

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Bakalářská práce

2007

Milena Draxlerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Mgr. Marie Trešlová, R.N.

2007

Milena Draxlerová

Abstract

The objective of this bachelor's work is to find the principles utilizing of the nurse educational activities in the primary care. The education seems to be the important characteristic of the treatment practice and has gone hand in hand with the primary care since the treatment beginning. The education as a training, cultivation and tutoring is emphasized lately as the self-evident part of the professional nurse occupation. The educational nurse activity in the primary care has own particularities which are described in detail in the theoretical section of this bachelor's work. The contemporary treatment conception talks up the important aspects of the nurse role – the educator and the coordinator of the patient care. The nurse education should correspond to this thus the nurses could perform their profession as the qualified medical officer. The primary care field is the inseparable piece of the theoretical part of this work. The community nursing as the first care line has been continuously developed recently and the role of the primary nurse is emphasized mainly in the support and maintenance of the people health. Their services are provided in the wild scale in the various environment and cover the whole life cycle since conception to lenitive care at the dying. The education in the primary care represents the great importance. Its purpose is to continuously raise the population health consciousness.

In the practical part of the work the quantitative research was performed, the data collection questionnaire technique was used. The research set consisted of sixty-two primary care nurses. The research performed within this work at the nurses working in the primary care has demonstrated a quite good knowledge and also principles utilizing of the educational activities in the nursing practice. Unfortunately it has showed subsequently that nurses don't have sufficient possibilities in the present system of the primary care and principally the time scope for the education performance. There is the left room for the next knowledge consolidation and perfection in this field even though the good education principles knowledge. The space for the potential further research in the prevention field regarding positive health support and maintenance has been opened consecutively.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Možnosti využití zásad edukační činnosti sestry v primární péči jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne 11.5.2007

.....
podpis studenta

Poděkování:

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat Mgr. Marii Trešlové, R.N. za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav	4
1.1 Historie pedagogiky.....	4
1.1.1 Jan Ámos Komenský.....	7
1.2 Historie edukace ve zdravotnictví	8
1.3 Edukace – pojem a obsah	10
1.3.1 Základní pravidla edukace	11
1.3.2 Edukační proces, členění edukačního procesu	13
1.3.3 Význam výchovy v profesi sestry	17
1.3.4 Metody a formy edukace	19
1.4 Edukace v primární zdravotní péči, ambulancích	22
1.5 Historie komunitní péče	23
1.5.1 Zdravotní stanice a poradny	24
1.5.2 Ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách	25
1.6 Strategie péče o zdraví	27
1.7 Primární péče	29
1.7.1 Komunitní ošetrovatelství – předmět, úkoly a cíle	29
1.7.2 Úloha sestry v primární péči	32
1.7.3 Sebepečce v primárním ošetrovatelství	32
1.7.4 Péče o staré a chronicky nemocné občany v primární péči	33
1.7.5 Etika v komunitním ošetrovatelství	34
2. Cíle práce a hypotézy	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Hypotézy	36
3. Metodika	37
3.1 Metodika práce	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4. Výsledky	38
5. Diskuse	65

6. Závěr	71
7. Seznam použitých zdrojů	72
8. Klíčová slova	76
9. Přílohy	77

Úvod

Cílem této bakalářské práce je, jak sám název napovídá, zjistit povědomí sester o možnosti využívání zásad edukace v primární péči.

Edukace a komunitní ošetrovatelství se snoubí s problematikou péče o zdraví již od jejích prvopočátků a byla svým způsobem palčivým problémem již ve starověku. Edukace jako výchova, vzdělávání a vyučování, je v posledních letech zdůrazňovaná jako samozřejmá součást profesionální činnosti sestry. V době převratných reforem zdravotnictví a současně neustále narůstajícím zdravotním problémům lidí jsou zdravotní sestry stále častěji považovány za základní zdroj strategií pro reformu zdravotnictví.

Ve světě se už v osmdesátých letech minulého století začal krátit léčebný pobyt v ústavních zařízeních na nezbytně nutný čas, zejména z ekonomických důvodů. Vznikl tak prostor pro komunitní ošetrovatelskou péči. Ukazuje se, že primární ošetrovatelská péče nejen o nemocné, ale hlavně o zdravé, v podobě prevence nemoci a podpory zdraví, je mnohem méně finančně náročná. Mimo jiné je velice pozitivní fakt, že pacient nemusí být vytržen ze svého domácího prostředí. Zdůrazňuje se klíčový podíl sester na primární zdravotní péči a ta jde ruku v ruce s edukační činností.

Cílem je pokusit se zmapovat využívání zásad edukační činnosti sestrami primární péče. Z výzkumu by měla vyplynout jasná fakta o současné situaci, ale i některé směry, které naznačí, jak situaci dále zlepšit.

1. Současný stav

1.1 Historie pedagogiky

Při hledání historie edukace je nutno vlastně procházet historií pedagogiky. Tato disciplína popisuje vznik a vývoj edukace a její teoretické reflexe od nejstarších historických období až do nedávných let. Dějiny edukace a jejich institucí se zaměřují na všeobecné dějiny školství nebo národní dějiny školství. Historici edukace se nezabývají pouze dějinami školství, ale také složkami vzdělávacích systémů (28).

„Dějiny pedagogiky a dějiny školství jsou zkoumání vývoje pedagogických teorií a vzdělávací praxe (27, s 34).“

Pedagogika ve svém vývoji prošla různými koncepcemi výchovy a vzdělávání. Nejdůležitější jsou perenialismus, esencialismus, behaviorismus, kognitivismus, progresivismus, existencialismus, humanismus.

Základy filozofie perenialismu sahají až k Platonovi a Aristotelovi, kteří hlásali, že se člověk odlišuje od zvířat pouze rozumem. Říkali, že prvořadá je rozumová výchova, rozvoj intelektu a poznání. Výchova by se měla realizovat tak, aby si žáci osvojili trvalé, věčné a univerzální pravdy, jako je přenos trvalých informací z generace na generaci (28).

Filozofie esencialismu spočívá ve výběru nejlepších jednotlivců, kteří získají nejlepší vzdělání a tvoří elitu společnosti. Podle této filozofie není pro ostatní lidi nutná výuka, stačí pouze výcvik pro výkon pracovních činností. Kořeny esencialismu můžeme najít ve starém Řecku, a to v Platonově učení.

Behaviorismus, který pokládá chování za hlavní dimenzi psychiky, definuje osobnost jako jednotný celek obvyklého chování konkrétního jedince (jeho reakce na podněty). Zakladatelem behaviorismu je Edward Thorndike, který tvrdil, že přenos informací je možný pouze tehdy, pokud je nová situace podobná staré. Na objevování empirických zákonitostí učení mají vliv také behaviorální vědy (psychologie, sociologie, behaviorální diagnostika a léčba). Behaviorální pedagogika tvrdí, že chování člověka je naučené, proces učení je u člověka a živočichů stejný. Poznatky získané

během sledování chování živočichů je možno využít při interpretaci chování člověka (27, 28, 37).

Kognitivismus vznikl na podkladě Lewinovy teorie pole, teorie motivace a teorie percepce. Jedná se o učení prostřednictvím změn, přičemž se učení pokládá za komplexní psychickou aktivitu.

Progresivismus vychází z filozofie pragmatismu jako subjektivně-idealistický směr a z teze, že středem vzdělávání mají být potřeby a zájmy dítěte a jejich rozvoj. Toto výstižně vyjadřuje teze J.Deweya: „Dítě je sluncem, okolo kterého se otáčejí výchovné prostředky (37, s 11).“

Cílem existencialismu je princip subjektivity člověka a hledání odpovědí na otázky o smyslu života (např. kdo jsem? proč žiji? kam směřuji?). Hlavním faktorem formování osobnosti je samovývin a sebepoznání. Za hlavní se nepovažuje výchova, ale sebevýchova. Důležitá je výchova charakteru a mravní výchova.

Humanismus a jeho teorie se orientují na vědomosti na základě přirozeného sklonu člověka k získávání nových informací, poznání sebe samého. Počátky humanizace výchovy a vzdělávání se často spojují se jmény dvou psychoterapeutů: A.H.Maslowa a C.R.Rogersa. Učení je podle Maslowa stávaní se osobností. To by mělo ve vzdělávacím procesu být zaměřené na osobnost v každé životní aktivitě člověka v celém jeho sociálním časoprostoru. Týká se hlavně přípravy pro veřejný a soukromý život. Humanizace výchovy a vzdělávání je velmi složitý a vyvíjející se proces (27, 28, 37).

Dějiny pedagogiky úzce souvisí s ekonomickým, sociálním a kulturním vývojem společnosti. Poměrně dlouhý čas se lidé při výchově řídili pouze zkušenostmi, které přejímali od předcházejících generací. Často tyto zkušenosti spojovali s neúčinnými až škodlivými pověrami (např. při léčení chorob). Příznivé podmínky pro vznik škol byly v zemích Blízkého východu, Číně, Persii, Egyptě. Ve starém Řecku se v jednotlivých školách uplatňovala spartánská nebo aténská výchova. Významnými představiteli byli *Sokrates* (469-399 př.n.l.), řecký filozof. Hlavní myšlenkou jeho filozofie bylo učení o ctnosti, kterou odvozoval z moudrosti poznání. Nejvyšší mravní ctností je podle něho moudrost, která se v činech projevuje jako statečnost a v citech jako uměřenost.

Výchova má usilovat o rozvoj mravní stránky osobnosti, o stálé sebezdokonalování a o hledání pravdy. Při vyučování používal dialogické metody, které se dnes proto někdy označují jako metody sokratovské. Touto metodou vedl své žáky k tomu, aby sami, vlastním rozumem, hledali řešení problémů (26, 27, 37).

Dalším byl *Platón* (424-347 př.n.l.), žák Sokratův a učitel Aristotela. Je reprezentantem idealismu ve filozofii. Uvedl podněty svého učitele do uceleného filozofického systému. Od roku 380 př.n.l. vedl filozofické besedy v aténském gymnasiu Akademii, nazvaném podle antického hrdiny Akadema (odtud je i dnešní použití tohoto názvu). Ve své filozofii chápe Platon reálný svět jako pouhý odraz dokonalého světa idejí. Ve své pedagogice vyžaduje Platon veřejnou výchovu veškeré mládeže z rodin svobodných občanů, a to ve státní škole již od předškolního věku. Cíl výchovy vidí v přípravě řádných občanů, kteří budou odpovědně a úspěšně plnit své sociální funkce. Hlavní důraz klade ve shodě se svým filozofickým racionalismem na výchovu rozumovou, k níž se pak připojují další výchovné složky, jako je výchova tělesná, estetická a mravní. Platonova koncepce bývá interpretována jako jeden z prvních pokusů o hlubokou reflexi podstaty výchovy, jako snaha o polidštění a osvobození člověka, o jeho soustavné vedení i o plný rozvoj jeho kognitivních procesů (27, 37).

Platonovy pedagogické podněty dále obohatil jeho dlouholetý žák a jeden z největších myslitelů starověku *Aristoteles* (384-322 př.n.l.), který byl velký filozof a učenec, starověký encyklopedista, položil základy humanitních a přírodních věd. Aristoteles vyšel z Platonovy filozofie, kterou však kriticky přehodnotil. Proti Platónskému dualismu reálného světa a světa idejí rozvíjí integrální představu existence idejí reálného světa. Pořádal přednášky na svém statku Lykea u Atén. Odsud vznikl název vyučovacích institucí novověku – lyceum. Ve středověku ale i začátkem novověku byl známý zejména pro svojí formální logiku, neboť jeho didaktická filozofie neodpovídala tehdejšímu panujícímu třídnímu zájmu. Aristoteles byl přesvědčen o tom, že vláda rozumu musí zvítězit nad smyslovými pudy, protože člověk je bytostí rozumnou. Odmítal požívačný způsob života a upřednostňoval život těch, kteří volili čest. Nejvíce si cenil života filozofů, kteří dávali přednost životu teoretickému a

rozjímavému. Tvrdil, že v praktickém životě je třeba usilovat o hledání středu a vyhýbat se jak nadbytkům, tak i nedostatkům citů (27, 28, 37).

Odkaz antiky pro další vývoj edukace je nezměrný a tvoří dodnes základní pilíře této disciplíny. Samozřejmě až mnohem později byla rozlišována lékařská či medicínská edukace, ale kořeny je nutno hledat právě u antických filozofů.

1.1.1 Jan Ámos Komenský

Důležitým představitelem pedagogiky novověku byl Jan Ámos Komenský (28.3.1592 – 15.11.1670). Velký pedagog – teoretik i praktik, žil v epoše bouřlivých událostí v Evropě. Narodil se v rodině, která patřila k vlivné vrstvě vrchnostenských úředníků v Uherském Brodě. Po studiích na akademii v Herborně a Heidelbergu v Německu se stal učitelem a knězem Jednoty bratrské v Přerově. Ve Fulneku, kde působil jako správce školy, vznikl jeho spis „Listové do nebe“. V důsledku pronásledování protestantů v Čechách byl Komenský nucený opustit v roce 1628 svoji zem. Usadil se v polském Lešně. Tady působil jako učitel, rektor gymnázia. Zde vzniklo významné pedagogické dílo „Didaktika“, později „Velká didaktika“. Na tato díla navazovala další, např. „Informatorium školy mateřské“. Je autorem několika desítek náboženských i filozofických spisů (6, 27, 37). Vzhledem k obsahu této práce jsou pro nás nyní asi nejzajímavější jeho spisy pedagogické. Základním didaktickým zákonem Komenského, který důsledně uplatňoval v celé své nauce, byl požadavek učit všemu příkladem, pravidlem a praxí, a to na rozdíl od středověkého ustáleného postupu od obecných pravidel ke konkrétnímu příkladu a k praxi Komenský tak první v pedagogice prosazuje induktivní postup při vzdělávání, to je důsledně vycházet z poznání bezprostřední skutečnosti, na jehož základě si žák sám za pomoci učitele odvozuje obecný závěr a důsledky vyplývající pro praxi. Komenský rozpracoval také základní didaktické principy, které jsou dosud platné. Hlavním principem Komenského didaktiky byl princip názornosti, to je požadavek opírat se při vyučování co nejvíce o bezprostřední smyslovou skutečnost, který považoval za „zlaté pravidlo vyučování“. Vysoce zdůrazňuje také princip systematičnosti, ze kterého mu vyplynul zajímavý, ale i v současnosti aktuální požadavek zřetězení veškerého učiva, to je hluboké návaznosti

informací nejen v rámci jednotlivých předmětů, ale i mezioborově. Principem aktivnosti rozumělo především požadavek vycházet ze zájmů žáků, probouzet jejich zájmy a podněcovat jejich aktivní myšlenkové procesy i praktickou činnost. Moderně zní i jeho princip přiměřenosti jako požadavek respektovat při výuce věkové a individuální zvláštnosti žáků. Komenský podal výstižnou psychologickou charakteristiku poznávacích procesů, paměti i věkových zvláštností dětí. Zajímavé podněty přináší také v oblasti školské organizace. Doporučuje školu pro veškerou mládež členěnou na čtyři šestileté stupně. Do šesti let škola mateřská (kterou rozuměl soustavnou výchovu v rodině), od šesti do dvanácti let škola obecná v mateřském jazyce, od dvanácti do osmnácti let škola latinská v univerzálním světovém jazyce a konečně od osmnácti do dvaceti čtyř let akademie. Na rozdíl od středověkého systému individuální práce se žáky různě pokročilými doporučuje systém vyučování ve třídě, tj. současné využívání trvalé skupiny žáků téhož věku a téže vzdělanostní úrovně (5, 6, 27, 37).

Genialita pedagogického díla J.A.Komenského se výrazně projevuje zvláště v těch myšlenkách, které můžeme docenit a realizovat vlastně až v dnešní době. Je to např. idea celoživotního vzdělávání (formulovaná ve čtvrtém díle Všeobecné porady o nápravě věcí lidských ve Výchově – Panpaedii), která pod soudobými názvy výchova permanentní umožňuje výrazný rozvoj celé společnosti. Dále připomeňme Komenského snahu o didaktické zvládnutí nepřeberného množství poznatků všech oblastí lidské kultury, která také patří k předním problémům postmoderního světa. Pedagogické dílo Komenského nám přináší nesčetně podnětů. Pro každého učitele i vychovatele je nezanedbatelným zdrojem poučení i inspirace. Život J.A. Komenského byl poznamenán putováním po cizině. Mimo Polska byl v Anglii, Švédsku a v Holandsku, kde zemřel po dlouhé nemoci. Pochován je v Naardenu (6, 37).

1.2 Historie edukace ve zdravotnictví

Historicky sestry poskytovaly pacientům v každé době různé informace o jejich léčbě, možných komplikacích a nutných krocích k prevenci komplikací. Po první světové válce zdravotní a řádové sestry, které působily zejména v poradenské službě a v domácí péči se začaly zaměřovat na oblast prevence, podpory zdraví, ale také na

problémy týkající se výchovy a rodinného hospodaření. Tehdy vlastně vznikala dnešní podoba edukace pod názvem osvěta. Náplní tehdejší osvěty bylo, po zjištění poměrů v rodině, poučení o péči o nemocné v domácnostech, jak se chránit před infekčními chorobami, poučení o očkování, dodržování hygienických opatření, o přípravě k porodu, péči o dítě, poučení v otázkách výživy dětí, zdravém bydlení, stravování atd. Zdravotně výchovná práce byla prohlubována do stále vyhraněnějších forem. Špatné sociální poměry, které provázely úpadek morálky a alkoholismus daly za vznik novému pracovnímu úseku – organizované lidovýchově (12, 29). V 70. letech byla omezována samostatnost sester a edukace se orientovala na jednoduché odevzdávání instrukcí a informací. Změnou politického systému v 80. letech se i u nás začaly prosazovat změny ošetrovatelství. Prvořadý význam mají potřeby klienta. Začíná se více využívat edukace. Klade se velký význam na vytvoření předpokladu k získání aktivního přístupu pacienta k vlastnímu zdraví. Do popředí se stále více dostává individualita každého pacienta a charakter choroby. Sestra se mimo svých ostatních funkcí (ošetrovatelka, koordinátora, obhájkyně, manažerka) stává i pacientovou učitelkou, vychovatelkou-edukátorkou. Není možno říci, že sestra v minulosti nevykonávala edukační činnost, ale ta nebyla kontrolovaná, dokumentovaná a často byla bohužel i podceňovaná. Edukace jako součást ošetrovatelské péče byla nedostatečná stejně tak, jako školní příprava sester na tuto činnost (23, 29, 37).

V 90. letech se již klade důraz na vytváření předpokladu k získání aktivního přístupu klienta k vlastnímu zdraví. Vlastní realizace se rozvíjí posledních deset let 20. století v tradičním i komunitně orientovaném ošetrovatelství (19, 23).

Tradiční vztah lékař-sestra se stále více mění. Přibývá novinek v ošetrovatelském školství, vše spěje k tomu, aby sestra byla vysokoškolsky vzdělaná. Pak teprve bude onen pomyslný trojúhelník lékař-pacient-sestra rovnostranný, s náležitým rozdělením kompetencí i zodpovědnosti. Současně se mění také přístup k pacientovi. Péče o nemocné se mění na péči o lidi v nemoci i ve zdraví, s aktivním přístupem také k rodině nemocného a podporujícím osobám. Péče se nemůže soustředit jen na stanovení diagnózy a z ní vyplývající terapie. Přístup je také třeba rozšířit o

kontinuální poskytování informací pacientovi i jeho rodině, neboť všichni jsou partnery lékaře a sestry (4, 12, 22, 37).

1.3 Edukace – pojem a obsah

Vymezení pojmu pedagogika je velmi složité, protože má v různých okruzích společenské komunikace různý význam. Ve vývoji pedagogiky se odehrávaly změny tak jak se společnost rozvíjela. Název pedagogika pochází z řeckého *paidagogos* (otrok, který se staral o syna svého pána, doprovázel ho do školy). Z řečtiny se tento výraz přenesl do latiny jako *paedagogus* už s významem nejen otrok – průvodce, ale také učitel, vychovatel (26, 27, 28, 37).

„Pedagogika je věda o výchově zkoumající podstatu a zákonitosti výchovy jako společenského jevu (37, s 9).“ V moderní pedagogice se tradiční pojem „výchova a vzdělávání“ označuje pojmem edukace. Edukace je celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních výchovných institucí a neformálního prostředí. Neformální prostředí je například rodina, nemocnice, skupina. Cílem edukace je osvojení si nových poznatků, získání nových vědomostí, zručností. Edukace ve svém dlouhodobém vývoji byla součástí filozofie. Jako každá věda má svůj předmět zkoumání, obsahovou strukturu, účel, poslání. Předmětem edukace je vše, co vytváří, určuje vzdělávací nebo edukační prostředí, dále procesy, které se realizují v tomto prostředí a výsledky těchto procesů. V edukačním prostředí se výchova a vzdělávání vzájemně prolínají a podílejí se na rozvoji jedince (1, 26, 28, 37).

Je třeba si uvědomit, že informace se na pacienta řítí ze všech stran. (tisk, rozhlas, televize, reklamy, billboardy). Ne vždy však umí pacient s takto získanými informacemi správně zacházet. Pacient má právo přístupu k informacím, ideální by bylo vytvoření průběžného a trvalého vzájemného kontaktu a dialogu, odvíjejícího se od schopnosti pacienta plnit doporučené léčebné a preventivní programy. Edukace je nepostradatelnou součástí léčby pacienta. Poučený pacient bývá dobře spolupracující pacient. Sestra si musí být vědoma omezeného energetického potenciálu pacienta jež je mu dán pro každý nový den. Tak se po různě dlouho trvajících úvodních kontaktech s nemocným pomalu vyvíjí vztah v němž se stále více uplatňuje psychologický rozměr

péče. Na začátku je přístup sestry víceméně direktivní, ale postupně převažuje komunikace nedirektivní ve formě rozhovoru, otázek a povzbuzení (1, 3, 7, 17).

Pro porozumění významu edukace považuji za potřebné definovat termíny, které s ní úzce souvisí - edukátor, edukant a edukační tým. Edukátor je každá osoba, která se zabývá edukací, učí klienta. Může to být lékař, zdravotní sestra i jiní zdravotničtí pracovníci. V užším slova smyslu je to člověk, jehož hlavní náplní práce je edukace, pro něj je edukace profesí. Hlavní náplní práce edukátora je edukace nemocných a to při využití všech dostupných prostředků a všech různých forem. V některých zemích je edukátor společný pro několik ambulancí, kde má své edukační hodiny. Jinde jsou edukátoři jen ve velkých centrech (1, 26, 37).

Edukant je jakýkoliv jedinec učení bez ohledu na věk, vzdělání a intelekt, který má potřebu získání nových informací.

Edukační tým tvoří nevelký počet osob. Lékař, který určuje program edukace, potřebnou intenzitu a rozsah. Vlastní edukaci provádí ostatní členové týmu a to je edukátor, zdravotní sestra a ostatní zdravotničtí pracovníci. Nezbytným členem kvalitního edukačního týmu je psycholog. Úspěšná práce celého týmu závisí na vzájemné spolupráci všech členů týmu (3, 26, 27, 37).

1.3.1 Základní pravidla edukace

Edukace v ošetrovatelství svým způsobem představuje určitou formu „odevzdávání, předávání“ konkrétních informací. Ta probíhá ve specificky, dle situace, připraveném prostředí v rámci vzájemné interakce sestry a pacienta. Edukační prostředí je místo, kde se edukace uskutečňuje. *Správné osvětlení, teplota, bezhlučnost*, to vše napomáhá kladnému výsledku edukace. Samozřejmostí by mělo být zajištění intimity klienta. *Jazyk edukace* musí být *jednoduchý*, srozumitelný, přiměřený vzdělání a intelektu nemocného. S výhodou můžeme využít předcházejících vědomostí klienta. Je vhodné pobízet a pomáhat mu osvojovat si nové zručnosti. Např. klient, který už má od dětství vypěstované základní hygienické návyky, může tyto schopnosti s úspěchem využít při osvojování si speciální hygienické péče. *Edukovat* musíme *od základního k podrobnému* a od jednoduchého ke složitému. Musíme zdůrazňovat praktické

informace. Edukace musí být *názorná*. Využíváme modelových situací, máme snahu provázet informace s vlastní zkušeností klienta. Musíme individualizovat přístup, rozsah a intenzitu. Stanovujeme *krátkodobé cíle*, u nichž je vysoká pravděpodobnost, že jich klient dosáhne. Při nesplnění cílů může dojít k negaci až k zavržení celé léčby. Edukátor s klientem nacvičuje konkrétní dovednosti, tzn. nacvičování situací, aktivní spoluúčast nemocného, opakování dovedností. Bez respektování těchto základních postupů nelze dosáhnout uspokojivého a dlouhodobě příznivého výsledku edukace (1, 9, 15, 26, 37).

Mezi základní pravidla patří *jednoduchost*, zde se zdůrazňuje komunikace na takové úrovni, aby jí lidé rozuměli. Není příjemné, když zdravotničtí pracovníci používají výrazy, jímž většina lidí nerozumí. Musíme si uvědomit, že i námi běžně používané výrazy jako např. „bažant, gramofón“ mohou být pro pacienta naprosto nesrozumitelné.

Nezbytné při každé edukaci stejně tak, jako při každém kontaktu s lidmi je *opakování*. Je známo, že bez rozdílu intelektu si lidé pamatují 2-3 informace. Dále si zapamatují informace, které jim byly sděleny na začátku rozhovoru a ty, které jim byly několikrát opakovány a řečeny s důrazem. Informace audiovizuální a nebo písemné by se měli používat nejčastěji. Zde se uplatňují především metody tištěného slova jako jsou leták, heslo, článek brožura, časopis a kniha, které budou podrobněji rozebrány v následujících kapitolách. Tyto informace je nutno doplnit i o ústní. Především je nutno dát pacientům *prostor pro umožnění dotazů* (1, 9, 15, 26, 37).

