

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.,R.N.

Autor práce:

Bc. Michaela Blažková

The process of education of patients as a part of the nursing process

Education is an integral part of the nursing process. It is a purposeful activity, systematic training, which leads to gain knowledge and skills by means of a special process of learning.

The aim of this work was to find out, whether nurses provide patients with education within the nursing process and whether patients feel that this education is sufficient enough to keep an optimal level of their health. The survey has been carried out in the form of questionnaires which were given out within the period of two weeks in hospitals in Tábor and České Budějovice. The questionnaires have been made for two groups of informants – nurses and clients. 122 nurses and 109 clients took part in the survey.

Hypothesis 1, which was: 'Nurses provide patients with necessary information within the nursing process', was confirmed. Apparently, from the results of the survey, health-educational activity, which is in plenary powers of nurses, is done by nurses themselves for the most part, but in some cases also the doctor took part in this activity. Hypothesis 2, which was: 'Knowledge and skills, which patients gain within the educational activity, are considered by patients to be sufficient', was confirmed. Although most of the asked expressed satisfaction with the information provided, there were still clients who were not satisfied with the number of information both theoretical and practical. Therefore, nurses should carry out self-reflection, think of possible defects and the way how to clear them off. Hypothesis 3, which was: 'Gained knowledge and skills within the educational activity contribute to clients to maintain an optimal level of their health', was confirmed. In most cases, clients said that the advice, which had been given to them by the nurse within the educational activity, was very significant for improving their health. More than a half of the asked clients stated that they had been instructed, which contributed to this improvement in a significant way. Hypothesis 4, which was: 'The result of mutual cooperation between a nurse and a patient in the nursing process is his requested behaviour', was also confirmed. Cooperation between a nurse and a client is based on a good communication between

both parts. The result of this understanding is a situation when a client obeys the instructions given. From results it is obvious that all clients tried hard to keep professional recommendation provided by the nurse and reach the goal this way.

For the past three decades the form of the educational activity has changed considerably. Thirty years ago, education was aimed more or less at brief passing on information concerning treatment, possible complications and their prevention. Nowadays, the nurse, who is thanks to her learning within the area of education highly professional, puts an emphasis on mutual cooperation not only with the client but also with his family. The nurse respects client's individual needs and tries to make him participate actively in his health care.

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma: Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu jsem vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích 28. 5. 2007

.....

podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí práce doc.PhDr.Valérii Tóthové, Ph.D., R.N. za odborné vedení diplomové práce, své rodině za podporu a také zdravotnickým zařízením, které mi umožnily uskutečnit výzkum.

Obsah

Úvod	3
1. Současný stav.....	4
1.1. Edukace	4
1.1.1. <i>Psychologické prvky edukace</i>	6
1.1.2. <i>Význam výchovy v profesi sestry.....</i>	7
1.1.3. <i>Sestra v roli edukátora.....</i>	8
1.2. Výchovný proces.....	10
1.2.1. <i>Výchovně vzdělávací proces</i>	10
1.2.2. <i>Učení.....</i>	11
1.2.2.1. <i>Změny v učení</i>	13
1.2.2.2. <i>Akceptování změny.....</i>	14
1.2.2.3. <i>Odmítání změny</i>	15
1.2.3. <i>Vyučování.....</i>	15
1.3. Motivace	16
1.3.1 <i>Teorie motivace.....</i>	18
1.4. Komunikace.....	19
1.4.1. <i>Proces komunikace</i>	22
1.4.2. <i>Faktory ovlivňující komunikační proces.....</i>	24
1.5. Výchovně vzdělávací cíle.....	27
1.5.1. <i>Cíle výchovy.....</i>	28
1.5.2. <i>Vztah vychovatele a vychovávaného.....</i>	29
1.5.3. <i>Metody výchovného působení na nemocné.....</i>	29
1.6. Edukační proces.....	31
1.7. Koordinátoři edukačních programů.....	38
1.8. Ošetrovatelský proces.....	39
1.8.1. <i>Fáze ošetrovatelského procesu</i>	40

2. Cíl práce a hypotézy	44
2.1. Cíl práce	44
2.2. Hypotézy	44
3. Metodika	45
3.1. Použitá metoda	45
3.2. Charakteristika zkoumaného souboru	45
4. Výsledky výzkumu	46
4.1. Výsledky výzkumu – dotazník A (sestry)	46
4.2. Výsledky výzkumu - dotazník B (klienti)	59
5. Diskuse	68
6. Závěr	80
7. Seznam použitých zdrojů	81
8. Klíčová slova.....	86
9. Seznam příloh.....	87

Úvod

Výuka neboli edukace je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Je to záměrná činnost, systematická instruktáž, která vede k získání znalostí a dovedností specifickým procesem učení. Tento specifický proces učení je založen na vzájemné spolupráci sestry a klienta, v níž jsou sestrou respektovány klientovy somatické, psychické a sociální zvláštnosti. Spolupráce sestry a klienta je především odrazem jejich dobré komunikace a vzájemné důvěry. Hlavním záměrem této vzájemné spolupráce je dosažení požadovaného cíle tedy změny v klientově chování.

Téma diplomové práce „Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu“ jsem si vybrala z důvodu změn hodnot a postojů v ošetrovatelství, které byly zapříčiněny přeměnou politického systému na konci 80. let.

Nový model spolupráce mezi zdravotníky a klienty klade důraz na aktivní zapojení klienta do procesu péče o jeho zdraví. K tomu, aby mohl klient přebrat odpovědnost za své zdraví potřebuje získat dostatek informací. Právě sestra je v oblasti zdravotně výchovné činnosti tou nejpovolanější, neboť je dostatečně vzdělaná a kvalifikovaná.

Edukace se v ošetrovatelské praxi uplatňuje prostřednictvím edukačního procesu, který je součástí ošetrovatelského procesu. Tento edukační proces je členěn do pěti fází. První fáze posouzení je zaměřena na zjištění údajů o klientovi a na určení edukačních témat. Ve druhé fázi dochází ke stanovení edukační diagnózy. Třetí fáze je příprava edukačního plánu. Ve čtvrté fázi se edukační proces realizuje. Pátou, závěrečnou fází je kontrola a hodnocení.

1. Současný stav

1.1. Edukace

Slovo *educare*, *educare* pochází z latiny a znamená vychovávat. V angličtině tento pojem značí *education* nebo-li vzdělání. Ve spojení s *health education* označuje zdravotní výchovu, která je podstatnou součástí moderního ošetrovatelství.

V posledních letech se stále častěji klade důraz na edukaci a edukační proces v ošetrovatelství jako na podstatnou součást kvalifikované péče, která výrazně napomáhá naplňovat preventivní cíle moderního ošetrovatelství. Jednou z cest jak výsledku dosáhnout, je cílená identifikace zdravotních rizik a jejich následná eliminace aktivním zapojením klienta v péči o sebe sama za pomoci účelné podpory tandemu lékař-sestra. V terénní péči směřuje tato podpora především do oblasti úpravy životního stylu klienta, kde edukace a edukační schopnosti zdravotníků sehrávají významnou roli. (46,17)

V nejobecnějším významu edukace označuje jakékoliv situace za účasti lidských subjektů, při nichž probíhá nějaký edukační proces, dochází k nějakému učení. Ve filozofii výchovy znamená edukace proces celkové výchovy vztahující se na člověka. Edukace je považována za celoživotní rozvíjení osobnosti působením formálních výchovných institucí a neformálního prostředí. V obecné pedagogice a didaktice se pojem edukace používá jako synonymum termínu vzdělávání, resp.vzdělávací proces. Tento význam se vztahuje k prostředí školy, kde probíhají procesy řízeného učení. (35)

Edukace je tedy označení pro výchovu a vzdělání. Je to systematická instruktáž při níž dochází k získávání znalostí a dovedností specifickým procesem učení. Člověk, který je aktivním producentem vyučování, je označován jako edukátor a kterýkoliv subjekt učení je edukant.

V 70. letech byla omezená samostatnost sester a edukace se orientovala pouze na jednoduché předávání instrukcí a informací o jejich zdravotním stavu, léčbě, možných komplikacích a potřebných krocích k jejich prevenci. Změnou politického systému v 80. letech se u nás začaly prosazovat změny a hodnoty ošetrovatelství. Prvořadý význam mají potřeby klienta. Začíná se více využívat edukace. V 90. letech se již klade důraz na

vytváření předpokladu k získávání a odpovědnosti klienta ke svému zdraví. Cílem je poskytnout dostatek informací o možnostech a způsobech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti, motivovat, ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své zdraví a ke změně chování vedoucí k posílení zdraví. Do popředí se dostává individualita nemocného. Vlastní realizace se rozvíjí v posledních deseti letech 20. století. Význam edukace v činnosti sestry je patrný hlavně z pohledu současné kvality zdravotního stavu obyvatelstva České republiky a Evropské unie, kdy tento stav není uspokojivý.

V současné době je kladen důraz na dodržování práv pacientů, k nimž neodmyslitelně náleží možnosti svobodného rozhodování člověka, aby mohl sám a svědomitě posoudit další postup léčby či péče. Měl by být náležitě informován a edukován o svém zdravotním stavu. Klient má právo ale i potřebu vědět, jak pečovat o své zdraví. Zákon č.20/1966 Sb. stanovuje, že vyšetřovací i léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat.

Sociální, kulturní a ekonomické trendy vyvolaly v Evropě hnutí za kompletnější vypracování a respektování práv pacientů. Jsou vypracovány nové a pozitivnější představy o právech pacientů, odrážející význam, který vyjadřuje úctu k lidem a i jistou spravedlnost ve zdravotnictví. Etický kodex české lékařské komory ukládá lékařům povinnost nemocného nebo jeho zákonného zástupce srozumitelným způsobem informovat o charakteru onemocnění, diagnostických a léčebných postupech včetně rizik a o dalších důležitých okolnostech, které během léčby mohou nastat. Etický kodex práv pacientů uvádí, že klient má právo se rozhodnout, zda s navrhovaným diagnostickým a léčebným plánem souhlasí. Pacient má v rozsahu, který je povolen zákonem, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o důsledcích svého rozhodnutí. Zákon určuje, že poučení podává lékař a sestry jsou oprávněny podávat pouze poučení v rámci svých profesních kompetencí a činností.

Edukační činnost tvoří součást plánovaných intervencí sestry ve všech formách péče, i když není vždy adekvátně uplatňována. Edukace klienta je nejdůležitějším aspektem v ošetrovatelské praxi a je důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství. Edukační činnost tvoří důležitou a neoddělitelnou součást pracovní náplně sestry v primární, sekundární i v terciální péči. Edukace je nejučinnější, jestliže se přizpůsobí

fyzickým, emocionálním, intelektuálním, sociálním, finančním, kulturním a etnickým podmínkám edukanta.

Edukace se v ošetrovatelské praxi uplatňuje prostřednictvím edukačního procesu, který je součástí ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je zaměřený na plánování a realizaci péče po zhodnocení stavu a diagnostice fyzických, psychosociálních a duchovních potřeb klienta. Edukační proces určuje instruktážní obsah a metody založené na zhodnocení učebních potřeb, stanovení priorit, posouzení připravenosti učit se a zvolení vhodného učebního stylu. V rámci výuky edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby klienta i jeho rodiny. Snaží se zredukovat pocity úzkosti, nejistoty. Pomáhá klientovi také pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnosti za své zdraví. Nedílnou součástí edukátora jsou potřebné znalosti, dovednosti, komunikační schopnosti, respekt k osobnosti klienta a dostatek empatie a ochoty pomoci.(40,33,43,41,23,5,10,)

1.1.1. Psychologické prvky edukace

Nové pojetí vztahů mezi zdravotníky a klientem se mění z paternalistického modelu, který předpokládal, že klient „poslechne“ autoritu a zachová se podle příkazů, na model spolupráce, v němž klient přebírá nejen právo, ale i odpovědnost za své zdraví. K tomu, aby se choval ke svému zdraví rozumným způsobem, musí mít přiměřené množství informací, přiměřené znalosti a také přiměřený návod. Účinná a správná edukace pak představuje více než jen „poučení o tom, co by měl klient provádět“. Představuje i určitou psychologickou a pedagogickou práci, která předvídá nástrahy, jenž se v budoucnosti objeví, zakomponuje všechny tyto možné komplikace do již výchozích dohod a zajistí tak dobrou spolupráci klienta s doporučeným režimem. Léčebná a režimová opatření, o jejichž užitečnosti musíme klienta přesvědčit, znamenají vždy změnu jeho dosavadních zvyklostí. Důležité je vždy počítat s tím, že jedna změna vyvolá mnoho dalších. Změny se nedělají snadno a sestra, která má klientovi pomoci, musí být vnímavá, předvídavá a hodně trpělivá. (14)

1.1.2. Význam výchovy v profesi sestry

Zdravotnická profese patří k těm oborům, které mají přímo ve své pracovní náplni výchovu populace v oblasti zdraví. Nejde o činnost nahodilou, ale promyšlenou a vysoce profesionální. Právě sestra je k této činnosti ze všech zdravotnických profesionálů nejpovolanější, neboť je dostatečně vzdělaná a kvalifikovaná. Pomáhá klientům, rodinám i skupinám při zabezpečování a dosahování jejich fyzického, mentálního a společenského potenciálu v souvislosti s prostředím, ve kterém žijí a pracují. Do vzdělání se promítá nejen role a postavení sester, ale také jejich zodpovědnost a kompetence. Sestry musí mít odbornou způsobilost na vykonávání funkcí, které zlepšují nebo udržují zdraví klientů a které předcházejí onemocněním. Poskytují, plánují a vyhodnocují profesionální péči v období nemoci a rekonvalescence. Tato ošetrovatelská péče zahrnuje fyzické, psychické i společenské aspekty života, které ovlivňují zdraví, chorobu, invaliditu a umírání.

Sestry mohou vykonávat praxi v nemocnicích, ale také v komunitách. Jsou způsobilé jak pro samostatnou práci, tak i pro práci v týmu. Sestry povzbuzují aktivní zapojení jednotlivce, skupin a komunit, posilňují jejich samostatnost a zodpovědnost při zachování zdraví a zdravého způsobu života.

Schopnost provádět účinnou výchovu ke správnému životnímu stylu je determinována řadou okolností, které do procesu vstupují jako schopnost vlastního sebepoznání, sebehodnocení a sebevýchovy. Aby sestry dokázaly naslouchat, pomáhat a hlavně radit jiným, musí se naučit naslouchat a poradit především sami sobě. Důležitá je schopnost empatie nejen ke klientům, ale i všem spolupracovníkům, na které chtějí pozitivně působit. Neméně důležité je dokonalé zvládnutí všech forem verbální i neverbální komunikace s ohledem na individualitu každého jedince a schopnost produktivního jednání zdravotníka (kladné chování ke klientům, které přispívá psychologickými prostředky k dosažení záměrů léčby nebo edukační činnosti). Vlastní životní styl by měl odpovídat deklarovaným radám a doporučením (jednoznačný postoj ke kouření, drogám a k nevhodnému sexuálnímu chování, rozvoj pohybové aktivity, změna stravovacích návyků, způsoby zvládnání stresových situací). Výchova se musí uskutečňovat při každodenním styku zdravotníka s osobami zdravými, nemocnými či

ohroženými na zdraví. Zdravotní výchova je nedílnou součástí primární i specializované péče, stejně tak jako diagnostika, terapie i rehabilitace.

Ošetřovatelství jako umění si vyžaduje pochopení a praktickou aplikaci specifických vědomostí a dovedností, které se v rámci možností opírají o výsledky vědeckého výzkumu a praxe. Vymezením a charakteristikou kompetencí sestry se dosáhne odborné i právní zodpovědnosti za jednotlivé výkony a jejich výsledky. Z role a funkce sestry se odvozují požadavky, které směřují k edukaci a ke způsobilosti sestry. Profese sestry se musí vyznačovat souborem vědomostí, schopností a dovedností, komunikativní i sociálně-interakční způsobilostí, intrapersonální i interpersonální způsobilostí, smyslem pro službu veřejnosti, přijímáním zodpovědnosti za výkon, aplikací výsledků výzkumu a teorie v praxi, způsobilostí hodnotit a důvěrou jednotlivých pracovníků v profesi i v týmu.

Současný rozvoj ošetřovatelství a jeho zaměření mění také roli sestry. Tato změna vyžaduje nejen rozvoj nových poznatků z oblasti medicíny, ale také nové poznatky ze společenských věd jako pedagogiky, psychologie, etiky a sociologie. Sestra se stává rovnocennou členkou týmu, schopnou samostatně pracovat jak s nemocným, tak i se zdravým člověkem. Mění se i role klienta z pasivního konzumenta na aktivního účastníka péče o svoje zdraví. Sestra na základě svojí odbornosti a profese může přispět k výchově a k podpoře zdraví, pokud edukace bude odrážet možnosti působení na zdraví člověka kvalitními informacemi. (43,44)

1.1.3. Sestra v roli edukátora

Moderní koncepce ošetřovatelství považuje za důležité aspekty v roli sestry – edukátorky, koordinátorky péče o klienta. Edukační role sestry je mnohostranně zaměřená na utváření a formování uvědomělého a zodpovědného konání jedince i skupiny v zájmu podpory zachování a obnovy zdraví. Edukační ovlivnění se realizuje formou získávání nových vědomostí, změnou postojů, přesvědčení, jako i změnou v motivaci prožívání a konání člověka. Edukační (zdravotně výchovná) činnost je důležitou součástí práce sestry. (8,46)

Sestra je při své práci vázána na úzký kontakt s nemocnými a na jejich spolupráci. Neustálý styk s nemocnými umožňuje sestře na ně výchovně působit. Důležitou součástí výchovného působení jsou předpoklady jako navázání kontaktu s klientem, zájem o klienta, získávání klienta pro spolupráci a také vhodné vlastnosti osobnosti sestry. Má-li sestra na klienta účinně působit, potřebuje se s ním dohodnout, nalézt k němu cestu. Není to vždy snadné, neboť se zde může vyskytnout řada překážek. Je to např. změna psychiky klienta vyvolaná nemocí (klient je obluzený, nemá zájem o spolupráci, o své léčení a uzdravení, je příliš soustředěn na své prožitky a nebere na vědomí to, co mu sestra sděluje), překážky v komunikaci ze strany sestry nebo klienta (sestra má špatné vyjadřovací schopnosti, mluví rychle, nesrozumitelně, neumí klientovi vhodně vysvětlit, co od něj žádá, klient je cizinec, má poruchu řeči), dále organické vady a poruchy (klient hůře slyší nebo neslyší vůbec, je sklerotický, nechápe co mu sestra sděluje).

Zpočátku, když sestra začne komunikovat s klientem, musí si uvědomit, zda klient reaguje na to, co mu říká, či nikoli. V záporném případě sestra hledá překážky a snaží se je úspěšně překonat. Výsledkem je vzájemné dorozumění, kdy klient odpovídá a plní pokyny. Sestra musí mít dostatek trpělivosti a sebeovládání. Navázat kontakt s klientem a zaktivizovat jeho síly pro boj s nemocí se podaří snáze sestře, o které nemocný ví, že má o něho zájem. Klient potřebuje sestře věřit a cítit, že její zájem o něj a jeho osud je skutečný, nikoli pouze profesionální. Projevem zájmu je respektování klienta, jeho osobnosti a úcta k němu. Respektovat osobnost klienta znamená přijímat ho takového jaký je, neodsuzovat jeho jednání a chování, nesnažit se měnit jeho povahové rysy podle svých představ. Mnohdy je však nezbytné, aby klient v zájmu léčení změnil své dlouholeté návyky a dodržoval určitý režim. Sestra musí najít takové způsoby, jak získat klienta ke spolupráci.

Hlavním cílem působení sestry je snaha zaktivizovat klientovy síly k boji proti nemoci, vzbudit chuť a vůli podílet se na vlastním uzdravení. Mnozí lidé jen pasivně čekají na pomoc zdravotníků, aniž berou na vědomí, že pasivita a odevzdanost značně snižují obranyschopnost organismu a tím prodlužují léčbu. Čím a jak bude sestra klienta motivovat, záleží na mnoha okolnostech, např. na druhu choroby, na stáří klienta, na jeho

postoji k životu, na jeho povahových vlastnostech i na znalosti prostředí, z něhož přišel a do něhož se také vrátí. Velmi záleží na sestře, na její všímavosti a vynalézavosti, jak bude klienta motivovat. Výsledek se nemusí dostavit ihned. Někdy to trvá hodně dlouho, než klient překoná pasivitu a beznaději a sebere svou sílu k boji s nemocí. Nesmíme zapomínat na pochvalu za každý sebemenší úspěch. Předpokladem úspěšného výchovného působení sestry na klienta jsou i její vlastnosti. Klient se snaží ztotožnit s pokyny a radami sestry laskavé, odpovědné, trpělivé a svědomité, než sestry nedůtklivé a lehkovážné, která u klienta může vyvolat obavy, strach a pocity nejistoty. Příjemné pocity vyvolává u klienta optimistická sestra s převahou pozitivního myšlení i sestra, která umí vystupovat a dobře se vyjadřovat. Ta nejenže u klienta vyvolává příjemné pocity, ale vzbudí i jeho úctu a stává se pro klienta vzorem. (4)

1.2. Výchovný proces

Výchova je společenský a historický jev, který je určován zákonitostmi společnosti. Je to záměrné působení na jedince s cílem dosáhnout změn v různých složkách osobnosti, působení na druhé lidi, aby se rozvíjeli v harmonickou osobnost a mohli se v průběhu života plně uplatnit. Harmonickým rozvojem je míněn vyvážený tělesný, duševní, citový i mravní vývoj. Je to cílevědomý, záměrný proces vlastní lidské společnosti, ve které sledujeme, aby si vychovávaní osvojili nejen poznatky, vědomosti a zručnosti, ale aby se u nich postupně rozvíjeli určité schopnosti, vlastnosti a návyky. Výchovou předává předchozí generace nové generaci hmotné, morální, vědní a kulturní hodnoty. Mladá generace podstatnou část hodnot přebírá a přidává k nim vždy něco nového. (4,44)

1.2.1. Výchovně vzdělávací proces

Z teoretického pohledu lze výchovu a vzdělávání oddělit, ale v praxi je to nemyslitelné. Každý učitel při výkonu své profese vzdělává a zároveň vychovává. Z toho se odvozuje termín „výchovně vzdělávací proces“, který vyjadřuje tuto propojenost.

Vzdělávání se chápe jako proces záměrného a organizovaného osvojování poznatků, dovedností, postojů, atd., realizovaný prostřednictvím vyučování. Lze ho také charakterizovat jako proces, v němž si prostřednictvím vyučování klient osvojuje poznatky a činnosti, které vnitřním zpracováním (učením) přetváří ve vědomosti, dovednosti a návyky. Vzdelávání se odehrává mezi vyučujícím a vzdělávaným účastníkem. Z pohledu vzdělavatele jde o vyučování a z pohledu vzdělávaného jde o učení. Výuka je komplexní proces, který tvoří vyučování a učení. V této souvislosti se často používá pojem didaktický proces. Vyučování a učení lze charakterizovat jako proces individuálního (skupinového) zlepšování a propracovávání. Vyučující vychází z určitého stavu vědomostí a dovedností účastníka, volí nejvýhodnější postupy. Vyučující je ve vyučovacím procesu aktivnějším, řídicím činitelem, který dává informace a impulsy, organizuje průběh osvojování poznatků, volí přiměřené metody, vyvolává příznivý stav aktivity u účastníka a kontroluje a hodnotí průběh jejich učení. (26,25,34)

1.2.2. Učení

Učení je aktivní činnost účastníka (klienta), která spočívá v kvantitativním a kvalitativním nárůstu osvojených poznatků, ale také v přenosu a případné změně hodnot, zájmů, postojů a dalších prvků směřující k rozvoji člověka. Potřeba učení je požadavkem na změnu v chování a v postojích. Jinými slovy je to mezera mezi informací, kterou klient má a informací, která je potřebná na to, aby dokázal zvládnout určité činnosti a aby byl schopen postarat se sám o sebe. Je to změna schopností člověka, která má určitou dobu trvání. Získání vědomostí se projeví ve změně chování. Důležitým aspektem získávání vědomostí je touha člověka po poznání a přímé účasti na obohacování se novými poznatky, což lze pojmenovat ochotou. Nezbytná je poddajnost, která se projeví, když člověk rozpozná potřebu učení a akceptuje ji. Dobrovolně vydává energii potřebnou na to, aby se něco nového naučil. Učení je složitá poznávací činnost, kterou nelze uspěchat. K dosažení odborných znalostí je potřeba značné doby včetně dostatečného času na procvičení. Základem učení je nutnost neustálého přizpůsobování organismu proměnlivému životnímu prostředí pro zachování své existence. Z hlediska

vývojové psychologie lze učení pojmout jako nárůst poznání a zkušeností, jako asimilaci, kdy se začleňují nové podněty do schémat činností člověka. Činnosti člověka, kterými se zabývá, jsou propojeny s jeho osobností a procesem učení. (26,21,15)

Rozlišujeme tři základní teoretické oblasti učení: behaviorismus, kognitivismus a humanismus. Zakladatelem behaviorismu je Edward Thorndike, který byl přesvědčený, že přenos vědomostí se může stát pouze tehdy, když je nová situace velmi podobná staré (předchozí) situaci. Jedním z hlavních přínosů, který se dá aplikovat na vzdělávání je myšlenka, že základem učení je postoj klienta. Při uplatňování behaviorálních cílů se usiluje o to, aby klient změnil svoje chování a jednání a získal určitou způsobilost a rozhodování pro změnu.

Behaviorismus přenesený do ošetřovatelské edukace znamená pozitivní posilování odpovědí a reakcí klienta. Při uplatňování behavioristického přístupu v edukaci klienta je možné formulovat vstup jako podnět a výstup jako edukační cíl. Např. očekávaná změna v chování nebo ve vědomostech, která by se měla prostřednictvím vstupu dosáhnout. Cesta k dosáhnutí výstupu nemusí být vždy lehká, proto by se měla realizovat cestou upevňování takových projevů chování, které se přiblíží k cíli. Může to být cvičení, předcvičování, ale i pochvala nebo trest. Behaviorální terapie využívá zákonitosti teorie učení a soustřeďuje se na aktuální chování, příznaky, eliminaci nepřiměřených reakcí a na pěstování požadovaných návyků.

Humanismus je zaměřený na rozvoj lidské osobnosti, která bude svobodná, zodpovědná, tolerantní, empatická, respektující ostatní a plná jiných sociálních vlastností. Humanismus uznává hodnotu člověka jako osobnosti, jeho právo na svobodu a štěstí, na rozvoj jeho sil a schopností. Nejvýznamnějším představitelem v rozvoji humanistických teorií učení je Benjamin S. Bloom. Základem humanistické výuky je záměr umožnit člověku objevit sebe jako jedinečnou bytost, najít v sobě kvality, které ho tvoří být člověkem. Převážná většina lidí může v průběhu edukačních procesů získávat vlastnosti a schopnosti učít se navozením motivace na učení za předpokladu, že probíhá ve vhodných podmínkách. Z toho vyplývá, že klientovi je třeba poskytnout tolik času kolik potřebuje s ohledem na jeho individuální možnosti a styl. Klient se sám

musí naučit, jak má řešit problém tak, aby se terapie nestala neřízenou. Humanistická teorie učení předpokládá, že u člověka existuje přirozený sklon k získávání nových poznatků. Zavedení humanistické teorie učení do praktického využití si vyžaduje poskytnout klientovi možnost vzdělání i potřebné vybavení na výuku. V 70. - 80. letech se začala v praxi při výuce klienta uplatňovat teorie vzdělávání dospělých neboli andragogika. Je to věda a umění, jak pomoci dospělým učit se.

Kognitivismus pokládá učení za komplexní psychickou aktivitu. Při uplatňování kognitivních cílů se soustředíme na poskytování informací, vysvětlování, řešení problémů a zapamatování si poznatků. Při kognitivním učení je nevyhnutelné poznání kognitivních vstupních charakteristik klientů tzv. předpokládaný typ vědomostí, zručností a schopností, které jsou podstatné pro nové učení. Nedílnou součástí je postoj a motivace klienta k učení. V získávání vědomostí jsou zahrnuty čtyři typy změn: změna mentální struktury, změna motivace, změna pocitu spolupatříčnosti ke skupině a výhody získané vhodným ovládním slov. (44,21,31)

1.2.2.1. Změny v učení

Přirozenou a vnitřní součástí života jedince jsou procesy změn, které jsou kontinuální po celý život člověka. Změna může být chápána jako soustavná intraindividuální proměna. Základním předpokladem vyplývajícím z definice učení je změna. Změna není jednoduchý jev, má rozsáhlý vliv nejenom na klienta, ale i na rodinu nebo sociální skupinu. V edukaci je vhodné volit ke změně racionálně-empirický přístup. Např. člověk , který kouří, přestane kouřit, protože u něho zvítězí zdravý rozum. Člověk by měl jednat tak, aby mu změna přinesla maximální užitek. Změna může být skrytá nebo zjevná. Skrytá změna nastává, aniž by si jí člověk uvědomil, naopak zjevnou si člověk uvědomuje. Tato změna je často spojená se změnou chování , které se u každého člověka projevuje jinak v závislosti na jeho potřebách a cílech. Změna může být také plánovaná, která předpokládá řešení problému a neplánovaná, jenž vznikne náhle a její následky nelze předvídat. Plánovaná změna je záměrný, účelný postup jednotlivce, skupiny nebo organizace, jejímž cílem je zlepšení života,

práce a jiných podmínek např. sociálních, zdravotních. Kurt Lewin, zakladatel klasické teorie změny, ji charakterizoval jako postupnost tří základních stádií, kterými jsou: rozmrazování, pohyb a znovu zmrazení.

Stádium rozmrazování se vyznačuje motivací pro uskutečnění určité změny, kterou si člověk uvědomuje. Jde o kognitivní proces, ve kterém do popředí vystupuje problém a je známa metoda na jeho vyřešení, což si vyžaduje změnu. Při identifikování potřeby je důležité poznat podněcující vlivy, které změnu podpoří nebo naopak omezí, popřípadě brání v uskutečnění.

Ve stádiu pohybu se změna plánuje a začíná se realizovat.

