

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2008

Jana Netolická

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

**Edukátorka – role sestry v primární péči o děti a dorost**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Mgr. Machová Alena**

**2008**

**Jana Netolická**

## **Role of a nurse in the care for children and young adults**

### **Abstract**

Worldwide, prevention has been largely emphasized these days. The aim of modern medicine is to treat patients effectively, to ease their pains and alleviate symptoms of incurable diseases, but mainly to prevent diseases. The role of a nurse is to encourage patients' concern about their health. Their duty is to explain children and young adults how necessary it is to engage themselves in staying healthy and preventing diseases. It is useful to start educating children from babyhood.

In my thesis the following issues are covered: education, the process of education, primary care for children and young adults and disease prevention. Its aim was to map educational activities in primary care for children and young adults performed by nurses in consulting rooms.

To evaluate data the quantitative questionnaire method was used. The questionnaire was aimed at nursing staff working at general practitioners for children and young adults in South Bohemian region. Filling the questionnaire was optional and anonymous. The questionnaire contained 35 semi-opened and closed questions. I analysed 76 out of the total number of 120 questionnaires handed out.

The hypothesis I suggesting that nurses working at general practitioners for children and young adults provide their patients enough information in terms of primary care was confirmed. The hypothesis II suggesting that nurses give educative lectures which take place in other premises than those of medical care facilities proved to be wrong. The hypothesis III suggesting that nurses working at paediatricians are familiar with principles of educational process was not confirmed. Nurses proved to be uninformed on principles of the educational process. The results of the research imply the necessity to enhance nurses' awareness of preventive care, principles of education and the educational process. The insufficient staffing and payment for nurses' extra activities like education are a great problem. There is not sufficient demand for educative lectures on the part of schools, clubs and the public.

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Edukátorka – role sestry v primární péči o děti a dorost*“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

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

V Českých Budějovicích dne .....

.....  
podpis studenta

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Machové Aleně za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a připomínky při zpracování této bakalářské práce.

## Obsah

Úvod .....	3
<b>1. Současný stav.....</b>	<b>4</b>
1.1 Historie edukace ve zdravotnictví.....	4
1.2 Ošetřovatelství a edukace .....	5
1.2.1 Význam edukace v profesi sestry .....	5
1.3 Definice pedagogiky, cíl a obsah edukace.....	6
1.3.1 Edukační proces, fáze edukačního procesu .....	7
1.3.2 Zásady edukace.....	9
1.3.3 Rozdíly v edukačním působení na dospělé a děti.....	10
1.3.4 Metody edukace.....	12
1.3.5 Formy edukace.....	13
1.4 Pediatrie .....	14
1.4.1 Rozdělení pediatrie .....	14
1.5 Rozdělení dětského věku .....	15
1.6 Primární péče o děti a dorost .....	17
1.6.1 Úloha sestry v primární péči o děti a dorost .....	18
1.7 Prevence.....	19
1.7.1 Primární prevence u dětí a dorostu .....	19
1.8 Edukace v primární zdravotní péči o děti a dorost .....	20
1.8.1 Kojení.....	21
1.8.2 Očkování.....	22
1.8.3 Výživa.....	23
1.8.4 Prevence úrazů.....	24
1.8.5 Prevence pohlavně přenosných chorob a těhotenství mladistvých, závislostí a AIDS .....	26
1.8.6 Zdravý životní styl.....	27
<b>2. Cíl práce a hypotézy .....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíl práce.....	28
2.2 Hypotézy.....	28

<b>3. Metodika .....</b>	<b>29</b>
3.1 Metodika práce .....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	29
<b>4. Výsledky.....</b>	<b>30</b>
<b>5. Diskuse .....</b>	<b>66</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>72</b>
<b>7. Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>74</b>
<b>8. Klíčová slova.....</b>	<b>80</b>
<b>9. Přílohy.....</b>	<b>81</b>

Motto:

„Náleží k tomu nemnoho umění a práce,  
aby byl člověk počat,  
jakmile se však narodil,  
jest na sebe vzítí péči pilnou a úzkostlivou,  
aby byl odchován a vychován.“

(Platón)

## Úvod

Celosvětově se klade velký důraz na primární péči a prevenci. Moderní ošetrovatelství si klade za úkol nejen léčit, navracet lidem zdraví a zmírňovat příznaky nevyléčitelných onemocnění, ale především poškození zdraví předcházet. Sestra vhodnou edukací navozuje u klientů zájem o své zdraví a jeho udržení. Toto povědomí je nutné posilovat v člověku od útlého věku. Tento úkol přebírají lékaři, ale hlavně sestry pracující v primární péči. Vychovávat člověka k tomu, aby pečoval o své zdraví, aktivně předcházel nemocem, je hlavním cílem primární péče. Je nutné budovat toto povědomí v člověku od nejtělejšího dětství. Výzkumy ukázaly, že náklady vynaložené na účinnou prevenci jsou mnohem menší, než náklady vynaložené na léčení vzniklého onemocnění nebo poškození.

Tato práce by měla zmapovat sesterskou edukační činnost v oblasti primární péče o děti a dorost, se zaměřením na jednu z nejdůležitějších oblastí – primární prevenci. Zjistit povědomí a činnost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost o edukaci a edukačním procesu. Výsledky by měly poukázat na to, jak sestry přijaly roli edukátorek v oblasti péče o zachování zdraví, popřípadě nastínit možnou cestu ke zlepšení situace v této oblasti.



## 1. Současný stav

### 1.1 Historie edukace ve zdravotnictví

Sestry, pečovatelky a porodní asistentky poskytovaly rozličné informace pacientům v každém období historického vývoje. Jednalo se o informace stran léčby, léčebných doporučení, možných komplikací, způsobů jak jim předcházet a činností v oblasti preventivní. V období po první světové válce pečovaly o nemocné hlavně sestry, porodní asistentky a řádové sestry. Edukace spočívala hlavně v poradenské službě. V tomto období se začaly zaměřovat na oblast prevence, nejenom léčení a zmírňování následků chorob. Tato edukace byla nazývána osvětou a zahrnovala prevenci onemocnění, podporu zdraví, ale také se začala zabývat rodinou a rodinným hospodařením. Občané a komunity byli informováni o prevenci infekčních onemocnění, očkování, dodržování hygienických a protiepidemických opatření. Budoucí matka byla seznámena s průběhem těhotenství, porodu a šestinedělí, po porodu byly instruovány stran péče o dítě. Neméně důležitá byla osvěta – edukace v oblasti zdravého stravování, tělesného pohybu, odpočinku, bydlení. Sestra, porodní asistentka v této oblasti pracovala samostatně. To se změnilo počátkem 70. let minulého století. Sestrám byly odebrány kompetence, staly se pouhou pomocnicí lékaře. Také oblast edukace byla pozměněna. Sestra podávala pouze instruktážní informace k prováděným léčebným výkonům (4, 10, 24, 29, 30, 37, 50).

Při změně politického uspořádání na konci 80. let došlo i ke změnám a přístupům v ošetrovatelství. K pacientovi se přistupuje holisticky. Do popředí se dostává plnění jeho potřeb a mění se i role sestry. Sestra se stává nejen asistentkou lékaře, ale také ošetrovatelkou, manažerkou, obhájkyňou pacienta, poradkyní a v neposlední řadě edukátorkou. Sestra podněcuje pacienta k péči a udržení svého zdraví. Pro tuto odbornou práci je nutná změna ve vzdělávání sester. K těmto změnám došlo v 90. letech 20. století a je žádoucí, aby sestry byly vysokoškolsky vzdělané nejen s odbornými znalostmi, ale také s uměním komunikace, pedagogiky a všestranným přístupem k pacientovi (4, 10, 24, 29, 30, 37, 50).

## ***1.2 Ošetřovatelství a edukace***

„Holistické ošetřovatelství předpokládá uplatnění poznatků jiných disciplín, především medicíny, psychologie, sociologie, etiky, pedagogiky, andragogiky, léčebné pedagogiky a zdravotnického práva (50, s 15).“

V ošetřovatelství uplatňujeme zdravotnickou edukaci. Jejím cílem je zdraví a její součástí je zdravotní výchova. Dochází k edukaci pacienta v primární péči především sestrou, v sekundární péči týmem zdravotníků. Aby edukace byla účinná, vypracovávají se edukační standardy a edukační materiály. V oblasti zdraví se edukace provádí v edukačním procesu. V tomto procesu se edukace a výchova navzájem prolínají a doplňují. Pokud sestra chce dosáhnout u pacienta, skupiny či komunity nějaké změny, musí využít výchovné i vzdělávací stránky edukace. Sestra, porodní asistentka, si musí uvědomit, že pacient nezíská informace pouze od ní a ostatních zdravotníků. Pacient má právo na získávání informací, které dostává také z literatury, novin, časopisů, reklamních letáků, billboardů, internetu, od jiných laiků (členů rodiny, známých, komunity, ve které žije). Ne vždy jsou informace pravdivé, nebo si s nimi pacient neví rady. Také z tohoto důvodu musí sestra ovládat teorii edukace, edukační proces a jeho zásady, zásady komunikace a praktické provedení. Edukace je nepostradatelná při léčbě pacienta, především v oblasti prevence (1, 5, 21, 33, 40, 50).

### ***1.2.1 Význam edukace v profesi sestry***

Edukace zahrnuje výchovu a vzdělávání. Sesterskou profesi provází změny ve vzdělávání. Sestry absolvovaly nejen základní kvalifikační přípravu na své povolání, ale dále se samy vzdělávají, navštěvují odborné semináře, kurzy a specializují se ve svém oboru. Je to velice důležité ke zvyšování prestiže sesterské profese a úrovně ošetřovatelství. Kvalitně a dobře informovaná sestra je schopná správně a na vysoké úrovni edukačně působit na pacienta (10, 50).

Od konce 80. let se změnila nejen role sestry, ale také role pacienta. Sesterskou profesi ovlivňuje řada nových poznatků nejen medicínských, ale také oblasti pedagogiky, psychologie, etiky, sociologie, managementu, ekonomie. Kvalifikovaná

sestra a porodní asistentka je členkou ošetrovatelského týmu, ale také je schopna pracovat samostatně. Samostatně pracuje na úrovni primární a komunitní péče. Pacient není již pouhým pasivním příjemcem péče, ale musí se sám aktivně podílet na zdravotní péči a hlavně prevenci a péči o udržení svého zdraví. Sestra podněcuje pacienta k péči o své zdraví vhodnou edukační činností. Musí vhodně na pacienta působit, komunikovat, motivovat ho k aktivní péči o své zdraví, preventivním opatřením, ale i zpětně kontrolovat a analyzovat výsledky. Musí působit nejen na svého klienta, ale také celkově na rodinu, skupinu, komunitu, ve které žije. Sestra musí především pacientovi být příkladem a vzorem. Sama se řídit svými doporučeními, jak pečovat o udržení svého zdraví, dodržovat zdravý životní styl. Důležité jsou i charakterové a osobnostní vlastnosti sestry při působení na pacienta. Musí být schopna přesvědčit pacienta o svých vědomostech a schopnostech a vzbudit v něm důvěru. K tomu přispívá správné vyjadřování, příjemné vystupování, profesionální, etické a empatické chování. Sestra musí při výchovné činnosti přistupovat k pacientovi individuálně, brát na zřetel věk, mentalitu, prostředí, ze kterého pochází a které ho obklopuje, ale také poškození nebo onemocnění, které ho velkou měrou ovlivňuje (2, 14, 16, 18, 19, 21, 50).

### ***1.3 Definice pedagogiky, cíl a obsah edukace***

„Pedagogika je věda o výchově, zkoumá podstatu a zákonitosti výchovy jako společenského jevu (50, s 9)“.

Výchovu a vzdělávání v moderní pedagogice označujeme pojmem edukace. Edukací rozumíme rozvoj osobnosti od dětství do stáří, působením formálních institucí a neformálního prostředí. Je to nepřetržitý proces. Edukace má za úkol vytváření nových hodnot, dovedností, postojů, vědomostí, poznatků, změn v chování jedince a skupin. V edukačním prostředí se navzájem prolíná vzdělávání a výchova při rozvoji jedince nebo skupiny. V oblasti edukace hovoříme o edukačním týmu, tvoří ho skupina osob, které navzájem spolupracují (lékař, sestra nebo porodní asistentka, psycholog a ostatní zdravotničtí pracovníci). Edukatorem označujeme osobu, která edukaci provádí. Edukantem je kterákoliv osoba, která podléhá učení. Nezáleží na věku, vzdělání, pohlaví nebo intelektu (1, 2, 17, 34, 35, 36, 42, 50).

Edukace je součástí pedagogiky. Ve svém vývoji procházela pedagogika koncepcemi výchovy a vzdělávání. Pedagogika má, stejně jako každá jiná věda, předmět zkoumání, obsahovou strukturu a poslání. Nejdůležitější koncepce a teorie výchovy vycházejí ze základních filozofických směrů. Jsou to perenialismus, esencialismus, behavioralismus, kognitivismus, progresivismus, existencialismus a humanismus. Z osobností působících ve zmiňovaných filozofických směrech ovlivňujících pedagogiku je třeba uvést: Sokrata, Platóna, Aristotela, Edvarda Thornikea, Lenwina, Deweya, Maslowa, Rogerse. Významnou osobností, která ovlivnila pedagogiku u nás, byl Jan Amos Komenský (1, 2, 17, 34, 35, 36, 42, 50).

### ***1.3.1 Edukační proces, fáze edukačního procesu***

V edukačním procesu dochází k předávání a výměně informací. V ošetrovatelství je to výměna a předávání informací mezi sestrou, porodní asistentkou a pacientem. Je to záměrně vytvořený výchovný a vzdělávací proces. V ošetrovatelství je součástí ošetrovatelského procesu. Uskutečňuje se v edukačním prostředí. Je to místo, kde se edukace provádí. Prostor, ve kterém je edukace provozována, musí být vhodně osvětlené a vybavené. Neméně důležitá je přiměřená teplota prostředí. Nezbytné je odhlučnění a ve zdravotnickém prostředí zajištění intimity v případě potřeby. (18, 19, 34, 41, 50).

Vše, co ovlivňuje edukační proces, nazýváme edukačními faktory. Do této skupiny můžeme zařadit knihy, letáky, výukové programy, plány edukace, teorie, modely, scénáře a předpisy, knihy, veškerý výukový materiál a pomůcky. Edukačním faktorem je i kontrola a porovnávání výsledků (18, 19, 34, 41, 50).

Pro výsledek edukačního cíle je důležité si uvědomit, jaké má edukant schopnosti, inteligenci, věk, případné poškození smyslové nebo tělesné, z jakého kulturního prostředí pochází a jaké ho obklopuje. Pohotovost, schopnost vnímání a způsob učení mohou ovlivnit celkový výsledek edukačního procesu. V případě edukovaného pacienta musíme brát na zřetel jeho celkový přístup k životnímu stylu, ke zdraví a ochotu zaběhnoutý režim a styl změnit. S tím se nejobtížněji ztotožňují staří lidé a děti (18, 19, 34, 41, 50).

Edukující, tedy sestra, musí dbát, aby nepoužívala slangová slova, nebo výrazy, které ve zdravotnictví označují zcela jiné činnosti nebo předměty než v běžném životě. Výsledek edukace ovlivní způsob komunikace, osobnostní vlastnosti a temperament edukátora. Neméně důležitou roli hraje profesní vzdělání, zkušenosti a schopnost je předávat, ale také přijetí zodpovědnosti za úspěšnost edukace (18, 19, 34, 41, 50).

Pokud porovnááme edukační a ošetrovatelský proces, zjistíme, že mají mnoho společného. V obou případech začínáme sběrem informací, analyzujeme data, pokračujeme diagnostikou v případě edukačního procesu určením cílů edukace, ošetrovatelský proces v této fázi stanovením sesterské diagnózy. Dále dochází k plánování, realizaci a nakonec analýze a hodnocení (příloha 1) (18, 19, 34, 41, 50).

V první fázi edukačního procesu si musí sestra objasnit edukační problém, proč je nutná změna, v jaké oblasti má pacient nedostatek informací, problém, nebo nějaký zdravotní deficit, proč není ochotný změnit dosavadní styl života. Jaké k tomu má podmínky, osobní možnosti a potenciál. Nemusí se jednat o jednotlivce, ale také o skupinu, rodinu, komunitu. Do fáze plánování spadá i stanovení metody edukace, které napomohou žádané změně. Vždy vycházíme z potřeb pacienta ne z pohledu sestry.

Druhá fáze edukačního procesu spočívá ve stanovení vzdělanostní diagnózy a stanovení cílů edukace. U individuální edukace sestra plánuje společná edukační setkání s pacientem. V případě skupinové edukace musí naplánovat místo, způsob a metodu edukace. Sestra musí projevit zájem o pacientův problém, být empatická a tím si získat pacientovu důvěru a ochotu pro spolupráci (18, 19, 34, 41, 50).

Třetí fáze edukačního procesu obsahuje přípravu vlastního edukačního plánu. Sestra plánuje edukaci podle aktuálních potřeb pacienta. Volí metody, pomocí kterých získá pacienta k co největší spolupráci. Musí brát v potaz faktory které ovlivňují edukaci. Zaměřuje se na motivaci pacienta, ochotu něco měnit, připravenost být edukovaný. Sestra vytvoří plán edukce a přejde ke čtvrté fázi edukačního procesu, vlastní realizaci (18, 19, 34, 41, 50).

Čtvrtá fáze realizace vlastní edukace musí být dokonale připravená a naplánovaná. Sestra musí k pacientům hovořit jasně, stručně, zřetelně. Z edukace je třeba vyloučit informace, které nesouvisí s edukačními cíli, protože mohou

odpoutávat pozornost od žádaného tématu. Během edukace musí sledovat reakce pacientů, používat opakování, názorné pomůcky, praktické procvičení (18, 19, 34, 41, 50).

Efektivnost edukačního procesu zhodnotíme v páté fázi. Je nutná zpětná vazba, aby sestra viděla, zda jí edukant rozuměl, zda je schopen žádané změny. Důležité je i hodnocení spolu s pacientem, nebo jeho seznámení s výsledky. Bez fáze hodnocení by nebyla sestra schopná posoudit efektivnost edukace a zvolení dalšího postupu, popřípadě stanovení nového edukačního plánu. V tomto případě se sestra mnohdy i společně s pacientem musí zamyslet, proč došlo k nezdaru, zda byly cíl edukace a potřeby pacienta vhodně zvoleny. Sama sestra se musí zamyslet, jak vlastní edukace proběhla, zda měl pacient dostatečný časový úsek na vstřebání informací a zpětnou reflexi, zda sestra dostatečně motivovala pacienta, zvolila vhodný způsob edukace, komunikace, množství informací a ve vhodném čase (19, 20, 34, 40, 50).

### ***1.3.2 Zásady edukace***

„Vyučovací zásady ukazují, jak postupovat, aby bylo to, čemu se mají naučit druhí, srozumitelné a aby jim toho co nejvíce utkvělo v paměti a také, aby získané poznatky uměli použít vždy, když je to zapotřebí (2, s 58).“

První edukační zásadou je názornost. Názornost spočívá ve vytváření modelových situací, dostatečném množství vhodných pomůcek, využívání vlastních zkušeností, ale i zkušeností pacienta. Je důležité, aby si pacient vytvořil o tom, co se učí, správnou představu. Proto je nutné mít k edukaci dostatečné množství pomůcek jako jsou obrázky, nákresy, modely, zvukové záznamy, vzorky racionální stravy. Edukant musí mít možnost si je osahat, prohlédnout, poslechnout, manipulovat s nimi, popřípadě ochutnat, jde-li o potraviny ( 1, 2, 18, 34, 35, 50).

Další edukační zásadou je přístupnost a přiměřenost. To, co chceme pacienta naučit, musíme podat tak, aby tomu porozuměl. Obsah učiva musí být přiměřený věku a stupni psychického vývoje. Již Komenský razil teorii postupovat od snadného ke složitějšímu, od známého k neznámému, od blízkého ke vzdálenému. Nezáleží jen na tom, jak je edukace podána, ale také na množství poznatků, které edukovanému

předložíme najednou. Velké množství informací nemůže pochopit, ale ani je zpracovat a zapamatovat si je. Pokud jsou informace podány ve velkém množství, stávají se nepoužitelnými. Jednoduchost by měla být uplatněna také v oblasti komunikace. Sestra musí s pacientem hovořit tak, aby jí rozuměl. Dobrá komunikační schopnost je jedním ze základních požadavků na sestru. Sestra by měla stanovit krátkodobé a reálné cíle, vhodně motivovat pacienta. Krátkodobé a reálné cíle vedou k povzbuzení pacienta a ochotě k další spolupráci. Naopak dlouhodobý cíl, kde pacient nevidí výsledky, vede k demotivaci, nespolupráci. Motivace pacienta je dána osobnostními a povahovými rysy, jeho vůlí, je závislá na znalostech a zkušenostech edukovaného. Tato oblast motivace je vnitřní motivací. Vnější motivací je odměna, nátlak nebo hrozba (1, 5, 6, 18, 34, 50).

Další edukační zásadou je soustavnost. Při edukaci by měl být dodržován určitý postup. Nepodáváme informace nahodile, ale v logicky uspořádaném systému. Jeden poznatek by měl navazovat na druhý. Ohled musí brát sestra na různý stupeň poznávacích schopností pacientů, jejich rozdílné sklony, zájmy a možnosti. Dále se musí pamatovat na opakování, které usnadňuje zapamatování si. Dostatečný prostor musí být ponechán pro umožnění dotazů (1, 5, 18, 34, 50).

I při dodržování zásad edukace, musí sestra pamatovat na překážky, které jí znesnadňují edukační činnost. Je to změna psychiky vyvolaná nemocí, překážky v nástroji komunikace, dále organické vady a poruchy. Při jednání s pacientem musí projevit zájem o jeho osobu, získat ho pro spolupráci. Sama sestra také musí mít vhodné vlastnosti osobnosti (1, 5, 18, 34, 50).

### ***1.3.3 Rozdíly v edukačním působení na dospělé a děti***

Pro novorozence, kojence a batolata jsou nejvhodnějším učitelem rodiče. Malé dítě musí mít jistotu, v případě edukace u takto nízkých věkových skupin edukujeme hlavně rodiče. K dítěti nepřistupujeme direktivně, nekřičíme a nepoužíváme nikdy násilí. Tím okamžitě ztratíme důvěru dítěte, možnost s dítětem komunikovat a spolupracovat. Umožníme neustálý kontakt s rodiči. U dětí velice dobře působí pochvala, povzbuzení a odměna. Batolata nesou velice těžce odloučení od rodičů, bojí

se všeho nového a neznámého. U malých dětí se setkáváme s negativismem, velice často, když je chceme naučit novou činnost, například čištění zubů. Je potřeba k dítěti přistupovat trpělivě, nechat ho činnost vyzkoušet, při neochotě spolupracovat, vysvětlovat nebo se k činnosti vrátit později (2, 3, 5, 18, 35, 50).

Děti předškolního věku mají velkou chuť a ochotu se učit novému. Mají omezené vyjadřovací možnosti, proto musíme volit vhodnou komunikaci a přístup k dítěti. Dítě v tomto věku motivuje k učení zvědavost, vhodně volená odměna a pochvala. Potřebuje vlídné a trpělivé zacházení. Musí se brát v úvahu ještě neschopnost udržet delší dobu pozornost na jednu činnost. Při edukaci úzce spolupracujeme s rodiči, rodinou a komunitou (2, 3, 5, 18, 35, 50).

Děti školního věku jsou schopné udržet pozornost dostatečně dlouhou dobu. Potřebují však přestávky, proto je edukační program dobré situovat do krátkých bloků. Rády poznávají nové věci a činnosti, jsou zvědavé a ochotné ke změnám. Je důležité jim plánovat činnosti krátkodobě. Očekávají a žádají vysvětlení všech otázek. Změnu, kterou považují za nesprávnou, v žádném případě neakceptují. Pro komunikaci je třeba zbavit dítě ostychu a vzbudit v něm důvěru (2, 5, 11, 18, 28, 35, 50).

Adolescenti se raději učí v nepřítomnosti rodičů. Někdy mají zkreslené informace o životním stylu, často nechtějí přijímat rady od dospělých. Ve většině případů je motivují pouze nějaké výhody (2, 5, 11, 18, 28, 35, 50).

Mladý dospělý věk je období, kdy člověk bere na lehkou váhu své zdraví a péči o zdraví. Nechtějí být závislí na rodině, rodičích, preferují samostatnost, nemají potřebu se učit. Svě zdraví řeší většinou, až když dojde k jeho poškození. Rady a edukaci přijímají raději od přátel, lékařů nebo sester, než-li od rodičů. Velice dobrá spolupráce je s těhotnými ženami, rodičkami a následně ženami v šestinedělí, které až na výjimky jsou přístupné edukaci, dodržují doporučení a edukaci aktivně vyhledávají (2, 5, 18, 50).

Dospělý ve středním věku je často ochotný ke změně, uvědomuje si možnost poškození zdraví, nezdravého životního stylu, je přístupný edukaci a již zmiňované změně. Dospělí jsou obecně velice dobře přístupní vysvětlování, přesvědčování a velice dobře přijímají názorné příklady, například lidí ve stejné životní situaci, stejně postižených nebo nemocných (2, 5, 18, 50).



Starší dospělí, touží po udržení si zdraví, jsou ochotni se učit nové věci, které jim pomohou zdraví udržet. S věkem neklesá inteligence jako celek, ale mění se kapacita krátkodobé paměti. Staří pacienti nejsou ochotni měnit svůj zaběhnutý život, měnit způsob stravování a celkový životní styl. Bývají nepřístupní, těžko se motivují a uzavírají se do sebe. V tomto věku musí brát sestra v úvahu strach z osamocení starého člověka, strach ze smrti a případnou rezignaci (2, 5, 18, 50).

