



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Edukační dokumentace v chirurgických oborech

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Klára Kopová

Vedoucí práce: Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Edukační dokumentace v chirurgických oborech“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Radce Šulistové, Ph.D. za odborné vedení, za poskytování cenných rad, připomínek a ochotu. Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se podíleli na výzkumné části této práce.

Edukační dokumentace v chirurgických oborech

Abstrakt

Tématem bakalářská práce je problematika edukace ve zdravotnictví a s ní spjatá edukační dokumentace. Pojem edukace a především problematika edukační dokumentace je v ošetrovatelství v současné době skloňován především s ohledem na akreditační šetření v nemocnicích.

Teoretická část práce v prvních kapitolách přináší vhled do problematiky edukačního procesu ve zdravotnictví obecně a věnuje se zásadám při edukační činnosti v ošetrovatelské péči. Práce se dále zaměřuje na edukační dokumentaci z hlediska legislativy a požadavků Spojené akreditační komise, o.p.s.

Praktická část bakalářské práce je zacílena na odkrývání jevů v souvislosti s edukační dokumentací vedenou sestrou. Po stanovení hlavního cíle byly vytvořeny cíle intelektuální, praktický a osobní. Jako výzkumný design bylo použito kvalitativní výzkumné šetření, konkrétně akční výzkum. Na podkladě stanovených cílů byly vytvořeny otázky k polostrukturovanému rozhovoru k realizaci první fáze výzkumného šetření. Bylo osloveno 6 nemocnic Plzeňského kraje, realizace proběhla ve 4 nemocnicích. Zároveň byl výzkum zaměřen na analýzu edukační dokumentace a metodou Mistríkova vzorce byl analyzován edukační prostředek, který byl v rámci výzkumného šetření zjištěn jako nejčastěji využívaný v rámci edukace pacienta na chirurgickém oddělení. Poslední fáze výzkumného šetření obsahovala tvorbu konkrétní edukační dokumentace a k jejímu následnému praktickému ověření, čímž došlo k naplnění osobního cíle.

Jedním z jevů, které výzkumné šetření odhalilo, bylo zjištění, že sestry nejsou dostatečně vzdělané v této problematice a že se edukační činnost nerealizuje podle didaktických zásad. Edukační záznamy sestry neumí efektivně aplikovat do ošetrovatelského procesu, vyplňují je pouze formálně bez praktického využití a to i v případech, kdy byla prokázána vyšší úroveň znalostí sester v edukační problematice.

Tato práce otevírá prostor pro hlubší výzkumná šetření ať už v rámci edukační činnosti sestry, nebo jako podklad pro využití Mistríkova vzorce při tvorbě edukačních prostředků.

Klíčová slova Edukační proces; edukační dokumentace; Mistríkův vzorec

Educational documents in surgical fields

Abstract

The topic of the bachelor thesis is a problematic of education in health care system and to the belonging education documentation. Term of education, and mainly problematic of education documentation is big theme mainly due to accreditation research in current health care system.

Theoretic part of this thesis brings the reader to the problematic of education procedures in healthcare in general have been dedicated to the main points of education procedures in healthcare activities. Following part has been dedicated to the education documentation from the legislative point of view and requirements of United Accreditation Commission, o.p.s.

Practical part of the bachelor thesis focused on research in the field of education documentation, led by nurse. After set up of main goal, intellectual, practical and private goals have been stipulated. Qualitative research has been used as a research design, mainly action design. Based on the set up goals, questions for the semi-structure debat efor the realization of the first part have been raised. Six hospitals in Pilsen region have been asked to cooperate, realization have taken place in four of them. Moreover, the research has been terget on analysis of education documentation and education systém has benn analysed by the methodology of so called Mistrik Matrix systém. It has been the most common used research systém in the thesis, as a part of patient education on chirurgic department. Last section of the theses has been dedicated to the concrete education documentation of research and led to the conclusion from the field research. With this section, the private goal has been fulfilled. With this section, the private goal has been fulfilled.

One of the main conclusion of my theses have been the fact, that our nurses do not possess qualified education in above mentioned problematic. The education activities are not carried out due to didactic rules. Our nurses cannot effectively accommodate education materials into the medical treatment. The fill in the documentation cost from the formal side with no inter connection to the practical use, also taking in to consideration the fact some of them possess good knowledge of education problematic.

This thesis opens up space for deeper research whether within the nursing education activity or as a basis for using Mistrik Matrix in the creation of educational resources.

Key words

Education proces; education documentation; Mistrik Matrix

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	10
1.1 Historie chirurgie v kontextu s vývojem ošetrovatelství.....	10
1.1.2 Vývoj ošetrovatelské dokumentace.....	12
1.2 Andragogika v ošetrovatelství.....	13
1.2.1 Didaktické zásady pro edukaci v ošetrovatelství.....	14
1.2.2 Výukové strategie při edukační činnosti v ošetrovatelství.....	16
1.2.3 Didaktické prostředky využitelné při edukaci nemocných.....	19
1.3 Edukační proces v ošetrovatelství.....	20
1.3.1 Bariéry při poskytování edukace v ošetrovatelství.....	21
1.3.2 Edukační diagnózy v ošetrovatelství.....	22
1.4 Edukační dokumentace v ošetrovatelství.....	23
1.4.1 Zákonem dané normy na ošetrovatelskou dokumentaci.....	24
1.4.2 Kompetentní nelékařští pracovníci pro edukaci v ošetrovatelství.....	26
1.4.3 Edukace zakotvená ve standardech a její kontrolní činnost.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Metodika.....	31
3.1 Použité metody.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4 Výsledky výzkumného šetření.....	38
4.1 Edukační činnost na odděleních s chirurgickým zaměřením.....	38
4.2 Analýza edukačních záznamů.....	44
4.3 Analýza edukačního prostředí dle Mistríkova vzorce.....	45
4.4 Analýza rozhovorů po edukaci s návrhem nové edukační dokumentace.....	47
4.5 Analýza edukační dokumentace po vlastním přepracování.....	48
5 Diskuze.....	50
6 Závěr.....	61
7 Seznam použité literatury.....	63
8 Seznam příloh.....	70

Úvod

Motivací pro zpracování bakalářské práce pod názvem „Edukační dokumentace v chirurgických oborech“ byla pochybnost o adekvátně vedené edukační činnosti v práci sester a s ní spojené edukační dokumentaci.

Edukace v ošetrovatelství má při správně vedené činnosti bezpochyby svůj velký význam při rekonvalescenci nemocného. Neefektivní edukační činnost může mít pro pacienta neblahý vliv na jeho budoucí život. Hlavním cílem této práce bylo zaměření se na odkrývání jevů v souvislosti s edukační dokumentací vedenou sestrou. Aby však sestra mohla kvalifikovaně vést edukační dokumentaci, musí znát i pravidla samotné edukační činnosti. Po stanovení hlavního cíle byly stanoveny další tři cíle a to intelektuální, osobní a pracovní.

Výzkumné šetření probíhalo formou akčního výzkumu, který se řadí do výzkumu kvalitativního a bylo rozděleno do několika částí. V první fázi se vedl rozhovor s probandy na lůžkových odděleních chirurgického zaměření. Otázky k rozhovoru byly předem připravené a dle situace byly při rozhovorech kladeny otázky rozšiřující. K nasycení vzorku došlo po devíti rozhovorech. Poté se rozhovory kódovaly a kategorizovaly. Další fází výzkumného šetření byla analýza edukační dokumentace vedená sestrou. Edukační dokumentace byla získána ze třech nemocnic, kde probíhala i první část výzkumu. Následující fází výzkumného šetření byla analýza edukačního prostředku dle Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti textu. Tento materiál byl sestrami jedné nemocnice označen jako nejčastěji využívaný text, který pacientovi při edukaci na konkrétní téma předávají. Text byl vyhodnocen a stejnou metodou poté porovnán s jinými edukačními prostředky na stejné téma. Jednalo se o prostředek edukující nemocné o správné aplikaci Fraxiparinu a zanalyzována tak byla příbalová informace léčiva, leták od firmy vyrábějící léčivo a prostředek, který byl vytvořený nemocnicí a je i součástí řízené dokumentace dané nemocnice.

Následovala poslední etapa akčního praktického výzkumu. Na podkladě sebraných dat byl vytvořen návrh na edukační záznam, edukační plán a evaluační dotazník ke zhodnocení edukační činnosti pacientem. Tato dokumentace byla následně předána na vybrané oddělení, které se zúčastnilo již první fáze výzkumu.

V práci byly použity literární zdroje, které se specializují nejen na edukaci v ošetrovatelství, ale též na pedagogiku, na jejích základech edukace staví. Byly zde

citovány i legislativní dokumenty jako opora v zákonech pro edukaci a edukační dokumentaci v ošetrovatelství.

1 Současný stav

1.1 Historie chirurgie v kontextu s vývojem ošetrovatelství

Vzhledem k tomu, že se práce zabývá edukační činností v ošetrovatelství v chirurgických oborech, budou nejprve v této kapitole představeny oba obory od prvních zmínek o nich.

Chirurgie je slovo starořeckého původu, kdy spojením cheir – ruka, ergein – pracovat vzniká slovo cheirourgia, tedy práce rukou. Je to lékařský obor, který léčí nemoci a úrazy nejen konzervativně, ale má možnost i operační léčby. Nejstarším známým chirurgickým dokumentem je papyrus Edwina Smithe, který pochází přibližně z roku 1600 př.n.l. a popisuje diagnostiku, léčbu i prognózu u řady onemocnění. Za otce chirurgie je považován Susrutha. Lékař, který vyučoval a praktikoval chirurgickou medicínu v Indii a vydal několik svazků o svých poznatcích z chirurgie. V době středověku byla medicína provozována především lazebníky, ranhojiči. Lékaři se specializovali pouze na diagnostiku a předepisování medikamentů, praktickou chirurgii považovali za podřadnost. Ranhojiči, kteří měli praxi z válek, se postupně stávali pravými a respektovanými chirurgy. Lze zmínit Ambroise Parého, který právě díky válečné medicíně sepsal několik svazků, ve kterých se věnoval různým úrazům, popsal amputace končetin a s odvoláním na starověkou chirurgii popisoval stavění krvácení u tohoto operačního výkonu. Lze konstatovat, že právě amputace končetin byly ve válečném období nejčastější zákroky. V polovině 19. století dochází s využitím éteru a chloroformu k zavádění anestézie do praxe, což umožňovalo rozsáhlejší operativu (Duda, 2009).

S rozvojem medicíny šel ruku v ruce vývoj ošetrovatelství, jehož vývoj byl stejně jako medicína ovlivněn kulturou, válkami, sociální, politickou a ekonomickou situací, vědeckými objevy a významnými osobnostmi. Ošetrovatelství prošlo postupně třemi liniemi vývoje (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Sestry nejprve zastávaly roli pomocníka, kdy vykonávaly pokyny lékaře a měly za úkol neustále dohlížet na nemocného (Kutnohorská, 2010).

Nejdelším historickým obdobím bylo lidové ošetrovatelství, kdy jedinec opatroval své blízké pomocí dostupných přírodních zdrojů a na základě tradic předávaných z generace na generaci (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

S příchodem křesťanství se vyvíjelo ošetrovatelství charitativní, které bylo poskytováno sestrami řeholnického řádu, boromejkami, alžbětinkami, řádem

milosrdných bratří, které pečovaly nejen o tělo, ale již se zaměřovaly i o péči o duši nemocného. Ošetrovatelská péče byla poskytována v klášterech, útulkách (hospiciích) a špitálech (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Není možné srovnávat špitály s nemocnicemi, protože špitály v tehdejší době měly status spíše sociálního zařízení (Farkašová et al., 2010). V tomto období lze zmínit i Diakonky, kdy se členky tohoto řádu chodily starat o nemocné do jejich domovů a poskytovaly tak terénní ošetrovatelství. Kláštery v českých zemích začala zakládat Anežka Přemyslovna, zároveň vypracovala pravidla pro ošetrování chudých a nemocných a byla tak považována za zakladatelku českého ošetrovatelství. V nové podobě je ošetrovatelství na této linii poskytováno i v dnešní době (Pospíšilová, Tóthová, 2014). Systematickým vzděláváním sester dostává ošetrovatelství podobu profesionální úrovně. Za zakladatelku a první teoretičku ošetrovatelství je považována Florence Nightingale, která v roce 1874 vydala Knihu o ošetrování nemocných a která si od vojáků vysloužila přezdívku „dáma s lampou.“ Vojáci si ji totiž takto pamatovali, jak chodila v noci na kontrolu jejich zdravotního stavu do stanů pro raněné. Z počátku byla péče nemocným poskytována v klášterech, postupem času se začalo ošetrovatelství orientovat i na pomoc lidem k udržení jejich zdraví a začalo více spolupracovat s lékaři (Pospíšilová, Tóthová, 2014).

Česká chirurgie zaznamenala rozmach roku 1882, kdy vzniká první chirurgická klinika v Praze v čele s přednostou, profesorem doktorem Vilémem Weissem, kterého později vystřídal profesor Karel Maydl. Ten zavedl do praxe dvouhlavňovou stomii, více propracoval operace kýl a byl průkopníkem výzkumu v chirurgii. Postupně se chirurgie rozvíjela, lékaři začali zdokonalovat své postupy, sestry získávaly více zkušeností z praxe. Ze všeobecné chirurgie se postupně rozvíjely specializační chirurgické obory, které jsou v dnešní době nezastupitelné, jako např.: ortopedie, traumatologie, plastická chirurgie, kardiovaskulární chirurgie, neurochirurgie a další (Duda, 2011). Avšak je třeba zmínit, že bez poznatků, které byly provedeny dávno před tím, by nemohlo k danému rozmachu dojít. Jedná se například o překlady poznatků z 12. století, které prováděl lékař Křišťan z Prachatic ve 14. století, frakturami se zabýval již na přelomu 16. století Marcus Marci z Kronlandu a nelze nezmínit první veřejnou pitvu u nás v roce 1600, kterou provedl Ján Jesenský v Praze (Weiss, 2007). V první polovině 19. století byla zakázána činnost lazebníků a ve druhé polovině se zrušilo vzdělávání ranhojičů (Duda, 2011).

Ošetrovatelství se vyučovalo v Praze, kde koncem 19. století vzniká ženská ošetrovatelská škola, která ale nemá dlouhého trvání a počátkem 20. století vzniká

v Praze 1. ošetrovatelská škola, která byla zaměřena jak na nemocniční péči, tak na preventivní a terénní ošetrovatelství. Studium bylo dvouleté a zahrnovalo jak teoretickou výuku, tak praxi. V první polovině 20. století bylo na území Československa 31 ošetrovatelských škol, které byly navázány na nemocnice a odborné předměty vyučovali lékaři z nemocnic, kde studentky vykonávaly praxi (Farkašová et al., 2010).

1.1.2 Vývoj ošetrovatelské dokumentace

Práce s ošetrovatelskou dokumentací se v současné době považuje za již běžný jev v práci sestry ve zdravotnickém zařízení. Jak se ovšem vyvíjela, bude nastíněno v této kapitole. Legislativní normy vedení ošetrovatelské, edukační dokumentace budou probrány níže.

Zaznamenávání ošetrovatelských činností v písemné podobě prosazovala již sama Florence Nightingalová. Avšak ošetrovatelská dokumentace se v nemocnicích v České republice, jak lze v historických literárních pramenech dohledat, začala pozvolna zavádět až v devadesátých letech minulého století. Tento fakt vycházel jak ze zahraničních zkušeností, tak z potřeb sester, kdy si každé pracoviště vytvářelo svoji vlastní verzi ošetrovatelské dokumentace (Neubauerová, 1992). Neubauerová (1992) zároveň uvádí, že zavádění ošetrovatelské dokumentace nemá sestra vnímat jako administrativní nutnost, ale jako zdokonalení péče o nemocné v moderním pojetí ošetrovatelství. Vývoj ošetrovatelské dokumentace se v každé nemocnici utvářel sám, podle potřeb, znalostí a zkušeností daného pracoviště.

Vondráček (2003) uvádí, že bylo by samozřejmě výhodou, kdyby byla ošetrovatelská dokumentace jednotná pro všechny nemocnice České republiky, nicméně v současné situaci, kdy jsou nemocnice rozděleny na státní a nestátní, je toto zcela vyloučené. A to ale i z toho důvodu, že je potřeba akceptovat specifika jednotlivých oddělení. Je proto běžným jevem, že na jednu konkrétní věc je vytvořeno několik rozdílných formulářů (Vondráček et al., 2003). Postupně se ošetrovatelská dokumentace zdokonalovala a v dnešní době má některá dokumentace i elektronickou podobu. Záznamy se v takovém případě lépe čtou, nelze nic přeškrtnout a tyto dokumenty jsou personálu oddělení, potažmo nemocnice kdykoliv k dispozici, čímž je i zachována kontinuita ošetrovatelské péče (Kocourková, 2010). Ošetrovatelská dokumentace je součástí zdravotnické dokumentace a jedná se o souhrn veškerých záznamů vedených o určitém pacientovi jedním konkrétním zdravotnickým zařízením (Polícar, 2010).

V současné době je v přípravě novela vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, její vydání se předpokládá v období 07-09/2018 s postupným náběhem do praxe.

Edukační dokumentace se začala zavádět do ošetrovatelské praxe s přípravami na akreditační šetření Spojenou akreditační komisí. I zde neexistuje žádný jednotný záznam, který by byl využíván při edukační činnosti sestrou. Na základě zkušeností sester v ošetrovatelské činnosti jsou vytvářeny a průběžně modifikovány edukační záznamy ve zdravotnickém zařízení a každé zdravotnické zařízení má vytvořené svoje edukační záznamy (Sestra, 2013).

1.2 Andragogika v ošetrovatelství

Vzhledem k tématu práce, která je zaměřená na edukační dokumentaci, jejíž cílem je záznam edukační činnosti u dospělého nemocného, zaměří se tato kapitola na vzdělávání dospělých neboli andragogiku.

Veteška, Tureckiová (2008) definují andragogiku následovně: *... je věda pomáhající dospělým efektivně se učit a pozitivně formovat vlastní osobnost se všemi jejími složkami.* Beneš (2014) definuje pojem andragogika jako *vědní a studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých.* O andragogice dále mluví jako o studijním programu, který slouží k přípravě odborníků v oblasti vzdělávání dospělých. Pojem andragogika se zavedl proto, že pedagogika v řeckém významu znamená vzdělávání a výchova dětí. Postupem času se přišlo na to, že je žádoucí ale vzdělávat v různých směrech i dospělé a odlišit tak vzdělávání dětí od vzdělávání dospělých. Proto vznikla aplikovaná disciplína – andragogika. Dá se vycházet z toho, že v dnešní době se může a v podstatě musí učit a vzdělávat každý jedinec. Vzdělávání a učení se dospělých probíhá na různých místech, čímž se výrazně liší od školství. Rozhodující faktor v úspěšnosti vzdělávání dospělých je motivace. Motiv pro další vzdělávání se může jevit jako touha po sociálním kontaktu, po sociálních podnětech, jiná motivace je z profesních důvodů, motivace za účelem vnějšího očekávání a v neposlední řadě pak motiv ve formě kognitivních zájmů. (Beneš, 2014).

Jako jedna ze subdisciplín andragogiky je andragogická didaktika. Jedná se o teorii vyučování a učení dospělých, zabývá se metodami, formami a technologiemi vzdělávání dospělých, je zaměřena na činnost lektora a souběžně probíhající učení dospělého jedince, účastníka (Průcha, 2009a). Vzdělávání dospělého jako objektu – subjektu vzdělávání je značně ovlivněno úrovní a zkušeností z předchozího vzdělávání (škola, školení na pracovišti), sebevzděláváním, rodinným prostředím, kulturou

prostředí, ale i životním stylem jedince a edukační skupinou. Je-li skupina aktivní, lze očekávat vyšší efektivitu (Eger, 2012).

Při ošetřování nemocných se nepochybně setkáváme i s pacienty v seniorském věku, které je též nutné edukovat. Edukací seniorů se zabývá geragogika, gerontopedagogika, která spadá pod andragogiku. Je třeba mít na paměti, že vlivem věku dochází k jistým fyzickým i kognitivním změnám, na které je při edukaci v ošetrovatelství nutno brát zřetel. Například dochází ke změně zrakové ostrosti, změně vnímání barevné ostrosti, senioři se hůře vyrovnávají s nižší úrovní osvětlení. Dále s postupem věku dochází k poklesu sluchové výkonnosti, kdy mohou špatně vnímat mluvenou řeč, což je potom velmi deprimuje, frustruje. Mimo jiné dochází ke zhoršování pohybové aktivity, zpomaluje se psychomotorická dovednost, paměť již není schopna vstřebat velké množství nových informací. Edukátor musí proto svoji edukaci uzpůsobit úměrně věku a stavu seniorů. Doporučuje se zásada didaktické redukce, kdy se edukátor zaměří v tématu na podstatné rysy, klíčová slova a metody řízení, zváží též počet nových pojmů (Špatenková, Smékalová, 2015). Následující kapitola se zaměří přímo na didaktiku ošetrovatelství.

1.2.1 Didaktické zásady pro edukaci v ošetrovatelství

Aby sestra edukátorka mohla vést edukační činnost a s tím úzce spjatou edukační dokumentaci, je potřeba, aby znala základní principy didaktiky, kterým se bude tato kapitola věnovat.

Slovo didaktika má původ v řeckém slově didáscein, které lze přeložit jako vyučovat, poučovat, učit (Kuberová, 2010). Obecnou didaktiku lze vymezit jako teorii, která se zabývá kterýmikoli edukačními procesy v jakémkoli edukačním prostředí (Průcha, 2009a). Jan Amos Komenský v roce 1646 definoval didaktiku jako teorii správného vyučování (Kuberová, 2010). Průcha (2009a) uvádí, že didaktika se zabývá tím, co a k jakým účelům se vyučuje a tím, jak se to vyučuje. První, kdo zpracoval ucelený systém didaktických pravidel, byl již několikrát zmiňovaný J.A.Komenský. Mezi jeho zásady patří například učit v mateřském jazyce; postupovat od nejbližšího ke vzdálenějšímu; učit bez přetěžování, podle míry chápavosti a s ohledem na věk; cvičit nejprve smysly, pak paměť, následuje porozumění a na závěr soudnost, netrestat; učit jen tomu, co posluchače obohatí a bude pro něho k užití. Edukátor má vždy dbát na schopnosti a zájem posluchače, má rozvíjet jeho touhu po vědění (Kasper, Kasperová, 2008).

Didaktika ošetrovatelství se zabývá uplatněním didaktiky při edukaci pacientů. Kvalitu edukace v ošetrovatelství ovlivňuje řada faktorů, mezi které jistě patří pedagogické, didaktické i edukační dovednosti sestry. Sestra jako pedagog má podporovat aktivní přístup pacienta, rozvíjet jeho tvořivost a fantazii, sebevědomí a samostatnost. Základní kompetence by měly získat sestry po odborné přípravě v didaktice během magisterského studia ošetrovatelství. Povinnosti sestry v edukaci jsou spojené s plánováním a přípravou edukačního procesu. Sestra má vytvořit takový edukační plán, který bude pro pacienta zajímavý, poutavý, logicky navázaný a splňující cíle. Sestra v roli edukátora by se měla naučit též hodnotit edukační proces. Má hodnotit objektivně, s pozitivním přístupem a mít na paměti, že nemocný člověk potřebuje pochvalu i za sebemenší pokrok. Při hodnocení sestra nesmí zapomenout i na vlastní hodnocení–sebereflexi (Kuberová,2010). Jako hlavní didaktické principy ve vzdělávání dospělých lze označit názornost, uvědomělost, aktivitu, přiměřenost, trvalost a soustavnost. V edukačním procesu má pro edukanty významnou roli vytváření si vlastní představy na podkladě pozorování a vnímání předmětů a jevů a rozvíjet tak důležitou schopnost spojování dříve nabytých vědomostí. Tento princip se označuje jako názornost, vizualizace (Mužik, 2011). Již J.A.Komenský definoval princip názornosti jako „zlaté pravidlo“ pro úspěšné vyučování (Kasper, Kasperová, 2008). Během didaktického principu participace (aktivity) jsou edukanti vedeni k praktickému použití dosud získaných vědomostí. Je vyžadován aktivní postoj pacientů, proto musí edukátor usilovat o jejich aktivizaci. Jak z názvu dalšího principu vyplývá, na edukátora je kladen požadavek edukovat přiměřeně k odborné a inteligenční úrovni pacienta. Princip přiměřenosti má významný vliv na zpětnou vazbu edukačního procesu. Trvalost má zase úzkou vazbu na paměť a s tím spojené fáze paměťového procesu – vstřípení, uchování, vybavení. Je na edukátorovi, aby častým a cíleným opakováním a procvičováním aktivizoval pacientovy vědomosti a dovednosti. A princip soustavnosti uplatňuje edukátor tím, že edukanty seznámí s jejich společným cílem a edukaci pak vede v logickém sledu informací a nácviků (Mužik,2011).

