



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Edukační ošetřovatelské diagnózy a jejich využitelnost v praxi

Vypracovala: Klára Nováčková
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, PhD.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou využívání edukačních ošetrovatelských diagnóz. Tyto diagnózy nejednotně označované jako diagnózy ke zlepšení zdraví, edukační či wellness si kladou za cíl zlepšení a upevnění zdraví jedince, popřípadě komunity a staví na potřebě klienta zlepšit se v určité oblasti (1, 2). Přestože mnoho sester vyjadřuje zájem o wellness ošetrovatelské diagnózy a využívá je, existuje zde stále spor o tom, zda jsou diagnózy tohoto typu opravdu klinicky užitečné (3). Akutní péče je nastavena spíše na aktuální a potenciální problémy (4).

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit, jaké edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají na interním oddělení u pacientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu a hypertenze. K tomuto cíli byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. První otázka: Které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají u pacientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu? Druhá otázka: Které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají u pacientů s lékařskou diagnózou hypertenze?

Pro výzkumnou část práce byla vybrána kvalitativní forma výzkumného šetření, metodou sekundární analýzy dat. V tomto případě se jednalo o studium ošetrovatelských dokumentací klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu nebo hypertenze. Sledovaná data byla zaznamenána do záznamového archu (Příloha č. 1), následně zpracovávána metodou kódování a zařazena do následujících kategorií: Písemný záznam o edukaci, Edukační diagnóza – pojmenování problému, Plán edukace, Průběh edukace, Vyhodnocení edukace. Data byla zpracována během měsíce března a dubna. Výzkumný soubor tvořilo celkem deset ošetrovatelských dokumentací klientů hospitalizovaných v čase výzkumného šetření na stanicích interního oddělení Nemocnice Písek a.s. Jednalo se o ošetrovatelské dokumentace šesti klientů trpících onemocněním diabetes mellitus 2. typu, z nichž jeden trpěl současně i onemocněním hypertenze a čtyř klientů s lékařskou diagnózou hypertenze, z nichž jeden trpěl i diabetem.

Z výzkumného šetření vyplývá, že edukační ošetrovatelské diagnózy či pojmenování edukační potřeby klienta sestry při své práci využívají. Edukační diagnózy byly objeveny v každé ze zkoumaných dokumentací. Všechny se upínaly pouze na pojem deficitních znalostí. V dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byly nalezeny edukační diagnózy vztahující se k oblastem, které jsou uváděné v dostupné literatuře jako žádoucí pro tyto klienty. V případě klientů s onemocněním hypertenze byl výsledek podobný. Zajímavé bylo zjištění, že edukační diagnóza často není v souladu s tématy edukace, přispívá k tomu zřejmě i uvádění edukačních diagnóz mimo záznam o edukaci. Při výzkumném šetření byly zjištěny i další informace, které se týkaly kvality záznamu edukační činnosti. Sestry nezaznamenávají některé komponenty plánu edukace, jako jsou cíle edukace, druh a prostředí. Ve všech zkoumaných edukačních záznamech chybí řádné zhodnocení edukace sestrou, objevuje se pouze holý zápis o tom, že klient byl edukován v určité oblasti. Na rozdíl od toho zhodnocení edukace klientem je v dokumentacích zaznamenáno, ovšem u některých klientů je velmi strohé. Z výzkumného šetření dále vyplynulo, že jen malá část edukačních dokumentací obsahovala edukaci, která by měla individuálně se rozvíjející charakter.

Výsledky tohoto výzkumu poukazují na to, že edukační ošetrovatelské diagnózy se u klientů s onemocněním diabetes mellitus či hypertenze využívají a vždy jsou formulovány jako deficit vědomostí klienta. Oblasti, kterých se tyto diagnózy týkají, jsou v souladu s lékařskou diagnózou klientů. V některých edukačních dokumentacích jsou zaznamenány i edukační diagnózy týkající se jiných individuálně specifických oblastí. S ohledem na zmiňovaná onemocnění klientů by bylo na místě využívat i edukační diagnózy deficit dovedností. Celkové zaznamenávání edukace není bez chyb a je nutné na jeho zlepšování pracovat. Z tohoto důvodu je výstupem práce vzorová dokumentace pro záznam edukační činnosti. (Příloha č. 1) Tato dokumentace byla zhodnocena staniční sestrou Zdeňkou Matušicovou jako přehledná a dobře využitelná v praxi.

Klíčová slova: edukační diagnóza, edukace, diabetes mellitus, hypertenze, ošetrovatelský proces

Abstract

This bachelor thesis is focused on the use of educational nursing diagnoses. These often diagnoses often named health improving, educational or wellness are aimed to improve and strengthen health of individual or community and is tailored for the need of a client in question to improve in a certain area (1, 2). Although many nurses are interested in wellness diagnoses and use them, there is an ongoing contradiction regarding their real clinical usefulness (3). Acute care usually deals with immediate and potential problems (4).

The aim of the research part of this thesis was to identify which educational nursing diagnoses are most often used at internal medicine wards for patients medically diagnosed with Type 2 diabetes mellitus or hypertension. Two research questions were posed: Which educational nursing diagnoses are most often used for patients with medically diagnosed Type 2 diabetes mellitus? Second question: Which educational nursing diagnoses are most often used for patients with medically diagnosed hypertension?

Qualitative form of research was chosen using the method of secondary data analysis. In this case this involved studying nursing documentation of patients with diagnosed Type 2 diabetes mellitus or hypertension. Studied data was transcribed into answer sheets (see Appendix 1), consequently analysed by coding method and divided into the following categories: Written report on education, Educational diagnosis – designation of the problem, Educational plan, Progress of education, Evaluation of education. Data was analysed during March and April of 2015. Studied research group consisted of ten nursing documentation files that belonged to patients then hospitalised at internal medicine wards of hospital Nemocnice Písek a.s. Six clients were diagnosed with Type 2 diabetes mellitus, four with hypertension, with one patient suffering from both. This research showed that educational nursing diagnoses or designation of the patient's educational needs are used by the nurses working at the wards. Educational diagnoses were present in each of the studied files. All were concerned with insufficient knowledge about the illness. In the file containing medical diagnosis of Type 2 diabetes

mellitus educational diagnoses were concerned with areas normally defined in literature as desirable for the patient. Similar results were found for patients with hypertension. Interestingly, educational diagnoses were often in discord with educational themes, probably due to education not being always recorded as performed. Further information on the reporting quality about the education was also found, where nurses often omit to report individual components of the educational plan, such as the aim, type or environment. Also, proper evaluation of the education by a nurse is often absent from the report and instead only a short note on the fact that education of the patient was conducted in a certain area is given. On the other hand, evaluation conducted by the client is often reported, although very curtly. The results also show that only a few of the educational documentation files included education focused on individual growth.

Results of this research show that educational nursing diagnoses are in use for patients with both Type 2 diabetes mellitus and hypertension, and are always targeted towards increased knowledge of the patient about the illness. Areas that the diagnoses focus at are in concordance with the medical diagnoses. Educational diagnoses that are concerned with other individually specific areas are also present in some of the education documentation files. With respect to the targeted diagnoses educational plan concerned with insufficient dexterity should also be used. The overall educational reporting is not flawless and its improvement is necessary. The output of this work therefore consists of a model of documentation reporting educational activity. (Appendix 3). This documentation model was evaluated by head nurse Zdeňka Matušicová as well-arranged and practical.

Key words: educational diagnosis, education, diabetes mellitus, hypertension, nursing process

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 30.4.2015

.....

Klára Nováčková

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila poděkování své vedoucí práce Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za její vstřícnost, cenné rady a čas, který mi ochotně věnovala při tvorbě této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat sestřám na interním oddělení Nemocnice Písek za pomoc při sběru dat pro praktickou část práce. Nakonec bych ráda poděkovala staniční sestře Zdeňce Matušicové za poskytnutí podnětného názoru na vzorovou dokumentaci.

Obsah

Úvod.....	11
1 Současný stav.....	12
1.1 Ošetřovatelství jako obor	12
1.1.1 Charakteristika ošetřovatelství	12
1.2 Ošetřovatelský proces	15
1.2.1 Fáze ošetřovatelského procesu - ošetřovatelská diagnostika.....	15
1.2.2 Přínos ošetřovatelského procesu pro praxi	20
1.3 Edukační ošetřovatelské diagnózy	21
1.3.1 Využití edukačních diagnóz v klinické praxi	22
1.4 Edukační proces v ošetřovatelství a jeho fáze	23
1.4.1 Edukační činnost řízená sestrou	25
1.5 Zdraví a ošetřovatelství.....	27
1.5.1 Role sestry v edukaci a podpoře zdraví	29
2 Cíl práce.....	31
2.1 Cíl práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
3 Metodika	32
3.1 Použitá metodika.....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	32
4 Výsledky	34
4.1 Kategorizace výsledků analýzy ošetřovatelských dokumentací.....	38
4.1.1 Kategorie 1: Písemný záznam o edukaci.....	38
4.1.2 Kategorie 2: Edukační ošetřovatelská diagnóza – pojmenování problému....	38
4.1.3 Kategorie 3: Plán edukace	39
4.1.4 Kategorie 4: Průběh edukace.....	40
4.1.5 Kategorie 5: Vyhodnocení edukace.....	42
5 Diskuse.....	45
6 Závěr	52

7 Seznam literatury	54
8 Přílohy.....	58
8.1 Seznam příloh	58

Úvod

Tuto bakalářskou práci na téma „Edukační ošetrovatelské diagnózy a jejich využitelnost v praxi“ jsem si vybrala, protože se jedná o aktuální problematiku. Pojem edukační činnosti se v naší společnosti nevyskytuje dlouho a stejně tak krátce je přítomna problematika edukačních ošetrovatelských diagnóz.

Podle zkušeností ze své praktické výuky v nemocnici jsem se domnívala, že sestry ošetrovatelské diagnózy tohoto typu příliš nevyužívají a mnohdy ani nevědí, že taková skupina diagnóz existuje a že se takto nazývají. Velice mě zajímalo, zda je moje mínění o povědomí sester v této oblasti správné či nikoli.

Edukační ošetrovatelské diagnózy jsou velmi důležité, protože zlepšují pocit fyzické i duševní pohody klienta. Snahy o jejich uplatnění v praxi pramení mimo jiné i z ekonomických důvodů. Preventivní péče je totiž mnohem levnější než péče léčebná.

Edukační ošetrovatelskou diagnózu chápeme jako určitou reakci klienta na fyzickou i psychickou pohodu. Hlavním podnětem pro její vytvoření by pro nás měla být snaha klienta zlepšit se v určité oblasti.

Cílem výzkumné části této práce bude zjistit, jaké edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají na interním oddělení u klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu a hypertenze. Klienty s těmito zmiňovanými nemocemi jsem si vybrala hlavně proto, že edukace u těchto skupin lidí by se měla vyskytovat na odděleních často a to z důvodu širokého výskytu těchto onemocnění v populaci a také z důvodu velkého množství vhodných oblastí pro možnou edukaci u těchto klientů. Hlavní otázkou pro tento výzkum ale bude, zda se edukační ošetrovatelské diagnózy v rámci edukace zmiňovaných skupin klientů vůbec vyskytují a které to jsou.

1 Současný stav

1.1 Ošetřovatelství jako obor

„Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Hlavním cílem ošetřovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s respektem k individuální kvalitě života, vedoucí k udržení nebo navrácení zdraví, zmírnění fyzické i psychické bolesti v průběhu umírání (5, s. 3).“

Jako ošetřovatelskou péči rozumíme soubor odborných činností, které jsou zaměřené na udržení, podporu a navrácení zdraví jedinců ale i rodin, které mají společné sociální prostředí nebo je sužují obdobné zdravotní potíže (5).

Ošetřovatelství jako obor musí mít vědecký podklad a ošetřovatelské povolání musí být formováno na vědeckých základech (6). Vědecká stránka se v ošetřovatelství objevuje v podobě předmětu zkoumání a v podobě metody praxe, která v oboru vystupuje jako ošetřovatelský proces (2).

1.1.1 Charakteristika ošetřovatelství

Stejně jako každý obor i ošetřovatelství má svou filozofii, metaparadigma, paradigma, metodologii, výzkum, systém univerzitního pre- a post-graduálního vzdělávání a národní a mezinárodní profesní organizace (7).

Filozofii v ošetřovatelství zastupuje holismus. Holistická teorie říká, že všechny živé organismy musíme chápat jako celky, které jsou ve vzájemné interakci se svým okolím. Člověka, pokud ho chápeme jako celek z holistického pohledu, tvoří pět

základních částí a to biologická, společenská, poznávací, emocionální a duchovní. Pokud je porušena jedna z těchto součástí, projeví se porucha na celém systému (2).

Metaparadigma představuje pohled konkrétního oboru na výzkum určitého jevu či problému. Díky metaparadigmatu od sebe jednotlivé disciplíny odlišujeme. Jedná se o předmět zkoumání konkrétní disciplíny (6). Metaparadigma zahrnuje čtyři hlavní koncepce: člověk jako příjemce ošetrovatelské péče, zdraví, prostředí, které je tvořeno fyzickým a sociálním prostředím a nakonec ošetrovatelská péče, která je příjemci poskytována (2).

