

UNIVERZITA KARLOVA

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Ošetrovatelství

Hana Angerová

**Edukace jako součást komplexní práce sestry na
transplantační jednotce FN Motol**

Bakalářská práce

Praha 2023

Autor práce: **Hana Angerová**

Vedoucí práce: **PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.**

Oponent práce: **PhDr. Hana Nikodemová**

Datum obhajoby: **2023**

Bibliografický záznam

ANGEROVÁ, Hana. Edukace jako součást komplexní práce sestry na transplantační jednotce FN Motol. Praha: Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2023. 95 s., přílohy. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., PhD.

Abstrakt

Bakalářská práce se bude zabývat edukačním procesem na dětské transplantační jednotce kostní dřeně ve Fakultní nemocnici Motol. Edukační proces zde probíhá ve 4 etapách, kdy na samotném edukačním procesu se podílí jak lékař, psychosociální pracovník, sestra, tak i samotný pacient a jeho rodina. Práce bude zaměřena na specifikace ošetrovatelské péče na tomto oddělení a edukaci v rámci tohoto edukačního procesu, kdy se již sestra sama zapojuje do edukace pacienta a jeho rodiny při příjmu pacienta na transplantační jednotku. Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou část a empirickou část. V teoretické části budou popsány základními pojmy v edukaci a edukačním procesu obecně. Dále zde bude uvedena kapitola témat edukací specifických pro transplantační jednotku kostní dřeně. Závěr teoretické části bude věnován tématu transplantace kostní dřeně. V empirické části budou prezentovány výsledky anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo na Klinice dětské hematologie a onkologie ve FN Motol. Cílem bakalářské práce bude zjistit kvalitu a spokojenost se současným stavem edukace na transplantační jednotce kostní dřeně z pohledu doprovodu pacienta, jež je přijat na transplantační jednotku společně se svým dítětem. V závěru bakalářské práce budou zhodnoceny výsledky dotazníkového šetření, které budou přínosem pro vytvoření návrhu ke zlepšení současného stavu edukace.

Klíčová slova

Edukace, edukační proces, komunikace, rodiče, pacient, transplantace kostní dřeně

Abstract

The bachelor thesis will deal with the educational process in the children's bone marrow transplant unit at the Motol University Hospital. The educational process takes place in 4 stages, where both the doctor, psychosocial worker, nurse, as well as the patient and his family participate in the educational process itself. The work will focus on specifying nursing care in this department and education within this educational process, where the nurse herself already participates in educating the patient and his family when the patient is admitted to the transplant unit. The bachelor thesis will be divided into a theoretical part and an empirical part. The theoretical part will describe basic concepts in education and educational process in general. Furthermore, there will be a chapter on topics of education specific to bone marrow transplant units. The conclusion of the theoretical part will be devoted to the topic of bone marrow transplantation. The empirical part will present the results of an anonymous questionnaire survey conducted at the Department of Pediatric Hematology and Oncology at Motol University Hospital. The aim of the bachelor thesis will be to determine the quality and satisfaction with the current state of education in bone marrow transplant units from the perspective of patient accompaniment who is admitted to the transplant unit together with their child. At the end of the bachelor thesis, the results of the questionnaire survey will be evaluated, which will be a benefit for creating a proposal to improve the current state of education.

Keywords

Education, education process, communication, parents, patient, transplantation of bone marrow

Zadávací protokol

UNIVERZITA KARLOVA

2. lékařská fakulta

Ústav ošetřovatelství

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: **Hana Angerová**

Studijní program: **Pediatrické ošetřovatelství**

Studijní obor: **Pediatrické ošetřovatelství**

Děkan fakulty Vám podle zákona č. 111/1998 Sb. určuje tuto bakalářskou práci:

Název práce: **Edukace jako součást komplexní práce sestry na transplantační jednotce kostní dřeně FN Motol**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce musí splňovat požadavky uvedené v platném opatření děkana.

Zpracováním bakalářské práce student/ka prokáže, že se umí samostatně orientovat ve studovaném oboru a že v průběhu studia získal/a a zároveň je i schopen/a v praxi uplatňovat teoretické poznatky a praktické postupy (metody).

Bakalářská práce musí být původním a samostatně zpracovaným odborným textem. Při zpracování bakalářské práce se student/ka může opírat o výsledky a zkušenosti získané jinými autory, avšak vždy musí tyto výsledky a zkušenosti konfrontovat s vlastními názory, úvahami, hodnoceními a závěry.

Rozsah bakalářské práce vyplývá z povahy zpracovávaného tématu, přičemž její minimální rozsah činí 40 stran normovaného textu.

Referenční seznam musí obsahovat nejméně 25 položek časopiseckých, literárních či elektronických zdrojů informací. Do referenčního seznamu se nezapočítávají pouhá abstrakta. Zpracováním bakalářské práce musí student prokázat schopnost pracovat s aktuální odbornou literaturou vztahující se k řešené problematice, včetně práce s cizojazyčnou literaturou a s dalšími prameny. Citace typu "ústní sdělení" a "nepublikovaná data" (s výjimkou vnitřních předpisů a standardů) nelze v bakalářské práci použít.

Seznam odborné literatury:

CETKOVSKÝ, Petr et al. Transplantace kostní dřeně a periferních hematopoetických buněk. První vydání. Praha: Galén, [2016]. ©2016. xviii, 460 stran, ISBN 978-80-7492-267-1.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetřovatelství praxi. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 77 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2171-2.

MALACH, Josef. Pedagogika jako obecná teorie edukace. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. 132 s. ISBN 978-80-7368-291-0.

SIKOROVÁ, Lucie. Dětská sestra v primární a komunitní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 184 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3592-4.

ŠULISTOVÁ, Radka a Trešlová, Marie. Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelství péči pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.

ŠVOJGROVÁ, Mája, Koza, Vladimír a Hamplová, Alice. Transplantace kostní dřeně: průvodce Vaší léčbou. 2. vyd. Plzeň: Apexart (F.S. Publishing) nákladem Nadace pro transplantace kostní dřeně, 2011. 126 s. ISBN 978-80-903560-6-1.

ANTIN, Joseph H a Deborah Yolín RALEY. Manual of stem cell and bone marrow transplantation: rethinking how public schools identify, reward, and retain great educators. 4th ed. New York: Cambridge University Press, 2009, vii, 177 p. Cambridge medicine. ISBN 05-216-9975-4

MAZIARZ, Richard T. (ed.) — SLATER, Susan (ed.). Blood and marrowtransplant handbook: comprehensiveguideforpatient care. New York : Springer, c2011. ISBN: 978-1-4419-7505-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Tomová Šárka, MPH, Ph.D., Ph.D.**

Oponenti: **PhDr. Nikodemová Hana**

Konzultanti:

Datum zadání bakalářské práce: 20.5.2022

Termín odevzdání bakalářské práce: dle harmonogramu příslušného akademického roku



.....
Vedoucí katedry

V Praze dne 29.5.2022



.....
Děkan

Univerzita Karlova
2. lékařská fakulta
Ústav ošetrovatelství (2)
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
IČO: 00216208 DIČ: CZ00216208

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením PhDr. Šárky Tomové, MPH, Ph.D., PhD., uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Prohlašuji, že elektronická verze práce vložená do studijního informačního systému je totožná s odevzdanou tištěnou verzí bakalářské práce. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita pro získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 19.4.2023

Hana Angerová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala své vedoucí práce PhDr. Šárce Tomové, MPH, Ph.D., PhD. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a velkou podporu při psaní bakalářské práce. Mgr. Ing. Václavu Bazgierovi, Ph. D., za cenné rady při tvorbě práce a pomoc se zpracováním statistického průzkumu. Dále bych touto cestou také ráda poděkovala Klinice dětské hematoonkologie FN Motol a všem respondentům, kteří se účastnili dotazníkového šetření. Poděkování také patří prof. MUDr. Petru Sedláčkovi, CSc., PhDr. Marii Choniawkové za jejich odborné rady a všem kolegům a kolegyním z transplantačního týmu, kteří mě podporovali po celou dobu studia. Na závěr bych také ráda poděkovala svým dětem a manželovi za velikou podporu, trpělivost a čas, který mi v průběhu studia poskytli.

OBSAH

1	ÚVOD	7
1.1	CÍLE PRÁCE	8
1.1.1	Cíl teoretické části	8
1.1.2	Cíl empirické části	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1	EDUKACE	9
2.1.1	Základní pojmy edukace	9
2.1.2	Formy edukace	10
2.1.3	Metody edukace	12
2.1.4	Edukační cíle	14
2.1.5	Typy edukací ve zdravotnictví	15
2.1.6	Faktory ovlivňující edukaci	16
2.2	EDUKAČNÍ PROCES	17
2.2.1	Fáze edukačního procesu	17
2.2.2	Komunikace v edukačním procesu	18
2.3	ROLE SESTRY JAKO EDUKÁTKY	20
2.4	EDUKACE NA TJ FN MOTOL	21
2.4.1	První fáze edukace	21
2.4.2	Druhá fáze edukace	22
2.4.3	Třetí fáze edukace	22
2.4.4	Čtvrtá fáze edukace	23
2.5	EDUKACE NA TRANSPLANTAČNÍ JEDNOTCE KOSTNÍ DŘENĚ	24
2.5.1	Izolační a sterilní režim	24
2.5.2	Nízkobakteriální strava	26
2.5.3	Sterilní koupel	27
2.5.4	Úklid izolačního boxu	28
2.5.5	Péče o dutinu ústní	29
2.5.6	Převaz CŽK	30
2.5.7	Domácí režim po transplantaci kostní dřeně	31
2.6	TRANSPLANTACE KRVETVORNÝCH BUNĚK	33
2.6.1	Druhy transplantací	33
3	EMPIRICKÁ ČÁST	34
3.1	CÍLE PRÁCE	34
3.2	PRACOVNÍ HYPOTÉZY	34
3.3	METODIKA A REALIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	35
3.4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	35
3.5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ	36
3.6	STATISTICKÁ INTERPRETACE HYPOTÉZ	59
3.7	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	72
	REFERENČNÍ SEZNAM	73
	SEZNAM PŘÍLOH	76
	PŘÍLOHY	77

SEZNAM ZKRATEK

atd.	a tak dále
CŽK	centrální žilní katetr
č.	číslo
DÚ	dutina ústní
FN	fakultní nemocnice
kol.	kolektiv
např.	například
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvané
TJ	transplantační jednotka

1 ÚVOD

V současné době se transplantace stávají stále častější metodou léčby pro mnoho pacientů. Transplantace kostní dřeně je velmi náročný proces, a může být pro pacienty i jejich rodiny velmi stresující a emočně vyčerpávající. Příjem na transplantační jednotku probíhá v několika fázích, kdy před samotným vstupem na oddělení projdou rodiče nemocných dětí pohovory s vedoucím lékařem, psychosociálním pracovníkem a staniční sestrou. Při samotném příjmu na oddělení je ošetřující sestra tím prvním člověkem, který pacienta i s jeho doprovodem do náročného procesu na transplantační jednotce uvede.

Role sestry na transplantační jednotce je velmi důležitá. Nejen proto, že je zodpovědná za sledování stavu pacienta, ale také proto, že sestra je ten, kdo pacienta i doprovod musí co nejlépe edukovat a poskytnou mu všechny důležité informace v takové kvalitě a rozsahu, aby se doprovod malého pacienta současně zapojil společně se zdravotnickým týmem do ošetrovatelského procesu.

Téma edukace na transplantační jednotce jsem si vybrala proto, že sama v roli sestry, která rodiče i malé pacienty edukuje. Na tomto oddělení působím již 13 let a domnívám se, že by názory rodičů, kteří se objevují v roli doprovodu hospitalizovaného pacienta, mohly přinést návrhy pro zlepšení současného stavu edukací na transplantační jednotce. Tématům edukace tedy budu věnovat v práci samostatnou kapitolu, protože si myslím, že kvalitní edukace může být velmi nápomocná při samotné náročné léčbě, kterou transplantace kostní dřeně je.

Práce má standartní strukturu bakalářské práce. Je rozdělena na dvě části a to část teoretickou a empirickou. Hlavním cílem práce bylo zjistit úroveň a kvalitu edukace na transplantační jednotce kostní dřeně ve Fakultní nemocnici Motol pro případné návrhy ke zlepšení současného edukačního procesu.

„Cílem vzdělání a moudrosti je, aby člověk viděl před sebou jasnou cestu života, po ní opatrně vykročoval, pamatoval na minulost, znal přítomnost a předvídal budoucnost.“

J. A. Komenský

1.1 Cíle práce

Pro naši bakalářskou práci byly zvoleny následující čtyři hlavní cíle:

1. Prostudování relevantních literárních zdrojů
2. Vytvoření nestandardizovaného anonymního dotazníku
3. Sběr dat a statistické vyhodnocení
4. Zhodnocení edukačního plánu na transplantační jednotce na základě zjištěných výsledků

1.1.1 Cíl teoretické části

V teoretické části, bylo hlavním cílem poskytnout základní informace týkající se edukace a popsat témata edukací na transplantační jednotce kostní dřeně.

1.1.2 Cíl empirické části

V empirické části, bylo našim hlavním cílem zjistit, jak jsou rodiče spokojeni se současnou edukací na transplantační jednotce a jaké informace v rámci edukačních témat postrádali. Na základě analýzy dat z dotazníkového šetření bylo dalším cílem vytvořit návrh pro zlepšení edukací na TJ.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova „*educio, educare*“ jehož význam je vést vpřed nebo vychovávat. Edukaci můžeme definovat jako proces „*soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ (Juřeníková, 2010, str. 9). Dle Průchy se jako edukace označují situace, při kterých za účasti dvou jedinců probíhá edukační proces, což znamená, že dochází k určitému druhu učení na straně jedné a vyučování na straně druhé (Průcha, 2009). Dle Majerníkové a Magurové edukace patří k součásti každého probíhajícího léčebného procesu (Majerníková, Magurová 2009). Edukaci můžeme také zařadit mezi sekundární prevenci v rámci výchovně vzdělávací činnosti zdravotnického personálu. Jedná se o velmi důležitou součást při léčbě onemocnění. Cílem edukace je již nemocného jedince přimět změnit své chování a jednání a zamezit tak rozvoji dalších komplikací v rámci probíhajícího léčebného procesu (Svěráková, 2012).

2.1.1 Základní pojmy edukace

Mezi základní pojmy v oblasti edukace řadíme pojmy: výchova, vzdělání, edukátor, edukant, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Výchova a vzdělávání hrají velmi důležitou roli v oblasti edukace, obojí se mezi sebou navzájem prolíná. Vzdělávání v každém jedinci rozvíjí další vědomosti, dovednosti, učí novým návykům a schopnostem. Výsledkem výchovy a vzdělání je kvalifikace nebo také vzdělanost. Ta je důležitá při další úrovni vzdělávání v určité skupině jedinců. Mezi kvalifikaci a vzdělanost také řadíme i úroveň v medicínských, technických a vědních oborech, úroveň kvality ošetrovatelství a dále také sociální a kulturní život dané společnosti (Juřeníková, 2010).

Edukátor je jedinec, který celý edukační proces vede. Ve zdravotnictví je to nejčastěji lékař či zdravotní sestra, ve školství v roli edukátora působí učitel. V roli edukátora můžeme nalézt i různé lektory, konzultanty, trenéry a všechny ostatní, kteří se určitým způsobem podílejí na další výchově jedince a jsou vzdělaní v dané problematice (Juřeníková, 2010; Průcha 2017).

Edukant je v podstatě jakýkoli subjekt, který se učí, nezávisle na věku, zdravotním stavu či prostředí, ve kterém se edukovaný nachází. Dle Kuberové můžeme edukanta popsat „jako objekt výchovy nebo jako příjemce či zpracovatele navozených výchovně-vzdělávacích cílů“ (Kuberová 2010, str. 49). V nemocničním zařízení je tedy edukantem např. pacient nebo jeho doprovod. Edukantem ale může být i zdravotník, učitel, student, účastník jazykového kurzu atd., který si v rámci dalšího vzdělávání prohlubuje své znalosti a dovednosti. Nesmíme ale zapomínat, že každý jedinec má svoji určitou osobnost a jeho charakteristiku ovlivňuje také např. víra, kultura či prostředí, ve kterém žije (Juřeníková, 2010; Průcha, 2017).

Edukační konstrukty jsou materiály, které nám ovlivňují edukační proces. Jsou součástí edukační reality. Patří mezi ně např. zákony, předpisy, učební osnovy, edukační standardy a materiály, didaktické testy, učebnice, výukové filmy atd. Mezi edukační konstrukty můžeme zařadit i pedagogické teorie. Tyto materiály nám pomáhají hodnotit edukační procesy, které jsou těmito výtvoři popisovány a normovány (Průcha, 2017).

Edukační prostředí je obecné označení pro prostor či místnost, ve kterém probíhá proces učení a vzdělávání. Mezi faktory ovlivňující celkovou edukaci můžeme zařadit např. zvuk, barvu, světlo, prostor, nábytek atd. Dobře navržené edukační prostředí může mít velký pozitivní vliv na efektivitu a kvalitu edukace (Průcha, 2017).

2.1.2 *Formy edukace*

Formy edukace můžeme popsat jako souhrn konkrétních organizovaných a uspořádaných opatření, při kterých dochází k uskutečňování edukačního procesu. Dle Juřeníkové můžeme formy edukace rozdělit dle času, dále dle prostředí, ve kterém edukace probíhá, dle organizačního uspořádání vzdělávaných jedinců, dle interakce mezi edukantem a edukátorem a dle pedagogického zaměření. Pokud si volíme formu edukace, musíme vždy přihlídnout k tomu, jaký jsme si stanovili počáteční cíl a sami si nejdříve uvědomit, čeho edukací chceme dosáhnout. Musíme přihlížet na specifické potřeby edukanta a jeho charakteristickou osobnost a brát ohledy i na možnosti daného zařízení, ve kterém edukace probíhá. V rámci zdravotnického zařízení nejčastěji využíváme formy edukace individuální, skupinové nebo hromadné (Juřeníková, 2010).

Individuální forma je ve zdravotnickém zařízení nejčastější volenou formou edukací. Je to dáno hlavně tím, že zdravotník je ve velmi těsném kontaktu s nemocným či jeho doprovodem a má možnost se mu individuálně věnovat a přizpůsobit edukaci aktuální situaci a stavu, ve kterém se nemocný nachází (Juřeníková, 2010).

Individuální forma edukace je postavena převážně na vzájemné důvěře mezi edukujícím a edukantem. Edukátorovi umožňuje přizpůsobit edukaci na základě individuálních potřeb edukovaného s přihlédnutím k jeho věku, osobnosti, nemoci a emočnímu či fyzickému stavu (Magurová, Majerníková 2009). Tuto formu edukace můžeme nejčastěji nalézt v ambulantním zařízení nebo je velmi vhodnou formou pro edukaci u pacienta. Nejčastěji se v rámci individuální edukace používá forma rozhovoru nebo instruktáž s praktickým nácvikem přímo u lůžka pacienta. Tato metoda je velmi výhodná, protože nám umožní sestavit si edukační plán na základě individuálních potřeb klienta. Výhodou je také neustálá aktivita edukanta a možnost okamžité zpětné vazby. Jak ale popisuje Juřeníková ve své knize, tato metoda má i svoje negativa, mezi které můžeme zařadit nízkou efektivitu práce, kvůli času, který edukující kvůli vysokému počtu edukovaných má a také nemožnost edukanta vzájemně si vyměnit své zkušenosti a názory s ostatními, u kterých proběhla edukace se stejným obsahem (Juřeníková, 2010).

Skupinová forma edukace se od individuální formy velice liší. Hlavní rozdíl oproti individuální formě edukace je rozdělení edukantů do více skupin. Tuto formu edukace nejčastěji můžeme nalézt v rámci lázeňských pobytů nebo v rámci takzvaných svépomocných skupin, kde si edukanti se stejným problémem společně navzájem předávají své zkušenosti (Juřeníková, 2010). Rozdělení edukantů do jednotlivých skupin probíhá na základě předem určených kritérií. Nejčastěji jsou edukanti rozdělení podle věku, profese, úrovně vědomostí, pracovního tempa, zdravotního problému atd. Kritérií pro rozdělení může být mnoho (Majerníková, Magurová, 2009). Podle počtu jednotlivců ve skupině může edukace probíhat buďto ve skupině malé v počtu 2-5 osob, ve skupině střední v počtu 6-30 osob nebo ve velké skupině v počtu více než 30 osob. Každá tato skupina je vhodná pro jinou formu edukace. Malá skupina je velmi výhodná při praktickém nácviku. Střední skupinu lze využít ke sdílení zkušeností a vědomostí a k psychické podpoře. Velké skupiny jsou naopak spíše vhodnější pro edukaci v oblasti prevence (Němcová, Hlinková, 2009). Jako dalším dělením skupinové edukace je rozdělení na skupiny homogenní a heterogenní, jež popisuje ve své knize Juřeníková.

V homogenní skupině můžeme nalézt edukanty, kteří mají stejný či podobný zdravotní problém, stejnou úroveň získaných vědomostí či zkušeností. Do heterogenní skupiny naopak zařadíme jedince s různými zdravotními problémy a různou úrovní vědomostí a zkušeností.

Při zařazování edukantů do skupin ale vždy musíme brát ohledy na interpersonální vztahy a názory všech edukantů. Jednou z mnoha výhod skupinové edukace je možnost vzájemné spolupráce a předávání vědomostí a zkušeností mezi edukanty v rámci jedné skupiny. Mezi nevýhody této formy můžeme zařadit nemožnost vytvoření individualizovaného přístupu k edukantovi (Juřeníková, 2010).

Hromadná forma edukace je oproti formě individuální a skupinové zaměřena na velkou oblast edukantů za účelem předání stejného obsahu informací. Typickým představitelem hromadné edukace je např. přednáška či seminář (Juřeníková, 2010).

V rámci hromadné edukace dokážeme sdělit stejný obsah vědomostí či zkušeností velké skupině edukantů, což můžeme považovat za velmi výhodné. Nevýhodou této formy je ale oproti individuální a skupinové edukaci velmi nízká aktivita a velmi malá zpětná vazba edukovaných a nemožnost individuálního přístupu (Juřeníková, 2010).

2.1.3 Metody edukace

Slovo metoda pochází z řeckého slova „methodos“, jež můžeme přeložit jako „cesta“ nebo „způsob“. Edukační metodu můžeme chápat jako určité prostředky, jež nám pomohou dosáhnout stanoveného edukačního cíle (Magurová, Majerníková, 2009).

Dle Kuberové edukační metodou rozumíme výchovně vzdělávací postup zdravotníků, kterým se uskutečňuje ošetrovatelská a edukační činnost (Kuberová, 2010).

Edukační metody mají velmi důležitou roli v realizaci edukačního procesu a plní několik funkcí. První z nich spočívá v předávání znalostí a informací, které jsou potřebné k dosažení edukačního cíle. Druhou funkcí je aktivně pobízet a motivovat edukanta k zapojení do edukačního procesu. Dále slouží edukační metody k formování osobnosti edukanta a jeho názorů a postojů, které zaujímá v edukačním procesu. Nesmíme také opomenout funkci sociální a výchovnou, která posiluje sociální vazby mezi edukátorem a edukantem a pomáhá edukantům rozvíjet komunikační dovednosti (Zormanová, 2014). Při volbě metody nesmíme zapomínat vždy přihlížet k individuální osobnosti daného jedince, k jeho vědomostní úrovni a dosavadním zkušenostem. Pro výběr správné metody edukace je zásadní, abychom respektovali i psychický a fyzický stav edukanta a prostředí,

ve kterém jej budeme edukovat (Juřeníková, 2010). V knize Zormanové je uvedeno rozdělení na metody slovní (např. rozhovor, přednáška, výklad), názorně-demonstrační (např. pozorování předmětů a jevů, provádění činností a pokusů) a dovednostně-praktické (např. nácvik pracovních a pohybových činností a dovedností) (Zormanová, 2014).

Přednáška je jednou z nejčastějších používaných metod. Jejím cílem je rychlé předání informací v soustavném a uceleném projevu, který využívá živého slova a zprostředkovává téma podobně zaměřeným posluchačům (Šulistová, Trešlová, 2012). Je vhodnou metodou předávání informací velkému počtu jedinců. Nevýhodou přednášky je jednostranná komunikace přednášejícího a tudíž velmi nízká aktivita posluchačů (Zormanová, 2014). Přednáška je rozdělena vždy do třech částí. Na začátku je úvod, kde edukanty seznámíme s cílem přednášky a probíraným tématem, ve snaze získat si jejich pozornost. Na úvod napojíme vlastní výklad. V rámci vlastního výkladu zde posluchačům předáváme vědecká fakta a informace s osobními poznatky přednášejícího, vhodné je také edukanty zaujmout několika příklady ze své praxe. Konec přednášky tvoří závěr, při kterém by mělo dojít ke shrnutí toho, co bylo na přednášce řečeno. (Juřeníková, 2010).

Rozhovor je základní formou mezilidské komunikace v průběhu každodenního života. Může probíhat buď mezi dvěma jedinci, nebo v rámci větší skupiny účastníků (Zacharová, 2016). Rozhovor je velmi využívaným prostředkem v rámci edukace ve zdravotnictví. Během rozhovoru se střídají dotazy a odpovědi na dané téma pro dosažení předem stanoveného cíle. Tato metoda zapojuje účastníky do edukačního procesu. Pokud je rozhovor veden správně, může být nápomocen k vyvolání motivace a zájmu edukanta o dané téma (Dušová, 2019). Pro úspěšné vedení rozhovoru je důležité dodržet určitá pravidla. Musíme postupovat pomalu a obezřetně, s ohledem na důvěru a sympatie druhého (Zacharová, 2016). Otázky by měly být kladeny stručně, logicky a v souladu s celkovým průběhem rozhovoru. V rámci skupinového rozhovoru klademe otázku celé skupině a poskytneme jim dostatek času k tomu, aby si svou odpověď mohli v klidu promyslet (Juřeníková, 2010). Hlavním cílem rozhovoru je získat potřebné informace o postojích, názorech a životním stylu dotazované osoby, které jsou důležité pro úspěšnou realizaci edukačního procesu (Zacharová, 2016).

Vysvětlování je metoda, která se vyznačuje logickým a systematickým přístupem a slouží k předávání informací edukantům. Při této metodě musíme vždy brát v úvahu věkové specifika edukantů a současnou úroveň jejich znalostí a dovedností. Složitější prvky musíme předkládat postupně, v etapách a krocích, abychom zajistili, že edukant jednotlivé prvky zvládne a může postoupit do dalšího kroku (Šulistová, Trešlová 2012).

V rámci metody vysvětlování je doporučeno použít názorné pomůcky, které mohou pomoci edukantům porozumět danému tématu (Juřeníková, 2010).