Ve stádiu znovu zmrazení se změny integrují a stabilizují. Změna se promítne do systému hodnot a jednání člověka. Lippit napsal plánovanou změnu v sedmi fázích: diagnostika problému, odhadnutí motivace a síly potřebné na uskutečnění změny, odhadnutí motivace a síly nositele změn, výběr cílů směřujících ke změně, volba příslušné role nositele změn, zachování uskutečněné změny a ukončení vztahu pomoci. Ronald Havelock modifikoval Leninovu teorii plánované změny, kdy klade důraz na plánování procesu změny. Everret Rogers pokládá zázemí lidí a jejich okolní prostředí za velmi důležitou součást v procesu změn. Změna probíhá v pěti krocích. Poznání, kdy se člověk seznamuje se změnou a usiluje o její pochopení, přesvědčení, kdy si jedinec vytváří postoj ke změně a začne ji pokládat za výhodnou nebo nevýhodnou. Rozhodnutí, kdy si člověk rozhodne, zda ji přijme či nikoli, realizace, kdy ji člověk uskutečňuje a potvrzení, kdy se člověk přesvědčí o tom, zda jeho volba byla správná. (44,21,31)

1.2.2.2. Akceptování změny

Důležitým východiskem při plánování změny je pravděpodobnost, že bude přijata, jako i stanovení určitých kritérií, kterými ji lze zhodnotit. Na akceptování změny je potřebný jistý čas. Stádia akceptování změn u klienta lze charakterizovat jako uvědomění si něčeho nového, získávání informací o změně, hodnocení těchto informací,

zkoumání navrhované změny, testování navrhované změny v malém rozsahu a přijímání a začleňování změny do současného systému. (21)

1.2.2.3. Odmítání změny

Odmítání změny je nejsilnější tehdy, když myšlenka neodpovídá současným potřebám. Příčiny odmítání změn mohou být různé. Jako např. při ohrožení vlastních zájmů, které pocházejí z pocitu, že osobní ztráty budou větší než přínos vyplývající ze změny. Negativní postoj může být také zapříčiněn nesprávným pochopením. Neúplné nebo nepřesné informace mohou být důvodem odmítnutí. Nepřesné vnímání situace neboli objektivní nesouhlas může být další příčinou odmítnutí změny. V některých případech může mít člověk takové informace, na základě kterých dospěje k přesvědčení, že změnou nedosáhne vytyčeného cíle. Další příčinou je psychická reaktivita, která je motivována pocitem ztráty svobody, jež se odrazí v chování. Někteří lidé mají nízkou toleranci ke změně. I když chápou potřebu změny, nejsou schopni ji akceptovat. Může to být zapříčiněno nízkým sebevědomím, strachem z riskování nebo nejistotou. Odmítnutí změny můžeme ovlivnit komunikací s lidmi, kteří jsou proti změně a zjištěním, co způsobilo odmítnutí. Dále také zpřesněním informací a poskytnutím zpětné vazby, jasným stanovením oblastí, kterých se změna bude týkat, vysvětlením následků odmítnuté změny, vzbuzením pocitu viny, zdůrazněním pozitivních stránek změny a udržováním lidí, kteří změnu odmítají v kontaktu s těmi, co jsou zastánci změny, zachováním důvěry a opory.

Hnací silou celého procesu učení a změn je motivace. Základem úspěchu je sebedůvěra, která dodává člověku vytrvalost, odhodlání a schopnost nijak se nenechat odradit příležitostným neúspěchem. Nic nemá takovou motivaci jako úspěch. (12,44,21)

1.2.3. Vyučování

Proces vyučování je dynamický, vzájemný vztah mezi vyučujícím (edukátorem) a učícím se (edukantem). Jako každá smysluplná činnost, vyučování má vždy k cíli zaměřený průběh. Cílem vyučování chápeme zamýšlený výsledek, k němuž se směřuje.

Je to činnost vyučujícího (sestry), který iniciuje, motivuje a usměrňuje učení účastníka tak, aby dosáhl žádaného stavu tzv. určité soustavy vědomostí, dovedností a návyků. Vyučující vychází z určitého stavu vědomostí a dovedností u účastníka, volí nejvhodnější postupy. Vyučující je ve vyučovacím procesu aktivnějším, řídicím činitelem, který dává informace a impulsy, organizuje průběh osvojování poznatků, volí přiměřené metody, vyvolává příznivý stav aktivity u účastníka, kontroluje a hodnotí průběh jejich učení. Vyučování se pokládá za jednu z funkcí ošetrovatelství. Vyučovací proces má mnoho společného s ošetrovatelským procesem. Důležitým aspektem výuky je vztah mezi edukátorem (sestra) a edukantem (klientem). Edukant (klient) věří, že edukátor (sestra) má dostatečné vědomosti a zkušenosti, aby se mohl něco naučit a edukátor věří v klientovu schopnost dosáhnout určitého cíle. Jde o vztah důvěry a respektu. Když sestra začne učit klienta nebo jinou osobu, je velmi důležité tento vyučovací proces nepřerušit, dokud se stanoveného cíle nedosáhne. Výučování musí vždy pomoci tomu, kdo se učí, aby došlo k naplnění jeho individuálního cíle. Tyto cíle se předem stanovují. Pokud určité činnosti klientovi nepomáhají, je třeba je pozměnit a nebo zvolit jiné, vhodnější aktivity např. pouze vysvětlení nestačí, aby se klient naučil držet injekční stříkačku, skutečné uchopení injekční stříkačky je mnohem účinnější. Nevyhnutelný je stálý kontakt edukátora s edukantem. Vztah ve kterém se oba akceptují, učení podporuje. Edukátor, který dokáže využít předcházející vědomosti edukanta v momentální situaci, ho povzbuzuje a pomáhá mu osvojit si nové schopnosti. Např. člověk, který umí vařit, může tuto schopnost využít při osvojování si určité diety. K vyučování patří také určitý typ komunikace. Edukátor musí být schopný komunikovat stručně a jasně. Výukový proces musí být v souladu s vytyčenými výukovými cíli, proto je důležité vyloučit všechny informace a dovednosti, které s těmito cíli nesouvisí. Pokud se neodstraní, mohou klienta rušit a odpoutat od učení. (27,21,37))

1.3. Motivace

Termín motivace je odvozen z latinského slova *moveo*, které vyjadřuje přenesení hybné síly chování. Motivace je tedy síla vyvolávající chování zaměřené na uspokojení

nějaké potřeby. Lze ji označit jako proces, který vyjadřuje psychologický důvod chování (psychologickou příčinu), který určuje směr, sílu a trvání. Je to moc, která je příčinou našeho jednání. Motivace sama o sobě nestačí ke spuštění příslušného chování, nejsou-li splněny určité podmínky. Kromě výchozího vnitřního motivačního stavu pro spuštění určitého chování jsou nezbytné tyto podmínky jako např. subjektivní pravděpodobnost (odhad), že bude dosaženo daného cíle.

Naše určité jednání může být výsledkem působení mnoha motivů. Motivy jsou všechny síly, které přímo či nepřímo uvádějí naše chování do pohybu, proto bývají také nazývány dynamickými rysy či tendencemi. Pojem tendence zahrnuje směrový moment neboli zaměření k něčemu a pojem dynamický rys zahrnuje silový moment neboli intenzitu potřeby. Motivy mohou být různé a mohou se pohybovat od vědomého souhlasu až k nevědomému. Jsou nezbytné pro vznik akce, ale sami o sobě nestačí. Aby došlo k nějakému činu musí dojít k rozhodnutí, které je podmíněno vůlí. (1,42,28,20)

Základním zdrojem lidské motivace jsou vnitřní potřeby a vnější pobídky. Potřeby jsou nejdůležitějším druhem motivů. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky. Je provázena vnitřním duševním napětím, které nás vede k určitému chování, jehož cílem je uspokojení potřeby. Tím dojde k redukci neboli vymizení duševního napětí. Každý motiv který vede k jednání, vychází z potřeby a touhy ji uspokojit. Motivy jsou velmi rozmanité a během života se mění. Rovněž se mohou měnit i v průběhu činnosti. Vnější pobídky jsou podněty nebo události, které u člověka mohou vyvolat určitou potřebu, kterou mohou také uspokojit nebo naopak vyvolávají potřebu jednání proti vnější pobídce. Vnitřní potřeby jsou spjaty s vnějšími pobídkami, které mohou vnitřní motiv posilovat nebo oslabovat.

Člověk je schopen uvědomovat si své motivy a přemýšlet o nich. Dokáže kriticky promýšlet jednotlivá puzení k určitému jednání v kontextu dalších existujících motivů ještě předtím, než toto jednání uskutečňuje. Díky tomu je schopen do určité míry odhadnout následky zamýšleného jednání a tak se vyvarovat chyb. Někdy si svojí motivaci k nějaké činnosti uvědomuje méně či více, nebo si uvědomuje jen část motivů. Některé si neuvědomí vůbec. Uvědomit si plně vlastní motivaci (odpovědět na otázku proč to dělám) je velmi důležitým úkolem při sebevýchově a sebepoznání.

Dle Hermansova pojetí existují čtyři složky motivace – výkonová motivace (chování), aspirační úroveň, vytrvalost a orientace na budoucnost. V raných fázích výkonové motivace jsou za její důležité složky považovány potřeba úspěchu a snaha vyhnout se neúspěchu, popřípadě i strach z neúspěchu. Základními složkami výkonové motivace je úkolová orientace a orientace na ego. Úkolová orientace znamená zaměření na zlepšení dovedností a znalostí a je spojena s přesvědčením, že k tomu, aby bylo dosaženo úspěchu je nutno pracovat tvrdě a snažit se porozumět úkolům. Orientace na ego znamená dosažení vlastní převahy nad ostatními.

Motivace rovněž zahrnuje schopnost přimět druhého člověka k činu. Závisí na porozumění lidem a na pochopení jejich potřeb a požadavků. Schopnost určit a uspokojit tyto potřeby představuje klíč k úspěšnému motivování. Zdravotnickým pracovníkům umožňuje pochopení motivů nemocného lépe ho ovlivnit a získat pro aktivní spolupráci.

Lidská motivace je velmi složitá, vedle potřeb sem patří také zájmy, návyky, postoje, cíle a perspektivy i hodnotové orientace člověka. (40,1,3,19,18,30,42)

1.3.1 Teorie motivace

V současné době existuje několik obecně přijímaných teorií motivace. Mezi neznámější patří behaviorální teorie, kognitivní teorie a teorie úspěchu.

Behaviorální teorie motivace je nejrozšířenější teorií. Tato teorie vychází z představy, že požadované chování se opět dostaví, je-li posilováno odměnou při vhodné reakci na podnět. Tím je možné člověka ovlivnit, aby se určitým způsobem choval, pokud vidí, že jiní jsou za takové chování odměňováni. Dle této teorie může člověk motivovat jiného člověka tím, že požadované chování odměňuje, zatímco nežádoucí chování trestá nebo ho ignoruje.

Kognitivní teorie vychází z představy, že lidé jsou nejvíce motivováni tím, co vyvolává jejich zvědavost, co je zajímavé. Tato teorie se opírá o vnitřní motivaci uspokojovat potřeby nebo získávat schopnosti v určité oblasti.

Teorie úspěchu vychází z představy, že u člověka vzniká potřeba úspěchu, kterou se pokouší uspokojit, zatímco současně se snaží zabránit možnému neúspěchu. (19)

1.4. Komunikace

Komunikace je důležitým aspektem ošetrovatelské péče. Je definována jako vzájemná výměna všech signálů a informací mezi dvěma i více lidmi. Je chápána jako proces, během kterého působíme na druhé lidi a ovlivňujeme je. Působení, ovlivňování může být verbální a neverbální, vědomé či nevědomé, záměrné a nezáměrné.

Podstatnou část mezilidské komunikace tvoří komunikace verbální, nezanedbatelná je však i složka nonverbální, která zahrnuje prvky paralingvistické, mimické, gesta, postoje, vzájemnou vzdálenost a další. Komunikace verbální probíhá v určitém čase podle daných pravidel. Její absence se většinou projevuje chaosem. Záměrem každé komunikace je vyvolat nějakou odpověď. Kvalitní ošetrovatelská péče je neodmyslitelně spjata s komunikací mezi sestrou a klientem. Komunikace v rámci profese vyžaduje zcela zvláštní dovednosti, kterým se musí všichni zdravotníci naučit během profesionální přípravy. Odborné komunikační dovednosti patří mezi nejdůležitější dovednosti sestry. Komunikace v ošetrovatelství by neměla být považována za automatickou. Dobrá komunikace je základním předpokladem úspěšné ošetrovatelské péče. V profesi sestry by měla převažovat komunikace záměrná a vědomá, jejímž hlavním cílem by mělo být navazování vztahu mezi ní a klientem a získávání jeho důvěry. Vztah důvěry mezi sestrou a klientem je nezbytný pro získávání důležitých informací o klientovi. Sestry které účinně komunikují, jsou úspěšnými iniciátorkami změn zaměřených na upevnění zdraví. Neodmyslitelnou součástí profesionální komunikace je i poskytování informací klientovi. V komunikaci také informujeme toho druhého o našich hodnotách, motivech, cílech i přáních. (4,21,39,45)

K ošetrovatelské činnosti náleží tři druhy komunikace. Sociální, strukturovaná a terapeutická komunikace. Sociální komunikace je neplánovaná, odehrává se zpravidla při neformálním setkání a probíhá v ležérním tempu. Strukturovaná komunikace má

určitou náplň, která je předem naplánovaná (např. poučení klienta před operací). Terapeutická komunikace nebo-li léčebná se často využívá v ošetrovatelství. Je to proces kterým se pomáhá překonávat přechodný stres, dobře vycházet s ostatními lidmi, přizpůsobit se nezměnitelným skutečnostem a zároveň překonávat psychologické překážky, které stojí v cestě seberealizace. Terapeutickou komunikaci využívají sestry například při uklidňování úzkostného klienta před operací, při pomáhání nemocnému vyrovnat se s rakovinou. (16,4)

Podstatu komunikace a vytváření vztahů tvoří pojmy mezi které patří účast, naslouchání, vnímání, zájem o druhého, poznávání, akceptování, autentičnost, empatie a úcta. Účast nebo věnování pozornosti druhému znamená vidět toho druhého v širokém smyslu. Pozorností se vyjadřuje zájem o klienta. Nedosáhne se jí okamžitě, ale potřebuje čas. Naslouchat neznámá jen slyšet, ale především plně chápat a porozumět, být otevřený ke slovům, myšlenkám a pocitům druhého člověka. Naslouchání vyžaduje citlivost, porozumění a neodsuzování druhého. Vyžaduje to mnoho soustředění, nezaujatosti a zájmu o to, co bylo řečeno a nejen pouhé pochopení významu vyslovených slov. Tím, že sestra naslouchá, poznává klientovy potřeby. Sestra která umí pozorně naslouchat nejen slyší, co klient říká, ale hledá opakující se témata v klientových slovech, která naznačuje, ale konkrétně nevyslovuje.

Komunikace se zakládá na úctě k vnímání druhého člověka za každých okolností. Skutky jsou přímo výsledkem představ člověka a nebo z nich vycházejí. Pokud chceme pochopit druhého člověka, musíme chápat jeho stanovisko. Pro správný zainteresovaný vztah je důležité sdělovat informace, mít trpělivost, poctivost, opravdovost, důvěru, naději i odvahu. Pro sestru to znamená, že se o toho, o koho pečuje, také zajímá. Odhalení je proces, ve kterém se člověk druhému otevře. Je to oboustranný proces, který je nutný pro rozvoj zdravé osobnosti. Sebeodhalení je důležité pro sebepoznání a rozvoj je nutným předpokladem komunikace. Je také potřebný pro vytvoření terapeutického vztahu. Akceptování toho druhého znamená pomáhat mu růst a realizovat se. Pokud projevujeme druhému vztah, který se vyznačuje úctou k němu, shodou a akceptováním jeho pocitů, bude druhý člověk přirozeně směřovat k uzdravení, zralosti a odpovědnosti. Akceptováním by sestra měla klientovi

pomoci, aby uznal sám sebe. Empatie je vcítění se do situace toho druhého, abychom pochopili, co dělá a cítí. Empatie je důležitá pro navazování interpersonálního vztahu usnadňujícího komunikaci. Empatická sestra respektuje klienta a je mu nablízku. Je naladěna na jeho myšlení a pocity a verbálně či neverbálně vyjadřuje toto pochopení. Nejenže pozorně naslouchá každému slovu a citlivě vnímá, co klient říká, ale současně i neustále hodnotí a hledá skrytý význam slov. V prostředí porozumění klient snadněji odhaluje své nitro, rozvíjí se a nachází nové významy, které mohou být pozitivnější a přesnější a snáze mu pomohou zapojit se do učení. Autentičnost je důležitým předpokladem vztahu založeném na důvěře. Autentičnost znamená, že člověk je pravdivý při sdělování svých myšlenek, zkušeností a pocitů druhým. Udržuje a podporuje sebedůvěru i důvěru mezi sebou a druhým člověkem. Tato důvěra postupně vyvolává otevřenou komunikaci bez zábran. Respekt nebo pozitivní vztah je charakterizován jako pocit člověka, který je kladně hodnocen. Respekt je vřelost, sympatie a akceptování druhého člověka jako někoho hodnotného. Je to také zájem o rozvoj a víru v jeho schopnosti řešit problémy a rozhodnout se pro pozitivní jednání. Pozitivní vztah znamená hluboký zájem o druhého navzdory jeho slabým stránkám.

Jednotlivé složky komunikace umožňují navodit správnou atmosféru pro pochopení druhého i sebe a jsou základem pro naslouchání a reakci na ně. (16,9)

Aby komunikace mohla začít, probíhat a plnit svůj základní smysl, musí být obě komunikující strany schopny tří základních operací. Schopnost informací vnímat, zhodnotit a uchovat ji. K tomu, aby interakce mezi sestrou a klientem probíhala produktivně, musí být splněny tři základní podmínky: sestra a klient musí chtít, musí umět a mít možnost, aby mohli komunikovat.

První podmínka, chtít komunikovat, je spíše na straně klienta. Sestra se často brání získávat informace, nechce komunikovat, aby se nedozvídala. Řada sester si neví rady s informacemi, které jim klient při komunikaci sdělil. Na základě toho omezuje vzájemný kontakt a získávání informací na nejmenší možnou míru. Nevstupuje do role ani komunikátora, který komunikaci vede a který vysílá zprávu na kterou klient reaguje, ale ani se nestává komunikantem, který přijímá komuniké od něj. Když se sestra nedozvídá, nemusí reagovat, pomáhat, nemusí nic řešit.

Druhá podmínka produktivní komunikace vyžaduje, aby sestra a klient uměli spolu komunikovat. Klient obvykle nemusí mít problémy s komunikací, problém je mnohdy na straně sestry. Sestra nevystačí se svým způsobem jednání, které si přináší ze svého osobního života. Sociální dovednosti, které jsou nezbytné v profesionální komunikaci, jsou nadstavbou a zdravotníci se jim musí naučit. Jeden ze základních sociálních předpokladů je dovednost navázat kontakt s druhými. Náročnost této dovednosti sestra pochopí až v situaci, kdy musí komunikovat s klientem po mozkové příhodě, jejímž důsledkem je fatická porucha, a nebo s klientem zmateným. Jiná sociální dovednost je vedení rozhovoru. Problémy obvykle nejsou, pokud hovoříme s přáteli nebo se známými. V profesi se může vést dialog s lidmi odmítavými, podezřívavými nebo i agresivními. Velice těžká je komunikace s klientem, který značně nedoslýchá nebo s klientem, který má intenzivní bolesti.

Třetí podmínka, která musí být splněna je schopnost komunikovat. Zde je více problémů na straně klienta. K tomu, aby člověk mohl přijímat a zpracovat informace, musí být schopen jednak vnímat a jednak informaci po určitou dobu v paměti uchovat. (4,9)

1.4.1. Proces komunikace

Ve vztahu sestra - klient se rozlišují dva hlavní způsoby komunikace: terapeutický model a model kvalifikovaných lidských vztahů. Terapeutický model vznikl jako součást ošetrovatelské péče zaměřený na klienta a zdůrazňující zodpovědnost sestry za jeho celkové prospívání. Model kvalifikovaných lidských vztahů předpokládá, že komunikace má vliv na zdraví člověka. Za účinnou pokládá takovou komunikaci, která preferuje přiměřenost mezilidských vztahů. Ta je založena na dvou získaných schopnostech. První je přiměřená společenská otevřenost neboli schopnost někomu zprostředkovat určitý obsah zprávy a zhodnotit účinnost a vhodnost potencionálních reakcí. Druhou je strategická přiměřenost zprávy neboli schopnost ovládat a účelně používat jazyk i jiné výrazové prostředky na dosažení cíle ošetrovatelského procesu. Oba dva modely zdůrazňují potřebu učit se a ukazují na určité komunikační schopnosti, přičemž model kvalifikovaných mezilidských vztahů

zdůrazňuje tyto schopnosti jako součást strategické přiměřenosti zprostředkovaných informací. K těmto základním schopnostem patří také analytická a interpretační schopnost při komunikaci. Interpretace zahrnuje vnímání, paměť i myšlení. Komunikační model má dvě základní složky: lidi a zprávy. Je to dvojsměrný proces zahrnující odeslání a příjem zprávy. Záměrem každé komunikace je vyvolat odpověď.

Komunikační proces se skládá z pěti základních složek a pokud některá chybí, komunikace nemůže začít, tím méně probíhat. Základní složky komunikačního procesu jsou komunikátor (odesílatel), příjemce, zpráva, která je vysílána, zpětná vazba (zpráva o tom, že informace byla přijata) a kontext.

Komunikátor je osoba, která chce druhému člověku zprostředkovat zprávu nebo nějakou informaci. Někdy se nazývá jako kódovatel zdroje. Člověk který vysílá zprávu, musí mít důvod na komunikování. Zakódování znamená výběr specifických znaků nebo symbolů na přenos informace. Například jaký jazyk nebo slova použít, jaký tón hlasu, gestikulaci. Sestra si musí poradit nejen s nářečím, s cizím jazykem, ale také se dvěma jazykovými – laickou a profesionální neboli zdravotnickou úrovní.

Příjemce zprávy je druhou složkou komunikačního procesu. Je to posluchač, který musí naslouchat a pozorovat. Někdy se nazývá také jako dekodovač, jehož úkolem je vnímat záměr odesílatele, analyzovat přijatou zprávu a vysvětlit ji. Při vnímání využíváme všechny smysly, abychom byli schopni přijmout všechny verbální i nonverbální zprávy. Dekodovat znamená přizpůsobit přijatou informaci zásobě vědomostí a zkušeností příjemce a pochopit její význam.

Třetí složkou komunikačního procesu je zpráva, vyslovená nebo napsaná. Při podávání zpráv je důležité, aby způsob podání byl vhodný pro danou zprávu, aby jasně vyjádřil její smysl. Osobní rozhovor bývá účinnější. (4,21)

Čtvrtou složkou komunikačního procesu je odpověď nebo-li zpětná vazba, kterou příjemce posílá zpět odesílateli. Komunikace se zpětnou vazbou spočívá v průběžném kladení kontrolních otázek. Zajišťuje průběžnou kontrolu, jaký efekt má naše činnost. Je to způsob, jak při studiu poznat sám sebe, dozvědět se čemu jsme se naučili, zjistit, jaký dopad má naše osoba a také naše chování na ostatní. Zpětná vazba může být jednak pozitivní, jež zvyšuje sebevědomí, podněcuje k další činnosti, atd., tak

i negativní, která zanechává v příjemci nepříjemný pocit neúspěchu, snížené sebevědomí, atd. Součástí zpětné vazby je zrcadlení nebo-li reflexe. Reflexí ubezpečujeme sebe i klienta, že jsme pochopili vše tak, jak bylo řečeno. Naše sdělení pro nemocné musí být srozumitelné a zřetelné bez pojmů a obrátů medicínského slangu a proto nám komunikace se zpětnou vazbou pomáhá v ujištění, že klient porozuměl tomu, co jsme mu sdělili. (39,16,11)

Poslední složkou komunikačního procesu je kontext. Komunikace probíhá v kontextu, který do značné míry určuje význam všech verbálních i neverbálních sdělení. Tatáž slova nebo totéž chování můžou mít úplně odlišné významy, pokud jsou použity v odlišných souvislostech. Kontext má čtyři hlediska. Jednak je to fyzický kontext, který znamená konkrétní prostředí (např. místnost), kulturní kontext, který představuje životní styl, přesvědčení, způsob chování a komunikaci. Jde o pravidla určující co je dobré a co špatné u určité skupiny lidí. Dále sem patří sociálně-psychologický kontext, který vyplývá ze vztahu mezi komunikátorem a komunikantem, související s postavením jednotlivých účastníků komunikace a časový kontext, znamenající pozici určitého sdělení nebo signálu v posloupnosti událostí. Tyto čtyři kontexty se vzájemně ovlivňují. (6,22)

1.4.2. Faktory ovlivňující komunikační proces

Komunikační proces ovlivňují nejen faktory společensko-kulturní, zázemí, jazyk, věk, vzdělání nebo určité omezení a zvláštnosti neverbální komunikace, ale také schopnosti komunikujícího, jeho vnímavost, osobní prostor, teritorialita, postavení a vztahy, čas, prostředí, postoje, emoce i sebeúcta.

Schopnosti komunikujícího - schopnosti člověka mluvit, poslouchat, vidět a porozumět podnětům, výrazně ovlivňuje komunikační proces. Příjemce zprávy musí být schopný danou zprávu vysvětlit. Sestra musí umět odhadnout, jaké množství podnětů je klient schopný přijmout v daném časovém rozpětí. Často se stává, že se od příjemce očekává přijetí velkého množství informací. Sestra například mluví velmi rychle a nebo vyslovuje mnoho myšlenek najednou. Při poskytování zdravotnických instrukcí je velice důležité utřídit si tyto informace.

Každý člověk je jedinečnou osobností se svými hodnotami a s životními zkušenostmi. To, jakým způsobem bude vnímat a interpretovat zprávy, bude dozajista odlišné od ostatních lidí.

Osobní prostor je taková vzdálenost, která člověku vyhovuje při komunikaci s ostatními. Proxemika zahrnuje studium významu vzdálenosti mezi lidmi při komunikaci. Komunikace zahrnuje čtyři vzdálenosti. Intimní, osobní, sociální a veřejnou, přičemž každá z nich má svoje rozpětí. Komunikace v intimní vzdálenosti charakterizuje tělesný kontakt. Zachování určitého odstupu je přirozeným instinktem lidí, přičemž vzdálenost se od člověka k člověku značně liší. V osobní vzdálenosti se často uskutečňuje rozhovor mezi sestrou a klientem. Komunikace v osobní vzdálenosti může zprostředkovat také určitou spolupatříčnost a napomáhat výměně myšlenek a pocitů. Komunikace v sociální vzdálenosti je vhodná pro komunikaci s více lidmi v jistém čase nebo v rámci krátkého časového rozpětí. Tato komunikace je formální a je omezená na vidění a poslouchání. Veřejná vzdálenost je udržována při komunikaci se skupinou lidí a nebo s celou společností.

Teritorialita je prostor, který člověk považuje za svůj vlastní. Území, které si lidé vytýčili. Například klienti v nemocnici často pokládají za svoje teritorium prostor pro jednu postel vymezený závěsy nebo stěnami soukromého pokoje. Tento sklon lidí vyčleňovat si svoje území musí respektovat všichni zdravotníci. Klienti často pocítují potřebu chránit si tento svůj prostor.

Postavení a vztahy mezi komunikátorem a příjemcem ovlivňují komunikační proces. Výběr slov, struktura vět, tón hlasu se velmi liší dle toho, jaké má člověk postavení. Mezi dvěma komunikujícími vznikají specifické vztahy. Například sestra bude komunikovat při setkání s klientem kterého uvidí poprvé jinak, než s klientem, kterého už zná a ke kterému si již vybudovala určitý vztah.

K časovému faktoru v komunikaci patří události, které předcházely vzájemnému působení a nebo následovaly za ním. Hospitalizovaný klient, který musí čekat na vyjádření svojí potřeby, bude reagovat jinak než klient, který čekat nemusel. Způsob jakým sestra využívá čas, může povzbudit, ale i utlumit komunikativnost klienta.

