

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Jaroslava Kohoutová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Jaroslava Kohoutová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**EDUKACE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH
Z POHLEDU NEMOCNÉHO**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Hošková

Prohlášení

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

V Plzni dne 31. 12. 2012.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Markétě Hoškové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji pracovníkům Fakultní nemocnice Plzeň a zaměstnancům Fakulty zdravotnických studií za poskytování odborných rad po celou dobu mého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Kohoutová Jaroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného

Vedoucí práce: Mgr. Hošková Markéta

Počet stran – číslované: 65

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 18

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: edukace - edukační proces – nemocný – pacient – potřeby nemocného

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá edukací ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného. V teoretické části je vysvětlen pojem edukace a edukační proces. Dále práce popisuje druhy, fáze, cíle, formy a metody edukace ve zdravotnictví. Sleduje vliv edukačního prostředí a důležitost edukačních pomůcek na výsledný efekt edukace. V práci je popisována role nemocného a sestry v edukačním procesu. Připomíná edukaci jako jednu z potřeb nemocných v ošetrovatelském procesu. Dále práce ukazuje na pacienty chronicky nemocné, seniory a pacienty - cizince jako jednu z největších skupin konzumentů ošetrovatelské péče. Vysvětluje vhodný přístup edukátora k těmto nemocným. Popisuje chování jmenovaných skupin nemocných při jejich výchově a vzdělávání.

Praktická část sleduje provedenou edukaci v daném zdravotnickém zařízení. Přináší subjektivní i objektivní náhled nemocného na realizovanou edukaci. Zkoumá spokojenost nemocných s vlastní edukací a hledá informace pro její eventuelní zlepšení.

Annotation

Surname and name: Kohoutová Jaroslava

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Education in health care facilities from the perspective of the patient

Consultant: Mgr. Hošková Markéta

Number of pages – numbered: 65

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 18

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 25

Keywords: education - educational process – diseased – patient - patients needs

Summary:

This bachelor thesis deals with education in healthcare facilities from the patient's point of view. In the theoretical part the concepts of education and education process are explained. Further off this thesis describes types, goals, forms and methods of education in healthcare facilities. It monitors the impact of educational environment and importance of educational tools on the final effect of education. The roles of patient and nurse in educational process are described in this thesis. It reminds education as one of the patient's needs in the nursing process. The work further off indicates chronically ill patients, seniors and patients – foreigners as one of the largest group of nursing care consumers. It explains appropriate approach of educator to these patients. The behaviour of the mentioned groups of patients by upbringing and education is described.

The practical part monitors the executed education in the certain healthcare facility. It brings subjective and objective view of a patient on the implemented education. It examines the satisfaction of the patient with education itself and seeks information for its eventual improvement. This is a brief thesis description, without any description and used methods, but with result.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 POJEM EDUKACE V SOUČASNOSTI.....	10
1.1 Pojmy v edukaci	10
1.2 Edukace v ošetrovatelství.....	11
1.3 Edukační proces.....	12
1.3.1 Druhy edukace v ošetrovatelství	13
1.3.2 Fáze edukačního procesu.....	14
1.3.3 Edukační cíle	16
1.3.4 Edukační formy	17
1.3.5 Edukační metody	17
1.3.6 Edukační pomůcky	21
1.3.7 Edukační prostředí.....	21
1.3.8 Příčiny neúspěšné edukace	22
1.3.9 Hodnocení edukace.....	22
1.4 Pacienta v procesu edukace	23
1.4.1 Edukace jako právo pacientů.....	23
1.4.2 Edukační bariéry pacientů	24
1.5 Zdravotník v procesu edukace.....	24
1.5.1 Všeobecná sestra v edukačním procesu.....	25
1.5.2 Bariéry edukace ze strany zdravotníka.....	25
1.5.3 Vlastnosti edukátora	26
1.5.4 Edukace a dokumentace	27
1.6 Potřeby nemocných v ošetrovatelství.....	27
1.6.1 Pojem potřeby nemocných	27
1.6.2 Hierarchie potřeb	28
1.6.3 Nemocný člověk a potřeby	29
1.6.4 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb.....	29
1.7 Edukace skupin nemocných	30
1.7.1 Nejvíce edukované skupiny nemocných	30
1.7.2 Senioři a edukace.....	31
1.7.3 Dementní pacienti a edukace.....	32
1.7.4 Edukace pacientů jiné kultury	33
1.7.5 Edukace chronicky nemocných pacientů	33
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	35
2.1 Cíle práce.....	35

2.2	Hypotézy.....	35
3	METODIKA	36
3.1	Použitá metodika	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	36
	PRAKTICKÁ ČÁST	37
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU	38
4.1	Výsledky dotazníkového šetření.....	38
5	DISKUZE	56
	ZÁVĚR.....	65
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

(Konfucius)

Pověz mi a zapomenu; ukaž mi a já si vzpomenu; ale nech mne se zúčastnit a já pochopím.

(Dawson, 1999)

Svou bakalářskou práci zahajuji citátem známého čínského myslitele. Myslím si, že nejvíce vystihuje můj pocit ohledně vzdělávání. Touha člověka po poznání a učení se novým věcem je přirozenou lidskou potřebou. Toto téma bakalářské práce bylo fakultou vypsáno, aby popsalo edukaci z pohledu nemocných. Pracuji ve zdravotnictví téměř dvacet let a podstatnou součástí mé práce je každodenní komunikace s pacienty. Uvědomuji si proto, že svým jednáním mohu ovlivňovat vývoj zdravotního stavu daného pacienta. Téma bakalářské práce jsem si vybrala, protože je důležité pochopit názor i z tzv. „druhého břehu“ - ze strany nemocných. Tento pohled nám hodně pomůže. Dostaneme tak cenné informace o skutečném stavu edukace v daném zdravotnickém zařízení.

Ochrana a péče o zdraví občanů je jeden ze základních úkolů společnosti. Chování zdravotnického personálu, způsob komunikace, celkový přístup k nemocnému člověku je důležitý i pro další zvládnutí případné nemoci a celkové zvýšení kvality jeho života. Odpovědnost pacienta vzít svůj osud do vlastních rukou je proto fantastickým vyústěním úspěšné edukace zdravotnickým personálem.

Práce je rozdělena do dvou hlavních celků. V teoretické části je vysvětlen pojem edukace a edukační proces. V několika kapitolách práce popisuje druhy, fáze, cíle, formy a metody edukace ve zdravotnictví. Sleduje vliv edukačního prostředí a důležitost edukačních pomůcek na výsledný efekt edukace. V práci je popisována role nemocného a sestry v edukačním procesu. Připomíná edukaci jako jednu z potřeb nemocných v ošetrovatelském procesu. Dále práce ukazuje na pacienty chronicky nemocné, seniory a pacienty - cizince jako jednu z největších skupin konzumentů ošetrovatelské péče. Vysvětluje vhodný přístup edukátora k těmto nemocným. Popisuje chování jmenovaných skupin nemocných při jejich výchově a vzdělávání.

Praktická část obsahuje kvantitativní výzkum, prezentaci a interpretaci získaných údajů. Dotazníkové šetření je zaměřeno na prozkoumání edukace nemocných ve zdravotnickém zařízení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POJEM EDUKACE V SOUČASNOSTI

1.1 Pojmy v edukaci

Edukace pochází z latinského *educō, educare* (vychovávat). Někteří naši teoretici užívají z pohledu moderní pedagogiky pojem edukace pro proces vzdělávání, výchovu. Edukace označuje jakékoliv situace za účasti lidí, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému učení. Edukací je například výuka pacienta, vysokoškolské studium i výcvik služebních psů. Je to řízený proces změn kvality jejích účastníků. (Průcha 2005, Špirudová a kol., 2006)

Edukace je pomoc klientům, kteří jsou ohroženi nemocí, stresovými situacemi a jinými problémy. Edukací ve zdravotnictví se rozumí kvalifikovaná výchova jednotlivců i celé společnosti. Systematicky vytváří svou výchovně-vzdělávací činností systém správných vědomostí, dovedností, návyků a postojů v oblastech ochrany a zabezpečení zdraví obyvatelstva. (Kuberová, 2010)

Edukátor je člověk, který je aktivním producentem vyučování. Jedná se o učitele, lektora, vychovatele, instruktora, konsultanta nebo školitele. Ve zdravotnictví to bývají nejčastěji lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, nutriční terapeut atd. (Juřeníková, 2010, Špirudová a kol., 2006)

Edukant je obecně označován jako kterýkoliv subjekt učení. Může to být žák, pacient instruovaný zdravotníky atd. Edukantem může být i zdravotník, který si prohlubuje v rámci celoživotního vzdělávání své vědomosti a dovednosti. Každý edukant je individuální osobnost, která je charakterizována svými fyzickými (věk, zdravotní stav, pohlaví), afektivními (motivace, postoje) a kognitivními vlastnostmi (schopnost učit se). Charakteristika edukanta je ovlivněna i etnickou příslušností, vírou či sociálním prostředím. (Juřeníková, 2010, Špirudová a kol., 2006)

Edukační proces je činnost lidí, kdy dochází k učení, a to buď záměrně (intencionálně), nebo nezáměrně (incidentálně). Edukační procesy se dějí od prenatálního života až do smrti. Příkladem edukačního procesu je například osvojení si mateřského jazyka dítětem. Dítě se učí komunikaci s matkou a ostatními lidmi, kdy tito jedinci předávají své dovednosti záměrně i bezděčně. (Juřeníková, 2010)

Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí ovlivňují podmínky ergonomické, jako je například osvětlení, barva, zvuk, prostor, nábytek, ale i sociální klima a celková atmosféra. Příkladem edukačního prostředí může být ambulance, ve které probíhá edukační proces, kdy edukátorem je všeobecná sestra a edukantem klient.

Edukační konstrukty jsou plány, zákony, předpisy, edukační standardy, edukační materiály, které ovlivňují kvalitu edukačního procesu. (Juřeníková, 2010)

1.2 Edukace v ošetrovatelství

Zvýšení edukační a evaluační (hodnotící) úrovně ovlivní erudici edukanta a jeho snahu o uzdravení a zlepšení kvality života. Rozvojem hodnotící schopnosti nemocného lze dosáhnout změny jeho postoje k sobě samému a ke svému onemocnění. Pro edukaci v ošetrovatelství platí základní i specifické podmínky týkající se vztahu sestra - edukovaný jedinec (klient, pacient, komunita), protože edukace se provádí jako prevence v zájmu zachování zdraví u zdravých osob a hlavně u lidí nemocných, kteří mohou mít s učením potíže.

Edukace v ošetrovatelství představuje výchovu a vzdělávání nemocných odkázaných na pomoc a podporu sester v primární, sekundární a terciární prevenci. Edukace předpokládá kvalifikovanou pomoc pacientům ohroženým tělesným i psychickým onemocněním nebo stresovými situacemi, a všem sociálně ohroženým a sociálně deprivovaným osobám. Plnohodnotně realizovaný holistický přístup k edukovaným musí být v ošetrovatelství založen na principu individuálního přístupu. Humanizace edukace se dosahuje potlačením nadřazeného přístupu edukátora a podporou samostatnosti a nezávislosti nemocného či edukovaného. Humanizace je možná pouze za předpokladu rovnocenného přístupu ke všem nemocným bez rozdílu. Týká se i integrace zdravotně postižených do společnosti a též správného přístupu k nemocným se speciálně výchovně-vzdělávacími potřebami. (Kuberová, 2010)

Zdravotní stav obyvatelstva u nás není příliš uspokojivý. Častou příčinou zhoršení zdraví je právě chování lidí a jejich postoj ke zdravé životosprávě. Z výchovného hlediska je nutné lidi přesvědčit, aby převzali za své zdraví zodpovědnost. Předpokládá to však změnu jejich myšlení a chování. Člověk má převzít plnou odpovědnost za svůj život tím, že se z něj bude těšit, že se bude starat o své tělo, bude zkoumat jeho potřeby a bude se udržovat v harmonii se svou duševní schránkou. Péče o vlastní zdraví má společenskou,

ekonomickou a etickou hodnotu, která je důležitá pro pochopení filosofie zdraví. (Kuberová, 2010)

Klíčem k úspěšné edukaci je dodržování základních pravidel komunikace s lidmi různého sociálního a kulturního prostředí, různých věkových skupin a individuálních zvláštností. Každý člověk může mít vzhledem ke své nemoci specifické komunikační potřeby, které je nutno správně vyhodnotit. Přístup ke každému nemocnému vyžaduje určitou trpělivost, velkou dávku empatie a porozumění. (Kuberová, 2010)

1.3 Edukační proces

Edukační proces je „*jakákoli činnost, jejímž prostřednictvím nějaký subjekt instruuje (vyučuje) a nějaký subjekt se učí.*“ (Průcha, 2005, s. 75)

Edukační proces v ošetrovatelství představuje nepsanou náplň práce všech zdravotníků. Má za úkol zvýšit zdravotní uvědomění obyvatel. Cílem je vybavit nemocného tak, aby se uměl správně rozhodovat v situacích ovlivňujících jeho zdraví a pocit pohody. Edukací si tak rozšiřuje vědomosti, utváří si životní postoje, hodnoty a názory. Osvojuje si správné dovednosti a činnosti. (Kuberová, 2010)

Proces edukace je ovlivněn čtyřmi determinanty: edukanti a jejich charakteristiky, edukátotoři, edukační konstrukty a edukační prostředí. (Juřeníková, 2010)

Podstatou edukačního procesu je učení. V širším slova smyslu je to proces, v němž organismus získává individuální zkušenosti. Učí se přizpůsobovat se novým životním podmínkám, novým formám chování. Probíhá neustále a spontánně. V užším slova smyslu je to činnost edukanta záměrně navozená systémem požadavků z vnějšku. Výsledkem je osvojení vědomostí, dovedností, návyků, utváření si postojů a získání určité hierarchie potřeb hodnot. (Juřeníková, 2010)

Edukační proces je cílevědomý, záměrný, řízený a plánovaný proces v rámci jedné edukační formy. Jeho příprava souvisí s povinnostmi a kompetencemi sestry, v jejím průběhu a po skončení edukace. Kvalita edukačního procesu závisí na vzájemné interakci edukátora a edukanta, jejich osobnostech, normách, hodnotách, postojích, názorech a zájmech. Dle Kuberové si člověk v procesu učení zapamatuje 10 % z toho co četl, 20 % z toho co slyšel, 30 % z toho co viděl, 40 % z toho co viděl a slyšel, 90 % z toho co sám dělal a dělá. (Kuberová, 2010)

Nejvýznamnějším faktorem ovlivňující učení je **motivace**. Je významným předpokladem efektivního učení. Motivace je proces zvnitřněného zdůvodnění potřeby učícího se člověka se učit. Podle intenzity a délky trvání se rozlišuje motivace krátkodobá a dlouhodobá. Krátkodobá motivace je intenzivnější, silnější, vydrží ale kratší dobu. Je specifická u mladších lidí. Dlouhodobá motivace se vyskytuje u zralejších, starších lidí. Vyžaduje velkou míru sebezapření a cílevědomosti. (Sitná, 2009)

1.3.1 Druhy edukace v ošetrovatelství

Edukace se dá aplikovat ve třech rovinách prevence - primární, sekundární a terciární. V primární rovině se zaměřuje na zdravé lidi. Sekundární představuje výchovu a vzdělávání nemocných lidí, pacientů, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a nemoci. Snahou je to, aby nemoc nepřešla do chronického stadia. Terciární rovina vychovává pacienty, u kterých se nemoci nestihlo nebo nedalo zabránit, a kde úplné vyléčení není možné. Orientuje se i na rodinné příslušníky a soustředí se na co nejlepší využití zbývajících potenciálu pro plnohodnotný život. Rozvíjí tyto schopnosti, pomáhá vyhnout se jedincům zbytečným komplikacím a utrpení. (Kuberová, 2010, Farkašová, 2006)

Dále se edukace dělí podle formy na záměrnou (činnosti jedince směřují na to naučit se něčemu, kdy učení má svůj konkrétní cíl) a bezděčnou (učení je výsledkem činnosti, která směřovala k jinému cíli). (Juřeníková, 2010)

Edukace v ošetrovatelství může být základní, komplexní a pokračující (redukace). Může se realizovat individuálně i ve skupinách. Základní edukace je klíčové osvojení vědomostí v dané nemoci. Uplatňuje se tehdy, pokud pacient ještě vůbec nebyl obeznámen s problematikou nemoci, zvláště u nemoci nově zjištěné. Komplexní edukace se realizuje v edukačních kurzech. V průběhu edukačního procesu edukátor vysvětluje i zapojuje každého edukanta do procesu cvičení i do edukačních aktivit. Sestavuje domácí program učení a cvičení. Ukazuje možnosti domácí stimulace a výchovné práce edukovaného pacienta s rodinou. Cílem je pozitivní rozvoj edukanta a dosažení pokroků. Edukátor poskytuje konzultace a rady v oblasti péče o nemocného a školí je do všech okolností a souvislostí. Pomáhá se tak předcházet onemocněním. Je to i efektivní přístup k posilování vztahů v rodině. Redukace je edukace pokračující, rozvíjející a napravující. Navazuje na předchozí vědomosti, zahrnuje i opakování. Poskytuje další informace vzhledem k měnícím se podmínkám. Redukace se provádí i za pomoci alternativních metod a prostředků. (Kuberová, 2010)

K uváděným druhům učení patří také učení podmiňováním. Podmiňování patří k nejjednodušším druhům učení. Je základem pro vyšší formy učení. Děje se buď na základě vytváření podmíněného reflexu, kdy si tak nemocný vytvoří např. strach z bílého pláště, ze zvířat, nebo pomocí zástupného a instrumentálního podmiňování. U instrumentálního podmiňování se stává reakcí určitá činnost. U zástupného podmiňování se nemocný učí pomocí pozorování někoho jiného. (Juřeníková, 2010)

Pomocí senzomotorického učení se získávají předpoklady pro vykonávání činností. Výsledkem jsou senzomotorické dovednosti. Dovednosti jsou tak velmi trvalé a těžko vyhasínají. Příkladem může být plavání, jízda na kole, hraní na hudební nástroj, aplikace injekcí. Návuk senzomotorických dovedností může být negativně ovlivněn únavou, nemocí, strachem nebo dlouhou pauzou ve cvičení.

Verbální učení je osvojování si hierarchií reakcí mající verbální podobu. Výsledkem učení je vědomost. Edukátor musí vymezit optimální rozsah požadovaných vědomostí. Musí zvolit vhodnou metodu a přednést obsah co nejsrozumitelněji vzhledem k věku a individuálním schopnostem edukanta. (Juřeníková, 2010)

1.3.2 Fáze edukačního procesu

Edukační proces se dle Kuberové dělí na pět fází: posuzování, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení.

V první fázi posuzování se sestra zaměřuje na důkladný sběr, třídění a analýzu údajů o pacientovi. Údaje o pacientovi může získávat metodou rozhovoru, fyzikálním vyšetřením, pozorováním, dotazníkem nebo z dokumentace. Poté analyzuje jeho schopnost učit se, posuzuje faktory ovlivňující proces učení. Sleduje pacientův postoj k sobě samému, ke své nemoci a postoj k životu. Potřeba učit se vychází v ideálním případě jako vnitřní motivace přímo od pacienta. Z jeho chování není vždy lehké tuto potřebu určit, je nutné pozorovat i jeho neverbální projevy.

Po získání, posouzení, shrnutí a ověření údajů o pacientovi sestra přistupuje k druhé etapě edukačního procesu, a to je stanovení edukační diagnózy. Edukační diagnóza stanovuje problémy a potřeby pacienta. Vysvětluje jejich příčiny a faktory, které ovlivňují a podmiňují tyto problémy, včetně přesné charakteristiky. Edukační diagnózy se dělí podle důležitosti, přihlíží se k potřebám pacienta a jeho prioritám. Při edukaci mají často přednost cíle afektivní před cíli vzdělanostními. Vedle vzdělanostních diagnóz může sestra

na základě posouzení stanovit i diagnózy týkající se postojů k nemoci, zdraví, životu, životosprávě. (Kuberová, 2010)

Ve třetí fázi se vytváří edukační plán. Plán se uskutečňuje po etapách. Při jeho tvorbě se stanovují cíle, jejichž prostřednictvím se dosáhne upevnění zdraví pacienta nebo odstranění zdravotního problému. Ve fázi plánování se rozhoduje o aktivitách, s jejichž pomocí se cíle splní. Plán musí být dostatečně pružný, aby se mohl přizpůsobovat případným nepředvídaným změnám podmínek. Plánuje se i frekvence a trvání edukačních aktivit. Dále následuje volba vzdělávacích strategií. Výběr edukačních metod se musí přizpůsobit tak, aby co nejvíce vyhovovaly jak pacientovi a sestře, tak obsahu edukace. Obsah edukace je dán jejími cíli, jež vyplývají z potřeb pacienta. Sestra musí správně určit výchovně-vzdělávací cíl a jasně jej zformulovat. Stanovuje edukační cíl ve spolupráci s pacientem. Při plánování edukace sestra respektuje jeho tělesný i psychický stav. Začíná se nejprve tím, co ho zajímá, co zná, tak se zvyšuje jeho sebedůvěra. Po zvládnutí základů se přechází k variantám a úpravám. Témata vyvolávající úzkost se probírají jako první.

