

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Jana Rybenská

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

ÚROVEŇ SESTERSKÉ EDUKACE NA ORTOPEDICKÉM
ODDĚLENÍ Z POHLEDU SESTER A PACIENTŮ V OBLASTNÍ
A FAKULTNÍ NEMOCNICI

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23. 3. 2014

.....

Vlastnoruční podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Mgr. Petře Bejvančické za její ochotu, trpělivost a za její poskytování cenných rad při vedení mé diplomové práce. Děkuji za spolupráci Bc. Petře Vávrové - Simlerové a všem respondentům, díky jejichž spolupráci jsem mohla realizovat výzkumné šetření. Poděkování za podporu patří rovněž mé rodině.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Rybenská Jana

Katedra: Ošetřovatelství

Název práce: Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici

Vedoucí práce: Mgr. Petra Bejvančická

Počet stran: číslované 82, nečíslované 36

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 55

Klíčová slova: edukace, edukační proces, všeobecná sestra, pacient, ortopedické oddělení

Souhrn:

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku edukace na ortopedickém oddělení z pohledu všeobecných sester a pacientů. V teoretické části diplomové práce se zabývám pojmem edukace, edukačním procesem, edukací ortopedického pacienta a edukačními standardy. Dále definuji pedagogiku, motivaci a komunikaci. V teoretické části se také věnuji samotnému ortopedickému oboru, perioperační péči a jednotlivým oddělením, jak Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí ve Fakultní nemocnici Plzeň, tak i ortopedicko – úrazovému oddělení nemocnice Kladno. Praktická část obsahuje kvantitativní výzkumné šetření, které zjišťuje úroveň sesterské edukace, jak všeobecné sestry edukují a jak tuto edukaci vnímají pacienti. Na základě zjištěných výsledků byl vytvořen edukační standard, který byl doporučený Oblastní nemocnici Kladno, a.s.

ANNOTATION

Surname and name: Rybenská Jana

Department: Nursing

Title of thesis: The level of nursing education at the orthopedic ward from the perspective of nurses and patients in a regional teaching hospital

Consultant: Mgr. Petra Bejvančická

Number of pages: numbered 82, unnumbered 36

Number of appendices: 6

Number of literature items used: 55

Key words: education, educational process, general nurse, patient, orthopedic department

Summary:

This thesis is focused on the education of the orthopedic department from the perspective of nurses and patients. In the theoretical part of the thesis deals with the concept of education, the educational process, educating patients and orthopedic educational standards. Further defines pedagogy, motivation and communication. The theoretical part is also devoted to the orthopedic field, perioperative care, and individual departments to the Clinic of orthopedics and traumatology of the locomotor system in a Teaching hospital in Pilsen, and orthopedic - Accident department of the hospital Kladno. The practical part contains quantitative research which investigates the level of nursing education, both general nurses educated and how they perceive the education of patients. Based on the results of the educational standard was created, which was recommended by the Regional Hospital Kladno, a.s.

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 EDUKACE	12
1.1 Druhy edukace	13
1.1.1 Primární prevence.....	13
1.1.2 Sekundární prevence.....	13
1.1.3 Terciální prevence	13
1.2 Základní pojmy edukace	14
1.2.1 Edukant.....	14
1.2.2 Edukátor	14
1.2.3 Edukační konstrukty	14
1.2.4 Edukační realita	15
1.2.5 Edukační prostředí.....	15
1.2.6 Edukační plán	15
1.3 Role všeobecné sestry - edukátorky.....	16
1.3.1 Osobnost sestry.....	17
1.3.2 Připravenost k učení	18
1.4 Edukační proces	19
1.4.1 První fáze.....	20
1.4.2 Druhá fáze.....	20
1.4.3 Třetí fáze.....	20
1.4.4 Čtvrtá fáze.....	20
1.4.5 Pátá fáze.....	21
1.5 Edukační metody	21
1.5.1 Teoretické metody	21
1.5.2 Teoreticko-praktické metody.....	22
1.6 Edukační cíl	23
1.6.1 Taxonomie cílů.....	23
1.7 Edukace ortopedického pacienta.....	25
1.8 Edukační standard.....	26
1.8.1 Edukační standard FN Plzeň	27
1.9 Právní rámec	28
1.10 Pedagogika.....	28
1.11 Motivace	29
1.11.1 Faktory motivace	29
1.11.2 Motivace v edukaci.....	30

2	KOMUNIKACE.....	32
2.1	Komunikační proces	33
2.2	Profesionální komunikace.....	33
2.2.1	Sociální komunikace	34
2.2.2	Specifická komunikace.....	34
2.2.3	Terapeutická komunikace.....	34
2.3	Komunikace s nemocným.....	35
2.3.1	Překážky v komunikaci	36
2.4	Verbální komunikace	36
2.4.1	Složky verbální komunikace	37
2.4.2	Úspěšná verbální komunikace	37
2.5	Neverbální komunikace	38
2.5.1	Složky neverbální komunikace.....	39
2.6	Komunikační dovednosti	41
3	ORTOPEDIE.....	42
3.1	Perioperační péče v ortopedii	43
3.1.1	Předoperační péče.....	43
3.1.2	Intraoperační péče.....	44
3.1.3	Pooperační péče.....	45
3.2	Historie ortopedie	46
3.2.1	Historie ortopedie v České republice.....	46
3.3	Fakultní nemocnice Plzeň.....	47
3.3.1	Historie FN	47
3.3.2	Současnost KOTPU FN Plzeň.....	47
3.4	Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje.....	49
3.4.1	Historie ON Kladno, a.s.	49
3.4.2	Současnost ortopedicko-úrazového oddělení ON Kladno, a.s.	49
	PRAKTICKÁ ČÁST	51
4	FORMULACE PROBLÉMU	51
4.1	Hlavní problém	51
4.2	Dílčí problémy	51
5	CÍL A ÚKOL PRÁCE.....	52
5.1	Cíl.....	52
5.2	Dílčí cíle.....	52
5.3	Hypotézy	52

6	METODIKA.....	53
6.1	Realizace výzkumného šetření.....	53
6.2	Vzorek respondentů	54
7	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	55
7.1	Analýza dotazníkového šetření.....	55
7.1.1	Dotazník pro všeobecné sestry	55
7.1.2	Dotazník pro pacienty.....	70
8	DISKUSE.....	84
	ZÁVĚR.....	92
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	94
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	99
	SEZNAM TABULEK	100
	SEZNAM PŘÍLOH	102

ÚVOD

Téma mé diplomové práce „Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici“ jsem si zvolila záměrně. V předchozím studiu jsem absolvovala odbornou praxi na klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí ve FN Plzeň a v Oblastní nemocnici Kladno, a.s., nemocnici Středočeského kraje jsem byla necelý rok zaměstnána na ortopedicko-úrazovém oddělení jako všeobecná sestra. Tento obor mě velmi baví, a proto jsem si jej také zvolila jako své zaměření během navazujícího magisterského studia.

Pacienti, hospitalizovaní na ortopedickém oddělení, jsou ve většině případů přijímání plánovaně a pobyt v nemocnici trvá kratší dobu. Přesto potřebují velké množství informací, které jim musí být poskytnuty nejen od všeobecné sestry. Informace, které získávají, jsou velmi důležité pro jejich léčbu i následnou rekonvalescenci, budoucí život a úspěšné fungování nejen v sociální oblasti. Ze zkušeností, které jsem v praxi získala, vím, že důkladná a pečlivá edukace usnadňuje a urychluje léčbu a celkovou hospitalizaci nemocných. Nemocných, kteří podstupují ortopedické operační výkony, je velmi mnoho a stále přibývají. Vypovídají o tom nejen čekací listiny na různé druhy ortopedických operací, ale i např. informace od národního registru kloubních náhrad. Proto je nutné nezapomínat na obrovskou skupinu ortopedických nemocných a snažit se co nejvíce jim ulehčit hospitalizaci a někdy i velmi problémové a bolestivé zážitky nejen ze zdravotnického zařízení.

Výsledky práce a výzkumu mohou přispět k lepší orientaci v této problematice. Zjistím, jaká je celková realita edukace na ortopedickém oddělení fakultní a oblastní nemocnice a na zjištěné problémy budu reagovat vytvořením edukačního standardu, manuálu či jiným doporučením pro praxi. Tento výstup by měl být přínosem pro všeobecné sestry, tedy i následně přínosem pro hospitalizované pacienty na ortopedickém oddělení. Díky tomu se zvýší jejich informovanost, respektive spokojenost.

1 EDUKACE

Pojem edukace vychází z latinského slova educo, educare, to znamená vést vpřed, vychovávat. Definovat edukaci můžeme jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, dovednostech, postojích a návycích. V edukaci se jedná o výchovu a vzdělávání. Výchova je proces, který je u jedince zaměřen na rozvíjení jeho vědomostí, dovedností, návyků a schopností. Vzdělanost je výsledek úrovně vzdělání v sociální skupině, státě či národě. (12, s. 9)

Jde o proces vzdělávání, výchovy, předávání informací, výuku nových návyků, stereotypů či dovedností. (48, s. 119)

Edukace je pozitivní působení na chování nemocného tak, aby léčba onemocnění byla maximálně úspěšná. Edukace bývá často namáhavá, časově náročná, někdy se zdá, že i bez výrazných konkrétních výsledků. Někdy nám přijde i zbytečná. Správně vedená edukace má pozitivní a prokazatelný vliv na kompenzaci zdravotního stavu nemocného i na jeho pohled na onemocnění. Ohleduplně nemocnému vysvětlíme, že jeho onemocnění může být nevléčitelné, ale především mu ukážeme cestu, jak může ovlivnit svůj život a jeho kvalitu. Nemocného můžeme edukovat jednorázově, např. při příjmu, nebo opakovaně během hospitalizace, vždy s ohledem na inteligenční úroveň nemocného, jeho sociální postavení, aktuální zdravotní a psychický stav. Edukujeme podle typu a stadia choroby, zaměříme se na konkrétní nemoc, problém či riziko. Edukace je cílená a trvalá. Postupně předáváme informace a edukujeme v oblastech, které jsou nejdůležitější a nejpodstatnější. Nemocného nesmíme zahltit velkým množstvím informací a je výhodou použít některé z edukačních letáků, nebo příruček, které se onemocnění týkají. O obsahu edukace provádíme záznam do zdravotnické dokumentace. (38, s. 44-45)

Výuka nemocného musí být vnímána jako základní součást ošetrovatelské praxe v péči o nemocné. Sestra musí plnit úlohu vychovatele bez ohledu na to, jestli její publikum jsou nemocní, rodinní příslušníci, studenti zdravotnických škol, nebo jiný ošetřující personál. Její výuka vyžaduje speciální odbornou přípravu, pokud chce, aby její vzdělávací programy byly úspěšné. (2, s. 13)

Edukace neznamená podávání informace ani prosté poučení o konkrétní věci. Informace nemocnému, kde je na oddělení koupelna, není edukace. Edukace je prováděna jednáním sestry nebo pomocí nějakých pomůcek. Prováděna je u nemocných, jeho rodinných příslušníků, ale také i u veřejnosti. (30, s. 29)

1.1 Druhy edukace

1.1.1 Primární prevence

Primární prevence je popisována jako oblast činnosti zdravotníků nebo i odborníků jiného profesního zaměření, jejímž cílem je předcházení nemocí. Je zaměřena na zdravé jedince a hlavním úkolem je předcházet zdravotním problémům a snažit se zvýšit kvalitu života tím, že se zlepší současný zdravotní stav. V primární prevenci se realizují široce pojaté projekty, které se zabývají výskytem a rozvojem civilizačních onemocnění v populaci. Jedná se o projekty, které se směřují k prevenci kardiovaskulárních nebo onkologických onemocnění. Jsou to aktivity, které jsou zaměřeny na konkrétní rizikové faktory ovlivňující vznik a rozvoj onemocnění. Tyto projekty směřují k široké veřejnosti a jiným skupinám, které se podílejí na vytváření příznivého prostředí. Projekty se snaží tyto osoby ovlivnit a podporovat v pozitivních změnách ve znalostech, postojích a především v chování celé populace. Důležité je, aby plánovaná, očekávaná změna chování dané cílové skupiny byla připravena, musí mít odpovídající podmínky a také využít všechny možnosti motivující cílovou skupinu k této změně. (25, s. 9)

1.1.2 Sekundární prevence

Edukace pacientů, někdy používán termín sekundární prevence, je výchovně vzdělávací činnost zdravotnických pracovníků zaměřená na pacienty, kteří už nějakým onemocněním trpí. Cíl sekundární prevence je přispět k vyléčení onemocnění a snaha zamezit dalšímu rozvoji nemoci či jejich komplikací. Jedná se tedy o edukaci pacientů s určitou diagnózou, kdy chceme, nebo je nutné, aby v rámci léčebného režimu změnili své chování. Edukace pacientů je velmi důležitou a neopominutelnou součástí léčebné a ošetrovatelské péče. Významnou roli v této oblasti hraje pedagogika. (25, s. 23; 21, s. 153)

1.1.3 Terciální prevence

Terciální prevence je edukace týkající se dlouhodobě invalidních a nemocných, kteří nemohou být zcela vyléčení. Do tohoto procesu jsou zařazeni i rodinní příslušníci a je jim společně doporučováno využít co nejvíce možností zdravého žití a učíme je vyhýbat se komplikacím. (21, s. 153)

1.2 Základní pojmy edukace

1.2.1 Edukant

Edukant je subjekt učení. Ve zdravotnickém prostředí je to nejčastěji zdravý, nebo nemocný člověk. Může to být i zdravotník, který si prohlubuje znalosti a vědomosti v rámci celoživotního vzdělávání. Edukant je individuální osobnost, která má své fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. Mezi fyzické patří věk, zdravotní stav, pohlaví a jiné. Motivaci a postoje řadíme mezi afektivní vlastnosti, za kognitivní vlastnost považujeme např. schopnost učit se. Edukanta samozřejmě ovlivňuje jeho víra, etnická příslušnost, sociální prostředí a kulturní podmínky. (12, s. 10)

1.2.2 Edukátor

Edukátor je učitel, vychovatel, je to hlavní aktér edukační aktivity. V nemocnicích a ve zdravotnickém zařízení to bývají nejčastěji lékaři, všeobecné sestry, fyzioterapeuti, porodní asistentky, nutriční terapeut, ergoterapeut a další. Edukátor by měl být člověk, který je schopný podat vysvětlení takovým způsobem, aby sdělené informace byly srozumitelné pro edukanta. Schopnost zaujmout nemocného a získat ho pro vyslechnutí, a nadále pro spolupráci, je pro edukátora velmi důležité. Měl by mít znalosti z psychologie, komunikace a ovládat komunikační techniky. Je schopný reagovat i v náročných situacích, kdy je nemocný problematický, negativistický, konfliktní a nespolupracující. Trpělivý, citlivý a taktický je ke každému edukantovi. Dostatek znalostí a informací o problematice nebo tématu, které jsou předmětem edukace, je samozřejmý. Nepoužívá odborné termíny, slangové výrazy či žoviální slovník, kterému by nemocný nerozuměl, nebo by situaci zlehčoval. Nutné jsou dobré vyjadřovací schopnosti. (12, s. 10; 14, s. 259)

1.2.3 Edukační konstrukty

Termín platí pro všechny teorie, modely, plány, metodiky, scénáře, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály a jiné výtvořky, které nějakým způsobem ovlivňují či určují kvalitu edukačního procesu. Patří sem učební plány a osnovy (kurikula), normy a standardy vzdělávání, učebnice, výukové počítačové programy, metodiky, pedagogické a andragogické knihy, vše co bylo vytvořeno k účelům edukace. (12, s. 10; 16, s. 85)

Mezi edukační konstrukty patří i výtvořky pedagogické teorie. Jsou to knižní monografie, články v pedagogických časopisech, dizertační práce, referáty na konferencích a jiné verbální a neverbální projevy, které mají poučovací a edukační funkci a jsou zaměřené na pedagogickou problematiku. (17, s. 68)

1.2.4 Edukační realita

Edukační realita patří mezi základní pojmy moderní pedagogické vědy. Označuje veškerou objektivní skutečnost (souhrn situací, prostředí, procesů, subjektů), které se vyskytují v naší společnosti a v níž probíhají edukační procesy (prostředí nemocnice, oddělení). Edukační realita je variabilní, protože do ní zasahují různé sociální, ekonomické, demografické faktory a faktory národních kultur a etnických skupin. (16, s. 86-87)

1.2.5 Edukační prostředí

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Na prvním místě je ovlivněno možnostmi, které pracoviště má. V ideálním případě je pro kvalitní vedení edukačního procesu potřebná klidná místnost s okny, denním světlem, čerstvým vzduchem. Ovlivňující podmínky jsou ergonomické, jako je například barva, osvětlení, zvuk, prostor, nábytek, sociální klima a celková atmosféra edukace. Při rozhovoru se edukant musí cítit dobře a v pohodě. Špatně zvolené prostředí může působit rušivě na pozornost nemocného a sníží schopnost důležité informace si zapamatovat. Edukačním prostředím může být ambulance i standardní oddělení. (12, s. 10; 32, s. 48)

1.2.6 Edukační plán

Edukační plán by měl být v písemné podobě a součástí zdravotnické dokumentace. Plán musí obsahovat stanovení priorit v edukaci. Edukační témata se řadí podle jejich důležitosti. Cíle stanovíme v kognitivní, afektivní a psychomotorické oblasti. Obsah a edukační metody si také předem stanovíme. Edukační záznam by měl obsahovat identifikování edukační potřeby a dlouhodobý edukační cíl. Dále si určíme počet lekcí, vzhledem k edukační potřebě a k jednotlivým lekcím uvedeme téma. Výhodou je i stanovení si krátkodobých cílů pro jednotlivé lekce. Obsah učiva si rozdělíme do jednotlivých lekcí a vytvoříme si osnovu. Edukační plán musí také obsahovat harmonogram, organizaci a pomůcky potřebné pro edukaci. Na závěr vyhodnocujeme výsledky edukačního procesu. Některá pracoviště mohou mít plány edukace už předběžně připraveny pro jednotlivá onemocnění. V sestavených plánech by měl být vždy ponechaný prostor pro případné individuální edukační potřeby nemocného. Na tvorbě edukačního plánu bychom měli spolupracovat s edukantem. Zvýší to jeho motivaci a usnadní celkový edukační proces. (25, s. 34; 12, s. 52)

1.3 Role všeobecné sestry - edukátorky

Mezi životní role sestry patří vedle role pečovatelky, badatelky a výzkumnice, konzultantky, manažerky i důležitá role edukátorky. Pro vykonávání role edukátorky musí sestra mít potřebné znalosti v oblasti medicíny a ošetrovatelství. V praxi se často setkáváme s nemocnými, kteří si doma na internetu nastudují informace o svém onemocnění, o léčbě a často vědí víc než samotná sestra. Taková sestra má pro ně znalostní deficit a ztrácí u takového nemocného kredit. Vedle svých znalostí a vědomostí by měla být sestra empatická a měla by umět projevit ochotu. Nemocného tak povzbudí a ujistí ho, že je ochotna pomoci a chápe jeho obavy. Musí také respektovat osobnost nemocného. (25, s. 36)

Pro kvalitně prováděnou edukaci jsou podstatné komunikační a didaktické dovednosti. Důležité je, aby všeobecná sestra byla schopna informace nemocnému sdělovat postupně a nezahltit ho velkým množstvím, tzv. dávkování informací. Sestra podává informace pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Hlavní informace o diagnostikovaném onemocnění podává lékař. Při samotné edukaci je třeba uplatňovat holistické pojetí, respektovat etnicko-kulturní odlišnosti, respektovat sociální postavení a intelektuální předpoklady. Sestra vytváří motivující a podporující prostředí k edukaci, povzbuzuje a chválí nemocného, aplikuje přijatelné a vhodné kulturní, etnické a profesionální normy. (25, s. 36)

Role sestry edukátorky v moderním ošetrovatelství se zaměřuje nejen na konkrétního nemocného, ale i na jeho rodinu. Edukační činností se sestry podílejí na upevňování zdraví a prevenci poruch, rozvoji soběstačnosti osob s porušeným zdravím, podpoře rozvoje sebeobslužných činností, pomoci nemocnému i jeho rodině, naučit rodinu žít relativně spokojený život s dlouhodobým onemocněním a pomoci při nábítku potřebných praktických dovedností. (24, s. 17)

Sestra je vázána při práci na úzký kontakt s nemocným. Častý styk s nemocným může sestře umožnit výchovně působit na nemocného. Má-li sestra účinně působit, musí se nemocným domluvit a najít si k němu cestu. Není to vždy snadné. Změna psychiky vyvolaná onemocněním je překážkou v komunikaci. Mohou to být i organické vady a poruchy. Nemocný je např. neslyšící. I ze strany sestry edukátorky může nastat problém. Sestra mluví moc rychle, nesrozumitelně, špatně se vyjadřuje, neumí nemocnému problém vysvětlit. Někdy je nutné, aby nemocný v zájmu léčení změnil své dlouholeté návyky. Sestra musí být podporou a dokázat nemocnému argumentovat, proč je to důležité

a potřebné pro jeho postup v léčení. Jejím cílem je zaktivizovat síly nemocného, vzbudit chuť a vůli. Záleží na sestřině všímavosti a vynalézavosti, jak dokáže nemocného motivovat. (49, s. 8-9)

1.3.1 Osobnost sestry

Všeobecná sestra se těší uznání jako povolání, či dokonce poslání. O sestře se hovoří jako o poskytovatelce ošetřovatelské péče metodou ošetřovatelského procesu. Všeobecné sestry pracují samostatně, znají etický kodex a práva pacientů, mají kompetence, koncepci ošetřovatelství, jsou registrované a stále se pro ně mění způsob vzdělávání. Řídí se standardy péče a neustále se od sester vyžadují nové schopnosti, které potřebují ve vztahu k sociálním problémům, provázející chorobu či zdraví jedince a skupiny. Role sestry je vnitřně konfliktní. Pro výkon práce sester jsou v ošetřovatelství stanoveny normy, které musejí dodržovat, ale přitom jsou nuceny uplatňovat je i v jedinečných situacích. Pevné zánění pro službu, kterou ošetřovatelství nemocným poskytuje je základním atributem. Dalším atributem je víra, důstojnost a hodnota každého člověka, které jsou založeny na etické a křesťanské filozofii. Nevyhnutelným atributem ošetřovatelského povolání je potřeba, ale také povinnost celoživotního vzdělávání. V současné době si sestra musí udržovat a rozšiřovat své znalosti, vědomosti a dovednosti. Sestra je důležitým a nenahraditelným členem zdravotnického týmu. Právě sestra poskytuje nepřetržitou péči, plánuje, organizuje, řídí a vyhodnocuje ošetřovatelské zásahy. Musí umět informace o nemocném předat i ostatním členům týmu. (33, s. 28)

Činnosti sestry jsou postaveny na etických zásadách. Mezi ně patří např. zvýšená samostatnost spojená s osobní odpovědností, ochota aktivně hájit zájmy nemocných, pečovat o ně s maximálním akceptováním jejich důstojnosti a potřeby intimity. Realizace ošetřovatelského, tedy i edukačního procesu je založena na aktivním kontaktu sestry s nemocným a musí mít k sestře důvěru jak on, tak i jeho rodina. Je-li vztah mezi sestrou a nemocným kvalitní, umožňuje vytvořit úzkou spolupráci a urychluje edukační i terapeutický efekt ošetřovatelského procesu. (24, s. 18)

Kompetence sestry v roli edukátorky k vedení výuky jsou komunikační, jazykové a pedagogické vlohy. Dále jsou to osobní předpoklady, jako je odpovědnost, empatie, vlídné jednání, ochota pomoci. Sestra se v rámci kompetence edukátorky celoživotně sebevzdělává v ošetřovatelství, pedagogice a v psychologii. (25, s. 37)

Poskytnout kvalitní a komplexní ošetrovatelskou péči může pouze sestra, která se soustavně celoživotně vzdělává. Změn v ošetrovatelské praxi v posledním desetiletí je mnoho. Na odděleních se setkávají sestry s různým stupněm nabytého vzdělání. Sestry specialistky jsou většinou sestry, které absolvovaly již zaniklý obor na středních zdravotnických školách a využily možnost dříve pomaturitního specializačního studia v jednotlivých klinických oborech. V současnosti se v našich zdravotnických zařízeních častěji objevují sestry s vysokoškolským vzděláním. Na různých pracovištích již poskytují ošetrovatelskou péči absolventky bakalářského a magisterského denního studia, které jsou v podstatě bez praxe, ale i sestry s praxí. I tyto vzdělané sestry dále využijí možnost zvýšit si vzdělání. Po úspěšném absolvování rigorózní zkoušky získají titul doktorky ošetrovatelství. Kvalita a poskytování ošetrovatelské péče je téma velice aktuální nejen ve zdravotnickém prostředí, ale také mezi veřejností. Veřejnost ví, že jsou sestry vzdělané, a proto očekávají, že jim péče bude poskytnuta kvalitně a efektivně. Vyžadují standardní služby. Vzdělaná všeobecná sestra poskytuje kvalitní ošetrovatelskou péči, a to včetně edukačního procesu. (34, s. 28-30)

1.3.2 Přípravenost k učení

Pro edukaci je pozitivní nemocný základním předpokladem úspěchu. Přípravenost učit se, je stav určující zhodnocení potřeb jedince. Zajímá nás, jestli má nemocný snahu se učit a zda umí využít prostředky a styly učení co nejefektivněji. Přípravenost nastává, když se nemocný chce naučit získat novou informaci nebo nezbytnou dovednost do budoucna. Každý člověk preferuje jiný způsob, jiné podmínky učení. Sestra by měla tyto podmínky rozpoznat a přizpůsobit je schopnostem a dovednostem jednotlivce. Dělení stylů učení dle Zachové je klasifikace na konvergentní, divergentní, asimilační a disimilační styl. Zachová (2010, s. 51-52) uvádí: „*Konvergentní styl upřednostňuje člověk, který hledá jen jedno správné řešení a o problému uvažuje spíše technicky, zajímá se o pracovní postup a do budoucna příliš naučené zvyky nemění. Divergentní styl preferují lidé, kteří mají schopnost vidět problém z více hledisek, spojují různé souvislosti, hledají alternativní řešení, studují různé materiály, zohledňují sociální sféru problému. Asimilační styl učení spočívá ve schopnosti vytvářet teorie podle pozorování. Člověk preferující tento styl se méně zaměřuje na lidi a praktickou část problému, opírá se o vlastní teorii, vlastní logiku, ale sám situaci neanalyzuje. Akomodační styl zahrnuje konkrétní aktivity, testování, okamžité výsledky, hledání nových zkušeností i za riskantních situací. Člověk se při tomto stylu učení musí přizpůsobovat současným podmínkám.*“ (32, s. 51-52)

1.4 Edukační proces

Edukační proces neboli proces vzdělávání se skládá ze dvou hlavních vzájemně závislých činností, výuky a učení. Tento souvislý cyklus zahrnuje dva vzájemně provázané hráče, učitele a žáka. Edukační proces jako součást ošetrovatelského procesu se skládá ze základních prvků pedagogické diagnostiky, posouzení, plánování, realizace a zhodnocení. (1, s. 11-12)

Jazyk edukace by měl být jednoduchý, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného a správně využívat emotivních výrazových prostředků. Informace předáváme od nejdůležitějšího k podružnému, od jednoduchého ke složitému, od základního k podrobnému. Vzájemně provazujeme jednotlivá témata, zdůrazňujeme praktický dopad. Postupujeme podle předem stanoveného plánu a cílů. Samozřejmá je průběžná aktualizace. Cíle si stanovujeme takové, aby nemocný byl schopný jich dosáhnout. Pokud bychom si zvolili cíle vyšší, pro nemocného nedosažitelné, může se stát, že nesplnění cílů povede k negaci až zavržení celé léčby či ošetrovatelského procesu. Zdravotníci mají tendenci více nemocného informovat o nemoci teoreticky, ale málo skutečně o potřebných dovednostech a praktických činnostech. Potom je důležité, aby nemocný sestře činnost předvedl a ona mu chyby při provádění opraví. Stále opakování a kontrola je nejdůležitější. Edukační proces je často srovnáván s ošetrovatelským procesem, protože jednotlivé fáze obou procesů běží paralelně. Mají však rozdílné cíle a účel. Rozdíl je v tom, že ošetrovatelský proces je spíše zaměřený na plánování a realizaci péče, které jsou založené na zhodnocení a diagnostice fyzických a psychosociálních potřeb nemocného. Cílem je uspokojení fyzických a psychosociálních potřeb nemocného. Edukační proces je zaměřený na plánování a realizaci vyučování, které jsou zaměřené na zhodnocení nemocného a určení priorit učebních potřeb, připravenosti k učení a učebních stylech. Cílem je dosáhnout změny znalostí, postojů a dovedností nemocného. (37, s. B8; 26, s. 93)

Důležitým předpokladem k správnému chápání vztahu mezi sestrou a nemocným je vytvoření vztahu důvěry, jistoty, porozumění a vstřícnosti. Někdy se můžeme setkat s termínem zdravotní výchova. Je nutné tento termín od edukace rozlišit. Zdravotní výchova je spíše paternalistický model, vyžadující od nemocného či od jedince schopnost řídit se radami, které jsou mu uděleny. Někteří zdravotníci tak nevědomě vytvářejí vztah závislosti a veškerou zodpovědnost za zdraví nemocného přebírají na sebe. (39, s. 17-18)

Proces edukace ve zdravotnickém zařízení obsahuje pět na sebe navazujících fází.