Informace, které pacientovi doporučují provést změny v dosavadním způsobu života se ne vždy setkávají s pochopením a vstřícností. Edukační aktivity však mají své meze. K obtížným věkovým skupinám patří předškolní děti, adolescenti, ale také starší občané se zaběhnutým způsobem života.

Dalším z pravidel je *citlivost*. Každý zdravotnický pracovník by měl odhadnout emocionální stav lidí, jejich duševní úroveň a informovanost. Schopnost přijímat nové informace může být u nemocných částečně snížena jejich změněnou psychikou, která často souvisí s vlastním onemocněním nebo s bolestí. Velký význam má verbální komunikace, úroveň vzdělání a poměrů, ze kterých lidé pocházejí. Možnost poučení jedinců je snížena tehdy, pokud odmítají spolupráci (1, 3, 9, 16, 26, 37).

Zkušení instruktoři pokládají motivaci za předpoklad úspěšného učení. Je pro ně největším úkolem přimět posluchače, aby chtěli získat a vhodně použít co nejvíce nových informací. Předpokladem účinné edukace je *motivace*. Vnitřní motivace vyplývá z osobnostních rysů, vůle. Je podmíněna znalostmi a zkušenostmi klienta. Vnější motivace je odměna, nátlak, hrozba (1, 26).

Motivace bývá spojena s potřebou získávání vědomostí, touhou poznat svůj zdravotní stav a naučit se řešit specifické problémy z toho vyplývající. Mezi základní úkoly sestry během edukace patří ovlivnění pacientovy motivace. Edukátor může pacienta povzbuzovat, chválit, poukazovat na důležitost získání nových znalostí (1, 3, 17, 37).

Sestra by během edukace měla využívat pouze *legitimní přesvědčovací strategie* jako je odvolávání se na autority (citování statistik, různých průzkumů), odvolávání se na většinu (většina lidí tento způsob dobře toleruje, dobře si pamatuje), morální aspekt, žádost o mírnou změnu. Pro edukaci je naprosto nevhodné a nežádoucí využívání nelegitimních přesvědčovacích strategií jako jsou konfrontace (neříkejte mi, že to nejde), zesměšňování, předpokládání souhlasu (takže tomu už rozumíte, že?; takže můžeme jít dál) (3, 16, 26, 37).

1.3.2 Edukační proces, členění edukačního procesu

Edukace pacienta patří mezi nejdůležitější aspekty ošetrovatelské praxe. Představuje také významný způsob zlepšení kvality života člověka. Pokud se zamyslíme nad edukačním procesem a ošetrovatelským procesem, zjistíme, že mají hodně společného.

Sběr, analýza pacientových schopností se učít úzce koresponduje se sběrem údajů a analýzou pacientova zdraví. Stejně tak jako stanovení edukační diagnózy, určení cílů edukace souvisí se stanovením sesterské diagnózy. Příprava edukačního plánu naproti tomu plánování sesterských zásahů. Realizace edukace a realizace plánu ošetrovatelské péče. Na závěr analýza a zhodnocení pacientových vědomostí, postojů a zručností je téměř shodná se zhodnocením efektivnosti zásahů u pacienta. Z tohoto rozboru vidíme, že edukace je záměrný, cílevědomý a plánovaný proces. Vyplývá z toho jasná souvislost s ošetrovatelským procesem. Důležitou součástí edukačního

procesu je dokumentace, na kterou není možno zapomenout, protože nám poskytuje záznam o plánování a vykonané edukaci pacienta a také jejich výstupech. Tento záznam by měl obsahovat reakce pacienta na edukaci a výsledek jakého dosáhl. Také zde je přesná a srozumitelná dokumentace nezbytná. Mimo jiné podporuje a zaručuje kontinuitu vzdělávání. Samozřejmě informuje ostatní členy zdravotnického týmu o provedené edukaci, reakci na ní, sděluje, co má být ještě provedeno. V neposlední řadě přesná dokumentace chrání členy zdravotnického týmu (15, 16).

Mezi důležité údaje o pacientovi při sběru údajů, analýze pacientových schopností patří jeho pohotovost, ta může být často ovlivněna psychikou a bolestí. Pacient hůře vnímá nové poznatky, pokud trpí bolestí nebo je depresivní. Pacient po oznámení lékařské diagnózy je často velmi rozrušený a není schopen se něco nového naučit. V takovém případě by se edukace měla odložit na dobu, kdy bude pacient „vyrovnan“ se svým zdravotním stavem. Dále sem patří poddajnost, která vyjadřuje do jaké míry se pacient ztotožňuje s radami. Motivace je spojená s potřebou získávání nových vědomostí, možností poznat a řešit své specifické zdravotní problémy. Motivaci pacienta je sestra schopna z velké části ovlivnit sama, pokud bude pacienta pozitivně ovlivňovat, poukazovat na důležitost nových vědomostí, dovedností, které nesporně zvýší kvalitu jeho života. Role sestry v motivaci pacienta má jistě nezastupitelné místo (15, 16, 31, 37).

Poznání společensko-ekonomických faktorů je nezbytné pro pochopení pacientova chování a názorů. Navíc analýza finanční situace umožní posoudit možnosti pacienta zabezpečit si potřebné zdravotní pomůcky. Úroveň vzdělání má velký vliv při výběru metody edukace. Při sestavování edukačního plánu je v neposlední řadě nutné znát názory pacienta na své zdraví, eventuálně znát způsoby, kterými své zdraví upevňuje.

Věk pacienta určuje do jisté míry způsob a vedení edukace. Dospělí jsou většinou přístupnější k vysvětlování a přesvědčování, na rozdíl od dítěte, kterému se obtížněji vysvětluje nevyhnutelnost nepříjemného a bolestivého zákroku nebo užití léku (16, 26, 37).

Nezapomínáme, že každý člověk je neopakovatelnou osobností a vyžaduje individuální přístup.

Členění jednotlivých fází edukačního procesu je následující.

Plánování je významnou součástí edukačního procesu, je předpokladem pro vytvoření smysluplných cílů. Skládá se z těchto etap:

1.fáze – objasnění problému, kterého se bude daný edukační problém týkat, takovým způsobem, aby nám lidé porozuměli. Stanovení priorit edukace, potřeby se něco naučit. Tato část by měla vždy vznikat ve spolupráci s pacientem. Pokud nebylo něco pochopeno, je třeba daný problém vysvětlit znovu. Používají se vhodné pomůcky – např. diagramy, modely, vzory a obrázky. Informace je třeba několikrát opakovat. Ústní informace je vhodné doplnit informačními brožurami, které je vhodné probrat společně. Zásadní informace pro vysvětlení je účinné napsat klientovi. Tato fáze je velmi důležitá, protože udává, jak se bude proces vyvíjet v dalších etapách. Zde navazuje sestra vztah s pacientem. Zanedbáním této fáze se může narušit nebo vůbec nevytvořit vzájemná důvěra.

2.fáze – cílem této fáze je sledovat emocionální reakce na sdělené informace. Poté se začíná navrhovat plán společných setkání. Zde je důležitý stupeň empatie sestry vůči pacientovi, projevení zájmu o jeho spokojenost. Pokud sestra projeví zájem, zvýší se schopnost vcítění a další fáze edukačního procesu probíhají v duchu vzájemné důvěry a spontánnosti (15, 16, 37).

3.fáze – vysvětlení, co je podstatou těchto setkání. Stanovení edukačního záměru a cíle. Záměr se obvykle dává do souvislosti s dlouhodobými potřebami, např. je to potřeba obézní ženy po porodu zhubnout. Cíl obvykle vyjadřuje bezprostřední důvod procesu učení. Sestra stanovuje cíl z hlediska pacienta, ne ze svého pohledu. V tomto případě se mohou ukázat projevy odmítání, neakceptování výuky, které brzdí rozvinutí spolupráce. Pacient si nepřipouští, že potřebuje pomoc, odmítá komunikovat. Tyto projevy je potřeba nepřehlížet a věnovat jim náležitou pozornost. Je nutné používat pojmy a termíny, kterým okolí rozumí. Vysvětlení výhody účasti na setkáních. Zodpovězení požadovaných dotazů, zjištění jaké informace potřebují lidé ještě získat (15, 16, 37).

Používáním vhodných termínů, pojmů přispívá ke kladnému výsledku celého procesu. Při nesplnění těchto podmínek může nastat nepochopení a odmítání ze strany pacienta.

4.fáze – volba edukačních strategií musí vycházet z předpokladů pacienta a obsahu vyučování. Zvolením vhodné metody může sestra rozvíjet poznávací schopnosti, vnímání a myšlení pacienta. V této fázi musíme pacienta upozornit na fakt možného nesplnění cíle. Pokud sestra nebude dostatečnou oporou, může být celý proces vážně narušen. Shrnutí veškerých informací, přidání informačních materiálů např. brožurky, letáky. Nezapomeneme pacientovi zdůraznit, že po prostudování materiálů by měl přijít zpět s eventuálními dotazy. Nejdůležitější informace klientovi napíšeme. Ve fázi realizace dochází k naplnění edukačního plánu, popřípadě, vzhledem k nepředpokládaným změnám (únava pacienta, dodatečné informace), může dojít k jeho přehodnocení. Sestra využívá během fáze realizace různé metody a prostředky, ale zejména zohledňuje faktory, které ovlivňují edukaci pacienta. Mezi ně patří např. hlučné, rušivé prostředí bránící koncentraci; učební pomůcky urychlující proces vnímání; zájem pacienta o nové informace a dovednosti.

5.fáze - ověření zda lidé porozuměli informacím. Požádáme je, aby nám stručně vysvětlili podstatu daného problému. V případě potřeby provedeme žádoucí změny. Potvrdíme, že byly správně pochopeny všechny získané informace (15, 16, 37).

Zhodnocení je průběžný a závěrečný proces. Tehdy sestra společně s pacientem zhodnotí, co se naučil. Kontrola naučeného je nevyhnutelná a nezbytná pro zpětnou vazbu. Je na místě provést hodnocení i v případě nesplnění cíle a nutnosti vypracování nového edukačního plánu (15).

Pokud se nám nepodařilo dosáhnout stanoveného cíle, je na místě zjistit důvody vedoucí k nezdaru. Mezi ně nejčastěji patří nedostatečný, špatně stanovený odhad potřeb, stanovení nereálných cílů (kdy je očekávání pacienta odlišné od představy sestry), nesprávné nebo nedostatečné stanovení edukačních intervencí. V samotném edukačním procesu mezi chyby patří volba nevhodné strategie vyučování, nedostatečná motivace, příliš velké množství informací, vykonávání edukace v nevhodném čase (např. tehdy pokud není pacient připravený na přijetí nových informací), přehlížení pacientova práva na vlastní rozhodnutí, názor (třeba i odlišný od našeho), nevšímavost kde zřetelným

znakům nepohody jako je bolest, únava a nevolnost. Mezi časté chyby patří nedostatečná, neefektivní komunikace (1, 16).

Výše zmíněné důvody byly podrobněji popsány v kapitole Základní pravidla edukace. Důležité je vybrat i vhodný písemný materiál. Zdravotnický pracovník zvolí materiál, který dobře zná, neobsahuje reklamu na specifické výrobky nebo na služby, lidé mu při čtení rozumí (informační materiál, který používáme, by měl být napsán tak, aby byl srozumitelný i lidem se základním vzděláním). Ideální materiál by měl být vyčerpávající, souhrnný a dostupný pro všechny.

1.3.3 Význam výchovy v profesi sestry

Výchova a vzdělávání představují významný způsob zlepšování kvality života člověka, jsou nezbytné pro pacientovo budoucí zdraví, neodmyslitelnou součástí léčby a péče. Patří mezi významné samostatné funkce ošetrovatelství. Důležité jsou pro sebehodnocení sestry a v neposlední řadě pro prestiž profese. S jakým efektem bude edukace pacientů probíhat, záleží na naší profesionalitě. Je samozřejmostí, že se sestry průběžně ve svém oboru vzdělávají. Aktivně vyhledávají odborné články včetně textů zaměřených na edukační činnost. Navštěvují odborné semináře a víkendové kurzy. Naším cílem by měl být dobře informovaný, dobře spolupracující a ve svých nemocech zorientovaný pacient (3, 31, 36, 37).

Současný rozvoj ošetrovatelství a jeho zaměření mění také roli sestry. To vyžaduje nejen rozvoj nových poznatků z medicíny, ale i nové poznatky ze společenských věd, zejména pedagogiky, psychologie, etiky a sociologie. Dnes se stává sestra rovnocennou členkou týmu schopnou samostatně pracovat s nemocným i zdravým člověkem. V důsledku toho se mění i role pacienta z tradičního víceméně pasivního konzumenta na aktivního účastníka péče o své zdraví. Sestra musí být správně připravená na plnění těchto úkolů (3, 13, 14, 37).

Sama sestra se musí podívat „trochu do sebe“, přemýšlet např. proč má pacient neustále tendenci rezignovat, proč pacient zapomíná na pravidelnosti a proč stále mění dohodnuté termíny, proč je pasivní? Co by se dalo zlepšit, kde v ošetrování dělám chybu, jsem v dostatečném kontaktu s příbuznými nemocného? V tomto konání jsou

velkou oporou pro sestru patientské kluby (Klub diabetiků, onkologicky nemocných, psoriaticů atd.). Zde vzniká velký prostor pro působení sestry v oblasti edukace. Např. se účastní jejich pravidelných rekondičních pobytů, kde se věnuje aktuálním potřebám pacientů.

Do vzdělání se promítá nejen role a postavení sester, nýbrž také zodpovědnost a kompetence. Sestry mohou vykonávat svoji praxi v nemocnicích nebo v komunitách. Jsou způsobilé pro samostatnou práci zrovna tak, jako pro práci v týmu. Povzbuzují aktivní zapojování jedinců, skupin a komunit, posilují jejich samostatnost a zodpovědnost při péči o své zdraví a o zdravý způsob života. Ošetřovatelství čerpá z poznatků odvozených z humanitních, biologických, fyzikálních a behaviorálních věd, z teorie managementu a z teorie vzdělávání. Z toho se odvozují funkce sestry a její způsobilost. Profese sestry by se měla vyznačovat velkým obsahem vědomostí, schopností a zručností. Zvláště pro edukaci jsou velice důležité komunikační schopnosti a sociálně interakční způsobilost, interpersonální a intrapersonální způsobilost (29, 31). Mezi základní vlastnosti sestry patří smysl pro službu veřejnosti, etický přístup a oddanost práci a pacientům. V rámci edukačního procesu sestra využívá způsobilost permanentně hodnotit (zpětnou vazbou, reflexí, analýzou) svoji práci. Mezi pedagogické kompetence sestry, které používá ke svému výchovnému působení patří komplexní způsobilost plánovat, realizovat a vyhodnocovat edukační plán, schopnost sestry vnímat a pohotově působit. Sestra musí nejprve, aby bylo výchovné působení na pacienta úspěšné, splnit určité předpoklady. Je zapotřebí navázat s pacientem kontakt a nalézt k němu cestu. Není to jednoduché, protože se mohou vyskytnout určité překážky, např. pokud má sestra špatné vyjadřovací schopnosti, neumí pacientovi vysvětlit podstatu problému, nemocný hůře slyší nebo je sklerotický. Sestra si musí všimnout toho, jestli pacient reaguje na to, co mu říká. V opačném případě se snaží najít příčinu překážky a hledá cestu k jejímu překonání. Navázat kontakt s pacientem se podaří lépe sestře, o které nemocný ví, že má o něj zájem. Pacient potřebuje sestře věřit a cítit, že se o něj zajímá. V takovém případě je pravděpodobnější, že vezme na vědomí její rady a bude se jimi řídit. Bude mít k sestře důvěru a svěřit se se svými problémy. Hlavním cílem působení sestry na pacienta má být snaha zaktivovat u něj sílu, podílet se na

vlastním zdravím. Mnozí lidé jen pasivně čekají na pomoc zdravotníků. Předpokladem efektivního výchovného působení sestry jsou její vlastnosti. Pacient lépe přijme rady od laskavé, trpělivé, odpovědné a svědomité sestry. Netrpělivá, nedůtklivá sestra může u pacienta vyvolat pocit nejistoty, obavy a strach. Příjemné pocity vyvolá sestra upravená, která umí dobře vystupovat a kultivovaně se vyjadřovat. Tato sestra vzbudí u pacientů úctu a stává se vzorem (7, 9, 16, 31, 35).

V neposlední řadě by sestra měla své profesionální chování přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta, rozeznávat jeho potřeby a komunikovat empaticky. Neměli bychom zapomínat podat pomocnou ruku při zvládnání nového způsobu a stylu života, umět poradit jak zvládnout léčbu a využívat dostupné zdravotní, sociální a ekonomické zdroje.

1.3.4 Metody a formy edukace

Forma edukace je konkrétní podoba, díky které se příslušný obsah dostává k lidem. Zahrnuje metody a pomůcky, které se při výuce používají.

Metoda je promyšlený postup (26, 37). Snad by se dala definovat jako „cesta k osvojení si návyků a zručností“. Rozdělení metod je různé. V rámci této práce je rozlišíme na metody podle zdravotně výchovného působení a podle forem působení.

Mezi metody podle objektu zdravotně-výchovného působení patří metody individuálního působení, metody skupinového působení a metody hromadného působení. Metody individuálního působení zahrnují individuální rozhovor, individuální konzultaci, ale také zdravotně-výchovné konzultace prostřednictvím telefonu, internetu a pošty. Tato metoda je vhodná např. pro výuku aplikace inzulínu u diabetika, správné používání inhalátoru v alergologické ordinaci. Zajišťuje intimitu klienta (1, 37).

Metoda skupinového působení, mezi kterou patří diskuse, přednáška a beseda se zaměřuje na menší skupiny pacientů nebo celou komunitu. S výhodou lze při takovém skupinovém působení využít výměny názorů, inscenování (pacient je vyzván, aby zahrál určitou roli, která mu má pomoci poznat své myšlenky, pocity a chování v určitém prostředí). Tady lze kladně využít většího počtu lidí, jejich vzájemné výměny zkušeností a názorů. Metoda je méně vhodná pro pacienta kladoucího důraz na intimitu.

Poslední ze skupiny je metoda hromadného působení, jako jsou noviny, rozhlas, televize a různá centra podpory zdraví. Tyto metody jsou zaměřené na širší okruh lidí. Zde se využívá vnitřní motivace, nezávislosti na časových možnostech sestry a do jisté míry anonymita (1, 37).

Mezi metody podle forem působení zdravotní výchovy patří metody mluveného slova, metody tištěného slova a metody přímé zkušenosti a názorných pomůcek.

Metoda mluveného slova je ve zdravotní výchově nejčastěji využívanou z důvodu nejpřesvědčivějšího předávání informací, poznatků. Výchovné působení slovem je v praxi velmi účinné. Velkou výhodou této metody je možnost použití kdekoliv. Může se obměňovat podle individuálních potřeb jednotlivců nebo skupin. Aby tato metoda splnila očekávaný cíl, je velice důležitý projev sestry, který má být vždy dopředu promyšlený a určitě v souladu se zásadami edukace.

Metody mluveného slova se dělí na monologické, kam patří přednáška a výklad a dialogické, kam patří individuální rozhovor a beseda (1, 37).

Přednáška je souvislý ucelený projev, který se zaměřuje hlavně na rozbor faktů, jejich porovnávání a jejich úvahy. Měla by poskytnout celkový pohled na problematiku určitého jevu. Edukace formou přednášky je vhodná tehdy, pokud potřebujeme poskytnout přesné teoretické informace. Tato metoda však klade značné nároky na logické uspořádání myšlenkových postupů. Přednáška může být doplněna také o názorné pomůcky (obrázky, filmy). Její neoddělitelnou součástí by měla být diskuse, kde by měli posluchači dostat prostor vyjádřit vlastní názor a mít možnost klást otázky. Nevýhodou této formy edukace je, že přináší pro posluchače příliš nových informací najednou (1, 26, 37).

Skupinová beseda je forma vhodná zejména pro menší skupinu. Témata besedy se vybírají z osobních zkušeností pacientů. Skupinová beseda se velmi dobře uplatňuje např. při setkáních diabetiků, hypertoniků nebo v prenatalní poradně. Společný problém, zájem a výměna zkušeností pouze umocňují edukační vliv sestry. Problematiku posuzují různí odborníci z medicínských oborů, kteří tvoří skupinu besedujících (28, 37).

Rozhovor sestry a pacienta získává stále větší význam a je významným prostředkem pro vytváření klidného pracovního prostředí. Je součástí zdravotní péče každého zdravotnického pracovníka. Spokojenost pacienta s ošetrovatelskou péčí je do značné míry vyjádřena spokojeností s dobrou komunikací. Pokud je sestra správně informována o zdravotní a sociální situaci pacienta, má výborné předpoklady účinně zdravotně-výchovně působit. Rozhovor se může uskutečnit s jedním pacientem nebo s celou skupinou. Při rozhovoru by měla sestra postupovat podle edukačního plánu, měla by dobře ovládat vyučovanou problematiku stejně tak, jako techniky rozhovoru (1, 16, 35, 37).

Samovzdělávání - zde musíme rozlišit inteligenci lidí a doporučit jim co nejhodnější literaturu k prostudování. Elektronická pošta mezi sestrou a pacientem je také v dnešní době využívaná zejména u dětí a mladistvých. Lidé by měli získat co nejvíce informací o dané nemoci, jak pozitivních tak negativních. Účelnost samovzdělávání závisí na ctižádostivosti jedince (1, 37).

Metoda tištěného slova - mezi metody tištěného slova patří heslo, leták, článek, časopis a kniha. *Heslo* je nejstručnější, ale současně i nejnáročnější forma tištěného slova. Je to jediná forma, kdy je možné použít zákaz nebo příkaz. Hesla se uplatňují především na plakátech, ubrouskách, papírových pohárkách, světelných billboardech. *Leták* je tiskovina menšího rozsahu, často má formu listu, skládačky, popř. malého sešitu. Je určený hlavně na přenos informací pro velký počet lidí. Může být adresovaný pouze určité skupince (podle věku, pracovního zařazení, zájmu) nebo všem lidem bez omezení. Často se používá jako doplněk mluveného slova. *Článek* je širší zpracování zdravotně-výchovné problematiky pro celostátní, místní nebo odborné noviny. Podle zaměření novin, a s tím související okruh čtenářů je možné volit z různých typů žánrů. *Časopis* je menší než kniha. Podle svého obsahu může sloužit pro prevenci, správnou životosprávu, pokyny pro nemocné. *Kniha* se zdravotně-výchovným zaměřením zpracovává určitý problém komplexně. Pacienty informuje o určité oblasti zdravotní výchovy, zdravé výživy, léčivých rostlinách, jako např. Naše dítě, Praktický domácí lékař (37).

Masová komunikace se stala důležitou kulturní charakteristikou naší doby, je to forma edukace, která je určena pro širokou veřejnost. Programy zaměřené na zdravotní problematiku ve veřejnoprávní televizi – Diagnóza, Domácí lékař atd.

Nezastupitelné místo zaujímá *názorná edukace*, která se využívá hlavně při vyučování nebo při instruktáži různých výkonů (28, 37). Např. edukace diabetika při provádění kontroly hladiny krevního cukru, edukace rodičů astmatického dítěte při správné inhalaci léku. Zde se uplatní použití videozáznamů, filmů se slovním výkladem.

1.4 Edukace v primární zdravotní péči, ambulancích

Edukace se liší u pacientů hospitalizovaných, léčených ambulantně nebo v domácím prostředí. Pro potřeby této práce se budeme zabývat edukací v ambulantních zařízeních a v domácí péči.

Během ambulantní léčby je pacient výchovně ovlivňován pouze v době, kdy přichází do zdravotnického zařízení. V takovém případě se edukace zaměřuje na zjišťování pacientova chování v domácím prostředí a zaměstnání. Vyhodnocujeme, zda je pacient schopný dodržovat námi stanovená doporučení a rady, zda má prostor na rehabilitaci atd. V případě ambulantní edukace musí pacient dostat jasné pokyny na dodržování léčebného režimu, tak aby byl schopen ovlivnit i své okolí a chránit tím své zdraví před nepříznivými vlivy. Ambulantně léčené pacienty je potřeba povzbuzovat k vyšší aktivitě vzhledem k tomu, že větší část péče o zdraví je přenesena na ně samé. Sestra by měla aktivně doplňovat a ovlivňovat vědomosti, postoje, chování a dovednosti pacienta, tak aby sám vyvíjel úsilí vedoucí ke zlepšení svého zdravotního stavu. Tehdy pacient sám aktivně provádí veškerá doporučení, aby podpořil léčebný proces (17, 37).

Pokud je pacient v domácím ošetřování, zůstává ve svém důvěrně známém prostředí, které může působit na průběh nemoci příznivě, ale i nepříznivě. V tomto případě se edukace zaměřuje nejen na pacienta, ale také i na jeho nejbližší okolí. Sestra vhodně ovlivňuje chování a postoje pacienta u všech členů rodiny. Edukace se zejména zaměřuje na vhodnou úpravu prostředí, režim dne, stravování, užívání léků, popřípadě specifickou osobní hygienu (31, 37).

