



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Edukační role sestry se specializovanou způsobilostí

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Andrea Prenerová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Edukační role sestry se specializovanou způsobilostí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 9.5.2022

.....

Bc. Andrea Prenerová

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí mé práce Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D. za cenné rady, ochotu a trpělivost při zpracování diplomové práce. Děkuji rovněž celé své rodině za morální podporu po celou dobu mého studia.

Edukační role sestry se specializovanou způsobilostí

Abstrakt

Diplomová práce s názvem Edukační role sestry se specializovanou způsobilostí je zaměřena na problematiku edukace pacientů v průběhu celého ošetrovatelského procesu. Byly stanoveny tyto cíle: 1. Porovnat edukační roli sestry u sester s vybraným typem specializované způsobilosti (všeobecná sestra pro perioperační péči, sestra pro péči v chirurgických oborech, sestra pro intenzivní péči). 2. Zmapovat rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sester bez specializované způsobilosti na operačním sále. Abychom mohli cíle splnit, byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

1. Jaká je edukační role sestry s vybranými typy specializované způsobilosti?
2. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta před operačním výkonem?
3. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta během operačního výkonu.
4. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta po operačním výkonu?

Teoretická část práce je členěna do jednotlivých kapitol, které popisují obecné pojmy edukace, edukační proces, formy a metody edukace, učení. Další kapitoly jsou cílené na edukační roli sestry, komunikaci v edukačním procesu, zásady a techniky správné komunikace a také velmi důležité téma: bariéry v komunikaci. V poslední kapitole teoretické části jsou popsány kompetence všeobecných sester a sester se specializovanou způsobilostí.

K vypracování praktické části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření za použití metody dotazování. Byla použita technika polo-strukturovaného rozhovoru s předem stanovenými otevřenými otázkami. Rozhovory probíhaly se sestrami s vybraným typem specializace a sestrami bez specializované způsobilosti. Výsledky byly rozděleny do kategorií.

Výsledky výzkumného šetření mohou být použity pro vytvoření metodického doporučení pro edukaci pacienta v předoperační, perioperační a pooperační péči.

Dále lze výsledky použít k edukaci sester v různých specializačních kurzech, kde jim mohou být přínosem k lepší orientaci v celém edukačním procesu.

Klíčová slova: Edukace; role sestry; specializační vzdělávání; pacient

Educational role of a nurse with specialized competence

Abstrakt

This diploma thesis entitled „The educational role of a nurse with specialized competence“ focuses on the issue of patient education during the entire nursing process. The following goals were set: 1. To compare the educational role of a nurse by nurses with a selected type of specialized competence (practicing nurse for perioperative care, nurse for surgical care, nurse for intensive care). 2. To chart the difference in the educational role of nurses with specialized competence and nurses without specialized competence in the operating room. In order to meet the objectives, four research questions were set.

1. What is the educational role nurse with selected types of specialized competence?
2. What is the difference between the educational role of a nurse with specialized competence and a nurse without specialized competence in the provision of nursing care to a patient before surgery?
3. What is the difference between educational role nurses with specialized competence and nurses without specialized competence providing nursing care to the patient during the operation.
4. What is the difference between the educational role of a nurse with specialized competence and a nurse without specialized competence in providing nursing care to a patient after surgery?

The theoretical part of the work is divided into individual chapters, which describe general concepts of education, educational process, forms and methods of education, learning. The next chapters are focused on the educational role of the nurse, communication in the educational process, principles and techniques of proper communication and also a very important topic: barriers in communication. The last chapter of the theoretical part describes the competencies of general nurses and nurses with specialized qualifications.

A qualitative research survey was chosen to develop the practical part using the query method. A semi-structured interview technique with predetermined open questions was

used. Interviews were conducted with nurses with the selected type of specialization and nurses without specialized qualifications. The results were divided into categories.

The results of the research can be used to create methodological recommendations for patient education in preoperative, perioperative and postoperative care.

Furthermore, the results can be used to educate nurses in various specialization courses, where they can be a contribution to better orientation in the entire educational process.

Keywords: Education; the role of the nurse; specialization education; patient

Obsah:

Úvod	9
1 Současný stav	10
1.1 Pojem edukace	10
1.2 Edukační proces	11
1.2.1 Edukant.....	12
1.2.2 Edukátor	13
1.2.3 Edukační konstrukty	14
1.2.4 Edukační prostředí.....	14
1.2.5 Edukační cíle.....	15
1.2.6 Edukační bariéry.....	15
1.3 Učení	16
1.3.1 Zvláštnosti vzdělávání dospělých	17
1.3.2 Bloomova taxonomie	18
1.5.1 Individuální edukace.....	19
1.5.2 Skupinová edukace.....	20
1.5.3 Hromadná forma výuky	20
1.5.4 Přímá edukace	20
1.5.5 Nepřímá a smíšená edukace	21
1.6 Metody edukace	21
1.6.1 Metody slovní-klasické výukové	22
1.6.2 Metody názorně demonstrační.....	25
1.6.3 Metody dovednostně praktické.....	25
1.7 Aktivizující výukové metody	27
1.7.1 Metody diskusí	27
1.7.2 Brainstorming.....	27
1.8 Edukační role sestry	28

1.8.1	Komunikace v edukačním procesu	29
1.9	Kompetence všeobecných sester.....	31
1.9.1	Kompetence sester se specializovanou způsobilostí	32
1.9.2	Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Intenzivní péče	32
1.9.3	Kompetence sester se specializovanou způsobilostí v perioperační péči.....	33
1.9.4	Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Perioperační péče.....	33
1.9.5	Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech	34
2	Cíl práce, výzkumné otázky.....	35
3	Metodika.....	36
3.1	Použité metody.....	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	36
3.3	Harmonogram výzkumu.....	37
3.4	Předvýzkum	37
4.	Výsledky.....	39
4.1	Kategorizace sester	39
4.2.	Kategorizace rozhovorů	43
4.2.1	Kategorie: Význam edukace	43
4.2.3	Kategorie: Způsob edukace.....	46
4.2.3	Kategorie: Edukační materiály.....	50
4.2.4	Kategorie: Edukační prostředí	53
4.2.5	Kategorie: Záznam edukace.....	55
4.2.6	Kategorie: Edukace – multioborová spolupráce	57
4.2.7	Kategorie: Porozumění edukace	60
4.2.8	Kategorie: Návaznost edukace.....	62
4.2.9	Kategorie: Možnost dalšího vzdělávání.....	64
4.2.10	Kategorie: Jiné zdroje edukace.....	66
4.2.11	Kategorie: Překážky v edukaci	68

5	Diskuse	71
7	Seznam použitých zdrojů:	81
8	Seznam příloh.....	87

Úvod

Téma edukační role sestry se specializovanou způsobilostí jsem si zvolila z důvodu jeho stále aktuálnosti. Edukace pacienta je součástí ošetrovatelského procesu. Pojem edukace je odvozen z latinského slova educare, educare-vychovávat. Jedná se o proces výchovy a vzdělání. Jejím cílem je získávání nejen nových poznatků a vědomostí, ale také snaha vedoucí ke změně chování klienta v péči o své zdraví. Informace, které klient získal v edukačním procesu, by měl správně pochopit a také umět použít ve svém životě. Edukace slouží také ke zlepšení vzájemné spolupráce klienta s jednotlivými členy zdravotnického týmu.

Sestra v roli edukátora nabízí klientům informace, v rámci své kompetence, o jejich zdravotním stavu a nemoci. Dále o možných terapeutických a diagnostických postupech. Informuje klienty o možných rizikových faktorech, které negativně ovlivňují jejich zdraví. Součástí edukačního procesu jsou také informace o správné životosprávě, zkušenosti jiných klientů s daným onemocněním, nebo své vlastní zkušenosti. V neposlední řadě sestra v roli edukátorky nabízí klientům edukační materiály, cenné rady, návody a doporučení.

Cílem mé práce je zjistit, jaké jsou edukační role sester s vybranými typy specializované způsobilosti (sestra pro intenzivní péči, sestra pro perioperační péči a sestra v chirurgických oborech). Dalším cílem je zmapovat, jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u klientů před operačním výkonem, v průběhu operačního výkonu a po operačním výkonu. Výsledky budou použity pro vytvoření metodického doporučení pro edukaci klienta v předoperační, perioperační a pooperační péči.

1 Současný stav

1.1 Pojem edukace

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech. Edukace znamená výchovu a vzdělávání jedince. Oba dva pojmy se navzájem prolínají a nelze je od sebe příkře oddělit“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

Edukace je výchova a vzdělávání jedince. Vzdělávání můžeme definovat jako proces, který u jedince rozvíjí jeho schopnosti, dovednosti, vědomosti a návyky. Hlavním významem edukace je předávání informací, změna návyků, postojů a chování jedince. Ukázka, jak postupovat v praktických činnostech. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské a zdravotní péče. Edukace má také velký význam na spokojenost pacientů, pomáhá rozvíjet jejich samostatnost a soběstačnost. Základem správné edukace jsou především odborné znalosti a praktické dovednosti personálu. Správná edukace je v mnoha zdravotnických zařízeních jedním z ukazatelů kvality zdravotní péče (Šmídová, 2013).

Edukace je proces, kterým ovlivňujeme jednání a chování klientů. Zlepšuje jejich kvalitu života a nezávislost při každodenních činnostech. Správně provedená edukace zmírňuje strach a úzkost edukantů. Edukace posiluje dodržování léčebného režimu a snižuje komplikace již vzniklého onemocnění (Bastable, 2008).

V posledních letech se velmi změnil postoj pacientů k jejich zdraví, stále se zvyšují nároky na kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Každý pacient musí vědět, co jej po příchodu do nemocnice čeká, jak bude probíhat operační či diagnostický zákrok a jaká bude pooperační péče. Mnozí pacienti přicházejí do zdravotnických zařízeních se strachem, protože mají informace zkreslené, především z televizních seriálů, kde jsou různé situace záměrně zdramatizovány. Proto je edukace pro pacienty velmi přínosná a pomáhá jim zmírňovat jejich obavy (Matlochová, 2012).

Na klinických pracovištích se velmi často setkáváme s pojmem mentor. Jedná se o osobu provádějící mentoring. Subjektem edukace není zdravý či nemocný klient, ale například student, žák nebo pracovník daného zdravotnického zařízení. Cílem této edukace je profesní, osobní a sociální rozvoj edukanta (Šulistová a Trešlová, 2012). Důležitou roli hrají dovednosti mentora, při poskytování edukačních činností. Pomáhá edukantovi především poznávat sám sebe, rozvíjet jeho schopnosti a podporovat jeho vlastní potenciál. Poskytuje odborné a zkušené rady, učí příkladem. V kritických

situacích stojí vždy na straně svého studenta a podporuje ho k dosažení stanovených cílů a kariérním postupu. V současné době, vzhledem k nutnosti mentora při praktické výuce studentů na klinických pracovištích, pořádají univerzity kurzy mentorství. Vyškolení mentoři spolupracují s katedrami ošetrovatelství. Hlavním cílem vzájemné spolupráce je zkvalitnění praktické výuky (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.2 Edukační proces

Edukační proces je proces, který zahrnuje všechny činnosti edukátora, při kterých dochází k učení a předávání informací edukantům. V procesu edukace hrají významnou roli čtyři hlavní faktory:

1. Edukant
2. Edukátor
3. Edukační konstrukty
4. Edukační prostředí

Základem edukace je edukační proces. Je dynamický a skládá se z pěti částí, které na sebe vzájemně navazují. Sestra s pacientem se mohou k jednotlivým částem procesu zpětně vracet (Malíková, 2006).

Edukace zdravých i nemocných klientů je důležitou součástí moderní ošetrovatelské péče. Edukační proces je plánovaný, záměrný a cílevědomý proces, který probíhá při vzájemné interakci mezi edukantem a edukátorem (Závodná, 2005).

Nejdůležitější částí edukačního procesu je sběr dat a informací. Potřebné informace získáváme nejen na začátku, ale během celého procesu. Informace o klientovi lze získat například pozorováním, rozhovorem s ním nebo jeho rodinou či přáteli a také ze zdravotní dokumentace. Sestra edukátorka získává potřebné údaje odběrem anamnézy, fyzikálním vyšetřením, hodnocením kognitivních funkcí. Zjišťuje klientovo životní styl a zdravotní stav. Informace o klientovi musí být komplexní, systematické a přesné (Malíková, 2006).

Ve zdravotnickém zařízení má edukační proces svá specifika. Dle Juřeníkové (2010, s.21-22) můžeme edukační proces rozdělit na 5 fází. První fáze je počáteční pedagogická diagnostika. V této fázi získává edukátor informace o vědomostech, dovednostech a postojích edukanta. Zjišťuje tak jeho edukační potřeby. Využívají se zde různé edukační metody, například rozhovor či pozorování. Tato fáze je velmi důležitá pro stanovení budoucích cílů edukace. Druhá fáze neboli projektování slouží

k naplánování edukačních cílů, zvolení vhodné metody, formy, pomůcky, obsah a způsob edukace a také dostatek potřebného času. Třetí fáze realizace je zaměřena na předávání informací a nových poznatků. Velmi důležitá je zde motivace a také aktivní účast posluchače. Získané vědomosti a dovednosti je nutné opakovat a stále procvičovat. Pochopení daného učiva a zájem edukanta průběžně testujeme. V této fázi se snažíme, aby posluchač dokázal získané dovednosti a vědomosti použít. Čtvrtá fáze je upevnění a prohlubování učiva. Důležité je zde uchovávání vědomostí v dlouhodobé paměti, proto je nutné získané vědomosti stále opakovat. Velmi často v praxi ve zdravotnickém zařízení je tato část opomíjena. Poslední fáze edukačního procesu se nazývá zpětná vazba. Zde se hodnotí nejen výsledky edukanta, ale také naše. Hodnocením výsledků získáváme možnost zpětné vazby mezi edukátorem a edukantem.

1.2.1 Edukant

Ve zdravotnickém prostředí bývá nejčastěji edukantem zdravý, nebo nemocný klient, bez rozdílu věku, pohlaví a zdravotní způsobilosti. Edukantem je jakýkoliv subjekt edukace. Velmi důležité je, uvědomit si, že každý edukant je individuální osobnost. Má své charakteristické vlastnosti a kognitivní schopnosti. Velkou roli zde hraje věk, pohlaví a prostředí, ve kterém se pohybuje. Ke každému edukantovi je třeba přistupovat individuálně s ohledem na jeho osobnost a potenciál. Osobnost edukanta ovlivňuje také sociální prostředí, víra, etnická příslušnost a sociálně-kulturní podmínky (Juřeníková, 2010).

Edukant je označení pro různé subjekty edukačních procesů. Edukantem může být žák, učeň, student vysoké školy, účastník jazykového kurzu, účastník profesního školení, dítě poučované rodičem, ale také pacient instruovaný sestrou či lékařem (Průcha, 2017).

1.2.2 *Edukátor*

Edukátor je ten, kdo poskytuje informace. Může to být lékař, sestra, instruktor, učitel, vychovatel, trenér, školitel. Jsou to všechny osoby, které provádějí edukační aktivity. Ve zdravotnictví to bývá nejčastěji lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, porodní asistentka (Pugnerová, 2019).

Osobnost edukátora má v procesu edukace velký význam. Jak uvádí Juřeníková (2010), pro úspěšnou edukaci by měl mít edukátor tyto předpoklady:

- Intelektové (analýza edukačních potřeb, řešení problémů)
- Charakterové (důslednost, trpělivost, svědomitost, zodpovědnost)
- Odborné dovednosti a znalosti
- Sociální (umění komunikace, pozitivní vztah k lidem)
- Odborné znalosti a dovednosti v procesu edukace (znát metody a formy edukace, umět je použít v praxi)
- Senzomotorické (obratnost, zručnost)
- Autoregulační (schopnost přizpůsobit se)

Zdravotník v roli edukátora poskytuje zkušenosti a vědomosti edukantovi. Zároveň plní funkci podporovatele, poradce, diagnostikuje edukační potřeby, realizuje edukaci a plní také funkci hodnotitele. Důležitou vlastností edukátora je schopnost sebereflexe (Juřeníková, 2010). Reflexe je jedna z metod, která pomáhá edukantům či studentům k osobnímu růstu. Znamená to například posouvání zábran, hledání alternativních způsobů myšlení a reflektování toho, jak se studenti chovají na praxi. Velmi důležitou úlohou mentorky je navázání vztahu důvěry a vzájemného respektu mezi ní a edukanty, kterým by měla poskytnout dostatek času pro uvědomění si sebe sama (Stuart, 2005).

Sebereflexe znamená přemýšlení nad sebou samým. Dle toho, o čem přemýšlíme, určujeme různé stupně sebereflexe. Základním stupněm, který ještě nepatří do sebereflexe, je sebeuvědomování. Své chování a jednání si uvědomujeme, ale ještě o nich nepřemýšlíme. Sebereflexe se objevuje většinou až v momentě, kdy nejsme s něčím spokojeni. V tomto okamžiku začneme přemýšlet, zda jsme vše udělali dobře či nikoliv. Většina z nás se dostává na tento stupeň sebereflexe po negativně hodnoceném chování (Juřeníková, 2010).

Pokračovat v sebereflexi dál, již vyžaduje určitý duševní trénink. Naučíme se zpětně hodnotit jakékoliv naše chování, bez ohledu na to, jaký z něj máme pocit.

Začneme přemýšlet o všem, co jsme udělali, řekli, proč jsme to udělali právě tak a zda to příště uděláme stejně. Sebereflexe nás naučí změnit nejen své chování, ale i své vlastní myšlení. Sebereflexe se využívá jako nástroj k řízení sebe sama (Parma, 2006).

Kladení otázek, jak sobě, tak ostatním je základem reflexní praxe. V oblasti ošetrovatelství tuto roli získává mentor. Zpětně klade otázky edukantům, kteří při hledání odpovědí, vyjadřují vlastní pocity a společně dosahují učebních cílů. Pokud edukátor velmi dobře ovládá prvky reflexe, vytváří vnější motivaci a povzbuzuje edukanty k dalším otázkám (Adair, 2004).

1.2.3 Edukační konstrukty

Edukační konstrukty jsou všechny materiály, které ovlivňují edukační procesy a mají edukační potenciál. Mohou to být učebnice, výukové filmy, zákony, články v časopisech, referáty, teoretické materiály, lékařské doporučení, předpisy, výukové filmy, osnovy. Všechny tyto materiály ovlivňují kvalitu edukačního procesu (Pugnerová, 2019).

Edukační konstrukty mohou být i různé pedagogické teorie. Mezi ně patří například články v pedagogických časopisech, knižní monografie, referáty na konferencích, disertace zaměřené na pedagogickou problematiku. Všechny tyto materiály ovlivňují také nějakým způsobem edukační procesy (Průcha, 2002).

1.2.4 Edukační prostředí

Edukační prostředí je místo, ve kterém probíhá edukace. Toto prostředí ovlivňují různé ergonomické podmínky jako je například barva, nábytek, osvětlení, velikost místnosti, prostorové uspořádání, zvuk, atmosféra edukace a sociální klima.

Liší se podle toho, pro koho je určeno. Příkladem edukačního prostředí může být například ambulance, nebo třída, kde probíhá edukační činnost (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí je místo, kde se realizuje edukace. U pacientů před chirurgickým operačním výkonem se stává edukačním prostředím předoperační pokoj, předsálí operačního sálu, ale také i vlastní operační sál (Magerčíaková, 2009).

Velkou roli zde hrají psychosociální faktory, a to především vztah mezi edukantem a edukátorem, atmosféra a klima edukace (Němcová, 2010).

Význam pojmu „prostředí“ pedagogové vysvětlují také jako okolí, souhrn vnějších podmínek (ekonomických, sociálních, etnických, demografických aj.), v nichž funguje určitá škola. Edukační procesy probíhající ve škole jsou ovlivňovány vnějšími faktory typickými pro danou lokalitu. Edukační prostředí může být: školní, skupinové, rodinné, profesní, zdravotnické, náboženské, skupinové (formální, neformální), sportovní, intimní. V každém z těchto prostředí jsou realizovány určité edukační procesy (Průcha, 2009).

1.2.5 Edukační cíle

Každý zdravotnický pracovník, který provádí edukaci, musí správně formulovat cíle, kterých chce u klienta dosáhnout. Důležité je vědět, jaké dovednosti, vědomosti, návyky a postoje chce u pacienta vytvořit. Cíle mohou být dlouhodobé nebo krátkodobé. Správně formulovaný cíl musí být splnitelný, jednoznačný a kontrolovatelný. Další nezbytnou vlastností cílů je komplexnost, tzn. působí nejen na oblast kognitivní (vědomostní), afektivní (rozvoj osobnosti klienta), ale také na oblast psychomotorickou. Cíle musí být formulovány zcela přesně, konkrétně, jednoznačně s možností kontroly. Používáme aktivní slovesa (aktivita-co má dělat) ve spojitosti s tím, co má edukant umět. Mezi vhodná slovesa patří například osvojit si, vědět, myslet, znát, rozumět (Juřeníková, 2010).

Edukační cíl je jeden z nejdůležitějších sloupů celého edukačního procesu. Jedná se o předem promyšlenou změnu edukanta v jeho postojích, názorech a vědomostech (Vališová a Kasíková, 2007).

Vhodně zvolený cíl edukátorovi vždy pomůže, jakou formu, pomůcku či metodu má pro daný edukační proces zvolit (Šerák a Dvořáková, 2009).

Pro správnou formulaci a stanovení cílů slouží různé taxonomie (kategorizace). Nejznámější je Bloomova taxonomie viz. kapitola 1.3.2

1.2.6 Edukační bariéry

Edukační bariéry jsou všechny překážky, které brání dosažení stanoveného edukačního cíle. Překážky mohou být buď ze strany pacienta či jeho rodiny, ale také ze strany zdravotnického pracovníka. Překážkou může být například věk, povaha klienta, stres z nemoci, jazykové či kulturní bariéry, nepřijetí choroby. Také negativní vliv nemocničního prostředí, ztráta soukromí a intimity hraje zde velmi významnou roli.

Velmi častou překážkou v procesu edukace bývá nedostatek času, především ze strany zdravotnického pracovníka. Důležitým úkolem všeobecných sester je všechny tyto překážky co nejdříve zjistit a odstranit (Svěráková, 2012).

1.3 Učení

V edukačním procesu je vždy obsaženo slovo učení. V knize J. Čápa a J. Mareše (2001) Psychologie pro učitele je učení definováno takto: „učení znamená získávání zkušeností, utváření a pozměňování jedince v průběhu jeho života. Naučené je opakem vrozeného.

Životní úloha lidského učení je v získávání předpokladů pro aktivní vyrovnávání se s přírodním a společenským životním prostředím“ (Čáp a Mareš, 2007 s.80). Rozlišujeme tři základní druhy učení. Prvním druhem učení je senzomotorické. Jedná se o učení, kdy si dospělí nebo dítě osvojuje různé pohybové činnosti (dítě se učí chodit, dospělí se učí např. řídit automobil, tančit). Dalším druhem učení je verbálně-kognitivní. Jedná se o učení, jehož hlavním cílem je osvojování poznatků pomocí jazyka-získávání informací studiem textu. Posledním druhem učení je sociální učení. Probíhá od raného dětství a pak v průběhu celého života. Člověk si osvojuje systémové hodnoty, normy, postoje, ale také schopnosti komunikovat a jednat v různých sociálních prostředích. Sociálně naučená role je vždy u dítěte role žáka, později role zaměstnance, role matky, otce apod. (Průcha, 2005).

Učením je označována činnost žáka, studenta, klienta. Schopnost učit se je dána nejen člověku, ale i všem živočichům, protože i u nich dochází k adaptačním procesům. Člověk je na rozdíl od živočichů schopen abstraktního myšlení, utváření pojmů a úsudků. Velkou rolí u člověka hraje řeč, díky řeči jsme schopni učit se i věci, které smysly nevnímáme. Učení vyžaduje pevnou vůli a silnou motivaci. Schopnost učení ovlivňuje celá řada faktorů. Mezi nejvýznamnější patří například fyzický a psychický stav edukanta, jeho aktivita, stupeň intelektuálních schopností, úroveň dosaženého vzdělání, vztah ke studovanému obsahu atd. (Kohout, 2010).

Ráda bych se zde zmínila o učebních stylech dle dominujícího smyslu. R. Šulistová a M. Trešlová (2012, s. 23-24) popisují následující typy:

Sluchově mluvní typ – edukant pozorně naslouchá výkladu, o věcech hovoří, učí se nahlas, diskutuje a vyptává se na další podrobnosti. Má dominující sluchovou paměť, bývá často pohotový. Učivo pochopí a je schopen ho interpretovat. Zrakový (vizuální) typ – dominantní je pro něj především zraková paměť. Edukant získává informace

raději čtením odborné literatury než posloucháním výkladu. Učivo si vybavuje pomocí zrakových vjemů. Často si výklad zaznamenává dle vlastních poznámek, používá grafické znázornění pro složité věci. Velmi dobře se dokáže orientovat v prostoru, v nákresech i mapách. Je zdatný v kreslení i četbě. Zrakových typů je přibližně 55 procent. Dalším typem je hmatový a pohybový. Tento typ edukanta využívá pohybový smysl a hmatové vnímání. V paměti mu zůstává především to, co si ohmatá a vnímá. Často se učí při chůzi, v přírodě, po pokoji. Projevuje se pohyby a nevydrží být moc dlouho v klidu. Při delším sezení a učení, musí alespoň na chvíli vstát, projít se, protáhnout a pak se vrátí zpět k učení. Své uplatnění nacházejí nejčastěji v manuálních činnostech. Posledním typem je slovně-pojmový. Tento typ velmi dobře dokáže odlišit věci podstatné od věcí vedlejších. Do paměti si ukládá logické souvislosti dané problematiky. Preferuje matematické vzorce a abstraktní myšlení před konkrétním vyjadřováním. Všechny výše zmíněné typy nejsou zcela vyhraněné, navzájem se mohou propojovat. Je však vědecky podloženo, že u každého edukanta převládá určitý typ učení.