Instruktaž a praktické cvičení je metoda, při které navazujeme na teoretické znalosti edukantů. Během vzdělávání v oblasti instruktáže a praktického cvičení se využívají teoretické a praktické metody. V první fázi této metody se edukantům vysvětlí pracovní postup verbálně a seznámí se zde s teoretickými znalostmi pracovního postupu. Ve druhé fázi pak následuje samotný praktický nácvik, který je velmi důležitý k tomu, aby edukanti získali potřebné motorické dovednosti. Velmi vhodné je ukázat první praktickou činnost pomalu za pomoci neustálého vysvětlování, abychom upozornili edukanta na správný postup dané činnosti a na případné chyby, kterých by se v praxi mohl dopustit. Během celé instruktáže je důležité neustále vysvětlovat, co budeme dělat a proč to budeme dělat, abychom měli jistotu, že edukant dobře porozumí dané činnosti (Juřeníková, 2010).

2.1.4 Edukační cíle

Ve zdravotnictví používáme termín edukační cíl jako konkrétní představu toho, čeho bychom měli dosáhnout prostřednictvím naší práce. Podobně jako ve školním prostředí, tak i v ošetrovatelství jsou tyto cíle velmi důležitým prvkem v rámci teorie vyučování a výchovy. Správně určený edukační cíl nám napomáhá lépe naplánovat a organizovat práci a snížit rozdíl mezi očekávaným a skutečným výsledkem naší práce (Kuberová, 2010). Každý zdravotník v rámci edukace pacientů si musí na počátku určit, jaké změny v chování, znalostech, postojích a návycích chce edukací dosáhnout. Tento cíl by měl být formulován co nejjasněji, aby edukátor mohl edukační proces u pacienta co nejlépe naplánovat (Juřeníková, 2010). Edukace v oblasti zdravotnictví má svá omezení, protože se zaměřuje většinou pouze na poskytnutí informací, které souvisí se zdravím pacienta. Edukační cíle ve zdravotnictví se nicméně nevztahují pouze k jednostrannému rozvoji znalosti edukantů, proto je velmi důležité zaměřit se na specifické cíle, jež se týkají i celkového rozvoje edukantovy osobnosti (Šulistová, Trešlová, 2012). Při stanovení cíle musíme dbát na to, aby odpovídal schopnostem a potřebám jedince a aby byl pro edukanta reálně dosažitelný. Pokud je cíl příliš náročný a nelze ho splnit, může zapříčinit u edukantů ztrátu motivace a ochoty se danou činností naučit. Na druhé straně ale nesmí být edukační cíl ani příliš snadný, aby nepodcenil edukantovy schopnosti. Cíl musí být vždy jednoznačný, aby nebylo možné jej

interpretovat různými způsoby a také musí být měřitelný, aby bylo možné jeho dosažení kontrolovat pomocí dostupných prostředků (Juřeníková, 2010). Šulistová a Trešlová uvádí ve své knize, že cíle se formulují na „*afektivní – zaměřené na utváření postojů a hodnotových orientací, kognitivní – zaměřené na rozvoj poznávacích procesů a psychomotorické (behaviorální) – zaměřené na činnost vyžadující nervosvalovou koordinaci*“ (Šulistová, Trešlová, 2012, str. 55). Mandysová ve své knize udává dělení edukačních cílů na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé se zaměřují na cíle, kterých má být dosaženo na konci každé jednotlivé edukační lekce či etapy. Dlouhodobé cíle se zaměřují na konečný výsledek, kterého má být edukantem dosaženo na konci každého edukačního procesu (Mandysová, 2016).

2.1.5 Typy edukací ve zdravotnictví

Edukaci ve zdravotnictví rozdělujeme na tři typy – základní, komplexní a reedukaci.

Základní edukace v oblasti zdravotnictví se často poskytuje pacientům s nově diagnostikovaným onemocněním, kteří nejsou se situací dostatečně obeznámeni. Cílem základní edukace je pomoci pacientům porozumět jejich diagnóze, léčbě a možným komplikacím v rámci každodenního života. Nově diagnostikované onemocnění mívá velký dopad na psychiku nemocného, proto je potřeba mu prvotně podat pouze základní informace, aby se dané onemocnění snažil přijmout a dokázal se s ním vyrovnat. Tento typ edukace je velmi důležitý pro edukanty k zapojení do léčebného procesu (Magurová, Majerníková, 2009).

Komplexní edukace je rozšířením základního typu edukace. Poskytuje pacientům komplexnější informace o jejich zdravotním stavu, léčbě a edukuje nemocné a jeho rodinu o způsobech, které pomohou nemocnému lépe zvládat každodenní život. Cílem této edukace je pomoc nemocným a jeho rodině získat potřebné vědomosti a dovednosti pro zlepšení kvality života a pro dosažení co nejlepších výsledků léčby. Poskytuje se převážně ve formě kurzů, rekondičních pobytů, opakovaných hospitalizací nebo ambulantních návštěv (Magurová, Majerníková, 2009). Tento typ edukace například zahrnuje výuku stravovacích návyků v rámci diety vztahující se k onemocnění, výuku rehabilitace a správné podávání léků, či nácvik péče o nemocného (Svěráková, 2012).

Reedukace následuje po základní a komplexní edukaci. Poskytuje nemocnému a jeho rodině další rozšiřující informace, opakuje základní získané dovednosti

z předchozích edukací a napravuje nesprávně naučené postupy. Užívá se také v případech, kdy se v rámci péče objevují i nové informace a technologické postupy v oblasti léčby onemocnění (Svěráková, 2012). Cílem reedukace je poskytnout nemocnému a jeho rodině prohloubení dosavadních vědomostí, obohacení dosavadních získaných vědomostí a zkušenosti a připomenout již naučené postupy. Reedukace může probíhat i mimo nemocniční zařízení formou různých organizací a klubů, které se danou problematikou zabývají (Magurová, Majerníková, 2009).

2.1.6 Faktory ovlivňující edukaci

Faktory a principy, které mohou ovlivnit celkový stav edukace v oblasti zdravotnictví lze rozdělit na faktory, jež edukaci podporují a na faktory, které naopak celou edukaci dokáží zásadně zpomalit. Mezi faktory, které edukaci podporují lze zahrnout ochotu učení se novým dovednostem, vysokou motivaci pro učení nových znalostí a vědomostí, míru připravenosti k edukačnímu procesu a opakování nejdůležitějších bodů v edukaci. Také optimální prostředí vytvořené k edukaci a logicky sestavený edukační plán může výrazně napomoci celkové kvalitě edukace. Mezi faktory, které pak samotnou edukaci dokáží zpomalit lze zahrnout psychický a fyzický stav pacienta a kulturní a jazykovou bariéru (Magurová, Majerníková, 2009). Mezi další faktory, které komplikují edukaci, můžeme dle Mandysové také zařadit nedostatek času, málo zkušeností, neznalost a špatnou atmosféru v průběhu celé edukace. Sestry bývají mnohdy špatným vzorem, nejsou flexibilní a nedokáží se přizpůsobit pacientově osobnosti a jeho zkušenostem, V některých případech pacienti nechápou účel edukace nebo mají negativní zkušenost z minulých edukací (Mandysová, 2016). Dle Kuberové výrazně edukaci ovlivňují také charakteristické vlastnosti daného jedince. Vlastnost kognitivní – vzdělání edukovaného, míra inteligence, styl jakým se učí atd., afektivní – emocionální inteligence, osobnostní postoje, míra motivace atd., biologické – individuální potřeby edukovaného, věk, onemocnění atd. a sociální a sociokulturní vlastnosti – hodnoty a postoje jedince, kultura, filozofie života, víra atd. (Kuberová, 2010). Mezi důležité faktory, jež výrazně ovlivní edukaci je potřeba také zařadit charakteristické rysy sestry v roli edukátorky. Její vědomosti, zkušenosti, schopnost motivace, způsob myšlení a komunikace dokáží pozitivně i negativně ovlivnit úroveň celého edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

2.2 Edukační proces

Edukační proces je nedílnou součástí každé ošetrovatelské péče, která napomáhá k dosažení cílů v rámci primární, sekundární a terciární prevence (Magurová, Majerníková 2009). Existuje mnoho různých definic edukačního procesu. Bastable ve své knize udává tuto definici: „*Edukační proces je systematický, postupný, logický, na vědě postavený, plánovaný postup činností obsahující dvě hlavní operace: vyučování a učení. V tomto cyklu působí učitel a učící se osoba. Vzájemně vykonávají vyučovací a učební aktivity, které vedou k žádaným změnám v chování.*“ (Bastable, 2021, s. 14). Průcha definuje edukační proces jako „*všechny takové činnosti, při nichž dochází k učení na straně nějakého subjektu, jemuž je exponován nějakým jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně určitý druh informace*“ (Průcha, 2017, s. 65). Můžeme ho tedy definovat jako proces, zahrnující všechny kroky a činnosti, které vedou k získání vzdělání a rozvoji schopností, vědomostí a dovedností jednotlivce. Probíhá vždy za pomoci vzájemné interakce zdravotníka v roli edukátora a pacienta v roli edukanta (Dušová, 2019). Edukační proces se skládá z pěti logicky propojených fází – posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení a je úmyslně, řízeně a plánovaně prováděn v rámci jedné edukační formy. Pro úspěšnou realizaci edukačního procesu je nezbytná kvalitní příprava edukátora (Kuberová, 2009).

2.2.1 Fáze edukačního procesu

Posuzování řadíme k první fázi edukačního procesu. Během této fáze se provádí hodnocení, kde se zaměřujeme na charakteristiku edukanta, jeho úroveň vědomostí, zkušeností, názorů. Toto hodnocení je velmi důležité pro úspěch edukačního procesu. Pro získání dat v rámci celkové charakteristiky edukanta je důležitá aktivní a nepřetržitá spolupráce mezi edukátorem a edukantem. Pro posuzování můžeme využít metody ve formě rozhovoru, dotazníkového šetření, testů, či aktivně můžeme prostudovat zdravotnickou dokumentaci, kterou máme k dispozici. Také je potřeba v rámci posuzování sledovat vše, co by mohlo edukační proces negativně ovlivnit. Díky těmto informacím je možné přizpůsobit edukační proces individuálním potřebám edukanta (Dušová, 2019; Juřeníková, 2010).

Diagnostika patří do druhé fáze edukačního procesu, při níž probíhá zhodnocení individuálních potřeb edukanta, jeho současných znalostí a dovedností a příprava

edukačního plánu. Tato fáze je velmi důležitá pro správné nastavení edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

Plánování patří do třetí fáze edukačního procesu. Na základě edukačních potřeb jedince, během fáze plánování společně s edukantem navrhne edukační plán, který bude odpovídat jeho individuálním potřebám. Stanovíme si dosažitelné cíle a časový harmonogram a naplánujeme setkání, které budou postupně rozvíjet dovednosti a vědomosti edukanta a povedou k dosažení edukačního plánu (Šulistová, Trešlová, 2012).

Realizace je čtvrtou fází edukačního procesu, při níž se realizuje edukační plán, který byl vytvořen. Tato fáze zahrnuje předání dovedností a vědomostí edukantům v rámci edukačních lekcí. Nezbytné je si během těchto lekcí všimnout, zda edukant jednotlivé kroky učení zvládá, zdali dochází k naplnění stanovených edukačních cílů a jestli metody, které jsme pro edukaci zvolili, jsou pro něj vyhovující. Na základě pozorování poté můžeme upravovat edukační plán a metody edukace, aby co nejlépe vyhovovaly jeho potřebám (Kuberová, 2010; Šulistová, Trešlová, 2010).

Vyhodnocení je pátou a tudíž konečnou fází edukačního procesu. Během této fáze dochází ke zhodnocení výsledků jak na straně edukanta, tak na straně edukátora. Hodnocení celkové edukace i sebehodnocení ze strany obou účastníků edukačního procesu má velký význam v další motivaci a je potřeba je co nejvíce využít. Pomocí hodnocení můžeme zjistit, jestli všechny fáze edukačního procesu byly natolik efektivní, aby vedly k dosažení předem stanovených cílů. Mezi nejúčinnější nástroje pro výsledné zhodnocení řadíme reflexi a zpětnou vazbu (Šulistová, Trešlová, 2012).

Je důležité si také uvědomit, že nedostatečně připravená, provedená či špatně vyhodnocená edukace může mít negativní dopad na výsledky celého edukačního procesu. Je tedy nutné předcházet možným problémům tím, že se budeme věnovat důsledně přípravě a kvalitě v rámci realizace a hodnocení edukačního procesu (Kuberová, 2010).

2.2.2 Komunikace v edukačním procesu

Komunikace je významnou a nedílnou součástí každého edukačního procesu. Kvalitní komunikace má podstatný vliv na vzájemné vztahy mezi edukátorem a edukantem a umožňuje tím úspěšně realizovat celý edukační proces. Je důležité, aby měl edukátor kvalitní komunikační znalosti a dovednosti a aby komunikační proces probíhal ve vhodném psychickém i fyzickém stavu edukanta, což nám poskytne možnost efektivně mezi sebou komunikovat a úspěšně se tak zapojit do celkového edukačního procesu.

V průběhu komunikace se objevují i faktory, které nám mohou narušit přenos informací mezi jedinci, jež spolu vzájemně komunikují. Mezi tyto faktory řadíme hluk, špatnou kvalitu zvuku, rušení okolními vlivy, ale také zde patří psychologické faktory jako např. stres, nedostatečná pozornost, únava, emoční vypětí či bolest. Vše může bránit kvalitnímu přenosu informací, což může vést k nepochopení v rámci probíhajícího edukačního procesu (Juřeníková, 2010). Komunikace mezi lidmi není však brána pouze jako přenos informací v rámci dvou jedinců. Je také závislá na kontextu, jež je složen z verbálních a neverbálních informací, které zahrnují slova, mimiku, tón hlasu a gesta, jež komunikaci doplňují. Tyto informace jsou prostřednictvím slov sdělovány, ale ne vždy je jednoznačné, co daný člověk říká, vždy záleží také na situaci, při které jsou tyto slova použity. Proto musíme v rámci komunikace brát v úvahu nejen slova, ale celkový kontext když komunikujeme s ostatními, abychom mohli dobře porozumět tomu, co nám chtějí v rámci komunikace sdělit. Komunikaci můžeme rozdělit na verbální a neverbální.

Verbální komunikace probíhá za pomoci slov neboli řeči, díky níž můžeme vzájemně sdílet své názory, postoje, informace a zkušenosti (Zacharová, 2016). Při verbální komunikaci jsou vždy zapojeny i myšlenkové procesy – paměť, pozornost a myšlení, protože musíme vždy pozorně vybírat správná slova a logicky je uspořádat do smysluplných vět. Tyto procesy jsou těsně spjaty s emocemi každého člověka, protože přes ně také dokážeme vyjádřit své pocity a reagovat také na emoce druhých. Při verbální komunikaci je důležité používat také zvukové prostředky. Mezi ně patří: hlasitost, která je přizpůsobena vždy prostředí, ve kterém komunikace probíhá, výška tónu hlasu, délka projevu a rychlost řeči, jež nastavíme dle individuálních potřeb edukanta. Je také podstatné, abychom se v rámci verbální komunikace uměli vyvarovat všem slovům, které nám snižují její kvalitu (Juřeníková, 2010).

Neverbální komunikace můžeme popsat jako řeč našeho těla, při které se informace přenáší za pomoci gest, postoje, pohybů, mimiky obličeje, tónu a barvy hlasu apod. Může být mnohdy velmi užitečná při komunikaci s lidmi z jiných kultur nebo v rámci jazykové bariéry. V rámci neverbální komunikace Juřeníková ve své knize popisuje haptiku, proxemiku, mimiku a gestiku.. *Proxemika* se vztahuje na komunikaci mezi lidmi přes vzdálenost, která má vliv na jejich vzájemný vztah. Vzdálenost dělíme na intimní, osobní, sociální a veřejnou zónu, kdy každá z nich má své využití pro různé druhy interakcí mezi lidmi. Vzdálenost se také může lišit v závislosti na kultuře, situaci či vzájemném vztahu společně komunikujících lidí. *Mimika* zahrnuje výraz obličeje, který slouží především k vyjádření emocí a nálad. Může doplnit verbální projev nebo může být

použita samostatně k vyjádření emocí. *Gestika* zahrnuje pohyb rukou, těla a obličeje a je také hojně používána k doplnění mluveného projevu nebo jako prostředek pro vyjádření našich myšlenek, nálad, postojů. *Haptika* používá jako komunikační prostředek dotek. V oblasti zdravotnictví je haptika velmi důležitá, například běžné podání ruky či dotek na rameno, je v některých situacích velmi důležitý. Za pomoci doteku můžeme například vyjádřit soucit či poskytnout psychickou podporu pacientům (Juřeníková, 2010).

2.3 Role sestry jako edukátorky

V dnešní době se stále více rodičů setkává se situací, kdy musí své dítě hospitalizovat. Tato zkušenost bývá pro rodiče velmi stresující a náročná obzvláště pro rodiče dětí, které vyžadují speciální péči a s rodiči nemohou být po celou dobu pobytu. V takových případech hraje sestra velmi důležitou roli v edukaci rodičů a je také velmi nápomocná k tomu, aby jim tuto nelehkou situaci pomohla zvládnout. Jedním z hlavních úkolů sestry při hospitalizaci dětí je zajištění kvalitní péče a komunikace s rodiči. Sestry mají mnoholeté zkušenosti v péči o pacienty a jsou schopny poskytnout ucelené a praktické informace, které pomohou malým pacientům a jejich rodičům lépe všemu porozumět. Sestry jsou často první osobou, se kterou se rodiče setkají. Role sestry jako edukátorky je tudíž velmi klíčová pro zlepšení zdravotního stavu pacientů a v prevenci nemocí. Tato role je ale také velmi náročná a vyžaduje, aby sestra byla v oblasti edukačního procesu dostatečně vzdělaná, aby mohla pacientů předat potřebné znalosti a praktické dovednosti. Kromě dostatečných vědomostí je také nutné, aby sestra byla vždy empatická a měla ochotu malému pacientovi i jeho rodičům pomoci. Sestry mohou rodiče naučit, jak mohou poskytnout dítěti podporu a pomoci mu zvládnout stres spojený s hospitalizací. Hlavním cílem sestry v roli edukátorky je vysvětlení všech procedur, které se v rámci hospitalizace na oddělení provádějí, naučit rodiče i děti vše v takové kvalitě, aby se byli schopni aktivně zapojit v rámci ošetrovatelského procesu, což zahrnuje například podávání léků, hygienickou péči, péči o rány, péči o venózní vstupy atd. Podstatné je také ke konci hospitalizace rodiče naučit, jak se mají starat o dítě po propuštění do domácí péče. V současné době roli sestry jako edukátorky definuje i vyhláška č. 2/2016 Sb., která mění část vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků, kdy ukládá sestřím povinnost „*motivovat a edukovat jednotlivce, rodiny a skupiny k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe*“ (Dušová, 2019; Svěráková, 2012).

2.4 Edukace na TJ FN Motol

Edukace na transplantační jednotce probíhají v několika fázích neboli etapách. První tři etapy probíhají ještě před samotným přijetím dítěte na transplantační jednotku v dostatečném předstihu. Všechny tyto pohovory, kterými rodiče musí projít, jsou podstatné pro to, aby byla zajištěna kvalitní příprava pro edukaci v rámci celého léčebného a ošetrovatelského procesu. Je nesmírně důležité, aby rodiče byli seznámeni se vším, co se v rámci následujících dní v jejich životě bude odehrávat.

2.4.1 První fáze edukace

První, kdo s rodiči před samotným nástupem na transplantační jednotku vede rozhovor, je vedoucí lékař oddělení. V rámci tohoto pohovoru je důležité, aby zde byli přítomni oba rodiče, jejichž dítě má být přijato na TJ. Děti, kterých se samotná transplantace týká, zde bývají přítomny také, ale není tomu tak vždy. Pro jejich přítomnost je žádoucí, aby byly schopny porozumět všem informacím, které jsou jim v rámci pohovoru poskytnuty. Důležitou roli tedy nehraje samotný věk, ale psychická vyspělost daného dítěte. V rámci pohovoru s vedoucím lékařem je zde rodičům jako první sdělena diagnóza dítěte a na lékaři je v rámci tohoto pohovoru rodiče přesvědčit k souhlasu s tímto léčebným procesem. Po souhlasu rodičů poté následuje žádost na etickou komisi, která transplantaci schvaluje. Dále je zde v rámci onemocnění sdělena prognóza nemoci, popsán celý léčebný proces, při kterém je sděleno, jak bude probíhat předtransplantační příprava, jaká léčba bude následovat po samotné transplantaci kostní dřeně a jaké komplikace mohou nastat v rámci léčebného procesu. Lékař rodičům vysvětlí nutnost zavedení CŽK a podá informace ohledně nízkobakteriální a bezmléčné diety, kterou dítě bude dodržovat po celou dobu hospitalizace. Dále se zde poskytnou rodičům informace o přibližné době hospitalizace a informace o tom, co bude následovat v rámci ambulantního režimu po propuštění do domácí péče. Zde také lékař zdůrazňuje, že v rámci ambulantních návštěv, rodiče s dítětem budou vždy dojíždět na kontroly do Fakultní Nemocnice Motol i v rámci dlouhodobého sledování již po ukončené léčbě. V rámci pohovoru mají také zde rodiče i nemocné dítě možnost pokládat otázky, které jsou důležité proto, aby jim pomohly pochopit vše, co je v následujících dnech čeká.

2.4.2 Druhá fáze edukace

Do této fáze je zařazen pohovor se staniční sestrou oddělení transplantační jednotky. V rámci tohoto setkání, které také probíhá ještě před samotným přijetím, je rodičům vysvětleno, kde v rámci hospitalizace budou ubytováni a kde mohou parkovat a je jim sděleno, kdo jim bude v rámci těchto věcí nápomocen. V další části pohovoru jsou rodičům poskytnuty informace o tom, kde bude jejich dítě po dobu hospitalizace. Staniční sestra je edukuje o sterilním režimu, seznámí s izolačním boxem a také je jim v rámci pohovoru sdělí, že v průběhu hospitalizace, kdy bude dítě mít sterilní režim, je nutné, aby po celou dobu byl přítomen pouze jeden z rodičů. Návštěvy druhého rodiče či sourozence jsou po celou dobu pobytu dítěte ve sterilním režimu zakázány. Dále je rodičům také vysvětleno, že nikdo jiný kromě ošetřujícího lékaře či konziliáře, sestry a sanitáře za nimi nesmí a informují se o tom, že v rámci hospitalizace si sami budou obstarávat úklid a hygienu v rámci izolačního boxu. Tady také probíhá již samotná teoretická edukace jak se hygiena dítěte a úklid izolačního boxu provádí. V rámci edukace je potřeba zdůraznit, že dítě nesmí používat žádnou kosmetiku z domova a před přijetím je potřeba dítě oholit a ostříhat mu vlasy. V rámci péče o dutinu ústní je zdůrazněno, že musí mít pro děti nový zabalený kartáček a novou zubní pastu. Dudlíky i lahvičky pro menší děti musí být vždy ve větším množství, aby byl čas je vždy případně vysterilizovat a dítě tak mělo z čeho pít. Staniční sestra jim dále vysvětlí, co si sebou můžou přinést – boty, mobilní telefon, tablet a hračky musí být omyvatelné, plyšové zvířátka je nutné předem vyprat na vysokou teplotu. Pokud jsou maminky kojící, staniční sestra je edukuje o pobytu v rámci hospitalizace, kdy společně s dítětem budou sdílet izolační box. V rámci pohovoru se staniční sestrou dostanou rodiče také vždy prostor pro otázky, aby byli dostatečně připraveni k samotnému příjmu na transplantační jednotku.

2.4.3 Třetí fáze edukace

Jako další, co rodiče ještě před samotným přijetím čeká, je edukační pohovor s psychosociální pracovníci. Zde jsou opět rodičům sděleny informace o ubytování a parkování po celou dobu hospitalizace na TJ. Rodičům jsou v rámci pohovoru poskytnuty informace o pokoji, na kterém budou ubytováni a vysvětlí se jim řád ubytovny. Psychosociální pracovníce s rodiči vyřeší pracovní neschopnost, přídatky na péči o dítě, poskytne jim informaci o nadaci Dobrý anděl a pomůže jim vyplnit všechny potřebné formuláře. Pomůže zajistit předškolním i školním dětem individuální plán vzdělávání

v rámci hospitalizace i v potransplantačním domácím režimu. Rodičům je při pohovoru také nabídnuta pomoc psychologa. Dále jsou rodičům podány informace, že v rámci hospitalizace probíhá každý měsíc edukační sezení se stomatologem, který je naučí kvalitní péči o dutinu ústní. Psychosociální pracovnice koordinuje i veškeré volnočasové aktivity za spolupráce s dobrovolníky a nadacemi, které se pravidelně konají na knihovně transplantační jednotky. Pro rodiče, kteří jsou zde společně se svým dítětem, je důležité, aby se i oni na chvíli odreagovali od každodenních starostí. Pomoc psychosociální pracovnice, ale nekončí jen samotnou hospitalizací. S rodiči spolupracuje i nadále a pomáhá i starší děti po léčbě zapojit do běžného života. Zajišťuje pro děti rekondiční pobyty, rekvalifikační kurzy a vzdělání potřebné pro budoucí volbu zaměstnání. V rámci pohovoru, zde také sdělí rodičům informace o chodu celého oddělení transplantační jednotky, znovu podá informace o věcech, které budou v rámci hospitalizace potřebovat a které si mohou přinést a probere s nimi teoreticky edukace všech procesů, která nadále budou rodiče vykonávat v rámci ošetrovatelské péče o dítě. V rámci pohovoru rodiče dostanou informační brožury, které se těchto témat týkají. Všechna témata budou popsána níže v kapitole 2.5.

2.4.4 Čtvrtá fáze edukace

Poslední fází edukace, je zaškolení rodičů a hospitalizovaných dětí. Tato fáze již probíhá v průběhu, kdy je dítě společně se svým doprovodem přijímáno na transplantační jednotku. Ošetřující sestra, která si dítě převezme, zkontroluje, zda je dítě řádně připraveno k přijetí na TJ a má ostříhané vlasy. Při příjmu sestra odebere pečlivě ošetrovatelskou anamnézu, dítě změří a zváží a zavede do sprchy. Po tomto procesu je dítě již přijato na izolační box, na kterém bude pobývat po celou dobu hospitalizace. Po příjmu se rodiče opět seznámí s celkovým chodem oddělení, sestra jim ukáže šatnu, poučí je, kde si budou odkládat empiéry, které budou nosit na sterilní a nesterilní části, seznámí je s nošením ústenek na izolačním boxe v rámci sterilního a nesterilního režimu a edukuje rodiče o řádném mytí a dezinfekci rukou před každým vstupem na izolační box. Společně s rodiči protřídí věci a jídlo, které dítěti donesli, a pomůže s následnou desinfekcí a přípravou pro to, aby mohly být dítěti dány na izolační box. Rodiče i hospitalizované dítě sestra poučí o vyprazdňování a provede edukaci o sledování bilancí tekutin. Doprovod hospitalizovaného dítěte sestra provede po oddělení a edukuje o výdeji stravy pro dítě, o

úklidu nádobí, uchovávání tekutin, zacházení s hračkami a ostatními věcmi na izolačním boxe. Dále již ošetřující sestra s nimi v průběhu prvních dnů a během hospitalizace probere všechna edukační témata jak teoreticky, tak i prakticky, aby byli rodiče schopni se aktivně účastnit společně s transplantačním týmem ošetřovatelského procesu.