1.4.1 První fáze

V první počáteční fázi pedagogické diagnostiky zjišťujeme, koho a proč je třeba edukovat. Edukátor se snaží získat informace o úrovni vědomostí, dovedností, návyků a postojů edukanta. Určujeme priority učebních potřeb nemocného, připravenosti učit se a učební styl, který bude nejvhodnější. Zajímá nás, v jaké životní a zdravotní situaci se nachází, jaká je jeho mentální úroveň a psychomotorické schopnosti. Edukaci nám usnadní také zjištění, jakou výši motivace nemocný má. Pro zajištění potřebných informací ke stanovení budoucích cílů edukace sestra používá metodu pozorování či rozhovor. (26, s. 95; 12, s. 21)

1.4.2 Druhá fáze

Druhá je fáze projektování. Plánujeme společně s nemocným na základě určených edukačních problémů, kam se bude edukace ubírat. Plánuje se časový harmonogram, cíle, kterých chceme a je možné dosáhnout, kroky (výsledná kritéria), které budou naznačovat očekávaný proces vývoje v učení, prohlubování a upevňování znalostí a dovedností. Edukátor se snaží zvolit metody, formu, obsah, pomůcky potřebné k edukaci, časový rámeček a způsob evalvace edukace. Vybíráme si z efektivních didaktických metod a konstruktů pro realizaci edukace. (26, s. 95; 12, s. 21)

1.4.3 Třetí fáze

Fáze realizace je třetí v procesu edukace. Nejprve musíme nemocného motivovat, potom navazuje expozice, při které edukantům zprostředkováváme nové poznatky. Fixace navazuje přímo na expozici. Důležité je, aby získané vědomosti, dovednosti byly opakovány, procvičovány v návaznosti na předchozí vědomosti a dovednosti. Průběžnou diagnostikou se snažíme diagnostikovat, prověřit a testovat pochopení učiva a zájem edukanta. Posledním krokem ve fázi realizace je aplikace. Edukant by měl umět své nově získané vědomosti a dovednosti použít. (12, s. 21)

1.4.4 Čtvrtá fáze

Čtvrtou fází je upevnění a prohlubování učiva systematickým opakováním a procvičováním. Je nezbytná k tomu, aby si edukant uchoval vědomosti v dlouhodobé paměti. Padesát procent osvojeného učiva zapomeneme do druhého dne, proto je důležité

procvičovat a učivo fixovat. Tato fáze je často opomíjená a spousta autorů se o ní v edukačním procesu ani nezmiňuje. (12, s. 21)

1.4.5 Pátá fáze

Fáze zpětné vazby je poslední fází. Hodnotíme nejen výsledky edukanta, ale také své. Sebehodnocení má velký význam i v motivaci a je třeba na to nezapomenout a maximálně je využít. Hodnocením umožníme efektivnější působení edukace ve všech fázích edukačního procesu. Hodnocením výsledků máme možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem. (12, s. 22; 26, s. 96)

1.5 Edukační metody

Pojem metoda vychází z řeckého slova met-hodos, „za cestou“. Chápeme to jako cestu k naplnění stanovených cílů. Edukační metoda je cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který edukanta aktivizuje v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle jeho učení. Při volbě edukační metody musíme přihlídnout k osobnosti edukanta, jaké má nynější vědomosti, dovednosti a zkušenosti. Přihlédneme také k stanovenému cíli a obsahu edukace. Respektujeme aktuální zdravotní a psychický stav edukanta. Správně vybereme prostředí, kde bude edukace probíhat. (12, s. 37)

Edukační metody dávají odpověď na to, jak v edukačním procesu budeme postupovat, abychom dosáhli cíle. Metodu si volíme podle edukačních cílů, obsahu edukace, podle charakteru didaktických forem, vědomostí, složení účastníků edukace, stupně a aktivity účastníků, času, počtu edukantů a dle didaktických schopností edukátora. Klasické edukační metody jsou známé, přirozené a jsou zaměřené na obsah učiva. Učitel pracuje s fakty a odevzdává informace. Alternativní metody jsou zaměřené na nemocné. Jsou vedeni k objevování nového, což mohou uplatnit v konkrétní situaci, a učí se samostatnosti. Metody rozdělíme na metody teoretické, praktické a teoreticko-praktické. (44, s. 18-19)

1.5.1 Teoretické metody

Mezi teoretické metody patří klasická přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář. Metodou přednášky předáváme vědomosti v souvislém uceleném projevu. Předkládáme nové poznatky, které potřebujeme předat ucelené podobě. Přednáška je způsob představení nových informací. Jsou to poznatky z několika oblastí a zdrojů. Nejlépe se pamatují informace z prvních deseti minut přednášky. Změnou tónu hlasu a tempa si během přednášky udržíte zájem. Přednášku začínáme úvodem, kde

seznamujeme přítomné s cílem přednášky a snažíme se podchytit jejich zájem a získat jejich pozornost. Na úvod navazuje vlastní výklad, kde předkládáme vědecky podložená fakta, která je nutno zapojit do kontextu s ostatními poznatky edukanta. Přednáška musí být logicky uspořádána a je vhodné doplnit příklady z praxe. Poslední částí přednášky je závěr, kde shrneme nejdůležitější body našeho projevu. Velkou výhodou přednášky je, že můžeme informace předat velké skupině jedinců najednou, je ekonomická, rozvíjí schopnosti vnímat, poslouchat, poskytuje a přináší nové informace. Nevýhodou je malá aktivita posluchačů a nedostatečná zpětná vazba. Pro její zlepšení můžeme během přednášky posluchačům pokládat otázky, na které odpovídají. Je vhodné poskytnout účastníkům písemnou osnovu přednášky dopředu. (12, s. 37-39; 44, s. 19)

1.5.2 Teoreticko-praktické metody

Mezi teoreticko-praktické metody patří diskuzní metody, problémové metody a výuka, diagnostické a klasifikační metody a projektové metody. Diskuze je řazena také do metod diagnostických. Zúčastnění mají možnost argumentovat, prezentovat a prosazovat své myšlenky, znalosti a nápady. Diskuze je velmi vhodná pro zlepšení a upevnění si vědomostí, které edukant získal. Před začátkem diskuze je důležitý výběr tématu, příprava všech účastníků a prostředí. Nejčastěji je zvolen vedoucí edukátor, který celý průběh koriguje a řídí. Na závěr je nutné provést shrnutí a případně uvést na pravou míru mylné závěry. Mezi nejvíce používané metody ve zdravotnictví patří konzultace. Je to setkání s odborníkem, poradcem, se kterým edukant může řešit či prodiskutovat svůj problém. Jde o přímý kontakt edukátora a edukanta. Příkladem může být stomická (stoma) sestra, která nemocnému se stomií poskytuje informace, konzultuje s ním jeho problémy a může využít další metody, jako je vysvětlování a instruktáž. Rozhovor se používá tehdy, když předpokládáme, že nemocný částečné vědomosti v dané oblasti má. Využívá se na začátku edukace. Otázky jsou formulované jasně a srozumitelně. Dodržujeme systematickosti, nepoužíváme sugestivní otázky a musíme vzít v úvahu také neochotu odpovídat a spolupracovat. Při rozhovoru se dočkáme okamžité zpětné vazby a můžeme si vytvořit důvěrnější vztah s edukantem. Brainstorming je výchovně-vzdělávací metoda zaměřená na řešení problémů skupinou lidí. Více edukantů má nové nápady a myšlenky ve zcela uvolněné, tvořivé atmosféře. Brainstorming probíhá formou diskuze na určité téma, která je realizovaná na základě jistých principů a respektování pravidel. Je tu úplná volnost nápadů, je zde ztráta autorského práva, produkce kvantity informací nad kvalitou a je zde zákaz kritizování a připomínek. (12, s. 43-44; 44, s. 19-21)

Mezi praktické metody patří instruktáž, asistování, coaching, rotace práce, exkurze, stáž a demonstrace. Demonstrace znamená předvádění, ukazování. Můžeme využít pomůcky, jako jsou obrázky, plakáty, modely a videozáznamy. Utváříme a rozvíjíme zručnost nemocného a ukazujeme postup. (44, s. 20)

1.6 Edukační cíl

Edukační cíl je očekávaný výsledek dosažený v edukační činnosti. Cíle edukace patří k nejdůležitějším pedagogickým kategoriím. Stanovují výchovno-vzdělávací záměr, na jehož základě jsou žádoucí postupy definovány. Předurčují výsledek, kterého má být dosaženo. Cíle edukace jsou změny, kterých má být dosaženo prostřednictvím edukačních aktivit. Edukační proces v ošetrovatelství je účinný, pokud je jasně specifikován cíl, na jehož základě dojde ke stanovení metodického postupu. Konkrétní cíl v edukačním procesu je vázán na identifikování potřeb. Nejdříve si zjistíme potřeby nemocného a poté formulujeme cíl. Po stanovení cíle dochází k plánování edukačních strategií a postupu. Je to změna ve vědomostech, dovednostech, vlastnostech, osobnostním, sociálním rozvoji nemocného a hodnotových orientacích nemocného, které má být dosaženo výukou. Stanovujeme si cíle kognitivní, afektivní a psychomotorické. (26, s. 53-54)

1.6.1 Taxonomie cílů

Kognitivní cíle

Původní klasifikace dle B. S. Blooma z roku 1956 je nyní přepracována, je pomocným nástrojem nejen pro formulaci cílů, ale můžeme ji využít k tvorbě učebních úloh a testování. Revidovaná verze má dvě části. První se týká kognitivních procesů (zapamatovat, porozumět). Kategorií je šest. Dle Šulistové (2012, s. 56):

1. Zapamatovat si – znovupoznání, vybavování.
2. Porozumět – interpretace, dokládání příkladem, klasifikace, sumarizace, usuzování, srovnávání, vysvětlování.
3. Aplikovat – aplikování, implementace.
4. Analyzovat – rozlišování, strukturace, přisuzování.
5. Hodnotit – ověřování, posuzování.
6. Vytvářet – generování, plánování, vytváření.

Psychomotorické cíle

Autorkou jedné taxonomie je E. J. Simpsonová, která ji vytvořila v 70. letech 20. století. Napomáhá formulovat v edukačním procesu cíle, které zahrnují pohybové dovednosti, manuální činnost a zručnost, zacházení s nástroji, psaní, kreslení atd. Rozdělila je do sedmi kategorií. Vnímání, zaměřenost, řízené odezvy, zautomatizování, složité úkony, přizpůsobování a vytváření. (26, s. 57)

Dále si uvedeme taxonomii psychomotorických cílů podle R. H. Davea, který je rozděluje do pěti kategorií. Jedinec si osvojí určitý typ motorických zručností a návyků.

1. Imitace – nápodoba, edukant pozoruje činnost a začíná ji napodobovat.
2. Praktické cvičení – manipulace, praktické procvičování.
3. Zpřesňování – edukant je postupně v činnosti přesnější než v předešlé fázi.
4. Koordinace – činnost vykonává samostatně, pohyby má přesné.
5. Automatizace – edukant vynakládá minimální energii při maximálním výkonu. (12, s. 30)

Afektivní cíle

Cíle jsou zaměřené na oblast postojů, hodnot, přesvědčení a názorů. Autor taxonomie B. Krathwohlov rozlišuje pět uspořádaných kategorií cílů.

1. Přijímání – ochota věnovat pozornost nějakým podnětům, edukant pozoruje a naslouchá.
2. Reagování – aktivní účast, zvýšený zájem o jev a činnosti, edukant odpovídá, vyhoví a poslechne.
3. Oceňování – prisuzování hodnot, hodnoty se zvnitřňují, edukant se angažuje, připojuje se.
4. Uspořádání – uspořádávání hodnot, začleňuje je do struktury systému ostatních hodnot, edukant je odpovědný.
5. Sebevyjádření – začlenění systému hodnot do charakterové struktury, životní filozofie, hodnoty získají pevné místo, sebeuvědomění. (12, s. 29-30; 26, s. 58)

1.7 Edukace ortopedického pacienta

Edukace nemocných před plánovaným výkonem je velice důležitá. Nemocní mají právo získat odpovídající informace, které mohou využít a podílet se tak na rozhodování týkající se jejich léčby či péče. Jsou za svá rozhodnutí také zodpovědní. Nejlepší způsob je nejprve nemocné edukovat ústně a poté jim dát k dispozici leták s důležitými informacemi. Nemocný má dostatek informací a ví, co může očekávat a co si má připravit. Stává se, že nemocný před výkonem nemá dostatek informací ohledně zákroku, který ho čeká. Neví co je potřeba si před nástupem do nemocnice zajistit, jaký bude dodržovat režim a jaké pomůcky bude potřebovat. Nemocní často nevědí, co je bude po operaci vůbec čekat a jak jim zákrok ovlivní život po propuštění z nemocnice. Jako příklad poslouží nejčastěji plánovaná operace totální endoprotézy (TEP) kyčelního kloubu. Cílem edukace je poučit nemocného o domácí a předoperační přípravě, následně také o pooperační péči. Nemocný by měl vědět dopředu, jak si upravit své domácí prostředí a jaké pomůcky bude potřebovat, až bude z nemocnice propuštěn. Musí mít přehled o tom, co vše ho po operaci čeká. Může si tak v klidu doma vše rozmyslet. Vše si připraví, zajistí si potřebné pomůcky, požádá rodinu, nebo si zajistí jinou pomoc. Díky správné a dostatečné edukaci se obavy nemocného mohou snížit. Před výkonem je nemocnému důležité vysvětlit, že TEP se provádí v důsledku strukturálních kloubních změn, které vedou k omezení pohyblivosti, poruše stability a bolestem. Kloubní chrupavka je narušená a ztrácí se, což způsobuje bolest a ztuhlost. Toto onemocnění se nazývá artróza. Nemocný by se také měl před začátkem hospitalizace dozvědět o možnosti hrazení případných krevních ztrát. Jsou dvě možnosti. Můžeme podat krev z krevní banky, nebo si nemocný může nechat odebrat krev vlastní asi 45 dnů před zákrokem, tzv. autotransfuzi. Před nástupem do nemocnice bychom měli nemocnému poradit, které pomůcky by si měl doma zajistit. Vhodná obuv (přezuvky) by měla být s pevnou patou. Po skončení hospitalizace dostane nemocný poukaz na sedačku do vany, kterou si vyzvedne ve zdravotnických potřebách. Protiskluzovou rohožku by si měl pořídit do vany i ven. Madla v koupelně a na WC usnadní lepší pohyb. Poukaz na nástavec na WC může také dostat v nemocnici. Pokud nemocný již francouzské berle má, je vhodné, aby si je sebou přinesl do nemocnice. Doporučíme nemocnému, že jsou velmi příjemné gelové polštářky na chlazení operační rány, navlékač ponožek, ruční podavač, abdukční klín či nějaký silnější menší polštářek, dlouhá nazouvací lžíce. Měl by si s sebou do nemocnice přinést kartičku zdravotní pojišťovny, občanský průkaz, předoperační vyšetření s výsledky odběrů krve, rentgen plic s popisem, interní vyšetření,

nález ortopeda a případné nález od ostatních lékařů, u kterých se léčí. Donese si veškeré léky, které užívá v originálním balení nebo jejich seznam. Nemocného budou také zajímat osobní věci, které si má s sebou přibalit. Pohodlné oblečení pro pobyt na lůžku jako je pyžamo, noční košile a župan. Individuálně si může přinést i nějaké pití. V nemocnici často dostane pouze čaj. Hygienické potřeby, ručníky, žínky by neměl také zapomenout. Pro svou vlastní zábavu si může donést časopisy či knihy a informujeme nemocného, že cenné věci a šperky by měly zůstat doma. Nemocným, kteří jdou na plánovanou operaci, přijde domů pozvánka s datem příjmu, kdy se mají dostavit na příjmovou ambulanci. Jestli se nemocný nemůže ve stanoveném termínu dostavit, včas oddělení informuje. Na oddělení se nemocného ujme sestra a lékař, vyplní potřebnou dokumentaci a společně podepíše informovaný souhlas s operací. Do předoperační přípravy by se měl zapojit i fyzioterapeut, který s nemocným nacvičí chůzi o berlích. Později na oddělení proběhne rozhovor s anesteziologickým lékařem, sestry odeberou krev pro blokaci krevních konzerv. Samotná příprava operačního místa, oholení a aplikace antikoagulancia proběhne dle zvyklosti oddělení a ordinace lékaře. Vyprázdnění nemocného den před operací probíhá také dle zvyklosti jednotlivých oddělení. Několikrát je nemocnému sděleno, že od půlnoci nesmí jíst, pít a kouřit. Na většině pracovišť to nemocný podepisuje do edukačních záznamů. (40, s. 32-33, 19, s. 9)

1.8 Edukační standard

Edukační standard je model či norma, která nám slouží k srovnávání, je závazná pro pozdější hodnocení. Standard je dohodnutá norma, kritérium, měřítko pro zajištění profesionální kvality edukace. Edukační standard ovlivňuje kvalitu edukace, usnadňuj hodnocení kvality edukace, je závazný pro všechny edukátory a stanovuje požadavky, které jsou nutné pro splnění správné edukace. Nejčastěji obsahuje téma edukace, charakteristiku, cíl, pro koho je standard určený a závazný, jak dlouho standard platí, jak bude kontrolován a kritéria zabezpečující plnění edukačního standardu. Kritéria můžeme dělit na strukturální, procesuální a kritéria výsledku. Ve strukturálních je zahrnuto vše, co budeme k edukaci potřebovat. Kdo edukuje, jaké pomůcky jsou potřebné, kde a kdy edukujeme a kam provedeme záznam o edukaci. Procesuální kritéria popisují postup edukace. Kritéria výsledku určují, jaký výsledek edukace má být, co nového edukant získá v oblasti vědomostí, dovedností a postojů. Nesmíme zapomenout, že součástí edukačního standardu je audit, kterým později hodnotíme výsledky plnění stanovených kritérií, jeho strukturu, proces a výsledek. Nejčastěji se používá metoda

pozorování, kdy např. sestru sledujeme při výkonu. Můžeme pokládat kontrolní otázky edukátorovi i edukantovi, kontrolujeme pomůcky a zdravotnickou dokumentaci. (12, s. 71)

Joint Commission International (2008, s. 173-174) uvádí: „ *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice týkající se edukace. Nemocnice poskytuje takový edukační proces, který podporuje účast pacientů a jejich blízkých na rozhodování o poskytování zdravotní péče a o jednotlivých postupech. Potřeby edukace jsou u každého pacienta posouzeny a je o tom učiněn záznam do zdravotnické dokumentace. Edukace pacientů přispívá k průběžnému uspokojování pacientových potřeb zdravotní péče. Do edukace pacientů a jejich blízkých patří, s modifikacemi dle zdravotního stavu pacienta, následující oblasti: bezpečné užívání léčiv, bezpečné užívání zdravotnických prostředků, informace o možných interakcích mezi potravou a léčivy, výživová doporučení a informace o rehabilitačních postupech. Edukační postupy respektují hodnotové priority pacientů a jejich blízkých a umožňují takovou interakci mezi pacientem a jeho blízkými a pracovníky nemocnice, která je nutná k osvojení sdělovaných informací. Při edukaci pacientů spolupracují zdravotničtí pracovníci různých odborností.*“ (11, s. 173-174)

1.8.1 Edukační standard FN Plzeň

Edukační standard používaný ve FN Plzeň nese název: Edukační činnost NELZP v rámci FN Plzeň. V záhlaví je uvedena doba účinnosti, revize, kontaktní osoba, garant a rozsah působnosti. V edukačním standardu jsou popsány základní pojmy a zkratky, související interní a externí dokumenty, kde je výčet nejdůležitějších zákonů a vyhlášek týkající se zdravotnického personálu, dokumentace, zdravotních služeb atd. Nechybí úvod a stručný popis edukačního procesu, jeho cílů, edukačního týmu včetně členů a jejich kompetencí, požadavky na osobu edukátora, fáze edukačního procesu, formy edukace a období vhodné pro začátek edukace klienta. Dalším bodem jsou zásady úspěšné edukace, kde je samostatně popsána motivace, jazyk edukace, systém, názornost, individualizace, konkrétní cíle léčby, konkrétní dovednosti, opakování, kontrola a nejčastější chyby edukace. Záznam o provedené edukaci je poslední kapitolou, která se týká přímo tématu edukace. Následují formuláře FN, použitá literatura, zpracovatelský tým standardu, oponenti, rozdělovník a klíčová slova. Tento standard je velmi dobře zpracovaný a je velkým přínosem nejen všeobecným sestřám, kterým pomáhá provádět správnou a účinnou edukaci. Standard edukační činnosti je pro nelékařské zdravotnické pracovníky dostupný na intranetu a na všech odděleních ve FN Plzeň. (53, s. 1-6)

1.9 Právní rámec

Všeobecná sestra je kompetentní k edukaci nemocného a všichni zdravotničtí pracovníci jsou povinni vést zdravotnickou dokumentaci společně s edukačním záznamem. Všeobecná sestra má povinnost edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály. Povinnost je dána vyhláškou č. 55/2011 Sb. z 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. (46)

Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 31, číslo 1, písmeno a, b) je poskytovatel zdravotní péče povinen zajistit, aby byl nemocný srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách. Nemocnému, nebo nemocným určené osobě musí být umožněno klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám. Otázky musí být srozumitelně zodpovězeny. (47)

Dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 53, číslo 1) je poskytovatel zdravotní péče povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a podle tohoto zákona a jiných právních předpisů s ní nakládat. Zdravotnická dokumentace je soubor informací, které jsou dále v zákoně uvedeny. Součástí dokumentace nemocného je samozřejmě řádně vedený edukační záznam. (47)

1.10 Pedagogika

Pedagogika je samostatná věda zkoumající podstatu a zákonitosti výchovy a vzdělávání. Podstata edukace v ošetrovatelství vychází z poznatků pedagogiky. Termín pedagogika pochází z řeckého slova paidagógos, otrok-průvodce, jenž se staral o syna svého pána. Z řečtiny se přenesl do antické latiny paedagogus, také nejen otrok-průvodce, ale i učitel a vychovatel. Pedagogika patří mezi moderní vědy, v českých zemích se začala vytvářet koncem 19. století. V současné době neexistuje jednotná definice vymezující pojem. Nejčastěji se můžeme setkat s vymezením pedagogiky jako vědy o výchově a vzdělávání, nebo působení na jedince za účelem dosažení změn v jeho znalostech, dovednostech, hodnotovém systému a postojích. Ve světě i u nás se uplatňuje pojetí vymezující pedagogiku jako vědu o edukační realitě. Pedagogika je sociální věda, zabývající se edukační realitou. To znamená, že zkoumá edukační procesy probíhající v různých edukačních prostředích. Výchovu můžeme chápat dvěma způsoby. Veškeré procesy

utvářející osobnost jedince a výchova jsou doplňovány pojmem vzdělání. Vzdělávání je chápáno jako proces záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností a postojů. Je to proces osvojování. Produkt, výsledky výchovně-vzdělávacího procesu, označujeme termínem vzdělání. (26, s. 19-21)

1.11 Motivace

Motivace pochází z latinského slova *movere*, *moveo*, hýbat se, pohybovat se. Jednotná definice však neexistuje. Jedná se o souhrn faktorů, které nutí jedince k určité aktivitě. Motivace vyjadřuje rozpory mezi tím, co člověk prožívá, a tím, co prožívat chce a touží. Motivace tedy vyjadřuje nedostatky v psychofyzickém či biosociálním bytí individua a chování. Odstranění těchto nedostatků je žádoucí. Motivace je stav vnitřní psychické nerovnováhy a naše chování směřujeme k jejímu udržování a obnově, když byla narušena. Motiv pochází z latinského slova *motus*, pohyb. Právě motiv je to, co nás uvádí do pohybu. Jedná se o pohyb fyzický (přesun v prostoru) i pohyb psychický (pohyb myšlenek, přání, představ). V současné době je motivace chápána jako důležitý faktor úspěchu. Nejen personální agentury vyhledávají vysoce motivované jedince, kteří motivují nejen sebe, ale motivují i ostatní členy týmu. Schopnost motivace se stává kvalifikací na vedoucí pozici. Pokud chce člověk úspěšně motivovat a vést ostatní, musí znát jejich hodnotovou orientaci. To je celkové zaměření člověka, které je vázané na věc nebo sociální situaci a mění se s věkem nebo změnou sociální skupiny, normy atd. (15, s. 88-89; 29, s. 15-16)

Edukaci, učení ovlivňuje řada faktorů. Mezi ty nejvýznamnější patří právě motivace. Motivaci v edukaci si rozdělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní motivace je potřeba jedince naučit se něčemu novému nebo změnit své jednání. Podnětem je vlastní zájem. Vnější motivace probíhá prostřednictvím edukátora, který chce vzbudit zájem v edukantovi. Motivace je individuální. Na světě neexistují dva lidé, kteří by měli totožnou motivační sestavu. Všechny lidské motivy včetně těch vrozených podléhají sociálním vlivům, učení a osobní zkušenosti. (12, s. 14; 3, s. 181)

1.11.1 Faktory motivace

Výchozí motivační stav můžeme označit jako potřebu. Funkcí motivace je uspokojování potřeb jedince. Motivace je intrapsychický proces, který zahrnuje dvě situace. Vnitřní situací rozumíme např. stav hladovění, nebo vnější ohrožení prestiže, které vyvolala vnější situace člověka. Očekávání (*anticipace*) se v chování člověka uplatňuje také. Reakce člověka nezávisí jen na síle popudu (*incentivy*), ale i na síle očekávaného budoucího

uspokojení. Jedinec si může svou aktivitu odložit nebo si stanovit nový, náhradní cíl. Člověk je bytost biologická a společenská. Zdrojem jeho motivace je fyziologie organismu, jeho nejen biologické potřeby, tak i sociální a kulturní. Kulturní faktory, jako jsou obyčeje, právní, etické a jiné normy, ovlivňují způsob chování. Např. ovlivňují, co budeme jíst a jakým způsobem. Určité návyky vytvořené na základě sociální zkušenosti už ztrácejí původní biologickou vazbu. Např. člověk se nají, protože má chuť, ne proto, že má hlad. Nové potřeby vznikají nápodobou. Člověk opakuje, srovnává se s jinými lidmi. Často touží mít to, co mají jeho sousedé, přátelé, známí a jedná jako oni. Jedná se o to, že člověk se chce nejvíce podobat členům skupiny, k níž náleží. Sociální učení je snaha napodobovat chování ostatních jako způsob, jak získat odměnu. Pozoruje, jak získávají odměny ostatní. Pozorováním ostatních získá informace o oceňování, ale také o trestání a sankcích v společnosti. Potřeby nejsou ovlivněny pouze vnějšími motivy (odměny, tresty, zákazy, prosby, přání, očekávání, vzory atd.), ale také vnitřními odměnami jedince. (zábava, láska). Vnitřní motivace znamená, že jedinec cítí potřebu se něčemu naučit či změnit chování. (15, s. 95-96)

1.11.2 Motivace v edukaci

Existuje spousta proměnných, které ovlivňují míru motivace člověka. Určení správných prvků, které motivaci ovlivňují, může pomoci při výběru toho správného a pravého motivačního prvku při spolupráci v edukačním procesu. Proměnné prvky sledujeme a ty nám naznačí, zda je člověk motivován a co ze získaných informací edukátor může použít pro další motivaci. Sledujeme a zjišťujeme následující prvky v kognitivní oblasti: kapacitu učení a ochotu učit se. Mezi postojové prvky patří vyjádření emočního stavu a mírná míra úzkosti, touhy. Mezi podmínky prostředí patří přiměřenost fyzického prostředí a systémy sociální podpory, jako je rodina, skupiny, práce a komunitní zdroje. Předpokládá se pozitivní vztah vyučujícího a učící se osoby. (26, s. 51)

Chceme-li úspěšně nemocného motivovat, měli bychom se řídit následujícími kroky. Sestra díky své přítomnosti, komunikaci a chování udržuje správnou mírnou míru úzkosti z netoužebného očekávání nemocného. Člověk je potom schopný přijímat informace, porozumět jim a reagovat. Cítí se dobře, má vše pod kontrolou. Sestra využívá obrazný popis, fantazii, humor, relaxaci pro zapamatování si nových informací a návyků. Druhým krokem je připravenost a ochota edukanta k učení. Sestra poskytuje pozitivní stanoviska, pohledy a povzbuzuje nemocné tak, aby dosáhli k cíli. Sestra zjišťuje, zda je výuka stimulující a vytváří-li nápomocné a prospěšné prostředí. Třetí krok je stanovení

si reálných cílů. To je důležité proto, aby nemocný svoji činnost, vůli a úsilí nevzdával dříve, než cíle dosáhne. Nedosažitelné cíle vyvolávají pocit frustrace, zklamání v sebe sama. Při stanovování reálných cílů je nejdůležitější s nemocným spolupracovat a učit jej, že důležité je to, co chce změnit. Spokojenost a úspěch edukanta je čtvrtým krokem v motivačních zásadách. Uspokojený a úspěšný edukant má pocit sebeuspokojení, dobrého sebevědomí. Proto sestra vede každý krok a snaží se, aby se nemocný cítil dobře a byl odhodlán pokračovat dál. Posledním krokem je snižování celkové nejistoty nebo nejistoty v udržovaném rozhovoru. Verbálně i neverbálně projevená jistota či nejistota ovlivňuje motivaci a naznačuje další postup. Projevy jsou ze strany sestry i ze strany nemocného. (26, s. 51-52)

2 KOMUNIKACE

Slovo komunikace pochází z latinského slova *communico* či *communicare* a znamená něco s někým sdílet, něco spojovat, myšlenky, informace, postoje a také pocity.

