

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Možnosti zapojení edukační činnosti sestry ve veřejném zdravotnictví

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Marie Trešlová Ph.D.

autor: Lenka Hospodářová

2009

Abstract

The present thesis named “How feasible it is to integrate educational activities provided by nurses into public health care system” is based on the fact that education comprises a huge part of nurses’ professional lives which translates into an essential aspect found in nursing practice. Educational process or education is a type of activity which involves a man learning and a man teaching. It takes place in an educational environment defined by physical conditions (waiting room, special room for schooling, classroom, etc.), people present and their psychosocial relations. Education helps to meet preventive goals in modern nursing. To achieve this in targeted primary care, nurses must focus on identifying health risks which shall be consequently eliminated with active client’s participation in the nursing process alongside with the help provided by the nurse and doctor. Therefore it is essential for a nurse-educator to be well educated so that she can educate adequately and at high-quality level.

The survey included in the thesis is based on a quantitative survey employing a method of asking questions listed in a questionnaire. The questionnaire was anonymous. The target group for such survey included general nurses working at clinics in Jindřichův Hradec and České Budějovice.

The thesis tries to find out how feasible it is to integrate nurses-educators into the public health care system. Firstly, four hypotheses were defined. Hypothesis 1: The role of a nurse-educator is feasible to be incorporated into the public health care system. Hypothesis 2: Nurses are interested in incorporating the role of a nurse-educator into the public health care system. Hypothesis 3: Nurses see the role of a nurse-educator as an essential part of the public health care system. Hypothesis 4: Institutions involved in the public health care system are interested in nurses-educators. All four hypotheses proved correct. The target of the thesis was accomplished.

The survey showed that education is in the common interest of nurses, their superiors, and clients as well. Education has become fundamental for public health care system which is required to meet flexibly demands of its clients.

The thesis may be used as a guideline for students and working nurses so that they can perform efficient education using proper tools and materials which meet the required standards properly.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Možnosti zapojení edukační činnosti sestry ve veřejném zdravotnictví“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

Podpis:

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat PhDr. Marii Trešlové Ph.D. za odborné vedení, za ochotu a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat všem sestřám, které si našly čas na vyplnění mého dotazníku.

OBSAH

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Moderní ošetřovatelství.....	4
1.2 Dokumenty podporující roli sestry.....	4
1.3 Veřejné zdravotnictví.....	6
1.4 Zdraví.....	7
1.4.1 Podpora zdraví.....	9
1.4.2 Prevence.....	9
1.5 Edukace obecně.....	11
1.5.1 Jak edukovat.....	13
1.6 Faktory pomáhající učení.....	14
1.7 Faktory překážející v učení.....	15
1.8 Vyučování.....	15
1.9 Edukační proces.....	16
1.10 Edukační materiály.....	17
1.11 Klasické výukové metody.....	18
1.11.1 Metody slovního projevu.....	19
1.11.2 Metody názorně-demonstrační.....	21
1.11.3 Metody dovednostně-praktické.....	21
1.11.4 Komplexní výukové metody.....	22
1.12 Záznam edukace.....	24
2. Cíl práce a hypotézy.....	25
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Hypotézy.....	25
3. Metodika.....	26
3.1 Použitá metoda sběru dat.....	26
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. Výsledky.....	27
5. Diskuse.....	42

6. Závěr	51
7. Seznam použitých zdrojů	52
8. Klíčová slova	56
9. Přílohy	57
9.1 Seznam příloh.....	57

Úvod

Edukace není jen poučení či vysvětlení, je to vzdělávání, výchova, učební proces. Pedagogický slovník definuje edukaci „v nejobecnějším významu označuje jakékoli situace, za účasti lidských subjektů nebo zvířat, při nichž probíhá nějaký edukační proces, tj. dochází k nějakému druhu učení“ (20, s. 53). Je to činnost, která směřuje ke zdokonalení či získání nových vědomostí, schopností a životních postojů člověka. Je nedílnou součástí každodenní činnosti sestry. Sestra edukátorka musí být trpělivá, protože edukace je dlouhodobý proces a sestra se může setkat i s klienty, kteří se nechtějí poučit.