Další složkou je paradigma, které chápeme jako teorii oboru. Zahrnujeme sem koncepční modely a teorie. Modely jsou z obecného hlediska abstraktním obrazem reality. Osoby, které je vytváří, se jimi snaží nějakým způsobem analyzovat či interpretovat určitý jev. Jevem v oblasti ošetrovatelství může být např.: prostředí člověka a jeho chování v něm, choroby nebo terapeutické procesy (2). Modely by nás měly upozorňovat na řešení praktických problémů (6).

Metodologií v ošetrovatelství je ošetrovatelský proces. Tento pojem byl definován v 50. letech 20. století a zároveň se stal základem ošetrovatelské péče. Ke zdárnému využívání ošetrovatelského procesu je potřeba se naučit nejdříve definovat problém, poté stanovit cíle a zvolit řešení, následně cíle realizovat a nakonec zhodnotit účinnost celého plánu, popřípadě tento plán změnit (8).

Do oboru ošetrovatelství také neodmyslitelně patří výzkum. Vědecké poznatky přispívají ke zvyšování odpovědnosti zdravotnických pracovníků vůči svým klientům (2). „Cílem výzkumu v oboru ošetrovatelství je zlepšit péči o zdraví z hlediska celostního pojetí člověka (2, s. 137).“ Z pohledu ošetrovatelské praxe výzkum vytváří a ověřuje nejoptimálnější koncepce ošetrovatelské péče a tím přispívá k rozvoji praxe založené na důkazech (5).

System univerzitního pre- a post-graduálního vzdělávání je taktěž jeden z prvků ošetrovatelství. Dělíme jej na vzdělání pro získání kvalifikace a celoživotní vzdělávání, kterým si zdravotnický pracovník obnovuje a prohlubuje své znalosti (5).

Poslední složkou ošetřovatelství jsou národní a mezinárodní organizace. Z těchto organizací bych ráda uvedla hlavně WHO (Světová zdravotnická organizace), ICN (Mezinárodní rada sester) a ČAS (Česká asociace zdravotních sester) (9).

1.2 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces můžeme definovat jako racionální metodu poskytování ošetrovatelské péče, která je charakterizována řadou plánovaných činností a myšlenkových vzorců. Slouží ke zjištění míry uspokojení individuálních potřeb klienta, které je základem procesu, na jehož konci nalezneme individuálně modifikovanou ošetrovatelskou péči a vyhodnocení této poskytnuté péče (5).

Při aplikaci ošetrovatelského procesu pracuje sestra buď v organizačním systému práce skupinovém či v systému primárních sester (5). Sestra musí systematicky shromáždit o určitém klientovi co nejvíce informací, a to ze všech možných oblastí. Podle těchto informací sestra stanoví ošetrovatelskou diagnózu a naplánuje a zrealizuje individualizovanou ošetrovatelskou péči. Ve funkčním organizačním systému práce sestry by toto nebylo proveditelné, protože pozornost sestry je v tomto systému zaměřena na výkony a nikoli na klienty (10).

Jako první použila pojem ošetrovatelský proces Hallová v roce 1955. V České republice se ovšem tento termín začal využívat až na konci osmdesátých let (11). Mezi tím se ošetrovatelský proces ve světě stále vyvíjel a zdokonaloval. V roce 1973 se závazně ustanovil počet součástí procesu a ve stejném roce se konala „první národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz.“(10, s. 27)

K celému ošetrovatelskému procesu je zapotřebí kritického myšlení a schopnosti sestry pečovat o druhého člověka (10).

1.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu - ošetrovatelská diagnostika

První fází ošetrovatelského procesu je *zhodnocení* či posouzení zdravotního stavu klienta (12). Stav zdraví je výsledkem vzájemného působení mezi člověkem a prostředím. Sestra při posuzování musí zohlednit obzvláště faktory, které jsou přítomné vždy, jako například věk, pohlaví či kultura (13).

Do této fáze ošetrovatelského procesu řadíme získání ošetrovatelské anamnézy a posouzení aktuální úrovně uspokojení potřeb klienta (12). Sestra se nejdříve zaměří na shromáždění údajů souvisejících se zdravotním stavem klienta. Následně údaje kontroluje, zda jsou přesné a úplné. Data seřadí, provede kontrolu relevantnosti svého prvního dojmu a nakonec zanesse údaje do dokumentace a důležitá fakta hlásí lékaři (10). Sestra v této fázi může využít některý z koncepčních modelů, podle kterého pak postupuje. Velmi často se užívá model funkčního typu zdraví M. Gordonové či model Hendersonové (10). V této fázi je důležité, aby sestra dobře ovládala metodu pozorování, komunikace, uměla efektivně vést rozhovor, všímala si objektivních příznaků i subjektivních symptomů a dobře prováděla fyzikální vyšetření u klienta (14, 13).

Druhá fáze procesu se zabývá diagnostikou. *Diagnostika* v ošetrovatelství představuje myšlenkový proces využívající analýzu a syntézu dat (2). Do diagnostického procesu tedy řadíme analýzu sesbíraných a uspořádaných údajů, tvorbu pracovní hypotézy, identifikaci klientových lepších a horších stránek ve smyslu zdravotní péče, určení samotných problémů klienta, jejich seřazení dle důležitosti a nakonec zformulování sesterské diagnózy (10).

Jak přijala NANDA již v roce 1990: „sesterská diagnóza je klinický závěr o odpovědích jednotlivce, rodin či komunity na skutečné nebo potenciální zdravotní problémy či životní proces.“ (14, s. 190) Stává se podkladem pro výběr ošetrovatelských zásahů, které vedou k naplnění očekávaných výsledků, za něž je sestra zodpovědná (15). Mezi hlavní výhody ošetrovatelských diagnóz patří, že zlepšují a zjednodušují komunikaci mezi sestrami a dalším zdravotnickým personálem a definují stav zdraví klienta (2).

Rozlišujeme několik typů sesterských diagnóz. Nejčastější a asi nejvíce využívané jsou aktuální ošetrovatelské diagnózy. Vypovídají o aktuální dysfunkci některé potřeby klienta (16). Každá takováto diagnóza obsahuje: označení, které vyjadřuje význam diagnózy, definici, která objasňuje diagnostické označení, definující charakteristiku, jinak řečeno příznaky a znaky, které se k diagnóze váží, a související faktory, což jsou faktory, které způsobují vznik problému (10).

Další hojně využívané ošetrovatelské diagnózy jsou rizikové nebo také potenciální. Jsou velice užitečné, protože odrážejí riziko rozvoje určitého problému. Na rozdíl od aktuálních diagnóz neobsahují definující charakteristiku (10).

Pravděpodobné ošetrovatelské diagnózy jsou také jedním z typů sesterských diagnóz. Pracují hlavně s intuicí sestry a upozorňují na určitý podezřelý problém, který si ovšem žádá sběr dalších informací (10).

V neposlední řadě rozlišujeme ještě diagnózy ke zlepšení zdraví jinak řečeno edukační čili wellnes diagnózy (10). Mluvíme o takových diagnózách, jejichž cílem je zlepšení a upevnění zdraví jedince popřípadě komunity a které staví na potřebě klienta zlepšit se v určité oblasti (1, 2).

Dalším a zároveň posledním typem ošetrovatelských diagnóz jsou diagnózy, které se vztahují k syndromu. Jedná se o diagnózy, které upozorňují na vznik aktuálních či rizikových diagnóz a to na podkladě určitých událostí či jevů. Využívají se, pokud se jedna diagnóza pojí s určitou skupinou jiných diagnóz (10).

Všechny sesterské diagnózy musíme na závěr procesu zformulovat tak, aby odpovídali individualitě konkrétního klienta. Toho docílíme tím, že připojíme faktory, které problém vyvolávají a jevy, kterými se projevuje (2).

Z důvodu potřeby ještě snazší a rychlejší komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a jednoduššího uchovávání dat se zrodila myšlenka na standardizaci názvů ošetrovatelských diagnóz. Jak už jsem zde jednou uváděla, v roce 1973 se konala první Národní konference o klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. V roce 1982 byl název změněn na Severoamerické sdružení pro sesterské diagnózy se zkratkou NANDA (17). Tato organizace ve stejný rok přijala první taxonomický strom. Diagnózy byly seřazeny do devíti skupin definovaných podle reakcí člověka. Tento systém nesl název Modely lidských odpovědí. Z tohoto systému vznikla v roce 1986 NANDA taxonomie I a později i NANDA taxonomie I revidovaná (14).

V roce 2000 byl přijat nový systém a to NANDA taxonomie II. Diagnózy byly uspořádány do jedenácti, později do třinácti domén dle modelu M. Gordonové a seřazeny do jednotlivých tříd. Přechodným systémem mezi taxonomií I a II se stala publikace „Kapesní průvodce zdravotní sestry“, kde autorky využívají diagnóz

z taxonomie I, ale řadí je do skupin dle Gordonové. Co se týká změn ošetřovatelských diagnóz, v nové taxonomii došlo k modifikaci formulace diagnóz, specifikaci a rozdělení některých diagnóz a zařazení některých nových diagnóz do systému. Jednalo se převážně o rizikové diagnózy, jako na příklad: riziko pádu či riziko sebevraždy. Byly přidány také dvě diagnózy aktuální (17).

V průběhu let 2003-2006 došlo k dalšímu rozvoji ošetřovatelských diagnóz. Do taxonomie byly přidány některé diagnózy aktuální, potenciální i edukační. Největší zastoupení v nově vzniklých diagnózách měly právě diagnózy edukační. Jednalo se například o diagnózy: ochota k nápravě výživy, ochota k nápravě deficitních vědomostí, ochota k nápravě komunikace či ochota ke zlepšení religiozity (17, 16).

V letech 2007-2011 NANDA nově zařadila do taxonomie II celkem třicet osm diagnóz. Z aktuálních se jednalo na příklad o diagnózy: zanedbávání sebe sama, chování náchylné ke zdravotním rizikům, stresové přetížení nebo zhoršený komfort. Z potenciálních diagnóz byly přidány na příklad tyto: riziko šoku, riziko akutní zmatenosti, riziko oslabení lidské důstojnosti a riziko narušení vztahu matky k plodu. Edukační diagnózy přibyly na příklad tyto: snaha zlepšit stav imunizace, snaha zlepšit sebepečí, snaha zlepšit rozhodování nebo snaha zlepšit komfort. Došlo také k vyřazení některých diagnóz, z toho jedné edukační a to efektivní řízení léčebného režimu (18, 19).

Do klasifikace pro roky 2012-2014 byly přidány diagnózy aktuální, například oslabené zdraví v komunitě, a potenciální a to na příklad riziko neefektivního vztahu či riziko tepelného poranění (20).

Jako v každém procesu i v tom diagnostickém se můžeme dopustit omylu. Mezi nejčastější patří například užití lékařské terminologie namísto ošetřovatelské nebo závěr postavený na určité domněnce (14). Sestra se těchto omylů vyvaruje, pokud si bude stále opakovat, že má sledovat a popisovat reakce klienta na nemoc a změněnou životní situaci a také nebude překračovat své kompetence při hledání a určování souvisejících faktorů (10). Sestry by měly využívat ošetřovatelské diagnózy v praxi eticky, profesionálně a legálně (15).

Za třetí fázi ošetrovatelského procesu považujeme *plánování*. Sestra by si měla ještě před zahájením této fáze ověřit správnost svých ošetrovatelských diagnóz, protože následně stanovuje cíle právě v návaznosti na tyto ošetrovatelské diagnózy a plánuje ošetrovatelskou péči, která směřuje ke splnění těchto cílů (1, 10).

Nejprve si sestra musí stanovit priority, tedy určit které klientovy problémy bude řešit jako první. Toto stanovuje například dle Maslowovy hierarchie potřeb či podle toho, zda problém není základem pro vznik dalších obtíží (10). Pokud problém ohrožuje klienta na životě, má přednost vždy (2).

Dalším krokem je určení cílů a výsledných kritérií (2). Cíle by měly být stručné, jasné a měřitelné a vždy by měly být orientované na klienta. Rozdělujeme je na krátkodobé a dlouhodobé. Výsledná kritéria mají za úkol specifikovat stanovené cíle a jsou nepostradatelné pro poslední fázi procesu, kdy se provádí zhodnocení péče. V činnostech sestry následuje naplánování ošetrovatelských zásahů. Jsou to určité strategie, které nás dovedou k naplnění cílů. Výsledným produktem této fáze ošetrovatelského procesu je plán péče, který je písemný a obsahuje jak výstupy z diagnostického procesu tak i cíle, výsledná kritéria, ošetrovatelské zásahy a v poslední fázi procesu i zhodnocení (10).