#### ***1.3.4 Metody edukace***

Didaktika se zabývá otázkami řízení edukačního procesu. Je to pedagogická disciplína. Její součástí jsou metody, formy a prostředky výchovně-vzdělávacího procesu. Cílevědomý, uvědomělý a záměrný postup se nazývá metoda. Směřuje k dosažení určitého cíle, který jsme si stanovili. Vývoj metody velice úzce souvisí s vývojem společnosti. V průběhu historie lidé nahromadili spoustu informací a poznatků, které bylo v každém období nutné předávat dál. Nejjednodušší metodou je napodobování, výuka pracovních návyků od těch jednoduchých ke složitějším. Základním členěním metod edukační činnosti je podle zdrojů poznatků slovní, praktické a názorně-demonstrační (1, 34, 50).

Mezi nejstarší můžeme zařadit slovní metody. Zdrojem informací je slovo jak mluvené, psané tak tištěné. Do slovních metod patří metoda výkladu, dialogické metody, práce s knihou. Jako zdroj monologických – výkladových metod je především edukátor. S rozhovorem, besedou, vysvětlováním je většinou spojené vyprávění. Logicky utřídit myšlenkové pochody je nutné při přednášce a vysvětlování. Pokud využíváme vědomostí edukovaných, v našem případě pacientů, jde o metodu dialogickou a to zejména při rozhovoru, diskusi a besedě. Tištěné slovo je základem práce s knihou. Při edukaci pacienta používá sestra i tištěné propagační materiály, učebnice a jinou doplňkovou literaturu (1, 34, 50).

Aktivní činnost je zdrojem poznání při praktických metodách. Dále je dělíme na analyticko-syntetické, kdy jeden postup navazuje na druhý. Induktivní metoda je metoda konkrétní a názorná. Závěry jsou zformulované na základě analýzy. Deduktivní metoda je opakem induktivní. Od všeobecného pojmu směřujeme

k jednotlivému. Další praktickou metodou je porovnávání. Pomocí něho zjistíme schodu nebo rozdíl jevů, činností nebo lidí. Názorně demonstrační metody přivedou edukanta přímo do styku s předměty, jevy, činnostmi, řadíme mezi ně pozorování a předvádění (1, 34, 50).

Toto rozdělení je pouze základní. Ve vyučování se metody prolínají a doplňují. Literatura dále uvádí všeobecně didaktické metody. Žáci přijímají informace od učitele pomocí sluchu, zraku a dělají si poznámky. Učitel používá nejen slovo, ale i názorné pomůcky. Do této oblasti řadíme informačně-receptivní a reproduktivní metodu, problémový výklad, heuristickou, výzkumnou, alternativní, situační a metodu brainstormingu (1, 34, 50).

### **1.3.5 *Formy edukace***

Vyučování, edukace má mimo metod a obsahu také rozličné formy. Formální stránka je daná uspořádáním podmínek a prostředků edukace. Formy vyučování se vytvářejí z aspektu cílů, obsahu a metod edukátora a edukovaných – sestry a pacientů. Formy edukace dělíme podle počtu edukovaných k edukátorovi. Jde o individuální formu, kde pracuje učitel a jeden žák, v případě edukace ve zdravotnictví je to sestra nebo některý jiný člen ošetrovatelského týmu a pacient. Při této formě edukace je zajištěna intimita. Jde o rozhovor, konzultaci pomocí telefonu, internetu nebo pošty, při nácviu některých praktických činností. Forma hromadného vyučování představuje vyučujícího s více žáky. V tomto případě pokud se jedná o edukaci ve zdravotnictví, sestra pracuje s menší či větší skupinou pacientů, nebo celou komunitou. Někdy může jít o kombinace individuální a skupinové formy (1, 34, 35, 50).

Podle místa, kde k edukaci dochází, dělí se vyučování na formální ve školách a institucích a neformální v běžném životě, v rodině, nemocnici (34, 35, 50).

Další oblastí, podle které dělíme formy vyučování, je samostatnost při práci ve vyučovacím procesu. Jsou to: individuální práce (každý žák – edukant má svůj odlišný cíl, úlohu na které pracuje samostatně), skupinové práce (žák je členem skupiny, každý plní určitou úlohu a spolupracuje na společném řešení). Poslední je forma

frontální práce, kdy každý pracuje samostatně na společném úkolu, nebo cíli (34, 35, 50).

#### ***1.4 Pediatrie***

„Pediatrie je obor, který se zabývá péčí o zdraví kojenců, dětí a mladistvých a jejich vývojem tak, aby dosáhli plnohodnotné dospělosti (45, s 9).“

Nejstarší údaje o ošetřování dětí jsou babylónské nápisy z druhého tisíciletí před naším letopočtem. Obsahují pokyny kojným. Další písemnosti, které se dochovaly, pocházejí z Mezopotámie a Indie. Obsahují doporučení a rady, jak s dětmi zacházet a jak je ošetřovat. Dále specifikum péče o děti popsal Galén a Hippokrates. Z dob středověku se dochovaly hlavně zmínky o péči o děti osiřelé, odložené v sirotčincích. Děti se léčily hlavně doma, dětské nemocnice neexistovaly. První dětská nemocnice byla založena 1802 v Paříži. Péče o děti byla zaměřena v historii na léčení nikoli prevenci. V Praze vznikla první dětská nemocnice v roce 1842, byla německá. Po druhé světové válce vznikala dětská oddělení ve všech nemocnicích. Od roku 1953 byla založena fakulta dětského lékařství. 1922 založil a vedl ošetřovatelskou školu pro dětské sestry MUDr. Mann. Výuka dětského ošetřovatelství navazovala na tradici ošetřovatelské školy pro dětské sestry. Později vznikaly střední zdravotnické školy se zaměřením na obor dětská sestra. Do roku 1989 byl systém péče o dítě v primární oblasti zajišťován územními zdravotními středisky, kde pracoval obvodní dětský lékař ve spolupráci s obvodní dětskou sestrou. Po roce 1989 vznikla ve většině případů nestátní zdravotnická zařízení. Zde pracuje praktický lékař pro děti a dorost ve spolupráci s dětskou sestrou. Pečují o děti do 19 let (10, 12, 20, 40, 45, 47).

##### ***1.4.1 Rozdělení pediatrie***

V oboru pediatrie pracují lékaři-pediatři ve spolupráci s dětskými, nebo všeobecnými sestrami, které musí mít dostatečnou praxi na lůžkovém dětském oddělení. Sledují psychomotorický vývoj dítěte, pečují o nemocné děti a mladistvé, o jejich

rekonvalescenci. Především se snaží nemocem předcházet. Z toho plyne, že pediatrii dělíme na léčebnou a preventivní (9, 31, 45, 47).

Pediatrickou péči dělíme na ambulantní a lůžkovou část. Do lůžkové části řadíme dětské oddělení, dětské pokoje na odborných odděleních, jednotky intenzivní péče pro novorozence a pro větší děti, novorozenecké oddělení na porodnici. Dále mezi lůžková pediatrická zařízení patří odborné léčebné ústavy, dětské lázeňské léčebny, ozdravovny a zvláštní zdravotnická zařízení – kojenecké ústavy, dětské domovy, dětské stacionáře, dětský hospic. Ambulantní část zahrnuje: preventivní část, léčebnou část a odborné ordinace (9, 31, 45, 47).

### ***1.5 Rozdělení dětského věku***

Dětský věk dělíme na jednotlivá období, která jsou charakterizována typickým vývojem a změnami. Rozdělení je orientační, u každého jedince probíhá s individuálními rozdíly. Vývoj je závislý na mnoha vnějších i vnitřních vlivech, které na jedince v průběhu života působí. Dětský věk dělíme na období prenatální, novorozenecké, kojenecké, batolecí, předškolní, školní a dorostenecké (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Prenatální období začíná početím a končí porodem, je to období nitroděložního vývoje. Prenatální období dále dělíme na embryonální do dvanáctého týdne od početí. Od dvanáctého týdne hovoříme o fetálním období. V prvních 12-ti týdnech se zakládají orgány a embryo je velice snadno poškoditelné (viry, toxickými látkami, nevhodným prostředím a životním stylem matky), v dalším – fetálním období vytvořené orgány dozrávají. Plod je aktivní, reaguje na zvuky, tlak, bolest, psychickou pohodu či nepohodu matky, pohybuje se. Již v intrauteriním životě získává plod sociální interakce, navzájem se ovlivňuje s matkou (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Novorozenecké období začíná přestřižením pupečníku. Toto období končí 28. dnem života. Novorozenec je plně odkázán na péči matky. Toto období dále dělíme na užší novorozenecké období, které končí 7. dnem života. V tomto období dochází k velkým změnám v dětském organizmu. Porodem dojde ke změně prostředí, dítě se musí na tuto změnu adaptovat. Další velké změny se týkají krevního oběhu, dýchání,

příjmu potravy. Velice důležité je co nejšetrnější zacházení s novorozeným dítětem, dítě se adaptuje na zevní prostředí, je vybaveno vrozenými reflexy například: dýchací, úchopový, kašlací, vyhledávací, polykací, sací. Širší novorozenecké období je datováno od 8. dne života a končí 28. dnem života novorozeného dítěte. Ve 3 týdnu dochází ke zrakovému a sluchovému soustředění novorozence. Ideální strava pro dítě je mateřské mléko. Kojení je důležité i pro budování vzájemného citového vztahu matky a novorozence. Pokud vznikne nějaká překážka v kojení ze strany dítěte nebo matky, je dítě vyživováno umělou stravou (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Kojenecké období začíná 29. dnem života dítěte a končí dosažením 1 roku věku. Dochází k obrovskému psychomotorickému, tělesnému vývoji a zrání centrální nervové soustavy. Ovládání těla postupuje od hlavy k nohám, to je kefalokaudálně. Dítě ovládá nejdříve hlavičku, poté se přitahuje do sedu, vyrovnává krční a bederní část páteře, leze po kolenou a nakonec se staví do vzpřímené polohy. Sociální kontakt navazuje koncem druhého měsíce pomocí úsměvu, kolem 6. měsíce bezpečně pozná matku. V kojeneckém období je také nejvhodnější stravou pro dítě mateřské mléko (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Batolečí věk začíná dovršením 1. roku dítěte a končí dosažením 3. roku života. Dítě získává stabilitu při chůzi, chodí po schodech, běhá, zdokonaluje se manipulace s předměty. Rozvíjí se řeč, dítě obsahu většiny slov rozumí. Koncem batolečího období hovoří dítě plynule ve větách. Batolata jsou umísťována do kolektivního zařízení jako jsou jesle, mateřské školy. Pro děti je velké nebezpečí úrazů a otrav (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Předškolní období navazuje na batolečí a končí dosažením šesti let. Dítě je pohybově zdatné, ještě se vyvíjí jemná motorika, dochází k první akceleraci růstu, děti jsou v tomto období zvědavé, rády poznávají nové činnosti a učí se jim. Dítě je v tomto období samostatnější v sebeobsluze. Důležitý je styk dítěte s jinými dětmi. Z batolete se v tomto období stává sociálně přiměřeně vespělé dítě s rozvinutou řečí i motorikou, samostatné, ukázněné, schopné vynaložit určité úsilí na splnění nějakého cíle. Navštěvuje mateřskou školu, spolupracuje s učitelkou, přizpůsobuje se kolektivu

a je schopno respektovat pokyny určené celé skupině. Je připravené na vstup do školy (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Školní období začíná nástupem do školy, u dítěte se rozvíjí dále řeč, učí se číst, psát, počítat. Rozvíjí se abstraktní myšlení. V tomto období začíná dítěti povinnost – učení. Mezi 8. až 12. rokem si dítě uvědomuje své pohlaví, v tomto období dochází k druhé akceleraci růstu. Mezi 11. až 15. rokem hovoříme o období puberty, Toto období nelze přesně datovat, jsou zde individuální rozdíly ve výšce, vzhledu a vývoji sekundárních pohlavních znaků a sociální zralosti (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

Období adolescence je časováno mezi 15. až 20. rokem života. Ukončení pohlavního dospívání je začátkem adolescence a končí dosažením tělesné dospělosti. V tomto období se adolescent připravuje na budoucí povolání, prožívá první vztahy s opačným pohlavím, zahajuje sexuální život, hledá životního partnera a připravuje se na založení rodiny. Postupně začíná být soběstačný a nezávislý na rodičích (22, 32, 43, 44, 45, 47, 48).

### ***1.6 Primární péče o děti a dorost***

Primární péče o děti dorost je poskytována v ambulantních zařízeních praktických lékařů pro děti a dorost. Tuto péči dělíme na preventivní prohlídky dětí a dorostu, diagnostické a terapeutické výkony a dispenzární péči. (40)

Primární péče byla definována na konferenci Světové zdravotnické organizace v Alma-Atě v roce 1978. Z těchto ustanovení vyšel i program WHO na podporu celosvětového zdraví „Zdraví pro všechny do roku 2000“ a dále program „Zdraví 21“ (příloha 2) (9, 26, 40, 45, 47).

Preventivní prohlídky v prvním roce života dítěte jsou častější, celkem dítě do 12 měsíců podstoupí 9 preventivních prohlídek, v prvních třech měsících 3x, do půl roku života musí být u dítěte provedeno 6 preventivních prohlídek. Další následuje v 18-ti měsících, ve 3 letech a dále pravidelně jedenkrát za dva roky (39, 40, 44, 45, 47, 48).

Při preventivní prohlídce lékař spolu se sestrou doplňují anamnézu, zjišťují tělesný a psychomotorický vývoj. Hmotnost, výšku dítěte, vyšetření zraku, sluchu, řeči,

barvocitu, fyziologických funkcí dle věku. Dále jsou součástí preventivních prohlídek: očkování, edukace rodičů a dětí, posuzování sociálního zázemí dítěte a funkčnosti rodiny. U školáků sleduje pediatr prospěch dítěte a posuzuje zdravotní stav v souvislosti s volbou povolání. Cíleně jsou prováděna u dětí a dorostu specifická vyšetření pro daný věk. Součástí preventivních prohlídek jsou návštěvy sestry pracující v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost v domácnostech (39, 40, 44, 45, 47, 48).

Diagnostická a terapeutická péče zahrnuje zajištění diagnostiky a terapie vzniklého akutního onemocnění, léčbu chronického onemocnění. Dále sledování dodržování léčebných doporučení. I do této oblasti péče o děti a dorost náleží řádná edukace. Tato oblast dále zahrnuje odstraňování nebo zmírňování příznaků nevyhlášených onemocnění (39, 40, 44, 45, 47, 48).

Dispenzární péče je komplex preventivních, léčebných, sociálních, hygienických, epidemiologických a edukačních opatření. Jejím základem je aktivní vyhledávání ohrožených a nemocných dětí. Zajištění vyšetření, léčebně preventivní péče, hygienických, protiepidemických, sociálních, edukačních opatření. Neméně důležitá je úprava životního prostředí dispenzarizovaného dítěte (39, 40, 44, 45, 47, 48).

### ***1.6.1 Úloha sestry v primární péči o děti a dorost***

Sestra pracující v ordinaci lékaře pro děti a dorost poskytuje první pomoc a to i v nepřítomnosti lékaře. Účastní se na přípravě a realizaci preventivních prohlídek. Provádí diagnosticko terapeutické výkony, asistuje lékaři při vyšetření dítěte. Objednává pacienty a udržuje plynulý chod ordinace. Dodržuje hygienický provoz pracoviště. Zajišťuje léky, očkovací látky a sleduje jejich expiraci, dbá na správné uložení nejen léků, ale i ostatního zdravotnického materiálu. Sestra vede zdravotnickou dokumentaci, provádí záznamy do očkovacího průkazu, pracuje se žádankami a tiskopisy. Má v patrnosti evidenci dispenzarizovaných dětí. Provádí edukaci dětí a jejich rodičů. Součástí práce sestry v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost jsou preventivní a kurativní návštěvy v rodinách. Sestra získá kontakt nejen s dítětem, ale i s rodinou, prostředím a komunitou, ve které dítě žije. Sestra zjišťuje a posuzuje správný psychomotorický vývoj, aktuální zdravotní stav a potenciaální rizika.

Při návštěvách si všímá vztahů a socioekonomických poměrů v rodině. Návštěvy provádí sestra cíleně u dětí zdravých, akutně i chronicky nemocných, defektních a dispenzarizovaných. Četnost návštěv není daná, je individuální. Sestra provede návštěvu na pokyn lékaře. Záleží též na zdraví dítěte, zdravotním uvědomění matky, rodiny, dítěte a funkci rodiny. Nezanedbatelnou činností sestry je edukace nejen dětí, ale i rodičů. Sestra pracující v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost provádí zdravotní výchovu v oblasti léčebné péče a prevence (25, 31, 39, 40, 45, 48).

### ***1.7 Prevence***

Prevenčí rozumíme podporu zdraví, je to metoda udržení zdraví ohroženého jedince. Rozlišujeme tři základní druhy prevence: primární, sekundární a terciální. Prevence je závislá na povědomí obyvatelstva, politických a národohospodářských rozhodnutích (13, 39, 40, 47, 48).

Do oblasti primární prevence spadají opatření zamezující vzniku onemocnění nebo poškození zdraví. Jde zejména o očkování, podávání vitamínů a minerálů a výchovné projekty. Jedná se o vůbec nejdůležitější součást preventivní péče (13, 39, 40, 47, 48).

Sekundární prevence snižuje prevalenci onemocnění. Jsou to opatření, která pomáhají vyhledávat a včasné diagnostikovat onemocnění, která se ještě neprojevila symptomy. Do sekundární prevence zahrnujeme vyhledávání – depistáž, screaning a monitoring vad, onemocnění a dispenzarizaci (13, 39, 40, 47, 48).

Terciální prevence odstraňuje, nebo zmírňuje následky onemocnění nebo postižení. Jejím úkolem je zkrátit dobu chorobného stavu a léčení, co nejvíce zlepšit kvalitu života, zabránit handicapu, účelně rehabilitovat a navracet nemocného nebo postiženého člověka do života (13, 39, 40, 47, 48).

#### ***1.7.1 Primární prevence u dětí a dorostu***

Snahou primární prevence u dětí a dorostu je, aby nedošlo k onemocnění, nebo poškození zdraví dítěte. Liší se v jednotlivých vývojových obdobích dítěte (48)



V prenatálním období - období před narozením má primární prevence důležitou roli. Pediatr a dětská sestra úzce spolupracují s gynekology a porodními asistentkami. Je nutné seznámit budoucí rodiče se správným životním stylem v těhotenství, s rizikovými faktory, které mohou poškodit vyvíjející se dítě (13, 40, 44, 46, 47, 48).

V novorozeneckém období po narození se provádí kredeizace očí, podává se K vitamin jako prevence krvácení, podporuje se kojení. Mateřské mléko dodává dítěti potřebné živiny, vitamíny a minerální látky, ale také protilátky od matky. V prvním týdnu života dítě začínáme očkovat podle očkovacího kalendáře (příloha 3), podáváme dítěti AD vitamíny formou kapek. Velice důležitá je prevence nozokomiálních nákaz (13, 40, 44, 46, 47, 48).

V kojeneckém období pokračujeme očkováním dítěte, podáváním AD vitamínů. Mateřské mléko je jedinou nejlepší stravou pro dítě. Dítě musí být vhodně oblékáno, žít ve vhodném a co nejzdravějším životním prostředí, proto je nutné dbát na ekologii (13, 40, 44, 46, 47, 48).

V batolecím období dbáme na prevenci úrazů a otrav, pokračujeme v očkování, podáváme dítěti vhodnou a rozmanitou stravu, předcházíme tvorbě zubního kazu, dbáme na dostatečný pobyt na čerstvém vzduchu, podněcujeme dítě k pohybovým aktivitám, vývoji jemné motoriky a řeči (13, 40, 44, 46, 47, 48).

V předškolním období je preventivní péče zaměřena na prevenci neuróz, vad smyslových a ortopedických. Provádí se povinné očkování dle očkovacího kalendáře a doporučená očkování, která si rodiče hradí sami. Pokračujeme v prevenci zubního kazu (13, 40, 44, 46, 47, 48).

Ve školním a dorosteneckém období je primární prevence zaměřena na poruchy chování, závislosti (alkohol, drogy, kouření, automaty), sexuální výchovu a prevenci AIDS a pohlavně přenosných onemocnění, zdravý životní styl, pokračuje povinné a doporučené očkování, prevence ortopedických vad (13, 40, 44, 46, 47, 48).

### ***1.8 Edukace v primární zdravotní péči o děti a dorost***

V primární zdravotní péči o děti a dorost se stává edukátorem vedle dětského lékaře především dětská sestra. Provádí edukaci nejen nemocných dětí a jejich rodičů

v rámci léčby, dodržování léčebného režimu, kdy se edukace zaměřuje především na samotného dětského pacienta, ale také na prostředí, ve kterém žije, rodinu a komunitu, která ho obklopuje. Sestra se v případě léčby v domácím prostředí zaměřuje na celkový denní režim (užívání léků, úpravu prostředí, dietní režim, hygienu), také instrukce ohledně prováděných výkonů a vyšetření. V současné době je edukace důležitá hlavně v oblasti prevence, která zaujímá přední místo a význam v primární péči jak o děti a dorost tak o dospělou populaci (7, 40).

Primární prevence zaujímá v současné době celosvětově prioritní místo. Je důležité, aby sestra aktivně edukovala v oblasti primární prevence nejen děti, jejich rodiče, ale celé rodiny a komunity. Jsou vypracovány celosvětové programy na podporu a udržení zdraví, například projekty WHO Zdraví 21, celorepublikový projekt Zdravá škola, Podaná ruka. Zdravý vývoj, právo na zdraví, správné zacházení zabezpečují dětem také Úmluva o právech dítěte, kterou přijalo Valné shromáždění OSN 20. listopadu 1989, Český parlament ji ratifikoval v březnu 1993. Neméně důležitá je práce UNICEF. Mezníkem v její práci se stal Světový summit dětí. Tento summit se konal 30. září 1990. Cílem byla všestranná ochrana a zajištění rozvoje nové generace. Vlády byly vyzvány k vytvoření Národních akčních programů a dodržování Úmluvy o právech dítěte (7, 13, 16).

### ***1.8.1 Kojení***

Kojení je nejpřirozenějším způsobem výživy novorozence. Svým složením je mateřské mléko nenahraditelné. Je nejlépe přizpůsobeno potřebám dítěte, má všechny složky nezbytné pro jeho růst a zdravý vývoj. Mateřské mléko obsahuje enzymy, živé buňky a protilátky vhodné pro ochranu dítěte před infekcí (9, 12, 13, 16, 23, 31, 32, 38, 39, 44, 47).

Aby se mohla tvorba mléka dostatečně rozvinout, je velice důležité první přiložení dítěte k prsu matky co nejdříve, ještě na porodním sále. Udává se, že by doba od porodu k prvnímu přisátí dítěte neměla překročit 30 minut. Pro úspěšné kojení je důležitá správná poloha dítěte a správná technika přiložení a sání (9, 12, 13, 16, 23, 31, 32, 38, 39, 44, 47).

Polohu při kojení je dobré nacvičit s budoucí matkou již v prenatálním kurzu. Sestra seznámí budoucí matku s možností využít různé polohy při kojení a provede praktický nácvik. Kojící žena může využít tyto polohy: poloha vleže, vsedě, boční, fotbalové či zadní držení, boční držení s opřenými zády, poloha tanečnicka, kojení vleže, kojení v polosedě s podloženými nohama. Sestra poučí matku o vhodnosti různých poloh při kojení v různých situacích, například po císařském řezu, u nedonošených dětí. Péče o prsy v době kojení je velice důležitá nejen jako prevence poranění prsů, ale hlavně jako prevence infekce novorozence a kojence. Sestra matku poučí o správné technice odstříkávání přebytečného mléka, známkách správného a špatného přísátí dítěte k prsu, výhodách kojení a složení mateřského mléka (9, 12, 13, 16, 23, 31, 32, 38, 39, 44, 47).

### **1.8.2 Očkování**

Další oblastí, kde se sestra musí věnovat edukaci zpočátku rodičů, v pozdějším věku i dítěti, je očkování. Vysvětluje nutnost, způsob a druhy imunizace dítěte. Neméně důležité je poučení rodičů sestrou o reakcích dětského organismu na očkování a možných komplikacích. Sestra edukuje rodiče, jak o dítě v takové situaci pečovat a kdy vyhledat odbornou pomoc. K prvnímu očkování dochází 4. – 6. den života dítěte. Jde o očkování proti TBC. Od 13. týdne dětský lékař očkuje dítě 1. dávkou hexavakcíny, která je proti onemocněním: záškrtu, tetanu, černému kašli, invazivnímu onemocnění *Hemophilus influenzae*, přenosné dětské obrně a žloutence typu B. 2. dávka hexavakcíny se aplikuje dítěti nejméně 1 měsíc po první dávce. Za nejméně 1 měsíc po druhé dávce se aplikuje třetí dávka hexavakcíny a nejdříve za 6 týdnů po 3. dávce, nejpozději však před 18. měsícem života dítěte aplikuje pediatr dávku čtvrtou. Všechny čtyři dávky mají identické složení. V 15. měsíci se dítě očkuje proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, v odstupu 6 – 10 měsíců se podává druhá dávka této vakcíny. Ve dvou letech se u dětí s negativní tuberkulinovou zkouškou provádí kalmetizace. Před vstupem do školy v 5. – 6. roce se přeočkovává dítě proti záškrtu, tetanu a černému kašli. Přeočkování proti dětské přenosné obrně podstoupí dítě v 10 – 11. letech. V 11 – 12 letech se u dětí s negativní s tuberkulinovou zkouškou

provádí kalmetizace. Ve 12. – 13. roce se u dětí, které nebyly očkovány v prvních měsících života, očkuje proti žloutence typu B třemi dávkami v rozestupu 0, 1 a 6 měsíců. Ve 14. – 15. roce se provádí přeočkování proti tetanu a pak vždy po 10 – 15 letech. Tento očkovací kalendář (příloha 3) obsahuje povinná očkování, která musí podstoupit každé dítě. Sestra vhodnou edukační činností, buduje u matek povědomí o nutnosti dodržení času očkování a jeho nutnosti. Edukace se nevztahuje pouze na očkování povinné, ale i na nepovinné. Jedná se o očkování proti klíšťové encefalitidě, meningokokové infekci, hepatitidě A, chřipce a tropickým nemocem v případě cestování i s dítětem do ohrožených oblastí (27, 45).