Prostředí značně ovlivňuje komunikační proces. Šum překáží v přijímání informací, které někdo podává. Může mít povahu fyzickou, kdy rušivé vlivy pocházejí ze zdrojů mimo mluvčího i posluchače (např. nadměrný hluk, nedostatek soukromí), fyziologickou jako vlastní fyziologické bariéry komunikujících (např. vady zraku, sluchu, výslovnosti, paměti), psychologickou jako rozumovou nebo emocionální zaujatost (např. předem vytvořený klamný úsudek, předpojatost, uzavřenost, mylné naděje) nebo i sémantickou, kdy dochází k nepochopení významu slov (např. používání žargonu, složitých odborných termínů, cizích slov). (21,6,22)

Postoje mohou zprostředkovat představy, názory, pocity o lidech a událostech. Postoje jako starostlivost, vstřícnost, uznání, akceptování druhého, komunikaci ulehčují. Naopak povýšenost, chlad a nezájem komunikaci brzdí. Pozornost a vstřícnost umožňují citovou blízkost. Vstřícnost zprostředkovává přátelství a zájem, který se projevuje úsměvem a pozorností a vede k psychické pohodě druhého. Starostlivost značí podělení se o psychické zážitky, myšlenky, schopnosti i vědomosti. Úcta je postoj, který zdůrazňuje hodnotu a individualitu člověka. Lidé mají potřebu být odlišní od druhých, ale zároveň mají potřebu podobat se druhým. Nápadná odlišnost s sebou nese riziko izolace a ohrožení. Úcta se projevuje vyposlechnutím druhého člověka, i když s ním nemusíme souhlasit. Sestra si musí osvojit nový přístup při vyposlechnutí názorů druhých lidí. Akceptování nevyjadřuje ani schválení ani neschválení. Sestra dobrovolně přijímá klientovy upřímné projevy bez odsuzování. Akceptující postoj umožňuje klientovi vyjádřit osobní zážitky uvolněně a nezkresleně. Protikladem je povýšenost. Je to postoj, který vyjadřuje nadřazenost jednoho člověka nad druhým. Klienti kteří trpí pocitem beznaděje, často sestru vnímají jako nadřazenou, neboť je šikovnější a má víc vědomostí. Nedostatek zájmu má vliv na komunikaci. Sestra projeví nezájem např. tím, že zapomene, co nemocný říkal nebo se nesoustředí a pak mu nedokáže adekvátně odpovědět. (29,21,4,10)

1.5. Výchovně vzdělávací cíle

Pojem cíl neboli očekávaný výsledek je základní kategorií vyučování. Jde o ideální představu toho, čeho má být v činnosti dosaženo. Výukový cíl chápeme jako představu o kvalitativních a kvantitativních změnách u jednotlivců v oblasti afektivní a psychomotorické, kterých má být dosaženo ve stanoveném čase v procesu výuky. Cíle mají významnou usměrňující a motivující roli v předváděných činnostech. Cíle vyučovacího procesu dávají výuce řád, určují výběr obsahu učiva, výběr optimálních metod vyučování a hodnocení, organizačních forem a materiálního zabezpečení vyučovacího procesu. Čím je cíl zřetelnější, tím lépe víme, které informace potřebujeme získat. I neuvědomělé cíle hrají při přijímání informací roli. Pokud výchovně vzdělávacím procesům chybí jasně stanovené cíle, u vyučujícího to vede k tomu, že při vyučování využije více svoji bezprostřední intuici, než jasnou představu, čeho má být výukou dosaženo. Proto je velmi žádoucí, aby očekávané výsledky byly stanovené nejen na konci vyučovacího procesu, ale také i v jeho průběhu. Každý cíl učení je třeba formulovat tak, aby bylo vždy jasné, kdy se k němu dopracujeme. Popis cíle musí zahrnovat i činnosti účastníka při osvojování obsahu a také požadovanou úroveň osvojeného učiva. Všeobecné výchovně vzdělávací cíle se musí definovat a konkretizovat pro různé oblasti výchovy a vzdělání. Tyto cíle se můžou od sebe lišit mírou všeobecnosti a významu. Dosažení všeobecných cílů závisí na dosažení řady dílčích a etapových cílů. Dílčí cíle musí odpovídat a vycházet z cílů všeobecných. Specifické cíle se podle psychických procesů dělí na cíle v oblasti kognitivní, psychomotorické a afektivní. Tyto cíle by měly definovat jednoznačně stav, kterého má být dosaženo. Kognitivní neboli poznávací vzdělávací cíle zahrnují oblast vědomostí, intelektových a poznávacích schopností, kterými jsou např. myšlení, vnímání, paměť, tvořivost. Ty převažují při vzdělávání. Nejznámějším pokusem o klasifikaci vzdělávacích cílů je Bloomova taxonomie. Ta zahrnuje šest hierarchicky uspořádaných kategorií cílů: zapamatování, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnocení posouzení. Cíle v oblasti psychomotorické zahrnují senzomotorické dovednosti, tedy činnosti týkající se smyslového vnímání, pohybů a vzájemné koordinace vjemů s

pohyby a návyky za účasti psychických procesů, kterými jsou např. rozvoj pohybových dovedností, používání pomůcek a zařízení. Ty tvoří náplň praktických činností. Cíle v oblasti afektivní (výchovné) se týkají pozornosti, zájmů, pocitů, estetického cítění, morálních a jiných postojů, hodnot a sociálně-komunikačních dovedností. Jejich dosažení je hlavním úmyslem výchovy. Důležitá je měřitelnost a kontrolovatelnost těchto cílů, aby bylo možné porovnat dosažené výsledky s očekávanými cíli a vyhodnotit, zda bylo cíle dosaženo nebo nikoli. (24,13,2)

1.5.1. Cíle výchovy

Cíle výchovy jsou vždy určovány společností a jejími potřebami. Výchova je věc celospolečenská. Po dobu historického vývoje se utvářely dva základní směry výchovy. Filozoficko-historický neboli antropologický, který posuzuje pedagogické jevy z logicko-historického přístupu a kvantitativně-přírodovědný neboli empirický, který vychází z analýzy a uplatňuje se při řešení pedagogických problémů exaktní metody, blízké přírodním vědám. Oba tyto směry se vyvíjely vedle sebe od nejstarší doby. Nejvýznamnější pedagogickou osobností, která spojila filozoficko-historický směr se směrem kvantitativně-přírodovědným, byl J.A. Komenský.

Cílem výchovy je formování vztahu jedince ke společnosti, k přírodě, ale také k sobě samému. Toto formování se uskutečňuje cestou funkcionálního nebo intencionálního působení. Funkcionální působení je takové, které není záměrné a cílevědomé, ale záměrnost a cílevědomost se prolínají do lidského konání. Účinnost tohoto působení spočívá v tom, že vychází z reality a je přirozené. Naopak intencionální působení je záměrné. Výchovné cíle se promítají do soustavy a obsahu složek výchovy, které blíže vymezují svůj podíl na realizaci vytváření harmonicky a všestranně rozvinutého jedince. Realizace cílů výchovy je podmíněna také osobností vychovávaného. (44)

1.5.2. Vztah vychovatele a vychovávaného

Ve výchovné činnosti dochází ke vzájemné interakci mezi vychovatelem a vychovávaným. Jako vychovatel může působit učitel, výchovný poradce, sestra nebo i lékař. Na utváření osobnosti se významnou mírou podílí osobnost vychovatele, která je jednou z hlavních a rozhodujících činitelů ve výchově. Osobnost vychovatele podmiňují nejen jeho vědomosti, dovednosti, ale také jeho osobní vlastnosti. Pokud má vychovatel nějaké osobní nedostatky, jeho vliv na vychovávaného může být negativní. Osobnost je největším motivačním činitelem výchovy. Mezi vychovatelovými výchovnými výsledky a kvalitami jeho osobnosti je velmi úzká souvislost, neboť vlastnosti vychovatele podmiňují jeho autoritu a oblíbenost. Vychovávaní se podrobují výchovnému působení vychovatelů. Osobní vlastnosti vychovatele se stávají vzorem pro sebevýchovu vychovávaného. Vychovatel vede vychovávané k tomu, aby věděli jak překonávat zátěže, jak se vypořádat se stresem nebo s frustrací.

Odborná a pedagogická způsobilost vychovatele a jeho vztah k výchovným postupům jsou závislé na hloubce jeho vědomostí. Vlastnosti jeho osobnosti ovlivňují jeho vztah k životu, působí na radost, citové uspokojení, úspěch, ale také rozhodují o klimatu v kolektivu. Pokud je vychovatel přísný, vládne v kolektivu strach, stísněná atmosféra, napětí. Vychovávaní ztrácejí sebedůvěru, jsou nesamostatní a neiniciativní.

Koncepce tvořivě-humanistické výchovy charakterizuje vychovatele jako tvořivou a humánní osobnost jak v kognitivní, tak i v nekognitivní neboli mimo poznávací oblasti. Tyto oblasti se navzájem doplňují a tvoří jeden celek. (44,3)

1.5.3. Metody výchovného působení na nemocné

Metody výchovného působení na klienta jsou takové, které sestra použije, chce-li vzbudit jeho zájem a přesvědčit ho o správnosti způsobu léčení. A dále také v případě, má-li klienta naučit nové dovednosti. Patří sem metody vysvětlování, přesvědčení, předvádění činnosti a hodnocení.

Vysvětlování je metoda která se používá tehdy, pokud máme klientovi sdělit, co a proč je třeba udělat v léčebném procesu. Klient musí rozumět věcem, jimž se učí.

Učení tak nabývá smysluplnosti a je snadněji zapamatovatelné. Vysvětlování musí být přiměřené věku, vzdělání a chápavosti klienta. Musíme vždy počítat s tím, že budeme vysvětlovat opakovaně. Výsledkem vysvětlování je pochopení. U klienta musíme být přesvědčeni, že to co mu vysvětlujeme pochopil, a že jsme ho získali pro spolupráci.

Metoda přesvědčení spočívá v tom, že se klientovi předkládají doporučení a pokyny takovým způsobem, že je klient o jejich správnosti přesvědčen. Ten kdo přesvědčuje, musí používat správné informace a být o jejich správnosti sám přesvědčen. Tato metoda se využívá tam, kde vysvětlování bylo neúspěšné. Přesvědčení není povýšené napomínání, ani nadřazené poučování. Vždy musíme brát ohled na věk, zdravotní stav a vzdělání klienta. Výsledkem metody přesvědčování je přesvědčení, kdy klient pochopí, že to o čem ho sestra přesvědčuje je oprávněné a začne uvědoměle spolupracovat.

Předvádění činnosti neboli ukázka je metoda při které se klient učí nové činnosti. Má-li sestra naučit klienta nové činnosti, nestačí pouze vysvětlování nebo přesvědčování, ale je třeba činnost názorně a popsat a předvést. Jinak se může stát, že klient se tuto novou činnost naučí s chybami. První předvádění má být pomalé, správné a pečlivé. Postup má mít řád a systém. Je důležité, aby klient bezprostředně po předvedení napodobil to, co mu bylo názorně popsáno a předvedeno. Sestra musí sledovat případné chyby a opravit je co nejdříve po dokončení, v ideálním případě ještě během provádění činnosti. Vždy musí dojít k opakování činnosti a to zejména při nácviu nových dovedností a při získávání nových návyků. Nesmíme zapomínat na to, že v dospělosti a to zejména ve stáří, se člověk učí novým dovednostem mnohem pomaleji a jen ztěžka mění svoje návyky.

Hodnotící postoj sestry k chování nemocného je velmi důležitý, neboť každý člověk cítí potřebu být oceněn za to, co dělá dobře a je to prospěšné jemu i ostatním. Každý člověk je potěšen, když jej někdo za něco pochválí. Pochvala je vzpruhou, posilou a účinnou motivací pro další činnost. Někdy se vyskytne i taková situace, kdy sestra potřebuje dát klientovi najevo, že nesouhlasí s jeho jednáním. Jakékoli napomenutí nemá být vysloveno v afektu a nesmí vyústit v ponižování nebo

zesměšňování klienta. I při negativním hodnocení musí klient pociťovat, že sestře na něm záleží. (13,4)

1.6. Edukační proces

Edukační proces se člení do 5 fází: fáze posouzení, stanovení edukační diagnózy, příprava edukačního plánu, realizace, kontrola a vyhodnocení edukace.

První fáze posouzení se zaměřujeme na dvě oblasti. Jednak na zjištění důležitých údajů o klientovi a jednak na určení oblastí – edukačních témat, ve kterých klient potřebuje získat, doplnit či aktualizovat vědomosti, případně je redukovat. Mezi důležité údaje, které jsou potřebné zjistit o každém klientovi, náleží:

- Ochota a pohotovost učit se. Klienti, kteří se vyznačují ochotou učit se, aktivně vyhledávají informace, kladou otázky, čtou informační letáky a knihy, hovoří s ostatními klienty a projevují všeobecný zájem o dění kolem sebe. Existují dva základní faktory, které mají význam při hodnocení pohotovosti. Je to faktor citový a zkušenost. K citovým faktorům které významně ovlivňují pohotovost patří úzkost. Velká úzkost oslabuje vnímání a překáží při získávání informací. Zkušenost se posuzuje dle povolání klienta, jeho schopností a dle úrovně vzdělání. Velmi důležité je zvážit fyzickou pohotovost klienta. Může být velmi nemocný a slabý na to, aby se učil. Sestra může podpořit klientovu pohotovost jednak vzbuzením pozornosti, poskytnutím písemných informací a upozorněním klienta na možnost něco se naučit.

- Motivace. Spojuje se s touhou něco se naučit. Zvětšuje se, pokud klient potřebuje získat takové informace, které pro něj mají smysl. Hodnocení motivace učit se bývá součástí posouzení celkového zdravotního stavu klienta a nebo součástí posouzení specifického problému. Sestra která posuzuje klientovu motivaci a dosavadní schopnosti musí vždy přesně vědět, co ho bude učit. Sestra může pozitivně ovlivnit klientovu motivaci jednak tím, že učení dá do vztahu s něčím, čeho si klient váží a přesvědčí ho o důležitosti učení, dále zpříjemní klientovi situaci, ve které se něco učí a nebo klienta pobídne k samostatnosti. Na ovlivnění klienta motivovaného zvenku sestra používá pozitivní posílení ve formě nějaké odměny za dosažené výsledky.

- Společensko-ekonomické faktory ovlivňují např. kulturní rozdíly v názorech na stravování, životní styl, zdraví a nemoc. Je proto důležité znát, zda věci které klienta učíme, nejsou například v rozporu s jeho náboženstvím. Na druhé straně zde velkou roli hraje i ekonomické hledisko. Těžko můžeme přesvědčit sociálně slabého člověka, aby si pravidelně kupoval ovoce a zeleninu, kuřecí maso, když na to nemá finance.

- Styl učení. Sestra by měla zjistit, která metoda učení bude klientovi individuálně vyhovovat. Někdo si potřebuje předloženou látku přečíst, jiný si ji potřebuje poslechnout a někdo potřebuje názorné příklady. Důležité je vždy opakování. V paměti utkví především to, co člověka baví, o co má zájem.

- Věk. I když klienti jsou starší, jsou schopni se učit a vnímat. Jejich schopnosti a potřeby jsou ale jiné než u mladších lidí. Stárnutí často ovlivňuje intelektuální schopnosti, schopnost vnímání i psychomotorické funkce.

- Názory na zdraví. Při uvažování nad edukačním plánem je důležité vzít také v úvahu klientovy názory na zdraví a na praktické uplatnění v praxi. Například pokud je někdo přesvědčen, že mu konzumace alkoholu a kouření neškodí, ale pomáhá, bude muset být použit jiný přístup než k někomu, kdo kouří, pije alkohol, ale škodlivost si plně uvědomuje.

- Vzdělání klienta má vliv na jeho současné vědomosti i na efektivitu vybrané učební metody. Schopnost klienta psát nebo číst se odráží ve stylu učení.

Při určení potřeby klienta jak získat vědomosti se vychází:

- Potřeba klienta učit se. Potřeby učit se musí vycházet z něho samého. Klient, který si je vědom potřeby něco se naučit, aktivně vyhledává potřebné informace.

- Chování klienta. Není vždy lehké odhalit potřebu učit se. Klient, který je nahněvaný, může být jen nejistý nebo vystrašený a nebo neví, co se s ním děje. Hněv může být odrazem strachu, frustrace nebo pocitu ztráty kontroly na sebou, nad svým životem. Až po rozhovoru s klientem sestra zjistí, že potřebuje informace.

- Znalosti zdravotnických pracovníků. Zdravotničtí pracovníci dokáží posoudit, které informace klient potřebuje, kterým dovednostem se musí naučit.

Dnes již klient není pouze pasivním příjemcem péče, ale často aktivně vyhledává potřebné informace. Klient bývá často ze zdravotnického zařízení propouštěn

po čím dál kratší době a to na něj klade stále vyšší nároky na zvládnutí sebezpečí, adaptování se na léčebný režim. Sestra musí mít schopnost nalézt možné edukační bariéry, které by mohly ovlivnit pochopení instrukcí klientem. Edukačními bariérami jsou například akutní onemocnění, kdy veškeré síly klienta jsou soustředěny na boj s chorobou. Bolest, která snižuje schopnost koncentrace, věk, diagnóza, kdy je klient soustředěn na svou chorobu a není schopen soustředit se na jiné informace. Dále jsou zde city jako emoce (strach, deprese), které spotřebovávají energii a odvádějí pozornost od učení, jazykové a etnické bariéry a nebo i latrogenní bariéry, kdy sám edukátor vytvoří překážku svým chováním a postojem (spěch, ignorace klientových poznámek). Sestra musí informovat klienta nejen o tom, co by měl během hospitalizace a po propuštění dělat, ale hlavně ho informovat, proč to má dělat.

Druhou fází je stanovení edukační diagnózy. Pro stanovení diagnózy se používá NANDA taxonomie II. Důležité je přesně specifikovat vědomosti, které klientovi chybí.

Třetí fází je příprava edukačního plánu, která je uskutečňována po etapách. Důležité je zapojení klienta do tvorby smysluplného edukačního plánu, který podněcuje jeho motivaci. Je proto pravděpodobné, že klient, který se zúčastní utváření edukačního plánu, efektivněji dosáhne žádoucího výsledku. Důležité je:

- Stanovení priorit v edukaci. Edukační potřeby klienta by měly být seřazeny dle důležitosti. Je zde nezbytná spolupráce mezi sestrou a klientem. Po vymezení priorit je klient motivovaný koncentrovat se na získávání potřebných vědomostí.
- Stanovení učebních cílů. Cíle učení musí být specifické a měly by se odrazit v jeho chování a jednání. Tyto cíle v edukačním plánu vždy stanovuje sestra spolu s klientem. Krátkodobé cíle se zaměřují na aktuální potřeby klienta, dlouhodobé spíše na změnu životního stylu a chování klienta. Cíle by měly obsahovat tři typy informací: výkon, podmínky a kritéria. Výkon vyjadřuje, co bude klient po dosažení cíle schopný dělat. V některých případech je nevyhnutelné vytvořit podmínky, které se musí při uskutečňování činnosti dodržet, aby cíl byl jednoznačný. Sestra vždy musí stanovit podmínky, které platí při uskutečňování činnosti. Dané cíle jsou pak odrazem těchto podmínek.

Kritéria definují standardní výkon, který se považuje za přijatelný. Při každém cíli musí být jasný standard, se kterým se daný úkol porovnává.

- Volba správné edukační strategie. Metoda je postup k určitému cíli. Při posuzování metod je důležité seznámit se s jednotlivými metodami, jejich charakteristickými znaky, výhodami či nevýhodami. Metody výuky které sestra zvolí, se musí přizpůsobit klientovi, učebnímu materiálu i jí samotné. Nejvíce jsou užívány metody slovní a metody demonstrační.

- Volba obsahu. Obsah výuky je dán cílem. Učivo má tři základní podoby: formální, realizované a osvojené učivo. Formální neboli informační je přítomno v edukačním programu. Je definováno, popsáno – jsou to fakta, pojmy, soubory informací. Realizované učivo je takové, které skutečně bylo účastníky edukace zpracováno. Realizace je závislá na naší schopnosti postihnout všechny složky edukace jak kognitivní, afektivní i motorickou, ale také schopnosti využít adekvátní metody k učení se u konkrétního klienta v jednotlivých složkách. Osvojené učivo je ta podoba, kterou klient využije v životní situaci. Nejde zde jen o informaci kterou klient zná, ale o informaci se kterou správně operuje v rozhodovacích procesech. Osvojené učivo je výstupní kvalita edukovaného klienta a tvoří je vědomosti, schopnosti, dovednosti i postoje. Klient by měl být v rámci edukace informován o své chorobě, její příčině, diagnostice a léčbě, seznámen s bezpečným používáním pomůcek, které bude po propuštění ze zdravotnického zařízení používat. Měl by být edukován o dodržování dietetických zásad, o formě dávky, způsobu podání, účelu a nežádoucích účincích léků, instruován o rehabilitačním cvičení s cílem zvýšení funkční nezávislosti v domácím prostředí, poučen o zdrojích, které mu mohou pomoci. Dále by měl být seznámen se způsoby jak navázat s těmito zdroji kontakt, měl by být dostatečně a jasně informován o možné spolupráci na léčebném procesu atd. Tyto osvojené vědomosti a dovednosti pomohou klientovi zvládnout běžné denní situace a saturovat jeho potřeby po propuštění ze zdravotnického zařízení.

- Naplánování učiva. Na začátku je dobré zařadit téma, které klienta zajímá, nebo navázat na to, co už dobře zná a umí. Je důležité odstranit strach a nedůvěru. Každé téma, které u klienta vyvolává úzkost, by se mělo probírat jako první, neboť strach

může narušit klientovu koncentraci při studiu nového tématu. Při plánování učiva je důležité dodržovat osm didaktických zásad, jinak si klienti dané učivo nezapamatují a bude pro ně nesrozumitelné. Zásadu komplexního rozvoje osobnosti, zásadu vědeckosti, zásadu individuálního přístupu, zásadu spojení teorie s praxí, zásadu uvědomělosti a aktivity, zásadu názornosti, zásadu přiměřenosti a zásadu soustavnosti. Zvláště zásada individuálního přístupu je zde velmi důležitá, neboť zdůrazňuje požadavek přihlížet ve výuce k individuálním zvláštnostem jednotlivých klientů (např. vzhledem k jejich tělesnému a zdravotnímu stavu, k citovým procesům, zájmům a sklonům, zvláštnostem motivace učení, charakterovým vlastnostem, potřebám, zvláštnostem rodinného, kulturního prostředí). U zásady názornosti si musíme uvědomit, že 80% informací klient vnímá zrakem, 12% sluchem, 5% hmatem a 3% ostatními smysly. U této zásady je nezbytně nutné mít pomůcky jako obrázky, nákresy, modely, zvukové záznamy a mít možnost s nimi manipulovat. Pokud chceme opravdu něco poznat, potřebujeme se o tom co nejvíce dozvědět, důkladně si věci prohlédnout, vzít do ruky, zkusit si, jak a co se s nimi dá dělat. Zásada přiměřenosti vyžaduje, aby učivo co do obsahu tak i rozsahu odpovídalo psychickému i somatickému rozvoji daného jedince. Důležité je postupovat od známého k neznámému, od snadného k méně snadnému, od blízkého ke vzdálenému.

- Materiálně technické vybavení, organizační podmínky. Materiálně technické vybavení je závislé na rozsahu, charakteru a na cílech učiva. Jsou to přístroje a pomůcky k prezentaci učiva, demonstrační modely, soubory různě náročných učebních úloh ke zpětné vazbě, záznamové archy, inventáře indikátorů k evidenci projevů dosažené úrovně, studijní opory (letáky, brožurky atd.). Organizační stránka zahrnuje prostorové zabezpečení (např. edukace klienta při zachování soukromí, respektování studu, ergonomické podmínky, pohodlí k zabezpečení pozornosti, rozvržení času pro jednotlivé etapy atd.). Záleží na tom, zda edukace probíhá kontaktním způsobem (face to face), distančně nebo zda se kombinují obě formy edukace.

- Cílová uživatelská skupina. Každá edukační lekce je determinována edukanty. Sestry edukují klienty různých věkových skupin, pohlaví, profese, s různými diagnózami. Jejich klienti mají odlišnou kulturu, tradice, mravy. Situaci také může

komplikovat jazyková bariéra, negramotnost. Je na schopnostech edukátora, aby co nejefektivněji připravil edukační program pro cílovou skupinu.

Čtvrtá fáze zahrnuje realizaci edukačního procesu. Sestra musí být pružná při dosahování učebního plánu a musí počítat s možnými změnami. V průběhu edukace se může stát, že klient nemá dostatečné vědomosti v dané oblasti, a proto se musí učební plán aktivně měnit. Při edukaci je potřeba používat učební pomůcky. Sestra musí předat klientovi nejen informace o tom, co by měl po propuštění plnit a dodržovat, ale také mu musí objasnit důvod jeho jednání. Před samotnou edukací vždy zhodnotíme aktuální stav klienta a identifikujeme případné překážky v učení. Klienti, zvláště v akutním průběhu nemoci, při akutní bolesti, ve stresu atd. nejsou schopni vnímat informace týkající se jejich nemoci, kondice, léčby nebo potřebných preventivních opatření. Efektivní komunikace je nedílnou součástí edukace klientů. Při uplatňování učebního plánu určuje optimální čas a délku edukace především klient. Učení je ovlivněné tempem. Sestra si musí všimnout, zda tempo edukace není pro klienta velmi rychlé nebo naopak velmi pomalé. Sestra tempo neustále kontroluje a přizpůsobuje. Důležitou roli zde má také okolní prostředí, které ovlivňuje klientovu pozornost. Je proto nutné před začátkem edukace odstranit všechny rušivé elementy, které odvádějí pozornost klienta a vytvořit tak optimální edukační prostředí (osvětlení, teplota, klid, atd.). Učební pomůcky jako různé nákresy, plakáty pomáhají při udržení klientovy pozornosti a tím urychlují učební proces. Učení je efektivnější, pokud je klient motivován. Sestra dodává klientovi maximální pocit spokojenosti tím, že spolu s ním určí reálné cíle. Opakování, souhrn i jiné formulace obsahu edukace posilují učení. Vždy je nutné brát ohled na celkový stav klienta.

Sestra může při edukaci používat několik speciálních učebních postupů mezi které patří dohoda s klientem, skupinové vyučování a modifikace (úprava) chování. Dohoda s klientem vymezuje určité cíle a termín jejich dosáhnutí. Tato smlouva specifikuje nejen cíl učení, ale také učební plán a jednotlivé kroky, za které zodpovídá sestra a klient. Skupinové vyučování je ekonomicky výhodné a hlavně umožňuje členům skupiny vyměňovat si navzájem vědomosti a učit se jeden od druhého. Modifikace chování staví na předpokladu, že chování jedince je naučené a může být

posílené, oslabené, odstraněné a nebo nahrazené, a že jedinec dokáže vědomě ovládat svoje chování. Na základě tohoto předpokladu je požadované chování odměněné a nepožadované chování se ignoruje a nekritizuje. Reakce klienta je klíčem ke změně jeho chování.

Pátou fází je kontrola a hodnocení. Je to průběžný a závěrečný proces, ve kterém sestra i klient, posuzují, co se naučil a zhodnotí dosažení krátkodobých i plnění dlouhodobých cílů. Cíle neslouží pouze k sestavení edukačního plánu, edukační lekce, ale jsou zároveň kritériem jeho zhodnocení. Kontrola cíle má přinést zprávu o tom, zda učení bylo efektivní a vedlo k předpokládanému výsledku. Tímto způsobem se může také zjistit, zda se klient něco nenaučil špatně, a včas to napravit. Výběr nejlepší metody hodnocení závisí jednak na klientovi, ale také i na typu učení. Při kognitivním učení je jedním ze způsobů hodnocení kladení otázek, naopak při psychomotorickém učení (získávání schopností a zručností) se klient nejlépe hodnotí pozorováním při uskutečňování daného postupu. Efektivní učení se hodnotí hůře. Postoje nebo systém hodnot klienta se můžou posoudit dle jeho odpovědí na otázky, vyslechnutím jeho názorů na vážné věci, ale také cíleným pozorováním jeho chování. Po kontrole sestra zhodnotí, zda bylo dosaženo stanovených cílů, společně s klientem a zaměří se na případné nedostatky. Mezi nejčastější příčiny nedosáhnutí cíle je nevhodně nebo nedostatečně vytvořený odhad potřeb, nesprávné stanovení edukační diagnózy, stanovení nereálných cílů, nevhodná volba strategie učení, nedostatečná motivace, nevhodné časové naplánování a nebo chyby v komunikaci. Sestry musí zhodnotit také sami sebe jako edukanta a zvážit všechny faktory (čas, strategie výuky, množství informací, účelnost atd.), které ovlivňují edukační proces. Doporučení pro hodnocení jsou: zapomínání je normální proces a je třeba s ním počítat, proto je vhodné, aby si klient během edukace zapisoval poznámky, které může zapomenout. Nejvhodnější způsob jak tomuto zabránit je mít již připravené materiály pro klienty, které poskytnuté informace shrnují. Klient hodnotí výuku spolu se sestrou, přičemž sestře říká, co mu pomohlo, co ho zaujalo. Změna v chování se ne vždy projeví ihned po skončení výuky, neboť klient často akceptuje změnu nejprve ve svých myšlenkách a pak ji postupně

zavádí do svého chování. Sestra může klientovi pomoci změnit chování tím, že mu poskytne dostatek času na rozhodování a přitom ho stále bude podporovat.

Dokumentace je důležitou součástí edukačního procesu, neboť poskytuje záznam o plánované a vykonané edukaci klienta a také o jejích výstupech. Záznam musí obsahovat čeho klient dosáhl, reakce klienta na edukaci. Přesná a srozumitelná dokumentace podporuje a též zaručuje kontinuitu vzdělání, informuje ostatní členy zdravotnického týmu o edukačním procesu, reakci na něj. Oznamuje, co má být ještě realizováno. Provedení edukačního záznamu je důležité jednak proto, že dovoluje zdravotnickému personálu zjistit, co už klient i jeho rodinný příslušníci znají, aktivuje klienta k přebírání zodpovědnosti za řešení zdravotního stavu, ale je zde také zaznamenáván průběh, vývoj a možné komplikace samotné edukace. Dokumentace slouží k autoevaluaci pracoviště v oblasti edukace, k výzkumu, k formulaci standardů pracoviště, atd. (40,44,21,32,36)

1.7. Koordinátoři edukačních programů

V praxi je důležité rozlišovat koordinátory edukačních programů, kteří zpravidla pracují v centrech podpory zdraví, od přímých poskytovatelů léčebné i ošetrovatelské péče. Zde je také nezbytné rozlišovat jejich kompetence.

Koordinátoři edukačních programů by měli být schopni plnit samostatně funkce a úlohy edukace klientů, plánovat, navrhovat programy edukace, zabezpečovat sledování těchto programů, přizpůsobit edukační programy různým situacím zdravotní péče, pomáhat organizovat aktivity, ve kterých je integrovaná péče, edukace a podpora. Měli by vyvíjet, testovat a aplikovat metody a nástroje na edukaci, navrhovat a realizovat projekty a programy na výzkum v edukaci, organizovat vzdělávací aktivity pro poskytovatele zdravotní péče, vzdělávat poskytovatele zdravotní péče v aplikaci edukace a podporovat politiku edukace ve zdravotní péči na úrovni organizace použitím vhodných prostředků.

Poskytovatelé léčebné a ošetrovatelské péče by v rámci edukace klientů měli být schopni individuálně nebo v týmech přizpůsobit své profesionální chování zdravotnímu

stavu klienta, jednotlivcům, rodinám i skupinám. Měli by trvale přizpůsobit svoje role a činnosti ošetrovatelské péči, kterou poskytují a edukačním týmům se kterými pracují. Měli by komunikovat empaticky, poznávat potřeby nemocných, brát v úvahu emocionální stav, zkušenosti a představy o nemoci a její léčbě, pomáhat při edukaci, učit klienta jak zvládnout léčbu a jak využívat dostupné zdravotní, sociální a ekonomické zdroje. Dále by měli pomáhat klientovi zvládnout nový způsob a životní styl, učit a radit jak zvládnout krizi a určit faktory, které narušují normální zvládnutí jeho každodenních činností. Zaměřit by se měli na vybírání vhodných nástrojů pro edukaci, používání těchto nástrojů v ošetrovatelské péči a v procesu edukace (kontakt s klientem, vypracování edukačního plánu), hodnocení edukace z hlediska účinků (klinických, biologických, edukačních, ekonomických, sociálních) a na základě tohoto provádět individuální úpravy a vyhodnocovat periodicky činnosti poskytovatelů zdravotní péče v oblasti edukace. (44)

1.8. Ošetrovatelský proces

Základním metodickým rámcem ošetrovatelství pro realizaci cílů je ošetrovatelský proces. Umožňuje systematicky specifický způsob individualizovaného přístupu k ošetrování nemocného v nemocniční i terénní péči.