Ve čtvrté fázi edukačního procesu sestra aplikuje teoretickou přípravu. Prokazuje v ní i určité praktické dovednosti. V zájmu efektivity je třeba přizpůsobit tempo edukace pacientovi, aby mu vyhovovalo. Učení pomáhají zefektivnit vhodné metody a didaktické prostředky. Pro edukaci je nevhodná metoda přednášky, protože neposkytuje zpětnou vazbu. Pro dobrou komunikaci není vhodné použití odborných termínů a zkratk z oblasti ošetřovatelství a medicíny. Sestra by měla po celou dobu edukace nemocného povzbuzovat. Úspěšná realizace edukace zlepšuje kvalitu života lidí, pomáhá jim získat soběstačnost. Ulehčuje nabývání vědomostí. Pomáhá porozumět jevům, které se odehrávají v lidském těle. Rozšiřuje poznatky o dodržování preventivních a léčebných zásad. (Kuberová, 2010)

V páté fázi probíhá kontrola a hodnocení. Sestra poskytuje pacientovi pozitivní zpětnou vazbu formou odměny či pochvaly za žádoucí chování pacienta, což má kladný vliv na jeho učení a pomáhá pozitivně měnit jeho postoje. Negativní zpětná vazba pacienty odrazuje. Sestra spolu s edukovaným hodnotí hlavně to, jak změnil své chování a jednání. Významné je i to, co se naučil. Sestra se ptá citlivě a s porozuměním. Má být dobrou pozorovatelkou postojů a chování pacienta. Hodnotí motorické dovednosti, které mají vyšší vypovídající hodnotu než vědomosti. Metodou hodnocení v kognitivní oblasti je kladení otázek, diskuse nebo rozhovor. Splnění cílů z afektivní oblasti se hodnotí hůře.

Postoje nebo systém pacientových hodnot sestra hodnotí dle jeho odpovědí na cílené otázky, poslechne si jeho názory a pozoruje jeho chování. Při hodnocení je třeba zdůraznit pozitiva, pacienta povzbudit a pochválit, poté přejít eventuelně ke kritice. Konkretizuje se, co bylo dobré, co se nezdařilo. Hodnocení má poskytovat i návrhy, jak potřebné změny realizovat. Konstruktivní hodnocení pomáhá rozvíjet osobnost, zvyšuje sebevědomí. Destruktivní hodnocení formulované nevhodným způsobem při zpětné vazbě vyvolává stresové situace, zanechává v pacientovi pocit neúspěchu a snižuje jeho sebevědomí. Sestra musí myslet i na to, že nesprávná edukace může mít iatrogenní účinek. (Kuberová, 2010)

1.3.3 Edukační cíle

Cíl chápeme jako metu, které chceme podle názoru a přání osob odpovědných za vzdělávání a realizaci daného programu dosáhnout. Cíl je hypotetická představa či hranice, k níž chceme pomocí edukace dospět. Může se týkat získávání vědomostí, dovedností a schopností, dosažení změny postojů, přijetí určitých hodnot nebo osvojení návyků. Pacient musí být vnitřně motivován a dle stanoveného cíle se chovat. Nemají být porušena jeho práva a svoboda pro rozhodování. Cíle mají účímu se pacientovi ukázat, jak proces učení zvládnout. Účinnost edukace se stupňuje, jestliže edukanti ujasnění, upřesnění a formulaci cílů sami podceňují. V edukačním procesu máme cíle dlouhodobé (záměry) a krátkodobé (vztahující se k potřebám jedince). (Kuberová, 2010)

Cíle lze dále rozdělit na cíle nižší a cíle vyšší. Cíle se formulují vždy ze strany edukanta a nikoli edukátora (pozitivní změna má nastat u klienta). (Juřeníková, 2010)

Cíle závisejí na okolnostech, způsobu jejich volby i na roli, kterou chce subjekt sám mít. Cíle mají být jasně formulované, měřitelné, ověřitelné. Mají být také prospěšné lidské sebeúctě a mají se slučovat s právy lidí. (Kuberová, 2010)

Pro správné stanovení cíle pomáhají taxonomie (kategorizace) cílů pro jednotlivé oblasti. Jsou to cíle kognitivní (vzdělávací), afektivní (postojové, hodnotové) a psychomotorické (výcvikové, praktické). Největší vliv na didaktické myšlení a praktické požívání má taxonomie cílů pro **kognitivní oblast** dle B. S. Blouma. Autor cíle rozdělil do šesti kategorií a několika subkategorií. Do šesti základních kategorií zařadil znalost (zapamatování), porozumění, aplikaci, analýzu, syntézu a hodnotící posouzení. **Afektivní cíle** se zaměřují na oblast vytváření postojů, přesvědčení, hodnot a názorů. B. Krathwohlova taxonomie uvádí pět kategorií. Jsou to přijímání (vnímavost), reagování, oceňování hodnot, integrování hodnot a začlenění systému hodnot do charakterové

struktury. Výsledkem **psychomotorických cílů** je osvojení si určitého druhu motorických zručností a návyků. K tomu slouží taxonomie dle R. H. Davea. Jedná se o imitaci (nápodobu), praktické cvičení (manipulaci), zpřesňování, koordinaci a automatizaci. (Juřeníková, 2010, Bastl, 1997)

1.3.4 Edukační formy

Forma edukace se definuje jako souhrn organizačních opatření a uspořádání výuky při realizaci vzdělávacího procesu. Rozdělují se dle časového uspořádání, vyučovacího prostředí, organizačního uspořádání studujících, interakcí lektor - posluchač, stavu systémů, kde vzdělávání probíhá, zaměření pedagogické akce. Ve zdravotnictví se nejčastěji popisují formy edukace dle organizačního uspořádání a interakcí edukátora/lektora k posluchači.

Dále je edukace členěna na formu individuální, skupinovou a hromadnou. Individuální edukace je nejčastější formou edukace ve zdravotnictví. Jeden edukátor řídí edukaci u jednoho edukanta. Edukanti mezi sebou nespolupracují, obsah edukace je sestaven podle individuálních potřeb edukanta. Skupinová forma je systém rozdělující edukanty do různě velikých skupin. Ve zdravotnictví se používá nejčastěji v lázeňské péči nebo ve svépomocných skupinách. Ideálním počtem je skupina 3 - 5 členů. Kritériem pro vznik skupiny může být například věk, pohlaví, druh nemoci, úroveň vědomostí. Hromadná forma výuky se zaměřuje na širší skupiny osob. Má stejný obsah pro všechny účastníky. Ve zdravotnictví se používá tam, kde se sděluje edukovaným stejný obsah. (Juřeníková, 2010)

1.3.5 Edukační metody

Edukační metoda je cílevědomé, promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení. Metody se rozdělují na metody **teoretické** (klasická přednáška, přednáška ex cathedra, přednáška s diskusí, cvičení a seminář), **praktické** (instruktáž, coaching, asistování, rotace práce, stáž, exkurse, létající tým) a **teoreticko-praktické** (diskusní metody, problémové metody, programová výuka, diagnostické a klasifikační metody, projektové metody). (Juřeníková, 2010)

Metoda **přednášky** má tradici už v antice. Tímto způsobem se předkládají myšlenky a poznatky v ucelené formě V úvodní části se seznamují edukanti s problémem, je zde snaha o podchycení jejich zájmu a pozornosti. Edukátor informuje o smyslu přednášky a daném problému. Při vlastním výkladu jsou předkládána fakta, která je třeba

dát do kontextu s ostatními poznatky edukanta. Přednáška má být logicky uspořádána a doplněna i příklady z praxe. V závěru se shrnou nejdůležitější body projevu ve společné diskusi. Součástí přednášky bývá i četba textu (přednáška *ex cathedra*). Výhodou přednášky je předání ucelených vědomostí velké skupině posluchačů. Nevýhodou je malá aktivita edukantů, malá zpětná vazba pro přednášejícího. Tento nedostatek lze odstranit pokládáním otázek, na které odpoví posluchač nebo sám edukátor. Edukátor se musí předem připravit, musí mít promyšlený postup, obsah celé přednášky včetně otázek, aby se přednáška nezvrhla v chaos a polemiku.

Diskuze je vhodná k procvičení a upevnění vědomostí edukanta. Pomocí této metody je možnost argumentovat, prezentovat své myšlenky, názory, nápady a ověřit si schopnost přesvědčit druhé. V praxi se používá diskuze s vedoucí rolí edukátora, který celou diskuzi řídí. (Juřeníková, 2010)

Goldfish Bowl (akvárium) metoda v sobě kombinuje diskuzi a aktivní pozorování. Diskuze je řízena edukátorem, účastní se jí polovina edukantů, druhá polovina tvoří skupinu hodnotitelů. Jejich úkolem je aktivní pozorování a hodnocení diskutujících. Používá se tam, kde je cílem výuky rozvoj verbální a neverbální komunikace. (Sitná, 2009)

Rozhovor je plánovaná komunikace s cílem rychlého sběru dat, poskytnutí informací, identifikace problému, poučení, poskytnutí podpory, rady či léčby. Rozhovor je možné chápat jako proces aplikovaný ve většině fází ošetrovatelského procesu. Rozhovor může být veden direktivně a nedirektivně. Direktivní rozhovor je vysoce organizovaný, zaměřený na specifickou informaci. Pacient odpovídá na uzavřené otázky, nemusí mít příležitost klást otázky a diskutovat. Používá se pro sběr a poskytnutí informací v limitovaném čase. Během nedirektivního rozhovoru sestra dovoluje pacientovi řídit předmět rozhovoru a jeho postup. Komunikace se posiluje kladením otevřených otázek, empatickými odpověďmi. Nedirektivní rozhovor se používá při řešení problémů, poradenství a pro vyjádření ocenění. (Kozierová a kol., 1995)

Otázky, které klade edukátor, by měly být formulovány jazykově správně včetně slovosledu, stručně, a neměla by se používat souvětí. Otázky nemají být sugestivní, mají obsahovat pouze jeden problém a mají být logicky řazeny. Nejprve se pokládá otázka celé skupině, pak až jednotlivci. Je třeba vyhýbat se otázkám s možností odpovědi pouze „ano“ nebo „ne“, nebo otázkám, kde je možnost odpovědi uhádnout. (Juřeníková, 2010)

Sestra musí ovládat to, co učí. Pak je tu umění znalost a dovednost předat. Informace musí být názorná. V rozhovoru se sestra snaží zapojit co nejvíce smyslů pacienta. Nepřípustné je odbýt pacienta brožurou nebo návodem. Opakování je matka moudrosti. Nezbytnou součástí edukativního rozhovoru je práce s motivací pacienta. Nedá se čekat, že pokud se jedná o zdraví pacienta, bude pacient nadšený z toho, že má například držet dietu. Emoce převažují nad racionální stránkou. Schopnost empatické podpory může pomoci problém vidět a řešit. (Venglářová, Mahrová, 2006)

Instruktaž je teoretický úvod před praktickou činností. Edukanti se seznamují s pracovním postupem, získávají psychomotorickou dovednost. Provádí se nejčastěji, předvádí se pomalu za slovního doprovodu, kdy se připomíná správný postup a eventuelní chyby při činnosti edukovaných. Potom následuje ukázka činnosti v rychlosti, kterou má edukant dosáhnout.

Seminář obvykle doplňuje přednášku. V průběhu semináře edukanti vyvíjejí svou aktivitu s cílem prohloubení a dovedností a zkušeností. V seminářích se učí kritickému myšlení, argumentaci, kooperaci, interpretaci faktů, osvojují si techniku řešení problému.

Cvičení také doplňuje přednášku, tvoří samostatné bloky. Na rozdíl od semináře jsou zde více zastoupeny praktické činnosti a nácvik dovedností a aplikace teoretických poznatků získaných v přednášce na konkrétní jevy. (Rohlíková, Vejvodová, 2012)

Na instruktaž navazuje **praktické cvičení**, ve kterém edukant zahajuje vlastní nácvik pracovních činností. Ve zdravotnictví může probíhat individuálně nebo ve skupině. Nácvik složitých činností se učí pacienti po jednotlivých krocích. Při prvním nácviku jsou většinou pohyby edukovaných nekoordinované, s řadou chyb, s vynakládáním velké energie. Není dobré zařazovat nácvik psychomotorických dovedností v akutní fázi onemocnění. Při dalším nácviku dochází již k zpřesňování pohybů, pohyby jsou koordinovanější. Příkladem instruktaže spojené s praktickým nácvikem je nácvik aplikace inzulínu inzulinovým perem samotným pacientem.

Konzultace je jednou z nejpoužívanějších metod ve zdravotnictví. Jedná se o setkání odborníka či poradce, se kterým může pacient prodiskutovat svůj problém, projít nejasnosti, probrat určitá doporučení. Konzultace u pacientů s chronickým onemocněním má většinou charakter dlouhodobých a opakujících se konzultací. Příkladem použití

metody konzultace ve zdravotnictví může být návštěva pacienta se stomií u stomasestry. (Juřeníková, 2010)

Brainstorming (burza nápadů, „mozková bouře“) je metoda, kde se využívá práce ve skupině. V určitém časovém limitu je snaha získat co nejvíce nápadů a představ o způsobu řešení problému. Metoda je zaměřená spíše na kvantitu než na kvalitu. Nejčastěji je zařazovaná na začátek hodiny jako úvodní motivace, ke zjištění znalostí edukantů jejich názorů a postojů k probíranému tématu, k řešení problémů, pro rozšíření znalostí. Může být ale zařazena i na konec hodiny jako metoda pro zopakování, pro tvorbu návrhů pro využití probraného učiva pro praxi.

Snowballing (sněhová koule) je skupinová metoda, která začíná od jednotlivce (nikoli od skupiny). Dále se pokračuje formou skupinové práce v postupně se zvětšujících, „nabalujících se“ pracovních týmech. Skupiny se postupně zvětšují, téma a cíl výuky zůstávají stejné.

Buzz Groups (muší skupiny) je metoda podobná sněhové kouli. Liší se v tom, že práci zahajuje více edukantů, minimálně dva až čtyři. Dochází tak ke vzájemnému ovlivňování a spolupráci už od začátku.

Role Play (hraní rolí) umožňuje uplatnit teoretické znalosti edukanta v praktických činnostech, navozených životních situacích nebo v situacích typických pro konkrétní povolání. Podstatou je vcítit se do dané role a co nejvěrněji ji s použitím všech znalostí a dovedností „přehrát“.

Rounds (kolečka) je metoda zaměřena na rekapitulaci údajů a faktů, názorů a postojů. Edukátor rozdělí skupinu na menší celky (kroužky, kolečka). Skupiny pracují současně, ale vzájemně se neruší. Edukátor postupně vyzívá edukanty k odpovědi a ti v kolečku pokračují dál. Po proběhlém kolečku edukátor odpovědi rekapituluje, hodnotí a shrne. (Sitná, 2009)

E-learning se vymezuje jako vzdělávací proces za použití multimediální technologie ke zvýšení kvality edukace. Nejčastěji probíhá prostřednictvím počítačových kurzů, zakončenými elektronickými testy. Ve zdravotnictví se využívají spíše pro zdravotníky, ve světě však existují také e-learningové kurzy pro edukaci pacientů. (Juřeníková, 2010)

Case study (případová studie) je metoda odrážející skutečnou životní situaci nebo problém. Principem metody je skupinové řešení připravovaného „případu“, který může být skutečný nebo simulovaný. (Sitná, 2009)

Stáž je vyšší úroveň praxe, časově ohraničený a programově samostatný blok uskutečňovaný mimo domácí prostředí. Stáž je spojována s postgraduálním vzděláváním za účelem zvyšování kvalifikace.

Exkurze je organizační forma výuky konaná mimo domácí půdu. Obvykle se jedná o návštěvu významného nebo zajímavého místa či zařízení s poznávacím cílem a přímým vztahem k obsahu výuky. (Rohlíková, Vejvodová, 2012)

Létající tým je řada několika odborníků specializujících se na určitý problém či skupinu pacientů. Tým se za pacienty sám přepravuje (létá) a členové tohoto týmu mezi sebou společně kooperují (zdravotníci a vojenské mise, veřejné preventivní programy).

1.3.6 Edukační pomůcky

Učební pomůcky a didaktická technika pomáhají zvýšit efektivitu edukace. Přispívají k zprostředkování obsahu učiva v názorné podobě a podporují tím splnění cílů. Dle Juřeníkové člověk přijímá 80 % informací zrakem, 12 % informací sluchem, 5 % informací hmatem, 3 % informací ostatními smysly. Učební pomůcky jsou textové (učebnice, letáky, brožury, pracovní listy a sešity, časopisy), vizuální (fotografie, nástěnné obrazy, obrazy promítané prostřednictvím dataprojektoru a PC, folie pro zpětný projektor, modely a тренаžéry, zdravotnický materiál), auditivní (hudební a zvukové záznamy), audiovizuální (televizní pořady, výukové filmy) a počítačové edukační programy a internet (interaktivní učební programy). (Juřeníková, 2010)

1.3.7 Edukační prostředí

Edukačním prostředím může být jakákoli místnost, učebna. Edukátor by měl místo edukace předem prohlédnout a zkontrolovat, zda nemá závažné závady, popřípadě zabezpečí jejich odstranění. Pro edukaci musí být dostatek prostoru pro plánovaný počet účastníků. Rozmístění nemocných je třeba zajistit tak, aby neseseděli edukátorovi zády. Při edukaci je dobré mít dostatečné světelné podmínky při denním i umělém osvětlení, fungující topení a možnost větrání, možnost umytí rukou. Pro názornost učení je někdy vhodná dostatečně velká a správně umístěná tabule s kvalitním nátěrem. Edukátor i edukovaní mají mít dostatek prostoru. Samozřejmostí jsou fungující elektrické zásuvky

pro použití přístrojů. Edukace by měla probíhat nerušeně, bez přítomnosti hluku. (Bastl, 1997)

1.3.8 Příčiny neúspěšné edukace

Mezi příčiny neúspěšné edukace lze zařadit chyby edukujících, chyby edukovaných, ale i další vlivy vstupující do edukace (edukační konstrukty). Učícím lidem nejvíce vadí, když učitel ignoruje studenty, omezuje možnost klást otázky a odrazuje od nich. Dalším negativem edukátora je, pokud zesměšňuje učící osobu zato, co řekl nebo napsal, je sarkastický nebo rozčilený, arogantní. Edukátor nesmí edukanta přerušovat v řeči, má ale podnítit k diskusi a dotazům. (Rohlíková, Vejvodová, 2012)

Chybou je, pokud edukátor nezná a nezařazuje dostatečnou škálu vyučujících metod. Chybuje, když se nenaučil správně volit vyučovací metody vzhledem ke vzdělávacím cílům výuky a požadovaným kompetencím, nevyužívá smysluplně získané informace. Negativem je neznalost silných a slabých stránek vyučovacích metod a neznalost zásad vedení a užití jednotlivých vyučovacích metod. (Sitná, 2009)

Mezi chyby edukace ze strany edukanta lze zařadit například nedostatečnou motivaci k učení. Edukant vnímá učební činnost jako pro něj osobně nesmyslnou. Nechce se aktivně podílet na výběru cílů a metod i hodnocení výsledků učení. Chybou je, pokud necítí nebo špatně chápe cíl své edukace, odměna stále „nepřichází“. Zde je namíste profesionální působení edukátora (sestry).

Mezi nejvýznamnější vlivy ovlivňující negativně výsledek edukace je faktor času. Rozlišuje se čas určený pro edukaci (plánovaný) a čas, který edukanti učení skutečně věnují. Zde záleží hlavně na umění managementu vyučujícího (sestry). Výzkumy naznačují, že tento časový faktor ovlivní výsledky edukace více než zvyšování času plánovaného. (Kalhous, Obst, 2002)

1.3.9 Hodnocení edukace

Hodnocení měří hloubku a šíři znalostí a dovedností. Správně provedené hodnocení edukace inspiruje, motivuje a dodává zpětnou vazbu, která je podstatná pro zaměřování rychlé korektivní pomoci. Hodnocení klasifikuje výkony edukantů, posuzuje efektivnost kurzu či edukační hodiny i samotného vyučujícího, poskytuje posluchačům cíl. Konečné hodnocení edukace má shrnout to, čeho edukanti dosáhli. Průběžné hodnocení (probíhá

v průběhu edukace) posuzuje zda a kolik se edukant naučil. Přesně určuje jejich učební potíže a umožňuje zjednat nápravu. (Petty, 2002)

1.4 Pacienta v procesu edukace

Jakmile člověk onemocní, stává se pacientem (z latinského *patiens*, to je snášející, otužilý, vytrvalý), mnohé zpravidla v jeho životě změní, a to ve vztahu, který má k sobě, i ve vztahu k relevantním skupinám, jako je rodina, spolupracovníci, přátelé. Zaujímá také určitou roli k zaměstnavateli, zdravotní pojišťovně, ke zdravotnickým pracovníkům. (Vymětal, 2003)

Nemoc chápeme jako těžkou životní situaci, která klade nárok na adaptaci. Zároveň s nemocným jsou zvýšené nároky také na jeho okolí. (Venglářová, Mahrová, 2006)

1.4.1 Edukace jako právo pacientů

Edukace jasně souvisí s právy pacientů (viz příloha A). Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a nutno spravedlivě doplnit, že je ani nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to v rovině odborné, ale často i v lidské. Tato asymetrie byla dříve obrovská. O právech pacientů se začíná hovořit teprve v sedmdesátých letech 20. století. Lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a přejí si dostatek informací i v situaci nemoci. Chtějí sami o sobě v době nemoci rozhodovat a chtějí spolupracovat. Jsou vzdělanější, zdravotně informovanější a neradi jsou v submisivní roli. Profesionální péče o pacienty je nyní týmová, specializovaná. Pacientova role se mění, nemocný se stává pro zdravotníky rovnocenným partnerem. (Haškovcová, 2002)

Pravděpodobně první etický kodex Práva pacientů uvedl v roce 1971 David Anderson z Virginie. Tento lékárník dobře viděl problémy ze strany lékařů i pacientů. zveřejnil text, jehož úvod zní:

„Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami a tužbami, ale i zábranami. neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“ (Haškovcová, 2007, str. 16)

1.4.2 Edukační bariéry pacientů

Pacientskými charakteristikami, které ovlivňují komunikaci se sestrou jsou charakter onemocnění, poruchy smyslového vnímání, změny psychiky, jazyková bariéra, mentální handicap, odlišné kulturní zvyky, ale i pohlaví. (Juřeníková, 2010)

Mnoho vyučujících má jiná očekávání od mužů a jiná od žen. Mužům obecně věnují učitelé více pozornosti. Při studiu přírodních věd, technických oborů a počítačů užívají muži častěji technické vybavení. Obecně mají v životě ženy nižší ambice, méně si „věří“. Jsou málo zastoupeny v technických a fyzikálních oborech a v matematice. (Petty, 2002)

Je zjištěno, že sestry se raději dotýkají pacientů - žen než pacientů - mužů. Dospělí pacienti si udrží méně informací o léčbě a medikaci než pacienti mladší. Sestry méně rády pracují s pacienty fyzicky závislými než s pacienty fyzicky nezávislými. Stejně to platí i v oblasti péče o duševně postižené pacienty. S těmito nemocnými méně komunikují než s pacienty orientovanými. (Špirudová a kol., 2006)

V období plného zdraví má člověk plno sil a energie. Může být proto edukován v plném rozsahu. Malá část lidí si v tomto období uvědomuje hodnotu svého zdraví.