Jako jednu ze zásad výuky dospělých uvádí Škrála, Škrlová (2003) nenutit pacienta do edukace. Sám pacient musí rozhodnout o tom, kdy je schopen a ochoten se učit. Pokud nevidí svoji nemoc jako problém, těžko přijme nějaké nové poznatky a změní svoje postoje. Přítomnost má většinou pro pacienta znak boje s nemocí a jejími následky, nemá pro něj smysl podávat velký výkon ve smyslu sebeučení se. Edukátor v této chvíli pacientovi pomůže zorientovat se v situaci a poskytnout mu náhled do

budoucnosti. Ve chvíli, kdy se pacient sám bude zabývat budoucností a nejen přítomností, změní tím své chování a myšlení a bude tak připraven na edukaci samotnou (Šamánková et al., 2011). Při edukaci v ošetrovatelství je proto na místě myslet na etapy chování pacienta, které postupně vedou ke změně jeho chování a postojů.

První etapou je prekontemplace, kdy pacient nemá potřebu nic měnit, ač je se současným stavem nespokojen. Následuje etapa kontemplace, v níž si pacient již uvědomuje, že má problém, zvažuje, zda se má pro změnu rozhodnout. V této etapě se nachází v duševním rozpolcení, neví, na jakou stranu se přiklonit. Pak nastupuje třetí etapa změny – rozhodnutí. Pacient je motivovaný, připravený se něco nového naučit. Ve čtvrté etapě edukant aktivně přistupuje k edukaci, je stále namotivovaný, spolupracuje s týmem. Plynule přechází do páté etapy, která je pojmenována jako etapa udržovací a jak název vypovídá, edukant se snaží držet svého rozhodnutí a dále se soustředí na svém učení se. Poslední etapa nabízí dvě možnosti. Buď se jedná o ukončení změn, kdy pacient podstoupil celý edukační proces, nebo se jedná o relaps a pacient se opět nachází na počátku svého odmítavého postoje. V tomto případě je na edukátorce, aby edukanta dovedla opět přes všechny etapy změn jeho chování do stádia ukončení (Kahan et al., 2014).

Znalosti zásad při výuce dospělých sestře edukátorce pomáhají v jejím přístupu k edukačnímu procesu. Ze zásad, které uvádějí Škrála, Škrlová (2003), vyplývá, že edukanti preferují aktivní zapojení do procesu, kladení otázek vytváří u pacienta pocit zapojení do edukačního procesu; skupinová výuka podporuje atmosféru výuky z důvodu možnosti vzájemné podpory účastníků; výuka, která je ihned uvedena do praxe, má pro edukanta vysokou hodnotu, déle a snáze se toto uchová v paměti; pacientovi se musí výuka stále utvrzovat, potřebuje totéž slyšet od více lidí, proto je při edukaci důležitá spolupráce celého multidisciplinárního týmu; výuka má navazovat na to, co si pacient pamatuje a ne tam, kde posledně skončila. V následující kapitole budou zpracovány metody pro edukaci v ošetrovatelství.

1.2.2 Výukové strategie při edukační činnosti v ošetrovatelství

Pro vedení edukační dokumentace dle didaktických zásad je nutné, aby sestra edukátorka měla povědomí o možnostech volby výukových strategií, jako jsou metody a organizační formy, kterých může využít pro svoji edukační činnost.

Pro představu, jakou organizační formou lze vést výuku nemocných, budou nyní zmíněny některé formy edukace, jakožto způsob uspořádání či organizace výuky.

Organizační formy edukace lze rozdělit podle počtu edukantů na individuální formu, skupinovou a hromadnou formu výuky, podle samostatnosti práce během edukace na individuální, skupinovou a frontální práci. Formu edukace lze dělit i dle délky trvání edukace na zkrácenou formu výuky (méně než 45 minut), na klasickou formu (doba trvání 45 minut), na dvouhodinovou výuku (2x 45 minut) a na tematické projektování výuky, která může trvat od jedné hodiny až po několika měsíční výuku (Kuberová, 2010). Svěráková (2012) rozděluje formy výuky na individuální, skupinové a distanční formy edukace.

Individuální forma edukace umožňuje edukátorovi být v interakci s jedním edukantem, který pracuje samostatně. Individuální forma umožňuje edukantovi plně se svěřit se svými problémy (Kuberová, 2010).

Skupinová edukace v ošetrovatelství se vyznačuje tím, že edukanti vytvářejí sociální skupinu lidí, kteří spolupracují, respektují se, vzájemně se podněcují a vytvářejí tak mezi sebou sociální interakci (Šulistová, Trešlová, 2012). Když se vyjde z poznatku, že člověk jako sociální bytost je odkázán na skupiny a pomocí skupin se integruje do společnosti, zdá se skupinová edukace jako vhodná forma výuky. Členové skupiny působí jako silný motivační element a prohlubují efekt učení. Tato forma je ekonomicky i časově jistě výhodnější než individuální forma výuky, ale nedosáhne se touto formou u všech jedinců stejné úrovně edukace. Zároveň je riziko, že někteří edukanti zůstanou pasivní, že nejlepší edukanti nedají prostor ostatním edukantům. Proto tato forma edukace vyžaduje pečlivou přípravu edukátora (Kuberová, 2010).

Pro frontální (hromadnou) výuku je typická společná práce edukantů. Edukátor řídí, usměrňuje a kontroluje aktivity skupiny. Edukátor svůj projev doplňuje různými didaktickými pomůckami (Šulistová, Trešlová, 2012).

Do kategorie distančního vyučování se řadí e-learning, který probíhá pomocí informačních a komunikačních technologií. Nelze jím zcela nahradit sociální jedinečnost v edukačním procesu, ale může být dobrým pomocníkem při edukaci handicapovaných pacientů (Šulistová, Trešlová, 2012).

Edukačních metod je celá řada, ale v této práci budou zmíněny jen nejčastěji používané metody při edukaci dospělých nemocných v ošetrovatelství. Metoda pochází z řeckého slova a v překladu znamená cesta k něčemu, za cestou. Lze to tedy chápat jako cestu, jak naplnit stanovený cíl. Výběr edukační metody je cílevědomé a promyšlené jednání edukátora. Při výběru metody musí edukátor zohlednit stanovené cíle, obsah a formu edukace, zdravotní stav edukanta (Magurová, Majerníková, 2009).

Pod pojem edukační metoda lze zahrnout soubor přístupů jimiž edukátor předává poznatky a formuje dovednosti a návyky edukantů (Průcha, 2009b).

Přednáškou, jako monologickou didaktickou metodou, nejčastěji předkládáme posluchačům nové poznatky, které je potřeba předat v ucelené podobě. Ve vlastním výkladu přednášející nesmí opomenout vysvětlit nově používané pojmy, se kterými se edukanti doposud neseťkali. V závěru přednášky je třeba shrnout nejdůležitější fakta a body přednášky. Přednáška většinou probíhá za pomoci počítačové techniky, tabule nebo flip-chartu. Výhodou přednášky je, že ucelené informace můžeme předat většímu počtu lidí najednou, naproti tomu nevýhodou je nízká aktivita edukantů (Magurová, Majerníková, 2009).

Rozhovor je metoda, která vyžaduje kvalitní verbální komunikaci. Probíhá podobou otázek a odpovědí na dané téma. Při kvalitně vedeném rozhovoru vzniká dialog, kdy edukátor má vedoucí roli, avšak nesmí se chovat direktivně (Šulistová, Trešlová, 2012). Belz a Siegrist (2011) rozvíjejí komunikaci na schopnost a dovednost, kdy na rovinu schopností řadí schopnost komunikovat a do roviny dovedností seřadili následující dovednosti: opakovat, shrnovat, umět naslouchat, znát potřeby, dávat zpětný signál, vyjadřovat se jasně a všimnout si neverbálních signálů.

Instruktaž je teoretická metoda, která předchází praktické výuce. Instruktaž se provádí prostřednictvím mluveného slova, řadí se mezi názorné didaktické demonstrační metody a v ošetrovatelství má velmi důležitou roli (Kuberová, 2010). Při instruktaži edukátor navazuje na již získané vědomosti edukantů. Tuto metodu neustále doplňujeme komentářem, říkáme edukantům, co děláme, proč to děláme. Nejprve se provede instruktaž v pomalém tempu, potom v běžném tempu, kterého by měli po praktickém cvičení dosáhnout i edukanti. Po instruktaži navazuje vlastní praktické cvičení edukantů. Edukátor demonstruje nácvik vždy proti edukantovi, nikdy ne vedle něj. Tato fáze klade na edukátory nároky na trpělivost a pozornost zejména při praktické výuce větší skupiny edukantů. Tato metoda pro svoji náročnost na edukanty není vhodná v akutní fázi onemocnění. Edukátor musí být kvalitně připraven, pomůcky má mít nachystané dopředu a v průběhu výuky dávat edukantům přestávky (Nemcová et al., 2010).

Další metoda, která bude zmíněna, je diskuze, která se řadí mezi dialogické metody. Prostřednictvím této metody mohou edukanti diskutovat s edukátorem, všichni účastníci mají možnost argumentace, vyměňují si svoje pocity, zkušenosti. Důležitá je

správná příprava edukátora i edukantů. Celou diskuzi vede a usměrňuje edukátor (Nemcová et al., 2010).

Brainstorming je metoda, která se dá využít při skupinové edukaci. Při této metodě se za určitý časový úsek získává co nejvíce nápadů k řešení daného problému, kdy platí zákaz kritiky navrhovaných nápadů (Magurová, Majerníková, 2009). Není to tedy metoda, která vede k jasnému řešení problému, ale tvořivé vytváření návrhů na řešení (Šulistová, Trešlová, 2012). Obdobou je brainwriting, kdy si skupina edukantů nápady sepisuje na papír (Magurová, Majerníková, 2009). Možnou výhodou oproti brainstormingu je ztráta ostychu účastníků podělit se o své nápady.

Metoda tištěného slova je zdrojem písemných informací. Jako zdroj může být leták, brožura, časopis, kniha. Veškerý tištěný materiál musí splňovat obsahovou a formální úroveň (Kuberová, 2010). Písemný zdroj by ale neměl být jediným zdrojem informací pro edukanty. Pravidla pro písemné informace jako metody edukace budou probrány níže.

1.2.3 Didaktické prostředky využitelné při edukaci nemocných

V předchozí kapitole byl zmíněný pojem didaktický materiál, proto se tato kapitola zaměří na didaktický materiál, který sestra může při edukaci dospělých využít. Edukátorka musí mít představu již při samotném plánování, dokumentování edukace, který didaktický materiál využije při edukační činnosti. Tento fakt zaznamenává do plánu a po provedení edukace i do edukačního záznamu.

Již Jan Amos Komenský při svém popisu principu názornosti věděl, že používání didaktických pomůcek zefektivňuje edukaci a že didaktické pomůcky se mají použít vždy, kdy je to jen trochu možné. Jde o takové předměty, které v souvislosti s výukou pomáhají k dosažení cílů, k dokonalejšímu a konkrétnějšímu pochopení výkladu v názorné podobě. Mezi didaktické pomůcky patří například fotografie, obrazy, různé grafy, postery, literatura, kresby na flip-chart, různé figuríny, kde se může edukantovi názorně ukázat daná problematika nebo sám edukant může zkoušet demonstrovat ošetrovatelské postupy a rozvíjet tak svoje motorické dovednosti. Audiovizuální technika v zastoupení CD přehrávače, dataprojektoru, DVD přehrávače aj. se řadí mezi didaktickou techniku, s jejíž pomocí pak vzniká didaktický materiál (Kuberová, 2010). Didaktické pomůcky mají při edukaci funkci motivační, informační i logickou, názornou, aktivační, pomáhají propojit teorii s praxí, rozšiřují a doplňují výklad edukátora, mají být vybírány přiměřeně věku edukanta a odpovídat jeho potřebám

(Nemcová et al., 2010). Marie Montessori popisovala didaktický materiál v souvislosti s udržením pozornosti edukanta, proto chtěla, aby didaktický materiál zaujal a aktivizoval. Mezi didaktický materiál patří i vhodné prostředí, ve kterém edukační proces probíhá. Montessori kladla důraz na podnětné prostředí, chtěla, aby místnost pro edukaci nebyla přeplněna a nepůsobila tak chaoticky a nepřetěžovala edukanta. V souvislosti s prostředím Montessori použila i princip ticha. Ticho umožňuje plné soustředění a podporuje vcítění se do druhých lidí. Princip ticha je ale nutné vhodně kombinovat dle dalších použitých didaktických metod, forem a materiálů (Kasper, Kasperová, 2008).

Mezi didaktický, edukační materiál, patří i práce s textem – různé brožury, letáky, manuály. Tento edukační materiál se musí řídit základními principy. Délky vět v textu nemají být příliš dlouhé. Platí, že čím delší je věta, tím obtížnější se text pro edukanta stává. Stejně platí pro délku slova. Čím delší slovo se ve větě nachází, tím obtížněji ho edukant vnímá, nebo ho raději úplně ignoruje. Co se týče počtu opakování slov v textu, platí, že slova s častým výskytem si edukant snáze zapamatuje. Platí tedy, že výraz, odborný, pro pacienta nový, by se měl opakovat v celém textu a neměl by se několikrát nahrazovat jinými synonymy. Dále se uvádí, že edukační materiál by měl být na úrovni 6. – 8. třídy základní školy, aby byl srozumitelný všem (Mandysová, 2016).

V zahraničí existují a uplatňují se měřítka pro posuzování čtivosti textu, u nás lze zmínit Mistríkuv vzorec pro posuzování čtivosti. $R=50 - (V \times S) / (N / L)$. Vysvětlení Mistríkova vzorce viz Příloha 1.

1.3 Edukační proces v ošetrovatelství

Nyní, když byly probrány všechny okolnosti kolem samotného vzdělávání, může být tato kapitola zaměřena na edukační proces v ošetrovatelství.

Edukace je proces, při němž dochází podle Průchy (2009b) k nějaké formě učení. Všeobecné sestry proto v neposlední řadě působí i jako edukátorky v oblasti vzdělávání pacientů (Svěráková, 2012). Vyhláška č. 2/2016 Sb., která mění část vyhlášky č.55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, rozšiřuje kompetence všeobecné sestry a to tak, že ukládá povinnost *motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe*. Edukace v ošetrovatelství se uplatňuje jak v prevenci primární, sekundární, tak i terciární. Svěráková (2012) pojem edukace spojuje zejména v souvislosti se sekundární prevencí, kdy je v rámci léčebného procesu žádoucí, aby pacienti změnil

své chování a docházelo při tom i k nábítku konkrétních nových dovedností. S edukací souvisejí též další pojmy, které je potřeba pro snazší orientaci v problematice vysvětlit.

Základním pojmem je edukační realita. Jedná se o skutečnost, v níž edukační procesy probíhají. Edukačním procesem je pak označována činnost lidí, při kterých dochází k učení. Ten, kdo učí, vzdělává, je odborně nazýván edukátor (Průcha, 2009). Roli edukátora v edukaci v ošetrovatelství zastává např. lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeuti, nutriční terapeutky apod. (Nemcová et al., 2010). Naproti němu je pak edukant čili ten, který přijímá nové poznatky, informace či dovednosti (Průcha, 2009b). Neméně je pro edukaci jako proces důležité edukační prostředí. Tedy prostor, kde k edukačnímu procesu dochází. (Nemcová et al., 2010). Edukačními dokumenty jsou pak myšleny plány, předpisy, zákony, standardy či edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukace nemocných (Magurová, Majerníková, 2009).

Při edukačním procesu hraje významnou roli přístup a první kontakt edukátora s edukantem. Škrála, Škrlová (2003) popisují tři základní přístupy. Paternalismus, který vyjadřuje vztah mezi dvěma subjekty, kdy jeden přistupuje k druhému nadřazeně a ignoruje jeho potřeby. Svěráková (2012) ve své knize píše o paternalistickém přístupu už v minulém čase a píše o změně přístupu na partnerství, kdy pacient přebírá do určité míry zodpovědnost za své zdraví. Konzumeristický přístup, kdy edukátor zajistí předání informací, které edukant očekává bez ohledu na kvalitu a hodnoty těchto informací. Třetím popsaným přístupem je přístup humanistický. Zde jsou edukátor a edukant v partnerském vztahu, edukátor bere v úvahu potřeby edukanta i jeho rodiny (Škrála, Škrlová, 2003). Důvěru pacienta ve zdravotní personál posílí kromě základních etických pravidel i přívětivý výraz, jasná dikce, sebejistota, upravenost, čistota uniformy či ostatní prvky nonverbální komunikace (Kutnohorská, 2007). Správný přístup od prvního okamžiku je základ pro budování funkčního terapeutického vztahu. Je třeba si uvědomit, že vztah sestra – pacient začíná ve chvíli, kdy se oba spatří, tedy ještě dříve, než cokoli řeknou. Působí-li sestra uspěchaně, unaveně, nejistě či nepozorně, může se tím vztah výrazně narušit (Ptáček, Bartůnek, 2015).

1.3.1 Bariéry při poskytování edukace v ošetrovatelství

Při edukaci v ošetrovatelství se edukátorka setká se řadou problémů, ať už ze strany pacienta či ze strany zdravotnického zařízení. S problémy se samozřejmě setkává i sám edukant, proto v této kapitole bude zmíněno několik nejvíce problémových bariér při edukaci v ošetrovatelství. Zkušená sestra edukátorka při sestavování edukačního

plánu myslí na možné bariéry již dopředu a před samotnou činností se je snaží odstranit či eliminovat jejich možné dopady.

Procesu edukace v ošetrovatelství brání nekvalifikovaně připravený celý proces edukace. Od přípravy, přes realizaci, nedostatečnou odbornou zkušenost až k hodnocení edukace, kdy sestra edukátorka nezná základní principy didaktiky, čímž může edukanta demotivovat, negativně ovlivnit následující průběh edukace. Mezi další, často opomíjené faktory, které mohou vyústit v bariéry, jsou fáze akutního onemocnění edukanta, věk, citové rozpoložení, bolest, víra (Kuberová, 2010).

Překážky ze strany sester vyjmenovává Nemcová et al., 2010 v pěti bodech bariér, kdy na prvním místě uvádí fakt, že samy sestry se necítí dostatečně kompetentní a vzdělané v edukaci v ošetrovatelství. Další bariérou je pak zpochybňování edukace nejen ze strany sester, ale i lékařů, kdy neuznávají edukaci jako pomoc pacientovi. Jako bariéra ze strany edukátorek je i počin, kdy nepřihlédnou na osobnost edukanta, na jeho věk, schopnosti učit se. V neposlední řadě se jako bariéra v edukaci v ošetrovatelství jeví nedostatečné dokumentování průběhu edukace, ať už z časové tísně, z nevědomosti a nejsou tak kvalitně předávány informace mezi personálem.

Edukátorky by měly mít na paměti, že uškodit pacientovi můžeme nejen nevhodně zvoleným léčebným procesem, ale i nevhodně zvoleným slovem či přístupem (Kuberová, 2010).

Mezi překážky ze strany pacienta spadá stres, který je vyvolán onemocněním, charakter osobnosti nemocného a negativní vliv nemocničního prostředí. Když se mluví o bariérách při edukaci, nejsou to ale jen bariéry ze strany sestry či nemocného, ale musí se zmínit i bariéry v celém zdravotnickém systému. Sem lze zařadit nedostatek času z důvodu včasného propuštění nemocného. Dále pak nevhodné prostředí, které představuje místo, které není k edukaci uzpůsobené, je mnoho rušivých elementů, opakované přerušování edukace. Již výše zmíněná bariéra zpochybňování efektivnosti se dá zařadit i mezi překážky systémové. Lékaři edukaci přisuzují velmi nízkou prioritu, protože se nejedná o tělesnou péči o pacienta (Nemcová et al., 2010).

1.3.2 Edukační diagnózy v ošetrovatelství

Součástí edukačního procesu je tvorba edukačních diagnóz, proto se tato podkapitola bude zabývat ošetrovatelskými a následně edukačními diagnózami. Ošetrovatelskou diagnostiku prováděla již Florence Nightingalová. Diagnostikovala například nutriční deficit u nemocných a v nemocnicích prováděla intervence, které

vedly k nápravě či zlepšení situace nemocných. Trvalo téměř sto let, než se setry k této roli diagnostičky vrátily (Vörösová et al., 2015). Dalších dvacet let se termín ošetrovatelská diagnóza vyskytoval v odborné literatuře velmi sporadicky (Carpenito – Moyet, 2008). V roce 1973 se v St. Louise konala Národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz, kde bylo definováno 80 ošetrovatelských diagnóz a byl schválen postup práce s nimi a doporučení vycházet z Maslowovy pyramidy potřeb (Vörösová et al., 2015). Jak uvádí Mastiliaková (2014) ošetrovatelská diagnóza je verbalizací potřeb pacienta a problémů, které může ovlivnit kvalifikovaně naplánovaná a poté zrealizovaná ošetrovatelská péče.

Na rozdíl od ošetrovatelských diagnóz, které jsou zaměřené na poruchu, neuspokojení nějaké potřeby pacienta, se edukační diagnózy soustředí na podporu a zlepšení zdraví pacienta (Marečková, 2006). Diagnostika při edukaci v ošetrovatelství je specifikace potřeb nemocného z pohledu rozsahu nedostatku jeho vědomostí. Obvykle jde o řešení problému deficitu vědomostí nebo zručnosti, ale i o nedostatek motivace. Diagnostikování se vztahuje i na potřebu něco se naučit, získat nové schopnosti, dovednosti, vědomosti a postoje v problematice. North American Nursing Diagnosis Association - severoamerická asociace pro sesterské diagnózy - NANDA ještě v roce 2009–2011 rozpracovávala diagnózy wellness, které se již v novém vydání neobjevují a tyto diagnózy byly přestoupeny do kategorie diagnóz na podporu zdraví (Vörösová et al., 2015).

Ošetrovatelské diagnózy na podporu zdraví jsou klinickým závěrem o motivaci a přání jedince, jeho rodiny či komunity zvyšovat pohodu a zdraví při ochotě zlepšit chování k podpoře zdraví (Vörösová et al., 2015). Diagnózy na podporu zdraví musí mít stanovené cíle a intervence, které se vypracovávají za pomoci edukanta a jeho blízkých (Mastiliaková, 2014).

1.4 Edukační dokumentace v ošetrovatelství

V této kapitole bude objasněno, jaké náležitosti by měla mít edukační dokumentace, edukační plán. Záznam o edukačním procesu je nezbytnou součástí edukačního plánu. Záznam poskytuje ostatním členům týmu informace a zabráňuje tak duplicitě některých lekcí, nebo naopak pomáhá v předávání informací o dovednostech pacienta. Zároveň plní funkci ochrannou, kdy může být zdrojem pro obhajobu edukátorky při eventuálních stížnostech na neposkytnutí informací (Svěráková, 2012). Jestliže pacient tvrdí, že byl poškozen nedostatečnou informovaností, sestra edukátorka

je chráněna svým zápisem v edukační dokumentaci, která dokazuje její správný úsudek, vypovídá o tom, jak byly seřazeny priority výuky, jaké metody použila a jak v průběhu edukace edukant reagoval (Škrla, Škrlová, 2003). V záznamu o edukaci by měl být po skončení každé výuky podpis edukanta, který tímto stvrzuje příjem daných informací, absolvování edukace, pochopení výuky (Svěráková, 2012). Je nutné, aby to, co edukant podepisuje, bylo napsáno tak, aby tomu rozuměl (Chart Smart, 2013). Moment podpisu může být pro pacienta závažnou chvílí, protože si uvědomuje váhu edukace a zodpovědnost za své jednání a chování v tomto procesu. Edukační záznam dále obsahuje popis plánovaných a splněných edukací, výsledky výuky a stručný popis reakcí pacienta na proběhlou výuku (Svěráková, 2012). Magurová, Majerníková (2009) popisují edukační dokumentaci jako základ edukačního procesu, která je součástí ošetrovatelské, potažmo zdravotnické dokumentace. Dále píší, že edukační dokumentace má obsahovat formulář na posouzení edukanta, edukační plán a hodnocení edukace.

Jednotlivá pracoviště ve zdravotnických zařízeních mohou mít předběžně sestavené plány edukace pro některá onemocnění, která jsou pro ně typická, avšak nesmí se při jejich tvorbě zapomínat ponechat prostor pro individuální edukační potřeby jednotlivého edukanta (Nemcová et al., 2009).