1.3.1 Zvláštnosti vzdělávání dospělých

„Úspěšná výchovná a vzdělávací práce s dospělým účastníkem vyžaduje respektování jeho zvláštností a využívání silných stránek jeho osobnosti“ (Barták, 2008, str.17).

Dospělí lidé z hlediska vzdělávání a výchovy se liší od mládeže především věkem, druhem profese, úrovní vzdělávání, životními schopnostmi, dovednostmi, zkušenostmi, vzdělávacími potřebami, životními postoji, zájmy, ale také disponibilním časem k rozvoji a zdravotním stavem. Každý dospělý člověk se vyznačuje určitým životním stylem, sociální zralostí, vyrovnaností a také smyslem pro reálné cíle a praktický život. V procesu vzdělávání dospělých je nutné respektovat fakt, že každý jedinec na základě svých životních a pracovních zkušeností bude nové poznatky přijímat diferencovaněji, kritičtěji s ohledem na své potřeby a zájmy. Lze předpokládat jistou studijní motivaci, protože převážná část dospělých jedinců vstupuje do procesu vzdělávání dobrovolně. Důležité je také brát v úvahu psychofyziologické zvláštnosti jednotlivých věkových skupin např: paměťové schopnosti, pružnost myšlení, rozdíly v pozornosti, praktické orientaci myšlení, odolnost a stabilita vnímání aj. U dospělých jedinců v produktivním věku převládá praktické myšlení, které se zvyšujícím věkem

získává na významu. Typické pro dospělého člověka je praktická až pragmatická orientace: chtějí vědět, čeho mohou učením dosáhnout, obsah, výsledky kurzu a jeho přínos. Proto je nutné k pracovním a životním zkušenostem posluchačů pečlivě vázat obsah vzdělávání (Barták, 2008).

1.3.2 Bloomova taxonomie

Dosahuje velkého významu v oblasti vzdělávání, především pro pedagogické odborníky. Bloomova taxonomie je teorie vzdělávacích cílů, která je pojmenována dle amerického psychologa vzdělávání Benjamina Blooma. Kognitivní doména obsahuje 6 základních definicí od jednoduchých po složitější. Patří sem: znalosti, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnocení (Veteška, 2010).

Taxonomie se dělí na 6 základních kategorií. První kategorie je zapamatování, vybavování a znovupoznání. Zde se definují znalosti. V druhé kategorii je porozumění. V této kategorii edukanti vlastními slovy popisují danou problematiku a odvozují logické závěry. Zde se ukáže, zda edukant učivo pochopil a jak umí informace interpretovat. Ve třetí kategorii edukanti ukážou, jak budou získané informace aplikovat v praxi. Čtvrtou kategorií tvoří analýza, kdy edukanti by měli umět objasnit vzájemné vztahy mezi jednotlivými prvky. Pátá kategorie je zaměřena na hodnocení a posouzení. Zde se hodnotí celý postup edukace. Nesmí zde chybět kritika, srovnávání s normou a ocenění. Šestá kategorie je plánování. Zde se navrhnou různá řešení problémů, vytvářejí se hypotézy a navrhnou se nové postupy (Kosíková, 2011).

1.4 Druhy edukace

Edukaci můžeme rozdělit na základní, reedukační a komplexní. V souvislosti s prevencí na primární, sekundární a terciální. Dle způsobu realizace na individuální, skupinovou a hromadnou (Magurová, 2009).

Základní edukace se nejčastěji využívá při nově diagnostikovaném onemocnění. Nemoc přináší pro pacienty změny v jejich chování a psychice. Je proto velmi důležité, nepodávat edukantovi velké množství informací najednou. Při základní edukaci je edukant seznamován s danou problematikou poprvé. Získává nové informace, vědomosti a dovednosti. Tato edukace by měla obsahovat pouze základní a nejdůležitější informace (Magurová, 2009).

Reedukaci můžeme vnímat jako opakující se edukaci. Navazuje na předchozí dovednosti a vědomosti klienta. Cílem reedukace je seznámení klienta s informacemi o jeho zdravotním stavu (Juřeniková, 2010).

Komplexní edukace se uplatňuje především u chronicky nemocných pacientů. Informace jsou předávány edukantovi i celé jeho rodině. Hlavním cílem komplexní edukace je zlepšení a udržení zdraví (Magurová, 2009). Komplexní edukace je nejčastěji realizována v kurzech (Závodná, 2005).

Primární edukace se zaměřuje na prevenci nemocí a rizik. Součástí edukace jsou činnosti zaměřující se na rozvíjení, podporu, udržení zdraví a zdravého životního stylu (Magurová, 2009).

Sekundární edukace je cílena na navrácení zdraví a zamezení vzniku komplikací. Probíhá u nemocných pacientů. Nejčastěji se jedná o edukaci v oblasti soběstačnosti, prevence a léčebného režimu (Magurová, 2009).

Terciální edukace je zaměřena na klienty, kteří již nemohou být úplně vyléčeni. Hlavním cílem je zlepšení kvality života a zabránění vzniku dalších možných komplikací (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.5 Formy edukace

1.5.1 Individuální edukace

Je nejčastější forma edukace ve zdravotnictví. Edukátor je v blízkém osobním kontaktu s edukantem (Šulistová a Trešlová, 2012).

Edukace probíhá na základě stanovení individuálních potřeb pacienta. Tato forma edukace se nejčastěji uplatňuje v ambulancích, v ordinaci praktického lékaře a u nemocničního lůžka. Velmi často se využívají edukační metody rozhovoru, vysvětlování, instruktáž s praktickým cvičením (Juřeniková, 2010). Svěráková (2012) uvádí za výhodu této edukace především individuální přístup k potřebám pacienta.

Mezi další výhody individuální formy výuky patří: vytvoření individuálního edukačního plánu dle potřeb edukanta, aktivita edukanta, vysoká efektivita učení a zpětná vazba mezi edukantem a edukátorem. Mezi nevýhody individuální formy výuky patří: časová omezenost edukátora, nemožnost vzájemné komunikace a spolupráce mezi více edukanty (Juřeniková, 2010).

1.5.2 Skupinová edukace

Výuka probíhá ve skupinách různých velikostí. Tato forma edukace se uplatňuje především v lázeňské péči a svépomocných skupinách. Pacienti si navzájem předávají vlastní zkušenosti s daným onemocněním. Ideální počet osob ve skupině je 3-5. Může být využita jak u zdravých, tak i chronicky nemocných klientů. Skupina může být neformální (vzniká na základě vlastního zájmu) nebo formální (vytvořena na základě různých kritérií jako je pohlaví, věk, úroveň vědomostí a dovedností, druh onemocnění). Mezi výhody skupinové edukace patří vzájemná spolupráce a výměna zkušeností mezi edukanty, individuálnější přístup edukátora ke klientům. Mezi nevýhody skupinové formy učení patří: všichni členové skupiny nemusí být zapojeni do výuky stejnoměrně (Juřeníková, 2010). Také Svěráková (2012) uvádí za výhodu skupinové edukace především výměnu zkušeností mezi jednotlivými členy dané skupiny.

V Masarykově onkologickém ústavu v Brně realizovali dvouletý projekt, na základě průzkumu, který byl zaměřen na uspokojování edukačních potřeb u hospitalizovaných pacientů formou edukace ve skupině. Zajišťovala se opakovaná setkání k zajištění zpětné vazby a sdělování zkušeností. Výsledkem tohoto průzkumu bylo zjištění, že skupinová edukace významně omezila strach a úzkost u pacientů z následné péče a pomohla jim také v rozhodování. Na základě tohoto projektu, bylo vytvořeno virtuální poradenství na internetových stránkách ústavu a došlo k významnému rozšíření edukačních aktivit (Kocourková et al., 2014, s.32-33).

1.5.3 Hromadná forma výuky

Ta je zaměřena na větší počet edukantů. Pro všechny účastníky je obsahově stejná. Typickým příkladem hromadné edukace je přednáška. Mezi výhody této formy edukace patří především možnost sdělení informací většímu počtu osob najednou. Nevýhody této edukace jsou nedostatečný individuální přístup, malá aktivita edukantů a nedostatečná zpětná vazba. Edukaci můžeme rozdělit také na přímou a nepřímou (Juřeníková, 2010).

1.5.4 Přímá edukace

Je charakterizována přímým kontaktem mezi edukátorem a edukantem. Je uplatňována nejčastěji ve zdravotnickém zařízení. Výhodou je přizpůsobení edukace dle momentálních potřeb a zdravotním stavu pacienta (Juřeníková, 2010).

Příkladem této edukace je edukace pacienta perioperační sestrou před plánovaným operačním zákrokem. Perioperační sestra navštíví pacienta na pokoji, představí se mu a sdělí účel své návštěvy. Důležité je pro rozhovor zvolit vhodné prostředí, pacient se rozhodne, kde rozhovor proběhne. Perioperační sestra informuje pacienta o bezprostřední přípravě na operační sál, o způsobu premedikace, po které již nesmí vstávat z lůžka, o odstranění zubních náhrad a šperků. Důležitá je alergická anamnéza na dezinfekční prostředky, léky, náplasti aj. Součástí přímé edukace je také vysvětlení způsobu transportu na operační sál, informace o prostředí na operačním sále, informace o poloze pro daný operační výkon, vysvětlení důvodu podání a umístění neutrální elektrody na těle pacienta, informace o nutnosti bandáží dolních končetin. Dále je pacient informován o rouškování a způsobu přípravy instrumentária, přípravě a dezinfekci operačního pole a také o operačním týmu, který bude u operace přítomen (Chmelíková a Šilhartová, 2008).

1.5.5 Nepřímá a smíšená edukace

Nepřímá edukace je edukace, při které není edukant v přímém kontaktu s edukátorem. Příkladem je e-learning, práce s textem, korespondence. Výhoda je možnost vzdělávání klientů dle jejich volného času a možností. Smíšená edukace umožňuje přímý kontakt edukanta s edukátorem a zároveň se klient vzdělává dle svých časových možností v domácím prostředí (Juřeníková, 2010).

1.6 Metody edukace

Výraz metoda pochází z řeckého slova „Methodos“, znamená postup, cestu. Můžeme říct, že metoda je určitá cesta neboli postup k dosažení cíle v edukaci. Edukační metody procházejí dlouhodobým historickým původem. Měnily se v závislosti na společensko-historických předpokladech vyučování, na typu školy jako instituce a také na závislosti kontextu vyučujícího procesu pro určité konkrétní období. V každém edukačním procesu se uplatňují různé edukační metody a mohou se vzájemně doplňovat. Používání pouze jedné metody, nevede většinou k dosažení úspěšného cíle (Skalková, 2007).

Metody edukace můžeme rozdělit na klasické = slovní, názorně-demonstrační = teoreticko-praktické a dovednostně-praktické. Mezi metody slovní patří například vyprávění, vysvětlování, přednáška, práce s textem a rozhovor (Maňák a Švec, 2003).

Mezi metody názorně-demonstrační můžeme zařadit předvádění a pozorování, práce s obrazem, instruktáž. Metody dovednostně praktické jsou napodobování, vytváření dovedností, produkční metody, manipulování, laborování, experimentování (Maňák a Švec, 2003).

1.6.1 Metody slovní-klasické výukové

1.6.1.1 Metoda přednášky

Metoda přednášky zasahuje až do dávné antiky. Cílem přednášky je předávání nových informací, poznatků a myšlenek. Klasická přednáška se skládá ze tří částí. První částí je úvod, ve kterém se snažíme edukanty seznámit s daným problémem získat jejich pozornost a zájem. Posluchači by měli znát cíl přednášky a pochopit problematiku prezentovaného problému (Juřeníková, 2010).

Druhou částí přednášky je vlastní výklad, který by měl obsahovat pouze podložená fakta. Text by měl být logicky uspořádaný. Je vhodné do textu vložit své vlastní poznatky a přidat také příklady z praxe (Juřeníková, 2010).

Poslední částí přednášky je závěr. Zde by mělo být shrnuto celé téma a zdůrazněny nejdůležitější informace. K pochopení tématu se v současné době používají různé pomůcky například interaktivní tabule, či počítačová technika jako program Power point umožňující vytvoření přednášky formou prezentace včetně obrázků a videa (Juřeníková, 2010).

Přednáška má své výhody, ale také nevýhody. Výhodou přednášky je předávání informací většímu počtu edukantů. Nevýhodou je především nedostatečná zpětná vazba posluchačů, malá aktivita a kontrola, zda bylo téma přednášky dostatečně pochopeno. Z tohoto důvodu je vhodné, na konci přednášky pokládat kontrolní otázky (Juřeníková, 2010). Přednáška má své specifické funkce. Je motivačním faktorem a úvodem k novým edukantovým aktivitám a učebním jednotkám. V přednáškách lze učivo přehledně shrnout a třídit. Je vhodnou metodou, pro vysvětlení teorie (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.6.1.2 Metoda vysvětlování

Tuto metodu lze použít ve většině výukových situacích. Jedná se o logické a systematické postupy při předávání informací edukantům. Tato metoda respektuje věkové zvláštnosti posluchačů, jejich vědomosti a dovednosti. Podstatou vysvětlování je pochopení nějakého jevu, na základě argumentů danými příslušnými zákonitostmi. Vysvětlování složitého jevu musí probíhat nejprve po krocích, úsecích a etapách. Důležitá je zde také zpětná vazba, která nám ukazuje, zda edukant daný úsek pochopil. Obtížnost učiva ovlivňuje způsob výkladu. Metodicky správné je soustředit se nejprve na problémy podstatné, teprve pak je výklad možno rozšiřovat a doplňovat (Šulistová a Trešlová, 2012).

Součástí vysvětlování jsou logické operace, jako je dedukce, indukce, srovnávání aj. Je ovšem velmi důležité, pracovat s těmito operacemi přiměřeně vzhledem k věku a připravenosti edukanta. Metoda vysvětlování má také ovšem svá úskalí. Není vhodné, používat odborné termíny, přílišné podrobnosti a nesrozumitelný jazyk. Druhým extrémem je zjednodušování dané problematiky, volba nevhodných příkladů (Maňák, Švec 2003).

1.6.1.3 Metoda vyprávění

Metoda vyprávění je slovní metoda, která si nejvíce zachovává bližší vztah mezi posluchači a vyprávěčem. Společně zde mohou prožívat emocionální náboj příběhu. Charakteristické pro vyprávění je jednosměrný tok informací od edukátora k edukantům, a proto ji řadíme do monologických slovních metod. I edukanti však mohou příběh upřesnit, doplnit nebo vznést dotaz. Řeč patří mezi velmi efektivní nástroje myšlení a je důležitá pro tvorbu celkového obrazu skutečnosti (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.6.1.4 Práce s textem

Jedná se o výukovou metodu, která je založena na zpracování textových informací. Edukanti si zde osvojují, rozšiřují a upevňují nové poznatky. Můžeme se zde setkat s pojmem „učení z textu“, protože zde dominuje edukantovo učení, které je podporováno edukátorem. Podstatou práce s textem je nejen zapamatování daných informací, ale také podpora dovedností edukantů, při řešení náročných úloh, pomocí

textových informací. Hlavní podstatou práce s textem je porozumění prezentované problematice (Maňák a Švec, 2003).

1.6.1.5 Rozhovor

Výuková metoda navazující na každodenní hovory, které vedeme mezi svými přáteli, liší se především svým zaměřením, náročností a cílevědomostí. Hlavním jádrem rozhovoru je dvoustranná komunikace v podobě otázek a odpovědí dvou nebo více osob. Rozhovor je zaměřen tak, aby se dosáhlo stanoveného cíle. Mezi hlavní prvky rozhovoru patří oslovení a replika. Je důležité, aby účastníci rozhovoru měli v ideálním případě stejná práva a tím mohl vzniknout dialog. Při výukovém rozhovoru má však vedoucí roli edukátor, protože zodpovídá za celkový průběh a splnění daného cíle. Je velmi žádoucí, vytvoření vzájemného porozumění mezi edukantem a edukátorem. Role edukátora se nesmí nikdy změnit v rozkazování či nátlak (Maňák a Švec, 2003).

Metoda rozhovoru má uplatnění v mnoha oblastech vzdělávání, nejde však o metodu univerzální a nejefektivnější. Vždy musí být stanoveno vhodné téma, o němž musí mít účastníci rozhovoru alespoň minimální zkušenosti a vědomosti. Edukátor by měl být vždy připraven své otázky formulovat, upřesňovat a obměňovat dle vzniklé situace. Důležitým prvkem výukové metody pomocí rozhovoru je zajištění dostatečného prostoru a času tak, abychom mohli dosáhnout stanovených cílů (Maňák, Švec 2003).

Ne všichni pacienti se učí stejným způsobem a mají stejnou kapacitu. Někteří lidé jsou vizuální studenti, kteří se částečně věnují grafice, obrázkům a diagramům, aby jim mohli porozumět a používat informace. Jiní se nejlépe učí nasloucháním, psaním nebo účastí na praktických činnostech. Díky dnešní technologii, nabízejí weby, webové aplikace a videa novější možnosti vzdělávání pacientů. Sestry však musí posoudit potřeby pacientů, identifikovat a poskytnout jim nejvhodnější způsob vzdělávání v praxi (Pirschel, 2020).

1.6.2 Metody názorně demonstrační

1.6.2.1 Pozorování a předvádění

Nejjednodušší způsob pro učení je názorná ukázka daného předmětu a předvedení jeho činnosti a funkce. Má-li dosáhnout předvádění žádoucího účinku, musí však edukanti projevit dostatečný zájem, soustředěnost a cílevědomé pozorování. Vjemy a prožitky, které edukanti získávají prostřednictvím smyslových receptorů se stávají stavebním materiálem pro následné psychické úkony a procesy. Důležitou součástí metody pozorování a předvádění je slovní doprovod, vhodný komentář, který řídí vnímání a pozorování edukantů (Šulistová a Trešlová, 2012).

Metoda pozorování je náročná na soustředění a udržení pozornosti posluchačů. Edukátor používá k předvádění nejrůznější učební pomůcky. Mohou to být například skutečné předměty (výrobky, preparáty, přírodniny), modely, zvukové pomůcky (magnetofon, hudební nástroje), literární pomůcky (učebnice, atlasy, příručky), přístroje na počítání a měření, počítače, dynamické projekce (televize, filmy, video) aj. (Zormanová, 2017).

1.6.2.2 Instruktaž

Instruktaž je velmi často využívaná názorně demonstrační metoda. Zprostředkovává edukantům hmatové, audiovizuální a vizuální podměty, které využívají k praktické činnosti. Slovní instruktaž patří mezi nejpoužívanější druhy instruktaže. Edukanté získávají slovním popisem, který je rozfázovaný na jednotlivé kroky, návody a praktické rady k dané problematice. Při instruktaži jsou využívány další výukové metody, mezi které patří například metoda vysvětlování, metoda popisu, metoda demonstrace, a proto není instruktaž zařazena do samostatných vyučovacích metod (Zormanová, 2012).

1.6.3 Metody dovednostně praktické

Tyto metody se používají především k rozvoji psychomotorických dovedností. Jsou zaměřeny na praktickou činnost a vlastní aktivitu edukantů. Patří sem například nácvik pohybových a praktických činností, grafické a výtvarné činnosti, pracovní činnosti aj. Mezi tyto metody můžeme zařadit napodobování, manipulování, vytváření dovedností a produkční metody (Šulistová a Trešlová, 2012).

1.6.3.1 Napodobování

Jedná se o nejčastější metodu, při které se vytvářejí praktické dovednosti. Napodobování neboli imitace je přebírání určitých způsobů chování od jiných lidí. Může být záměrné, nebo bezděčné. Velký význam z pedagogického hlediska je, zda napodobovaný vzor působí negativně, nebo pozitivně. Napodobování má významnou úlohu pro vytváření senzomotorických dovedností. Názorný příklad vede k efektivnějšímu a rychlejšímu osvojení dovedností. Příkladem je nácvik správné výslovnosti při výuce cizích jazyků, nebo také manipulace s přístroji (Švarcová-Slabinová, 2008).

1.6.3.2 Manipulování

Manipulování je jedna z nejdůležitějších metod praktických dovedností. Již v nejranějších stádiích vývoje dítěte je důležitým nástrojem poznání. Dítě poznává předměty kolem sebe prostřednictvím ochutnávání, ohmatávání, přemísťování a rozebírání. Manipulaci dětí s předměty zařadila do výchovného systému M. Montessoriová, která poukazovala na možnosti rozvíjení aktivit dítěte při práci s hračkami a předměty. Mezi vhodné pracovní činnosti patří například lepení, stříhání, skládání a rozebírání různých předmětů, modelování a práce s textilními materiály (Švarcová-Slabinová, 2008).

Pro edukanty jsou velmi atraktivní různé montážní a demontážní práce, rozebírání a skládání výrobků, technických zařízení aj. (Maňák a Švec, 2003).

1.6.3.3 Vytváření dovedností

Z činností edukantů se postupně vytváří proces dovedností. Významnou roli zde hraje několik klíčových momentů, je to například zkušenost edukanta v dané situaci, při setkání s problémem a jeho řešení, aktivní vyhledávání nových postupů v problémové situaci, experimentování aj. Důležité v tomto procesu je však uvědomění edukanta o významu dovedností pro jeho další život (Šulistová a Trešlová, 2012)

1.6.3.4 Produkční metody

Produkční metody jsou všechny operace, postupy a úkony, jejichž výsledkem je určitý produkt. Mezi tyto metody patří také různé pohybové aktivity, dovednosti a také výkony jemné motoriky (Maňák a Švec, 2003).

1.7 Aktivizující výukové metody

Jsou všechny postupy, které vedou výuku tak, aby bylo výchovně-vzdělávacích cílů dosaženo především vlastní učební prací edukantů. Důraz je zaměřen na řešení problémů a myšlení (Šulistová a Trešlová, 2012).

V této kapitole bych se chtěla zaměřit na metodu diskuse a brainstorming.

1.7.1 Metody diskusní

Diskuse je vzájemná komunikace nejen mezi učitelem a žáky, ale také například mezi edukátorem a posluchači při řešení didaktického problému. Tato metoda očekává od všech zúčastněných, alespoň částečné vědomosti k dané problematice. Jedná se o funkční metodu širšího významu, nejen v oblasti vzdělávání, ale také pro rozvoj nižších poznávacích funkcí. Edukanti zde získávají dovednosti práce v týmu, posilují se sociální vazby mezi všemi zúčastněnými a v neposlední řadě dochází k rozvoji vzájemné komunikaci (Kalhous a Obst, 2009).

1.7.2 Brainstorming

Brainstorming je skupinová kreativní technika, jejímž úkolem je v co nejkratším čase vyprodukovat co nejvíce originálních myšlenek (Šuleř, 2009 s.203).

Název této metody se v mnoha publikacích překládá jako „bouře mozků“. Autorem této výukové metody je Alex Osborne, který popsal podstatu této techniky na třech základních poznacích:

1. Správná řešení nalezneme, čím více myšlenek, názorů a nápadů máme.
2. Originálnější nápady v krátkém čase dokáže vyprodukovat lépe skupina než stejný počet jednotlivců.
3. Intuitivní myšlení je nutné oddělit od myšlení logického (Šuleř, 2009).

V posledních letech se brainstorming velmi rozrostl a můžeme najít mnoho rozdělení například: brainstorming classic, Rowlinsonův brainstorming a negativní brainstorming. Brainstorming classic je klasická metoda, která má daný přesný postup. Vytvoří se skupina edukantů počtem vhodná pro zadaný úkol, dále je nutno přesně specifikovat daný problém, edukátor se musí ujistit, že celá skupina posluchačů danému problému rozumí. Cílem je vymyšlení co nejvíce nápadů, všichni mohou hovořit o čemkoliv a kdykoliv bez dané posloupnosti (Žák, 2004).

Brainstorming je řízen následujícími pravidly: Zákaz kritiky (během této metody je zakázána jakákoli kritika ze strany edukantů i edukátora). Uvolnění fantazie (cílem edukantů je co nejvíce popustit uzdu své fantazie, protože velmi často ty nejláznivější nápady mohou být nejlepší). Vzájemná inspirace (edukanti se mají snažit rozvíjet myšlenky druhých, překonat je, nebo pozměnit). Co největší množství (důležité je, aby každý účastník vyslovil co největší počet nápadů, pokud diskuse ustává, je třeba ji někdy znovu vyprovokovat, dle výzkumu se objevují nejoriginálnější myšlenky až ve druhé polovině nebo poslední třetině brainstormingu). Rovnost účastníků (všichni účastníci musí vědět, že jsou si rovni a mohou říct cokoli a kdykoli). Velmi důležité je také výběr účastníků brainstormingu a jejich počet, doporučuje se maximálně deset a minimálně sedm osob (Šuleř, 2009).

Stěžejní součástí brainstormingu je záznam diskuse a její zápis. I když se nápady často opakují, je potřeba všechny návrhy zapsat. Následně se stávají předmětem podrobné analýzy tzn. stanovení kritérií pro dané hodnocení, rozdělení nápadů do podobných skupin, následný výběr nejvýznamnějších návrhů a jejich další podrobné rozpracování (Požár, 2010).