Čtvrtá fáze ošetrovatelského procesu nese jméno *realizace*. Orientuje se na naplnění určených cílů. Je praktickým provedením ošetrovatelského plánu. Pokud je to možné, klient se na realizaci podílí. Sestra si musí ještě před zahájením realizace zkontrolovat materiální vybavení, zhodnotit personální vybavení, připravit klienta a zajistit vhodné prostředí. Rozlišujeme několik metod realizace, patří mezi ně například dočasná pomoc v denních činnostech nebo poradenství s cílem zlepšit klientův způsob řešení problémů či učení, při kterém sestra informuje a poučuje (10). Všechny zásahy, které sestra u klienta provedla a zhodnotila jejich působení, vždy zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (14). V průběhu celé fáze bychom měli klienta sledovat a hodnotit a dle těchto informací upravovat celý plán ošetrovatelské péče (2).

Poslední fázi je *zhodnocení* celého ošetrovatelského procesu. V této fázi sestra zjišťuje, do jaké míry jsou naplněny cíle, které byly u konkrétního klienta stanoveny. Dle výsledků hodnocení sestra určuje, zda bude v ošetrovatelských intervencích

pokračovat nebo je ukončí (14). V případě, že je hodnocení nepříznivé, může sestra ošetrovatelské zásahy modifikovat nebo přistoupí k opakování všech fází procesu (10).

1.2.2 Přínos ošetrovatelského procesu pro praxi

Moderní ošetrovatelská péče vyžaduje pro co nejefektivnější splnění svého údělu systémový přístup a celkové řešení problému. Jinými slovy se musíme na klienta dívat jako na člověka s jeho biologickými, psychickými, sociálními i jinými potřebami, jejichž uspokojení přispívá velkou měrou k udržení či navrácení zdraví jedince. K tomuto pohledu nás vede právě ošetrovatelský proces (10).

Využívání procesu v ošetrovatelství přivádí sestru k uvědomění si potřeb konkrétního klienta a následně ke stanovení cílů a úkonů ošetrovatelské péče. Zároveň se plán této péče stává dokladem pro subjekty, které tuto péči financují (8).

Za nesporná pozitiva ošetrovatelského procesu z pohledu klienta považujeme, že péče poskytovaná dle tohoto procesu je zaměřená na individuální potřeby klienta, je plánovaná a průběžně se zaznamenává, což umožňuje nahlédnout do plánu péče každému, kdo se podílí na ošetrování tohoto klienta (10).

Pro sestru je výhodou například systematickosti ošetrovatelské péče, prohlubování odborných vědomostí či plnění ošetrovatelských norem (10).

Po správně provedeném ošetrovatelském procesu sestra pocítuje spokojenost se svým pracovním výkonem a samostatnost v poskytování ošetrovatelské péče (9).

1.3 Edukační ošetřovatelské diagnózy

Ošetřovatelské diagnózy, které v sobě zahrnují potřebu poznání a učení mohou být formulovány jako samotný (primární) problém, příčina problému nebo se stávají součástí jiných ošetřovatelských diagnóz, na jejichž odstranění potřebujeme edukační intervence (21).

Podle Marečkové (2006) se edukační ošetřovatelské diagnózy orientují na zlepšení zdraví, kdy určitá potřeba klienta nemá porušenou funkci, ale edukací můžeme docílit ještě lepšího fungování. Jedná se o reakci klienta na duševní i tělesnou pohodu a popisuje jeho snahu zlepšit funkci určité potřeby. Tedy můžeme říct, že edukační diagnózy použijeme v případě, kdy se klient ve vztahu ke svému zdraví sice chová správně, ale edukací v určité oblasti je možné dosáhnout dalšího zlepšení (16).

Edukační ošetřovatelské diagnózy vyhledáváme ve třetí fázi diagnostického algoritmu. Tento algoritmus Marečková popisuje jako třífázový s první fází pro vyhledání aktuálních diagnóz, druhou pro vyhledání potenciálních diagnóz a třetí pro vyhledání diagnóz pro podporu zdraví. Každá tato fáze probíhá ve třech krocích. V již zmiňované třetí fázi hledáme diagnózy, které popisují reakci klienta na duševní i tělesnou pohodu, nezajímá nás dysfunkce či potenciální dysfunkce některé potřeby (16).

NANDA rozlišuje v publikaci Ošetřovatelské diagnózy pro roky 2009-2011 diagnózy k podpoře zdraví a diagnózy wellnes (19). „Diagnóza k podpoře zdraví je klinickým posouzením motivace a touhy osoby, rodiny nebo komunity zvýšit svůj well-being tedy pocit blaha či pohody a potenciál lidského zdraví, jak je vyjádřen v jejich připravenosti zlepšit specifické zdravotní chování, jako je výživa a cvičení.“ (19, s. 23) Lze ji využít při jakémkoli zdravotním stavu. Nevyžaduje současné úrovně pocitu fyzické pohody (19).

„Diagnóza wellnes popisuje lidské reakce na úrovně wellnes u jedince, rodiny nebo komunity, kteří projevují snahu o zlepšení. Tato snaha je podpořena určujícími znaky.“ (19, s. 24) Rozdíl mezi oběma diagnózami spočívá v tom, že wellnes diagnózy se více

orientují na fyzické zdraví a well-being je více o psychické pohodě. V obou případech ale mluvíme o subjektivním pocitu pohody (19).

NANDA v novější publikaci Ošetrovatelské diagnózy pro roky 2012-2014 neuvádí diagnózy wellness ale pouze diagnózy pro podporu zdraví a definuje je stejně jako v předchozí publikaci pro roky 2009-2011 (20).

1.3.1 Využití edukačních diagnóz v klinické praxi

Pro ošetrovatelskou edukaci je základním kamenem využívání ošetrovatelských diagnóz. Klienti, kteří přicházejí k sestře, očekávají zlepšení zdravotních výsledků, za které je sestra zodpovědná (19).

Cílem diagnóz pro podporu zdraví je postup z nižší úrovně wellness na vyšší. Sestra ale sama na tento proces nestačí. V první řadě je zapotřebí snahy o zlepšení vycházející od samotného klienta. Z toho vyplývá, že wellness diagnózy mohou být využity pouze za předpokladu, že klient má vůli zlepšit svou funkci v určité oblasti (4).

Přestože mnoho sester vyjádřilo zájem o wellness ošetrovatelské diagnózy, existuje stále spor o tom, zda jsou diagnózy tohoto typu klinicky užitečné (3). Akutní péče je nastavena spíše na aktuální a potenciální problémy. K vytváření a řešení wellness ošetrovatelských diagnóz je zapotřebí delší časová jednotka než v prvních dvou případech, proto je sestra při práci s wellness diagnózami tlačena do časové tísně, což může mít za následek diagnostické chyby (4).

Objevují se také názory, že pokud klient nemá žádný problém, nepotřebuje zdravotní péči. Ale wellness diagnózy se zaměřují na zlepšení již fungujícího systému, které vychází ze samotné snahy klienta (4). Takové zlepšení potom klientovi přináší pocit seberealizace, vědomí účasti na péči o vlastní zdraví a zodpovědnosti za něj.

V poslední době se klade důraz na využívání edukačních diagnóz také z ekonomického hlediska. Globálně je totiž finančně výhodnější provádět úkony pro podporu zdraví a prevenci nemocí, do čehož spadá i užívání edukačních diagnóz, než léčit klienta s již vzniklým onemocněním (4).

1.4 Edukační proces v ošetrovatelství a jeho fáze

Edukace v ošetrovatelství představuje dobře připravenou edukační realitu, která si klade za cíl pozitivně změnit klientovy vědomosti, dovednosti a postoje. Edukační realita v sobě zahrnuje edukační procesy, konstrukty a prostředí (22). Edukační proces je systematicky plánovaný, logický postup činností, podložený vědou, který zahrnuje dvě hlavní operace a to vyučování a učení (23). Edukační konstrukty slouží k podpoře, kontrole a řízení edukace. Jedná se například o edukační modely, teorie, plány, zákony atd. Edukační prostředí představuje místo a situaci, ve které probíhá edukační proces (22).

Edukaci můžeme v ošetrovatelství rozdělit podle toho, v které fázi onemocnění klienta se provádí. Prvním typem je úvodní edukace. Probíhá například před operačním zákrokem, kdy je potřeba připravit klienta na změnu zdravotního stavu či kvality jeho života. Dalším typem je prohlubující edukace. Poskytuje klientovi další nezbytné informace o jeho změněném zdravotním stavu a prohlubuje jeho zručnost v péči o sebe. Jako třetí typ edukace se uvádí kontinuální edukace, která probíhá nepřetržitě a dlouhodobě například v domácím prostředí (21). Pokud není edukace úspěšná, musí sestra přistoupit k reedukaci. Tato navazuje na předchozí vědomosti, obsahuje opakování i poskytnutí dalších informací (24). Další dělení edukace se řídí stejnými kritérii jako dělení prevence ve zdravotnictví a rozděluje tedy edukaci na primární, sekundární a terciární (22).

Edukační proces zahrnuje, stejně jako ten ošetrovatelský, ohodnocení, naplánování, realizování a závěrečné hodnocení. Rozdíl mezi procesy spočívá v tom, že edukační proces se zaměřuje pouze na učební potřeby klienta, jeho ochotu a zralost učít se a na styly ve vyučování. Edukační proces si klade za cíl změnit vědomosti, dovednosti ale i postoje klienta. Samotné vyučování je pouze jednou z mnoha komponent celého procesu. Jedná se o činnost, která je vědomá a díky které má učitel možnost reakce na individuální potřeby svého klienta. Učení se definuje jako celoživotní proces, díky kterému člověk získává nové informace a praktické dovednosti a tím mění své chování. Pomocí učení tedy máme možnost přizpůsobit se nějaké nenadálé životní situaci (22).

Učení se může rozdělit do tří oblastí. První z nich je kognitivní oblast, která obsahuje poznávání, myšlení a porozumění. Druhá oblast je afektivní. Tam se řadí postoje, hodnoty, zájmy, emoce a zážitky. Poslední oblastí je psychomotorická, která obsahuje motorické dovednosti. Aby byl edukační proces úspěšný, musí sestra pracovat se všemi těmito oblastmi (14).

Edukační proces má pět, někteří autoři uvádějí čtyři, fáze. První fází je ohodnocení nebo také *posouzení*. Sestra v této fázi sbírá informace o klientovi či jeho rodinných příbuzných, které bude edukovat. Zajímá se hlavně o klientovy učební potřeby, jeho připravenost k učení, styl učení a existenci možných překážek, které by mohly v edukačním procesu vzniknout (21, 22). Při sběru informací může sestra využít systém sedmi témat, na které se ptáme a kde je zahrnutý například i fyzický stav klienta a jeho edukační potřeby či obraz rodiny (21).

Druhou fází edukačního procesu je *diagnostika*. V některých publikacích nese tato fáze název projektování a zahrnuje jak diagnostiku, tak i plánování edukace. Sestra na základě informací, které získala, vytvoří edukační diagnózy. Tyto diagnózy se týkají nedostatků ve vědomostech, dovednostech či postojích klienta (21, 22).

Plánování edukace zahájí sestra určením priorit v edukačních potřebách klienta. Dále stanoví, v rámci kolika edukačních jednotek bude proces probíhat, zajistí vhodné prostředí a pomůcky, které při edukaci použije, a určí nejvhodnější edukační metodu. Promyslí, kolik klientů bude edukovat, tedy zda bude edukace skupinová či individuální, a jak dlouhý čas edukaci věnuje. Sestra také musí stanovit kognitivní, psychomotorické a afektivní cíle a výsledná kritéria (21).

Poté se přistupuje k fázi *realizace* edukačního plánu. V této fázi dochází k praktickému působení metod edukace na proces změny znalostí, zručností a postojů. V průběhu toho sledujeme klienta, jak se mu daří vštěpovat si znalosti, pochopit je a posléze si je i vybavit. Sestra si dále všímá také problémů, které se během realizace mohou objevit (22).

V poslední fázi provádí sestra *vyhodnocení* celého procesu. Na základě zjištění, zda byly cíle a výsledná kritéria splněna, rozhodne o ukončení či pokračování edukace nebo přejde k reedukaci klienta (21).

Všechny fáze edukačního procesu musí sestra dokumentovat a to z důvodu hodnocení kvality ošetrovatelské péče a jako doklad o činnostech sestry pro zdravotní pojišťovny. Edukační dokumentace je součástí zdravotní či ošetrovatelské dokumentace po celou dobu hospitalizace klienta (22). Edukační dokumentace by měla být úplná, pravdivá, srozumitelná, čitelná a pro zdravotnické pracovníky snadno dostupná. Mezi výhody vedení edukační dokumentace patří například zefektivnění edukace a zajištění její kontinuity, podání informací o stavu edukace a včasné zachycení problémů v edukaci (25).