1.5 Historie komunitní péče

Komunitní ošetrovatelská péče má své počátky v řádovém ošetrovatelství. Některé církevní řády se již od počátku charitativního ošetrovatelství věnovaly kromě práce ve špitále péči o nemocné v domácnostech. Základy ošetrovatelství byly spjaty s křesťanstvím. Svatá Zdislava z Lemberka (1220-1252) poskytovala charitativní péči. Církevní řády ustanovily pravidla pro výchovu ošetrovatelského personálu. Komunitní péči poskytovaly také civilní osoby (opatrovníci, lazebníci, porodní báby, léčitelé, lidový kořenáři apod.) Přispělo k tomu i rozhodnutí papeže v roce 1292 zakázat ženám pracovat ve špitálech, které bylo zrušeno až Tridentským koncilem v roce 1545. Toto rozhodnutí samozřejmě mělo vliv i na rozvoj komunitní ošetrovatelské péče u nás. V 15. století vznikl protestantský řád Diakonky, který kromě špitálů působil i v terénu. K většímu rozvoji domácího ošetrování došlo zejména v 18. a 19. století díky zejména České diakonii a řádu Šedých sester. I mnohé jiné řády, které se věnovaly péči o nemocné, vysílaly své příslušníky k nemocným domů. Byla to však péče charitativní, laická. Devatenácté století je charakteristické zvýšeným zájmem státu o zdraví obyvatelstva. Ve veřejném zdravotnictví se uplatňují první civilní sestry připravené v ošetrovatelských školách a začínají v terénu provádět zdravotně sociální činnost. Orientují se na zlepšování hygieny a zdravotního stavu obyvatelstva (8, 12, 19, 29).

Velkou průkopnicí v této oblasti byla F. Nightingaleová, která poprvé zorganizovala komunitní péči sester v Liverpoolu. Florence Nightingaleová se věnovala veřejnému zdraví a nazvala ho „Ošetrovatelství zdraví“ (ochrana zdraví ve spolupráci s W. Rathbonem – anglickým filantropem). V roce 1859 založili v Liverpoolu asociaci obvodních sester. Hlavním motivem vzniku byla myšlenka, že většina dlouhodobě nemocných potřebuje ošetrovatelskou péči ve vlastním domově. Nightingaleová napsala a knižně vydala „Obvodní ošetrovatelství“ - *District Nursing* (4, 19).

Začátek 20. století, v důsledku špatného zdravotního stavu obyvatelstva, znamenal počátek ošetrovatelského školství. Nadšení a zájem státních představitelů byly veliké. Velkým handicapem však bylo, že ošetrovatelské školství teprve vznikalo a diplomovaných sester bylo pomálu. Organizace sociálního ošetrovatelství se iniciativně ujal především nově vzniklý Československý červený kříž, jehož předsedkyní se stala

Alice Masaryková. V roce 1918 otevřel jednorochní Vyšší školu sociální, kterou vedle budoucích sociálních pracovníků navštěvovaly i některé diplomované sestry. Státní ošetrovatelská škola pod vedením amerických sester začala organizovat kurzy pro dobrovolné sestry Československého červeného kříže.

Historickými mezníky v organizované, veřejné zdravotně-sociální péči u nás bylo až otevření Státní ošetrovatelské školy v roce 1916 a vznik samostatného Československa a založení Českého červeného kříže. Terénní péče sester se rozvíjela ve dvou vlnách. První vlna proběhla po 1. světové válce ve dvacátých letech. V roce 1921 vznikají první zdravotní stanice. Sociální ošetrovatelství se tak rodilo současně se školením Červeného kříže ČSR (4, 12, 19, 29).

S postupnou emancipací ošetrovatelství a s orientací na upevňování a podporu zdraví člověka, rodiny a komunity se v posledních letech stále více přesouvá těžiště práce sester z nemocnice do terénu. Více než polovina sester na světě dnes pracuje samostatně v terénu, v komunitě, pečuje o nemocné v domácnostech, vede občany ke zdravějšímu způsobu života, vyhledává rizikové skupiny a pracuje s nimi. Strategie WHO na prahu 3. tisíciletí prosazuje tzv. „rodinnou sestru“, která by měla ovlivňovat zdraví rodin po dlouhé období. Tato komunitní práce sester má ve světě velmi dlouhou historii, díky církevním řádům začala být organizována již ve starověku. I u nás tak tomu bylo, i když vzhledem k totalitnímu režimu byla samostatná terénní práce sester zcela potlačena (4, 8, 12, 19, 29).

1.5.1 Zdravotní stanice a poradny

Novou formou, a na tehdejší dobu velice moderní, byly roku 1921 vznikající zdravotní stanice (samostatné terénní zdravotní sociální zařízení vedené diplomovanou nebo dobrovolnou vyškolenou sestrou). Stanice fungovaly po celý týden a poskytovaly nejrůznější služby. Jejich hlavním posláním byla jednak edukace zejména chudého a nevzdělaného obyvatelstva ve výchově ke zdraví, v hygieně, výživě, zdravotědě, v boji proti předsudkům a jednak péče o nemohoucí a zanedbané občany. Činnost stanice byla rozdělena na různé aktivity, které se pravidelně v týdnu opakovaly. V harmonogramu byly vymezeny ordinační hodiny lékařů, kteří prováděli dispenzarizaci tuberkulózy,

veneriků, preventivní prohlídky např. mládeže a dětí, nebo si objednávali služby např. péči o nemocného v rodině. Pro veřejnost sestry pořádaly v rámci poradenské činnosti edukační kursy, např. o opatrování nemocných v domácnosti, o první pomoci, hygieně a výživě dítěte apod. Kurzů se zúčastnilo mnoho dětí a mládeže. Některé poradny pracovaly jako samostatná zařízení, jiné jako součást zdravotní stanice. Nejznámější byly poradny „Našim dětem“, kterých v roce 1921 fungovalo dvacet jedna (4, 8, 12, 19).

Významnou součástí práce komunitních sester byla návštěvní služba v rodinách. Vše bylo financováno částečně státem, částečně prostřednictvím Červeného kříže a také pomocí charitativních organizací. Majetnější vrstvy si péči platily. Přes veškerou snahu státu, všech dobrovolných institucí i nadšených sociálních sester, potřeby společnosti stále rostly a nedařilo se je dostatečně uspokojit (12, 19).

1.5.2 Ošetrovatelská a zdravotní služba v rodinách

Díky nastupující světové hospodářské krizi na konci 20. let se rozmohla výrazná chudoba, nezaměstnanost a zhoršení životní úrovně společnosti. Následkem toho výrazně vzrostla potřeba komunitní péče. Druhá etapa civilního státem kontrolovaného sociálního ošetrovatelství začala 1. dubna 1929 vznikem Ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách (OZSR). Do vedení organizace a zajišťování lidovychovy a sociálního ošetrovatelství byly státem vyčleněny výhradně diplomované sestry. Řada sester si doplňovala odborné vzdělání absolvováním mezinárodní školy veřejného zdravotnictví a sociální péče v Bedford College při univerzitě v Londýně nebo školy pro výcvik sociálně zdravotních sester při univerzitě v Torontu v Kanadě. Své zkušenosti pak po návratu uplatňovaly při vedení OZSR. Hlavní činnost této služby tvořily školní a venkovská hygiena, organizované ošetřování v rodinách a ochrana členů rodiny, edukace matek o výživě a výchově dětí, zprostředkování léčení a odborného vyšetření, umístění invalidních, starých a zanedbaných občanů v zaopatřovacích ústavech, ale i zajištění úklidu, vyprání prádla, obstarání potravin. Významnou složku OZSR tvořilo organizované ošetřování v rodinách a ochrana členů rodiny. O této práci sestry vedly velmi podrobnou dokumentaci. Potřebné rodiny samy ve svém regionu vyhledávaly

nebo návštěvu indikoval lékař či pojišťovna. Při domácí péči sestry velmi těsně spolupracovaly nejen s lékařem, ale s řadou dalších zdravotně sociálních organizací, které mohly v konkrétní situaci rodiny pomoci. V 30. letech se můžeme setkat s celou řadou různých typů komunitní péče. Do OZSR patřily např.: Poradna ochrany matek a kojenců, Poradna „Našim dětem“, Poradna pro těhotné ženy, Školní a zubní poradna, Poradna pro mladé lidi, Dispensář pro tuberkulózu, Venerologický dispensář atd. V roce 1933 spravoval Československý červený kříž již 87 Poraden pro matky a děti, 26 Poraden pro tuberkulózu a 6 stanic OZSR. Činnost a náplň těchto poraden byla podrobněji popsána ve výše uvedené kapitole zdravotní stanice a poradny. Pracovalo zde 51 diplomovaných sester, 25 absolventek kursů a 27 dalších pracovníků. Péči začaly hradit především nemocenské pojišťovny. O intenzitě práce těchto zařízení svědčí některé statistické údaje. V roce 1933 vykonalo v Praze 10 diplomovaných sester téměř 20 tisíc návštěv. Klientelu OZSR tvořili z 58% invalidé a nezaměstnaní, 35% rodiny dělníků a v 7% to byli řemeslníci, úředníci a živnostníci. V diagnózách převažovaly poruchy výživy, anémie a tuberkulóza. V roce 1942 byla činnost ČSČK stejně jako Spolku diplomovaných sester a dalších organizací zastavena. To znamenalo postupný útlum i této jeho významné práce, která se udržela místy při jiných sociálně zdravotních institucích např. v Praze při Ústředním sociálním úřadě hlavního města Prahy. Po skončení války již nebyla komunitní sesterská práce v plné míře znovu obnovena, a tak zatímco ve světě začala postupně nabývat nových rozměrů, u nás upadala hlavně v 50. letech. Takzvané sjednocené zdravotnictví přeřadilo sestru do ordinace praktického lékaře a postupně jí profesionální samostatnou práci v terénu na mnoho let sebralo. Prvními vlašťovkami v této oblasti se až po několika desetiletích staly geriatrické sestry a sestry pro sociální péči, ale ty opět zanikly změnou politického režimu na počátku 90. let. V komunitní péči dnes funguje jen domácí péče a sociální péče, ale to je jen zlomek z forem komunitního ošetřovatelství. Tradiční samostatnou komunitní sestru, která by se postupně měnila ve shodě s vývojovým trendem na sestru rodinnou bohužel v současné době nemáme. Ačkoliv zkušenosti vyspělého světa ukázaly, že zvláště v éře hledání finančně efektivních cest zajištění zdravotní péče se velmi vyplatí (8, 12, 19).

1.6 Strategie péče o zdraví

V sedmdesátých letech 20. století Thomas McKeown řekl, že zaměření zdravotnických služeb a medicíny je špatné a že investice do zdraví nejsou dobře využívány. Poukázal na to, že vliv zdravotnických služeb na zdraví lidí se přeceňuje a nedoceňuje se vliv životního prostředí a chování lidí. Odhaduje se, že zdravotnické služby ovlivňují zdraví populace z deseti až patnácti procent, životní prostředí a chování lidí z šedesáti až osmdesáti procent a biologické faktory z deseti až patnácti procent. Odborníci došli k závěru, že je nutné změnit strategii péče o zdraví populace. Přínos lze očekávat od změny přístupu ke zdraví a zdravotním problémům a od přípravy realizace programů orientovaných na zlepšení zdraví populace (10, 13, 23).

Základy evropské strategie péče o zdraví byly položeny koncem 70. let. Hlavním iniciátorem byla WHO, dalšími aktéry byla mezinárodní zdravotnická veřejnost. Velmi důležitým podnětem byla tzv. Lalondova zpráva z roku 1974 s názvem „Nová perspektiva zdraví Kanadčanů“. Obsahovala základní principy, které vyjadřovaly potřebu širokého přístupu ke zdraví i nezbytnost vytvoření demokraticky pojímané zdravotní péče rozvíjené za účasti všech občanů (10, 23).

V roce 1977 WHO přijala dvě důležité rezoluce. První historická rezoluce (WHA 30.43) vytyčila základní cíl na dvě desetiletí. Hlavním cílem v následujících desetiletích mělo být, aby všichni občané světa dosáhli do roku 2000 takové úrovně zdraví, která jim umožní vést společenský a ekonomicky produktivní život. Cíl je známý pod názvem „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Druhá rezoluce upozornila na význam zdravotních sester a porodních asistentek v primární péči. Tato rezoluce apelovala na členské státy, aby zhodnotily funkce sester a porodních asistentek a v případě potřeby naplánovaly jejich zvýšení v souladu s konkrétní potřebou primární zdravotní péče (10, 23, 25).

V roce 1984 evropský region formuloval svou vlastní strategii pro základní změnu zdravotnického vývoje jednotlivých zemí – 38 regionálních cílů péče o zdraví. Z 38 cílů SZO pro Evropu je primární péči věnován cíl 28, který říká, že do roku 2000 má primární péče ve všech členských státech uspokojovat základní zdravotní potřeby obyvatelstva tím, že poskytne širokou škálu zdraví podporujících, kurativních,

rehabilitačních a podpůrných služeb, jakož i tím, že aktivně podporuje svépomocné aktivity jednotlivců, rodin a skupin (10, 23).

Základy moderní primární péče byly stanoveny WHO *na konferenci v Alma-Atě v září 1978*, kde pro primární péči byly vymezeny hranice jejího rozsahu a stanoven postup budování, který byl zavzat jako součást programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Tato konference byla svolána na základě zdravotních potřeb zemí třetího světa. Mnohé z těchto zemí měly problémy s uspokojováním základních zdravotních potřeb své populace prostřednictvím systému zdravotní péče, které byly vytvořeny podle západních modelů. Z jednání konference v Alma-Atě vyplynula potřeba rychlé akce vlád a zdravotnických pracovníků všech zemí a celé světové komunity na ochranu a podporu zdraví lidí na světě.

Na konferenci v Alma –Atě bylo stanoveno, že smyslem primární zdravotní péče je: působit v rodinách, domácnostech a ve zdravotnických zařízeních, dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoc ve zdravotních nesnázích; rozvíjet kontakty se všemi lidmi a rodinami, sociálními zařízeními, která nahrazují rodinné prostředí, pracovišti, školami (10, 21, 23).

Pracovní skupina SZO pro primární péči vytyčila osm základních položek primární zdravotní péče, které jsou: vzdělání (týkající se zdravotních problémů, prevence a kontroly), podpora správné výživy, dostatek nezávadné vody a základní hygienická zařízení, péče o matku a dítě, očkování proti hlavním infekčním chorobám, správná léčba, dostatek základních léků.

Tato komise rovněž označila čtyři oblasti primární péče, jimiž jsou: domácí prostředí (jedinec se o své zdraví stará sám, popřípadě do péče mohou být zapojeni různí terénní zdravotničtí pracovníci), komunita (činnost zaměřená na podporu zdraví a informování veřejnosti), zdravotnické zařízení linie prvního kontaktu (ordinace praktického lékaře), stupeň prvního odeslání (doporučení k odbornému lékaři).

Deklarace z Alma-Aty se opírá o tři následující pilíře primární zdravotní péče. Mezi ně patří *participace* (účast komunity na zdraví) – na rozdíl od tradičního přístupu ke zdraví se primární péče snaží změnit pasivitu lidí a zapojit je do péče o jejich vlastní zdraví. Další je *meziodvětvová spolupráce*. Primární péče vyžaduje meziodvětvovou spolupráci

při řešení zdravotních problémů obyvatelstva. Posledním pilířem je *rovnost*. Pojem nerovnost ve zdraví označuje nespravedlivé rozdělování prostředků na zachování a podporu zdraví. Tomuto jevu je možno předejít. Zdravotničtí pracovníci mají možnost ovlivnit faktory, které negativně působí na zdraví a přístup některých lidí ke zdravotnickým službám. Primární péče je založena na principu spravedlnosti. Mezi lidmi však existují velké rozdíly. Někteří lidé potřebují více podpory nebo zdrojů k tomu, aby měli stejnou příležitost být zdraví jako ostatní (13, 21, 23).

1.7 Primární péče

Primární péče je komplexní, zdravotně sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem i na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je to soubor činností souvisejících s prevencí, vyšetřováním, léčením. Primární péče je neustále dostupná a navazuje na ostatní složky zdravotnického systému (na sekundární a terciární péči). Primární zdravotní péči poskytují praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, rodinní lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové a agentury domácí péče. Primární péče má být klientovi co nejbližší, má znát jeho prostředí a další složky pomoci v jeho místě bydliště. Má být místem, kam se klient pravidelně vrací, mít celistvý přehled o zdravotním stavu svých klientů, doporučovat a provádět možná preventivní opatření. Radit při volbě potřebných opatření v sekundární a terciární sféře zdravotnických zařízení. Má koordinovat vyšetření a léčbu, zajišťovat komplexní pohled při co nejnižších nákladech. Dále má zprostředkovávat služby, které klient potřebuje, ale už nemají zdravotní charakter (10, 14).

1.7.1 Komunitní ošetřovatelství – předmět, úkoly a cíle

Termíny komunitní péče a primární péče se často zaměňují. Současné trendy zaměřují primární zdravotní péči na naplnění zdravotní politiky v komunitě. To znamená přenesení péče z ústavních zařízení do komunit. Tím se součástí komunitní péče stává nejen primární, ale i sekundární a terciální péče jako i prevence. Primární péče se chápe jako péče v komunitních situacích, která zahrnuje: soustavnou péči, místo

prvního kontaktu, kontinuální a koordinovanou péči. V komunitě sestra pracuje samostatně, musí se správně a včas rozhodovat a řešit problémy. Rozsah specifického profesionálního zaměření se může podle potřeby rozšířit na oblasti, které se v některých komunitách vyskytují. Popřípadě se stávají potencionálním problémem (např. sestra u postižených HIV/AIDS, sestra pro plánování rodiny).

Dalším důležitým pojmem v primární péči, který zároveň navazuje na péči komunitní je komplexní domácí péče. Pro vysvětlení komunitního ošetřovatelství je nutné vysvětlit následující pojmy:

Komunita je místo, kde lidé žijí a jsou zdrojem podpory a péče pro jednotlivce a rodiny. Komunitními týmy jsou nemocní, postižení, rizikovní lidé, o které se starají rodinní pečovatelé, pracovníci zdravotnické a sociální péče, komunitní zdravotničtí pracovníci, dobrovolníci z komunity (8, 31).

Komplexní domácí péče je poskytována dle ordinace ošetřujícího lékaře, či indikace sociální diagnózy ve vlastním sociálním prostředí klienta, je individuální a adresná. Je charakteristická tím, že vychází z konkrétních aktuálních potřeb jednotlivce, které jsou diagnostikovány na základě komplexního sběru dat o stavu klienta a stavu jeho sociálního prostředí. Pokud domácí péči indikuje lékař, sociální odbor, je tato péče bezplatná. Pacient si může v případě zájmu sám hradit tzv. nadstandardní služby (např. péče 24 hodin denně atd.), nebo je možné komplexní domácí péči bez indikace lékaře hradit plně pacientem. Komplexní domácí péče je tedy jedním z funkčních prvků primární péče. V jejím rámci jsou poskytovány variabilní formy zdravotní, sociální a laické péče (2, 8, 24).

Služby primární péče poskytují: praktiční lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, rodinní lékaři, ambulantní gynekologové, stomatologové, agentury domácí péče, které vhodným způsobem doplňují primární péči o péči poskytovanou ve vlastním prostředí pacienta, pracovníci komunit, lékařská služba první pomoci, lékárenská pohotovostní služba. Primární péče by se měla realizovat co nejbližší bydliště pacienta, v jeho domácí prostředí a nepřetržitě (2, 10, 14, 30).

Primární zdravotní péči lze stručně definovat jako soubor aktivit, které souvisejí s podporou zdraví, ochranou zdraví, vyšetřováním a léčením, ošetřováním a rehabilitací,

kteře jsou maximálně přiblíženy bydlišti a pracovišti osob. Primární péče je definovaná poskytováním kontinuální a komplexní péče nejširšího spektra zdravotně sociálních úkonů respektující bio-psycho-sociální rozměr problematiky občanů. Neoddělitelná je zásada povinné péče občana o vlastní zdraví. Primární péče jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná (2, 21, 30, 33).

Primární zdravotní péče se poskytuje v rámci zdravotnické péče při prvním kontaktu s klientem. Její úlohou je pomoci klientovi při řešení problémů, se kterými přichází. Jde o soustavnou a komplexní péči, která zahrnuje služby týkající se podpory zdraví, prevence chorob, jejich včasného odhalování a léčby. Předpokládá aktivní účast jednotlivce i široké veřejnosti.

Primární péče obsahuje zejména tyto oblasti: preventivní zdravotní činnost, podporu zdraví a program kontroly nemocí, účelnou a efektivní vyšetřovací a léčebnou činnost a spolupráci s dalšími složkami zdravotní péče (2, 8, 14, 23).

Dobře organizovaná síť zdravotní péče jak v městských, tak i ve venkovských oblastech je předpokladem kvalitní, ekonomické a dostupné péče. Síť poskytovatelů primární péče může velmi účinně udržovat více péče o pacienty ve venkovských komunitách. Na tuto síť navazuje sekundární péče nemocnic a specialistů. Do tohoto systému zasahuje i integrovaný záchranný systém. Tato organizace umožňuje zvládnutí komplexních zdravotnických služeb. Významnou úlohu v tomto systému hrají sestry a lékaři primární péče ve venkovských oblastech. Předpokladem úspěchu je společné úsilí mezi komunitami, zaměstnanci a poskytovateli zdravotní péče (2, 8, 14).

Stěžejním problémem je otázka, kolik dnes hospitalizovaných pacientů leží v nepřiměřeném počtu v nemocnicích a zda by o ně nebylo stejně dobře postaráno v péči služeb primární péče. Nestací pouze přeměňovat akutní lůžka na lůžka ošetrovatelská či sociální, ale změnit celkovou orientaci zdravotní strategie směrem na primární péči (24, 33).

Pracovníci v primární péči mají vysokou míru odpovědnosti za celkovou úroveň zdravotní péče. Je proto důležité klást důraz na stálé zvyšování kvality primární péče v její složce odborné, organizační i lidské.

1.7.2 Úloha sestry v primární péči

Terénní sestry včetně závodních sester mohou hrát významnou roli v posilování zdraví komunit, zatímco mnohé sestry pracující v nemocnici se zaměří především na posílení zdraví jednotlivce. Terénní ošetřovatelství se vždy zabývalo poskytováním domácí péče, která tvoří první úroveň primární péče nebo péči o pacienty ve zdravotních střediscích jako třetí úroveň primární péče. Na druhé úrovni primární péče pracují sestry v terénní péči zcela samostatně. Zde se sledují především zdravotní zájmy veřejnosti. Jejich činnost je zaměřená na vyhledávání nemocí, kontroly infekčních onemocnění a zdravotní péče o obyvatele, kteří patří k rizikovým skupinám (např. děti). Na rozdíl od tradičního terénního ošetřovatelství je primární ošetřovatelská péče zaměřena na zdravotní potřeby komunity jako celku a pečuje o celé skupiny lidí. Pro mnohé terénní sestry jde o nový rozměr jejich role. Nové pojetí ošetřovatelské péče neznamená, že lidé ztrácejí svoji úlohu ve zdravotní péči, ale že sestry stále častěji aktivně vyhledávají potřebu ošetřovatelské péče v domácím prostředí. Zároveň pomáhají členům rodiny získat vědomosti a dovednosti k provádění sebekpěče i laické péče. Zde se uplatňuje edukační činnost sestry. Primární zdravotní péče vychází z práva lidí na zdraví a je založena na principech programu „Zdraví pro všechny“. Mezi která patří princip rovnosti (aktivní náprava nespravedlivého rozdělování zdrojů, a s tím souvisejících rozdílů ve zdravotním stavu obyvatelstva); hluboký zájem o etické záležitosti (rozhodnutí, která ovlivňují zdraví jednotlivců komunity); aktivní zapojení lidí do zdravotní péče (lidé by sami měli dosáhnout cíle zdraví pro všechny); podpora zdraví a prevence onemocnění (je hlavním bodem zdravotní politiky); uspokojování základních potřeb komunity prostřednictvím primární péče; meziodvětvová spolupráce (k dosažení zdravého života je nezbytná spolupráce všech odvětví); mezinárodní spolupráce (zajištění ochrany životního prostředí) (3, 8, 19, 21, 31, 32).

1.7.3 Sebekpěče v primárním ošetřovatelství

Důležitým faktorem, který má dopad na strategii sebekpěče je vztah mezi primární péčí a sebekpěčí. Zatímco v minulých letech se projevovala tendence dívat se na zdravotní péči spíše jako na výsadu zdravotníků z povolání, nyní se ve stále větší míře

uznává, že se lidé ve skutečnosti sami ve svém denním životě vyrovnávají se širokou škálou zdravotních problémů. Sebepéče je vskutku pro mnoho lidí atraktivní, protože je to příležitost uplatnění vlastní volby, vlastního postupu, přičemž mají kontrolu nad vlastními těly a rozhodují v určitých aspektech sami o sobě. Důležitou kapitolou je podpora, kterou zdravotničtí pracovníci mohou poskytovat svépomocným skupinám, vznikajícím v souvislosti se specifickými zdravotními problémy (např. diabetici, hemofilici apod.). Prověrkou dobrého chápání pracovníků primární péče bude jejich ochota a pohotovost spojovat se s vedoucími lidmi komunity ve věci podpory různých skupin, vzniklých v souvislosti s určitými problémy. Může jít např. o skupiny žen, které se soustřeďují na otázky zdraví žen, skupiny zabývající se ochranou prostředí. Při uspokojování potřeby aktivnější spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky a komunitou je důležité klást důraz na umění komunikovat s laiky a na to, jak poznávat, jaké zdroje existují v komunitě a jak je efektivně využívat, jak dosahovat symbiózy mezi dovednostmi a svépomocným úsilím jednotlivců, rodin a komunit a aktivitami poskytovatelů zdravotní péče. Dosažení tohoto cíle předpokládá uznání toho, že zlepšení zdraví obyvatelstva není výsadou zdravotnických služeb samých. Zároveň však velmi mnoho záleží na erudovaném a motivovaném personálu primární péče. Pracovníci primární péče, ať už jde o praktické lékaře nebo zdravotní sestry, sociální pracovníce a jiné, musí jít daleko za pouhé slovní zdůrazňování holistického přístupu k péči a musí se vyrovnávat s psychologickými a sociálními problémy pacientů, právě tak jako s fyzickými (2, 8, 10, 14, 30, 34).