### ***1.8.3 Výživa***

V novorozeneckém a kojeneckém období, jak již bylo zmiňováno v předchozí kapitole, je nejvhodnější kojení. Do 6 měsíců by mělo být dítě plně kojeno. Pokud nemůže matka kojit podává dítěti umělou kojeneckou výživu po domluvě s pediatrem. Pokud není dítě kojeno, přidává matka dítěti nemléčné příkrmy od dokončeného čtvrtého měsíce, kojenému dítěti od dokončeného šestého měsíce. Příkrmy je nutné zavádět pozvolna a postupně pro zjištění případné alergie. V druhé polovině roku se k mléčné stravě přidává ovoce, zelenina, obiloviny bez lepku. Strava by měla obsahovat vlákninu (3, 13, 32, 38, 39, 44, 45, 47).

V batolecím období by si mělo dítě zvykat na stolování, dítě je převáděno na běžnou stravu, důležité je poučit matku o dodržování pitného režimu dítěte. Vhodné nápoje jsou bylinné, dětské nebo ovocné čaje, voda, ovocné šťávy, slabé minerálky. Stále musí docházet k omezení soli, tuků ve stravě, nepodávat dítěti uzeniny. Denní jídelníček batolete by měl tvořit 4 – 5 porcí, strava by měla být rozmanitá, pečivo hlavně celozrnné, nesmějí chybět mléčné výrobky, 2 – 3x týdně maso, důležitou složkou potravy je zelenina. Pestrým a vhodným jídelníčkem předcházíme nedostatku minerálů, vitamínů a vlákniny (3, 13, 32, 38, 39, 44, 45, 47).

V předškolním období je velice důležitá pravidelnost jídla a dodržování pitného režimu. Dítěti nepodáváme kořeněná a dráždivá jídla. Dbáme na dostatečný přísun zeleniny, ovoce, dostatečný přívod energie a kvalitních bílkovin, které obsahuje mléko,

maso, sýry a vejce. Sestra musí poučit matku o nutnosti dostatku vápníku, zinku, železa, vitamínů hlavně A a C, aby se dítě správně vyvíjelo nedocházelo k deficitu některých výše jmenovaných prvků, nepoměru výdeje a příjmu energie a tím k podvýživě nebo častěji k obezitě (3, 13, 32, 38, 39, 44, 45, 47).

U školních dětí je výživa obdobná jako u předškoláků. Důležité je včasné vstávání a dodržení klidné snídaně. I během vyučování musí být dodržován pitný režim. Snídaně a oběd by měly být bohaté a vydatné. Svačiny – dopolední i odpolední drobné, a lehká večeře. Energetický přísun musí být také přiměřený výdeji a aktivitě dítěte (3, 13, 32, 38, 39, 44, 45, 47).

V pubertě a u adolescentů by měla být výživa kvalitní, rozmanitá a kaloricky hodnotná. Důležité je maso, mléčné výrobky, vejce, ovoce, zelenina, ale také vláknina. V tomto období je nutná edukace nejen dětí, ale hlavně rodičů o onemocnění mentální anorexií a bulimií. V tomto období, ale i v předešlém dětském věku není vhodná jakákoliv dieta, která není konzultovaná, nebo nařízená lékařem. I v pubertálním věku je důležité dodržování pitného režimu, nejsou vhodné silně slazené nápoje (3, 13, 32, 38, 39, 44, 45, 47).

#### **1.8.4 Prevence úrazů**

Úraz vznikne většinou náhle, působením mechanické, chemické nebo tepelné energie. Dělíme je na neúmyslné a úmyslné. Do neúmyslných řadíme například dopravní nehody, utonutí, neúmyslné otravy, pády. Úmyslné úrazy vzniknou, když někdo někomu, popřípadě sobě, ublíží úmyslně. Jde především o týrání, napadení, sebevraždy a vraždy (8, 13, 15, 32, 38, 44, 45, 47).

K úrazům a otravám dětí dochází hlavně ve školách a v domácím prostředí, při hře a sportovních činnostech. Úrazy bývají častou příčinou smrti dítěte. Řada úrazů si vyžádá hospitalizaci dítěte. Úrazům a otravám sestra aktivně předchází vhodnou edukací rodičů a později i dětí. Úrazy a otravy dětí jsou závažným společenským problémem. Projekt Podaná ruka má v ČR za cíl snižování úrazovosti, při uplatnění aktivních a pasivních postupů. Nezastupitelnou roli hraje spolupráce pediatra, sestry se školou, rodinou popřípadě komunitou. Je nutné ve vědomí dětí zvyšovat opatrnost,

zkušenosti a dovednosti, zdokonalovat obratnost, předvídavost. Zajistit bezpečné prostředí doma, ve škole, na ulicích, silnicích, hřištích. Změnit chování každého z nás, legislativu, zavádět výrobu produktů zvyšujících aktivní i pasivní bezpečnost dětí – to vše je cílem projektu (8, 13,15, 32, 38, 44, 45, 47).

Dětské úrazy jsou různého charakteru. Dělíme je podle věku, prostředí a druhu poranění. Již od kojeneckého věku musí sestra upozornit rodiče na možnost úrazu dítěte. V tomto období se jedná hlavně o pády, tržné a zhmožděné rány o ostrý nábytek, používání nevhodných pomůcek při péči o dítě. Velice častým poraněním dětí v kojeneckém věku jsou opařeniny způsobené horkými tekutinami. V tomto období vzniklý úraz je často důsledek nedbalosti a nedostatečného dozoru dospělých. Sestra musí rodiče upozornit na velkou zvědavost dětí, která nesmí být dospělými podceňována. V batolecím období jsou také velice časté pády, které končí nejčastěji poraněním hlavy vzhledem k proporcím dítěte. Kojenec i batole má hlavu v poměru k tělu výrazně těžší a větší. Vedle opaření také dochází k popáleninám. Sestra musí rodiče poučit, aby dbali na opatření proti poranění dítěte, předměty jako žehličku, elektrické nástroje, nářadí bylo mimo dosah dítěte. Sestra doporučí rodičům, jaké zásady dodržovat, jak vytvořit dítěti bezpečné prostředí. Zdůrazní, že je důležité dítě v tomto věku nenechat bez dozoru. V předškolním období převažují úrazy, které si děti způsobí při dětských hrách. Vysoké procento úrazů i v tomto věku tvoří opařeniny a popáleniny. Stoupá i riziko utonutí. Ve školním věku výrazně stoupá počet dopravních úrazů, děti jsou zařazeny do dopravního provozu jako chodci i cyklisti. S věkem přibývá úrazů vzniklých při sportovních činnostech. Sestra musí svou edukační činností působit nejen na rodiče, ale i na dítě. Nabádat k dodržování bezpečnostních pravidel, podněcovat k používání ochranných pomůcek při sportovních činnostech a upozorňovat děti, pubescenty a adolescenty, aby nepřeceňovaly své schopnosti (8, 13,15, 32, 38, 44, 45, 47).

Otravy vznikají většinou následkem požití jedovatých plodů keřů a stromů, hub, léků nebo chemikálií. U kojenců se jedná většinou o mylné podání nevhodného léku, který je určen dospělým, či nesprávné dávkování. Sestra musí upozornit na dávkování sirupů a roztoků, dochází nejčastěji k záměně dávkování kapek za mililitry. V batolecím

a předškolním období, musí sestra upozornit rodiče na nutnost vhodného uschování domácí lékárny, prášků na praní, chemických prostředků, v domácích dílnách vhodné skladování toxických chemických látek. Důslednou zdravotní výchovou a osvětou může sestra předejít také otravám jedovatými bobulemi. Je důležité, aby nebyly vysazovány v místech, kde mají děti hřiště, děti musí být poučeny a pod stálým dohledem dospělých. Ve školním věku jsou nejčastější otravy houbami, bobulemi, léky, alkoholem. Mnohdy dojde k nechtěnému požití chemické látky nevhodně uložené v láhvi od vody nebo limonády. Sestra vhodnou edukací působí hlavně na děti, ale i na rodiče a komunitu, ve které dítě žije. U dospívajících převažují otravy v sebevražedném či sebepoškozujícím úmyslu a otravy alkoholem nebo jinými drogami (8, 13,15, 32, 38, 44, 45, 47).

#### ***1.8.5 Prevence pohlavně přenosných chorob a těhotenství mladistvých, závislostí a AIDS***

Sestra působí v této oblasti edukací na téma vhodného výběru partnera, sexuálního života. Prevenci v této oblasti zaměřuje na pubertální mládež. Doporučuje vhodné ochranné pomůcky, antikoncepční přípravky. Důležité je budovat již v období puberty zodpovědnost za sexuální chování, seznámit děti s pohlavně přenosnými chorobami a jejich příznaky. Podněcovat je k otevřenosti a schopnosti se dotázat nebo svěřit. Nezastupitelnou úlohu hraje v této oblasti prevence rodina, ale také škola při výuce rodinné výchovy, jejíž součástí je i sexuální výchova. Velice důležitá v této výchově je spolupráce školy, rodiny a sestry (13, 16, 28, 38, 45, 48, 49).

Oblast závislostí se netýká pouze adolescentního období, ale v současné době i dětí školního věku. Zde je nutné obeznámení rodičů s touto problematikou. Je nutné děti seznámit se škodlivými účinky jednotlivých závislostí. Důležitý je však také osobní příklad nejen rodičů, učitelů, sester a pediatrů, ale i celé komunity, ve které dítě žije. Svou nezastupitelnou roli v prevenci hraje edukace ze strany rodičů, sestry, rodinné výchovy ve školách, ale obrovský účinek mají přednášky již vyléčených závislých jedinců. Prevencí je kvalitní citová výchova v rodině, dostatečné poučení rizikových skupin, prostor pro seberealizaci v období puberty a adolescence. Důležité je naučit dítě

při nabídnutí drogy asertivně říci: „Ne, děkuji“. S prevencí drogové závislosti jde ruku v ruce prevence AIDS (13, 16, 28, 38, 45, 48, 49).

#### ***1.8.6 Zdravý životní styl***

Do zdravého životního stylu patří již výše uvedená výživa, ale také vhodný pohybový režim. Při volbě vhodného sportu a pohybové aktivity je nutné brát na zřetel věk a schopnosti dítěte. Nejen pohybová aktivita je pro správný vývoj dítěte důležitá, také odpočinek, relaxace a dostatečný spánek. Sestra podněcuje rodiče, aby u dítěte vytvářeli správné hygienické návyky od nejútlejšího věku. Vhodnou hygienou také předcházíme některým infekčním a parazitárním onemocněním. Sestra spolu s rodiči dbá na prevenci zubního kazu – hygienou zubů. Podněcuje k pravidelným preventivním návštěvám stomatologa a dodávání fluoru. Do této oblasti patří také přiměřené oblékání podle ročního období a činnosti, kterou právě dítě provozuje (13, 16, 28, 38, 45, 48, 49).

Sestra výchovnou činností a příkladným chováním podněcuje rodiče, komunitu a dítě k celkovému správnému životnímu stylu, který podporuje dobrý vývoj a je prevencí především infekčních, civilizačních onemocnění, úrazů a ostatních poškození zdraví (13, 16, 28, 38, 45, 48, 49).



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Výzkumným cílem práce bylo zmapovat edukační činnost sester pracujících v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, v oblastech primární prevence.

### **2.2 Hypotézy**

H1: Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost provádějí edukaci v rámci primární prevence.

H2: Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost pořádají výchovné přednášky mimo zdravotnická zařízení, zaměřené na primární prevenci u dětí.

H3: Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost znají zásady edukačního procesu

### **3. Metodika**

#### ***3.1 Metodika práce***

Byla provedena metoda kvantitativního výzkumu, pomocí dotazníkové techniky sběru dat. Dotazník byl anonymní, dobrovolný a obsahoval celkem 35 otázek. Dotazník obsahoval 28 uzavřených, 7 polootevřených otázek (příloha 4). Výzkum probíhal od ledna do dubna roku 2008.

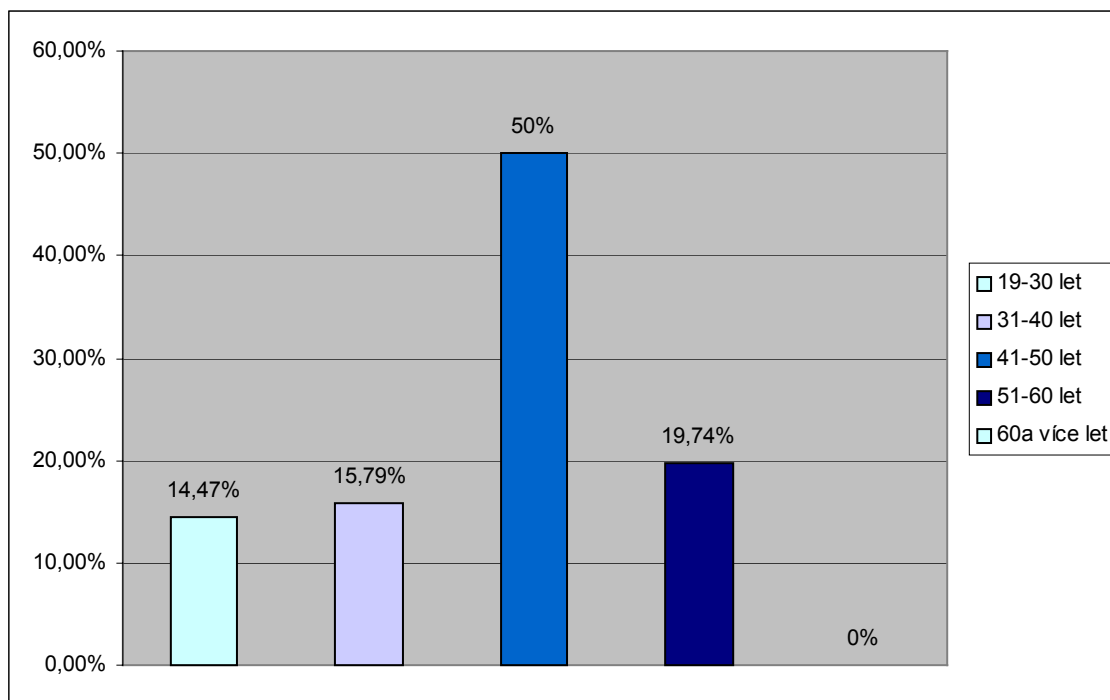
#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor se skládal ze 76 dotazovaných sester. Rozdáno bylo 120 dotazníků sestrám různého věku, vzdělání, délky praxe, pracujících v primární péči o děti a dorost v Budějovickém kraji. Vyplněné dotazníky byly zpět získány od 76 sester. Návratnost dotazníků byla 63,33 %.

## 4. Výsledky

Graf 1

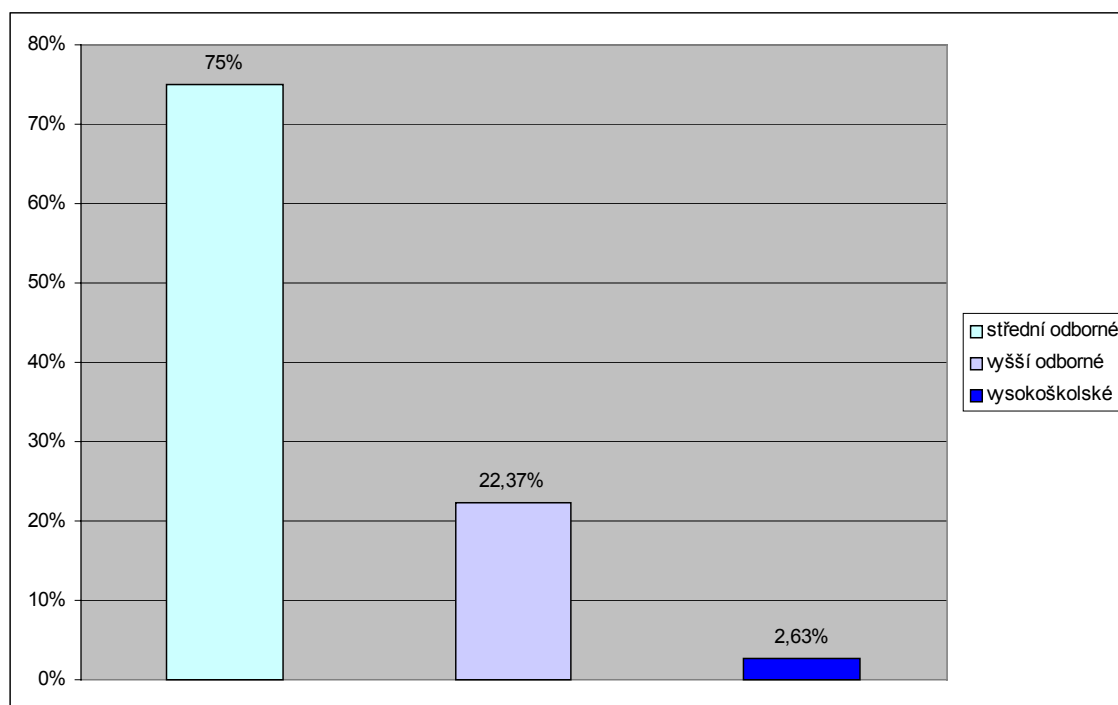
Počet sester ve věkových kategoriích



Z celkového počtu 76 (100 %) sester, bylo ve věku 19 – 30 let 11 (14,47 %) sester, věkovou skupinu 31 – 40 let tvořilo 12 (15,79 %) sester. Nejpočetnější skupinu tvořilo věkové rozmezí 41 – 50 letých 38 (50 %) sester. Ve věku 51 – 60 let bylo dotazováno 15 (19,74 %) sester. Ve skupině dotazovaných nebyla žádná sestra ve věku nad 60 let.

**Graf 2**

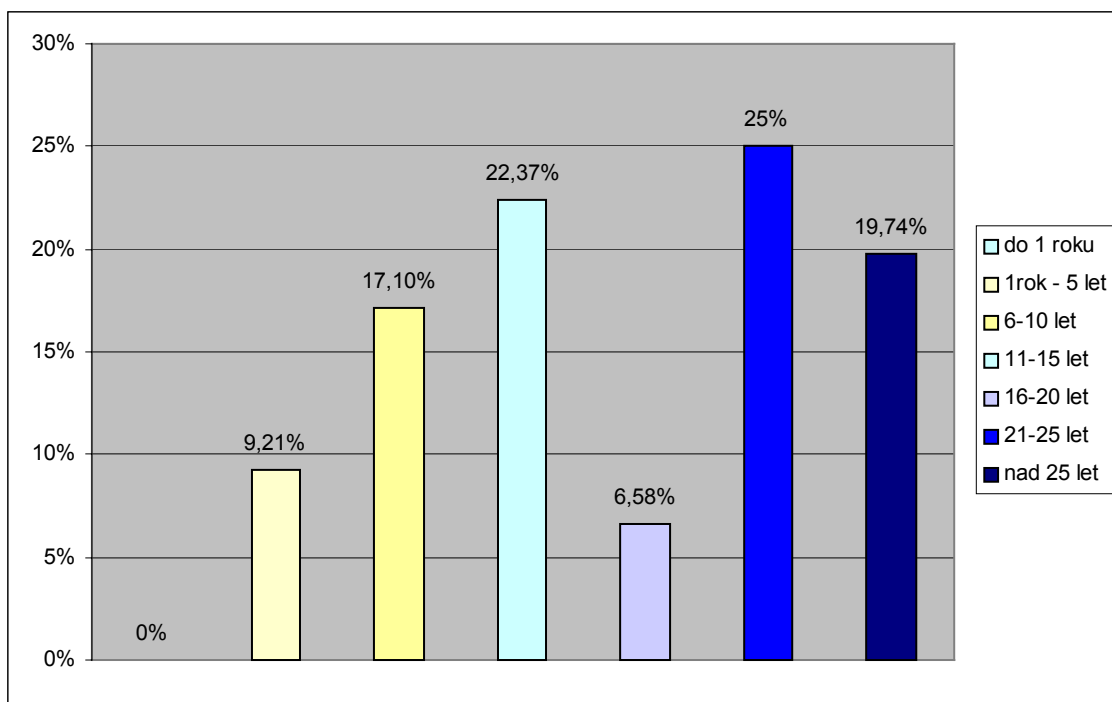
**Nejvyšší ukončené vzdělání dotazovaných sester**



Nejpočetnější skupina dotazovaných sester má dokončené střední odborné vzdělání, zakončené maturitou. To je 57 (75 %) sester z celkového počtu 76 (100 %) dotazovaných. Vyšší odborné vzdělání udalo 17 (22,37 %) sester. Nejmenší skupinu tvořily sestry s vysokoškolským vzděláním 2 (2,63 %).

**Graf 3**

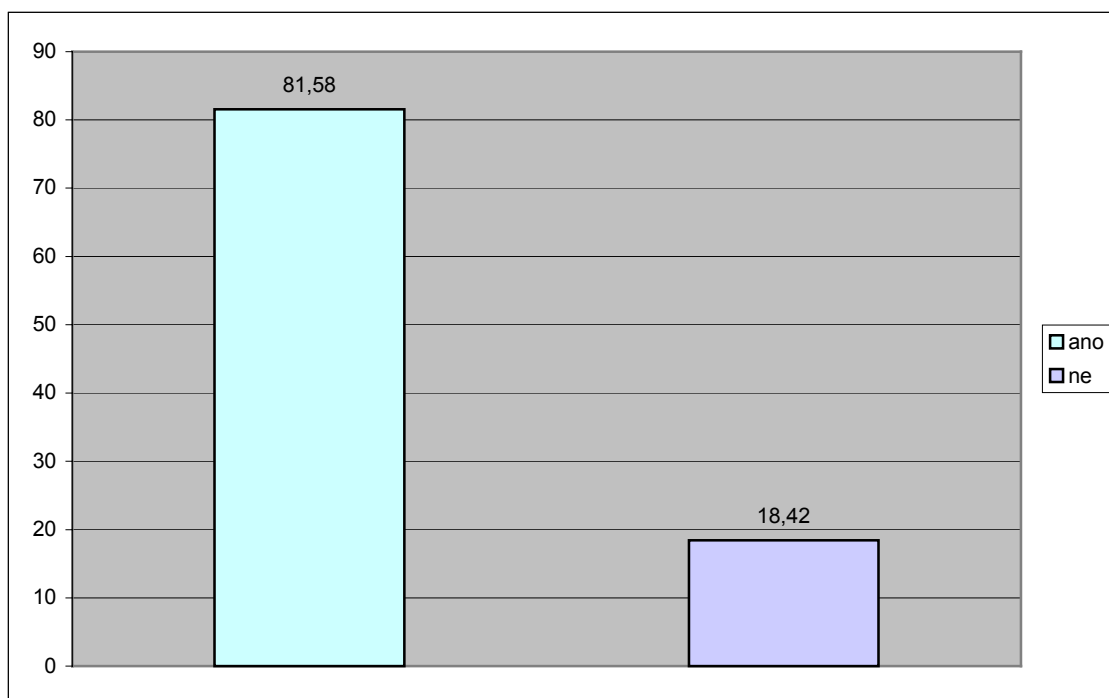
**Délka praxe v primární péči o děti a dorost**



76 (100 %) dotazovaných sester uvedlo celkovou délku praxe v primární péči o děti a dorost. Možnost do 1 roku neuvděla žádná sestra (0 %). Rozmezí od 1 roku do 5 let označilo 7 sester (9,21 %), 6 – 10 let 13 sester (17,10 %), 11-15 let praxe uvedlo 17 sester (22,37 %), 16-20 let pracuje v primární péči o děti a dorost 5 sester (6,58 %). Nejpočetnější skupinu tvoří rozmezí 21-25 let praxe v primární péči, uvedlo ji 19 sester (25 %). Nad 25 let označilo 15 sester (19,74 %) dotazovaných.