Komunikace je nedílnou součástí edukačního procesu. Komunikace v edukaci patří mezi sociální komunikaci. Komunikace je základem všech činností, které sestra vykonává. Především se od sestry vyžaduje empatické naslouchání a schopnost porozumět verbálním i neverbálním projevům. Sestra komunikuje proto, aby získala informace, motivovala, edukovala, navodila důvěru a celkově si vybuodovala vztah s nemocným a rozvíjela interpersonální vztahy mezi členy ošetrovatelského týmu. V lidech slovo komunikace spíše evokuje proces dorozumívání, jedná se o jeho nejdůležitější význam, ale ve skutečnosti znamená velkou škálu způsobů kontaktu mezi lidmi. Definice komunikace existuje mnoho. Různí autoři pojali své definice různě, ale většinou se shodnou na tom, že komunikace je nějaký proces mezi dvěma či více lidí, při němž dochází k různým směrům přesunu informací a můžeme komunikovat různými způsoby a projevy. (15, s. 11-13)

Při efektivní komunikaci by měl mít edukátor jasno v tom, co přesně chce nemocnému sdělit, čeho se to bude týkat, jak by měla být informace rozsáhlá a kdo všechno se bude na předávání informací podílet. Musí si naplánovat, kdy bude informace předávat a vyvarovat se nepříznivým stresovým momentům (nepohoda nemocného, současný zdravotní stav, denní biorytmus). Nejlepší je, když si sestra nebo jiný edukátor svou schůzku naplánuje v určitý čas a datum. Důležité je také prostředí, které si zvolí, tedy klidné, tiché a příjemně upravené. Nejideálnější je, když má zdravotnické zařízení k dispozici speciální místnost k edukaci určenou. (39, s. 17-18)

Při setkání s lidmi dochází k vzájemným reakcím, tedy k interakci, jejímž nástrojem je komunikace. Sestra musí rozlišovat specifika komunikace ve své práci ve dvou rovinách. Jsou to nejdůležitější oblasti, s kterými se sestra setkává. Komunikace s nemocnými a jejich okolím je rovinou první. Tady musí rozlišit, zda komunikuje s nemocným dítětem, dospělým či s nemocným se zvláštními potřebami, nebo komunikuje s rodinou, blízkými a s přáteli nemocného. Druhou rovinou je komunikace se svými kolegy. Dochází k interakci s kolegy a nadřízenými, komunikuje s jinými odborníky, v rámci multidisciplinarity i s různými institucemi a zdravotnickými zařízeními. (28, s. 11 - 12)

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské činnosti a péče. Sestra navozuje ovzduší důvěry, které nemocného uspokojuje a zbavuje ho pocitů strachu. Holistické

ošetřovatelství respektuje etický přístup k nemocnému a uvědomuje si tělesné, psychické a duchovní aspekty. V současné době se klade velký důraz na uplatňování a dodržování práv pacientů. Práva jsou legislativně upravená a jejich nedodržování, respektive porušení je sankcionováno. Komunikace je ovlivněna věkem nemocného, společensko- ekonomickou situací a postavením, kulturou jedince atd. Slovem vyjádříme širokou paletu emocí. Používáme různé množství slov, intonaci, hlasitost, výšku a barvu hlasu, tempo a rytmus. Za pomoci slov vysvětlujeme, získáváme, povzbuzujeme, přesvědčujeme a informujeme. Slova mají velkou sílu výchovnou a ovlivňující. Rozhovor s nemocným je pilířem psychosociální komunikace. (41, s. 29-30)

2.1 Komunikační proces

Komunikační proces je schéma, které znázorňuje, jak komunikace probíhá. Člověk, který na začátku procesu vytvoří zprávu, se nazývá komunikátor (mluvčí, sdělující, vysílač). Zprávu neboli komuniké vytvoří komunikátor v různém použití jazyka nebo za použití jiných symbolů sloužících pro zaslání zprávy. Zpráva může být vytvořena verbálně i neverbálně. Nosičem je komunikační kanál a prostřednictvím kanálu se zpráva šíří. Osoba, která zprávu zachycuje, se nazývá komunikant (příjemce, recipient, posluchač). Dekódování v komunikaci je interpretace zprávy komunikantem. Komunikační prostředí je prostor, situace, kde komunikace probíhá. Prostředí, nebo také kontext musí být vhodný pro všechny účastníky komunikace. Komunikátor může na základě zpětné vazby od komunikanta svou zprávu upravit, aby komunikace byla co nejefektivnější. V komunikačním procesu se vyžaduje aktivita mluvčího i posluchače. Jsou obvykle zapojeni oba, tedy komunikace je oboustranná. (15, s. 15-17)

2.2 Profesionální komunikace

Komunikace s nemocným má své výlučné místo v práci sestry. Do učebních osnov na středních zdravotnických školách byla zařazena problematika komunikace a na vyšší odborné a vysoké škole je komunikace vyučována jako samostatný obor. Sestra komunikuje s lidmi prostřednictvím profesionální komunikace, a získává tak potřebné informace. Tyto informace sestra získává nejčastěji prostřednictvím rozhovoru s nemocným. V rámci ošetřovatelského procesu v českých zdravotnických zařízeních se označuje jako ošetřovatelská anamnéza. Jeho součástí jsou informace o fyzickém stavu, sociálním statusu, rodině a zaměstnání. Sestra má na komunikaci s nemocným více času než lékař. Tráví s ním sedmdesát procent své pracovní doby. Nemocný je většinou

v menším stresu při komunikaci se sestrou, než když mluví s lékařem. Často si vzpomene na důležité informace, které lékaři sdělit zapomněl. Těsný denní kontakt s nemocným umožní sestře získat obrovské množství informací. To ona má za úkol tyto informace správně zhodnotit, případně zaznamenat a sdělit dalším členům zdravotnického týmu. Sestra komunikuje s nemocným třemi způsoby. Používá sociální, specifickou a terapeutickou komunikaci. Jsou to druhy profesionální komunikace. (36, s. 34-36; 18, s. 240-242)

2.2.1 Sociální komunikace

V sociální komunikaci se jedná o běžný rozhovor a kontakt s nemocným. Člověk hospitalizovaný v nemocnici má omezenou možnost sociálních kontaktů. Velmi pozitivně přijímá možnost hovoru nejen se zdravotníkem. Proto by sestra měla využít volné chvíle k navázání kontaktu s nemocným, a tím získat jeho důvěru a zájem pro další usnadnění komunikace v rámci ošetřování. Vhodných situací je mnoho, např. při úpravě lůžka, při jídle. Snažíme se využít i volnější okamžiky v denním režimu oddělení. Sociální komunikace je definována různými způsoby. Sociální, také jako mezilidská komunikace je proces sdělování, výměna významů. Je to poznatelná, vědomá i nevědomá změna chování, kterou člověk úmyslně nebo neúmyslně ovlivňuje. (28, s. 12; 5, s. 5)

2.2.2 Specifická komunikace

Specifickou (strukturovanou) komunikaci využijeme, když sdělujeme důležité informace, motivujeme nemocného, a když edukujeme. Tuto komunikaci můžeme nazývat edukační. Máme na nemocného zvýšené nároky pro srozumitelnost sdělení. Tématem specifické komunikace může být např. sdělování nemocnému postup vyšetření, informace o dietě nebo informace o rizicích. (28, s. 12)

2.2.3 Terapeutická komunikace

Posledním druhem je komunikace terapeutická. Jde o formu rozhovoru, kdy při denním kontaktu nemocnému poskytujeme oporu a pomoc. Podpoříme ho v těžkých chvílích, při důležitém rozhodování, při přijímání nepříjemných zpráv či přijímání závažných skutečností. Nemocného podporujeme při adaptaci na změny. (28, s. 12-13)

2.3 Komunikace s nemocným

Sestry a všichni, kteří pracují ve zdravotnické profesi, se setkávají s člověkem jako s příjemcem své práce. Pro všechny je důležitá oblast sociálních dovedností. Je to schopnost interakce s nemocnými i se svými kolegy. Interakce neboli reagování lidí navzájem probíhá společně s komunikací neustále. (28, s. 11)

Komunikace je výměna informací, dorozumívání a sdělování. V práci i v běžném životě přicházíme stále do kontaktu s lidmi. Nemůžeme být stále jen spokojeni s tím, jak mezi námi rozhovor probíhá. Je možné najít několik dobrých návodů, jak komunikaci zlepšit. Když víme, co nás v rozhovoru bude čekat, můžeme se dopředu dobře připravit. Dobrá příprava, znamená padesát procent úspěchu. (35, s. 31)

Obecně všechny chirurgicky nemocné spojuje akutní prožitek stresu se všemi jeho projevy. Je to určitý stav těla a mysli a má na nemocného zřetelný dopad. Člověk hospitalizovaný na ortopedickém oddělení je často v napětí, nemůže spát, špatně se soustředí. Prožívá strach, úzkost a velmi důležitě působící bolest. Může dojít ke špatnému vnímání bolesti, když není přiměřeně přerušena, může dojít ke změně z akutního do chronického stavu. Bolest vyvolává strach, úzkost a obavy. Nemocný je více citlivý i na menší podněty. Komunikace s nemocným vychází z porozumění a využívá základní znalosti psychologických mechanismů. Bolest provází většinu ortopedických i chirurgických nemocných. Je dobré nemocného na vše včas upozornit a snažit se co nejlépe bolest popsat a připravit ho na ni. Intenzitu bolesti ovlivňuje svalové napětí, doporučíme, aby se nemocný co nejvíce uvolnil. Odvedení jeho pozornosti od bolesti je také správným krokem. Pokládáme nemocnému různé otázky, zajímáme se např. o průběh jeho úrazu, ptáme se na zdravotní pojišťovnu atd. Také lidské doteky mají svou moc. Je třeba zdůraznit, že ne vždy je to žádoucí. Mezi nejdůležitější zásady vhodné komunikace s nemocným patří pomalá, srozumitelná řeč, poskytnutí nemocnému prostor pro otázky a vhodně je objasnit, informace jsou dostatečně podrobné např. o anestezii, způsobu zákroku, o pooperačním období, o eventuální předpokládané délce hospitalizace, o překladi na jednotku intenzivní péče, o bolestech a jiných doporučeních. Nemocného informujeme individuálně podle aktuálního zdravotního a psychického stavu. (8, s. 107-110)

2.3.1 Překážky v komunikaci

V ošetrovatelské praxi mohou vzniknout překážky v komunikaci mezi sestrou a nemocným. Mohou mít všeobecný ráz a týkají se obou účastníků komunikace. Praktická překážka je způsobena vnitřními a vnějšími rušivými vlivy nebo příliš tichým hlasem. Jazykovou překážkou je rychlé, nesrozumitelné tempo projevu, nebo tvoření dlouhých vět s velkým množstvím informací. Někdy je jazyková překážka dána odlišným mateřským jazykem u cizinců. Překážka emotivní může překrývat soustředěnost a intelektová překážka charakterizuje rozdílnost odborného vyjadřování. Nemocný může sdělení pochopit různě. Důležitou úlohu zde hrají i překážky fyziologické. Jsou dány např. bolestí, únavou, nedostatkem spánku nebo jinými smyslovými poruchami jedince. (41, s. 29-30)

Překážky v komunikaci se mohou vyskytnout i na straně sestry (edukátorky). Sestra sděluje nejasné, nepřesné informace, postoje a názory. Uniká od tématu, vyhýbá se určité problematice. Problém může být v jednosměrné komunikaci nebo v dvoukolejnosti, kdy se sestra s nemocným navzájem neposlouchají. Ze strany sestry je neprofesionální i zahlcení nemocného nadměrným množstvím informací nebo neetické chování. Na začátku při setkání s nemocným má právě komunikace rozhodující význam pro další vývoj jejich vztahu. Pokud sestra zvládne problematiku komunikace, pomůže jí to rozvíjet kvalitní vztah s nemocným člověkem i v rámci členů ošetrovatelského týmu. Dobré komunikační schopnosti výraznou měrou přispívají k zefektivnění vztahů a vedou ke zvýšení úrovně kvality života nemocného a k plnému uspokojení jeho potřeb. (41, s. 29-30)

2.4 Verbální komunikace

Člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, která je schopna pomocí řeči, mimiky, gesty a pohyby přenášet svoje myšlenky, a tím se dorozumívat. Verbální komunikace je dorozumívání se pomocí slov, prostřednictvím mluvy a psaného textu. Základem řeči je mluvené či psané slovo a především tvoření vět. Seřazení slov do vět dává řeči smysluplný a přesný význam. Vyjadřování slovy je vývojově mladší než komunikace neverbální a je úzce spjata s myšlením a emocemi člověka. Edukátoři by měli být schopni umění verbální komunikace skvěle ovládat. Nejen všeobecné sestry, ale veškerí zdravotníci by měli dávat přednost českým výrazům před odbornými termíny. Dbají na výslovnost, gramatiku a spisovný jazyk. Předávání informací prostřednictvím slov by mělo být logicky uspořádané, srozumitelné a zajímavé pro komunikanta. (12, s. 16-17; 13, s. 11-12; 28, s. 19)

2.4.1 Složky verbální komunikace

Naše komunikace má být co nejefektivnější, proto musíme sledovat řadu prvků. Správně komunikovat neznamena pouze volit slova, ale důležité je věnovat pozornost dalším prvkům. Rychlost řeči volíme podle naší znalosti o tématu. Pro posluchače nemusí být vždy stejná. Mít rozhovor rychle za sebou zakrývá naši nejistotu. Rychleji mluví člověk, který se obává, že ho ten druhý nenechá domluvit, nebo lidé nejistí, kteří chtějí mít projev rychle za sebou. Hlasitost závisí na povaze sdělení. Hlasitost volíme jinou, když potřebujeme upoutat pozornost, např. ve velkém prostoru na nějaké konferenci. Příliš hlasitý projev působí nepříjemně a budí představu o potřebě nadvlády nad posluchači. Nemocní ztiší hlas při obavách a nejistotě nebo při intimním a nepříjemném tématu. Pomlky nebo přerušování hovoru neznamena nutně, že nemáme co říci. Sestra může dávat nemocnému prostor pro přemýšlení nebo odpočinek. Emoce se odrážejí ve výšce hlasu. Poloha hlasu je u každého individuální a je mu vlastní. Na výšce hlasu se mohou projevit různé faktory jako stres, strach, obavy, radost atd. Embolická slova (slovní paraziti) při edukaci nemocných působí rušivě. Jsou to slova či slovní spojení, která jsou v řeči navíc, opakujeme je příliš často a většinou nás na ně upozorní někdo jiný. Rovnocennost komunikujících určuje prostor, který máme každý k dispozici. Řečník věnuje pozornost veškerým signálům u nemocných. Intonace podtrhuje význam sdělení. Pomáhá nám při zdůraznění něčeho důležitého, pochopení a naléhavosti. (28, s. 21-22; 13, s. 17)

2.4.2 Úspěšná verbální komunikace

Jednoduché, stručné a jasné sdělení je jedním z kritérií úspěšné komunikace. Dáváme přednost běžným slovním obrátům, vyhýbáme se zdlouhavému opisování situace. Nepoužíváme neznámou terminologii, které posluchač (komunikant, edukant) nerozumí. Na začátku je dobré zjistit posluchačovu aktuální schopnost porozumět, příliš jednoduché sdělení může působit devalvačně. Sdělení musíme přizpůsobit tomu, zda budeme komunikovat s dítětem, s nemocným zdravotníkem či s jiným nemocným. (28, s. 23)

Stručně podaná informace působí na nemocné profesionálně. Nemocní jsou v situaci, kdy mají tělesné obtíže, obavy, nevědí, co očekávat, a jsou tedy velmi citliví na čas. Zbytečně protahovaná řeč a okliky vzbuzují nedůvěru. Nemocný si může myslet, že komunikátor (edukátor) neví, o čem mluví a jestli se dostane k podstatné věci. Po stručné informaci je dobré ponechat nemocnému prostor pro dotazy. Musíme se naučit oddělovat stručnost od strohosti a neochotou mluvit. Při písemné komunikaci je stručnost

na místě. Musíme si ovšem dávat pozor na srozumitelnost. Nepoužíváme výrazy a zkratky, kterým by nemocný neporozuměl. (28, s. 23)

Zřetelně a jasně vyjadřujeme podstatu věci. Při nepochopení můžeme sdělení opakovat. Všeobecná sestra si musí dávat pozor na dvojsmyslná sdělení. Např. při úmrtí pacienta sestra rodině oznámí, že jejich tatínek odešel. Rodina může reagovat různými způsoby a dotazy. (28, s. 23-24)

Je potřeba zvážit vhodně načasovanou chvíli pro předání informací, zvláště u závažných témat. Klidné prostředí, soukromí, nerušený prostor a čas je podmínkou pro vhodné sdělení. (28, s. 24)

Nutné je přizpůsobit styl komunikace reakcím nemocného. Pokud nemocného sdělení rozruší, poskytneme mu čas na oddech. Přizpůsobivost (adaptabilita) je jedno z nejdůležitějších kritérií úspěšné komunikace. (28, s. 24)

2.5 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je řeč těla. Považujeme ji za upřímnější než verbální projevy. Právě 60-80% informací sdělujeme řečí těla. Neverbálně komunikujeme instinktivně, chceme-li však lhát, musíme se snažit neverbální projevy schovat a minimalizovat. Existuje mnoho manažerských návodů, jak své projevy ovládat. Mezi funkce neverbální komunikace patří podpora řeči, nebo její úplná náhrada. Vyjadřujeme tak emoce a své interpersonální postoje. Člověk se její pomocí sebereprezentuje. Říká se, že to nejdůležitější slyšíme očima. K tomu nám pomáhá i hmat a čich. Pouze 7% informací pochází z toho, co slyšíme, jsou to holá fakta. Neverbální projevy zakreslují obraz do duše za pomoci postojů, nálady a pocitů. Základní gesta jsou podle výzkumů stejná pro všechny na světě. Ostatní gesta se člověk učí v průběhu života. Vzorem učení mohou být různí lidé kolem nás. V dětství nejčastěji kopírujeme své rodiče. Ve zdravotnické praxi jsou neverbální projevy velice významné. Nemocní jsou v náročné životní situaci s emocionálním podtextem a sestry i jiní zdravotničtí pracovníci jim vstupují do nejbližší zóny. Důležitou dovedností sestry je vyznat se v řeči těla a umět pracovat se svými neverbálními projevy. Všimá si i projevů nemocného člověka. Komunikace je celkový proces a mluvíme v ní slovy, činy a tělem. (13, s. 18; 28, s. 39-40)

2.5.1 Složky neverbální komunikace

Mimika je výraz obličeje. Lze z něho vyčíst mnoho. Mimika jako jediná vyjadřuje pocity potěšení, souhlasu, sympatie, zatímco ostatní části těla tyto informace předat neumí. Výrazem obličeje sdělujeme i kulturně tradovaná gesta a instrumentální pohyby (když kýcháme). V obličeji můžeme vyčíst primární lidské emoce. Odborníci tvrdí, že emocí je celkem osm. Je to štěstí a neštěstí, splněné očekávání a neočekávané překvapení, strach či jistota, radost a smutek, klid a rozčílení, zájem nebo nezájem, spokojenost a nespokojenost, odpor. Výrazy mohou splývat, střídat se a každá polovina obličeje může naráz vyjadřovat něco jiného. Obličej je členěn na tři mimické zóny. První zóna je oblast čela a obočí. Druhá zóna zahrnuje oblast očí, která se považuje za tu nejdůležitější. Můžeme mít různou délku zaměření pohledu, častost, pořadí, průměr zornic. Sdělujeme tím, jak máme oči pootevřené a jak často mrkáme. Třetí zónou je dolní část obličeje, kam patří tváře, nos a ústa. (28 s. 41-42)

Proxemika je přiblížení a oddálení mezi lidmi. Je to vzdálenost, kterou mezi sebou lidé mají, když spolu komunikují, nebo něco dělají. Jak zvířata, tak lidé mají tzv. teritoria. Nejde pouze o vzdálenost, kterou lidé mezi sebou mají, ale také o celkovou dynamiku pohybů. Každý jedinec je jinak citlivý pro prostorové chování a to ovlivňuje celkový úspěch komunikace. Rozlišují se čtyři proxemické zóny: 1. intimní zóna, jejíž dolní hranice je shodná s velmi těsným hmatovým dotekem, které mají mezi sebou matka a dítě, manželé a milenci. Do horní hranice, jež je 15 – 30 cm, patří rodinní příslušníci a blízcí přátelé. Pokud intimní zónu naruší člověk, který do ní nepatří, vzbudí to vždy nepříjemné pocity a snahu z postavení uniknout. 2. osobní zóna, jejíž dolní hranice je 45 – 75 cm, při které se můžeme držet za ruce. Horní hranice do 120 cm je oblast např. úředního jednání. 3. zóna sociální nebo společenská začíná koncem zóny osobní. Horní hranice je 210 – 360 cm, kde vidíme už celou postavu člověka stojícího vedle nás. 4. veřejná zóna, kdy vzdálenost mezi lidmi je 360 cm až 760 cm a dále. (28, s. 43-51; 13, s. 19)

Haptika se zabývá tím, jak se lidé vzájemně dotýkají. Nejvíce se literatura zabývá problematikou stisku ruky, protože se v naší kultuře takto zdravíme a seznamujeme. Všeobecná sestra by se měla nemocnému vždy představit a podat mu ruku, pokud je to možné. Při prvním kontaktu je doporučeno, aby ruka byla suchá, doporučuje se střední stisk, který je přiměřeně dlouhý. Mezi haptiku se samozřejmě řadí i objetí, pohlazení, letmé doteky končetin a úst, postrčení rukou i pohlavek a jiné agresivnější projevy. (28, s. 43)

Posturologie je držení těla, řeč fyzických postojů a polohové konfigurace. Rozlišujeme tři základní polohy těla. Poloha vestoje, vsedě a vleže. Nejlepší spolupráce je mezi lidmi, kteří zaujmají stejnou polohu. Pro úspěšnou komunikaci mezi sestrou a nemocným je nejideálnější, když si sestra k nemocnému posadí, a jsou tak v rovnocenné poloze. Sestra si sedá na židli, ne na lůžko, aby nenarušovala soukromí a proxemické zóny. Při edukaci nemocný lépe přijímá sdělované informace, než když sestra stojí nad ležícím nemocným. Slova dopadají svrchu a nemocný je v nevýhodě. Sestra si všímá polohy končetin, hlavy, náklonu a celkového držení těla. (28, s. 45-46)

Kinezika je oblast neverbálních projevů zahrnující pohyby těla a jeho částí, tj. rychlost, trvání, ohraničení, prostorovost, charakter a soulad v pohybu. Její specializovanou částí je chironomie, která se zabývá pohybem rukou a znakovou řečí. (28, s. 47)

Gesta jsou pohyby sdělovacího charakteru. Nahrazují to, co by mohlo být sděleno slovem, ale je srozumitelnější to předvést pohybem. Gesta mohou doplňovat verbální projevy. Existují gesta vědomá a nevědomá. Je dobré myslet na to, že různá gesta jsou interpretována každým člověkem rozdílně. Pozor na unáhlená rozhodnutí. (28, s. 48)

Oční kontakt se řadí mezi nejdůležitější momenty neverbální komunikace. Výzkumy je prokázáno, že nedostatek pohledu do očí působí na druhé velmi nepříjemně. I dlouhotrvající pohled může nemocného znervóznit a být také nepříjemným. Nejlepší je udržovat oční kontakt z padesáti procent celkového času, který s ním trávíme. Při dostatku očního kontaktu se vyskytuje méně agrese a slovních útoků než tam, kde není. Sestra má během své práce mnoho příležitostí k očnímu kontaktu. Ne vždy je využije. Někdy spíše vzbuzuje v nemocném pocit, že jí za pohled nestojí. Její pokyny jsou často vysloveny pouze do prostoru pokoje či ordinace. Pozice, kdy se díváme z očí do očí, přímo naproti sobě je pozice konfrontační. Připomíná boj dvou boxerů stojících proti sobě v ringu. Proto je lepší, když se sestra mírně natočí, i když někdy nemáme mnoho možností. Navodit kontakt je nejlepší ve stejné výšce očí. Sestra stále nezapomíná respektovat i proxemické zóny. (23, s. 6-7)

Součástí neverbální komunikace a neverbálních dovedností jsou také pohledy, úprava zevnějšku, paralingvistické projevy, chronemika (zacházení s časem), zacházení s předměty, vůně a pachy těla a úprava celkového prostředí. (13, s. 19)

2.6 Komunikační dovednosti

Komunikační dovednosti jsou velice potřebné pro účinnou edukaci v ošetrovatelství. V medicíně představují řadu specifických dovedností, které je potřeba se naučit. Sestra umí naslouchat nemocnému. Pozorné naslouchání umožní porozumět i tomu, co se skrývá za vysloveným. Mohou to být projevy verbální i neverbální. Naslouchat znamená, že jsme otevření slovům, myšlenkám a pocitům nemocného. Není to pouze pasivní přijímání, ale je vyžadováno soustředění, nezaujatost, citlivost a porozumění. Pravidla pro správné naslouchání jsou jasná. Sestra zajistí klid, nerušené prostředí, vytvoří intimní prostředí, zajistí pohodlnou polohu, stále udržuje oční kontakt, projevuje empatii, důvěryhodnost a celkový zájem o nemocného. Uváženě použité mlčení či ticho je velmi silná odpověď naslouchání. Vyjadřování akceptace znamená, že přijímáme, nehodnotíme a neděláme závěry zprávy od nemocného. Je možno projevit respekt a pozitivní vztah. Další komunikační dovedností je parafrázování. Svými slovy vyjádříme to, co nám nemocný sdělil. Je to pro něho zpětná vazba a uslyší nový význam toho, co sám řekl. Vzbudí to v něm pocit zájmu a pozornosti. Objasňováním umožňujeme podržet důležitou informaci. Někdy je třeba nemocného zaměřovat zpět ke smyslu tématu. Edukantovi poskytujeme informace, pomáhají mu v rozhodování. Sumarizování je stručný přehled hlavních myšlenek z rozhovoru. Určujeme důležité body pro další spolupráci. Podněcujeme nemocného, aby pokračoval v diskuzi. Ujistíme ho, že máme zájem slyšet více. Mezi další komunikační dovednosti patří např. kladení otázek, reflexe, dotek, motivace, kritické myšlení a své místo má jistě i asertivní chování a komunikace. (26, s. 117- 120)

3 ORTOPEDIE

Ortopedie patří mezi chirurgické obory, která se zabývá zjišťováním léčením, doléčením, prevencí a dispenzarizací vad, chorob a úrazů pohybového ústrojí. Poruchy postihující kosti, klouby, vazy, svaly, šlachy, cévy a nervy pohybového ústrojí jsou velmi časté a přinášejí nejen zdravotní problémy. Ortopedie se zabývá chirurgickým řešením vrozených a získaných onemocnění, úrazů a poúrazových následků pohybového aparátu. Společenská poptávka po ortopedickém řešení problémů pohybového aparátu je velká. Je to dáno nejen vysokou incidencí a prevalencí, ale také tím, že významné poruchy funkce pohybového aparátu jsou pocíťovány v životě každého člověka jako závažná onemocnění. Schopnost chodit a soběstačnost či sebeobsluha je považována za základní životní potřebu. (22, s. 105)

Pohyb je základní biologická potřeba všech živých bytostí. Patří mezi základní, nižší potřeby. Psychická odezva neuspokojené potřeby pohybu není u mnoho lidí tak dramatická. V současném civilizovaném a přetechnizovaném světě se mnoha lidí téměř nepohybuje. Do zaměstnání jezdí autem, nechodí pěšky, nechodí po schodech. Většinu svého života tráví vsedě, nevěnují se pohybovým aktivitám ve volném čase, tělesná zdatnost je stále horší. Lidé se musí pohybovat, aby získali potravu, chránili se před poraněním a zabezpečovali své další základní potřeby. Základem nezávislosti je pohyb. (27, s. 28)

Ve stáří se většina z nás obává nesamostatnosti a nesoběstačnosti. Veškeré preventivní a léčebné aktivity, které směřují ke zvýšení soběstačnosti a snížení míry závislosti jedince na společnosti, mají vysokou individuální a společenskou cenu. Proto je důležité pěstovat a kultivovat prestiž oboru ortopedie. Výuka ortopedie na lékařské fakultě je v rozsahu 30 hodin za celou dobu studia. Znalosti studentů jsou ověřovány až v rámci státní závěrečné zkoušky z chirurgie. Zaměření na ortopedii je až v postgraduálním studiu. (7, s. 22; 9, s. 5)

Specifikem ortopedie a ortopedických postupů je zejména pohled do budoucna. Ortopedická léčba nemá výhled do dalších dnů či týdnů, ale spíše do dalších let. Většina ortopedických výkonů je plánována až po vyčerpání veškerých možností konzervativní léčby a s přihlédnutím na dlouhodobé benefity pro pacienta. Při operačních výkonech se masivně používá medicínská industrie, zejména implantáty, operační nástroje a implementační sety. I přes velké množství a rozmanitost musí být součástí znalostí operačního týmu. (20, s. 5-6)

Ortopedie se zabývá chirurgickým řešením problémů s pohybovým aparátem a proto, nejen příprava na operaci, tak i pooperační péče je pro nemocné velmi důležitá a musí být velmi důkladná. Všeobecná sestra pracující na ortopedickém oddělení musí poskytnout nemocnému kvalitní perioperační péči a neustále mu věnovat dostatek pozornosti v průběhu celé doby hospitalizace. Sestra musí znát specifika v jednotlivém období péče o nemocného, v době před samotnou hospitalizací, před operací, během operace i po operaci.