1.8 Edukační role sestry

V současném moderním ošetřovatelství by měl být vztah mezi zdravotníkem a klientem založen především na partnerství a spolupráci. Aby se mohl klient zcela svobodně rozhodnout, zda přijme doporučenou zdravotní péči, musí mít dostatek informací. Jedna z mnoha rolí všeobecné sestry je z tohoto důvodu role edukátorky. Její činnost by měla vytvořit vhodné podmínky za účelem zachování, podpory a obnovy zdraví (Farkašová, 2006).

Sestra v roli edukátorky se podílí nejen na nácvičku potřebných praktických dovednostech, ale také na rozvoji soběstačnosti. Svoji činností předchází vzniku komplikací a napomáhá chronicky nemocným naučit se žít s daným onemocněním (Staňková, 2002).

Edukační činnost patří mezi náplň práce všeobecné sestry. Z hlediska své kompetence zprostředkovává informace nejen jednotlivcům, ale také rodinám nebo skupinám. Cílem edukace je dosažení co nejlepší informovanosti. Edukace je zaměřena nejen na pacienty a nemoc, ale v moderním ošetřovatelství představuje symbol nového aktivního přístupu ke zdraví a zdravému životnímu stylu. Edukace je cílena na výchovu a osvětu, předcházení vzniku nemocí a podporu zdraví všech obyvatel. Tato činnost je

klíčová zejména při propuštění pacienta z lůžkového oddělení do domácího prostředí. Rodina i pacient musí přijmout kontrolu nad vlastní léčbou i péčí (Koncepce Ošetřovatelství, 2021).

Cílem edukace je získat nejen klienta, ale i jeho blízké k aktivní účasti na léčbě. Je potřeba učinit klienta i jeho rodinu spoluodpovědné za své zdraví a průběh léčení (Tomová a Křivková, 2016).

Zdravotník v roli edukátora poskytuje zkušenosti a vědomosti. Je podporovatelem a poradcem edukanta, zároveň tvůrcem a projektantem celé edukace. Diagnostikuje edukační potřeby, realizuje průběh edukačního procesu a zároveň plní funkci hodnotitele. V neposlední řadě je i koordinátorem celé edukace. Každý edukátor by měl při své edukační činnosti provádět sebereflexi tzn. vnitřní komunikaci sám se sebou, sebehodnocení (Juřeniková, 2010).

V současné době se stále častěji setkáváme s pojmem sebereflexe. Každý člověk by měl být schopen sebereflexe tzn. vnímat a přemýšlet sám o sobě, zejména o důsledcích svého chování a motivech. Zodpovědně rozhodovat se o vlastním životě můžeme pouze tehdy, víme-li jací jsme (Bendl, 2008).

Sebereflexe je schopnost jedince zamýšlet se na sebou, nad svým chováním a jednáním, schopnost přemýšlet sám o sobě, vnímat a analyzovat své prožitky, činy, a učit se z nich (Skutil a Zinkl, 2011).

Autoři Hrabal a Pavelková (2010) ve své knize uvádějí, že sebereflexe je považována za jednu z nejdůležitějších součástí zdatnosti učitele.

1.8.1 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace v edukačním procesu probíhá obdobně, jako v ošetřovatelském procesu v jednotlivých fázích. V první fázi je důležité zjistit, koho a proč budeme edukovat. Provádíme tzv. pedagogickou diagnostiku. Zjišťujeme klientovo životní a zdravotní situaci, ve které se nachází, jeho psychomotorickou schopnost a mentální úroveň. Na základě všech informací určujeme vhodný cíl edukace, didaktické pomůcky a metody (Tóthová, 2014).

Ve druhé fázi – projektování-společně s klientem plánujeme edukační postupy a časový harmonogram edukace. Zvolíme vhodné didaktické metody a konstrukty (Tóthová, 2014).

Třetí fáze-realizace zahrnuje činnosti, které vedou ke splnění edukačních cílů. Edukátor využívá různých prostředky a metody edukace. Snaží se maximálně zapojit

klienta do všech činností, které jsou předmětem edukace. Důležité je edukanta motivovat a vést ho k odpovědnosti za svá rozhodnutí (Závodná, 2002).

V poslední fázi edukačního procesu hodnotí jak klient, tak i edukátor dosažené výsledky. Edukaci bychom měli hodnotit průběžně, nikoli pouze na konci. Hodnocení poskytuje klientovi i edukátorovi zpětnou vazbu. Společně hodnotí získané vědomosti, dovednosti a celkovou změnu chování. Podstatné je zhodnotit, zda se nám podařilo dosáhnout stanovených cílů. Při hodnocení je velmi důležité klienta povzbudit a pochválit, teprve poté zhodnotit jeho dovednosti a znalosti (Kuberová, 2010).

1.8.1.1 Efektivní komunikace v ošetrovatelství

Jedná se o otevřenou metodu komunikace, při níž informace nejsou zkreslené a komunikující partneři si navzájem rozumí. Efektivní komunikace má přesně stanovené cíle. Klient by měl na konci vždy pochopit daný problém a v případě nejasností společnou cestou najít vhodná řešení. Efektivní komunikace je založena na vzájemné důvěře a spolupráci (Pokorná, 2010).

Komunikace působí na emoce především tím, že je dokáže posilovat, ale také tlumit. Dokáže druhého nejen popudit, vyprovokovat, ale také podpořit, uchlácholit a přesvědčit o pravdě či šířit lež (Vybíral, 2005).

1.8.1.2 Zásady správné komunikace

Správná komunikace patří mezi nejdůležitější dovednosti edukátora. Psaná a mluvená řeč patří do verbální komunikace. Bývá velmi často doprovázená různými paralingvistickými prvky, mezi které patří hlasitost a tempo mluvené řeči, srozumitelnost, melodie a kadence, pauzy a také rytmus řeči. Neverbální komunikace je nazývána řečí těla. Mnohdy vypoví o druhém člověku více než slovo. Projevem neverbální komunikace je výraz tváře, gestika, mimika, výměna pohledů, držení těla, haptika-sdělování informací dotykem a také proxemika-dodržování vzdálenosti mezi komunikujícími (Belz a Siegrist, 2011).

Lidské tělo vyjadřuje, jací jsme a jaký je náš vztah k okolnímu světu. Víc než slova, nám o vnitřním postoji člověka prozradí řeč těla. Pokud se naučíme správně vnímat signály ostatních, dokážeme lépe porozumět sami sobě a vhodně reagovat (Bruno a Adamczyk, 2005).

1.8.1.3 Techniky komunikace

Při komunikaci s pacientem může sestra používat několik technik. První technikou je technika rezonance (ozvěna), kdy sestra zopakuje, co pacient řekl. Technikou rezonance dává sestra pacientovi najevo, že ho poslouchá. Další vhodnou technikou je technika reflexe (odezvy), při které si pacient může uspořádat své vlastní myšlenky. Pacient může hovořit o svých obavách, pocitech a sestra by mu měla být oporou, podpořit ho a uklidnit. Sumarizace je technika, která umožňuje přehled rozsáhlého sdělení. Sumarizací pomáhá sestra pacientovi pochopit vše podstatné a důležité z celého sdělení. Mlčení je také komunikační technika, při které můžeme v tichosti přemýšlet, jak pokračovat v komunikaci dál. Mlčení může také být projevem rozpaků, či reakce na nečekané zprávy (Zacharová, 2016).

1.8.1.4 Bariéry v komunikaci

Komunikační bariéry můžeme rozdělit na externí a interní. Interní bariéry představují nějaký osobnostní problém komunikujícího, externí bariéry jsou rušivé elementy z okolí. Obava z neúspěchu je nejčastější vnitřní bariéra. Velkou roli zde hrají také emoce, například zlost vede ke snížené sebekontrolě. Interní bariéra může být také skákání do řeči, nesoustředěnost, nepřipravenost na komunikaci a fyzické nepohodlí. Externí bariérou může být nevhodně uspořádané prostředí, design nábytku, demografické bariéry (věk, pohlaví), vyrušování třetí osobou, hluk, organizační bariéry: špatná organizace aj. (Mikuláščík, 2010).

1.9 Kompetence všeobecných sester

Kompetence všeobecných sester je uvedena ve Vyhlášce č.55/2011Sb.v části druhé § 4 a dále ve Vyhlášce č.391/2017 Sb., kterou v určitých bodech mění Vyhláška č.55/2011 Sb. Tyto vyhlášky obsahují všechny činnosti všeobecných sester, které mohou vykonávat bez odborného dohledu, bez indikace lékaře a také všechny činnosti prováděné na základě indikace lékaře (Česko, 2017).

Kompetence lze vyjádřit jako souhrn dovedností, vědomostí a hodnot, které umožňují osobní rozvoj jednotlivce a jeho uplatnění. Kompetence ošetrovatelského personálu můžeme rozdělit na teoretickou a praktickou část. Teoretická část představuje především teoretické znalosti získané během kvalifikačního studia. Praktická část je zaměřena na poskytování komplexní ošetrovatelské péče a využití teoretických znalostí v praxi. Kompetence lze rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní kompetence zahrnují

dovednosti, znalosti a schopnosti k vykonávání určité činnosti. Obsahují nejen teoretické znalosti, ale také praktické dovednosti při poskytování ošetrovatelské péče. Vnější kompetence jsou ustanoveny zaměstnavatelem nebo právní normou. Jedná se o vykonávání činností, které jsou vymezeny pro konkrétní danou pozici (Koncepte Ošetrovatelství, 2021).

1.9.1 Kompetence sester se specializovanou způsobilostí

Kompetence sester se specializovanou způsobilostí jsou uvedeny ve Vyhlášce č.55/2011 Sb. a také ve Vyhlášce č.391/2017 Sb. kterou se v určitých bodech mění Vyhláška č.55/2011 Sb. Činnostem zdravotnických pracovníků, kteří získají specializovanou způsobilost se věnuje čtvrtá část. Konkrétní činnosti definuje hlava I, paragraf 54. Podle § 4 poskytují sestry se specializovanou způsobilostí vysoce specializovanou péči dle svého zaměření a dané specializace. Mezi činnostmi sester se specializovanou způsobilostí, které mohou provádět bez indikace lékaře patří například edukace pacientů o specializovaných ošetrovatelských postupech a poskytnout jim také edukační materiály. Hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče, koordinuje práci členů v týmu. Hodnotí a sleduje stav pacientů, měla by být schopna řešit případné komplikace. Na základě indikace lékaře připravuje pacienty na diagnostické a léčebné výkony (Česko, 2011).

1.9.2 Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Intenzivní péče

Cílem tohoto specializačního vzdělávání je získání specializované způsobilosti a odbornosti s názvem Sestra pro intenzivní péči. Specializační vzdělávání se skládá z 642 hodin teoretické a praktické výuky. Praktická výuka tvoří 50 % z celkového počtu hodin. Doporučená délka studia je 18-24 měsíců. Vzdělávací program se skládá z jednotlivých modulů. Průběh studia je zaznamenáván do studijního průkazu-Logbooku. Základní modul teoretické výuky obsahuje mimo jiné téma s názvem Role školitele ve vzdělávání dospělých. V tomto bloku získávají absolventi teoretické znalosti o vzdělávání dospělých. Zaměřují se na zvláštnosti vzdělávání dospělých, získávají zkušenosti v roli školitele. Učí se také metody a formy edukace v celoživotním vzdělávání. Moduly teoretické výuky jsou rozděleny do jednotlivých bloků s různými tématy. Příkladem je diagnostika a monitoring v intenzivní péči, kyslíková terapie, neodkladná resuscitace dětí a dospělých, základy farmakologie a další. Odborná praxe

je zaměřena na jednotlivé výkony, u kterých je vždy uveden minimální počet, který musí absolvent vykonat. Příkladem je manipulace s infuzní pumpou, dávkovačem, monitorem a přístroji v intenzivní péči. Neodkladná resuscitace dospělých a dětí, zajištění průchodnosti dýchacích cest, ventilace pacienta, manipulace s ventilátorem, extubace pacienta a další (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – INTENZIVNÍ PÉČE, 2020).

1.9.3 Kompetence sester se specializovanou způsobilostí v perioperační péči

Perioperační sestry bez odborného dohledu a bez indikace lékaře koordinují v rámci své specializace všechny členy ošetrovatelského týmu. Podílí se na přípravě standardů specializovaných postupů, připravují instrumentárium a zdravotnický materiál k daným operačním výkonům. Hodnotí kvalitu poskytované péče, provádí sterilizační a dezinfekční postupy, manipulují s operačními stoly a přístroji na operačním sále. Provádí početní kontrolu všech nástrojů a použitého materiálu před a na konci každého operačního výkonu. Bez odborného dohledu a na základě indikace lékaře zajišťují například polohu pacienta na operačním stole, jeho zarouškování a fixaci. Instrumentují při operačních výkonech (Kordulová, 2017).

1.9.4 Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Perioperační péče

Cílem specializačního vzdělávání je získání specializované způsobilosti Všeobecná sestra pro perioperační péči. Specializační program se skládá z 560 teoretického vzdělávání a praktické výuky. 50 % z celkového počtu hodin tvoří praktická výuka. Vzdělávací program je rozdělen do jednotlivých modulů teoretické a praktické výuky. Doporučená doba vzdělávání je 18-24 měsíců. Průběh studia je zaznamenáván do studijních průkazů-Logbooků. K získání specializované způsobilosti všeobecné sestry v oboru Perioperační péče je nutné úspěšné zakončení studia atestační zkouškou. Jednotlivé moduly obsahují různá témata teoretické výuky. Problematikou edukace pacientů na operačním sále se zabývá blok s názvem Psychologické aspekty práce specialisty/ky, komunikační dovednosti specialisty/ky v perioperační péči. Absolvent zde získá informace v problematice komunikace na operačním sále, zvláštnosti komunikace s problémovým pacientem, komunikace s pacienty z jiných etnických skupin. Je zde také zmíněna otázka etiky perioperační péče a etického přístupu k pacientům na operačním sále. S tématem této diplomové práce souvisí blok

v teoretickém modulu s názvem Role sestry v perioperační péči. Je zde uvedena právní odpovědnost zdravotnických pracovníků v oboru perioperační péče, vzdělání, kompetence a role perioperační sestry. Odborná praxe je cílena na jednotlivé výkony v perioperační péči, které musí absolvent v rámci praxe vykonat. Jedná se například o kontrolu, setování a balení instrumentária, základy dezinfekce a sterilizace, edukace pacienta před operačním výkonem a další (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – PERIOPERAČNÍ PÉČE, 2020).

1.9.5 Specializační vzdělávání v oboru Všeobecná sestra – Ošetrovatelská péče v chirurgických oborech

Cílem specializačního vzdělávání je získání specializované způsobilosti Sestra pro péči v chirurgických oborech. Teoretická a praktická výuka trvá 624 hodin. Praktická výuka tvoří 50 % z celkového počtu hodin. Teoretická a praktická výuka je rozdělena do jednotlivých modulů. Doba specializačního vzdělávání je 18-24 měsíců a je ukončena atestační zkouškou. Průběh studia je evidován v Logbooku. Problematika edukace, vzdělávání dospělých a role školitelky v celoživotním vzdělávání je obsažena v bloku s názvem Role školitelky ve vzdělávání dospělých. Teoretická výuka obsahuje také informace k problematice specializované předoperační přípravy a prevence pooperačních komplikací. Odborná praxe je cílena na jednotlivé odborné výkony. Příkladem je edukace pacienta a rodinných příslušníků před a po chirurgickém zákroku, předcházení vzniku pooperačních komplikací. Dále ošetrovatelská péče o pacienta se speciálními invazivními vstupy a drenážemi, sledování chirurgického pacienta ohroženého pooperační komplikací a další (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGICKÝCH OBORECH, 2020).

2 Cíl práce, výzkumné otázky

CÍL práce:

V diplomové práci byly stanoveny tyto cíle:

1. Porovnat edukační roli sestry u sester s vybraným typem specializované způsobilosti (sestra pro péči v chirurgických oborech, sestra pro intenzivní péči, všeobecná sestra pro perioperační péči)
2. Zmapovat rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sester bez specializované způsobilosti na operačním oddělení.

Výzkumné otázky:

1. Jaká je edukační role sestry s vybranými typy specializované způsobilosti?
2. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta před operačním výkonem?
3. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta během operačního výkonu?
4. Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta po operačním výkonu?

3 Metodika

3.1 Použité metody

K vypracování diplomové práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování s pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly předem připravené a otevřené, všichni probandi měli možnost nejen zodpovědět položené otázky, ale také přidat své vlastní názory, myšlenky a nápady.

Ke zpracování dat bylo použito kódování údajů. Dle (Kutnohorské, 2009, str.66) je otevřené kódování část analýzy, která se zabývá kategorizací a označováním pojmů pomocí pečlivého studia získaných pojmů. Jedná se o proces prozkoumávání, rozebírání, porovnávání a kategorizace údajů. Během tohoto procesu jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány.

Vlastní výzkum se skládal ze dvou částí. V první části byl proveden předvýzkum a v druhé části probíhalo hlavní výzkumné šetření. Rozhovor obsahoval 17 otázek (Příloha č.1) Sestry byly rozděleny do skupin dle dosaženého vzdělání a specializace. Sestry se specializací intenzivní péče, perioperační sestry, sestry se specializací v chirurgických oborech a sestry bez specializace. Otázky byly zaměřeny na způsob edukace pacientů před, během a po skončení operačního výkonu, také na možnosti využití edukačních materiálů na daném pracovišti. Dále na čas a místo prováděné edukace, zda mají sestry na svém oddělení standardy zaměřené na edukaci pacientů. Rozhovor také obsahoval otázky zaměřené na nejčastější překážky v edukaci pacienta, vzájemnou spolupráci celého zdravotnického týmu při edukaci pacienta a také na způsob dokumentace prováděné edukace. Rozhovory byly nahrávány a následně z audionahrávek přepsány a kódovány technikou tužka-papír. Na základě kódů bylo vytvořeno 11 kategorií pro sestry se specializací intenzivní péče, 11 kategorií pro sestry se specializací v chirurgických oborech, 11 kategorií pro sestry se specializací perioperační péče a 11 kategorií pro sestry bez specializace.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Hlavní výzkumný soubor byl složen ze sester se specializací v chirurgických oborech, perioperační sestry, sestry se specializací v intenzivní péči a sester bez specializace. Všechny oslovené sestry pracovaly v průběhu výzkumného šetření v Nemocnici Č.B, a.s. Výzkum probíhal na pracovišti centrálních operačních sálů,

oddělení traumatologie a JIP traumatologie. Hlavním kritériem pro výběr výzkumného souboru byl požadavek specializačního vzdělávání v daných oborech a následně druhý výzkumný soubor tvořily sestry bez specializace.

Před zahájením rozhovoru byli všichni probandi srozuměni s tím, že rozhovor je zcela anonymní a dobrovolný. Mohou ho kdykoliv přerušit bez udání důvodů. Byli také seznámeni s tématem diplomové práce a délkou rozhovorů. Před samotným zahájením výzkumného šetření byli všichni probandi požádáni o udělení ústního informovaného souhlasu s jejich účastí na výzkumu, nahráváním na mobilní telefon a následným použitím výsledků rozhovorů v této diplomové práci. Rozhovor probíhal v klidném a příjemném prostředí tak, aby se všichni probandi cítili dobře.

Výzkumné šetření probíhalo během měsíce březen-duben 2021. K realizaci výzkumu byl nutný písemný souhlas od vedení nemocnice, který je uložen u autorky. Výzkumné šetření bylo realizováno 5 sestrami se specializací v intenzivní péči, 5 sestrami se specializací perioperační péče, 5 sestrami se specializací v chirurgických oborech a 5 sestrami bez specializace.

3.3 *Harmonogram výzkumu*

Výzkumné šetření probíhalo ve třech fázích. V první fázi byla vyhledána literatura k danému tématu. Následovalo podrobné prostudování všech získaných zdrojů. K dané problematice jsem také požádala lékařskou knihovnu o vypracování rešerše. Dalším krokem v první fázi výzkumného šetření bylo zmapování terénu, kde bude výzkum probíhat. Následně jsem vybrala traumatologické oddělení, JIP traumatologického oddělení a centrální operační sály včetně ARO Nemocnice České Budějovice, a.s. V této fázi byla také zvolena technika sběru dat a vytvořeny otázky rozhovoru. Druhá fáze byla zaměřena na samotnou realizaci výzkumu. Po obdržení souhlasu od vedení nemocnice k provedení výzkumu, následovalo vlastní výzkumné šetření. Ve třetí fázi následovalo zpracování, analýza a interpretace získaných dat.

3.4 *Předvýzkum*

Předvýzkum byl realizován v nemocnici České Budějovice, konkrétně na JIP traumatologického oddělení a centrálních operačních sálech. Náhodně byly vybrány dvě sestry, které při rozhovoru odpovídaly na předem připravené otázky. Délka rozhovoru byla přibližně kolem 20 minut. Všechny otázky byly pro ně srozumitelné. Odpovídaly

jasně a bez sebemenšího zaváhání. Prostředí, kde rozhovor probíhal, bylo příjemné a klidné.

4. Výsledky

4.1 Kategorizace sester

Tabulka 1- Délka praxe a pracoviště sester se specializací SIP

SIP – sestra pro intenzivní péči

ARO – anesteziologicko resuscitační oddělení

COS – centrální operační sály

JIP – jednotka intenzivní péče

Sestra SIP	Délka praxe na daném pracovišti	Pracoviště
S1 SIP	10 let	ARO COS
S2 SIP	6 let	ARO COS
S3 SIP	7 let	JIP Traumatologie
S4 SIP	3 roky	JIP Traumatologie
S5 SIP	5 let	JIP Traumatologie

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Soubor sester se specializací SIP tvořilo 5 probandů s praxí od 3 do 10 let. 2 probandi pracují na COS (SIP) a 3 probandi na JIP-traumatologického oddělení. Získaná data z výzkumného šetření jsem rozčlenila do 11 kategorií. V těchto kategoriích jsou obsaženy výpovědi sester o způsobu a významu edukace na jejich pracovištích, dále použití edukačních materiálů, záznam o edukaci, využití jiných zdrojů edukace a také jsou zde uvedeny nejčastější překážky v edukaci.

Tabulka 2- Délka praxe a pracoviště sester se specializací perioperační péče (PP)

PP – specializace perioperační péče

PCH– plastická chirurgie (OS)

ORT – ortopedie (OS)

TRO – traumatologie (OS)

OS – operační sál

Sestra PP	Délka praxe na daném pracovišti	Pracoviště
S1 PP	18 let	Plastická chirurgie (OS)
S2 PP	20 let	Plastická chirurgie (OS)
S3 PP	15 let	Plastická chirurgie (OS)
S4 PP	25 let	TRO (OS)
S5 PP	7 let	ORT (OS)

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Soubor sester se specializací perioperační péče (PP) tvořilo 5 probandů s praxí od 7 do 25 let. 3 probandi pracují na operačních sálech plastické chirurgie, 1 proband na operačních sálech traumatologie a 1 proband na operačních sálech ortopedie. Data získaná z výzkumného šetření jsem rozdělila do 11 stejných kategorií, jako u sester se specializací SIP. Kategorie obsahují význam edukace, způsob edukace, použití edukačních materiálů, záznam edukace, prostředí, ve kterém edukační proces probíhá. Dále je zde uvedeno využití jiných zdrojů edukace, nejčastější překážky v edukaci a multioborová spolupráce v celém edukačním procesu.

Tabulka 3- Délka praxe a pracoviště sester se specializací v chirurgických oborech (CHO)

CHO – specializace v chirurgických oborech

CHIR – chirurgie

NCHO – neurochirurgie

JIP – jednotka intenzivní péče

Sestra CHO	Délka praxe na daném pracovišti	Pracoviště
S1 CHO	8 let	CHIR-JIP
S2 CHO	5 let	NCHO Standartní oddělení
S3 CHO	10 let	NCHO JIP
S4 CHO	2 roky	Traumatologie JIP
S5 CHO	3 roky	Traumatologie Standartní oddělení

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Soubor sester se specializací v chirurgických oborech tvořilo 5 probandů s praxí od 2 do 10 let. Sestra S1 pracuje na chirurgickém oddělení – jednotce intenzivní péče, sestra S2 na standartním oddělení neurochirurgie. Sestra S3 na neurochirurgickém oddělení – jednotce intenzivní péče, sestra S4 na traumatologii – jednotce intenzivní péče a sestra S5 na traumatologii standartním oddělení. Výsledky získané z výzkumného šetření byly rozčleněny do 11 stejných kategorií, jako u sester se specializací SIP a PP. Kategorie jsou zaměřeny nejen na význam a způsob edukace, ale také na multioborovou spolupráci jednotlivých týmů v celém vzdělávacím procesu. Jsou zde uvedeny nejčastější důvody nedostatečné edukace, využití edukačních materiálů a jiných zdrojů.

Tabulka 4- Délka praxe a pracoviště sester bez specializace (BS)

BS – bez specializace

OS – operační sál

TRO –traumatologické oddělení

NCHO – neurochirurgické oddělení

KCHO – kardiologické oddělení

Sestra BS	Délka praxe na daném pracovišti	Pracoviště
S1 BS	1 rok	Plastická chirurgie OS
S2 BS	5 měsíců	Plastická chirurgie OS
S3 BS	1 rok	TRO OS
S4 BS	15 let	KCHO OS
S5 BS	1 rok	NCHO OS

Zdroj: vlastní výzkum, 2021

Soubor sester bez specializace se skládal z 5 probandů s praxí od 1 roku do 15 let. Sestra S1 pracuje na operačním sále plastické chirurgie, sestra S2 také na operačním sále plastické chirurgie. Sestra S3 na operačním sále traumatologie, sestra S4 na operačním sále kardiologické chirurgie a sestra S5 na operačním sále neurochirurgie. Z výzkumného šetření jsem výsledky rozčlenila do 11 stejných kategorií, jako u sester s různým typem specializace. Probandi hovořili o významu a způsobu edukace, využití edukačních materiálů, o záznamu edukace a multioborové spolupráci v celém edukačním procesu. Dále se zde také zmínili o nejčastějších překážkách v poskytování komplexní edukace.