Stejně jako v každém procesu mohou i v edukaci vzniknout překážky, v důsledku kterých se stává celý proces neefektivní. Tyto překážky se mohou objevit nejen u sestry, ale i u klienta nebo ve zdravotnickém systému. Sestry se například neřívají na úroveň schopností klienta učit se, nebo neberou ohled na jeho víru a životní hodnoty. Překážkou ze strany klienta může být stres, negativní vliv prostředí zdravotnického zařízení nebo některé jeho osobnostní charakteristiky. Ve zdravotnickém systému se objevují překážky, jako je například brzké propouštění klientů z nemocnice a v důsledku toho nedostatek času na efektivní edukaci nebo nevhodné prostředí, ve kterém edukace probíhá (21).

1.4.1 Edukační činnost řízená sestrou

Edukace je týmová činnost, kdy hlavními členy jsou klient či jeho rodina a sestra, která celou edukaci koordinuje a nese za ni odpovědnost. Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelské péče (21). Sestra má dokonce podle vyhlášky 55/2011 edukaci klientů zařazenou mezi své kompetence (26).

Edukace klientů ve zdravotnictví, tedy příjemců zdravotní péče má pomoci lidem učit se starosti o své zdraví a dosáhnout tím co nejlepšího možného zdraví a nezávislosti v péči o sebe (22). Jinak se může říct, že edukace si klade za cíl co nejlépe využít potenciál člověka pro dosažení optimální kvality života a to u zdravých i nemocných. Edukace v ošetrovatelství je zaměřena na jednotlivce i skupiny (21).

V poslední době se edukace rozvíjí především v udržování zdraví a prevenci onemocnění. Přesto bychom neměli zapomínat, že edukací můžeme zlepšit kvalitu života také chronicky nemocným či umírajícím (21).

Edukace klientů se stává nedílnou součástí léčebných a ošetrovatelských výkonů. Pokud je klientovi oznámena diagnóza, může se změnit jeho žebříček hodnot, nebo může prožívat strach či bolest. Zde se vytváří prostor pro edukaci klienta lékařem a sestrou. Klient se pak může podílet na rozhodování o další léčbě, což mu přináší pocit jistoty a bezpečí. Správnou a včasnou edukací můžeme zabránit sběru laických informací a jejich nesprávnému pochopení (21).

Edukace je na příklad velmi dobře propracovaná v diabetologii, přesto převládají názory, že není dostatečná. K úspěšné léčbě diabetu mellitu je zapotřebí předat klientovi dostatečné informace a naučit ho určitým nezbytným dovednostem (27). Asi nejčastějším ošetrovatelským problémem diabetiků je nedostatečná informovanost o onemocnění (28). Úkolem sestry je tedy edukovat takového klienta v oblastech podstaty onemocnění, jeho komplikací a v oblasti výživy a celkovém léčebném režimu onemocnění (27).

U nemocných s hypertenzí se také velmi často objevuje problém nízké úrovně informovanosti (29). Sestra by se měla u tohoto onemocnění zaměřit na edukaci týkající se zdravotních komplikací a úpravě stravování (30).

Edukační činnost má pozitivní význam jak pro sestru, tak pro klienta. Sestra zlepšuje edukací svůj vztah s klientem, posiluje svou zodpovědnost a autonomii a tím přispívá ke zvýšení společenského uznání sester. U klientů edukace zvyšuje kvalitu života, snižuje výskyt možných komplikací, zmenšuje úzkost a strach, podporuje klienta v nezávislosti v denních činnostech a tím přispívá k jeho spokojenosti (21).

1.5 Zdraví a ošetřovatelství

V lidské kultuře je odnepaměti řazeno zdraví do popředí hierarchie hodnot člověka. Zdraví by se nemělo stát cílem života, ale pouze jednou z podmínek pro jeho smysluplné prožití. Pojem zdraví je výsledkem na sebe působících jevů, které podmiňují žití člověka jako svobodné a svéprávné osoby (31). Zdraví přímo souvisí s kvalitou života jedince, který za své zdraví osobně zodpovídá (32).

„Zdraví lze chápat jako optimální stav tělesné, psychické, sociální pohody a duchovní pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobovat se měnícím se podmínkám prostředí.“ (31, s. 19-20)

Pojem zdraví v sobě zahrnuje tři základní složky a to: fyzickou a psychosociální integritu, neporušenost životních funkcí a sociálních rolí, přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy (31). V biomedicínském pojetí je zdraví stav dokonalé homeostázy, kdy každá buňka funguje neporušeně v harmonii s ostatními buňkami těla (31).

Posuzování či hodnocení stavu zdraví a schopnosti sebepěče klienta patří mezi kvalifikované dovednosti sestry (13). Sebepěči můžeme definovat jako jednu z lidských funkcí, při které si člověk osvojuje a aplikuje vědomosti pro provádění externích i interních postupů jednání v sebepěči (33).

Sebepěči bychom neměli vnímat jen v oblasti péče o sebe sama, protože zdravotní problémy jsou způsobeny více faktory. V současnosti je toto pojetí často redukováno například jen na oblasti pohybové aktivity, příjmu stravy a vyprazdňování (33). Pokud je klientova schopnost sebepěče menší než jeho aktuální potřeba, vzniká deficit sebepěče, který sestra ovšem umí odhalit a provést kroky k nápravě tohoto stavu (33).

Stejně jako zdraví i pro pojem nemoc existuje více definic z více pohledů. „Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí.“ (31, s. 20) Nemoc představuje více než jen negaci zdraví, jedná se o poruchu jednoty organismu a prostředí (31).

V současné době patří péče o zdraví k prioritám každé rozvinuté společnosti. K ochraně svého zdraví by měl být člověk směřován již od dětství. Výchovu ke zdraví by měla primárně provádět rodina, kde většinou největší zodpovědnost za toto nese žena, sekundárně pak škola (34, 35). Při péči o své zdraví nestačí jen vědět, jaké jsou škodlivé faktory, ale je zapotřebí orientovat se na správné hodnoty a mít vnitřní přesvědčení a vůli něco pozitivního udělat v zájmu svého zdraví (24).

Zdraví člověka významně podmiňuje styl jeho života. Životní styl v sobě zahrnuje oblasti výživy, pohybové aktivity, postoje k užívání návykových látek. Většina občanů má o správném chování v těchto oblastech dostatek informací, ale bohužel je neaplikují do svého každodenního života. Mezi nejzávažnější rizika způsobu života patří například: kouření, malá pohybová aktivita, energeticky nadstandardní strava, stres, rizikové sexuální chování nebo zneužívání návykových látek. Zdraví ovlivňuje v neposlední řadě také životní prostředí, genetické dispozice, zdravotní péče a prevence rizikového chování (34).

Úkony v oblasti podpory zdraví, prevence vzniku onemocnění a oblasti zdravotní výchovy neodmyslitelně patří mezi nezávislé kompetence všeobecných sester. Sestra profesionálka v těchto oblastech například: určuje opatření pro prevenci onemocnění, motivuje jedince či skupiny ke změně životního stylu, v neposlední řadě předává jednotlivcům, rodinám nebo skupinám informace ve formě, která je pro ně srozumitelná. Sestra výsledky všech těchto úkonů a intervencí následně vyhodnocuje. Sleduje úroveň změny chování jedince i komunity a hodnotí jejich aktivní účast na prevenci onemocnění (34, 36).

V současné době v České republice probíhá program Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Tato strategie vychází z programu Zdraví 2020, vytvořeného Světovou zdravotnickou organizací. Cílem strategie je ustálení systému prevence nemocí a podpory a ochrany zdraví a vytvoření dlouhodobých mechanismů pro zlepšení zdravotního stavu populace (37).

1.5.1 Role sestry v edukaci a podpoře zdraví

Edukace klientů se ve zdravotnictví v poslední době stává klíčovou aktivitou. Jejím cílem je předcházet nemocem a motivovat jedince i komunitu k zodpovědnosti za vlastní zdraví. Sestry se na tuto úlohu připravují již v rámci svého vzdělávání a měly by ji chápat jako základní součást ošetrovatelské praxe. Pokud chce sestra edukaci v praxi aplikovat, potřebuje k tomu disponovat kritickým myšlením, schopností dobré komunikace, uměním řízení nemocniční, ambulantní, domácí i komunitní péče (21).

Sestra jako edukátorka musí mít vědomosti i dovednosti, které se dotýkají edukačního procesu. Má za úkol sestavit edukační plán a následně edukaci realizovat (21). Hlavní potřebnou dovedností sestry v edukaci je umění komunikace. Komunikace probíhá neustále, není možné nekomunikovat. Sestra ale musí umět tuto dovednost správně ovládat a užívat. V edukaci sestra využívá pedagogické komunikace, což je sociální interaktivní proces, který klade nároky na její znalosti ze sociální a psychologické oblasti. Pro to, aby došlo k efektivní komunikaci, musí být sestra ke klientovi otevřená, empatická, pozitivní, bezprostřední, působivá a orientovaná na klienty a jejich problémy (22).

Role sestry v edukaci nepředstavuje pouze předání informací. Jedná se o vytváření předpokladů a podmínek k učení a o aktivní podporu v učení klienta. Sestra je s klientem ve vztahu partnerství. Nemůže ho tedy k učení nijak nutit, pouze správně motivovat (22).

Sestra edukátorka v oblasti podpory zdraví zastává několik rolí. První z nich je facilitátorka změn. Sestra se snaží usnadnit klientovi požadovanou změnu v chování a myšlení jedince. Další rolí je sestra jako zhotovitelka smluv. Sestra navrhuje a konzultuje cíle a plán výuky. Klient má prostor k připomínkám a vlastním nápadům a vyslovuje souhlas či nesouhlas s navrhovaným plánem. Sestra organizátorka realizuje a řídí celý proces edukace. Pracuje s fyzickými a duševními možnostmi klienta, s možnostmi prostředí a materiální vybaveností. Poslední rolí sestry v podpoře zdraví je sestra hodnotitelka. Hodnocení je velmi důležitou součástí učebního procesu. Může vycházet od učící se osoby, učitele či organizace (22).

Proces edukace sestře přináší pocit realizace, uspokojení a přispívá k její nezávislosti (21)

2 Cíl práce

2.1 Cíl práce

Zjistit, jaké edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají na interním oddělení u pacientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu a hypertenze.

2.2 Výzkumné otázky

Které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají u pacientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu?

Které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejčastěji využívají u pacientů s lékařskou diagnózou hypertenze?

3 Metodika

3.1 Použitá metodika

Pro praktickou část práce byla vybrána kvalitativní forma výzkumu. Výzkum probíhal metodou sekundární analýzy dat. Konkrétně se jednalo o studium ošetrovatelských dokumentací klientů s lékařskou diagnózou Diabetes mellitus 2. typu nebo Hypertenze. Sledované údaje byly zaznamenávány do záznamového archu (Příloha č. 2). Pro sledování údajů byly vytvořeny následující kategorie: Kategorie 1 Písemný záznam o edukaci s podkategorií Formální náležitosti záznamu, Kategorie 2 Edukační diagnóza – pojmenování problému s podkategorií Konkrétní znění edukační diagnózy, Kategorie 3 Plán edukace s podkategoriemi Druh edukace, Cíle edukace, Prostředí edukace, Metody edukace, Kategorie 4 Průběh edukace s podkategoriemi Intervence sestry, Téma edukace, Rozvoj edukace, Kategorie 5 Vyhodnocení edukace. Data byla zpracována metodou kódování (Příloha č. 3) a pro lepší přehlednost byl vytvořen seznam kódů (Příloha č. 4).

Data byla zpracována během měsíce března a dubna.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor v tomto případě tvořily ošetrovatelské dokumentace klientů s lékařskou diagnózou Diabetes mellitus 2. typu či Hypertenze hospitalizovaných v době provádění výzkumu na standardních stanicích interního oddělení Nemocnice Písek a.s. Stanice jsou rozděleny na muže a ženy. Celkem bylo z obou stanic získáno k analýze deset dokumentací. Konkrétně se jednalo o dokumentace šesti klientů s diagnózou Diabetes mellitus 2. typu, z čehož jeden trpěl i hypertenzí, ale edukace se na tuto oblast nezaměřovala, a čtyř klientů s diagnózou Hypertenze, z nichž jeden trpěl současně i diabetem.

Sběr dat z dokumentací a jejich zaznamenání do záznamového archu trval přibližně dvě hodiny. Sestry poté ještě mluvily o svých názorech na současnou podobu dokumentace a způsob zaznamenávání edukační činnosti. Sestry na obou stanicích byly vstřícné, milé a ochotné ke komunikaci. Vyhledaly dokumentace všech klientů vhodných pro tento výzkum.

4 Výsledky

Obecné zhodnocení edukační dokumentace

Ošetrovatelská dokumentace 1 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu na mě působila přehledně, ale vypadala jako produkt automatické činnosti, byť se všemi náležitostmi, ale bez individuálního přístupu.

Na rozdíl od toho dokumentace 2 taktéž klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu na mě působila jako více přizpůsobená potřebám konkrétního klienta.

Klient s edukační dokumentací 3 měl lékařské diagnózy diabetes mellitus 2. typu a hypertenzi. Pro účely výzkumu byl zařazen do skupiny klientů s diagnózou diabetes mellitus 2. typu. Tato dokumentace měla stejně jako u ED2 individuální charakter. Působila na mě jako pečlivě vedená s patrným zájmem o klienta.

