient je může mít u sebe a vše si tam najít nebo si rozmyslet, co chce vědět.

Kazuistika č. 11

Sestře S5 je 53 let, má 28 let praxi na chirurgickém oddělení a nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s následnou specializací – PSS.

Pojem edukace chápe jako pouhou změnu názvu. Uvádí, že dříve dostávali klienti nařízení a zákazy stejně jako dnes, ale dnes se tomu říká edukace. Edukaci vnímá jako nutnost udělat záznam o nařízeních a zákazech, které dala klientům.

Formou edukace je stručné a jasné ústní předání doporučení a nařízení, které pro klienty vydal lékař. Délka edukace u klienta před operací je: „...asi 15 minut, pokud se hodně vyptávají, tak i déle.“ Pomůcky k edukaci sestra nepoužívá, pouze klientům ukáže, kde je signalizace. Edukace probíhá na ambulanci při přijetí klienta na oddělení, kdy sestra doplní a zdůrazní informace, které předal klientovi lékař. Prostředí sestra nijak neupravuje, je již zařízené. Na pokoji ještě ukáže klientovi signalizaci, s upozorněním, že zvonit si bude až po operaci.

Zpětnou vazbu u klientů po edukaci sestra nepoužívá s odůvodněním: „... pokud by něco nevěděli, tak by se přece sami zeptali.“ ako nejčastější dotazy ze strany klientů uvádí: možnost návštěv u žen a možnost kouření u mužů.

Edukační karty se sestře líbily hlavně proto, že tohle pochopí všichni a jí to ušetří čas.

Kazuistika č. 12

Sestře S6 je 23 let, má vystudovanou vyšší odbornou školu a na chirurgii pracuje 2roky.

Pojem edukace chápe jako poučení klienta, kdy je nutné mu srozumitelnou formou vysvětlit nové pojmy a naučit ho novým dovednostem. Edukaci vnímá jako nedílnou součást ošetrovatelské péče o klienty. Uvádí: „... pokud má být péče o klienta komplexní, musí být klient informován o celém léčebném a ošetrovatelském procesu a to zkracuje dobu rekonvalescence. ...také musíme provádět o edukaci záznam.“

Sestra uvádí, že když klienta edukuje, snaží se mu co nejlépe a nejsrozumitelněji předat informace ústně, a následně je doplní o tištěný materiál – pokud je k dispozici - například „Doporučení ke žlučnickové dietě, Práva pacientů a Domácí řád“. Pokud je třeba klienta naučit praktickým dovednostem, snaží se společně s ním o jejich nácvik.

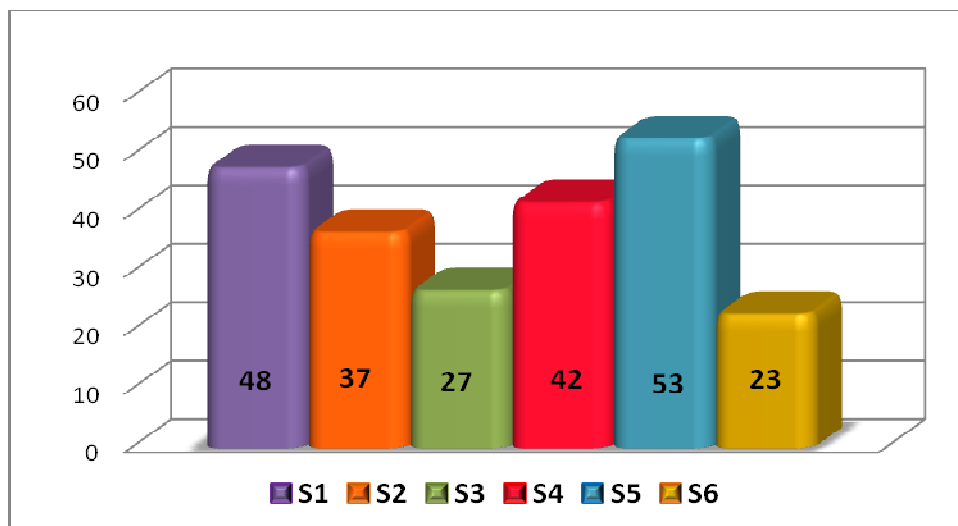
Tomu odpovídá i délka edukace. Jde-li o předání nekomplikovaných informací, uvádí, že je to časově méně náročné než nácvik chůze o berlích. Na otázku kolik času věnuje edukaci u klientů před operačním zákrokem, odpovídá, že i s nácvikem mobilizace přibližně 30 minut. Pomůcky k předoperační edukaci sestra využívá na pokoji klientů, kdy jim předvede manipulaci se signalizací a mobilizaci pomocí hrazdičky. Jiné pomůcky k předoperační edukaci nepoužívá. Prostředí k edukaci si nijak neupravuje, pouze se snaží, aby byl na ambulanci klid a tak někdy zavře dveře, pokud je na oddělení hluk. Nácvik pooperační mobilizace probíhá na pokoji, kde je také již vše připravené – lůžko, signalizace i hrazda na lůžku. Znalost předaných informací si sestra ověřuje dotazem: Rozuměl jste? Pokud na klientovi vidí, že se tváří rozpačitě, pobízí ho k dotazování na nejasnosti. Na konec klientovi klade konkrétní otázky na to, od kdy nesmí jíst a pít před operací a zda si pamatuje způsob mobilizace a aby ho zopakoval.

Nejčastěji se sestra setkává s dotazy ohledně překladu na JIP, délky hospitalizace, tlumení bolestí po operaci a možností návštěv v pooperačním období.

Předložené edukační karty se sestře líbily pro jejich přehlednost a názornost. Myslí si, že klienti uvítají možnost mít karty u sebe a porozumí jim všechny věkové skupiny.

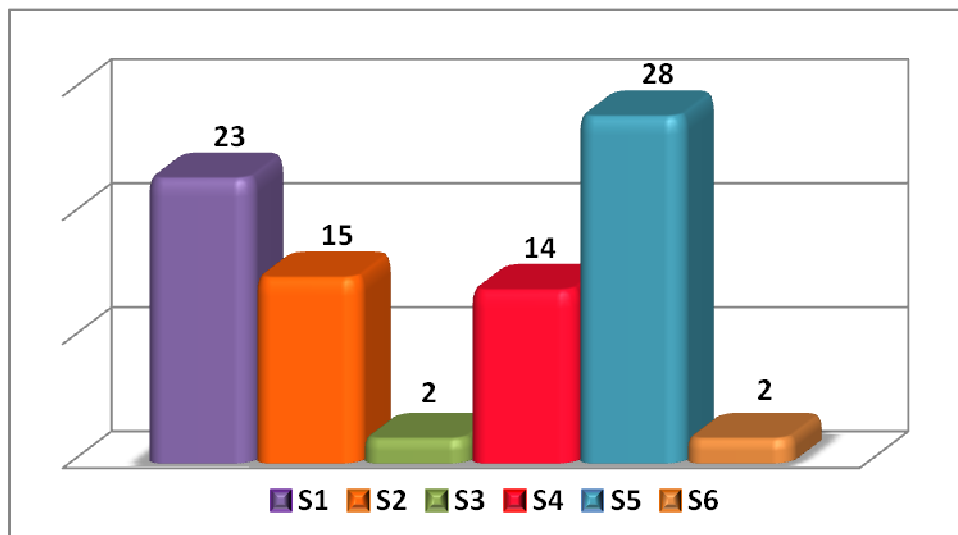
4.4 Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí sester

Graf 5 Věk sester



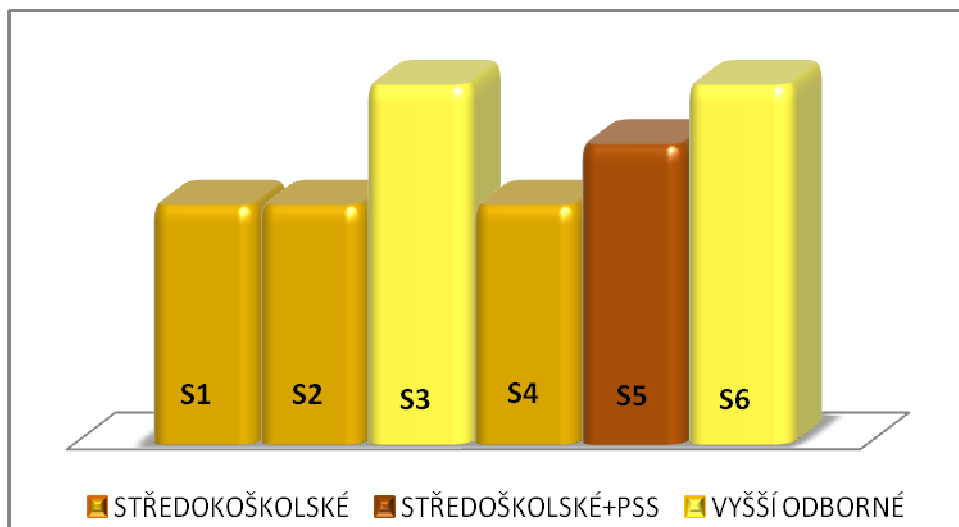
Graf 5 znázorňuje věk sester. Sestře S1 je 48 let, sestře S2 je 37 let, sestře S3 je 27 let, sestře S4 je 42 let, sestře S5 je 53 let a sestře S6 je 23 let.

Graf 6 Délka praxe sester



Graf 6 informuje o délce praxe, kterou mají jednotlivé sestry na chirurgickém oddělení. Sestra S1 pracuje na chirurgii 23 let, S2 15 let, S3 pracuje na chirurgii 2 roky. Sestra S4 14 let, S5 28 let, a S6 má na chirurgickém oddělení praxi 2 roky.

Graf 7 Vzdělání sester



Graf 7 uvádí vzdělání sester. Středoškolské vzdělání je zastoupeno 3x (S1,2,4). Středoškolské vzdělání + postgraduální specializační studium 1x (S5). Vyšší odborné vzdělání s titulem DiS. 2x (S3,6).

Tabulka 8 Pojem edukace dle sester

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
poučení klienta	4	1	1		1		1
vysvětlení informací	4		1	1	1		1
klientovi srozumitelná forma	2			1			1
naučit klienta určité dovednosti	2			1			1
zákazy a nařízení	1					1	

Tabulka 8 demonstruje, co znamená pojem edukace pro sestry. Edukaci jako poučení klienta rozumí sestry 4x (S1,2,4,6). 4x (S2,3,4,6) chápou sestry edukaci jako vysvětlení informací. 2x (S3,6) rozumí edukaci jako způsobu naučit klienta určité dovednosti, a to klientovi srozumitelnou formou. 1x (S5) je edukace chápána jako zákazy a nařízení směřované na klienty.

Tabulka 9 Vnímání edukace sestrami

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
součást ošetrovatelské péče	4	1	1	1	1		
důležité pro klienta	4		1	1	1		1
nutnost udělat záznam	4		1	1		1	1
součást komplexní péče	2			1			1
nedílná součást ošetrovatelské péče	1						1

Tabulka 9 znázorňuje, jak vnímají edukaci sestry. Jako součást ošetrovatelské péče je vnímána 4x (S1,2,3,4). Jako pro klienta důležitou 4x (S2,3,4,6). Jako nutnost udělat záznam je vnímána 4x (S2,3,5,6). 2x (S3,6) je považována za součást komplexní péče. 1x (S6) je považována jako nedílná součást ošetrovatelské péče.

Tabulka 10 Forma předávání informací klientovi sestrou

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ústně - vysvětlování	5	1	1	1	1		1
ústně - nařízení a doporučení	1					1	
tištěný text	4		1	1	1		1
praktický nácvik	3			1	1		1

Tabulka 10 informuje o formě předávání informací klientovi, kterou při edukaci využily sestry. 6x byly informace předány ústně. 1x (S5) formou nařízení a doporučení. 5x formou vysvětlování. Tištěný text při předávání informací byl užit 4x (S2,3,4,6). Praktický nácvik dovedností s klientem byl absolvován 3x (S3,4,6).

Tabulka 11 Délka trvání edukace

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
přibližně 30 minut	4		1	1	1		1
přibližně 15 minut	3	1			1	1	
až 40 minut	1				1		

Tabulka 11 znázorňuje, kolik času sestry edukaci klientů věnují. Přibližně 15 minut trvá edukace 3x (S1,4,5). 30 minut probíhá edukace 4x (S2,3,4,6). A 1x (S4) se uvádí, že edukace trvá 15 až 40 minut, proto byla zahrnuta do všech časových položek.

Tabulka 12 Pomůcky k edukaci využívané sestrami

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
signalizace	5		1	1	1	1	1
hrazda na lůžku	2			1			1
nic	1	1					

Tabulka 12 uvádí pomůcky, které při edukaci klientů používají sestry. 5x (S2,3,4,5,6) je klientům názorně předvedena signalizace. 2x (S3,6) je k edukaci klientů využita hrazda na lůžku. 1x (S1) nepoužívá při edukaci klientů žádné pomůcky.