1.7.4 Péče o staré a chronicky nemocné občany v primární péči

Dnešní střední generace nevyrůstá do společenského klimatu, naladěného pro akceptování stáří a pro oprávněnost jeho potřeb, plynoucích ze společensky uznávaného principu solidarity. Demografický a společenský vývoj směřuje ke zvyšování počtu osaměle žijících lidí, v jejichž případě nelze očekávat pomoc rodinných příslušníků. Zde pak bude muset nastoupit péče institucionální nebo poloinstitucionální a komplexní domácí péče. Tuto péči budou muset vedle obcí zajišťovat další subjekty v širokém spektru specializací a aktivit. Cílem zdravotně sociální péče je zlepšit nebo alespoň

udržet poskytováním potřebné péče stávající kvalitu života ovlivněnou chronickým onemocněním nebo stářím. Vzhledem k tomu, že s narůstající délkou pobytu starých lidí v zařízení ubývá jejich aktivity, je třeba čerpat postupně všechny možnosti krátkodobé péče, a to zejména péče ambulantní, při poskytování péče rodiny nebo domácí péče. Primární péče by měla hrát významnou roli v péči o staré a chronicky nemocné občany (8, 14, 24, 30, 31, 32).

S rostoucím podílem starých osob na věkové struktuře obyvatelstva se zde zmíněné výhledy a problémy budou jevit jako stále aktuálnější a role primární péče při jejich řešení bude nezastupitelná.

1.7.5 Etika v komunitním ošetřovatelství

Etika v komunitním ošetřovatelství úzce souvisí s lékařskou etikou a samozřejmě s etikou komunitního zdraví. Medicínská etika poskytuje komunitnímu ošetřovatelství systém hodnot, možnost volby (výběr zdravotnického zařízení, ošetřujícího personálu) a normy morálního chování zdravotnických pracovníků při kontaktu s pacienty. Etika zahrnuje normy společnosti, které by měly převládat v chování lidí a které určují adekvátnost jejich chování. Tento termín se někdy používá také ve vztahu k přesvědčení nebo zvykům určité skupiny lidí (např. ošetřovatelská etika, lékařská etika, religiózní etika). V tomto případě se etika odvolává na standardy, etické chování konkrétní skupiny lidí tak, jak to vyžaduje etický kodex profesionálního chování dané skupiny (např. etický kodex sester) (11, 20, 29).

Etika komunitního zdraví se týká hodnot a společenské morálky, které směřují ke zdravé populaci. Teorie komunitní etiky obsahuje určitý počet etických principů. Principy etiky zahrnující morální rozhodování a morální činy jsou centrem tvorby morálních názorů v odborné komunitní praxi. V rámci komunitní ošetřovatelské praxe se nejčastěji setkáváme s těmito principy: prospěšnost, autonomie, spravedlnost, nepoškodit, pravdomluvnost, věrnost a poctivost.

Prospěšnost se týká etického závazku maximalizovat užitek a minimalizovat chyby a újmy, které by při poskytování zdravotní péče mohly pacientům vzniknout a následkem kterých by mohlo dojít k poškození zdraví.

Autonomie znamená svobodnou volbu jednotlivce rozhodnout se, popřípadě rozhodovat o svém vlastním konání, pokud je pacient schopný sám o sobě rozhodnout v souvislosti se stupněm své svéprávnosti.

Spravedlivost se týká etického závazku jednat s každým morálně správně a dát každému to, co si zaslouží. Princip spravedlnosti vyžaduje spravedlivé rozdělení zatížení a odpočinku po vykonané práci mezi členy společnosti. Tento princip vyžaduje rovnost všech lidí. Etické rozhodnutí na principu spravedlnosti bývá založené na víře, že společenské zdroje (např. služby komunitního ošetřovatelství atd.) jsou spravedlivě rozdělovány podle možností dané společnosti.

Nepoškodit je princip, který je spojený s Hippokratovou přísahou neškodit člověku, pokud už mu nemůžeme pomoci. Na rozdíl od prospěšnosti, která znamená prevenci poškození, neškodnost zakazuje úmyslné poškození osob. Tento princip vyžaduje od komunitního ošetřovatelství vyhýbání se: poškození zdraví pacientů, způsobení psychického stresu, způsobení ztráty soukromí, nedodržování mlčenlivosti.

Pravdomluvnost žádá nelhat, nepodvádět pacienty a mluvit pravdu. Pravdomluvnost je součástí respektování člověka, který má právo na to, aby nebyl podváděný. V rámci komunitní péče mají sestry povinnost mluvit pravdu, protože v opačném případě může dojít ke ztrátě důvěry pacienta k poskytované péči. Nedostatek pravdomluvnosti může mít nežádoucí důsledky na vztah mezi klientem a sestrou.

Věrnost a poctivost – tento princip je chápáný jako povinnost zůstat věrný svým závazkům (např. dodržení slibu a ochrana důvěrných informací). Závazek ochrany důvěrných informací je jeden z nejzákladnějších profesionální etiky zdravotnické péče (8, 20, 29).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Výzkumným cílem práce bylo zmapovat možnosti využití zásad edukace v primární péči poskytované sestrou, spolu s návrhem některých mechanismů zlepšení edukační činnosti sestry.

Výzkumný cíl byl rozdělen na dva dílčí cíle: zjištění, jaké zásady edukace sestry v současné době v primární péči používají a zjištění současných možností edukační činnosti sestry.

2.2 Hypotézy

- H1: Sestry praktických a odborných lékařů působící v primární péči využívají obecné zásady edukace
- H2: Sestry praktických a odborných lékařů působící v primární péči nemají dostatečné možnosti pro provádění edukace

3. Metodika

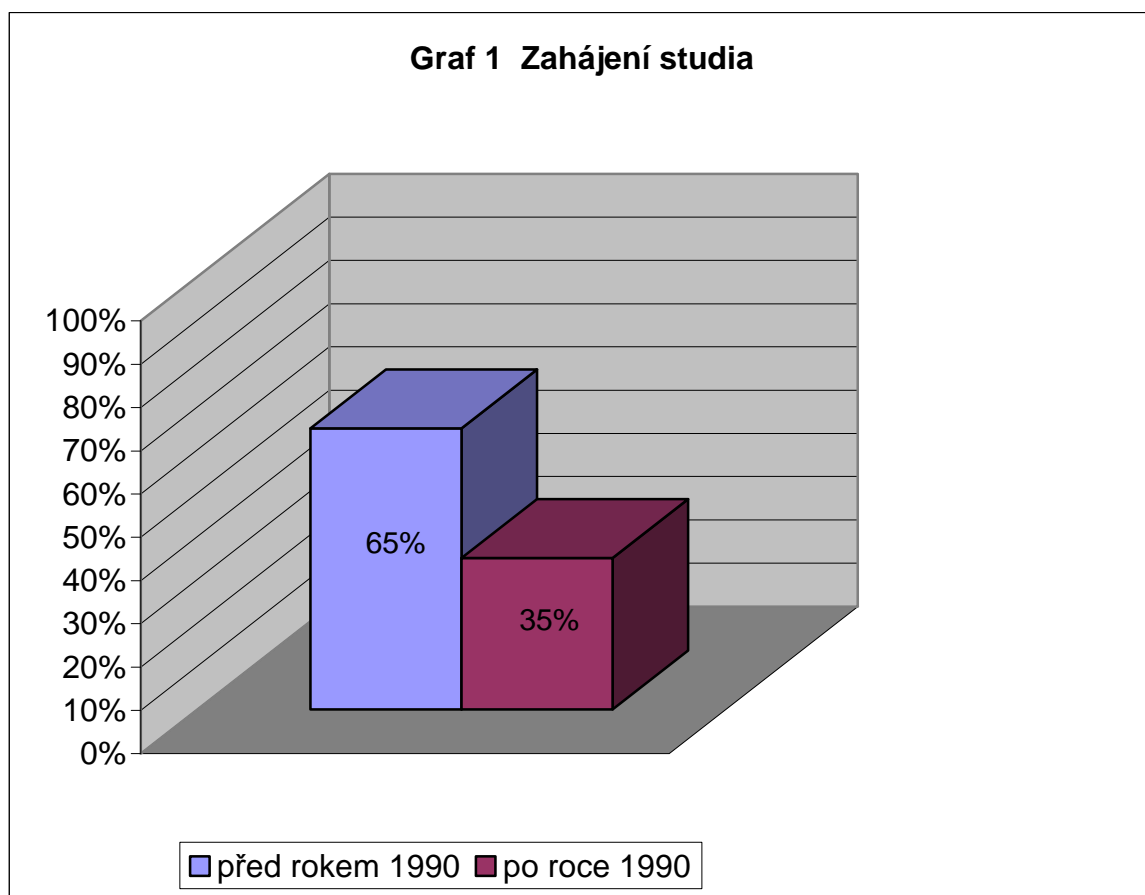
3.1 Metodika práce

Byl proveden kvantitativní výzkum, přičemž byla použita dotazníková technika sběru dat. Dotazník byl anonymní a obsahoval 25 otázek, z toho 24 otázek uzavřených a jednu otázku otevřenou. Z toho se 15 otázek týkalo konkrétně zásad edukace a jejich uplatnění v ošetrovatelské praxi, 3 otázky mapující oblast primární péče a 7 otázek týkající se vzdělávání sester v oblasti edukace. (Příloha č. 1)

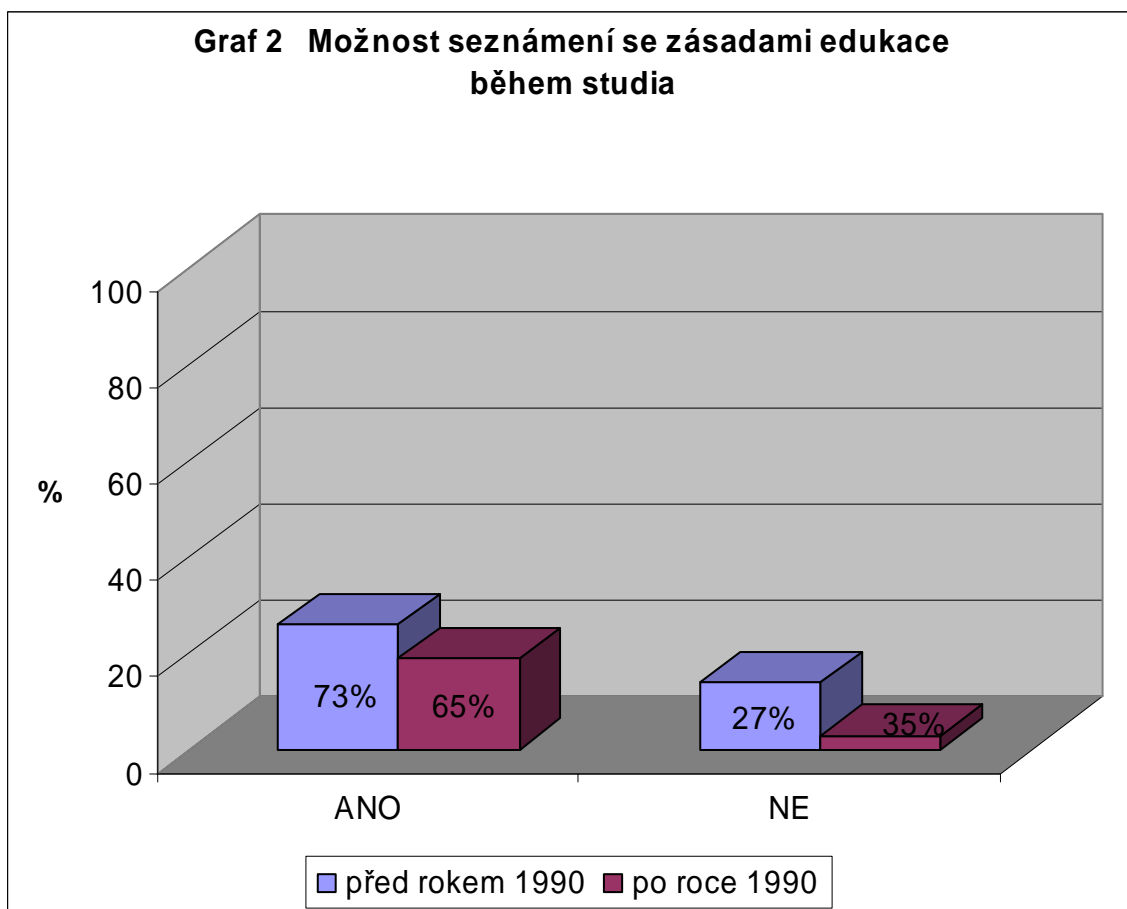
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor čítal 62 dotazovaných respondentů. Celkem bylo rozdáno 96 dotazníků sestřám pracujícím v primární péči, zdravotnických střediscích po celém Jihočeském kraji. Tuto skupinu tvořilo 72 sester v ordinacích praktických lékařů a 24 sester v ordinacích ambulantních gynekologů. Vyplněné dotazníky byly vráceny od 62 sester. Návratnost dotazníků byla 65%.

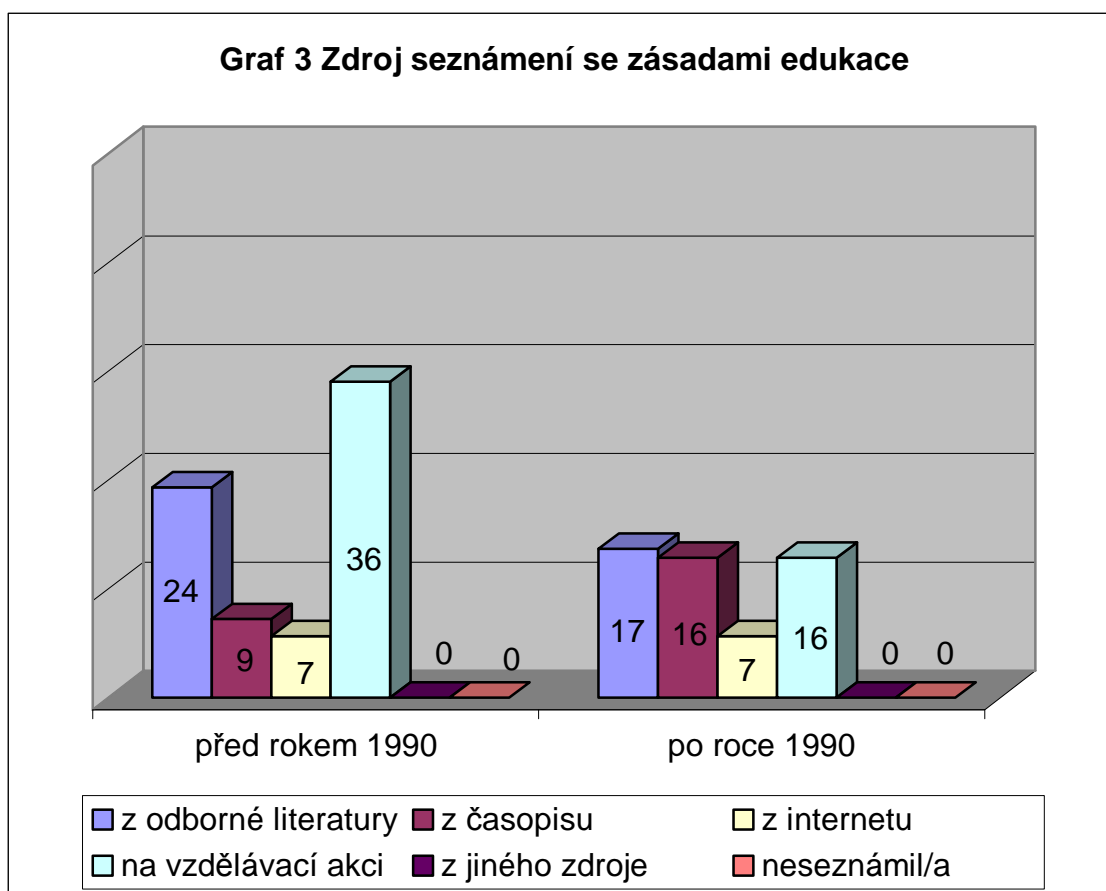
4. Výsledky



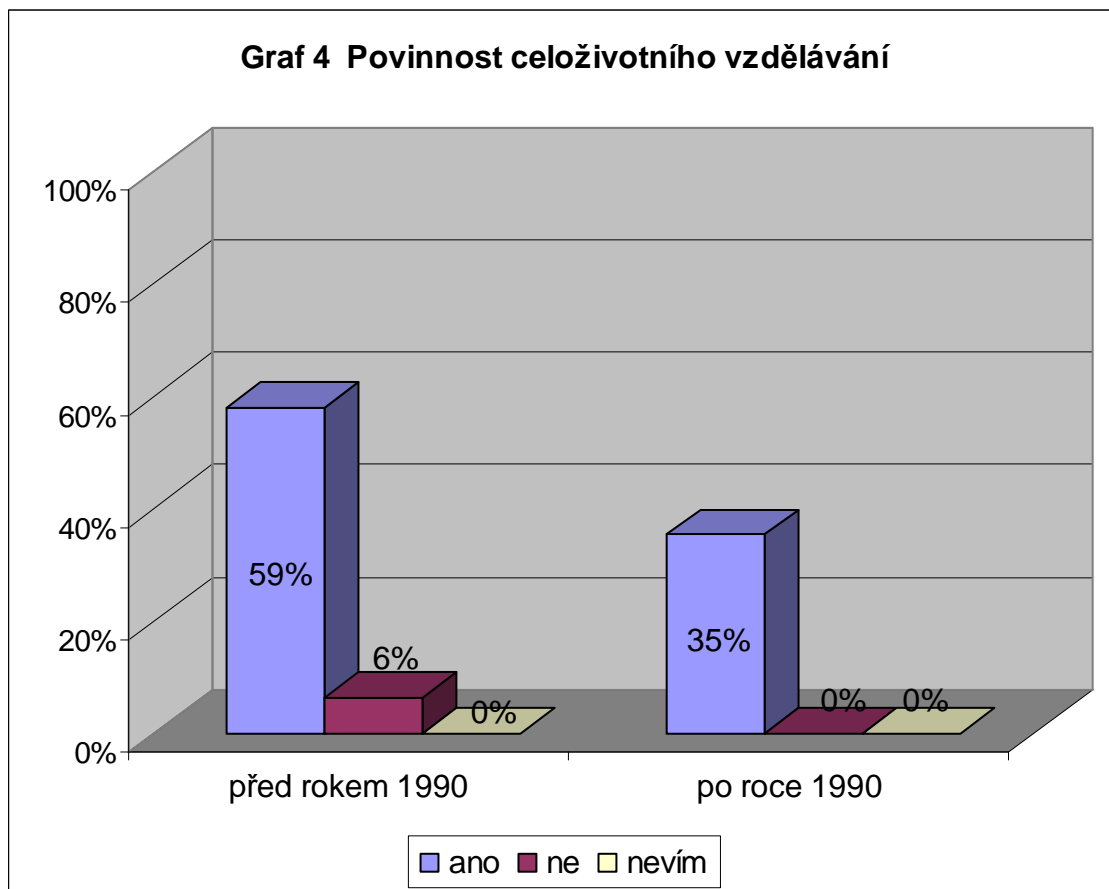
Před rokem 1990 zahájilo studium na střední zdravotnické škole 40 zdravotních sester (65%) pracujících nyní v primární péči. Po roce 1990 zahájilo studium na SZŠ 22 sester (35%) pracujících nyní v primární péči.



Z celkového počtu 62 respondentů se se zásadami edukační činnosti sestry mělo možnost seznámit během studia na SZŠ 26 sester (73%), které zahájily studium před rokem 1990, 14 sester (27%) tuto možnost nemělo. Ze sester, které zahájily studium po roce 1990 mělo možnost seznámit se se zásadami edukace během výuky na SZŠ 19 sester (65%) a 3 sestry (35%) tuto možnost neměly.

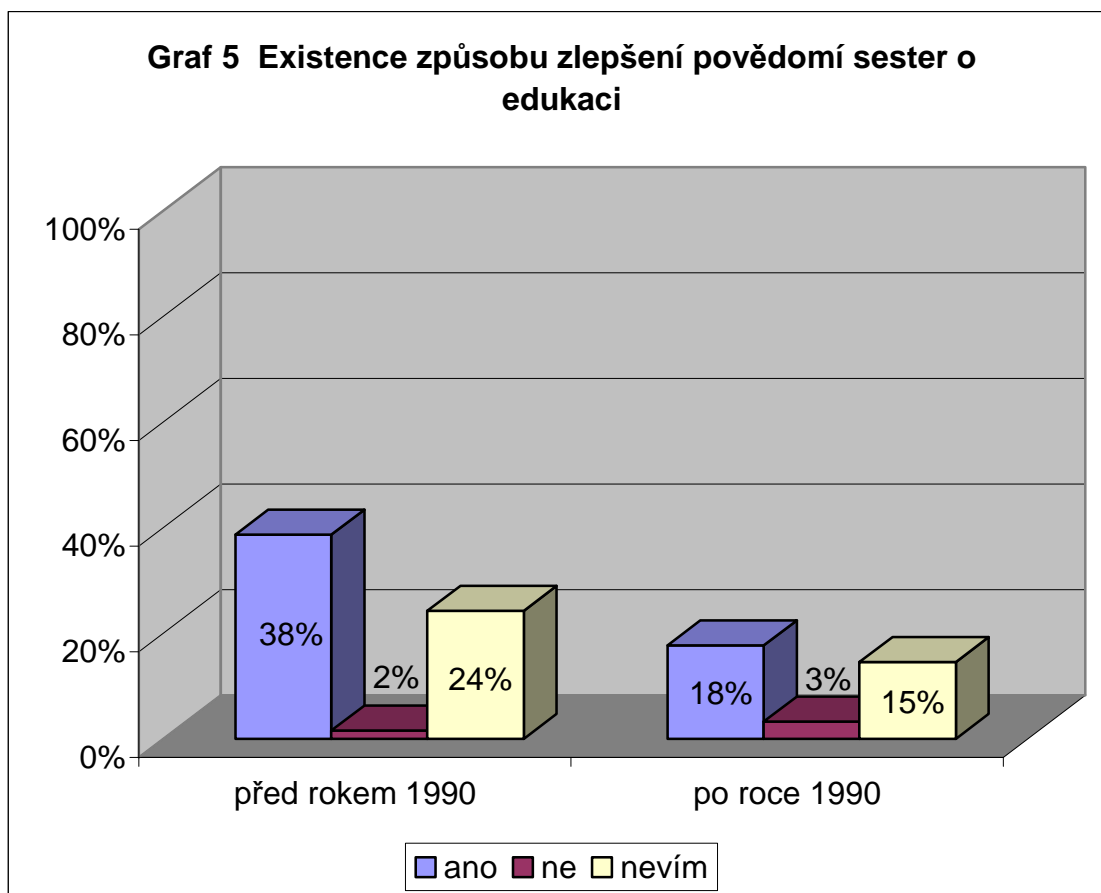


Z celkového počtu 40 sester, před rokem 1990, 24 odpovědělo, že se seznámilo se zásadami edukace v odborné literatuře, 9 sester z časopisu, 7 sester z internetu, 36 sester odpovědělo na vzdělávací akci. Žádná sestra ne zvolila odpověď z jiného zdroje. Žádná sestra neoznčila možnost neseznámila. Z celkového počtu 22 sester, po roce 1990, 17 sester odpovědělo, že se seznámilo se zásadami edukace v odborné literatuře, 16 sester z časopisů, 7 sester z internetu, 16 sester na vzdělávací akci. Žádná sestra ne zvolila odpověď z jiného zdroje. Žádná sestra neoznčila možnost neseznámila.



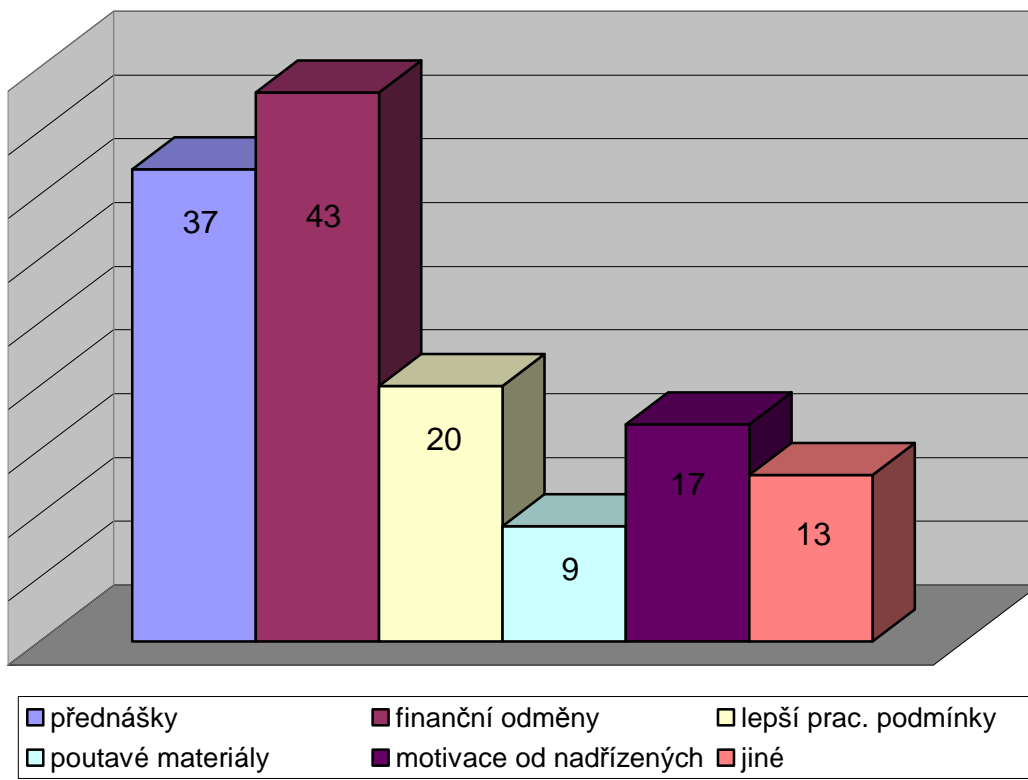
36 sester (59%), před rokem 1990, se domnívá, že sestry jsou povinny se celoživotně vzdělávat, 4 sestry (6%) se domnívají, že ne a žádná sestra (0%) nevolila odpověď nevím. 22 sester (35%), které zahájily studium po roce 1990 se domnívá, že sestry jsou povinny se celoživotně vzdělávat, současně žádná sestra nevolila odpověď ne (0%) a žádná sestra neoznačila možnost nevím (0%).