**Graf 4**

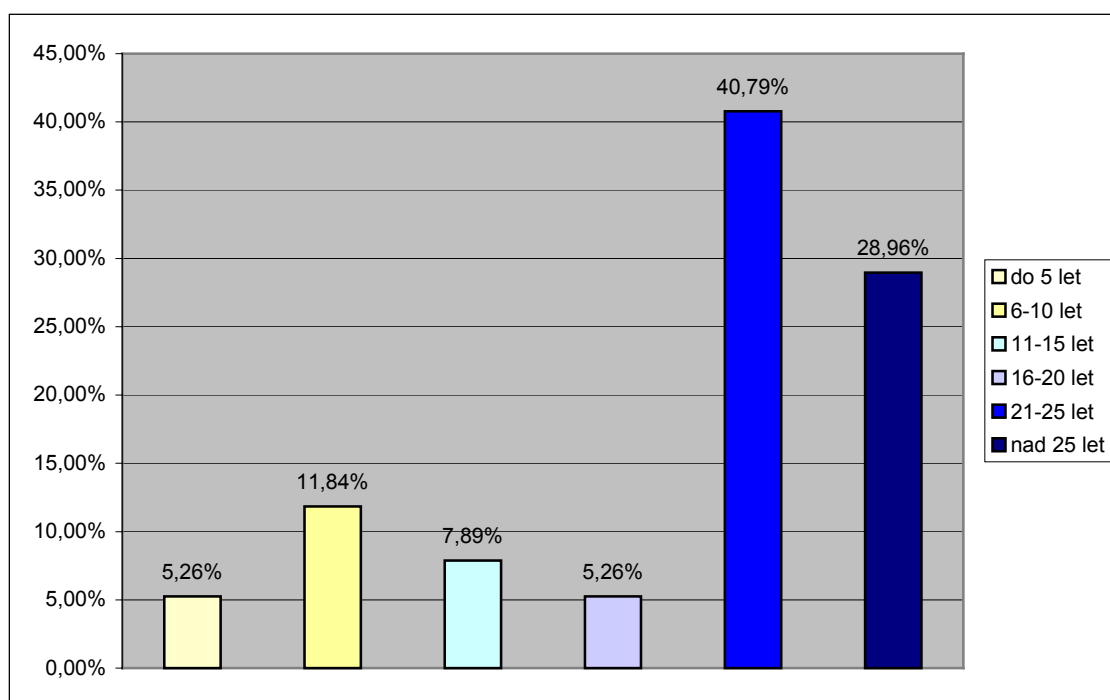
**Praxe v lůžkovém, dětském oddělení**



Na dotaz, zda mají sestry praxi na dětském lůžkovém oddělení odpovědělo 76 dotazovaných (100 %). 62 sester (81,58 %) má praxi na lůžkovém dětském oddělení. Tuto praxi nemá 14 sester (18,42 %).

**Graf 5**

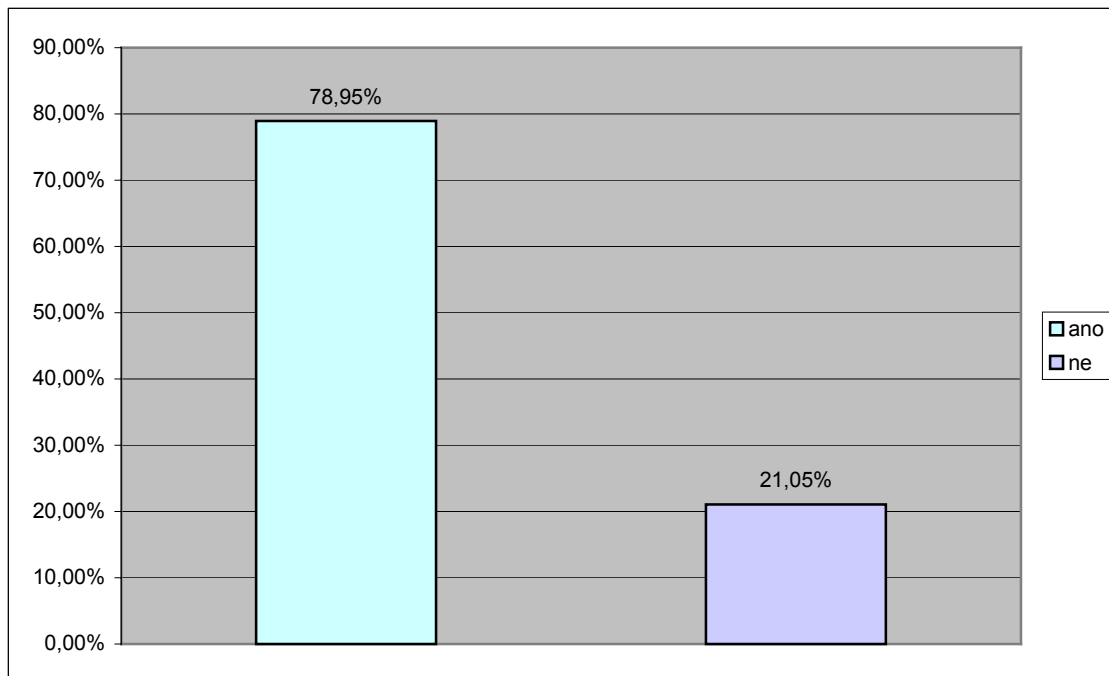
**Celková praxe ve zdravotnictví**



Celkové praxe ve zdravotnictví u sester pracujících v primární péči o děti a dorost. Možnost do 5 let uvedly 4 sestry (5,26 %), 6 – 10 let označilo 9 sester (11,84 %), 11 – 15 let 6 dotazovaných (7,89 %). Rozmezí 16 – 20 let uvedly 4 sestry (5,26 %) Nejpočetnější skupinu tvořilo 31 sester (40,79 %), které zvolily 21 – 25 let. Praxi nad 25 let označilo 22 sester (28,96 %) z celkového počtu respondentů.

**Graf 6**

**Vzdělávání**

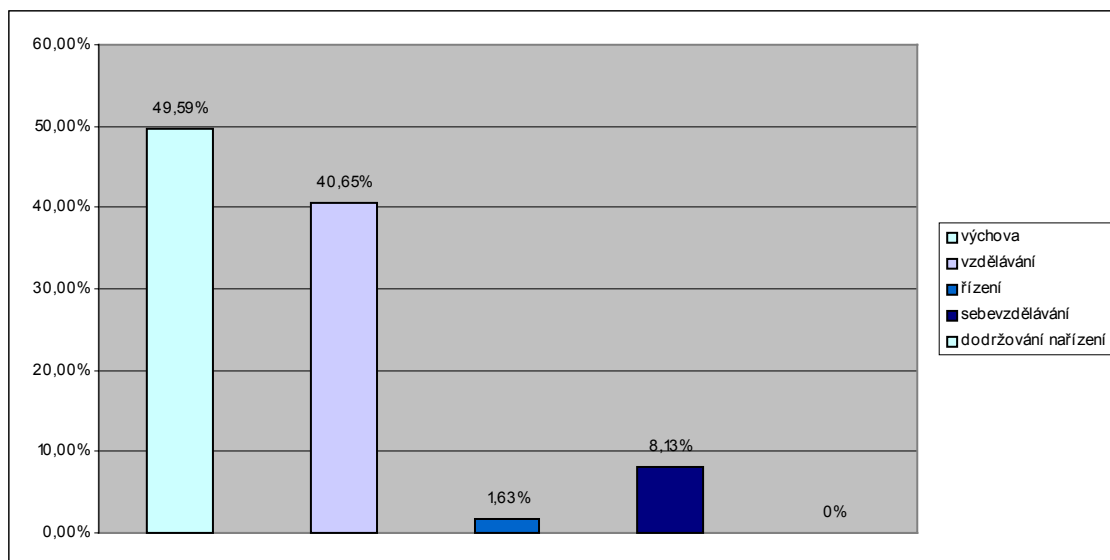


Z celkového počtu 76 dotazovaných sester (100 %) se v současné době vzdělává 60 sester (78,95 %), nevzdělává se 16 sester (21,05 %).



**Graf 7**

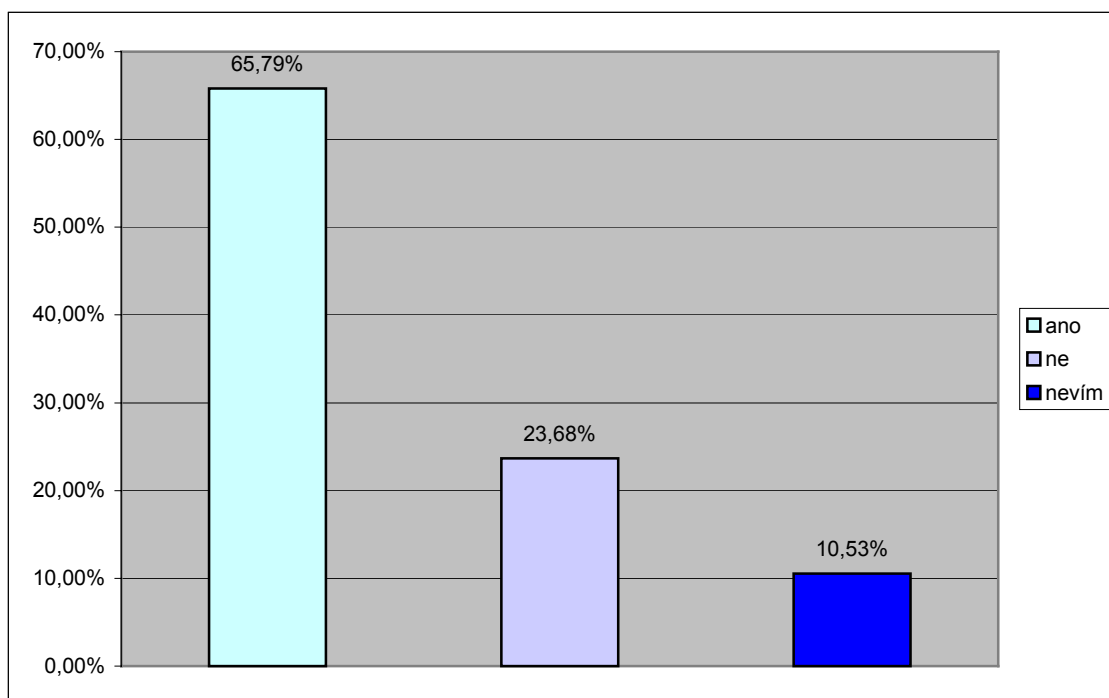
**Znalost pojmu edukace**



Dotazované sestry měly možnost označit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 123 (100 %), možnost výchova tvořila skupinu 61 (49,59 %) odpovědí, vzdělávání označilo 50 sester (49,65 %) odpovědí, řízení 2 sestry (1,63 %) odpovědí, sebevzdělávání 10 sester (8,13 %) odpovědí a dodržování nařízení nebylo označeno žádnou sestrou (0 %) odpovědí.

**Graf 8**

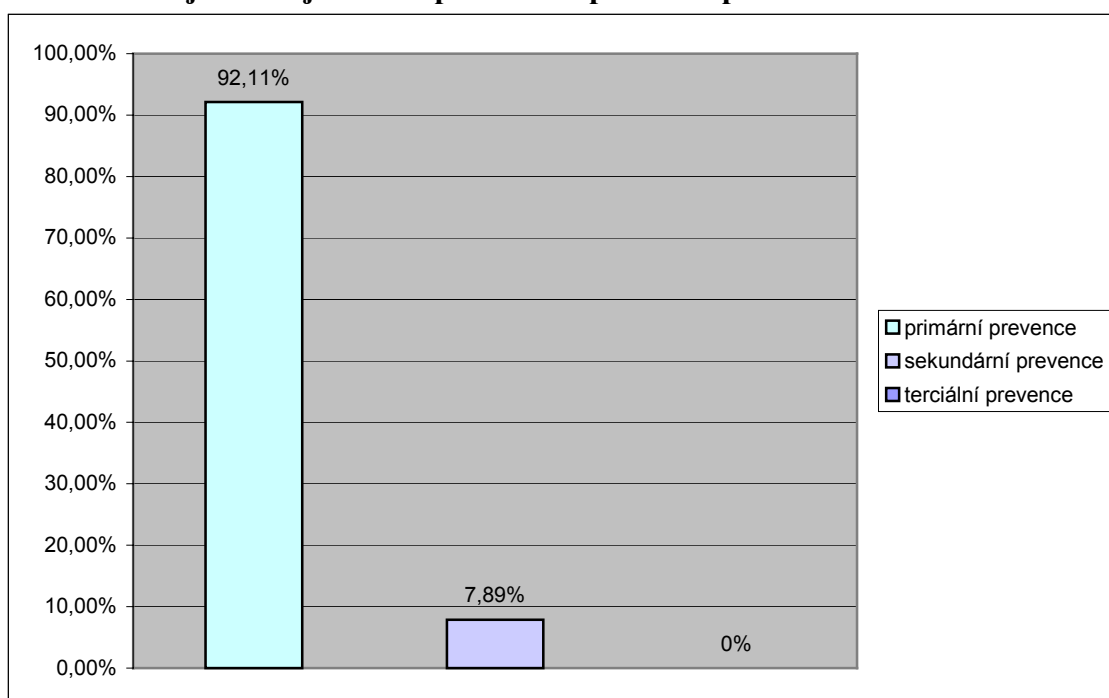
**Edukační činnost jako náplň práce**



V oblasti primární péče o děti a dorost považuje edukaci za náplň práce 50 sester (65,79 %) ze 76 (100 %) dotazovaných, nepovažuje ji za náplň práce 18 sester (23,68 %) a neví 8 sester (10,53 %).

**Graf 9**

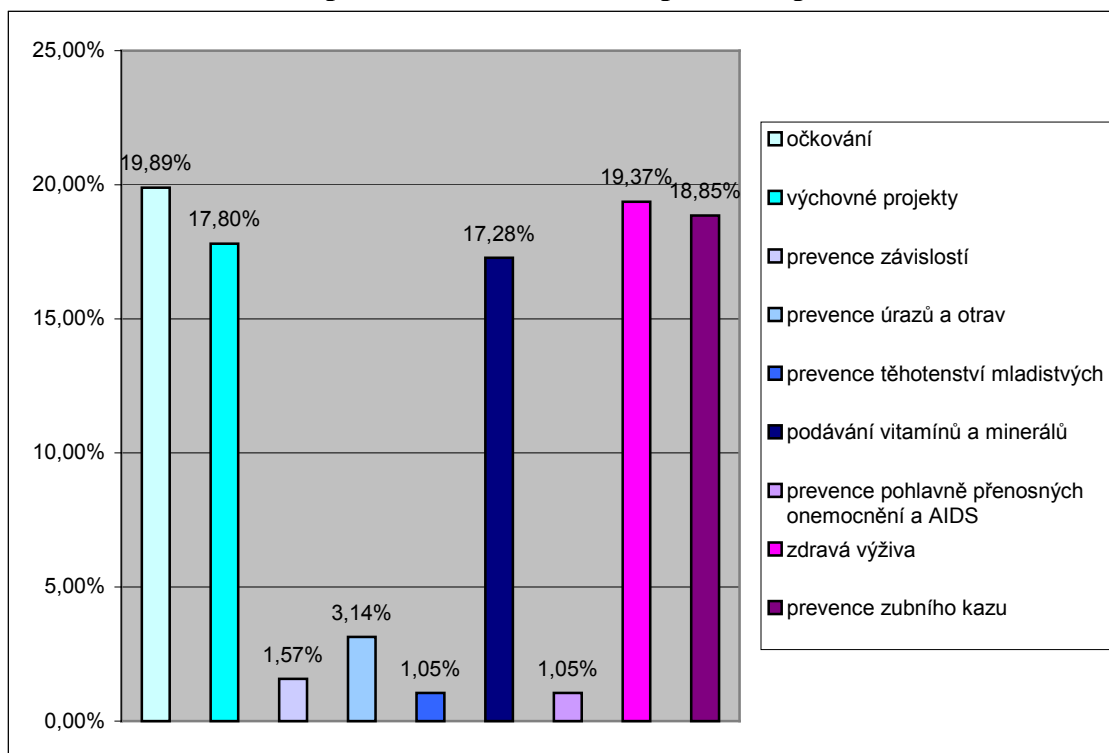
**Nejdůležitější oblast prevence v primární péči o děti a dorost**



70 sester (92,11 %) ze 76 (100 %) dotazovaných, si myslí, že primární prevence je oblastí prevence, které by se měla sestra pracující v primární péči o děti a dorost věnovat. Sekundární prevenci udává 6 sester (7,89 %), terciální prevenci neoznačila žádná sestra (0 %).

**Graf 10 A**

**Správně označené oblasti primární prevence**

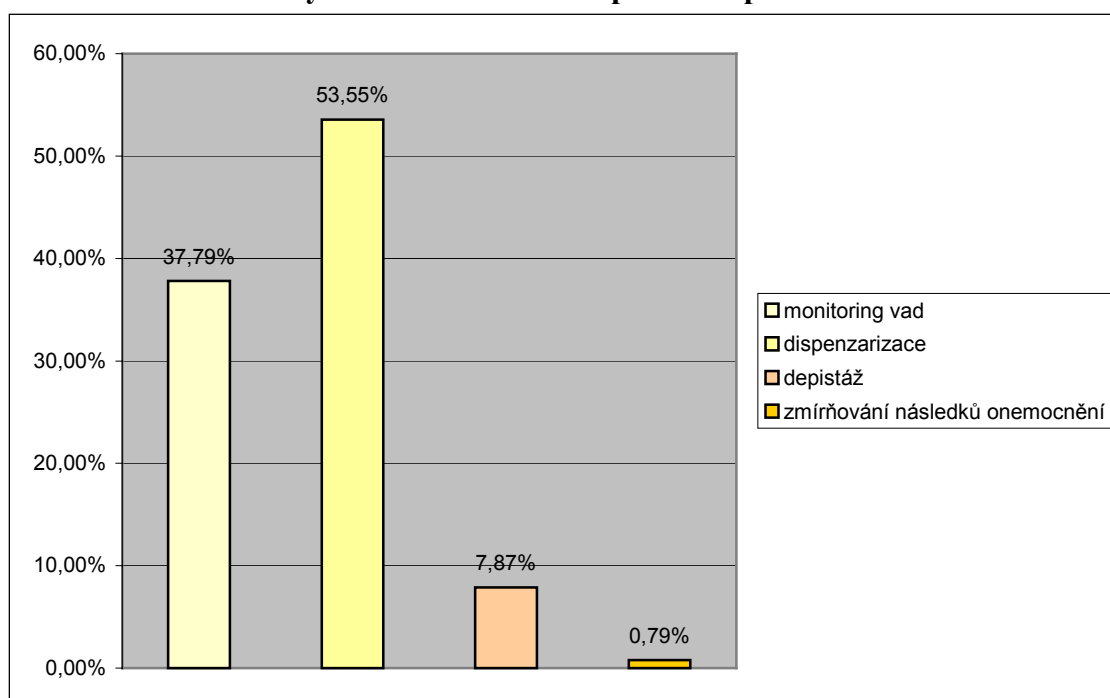


Sestry měly označit všechny možnosti, které patří do oblasti primární prevence. Celkem bylo označeno 509 odpovědí.

Graf 10A označuje správně zařazené oblasti primární prevence. Celkem bylo správně označeno 382 (100 %) správných odpovědí. Všech 76 sester označilo očkování (19,89 % odpovědí). výchovné projekty 68 sester (17,80 % odpovědí), prevenci závislostí 6 sester (1,57 % odpovědí), prevenci úrazů a otrav 12 sester (3,14 % odpovědí), prevenci těhotenství mladistvých 4 sestry (1,05 % odpovědí), podávání vitamínů a minerálů 66 sester (17,28 % odpovědí). Prevenci pohlavně přenosných onemocnění a AIDS zařadily do oblasti primární prevence 4 sestry (1,05 % odpovědí), zdravou výživu 74 sester (19,37 % odpovědí) a prevenci zubního kazu 72 sester (18,85 % odpovědí).

**Graf 10 B**

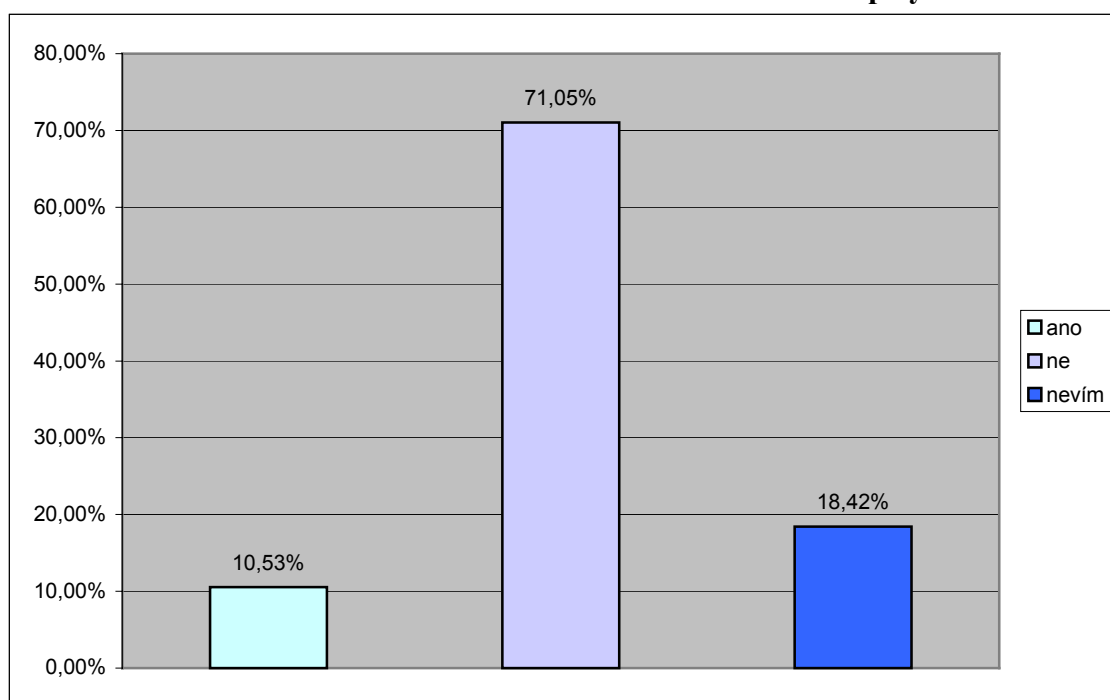
**Chybně označené oblasti primární prevence**



Graf 10B zobrazuje chybně zařazené oblasti do primární prevence. Celkem odpovídalo 76 sester a počet nesprávných odpovědí byl 127 (100 %). Monitoring vad označilo 48 sester (37,79 % odpovědí), dispenzarizaci 68 sester (53,55 % odpovědí), depistáž chybně zařadilo do primární prevence 10 sester (7,87 % odpovědí), zmírňování následků onemocnění a poškození zdraví označila 1 sestru (0,79 % odpovědí).

**Graf 11**

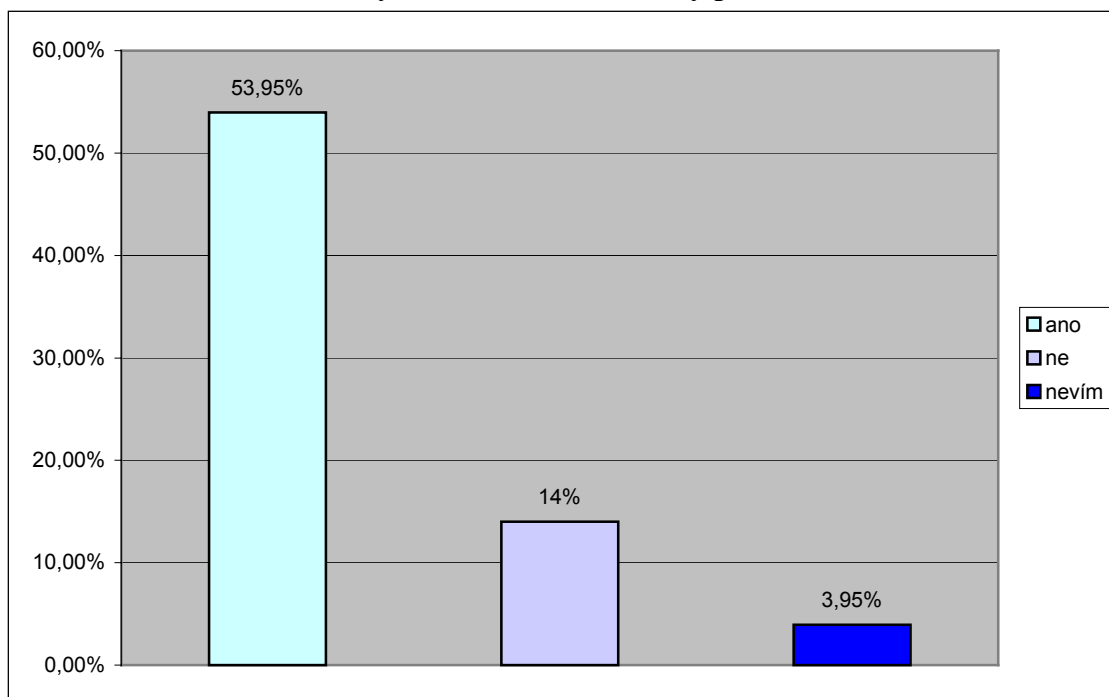
**Názor sester na odlišnost edukace dětí a dospělých**



Odlišnost edukace dětí a dospělých udává 8 sester (10,53 %) z celkového počtu 76 (100 %) dotazovaných. Edukace dospělých a dětí se neliší, uvedlo 54 dotazovaných sester (71,05 %). Nevědělo 14 sester (18,42 %).