Tabulka 13 Příprava edukačního prostředí sestrou

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
ambulance na oddělení	6	1	1	1	1	1	1
prostředí bez přípravy	5	1	1		1	1	1
zavřené dveře	4		1	1	1		1
preferenze klidného prostředí	2			1			1
pokoj s lůžkem klienta	2			1			1
bez ostatního ošetřovatel. personálu	1			1			

Tabulka 13 představuje přípravu edukačního prostředí sestrou. 6x je uvedena edukace na ambulanci chirurgického oddělení. Ambulanci si nijak nepřipravuje 5x (S1,2,4,5,6). 4x (S2,3,4,6) se v případě hluku zavřou dveře na ambulanci. 2x (S3,6) je dále klient edukován na pokoji s lůžkem s preferencí klidného prostředí. 1x (S3) edukuje v prostředí bez dalšího ošetřovatelského personálu.

Tabulka 14 Způsob provádění zpětné vazby sester

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Rozumíte všemu?	5	1	1	1	1		1
výraz ve tváři klienta	4	1	1		1		1
výzva klienta k dotazování	4		1	1	1		1
Od kdy již nesmíte před operací pít?	2			1			1
Jak budete po operaci vstávat?	2			1			1
výzva k praktickému předvedení	1			1			
Víte, kde je Váš pokoj?	1			1			
neprovádí žádnou	1					1	

Tabulka 14 informuje o zpětné vazbě, kterou provádí sestry. 5x (S1,2,3,4,6) je klientům kladena otázka: Rozumíte všemu? Výraz ve tváři klienta je sledován 4x (S1,2,4,6).

Výzva klienta k dotazování je prováděna 4x (S2,3,4,6). Kladení konkrétních otázek: „Od kdy již nesmíte před operací pít? Jak budete po operaci vstávat?“ je uvedeno 2x (S3,6). 1x (S3) jsou klienti dotazováni, zda vědí, kde je jejich pokoj a jsou vyzváni k praktickému předvedení nacvičených dovedností. 1x (S5) nebyla provedena žádná zpětná vazba.

Tabulka 15 Nejčastější dotazy, které sestry od klientů dostávají v průběhu edukace

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
možnost návštěv	5	1	1	1		1	1
délka hospitalizace	5	1	1	1	1		1
překlad na JIP	3	1		1			1
tlumení bolestí po operaci	3		1	1			1
manipulace s PŽK	2			1	1		
manipulace a fce drenážních systémů	1				1		
mobilizace s drenážními systémy	1			1			
možnost kouření	1					1	

Tabulka 15 demonstruje nejčastější dotazy, které sestry od klientů dostávají v průběhu edukace. 5x (S1,2,3,5,6) je uveden dotaz na možnost návštěv. 5x (S1,2,3,4,6) dotaz na délku hospitalizace. 3x (S1,3,6) dotaz klientů na překlad na JIP. 3x (S2,3,6) dotaz na tlumení bolestí po operaci. Dotazy na manipulaci s PŽK 2x (S3,4). 1x (S4) dotaz na manipulaci a funkci drenážních systémů. Možnosti mobilizace s drenážními systémy 1x (S3). A dotaz na možnost kouření 1x (S5).

Tabulka 16 Edukační karty z pohledu sester

S = sestra	Σ	S1	S2	S3	S4	S5	S6
karty se líbily	6	1	1	1	1	1	1
srozumitelné pro všechny	5		1	1	1	1	1
přehledné	4		1	1	1		1
klienti je mohou mít u sebe	4		1	1	1		1
názorné	3			1	1		1
ušetří sestřám čas	2	1				1	
při edukaci se na nic nezapomene	1			1			
budou se ztrácet	1	1					

Tabulka 16 uvádí, jak se sestry vyjádřily k vytvořeným edukačním kartám pro klienty před operací dutiny břišní. 6x je uvedeno, že se jim karty líbily. 5x (S2,3,4,5,6), že karty jsou srozumitelné pro všechny. Přehledné karty a možnost klientů mít je u sebe u sebe 4x (S2,3,4,6). Karty jako názorné byly označeny 3x (S3,4,6). Že karty ušetří sestřám čas, bylo uvedeno 2x (S1,5). 1x (S3) je uvedeno, že se při edukaci se na nic nezapomene. 1x (S1), že se karty budou ztrácet.

4.5 Rozhovory s klienty po edukaci dle edukačního plánu s použitím vytvořených edukačních karet

Následující rozhovory byly provedeny s klienty hospitalizovanými na chirurgickém oddělení. Stejně jako u první skupiny (kapitola 4.1) byla podmínkou zařazení do výběrového vzorku – hospitalizace, prodělaný operační výkon v dutině břišní a absolvovaná edukace na podkladě předloženého edukačního plánu s použitím vytvořených edukačních karet. Právě na práci s edukačními kartami byly otázky kladené v rozhovorech zaměřeny. Pro přehlednost byly rozhovory zpracovány do kazuistik.

Kazuistika č.13

Respondent RK 1 je muž, 49 let, vyučený, hospitalizovaný k plánované operaci kýly.

Edukace sestrou probíhala na ambulanci, kde byl respondent nejdříve dotazován na váhu a výšku, pitný režim, vyprazdňování, dietní opatření, kouření a bolest. Uvádí, že ještě asi něco, ale to již nepamatuje. Dále mu sestra předala informace o oddělení - kde se nachází, patro, oddělení, kde bude mít pokoj, kde jsou toalety, koupelna, televize a další, jak klient uvádí: „...prostě věci o oddělení“. Do rukou klient dostal tištěný text s právy pacientů a domácí řád. Další edukace již byla zaměřená na předoperační přípravu, zde ho sestra informovala o zákazu jídla, pití a kouření od půlnoci. Byly mu předány informace o průběhu operačního dne. Konkrétně o ranní hygieně, holení operační rány, zavázání dolních končetin. Dále si klient vybavuje informace o peněžích, protézách a injekci. Protože si klient není zcela jistý, jsem požádána o strpení a klient ze stolku vytahuje edukační karty. Uvádí, že mu sestra všechno řekla a poté vytáhla edukační karty, se kterými to vše ještě zopakovala.

Edukace se zapojením karet se respondentovi líbila. Vyjádřil se, že takové karty ještě nikde neviděl a označil je za hezké. Informacím uvedeným na kartě respondent rozuměl. Kartu využil několikrát během hospitalizace, nejvíce večer před operací. Nejvíce užívanou oblastí byly pomůcky, s nimiž se klienti můžou setkat po operaci.

Respondent uvádí, že nepřišel na nic, co by na kartách chybělo a vylepšit také neví jak, protože se mu karty líbí.

Kazuistika č.14

Respondent RK2 je 34-letý vysokoškolsky vzdělaný muž, hospitalizovaný k plánované operaci kýly na chirurgickém oddělení.

Na dotaz, jaké informace obdržel od sestry v rámci předoperační edukace, odpovídá, že jich bylo velmi mnoho. Uvádí, že než mu sestra začala informace předávat, položila nejdříve několik otázek. Ty se týkaly jeho osoby – váha a výška, pití, stravy, vyprazdňování, kouření a ještě spousta dalších, které si již nepamatuje. Předané informace se týkaly oddělení, jeho uspořádání a provozu, k čemuž dostal i písemné podklady. Dále dostal i práva pacientů a karty k operaci. Na dotaz zda si pamatuje, co na těch kartách bylo, uvádí správně jejich rozdělení a z obsahu – zákaz jídla, pití a kouření od půlnoci, odevzdání léků, podpis dokumentů, večeri pouze od sestry, ne jiné jídlo, ráno sprcha, holení místa, které mu sestra ukázala, pořad zákaz jídla, pití, kouření, injekci před odjezdem, zavázané nohy a vyndání protézy a uložení šperků. Z obsahu další karty si vybavuje překlad na jiné oddělení s monitory, dvě hodiny zákaz pití a jídlo stále ne, vstávání pouze se sestrou a nesahat na ránu. Z karty s pomůckami si vybavuje flexily do žíly a do břicha, pomůcky na vyprazdňování a zajímaly ho werba pásy, jelikož jde na operaci s kýlou. Mimo to, že mu sestra informace předala ústně a v tištěné formě, prakticky také provedla s respondentem nácvik pooperační mobilizace a manipulaci se signalizací.

Edukaci s kartami hodnotil respondent jako přehlednou a srozumitelnou i přes velké množství informací. Karty se líbily, i když si myslí, že byly trochu infantilní. Určitě je ale dobré, že je mohou mít klienti u sebe. Informace byly srozumitelné, jak již uvedl, až infantilní forma. Karty využil asi dvakrát. Uvádí, že: „... jednou se sestrou a posléze jsem do nich ještě koukal sám.“ Nejvíce asi oblast pomůcek, protože se s nimi ještě nesetkal.

Respondent neshledal nic, co by na kartě nebylo a později mu chybělo. S vylepšením neví, nejspíš ne, maximálně by vyměnil obrázky za normální fotky.

Přínos edukačních karet vidí respondent v tom, že: „...pokud by sestra mluvila bez karty, moc bych si toho asi nepamatoval, jelikož těch informací bylo opravdu hodně, ale když si na kartu vzpomenu, nebo se na ni podívám, tak si hned vybavím, co u toho sestra ještě říkala.“ Dále uvedl, že obrázkům rozumí všichni, i ti kdo neradi čtou nebo špatně vidí a mohou si je projít opakovaně.

Kazuistika č. 15

Respondentkou RK3 je 32-letá žena, středoškolsky vzdělaná, přijatá k plánované operaci žlučníku.

Mezi informace které obdržela od sestry, řadí veškeré informace o oddělení, informace, jak se připravit k operaci a co dělat po operaci. Na požádání informace dále rozvíjí: informace o zákazu jídla, pití od půlnoci, podpisy dokumentů, hygieně před operací, ranní zákaz make-upu a holení místa na operaci, uložení šperků a mobilu, protézu nemá, injekci před operací. Po operaci dále překlad na jiné oddělení, monitorace, jíst a pít až od sestry, nesahat si na ránu a na hadičky, které tam byly ukázány. Na otázku jak to, že si pamatuje vše, mi odpověděla, že před chvílí prohlížela ty karty, co dostala od sestry po edukaci.

Karty se jí moc líbily. Zdály se jí přehledné a srozumitelné: „...pro všechny věkové i inteligenční kategorie“. Uvádí, že je velmi příjemné mít karty u sebe a moci se do nich kdykoli opět podívat. Už nyní se do nich koukala několikrát a určitě ještě bude. Oproti všude přítomným papírům jsou karty příjemnou změnou. Informace, jež jsou na kartách uvedené, jsou jasné a rozuměla všem. Nepřišla na nic, co by na kartách chybělo, ani nic, čím by je vylepšila. Pouze si myslí, že by takových mělo být více.

Přínos edukačních karet spatřuje klientka v možnosti mít je u sebe a opakovaně používat. Myslí si, že kartám porozumí všechny věkové kategorie a pro ni osobně je snazší zapamatovat si věci, o kterých nejen slyší, ale i je vidí, třeba na kartě.

Kazuistika č. 16

Respondentem RK4 byla 52-letá, středoškolsky vzdělaná žena, přijatá k plánované operaci žlučníku.

Respondentka uvádí, že operací absolvovala již několik a už všechno zná. I tady jí to sestry znovu všechno říkaly (a uvádí všechny informace potřebné k předoperační přípravě a pooperační péči) a k tomu se jí ještě ptaly na hodně věcí – např. kolik váží, kolik toho vypije, jakou drží dietu, kdy byla naposledy na velké a jestli nemá bolesti, možná těch otázek bylo i víc, to už si nepamatuje.

Co, ale ještě nikde neviděla, byly takové karty k operaci, co jí dala sestra. Ty se jí moc líbily, hlavně, že tam byly obrázky a nejen psaní. Jediné, čemu nerozuměla a musela se sestry zeptat, byly nějaké ty pomůcky. Sestra jí ale vysvětlila, že pás nosit nemusí, že se nosí po operaci kýly a pouze někdy. Karty pročítala několikrát, před operací i po operaci. Četla vždy vše. Na kartách nechybělo nic. Vylepšila by snad jen to, aby karet bylo víc, třeba karta o dietě po žlučníku a aby je měli všude.

Největší přínos respondentka vidí v tom, že jsou na kartách veselé a hezké obrázky, které zvednou náladu. Dále uvádí: „, Také je pro lidi dobré, že mají karty u sebe a můžou se tam občas kouknout“.

Kazuistika č. 17

Respondentka RK5 je 46-letá, vyučená žena, hospitalizovaná k plánované operaci kýly.

Na dotaz, jaké informace obdržela od sestry v rámci předoperační edukace, odpovídá, že sestra jí dala karty a ještě nějaké papíry, odvedla jí na pokoj a řekla, že pokud nebude něčemu z těch karet rozumět, má se přijít zeptat. Sestra jí ukázala pokoj, signalizaci a oddělení.