Graf 5 Existence způsobu zlepšení povědomí sester o edukaci



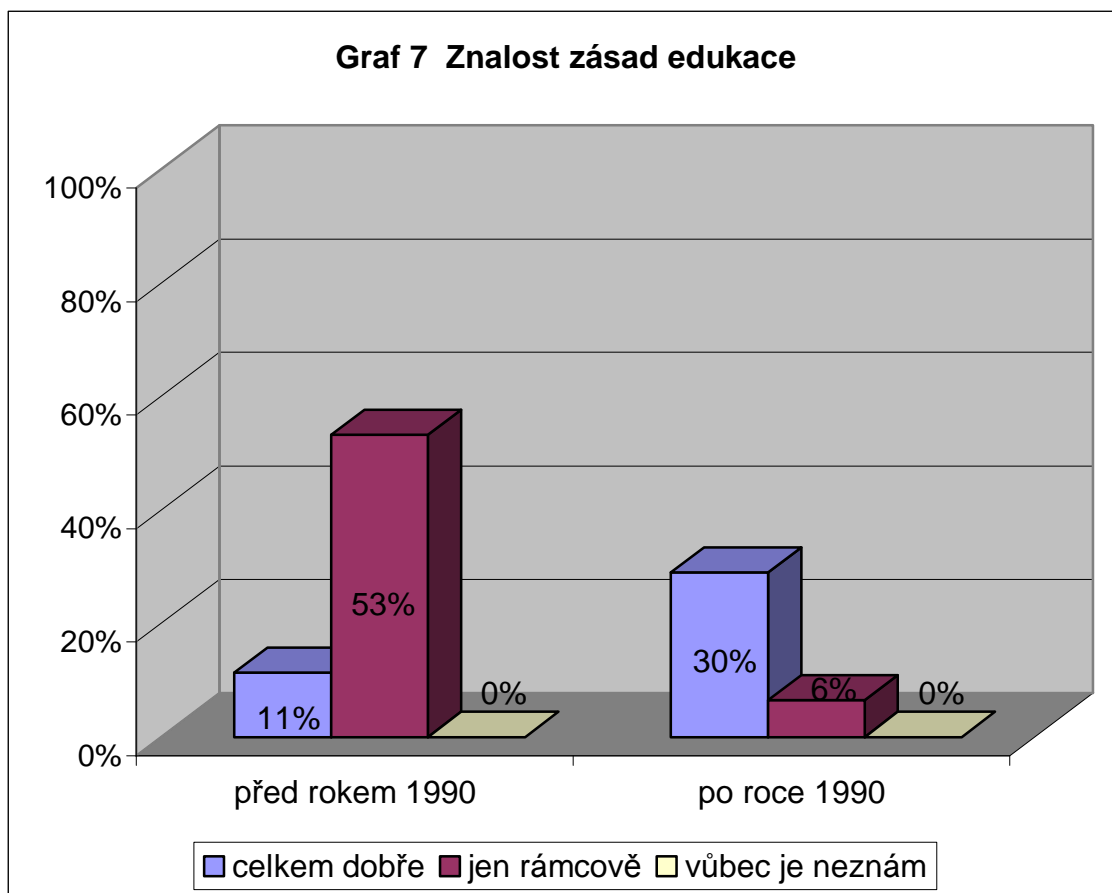
24 sester (38%), před rokem 1990, se domnívá, že existuje způsob, který by zlepšil povědomí sester o možnostech využívání zásad edukace, 1 sestra (2%) se domnívá, že neexistuje a 15 sester (24%) odpovědělo nevím. 11 sester (18%), po roce 1990, se domnívá, že existuje způsob, který by zlepšil povědomí sester, 2 sestry (3%) se domnívají, že neexistuje a 9 sester (15%) odpovědělo nevím.

Graf 6 Návrhy způsobů zlepšení edukace

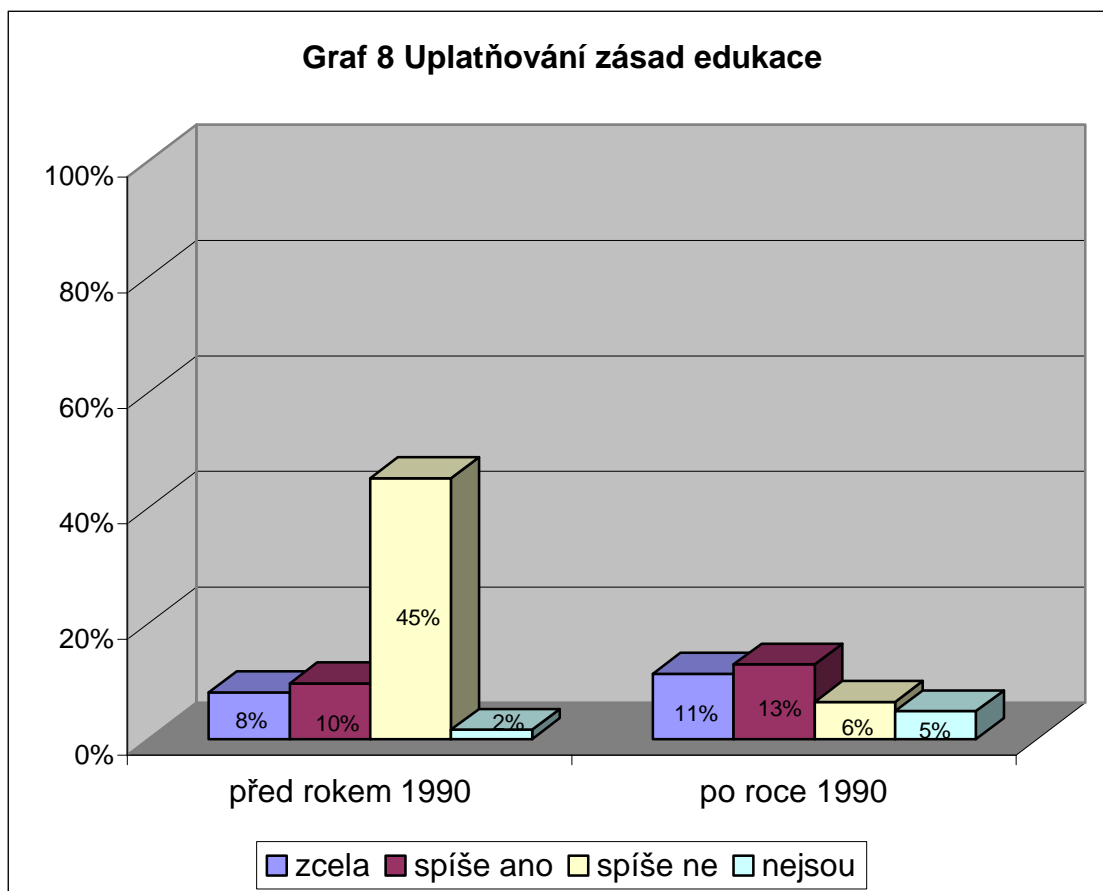


Z celkového počtu (62) sester 37 uvádí jako možnost zlepšení edukace návštěvy přednášek a vzdělávacích akcí, 43 sester finanční odměny, 20 sester lepší pracovní podmínky, 9 sester poutavé informační materiály, 17 sester motivaci od nadřízených a 13 sester jinou možnost.

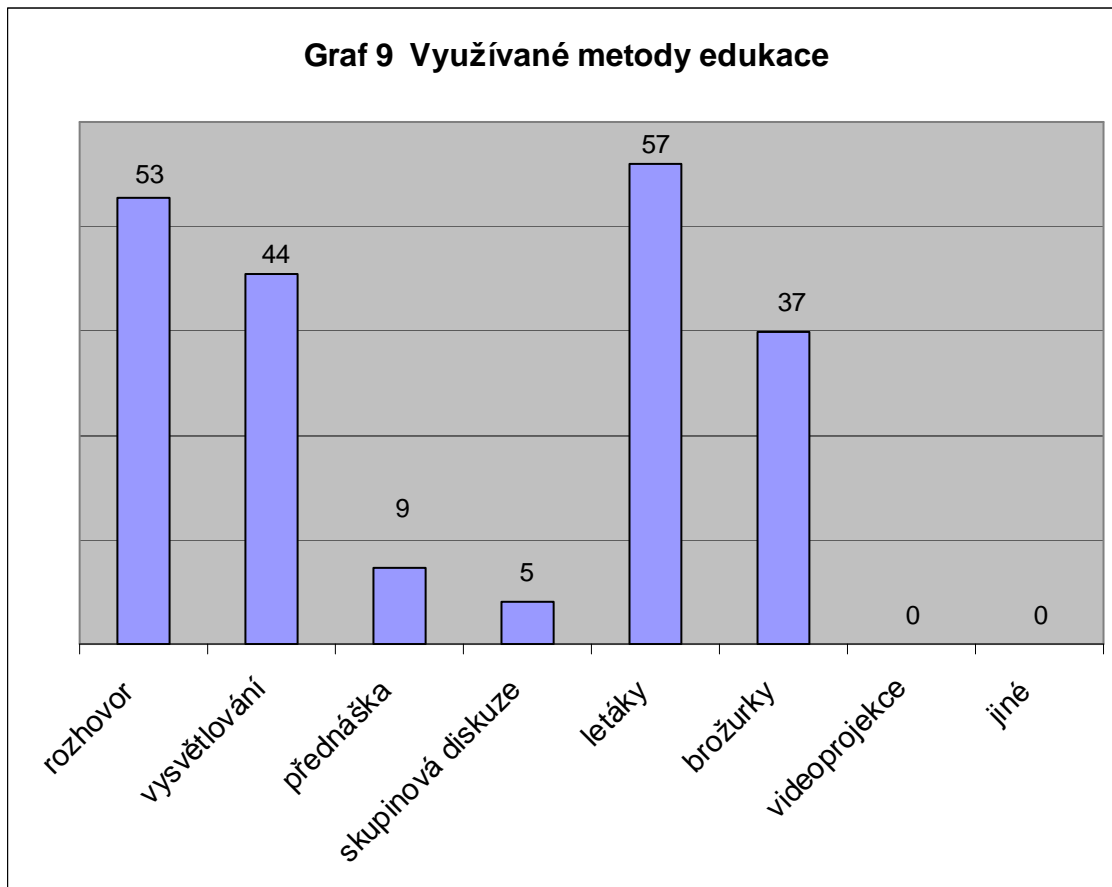
Graf 7 Znalost zásad edukace



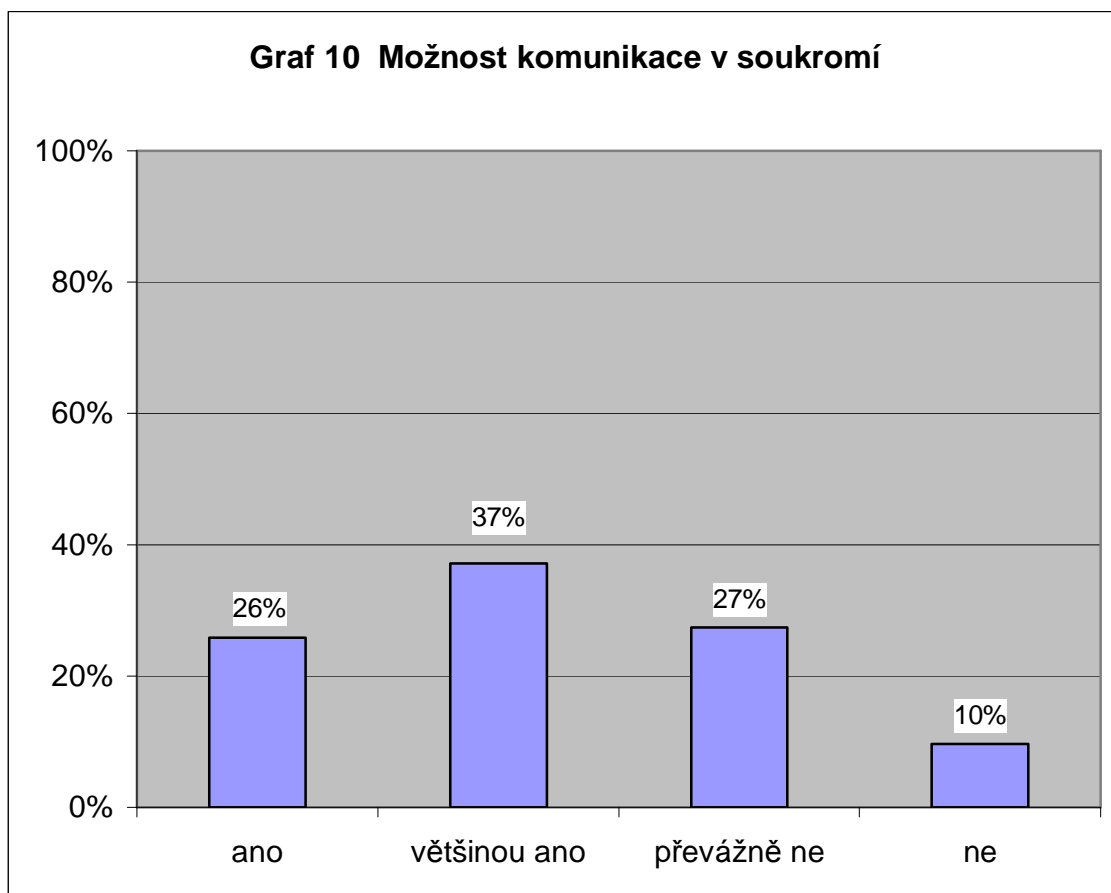
Zásady edukace zná 7 sester (11%), před rokem 1990, celkem dobře, 33 sester (53%) je zná jen rámcově a žádná sestra (0%) neodpověděla vůbec je neznám. 18 sester (30%), po roce 1990, zná zásady edukace celkem dobře, 4 sestry (6%) jen rámcově a žádná sestra (0%) neodpověděla vůbec je neznám.



Zda jsou zásady edukace uplatňovány v každodenní praxi odpovědělo 5 sester (8%) před rokem 1990 zcela, 6 sester (10%) spíše ano, 28 sester (45%) spíše ne a 1 sestra (2%) se domnívá, že uplatňovány nejsou. 7 sester (11%), po roce 1990, odpovědělo zcela, 8 sester (13%) spíše ano, 4 sestry (6%) spíše ne a 3 sestry (5%) odpověděly nejsou uplatňovány.

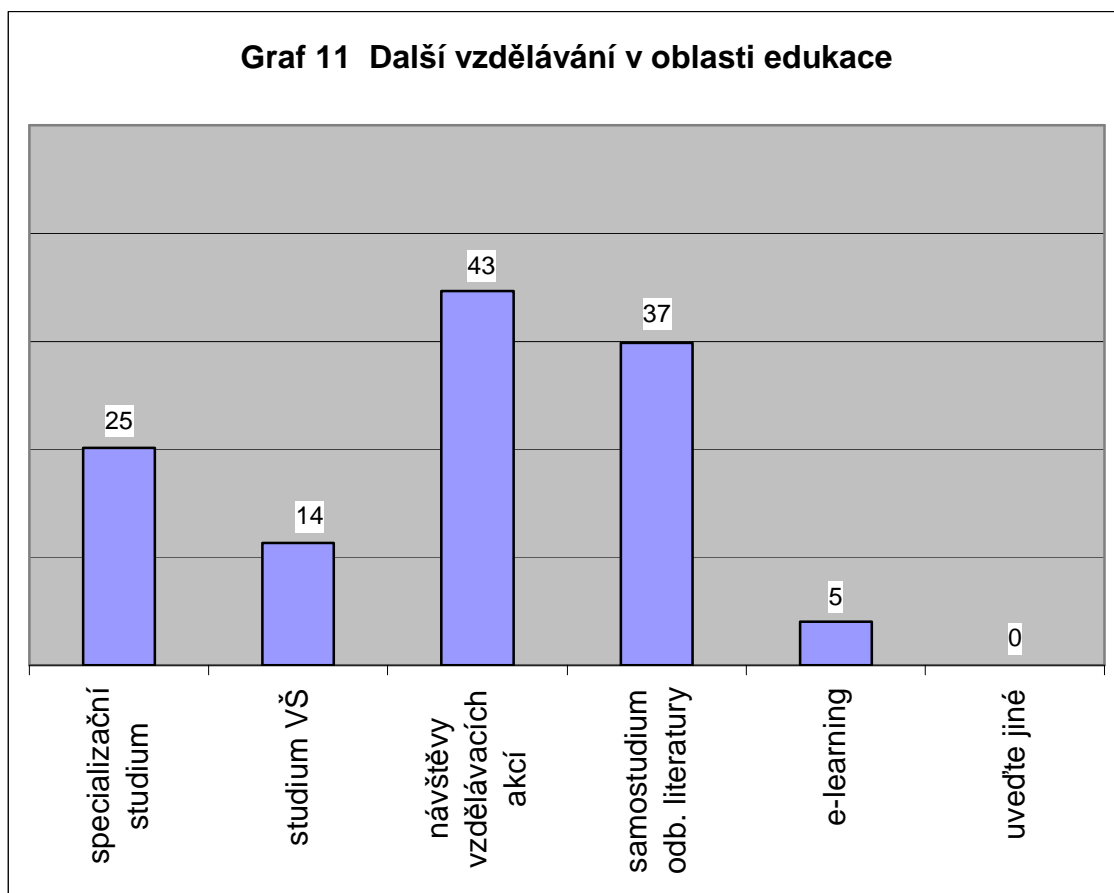


57 sester nejčastěji využívá k edukaci letáky, těsně následuje rozhovor, který využívá 53 sester, vysvětlování uvedlo 44 sester a rozdávání brožurek 37. Přednáška, kterou uvedlo 9 sester a skupinová diskuze, kterou označilo 5 sester jsou podstatně méně využívány. Žádná ze sester primární péče nevyužívá videoprojekci nebo jiné metody.

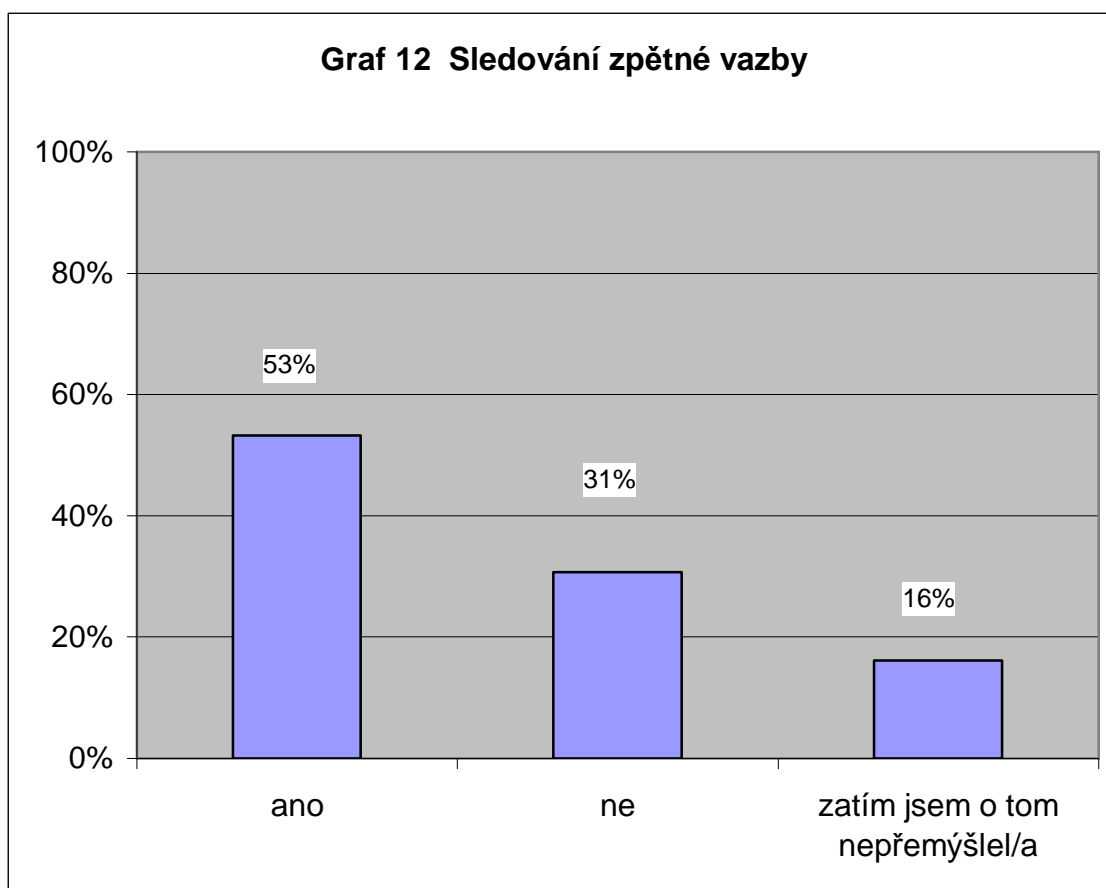


16 sester (26%) zvolilo odpověď ano, tzn. mají vždy možnost mluvit s pacientem v soukromí bez přítomnosti dalších osob, 23 sester (37%) většinou ano, 17 sester (27%) převážně ne a 6 sester (10%) odpovědělo, že tuto možnost nemá.

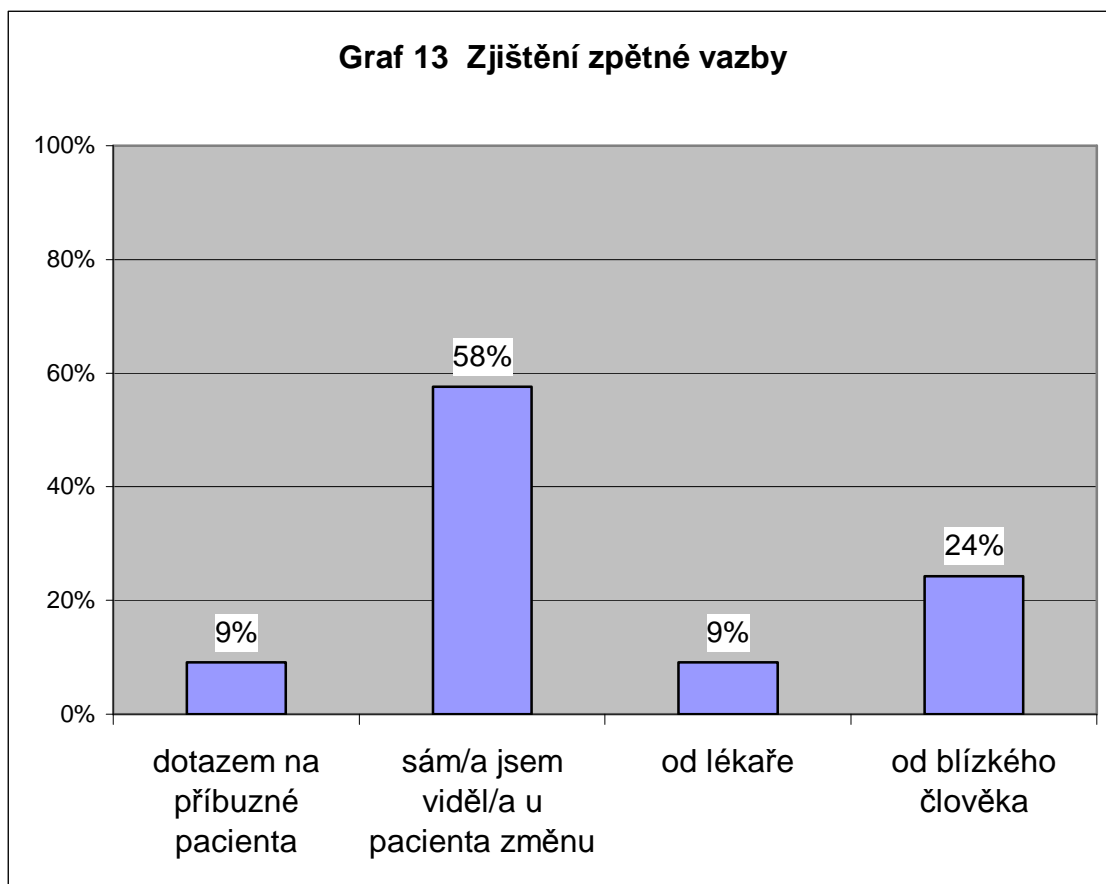
Graf 11 Další vzdělávání v oblasti edukace



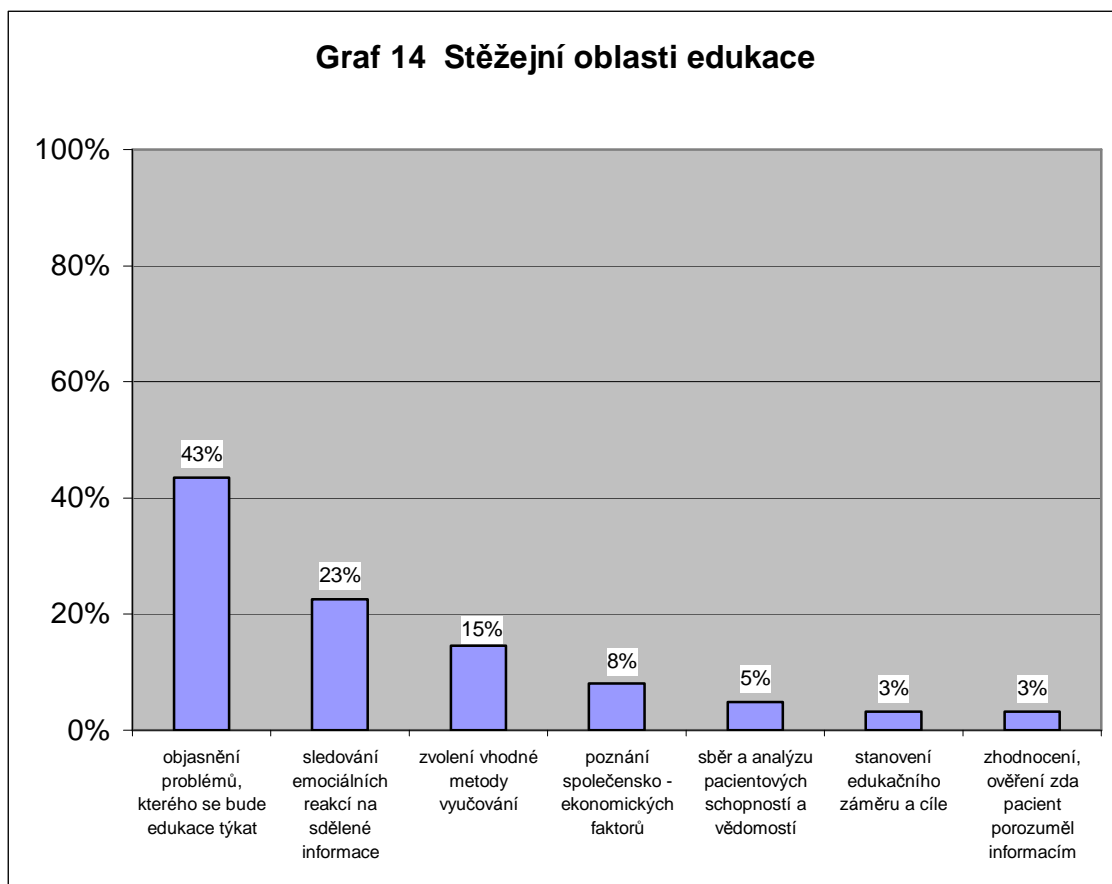
43 sestrám by v dalším vzdělávání v oblasti edukace mohly napomoci návštěvy vzdělávacích akcí, 37 sestrám pomůže samostudium odborné literatury, 25 sester uvedlo specializační studium, 14 sester studium VŠ a 5 sester e-learning. Další možnosti žádná sestra neuvedla.