3.1 Perioperační péče v ortopedii

Perioperační péče je péče o nemocného před, v průběhu a bezprostředně po operačním výkonu. Perioperační ošetrovatelskou péči můžeme rozdělit do tří částí dle vztahu k průběhu operačního výkonu. Předoperační etapa, intraoperační a pooperační fáze.

3.1.1 Předoperační péče

Předoperační, někdy také preoperační péče se nedá vymezit na měsíce, dny či hodiny. Začíná od doby, kdy je rozhodnuto o operaci, a končí předáním nemocného na operační sál. Hlavním cílem předoperační přípravy je vytvořit co nejpříznivější podmínky ke zvládnutí operační zátěže a nekomplikovaného pooperačního zotavení. Všeobecně se předoperační příprava dělí podle několika hledisek, která se vzájemně prolínají. Péči můžeme rozdělit na obecnou a speciální, tělesnou, psychickou a medikamentózní, celkovou a místní a péči dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední. Empatický přístup a vstřícná komunikace s nemocným je důležitým faktorem ke snaze zmírnit strach z operace. (10, s. 26)

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy lékař zhodnotí dostupnou zdravotnickou dokumentaci, anamnézu a fyzikální vyšetření. Nemocný také absolvuje interní vyšetření. Jednotlivé části interního vyšetření jsou indikovány podle plánovaného operačního výkonu, způsobu anestezie a dle celkového zdravotního stavu nemocného. (Např. se používá stanovení anesteziologického rizika dle klasifikace Americké společnosti anestezie, ASA). Součástí interního vyšetření je vždy zhodnocení vitálních funkcí, screeningové vyšetření krve a moči, elektrokardiografie a rentgenové vyšetření srdce a plic. Individuální přístup v předoperační péči musejí mít nemocní, kteří jsou dlouhodobě antikoagulačně léčeni. Součástí přípravy je sledování hodnot INR. Nejčastěji perorálně užívané antikoagulancium, Warfarin, je vysazován cca 4-7 dní před plánovaným

operačním výkonem. Antikoagulační léčba v podobě injekcí nízkomolekulárního heparinu (Clexane, Pradaxa, Zibor) a přikládání bandáží či kompresních punčoch, jsou používány i jako prevence TEN během celé perioperační péče. Jako prevence TEN je důležitá i včasná mobilizace nemocného po operaci. (10, s. 26-29)

Krátkodobá předoperační příprava probíhá během 24 hodin před samotným výkonem. Navazuje plynule na dlouhodobou péči. Lékař a všeobecná sestra zhodnotí dostupné informace a zkontroluje výsledky předoperačních vyšetření dle svých kompetencí. Lékař anesteziologického konzilia zvolí typ anestezie a podepíše s nemocným informovaný souhlas. Příprava operačního pole, gastrointestinálního traktu, aplikace léků dle ordinace lékaře a hygienická péče probíhají podle zvyklosti oddělení a plánovaného operačního výkonu. Všeobecná sestra na ortopedickém oddělení kontroluje v dokumentaci všechny informované souhlasy, upozornění na patologické hodnoty výsledků vyšetření. Asistuje při anesteziologickém vyšetření, připravuje operační pole, gastrointestinální trakt, aplikuje léky a provádí či dohlíží na hygienickou péči, včetně péče o nehty a vlasy. Invazivní vstupy zajišťuje dle potřeby a ordinace lékaře. (10, s. 34-35)

V den operace probíhá bezprostřední předoperační příprava asi 2 hodiny před plánovaným výkonem. Zaměřuje se na kontrolu dokumentace, výsledků a všech úkonů předcházející částí přípravy. Z ošetrovatelských intervencí je to přiložení bandáží či punčoch, zajištění invazivních vstupů (dle zvyklosti oddělení), aplikace medikace dle ordinace lékaře a další organizační náležitosti, které na oddělení probíhají. Složení a načasování premedikace je závislé na typu operace, přidružených onemocněních a dalších skutečnostech, které posoudí anesteziolog v rámci anesteziologického vyšetření. Po aplikaci nemocný striktně dodržuje klidový režim a vyčkává na převoz na operační sál. (10, s. 36)

3.1.2 Intraoperační péče

Intraoperační péče začíná předáním nemocného v předsálí a trvá až do jeho převzetí personálem JIP či standardního oddělení. Je to péče, kterou zajišťuje personál operačních sálů. Dnes je většinou užíván centralizovaný systém operačních sálů. Nastává intraoperační fáze perioperační péče zarouškováním nemocného na operačním sále, kde jsou přítomni všichni členové operačního týmu. V této fázi se provádí tzv. perioperační bezpečnostní procedura dle WHO. Členové týmu uvedou své jméno a úlohu. Potvrdí se identita nemocného, místo a typ operačního výkonu. Je potvrzeno profylaktické podání antibiotik v poslední hodině. Posuzují se rizika. Operatér určí předpokládaný průběh výkonu

či rizika. Dále určí předpokládanou dobu výkonu, předpokládané krevní ztráty, potvrdí předoperační podání antibiotik. Anesteziolog určí možná rizika související s anestezií a perioperační sestra připraví nástroje, všechny pomůcky a zkontroluje jejich sterilitu. Dále musí být k dispozici obrazová dokumentace. Důležitou roli zde hraje instrumentující a obíhající sestra, které spolu neustále spolupracují. Sestra instrumentářka podává nástroje, ale také je odpovědná za jejich přípravu, asistuje při přípravě operační skupiny a nezapomenutelným úkolem je vedení dokumentace a počítání použitých nástrojů a obvazového materiálu. Obíhající sestra pomáhá při přípravě operační skupiny, podílí se na přípravě pomůcek a v průběhu operace je velmi důležitou spojkou mezi celým týmem a okolím. (31, s. 137-138; 10, s. 40)

3.1.3 Pooperační péče

U výkonů prováděných v ortopedii se především užívá svodná anestezie, kdy se epidurální katetr někdy využívá k pooperační analgézi. Některé výkony mohou být provedeny pouze v anestezii celkové. Pacient po ortopedické operaci odchází na tzv. dospávací pokoj, nebo rovnou na standardní oddělení. Po velkých operačních výkonech a dle stavu nemocného je samozřejmě monitorován na lůžku jednotky intenzivní péče (JIP), nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (ARO). Dospávací pokoj je součástí centrálních sálů. Výhoda je v bezproblémovém transportu operovaného z operačního sálu a neustálá dostupnost lékaře buď anesteziologa, nebo operátora. Zde za nemocného zodpovídá anesteziologická sestra a lékař. Do pooperační péče o pacienta na dospávacím pokoji patří monitoring základních vitálních funkcí, péče o průchodnost dýchacích cest, monitorování bilance tekutin, včetně diurézy, odchod z drénů, kontrola prosakování operační rány či krvácení z rány, podání analgezie a kontrola tělesné teploty. Při překladi na jednotku intenzivní péče nebo standardní oddělení je pacient předán společně s operačním protokolem v rámci kompletní dokumentace. Pracoviště JIP je určena pacientům ohrožených selháním jednoho či více orgánů. Je jim zde poskytnuta možnost diagnózy, léčby a prevence s okamžitou dostupností lékaře. Pacient je monitorován permanentně 24 hodin denně. Na ARO je pacient přijat s bezprostředním ohrožením či selháváním základních životních funkcí. Resuscitační péče je zde poskytována v závislosti na diagnóze s neustálým dohledem a s přítomností lékaře. Po operaci TEP kyčelního kloubu je nemocný převezen na JIP, kde je monitorován 24 až 48 hodin. Venózně jsou mu podávány antibiotika, analgetika, tekutiny, případně krevní deriváty. Někdy může mít nemocný epikatetr (katetr zavedený mezi obaly v páteřním

kanálu), do kterého se podávají analgetika. Také může mít permanentní močový katetr, který se obvykle odstraňuje 3. až 4. den po operaci. Prevencí tromboembolické nemoci jsou bandáže dolních končetin a aplikace antikoagulancií. Hned po operaci provádí fyzioterapeut s nemocným rehabilitaci. První dva dny pouze na lůžku. Obvykle třetí den lékař odstraní Redonův drén a nemocný může aktivně rehabilitovat i mimo lůžko. Nemocní jsou po TEP kyčelního kloubu hospitalizováni 10 až 14 dnů. Při propuštění je na místě nemocného znovu edukovat, zopakovat mu veškeré důležité informace, doporučený režim a potom teprve může být propuštěn do domácího léčení. (41, s. 138; 40, s. 32-33; 20, s. 161-162)

3.2 Historie ortopedie

Ortopedie se začala rozvíjet koncem 18. století jako součást všeobecné chirurgie. Slovo ortopedie bylo poprvé použito v roce 1741 francouzským lékařem Nicolasem Andryym v knize *L'Orthopadie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les déformités du corps*. Některá onemocnění v ortopedii byla známa ještě dříve. Např. vrozené vykloubení kyčelního kloubu je popisováno již ve 4. století př. n. l. díky perskému lékaři Artaxerxe II. Hippokrates popsal a navrhl léčbu u dětí s *pes equinovarus congenitus*, jejíž principy jsou platné dodnes. (9, s. 5)

3.2.1 Historie ortopedie v České republice

Česká chirurgie byla vytvořena až v nové době devatenáctého století. Mezi důkazy o chirurgické podnikavosti praobyvatel naší země svědčí četné nálezy neolithických zaživa trepanovaných lebek. Do roku 1348 víme jen málo o chirurgickém léčení. Založením Karlovy univerzity v r. 1348 došlo k rozvoji lékařství, tedy i chirurgie. Na vzniklé lékařské fakultě přednášelo mnoho lékařů z jiných zemí, nebo Češi, kteří rané lékařství přeložili do češtiny. Lékařská fakulta byla nejmenší na Karlově univerzitě, měla pouze čtyři mistry a jen jednu profesuru. Chirurgii přednášel profesor, kterému se říkalo *anatomicus* a studium měl rozvržené do pěti let. Až do roku 1600 byla chirurgie odstrčena a až s příchodem Jana Jesenského do Prahy došlo k vzestupu. Jesenský působil jednadvacet let jako znamenitý anatom a chirurg. V roce 1621 byl pro účast v povstání popraven na Staroměstském náměstí. Napsal čtyřdílnou chirurgii na základě vlastního pozorování. Avšak na počátku 18. století byl stav chirurgie velmi zaostalý také díky špatné organizaci na univerzitě. Na univerzitě se střídalo mnoho profesorů, ale česky nepsali a pro vývoj nepodnikli nic. Až v roce 1862 byl založen *Časopis českých lékařů*, kam profesori,

docenti, ortopedi a asistenti pilně přispívali. První česká chirurgická klinika byla otevřena 28. dubna 1882 a o rok později v říjnu oficiálně začala česká lékařská fakulta. Byla možnost učit a vědecky pracovat. Velikým přínosem bylo založení tří chirurgických klinik, druhá klinika v Praze, v Brně a Bratislavě. (4, s. 9-10)

3.3 Fakultní nemocnice Plzeň

3.3.1 Historie FN

Historie Fakultní nemocnice Plzeň vychází z bohaté historie plzeňské medicíny. První špitál svaté Máří Magdaleny vznikl v roce 1322. Měl dvě místnosti pro 16 žen a 8 mužů. Městský špitál svatého Martina pečoval o 7 mužů a 3 ženy od roku 1500 do roku 1783. Lazaret při kostelíku svatého Jiří fungoval od roku 1540, byl zrušen a přenesen roku 1824. V roce 1809 byla zřízena vojenská nemocnice v dominikánském klášteře s 50 lůžky, která byla v roce 1895 přestěhována do areálu na Borech. V roce 2005 byl využit zákon, díky kterému se vojenská nemocnice sloučila s nemocnicí fakultní. Na přelomu 19. a 20. století byla vybudována postupně ve čtyřech etapách Městská všeobecná veřejná nemocnice císaře a krále Františka Josefa I. Ta se již nacházela v areálu dnešní nemocnice Bory. V roce 1944 měla Městská všeobecná veřejná nemocnice už 1571 lůžek. S budováním nemocničního areálu na Lochotíně se začalo v dubnu roku 1979. Koncem devadesátých let 20. století přesídlily do nových prostor na Lochotíně kliniky anesteziologicko-resuscitační, chirurgická a ortopedická. Do nových prostor se také nastěhovala neurologická klinika, ambulance bolesti, dětská klinika, oční a stomatologická klinika, rehabilitační oddělení a začalo zde fungovat samostatné kardiochirurgické oddělení. V roce 2005 se začalo s výstavbou gynekologicko-porodnické kliniky. Nové sídlo onkologie začalo s výstavbou roku 2009 a nové pacienty přijalo v roce 2011. (43)

3.3.2 Současnost KOTPÚ FN Plzeň

V současné době představuje FN Plzeň největší a nejmodernější zdravotnické zařízení v Plzeňském kraji. Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí FN a LF UK v Plzni má celkem 116 lůžek, z toho 8 lůžek JIP v 1. patře, 6 lůžek jednodenní chirurgie, 3. patro D, 16 lůžek traumatologie ve 3. patře B, 6 lůžek 3. patro septické oddělení a v 6. patře C je smíšené oddělení, které má 32 lůžek, z toho pro dospělé 20 lůžek, zaměřené na spondylochirurgii, a pro děti 12 lůžek. Na klinice pracuje 29 lékařů, z toho jeden profesor, jeden lékař jako zástupce pro léčebně preventivní péči a jeden lékař jako zástupce

pro pedagogickou činnost. 3 lékaři mají titul Ph.D., a 2 lékaři jsou zařazeni do postgraduální výchovy. Dne 1. 1. 1996 byl Doc. MUDr. Koudela Karel, CSc. jmenován do funkce přednosta ortopedické kliniky. Krátce po svém nástupu inicioval změnu názvu kliniky z důvodu jejího odborného zaměření. Čtyřicet hodin je pro nemocné k dispozici úrazová ambulance v části centrálního příjmu, kde spolupracují obory chirurgie, anesteziologie a neurochirurgie. Hlavními úkoly je léčebně preventivní péče, výuka mediků, výzkum a postgraduální výchova lékařů. Mezi hlavní oblasti zájmu patří alopластиky velkých kloubů, traumatologie pohybového ústrojí, včetně polytraumat, artroskopie, spondylochirurgie včetně úrazů, dětská ortopedie, záněty a tumory kostí a kloubů. Velkým přínosem bylo pro kliniku vybudování oddělení gerontotraumatologie pro 15 pacientů, otevřené v roce 2009. Operační sály jednodenní chirurgie se nacházejí v 9. patře. Ve stejném patře je také ortopedická ambulance pro dospělé, indikační ambulance, dětská ortopedická ambulance, kde se také provádí sonografické vyšetření kyčelních kloubů, a dětská poradna. Ve 4. patře sídlí ambulance úrazových kontrol č. 1 a 2. Velké operace probíhají na centrálních operačních sálech a k dispozici jsou vždy 2 až 3 sály denně. Septické a akutní sály nejsou přímo součástí kliniky. (4, s. 79-80; 42)

Na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí pracuje 86 nelékařských zdravotnických pracovníků (NELZP), kteří jsou zaměstnaní na plný úvazek. Z toho 55 všeobecných sester, 8 dětských sester, 12 ošetřovatelů a 11 sanitářů. Na odděleních pracují sestry s vysokoškolským vzděláním, diplomované specialistky (DiS), sestry se specializací v chirurgickém oboru bez odborného dohledu, ale i sestry pod odborným dohledem, které absolvovaly střední zdravotnickou školu. Na JIP pracují sestry s vysokoškolským vzděláním, DiS a část všeobecných sester musí mít specializaci v intenzivní péči.

V posledním roce bylo na ambulancích ošetřeno celkem 56741 pacientů a to včetně úrazové ambulance, která nespadá pod Klinikou ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí FN Plzeň ale pod centrální příjem. Na této úrazové ambulanci však slouží pouze ortopedičtí lékaři. Z celkového počtu ošetřených pacientů bylo 15680 dětí ošetřeno na dětské ambulanci a 6119 dětí bylo provedeno sonografické vyšetření. Přes ambulanci bylo přijato 5899 pacientů k hospitalizaci, ale příjmů je ovšem více, v rámci překladů ve FN Plzeň. Na sálech jednodenní chirurgie bylo provedeno 1156 výkonů včetně 896 artroskopií a na velkých sálech dohromady 2574 operací.

3.4 Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

3.4.1 Historie ON Kladno, a.s.

Provoz nemocnice byl zahájen v roce 1904 jako tehdejší okresní nemocnice Císaře Krále Františka Josefa II. Nemocnici Kladno založil roku 1903 profesor Bohuslav Niederle. Profesor byl prvním ředitelem a primářem. Nemocnici tvořily dva pavilony, které se dochovaly dodnes a stále slouží jako zázemí pro některá oddělení a administrativní úseky. Hlavní budova (monoblok) byla postavena ve 40. letech 20. století jako moderní stavba. Z architektonického hlediska je budova vysoce hodnocena a je součástí učebnic architektury. V 50 letech se stala kladenská nemocnice přirozeným centrem standardní a specializované péče nejen pro Kladensko, ale i pro severozápadní část středočeského regionu. Poskytuje péči pro cca 145 tisíc obyvatel okresu Kladno a dále pak specializovanou péči mimo základní obory pro přibližně dalších 80 tisíc obyvatel sousedních okresů, v nichž tato péče není poskytnuta. Do roku 1992 nemocnice poskytovala dohromady 1115 lůžek i pro geriatrické pacienty. Geriatrické a rehabilitační centrum bylo odděleno na samostatné příspěvkové zařízení se 170 lůžky. V letech 1993 až 1997 došlo k redukci lůžek na dnešních 709. Úpravami v těchto letech prošla oddělení onkologie, anesteziologicko-resuscitační a oddělení klinické biochemie. Rekonstrukcí dále prošlo interní oddělení, včetně metabolické jednotky, vybudování endoskopického centra, ortopedicko-úrazové oddělení a chirurgické ambulance. V řadě oborů působí vysoce kvalifikovaní specialisté, jejichž činnost se neomezuje pouze na výkon práce v nemocnici Kladno, ale podílejí se také na činnosti jak jednotlivých odborných společností, tak i na jiných vysoce specializovaných pracovištích fakultních nemocnic. (45; 50, s. 6)

3.4.2 Současnost ortopedicko-úrazového oddělení ON Kladno, a.s.

Ortopedicko-úrazové oddělení oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje je umístěno v budově B v 1., 2. a 4. patře monobloku. Oddělení poskytuje péči akutní v rámci traumatologie pohybového aparátu i péči elektivní-ortopedickou, která zahrnuje prakticky celé spektrum současné ortopedie: nejčastěji náhrady velkých končetinových kloubů, artroskopie, osteotomie, chirurgie ruky a zápěstí, septické výkony a klasické ortopedické výkony. Operační léčba některých vrozených vad pohybového aparátu a primárních zhoubných kostních nádorů se zde neprovádí. Pro operační výkony ortopedické oddělení využívá izolované operační sály s nejpřísnějším hygienickým režimem. Oddělení disponuje schválenou kostní bankou. Ambulantní zázemí

je tvořeno ortopedickou, dětskou, septickou, traumatologickou a příjmovou ambulancí. Celé oddělení je organizačně členěno do 4 provozních úseků: lůžková stanice septická (s možností zřízení izolace), lůžková stanice aseptická (ženy), lůžková stanice aseptická (muži), odborné poradny a ambulance. Dohromady má ortopedické oddělení k dispozici 60 lůžek. Lůžková část zajišťuje diagnostiku, léčbu a komplexní ošetrovatelskou péči o nemocné, jejichž stav vyžaduje hospitalizaci z důvodu zhoršení celkového zdravotního stavu akutním onemocněním, postupem onemocnění, plánovaného či akutního operačního výkonu, komplexního vyšetření před zahájením léčby, podílí se na zjišťování konsiliárních služeb na jiných odděleních. (51, s. 2-3; 55, s. 13-14)

Oddělení B ve 4. patře je ortopedicko – úrazové oddělení pro ženy. Na oddělení pracuje 8 všeobecných sester a 5 sanitářů. 2. patro pro muže pokrývá 8 všeobecných sester a 5 sanitářů. V 1. patře monobloku se nachází septické oddělení, kde pracuje 7 všeobecných sester a 4 sanitáři. Na standardním oddělení nepracuje žádný ošetrovatel. Na multioborové JIP, která není pouze pro ortopedické pacienty, ale je dohromady pro všechny chirurgické obory, pracuje celkem 27 všeobecných sester, 1 ošetrovatelka a 6 sanitářů. Bohužel v současné době je počet NELZP na ortopedicko – úrazovém oddělení nemocnice Kladno nedostačující a proto nemocnice nabízí volné pozice, jak pro všeobecné sestry, tak i pro ošetrovatele a sanitáře.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Úroveň edukace pacientů je v praxi významným tématem. Pacienti na ortopedickém oddělení jsou hospitalizováni většinou kratší dobu a potřebují mnoho informací. Všeobecná sestra jim je musí umět poskytnout. Jsou důležité pro další léčbu, vývoj onemocnění i následnou a úspěšnou rekonvalescenci. Z vlastních zkušeností vím, že důkladná a pečlivá edukace usnadňuje a urychluje hospitalizaci pacientů.

4.1 Hlavní problém

Hlavním problémem, kterým se zabýváme v práci, je míra znalostí všeobecných sester o edukaci, zároveň nás zajímá spokojenost pacientů a snažíme se zjistit, jaká je realita edukace na ortopedickém oddělení v oblastní a fakultní nemocnici.

4.2 Dílčí problémy

Základem edukace jsou odborné znalosti všeobecných sester pracujících na ortopedickém oddělení. Sestry musejí znát zásady edukačního procesu, jak při edukaci postupovat a umět používat správné pomůcky a edukační materiály. Všeobecná sestra musí umět i chtít pacienty učit a předávat jim informace. Sestry vědí, v kterých oblastech musí pacienta edukovat. Když sestra si není jista tím, co dělá, má možnost se někam podívat? Má k dispozici standardní postup pro edukaci?

Pacienti, kteří jsou hospitalizováni na ortopedickém oddělení, potřebují informace od sestry, aby úspěšně ukončili svou léčbu, tedy svůj pobyt ve zdravotnickém zařízení. Zajímá nás, zda úroveň edukace je rozdílná v oblastní a fakultní nemocnici.

5 CÍL A ÚKOL PRÁCE

5.1 Cíl

Hlavním cílem této diplomové práce je zjistit, jak probíhá edukace na ortopedii.

5.2 Dílčí cíle

Zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o edukaci a jak probíhá edukace pacientů na jejich oddělení.

Zjistit, jak pacienti získávají informace a zda jich mají dostatek.

5.3 Hypotézy

H1: Předpokládám, že všeobecné sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním v ošetrovatelství prokáží lepší znalosti v oblasti edukace, než sestry se středoškolským vzděláním.

H2: Předpokládám, že všeobecné sestry, které prokáží teoretické znalosti v oblasti edukace, přistupují k edukaci aktivněji, než sestry, které teoretické znalosti nemají.

H3: Předpokládám, že všeobecné sestry, které mají k dispozici edukační standard, přistupují k edukaci aktivněji, než sestry, které standard k dispozici nemají.

H4: Předpokládám, že pacienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení, kterým je poskytován kromě slovní edukace i písemný edukační materiál, jsou s edukací spokojenější.

H5: Předpokládám, že pacienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení nejčastěji vyžadují informace týkající se oblasti pohybového režimu.

6 METODIKA

K dosažení výsledků výzkumného šetření byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Anonymní dotazníky byly vytvořeny podle stanoveného cíle a hypotéz a jejich samotné sestavování vycházelo z teoretické části diplomové práce. Tyto originální dotazníky byly směřovány oběma výzkumným vzorkům, jak všeobecným sestřím, tak i pacientům ve vybraných nemocnicích. V oblastní i fakultní nemocnici byl výzkum proveden z eticko-právního hlediska a s řádným souhlasem hlavní sestry v Oblastní nemocnici Kladno, a.s., nemocnici Středočeského kraje a manažerky pro vzdělávání a výuku nelékařských zdravotnických pracovníků ve FN Plzeň.

Byla provedena pilotní studie, kterou jsme si ověřili postupy a techniku, které jsme v samotné realizaci výzkumu použili. Pilotní studie se zúčastnili čtyři sestry a čtyři pacienti na ortopedicko – úrazovém oddělení Nemocnice Kladno. Sestry i pacienti dotazníkům porozuměli, dotazníky se ukázaly jako funkční, proto už nebyly upravovány.

6.1 Realizace výzkumného šetření

Výzkumu se zúčastnili všeobecné sestry a pacienti z obou vybraných nemocnic. V úvodu obou dotazníků byli sestry i pacienti seznámeni s účelem a cílem dotazníku. Obě výzkumné skupiny byly upozorněny na to, že dotazník je anonymní a získané údaje budou použity pouze pro zpracování diplomové práce.

Dotazník určený pro všeobecné sestry byl použit v Kladně i Plzni stejný. Všeobecné sestry odpovídaly na 27 otázek, z toho nejvíce je otázek uzavřených (20), kdy si vybíraly vhodnou odpověď z nabízených variant. Otevřená otázka je v dotazníku pro sestry pouze jedna, v otázce č. 18 zcela záleželo na sestře, jaká bude její odpověď. Polouzavřené otázky, kdy je v kombinaci otevřená s uzavřenou a uvádí se varianta „jiné“ byly v dotazníku použity celkem šestkrát.

První část otázek je zaměřena na zjištění identifikačních údajů. Zajímá nás nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe (otázky č. 1 a 2). Dalších 8 otázek je zaměřených na ověření teoretických znalostí v oblasti edukace (3. až 10. otázka). Dále zjišťujeme, zda mají všeobecné sestry dostatek odborných informací, kde tyto informace získaly a jak často pacienta edukují nejen ony samy, ale také jejich kolegyně (11. až 14. otázka). Otázkou č. 15 až 20 zjišťujeme, jaká je opravdová realita na odděleních a zda mají sestry k dispozici nějaké edukační pomůcky či materiály. V otázce č. 21 až 23 se zajímáme o oblasti, v kterých je pacient na ortopedickém oddělení edukován. Otázka 24, 25 a 26

zjišťuje, zda je na oddělení k dispozici edukační standard, jestli je pro sestry využitelným zdrojem informací a zda mají zájem o nové informace. V poslední otázce nás zajímá, zda všeobecné sestry považují edukaci pacienta za důležitou (viz příloha č. 1).