Respondentka uvádí, že karty byly velmi pěkné a přehledné a všechno z nich pochopila. Uvádí, že bylo dobré, že mohla mít karty u sebe a několikrát se na ně podívat. Po operaci si podle nich kontrolovala hadičky. Obrázky byly taky fajn, lépe se to s nimi pamatuje. Jako nejvíce používanou oblast nemůže respondentka označit nic,

jelikož prohlížela vždy všechny karty, aby na nic nezapomněla.

Na kartách jí nechybělo nic a vylepšit by se daly snad jen tím, kdyby jí k tomu ještě něco řekla sestra.

Největší přínos spatřuje v tom, že když má karty u sebe, může se na ně podívat několikrát a lépe si tak zapamatovat, co je na nich a také to, že se v nich dobře orientovala.

Kazuistika č. 18

Respondentem RK6 je 54-letý muž, vysokoškolsky vzdělaný, hospitalizovaný k plánované operaci žlučníku.

Na otázku, jaké informace mu sestra předala v rámci předoperační přípravy, respondent vytahuje edukační karty a říká, že všechny tyhle. Na výzvu, aby uvedl, které si z toho pamatuje, odpovídá, že proto mu sestra dala ty karty, aby si to nemusel všechno pamatovat a mohl se kdykoli podívat. Požádala jsem jej tedy, aby karty se mnou prošel a řekl, co mu o dané položce řekla sestra. Z výsledku je patrné, že sestra s respondentem karty opravdu procházela a informace mu předala. Pro doplnění respondent ještě uvádí, že kromě informací sestra kladla i otázky a to na téma strava, vylučování, pitný režim, bolest a kouření.

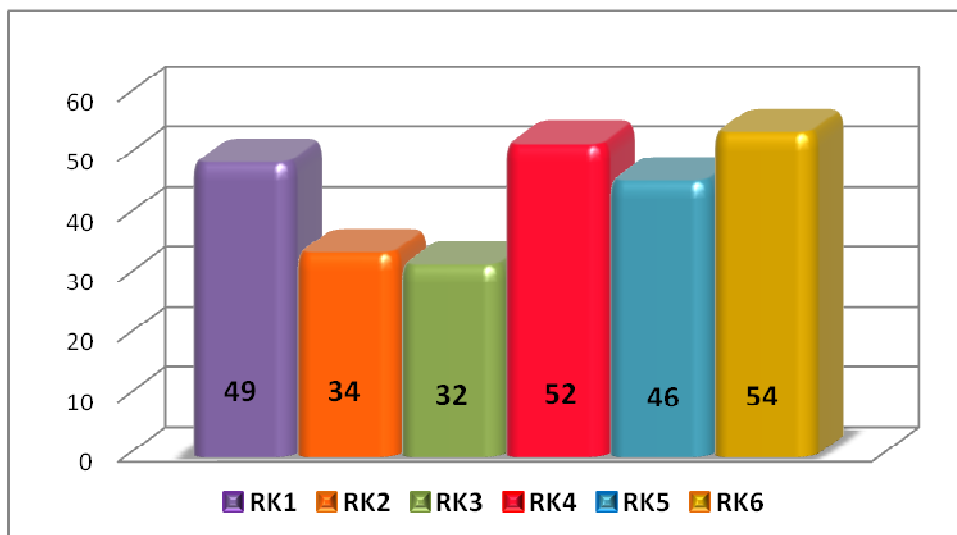
Karty se respondentovi velmi líbily, uváděl je jako přehledné, srozumitelné a nejvíce se mu líbilo, že je mohl mít u sebe. Co se týče informací na kartách, byly všechny srozumitelné. Karty použil několikrát a nejvíce používanou oblastí byly asi pomůcky po operaci.

Respondent uvádí, že nepřišel na nic, co by v kartách chybělo a ani neví, jak by je vylepšil, jelikož se mu karty líbily.

Největší přínos edukačních karet spatřuje: „...v jejich jednoduché schématické daného problému. Obrázky situaci velice ulehčují a karty jsou čitelné a přehledné pro všechny a dobře se v nich orientuje“. Dále karty označuje za příjemnou změnu po čtení a podepisování všech potřebných souhlasů.

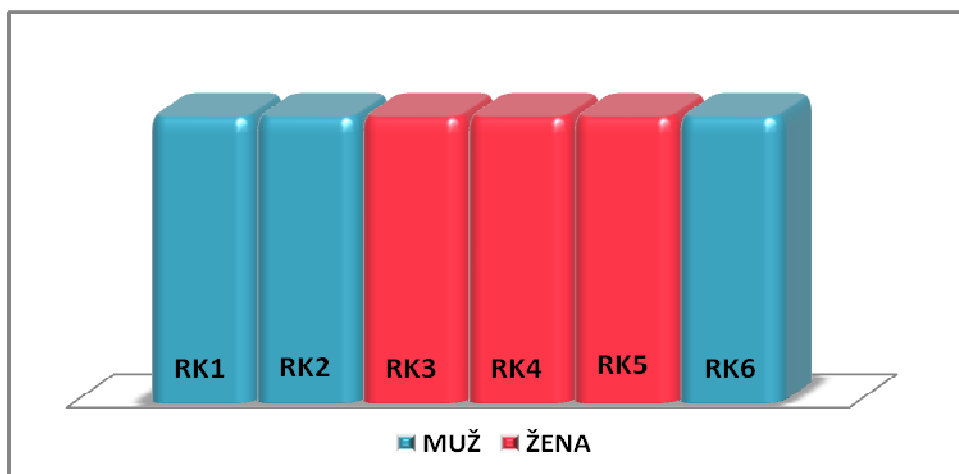
4.6 Tabulky a grafy nejčastějších odpovědí klientů po edukaci vytvořenými edukačními kartami

Graf 8 Věk respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami



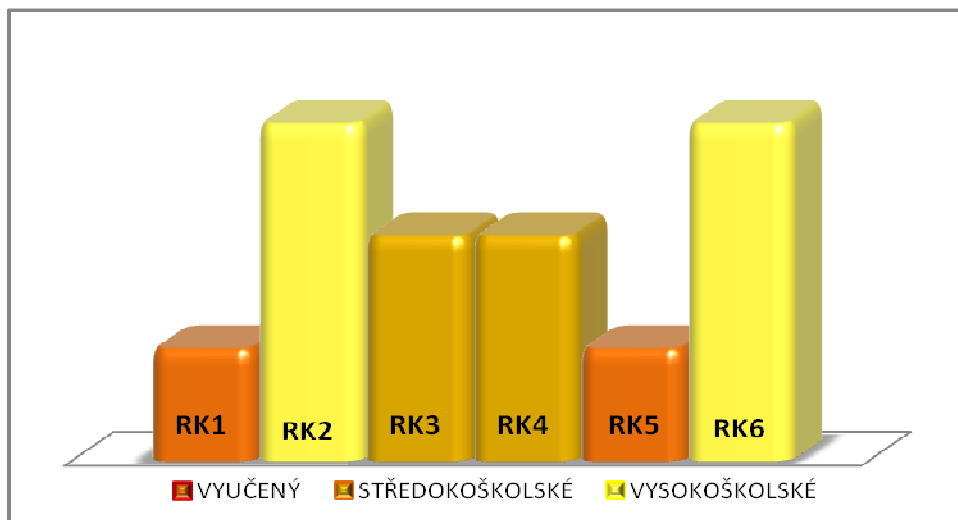
Graf 8 informuje o věku respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet. Respondentovi RK1 je 49 let, RK2-34 l., RK3-32 l., RK4-52 l., RK5-46 l. a RK6-54 let.

Graf 9 Pohlaví respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami



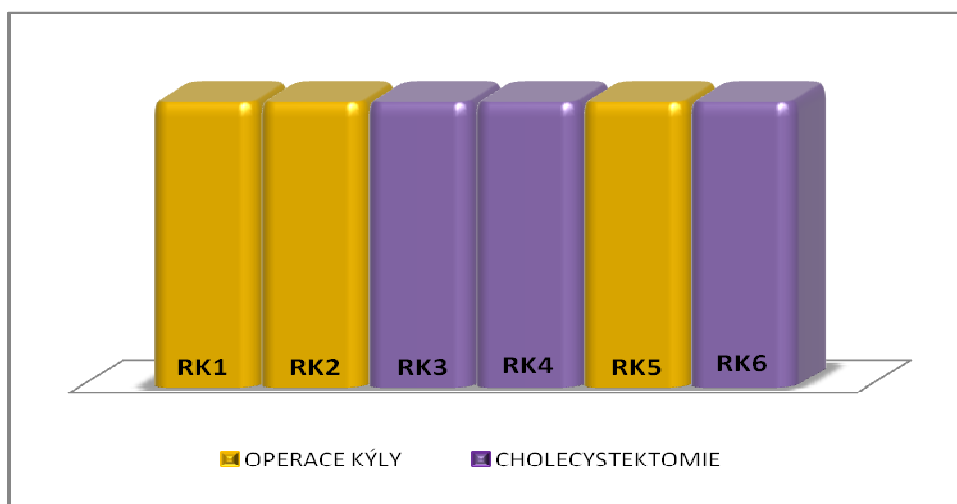
Graf 9 představuje zastoupení mužů a žen ve vzorku respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet. Z grafu vyplývá, že muži byli zastoupeni 3x (R1,2,6) a ženy také 3x (R3,4,5) – stejně, jako tomu bylo v prvním výzkumném vzorku.

Graf 10 Vzdělání respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami



Graf 10 uvádí nejvyšší dosažené vzdělání u respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet. Stejně jako u první skupiny respondentů, je nižší odborné vzdělání s vyučením zastoupeno 2x (RK1,5). Středoškolského vzdělání 2x (RK3,4) a vysokoškolské vzdělání také 2x (R2,6).

Graf 11 Absolvované operační výkony u respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami



Graf 11 znázorňuje absolvované operační výkony u respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet. Operace kýly 3x (RK1,2,5) a cholecystektomie také 3x (RK3,4,6).

Tabulka 17 Informace předané sestrou s použitím vytvořených edukačních karet

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
edukační karty	6	1	1	1	1	1	1
od půlnoci nejíst a nepít	5	1	1	1	1		1
hygiena před operací	5	1	1	1	1		1
holení operační rány	5	1	1	1	1		1
aplikace premedikace	5	1	1	1	1		1
uložení cenností	5	1	1	1	1		1
přesun na JIP a monitoring po operaci	5	1	1	1	1		1
drény po operaci	5	1	1	1	1		1
zavedená PŽK po operaci	5	1	1	1	1		1
předvedení signalizace	5	1	1	1	1		1
péče o ránu	5	1	1	1	1		1
vyprazdňování po operaci	5	1	1	1	1		1
bez protetik	5	1	1	1	1		1
nevstávat po operaci sám	4		1	1	1		1
od půlnoci nekouřit	4	1	1		1		1
bandáže dolních končetin	4	1	1		1		1
informace o oddělení	4	1	1	1			1
odevzdání léků sestře	3		1		1		1
večeři pouze od sestry	3		1	1			1
velmi obsáhlé	2	1	1				
organizace dne v den operace	1	1					
ranní zákaz make-upu	1			1			
praktický nácvik mobilizace	1		1				
werba pásy	1		1				
žádné, pouze předány karty	1					1	

Tabulka 17 znázorňuje informace, které sestry předaly skupině respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet. Respondent RK5 uvádí, že informace od sestry neobdržel žádné, pouze mu byly předány edukační karty. Všichni respondenti uvádí, že jim byly edukační karty předány. 5x (R1,2,3,4,6) klienti obdrželi informace o hygieně před operací, holení operační rány, aplikace premedikace, uložení cenností. Dále jim byly předány informace o tom, že nesmí od půlnoci jíst a pít, o odjezdu na operační sál bez protetik, přesun na JIP a monitoringu po operaci, vyprazdňování po operaci a péči o ránu, drény a zavedenou PŽK po operaci. 4x (RK1,2,4,6) respondenti obdrželi informace o zákazu kouření od půlnoci a bandáži dolních končetin. Sestrou jim byly dále položeny dotazy na pitný režim, vyprazdňování a dietní opatření. 4x byli respondenti (RK2,3,4,6) informováni, že po operaci nesmí vstávat sami. 3x (RK2,3,6) bylo oznámeno, že večere pouze od sestry. Na odevzdání léků sestře bylo upozorněno 3x (RK2,4,6). 2x (RK1,2) respondenti označili informace za velmi obsáhlé. S respondentem RK2 byl proveden praktický nácvik mobilizace a informace o werba pásech. Respondent RK1 byl informován o organizaci dne v den operace. O zákazu ranního make-upu byl informován respondent RK3.

Tabulka 18 Způsob předávaných informací sestrou s použitím vytvořených edukačních karet

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
tištěné slovo	6	1	1	1	1	1	1
ústní předání	5	1	1	1	1		1
praktický nácvik	4	1	1	1			1

Tabulka 18 demonstruje způsob předávaných informací sestrou. Všem respondentům byly předány tištěnou informace. K ústnímu předání informací spolu s tištěným slovem došlo 5x (RK 1,2,3,4,6). Praktický nácvik proběhl 4x (RK1,2,3,6).