4.2. Kategorizace rozhovorů

4.2.1 Kategorie: Význam edukace

Význam edukace z pohledu jednotlivých sester zařazených do jednotlivých kategorií je popsána v této kapitole.

V této kategorii popisují sestry se specializací SIP význam edukace. Všechny sestry g'ý fúvtS1 – S5 (SIP) označily význam edukace pacienta, především před operačním výkonem za velmi důležitý. Proband S1(SIP) uvedl: *„Správně edukovaný pacient před operačním výkonem má lepší pooperační průběh, lépe se adaptuje na nově vzniklou situaci.“*

Proband S2(SIP) řekl: *„Edukace pacienta je nepostradatelná v celém ošetrovatelském procesu. I já sama, pokud bych byla v roli pacienta, bych chtěla vědět, co se se mnou bude dít, jak bude probíhat operace a jaká bude následná pooperační péče.“* Probandi S3 a S4(SIP) pohovořili o důležitosti edukace nejen pacienta, ale také rodiny a jeho blízkých. Proband S5(SIP) označil edukaci pacienta a jeho rodiny za jeden z klíčů úspěšné rekonvalescence. *„Myslím si, že je také velmi důležité informovat pacienta a jeho blízké o variantách, v případě neuspokojivého pooperačního výsledku, možnostech následné rehabilitační péče, odlehčovací domácí péče aj.“*

V této kategorii popisují sestry se specializací PP význam edukace. Proband S1(PP) odpověděl takto: *„Edukace pacienta sestrou je velmi důležitá, správná edukace zmírňuje strach z operace a také snižuje riziko vzniku pooperačních komplikací.“* Proband S2(PP) označil správnou edukaci za jeden z hlavních ukazatelů kvality poskytované ošetrovatelské péče. *„Edukace pacienta má velký význam, protože je jedním z ukazatelů kvality poskytované ošetrovatelské péče. Zlepšuje kvalitu života a spokojenost pacienta.“* Proband S3(PP) se vyjádřil k významu edukace takto: *„Abych mohl provádět kvalitní edukaci, potřebuji k tomu nejenom dostatek času, ale především dostatek vědomostí jak teoretických, tak i praktických. Teoretické znalosti jsem získal studiem specializačního vzdělávání a praktické dlouholetým působením na operačních sálech.“* Proband S4(PP) označil edukaci za nesmírně důležitou v průběhu celé hospitalizace i po propuštění do domácí péče. Přispívá k dosažení úspěšné léčby a snižuje vznik pooperačních komplikací. Proband S5(PP) hovořil o důležitosti edukace nejen mezi sestrou a pacientem, ale také o nutnosti edukovat nově příchozí sestry. *„Správná edukace pacienta zvyšuje jeho spokojenost a zlepšuje úspěšnost léčby. Pomáhá mu lépe se adaptovat na nově vzniklou situaci a snižuje*

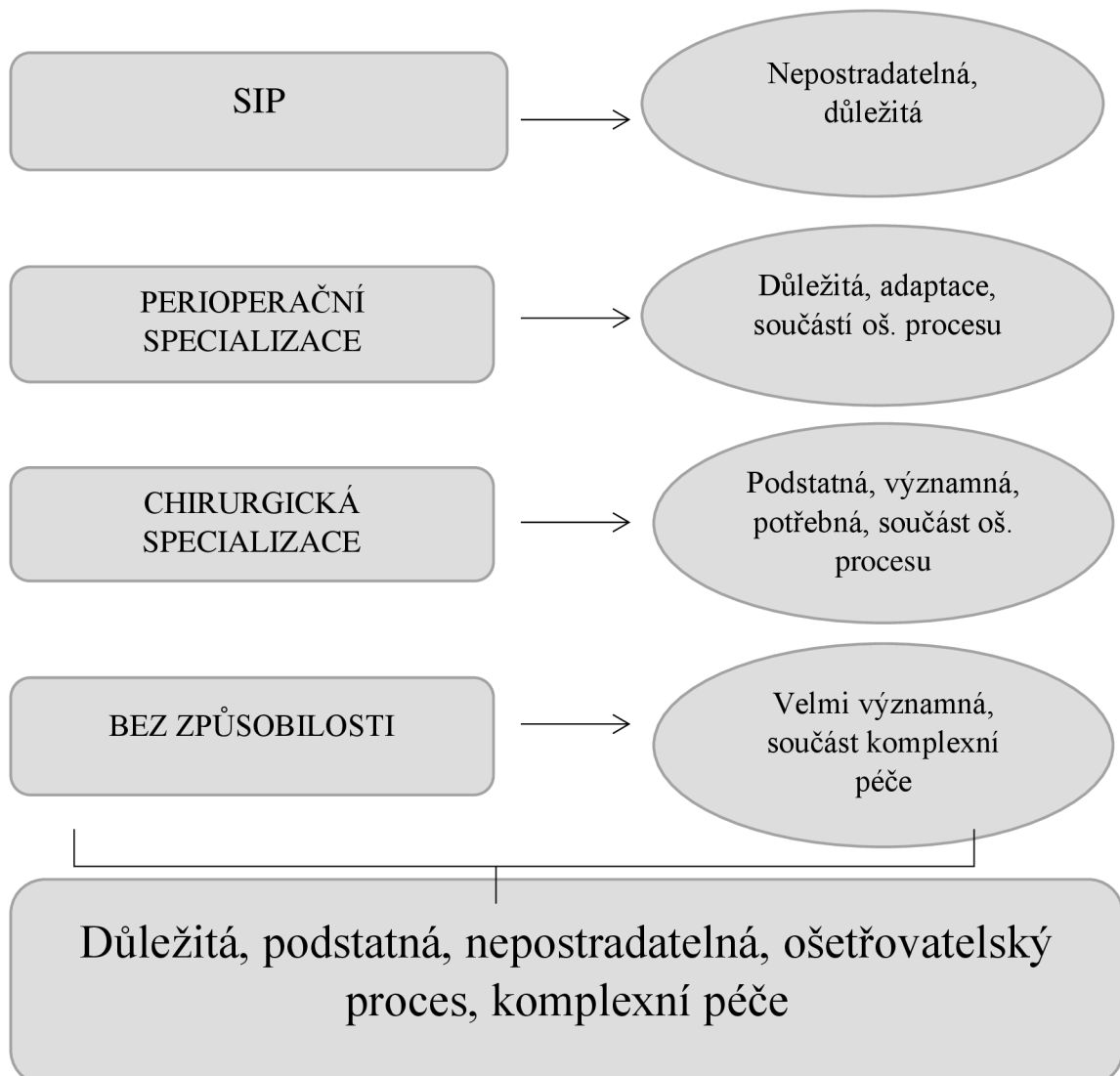
pooperační komplikace. Za velmi důležité také považuji edukovat nově příchozí kolegyně.“

Proband S1(CHO) se domnívá, že edukace je stěžejním bodem v poskytování správné ošetrovatelské péče. *„Dle mého názoru je edukace styčným bodem v poskytování ošetrovatelské péče, a to z toho důvodu, že jen důkladně edukovaný klient je schopen dodržovat léčebný a ošetrovatelský režim vedoucí k jeho uzdravení, popřípadě ke zlepšení celkového stavu“.* Proband S2(CHO) se k významu edukace vyjadřuje trochu skepticky. *„Je mi jasné že edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, ale bohužel často je nedostatek času k tomu abych pacienta důsledně edukoval. Možná by nebylo na škodu, aby na oddělení byla určena jedna sestra edukantka, která by se plně věnovala edukačnímu procesu na našem oddělení.“* Proband S3(CHO) se vyjádřil k významu edukace následovně: Edukaci vnímá jako podstatnou věc, ale je potřeba být skutečně erudován v daném problému týkajícího se pacienta. Pomáhají mu několikaleté zkušenosti z praxe, ale především teoretické vědomosti získané studiem. Pokud sestra nemá dobré znalosti o problematikách daného oddělení, pak asi těžko bude správně edukovat. Proband S4(CHO) se k významu edukace vyjádřil takto: *„Význam edukace rozhodně má, jen je problém nedostatek času k důsledné edukaci jednotlivých pacientů“.* Proband S5 (CHO) považuje edukaci za sice podstatnou, ale ne příliš promyšlenou, co se týká návaznosti péče o klienty. *„Edukace je určitě potřebná, ale přijde mi, že systém edukování pacientů není příliš dobře vypracován, nebo promyšlen. Postrádám mnohdy návaznost. Často se stane, že pacient přijde na oddělení na plánovaný výkon a edukován není vůbec, což nám práci stěžuje“.*

Probandi S1 a S2(BS) označili edukaci pacientů za velmi důležitou pro zdárný pooperační průběh a úspěšnou rekonvalescenci. Aby mohli důkladně edukovat, musí velmi dobře znát danou problematiku. Na operačním sále plastické chirurgie pracují krátce a je pro ně velmi náročné se vše naučit. Nemají tolik zkušeností ani teoretických znalostí o operačních postupech a komplikacích. Chtěli by začít studovat specializaci perioperační sestra a tím získat nové zkušenosti a vědomosti. Proband S3(BS) se o významu edukace vyjádřil takto: *„Edukace je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu a přispívá k uzdravení pacienta. Měla by začít hned při příjmu pacienta a pokračovat až po dobu jeho propuštění. Já sama nemám ještě dostatek teoretických a praktických zkušeností, proto edukaci přenechávám pracovním starším kolegyním. Proband S4(BS) vnímá edukaci jako nedílnou součást komplexní péče*

o pacienta. „K tomu, aby mohla sestra poskytnout správnou edukaci, musí být v dané problematice dostatečně erudována. Mě pomáhají především několikaleté zkušenosti z praxe. Začátky byly velmi těžké, musela jsem se vše naučit a edukovat pacienta bylo pro mě velmi náročné. V současné době přicházejí do praxe sestřičky, které mají mnohem větší teoretické znalosti, než bylo za nás“. Proband S5(BS) považuje edukaci za velmi důležitou součást celého ošetrovatelského procesu. Správně provedená edukace velmi významně přispívá k lepšímu pooperačnímu průběhu a navrácení pacienta do normálního života.

Schéma č.1- význam edukace



Ze schématu č.1, kde jsou porovnávány nejčastější odpovědi probandů vyplývá následující: „*Lze říct, že dle probandů je edukace podstatnou a nedílnou součástí poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu*“.

4.2.3 Kategorie: Způsob edukace

V této kategorii jsme se zaměřili na nejčastější způsob edukace pacienta před, v průběhu a po operačním výkonu. Všichni probandi S1-S5(SIP) odpověděli, že nejčastější způsob edukace pacienta je edukace slovní. Proband S3(SIP) řekl: „*Pacienta před operací edukuji vždy slovně, vysvětlím mu, jaká bude předoperační příprava, o průběhu operačního výkonu ho vždy informuje lékař, já mu následně také vysvětlím, jak bude probíhat pooperační péče.*“ Probandi S1 a S2(SIP) pohovořili o způsobu slovní edukace po návozu pacienta na operační sál. „*Vždy se pacientovi představíme, zeptáme se ho na alergie, dále ho informujeme o nutnosti a způsobu zavedení periferní kanyly a následné intubaci.*“ Proband S4(SIP) zmínil způsob edukace před operačním výkonem v písemné podobě. Na oddělení, kde pracuje, mají edukační materiály v písemné podobě, dle druhu operačního výkonu.

V této kategorii nás zajímalo, jaký způsob edukace nejčastěji používají sestry se specializací perioperační péče. Proband S1(PP) odpověděl: „*Edukace pacienta před operačním výkonem začíná již na ambulanci, kde dostane informovaný souhlas. Dále v edukaci pokračují sestry na oddělení. U nás na operačním sále provádíme edukaci u pacientů, kteří přicházejí na operační výkon v lokální anestézii. Zeptám se na alergické reakce, informuji pacienta o nutnosti sundání všech šperků a kovových předmětů z důvodu prevence popálení elektrokauterem. Po skončení operačního zákroku edukuje pacienta lékař. Vysvětlí mu, jak správně pečovat o operační ránu a domluví se na následné kontrole a vyndání stehů.*“ Proband S2(PP) řekl, že nejčastější forma edukace na operačním sále je edukace slovní a individuální. Pacient přichází z oddělení s podepsaným informovaným souhlasem k operačnímu výkonu. Následně si ho přebírá anesteziologická sestra. Perioperační sestra provádí edukaci hlavně u pacientů, kteří přicházejí k operačnímu výkonu v lokální anestézii. Proband S3(PP) hovořil o edukaci pacientů, kteří přicházejí na plastickou chirurgii k výkonům v lokální anestézii. „*Nejčastějším operačním zákrokem u pacientů v lokální anestézii jsou operace nádorů kůže. Pacient dostává k podpisu informovaný souhlas, kde jsou uvedeny nejdůležitější informace. Je zde popsán chirurgický postup při odstranění nádorů*

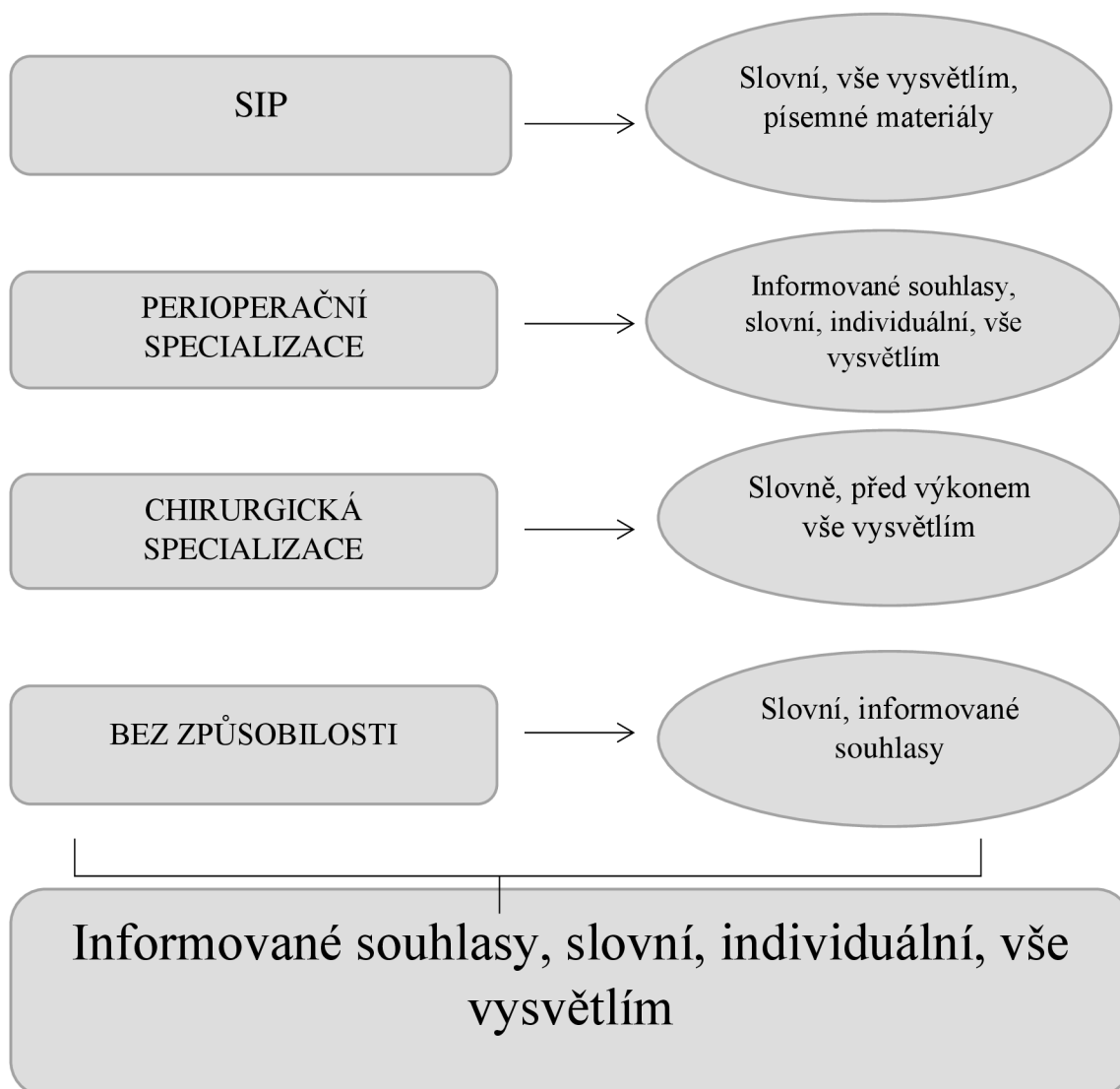
a způsob uzávěrů defektu ran. Jedná se především o přímé sutury, autotransplantace kožním štěpem, místní posuny tkání, místní laloky, vzdálené laloky a také způsob dočasného krytí defektu umělou kožní náhradou. Jsou zde uvedeny také nejčastější pooperační komplikace. Po skončení zákroku edukuje pacienta lékař. Seznámí ho s péčí o operační ránu (převazy, odstranění stehů, tlakové masáže, promašťování, ochrana před sluncem), k tlumení bolesti mu předepíše analgetika. Další způsob edukace je vždy individuální dle druhu operačního výkonu.“ Proband S4(PP) odpověděl, že po příjezdu pacienta na operační sál, zkontroluje jeho jméno, ověřuje si alergické reakce a kontroluje místo chirurgického zákroku. Edukuje pacienta o způsobu uložení na operační stůl a zajištění jeho bezpečnosti po celou dobu operačního výkonu. Vždy mu vysvětlí, co se s ním bude dít po celou dobu pobytu na operačním sále a následné pooperační péči. Proband S5(PP) pohovořil o přímé edukaci pacienta perioperační sestrou. *„Edukaci pacientů před operačním výkonem zajišťují především sestry na oddělení. Zkoušeli jsme na našich operačních sálech zavést edukaci pacientů přímo perioperační sestrou, tak jak je to v některých nemocnicích v naší republice. Perioperační sestry navštíví pacienta den před operačním zákrokem a například formou edukační příručky či rozhovorů ho seznámí s průběhem celého pobytu na operačním sále. Edukační příručky mohou obsahovat například fotografie jednotlivých operačních výkonů, překlad na operační stůl, bandáže dolních končetin, dezinfekci operačního pole a následné zarouškování. Myslím si, že tento způsob edukace dokáže velmi významně snížit strach pacienta z operačního výkonu. Bohužel z důvodu nedostatku času a personálu, už tento způsob edukace neprovádíme.“*

Proband S1(CHO) považuje to, jak poskytuje edukaci, jako součást ošetrovatelského procesu. Pacienty edukuje slovně, převážně o tom, jak bude vypadat péče o ně v průběhu celé hospitalizace. Tedy před a pooperační péče na jeho oddělení. Proband S2(CHO) se vyjádřil následovně: *„Pacienty edukuji pouze slovně, a to vždy tak, že jim vysvětlím, jaká bude příprava na operaci a co je čeká po ní“.* Probandi S3 a S4(CHO) se shodli na edukaci a to takto: *„Víme, že je edukace velmi důležitá, edukujeme vždy slovně o tom, co se bude v danou chvíli dít“.* Proband S5(CHO) způsob jakým edukuje popisuje následovně: *„Vždy před výkonem řeknu klientům to, co je čeká a nemine“.*

V této kategorii nás zajímalo, jakým způsobem probíhá edukace u sester bez specializace. Probandi S1 a S2(BS) označili za nejčastější způsob edukaci slovní.

„Pacientům vždy vysvětlíme, co je čeká před operačním výkonem, v průběhu operace a následné pooperační péči. Mnoho informací získají také z informovaného souhlasu, kde jsou detailně popsány jednotlivé operační zákroky. Nemáme ještě tolik zkušeností, proto edukaci provádějí častěji kolegyně s dlouholetou praxí a specializačním vzděláním. Proband S3 se o způsobu edukace vyjádřil následovně: „Proband S3(BS) odpověděl: „Na našem operačním sále edukujeme pacienty slovně. Před operačním výkonem jim vždy vysvětlím, co se s nimi bude dít během celého pobytu na operačním sále. Z oddělení přicházejí s podepsaným informovaným souhlasem, kde získávají důležité informace o daném operačním zákroku“. Proband S4(BS) se o způsobu edukace vyjádřil následovně: Edukace pacientů probíhá již na oddělení před operačním zákrokem. Na operačním sále probíhá edukace slovně. Anesteziologická sestra podá pacientovi informace o anestézii a sestry pro perioperační péči edukují pacienty o poloze na operačním stole, dezinfekci operačního pole, zarouškování a přiložení neutrální elektrody. Podávají informace i o pooperačním průběhu k danému operačnímu výkonu. Mnohé teoretické i praktické zkušenosti získal až po dlouholetém působení na operačním sále. Proband S5(BS) hovořil o edukaci slovní a edukaci z informovaného souhlasu.

Schéma č.2- způsob edukace



Ze schématu č.2 vyplývá, že probandí využívají převážně slovní edukaci, kdy se zaměřují na individuální potřeby pacientů a v rámci jejich potřeb jim vše důkladně vysvětlí. Také se zmiňují o edukaci pomocí informovaného souhlasu, který pacienti podepisují a mají v něm napsané stěžejní informace.

4.2.3 Kategorie: Edukační materiály

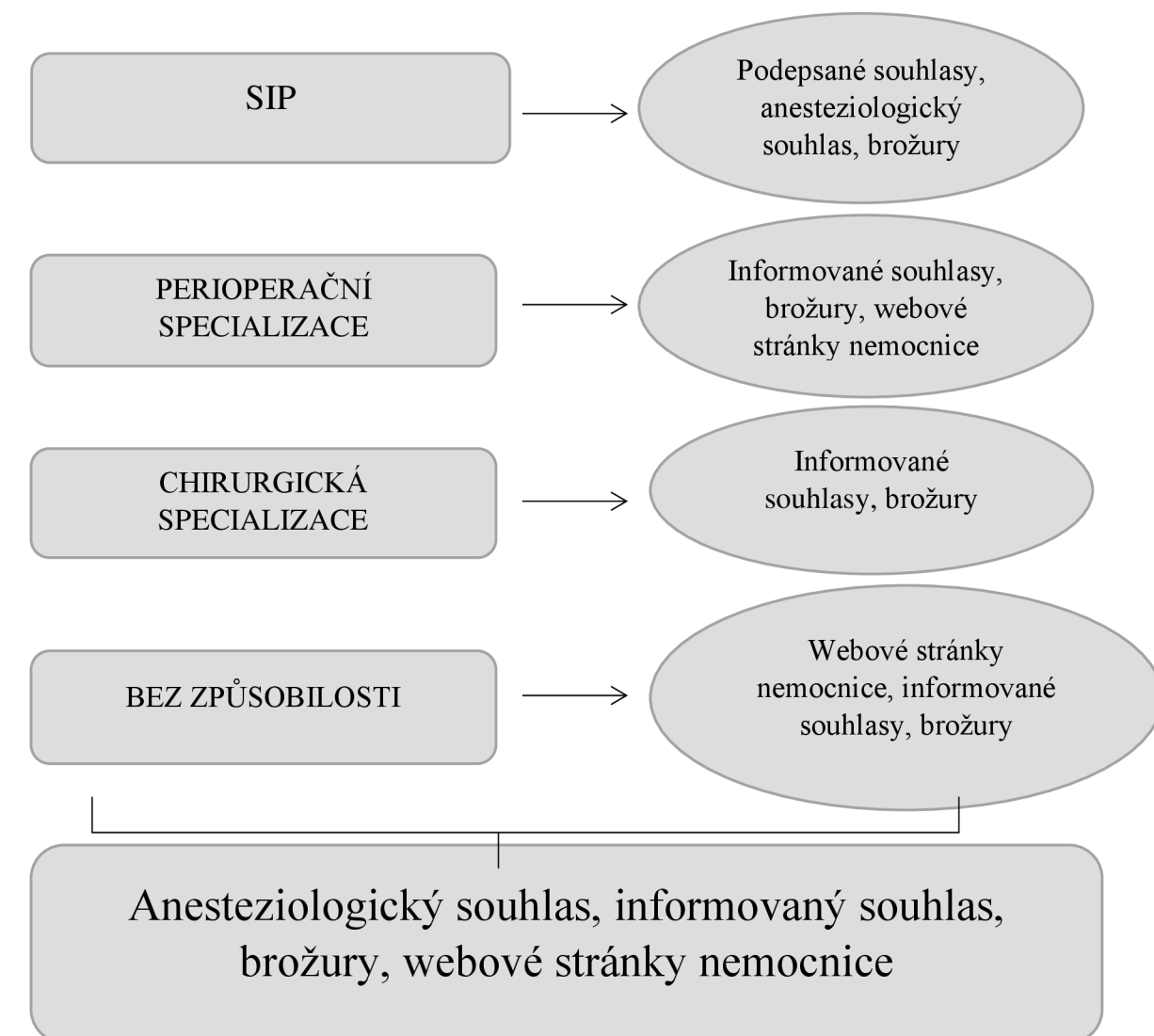
Tato kategorie je zaměřena na používání edukačních materiálů. Probandi S1-S2 (SIP) odpověděli, že všichni pacienti před operačním výkonem musí podepsat nejen souhlas s operačním výkonem, ale také anesteziologický souhlas. Ten můžou považovat za edukační materiál. Pacienti jsou zde informováni o způsobu anestezie, ale také o možných nežádoucích účincích po podání anestezie.“ Proband S3(SIP) odpověděl: *„Edukační materiály, který používáme na našem oddělení, jsou nejen písemné informace dle druhu operačního výkonu, ale také různé letáky a informační brožury.“* Proband S4(SIP) považuje za edukační materiál standardy. Proband S5(SIP) odpověděl, že mezi edukační materiály, používané na jeho oddělení, patří příbalové letáky k různým implantátům, které pacientovi po operaci dávají. V této kategorii jsme se zaměřili na využití edukačních materiálů. Probandi S1, S2, S3(PP) pracující na operačních sálech plastické chirurgie, odpověděli takto: *„Za edukační materiály můžeme považovat informované souhlasy, které pacienti podepisují před každým operačním výkonem. Jsou zde uvedeny údaje o léčebném režimu, vhodných preventivních opatřeních, o kontrolních léčebných nebo vyšetřovacích výkonech.“* Proband S3(PP) podrobněji pohovořil i o možných komplikacích a o možném omezení v běžném způsobu života. Informované souhlasy obsahují, mimo výše uvedené body, možná rizika jednotlivých operačních výkonů a také údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života. Mezi edukační materiály používané na operačních sálech patří brožury, obsahující informace k danému operačnímu výkonu. Například použití prsních implantátů u žen po ablaci prsů. Proband S4(PP) odpověděl takto: *„Za edukační materiály na našich operačních sálech považujeme jednak informované souhlasy k jednotlivým operačním výkonům, ale také různé letáky nebo brožury, které obsahují informace k jednotlivým instrumentářiím.“* Proband S5(PP) řekl, že někteří pacienti, kteří jdou na operaci, mají informace o daném operačním výkonu z internetových stránek. Nemocnice má na svých webových stránkách u každého oddělení spektrum operačních výkonů a základní informace k danému operačnímu zákroku. Informace získávají samozřejmě také z informovaných souhlasů, které podepisují před každým operačním výkonem.