Akutní stadium onemocnění probíhá bouřlivě, příznaky nemoci jsou vystupňovány. Pacient je závislý na pomoci druhých, v některých případech je i hospitalizován. Edukant není proto se schopen soustředit a vnímat edukaci. Zde je vhodnější se zaměřit na předání informací týkající se momentální informace a na informace sloužící k „přežití“. Po odeznění akutního stadia je pacient nejvíce přístupný a otevřený naší edukaci. Z předchozího období je pacient velmi unavený a vyčerpaný. Je nutné na to pamatovat a edukaci dávkovat po částech, dávat mu i čas na odpočinek. (Juřeníková, 2010)

1.5 Zdravotník v procesu edukace

Sestry svým profesionálním působením nezastávají jednu roli, ale vždy se jedná o role více. Role sester ovlivňují změny ve společnosti, systém zdravotní péče, nové poznatky, celkový zdravotní stav obyvatelstva. Na tyto tendence reaguje vzdělávání sester i ošetrovatelská praxe, což má za následek změnu rolí sester. Sestry působí při rozhodování, plánování ošetrovatelské péče. Více se orientují na podporu zdraví a komunitní ošetrovatelskou péči. Sestra je poskytovatelkou ošetrovatelské péče,

manažerkou, mentorkou, advokátkou, nositelkou změn, výzkumníci, ale i edukátorkou. (Farkašová a kol., 2006)

1.5.1 Všeobecná sestra v edukačním procesu

Kompetence všeobecné sestry jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/ 2011 Sb. (ze dne 14. března 2011), kterou se stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků (viz příloha B). V České republice zákon jasně určuje, že poučení o zdravotní stavu dává lékař. Všeobecné sestry, rehabilitační pracovníci a laboranti jsou oprávněni podávat poučení, mezi které patří i edukace nemocných, pouze v rámci svých profesních kompetencí a činností. Sestra tak poučuje nemocné o ošetrovatelských problémech, které identifikovala a řeší, o ošetrovatelských výkonech (například o průběhu zavádění žaludeční sondy a očekávané spolupráci nemocného, o průběhu odběru krve či o podání intramuskulární injekce). Sestry nejsou ze zákona oprávněny informovat o stanovené diagnóze, prognóze a postupu léčby. Mohou ale následně s těmito informacemi pracovat. (Kuberová a kol., 2006, Profimedea, 2011)

Edukační role sestry je tedy mnohostranně zaměřena na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného chování a jednání nemocných v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jakož i změn motivace prožívání, chování a jednání člověka. (Farkašová a kol., 2006)

1.5.2 Bariéry edukace ze strany zdravotníka

Do bariér edukace ze strany zdravotníka se řadí nedostatečná příprava zdravotníka na edukaci, nahodilá a neplánovaná edukace, nedostatek edukačních vědomostí a dovedností, nedostatek času, únava, nedostatečná multidisciplinární spolupráce zdravotnického týmu a malá motivace zdravotníka k edukaci. (Juřníková, 2010)

Přístup a jednání sester je determinováno negativní predispozicí směrem k pacientovi, tendencí stereotypně a nevhodně vyhodnocovat povahové rysy a charakteristiky pacienta. Sestry různých stupňů kvalifikace s příznivým postojem směrem k dospělým pacientům přikládají velký význam komunikaci s pacienty. Naopak sestry s nepříznivým postojem k dospělým pacientům jsou více orientovány na roznášení léků a hygienickou péči. Sestry s pozitivním vztahem ke starým pacientům více komunikují, více žertují, méně nemocné usměrňují a řídí. Pozitivním faktorem vztahující se ke komunikaci je míra satisfakce pocíťovaná sestrou. Sestry s vysokou mírou motivace

jsou i více senzitivní k potřebám pacientů. Více komunikují o odborných tématech z ošetrovatelství a o zdraví. Skutečná pracovní motivace má negativní dopad na usmívání se a projevy citu. Množství tréninku a stupeň vzdělání sester také ovlivňují komunikaci. Trénovaný personál užíval lépe strategií k podpoře pacientovi důstojnosti, sebehodnocení, rozhodování a nezávislosti. Nekvalifikované sestry jsou méně citlivé ke skrytým sdělením ve verbální komunikaci dospělých klientů. Sestry s vyšším vzděláním používají častěji direktivní komunikaci. Poskytují jim ale více informací o chorobách a zdraví. Ukázalo se, že počet let vzdělávání má vztah k množství komunikačních kategorií, jako jsou „dávání pozor“, poskytování komfortu a používání zpětné vazby chování. Existuje vztah mezi zkušenostmi sestry, kognitivní poruchou pacienta a nonverbálním chováním sestry. Sestry s vyšším vzděláním méně využívají v komunikaci s dospělým pacientem sociální komunikaci (zdrobněliny, osobní názory, žertování). Stupeň vzdělání má ale i pozitivní vztah k množství náhodně poskytovaných informací (například stran orientace, při instruování, při žádostech o vysvětlení a dotazech pro pochopení) a k cíleným ošetrovatelským tématům. Více vzdělané sestry používají neverbální komunikaci. Objevil se i vztah mezi stupněm vzdělání a výskytem podrážděnosti a dominance. Bylo také vyzorováno, že stupeň vzdělání vykázalo negativní vztah k zapojování se do ošetrovatelských úkonů. Čím více má sestra pracovních zkušeností, tím více citu má ve verbální komunikaci. Byl zkoumán i vztah demografických faktorů (věk, pohlaví, léta praxe) v kvalitě a kvantitě komunikace sester. Závěry studií si však odporují. (Špirudová a kol., 2006)

1.5.3 Vlastnosti edukátora

Ošetrovatelská praxe klade důraz i na schopnost interakce s nemocnými a kolegy. Sestra používá dovednost komunikace s nemocným jako součást profesionálního vybavení. Schopnost komunikovat slouží k navázání a rozvíjení kontaktu s nemocným. Mezi charakteristické znaky efektivní komunikace mezi sestrou a nemocným patří i to, že mluvčí a příjemce dostávají důležité informace, které jsou ve srozumitelné formě. Je zachována důstojnost nemocného. Nemocní mají prostor pro dotazy a zopakování. Mohou vyjádřit svůj názor. Komunikace je kongruentní (shoda na úrovni verbální a neverbální úrovni). (Venglářová, Mahrová, 2006)

Vztah mezi nemocným a zdravotníkem je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami. Nenaplněná očekávání bývají zdrojem mnoha vzájemných a postojoyých nedorozumění. Osobnost zdravotníka

a tendence v jednání, chování a řešení vzniklých situací se odráží i ve vztahu mezi ním a nemocným. Každý zdravotnický pracovník by se měl osobnostně znát, rozumět svým sklonům k jednání a chování. Vlastní sebepoznání mu ulehčuje práci při vytváření vztahu k nemocnému a umožňuje vyvarovat se případných chyb. Nejvíce problémů vzniká v důsledku vztahové nerovnosti a přenosu vlastních zkušeností z osobního života do vztahu k nemocným. Zdravotníci jsou často direktivní, vyžadují poslušnost. Často nemocným přikazují, zakazují, doporučují. Mnohdy usilují o věcný přístup bez osobního zaujetí. Tento vztah je označen jako vztah **paternalistický**. Vztah orientovaný na nemocné je označován jako vztah **partnerský**. Je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Mezi zdravotníkem a nemocným vzniká vztah, kdy zdravotník umí naslouchat a zajímá se i o subjektivní stránku nemoci. Nemocný, který rozumí své nemoci a má možnost se aktivně podílet na svém uzdravení, lépe spolupracuje. Výsledek uzdravení bývá proto lepší než v předchozím případě. Komunikace je v tomto vztahu nedirektivní, přátelská, empatická, vysvětlující a zajímající se také o rodinu. (Janáčková, Weiss, 2008)

1.5.4 Edukace a dokumentace

Dokumentace je nedílnou součástí edukačního procesu. Poskytuje záznam o plánované a realizované edukaci nemocného a o jejích výstupech. Záznam o edukaci - edukační karta (viz příloha D) má obsahovat: čeho nemocný dosáhl, jeho reakce. Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje a zaručuje celistvost vzdělávání. Informuje ostatní členy zdravotnického týmu o edukačním procesu, reakci na něj, udává, co má být ještě provedeno. Vylučuje tak duplicitu. Záznam proto dovoluje zdravotníkům zjistit, co už nemocný (i rodina, pečovatelé) zná. Zaznamenává se průběh, vývoj, komplikace vlastní edukace. Vedení dokumentace vede k aktivizaci nemocného i jeho rodiny k přebírání zodpovědnosti za řešení zdravotního stavu. Dokumentace chrání členy ošetrovatelského týmu. Slouží k autoevaluaci pracoviště v oblasti edukace, k výzkumu, formulaci standardů pracoviště. (Špirudová a kol.)

1.6 Potřeby nemocných v ošetrovatelství

1.6.1 Pojem potřeby nemocných

Charakteristickým znakem moderního ošetrovatelství je systematické hodnocení a plánovité uspokojování potřeb zdravého i nemocného člověka. Uspokojování potřeb člověka se děje pomocí ošetrovatelského procesu a edukace zdravotníky je jeho nedílnou součástí.

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Pobízí vyhledávat určité podmínky k životu nebo vede k vyhýbání se podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co člověk nutně potřebuje k životu a svůj vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje psychiku člověka. Zcela zásadně tak vytváří vzorec chování. Každá potřeba se vztahuje k něčemu v prostředí. Lidské potřeby se vyvíjejí, kultivují. Každý jedinec vyjadřuje a uspokojuje potřeby svým způsobem. Určitý druh motivovaného chování se projevuje u každého jinak. Během života se potřeby člověka mění z hlediska kvality i kvantity. Všichni lidé mají společné potřeby, ale tyto potřeby jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby, z nichž si ani dva nejsou podobné. (Trachtová a kol., 2008)

Potřeby lze uspokojovat žádoucím nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsob je ten, který neškodí nám, ani jiným. Je ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami jedince a jsou uspokojovány v mezích zákona. Za nežádoucí jsou považovány ty, které mohou škodit danému člověku nebo jiným, nejsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami nebo porušují zákon. Potřeby jsou určovány také kulturou.

Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, kdy začíná proces motivace - motivační napětí. Jedná se o hybné síly chování. Motivace je proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. Motivace se dělí na motivaci vědomou a nevědomou. Vědomě se člověk může snažit o kariéru, ale nemusí vědět, proč to činí. Mnohdy si člověk neuvědomuje příčinu jednání, je to nevědomá motivace. Mezi vědomými a nevědomými motivy není ostrá hranice. (Trachtová a kol., 2008)

1.6.2 Hierarchie potřeb

Didaktické humanistické přístupy se opírají o teoretické závěry humanistické psychologie, kde hlavními představiteli jsou Abraham Maslow (1908 - 1970) a Carl Rogers (1902 - 1987). Humanistická psychologie vidí cíl výchovy a vyučování v zabezpečení zdravého, plného života bez strachu stresu. (Kuberová, 2010)

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Některé z motivů jsou silnější než jiné, některé z těch silných jsou nejsilnější. Hierarchie potřeb zahrnuje potřeby fyziologické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a seberealizace. Člověk je integrovaný a organizovaný celek. Každá potřeba je výrazem celého jedince. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, staví se na její místo další. Pro lidskou bytost je charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje. Lidské potřeby

jsou uspořádány v systému podle naléhavosti. Neuspokojené „nižší“ potřeby při ohrožení či nemoci převládají a zvítězí při konfliktu nad neuspokojenými „vyššími“ potřebami. Potřeba seberealizace, hierarchicky postavená nejvýše, je podmíněna uspokojením všech dalších potřeb. Je-li uspokojena nižší potřeba, může převládnout potřeba vyšší a ovlivňovat chování jedince. Častá frustrace potřeb v dětství ovlivní trvalé osobnostní rysy člověka. Vyšší potřeby se objevují později. Motivační život jedince je popisován jako „vzestup“ různými vrstvami „pyramidy potřeb“ (viz příloha C). Potřeby se mění jak ve fylogenetickém, tak v ontogenetickém vývoji. Pokud jsou základní potřeby trvale frustrovány, může se u jedince objevit i projev psychopatie. (Trachtová a kol., 2008)

1.6.3 Nemocný člověk a potřeby

Nemocný člověk přichází do zdravotnického zařízení z důvodu diagnostiky nebo léčení onemocnění. Dostává léky, injekce, dietní terapii. Společným zájmem zdravotníků je jeho návrat ke zdraví. Pro uzdravení nemocného je nutné, aby vedle léků, léčebných zákroků, měl dostatek spánku, přiměřenou stravu, vhodné podmínky pro hygienu a vyprazdňování. Je důležitá i dobrá psychika nemocného. Vedle biologických potřeb musí být uspokojeny i potřeby jistoty, bezpečí, sociálního kontaktu, úcty, potřeby estetické, poznávací. (Trachtová a kol., 2008)

1.6.4 Faktory ovlivňující uspokojování potřeb

Existuje celá řada faktorů znemožňujících, znesnadňujících a narušujících uspokojování potřeb člověka. Patří mezi ně nemoc, osobnost člověka, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka, okolnosti vzniku onemocnění.

Nemoc často modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnost jejich uspokojení. Psychická odezva na neuspokojenou potřebu je jiná např. u člověka po operaci appendixu a jiná je u nemocného po amputaci dolní končetiny. S postupem uzdravování klesá potřeba pomoci zdravotnického personálu. Individualita člověka také modifikuje potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojení i psychickou odezvu. Vliv má typologie člověka (extrovert, introvert), emocionální labilita, odolnost proti zátěži. Narušená sebekoncepce jedince oslabuje schopnost uspokojit základní potřeby, schopnost si uvědomit uspokojení či neuspokojení. Lidé, kteří se znají, váží si sami sebe, snadněji snášejí změny, identifikují své potřeby a způsob uspokojování. Lidé s narušenou sebekoncepcí nejsou schopni pracovat samostatně, potřebují pomoc zdravotnického personálu. Mezilidské vztahy, hlavně vztahy k příbuzným a blízkým, narušují uspokojování potřeb. Prostřednictvím

těchto vztahů mohou sestry nemocným pomáhat. Vývojové stadium člověka modifikuje také uspokojování potřeb. Člověk se učí v průběhu života důvěře k lidem. Díky této schopnosti je snadněji dosažitelné naplnění pocitu jistoty a bezpečí. Jiné vyjádření potřeby má batole, jiné vyjádření je u seniora. Okolnosti vzniku nemoci jsou dalším faktorem ovlivňující potřeby člověka. Jinak se člověk chová v domácí péči, jinak v nemocničním zařízení. (Trachtová a kol., 2008, Farkašová, 2006)

1.7 Edukace skupin nemocných

Je obecně známo, že zdravotní péči v naší společnosti nejvíce využívají senioři a chronicky nemocní lidé. Chronických a nevyléčitelných onemocnění přibývá nejen díky ekologickým vlivům, ale i vzhledem k vysoké úrovni zdravotnictví. To dokáže mnohé nemocné „zachránit“, nikoli vyléčit. Nemocní se pohybují, obrazně řečeno, mezi domovem a nemocnicí. Bývají v péči ambulantní i nemocniční. Nemoc přináší člověku řadu omezení a týká se zásadně celé rodiny. Vede ke změně životního stylu života rodiny. Dobrá spolupráce rodiny nemocného v oblasti edukace má na celkový zdravotní stav proto nemalý vliv. (Vymětal, 2003)

Velkým fenoménem současnosti týkající se i oboru ošetřovatelství je celosvětová migrace lidí. Velmi vypjaté životní situace a nevhodné podmínky se zákonitě odrážejí i na zdravotním stavu cizinců. Neřešení těchto situací a problémů se pak může v konečném důsledku promítnout do zvyšování rizik také pro majoritní populaci (například tuberkulóza, hepatitidy, pohlavně přenosné choroby), což má za následek zvyšování nákladů na zdravotnické služby a sociální zabezpečení. Vhodně zvolená edukace i u této skupiny nemocných může finanční náklady ve zdravotnických zařízeních značně snížit. (Špirudová a kol., 2006)

1.7.1 Nejvíce edukované skupiny nemocných

Nejvhodnější a nejdůležitější je edukace u nemocných s diabetem 1. a 2. typu (na dietě, na perorálních antidiabeticích, na inzulínu aplikovaném stříkačkou, manuálním dávkovačem, na inzulínové pumpě). Dále je edukace důležitá u nemocných, kteří si provádějí selfmonitoring (nemocný si sám na glukometru vyšetří krev na hladinu cukru a podle hodnoty si sám zvolí počet jednotek inzulínu, měří si krevní tlak pomocí tonometru a fonendoskopu). Nutná je edukace u nemocných léčených Warfarinem ve formě tablet. Nutné je takové nemocné poučit o sestavení vhodného jídelníčku. Vhodná je edukace u nemocných s hypertenzí a také poučení těchto osob o kontrolování krevního tlaku.

Nadváha a obezita nemocných rovněž vyžaduje důslednou edukaci, především v úpravě jídelníčku a navýšení jejich pohybové aktivity. Nemocní s kolostomií (vyústění tlustého střeva) nebo ileostomií (vyústěním tenkého střeva) potřebují být edukováni o vhodném jídelníčku a péči o stomii. Dechovou rehabilitaci se musí naučit nemocní s astma bronchiale. Také nemocní po infarktu myokardu patří mezi nejvíce edukované skupiny. (Podstatová a kol., 2007)

1.7.2 Senioři a edukace

Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. Změny nastávají zejména v oblasti percepce. U 90 % starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, zrak slábne, obtížně se adaptuje na tmu, dochází k zúžení zorného pole. U 30 % starých lidí se objevuje zhoršení sluchové percepce, uši obtížně vnímají vysoké tóny, jsou citlivé na šumy. Tato zhoršení nese omezení v pracovní a zájmové činnosti, ztrátu výkonu, ohrožení bezpečnosti a sníženou úroveň komunikace s okolím. (Minibergerová, 2006)

Významné jsou změny i v oblasti paměti a učení. Zhoršuje se krátkodobá paměť. Starý člověk si hůře pamatuje nové události. Staré vzpomínky jsou zachovány. Mohou být emočně i obsahově zkresleny. Dále se ukazuje, že na výkon paměti stárnoucích lidí má vliv druh podávaných podnětů. Nejvýraznější je snížení výkonu paměti tehdy, pokud se má starší člověk naučit určité jméno, které si jen přečte. Výkon je lepší, pokud toto jméno i slyší. Nejlepší výkon je tehdy, pokud sám vyslovuje jméno, které si má zapamatovat. Když si něco zapamatuje a udrží to v paměti, je jeho schopnost retence relativně stejná jako u mladých lidí. (Minibergerová, 2006, Křivohlavý, 2002)

Experimentální studie prováděné se stárnoucími lidmi ukázaly, že učení starších lidí vykazuje jednoznačnou zákonitost. Jde-li o snadné úkoly, jsou rozdíly mezi mladšími a staršími lidmi malé, až nepatrné. Rozdíly rostou, pokud jde o složitější úkoly. Platí jednoznačný zákon: Čím složitější je úkol, který je třeba zvládnout, tím větší těžkosti stárnoucí lidé mají. (Křivohlavý, 2002)

Welfordova studie o učení se komplexním úkolům u skupiny 24 - 49 letých a 60 - 69 letých uvádí, že starší skupina potřebuje 4 krát více doby na naučení se úkolu, 2,5 x více opakování k úplnému naučení. Starší skupina udělá 4 krát více chyb. (Křivohlavý, 2002)

Intelligence měřená testy klesá. S věkem klesá psychomotorické tempo. Staří podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech. Vzestup schopností záleží na společenské angažovanosti jedince. Nejjednodušším způsobem zjištění změn jsou klasické testy inteligence. Velkou pomocí je rozlišení fluidní a krystalické inteligence. Krystalickou inteligencí se rozumí schopnost řešení úkolů na podkladě bohatých znalostí a vědomostí získaných během celoživotního vzdělání. Jedná se zpravidla o úkoly verbální povahy. Tato inteligence má vrchol v 60 - 65 letech. Fluidní inteligence má vrchol v 17 letech a převažuje v ní senzomotorická činnost. (Křivohlavý, 2002)

V posledních desetiletích se rodiče odklánějí od autoritativně-represivní způsobu výchovy. Dnes se předpokládá, že záležitosti seniorů spadají do kompetence státu. Mění se podmínky ve společnosti mění i charakter a možnost rodiny v poskytování péče. Pečující členové nejsou morálně ani ekonomicky doceněni. Ideální je situace, která rozděluje péči nemocného mezi rodinu a stát. Aktivní podíl rodiny lze zaznamenat u ambulantní domácí péče. V ošetrovatelské péči (včetně edukace nemocného) se tak doplňují rodinní příslušníci i profesionálové ošetrovatelské péče. (Minibergerová, 2006)

1.7.3 Dementní pacienti a edukace

Demence je důsledkem pomalého, ale progresivního a nezvratného poškození mozku. Určitá komunikace s dementním pacientem je ale možná. Nemoc se projevuje hlavně poruchou paměti. Postižení si obtížně vybavují nové události, ztrácí předměty. Takový pacient má problém s orientací v čase a prostoru. Zaměňuje den a noc, ztrácí se i v rodinném prostředí. Pacienti mají poruchy rozumových schopností. Je narušena soudnost, abstraktní myšlení, nedokáží řešit problém, neumějí se rozhodovat. Nemocní mají poruchu motoriky. Nedokáží vykonávat jednoduché denní úkoly např. odemčení dveří, nalití sklenice vody. Člověk neví, jak tyto věci udělat. Dementní pacienti nepoznávají předměty i lidi. Slovní zásoba se redukuje, vytvářejí si nová slova. Nemocní jsou v depresi, objevují se změny nálady, tělesný neklid, inkontinence, poruchy příjmu jídla.