Tabulka 19 Srozumitelnost informací na kartách vnímaná respondenty

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
rozuměl jsem všemu	5	1	1	1		1	1
některé pomůcky	1				1		

Tabulka 19 uvádí informace, které byly pro respondenty nesrozumitelné. 5x respondenti (RK1,2,3,5,6) rozuměli všemu. 1x (RK4) udává, že neporozuměl některým pomůckám, které byly na kartách vyobrazeny.

Tabulka 20 Vnímání edukačních karet respondenty

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
karty se líbily	6	1	1	1	1	1	1
přehledné	4		1	1		1	1
srozumitelné	3		1	1			1
dobré mít u sebe	3		1	1			1
příjemná změna	2			1			1
hezke obrázky	2				1	1	
„to jsem ještě nikde neviděl“	2	1			1		
obrázky usnadňují čitelnost	1						1
trochu infantilní	1		1				

Tabulka 20 informuje o tom, jak respondenti vnímali edukační karty. Všem respondentům se karty líbily. 4x (RK2,3,5,6) byly karty označeny za přehledné. 3x (RK2,3,6) bylo uvedeno, že je dobré mít karty u sebe a že jsou srozumitelné. Za příjemnou změnu byly karty označeny 2x (RK3,6). Hezké obrázky 2x (RK4,5) a 2x (RK1,4) respondenti uvedli, že to ještě nikde neviděli. 1x (RK6) uvádí, že obrázky usnadňují čitelnost a 1x (RK2) označil karty za trochu infantilní.

Tabulka 21 Nejvíce využívaná oblast karet respondenty

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
vše	3			1	1	1	
pomůcky	3	1	1				1

Tabulka 21 uvádí, kterou oblast karet respondenti nejvíce využívali. 3x (RK3,4,5) respondenti uvedli, že využívali vše a 3x (RK 1,2,6) nejvíce využívali oblast pomůcek.

Tabulka 22 Využití karet respondenty během hospitalizace

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
karty použité několikrát	5	1		1	1	1	1
nejvíc večer před operací	1	1					
kontrola "hadiček" dle karet	1					1	
dvakrát	1		1				

Tabulka 22 znázorňuje, kdy respondenti karty během hospitalizace využili. 5x (RK1,3,4,5,6) uvádí, že karty použili několikrát. 1x (RK2) uvádí, že kartu využil dvakrát, 1x (RK1) využil kartu nejvíc večer před operací a 1x (RK5) využil karet ke kontrole "hadiček" po operaci.

Tabulka 23 Chybějící informace na edukačních kartách z pohledu respondentů

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
na nic jsem nepřišel	5	1		1	1	1	1
více takových karet	1			1			
karta o dietě po operaci žlučníku	1				1		
nic, co by později chybělo	1		1				

Tabulka 23 demonstruje, co respondentům na edukačních kartách chybělo. 5x (RK1,3,4,5,6) uvádí, že na nic nepřišli. 1x (RK2) nepřišel na nic, co by později chybělo. 1x (RK3) chybí více takových karet a 1x (RK4) chyběla karta o dietě po operaci žlučníku.

Tabulka 24 Vylepšení edukačních karet respondenty

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
karty se líbily, upravit není co	5	1		1	1	1	1
měly by být všude	1				1		
doplnění karty o žlučnickové dietě	1				1		
pravděpodobně nic	1		1				
výměna fotek za obrázky	1		1				

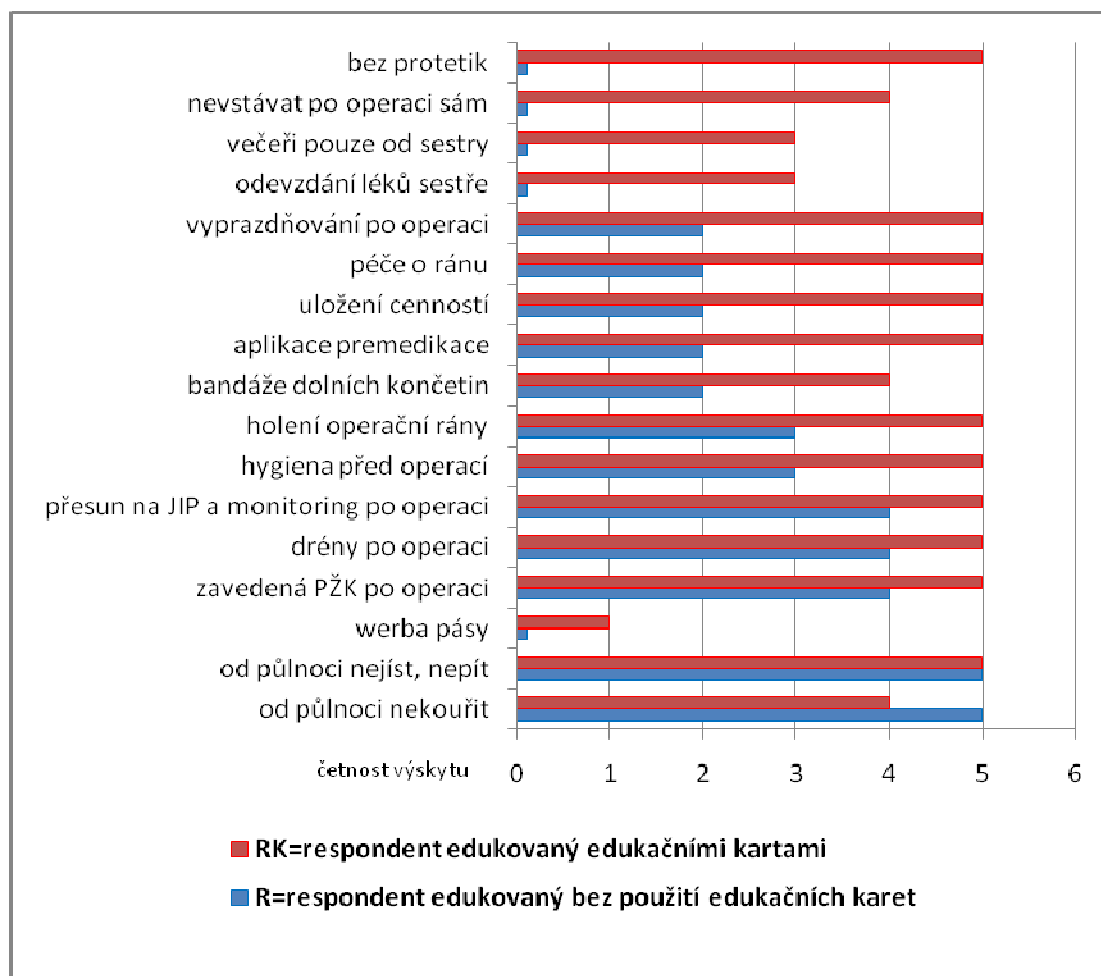
Tabulka 24 představuje vylepšení edukačních karet respondenty. 5x (RK1,3,4,5,6) uvedli respondenti, že není co upravit, že se jim karty líbily. 1x (RK4) respondent udává, že karty by měly být všude a měla by být doplněna karta o žlučnickové dietě. 1x (RK2) udává jako vylepšení výměnu fotek za obrázky, jinak pravděpodobně nic.

Tabulka 25 Přínos edukačních karet z pohledu respondentů

RK = respondent edukovaný kartou	Σ	RK 1	RK 2	RK 3	RK 4	RK 5	RK 6
možnost mít karty u sebe	5	1		1	1	1	1
možnost opakovaně nahlédnout	5		1	1	1	1	1
srozumitelné pro všechny	3		1	1			1
lepší zapamatování informací	3		1	1		1	
dobrá orientace	2					1	1
optimistické ladění	1				1		
nemusím stále číst text	1	1					
jednoduché schéma problematiky	1						1

Tabulka 24 uvádí, v čem respondenti spatřují přínos edukačních karet. 5x (RK1,3,4,5,6) spatřují přínos v možnosti mít karty u sebe. 5x (RK2,3,4,5,6) v možnosti opakovaně nahlédnout do karet. 3x (RK2,3,6) respondenti uvádí, že jsou karty srozumitelné pro všechny. Lepší zapamatování informací je uvedeno 3x (RK2,3,5). Dobrá orientace v kartách je uvedena 2x (RK5,6). 1x (RK4) je spatřován přínos v optimistickém ladění karet. Jednoduché schéma problematiky označuje 1x (RK6).

Graf 12 Nárůst informovanosti klientů v souvislosti s využitím edukačních karet



V grafu 12 je znázorněna četnost vybavených informací. Respondenti edukovaní bez použití karet jsou označeni modře a klienti, u nichž proběhla edukace s použitím karet červeně. Graf je sestaven sestupně dle rozdílu v četnosti vybavených informací. Informaci o odjezdu na operační sál obdrželo po edukaci kartami pět respondentů. Při edukaci bez použití karet tato informace nebyla předána vůbec – nárůst o pět informovaných klientů. Doporučení nevstávat po operaci sám z lůžka obdrželi čtyři klienti po edukaci kartami. Při původní edukaci bez karet nebylo toto doporučení předáno ani jednou – nárůst o 4. Během původní edukace bez karet nebyla ani v jednom případě předána informace o nutnosti odevzdat léky sestře a přijímání večeře před operací pouze od sestry. Při edukaci s kartami obě informace uvádí tři klienti – nárůst

o tři. Nárůst o tři informované klienty po edukaci kartami byl i u položek vyprazdňování po operaci, péči o ránu, uložení cenností a aplikace premedikace, kdy z původních dvou klientů jich bylo edekováno pět – nárůst o tři. Poučení o hygieně před operací a holení operační rány bylo předáno při původní edukaci 3x a po edukaci kartami 5x – tedy nárůst o 2. Stejný nárůst se týká i informace o bandáži dolních končetin před operačním výkonem, kdy z původních dvou byli kartami edukováni čtyři klienti. Nárůst o jednoho informovaného klienta byl v případě přesunu a monitoringu na JIP, zavedení PŽK a drenáže po operaci a používání werba pásů. Stejně zastoupení informovaných klientů bylo v případě informace týkající se zákazu jídla a pití od půlnoci. Informace o zákazu kouření od půlnoci se u klientů edukovaných dle vytvořených edukačních karet objevila -1x oproti klientům edukovaným bez použití karet.

5 Diskuse

Bakalářská práce byla zaměřena na potřebu edukace klientů před vybranými operacemi dutiny břišní.

V rámci výzkumného šetření bylo zjišťováno, jakou pozornost sestry věnují edukaci klientů před plánovanou operací dutiny břišní a jakým způsobem klientům informace předávají. Z kazuistik uvedených v kapitole 4.1 vyplývá, že s klienty při vstupu na oddělení byla zpracovávána anamnéza. Lékař odebíral anamnézu vztahující se k onemocněním, medikaci a alergickým projevům. Sestra prováděla sběr informací do ošetřovatelské anamnézy, ale všichni klienti - 6x, uvedli, že lékař i sestra se dotazovali na pitný režim, vyprazdňování a byly jim předány informace o oddělení. 5x byl lékařem i sestrou položen dotaz na váhu a výšku, kouření, dietní opatření a dotaz na bolest. Po vyplnění lékařské i ošetřovatelské anamnézy následuje edukace klientů sestrou na téma chod a uspořádání ošetřovatelské jednotky, kdy všech šest respondentů uvádí, že dostali informace o oddělení. Pět klientů dostalo k dispozici informace o domácím řádu a tři obdrželi informace a tištěný materiál s právy pacientů. Dále sestra zahajuje edukaci na téma předoperační příprava a pooperační péče. Informace, které byly klientům předány, jsou zaznamenány v tabulce 2. Z té vyplývá, že pět respondentů si vybavuje zákaz jídla, pití a kouření od půlnoci. Pouze 1x byl vydán okamžitý zákaz jídla a tekutin a to z důvodu akutní operace slepého střeva (graf 4). Další nejčastější informace, respondenty při rozhovorech uvedené 4x, byly pooperační překlady na monitorované lůžko na JIP a možnost zavedení permanentní žilní kanyly a drenáže z operační rány. 3x předání informací o holení operačního pole a nácvič pooperační mobilizace. Dále již pouze 2x informace o pooperační péči o ránu, aplikaci premedikace, bandáži dolních končetin, zákazu ranního make-upu a možnosti uložení šperků a ostatních cenností.