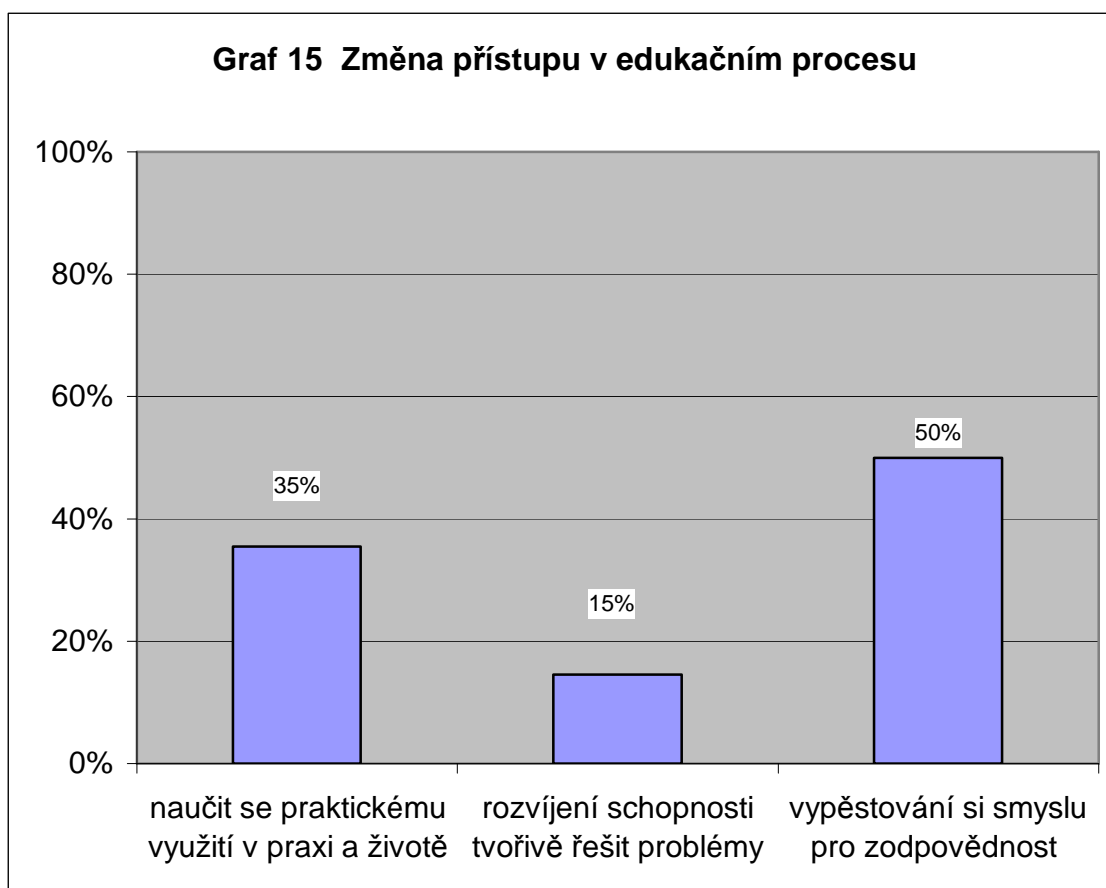
33 sester (53%) uvedlo, že zpětnou vazbu u svých pacientů zjišťují, 19 sester (31%) nezjišťuje zpětnou vazbu a 10 sester (16%) o tom zatím nepřemýšlelo.



Zpětný efekt své edukace zjistilo 19 sester (58%) tím, že samy viděly u pacienta změnu, 8 sester (24%) od blízkého člověka, který oznámil, že nastala změna v pacientově chování a stylu života. 3 sestry (9%) od lékaře a 3 sestry (9%) dotazem na příbuzné pacienta.

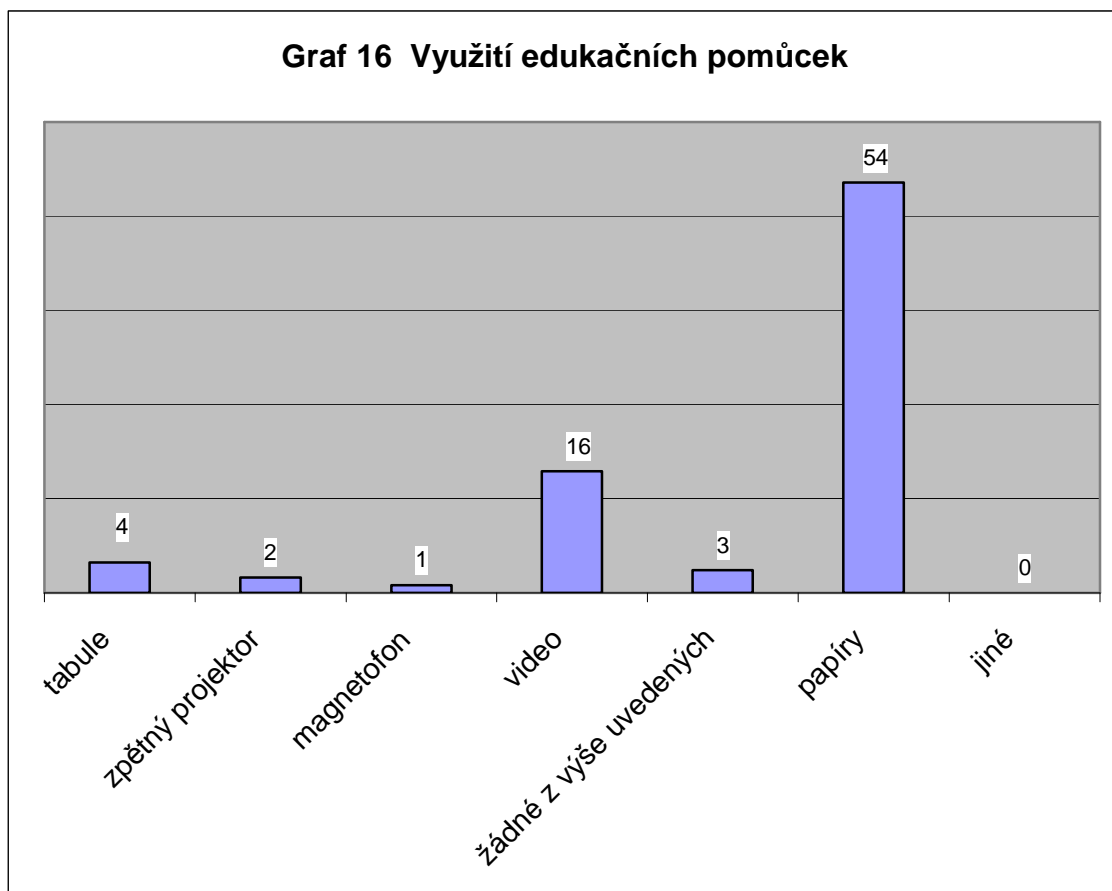


Za nejdůležitější oblast edukační činnosti považuje 27 sester (43%) objasnění problému, kterého se bude edukace týkat, 14 sester (23%) označilo sledování emočních reakcí na sdělené informace, 9 sester (15%) zvolení vhodné metody vyučování, 5 sester (8%) poznání společensko-ekonomických faktorů, 3 sestry (5%) sběr a analýzu pacientových schopností a vědomostí, pouze 2 sestry (3%) označily za nejdůležitější oblast stanovení edukačního záměru a cíle, a také 2 sestry (3%) zhodnocení, ověření zda pacient porozuměl informacím.



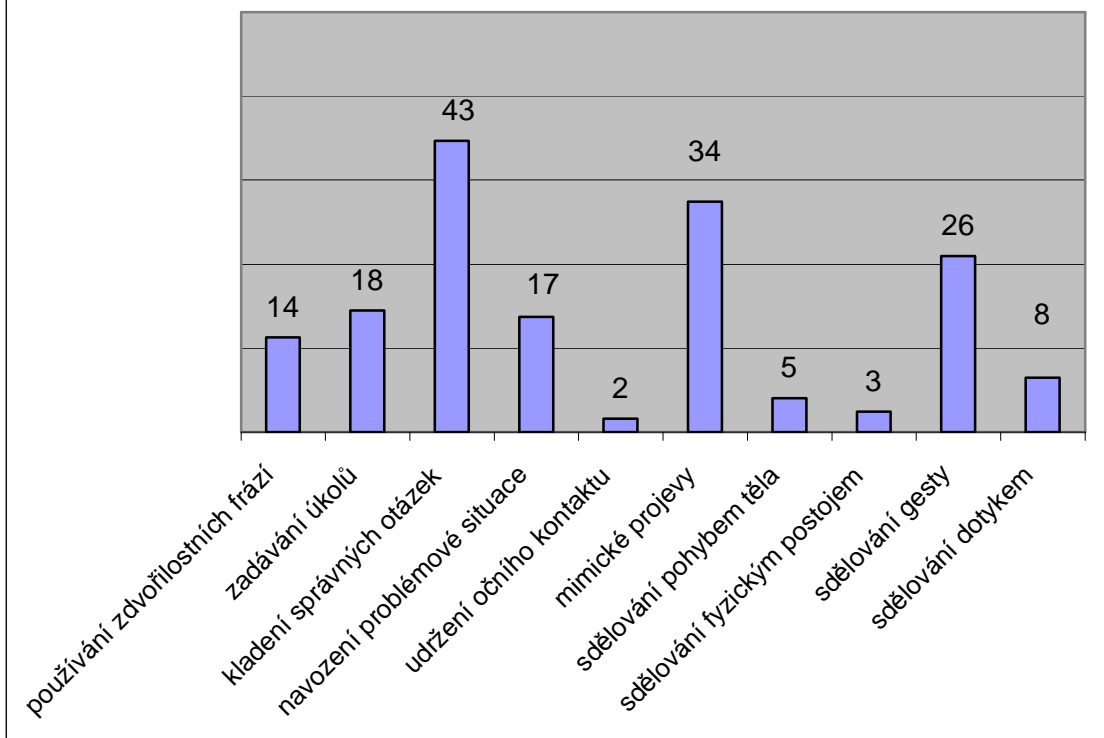
31 sester (50%) si myslí, že je pro pacienty nejtěžší vypěstování si smyslu pro zodpovědnost (sebedůvěra a sebekázeň), 22 sester (35%) naučit se praktickému využití v praxi a životě a 9 sester (15%) rozvíjení schopnosti tvořivě řešit problémy.

Graf 16 Využití edukačních pomůcek



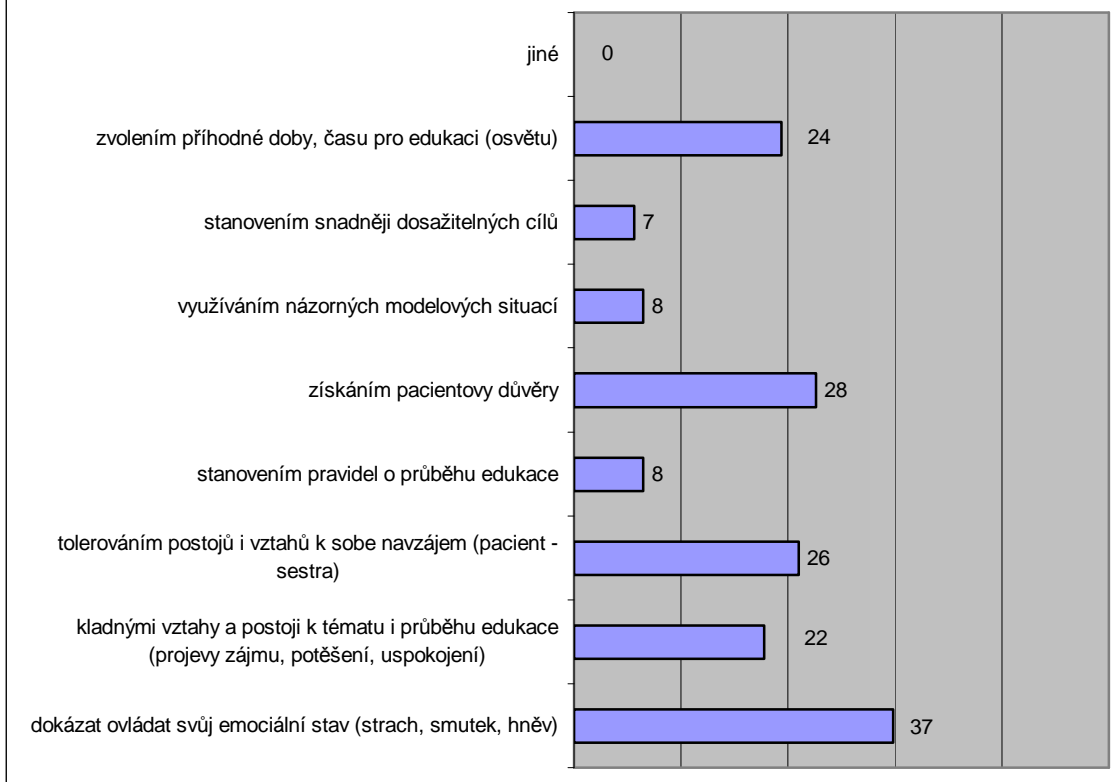
54 sester používá při edukaci papíry, 16 z nich video, 4 sestry tabuli, 3 sestry označily žádné z výše uvedených, 2 sestry zpětný projektor, 1 sestra magnetofon a žádná sestra neoznačila jiné.

Graf 17 Potřeba sester zdokonalit se ve verbální a neverbální komunikaci



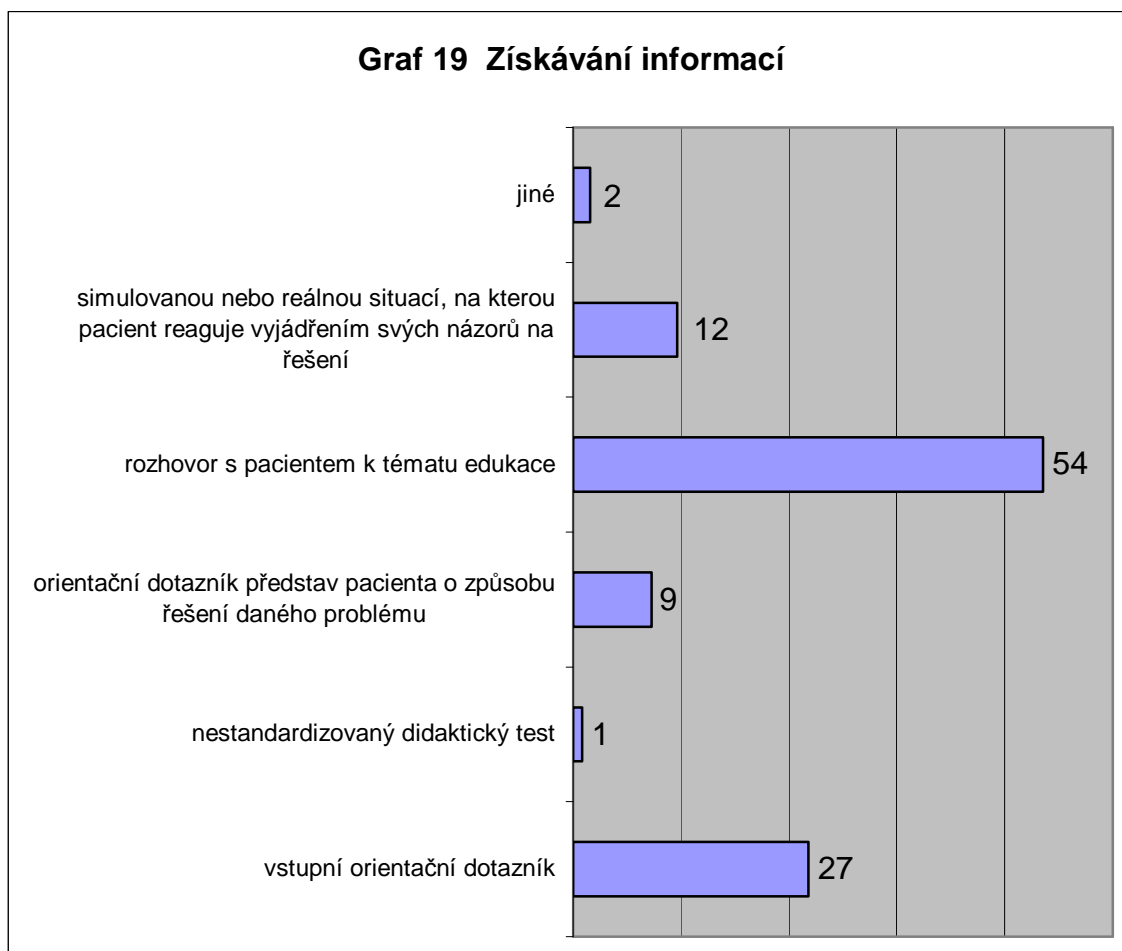
V oblasti verbální komunikace označilo 43 sester za nutnost zdokonalit se v kladení správných otázek, 18 sester v zadávání úkolů, 17 sester v navození problémové situace a 14 sester v používání zdvořilostních frází. V oblasti neverbální komunikace označilo 34 sester za nutné zdokonalit se v mimických projevech, 26 sester odpovědělo ve sdělování gesty, 8 sester odpovědělo ve sdělování dotykem, 5 sester ve sdělování pohybem těla, 3 sestry ve sdělování fyzickým postojem a 2 sestry uvedly v udržení očního kontaktu.

Graf 18 Eliminace negativního působení



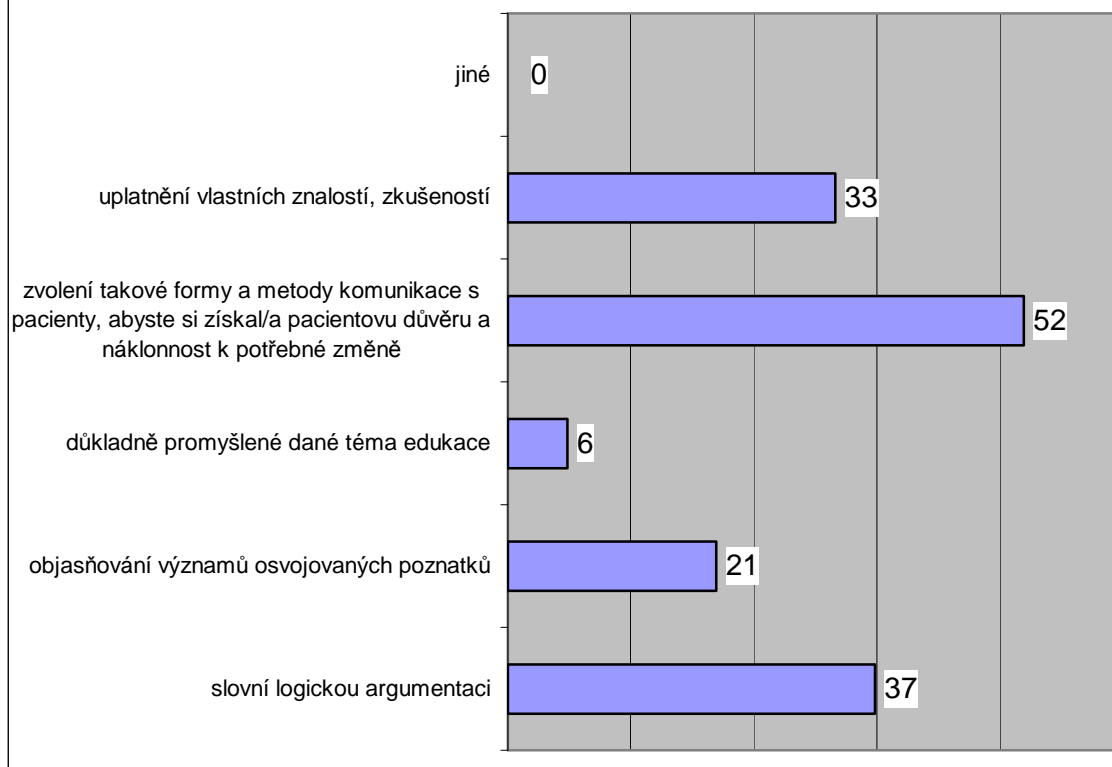
37 sester se domnívá, že se negativnímu působení na pacienty může vyhnout ovládním svého emočního stavu (strach, smutek, hněv), 28 sester odpovědělo získáním pacientovy důvěry, 26 sester tolerováním postojů a vztahů k sobě navzájem (pacient – sestra), 24 sester zvolením příhodné doby, času pro edukaci, 22 sester kladnými vztahy a postoji k tématu i průběhu edukace (projevy zájmu, potěšení, uspokojení). 8 sester využíváním názorných modelových situací, 8 sester stanovením pravidel o průběhu edukace, 7 sester stanovením snadněji dosažitelných cílů a žádná sestra neoznčila jinou možnost.