Už v historii sestry poskytovaly lidem informace o jejich nemocech, léčbě a prevenci. Současnou snahou ošetrovatelství je dosáhnout kvalitní péče, jejíž nedílnou součástí je i edukace. „Moderní koncepce ošetrovatelství považuje za důležité aspekty role zdravotní sestry – edukátorky, koordinátory péče o pacienta/klienta“ (3, s.38). Sestra je první, s kým se klient ve zdravotnictví setkává, proto je nutné vytvořit spolupráci a vztah, ve kterém je důvěra. Pouze v kvalitním vztahu může klient přijímat nové poznatky a učit se. Od prvního navázání kontaktu sestra edukátorka musí respektovat osobnost jedince a podle toho zvolit způsob edukace. Cílem je, aby klient přebral zodpovědnost za vlastní rozhodnutí a za důsledky svého chování.

Záměrem práce je zjistit, jak se dá využít činnost sestry edukátorky ve veřejném zdravotnictví. Téma jsem si vybrala, protože obdivuji sestry, které provádějí kvalitní a pro klienta srozumitelnou edukaci, neboť musí mít dostatek zkušeností, znalostí a musí se neustále vzdělávat. To je náročné nejen časově, ale také i finančně, navíc je to činnost, jež často není vedena jako výkon v sesterské dokumentaci, právě proto si mnozí neuvědomují, že takovou činnost sestra vůbec provádí a jak je obtížná. Většinou tak bývá edukace oceněna pouze dobře poučeným klientem a dobrým pocitem sestry edukátorky z vykonané práce.

1. Současný stav

1.1 Moderní ošetrovatelství

„Jedním z cílů moderního ošetrovatelství je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a kulturním prostředím“ (8, s. 48).

Světová zdravotnická organizace (SZO) hovoří o ošetrovatelství jako o systému typicky ošetrovatelských činností týkajících se jak jednotlivce, tak rodiny či společenství, ve kterém žijí. Tento systém lidem pomáhá k tomu, aby byli schopni starat se o své zdraví a pohodu. Ošetrovatelství by mělo systematicky a všestranně zajistit potřeby lidí ve vztahu k udržení zdraví či potřeby vzniklé onemocněním.

Snahou moderního ošetrovatelství je, aby lidé nebyli soustřeďováni do nemocnic, ale aby jejich léčba či ošetrování probíhalo doma s pomocí rodiny, dobrovolných pracovníků nebo s pomocí zdravotníků pracujících ve veřejném zdravotnictví. Hospitalizace by měla přijít až ve chvíli, kdy je nezbytně nutná celodenní péče odbornými pracovníky. Záměrem je, aby poskytovaná péče umožnila člověku co možná nejdéle pobyt ve známém rodinném prostředí. Tento postup je považován za ideální systém postavení primární péče ve zdravotním systému k zachování sebepéče (příloha č. 2).

V poslední době se ve světě klade veliký důraz na edukaci a edukační proces (příloha č. 3) jako na podstatnou část kvalifikované péče, jenž výrazně pomáhá k naplnění preventivních cílů moderního ošetrovatelství a to jak v oblasti primární, sekundární, tak i v oblasti prevence terciální. Cesta jak tohoto výsledku dosáhnout je v cílené primární péči, kdy se zaměříme na identifikaci zdravotních rizik a jejich následnou eliminaci s aktivním zapojením klienta do péče o sebe samotného s pomocí sestry a lékaře (7, 8, 21).

1.2 Dokumenty podporující roli sestry

Nedílnou součástí moderního ošetrovatelství jsou dokumenty, které podporují roli sestry. Mezi tyto dokumenty patří *Deklarace z Alma-Aty*, která pojednává o posilování primární péče. 12. září 1978 se konala v Alma-Atě mezinárodní konference

o základní zdravotní péči. Byla vyzvána celá světová veřejnost k ochraně, posilování a rozvoji zdraví všech lidí. Výzva se vztahuje také k zlepšení primární zdravotní péče, k její odborné i finanční podpoře. Jedním z přijatých prohlášení konference bylo nejen právo, ale i povinnost lidí být součástí péče o své zdraví. Dále bylo přijato prohlášení o primární-základní zdravotní péči, která je nezbytně nutná a je základem zdravotnictví a sociálního, ekonomického rozvoje společnosti. Primární zdravotní péče je založena na praktických, vědecky podložených, společenských metodách a technologiích, které jsou přístupné jednotlivcům i rodinám, kterým pomáhá informace získávat a třídit sestra edukátorka. Primární péče musí být všem dostupná, neboť je prvotním článkem péče o zdraví. Jde o první kontakt jednotlivce či rodiny se zdravotnickým systémem zajišťující péči v místě, kde žijí a pracují lidé, kteří jsou příjemcem zdravotní péče. Péče je zaměřena na ochranu, prevenci, podporu, léčbu a také rehabilitaci lidí.