Z výpovědí, které byly od respondentů získány, lze vytvořit odpověď na výzkumnou otázku VO 1: *Jakými vědomostmi disponují klienti před operačním zákrokem ke zdárnému pooperačnímu průběhu?* Odpověď 1: *Nejčastější vědomosti zaměřené na předoperační přípravu a pooperační péči, kterými klienti před operačním zákrokem disponují, jsou zákaz jídla, pití a kouření od půlnoci, pooperační překládání a monitoring na jednotce JIP, možnosti zavedení permanentní žilní kanyly a drenáže z operační rány.* Z uvedeného se dá usoudit, že informace, které klienti obdrželi opakovaně od sestry i lékaře si lépe vybavují. Dotazy na váhu, výšku, pitný režim, kouření, dietní opatření a dotaz na bolest si vybavili 5x. Informace týkající se konkrétně předoperační přípravy a pooperační péče, které předávala pouze sestra a klienti si je také vybavily 5x, jsou pouze informace o zákazu jídla pití a kouření od půlnoci. Důležité informace o pooperační péči o ránu, aplikaci premedikace, bandáži dolních končetin, možnosti uložení šperků a ostatních cenností se vybavily pouze dvěma respondentům. Je tedy zřejmé, že opakování informací vede k jejich efektivnějšímu uložení a následnému vybavení. Porovnejme proto četnost informací, jež si klienti vybavili po edukaci bez použití karet s informacemi vybavenými po edukaci s použitím edukačních karet, kdy jsou informace klientům předány mluveným slovem a následně zopakovány a vizualizovány za pomoci karet. Z grafu 12 jasně vyplývá nárůst informovanosti respondentů u jednotlivých položek. Informaci o odjezdu na operační sál bez protetik neobdržel v prvním zkoumaném vzorku respondentů nikdo. U respondentů edukovaných dle vytvořených edukačních karet obdrželo tuto informaci pět respondentů – tedy nárůst o pět klientů. Nárůst o čtyři se týká i doporučení nevstávat po operaci z lůžka sám. Bez použití edukačních karet zmiňované doporučení neobdržel žádný klient, po edukaci edukačními kartami ji uvádí čtyři respondenti. V prvním zkoumaném vzorku respondentů také nikdo neobdržel informaci o odevzdání léků sestře a poučení o požívání stravy pouze od sestry. Po edukaci edukačními kartami, byly tyto informace zmíněny 3x. Nárůst o tři informované klienty po edukaci kartami se týkal i informací o vyprazdňování po operaci, péči o ránu, uložení cenností a aplikace premedikace. Nárůst o dva, opět po edukaci s použitím edukačních karet, se týkal informací o holení

operační rány a hygieně před operací. Zvýšení o jednoho klienta se týkalo přesunu a monitoringu na JIP, možnosti zavedení PŽK, drenáže a manipulace s werba pásy. Informace o zákazu kouření od púlnoci se u klientů edukovaných dle vytvořených edukačních karet objevila -1x. Tato informace se však týkala respondentky, která již ve vstupní anamnéze uvedla, že je nekuřačka. Počty informovaných klientů edukovaných s použitím karet jsou dále u všech položek sníženy o jednu, jelikož jak ukazuje tabulka 17, respondent RK5 obdržel od sestry pouze edukační karty a žádné informace, proto nebyl započítán do žádné položky. Pokud by se sestry omezily na pouhé předávání karet či jiného tištěného materiálu, nejednalo by se o edukaci, ale o pouhé předání informací a sestra má být v rámci ošetřovatelského procesu edukátorka a nikoli pouhá informátorka. Z výsledků lze též usuzovat na nevyužití edukačního plánu, přestože byl k edukaci klientů před operačním výkonem v dutině břišní vytvořený, sestry s ním byly seznámeny, byla jim předvedena práce s plánem a byl jim ponechán k dispozici. Je zcela zřejmé, že pokud by edukace probíhala dle přiloženého edukačního plánu, nemohlo by se stát, že by klient obdržel pouze edukační karty, bez dalšího předání informací a nácviku praktických dovedností. Nejefektivnější je tedy edukace, jak ji uvádí Juřeníková v knize Zásady edukace v ošetřovatelské praxi a též Kuberová v Didaktice ošetřovatelství, a to edukace dle připraveného edukačního plánu s využitím edukačních pomůcek - v našem případě edukační karty a praktický nácvik dovedností. Respondenti byli dále dotazováni, zda si mohli kladením otázek sestře doplnit chybějící informace, nebo informace, jímž zcela neporozuměli. Uvádějí, že ano - mimo respondenta R6, jak je uvedeno v tabulce 5. Respondenti byli sestrou zpětně dotazováni na srozumitelnost předaných informací (tabulka 5). Zpětnou vazbu provádí pět sester položením otázky: Rozumíte všemu? 4 sestry pobízely klienta k dotazování a kontrolovaly jejich nonverbální projevy. Pouze jedna sestra uvádí, že neprovádí žádnou zpětnou vazbu (tabulka 14). Zaměříme-li se dále na nejčastější dotazy, které kladou klienti sestrám, vychází z tabulky 4 i 15 dotaz na možnost návštěv, který se vyskytl 5x. Dotaz na délku hospitalizace dle vyjádření sester v tabulce 15 vznesli klienti také 5x. Z obou nejčastějších dotazů je zřejmé, že pro klienty je velmi důležité sociální zázemí a

pokud nebude uspokojena nejdříve tato jejich potřeba, nebudou schopni se plně věnovat edukaci. Je to praktická ukázka toho, na co poukazuje odborná literatura, např. Závodná v Pedagogice v ošetrovatel'stve nebo opět Kuberová s Juřeníkovou, a to, že má-li být edukace efektivní, je třeba při tvorbě edukačního plánu vycházet nejen z potřeb edukátora, ale hlavně z potřeb klienta.

O způsobu předávání informací sestrou hovoří tabulky 3 a 10. Obě tabulky shodně uvádí ústní předání informací ve všech šesti případech. Tištěný text byl předán 3x (tabulka 3) a dle tabulky 10 předávají tištěný text čtyři sestry. V praktické ukázce a nácviku dovedností se opět obě tabulky shodují na trojím předvedení a praktickém nácviku. Většinou se jedná o manipulaci se signalizačním zařízením a nácvik pooperační mobilizace, jak dokládá tabulka 2. Na základě analýzy uvedených výsledků byla vytvořena odpověď na výzkumnou otázku VO 2: *Jaké edukační metody sestry využívají u klientů před operačními výkony?* Odpověď 2: *U klientů před operačními výkony v dutině břišní je sestrami použita metoda teoretická, kdy byly klientům předány informace mluveným a tištěným slovem a metoda teoreticko-praktická, kdy bylo mluvené a tištěné slovo doplněno o praktický nácvik dovedností.* Výsledky tohoto šetření podporují výsledky výzkumu, který publikovala v Ošetrovatel'skom obzore v článku Edukacia v ošetrovatel'skom procese Magerčiaková. Z jejího výzkumu vyplynuly sestrami preferované metody edukace. Mluvené slovo (52%), tištěné slovo (11%), názorné ukázky (6%) a kombinované metody edukace (31%).

Respondenti byli dále dotázáni, zda by uvítali tištěný edukační materiál, který by obsahoval informace předávané sestrou. Tyto údaje jsou obsaženy v tabulce 7 a vyplývá z nich, že pět respondentů by takové materiály uvítalo, pokud by je mohli mít u sebe a obsahovaly by obrázky nebo fotografie. Jako další předpoklad k úspěšnosti edukačního materiálu uvedli tři respondenti nutnost tištěné, stručné, ne moc obsáhlé formy, kde budou informace laicky podané. Za povšimnutí stojí, že základní požadavky na edukační materiál byly shodné bez ohledu na rozdíl v dosaženém vzdělání respondentů (graf 3). Prvotním úmyslem bylo na základě získaných informací

vypracovat edukační karty k předoperační přípravě a pooperační péči u každého onemocnění samostatně. Šetření u klientů a sester však ukázalo, že bezprostřední předoperační příprava a pooperační péče je u operačních výkonů v dutině břišní shodná. Rozdíly se objevují až v následné pooperační a domácí péči. Z toho důvodu byly edukační karty sjednoceny pro všechny operační výkony v dutině břišní. Na základě vyslovených požadavků sester i klientů byly edukační karty sestaveny a následně ověřeny v ošetrovatelské praxi. Nejprve byly karty předloženy k připomínkování sestrám. V čem vidí sestry přínos edukačních karet je zpracováno v tabulce 16. Všechny sestry shodně uvádí, že se jim karty líbí. Pět sester vidí největší přínos v tom, že kartám porozumí všichni klienti – čímž jsme dostali požadavku, aby byly karty srozumitelné pro širokou laickou veřejnost. Čtyři sestry uvádí, že jsou karty přehledné a je výhodné, že je mohou mít klienti u sebe. Oproti tomu se jedna sestra vyjádřila, že se karty budou ztrácet, pokud je klienti dostanou k dispozici. Zajímavý je též názor jedné sestry, která přínos edukačních karet spatřuje v tom, že jelikož jsou přehledné, pomohou i jí, aby při edukaci na nic nezapomněla. Poté, co karty shlédly sestry, byla zahájena edukace nově přichozících klientů s pomocí edukačních karet, které jim byly po dobu hospitalizace ponechány k dispozici. S těmito klienty bylo prováděno další výzkumné šetření a to den až dva před jejich plánovaným propuštěním. Tabulka 20 vypovídá o tom, jak respondenti edukační karty a práci s nimi vnímali. Z odpovědí je patrné, že všem respondentům se práce s kartami i karty líbily. Čtyři respondenti udávají, že karty jsou přehledné. 3x byly karty označeny za srozumitelné a respondenti uvítali možnost mít je u sebe. Za příjemnou změnu byly karty označeny 2x. Zajímavé je též porovnání tabulek 7 a 20. V tabulce 7 respondenti uvádí 5x, že by ocenily materiály s obrázky a v tab. 20, která uvádí, jak respondenti karty vnímali, jsou obrázky oceněny 2x. Požadavek mít materiály u sebe je v tabulce 7 uveden 5x, zatímco klienti po edukaci kartami ho uvádí v tabulce 3x a jako přínos ho označují v tabulce 24 - 5x. Požadavek na srozumitelnost byl vznesen 3x a 3x také karty byly za srozumitelné označeny. Tabulka 19 vypovídá o tom, že pouze jeden respondent neporozuměl použití pomůcky zobrazené na edukační kartě. Jednalo se o respondentku RK4 a jak je uvedeno v kazuistice 16, nebyla si jistá

nutností nosit kýlní pás po operaci, což jí bylo sestrou následně vysvětleno a dále již uvádí všechny informace za srozumitelné. Pro všechny ostatní respondenty byly informace uvedené na kartách srozumitelné. Velmi pozitivní je zjištění z tabulky 23, že ani jeden respondent nepřišel na nic, co by na kartách chybělo, pouze bylo 1x řečeno, že by takových karet mělo být více a doplnění o kartu zabývající se dietou po operaci žlučníku. Jelikož se ale jedná o základní edukaci před operačním výkonem, nebyla v danou chvíli edukace o dietě bezpodmínečně nutná. Edukační karta s tematikou žlučnickové diety bude, po jejím vytvoření, využita až při reedukaci klientů po operaci žlučníku zaměřené právě na dodržování dietního režimu. Na základě odpovědí uvedených v tabulce 25 můžeme odpovědět na výzkumnou otázku *VO 3: V čem klienti spatřují přínos při práci s edukačními kartami?* *Odpověď 3: Největší přínos klienti spatřují v možnosti mít edukační karty u sebe, opakovaně do nich nahlédnout, v provedení srozumitelném pro všechny a lepším zapamatování předávaných informací při použití edukačních karet.*

6 Závěr

V této bakalářské práci byly stanoveny čtyři cíle. Cíl 1: Zjistit, zda je edukace klientů před vybranými operačními zákroky efektivní. Cíl 2: Zjistit metody edukace klientů na chirurgických odděleních před vybranými operačními zákroky z pohledu sester. Cíl 3: Vytvořit edukační prostředek (edukační karty) pro klienty před vybranými operačními zákroky. Cíl 4: Ověřit vytvořený edukační prostředek v ošetrovatelské praxi. Všechny cíle práce byly splněny.

Pro kvalitativní šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. VO 1: Jakými vědomostmi disponují klienti před operačním zákrokem ke zdárnému pooperačnímu průběhu? VO 2: Jaké edukační metody sestry využívají u klientů před operačními výkony? VO 3: V čem klienti spatřují přínos při práci s edukačními kartami? Na základě analýzy výsledků odpovědí respondentů a sester z chirurgického oddělení, které byly zaznamenány v grafech a tabulkách byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky.

Odpověď 1: Nejčastější vědomosti zaměřené na předoperační přípravu a pooperační péči, kterými klienti před operačním zákrokem disponují, jsou zákaz jídla, pití a kouření od půlnoci, pooperační překlad a monitoring na jednotce JIP, možnosti zavedení permanentní žilní kanyly a drenáže z operační rány.

Odpověď 2: U klientů před operačními výkony v dutině břišní je sestrami použita metoda teoretická, kdy byly klientům předány informace mluveným a tištěným slovem a metoda teoreticko-praktická, kdy bylo mluvené a tištěné slovo doplněno o praktický nácvik dovedností.

Odpověď 3: Největší přínos klienti spatřují v možnosti mít edukační karty u sebe, opakovaně do nich nahlédnout, v provedení srozumitelném pro všechny a lepším zapamatování předávaných informací při použití edukačních karet.