Na podkladě stanovení edukační diagnózy je potřeba přesně definovat, o jaký druh edukace se bude jednat. Zda-li se bude edukovat pacient s nově diagnostikovanou nemocí, či pacient, který již edukaci na dané téma absolvoval, ale stále se dopouští chyb a potřebuje tak doplnit informace a bude se proto reedukovat. Edukační plán by měl potom obsahovat pořadí edukačních témat dle naléhavosti, stanovené edukační cíle ve všech již zmíněných oblastech (kognitivní, afektivní, psychomotorické), dále se v edukačním plánu musí nacházet jaké edukační metody budou použity, co bude obsahem edukace, časový harmonogram edukačního procesu, jaké didaktické pomůcky budou použity a vyhodnocení, evaluace edukačního procesu (Svěráková, 2012).

1.4.1 Zákonem dané normy na ošetrovatelskou dokumentaci

Součástí ošetrovatelského procesu je správné vedení ošetrovatelské dokumentace. Edukační dokumentace je její nedílnou součástí. Co zdravotníkům přímo ukládají zákony České republiky je vymezeno v této kapitole.

Vést zdravotnickou dokumentaci ukládá zdravotnickým zařízením právní předpis. Nejstarší zmínka o zdravotnické dokumentaci v právním předpisu se objevila v zákoně č. 160/1992 Sb., § 5, odstavec 2, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který uvádí povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Dalším důležitým dokumentem byl v historii zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který v § 67, odst. 2 vymezoval pojem zdravotnická dokumentace, nikoliv ošetrovatelská. K tomuto zákonu byla vydána vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci a jsou zde taxativně vyjmenované její části. V tomto dokumentu se poprvé zmiňuje i ošetrovatelská dokumentace, jakožto součást zdravotnické. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci nijak neomezuje zdravotnická zařízení ve vlastní tvorbě dalších, vyhláškou nejmenovaných, ošetrovatelských dokumentů. Vytváření edukačních karet, záznamů popisujících výuku pacienta, metody použití edukace a reakce pacientů na edukaci, tak staví mezi dokumenty, které si může zdravotnické zařízení vytvořit a mít tak i toto jako ošetrovatelskou dokumentaci, na kterou se tak bude vztahovat vyhláška o ošetrovatelské dokumentaci. Z toho vyplývá, že zdravotnická dokumentace se skládá z dokumentace lékařské a ošetrovatelské (Polícar, 2010). Vyhláška 385/2006 Sb., která byla později nahrazena zákonem č. 372/2011 Sb., ale jasně ukládá povinnost vést zdravotnickou dokumentaci všem zdravotnickým zařízením bez rozdílu a výjimky (Vondráček, Wirthová, 2008). Zákon o zdravotních službách, 372/2011 Sb., v § 53, o vedení zdravotnické dokumentace, pojednává o povinnosti vedení a uchování zdravotnické dokumentace. K tomuto zákonu se dále vztahuje vyhláška 98/2012 Sb., kde je v Příloze č. 1, bod 11, čl. A specifikováno, co má záznam o ošetrovatelské péči obsahovat. Je to a) ošetrovatelská anamnéza a zhodnocení zdravotního stavu pacienta, b) ošetrovatelský plán, kde se uvede ošetrovatelský problém a stanoví se ošetrovatelské diagnózy, stanovení předpokládaných ošetrovatelských činností a výkonů, včetně poučení pacienta, hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče, c) průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta, d) ošetrovatelskou propouštěcí či překladovou zprávu, která může obsahovat doporučení k dalším ošetrovatelským postupům.

V roce 2002 Česká asociace sester (dále jen ČAS) vydává a v roce 2004 reviduje Směrnici pro vedení a uchování ošetrovatelské dokumentace. Cílem je poskytnout sestřím návod, jak se v problematice ošetrovatelské dokumentace orientovat. ČAS hodnotí dobře vedenou ošetrovatelskou dokumentaci jako známku kvalifikovanosti pracovníka, jako důležitý nástroj zvyšování kvality zdravotní péče, profesionální vedení

ošetřovatelské dokumentace jako produkt dobré týmové práce. Tým lze definovat jako skupinu spolupracovníků různé specializace či kvalifikace, jejichž motivem je společný cíl (Plevová et al., 2012). Dále ČAS ve své směrnici poukazuje na ošetřovatelskou dokumentaci jako důkaz soudních sporů. Upozorňuje, že každá součást ošetřovatelské dokumentace v případě soudního sporu bude podrobně zkoumána a co není zaznamenáno, jako by se neprovedlo. V souvislosti s pochybením při vedení ošetřovatelské dokumentace uvádí Lubomír a Jan Vondráčkovi (2008) nárůst skutečnosti, kdy ošetřovatelská dokumentace nekoresponduje s dokumentací lékařskou.

Též Koncepce ošetřovatelství, vydána jako metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví v roce 2004, klade důraz na řádně vedenou ošetřovatelskou dokumentaci jako základního metodického postupu ošetřovatelského personálu při práci s pacienty i jejich rodinami. Je potřeba podotknout, že v přípravné fázi je nová koncepce ošetřovatelství, která se aktuálně připomínkuje zřizovateli zdravotnických zařízení.

1.4.2 Kompetentní nelékařští pracovníci pro edukaci v ošetřovatelství

Aby nedošlo k jistému nedorozumění, je potřeba si vyjasnit, kdo z ošetřovatelského týmu vlastně edukaci v ošetřovatelství může provádět. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků vyplývají z vyhlášky č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Do kategorie nelékařských zdravotnických povolání (dále jen NLZP) spadá několik desítek profesí, zde však budou popsány jen kompetence pracovníků, kteří pracují v chirurgických oborech, protože nás pro tuto chvíli nebudou z hlediska edukace v chirurgických oborech zajímat kompetence např. zubního laboranta, dětské sestry, laboratorního asistenta atp.

Vyhláška 391/2017 Sb. v § 3 vymezuje kompetence zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí, kde pod písmenem g) je zakotveno: *motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe.*

V § 4, který popisuje kompetence všeobecné sestry se lze pod písmenem k) dočíst následující: *edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetřovatelských postupech, použití zdravotnických prostředků a připravovat pro ně informační materiály.* Zmíněný § 4 se v této novelizaci rozšiřuje o kompetence praktické sestry. Praktická sestra tak na rozdíl od zaniklého oboru zdravotnický asistent má k edukaci stejné kompetence jako všeobecná sestra. Další § 6 popisuje činnosti ergoterapeuta. Pojem edukace není nikde

u této profese zmíněn, avšak lze nalézt v odst 1 písmene f) *navrhovat a popřípadě zhotovovat kompenzační a technické pomůcky, doporučovat zdravotnické prostředky a učit pacienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat*, či g) *poskytovat poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění*. Kompetencemi ortotika – protetika se zabývá § 13 a ani zde se nelze dočíst o jeho edukační činnosti v pravém slova smyslu, ale pod písmene a) lze vyčíst, že má seznamovat a provádět zácvik v oblasti používání pomůcek.

Vyhláška pod § 25 popisuje činnosti fyzioterapeuta. Zde v odstavci 2 písmene a) je možno dohledat, že fyzioterapeut pracující bez odborného dohledu má kompetenci *provádět prevenci, edukaci a poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí*. Činnosti všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí řeší § 54 a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře má sestra kompetenci *edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály*, b) na základě indikace lékaře *edukovat pacienty, případně jiné osoby ve specializovaných diagnostických a léčebných postupech*.

A posledním zmíněným pracovníkem bude podle § 61 sestra pro péči v chirurgických oborech, která má bez odborného dohledu a bez indikace lékaře dle bodu 5 *edukovat pacienta a jím určené osoby v oblastech zdravotní prevence a ošetrování; přitom spolupracovat zejména s fyzioterapeutem, nutričním terapeutem a zdravotně-sociálním pracovníkem*.

1.4.3 Edukace zakotvená ve standardech a její kontrolní činnost

V zájmu hodnocení kvality péče se ve zdravotnických zařízeních vytvářejí standardy. Zdravotnický standard je určujícím vodítkem aplikace zdravotnické péče. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní norma kvality. Každé zdravotnické zařízení je povinno vypracovávat vlastní ošetrovatelské standardy, které respektují obecně platné požadavky Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZ ČR), zřizovatele, zdravotních pojišťoven a příslušných společností udělujících akreditace v kvalitě a bezpečnosti poskytovaných zdravotnických služeb. Edukace v ošetrovatelství je součástí komplexní péče o pacienty, která předpokládá vedení záznamů o edukaci jako součást ošetrovatelské dokumentace. Edukační standard ovlivňuje kvalitu edukace, umožňuje objektivní hodnocení kvality edukace a stává se závaznou normou pro všechny edukátory (Škrála, Škrlová, 2008). Standard zaměřený na

edukaci v daném nemocničním zařízení by měl obsahovat kompetence sester, pracovní zařazení sester, které mohou edukaci vykonávat, jakou zařízení vyžaduje specializaci po sestře edukátorce, kolik sester je na edukaci připravených, kdo musí a kdo může tuto činnost vykonávat, materiální vybavení jednotlivých oddělení, jak má vypadat prostředí pro edukační činnost, jaká je bezbariérovost pracovišť, dobu platnosti standardu, kritéria, která zajistí plnění standardu (Kuberová, 2010).

Kontrola činností zakotvených ve standardech se provádí formou interních i externích auditů. Interní audity vykonává v rámci zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče samo zdravotnické zařízení. Zdravotnické zařízení má pověřené osoby, které audity vykonávají a mají tak právo v rámci svého pověření nahlížet i do zdravotnické dokumentace (Policar, 2010). Auditor pokládá zdravotníkovi kontrolní otázky, kontroluje pomůcky, hodnotí přípravu edukátora na edukaci, sleduje efektivnost, účelnost, formu výuky, plnění předem stanoveného plánu, postavení edukátora v týmu, schopnost zaujmout edukanta, rovněž si všímá prostředí, ve kterém edukace probíhá (Kuberová, 2010). Za splněná kritéria pak interní auditor nebo externí auditorská komise přiděluje body, jejichž součet má výpovědní hodnotu o splnění či nesplnění auditu. Audit poskytuje informaci o tom, zda-li a v jakém rozsahu je třeba zdravotníky dále vzdělávat, zda-li mají dostatek vědomostí a dovedností o procesech, které vykonávají a zda-li si jsou plně vědomi důležitosti toho, co je od nich očekáváno (Mandysová, 2016). Protokol auditu musí dále obsahovat jména auditorů a prověřovaných osob, jejich podpisy a datum uskutečnění auditu (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2013). Rozdíl mezi standardem a auditem vysvětlují Škrla, Škrlová (2008) následovně...*standardsy se zabývají tím, co je důležité a z hlediska kvality a bezpečnosti péče přijatelné, zatímco audity sledují, zda zaměstnanci v praxi naplňují požadavky standardů a zda výstupy procesů splňují očekávání zdravotnického zařízení a jeho klientů.*

Pro provoz zdravotnického zařízení je nutná registrace, kterou uděluje zřizovatel zdravotnického zařízení. Jde pouze o formální povolení provozovat zdravotnické služby v konkrétních oborech. Akreditace není dle platné legislativy povinná. Pokud chce být zdravotnické zařízení nositelem certifikátu o udělení akreditace, musí si samo o akreditaci zažádat a splnit podmínky akreditační společnosti (Škrla, Škrlová, 2008). Akreditace je proces hodnocení zdravotnického zařízení a porovnává, jak zařízení postupuje ve shodě s vydanými požadavky na zvyšování kvality (Joint Commission, 2008). Pro Českou republiku realizuje ve zdravotnických zařízeních akreditační činnost

mimo jiné Spojená akreditační komise (dále jen SAK). SAK v roce 2013 vydal již třetí akreditační standardy pro nemocnice, které nabyly účinnost k 1.1.2014 a kde lze najít 13 kapitol. Každá z kapitol obsahuje standardy, kterými je potřeba se řídit. Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá edukací v ošetrovatelství, zaměříme se pouze na standard 2.9 a 2.10.

Standard 2.9. nese název: V nemocnici je zaveden účinný systém edukace pacientů a jejich blízkých. Standard pojednává o tom, jak mají nemocnice postupovat, aby byla jeho podstata naplněna – vypracovat postup hodnocení potřeby edukace, rozsah a způsob edukace a postup při dokumentaci provedené edukace, zhodnocení, zda má pacient dostatek informací o svém aktuálním stavu, či zda je nutné naplánovat edukační proces, stanovit pracovníky, kteří edukaci provádějí, zda-li jsou edukováni i příbuzní a není-li to v rozporu s přáním edukanta (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2013).

Standard 2.10. je druhým, který se edukací v nemocnici zabývá: Při edukaci pacientů pracovníci nemocnice vzájemně spolupracují. Pojednává o edukaci jako o týmové záležitosti. Nemocnice pro naplnění požadavků Spojené akreditační komise musí vytvořit podmínky pro efektivní poskytování edukace pracovníků, kteří o nemocné pečují, aby měli odpovídající znalosti a dovednosti při edukačním procesu (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2013).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Tato kapitola se bude věnovat předem vytyčeným cílům a výzkumným otázkám, které byly pro tuto práci vytvořeny. Byl stanoven jeden hlavní cíl, od kterého se pak odvíjel cíl intelektuální, praktický a osobní. Navazovat bude kapitola, která se bude věnovat metodologii výzkumného šetření a charakteristice výzkumného souboru.

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem této práce bylo zaměřením se na odkrývání jevů v souvislosti s edukační dokumentací vedenou sestrou.

Intelektuální cíle byly stanoveny dva – 1. Zmapovat postoj sester k edukační dokumentaci; 2. Zanalyzovat současnou situaci edukační dokumentace v nemocničním zařízení.

Praktický cíl: Získané informace budou sloužit jako podklad pro vytvoření návrhu edukačního záznamu v chirurgických oborech.

Osobní cíl: Zpracováním tohoto tématu získám podnětné informace k dalšímu využití – praktické realizaci edukace u pacientů na vybraném oddělení, k tvorbě edukační dokumentace.

2.2 Výzkumné otázky

Na podkladě výše definovaných cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak se vyvíjela edukační dokumentace v práci sestry v nemocnicích Plzeňského kraje?

Výzkumná otázka 2: Jaký postoj zaujímají sestry k edukaci pacienta?

Výzkumná otázka 3: Jaké náležitosti obsahuje edukační dokumentace v nemocnicích Plzeňského kraje?

Výzkumná otázka 4: Jakým způsobem jsou prováděny edukace v nemocnicích Plzeňského kraje?

3 Metodika

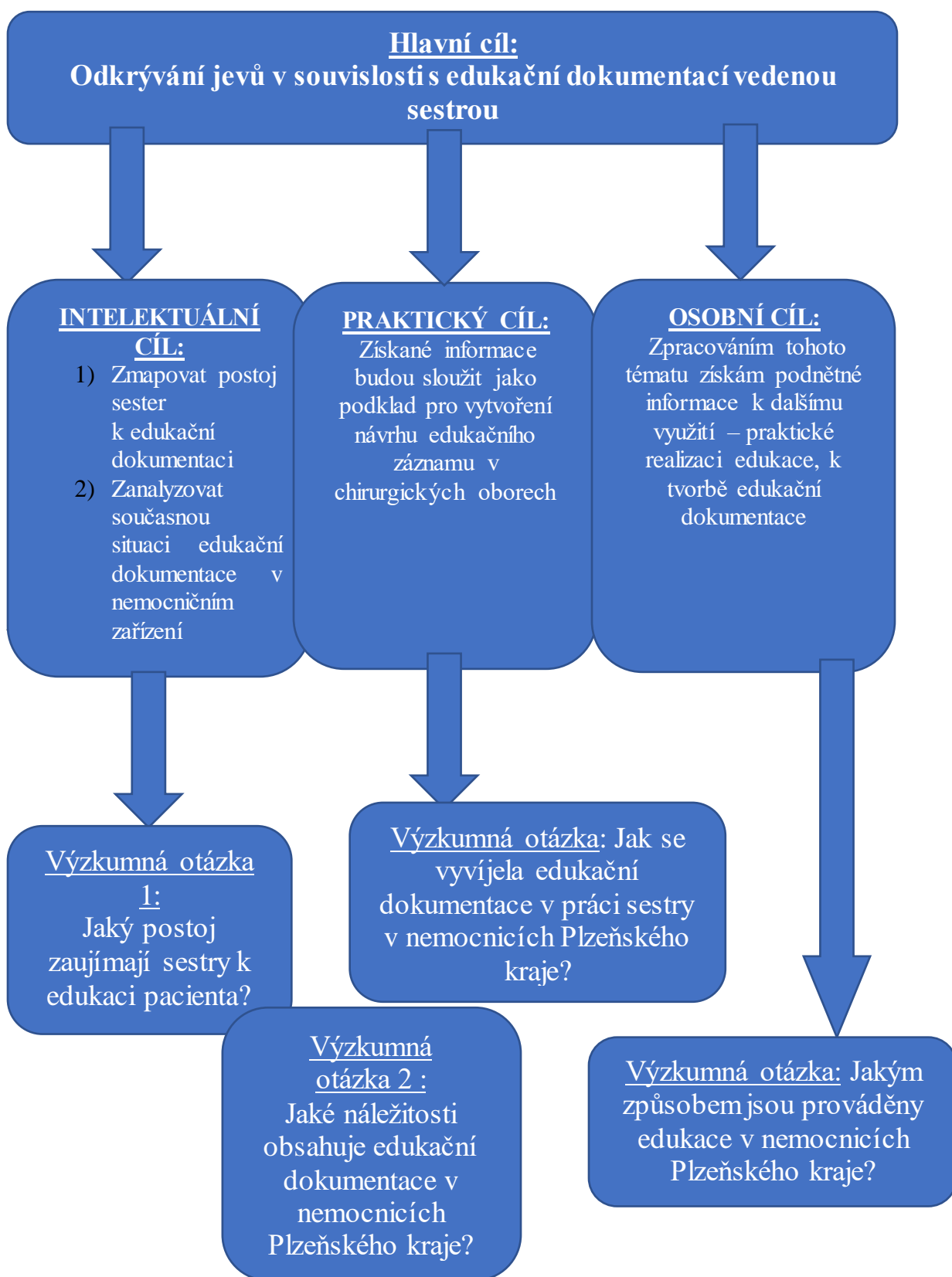
Tato kapitola se zaměří na konkrétní metodické postupy, kterými bylo dosaženo výsledků celého výzkumného šetření. Pro snazší orientaci bylo vytvořeno schéma 1, které znázorňuje přehled, jak výzkumné šetření probíhalo, fáze výzkumného šetření a jaké metody kvalitativního akčního výzkumu byly v každé z nich použity. Schéma 2 zobrazuje cíle práce a s nimi spjaté výzkumné otázky.

Schéma 1 Metodika výzkumného šetření



Zdroj: Vlastní výzkum

Schéma 2 Cíle práce a výzkumné otázky



Zdroj: Vlastní výzkum

3.1 Použité metody

Výzkumné šetření probíhalo metodou aplikovaného kvalitativního akčního výzkumu. Akční výzkum se řadí mezi kvalitativní výzkumná šetření a je uplatňován zejména v sociálních vědách, mezi něž řadíme i zdravotnictví. Lze jej chápat jako propojení mezi výzkumem a praxí. Tento typ výzkumného šetření umožňuje použití všech známých technik pro kvalitativní výzkum (McNiff, 2009). Pro tuto práci byly konkrétně využity metody rozhovoru a analýzy dokumentace. Akční výzkum je charakterizován tím, že usiluje o změnu stavu. Pro akční výzkum platí dva závazné kroky. Musí se definovat problém a cíl změn, druhým krokem je pokračování projektu (Hendl 2005).

V první etapě výzkumné části této bakalářské práce byl zvolen sběr dat pomocí kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum umožňuje použití třech typů dat a to z rozhovorů, pozorování a dat z dokumentů (Švaříček a kol., 2007). V této fázi byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje odklonit se od připravených otázek dle vývoje probíhajícího rozhovoru (Hendl, 2005). Rozhovor byl nahráván na diktafon, s čímž byli probandi seznámeni a měli možnost odmítnout. Na podkladě výzkumných otázek byl vytvořen základní seznam otázek, které jsou uvedeny v Příloze 2 a které se v průběhu rozhovorů různě modifikovaly. Rozhovory probíhaly v pracovním prostředí, v místnosti, kterou si určily samy sestry a splňovaly požadavky klidného, nerušeného prostředí. Hlavním cílem rozhovorů bylo zaměření se na vědomosti sester o edukaci, průběh jejich edukační činnosti, bariéry, se kterými se při edukaci setkávají, jejich názor na edukační dokumentaci. Aby mohlo být hodnoceno vedení edukační dokumentace, bylo potřeba nejprve zjistit, jestli jsou sestry v problematice edukační činnosti orientované. Rozhovory byly vedeny se sestrami z lůžkových částí chirurgických oddělení z vybraných nemocnic Plzeňského kraje. Hlavní sestry nemocnic byly ujistěny o zachování anonymity nejen pro probandy, ale i o nemocnici jako takové, o dodržení povinné mlčenlivosti a o ochraně osobních údajů. Pro zachování slíbené anonymity nemohou být souhlasí součástí této práce a jsou k nahlédnutí pouze u autorky práce. Po devátém rozhovoru došlo k nasycení výzkumného vzorku, odpovědi se opakovaly, a proto byla tato část výzkumného šetření ukončena. Po sběru dat došlo k přepisu rozhovoru do písemné podoby. Jak uvádí Švaříček a kol. (2007), je doporučováno, aby se rozhovory přepsaly kompletně, bez vynechání pro nás v tu chvíli nepodstatných údajů. Po přepisu následovalo otevřené kódování. Rozčleněnému textu na jednotky je přidělený významový kód, tedy označení,

kteřé představuje slovo nebo slovní spojení (Švařiček a kol., 2007). Kódy byly následovně zařazeny do kategorií (viz Příloha 3).

Dalším krokem, který vedl ke splnění druhého intelektuálního cíle, byla použita metoda obsahové analýzy edukační dokumentace. Analýza dokumentů se používá tehdy, pokud není možnost získat daná data pomocí pozorování či dotazováním (Bártlová, 2008). V průběhu šetření byl také analyzován edukační prostředek metodou Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti textu. Byl vybrán jeden prostředek, který se na určité téma nejvíce využívá na jednom oddělení. Jednalo se o edukaci aplikace Fraxiparinu. Prostředek jsme analyzovali ve třech jeho podobách – příbalová informace; leták, který mají sestry k dispozici od farmaceutické firmy a prostředek, který na stejné téma mají sestry k dispozici v rámci řízené dokumentace nemocnice a je přístupný celému personálu nemocnice, nejen oddělení. Mistríkův vzorec byl vytvořen slovenským jazykovědcem Jozefem Mistríkem. Mandysová (2016) ve své publikaci upozorňuje na existující riziko chyby při výpočtech, protože dosud nebyly vytvořeny žádné programy, které by umožňovaly provést výpočty jinak než ručně. Mohou se objevit i nejasnosti, jak postupovat při opakování slov, ale v jiném pádě. Proto jsou možné dva typy výpočtů. Výpočty z takzvaných lemmat a nelemmatizovaných tvarů slov. Lemmatizace je proces, kdy se slovo vždy převede do základního tvaru (Mandysová, 2016).

Poslední, tedy třetí etapa akčního výzkumného šetření, která vedla ke splnění praktického cíle a ke které mohlo být přistoupeno po sběru dat z rozhovorů a analýze edukační dokumentace, obnášela vytvoření vlastního návrhu edukační dokumentace – edukační plán, edukační záznam a evaluační dotazník (viz Příloha 4). Tyto dokumenty byly v únoru 2018 po domluvě s vrchní sestrou předány na vybrané oddělení, které se zúčastnilo již první fáze výzkumu. Personál dostal k dispozici návrh edukační dokumentace a byl mu poskytnut časový prostor na realizaci edukační činnosti s novou verzí dokumentace. Na konci února byly sebrány 3 vyplněné edukační záznamy a provedeny rozhovory se 3 sestrami, které edukační činnost s novou dokumentací provedly. Rozhovor byl nyní již krátký, týkal se výhradně připomínek k návrhu na změnu edukační dokumentace. Následně proběhla analýza této dokumentace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovoru se zúčastnilo 9 sester ze 4 nemocnic Plzeňského kraje. Všechny sestry pracovaly na lůžkových odděleních chirurgického zaměření – chirurgie, ortopedie,

gynekologie. Celkem bylo osloveno 6 nemocnic, výzkum byl realizován ve 4 nemocnicích. Z jedné nemocnice nepřišla žádná zpětná vazba na prosbu o udělení souhlasu k provedení výzkumného šetření a v jedné nemocnici nebylo možno splnit jejich podmínky.

Výběr výzkumného souboru byl záměrný, aby obsahoval jak sestry s praxí pod 10 let, tak i sestry dlouhodobě pracující, sestry s vysokoškolským vzděláním, sestry specialistky a podobně. S výběrem na oslovených pracovištích pomohly vedoucí denních směn. Všechny rozhovory byly realizovány na daném pracovišti a byly zrealizovány v první polovině roku 2017. Pro představu o oslovených probandech je vytvořena tabulka, kde lze vyčíst délka praxe sestry, nejvyšší dosažené vzdělání, označení dané sestry ve výsledcích výzkumného šetření a chirurgický obor, ve kterém pracuje (viz Tabulka níže).