V této kategorii se všichni probandi shodli na tom, že jako edukační materiál slouží informovaný souhlas, který je dán klientům před zákrokem. V informovaném souhlasu se klienti dozvědí vše potřebné o výkonu a možných komplikacích. Dále využívají různé brožury, které jsou na oddělení dostupné. Probandi S2 a S4(CHO) se

shodli na tom, že edukační materiál si mnohdy klienti přinesou sami z domova a chtějí dovysvětlit to, čemu nerozumí. Proband S4(CHO): „*Stalo se mi již několikrát, že si klient donesl nějaký leták z domova a ptal se mě, na již konkrétní věci. Nicméně se snažím ho stejně komplet edukovat*“. Probandi S1, S2 a S3(CHO) uvedli, že je pro ně stěžejní informovaný souhlas, kde jsou popsány důležité informace pro klienty.

V této kategorii se naše zájmy zaměřily na využití edukačních materiálů. Všichni probandi S1-S5(BS) se shodli na tom, že jedny z nejčastějších materiálů obsahujících informace o konkrétním operačním zákroku jsou informované souhlasy. Probandi S1aS2(BS) se vyjádřili následovně: „*Kromě informovaných souhlasů využívají pacienti dostupné informace na webových stránkách naší nemocnice. Mnozí z nich získávají informace z internetových stránek.*“ Proband S3(BS) dodal, že za nejčastěji využití edukační materiály považuje informované souhlasy. Další zdroje, kde pacienti získávají informace, jsou internetové stránky, různé brožury a letáky. Proband S4(BS) odpověděl: „*Kromě informovaných souhlasů, používáme na našem operačním sále brožury, které obsahují informace k danému operačnímu výkonu. Příkladem jsou brožury obsahující základní informace o typech srdečních chlopní.*“ Proband S5(BS) hovořil o informovaných souhlasech, webových stránkách nemocnice a různých edukačních brožurách, které obsahují informace ke konkrétnímu typu operace.

Schéma č.3- edukační materiály



Ze schématu č. 3 je patrné, že pokud porovnáme odpovědi jednotlivých probandů z jednotlivých skupin, tak se shodují v tom, jaké se využívají edukační materiály.

4.2.4 Kategorie: Edukační prostředí

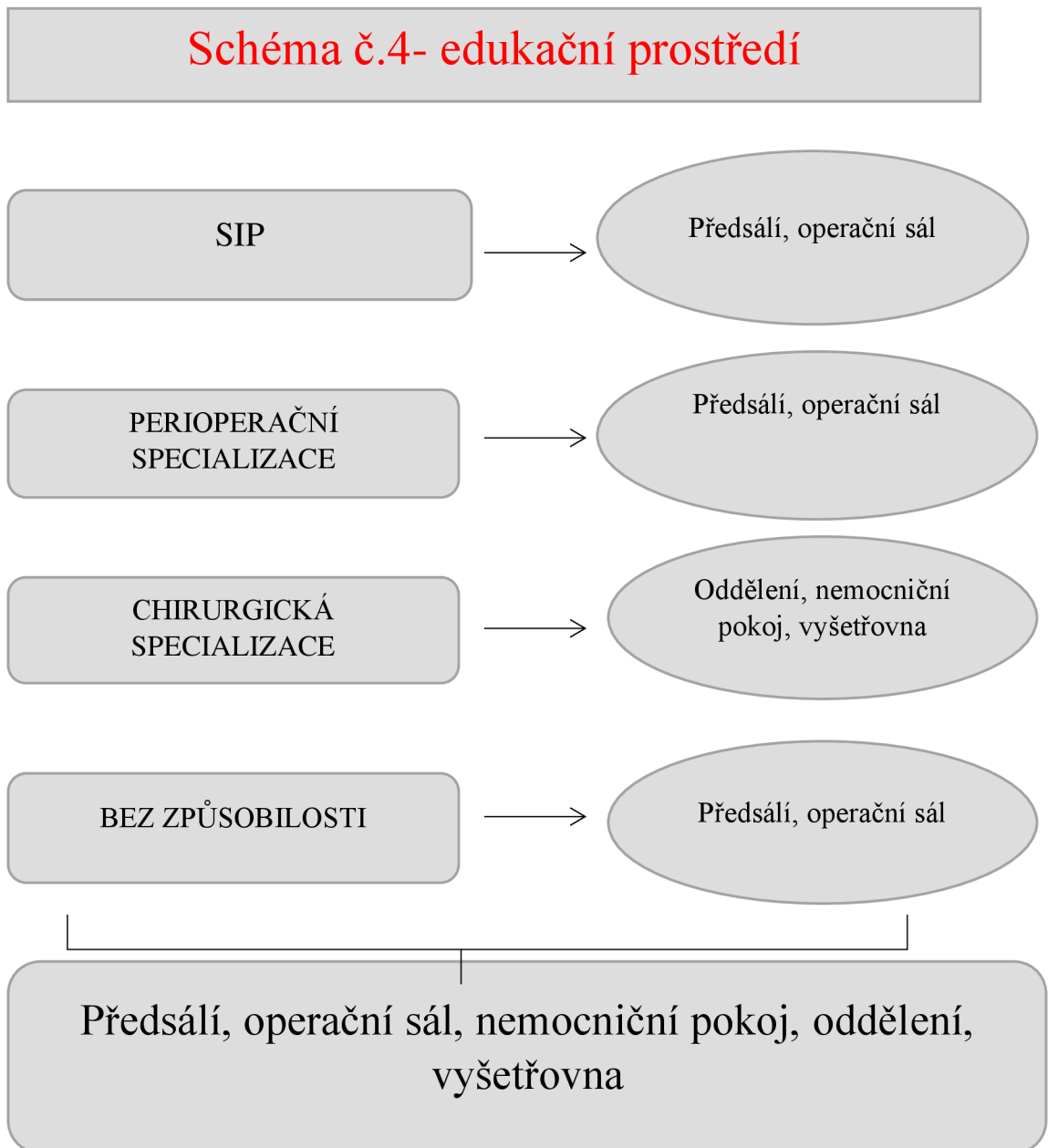
V této kategorii nás zajímalo, kde se nejčastěji realizuje edukace pacienta, tedy edukační prostředí. Probandi S1 a S2(SIP) označili místo, kde nejčastěji provádějí edukaci, předsálí operačního sálu nebo operační sál. Edukaci pacienta realizují buď na předsálí operačního sálu, nebo přímo na operačním sále. Existují však nemocnice, kde celý operační tým přichází k pacientovi den před operačním výkonem a seznámí ho s průběhem operace a následné pooperační péči. Bylo by dobré, kdyby tento způsob edukace fungoval i u nich. Probandi S3-S5(SIP) označili za edukační prostředí oddělení JIP. *„Pokud se pacient před operačním výkonem dostane na naši JIP, provádíme edukaci zde. Častěji však edukujeme pacienty po operačních výkonech.“*

Tato kategorie označuje místo, kde nejčastěji probíhá edukační proces. Všichni dotazovaní probandi označili za nejčastější místo edukace operační sál. Probandi S1 – S3(PP) odpověděli, že místo, kde realizují edukaci pacientů před operačním výkonem je buď předsálí operačního sálu, nebo samotný operační sál. Edukaci provádí nejčastěji u pacientů, kteří přicházejí na operační výkon v lokální anestézii. Proband S4 (PP) označil za místo edukace operační sál. Proband S4 (PP) řekl: *„Místem, kde provádíme edukaci pacientů je předsálí operačních sálů, nebo vlastní operační sál. Edukace je vždy individuální a zaměřena na konkrétní operační výkon a pobyt pacienta na operačním sále.“*

V této kategorii se naše zájmy zaměřily na edukační prostředí, a to kde nejčastěji probíhá edukace na oddělení. Všichni probandi se shodli na tom, že edukace probíhá převážně na nemocničním pokoji. Klienty edukují na pokoji. Probandi S3, S4 a S5(CHO) se také shodli na tom, že pokud to jde, hovoří s pacientem o samotě. Proband S4(CHO) uvedl, že po zkušenostech se snaží, pokud je to možné, být s pacientem na pokoji sám. Pacient se pak více doptává na to, čemu nerozumí. Proband S1(CHO) se mimo jiné zmiňuje i o tom, že edukaci občas provádí na vyšetřovně. Již několikrát edukoval pacienta na vyšetřovně, protože na pokoji nebyl příliš klid s ním hovořit.

Tato kategorie je zaměřena na místo, kde probíhá edukace pacientů. Všichni probandi S1-S5(BS) odpověděli stejně: *„Místo, kde provádíme edukaci je prostředí operačního oddělení, buď předsálí nebo vlastní operační sál.“* Proband S4(BS) se vyjádřil následovně: *„Edukaci provádíme na operačním sále, je velká škoda, že nemáme možnost navštívit pacienta na oddělení den před operačním výkonem. Bylo by na vše*

více času, bohužel na předsáli i na operačním sále bývá velmi často hluk. Pohybuje se zde velké množství lidí, takže soukromí pacienta lze zajistit jen velmi obtížně.“



Jak je patrné ze schématu č.4 jsou v edukačním prostředí rozdíly. Tyto rozdíly se projevují na základě toho, kde probandi pracují.

4.2.5 Kategorie: Záznam edukace

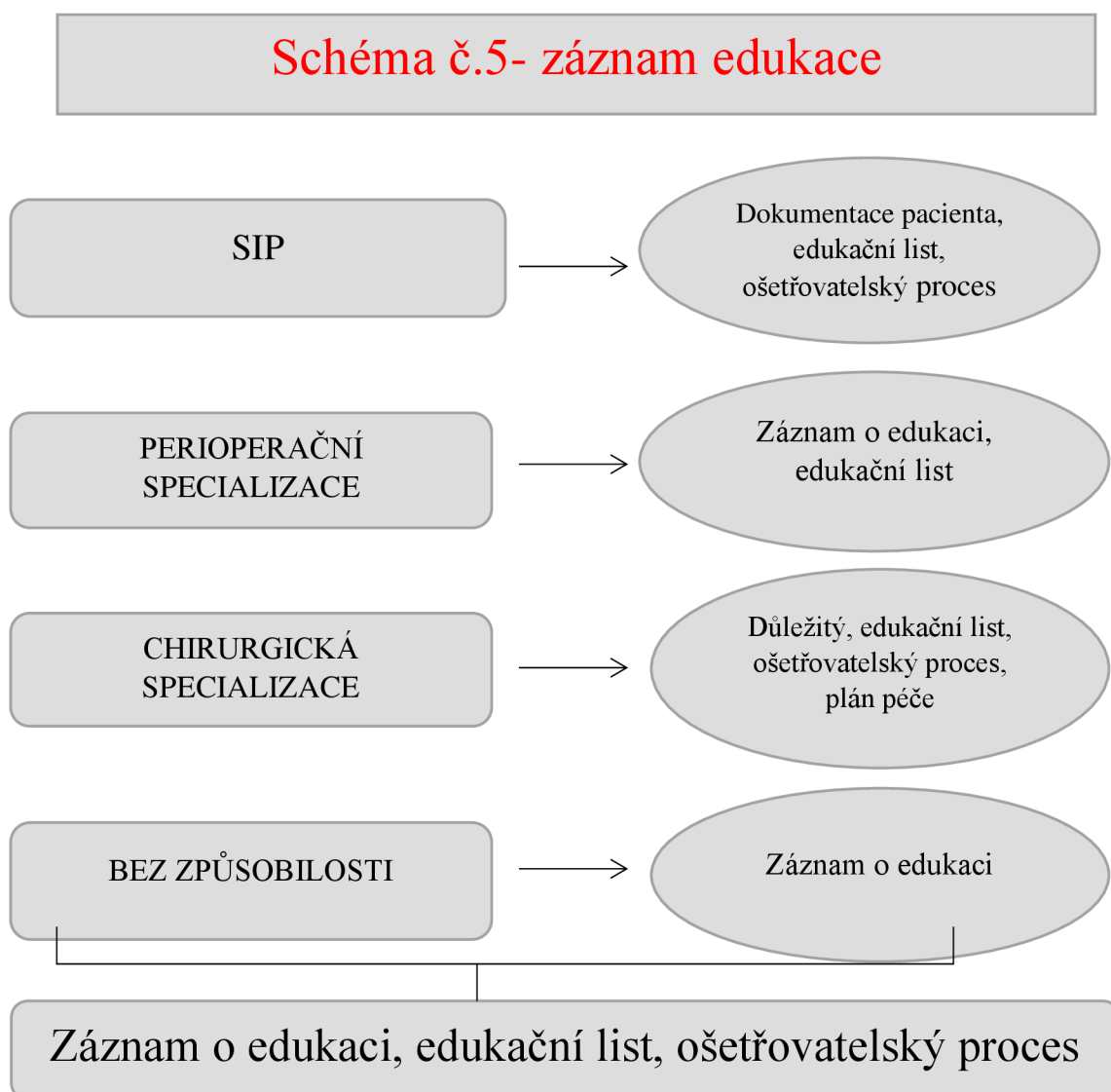
Tato kategorie popisuje, jakým způsobem sestry zaznamenávají edukaci pacientů. Probandi S1-S2(SIP) odpověděli: „*Edukaci pacientů na operačním sále zaznamenáváme do dokumentace pacientů*“. Probandi S3-S5(SIP) používají pro záznam edukace tzv. záznam o podání informace/edukace. Proband S3(SIP) řekl: „*Informace, které pacientovi podám, vždy zaznamenám do záznamu o edukaci. Vyplním téma edukace, způsob edukace, a nakonec celý edukační proces zhodnotím.*“ Proband S4 (SIP) se v našem rozhovoru podrobněji zaměřil na záznam o způsobu edukace, zda se jedná o edukaci písemnou, ústní, edukaci pomocí brožury, edukaci nácvikem nebo ukázkou. Proband S5(SIP) se také zmínil o důležitosti záznamu edukace: „*Myslím si, že každá informace o pacientovi, by měla být řádně zaznamenána. Co nejvíce informací o pacientovi pomáhá i ostatnímu zdravotnickému personálu k realizaci nejvhodnějšího ošetrovatelského procesu a uspokojení jeho individuálních potřeb.*“

V této kategorii nás zajímalo, jakým způsobem sestry se specializací perioperační péče, zaznamenávají edukaci pacientů před operačním výkonem. Probandi S1-S3(PP) odpověděli: „*Záznam o provedené edukaci potvrzujeme podpisem ve zdravotnické dokumentaci. Pacienti, kteří přicházejí k operačnímu výkonu v celkové anestézii, mají ve zdravotnické dokumentaci tzv. záznam o podání informace/edukace z oddělení.*“ Probandi S4-S5(PP) odpověděli stejně, edukaci pacientů potvrzují také podpisem ve zdravotnické dokumentaci.

Pátá kategorie s názvem záznam edukace je cílena na zjištění, jakým způsobem probandi zaznamenávají proběhlou edukaci. Všichni probandi se shodli na tom, že zápis je nutný jak z pohledu sester samotných, tak případných následných kontrol. Edukace je dle jejich slov součástí ošetrovatelského procesu. Proband S2(CHO) řekl: „*Dle mého názoru je záznam důležitý a pomáhá nám celkově v ošetrovatelském procesu a plánu péče. Snáze lze pak zhodnotit poskytovanou péči*“. Proband S3(CHO) „*Záznam o edukaci je poznamenán v edukačním listě, ale je i součástí ošetrovatelského plánu, který je takovou naší kuchařkou k poskytování individuální péče*“. Proband S4(CHO) odpověděl, že potřeby a názory pacienta se mohou v průběhu času měnit. Proto je velmi důležité vedení dokumentace. Vše zapisují do edukačního listu, který je součástí dokumentace pacienta. Z daných informací je zřejmé, že edukační záznam je podstatný, vzhledem k modifikovaným potřebám pacientů v průběhu hospitalizace.

Záznam edukace je důležitá součást celého edukačního procesu. Během hospitalizace se velmi často mění potřeby pacienta dle aktuálního stavu, proto musí být

vše důkladně zaznamenáno. Všichni probandi S1-S5(BS) odpověděli, že veškeré informace zaznamenávají do edukačního listu. Probandi S1 a S2(BS) se vyjádřili následovně: „*Informace, které podáváme pacientům, zaznamenáváme do edukačního plánu, který je součástí ošetrovatelské dokumentace.*“ Proband S4(BS) hovořil o nutnosti záznamu edukace, vzhledem k měnícím se potřebám pacientů během hospitalizace. Odpověděl, že potřeby pacientů se často mění, proto je potřeba veškeré informace důkladně zaznamenávat. Na operačním oddělení používají tzv. záznam o provedené edukaci.



Ze schématu č.5 vyplývá, že probandi používají k záznamu edukace nejčastěji tzv. Záznam o edukaci, edukační list, dokumentaci pacienta.

4.2.6 Kategorie: Edukace – multioborová spolupráce

Spolupráce v edukaci mezi jednotlivými ošetrovatelskými týmy je podrobněji popsána v této kategorii. Probandi S1-S5(SIP) se shodli na vzájemné spolupráci více týmů v edukačním procesu. Proband S1(SIP) odpověděl, že při edukaci pacienta je důležitá vzájemná spolupráce všech členů ošetrovatelského týmu. Každý se zaměřuje na určitou část edukačního procesu. Proband S2(SIP) odpověděl: „*Při edukaci pacienta na operačním sále spolupracujeme nejčastěji s perioperační sestrou, anesteziologickým lékařem a chirurgem.*“ Proband S3(SIP) pohovořil o důležitosti mezioborové edukace. Na jejich oddělení spolupracují nejčastěji s rehabilitačními pracovníky, nutriční terapeutkou a v některých případech také se sociálním pracovníkem. Proband S4 (SIP) hovořil o vlastní zkušenosti ze zahraničí, kde probíhá edukace pacientů před operací formou předoperačních kurzů. „*Pacienti před operací, v rámci předoperačních kurzů, se setkávají s kvalifikovanou sestrou, lékařem, rehabilitačním pracovníkem a dostanou také edukační materiály. Myslím si, že by bylo velmi přínosné, zavést tyto předoperační kurzy i u nás.*“ Proband S5(SIP) hovořil o multioborové spolupráci v rámci edukace i na jeho oddělení. Spolupracují nejčastěji s rehabilitačním pracovníkem a někdy také se sociálním pracovníkem.

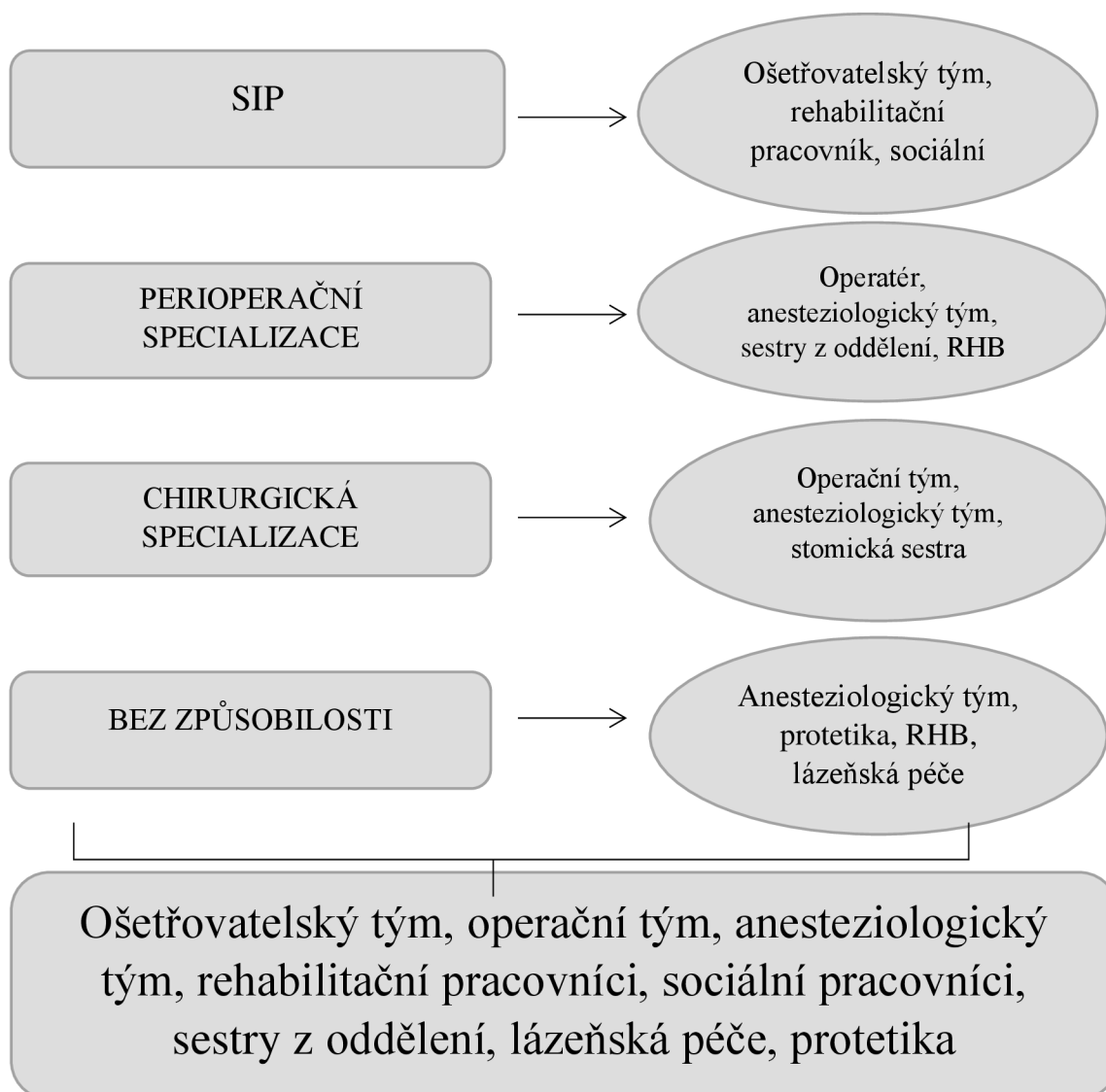
V této kategorii je podrobněji popsána spolupráce v edukaci mezi jednotlivými ošetrovatelskými týmy. Všichni dotazovaní probandi se shodli na důležitosti multioborové spolupráce, zejména pro rychlou rekonvalescenci pacientů po operačních výkonech. Probandi S1-S3(PP) z plastické chirurgie odpověděli: „*Na našich operačních sálech je vzájemná spolupráce celého týmu velmi důležitá. Spolupracujeme nejen s chirurgem – operátorem, ale také s anesteziologickým lékařem a sestrou. Po operačním výkonu je důležitá spolupráce s lékařem a sestrami z oddělení či JIP.*“ Proband S4(PP) řekl, že multioborová spolupráce v celém edukačním procesu je klíčem k úspěšné rekonvalescenci. V rámci operačních sálů spolupracují s anesteziologickým týmem, lékařem operátorem. Důležitá je vzájemná spolupráce s nižším zdravotnickým personálem – sanitářem či sanitářkou. Po skončení operačního zákroku spočívá spolupráce s personálem z oddělení a také rehabilitačním pracovníkem. Proband S5(PP) pohovořil o výhodách předoperačních kurzů. „*V odborné literatuře jsem četl článek o předoperačních kurzech, které probíhají v zahraničí. Pacienta před operací edukují odborníci z různých oborů. Setkává se nejen s kvalifikovanou sestrou, ale také s rehabilitačním pracovníkem. Může si již před operací nacvičit například chůzi o berlích, vstávání z lůžka, nácvik hygieny aj. Myslím si, že by bylo velkým přínosem*

v rámci rychlé a úspěšné rekonvalescence, zavést tyto kurzy i v našich českých nemocnicích.“

Multioborová spolupráce se dle probandů v této kategorii jeví jako nepostradatelná a maximálně využívaná. Z rozhovorů vyplývá, že bez multioborové spolupráce je poskytování péče nepředstavitelné. Například proband S1(CHO) se vyjádřil, že na jejich oddělení je multioborová spolupráce důležitá, což je ostatně asi všude. Konkrétně spolupracují s operačním týmem a anesteziologickým. Při předávání pacienta na sál předávají informace a při převzetí pacienta zpět ze sálu jsou informováni od sester z operačního sálu. Spolupracují s odborníky z různých oborů, rehabilitačními pracovníky, ale také se stomickou sestrou. Probandi S2, S3 a S4(CHO) k informacím od Probanda S1(CHO) ještě doplnili: *„Pro nás je důležitá také následná spolupráce s rehabilitačním pracovníkem“*. Proband S5(CHO) hovořil o spolupráci s protetikou.