Dotazník určený pro pacienty byl také použit v Kladně i Plzni stejný. Respondenti byli v úvodu dotazníku navíc seznámeni s termínem edukace, neboť jsem předpokládala, že ne každý laik ho zná. Dotazník sestává z 21 otázek, kde nejvíce je uzavřených otázek (13), otevřené jsou pouze 2 a polouzavřených s variantou „jiné“ je 6.

V úvodní části otázek nás zajímá pohlaví respondentů a věk. Otázkami 3 až 8 zjišťujeme, kdo respondentům poskytuje informace, zda jich mají dostatek od všeobecné sestry a zda jim rozumí. Dalšími otázkami se ptáme na to, zda sestra používá k edukaci nějaké pomůcky, nebo zda jsou na oddělení k dispozici edukační materiály (9. až 13. otázka). V otázce č. 14 až 17 se také zajímáme o oblasti, v kterých je pacient sestrou edukován, podobně jako v dotazníku pro všeobecné sestry, tím si odpovědi vzájemně ověřuji. V posledních otázkách nás zajímá názor pacientů na sestru jako edukátorku a na edukaci celkově (otázka 18. až 21.).

6.2 Vzorek respondentů

Na základě povolení výzkumného šetření byly dotazníky rozdány v celkovém počtu 160 kusů. Z toho polovina všeobecným sestřám a polovina pacientům. K zajištění co největší validity bylo 40 dotazníků rozdáno sestřám na standardním a JIP ortopedicko – úrazového oddělení ON Kladno. Na stejných pracovištích, ve stejném počtu, byly rozdány i dotazníky mezi pacienty, kteří byli po operačním výkonu nebo dlouhodoběji hospitalizováni. Stejně tak i ve FN Plzeň. 40 kusů pro všeobecné sestry a 40 kusů pro hospitalizované pacienty na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí ve FN Plzeň.

Návratnost z Plzeňské nemocnice u dotazníků pro všeobecné sestry byla 92,5 % (37) z toho použitelných 97,3 % (36). Návratnost u dotazníků pro pacienty byla 97,5 % (39) a použitelnost 94,9 % (37). Návratnost z Kladenské nemocnice u dotazníků pro všeobecné sestry byla 95 % (38) z toho použitelných 92,1 % (35). Návratnost u dotazníků pro pacienty byla 92,5 % (37) a použitelnost 91,9 % (34).

Celkový počet navrácených dotazníků byl 94,4% (151) z celkového počtu 160 kusů. Ze 151 kusů dotazníků bylo plně zodpovězených 94 % (142). Tedy z celkového vzorku bylo 9 dotazníků z výzkumu vyřazeno pro špatné či nedostatečné vyplnění.

7 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

K analýze a statistickému zpracování dat získaných od respondentů byl použit program Microsoft Excel. Výsledky jsou pro lepší přehlednost zpracované do tabulek. Tabulka obsahuje absolutní četnost (dále jen **A**), relativní četnost (dále jen **%**) a četnost celkovou. Hodnoty relativní četnosti jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

7.1 Analýza dotazníkového šetření

7.1.1 Dotazník pro všeobecné sestry

Vyhodnocení otázky č. 1 Uved'te prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetrovatelství?

Tabulka 1 Vzdělání

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Středoškolské	18	50,00	18	51,43	36	50,70
Vyšší odborné	5	13,89	9	25,71	14	19,72
Vysokoškolské - bakalářské	13	36,11	7	20,00	20	28,17
Vysokoškolské - magisterské	0	0	1	2,86	1	1,41
Celkem	36	100	35	100	71	100

Soubor respondentů byl tvořen 71 (100%) všeobecných sester. V Plzni bylo nejvíce zastoupeno středoškolské vzdělání z 50,00%, v Kladně také a to v 50,70%. V Plzeňské nemocnici bylo 13,89% s vyšším odborným a 36,11% s vysokoškolským bakalářským vzděláním. V Kladenské nemocnici bylo 19,72% sester s vyšším odborným vzděláním, 38,17% s vysokoškolským bakalářským vzděláním a 1 respondent (1,41%) s vysokoškolským magisterským vzděláním.

Tabulka 2 Vysokoškolské, vyšší odborné a středoškolské

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Středoškolské	18	50,00	18	51,43	36	50,70
Vysokoškolské a vyšší odborné	18	50,00	17	48,57	35	49,23
Celkem	36	100	35	100	71	28,17

Do této tabulky jsou zpracovány údaje o zastoupení respondentů se středoškolským vzděláním a se vzděláním vysokoškolským a vyšším odborným je společné. Pouze pro lepší přehlednost k vyhodnocení hypotézy H1. Ve FN Plzeň bylo zastoupení sester s vysokoškolským a vyšším odborným 50,00% a v ON Kladno 49, 23%.

Vyhodnocení otázky č. 2 Délka praxe?

Tabulka 3 Délka praxe

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Do 1 roku	1	2,78	1	2,86	2	2,82
1 - 5 let	9	25,00	4	11,43	13	18,31
6 - 10 let	5	13,89	8	22,86	13	18,31
11 - 15 let	4	11,11	7	20,00	11	15,49
16 - 20 let	10	27,78	6	17,14	16	22,54
21 a více let	7	19,44	9	25,71	16	22,54
Celkem	36	100	35	100	71	100

Identifikační otázky týkající se délky praxe. Nejvíce všeobecných sester v Plzni pracuje 16 – 20 let, a to 27,78%, následuje 1 - 5 let 25,00% a pouze 1 respondent (2,78%) má praxi kratší než 1 rok. V Kladně je nejčastější délka praxe 21 a více let v zastoupení 25,71%, následuje 6 – 10 let 22,86%. 2 (2,82) respondenti mají délku praxe do 1 roku.

Otázka 3 – 10: Prezentace a interpretace otázek ze znalostí z teorie edukace pro vyhodnocení H1.

Teoretické znalosti v oblasti edukace byly prověřovány v 8 otázkách.

otázka č. 3 Co vyjadřuje pojem edukace?

otázka č. 4 Při správné edukaci klademe zvýšený důraz zejména na:

otázka č. 5 Jak podle Vás vypadá správný postup edukačního procesu?

otázka č. 6 Kolika procenty se verbální komunikace podílí na účinku celkové komunikace?

otázka č. 7 Co je na začátku edukace nejdůležitější?

otázka č. 8 Je edukace součástí ošetrovatelského procesu?

otázka č. 9 Myslíte si, že provádět edukaci při výkonu praxe je povinností všeobecné sestry?

otázka č. 10 Edukační proces je v klinické ošetrovatelské praxi:

Za správnou odpověď jsme udělili 1 bod, za nesprávnou 0 bodů. Za správné zodpovězení všech otázek bylo tedy možné získat maximálně 8 bodů. Jednotlivé dotazníky jsme obodovali. Středoškolské vzdělání zůstalo samostatné v jedné kategorii a vzdělání vyšší odborné, vysokoškolské bakalářské i magisterské jsme spojili do druhé společné kategorie. V jednotlivých kategoriích jsme vypočítali aritmetický průměr.

Tabulka 4 Průměr získaných bodů

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	body	A	body	A	body
Středoškolské	18	6,00	18	5,78	36	5,89
Vysokoškolské a vyšší odborné	18	6,83	17	6,65	35	6,74
Celkem	36	6,42	35	6,22	71	6,32

Středoškolsky vzdělané všeobecné sestry v Plzni získaly průměrně 6,00 bodu, v Kladně 5,78 bodu. Ve druhé skupině, kde byly zahrnuty sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, získaly v Plzni průměrně 6,83 bodu a v Kladně 6,74 bodu. Aritmetický průměr všech výsledků teoretických otázek v dotazníku je v Plzni 6,42 bodu z celkového počtu 231 získaných bodů a v Kladně 6,22 bodu z celkového počtu získaných 217 bodů.

Průměrný výsledek všech sester, které byly zapojeny do celého výzkumu, je 6,32 bodu z celkového počtu získaných 448 bodů.

Tabulka 5 Průměr bodů získaný v kategorii středoškolské vzdělání

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
8 bodů	0	0	0	0	0	0
7 bodů	7	38,89	6	33,33	13	36,11
6 bodů	6	33,33	5	27,78	11	30,56
5 bodů	3	16,67	4	22,22	7	19,44
4 bodů	2	11,11	3	16,67	5	13,89
Celkem	18	100	18	100	36	100

Tato tabulka zobrazuje bodové hodnocení a četnost jednotlivých bodů v obou nemocnicích u sester, které mají středoškolské vzdělání. V tabulce jsou zahrnuty pouze body, které sestry získaly. Méně jak 4 body nezískal žádný respondent. Nejčastěji sestry získaly 7 bodů a to v Plzni 38,80% a v Kladně 33,33%. 6 bodů získalo celkem 30,56% středoškolsky vzdělaných sester. Plný počet bodů, tedy 8, nezískala žádná středoškolsky vzdělaná všeobecná sestra.

Tabulka 6 Průměr bodů získaný v kategorii vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
8 bodů	4	22,22	6	35,29	10	27,78
7 bodů	7	38,89	3	17,65	10	27,78
6 bodů	7	38,89	5	29,41	13	36,11
5 bodů	0	0	2	11,76	2	5,56
4 bodů	0	0	1	5,88	1	2,78
Celkem	18	100	17	100	36	100

V kategorii vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání nebyl také hodnocen žádný dotazník méně než 4 body. Celkově sestry nejčastěji získaly 6 bodů a to v 36,11%. 8 a 7 bodů získalo 10 všeobecných sester. V Plzeňské nemocnici žádná sestra nezískala 5 nebo 4 body. V Kladenské nemocnici 2 (5,56%) sestry získaly 5 bodů a 1 (2,78%) sestra získala 4 body.

Vyhodnocení otázky č. 11 Máte o teorii edukace dostatek odborných informací?

Tabulka 7 Odborné informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	10	27,78	5	14,29	15	21,13
Spíše ano	23	63,89	25	71,43	48	67,61
Spíše ne	3	8,33	5	14,29	8	11,27
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Otázka zjišťující, zda mají sestry dostatek odborných informací o teorii edukace. 63,89% respondentů v Plzni označilo jako svou odpověď: spíše ano. V Kladně spíše ano označilo 71,43% všech respondentů. 8 respondentů z celkového vzorku všeobecných sester označilo odpověď: spíše ne. Žádný z respondentů nevyužil možnost odpovědi: ne.

Vyhodnocení otázky č. 12 Pokud ano, kde jste tyto odborné informace získal/a? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 8 Kde odborné znalosti všeobecná sestra získala

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Odborná literatura	13	18,57	4	8,00	17	14,17
Semináře, konference	24	34,29	21	42,00	45	37,50
Studium ve škole	20	28,57	18	36,00	38	31,67
Internet	6	8,57	4	8,00	10	8,33
Samostudia	6	8,57	2	4,00	8	6,67
Jiné	1	1,43	1	2,00	2	1,67
Celkem	70	100	50	100	120	100

V předchozí otázce odpovědělo 33 sester v Plzni a 30 sester v Kladně, že o teorii edukace mají dostatek odborných informací. Zde byla možnost označení více odpovědí, proto je celková četnost v Plzni 70 a v Kladně 50. Nejvíce informací týkající se teorie edukace získá sestra na seminářích a konferencích v Plzni 34,29% a v Kladně 42,00%. Následuje studium ve škole a to v 28,57% v Plzni a ve 36,00% v Kladně. Nejméně

informací sestra získá na internetu a samostudiem. Celkem 2 respondentky zvolily možnost odpovědi: jiné.

Vyhodnocení otázky č. 13 Jak často edukujete pacienty?

Tabulka 9 Aktivita všeobecné sestry v edukaci

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Vždy	30	83,33	23	65,71	53	74,65
Často	6	16,67	12	34,29	18	25,35
Málokdy	0	0	0	0	0	0
Nikdy	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Na otázku, jak sestry často edukují pacienty, odpovědělo 74,65% vždy a 35,35% často. Odpověď: málokdy a nikdy ne zvolila žádná všeobecná sestra.

Aktivita sester v edukaci, které mají k dispozici ošetrovatelský standard na provádění edukace je hodnocena pouze od plzeňských respondentů (viz otázka č. 24). Aktivita sester v edukaci, které nemají k dispozici ošetrovatelský standard na provádění edukace je hodnocena pouze od kladenských respondentů (viz otázka č. 24). Proto další tabulka pro vyhodnocení H3 není třeba, postačí tabulka č. 9.

Tabulka 10 Aktivita sestry v závislosti na teoretických znalostech I

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	body	A	body	A	body
Vždy	30	6,40	23	6,57	53	6,49
Často	6	6,50	12	5,00	18	5,75
Celkem	36	6,45	35	5,79	71	6,12

Při zpracování závislosti teoretických znalostí na pozdějším přístupu k edukaci jsem si respondenty rozdělila do dvou skupin, podle toho, zda sestra edukuje vždy či často. Možnost odpovědi: málokdy a nikdy ne zvolila žádná ze sester. Tedy 2 skupiny v každé z nemocnic. První kategorie ve FN Plzeň, kdy sestry odpověděly, že edukují vždy, obsahovala 30 respondentů a jejich průměr získaných bodů za teoretické otázky byl 6,40 bodu. V druhé kategorii, kde byly sestry, které odpověděli: často (6), byl aritmetický průměr 6,50 bodu. Též stejným způsobem jsem vyhodnotila sestry v Kladně. V první

kategorii s odpovědí vždy, tedy 23 sester, měly průměrný počet bodů 6,57. Sestry, které v Kladně edukují často (12), získaly průměrný počet bodů 5,00.

Vyhodnocení otázky č. 14 Jak často edukují pacienty vaše kolegyně?

Tabulka 11 Aktivita kolegyně v edukaci

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Vždy	24	66,67	15	42,86	39	54,93
Často	8	22,22	16	45,71	24	33,80
Málokdy	0	0	4	11,43	4	5,63
Nikdy	0	0	0	0	0	0
Nevím	4	11,11	0	0	4	5,63
Celkem	36	100	35	100	71	100

Respondenti z Plzně odpovídali, že jejich kolegyně edukují vždy v 66,67%, často ve 22,22% a 4 respondentky neví, jak edukují jejich kolegyně. V Kladenské nemocnici 42,86% kolegyň edukuje vždy, často 45,71% a málokdy 11,43%. Pro vyhodnocení H3 nám opět postačí tato tabulka.

Vyhodnocení otázky č. 15 Při edukaci pacienta jste:

Tabulka 12 Sestra při edukaci

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Většinou aktivní, edukaci nabízím	34	94,44	30	85,71	64	90,14
Čekám, až se pacient zeptá	2	5,56	5	14,29	7	9,86
Čekám, až edukaci nařídí lékař nebo nadřízená	0	0	0	0	0	0
Edukaci se vyhýbám	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Při edukaci je sestra většinou aktivní a edukaci nabízí v 90,14%. V 9,86% sestra čeká, až se pacient zeptá. V Plzni 2 sestry a 7 sester v Kladně čekají, až se pacient zeptá. Pro vyhodnocení H3 nám opět postačí tato tabulka a vyhodnocení ve FN Plzeň a v ON Kladno.

Tabulka 13 Aktivita sestry v závislosti na teoretických znalostech II

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	body	A	body	A	body
Většinou aktivní, edukaci nabízím	34	6,56	30	6,50	64	6,53
Čekám, až se pacient zeptá	2	4,00	5	4,40	7	4,20

Při zpracování závislosti teoretických znalostí na pozdějším přístupu k edukaci jsem si respondenty rozdělila opět do dvou skupin, podle toho, zda je sestra aktivní, edukaci nabízí nebo čeká, až se jí pacient zeptá. Možnost odpovědi: čekám, až edukaci nařídí lékař nebo nadřízená, nebo možnost: edukaci se vyhýbám, ne zvolila žádná ze sester. V první kategorii ve FN Plzeň, kdy sestry odpověděly, že jsou většinou aktivní, edukaci nabízejí, bylo 34 sester s průměrným počtem bodů 6,56. Sestry (2), které čekají, až se jich pacient zeptá, dosáhly průměrného počtu 4,00 bodu. V Kladně, sestry, které jsou většinou aktivní a edukaci nabízejí, dosáhly 6,50 bodu a ty, které čekají, až se jich pacient zeptá, získaly 4,40 bodu.

Vyhodnocení otázky č. 16 Kdo podle Vás na ortopedickém oddělení nejčastěji edukaci provádí?

Tabulka 14 Nejčastěji edukuje na ortopedickém oddělení

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Sestra	31	86,11	25	71,43	56	78,87
Lékař	0	0	0	0	0	0
Sestra a lékař stejnou měrou	5	13,89	10	28,57	15	21,13
Nutriční terapeut	0	0	0	0	0	0
Fyzioterapeut	0	0	0	0	0	0
Jiný člen ošetrovatelského týmu:	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Podle plzeňských sester edukaci nejčastěji provádí sestra v 86,11% a sestra a lékař stejnou měrou podle 13,89%. V Kladně provádí edukaci nejčastěji sestra z 78,87% a sestra s lékařem stejnou měrou v 21,13%. Žádný respondent nevyužil další nabízené odpovědi.

Vyhodnocení otázky č. 17 Máte na Vašem oddělení dostatek pomůcek pro edukaci pacientů?

Tabulka 15 Pomůcky

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	15	41,67	4	11,43	19	26,76
Spíše ano	15	41,67	14	40,00	29	40,85
Spíše ne	6	16,67	11	31,43	17	23,94
Ne	0	0	6	17,14	6	8,45
Celkem	37	100	34	100	71	100

V této otázce respondenti odpovídali na otázku, zda mají na svém oddělení dostatek pomůcek pro edukaci. 41,67% respondentů v Plzni odpovědělo: ano a spíše ano. 16,67% odpovědělo: spíše ne. V Kladenské nemocnici odpovědělo 40,85% spíše ano a 26,76% ano. 11 respondentů v Kladně odpovědělo: spíše ne a 6 respondentů v Kladně nemá k dispozici pomůcky k edukaci.

Vyhodnocení otázky č. 18 Jaké pomůcky k edukaci máte na oddělení k dispozici?

Tabulka 16 Pomůcky k dispozici na oddělení

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Informační letáky	24	53,33	8	42,11	32	50,00
Tužka, papír	3	6,67	4	21,05	7	10,94
Názorné pomůcky	2	4,44	0	0	2	3,13
Modely (např. kloubu)	1	2,22	0	0	1	1,56
Materiály na intranetu	15	33,33	0	0	15	23,44
Obrázky	0	0	7	36,84	7	10,94
Celkem	45	100	19	100	64	100

Tato otázka je jedinou otevřenou v celém dotazníku pro všeobecné sestry. Záleželo pouze na sestře, jakou zvolí odpověď. Zde jsou vypsány všechny možné odpovědi. Nejčastějšími pomůckami jsou v Plzni informační letáky v 53,33% v Kladně 42,11%. Tužku a papír má k dispozici 6,67% v Plzni a 21,05% v Kladně. Plzeňské sestry mají navíc k dispozici názorné pomůcky, modely (např. kloubu), a 15 respondentů odpovědělo, že

mají k dispozici různé materiály na intranetu. V Kladně mají sestry k dispozici obrázky v 36,84%.

Vyhodnocení otázky č. 19 Jakou pomůcku při edukaci nejčastěji používáte? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 17 Používané pomůcky

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Brožury, letáky	36	87,81	13	52,00	49	74,24
Videozáznam	0	0	0	0	0	0
Kniha, časopis	2	4,89	3	12,00	5	7,58
Internet	0	0	3	12,00	3	4,55
Jiné:	3	7,32	6	24,00	9	13,64
Celkem	41	100	25	100	66	100

Otázka s možností označení více odpovědí, proto vypočítáváno s jiné celkové četnosti. Všech 36 respondentů v Plzni označili možnost odpovědí: brožury, letáky. 4,89% zvolili odpověď: kniha, časopis a 7,32% zvolili odpověď: jiné. V Kladenské nemocnici 52,00% sester nejčastěji používá brožury, letáky, 12,00% knihy, časopisy a internet. 24,00% respondentů v Kladně zvolilo možnost odpovědi: jiné.

Vyhodnocení otázky č. 20 Jakou využíváte metodu edukace? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 18 Metoda edukace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Slovní	36	42,35	32	51,61	68	46,26
Písemná	3	3,53	8	12,91	11	7,48
Ukázka	26	30,59	12	19,35	38	25,85
Nácvik	20	23,53	10	16,13	30	20,41
Jiné:	0	0	0	0	0	0
Celkem	85	100	62	100	147	100

Opět otázka s možností označení více odpovědí. Nejčastěji volená odpověď mezi sestrami byla ze 46,26% odpověď: slovní. Následuje odpověď: ukázka z 25,85% a poté nácvik z 20,41%. Odpověď: jiné, ne zvolil nikdo z respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 21 Provádíte zápis o edukaci do zdravotnické dokumentace?

Tabulka 19 Zápis o edukaci

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	33	91,67	31	88,57	64	90,14
Někdy	2	5,56	4	11,43	6	8,45
Ne	1	2,78	0	0	1	1,41
Celkem	36	100	35	100	71	100

Otázka týkající se zápisu edukace do zdravotnické dokumentace. 90,14% všech sester odpovědělo kladně. Zápis někdy provádí 8,45% všech sester. V Plzni 1 (2,78%) respondent zápis o edukaci do zdravotnické dokumentace neprovádí.

Vyhodnocení otázky č. 22 Edukaci ortopedických pacientů nejčastěji provádíte na téma? (můžete označit maximálně 3 odpovědi)

Tabulka 20 Téma edukace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ovlivnění bolesti	23	21,30	20	19,05	43	20,19
Dietní režim, výživa, hydratace	5	4,63	5	4,76	10	4,69
Nevolnost, zvracení	1	0,93	0	0	1	0,47
Hygiena	2	1,85	4	3,81	6	2,82
Riziko infekce	6	5,56	2	1,90	8	3,76
Vyprazdňování	2	1,85	0	0	2	0,94
Rehabilitace	13	12,04	5	4,76	18	8,45
Pohybový režim, polohování	26	24,07	26	24,76	52	24,41
Vstávání z lůžka	4	3,70	7	6,67	11	5,16
Ortopedické pomůcky (ortéza, korzet, hole...)	16	14,81	16	15,24	32	15,02
Péče o ránu, jizvu	1	0,93	1	0,95	2	0,94
Režim oddělení	6	5,56	13	12,38	19	8,92
Převazy	0	0	0	0	0	0
Užívání léků	3	2,78	4	3,81	7	3,29
Jiné:	0	0	2	1,90	2	0,94
Celkem	108	100	105	100	213	100

Otázka týkající se edukace v určitých oblastech. Sestra mohla označit maximálně 3 nejčastější oblasti, v kterých pacienta edukuje. Všechny respondenti využili možnosti a všichni označili tři odpovědi. Proto je celková četnost v Plzni 108, protože je celkem 36 sester a každá vybrala 3 možné odpovědi. V Kladně 105, protože sester je 35 a každá má možnost výběrů 3 oblastí. Nejčastěji sestry edukují pacienta na téma pohybový režim, polohování v 24,41%. Následuje odpověď: ovlivnění bolesti, tu zvolilo 20,19% všech respondentů. Třetí nejčastější oblastí edukace pacienta sestrou je edukace na téma: ortopedické pomůcky (ortéza, korzet, hole...), tu zvolilo 15,02% všech všeobecných sester. Pouze nabízenou odpověď: převazy, nezvolil nikdo z respondentů.

Tato otázka byla použita i v dotazníku pro pacienty (viz otázka č. 14).

Vyhodnocení otázky č. 23 Pacienti nejčastěji vyžadují informace z oblasti:

Tabulka 21 Nejčastější informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Užívání léků	5	13,89	7	20,00	12	16,90
Hygiena	0	0	1	2,86	1	1,41
Pohybový režim, polohování	29	80,56	25	71,43	54	76,06
Režim oddělení	0	0	2	5,71	2	2,82
Jiné:	2	5,56	0	0	2	2,82
Celkem	36	100	35	100	71	100

Sestry odpovídaly na otázku, jaké informace pacienti nejčastěji vyžadují. Podle 80,56% plzeňských sester jsou to informace týkající se oblasti pohybového režimu, polohování. Kladenské sestry 76,06% udávají, že pacient nejčastěji vyžaduje také informace týkající se pohybového režimu, polohování. Následují informace o užívání léků v 16,90% z celkového vzorku. Nižší procenta uvádějí, že pacienti vyžadují informace týkající se hygieny a také režimu oddělení. 5,56% plzeňských sester zvolilo možnost odpovědi: jiné.

V dotazníku pro pacienty byla použita otázka: Pro mě jsou nejdůležitější informace týkající se. Výběr odpovědí byl totožný s výběrem odpovědí u této otázky v sesterském dotazníku. Za nejdůležitější informace považují pacienti v Plzni i Kladně ty, které se týkají pohybového režimu a to více jak polovina, 70,27% v Plzni a 64,71% v Kladně. V pořadí druhé nejdůležitější informace jsou ty, které se týkají užívání léků (viz otázka č. 15)

Vyhodnocení otázky č. 24 Existuje ve vašem pracovišti ošetrovatelský standard na provádění edukace?

Tabulka 22 Edukační standard

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	36	100	0	0	36	50,70
Ne	0	0	35	100	35	49,30
Nevím	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

V Plzni je ošetrovatelský standard na provádění edukace a ví o něm 100% sester. V Kladně ošetrovatelský standard na provádění edukace k dispozici není a vědí to všechny sestry.

Vyhodnocení otázky č. 25 Pokud ano, je pro Vás využívaným zdrojem informací, které k edukaci potřebujete?

Tabulka 23 Využívaný zdroj informací

	FN Plzeň	
	A	%
Ano	12	33,33
Spíše ano	18	50,00
Spíše ne	6	16,67
Ne	0	0
Celkem	36	100

Na tuto otázku odpovídaly pouze sestry, které mají k dispozici ošetrovatelský standard na provádění edukace, jsou to tedy sestry pouze z Plzně 50,70% z celkového vzorku všeobecných sester. Pro 33,33% sester z Plzně je standard využívaným zdrojem informací. Odpověď: spíše ano zvolilo 50,00% respondentů. K odpovědi: spíše ne, se přiklonilo 16,67% sester, které mají ošetrovatelský standard k dispozici.

Vyhodnocení otázky č. 26 Máte zájem o nové informace, které byste mohl/a využít při edukaci pacienta?

Tabulka 24 Nové informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	16	44,44	18	51,43	34	47,89
Spíše ano	17	47,22	13	37,14	30	42,25
Spíše ne	3	8,33	4	11,43	7	9,86
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Respondenti odpovídali na otázku, zda mají zájem o nové informace, které by využili při edukaci pacienta. 44,44% sester z Plzeňské nemocnice odpověděly, že by zájem o nové informace měly, v Kladně, tak odpovědělo 51,43% sester. 8,33% sester v Plzni a 9,86% sester v Kladně zvolilo odpověď: spíše ne.

Vyhodnocení otázky č. 27 Považujete edukaci pacienta za důležitou?

Tabulka 25 Důležitost edukace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	29	80,56	27	77,14	56	78,87
Spíše ano	7	19,44	8	22,86	15	21,13
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	36	100	35	100	71	100

Na otázku, zda všeobecné sestry považují edukaci pacienta za důležitou, odpovědělo 80,56% z Plzně a 78,87% z Kladna ano. 19,44% respondentů z Plzeňské nemocnice a 21,13% z Kladenské nemocnice zvolilo odpověď: spíše ano. Žádný z respondentů nezvolil možnost odpovědi spíše ne a ne.

7.1.2 Dotazník pro pacienty

Vyhodnocení otázky č. 1 Vaše pohlaví?

Tabulka 26 Pohlaví

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Žena	20	54,05	20	58,82	40	56,34
Muž	17	45,95	14	41,18	31	43,66
Celkem	37	100	34	100	71	100

Tato otázka byla položena pouze orientačně. Na KOTPÚ ve FN bylo hospitalizováno 54,05% žen a 45,95% mužů. V nemocnici Kladno 58,82% žen a 41,18% mužů.

Vyhodnocení otázky č. 2 Váš věk?