2.5 Edukace na transplantační jednotce kostní dřeně

V této části práce jsou popsány edukační témata, se kterými se v rámci hospitalizace na transplantační jednotce FN Motol pacienti společně s doprovodem setkají. Edukace se na transplantační jednotce provádí po celou dobu hospitalizace pacienta a upravuje se průběžně vzhledem k jeho individuální potřebě, aktuálnímu stavu a péči, kterou vyžaduje.

2.5.1 Izolační a sterilní režim

Při alogenní transplantaci se pacient vede v tzv. sterilním režimu, který zpravidla trvá 4-5 týdnů od samotného přijetí až do doby, kdy u nemocného nastane obnova tvorby granulocytů. Během této doby je nutné, aby se personál, pacient i jeho doprovod řídili určenými pravidly pro tento sterilní režim, aby se snížilo riziko infekce v době, kdy má dítě nízký až nulový počet bílých krvinek. K dítěti je přijat pouze jeden dospělý rodič, prarodič nebo sourozenec, který bude o něj pečovat po celou dobu pobytu. Na noc doprovod odchází vždy na ubytovnu, kde si odpočine a ráno před 8 hodinou, opět přijde na TJ, je nutné zjistit od rodičů, co tedy jejich dítě v noci potřebuje, čím ho lze uklidnit apod. Osoba, která bude společně s dítětem pobývat na TJ musí být bez infekčního onemocnění a fyzicky zdatná natolik, aby zvládla péči o nemocné dítě. Na TJ se dítě, doprovod i personál pohybují v čisté obuvi a oblečení, které se mění minimálně 1x za den v případě znečištění okamžitě. Obuv musí být vždy omyvatelná, je zakázáno zde chodit v botách či pouze v ponožkách bez omyvatelné obuvi. Nezbytné je také edukovat dítě, že po celou dobu hospitalizace nesmí opustit izolační box, nesmí sahat na kliku a na parapety oken. Jídlo, které bude mít k dispozici bude uloženo vždy na kuchyňce sterilní jednotky a dítě jej bude konzumovat výhradně na svém izolačním boxe, rodiče i personál mimo sterilní část TJ. Na sterilní jednotku je dovoleno sebou vzít pouze tekutiny, které si rodiče nechají v uzavřené lahvi před izolačním boxem. Během pobytu ve sterilním režimu je nutné zajistit z hygienického hlediska ostříhání dítěte – to vždy nejlépe doma v klidu,

ještě před samotným přijetím na TJ. Nejsou povoleny nalakované, umělé nehty ani šperky. Je nutné pacienta udržovat v čistém sterilním prádle, tudíž výměnu musíme provádět okamžitě při jakémkoli znečištění či v rámci každodenní sterilní koupele alespoň jednou denně. V rámci sterilního režimu můžeme dítěti na izolační box dát časopisy, knihy, hračky či věci na malování, vše ale musí být nové a v originálním obale nebo dobře omyvatelné. V případě starších hraček či knih je nutné tyto věci předem vyprat na vysokou teplotu, aby se zabránilo možnému riziku infekce z těchto předmětů. V rámci sterilního režimu má dítě dovoleno používat tablet i mobilní telefon, je ale potřeba je každý den pravidelně dezinfikovat. Televizor je součástí každého izolačního boxu, ovladač je nutné zabalit do potravinové fólie a každý den přebalit. Dále je nutné rodiče i pacienta edukovat o pravidelném odběru stolice k virologickému vyšetření a odběrech na mikrobiologické vyšetření moči a výtěrech z nosu, dutiny ústní a konečníku, které jsou prováděny v pravidelných týdenních intervalech. V rámci sterilního režimu i doprovod pacienta podstupuje výtěr z krku. Je nutné rodičům zajistit kvalitní edukaci o správném postupu tohoto odběru. Mnohdy v případě hospitalizace starších dětí, ale i mladších, co lépe spolupracují s rodiči, tyto výtěry provádí doprovod pacienta, aby se dítě ještě více zbytečně nevystavovalo dalšímu stresu. Dále je nutné edukovat rodiče, jak se chovat na izolačním boxe. Ošetřující sestra provede edukaci o správném mytí a dezinfekci rukou, kterou rodiče i personál provádí před každým vstupem, ale i po vstupu nebo při odchodu z izolačního boxu. Pro rodiče jsou k dispozici na boxe křesla, kde si mohou odpočinout, není dovoleno ve sterilním režimu sedat k dítěti na lůžko. Použité ložní a osobní prádlo se vždy ihned odnese do místnosti k tomu určené a neponechává se na izolačním boxu. K odnášení biologického materiálu je potřeba edukovat rodiče o správném postupu – vždy je nutno si nasadit rukavice a po každém použití ihned odnést vše zabalené v originálním obale na čistící místnost. Všechny pomůcky, které k hygieně a vyprazdňování dítě používá, jsou jednorázové a zabalené v obalech z centrální sterilizace, před přinesením na box je tyto obaly vždy nutné utřít dezinfekčním ubrouskem.. U menších dětí, které jsou ještě v kojenecké postýlce je nutné edukovat doprovod o zvedání postranic při pohybu mimo izolační box, aby se zabránilo riziku pádu dítěte. Pokud je dítě do 1 roku plně kojeno, je ve sterilním režimu na izolační box přijat současně i doprovod, je tedy nezbytné edukovat kojící maminku. Prádlo, které si obléká a používá, musí být posíláno vždy na sterilizaci. Nošení ústenek u kojících maminek je vyžadováno při pohybu mimo izolační box – na izolačním boxe ústenku nenosí. Na nesterilní části TJ je mamince vyhrazena sprcha, ručníky i žínky, kterými se koupe, jsou

vždy jednorázové, není dovoleno používat opakovaně ručník. Stravování kojících maminek je zajištěno přímo na oddělení na nesterilní části v oddechové místnosti. V rámci péče o dítě je potřeba edukovat matku o hygieně dítěte a nakládáním s plenkami, které musí být ihned po přebalení zabaleny do igelitového sáčku a odneseny na čistící místnost. Nezbytná je také správná hygienická péče o prsní bradavky. Odsávačky mateřského mléka jsou na oddělení pravidelně sterilizovány a mléko je možno zamrazit (Augustinová, 2019; Augustinová, Pertlová, 2019; Pertlová, 2012).

2.5.2 Nízkobakteriální strava

Během pobytu na transplantační jednotce dítě dodržuje nízkobakteriální a bezmléčnou dietu. Důvod této diety spočívá v tom, že pacient po transplantaci kostní dřeně je mnoho měsíců náchylný k infekčním nemocem. Tyto nemoci často mohou vzniknout právě špatně tepelně upraveným či kontaminovaným jídlem a nedodržením správných postupů při jeho přípravě. Z těchto důvodů poté často vznikají různá poškození či infekční komplikace na sliznicích trávicího traktu, která může zapříčinit reakci štetu proti hostiteli. Po obnově tvorby granulocytů a dle aktuálního stavu pacienta, se postupně dítěti umožňují mléčné výrobky, ovoce a zelenina. V rámci hospitalizace je pacientům výhradně podávána strava z kuchyně FN Motol. Ta je připravovaná a udržovaná v určité teplotě ve speciálních termoboxech. Takto připravené jídlo již se neohřívá a je nutné, aby bylo do 3 hodin sněžené. V případě, že se takto nestane a časová lhůta uplyne, pacient již nesmí tuto stravu přijmout a jídlo je navraceno zpět do centrální kuchyně. Na přípravě jídelníčků pro děti spolupracuje TJ s nutričními specialisty, kdy je jídlo uzpůsobeno celkovému klinickému stavu pacienta. Je nutné rodiče edukovat, že mimo stravu z centrální kuchyně v době sterilního režimu dítěti není možné přinášet cokoli jiného. Při alogenní transplantaci jsou u dítěte omezeny mléčné výrobky. Ty jsou nahrazeny rostlinnými variantami. Po obnově granulocytů a dle aktuálního stavu, jsou dítěti poté umožněny např. gumové bonbóny, instantní polévky, vakuově balené plátkové sýry, vejce, sušenky a je postupně zařazeno i ovoce. Jako první se dítěti zařazuje banán a jablko, dále mandarinka a pomeranč, vždy pouze kvalitní zdravé kusy, které jsou zbaveny slupky. Pitný režim je také po celou dobu zajištěn – k dispozici mají děti slazený i neslazený čaj, který je připravován v rámci kuchyně na TJ. Rodiče také dětem mohou koupit neperlivé minerální vody a po konzultaci s lékařem a dle aktuálního stavu a podávaných léků, také džusy nebo jiné originálně zabalené nápoje, vždy je vše nutné zpracovat do 24 hodin a udržovat v chladu.

V rámci domácího režimu je nutné edukovat také rodiče o přípravě nízkobakteriální stravy v domácí péči. Je důležité zdůraznit, aby jídlo, které dítěti připravují, bylo vždy připraveno za dodržení hygienických podmínek na čisté pracovní ploše a v čistém umytém nádobí a byla zkontrolována kvalita potravin, ze kterých se bude strava dítěti připravovat. Ohřívání v mikrovlnce je po celou dobu nízkobakteriální diety zakázáno, důvodem je, že v rámci ohřevu v mikrovlnné troubě nejsou zničeny choroboplodné zárodky. Jídlo musí dítě okamžitě sníst nejlépe do dvou hodin, poté je při dobrém skladování toto jídlo ještě možno přihrát, ale vždy musí projít znovu varem. Potraviny, které rodiče dětem kupují, musí být vždy zabaleny ve vakuovém obalu, není dovoleno kupovat jídlo „z pultu“. Vše musí mít uvedeno dobu použitelnosti, farmářské výrobky, kompoty, marmelády či vejce z domácího chovu jsou v rámci této diety zakázány. Tuto nízkobakteriální dietu je potřeba dodržovat opravdu velmi pečlivě, trvá většinou do cca 100 dní v případě autologní transplantace, při které se nenaskytly žádné komplikace a cca 180 dní po alogenní transplantaci, kdy také nedošlo u pacienta k žádným komplikacím (Sedláček, Pertlová, 2019).

2.5.3 Sterilní koupel

Celková koupel dítěte se provádí pravidelně 1x denně po lékařské vizitě nebo čas po odmluvě s ošetřující sestrou může být přizpůsoben aktuálnímu stavu dítěte. V případě, že je dítěti podávána chemoterapie, která se vylučuje kůží v rámci předtransplantační přípravy, je koupel prováděna 2x denně ráno a večer v průběhu podávání této chemoterapie a ještě následně 3 dny po podané poslední dávce. Na izolačním boxe nejsou pro pacienty sprchy. Hygienu provádí doprovod, který je přijat s dítětem na TJ. Nejdříve je potřeba vše pečlivě teoreticky vysvětlit dítěti i doprovodu, jak se tato hygiena bude provádět. V první řadě si musíme nachystat všechny jednorázové pomůcky, které se budou na hygienu používat. První sterilní koupel provádí sestra za přítomnosti doprovodu, druhou již sám doprovod, na který sestra pouze dohlíží. Na koupání musíme připravit sterilní ložní prádlo na převléknutí postele, která se provádí každý den v rámci hygieny pacienta, dostatečné množství jednorázových žíněk na mytí, sterilní roušku na utření a sterilní podložku či prostěradlo na židli a na podlahu, na které bude pacient stát po dobu koupele. Dále je nutné nachystat sterilní pyžamo, sterilní lavor, kbelík s roztokem na umytí povrchů a v kuchyni na TJ je k dispozici v ohříváče teplá sterilní voda. Všechny tyto pomůcky se nachystají na vozík, který se předem důkladně vydezinfikuje a po důkladném otření dezinfekčním ubrouskem, se vše přiveze

k pacientovi na izolační box. Na boxe provedeme dezinfekci křesla či židle, na kterém bude pacient po koupeli sedět. Na druhý řádně odezinfikovaný vozík, si nejdříve všechny věci vybalíme ze sterilních obalů. Na zem položíme sterilní podložku a druhou připravíme pro pacienta na čisté křeslo. Do lavoru se nalije teplá sterilní voda a připraví se koupací roztok, kterým se bude pacient umývat. Roztok připravíme v poměru 1:1, přimícháním 1 ml dezinfekce Betadine do 1 litru sterilní vody. Používání mýdla je v rámci sterilního režimu zakázáno. Pacienta postavíme, či posadíme na sterilní podložku a důkladně začneme umývat každou část těla dvakrát a dvěma žínkami. Musíme doprovodit, že žínku nesmí již znovu namočit, vždy je potřeba si vzít čistou. Začínáme od hlavy důkladnou hygienou včetně všech kožních záhybů, brady, hlavy atd. Genitál a rektum se umývá až na konci. Použité žínky odkládáme do igelitového pytle. Po koupeli dítě utřeme sterilní rouškou, posadíme na čistou podložku na křeslo, promažeme důkladně kůži a oblékneme do sterilního pyžama. Následně provedeme důkladnou dezinfekci celé konstrukce postele a povrchu matrace, na které dítě leží, a lůžko povlékneme do čistého sterilního prádla. Následně dítě uložíme zpět do lůžka. K péči o kůži používáme Ambiderman, Calciovou mast či Excipial U Lipolotio, dle předpisu ošetřujícího lékaře. U koupele si také všímáme stavu kůže v oblasti genitálu a konečníku a dle stavu volíme přípravky, kterými budeme kůži v perianální oblasti ošetřovat. Pokud je dítě v předtransplantačním režimu a podává se u něj chemoterapie, jež se vylučuje kůží, je zakázáno v tomto případě kůži jakkoli mazat v průběhu podání a následně ještě další 3 dny po poslední podané dávce. V nesterilním režimu, který nastává po obnově granulocytů nebo v rámci autologních transplantací, je dezinfekční roztok na koupání nahrazen antibakteriálním mýdlem Protex. Postup koupele zůstává totožný, ke koupání používáme vodu z vodovodu a není potřeba užívat sterilní prádlo (Augustinová, 2019; Augustinová, Pertlová 2012).

2.5.4 Úklid izolačního boxu

Pravidelný úklid izolačního boxu, který zahrnuje celkovou dezinfekci povrchů a dezinfekci podlahy, provádíme vždy jednou denně po sterilní koupeli pacienta, v případě kolonizace pacienta se řídíme pokyny z hygienické stanice, kterými jsou rodiče následně proškoleni. Jako první si musíme nachystat pomůcky, které budeme k úklidu potřebovat. Před každým izolačním boxem jsou k dispozici kbelíky, menší kbelík je určený k úklidu povrchů a velký kbelík společně s mopem k úklidu podlahy. Kbelíky jsou vždy označeny číslem izolačního boxu. Do připravených kbelíků si na čistící místnosti napustíme vodu

ze směšovače na dezinfekční prostředky, před vstupem na izolační box tyto kbelíky ještě otřeme dezinfekčními ubrousky. Je nutné vždy po celou dobu úklidu pracovat v rukavicích, aby se zabránilo poškození pokožky. V rámci úklidu postupujeme ve směru od okna ke dveřím. Omýváme postupně parapety, okna pouze do výšky kam doprovod dosáhne, všechny předměty, nábytek, povrchy, ale i pomůcky, které jsou používány k ošetřování pacienta. Pouze panel s infuzními pumpami a lineárními dávkovači dezinfikují sestry. Po důkladné dezinfekci všech povrchů vytřeme podlahu. Používáme k tomu dezinfekci z velkého kyblíku a mop, na který si nasadíme čistý návlek a který je určený výhradně pro tento izolační box. Po skončení úklidu oba kbelíky odneseme na čistící místnost, kde dezinfekční prostředek vylejeme do určené výlevky a návlek na mop odložíme do koše na prádlo. Kyblíky vytřeme dezinfekčními ubrousky a uložíme je zpět před izolační box, ke kterému jsou přiřazeny. Po odložení kbelíků provedeme důkladnou očistu a dezinfekci rukou. Nezbytné je také dobře edukovat doprovod pacienta o pravidlech a zacházení s chemickými látkami, které jsou uloženy na čistící místnosti TJ (Augustinová, 2019; Augustinová, Pertlová, 2012).

2.5.5 Péče o dutinu ústní

Péči o dutinu ústní je na transplantační jednotce věnována velká pozornost. Před nástupem na transplantační jednotku musí děti podstoupit důkladnou stomatologickou prohlídku. Pacienti, kteří podstupují léčebný proces, mají vysoké riziko vzniku mukositivity a pravidelná kvalitní péče o dutinu ústní, pomáhá následně zmírnit její projevy, které jsou mnohdy bolestivé a pacienta omezují v přijímání stravy a tekutin. Mukositida je zánětlivé poškození sliznice, které se obvykle vyskytuje v dutině ústní a trávicím traktu. Vyskytuje se často jako vedlejší účinek léčby po podání cytostatik nebo celotělovém ozařování. Nejčastěji se mukositida projevuje 4 až 8 dní po podané chemoterapii a může trvat v rozmezí jednoho až dvou týdnů, někdy i déle, vše závisí na míře poškození sliznice. Tento zánět může způsobit řadu příznaků, jako jsou velmi silná bolest, zarudnutí, otok, krvácení, změny chuti a různé defekty sliznice (Vokurka, 2015). Je tedy nezbytně důležité edukovat rodiče i dítě o kvalitní péči o dutinu ústní, aby se co nejvíce zmírnily projevy tohoto onemocnění. Pravidelná péče o dutinu ústní se provádí na TJ 3x denně po každém jídle. Stejně tak i v případě, že dítě nic nejí, interval péče zůstává stejný. Jako první je třeba nachystat pomůcky. K čištění dutiny ústní je zapotřebí připravit měkký zubní kartáček, šetrnou pastu, jednu čistou skleničku, sterilní emitní misku, injekční stříkačku, sterilní fyziologický roztok, Chlorhexidin určený k výplachům

dutiny ústní, roztok Borglycerinu a vatové štětičky. Nejdříve si dítě důkladně vyčistí zuby kartáčkem a pastou. Je třeba zmínit, že kartáček je nutné měnit minimálně po 10-14 dnech. Po důkladné manuální očištění dětských zubů provede dítě výplachy sterilním fyziologickým roztokem. Po výplachu nabere do stříkačky 5 ml Chlorhexidinu, určeného k výplachům dutiny ústní, které dítěti aplikujeme do úst. Chvíli tento roztok dítě proválí v dutině ústní a následně jej vyplivne do připravené emitní misky. V případě menších dětí, u kterých hrozí riziko při polknutí Chlorhexidinu je tento krok vynechán. Nakonec si dítě vytrže celou dutinu ústní včetně jazyka vatovými štětičkami, které se namáčí do roztoku Borglycerinu nebo v případě, že dítě toto odmítá, lze tyto štětičky nahradit napuštěnými originálně zabalenými glycerinovými štětičkami s citronovou příchutí. Po použití Borglycerinu musíme v rámci edukace zdůraznit, že pacient nesmí nic 30 minut přijímat ústy. Po celý den i během noci má dítě k dispozici také na kloktání Tantum Verde nebo výplachy s fyziologickým roztokem, při bolesti je možno dítěti do výplachu přidat dle doporučení lékaře Mesocaine. Menším dětem lze také v rámci čištění dutiny ústní, namočit do Borglycerinu dudlík. Po provedené péči o dutinu ústní, uložíme všechny pomůcky zpátky na stoleček, který je k tomu určený. Vypláchneme důkladně kartáček sterilní vodou a zabalíme jej do sterilního alobalu. Emitní misku po čištění i výplachu vrátíme do původního obalu, ze kterého jsme misku vytáhli a takto vše odneseme na čistící místnost. Je také potřeba edukovat rodiče o možnosti vyzkoušení vzorků k péči o dutinu ústní, které zde jsou k dispozici od firmy Curaprox, která také jednou měsíčně pro rodiče pořádá přednášku o správné technice čištění zubů na knihovně transplantační jednotky (Nevyjelová, 2019).

2.5.6 Převaz CŽK

V rámci dlouhodobé intenzivní terapie antibiotiky, parenterální výživou a z důvodu podávané chemoterapie, krevních transfuzí a častých odběrů je nutné, aby dítě mělo zajištěnou centrální žílu. Nejběžnějším používaným vstupem je centrální žilní katetr, buď krátkodobý – netunelizovaný nebo dlouhodobý – tunelizovaný. V rámci péče o CŽK je nutné dodržovat zásady aseptického postupu, abychom zabránili riziku infekce. Při proplachování nepoužíváme menší stříkačky než 10 ml, abychom zamezili ruptuře centrální kanyly. Každý den je zapotřebí kontrola místa zavedení a v případě jakékoli změny okolí v místě zavedení či bolestivosti v jeho okolí, musíme neprodleně informovat lékaře (Vokurka a kol., 2005). Na transplantační jednotce je doprovod pacienta edukován o převazu CŽK. Po transplantaci kostní dřeně ještě v rámci sterilního režimu je

doprovodu doporučeno, aby pečlivě pozoroval u převazu sestru. Po obnově tvorby granulocytů a převedení pacienta do nesterilního režimu se doprovod učí praktickému převazu již na malém pacientovi. Nejdříve je potřeba nachystat pomůcky k převazu. Nachystáme si jednorázový balíček k převazu CŽK, který obsahuje sterilní tampony, sterilní pinzetu a sterilní čtverce, 2 % Chlorhexidin určený k dezinfekci místa vstupu a přilehlého okolí a Chlorhexidinovou náplast a emitní misku. Poté si důkladně vydezinfikujeme ruce a všechny pomůcky si rozbalíme tak, aby byla zachována sterilita, a připravíme na důkladně odezinfikovaný vozík či stoleček. Chlorhexidin nalijeme na sterilní tampony, jež obsahuje převazová kazeta. V dalším kroku opatrně dítěti sundáme starou fixaci CŽK, je možno při sundávání použít přípravek Acutol, který šetrně odstraní náplast z kůže. Starou fixaci odložíme do připravené emitní misky a znovu si odezinfikujeme ruce. Následuje již samotný převaz. Za pomoci sterilní pinzety uchopíme sterilní tampón nasáklý Chlorhexidinem a provedeme dezinfekci místa vstupu. Vždy postupujeme krouživými pohyby směrem ven od místa zavedení CŽK. Tampón vždy použijeme v jednom tahu a následně vyhodíme do emitní misky. Po důkladné dezinfekci místa vpichu a okolí je také zapotřebí očistit hadičku, opět směrem ven od místa zavedení CŽK. Pokud je vše v pořádku, necháme důkladně dezinfekci zaschnout a poté přiložíme Chlorhexidinovou náplast a překryjeme CŽK. V případě alergie na Chlorhexidin či známek zarudnutí, sekrece nebo zánětu, jsou pomůcky na ošetření CŽK vždy uzpůsobeny dle individuální potřeby v daném okamžiku. Vždy je nutné dodržovat aseptický postup u převazu a kontrolovat místo zavedení a bolestivost okolí. Před propuštěním do domácího ošetřování je žádoucí, aby rodiče byli řádně edukováni o převazu CŽK. Pokud byl pro ně nácvik nedostatečný, je možno rodiče odkázat i na instruktážní videa na webových stránkách sdružení Donor a také v edukaci a praktickém nácviku pokračovat v rámci pravidelných ambulantních kontrol (Pertlová, 2012).

2.5.7 Domácí režim po transplantaci kostní dřeně

Před samotným propuštěním do domácí péče je důležité kvalitně edukovat doprovod i pacienta, aby se zabránilo jakýmkoli komplikacím. Je nezbytné, aby v prvních měsících, kdy pacientova imunita je pod vlivem léků stále velmi narušena, dodržovali rodiče i pacienti všechny zásady a režimová opatření, které jim budou v rámci edukace sděleny. Izolační režim po propuštění do domácího ošetřování u pacienta po alogenní transplantaci zpravidla trvá 6 – 12 měsíců. Při ambulantních kontrolách i pohybu po nemocnici musí mít pacienti nasazenu ústenku, totéž platí i pro pobyt venku v rámci

vycházek. V domácím režimu ústenku pacient ani rodinní příslušníci, kteří s nemocným sdílí jednu domácnost, nenosí. Je žádoucí, aby pacienti omezili návštěvy minimálně po dobu třech měsíců po transplantaci, aby se předešlo případnému riziku běžnou infekcí, která pro tyto nemocné představuje vysoké riziko komplikací. Dále dle aktuálního stavu pacienta uvolňuje tato režimová opatření lékař v rámci pravidelných ambulantních kontrol. Pacienti po propuštění nesmí navštěvovat místa, kde jsou shlukovány davy lidí, tzn. vyhýbat se velkým obchodům, nechodit do kina, nejezdit veřejnou dopravou a nenavštěvovat školní zařízení, venku nechodit na dětská hřiště, do lesa, do zoo apod. Domácí zvířata i jakékoli rostliny v domácím potransplantačním režimu jsou přísně zakázána minimálně po dobu 6 měsíců od transplantace. Doma dodržujeme pravidelný úklid, 2x týdně je potřeba vysát a vytřít podlahu, utřít všechny povrchy. Výměna ložního prádla je prováděna minimálně jedno týdně, ke koupeli používá dítě sprchu. Při pobytu venku je nutné se vyhýbat prašnému prostředí, lesům a pobytu na přímém slunci. Všechny části těla musí být důkladně zakryty, na oči opatříme sluneční brýle, hlava musí mít vždy příkrývku a na krk, obličej a ruce je potřeba použít krém s vysokým ochranným faktorem. Tato opatření jsou nutná k zabránění aktivace reakce štěpu proti hostiteli, která může dítěti přivodit komplikace. Nezbytné je také v rámci domácí péče opět provést edukaci o dodržování nízkobakteriální stravy a dodržování pitného režimu. V neposlední řadě musíme rodiče edukovat o dodržování času a správnosti podávaných léků, jejichž rozpis bude uveden v propouštěcí zprávě, převazu CŽK, který se provádí 1x týdně, podle potřeby i častěji a sledování celkového stavu malého pacienta. Doprovod musí 2x denně měřit teplotu, po každém jídle provést důkladnou hygienu dutiny ústní, sledovat u nemocného případnou nauzeu, zvracení, bolesti, křeče, odchylky ve vyprazdňování. V případě teploty nad 38 stupňů, či objevení nějakého příznaku či pochybností je nutné zdůraznit rodičům, aby okamžitě volali lékaři, který s nimi zkonzultuje pacientův stav (Keslová, Pertlová, 2019).