**Graf 12**

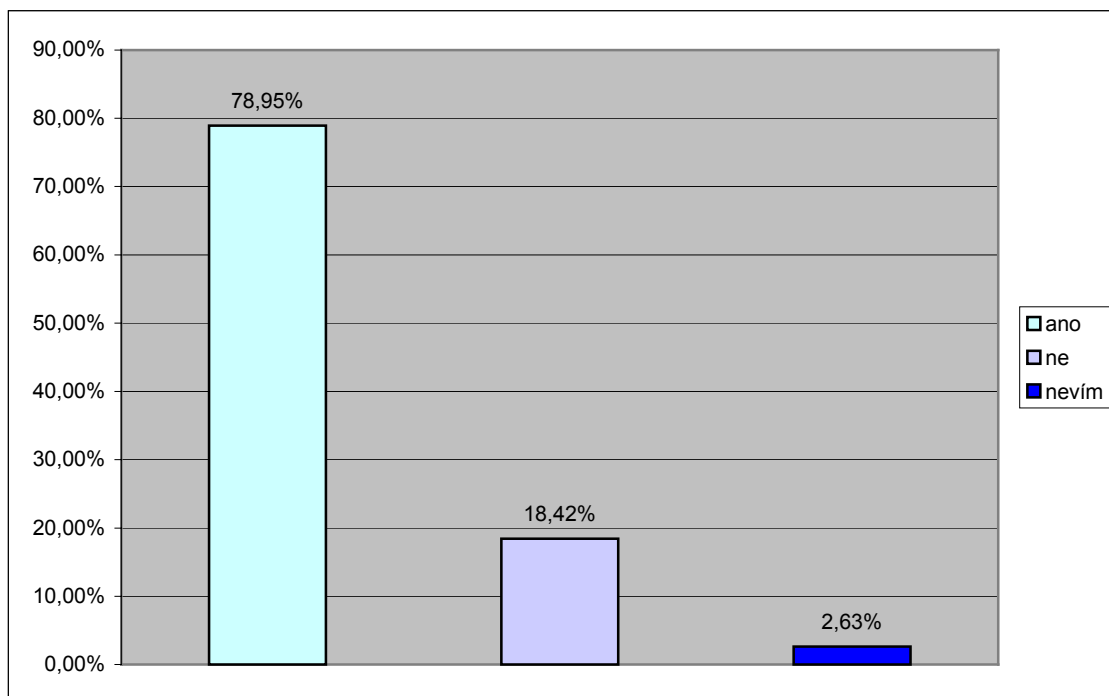
**Význam zkušenosti sestry při edukaci**



Že zkušenost sestry hraje důležitou roli při edukaci pacienta, se domnívá 41 sester (53,95 %), zkušenost nehraje při edukaci důležitou roli, se domnívá 32 sester (42,10 %) a neví 3 sestry (3,95 %) z celkového počtu 76 (100 %) dotazovaných..

**Graf 13**

**Předávání co největšího množství informací**

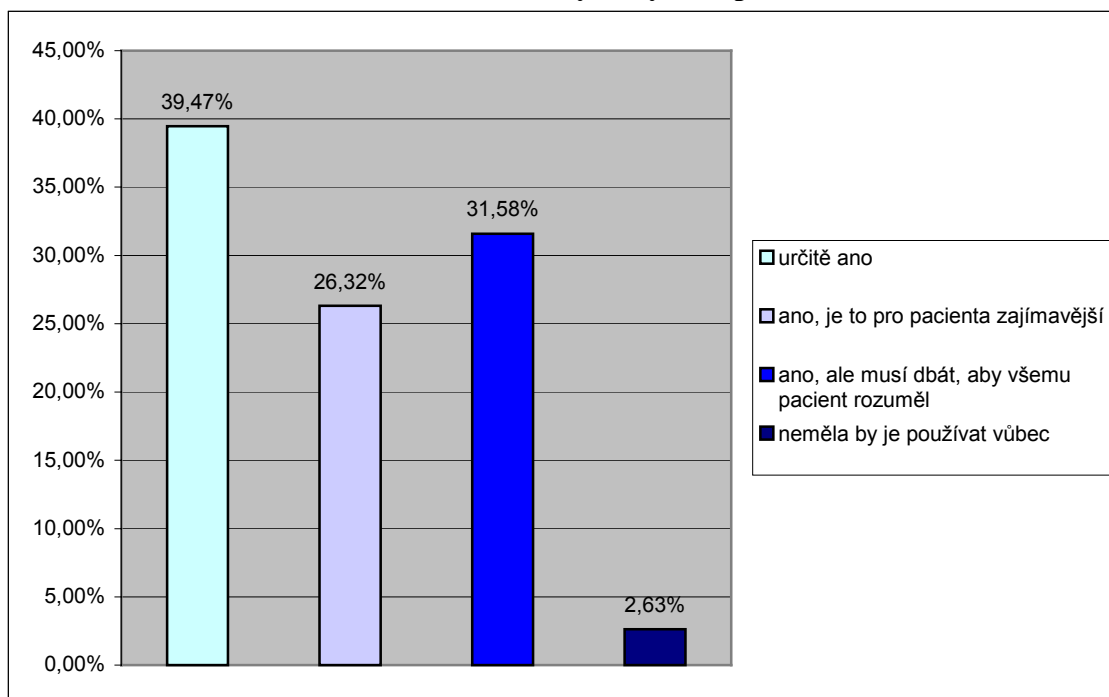


60 sester (78,95 %) si myslí, že je nejdůležitější podat pacientovi při edukaci co nejvíce informací. Opačný názor má 14 sester (18,42 %) a nevědí 2 sestry (2,63 %) z celkového počtu 76 dotazovaných (100 %).



**Graf 14**

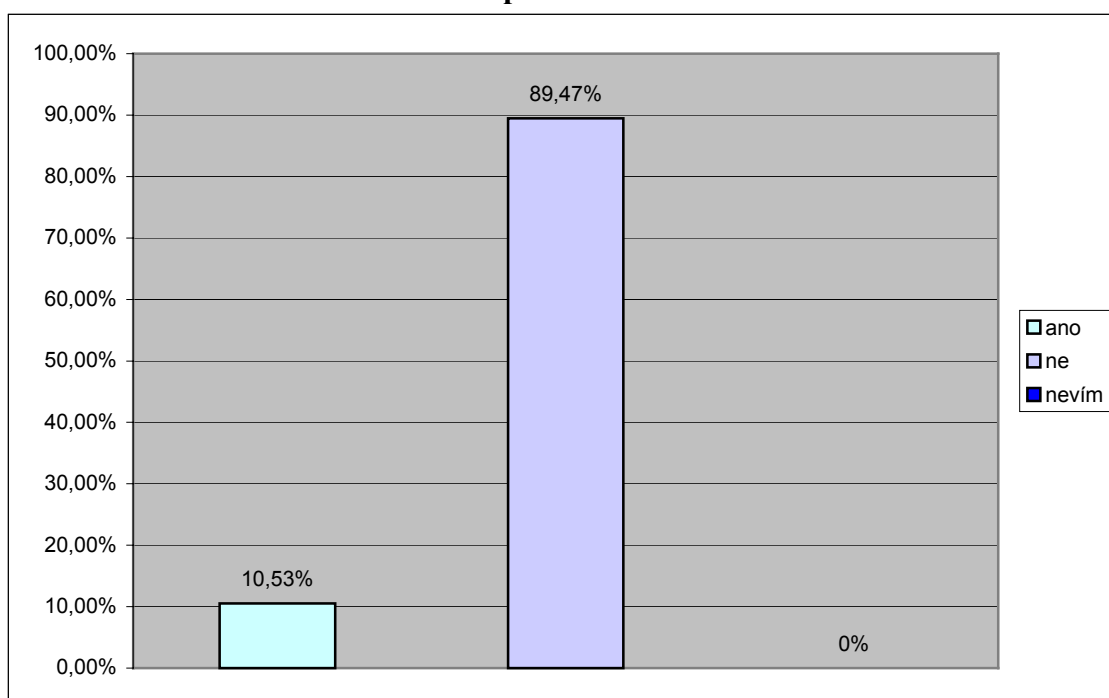
**Používání odborných výrazů při edukaci**



Ze 76 (100 %) sester si 30 dotazovaných (39,47 %) myslí, že by se při edukaci měly určitě používat odborné výrazy. O tom, že by sestra měla používat při edukaci odborné výrazy, protože je to pro pacienta zajímavější, je přesvědčeno 20 (26,32 %) sester. Používat odborné výrazy, ale dbát, aby všemu pacient rozuměl udalo 24 sester (31,58 %), názor 2 sester (2,63%) je takový, že by se odborná slova neměla při edukaci pacienta vyskytovat vůbec.

**Graf 15**

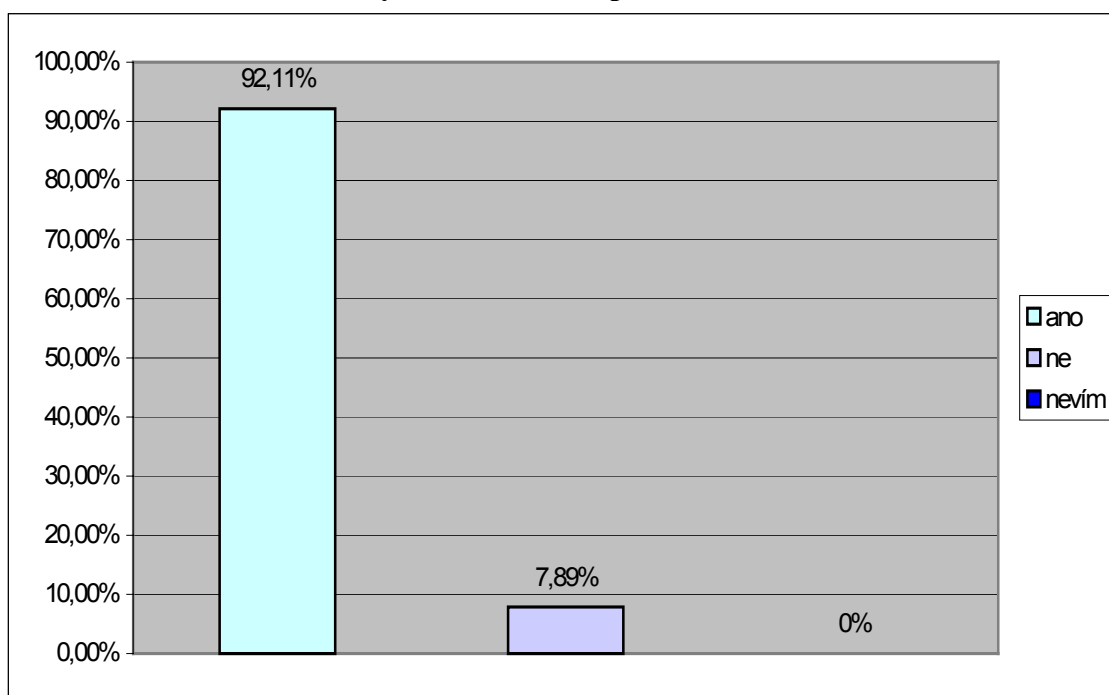
**Vliv prostředí na edukaci**



8 sester (10,53 %) ze 76 (100 %) dotazovaných, se domnívá, že záleží na prostředí, kde edukace probíhá, 68 sester (89,47% ) předpokládá, že prostředí edukaci neovlivní.

**Graf 16**

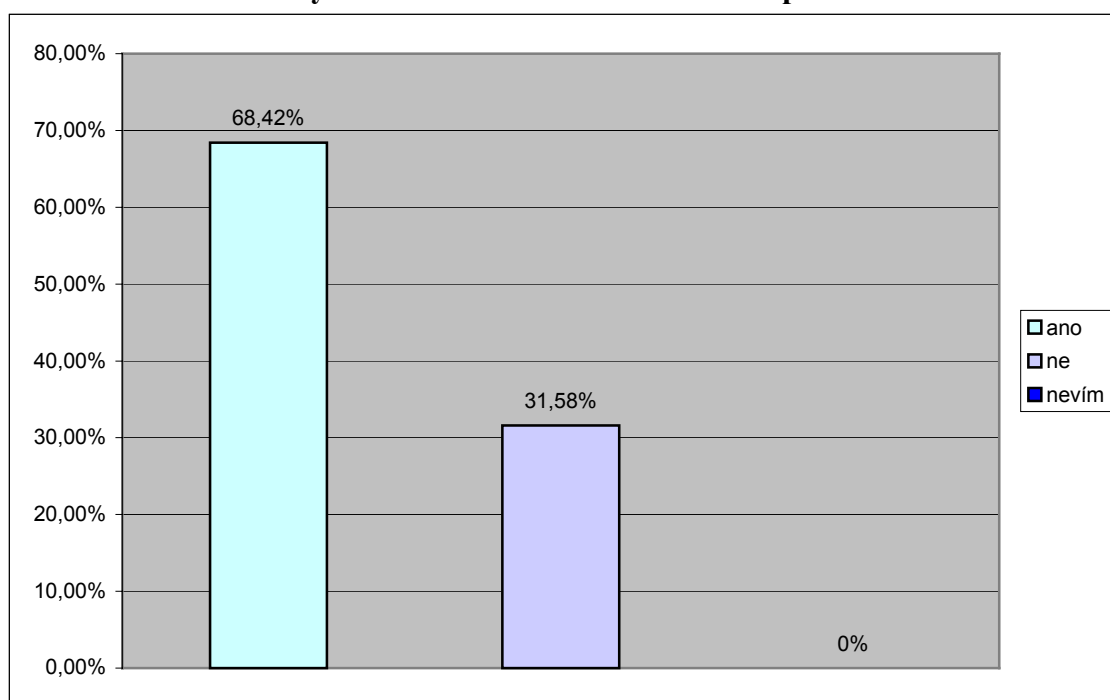
**Význam motivace pacienta k edukaci**



O významu motivace pacienta k edukaci je přesvědčeno 70 sester (92,11 %). Motivaci nepovažuje za důležitou 6 sester (7,89 %), z 76 (100 %) dotazovaných.

**Graf 17**

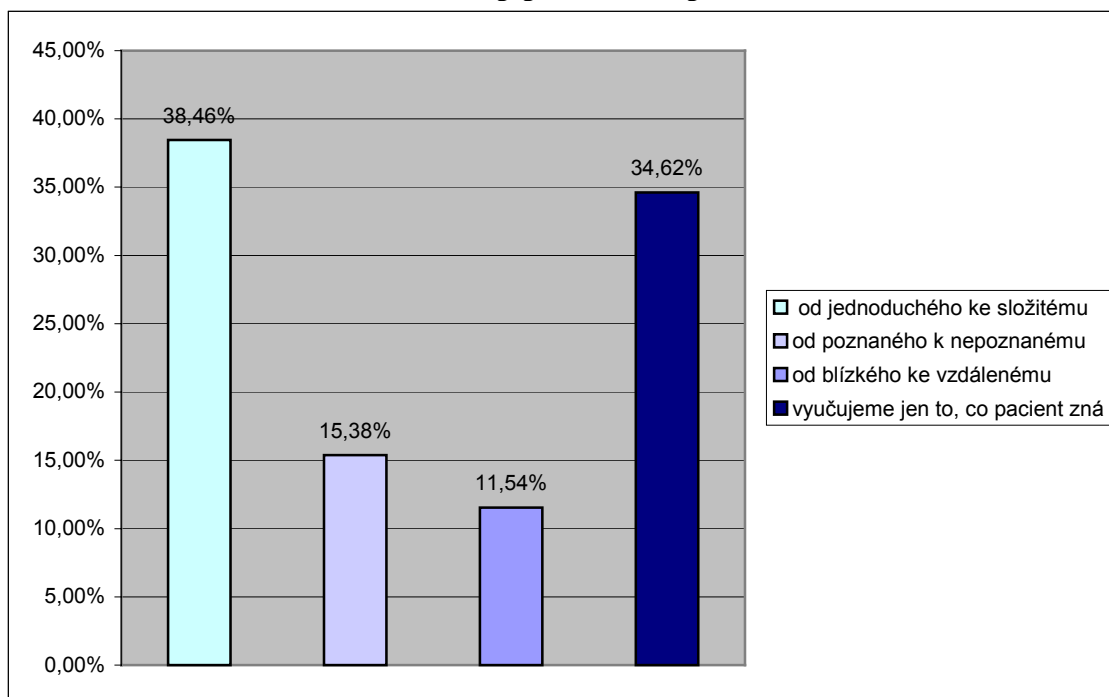
**Význam znalostí zásad komunikace při edukaci**



O významu znalostí zásad komunikace je přesvědčeno 52 sester (68,42 %). Z celkového počtu 76 (100 %) sester, jich 24 (31,58 %) nepovažuje za důležité, znalost zásad komunikace.

**Graf 18**

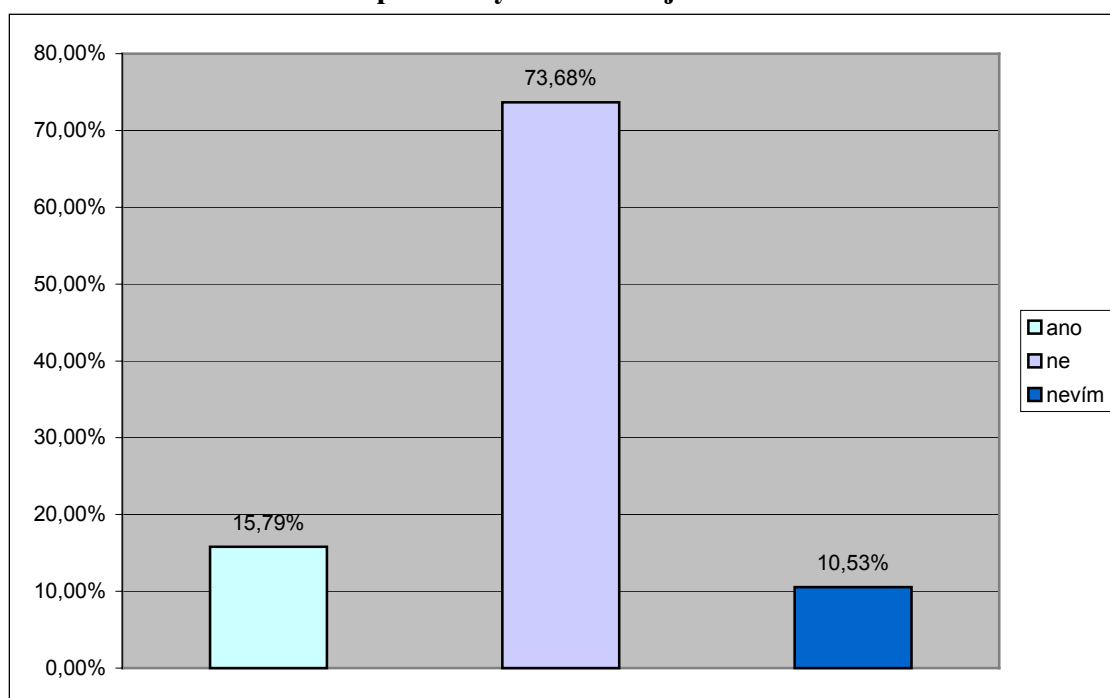
**Postup při edukaci pacienta**



Dotazované sestry měly možnost vybrat více možností. Odpovídalo všech 76 (100 %) dotazovaných. Možnost postupujeme od jednoduchého ke složitému označilo 50 sester (38,46 % odpovědí), možnost od poznaného k nepoznanému 20 sester (15,38 % odpovědí), od blízkého ke vzdálenému 15 sester (11,54 % odpovědí) a možnost vyučujeme jen to, co pacient nezná, označilo 45 sester (34,62 % odpovědí).

**Graf 19**

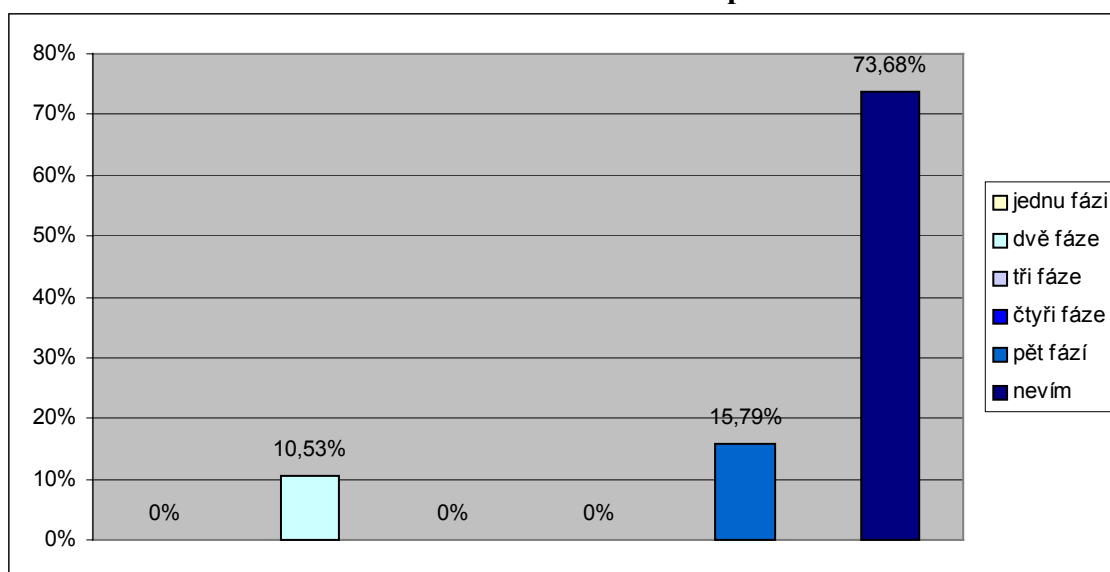
**Nácvik praktických činností jako součást edukace**



Nácvik praktických činností do edukace zařadilo z celkového počtu 76 dotazovaných (100 %) 12 sester (15,79 %), 56 sester (73,68 %) nepovažuje nácvik praktických činností za součást edukace a nevědělo 8 sester (10,53 %).

**Graf 20**

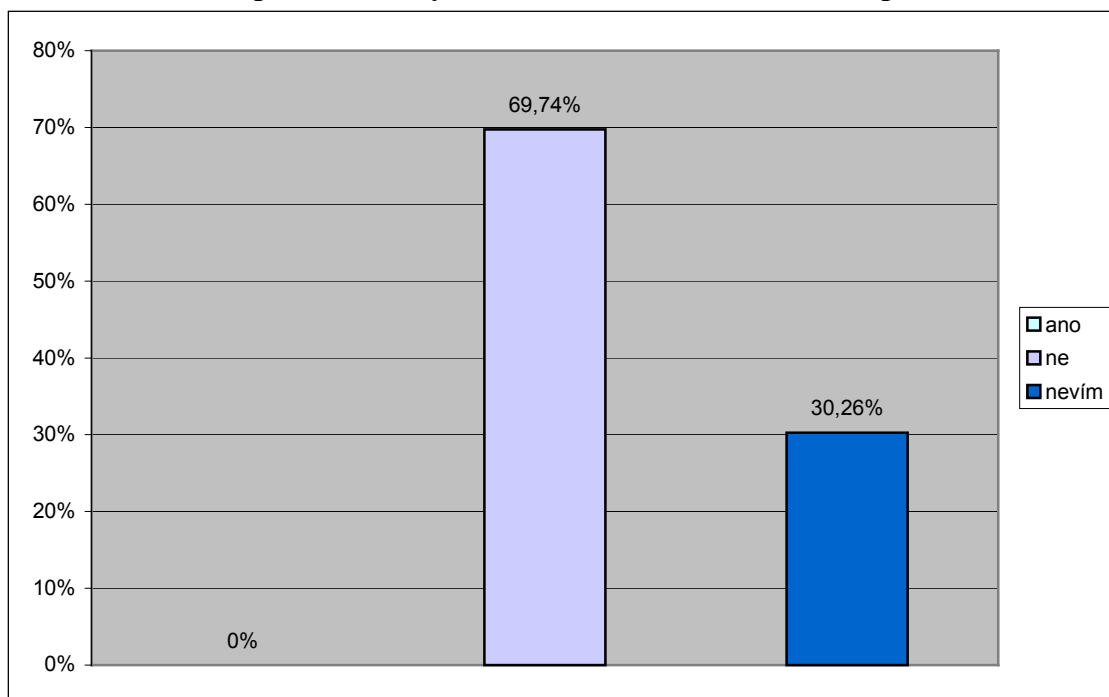
**Znalost fází edukačního procesu**



Z celkového počtu 76 (100 %) sester, se žádná sestra nedomnívá, že edukační proces má jednu fázi. 8 ( 10,53 %) sester, se domnívá, že má dvě fáze. Tři a čtyři fáze neuvedla žádná sestra, pět fází správně uvedlo 12 sester (15,79 %). 56 sester (73,68 %) neví, kolik má edukační proces fází.

**Graf 21**

**Společné znaky edukačního a ošetrovatelského procesu**

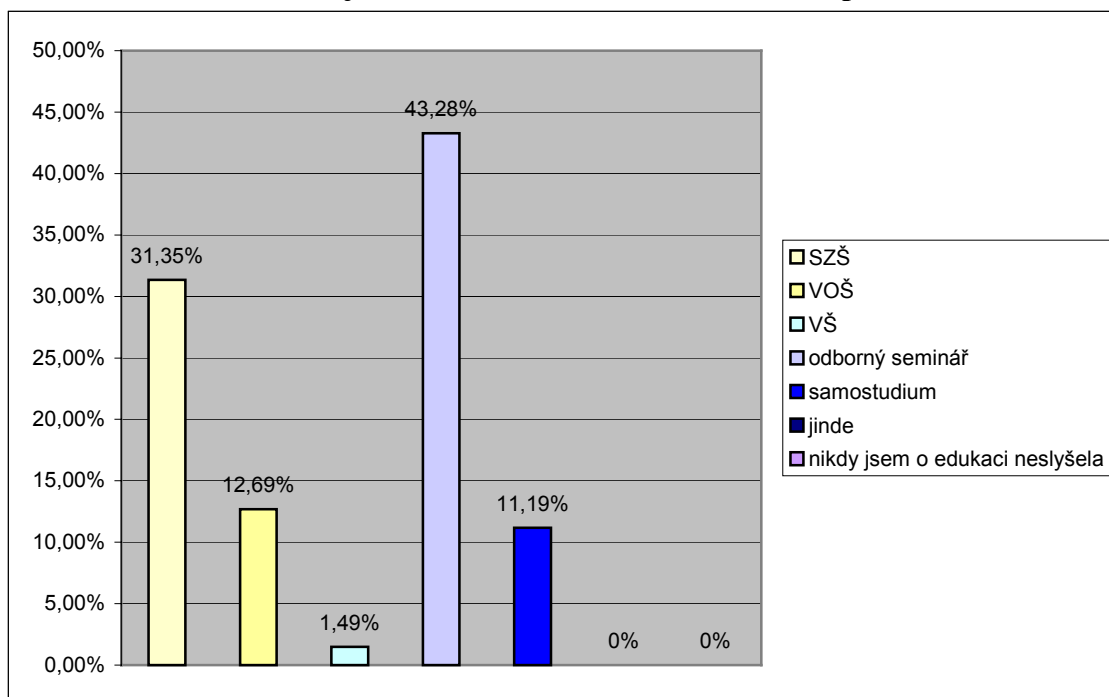


Z celkového počtu 76 sester (100 %) není žádná sestra přesvědčena, že edukační a ošetrovatelský proces mají něco společného. 53 (69,74 %) sester si myslí, že edukační a ošetrovatelský proces nemají společné znaky. 23 sester neví, zda edukační a ošetrovatelský proces mají něco společného (30,26 %).