Ošetrovatelská dokumentace 4 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze na mě působila úhledným dojmem, bohužel jen trochu stroze.

Klient s dokumentací 5 trpěl taktéž onemocněním hypertenze. Jeho ošetrovatelská dokumentace budila dojem individuálního přístupu ke klientovi. Působila na mě jako pečlivě vytvořený dokument s dobře čitelnými informacemi.

Ošetrovatelská dokumentace 6 klienta, který měl obě zkoumané lékařské diagnózy tedy diabetes mellitus 2. typu i hypertenzi, na mě působila obdobně jako předchozí, tedy pečlivě zpracovaná. Tato dokumentace byla v rámci výzkumu zařazena do skupiny respondentů s lékařskou diagnózou hypertenze.

Klient s edukační dokumentací 7 trpěl onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Jeho dokumentace byla vedena úhledně. Chyběl mi individuální přístup ke klientovi, tato dokumentace byla dle mého názoru velmi stručná.

Klient s dokumentací 8 měl onemocnění diabetes mellitus 2. typu. Ošetrovatelská dokumentace tohoto klienta působila chaoticky a nedokončeně, dokonce chyběly i některé náležitosti a informace. Psaný text byl zpola nečitelný.

Ošetrovatelská dokumentace 9 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu na mě působila pečlivě. Byla vedena individuálně s přihlédnutím k onemocnění klienta.

Klient s edukační dokumentací 10 byl hospitalizován s lékařskou diagnózou hypertenze. Tato dokumentace u mě budila dojem úhledně zpracovaného dokumentu. Psaný text byl dobře čitelný a z uvedených informací byl patrný individuální přístup ke klientovi.

Analýza edukační dokumentace

Všechny ošetřovatelské dokumentace obsahovaly záznam o provedení edukační činnosti. Sestry k tomu využívají předtištěný formulář. Tento formulář obsahoval ve všech dokumentacích kromě jedné (ED8) všechny formální náležitosti jako je podpis sestry a datum, kdy byla edukace provedena. V edukační dokumentaci 8 chyběl v záznamu podpis edukující sestry.

Edukační ošetřovatelské diagnózy jako pojmenování problému klienta sestry zaznamenávají do zvláštního formuláře určeného pro stanovení ošetřovatelských diagnóz, tedy mimo záznam o edukační činnosti. Edukační ošetřovatelská diagnóza byla uvedena v každé zkoumané dokumentaci alespoň jedna. Do edukačních dokumentací 7, 8 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu sestry zaznamenaly po dvou edukačních ošetřovatelských diagnózách. V dokumentaci 6 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze byly uvedeny dokonce tři edukační ošetřovatelské diagnózy. Konkrétní znění edukačních ošetřovatelských diagnóz se často opakuje. U klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se nejčastěji uvádí edukační diagnóza týkající se diety. Ta se objevuje v edukačních dokumentacích 2, 3, 7, 8, 9. Dále byla v dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu nalezena edukační diagnóza týkající se hospitalizace klienta a to v dokumentacích 1 a 7. V edukační dokumentaci 8 byla uvedena edukační ošetřovatelská diagnóza, kde nebylo blíže specifikováno, do jaké oblasti je zaměřena. U klientů s lékařskou diagnózou hypertenze se nejčastěji objevovala edukační ošetřovatelská diagnóza zaměřená na oblast hypertenze. Tato edukační diagnóza se objevila v edukačních dokumentacích 5, 6, 10. V dalších dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou hypertenze byly uvedeny edukační ošetřovatelské diagnózy zaměřené na oblast hospitalizace a to v dokumentaci 4 a na oblast diety a obezity v dokumentaci 6.

Ve všech zkoumaných edukačních dokumentacích chybí informace o druhu edukace, cílech edukace a prostředí, v jakém edukace probíhá. Metoda edukace vysvětlováním a praktickou ukázkou se uvádí ve všech zkoumaných dokumentacích. Edukace formou pohovoru, předáním letáků a praktickým vyzkoušením se objevila v dokumentacích 3 a 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu. V edukační dokumentaci 9 se navíc uvádí předání tiskovin. U klientů s lékařskou diagnózou hypertenze je v dokumentacích 5, 6, 10 uvedeno předání letáků. V dokumentaci 6 se navíc objevila metoda pohovoru a praktické vyzkoušení. V edukační dokumentaci 10 byla uvedena navíc metoda pohovoru.

V edukačních dokumentacích 1, 2, 3, 7, 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu jsou uváděny intervence sestry, které se týkají pochvaly klienta, edukace rodiny, informací o životosprávě, tištěných materiálů, smysluplných informací, časového prostoru, trpělivosti a empatie. U klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se v dokumentaci 8 uvádějí pouze dvě z těchto intervencí. V dokumentacích 5, 6 a 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze jsou zaznamenány intervence stejné jako u již zmiňovaných ED1, ED2, ED3, ED7, ED9. V dokumentaci 4 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze se uvádí pouze čtyři z již uvedených intervencí. Témata edukace se často opakují. Ve všech zkoumaných dokumentacích je zaznamenána edukace týkající se vstupních informací. Jako další témata jsou uváděna diabetická dieta v dokumentacích 2 a 8 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu. Edukace v oblasti léků byla zaznamenána v edukačních dokumentacích 2, 3 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu. Klienti s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu mají v edukačních dokumentacích 3, 9 zaznamenanou edukaci o inzulinu. V dokumentaci 3 je navíc uvedena edukace týkající se kontrolního vyšetření a využívání pomůcek. V edukační dokumentaci 2 se objevují témata týkající se propuštění a životosprávy. V dokumentaci 8 je zaznamenaná edukace týkající se péče o nohy, glykémie a péče o zdraví. U klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se v dokumentaci 7 objevuje navíc edukace o užívání kyslíkové terapie. U skupiny klientů s lékařskou diagnózou hypertenze se také objevují kromě vstupních informací i jiná témata edukace. V edukačních dokumentacích 5, 6 a 10 je zaznamenáno

navíc téma týkající se užívání léků. V dokumentacích 6 a 10 se objevuje téma týkající se životosprávy. V dokumentaci 6 se navíc uvádí edukace o dietě, glykémii a inzulínu. V edukační dokumentaci 5 je zaznamenána edukace o krevním tlaku. Vývoj edukace v průběhu hospitalizace v dokumentacích 2 a 3 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byl zaznamenán. Na rozdíl od toho v edukačních dokumentacích 1, 7, 8 klientů se stejnou lékařskou diagnózou takový záznam chyběl. V ošetrovatelských dokumentacích 5 a 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze edukace také rozvíjena nebyla. V dokumentaci 6 také klienta s lékařskou diagnózou hypertenze byl rozvoj edukace uveden. V dokumentaci 4 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze a dokumentaci 9 klienta s diagnózou diabetes mellitus 2. typu nebyla oblast rozvoje edukace hodnocena, protože byli hospitalizováni první den.

Ve všech zkoumaných edukačních dokumentacích bylo zaznamenáno zhodnocení edukace v oblasti vstupních informací. V ošetrovatelských dokumentacích 1, 2, 3, 7 a 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se objevuje zájem klienta o edukaci. V dokumentacích 1, 2, 3 se uvádí, že klient má pocit dostatečné edukace. V dokumentaci 2 se uvádí, že klient po edukaci o diabetické dietě tvrdí, že dietu dodržuje. U klientů s edukačními dokumentacemi 3 a 9 je zaznamenáno, že u klienta proběhla edukace v oblasti inzulínu. V dokumentaci 7 je uvedeno, že klient byl edukován v oblasti kyslíkové terapie. V dokumentaci 8 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se uvádí, že klient byl edukován v oblasti diety, glykémie, vhodné obuvi a byl upozorněn, že je důležité převzít zodpovědnost za vlastní zdraví. V dokumentacích 4, 5, 6, 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze se objevil zájem klienta o edukaci. V edukační dokumentaci 5 je navíc uvedeno, že byl edukován v oblasti léků a krevního tlaku. Edukační dokumentace 6 obsahuje záznam, že klient byl edukován o dietě a životosprávě, klient navíc uvedl, že rozumí podaným informacím o lécích, glykémii a inzulínu. V dokumentaci 10 se uvádí, že klient byl edukován o užívaných lécích a životosprávě.

4.1 Kategorizace výsledků analýzy ošetrovatelských dokumentací

4.1.1 Kategorie 1: Písemný záznam o edukaci

Ošetrovatelská dokumentace u všech zkoumaných klientů obsahovala záznam o provedení edukační činnosti. Sestry pro zaznamenání edukace u klienta užívají standardizovaný formulář, využívaný u všech klientů bez rozdílu se všemi typy edukace.

Podkategorie: Formální náležitosti

Tento formulář kromě jiných informací obsahuje i formální náležitosti jako je datum, kdy se edukace prováděla a podpis sestry, která klienta edukovala. Ve formuláři dokumentace 8 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu chyběl podpis sestry, která edukaci klienta prováděla. Ve všech zbývajících dokumentacích 1, 2, 3, 7, 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byly formální náležitosti řádně uvedeny. Edukační dokumentace 4, 5, 6 a 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze datum i podpis edukující sestry obsahovaly.

4.1.2 Kategorie 2: Edukační ošetrovatelská diagnóza – pojmenování problému

Edukační ošetrovatelská diagnóza jako pojmenování problému se objevila ve všech ošetrovatelských dokumentacích, které byly zkoumány. V dokumentacích 1, 2, 3, 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se objevila vždy pouze jedna edukační ošetrovatelská diagnóza. V dokumentacích 7 a 8 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu uvádějí sestry dvě edukační ošetrovatelské diagnózy. Edukační dokumentace 6 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze obsahuje záznam tří edukačních ošetrovatelských diagnóz. Ve zbylých dokumentacích 4, 5, 10

klientů s lékařskou diagnózou hypertenze je uvedena vždy jen jedna edukační ošetrovatelská diagnóza.

Podkategorie: Konkrétní znění edukační diagnózy

Konkrétní znění edukačních ošetrovatelských diagnóz se mnohdy opakuje. V analyzovaných dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se objevuje nejčastěji diagnóza: „Deficit znalostí v souvislosti s dietou (inzulín).“ Tato edukační ošetrovatelská diagnóza se uvádí v edukačních dokumentacích 2, 3, 7, 8 a 9. Dále se objevuje v edukačních dokumentacích 1 a 7 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu ošetrovatelská diagnóza: „Deficit znalostí v souvislosti s hospitalizací.“ V dokumentaci 8 je dále uvedena blíže nespecifikovaná diagnóza: „Deficit znalostí v souvislosti s jině.“ U klientů s lékařskou diagnózou hypertenze je nejčastěji zastoupena edukační ošetrovatelská diagnóza: „Deficit znalostí v souvislosti s hypertenzí.“ Tato edukační diagnóza je uvedena v dokumentacích respondentů 5, 6, 10. V dokumentaci 4 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze se objevuje ošetrovatelská diagnóza: „Deficit znalostí v souvislosti s hospitalizací.“ V dokumentaci 6 taktéž klienta s lékařskou diagnózou hypertenze jsou uvedené ještě diagnózy: „Deficit znalostí v souvislosti s dietou (inzulín)“ a „Deficit znalostí v souvislosti s obezitou.“

Edukační ošetrovatelské diagnózy nejsou součástí formuláře pro záznam edukace. Sestry tyto diagnózy uvádějí na zvláštní formulář společně s ostatními ošetrovatelskými diagnózami, které u klienta stanoví.

4.1.3 Kategorie 3: Plán edukace

Podkategorie: Druh edukace

Ve všech zkoumaných dokumentacích (ED1, ED2, ED3, ED4, ED5, ED6, ED7, ED8, ED9, ED10) klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu i hypertenze není uvedeno, o jaký druh edukace se jedná.

Podkategorie: Cíle edukace

Stejně také u všech zkoumaných dokumentací chybí afektivní, kognitivní i behaviorální cíle edukace.

Podkategorie: Prostředí edukace

Sestry v žádné ze zkoumaných dokumentací neuvádějí, v jakém prostředí edukační činnost provádějí.

Tyto tři zmiňované náležitosti plánu edukace v tištěném formuláři pro záznam edukace předepsány nejsou a sestry je tedy nestanovují.