Výsledky šetření ukázaly, že efektivita edukace se s použitím vytvořených edukačních karet zvýšila. Lze také usuzovat na to, že s využitím předem sestaveného a přiloženého edukačního plánu, by byly výsledky edukace, včetně nácviku praktických dovedností, ještě lepší. Další využití práce v praxi spočívá v zanechání edukačních karet na chirurgických odděleních, kde jsou klienti připravováni k operačním výkonům. Zde budou karty klientům při příchodu v rámci edukačního procesu předány a budou jim ponechány k dispozici po celou dobu jejich hospitalizace. Karty klientům usnadní orientaci a adaptaci v celém předoperačním i pooperačním období.

Edukační plán

Téma: Edukace klienta před plánovanou operací dutiny břišní

Edukant: klient přijatý k plánované operaci dutiny břišní na chirurgické oddělení

Potřeby edukanta: ze vstupního rozhovoru při přijetí klienta na chirurgické oddělení před plánovanou operací vyplynuly následující potřeby

- Navázání kontaktu a spolupráce se sestrou
- Získání nových informací o předoperační přípravě a pooperační péči
- Naučit se manipulovat s pooperačními pomůckami
- Zvládnou nácvik pooperační mobilizace

Edukační diagnóza: Nedostatek vědomostí a dovedností projevující se verbálním vyjádřením a snahou o získání nových informací a zvládnutí správné manipulace s pomůckami

1. fáze: Bezprostřední příprava a projektování

Krátkodobé cíle z pohledu edukanta, výsledná kritéria:

Afektivní:

- Klient vyjádří zájem a projeví snahu získat vědomosti o předoperační a pooperační péči → klient verbalizuje pozitivní postoj k edukaci
- Klient vyjádří zájem a projeví snahu získání dovedností při manipulaci s pomůckami → klient verbalizuje důležitost užití pomůcek

Kognitivní:

- Klient má vědomostí o předoperační přípravě → pacient ví, že
 - od půlnoci nemá přijímat jídlo a tekutiny
 - ráno musí provést hygienickou péči ve sprše
 - bude mu oholeno místo předpokládaného operačního vstupu
 - cennosti si odloží oproti podpisu u sestry do trezoru
 - po aplikaci premedikace již nesmí vstávat z lůžka
 - před odjezdem na operační sál je nutno vyjmout veškerá protetika
- Pacient si pamatuje fakta o pooperační péči → pacient zná pravidla pooperační mobilizace a umí je vyjmenovat
- Pacient má znalosti o edukačních pomůčkách (edukační karty, žilní katétry, drenážní systémy, močové lahve, podložní mísy, emitní mísky) → pacient umí vyjmenovat používané pomůcky

Psychomotorické:

- Pacient správně aplikuje základní prvky pooperační mobilizace → pacient předvede postup při pooperační mobilizaci s prvky postupné vertikalizace a co nejmenším zatížením operační rány
- Pacient správně manipuluje s pomůckami → pacient umí pomůcky na vyzvání použít

Cíle z pohledu edukátora:

- Zmapovat, jakými informacemi pacient před plánovanou operací disponuje
- Zjistit, zda již pacient prodělal nějaký operační zákrok a případné nežádoucí efekty po operačním výkonu
- Zmapovat pacientovu úroveň kognitivních a psychomotorických dovedností
- Zmapovat pacientovu mobilitu, zjistit, zda užívá nějaké kompenzační pomůcky - francouzské hole, vysoké hole, chodítko atd.
- Poskytnout pacientovi informace o předoperační přípravě a pooperační péči
- Seznámit a naučit pacienta manipulaci s připravenými edukačními pomůckami – edukační karty, drenážní systémy, žilní katétry, močové lahve, podložní mísy, emitní misky
- Naučit pacienta zásadám správné mobilizace po operaci a provést praktický nácvik
- Zapojit pacienta do léčebného a ošetrovatelského procesu
- Získat pacienta ke spolupráci a aktivnímu přístupu při edukaci a celém léčebném a ošetrovatelském procesu

Edukační strategie:

Druh edukace: základní

Forma edukace z pohledu edukanta: individuální

Forma edukace z pohledu délky: 30 – 45 minut

Forma edukace z pohledu metody: slovní, názorně-demonstrační

Prostředí edukace: ambulance chirurgického oddělení

Pomůcky: edukační karty, drenážní systémy, žilní katétry, močové lahve, podložní mísy, emitní misky

Osobnost edukanta: Klient přijatý k plánované operaci dutiny břišní s uspokojenými psycho-sociálními potřebami, připravený k edukaci na téma předoperační příprava a pooperační péče. Aktuální potřeby edukanta jsou uvedené v úvodu edukačního plánu.

Struktura edukačního setkání:

- Poskytnutí informací o předoperační přípravě a pooperační péči
- Předání a předvedení práce s edukačními kartami
- Představení a nácvik manipulace s pomůckami pro pooperační péči - drenážní systémy, žilní katétry, močové lahve, podložní mísy, emitní misky
- Seznámení klienta s pooperačním mobilizačním plánem
- Praktický nácvik mobilizace
- Nácvik manipulace s drenážními systémy při mobilizaci

2. fáze Realizace:

- Představení se P/K
- Uvedení P/K do edukačního prostředí
- Seznámení P/K s edukačními cíli a plánem
- Představení pomůcek
- Praktický nácvik dovedností
- Položení kontrolních otázek:
 - Kterým informacím jste nerozuměl?
 - Které informace potřebujete doplnit?
 - Vyjmenujte pomůcky, se kterými se můžete v pooperačním období setkat.
 - Vysvětlete, co je žilní katétr a jak o něj budete pečovat.
 - Uveďte zásady správné péče o pooperační ránu.
 - Popište, jak budete postupovat, až budete potřebovat po operaci na toaletu.
 - Předved'te, jak budete po operaci manipulovat s drény.

3. fáze - Zpětná vazba

- Prostřednictvím ankety zjistit spokojenost pacienta s edukací a edukačními kartami
- Prostřednictvím ankety zjistit, co pacientovi při edukaci chybělo
- Sebehodnocení na základě položených otázek:
 - Co jsem pacienta naučila, co zná, co umí?
 - Jak se pacient při edukaci cítil a jak se to projevilo?
 - Jak pacient na edukaci reagoval?
 - Co pro pacienta edukace představovala?

Pacient prokázal získané vědomosti a dovednosti a na edukační proces reagoval pozitivně, což se projevilo spoluprací a aktivním přístupem ze strany pacienta. Edukační proces vnímal jako příjemnou formu, jak docílit toho, aby se po operaci co nejrychleji zotavil. Edukační cíle byly naplněny.

DEN PŘED OPERACÍ



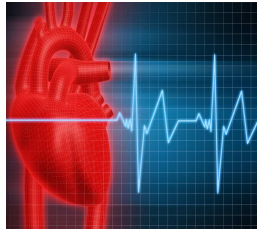
SEZNAMTE SE S POKOJEM A CELÝM ODDĚLENÍM

NASTUDUJTE A PODEPIŠTE POTŘEBNÉ
DOKUMENTY A SOUHLASY



KTERÉ UŽÍVÁTE, ODEVZDEJTE SESTRĚ

ABSOLVUJTE NEZBYTNÁ



DLE POKYŇŮ LÉKAŘE



K VEČEŘI JEZTE POUZE STRAVU, PODANOU
SESTROU - MŮŽETE JIŽ MÍT DIETNÍ OPATŘENÍ

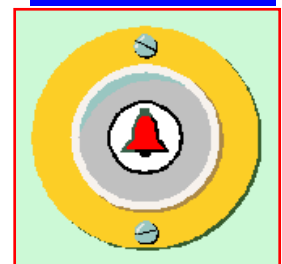
OD PŮLNOCI



PŘI NEJASNOSTECH SE OBRAŤTE NA



V PŘÍPADĚ POTŘEBY POUŽIJTE



V DEN OPERACE



RÁNO PROVEĎTE DŮKLADNOU HYGIENICKOU OČISTU



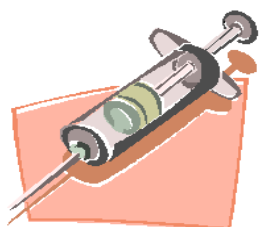
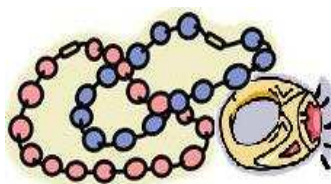
BUDE VÁM OHOLENO MÍSTO OPERAČNÍHO VSTUPU

STÁLE PLATÍ



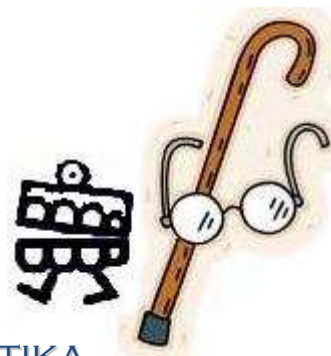
DOLNÍ KONČETINY VÁM BUDOU ZABANDÁŽOVÁNY

DO TREZORU SI ULOŽTE



PŮL HODINY PŘED ODJEZDEM NA OPERAČNÍ SÁL, VÁM SESTRA PODÁ LÉKY PŘEDEPSANÉ ANESTEZIOLOGEM

POTÉ JIŽ NEVSTÁVEJTE Z



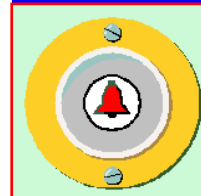
PŘED ODJEZDEM NA OPERAČNÍ SÁL VYJMĚTE VEŠKERÁ PROTETIKA



Při NEJASNOSTECH SE OBRAŤTE NA



V PŘÍPADĚ POTŘEBY POUŽIJTE

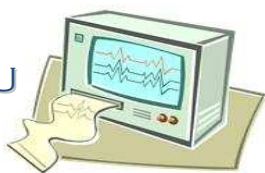


PO OPERACI

BUDETE PŘELOŽEN NA MONITOROVANÉ



Z DŮVODU



NEOPOUŠTĚJTE

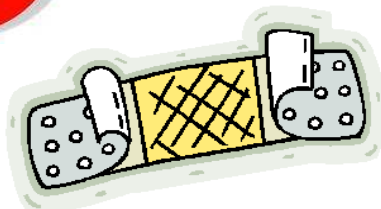
DVĚ HODINY PO OPERACI



DOKUD VÁM STRAVU NEPODÁ

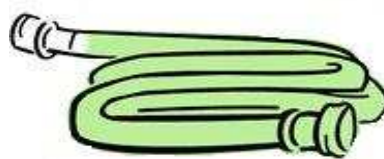


NA



OPERAČNÍ RÁNY SI NESAHEJTE

NETAHEJTE SI ZA ŽÁDNÉ



DO



HODIN PO OPERACI BYSTE SE MĚLI VYMOČIT

K TOMU POUŽIJTE



NEBO



Z



SAMI NEVSTÁVEJTE

PRVNÍ VSTÁVÁNÍ

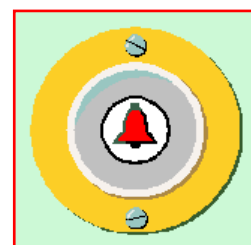


SE



SOS

V PŘÍPADĚ POTŘEBY POUŽIJTE



PO OPERACI SEMŮŽETE SETKAT :



EMITNÍ MISKY - NA ZVRACENÍ

PERMANENTNÍ ŽILNÍ KATÉTR
- ZAJIŠŤUJE ŽILNÍ PŘÍSTUP



INFÚZE — ZAJIŠŤUJE VÝŽIVU
A DOPLNĚNÍ TEKUTIN



MONITORY



MOČOVÉ LÁHVE PRO MUŽE PRO
VYPRAZDŇOVÁNÍ NA LŮŽKU

PODLOŽNÍ MÍSA — VYPRAZDŇOVÁNÍ NA
LŮŽKU PRO ŽENY I MUŽE



PERMANENTNÍ MOČOVÝ KATÉTR
SBĚRNÝ SÁČEK NA MOČ

KRYTÍ OPERAČNÍ RÁNY



DRENÁŽNÍ SYSTÉMY

WERBA PÁSY



7 Seznam použitých zdrojů:

1. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 122s. ISBN 80-7013-251-5.
2. ČÁMSKÁ, I. Edukace pacienta perioperační sestrou. In: *Florence*. Praha: 2007. roč. 3, č. 1, s. 27, ISSN 180 1464X.
3. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 2.upr. a dop. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 470 s. ISBN 80-247-0143-X.
4. ELIŠKOVÁ, M., NAŇKA, O. *Přehled anatomie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 309s. ISBN 80-246-1216-X.
5. FERKO, A. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 591 s. ISBN 80-247-0230-4.
6. HROMÁDKOVÁ, A. *Potřeba edukace pacientů po operaci varixů*. České Budějovice, 2009. 94s. Bakalářská práce na zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Ošetřovatelství. Vedoucí práce PhDr. Věra Stasková.
7. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7376-485-4.
8. HLINOVSKÁ, J. KOIŠOVÁ H. *Edukace v ošetřovatelství – prostředek k získání aktivního přístupu klienta/pacienta k vlastnímu zdraví*. [cit. 2008-12-3]. Dostupné z WWW: <http://www.vzp5.cz/vzs/aktivity/eu/cd/hlinovska.pps7>.
9. JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.
10. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. SR, Martin: Osveta 2004, 211s. ISBN 80-8063-160-3.