2.6 Transplantace krvetvorných buněk

Transplantace krvetvorných buněk je léčebný postup, který přichází ve chvíli, kdy již ostatní možnosti léčby byly vyčerpány. Při tomto léčebném postupu, jsou pacientovi vpraveny krvetvorné buňky přes cévní systém do těla. Pro samotnou transplantaci krvetvorných buněk používáme kmenové periferní buňky, pupečnickovou krev a kostní dřev. Hlavním cílem transplantace krvetvorných buněk je nahrazení poškozené krvetvorné tkáně v kostní dřevě zdravou krvetvornou tkání, což umožní kompletní obnovu obranyschopnosti organismu. Jinými slovy se dá říci, že se jedná o výměnu nezdravých a poškozených krvetvorných buněk v kostní dřevě za zdravé buňky, což přispívá k obnově krvetvorby a obnově celého imunitního systému (Cetkovský, 2016).

2.6.1 Druhy transplantací

Podle vztahu mezi dárce a příjemcem můžeme rozdělit druhy transplantací na autologní, alogenní a syngenní.

Autologní transplantace je léčebná metoda, při které se pacientovi podávají jeho vlastní buňky, které nejsou infiltrovány nádorovými buňkami. Tyto buňky jsou odebrány pacientovi, následně upraveny a kryokonzervací uchovány k pozdějšímu použití. Po dokončení přípravného režimu jsou tyto buňky navraceny zpět do těla pacienta, aby pomohly obnovit poškozenou krvetvorbu a podpořily imunitní systém. Výhodou autologní transplantace je nižší zatížení pacienta toxicitou, dobrá tolerance a nízká morbidita. Používá se především u pacientů s nádorovým onemocněním nebo jinými chorobami lymfatického systému (Adam, 2008; Cetkovský 2016).

Alogenní transplantace je léčebná metoda, při které se pacientovi podávají buňky z jiného zdravého jedince - dárce, který je geneticky odlišný od příjemce. Před samotnou transplantací je nutné provést imunologické testy, tzv. vyšetření HLA znaků, aby byla zajištěna kompatibilita s imunitním systémem příjemce, a nedojde k odmítnutí štěpu. Stejně jako u předchozí transplantace, se i u alogenní transplantace převedou krvetvorné buňky od zdravého dárce do těla pacienta (Adam, 2008; Cetkovský, 2016).

Syngenní transplantace je léčebná metoda, při které se pacientovi podávají krvetvorné buňky od identického jednovaječného dvojčete. Tyto dvojčata mají identické HLA znaky, což zabraňuje odmítnutí štěpu (Adam, 2008; Cetkovský, 2016).

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část této bakalářské práce se zabývá zhodnocením edukace na transplantační jednotce FN Motol. Obsahuje cíle práce, jež byly na začátku stanoveny a pracovní hypotézy, které jsou následně statisticky vyhodnoceny.

Dále je zde popsána metodika a organizace výzkumného šetření a charakteristika výzkumného vzorku. Data, která byla získána metodou dotazníkového šetření, jsou následně zhodnocena za pomoci výsečových diagramů.

Na základě výsledků průzkumu je zhodnocena kvalita probíhající edukace na transplantační jednotce ve FN Motol. Výsledky průzkumu budou následně prokonzultovány se zdravotnickým týmem na transplantační jednotce a bude projednán návrh na případné zlepšení či změny v rámci edukačního procesu.

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Prostudování relevantních literárních zdrojů

Cíl 2: Vytvoření nestandardizovaného anonymního dotazníku

Cíl 3: Sběr dat a statistické vyhodnocení

Cíl 4: Zhodnocení edukačního plánu na TJ na základě zjištěných výsledků

3.2 Pracovní hypotézy

H1: Předpokládáme, že rodiče s vyšším stupněm dosaženého vzdělání budou vyhledávat informace častěji než rodiče s nižším stupněm dosaženého vzdělání

H2: Předpokládáme, že rodiče do 40 let budou vyhledávat informace ve větším rozsahu než rodiče 41 let a více

H3: Předpokládáme, že rodiče ve věkové kategorii nad 41 let budou upřednostňovat praktický nácvik před ústními a písemnými informacemi častěji než rodiče věkové kategorie do 40 let

H4: Předpokládáme, že rodiče nižšího stupně vzdělání budou upřednostňovat praktický nácvik před ústními a písemnými informacemi častěji než rodiče s vyšším stupněm dosaženého vzdělání

3.3 Metodika a realizace průzkumného šetření

Ke zpracování bakalářské práce na téma Edukace jako součást komplexní práce sestry na transplantační jednotce FN Motol bylo využito metody kvantitativního výzkumu. Průzkum probíhal za pomoci anonymizovaného nestandardizovaného dotazníku v průběhu měsíců února a března roku 2023 na Klinice dětské hematologie a onkologie ve FN Motol jak na lůžkové části, v rámci hospitalizace na oddělení, tak v ambulantní části v rámci pravidelných kontrol po transplantaci kostní dřeně.

Dotazník byl složen ze dvou částí a obsahoval 23 otázek. Otázky č. 6, 7, 9, 10, 14, 15, 20, 21 měly otevřené podotázky a poskytovaly tak respondentům možnost vyjádřit se k tématům edukace na transplantační jednotce. V otázkách č. 20, 21 a 22 měli respondenti možnost vybírat z více možných odpovědí. Dotazník byl rozdělen do dvou částí. První část odpovídající otázkám č. 1, 2, 3 byla zaměřena na identifikaci respondentů. Druhá část otázky 4 až 23 byla zaměřena na kvalitu edukace a spokojenost respondentů se současnou edukací na transplantační jednotce FN Motol.

Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný. Vyplněné dotazníky respondenti vkládali do uzavřené schránky.

Data získaná průzkumem byla vyhodnocena pomocí tabulkového přehledu obsaženého v příloze na konci bakalářské práce. Tabulky obsahují relativní a absolutní četnosti odpovědí k daným otázkám. Pro grafický výstup byly následně zvoleny a analyzovány otázky za pomoci výsečových diagramů.

3.4 Charakteristika výzkumného vzorku

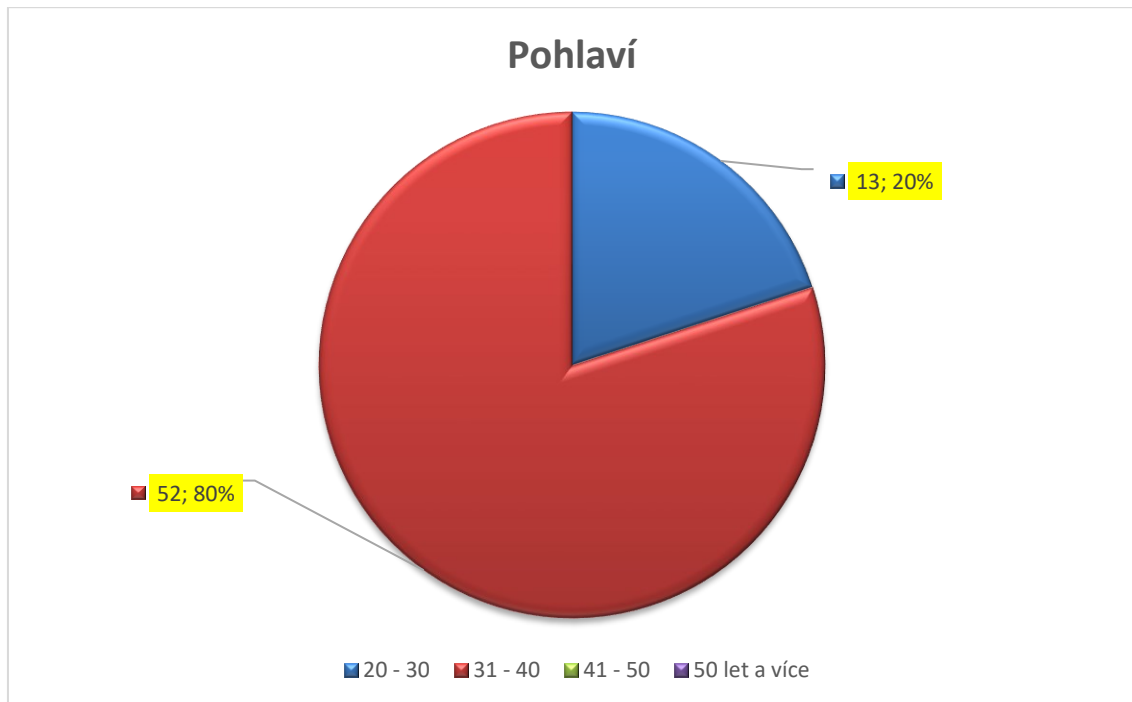
K výzkumnému šetření byli osloveni rodiče dětí po alogenní transplantaci kostní dřeně ve FN Motol na lůžkové části a rodiče dětí, kteří docházeli na ambulanci v rámci pravidelných kontrol. Pro vzorek respondentů byl stěžejním kritériem k výběru časový interval s maximální dobou 2 roky po provedené alogenní transplantaci kostní dřeně.

Ze 70 oslovených respondentů byla návratnost dotazníků 100 %. 5 dotazníků muselo být vyřazeno z důvodu nevyplněné části několika otázek.

Z celkového počtu 65 respondentů se průzkumu účastnilo 80 % žen v počtu 52 respondentek a 20 % mužů v počtu 13 respondentů.

3.5 Interpretace výsledků šetření

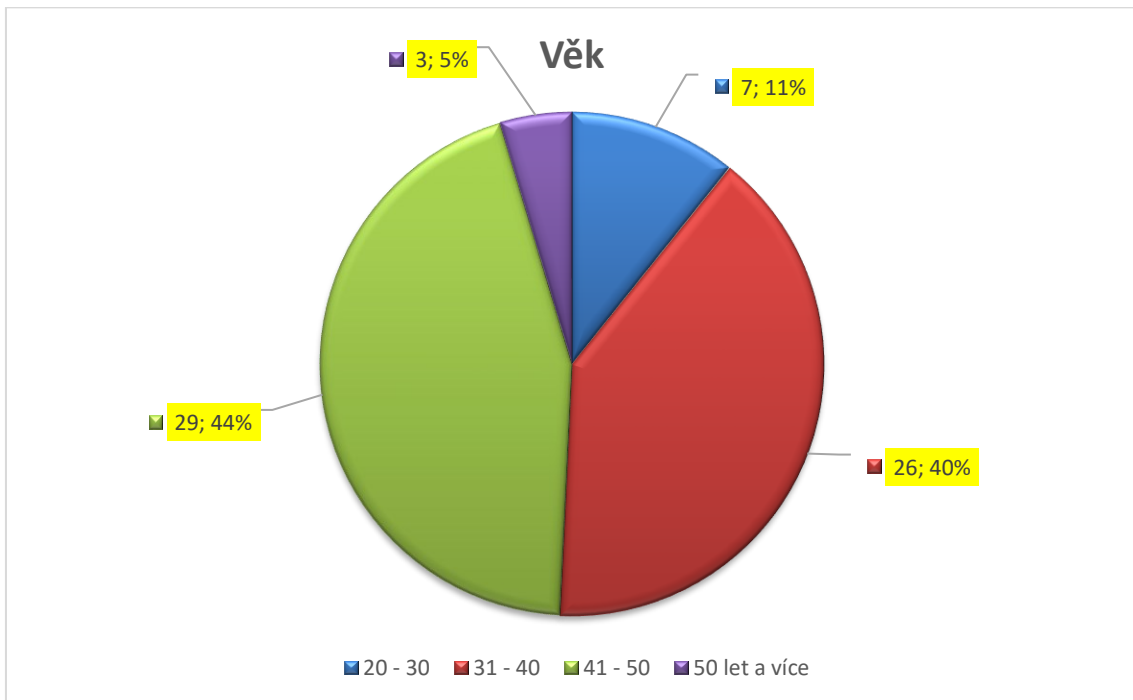
Obrázek č. 1 Pohlaví



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 1 „Jakého jste pohlaví?“ byla zaměřena na pohlaví doprovodu hospitalizovaného s dítětem. Z celkového počtu 65 dotazovaných respondentů, největší část tvořily ženy. Jednalo se o 80 % ze všech dotazovaných v počtu 52 respondentek. Zbýlých 20 % tvořili muži v počtu 13 respondentů. Z obrázku č.1 vyplývá, že v rámci hospitalizace s dítětem na transplantační jednotce FN Motol jsou více zastoupeny s hospitalizovaným dítětem v roli doprovodu spíše ženy než muži.

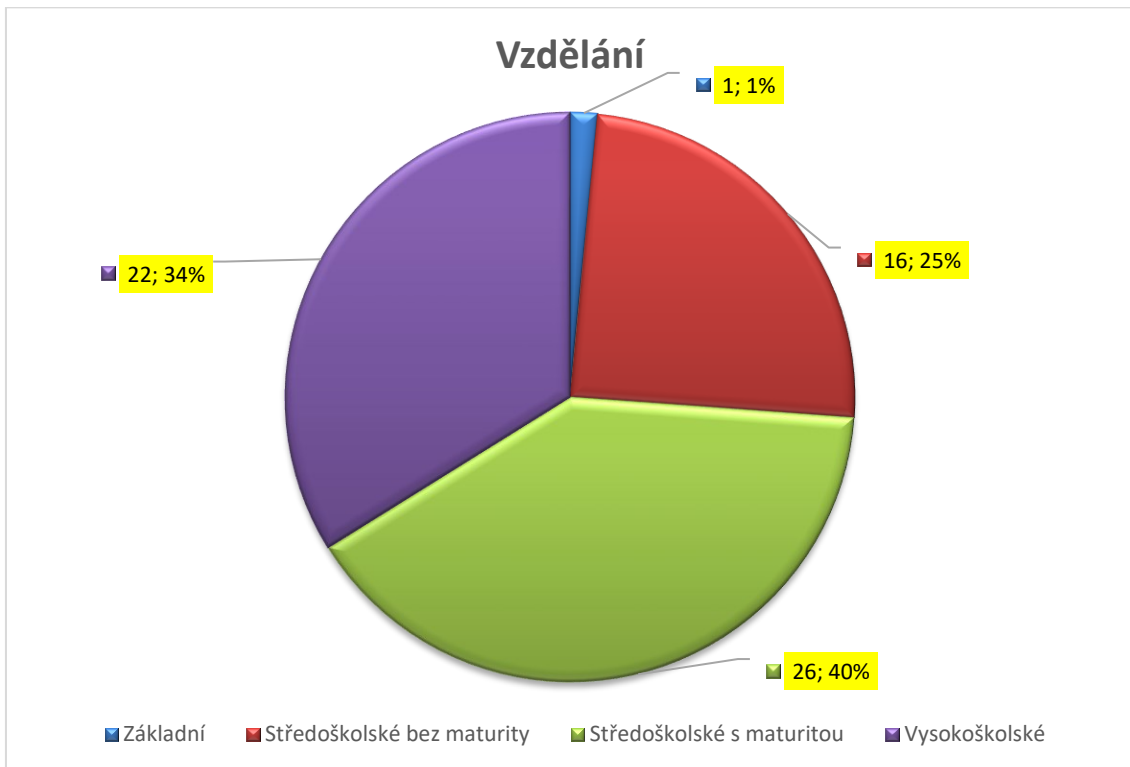
Obrázek č. 2 Věk



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 2 „Kolik je Vám let?“ se zabývala věkem respondentů. Respondenti byli rozdělení do 4 věkových kategorií. Z obrázku č.2 je jasně vidět, že nejvyšší zastoupení měli respondenti věkové kategorie v rozmezí 41-50 let, jednalo se o 44 % ze všech dotazovaných v počtu 29 respondentů. Druhou převážnou část dotazovaných respondentů, tvořila věková kategorie 31 – 40 let, jednalo se o 40 % všech dotazovaných, což odpovídalo počtu 26 respondentů. 11 % z celkového počtu všech dotazovaných bylo ve věkové kategorii 20 – 30 let, což odpovídalo počtu 7 respondentů. Nejmenší zastoupení měla věková kategorie 50 let a více. Z celkového počtu dotazovaných to byly pouze 5 % v počtu 3 respondentů.

Obrázek č. 3 Vzdělání



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 3 „Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ se zabývala vzděláním respondentů. Z celkového počtu 65 respondentů je dle obrázku č.3 zřejmé, že nejvíce respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, jedná se o 26 respondentů, což odpovídá 40 % ze všech dotazovaných. Další velkou část 34 % tvořilo 22 respondentů vysokoškolského vzdělání. 16 respondentů, což odpovídá 25 % všech dotazovaných, uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské bez maturity. Nejméně bylo respondentů se základním vzděláním. Pouze 1 respondent, což odpovídá 1 % ze všech dotazovaných, uvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání základní.

Obrázek č. 4 Informace o hospitalizaci



(Zdroj: Autor)

U otázky č. 4 „Byl/a jste informován/a o tom, kde budete ubytován/a po dobu hospitalizace Vašeho dítěte?“ jsme zjišťovali, jestli sestry informují doprovod o možnostech ubytování v průběhu hospitalizace dítěte na oddělení transplantační jednotky. Jak z obrázku č. 4 vyplývá, 63 respondentů což odpovídá 97 % z celkového počtu 65 dotazovaných, uvedlo, že byli informováni o ubytování v průběhu hospitalizace se svým dítětem. Pouze 3 % z dotazovaných v počtu 3 respondentů uvedlo, že nebyli informováni o tom, kde budou ubytováni po dobu hospitalizace dítěte na transplantační jednotce.

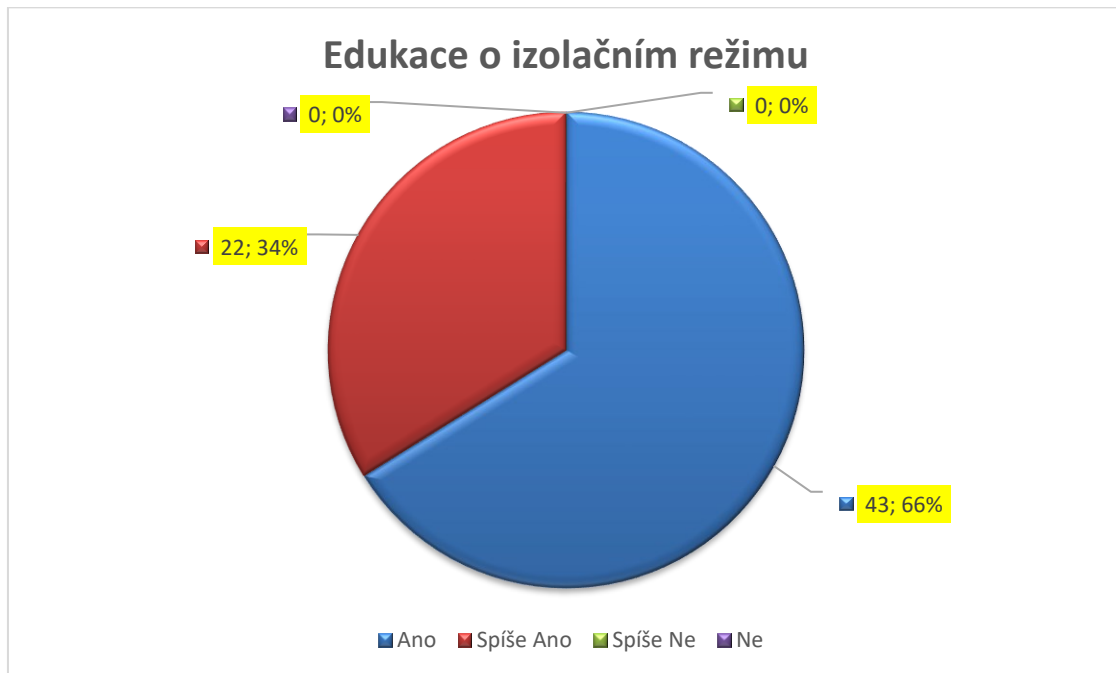
Obrázek č. 5 Noční režim dítěte



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 5 „Ptala se Vás sestra na informace ohledně nočního režimu Vašeho dítěte?“ měla za úkol zjistit, zdali se sestry na oddělení transplantační jednotky zjišťují od rodičů, jak spolupracovat v noci s dítětem bez jejich nepřítomnosti. Popřípadě, čím ho zklidnit v případě špatných snů, strachu apod. Z obrázku č. 5 je patrné, že většina sester tuto informaci od rodičů vyžaduje. Z celkového počtu 65 respondentů 74 % dotazovaných v počtu 48 odpovědělo kladně. 26 % dotazovaných v počtu 17 respondentů odpovědělo, že sestra tuto informaci vědět nechtěla.

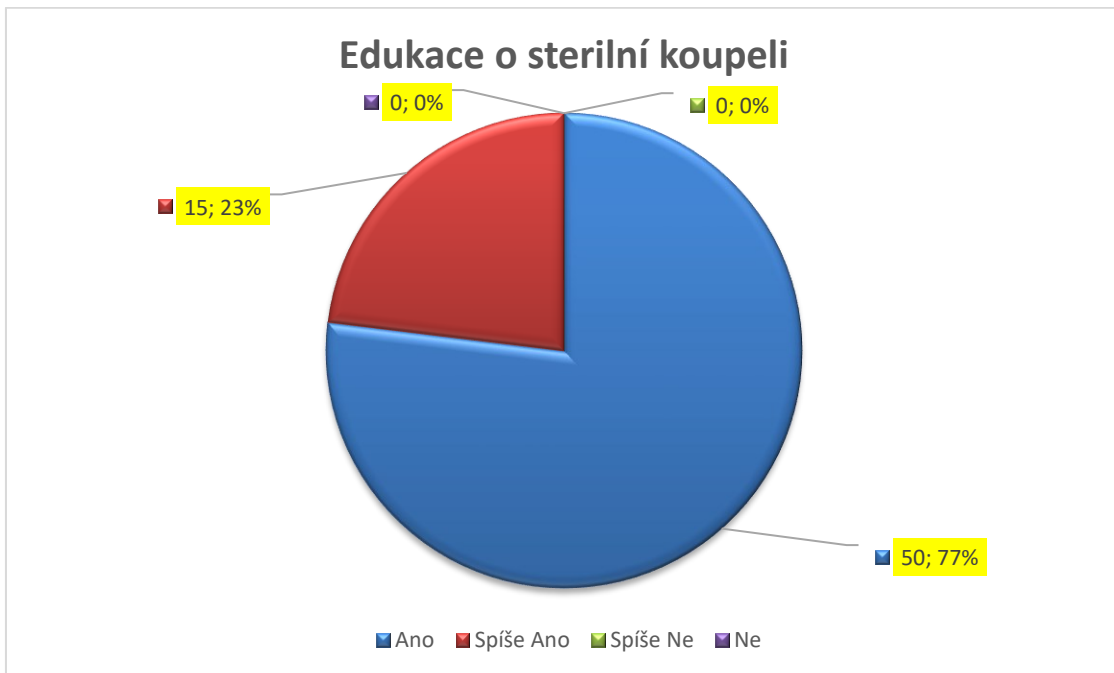
Obrázek č. 6 Edukace o izolačním režimu



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 6 „Byla Vám edukace o izolačním režimu Vašeho dítěte jasná a srozumitelná?“ byla zaměřena na edukaci izolačního a sterilního režimu při příjmu na transplantační jednotku. Jak vyplývá z obrázku č. 6 edukace ohledně režimu můžeme považovat za dostatečnou. Z celkového počtu 65 dotazovaných 100 % respondentů odpovědělo kladně. Z toho 66 % z dotazovaných v počtu 43 respondentů uvedlo odpověď „Ano“, zbylých 34 % v počtu 22 respondentů na otázku odpovědělo „Spíše Ano“. Respondenti, zde měli uvedenu podotázku, kde se mohli vyjádřit k tomu, co v rámci edukace postrádali. Tuto možnost 1 respondent ze všech dotazovaných. V podotázce uvedl „Záleží na sestře, která edukuje. Některé informace o úklidu a fungování na sterilním boxe byly velice nesrozumitelné.“

Obrázek č.7 Edukace o sterilní koupel



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 7 „Byly Vám podané informace v rámci edukace o sterilní koupeli Vašeho dítěte jasné a srozumitelné?“ byla zaměřena na edukaci sterilního koupele dítěte v rámci každodenní hygieny na transplantační jednotce. Jak vyplývá z obrázku č. 7, edukace ohledně režimu můžeme považovat za dostatečnou. Z celkového počtu 65 dotazovaných 100 % respondentů odpovědělo kladně. Z toho 77 % z dotazovaných v počtu 50 respondentů uvedlo odpověď „Ano“, zbylých 23 % v počtu 15 respondentů na otázku odpovědělo „Spíše Ano“. Respondenti, zde měli také uvedenu podotázku, kde se mohli vyjádřit k tomu, co v rámci edukace postrádali. Tuto možnost nevyužil žádný z dotazovaných respondentů.

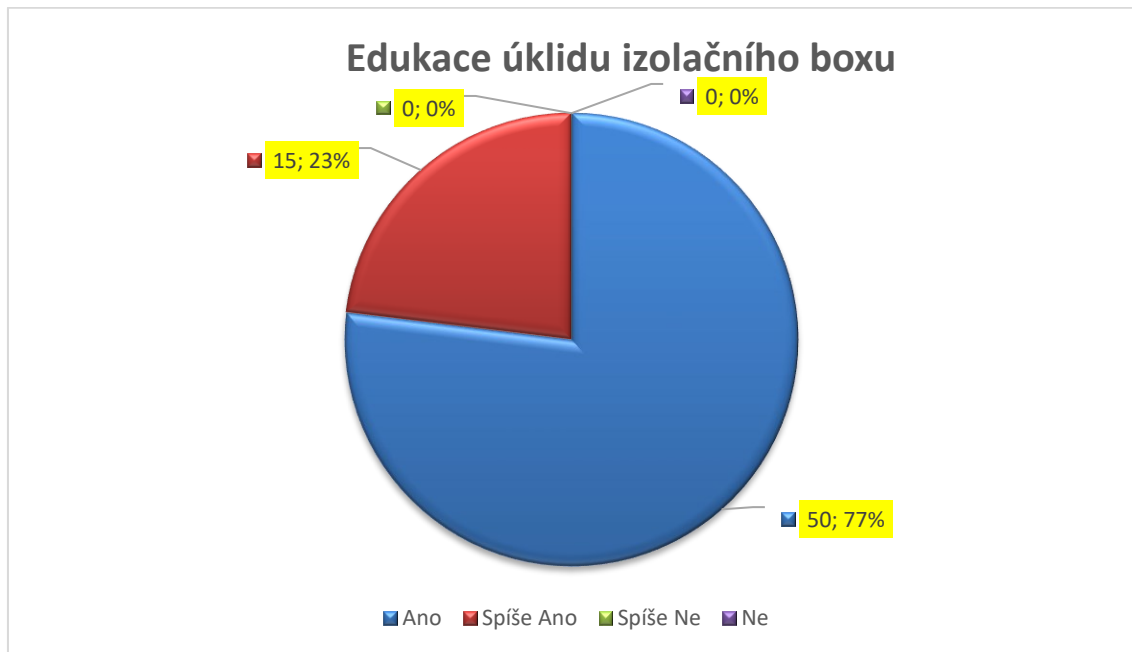
Obrázek č. 8 Edukace péče o kůži



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 8 „Byl/a jste edukován/a o péči o kůži po sterilní koupeli?“ byla zaměřena na péči o kůži dítěte po sterilní koupeli, v rámci každodenní hygieny na transplantační jednotce. Z celkového počtu 65 dotazovaných respondentů jich 88 % v počtu 57 respondentů odpovědělo „Ano“. 12 % dotazovaných v počtu 8 respondentů odpovědělo na otázku „Ne“.