Druhý výzkumný vzorek tvoří 5 edukačních záznamů a 1 ošetrovatelská propouštěcí zpráva, která byla předložena jako záznam pro edukaci z uzavřené zdravotnické dokumentace. Tyto dokumentace byly analyzovány dle předem stanovených kritérií – uzavřená dokumentace, pacient s diagnózou, kde lze edukaci předpokládat (stomik, pacientka po mastektomii, pacient po operaci zažívacího traktu, pacient propuštěný s léky v injekční formě...). Při nahlížení do dokumentace bylo zkontrolováno, zda byl při přijetí podepsán souhlas s nahlížením do dokumentace pro studenty připravující se na své povolání. Při analýze těchto dokumentů (viz Příloha 5) byla zachována anonymita pacienta i zdravotnického zařízení.

Třetím výzkumným vzorkem je edukační prostředek, který byl analyzován metodou Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti odborného textu. V tomto souboru se nachází 3 dokumenty, které mají společné téma. Jeden materiál je dostupný pro sestry na oddělení jedné z nemocnic a předávají ho při edukaci pacientovi, druhý materiál je příbalový leták daného léčiva a třetí materiál je dostupný pro personál nemocnice a je součástí řízené dokumentace. Všechny tyto materiály jsou k nahlédnutí v Příloze 6.

Závěrem byla navržena změna edukační dokumentace, která byla uvedena jako zkušební verze na jedno oddělení. Jednalo se o edukační plán, edukační záznam a evaluační dotazník. Edukační plán byl i jako vzorově vyplněný předán na toto oddělení. A opět metodou polostrukturovaného rozhovoru a obsahové analýzy byl vyhodnocen výstup z akčního výzkumu. V tomto výzkumném souboru se tedy nachází

3 rozhovory se sestrami po edukační činnosti s novou dokumentací a 3 krátké rozhovory s těmito sestrami.

Tabulka č 1 Přehled probandů, jejich praxe a pracoviště

	označení	délka praxe	vzdělání	obor
Sestra 1	S 1	30 let	SZŠ (zdrav. sestra)	CHIR
Sestra 2	S 2	46 let	SZŠ (všeobecná s.)	CHIR
Sestra 3	S 3	30 let	SZŠ + specializace	CHIR
Sestra 4	S 4	5 let	VŠ (Bc.)	CHIR
Sestra 5	S 5	15 let	SZŠ + specializace	ORT
Sestra 6	S 6	5 let	SZŠ (zdr.asist.) +studuje VŠ	GYN
Sestra 7	S 7	2 roky	SZŠ (zdr.asistent)	CHIR
Sestra 8	S 8	25 let	SZŠ (všeobecná s.)	CHIR
Sestra 9	S 9	19 let	SZŠ (všeobecná s.)	ORT

Zdroj: Vlastní výzkum

Sestra 1 bude ve výsledcích označována jako S 1, pracuje na chirurgickém oddělení 30 let se středoškolským vzděláním. Sestra 2 bude ve výsledcích označována jako S 2, pracuje na chirurgickém oddělení, má 46 let praxi, vystudovala střední zdravotnickou školu v oboru všeobecná sestra. Sestra 3 bude ve výsledcích označována jako S 3, pracuje na chirurgickém oddělení 30 let, má středoškolské vzdělání a specializaci v chirurgických oborech. Sestra 4 bude ve výsledcích označována jako S 4, též pracuje na chirurgickém oddělení, má vystudovanou vysokou školu s titulem Bc., praxi vykonává 6 let. Sestra 5 bude ve výsledcích označována jako S 5, pracuje na ortopedickém oddělení se středoškolským vzděláním a specializací v chirurgických oborech, na oddělení pracuje 15 let. Sestra 6 bude ve výsledcích šetření označována jako S 6, pracuje na gynekologickém oddělení 5 let, má vystudovanou střední zdravotnickou školu obor zdravotnický asistent a při práci studuje vysokou školu. Sestra

7 bude ve výsledcích označována jako S 7, vystudovala střední školu obor zdravotnický asistent a pracuje na chirurgickém oddělení druhým rokem. Sestra 8 bude ve výsledcích označována jako S 8, pracuje 25 let na chirurgickém oddělení, má středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra. Sestra 9 bude ve výsledcích šetření označována jako S 9, vystudovala střední zdravotnickou školu obor všeobecná sestra, pracuje 19 let na ortopedickém oddělení.

4 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola se bude zabývat výsledky výzkumného šetření, kdy se při vyhodnocování bude vycházet z informací, které byly získány z rozhovorů s probandy, analýzou edukační dokumentace, analýzou edukačního prostředí pomocí Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti a z výstupu akčního praktického výzkumu.

4.1 Edukační činnost na odděleních s chirurgickým zaměřením

Rozhovory byly vedeny s 9 sestrami. Po sběru potřebných informací byly rozhovory metodou otevřeného kódování rozděleny do 8 kategorií.

Kategorie č 1 se nazývá **Znalost pojmu edukace ve zdravotnictví**. Při rozhovorech byly kladeny sestrám otázky, zda dokáží rozlišit mezi edukací a pouhým předáváním informací, co pro ně představuje pojem edukace. Všechny sestry na tuto otázku odpovídaly bez rozmyšlení, každá si byla jistá svojí odpovědí. S 2 uvedla: *„Znamená to, že pacientovi řeknu, co ho čeká a co s ním budeme zamýšlet.“* Rozdíl mezi edukací a předáváním informací hodnotí takto: *„Já si myslím, že je to stejný.“* S 3 na stejnou otázku reagovala takto: *„Tak edukace je pro mě pojem docela známej ve zdravotnictví, je to vzdělávání, dopomoc pacientům při různých úkonech, které jsou nejdůležitější a které se kolem něho svým způsobem točí.“* S 5 zodpověděla otázku takto: *„Je to seznámení pacienta s něčím novým. Rozdíl je takový, že edukací se člověk něco naučí a předávání informací, že se o něčem novém dozví.“* S 6 na otázku vysvětlení pojmu edukace a předávání informací reagovala: *„Edukace je naučení pacienta něčeho, poučení o něčem a čekáme zpětnou vazbu, předávání informací je podání informace například o tom, že má pacient zvonek, kde je záchod anebo kdo ho bude operovat.“* S 7 odpověděla: *„To je proces, kdy se školíme ve vědomostech a zručnostech. Není rozdíl, edukace rovná se informovanost.“*

Kategorie č 2 nese název **Vzdělanost sester v edukační činnosti** a bylo zde zkoumáno, jak jsou sestry v této činnosti samy proškoleny, aby mohly provádět edukaci s nemocnými. S 1 k tomu uvedla: *„Ne, neprošla. Za ostatní mluvit nemůžu, ale po tu dobu, co tady pracuju, tak žádný kurz tady pro nás nikde neproběhl, nikdo nám nenabíd.“* S 4 řekla: *„Ano, já sama osobně, setkala jsem se s edukací právě na vysoké škole.“* Obdobně na stejnou otázku odpověděla S 6: *„Ano, v rámci studia na vysoké škole jsem byla s edukací seznámena, bohužel se zaměstnanci na téma edukace nijak neproškolují.“* S 5 k tomuto dotazu dodala: *„Nikdy jsem sama školením neprošla,*

nebyla příležitost ani možnost.“ „Mě nikdo pořádně neřek, jak to mám dělat, přečetli jsme si standard, staniční řekla svou představu a nějak jsme se s tím každá poprala, no.“ (S 5). S 9 uvedla, že „... kdybychom neměli na oddělení mladší sestřičky, které získaly informace na vejšce, tak nám edukaci nikdo nevysvětlil. Já si myslela, že když řeknu pacientovi o funkci zvonečku, tak že jsem ho edukovala. A furt mi nebylo jasné, proč bych měla mít k tomu papír na celou stránku.“

Kategorii č 3 se nazývá Obsah, forma a metoda edukační činnosti.

V této kategorii bylo středem zájmu, na jaké téma sestry nejčastěji edukují, jakou volí formu a metodu edukace, popřípadě jaké pomůcky při edukaci využívají. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka č 2, kde jsou uvedeny všechny zúčastněné sestry a jejich odpovědi na otázky týkající se této kategorie.

K formě edukační činnosti se S 3 vyjádřila takto: *„Probíhá na našem oddělení individuální i skupinová. Pokud je na našem oddělení třeba pacientky po operaci prsu, jsou dvě, tak si je bereme soukromě buď na jídelnu nebo na jeden samostatný pokoj a tam je sestřička pacientky edukuje. Pokud s tím samozřejmě obě souhlasí.“* Na otázku využívaných metod reagovala S 8: *„Metody? Ústně povím, mohu předat písemně vytvořené instrukce, i když to dostanou spíš na ambulanci při objednávání se a co mě napadá, tak některým musím ukázat, jak mají vstávat z postele.“* K otázce nejčastější témata pro edukaci byla odpověď S 5 následující: *„Užívání léků, Clexan, bohužel v případě prvozáchyty diabetu je na nás i zaškolení pacienta v aplikaci inzulínu, pak taky příprava na vyšetření, s chodem oddělení.“* *„U nás je asi nejběžnější téma pooperační rehabilitace u pacientů po tepkách. Oni se už den před operací učí chodit o berlích, pak po operaci sedání, vstávání, chůze, rehabilitačky je pak učí i různé cviky na doma. No a taky aplikace Fraxiparinu.“* (S 9). Dále byly sestry tázány, jakých využívají pomůcek při samotné edukaci. S 8 uvedla, že pomůcky využívá spíše lékař. *„Pomůcky ani žádné nepoužívám, to asi ani kolegyně, spíš doktor má anatomickou plastovou zvětšeninu ženského genitálu a na tom ženám vysvětluje operaci.“* (S 8). S 3 uvedla: *Používáme pomůcky, nepoužíváme, máme akorát natištěné materiály, které potom samozřejmě dáváme pacientkám s sebou domů, aby si to všechno přečetly a kladly otázky.“*

Tabulka 2 Formy a metody edukace na lůžkových odděleních

	Forma edukace	Metoda edukace	Témata edukace	Pomůcky k edukaci
S 1	individuální	názorná ukázka, výklad	aplik.Frax, inzulinu, péče o stomii	bez pomůcek
S 2	individuální	ukázka, leták	předoperační příprava, stomie	stomické pomůcky, leták k dietě
S 3	individuální i skupinová	názorné ukázky, předtištěné informace	aplik.Frax, péče po operaci prsu	letáky
S 4	skupinová	slovní, názorová	aplik.Frax, pankreatická dieta, kompenzační pomůcky	letáčky, Fraxiparinky
S 5	individuální	ústní, názorová	užívání léků, aplik.Clexanu, inzulinu, příprava na vyšetření, seznámení s oddělením	předplněné stříkačky, letáky o dietách, o vyšetření
S 6	individuální	nácvik, ukázka, ústně	péče o vstupy, aplik.injekcí na ředění krve, vstávání z lůžka po operaci, prevence trombózy	továrně zhotovené fraxiparinky, letáky
S 7	individuální	slovní, praktická	vstupní informace o oddělení, o zvonku	ovladač od postele, signalizace
S 8	individuální	ústní, písemná instrukce, ukázka	vyšetření, operace, pooperační režim	bez pomůcek
S 9	individuální i skupinová	ústně, nácvik, písemně	pooperační RHB, aplikace Fraxiparinu	letáky, brožury, berle

Zdroj: Vlastní výzkum

Další **kategorii č 4**, která byla ze získaných rozhovorů vytvořena, se nazývá **Čas věnovaný edukační činnosti**. Pro tuto kategorii byla sestavena stručná tabulka, která znázorňuje, kolik času dle odpovědí sestry edukační činnosti věnují a kolikrát ji opakují.

Tabulka č 3 Čas věnovaný edukaci na jednoho pacienta

	čas / v minutách /	počet opakování
S 1	cca 10	2
S 2	5 – 10	1
S 3	15 – 30	1
S 4	15 – 30	1
S 5	15 – 20	max 2
S 6	15	1 – 2
S 7	10	1
S 8	?	1
S 9	5 – 10	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 5 se nazývá Bariéry při poskytování edukace ve zdravotnictví.

Z odpovědi S 1 lze vyslechnout více bariér: „*Něco kolem deseti minut. Chtěly bychom víc, ale časově se to nedá zvládnout.... no probíhá na pokoji pacientů, mezi jako před ostatními pacientama, no ale víme, že to není zrovna ideál, představovali bysme si to taky trochu jinak, jak ten čas, tak ten prostor, ale bohužel, že jo. No a nedostatek edukačního nějakého materiálu, že jo, protože víceméně se musíme spolíhat sami na sebe.*“ S 2 viděla bariéru i u pacienta: „*... někdy to pacient nepochopí, nebo mu to musím víckrát vysvětlit, a to prostě mi zdržuje. Mám (pozn.: pocit časové tísně), ale prostě to nejde z provozních důvodů.*“ S 3 v rozhovoru uvádí k otázce bariéry při poskytování edukace toto: „*Určitě, na tomto oddělení chirurgickém není možnost se tomu pacientovi věnovat tolik, protože tady máme hodně pacientů, těžké pacienty, je to chirurgické oddělení, takže není tolik času, ale musíme si udělat ten čas, aby neodcházely ženy domů, a aniž by věděly, jak se o to prso dále starat.*“ Tato setra dále uvedla jako bariéru ze strany pacientek jejich psychický stav: „*... je to hodně specifický, každá pacientka k tomu přistupuje jinak a hlavně psychický stav pacientky nám tam dělá velké potíže.*“ Odpověď S 5 se v podstatě shodovala: „*Ze své strany jako problém vidím nedostatek času, ze strany pacientů je to jejich zdravotní stav, jako myslím hlavně demenci, zmatenost,*“ S 6 odhalila i jiný problém: „*Jako překážku bych určitě viděla*

stav pacienta, věk, jako že vůbec není informovaný už třeba od praktika. No a snad neodpovím jako jediná, že problém je určitě čas. Ne vždy, ale v provozu operačního oddělení, kdy jsou příjmy, odchody, vizity, operanti to se prostě nedá plně věnovat edukaci.“ Tuto kategorii lze ukončit odpovědí S 8: „Jako největší problém vidím ze strany pacienta jeho neochota podepisovat tolik papírů. Pocit časové tísně asi mám, si vezme, že přijde 6 žen na příjem, chodí postupně, ted'ko každé to musíte vysvětlit, do toho už přichází další, jezdí se na sál, zvoní telefony, zvonky a jsou další pacientky, které vás potřebují.“ Sestry, které v této kategorii nejsou zmíněné, se v odpovědích shodují. Jako bariéry při edukaci uvádějí časovou tíseň, nespolečnou práci pacienta pro jejich demenci, poruchy vědomí, či poruchy smyslů – horší sluch, zrak.

Následující kategorie, **Kategorie č 6**, pojednává o významu edukační dokumentace a bude se proto jmenovat **Význam edukační dokumentace a práce s ní**.

Předmětem šetření bylo, jak sestry pracují s edukačními záznamy, jaká je návaznost v edukační péči a jaký na záznamy mají sestry pohled.

S 1 odpověděla: „... no pracujeme spíše sporadicky s těma záznamama a velké přínos v tom nevidím. Jo to mně přijde plno věcí zbytečnějších, to určitě ano, řekla bych, že to moc neodpovídá našim potřebám.“ S 2 reagovala stručně a negativisticky: „Já bych řekla, že ne. Já bych byla pro, kdyby nebyly vůbec. Kdyby bylo po mém, tak bych to nejradši zrušila.“ Opačně na dotaz prospěšnosti edukačního záznamu reagovala S 3: „Jsou přínosem, je tam veškerý záznam o tom, co pacientovi chceme sdělit, v jaký formě, jak dlouho by to mělo trvat, jak se k tomu pacient staví, jestli rozumí sestře nebo nerozumí.“ „Záznamy považují za přínos, když se s nimi správně pracuje, když je vidět, kde kolegyně například včera skončila a na čem je potřeba ještě pracovat (S 6). “ S 7 na tuto problematiku odpověděla: „Záznam tam je, vypíše se při příjmu a pak už se k tomu nevracíme. No při příjmu dostanou předtištěný formuláře s informacema, do záznamu nám pak podepíší, že s tím byli seznámeni. Jinak nevím, že by se nějak jinak edukovalo. No formulář je jasný, pokud je vypsáný, nic se neřeší, ale běda, jak by vypsáný nebyl. Jo dalo by se tak říct, že jde jen o to, aby tam něco bylo.“ „Edukační záznam nemáme, vypisujeme jen do ošetrovatelské dokumentace, že byl poučen, při propuštění zaškrtneme o čem (S 8).“

Kategorie č 7 se nazývá **Evaluace edukační činnosti pacientem**.

Podstatou bylo se dozvědět, zda sestry mají od pacientů zpětnou vazbu v písemné podobě, kde by se dozvěděly hodnocení svojí práce při edukační činnosti. Téměř všechny se v odpovědích shodly, že zpětnou vazbu mají, ale ne v podobě, která je

žádoucí. „Jo, jo, to určitě máme, protože vždycky, než pacienta propustíme, že jo, tak se musíme přesvědčit, jestli nám porozuměl a jestli zvládne sám aplikovat třeba ten Fraxiparin, jestli dovede pečovat o tu stomii, tak to máme zpětnou vazbu určitě a i spolupracujeme někdy s rodinami. Dotazníky nevyplňují, dotazníky spokojenosti, ale edukace se to netýká (S 1).“ S 5 odpověděla: „Zpětnou vazbu? Jako jestli vím, že se pacient něco naučil? Mám, to vidím, jestli si je schopný ten Clexan píchnout sám, Hodnotící formulář na nás? To žádný nedostává.“ S 7 zpětnou vazbu na svoji edukaci vnímala takto: „Hlavně použití signalizačního zařízení je pro mě jasná zpětná vazba.“ Tato kategorie bude ukončena odpovědí S 9: „Zpětná vazba pro mě je to, že je pacient schopný odejít dom. Žádný papír nevyplňuje, může vyplnit dotazník spokojenosti, kde může zhodnotit péči, ale jinak žádné jiné hodnotící formulář nevyužíváme, ani si to nedovedu v praxi představit.“

Z rozhovoru jsme se také chtěli dozvědět, zda mají sestry nějakou představu, jak by se dala edukace na jejich pracovišti zlepšit. Ať už se jedná o dokumentaci, či podmínek pro edukační činnost. Tato **kategorie č 8** je nazvána **Návrhy na zlepšení edukační činnosti sestry**. S 1 odpověděla: „No možná v tom, že by nám, že by nás někdo proškolil, že by nám objasnili, co vlastně konkrétně opravdu ta edukace je, čeho se týká, jaký metody v rámci edukace můžeme používat a prostory každopádně, teda, protože povídat to pacientovi na pokoji, kde ho poslouchají další dvě, to víme, že není ideál, určitě čas, to znamená, aby buď tady byla sestra, která se bude specializovat, jestli to bude dělat staniční, nebo nějaká jiná sestra, která tady bude každé den k dispozici těm pacientům, to už asi by bylo celkem jedno, ale někdo, kdo by se tomu víc věnoval a taky asi více času by to chtělo, to znamená možná posílit tu směnu.“ S 6 již odkryla svojí předchozí odpovědí problém, proto návrh na zlepšení má takový: „Tak jako zlepšení by mohl být návrh, aby chodili pacienti už více méně edukovaní.“ (pozn.: od praktického lékaře, z ambulance). S 9 reagovala na otázku návrhu na zlepšení situace takto: „Já bych byla pro, aby to měla na starost jedna osoba pro celé oddělení, aby ta jedna pro to byla nadšená, aby se věnovala zejména edukaci. Takhle děláme všichni všechno a výsledek žádnéj. Šlo by ale o to, aby se tý daný sestře vyhovělo, pokud bude potřebovat nějaké podmínky, že jo. Všechno je o lidech a domluvě.“

4.2 Analýza edukačních záznamů

Tabulka 4 názorně ukazuje, co bylo na záznamech analyzováno.

Tabulka 4 Analýza edukační dokumentace

	Záznam 1	Záznam 2	Záznam 3	Záznam 4	Záznam 5	Záznam 6
Na oddělení je dostupný platný předpis pro vedení edukační dokumentace.	√	√	√	√	√	√
Záznam je opatřen identifikací zdravotnického zařízení.	√	√	√	√	√	√
Záznam je opatřen identifikací nemocného.	√	√	√	√	√	√
Ze záznamu je poznat téma edukace.	√	√	√	X	√	√
Reakce nemocného koresponduje s dalším vývojem.	√	√	X	N	√	N
Záznam je opatřen podpisem a razítkem edukátora.	√	√	√	X	X	√
Záznam je podepsaný edukantem.	√	√	√	X	√	√
Na záznamu jsou uvedeny datumy edukací.	√	√	√	√	√	√
Záznam obsahuje slovní popis edukace.	√	√	√	√	X	X
K edukačnímu záznamu byl připravený edukační plán.	X	X	X	X	X	X
Po edukaci byl pacientovi dán evaluační dotazník.	X	X	X	X	X	X

√ - splněno, X nesplněno, N – nelze hodnotit, na formuláři se nenachází

Zdroj: Vlastní výzkum

Záznamy 1-4 jsou z jedné nemocnice, záznam 5 z druhé a záznam 6 pochází ze třetí nemocnice a jedná se o ošetřovatelskou propouštěcí zprávu, která byla předložena jako edukační záznam.

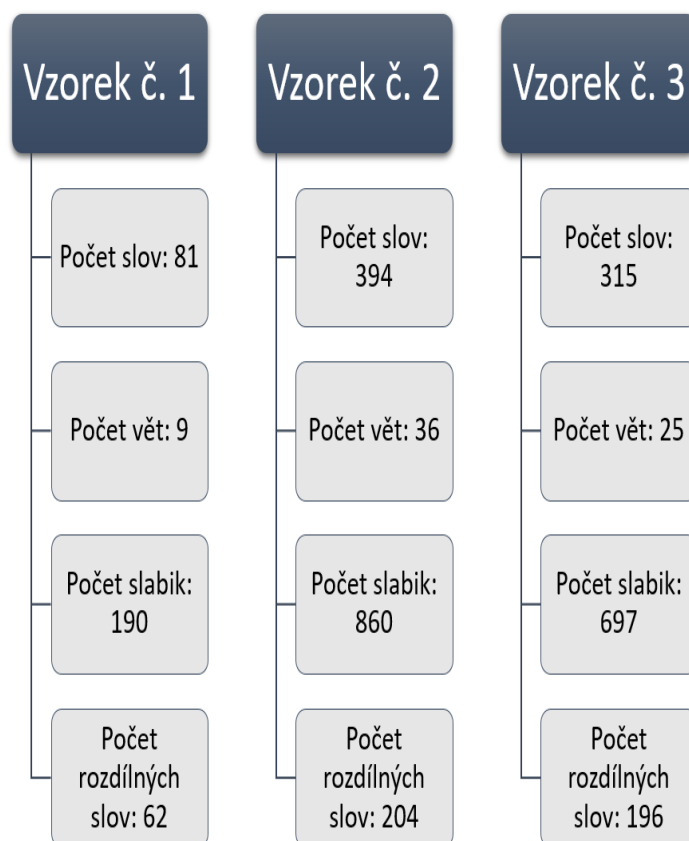
Při analýze bylo zjištěno, že všechny sestry mají k dispozici platný předpis, kterým se při edukační činnosti mají řídit. Všude mají předpis v elektronické podobě na intranetu nemocnice, v některých zařízeních jej mají i v tištěné podobě. Na všech záznamech byla jak identifikace nemocnice, tak i nemocného. Na záznamu 4 nelze dohledat téma

edukace, kolonka k tomu určena je prázdná. V záznamu 3 je uvedeno, že edukaci je potřeba s nemocným opakovat, ale chybí další záznam reedukace. Na edukačních záznamech 4 a 5 chybí čitelný podpis či razítko edukující sestry, na záznamu 4 není podepsaný ani pacient. V záznamu 5 a 6 není slovní popis edukace, avšak formuláře určené k edukaci nejsou na slovní popis uzpůsobené.

4.3 Analýza edukačního prostředku dle Mistříkova vzorce

V tomto výzkumném souboru se nachází 3 vzorky. Číslem 1 bude označen edukační prostředek, který sestry nejvíce využívají při edukaci pacienta k aplikaci Fraxiparinu a je dodáván firmou pro distribuci léčiv. Pod číslem 2 bude zanalyzován příbalový leták tohoto léčiva a číslo 3 má prostředek, který je vytvořen a schválen vedením nemocnice, je součástí řízené dokumentace a sestry z jakéhokoliv oddělení ho mohou využít. Mistříkův vzorec byl již zmíněn a v celém svém znění je součástí Přílohy 1. Pro přehlednost byla dána čísla ze všech 3 dokumentů, která jsou pro výpočet vzorce nezbytná, do schématu vedle sebe.