11. KUBEROVÁ, H. *Didaktika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
12. MAGERČIAKOVÁ, M. Edukácia v ošetrovateľskom procese. In: *Ošetrovateľský obzor*. Bratislava: HERBA s.r.o., 2005, roč.2, č. 4, s. 99-101. ISSN 1336-5606.
13. MAGERČIAKOVÁ, M. Využitie internetu v edukácii pacientov. In: *Florence*. Praha: Galén, 2005, roč. 2, č. 1, s. 47-48. ISSN 1801-464X.
14. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody*. Brno: Paido,2003. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
15. MUŽÍK, J. *Androdidaktika*. 2.vyd. Praha: ASPI, 2004.148s. ISBN 80-7357-045-9.
16. NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 172s. ISBN 80-247-0738-1.
17. NEUWIRTH, J. *Ošetrovatelství II. pro střední zdravotnické školy*. 4. dopl. vyd. Praha: Informatorium, 1998. 205 s. ISBN 80-86073-22-X.
18. PETTY, G. *Moderní vyučování*. 4.vyd. Praha: Portál, 2006. 380 s. ISBN 80-7367-172-7.
19. PODSTATOVÁ, R., ŘEHOŘOVÁ, J., SOVOVÁ, E. a kol., *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2007. 144s. ISBN 978-80-247-1997-9.
20. POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přepr. vyd. Brno: NCO NZO 2008. 100s. ISBN 978-80-7013-466-5.
21. POKORNÁ, A. *E-learningové strategie v edukaci nemocných – metodická doporučení*. [cit. 2008–12–14]. Dostupné z WWW: http://www.mefanet.cz/res/file/mefanet2008/prispevky/31_pokorna.pdf.
22. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 3.upr. a dol. vyd. Praha: Portál, 2005. 481s. ISBN 80-7367-047-X.

23. ŠUSTEROVÁ, D. Edukace pacienta. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 6, s. 45. ISSN 1210-0404.
24. VALENTA, J. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2004. 237 s. ISBN 80-246-0644-5.
25. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
26. VYHNÁLEK, F. *Chirurgie I. pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 224 s. ISBN 80-7333-005-9.
27. VYHNÁLEK, F. *Chirurgie II. pro střední zdravotnické školy*. 2., přeprac. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 238 s. ISBN 80-7333-007-5.
28. WORKMAN, B. A., BENNET, C. L. *Klíčové dovednosti sester*. přeloženo z anglického originálu „Key Nursing Skills“ 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 260s. ISBN 80-247- 1714-X.
29. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 2. preprac . a dopl. vyd. SR, Martin: Osveta, 2005. 117s. ISBN 80-8063-193-X.
30. ZEMAN, M. *Chirurgická propedeutika*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

8 Klíčová slova

Edukace

Edukační karty

Edukační plán

Chirurgie

Operace dutiny břišní

Ošetrovatelská péče

Sestra

9 Přílohy

Příloha 1 – Souhlas s výzkumem – hlavní sestra

Příloha 2 – Dutina břišní

Příloha 3 – Kýla

Příloha 4 – Žlučník

Příloha 5 – Slepé střevo

Příloha 6 – Otázky pro klienty

Příloha 7 - Otázky pro sestry

Příloha 8 – Otázky pro klienty po edukaci vytvořenými edukačními kartami

Příloha 9 - Seznam tabulek

Příloha 10 – Seznam grafů

Příloha 1

Souhlas hlavní sestry s provedením výzkumu

Vážená hlavní sestro,

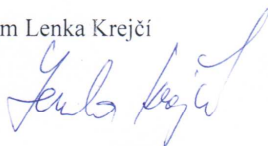
Jmenuji se Lenka Krejčí a pracuji na chirurgickém oddělení 610 JIMP. Současně studuji na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, kde jsem posluchačkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra. Studium bych ráda zakončila prací zaměřenou na edukaci pacientů před plánovanými chirurgickými operacemi. Proto se obracím na Vás, s žádostí o umožnění provedení provedení výzkumu u těchto pacientů na chirurgických odděleních. Jednalo by se o kvalitativní výzkum u přibližně 10 – 15 pacientů. Kvalitativní šetření by bylo prováděno formou standardizovaného rozhovoru s pacienty před i po operaci. Cílem rozhovoru bude získat od pacienta informace o průběhu a způsobu edukace a o informacích, jež obdržel, s možností osobního vyjádření, co jemu osobně vyhovovalo nejvíce. Podobný rozhovor by probíhal i po operaci s prezentací osobní zkušenosti o naplnění edukace a ev. připomínkami k tomu, co při zpětném pohledu postrádal a co by bylo vhodné doplnit ještě před plánovanou operací.

Protiváhou pro vyjádření pacientů by měli být výpovědi sester, které by byly získány stejnou formou standardizovaného rozhovoru.

Cílem práce je zjištění, která z forem edukace je pro pacienty v praxi nejpříjemnější, sestavení co nejefektivnější edukační mapy a odstranění nedostatků, jež by mohli pacienti před operacemi pociťovat.

Děkuji Vám za Vaši podporu, s pozdravem Lenka Krejčí

Znojmo 20.10.2010



Souhlasím s provedením standardizovaných rozhovorů u pacientů, všeobecných sester na chirurgickém oddělení Nemocnice Znojmo.

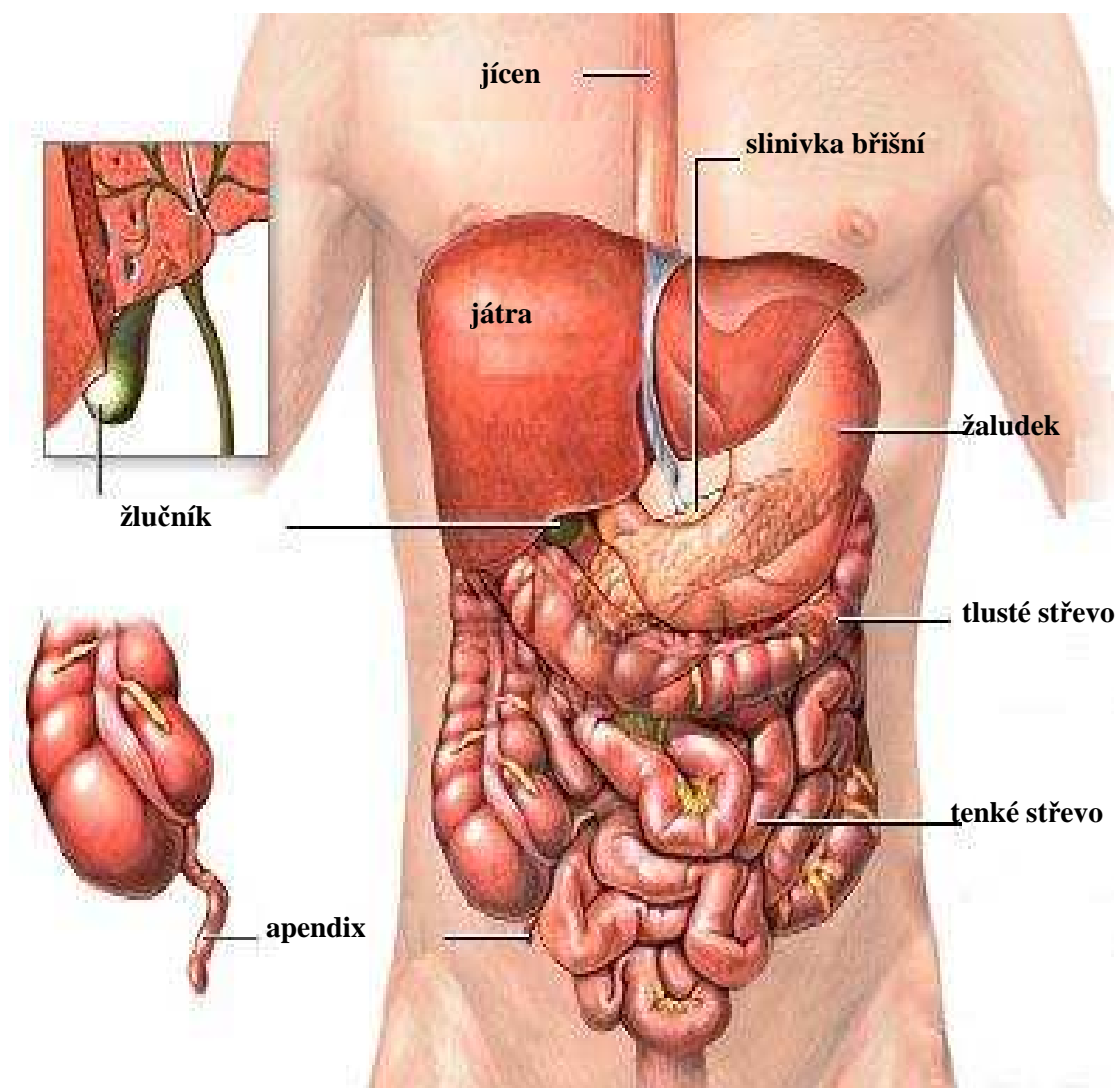
Mgr. Jana Vacková

hlavní sestra Nemocnice Znojmo

Nemocnice Znojmo,
příspěvková organizace
hlavní sestra
MUDr. Jana Janského 11, 669 02 Znojmo

Příloha 2

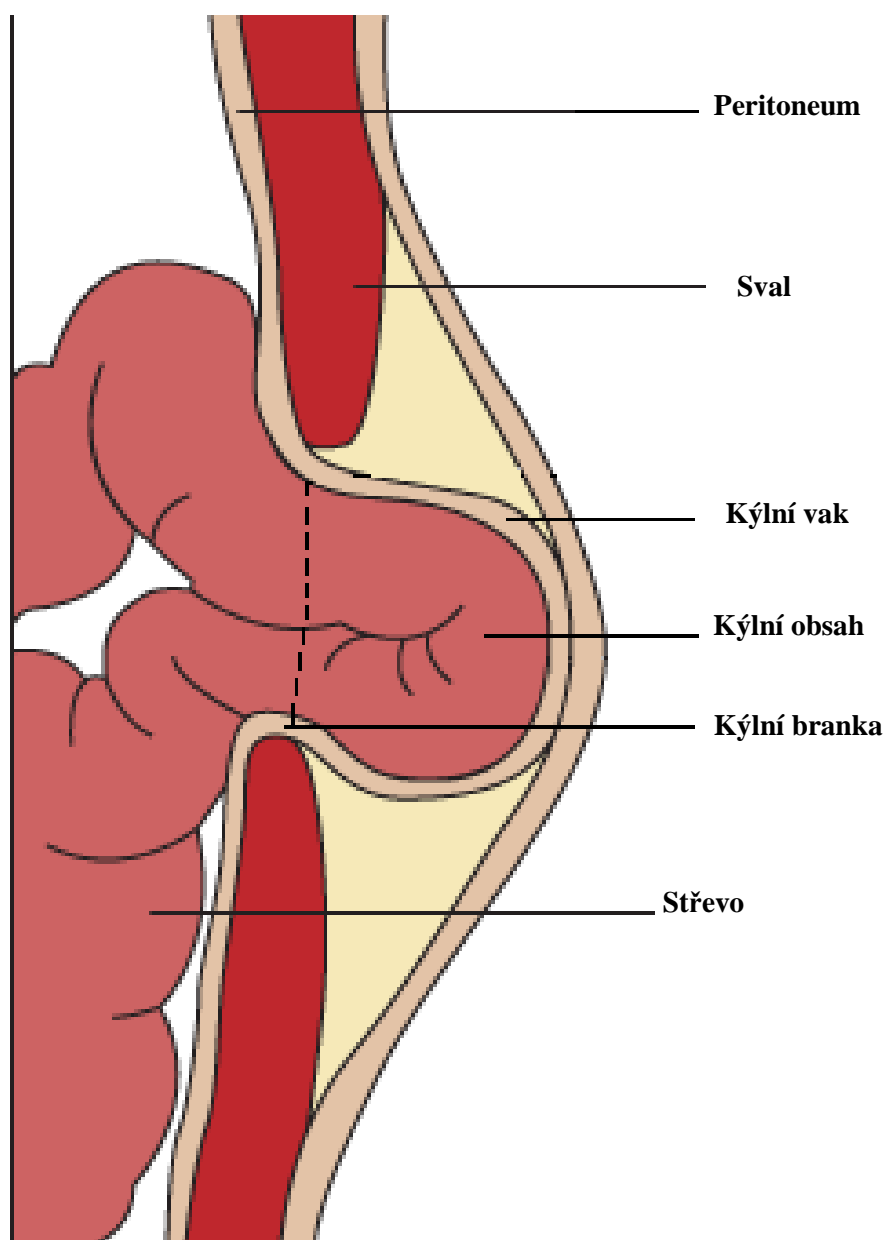
Dutina břišní



Zdroj: <http://best-mesotheliomazone.blogspot.com/2010/03/what-is-abdominal-pain.html>