Při komunikaci s takto nemocným člověkem, je třeba se vyjadřovat co nejjednodušeji. Neverbální projevy pomohou rozpoznat jeho iniciativu. Využívá se proto více informačních kanálů, jako je například doteková komunikace. Všechny pokyny a instrukce mají být přesné, jednoznačné. Efektivní je držet se jednoho tématu, chválit nemocného, zapojovat více smyslů, ne jenom sluch (vůně, pohyb, hudba). Z toho, jak

zdravotník s nemocným mluví, by měl zaznívat respekt a úcta ke každému konkrétnímu člověku. Je dobré ponechat nemocnému osobní prostor (rodinné fotografie, památné předměty).

Pokud se podaří pochopit chování dementního pacienta jako projev bezmocnosti a neschopnosti, může zdravotník pomoci podpořit pacienta a předejít problémovému chování. I zde je šance dojít ve vztahu s pacientem k potřebné spolupráci a určité míře edukace na daný zdravotní problém. (Minibergerová, 2006)

1.7.4 Edukace pacientů jiné kultury

Pacient má právo a potřebu vědět a pečovat o své zdraví. Pokud je to možné, chce odstranit příčiny, které chorobu způsobily. Jedná-li se ale o pacienta odlišného etnika, kultury nebo národnosti, mohou se zdravotníci setkat s odlišným přístupem. Pacient jinak pojímá příčinu a význam nemoci (je to trest, osud, úkol, zkouška, odplata za porušení tabu). Postoj k léčbě a edukaci může být pak pasivní až odmítavý. Někdy není vhodné informovat a edukaci zatěžovat pacienta, ale je nutné řešit problém s reprezentantem rodiny. (Špirudová a kol., 2006)

Péče o migranty, kteří nemluví jazykem dané země, s sebou nese pro zdravotnická zařízení zatížení ve smyslu finančně náročných vyšetření, prodlouženou délku pobytu z důvodu vyššího procenta komplikací v této skupině. I u cizinců musí být maximálně uspokojeny jejich potřeby. Časté propuštění nedostatečně informovaného a edukovaného pacienta s sebou přináší opakované hospitalizace. Řešením je nasazení tlumočnicka. Bohužel zdravotní pojišťovny náklady spojené s nasazením tlumočnicka nehradí. Potřebné informace získávají tito pacienti často z tzv. komunikačních karet. Každé klinické pracoviště potřebuje specifické symboly. Pokud se sestry rozhodnou pro tento způsob komunikace, je třeba sadu karet uzpůsobit potřebám pacientů na svém pracovišti. Problémem při tvorbě karet je volba piktogramu, který musí být jednoduchý, výstižný a jednoznačný. Díky moderním technologiím je možné informační a edukační materiály pro cizince připravovat jako fotoseriály, videoprojekce, PC programy, audionahrávky. (Špirudová a kol., 2006, Šmajsová-Buchtová, Linhartová, 2007)

1.7.5 Edukace chronicky nemocných pacientů

Chronické onemocnění má vleklé příznaky, střídají se fáze kompenzace a dekompenzace onemocnění. „Nevyděsí“ zpravidla pacienta tolik jako onemocnění akutní (úraz, akutní srdeční příhoda, operace spojená s prudkou bolestí). Vyrovnání se

s chronickým onemocněním probíhá ve čtyřech fázích: šok, popření a odmítnutí skutečnosti, úzkost a deprese, přijetí a smíření. V prvních třech fázích je pacient plný strachu, úzkosti a negativismu. Všechno úsilí je vynaloženo na vyrovnání se se zátěžovou situací. Ochota spolupráce stoupá v období přijetí a smíření. U chronického onemocnění je typické střídání období dodržování doporučení a období nedodržování. (Juřeníková, 2010)

Příznivý průběh nemoci a uzdravování záleží hlavně na dobré spolupráci pacienta, kterého je třeba pro léčbu získat. Značně velkou problémovou skupinou jsou chronicky nemocní pacienti, kteří fakt onemocnění odmítají a „de facto“ nedostatečně spolupracují. Podle odhadu to bývá až 30 % osob. Přijetí nemoci je obtížné, pokyny zdravotníků jsou těžko slučitelné s každodenním životem a přinášejí pacientovi značná omezení (životospráva, pravidelný pohyb, užívání léků). Požadavky zdravotníků vnímá pacient jako maximalistické a nesplnitelné. Chronicky nemocní často vědí, co mají dělat, ale neřídí se tím. Je třeba tyto pacienty motivovat ke spolupráci. Je třeba projevit pochopení a zájem o jejich osobu, zajímat se o to, jak žijí a co si myslí. Dobře spolupracují lidé spíše mladší, kteří si chtějí uchovat zaměstnání a kteří mají strach o rodinu. Dále dobře spolupracují ti, kteří nemoc přijmou a snaží se žít aktivně i za podmínek limitovaných nemocí. Je to tedy zejména otázka jejich motivace. Spolupráci na edukaci lze optimalizovat dodržováním zásad psychologického přístupu zdravotnického personálu k nemocnému a do péče zahrnout i celou rodinu. Spokojenost pacienta s léčbou a s kvalitou jeho života se může zvýšit, pokud se zapojí on sám, jeho příbuzní i svépomocné skupiny stejně nemocných. (Vymětal, 2003)

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat edukaci nemocných v daném zdravotnickém zařízení.

Cíl 2: Zjistit celkovou spokojenost nemocných s edukací.

Cíl 3: Získat informace pro eventuelní zlepšení edukace.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Nemocní mají zájem o svou edukaci.

Hypotéza 2: Většině nemocných edukace zvýšila kvalitu života.

Hypotéza 3: Nemocní jsou s edukací většinou spokojeni.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Ke zpracování praktické části bakalářské práce byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku. Dotazníky byly rozděleny mezi standardní lůžková interní a chirurgická oddělení Fakultní nemocnice Plzeň. Dotazník byl anonymní a tvořilo ho 27 otázek. Zastoupení měly otázky uzavřené, polootevřené, otevřené. Výsledky z dotazníků byly vyhodnoceny formou grafů.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

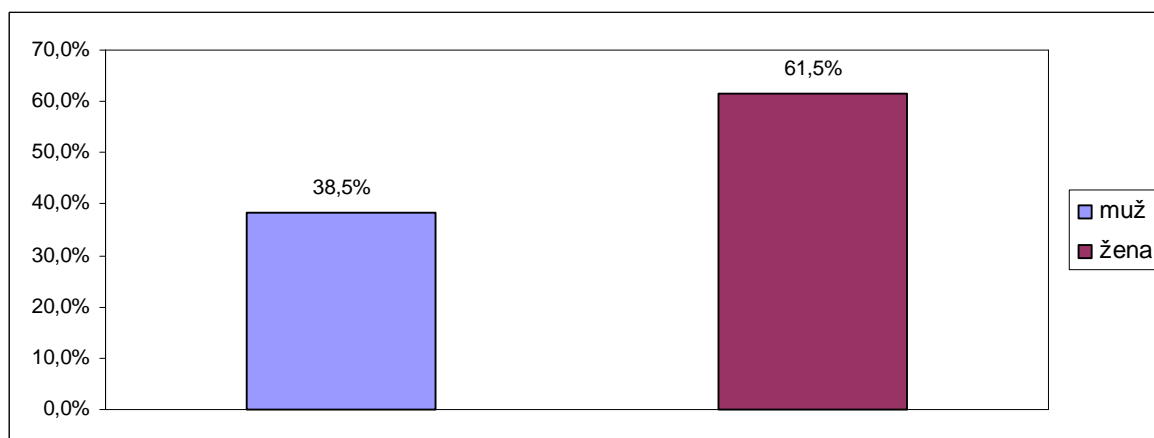
Výzkumný soubor pro dotazníkové šetření tvořili nemocní, kteří byli hospitalizováni na interním a chirurgickém oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín v období říjen 2012 – únor 2013. Po domluvě s jednotlivými vrchními a staničními sestrami daných oddělení a předchozím písemném povolení průzkumu vedením Fakultní nemocnice Plzeň bylo rozdáno 120 dotazníků. Dotazníky jsem rozdávala osobně jednotlivým pacientům a poté jsem je i osobně na místě ihned od pacientů vybírala. Návratnost byla proto 120 dotazníků (100 %). Při následném zpracování údajů bylo bohužel 16 (13,3 %) dotazníků vyřazeno pro chybné nebo neúplné vyplnění. K výzkumu bylo tedy použito 104 dotazníků.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

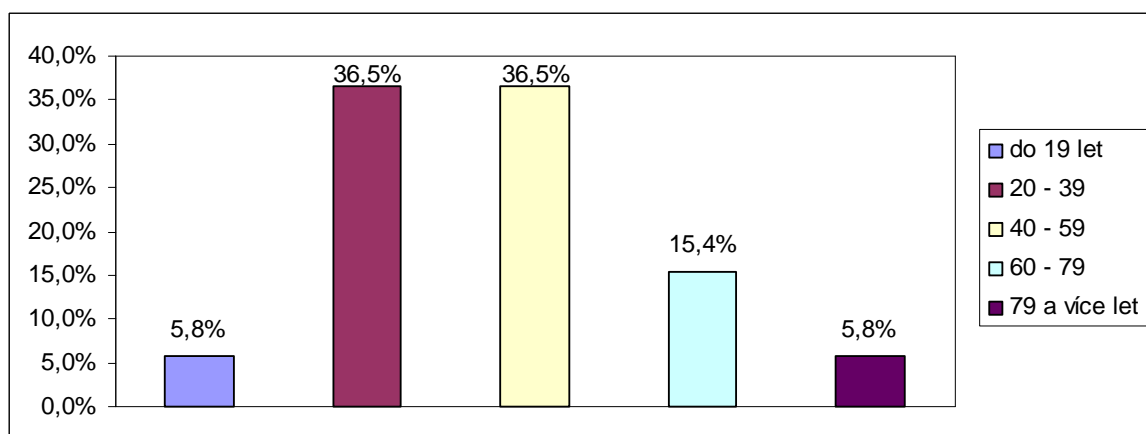
4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Graf 1 Pohlaví respondentů



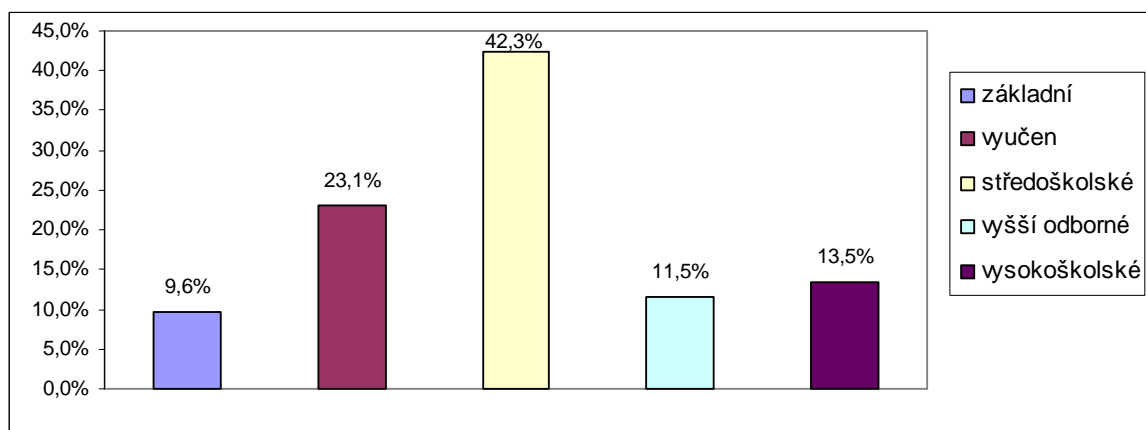
V tomto grafu je vidět složení respondentů dle pohlaví. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovídalo 40 mužů (38,5 %) a 64 žen (61,5 %).

Graf 2 Věkové složení



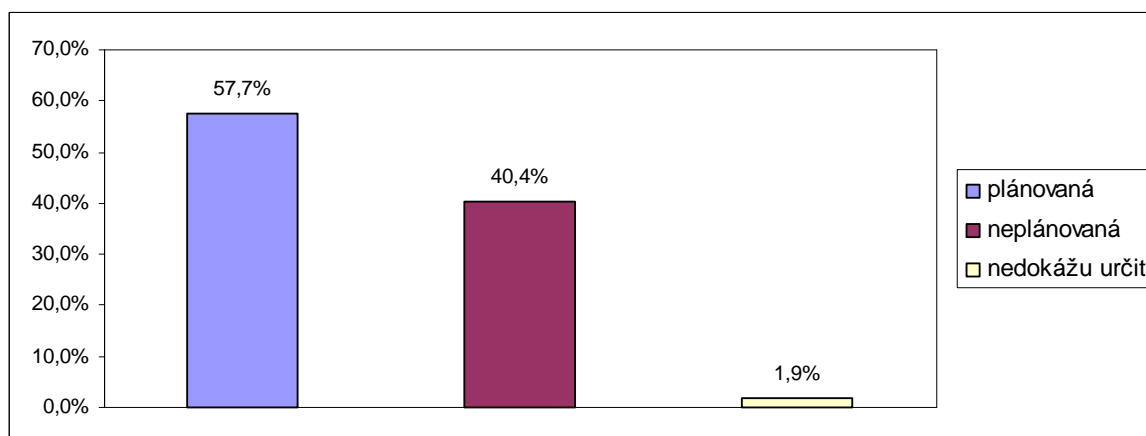
Graf 2 znázorňuje složení respondentů podle věku. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) je 6 respondentů (5,8 %) mladší 19 let, 38 respondentů (36,5 %) je ve skupině 20 – 39 let, 38 respondentů (36,5 %) patří do skupiny 40 - 59 let, 16 respondentů (15,4 %) je ve skupině 60 – 79 let a 6 respondentů (5,8 %) je ve věku nad 79 let.

Graf 3 Dosažené vzdělání



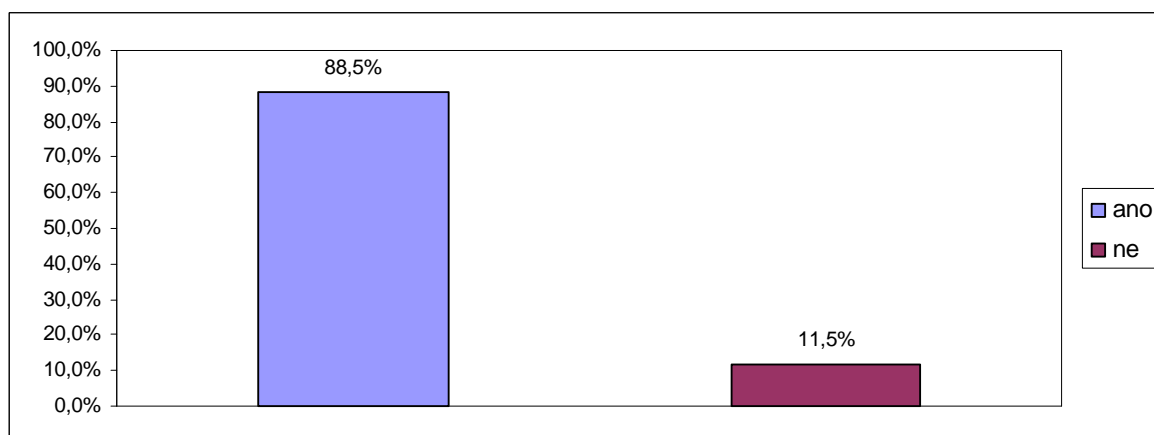
Tento graf ukazuje na složení respondentů podle dosaženého vzdělání. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) má 10 respondentů (9,6 %) základní vzdělání, 24 respondentů (23,1 %) je vyučeno, 44 respondentů (42,3 %) má středoškolské vzdělání, 12 respondentů (11,5 %) má vzdělání vyšší odborné a 14 respondentů (13,5 %) má vzdělání vysokoškolské.

Graf 4 Druh hospitalizace



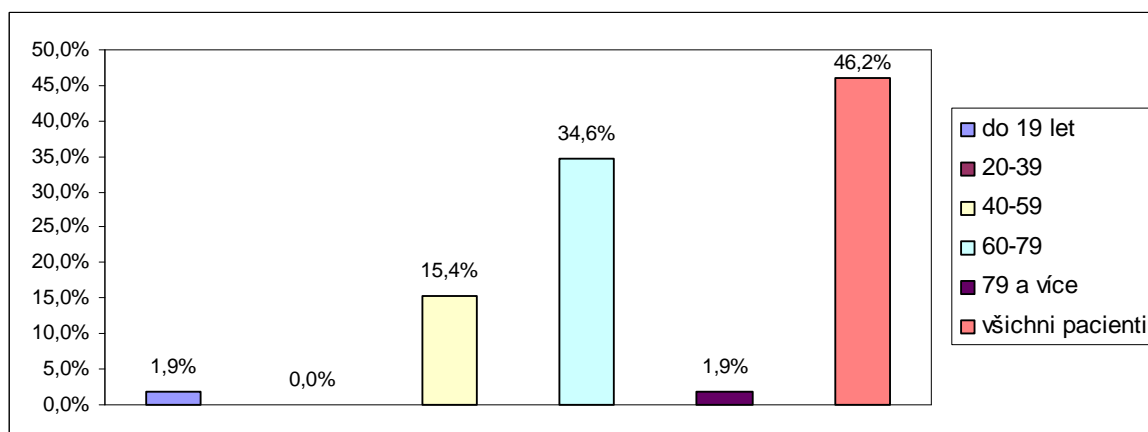
Graf znázorňuje druh hospitalizace. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) označilo 60 respondentů (57,7 %) svou hospitalizaci za plánovanou, 42 respondentů (40,4 %) bylo neplánovaně hospitalizováno a 2 respondenti (1,9 %) nedokázali druh hospitalizace určit.

Graf 5 Zájem o edukaci



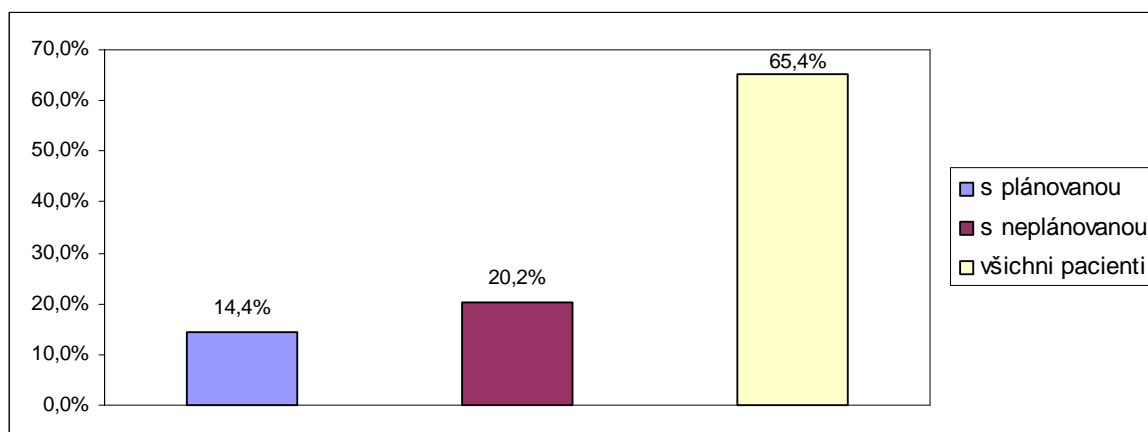
Graf ukazuje celkový zájem o vlastní edukaci. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) má o svou edukaci zájem 92 respondentů (88,5 %) a 12 respondentů (11,5 %) se vyjádřilo, že zájem o edukaci nemají.