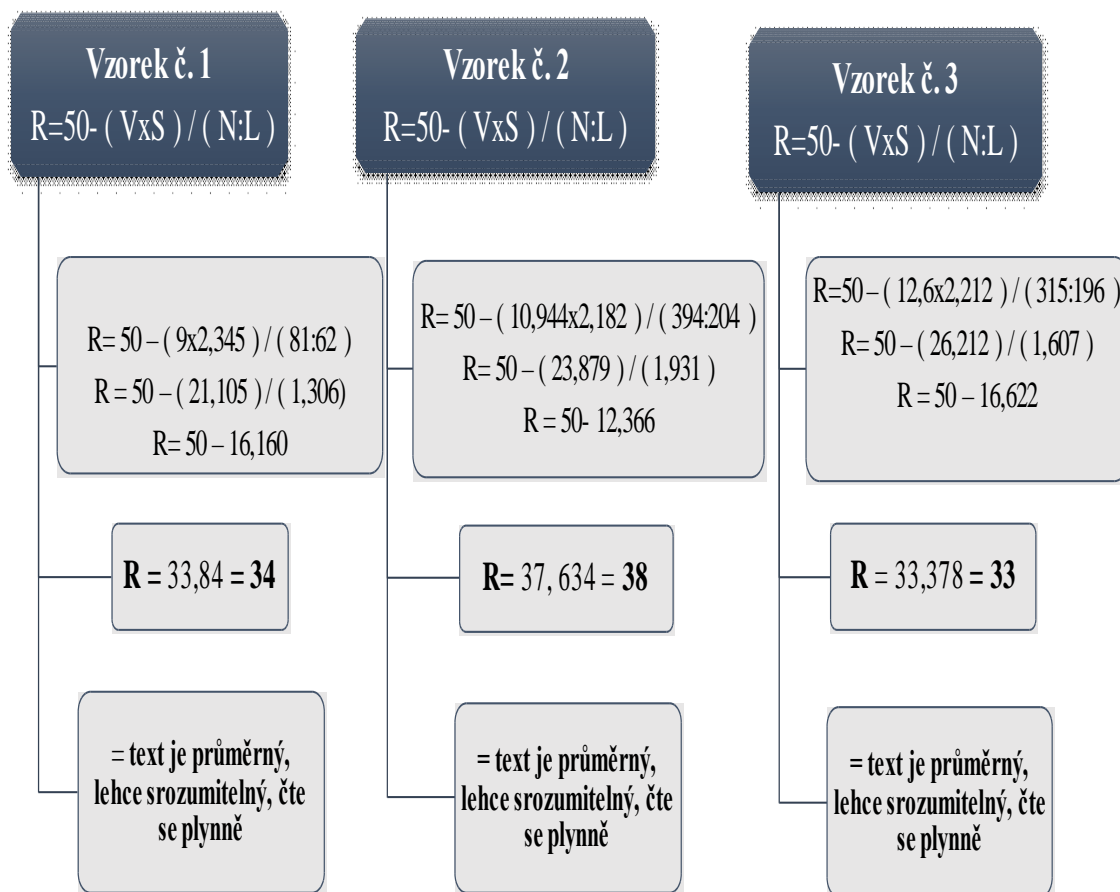
Schéma 3 Číselné podklady pro výpočet čtivosti textu



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve schématu lze vidět, kolik slov, vět, slabik a rozdílných vět obsahovaly všechny tři analyzované edukační materiály. Po zjištění číselných hodnot z textu, byla tato čísla vložena do Mistříkova vzorce. Opět bylo vytvořeno schéma pro lepší představivost.

Schéma 4 Výpočty čtivosti edukačního materiálu



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumného šetření vyplynuly všechny tři dokumenty (příbalová informace, materiál od farmaceutické firmy a instruktáž z řízené dokumentace) jako vhodný edukační materiál pro edukační činnost sestry. Nejlépe dle vyhodnocovací tabulky (viz Tabulka 5) dopadla příbalová informace, která je po zakoupení léčiva v lékárně součástí balení.

Tabulka 5 Interpretace získané čtivosti textu (Mistrík, 1968)

Čtivost („body“)	Interpretace čtivosti
0 – 10	Text je na hranici srozumitelnosti.
10 – 20	Text je těžko srozumitelný a dá se pouze studovat, ne číst.
20 – 30	Text je výkladový, náročný, ale srozumitelný.
30 – 40	Text je průměrný, lehce srozumitelný, čte se plyně.
40 – 50	Text je velmi lehký, konverzační a narativní

Zdroj: Mandysová, 2016

4.4 Analýza rozhovorů po edukaci s návrhem nové edukační dokumentace

Rozhovoru se zúčastnily 3 sestry z jednoho oddělení. Pro tuto část budou označeny jako S 1b – S 3b, aby nedošlo k záměně se sestrami z první etapy výzkumu. Rozhovor byl krátký, týkal se výhradně jen návrhu na novou verzi edukační dokumentace.

Kategorie č 1 byla nazvána **Práce s novou edukační dokumentací**. S 1b odpovídá na otázku, co pro ni nová verze představuje takto: „... *takhleta verze ve mně na první pohled vyvolala obavy, jestli s tím budu umět pracovat. Ale když jsme se na ní víc zadívala, pochopila jsem, co se ode mě chce.*“ S 2b reaguje podobně: „*No je to něco nového, ale asi bych si zvykla, je to jen o tom párkrát si to takhle vyzkoušet.*“

Kategorie č 2 byla pojmenována **Kolik času jsem věnovala přípravě na edukační činnost**. S 2b odpověděla, že v porovnání s původní verzí, kterou mohla vyplnit až posléze, k tomuto záznamu si sedla asi tak na 10 minut, aby ho vyplnila a připravila se na edukaci pacienta. S 3b uvedla: „*Musela jsem se nejprv sama zorientovat a ujasnit si, co vlastně chci, jako jaký by měl být výsledek edukace. Tak já nevím, asi možná 15 minut.*“

Kategorie č 3 se jmenovala **Edukační plán**. Edukační plán nám nebyl žádný doložen, proto jsem se ptala na jeho existenci. S 3b odpovídá: „*No já použila ten vámi vypracovaný, hodil se mi na téma, tak jsem neměla potřebu ho dělat znovu.*“ S 1b „*Tak*

na to jsem úplně zapomněla, nejsem na to zvyklá. No to ano, viděla jsem to, ale nenapadlo mě, že si mám udělat svůj. To by teda znamenalo, že čas přípravy se značně prodlouží.“

A na závěr byla vytvořena **Kategorie č 4** s názvem **Evaluační dotazník**. Zde nás zajímalo, jak se sestry a pacienti stavěli k takovému hodnocení edukační činnosti. S 1b odpovídala takto: *„Vůbec jsem neměla problém to pacientovi dát a poprosit ho o vyplnění. Nepředstavovalo to pro mě vlastně žádnou ztrátu času.“* S 2b reagovala následovně: *„Tak jako možná jsem se trochu bála, jestli mi pacient nějak jako nepomluví, jestli jsem mu řekla vše, jak si představoval, ale dopadlo to dobře.“* A nakonec S 3b měla takové pocity při evaluačním dotazníku: *„To je to nejmenší na tý edukaci. Dát pacientovi papír, který má vyplnit. Hlavně jak je tam napsáno, může to pomoci k lepší edukační činnosti na oddělení, když pacient nás upozorní, co je špatně z jeho pohledu. V evaluačním dotazníku nevidím problém,“*

4.5 Analýza edukační dokumentace po vlastním přepracování

Z vybraného oddělení byly sebrány 3 vyplněné vzorky edukační dokumentace. Každou edukaci a zpracování edukační činnosti do záznamu provedla jiná sestra. Analýza této edukační dokumentace proběhla v podstatě stejným způsobem, jako analýza původních záznamů na tomto oddělení. Pro orientaci byla vytvořena Tabulka 6, ze které vyplývá, co bylo při analýze hodnoceno.

Z analýzy předložené dokumentace lze vyčíst, že na všech záznamech je zřejmé, kdo a na jaké téma byl edukován. Na záznamech byl čitelný podpis edukanta i podpis a otisk razítka edukátorky, byl zaznamenán datum edukace. Sestry S 1 b–S 3 b vyplnily na záznamech vše, co bylo požadováno, ale k edukačním záznamům 1-3 nebyl vytvořený edukační plán. K analyzované edukační dokumentaci byl přiložený evaluační dotazník, který předala edukátorka k vyplnění edukantovi (viz Příloha 4).

Tabulka 6 Analýza návrhu edukační dokumentace

	Záznam 1	Záznam 2	Záznam 3
Záznam je opatřen identifikací nemocného.	√	√	√
Ze záznamu je poznat téma edukace.	√	√	√
Na záznamu je vyplněno vše, co je požadováno	√	√	√
Reakce nemocného koresponduje s dalším vývojem.	√	√	√
Záznam je opatřen podpisem a razítkem edukátora.	√	√	√
Záznam je podepsaný edukantem.	√	√	√
Na záznamu jsou uvedeny datумы edukací.	√	√	√
K záznamu je vytvořen edukační plán.	X	X	X
K záznamu byl vyplněn evaluační dotazník.	√	√	√

√ - splněno, X nesplněno

Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuze

V této části bakalářské práce budou dány do souvislosti výsledky výzkumného šetření a následně budou dány do kontextu s teoretickou částí naší bakalářské práce. Vzhledem k cílům práce bylo nutné získat teoretické poznatky především zacílené na problematiku edukační dokumentace a s tím spojené samotné problematiky edukace na chirurgickém oddělení. Z tohoto důvodu je v teoretické části pozornost zaměřena právě na pedagogickou oblast a její propojenost s ošetrovatelstvím.

Naše výzkumné šetření na bázi akčního výzkumu jsme rozčlenili na tři etapy. První etapa byla zacílena na znalosti a vědomosti sester v oblasti edukace v ošetrovatelství a na jejich postoj k edukaci a s ní spjatou edukační dokumentací. V této etapě byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Ve druhé etapě jsme se zaměřili na edukační dokumentaci, kdy jsme metodou obsahové analýzy zanalyzovali předložené edukační záznamy. V této etapě jsme dále pomocí Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti odborného textu zanalyzovali edukační prostředky, které se při edukační činnosti poskytují pacientům na jedno konkrétní téma. Analýza proběhla u třech prostředků na stejné téma – aplikace Fraxiparinu. Ve třetí etapě došlo k tvorbě návrhu na edukační plán, edukační záznam a evaluační dotazník. Po vytvoření této dokumentace byla poskytnuta na vybrané oddělení, kde s ní sestry provedly edukační činnost. Následně byla dokumentace vybrána, zanalyzována a krátkým rozhovorem se třemi sestrami, které edukační činnost s návrhem na inovaci edukační dokumentace provedly, byly zjištěny jejich postřehy a názory.

Naším cílem bylo *Odkrývání jevů v souvislosti s edukační dokumentací vedenou sestrou*. Od tohoto cíle se odvíjel cíl intelektuální, praktický a osobní a v návaznosti na ně byly vytvořeny výzkumné otázky. Intelektuální cíle byly stanoveny dva. První zněl *Zmapovat postoj sester k edukační dokumentaci* a váže se k němu výzkumná otázka *Jaký postoj zaujímají sestry k edukační dokumentaci?* Druhým cílem bylo *Zanalyzovat současnou situaci edukační dokumentace v nemocničním zařízení*. K tomuto cíli byla vytvořena následující výzkumná otázka: *Jaké náležitosti obsahuje edukační dokumentace v nemocnicích Plzeňského kraje?* Praktický cíl byl stanoven takový: *Získané informace budou sloužit jako podklad pro vytvoření návrhu edukačního záznamu v chirurgických oborech*. K praktickému cíli byl vytvořen cíl *Jak se vyvíjela edukační dokumentace v práci sester v nemocnicích Plzeňského kraje?* A poslední cíl, cíl osobní zněl *Zpracováním tohoto tématu získám podnětné informace k dalšímu využití*

– praktické realizaci edukace u pacientů na našem oddělení, k tvorbě edukační dokumentace. K tomuto cíli se pojí výzkumná otázka, *Jakým způsobem jsou prováděny edukace v nemocnicích Plzeňského kraje?* Aby mohly být naplněny cíle a zodpovězeny výzkumné otázky, bylo nutno ve výzkumu využít více výzkumných metod.

Z toho důvodu, že edukace v ošetrovatelství vychází ze základů pedagogiky, vzpomeneme zde některé významné osobnosti z dějin pedagogiky a jejich pedagogické myšlenky, ze kterých lze vycházet i v současné době právě v ošetrovatelské péči. Sami posuďte, jak se jejich myšlenky dají dát do souvislosti s edukační činností sestry v ošetrovatelství.

Prvním pedagogem, kterého zmíníme, bude Jan Amos Komenský, který *chápal výchovu jako nápravu lidstva, vyvedení člověka z bloudění, aby našel řád a pravdu* (Kasper, Kasperová, 2008). Domníváme se, že edukace v ošetrovatelství má ve své podstatě za úkol vyvést člověka z bloudění při jeho nové životní situaci. Zároveň tvrdil, *že nic není v rozumu, co dříve nebylo ve smyslech* (Kasper, Kasperová, 2008). V edukaci v ošetrovatelství lze mluvit o názornosti, kterou pacient potřebuje pro plné pochopení výkladu. Vždyť když pacientovi edukátorka předvede úkon, snáze si to zapamatuje, než kdyby si o tom četl, nemyslíte? Komenského názor na vzdělávání lze vztáhnout i na samotné vzdělávání edukátorek. Prosazoval názor, že vzdělání je správným krokem nejen pro vlastní rozvoj, ale pro prospěch celé společnosti (Kasper, Kasperová, 2008). Čerpat při edukaci v ošetrovatelství lze také bezesporu ze zásad výuky Herberta Spencera – *od lehkého k těžkému* – nejprve učíme pacienta základům a postupně přidáváme na náročnosti; *posloupnost – řád* edukační činnosti, neskákat od jednoho k druhému; *nutnost vést k samostatnosti* – po ukončení sesterské edukační činnosti by měl být pacient schopný se vrátit do běžného života; *motivace a podněty* – je potřeba pacienta motivovat, při edukaci dávat dostatek podnětů, aby se pacient aktivizoval. Na všechny tyto zásady by měla sestra edukátorka myslet při sestavování edukačního plánu. Dalším významným pedagogem je Johann Friedrich Herbart, jehož myšlenky se dají propojit s edukací v ošetrovatelství v tom smyslu, že aby byla výuka úspěšná, je potřeba, aby edukátor vzbudil s využitím rozmanitých způsobů u pacienta o výuku zájem, aby měl pacient prostor pro procvičování, řešení praktických úkonů, které ho v běžném životě mohou potkat (Cipro, 1984). Zde zmíníme současnou myšlenku, že tak jako jsou pacienti při edukaci učeni různým modelovým situacím, tak by se i sestry edukátorky měly právě modelovým situacím, které mohou při edukaci ze strany nemocného vzejít, učit, být proškolené (Shahsavari et al., 2018). Tím se nabízí

otázka, kde že jsou sestry školené? Z odpovědí sester je jasné, že nemá-li sestra vysokoškolské vzdělání, o edukaci při studiu na střední škole neslyšela. Herbart také upozorňoval, že při vyučování může mít *velký význam rodina* – edukátor nesmí zapomínat na edukaci rodinných příslušníků, na zapojení rodiny do edukační činnosti. Významnou osobností pedagogiky byla také Maria Montessori, z jejíž myšlenek zde použijeme *proces zpětné vazby* (Kasper, Kasperová, 2008) – proto se při edukaci v ošetrovatelství nemá zapomínat na evaluaci, tedy proces, kdy hodnoceným je v tomto případě edukátor. Edukant hodnotí jeho výuku, čímž se edukátorovi dostává zpětné vazby, podněty na zlepšení jeho výuky. Pojetí osobnosti řešil ve svých otázkách Rudolf Steiner, který se zabýval nejen psycho složkou, ale také duchovní složkou osobnosti (Kasper, Kasperová, 2008). Souvislost pedagoga Steinera s edukací v ošetrovatelství lze spatřit právě v jeho pojetí osobnosti. Dnes mluvíme o holistickém přístupu zdravotníka k jedinci. Jak uvádí Šamánková a kol. (2011), holismus je již zcela běžným termínem ve zdravotnictví, znamená celistvý přístup k nemocnému, uspokojování všech jeho potřeb. Holismus vytlačil biomedicínský přístup, ale je velmi náročný pro všechny zdravotníky. Na to upozorňuje i Ayersová (2015), která nabádá na důslednou psychohygienu zdravotníků. Dalším pedagogem minulosti je John Lock, který prosazoval na prvním místě ve vzdělávání hlavně úctu k člověku a jeho právům (Kasper, Kasperová, 2008). Práva pacientů jsou v dnešním moderním ošetrovatelství jasně definována. Jak uvádí Šimek (2015) prvním nadnárodním dokumentem, který legalizoval práva pacientů je Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy z roku 1997. Pro pacienty nemocnic České republiky platí Etický kodex práv pacientů, který schválila a uvedla v platnost roku 1992 Etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Reformátorem pedagogiky 20. století byl Célestin Freinet, který kladl důraz na samostatnost, na aktivní využívání pomůcek při vyučování a prosazoval tvorbu týdenních učebních plánů (Kasper, Kasperová, 2008). Zde můžeme vidět podobu v nutnosti vytváření edukačních plánů před edukační činností. Na vzdělávání dospělých nezapomínal Tomáš Garrigue Masaryk, který finančně přispíval nejen na školství jako takové, ale podporoval hlavně vzdělávání samotných vzdělavatelů (Beneš, 2014). Edukátor je vzdělavatel a aby se jeho vědomosti rozšiřovaly, tak si myslíme, že potřebuje podporu zaměstnavatele, který by měl mít zájem na jeho vzdělávání, aby se nemocným dostávalo kvalitní edukační péče v ošetrovatelské činnosti. Na závěr tohoto přehledu zmíníme Tomáše Baťu. Tomáš Baťa není považován v pravém slova smyslu za pedagoga, ale za mecenáše alternativních přístupů ve vzdělávání. V našem výčtu je

potřeba i jeho připomenout jako podporovatele vzdělávání dospělých. Své zaměstnance dokázal motivovat k celoživotnímu vzdělávání. Pro své zaměstnance založil školu, jejíž návštěva byla podmínkou zaměstnávání v Baťových závodech (Jarolímková, 2014). Myslíme si, že jeho přístup by mohl být inspirativní v rámci celoživotního vzdělávání sester. Baťa si byl vědom, že aby podnik prosperoval, potřebuje vzdělané lidi. Praxe probíhala přímo v dílnách, aby si žák mohl vše vyzkoušet přímo v provozu. Jeho metafora o habrovém dřevě se stala v té době slavnou. *„Hledme vymýtít ze školy negace! Nevyprávějme dvě hodiny o tom, že habrové dřevo se k stavitelství nehodí! Mluvme o tom, co je pozitivní!“* (Hajný, 2011). Do edukační činnosti sestry bychom to mohli převést v tom smyslu, že edukátorka má mluvit motivačně, věcně. I další výrok Tomáše Bati lze uchopit a použít v souvislosti s edukační činností sestry. *„Každý má vědět, proč a čemu se učí. Učme se prací. Ta je nejlepší metodou.“* (Hajný, 2011). Můžeme z tohoto výroku usuzovat, že i pro pacienta je nejlepší edukační metodou praktický nácvik. Po ošetrovatelské stránce se o Zlín postaral formou výstavby nemocnice (Jarolímková, 2014).

Na výše uvedené můžeme navázat tím, co bylo naším prvním intelektuálním cílem, kterým bylo zjištění postoje sester k edukační činnosti. Jak z výzkumného šetření vyplývá, postoj sester k edukaci není úplně kladně hodnocen všemi oslovenými sestrami. Negativní postoj k edukační činnosti zaujímá S 2, která se vyjádřila *„...prostě mi zdržuje, kdyby bylo po mém, tak bych to nejradši zrušila.“* Myslíme si, že je to odraz právě nepochopení plného významu edukační činnosti. Lze tedy říci, že není naplněn výrok výše uvedeného názoru Tomáše Bati, že každý má vědět, proč a čemu se učí. S tímto názorem souhlasíme i ve smyslu, že nejen pacient, ale i sestra by měla vědět, jaký smysl a cíl má edukace pacienta v ošetrovatelství. Sestry samy nebyly edukované, jak vzdělávat nemocné. Z odpovědí sester vyplynulo, že nemá-li sestra vystudovanou vysokou školu, o edukaci v podstatě neslyšela, jen si v práci přečetla nařízení, které ji k edukaci vyzývá. To dokládá odpověď S 5: *„Nikdy jsem sama školením neprošla, nebyla příležitost ani možnost.“* S 6 potvrzuje domněnku, že nemá-li sestra vysokoškolské vzdělání, vzdělávána v oboru edukační činnosti nebyla. *„Ano, v rámci studia na vysoké škole jsem byla s edukací seznámena, bohužel se zaměstnanci na téma edukace nijak neproškolují, Teda aspoň u nás ne.“* Je tedy otázkou, zda by nestačilo personál nemocnic proškolit, či zda by nestálo za to, co zaznělo v odpovědích S1 a S9, aby se na každém oddělení vyčlenila sestra, která by se této problematice věnovala. S 1: *„...aby buď tady byla sestra, která se bude specializovat, jestli to bude*

dělat staniční, nebo něká jiná sestra, která tady bude každé den k dispozici těm pacientům, to už asi by bylo celkem jedno, ale někdo, kdo by se tomu víc věnoval...“

Aby sestra získala základní didaktické dovednosti, lze doporučit kurzy mentoringu. Při výzkumu jsme tedy hledali, kde takové kurzy v rámci celoživotního vzdělávání probíhají. Mentor klinické praxe ošetrovatelství a porodní asistence probíhá při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Západočeská univerzita v současné době žádné podobné kurzy nepořádá. Oslovili jsme i Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně, které pořádá mnoho seminářů, postgraduální studium, kurzy, ale ani zde v současné době kurzy mentoringu nenabízejí z důvodu velmi malého zájmu. Ročně se hlásili v posledních letech maximálně 3 zájemci. Myslíme si, že nezájem o kurz může být způsoben jednak cenou těchto kurzů, kdy účastník takového kurzu zaplatí tisíce korun, nebo změnou v kreditním systému celoživotního vzdělávání či možná i nevědomostí o těchto kurzech. Zánikem kreditního systému vzdělávání sester se dle našich úvah vytrácí smysl pro jakousi povinnost sestry se celoživotně vzdělávat. V celoživotním vzdělávání je důležitá motivace sestry. Však jak uvádí Beneš (2008), motivaci k učení ovlivňuje celá řada faktorů a vlivů. Samozřejmě záleží na osobnosti sestry, zda má potřebu se celoživotně vzdělávat. Jedním z faktorů, který sestru motivuje k dalšímu vzdělávání je například upevnění či rozvoj pracovní pozice, má potřebu respektu druhé osoby, formou vzdělávacích kurzů chce navazovat kontakty s jinými sestrami (Beneš, 2008). Beneš (2008) dále uvádí, že sestra se vzdělává také na popud zaměstnavatele, rodiny nebo kolegů. Kreditní systém se zrušil novelizací zákona 96/2004 Sb. a zákonem 95/2004 Sb., která zásadně mění systém celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a podmínky k výkonu povolání bez odborného dohledu. Zákon byl vyhlášen ve Sbírce zákonů v částce 72 pod číslem 201/2017 Sb. Dle tohoto nového zákona číslo 201/2017 Sb., v němž je zachována evropská směrnice, ukládá však nadále povinnost celoživotně se vzdělávat (Sbírka zákonů, 2017). Nad vzděláváním bude mít kontrolu zaměstnavatel, který si klade podmínky dalšího celoživotního vzdělávání. Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem si nemyslíme, že sestra by se z vlastní iniciativy sama přihlásila právě na kurz mentoringu. Prvotní impuls by měl vzejít právě od zaměstnavatele. Na aspekt celoživotního vzdělávání kladl důraz i již zmiňovaný Tomáš Garrigue Masaryk, který preferoval právě vzdělávání samotných vzdělavatelů (Kasper, Kasperová, 2008), v našem případě tedy edukátorů. Je tedy otázkou, zda by nestačilo, aby se zamysleli vedoucí pracovníci a našli cestu, jak sestry vzdělat v této jistě důležité

činnosti. Řešení edukační činnosti nabízejí i edukační centra pro pacienty. Zastoupení mají v Jihomoravském kraji, Jihočeském kraji, ve Středních Čechách, avšak při hledání edukačních center při nemocnicích v Plzeňském kraji žádné takové nenacházíme. Edukační centra se zabývají například edukací o pacienty před operací endoprotéz, o diabetiky, o stomiky. Téma edukačních center je aktuální, o čemž svědčí i nedávný zahraniční výzkum, který proběhl a začátkem roku 2018 byly publikovány jeho výsledky. Shrnuje, že je založeno málo center, kde by sestry vzdělávaly nejen nemocné, ale i jejich rodiny (Mitchel et al., 2018). Skutečná představa, jak jsou pacienti zváni do edukačních ambulancí ještě před samotným plánovaným operačním zákrokem pro nás znamená veliký přínos. Nejen pro pacienty, ale i pro zdravotnická zařízení. Pacienti jsou v relativně zdravém stavu, nejsou tak pro vnímání edukace ovlivněni pooperačním stavem, do nemocnice nastupují se znalostmi, které potřebují v pooperačním období a pro nemocnici to může mít přínos ve smyslu zkrácení pobytu pacienta v nemocnici. Naši domněnku ve své podstatě dokládá i výrok profesora Svačiny, který se vyjádřil, že vzdělaný a spolupracující pacient je pro úspěšnou léčbu stejně důležitý jako kvalita léků či operačních postupů (Svačina, 2016).