Příloha 3

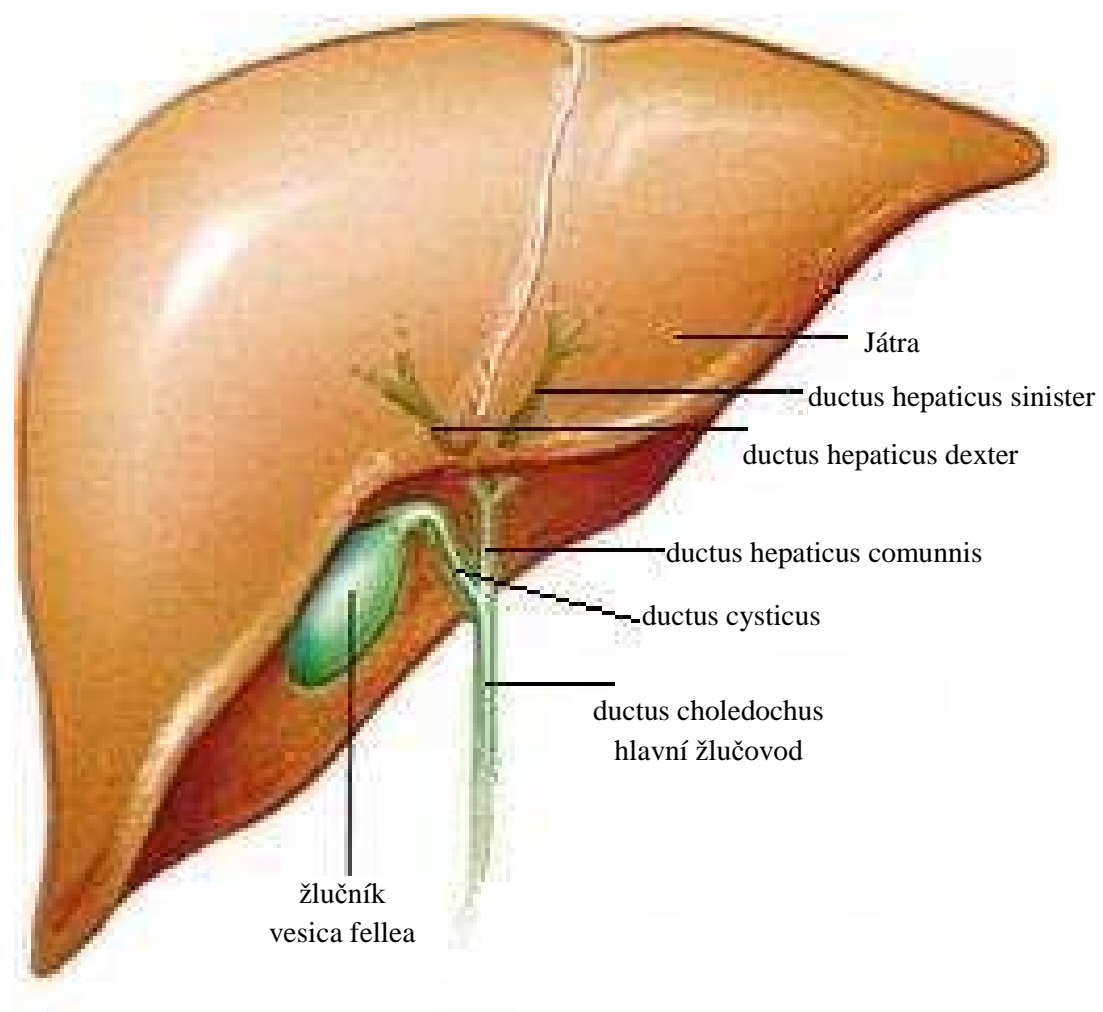
Kýla



Zdroj: <http://healthtopics.hcf.com.au/HerniasHydrocoeles.aspx>

Příloha 4

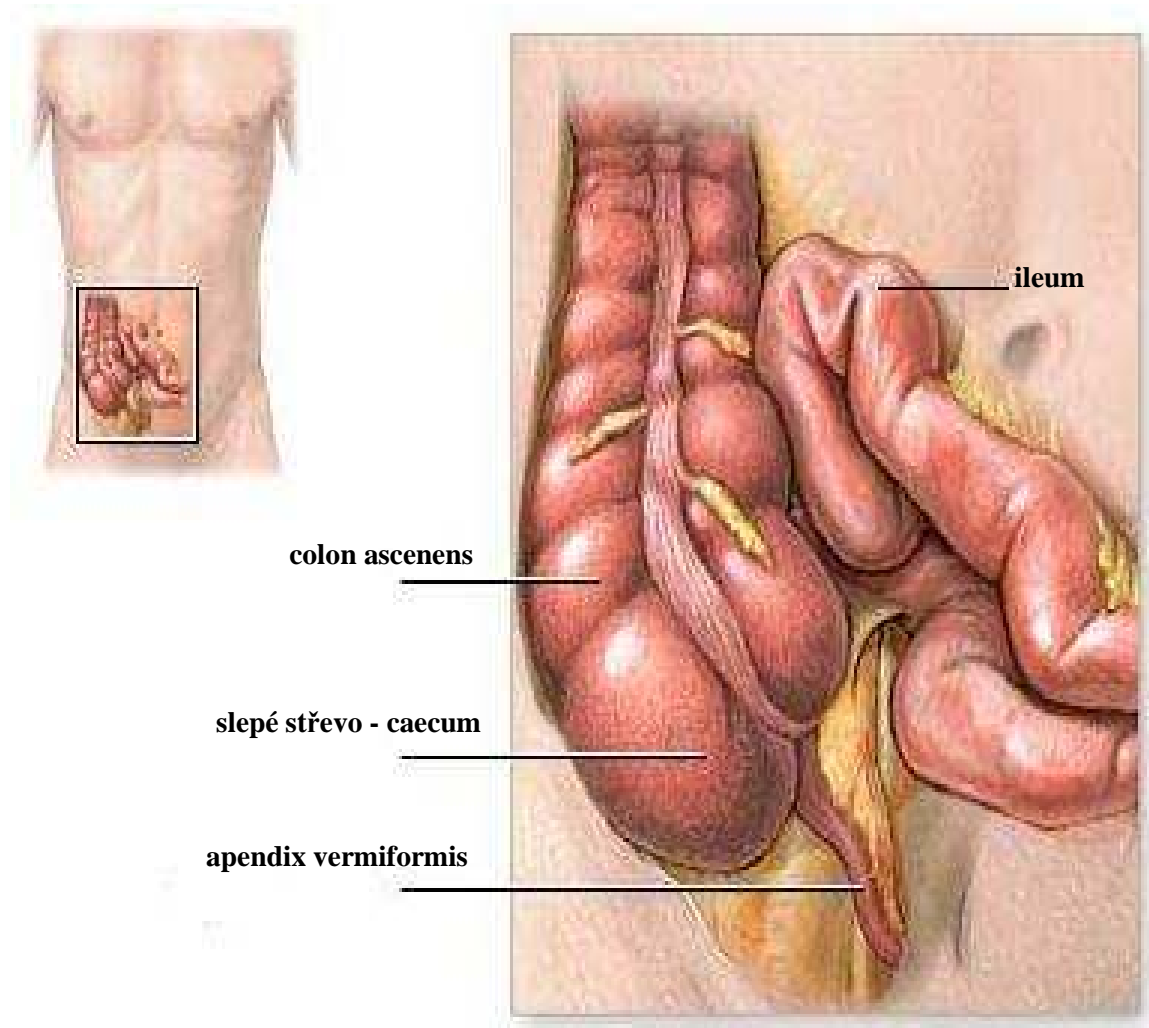
Žlučník



Zdroj: <http://zdravi.doktorka.cz/co-zlucniku-prospiva/>

Příloha 5

Slepé střevo



Příloha 6

OTÁZKY PRO KLIENTY PŘED PLÁNOVANOU OPERACÍ

- Jaký je Váš věk?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaké informace Vám byly před operací předány lékařem?
- Jaké informace Vám byly před operací předány sestrou?
- Jakým způsobem Vám byly sestrou poskytnuty informace?
- Upřednostnil/a byste jinou formu předání informací? Jakou?
- Vysvětlila Vám sestra informace, kterým jste nerozuměl/a?
- Měl/a jste možnost položit sestře nějaké otázky? Jaké?
- Chyběly Vám později nějaké informace? Jaké?
- Kde Vám byly informace sestrou předávány?
 - Vyhovovalo Vám dané prostředí?
 - Jak jste toto prostředí vnímal/a?
- Jaké pomůcky Vám byly sestrou předvedeny?
 - Mohl /a jste si tyto pomůcky vyzkoušet?
- Provedla s Vámi sestra praktický nácvik předaných informací? Jakých?
 - Měl/a jste možnost nácvik opakovat, až do úplného zvládnutí dovedností?
- Uvítal/a byste informační materiály týkající se předoperační přípravy a pooperační péče?
 - Jakou by tyto materiály měly mít podle Vás podobu?

Příloha 7

OTÁZKY PRO SESTRY:

- Jaký je Váš věk?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaká je délka Vaší praxe na chirurgickém oddělení?
- Co podle Vás znamená pojmem edukace?
- Jak Vy vnímáte edukaci klientů?
- Jakou metodu edukace využíváte u klientů před plánovanou operací?
- Kolik času věnujete edukaci klientů před plánovanou operací?
- Jaké pomůcky užíváte k edukaci?
- Kde provádíte edukace klientů a jak si upravujete prostředí pro edukaci?
- Obrací se na Vás klienti s opakovanými dotazy i po skončení edukace?
 - Jaké otázky Vám klienti nejčastěji kladou?
- Přivítala byste možnost rozšíření edukace o edukační karty pro klienty?
 - Z jakého důvodu?

Příloha 8

OTÁZKY PRO KLIENTY PO EDUKACI S VYUŽITÍM EDUKAČNÍCH KARET

- Jaký je Váš věk?
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaké informace Vám byly před operací předávány sestrou?
- Jakým způsobem Vám byly sestrou poskytnuty informace?
- Jak jste vnímal/a předávání informací se zapojením edukačních karet?
- Kterým informacím na edukační kartě jste neporozuměl/a?
- Využíval/a jste edukační kartu po dobu hospitalizace? Kdy?
- Kterou oblast z edukačních karet jste nejvíc využil/a?
- Co Vám na edukační kartě chybělo?
- Jak byste edukační karty vylepšil/a?
- V čem spatřujete přínos edukačních karet pro pacienty?

Příloha 9

Seznam tabulek:

1	Informace předané lékařem klientům před operací.....	42
2	Informace předané sestrou klientům před operací.....	43
3	Způsob předání informací sestrou klientům před operací.....	44
4	Nejčastější dotazy kladené sestře klienty před operací.....	45
5	Nejčastější dotazy sester z pohledu respondentů.....	46
6	Prostředí edukace vnímané respondenty před operací.....	47
7	Preference edukačních materiálů respondenty.....	48
8	Pojem edukace dle sester.....	56
9	Vnímání edukace sestrami.....	57
10	Forma předávání informací klientovi sestrou.....	57
11	Délka trvání edukace.....	58
12	Pomůcky k edukaci využívané sestrami.....	58
13	Příprava edukačního prostředí sestrou.....	59
14	Způsob provádění zpětné vazby sester.....	59
15	Nejčastější dotazy, které sestry od klientů dostávají v průběhu edukace.....	60
16	Edukační karty z pohledu sester.....	61
17	Informace předané sestrou s použitím vytvořených edukačních karet.....	69
18	Způsob předávaných informací sestrou s použitím vytvořených edukačních karet.....	70

19	Srozumitelnost informací na kartách vnímaná respondenty.....	71
20	Vnímání edukačních karet respondenty.....	71
21	Nejvíce využívaná oblast karet respondenty.....	72
22	Využití karet respondenty během hospitalizace.....	72
23	Chybějící informace na edukačních kartách z pohledu respondentů.....	73
24	Vylepšení edukačních karet respondenty.....	73
25	Přínos edukačních karet z pohledu respondentů.....	74

Příloha 10

Seznam grafů:

1	Věk respondentů před plánovanou operací dutiny břišní	40
2	Pohlaví respondentů před plánovanou operací dutiny břišní.....	40
3	Vzdělání respondentů před plánovanou operací dutiny břišní.....	41
4	Plánované operační výkony u respondentů.....	41
5	Věk sester.....	55
6	Délka praxe sester.....	55
7	Vzdělání sester.....	56
8	Věk respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami.....	67
9	Pohlaví respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami.....	67
10	Vzdělání respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami.....	68
11	Absolvované operační výkony u respondentů po edukaci vytvořenými edukačními kartami.....	68
12	Nárůst informovanosti klientů v souvislosti s využitím edukačních karet.....	75