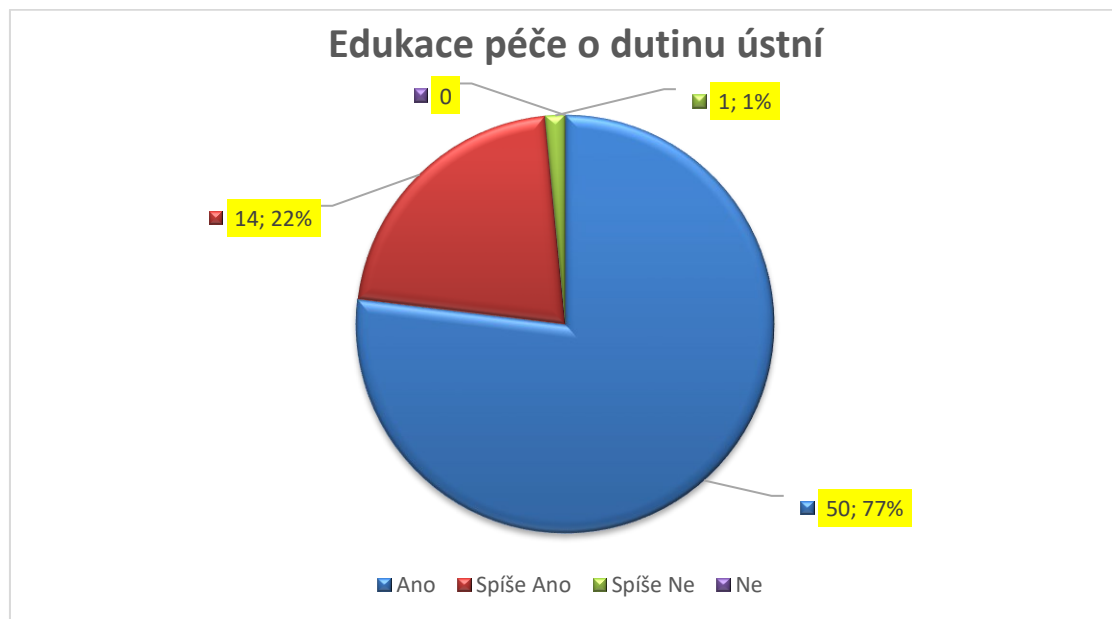
Obrázek č. 9 Edukace úklidu izolačního boxu



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 9 „Byly Vám podané informace v rámci edukace k úklidu izolačního boxu jasné a srozumitelné?“ byla zaměřena na edukaci úklidu izolačního boxu na transplantační jednotce. Jak vyplývá z obrázku č. 9, co se týká edukace ohledně úklidu izolačního boxu na transplantační jednotce, můžeme edukaci považovat za dostatečnou. Z celkového počtu 65 dotazovaných 100 % respondentů odpovědělo kladně. Z toho 77 % z dotazovaných v počtu 50 respondentů uvedlo odpověď „Ano“, zbylých 23 % v počtu 15 respondentů na otázku odpovědělo „Spíše Ano“. Respondenti, zde měli také uvedenu podotázku, kde se mohli vyjádřit k tomu, co v rámci edukace postrádali. Tuto možnost využil pouze 1 respondent ze všech dotazovaných. K podotázce respondent uvedl: „Dostala jsem ucelené informace. Velmi jsem přivítala, že první úklid jsme prováděly společně se sestřičkou.“

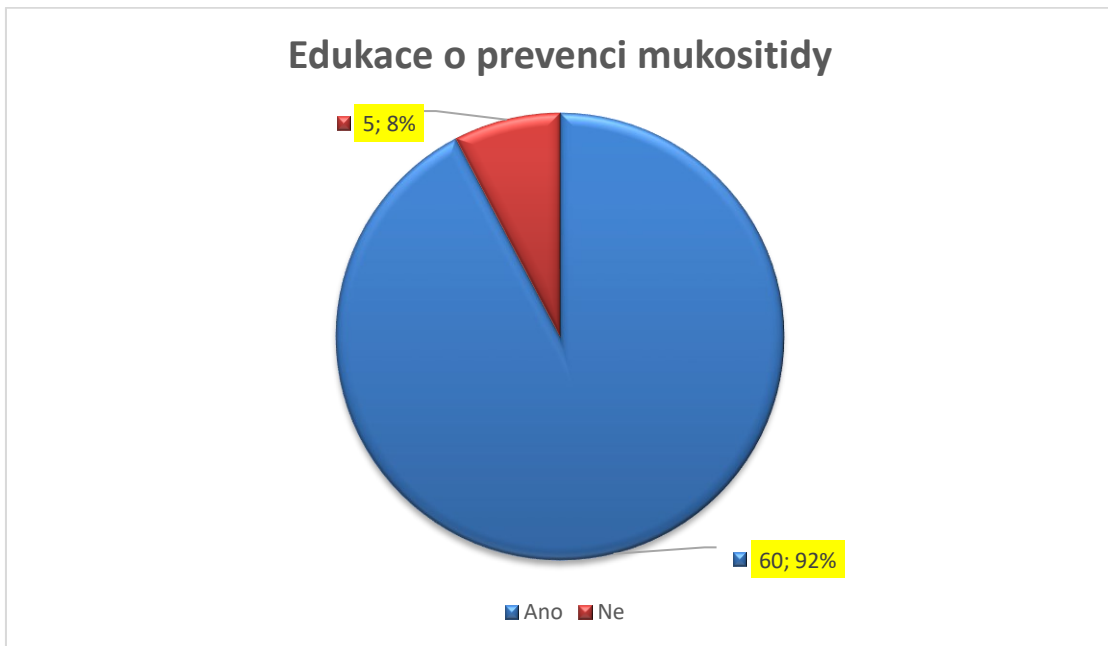
Obrázek č. 10 Edukace péče o dutinu ústní



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 10 Byly Vám podané informace v rámci edukace o provádění péče o dutinu ústní jasné a srozumitelné?“ byla zaměřena na edukaci specializované péče o dutinu ústní na transplantační jednotce. Z celkového počtu 65 dotazovaných 77 % v počtu 50 respondentů odpovědělo „Ano“, 22 % v počtu 14 respondentů odpovědělo „Spíše Ano“, 1 % v počtu 1 respondent uvedl odpověď „Spíše ne“. Respondenti, zde měli také uvedenu podotázku, kde se mohli vyjádřit k tomu, co v rámci edukace o provádění specializované péče o dutinu ústní na transplantační jednotce postrádali. Tuto možnost využili 2 respondenti z celkového počtu 65 dotazovaných. První respondent na podotázku odpověděl: „*Spíše byly jasné, informace byly převážně ústní a bylo jich hodně, takže se na hodně věcí zapomene. Některé informace sestrami byly vynechány úplně a byly předány až ostatními maminkami v průběhu hospitalizace.*“ Druhý respondent uvedl: „*Informace ohledně jiných ústních vod než fyziologický roztok jsme dostali až při ústupu mukositivity od ostatních maminek.*“

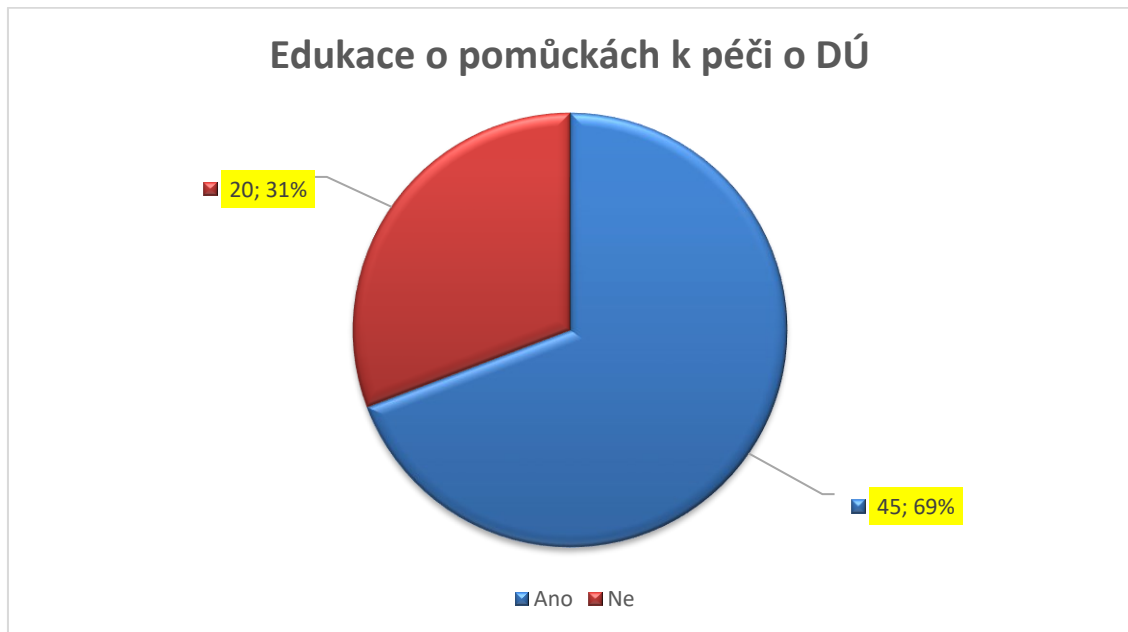
Obrázek č. 11 Edukace o prevenci mukositivity



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 11 „Byl/a jste seznámena s tím, že zvýšenou péčí o dutinu ústní minimalizujete rozvoj mukositivity?“ byla zaměřena na edukaci ohledně minimalizace mukositivity, jako následek chemoterapie podávané před transplantací kostní dřeně. Z celkového počtu 65 dotazovaných 92 % v počtu 60 respondentů odpovědělo „Ano“, 8 % v počtu 5 respondentů odpovědělo „Ne“.

Obrázek č. 12 Edukace o pomůckách k péči o DÚ



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 12 „Byly Vám nabídnuty od sester vzorky ústních vod nebo jiných pomůcek na ošetřování dutiny ústní?“ byla zaměřena na to, jestli sestry aktivně nabízejí rodičům a pacientům vzorky i jiných, než předepsaných pomůcek k ošetřování dutiny ústní na transplantační jednotce, které mají k dispozici. Z celkového počtu 65 dotazovaných jich 69 % v počtu 45 respondentů odpovědělo „Ano“, zbylých 31 % v počtu 20 respondentů na otázku odpovědělo „Ne“. Z grafu nám tedy jasně vyplývá, že ne všechny sestry aktivně nabízejí i jiné než předepsané pomůcky, které mají k dispozici.

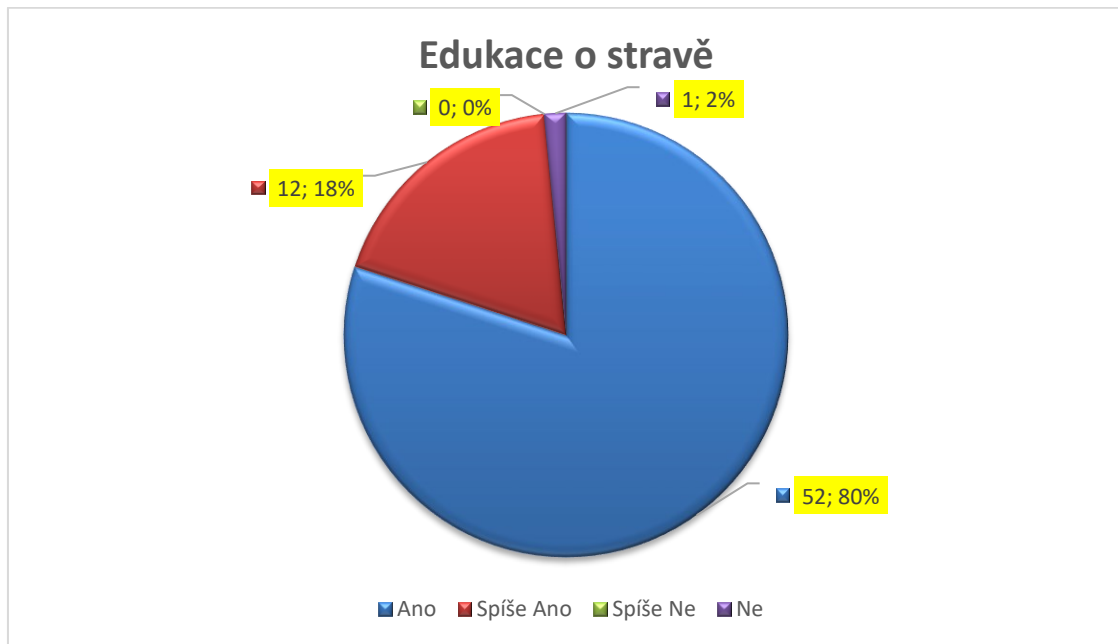
Obrázek č. 13 Zájem o vzorky



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 13 „Uvítal/a byste možnost vyzkoušet i jiné vzorky ústních vod, než ty, co jsou v předpisu péče o dutinu ústní na oddělení?“ byla zaměřena na to, jestli by rodiče měli zájem o nové pomůcky k ošetřování dutiny ústní na transplantační jednotce. Z celkového počtu 65 dotazovaných 62 % v počtu 40 respondentů uvedlo odpověď „Ano“, 38 % v počtu 25 respondentů na otázku odpovědělo „Ne“. Z toho vyplývá, že většina dotazovaných by o nové vzorky k péči o dutinu ústní měli zájem v případě, že by jim byly nabídnuty.

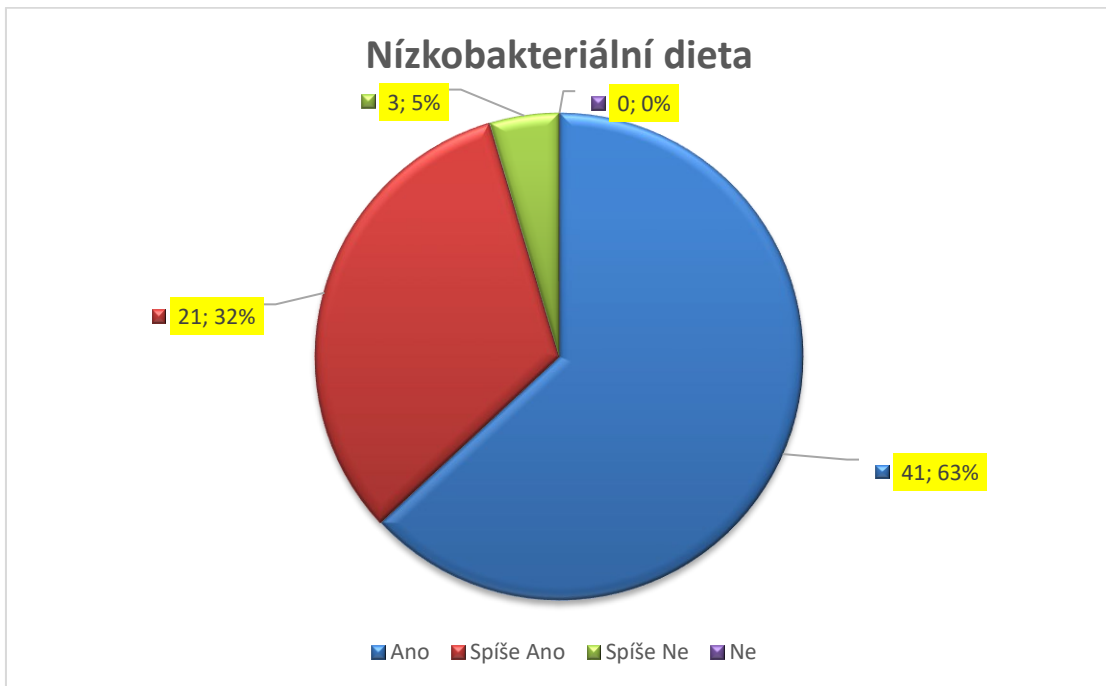
Obrázek č. 14 Edukace o stravě



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 14 „Byl/a jste edukován/a ohledně stravování Vašeho dítěte po dobu hospitalizace?“ byla zaměřena na edukaci ohledně stravování dítěte po dobu hospitalizace na transplantační jednotce. Z celkového počtu 65 dotazovaných 80 % v počtu 52 respondentů odpovědělo „Ano“, dalších 18% v počtu 12 respondentů odpovědělo také kladně „Spíše Ano“, 2 % ze všech dotazovaných v počtu 1 respondenta odpověděl na otázku „Ne“. U této otázky měli respondenti možnost v rámci podotázky doplnit, co jim u edukace ohledně stravování chybělo. Tuto možnost využil 1 respondent z celkového počtu 65 dotazovaných. Jeho odpověď byla: „*Nikdo se mnou nekontroloval, jestli mnou kupované potraviny jsou pro dítě vhodné. Museli jsme sami ověřovat vždy u sestřiček.*“

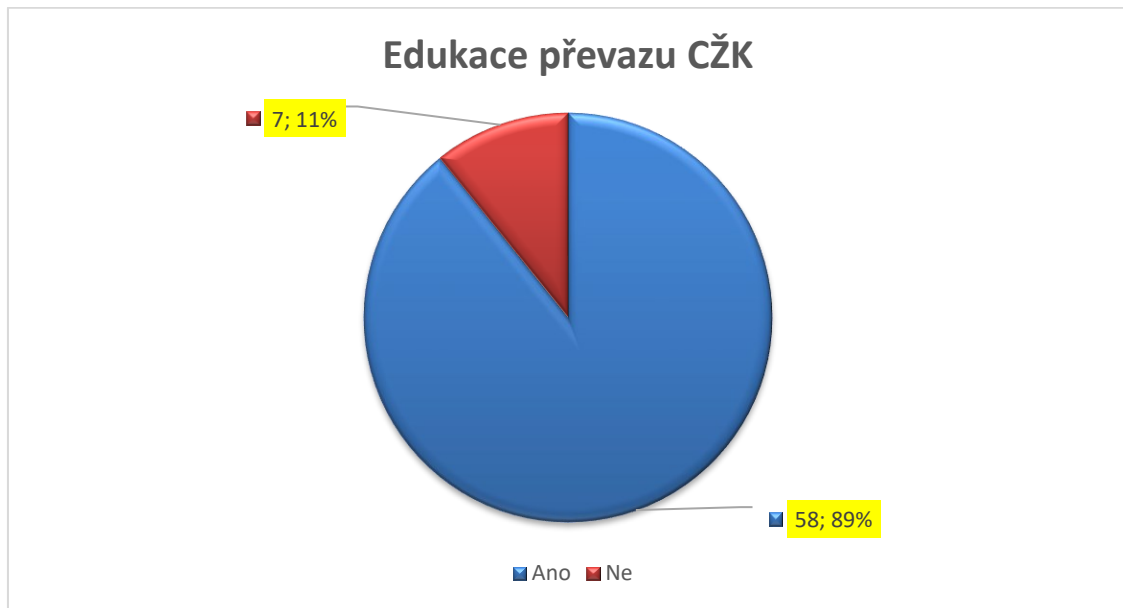
Obrázek č. 15 Nízkobakteriální dieta



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 15 „Byly Vám jasné a srozumitelné informace v rámci edukace ohledně nízkobakteriální a bezmléčné diety?“ byla zaměřena na edukaci ohledně dietního stravování na transplantační jednotce. Z celkového počtu 65 dotazovaných 63 % v počtu 41 respondentů odpovědělo „Ano“, dalších 32 % v počtu 21 respondentů odpovědělo na otázku „Spíše ano“. 5 % ze všech dotazovaných v počtu 3 respondentů na otázku odpovědělo „Spíše ne“. Odpověď „Ne“ neoznačil žádný z dotazovaných respondentů. Otázka také obsahovala podotázku, ve které se dotazovaní respondenti mohli vyjádřit k tomu, co jim v oblasti dietního režimu scházelo. Tuto možnost využili 2 respondenti z celkového počtu 65. Oba respondenti zde uvedli, že jim chyběly informace o tom, co můžou svému dítěti koupit a přinést k jídlu navíc mimo předepsanou dietu z nemocniční jídelny.

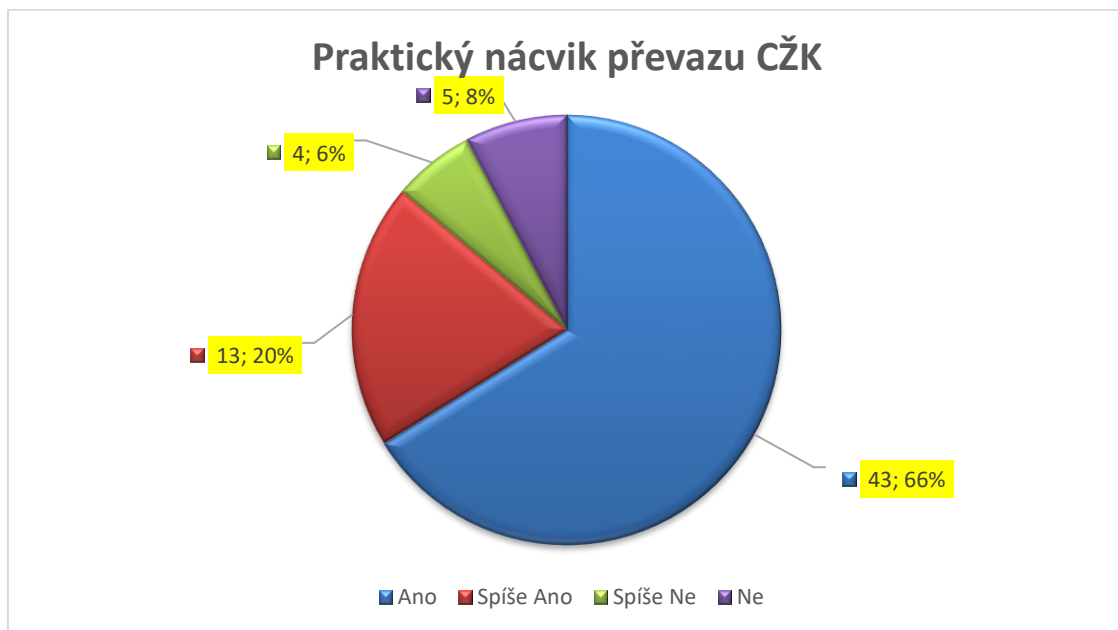
Obrázek č. 16 Edukace převazu CŽK



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 16 „Byl/a jste během pobytu na transplantační jednotce edukován/a o převazu centrálního žilního katetru?“ byla zaměřena na edukaci ohledně převazu centrálního žilního katetru. Z celkového počtu 65 dotazovaných 89 % v počtu 58 respondentů uvedlo odpověď „Ano“, zbylých 11 % v počtu 7 dotazovaných respondentů jako odpověď označilo „Ne“. Z počtu lidí, kteří edukováni o převazu nebyli, 1 respondent uvedl, že byl již edukován v jiné nemocnici, tudíž edukaci nepotřebuje. Další 2 respondenti, kteří označili odpověď „Ne“ zde navíc uvedli, že měli strach a edukaci o převaz tudíž sami odmítli, 4 ostatní respondenti, kteří označili odpověď „Ne“ edukaci neprošli z důvodu, že jejich dítě mělo pouze krátkodobý žilní katetr a tudíž edukaci nepotřebovali, po propuštění do domácího ošetřování jim zbyl pouze zavedený implantofix.

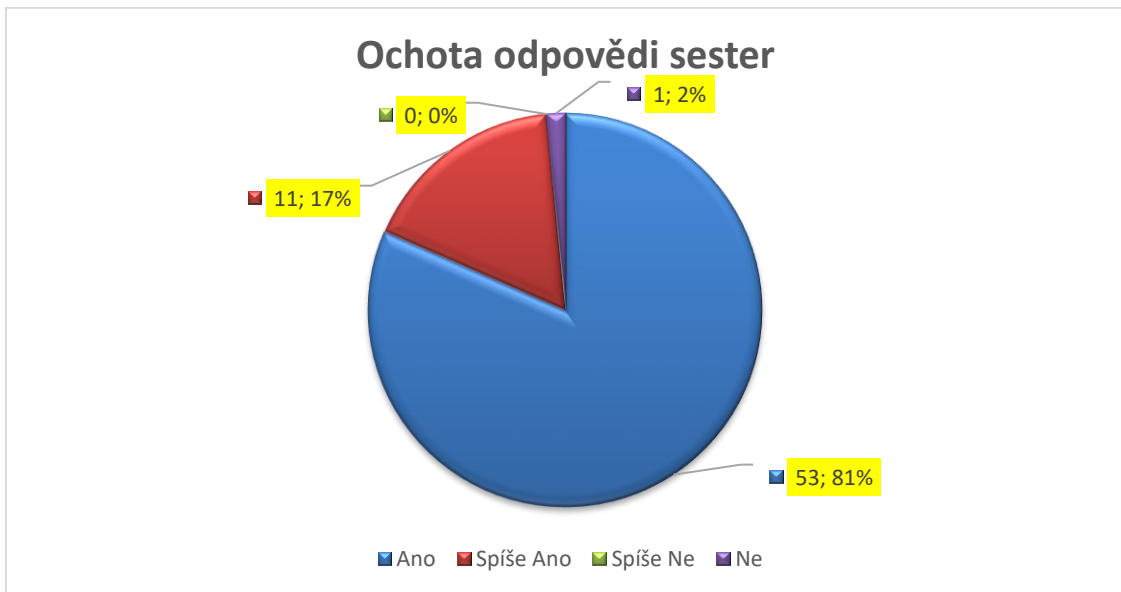
Obrázek č. 17 Praktický nácvik převazu CŽK



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 17 „Byl pro Vás praktický nácvik převazu centrálního žilního katetru dostatečný pro to, abyste byl/a schopna o něj pečovat v domácí péči?“ byla zaměřena na kvalitu praktického nácviku převazu centrálního žilního katetru. Z celkového počtu 65 dotazovaných jich převážná část odpovídala kladně. 66 % v počtu 43 respondentů uvedlo jako odpověď „Ano“, 20 % dotazovaných v počtu 13 respondentů na otázku odpovědělo „Spíše Ano“. Odpověď „Spíše Ne“ uvedlo 6 % dotazovaných v počtu 4 respondentů a odpověď „Ne“ uvedlo 8 % v počtu 5 dotazovaných respondentů. U odpovědi „Spíše ne“ a „Ne“ z 9 dotazovaných respondentů, kteří odpověděli negativně bylo 7 respondentů, kteří edukovat buďto sami nechtěli nebo edukací neprošli z důvodu toho, že odcházeli do domácího ošetření bez centrálního žilního katetru. Pouze 2 respondenti, kteří odpověděli „Spíše Ne“ uvedli, že měli nedostatek času na praktický nácvik před propuštěním do domácího ošetřování a v převazu poté v domácí péči byli sami dost nejistí.