Podkategorie: Metody edukace

Metody výuky využívané v edukaci všech zkoumaných klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu a zaznamenané v jejich dokumentacích (ED1, ED2, ED3, ED7, ED8, ED9) byly vždy: „vysvětlování, praktická ukázka.“ V edukačních dokumentacích 3, 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byly uvedeny i další metody a to: „pohovor, letáky“ a „praktické vyzkoušení.“ V dokumentaci 9 se objevila navíc ještě metoda: „tiskoviny.“ V edukačních dokumentacích všech klientů s lékařskou diagnózou hypertenze (ED4, ED5, ED6, ED10) byly opět zaznamenány metody: „vysvětlování, praktická ukázka.“ Metoda: „letáky“ byla uvedena v dokumentacích 5, 6, 10. V dokumentacích 6, 10 se objevila metoda: „pohovor.“ V edukační dokumentaci 6 byla ještě navíc uvedena metoda: „praktické vyzkoušení.“

4.1.4 Kategorie 4: Průběh edukace

Podkategorie: Intervence sestry

Intervence sestry zaznamenávají ve formuláři pro ošetřovatelské diagnózy, kde uvádějí i edukační ošetřovatelskou diagnózu. U klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byly v dokumentacích 1, 2, 3, 7, 9 uvedeny následující intervence: „Pochval pacienta za výsledky. Edukuj i rodinu. Informuj o životosprávě. Dej tištěné

materiály. Podej nemocnému smysluplné informace. Poskytni časový prostor na otázky. Buď trpělivá a empatická.“ Pouze v edukační dokumentaci 8 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se objevují jen dvě intervence z předchozího výčtu, jedná se o tyto: „Pochval pacienta za výsledky. Buď trpělivá a empatická.“ V dokumentacích 5, 6, 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze jsou uváděny tyto intervence: „Pochval pacienta za výsledky. Edukuj i rodinu. Informuj o životosprávě. Dej tištěné materiály. Podej nemocnému smysluplné informace. Poskytni časový prostor na otázky. Buď trpělivá a empatická.“ Dokumentace 4 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze obsahuje pouze čtyři: „Pochval pacienta za výsledky. Podej nemocnému smysluplné informace. Poskytni časový prostor na otázky. Buď trpělivá a empatická.“

Podkategorie: Téma edukace

Témata edukace se často opakují. Ve všech edukačních dokumentacích (ED1, ED2, ED3, ED4, ED5, ED6, ED7, ED8, ED9, ED10) klientů jak s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu tak s diagnózou hypertenze se objevuje edukace v oblasti vstupních informací, konkrétně na téma: „práva a povinnosti pacientů, domácí řád, chod oddělení, signalizační zařízení, princip identifikace, uložení cenností, způsob podávání léků.“ V dokumentacích 2 a 8 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se objevuje edukace na téma: „dieta č. 9.“ Témata edukace „způsob užívání léků“ a „aplikace léků“ jsou uvedeny v dokumentacích 2 a 3 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu. V dokumentacích 3 a 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu je zaznamenáno téma edukace: „aplikace inzulínu.“ V dokumentaci 9 je navíc uvedeno téma: „inzulinové pero.“ V edukační ošetrovatelské dokumentaci 3 se objevují další témata: „používání pomůcky, termín kontrolního vyšetření.“ V dokumentaci 2 se navíc uvádějí témata: „propuštění, životospráva.“ Dokumentace 8 obsahuje další témata edukace: „kontroly glykémie, projevy hypo a hyperglykémie, péče o nohy, zodpovědnost za vlastní zdraví.“ V dokumentaci 7 klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu je zaznamenáno navíc téma: „užívání O2.“ U klientů s lékařskou diagnózou hypertenze jsou také uváděny kromě vstupních informací i další témata. V edukačních dokumentacích 5, 6, 10 se objevuje téma:

„užívání léků.“ Téma „životospráva“ se uvádí v dokumentacích 6 a 10. Dokumentace 6 obsahuje navíc témata: „dieta, kontrola glykémie, aplikace inzulínu.“ V dokumentaci 5 se objevilo další téma: „sledování krevního tlaku.“

Podkategorie: Rozvoj edukace

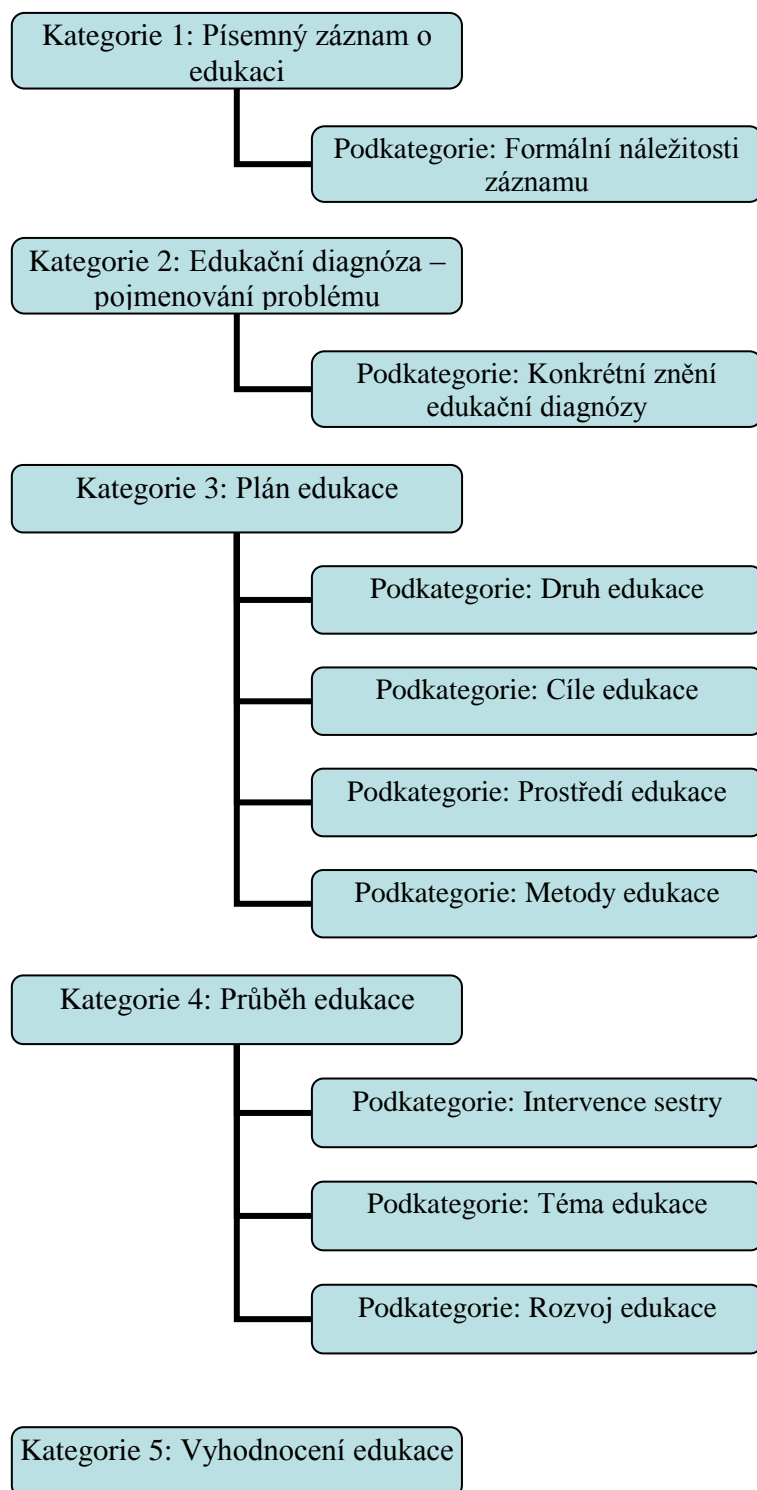
V edukačních dokumentacích 1, 7, 8 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu není zaznamenán vývoj edukace v průběhu hospitalizace. V dokumentacích 2 a 3 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se edukace v průběhu hospitalizace rozvíjela. Klient s edukační dokumentací 9 byl v době sběru dat hospitalizovaný první den, proto u něho nebylo toto kritérium hodnoceno. V dokumentacích 5 a 10 klientů s lékařskou diagnózou hypertenze nebyl rozvoj edukace zaznamenán. V edukační dokumentaci 6 klienta s lékařskou diagnózou hypertenze byl rozvoj edukace dobře patrný. Klient trpící hypertenzí s edukační dokumentací 4 byl hospitalizován první den a nebylo u něho toto kritérium hodnoceno.

4.1.5 Kategorie 5: Vyhodnocení edukace

Ve všech edukačních dokumentacích (ED1, ED2, ED3, ED4, ED5, ED6, ED7, ED8, ED9, ED10) klientů jak s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu tak hypertenze bylo zaznamenáno zhodnocení edukace v oblasti vstupních informací. Ve všech dokumentacích se uvádělo ve stejném znění: „Pacient edukován o právech pacientů, domácím řádu a chodu oddělení. Seznámen s principem signalizačního zařízení včetně jeho názorné ukázky. Dále byl seznámen s principem identifikace. Byly sděleny informace, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál nezodpovídá. Pacient byl informován o způsobu podávání léků na oddělení, o tom, že nemůže užívat sám žádné léky po dobu hospitalizace a veškeré léky, které má u sebe odevzdá k úschově sestře. Dále je pacient poučen, že při opuštění oddělení a návratu zpět na něj informuje personál oddělení.“ V dokumentacích 1, 2, 3, 7, 9 klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu sestry uvádějí, že: „Pacient má zájem o edukaci.“ V edukačních dokumentacích 1, 2, 3 se navíc uvádí: „Pacient se cítí

dostatečně edukován.“ V dokumentaci 2 se ještě uvádí: „Pacient po absolvování edukace na téma diabetické diety tvrdí, že dietu dodržuje.“ Dokumentace 3 navíc obsahuje: „Pacient edukován v oblasti aplikace inzulínu.“ V dokumentaci 7 se uvádí: „Pacient byl edukován o užívání O2.“ V dokumentaci 9 je zaznamenáno: „Pacient byl edukován v oblasti aplikace inzulínu a manipulace s inzulínovým perem.“ Klient s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu má v edukační dokumentaci 8 zaznamenáno: „Pacient je edukován o diabetické dietě, kontrole glykémie, dále v oblasti sebezpozorování projevů hypo a hyperglykémie, vhodné obuvi, ošetřování i drobných poranění. Pacientovi byla zdůrazněna důležitost převzetí zodpovědnosti za své zdraví.“ Ve všech dokumentacích (ED4, ED5, ED6, ED10) klientů s lékařskou diagnózou hypertenze se uvádí: „Pacient má zájem o edukaci.“ V edukační dokumentaci 5 je navíc zaznamenáno: „Pacient byl edukován v oblasti užívání léků a monitorování krevního tlaku.“ V dokumentaci 6 je uvedeno: „Pacient byl edukován v oblasti dietních omezení a životosprávy. Pacient tvrdí, že poskytnutým informacím z oblastí kontroly glykémie, aplikace inzulínu a užívání léků rozumí.“ V dokumentaci 10 se uvádí: „Pacient byl edukován v oblasti životosprávy a užívání léků.“

Schéma kategorií a podkategorií



5 Diskuse

Cílem této práce bylo zjistit, jaké edukační ošetrovatelské diagnózy se nejvíce využívají u klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu a hypertenze. Jako edukační ošetrovatelské diagnózy byly ve výzkumném šetření označována všechna pojmenování problému klienta, která vyžadují k řešení edukační činnost. Pro výzkumné šetření byly položeny dvě výzkumné otázky. První z nich se ptá, které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejvíce využívají u klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu. Prostřednictvím té druhé pak chceme zjistit, jaké edukační ošetrovatelské diagnózy se nejvíce využívají u klientů s lékařskou diagnózou hypertenze. Další oblastí, o které tento výzkum podal informace, byl charakter a obsah záznamů o edukaci u těchto klientů.

Sestry využívají standardizovaný formulář pro záznam edukační činnosti u klientů. Do všech zkoumaných ošetrovatelských dokumentací byl tento formulář zařazen, ale ne u všech klientů měl všechny formální náležitosti. Konkrétně v dokumentaci (ED8) klienta s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu chyběl podpis sestry, která klienta edukovala. Osobně si myslím, že podpis sestry je v tomto případě velmi důležitou součástí záznamu, protože se nedá jinak zjistit, kdo edukaci provedl a je tedy za ni zodpovědný. Jak jsem již zmiňovala v kapitole 1.4 Edukační proces v ošetrovatelství a jeho fáze, Juřeníková (2010) mimo jiné uvádí, že edukační dokumentace by měla být pravdivá a úplná (25). Navíc dle vyhlášky č. 55/2011 má sestra za úkol řádně vést zdravotnickou dokumentaci a nedílnou součástí takové zdravotnické dokumentace je i již zmiňovaný podpis sestry (26).

Edukační ošetrovatelská diagnóza jako pojmenování problému se objevila v každé ze zkoumaných dokumentací klientů. Některé dokumentace obsahovaly i dvě (ED7, ED8) či tři (ED6) edukační diagnózy. Tyto diagnózy sestry zaznamenávají do jiného formuláře než samotnou edukaci a v plánu edukace se tedy edukační diagnóza vůbec nevyskytuje. Diagnostika je ovšem jednou z fází edukačního procesu a edukační diagnóza je jejím výsledným produktem, který definuje edukační potřeby klienta (25).

Edukační ošetřovatelská diagnóza nebo pojmenování edukační potřeby by tedy mělo být součástí záznamu o edukaci.