Tabulka 27 Věk

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
18 - 30 let	2	5,41	6	17,65	8	11,27
31 - 50 let	6	16,22	8	23,53	14	19,72
51 - 70 let	22	59,46	18	52,94	40	56,34
71 let a více	7	18,92	2	5,88	9	12,68
Celkem	37	100	34	100	71	100

Identifikační otázka týkající se věkového zastoupení respondentů. Největší zastoupení bylo ve FN Plzeň ve věku 51- 70 let 59,46% a v Kladně 52,94%. Kategorie 71 let a více v Plzni 18,92% a v Kladně 5,88%. V Kladně bylo větší zastoupení věkové kategorie 18-30 let 17,65% než v Plzni 5,41%. Zbývá kategorie 31-50 let je v podobném zastoupení.

Vyhodnocení otázky č. 3 Kdo Vám poskytl nejvíce informací, které jste potřeboval/a vědět?

Tabulka 28 Kdo poskytuje informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Lékař	21	56,76	21	61,76	42	59,15
Sestra	15	40,54	13	38,24	28	39,44
Pomocný personál (ošetřovatel/ka, sanitář/ka)	0	0	0	0	0	0
Jiný pacient	1	2,7	0	0	1	1,41
Někdo jiný, kdo?	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Na otázku, kdo respondentům podává nejvíce informací, odpověděly stejné počty respondentů v obou nemocnicích, avšak v Kladně je to 61,76% a v Plzni 56,76%. Možnost zvolit odpověď: sestra, zvolilo v Plzni 40,54% a v Kladně 38,24%. 2,7% v Plzni označilo odpověď: jiný pacient.

Vyhodnocení otázky č. 4 Máte od zdravotnického personálu dostatek informací týkající se Vaší hospitalizace?

Tabulka 29 Dostatek informací

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	23	62,16	20	58,82	43	60,56
Spíše ano	10	27,03	12	35,29	22	30,99
Spíše ne	4	10,81	2	5,88	6	8,45
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

V Plzni má dostatek informací od zdravotnického personálu 62,16% a v Kladně 58,82%. Odpověď: spíše ano zvolilo 27,03% v Plzni a 35,29% v Kladně. V Plzni 10,81% a v Kladně 5,88% respondentů zvolilo jako svou odpověď: spíše ne.

Vyhodnocení otázky č. 5 Dostáváte od sestry dostatek informací, které se týkají jednotlivých výkonů?

Tabulka 30 Informace o výkonu

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	24	64,86	22	64,71	46	64,79
Spíše ano	11	29,73	10	29,41	21	29,58
Spíše ne	1	2,70	2	5,88	3	4,23
Ne	1	2,70	0	0	1	1,41
Celkem	37	100	34	100	71	100

V Plzni odpovědělo 64,86% a v Kladně 64,71% že má dostatek informací, týkajících se jednotlivých výkonů. Spíše ano odpovědělo v Plzni 29,73%, v Kladenské nemocnici 29,41%. Počet odpovědí byl stejný v obou nemocnicích. 2,7% respondentů z Plzně označilo odpověď: spíše ne a ne. V Kladně 5,88% označilo odpověď: spíše ne.

Vyhodnocení otázky č. 6 Informace a poučení Vám sestra poskytuje:

Tabulka 31 Informace a poučení

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Pouze při příjmu na oddělení	3	8,11	7	20,59	10	14,08
Průběžně, např. před každým výkonem (operace, aplikace injekce, podání léků, vyšetření)	33	89,19	27	79,41	60	84,51
Neposkytuje vůbec	1	2,70	0	0	1	1,41
Celkem	37	100	34	100	71	100

Otázku, zda informace a poučení poskytuje sestra průběžně, např. před každým výkonem (operace, aplikace injekce, podání léků, vyšetření), označilo 89,19% respondentů v Plzni a 79,41% v Kladně. Sestra poskytuje informace, pouze při příjmu na oddělení u 20,59% všech dotazovaných v Kladenské nemocnici a 8,11% v Plzeňské. Sestra neposkytuje informace vůbec 2,7% dotazovaných v Plzni

Vyhodnocení otázky č. 7 Informace a poučení, které Vám sestra poskytuje:

Tabulka 32 Poskytnuté informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Jsou jasné a srozumitelné	33	89,19	26	76,47	59	83,10
Jsou někdy nejasné a nesrozumitelné	4	10,81	8	23,53	12	16,90
Jsou vždy nejasné a nesrozumitelné	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Pro 89,19% respondentů v Plzni a 76,47% v Kladně jsou poskytnuté informace a poučení jasné a srozumitelné. Pro 23,53% v Kladně a 10,81% v Plzni jsou poskytnuté informace někdy nejasné a nesrozumitelné.

Vyhodnocení otázky č. 8 Myslíte si, že poučení pacienta sestrou může významně přispět k celkovému zlepšení Vašeho zdravotního stavu?

Tabulka 33 Poučení může přispět ke zlepšení zdravotního stavu

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	27	72,97	25	73,53	52	73,24
Spíše ano	9	24,32	8	23,53	17	23,94
Spíše ne	1	2,70	1	5,88	2	2,82
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

O tom, že poučení pacienta sestrou může významně přispět k celkovému zlepšení stavu je přesvědčeno 72,97% respondentů v Plzeňské a 73,53 v Kladenské nemocnici. Spíše ano udává 24,32% plzeňských a 23,53% kladenských respondentů. Odpověď: spíše ne, onačilo v Kladně 5,88% a v Plzni 2,70%. Respondenti reagovali na toto otázku opět velmi podobně.

Vyhodnocení otázky č. 9 Jaké pomůcky při edukaci sestry používá? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 34 Pomůcky k edukaci

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Brožury, letáky	6	15,00	2	5,88	8	10,81
Video, film	1	2,50	0	0	1	1,35
Zdravotní pomůcka	14	35,00	4	11,76	18	24,32
Odkaz na internet	1	2,50	0	0	1	1,35
Žádné	18	45,00	28	82,35	46	62,16
Jiné:	0	0	0	0	0	0
Celkem	40	100	34	100	74	100

Zde byla možnost označit více odpovědí, proto je celková četnost odpovědí v Plzni 40 a v Kladně 34. Sestra podle respondentů nejvíce používá při edukaci zdravotní pomůcku a to v 35,00% v Plzni a v 11,76% v Kladně. Sestra k edukaci používá také brožury a letáky v 15,00% v Plzni a v 5,88% v Kladně. U většiny respondentů v Kladně 82,35% sestra žádné pomůcky nepoužívá, v Plzni u 45,00%. Možnost: jiné ne zvolil žádný respondent.

Vyhodnocení otázky č. 10 Jsou na Vašem oddělení k dispozici nějaké informační letáky, brožury či jiné informační materiály, které jsou využitelné přímo pro Vás?

Tabulka 35 Informační letáky

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	21	56,76	6	17,65	27	38,03
Ne	6	16,22	21	61,56	27	38,03
Nezajímá/a jsem se	10	27,03	7	20,59	17	23,94
Celkem	37	100	34	100	71	100

Na tuto otázku odpovědělo 56,76% z Plzně a 17,65% z Kladně tak, že na oddělení mají k dispozici informační letáky, brožury či jiné materiály. Nemá k dispozici 16,22% v Plzni a 61,56% v Kladně. Avšak 27,03% respondentů v Plzni a 20,59% v Kladně se nezajímá, jestli na oddělení nějaké materiály jsou.

Vyhodnocení otázky č. 11 Pokud ano, považujete informace z informačních letáků, brožur a jiných materiálů pro Vás přínosné?

Tabulka 36 Celkový přínos edukačních materiálů

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	15	71,42	5	83,33	20	74,07
Spíše ano	6	28,57	1	16,67	7	25,93
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	21	100	6	100	27	100

Pouze 21 respondentů v Plzni a 6 v Kladně volilo v předchozí otázce odpověď: ano (viz otázka č. 10). Proto absolutní a relativní četnost počítáme z celkové četnosti 21 (100%) v Plzni a 6 (100%) v Kladně. 71,42% v Plzeňské a 83,33% v Kladenské považuje informace z letáků, brožur a jiných materiálů za přínosné. Odpověď: spíše ano zvolilo 28,57% odpovídajících v Plzni a 16,67% odpovídajících na tuto otázku v Kladně.

Vyhodnocení otázky č. 12 Mohl/a jste si informační letáky, brožury či jiné informační materiály ponechat?

Tabulka 37 ponechání si edukačních materiálů

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	12	57,14	4	66,66	16	59,26
Ne	1	4,76	0	0	1	3,70
Jsou pro mě pouze k dispozici a mohu do nich kdykoli nahlédnout	8	38,10	2	33,33	10	37,04
Celkem	21	100	6	100	27	100

Absolutní a relativní četnost počítáme z celkové četnosti 21 (100%) v Plzni a 6 (100%) v Kladně (viz otázka č. 10). V Plzni si informační letáky, brožury či jiné informační materiály mohlo ponechat 57,14 všech respondentů, v Kladně 66,66%. Odpověď: ne označilo 4,76% v Plzni. Informační letáky, brožury či jiné informační materiály jsou k dispozici 38,1% v Plzni a 33,33% v Kladně a mohou do nich kdykoli nahlédnout.

Vyhodnocení otázky č. 13 Považujete informace, které Vám sestra poskytne, za dostačující?

Tabulka 38 Dostačující informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	21	56,76	12	35,29	33	46,48
Spíše ano	15	40,54	20	58,82	35	49,30
Spíše ne	1	2,70	2	5,88	3	4,23
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Na otázku zda pacienti považují poskytnuté informace za dostačující, odpovědělo kladně 56,76% v Plzni, spíše ano 40,54% a 35,29% v Kladně ano a spíše ano 58,82%. Odpověď spíše ne, zvolil pouze 1 (2,70%) respondent z FN Plzeň a 2 (5,88%) respondenti z nemocnice v Kladně.

Tabulka 39 Dostačující informace u pacientů, kterým je k dispozici edukační materiál

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	14	66,67	5	83,33	19	70,37
Spíše ano	7	33,33	1	16,67	8	29,63
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	21	100	6	100	27	100

Pacienti, kterým byl navíc poskytnutý nějaký edukační materiál, odpověděli ano v 66,67% v Plzni a v Kladně 83,33%. Odpověď spíše ano zvolilo 33,33% respondentů v Plzni a 16,67% v Kladně.

Tabulka 40 Dostačující informace u pacientů, kterým není k dispozici edukační materiál

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	8	50,00	7	25,00	15	34,09
Spíše ano	7	43,75	19	67,86	26	59,09
Spíše ne	1	6,25	2	7,14	3	6,82
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	16	100	28	100	44	100

Pacienti, kterým edukační materiál poskytnutý nebyl, zvolili odpověď ano v 50,00% v Plzni, ve 25,00% v Kladně. Spíše ano 43,75% v Plzeňské a 67,86% v Kladenské nemocnici. Informace poskytnuté od všeobecné sestry považuje 1 (6,25%) respondent v Plzni a 2 (7,14%) respondenti v Kladně za spíše nedostačující. Zvolili tedy odpověď spíše ne.

Vyhodnocení otázky č. 14 V jakých oblastech jste byl/a poučen/a? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 41 Poučení v oblasti

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ovlivnění bolesti	28	11,71	23	15,04	51	13,01
Dietní režim, výživa, hydratace	13	5,41	4	2,61	17	4,34
Nevolnost, zvracení	10	4,18	1	0,65	11	2,81
Hygiena	14	5,86	2	1,31	16	4,08
Riziko infekce	10	4,18	1	0,65	11	2,81
Vyprazdňování	13	5,44	6	3,92	19	4,85
Rehabilitace	25	10,46	14	9,15	39	9,95
Pohybový režim, polohování	31	12,97	24	15,69	55	14,03
Vstávání z lůžka	20	8,37	16	10,46	36	9,18
Ortopedické pomůcky (ortéza, korzet, hole...)	16	6,69	13	8,5	29	7,40
Péče o ránu, jizvu	10	4,18	6	3,92	16	4,08
Režim oddělení	18	7,53	20	13,07	38	9,70
Převazy	11	4,6	2	1,31	13	3,32
Užívání léků	18	7,53	15	9,8	33	8,42
Jiné:	2	0,53	6	3,92	8	2,04
Celkem	239	100	153	100	392	100

Opět vypočítáváme z vyšší celkové četnosti, protože pacienti mohli označit více odpovědí. Na otázku v jakých oblastech byli respondenti poučeni, nejčastěji označili pohybový režim, polohování ve 12,97% v Plzni, 15,69% v Kladně. Následovalo poučení v oblasti ovlivnění bolesti, kde bylo edukováno 28 respondentů, to je 11,71% v Plzni a 23 respondentů, to znamená 15,04% v Kladně. Třetím nejčastěji označovanou oblastí byla rehabilitace v 10,46% v Plzni a v Kladně to byla oblast poučení o režimu oddělení a to ve 13,07%. Následující oblasti jsou přehledně vypsány v tabulce.

Vyhodnocení otázky č. 15 Pro mě jsou nejdůležitější informace týkající se:

Tabulka 42 Nejdůležitější informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Užívání léků	9	24,32	12	35,29	21	29,58
Hygieny	0	0	0	0	0	0
Pohybového režimu, polohování	26	70,27	22	64,71	48	67,61
Režim oddělení	2	5,41	0	0	2	2,82
Jiné	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Za nejdůležitější informace považují pacienti v Plzni i Kladně ty, které se týkají pohybového režimu a to více jak polovina, 70,27% v Plzni a 64,71% v Kladně. V pořadí druhé nejdůležitější informace jsou ty, které se týkají užívání léků. V Plzeňské nemocnici 24,32% a v Kladenské 35,29%. Pouze 5,41% označilo v Plzni jako svou odpověď, informace o režimu oddělení.

Vyhodnocení otázky č. 16 Kdo Vám předal informace a poučení o pohybovém režimu? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 43 Kdo předává informace o pohybovém režimu

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Lékař	17	30,91	18	31,58	35	31,25
Sestra	22	40	23	40,35	45	40,18
Někdo jiný, kdo?	16	29,09	16	28,07	32	28,57
Nedostal jsem informace o pohybovém režimu	0	0	0	0	0	0
Celkem	55	100	57	100	112	100

Nejčastěji předává informace o pohybovém režimu sestra ve 40,00% v Plzni a v 40,35% v Kladně. Lékař předává informace ve 30,91% v Plzni a v 31,58% v Kladně. Odpověď: někdo jiný, zvolilo 29,09% v Plzeňské a 28,07% respondentů v Kladenské nemocnici. Pacienti měli možnost označit více odpovědí, proto je zde vyšší celková četnost.

Vyhodnocení otázky č. 17 Považujete informace, které Vám sestra poskytne ohledně pohybového režimu, za dostačující?

Tabulka 44 Informace o pohybovém režimu

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	22	59,46	16	47,06	38	53,52
Spíše ano	12	32,43	10	29,41	22	30,99
Spíše ne	3	8,11	8	23,53	11	15,49
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Informace, které sestra poskytuje pacientovi o pohybovém režimu, vypočítáváme z celkové četnosti, tedy všech zúčastněných respondentů. V nemocnici v Plzni volili respondenti odpověď ano 59,46% a v nemocnici Kladno 47,06%. Odpověď spíše ano, volí 32,43% v Plzni a 29,41% v Kladně. Informace o pohybovém režimu považuje za spíše nedostačující 8,11% v Plzni a 23,53% v Kladně.

Vyhodnocení otázky č. 18 Uvítali byste v kvalitě předávání informací sestrou, nějakou změnu?

Tabulka 45 Změna v kvalitě předávání informací

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Větší ochota sestry	2	12,5	3	23,08	5	17,24
Více aktivní sestra	1	6,25	0	0	1	3,45
Více času na předávání informací	5	31,25	4	30,77	9	31,03
Praktické předvedení	4	25,00	3	23,08	7	24,14
Používat pomůcky	3	18,75	3	23,08	6	20,69
Říkat pravdu pacientovi	1	6,25	0	0	1	3,45
Celkem	16	100	13	100	29	100

Tato otázka byla otevřená. Zde v tabulce jsou vypsány všechny možné změny, které by pacienti v kvalitě předávání informací sestrou uvítali. Nejčastěji se objevovala změna týkající se nedostatku času při předávání informací. Tuto změnu by uvítalo 31,25% odpovídajících v Plzni a 30,77% v Kladně. 25,00% v Plzni a 23,08% v Kladně by uvítalo,

kdyby sestra předané informace prakticky předvedla nebo ukázala. Následovali odpovědi: používat pomůcky při předávání informací, větší ochota a aktivita sestry a 1 (6,25%) respondent v Plzni odpověděl, že by sestra měla vždy říkat pravdu.

Vyhodnocení otázky č. 19 Jsou nějaké informace, které Vám od sestry chyběly, nebo chybí?

Tabulka 46 Chybějící informace

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Informace o podání léků	1	16,67	0	0	1	11,11
Možnost rehabilitace	1	16,67	0	0	1	11,11
Možnost následné léčby - lázně	2	33,33	1	33,33	3	33,33
Možnost rehabilitačních a kompenzačních pomůcek	2	33,33	1	33,33	3	33,33
Informace týkající se přímo mého onemocnění	0	0	1	33,33	1	11,11
Celkem	6	100	3	100	9	100

V odpovídání na tuto otevřenou otázku nebyli pacienti příliš aktivní. 2 (33,33%) respondenti z Plzně a 1 (33,33%) v Kladně odpověděli, že by uvítali informace od sestry o možnosti následné péče, konkrétně možnost lázní. Stejně velký vzorek uvedl, že od sestry chyběli informace týkající se možnosti a nabídky rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Pacientům dále chyběli informace o podávání léků, o možnosti rehabilitace a informace, které se týkají přímo jejich onemocnění.

Vyhodnocení otázky č. 20 Když Vám sestra předávala informace, byla: (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 47 Sestra při předávání informací

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Aktivní	19	35,19	8	19,05	27	28,13
Ochotná	27	50,00	26	61,90	53	55,21
Musel/a jsem se ptát	8	14,81	8	19,05	16	16,67
Nedala mi prostor pro dotazy	0	0	0	0	0	0
Jiné:	0	0	0	0	0	0
Celkem	54	100	42	100	96	100

Opět otázka s možností výběru více odpovědí. Celková četnost tedy v Plzni 54 a v Kladně 42. V otázce jsme zjišťovali, jaká byla sestra při předávání informací. 50,00% odpovídajících v Plzni a 61,90% v Kladně označilo odpověď, že sestra je při předávání informací ochotná. Aktivní sestra byla u 35,19% v Plzeňské a 19,05% v Kladenské nemocnici. 8 respondentů v Plzni (14,81%) i v Kladně (19,05%) se muselo sestry na informace ptát. Tato tabulka také postačí k následnému vyhodnocení H3.

Vyhodnocení otázky č. 21 Celkově jsem byl/a s edukací spokojen/a:

Tabulka 48 Spokojenost s edukací

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	24	64,86	18	52,94	42	59,15
Spíše ano	10	27,03	12	35,29	22	30,99
Spíše ne	3	8,11	4	11,76	7	9,86
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	37	100	34	100	71	100

Celkově s edukací bylo spokojeno 64,86% respondentů v Plzni a 52,94% v Kladně. Odpověď: spíše ano zvolilo 29,73% v Plzni a 35,29% v Kladně. V nemocnici v Plzni bylo 5,41% spíše nespokojeno. V Kladně tomu bylo z 11,76%.

Tabulka 49 Celková spokojenost s edukací u pacientů, kterým byl poskytnutý edukační materiál

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	17	80,95	5	83,33	22	81,48
Spíše ano	4	19,05	1	16,67	5	18,52
Spíše ne	0	0	0	0	0	0
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	21	100	6	100	27	100

Tato tabulka zobrazuje celkovou spokojenost u pacientů, kterým byl k dispozici edukační materiál. V Plzni počítáme z celkové četnosti 21, protože právě 21 respondentů odpovědělo na otázku č. 10 kladně. V Kladně to bylo 6 respondentů. Všichni pacienti zvolili odpověď ano či spíše ano. Nikdo, komu byl poskytnut edukační materiál, nezvolil odpověď: spíše ne či ne.

Tabulka 50 Celková spokojenost s edukací u pacientů, kterým nebyl poskytnutý edukační materiál

	FN Plzeň		ON Kladno		Celkem	
	A	%	A	%	A	%
Ano	7	43,75	13	46,43	20	45,45
Spíše ano	6	37,50	11	39,29	17	38,64
Spíše ne	3	18,75	4	14,29	7	15,91
Ne	0	0	0	0	0	0
Celkem	16	100	28	100	44	100

Tato tabulka zobrazuje celkovou spokojenost u pacientů, kterým nebyl k dispozici edukační materiál. Celkové četnosti jsou opět podle výsledků otázky č. 10, kde respondenti zvolili odpověď: ne, nezajímal/a jsem se. V Plzni 16 a v Kladně 28 respondentů. Pacienti, kteří nedostali edukační materiál, jsou s edukací v Plzni spokojeni z 43,75%, spíše spokojeni z 37,50% a odpověď spíše ne, označilo celkem 18,75% respondentů. Kladenští pacienti, kteří nedostali k dispozici edukační materiál, byli spokojeni ve 46,43%, spíše spokojeni ve 39,29% a 14,29% pacientů, bylo celkově s edukací spíše nespokojeno.

8 DISKUSE

Na počátku výzkumného šetření byl stanoven cíl práce a pět hypotéz, podle kterých byly sestaveny dotazníky. První tři hypotézy byly orientované na všeobecné sestry a dvě zbylé na pacienty. Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak probíhá edukace na ortopedii. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jaké mají všeobecné sestry znalosti o edukaci a jak probíhá edukace pacientů na jejich oddělení. Zajímalo nás, jak pacienti získávají informace a zda jich mají dostatek.

Hypotéza H1; předpokládám, že všeobecné sestry s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním v ošetrovatelství prokážou lepší znalosti v oblasti edukace než sestry se středoškolským vzděláním. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10 v sesterském dotazníku. Kritéria hodnocení těchto otázek jsou uvedena přímo v analýze u otázky 3 až 10. Za výborné by bylo možné považovat získání 8 bodů. Velmi dobré by bylo získání 6 až 7 bodů. Z výsledků bodového ohodnocení vyplývá, že více znalostí o edukaci mají všeobecné sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním než sestry se střední školou. Sestry bakalářky a sestry s vyšším odborným vzděláním v Plzni mají více znalostí o edukaci než stejně vzdělané sestry v Oblastní nemocnici Kladno. V Plzni žádná sestra s vysokoškolským či s vyšším odborným vzděláním nezískala méně než 6 bodů, ale 8,34% respondentek v Kladně získalo pouze 4 nebo 5 bodů. Je nutné připomenout, že v Plzeňské nemocnici bylo více sester bakalářek a to 13, v Kladně jich bylo jen 7 a jedna magistra. Porovnávané vzorky pak vyrovnaly sestry s vyšším odborným vzděláním a to v Plzni 5 a v Kladně 9 sester. Rozdíl je i mezi sestrami se středoškolským vzděláním. Středoškolsky vzdělané sestry v Plzni získaly v průměru 6,00 bodů, sestry v Kladně 5,78 bodu. Nejčastěji chybovaly v otázce č. 6, která zjišťovala, kolika procenty se verbální komunikace podílí na účinku celkové komunikace. V Plzni i v Kladně odpovědělo správně pouze 8 sester, v Kladně tedy 22,85% a v Plzni 22,22%. V literatuře je zmíněno, že pouze 7% informací pochází z toho, co slyšíme, jsou to pouze holá fakta. Právě 60-80% informací sdělujeme řečí těla. Proto je důležité, aby to sestra věděla a uměla se vyznat v řeči těla svého i pacienta a naučila se pracovat se svými neverbálními projevy. Komunikace je celkový proces a mluvíme v ní nejen slovy, ale činy a tělem. (13, s. 18; 28, s. 39-40) Kladenské sestry chybovaly také v otázce č. 3: co vyjadřuje pojem edukace. 20,00% z nich označilo špatnou odpověď: zájem o druhé, v Plzni to bylo 8,33%. V Plzni v otázce č. 10 kromě jedné sestry, odpověděly všechny sestry správně, že edukační proces je v klinické ošetrovatelské praxi součástí

ošetřovatelského procesu. V Kladně se mylně domnívalo celkem 5 sester, že edukační proces je v klinické ošetřovatelské praxi cílem ošetřovatelského procesu. Celkový výsledek znalostí o edukaci bez ohledu na vzdělání je v Plzni 6,42 bodu a v Kladně 6,22. Sestry ve Fakultní nemocnici v Plzni mají lepší znalosti, než sestry v Oblastní nemocnici Kladno. Středoškolsky vzdělané sestry, kterých bylo celkem 36, získaly v průměru 5,89 bodu. Sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním, zastoupené 35 sestrami, získaly 6,74 bodu. Hypotéza H1 se potvrdila.

Můžeme se tedy domnívat, že horších výsledků dosáhly sestry v Kladně, protože nejvíce sester bylo v zastoupení v kategorii 21 a více let praxe. Sester v Plzni bylo nejvíce v kategorii 16 – 20 let a 1 – 5 let praxe. Tyto sestry jsou kratší dobu v praxi, tedy i po ukončení studia a mají tak lepší znalosti. Také vyšší zastoupení je v Plzni v kategorii sester bakalářek. Vysokoškolsky vzdělaných sester je v Plzni více. To je také důležitým faktorem, proč je celkový výsledek v Plzni lepší.

H2; předpokládám, že všeobecné sestry, které prokáží teoretické znalosti v oblasti edukace, přistupují k edukaci aktivněji, než sestry, které teoretické znalosti nemají. Hypotéza byla zjišťována otázkami č. 13, 14 a 15 v sesterském dotazníku. V dotazníku byly sestry dotazovány, jak často edukují své pacienty. Měly na výběr ze čtyř možností: vždy, často, málokdy a nikdy. V obou nemocnicích se sestry rozhodly pouze pro první dvě možnosti: edukují vždy nebo často. Sestry, které označily odpověď, že edukují vždy, získaly v testu teoretických znalostí o edukaci průměrně 6,40 bodu v Plzni a 6,57 bodu v Kladně. Ty sestry, které edukují často, získaly v Plzni 6,50 bodu a v Kladně 5,00 bodů. Celkový výsledek vždy edukujících sester byl 6,49 bodu a sester edukujících často 5,57 bodu. To potvrzuje náš předpoklad, že častěji edukují (jsou aktivnější) sestry s lepšími teoretickými znalostmi o edukaci. Jako ověření odpovědí, že sestry edukují vždy nebo často, sloužila otázka, která zjišťovala, jak často edukují pacienty kolegyně respondentek. Potvrdilo se, že pacienty edukují vždy nebo často v téměř 90 %. Další otázka zjišťující aktivitu sester při edukaci se zaměřila na to, zda sestry edukaci samy nabízejí nebo čekají, až se pacient zeptá. Z celkového vzorku odpovědělo 90,14% sester, že jsou při edukaci aktivní a edukaci samy nabízejí. 9,86% sester čeká, až se pacient sám zeptá (2 v Plzni, 5 v Kladně). I zde se potvrdil předpoklad, že aktivita sester souvisí s jejich teoretickými znalostmi. Sestry v Plzni, které jsou při edukaci aktivní a edukaci nabízejí, získaly v průměru 6,56 bodu v testu teoretických znalostí o edukaci a v Kladně 6,50 bodu. Ty sestry, které čekají, až se pacient sám zeptá, získaly v Plzni 4,00 body (každá

z respondentek získala pouze 4 body) a 4,40 bodu v Kladně (tři z respondentek získaly pouze 4 body a dvě po 5 bodech). Hypotéza 2 se potvrdila.

Podle mého názoru všeobecné sestry nevědí, jak přesně mají edukaci provádět. Je mnoho různých způsobů na provádění edukace, různé formy, metody, mohou používat velké množství různých pomůcek a mohou z toho být zmatené. Sestry mohou mít strach už jen ze samotného slova „edukace“. Možná si ani neuvědomují, že své pacienty průběžně informují (edukují) už roky...

K hypotéze H3; předpokládám, že všeobecné sestry, které mají k dispozici edukační standard, přistupují k edukaci aktivněji, než sestry, které standard k dispozici nemají, se vztahovaly otázky týkající se aktivity v sesterském dotazníku, tedy č. 13, 14, 15 a otázka, zda existuje na pracovišti ošetrovatelský standard na provádění edukace č. 24. Všechny respondenty věděly, zda na svých pracovištích edukační standard mají či nikoliv. Bylo zjištěno, že edukační standard je k dispozici pouze ve FN Plzeň, v Kladenské nemocnici jej nemají. Sestry, které měly k dispozici edukační standard, edukovaly pacienty vždy v 83,33% a v 16,67% často. Sestry, které edukační standard k dispozici neměly, edukovaly své pacienty v 65,71% vždy a v 34,29% často. Také kolegyně sester, které měly edukační standard k dispozici, edukovaly pacienty vždy v 66,67%, často ve 22,22%, ale 11,11 % z nich se vyjádřilo, že neví, zda kolegyně edukují. Na pracovištích, která edukační standard k dispozici neměla, zhodnotilo edukaci kolegyně 54,93% respondentek jako vždy aktivní a 33,80% častou. 5,63% sester uvedlo, že jejich kolegyně provádí edukaci málokdy.