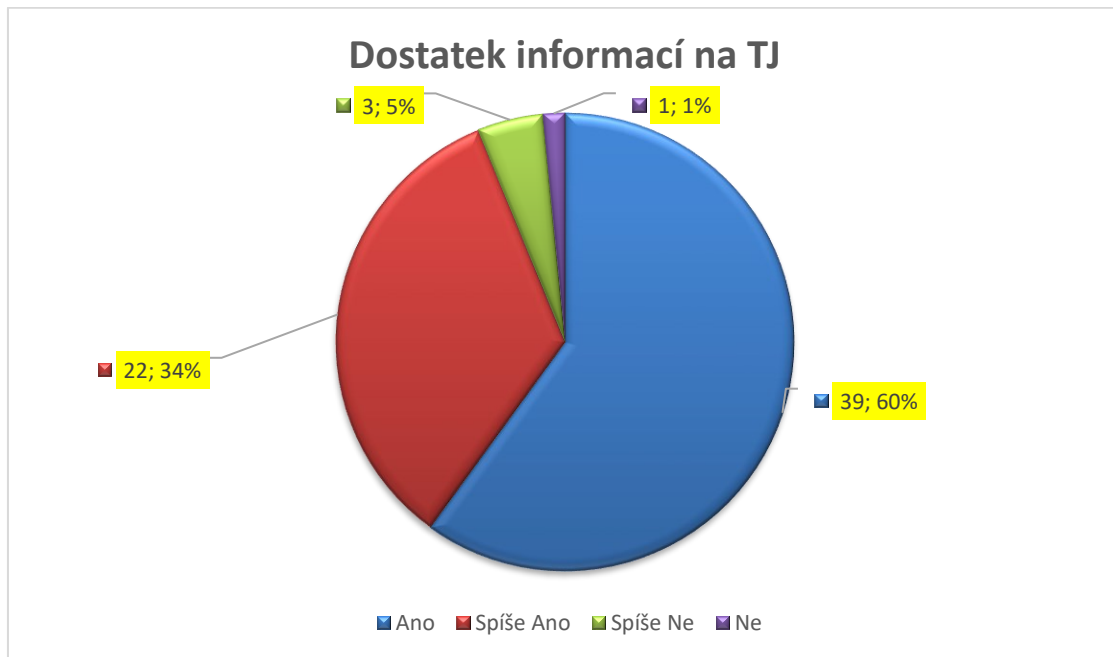
Obrázek č. 18 Ochota odpovědi sester



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 18 „Byly sestry ochotné odpovídat na Vaše dotazy během hospitalizace?“ byla zaměřena na ochotu personálu odpovídat rodičům na dotazy během edukací v rámci hospitalizace na transplantační jednotce. Z grafu vyplývá, že dotazovaným respondentům bylo vždy ochotně odpovězeno. 81 % ze všech dotazovaných v počtu 53 respondentů na otázku odpovědělo „Ano“, 17 % ze všech dotazovaných v počtu 11 respondentů na otázku zvolilo odpověď „Spíše Ano“, pouze 2 % ze všech dotazovaných v počtu 1 respondenta zvolila jako odpověď „Ne“. Možnost „Spíše ne“ nezvolil žádný z dotazovaných respondentů.

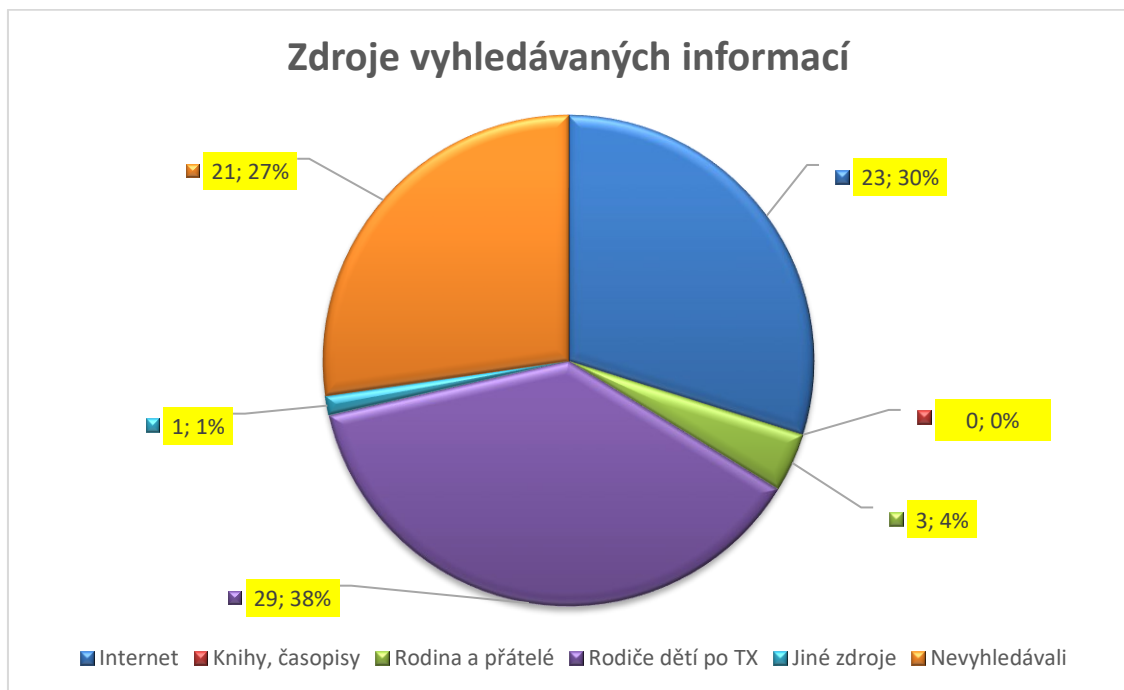
Obrázek č. 19 Dostatek informací na TJ



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 18 „Byla pro Vás edukace na transplantační jednotce dostačující nebo jste musel/a vyhledávat informace z jiných zdrojů?“ byla zaměřena na kvalitu a dostatek podávaných informací v rámci probíhajících edukací na transplantační jednotce. 60 % ze všech dotazovaných v počtu 39 respondentů na otázku zvolilo odpověď „Ano“, 34 % ze všech dotazovaných v počtu 22 respondentů odpovědělo „Spíše Ano“, 5 % všech dotazovaných v počtu 3 respondentů zvolilo odpověď „Spíše ne“ a 1 % ze všech dotazovaných v počtu 1 respondenta označilo odpověď „Ne“.

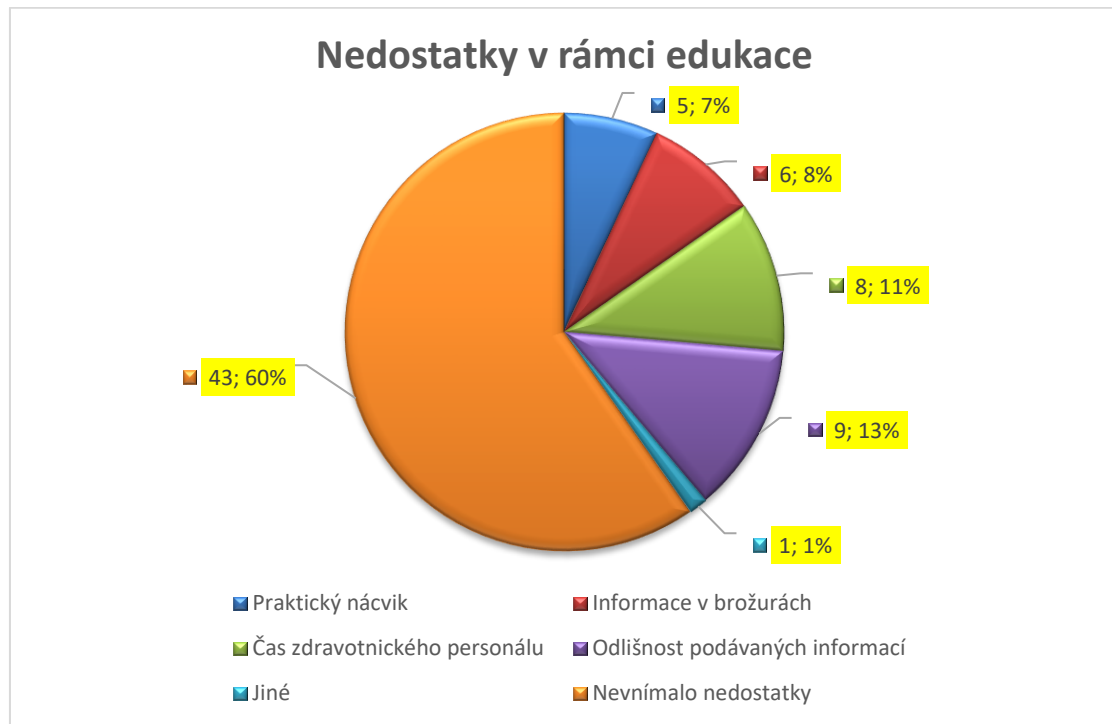
Obrázek č. 20 Zdroje vyhledávaných informací



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 20 „Pokud jste vyhledával/a informace, prosím uveďte odkud – lze i více možností“ byla zaměřena na oblasti, odkud respondenti v průběhu hospitalizace hledají další informace k edukacím na transplantační jednotce. Celkem zde bylo 77 odpovědí, z nichž 38 % jako největší část v počtu 29 odpovědí byla označena odpověď „Rodiče dětí, jenž už transplantaci prošli“, 30 % v počtu 23 byla označena odpověď „ Internet“, 27 % v počtu 21 odpovědí uvedli, že informace nevyhledávali nikde. 4 % v počtu 3 odpovědí na otázku uvedli odpověď „Rodina a přátelé“ a 1 % v počtu 1 odpovědi na otázku byla uvedené jako možnost „Jiné“, kde respondenti mohli dopsat, odkud si další informace vyhledávali. Tato možnost byla zvolena pouze v jednom případě, kdy dotazovaný respondent uvedl, že nejvíce vyhledával zdroje z letáků a brožur na transplantační jednotce a v průběhu hospitalizace od ostatních rodičů. Odpověď „Knihy a časopisy“ nebyla zvolena.

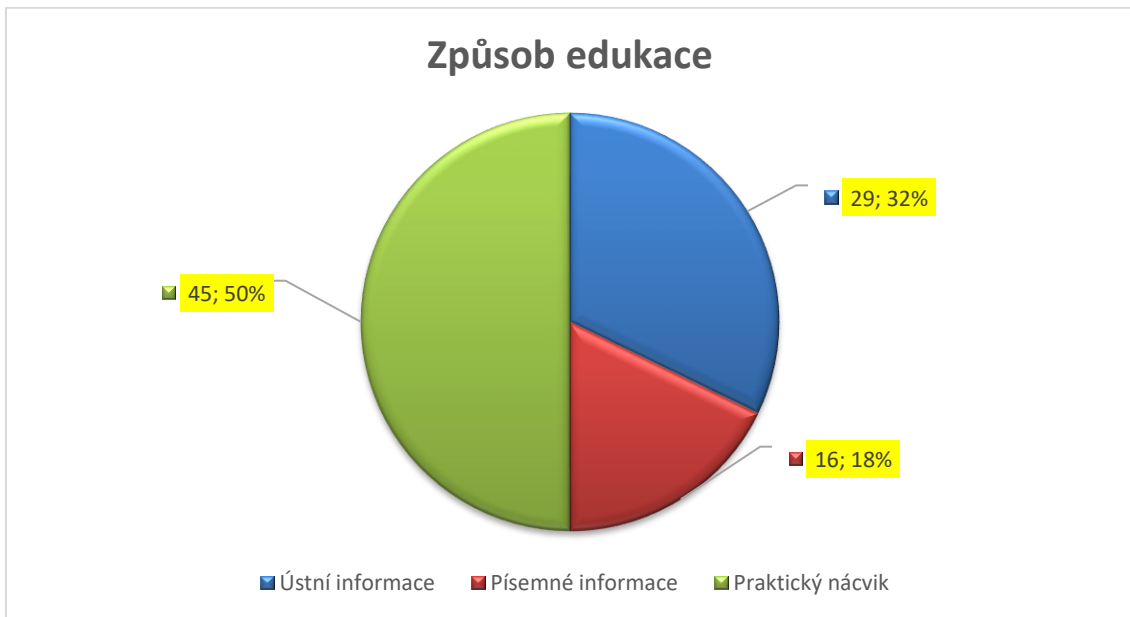
Obrázek č. 21 Nedostatky v rámci edukace



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 21 „Vnímá/a jste nějaké nedostatky při edukaci na transplantační jednotce? Pokud ano, prosím označte možnosti z uvedených – lze i více možností“ byla zaměřena na to, jaké nedostatky vnímají respondenti v rámci edukací na transplantační jednotce. Z celkového počtu 72 odpovědí 60 % v počtu 43 byla jako odpověď uvedena, že žádné nedostatky v průběhu edukací nevnímali. 13 % z celkových odpovědí byla v počtu 9 odpovědí označena možnost „Odlišnost podávaných informací“, 11 % v počtu 8 odpovědí byla uvedena možnost „Nedostatek času zdravotnického personálu“. 8 % v počtu 6 odpovědí byla uvedena možnost „Nedostatek informací v tištěných brožurách“, 7 % v počtu 5 odpovědí byla označena možnost „Nedostatečný praktický nácvik“. 1 % v počtu 1 odpovědi byla označena možnost „Jiné“, kde respondenti měli dopsat, jaké další nedostatky vnímali. Na otázku bylo uvedeno „*Velká únava a mnoho informací najednou, málo času v rámci plnění všech povinností*“

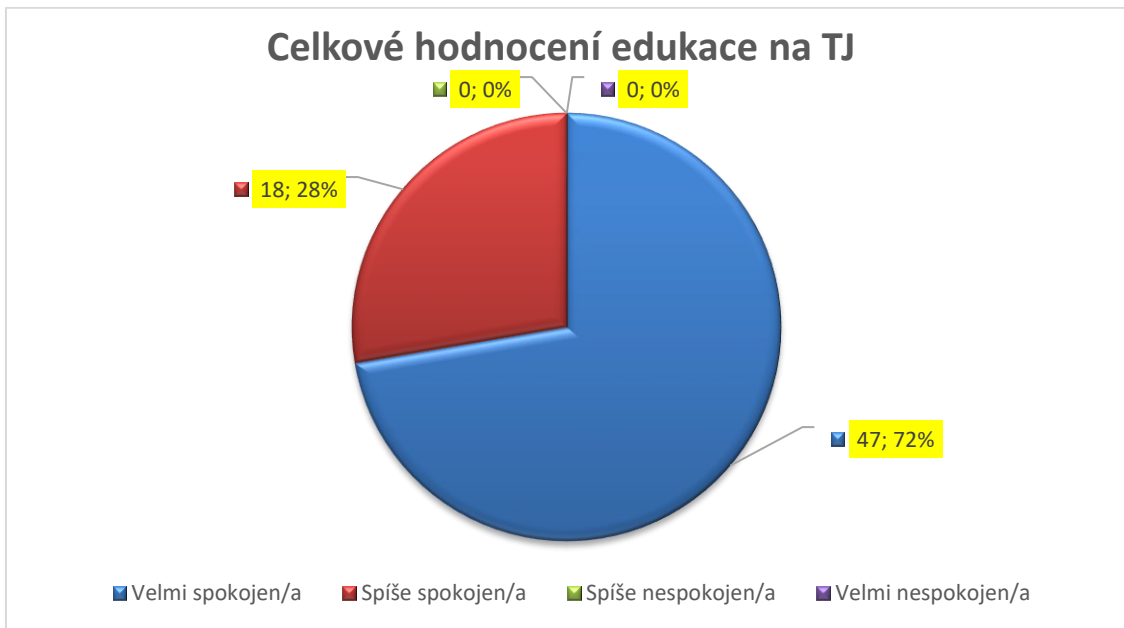
Obrázek č. 22 Způsob edukace



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 22 „Jaký způsob edukace byl pro Vás nejpřínosnější?“ byla zaměřena na způsob, který respondentům v rámci edukaci nejvíce vyhovoval. Jak je již z grafu patrné, nejvíce přínosný je pro edukované praktický nácvik. Z celkového počtu 90 odpovědí byla v 50 % v počtu 45 odpovědí označena možnost „Praktický nácvik“, 32 % v počtu 29 odpovědí byla označena možnost „Ústní informace“ a 18 % v počtu 16 odpovědí byla označena možnost „Písemné informace“.

Obrázek č. 23 Celkové hodnocení edukace na TJ



(Zdroj: Autor)

Otázka č. 23 „Jak celkově hodnotíte edukaci na transplantační jednotce?“ byla zaměřena na celkovou spokojenost dotazovaných respondentů současné edukace probíhající na transplantační jednotce. Z grafu je na první pohled patrné, že všichni dotazovaní i přes některé nedostatky, byli s edukací spokojeni. Z 65 dotazovaných respondentů 72 % v počtu 47 respondentů na otázku odpovědělo „Velmi spokojen/a“ a 28 % v počtu 18 dotazovaných respondentů odpovědělo na otázku „Spíše spokojen/a“. Odpovědi „Spíše nespokojen/a“ a „Velmi nespokojen/a“ neoznačil žádný z dotazovaných respondentů.

3.6 Statistická interpretace hypotéz

V této části bakalářské práce je zařazeno statistické vyhodnocení jednotlivých hypotéz. Pro testování hypotéz je použit statistický test významnosti - Fisherův exaktní test, pomocí něhož jsme následně ověřili, zda mezi proměnnými lze najít souvislost. Hladina významnosti, dle které budeme hypotézy přijímat či vyvracet je stanovena hodnotou 0,05.

H1: Předpokládáme, že rodiče s vyšším stupněm dosaženého vzdělání budou vyhledávat informace častěji než rodiče s nižším stupněm dosaženého vzdělání

H_{01} - Neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm vzdělání respondentů a četností vyhledávání informací

H_{A1} – Existuje statisticky významná souvislost mezi stupněm vzdělání respondentů a četností vyhledávání informací

K této hypotéze se vztahovala otázka z dotazníku č. 3 a 19

Tabulka A Kontingenční tabulka četností k hypotéze č.1

Vzdělání	Vyhledávali	Nevyhledávali	Celkem
Základní a středoškolské bez maturity	13	4	17
Středoškolské s maturitou a vysokoškolské	29	19	48
Σ	42	23	65

Tabulka A1 Pomocné tabulky pro Fisherův test

A				B				C			
	14	3	17		15	2	17		16	1	17
	28	20	48		27	21	48		26	22	48
Σ	42	23	65	Σ	42	23	65	Σ	42	23	65

D

	17	0	17
	25	23	48
Σ	42	23	65

Pro vytvoření tabulky kontingenční i pomocné budeme počítat pravděpodobnost p_i , se kterou může tato konfigurace výsledků nastat za předpokladu platnosti hypotézy.

$$p_i = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Výslednou pravděpodobnost p určíme jako součet všech hodnot p_i , kde platí

$$p = \sum p_i$$

Praktický výpočet výše uvedeného vzorce p_i byl proveden v programu Excel, za použití funkce FAKTORIAL(). Výsledky z dílčích výpočtů jsou uvedeny níže, výsledná hodnota je uvedena tučně.

$$p = p_i + p_{iA} + p_{iB} + p_{iC} + p_{iD}$$

$$p = 0,1210 + 0,0501 + 0,0134 + 0,0021 + 0,0001 = \mathbf{0,1866}$$

Z uvedeného výpočtu vyplývá, že hodnota 0,1866 je vyšší než hladina významnosti 0,05, proto zamítáme alternativní hypotézu H_{A1} a přijímáme hypotézu H_{01} . Platí tedy, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi stupněm vzdělání respondentů a četností vyhledávání informací.**

H2: Předpokládáme, že rodiče do 40 let budou vyhledávat informace ve větším rozsahu než rodiče 41 let a více

H_{02} - Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a četností vyhledávání informací

H_{A2} – Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a četností vyhledávání informací

K této hypotéze se vztahovala otázka z dotazníku č. 2 a 19

Tabulka B Kontingenční tabulka četností k hypotéze č.2

Věk	Vyhledávali	Nevyhledávali	Celkem
Respondenti do 40 let	20	13	33
Respondenti 41 let a více	24	8	32
Σ	44	21	65

Tabulka B1 Pomocné tabulky pro Fisherův test

A	B	C																																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>19</td><td>14</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>25</td><td>7</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		19	14	33		25	7	32	Σ	44	21	65	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>18</td><td>15</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>26</td><td>6</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		18	15	33		26	6	32	Σ	44	21	65	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>17</td><td>16</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>27</td><td>5</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		17	16	33		27	5	32	Σ	44	21	65
	19	14	33																																			
	25	7	32																																			
Σ	44	21	65																																			
	18	15	33																																			
	26	6	32																																			
Σ	44	21	65																																			
	17	16	33																																			
	27	5	32																																			
Σ	44	21	65																																			
D	E	F																																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>16</td><td>17</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>28</td><td>4</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		16	17	33		28	4	32	Σ	44	21	65	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>15</td><td>18</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>29</td><td>3</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		15	18	33		29	3	32	Σ	44	21	65	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>14</td><td>19</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>30</td><td>2</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		14	19	33		30	2	32	Σ	44	21	65
	16	17	33																																			
	28	4	32																																			
Σ	44	21	65																																			
	15	18	33																																			
	29	3	32																																			
Σ	44	21	65																																			
	14	19	33																																			
	30	2	32																																			
Σ	44	21	65																																			
G	H																																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>13</td><td>20</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>31</td><td>1</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		13	20	33		31	1	32	Σ	44	21	65	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td></td><td>12</td><td>21</td><td>33</td></tr> <tr><td></td><td>32</td><td>0</td><td>32</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>44</td><td>21</td><td>65</td></tr> </table>		12	21	33		32	0	32	Σ	44	21	65													
	13	20	33																																			
	31	1	32																																			
Σ	44	21	65																																			
	12	21	33																																			
	32	0	32																																			
Σ	44	21	65																																			

Pro vytvořené tabulky kontingenční i pomocné budeme počítat pravděpodobnost p_i , se kterou může tato konfigurace výsledků nastat za předpokladu platnosti hypotézy.

$$p_i = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Výslednou pravděpodobnost p určíme jako součet všech hodnot p_i , kde platí

$$p = \sum p_i$$

Praktický výpočet výše uvedeného vzorce p_i byl proveden v programu Excel, za použití funkce FAKTORIAL(). Výsledky z dílčích výpočtů jsou uvedeny níže, výsledná hodnota je uvedena tučně.

$$p = p_i + p_{iA} + p_{iB} + p_{iC} + p_{iD} + p_{iE} + p_{iF} + p_{iG} + p_{iH}$$

$$p = 0,0993 + 0,0454 + 0,0155 + 0,0039 + 0,0007 + 0,0001 + 0,0000 + 0,0000 + 0,0000 = \mathbf{0,1648}$$

Z uvedeného výpočtu vyplývá, že hodnota 0,1648 je vyšší než hladina významnosti 0,05, proto zamítáme alternativní hypotézu H_{A2} a přijímáme hypotézu H_{02} . Platí tedy, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a četností vyhledávání informací.**

H3: Předpokládáme, že rodiče ve věkové kategorii nad 41 let budou upřednostňovat praktický nácvik před ústními a písemnými informacemi častěji než rodiče věkové kategorie do 40 let

H_{03} - Neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi

H_{A3} – Existuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi

K této hypotéze se vztahovala otázka z dotazníku č. 2 a č. 22

Tabulka C Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 3

Věk	Ústní a písemné	Praktický nácvik	Celkem
Respondenti do 40 let	10	10	20
Respondenti 41 let a více	36	34	70
Σ	46	44	90

Tabulka C1 Pomocné tabulky pro Fisherův test

A	B	C																																				
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>9</td><td>11</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>37</td><td>33</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		9	11	20		37	33	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>8</td><td>12</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>38</td><td>32</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		8	12	20		38	32	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>7</td><td>13</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>39</td><td>31</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		7	13	20		39	31	70	Σ	46	44	90
	9	11	20																																			
	37	33	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	8	12	20																																			
	38	32	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	7	13	20																																			
	39	31	70																																			
Σ	46	44	90																																			
D	E	F																																				
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>6</td><td>14</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>40</td><td>30</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		6	14	20		40	30	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>5</td><td>15</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>41</td><td>29</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		5	15	20		41	29	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>4</td><td>16</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>42</td><td>28</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		4	16	20		42	28	70	Σ	46	44	90
	6	14	20																																			
	40	30	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	5	15	20																																			
	41	29	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	4	16	20																																			
	42	28	70																																			
Σ	46	44	90																																			
G	H	I																																				
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>3</td><td>17</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>43</td><td>27</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		3	17	20		43	27	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>2</td><td>18</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>44</td><td>26</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		2	18	20		44	26	70	Σ	46	44	90	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>1</td><td>19</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>45</td><td>25</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		1	19	20		45	25	70	Σ	46	44	90
	3	17	20																																			
	43	27	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	2	18	20																																			
	44	26	70																																			
Σ	46	44	90																																			
	1	19	20																																			
	45	25	70																																			
Σ	46	44	90																																			
J																																						
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"><tr><td></td><td>0</td><td>20</td><td>20</td></tr><tr><td></td><td>46</td><td>24</td><td>70</td></tr><tr><td>Σ</td><td>46</td><td>44</td><td>90</td></tr></table>		0	20	20		46	24	70	Σ	46	44	90																										
	0	20	20																																			
	46	24	70																																			
Σ	46	44	90																																			

Pro vytvoření tabulky kontingenční i pomocné budeme počítat pravděpodobnost p_i , se kterou může tato konfigurace výsledků nastat za předpokladu platnosti hypotézy.

$$p_i = \frac{(a + b)!(c + d)!(a + c)!(b + d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Výslednou pravděpodobnost p určíme jako součet všech hodnot p_i , kde platí

$$p = \sum p_i$$

Praktický výpočet výše uvedeného vzorce p_i byl proveden v programu Excel, za použití funkce FAKTORIAL(). Výsledky z dílčích výpočtů jsou uvedeny níže, výsledná hodnota je uvedena tučně.

$$p = p_i + p_{iA} + p_{iB} + p_{iC} + p_{iD} + p_{iE} + p_{iF} + p_{iG} + p_{iH} + p_{iI} + p_{iJ}$$

$$p = 0,1657 + 0,0545 + 0,0211 + 0,0062 + 0,0013 + 0,0002 + 0,0000 + 0,0000 + 0,0000 = \mathbf{0,5555}$$

Z uvedeného výpočtu vyplývá, že hodnota 0,5555 je vyšší než hladina významnosti 0,05, proto zamítáme alternativní hypotézu H_{A3} a přijímáme hypotézu H_{03} . Platí tedy, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi věkem respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi.**

H4: Předpokládáme, že rodiče nižšího stupně vzdělání budou upřednostňovat praktický nácvik před ústními a písemnými informacemi častěji než rodiče s vyšším stupněm dosaženého vzdělání