21. listopadu 1986 byla sepsána v Kanadě *Ottawská charta*, o posilování a rozvoji zdraví, na první mezinárodní konferenci zaměřující se na rozvoj a podporu zdraví. Cílem bylo splnit záměry programu Zdraví pro všechny do roku 2000. Tento program byl formulován v roce 1977 Světovou zdravotnickou organizací.

Rozvoj ve zdravotnictví a farmacii dovoluje lidem více se zapojit do ochrany a zlepšení svého zdraví. Lidé by se měli naučit formulovat své potřeby a najít možný způsob, jak správně saturovat potřeby v oblasti péče o zdraví. Tím přispějí k vytvoření dobré životní pohody. Zdraví je možné zkvalitňovat, pokud jsou splněny základní podmínky jako je mír, obydlí, potrava, vzdělání, finanční příjem, stálý ekosystém, rovnoprávnost a sociální spravedlnost. K rozvoji a posílení zdraví je zapotřebí vytvořit také zdravotní politiku, příznivé zdravotní prostředí, zvýšit společenskou aktivitu, rozvíjet osobní schopnosti a nově orientovat zdravotní služby. Zdravotnický sektor nemůže zabezpečit veškeré podmínky pro zdraví lidí. Musí být zapojeny složky řídicích orgánů, zdravotnického, sociálního, ekonomického sektoru, společenských, zájmových organizací, místních orgánů a sdělovacích prostředků. Nutná je spolupráce i se sektory, mezi něž patří například zemědělství, potravinářství, průmysl, výstavba, doprava, vzdělávání a bydlení.

Cílem programu Zdraví pro všechny do roku 2000 je zmírnit rozdíly zdravotního stavu a vybudovat stejné možnosti zdravotní péče pro všechny, což poskytne všem lidem pocit úplného zdraví. Programy vývoje a posilování zdraví by se měly přizpůsobit regionálním potřebám a možnostem jednotlivých zemí. Je nutné zapojit sestry edukátorky k informování lidí o nových možnostech posilování zdraví.

O podpoře zdraví pojednává i *Mnichovská deklarace*. 17. června 2000 čtyřicet osm ministrů zdravotnictví z Evropského regionu WHO (SZO- Světová zdravotnická organizace) podepsalo Mnichovskou deklaraci, čímž se vlády zavázaly k podpoře kvalitního ošetrovatelství a porodní asistence, k uskutečňování politiky, k eliminování překážek v politice nábory pracovníků, k vytváření finanční nabídky a možnosti ke kariéernímu postupu, ke zlepšení vzdělávání včetně vysokoškolského v ošetrovatelství a porodní asistenci, které je potřebné pro roli sestry edukátorky. Dále se zavázaly k podpoře výzkumu a šíření informací, k podpoře vědění, k hledání možností založení programů komunitního ošetrovatelství zaměřeného na rodinu, k posílení role sester a porodních asistentek, k podpoře zdraví a vývoje komunity ve veřejném zdravotnictví. Komunitní ošetrovatelství je charakteristické velkým množstvím služeb, které sestry poskytují. A cílem je, aby se sestry podílely zejména na formulování a realizaci programů zaměřujících se na podporu zdraví komunity (23, 28).

„Ministři přislíbili, že sestrám a porodním asistentkám umožní pracovat s využitím jejich plného profesionálního potenciálu jako nezávislým a současně vzájemně závislým kvalifikovaným odborníkům“ (23, s. 20).

1.3 Veřejné zdravotnictví

„Veřejné zdraví definuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví jako zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Veřejné zdravotnictví je možné definovat jako vědní obor, který se zabývá prevencí, podporou zdraví a prodlužováním života, a to prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“ (25, s. 11, příloha č. 4).

Tento obor vychází z několika dalších oborů jako je hygiena, epidemiologie, management zdravotnictví, ekonomika, sociologie atd. a využívá jejich poznatků. Velkou roli ve veřejném zdravotnictví hraje rozvoj informatiky, který velmi zrychluje a

plošně rozšiřuje dostupnost informací, jež se týkají péče o zdraví a zdravotnictví celkově.