Podle Šulistové a Trešlové (2012) má edukační diagnóza obsahovat název problému a související faktor (22). Takto byly formulovány i všechny edukační ošetřovatelské diagnózy ve zkoumaných dokumentacích. Konkrétně se vždy jednalo o deficit vědomostí v určité oblasti. Ošetřovatelská diagnóza v tomto znění se ale v publikaci Ošetřovatelské diagnózy, kterou NANDA vydala pro roky 2012-2014, již nevyskytuje. Místo ní sestra může využít diagnózu snaha zlepšit znalosti (20). Dle mého názoru je pro účely edukačního procesu lepší užít formulace deficit vědomostí, protože hlavním cílem je stanovit problém klienta, a ten je v tomto případě definován jasně a stručně. K zaznamenání postoje klienta k edukaci je dostatek prostoru v edukačním plánu. Navíc ze svých zkušeností vím, že sestry provádějí edukaci u všech klientů, kteří ji podle jejich posouzení potřebují, a ne pouze u klientů, kteří vyjádří v tomto směru snahu.

V edukačních dokumentacích úplně chybí edukační ošetřovatelská diagnóza, která by se vztahovala k dovednostem klienta. Ačkoli se sestry v rámci edukace na některá témata, jako je například aplikace inzulínu, snaží o zlepšení dovedností klienta, tuto diagnózu neuvádějí.

U skupiny klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se nejvíce objevovala edukační ošetřovatelská diagnóza týkající se deficitu vědomostí o dietě popřípadě inzulínu, a to v dokumentacích ED2, ED3, ED7, ED8, ED9. Tato edukační diagnóza myslím logicky koresponduje s onemocněním klientů. Jak uvádí Svěráková (2012), diabetici by měli být sestrou edukováni v oblasti léčby inzulínem, sebepozorování, komplikace onemocnění, dietního a léčebného režimu a to formou individuální či skupinovou (27). U skupiny klientů s lékařskou diagnózou hypertenze byla nejvíce zastoupena edukační ošetřovatelská diagnóza týkající se deficitu vědomostí o hypertenzi a to v dokumentacích ED5, ED6, ED10. Osobně se domnívám, že takto stanovená diagnóza zahrnuje velmi široké spektrum informací a měla by se konkretizovat na jednotlivá témata. Další edukační diagnóza, která se ve zkoumaných dokumentacích objevovala, se týkala deficitu vědomostí o hospitalizaci. Ačkoli měli

všichni klienti v záznamu o edukaci uvedenou edukaci o vstupních informacích zahrnujících i pravidla, které hospitalizovaní klienti musí dodržovat, tato edukační diagnóza byla zaznamenána pouze u některých. Ve skupině klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byla uvedena tato ošetrovatelská diagnóza ve dvou dokumentacích (ED1, ED7) a ve skupině s lékařskou diagnózou hypertenze se objevila pouze v jedné dokumentaci (ED4). Z toho vyplývá, že edukační ošetrovatelské diagnózy a témata edukace spolu ne vždy korespondují. Přispívá k tomu i zaznamenávání edukačních diagnóz mimo záznam o edukaci, jak jsem zde již uváděla. Ve zkoumaných dokumentacích se jednou (ED6) objevila u klienta s lékařskou diagnózou hypertenze i edukační ošetrovatelská diagnóza týkající se deficitu vědomostí o obezitě. Tato diagnóza je jistě na místě. Klient trpící hypertenzí by měl být sestrou edukován o změně životosprávy, omezení příjmu soli a alkoholu, snížení stresu, kouření, pravidelné cvičení a zároveň i snížení hmotnosti (38).

Ve všech zkoumaných ošetrovatelských dokumentacích nejsou zaznamenány cíle edukace, druh edukace ani prostředí, v jakém edukace proběhla. Ve fázi plánování edukačního procesu ale má sestra mimo jiné vytvořit cíle a určit druh edukace (39). Pokud nebudeme vědět, co je cílem edukace, nevíme, kam celý proces směřuje, a nemůžeme edukaci vyhodnotit. Druh edukace je také velmi důležitá položka v plánu edukace, protože určuje kolik vědomostí a dovedností klient o dané problematice má. Co se týká uvedení edukačního prostředí, podle mého názoru prostředí nemusí být zaznamenáno v dokumentaci, pokud mají sestry pro edukaci klientů prostředí stanovené a definované. Prostory, kde probíhá edukace, by měly být klidné a dobře materiálně vybavené pro edukační činnost (22).

Na rozdíl od toho metody edukace se ve zkoumaných dokumentacích objevily vždy. „Edukační metodu můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení.“ (25, s. 37) Ve zkoumaných dokumentacích byly uvedeny hlavně metody edukace vysvětlováním, praktickou ukázkou (ED1, ED2, ED3, ED4, ED5, ED6, ED7, ED8, ED9, ED10), méně často předáním tiskovin a letáků (ED3, ED5, ED6, ED9, ED10), pohovorem (ED3, ED6, ED9, ED10) či praktickým vyzkoušením (ED3, ED6,

ED9). Výběr edukační metody ovlivňuje mimo jiné osobnost edukanta, jeho zdravotní a psychický stav, úroveň jeho znalostí a dovedností, prostředí, ve kterém bude edukace probíhat, její cíle a obsah (25). Edukační metody, které byly nalezeny ve zkoumaných edukačních dokumentacích, myslím dobře korespondují s obsahem jednotlivých edukací. Zda jsou v souladu s dalšími zde uvedenými faktory nelze v rámci tohoto výzkumného šetření posoudit.

Ve všech zkoumaných edukačních dokumentacích se v návaznosti na edukační diagnózy objevují intervence sestry. Jsou uváděny ve formuláři pro záznam ošetrovatelských diagnóz. U respondentů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu se ve všech dokumentacích kromě jedné (ED8) objevují zaškrtnuté všechny intervence, které formulář pro záznam ošetrovatelských diagnóz nabízí. Tato skutečnost mě navádí k myšlence, že sestry nad výběrem ošetrovatelských intervencí příliš nepřemýšlí, zkrátka zaškrtnou vše a jiné individuální intervence neuvádějí. Podobné výsledky jsem zaznamenala i u respondentů s lékařskou diagnózou hypertenze, kdy opět pouze v jedné dokumentaci (ED4) nebyly uvedené všechny z nabízených intervencí a v žádné dokumentaci se neobjevila přidaná individuální intervence. Celkově mi v intervencích sester chyběla zmínka o motivaci klienta a o předání informací popisujících cíl a průběh edukace. Tyto činnosti se uplatňují v úvodu a motivační fázi metodického postupu edukace (22). Osobně se domnívám, že intervence sestry by měly být začleněny přímo do edukačního plánu, protože uvádění intervencí mimo záznam o edukaci přináší pouze zmatek a zaznamenávání jedné informace několikrát a to je podle mého názoru zbytečné.

V oblasti témat edukace bylo zjištěno, že všichni klienti bez rozdílu lékařské diagnózy mají v edukačních dokumentacích uvedenou edukaci na téma vstupních informací. Jedná se o informace, které se týkají pobytu klienta na oddělení, dodržování pravidel chodu oddělení a obeznámení klienta s jeho právy. Edukace na toto téma probíhá automaticky u všech klientů přijatých k hospitalizaci a je správné, že je ve všech zkoumaných dokumentacích zaznamenána. Jak už jsem uváděla v kapitole 1.4 Edukační proces v ošetrovatelství a jeho fáze, sestra musí veškerou edukaci

dokumentovat a to z důvodu hodnocení kvality ošetrovatelské péče a jako doklad o činnostech sestry pro zdravotní pojišťovny (22).

Klienti s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu jsou dále nejčastěji edukováni o tématech diabetické diety (ED2, ED8), způsobu užívání léků a aplikaci léků (ED2, ED3) a aplikaci inzulínu (ED3, ED9). Méně často se objevuje edukace o používání inzulínového pera (ED9), kontrolním vyšetření a o užívání pomůcek (ED3), glykémii včetně projevů hypo a hyperglykémie, péči o nohy, převzetí zodpovědnosti za své zdraví (ED8) a užívání kyslíkové terapie (ED7). Jak už jsem zde jednou uváděla, diabetici by měli být sestrou edukováni v oblasti léčby inzulínem, sebezpozorování, komplikace onemocnění, dietního a léčebného režimu (27). Tedy můžeme říct, že témata, která uvádí Svěráková (2012) jako vhodná pro klienty s onemocněním diabetes mellitus se ve zkoumaných dokumentacích objevila všechna. Osobně si myslím, že do seznamu vhodných edukačních témat pro diabetiky obecně by mělo být zařazeno ještě zde již uvedené téma odpovědnosti za vlastní zdraví. Domnívám se totiž, že mnoho lidí bere starost o sebe sama a ochranu svého zdraví na lehkou váhu a je tedy potřeba jim informace z této oblasti vštěpovat.

Klienti s lékařskou diagnózou hypertenze jsou nejčastěji edukováni na témata týkající se užívání léků (ED5, ED6, ED10) a životosprávy (ED6, ED10). Pouze v jedné edukační dokumentaci (ED5) se objevilo jako téma edukace sledování krevního tlaku. Dále se objevily i témata diety, glykémie a aplikace inzulínu, ale pouze v dokumentaci (ED6) klienta trpícího současně i onemocněním diabetes mellitus 2. typu. Jak jsem v této kapitole již jednou uváděla, klient trpící hypertenzí by měl být sestrou edukován o změně životosprávy, omezení příjmu soli a alkoholu, snížení stresu, kouření, pravidelné cvičení a snížení hmotnosti (38). Většinu témat z tohoto výčtu můžeme shrnout do oblasti změny životosprávy. Pokud ale zaznamenejeme téma týkající se životosprávy do edukačního formuláře, měli bychom specifikovat, které konkrétní oblasti se dotýká. Ráda bych ještě doplnila, že v rámci edukace hypertenika je také dobré zdůraznit jeho vlastní podíl na zlepšování a ochraně jeho zdraví (30).

V kapitole 5 Výsledky jsem uvedla zhodnocení vývoje edukace v závislosti na době hospitalizace. Ve skupině klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu jsem

vývoj edukace zaznamenala pouze ve dvou dokumentacích (ED2, ED3). U respondentů s lékařskou diagnózou hypertenze jsem objevila vývoj pouze v jedné (ED6) ze zkoumaných dokumentací. Edukační činnost by měla být soustavná, kontinuální a navazující (25). Klienti, které edukujeme ve více oblastech nebo je edukujeme v oblasti, která je rozsáhlá a složitá, nemohou tuto edukaci dobře vstřebat najednou. Je potřeba edukaci rozdělit do menších celků s větším časovým prostorem. Již získané vědomosti a dovednosti je zapotřebí opakovat a upevňovat, aby došlo k jejich fixaci (25).

Ve všech zkoumaných edukačních dokumentacích se objevuje, že klient byl edukován a to v určité konkrétní oblasti. Toto sdělení nevyovídá nic o tom, co si klient z edukace odnáší, zda sdělovaným informacím rozuměl, jak hodnotí sestra klientovu spolupráci a zda byla edukace vůbec úspěšná. Dozvídáme se pouze to, že edukace byla provedena. Šulistová a Trešlová uvádějí, že k zhodnocení dosažených výsledků by mělo dojít jak z pohledu klienta, tak i sestry, která edukovala. Hodnocením sestry zjišťuje efektivitu edukace, problémy v edukaci, schopnosti učícího se klienta. Mimo jiné hodnocení poskytuje zpětnou vazbu klientovi i edukující sestře a popisuje zlepšení klienta (22). Ve skupině klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu je ve všech dokumentacích kromě jedné (ED8) uvedeno, že klient má o edukaci zájem. Dále se v některých edukačních dokumentacích (ED1, ED2, ED3) z této skupiny objevuje, že klient má pocit dostatečné edukace. V jedné dokumentaci (ED2) bylo zaznamenáno, že klient po edukaci o diabetické dietě uvádí, že dietu dodržuje. Tato uvedená tvrzení vypovídají o postoji klienta k edukaci a popisují celkové zhodnocení edukace klientem. Řádné zhodnocení edukace sestrou s uvedením efektivitu celého edukačního procesu ale v těchto dokumentacích neleženo nebylo. U skupiny klientů s lékařskou diagnózou hypertenze vypadalo zhodnocení velmi podobně. Rozdílné bylo pouze to, že pocit dostatečné edukace nebyl uveden u žádného z respondentů. U jednoho klienta se v edukační dokumentaci (ED6) objevuje tvrzení klienta, že poskytnutým informacím rozumí. Tento výrok se týká opět pouze sebereflexe klienta, ale v řádném zhodnocení by měl být uveden také názor edukující sestry.

Celý edukační proces je časově velmi náročný pokud ho provádíme opravdu správně a pečlivě. To byla také jedna z oblastí, na kterou si sestry, přítomné na oddělení v době provádění tohoto výzkumu, stěžovaly. Podle nich by bylo dobré vyčlenit sestru edukátorku, která by působila na několika stanicích a prováděla tam pouze edukační činnost. Dále mě sestry upozornily na problém u starších klientů, kteří nejsou schopni vědomosti a dovednosti získané edukací za krátkou dobu hospitalizace dobře vstřebat a uchovat. Řešením tohoto problému by mohla být možnost dalších setkání s edukační sestrou i po ukončení hospitalizace.