H_{04} - Neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi

H_{A4} – Existuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi

K této hypotéze se vztahovala otázka z dotazníku č. 3 a č. 22

Tabulka D Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 4

Vzdělání	Ústní a písemné	Praktický nácvik	Celkem
Základní a středoškolské bez maturity	6	38	44
Středoškolské s maturitou a vysokoškolské	8	38	46
Σ	14	76	90

Tabulka D1 Pomocné tabulky pro Fischerův test

A	B	C																																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td>11</td><td>9</td><td>44</td></tr> <tr><td></td><td>33</td><td>37</td><td>46</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>14</td><td>76</td><td>90</td></tr> </table>		11	9	44		33	37	46	Σ	14	76	90	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td>12</td><td>8</td><td>44</td></tr> <tr><td></td><td>32</td><td>38</td><td>46</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>14</td><td>76</td><td>90</td></tr> </table>		12	8	44		32	38	46	Σ	14	76	90	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td></td><td>13</td><td>7</td><td>44</td></tr> <tr><td></td><td>31</td><td>39</td><td>46</td></tr> <tr><td>Σ</td><td>14</td><td>76</td><td>90</td></tr> </table>		13	7	44		31	39	46	Σ	14	76	90
	11	9	44																																			
	33	37	46																																			
Σ	14	76	90																																			
	12	8	44																																			
	32	38	46																																			
Σ	14	76	90																																			
	13	7	44																																			
	31	39	46																																			
Σ	14	76	90																																			

D				E				F			
	16	1	44		16	1	44		16	1	44
	26	22	46		26	22	46		26	22	46
Σ	14	76	90	Σ	14	76	90	Σ	14	76	90

Pro vytvořené tabulky kontingenční i pomocné budeme počítat pravděpodobnost p_i , se kterou může tato konfigurace výsledků nastat za předpokladu platnosti hypotézy.

$$p_i = \frac{(a+b)!(c+d)!(a+c)!(b+d)!}{n! a! b! c! d!}$$

Výslednou pravděpodobnost p určíme jako součet všech hodnot p_i , kde platí

$$p = \sum p_i$$

Praktický výpočet výše uvedeného vzorce p_i byl proveden v programu Excel, za použití funkce FAKTORIAL(). Výsledky z dílčích výpočtů jsou uvedeny níže, výsledná hodnota je uvedena tučně.

$$p = p_i + p_{iA} + p_{iB} + p_{iC} + p_{iD} + p_{iE} + p_{iF}$$

$$p = 0,2038 + 0,1324 + 0,0612 + 0,0195 + 0,0041 + 0,0005 + 0,0000 = \mathbf{0,4215}$$

Z uvedeného výpočtu vyplývá, že hodnota 0,4215 je vyšší než hladina významnosti 0,05, proto zamítáme alternativní hypotézu H_{A4} a přijímáme hypotézu H_{04} . Platí tedy, že **neexistuje statisticky významná souvislost mezi vzděláním respondentů a upřednostněním praktického nácviku před ústními a písemnými informacemi.**

3.7 Diskuze

Bakalářská práce na téma „Edukace jako součást komplexní práce sestry na transplantační jednotce FN Motol“ se věnuje specifickým tématům sesterské edukace na tomto oddělení. Cílem práce bylo zhodnocení současného stavu probíhajících edukací a spokojenosti rodičů hospitalizovaných dětí. Pomocí dotazníkového šetření, ve kterém jsme se zaměřili na všechna témata edukací na oddělení transplantační jednotky, bylo našim hlavním úkolem zjistit, jaké informace v rámci edukačních témat na transplantační jednotce rodičům chybí a kde je ještě potřeba zapracovat na edukacích tak, aby byla pro budoucí rodiče, kteří se ocitnou na tomto oddělení v roli doprovodu hospitalizovaného pacienta co nejkvalitnější a nejsrozumitelnější. Po bližším hledání, jsme narazili na bakalářskou práci Bc. Anety Křečkové (2015) z 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy s názvem Edukace rodičů dětí po převodu krvetvorných buněk, která zkoumala edukace na klinice dětské hematologie a onkologie, avšak dotazníkové šetření bylo zaměřeno nikoli na edukaci z pohledu rodičů, ale sester. V jedné otázce se však naše práce shodují, proto se domníváme, že bychom tyto práce mohli v tomto bodě porovnat. Křečková ve své práci uvádí, že v rámci dotazníkového šetření oslovila 100 sester, návratnost dotazníků bylo 80 % v počtu 80 vyplněných dotazníků. Dotazníky Křečková distribuovala na Klinice dětské hematologie a onkologie v Motole, kde oslovila sestry jak z ambulantní, tak i z lůžkové části. Otázka, ve které se naše práce shodují, byla zaměřena v naší bakalářské práci na nedostatky, které rodiče vnímají v průběhu edukací probíhajících na transplantační jednotce. V práci Křečkové byla položena otázka, v čem si myslí, že by se edukační proces mohl zlepšit. V případě našeho výzkumu, největším problémem z pohledu edukovaných rodičů 11 % z nich odpovědělo, že vnímají nedostatek v odlišnosti podávaných informací od sester, které je edukují. V případě práce Křečkové můžeme porovnat v tomto bodě, že z pohledu sester 7 % z dotazovaných uvedlo, že vidí nedostatek v kvalitě přístupu edukační sestry. Z obojího vyplývá, že sestra, která pacienta a jeho doprovod edukuje, musí být vzdělaná v těchto tématech opravdu na takové úrovni, aby dokázala podat co nejpřesnější informace a provést kvalitní edukaci. Dalším bodem vnímaným jako nedostatek z pohledu rodičů, byl nedostatek času při edukacích. V naší práci 11 % ze všech dotazovaných rodičů tuto možnost uvedla. V práci Křečkové to bylo z celkového počtu dotázaných 20 % sester, které také vnímají jako nedostatek právě čas, který na edukaci pacientů a rodičů mají. Otázkou tedy zůstává, kolik času by si rodiče a sestry na edukaci představovali, aby nebyl právě čas tím, co

kvalitu edukace ovlivňuje. Určitě musíme přihlížet na velké množství informací, které v rámci edukace během prvních dnů rodiče dostávají a také na únavu, nervozitu a stres, jež pociťují v průběhu prvních dní hospitalizace. Dalším bodem bylo podávání informací v rámci edukačního procesu. V mé práci 7 % dotazovaných poukázalo na chybějící informace v brožurách a letácích, jež dostávají od psychosociální pracovnice k prostudování, ještě před samotným nástupem na transplantační jednotku. V práci Křečkové návrh na vylepšení informačních letáků a brožur pro rodiče uvedlo 17 % z dotazovaných sester. Můžeme tedy z těchto výsledků posoudit, že jak sestry, tak i rodiče dětí poukazují na to, kde je potřeba zapracovat, aby byl edukační proces opět o trochu kvalitnější. Na základě výsledků práce byly podány návrhy na přepracování a aktualizaci informačních letáků a brožur. Bohužel téma edukace na transplantační jednotce kostní dřeně je velmi specifické a žádnou další práci, která by se našemu tématu přiblížila, a mohli bychom porovnat výsledky naší práce z pohledu přijatých rodičů v roli doprovodu, jsme již nenašli.

Dále bychom se chtěli zaměřit na výsledky dotazníkového šetření naší práce. Z otázek č. 1, 2, 3 vyplývá, že nejčastěji jsou v roli doprovodu na transplantační jednotce zastoupeny ženy ve věku 41 – 50 let se středoškolským vzděláním s maturitou. V otázce č. 5 jsme se ptali, jestli se sestry nechávají rodiči informovat o nočním režimu jejich dítěte. Vzhledem k tomu, že malí pacienti na transplantační jednotce nemají v noci přítomny rodiče, je k zamyšlení, že 26 % dotazovaných odpovědělo, že sestra tuto informaci od nich vůbec vědět nechtěla. Po bližším zkoumání ale bylo zjištěno, že některé kolegyně tuto informaci hledají v ošetrovatelské anamnéze nebo se ptají kolegyně. Nicméně jako matka, jež se sama ocitla v roli edukanta můžu říci, že i taková obyčejná otázka od sestřiček, jak se jejich dítě v noci chová, co ho uklidní, kdy usíná atd., může eliminovat značnou dávku stresu, který mají rodiče při prvním ponechání dítěte přes noc v nemocnici. Otázky č. 6, 7 a 9 byly zaměřeny na edukaci ohledně izolačního boxu, úklidu izolačního boxu a sterilní koupele dítěte. Všichni dotazovaní edukaci hodnotili velmi kladně. Pouze v případě izolačního boxu jeden respondent uvedl, že mu nebyly srozumitelné informace, jež mu sestra poskytla, bohužel již respondent nerozvedl svou odpověď, jaké konkrétní informace mu byly v rámci edukace o úklidu izolačního boxu nesrozumitelné.

Otázka č. 8 byla zaměřena na edukaci péče o kůži. V rámci celotělového ozařování souběžně s podáváním chemoterapie, je péče o kůži nesmírně důležitá. 88 % z celkového počtu 65 dotazovaných odpovědělo na otázku, že edukování byli. 12 % z celkového počtu 65 dotazovaných respondentů na otázku odpovědělo, že je v péči o kůži nikdo

needukoval. Je zarážející, že vcelku velká část rodičů není edukována v péči o kůži na transplantační jednotce. Je ale opravdu edukace o kůži sestrami vynechána? Nebo je přeslechnuta rodiči v přívalu nadměrného množství informací a stresu, který v prvních dnech hospitalizace prožívají? Určitě by tedy bylo na zvážení v průběhu prvních dní, aby sestry pokládaly rodičům otázky, jak o kůži u svého dítěte pečují, zdali jim bylo vše ohledně péče srozumitelné a měly tak jistotu, že rodiče opravdu pochopili, jak mají o kůži v následujících dnech pečovat. Péče o kůži se také v průběhu hospitalizace mění, je přizpůsobována léčebnému protokolu a druhům podávané chemoterapie v rámci předtransplantační přípravy a následně je i po transplantaci měněna a uzpůsobena individuálnímu stavu nemocného dítěte. Z negativních hodnocení péče o kůži také můžeme vzít v úvahu, že si rodiče, jež společně s ostatními pobyt na transplantační jednotce prožívají, mezi sebou předávají informace a může je tudíž znejistit, že jejich dítě má tuto péči nastavenou jinými způsoby a zde se nám tedy naskýtá myšlenka, že právě i to může být důvodem, který z jejich pohledu může vést k tomu, že edukace dle nich nebyla provedena v dostatečném rozsahu. Je tedy nesmírně důležité, aby tyto informace byly rodičům vždy zdůrazněny a bylo jim řečeno, že u každého tato péče může opravdu probíhat jiným způsobem. Otázka č. 10, 11, 12, 13 byla zaměřena na péči o dutinu ústní. Z výsledků dotazníkového šetření jsme zjistili, že rodiče jsou s edukací spokojeni. 99 % všech dotazovaných edukaci ohledně péče o dutinu ústní hodnotilo kladně. V dalších otázkách v péči o dutinu ústní nás zajímalo, jestli sestry nabízejí rodičům vzorky jiných pomůcek k ošetřování, než mají k dispozici. Na oddělení jsou k dispozici různé vzorky ústních vod a kartáčků, které však sestry nenabízejí. 31 % dotazovaných vůbec nedostalo možnost si vzorky vyzkoušet. 38 % ze všech dotazovaných by tuto možnost však uvítalo, jak nám vyplynulo z otázky č.13. Není jasné, proč sestry pomůcky nenabízejí či je nabízet nechtějí. Spousta dětí má velký problém s určitými druhy výplachů, trpí u vyplachování nauzeou a často i zvrací. Určitě by i samy děti, nejen rodiče, kteří s péčí pomáhají, uvítali vyzkoušet i jiné pomůcky, které by dokázaly péči o dutinu ústní jakkoli zpříjemnit a docílit toho, aby vyplachování pro ně nebylo pouhé nutné zlo, které několikrát denně podstupují a při kterém trpí nevolností nebo zvracením. Na základě tohoto podnětu od rodičů, kteří se účastnili dotazníkového šetření, bude tedy na oddělení navrženo, aby sestry byly více aktivnější v nabízení nových pomůcek pacientům a usnadnily a zpříjemnily jim tak celkovou péči o dutinu ústní, kterou několikrát denně vykonávají. Otázka č. 14 a 15 byla zaměřena na stravování na transplantační jednotce. Všichni dotazovaní edukaci o stravě hodnotili kladně. V otevřených podotázkách se poté mohli

respondenti vyjádřit, co v rámci edukace o stravování postrádali. 3 respondenti tuto možnost využili. 2 z nich uvedli, že jim chyběly informace o jídle, které mohou svému dítěti koupit mimo nemocniční stravu. 1 respondent uvedl, že s ním nikdo nekontroloval potraviny, které koupil a aktivně musel sám vyhledat a požádat sestřičky, aby s ním jídlo prošly a vytrídily potraviny, které jsou pro dítě vhodné. V rámci informačních brožur, které rodiče před přijetím na transplantační jednotku dostávají, mohou nalézt mnoho informací o dietě a vhodné stravě, kterou svému dítěti mohou donést. Během několikaleté praxe na tomto oddělení si ale s kolegyněmi všimáme, že i přes veškeré informace, které jsou rodičům podány a které lze najít i v rámci informačních brožur, by i přesto rodiče uvítali konkrétní seznam všech věcí, co malí pacienti smí a co nesmí. V rámci kliniky dětské Hematoonkologie byla již podána žádost dietní sestře k vypracování příručky o jídle, která by rodičům poskytla přehled v rámci dietního opatření v potransplantačním režimu, s ohledem na jejich zdravotní stav a komplikace, které sebou transplantace přináší. Myslíme, že tato příručka bude velmi nápomocná všem rodičům, kteří stejně jako spousta dalších tápou, kdy a jaké potraviny mohou zařadit a poskytne jim jistotu k tomu, že nekupují dítěti potraviny, které v rámci dietního omezení nemůže. Otázka č. 16 a 17 byla zaměřena na edukaci a praktický nácvik převazu CŽK. Opět jsme se i u této otázky setkali s kladným hodnocením edukace. 89 % všech dotazovaných respondentů uvedlo, že edukace o převazu byla dostačující. Zbýlých 11 % edukováno nebylo z toho důvodu, že byli edukováni v jiném nemocničním zařízení a edukaci již nepotřebovali nebo odcházeli domů bez CŽK, pouze se zavedeným implantofixem. 2 rodiče z 11 % needukovaných respondentů ale sami edukaci odmítli z důvodu strachu při převazu CŽK. Naskytá se tedy otázka, jak onen strach, kvůli kterému nechtěli být rodiče edukováni odbourat. Při odpovědi na otázku o praktickém nácviku převazu byl dvěma respondenty uveden nedostatek času na praktický nácvik a tudíž nejistota převazu CŽK v domácím ošetřování. Praktický nácvik je pro rodiče velmi důležitý, aby měli jistotu, že v rámci domácího ošetřování dělají vše správně a nebyli vystaveni velkému stresu z případně nejistoty. Bohužel dnešní hospitalizace je oproti délce hospitalizace z minulých let podstatně kratší, rodiče tedy mají mnohdy velmi málo příležitostí si převaz CŽK pořádně nacvičit. Někdy je opravdu nutné rodiče zaučit během dvou praktických nácviků a ne každý je natolik zručný, že mu takto časově omezený trénink stačí. Rodičům, kteří nebyli v rámci hospitalizace edukováni v takové míře, která by pro ně byla dostatečná pro ošetřování CŽK v domácí péči, jsou k dispozici edukační videa na stránkách sdružení Donor a také mají ještě možnost si převaz CŽK procvičit v rámci ambulantních kontrol,

na které pravidelně docházejí. Otázky č. 18, 19 byly zaměřeny na informace v průběhu edukací probíhajících na transplantační jednotce. Všichni dotazovaní kladně hodnotili ochotu sester odpovídat na všechny jejich dotazy. Jako dostačující hodnotili i informace, které jim byly v rámci edukací poskytnuty. V otázce č. 20 jsme se zaměřili na to, odkud rodiče vyhledávají chybějící informace. Ve 27 % informace nepotřebovali vyhledávat vůbec. Největším zastoupením 38 % v roli zdroje informací byli rodiče, jež sami už transplantační jednotkou se svým dítětem prošli. Tady lze vidět, že osobní zkušenosti, jsou vždycky na prvním místě. Druhou velkou skupinu vyhledávaných informací, jež činila 30 %, tvořil internet – respondenti zde uvedli ve všech případech webové stránky nadace Donor a Kliniky dětské hematologie a onkologie FN Motol, kde našli vše potřebné a rozšířili si obzor již získaných informací. Otázka č. 21 byla zaměřena na nedostatky v rámci edukace, jež rodiče vnímají. V 60 % celkových odpovědí rodiče uvedli, že nevnímali žádné nedostatky. Ve 13 % uvedli, že jako nedostatek vnímají odlišnost informací, které jim jsou sestrami podávány. V 11 % uvedli nedostatek času zdravotnického personálu, 8 % poukazuje na nedostatek informací v brožurách na transplantační jednotce, 7 % odpovědí poukázalo na nedostatečný praktický nácvik. Na základě těchto výsledků, bude projednán návrh na případné úpravy v rámci informačních brožur a praktického nácviku, jak již bylo zmíněno výše v diskuzi k převazům CŽK. Zamyslet se je ale také potřeba i nad nedostatkem času, jež rodiče vnímají a jak vyplynulo i z práce kolegyně Křečkové (2015), kdy nedostatek času při edukacích je vnímán i sestrami. Jak tedy tento čas oběma stranám poskytnout? Nabízí se zde myšlenka, zdali by nebylo řešením, zajistit edukační sestru, která by rodiče kompletně provedla edukacemi, od samotného příjmu na oddělení až po propuštění do domácí péče. Pokud by na oddělení fungovala jedna edukační sestra, která by s rodiči všechny témata prošla a nacvičila s nimi vše potřebné pro to, aby se mohli stát součástí v ošetrovatelském procesu, mohl by se tedy tím vyřešit i rodiči vnímaný nedostatek, kdy od různých sester dostávají odlišné informace v rámci edukací, které na transplantační podstupují. Je ale v možnostech oddělení, zajistit kvalitní edukační sestru, která by měla čas se rodičům v počátku prvních dnů hospitalizace věnovat? Otázka č. 22 se zabývala způsobem edukace. Jako nejprínosnější způsob edukace respondenti uvedli praktický nácvik – jednalo se o 50 % všech odpovědí, z čehož nám vyplývá, že pro rodiče je nejdůležitější, když všechno nejdříve mohou vidět a poté pod vedením sestry dále procvičovat, nicméně jak už jsme uváděli výše, praktickému nácviku je potřeba na oddělení věnovat mnohem větší pozornost a umožnit mu prostor v takové míře, aby byl dostatečný pro všechny. Pokud

tedy budeme celkově hodnotit kvalitu edukací a spokojenost rodičů s edukacemi na transplantační jednotce, dle výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že edukace na tomto oddělení je na velmi kvalitní úrovni a rodiče jsou celkově spokojeni, jak ukazuje otázka č. 23, kde 100 % dotazovaných uvedlo kladnou odpověď. I přes kladné hodnocení edukace, ale nacházíme nedostatky, které by bylo určitě možné nějak vylepšit, aby budoucí rodiče, jež přijdou se svými dětmi na transplantační jednotku, měli ucelené a jednotné informace a kvalitní praktický nácvik všech činností, které budou na oddělení transplantační jednotky v průběhu celé hospitalizace vykonávat. Je nutné rodiče kvalitně edukovat, aby se mohli společně se zdravotnickým týmem zapojit do ošetrovatelské péče, kterou bude vyžadovat jejich hospitalizované dítě. Také Mahmoud ve své studii z roku 2015, která se zabývala vlivem psychoedukačního vzdělávacího programu na zkvalitnění péče o dítě s leukemií a psychosociální adaptace rodičů, kteří o tyto děti pečují, udává, že dobrá edukace napomáhá zlepšit rodičům své dosavadní znalosti a na základě těchto znalostí může významně ovlivnit i celkový psychický stav a kvalitu ošetrovatelské péče rodičů, kteří o dítě s leukemií pečují. Tato studie probíhala v dětské nemocnici Ain Shams University. Vzorkem respondentů byli rodiče dětí s leukemií v počtu 60 osob, kteří pravidelně navštěvovali denní stacionář (Mahmoud, 2015). Je tedy zřejmé, že kvalitní edukace je základ každé kvalitní ošetrovatelské péče.

Diskuze vlastních výsledků vzhledem ke stanoveným hypotézám

Pro naši bakalářskou práci byly stanoveny čtyři hypotézy, které zkoumaly souvislost mezi věkem a vzděláním k potřebě dalších informací a k formě edukace. Respondenti byli rozdělení do dvou kategorií dle věku a dle dosaženého vzdělání. Na základě výpočtů za pomoci Fisherova exaktního testu se žádná z hypotéz, které byly stanoveny na začátku naší práce, nepotvrdila. Můžeme tedy říci, že věk ani vzdělání nehrají klíčovou roli pro zvolení formy edukace na transplantační jednotce ani pro množství informací, které jsou rodičům v rámci edukací sděleny. Vždy tedy záleží spíše na individuální charakteristice daného edukanta. Metodu edukace bychom měli volit dle toho, která danému edukantovi individuálně více vyhovuje. Také množství podaných informací v rámci edukačního procesu je nutné přizpůsobit psychickému stavu a individuální potřebě edukovaného tak, aby byl schopen aktivně vykonávat ošetrovatelskou péči společně s transplantačním týmem.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce na téma „Edukace jako součást komplexní práce sestry na transplantační jednotce FN Motol“ bylo zjistit, jak rodiče vnímají současný stav edukace na tomto oddělení, jak jsou s edukací spokojeni a co v rámci edukačních témat postrádají. V teoretické části se práce zaměřila na obecnou teorii ohledně edukace a edukačního procesu, byly zde uvedeny témata jednotlivých edukací na transplantační jednotce FN Motol a také v rámci teoretické části, byla vysvětlena obecně transplantace kostní dřeně. V empirické části se věnujeme výsledkům dotazníkového šetření, které probíhalo na Klinice dětské hematoonkologie. Za pomoci dotazníkového šetření jsme zjišťovali, jak jsou celkově rodiče spokojeni s edukačním procesem na transplantační jednotce a co v rámci jednotlivých témat edukací na tomto oddělení postrádají. Z výsledku dotazníkového šetření jsme zjistili, že rodiče hodnotí edukaci velmi pozitivně, ovšem našli jsme i pár podnětů, na které se v budoucnu musíme zaměřit, aby rodiče, kteří na transplantační jednotku v budoucnu přijdou se svým dítětem, již tyto informace v edukačních tématech nepostrádali. Je také potřeba zajistit, aby všechny sestry, které rodiče edukují byly v tématech edukací zkušené a vzdělané v takové míře, aby rodičům podaly co nejkvalitnější informace a naučily je vše potřebné pro to, aby se co nejlépe mohli sami zapojit do ošetrovatelského procesu společně s celým transplantačním týmem. Při tvorbě bakalářské práce jsem si rozšířila vědomosti v oblasti edukačního procesu a uvědomila si, jak velké množství informací v prvních dnech hospitalizace nově příchozím rodičům předáme. Je tedy nesmírně důležité vyhradit si pro rodiče dostatek času a zajistit klid, který je potřebný pro dobré podmínky každé edukace.

Důležité také je, aby všechny sestry, které budou další rodiče edukovat nezapomínaly přizpůsobit edukaci vždy individuálním potřebám každého z nich a opravdu dbaly na zpětnou vazbu a ptaly se rodičů jak v průběhu celé edukace, tak i v rámci celé jejich hospitalizace. Nezapomínejme, že všichni rodiče, jež přichází k hospitalizaci se svým dítětem, trpí určitou mírou nejistoty a stresu a musíme si uvědomit, že právě sestry jsou jedny z těch, které jim můžou pomoci tento stav co nejlépe překonat a být jim oporou v průběhu celé hospitalizace.