Veřejné zdravotnictví je věda a umění zabývající se prevencí nemocí, utužováním zdraví a zdravotnickými systémy. Dále se orientuje na podporu vzdělávání a získávání poznatků o příčinách nemocí. Cílem je pozitivně a efektivně ovlivňovat veřejné zdraví, dosáhnout dobré úrovně zdraví obyvatelstva poznáním determinant zdraví, jejich ovlivněním a využitím nových informací ve společnosti. Veřejné zdravotnictví je nepostradatelnou částí celého systému péče o zdraví populace. Nepostradatelnou součástí je i sestra edukátorka působící, mimo jiné, v různých ordinacích, například u praktického lékaře, v gynekologické ordinaci, ve stomatologické, oční a dalších odborných ordinacích. Sestra je člověkem, který nejčastěji komunikuje s klienty, získává si jejich důvěru a předává jim potřebné informace.

Dále se práce zabývá pojmem zdraví a modely chápání zdraví (24, 25, 26).

1.4 Zdraví

Zdraví je pro ošetřovatelství jedním ze základních pojmů, opírá se o definici Světové zdravotnické organizace „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady“ (28, s. 22). V literatuře je však možné najít i definice jiné, např. „Zdraví vzniká a uplatňuje se v běžném životě, všude tam, kde lidé žijí, učí se, pracují, hrají si i milují. Zdraví je vytvářeno péčí o sebe i druhé, je podmíněno jednak možnostmi rozhodovat, volit si a ovládat své životní podmínky a jednak ujištěním, že společnost, v níž žijeme, umožňuje všem občanům dosáhnout zdraví“ (28, s. 135-136). Zdraví je často považováno za něco, co nám bylo dáno z vnějšku. Jeho základ mnohdy lidé hledají v genetické výbavě. Ale zdraví lze i ovlivnit životním stylem, klimatem, sociálními podmínkami, rodinou, sebekoncepcí a odbornou, ohleduplnou a kvalitní zdravotnickou péčí prováděnou s porozuměním, na niž mají klienti ze zákona právo dle etického kodexu Práv pacientů (příloha č. 5). Pojem zdraví, lidé mohou chápat odlišně. Záleží na tom v jaké společnosti člověk žije, jaké má vzdělání, systém hodnot a také výchova, protože názor na zdraví si člověk vytváří již

od útlého věku. V neposlední řadě má velký vliv na utváření pojmu zdraví i sestra edukátorka v primární péči, se kterou se lidé často setkávají, je jejich pomocníkem, rádcem i oporou.

Jsou různá pojetí, různé modely chápání zdraví. Klinický model člověka chápe jako fyziologické systémy, zdraví pojímá jako chybění znaků a symptomů chorob. V tomto modelu je opakem zdraví nemoc nebo úraz a je nejužším chápáním zdraví. Není zde brána v potaz psychická stránka člověka.

Ekologický model se zaměřuje na vztah lidí k prostředí. Obsahuje tři prvky, a to osobu, jež může, ale i nemusí být vystavena riziku nemoci, dále faktor prostředí, který přítomností či nedostatkem způsobí nemoc. A jako poslední vnitřní a vnější prostředí, které může i nemusí predisponovat osobu k rozvoji nemoci.

Model hraní rolí definuje zdraví jako schopnost člověka plnit dané společenské úlohy. Nemoc je zde pojata jako neschopnost vykonávat práci, z čehož vyplývá, že dokud jsou lidé schopni pracovat, jsou zdraví. Tento model zdraví bagatelizuje a dělá ho nedůležitým.

Adaptační model chápe zdraví jako tvořivý proces. Zdraví je aktivní a soustavná adaptace na měnící se prostředí, ve kterém člověk žije. Pokud onemocní, je to z důvodu selhání adaptace.

Eudemonistický model říká, že „zdraví je stav rozvinutí a uplatnění osobního potenciálu, vrozených, jakož i získaných schopností člověka. Nemoc je při takovémto chápání stav, který zabraňuje seberealizaci a uplatnění vlastních schopností člověka“ (1, s. 50).

Holistický model propagují především sestry, neboť je součástí profesionálního ošetřovatelství a je začleněn do ošetřovatelského procesu. Aby mohl být používán, je nutné pochopit holistický, nebo-li celostní přístup k člověku, který zahrnuje složky biologické, duchovní, emocionální, poznávací a společenské. Tyto složky tvoří celou lidskou bytost, jsou dynamické a prolínají se. Holistické pojetí zdraví nabádá lidi k převzetí zodpovědnosti za své zdraví.