Graf 6 Představa nejvíce edukované skupiny dle věku



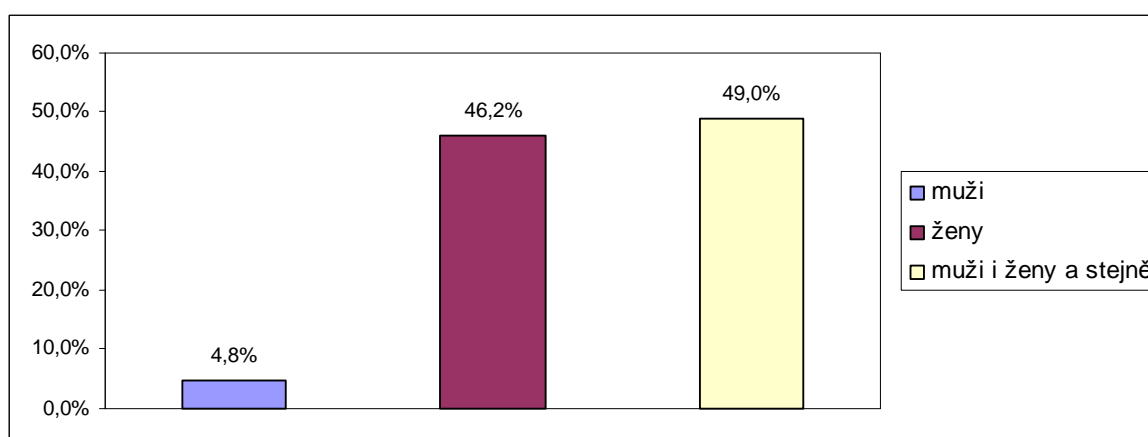
Graf 6 ukazuje, jaká věková skupina se podle respondentů asi nejvíce obrací pro radu. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) si 2 respondenti (1,9 %) myslí, že nejvíce edukovaní jsou pacienti do 19 let, žádný respondent (0,0 %) neoznačil jako nejvíce edukovanou skupinu pacienty mezi 20 – 39 lety, 16 respondentů (15,4 %) se domnívá, že nejvíce jsou edukováni pacienti mezi 40 – 59 lety, 36 respondentů (34,6 %) představuje jako nejvíce edukovanou skupinu pacienty ve skupině 60 – 79 let, 2 respondenti (1,9 %) označili jako nejvíce edukovanou skupinu nemocné nad 79 let a 48 respondentů (46,2 %) uvádí, že edukaci potřebují nejvíce všichni pacienti.

Graf 7 Představa požadavku edukace dle druhu hospitalizace



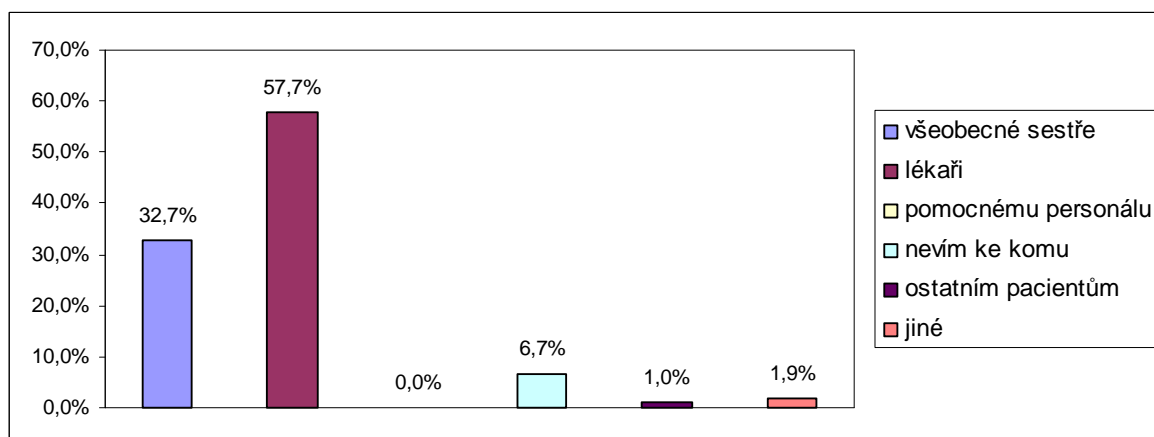
Graf 7 vyjadřuje představu požadavku edukace dle druhu hospitalizace. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) si 15 respondentů (14,4 %) myslí, že nejvíce edukaci požadují pacienti s plánovanou hospitalizací, 21 respondentů (20,2 %) se domnívá, že nejvíce edukaci požadují pacienti s hospitalizací neplánovanou a 68 respondentů (65,4 %) si představuje, že edukaci požadují všichni pacienti.

Graf 8 Představa potřeby edukace dle pohlaví



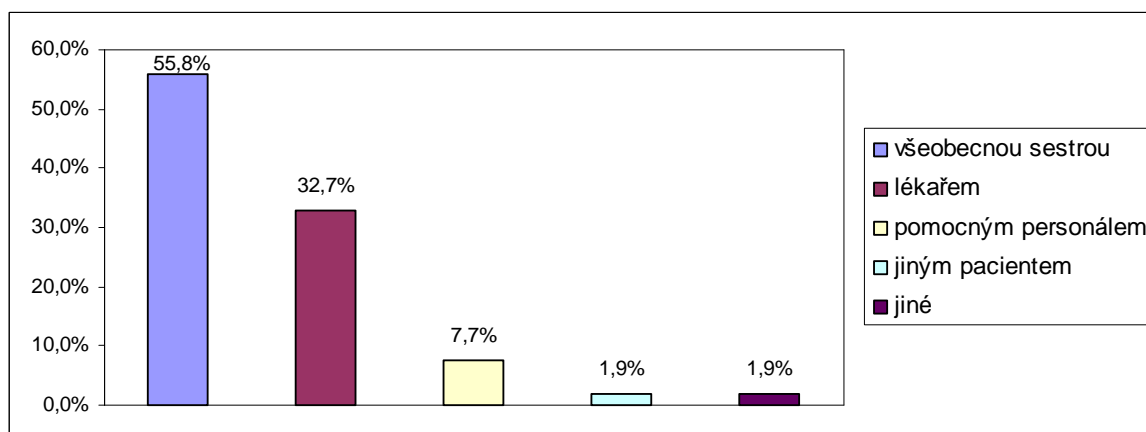
Tento graf ukazuje na představu potřeby edukace podle pohlaví. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) si 5 respondentů (4,8 %) myslí, že nejvíce pro radu (edukaci) chodí muži, 48 respondentů (46,2 %) si představuje, že nejvíce radu (edukaci) chtějí ženy a 51 respondentů (49,0 %) uvedlo odpověď, že nejvíce radu (edukaci) chtějí muži i ženy stejně.

Graf 9 Preferovaná osoba k vlastní edukaci



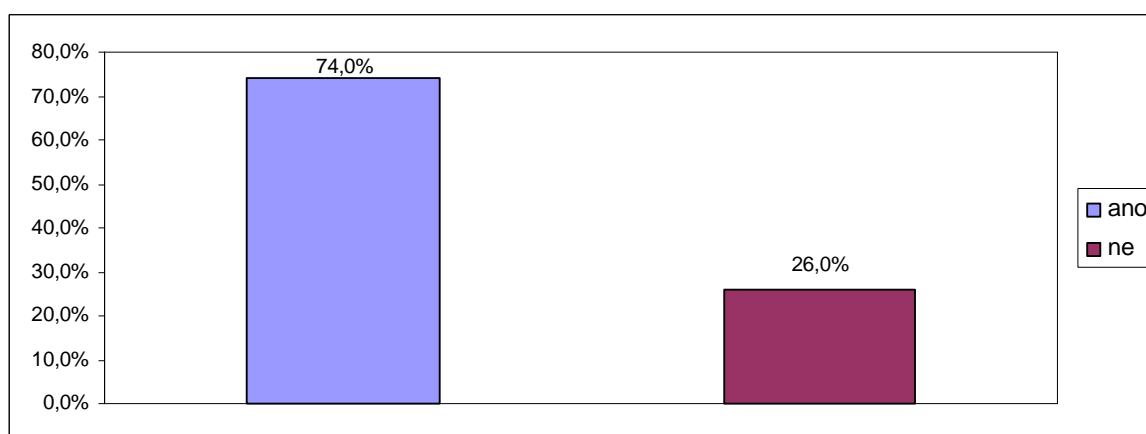
Uvedený graf vyjadřuje jakou osobu respondenti preferují při vlastní edukaci. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) označilo 34 respondentů (32,7 %) jako preferovanou osobu ke své edukaci všeobecnou sestru, 60 respondentů (57,7 %) preferují jako svého edukátora lékaře, žádný respondent (0,0 %) nechce být edukován pomocným personálem, 7 respondentů (6,7 %) neví, ke které osobě by se obrátili ohledně své edukace, 1 respondent (1,0 %) chce být edukován ostatními pacienty a odpověď „jiné“ označili 2 (1,9 %) respondenti, do které byla zařazena odpověď: „dle příslušné kompetence“ a „dle rady ošetřujícího personálu“.

Graf 10 Edukující osoba ve zdravotnickém zařízení



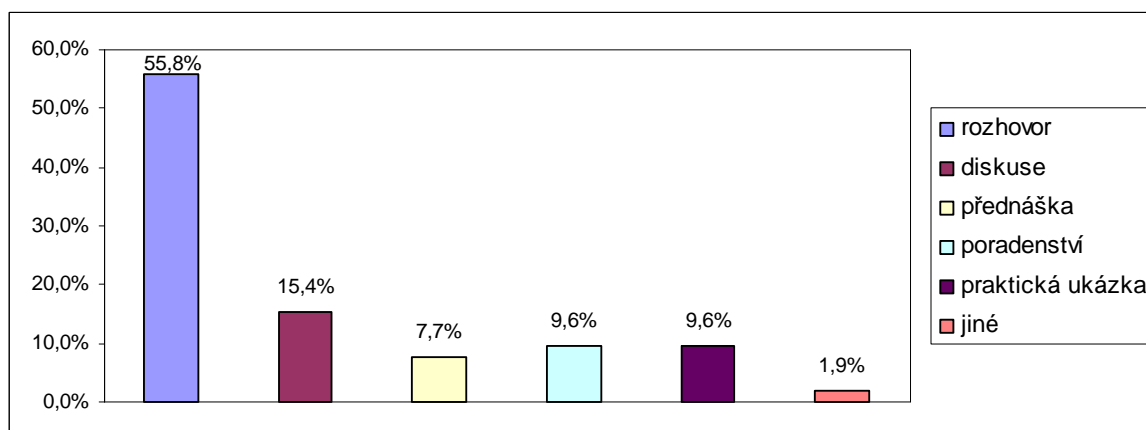
Graf 10 navazuje na graf 9 a ukazuje, jaká osoba skutečně edukaci prováděla. Na otázku odpovídalo 104 respondentů (100 %). Ve skutečnosti 58 respondentů (55,8 %) bylo edukováno všeobecnou sestrou, 34 respondentů (32,7 %) edukoval lékař, 8 (7,7 %) respondentů edukoval pomocný personál, 2 respondenty (1,9 %) edukoval jiný pacient a 2 respondenti (1,9 %) označili odpověď „jiné“, která obsahovala odpověď: „*nutriční sestra*“ a „*nevím, jaká osoba*“.

Graf 11 Znalost jména edukátora



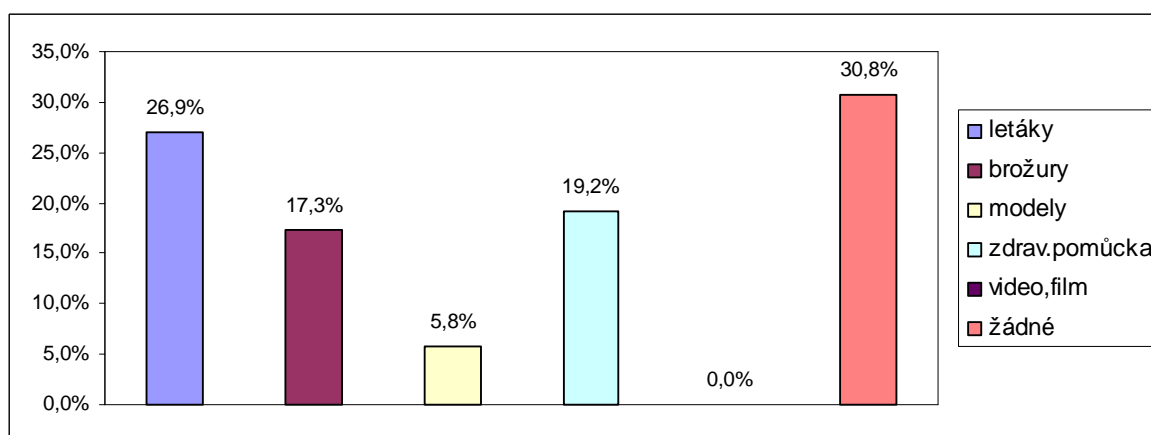
V tomto grafu je vidět, zda respondenti znali jméno svého edukátora. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 77 respondentů (74,0 %), že znali jméno svého edukátora a 27 respondentů (26,0 %) označilo, že neznali jméno edukátora.

Graf 12 Metoda edukace



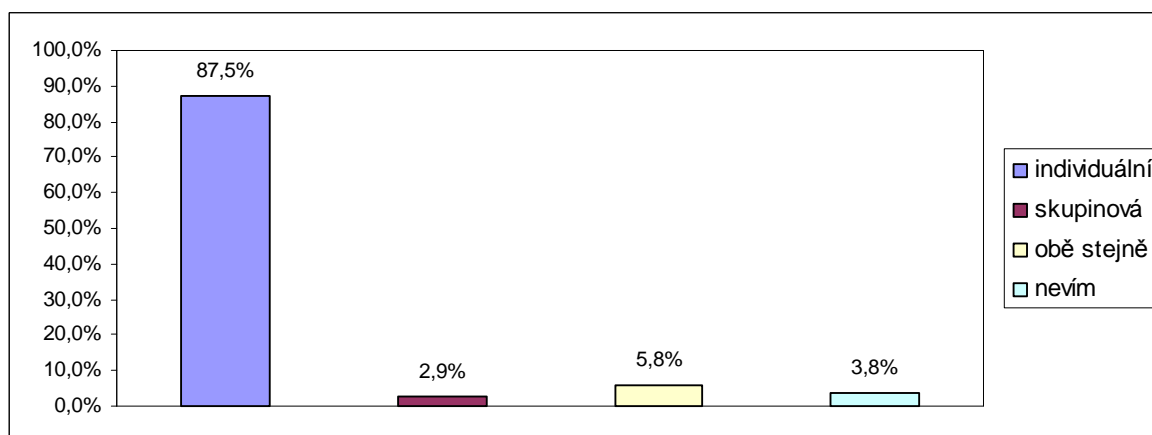
Metoda edukace je vyjádřena tímto grafem. Jako nejčastější metodu použitou ke své edukaci z celkového počtu 104 respondentů (100 %) zvolilo 58 respondentů (55,8 %) rozhovor, 16 respondentů (15,4 %) diskusi, 8 respondentů (7,7 %) přednášku, 10 respondentů (9,6 %) uvedlo poradenství, 10 respondentů (9,6 %) označilo praktickou ukázkou a 2 respondenti (1,9 %) zvolili odpověď „jiné“, která obsahovala odpověď: „*písemná ukázka*“ a „*nevím, jaká metoda*“.

Graf 13 Edukační pomůcky



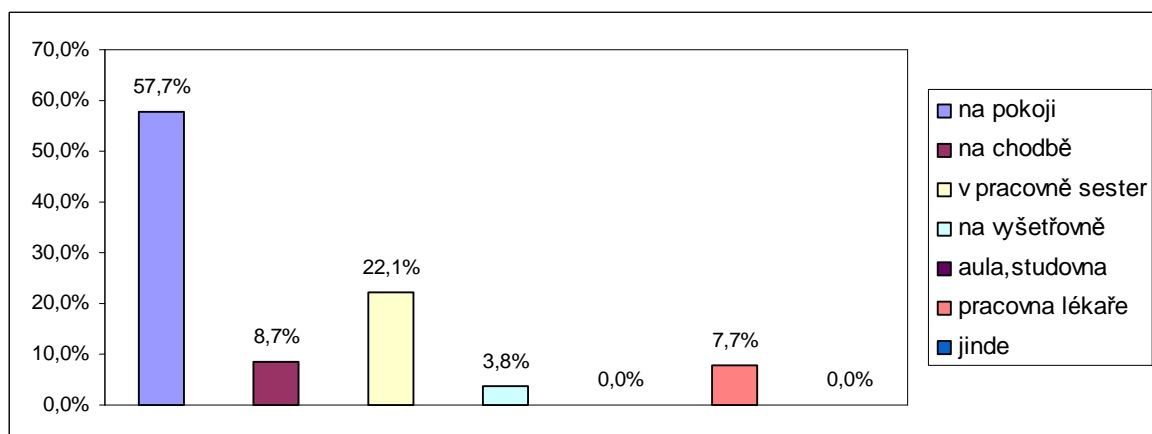
Graf 13 sleduje použití edukačních pomůcek. Jako nejčastější pomůcku v edukaci z celkového počtu 104 respondentů (100 %) zvolilo 28 respondentů (26,9 %) letáky, 18 respondentů (17,3 %) brožury, 6 respondentů (5,8 %) modely, 20 respondentů (19,2 %) zdravotnickou pomůcku, nikdo (0,0 %) nebyl edukován pomocí filmu či videa a možnost „žádné“ zvolilo 32 respondentů (30,8 %).

Graf 14 Forma edukace



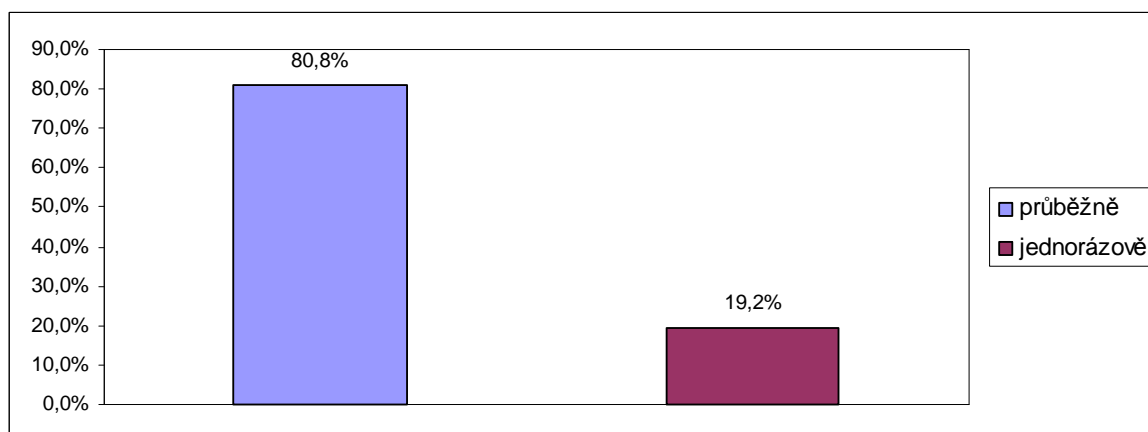
Uvedený graf vyjadřuje, jakou formou edukace probíhala. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) uvedlo 91 respondentů (87,5 %) individuální formu edukace jako převládající, 3 respondenti (2,9 %) uvedli převládající formu edukace skupinovou, 6 respondentů (5,8 %) uvedlo, že obě formy byly stejně zastoupené a 4 respondenti (3,8 %) nevěděli, která z forem edukace převládala.

Graf 15 Místo edukace



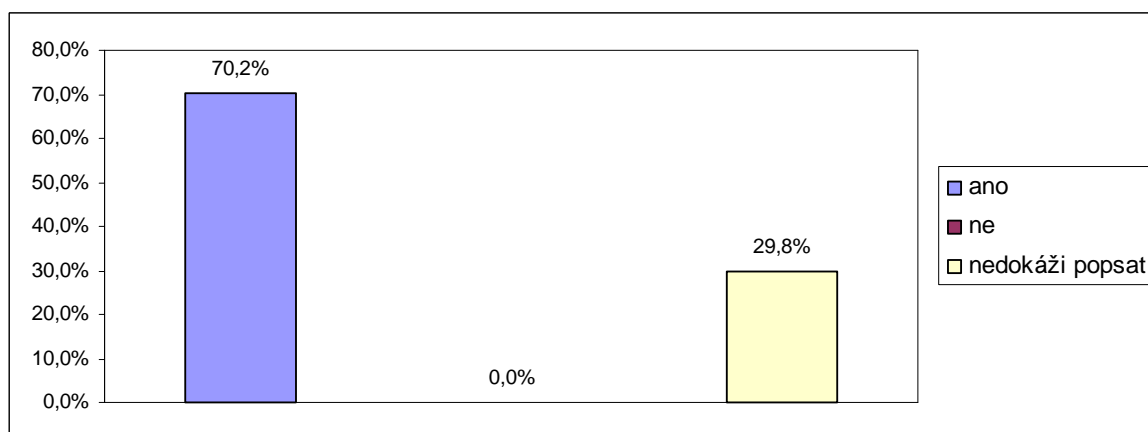
V tomto grafu je vidět, na jakém místě edukace ve zdravotnickém zařízení probíhala. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) bylo 60 respondentů (57,7 %) edukováno na pokoji, 9 respondentů (8,7 %) na chodbě, 23 respondentů (22,1 %) v pracovně sester, 4 respondenti (3,8 %) na vyšetřovně, žádný respondent (0,0 %) nebyl edukován v aule nebo ve studovně, 8 respondentů (7,7 %) bylo edukováno v pracovně lékaře a žádný respondent (0,0 %) neoznačil odpověď „jinde“.

Graf 16 Systematičnost edukace



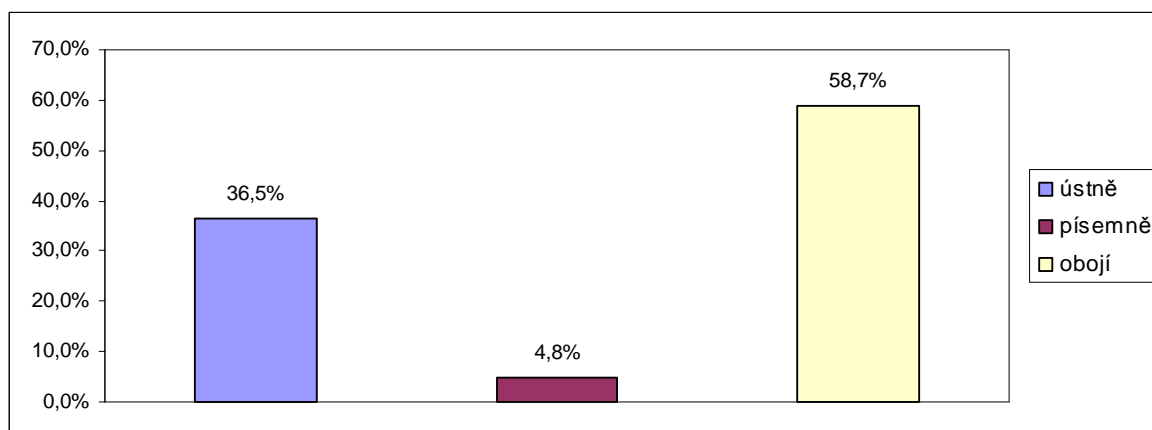
Tento graf sleduje systematičnost edukace. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) bylo 84 respondentů (80,8 %) edukováno průběžně a 20 respondentů (19,2 %) pouze jednorázově.