V této kategorii jsme se zaměřili na vzájemnou spolupráci jednotlivých oborů během celého edukačního procesu. Všichni probandi S1-S5(BS) se shodli na důležitosti vzájemné spolupráce. Probandi S1 a S2(BS) odpověděli, že vzájemná spolupráce mezi jednotlivými obory je pro ně klíčem k úspěšné rekonvalescenci. Například u pacientů po rekonstrukčních operacích je důležitá nejen spolupráce s rehabilitačním pracovníkem, ale také s oddělením protetiky. Proband S3(BS) se o vzájemné spolupráci vyjádřil takto: *„Spolupráce na našem operačním sále je multioborová. Spolupracujeme například s anesteziologickým týmem, po ukončení operace předáváme pacienta na JIP nebo standartní oddělení, kde vzájemná spolupráce je velmi důležitá pro úspěšný pooperační průběh a uzdravení.“* Proband S4(BS) zmínil spolupráci nejen s anesteziologickým týmem, rehabilitačním pracovníkem, ale také hovořil o důležitosti následné lázeňské péče.

Schéma č.6- multioborová spolupráce



Multioborová spolupráce je, dle všech probandů, velmi důležitá pro úspěšný pooperační průběh, rekonvalescenci a navrácení do normálního života. Ze schématu č.6 je patrná multioborová spolupráce. Nejčastěji je zde uvedena spolupráce s operačním týmem, anesteziologickým týmem, rehabilitačním pracovníkem, ale také se stomickou sestrou, oddělením protetiky, sociálním pracovníkem a následnou lázeňskou péčí.

4.2.7 Kategorie: Porozumění edukace

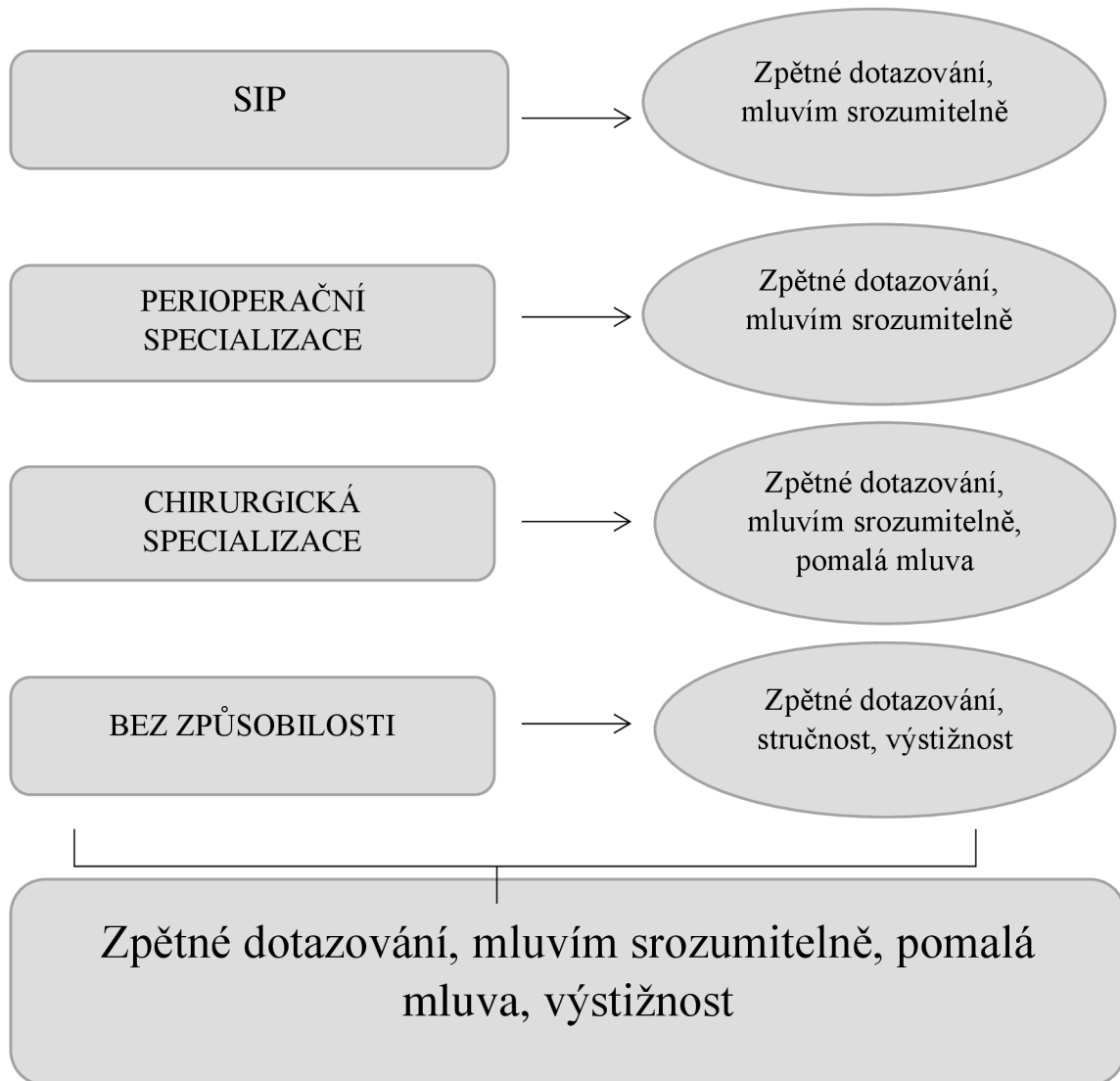
Tato kategorie je zaměřena na porozumění edukace. Všichni probandi S1-S5(SIP) se shodli, že porozumění edukace u pacientů ověřují zpětným dotazem, zda jsou podané informace jasné a srozumitelné. Proband S4 (SIP) navíc řekl, že je velmi důležité, aby všichni edukovaní pacienti měli možnost vznést dotazy k danému tématu.

V této kategorii nás zajímalo, jakým způsobem ověřují dotazovaní probandi porozumění edukace u pacientů. Všichni probandi S1-S5 (PP) ověřují porozumění informací zpětným dotazem. Proband S2(PP) odpověděl: *„Vždy se snažím na pacienta v rámci edukace mluvit pomalu a srozumitelně, vyhýbám se odborným termínům. Čekám na zpětnou reakci a k danému tématu si připravím kontrolní otázky“*. Proband S5(PP) ještě dodal, že informace v rámci edukace si ověřuje zpětným dotazem a nechává pacientovi čas, aby mu mohl zpětně položit otázky, pokud něčemu nerozumí. Důležité je informace opakovat, mluvit pomalu a srozumitelně.

V této kategorii nazvané porozumění edukace jsme se zaměřili na to, jak probandi zpětně ověřují porozumění poskytnuté edukace. Zda klienti vše pochopili. Probandi S1-5(CHO) se shodli na tom, že kontrolu porozumění provádějí a to tak, že se zpětně dotazují na porozumění poskytnutých informací. Proband S1(CHO) uvádí: *„Při edukaci mluvím vždy pomalu, srozumitelně, snažím se vyhnout odborným výrazům. Důležité věci i několikrát zopakují a dávám na ně patřičný důraz. Považuji za velmi důležité, vytvořit mezi mnou a pacientem vzájemný respekt a důvěru“*. Proband S4(CHO) navíc uvedl, že po edukaci dává klientům prostor na promyšlení otázek a jednoduchými otázkami se ptá na porozumění. Používá otázky tak, aby se nedalo odpovědět jen jednoslovně.

Porozumění edukace je název této kategorie, ve které jsme sbírali data o tom, jak se probandi přesvědčují, zda jejich edukace byla pochopena. Dotazováním při rozhovorech jsme zjišťovali, zda probandi využívají zpětné vazby v rámci edukačního procesu. Například proband S2(BS) uvádí: *„Sice jsem se k edukaci ještě příliš nehrmula, ale pokud pacienta edukuji, tak se zpětně ptám, zda všemu rozuměl.“* Probandi S3 a S1(BS) uvedli, že poté co pacienta edukují, tak se zpětně doptávají, jestli všemu rozumí a zda mají nějaké otázky. Proband S4(BS) hovořil následovně: *„Po mých zkušenostech se vždy pacienta ptám, zda mi rozuměl a jestli potřebuje ještě něco vysvětlit. Je pravda, že na porozumění má velký vliv strach z operačního výkonu, tak se snažím být stručný, ale výstižný“*.

Schéma č.7- porozumění edukace



Ze schématu č.7, který je zaměřen na porozumění edukace, probandi nejčastěji uváděli metodu zpětného dotazování, pomalá a srozumitelná řeč, výstižnost a stručnost.

4.2.8 Kategorie: Návaznost edukace

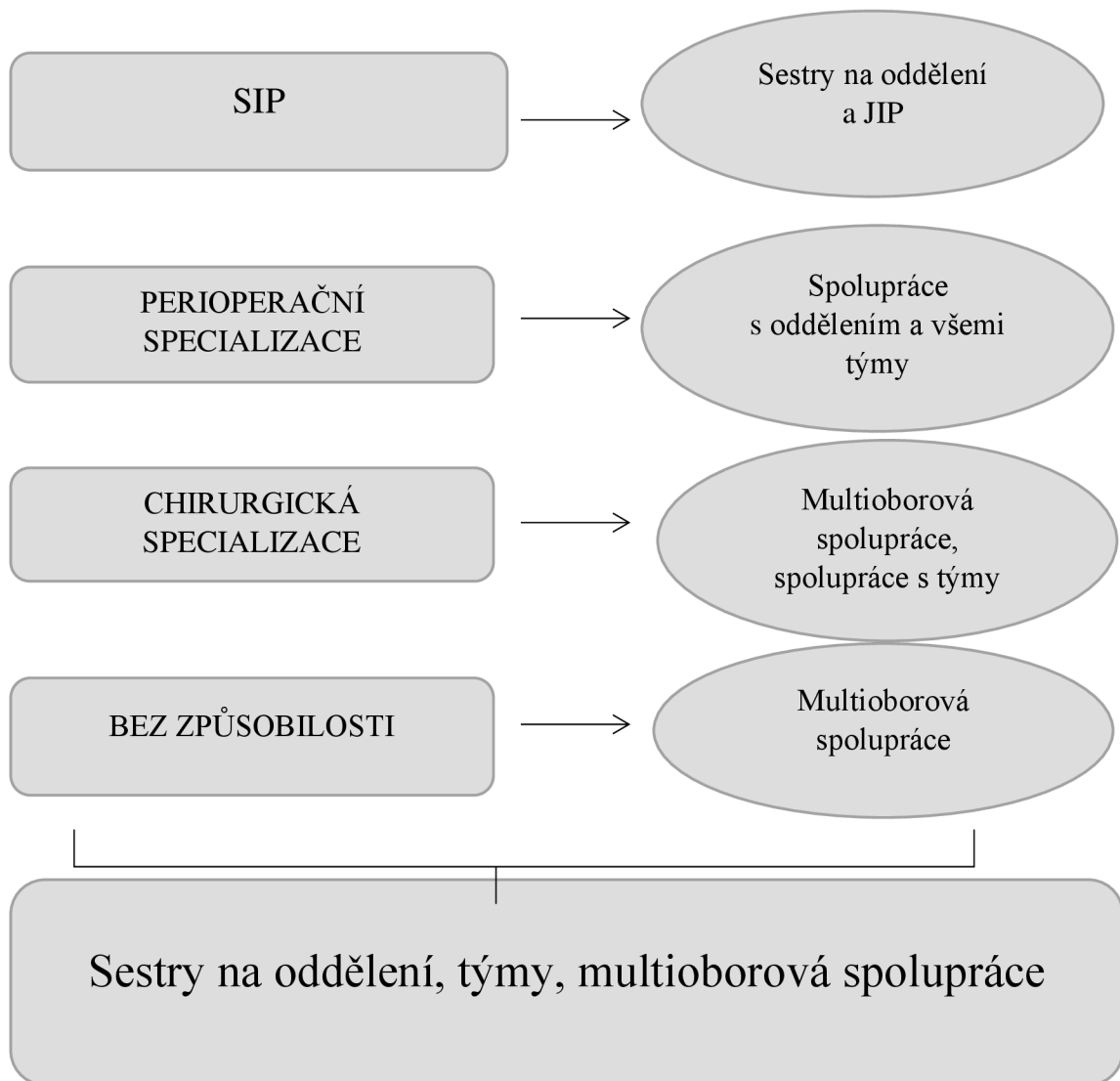
V této kategorii popisujeme odpovědi sester na návaznost v edukačním procesu. Probandi S1-S2(SIP) uvedli: „*Naše edukace probíhá pouze na předšálí nebo operačním sále, dále edukaci pacientů po operaci provádějí sestry na standartním oddělení nebo JIP.*“ Probandi S3-S5(SIP) řekli: „*Pokud se pacient po operačním zákroku dostane zpět k nám na JIP, určitě v edukaci pokračujeme dále.*“

Tato kategorie popisuje návaznost edukace u sester se specializací perioperační péče. Probandi S1-S3(PP) odpověděli, že na operačních sálech plastické chirurgie provádí edukaci pacientů před operačním výkonem. Po skončení operace pokračují v edukaci sestry na JIP nebo standartního oddělení. Celý edukační proces pokračuje během celé hospitalizace pacienta. Proband S4(PP) řekl: „*Návaznost edukace je velmi důležitá pro zdárný průběh rekonvalescence pacienta. Po skončení operačního výkonu přebírají edukaci pacientů sestry na standartních odděleních a dále specializovaní pracovníci – nutriční terapeut, rehabilitační pracovník, sociální pracovník dle potřeb pacienta.*“ Proband S5(PP) ohodnotil návaznost edukace za velmi dobrou. V rámci návaznosti edukace nejčastěji spolupracuje se sestrami z oddělení a s rehabilitačními pracovníky.

V této kategorii nám probandi odpovídali na otázky týkající se návaznosti edukace. Všichni probandi se shodují na tom, že návaznost je velmi důležitá a vede k rychlejší rekonvalescenci klientů. V rámci jejich oddělení návaznost funguje a je to díky multioborové spolupráci. Proband S5(CHO) se vyjádřil k tomuto tématu již v kategorii č. 1. Domnívá se, že mnohdy chybí návaznost, ale zmiňuje zde problém v návaznosti jen, že přijde k hospitalizaci pacient needukovaný. Proband S4(CHO) uvedl, že *systém* v návaznosti edukace na jeho oddělení je dostačující, neboť spolupracují se všemi týmy, kteří se podílejí na léčbě a rekonvalescenci.

Návaznost edukace je jedním z klíčových bodů úspěšné rekonvalescence a navrácení do normálního života. Proto nás zajímalo, jaká je návaznost edukace na jednotlivých odděleních. Úzce souvisí s multioborovou spoluprací, která je dle probandů viz. kategorie 6, na velmi vysoké úrovni. Všichni probandi S1-S5(BS) označili návaznost edukace na jejich pracovištích za velmi dobrou.

Schéma č.8- návaznost edukace



Ze schématu č.8 vyplývá, velmi dobrá návaznost edukace a vzájemná multioborová spolupráce.

4.2.9 Kategorie: Možnost dalšího vzdělávání

V této kategorii je uvedeno, zda zaměstnavatel umožňuje probandům celoživotní vzdělávání. Všichni probandi S1-S5(SIP) odpověděli totožně: „*V naší nemocnici máme možnost celoživotního vzdělávání, například specializační vzdělávání perioperační sestry nebo sestry pro intenzivní péči. V rámci vzdělávání se účastníme různých certifikovaných kurzů a školení*“.

V této kategorii nás zajímalo, zda sestry se specializací perioperační péče mají možnost dalšího vzdělávání. Všichni probandi S1-S5(PP) odpověděli, že jim zaměstnavatel umožňuje další vzdělávání například ve formě specializace perioperační péče, kterou zde získali. Další vzdělávání probíhá formou školení, certifikovaných kurzů, přednášek nebo seminářů.

Možnosti dalšího vzdělávání byly naším dalším záměrem zjistit. Probandi se zde vyjadřovali k tomu, zda mají možnost dalšího vzdělávání. Všichni se shodli na následujícím: Jejich zaměstnavatel jim umožňuje další vzdělávání a podporuje je v něm. Mají možnost navštěvovat školení, certifikované kurzy, konference a jiné. Proband S2(CHO) uvádí: „*Nemám nikdy problém v tom, jít na vzdělávací akci. Jsme v tomto směru plně podporováni*“.

V této kategorii jsme se zaměřili na to, zda mají probandi umožněno další vzdělávání či nikoliv a jak je zaměstnavatel v tomto podporuje. Dá se říct, že odpovědi jednotlivých probandů jsou totožné. Probandi S1,2,3(BS) a S5(BS) uvádějí: „*Měli bychom si dodělat specializaci v perioperační péči a jsme v tomto směru zaměstnavatelem plně podporováni. Tak jako všichni musíme navštěvovat semináře, kurzy a kongresy, abychom splnili požadovaný počet hodin za rok*“. Proband S4(BS) uvedl, že specializaci nevystudoval, ale každoročně plní požadované hodiny dalšího vzdělávání a v tomto směru jsou všichni plně podporováni.

Schéma č.9- možnost dalšího vzdělávání

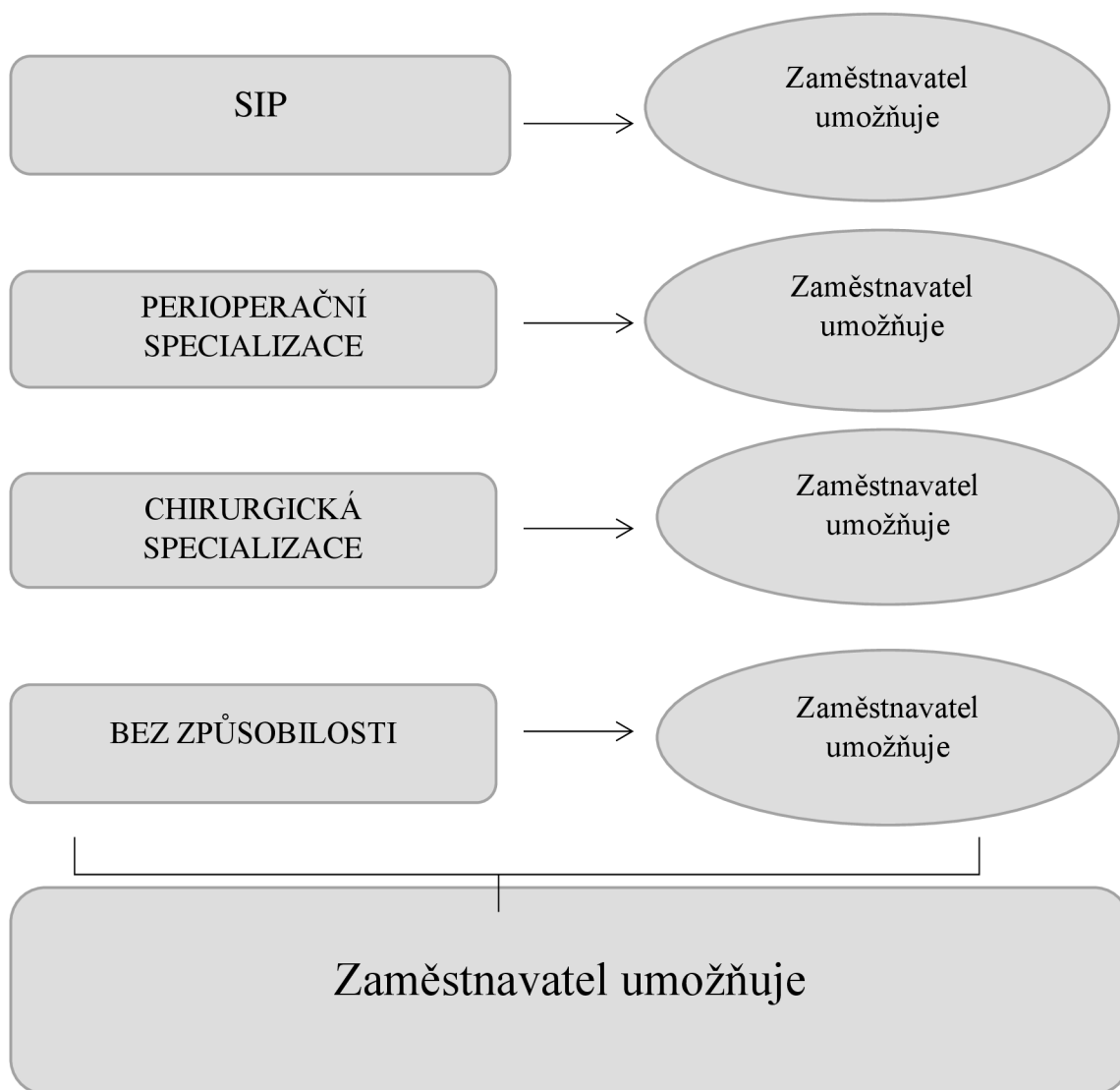


Schéma č. 9 nám ukazuje, zda mají probandi možnost dalšího vzdělávání na jejich pracovištích. Všichni probandi se shodují, že jim zaměstnavatel umožňuje další vzdělávání, a to formou specializačního studia, různých certifikovaných kurzů, seminářů a přednášek.

4.2.10 Kategorie: Jiné zdroje edukace

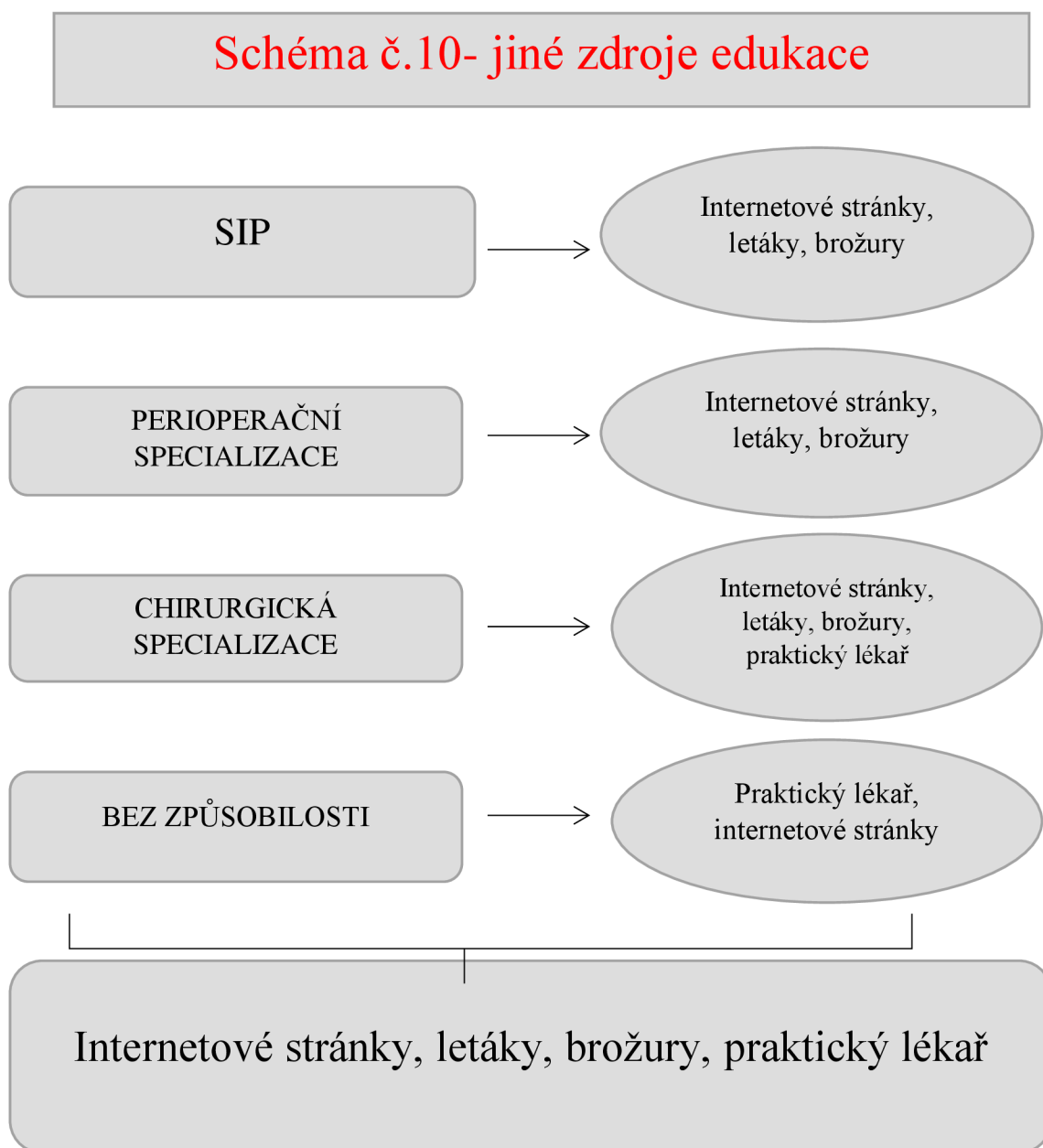
Tato kategorie popisuje, zda se sestry na svém pracovišti setkávají s pacienty, kteří přicházejí do nemocnice již edukováni. Proband S1(SIP) odpověděl: „*Někteří pacienti před operačním výkonem, získávají informace z internetových stránek. Někdy mají informace zkreslené a nepřesné.*“ Proband S2(SIP) se vyjádřil, že na operačním sále se setkává s pacienty, kteří velmi často využívají internet k získávání informací. Myslí si, že tato forma edukace není příliš vhodná, protože některé informace jsou nepravdivé. Proband S3(SIP) řekl: „*Někteří pacienti využívají k získávání informací elektronické edukační materiály, které jsou zveřejněny na webových stránkách dané nemocnice. Získají tak podstatné informace o daném onemocnění, jeho diagnostice, léčbě a následné rekonvalescenci.*“ Probandi S4-S5(SIP) odpověděli, že pacienti využívají k získávání informací kromě internetu různé letáky, informační brožury, edukační videa a konkrétní zkušenosti od jiných pacientů.