Z těchto výsledků vyplývá, že všeobecné sestry, které mají k dispozici edukační standard, (jsou to tedy pouze sestry v Plzeňské nemocnici), jsou v edukaci aktivnější než sestry v Kladenské nemocnici, které standard k dispozici nemají. Sestry se standardem jsou aktivní a samy edukaci pacientovi nabízejí v 94,44 % a pouze 5,56% jich čeká, až se pacient sám zeptá. Sestry bez standardu jsou aktivní pouze v 85,71% a u 14,29% sester, se musí pacient sám ptát. Můžeme si domýšlet, že díky dostupnosti edukačního standardu a možnosti do něj nahlížet, si sestry v Plzni více uvědomují potřebu a správnost edukace. Mají-li nějaké pochyby týkající se edukace, není problém standard vyhledat a problém vyřešit. I patientský dotazník zjišťoval, jak se sestra při předávání informací chovala. Dle pacientů byla sestra v Plzni v 35,19% aktivní, v 50,00% ochotná, ale 14,81% pacientů se muselo informace samo vyžádat. Sestra v Kladně byla aktivní pouze v 19,05%, v 61,90% ochotná, ale v 19,05% se museli pacienti sami ptát. Sestry v Plzni se vyjádřily,

zda je pro ně edukační standard využitelným zdrojem informací. Pro 33,33% sester ano, pro 50,00% je spíše ano a pro 16,67% spíše ne.

To potvrzuje, že ošetřovatelský standard na provádění edukace je pro všeobecné sestry přínosný a je často využívaným zdrojem informací. Hypotéza H3 se potvrdila. Ujistilo nás to v předpokladu vytvoření edukačního standardu pro kladenskou nemocnici, aby i všeobecné sestry v Kladně měly možnost se inspirovat, řídit se a čerpat informace ze standardu jako sestry ve FN Plzeň. To by mohlo pomoci zlepšit celkovou úroveň sesterské edukace nejen na ortopedicko-úrazovém oddělení ON Kladno.

Hypotéza H4; předpokládám, že pacienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení, kterým je poskytován kromě slovní edukace i písemný edukační materiál, jsou s edukací spokojenější. K této hypotéze se vtaňovaly otázky v dotazníku pro pacienty č. 9, 10, 11, 12, 13 a 21. Otázka č. 9 zjišťovala, zda sestra používá při edukaci pomůcky, pacienti mohli označit více odpovědí. Dle pacientů v Plzni sestra používá v 15,00% brožury a letáky. V Kladně tuto možnost zvolilo 5,88% respondentů. Ve 35,00% v Plzni sestra používá zdravotní pomůcku, v Kladně v 11,76%. U 82,35% pacientů v Kladně sestra nepoužila žádné pomůcky a ve 45,00% nepoužívá žádné v Plzni. Pouze dva respondenti zvolili možnost odpovědi, že sestra při edukaci používá video, film nebo odkaz na internet. Dle výzkumné práce Moniky Matuškové, která zkoumala edukaci u 60 pacientů na ortopedickém oddělení v Nemocnici Přerov, měli pacienti v 28,78% k dispozici letáky, brožury a demonstrační předvedení, tedy zdravotní pomůcku použila sestra v 20,45%. Film či video nebylo nabídnuto žádnému z respondentů. Musíme ovšem upozornit, že ve vzorku byli pouze pacienti po operaci totální endoprotézy. V našem vzorku byli pacienti s TEP, ale i s jinými diagnózami. Myslím si, že operace TEP je jednou z nejčastěji prováděných operačních výkonů v ortopedii, a proto je velká část všech informačních letáčků a brožur zaměřena právě na tuto problematiku, což zřejmě ovlivnilo i výsledek tohoto výzkumu. (54, s. 37)

56,76% pacientů z Plzně a pouze 17,65% pacientů z Kladna uvedlo, že na oddělení byly k dispozici informační letáky, brožury či jiné informační materiály využitelné přímo pro ně. Je nutné ale podotknout, že 27,03% pacientů v Plzni a 20,92% v Kladně se nezajímalo, zda je na oddělení informační materiál k dispozici. Pacienti, kteří měli k dispozici informační materiály, považovali informace z těchto brožur, letáků či jiných edukačních materiálů za určitě nebo spíše přínosné ve 100%. Z respondentů, kteří měli k dispozici edukační materiály, si mohlo informační letáky, brožury či jiné materiály

ponechat 57,14% (12) respondentů v Plzni a 66,66% (4) v Kladně. Pro 38,10% (8) plzeňských pacientů a pro 33,33% (2) kladenských pacientů byly informační materiály pouze k dispozici a respondenti do nich mohli kdykoli nahlédnout. Pouze 1 (4,76%) respondent v Plzni uvedl, že si edukační materiál nemohl ponechat ani do nich nemohl nahlížet.

Sestry na odděleních FN mají k dispozici mnoho edukačních materiálů, jako jsou různé propagační materiály od firem, různých výrobců, prodejců, poskytovatelů následné péče, půjčoven kompenzačních pomůcek atd. Navíc mají k dispozici velmi mnoho informačních letáků (186), které je kdykoliv možné stáhnout z intranetu FN Plzeň v sekci operativních dokumentů, jsou schválené vedením nemocnice a jsou dostupné všem oddělením a klinikám. Mají různá témata a obsahují velmi zajímavé a potřebné informace pro pacienty. Některé letáky jsou k dispozici dokonce v několika cizích jazycích. Sestry letáky mohou pacientům nabízet nebo jsou pro ně k dispozici např. na nástěnce pro pacienty na oddělení (viz příloha č. 5). Speciálně pro KOTPÚ je informační leták „Pobyt doprovodu dítěte a návštěvy na oddělení“, který je velmi využívaným na oddělení, kde jsou děti hospitalizovány. V nemocnici Kladno je bohužel nedostatek edukačních materiálů. Na oddělení je minimum brožur či letáků a většinou nemají přímo s ortopedickými pacienty moc společného. Řekla bych, že jsou to spíše reklamní informační materiály např. o léčivém přípravku.

V otázce č. 13 jsme se pacientů ptali, zda považují informace, které jim sestra poskytne za dostačující. Pacienti, kterým byl k dispozici edukační materiál (38,03%, tj. 27 respondentů), považovali informace, které jim sestra poskytla, za zcela dostačující v Plzni v 66,67% a v Kladně v 83,33%. Jako spíše dostačující je hodnotilo 33,33% pacientů z Plzně a 16,67% z Kladna. Žádný z těchto pacientů nevedl, že by od sestry nezískal dostatečné informace. Pacientům, kterým edukační materiál k dispozici nebyl (61,97%, tj. 44 respondentů), se jevila dostatečnost informací poskytnutých sestrou v Plzni v 50,00% ano, ve 43,75% spíše ano a 6,25% zvolilo odpověď spíše ne. V Kladně 25,00% pacientů zvolilo možnost odpovědi ano, dostatek informací od sestry, 67,86% odpovědělo spíše ano a 7,14% spíše ne. U pacientů bez edukačních materiálů již registrujeme pocit nedostatečné informovanosti od sestry.

Zde vidíme souvislost mezi pocitem dostatečné informovanosti u pacientů a dostupností informačních materiálů. Pacienti, kteří mají k dispozici informační letáky, brožury či jiné informační materiály jsou s edukací spokojenější, než ti pacienti, kteří je k dispozici nemají

nebo se o ně nezajímají. Vnímám to tak, že respondenti, kteří dostali od sestry nějaký edukační materiál, mají komplexnější informace, někdy i více podrobnější, obsáhlejší, konkrétní v určité věci či tématu a jsou celkově spokojenější. Ti, kteří žádné materiály nedostali či neměli k dispozici, jsou o další informace ochuzeni a možná se poprvé dozvěděli, že takovéto informační letáky a brožury existují a proto pro ně byly informace nedostatečné nebo neúplné. Hypotéza H4 se potvrdila.

Hypotéza H5; předpokládám, že pacienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení nejčastěji vyžadují informace týkající se oblasti pohybového režimu. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 14, 15, 16 a 17. V otázce č. 14 nás zajímalo, v jakých oblastech je pacient na ortopedickém oddělení nejčastěji edukován, respondenti měli možnost zvolit více odpovědí a mnoho jich tuto možnost využilo. Pacienti na KOTPÚ FN Plzeň byli nejčastěji edukováni v oblasti pohybového režimu a polohování v 83,78%, 75,68% respondentů bylo edukováno v oblasti ovlivnění bolesti a třetí nejčastější oblastí edukace byla rehabilitace v 67,58%. V Kladně byly první dvě oblasti shodné, o pohybovém režimu a polohování bylo edukováno 70,59% všech respondentů, o ovlivnění bolesti 67,65%. Tyto dvě oblasti byly vyrovnané. Třetí oblastí byly informace o režimu oddělení v 58,82%. Za povšimnutí stojí celková četnost odpovědí v Plzni, která je 239 a v Kladně pouze 153 (viz tabulka č. 41). Tento výsledek vnímám tak, že pacienti hospitalizovaní v Plzni jsou edukováni častěji a ve více oblastech než pacienti v nemocnici Kladno, i když nesmíme zapomenout, že v Plzni bylo 37 respondentů a v Kladně pouze 34. Kdybychom tedy vypočítali průměrný počet oblastí, v kterých byl pacient edukován, v Plzni dojdeme k číslu 6,46 a v Kladně pouze 4,50. Tento výsledek je samozřejmě pouze orientační, protože záleží na mnoha jiných faktorech, které četnost edukace mohou ovlivnit (např. diagnóza, přidružená onemocnění, délka léčby, hospitalizace atd.). Pro získání a porovnání pohledu sester na nejčastěji edukované oblasti byla použita stejná otázka i v sesterském dotazníku. Sestry měly možnost vybrat 3 oblasti, ve kterých edukují nejčastěji. Obě skupiny sester v Plzni i v Kladně se shodly, že nejčastěji edukují pacienta v oblasti pohybového režimu, dále v ovlivnění bolesti a ve třetí oblasti předávají pacientům informace týkající se různých ortopedických pomůcek (ortéza, korzet, hole atd.). Poté následuje v Plzni oblast rehabilitace a v Kladně informace o režimu oddělení, tak jak uvedli pacienti. Domnívám se ale, že sestry pacientům příliš informací o tom, jak používat ortopedickou pomůcku např. hole, korzet atd. nepředávají, spíše to přenechávají rehabilitačním pracovníkům, kteří mají vědomosti i zkušenosti v této oblasti a vědí přesně, co je pro nemocného s určitou

diagnózou nejdůležitější i čeho se vyvarovat. To potvrdil i patientský dotazník, kde respondenti pacienti v 27,58% uvedli, že informace týkající se pohybového režimu jim předal rehabilitační pracovník. Je samozřejmé, že část edukace zastal i lékař. V otázce č. 17 jsme zjišťovali, zda pacienti považují informace o pohybovém režimu za dostačující. V Plzeňské nemocnici 59,46% respondentů odpovědělo ano, 32,43% spíše ano a 8,11% zvolilo odpověď spíše ne. V Kladenské nemocnici 47,06% respondentů zvolilo možnost ano, 29,41% spíše ano a 23,53% možnost spíše ne, což znamená, že nespokojeno s informacemi o pohybovém režimu bylo v Kladně téměř třikrát více pacientů, než v Plzni. Můžeme se domnívat, že jsou to např. zrovna ti pacienti, kterým nebyl k dispozici žádný edukační materiál, sestra si neudělala dostatek času pro edukaci, byla málo aktivní, chybělo praktické předvedení nebo pacientům chyběli např. informace týkající se možnosti rehabilitace, kompenzačních pomůcek, následné péče, lázní atd. (viz. tabulka 45, 46)

V úvodu dotazníku pro pacienty jsme zjišťovali, kdo jim předal nejvíce informací. Vzhledem k tomu, že to byla první otázka týkající se edukace, byla myšlena tak, kdo předal celkově nejvíce informací. Dle Jany Liškové, která provedla výzkum na ortopedickém oddělení v Písku a v Praze, je 53,00% respondentů informováno nejčastěji sestrou, 44,00% lékařem a 3,00% respondentů nebyla informována vůbec. V této otázce volili naši respondenti odpověď sestra (39,44%) nebo lékař (59,15%), možnost „někdo jiný“ zvolil 1 respondent (viz tabulka č. 28). (52, s. 71)

Některé otázky z dotazníků pro všeobecné sestry a pro pacienty se nevztahovaly přímo k žádné z hypotéz, ale je velmi zajímavé porovnat odpovědi sester s odpověďmi pacientů na otázky, které byly položeny v obou dotaznicích shodně. To nám umožňuje vidět stejnou věc dvěma odlišnými pohledy.

Podle všeobecných sester nejčastěji na ortopedickém oddělení edukuje sestra v 78,87% a lékař se sestrou stejnou měrou ve 21,13%, ale podle pacientů je to lékař v 59,15% a sestra v 39,44%. Domnívám se, že sestry předávají pacientům opravdu velké množství informací, ale pouze v rámci svých kompetencí. Je to právě lékař, který pacientovi sděluje informace o diagnóze, léčbě, prognóze, průběhu operace atd. A tyto informace jsou pro pacienta zřejmě důležitější a stěžejnější, než oblasti, ve kterých jej edukuje sestra. Podle všeobecných sester se na oddělení při edukaci nejčastěji používají brožury a letáky v 74,24% celkem v obou nemocnicích. Kdežto pacienti odpověděli, že brožury a letáky dostalo k dispozici pouze 10,81% všech respondentů. Předpokládám, že sestry vědí, kde

mohou získat informační materiály (intranet), kde je mají na oddělení či na sesterně uloženy, ale ne vždy na ně pacienta upozorní nebo je ne vždy nabízejí a předají.

Z našeho výzkumu vyplývá, jak je edukace pro pacienty na ortopedickém oddělení důležitá. Je mnoho informací, které pacient chce a potřebuje vědět, ale ne vždy sestra všechna různá a obsáhlá témata zná a umí je předat. Sestry se musejí naučit předávat informace nejen ústně, ale poskytnout pacientům i různé pomůcky a informační materiály, které pacienti vítají a vnímají je velmi kladně. Míra edukace je stále nedostatečná, sestry se musejí v této oblasti dále vzdělávat. Edukaci je nutno brát jako jednu z hlavních rolí všeobecné sestry.

ZÁVĚR

Diplomovou práci jsem rozdělila na teoretickou část, ve které se zaměřuji na význam edukace a její podrobnější popis, komunikaci a motivaci, důležitou součástí edukace jako takové. Dále se věnuji ortopedii, popisuji Kliniku ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí ve FN Plzeň i ortopedicko - úrazové oddělení nemocnice v Kladně. Výzkumné šetření bylo realizováno ve Fakultní nemocnici Plzeň a v Oblastní nemocnici Kladno s potřebnými souhlasy. Zúčastnili se ho jednak všeobecné sestry pracující na ortopedickém oddělení, jednak pacienti zde hospitalizovaní. Obě výzkumné skupiny odpovídaly na předem připravené dotazníky.

Cílem práce bylo zjistit, jak probíhá edukace na ortopedii. Zda mají všeobecné sestry znalosti o edukaci, jak probíhá edukace pacientů a zda mají pacienti dostatek informací. Snažili jsme se přiblížit skutečnou realitu sesterské edukace.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly na nedostatky v teoretických znalostech o edukaci u sester, nejčastěji se jednalo o neznalosti v oblasti komunikace. Úroveň znalostí o edukaci je podmíněna stupněm vzdělání. Sestry s vysokoškolským a vyšším odborným vzděláním mají velmi dobré znalosti a také jsou v edukaci aktivnější, kdežto sestry se středoškolským vzděláním mají znalosti pouze dobré a při edukaci jsou méně aktivní. Výzkum potvrdil, že všeobecné sestry, které mají k dispozici edukační standard, prokázaly lepší znalosti v oblasti teorie edukace a jsou při edukaci aktivnější než sestry bez edukačního standardu. Tyto skutečnosti potvrdily hypotézy H1, H2 a H3. Sestry v Plzni mají k dispozici edukační standard, do kterého mohou kdykoliv nahlédnout a také nahlížejí, je pro ně využívaným zdrojem informací. Proto je výstupem z diplomové práce edukační standard, který byl nabídnut hlavní sestře ON Kladno (Příloha č. 6).

Výsledky prokázaly, že pacienti hospitalizovaní na ortopedickém oddělení jsou s edukací spokojenější, když jim je, mimo slovní edukace, k dispozici i písemný edukační materiál. Tím byla potvrzena hypotéza H4. Také náš předpoklad (H5), že pacienti jsou nejčastěji edukováni v oblasti pohybového režimu, byl potvrzen výsledky z dotazníku sester i pacientů.

Tato práce by mohla posloužit všem všeobecným sestrám, které pracují na ortopedickém oddělení a mohla by přispět k lepší orientaci v edukaci pacienta. Sestra se může dovědět, jaké informace jsou pro pacienta nejdůležitější a jak je vnímá. Navíc můžeme poskytnutím edukačních materiálů získat na oddělení spokojenějšího, tedy

i pozitivnějšího pacienta, který s námi bude lépe spolupracovat a bude se aktivně podílet na své léčbě a brzkém ukončení hospitalizace.

Doufáme, že námi navržený Edukační standard pro Oblastní nemocnici Kladno bude zaveden do praxe a bude inspirací, návodem a důležitým zdrojem informací o edukaci pro všeobecné sestry v této nemocnici.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Bibliografie:

1. BASTABLE, Susan Bacor. *Nurse as Educator, Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*, London: Jones & Bartlett Publishers, 2008. ISBN 978-14-4968-425-9.
2. BASTABLE, Susan Bacor. *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice*. London: Jones & Bartlett Learning, 2003. ISBN 978-07-6371-441-3.
3. CAKIRPALOGLU, Panajotis. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4033-1.
4. ČECH, Oldřich. *Historie Československé, České a Slovenské ortopedie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-629-8.
5. EXNEROVÁ, Stanislava. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-096-5.
6. FREI, Jiří, LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2013. ISBN 978-80-261-0167-3.
7. GALLO, Jiří a kol. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2486-6.
8. JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
9. JANÍČEK, Pavel a kol. *Ortopedie*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2012. ISBN 978-80-210-5971-9.
10. JANÍKOVÁ, Eva, ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4412 - 4.
11. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.
12. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN ,978-80-247-2171-2.
13. KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*, Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831 - 5.
14. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473-148-3.

15. PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
16. PRŮCHA, Jan, VETEŠKA, Jaroslav. *Andragogický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473-960-1.
17. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-047 - X.
18. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
19. RANKIN, Sally et al. *Patient Education in Health and Illness*. London: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ISBN 978-07-8174-849-0.
20. REPKO, Martin a kol. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-549-5.
21. SIKOROVÁ, Lucie. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-2473-592-4.
22. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. ISBN. 978-80-2473-130-8.
23. STAŇKOVÁ, Marta, BLÁHA, Karel a kol. *České ošetrovatelství 13 – sestra a pacient, zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi II*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. ISBN 80-7013-388 - 0.
24. STAŇKOVÁ, Marta. *Sestra - reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2002. ISBN 80-7013-368-6.
25. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
26. ŠULISTOVÁ, Radka, TREŠLOVÁ, Marie. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5.
27. TRACHTOVA, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 978-80-701- 3324 8.
28. VENGLÁŘOVÁ, Martina, MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-2471262-8.
29. VÉVODA, Jiří a kol. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.

30. VONDRÁČEK, Lubomír a kol. *Základy praktické terminologie pro sestry*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3697-6.
31. WICHSOVÁ, Jana a kol. *Sestra a perioperační péče*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3754-6.
32. ZACHOVÁ, Veronika a kol. *Stomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-2473-256-5.

Časopisy:

33. BEŇADIKOVÁ, Daniela, RAPČIKOVÁ, Tatiana. Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče a její postavení ve zdravotnickém týmu. *Sestra*. 2009, **19**(12), 28. ISSN 1210-0404.
34. BEŇADIKOVÁ, Daniela. Vliv úrovně vzdělání sestry na kvalitu poskytované péče. *Sestra*. 2013, **23**(3), 28-30. ISSN 1210-0404.
35. HORŇÁKOVÁ, Anna. Jak úspěšně komunikovat. *Sestra*. 2009, **19**(7-8), 31. ISSN 1210-0404.
36. HORŇÁKOVÁ, Anna. Využití edukačních metod při výuce komunikace v přípravě budoucích zdravotnických pracovníků. *Sestra*. 2010, **20**(1), 34-36. ISSN 1210-0404.
37. KVAPIL, Milan. Edukace není možná bez empatie. *Medical tribune*, 2011, **17**(7), B8. ISSN 1214-8911.
38. MÍČKOVÁ, Iveta. Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu. *Sestra*. 2009, **19**(12), 44-45. ISSN 1210-0404.
39. ONDERKOVÁ, Alice. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*. 2007, **17**(12), 17-18. ISSN 1210-0404.
40. SIGMUNDOVÁ, Alice. Edukace pacienta před plánovanou operací TEP kyčelního kloubu. *Sestra*. 2010, **20**(2), 32-33. ISSN 1210-0404.
41. ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace sestry a pacienta v ošetrovatelské péči. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, **5**(10), 29-30. ISSN 1801-1349.

Internetové zdroje:

42. FN Plzeň, *Klinika ortopedie a traumatologie FN Plzeň* [online]. Publikováno 2008 [cit. 2014-2-10]. Dostupné z:
http://www.fnplzen.cz/pracoviste_detail.asp?klinodd_cislo=26

43. JENŠÍKOVÁ, Renata. *Historie FN Plzeň - historie plzeňské medicíny* [online]. Publikováno 1.10.1993 [cit. 2013-12-12]. Dostupné z: <http://www.fnplzen.cz/historie.asp>
44. Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci: *Edukace v ošetrovatelství II* [online]. Ústav ošetrovatelství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě: 2008 [cit. 9.1.2014]. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/mentor/index.html>
45. TRUHLÁŘ, Karel. *Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice SČK* [online]. Publikováno 2008 [cit. 2013-12-30]. Dostupné z: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/zdravotnictvi/zdravotnicka-zarizeni/oblastni-nemocnice-kladno-a-s-nemocnice-sck.htm>

Právní rámec:

46. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: Sběrka zákonů. 14. 3. 2011. částka 20, s. 484 – 485. [online]. 2011 [cit. 2013-12-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/informace-k-vyhlase-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlaske-c-sb_4763_949_3.html
47. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: Sběrka zákonů. 6. 11. 2011. částka 4, § 31, s. 40 – 41, částka 6, § 53, s. 68 – 69. [online]. 2011 [cit. 2013-12-30]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=2&idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

Sborník:

48. JANEČKOVÁ, Zuzana, NOVÁKOVÁ, Jaroslava. *Cesta k modernímu ošetrovatelství XI. Sborník příspěvků z odborné konference konané ve dnech 17. 9. a 18. 9 2009 ve FN Motol*. 1. vyd. Praha: FN Motol, 2009. ISBN 978-80-8734-702 -7.

Jiné:

49. BLAŽKOVÁ, Michaela. *Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu*. České Budějovice, 2007. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Valérie TÓTHOVÁ

50. CIVÍN, Jaroslav. *Historie nemocnice*. Kladno: Nemocnice Kladno, 1997. Materiál náměstka nemocnice Kladno Jaroslava Vicha
51. HANESOVÁ, Hana. *Provozní řád: Ortopedicko-úrazové oddělení*. 1. vyd. Kladno: Oblastní nemocnice Kladno a.s., nemocnice Středočeského kraje, 2013. str. 2-3
52. LIŠKOVÁ, Jana. *Informovanost klientů o pooperační péči na ortopedickém oddělení*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Pavla HRUBÁ
53. MAŠÍNOVÁ, Andrea. *Edukační činnost NELZP v rámci FN Plzeň*. Plzeň, 2013. Standard SNL/DOS/SOP/064/01. Fakultní nemocnice v Plzni.
54. MATUŠKOVÁ, Monika. *Edukace u pacientů s totální endoprotézou kyčelního kloubu*. Zlín, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Pavla KUDLOVÁ
55. POKORNÝ, Jaroslav. *Výroční zpráva*. Kladno: Oblastní nemocnice Kladno a.s., nemocnice Středočeského kraje, 2013. str. 13-14

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO – anesteziologicko - resuscitační oddělení

Č - číslo

DiS. - diplomovaný specialista

FN – fakultní nemocnice

INR- international normalised ratio - mezinárodně doporučené jednotky pro měření koagulace

JIP – jednotka intenzivní péče

KOTPÚ – klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

NELZP - nelékařský zdravotnický pracovník

ON – oblastní nemocnice

TEN – tromboembolická nemoc

TEP – totální endoprotéza

WHO - World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Vzdělání

Tabulka 2, Vysokoškolské, vyšší odborné a středoškolské

Tabulka 3, Délka praxe

Tabulka 4, Průměr získaných bodů

Tabulka 5, Průměr bodů získaný v kategorii středoškolské vzdělání

Tabulka 6, Průměr bodů získaný v kategorii vysokoškolské a vyšší odborné vzdělání

Tabulka 7, Odborné informace

Tabulka 8, Kde odborné znalosti všeobecná sestra získala

Tabulka 9, Aktivita všeobecné sestry v edukaci

Tabulka 10, Aktivita sestry v závislosti na teoretických znalostech I

Tabulka 11, Aktivita kolegyně v edukaci

Tabulka 12, Sestra při edukaci

Tabulka 13, Aktivita sestry v závislosti na teoretických znalostech II

Tabulka 14, Nejčastěji edukuje na ortopedickém oddělení

Tabulka 15, Pomůcky

Tabulka 16, Pomůcky k dispozici na oddělení

Tabulka 17, Používané pomůcky

Tabulka 18, Metoda edukace

Tabulka 19, Zápis o edukaci

Tabulka 20, Téma edukace

Tabulka 21, Nejčastější informace

Tabulka 22, Edukační standard

Tabulka 23, Využívaný zdroj informací

Tabulka 24, Nové informace

Tabulka 25, Důležitost edukace

Tabulka 26, Pohlaví

Tabulka 27, Věk

Tabulka 28, Kdo poskytuje informace

Tabulka 29, Dostatek informací

Tabulka 30, Informace o výkonu

Tabulka 31, Informace a poučení

Tabulka 32, Poskytnuté informace

- Tabulka 33, Poučení může přispět ke zlepšení zdravotního stavu
- Tabulka 34, Pomůcky k edukaci
- Tabulka 35, Informační letáky
- Tabulka 36, Celkový přínos edukačních materiálů
- Tabulka 37, ponechání si edukačních materiálů
- Tabulka 38, Dostačující informace
- Tabulka 39, Dostačující informace u pacientů, kterým je k dispozici edukační materiál
- Tabulka 40, Dostačující informace u pacientů, kterým není k dispozici edukační materiál
- Tabulka 41, Poučení v oblasti
- Tabulka 42, Nejdůležitější informace
- Tabulka 43, Kdo předává informace o pohybovém režimu
- Tabulka 44, Informace o pohybovém režimu
- Tabulka 45, Změna v kvalitě předávání informací
- Tabulka 46, Chybějící informace
- Tabulka 47, Sestra při předávání informací
- Tabulka 48, Spokojenost s edukací
- Tabulka 49, Celková spokojenost s edukací u pacientů, kterým byl poskytnut edukační materiál
- Tabulka 50, Celková spokojenost s edukací u pacientů, kterým nebyl poskytnut edukační materiál

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník pro všeobecné sestry

Příloha č. 2 Dotazník pro pacienty

Příloha č. 3 Vyjádření k žádosti o povolení provedení výzkumného šetření – FN Plzeň

Příloha č. 4 Žádost o povolení provedení výzkumného šetření - ON Kladno, a.s.

Příloha č. 5 Edukační materiály dostupné ve FN Plzeň

Příloha č. 6 Edukační standard pro Oblastní nemocnici Kladno, a.s.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník pro všeobecné sestry

Dobrý den,

jmenuji se Jana Rybenská a jsem studentkou navazujícího magisterského studia, oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech na Západočeské univerzitě v Plzni. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici“.

Výsledky budou použity pouze ke zpracování práce. Předem děkuji za vyplnění.