Graf 19 Získávání informací



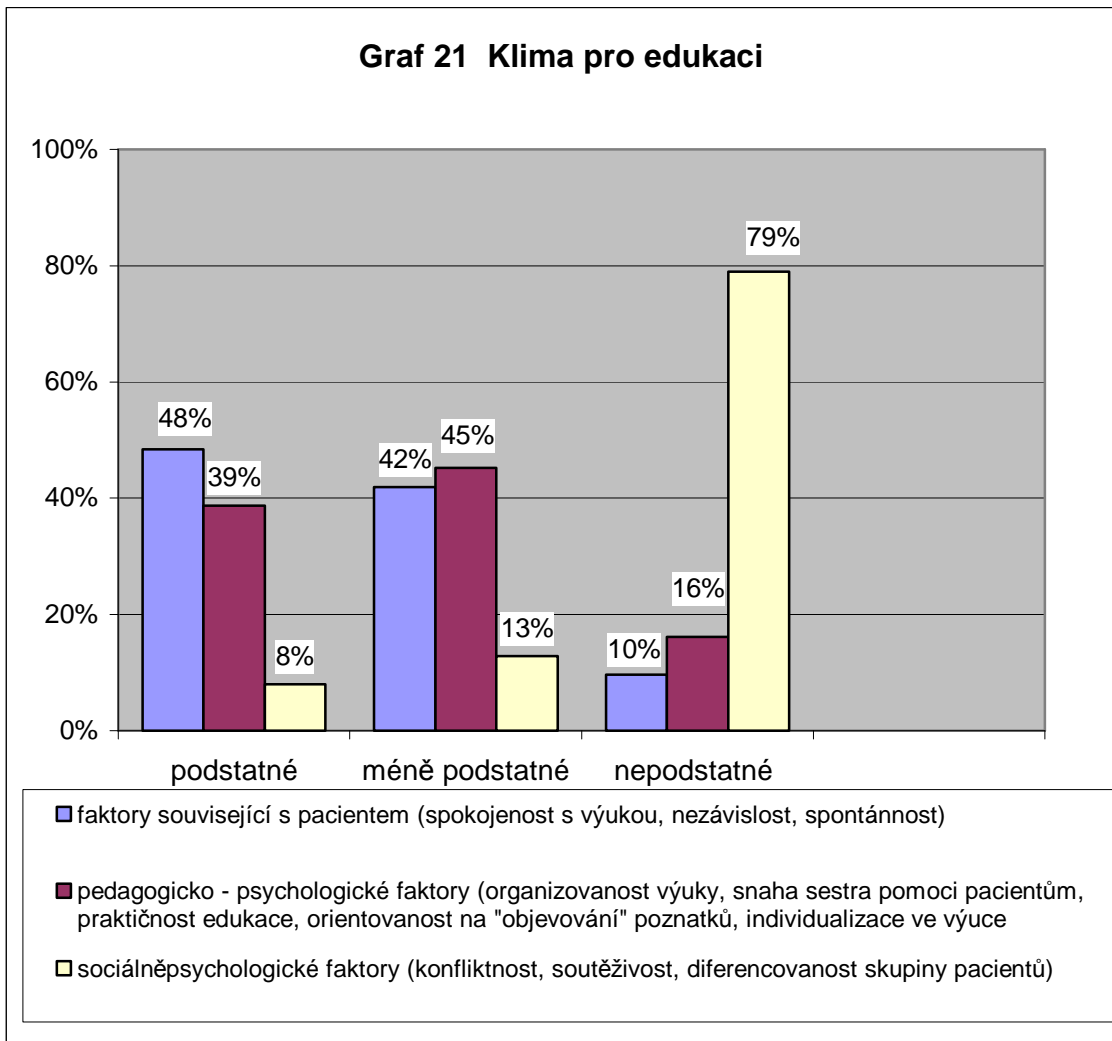
Rozhovor s pacientem k tématu edukace využívá k získávání informací od pacienta 54 sester, 27 sester označilo vstupní orientační dotazník, 12 sester simulovanou nebo reálnou situaci, na kterou pacient reaguje vyjádřením svých názorů na řešení. 9 sester, orientační dotazník představ pacienta o způsobu řešení daného problému. 2 sestry uvedly jiné a 1 sestra nestandardizovaný didaktický test.

Graf 20 Motivační prvky



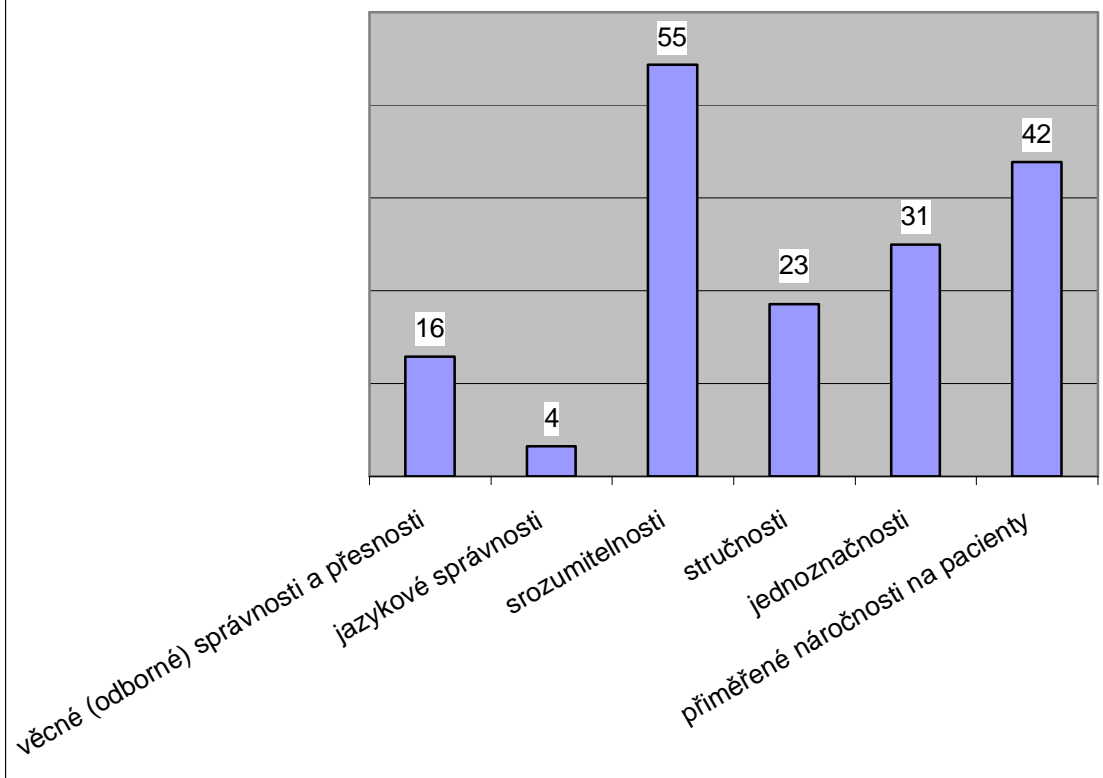
Při motivaci pacientů využívá nejčastěji 52 sester zvolení takové formy a metody komunikace s pacienty, aby si získala pacientovou důvěru a náklonnost k potřebné změně. 37 sester slovní logickou argumentaci, 33 sester uplatnění vlastních znalostí a zkušeností, 21 sester objasňování významů osvojovaných poznatků, 6 sester důkladně promyšlené dané téma edukace a žádná sestra neuvedla jiné.

Graf 21 Klima pro edukaci

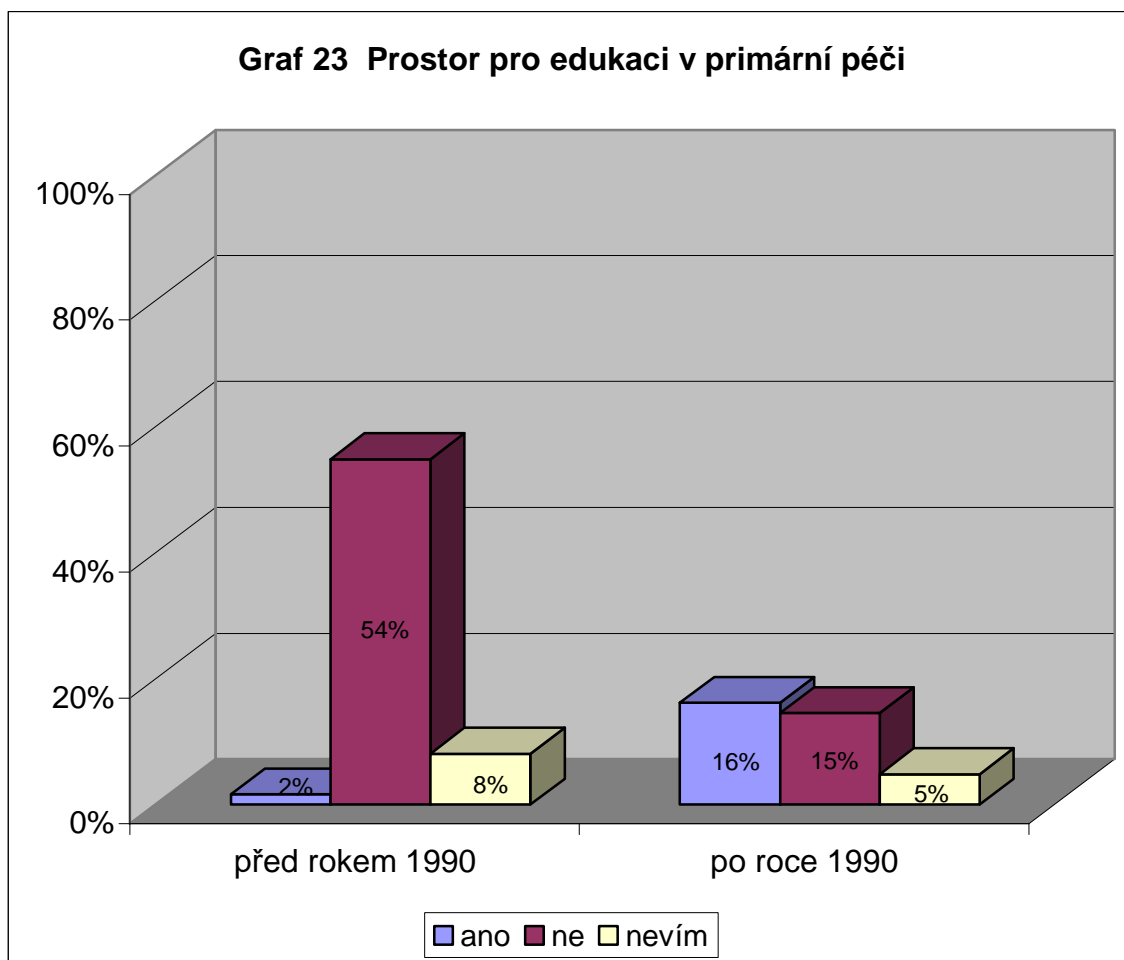


30 sester (48%) považuje za nejdůležitější faktory tvořící sociálně-psychologické klima během edukace faktory související s pacientem (spokojenost s výukou, nezávislost, spontánnost), 28 sester (45%) považuje za méně podstatné pedagogicko-psychologické faktory (organizovanost výuky, snaha sestry pomoci pacientům, praktičnost edukace, orientovanost na „objevování“ poznatků, individualizace ve výuce) a 49 sester (79%) považuje za nepodstatné sociálně psychologické faktory (konfliktnost, soutěživost, diferencovanost skupiny pacientů).

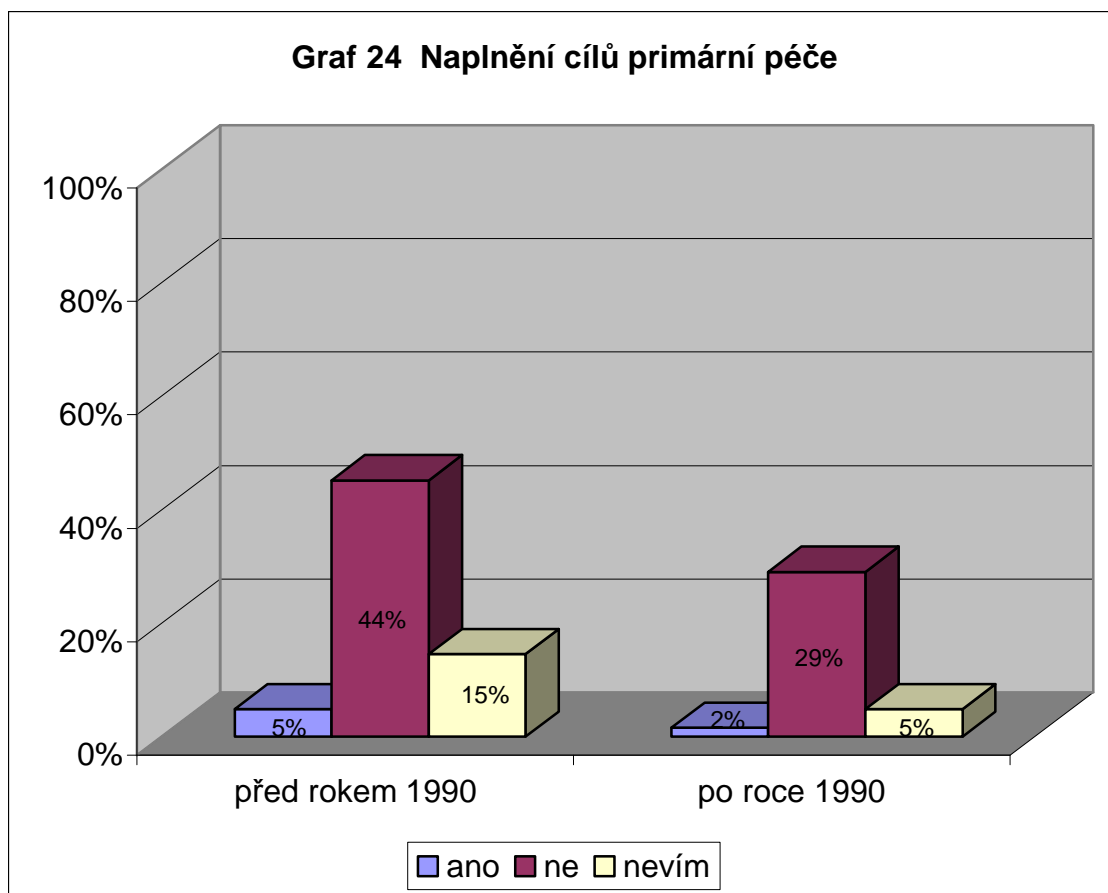
Graf 22 Formulace otázek



55 sester dává přednost při formulaci otázek srozumitelnosti, 42 sester přiměřené náročnosti na pacienty, 31 sester jednoznačnosti (jasné vymezení toho, co sestra od pacienta vyžaduje), 23 sester stručnosti, 16 sester věcné (odborné) správnosti a přesnosti a 4 sestry jazykové správnosti (spisovný projev, správný slovosled, atd.).

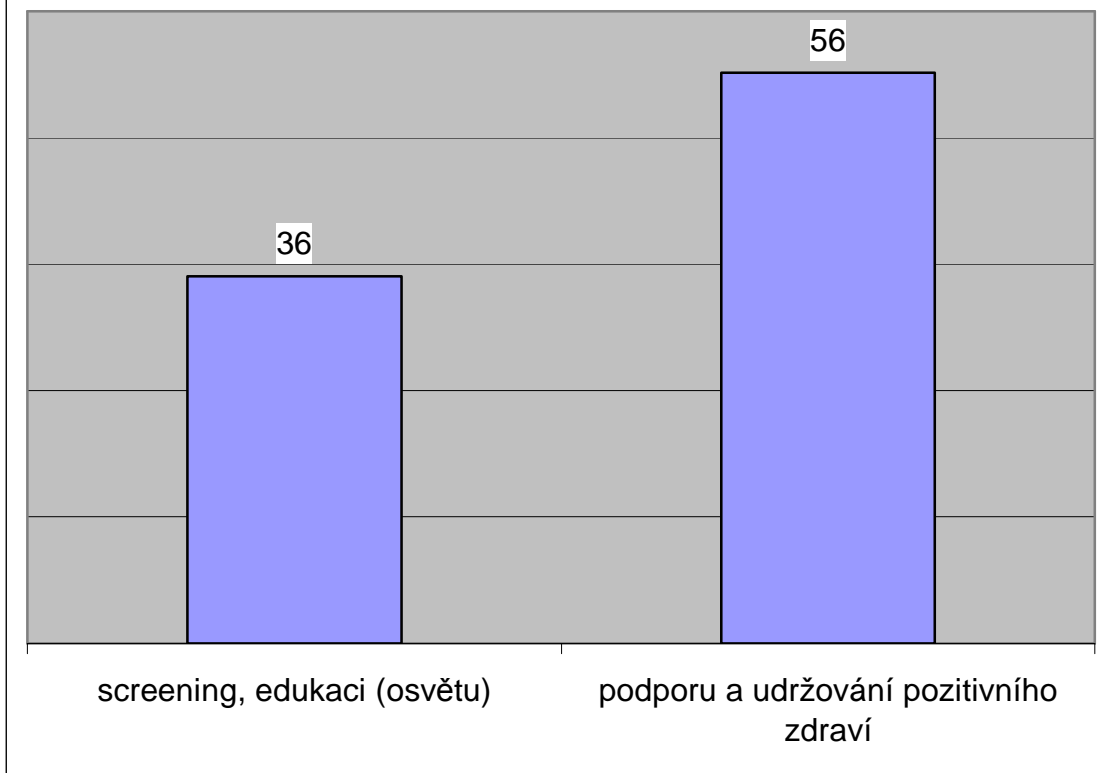


Jedna sestra (2%), která zahájila studium před rokem 1990 se domnívá, že v současném systému primární zdravotní péče je dostatek prostoru pro edukaci, 34 sester (54%) před rokem 1990 si myslí, že ne a 5 sester (8%) označilo nevím. 10 sester (16%), které zahájily studium po roce 1990 se domnívá, že v současném systému primární zdravotní péče je dostatek prostoru pro edukaci. 9 sester (15%), po roce 1990, označilo ne a 3 sestry (5%) nevím.

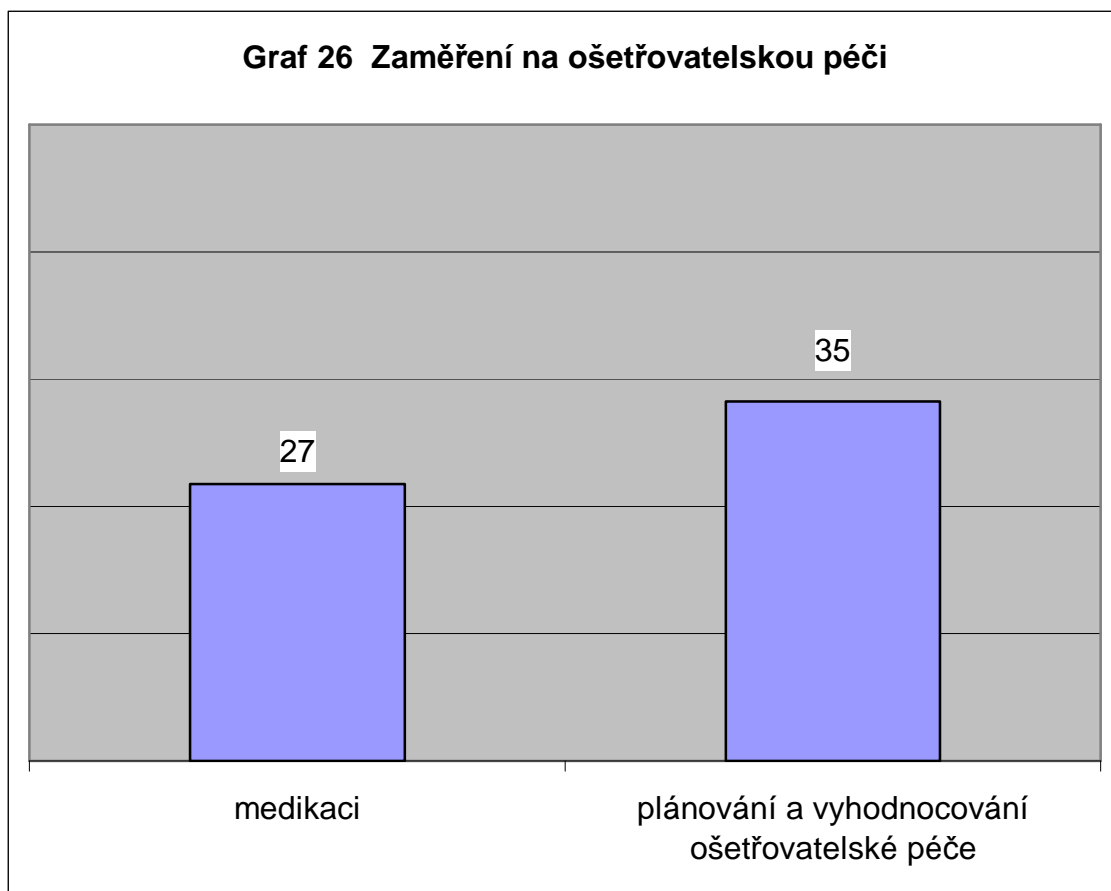


3 sestry (5%), které zahájily studium před rokem 1990 se domnívají, že cíle primární péče jako je podpora a ochrana zdraví lidí a zaměření na prevenci jsou v České republice plně naplňovány, 28 sester (44%) odpovědělo ne a 9 sester (15%), před rokem 1990, nevím. 1 sestra (2%), která zahájila studium po roce 1990 se domnívá, že cíle primární péče jsou v České republice plně naplňovány. 18 sester (29%) odpovědělo ne a 3 sestry (5%), po roce 1990, nevím.

Graf 25 Zaměření na prevenci

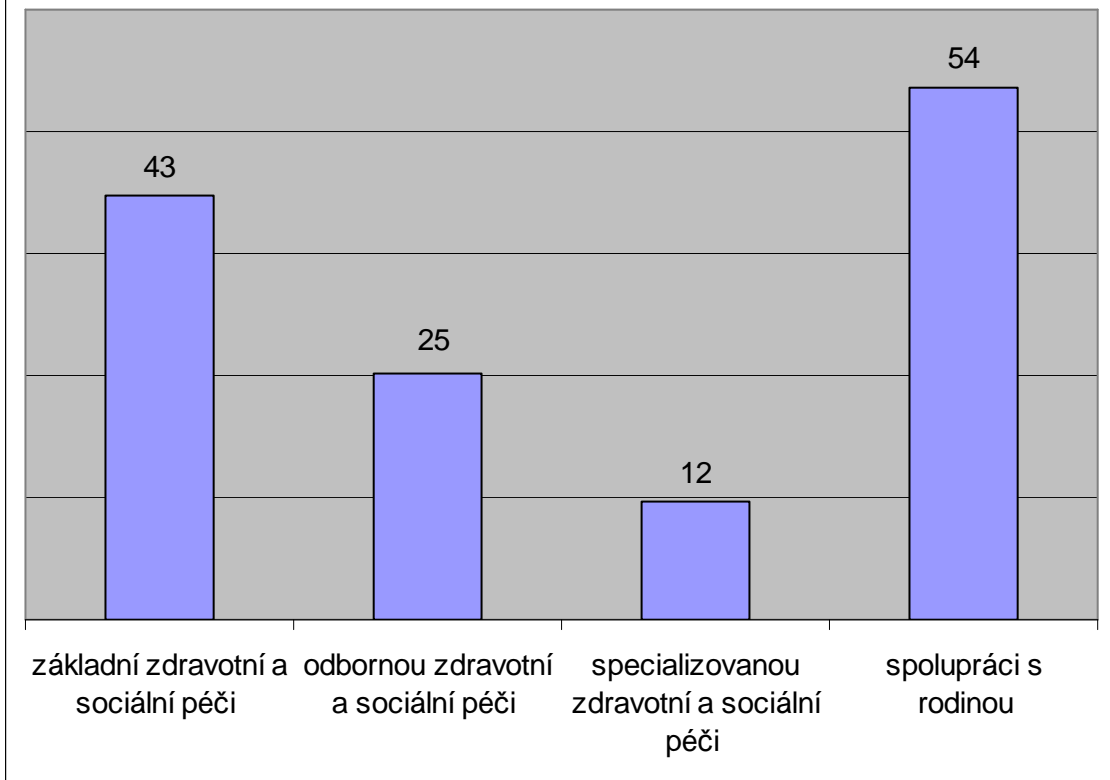


56 sester se při výkonu svého povolání v primární péči zaměřuje v oblasti prevence převážně na podporu a udržování pozitivního zdraví, 36 sester na screening, edukaci.



35 sester se při výkonu svého povolání v primární péči zaměřuje v oblasti ošetrovatelské péče hlavně na plánování a vyhodnocování ošetrovatelské péče, 27 sester na medikaci.

Graf 27 Sociální zaměření



54 sester se při výkonu svého povolání v primární péči zaměřuje v oblasti návštěvní služby hlavně na spolupráci s rodinou, 43 sester na základní zdravotní a sociální péči (ošetřovatelská péče), 25 sester na odbornou zdravotní a sociální péči (odběr biologického materiálu, převazy), 12 sester na specializovanou zdravotní a sociální péči (psychosociální podpora a péče).

5. Diskuse

Z výsledků této bakalářské práce vyplývá, že možnost seznámit se s obecnými zásadami edukační činnosti sestry mělo značné procento zdravotních sester již během studia střední zdravotnické školy, a to i velká část sester, které začaly své studium před 1990 (graf 1 a 2). Oproti předpokladu i sestry, které zahájily studium po roce 1990 uvedly v 35%, že neměly možnost se seznámit se zásadami edukace během studia střední zdravotnické školy. Má vliv na tuto skutečnost fakt, že se sestry, které zahájily studium před rokem 1990 na působení v oblasti edukace (osvěty) více připravovaly než sestry, které zahájily studium po roce 1990? Je možné, že takový výsledek je způsoben malým počtem sester, které zahájily studium po roce 1990. Z celkového počtu 62 dotazovaných jich bylo pouze 22 a 40 sester zahájilo studium před rokem 1990. Z toho lze vyvodit, že se zde projevil buď vliv náhodných odchylek u malých souborů, nebo na středních zdravotnických školách i po roce 1990 je věnován malý prostor zásadám edukace.

Dále z výzkumu vyplynulo, že největším zdrojem seznámení se se zásadami edukace pro sestry, které zahájily studium před rokem 1990 jsou návštěvy vzdělávacích akcí, následovány odbornou literaturou a časopisy. Sestry, které zahájily studium po roce 1990 téměř rovným dílem volí odbornou literaturu, časopisy, návštěvy vzdělávacích akcí. Žádná sestra z obou souborů neoznačila jiný zdroj nebo neodpověděla neseznámila. V poměrně malém procentu se jako informační zdroj v obou skupinách uplatnil internet (graf 3). Tento výsledek potvrzuje, že znění zásad edukační činnosti sestry je čistě profesní téma a i seznámení s nimi se předpokládá spíše z odborných profesních zdrojů. Internet není dosud tak intenzivně využíván k hledání natolik specifických a odborných informací. Literatura ovšem oproti tomuto výsledku uvádí, že se v současné době stále více rozšiřuje využívání internetu v běžné edukační praxi (22, 37). Je samozřejmě možné, že sestry ve většině případů internet využívají v průběhu samotné edukace pacienta při komunikaci s ním.