V této kategorii je popsáno, zda se sestry se specializací perioperační péče setkávají na svém pracovišti s pacienty, kteří jsou již edukováni z jiných zdrojů. Probandi S1-S3(PP) odpověděli takto: „*Na našich operačních sálech se setkáváme s pacienty, kteří získávají informace o daném operačním výkonu z internetu. Velmi často bývají tyto informace zkreslené a nepravdivé. Tím pacienta negativně ovlivňují a vyvolávají strach z průběhu operace. Za další edukační materiály uváděli pacienti různé letáky a informační brožury.*“ Proband S4(PP) označil za zdroje edukace nejčastěji internet, webové stránky nemocnice, informační brožury a letáky. Proband S5(PP) odpověděl, že pacienti získávají nejčastěji informace z internetových stránek, z informačních letáků a od praktického lékaře.

Kategorie jiné zdroje popisuje to, jak probandi vnímají, zda jsou pacienti edukováni i z jiných zdrojů. Je nutno podotknout, že probandi jsou docela nešťastní ze zdrojů internetových stránek. Často pacienti přijdou s informacemi, které si vyhledají na internetu a tyto informace nejsou bohužel příliš validní. Probandi S2, S3 a S5(CHO) uvádějí: „*Nejhorší je, když přijde pacient s informacemi z internetu. Informace jsou často velmi zkreslené a nafouklé. Způsobují u pacientů negativní emoce, především stres a strach*“. Proband S1(CHO) zmiňuje mimo jiné i edukační letáky, které většinou pacienti získají od praktického lékaře, nebo ve specializovaných ambulancích.

Jiné zdroje v rámci edukace, vnímají probandi téměř totožně, a i se svými názory se téměř shodují. Ať již chceme či nikoliv, tak ze získaných empirických dat vyplývá u všech kategorií to samé. Jako veliké zlo považují zdroje z různých

internetových stránek, kde jsou různá fóra, která bohužel pacienti mnohdy mystifikují. Probandi S1,2(BS) a S5(BS) uvedli, že nejčastější informace, se kterými pacienti přijdou, jsou z internetu. Velmi často jsou z informací vystrašení více, než by být museli. Proband S4(BS) se vyjádřil následovně: „*Světlem vládne internet a bohužel pro naše pacienti. Informace, které si vyhledají, je spíš vyděsí. Nejlepší je, když přijde senior (tím nechci nikoho urazit, ale ten se spokojí s informacemi získanými od lékaře a to považují za nejlepší, co může být*“.



Ze schématu č.10, které je zaměřeno na jiné zdroje edukace vyplývá, že probandi získávají informace nejčastěji z internetových stránek, informačních letáků, brožur a od praktického lékaře.

4.2.11 Kategorie: Překážky v edukaci

V této kategorii popisují sestry nejčastější překážky v edukaci. Všichni probandi S1-S5 (SIP) se shodli, že největší překážkou v edukaci pacienta je nedostatek času a shon. Proband S1(SIP) odpověděl: „*Myslím si, že největší překážka v edukaci pacientů je obecně nedostatek času, shon. Další problém je nevhodně zvolená komunikace, špatný zdravotní stav pacienta, strach z operace, neschopnost vzájemné spolupráce celého týmu*“. Proband S2(SIP) odpověděl, že za největší překážku v edukaci pacientů považuje nedostatek kvalifikovaného personálu a s tím související nedostatek času. Další překážkou je rušivé nemocniční prostředí, kulturní nebo jazykové bariéry. Proband S3 (SIP) označil za největší překážky v edukaci pacientů na jejich oddělení především nedostatek času, každodenní shon a nedostatek personálu. Proband S4 (SIP) odpověděl: „*Nedostatek času, nedostatek personálu, špatný zdravotní stav pacienta, bolest, nevhodná komunikace, stres. To vše považuji za nejčastější překážky v edukaci pacientů*“. Proband S 5(SIP) řekl: „*Nejčastější překážkou v edukaci pacientů je především nedostatek času, nedostatek personálu, nedostatečná identifikace potřeb pacientů a nedostatek teoretických i odborných znalostí*“.

Poslední kategorie s názvem: Překážky v edukaci je zaměřena na nejčastější důvody nedostatečné edukace. Proband S1(PP) za největší překážku v edukaci pacientů považuje především nedostatek času. Velmi často probíhá edukace pacientů „za pochodu“. Edukuje pacienta a hned odchází na operační sál, kde připravuje rouškování pro instrumentářku. Bylo by s výhodou, kdyby na operačním sále byl dostatek personálu a byla vždy k dispozici sestra, která by měla na starosti edukaci. Proband S2(PP) odpověděl: „*Edukace pacientů je velmi důležitá, bohužel často je nedostatečná. Nejčastějším důvodem ke komplexní edukaci je málo času a každodenní shon na našem oddělení. Další překážkou v edukaci bývají nedostatečné teoretické i praktické znalosti edukující sestry*“. Proband S3(PP) řekl, že nedostatek personálu, nedostatek času, nevhodně zvolená komunikace s pacientem a také nedostatek soukromí při edukaci, to vše považuje za nejčastější překážky v celém edukačním procesu. Proband S4(PP) odpověděl: „*Samozřejmě nedostatek času a personálu je jeden z klíčových důvodů*

nedostatečné informovanosti pacientů. Strach z operace a obavy z budoucnosti bývají také důvodem nepochopení informací ze strany edukantů.“ Proband S5(PP) pohovořil o nedostatku personálu, málo času, špatně zvolené komunikaci, stresu, rušivém nemocničním prostředí, nedostatku soukromí, bolesti, chyb v identifikaci potřeb. Tyto všechny faktory označil za nejčastější překážky v edukaci.

Naším dalším zájmem bylo získat od probandů informace, zda v rámci edukačního procesu vnímají nějaké překážky či nikoliv. Lze říct, že se všichni shodli na tom, že největší překážkou je nedostatek času a někdy i personálu. Proband S2(CHO) odpověděl: *„Možná by nebylo na škodu mít na oddělení sestru edukantku, která by se této činnosti na plno věnovala.* Probandi S4 a S5(CHO) překážky v edukaci vidí následovně: Největším problémem je hlavně nedostatek času na to, aby mohli dostatečně edukovat. Proband S3(CHO) navíc uvedl: *„Domnívám se, že překážkou je již zmiňovaná občasná nedostatečná znalost sester v dané problematice, nejsou dostatečně erudované“.*

V této kategorii, nazvané překážky v edukaci, jsme se v rámci výzkumného šetření dozvěděli, že největší překážkou je nedostatek času, personálu, ale také znalostí. Vzhledem k tomu, že probandi jsou sestry bez specializace a mají jen velmi málo pracovních zkušeností (mimo probanda S4), tak stěžejních problémů bránící erudované edukaci je více než u probandů v předchozích kategoriích. Například probandi S1,3(BS) a S5(BS) uváděli, že nejhorší je pro ně to, že mají málo zkušeností. *„Vzhledem k tomu, že jsem zde na operačním sále zaměstnána krátce, tak nemám dostatek zkušeností. Raději se zaměřuji na operační postupy a edukaci jako takovou, přenechávám služebně starším kolegyním.*“ Proband S2(BS) uvedl, že pro něj je nejhorší asi čas, jelikož je zde opravdu krátce a práci zatím příliš neovládá. V edukaci je spíše jen pozorovatel a snaží se získat co nejvíce zkušeností od svých kolegyň. Proband S4(BS) i přesto, že má již mnohaletou praxi na operačních sálech, vidí překážky takto: *„Pracuji zde již 15 let, dovolím si říct, že edukace jako taková mi problém nedělá. Hlavním problémem je nedostatek času, prostoru, ale také personálu k tomu, abychom se pacientům dostatečně věnovali.“*

Schéma č.11- překážky v edukaci

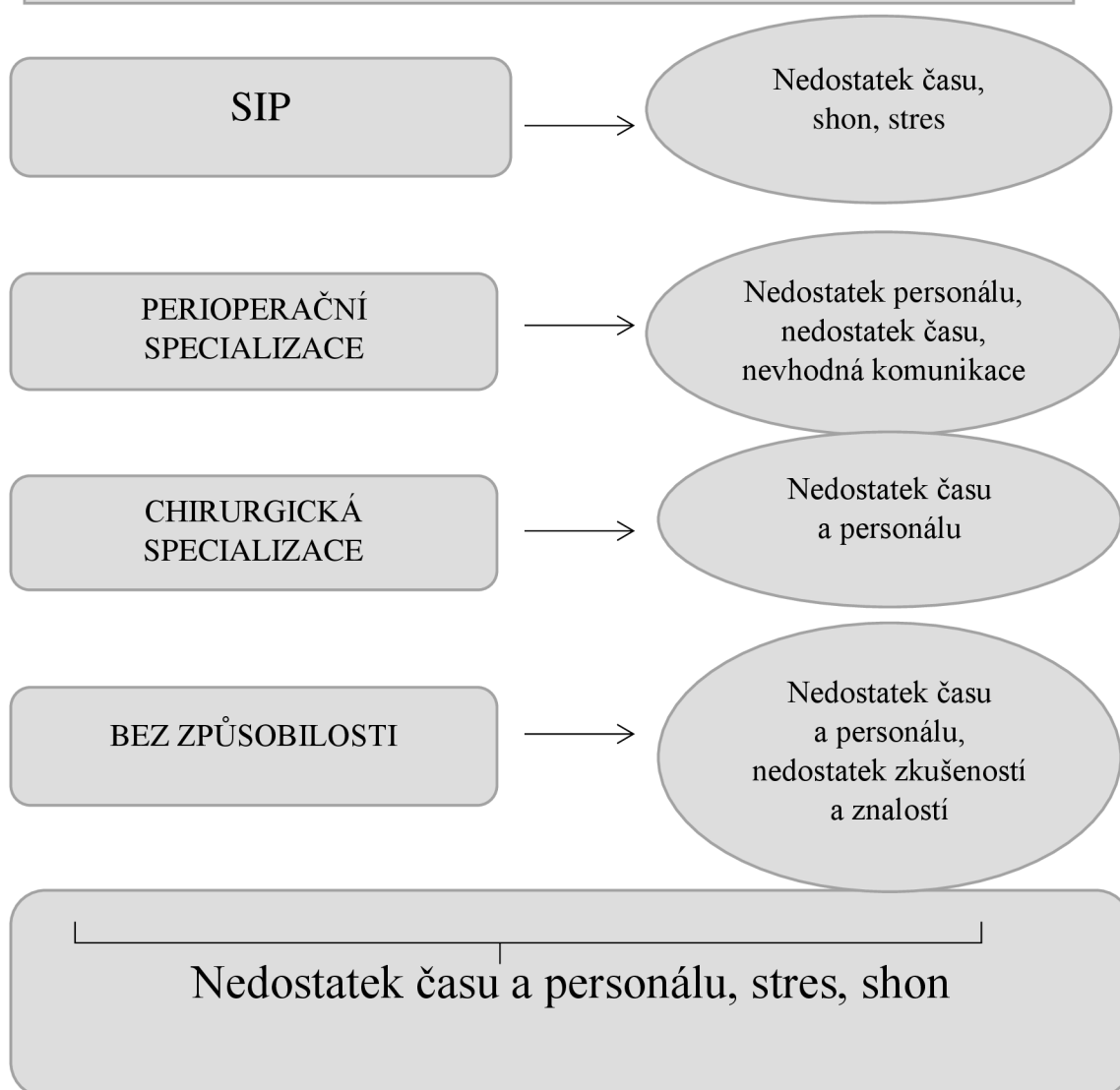


Schéma č.11 nám ukazuje nejčastější překážky v edukaci. Všichni probandi uvedli, že za nejčastější překážky v edukaci považují především nedostatek času, nedostatek personálu a shon na jejich pracovištích.

5 Diskuse

Předmětem výzkumného šetření bylo porovnat edukační roli sestry u sester s vybranými typy specializované způsobilosti. Dále také zmapovat rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sester bez specializované způsobilosti na operačním oddělení. Do výzkumu jsme zapojili sestry se specializovanou způsobilostí v chirurgických oborech S(CHO), sestry pro intenzivní péči S(SIP), sestry pro perioperační péči S(PP) a sestry bez specializované způsobilosti S(BS).

Jak uvádí Šmídová (2013), edukace je v mnoha zdravotnických zařízeních jedním z ukazatelů kvality zdravotní péče. Také všichni dotazovaní probandi se shodli, že edukace je podstatnou a nedílnou součástí poskytování ošetrovatelské péče pomocí ošetrovatelského procesu. Dle Matlochové (2012), je edukace velmi přínosná a pomáhá pacientům zmírňovat jejich obavy. Totéž ve svých odpovědích uvedli probandi S1, S4 a S5(PP). Juřeniková (2010) uvádí, že nejčastějším způsobem edukace ve zdravotnických zařízeních je edukace slovní, metodou rozhovoru. Slovní edukaci uvedli ve svých odpovědích všichni dotazovaní probandi. Probandi S1-S5(PP) a Proband S5(SIP) kromě slovní edukace hovořili o edukaci z informovaného souhlasu. Proband S5(PP) se zmínil o přímé edukaci pacienta perioperační sestrou: *„Zkoušeli jsme na našich operačních sálech zavést edukaci pacientů přímo perioperační sestrou, tak jak je to v některých nemocnicích v naší republice. Perioperační sestra navštíví pacienta den před operačním zákrokem a například formou edukační příručky či rozhovorů ho seznámí s průběhem celého pobytu na operačním sále. Edukační příručky mohou obsahovat například fotografie jednotlivých operačních výkonů, překlad na operační stůl, bandáže dolních končetin, dezinfekci operačního pole a následné zarouškování. Myslím si, že tento způsob edukace významně snížil strach pacienta z operačního výkonu. Bohužel, z nedostatku času a personálu již tento způsob edukace neprovádíme.“* Příklad této edukace podrobně popisují Chmelíková a Šilhartová (2008) ve své knize. Domnívám se, že edukace perioperační sestrou by byla velmi přínosná a významně by snížila nejen strach pacienta z operačního výkonu, ale také by zlepšila pooperační průběh a následnou rekonvalescenci.

Dalším předmětem našeho zájmu bylo zjistit, jaké edukační materiály nejčastěji naši probandi používají. Jak uvádí Pugnerová (2009), mezi edukační materiály můžeme zařadit různé učebnice, lékařské doporučení, časopisy, brožury, všechny tyto materiály ovlivňují kvalitu edukačního procesu. Ze schématu č. 3 je patrné, že všichni dotazovaní

probandi uvedli za nejčastěji používaný edukační materiál informované souhlasy (souhlas s operačním výkonem a anesteziologický souhlas). Proband S4 (SIP) uvedl za edukační materiály standardy. Webové stránky nemocnice uvedli ve svých odpovědích probandi (PP) a také probandi (BS). Různé informační brožury a letáky používají k edukaci také převážná většina probandů s různým typem specializace a probandi (BS). Proband S4 (BS) označil za edukační materiál brožury obsahující informace o srdečních chlopních. Tyto brožury dostávají pacienti vždy před výměnou srdeční chlopně.

Zajímalo nás také prostředí, kde edukace probíhá. Jak uvádí Juřeníková (2010), edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Prostředí ovlivňují různé ergometrické podmínky jako je osvětlení, velikost místnosti, zvuk a také atmosféra edukace. Dle schématu č. 4 je patrné, že edukační prostředí našich probandů je odlišné. Rozdíl najdeme zejména dle toho, kde probandi pracují. Probandi (PP), (SIP), (BS) uvádějí nejčastěji za edukační prostředí operační sál nebo předsálí operačních sálů, zatímco probandi (CHO) nemocniční pokoj nebo vyšetřovnu. Někteří probandi ve svých odpovědích uvedli, že by velmi uvítali možnost edukace pacienta den před operačním výkonem. I já se domnívám, že edukovat pacienta v klidném prostředí je mnohem efektivnější než na operačním sále, kde je hluk, shon a velký počet osob.

Další kategorie s názvem záznam edukace byla cílena na zjištění, jakým způsobem probandi proběhlou edukaci zaznamenávají. Můžeme říct, že všichni probandi se shodli na důležitosti záznamu edukace. Pomáhá nám v celém ošetrovatelském procesu a plánu péče. Velmi se mi líbila odpověď probanda S3(CHO) „*Záznam o edukaci je poznamenán v edukačním listě, ale je i součástí ošetrovatelského plánu, který je takovou naší kuchařkou v poskytování individuální péče.*“ Souhlasím s tím, že záznam edukace nám pomáhá lépe zhodnotit poskytovanou ošetrovatelskou péči a je naším návodem v celém edukačním procesu a poskytování individuální péče. Tóthová (2014) uvádí, abychom mohli sledovat efektivitu edukačního procesu, musí být celý plán edukace důsledně zaznamenán do dokumentace. Totéž ve svých odpovědích uvádějí dotazovaní probandi, shodují se na důležitosti záznamu proběhlé edukace. Používají nejčastěji záznam a ošetrovatelskou dokumentaci, jak je znázorněno ve schématu č.5.

Dalším předmět našeho zájmu byla otázka multioborové spolupráce, která je zaznamenána ve schématu č.6. Multioborová spolupráce je dle odpovědí našich probandů nepostradatelná a maximálně využívaná v celém edukačním procesu. Je velmi

důležitá pro úspěšný pooperační průběh, rekonvalescenci a navrácení do normálního života. Nejčastěji je zmiňována spolupráce s operačním týmem, anesteziologickým týmem, rehabilitačními pracovníky, sestrami z oddělení či JIP, ale také se speciálními obory. Například probandi (PP), kteří pracují na plastické chirurgii, uvádějí spolupráci s oddělením protetiky. Já jako perioperační sestra mohu říct, že multioborová spolupráce je pro nás velmi důležitá před, v průběhu, ale i po skončení operačního výkonu. Vzájemná spolupráce zlepšuje celý operační výkon, snižuje pooperační komplikace a je klíčem k úspěšné rekonvalescenci. Proband S5(PP) ve své odpovědi uvedl výhodu předoperačních kurzů. Pacienta před operací edukují odborníci z různých oborů, kvalifikovaná sestra, rehabilitační pracovník. Pacient si může před operací nacvičit například chůzi o berlích, vstávání z lůžka, nácvik hygieny aj. Myslím si, že by bylo velkým přínosem, zavést tyto kurzy i v naší nemocnici.

Schéma č.7 vyjadřuje porozumění edukace. Dotazováním při rozhovorech jsme zjišťovali, zda probandi využívají zpětné vazby v rámci edukačního procesu. Většina probandů ve svých odpovědích uvedla možnost zpětného dotazování, srozumitelná a pomalá řeč. Proband S1(CHO) řekl: *„Snažím se mluvit pomalu a srozumitelně, vyhýbám se používání odborných výrazů. Důležité věci zopakuji a dávám na ně patřičný důraz. Považuji za velmi důležité vytvořit mezi mnou a edukantem vzájemný respekt a porozumění.“* Totéž uvádí Maňák a Švec (2003), je velmi žádoucí, vytvoření vzájemného porozumění mezi edukantem a edukátorem. Role edukátora se nesmí nikdy změnit v rozkazování či nátlak. Domnívám se, že strach z operace u mnohých pacientů negativně ovlivňuje jejich chápání, a proto možnost zpětného dotazování je v edukačním procesu žádoucí.

Návaznost edukace byla dalším bodem našeho zájmu. Úzce souvisí s multioborovou spoluprací znázorněnou ve schématu č.6, která je dle probandů na velmi vysoké úrovni. Ze schématu č.8 vyplývá, že návaznost edukace dle probandů na jednotlivých odděleních je velmi dobrá. „Například proband S4 (PP) řekl: *„Návaznost edukace je velmi důležitá pro zdárný průběh rekonvalescence pacienta. Po skončení operačního výkonu přebírají edukaci pacientů sestry na standardních odděleních, JIP a dále specializovaní pracovníci – nutriční terapeut, rehabilitační pracovník, sociální pracovník dle potřeb pacienta.“* V rámci oddělení našich probandů návaznost edukace funguje a je to díky multioborové spolupráci. Proband S5(CHO) se vyjádřil k tomuto tématu již v kategorii č. 1. Domnívá se, že mnohdy chybí návaznost, ale zmiňuje zde problém v návaznosti jen, že přijde k hospitalizaci pacient needukovaný. Během mé

praxe na operačním oddělení se moc často nestává, aby přišel pacient k operaci needukovaný. Roli edukátorky přebírají před operačním výkonem sestry na standartních odděleních, a proto pacienti před operačním výkonem mají alespoň základní informace o průběhu celé hospitalizace.

Možnost další vzdělávání našich probandů znázorňuje schéma č.9. Dá se říct, že odpovědi probandů jsou téměř totožné. Všichni se shodují na tom, že zaměstnavatel jim poskytuje možnost dalšího vzdělávání a plně je v tom podporuje. Jedná se nejčastěji o specializační studia SIP a perioperační péče. Dále různé certifikované kurzy, přednášky a kongresy. „Probandi S1,2,3(BS) a S5(BS) uvádějí: *„Měli bychom si dodělat specializaci v perioperační péči a jsme v tomto směru zaměstnavatelem plně podporováni. Tak jako všichni musíme navštěvovat semináře, kurzy a kongresy, abychom splnili požadovaný počet hodin za rok“*.

Využití jiných zdrojů edukace je zaznamenáno ve schématu č. 10. Ze získaných empirických dat vyplývá u všech kategorií to samé. Jako veliké zlo považují zdroje z různých internetových stránek, kde jsou informace zkreslené, nepřesné a mnohdy ne příliš validní. Příkladem je odpověď probandů S2, S3 a S5(CHO) kteří uvádějí: *„Nejhorší je, když přijde pacient s informacemi z internetu. Informace jsou často velmi zkreslené a nafouklé. Způsobují u pacientů negativní emoce, především stres a strach“*. I já se s tímto názorem ztotožňuji. Stále častěji se mi na operačním sále stává, že se setkávám s pacientem, který je z operace vystrašen především z informací získaných z různých internetových diskusích. Za plnohodnotné považuji informace získané od odborného lékaře, z webových stránek nemocnice a také různých informačních letáků a brožur vytvořených pro konkrétní operační výkon.

Naším dalším zájmem bylo získat od probandů informace, zda v rámci edukačního procesu vnímají nějaké překážky či nikoliv. Ze schématu č.11 je patrné, že se všichni dotazovaní probandi shodli na tom, že největší překážkou v edukaci je nedostatek času, personálu a shon na pracovišti. Proband S4(BS) i přesto, že má již mnohaletou praxi na operačních sálech, vidí překážky takto: *„Pracuji zde již 15 let, dovolím si říct, že edukace jako taková mi problém nedělá. Hlavním problémem je nedostatek času, prostoru, ale také personálu k tomu, abychom se pacientům dostatečně věnovali“*. Bohužel nedostatek personálu je stále velmi aktuální téma a je jedním z největších problémů současného ošetrovatelství. Totéž odpověděli probandi S4 a S5(CHO), kteří překážky v edukaci vidí následovně: *„Největším problémem je hlavně nedostatek času na to, abychom mohli dostatečně edukovat“*. Nedostatek času se

objevuje téměř u všech dotazovaných probandů s různým typem specializace i bez ní. Také Svěráková (2012) uvádí za jednu z nejčastějších edukačních bariér, právě nedostatek času ze strany zdravotnického personálu. Další bariérou v edukačním procesu je nedostatek teoretických a praktických dovedností ze strany edukátorů, jak uvádějí probandi S1,3(BS) a S5(BS). Nejhorší je pro ně to, že mají málo zkušeností. „Vzhledem k tomu, že jsem zde na operačním sále zaměstnána krátce, tak nemám dostatek zkušeností. Raději se zaměřuji na operační postupy a edukaci jako takovou, přenechávám služebně starším kolegyním.“

V rámci výzkumného šetření jsme si stanovili několik výzkumných otázek. První z nich je porovnání edukační role sestry s vybranými typy specializované způsobilosti. Probandi v rámci šetření byli složeni z několika sester s různým typem specializace (SIP, perioperační sestra, sestra se specializací v chirurgických oborech) a sester bez specializace. Již z odborné literatury je zřejmé, že edukační role sester jsou neopomenutelnou součástí praxe vzhledem k tomu, že sestry během své práce každodenně edukují jednotlivé pacienty. Jak uvádí Juřeníková (2010), edukace probíhá na základě stanovení individuálních potřeb pacienta. Edukátor je v blízkém osobním kontaktu s edukantem. Tato forma edukace se nejčastěji uplatňuje v ambulancích, v ordinaci praktického lékaře a u nemocničního lůžka. Naši probandi se shodli, že edukaci provádějí u pacientů, které ošetřují. Jediným rozhodníkem, kde se edukační proces u jednotlivých probandů liší, jsou specifika na jejich oddělení. Kupříkladu proband S1(SIP) uvedl: „Správně edukovaný pacient před operačním výkonem má lepší pooperační průběh, lépe se adaptuje na nově vzniklou situaci.“ Odpověď probanda S5 (CHO) je dle našeho názoru výstižná v tom, že poukazuje na důležitost edukace v rámci komplexní ošetrovatelské péče. „Edukace je určitě potřebná, ale přijde mi, že systém edukování pacientů není příliš dobře vypracován, nebo promyšlen. Postrádám mnohdy návaznost. Často se stane, že pacient přijde na oddělení na plánovaný výkon a edukován není vůbec, což nám práci sťažuje“.