Ať klient vnímá zdraví jakkoliv, k tomu, aby byl zdravý, je zapotřebí jeho dostatečná a kvalitní podpora na odborné úrovni a to především v primární péči (1, 2, 16, 28).

1.4.1 Podpora zdraví

Základem podpory zdraví je především sebek péče, kdy člověk musí udržovat a podporovat své zdraví. V nemoci jde o samoléčbu akutního onemocnění, jako je běžné nachlazení nebo o sebesledování tzv. selfmonitoring u chronických onemocnění. Moderní ošetrovatelství usiluje o to, aby sebek péče tvořila největší objem zdravotní péče, poté následovala péče primární a nakonec s nejmenším podílem specializovaná péče. K tomu, aby sebek péče mohla vůbec probíhat potřebují lidé dostatek informací, které mohou získat z různých médií jako je televize, rádio, internet a noviny, ale nejvíce kvalitních informací mohou získat od sestry edukátorky v primární péči.

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejlíže vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby“ (21, s. 13). Primární péče musí být dostupná a otevřená, bez bariér kulturních, geografických a ekonomických, musí znát potřeby lidí, rozumět jim a reagovat na ně. Péče musí být poskytována tak, aby se v ní lidé vyznali a nebyli příliš vytrženi ze svého životního prostředí. Důležité je zachování důstojnosti člověka (1, 12, 21).

Jak říká B. Seifert: „Primární péče je nejlepší prostředí pro prevenci“ (21, s. 13).

1.4.2 Prevence

Součástí podpory zdraví je především prevence, na které se svou činností podílí hlavně sestry a to na úrovni primární, sekundární a terciální.

Primární prevence se vyznačuje činnostmi sestry, které provádí pro zdravou populaci. Jejím cílem je upevnit a zvýšit kvalitu zdraví člověka. Primární prevence se

zaměřuje na aktivity, které zabraňují poškození zdraví, to znamená, že upozorňuje na rizikové faktory zapříčiňující potencionální onemocnění.

Sekundární prevence se uplatňuje v časně diagnostice a účinné léčbě. Součástí jsou preventivní prohlídky, jejichž smyslem je včas zaznamenat vzniklou nemoc, zabránit komplikacím a trvalým následkům. Sekundární prevence tedy předpokládá vznik nemoci například v souvislosti s rodinnou zátěží, kouřením atd. Součástí této prevence je screening, což je vyšetření klienta, které může odhalit poruchu či chorobný proces a umožní začít včas léčbu. Screeningu se účastní lékař i sestra. Sestra může například během pravidelných kontrol pomocí tonometru a fonendoskopu u klienta zaznamenat vysoký krevní tlak, čímž se podílí na diagnostice. Dále klienta může edukovat o zdravém životním stylu a podat mu léky dle ordinace lékaře a tím se podílí na jeho léčbě. Zamezí se tak komplikacím a trvalým následkům.

Terciální prevence spočívá v prevenci následků nemocí. Cílem je snížit následky nemocí a obnovit zdraví v rozsahu možností daných onemocněním. Do této prevence může být zařazena i edukace klienta s Diabetes mellitus o vhodné péči o nohy.

Prevence a podpora zdraví je nemalým úkolem státu, který se snaží naplnit cíle programu SZO Zdraví 21. Cíle zahrnují solidaritu pro zdraví v Evropě, rovnost ve zdraví, zdravý start do života, zdraví pro mladé, zdravé stárnutí, zlepšení duševního zdraví, snížení výskytu nemocí duševních a infekčních. Dále cíle obsahují snížení výskytu úrazů z násilí a nehod, zdravé a bezpečné životní prostředí, zdravější život, omezení škod způsobených alkoholem, drogami a tabákem, dostatek zařízení sloužících zdraví, multisektorovou zodpovědnost za zdraví, integrované zdravotnictví, management kvality péče, financování zdravotnických služeb a přidělování zdrojů, rozvoj lidských zdrojů a zdraví, výzkum a poznání pro zdraví, mobilizaci partnerů pro zdraví, opatření a strategii zdraví pro všechny.

Aby člověk mohl podporovat své zdraví, musí si stanovit cíle. Ty se dělí do tří kategorií. První z nich jsou kognitivní cíle zaměřující se na rozšíření vědomostí klienta. Druhou kategorií jsou afektivní cíle se zabývají tvorbou životních postojů, hodnot, názorů a přesvědčení. Poslední jsou cíle behaviorální, jež se týkají chování, dovedností a činností klienta.