Graf 17 Pocit z edukačního prostředí



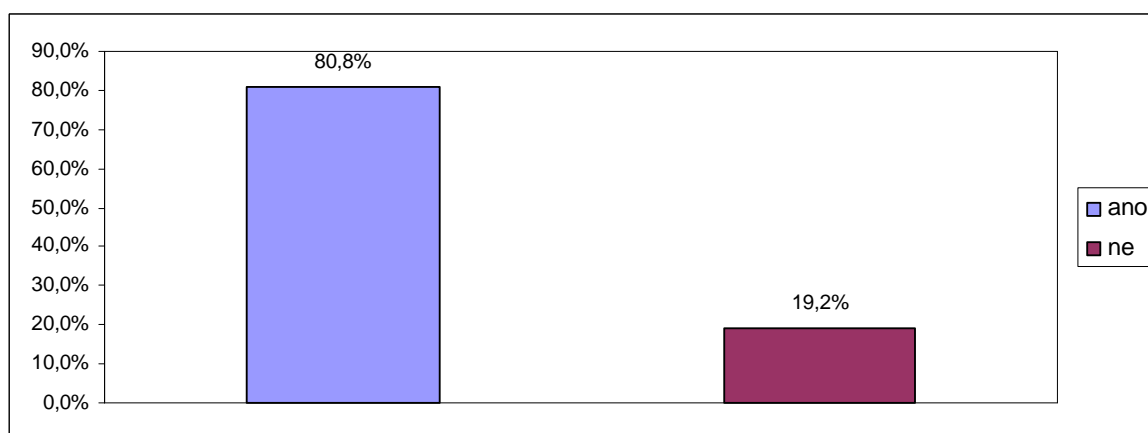
Graf 17 vyjadřuje pocit z edukačního prostředí. Příjemný pocit z edukačního prostředí mělo 73 respondentů (70,2 %), opačnou odpověď nezvolil žádný respondent (0,0 %) a 31 respondentů (29,8 %) nedokázalo své pocity z edukačního prostředí popsat.

Graf 18 Styl provedené edukace



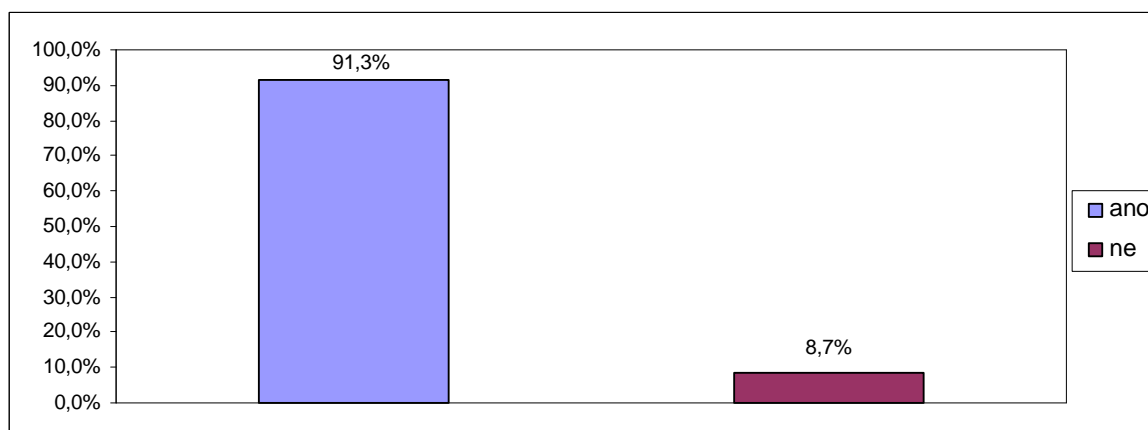
V uvedeném grafu je poznat styl edukace. Nejčastěji bylo z celkového počtu 104 respondentů (100 %) edukováno ústně 38 respondentů (36,5 %), 5 respondentů (4,8 %) písemně a 61 respondentů (58,7 %) bylo edukováno ústně i písemně zároveň.

Graf 19 Souhlas s edukací



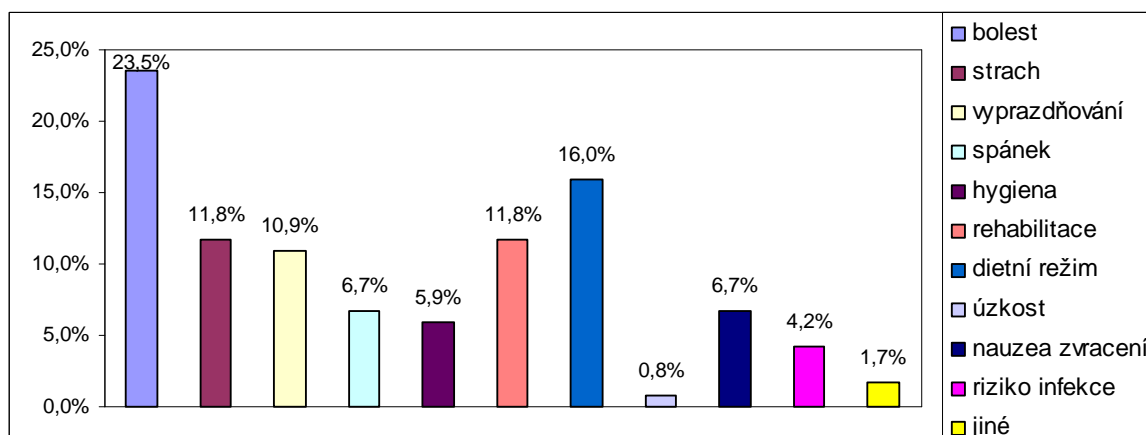
Graf 19 znázorňuje souhlas respondentů s vlastní edukací. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) dalo svůj souhlas k edukaci 84 respondentů (80,8 %) a 20 respondentů (19,2 %) respondentů souhlas ke své edukaci nedalo.

Graf 20 Soukromí při edukaci



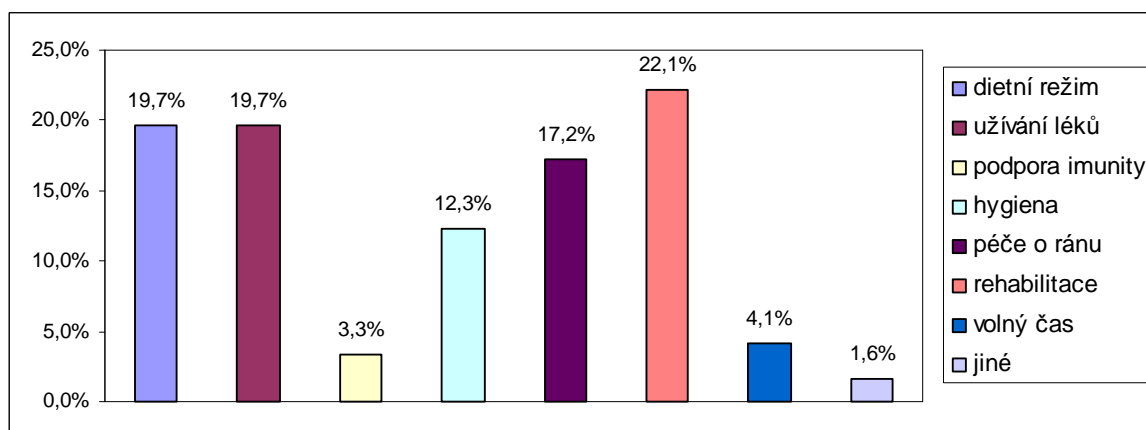
Graf 20 se týká soukromí při edukaci. Celkově odpovídalo 104 respondentů (100 %). Soukromí při edukaci mělo 95 respondentů (91,3 %) a 9 respondentů (8,7 %) zvolilo opačnou odpověď.

Graf 21 Edukační požadavek nemocných



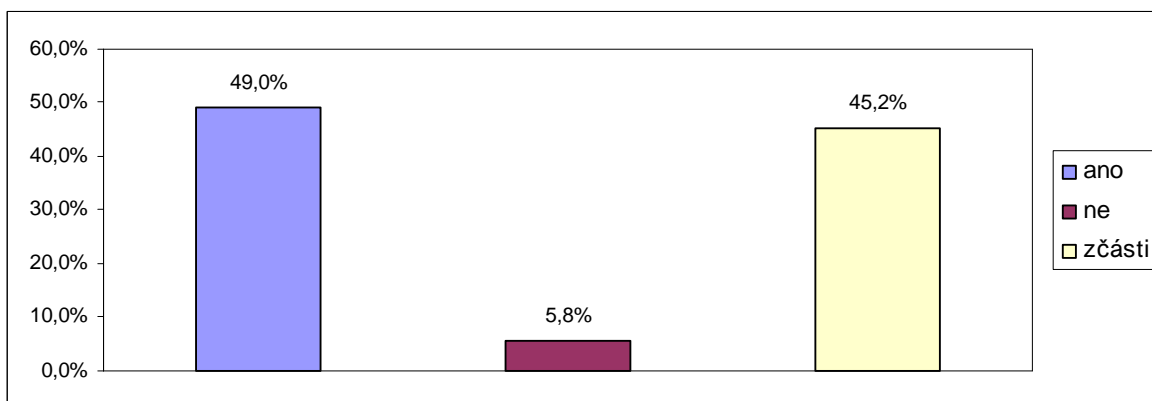
Graf 21 uvádí nejčastější oblast edukace požadovanou respondenty. V otázce bylo možno označit více odpovědí. Na otázku odpovídalo 104 respondentů. Celkový počet označených odpovědí byl 238 (100 %). 56 x (23,5 %) byla označena bolest, 28 x (11,8 %) strach, 26 x (10,9 %) vyprazdňování, 16 x (6,7 %) spánek, 14 x (5,9 %) hygiena, 28 x (11,8 %) rehabilitace, 38 x (16,0 %) oblast dietního režimu, 2 x (0,8 %) byla označena úzkost, 16 x (6,7 %) nauzea a zvracení, 10 x (4,2 %) respondenti uvedli oblast edukace ohledně rizika infekce a 4 x (1,7 %) uvedli respondenti odpověď „jiné“, mezi kterými bylo uvedena 3 x odpověď „vše“ a 1 x byla uvedena odpověď „kojení“.

Graf 22 Edukační oblasti



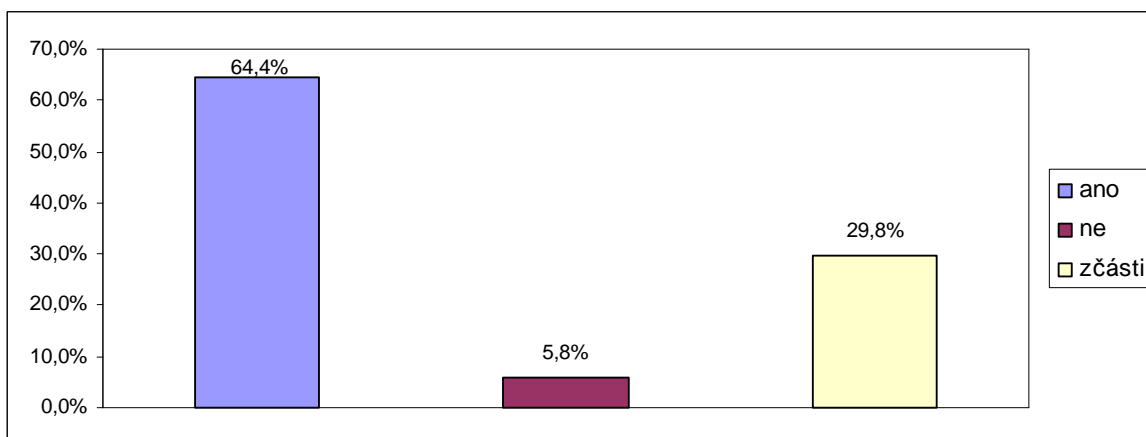
Graf uvádí, v jaké oblasti byli nemocní během své hospitalizace edukováni nejčastěji. V otázce byla možnost označení více odpovědí. Na dotaz odpovídalo 104 respondentů. Celkový počet označených odpovědí byl 244 (100 %). 48 x (19,7 %) byl uveden dietní režim, 48 x (19,7 %) oblast užívání léků, 8 x (3,3 %) podpora imunity, 30 x (12,3 %) hygiena, 42 x (17,2 %) péče o ránu, 54 x (22,1 %) rehabilitace, 10 x (4,1 %) volný čas a 4 x (1,6 %) byla označena odpověď „jiné“, mezi kterými byla uvedena 1 x odpověď : „úklid pomůcek“ a 4 x odpověď „vše uvedené“.

Graf 23 Hodnocení odstranění nedostatků ve vědomostech a dovednostech nemocných



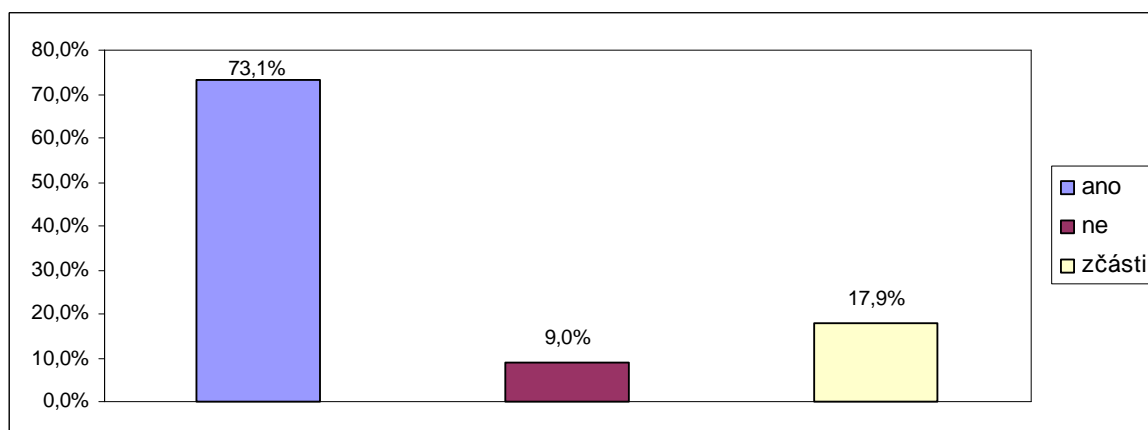
Tento graf hodnotí, zda byly pomocí edukace odstraněny nedostatky ve vědomostech a dovednostech respondenta. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 51 respondentů (49,0 %), že pomocí edukace byly odstraněny nedostatky ve vědomostech a dovednostech, 6 respondentů (5,8 %) odpovědělo záporně a 47 respondentů (45,2 %) potvrdilo, že edukace tento cíl splnila zčásti.

Graf 24 Hodnocení míry edukace ve zvládnutí zdravotního problému



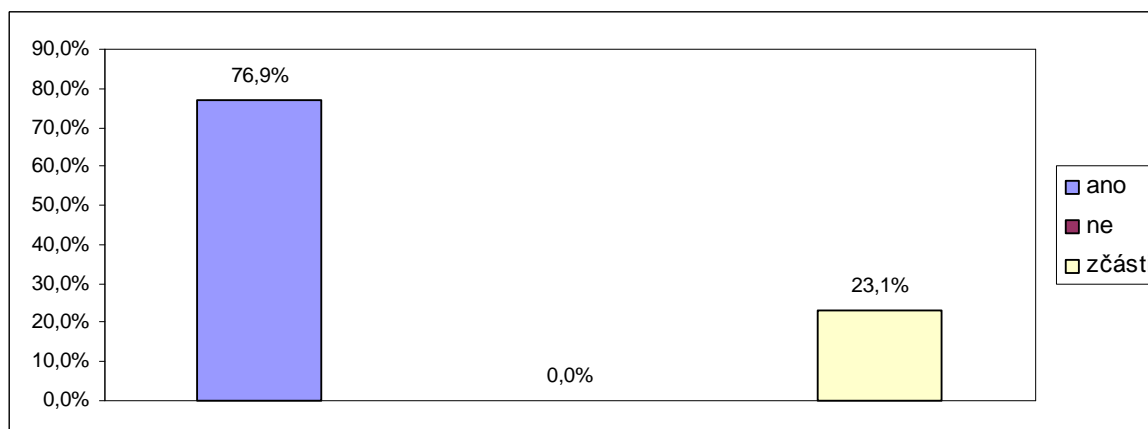
Uvedený graf hodnotí, zda edukace pomohla zvládnout zdravotní problém respondenta. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 67 respondentů (64,4 %), že edukace pomohla zvládnout daný zdravotní problém, 6 respondentů (5,8 %) tuto skutečnost nepotvrdilo a 31 respondentů (29,8 %) zvolilo odpověď „zčásti“.

Graf 24a Hodnocení míry zvýšení kvality života díky edukaci



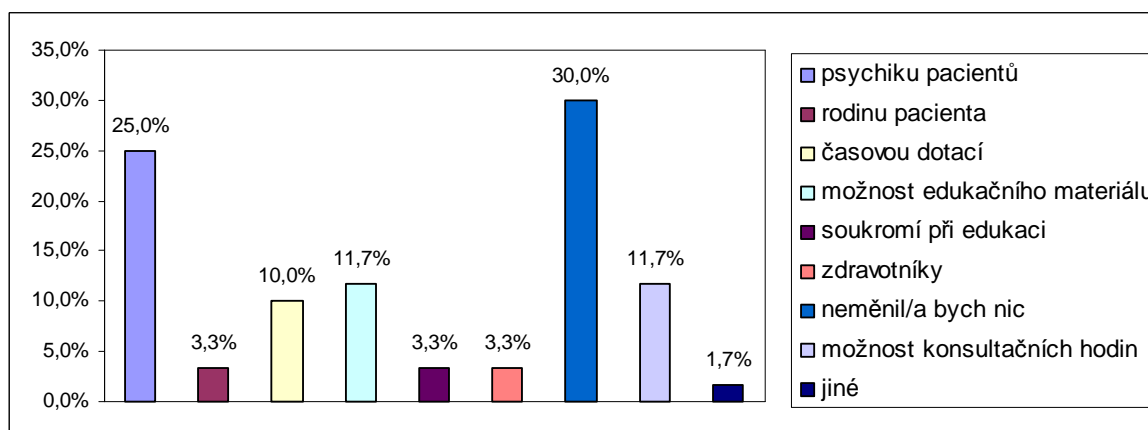
Graf 24a navazuje na předchozí graf a týká se zvýšení kvality života díky provedené edukaci. Otázku zodpovídali pouze respondenti, kteří označili v předchozí otázce odpověď „ano“. Odpovídalo tak 67 respondentů (100 %). 49 respondentů (73,1 %) potvrdilo, že provedená edukace zvýšila kvalitu jejich života, 6 respondentů (9,0 %) toto tvrzení nepotvrdilo a 12 respondentů (17,9 %) tvrzení potvrdilo zčásti.

Graf 25 Hodnocení míry pomoci zdravotníků nemocným



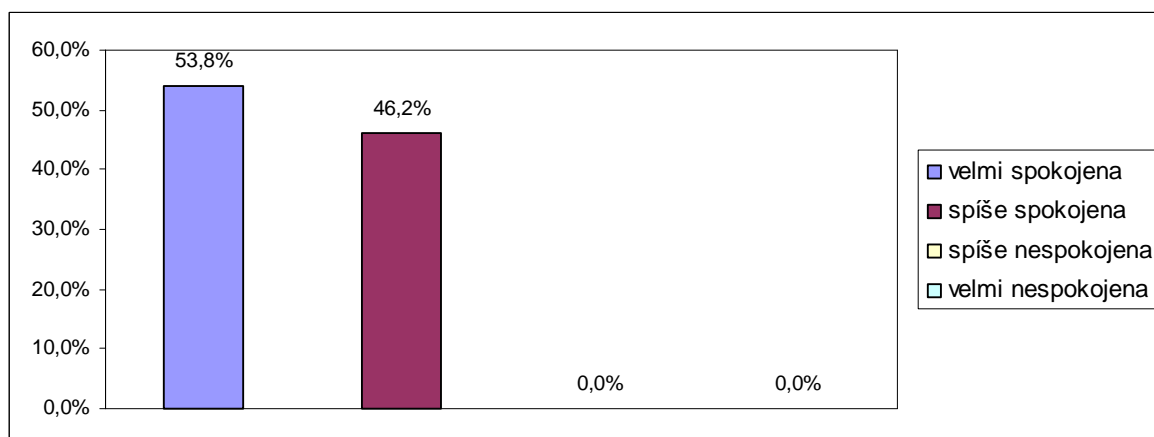
Tento graf hodnotí míru pomoci zdravotníků při edukaci. Respondenti vyjadřovali názor, zda byla pomoc a pochopení při vlastní edukaci dostatečná. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) 80 respondentů (76,9 %) odpovědělo, že pomoc a pochopení ze strany zdravotníků byla během edukace dostatečná, žádný respondent (0,0 %) se nevyjádřil negativně a 24 respondentů (23,1 %) pomoc a pochopení při edukaci hodnotí mírou „zčásti“.