Druhá výzkumná otázka, která se vztahuje k intelektuálnímu cíli, *Jaké náležitosti obsahuje edukační dokumentace v nemocnicích Plzeňského kraje? lze doložit odpověď S 1 „... no pracujeme spíše sporadicky s téma záznamama a velkej přínos v tom nevidím. Jo to mně přijde plno věcí zbytečnejch, to určitě ano, řekla bych, že to moc neodpovídá našim potřebám.“ S 3 na dotaz prospěšnosti edukačního záznamu odpověděla znale a orientovaně v oblasti edukačního záznamu. Odpovědi sester na prospěšnost a přínos edukačních záznamů nás utvrdily v domněnce, že edukační záznamy se nepoužívají a nevyužívají tak, jak by měly. Sestry nevidí důvod ani přínos této dokumentace, nejsou dostatečně erudované ve vědomostech, co se po nich při edukaci vyžaduje, s edukačními záznamy se nepracuje kontinuálně po celou dobu hospitalizace pacienta. Z vlastní zkušenosti mohou potvrdit, že pacienti jsou edukováni, jen to ale sestry nejsou schopny doložit. Jsou edukováni bez řádně vedené edukační dokumentace. Myslíme si, že je potřeba, aby sestry pochopily význam edukačního záznamu. Že funguje jako dokument pro návaznost ošetrovatelské péče, ale zároveň i plní funkci ochrannou, kdy, jak uvádí Svěráková (2012) může být zdrojem pro obhajobu edukátorky při eventuálních stížnostech na neposkytnutí informací. Z tohoto odhalení ovšem vyvstává i otázka týkající se auditorské činnosti nemocnic. Jak probíhá externí audit v nemocnici, když není edukační záznam v chorobopisu nemocného, když*

není edukace vedena dle předpisů, když sestra ani neví, jak má edukovat? V rámci výzkumného šetření došlo v jedné nemocnici k nahlédnutí do celoročního plánu externích auditů a edukační činnost nebyla ani v jednom měsíci předmětem kontrolní činnosti. Z našeho pohledu by se odhalení tohoto jevu mohlo stát inspirací pro management nemocnic, oddělení. Z analýzy edukačních záznamů lze vyčíst, že záznamy se používají pouze formálně. Obsahují ve všech případech povinné náležitosti typu identifikace nemocného i nemocnice. Ze záznamu lze vyčíst téma edukace, ale již není dohledatelné, jakou formou edukace proběhla, co konkrétního se pacient k zapsanému tématu dozvěděl, zda-li bude potřeba reedukace. Odpověď S 7 dokládá postoj k edukační dokumentaci: *„Záznam tam je, vypíše se při příjmu a pak se k tomu nevracíme. No při příjmu dostanou předtištěný formuláře s informacema, do záznamu nám pak podepíší, že s tím byli seznámeni, Jinak nevím, že by se nějak jinak edukovalo.“* Těžko můžeme hodnotit obsah edukačních záznamů, když jak z odpovědi vyplývá, nemají sestry představu, co by v nich mělo být. Dále z analýzy edukační dokumentace vyplývá, že za edukační dokumentaci považují sestry právě jen takovýto záznam. Ani k jednomu analyzovanému edukačnímu záznamu nebyl dohledatelný edukační plán, evaluační dotazník. Jak již v teoretické části této práce bylo zmíněno, každé zdravotnické zařízení má vytvořenou vlastní podobu edukační dokumentace. Toho je dokladem i odpověď S 8: *„Edukační záznam nemáme, vypisujeme jen do ošetrovatelské dokumentace, že byl poučen, při propuštění zaškrtneme o čem,“* Je tedy otázkou nastavení celého edukačního procesu v nemocnicích. Na otázku zpětné vazby, tedy použití evaluačního dotazníku, sestry odpovídaly takto: S 5: *„Hodnotící formulář na nás? To žádný nedostává.“* S 7 na otázku zpětné vazby reaguje následovně: *„Hlavně použití signalizačního zařízení je pro mě jasná zpětná vazba.“* Některé sestry si pletou evaluační dotazník s dotazníkem spokojenosti pacienta s hospitalizací. S 6: *„Ano, v dotaznících spokojenosti...“* Edukační dokumentace nebude adekvátně vedena, dokud sestry nebudou rozlišovat mezi pojmem edukace a předávání informací. Však odpověď S 2 je toho důkazem: *„Já myslím, že je to stejný.“* Což koresponduje s její odpovědí na otázku, na co nejčastěji edukuje: *Tak většinou na téma, když přijde pacient, takže většinou k operaci připravujeme pacienta, takže přípravu předoperační, co jako mu dáme, co ho potom bude čekat.“* Či odpověď S 7: *„Není rozdíl, edukace rovná se informovanost.“* Ale abychom zde zmínily i odpovědi sester, které mají o edukaci povědomí. S 6 reaguje takto: *„Edukace je naučení pacienta něčeho, poučení o něčem a čekáme zpětnou vazbu, předávání informací je podání informace například o tom, že*

má pacient zvonek, kde je záchod anebo kdo ho bude operovat.“ Nemyslíme si, že analýza předložené edukační dokumentace je dobrou vizitkou edukační činnosti sester, potažmo nemocničních zařízení. Řešením by tedy mohlo být vyškolení jedné sestry na každém oddělení, která bude mít edukační činnost na starost a ponese za ni plnou odpovědnost. Však jak uvádí Holland (2018), vzdělané sestry mají u pacientů rozvíjet znalosti a dovednosti za účelem jejich vlastního rozvoje. V této etapě výzkumného šetření proběhla i analýza edukačních prostředků dle Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti odborného textu. Při této analýze pro nás došlo k překvapení, neboť nejčtivější je příbalová informace léčiva. Obrátili jsme se proto na Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL), zda existuje nějaká šablona, kterou se farmaceutické firmy musí řídit. SÚKL nám poskytl odpověď, že formát příbalové informace se řídí takzvanou QRD šablonou, která je dostupná na stránkách Evropské lékové agentury a její použití je povinné ve všech zemích Evropského hospodářského prostoru. Diskuzi nad srozumitelností příbalových informací dokládá i průzkum, který provedl Nizozemský institut pro výzkum zdravotnických služeb spolu s univerzitou v Leedsu. Dne 22.3.2017 byla Evropskou komisí zveřejněna zpráva z průzkumu o zhodnocení srozumitelnosti údajů. Výsledkem studie bylo, že jazyk je pro uživatele velmi složitý, vzhled letáku nepůsobí pro pacienta příjemně. Jako hlavní problém bylo používání malého písma, úzké řádkování a délka příbalové informace (Zpráva Komise evropského parlamentu a Rady, 2017). Zde se nabízí otázka, zda by nebylo možno vypracovat nějakou obdobnou šablonu na edukační dokumentaci, kam by sestry jen vepisovaly údaje a tím by si vytvořily edukační plán, eventuálně i vlastní edukační prostředek, materiál. Šablona by mohla mít zakomponovaný Mistríkův vzorec, aby byl edukační prostředek co nejlépe čitelný. Dosud jsme mluvili jen o edukační dokumentaci v tištěné podobě. Ale jak uvádí Policar (2010), legislativa umožňuje mimo paralelního vedení papírové a elektronické dokumentace i výhradně elektronickou formu vedení dokumentace. V dnešním moderním pojetí ošetrovatelství se již setkáváme s elektronickými formuláři na screeningová ošetrovatelská vyšetření pacienta. Elektronickou podobu zdravotnické dokumentace (nejen ošetrovatelské) si nemůže vynachválit sestra Šárka Vlčková, která k dané problematice uvádí: „*Díky elektronické zdravotnické dokumentaci se vyvarujeme prakticky všech chyb, které přináší vedení papírové dokumentace*“ (Vlčková, 2017). Bylo by jistě s výhodou, kdyby se zavedla do elektronické podoby i edukační dokumentace, čímž by se sestřím mohl zjednodušit edukační proces, tvorba edukačních plánů a záznamů. Firma STAPRO s.r.o., která dodává softwary pro zdravotnická

zařízení, má v popisu nabídky elektronický edukační záznam. Bohužel podoba tohoto záznamu není nikde k vidění. Ale když zdravotnické zařízení používá ošetrovatelské elektronické záznamy od zmíněné firmy, proč nemá i edukační záznam?

Výzkumnou otázku k praktickému cíli *Jak se vyvíjela edukační dokumentace v práci sestry v nemocnicích Plzeňského kraje*, nebylo úplně jednoduché výzkumným šetřením odkrýt. Písemný zdroj o historii edukační dokumentace v námi oslovených nemocnicích se nedařilo dohledat, pouze ústně nám bylo sděleno, že nemocnice Plzeňského kraje začaly edukační záznam systematicky zavádět s přípravou na akreditaci podle pokynů Spojené akreditační komise, o.p.s. Nemocnice, které byly zapojeny do našeho výzkumného šetření, proto řešily edukační dokumentaci kolem roku 2012-2013. Myslíme si, že je to způsobeno tím, že legislativa ukládá zdravotnickým zařízením, sestřím, povinnost edukovat nemocné a jejich blízké, ale nikde není jasně vymezeno, jak by měla edukační dokumentace vypadat. Historie edukační dokumentace tak v nemocnicích Plzeňského kraje nesahá příliš daleko, a proto edukační dokumentace v nemocnicích Plzeňského kraje nezaznamenala žádné velké změny. Pro splnění podmínek k udělení akreditace nemocničnímu zařízení je potřeba mimo jiné zavést účinný systém edukace a s tím spojenou edukační dokumentaci a nastavit podmínky pro efektivní poskytování edukace (Spojená akreditační komise, o.p.s., 2013). Zde se nabízí otázka, proč se se zaváděním těchto pro sestru nových formulářů nezorganizovaly porady, jak s novou věcí pracovat. Proč se vždy od stolu vymyslí, jak to má vypadat, ale už není zájem komunikovat se sestrami, které v provozu pracují a mohly by vnést do problematiky jiný náhled? Proč, když není nikde jasně dáno, jak má takový záznam vypadat, se více nezapojí vedoucí denních směn, sestry, které mají o danou problematiku zájem, do tvorby inovativních změn a nevyužije se jejich zkušeností a objektivního posouzení?

Výzkumná otázka pojící se k osobnímu cíli byla *Jakým způsobem jsou prováděny edukace v nemocnicích Plzeňského kraje*. Když se podíváme, co nám odpovídaly sestry při rozhovorech, 6 sester preferuje a praktikuje individuální přístup, jen 1 sestra (S4) uvedla, že edukuje skupinu pacientů a S 3 a S 9 uvedly obě formy, dle aktuálního složení pacientů. Myslíme si, že každá forma má své výhody, že záleží i na povahových vlastnostech nemocných. Skupinová edukace může být přínosem, když se ve skupině sejdou věkově vyrovnaní nemocní, když mají jistý smysl pro soutěživost. Vzájemně se mohou motivovat, pomáhat si, poradit si. Ale pak se třeba najde ve skupině jedinec, kterému skupina nevyhovuje, nechce před ostatními řešit svoje problémy, cítí se ve

skupině „svázaný.“ Jak uvádí Magurová, Majerníková (2009), je na zkušenostech edukátorky, aby vytipovala takové jedince, kterým skupinová edukace nebude vyhovovat a ze skupiny jej převedla na individuální výuku. Nemohu s určitostí říci, kterou formu preferuji já, ale skupinová edukace (skupina o max 6 lidech) je mi bližší. Tím se nedistancuji od individuální formy edukace. Právě forma skupinové edukace byla jedním z příspěvků v lednovém čísle časopisu Florence, kde jsme se mohli dočíst, jak Česká diabetologická společnost organizuje skupinovou edukaci diabetiků. Záleží na našich možnostech, schopnostech a kreativitě, jak budeme edukovat a motivovat nemocné, aby sami viděli smysl v dodržování doporučení (Řihánková, Čechová, 2018). Cílem projektu, který se konal na více etap, bylo se pokusit rozšířit tuto formu edukace do co největšího počtu pracovišť. Jak z článku vyplývá, hodnocení skupinové edukace pacienty bylo velmi kladné. Řihánková, Čechová (2018) uvádí, že pacienti ztratili nejistotu a strach z onemocnění, významný pro ně byl pocit sounáležitosti a možnost předávání zkušeností.

Poslední fáze výzkumného šetření byla zaměřena na tvorbu edukačního záznamu, edukačního plánu a evaluačního dotazníku pro edukanty, vycházejícího ze zjištění v předchozích fázích. Tyto dokumenty byly předány na oddělení, které se již našeho výzkumného šetření zúčastnilo a po zpracování sestrami byly sebrány 3 vyplněné edukační záznamy a provedené rozhovory se 3 sestrami, které se na edukační činnosti podílely. Záznamy obsahovaly všechny náležitosti a jsou součástí Přílohy. Na záznamech byly jen pro anonymitu překryty identifikační údaje pacienta a podpisy jejich a sester. K edukačním záznamům nebyly ale pořízené edukační plány. S 1b uvedla, že na to zapoměla, že na to není zvyklá, S 2b neměla čas a S 3b použila jako edukační plán vzor, který jsem jim dala vyplněný k dispozici. Ze všech proběhlých edukací byly sebrány evaluační dotazníky a dle sester neměli pacienti žádné připomínky, že museli něco vypisovat. Z této části výzkumného šetření pro nás vyplynulo, že by bylo možná s výhodou, kdyby byly vytvořeny edukační plány na jednotlivá onemocnění, kterými by se sestry mohly řídit. Byl by to určitě krok k lepší edukační činnosti a snad i k lepší orientaci sester, jak vést edukační záznamy. Inspirací pro edukaci v chirurgických oborech by jistě mohl být i projekt Cesta: program pro lepší spolupráci při léčbě, který je zaměřený na edukaci psychiatrických nemocných. Autor Tomáš Petr uvádí, že se jedná o projekt, který obsahuje soubor edukačních technik, edukační karty, interaktivní prvky jako pexesa, krizové plány (Petr, 2010). Petr (2010) o projektu dále uvádí, že principem tohoto programu je hlavně důraz na

svobodné rozhodování pacienta při akceptování i jeho špatného jednání, dalším principem jsou dle autora motivační rozhovory, interakce, ale i zábava. Tento projekt se dle našeho mínění ukázkově shoduje s učením pedagoga Johanna Friedricha Herbarta, pro kterého bylo důležité zabývat se smyslem vzbudit u posluchačů všestranný zájem s využitím rozmanitých způsobů, aby byly zajištěny základní prvky učení – jasnost, systém, asociace a metoda (Cipro, 1984). Tento projekt všechno toto nabízí a nám tím vyvstává otázka, zda by se nedalo něco podobného vytvořit pro edukanty s nejčastěji se vyskytující diagnózou v chirurgických oborech.

Myslíme si, že sestry, zdravotnická zařízení mají v oblasti edukace a s ní spjatou edukační dokumentací před sebou ještě dostatek prostoru pro zkvalitňování této činnosti, této službě nemocným. Základem úspěchu bude systematické celoživotní vzdělávání sester edukátorek v této oblasti ošetrovatelské péče. Stejně jako přemýšlel Tomáš Baťa, který si dal za svůj cíl při budování Baťovských škol vytvoření systému, který by motivoval jeho zaměstnance, aby dosáhl konkrétního cíle a postavení – postavení své firmy ve světě, či postavení jedince ve firmě (Hajný, 2011).

6 Závěr

Edukační činnost sestry je významnou součástí její profesní náplně v ošetrovatelství. Z výzkumného šetření však vyplývá, že pacientům se edukace podle didaktických zásad ne vždy dostane.

V teoretické části bakalářské práce byly shrnuty základní informace o pedagogice, ze které zásady správné edukace vychází, o edukaci, možných bariérách, na které se při edukaci může narazit a v neposlední řadě byl shrnut edukační proces. Dále se v práci řešila edukační dokumentace, její vedení, a to i z legislativního hlediska.

Výzkumná část se zaměřila na odkrývání jevů v souvislosti s edukační dokumentací vedenou sestrou. Po stanovení hlavního cíle byly vytvořeny tři další cíle – intelektuální, praktický a osobní. Pro splnění všech cílů a nalezení odpovědí na výzkumné otázky bylo zapotřebí přistoupit k několika metodám akčního kvalitativního výzkumu. V empirické části práce je jako výzkumný design použit akční výzkum za aplikace metody polostrukturovaného rozhovoru, kterým se splnil jeden ze dvou intelektuálních cílů. Ač předmětem zkoumání byla edukační dokumentace, již z těchto rozhovorů vyplývalo, že sestry nejsou v problematice edukace plně orientované, že je ze strany sester stále mylně definován pojem edukace, že stále přetrvává názor, že edukace je předávání informace. Další použitou metodou byla obsahová analýza edukační dokumentace, která po formální stránce splňovala požadavky, ale nejsou vytvářeny edukační plány, z edukačních záznamů se nedá vyčíst vše. Z analýzy edukačních záznamů spíše plyne upozornění pro externí auditory nemocnic, aby do svých plánů zařadili i kontrolu edukační činnosti sestry. Po edukačních záznamech proběhla analýza edukačních prostředků metodou Mistríkova vzorce pro posuzování čtivosti odborného textu, která nejlépe vyhodnotila příbalovou informaci léčiva a tím přivedla autorku na myšlenku, zda farmaceutické firmy mají nějaké guidelinesy, kterými jsou povinné se řídit.

V závěrečné části bylo potřeba vytvořit vlastní návrh na edukační dokumentaci a předat ho do provozu jednoho oddělení. Tím byl naplněn praktický cíl-autorka vytvořila, na základě zjištěných skutečností, vlastní návrh na edukační záznam, edukační plán a evaluační dotazník. Tyto dokumenty poskytla na oddělení, kde již výzkum probíhal a poté je vyhodnotila. Z akčního výzkumu vyplynulo, že sestry se nebrání změnám, ale musí se samy v oblasti edukace edukovat. Osobní cíl byl sestaven proto, že autorka se pohybuje ve zdravotnickém prostředí a informace, které tímto

získala bude moci využít ve svém profesním životě, při seberealizaci v edukaci v ošetrovatelství.

Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro hlubší výzkum, bylo by jistě zajímavé se zaměřit jen na jedno pracoviště a sledovat jeho vývoj v oblasti edukační činnosti po delší dobu, či by mohla otevřít prostor pro hlubší výzkumné šetření jinému studentovi, který by mohl metodou zúčastněného pozorování provést výzkum na samotnou edukační činnost sestry v ošetrovatelství, či by bylo i zajímavé zaměřit se na možnosti uplatnění Mistríkova vzorce v ošetrovatelské činnosti sestry ve smyslu jeho využití při tvorbě edukačních prostředků.

7 Seznam použité literatury

- 1) AYERS, S., de VISSER R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložila Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
- 2) BÁRTLOVÁ, et al., 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- 3) BELZ, H., SIEGRIST M., 2011. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. 2. vydání. Praha: Portál. Přeložila Dana LISÁ. 375 s. ISBN 978-80-7367-930-9.
- 4) BENEŠ, M., 2008. *Andragogika*. Praha: Grada Publishing a.s. 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
- 5) BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
- 6) CARPENITO, L., J., 2008. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 999 s. ISBN 978-0-7817-8121-3.
- 7) CIPRO, M., 1984. *Průvodce dějinami výchovy*. Praha: Panorama, Pyramida. 584 s.
- 8) Česká asociace sester, 2004. *Vedení ošetrovatelské dokumentace* [online]. Praha: Česká asociace sester [cit. 2016-11-07]. Dostupné z: <http://www.cnaa.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
- 9) DUDA, M., 2009. *Historie chirurgie: vybrané statě olomoucké a moravské chirurgie*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 229 s. ISBN 978-80-244-2167-4.
- 10) DUDA, M., 2011. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2999-1.
- 11) EGER, L., 2012. *Vzdělávání dospělých a ICT: aktuální stav a predikce vývoje*. Plzeň: Nava. 120 s. ISBN 978-80-7211-428-3.

- 12) FARKAŠOVÁ, D., 2010. *História ošetrovateľstva*. Martin: Osveta. 169 s. ISBN 978-80-8063-332-5.
- 13) HAJNÝ, P., 2005-2011. *Bat'ovy školy práce*[online]. BataStory.net., [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://batastory.net/cs/milniky/batovy-skoly-prace>
- 14) HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál. 406 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
- 15) HOLLAND, K., 2018. *Nurse Education in Practice*. 318 s. ISSN 1471-5953
- 16) *Chart Smart: The A-to-Z Guide to Better Nursing Documentation*. 2013. 3. vydání. Pennsylvania: Lippincott & Wilkins. 495 s. ISBN 978-1469839714.
- 17) JAROLÍMKOVÁ, S., 2014. *Na co v učebnicích dějepisu nezbylo místo*. Praha: Motto. 248 s. ISBN 978-80-267-0046-3.
- 18) JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2008. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice: překlad 3. vydání*. Praha: Grada Publishing a.s. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- 19) KAHAN, S. et al., 2014. *Health Behavior Change in Populations*. Johns Hopkins University Press. 584 s. ISBN 978-1421414560
- 20) KASPER, T., KASPEROVÁ D., 2008. *Dějiny pedagogiky*. Praha: Grada Publishing a.s., Pedagogika (Grada). 224 s. ISBN 978-80-247-2429-4.
- 21) KOCOURKOVÁ, J., 2010. *Parametrická dokumentace-méně papírování*. [online]. *Medical Tribune* [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/16183-parametricka-dokumentace-mene-papirovani>
- 22) KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovateľství*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
- 23) KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovateľství*. Praha: Grada Publishing a.s. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

- 24) KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.
- 25) MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 155 s. ISBN 978-80-8063-326-4.
- 26) MANDYSOVÁ, P., 2016. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice. 82 s. ISBN 978-80-7395-971-5.
- 27) MAREČKOVÁ, J., 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
- 28) MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
- 29) MCNIFF, J., 2013. *Action research: Principles and practice*. Routledge, 3. vydání. ISBN 978-0-415-53525-0
- 30) MITCHEL, C., 2018. Preceptot Education for Specialty Community – Based Nurses. 49 (3), doi: 10.3928/00220124-20180219-5.
- 31) MUŽÍK, J., 2011. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, vzdělávání dospělých. 324 s. ISBN 978-80-7357-581-6.
- 32) NEMCOVÁ, J. et al., 2010. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta. 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
- 33) PETR, T., 2010. Cesta: program pro lepší spolupráci při léčbě. [online]. *Jak získat pacienta k lepší spolupráci s léčbou*. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: <http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/projekt-cesta.html>
- 34) PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

- 35) POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
- 36) POSPÍŠILOVÁ, E., TÓTHOVÁ, V., 2014. *Vývoj vybraných ošetrovatelských postupů od nejstarších dob po současnost*. Praha: Triton. 180 s. ISBN 978-80-7387-824-5.
- 37) PRŮCHA, J., (ed.), 2009a. *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál. 963 s. ISBN 978-80-7367-546-2.
- 38) PRŮCHA, J., 2009b. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 3., aktualizované vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-567-7.
- 39) PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing a.s., Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
- 40) SHAHSAVARI et al., 2018. *Learning Situations in Nursing Education*, in Res Theory Nurs Pract. 32 (1), doi: 10.1891/0000-004.32.1.23
- 41) ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing a.s. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.
- 42) ŘÍHÁNKOVÁ, ČECHOVÁ, 2018. Skupinová edukace jako prostředek ke zlepšení kompenzace diabetu – zkušenosti a výsledky pilotního projektu, 2018. *Florenc*. 9 (1). Dostupné z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/listovacka_florence_1-18
- 43) Spojená akreditační komise, o.p.s., 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. vydání 3. Praha: Tigis, spol.s.r.o., ISBN 978-80-87323-04-05.
- 44) SVÁČINA, Š., 2016. Informovanost pacientů zvyšuje úspěšnost léčby. *Zdravotnické noviny*. 65 (11), 1-3 s. ISSN 0044-1996
- 45) SVĚŘÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 978-80-7262-845-2.