Samotný pojem „proces“ představuje plánované činnosti, které jsou zaměřeny na dosažení určitého výsledku. Ošetrovatelský proces souvisí s akceptováním vědeckého přístupu a východisek v ošetrovatelství, kterými se řídí lidské poznání. (24)

Tento pojem „ošetrovatelský proces“ použila v roce 1955 Hallová. Dříve poskytovaly sestry svou péči na příkaz lékaře a jejich péče byla více zaměřena na chorobu než na individuální potřeby člověka. Využití ošetrovatelského procesu v klinické praxi se legitimovalo v roce 1973 v USA, kdy ho Americká asociace sester (ANA) uveřejnila jako Standard ošetrovatelské praxe.

Z teoretického hlediska jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem. Tuto systémovou teorii používá

kvalifikovaná sestra při hodnocení stavu klienta, plánování, realizaci a vyhodnocování účinnosti péče.

Z praktického hlediska je ošetrovatelský proces systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetrovatelské péče, jejímž cílem je změna zdravotního stavu klienta.

Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb klientů. Zabezpečuje soustavnou péči a dovolí klientovi podílet se na péči. Ošetrovatelský proces vyzbrojuje sestru znalostmi které přispívají jak k prevenci chorobných procesů, tak i k upevnění zdraví, nebo ke zmírnění bolesti a všech chorobných příznaků v případě, kdy není možné zdraví klienta skutečně vrátit. Jedná se o cyklický proces, jehož fáze se vzájemně prolínají a opakují. Tento proces lze použít pro jakýkoliv způsob ošetrovatelské péče nebo pro jakákoli zdravotně výchovná opatření a i při všech koncepčních přístupech týkajících se práce sestry, neboť vyhovuje všem požadavkům ošetrovatelské péče. (7,24,39)

1.8.1. Fáze ošetrovatelského procesu

První fází ošetrovatelského procesu je zhodnocení zdravotního stavu klienta. Adekvátní ošetrovatelské zhodnocení stavu zdraví klienta je považováno za jednu z nejkvalifikovanějších dovedností, kterou se sestry naučí tím, že ji opakovaně provádějí.

Jedná se o sběr informací o klientovi a následné identifikování jeho ošetrovatelských problémů, což jsou jeho bio-psycho-sociální nesaturované potřeby ve vztahu k okolnímu prostředí, které souvisejí s nemocí nebo s úrazem, obtížnou životní situací či umíráním a vyžadují ošetrovatelské intervence. Posuzování stavu potřeb je proces, který probíhá nejen na začátku péče, ale také v průběhu, kdy sestra získává další informace o klientovi. Ošetrovatelské posuzování stavu potřeb zahrnuje jak anamnestické údaje tak i současný aktuální stav. Výsledkem procesu posuzování potřeb je stanovení ošetrovatelských diagnóz.

Typy získaných informací a údajů, které jsou nazývány objektivní, zjistíme pozorováním nebo srovnáváním se standardem. Můžeme je vidět, slyšet, hmatat, čichat. Symptomy neboli příznaky, které jsou subjektivní, jsou udávány a popisovány konkrétní osobou, představují pacientovo vnímání zdravotního stavu nebo životní situace.

Druhou fází ošetrovatelského procesu je stanovení ošetrovatelských diagnóz. Ošetrovatelská diagnóza je klinický závěr o reakcích člověka, rodiny nebo komunity na aktuální nebo potenciální zdravotní problémy nebo životní proces. Ošetrovatelské diagnózy poskytují základ pro výběr ošetrovatelských zásahů k dosažení výsledků, za které je odpovědná sestra. Jde o stanovení problému, který nemocnému vznikl na základě jeho onemocnění. Ošetrovatelská diagnóza se od medicínské liší jak formálně, obsahově tak i svou proměnlivostí. Formulace ošetrovatelských diagnóz se liší tím, zda se jedná o aktuální či potenciální problém pacienta. Pokud se jedná o aktuální ošetrovatelský problém, formuluje se trojsložková, pro potenciální problémy pouze dvousložková ošetrovatelská diagnóza. Ošetrovatelská diagnóza se skládá ze standardního názvu a definice, z příčin a souvisejících faktorů, které vedou k jejímu vzniku nebo k ní mají nějaký vztah a z charakteristických projevů. Ošetrovatelské diagnózy mají výhody, které usnadňují komunikaci mezi sestrami a ostatními členy zdravotnického týmu. Identifikují stav zdraví klienta, jeho síly a i zdravotní problémy. Posilují ošetrovatelský proces a poskytují směr pro plánování nezávislých ošetrovatelských intervencí. Pomáhají identifikovat zaměření ošetrovatelských činností a tím usnadňují hodnocení a měření kvality péče, ulehčují péči, když se klient přemístí na jiné oddělení nebo do jiného zařízení, usměřují i plánování ošetrovatelských výkonů po propuštění z nemocnice a také slouží jako podklad pro financování ošetrovatelské péče. (24,40,4)

Třetí fází je plánování ošetrovatelské péče, která představuje řadu aktivit sestry. Základem plánování ošetrovatelské péče je stanovení cílů této péče pro jednotlivé ošetrovatelské problémy, které byly identifikovány v první fázi ošetrovatelského procesu. Součástí plánování je stanovení priorit, očekávaných výsledků, plánování ošetrovatelských strategií, výběr ošetrovatelských intervencí, sestavení písemné formy

plánu ošetrovatelské péče a i konzultace. I když jsou tyto oblasti součástí plánování důležité, je třeba dobře porozumět stanoveným prioritám a očekávaným výsledkům. Klient a jeho rodina jsou partnery v ošetrovatelském procesu, aktivně se na něm podílejí a mají právo být informováni.

Stanovení priorit se liší dle toho v jaké oblasti péče o zdraví (primární, sekundární, terciální) je tato péče poskytována. V oblasti primární a terciální je věnována pozornost prioritám, které souvisí nejen s riziky pro zdraví, ale také i s léčbou a kvalitou života handicapovaného, nemocného nebo umírajícího člověka. Neuspokojené základní fyziologické potřeby jsou vždy prioritní. V oblasti sekundární – akutní péče stanovujeme priority dle aktuálního zdravotního stavu a funkční úrovně – soběstačnosti klienta.

Stanovení očekávaných výsledků neboli cílů do konkrétního plánu ošetrovatelské péče musí být vždy individuální a měřitelné. Očekávaný výsledek je definován jako výsledek ošetrovatelských intervencí a reakce klienta na ně. Výsledku bylo dosaženo ve vymezeném čase, v určité situaci i za dostupnosti určitých zdrojů. Jsou to měřitelné kroky směrem ke zlepšování zdravotního stavu klienta, k propuštění a k uzdravení.

Ošetrovatelské intervence jsou plánovány, aby bylo dosaženo očekávané změny stavu klienta a představují činnost sester. Ošetrovatelské intervence jsou vybrány tak, aby pomohly klientovi dosáhnout stanovených výsledků a brzkého uzdravení. Ošetrovatelské zásahy představují individualizovanou péči uspokojující specifické potřeby klienta.

Realizace ošetrovatelského plánu je čtvrtou fází ošetrovatelského procesu. Tato realizace propojuje všechny fáze ošetrovatelského procesu v jeden dynamický celek. Realizace péče je závislá na kvalitě ošetrovatelského plánu. Je zaměřena na dosažení stanovených výsledků, které vycházejí z obecných cílů jako podpora zdraví, ochrana zdraví, navrácení zdraví a péče o umírající. Realizace ošetrovatelských strategií představuje šest významných aspektů: individuální přístup, potřeba zapojení klienta i jeho rodiny, prevence komplikací, zachování obranných mechanismů, poskytnutí

psychické pohody a podpory a přesné a pečlivé provádění všech ošetrovatelských aktivit. (24,38,40)

Pátou fází ošetrovatelského procesu je hodnocení. V této fázi sestra zjišťuje, zda dosáhla u klienta očekávaných výsledků. Hodnocení je průběžné a závěrečné. Průběžné hodnocení je cílevědomá činnost, jejímž prostřednictvím sestry odpovídají za svou činnost. Jedná se o vyhodnocování jednotlivých problémů klienta, plnění plánu a úrovně dosahování očekávaných výsledků v průběhu realizované péče. Slouží k zajištění kvality péče, dynamičnosti a efektivity péče, individuálního tempa v dosahování cílů klientem. Závěrečné hodnocení shrnuje poskytnutou péči, pokroky kterých klient dosáhl a ošetrovatelské problémy, které přetrvávají. Toto hodnocení se stává podkladem pro vypracování překladové nebo propouštěcí ošetrovatelské zprávy.

Ošetrovatelský proces je způsob práce, která je důsledkem nového chápání ošetrovatelství a role sestry ve vztahu k lékaři, medicíně a i k potřebám nemocného člověka. Nové pojetí ošetrovatelství vyžaduje i samostatnou sesterskou dokumentaci, která umožňuje i dokonalou profesionalitu. Sestra která pracuje s dokumentací, vychází zásadně z potřeb klienta, učí se navazovat intenzivní kontakt s nemocným, učí se vést produktivní dialog, rozvíjí svoji schopnost empatie i interpersonální citlivosti. Učí se různým formám komunikace jak s nemocným tak s jeho rodinou a i s druhými sestrami, je schopna objektivně a racionálně stanovit hlavní problémy klienta. Úspěšnost plnění ošetrovatelského plánu je spojena s osvojením si psychomotorických přístupů a pozitivního ovlivňování druhých.

Klient a jeho rodina se dnes ve zdravotnické péči stávají partnery zdravotníků. Nemocný není už jen jejím pasivním příjemcem. Prostřednictvím edukace sestra cíleně rozvíjí klientovu sebepéči i laickou péči rodiny a jeho nejbližšího okolí. Důležitou součástí ošetrovatelské péče je zhodnocení schopnosti a možnosti klienta, ale i jeho rodiny aktivně se zapojit. Lidé na toto aktivní zapojení do vlastní péče a procesu rozhodování reagují zpravidla pozitivně. Zapojení členů rodiny do ošetrovatelské péče neposkytuje pouze pocit, že mohou pomoci, ale je zároveň i přípravou na kontinuální péči pro případ, že bude tato péče nutná i po propuštění klienta z nemocnice. (24,40,4,38)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cílem této práce je zjistit, zda sestry poskytují pacientům edukaci v rámci ošetrovatelského procesu a zda je tato edukace vnímána pacienty jako dostatečná pro udržení optimální úrovně jejich zdraví.

2.2. Hypotézy

Hypotéza 1

Sestry poskytují pacientům potřebné informace v rámci ošetrovatelského procesu.

Hypotéza 2

Znalosti a dovednosti, které pacienti získají v rámci edukační činnosti jsou považovány pacienty za dostatečné.

Hypotéza 3

Získané znalosti a dovednosti v rámci edukační činnosti přispívají pacientům k udržení optimální úrovně jejich zdraví.

Hypotéza 4

Výsledkem vzájemné spolupráce sestry a pacienta v ošetrovatelském procesu je jeho požadované chování.

3. Metodika

3.1. Použitá metoda

K dosažení výsledků bylo použito kvantitativní metody formou dotazníků, které byly rozdány jak sestřám tak i klientům. Dotazník určený sestřám (označený A) obsahoval celkem 22 otázek, z nichž 3 byly identifikační a zbylých 19 se týkalo procesu výuky pacientů. Dotazník pro klienty (označený B) obsahoval celkem 13 otázek, z nichž 1 byla identifikační a ostatní souvisely se zdravotně výchovnou činností. Dotazníky byly anonymní, výsledky výzkumu jsou uvedeny v procentech a graficky znázorněny.

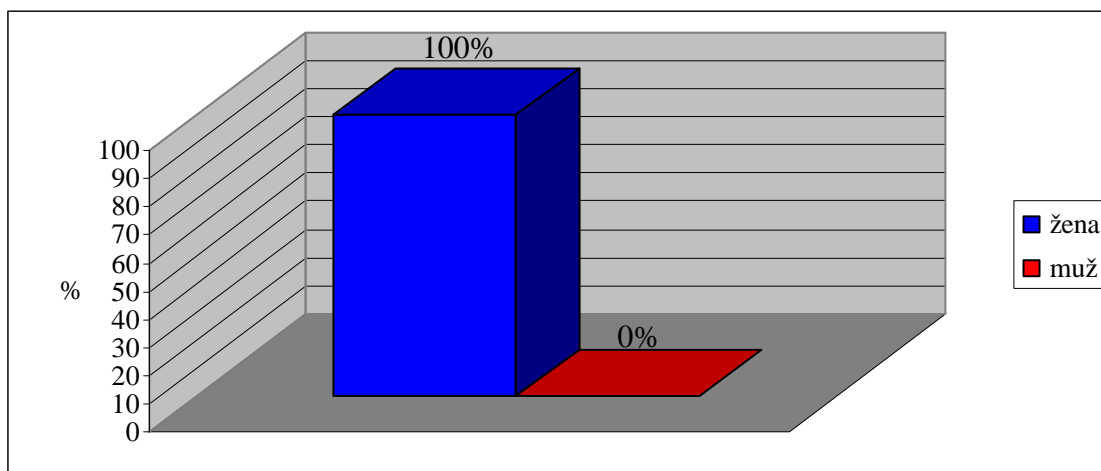
3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Celkový počet dotazníků rozdaných po dobu dvou týdnů v nemocnicích Tábor a České Budějovice činil 300. 150 dotazníků bylo určeno sestřám a 150 bylo distribuováno mezi klienty. Z tohoto počtu se zpět vrátilo 122 (81% návratnost) dotazníků určených sestřám - označených „A“ a 109 (73% návratnost) dotazníků určených klientům - označených „B“. Výzkumu se celkem zúčastnilo 231 respondentů.

4. Výsledky výzkumu

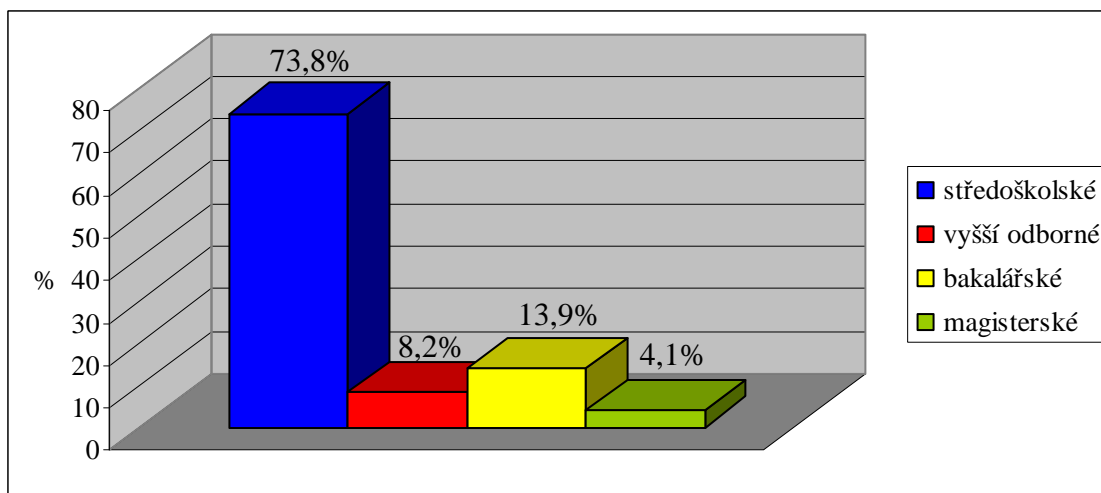
4.1. Výsledky výzkumu – dotazník A (sestry)

Graf 1 Pohlaví (otázka č.1, dotazník A)



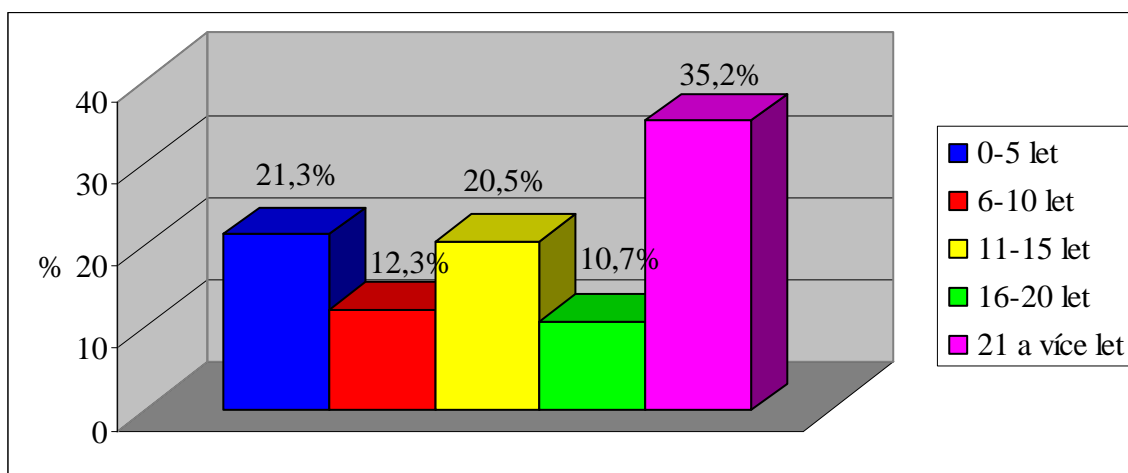
Ze 100% (122) respondentů bylo 100% (122) žen, 0% (0) mužů.

Graf 2 Vzdělání (otázka č.2, dotazník A)



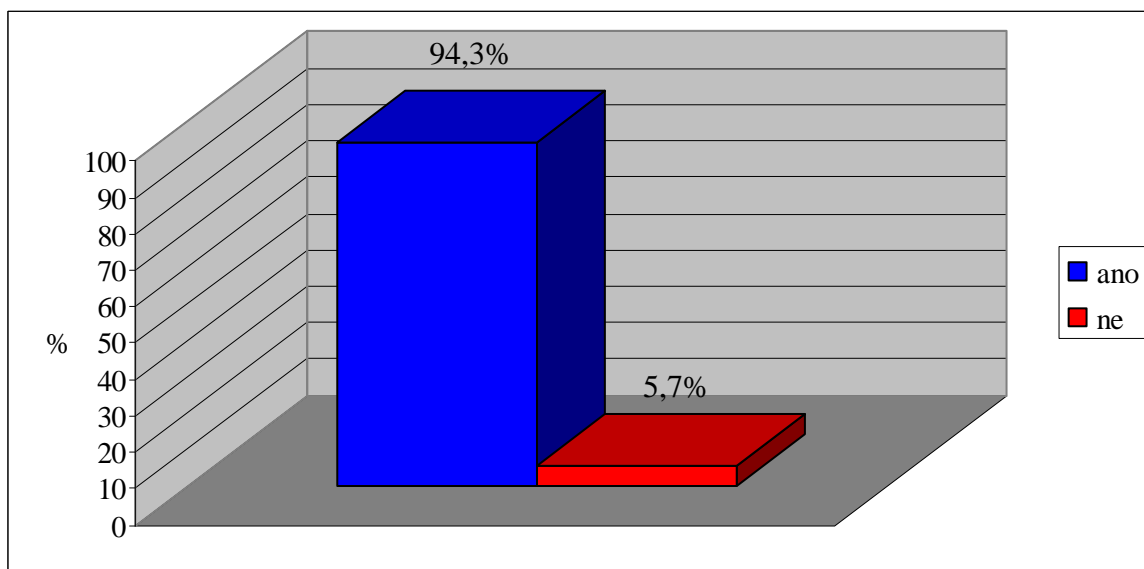
Ze 100% (122) dotazovaných získalo 73,8% (90) sester středoškolské vzdělání, 8,2% (10) vyšší odborné vzdělání, 13,9% (17) sester má bakalářské vzdělání a zbývajících 4,1% (5) dosáhlo magisterského vzdělání.

Graf 3 Délka praxe v nemocnici (otázka č.3, dotazník A)



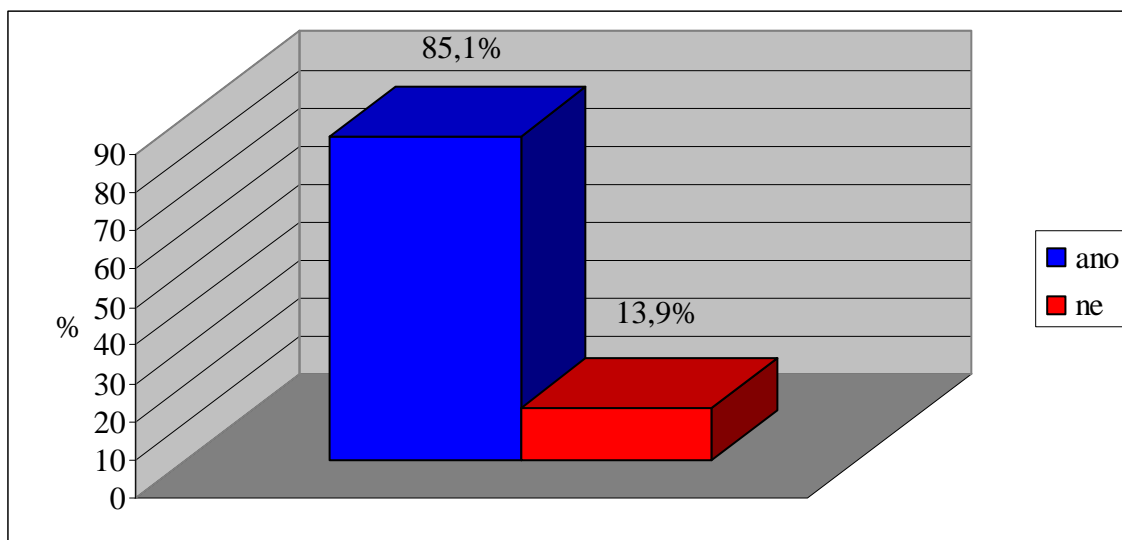
Praxi v nemocnici v délce do 5 let uvedlo 21,3% (26) sester, 6-10 let zde pracuje 12,3% (15) sester, praxi 11-15 let má 20,5% (25) sester, 16-20 let uvádí 10,7% (13) a praxi delší než 21 let má 35,2% (43) sester.

Graf 4 Zdravotně výchovná činnost (otázka č.4, dotazník A)



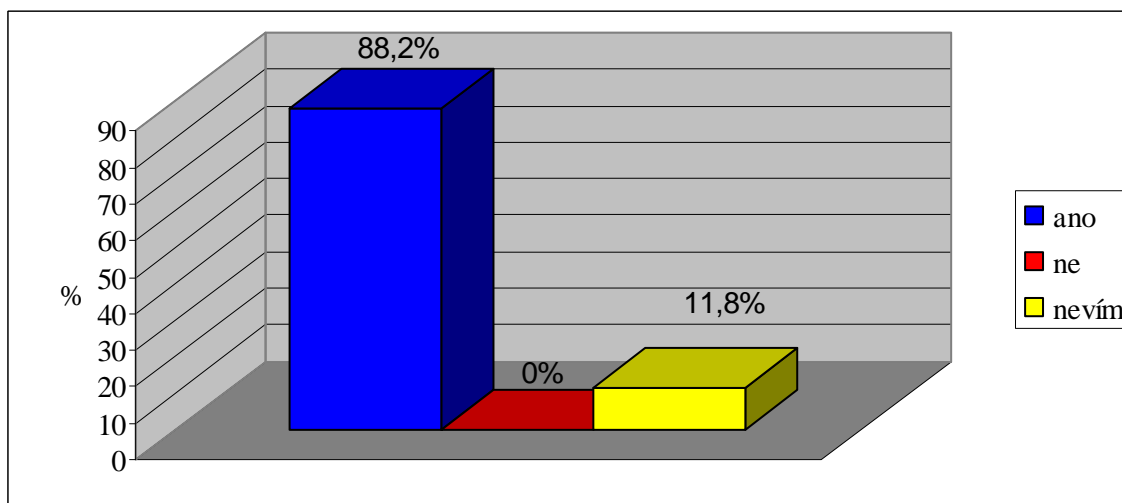
94,3% (115) sester souhlasí s tím, že zdravotně výchovná činnost je podstatnou součástí plánovaných intervencí sestry ve všech formách kvalifikované péče, negativně se k tomuto vyjádřilo 5,7% (7) sester.

Graf 5 Semináře zdravotně výchovné činnosti (otázka č.5, dotazník A)



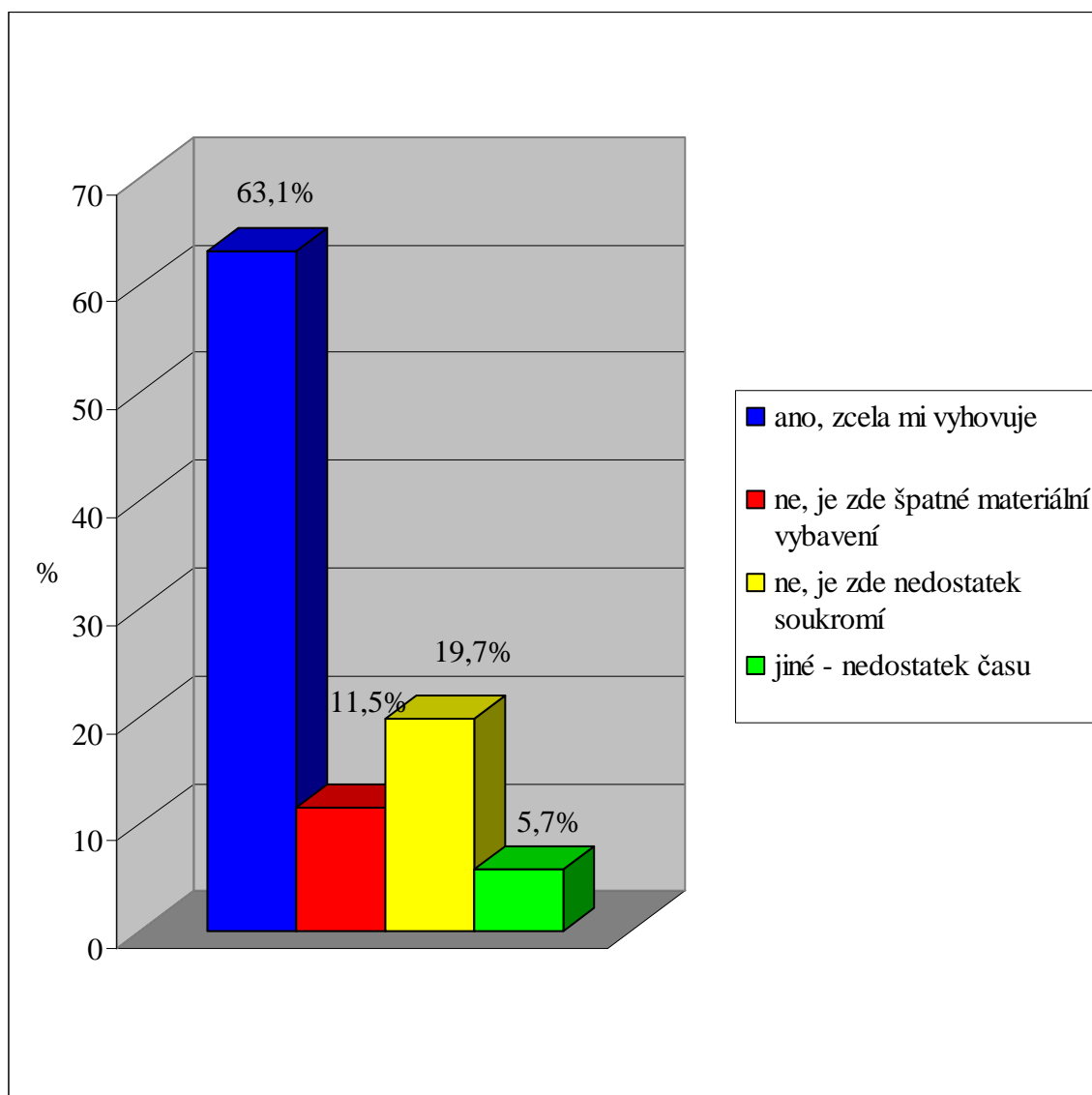
85,1% (105) sester se v rámci celoživotního vzdělávání zúčastnilo konferencí a seminářů zaměřených na zdravotně výchovnou činnost, 13,9% (17) sester se těchto aktivit nezúčastnilo.

Graf 6 Konání seminářů na pracovišti (otázka č.6, dotazník A)



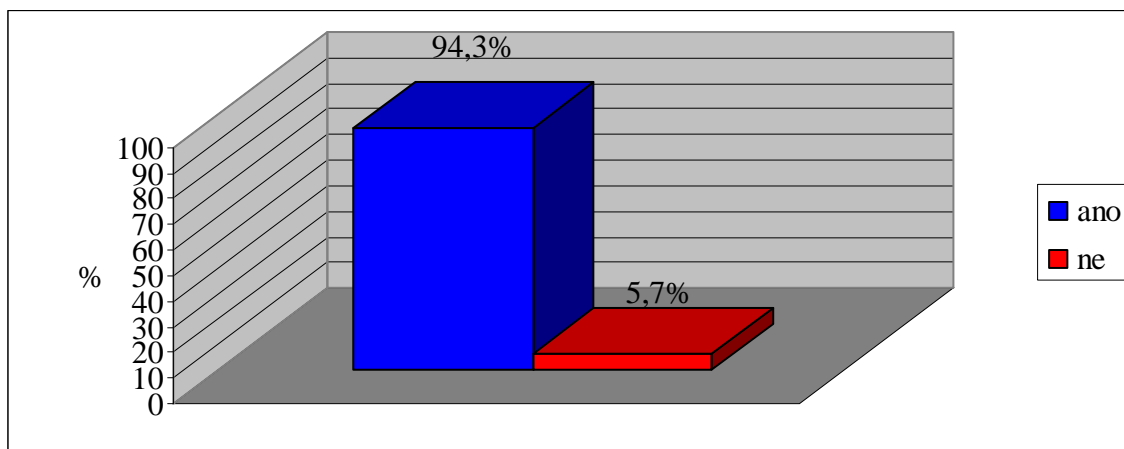
Ze 100% (17) sester, které se nezúčastnily seminářů ani konferencí zaměřených na zdravotně výchovnou činnost, by jejich konání uvítalo 88,2% (15), nevím uvedlo 11,8% (2) a „ne“ uvedlo 0% (0) sester.