Celoživotní vzdělávání téměř všechny sestry vnímají jako svou povinnost, což považují za velmi pozitivní fakt vzhledem k současné změně pohledu na ošetrovatelství. Zde se výsledky výzkumu shodují s literaturou (23, 25, 31). Jinak by to snad ani v neustále

měnicích se trendech, moderních poznacích a dynamicky vyvíjející se medicíně nešlo. V související otázce č. 11, které druhy aktivit sestrám pomohou v dalším vzdělávání v oblasti edukace se většina přiklání k návštěvám vzdělávacích akcí a samostudiu odborné literatury. Opět jen 5 sester z 62 volí internet, což potvrzuje odpovědi na předchozí otázku.

V otázce č. 6 se přibližně polovina sester domnívá, že lze zlepšit povědomí sester o edukaci také v odpovědích se následně objevuje řada zajímavých názorů na způsob zlepšení tohoto povědomí. Nejčastěji navrhovaným způsobem byly finanční odměny, následovány návštěvami vzdělávacích akcí a přednášek, lepší pracovní podmínky, motivace od nadřízených, poutavé informační materiály a 13 sester uvedlo jiné možnosti. Zmíníme nejčastěji navrhované způsoby: více výuky na střední zdravotnické škole, specializace v daném oboru, více dostupné literatury, časový prostor pro edukaci v práci sestry, seznámení proti podpisu při nástupu do pracovního poměru. Lze je všechny považovat za velmi přínosné a inspirující. Určitě by měly být využívány v praxi pro zlepšení současného stavu, a to i v eventuelní kombinaci několika těchto způsobů dohromady.

Svou znalost zásad edukace dle výzkumu hodnotí sestry (před rokem 1990) jako spíše rámcovou, při srovnání se sestrami (po roce 1990), které hodnotí svou znalost jakou dobrou. Nulové procento sester udává neznalost zásad edukace.

Zajímavý je výsledek otázky č. 8 „Domníváte se, že zásady edukace jsou uplatňovány v každodenní práci sester?“, ve kterém je patrný rozdíl mezi sestrami, které zahájily studium před a po roce 1990. Zatímco sestry před rokem 1990 volily odpověď spíše ne, ve 45%, ne ve 2%, zcela 8% a spíše ano 10%. Naopak u sester po roce 1990 převažovala odpověď zcela a spíše ano 11% a 13%, zatímco odpověď spíše ne a nejsou uplatňovány byla zastoupena v 6% a 5%. Je možné, že do rozdílnosti výsledků mezi oběma skupinami se promítá i to, že jsou sestry, které zahájily studium před rokem 1990 výrazně skeptičtější, což také může být vysvětlováno rozdílným pohledem sester s poměrně delší praxí než sestry, které začaly studovat po roce 1990. Některé zdroje uvádí, že dlouholetá praxe může takové chování způsobit (11, 18). Sestry také mohou

být často ovlivněny médii, či některými mýty, které se tradují mezi odbornou i laickou veřejností.

Dále z výzkumu vyplynulo, že jako nejvyužívanější metodou edukace je rozdávání letáků a tištěného informačního materiálu, následována rozhovorem a vysvětlováním. Přednáška a skupinová diskuse se podle výzkumu v edukaci v primární péči uplatňuje v malém zastoupení. Tyto výsledky odporují tomu, co uvádí literatura, která uvádí rozhovor jako nejčastěji používanou metodu edukace (1, 15, 37). Sestry převážně předávají pacientům edukační materiály (brožury, letáky atd.); se stručným zopakováním a vysvětlením tištěného textu. V navazujícím využíváním edukačních pomůcek označilo 54 z 62 sester papíry, následované videoprojekcí a tabulí. Využití papíru jako edukačních pomůcek je i z ekonomického hlediska nejvýhodnější.

Pozitivní je i výsledek možnosti komunikace s pacientem v soukromí, kde většina sester uvedla, že tuto možnost má. Taková komunikace bez přítomnosti dalších osob je důležitá i pro následující sestavování plánu edukace, získávání informací od pacienta, který při rozhovoru v soukromí často sdělí mnohdy i více intimních informací.

Sledováním zpětné vazby se u svých pacientů zabývá 33 sester. Zajímavá a zcela jistě potěšující je analýza grafu 13, kde se ukazuje, že sestry v převážné většině zjistí zpětnou vazbu samy, povšimnutím si změny u pacienta. Tento výsledek ukazuje na velkou vnímavost a citlivost sester vůči pacientům.

V další otázce měly sestry označit podle svých priorit oblasti edukace, které považovaly za stěžejní a oznámkovat je od 1 do 7 (1 nejdůležitější, 7 méně podstatné). Po vyhodnocení všech dotazníků jedničkou nejčastěji oznámkovanou oblastí bylo objasnění problému, kterého se bude edukace týkat následovaná sledováním emocionálních reakcí na sdělení informace, zvolením vhodné metody vyučování. Za nejméně důležité oblasti považují sestry sběr a analýzu pacientových schopností, stanovení edukačního cíle a zhodnocení, ověření, zda pacient porozuměl informacím. Překvapující je právě poslední místo pro ověření, porozumění informací pacientem. Tuto oblast odborná literatura zdůrazňuje a řadí mezi chyby, díky nimž je edukace neefektivní (15, 37).

Vypěstování si smyslu pro zodpovědnost (sebedůvěra a sebekázeň) u pacientů je podle poloviny sester nejtěžší oblastí při tvůrčím řešení jejich problému. Asi třetina sester se domnívá, že nejtěžší pro pacienty je naučit se praktickému využití v praxi a životě. Jistě zde určitou roli sehrála délka praxe a osobní zkušenosti sester, které jsou neocenitelné.

Otázka č. 17 byla zaměřena na to, jak zmapovat potřebu sester zdokonalit se ve verbální a neverbální komunikaci. 43 sester se chce zdokonalit v kladení správných otázek, 34 sester v mimických projevech, 26 sester ve sdělování gesty, dále téměř shodně označují zadávání úkolů, navození problematické situace a používání zdvořilostních frází. Za nejméně důležitou oblast ke zdokonalení považují sestry udržení očního kontaktu. Také zde je možné nalézat další argumenty či důvody pro opakované připomínání a zdůrazňování zásad edukace. Dokazuje to, že sestry by s největší pravděpodobností uvítaly další možnosti vzdělávání v oblasti komunikace. Většina sester (37) si uvědomuje, že pokud dokáže ovládat svůj emocionální stav, může se vyhnout negativnímu působení na pacienty. Jako další ovlivňující faktory sestry určily téměř rovným dílem zvolení příhodné doby pro edukaci, získání pacientovy důvěry, tolerování postojů a vztahů k sobě navzájem a kladný vztah k tématu i průběhu edukace. Tento výsledek je opět velice pozitivní a svědčí o citlivém přístupu sester k pacientům.

K získávání informací při edukačním procesu naprostá většina sester využívá rozhovor s pacientem, třetina vstupní orientační dotazník následovaný simulovanou nebo reálnou situací, na kterou pacient reaguje vyjádřením svých názorů na řešení, nestandardizovaný didaktický test využívá jedna sestra. Dvě sestry získávají informace od pacientů jiným způsobem, bohužel ale nevedly jakým. I v této oblasti je rozhovor stejně tak jako při samotné edukaci nejoblíbenějším způsobem k získávání informací doplněný vstupním orientačním dotazníkem.

V otázce motivace pacientů sestry s převahou využívají takovou formu a metodu komunikace s pacientem, aby si získaly pacientovu důvěru a náklonnost k potřebné změně v kombinaci se slovní logickou argumentací a uplatněním vlastních znalostí a zkušeností. Důkladně promyšlené dané téma edukace považuje za důležité při motivaci pacientů jen malé procento sester. Je potěšující, že sestry považují za velmi důležité

získat pacientovu důvěru a náklonnost, a tím pádem s ním navázat bližší vztah a snadněji jej přesvědčit k potřebné změně.

V otázce nejdůležitějších faktorů tvořící sociálně-psychologické klima při edukaci považují sestry za prioritní faktory související s pacientem (spokojenost s výukou, nezávislost, spontánnost), za méně podstatné pedagogicko-psychologické faktory (organizovanost výuky, snaha sestry pomoci pacientům, praktičnost edukace, orientovanost na „objevování“ poznatků, individualizace ve výuce) a za nepodstatné považují sociálně-psychologické faktory (konfliktnost, soutěživost, diferencovanost skupiny pacientů). Zde se opět ukazuje, že sestry správně považují spokojenost s výukou, snahu pomoci pacientům, praktičnost edukace, individualizaci ve výuce za stěžejní při své práci. Z tohoto grafu 21 je patrné, že se sestry správně orientují v první řadě převážně na základní potřeby pacienta během edukačního procesu.

Při formulaci otázek dává většina sester přednost srozumitelnosti v kombinaci s přiměřenou náročností na pacienty, jednoznačností a stručností. Odbornou správností a přesností, jazykovou správností se zabývá při kladení otázek malé procento sester. Zajímavé je, že pouze 16 sester z 62 se zaměřuje na odbornou správnost a přesnost. Většina sester se snaží o srozumitelnost a přiměřenou náročnost na pacienta, ale už nepovažují za nutné kontrolovat zda předané informace jsou odborně správné a přesné. Je možné, že sestry vzhledem k řadě let praxe předávají stále stejné informace a možná si ani neuvědomují, že díky stále novým a modernějším trendům v ošetrovatelství i medicíně už to, co platí dnes, zítra může být jinak.

V otázce prostoru pro edukaci v současném systému primární péče jsou dle výzkumu výrazně skeptičtější sestry, které zahájily studium před rokem 1990. Většina sester se domnívá, že není dostatek prostoru pro edukaci. Tento výsledek je možná ovlivněný neustálým navyšováním administrativy na úkor péče o pacienty. Zajímavý je výsledek k otázce č. 24, kde se sestry obou skupin shodují a přiklánějí se k názoru, že cíle primární péče jako je ochrana a podpora zdraví lidí se zaměřením na prevenci nejsou v České republice naplňovány. Ovšem hned v následující otázce, na co se při výkonu svého povolání v oblasti prevence zaměřují, naprostá většina sester tentokrát odpovídá na podporu a udržování pozitivního zdraví. Je možné, že v této otázce sestry volily

podporu a udržování pozitivního zdraví, protože ví, že by to tak mělo být, ale bohužel dnešní systém primární péče to v plné míře neumožňuje snad i v souvislosti s výše zmiňovanou narůstající administrativou. Tato dvě protichůdná tvrzení vedou k zamyšlení nad dnešním systémem primární péče a možná i vedou k novému výzkumu v oblasti podpory pozitivního zdraví lidí.

V oblasti ošetrovatelské péče upřednostňuje většina sester plánování a vyhodnocování ošetrovatelské péče oproti medikaci. Tento výsledek souhlasí s literaturou, která doporučuje v první řadě zaměření na ošetrovatelskou péči (15, 29). V oblasti návštěvní služby se sestry primární péče soustředí na spolupráci s rodinou a základní zdravotní a sociální péči (ošetrovatelská péče). Tento výsledek také odpovídá náplni práce primární sestry v návštěvní službě.

Na základě těchto výsledků výzkumu je možné říci, že první hypotéza „sestry praktických a odborných lékařů působící v primární péči využívají obecné zásady edukace“ se potvrdila. Předpokládaná druhá hypotéza „sestry praktických a odborných lékařů působící v primární péči nemají dostatečné možnosti pro provádění edukace“ se také potvrdila. Na zkoumaném souboru sester primární péče se prokázala celkem dobrá znalost a využívání zásad edukační činnosti a trochu překvapivě sestry obou skupin (zahájení studia před i po roce 1990) měly dobrou znalost zásad edukace. I když tyto výsledky vyznívají celkem pozitivně a ve prospěch sesterského stavu ve smyslu vzdělanosti, speciálně vzdělanosti pedagogické, nejsou úplně stoprocentně přesvědčivé, a proto by se měl najít prostor pro opakované připomínání a zdůrazňování zásad edukační činnosti sester.

6. Závěr

Provedený výzkum se zabýval možnostmi využívání zásad edukační činnosti sestry v primární péči. Cílem práce bylo zmapovat možnosti využití zásad edukace v primární péči. Podařilo se splnit cíl výzkumné práce, včetně dvou dílčích cílů. Oba dílčí cíle jsou zčásti obsaženy v hlavním cíli práce, ale jsou dále hlouběji analyzovány prostřednictvím některých otázek, především s ohledem na rok zahájení studia ošetrovatelství.

Hypotéza č. 1 „Sestry praktických a odborných lékařů působících v primární péči využívají obecné zásady edukace“ se potvrdila.

Hypotéza č. 2 „Sestry praktických a odborných lékařů působících v primární péči nemají dostatečné možnosti pro provádění edukace“ se také potvrdila.

Povedlo se také velmi uspokojivě splnit cíle ohledně návrhu mechanismů ke zlepšení edukační činnosti sestry. Respondenty navrhované postupy, jak zlepšit možnosti sester k využití zásad edukace, pokládáme za velmi podnětné a řadu z nich za celkem snadno realizovatelné. Na základě výzkumu lze souhrnně konstatovat, že využívání zásad edukace je dobré. Samozřejmě lze znalosti dále zlepšovat či prohlubovat a snažit se o intenzivnější využívání zásad edukace v každodenní ošetrovatelské praxi. K dalšímu zlepšení tohoto stavu lze využít některých, respondenty, navrhovaných postupů, eventuálně jejich kombinací. Toto lze považovat jako doporučení této práce.

7. Seznam použitých zdrojů

1. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
2. BRHEL, P., MANOUŠKOVÁ, M., HRNČÍR, E. *Pracovní lékařství. Základy primární, pracovní lékařské péče*. 1. vyd. Brno: nakladatelství NCO NZO v Brně, 2005. 338 s. ISBN 80-7013-414-3.
3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo-teória*. 2. vyd. Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
5. *Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně*.
[URL:<http://www.phil.muni.cz/fil/sef/kadner.html/>](http://www.phil.muni.cz/fil/sef/kadner.html) [cit. 2007-01-17]
6. *Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně*.
[URL:<http://www.phil.muni.cz/fil/sef/komens.html/>](http://www.phil.muni.cz/fil/sef/komens.html) [cit. 2007-01-17]
7. HALUZÍKOVÁ, J. Edukace-nástroj léčby. *Sestra*. Praha: 2003, roč. 13, č. 4, s. 14-15. ISSN 1210-0404
8. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 2004. 300 s. ISBN 80-8063-155-7.
9. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004. 89 s. ISBN 80 – 7040-725-5.
10. HOLŠÍK, J., KOUPILOVÁ, I., ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 137 s. ISBN 80-210-1907-7.
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
12. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.

13. Kolektiv autorů. *Zdraví 21-zdraví pro všechny do 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 27 s. ISBN 80-85-047-15-2.
14. Kolektiv autorů. *Rozvoj primární péče*. Phare, 1997. 43 s. CZ 9201-24.01-L002
15. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: nakladatelství Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
16. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-7.
17. KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného – edukace*. *Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č. 5, s. 27. ISSN 1210-0404
18. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing , a.s. 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.
19. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
20. *Lemon 3*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
21. *Lemon 4*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
22. MAREČKOVÁ, J., VRÁNOVÁ, V. *Ošetrovatelství na prahu 3. tisíciletí – Sborník příspěvků II. konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí Velká Bystřice 6.-7.9. 2000*. 1.vyd. Praha: nakladatelství GALÉN, 2000. 142 s. ISBN 80-86257-21-5.
23. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství . I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429-9.
24. *Národní centrum domácí péče České republiky*.
URL:<<http://www.domaci-pece.info/1564142/poskytovani-domaci-zdravotni-pece>> [cit. 2007-03-04]

25. *Ošetrovatelství v akci*. 1. vyd. Regionální pobočka Světové zdravotnické organizace pro Evropu v roce 1993 pod názvem Nursing in Action/WHO Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92 890 1312 5. ISSN 0378-2255.
26. PETTY, G. *Moderní vyučování*. Přel. z: Teaching Today Kovařík, Š. 2.vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2002. 380 s. ISBN 80-7178-681-0.
27. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178 – 399-4.
28. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: nakladatelství Portál, 2002. 488 s. ISBN 80 – 7178 – 631- 4.
29. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha:nakladatelství Informatorium spol. s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
30. SEIFERT, B. *Primární péče. Praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 156 s. ISBN 80-346-0883-9.
31. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 praktická příručka pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
32. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2000. 95 s. ISBN 80-85047-20-9.
33. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky (2)*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002. 271 s. ISBN 80-5047-21-7.
34. ŠTEFLOVÁ, A. Prevence v primární péči. *Postgraduální medicína*. Praha: 2004, roč. 6, č. 4, s. 4-7. ISSN 1212-4184
35. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Sestra*. Praha:2007, roč.17, č.1, s. 22-23. Dostupný také z WWW: <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=285309> ISSN 1210-0404
36. WASSERBAUER, S. a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. 3. vyd., Jihlava: Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě, Státní zdravotní ústav, 2003. 47 s. ISBN 80-7071- 172-8.

37. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: vydavateľstvo Osveta, 2002. 96s. ISBN 80-8063-108-5.

8. Klíčová slova

Edukace

Edukační proces

Pacient

Praxe

Prevence

Primární péče

Zásady edukace

9. Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 1 - Dotazník

Milé kolegyně,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Do rukou se vám dostává dotazník, který bude podkladem pro vypracování bakalářské práce.

Data získaná z anonymních dotazníků budou použita pouze pro moji bakalářskou práci. Prosím vás o laskavé vyplnění dotazníku a upřímné odpovědi. Označte nejvhodnější odpověď, popř. i více možností, eventuálně doplňte vlastními slovy, kde jste k tomu vybídnuti.

Předem děkuji za vaši ochotu a spolupráci.

Milena Draxlerová

- 1. Zahájil/a jste studium zdravotní sestry (všeobecná, dětská, DiS):**
 - a) před rokem 1990
 - b) po roce 1990
- 2. Měl/a jste možnost se seznámit se zásadami edukační činnosti sestry (osvěty) během tohoto studia**
 - a) ano
 - b) ne
- 3. Jakým způsobem jste se seznámil/a, popř. pokud jste na otázku č. 2 odpověděl/a ne; se chcete seznámit se zásadami edukační činnosti (osvěty) sestry (možno označit i více odpovědí):**
 - a) z odborné literatury
 - b) z časopisu
 - c) z internetu
 - d) na vzdělávací akci (přednáška, kongres atd.)
 - e) z jiného zdroje
 - f) neseznámil/a
- 4. Myslíte, že je povinností sestry se celoživotně vzdělávat**
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

5. **Domníváte se, že existuje způsob, který by zlepšil povědomí sester o možnosti využívání zásad edukace (osvěty) v praxi**
 a) ano b) ne c) nevím
6. **Pokud se domníváte, že existuje způsob, který by zlepšil možnosti sester k využití zásad edukace (osvěty), prosím napište jaký**

7. **Domníváte se, že znáte základní zásady edukace (osvěty)**
 a) celkem dobře b) jen rámcově c) vůbec je neznám
8. **Domníváte se, že zásady edukace (osvěty) jsou uplatňovány v každodenní práci sester**
 a) zcela b) spíše ano c) spíše ne d) nejsou
9. **Jaké využíváte metody edukace (osvěty) /možno označit i více odpovědí/**
 a) rozhovor b) vysvětlování c) přednáška
 d) skupinová diskuse e) letáky f) brožurky
 g) videoprojekce h) jiné
10. **Máte možnost mluvit s pacientem v soukromí bez přítomnosti dalších osob**
 a) ano b) většinou ano c) převážně ne d) ne
11. **Které druhy organizovaných aktivit Vám mohou pomoci k dalšímu zdokonalování edukační činnosti (možno označit i více odpovědí)**
 a) specializační studium b) studium VŠ
 c) návštěvy vzdělávacích akcí d) samostudium odborné literatury
 e) e-learning f) uveďte jiné.....
12. **Zjišťoval/a jste (např. od pacientů) jakou má vaše edukační (osvětové) působení zpětnou vazbu**
 a) ano b) ne c) zatím jsem o tom nepřemýšlel/a

13. Zpětný efekt své edukace (osvěty) jsem zjistil/a (pokud jste odpověděl/a v předcházející otázce za b) nebo za c), přejděte k otázce č. 14)

- a) dotazem na příbuzné pacienta
- b) sám/a jsem viděl/a u pacienta změnu
- c) od lékaře
- d) od blízkého člověka, který sám oznámil, že nastala změna v pacientově chování a stylu života

14. Které oblasti vaší edukační činnosti (osvěty) pokládáte za stěžejní (možno označit i více odpovědí). Prosím označte odpovědi od 1 do 7 podle vašich priorit (1 - nejdůležitější; 7 – méně podstatné)

- a) sběr a analýzu pacientových schopností a vědomostí []
- b) poznání společensko – ekonomických faktorů []
- c) objasnění problému, kterého se bude edukace týkat []
- d) sledování emocionálních reakcí na sdělené informace []
- e) stanovení edukačního záměru a cíle []
- f) zvolení vhodné metody vyučování []
- g) zhodnocení, ověření zda pacient porozuměl informacím []

15. Co si myslíte, že je pro vaše pacienty nejtěžší při tvůrčím řešení problému

- a) naučit se praktickému využití poznatků v praxi a životě
- b) rozvíjení schopnosti tvořivě řešit problémy
- c) vypěstování si smyslu pro zodpovědnost (sebedůvěra a sebekázeň)

16. Při edukaci (osvětě) používám tyto materiální didaktické prostředky (možno označit i více odpovědí)

- a) tabule
- b) zpětný projektor
- c) magnetofon
- d) video
- e) žádné z výše uvedených
- f) papíry
- g) jiné

17. V jakých oblastech verbální a neverbální pedagogické komunikace

pocítujete potřebu se zdokonalit (možno označit i více odpovědí)

- a) používání zdvořilostních frází
- b) zadávání úkolů
- c) kladení správných otázek
- d) navození problémové situace
- e) udržení očního kontaktu
- f) mimické projevy
- g) sdělování pohybem těla
- h) sdělování fyzickým postojem
- i) sdělování gesty
- j) sdělování dotykem

18. Jak se podle vašeho názoru můžete vyhnout negativnímu působení na pacienty (možno označit i více odpovědí)

- a) dokázat ovládat svůj emocionální stav (strach, smutek, hněv)
- b) kladnými vztahy a postoji k tématu i průběhu edukace (projevy zájmu, potěšení, uspokojení)
- c) tolerováním postojů i vztahů k sobě navzájem (pacient – sestra)
- d) stanovením pravidel o průběhu edukace
- e) získáním pacientovy důvěry
- f) využíváním názorných modelových situací
- g) stanovením snadněji dosažitelných cílů
- h) zvolením příhodné doby, času pro edukaci (osvětu)
- i) jiné

19. Jakým způsobem získáváte informace od pacienta (možno označit i více odpovědí)

- a) vstupní orientační dotazník
- b) nestandardizovaný didaktický test
- c) orientační dotazník představ pacienta o způsobu řešení daného problému
- d) rozhovor s pacientem k tématu edukace
- e) simulovanou nebo reálnou situací, na kterou pacient reaguje vyjádřením svých názorů na řešení
- f) jiné

20. Při motivaci (podněcování k něčemu kladnému, zdůvodňování) pacientů využíváte (možno označit i více odpovědí)

- a) slovní logickou argumentaci
- b) objasňování významu osvojovaných poznatků
- c) důkladně promyšlené dané téma edukace
- d) zvolení takové formy a metody komunikace s pacienty, abyste si získal/a pacientovu důvěru a náklonnost k potřebné změně
- e) uplatnění vlastních znalostí, zkušeností
- f) jiné

21. Které faktory tvořící sociálně-psychologické klima během edukace (osvěty) považujete za nejdůležitější. Prosím označte odpovědi od 1 do 3 podle vašich priorit (1 - nejdůležitější; 3 – méně podstatné)

- a) faktory související s pacientem (spokojenost s výukou, nezávislost, spontánnost) []
- b) sociálně psychologické faktory (konfliktnost, soutěživost, diferencovanost skupiny pacientů) []
- c) pedagogicko-psychologické faktory (organizovanost výuky, snaha sestry pomoci pacientům, praktičnost edukace, orientovanost na „objevování“ poznatků, individualizace ve výuce) []

22. Při formulaci otázek dáváte přednost (možno označit i více odpovědí)

- a) věcné (odborné) správnosti a přesnosti
- b) jazykové správnosti (spisovný projev, správný slovosled atd.)
- c) srozumitelnosti
- d) stručnosti
- e) jednoznačnosti (jasné vymezení toho, co sestra od pacienta vyžaduje)
- f) přiměřené náročnosti na pacienty

23. Domníváte se, že v současném systému primární zdravotní péče je dostatek prostoru pro edukační činnost sestry

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Domníváte se, že cíle primární péče jako je podpora a ochrana zdraví lidí a zaměření na prevenci jsou v České republice plně naplňovány

- a) ano b) ne c) nevím

25. Při výkonu svého povolání zdravotní sestry v primární péči se zaměřujete hlavně na (možno označit i více odpovědí)

I. v oblasti prevence

- a) screening, edukaci (osvětlu)
b) podporu a udržování pozitivního zdraví

II. v oblasti ošetrovatelské péče

- a) medikaci
b) plánování a vyhodnocování ošetrovatelské péče

III. v oblasti návštěvní služby

- a) základní zdravotní a sociální péči (ošetrovatelská péče)
b) odbornou zdravotní a sociální péči (odběr biologického materiálu, převazy)
c) specializovanou zdravotní a sociální péči (psychosociální podpora a péče)
d) spolupráci s rodinou