Graf 26 Oblasti pro zlepšení edukace



Graf znázorňuje oblast pro eventuelní zlepšení edukace v daném zdravotnickém zařízení. Tato otázka dovolovala respondentům označit více odpovědí. Na dotaz odpovídalo 104 respondentů. Celkem bylo označeno 120 (100 %) odpovědí. Respondenty byla 30 x (25,0 %) označena psychika pacientů, 4 x (3,3 %) rodina pacienta, 12 x (10,0 %) časová dotace, 14 x (11,7 %) možnost edukačního materiálu, 4 x (3,3 %) soukromí při edukaci, 4 x (3,3 %) zdravotníci, 36 x (30,0 %) by respondenti neměnili nic, 14 x (11,7 %) bylo ukázáno na možnost konsultačních hodin a 2 x (1,7 %) byla označena odpověď „jiné“, kde bylo 2 x navrženo: „zapůjčování pomůcek domů“.

Graf 27 Spokojenost s edukací



Celková spokojenost s vlastní edukací je vyjádřena grafem 27. Celkem odpovídalo 104 respondentů (100 %). V daném zdravotnické zařízení bylo s edukací velmi spokojeno 56 respondentů (53,8 %), spíše spokojeno bylo 48 respondentů (46,2 %), spíše nespokojen nebyl žádný respondent (0,0 %) a velmi nespokojen nebyl také žádný respondent (0,0 %).

5 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat edukaci v daném zdravotnickém zařízení, zjistit celkovou spokojenost nemocných s edukací a získat potřebné informace pro eventuelní zlepšení edukace v tomto zdravotnickém zařízení.

Stanoveny byly tři hypotézy, k jejichž stanovení a potvrzení sloužila analýza výsledků z dotazníkového šetření. Vzorek respondentů tvořili nemocní hospitalizovaní na chirurgickém a interním oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Lochotín v období říjen 2012 – únor 2013. Dotazníky byly rozdány nemocným po domluvě s příslušnými vrchními a staničními sestrami daných oddělení a po předchozím písemném povolení průzkumu vedením Fakultní nemocnice Plzeň.

První otázky v dotazníku jsou zaměřeny na pohlaví, věk, vzdělání nemocných a typ hospitalizace. Tyto otázky byly zvoleny pouze jako informativní a měly blíže definovat skupinu nemocných, u které bylo šetření provedeno. Myslím si, že při edukaci mají tyto faktory nemalý vliv, a proto je důležité toto neopomenout. K jiným výsledkům bychom došli, pokud by bylo šetření provedeno například na gynekologickém oddělení, dětském oddělení, oddělení geriatrickém či traumatologii. Myslím si, že věk, pohlaví, vzdělání, momentální zdravotní a psychický stav může být bariérou ve vlastní edukaci. O tomto vlivu se zmiňují autorka Juřeníková ve své publikaci Zásady edukace v ošetrovatelské praxi a autorka Špirudová v Multikulturním ošetrovatelství II. Tyto vlivy rovněž popisuje ve své knize Moderní vyučování i autor Petty.

První otázka rozřazovala respondenty dle pohlaví. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovídalo 40 mužů (38,5 %) a 64 žen (61,5 %). Dotazníky jsem se snažila na odděleních záměrně rozdat mezi muže a ženy tak, aby byly tyto dvě skupiny početně vyrovnané a moje dotazníkové šetření objektivní. Přesto se stalo, že jsem získala více ženských respondentů. Zřejmě zafungovala „ženská solidarita“.

Další otázka byla zaměřena na věk respondentů. Ukázalo se, že nejvíce respondentů bylo ve věku 20 – 39 let (36,5 %) a 40 – 59 let (36,5 %). Věkové složení u respondentů nehrálo roli a dotazníky mnou byly rozdány na odděleních náhodně. V úvahu jsem vzala pouze momentální zdravotní stav a schopnost jednotlivého respondenta spolupracovat.

Otázkou č. 3 jsem se snažila rozdělit respondenty dle vzdělání. Nejvíce, a to 44 respondentů (42,3 %), byla zastoupena skupina respondentů se středoškolským vzděláním.

Další otázka dělila respondenty podle druhu hospitalizace. Snažila jsem se získat informaci, zda byl respondent přijat do zdravotnického zařízení akutně (úraz, náhlé zhoršení zdravotního stavu) či byla jeho hospitalizace naplánovaná (plánovaná operace nebo vyšetření, opakovaná hospitalizace při chronickém onemocnění). Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) označilo 60 respondentů (57,7 %) svou hospitalizaci za plánovanou, 42 respondentů (40,4 %) bylo neplánovaně hospitalizováno a 2 respondenti (1,9 %) nedokázalo druh hospitalizace určit. Hledala jsem odpověď, zda je stres, bolest či strach bariérou edukace.

Otázka č. 5 zkoumá zájem o vlastní edukaci. Výsledky byly velmi pozitivní, o edukaci mělo zájem 92 respondentů (88,5 %) ze 104 (100 %) respondentů. Pouze 12 (11,5 %) respondentů uvedlo, že zájem o edukaci nemají. Je možné, že si tito nemocní potřebné informace zajistili sami, nezajímají se o svůj zdravotní stav, nechtějí být edukováni zdravotníky, nedůvěřují jim, mají špatnou zkušenost, nevěří v edukaci, chtějí si „poradit sami“, mohli být ve zhoršeném psychickém rozpoložení nebo záporně odpověděli z jiného neznámého důvodu. Po důkladnějším rozboru dotazníků vyšlo najevo, že takto záporně odpověděli pouze muži z věkové skupiny do 19 let a skupiny 20 – 39 let. Ukazuje se tak, že muži mají obecně jiný přístup k vlastnímu zdraví i k životu a jinak řeší daný „problém“, jsou samostatnější než ženy. Ženy jsou poddajnější, méně si „věří“, jak se zmiňuje Petty ve své knize *Moderní vyučování*.

Dále jsem se ptala nemocných, jaká skupina se, dle jejich názoru, obrací pro radu k zdravotníkům nejčastěji. Většina, a to 48 respondentů (46,2 %), si myslí, že radu potřebují všichni pacienti. 2 respondenti (1,9 %) označili jako nejvíce edukovanou skupinu nemocné ve věku do 19 let, 16 respondentů (15,4 %) se domnívá, že tou nejvíce edukovanou skupinou jsou nemocní ve věku 40 – 59 let, 36 respondentů (34,6 %) ukázalo na skupinu 60 – 79 let a 2 respondenti (1,9 %) označilo nemocné nad 79 let. Z otázky vyplývá, že zájem o edukaci je. Domnívám se, že se v této odpovědi na otázku promítá vliv okolí. Mohou to být názory ostatních nemocných, přátel, ale i dnešní média (televize, tisk, internet). Nemocní tím tak potvrzují, že edukaci potřebují všichni nemocní bez věkového rozdílu.

Podobně bylo zjišťováno, kteří pacienti požadují edukaci asi nejvíce. Respondenti rozlišovali potřebu edukace při plánované a neplánované hospitalizaci. Otázkou jsem chtěla zjistit, zda může ovlivnit potřebu edukace hospitalizace z důvodu plánovaného výkonu, hospitalizace z důvodu úrazu nebo hospitalizace díky neočekávanému akutnímu onemocnění. Zkoumala jsem tím názor nemocných, jak se projeví stres z hospitalizace na případnou edukaci. Myslím si, pokud je člověk na danou nepříjemnou situaci (jako je i v tomto případě pobyt ve zdravotnickém zařízení) připraven, je psychicky vyrovnan, spolupráce se zdravotníky se daří lépe. O vlivu nemoci a stresu na uspokojování potřeb nemocného píše autorka Kozierová ve své publikaci Ošetrovatelstvo, ale i autorka Farkašová v knize Ošetrovatelství – teorie. Otázkou je, zda je v tomto případě edukace více zapotřebí než v době akutního onemocnění. Při stresu a bolesti se edukovat nedaří, ale edukace je také nutná. Nemocný je „vyděšený“, nedokáže problém vyřešit na rozdíl od nemocného, který již například své zdravotní potíže zná a umí si poradit. Z dotazníků se opět ukázalo, že nejvíce edukaci potřebují všichni nemocní. Takto odpovědělo 68 respondentů (65,4 %). 21 respondentů (20,2 %) označilo větší potřebu edukace při neplánované hospitalizaci a 15 respondentů (14,4 %) označilo větší potřebu edukace při hospitalizaci plánované.

V otázce č. 8 jsem se ptala, zda pro radu ve zdravotnickém zařízení chodí více ženy nebo muži. Respondenti si myslí, že nejvíce chodí pro radu muži i ženy stejně. Takto odpovědělo 51 respondentů (49,0 %), 48 respondentů (46,2 %) si myslí, že edukaci žádají více ženy a pouze 5 respondentů (4,8 %) uvedlo, že edukaci více potřebují muži. Z toho jasně vyplývá, že i samotní nemocní považují muže za samostatnější a ženy za podřízenější a nerozhodné.

Zajímavé výsledky přinesla otázka č. 9 a č. 10. Nejprve jsem se dotazovala, kterou osobou by chtěli být nemocní nejraději edukováni. Nejvíce nemocných by se pro radu obrátilo k lékaři. Takto odpovědělo 60 respondentů (57,7 %). Pouze 7 respondentů (6,7 %) nevědělo, ke komu by se mělo obrátit. Radu od všeobecné sestry by chtělo 34 respondentů (32,7 %). Myslím si, že nemocní více po odborné stránce více „věří“ lékařům. Rovněž se domnívám, že nemocní všeobecně hodnotí sestry jako osoby podřízené lékařům a méně vzdělané než lékaři. Sestry tak mají pravděpodobně podle respondentů méně znalostí a dovedností než lékaři a proto byla více označována edukující osoba – lékař.

Následující otázka odrážela skutečnost. Ukázalo se, že edukace byla provedena doopravdy nejvíce všeobecnou sestrou. To potvrdilo 58 respondentů (55,8 %). Lékařem bylo edukováno ve skutečnosti 34 respondentů (32,7 %). Toto otázku zodpověděli původně také všichni respondenti. I zde se tím potvrdil zájem o vlastní edukaci. Zde je přesně vidět, že edukace není nejvíce záležitostí lékařů. Lékaři se věnují nemocným po lékařské stránce, ošetrovatelská část péče (i edukace) připadá na sestry. Myslím si, že edukace nemocných je delegována na sestry i z provozních i časových důvodů.

Edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu a jednou z kompetencí všeobecné sestry. Dobrá verbální i neverbální komunikace má nemalý vliv na výsledek požadované edukace. Je dobré, pokud mezi zdravotníkem a nemocným panuje atmosféra důvěry. Vhodné je, pokud nemocný zná jméno svého edukátora. V současnosti požadují kvalitní zdravotnická zařízení po svých zaměstnancích i nošení tzv. „jmenovky“. Nemocných jsem se proto v otázce č. 11 na tento problém dotázala. Překvapivé bylo, že 27 respondentů (26,0 %) jméno edukátora neznalo. Myslím si, že představení se nemocnému a podání ruky by tento problém vyřešilo a bariéra v komunikaci by se tak odstranila. Nemocný by si tak pravděpodobně jméno edukátora zapamatoval.

Nejčastější metodu v edukaci uvedlo 58 respondentů (55,8 %) rozhovor, 16 respondentů (15,4 %) diskusi, 8 respondentů (7,7 %) přednášku, 10 respondentů (9,6 %) uvedlo poradenství, 10 respondentů (9,6 %) označilo praktickou ukázkou a 2 respondenti (1,9 %) zvolili odpověď „jiné“, která obsahovala odpověď: „*písemná ukáзка*“ a „*nevím, jaká metoda*“. Domnívám se, že zdravotník by měl vhodnou metodu volit přiměřeně k věku, zdravotním potížím. Z výsledků je vidět, že převažuje rozhovor. Je to metoda jednoduchá a časově nenáročná, jak je popisováno autorkou Kozierovou v Ošetrovatelstvu. Méně byla využita při edukaci přednáška či praktická ukáзка. Pro zdravotníka jsou to metody náročnější, jak je popsáno autorkou Juřeníkovou v knize Zásady edukace ošetrovatelské praxi.

V otázce č. 13 nemocní hodnotily nejčastější použité pomůcky při edukaci. Učební pomůcky a didaktická technika pomáhají zvýšit efektivitu edukace. Přispívají k zprostředkování obsahu učiva v názorné podobě a podporují tím splnění cílů. Autorka Juřeníková v knize Zásady edukace v ošetrovatelské praxi píše, že člověk přijímá 80 % informací zrakově, 12 % informací sluchem, 5 % informací hmatem, 3 % informací ostatními smysly. Z dotazníků vyplynulo, že nejvíce využívanou pomůckou byly opravdu

letáky a brožury, méně video a modely. Respondenti volili letáky a brožury, protože jsou většinou k dispozici i volně na jednotlivých odděleních. Znepokojivé je, že u 32 respondentů (30,8 %) nebyla požitá pomůcka žádná. Z jakého důvodu nebyly pomůcky využity? Domnívám se, že pomůcek je jistě na odděleních dostatečné množství, ale z nejrůznějších důvodů nejsou zdravotnický personálem využívány. Zároveň si myslím, že ne na každý „problém“ je vytvořená vhodná edukační pomůcka, jako je model či leták. Užití edukační pomůcky také určuje i situace, v jaké se nemocný ale i zdravotník nachází.

Otázkou č. 14 hodnotili respondenti převládající formu edukace. 91 respondentů (87,5 %) uvedlo, že převládala individuální forma edukace, 3 respondenti (2,9 %) uvedli převládající formu edukace skupinovou, 6 respondentů (5,8 %) uvedlo, že obě formy byly stejně zastoupené a 4 respondenti (3,8 %) nevěděli, která z forem edukace převládala. Individuální edukace je nejčastější formou edukace ve zdravotnictví, což se v dotazníku jasně ukázalo.

Následující otázka řeší místo, kde probíhala edukace. Lze předpokládat, že na standardním lůžkovém oddělení zdravotníci edukují nejčastěji na pokoji nemocného. Pokud zdravotní stav nemocného dovoluje, je vhodnějším místem k edukaci vyhrazená místnost. Někde je tím místem speciální vyšetřovna, pracovna lékaře nebo pracovna sester. Mnohá zdravotnická zařízení jsou ale vybavena speciálními aulami nebo studovnami. Edukace by měla probíhat nerušeně, bez přítomnosti hluku, proto je nevhodným místem k edukaci například chodba. Z dotazníků se ukázalo, že na zkoumaných odděleních probíhá edukace nemocných opravdu nejvíce na pokojích. Toto tvrzení potvrdilo 60 respondentů (57,7 %). Zajímavé bylo, že v aule či studovně nebyl edukován žádný respondent. Bohužel 9 respondentů (8,7 %) označilo jako místo své edukace chodbu.

V dotazníku se dále řešila systematičnost edukace. Efektivnost vlastní edukace se zvyšuje pokud je několikrát zopakováno již řečené nebo předvedené. Manuální zručnost se neustálým opakováním zlepšuje. Při dalším nácviku dochází k zpřesňování pohybů, pohyby jsou koordinovanější. Úloha systematičnosti edukace je popsána autorkou Kuberovou v knize Didaktika ošetřovatelství. Nácvik aplikace inzulínu inzulínovým perem je dobrým příkladem, kdy je průběžná edukace nemocného nezbytná. Respondenti se vyjádřili, že v tomto zdravotnickém zařízení edukace probíhá nejvíce průběžně, což je pozitivní. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) bylo 84 respondentů (80,8 %) edukováno průběžně a 20 respondentů (19,2 %) pouze jednorázově.

Důležitou úlohu v edukaci tvoří i prostředí a pocity nemocných. Respondenti se vyjadřovali, zda se cítili příjemně v prostředí, kde byli edukováni. Vzhledem ke zkoumanému místu a okolnostem (hospitalizace, nemoc, bolest, anonymita) jsou výsledky velmi dobré. Příjemný pocit z edukačního prostředí mělo 73 respondentů (70,2 %), opačnou odpověď nezvolil žádný respondent (0,0 %) a 31 respondentů (29,8 %) nedokázalo své pocity z edukačního prostředí popsat. Domnívám se, že velký vliv na takový výsledek má i moderní vybavení na jednotlivých odděleních a změna chování zdravotníků v porovnání s minulostí. Na otázku 17a měli odpovídat pouze respondenti, kteří se vyjádřili negativně. Chtěla jsem tím dát prostor pro vyjádření negativních pocitů z prostředí. Na tuto otázku, ale neodpovídal žádný respondent.

V další otázce mne zajímalo, zda jsou zde nemocní edukováni ústně, písemně nebo ústně i písemně zároveň. Nejčastěji bylo z celkového počtu 104 respondentů (100 %) edukováno ústně 38 respondentů (36,5 %), 5 respondentů (4,8 %) písemně a 61 respondentů (58,7 %) bylo edukováno ústně i písemně zároveň. Respondenti nejvíce označili ústní informace. Někdy je však zapotřebí, aby zdravotník poskytl informaci i písemnou formou, aby nemocný informace nezapomněl. Tento způsob může zabrat zdravotníkovi více času, ale ve výsledku je edukace efektivnější. Z pohledu zaměstnance Fakultní nemocnice je výsledek daného dotazu výborný a je vidět, že se zdravotníci snaží vyjít nemocným vstříc.

Projevení souhlasu nemocného s vlastní edukací řeší otázka č. 19. Edukace je právem nemocného. Nemocný však může vlastní edukaci z jakýchkoli důvodů i odmítnout. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) dalo svůj souhlas k edukaci 84 respondentů (80,8 %) a 20 respondentů (19,2 %) souhlas ke své edukaci nedalo. Výsledek mne velmi překvapil. Každý z nás se může jednou ocitnout v roli nemocného. Myslím si, že přání nemocných je nutné pokud možno respektovat.

Indikátorem spokojenosti nemocných je i dodržení soukromí při edukaci. Vhodné edukační prostředí, do kterého se dá zařadit i soukromí nemocného, má nemalý vliv na efektivitu edukace. Úlohu edukačního prostředí na edukaci popisuje ve své knize *Zdravotník lektorem* i autor Bastl. Nikomu není jistě příjemné, pokud by byl zdravotníkem edukován před ostatními pacienty například ohledně inkontinenčních pomůcek nebo při péči o prsní protézu u žen. Soukromí při edukaci zdejším zdravotnickém zařízení mělo 95 respondentů (91,3 %) a 9 respondentů (8,7 %) se vyjádřilo negativně.

Respondenti se v následujícím dotazu vyjadřovali, s jakým problémem se na zdravotníky obraceli nejvíce. Mohli zde označit několik možností. Podle mých zkušeností jsem předpokládala, že nejvíce bude pravděpodobně zastoupena bolest, dietní režim a rehabilitace, což se mi potvrdilo. Překvapením pro mě bylo však velké zastoupení i problému se strachem. Vyplňování této otázky v dotazníku jeden respondent takto komentoval: „ *Bolest se dá, sestři, vydržet, nejhorší je ale ten strach, co bude s člověkem dál.*“

Otázka č. 22 navazovala na předchozí dotaz. Ptala jsem se, v jakých oblastech byl respondent edukován. Také zde se mohlo několik odpovědí. Nejvíce byla zastoupena oblast dietního režimu, užívání léků a rehabilitace. Méně však oblast volného času a podpory imunity. Myslím si, že tyto výsledky přesně odrážejí realitu, kdy zdravotníci sice nemocné edukují v základních oblastech, ale bohužel již není prostor pro poučení v oblastech ostatních. Edukace v ošetrovatelství představuje výchovu a vzdělávání nemocných odkázaných na pomoc a podporu sester v primární, sekundární a terciární prevenci, jak uvádí autorka Kuberová ve své knize Didaktika ošetrovatelství. I volný čas a podpora imunity se tedy dá řadit do oblasti terciární prevence.

Dále jsem zjišťovala, zda byly pomocí edukace odstraněny nedostatky ve vědomostech a dovednostech týkající se respondentova stavu. Z celkového počtu 104 respondentů (100 %) odpovědělo 51 respondentů (49,0 %), že pomocí edukace byly odstraněny nedostatky ve vědomostech a dovednostech, 6 respondentů (5,8 %) odpovědělo záporně a 47 respondentů (45,2 %) potvrdilo, že edukace tento cíl splnila zčásti. Pokud si stanovím kritérium, že jedna odpověď „zčásti“ má hodnotu 50 % jedné odpovědi „ano“, vyplývá z odpovědí, že pomocí edukace odstraněny nedostatky většinou byly.

Podobně bylo v následující otázce sledováno, zda edukace přispěla ke zvládnutí problematické situace týkající se respondentova zdravotního stavu. Pokud si stanovím kritérium, že odpověď „zčásti“ má hodnotu 50 % jedné odpovědi „ano“, plyne z výsledků dotazu jednoznačně, že edukace ke zvládnutí problematické situace většinou přispěla.

Otázka č. 24a navazovala a odpovídali pouze respondenti, kteří se vyjádřili v předchozím dotazu kladně. Týkala se zvýšení kvality života díky provedené edukaci. Odpovídalo tak 67 respondentů (100%). 49 respondentů (73,1 %) potvrdilo, že provedená edukace zvýšila kvalitu jejich života, 6 respondentů (9,0 %) toto tvrzení nepotvrdilo a 12 respondentů (17,9 %) tvrzení potvrdilo zčásti. Pokud si stanovím kritérium, že jedna

odpověď „zčásti“ má hodnotu 50 % jedné odpovědi „ano“, vyplývá z odpovědí, že pomocí edukace se zvýšila kvalita respondentova života.