Graf 7 Prostředí (otázka č. 7, dotazník A)



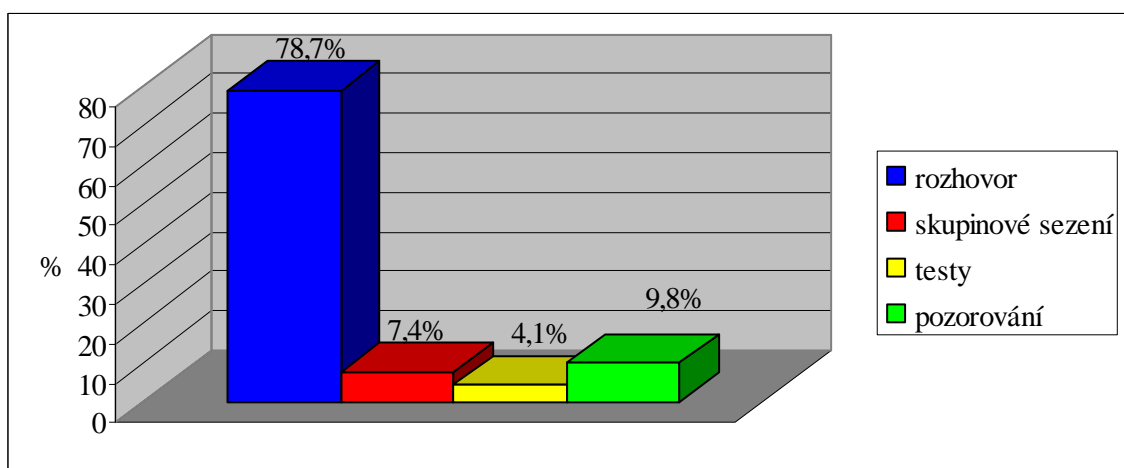
63,1% (77) sester z celkového počtu 100% (122) uvedlo, že prostředí ve kterém pracují jim zcela vyhovuje, 11,5% (14) sester uvádí, že je zde špatné materiální vybavení, podle 19,7% (24) sester je zde nedostatek soukromí pro zdravotně výchovnou činnost a 5,7% (7) uvedlo nedostatek času jako důvod pro nevyhovující pracovní prostředí.

Graf 8 Zjišťování vědomostí a dovedností (otázka č. 8, dotazník A)



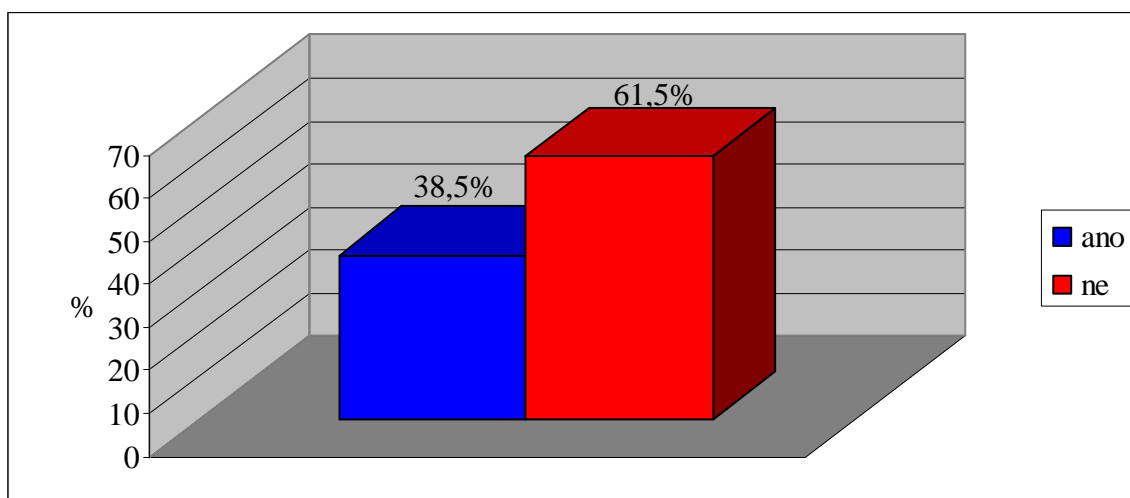
94,3% (115) sester uvedlo, že ve zdravotně výchovném procesu zjišťují oblasti, ve kterých klient potřebuje získat, doplnit či aktualizovat vědomosti a dovednosti a 5,7% (7) sester tuto činnost nevykonává.

Graf 9 Metody zjišťování potřeb (otázka č. 9, dotazník A)



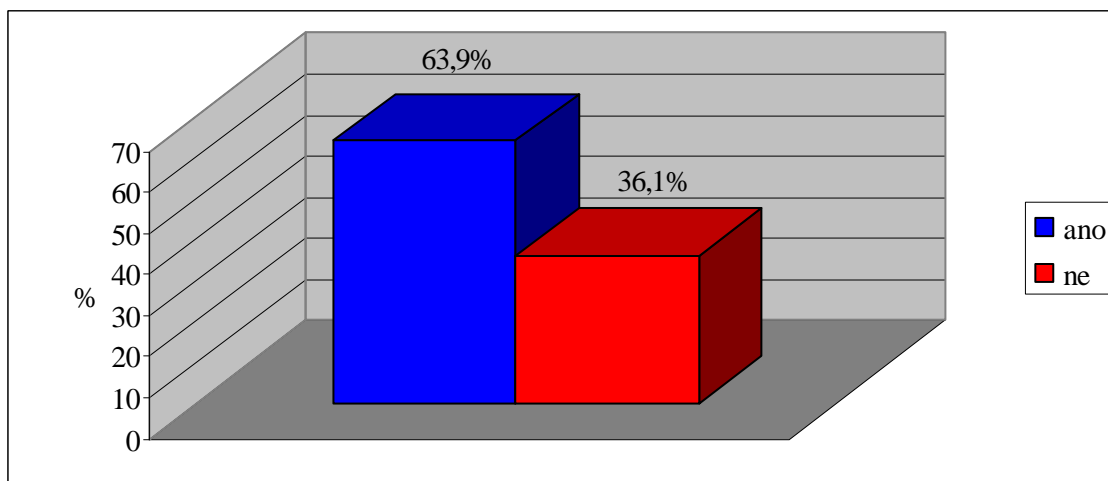
Z celkového počtu 100% (122) sester jich 78,7% (96) jako nejčastější metodu pro zjišťování učebních potřeb používá rozhovor, 7,4% (9) sester skupinové sezení, 4,1% (5) sester testy a 9,8% (12) sester používá pozorování.

Graf 10 Stanovení edukační diagnózy (otázka č.10, dotazník A)



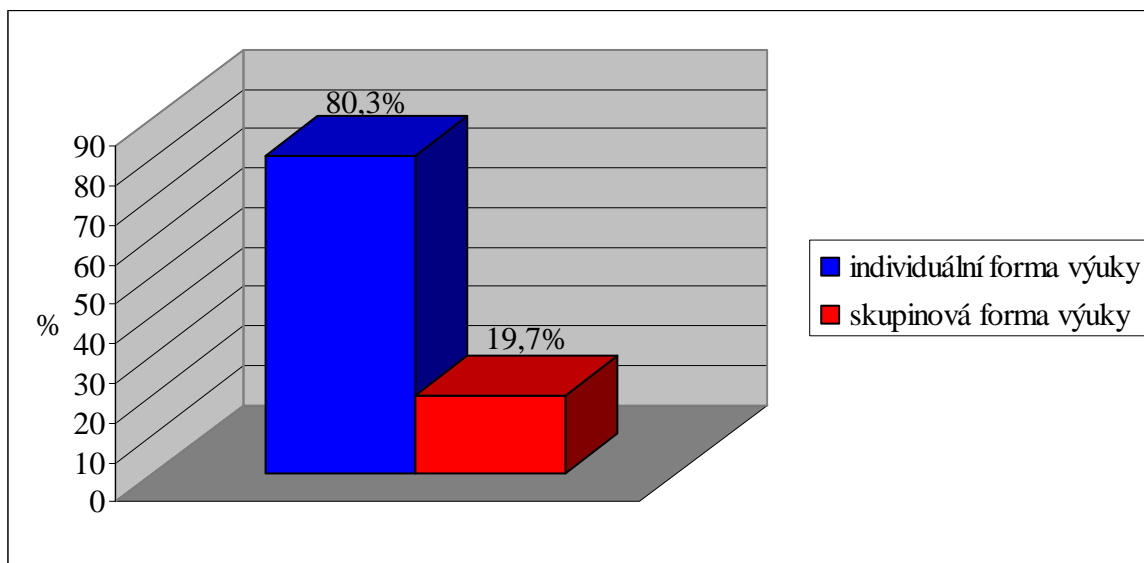
38,5% (47) sester během zdravotně výchovné činnosti stanovuje edukační diagnózu, 61,5% (75) sester tuto diagnózu nestanovuje.

Graf 11 Plánování učebního procesu (otázka č. 11, dotazník A)



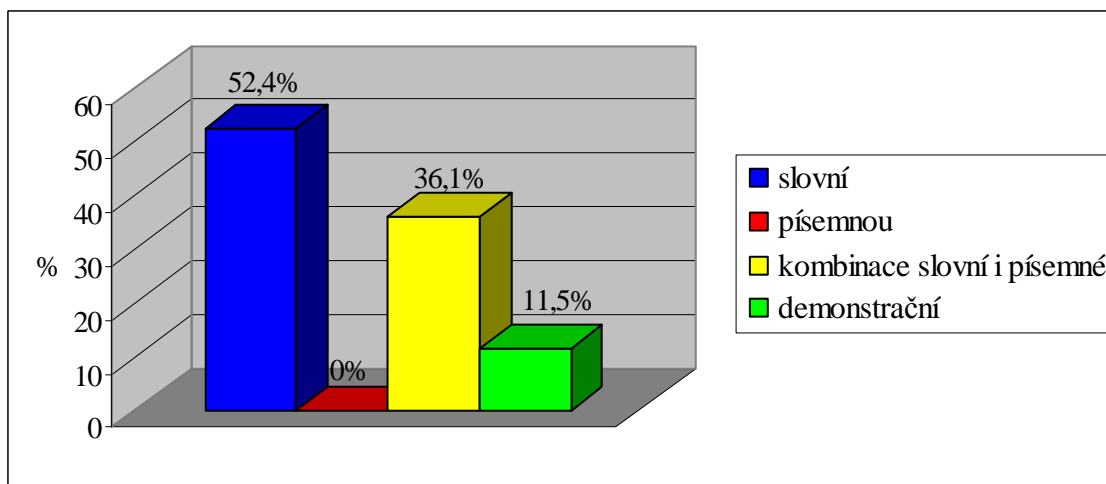
63,9% (78) sester plánuje jednotlivé kroky učebního procesu, 36,1% (44) sester tyto kroky učebního procesu neplánuje.

Graf 12 Forma zdravotně výchovné činnosti (otázka č. 12, dotazník A)



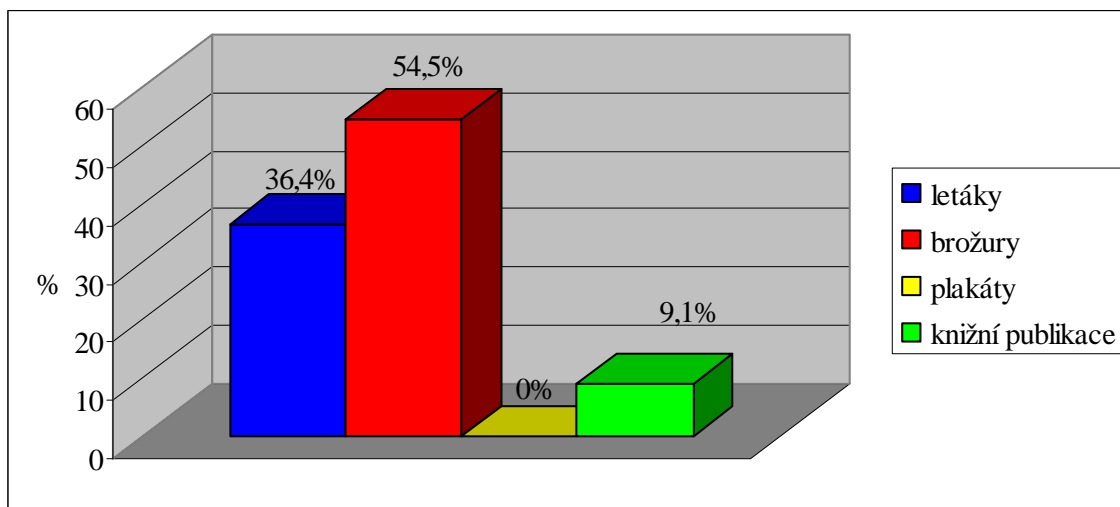
80,3% (98) sester nejčastěji používá individuální formu výuky zdravotně výchovné činnosti, 19,7% (24) sester využívá skupinové formy této výuky.

Graf 13 Metody prezentace informací (otázka č.13, dotazník A)



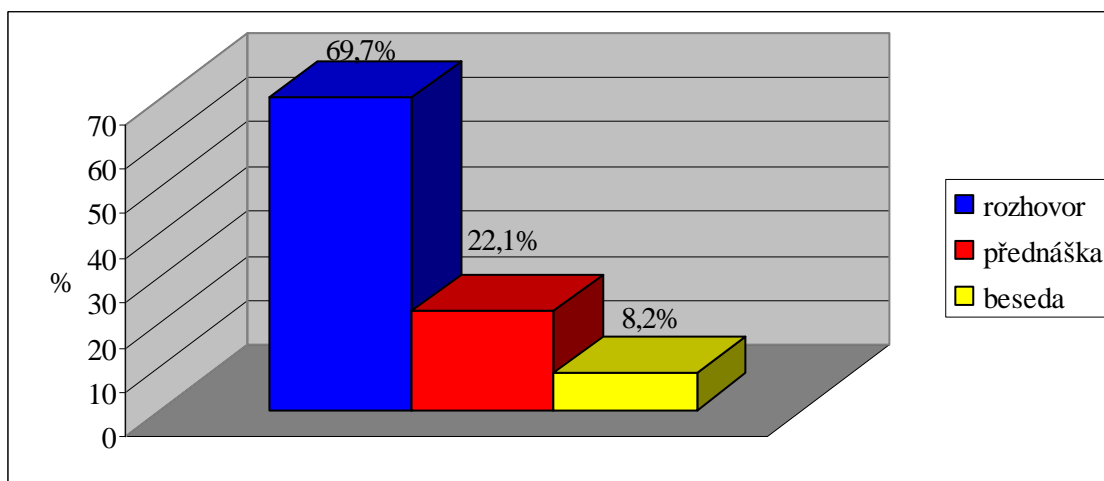
Z celkového počtu 100% (122) sester jako metodu prezentace informací uvedlo 52,4% (64) sester metodu slovní, písemnou nevedl nikdo 0% (0), 36,1% (44) sester uvedlo kombinaci slovní a písemné metody a 11,5% (14) sester užívá metodu demonstrační.

Graf 14 Forma tištěného slova (otázka č.14, dotazník A)



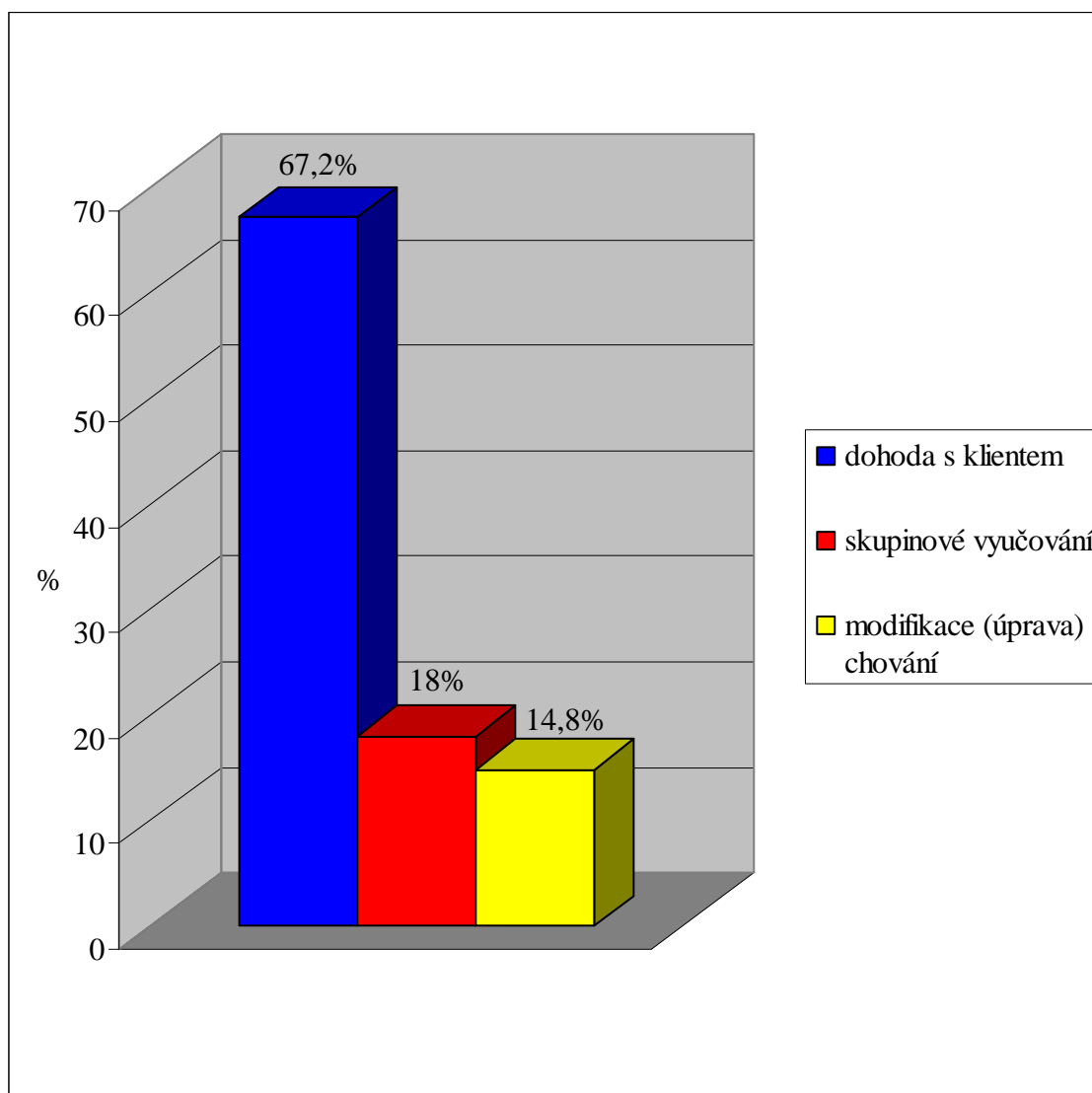
Ze 100% (44) sester uvedlo 36,4% (16) jako nejčastější formu tištěného slova letáky, 54,5% (24) používá brožury, plakáty nepoužívá nikdo 0% (0) a 9,1% (4) sester využívá knižních publikací.

Graf 15 Forma mluveného slova (otázka č.15, dotazník A)



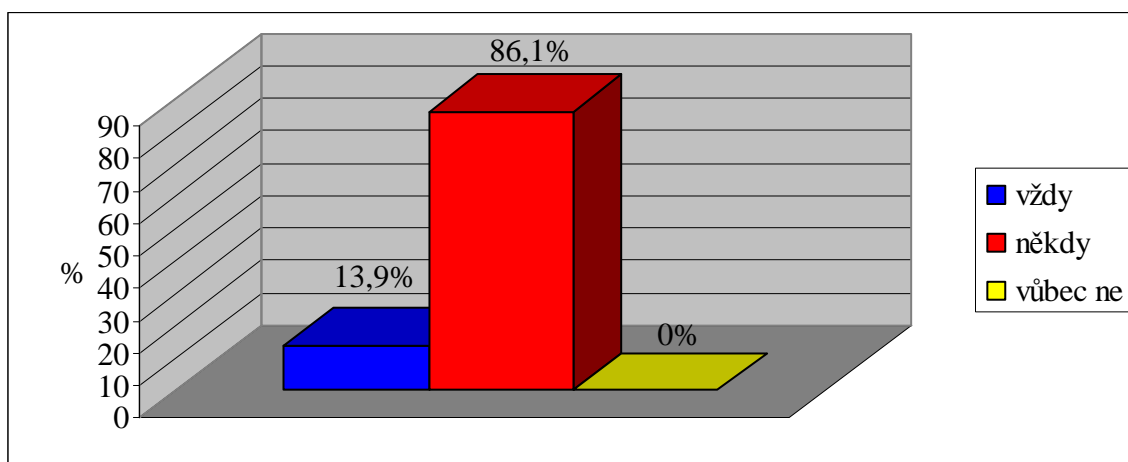
Ze 100% (122) sester jako nejčastější formu mluveného slova používá 69,7% (85) rozhovor, 22,1% (27) přednášku a 8,2% (10) sester besedu.

Graf 16 Učební postup (otázka č.16, dotazník A)



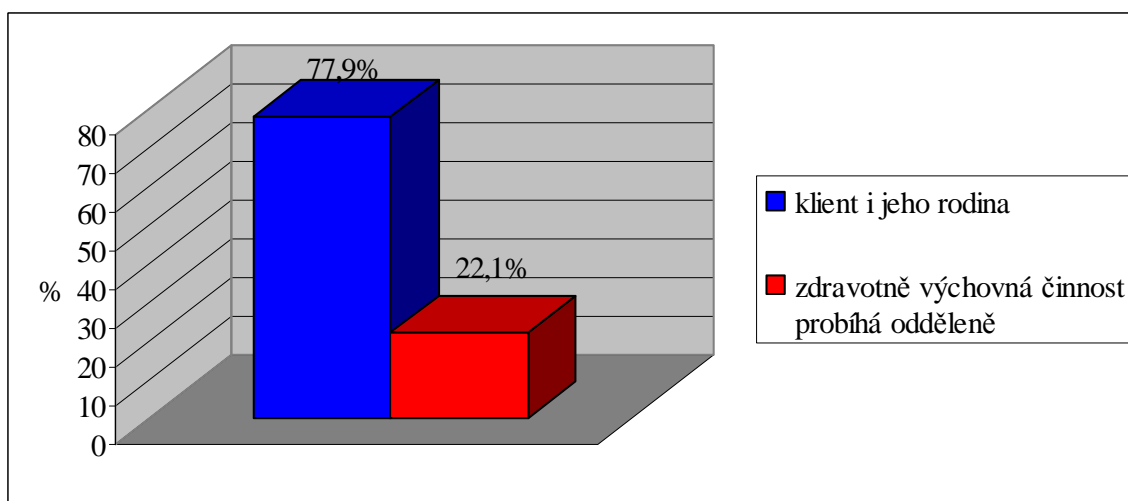
Z celkového počtu 100% (122) sester jako nejčastěji používaný speciální učební postup uvedlo dohodu s klientem 67,2% (82) sester, skupinové vyučování uvádí 18% (22) sester a modifikaci (úpravu) chování klienta používá 14,8% (18) sester.

Graf 17 Spolupráce s rodinou (otázka č.17, dotazník A)



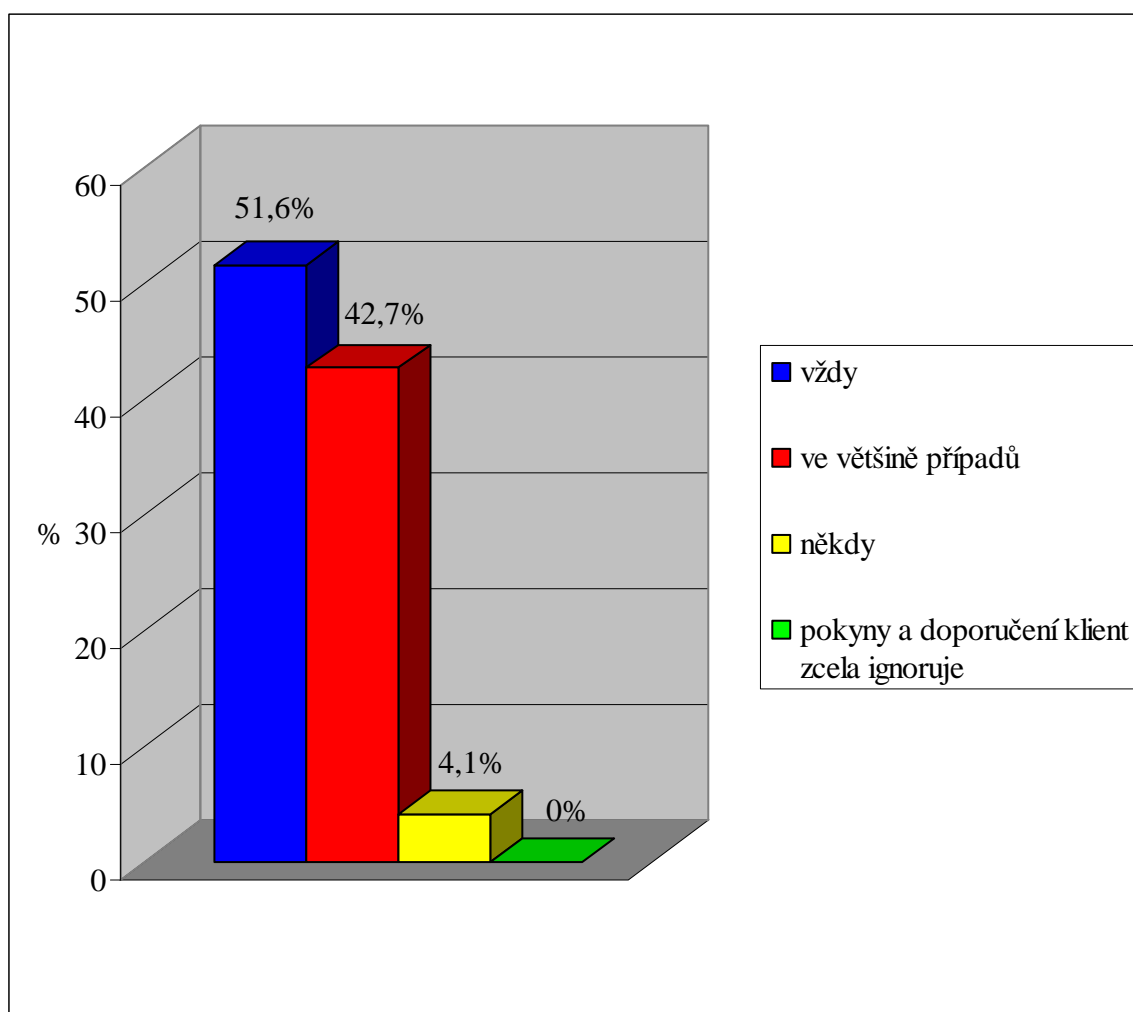
13,9% (17) sester z celkového počtu 100% (122) s rodinou klienta vždy spolupracuje, „někdy“ uvádí spolupráci 86,1% (105) sester a variantu „vůbec ne“ nezvolila žádná 0% (0) z dotazovaných.

Graf 18 Přítomnost rodiny (otázka č.18, dotazník A)



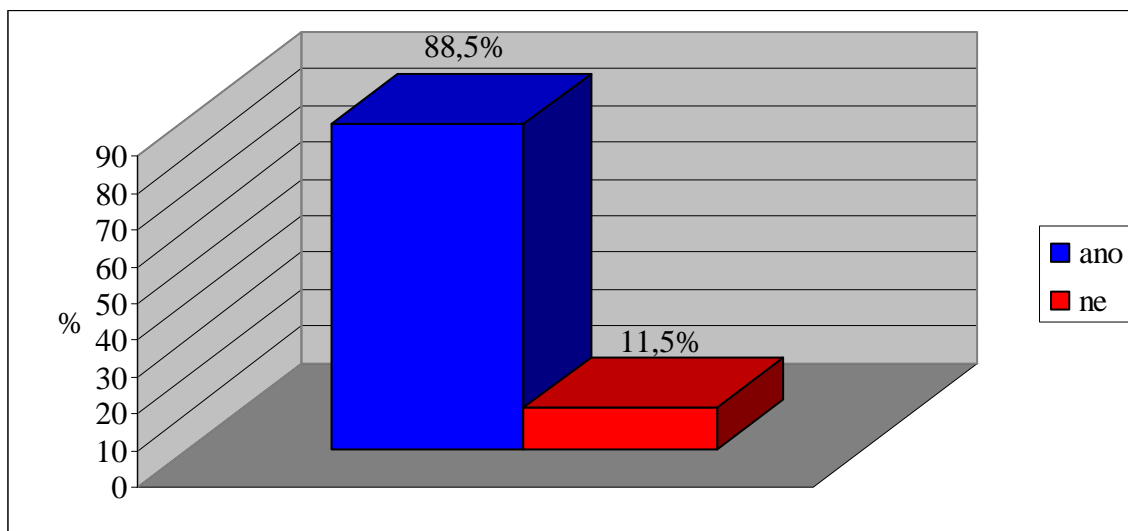
Z celkového počtu 100% (122) sester jich 77,9% (95) uvedlo, že u této spolupráce je přítomen klient i jeho rodina, 22,1% (27) sester uvádí, že zdravotně výchovná činnost probíhá odděleně.