Prosím o zaškrtnutí pouze **jedné** z možností, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Tento dotazník je určen pouze pro všeobecné sestry pracující na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí Fakultní nemocnice Plzeň.

Tento dotazník je určen pouze pro všeobecné sestry pracující na ortopedicko-úrazovém oddělení Oblastní nemocnice Kladno.

1. Uved'te prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v ošetřovatelství?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské – bakalářské,
- d) Vysokoškolské – magisterské

2. Délka praxe? do 1 roku 1-5let 6-10 let 11-15let 16–20 let 21 a více let

3. Co vyjadřuje pojem edukace?

- a) Pečování o druhé
- b) Zájem o činnosti
- c) Proces učení
- d) Nevím

4. Při správné edukaci klademe zvýšený důraz zejména na:

- a) Rychlost projevu
- b) Hlasitost projevu
- c) Srozumitelnost projevu
- d) Nevím

5. Jak podle Vás vypadá správný postup edukačního procesu?

- a) Plánování, posouzení, realizace, zhodnocení
- b) Posouzení, plánování, diagnostika, zhodnocení, realizace
- c) Posouzení, diagnostika, plánování, realizace, zhodnocení

6. Kolika procenty se verbální komunikace podílí na účinku celkové komunikace?

- a) 7%
- b) 50%
- c) 70%
- d) Nevím

7. Co je na začátku edukace nejdůležitější?

- a) Je vhodné začít s tím, o co má pacient nejmenší zájem
- b) Definování cíle edukace ošetřovatelským týmem
- c) Společně s pacientem stanovit cíle edukace
- d) Jasně formulovat zákazy
- e) Nevím

8. Je edukace součástí ošetřovatelského procesu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

9. Myslíte si, že provádět edukaci při výkonu praxe je povinností všeobecné sestry?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

10. Edukační proces je v klinické ošetřovatelské praxi:

- a) Nadstandardní služba
- b) Cílem ošetřovatelského procesu
- c) Součástí ošetřovatelského procesu
- d) Měřítkem spokojenosti pacientů

11. Máte o teorii edukace dostatek odborných informací?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

12. Pokud ano, kde jste tyto odborné informace získal/a? (můžete označit více odpovědí)

- a) Odborná literatura
- b) Semináře, konference
- c) Studium ve škole
- d) Internet
- e) Samostudia
- f) Jiné:.....

13. Jak často edukujete pacienty?

- a) Vždy
- b) Často
- c) Málokdy
- d) Nikdy

14. Jak často edukují pacienty vaše kolegyně?

- a) Vždy
- b) Často
- c) Málokdy
- d) Nikdy
- e) Nevím

15. Při edukaci pacienta jste:

- a) Většinou aktivní, edukaci nabízím
- b) Čekám, až se pacient zeptá
- c) Čekám, až edukaci nařídí lékař nebo nadřízená
- d) Edukaci se vyhýbám

16. Kdo podle Vás na ortopedickém oddělení nejčastěji edukaci provádí?

- a) Sestra
- b) Lékař
- c) Sestra a lékař stejnou měrou
- d) Nutriční terapeut
- e) Fyzioterapeut
- f) Jiný člen ošetrovatelského týmu:

17. Máte na Vašem oddělení dostatek pomůcek pro edukaci pacientů?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Jaké pomůcky k edukaci máte na oddělení k dispozici?

.....
.....

19. Jakou pomůcku při edukaci nejčastěji používáte? (můžete označit více odpovědí)

- a) Brožury, letáky
- b) Videozáznam
- c) Kniha, časopis
- d) Internet
- e) Jiné:

20. Jakou využíváte metodu edukace? (můžete označit více odpovědí)

- a) Slovní
- b) Písemná
- c) Ukázka
- d) Nácvik
- e) Jiné:

21. Provádíte zápis o edukaci do zdravotnické dokumentace?

- a) Ano
- b) Někdy
- c) Ne

22. Edukaci ortopedických pacientů nejčastěji provádíte na téma? (můžete označit maximálně 3 odpovědi)

- a) Ovlivnění bolesti
- b) Dietní režim, výživa, hydratace
- c) Nevolnost, zvracení
- d) Hygiena
- e) Riziko infekce
- f) Vyprazdňování
- g) Rehabilitace
- h) Pohybový režim, polohování
- ch) Vstávání z lůžka
- i) Ortopedické pomůcky (ortéza, korzet, hole...)
- j) Péče o ránu, jizvu
- k) Režim oddělení
- l) Převazy
- m) Užívání léků
- n) Jiné:.....

23. Pacienti nejčastěji vyžadují informace z oblasti:

- a) Užívání léků
- b) Hygiena
- c) Pohybový režim, polohování
- d) Režim oddělení
- e) Jiné:

24. Existuje ve vašem pracovišti ošetrovatelský standard na provádění edukace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25. Pokud ano, je pro Vás využívaným zdrojem informací, které k edukaci potřebujete?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

26. Máte zájem o nové informace, které byste mohl/a využít při edukaci pacienta?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

27. Považujete edukaci pacienta za důležitou?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Příloha č. 2

Dotazník pro pacienty

Dobrý den,

jmenuji se Jana Rybenská a jsem studentkou navazujícího magisterského studia, oboru ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech na Západočeské univerzitě v Plzni. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici“.

Výsledky budou použity pouze ke zpracování práce. Předem děkuji za vyplnění.

Prosím o zaškrtnutí pouze **jedné** z možností, pokud není u otázky uvedeno jinak.

Tento dotazník je určen pouze pro pacienty, kteří jsou hospitalizovaní na Klinice ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí Fakultní nemocnice Plzeň.

Tento dotazník je určen pouze pro pacienty, kteří jsou hospitalizovaní na ortopedicko-úrazovém oddělení Oblastní nemocnice Kladno.

Edukace = vzdělávání, výchova, učení, poučení, předávání informací

1. Vaše pohlaví?

- a) Žena
- b) Muž

2. Váš věk?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 50 let
- c) 51 – 70 let
- d) 71 let a více

3. Kdo Vám poskytl nejvíce informací, které jste potřeboval/a vědět?

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Pomocný personál (ošetřovatel/ka, sanitář/ka)
- d) Jiný pacient
- e) Někdo jiný, kdo?.....

4. Máte od zdravotnického personálu dostatek informací týkající se Vaší hospitalizace?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

5. Dostáváte od sestry dostatek informací, které se týkají jednotlivých výkonů?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

6. Informace a poučení Vám sestra poskytuje:

- a) Pouze při příjmu na oddělení
- b) Průběžně, např. před každým výkonem (operace, aplikace injekce, podání léků, vyšetření)
- c) Neposkytuje vůbec

7. Informace a poučení, které Vám sestra poskytuje:

- a) Jsou jasné a srozumitelné
- b) Jsou někdy nejasné a nesrozumitelné
- c) Jsou vždy nejasné a nesrozumitelné

8. Myslíte si, že poučení pacienta sestrou může významně přispět k celkovému zlepšení Vašeho zdravotního stavu?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

9. Jaké pomůcky při edukaci sestra používá? (můžete označit více odpovědí)

- a) Brožury, letáky
- b) Video, film
- c) Zdravotní pomůcka
- d) Odkaz na internet
- e) Žádné
- f) Jiné:.....

10. Jsou na Vašem oddělení k dispozici nějaké informační letáky, brožury či jiné informační materiály, které jsou využitelné přímo pro Vás?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nezajímá/a jsem se

11. Pokud ano, považujete informace z informačních letáků, brožur a jiných materiálů pro Vás přínosné?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

12. Mohl/a jste si informační letáky, brožury či jiné informační materiály ponechat?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Jsou pro mě pouze k dispozici a mohu do nich kdykoli nahlédnout

13. Považujete informace, které Vám sestra poskytne, za dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

14. V jakých oblastech jste byl/a poučen/a? (můžete označit více odpovědí)

- a) Ovlivnění bolesti
- b) Dietní režim, výživa, hydratace
- c) Nevlnost, zvracení
- d) Hygiena
- e) Riziko infekce
- f) Vyprazdňování
- g) Rehabilitace
- h) Pohybový režim, polohování
- ch) Vstávání z lůžka
- i) Ortopedické pomůcky (ortéza, korzet, hole...)
- j) Péče o ránu, jizvu
- k) Režim oddělení
- l) Převoz
- m) Užívání léků
- n) Jiné:.....

15. Pro mě jsou nejdůležitější informace týkající se:

- a) Užívání léků
- b) Hygieny
- c) Pohybového režimu, polohování
- d) Režim oddělení
- e) Jiné:

16. Kdo Vám předal informace a poučení o pohybovém režimu? (můžete označit více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Někdo jiný, kdo?
- d) Nedostal jsem informace o pohybovém režimu

17. Považujete informace, které Vám sestra poskytne ohledně pohybového režimu, za dostačující?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

18. Uvítali byste v kvalitě předávání informací sestrou, nějakou změnu?

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

19. Jsou nějaké informace, které Vám od sestry chyběly, nebo chybí?

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

20. Když Vám sestra předávala informace, byla: (můžete označit více odpovědí)

- a) Aktivní
- b) Ochotná
- c) Musel/a jsem se ptát
- d) Nedala mi prostor pro dotazy
- e) Jiné:.....

21. Celkově jsem byl/a s edukací spokojen/a:

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

Příloha č. 3

Vyjádření k žádosti o povolení provedení výzkumného šetření – FN Plzeň



Útvar náměstka pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní

Jana Rybenská

Studentka oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech, Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií, Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň uděluji **povolení** ke sběru dat pomocí dotazníků, určených všeobecným sestřám / všeobecným ošetrovatelům a pacientkám / pacientům *Kliniky ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí* FN Plzeň.

Vaše šetření budete provádět – za níže uvedených podmínek - v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce na téma „Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici“.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

Vrchní sestra osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.

Osobně rozdáte a seberete dotazníky.

Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb., v platném znění.

Pacienty - respondenty můžete oslovovat pouze v době své, školou určené, plánované odborné praxe na KOTPÚ a ve spolupráci se staniční sestrou ZOK.

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň závěry Vašeho šetření (na níže uvedený e-mail) a budete se podílet aktivně na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost pacientů / respondentů či zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráci s Vámi pacient / respondent pocítoval jako újmu či s dotazováním nevyslovil souhlas nebo pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců FN Plzeň. Účast respondentů i zaměstnanců na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených pacientů / zaměstnanců FN Plzeň s Vámi.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovas@fnplzen.cz

19. 2. 2014

Příloha č. 4

Žádost o povolení provedení výzkumného šetření - ON Kladno, a.s.



Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

Vančurova 1548

272 59 Kladno

Věc: Žádost o povolení provedení dotazníkového výzkumného šetření

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Jana Rybenská a jsem studentkou 2. ročníku na Fakultě zdravotnických studií, ZČU v Plzni. Zde studuji navazující magisterský obor Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech a nyní zpracovávám diplomovou práci na téma „Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici“. Dovoluji si Vás tímto požádat o povolení provedení dotazníkového výzkumného šetření, které by mělo být realizováno s Vaším laskavým svolením na ortopedicko-úrazovém oddělení Oblastní nemocnice Kladno. Dotazníkové výzkumné šetření bude směřováno všeobecným sestrám a pacientům hospitalizovaných právě na ortopedicko-úrazovém oddělení, bude zaměřeno na edukaci z pohledu sester i pacientů. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění samozřejmě dobrovolné. Získaná data využiji pouze pro zpracování své diplomové práce a bude s nimi zacházeno dle etických norem.

Za kladné vyřízení mé žádosti předem děkuji.

Studentka

Bc. Jana Rybenská

e-mail: rybenska.jana@gmail.com

Vedoucí práce

Mgr. Petra Bejvančická

e-mail: pbejvanc@kos.zcu.cz

FZS ZČU v Plzni, Tylova 59, 306 14 Plzeň

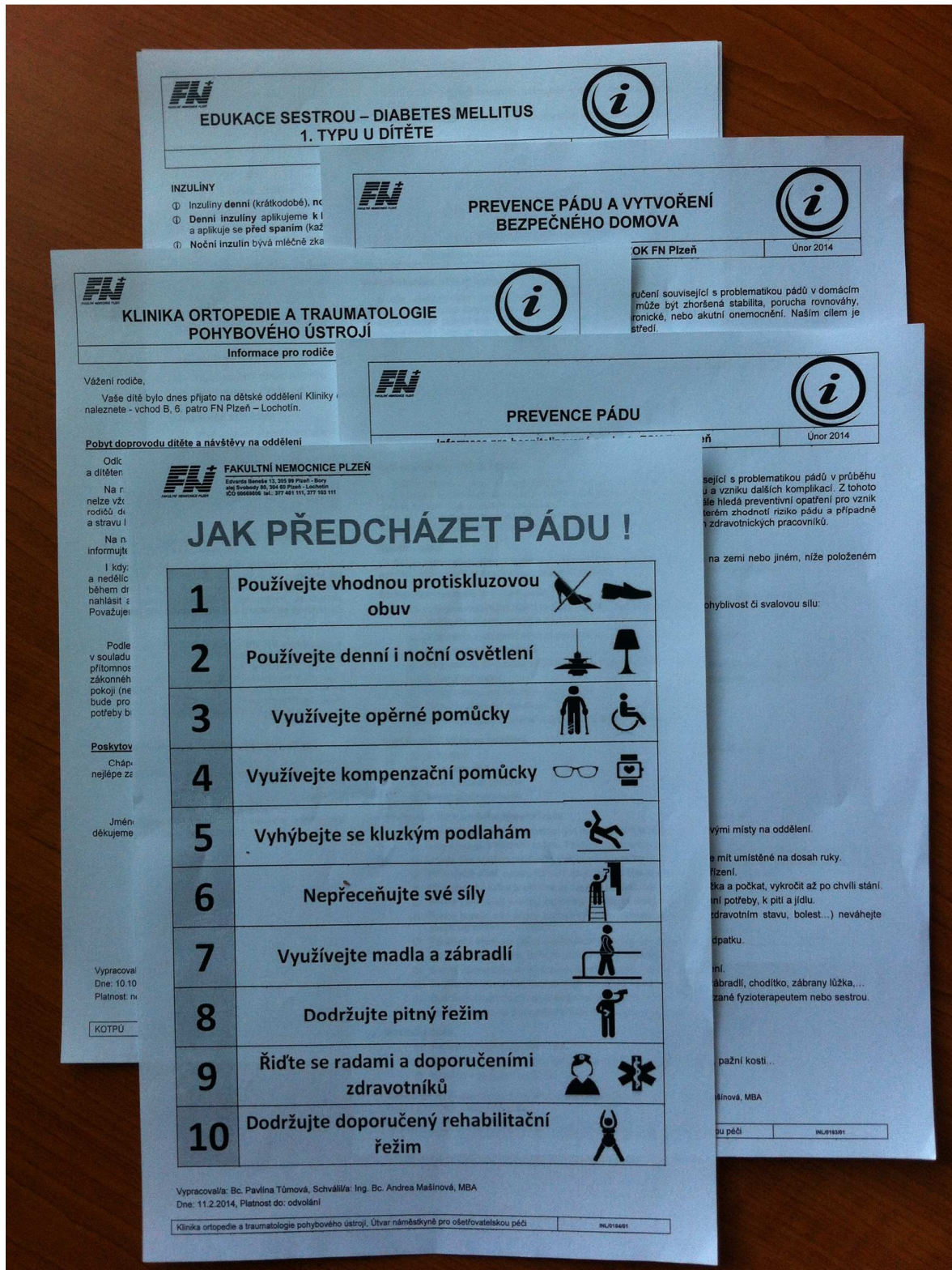
V Plzni: 14. 2. 2014

Bc. Aneta Růžicková
hlavní sestra

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
ředitelství
Vančurova 1548, 272 59 Kladno
tel.: 312 606 111, fax: 312 606 888
IČ: 27256537, DIČ: CZ27256537

Příloha č. 5

Edukační materiály dostupné ve FN Plzeň – na intranetu



Zdroj: vlastní foto, 2014

Edukační materiály ve FN Plzeň – na oddělení

REHABILITAČNÍ POMŮCKY

Pohybovací pomůcky z pěnových PE kuliček umožňují stabilní polohování končetin nebo dalších tělesných partií krátkodobou fixací, profilakticky působí o dekubitu, bolesti zad, kontraktur a pneumonii.

- Valec pohybovací PERHA 198x20 cm
- Valec pohybovací PERHA 60x35 cm
- Podložka relaxační SOMA 250x38 cm
- Klin pohybovací PERHA 98x48 cm
- Podložka pedikule PERHA 78x73 cm
- Podložka relaxační PERHA 64x48 cm

PŮJČOVNA KOMPENZAČNÍCH A REHABILITAČNÍCH POMŮČEK

Informace na telefonu 377 440 854

Půjčovna za měsíc Kč

- Antidekubitní matrace s kompresorem 150,-
- Francouzské berle – 1 ks 30,-
- Skládací třípatrová 30,-
- Toaletní křeslo pevné 100,-
- Toaletní křeslo na kolečkách 100,-
- Náševoň (sedáček) na WC 50,-
- Chodidlo LÚZ podpatní 70,-
- Chodidlo na kolečkách s kolečkem 70,-
- Chodidlo rolovací 70,-
- Sedačka vanová rovná s madlem 60,-
- Navlékač punčoch 25,-
- Navlékač punčoch 25,-
- Rehabilitační železák 25,-
- Rehabilitační míč Ø 65 cm 30,-
- Protiskluzová rohož 30,-
- Botičník 30,-
- Masážní pás 30,-

Mechanický vozík „Meyra“ 15,- Kč denně
Nájezdové rampy „Altech“ 15,- Kč denně

Poplatek při dalším zapůjčení dle dohody

Seznam a ceník kompenzačních pomůček

Adresa: CENTRUM PLZEŇ
E-mail: Reditelka
Pracovní hodiny: H. František, pondělí a úterý a čt.

Informace pro pacienta užívajícího orální Warfarin Orion

Warfarin Orion je lék, který je účinný systém a krev. Je to kombinace krevního protidávkovače s přírodním vitamínem K2. Warfarin Orion je lék, který je účinný systém a krev. Je to kombinace krevního protidávkovače s přírodním vitamínem K2.

Sexualita po TEP kyčle

Milá pacientko, milý paciente,

po Vaší operaci jste jistě dostali plno rad např. jak sedět, očesat se, chodit atd., ale jedné věci byste se neměli zapomenout a to: Jak toho „spáček“ se svým partnerem!

Fozice 0.1 Muž operovaný (pasivní)

Fozice 0.2 Žena operovaná (pasivní)

Fozice 0.3 Muž nebo žena operovaná (pasivní)

Fozice 0.4 Muž nebo žena operovaná (pasivní)

Fozice 0.5 Žena operovaná (pasivní)

Fozice 0.6 Žena operovaná (pasivní)

Doporučení: Dávajte pozor! Spáček na vaše event. časové a další ošetření operované kyčle používajte v poloze číslo 0 a 6.

Informace pro pacienta užívajícího orální Warfarin Orion

Warfarin Orion je lék, který je účinný systém a krev. Je to kombinace krevního protidávkovače s přírodním vitamínem K2.

Záznam o léčbě WARFARINEM ORION

MČR	MČR	MČR	Dávka léku (mg)					Dávka příloha (mg)
			N	S	P	So	Ne	

Obsah purinových látek v potravinách

Potravina 100 g	Purinové látky mg	Potravina 100g	Purinové látky mg
MASO, DROBEŽ, ZVĚŘINA, RYBY		LUSTĚNNÝ ZELENNINA	
Maso hovězí	43	Čučorůžka	56
Maso koňské	67	Fazole	43
Maso jehněčí	50	Hrách	60
Maso telecí	50	Brambory vařené	2
Maso vepřové	45	Celer	29
Sunka vepřová	35	Cibule	3
Játra hovězí	181	Zelné špenát	5
Játra vepřové	135	Zelné bílé	5
Jazyk	50	Fazole lusky	8
Lasňany	85	Houby	17
Mozek	34	Hrášek zelený	28
Holoubě	50	Chřest	10
Huňka	37	Kepalka	5
Kralík	31	Kedlubny	5
Kula	53	Kvák	8
Bažant	45	Mřekva	6
Srnčí	35	Chayka	3
Zajac	35	Paprika	6
Krabi	60	Petrželka - nat.	30
Kapra	53	Pomněnka	10
Losos	56	Rajčata	11
Pluštík	99	Renné	3
Sardinky v oleji	540	Ředkvičky	4
Sleď	48	Ryba červená	7
Slaněček	750	Salát hlávkový	7
Sůla	48	Špenát	23
		Česnek	10
TUKY, OLEJNATÉ PLODY, ORECHY		OVOCE	
Slanina anglická	5	Brokev	0
Kakao prášek	1900	Brusinky	0
Mandle	10	Jablko	0
Lisované ořechy	9	Jamby	16
Vlašské ořechy	8	Meruňky	7
		Plumové	0
		Susany	12
		Vino hroznové	8
MEUČNÉ A POKRMENÉ VÍTR			
Chléb ovesný žitný	10		
Pečivo bílé	7		
Kukuřičná mouka	12		
Ovesná vrbů	30		

Zdroj: vlastní foto, 2014

Příloha č. 6

Edukační standard pro Oblastní nemocnici Kladno, a.s.

Vančurova 1548, 272 59 Kladno
Tel.: 312 606 111
IČO 27256537



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

EDUKAČNÍ ČINNOST NELZP - v rámci ON Kladno, a.s.

Standardní postup č.	O - 001
Vydání č.:	1
Zpracoval:	Bc. Jana Rybenská
Odborný garant:	titul, jméno, příjmení, tel. linka
Určeno pro:	Všeobecné sestry
Místo použití:	Lůžková pracoviště oblastní nemocnice Kladno
Za dodržení zodpovídá:	Vrchní a staniční sestry všech oborů
Četnost revize:	1 x 3 roky
Účinnost dokumentu od:	
Datum poslední změny:	
Schvaluje:	Bc. Aneta Růžičková podpis

1. Definice a zkratky

Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.

POUŽITÉ ZKRATKY:

ON Oblastní nemocnice

NELZP Nelékařský zdravotnický pracovník

2. Úvod

Důležitou prioritou při poskytování zdravotní péče je informovanost pacienta/klienta, s tím neoddělitelně souvisí komunikace a edukace.

Edukační činnost patří mezi neopomenutelnou složku v péči o nemocné.

3. Pojmy

Edukace – výchova a vzdělávání jedince

Edukátor – vychovatel, učitel, aktér edukace, lékař, nelékařský pracovník, který někoho edukuje

Edukant – subjekt učení, zdravý nebo nemocný pacient/klient

4. Edukační proces

Edukační proces je výchova nemocného k samostatnější péči o vlastní onemocnění, při němž přebírá větší část odpovědnosti za vlastní zdraví. Edukace podporuje a zlepšuje spolupráci pacienta/klienta s celým zdravotnickým týmem.

Edukační proces je součástí ošetrovatelského procesu, skládá se ze základních prvků pedagogické diagnostiky, posouzení, plánování, realizace a zhodnocení.

4.1 Fáze edukčního procesu

První fáze

V počáteční fázi pedagogické diagnostiky zjišťujeme, koho a proč je třeba edukovat. Určujeme priority učebních potřeb nemocného, připravenosti učit se a učební styl, který bude nejvhodnější. Na základě získaných informací si stanovujeme edukační cíl.

Druhá fáze

Fáze projektování. Plánujeme společně s nemocným na základě určených edukačních problémů, kam se bude edukace ubírat.

Třetí fáze

Fáze realizace. Nejprve musíme nemocného motivovat, potom navazuje expozice, při které edukantům zprostředkováváme nové poznatky. Důležité je, aby získané vědomosti, dovednosti byly opakovány, procvičovány v návaznosti na ty předchozí.

Čtvrtá fáze

Čtvrtou fází je upevnění a prohlubování učiva systematickým opakováním a procvičováním. Je nezbytná k tomu, aby si edukant uchoval vědomosti v dlouhodobé paměti.

Pátá fáze

Fáze zpětné vazby. Hodnotíme nejen výsledky edukanta, ale také své. Hodnocením výsledků máme možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem.

4.2 Cíle edukace

Kognitivní cíle – pacient/klient chápe poskytnuté informace o svém onemocnění, principu léčby, komplikacích atd.

- edukant si informace zapamatuje, porozumí jim, aplikuje je, analyzuje je (rozlišuje, přisuzuje), hodnotí je a informace vytváří.

Psychomotorické cíle – cíle, které zahrnují pohybové dovednosti, manuální činnost a zručnost, zacházení s nástroji atd.

- edukant imituje (nápodobuje činnost), prakticky procvičuje, zpřesňuje postupně činnosti, činnost vykonává samostatně, pohyby má přesné, automatizuje si činnost.

Afektivní cíle - cíle jsou zaměřené na oblast postojů, hodnot, přesvědčení a názorů.

- edukant pozoruje a naslouchá, odpovídá, vyhoví a poslechne, edukant se angažuje, připojuje se, edukant je odpovědný.

4.3 Členové edukačního týmu a jejich kompetence

Ošetřující lékař – edukuje nemocného v rozsahu léčebně preventivní péče. Informuje nemocného o diagnóze, terapii, prognóze onemocnění, medikaci, včetně vedlejších účinků a interakcí aj.

Všeobecná sestra/porodní asistentka – koordinuje edukaci a edukuje pacienta v plném rozsahu ošetrovatelské péče. Přebírá zodpovědnost za zvolené edukační téma. Stomická sestra edukuje v péči o stomii, sestra konzultantka pro hojení ran v péči o chronickou ránu.

Nutriční terapeut – edukuje v oblasti výživy a stravovacího režimu.

Fyzioterapeut – edukuje v oblasti prevence TEN (tromboembolické nemoci), udržení či obnova pohybových funkcí, dechová rehabilitace, používání lokomočních pomůcek.

Ergoterapeut – edukuje nemocného v oblasti používání doporučených pomůcek a v oblasti sebepéče.

Ostatní zdravotničtí pracovníci edukují dle platné náplně pracovní činnosti, s ohledem na své kompetence a dosaženou kvalifikaci.

4.4 Požadavky na osobu edukátora

- dobré komunikační a didaktické dovednosti

- teoretické i praktické znalosti o edukačním tématu

- empatie, ochota

- dobré verbální a neverbální schopnosti

- schopnost navázání kontaktu a důvěry nejen s nemocným, ale i s jeho rodinou

4.5 Formy edukace

Podle organizačního uspořádání a vztahu mezi edukátorem a edukantem

Individuální edukace – je zaměřena na jednoho pacienta/klienta, dochází k užšímu kontaktu, obsah výuky je zaměřený na individuální potřeby edukanta

Skupinová edukace – jsou zde 2 a více účastníků, edukátor vede výuku, řídí diskusi, podporuje aktivitu všech zúčastněných

4.6 Metody edukace

Teoretické metody - přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář

Teoreticko-praktické metody - diskusní metody, rozhovor, problémové metody a výuka, projektové metody, konzultace, brainstorming

Praktické metody - instruktáž, asistování, exkurze, stáž a demonstrace

5. Zásady úspěšné edukace

Motivace – dostatečně motivovat nemocného

Správný jazyk edukace – jednoduchý, srozumitelný, přiměřený individualitám nemocného

System – sdělujeme nejdříve to nejdůležitější, od základního k podrobnému, od jednoduchého ke složitému

Názornost – využíváme modelových situací, snažíme se provázat získávané informace s vlastní zkušeností nemocného

Opakování – opakujeme předávané informace

Kontrola – průběžně kontrolujeme a vyhodnocujeme dosažené výsledky

6. Dokumentace

Poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci. Součástí dokumentace nemocného je řádně vedený edukační záznam.

Každý záznam je proveden na platném formuláři. Záznamový list pro edukaci pacienta/klienta obsahuje: datum, čas, použitou metodu a téma edukace, reakci nemocného a podpis sestry edukátorky.

7. Související dokumenty

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
v platném znění

Vyhláška č. 55/2011 Sb., kterou se stanovují činnosti zdravotnických pracovníků a
jiných odborných pracovníků

8. Použitá literatura

FN Plzeň, Standard 064, *Edukační činnost NELZP v rámci Fakultní nemocnice Plzeň*

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010.

ISBN 978-80-247-2171-2.

ŠULISTOVÁ, Radka, TREŠLOVÁ, Marie. *Pedagogika a edukační činnost v*

ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. České Budějovice: Jihočeská

univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2012. ISBN 978-80-
7394-246-5.

RYBENSKÁ, Jana. *Úroveň sesterské edukace na ortopedickém oddělení z pohledu
sester a pacientů v oblastní a fakultní nemocnici*. Plzeň, 2014. Diplomová práce.

Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Petra
BEJVANČICKÁ.