- 46) ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada Publishing a.s. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 47) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. Praha: Advent-Orion. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
- 48) ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 49) ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publishing a.s. 228 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
- 50) ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
- 51) ŠVARÍČEK, R. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 52) VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada Publishing a.s. 160 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
- 53) Věstník č.9 – MZ ČR, 2004. Metodické opatření. *Koncepce ošetrovatelství*. [online]. Praha. [cit. 2016-10-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/koncepce-osetrovatelstvi_9584_3196_3.html
- 54) VLČKOVÁ, Š. 2017. Jak si stojí elektronická zdravotnická dokumentace v České republice. *Zdravotnické noviny*. 66 (45). ISSN 0044-1996
- 55) VONDRÁČEK, L. et al., 2003. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing a.s. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
- 56) VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J., 2008. *Pochybení a sankce při poskytování chirurgické péče*. Praha: Grada Publishing a.s. 96 s. ISBN 978-80-247-2629-8.
- 57) VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada Publishing a.s., Sestra. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.

- 58) VÖRÖSOVÁ, G. et al., 2015. *Standardizovaná terminologie pro ošetrovatelskou diagnózu*. Praha: Grada Publishing a.s. 144 s. ISBN 978-80-247-5304-1.
- 59) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 483- 543. ISSN 1211-1244.
- 60) Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, ISSN 1211-1244.
- 61) Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2012. [online]. Praha. [cit.2016-10-28]. Dostupné z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=77217&nr=98~2F2012&rpp=15#local-content>
- 62) Vyhláška č. 2/2016 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 1, s. 7. ISSN 1211-1244
- 63) Vyhláška č. 228/2008 Sb., o registraci léčivých přípravků ve znění pozdějších předpisů, 2008. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 73, s. 3302-3421. ISSN 1211-1244
- 64) Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 122, s. 5282 – 5297. [online] Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit 2016-12-07]. Dostupné z : <file:///C:/Users/okay/Downloads/sb122-06.pdf>
- 65) WEISS, V., 2007. *Dějiny chirurgie v Čechách*. Praha: Karolinum, Prameny k dějinám českého myšlení. 190 s. ISBN 978-80-246-1281-2.
- 66) ZACHOVÁ, V., 2010. *Stomie*. Praha: Grada Publishing a.s. Sestra. 200 s. ISBN 978-80-247-3256-5.
- 67) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [online]. MZ ČR [cit. 2016-12-07]. Dostupné z: file:///C:/Users/okay/Downloads/V%C4%9Bstn%C3%ADk_5-1999.htm

68) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. 2011. [online]. [cit.2016-10-29]. Dostupné z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

69) Zákon č. 160/1992 Sb., zákon České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, 1992. In: *Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky*, částka 35, s. 915 – 922. [online]. [cit. 2016-10-29]. Dostupné z:

http://www.epravo.cz/_dataPublic/sbirky/archiv/sb035-92.pdf

70) Zákon č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 72, s. 2065-2084. ISSN 1211-1244

71) *Zpráva komise Evropského parlamentu a Rady*, 22.3. 2017. [online]. Brusel. [cit. 2017-02-28]. Dostupné z:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/documents/2017_03_report_smpc-pl_en.pdf

8 Seznam příloh

Příloha 1 Mistríkův vzorec pro posuzování čtivosti odborného textu

Příloha 2 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha 3 Ukázka kódování a kategorizace dat z rozhovorů

Příloha 4 Návrh vlastní edukační dokumentace (záznam, plán, evaluační dotazník)

Příloha 5 Edukační záznamy k analýze

Příloha 6 Edukační materiál k analýze dle Mistríka

Příloha 7 Edukační dokumentace k analýze po vlastním přepracování

Příloha 1

Mistríkův vzorec pro posuzování čtivosti odborného textu

V zahraničí existují a uplatňují se měřítka pro posuzování čtivosti textu, u nás lze zmínit Mistríkův vzorec pro posuzování čtivosti. $R=50 - (V \times S) / (N / L)$.

R – výsledná čtivost

V - průměrná délka vět vyjadřována počtem slov

- abychom získali konstantu V, musíme spočítat všechna slova v textu a všechny vět – počet slov vydělíme počtem vět a tím získáme V

S – průměrná délka slov vyjádřena počtem slabik

- abychom získali konstantu S, musíme spočítat slabiky v celém textu, které následně vydělíme počtem slov v textu

N – celkový počet slov

L – zahrnuje počet rozdílných slov v textu

Čtivost dle měřítka Jozefa Mistríka může být v rozmezí 0–50 bodů, dle skóre se pak čtivost textu řadí do pěti kategorií náročnosti textu. Do 10 bodů se jedná o text na hranici srozumitelnosti, 10–20 bodů jde o text těžko srozumitelný, 20–30 bodů obsahují texty, které jsou náročné, výkladové, ale srozumitelné, při 30–40 bodech se jedná o průměrný text, který je srozumitelný a dá se plyně číst a 40–50 bodů získá text, který lze z pohledu čtivosti interpretovat jako velmi lehký, ve vyprávěcím stylu

I – pro vzorec nepodstatná konstanta – $N:L=I$ = index předvídatelnosti. Čím vyšší I je, tím vyšší je předvídatelnost a tím pádem vyšší srozumitelnost.

Zdroj: Mandysová, 2016

Příloha 2

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

- Co pro Vás znamená, představuje pojem edukace?
- Prošla jste Vy osobně nějakým školením, jak edukovat?
- Je na Vašem oddělení někdo s vysokoškolským vzděláním?
- Pracují na Vašem oddělení zdravotničtí asistenti? Edukují? Nemáte-li, čistě hypoteticky: Nechala byste je edukovat nemocné?
- Když se zaměříme na edukační záznamy. Jsou pro Vás přínosem?
- Je něco, co byste chtěla na edukačních záznamech změnit? Nějaká položka, která je Vám nejasná?
- Kolikrát obvykle edukujete 1 pacienta na 1 téma?
- Kolik času věnujete 1 pacientovi na 1 edukaci?
- Probíhá na Vašem oddělení individuální nebo spíše skupinová edukace?
- Máte vyčleněnou sestru na edukaci?
- Na jaké téma nejčastěji edukujete?
- S jakými problémy, bariérami se nejčastěji setkáváte? Ať už y Vaší strany či ze strany pacienta?
- Máte na edukaci od pacientů zpětnou vazbu? Hodnotí tedy pacient Vámi provedenou výuku?
- Připravujete se na každou edukaci dopředu?
- Používáte při edukaci nějaké pomůcky? Jaké?
- Jaké metody výuky praktikujete?
- Máte při edukaci pocit časové tísně?
- Kde probíhá edukace nemocných?
- Máte nějakou svoji představu, jak by mohla edukace probíhat? - A proč to tedy tak nejde?
- Dokážete rozlišit rozdíl mezi edukací a předáváním informací? (ve zkratce popište)
- Na závěr: Jaké je Vaše pracovní zařazení?
- Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Kolik máte odpracovaných let?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3

Ukázka kódování a kategorizace dat z rozhovorů

Sestra 2

1. Dobrý den
2. Znamená to, že pacientovi řeknu, co ho čeká a co s ním budeme zamýšlet. *Nemá zcela jasno, co je edukace*
3. Ne, neprošla *sama nebyla edukována*
4. Ne. Ne *stanice bez vysokoškolsky vzdělané sestry*
5. Máme.
6. Dva
7. Taky edukují. *neznalost pravomocí ZA*
8. Nemáme.
9. Já bych řekla, že ne.
10. Ne. *Není zastáncem edukace*
11. Já bych byla pro, kdyby nebyly vůbec.
12. Jednou.
13. No tak 5-10 minut, záleží, jak je pacient schopnej a jak mi jakoby pochopí.
14. Individuálně.
15. Tak většinou edukuju na téma, když přijde pacient, takže většinou k operaci připravujeme pacienta, takže přípravu předoperační, co jako mu dáme, co ho potom bude ještě čekat. *Nerozlišuje mezi informacemi a edukací*
16. No jsou, někdy to pacient nepochopí, nebo mu to musím víckrát vysvětlit a to prostě mi zdržuje. *bariéry*
17. No oni se mi jenom podepíšou na papír, který já mu dam, ale nevyplňují nic.
18. Nene, nevyplňují. *bez evaluace*
19. No používám pomůcky většinou když ho edukuju třeba se stomí, tak musím mít pomůcky k tomu, nebo na dietu dáváme jim papír s příslušnou dietou, aby věděl, jak doma bude si vařit, aby podle toho měl...
20. Mám, ale prostě to nejde z provozních důvodů... *bariéry*
21. Ne, my edukujeme přímo na pokoji u postele. *zásady edukace?*
22. I před ostatními pacienty

23. Kdyby bylo po mém, tak bych to nejradši zrušila *negativní postoj k edukaci*

24. Já myslím, že je to stejný. *Nerozlišuje edukaci a informovanost*

25. Zdravotní sestra

26. Středoškolský *vzdělání*

27. 46 let *délka praxe*

28. *Není zač.*

KÓDY rozhovor 2

S 2/2 neúplná znalost pojmu

S 2/3 sama needukována

S 2/4 stanice bez VŠ

S 2/7 neznalost pravomocí ZA na oddělení

S 2/9,10,11, 23 není zastáncem edukace v pravém slova smyslu

S 2/15,24 neumí rozlišit mezi edukací a podáváním informací

S 2/16, 20 bariéry

S 2/18 bez evaluace

S 2/21 porušování zásad?

S 2/25 vzdělání

S 2/27 délka praxe

Sestra 3

1. Tak edukace je pro mě pojem docela známej ve zdravotnictví, je to vzdělávání,
2. dopomoc pacientům při různých úkonech, které jsou nejdůležitější a které se kolem
3. něho svým způsobem točí. *znalost pojmu*
4. Nikdo nás neškoli, máme na to vyhraněné i sestřičky tady některé, podle toho, v
5. jakým oboru se to týká. *sama needukována*
6. Nemáme nikoho s vysokoškolským vzděláním. *oddělení bez sestry s VŠ*
7. Nemáme zdravotnickýho asistenta, zatím nepracujeme se zdravotnickým asistentem.
8. Nenechala bych ho edukovat. Edukoval by se sestřičkou, která s ním spolupracuje,
9. protože on sám pracovat nemůže, ale musí mít vždycky dohled, takže se sestřičkou,
10. která s ním pracuje ve dvojici by mohl edukovat. *znalost legislativy o ZA*
11. Jsou přínosem, je tam veškerý záznam o tom, co pacientovi chceme sdělit, v jaký
12. formě, jak dlouho by to mělo trvat, jak se k tomu pacient staví, jestli rozumí sestře
13. nebo nerozumí. *Edukační záznam platný, vyhovuje*
14. Neměnila bych nic.
15. Myslím si, že ne, máme to prostudované, takže už přicházíme k pacientovi s
16. promyšlenými tématy.
17. Edukujeme jednou, pokud pacient si žádá a má ještě nějaké otázky druhý den, tak
18. rády zodpovídáme. *počet edukací / 1 pac.*
19. S časem je to problematické, na oddělení není tolik času, ale musíme si ten čas
20. vždycky udělat, dala bych 15-30 minut na jednu edukaci u jednoho pacienta. *čas*
21. Probíhá na našem oddělení individuální i skupinová. *Forma edukace* Pokud je
- na
22. našem oddělení
23. třeba pacientky po operaci prsu, jsou dvě, tak si je bereme soukromě buď na jídelnu

24. nebo na jeden samostatný pokoj a tam sestřička pacientky edukuje. Pokud s tím obě

25. samozřejmě souhlasí.

26. Máme vyčleněnou skupinu sester, anebo nám potom pomáhají rehabilitační sestry. *vyhraněný personál na edukaci*

27. Edukujeme nejčastěji na téma aplikace Fraxiparinu třeba, nebo pacientka po

28. operaci prsu, ať je to kvadrantektomie nebo úplná ablace prsu. *témata edukace*

29. Setkáváme se u pacientek po operaci prsu je hodně dotazů, co můžou, nemůžou, jak

30. dlouho to nemůžou dělat, je to tam hodně specifický, každá pacientka k tomu

31. přistupuje jinak a hlavně psychický stav pacientky nám tam dělá velké potíže. *bariéra*

32. Ano, druhý den, nebo když přijde rehabilitační sestra a cvičí s ní, tak informuje.

33. zeptá se rehabilitační setra, jestli od nás vše pochopil, pokud ne, tak doplňuje ještě

34. dotazy, který jí pacientka klade. *bez evaluace*

35. Nepřipravujeme, to máme všechno zrnáklý.

pomůcky

36. Používáme pomůcky, nepoužíváme, máme akorát natištěné materiály, které potom

37. samozřejmě dáváme pacientkám s sebou domů, aby si to všechno pročetly,

38. prostudovaly ještě i v nemocnici, aby si to všechno v klidu pročetly a kladly otázky.

39. Názorné ukázky, nebo materiály, který potom dostávají a potom rovnou i

40. s rehabilitační cvičí, to znamená na prevenci lymfedému *metody edukace*

41. Určitě, na tomto oddělení chirurgickém není možnost se tomu pacientovi věnovat

42. tolik, protože tady máme hodně pacientů, těžké pacienty, je to chirurgické oddělení,

43. takže není tolik času, ale musíme si udělat ten čas, aby neodcházely ženy domů a

44. aniž by věděly, jak se o to prso dále starat. *bariéra*
45. V žádném případě, to se nesmí stát *vyčleněná místnost*
46. Jinak jsme spokojený, děláme už to dlouho, co pracuju na chirurgickém oddělení
47. 15 let, tak se to dělá dlouho, metody jsou trošičku novější, přístup k tomu, ale jinak
48. Jsem spokojená a jsem ráda, že ženy ví o všem, co může přijít, nebo co by mohlo i
49. nastat.
50. Jo, jojo
51. Zdravotní sestra, všeobecná zdravotní sestra
52. Středoškolské *vzdělání*
53. Specializace v chirurgických oborech, Brno
54. 40, špatně, 30 (smích) *délka praxe*
55. Na shledanou

KÓDY rozhovor 3

P 3/2,3 znalost pojmu

P 3/5 sama needukována

P 3/9 znalost legislativy ZA

P 3/12,15 edukační záznam platný, vyhovuje

P 3/18 počet edukací/1 pacient

P 3/20,21 čas

P 3/22 forma edukace

P 3/27 vyhraněný personál

P 3/28,29 témata edukace

P 3/32, 44 bariéry

P 3/33,34,35 bez evaluace

P 3/37 pomůcky

P 3/40 metody edukace

P 3/ 46 vyčleněná místnost

P 3/52,53,54 vzdělání

P 3/55 délka praxe

Příloha 4

Návrh vlastní edukační dokumentace (záznam, plán, evaluační dotazník)

Edukační plán u hospitalizovaného pacienta

Edukační diagnóza:

Informace o edukantovi:

Cíle edukace:

Kognitivní (vzdělávací)

Afektivní (postojové)

Psychomotorický

Pomůcky k edukaci:

Organizační zajištění: Kdy:

Kde:

Kdo:

Forma edukace: individuální skupinová

Metody edukace:

Časový rozvrh:

Obsah edukace:

Edukační plán vytvořila: (jméno a podpis)

..... datum:

Edukační plán u hospitalizovaného pacienta

VZOR

Edukační diagnóza:

Deficit znalostí, dovedností v souvislosti s.....

Informace o edukantovi:

muž, 63 let, středoškolské vzdělání, čeká na operaci střev, stomie; aktivní sportovec

Cíle edukace:

Kognitivní (vzdělávací) – *pacient zná pooperační pohybový režim, vysvětlení předoperační přípravy*

Afektivní (postojoyé) - *nemocný chápe význam správné pooperační mobilizace*

Psychomotorický – *pacient sám zvládne správnou techniku mobilizace z nemocničního lůžka*

Pomůcky k edukaci:

nemocniční lůžko

Organizační zajištění: Kdy: *datum*

Kde: *pokoj č.*

Kdo: *s. Kopová*

Forma edukace: individuální

skupinová

Metody edukace:

ústně, názorně, praktický nácvik

Časový rozvrh: *10 minut ústní metoda, 10 minut praktické nácviky*

Obsah edukace:

Pacientovi bude vysvětlena předoperační příprava, bude ponechán prostor na dotazy. Bude mu vysvětlena nutnost správného vstávání z lůžka. Názorně bude tento proces ukázán, nemocný pak sám vyzkouší.

Edukační plán vytvořila: (jméno a podpis)

..... datum:

Edukační plán u hospitalizovaného pacienta VZOR

Edukační diagnóza:

Deficit sebepéče v oblasti vyprazdňování - stomie

Informace o edukantovi:

muž, 63 let, středoškolské vzdělání, 5. den po operaci, založení stomie; před operací aktivní sportovec, rodina chodí denně na návštěvy

Cíle edukace:

Kognitivní (vzdělávací) - seznámení se s typy stomických pomůcek, se stravováním stomiků

Afektivní (postojoyé) - nemocný se ptá, jeví zájem

Psychomotorický – pacient sám zvládne výměnu stomického sáčku

Pomůcky k edukaci:

stomické pomůcky k edukaci, pomůcky k ochraně pokožky, zrcadlo, odpadkový sáček

Organizační zajištění: Kdy: datum

Kde: vyšetřovna

Kdo: s. Kopová, pacient a jeho manželka

Forma edukace: individuální



skupinová



Metody edukace:

ústně, názorná ukázka, praktický nácvik, brožura, video ukázka

Časový rozvrh: 10 minut ústně + video, 5 minut názorná ukázka, 10 minut nácvik pacienta, 10–15 minut nutriční terapeutka

Obsah edukace:

Pacientovi bude slovně vysvětlena nutnost ochrany pokožky, typy stomických pomůcek (jedno a dvoudílný systém), na něm proběhne ukázka péče o okolí a stomii. Pacient si poprvé sám vyzkouší vyměnit jednodílný systém stomického sáčku.

Bude dostatečný prostor pro dotazy. Pak naváže nutriční terapeutka, která vysvětlí nemocnému nezbytnou změnu v jeho jídelníčku.

Edukační plán vytvořila: (jméno a podpis)

..... datum:

Edukační záznam hospitalizovaného pacienta

Identifikační štítek nemocného

Datum edukace:

Číslo edukační jednotky:

Bariéry, které byly odhalené:

- Téma edukace: Výživa Sebepéče Aplikace.....
Použití pomůcek Pohybový režim
Péče o chronickou ránu Péče o stomii
Péče o invazivní vstupy v domácím prostředí

Pacient je den po operaci.

Délka edukace:

Hodnocení průběhu edukace:

Reakce nemocného

Reedukace nutná: ANO

NE

Proč:

Proč:

Edukaci provedla:

Edukace se zúčastnil:

(podpis+ razítko edukátorky)

(podpis edukanta)

.....

.....

Evaluační dotazník pro účastníka edukace

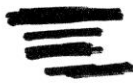





- Zúčastnil jsem se takového vzdělávání poprvé ?
- Na co jsem byl vzděláván ?
- Kde výuka probíhala ?
- Co jsem se naučil ?
- Vyhovovala mi organizace ? (*čas, prostory, návaznost ...*)
- Co se mi při výuce líbilo:
nelíbilo, vadilo mi:
- Jak na mě působila zdravotní sestra ?
- Bylo mi nabídnuto pozvat rodinné příslušníky ?
 - Zúčastnili se ?
 - Pokud ne, proč ?
- Bude se výuka opakovat ?
- Návrhy na zlepšení :

Za vyplnění děkujeme, Vaše názory mohou přispět ke zlepšení edukační činnosti.
Kolektiv chirurgického oddělení.

Příloha 5

Edukační záznamy k analýze

1

Edukační záznam			
Jméno a příjmení pacienta (štítek): 		Vztah pacienta ke  nemocnici, a. s.	
		<input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný pacient <input type="checkbox"/> ambulantní pacient <input type="checkbox"/> jiné.....	
Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> duchovní <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jiná.....		Použité metody <input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input checked="" type="checkbox"/> praktická ukázka <input checked="" type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné.....	
Téma edukace <input type="checkbox"/> podstata onemocnění <input type="checkbox"/> režimová opatření <input type="checkbox"/> léčba/medikace <input type="checkbox"/> komplikace <input type="checkbox"/> aplikace inzulínu <input type="checkbox"/> sociální problémy <input checked="" type="checkbox"/> dietní režim/výživa <input type="checkbox"/> možnost domácí péče <input type="checkbox"/> fyzická aktivita <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik/užívání pomůcek:.....		Edukační skupina pacientů <input type="checkbox"/> pacient po infarktu myokardu <input checked="" type="checkbox"/> pacient s kolostomií <input type="checkbox"/> pacient po TEP <input type="checkbox"/> pacient s epilepsií <input type="checkbox"/> pacient s osteoporózou <input type="checkbox"/> jiný:	
Reakce nemocného <input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input checked="" type="checkbox"/> ptá se <input checked="" type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> jiné..... <input type="checkbox"/> jiné.....			
Průběh edukace <input type="checkbox"/> jednorázová edukace <input type="checkbox"/> průběžná edukace			
Datum od - do	Popis edukace	Jméno a podpis edukátora	Jméno a podpis edukovaného
15. 2. 2017	PACIENT SPOLUPRACUJE; JEVI ZAJEM O OŠETŘOVÁNÍ STOLIE; MANŽELKA O VŠEM POUČENA SÁČEK A PODLOŽKY JSOU NALEPENY; SPOLUPRÁCE UŽBORNÁ	 	 

ICO: 253002

Edukační záznam

Jméno a příjmení pacienta (štítek): 	Vztah pacienta k nemocnici, a. s. <input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný pacient <input type="checkbox"/> ambulantní pacient <input type="checkbox"/> jiné.....
---	--

Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> jiná.....	<input checked="" type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> duchovní <input type="checkbox"/> neschopnost řeči	Použité metody <input checked="" type="checkbox"/> ústně <input checked="" type="checkbox"/> praktická ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik
--	---	---	---

Téma edukace <input type="checkbox"/> podstata onemocnění <input type="checkbox"/> léčba/medikace <input type="checkbox"/> aplikace inzulínu <input checked="" type="checkbox"/> dietní režim/výživa <input type="checkbox"/> fyzická aktivita <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik/užívání pomůcek: <i>A. rodinová</i>	<input type="checkbox"/> režimová opatření <input type="checkbox"/> komplikace <input type="checkbox"/> sociální problémy <input type="checkbox"/> možnost domácí péče	Edukační skupina pacientů <input type="checkbox"/> pacient po infarktu myokardu <input checked="" type="checkbox"/> pacient s kolostomií <input type="checkbox"/> pacient po TEP <input type="checkbox"/> pacient s epilepsií <input type="checkbox"/> pacient s osteoporózou <input type="checkbox"/> jiný:
--	---	---

Reakce nemocného <input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> ptá se <input checked="" type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> jiné: <i>Snaha rodiny</i>
--	--	---

Průběh edukace
 jednorázová edukace
 průběžná edukace

Datum od - do	Popis edukace	Jméno a podpis edukátora	Jméno a podpis edukovaného
2.3.2017	EDUKACE ČLENŮ RODINY; PACIENT NENÍ SCHOPEN SE O STOMII POSTARAT; POUČENÍ O PĚČI O STOMII; O PĚČI O OKOLÍ; U VÝHĚNĚ STOM POMŮCEK. RODINA SNAD ZVLADNE, MOŽNO PROPUSTIT DO DOM. OŠETŘOVÁNÍ		

Edukační záznam

Jméno a příjmení pacienta (štítek): <div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px 0;"></div>	Vztah pacienta ██████████ nemocnici, a. s. <input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný pacient <input type="checkbox"/> ambulantní pacient <input type="checkbox"/> jiné.....
--	--

Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> duchovní <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jiná.....	Použité metody <input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input checked="" type="checkbox"/> praktická ukázka <input checked="" type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné.....
---	---

Téma edukace <input type="checkbox"/> podstata onemocnění <input checked="" type="checkbox"/> režimová opatření <input type="checkbox"/> léčba/medikace <input type="checkbox"/> komplikace <input type="checkbox"/> aplikace inzulínu <input type="checkbox"/> sociální problémy <input checked="" type="checkbox"/> dietní režim/výživa <input type="checkbox"/> možnost domácí péče <input type="checkbox"/> fyzická aktivita <input checked="" type="checkbox"/> praktický nácvik/užívání pomůcek:.....	Edukační skupina pacientů <input type="checkbox"/> pacient po infarktu myokardu <input checked="" type="checkbox"/> pacient s kolostomií <i>ILEOST.</i> <input type="checkbox"/> pacient po TEP <input type="checkbox"/> pacient s epilepsií <input type="checkbox"/> pacient s osteoporózou <input type="checkbox"/> jiný:
--	--