Graf 19 Dodržování pokynů a doporučení (otázka č.19, dotazník A)



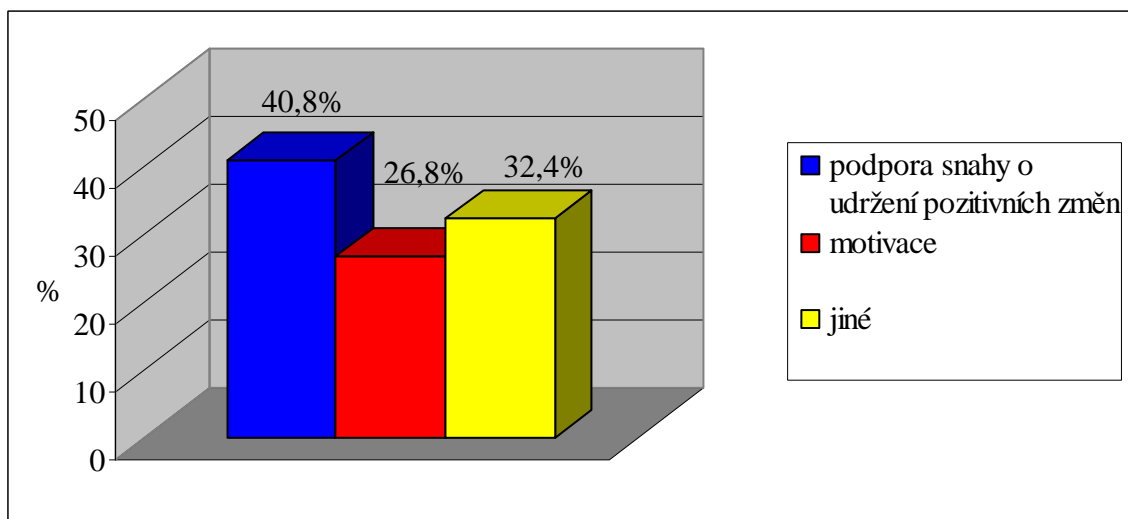
51,6% (63) sester uvedlo, že klient se řídí doporučeními a pokyny vždy, spolupráci ve většině případů uvedlo 42,7% (52) sester, „někdy“ uvádí 4,1% (5) sester a variantu, kdy klient zcela ignoruje pokyny a doporučení sestry ne zvolila žádná 0% (0).

Graf 20 Zpětná vazba (otázka č.20, dotazník A)



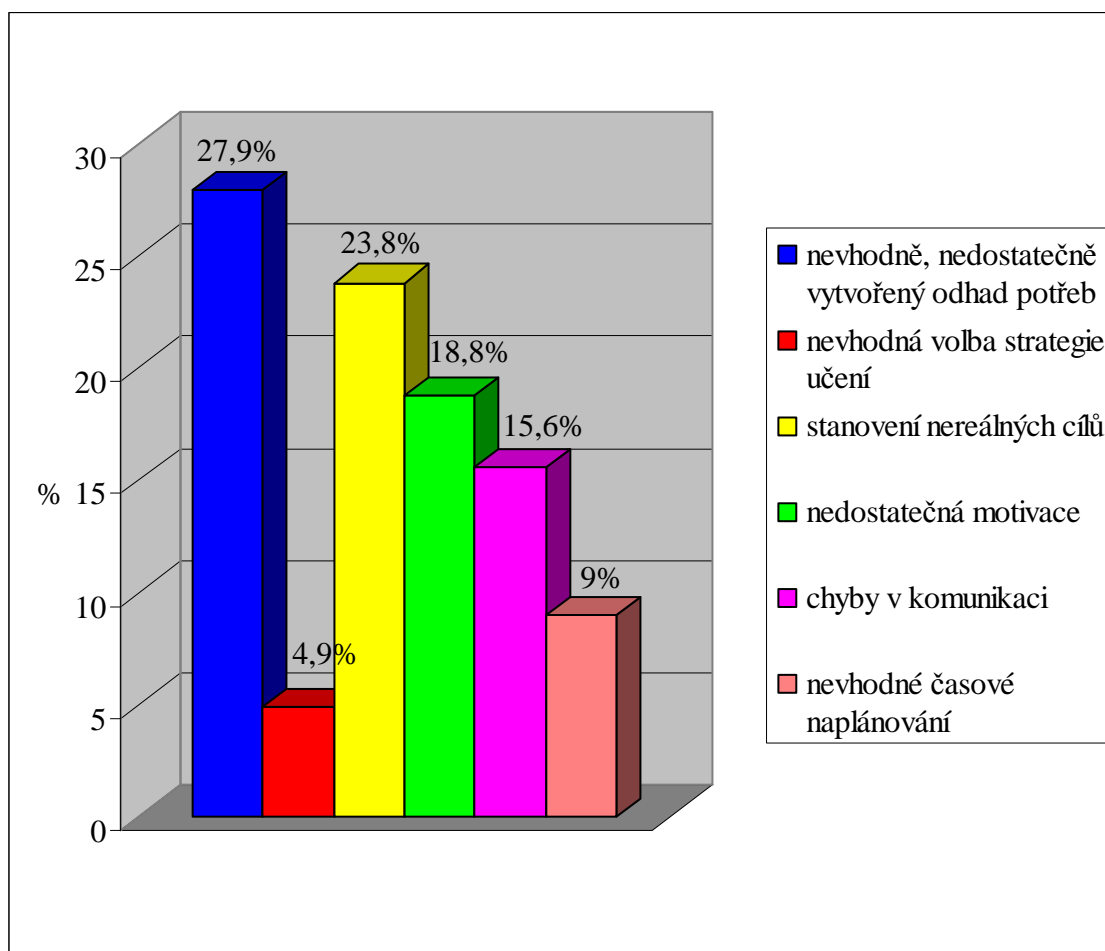
88,5% (108) z celkového počtu 100% (122) sester uvedlo, že zjišťují, zda a jakých výsledků klient dosáhl, 11,5% (14) sester toto nezjišťuje.

Graf 21 Forma zpětné vazby (otázka č.21, dotazník A)



Z celkového počtu 100% (108) uvedlo 40,8% (44) sester podporu snahy o udržení pozitivních změn jako nejčastější formu zpětné vazby, 26,8% (29) sester uvedlo motivaci a 32,4% (35) sester zvolilo variantu „jiné“.

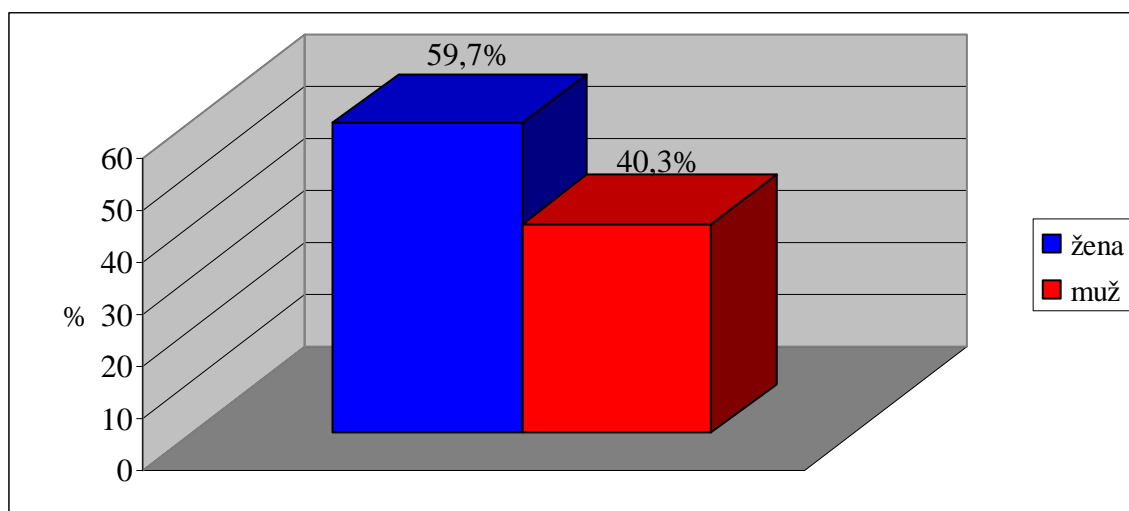
Graf 22 Příčiny nedosažení cíle (otázka č.22, dotazník A)



Jako nejčastější příčinu nedosažení cíle v rámci zdravotně výchovného procesu uvedlo 27,9% (34) sester nevhodně nebo nedostatečně vytvořený odhad potřeb klienta, 4,9% (6) sester uvádí nevhodnou volbu strategie učení, 23,8% (29) sester považuje za příčinu stanovení nereálných cílů, nedostatečnou motivaci zvolilo 18,8% (23) sester, chyby v komunikaci uvádí 15,6% (19) a nevhodné časové naplánování uvedlo 9% (11) sester.

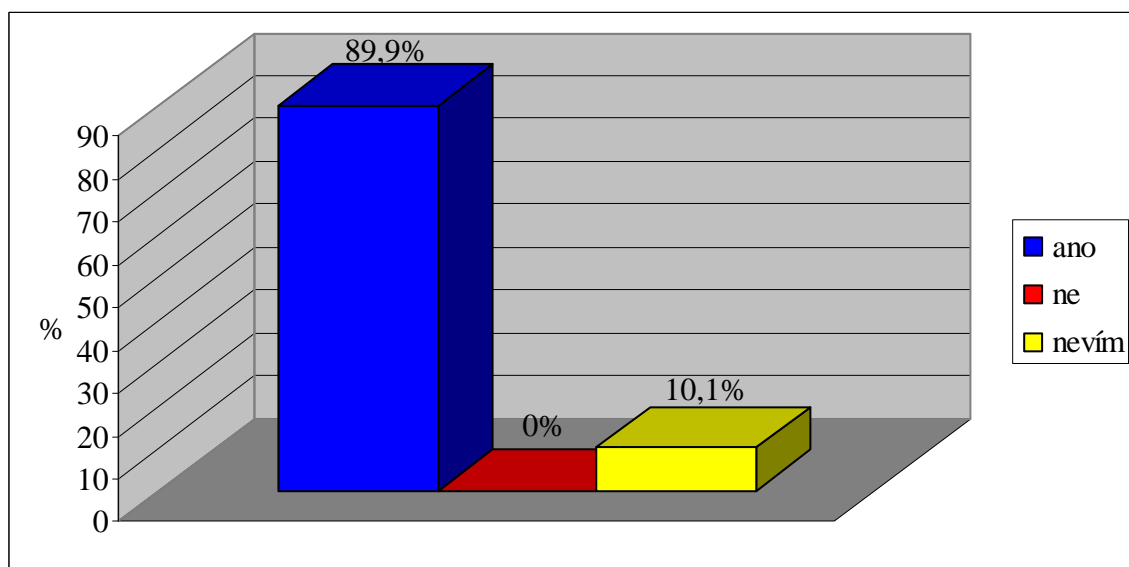
4.2. Výsledky výzkumu - dotazník B (klienti)

Graf 23 Pohlaví (otázka č.1, dotazník B)



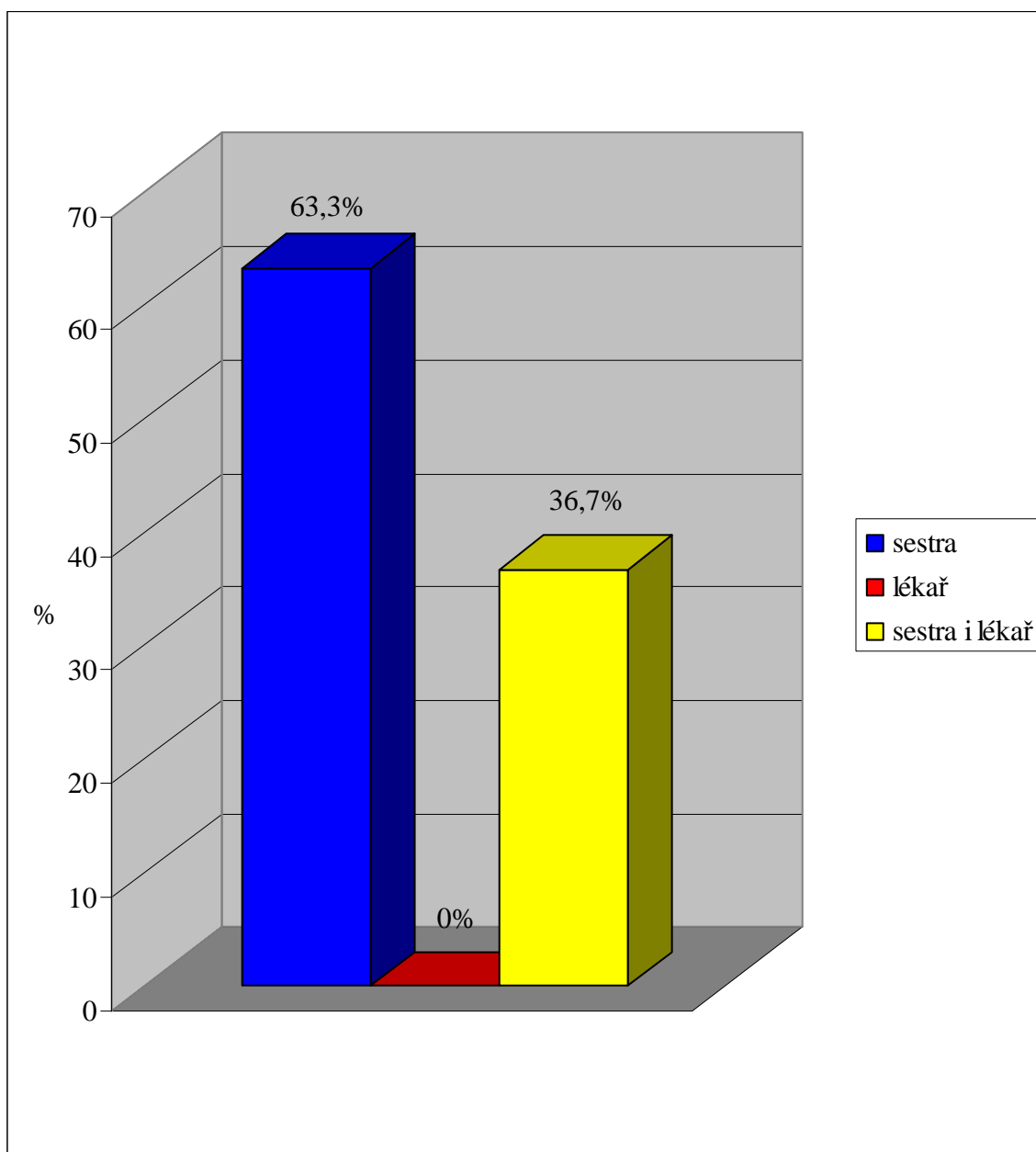
Z celkového počtu 100% (109) respondentů tvořilo 59,7% (65) žen a 40,3% (44) mužů.

Graf 24 Důvěra ve zdravotnický personál (otázka č.2, dotazník B)



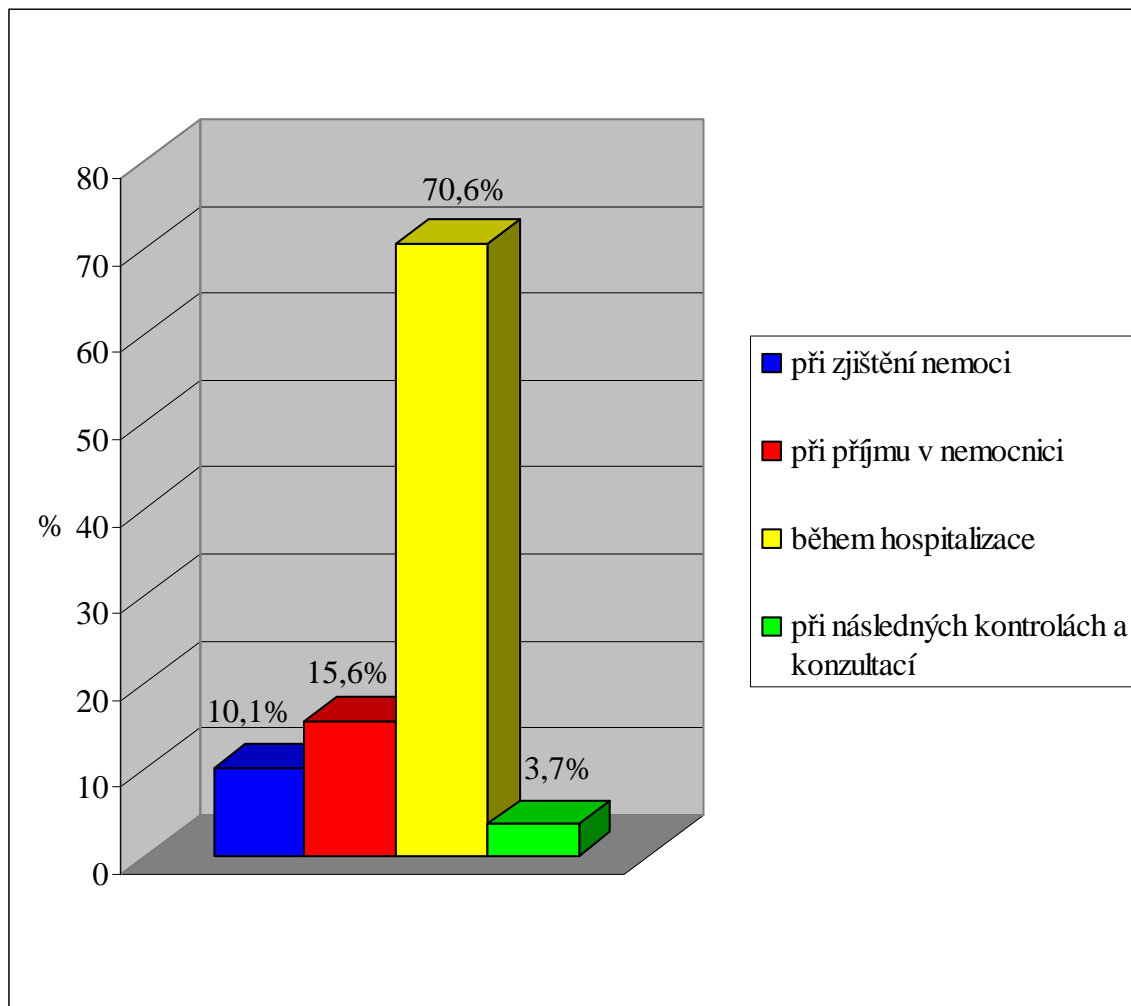
89,9% (98) klientů má důvěru ve zdravotnický personál, variantu „ne“ nezvolil žádný 0% (0) klient a „nevím“ označilo 10,1% (11) klientů.

Graf 25 Poskytování informací (otázka č.3, dotazník B)



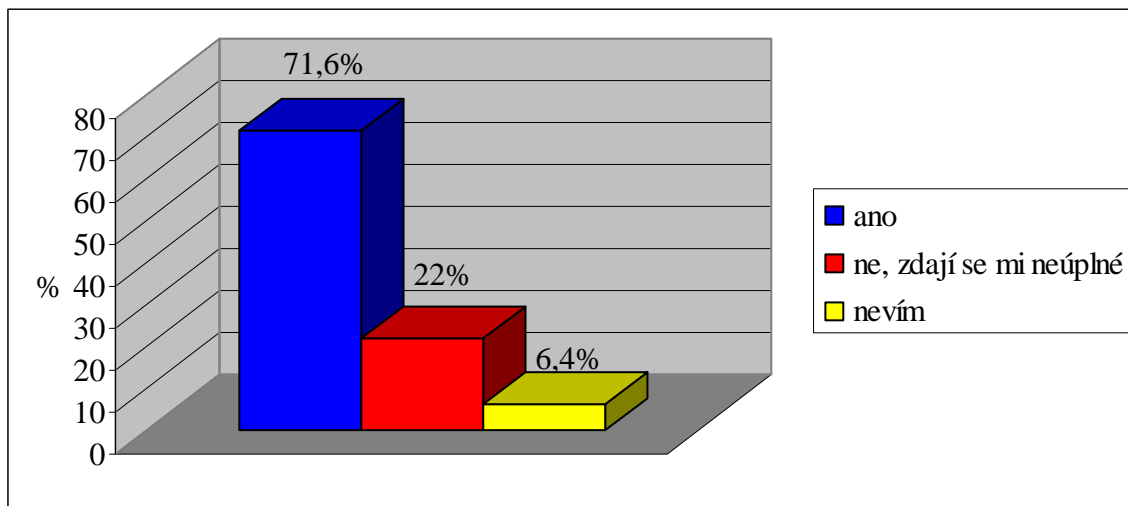
63,3% (69) uvedlo, že informace ohledně zdravotně výchovné činnosti jim poskytovala pouze sestra, variantu „lékař“ nezvolil nikdo 0% (0) a 36,7% (40) klientů uvedlo „sestra i lékař“.

Graf 26 Doba, kdy sestra klientovi poskytne největší množství informací
(otázka č.4, dotazník B)



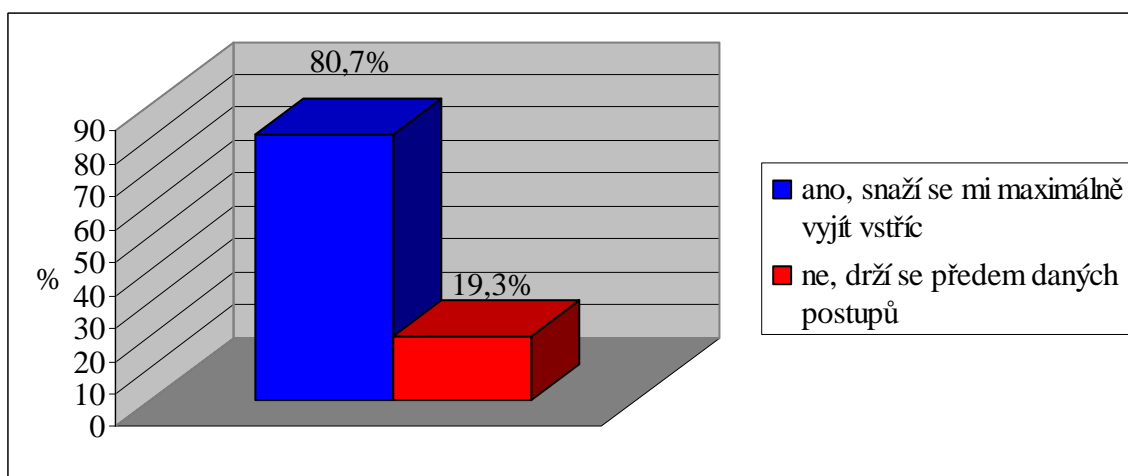
Informace v rámci zdravotně výchovné činnosti byly poskytnuty 10,1% (11) klientům při zjištění nemoci, 15,6% (17) klientům při příjmu v nemocnici, 70,6% (77) během hospitalizace a 3,7% (4) klientům při následných kontrolách.

Graf 27 Spokojenost s informacemi ohledně zdravotně výchovné činnosti
(otázka č.5, dotazník B)



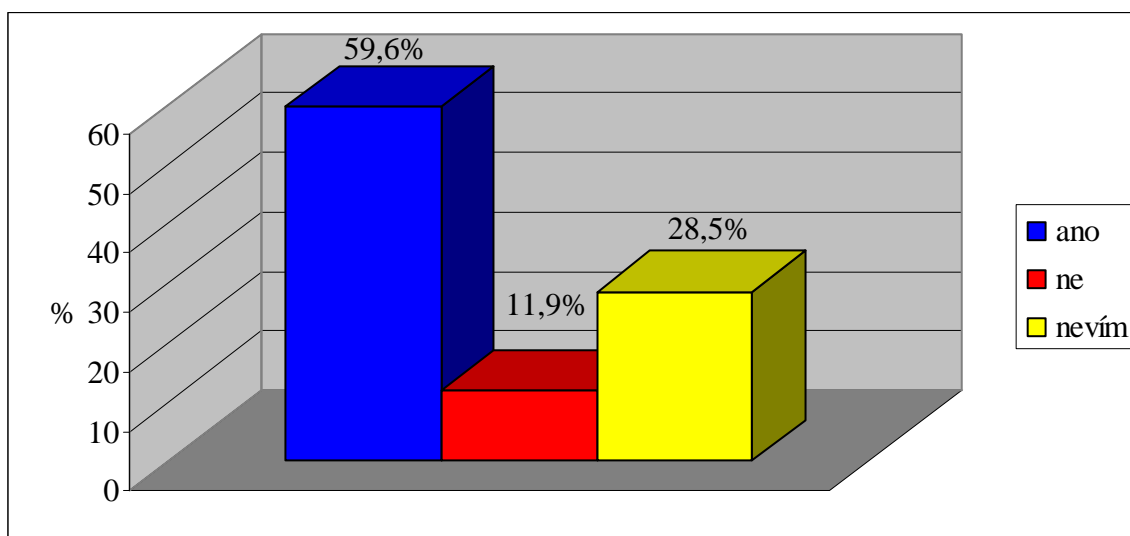
71,6% (78) klientů považuje informace ohledně zdravotně výchovné činnosti za dostatečné, 22% (24) klientů se informace zdají být neúplné a variantu „nevím“ zvolilo 6,4% (7) klientů.

Graf 28 Přizpůsobení učebního postupu (otázka č.6, dotazník B)



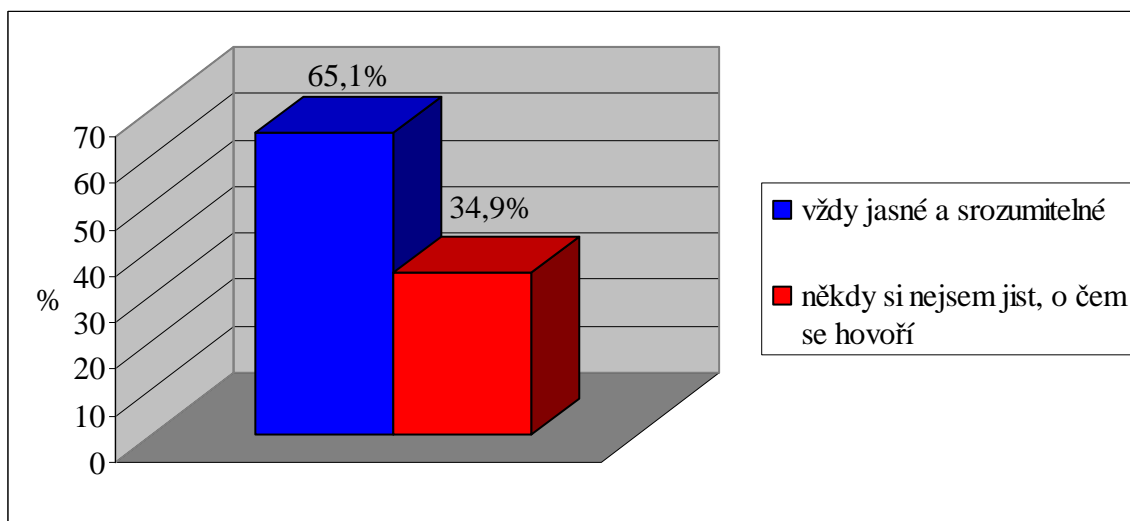
80,7% (88) klientů uvedlo, že sestra přizpůsobila učební postup jejich individuálním potřebám, 19,3% (21) klientů uvádí, že tento postup sestra nepřizpůsobila.

Graf 29 Poučení významné pro zdravotní stav (otázka č.7, dotazník B)



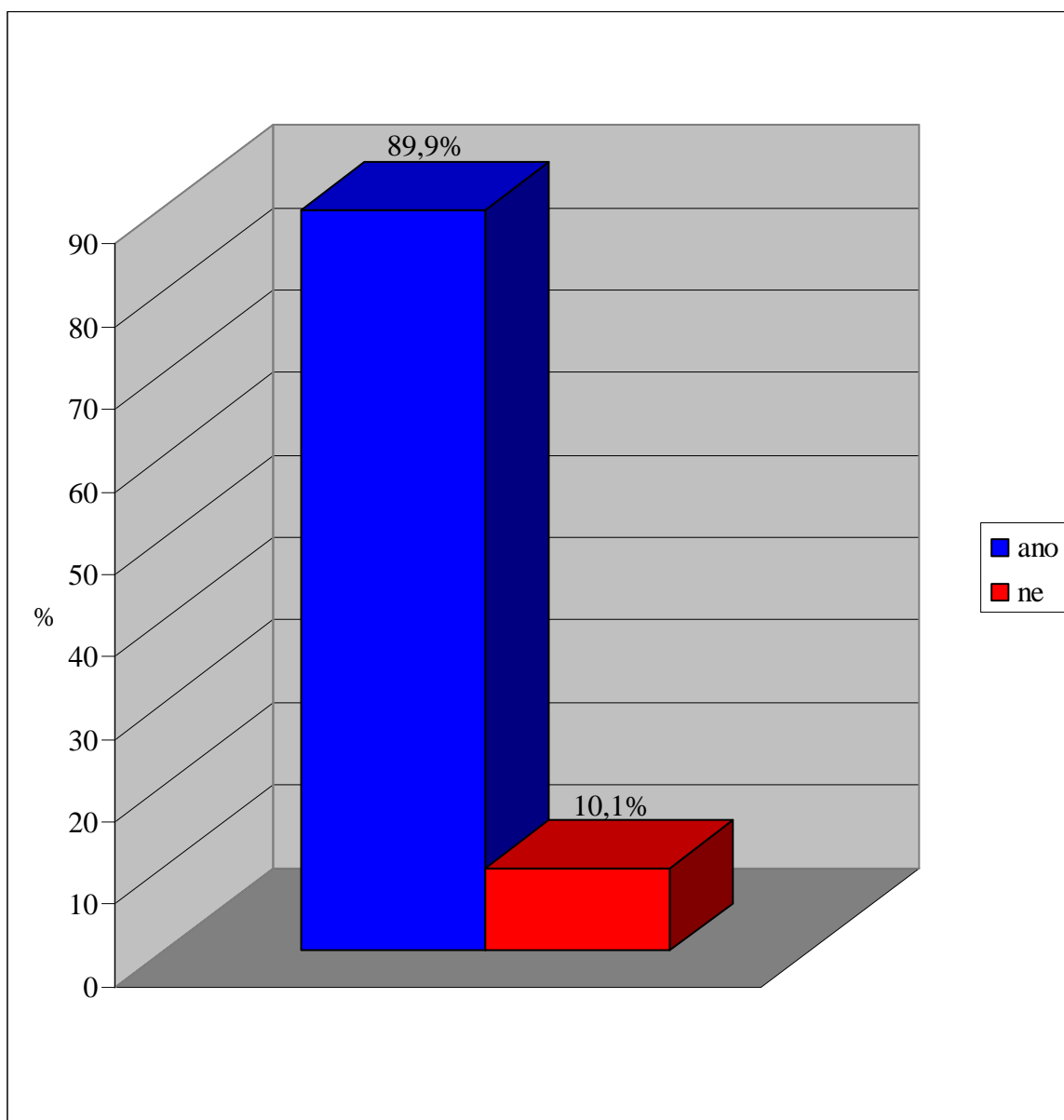
59,6% (65) klientů uvádí, že bylo poučeno o něčem, co bylo významné pro zlepšení jejich zdravotního stavu, 11,9% (13) takto poučeno nebylo a variantu „nevím“ zvolilo 28,5% (31) klientů.