**Graf 22**

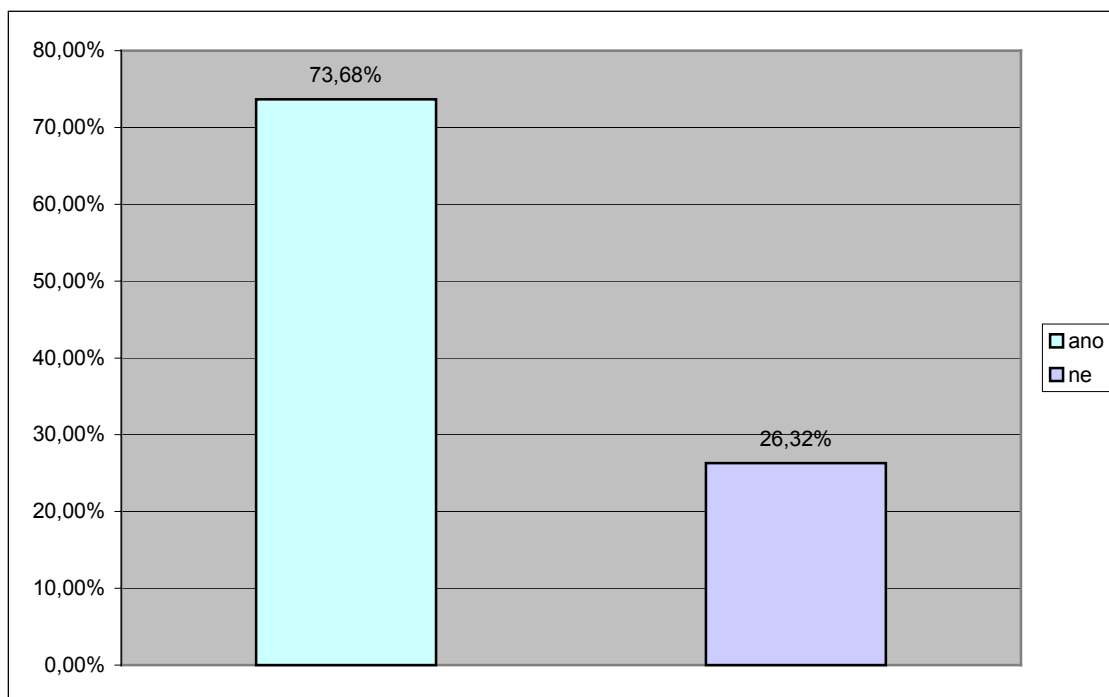
**Zdroje informací o edukaci a edukačním procesu**



Dotazované měly možnost označit více odpovědí, kde získaly o edukaci a edukačním procesu informace. Odpovídalo všech 76 (100 %) sester Celkový počet odpovědí byl 134 (100 %). Při studiu na SZŠ získalo informace 42 sester (31,35 % odpovědí), při studiu na VOŠ 17 sester (12,69 % odpovědí), studium na VŠ zvolily 2 sestry (1,49 % odpovědí), odborný seminář 58 sester (43,28 % odpovědí), samostudium 15 sester (11,19 % odpovědí). Někde jinde a nikdy jsem o edukaci a edukačním procesu neslyšela, nevedla žádná sestra (0 % odpovědí) .

**Graf 23**

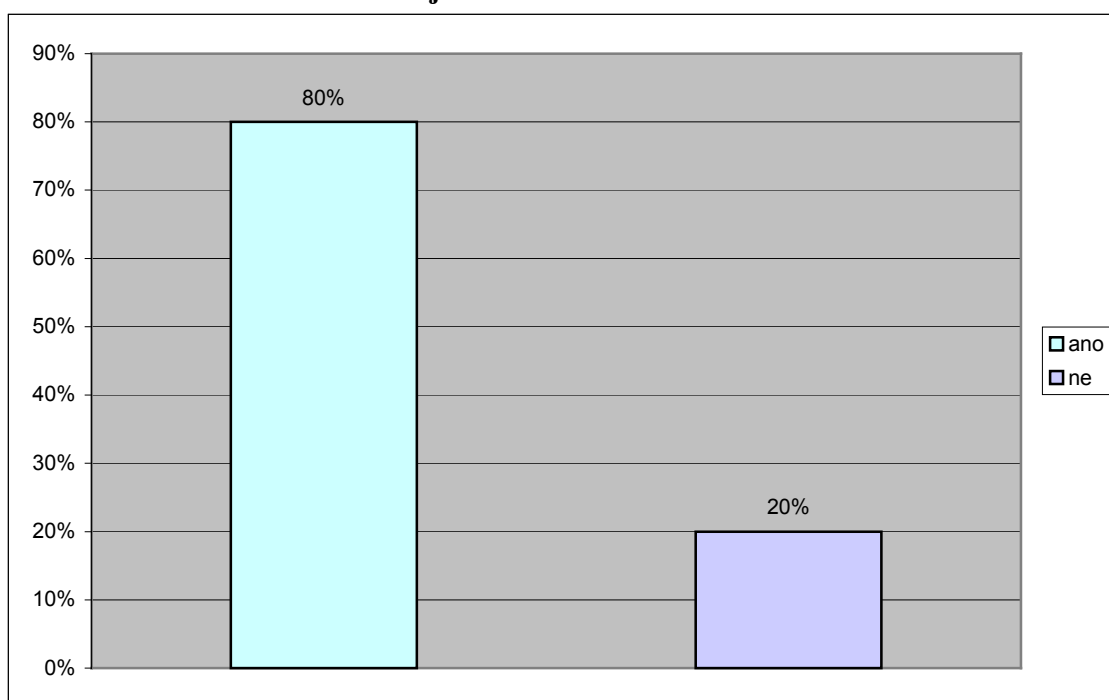
**Provádění edukace sestrami**



Z celkového počtu 76 dotazovaných (100 %) sester, se edukaci při své praxi v primární péči o děti a dorost věnuje 56 (73,62 %) sester. Edukaci se nevěnuje 20 sester (26,32 %).

**Graf 24**

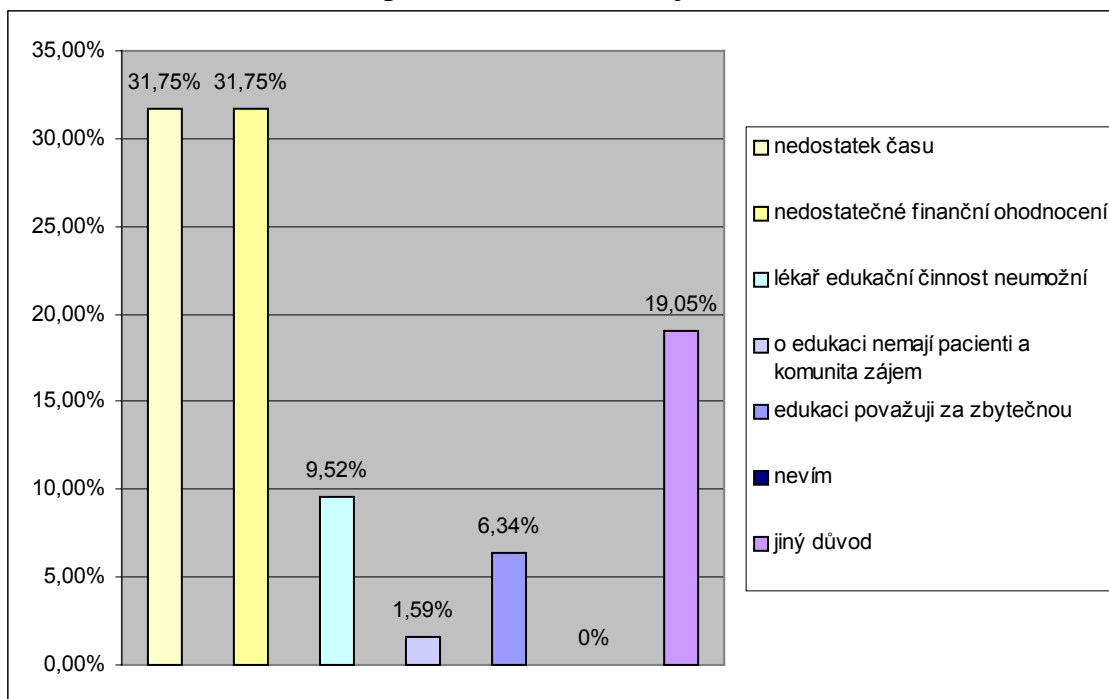
**Zájem sester o edukační činnost**



Otázka byla určena pouze sestřám, které se edukaci nevěnují. Z celkového počtu 20 (100 %) sester, má zájem o edukační činnost 16 sester (80 %), zájem o edukaci nejeví 4 sestry (20 %).

**Graf 25**

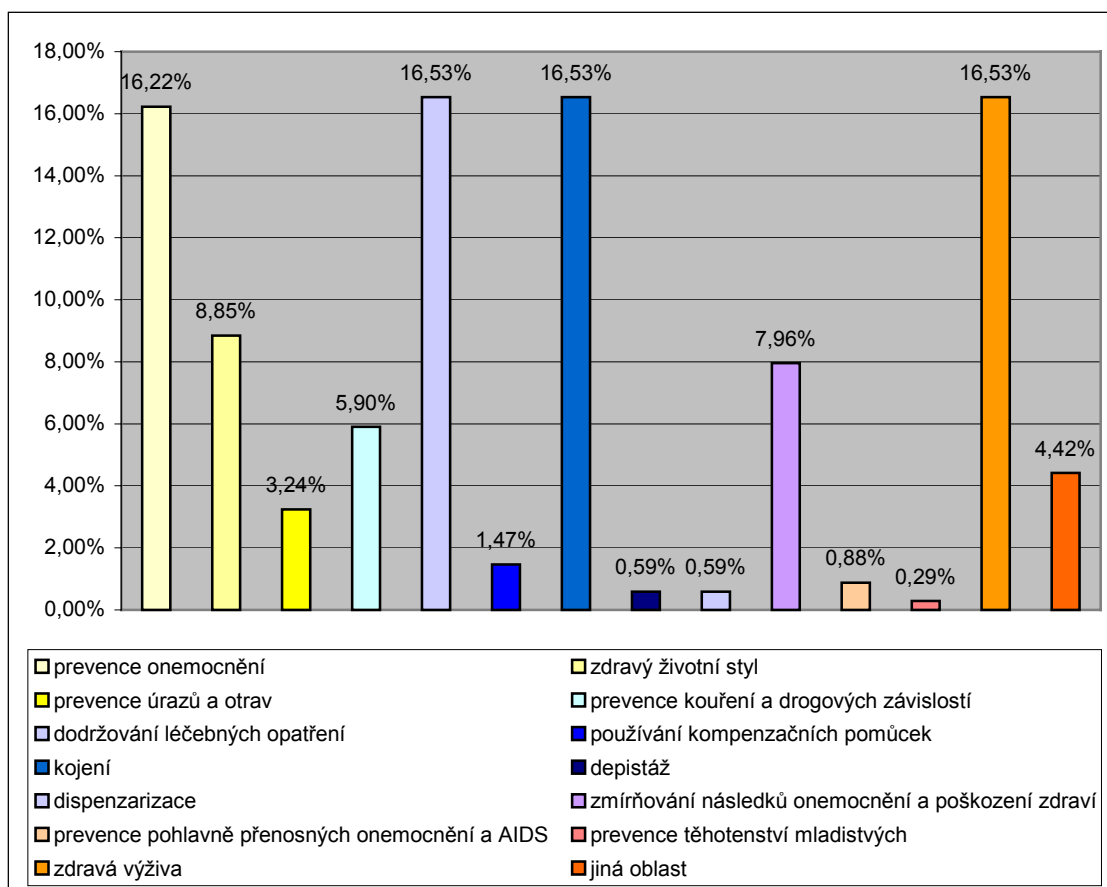
**Důvod, proč se sestra nevěnuje edukační činnosti**



Skupina 20 (100 %) sester, udávala důvod, proč se edukaci nevěnují. Sestry měly možnost označit více odpovědí. Z celkového počtu 63 (100 % odpovědí) uvedly nedostatek času a nedostatečné finanční ohodnocení všechny dotazované, 20 sester (31,75 % odpovědí). Lékař, v jehož ordinaci pracují, neumožní edukaci 6 sestřím (9,52 % odpovědí). O edukaci nemají zájem pacienti a komunita zvolila 1 dotazovaná (1,59 % odpovědí), za zbytečnou považují edukaci 4 sestry (6,34 % odpovědí). Možnost nevím neoznačila žádná sestra. Jiný důvod uvedlo 12 sester (19,05 % odpovědí).

**Graf 26**

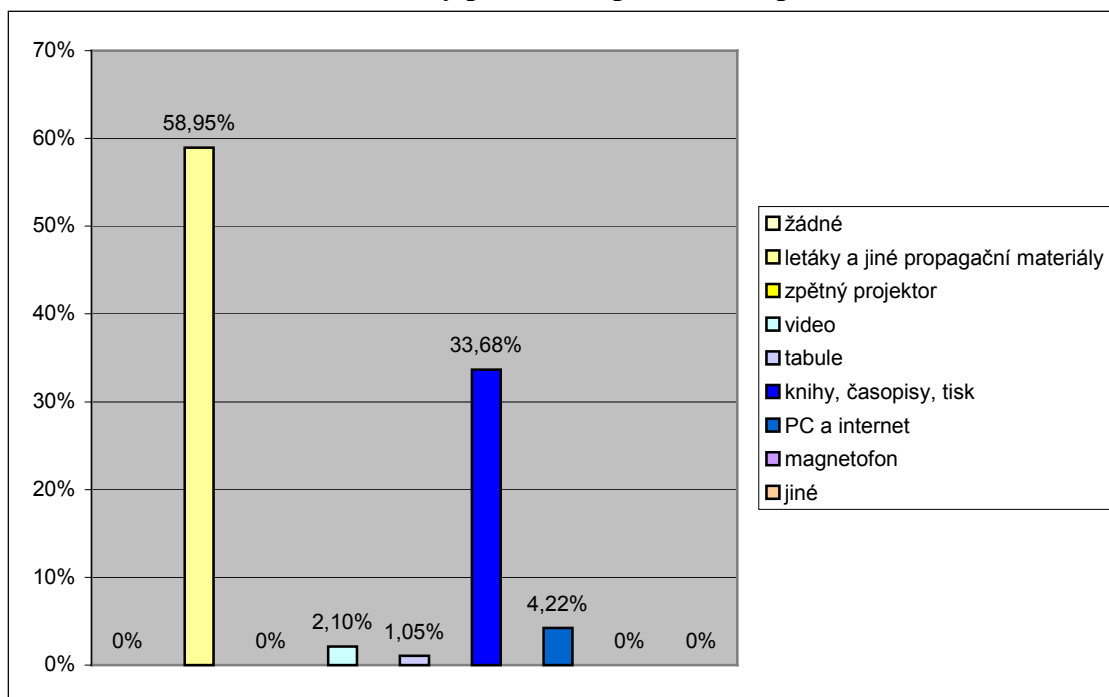
**Oblasti edukační činnosti sester v primární péči o děti a dorost**



Sestry, které se edukaci věnují, měly možnost označit všechny oblasti jejich edukační činnosti. Počet dotazovaných respondentů je skupina 56 sester. Počet odpovědí je 339 (100 %) odpovědí. Prevenci onemocnění označilo 55 sester (16,22 % odpovědí), zdravý životní styl 30 sester (8,85 % odpovědí), prevenci úrazů a otrav 11 sester (3,24 % odpovědí), prevenci kouření a drogových závislostí 20 sester (5,90 % odpovědí), dodržování léčebných opatření 56 sester (16,52 % odpovědí), používání kompenzačních pomůcek 5 sester (1,47 % odpovědí), kojení 56 sester (16,52 % odpovědí), depistáž a dispensarizaci označily shodně 2 sestry (0,59 % odpovědí), zmírňování následků onemocnění a poškození zdraví 27 sester (7,96 % odpovědí), prevence pohlavně přenosných onemocnění a AIDS, 3 sestry (0,88 % odpovědí), prevence těhotenství mladistvých 1 sestra (0,29 % odpovědí), zdravá výživa 56 sester (16,52 % odpovědí) a jinou oblast uvedlo 15 sester (4,42 % odpovědí).

**Graf 27**

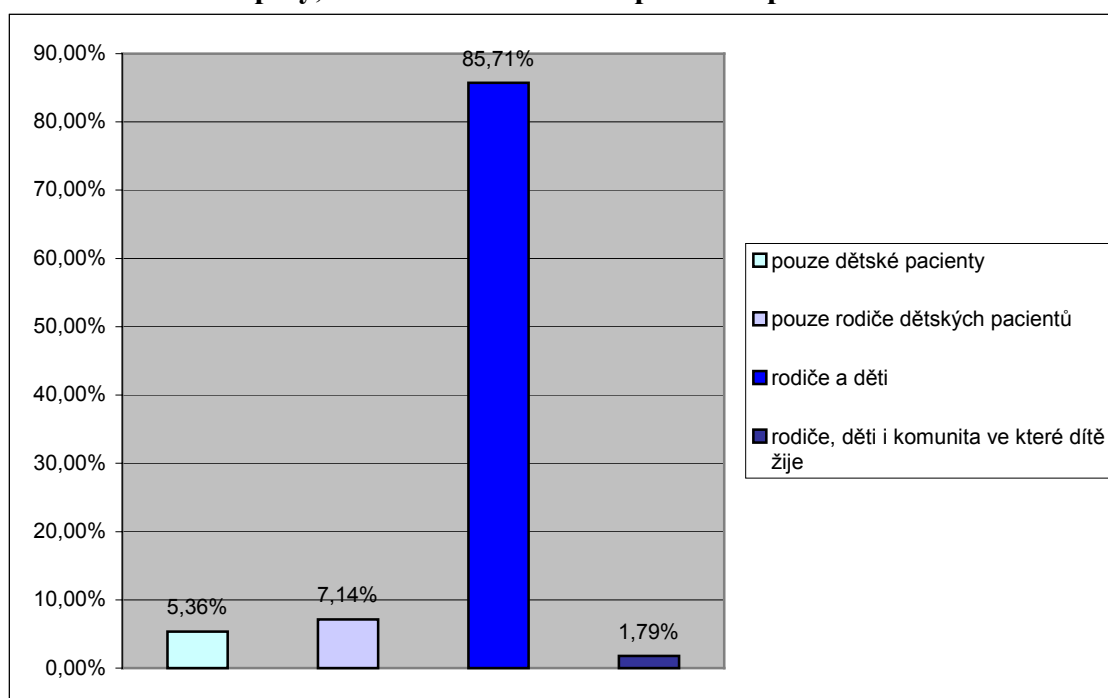
**Pomůcky používané při edukaci pacientů**



V grafu 27 vidíme, jaké používají sestry pomůcky při edukaci svých pacientů, odpovídalo 56 (100 %) sester. Celkový počet odpovědí byl 95 (100 %). Žádná sestra neprovádí edukaci bez pomůcek, letáky a jiné propagační materiály používá 56 sester (58,95 % odpovědí). Zpětný projektor nepoužívá žádná sestra (0 % odpovědí), video k edukaci používají 2 sestry (2,10 % odpovědí), tabuli používá 1 sestra (1,05 % odpovědí), časopisy a tisk 32 sester (33,68% odpovědí). 4 sestry (4,21 % odpovědí), používají při edukaci počítač a internet. Magnetofon a jiné pomůcky nepoužívá žádná sestra (0 % odpovědí).

**Graf 28**

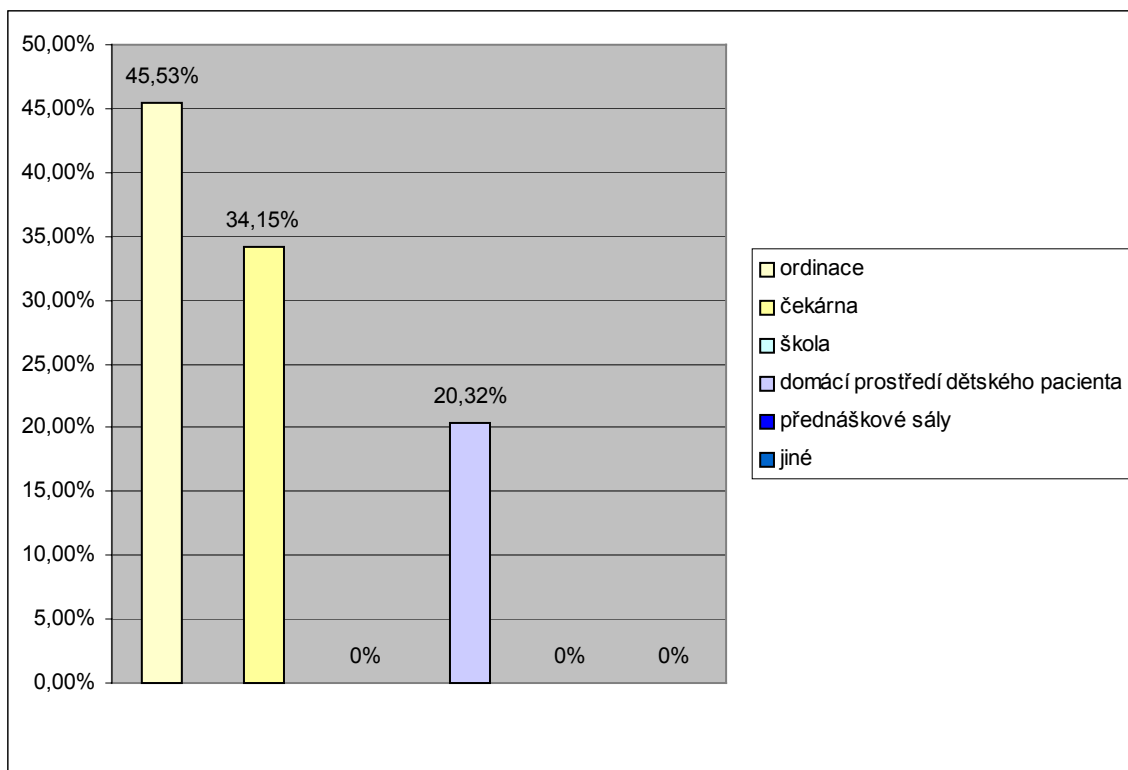
**Skupiny, edukované sestrami v primární péči o děti a dorost**



Z celkového počtu 56 (100 %) sester, 3 sestry (5,36 %) edukují pouze dětské pacienty, 4 sestry (7,14 %) pouze rodiče dětských pacientů, 48 sester (85,71 %) edukuje rodiče i děti. Rodiče, děti i komunitu, ve které dítě žije, edukuje pouze 1 sestra (1,79 %).

**Graf 29**

**Prostředí edukace**

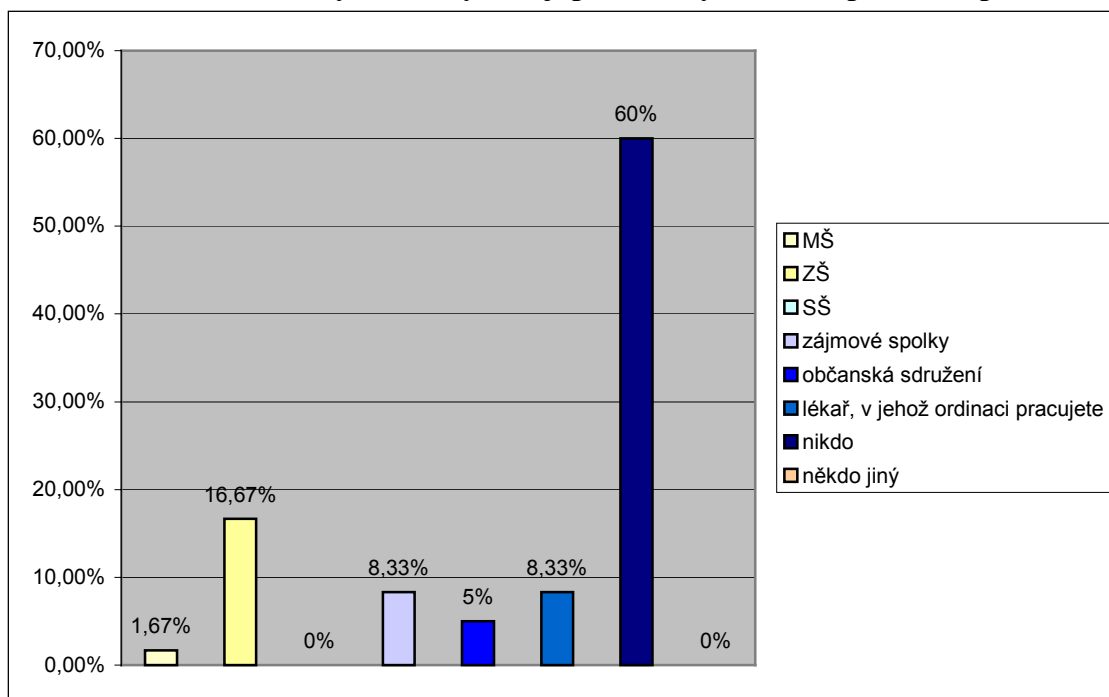


Celkový počet dotazovaných byl 56 (100 %) sester. Měly možnost označit více možností, v jakém prostředí edukaci provádějí. V ordinaci edukuje 56 dotazovaných sester (45,53 % odpovědí) z jejich celkového počtu 123 (100 %). V čekárně 42 sester (34,15 % odpovědí). Ve škole needukuje dětské pacienty žádná sestra (0 % odpovědí). Domácí prostředí dětského pacienta, využívá k edukaci 25 sester (20,32 % odpovědí). Přednáškové sály a možnost jinde nevyužívá žádná z dotazovaných sester (0 % odpovědí).