Jako výstup této práce jsem vytvořila vzorovou edukační dokumentaci. Zdeňka Matušicová, která pracuje na interním oddělení Nemocnice Písek a.s. jako staniční sestra ji zhodnotila takto: „Dokumentace k edukačnímu listu se mi osobně líbí. Dovedla bych si představit ji využívat u nás v praxi. Je jasná, stručná, ale zároveň obsahuje vše, co bych očekávala od edukační dokumentace. Podle mě je srozumitelná i pro pacienty. Opravdu jste mě překvapila. Naše edukační dokumentace je všeobecná, Vaše je se zaměřením na určitý problém a více se zaměřuje na určitá témata v oblasti edukace. Jediný problém vidím v zhodnocení pacientem. Z praxe vím, že pacienti neradi cokoliv hodnotí, a když už něco hodnotí, tak vše většinou kladně. Na dotaz zda všemu rozumí, ví, co má dělat, jak postupovat atd. většinou odpoví, že ano. Pak samozřejmě záleží na schopnostech a umu sestry rozpoznat, zda tomu opravdu tak je. Pokud by se měl u nás zavést systém edukačních listů k jednotlivým problémům DM, hypertenze, žlučnickové koliky atd. byla bych jen pro. Pro každý problém zvláštní edukační list, výborná myšlenka, kterou bych jen mohla doporučit.“

6 Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, které edukační ošetrovatelské diagnózy se nejvíce využívají u klientů hospitalizovaných na interním oddělení s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu nebo hypertenze. Z výzkumného šetření vyplívá, že edukační ošetrovatelské diagnózy či pojmenování edukačního problému klienta se v praxi využívá. Ve všech zkoumaných dokumentacích se objevila stejná formulace edukační diagnózy zabývající se problémem deficitních znalostí. Tato formulace je zastaralá, ale dle mého názoru pro účely edukační činnosti vhodná.

Ve všech zkoumaných dokumentacích je uvedena edukační diagnóza formulovaná jako deficit vědomostí. Edukační diagnóza deficit dovedností se neobjevila v rámci tohoto výzkumu v žádné z dokumentací, ačkoli by byla v některých případech podle mého názoru velmi vhodná.

V ošetrovatelských dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou diabetes mellitus 2. typu byly uvedeny edukační diagnózy vztahující se hlavně k tématům, které se v literatuře uvádějí jako nejčastější vhodné oblasti pro edukaci u klientů s tímto onemocněním. V dokumentacích klientů s lékařskou diagnózou hypertenze se také objevily edukační diagnózy vztahující se hlavně k tématům, které jsou v literatuře uváděné jako vhodné pro hypertoniky. Dále byly nalezeny v některých edukačních dokumentacích klientů z obou zkoumaných skupin i edukační diagnózy zaměřené do jiných oblastí. To svědčí o individuálním přístupu sester k jednotlivým klientům.

Za zajímavé zjištění považuji fakt, že edukační diagnóza často nekoresponduje s tématy edukace, jedním z faktorů, který k tomuto přispívá, je vypisování edukačních ošetrovatelských diagnóz mimo záznam o edukaci. V rámci tohoto výzkumu byly zjištěny i další informace týkající se kvality zaznamenávání edukační činnosti. V edukačních dokumentacích chyběly informace o druhu edukace, jejích cílech a prostředí, ve kterém probíhá. V záznamech o edukaci se uvádí zhodnocení edukace klientem, v některých případech je však velmi stručné. Zhodnocení edukace sestrou se v edukačních dokumentacích prakticky nevyskytuje, je uveden pouze stručný zápis o provedení edukace v určité oblasti. V edukačních dokumentacích byl v rámci tohoto

výzkumu vyhodnocen i vývoj edukace v závislosti na době hospitalizace. Individuální rozvoj edukační činnosti byl zaznamenán pouze u tří klientů.

Tato výzkumná práce může posloužit, jako studijní materiál a zdroj informací pro další studenty oboru všeobecná sestra či porodní asistentka. Vzorová dokumentace vytvořená v rámci této bakalářské práce může poskytnout inspiraci pro zdravotnické pracovníky při vytváření edukační dokumentace.

7 Seznam literatury

1. CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Nursing care plans: nursing diagnoses and collaborative problems. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams, c2009, xviii. ISBN 07-817-7064-5.

2. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.

3. CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 12th ed. Philadelphia: Lippincott Williams, c2008, xxiii. ISBN 978-078-1781-213.

4. STOLTE, Karen M. Wellness nursing diagnosis for health promotion: application to clinical practice. 1. vyd. Philadelphia: Lippincott-Raven, c1996, xv. Sestra (Grada). ISBN 03-975-5082-0.

5. Věstník Ministerstva Zdravotnictví České Republiky. In: 9. 2004. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3648_1778_11.html

6. FARKAŠOVÁ, Dana. Ošetrovatelství - teorie. 1. české vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-806-3227-8.

7. BARNUM, Barbara Stevens. Nursing theory: analysis, application, evaluation. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1998. ISBN 07-817-1104-5.

8. DOENGES, Marilyn E. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. přepr. a rozšíř. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0242-8.

9. STAŇKOVÁ, Marta. Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-718-4243-5.

10. TÓTHOVÁ, Valérie et al. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-807-3872-861.

11. MAREČKOVÁ, Jana. NANDA -International diagnostika v ošetrovatelském procesu, NIC a NOC klasifikace. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-736-8109-9.

12. MAREČKOVÁ, Jana a Darja JAROŠOVÁ. NANDA domény v posouzení a diagnostické fázi ošetrovatelského procesu. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. ISBN 80-736-8030-0.
13. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
14. KOZIER, Barbara, Glenora Lea ERB a Rita OLIVIERI. Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax. Martin: Vydavatel'stvo Osveta, c1995, xxxi. ISBN 80-217-0528-0.
15. VÖRÖSOVÁ, Gabriela. Sesterská diagnóza a jej realizácia v praxi. Sestra a lekár v praxi. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2007, č.5-6, s.14-15. ISSN 1335-9444.
16. MAREČKOVÁ, Jana. Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
17. VÖRÖSOVÁ, Gabriela. Klasifikačné systémy a štandardizácia terminológie v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2007. ISBN 978-808-0632-427.
18. AL], Ed. committee: T. Heather Herdman [et] a NANDA INTERNATIONAL. NANDA-I nursing diagnoses: definitions. Philadelphia: NANDA International, 2007. ISBN 978-097-8892-401.
19. Ošetrovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2010, xxiv. ISBN 978-802-4734-231.
20. Ošetrovatelské diagnózy: definice. 1. české vyd. Editor T Herdman. Praha: Grada, 2013, xxxiii. ISBN 978-80-247-4328-8.
21. NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ et al. Moderná edukácia v ošetrovatel'stve. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9
22. ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-807-3942-465.

23. BASTABLE, Susan B. Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Learning, 2007. ISBN 978-076-3746-438.
24. KUBEROVÁ, Helena. Didaktika ošetrovatelství. Vyd. 1. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3676-841.
25. JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024721716.
26. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. In: Sbírka zákonů České republiky [online]. 2011, částka 20 s. 482-544 [cit. 2014–12–14]. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
27. SVĚRÁKOVÁ, Marcela. Edukační činnost sestry: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-807-2628-452.
28. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetrovatelství II. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1777-8.
29. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. Interní ošetrovatelství I. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Sestra. ISBN 80-247-1148-6.
30. ŠUSTEROVÁ, Dáša. Edukace pacienta s hypertenzí. Sestra. Praha: Mladá fronta, 2013, č. 10, s. 45-47. ISSN 1210-0404.
31. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4732-138.
32. NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4737-096.
33. HALMO, Renata. Seběpěče v ošetrovatelské praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.
34. PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4735-580.
35. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.

36. Věstník Ministerstva Zdravotnictví České Republiky. In: 6. 2008. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3613_1774_11.html

37. Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, c2014. ISBN 978-808-5047-479.

38. BELEJOVÁ, Hana a Iveta VALENTOVÁ. Ošetrovateľský proces u pacientov s liečenou hypertenziou. Sestra a lekár v praxi. Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2008, č. 11-12, s. 14-16. ISSN 1335-9444.

39. Edukace je součástí zdravotní péče. Florence [online]. 2012, č. 9 [cit. 2015-04-5]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/archiv-akcent-vzp/2012/9/edukace-je-soucast-zdravotni-pece/>

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 Vzorová dokumentace

Příloha č. 2 Záznamový arch

Příloha č. 3 Kódování

Příloha č. 4 Seznam kódů

Příloha č. 1 Vzorová dokumentace

Identifikační štítek pacienta

EDUKACE, list č....

Edukant	Pacient	Rodinný příslušník	Jiný:
----------------	---------	--------------------	-------

Diagnóza	Deficit znalostí v souvislosti s:		Deficit dovedností v souvislosti s:		
	Dietním režimem (specifikovat)	Aplikací inzulínu	Užívání léků	Životospráva (specifikovat)	Jiné:

Cíle	Afektivní: (např. Klient má snahu naučit se aplikovat inzulín)
	Kognitivní: (např. Klient má dostatek informací o aplikaci inzulínu)
	Behaviorální: (např. Klient umí aplikovat inzulín)

Druh edukace	Primární	Sekundární	Terciární	Reedukace
---------------------	----------	------------	-----------	-----------

Forma edukace	Rozhovor	Instruktaž	Video	Brožura	Praktické vyzkoušení
	Vysvětlování	Demonstrace	Leták	Jiné:	

Téma edukace	Vstupní informace	Jiné: (např. aplikace inzulínu)
---------------------	-------------------	---------------------------------

Reakce na edukaci	Aktivita	Nezájem	Prokázání dovednosti	Neschopnost pochopit
	Zájem	Dotazy	Odmítnutí edukace	Jiné:

Komunikační bariéra	Ne	Ano, jaká:
----------------------------	----	------------

Datum	Průběh edukace	Podpis sestry
Zhodnocení klientem		Zhodnocení sestrou
		Podpis klienta

Příloha č. 2 Záznamový arch

Záznamový arch

Respon- dent	
Lékařská dg.	
Den pobytu	
Záznam o edukaci (jakýkoli)	
Datum	
Podpis sestry	
Počet edukač. oš. dg.	
Znění ed. oš. dg.	

Plán edukačního setkání

Druh edukace (prim., sek., reeduk.)	
Cíle:	
afektivní	

kognitivní	
behaviorální	
Metody výuky, edukační prostředky	
Prostředí pro edukaci	
Průběh edukace	
Vyhodnocení edukace	

Záznamový arch č.1

Respon- dent	R1
Lékařská dg.	Diabetes mellitus 2. typu
Den pobytu	5.
Záznam o edukaci (jakýkoli)	Ano, formulář Edukace
Datum	Ano
Podpis sestry	Ano
Počet edukač. oš. dg.	1
Znění ed. oš. dg.	Deficit znalostí v souvislosti s hospitalizací

Plán edukačního setkání

Druh edukace (prim., sek., reeduk.)	Neuvedeno
Cíle:	
afektivní	Neuvedeno
kognitivní	Neuvedeno
behaviorál ní	Neuvedeno
Metody výuky, edukační prostředk y	Vysvětlování, praktická ukázka
Prostředí pro edukaci	Neuvedeno

Průběh edukace	<p>Téma: Práva a povinnosti pacientů, domácí řád, chod oddělení, signalizační zařízení, princip identifikace, uložení cenností, způsob podávání léků</p> <p>Intervence sestry:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pochval pacienta za výsledky. Edukuj i rodinu. Informuj o životosprávě. Dej tištěné materiály. Podej nemocnému smysluplné informace. Poskytni časový prostor na otázky. Buď trpělivá a empatická.
Vyhodnocení edukace	<p>Pacient edukován o právech pacientů, domácím řádu a chodu oddělení.</p> <p>Seznámen s principem signalizačního zařízení včetně jeho názorné ukázky.</p> <p>Dále byl seznámen s principem identifikace. Byly sděleny informace, že za cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál nezodpovídá. Pacient byl informován o způsobu podávání léků na oddělení, o tom, že nemůže užívat sám žádné léky po dobu hospitalizace a veškeré léky, které má u sebe odevzdá k úschově sestře. Dále je pacient poučen, že při opuštění oddělení a návratu zpět na něj informuje personál oddělení.</p> <p>Pacient má zájem o edukaci.</p> <p>Pacient se cítí dostatečně edukován.</p>

Příloha č. 4 Seznam kódů

Diabetes mellitus

Formulář

Formální náležitosti

Znalosti

Hospitalizace

Vysvětlování

Ukázka

Vstupní informace

Životospráva

Tiskoviny

Zájem

Pocit edukace

Dieta

Léky

Hypertenze

Pohovor

Zkouška

Inzulín

Vyšetření

Tlak krve

Obezita

Glykémie

Kyslíková terapie

Péče o nohy

Zdraví