Graf 30 Srozumitelnost poskytnutých informací (otázka č.8, dotazník B)



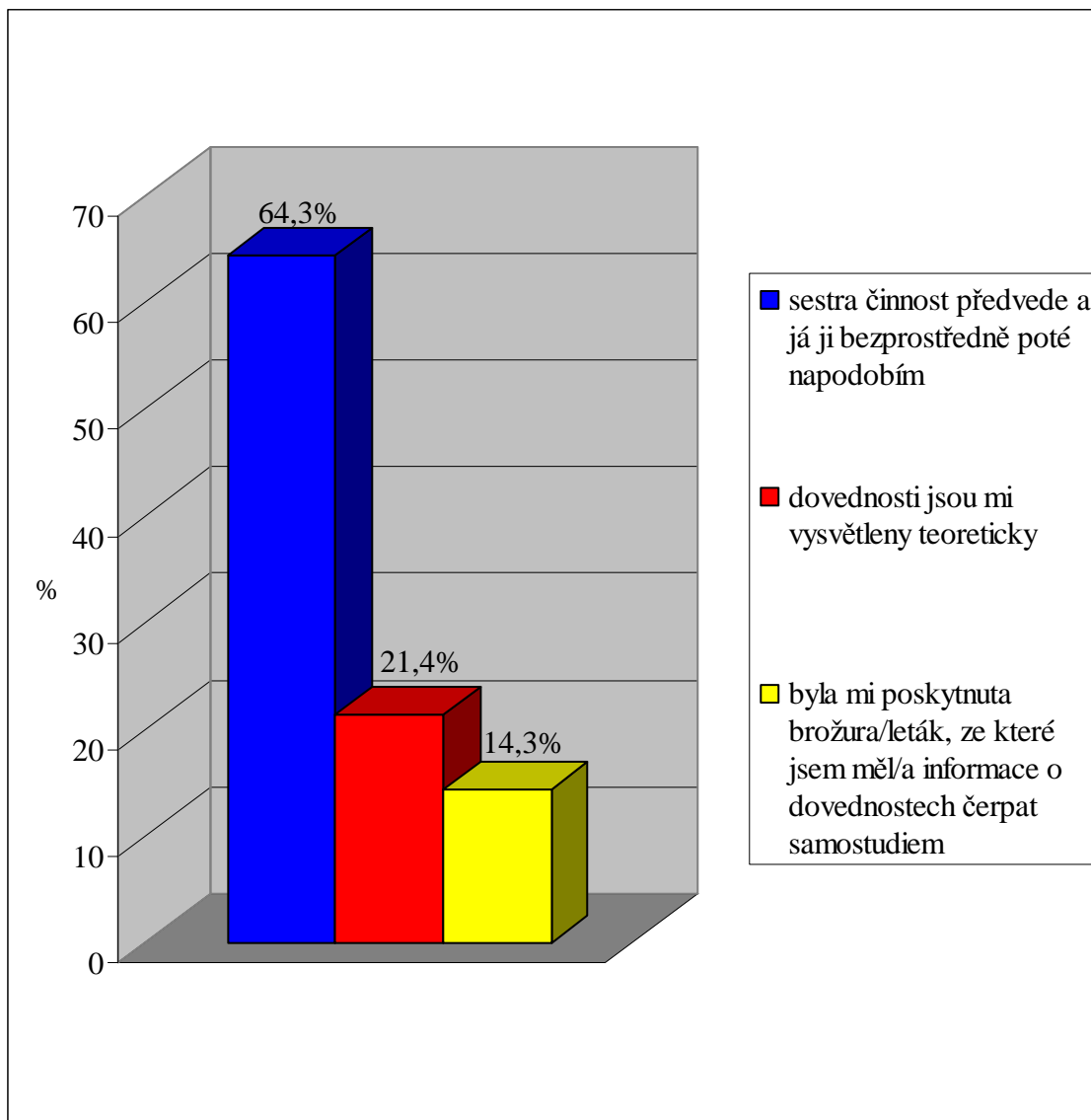
Pro 65,1% (71) klientů jsou informace ohledně zdravotně výchovné činnosti vždy jasné a srozumitelné, 34,9% (38) klientů uvedlo, že si někdy nejsou jisti, o čem se hovoří.

Graf 31 Seznámení s praktickými dovednostmi (otázka č.9, dotazník B)



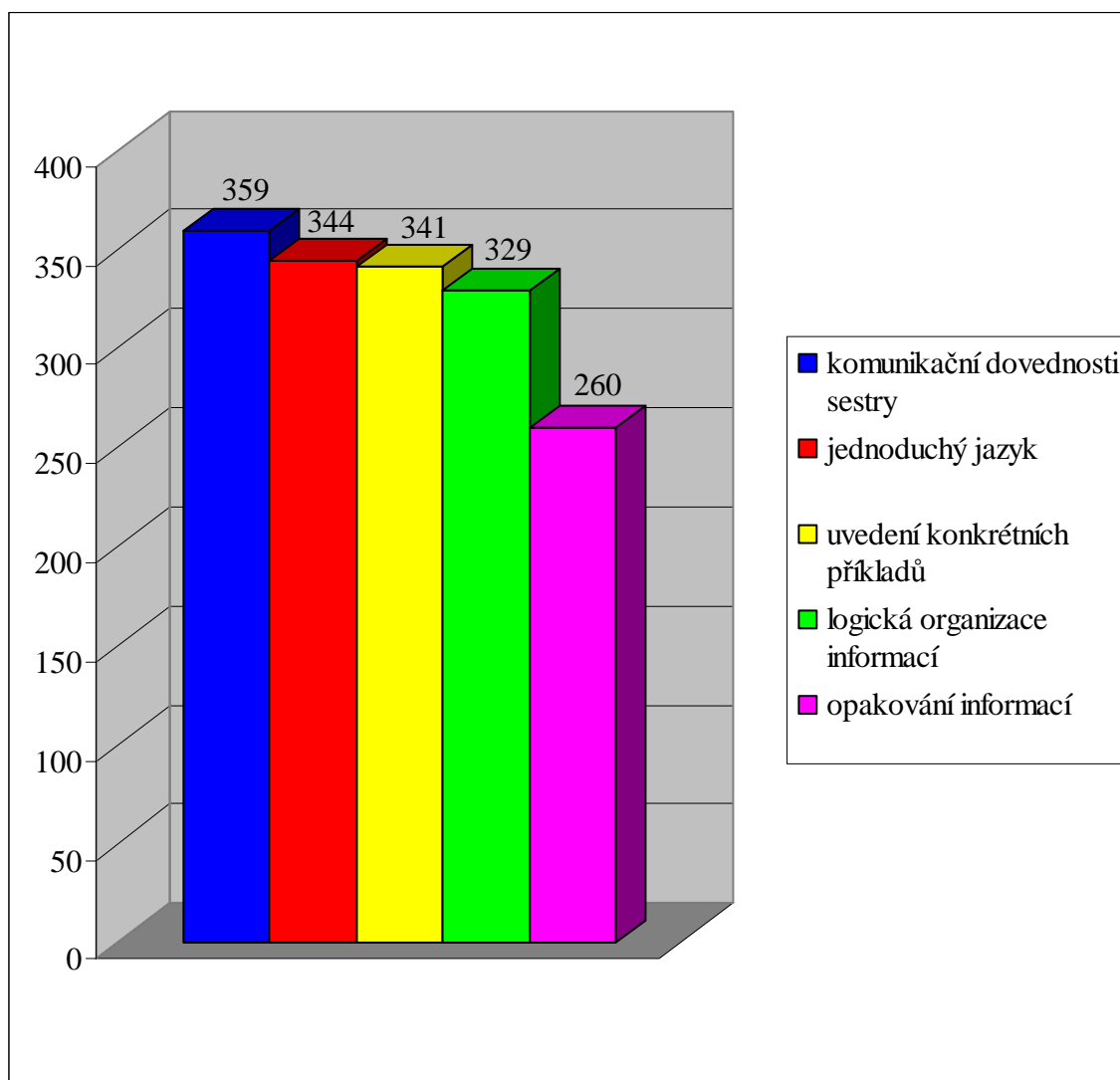
89,9% (98) dotazovaných klientů z celkového počtu 100% (109) uvedlo, že během zdravotně výchovné činnosti byli seznámeni s praktickými dovednostmi týkající se zlepšení jejich zdravotního stavu. 10,1% (11) klientů uvádí, že s nimi seznámeni nebyli.

Graf 32 Způsob předávání informací týkajících se praktických dovedností
(otázka č.10, dotazník B)



Z celkového počtu 100% (98) klientů zaškrtnulo variantu „sestra činnost předvede a já ji bezprostředně poté napodobím“ 64,3%(63), „dovednosti jsou mi vysvětleny teoreticky“ zvolilo 21,4% (21) klientů a variantu „byla mi poskytnuta brožura/leták, ze které měl/a informace o dovednostech čerpat samostudiem“ zvolilo 14,3% (14) respondentů.

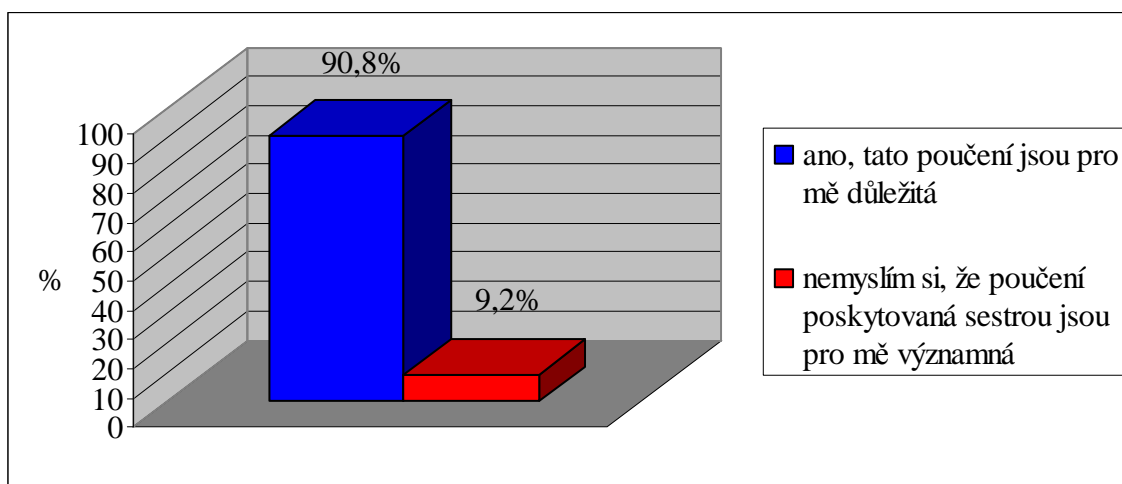
Graf 33 Kvalita prezentace informací (otázka č.11, dotazník B)



Následující výroky klienti obodovali dle důležitosti na stupnici v rozmezí 1-5 bodů.

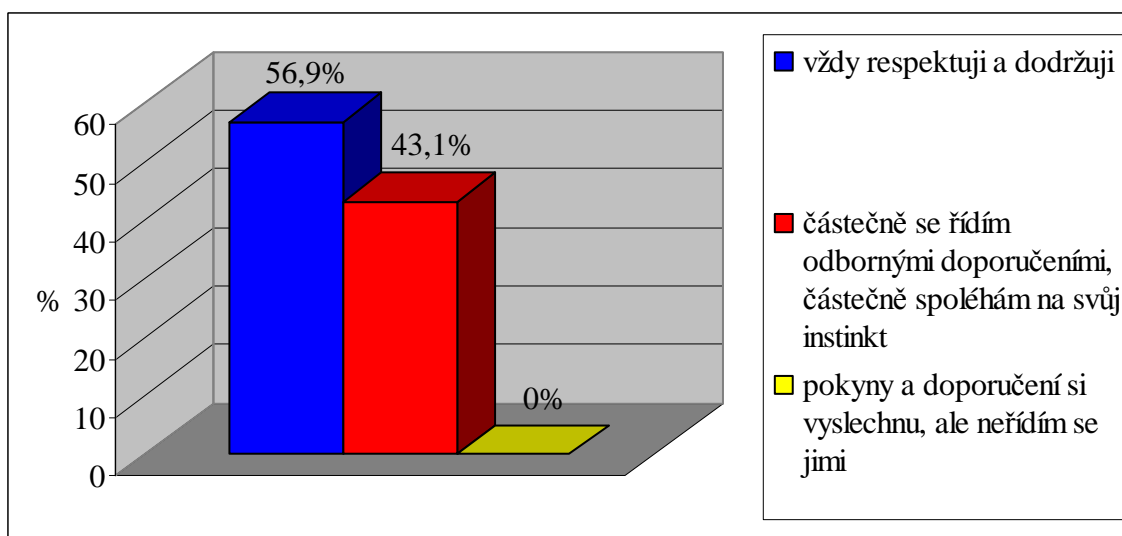
1 bod = nejméně důležitý výrok, 5 bodů = nejdůležitější výrok. Seřazeno dle důležitosti od nejvyššího počtu získaných bodů: komunikační dovednosti - 359 bodů, jednoduchý jazyk - 344 bodů, uvedení konkrétních příkladů - 341 bodů, logická organizace informací - 329 bodů, opakování informací - 260 bodů.

Graf 34 Významnost poučení poskytovaných sestrou (otázka č.12, dotazník B)



90,8% (99) klientů z celkového počtu 100% (109) uvedlo, že poučení poskytnutá sestrou jsou pro ně významná, 9,2% (10) uvádí, že tato doporučení pro ně důležitá nejsou.

Graf 35 Dodržování doporučení a pokynů (otázka č.13, dotazník B)



Pokyny a doporučení vždy respektuje a dodrhuje 56,9% (62) klientů, částečně se řídí odbornými doporučeními a částečně spoléhá na svůj instinkt 43,1% (47) klientů a variantu, kdy si klient pokyny a doporučení vyslechnu, ale neřídí se jimi, nevedl nikdo 0% (0) z dotazovaných.

5. Diskuse

Z výsledků výzkumu bylo patrné, že naprostá většina dotazovaných sester, tedy 100%, bylo sester ženského pohlaví. Tento výsledek je důkazem toho, že i když se situace ohledně zastoupení mužů v tradičně ženských profesích, jakou je i povolání sestry, po roce 1989 zlepšila, v této oblasti není pravděpodobně mužská část populace motivována takovým způsobem, aby profesi sestry vykonávala. (Graf 1A)

Otázka vzdělání sester není již tak jednotvárná, jak tomu dozajista bylo v nedávné minulosti. Se vstupem České republiky do Evropské unie v roce 1993 se změnila požadavky na sestry a tím i na jejich vzdělání. Výsledky průzkumu ukázaly, že z celkového počtu dotazovaných sester jich 73,8% získalo středoškolské vzdělání, vyššího odborného vzdělání dosáhlo 8,2%, vysokoškolské vzdělání bylo zastoupeno u 13,9% sester s bakalářským vzděláním a u 4,1% sester se vzděláním magisterským. I když výsledky průzkumu ukázaly, že téměř tři čtvrtiny sester dosáhly pouze středoškolského vzdělání, je potěšující, že sester s vyšším a vysokoškolským vzděláním neustále přibývá a přibývat bude. Je to nejenom nutnost, jež úzce souvisí s výkonem profese sestry a její profesionalitou, ale je také spojena s neustálým rozvojem osobnosti a zdokonalováním sebe sama. (Graf 2A)

S dosaženým vzděláním je spjata i délka praxe sester v nemocnici. Praxi v délce do 5 let uvedlo 21,3% sester, 6 – 10 let pracuje v nemocničním zařízení 12,3% sester, 11 – 15 let má praxi 20,5% sester, délku 16 – 20 let uvádí 10,7% a největší zastoupení 35,2% měly sestry, které uvedly délku praxe delší než 21 let. Z grafického znázornění je zřejmé, že nejdelší praxi mají sestry, které zákonitě svým věkem patří ke starší generaci. Zde se naskytá otázka, jakým způsobem bude v horizontu několika příštích let řešena situace související s odchodem těchto sester do důchodu, jestliže už v současné době jsou mladší věkové kategorie žen i mužů zastoupeny v této profesi v menší míře. (Graf 3A)

Vezmeme-li v úvahu, že edukační činnost je nejvýznamnější součástí ošetrovatelské praxe, je z výsledků průzkumu potěšující, že celých 94,3% sester souhlasí s názorem, že zdravotně výchovná činnost je podstatnou součástí plánovaných

intervencí sestry ve všech formách kvalifikované péče. 5,7% sester se k tomuto vyjádřilo negativně, z čehož vyplývá, že i když je zdravotně výchovná činnost důležitou samostatnou funkcí ošetrovatelství, není vždy adekvátně uplatňována. V průběhu vzdělávání sester by měl být věnován dostatek času a prostoru pro zdravotně výchovnou činnost, aby bylo dosaženo maximální profesionality budoucích sester edukátorek. (Graf 4A)

Celoživotní vzdělávání sester se v současné době stalo nedílnou součástí výkonu jejich povolání. Na otázku, zda se v rámci celoživotního vzdělávání zúčastnily seminářů nebo konferencí zaměřených na zdravotně výchovnou činnost více jak tři čtvrtiny, konkrétně 85,1% dotazovaných, uvedlo, že se těchto aktivit již zúčastnilo. Zbývajících 13,9% sester se těchto seminářů nebo konferencí v rámci celoživotního vzdělávání ještě nezúčastnilo. (Graf 5A)

S tímto souvisela i otázka následující, jejíž cílem bylo zjistit, kolik sester z těch které ještě neměly možnost zúčastnit se dalšího vzdělávání souvisejícím se zdravotně výchovnou činností, by uvítalo konání těchto konferencí či seminářů na svém pracovišti, popřípadě ve svém regionu. 88,2% sester by tyto aktivity přivítalo. Rozhodnuto, zda by tyto semináře nebo konference chtělo navštívit, v okamžiku vyplňování dotazníku, nebylo 11,8% respondentů a žádná z dotazovaných sester ne zvolila variantu, ve které by účast na seminářích či konferencích zaměřených na zdravotně výchovnou činnost zcela odmítla. (Graf 6A)

Prostředí ve kterém sestry vykonávají zdravotně výchovnou činnost ne vždy odpovídá přáním či představám, se kterými přicházejí na svá pracoviště. Toto je ovlivněno mnoha faktory souvisejícími jednak se statutem nemocnice (soukromé, státní zařízení) a jejím managementem nebo i s kvalitou lidských zdrojů. Z výsledků průzkumu je patrné, že 63,1% sester prostředí ve kterém pracují zcela vyhovuje a nabízí odpovídající podmínky pro realizaci zdravotně výchovné činnosti v rámci ošetrovatelského procesu. 11,5% sester vyjádřilo nespokojenost se špatným materiálním vybavením a 19,7% sester vidí příčinu nevyhovujícího prostředí v nedostatku soukromí pro realizaci zdravotně výchovné činnosti. 5,7% respondentů zvolilo variantu „jiné“. Zde měli možnost uvést konkrétní příklady, jež nebyly v nabídce možných odpovědí

týkající se odpovídajícího pracovního prostředí. Všichni z těchto dotazovaných uvedli nedostatek času jako faktor negativně ovlivňující pracovní prostředí a s tím spojenou realizaci zdravotně výchovné činnosti. (Graf 7A)

Zdravotně výchovná činnost je členěna do pěti fází, z nichž první se zaměřuje nejen na zjištění údajů o klientovi, ale i posouzení oblastí ve kterých klient potřebuje získat, doplnit, aktualizovat či redukovat vědomosti a dovednosti. K otázce, zda se sestry zaměřující na zjišťování těchto údajů a oblastí se téměř naprostá většina sester, 94,3%, vyjádřila kladně. Negativně odpovědělo 5,7%. Ve fázi posouzení je nejdůležitější zohlednit individualitu člověka. Mezi důležité úkoly sestry patří zjistit, jaká je ochota a pohotovost klienta učit se, jaká je jeho fyzická připravenost k učení se a získávání nových informací. Je také nezbytné zohlednit společensko-ekonomické prostředí odkud klient pochází, zjistit jeho motivaci a touhu po změně, jaké jsou jeho názory na zdravý životní styl a je důležité určit jaký styl učení nejvíce vyhovuje jeho potřebám. (Graf 8A)

Metoda kterou sestra používá pro zjišťování učebních potřeb klienta je odrazem její osobnosti, ale také možností, které naskýtá pracovní prostředí. Z celkového počtu dotazovaných sester uvedlo 78,7%, že jako nejčastější metodu pro zjišťování učebních potřeb používá rozhovor, který probíhá pouze mezi klientem a sestrou. Skupinové sezení které uvádí 7,4% sester je možno pořádat za předpokladu, že pracovní prostředí nabízí odpovídající podmínky pro tuto variantu. Formou vypracovaných testů zjišťuje učební potřeby 4,1% sester a metodu pozorování, jako prostředek pro zjištění učebních potřeb, uvedlo 9,8%. Dle mého názoru, součástí metody pozorování by měla být ještě jiná forma ústního způsobu zjišťování potřeb, neboť ne všechny oblasti a údaje, ve kterých klient potřebuje doplnit či zaktualizovat své vědomosti, lze vypořádat. (Graf 9A)

Ve druhé fázi výchovně vzdělávací činnosti dochází ke stanovení edukační diagnózy. Na otázku, zda sestry tuto edukační diagnózu stanovují, jich z celkového počtu odpovědělo 38,5% kladně a záporně se k tomuto vyjádřilo 61,5%, tedy více jak polovina. V této fázi by sestra měla společně s klientem najít a pojmenovat příčiny jeho stávajícího zdravotního problému, měla by klientovi poskytnout informace týkající se

rizikového chování, které je nutno změnit nebo alespoň zmírnit. Stanovení edukační diagnózy je fáze, která by, jak vyplývá z výsledku průzkumu, neměla být sestrami podceňována, neboť v této fázi sestra přesně určuje vědomosti, které by měly být klientovi doplněny. (Graf 10A)

Třetí fáze ošetrovatelského procesu zahrnuje plánování ošetrovatelských činností a je i přípravou edukačního plánu, který je nutno uskutečňovat po jednotlivých etapách. Na otázku, zda sestry plánují jednotlivé kroky učebního procesu odpovědělo 63,9% kladně a zápornou odpověď označilo zbylých 36,1% sester. Pokud sestra dosáhne toho, že se klient plně do realizace edukačního plánu zapojí, je velmi pravděpodobné, že snadněji dosáhne požadovaného cíle tedy změny. Změny se nedělají snadno a sestra, která má pacientovi pomoci, musí být vnímavá, předvídavá a také trpělivá. Stanovení učebních cílů by mělo být vždy reálné a v souladu s individuálními potřebami klienta. Z grafického znázornění je patrné, že i když nadpoloviční většina sester plánuje při uskutečňování zdravotně výchovné činnosti jednotlivé kroky učebního procesu, je žádoucí, aby se tento počet zvýšil a v průběhu vzdělávání sester byl kladen větší důraz na realizaci teorie v praktických činnostech. (Graf 11A)

Čtvrtou fází edukačního procesu je její uskutečňování. V této fázi se projeví připravenost a promyšlenost předchozích fází. Sestra by zde měla být maximálně flexibilní, tedy schopná reagovat v průběhu edukace na možné změny, které v klientově chování mohou nastat nebo vyplynout z jeho zdravotního stavu. K otázce týkající se nejčastěji využívané formy zdravotně výchovné činnosti uvedlo jako odpověď 80,3% sester individuální formu výuky, 19,7% upřednostňuje ve své činnosti formu výuky skupinovou. Výsledek je odrazem možností, které pracovní prostředí nabízí, ale také osobností jednotlivých sester, v jaké pozici se při prezentování informací cítí nejlépe. (Graf 12A)

Z celkového počtu dotazovaných sester uvedlo jako metodu prezentace informací 52,4% metodu slovní, samostatně metodu písemnou neuvedla žádná sestra. Variantu, kdy pro prezentaci informací je použita kombinace metody slovní a písemné označilo 36,1% respondentů a metodu demonstrační, tedy názornou ukázkou pomůcek či předvedení úkonu, zvolilo 11,5% sester. Při prezentaci informací je velmi důležité, aby

sestra vždy v kontaktu s klientem uplatňovala zásadu individuálního přístupu. Je to především respektování klientova zdravotního stavu, jeho přání a potřeb a zároveň uvědomění si, že klienti se liší ve způsobu přijímání informací a je zde tedy nutné uplatňovat zásadu názornosti. To znamená, že shlédnutí obrázků či nákrešů u jednoho jedince je pro jeho edukaci dostačující, zatímco u jiného klienta by toto bez názorné demonstrace úkonu nebo pomůcky nemělo žádný význam. (Graf 13A)

Sestry které pro prezentaci informací zvolily metodu písemnou či kombinaci písemné i slovní měly dále možnost určit konkrétní pomůcky, které při prezentaci informací v rámci zdravotně výchovné činnosti používají. Letáky, jako formu tištěného slova uvedlo 36,4% dotazovaných, brožury uvádí 54,5%, plakáty nepoužívala ve své edukační činnosti žádná sestra a 9,1% uvedlo knižní publikace. (Graf 14A)

Podobným způsobem byla koncipována i následující otázka. Zde měly sestry které pro prezentaci informací v rámci zdravotně výchovné činnosti používají metodu slovní nebo demonstrační, zvolit konkrétní formu mluveného slova, kterou nejčastěji využívají. Jako nejčastější formu mluveného slova uvádí 69,7% sester rozhovor, přednášku používá 22,1% a variantu „beseda“ zvolilo 8,2% sester. (Graf 15A)

Sestra může v rámci zdravotně výchovné činnosti používat několik speciálních učebních postupů. Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 67,2% dohodu s klientem jako nejčastěji aplikovaný speciální učební postup. Tato „smlouva“ mezi sestrou a klientem je založena na stanovení určitých cílů či cíle, jehož má klient v určitém časovém horizontu dosáhnout. Zodpovědnost za splnění dílčích kroků, které jsou nutné k dosažení cíle, zde nese klient i sestra. Speciální učební postup ve formě skupinového sezení zvolilo 18% dotazovaných sester. Tento způsob umožňuje členům skupiny vyměňovat si navzájem informace. V průběhu zdravotně výchovné činnosti dochází k tomu, že klienti mohou syntetizovat a analyzovat své znalosti, myšlenky a nápady a zároveň se od sebe navzájem učit. Poslední z nabízených variant - modifikaci (úpravu) chování – zvolilo 14,8% sester. Tento speciální učební postup je staven na reakci klienta, jež je klíčen k dosažení požadovaných změn. Při volbě vhodného speciálního učebního postupu je vždy nezbytné, aby sestra zohlednila klientovo vzdělání (fáze

posouzení), neboť i toto může mít podstatný vliv na efektivitu vybraného postupu. (Graf 16A)

Při své práci je sestra vázána na úzký kontakt s nemocnými, ale nelze opomenout ani klientovu rodinu, se kterou bývá klient ve většině případů spjat. Právě s rodinnými příslušníky je během zdravotně výchovné činnosti možná spolupráce. Na otázku, zda sestry spolupracují s rodinou klienta v rámci zdravotně výchovné činnosti odpovědělo „vždy“ 13,9 % dotazovaných, variantu „někdy“ zvolilo 86,1% a možnost, že by sestra s rodinou klienta nespolupracovala nikdy nezvolila žádná ze sester. Z výsledků průzkumu je potěšující, že pokud je to možné, každá sestra se snaží v rámci zdravotně výchovné činnosti do spolupráce začlenit i klientovy rodinné příslušníky. Začlenění rodiny tak může u klienta v mnoha případech pozitivně přispět k dosažení požadované změny, která je cílem výchovně vzdělávací činnosti. (Graf 17A)

Zda bude u této spolupráce přítomna klientova rodina, záleží například nejenom na blízkosti osobního vztahu a důvěře, kterou k sobě klient a rodina projevují, ale také na míře informací, které je klient ochoten sdílet se svými blízkými. Na otázku, kdo je u této spolupráce přítomen, odpovědělo 77,9% sester „klient i rodina“. Variantu kdy zdravotně výchovná činnost probíhá odděleně označilo 22,1% sester. (Graf 18A)

Má-li sestra na klienta účinně působit a zaktivovat jeho síly pro boj s nemocí, potřebuje k němu najít cestu, což není vždy jednoduché. Klient potřebuje z chování a jednání sestry vycítit, že má o jeho osud zájem, nikoli jen z profesního hlediska, ale i z hlediska lidského. Výsledkem vzájemného porozumění mezi sestrou a klientem je situace, kdy klient plní pokyny a doporučení dané sestrou. Na otázku zda klient v průběhu zdravotně výchovné činnosti spolupracuje a řídí se doporučeními a pokyny odpovědělo 51,6% dotazovaných „vždy“, variantu „ve většině případů“ zvolilo 42,7% sester a možnost „někdy“ uvádí pouze 4,1% sester. Je potěšující, že žádná z dotazovaných sester se ve své praxi nesešla s klientem, který by pokyny a doporučení, které sestra v rámci zdravotně výchovné činnosti klientovi poskytuje, zcela ignoroval. (Graf 19A)

Poslední fází zdravotně výchovné činnosti je fáze, ve které sestra i klient hodnotí dosažení vytyčených cílů. Je tedy nutné dozvědět se, jaký efekt má zdravotně výchovná

činnost. Hovoříme zde o principu zpětné vazby. Z výsledků průzkumu je patrné, že 88,5% sester v rámci zdravotně výchovné činnosti zjišťuje, zda a jakých výsledků klient dosáhl. Negativně se k otázce zjišťování výsledků vyjádřilo 11,5% sester. I když téměř všechny sestry ze zkoumaného souboru zpětnou vazbu provádí, stále zde existuje nezanedbatelné procento těch, které, ať již z jakýchkoliv důvodů, zpětnou vazbu neprovádí. Proto by se měl věnovat větší prostor výuce vytváření edukačních plánů, aby se do plnění konečné fáze edukačního procesu, kterou je fáze hodnocení, zapojily všechny sestry provádějící zdravotně výchovnou činnost. Zde je nutné podotknout, že sestra by měla hodnotit i dílčí krátkodobé cíle (úspěchy, neúspěchy), ne jenom zaměřit se na hodnocení požadované změny tedy cíle dlouhodobého. (Graf 20A)