REFERENČNÍ SEZNAM

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK. *Hematologie: přehled maligních hematologických nemocí*. 2., dopl. a zcela přeprac. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2502-4

AUGUSTINOVÁ, Lucia. *Izolační režim po transplantaci kmenových buněk krvetvorby – informační brožura*. Klinika dětské hematooonkologie. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.donor.cz/edukace>

AUGUSTINOVÁ, Lucia. *Sterilní režim po transplantaci kmenových buněk krvetvorby – informační brožura*. Klinika dětské hematooonkologie. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.donor.cz/edukace>

AUGUSTINOVÁ, Lucia; PERTLOVÁ, Andrea. Standardní operační postup IISOPKS_TJ_08/2012-8: *Zaškolení doprovodu hospitalizovaného dítěte, režimová opatření*. Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2.LF a FNM. Praha, 2019

BASTABLE, Susan B. *Nurse as Educator, Principals of teaching and learning for nursing practice*. Sudbury, Ma: Jones & Bartlett Learning, 2021. ISBN 978-12-8422-9271

CETKOVSKÝ, Petr, Jiří MAYER, Jan STARÝ a Mariana HRIČINOVÁ. *Transplantace kostní dřeně a periferních hematopoetických buněk*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-267-

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2

KESLOVÁ, Petra; PERTLOVÁ, Andrea. *Ambulantní režim po transplantaci kmenových buněk krvetvorby – informační brožura*. Klinika dětské hematooonkologie. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.donor.cz/edukace>

KŘEČKOVÁ, Aneta. *Edukace rodičů dětí po převodu kmenových buněk krvetvorby*. Praha, 2015. 68 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 2. Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Hana Nikodemová

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1

MAGUROVÁ, Dagmar, Ľudmila MAJERNÍKOVÁ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. 1. Vyd. Martin : Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4

- MAHMOUD, Sahar; ELAZIZ, Nahla Ahmed Abd. *Effect of Psycho-Educational Training Program for Parent's Having Child with Leukemia on Their Experience and Psychological Wellbeing*. Journal of education and practice, 2015, 6.12: 13-29
- MANDYSOVÁ, Petra. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Vydání: I. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 978-80-7395-971-5
- NEMCOVÁ, Jana, Edita HLINKOVÁ. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9
- NEVYJELOVÁ, Jiřina. *Péče o dutinu ústní na transplantační jednotce – informační brožura*. Klinika dětské hematooonkologie. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.donor.cz/edukace>
- NEVYJELOVÁ, Jiřina. Standardní operační postup IISOPKS_TJ_26/2019-1: *Péče o dutinu ústní*. Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2.LF a FNM. Praha, 2019
- PERTLOVÁ, Andrea. Standardní operační postup IISOPKS_TJ_19/2012-8: *Převaz centrálního žilního katetru*. Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2.LF a FNM. Praha, 2019
- PERTLOVÁ, Andrea. Standardní operační postup IISOPKS_TJ_17/2012-8: *Přítomnost matek jako doprovodu dítěte na TJ*. Klinika dětské hematologie a onkologie UK 2.LF a FNM. Praha, 2019
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník. 6., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6
- PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika. Šesté, aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1228-7.
- SEDLÁČEK, Petr; PERTLOVÁ, Andrea. *Nízkobakteriální strava a dietní doporučení – informační brožura*. Klinika dětské hematooonkologie. Praha, 2019. Dostupné také z: <https://www.donor.cz/edukace>
- SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-845-2
- ŠULISTOVÁ, Radka a Marie TREŠLOVÁ. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5
- VOKURKA, Samuel. *Péče o dutinu ústní u onkologických pacientů*. Praha: Dialog Jessenius, [2015]. ISBN 978-80-905986-1-4
- VOKURKA, Samuel. *Ošetrovatelské problémy a základy hemoterapie: učební texty a ošetrovatelské intervence nejen pro sestry z oboru hematologie a onkologie*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-299-4

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

ZORMANOVÁ, Lucie. *Obecná didaktika: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4590-9

Legislativa

ČESKO. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. [Praha], 2016, 2/2016, číslo 2. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-2>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Seznam tabulek (tabulka)	77
Příloha č. 2: Seznam obrázků (text)	77
Příloha č. 3: Dotazník (text).....	83
Příloha č. 4: Souhlas k provedení dotazníkového šetření (text).....	91
Příloha č. 5: Edukační a informační plán transplantační jednotky (text).....	92
Příloha č. 6: Edukační záznam kliniky dětské hematologie a onkologie (text).....	93
Příloha č. 7: Ošetrovatelské anamnéza pro děti do 6 let (text)	94
Příloha č. 8: Ošetrovatelská anamnéza pro děti nad 6 let (text).....	95

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Seznam obrázků

- Obrázek č. 1 Pohlaví
- Obrázek č. 2 Věk
- Obrázek č. 3 Vzdělání
- Obrázek č. 4 Informace o hospitalizaci
- Obrázek č. 5 Noční režim dítěte
- Obrázek č. 6 Edukace o izolačním režimu
- Obrázek č. 7 Edukace o sterilní koupeli
- Obrázek č. 8 Edukace péče o kůži
- Obrázek č. 9 Edukace úklidu izolačního boxu
- Obrázek č. 10 Edukace péče o DÚ
- Obrázek č. 11 Edukace o prevenci mukositivity
- Obrázek č. 12 Edukace o pomůckách k péči o DÚ
- Obrázek č. 13 Zájem o vzorky
- Obrázek č. 14 Edukace o stravě
- Obrázek č. 15 Nízkobakteriální dieta
- Obrázek č. 16 Edukace převazu CŽK
- Obrázek č. 17 Praktický nácvik převazu CŽK
- Obrázek č. 18 Ochota odpovědi sester
- Obrázek č. 19 Dostatek informací na TJ
- Obrázek č. 20 Zdroje vyhledávaných informací
- Obrázek č. 21 Nedostatky v rámci edukace
- Obrázek č. 22 Způsob edukace
- Obrázek č. 23 Celkové hodnocení edukace na TJ

Příloha č. 2: Seznam tabulek

- Tabulka A Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 1
- Tabulka A1 Pomocné tabulky pro Fisherův test
- Tabulka B Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 2
- Tabulka B1 Pomocné tabulky pro Fisherův test
- Tabulka C Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 3
- Tabulka C1 Pomocné tabulky pro Fisherův test

Tabulka D Kontingenční tabulka četností k hypotéze č. 4

Tabulka D1 Pomocné tabulky pro Fisherův test

Tabulka č. 1 Pohlaví

Tabulka č. 2 Věk

Tabulka č. 3 Vzdělání

Tabulka č. 4 Informace o hospitalizaci

Tabulka č. 5 Noční režim dítěte

Tabulka č. 6 Edukace o izolačním režimu

Tabulka č. 7 Edukace o sterilní koupeli

Tabulka č. 8 Edukace péče o kůži

Tabulka č. 9 Edukace úklidu izolačního boxu

Tabulka č. 10 Edukace péče o DÚ

Tabulka č. 11 Edukace o prevenci mukositivity

Tabulka č. 12 Edukace o pomůckách k péči o DÚ

Tabulka č. 13 Zájem o vzorky

Tabulka č. 14 Edukace o stravě

Tabulka č. 15 Nízkobakteriální dieta

Tabulka č. 16 Edukace převazu CŽK

Tabulka č. 17 Praktický nácvik převazu CŽK

Tabulka č. 18 Ochota odpovědi sester

Tabulka č. 19 Dostatek informací na TJ

Tabulka č. 20 Zdroje vyhledávaných informací

Tabulka č. 21 Nedostatky v rámci edukace

Tabulka č. 22 Způsob edukace

Tabulka č. 23 Celkové hodnocení edukace na TJ

Tabulka č. 1 Pohlaví

Pohlaví		
Proměnná	n	%
Muž	13	20%
Žena	52	80%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 2 Věk

Věk		
Proměnná	n	%
20 - 30	7	11%
31 - 40	26	40%
41 - 50	29	44%
50 let a více	3	5%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 3 Vzdělání

Vzdělání		
Proměnná	n	%
Základní	1	1%
Středoškolské bez maturity	16	25%
Středoškolské s maturitou	26	40%
Vysokoškolské	22	34%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 4 Informace o hospitalizaci

Informace o hospitalizaci		
Proměnná	n	%
Ano	63	97%
Ne	2	3%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 5 Noční režim dítěte

Noční režim dítěte		
Proměnná	n	%
Ano	48	74%
Ne	17	26%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 6 Edukace o izolačním režimu

Edukace o izolačním režimu		
Proměnná	n	%
Ano	43	66%
Spíše Ano	22	34%
Spíše Ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	65	100%

Tabulka č. 7 Edukace o sterilní koupeli

Edukace o sterilní koupeli		
Proměnná	n	%
Ano	50	77%
Spíše Ano	15	23%
Spíše Ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	65	100%

Tabulka č. 8 Edukace péče o kůži

Edukace péče o kůži		
Proměnná	n	%
Ano	57	88%
Ne	8	12%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 9 Edukace o úklidu izolačního boxu

Edukace o úklidu izolačního boxu		
Proměnná	n	%
Ano	50	77%
Spíše Ano	15	23%
Spíše Ne	0	0
Ne	0	0
Celkem	65	100%

Tabulka č. 10 Edukace péče o dutinu ústní

Edukace péče o dutinu ústní		
Proměnná	n	%
Ano	50	77%
Spíše Ano	14	22%
Spíše Ne	1	1%
Ne	0	0
Celkem	65	100%

Tabulka č. 11 Edukace o prevenci mukositivity

Edukace o prevenci mukositivity		
Proměnná	n	%
Ano	60	92%
Ne	5	8%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 12 Pomůcky k péči o dutinu ústní

Edukace o pomůckách k péči o dutinu ústní		
Proměnná	n	%
Ano	45	69%
Ne	20	31%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 13 Zájem o vzorky

Zájem o vzorky		
Proměnná	n	%
Ano	40	62%
Ne	25	38%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 14 Edukace o stravě

Edukace o stravě		
Proměnná	n	%
Ano	52	80%
Spíše Ano	12	18%
Spíše Ne	0	0
Ne	1	2%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 15 Nízkobakteriální dieta

Nízkobakteriální dieta		
Proměnná	n	%
Ano	41	63%
Spíše Ano	21	32%
Spíše Ne	3	5%
Ne	0	0
Celkem	65	100%

Tabulka č. 16 Edukace převazu CŽK

Edukace převazu CŽK		
Proměnná	n	%
Ano	58	89%
Ne	7	11%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 17 Praktický nácvik převazu CŽK

Praktický nácvik převazu CŽK		
Proměnná	n	%
Ano	43	66%
Spíše Ano	13	20%
Spíše Ne	4	6%
Ne	5	8%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 18 Ochota odpovědi sester

Ochota odpovědi sester		
Proměnná	n	%
Ano	53	81%
Spíše Ano	11	17%
Spíše Ne	0	0
Ne	1	2%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 19 Dostatek informací na TJ

Dostatek informací na TJ		
Proměnná	n	%
Ano	39	60%
Spíše Ano	22	34%
Spíše Ne	3	5%
Ne	1	1%
Celkem	65	100%

Tabulka č. 20 Zdroje vyhledávaných informací

Zdroje vyhledávaných informací		
Proměnná	n	%
Internet	23	30 %
Knihy, časopisy	0	0 %
Rodina a přátelé	3	4 %
Rodiče dětí po TX	29	38 %
Jiné zdroje	1	1 %
Nevyhledávali	21	27 %
Celkem	77	100 %

Tabulka č. 21 Nedostatky v rámci edukace

Nedostatky v rámci edukace		
Proměnná	n	%
Praktický nácvik	5	7 %
Informace v brožurách	6	8 %
Čas zdravotnického personálu	8	11 %
Odlíšnost podávaných informací	9	13 %
Jiné	1	1 %
Nevnímalo nedostatky	43	60 %
Celkem	72	100 %

Tabulka č. 22 Způsob edukace

Způsob edukace		
Proměnná	n	%
Ústní informace	29	32 %
Písemné informace	16	18 %
Praktický nácvik	45	50 %
Celkem	90	100 %

Tabulka č. 23 Celkové hodnocení edukace na TJ

Celkové hodnocení edukace na TJ		
Proměnná	n	%
Velmi spokojen/a	47	72 %
Spíše spokojen/a	18	28 %
Spíše nespokojen/a	0	0 %
Velmi nespokojen/a	0	0 %
Celkem	65	100 %

Příloha č. 3 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Hana Angerová a jsem studentkou 2. LF UK v Praze v oboru dětská sestra. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, jenž je součástí mé bakalářské práce na téma „Edukace jako součást komplexní práce sestry na TJ FN Motol“. Dotazník je zcela anonymní, jeho vyplnění Vám zabere přibližně 10 minut a jeho vyplněním dáváte souhlas se zpracováním dat, jež budou použita výhradně pro potřeby bakalářské práce. Vždy prosím volte jednu odpověď z nabízených možností, pokud není uvedeno jinak. Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

- 1) Jakého jste pohlaví?
 - a) Muž
 - b) Žena

- 2) Kolik je Vám let?
 - a) 20 – 30 let
 - b) 31 – 40 let
 - c) 41 – 50 let
 - d) 50 let a více

- 3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
 - a) Základní
 - b) Středoškolské bez maturity

- c) Středoškolské s maturitou
 - d) Vysokoškolské
- 4) Byl/a jste informován/a o tom, kde budete ubytován/a po dobu hospitalizace Vašeho dítěte?
- a) Ano
 - b) Ne
- 5) Ptala se Vás sestra na informace ohledně nočního režimu Vašeho dítěte?
- a) Ano
 - b) Ne
- 6) Byla Vám edukace o izolačním režimu Vašeho dítěte jasná a srozumitelná?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

- 7) Byly Vám podané informace v rámci edukace o sterilní koupeli Vašeho dítěte jasné a srozumitelné?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne, informacím jsem moc nerozuměl/a

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

8) Byl/a jste edukován/a o péči o kůži po sterilní koupeli?

- a) Ano
- b) Ne

9) Byly Vám podané informace v rámci edukace k úklidu izolačního boxu jasné a srozumitelné?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, informacím jsem nerozuměl/a

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

10) Byly Vám podané informace v rámci edukace o provádění péče o dutinu ústní jasné a srozumitelné?

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

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

11) Byl/a jste seznámena s tím, že zvýšenou péčí o dutinu ústní minimalizujete rozvoj mukositivity?

- a) Ano
- b) Ne

12) Byly Vám nabídnuty od sester vzorky ústních vod nebo jiných pomůcek na ošetřování dutiny ústní?

- a) Ano
- b) Ne

13) Uvítal/a byste možnost vyzkoušet i jiné vzorky ústních vod, než ty, co jsou v předpisu péče o dutinu ústní na oddělení?

- a) Ano
- b) Ne

14) Byl/a jste edukován/a ohledně stravování Vašeho dítěte po dobu hospitalizace?

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

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

15) Byly Vám jasné a srozumitelné informace v rámci edukace ohledně nízkobakteriální a bezmléčné diety?

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

V případě, že Vaše odpověď byla ne, prosím dopište, jaké informace Vám v rámci edukace chyběly

.....
.....

- 16) Byl/a jste během pobytu na transplantační jednotce edukován/a o převazu centrálního žilního katetru?
- a) Ano
 - b) Ne
- 17) Byl pro Vás praktický nácvik převazu centrálního žilního katetru dostatečný pro to, abyste byl/a schopen/na o něj pečovat v domácí péči?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 18) Byly sestry ochotné odpovídat na Vaše dotazy během hospitalizace?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 19) Byla pro Vás edukace na transplantační jednotce dostačující nebo jste musel/a vyhledávat informace i z jiných zdrojů?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
- 20) Pokud jste vyhledával/a informace, prosím uveďte odkud – lze i více možností.
- a) Internet
 - b) Knihy, časopisy
 - c) Rodina a přátelé
 - d) Rodiče dětí, jenž už transplantační jednotkou prošli
 - e) Jiné.....
.....

21) Vnímali/a jste nějaké nedostatky při edukaci na transplantační jednotce? Pokud ano, prosím označte možnosti z uvedených – lze i více možností.

- a) Nedostatečný praktický nácvik
- b) Nedostatek informací v tištěných brožurách
- c) Nedostatek času zdravotnického personálu
- d) Odlišnost podávaných informací zdravotnickým personálem
- e) Jiné.....
.....

22) Jaký způsob edukace byl pro Vás nejpřínosnější?

- a) Ústní informace
- b) Písemné informace
- c) Praktický nácvik

23) Jak celkově hodnotíte edukaci na transplantační jednotce?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Spíše nespokojen/a
- d) Velmi nespokojen/a

Příloha č. 4 Souhlas k provedení dotazníkového šetření

Hana Angerová
bakalářský studijní program Pediatrické ošetrovatelství
2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
kontaktní email: kupcakova@seznam.cz

V Praze, dne 31.1.2023

Vážená paní
Mgr. Jana Nováková, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84/1
150 06 Praha 5 – Motol

Žádost o povolení dotazníkového šetření

Vážená paní náměstkyně,

v souvislosti se zpracováním bakalářské práce na 2. LF UK se na Vás obracím se zdvořilou žádostí o povolení dotazníkového šetření k zjištění informací k tématu „Edukace jako součást komplexní práce sestry na Transplantační jednotce ve FN Motol“ u rodičů dětí po transplantaci a rodičů hospitalizovaných dětí na transplantační jednotce v rozsahu přiloženého dotazníku. V případě zájmu Vám zjištěné informace poskytnu k Vašemu využití.

S poděkováním a s pozdravem

Hana Angerová
student 3. ročníku
praktická sestra, KDHO FN Motol

Vyjádření vedoucího bakalářské práce:

Žádosti vyhovět doporučuji.

V Praze, dne 31.1.2023

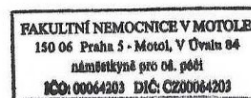
PhDr. Šárka Tomová, MPH, Ph.D., Ph.D.
Ústav ošetrovatelství 2. LF UK a FN Motol
vedoucí bakalářské práce

Stanovisko náměstkyně pro ošetrovatelskou péči:

S realizací dotazníkového šetření dle přiloženého návrhu souhlasím – nesouhlasím.

V Praze, dne - 2 -02- 2023

Mgr. Jana Nováková, MBA
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči



Příloha č. 5 Edukační a informační plán transplantační jednotky


Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol
Transplantační jednotka

identifikace pacienta


Edukační a informační plán

Seznámení	Datum edukace	Podpis edukujícího	Edukaci porozuměl
S chodem oddělení			
Se sterilním/nesterilním režimem			
Se sterilní/nesterilní koupelí pacienta			
S péčí o dutinu ústní			
S úklidem pokoje			
S nízkobakteriální stravou			
Se stravou na oddělení			
Se stravou v domácí péči			
S péčí o CŽK v domácí péči			
S režimem po TKD			
			Prokazuje dovednost
Praktický nácvik			
Pobyť ve sterilním/nesterilním režimu			
Sterilní/nesterilní koupel			
Úklid pokoje			
Péče o dutinu ústní			
Záznam bilancí tekutin			
Správný odběr výtěrů na mikrobiologii			
Měření cukru v moči			
Správné podání a příprava dávky CSA sirup			
Příprava a aplikace léků s.c.			
Převaz CŽK na modelu			
Převaz CŽK na pacientovi			
Proplach CŽK na modelu			
Správná technika oblékání sterilních rukavic			
Proplach CŽK na pacientovi			

Příloha č. 7 Ošetřovatelská anamnéza pro děti do 6 let

 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – DĚTI DO 6 LET FN MOTOL V ÚVALU 84, PRAHA 5 IČ: 00064203, DIČ: CZ00064203		Identifikační štítek:
ALERGIE:		Riziko dekubitů: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO:
SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ	Kontakt:	Omezení na základě soudního rozhodnutí:
	Dítě hospitalizováno <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> BEZ DOPROVODU	Zájem rodiny: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	Dítě bydlí <input type="checkbox"/> s rodinou, pozn.:	<input type="checkbox"/> DĚTSKÝ DOMOV <input type="checkbox"/> jiné:
	Oslovení dítěte:	Oblíbená hračka:
SPÁNEK	Spi přes den: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO:	Večer usíná: hod. Zvyky:
VĚDOMÍ	<input type="checkbox"/> plně při vědomí, orientované	<input type="checkbox"/> DEZORIENTOVANÉ (zmatené) <input type="checkbox"/> SEDACE <input type="checkbox"/> PORUCHA VĚDOMÍ - GCS:
	Psychický stav: <input type="checkbox"/> úzkostné/plačtivé <input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÉ
SMYSLY	Zrak <input type="checkbox"/> bez omezení	omezení: <input type="checkbox"/> NEVIDOMÉ
	Sluch <input type="checkbox"/> bez omezení	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> NEDOSLYCHAVOST <input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ
	Řeč <input type="checkbox"/> bez omezení	Kompenzační pomůcky: <input type="checkbox"/> sluchadlo <input type="checkbox"/> kochleární implantát
	<input type="checkbox"/> PORUCHA ŘEČI <input type="checkbox"/> JAZYKOVÁ BARIÉRA <input type="checkbox"/> NĚMÉ	Způsob komunikace:
DÝCHÁNÍ	<input type="checkbox"/> bez obtíží	<input type="checkbox"/> KAŠEL <input type="checkbox"/> DUŠNOST <input type="checkbox"/> KYSLÍKOVÁ TERAPIE <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> UMĚLÁ PLICNÍ VENTILACE <input type="checkbox"/> APNOE
	<input type="checkbox"/> INHALÁTOR U SEBE	<input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA: <input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA: <input type="checkbox"/> zahleněné
INVAZIVNÍ VSTUPY / DRĚNY	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> PŽK: <input type="checkbox"/> PICC: <input type="checkbox"/> I.V. PORT: <input type="checkbox"/> CŽK: <input type="checkbox"/> I.O.
	<input type="checkbox"/> jiné:	
KŮŽE/SLIZNICE	<input type="checkbox"/> bez defektů	IKTERUS: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> PLENKOVÁ DERMATITIDA:
	<input type="checkbox"/> poškození kůže: <input type="checkbox"/> DEKUBITUS:	<input type="checkbox"/> jiné:
ROZDĚLENÍ VĚKU	<input type="checkbox"/> NOVOROZENEK <input type="checkbox"/> KOJENEC <input type="checkbox"/> BATOLE <input type="checkbox"/> PŘEDŠKOLÁK	
AKTIVITA, SOBĚSTÁČNOST	Dítě zvládá: <input type="checkbox"/> samostatnou chůzi <input type="checkbox"/> chůzi s oporou <input type="checkbox"/> sedá si samo <input type="checkbox"/> sedí s oporou <input type="checkbox"/> leží	
	Pomůcky, které dítě používá: <input type="checkbox"/> berle: <input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> AMPUTACE: <input type="checkbox"/> UPOUTANÉ NA LŮŽKO
	Omezení: <input type="checkbox"/> AMPUTACE: <input type="checkbox"/> UPOUTANÉ NA LŮŽKO	Potřeba pomoci při: <input type="checkbox"/> chůzi <input type="checkbox"/> výživě <input type="checkbox"/> hygieně <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> vyprazdňování <input type="checkbox"/> VYŽADUJE KOMPLETNÍ PÉČI
VÝŽIVA/PŘÍJEM TEKUTIN	Hmotnost: kg Výška: cm Obvod paže: cm	
	Jí/pije: <input type="checkbox"/> samostatně <input type="checkbox"/> KRMENO LŽIČKOU <input type="checkbox"/> Z HRNEČKU SPORT CUP <input type="checkbox"/> LAHVIČKOU <input type="checkbox"/> KOJENO	
	Příjem stravy: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> ZVRACENÍ <input type="checkbox"/> STŘÍKAČKOU <input type="checkbox"/> NG SONDA <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEG-J	
	Dietní omezení: <input type="checkbox"/> Konkretizace stravy (Sunar, Nutrilon aj.):	
	Tekutiny za 24 hod: <input type="checkbox"/> ZNÁMKY DEHYDRATACE <input type="checkbox"/> OTOKY (lokalizace):	
Léky užívá <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> drcené, sirup <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY (jak ano):		
VYPRAZDŇOVÁNÍ /VYMĚŠOVÁNÍ	<input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> WC <input type="checkbox"/> NOČNÍK <input type="checkbox"/> PLENY <input type="checkbox"/> PMK:	
	Moč <input type="checkbox"/> POMOČUJE SE V NOCI <input type="checkbox"/> POMOČUJE SE PŘES DEN <input type="checkbox"/> INKONTINENCE <input type="checkbox"/> STOMIE (typ):	
	Stolice <input type="checkbox"/> ZÁCPA <input type="checkbox"/> PRŮJEM <input type="checkbox"/> INKONTINENCE <input type="checkbox"/> STOMIE	
Jiné:		
<input type="checkbox"/> Donesená léčiva <input type="checkbox"/> Potřeba sociální péče <input type="checkbox"/> Potřeba spirituální péče (jaké):		
Potřeba edukace (Co je potřeba někomu naučit, aby mohlo být dítě propuštěno?):		Datum/čas:
		Sestra:

Příloha č. 8 Ošetřovatelská anamnéza pro děti nad 6 let

 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA – DĚTI NAD 6 LET FN MOTOL V ÚVALU 84, PRAHA 5 IČ: 00064203, DIČ: CZ00064203		Identifikační štítek:	
ALERGIE:		Riziko pádu:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO:
		Riziko dekubitů:	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ANO:
SOCIÁLNÍ ZÁEMÍ	Kontakt:	Omezení na základě soudního rozhodnutí:	
	Dítě hospitalizováno <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> BEZ DOPROVODU	Zájem rodiny:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	Dítě bydlí <input type="checkbox"/> s rodinou, pozn.:	<input type="checkbox"/> DĚTSKÝ DOMOV	<input type="checkbox"/> jiné:
Oslovení dítěte:		Oblíbená hračka:	
VĚDOMÍ	<input type="checkbox"/> plně při vědomí, orientované	<input type="checkbox"/> DEZORIENTOVANÉ (zmatené)	<input type="checkbox"/> PORUCHA VĚDOMÍ - GCS:
	Psychický stav:	<input type="checkbox"/> úzkostné/plačtivé	<input type="checkbox"/> nespolupracující <input type="checkbox"/> jiné:
SMYSLY	Zrak <input type="checkbox"/> bez omezení	<input type="checkbox"/> omezení:	<input type="checkbox"/> NEVIDOMÉ
	Sluch <input type="checkbox"/> bez omezení	<input type="checkbox"/> NEDOSLYCHAVOST	<input type="checkbox"/> NESLYŠÍCÍ
	Řeč <input type="checkbox"/> bez omezení	<input type="checkbox"/> PORUCHA ŘEČI	<input type="checkbox"/> JAZYKOVÁ BARIÉRA
	Způsob komunikace:		<input type="checkbox"/> NĚMÉ
DÝCHÁNÍ	<input type="checkbox"/> bez obtíží	<input type="checkbox"/> KAŠEL	<input type="checkbox"/> DUŠNOST
	<input type="checkbox"/> INHALÁTOR U SEBE	<input type="checkbox"/> ENDOTRACHEÁLNÍ KANYLA:	<input type="checkbox"/> KYSLÍKOVÁ TERAPIE
INVAZIVNÍ VSTUPY / DRĚNY	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> KOURENÍ	<input type="checkbox"/> TRACHEOSTOMICKÁ KANYLA:
	<input type="checkbox"/> jiné:	<input type="checkbox"/> PŽK:	<input type="checkbox"/> PICC:
KŮŽE/SLIZNICE	<input type="checkbox"/> bez defektů	<input type="checkbox"/> INKONTINENČNÍ DERMATITIDA:	<input type="checkbox"/> AMPUTACE:
	<input type="checkbox"/> poškození kůže:	<input type="checkbox"/> DEKUBITUS:	<input type="checkbox"/> NE
AKTIVITA, SOBĚSTAČNOST	<input type="checkbox"/> soběstačný	<input type="checkbox"/> NESOBĚSTAČNÉ - MODIF. TEST SOB.:	<input type="checkbox"/> AMPUTACE:
	Pomůcky, které dítě používá:	<input type="checkbox"/> berle:	<input type="checkbox"/> jiné:
VÝŽIVA/PŘÍJEM TEKUTIN	Hmotnost:..... kg	Výška:..... cm	Obvod paže:..... cm
	Příjem stravy <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> ZVRACENÍ	<input type="checkbox"/> jiné obtíže:	
	Ravnátka <input type="checkbox"/> volná <input type="checkbox"/> fixní	<input type="checkbox"/> NG SONDA	<input type="checkbox"/> PEG
	<input type="checkbox"/> PEG-J		
VÝŽIVA/PŘÍJEM TEKUTIN	Dietní omezení:		
	Tekutiny za 24 hod:	<input type="checkbox"/> ZNÁMKY DEHYDRATACE	<input type="checkbox"/> OTOKY (lokalizace):
	Léky užívá <input type="checkbox"/> bez problémů <input type="checkbox"/> S PROBLÉMY (jak ano):		
VYPRAZDŇOVÁNÍ / VYMĚŠOVÁNÍ	Moč <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> INKONTINENCE	<input type="checkbox"/> PMK:	<input type="checkbox"/> STOMIE (typ):
	Stolice <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> PRŮJEM	<input type="checkbox"/> ZÁCPA	<input type="checkbox"/> INKONTINENCE
Inkontinenční pomůcky:			
Jiné:			
<input type="checkbox"/> Potřeba sociální péče		<input type="checkbox"/> Potřeba spirituální péče (jaké):	
<input type="checkbox"/> Donesená léčiva		<input type="checkbox"/> Obtíže se spánkem:	
Dítě je schopno přijmout informace a poučení: <input type="checkbox"/> v plném rozsahu <input type="checkbox"/> přiměřeně věku <input type="checkbox"/> NE		Datum/čas:	
Potřeba edukace (Co je potřeba naučit dítě nebo jinou osobu, aby mohlo být dítě propuštěno?):		Sestra:	