Reakce nemocného <input checked="" type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> jiné.....	<input checked="" type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input checked="" type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> jiné.....
---	--	--

Průběh edukace <input type="checkbox"/> jednorázová edukace <input type="checkbox"/> průběžná edukace
--

Datum od - do	Popis edukace	Jméno a podpis edukátora	Jméno a podpis edukovaného
23.3.2014	SNAHA SDOLUPRACOVAT, ALE PACIENTKA NENÍ PŘÍLIŠ ZRUČNÁ, KOMPLIKOVANOU OBEZITOU. RODINA PŘÍTOVNÁ, BUDE NUTNÝ JEJÍ DOHLED. NALEZENÝ VÝRUSTKÝ SAČEK. BUDE NUTNÁ OPAKOVANÁ INSTRUKTÁŽ, ZAPOJENÍ PACIENTKY DO ČINNOSTI.	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<div style="background-color: black; width: 100%; height: 20px;"></div>

Edukační záznam

Jméno a příjmení pacienta (štítek): <div style="background-color: black; width: 100px; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>	Vztah pacienta k <input checked="" type="checkbox"/> hospitalizovaný pacient <input type="checkbox"/> ambulantní pacient <input type="checkbox"/> jiné.....
--	--

Komunikační bariéra <input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> fyzická <input type="checkbox"/> duchovní <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> neschopnost řeči <input type="checkbox"/> jiná.....	Použité metody <input checked="" type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> praktická ukázka <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> jiné.....
---	---



Téma edukace <input type="checkbox"/> podstata onemocnění <input type="checkbox"/> režimová opatření <input type="checkbox"/> léčba/medikace <input type="checkbox"/> komplikace <input type="checkbox"/> aplikace inzulínu <input type="checkbox"/> sociální problémy <input type="checkbox"/> dietní režim/výživa <input type="checkbox"/> možnost domácí péče <input type="checkbox"/> fyzická aktivita <input type="checkbox"/> praktický nácvik/užívání pomůcek:.....	Edukační skupina pacientů <input type="checkbox"/> pacient po infarktu myokardu <input type="checkbox"/> pacient s kolostomií <input checked="" type="checkbox"/> pacient po TEP <input type="checkbox"/> pacient s epilepsií <input type="checkbox"/> pacient s osteoporózou <input type="checkbox"/> jiný:
---	---

Reakce nemocného <input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> jiné.....	<input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> jiné.....
--	---	---

Průběh edukace <input type="checkbox"/> jednorázová edukace <input type="checkbox"/> průběžná edukace
--

Datum od - do	Popis edukace	Jméno a podpis edukátora	Jméno a podpis edukovaného
25. 10 17	RHB - ...	<i>[Handwritten Signature]</i>	
24/10	...	<i>[Handwritten Signature]</i>	

Edukační záznam

Téma edukace		Téma edukace			
1. diabetik - stravování	6. péče o stonii	11.	16.		
2. diabetik - aplikace inzulínu	7. prevence a šíření infekce	12.	17.		
3. péče o chronickou ránu	8. prevence TEN	13.	18.		
4. pohybový režim, RHC	9. respirační terapie, dechová cvičení	14.	19.		
5. prevence pádu - chování při riziku	10. výživa při dietním omezení	15.	20.		
datum / hodina edukace	upřesnění tématu (pokud je to nutné)	komunikační bariéra	reakce edukovaného	použité metody	podpisy
Datum /hodina 01. <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> doprovod	89 83	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> odmítá rozhovor	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	 podpis edukujícího  podpis edukovaného
Datum /hodina <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> doprovod		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> odmítá rozhovor	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího podpis edukovaného
Datum /hodina <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> doprovod		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> odmítá rozhovor	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího podpis edukovaného
Datum /hodina <input type="checkbox"/> pacient <input type="checkbox"/> rodina <input type="checkbox"/> doprovod		<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> není schopen pochopit <input type="checkbox"/> odmítá rozhovor	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	podpis edukujícího podpis edukovaného

Ošetřovatelská propouštěcí zpráva

Chirurgické oddělení

Edukace:

- nemocného medikace použití pomůcek
- rodiny výživa – dietní režim ortopedických
- ostatní rehabilitace stomických
- sebepečí jiné

Forma poučení:

- verbálně písemně instrukce jiné

Nemocný obdržel:

- lékařskou propouštěcí zprávu
- ošetřovatelskou překládovou zprávu
- potvrzení PN
- poukaz o domácí péči
- lékařské recepty (viz. propouštěcí zpráva)
- průkaz o trvání PN
- poukaz na ortopedické pomůcky
- ortopedické pomůcky
- poukaz na stomické pomůcky
- stomické pomůcky
- pomůcky k aplikaci inzulinu
- dokumentaci z jiného pracoviště, RIG, CT, MR
- lékařskou překládovou zprávu
- cennosti z úschovy (trezoru)
- ☞ oděv z úschovy

Zajištěna doprava:

- vlastní sanitním vozem s doprovodem bez doprovodu

Předán do péče:

- praktického lékaře ADP
- domova důchodců Charity
- pečovatelské služby jiné
- jiného zdravotnické zařízení

- nemocný opustil oddělení bez vědomí zdravot. personálu

Výše uvedené skutečnosti jsem vzal/a na vědomí.
 Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou srozumitelné.

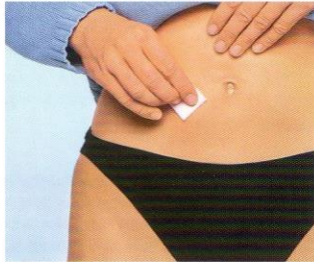
Podpis nemocného (zákonného zástupce):.....

Podpis sestry: Datum:

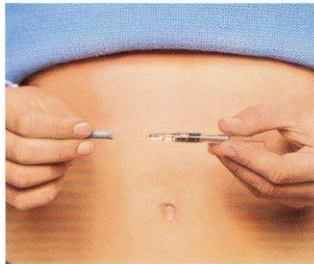
Jiná sdělení:

Poznámky:

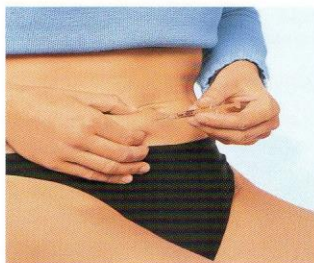
Průvodce samostatné podkožní aplikace nízkomolekulárního heparinu v předplněných injekčních stříkačkách



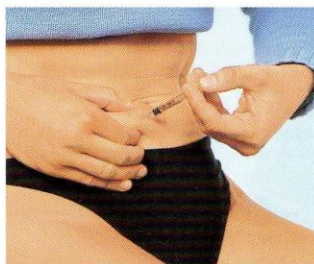
1
Injekce musí být aplikována do podkožní tkáně v oblasti pašu, střídavě na levou a pravou stranu. Místo pro vpich desinfikujte a před aplikací injekce se jej nedotýkejte.



2
Odstraňte ochranný pryžový kryt jehly. Nevytlačujte ze stříkačky vzduchové bublinky, aby nedošlo ke ztrátě léčivé látky.



3
Palcem a ukazováčkem vytvořte okolo desinfikované oblasti kůže silný kožní záhyb. Celou jehlu vpíchněte kolmo do kožního záhybu.



4
Vytlačujte pomalu pístem roztok z injekční stříkačky. Kožní záhyb držte po celou dobu aplikace. Po vytáhnutí jehly místo vpichu nemasírujte.

APLIKACE FRAX (Belbin-Oleum)

$$R = 50 - (V \times S) / (N : L)$$

V, S, K
nemí platit

$$L = 50 - (9 \times 2, 588) / (81 : 62)$$

$$R = 50 - (21, 438) / (1, 106)$$

$$R = 50 - 16, 415 16, 160$$

$$R = 33, 585 33, 84 \Rightarrow \text{příměrný}$$

$$= \underline{\underline{34}}$$

Počet slov ve vědě

$$16, 11, 5, 11, 11, 7, 7, 7, 6 = \underline{\underline{81}} \text{ počet slov v kladu}$$

$$\underline{\underline{9}} \text{ počet vět v kladu}$$

$$N = 81$$

$$V = 9$$

$$S = 2, 382$$

Počet slabik v kladu

$$1, 2, 1, 5, 1, 3, 2, 3, 2, 3, 1, 2, 1, 2, 2, 2, 1, 1, 5, 1, 1, 4, 3, 1, 1, 5$$

$$1, 3, 3, 1, 2, 5, 1, 3, 3, 3, 1, 3, 1, 2, 3, 2, 2, 1, 5, 3, 3, 6, 3, 2, 2,$$

$$2, 2, 3, 2, 1, 3, 3, 4, 3, 2, 3, 3, 3, 2, 2, 2, 1, 2, 2, 4, 1, 4, 2, 2, 2, 5$$

$$\Rightarrow \underline{\underline{193}} - 3 = \underline{\underline{190}}$$

$$S = 190 : 81 = 2, 345 \quad 2, 345$$

Počet upravených slov : 62 = L

Návod k použití přípravku FRAXIPARINE

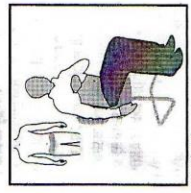
Části stříkačky:

- 1 Kryt jehly
- 2 Pist
- 3 Uchyt na horním konci těla stříkačky
- 4 Bezpečnostní kryt



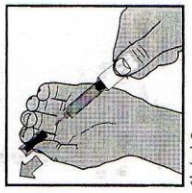
Návod k použití:

1. Umýjte si dobře ruce mýdlem a osušte je.
2. Vyměňte stříkačku z krabičky a zkontrolujte zda:
 - neuplyněla doba použitelnosti;
 - stříkačka není převážně ani poškozená.
3. Pohodlně se posadíte nebo si lehněte.
 - Vyberte si místo ve spodní části břicha, nejméně 5 cm od pupku (obrázek A).
 - Strádejte levou a pravou stranu břicha při každé injekci. Pomůže to zmírnit nepříjemné pocity v místě vpichu.
- 2 Pokud není možné podat injekci do spodní části břicha, požádejte o radu lékaře nebo sestru.



Obrázek A

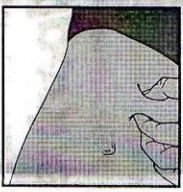
4. Očistěte planované místo vpichu tamponem namoženým alkoholovým desinfekčním prostředkem.
5. Odstráňte kryt jehly tak, že krytem jemně otočíte a pak jej stáhněte ve směru rovně od těla stříkačky (obrázek B).



Obrázek B

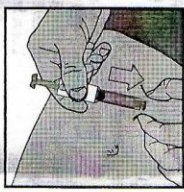
- Kryt jehly zlikvidujte.
- Jestliže je ve stříkačce více roztoku než máte použít, můžete nadbytečný roztok odstranit před podáním injekce.
- Držte stříkačku tak, aby jehla směřovala přímo dolů.
 - Tlačte jemně na píst, dokud spodní část pístku není na úrovni značky odpovídající množství přípravku, které Vám předepsal lékař.
 - Převrhovaný roztok vytlačte ze stříkačky zlikvidujte.
 - Stříkačka je nyní připravena k použití.
- Důležitá poznámka:**
- Nerotujte se jehly a zabráněte tomu, aby se jehla před použitím částečně ootáhla.
 - Ve stříkačce jsou viditelné malé vzduchové bublinky, to je normální. Nesprávte se tyto bublinky před podáním injekce odstranit – pokud se o to budete snažit, může dojít ke ztrátě části léčivého přípravku.

6. Jemně uchopte designifikovanou kůži mezi palce a ukazovák a vytvořte kůžní záhyb/bránu. Jehlu záhyb držte mezi palcem a ukazovákem po celou dobu podání injekce (obrázek C).



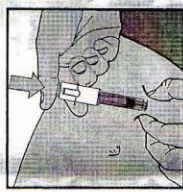
Obrázek C

7. Stříkačku držte pevně v prstech. Jehlu vpichněte do kůžního záhybu. Jehla musí vniknout od kůžního záhybu v celé délce kolmo (nikoli ve směru texty) (obrázek D).



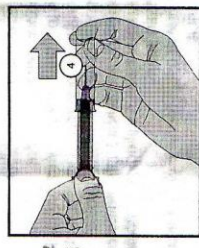
Obrázek D

8. Podějte celý obsah stříkačky stlačení pístu do nejzášší možné polohy (obrázek E). Po jehu jemně vytáhněte z kůže.



Obrázek E

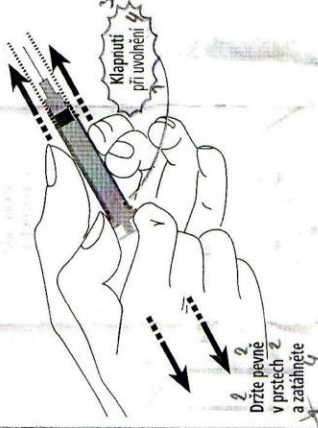
9. Po aplikaci držte injekci jednou rukou za bezpečnostní kryt stříkačky a druhou rukou uchopte prsty uchyt na horním konci těla stříkačky a prudce za něj zatáhněte. Bezpečnostní kryt uplně stáhnete a kryt z těla stříkačky až zaklapne v pozici, ve které kryje jehlu. (obrázek F a text níže).



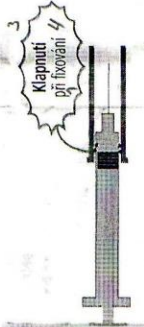
Obrázek F

Nevyhazujte použité stříkačky do domácího odpadu. Likvidujte je podle rady svého lékaře nebo lékárníka.

- 1 Po aplikaci injekce použijte bezpečnostní systém.
- 2 Držte stříkačku opatrně v jedné ruce za nádobný plastický kryt, prsty druhé ruky zatáhněte za horní konec těla stříkačky a uvolněte kryt. Posuňte kryt směrem k jehle, až se ozve klapnutí zarážky a kryt je fixován.



Držte pevně v prstech a zatáhněte



Pro zvýšení bezpečnosti klade systém při přikloňování zarážek běžný odpor. Jehla je nyní zcela chráněna.

APLIKACE PRAX - fiktivní letáček

$$R = 50 - (V \times S) / (N : L)$$

$$R = 50 - (10,944 \times 2,482) / (394 : 204)$$

$$R = 50 - (27,187) / (1,931)$$

$$R = 50 - 14,077$$

$$R = 35,923 \approx 36 \text{ průměrný}$$

$L = 204$

$N = 394$

$V = 394 : 36 = 10,944$

$S = 860 : 394 = 2,182$

Počet slůvků neřídící

8, 15, 6, 11, 9, 8, 15, 9, 18, 8, 16, 8, 19, 6, 6, 15, 10,
 21, 13, 12, 5, 5, 14, 10, 6, 26, 4, 13, 6, 8, 6, 22, 14,
 12, 10, 5 = 394 slůvků a letek

36 řád a letek

Počet slůvků a letek

15, 15, 13, 14, 13, 19, 18, 17, 32, 31, 33, 7, 38, 17, 37, 18, 14, 7,
 29, 22, 45, 32, 27, 9, 12, 27, 24, 12, 54, 9, 23, 20, 10,
 18, 47, 24, 25, 10, 27 = 874 slůvků - 14 = 860

Počet řádků celkem: $204 = L$

Aplikace Fraxiparinu

Aplikace je snadná a téměř bezbolestná.

Před aplikací nízkomolekulárního heparinu se seznamte s příbalovou informací předepsaného přípravku a řiďte se pokyny vašeho ošetřujícího lékaře.

Tento materiál je určen výhradně pro předání lékařem pacientovi, kterému byl předepsán přípravek Fraxiparin® nebo Fraxiparine Forte®.

Před aplikací si pečlivě umyjte ruce.

- 1 Sedněte nebo lehněte si tak, abyste se cítili pohodlně. Nejvhodnější místo k aplikaci je přední boční strana břicha, vyvarujte se pupěčné oblasti. Výjimečně (těhotenství, změny na kůži) může být injekce aplikována do horní části stehna. Při každé aplikaci místo vpichu střídejte.



- 2 Zvolené místo vpichu odezinfikujte tampónem s dezinfekčním prostředkem.



- 3 Strikačku vyjměte z obalu, uchopte za válcovou část a prsty druhé ruky odstraňte ochranný kryt. Ochranný kryt nikdy nenasazujte zpět na jehlu, mohl by dojít k poranění o jehlu nebo jehnu. Přitomnost malé vzduchové bubliny ve strikačce je normální (nepokoušejte se ji odstranit). Pokud se ná hrotu jehly objeví malá kapka, odlepte ji (nikdy ji neotírejte).

- 4 Palec a ukazováčkem utvořte kožní řasu (řasu udržujte po celou dobu aplikace).



- 5 Během přidržování kožní řasy do ní zaveďte jehlu kolmo v celé její délce.



- 6 Aplikujte pomalý lék - tlakem na píšť strikačky, dokud nevyprázdníte obsah strikačky, vyčkejte asi 2 sekundy a pak jehlu vytahněte a uvolněte kožní řasu. V případě, že se v místě vpichu objeví kapka krve, přitlačte na toto místo na několik minut tampónem.



- 7 Po ukončení aplikace: držte opatrně injekční strikačku v jedné ruce za válcový plastový kryt, prsty druhé ruky zažáhněte za horní konce těla strikačky a uvolněte kryt. Posuňte kryt směrem k jehle, až se ozve klapnutí zarážky a kryt je fixován. Pro zvýšení bezpečnosti, kladte systém při přikládání zarážky běžný odpor. Nyní je jehla zcela chráněna. Po aplikaci je třeba použít injekční strikačku zneškodnit: Domluvěte se s vaším lékařem nebo lékárníkem na vhodném způsobu jejich likvidace



- 8 Kromě používání nízkomolekulárního heparinu je vhodné používání kompresních elastických punčoch. Důležitá je také časná rehabilitace a pohyb.



Kdy vyhledat lékaře:

- Pokud se u vás, i přes preventivní nebo léčebná opatření, objeví příznaky trombózy nebo plicní embolie.
- Pokud se u vás během používání nízkomolekulárního heparinu vyskytnou jakékoli obtíže, které mohou souviset s používaným léčivým přípravkem (jako např. krvácivé komplikace nebo alergická reakce)

Pro více informací se obraťte na vašeho ošetřujícího lékaře nebo lékárníka.

-6a

$$R = 50 - (V \times S) / (N : L)$$

$V = 12,6$ $N = 315$ $L = \del{400} 196$

V, Z, S, K

muš' slabika

$S = 2,23$

² metr, ¹ část, ¹ špič
¹ písl, ¹ špič, ² osle
² kšila, ² stroho
 emblic⁴

DVA | přičemž ^(V)

9	13	14	6	8	15	17	12	13	12	13	23	18	26	11	10	1
12	10	7	3	16	25											

$= 315 : 25 = 12,6 = V$

celkem slov 315 - N

celkem vět : 25

čet slabik

19, 19, 23, 21, 16, 22, 20, 17, 21, 19, 20, 26, 26, 16, 17, 15, 20, 12, 23, 21, 21, 19,
 1, 23, 21, 22, 22, 14, 17, 4, 16, 21, 20, 18, 16, 18 = 703 slabik
 $- 6 = 697$

697
 $= 703 : 315 = \del{2,23} 2,212$

$R = 50 - (12,6 \cdot \del{2,23} 2,212) / (315 : \del{400} 196)$

$R = 50 - (26,712) / (1,575)$

$R = 50 - 16,922 = 1,607$

$R = \del{38,86} 33,378 = 33$

Příloha 7 Edukační dokumentace k analýze po vlastním přepracování

Edukační záznam hospitalizovaného pacienta

Identifikační štítek nemocného



Datum edukace:

8. 2. 2014

Číslo edukační jednotky:

1.

Bariéry, které byly odhaleny:

Chyby demence

Téma edukace: Výživa Seběpěče Aplikace.....
Použití pomůcek Pohybový režim Péče o chronickou ránu
Péče o stomii Péče o invazivní vstupy v domácím prostředí

Pacient je den po operaci.

Délka edukace:

10 minut

Hodnocení průběhu edukace:

vyprávěla jsem mu, jak si má používat obvaz podle náčrtku

Reakce nemocného

na město byla, rozuměl mi, je to dobře

Reedukace nutná: ANO NE

ale zda se bude umět aplikovat

Edukaci provedla: (podpis+ razítko edukátorky)

Edukace se zúčastnil: (podpis edukanta)

Evaluační dotazník pro účastníka edukace

- Zúčastnil jsem se takového vzdělávání poprvé? *ANO*
- Na co jsem byl vzděláván? *PŘEVAZ*
- Kde výuka probíhala? *u DOKTORKY V ANEBULANCI*
- Co jsem se naučil? *ZAVAZAT SI NOHU*
- Vyhovovala mi organizace? (čas, prostory, návaznost ...) *JO*
- Co se mi při výuce líbilo: *VŠECHNO*
nelíbilo, vadilo mi: *NIC*
- Jak na mě působila zdravotní sestra?
RELAXOVNĚ
- Bylo mi nabídnuto pozvat rodinné příslušníky? *NE*
 - Zúčastnili se? *NE* Pokud ne, proč? *NEHAI*
- Bude se výuka opakovat? *TO NEVIM, CHCI JÍT DOMU⁰*
- Návrhy na zlepšení :

Za vyplnění děkuji, Vaše názory mohou přispět ke zlepšení edukační činnosti.
Kolektiv chirurgického oddělení.

Edukační záznam hospitalizovaného pacienta

Identifikační štítek nemocného

Datum edukace: 11. 2. 2018

Číslo edukační jednotky: 1

Bariéry, které byly odhaleny:

Téma edukace: Výživa Sebepéče Aplikace... FRAN.
Použití pomůcek Pohybový režim Péče o chronickou ránu
Péče o stomii Péče o invazivní vstupy v domácím prostředí

Pacient je ... 3 ... den po operaci.

Délka edukace: 5 minut

Hodnocení průběhu edukace:

Pacient se zajímal, ptal, koval se na uláčku, sám si injekci s.e. počínal.

Reakce nemocného

Myšl' si, že to proládně

Reedukace nutná: ANO NE

Edukaci provedla: (podpis+ razítko edukátorky)

Edukace účastnil: (podpis edukanta)

Evaluační dotazník pro účastníka edukace

- Zúčastnil jsem se takového vzdělávání poprvé? *ano*
- Na co jsem byl vzděláván? *péčlemi infúze na pedém 'live*
- Kde výuka probíhala? *na políci*
- Co jsem se naučil? *spatně si péchnout egyptci*
- Vyhovovala mi organizace? (čas, prostory, návaznost ...) *ano*
- Co se mi při výuce líbilo: *klid*
nelíbilo, vadilo mi:
- Jak na mě působila zdravotní sestra?
fujeuna', utněrava', unla', vytrala'
- Bylo mi nabídnuto pozvat rodinné příslušníky? *ano*
 - Zúčastnili se? *ne* Pokud ne, proč? *nedobro*
- Bude se výuka opakovat? *ne*
- Návrhy na zlepšení:
—

Za vyplnění děkuji, Vaše názory mohou přispět ke zlepšení edukační činnosti.
Kolektiv chirurgického oddělení.

Edukační záznam hospitalizovaného pacienta

Identifikační štítek nemocného

Datum edukace: 16.2.

Číslo edukační jednotky: 1

Bariéry, které byly odhaleny:

Téma edukace: Výživa Sebepéče Aplikace.....
Použití pomůcek Pohybový režim Péče o chronickou ránu
Péče o stomii Péče o invazivní vstupy v domácím prostředí

Pacient je^{7.} den po operaci. - dnes z MUIP

Délka edukace: 15 minut

Hodnocení průběhu edukace:

aktivní faktory nem. vše probíhá, klade otázky,
velmi příjemně strávily čas.

Reakce nemocného

ok, učerá se rychle

Reedukace nutná: ANO NE

Edukaci provedla: (podpis+ razítko edukátorky) Edukace se zúčastnil: (podpis edukanta)

Evaluační dotazník pro účastníka edukace

- Zúčastnil jsem se takového vzdělávání poprvé? ANO
- Na co jsem byl vzděláván? ŠTODIE
- Kde výuka probíhala? NA ÚŘEĎOVNĚ
- Co jsem se naučil? PEČOVAT O JY/OD, DOBŘE SE STRAŽOVAT
- Vyhovovala mi organizace? (čas, prostory, návaznost ...) ANO
- Co se mi při výuce líbilo: TULJENNA' ATMOŠFÉRA
nelíbilo, vadilo mi: —
- Jak na mě působila zdravotní sestra?
ZKUSĚNĚ
- Bylo mi nabídnuto pozvat rodinné příslušníky? ANO
 - Zúčastnili se? ANO Pokud ne, proč?
- Bude se výuka opakovat? NE
- Návrhy na zlepšení :

Za vyplnění děkuji, Vaše názory mohou přispět ke zlepšení edukační činnosti.
Kolektiv chirurgického oddělení.