Sestry provádějící zpětnou vazbu ve své edukační činnosti měly možnost konkretizovat její formu. Jako nejčastější formu zpětné vazby uvedlo 40,8% sester podporu snahy o udržení pozitivních změn, variantu „motivace“, kde velmi záleží na sestře, na její všímavosti a kreativitě jak vhodně motivovat klienta, zvolilo 26,8% sester. Z nabízených forem zpětné vazby měly sestry možnost označit i variantu „jiné“ a uvést vlastní příklady. V naprosté shodě 32,4% sester, které zvolily variantu „jiné“ napsalo, že jako formu zpětné vazby používají systém otázek, z jejichž odpovědí snadno zjistí, jestli bylo dosaženo požadovaného cíle. (Graf 21A)

Nedosáhnutí stanoveného cíle může mít různé příčiny, ať již je to nevhodně vytvořený odhad potřeb klienta, kdy tuto variantu vybralo 27,9% sester nebo nevhodně zvolená strategie učení. Tuto variantu označilo 4,9% dotazovaných. 23,8% sester považuje za příčinu nedosáhnutí vytyčeného cíle stanovení nereálných cílů. Znamená to tedy, že sestra mohla přecenit jednak možnosti klienta, ale i další vnější vlivy, které na zdravotně výchovnou činnost působí. Variantu „nedostatečná motivace“ zvolilo 18,8% sester a 15,6% dotazovaných uvádí, že za hlavní příčinu nedosáhnutí cíle považuje chyby v komunikaci. Chyby v komunikaci mohou nastat jak ze strany sestry (špatné vyjadřovací schopnosti, neschopnost vysvětlit látku), tak i ze strany klienta (zdravotní stav, jeho osobnost). Mezi jinými faktory, které sestra musí zohlednit při plánování, je i faktor času. Možnost kdy příčinou nedosáhnutí cíle je nevhodné časové naplánování uvedlo 9% sester. Hodnocení, zda bylo nebo nebylo dosaženo stanovených cílů, by

mělo probíhat za aktivní spolupráce klienta, neboť jeho role, kdy jen pasivně přijímal informace, se mění na roli rovnocenného aktivního partnera v péči o svoje zdraví. (Graf 22A)

Z celkového počtu klientů, kteří se zúčastnili průzkumu, tvořilo 59,7% žen, mužů bylo 40,3%. (Graf 23B)

Z dosažených výsledků je patrné, že naprostou důvěru ve zdravotnický personál vyjádřilo 89,9% klientů, variantu „nevím, zda mohu personálu plně důvěřovat“ zvolilo 10,1% a je pozitivní, že se ve zkoumaném vzorku neobjevil žádný klient, který by důvěru ve zdravotnický personál neměl. Vzájemná důvěra mezi zdravotníky a klienty je velmi důležitá, neboť je jedním z hlavních předpokladů úspěšného zvládnutí léčby obecně. Sestra, která provádí zdravotně výchovnou činnost je s pacientem ve velmi úzkém kontaktu, který musí být stavěn na vzájemné důvěře, jinak by její působení na klienta nemělo požadované efektivní výsledky. (Graf 24B)

Na otázku, kdo ze zdravotnického personálu poskytuje informace ohledně zdravotně výchovné činnosti odpovědělo 63,3% klientů, že jim tyto informace podává sestra, variantu „lékař“ nezvolil žádný z dotazovaných klientů a možnost, kdy informace poskytuje sestra i lékař zvolilo 36,7% klientů. Hypotéza 1, která zněla: „Sestry poskytují pacientům potřebné informace v rámci ošetrovatelského procesu“, byla potvrzena. Zdravotně výchovná činnost která je plně v kompetencích sester, je vykonávána z větší části sestrami samotnými, ale v některých případech se podle výsledků průzkumu na této činnosti podílel i lékař. Tento výsledek nemusí být odrazem reality, neboť někteří klienti mohou informace, které jim lékař poskytne za účelem úspěšného zvládnutí léčby, mylně považovat za informace týkající se zdravotně výchovné činnosti. (Graf 25B)

Cílem následující otázky bylo zjistit, kdy poskytuje sestra klientům v rámci zdravotně výchovné činnosti největší množství informací. Variantu „při zjištění nemoci“ uvedlo 10,1% klientů, „při příjmu v nemocnici“ uvádí 15,6% klientů. Možnost kdy nejvíce informací klient dostává „během hospitalizace“ označilo 70,6% dotazovaných a variantu „při následných kontrolách a konzultacích“ uvedlo 3,7% respondentů. Fáze či doba, kdy jsou klientovi poskytovány informace je závislá

především na druhu a míře onemocnění. Z výsledků průzkumu je patrné, že největší množství informací v rámci zdravotně výchovné činnosti je klientovi sděleno v průběhu hospitalizace v nemocnici. Zde bych chtěla zmínit článek PhDr. Zvoníčkové, která se ve svém sdělení zaměřuje na diabetologický obor, kde edukace pacientů hraje jednu z klíčových rolí. Právě v tomto oboru je nejvíce informací klientovi sděleno při zjištění nemoci. PhDr. Zvoníčková poukazuje na to, že „informační boom“ přichází bohužel obvykle v době největšího stresu, kdy klient není vyrovnán se svou nemocí a dosud neakceptoval změněnou životní situaci, takže si nezapamatuje téměř nic nebo není schopen informace prakticky použít. A tak je vlastně hodně práce a úsilí vynaloženo zbytečně. (Graf 26B)

Z dosažených výsledků je zřejmé, že 71,6% klientů je spokojeno s informacemi, které jsou jim v průběhu zdravotně výchovné činnosti poskytovány. 22% klientů považuje tuto informovanost za nedostatečnou a vyskytli se tu i jedinci, 6,4%, kteří si nebyli jisti, zda je jejich informovanost úplná. Hypotéza 2, která zněla: „Znalosti a dovednosti, které pacienti získají v rámci edukační činnosti jsou považovány pacienty za dostatečné“, byla potvrzena. I když většina dotazovaných vyjádřila spokojenost s poskytovanými informacemi, stále jsou zde klienti, kterým množství informací, jak teoretických tak i praktických, nevyhovuje. Sestry by proto měly provést sebereflexi, zamyslet se nad případnými nedostatky a způsobem, jakým je odstranit. Z možných forem řešení se nabízí například další vzdělávání, které dozajista sestřám pomůže řešit klientovu nespokojenost s informacemi. Snahou sester by mělo být zmenšení tohoto počtu nespokojených nebo nejistých klientů na naprosté minimum. (Graf 27B)

Při plánování učebního postupu a samozřejmě v průběhu celé zdravotně výchovné činnosti by sestra měla vycházet z individuality osobnosti daného klienta. Měla by respektovat nejenom jeho zdravotní stav, ale i jeho přání a potřeby. Na otázku, zda sestra přizpůsobila učební postup individuálním potřebám klienta uvedlo 80,7% respondentů, že v průběhu zdravotně výchovné činnosti se jim sestra snaží maximálně vyjít vstříc. Zbýlých 19,3% klientů uvádí, že sestra není ve své činnosti příliš flexibilní a drží se předem daných postupů. Sestry by si měly uvědomit, že přizpůsobivost z jejich

strany reálných požadavků klienta by významně mohla pomoci docílit změn, kterých chceme u pacienta dosáhnout v průběhu zdravotně výchovné činnosti. (Graf 28B)

Nejenom flexibilita sester, ale i poučení která mají různou váhu důležitosti, jsou významná pro zlepšení zdravotního stavu klienta a tím i dosažení cíle v rámci zdravotně výchovné činnosti. Z celkového počtu dotazovaných klientů jich 59,6% uvádí, že byli poučeni o něčem, co významně přispělo ke zlepšení jejich zdravotního stavu, 28,5% uvedlo, že si nejsou jisti, zda byli poučeni něčím tak, aby to významněji zlepšilo jejich zdravotní stav a 11,9% dotazovaných uvedlo, že takto poučení nebyli vůbec. (Graf 29B)

Respektování individuálních potřeb klienta úzce souvisí se sdělováním informací. Sestra by vždy měla ve své činnosti přizpůsobit prezentaci informací klientovu zdravotnímu stavu. Měla by posoudit jeho současný psychický stav vyvolaný nemocí a měla by také zjistit jaké je klientovo vzdělání a věk, neboť i toto má význam na to, jak klient prezentovaným informacím porozumí. Z výsledků průzkumu je patrné, že pro 65,1% klientů jsou informace poskytované během zdravotně výchovné činnosti vždy jasné a srozumitelné. Zbývajících 34,9% respondentů uvedlo, že si někdy nejsou jisti, o čem se v průběhu zdravotně výchovné činnosti hovoří v souvislosti s používáním odborných výrazů. I když více jak polovina z dotazovaných je spokojena se srozumitelností prezentovaných informací, je zde neustále co zlepšovat. To, jestli jsou informace prezentovány jasně a srozumitelně, je také odrazem komunikačních dovedností sestry. Její špatné vyjadřovací schopnosti, nesrozumitelnost, neschopnost systematicky podat látku může významně ovlivnit skutečnost, jakým způsobem bude klient vnímat prezentované informace. (Graf 30B)

Na otázku, zda klienti byli seznámeni v rámci zdravotně výchovné činnosti s praktickými dovednostmi, které by přispěly ke zlepšení jejich zdravotního stavu, odpovědělo 89,9% kladně, zbylých 10,1% klientů se k této otázce vyjádřilo záporně. (Graf 31B)

Ti, kteří se k předešlé otázce vyjádřili pozitivně, měli dále možnost specifikovat způsob, jakým jim byly informace o praktických dovednostech předány. Variantu, kdy sestra činnost předvede a klient ji bezprostředně poté napodobí označilo 64,3%

dotazovaných klientů. Způsob teoretického vysvětlení dovedností zvolilo 21,4% klientů a poslední z nabízených variant, kdy byla klientovi poskytnuta brožura/leták, ze které měl čerpat informace samostudiem uvedlo 14,3% respondentů. Jakým způsobem jsou klientovi prezentovány informace záleží na druhu onemocnění a léčbě, kterou pacient podstupuje. Obecně však lze konstatovat, že snahou sestry by měla vždy být praktická ukázka – demonstrace, jelikož ne ve všech případech stačí klienta pouze informovat a přesvědčit ho, ale také je nutno názorně mu činnost předvést. (Graf 32B)

Kvalita prezentace informací tak jak je vnímána klienty, byla předmětem další z otázek dotazníku. Úkolem klientů bylo seřadit dle důležitosti výroky týkající se kvality prezentace informací a praktické činnosti. K výrokům, tak jak je jejich důležitost subjektivně vnímána klienty, byly přiřazeny body na číselné stupnici v rozmezí 1-5 bodů, kdy 1 bod znamenal nejméně důležitý výrok, 5 bodů bylo považováno za výrok nejdůležitější. Při prezentování informací považují klienti za nejdůležitější komunikační dovednosti sestry. Tento výrok získal 359 bodů. Výrok „používání jednoduchého jazyka“, který klienti považují za druhý nejdůležitější, získal 344 bodů. K výroku týkajícímu se uvedení konkrétních příkladů klienti přidělili 341 bodů. S malým odstupem následuje „logická organizace informací“ se 329 body a na posledním místě se v počtu přiřazených bodů umístil s počtem 260 výrok týkající se opakování informací. Jak je patrné z dosažených výsledků, klienti ho nepovažují za tak důležitý. Na opakování není klienty kladen velký důraz, ale v praxi je to jedna z nejdůležitějších činností nutná k tomu, aby si byl klient schopen správně osvojit nově získané návyky a dovednosti. (Graf 33B)

Z celkového počtu dotazovaných klientů 90,8% uvedlo, že pokyny a doporučení poskytované sestrou v rámci zdravotně výchovné činnosti považují za důležité a tedy zároveň velmi významné pro zlepšení jejich zdravotního stavu nebo alespoň pro udržení optimální úrovně jejich zdraví. Zbýlých 9,2% klientů uvádí, že poučení poskytovaná sestrou pro ně významná nejsou. Hypotéza 3, která zněla: „Získané znalosti a dovednosti v rámci edukační činnosti přispívají pacientům k udržení optimální úrovně jejich zdraví“, byla potvrzena. Z dosažených výsledků je patrné, že téměř naprostá většina dotazovaných klientů uvedla, že poučení která jim sestra v rámci zdravotně

výchovné činnosti poskytuje, jsou pro zlepšení jejich zdravotního stavu velmi významná. (Graf 34B)

Ačkoli se ve zkoumaném souboru klientů objevili klienti, kteří pokyny a doporučení sestry v rámci zdravotně výchovné činnosti nepovažovali za významné, na otázku, zda pokyny a doporučení poskytované sestrou klienti dodržují, nevolil žádný z dotazovaných variantu, kdy si pokyny a doporučení vyslechne, ale neřídí se jimi. Pokyny a doporučení vždy respektuje a dodržuje 56,9% klientů a variantu „částečně se řídím odbornými doporučeními a částečně spoléhám na svůj instinkt“ zaškrtno 43,1% dotazovaných. Stejně koncipovaná otázka, ale s jinou nabídkou možných odpovědí byla adresována také sestrám. Ty též kladně hodnotily klienty ohledně dodržování pokynů a doporučení. Obě skupiny dotazovaných se shodly, že se mezi klienty nenašel žádný, který by odmítl se sestrou spolupracovat a tím nerespektovat její doporučení. Hypotéza 4, která zněla: „Výsledkem vzájemné spolupráce sestry a pacienta v ošetrovatelském procesu je jeho požadované chování.“, byla potvrzena. Vzájemná spolupráce je postavena především na dobré komunikaci mezi sestrou a klientem. Výsledkem vzájemného porozumění je tedy situace, kdy klient dodržuje a plní pokyny, které mu sestra poskytuje v rámci zdravotně výchovné činnosti. Jak je patrné z dosažených výsledků, všichni klienti se snažili odborná doporučení dodržovat a tím dosáhnout požadovaného cíle tedy změny chování. (Graf 35B, 19A)

6. Závěr

Zdravotně výchovná činnost je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Za poslední tři desetiletí se významně změnila forma této činnosti. Před třiceti lety byla edukace orientována spíše na strohé předávání informací týkající se léčby, možných komplikací a jejich prevence. V současné době sestra, která je svým vzděláním v oblasti edukace vysoce profesionální, klade důraz na vzájemnou spolupráci nejen s klientem, ale i s jeho rodinou. Sestra respektuje individuální potřeby klienta a snaží se ho přimět k aktivní účasti na péči o jeho zdraví.

Cílem výzkumu, který souvisel s magisterskou prací nazvanou „Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu“, bylo zjistit, zda sestry poskytují pacientům edukaci v rámci ošetrovatelského procesu a zda je tato edukace vnímána pacienty jako dostatečná pro udržení optimální úrovně jejich zdraví.

Hypotéza 1, která zněla: „Sestry poskytují pacientům potřebné informace v rámci ošetrovatelského procesu“, byla potvrzena. (Graf 25B)

Hypotéza 2, která zněla: „Znalosti a dovednosti, které pacienti získají v rámci edukační činnosti jsou považovány pacienty za dostatečné“, byla potvrzena. (Graf 27B)

Hypotéza 3, která zněla: „Získané znalosti a dovednosti v rámci edukační činnosti přispívají pacientům k udržení optimální úrovně jejich zdraví“, byla potvrzena. (Graf 34B)

Hypotéza 4, která zněla: „Výsledkem vzájemné spolupráce sestry a pacienta v ošetrovatelském procesu je jeho požadované chování“, byla potvrzena. (Graf 35B, 19A)

Zjištěné údaje by měly rozšířit pohled sester v oblasti edukace s uvědoměním si jejího významu, nezbytnosti a rozsahu, neboť pouze dobře edukovaný klient je schopen úspěšně spolupracovat, což se může výrazně odrazit na celkové prognóze jeho onemocnění.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAIR, John. *Efektivní motivace*. 1. vyd., Praha: Alfa Publishing, 2004. 178s. ISBN 80-86851-00-1
2. BASTL, Pavel., ŠVEC, Vlastimil. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd., Brno: IDVZ, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5
3. ČECHOVÁ, Věra., ROZSYPALOVÁ, Marie. *Obecná psychologie*. 3. vyd., Brno: IDVZ, 1996. 105 s. ISBN 80-7013-231-0
4. ČECHOVÁ, Věra., MELLANOVÁ, Alena., ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 2. vyd., Brno: IDVZ, 1997. 173 s. ISBN 80-7013-243-4
5. ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ 2: *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*. Ediční řada – praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2004. 47 s. ISBN 80- 7013-270-1
6. DEVITO A. Joseph. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2001. 420s. ISBN 80-7169-988-8
7. DOEGNES, E. Maryllin, MOORHOUSE, F. Mary. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing s.r.o., 1996. 569 s. ISBN 80-7169-294-8
8. FARKAŠOVÁ, Dana a kol. *Ošetrovatelstvo-teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0
9. FRÝDECKÁ, M., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A. a kol. *Lemon 2*. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd., Brno: IDVZ, 1997. 125 s. ISBN 80-70-13-238-8

10. FRÝDECKÁ, M., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A. a kol. *Lemon 3*. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd., Brno: IDVZ, 1997. 155 s. ISBN 80-7013-244-2
11. FRÝDECKÁ, H., JEDLIČKOVÁ, O., MELLANOVÁ, A. a kol. *Lemon 5*. Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vyd., Brno: IDVZ, 1999. 48 s. ISBN 80-7013-247-7
12. GEOFFREY, Petty. *Moderní vyučování*. Praktická příručka. 1. vyd., Praha: Portál, 1996. 280 s. ISBN 80-7178-070-7
13. GEOFFREY, Petty. *Moderní vyučování*. 2. vyd., Praha: Portál, 2002. 380 s. ISBN 80-7178-681-0
14. HONZÁK, R. *Některé psychologické prvky edukace*. Diagnóza v ošetrovatelství. Ročník 2, č. 1, 2006. s. 42. ISSN 1801-1349
15. INTERNATIONAL ACADEMY OF EDUCATION. *Efektivní učení ve škole*. Přel. DVOŘÁK, Dominik. 1. vyd., Praha: Portál, 2005. 144 s. ISBN 80-7178-556-3
16. JAROŠOVÁ, Darja. *Teorie moderního ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: ISV, 2000. 82 s. ISBN 80-85866-55-2
17. JIRKOVSKÝ, Daniel. *Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče*. Vojenské zdravotnické listy. Praha: 2004, roč. 73, č. 2, s. 24-25. ISSN 0372-7025
18. KERN, Hans a kol. *Přehled psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. 296 s. ISBN 80-7178-240-8
19. KIM H. Sang. *Tisíc a jeden způsob jak motivovat sebe i druhé*. 1. vyd., Praha: Management Press, 1999. 162 s. ISBN 80-85943-96-4

20. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy psychologie osobnosti*. Brno: CERM s.r.o., 2000. 263 s. ISBN 80-7204-156-8
21. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetroveľstvo I*. 1. vyd., Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0
22. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovaťelstve*. Martin: Osveta, 2004. 211 s. ISBN 80-8063-160-3
23. MAGERČIAKOVÁ, Mariana. *Edukácie v ošetrovaťel'skom procese*. Ošetrovaťel'ský obzor. Bratislava: HERBA. ročník 2, 4/2005. s. 99-101. ISSN 1336-5606
24. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do teorie ošetrovaťelství I. díl. Systémový přístup*. Praha: UK Karolinum, 2002. 187 s. ISBN 80-246- 0429-9
25. MUŽÍK, Jaroslav. *Andragogická didaktika*. 1. vyd., Praha: CODEX Bohemia, 1998. 271 s. ISBN 80-85963-52-3
26. MUŽÍK, Jaroslav. *Androdidaktika*. 2. vyd., Praha: ASPI, 2004. 148 s. ISBN 80-7357-045-9
27. MUŽÍK, Jaroslav. *Didaktika profesního vzdělání dospělých*. 1. vyd., Plzeň: Fraus, 2005. 202 s. ISBN 80-7238-220-9
28. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd., Praha: Academia veď, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6
29. NELEŠOVSKÁ, Alena. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2005. 171 s. ISBN 80-247-0738-1
30. OSECKÁ, Lída. *Typologie v psychologii*. 1. vyd., Praha: Akademie věd ČR, 2001. 161 s. ISBN 80-200-0854-3

31. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3
32. POKORNÝ, Jiří. *Psychologie pro každý den*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2004. 195 s. ISBN 80-85867-41-9
33. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. vyd., Praha: Portál, 2002. 488 s. ISBN 80-7178-631-4
34. PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky – úvod do studia oboru*. 1. vyd., Praha: Portál s.r.o., 2004. 272 s. ISBN 80-7178-399-4
35. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd., Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 7178-772-8
36. POSSIN, Willfried. *Paměť jako slon*. 1. vyd., Praha: Ikar, 2005. 181 s. ISBN 80-249-0483-7
37. SKALKOVÁ, Jarmila. *Obecná didaktika*. 1. vyd., Praha: ISV, 1999. 292 s. ISBN 80-85866-33-1
38. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství 4: Jak provádět ošetrovatelský proces*. Ediční řada – praktické příručky pro sestry. 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2005. 66 s. ISBN 80-7013-283-3
39. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4
40. ŠPIRUDOVÁ, L., TOMANOVÁ, D., KUDLOVÁ, P., HALMO, R. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X

41. TÓTHOVÁ, Valérie a kol. *Výchova a vzdělání – součást ošetrovatelství*. In *Nové trendy v ošetrovatelství V*. 1. vyd., České Budějovice: ZSF JU, 2006. s.125-127. ISBN 80-7040-884-7
42. TRACHTOVÁ, Eva a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: IDVZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8
43. WASSERBAUER, Stanislav a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd., Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 47 s. ISBN 80-7071-129-9
44. ZÁVODNÁ, Vlasta. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2002. 95 s. ISBN 80-8063-108-5
45. ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X
46. ZVONÍČKOVÁ, Marie. *Sestra edukátorka*. In *zpravodaj vliv profese na sestru*. Praha: Česká asociace sester, 1999. č.8, s. 17-19 ISBN 80-7023-105-4

8. Klíčová slova

klient

sestra

učení

vyučování

výchova

komunikace

motivace

edukační proces

ošetřovatelský proces

9. Seznam příloh

Příloha č.1 Dotazník A
 Dotazník B

DOTAZNÍK A (sestry)

Dobrý den,
jmenuji se Bc. Michaela Blažková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování pro mou diplomovou práci. Předem děkuji za vyplnění.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) středoškolské
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské - bakalářské
magisterské

3. Délka praxe v nemocnici

4. Souhlasíte s názorem, že zdravotně výchovná činnost je podstatnou součástí plánovaných intervencí sestry ve všech formách kvalifikované péče?

- a) ano
- b) ne

5. V rámci celoživotního vzdělávání zúčastnila jste se seminářů nebo konferencí zaměřených na zdravotně výchovnou činnost sestry?

- a) ano
- b) ne

6. V případě, že jste v otázce č. 5 zvolila za odpověď variantu B, uvítala by jste konání těchto seminářů na Vašem pracovišti popř. jinde ve Vašem regionu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

7. Myslíte si, že prostředí ve kterém pracujete, nabízí odpovídající podmínky pro realizaci zdravotně výchovné činnosti v rámci ošetrovatelského procesu?

- a) ano, zcela mi vyhovuje
- b) ne, je zde špatné materiální vybavení
- c) ne, je zde nedostatek soukromí pro zdravotně-výchovnou činnost klientů
- d) jiné – uveďte:

8. V první fázi oš. procesu posuzujeme zdrav. stav klienta. Zjišťujete ve zdravotně výchovném procesu údaje o klientovi a oblasti, ve kterých klient potřebuje získat, doplnit či aktualizovat vědomosti a dovednosti?

- a) ano
- b) ne

9. Jakou metodu zjišťování učebních potřeb nejčastěji používáte?

- a) rozhovor
- b) skupinové sezení
- c) testy
- d) pozorování

10. Stanovujete během zdravotně výchovné činnosti edukační diagnózu?

- a) ano
- b) ne

11. Třetí fáze oš. procesu zahrnuje plánování ošetrovatelských činností.

V souvislosti s edukačním procesem plánujete jednotlivé kroky učebního procesu?

- a) ano
- b) ne

12. Jakou formu zdravotně výchovné činnosti nejčastěji využíváte?

- a) individuální forma výuky
- b) skupinová forma výuky

13. V rámci zdravotně výchovné činnosti jakou metodu k prezentaci informací nejčastěji používáte?

- a) slovní
- b) písemnou
- c) kombinace slovní i písemné
- d) demonstrační

14. V případě, že jste v otázce č. 13 zvolila za odpověď variantu B nebo C, kterou z forem tištěného slova nejčastěji využíváte?

- a) letáky
- b) brožury
- c) plakáty
- d) knižní publikace

15. V případě, že jste o otázce č. 13 zvolila variantu A, C nebo D, která z následujících forem mluveného slova je nejčastěji používána?

- a) rozhovor
- b) přednáška
- c) beseda

16. Který ze speciálních učebních postupů ve své praxi nejčastěji používáte?

- a) dohodu s klientem – stanovení cílů a termínu dosažení
- b) skupinové vyučování – umožňuje členům skupiny vyměňovat si navzájem informace
- c) modifikace (úprava) chování – reakce klienta je klíčem k dosažení požadovaných změn
chování

17. Spolupracujete během zdravotně výchovné činnosti s rodinou klienta?

- a) vždy
- b) někdy
- c) vůbec ne

18. V případě, že jste v otázce č. 17 zvolila za odpověď variantu A nebo B, je u této spolupráce přítomen:

- a) klient i jeho rodina
- b) zdravotně výchovná činnost probíhá odděleně

19. V průběhu zdravotně výchovné činnosti klient s Vámi spolupracuje a řídí se Vašimi doporučeními a pokyny

- a) vždy
- b) ve většině případů
- c) někdy
- d) pokyny a doporučení klient zcela ignoruje

20. Poslední fáze oš. procesu obsahuje kontrolu a hodnocení stanovených cílů. Zjistíte v rámci zdravotně výchovné činnosti, zda a jakých výsledků klient dosáhl, tzn. dochází zde ke zpětné vazbě?

- a) ano
- b) ne

21. V případě, že jste v otázce č.20 zvolila odpověď A, jaká je nejčastější forma zpětné vazby?

- a) podpora snahy o udržení pozitivních změn
- b) motivace
- c) jiné (uveďte)

22. Jaké jsou nejčastější příčiny nedosažení cíle v rámci zdravotně výchovné činnosti?

- a) nevhodně nebo nedostatečně vytvořený odhad potřeb klienta
- b) nevhodná volba strategie učení
- c) stanovení nereálných cílů
- d) nedostatečná motivace
- e) chyby v komunikaci
- f) nevhodné časové naplánování

DOTAZNÍK B (klienti)

Dobrý den,
jmenuji se Bc. Michaela Blažková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Proces výuky pacientů jako součást ošetrovatelského procesu“. Dotazník je anonymní a výsledky budou sloužit pouze ke zpracování pro mou diplomovou práci. Předem děkuji za vyplnění.

1. Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2. Máte důvěru ke zdravotnickému personálu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

3. Kdo Vám poskytoval informace ohledně zdravotně výchovné činnosti?

- a) sestra
- b) lékař
- c) sestra i lékař

4. Největší množství informací Vám sestra v rámci zdravotně výchovné činnosti poskytla:

- a) při zjištění nemoci
- b) při příjmu v nemocnici
- c) během hospitalizace
- d) při následných kontrolách a konzultacích

5. Považujete informace které Vám sestra sděluje v rámci zdravotně výchovné činnosti za dostatečné?

- a) ano
- b) ne, zdají se mi neúplné
- c) nevím

6. Přizpůsobila sestra učební postup Vaším individuálním potřebám?

- a) ano, snaží se mi maximálně vyjít vstříc
- b) ne, drží se předem daných postupů

7. Z vaší zkušenosti – byl(a) jste poučen(a) během nemocniční léčby ze strany sestry o něčem, co bylo významné pro zlepšení Vašeho zdravotního stavu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

8. Informace, které Vám sestra během zdravotně výchovné činnosti poskytla jsou pro Vás:

- a) vždy jasné a srozumitelné
- b) někdy si nejsem jist, o čem se hovoří (používání odborných termínů)

9. Byl(a) jste během zdravotně výchovné činnosti seznámen(a) s praktickými dovednostmi, které mohou významně přispět ke zlepšení nebo udržení optimální úrovně Vašeho zdraví?

- a) ano
- b) ne

10. V případě, že jste v otázce č.9 zvolil(a) variantu A, jakou formou jste seznámen(a) s těmito praktickými dovednostmi?

- a) sestra činnost předvede a já ji bezprostředně poté napodobím
- b) dovednosti jsou mi vysvětleny pouze teoreticky
- c) byla mi poskytnuta brožura / leták, ze které jsem měl(a) informace čerpat samostudiem

11. Následující výroky týkající se kvality prezentace informací a praktické činnosti seřad'te podle důležitosti. (k jednotlivým výroky přiřad'te body 1-5; 1 = nejméně důležitý; 5 = nejvíce důležitý výrok)

- a) logická organizace informací
- b) jednoduchý jazyk
- c) uvedení konkrétních příkladů (video ukázka, demonstrace pomůcek)
- d) komunikační dovednosti sestry
- e) opakování informací

12. Souhlasíte s názorem, že poučení klienta sestrou může významně přispět ke zlepšení zdravotního stavu nebo k urychlení léčby klienta?

- a) ano, tato poučení jsou pro mě důležitá
- b) nemyslím si, že poučení poskytovaná sestrou jsou pro mě významná
- c) částečně se řídím odbornými doporučeními a částečně spoléhám na svůj instinkt

13. Během zdravotně výchovné činnosti pokyny a doporučení, které mi sestra poskytla:

- a) vždy respektuji a dodržuji
- b) částečně se řídím odbornými doporučeními a částečně spoléhám na svůj instinkt
- c) pokyny a doporučení si vyslechnu, ale neřídím se jimi