K velmi dobrým závěrům jsem došla díky následující otázce, které sledovala pochopení a pomoc zdravotníků samotnému nemocnému. Ke své radosti jsem zjistila, že žádný respondent se nevyjádřil negativně. 80 respondentů (76,9 %) odpovědělo, že pomoc a pochopení ze strany zdravotníků byla v průběhu edukace dostatečná a 24 respondentů (23,1 %) pomoc a pochopení při edukaci hodnotí mírou „zčásti“. Mohu se tedy domnívat, že péče je v daném zdravotnickém zařízení z tohoto pohledu dobrá.

Respondenti se mohli vyjádřit, zda by rádi něco (z pohledu edukace) zlepšili, pokud by sami měli možnost. Výsledky byly pro mne opět velmi překvapující. Z nabízených možností odpovědí byla hojně označována oblast psychiky. Domnívala jsem se, že z velké části budou respondenti apelovat na časovou dotaci či zdravotníky, ale ve skutečnosti se vše ukázalo jinak. Také požadavek zavedení konzultačních hodin a požadavek většího množství edukačního materiálu je překvapující. Ovšem nejvíce byla zastoupena odpověď, kdy by respondenti nejraději neměnili nic, což je pro toto zdravotnické zařízení velmi dobré.

Poslední dotaz směřoval na celkovou spokojenost s edukací ve zdejším zdravotnickém zařízení. V daném zdravotnickém zařízení bylo s edukací velmi spokojeno 56 respondentů (53,8 %), spíše spokojeno bylo 48 respondentů (46,2 %). Další možnost odpovědí respondenti nevyužili. Výsledky šetření ukazují na výborný výsledek, ale i na poznání, že určitý potenciál pro zlepšení tu stále existuje.

Hypotéza 1 zněla: Nemocní mají zájem o svou edukaci.

Hypotéza se vztahovala v dotazníku k otázkám č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 19, 21, 22.

Hypotéza 1 se vzhledem k provedenému šetření potvrdila.

Hypotéza 2 zněla: Většině nemocných edukace zvýšila kvalitu života.

Hypotéza se vztahovala v dotazníku k otázkám č. 23, 24, 24a.

Hypotéza 2 se vzhledem k provedenému šetření potvrdila.

Hypotéza 3 zněla: Nemocní jsou s edukací většinou spokojeni.

Hypotéza se vztahovala v dotazníku k otázkám č. 11, 16, 17, 17a, 18, 19, 20, 25, 26, 27.

Hypotéza 3 se vzhledem k provedenému šetření potvrdila.

Celkem byly stanoveny tři cíle. Cíl 1: Zmapovat edukaci nemocných v daném zdravotnickém zařízení. Cíl 2: Zjistit celkovou spokojenost nemocných s edukací. Cíl 3: Získat informace pro eventuelní zlepšení edukace. Vzhledem k souhlasnému stanovisku vedení Fakultní nemocnice k povolení mého výzkumného šetření, vstřícnosti personálu daných oddělení, slušné časové dotaci pro mou práci a hlavně velké ochotě pacientů odpovídat na mé dotazy, **byly cíle práce splněny.**

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala edukací ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného. Edukací ve zdravotnictví se rozumí kvalifikovaná výchova jednotlivců i celé společnosti. Systematicky vytváří svou výchovně-vzdělávací činností systém správných vědomostí, dovedností, návyků a postojů v oblastech ochrany a zabezpečení zdraví obyvatelstva. Klíčem k úspěšné edukaci je dodržování základních pravidel komunikace s lidmi různého sociálního a kulturního prostředí, různých věkových skupin a individuálních zvláštností. Výsledkem edukace je získávání vědomostí, dovedností a schopností, dosažení změny postojů, přijetí určitých hodnot nebo osvojení návyků.

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat edukaci nemocných v daném zdravotnickém zařízení, zjistit celkovou spokojenost s vlastní edukací a získat potřebné informace pro její eventuelní zlepšení. Stanovené cíle byly splněny.

Ke zpracování dané problematiky a zjištění stanovených cílů byla použita metodika kvantitativního výzkumného šetření. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nemocní mají zájem o svou edukaci, nemocní jsou s edukací většinou spokojeni a většině nemocných edukace zvýšila kvalitu života.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zdroj informací pro zdravotnický personál daného zdravotnického zařízení. Práci lze dále rozšířit o porovnání edukace ve zdravotnických zařízeních různého typu či porovnání provedené edukace v jednotlivých krajích České republiky. Dotazník pro nemocné může být nástrojem pro zlepšení kvality ošetrovatelské péče.

LITERATURA A PRAMENY

BASTL, Pavel., Vlastimil, ŠVEC. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.

DAWSON, D. *Konfucius*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 109 s. ISBN 80-20-70-4965.

FARKAŠOVÁ, Dana., Helena, KAŇOŠOVÁ., Ludmila, KUBICOVÁ., Mária, MUSILOVÁ., Vlasta, ZÁVODNÁ. *Ošetrovatelství- teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8.

GRAFOLOGIE A PSYCHOLOGIE. *Abraham Maslow – Pyramida potřeb*. [on line]. [cit. 2012- 11- 10]. Dostupné z:< <http://ografologii.blogspot.cz/search?q=pyramida>>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vyd. Praha: Galén, 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas. Proč a jak*. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

JANÁČKOVÁ, Laura., Petr, WEISS. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

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

KALHOUS, Zdeněk., Otto, KOBST. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-X.

KOZIEROVÁ, Barbara., ERBOVÁ, Glenora., OLIVIERIOVÁ, Rita. *Ošetrovatelstvo I*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.

KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-50-7367-684-1.

MINIBERGEROVÁ, Lenka. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4

MZČR. *Práva pacienta*. [online]. [cit. 2012- 11- 10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/dokumenty/prava-pacienta_5001_2401_18.html>

PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 380 s. ISBN 80-7178-681-0.

PODSTATOVÁ, Renata., Eliška, SOVOVÁ., Jarmila, ŘEHOŘOVÁ. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 144 s. ISBN 978- 80-247-1997-9.

PROFIMEDEA. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* [online]. [cit. 2012- 11- 10]. Dostupné z : <<http://www.profimedea.cz/news/vyhlaska-c-55-2011-sb/>>

PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika.* 3.vyd. Praha: Portál, 2005. 481 s. ISBN 80-736-047-X.

ROHLÍKOVÁ Lucie., Jana, VEJVODOVÁ. *Vyučovací metody na vysoké škole.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 288 s. ISBN 978-80-247-4152-9.

SITNÁ, Dagmar. *Metody aktivního vyučování.* 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-246-1.

ŠMAJSOVÁ-BUCHTOVÁ, Božena., Věra, LINHARTOVÁ. *Praktická komunikace v medicíně.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka., Danuška, TOMANOVÁ., Pavla, KUDLOVÁ., Renata, HALMO. *Multikulturní ošetrovatelství II.* 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.

TRACHTOVÁ, Eva., Gabriela, FOJTOVÁ., Dagmar, MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie.* 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věkové složení

Graf 3 Dosažené vzdělání

Graf 4 Druh hospitalizace

Graf 5 Zájem o edukaci

Graf 6 Představa nejvíce edukované skupiny dle věku

Graf 7 Představa požadavku edukace dle druhu hospitalizace

Graf 8 Představa potřeby edukace dle pohlaví

Graf 9 Preferovaná osoba k vlastní edukaci

Graf 10 Edukující osoba ve zdravotnickém zařízení

Graf 11 Znalost jména edukátora

Graf 12 Metoda edukace

Graf 13 Edukační pomůcky

Graf 14 Forma edukace

Graf 15 Místo edukace

Graf 16 Systematičnost edukace

Graf 17 Pocit z edukačního prostředí

Graf 18 Styl provedené edukace

Graf 19 Souhlas s edukací

Graf 20 Soukromí při edukaci

Graf 21 Edukační požadavek nemocných

Graf 22 Edukační oblasti

Graf 23 Hodnocení odstranění nedostatků ve vědomostech a dovednostech nemocných

Graf 24 Hodnocení míry edukace ve zvládnutí zdravotního problému

Graf 24a Hodnocení míry zvýšení kvality života díky edukaci

Graf 25 Hodnocení míry pomoci zdravotníků nemocným

Graf 26 Oblasti pro zlepšení edukace

Graf 27 Spokojenost s edukací

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Práva pacienta

Příloha B Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků

Příloha C Maslowova hierarchie potřeb

Příloha D Edukační karta

Příloha E Dotazník pro nemocné

PRÁVA PACIENTA

Právo na zdravotní péči

Máte ústavně zaručené právo na zdravotní péči, její dostupnost i spravedlivý přístup podle vašich potřeb. Máte právo na profesionální péči, právo aktivně spolupracovat při lékařských výkonech, právo sami se svobodně rozhodovat o vašem osudu.

Právo na informovaný souhlas

Jakýkoli výkon v oblasti péče o zdraví může být proveden pouze za podmínky, že k němu poskytnete svobodný a informovaný souhlas (*výjimkou jsou případy v zákoně výslovně vedené, kdy vám může být péče poskytnuta i bez vašeho souhlasu – je-li vám uloženo povinné léčení; jde-li o nosiče závažné přenosné nemoci; jevíte-li známky duševní choroby nebo intoxikace a zároveň ohrožujete sebe nebo své okolí; není-li možné vzhledem k vašemu zdravotnímu stavu vyžádat si souhlas a jde o neodkladné výkony k záchraně vašeho života či zdraví*).

Abyste mohli poskytnout k vyšetřovacímu či léčebnému výkonu váš souhlas, musíte vědět, s čím máte souhlasit. Máte tedy právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Na základě těchto informací máte právo svobodně, bez nátlaku a s dostatkem času na rozvážení a s možností klást doplňující dotazy se rozhodnout, zda navrhovaný výkon podstoupíte.

Právo odmítnout zdravotní výkon

Máte právo, poté co jste byli náležitě informováni o potřebném zdravotním výkonu i případných následcích jeho neposkytnutí pro vaše zdraví, přesto potřebnou péči odmítnout. V takovém případě si váš ošetřující lékař vyžádá od vás písemné prohlášení (písemný revers) o odmítnutí zdravotního výkonu či hospitalizace, opatřený vašim podpisem.

Právo na informace

Máte právo znát veškeré informace shromažďované o vašem zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci nebo v jiných zápisech, které se vztahují k vašemu zdravotnímu stavu. V případě, že se nespokojíte s ústně podanou informací ze strany zdravotnických pracovníků, máte právo na zpřístupnění zdravotnické dokumentace k nahlížení, máte rovněž právo na pořizování jejich výpisů, opisů či kopií, a to ve lhůtě do 30 dnů od podání žádosti danému zdravotnickému zařízení.

Právo nebýt informován

Poučení o zákroku je vaším právem, ale máte rovněž i právo nebýt informován, máte právo se takového poučení zcela vzdát nebo pověřit k přijetí poučení jinou osobu (osobu blízkou nebo jakoukoliv jinou osobu, kterou si sami určíte).

V případě, že sdělení informací je však ve vašem zájmu či v zájmu ochrany ostatních osob (např. jedná-li se o infekční onemocnění), budete ze strany zdravotnických pracovníků informován i přesto, že poučení o svém zdravotním stavu odmítáte.

Právo na ochranu soukromí

Máte právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o vašem zdraví. Je pouze na vás, zda si přejete, aby údaje o vašem zdravotním stavu byly sdělovány dalším osobám. Jste to především vy, kdo můžete zdravotnické pracovníky zprostit jejich povinné mlčenlivosti ve

vztahu ke všem údajům, které jste jim během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení sdělili. Bez vašeho souhlasu může lékař i jiní zdravotničtí pracovníci sdělovat údaje o vašem zdravotním stavu pouze za přísných zákonem stanovených podmínek a přesně vymezenému okruhu osob.

Právo na určení osob i rozsahu poskytovaných informací

Máte právo určit si osobu či osoby, které mohou být informovány o vašem zdravotním stavu, a máte právo určit si rozsah informací, které jim mohou být poskytovány. Touto osobou může být jak příslušník rodiny, tak i kterákoliv jiná osoba bez příbuzenského vztahu. Při určení osoby, která může být informována o vašem zdravotním stavu zároveň určíte, zda této osobě náleží též právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo na pořízení jejích výpisů, opisů či kopií.

Máte rovněž právo vyslovit úplný zákaz s podáváním informací o vašem zdravotním stavu jakékoliv osobě. Určení jednotlivých osob nebo vyslovení zákazu podávání informací můžete kdykoliv změnit či zcela odvolat.

Právo na svobodnou volbu lékaře a právo na svobodnou volbu zdravotní pojišťovny

Až na výjimky umožňuje každému z nás, aby využil své právo na svobodnou volbu lékaře a právo na výběr zdravotnického zařízení (nemocnice). Výkon tohoto práva však není naprosto neomezený. Zvolený lékař může odmítnout přijetí pacienta do své péče tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pacienty, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého bydliště pro výkon návštěvní služby. Odmítne-li lékař či zdravotnické zařízení přijmout pacienta a cítí-li se tímto jednáním poškozen, má pacient právo na písemné potvrzení odmítnutí s uvedením důvodu. S tímto dokladem je pak možné se obrátit na svou pojišťovnu či zřizovatele zdravotnického zařízení (nemocnice).

Poskytnout zdravotní péči však musí lékař vždy v akutních případech, kdy hrozí bezprostředně újma na zdraví či životě pacienta. Takto provedené výkony pojišťovna pacienta lékaři proplatí, a to i pokud není smluvním lékařem. V těchto případech je vždy nutné trvat na ošetření zdravotnickým personálem daného zdravotnického zařízení (nemocnice).

Každý pacient má právo též na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovnu lze změnit jednou za 12 měsíců. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužívá a dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte.

V případě zavedení nucené správy nad zdravotní pojišťovnou jsou pojištěnci oprávněni změnit zdravotní pojišťovnu i ve lhůtě kratší, a to vždy k 1. dni kalendářního měsíce, nejdříve však k 1. dni následujícího kalendářního měsíce.

Právo osob blízkých na informace o zdravotním stavu pacienta

Jestliže pacient je ve stavu, kdy nemůže určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, mají právo na aktuální informace o zdravotním stavu pouze osoby blízké (*osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní*).

Práva osob pozůstalých

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, příčinách úmrtí a výsledku

pitvy, pokud byla provedena, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud se pacient za svého života nevyslovil jinak a sdělování těchto informací některé osobě blízké či všem nezakázal. Tyto osoby mají rovněž právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se ke zdravotnímu stavu pacienta, jakož i právo na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů. Uvedená práva náleží případně i dalším osobám určeným pacientem za jeho života. Jedině osoby blízké a pouze tehdy, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob mají v případě, že zemřelý pacient vyslovil zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu, právo na informace o zdravotním stavu, včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace a právo pořizovat si výpisy, opisy nebo kopie, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví.

Zdroj:

MZČR. *Práva pacienta*. [online]. [cit. 2012 – 11 – 10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/KnihaBezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html >

VYHLÁŠKA O ČINNOSTECH ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

55

VYHLÁŠKA

ze dne 1. března 2011

o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 90 odst. 2 písm. e) zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.:

§ 4 Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,

k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,

m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek¹⁰), (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹) a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) podávat léčivé přípravky¹⁰) s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty¹²),

b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹³) a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

Zdroj:

PROFIMEDEA. *Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.* [online]. [cit. 2012- 11- 10]. Dostupné z :
<<http://www.profimedea.cz/news/vyhlaska-c-55-2011-sb/>>

příloha C

MASLOWOVA HIERARCHIE POTŘEB



Zdroj:

GRAFOLOGIE A PSYCHOLOGIE. *Abraham Maslow – Pyramida potřeb*. [on line]. [cit. 2012- 11- 10]. Dostupné z: <<http://ografologii.blogspot.cz/search?q=pyramida>>

EDUKAČNÍ KARTA



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
 Dr. E. Benešova 13, 305 01 Plzeň - Bory
 ul. Svobody 86, 304 01 Plzeň - Ležehy
 IČO 00852823 tel. 377 401 111, 377 188 111

Identifikační štítek

EDUKAČNÍ KARTA

ZOK: _____

List č.: _____

Téma edukace				Kdo edukuje	
1. výživa	7. péče o stonii	13. možnost péče v domácím prostředí	19. _____	A - všeobecná sestra	
2. edukace diabetika	8. péče o chronickou ránu	14. prevence TEN	20. _____	B - porodní asistentka	
3. sebek péče	9. péče o invazivní vstupy	15. prevence a šíření infekce	21. _____	C - lékař	
4. medikace	10. respirační terapie	16. prevence pádu	22. _____	D - fyzioterapeut	
5. pohybový režim	11. příprava před výkonem	17. manipulace s lůžkem	23. _____	E - nutriční terapeut	
6. polohování	12. péče po výkonu	18. manipulace se signalizací	24. _____	F - zdravotnický asistent	
Datum/hodina	Téma	Komunikační bariéra	Reakce edukovaného	Použité metody	Podpis (+ zn. A - F)
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	_____	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného
	_____				Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	_____	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného
	_____				Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného
<input type="checkbox"/> pacienta/ky <input type="checkbox"/> rodiny <input type="checkbox"/> doprovodu	_____	<input type="checkbox"/> smyslová <input type="checkbox"/> jazyková <input type="checkbox"/> psychická <input type="checkbox"/> jiná	<input type="checkbox"/> verbalizuje pochopení <input type="checkbox"/> odmítá výuku <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost <input type="checkbox"/> nutno opakovat <input type="checkbox"/> ptá se <input type="checkbox"/> není schopen pochopit	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> audio, video, TV <input type="checkbox"/> písemně <input type="checkbox"/> nácvik	Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného
	_____				Podpis edukujícího
	_____				Podpis edukovaného

Zdroj:

FN PLZEŇ

příloha E

DOTAZNÍK PRO NEMOCNÉ

DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Jaroslava Kohoutová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Západočeské university v Plzni. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma: Edukace ve zdravotnických zařízeních z pohledu nemocného.

Dotazník je zcela anonymní, bude použit pouze ke studijním účelům. Odpovědi prosím označte křížkem. Pokud není psáno jinak, je možná pouze jedna odpověď. V několika otázkách bych Vás požádala o stručné doplnění do vyznačených míst.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Vysvětlení pojmů:

Edukace- vzdělávání, výchova, učení

Edukátor- učitel, mentor, vychovatel

1. Vaše pohlaví:

- Muž Žena

2. Váš věk:

- do 19 let 40-59 79 a více
 20-39 60-79

3. Vaše dosažené vzdělání:

- Základní Středoškolské Vysokoškolské
 Vyučen Vyšší odborné

4. Vaše hospitalizace byla:

- Plánovaná Neplánovaná Nedokáži určit

5. Máte zájem být zdravotníky edukován/a (= radu potřebujete) ?

- Ano
- Ne

6. Jaká věková skupina se dle Vašeho názoru nejčastěji obrací k zdravotníkům pro radu?

- do let 19
- 20-39
- 40-59
- 60-79
- 79 a více
- všichni pacienti

7. Kteří pacienti požadují, dle Vašeho názoru, edukaci nejvíce?

- s plánovanou hospitalizací
- s neplánovanou hospitalizací
- všichni pacienti

8. Podle Vás více chodí pro radu:

- Muži
- Ženy
- Muži i ženy stejně

9. Pro radu byste se ve zdejším zdravotnickém zařízení ze všeho nejraději opět obrátil/a k:

- Všeobecné sestře
- Lékaři
- Pomocnému personálu
- Nevím ke komu
- Ostatním pacientům
- Jiné (doplňte).....

(ošetřovatelky, sanitárky)

10. Kterou osobou jste zde byl/ edukován/a ?

- Všeobecnou sestrou
 - Lékařem
 - Pomocným personálem
 - Jiným pacientem
 - Jiné (doplňte).....
- (ošetřovatelky, sanitárky)

11. Znal/a jste jméno edukátora?

- Ano Ne

12. Jaká metoda byla při Vaší edukaci použita?

- Rozhovor Diskuse Praktická ukázka
 Přednáška Poradenství Jiná (doplňte).....

13. Jaké byly při edukaci použity pomůcky?

- Letáky Zdrav. pomůcka
 Brožury Video, film
 Modely Žádné

14. Která z forem edukace převládala?

- Individuální Obě stejně
 Skupinová Nevím

15. Kde proběhla Vaše edukace?

- Na pokoji Na chodbě Jinde (doplňte)..
 V pracovně sester Aula, studovna
 Na vyšetřovně Pracovna lékaře

16. V průběhu léčby jste byl/a edukována:

- Průběžně Jednorázově

17. Cítil/a jste se příjemně v prostředí, ve kterém jste byl/a edukován/a ?

- Ano Ne Nedokáži popsat

24. Přispěla edukace k tomu, že dokážete zvládnout dosavadní problematickou situaci týkající se vašeho zdravotního stavu?

- Ano Ne Zčásti

24/a. Odpovězte jen v případě, pokud jste označil/a v předchozí otázce odpověď „ano“.

Přispěla tato změna k zvýšení kvality Vašeho života?

- Ano Ne Zčásti

25. Máte pocit, že pochopení a pomoc ze strany zdravotníků jsou pro Vás dostatečné?

- Ano Ne Zčásti

26. Pokud byste ve zdejší zdravotnickém zařízení (z pohledu edukace) mohl/a něco zlepšit, zaměřil/a byste se více na: (možno více odpovědí)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Psychiku pacientů | <input type="radio"/> Možnost konsultačních hodin i mimo hospitalizaci |
| <input type="radio"/> Rodinu pacienta | <input type="radio"/> Zdravotníky |
| <input type="radio"/> Časovou dotaci | <input type="radio"/> Neměnil/a bych nic |
| <input type="radio"/> Množství edukačního materiálu | <input type="radio"/> Jiné/doplňte/..... |
| <input type="radio"/> Soukromí při edukaci | |

27. Celkově jsem byl/a s edukací ve zdejší zdravotnickém zařízení:

- Velmi spokojen/a
 Spíše spokojen/a
 Spíše nespokojen/a
 Velmi nespokojen/a