**Graf 30**

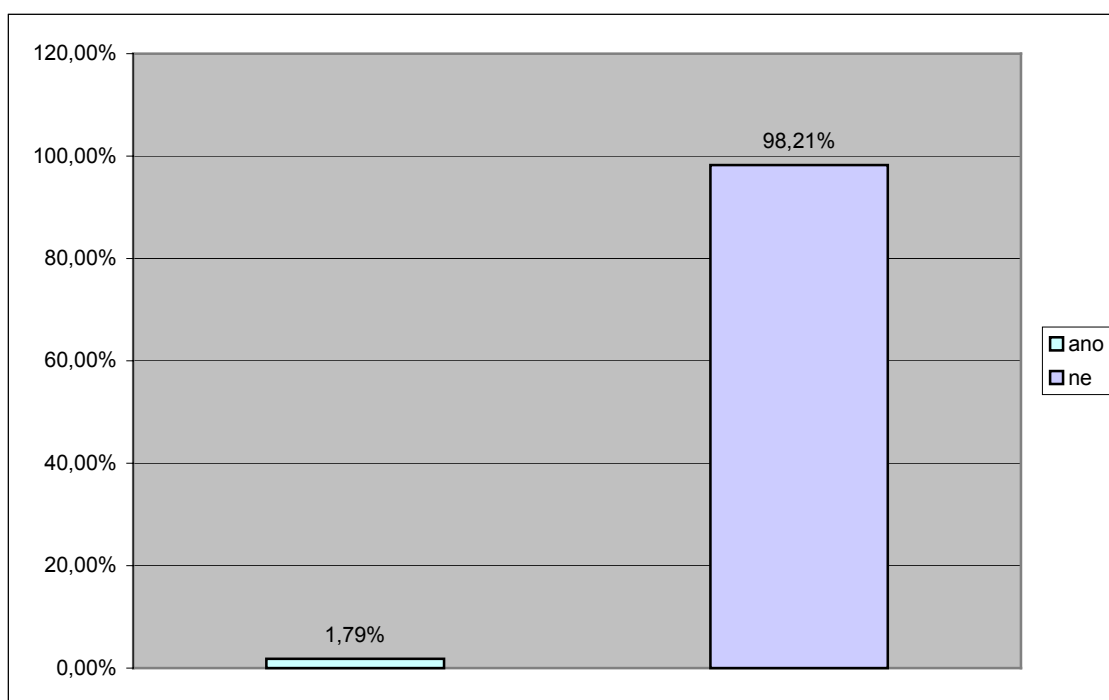
**Instituce a osoby, které vyžadují přednášky v oblasti primární prevence**



Po sestřích pracujících v primární péči o děti a dorost požadují výchovné přednášky Mateřské školy, tuto možnost zvolila 1 sestra, z 56 dotazovaných (1,67 % odpovědí) z celkového množství 60 (100 % odpovědí). Základní školy označilo 10 sester (16,67 % odpovědí), střední školy neuvědla žádná ze sester (0 % odpovědí), zájmové spolky 5 sester (8,33 % odpovědí), občanská sdružení 3 sestry ( 5 % odpovědí). Lékař, v jehož ordinaci pracují požaduje výchovné přednášky po 5 sestřích (8,33 % odpovědí). Po 36 sestřích (60 % odpovědí), nikdo výchovné přednášky nevyžaduje. Žádná sestra neuvědla jinou osobu či instituci (0 % odpovědí).

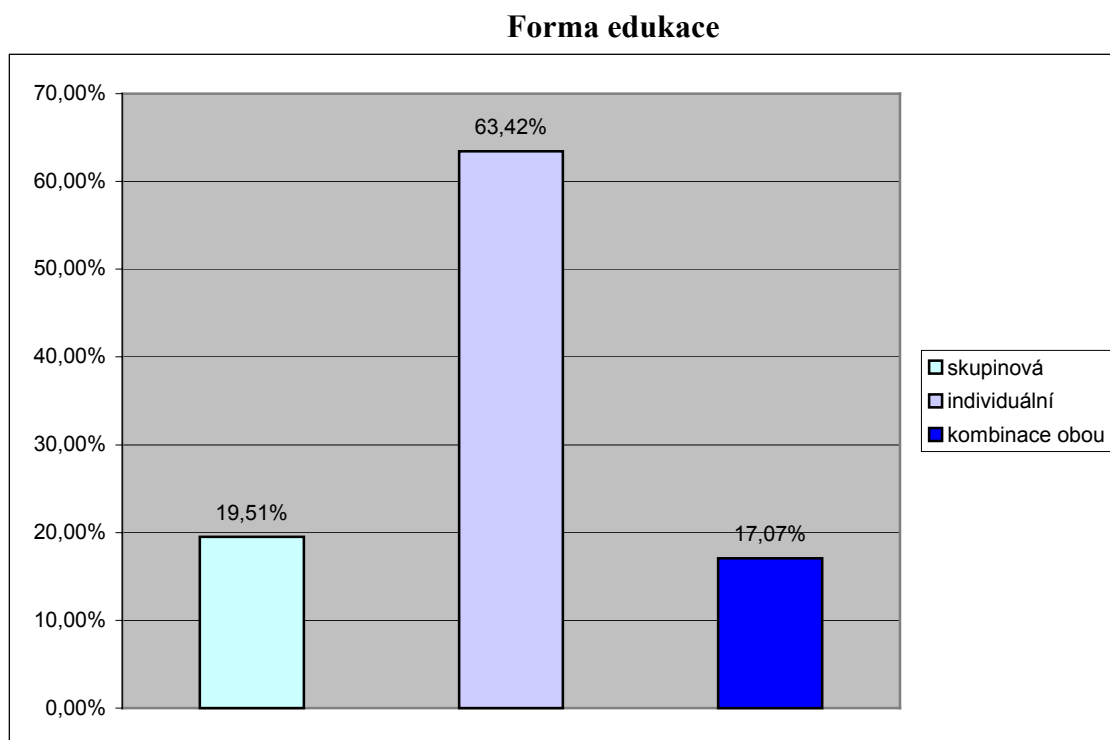
**Graf 31**

**Nabídka edukace sestrou mimo ordinaci dětského lékaře**



Z celkového počtu 56 sester (100%). Edukaci nabízí 1 sestra ( 1,79 %). Svou edukační činnost nenabízí mimo ordinaci lékaře 55 sester (98,21 %).

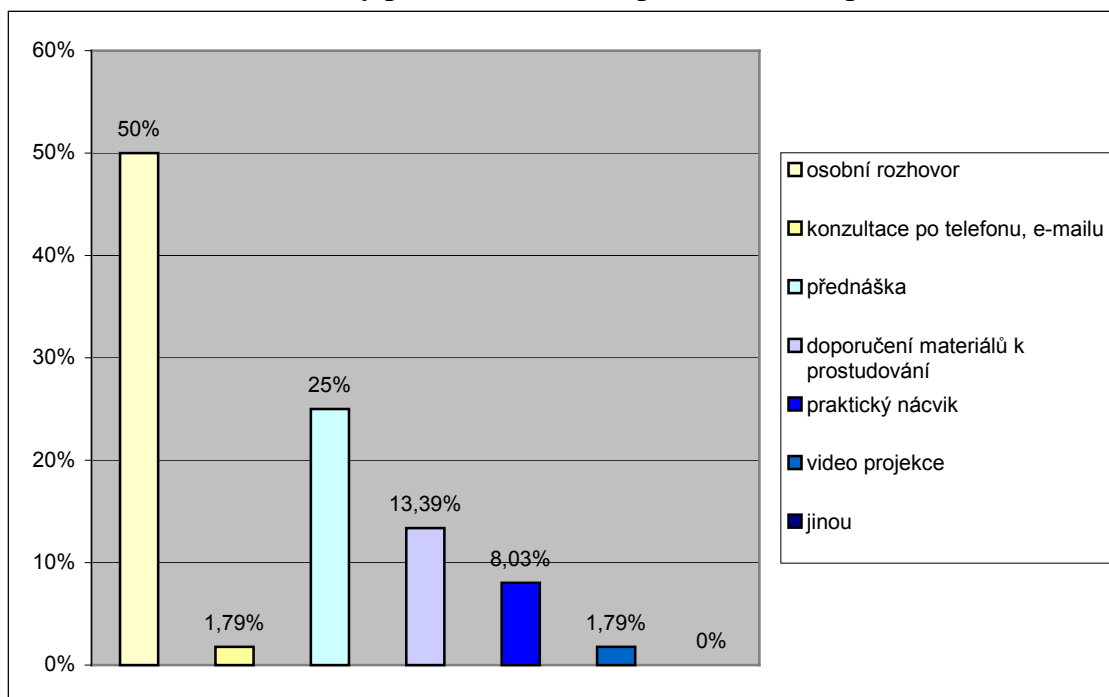
**Graf 32**



Odpovídalo 56 sester, měly možnost zvolit více odpovědí. Celkový počet odpovědí byl 82 (100 %). Skupinovou edukaci označilo 16 dotazovaných sester (19,51 % odpovědí), individuální edukaci provádí 52 sester (63,41 % odpovědí). Kombinaci obou udalo 14 sester (17,07 % odpovědí).

**Graf 33**

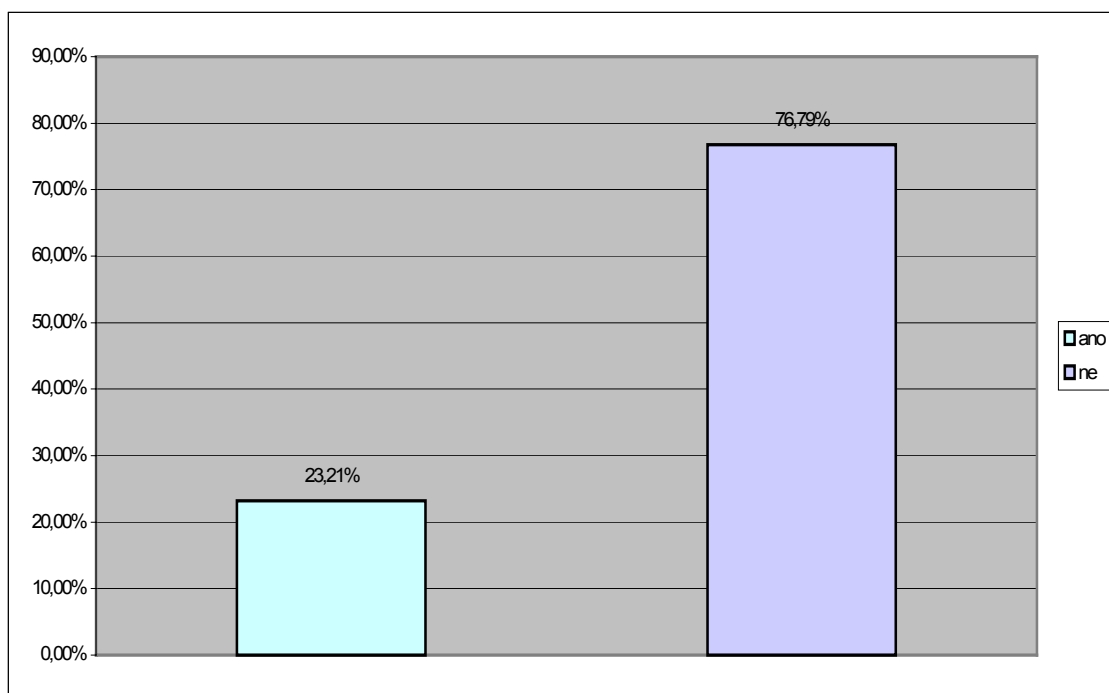
**Metody používané sestrou při edukačním procesu**



56 (100 %) dotazovaných sester mělo možnost označit více variant v otázce jaké metody při edukačním procesu používají. Bylo zaznamenáno celkem 112 (100 % odpovědí). Osobní rozhovor provádí 56 sester (50 % odpovědí), konzultace po telefonu 2 sestry (1,79 % odpovědí), přednášku 28 sester (25 % odpovědí). Doporučení materiálů k prostudování používá 15 sester (13,39 % odpovědí), praktický nácvik 9 sester (8,03 % odpovědí), video projekci 2 sestry (1,79 % odpovědí). Jinou možnost neuvědla žádná sestra (0 % odpovědí).

**Graf 34**

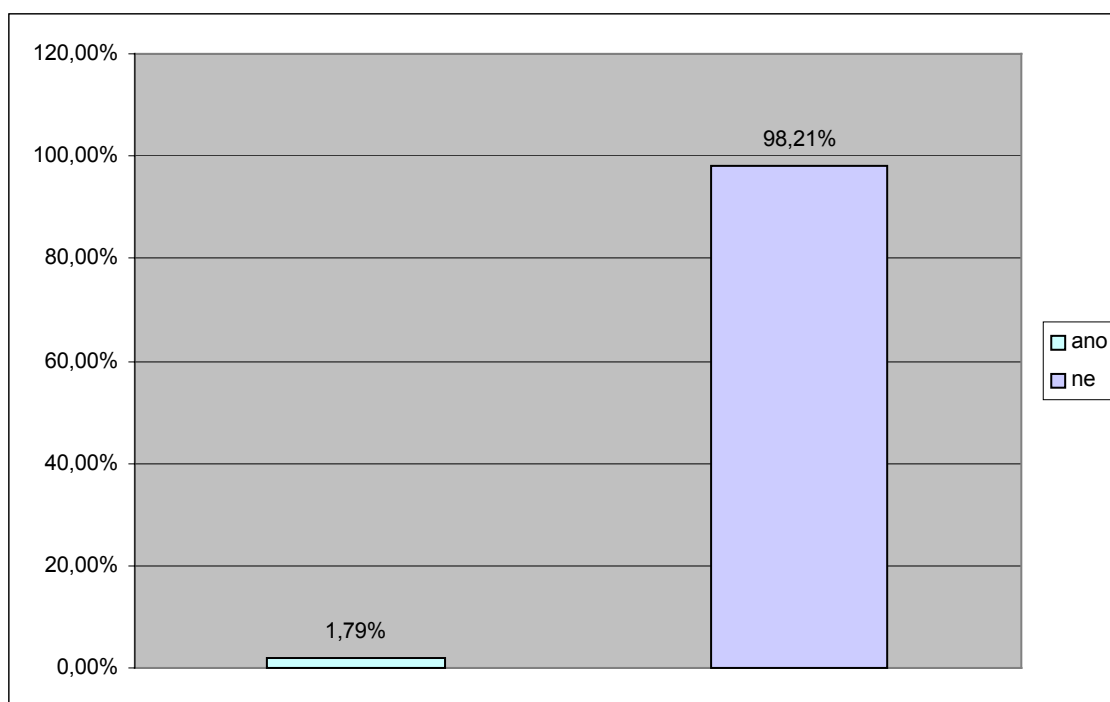
**Edukační činnost mimo pracovní dobu sestry**



13 sester (23,21 %) uvedlo, že provádí edukační činnost mimo svou pracovní dobu v ordinaci dětského lékaře pro děti a dorost. 43 sester (76,79 %) mimo svou pracovní dobu edukační činnost neprovádí. Celkový počet dotazovaných byl 56 sester (100 %).

**Graf 35**

**Finanční ohodnocení za edukační činnost**



Mimořádné finanční ohodnocení za edukační činnost dostává 1 sestra (1,79 %) z 56 dotazovaných sester (100 %). 55 sester (98,21 %) není mimořádně ohodnoceno za edukační činnost.

## 5. Diskuse

Z výzkumu vyplynulo, že sestry pracující v primární péči o děti a dorost jsou různého věku, největší zastoupení má věková skupina 41 – 50 let, nejméně je zde zastoupena skupina 19 – 30 let. Nad 60 let věku v primární péči o děti a dorost nepracuje žádná sestra ze 76 dotazovaných. 57 sester uvedlo jako nejvyšší ukončené vzdělání střední odborné s maturitou. Jen 2 sestry uvedly vysokoškolské vzdělání a 17 sester vyšší odborné. 60 sester ze 76 dotazovaných se v současné době vzdělává. Překvapivý je výsledek, kdy 14 sester uvedlo, že nemají praxi na lůžkovém dětském oddělení. Tóťová (40) uvádí nutnost praxe na lůžkovém oddělení novorozeneckém, kojeneckém a oddělení větších dětí nejméně 5 let, pro získání zkušeností, dovedností, návyků a vědomostí. Z výsledků vidíme, že tato podmínka není u sester v primární péči vždy dodržena. 4 sestry uvedly délku celkové praxe ve zdravotnictví do 5 let, zde není prakticky možné, že by sestry praxi na lůžkovém oddělení absolvovaly. Za zamyšlení stojí, proč praktický lékař pro děti a dorost, zaměstná v primární péči sestru bez potřebné praxe a zkušeností na lůžkovém oddělení. Určitou roli zde pravděpodobně hraje nedostatek kvalifikovaných a zkušených sester, ale také mzdové zařazení zkušené sestry s delší praxí a sestry bez praxe a zkušeností.

Z celkových výsledků výzkumu je patrné, že sestry považují edukaci za součást náplně své práce. Celkově výzkum ukázal, že pravidla edukace a zásady edukačního procesu ovšem sestry neznají. O edukaci a edukačním procesu získaly informace nejčastěji na odborných seminářích a střední zdravotnické škole. Žádná sestra neuvedla, že by o edukaci a edukačním procesu neslyšela. Z výzkumu je patrné, že sestry neznají všechny zásady edukace a edukačního procesu. Pojem edukace charakterizují dotazované sestry jako výchovu a vzdělávání. Výchova byla označena 61 krát, vzdělávání 50 krát, 10 sester označilo možnost sebevzdělávání, které se do edukace může zařadit, 2 sestry chybně označily možnost řízení.

Primární prevenci považují dotazované sestry za nejdůležitější oblast prevence. Dotazované sestry zařadily vyjmenované oblasti zdravotní péče do primární prevence. Oblasti náležící do primární prevence: očkování zařadilo správně všech 76

dotazovaných sester, výchovné projekty 68 sester, prevenci závislostí 6 sester, prevenci úrazů, otrav a týrání dětí 12 sester, prevenci těhotenství mladistvých jen 4 sestry, podávání vitamínů a minerálů 10 sester, prevenci pohlavně přenosných onemocnění a AIDS 4 sestry, zdravou výživu 74 sester a prevenci zubního kazu 72 sester. Většina mylně označila možnost monitoring vad a dispenzarizaci. Do oblasti primární prevence byly sestrami chybně zařazeny i oblasti depistáž, zmírňování následků onemocnění.

Že se neliší edukace dospělých a dětí, mylně uvedlo 54 sester ze 76 dotazovaných. Nejen, že se liší edukační přístup dospělých a dětí, ale ke každému dítěti i dospělému by se mělo přistupovat individuálně, podle aktuálních potřeb, vědomostí, dovedností inteligence a schopností, jak je uvedeno literatuře (2, 18, 50).

32 sester si myslí, že zkušenost sestry není důležitá při edukaci pacientů. O důležitosti je přesvědčeno 41 sester, nevědí 3 sestry. 60 dotazovaných sester je přesvědčeno, že je při edukaci nejdůležitější podat pacientovi co největší množství informací, 2 sestry neví, jen 14 sester je přesvědčeno, že není nejdůležitější podat co největší množství informací. Závodná (50) poukazuje na význam kvality informací, ne kvantity. Názor sester na používání odborných výrazů při zdravotnické edukaci je různý. Že by sestra měla určitě používat odborné výrazy si myslí 30 dotazovaných. 20 sester si myslí, že je používání odborných výrazů pro pacienta zajímavější, 24 dává svolení k jejich používání, ale musí jim pacient rozumět. O tom, že by se odborné výrazy neměly používat vůbec jsou přesvědčeny 2 sestry.

Prostředí, které nás obklopuje, nás ovlivňuje jak v běžném životě, tak v nemoci, ale velkou měrou i při edukaci. Je vlastně jedním z edukačních faktorů. O to jsou překvapivější výsledky výzkumu, kdy si většina sester myslí, že na prostředí kde edukace probíhá nezáleží. Pozitivním výsledkem, je zjištění, že jsou sestry přesvědčeny, o nutnosti motivace pacienta k edukaci. Většina sester je přesvědčena, že znalost zásad komunikace je pro sestru velice důležitá.

K zamyšlení jsou výsledky v oblasti podávání informací pacientovi. 50 sester by postupovalo od jednoduchého ke složitějšímu, od poznaného k nepoznanému 20 sester, od blízkého ke vzdálenému jen 15 sester. Varující však je, že 45 sester by vyučovalo pouze to, co pacient nezná. Předpokládám, že tento výsledek je ovlivněn



nedostatkem sester, nedostatkem času a velkým pracovním vyčerpáním sester. O nedostatečné informovanosti sester v oblasti edukace svědčí názor většiny dotazovaných, že nácvik praktických činností do edukace nepatří.

Sestry by chtěly být za edukační činnost ohodnocené, ale samy nedovedou zařadit činnosti a oblasti, které do edukace spadají. Překvapivé je, že 56 sester z 76 dotazovaných neví, kolik fází má edukační proces, 8 sester chybně předpokládá dvě fáze. Pouze 12 sester zná správný počet, pět fází. S tím souvisí i neznalost sester v oblasti společných znaků edukačního a ošetrovatelského procesu. Je varující, že si žádná sestra nemyslí, že tyto dva procesy mají něco společného.

Edukačnímu procesu a zásadám edukace by ve výuce na střední zdravotnické škole, vyšší odborné škole, vysoké škole, ale i na seminářích měla být věnována daleko větší pozornost a větší prostor. Na myšlenku o rozvoji vzdělávání navazuje i zjištění, kde sestry o edukaci a edukačním procesu získaly informace. 58 sester uvedlo odborný seminář, 42 studium na střední zdravotnické škole, 17 studium na vyšší odborné škole, pouze 2 sestry získaly informace na vysoké škole. K zamyšlení nás přivádějí výsledky výzkumu, které zaznamenávají neuspokojivé znalosti sester týkající se edukace a edukačního procesu. Zda jsou náplně odborných seminářů dostačující, jaké jsou sestřím podávány informace a kolik času se věnuje problematice edukace při vyučování na středních zdravotnických, vyšších odborných a vysokých školách se zdravotnickým zaměřením.

Z celkového počtu 76 dotazovaných sester, se 56 sester edukaci věnuje. 20 sester své pacienty needukuje. Tóthová (40) a Závodná (50) uvádí zdravotnickou edukaci jako nedílnou součást ošetrovatelského procesu. Zdravotní výchova je jednou z nejdůležitějších forem prevence. Primární péče, která je v dnešní době celosvětově zaměřená na primární prevenci, se bez zdravotnické edukace nemůže obejít. Je proto velice zarážející, že 20 sester z 76 dotazovaných pracujících v primární péči se edukaci nevěnuje. Z 20 sester, které uvedly, že se edukaci nevěnují, má zájem o tuto činnost 16 sester. 4 sestry své pacienty edukovat nechtějí. Nejčastějším důvodem, proč se edukaci nevěnují je nedostatek času a nedostatečné finanční ohodnocení. Tyto důvody uvedlo všech 20 dotazovaných. 6 sester z 20 dotazovaných nemá tuto činnost

umožněnou lékařem, v jehož ordinaci pracují. Jedna z dotazovaných poznamenala, že lékař dělá veškerou edukaci pacientů sám. Pacienti a komunita nemají o edukaci zájem, o tom je přesvědčena 1 sestra. Edukaci považují za zbytečnou 4 sestry. Jiný důvod uvedly 2 sestry, obě s poznámkou nedostatečné personální obsazení a velký počet pacientů.

Skupina 56 sester, které se edukaci věnují uvedly oblasti, ve kterých své pacienty edukují. Prevenci onemocnění 55 sester, zdravý životní styl 30 sester, prevenci úrazů a otrav 11 sester, prevenci kouření a drogových závislostí 20 sester, dodržování léčebných opatření 56 sester, používání kompenzačních pomůcek 5 sester, kojení 56 sester, depistáž a dispenzarizaci označily shodně 2 sestry, zmírňování následků onemocnění a poškození zdraví 27 sester, prevence pohlavně přenosných onemocnění a AIDS 3 sestry, prevence těhotenství mladistvých 1 sestra, zdravá výživa 56 sester a jinou oblast uvedlo 15 sester, 10 sester doplnilo prevenci zubního kazu, 3 sestry prevenci týrání a zneužívání dětí, 2 sestry prevenci zhoubných onemocnění. Výsledky znázorňují, že se sestry věnují edukaci v oblasti primární, sekundární i terciální prevence. V primární prevenci se základním oblastem, sestry věnují v různé míře.