Proband S3(BS) se o významu edukace vyjádřil takto: „Edukace je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu a přispívá k uzdravení pacienta. Měla by začít hned při příjmu pacienta a pokračovat až po dobu jeho propuštění. Já sama nemám ještě dostatek teoretických a praktických zkušeností, proto edukaci přenechávám pracovním starším kolegyním“. Z odpovědí jednotlivých probandů vyplývá následující. Každý obor má svá specifika v edukaci pacientů. I přes tato specifika je patrné, že edukace je skutečně multidisciplinárním procesem.

Co se týká odpovědi na druhou výzkumnou otázku, jsme si jisti, že výzkumné šetření bylo dostačující k jejímu zodpovězení. Naším zájmem bylo zjistit rozdíl v edukační roli sester se specializovanou způsobilostí a bez specializace při edukaci pacienta před operačním výkonem. V rozhovorech se proband S3 (SIP) vyjádřil k edukaci následovně: *„Pacienta před operací edukuji vždy slovně, vysvětlím mu, jaká bude předoperační příprava, o průběhu operačního výkonu ho vždy informuje lékař, já mu následně také vysvětlím, jak bude probíhat pooperační péče.“* Tato výpověď koresponduje s literaturou. Chmelíková a Šilhartová (2008) ve své knize uvádějí: Perioperační sestra navštíví pacienta na pokoji, představí se mu a sdělí účel své návštěvy. Důležité je pro rozhovor zvolit vhodné prostředí, pacient se rozhodne, kde rozhovor proběhne. Perioperační sestra informuje pacienta o bezprostřední přípravě na operační sál, o způsobu premedikace, po které již nesmí vstávat z lůžka, o odstranění zubních náhrad a šperků. Důležitá je alergická anamnéza na dezinfekční prostředky, léky, náplasti aj. Součástí přímé edukace je vysvětlení způsobu transportu na operační sál, informace o prostředí na operačním sále, informace o poloze pro daný operační výkon, vysvětlení důvodu podání a umístění neutrální elektrody na těle pacienta, informace o nutnosti bandáží dolních končetin. Dále je pacient informován o rouškování a způsobu přípravy instrumentária, přípravě a dezinfekci operačního pole a složení operačního týmu, který bude u operace přítomen. Také proband S3(PP) uvedl: *„Abych mohl provádět kvalitní edukaci, potřebuji k tomu nejenom dostatek času, ale především dostatek vědomostí jak teoretických, tak i praktických. Teoretické znalosti jsem získal studiem specializačního vzdělávání a praktické dlouholetým působením na operačních sálech.“* Více méně korespondující odpověď vzešla od probanda S3(CHO): *„Edukaci jako takovou vnímám jako podstatnou věc, ale je potřeba být skutečně erudován v daném problému týkajícího se pacienta. Mě osobně pomáhají několikaleté zkušenosti z praxe, ale především teoretické vědomosti získané studiem. Pokud sestra nemá dobré znalosti o problematice daného oddělení, pak asi těžko bude správně edukovat“.* Z odpovědí probandů se specializovanou způsobilostí je zřejmé, že jako společný znak správné edukace je dostatečné vzdělání, které vede sestry k tomu, že jsou skutečně erudované a rozumí problematice svého oboru. Z výpovědí sester bez specializace je zřejmé, že jako svůj handicap vnímají to, že nejsou dostatečně erudované ve svém oboru, a tudíž mají prozatím problém s prováděním edukačního procesu. Probandi S1 a S2(BS) uvedli: *„Edukace pacientů je bezpochybně velmi důležitá pro zdárný pooperační průběh a úspěšnou rekonvalescenci. Abychom mohli důkladně*

edukovat, musíme velmi dobře znát danou problematiku. Na operačním sále plastické chirurgie pracujeme krátce a je pro nás velmi náročné se vše naučit. Nemáme tolik zkušeností ani teoretických znalostí o operačních postupech a komplikacích. Chtěli bychom začít studovat specializaci perioperační sestra a tím získáme nové zkušenosti a vědomosti.“ Lze tedy říct, že v edukačních rolích sester jsou patrné rozdíly. Sestry se specializací jsou více kompetentními k podání kompletních informací pacientům tak, aby edukační proces byl bezchybný. Tímto ovšem nechceme říct, že by sestry bez specializace nedokázaly erudovat, ale je zřejmé, že ony samy vnímají svůj handicap ve vzdělání.

V rámci poskytování edukace pacientovi během perioperačního období lze pracovat s výsledky šetření pouze sester zařazených jako perioperační sestra, sester se specializací v intenzivní péči a sester bez specializace. Tyto empirická data nám umožňují najít odpověď na výzkumnou otázku číslo tři: Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta během operačního výkonu? Na tuto otázku jsme si již částečně odpověděli v předchozí otázce, ze které vyplynulo, jak je důležitá specializace u sester poskytující péči. Vzhledem k tomu, že sestry zařazené do kategorie specializace v intenzivní péči, mají všechny specializační vzdělání ve svém oboru, tak jejich odpovědi jsou velmi podobné. Zůstává tedy otázkou, jaký rozdíl je mezi sestrami v perioperační péči se specializací a bez ní. Je vůbec nějaký rozdíl, který by stál za zmínění? Určitě ano! “ Proband S4(PP) řekl: *„Po příjezdu pacienta na operační sál zkontroluji jeho jméno, ověřuji si alergické reakce a kontroluji místo chirurgického zákroku. Edukuji pacienta o způsobu uložení na operační stůl a zajištění jeho bezpečnosti po celou dobu operačního výkonu. Vždy mu vysvětlím, co se s ním bude dít po celou dobu pobytu na operačním sále a následné pooperační péči“*. Z odpovědi je zřejmé, že sestra ví, jak pacienta edukovat. Opakem je výpověď probanda S4 (BS) *„Edukace je nedílnou součástí celého ošetrovatelského procesu a přispívá k uzdravení pacienta. Měla by začít hned při příjmu pacienta a pokračovat až po dobu jeho propuštění. Já sama nemám ještě dostatek teoretických a praktických zkušeností, proto edukaci přenechávám pracovním starším kolegyním*. Probandi S1 a S2 (BS) uvádějí: *„Pacientům vždy vysvětlíme, co je čeká před operačním výkonem, v průběhu operace a následné pooperační péči. Mnoho informací získají také z informovaného souhlasu, kde jsou detailně popsány jednotlivé operační zákroky. Nemáme ještě tolik zkušeností, proto edukaci provádějí častěji kolegyně s dlouholetou praxí a specializačním*

vzděláním. Ze získaných dat je jednoznačné zjištění vypovídající o rozdílnostech sester. Sestry se specializací jsou více kompetentní k poskytování kvalitní edukace. Sestry bez specializace samy cítí svůj handicap v nedostatečném vzdělání a zkušenostech, které by jim umožnily edukovat tak, aby ony samy byly se sebou spokojené.

Poslední čtvrtá výzkumná otázka je neméně důležitá: Jaký je rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sestry bez specializované způsobilosti při poskytování ošetrovatelské péče u pacienta po operačním výkonu? Lze říct, že odpovědi jsme našli již v předchozích empirických datech. Ze všech dat je patrné, že jsou rozdíly mezi sestrami se specializací a bez specializace a jaká je důležitost multioborové spolupráce „*Na našem oddělení je multioborová spolupráce důležitá, což je ostatně asi všude. My konkrétně spolupracujeme s operačním týmem a anesteziologickým. Při předávání pacienta na sál předáváme informace a při převzetí pacienta zpět ze sálu jsme zase informováni my. Spolupracujeme s odborníky z různých oborů, rehabilitačními pracovníky, ale také se stomickou sestrou.* Sestry se specializací mají komplexnější znalosti a dovednosti, které jim umožňují poskytovat dostatečně kvalifikovanou péči, kterou poskytují v rámci ošetrovatelského procesu. Tímto nechceme ovšem nějak snižovat kvality sester bez specializace, ale jen poukázat na fakt, že je potřeba dalšího vzdělávání sester. Vždyť jde o každého z nás. I my, nebo naši blízcí můžeme dojít do doby, kdy budeme potřebovat nemocniční péči a určitě každý chceme, aby nám byla poskytována ta nejlepší péče! Literatura s naším názorem souzní. Jak uvádí Šmídová (2013), edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské a zdravotní péče. Edukace má velký význam na spokojenost pacientů, pomáhá rozvíjet jejich samostatnost a soběstačnost. Základem správné edukace jsou především odborné znalosti a praktické dovednosti personálu. Správná edukace je v mnoha zdravotnických zařízeních jedním z ukazatelů kvality zdravotní péče.

6 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala problematikou edukace sester s různým typem specializované způsobilosti a sester bez specializace. Byly stanoveny následující cíle:

1. Porovnat edukační roli sestry u sester s vybraným typem specializované způsobilosti (sestra pro péči v chirurgických oborech, sestra pro intenzivní péči a všeobecná sestra pro perioperační péči).
2. Zmapovat rozdíl v edukační roli sestry se specializovanou způsobilostí a sester bez specializované způsobilosti na operačním oddělení.

Pro zpracování daného tématu bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Všechny rozhovory byly realizovány se sestrami, které pracují v nemocnici České Budějovice, a.s. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 15 sester s různým typem specializované způsobilosti a 5 sester bez specializace. Výsledky výzkumného šetření byly z audionahrávek přepsány a kódovány. Celkem bylo vytvořeno 11 kategorií u všech sester se specializovanou způsobilostí i bez specializace.

V závěru mé diplomové práce můžeme říct, že se nám podařilo porovnat edukační role sester s vybraným typem specializace, a také zmapovat rozdíly v edukační činnosti sester se specializací a bez specializace na operačním oddělení. Edukační činnost sester s různým typem specializace má svá specifika. Například sestry se specializací perioperační péče se zaměřují na edukaci pacienta především v perioperačním období. Po příjezdu na operační sál seznámí pacienta s transportem na operační stůl, dezinfekci operačního pole, zvolení vhodné operační polohy, zarouškování operačního pole. Vysvětlí mu důvod a umístění neutrální elektrody. Důležitá je také alergická anamnéza a zajištění bezpečnosti pacienta během celého operačního výkonu. Sestry se specializací SIP a CHO se zaměřují především na edukaci pacienta před operačním výkonem a pooperační péči. Edukační role sester se specializací SIP, které pracují přímo na operačních sálech je cílena na předoperační přípravu v rámci anestézie. Každý obor v rámci edukačního procesu má svou specifickou úlohu a multioborová spolupráce je klíčem k úspěšné rekonvalescenci.

Ze získaných empirických dat je jednoznačné zjištění vypovídající o rozdílnostech sester se specializací perioperační péče a bez ní, které pracují na

operačním oddělení. Sestry se specializací PP mají větší přehled v dané problematice, a proto jsou kompetentní v poskytování kvalitní edukace. Mají více teoretických znalostí, znají operační postupy, instrumentária k jednotlivým operačním výkonům. Jsou schopny reagovat i na nepředvídatelné situace během operace. Sestry bez specializace vidí svůj handicap především v nedostatečném vzdělání, teoretických a praktických dovednostech. Nicméně zaměstnavatel v rámci specializačního vzdělávání všechny zaměstnance plně podporuje a každý má možnost si své vzdělání prohloubit. Celá má diplomová práce byla zaměřena na edukační proces u pacientů. Myslím si, že by bylo také velkým přínosem vytvoření edukačního plánu u nově přichozích kolegyně na operační sál. Toto by mohlo být tématem některé další diplomové práce.

Na závěr byl vypracován edukační leták pro pacienty jednodenní plastické chirurgie (Příloha č.2). Leták bude předán na operační sál jednodenní plastické chirurgie a bude součástí edukačních materiálů pro pacienty, kteří přicházejí na operační výkon v lokální anestézii.

7 Seznam použitých zdrojů:

ADAIR, J.E., 2004. *Efektivní motivace*. Praha: Alfa Publishing. Management (Alfa Publishing). ISBN 80-86851-00-1.

BARTÁK, J., 2008. *Jak vzdělávat dospělé*. Praha: Alfa Nakladatelství. Management studium (Alfa Nakladatelství). ISBN 978-80-87197-12-7.

BASTABLE, S.B., 2008. *Nurse as educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 3. Sudbury: Mass Jones and Barlett. ISBN 07-637-4643-6.

BELZ, H., SIEGRIST, M., 2011. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Vyd. 2. Přeložil Dana LISÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-930-9.

BENDL, S., KUCHARSKÁ, A., 2008. *Kapitoly ze školní pedagogiky a školní psychologie: skripta pro studenty vykonávající pedagogickou praxi*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-366-5.

BRUNO, T., ADAMCZYK, G., 2005. *Řeč těla: jak neverbálně působit na druhé a rozumět řeči těla*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1313-7.

ČÁP, J., MAREŠ, J., 2007. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-273-7.

Česko: Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online], In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 20, s. 482-543. [cit. 2022-4-5]. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

Česko: Vyhláška č. 391/2017 Sb. ze dne 16. listopadu 2017, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb. [online], In: Sbírka zákonů České republiky. 2017 a, částka 137, s. 4360-4375. [cit. 2022-4-5]. Dostupné z: [https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

[zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy](https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

- FARKAŠOVÁ, D., MUSILOVÁ, M., KUBICOVÁ, E., ZÁVODNÁ, V., 2006. *Ošetrovatelství-teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
- HRABAL, V., PAVELKOVÁ, I., 2010. *Jaký jsem učitel*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-755-8.
- CHMELÍKOVÁ, J., ŠILHARTOVÁ, V., 2008. Edukace perioperační sestrou. *Sestra*. Praha, (7-8), 62. ISSN 1335-9444.
- JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
- KALHOUS, Z., OBST, O., 2009. *Školní didaktika*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-571-4.
- KOCOURKOVÁ, J., SÝKOROVÁ, Z., KRÍŽOVÁ, J., 2014. Skupinová edukace pacientů. *Sestra: odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry*. Praha: Mladá fronta, 24(3), 32-33. ISSN 1210-0404.
- KOHOUT, K., 2010. *Základy obecné pedagogiky*. Vyd. 2., dopl. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN isbn978-80-7452-009-9.
- Koncepce Ošetrovatelství*, 2021. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2021 [cit. 2022-3-8]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf
- KORDULOVÁ, M.P., 2017. Vzdělávání sester specialistek v perioperační péči. *Florence*. (6). Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2017/6/vzdelavani-sester-specialistek-v-perioperacni-peci/>
- KOSÍKOVÁ, V., 2011. *Psychologie ve vzdělávání a její psychodidaktické aspekty*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2433-1.
- KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-73-67-684-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.
- MAGERČIAKOVÁ, M., 2009. Edukácia chirurgického pacienta: Surgical patient education. *Revue ošetrovatelstva, sociálnej práce a laboratórných metodik: odborný*

recenzovaný časopis Slovenskej lekárskej spoločnosti. Bratislava: Slovenská lekárska spoločnosť, 15(1), 36-39. ISSN 1335-5090.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-326-4.

MALÍKOVÁ, K., 2006. Edukační proces. *Sestra*. V(11-12), s.29-30. ISSN 1335-9444.

MAŇÁK, J., ŠVEC, V., 2003. *Výukové metody*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-039-5.

MATLOCHOVÁ, E., 2012. Edukace pacienta perioperační sestrou. *Sestra*. 22(2), 41-42. ISSN 1210-0404. Dostupné také z: <http://www.zdn.cz/archiv/sestra/?id=3801>

MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.

NĚMCOVÁ, J., 2010. Moderná edukácia v ošetrovatelstve. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 11-[32]. ISBN 978-80-8063-321-9.

PARMA, P., 2006. Umění koučovat: systematické koučování ve firmě, rodině a škole pro kouče i koučované, studenty, odborníky i veřejnost. Praha: Alfa Publishing. Management praxe. ISBN isbn80-86851-34-6.

PIRSCHER, C., 2020. New Patient Education Formats Help Nurses Connect Patients to Individualized Resources. *ONS voice*.

POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.

POŽÁR, J., 2010. *Manažerská informatika*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. ISBN 978-80-7380-276-9.

PRŮCHA, J., 2002. *Moderní pedagogika*. 2., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-631-4.

PRŮCHA, J., 2005. *Moderní pedagogika*. 3., přeprac. a aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-047-X.

PRŮCHA, J., 2009. *Moderní pedagogika*. 4., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-503-5.

- PRŮCHA, J., 2017. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1228-7.
- PUGNEROVÁ, M., 2019. *Psychologie: pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0532-8.
- SKALKOVÁ, J., 2007. *Obecná didaktika: vyučovací proces, učivo a jeho výběr, metody, organizační formy vyučování*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1821-7.
- SKUTIL, M., ZIKL, P., 2011. *Pedagogický a speciálně pedagogický slovník: [terminologický slovník zaměřený na primární a preprimární vzdělávání]*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3855-0.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-368-6.
- STUART, C.C., 2005. *Assesment, Supervision and Support in Clinical Practice*. Philadelphia: Churchill Livingstone. ISBN 0 443 070652.
- SVĚŘÁKOVÁ, M., c2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.
- ŠERÁK, M., DVOŘÁKOVÁ, M., 2009. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. V Praze: Česká zemědělská univerzita, Institut vzdělávání a poradenství. ISBN 978-80-213-2001-7.
- ŠMÍDOVÁ, Š., NOVÁKOVÁ, J., 2013. *Edukace geriatrických pacientů*. *Florence*. 9(12), 28-30. ISSN 180 -464X.
- ŠULEŘ, O., 2009. *100 klíčových manažerských technik: komunikování, vedení lidí, rozhodování a organizování*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2173-3.
- ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. ISBN 978-80-7394-246-5.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2008. *Základy pedagogiky*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Vydavatelství VŠCHT Praha. ISBN 978-80-70-80-690-6.

TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0064-4.

TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.

VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., 2007. *Pedagogika pro učitele*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1734-0.

VETEŠKA, J., 2010. *Kompetence ve vzdělávání dospělých: pedagogické, andragogické a sociální aspekty*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-98-3.

VYBÍRAL, Z., 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-998-4.

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V CHIRURGICKÝCH OBORECH, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2021 [cit. 2022-3-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41049/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2036%20VS%20-%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20v%20chirurgick%C3%BDch%20oborech%](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41049/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2036%20VS%20-%20O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De%20v%20chirurgick%C3%BDch%20oborech%20)

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – INTENZIVNÍ PÉČE, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2021 [cit. 2022-3-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41051/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2056%20VS%20%E2%80%93%20Intenzivn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20\(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020\).pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41051/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2056%20VS%20%E2%80%93%20Intenzivn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020).pdf)

Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru VŠEOBECNÁ SESTRA – PERIOPERAČNÍ PÉČE, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2021 [cit. 2022-3-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2055%20VS%20%E2%80%93%20Periopera%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20\(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020\).](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/41052/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2055%20VS%20%E2%80%93%20Periopera%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20(v%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8D.%205_2020).)

ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.

ZÁVODNÁ, V., 2002. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta. Edícia učebníc pre stredné zdravotnícke školy. ISBN 80-8063-108-5.

ZÁVODNÁ, V., 2005. *Pedagogika v ošetrovateľstve*. 2., preprac. a dopln. vyd. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

ZORMANOVÁ, L., 2012. *Výukové metódy v pedagogike: tradiční a inovatívni metódy, transmisivní a konstruktivistické pojetí výuky, klasifikace výukových metód*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4100-0.

ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0051-4.

ŽÁK, P., 2004. *Kreativita a její rozvoj*. Brno: Computer Press. Business books (Computer Press). ISBN 80.251.0457.5.

8 Seznam příloh

Příloha č.1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Příloha č.2: Edukační leták pro pacienty jednodenní plastické chirurgie

Příloha č.1: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Délka praxe na daném pracovišti:

Typ oddělení:

Specializace:

Jaký význam přisuzujete edukaci pacienta?

Jakým způsobem edukujete pacienta před operací?

Jaké máte edukační materiály na vašem pracovišti?

Provádíte edukaci jako multidisciplinární tým?

Kde provádíte edukaci?

Kdy provádíte edukaci?

Jak se ujistíte, že Vám pacient rozumí?

Navazuje Vaše edukace i v pooperačním období?

(pokud ano, liší se a jak?)

Umožňuje Vám zaměstnavatel další vzdělávání ve vašem oboru?

Setkali jste se s pacientem, který přišel na vaše oddělení již edukován?

(pokud ano, jak navazujete další edukaci?)

Přijímá pacient edukaci pouze od Vás, nebo čerpá i z jiných zdrojů?

Příloha č. 2: Edukační leták pro pacienty jednodenní plastické chirurgie

Nádory kůže

- 1) Nezhoubné (benigní)- lipom, fibrom, névus, véruka, hemangiom
Neohrožují na životě
- 2) Zhoubné (maligní) – bazaliom, melanom, spinocelulární karcinom
Ohrožují na životě – nutno odstranit v dostatečné míře, multioborová spolupráce: ORL, stomatochirurgie, ortopedie, onkologie

Lokální(místní) anestézie: aplikace znečítlivující látky (Mesocain, Marcain)

Před operačním výkonem je nutno vysadit léky ovlivňující srážení krve – **ANTIAGREGANCIA** – Anopyrin, Plavix, Tagren (vysadit 7-10 dní před výkonem)

ANTIAGOAGULAČNÍ LÉČBA – Warfarin, Lawin, Orfarin, dle ordinace praktického lékaře několik dní před operací nutno vysadit a nahradit injekční formou

CO VÁS ČEKÁ?

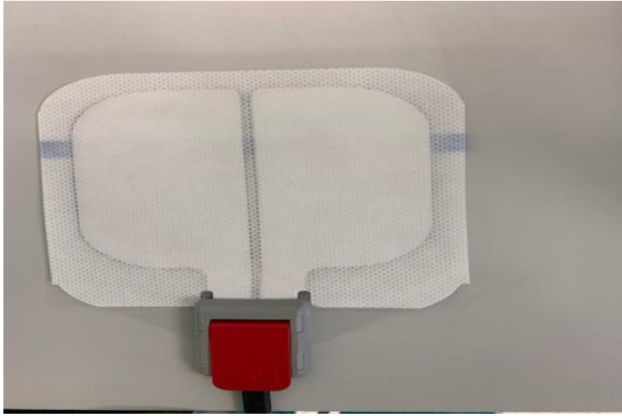
- Před vstupem na operační sál si sundejte prosím civilní oblečení včetně podprsenky, nechte si pouze spodní prádlo
- Věci si odložte do uzamykatelné skříně, na nohy použijte bačkory uložené u botníku
- Oblečte si nemocniční košili – anděla
- Vlasy si schovejte do jednorázové čepice





- Sundejte si prosím všechny kovové věci (šperky, hodinky, řetízky, náušnice, kovové sponky z vlasů, pearcing)
- Vyjměte naslouchadlo a zubní protézu
- Pokud máte pozitivní alergickou anamnézu (alergie na dezinfekční prostředky, jod, léky-Mesocain, informujte zdravotnický personál)
- Pokud máte kardiostimulátor – informujte zdravotnický personál
- Po příchodu na operační sál, si lehněte na operační stůl do vhodné polohy
- Bude Vám nalepena neutrální elektroda, z důvodu prevence popálení, při používání elektrokoagulace ke stavění krvácení





- Během operačního výkonu mějte ruce natažené podél operačního stolu, popřípadě položené na břicho
- Nedotýkejte se žádných kovových částí stolu



- Během operačního výkonu bude s Vámi zdravotnický personál hovořit
- V případě jakéhokoliv diskomfortu, informujte zdravotnický personál
- Po skončení zákroku Vám bude operační rána sterilně zakryta
- Za 3 dny můžete sejmout krytí

- Pásky na ranách ponechte, můžete se osprchovat, pásky osušte fénem a postříkejte čirou dezinfekcí každý den, až do vyjmutí stehů



- Dále rány promašťujte, provádějte tlakové masáže
- Vyhýbejte se slunci minimálně ½ roku (melanom)
- O pravidelných převazech, odstranění stehů a kontrolách, budete informováni lékařem
- Do vyndání stehů omezte fyzickou aktivitu
- Po zákroku odcházíte domů, nejlépe za doprovodu jiné osoby