Nejčastěji používanou pomůckou při edukaci jsou letáky a jiné propagační materiály, ty používá všech 56 dotazovaných sester, které se edukaci věnují. mají dlouholetou tradici a byly již používány před rokem 1989. Bez pomůcek, se zpětným projektorem, magnetofonem nebo jiným zařízením nepracuje při edukaci žádná z dotazovaných sester. Video ke své edukační činnosti používají 2 sestry, tabuli 1 sestra, knihy, časopisy a tisk 32 sester. Závodná (50) uvádí, častější používání počítače a internetu, komunikaci s pacientem přes e-mail. S tím jsou v rozporu výsledky, kdy počítač jako pomůcku při edukaci uvedly pouze 4 sestry z 56 dotazovaných. Je možné, že v oblasti primární péče o dospělé, využívají sestry počítač k edukaci a komunikaci s pacientem častěji. Dále z těchto výsledků vyplývá, že se sestry nevěnují přípravě edukace svých pacientů, protože ve velké míře používají pomůcky již připravené, většinou tištěné.

Uspokojivý výsledek přináší výzkum v oblasti, komu se sestra pracující v primární péči o děti a dorost při edukaci věnuje. Sestra se nezaměřuje pouze na rodiče,

nebo jen na děti. Pouze dětské pacienty edukují 3 sestry z 56 dotazovaných. V primární péči o děti a dorost jsou vedeny děti od narození do 19 let, je tedy nepochopitelné, že by sestra u novorozence, kojence, ale i batolete a menšího dítěte edukovala pouze dítě. Naopak pouze rodiče edukují 4 sestry. Ve věkové skupině větších dětí a adolescentů, je absurdní, aby sestra edukovala pouze rodiče. Je zajímavé, že v době rozvoje primární a komunitní péče edukuje pouze 1 sestra, rodiče, děti i komunitu ve které dítě žije.

Nejčastějším místem, kde sestry edukují je ordinace, to uvádí všech 56 dotazovaných sester. 42 sester v čekárně, 25 sester uvádí domácí prostředí pacienta. Z toho vyplývá, že necelá polovina z 56 dotazovaných sester provádí návštěvní službu v rodinách dětských pacientů. Školu, přednáškový sál a jinou možnost, nevyužívá k edukaci žádná sestra.

Dále nás zajímalo, kdo po sestřích výchovné přednášky vyžaduje. Mateřské školy uvedla 1 sestra z 56 dotazovaných, základní školy 10 sester, střední školy neoznačila žádná sestra, zájmové spolky uvedlo 5 sester, občanská sdružení 3 sestry, lékař, v jehož ordinaci sestra pracuje zvolilo 5 dotazovaných. Po 36 sestřích nikdo nežádá výchovné přednášky. Edukační činnost mimo ordinaci lékaře, nabízí 1 sestra z 56 dotazovaných. Skupinovou formu edukace provádí 16 sester, individuální 52 sester a kombinaci obou 14 sester. Výsledek je v souladu s literaturou (1,18, 40, 42, 50), kde je zdůrazňován individuální přístup k pacientovi.

Metodou osobního rozhovoru edukuje 56 sester, konzultace po telefonu, e-mailu využívají pouze 2 sestry, přednášku 28 sester, doporučení materiálů k prostudování 15 sester, praktický nácvik 9 sester, videoprojekce 2 sestry a jinou možnost neuvedla žádná sestra. Výsledek je částečně shodný s literaturou (1, 18, 50), kde je uváděno, že rozhovor je nejčastější formou edukačního působení na pacienta, z důvodu možnosti zachování intimity a individuálního přístupu sestry k pacientovi. Závodná (50) uvádí rozvoj elektronické komunikace a využití počítačů, sestry pracující v primární péči o děti a dorost, ale tuto možnost nevyužívají. Ve spojitosti s touto problematikou za zamyšlení stojí, věkové zastoupení dotazovaných sester, zda umí s počítačem a internetem pracovat. V době jejich vzdělávání na střední škole, nebyla práce

s počítačem vyučována. Myslím, že většina adolescentů by na formu komunikace a edukace pomocí počítače velice ráda přistoupila.

Edukační činnost mimo svou pracovní dobu provádí pouze 13 sester z 56 dotazovaných. Z výsledků výzkumu je jednoznačně patrné, že sestry nejsou za edukaci mimořádně finančně ohodnoceny. Pouze 1 sestra uvádí mimořádné finanční ohodnocení za svou edukační činnost. Ve výsledcích grafu 25 je zřejmé, že finanční ohodnocení, by bylo jednou z mnoha motivací k tomu, aby sestry vykonávaly edukační činnost v ordinaci i mimo ni. K rozvoji edukační činnosti v oblasti primární prevence by přispěl zájem široké veřejnosti, závodů, menších či větších podniků, ale i organizací, institucí a spolků. Prevencí chorob, úrazů, poškození zdraví, nezdravého způsobu života a odstraněním rizik by se značně snížily náklady na léčení. Zdravě žijící společnost, kde dítě vyrůstá, je nejlepším výchovným příkladem pro dítě.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že hypotéza H1 „Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost provádějí edukaci v rámci primární prevence“ se potvrdila, sestry edukují své dětské pacienty a jejich rodiče v oblastech primární prevence. Edukace probíhá v jednotlivých oblastech v rozličné míře. Druhá hypotéza H2 „Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost pořádají výchovné přednášky mimo zdravotnická zařízení, zaměřené na primární prevenci u dětí“ nebyla potvrzena. Z uvedených výsledků je zřejmé, že sestry mimo zdravotnická zařízení needukují. Poslední hypotéza H3 „Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost znají zásady edukačního procesu“ se také výzkumným šetřením nepotvrdila. Vzdělávání sester v této oblasti by měla být věnována větší a širší pozornost. V sestrách nelze vychovávat pouze dokonalé a pečlivé zdravotníky, ale také učitele a vychovatele. Edukační činnost by měla tvořit velkou část sesterské praxe v primární péči nejen o děti a dorost.

## 6. Závěr

Výzkumným šetřením byla zmapována edukační činnost sester v oblasti primární péče o děti a dorost, se zaměřením na primární prevenci, to bylo cílem práce. Respondentky samy uvedly v dotazníkovém šetření možnosti, které jim brání ve vykonávání edukace a podmínky, které by umožnily edukační činnost, o kterou má většina dotazovaných sester zájem. V primární péči a především v oblasti primární prevence má edukační činnost nezastupitelnou roli.

Hypotéza H1 „Sestry pracující v ambulantních zařízeních lékařů pro děti a dorost, provádějí edukaci v rámci primární prevence“ se potvrdila. Podle výsledků výzkumu se sestry věnují edukaci v oblasti primární, sekundární i terciální prevence. Oblasti primární prevence nejsou v edukaci zastoupeny rovnoměrně.

Hypotéza H2 „Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost, pořádají výchovné přednášky mimo zdravotnická zařízení, zaměřené na primární prevenci u dětí“ se nepotvrdila. Nejen, že sestry tuto činnost nevykonávají, ale spolky, instituce, dětská zařízení, ani samotní pediatři ji po sestrách nevyžadují.

Hypotéza H3 „Sestry pracující v ambulancích lékařů pro děti a dorost znají zásady edukačního procesu“ se také nepotvrdila. V otázkách týkajících se zásad edukačního procesu se prokázala neznalost a neinformovanost sester.

Je potřeba prohlubovat a zdokonalovat znalosti sester o edukaci a edukačním procesu. Zařadit tuto problematiku podrobně do výuky na středních, vyšších zdravotnických a vysokých školách, ale také se tématu edukace věnovat podrobně v odborných seminářích. Motivovat sestry k edukační činnosti dostatečným ohodnocením a vytvořit časový prostor pro edukační činnost. Sestry by se měly edukační činnosti nejen věnovat, ale také ji aktivně nabízet. Velkým přínosem pro primární péči o děti a dorost by bylo zřízení školních sester. Nejdůležitějším úkolem sestry v primární péči je podpora zdraví, prevence nemocí a poškození zdraví. Právě cílená, profesionální edukace, napomáhá tento úkol sestře plnit.

Možností, jak zvýšit povědomost sester o edukaci, prevenci a úkolech primární péče je zveřejnění této práce v odborných časopisech, na internetu, její prezentace

na odborném semináři. Zveřejnění výsledků výzkumu by bylo podnětem k zamyšlení samotných sester pracujících v primární péči o děti a dorost, nad jejich edukační činností a znalostmi stran edukačního procesu. Zdokonalit sestry v oblasti práce s počítačem a internetem, je v této době rozvoje elektronické komunikace nezbytné. To lze brát, jako doporučení této práce.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
2. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4.
3. DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 192 s. ISBN 80-247-0399-8.
4. FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo-teória*. 2. vyd. Martin: vydavateľ'stvo Osveta, 2005. 216 s. ISBN 80-8063-182-4.
5. HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2004. 89 s. ISBN 80-7040-725-5.
6. HELMS, W., *Lépe motivovat, méně se rozčilovat*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 104 s. ISBN 80-7178-087.
7. JAROŠOVÁ, D., *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
8. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., PETROVÁ, V., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetrovatelství II. část- učební text pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám – vlastním nákladem Uherské Hradiště, 1999. 236 s. ISBN neuvedeno.

9. JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., TOMÁNKOVÁ, D. *Ošetřovatelství I. část- učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám – vlastním nákladem Uherské Hradiště, 2000. 154 s. ISBN neuvedeno.
10. KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1992. 185 s. ISBN 80-7013-123-3.
11. KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 448 s. ISBN 80-7178-253-X.
12. KLÍMA, J., a kol. *Pediatric*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 320 s. ISBN 80-86432-38-6.
13. Kolektiv autorů. *Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav Praha. 1998. 144 s. ISBN 80-7071-108-6.
14. Kolektiv autorů. *Rozvoj primární péče*. Praha: Phare, 1997. 43 s. Projekt č. CZ 9201-24.01-L002
15. Kolektiv autorů. *Venku číhá džungle aneb jak se chránit před úrazy*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2006. 73 s. ISBN 80-7040-905-3.
16. Kolektiv autorů. *Zdraví 21-zdraví pro všechny do 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 27 s. ISBN 80-85-047-15-2.
17. KOMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného – edukace. Sestra*. Praha: 2005, roč. 15, č.5, s. 27. ISSN 1210-0404.



18. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. Přel. z: *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. ISBN 80-217-0528-0.
19. KRISTOVÁ, J., TOMAŠKOVÁ, Z. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 165 s. ISBN 80-8063-107-7.
20. KUKLA, I. *Úvod do sociální pediatrie*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JCU, 2007. 44 s. ISBN 978-80-7040-990-9.
21. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s. 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
22. LANGMAJER, J., KREJČÍKOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
23. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha, 2004. Grada Publishing a.s. 988 s. + 5 s. barevné přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
24. *Lemon 1*. 1. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1997. 184 s. ISBN 80-7013-234-5.
25. *Lemon 3*. 1.vyd. Brno: IDVZP Brno, 1997. 158 s. ISBN 80-7013-244-2.
26. *Lemon 4*. 1. vyd. Brno: IDVZP Brno, 1997. 160 s. ISBN 80-7013-248-5.
27. LUDVÍKOVSKÁ, K., *Nový očkovací kalendář*. [ cit. 2007-11-22]. Dostupné z <<http://babyonline.cz/pece-o-dite/ockovani/novy-ockovaci-kalendar.html>>

28. MACEK, P. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál s.r.o. 2003. 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
29. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. nezměněné vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno, 2007. 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3.
30. MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství. I. díl. Systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2004. 187 s. ISBN 80 – 246 – 0429-9.
31. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství III/I*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 245 s. ISBN 80-7333-030-X.
32. OLCJAVA, P., *Zdravé a nemocné dítě od početí do puberty*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 256 s. ISBN 978-80-247-1847-7.
33. *Ošetrovatelství v akci*. 1. vyd. Regionální pobočka Světové zdravotnické organizace pro Evropu v roce 1993 pod názvem Nursing in Action/WHO Česká společnost sester, 1997. 119 s. ISBN 92 890 1312 5.
34. PETTY, G. *Moderní vyučování*. Přel. z: Teaching Today Kovařík, Š. 2.vyd. Praha: Portál, 2002. 380 s. ISBN 80-7178-681-0.
35. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. 488 s. ISBN 80 – 7178 – 631- 4.
36. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178 – 399-4.

37. ROZSYPALOVÁ, M., ŠAFRÁNKOVÁ, A. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Informatorium spol. s.r.o., 2002. 231 s. ISBN 80-86073-96-3.
38. SEIFERT, B. *Primární péče. Praktické lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2004. 156 s. ISBN 80-346-0883-9.
39. STOŽICKÝ, F., PIZINGEROVÁ, K. *Nemoci dětského věku*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 296 s. ISBN 80-246-0711-5.
40. TÓTHOVÁ, V. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. 2. dotisk. České Budějovice: JCU ZSF, 2004. 218 s. ISBN 80-7040-454-X.
41. TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVZP Brno, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
42. TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Sestra*. Praha: 2007, roč.17, č.1, s. 22-23. ISSN 1210-0404.
43. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.
44. VELEMÍNSKÝ, M., a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5.vyd., České Budějovice: ZSF JCU, 2007. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
45. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. ml. *Dítě. 3 x 333 otázek pro dětského lékaře*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-80-7254-929-0.
46. VINCENTOVÁ, D. Preventivní prohlídky v pediatrii, role dětské sestry v primární péči.–*Pediatrie pro praxi*. Olomouc, 2007, Solen. roč. 8, č. 2, s. 116-118. ISSN 1213-0494.

47. VOLF, V.,VOLFOVÁ, H. *Pediatric*. 3. vyd. Praha: Informatorium, spol.s.r.o., 2003. 112 s. ISBN 80-7333-021-0.
48. VURM, V., a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
49. WASSERBAUER, S. a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. 3. vyd. Jihlava: Zdravotní ústav se sídlem v Jihlavě, Státní zdravotní ústav, 2003. 47 s. ISBN 80-7071-172-8.
50. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2002. 96 s. ISBN 80-8063-108-5.

## **8. Klíčová slova**

Edukace

Pacient

Prevence

Primární péče

Sestra

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – Společné znaky edukačního a ošetrovatelského procesu

Příloha 2 – Oblasti programu zdraví 21

Příloha 3 – Očkovací kalendář

Příloha 4 - Dotazník

## **Příloha 1 Společné znaky edukačního a ošetrovatelského procesu**

<b>Edukačný proces</b>	<b>Ošetrovatelský proces</b>
Zber údajov, analýza pacientových schopností učiť sa a nedostatku vedomostí	Zber údajov, analýza pacientovho zdravia
Stanovenie vzdelanostnej diagnózy, určenie cieľov edukácie	Stanovenie sesterskej diagnózy
Príprava edukačného plánu	Plánovanie zásahov sestry
Realizácia edukácie	Realizácia plánu ošetrovateľskej starostlivosti
Analýza a zhodnotenie pacientových vedomostí, postojov, zručností a efektívnosti edukačného plánu	Zhodnotenie efektívnosti zásahov sestry u pacienta

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

## Příloha 2 Oblasti programu Zdraví 21

<b>ZDRAVÍ 21 CÍL ČÍSLO:</b>	<b>JEDNOTLIVÉ ÚKOLY PROGRAMU ZDRAVÍ 21</b>
1.	Solidarita ve zdraví v evropském regionu
2.	Spravedlnost ve zdraví
3.	Zdravý start do života
4.	Zdraví mladých
5.	Zdravé stárnutí
6.	Zlepšení duševního zdraví
7.	Prevence infekčních onemocnění
8.	Snížení výskytu neinfekčních nemocí
9.	Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10.	Zdravé a bezpečné životní prostředí
11.	Zdravější životní styl
12.	Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
13.	Zdravé místní životní podmínky
14.	Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů
15.	Integrovaný zdravotnický sektor
16.	Řízení v zájmu kvality péče
17.	Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
18.	Příprava zdravotnických pracovníků
19.	Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20.	Mobilizace partnerů pro zdraví
21.	Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

Zdroj: Kolektiv autorů. *Zdraví 21-zdraví pro všechny do 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 27 s. ISBN 80-85-047-15-2.



## Příloha 3 Očkovací kalendář

**OČKOVACÍ KALENDÁŘ**

Věk	Nemoc, proti které očkujeme
4. až 6. den	tuberkulóza
1. dávka hexavakcíny od 13. týdne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• záškrt,</li> <li>• tetanus,</li> <li>• dávivý kašel,</li> <li>• invazivní onemocnění <i>Haemophilus influenzae</i>,</li> <li>• přenosná dětská obrna,</li> <li>• žloutenka typu B</li> </ul>
2. dávka hexavakcíny, nejméně 1 měsíc po 1. dávce	dtto
3. dávka hexavakcíny, nejméně 1 měsíc po 2. dávce	dtto
4. dávka hexavakcíny, nejméně 6 měsíců po 3. dávce, ale nejpozději před 18. měsícem života	dtto
15. měsíc	spalničky, příušnice, zarděnky (1. dávka)
21. až 25. měsíc	spalničky, příušnice, zarděnky přeočkování v minimálním odstupu 6 až 10 měsíců, horní věková hranice není omezena
2. rok	tuberkulóza pouze u dětí s negativní tuberkulinovou zkouškou a u dětí bez jizvy po očkování
5. - 6. rok	záškrt, tetanus, dávivý kašel  přeočkování
10. až 11. rok	dětská přenosná obrna přeočkování
11. až 12. rok	tuberkulóza přeočkování pouze u dětí s negat. tuberk. zkouškou
12. až 13. rok	žloutenka typu B pouze u dětí, které nebyly očkovány v prvních měsících života (3 dávky v rozestupu 0, 1 a 6 měsíců)
14. až 15. rok	tetanus přeočkování, další vždy po 10 letech

Zdroj: LUDVÍKOVSKÁ, K., *Nový očkovací kalendář*. [ cit. 2007-11-22]. Dostupné z <<http://babyonline.cz/pece-o-dite/ockovani/novy-ockovaci-kalendar.html>>

#### **Příloha 4 Dotazník**

Vážené kolegyně,

jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích, obor všeobecná sestra. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění anonymního dotazníku, jehož výsledky budou podkladem pro zpracování bakalářské práce na téma: Edukátorka - role sestry v primární péči o děti a dorost.

Data získaná z dotazníku budou použita pouze pro vypracování bakalářské práce. Při vyplňování označte nejvhodnější odpověď, popřípadě i více možností, nebo doplnění vlastními slovy.

Předem děkuji za Vaši spolupráci.

Jana Netolická

#### **1. Uved'te prosím Váš věk:**

- a) 19 – 30
- b) 31 – 40
- c) 41 – 50
- d) 51 – 60
- e) 60 a více

#### **2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:**

- a) střední odborné (zakončené maturitou)
- b) vyšší odborné
- c) vysokoškolské

#### **3. Jak dlouho pracujete v primární péči o děti a dorost?**

- a) do 1 roku
- b) 1 rok – 5 let
- c) 6 – 10 let
- d) 11 – 15 let
- e) 16 – 20 let
- f) 21 – 25 let
- g) nad 25 let

**4. Máte praxi na lůžkovém dětském oddělení?**

- a) ano
- b) ne

**5. Jaká je vaše celková praxe ve zdravotnictví?**

- a) do 5 let
- b) 6 – 10let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) nad 25 let

**6. Vzděláváte se v současné době?**

- a) ano
- b) ne

**7. Jak byste charakterizovala pojem edukace?**

(můžete označit více možností)

- a) výchova
- b) vzdělávání
- c) řízení
- d) sebevzdělávání
- e) dodržování nařízení

**8. Myslíte si, že edukační činnost patří do náplně práce sestry v oblasti primární péče o děti a dorost?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**9. Na kterou oblast prevence by se měla sestra pracující v primární péči o děti a dorost především zaměřit při edukační činnosti?**

- a) primární prevence
- b) sekundární prevence

c) terciální prevence

**10. Označte oblasti, které podle vás patří do primární prevence (můžete označit více možností)**

- a) očkování
- b) monitoring vad
- c) dispenzarizace
- d) depistáž
- e) výchovné projekty
- f) prevence závislostí
- g) prevence úrazů , otrav a týrání dětí
- h) prevence těhotenství mladistvých
- i) zmírňování následků onemocnění a poškození zdraví
- j) podávání vitamínů a minerálů
- k) prevence pohlavně přenosných onemocnění a AIDS
- l) zdravá výživa
- m) prevence zubního kazu

**11. Myslíte si, že se liší edukace dětí a dospělých?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**12. Myslíte si, že při edukaci hraje zkušenost sestry důležitou roli?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**13. Při edukaci je pro sestru nejdůležitější podat pacientovi co největší množství informací**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**14. Při edukaci pacienta, by měla sestra používat odborné výrazy**

- a) určitě ano
- b) ano, je to pro pacienta zajímavější
- c) ano, ale musí dbát aby všemu pacient rozuměl
- d) neměla by je používat vůbec

**15. Myslíte si, že záleží na prostředí, kde edukace probíhá?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**16. Myslíte si, že je důležité pacienta k edukaci motivovat?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**17. Myslíte si, že je pro edukující sestru důležité, znát zásady komunikace?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**18. Postup při edukaci pacienta:**

(můžete označit více možností)

- a) postupujeme od jednoduchého ke složitějšímu
- b) od poznaného k nepoznanému
- c) od blízkého ke vzdálenému
- d) vyučujeme jen to, co pacient nezná

**19. Patří do edukace nácvik praktických činností?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**20. Kolik fází má edukační proces?**

- a) jednu

- b) dvě
- c) tři
- d) čtyři
- e) pět
- f) nevím

**21. Myslíte si, že má edukační proces společné znaky s ošetrovatelským procesem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**22. Kde jste o edukaci a edukačním procesu získala informace?**

(můžete označit více možností)

- a) při studiu na SZŠ
- b) při studiu na VOŠ
- c) při studiu na VŠ
- d) na odborném semináři
- e) při samostudiu
- f) nikdy jsem o edukaci neslyšela
- g) jinde(kde?).....

.....  
.....

**23. Věnujete se Vy sama edukaci?**

- a) ano
- b) ne

**Pokud jste odpověděla ANO, pokračujte otázkou č.26**

**24. Máte o edukační činnost zájem?**

- a) ano
- b) ne

**25. Důvod, proč se edukační činnosti nevěnujete:**

- a) nedostatek času
- b) nedostatečné finanční ohodnocení
- c) lékař Vám edukační činnost neumožní
- d) o edukaci nemají pacienti a komunita zájem
- e) edukaci považujete za zbytečnou
- f) nevím
- g) jiný důvod

(jaký?).....

.....

.....

**26. Označte oblasti, ve kterých se věnujete edukační činnosti:**

(můžete označit více možností)

- a) prevence onemocnění
- b) zdravý životní styl
- c) prevence úrazů a otrav
- d) prevence kouření a drogových závislostí
- e) dodržování léčebných opatření
- f) používání kompenzačních pomůcek
- g) kojení
- h) depistáž
- i) dispenzarizace
- j) zmírňování následků onemocnění a poškození zdraví
- k) prevence pohlavně přenosných onemocnění a AIDS
- l) prevence těhotenství mladistvých
- m) zdravá výživa
- n) jiná oblast

(jaká?).....

.....

**27. Označte pomůcky, které používáte při edukaci svých pacientů:**

(můžete označit více možností)

- a) žádné
- b) letáky a jiné propagační materiály
- c) zpětný projektor
- d) video
- e) tabule
- f) knihy, časopisy, tisk
- g) PC a internet
- h) magnetofon
- i) jiné

(jaké?).....

.....

.....

.....

**28. Edukujete:**

- a) pouze dětské pacienty
- b) pouze rodiče dětských pacientů
- c) rodiče i děti
- d) rodiče, děti i komunitu, ve které dítě žije

**29. Kde edukaci provádíte?**

(můžete označit více možností)

- a) ordinace
- b) čekárna
- c) škola
- d) domácí prostředí dětského pacienta
- e) přednáškové sály
- f) jinde

(kde?).....



.....  
.....  
.....

**30. Výchovné přednášky v oblasti primární prevence po Vás vyžadují:**

(můžete označit více možností)

- a) mateřské školy
  - b) základní školy
  - c) střední školy
  - d) zájmové spolky
  - e) občanská sdružení
  - f) lékař, v jehož ordinaci pracujete
  - g) nikdo
  - h) někdo jiný  
(kdo?).....
- .....  
.....  
.....

**31. Nabízíte Vy sama edukační činnost mimo ordinaci vašeho lékaře?**

- a) ano
- b) ne

**32. Jakou formu edukaci provádíte?**

(můžete označit více možností)

- a) skupinovou
- b) individuální
- c) kombinace obou

**33. Jaké metody při edukačním procesu používáte?**

(můžete označit více možností)

- a) osobní rozhovor
- b) konzultace po telefonu, e-mailu

- c) přednáška
  - d) doporučení materiálů k prostudování
  - e) praktický nácvik
  - f) video projekce
  - g) jinou  
(jakou?).....
- .....
- .....
- .....

**34. Provádíte edukační činnost mimo svou pracovní dobu?**

- a) ano
- b) ne

**35. Jste za edukaci mimořádně finančně ohodnocena?**

- a) ano
- b) ne