Mezi hlavní úkoly podpory zdraví patří zdravotní uvědomění, vědomosti klientů, uvědomění si sama sebe, změna postoje, schopnost rozhodování, změna chování a sociální změna. Nemałym úkolem klienta je udržení změny. Například klient, který musí dodržovat diabetickou dietu je každý den vystavován nástrahám a pokušením. K tomu, aby odolal je zapotřebí podpora, pochopení sestry a dostatek informací (komplikace, možnosti náhrady cukrovinek atd.), které člověk získá správnou edukací v primární péči (1, 7, 12, 21).

1.5 Edukace obecně

Přístup různých filozofů k učení/edukaci se pokouší objasňovat problémy, které se týkají edukačních procesů ve společnosti, tím je jejich filozofie bezpochyby potřebná. Filozofie edukace se zabývá povahou cílů a prostředků výchovy. Historicky byla filozofie základem pro pedagogiku. Aristoteles (384-322 př. n. l.), učenec antického Řecka, byl jedním z prvních teoretiků pedagogiky, zabýval se myšlenkami o výchově, které později ovlivnily pedagogické teorie. Tvrdil, že člověk se skládá z těla a duše, která má schopnost myšlení, poznání a vůle na rozdíl od duše živočichů či rostlin. Od tohoto odvodil složky výchovy - výchovu tělesnou, rozumovou a výchovu k ctnostnému životu, jinak řečeno mravní. V jeho tvrzení je základ holismu, který je nezbytnou součástí dnešního ošetrovatelství. Aristoteles nebyl pouze teoretikem, ale své koncepce i realizoval. Založil školu Lykeon, v níž se učila logika, rétorika, estetika, politika, etika a další.

Filozofie edukace není jednotnou disciplínou, tvoří ji mnoho směrů a teoretických koncepcí. Kanadaňan Yves Bertrand popisuje sedm teorií vzdělávání, jenž měly v průběhu několika posledních desetiletí vliv na myšlenky zabývající se tím, jakou podobu by vzdělávání mělo mít a jakou by mělo plnit úlohu (příloha č. 6). Tyto teorie jsou jistě přínosem i pro sestry edukátorky, pro které je filozofie edukace základem k edukování. Filozofie edukace by se měla zabývat smyslem, účelovostí, hodnotami edukace a přístupem k edukaci (19).

Pro pedagogiku je hlavním pojmem edukační realita. „Edukační realita je každá taková skutečnost (prostředí, situace, proces aj.), objektivně se vyskytující v lidské

společnosti, v níž probíhají nějaké edukační procesy nebo jsou vyvíjeny nebo fungují nějaké edukační konstrukty“ (20, s. 58).

V edukačním procesu se člověk učí a někdo jiný mu učení umožňuje, tedy vyučuje. Tato činnost probíhá v nějakém edukačním prostředí, což je dáno fyzikálními podmínkami (čekárna, speciální edukační místnost, školní třída apod.), dále přítomnými lidmi a jejich psychosociálními vztahy.

Při popisu edukace se neobejdeme bez pojmů vzdělávání, výchova a vyučování, které pojem edukace zaměňují a budou v textu také používány.

Edukace klienta má několik cílů, a to ochranu, zlepšení a udržení zdraví. Sestra poskytuje rady všem klientům o snižování rizikových faktorů na zdraví, jak zabezpečit celkovou fyzickou a psychickou pohodu a podává informace o specifické ochraně zdraví například klientům s diabetickou nohou (9, 19).

Dříve v naší společnosti přetrvával paternalistický model, který znamenal, že klienti musí poslouchat příkazy a nařízení zdravotníků, kteří pro ně budou znamenat především autoritu. V současnosti se do popředí dostal model spolupráce, v němž jde o to, aby klient přebral nejen právo, ale také odpovědnost za vlastní zdraví. „Dobrý vztah k sobě je základem zdravého vývoje a zdravého života“ (6, s.178). K tomu však klient potřebuje dostatek informací, určité znalosti a návod, jak o své zdraví pečovat. Z tohoto důvodu je dobré, aby zdravotník byl příkladem. Nutné je, aby sestra edukátorka upozornila klienta na to, že jedna změna může vyvolat několik změn dalších. Klienti se často zamýšlí nad tím, co je změna bude stát, současně je nezbytné probrat i to, jaká bude jejich odměna za ztráty. Tou je jistě kvalitnější život a tuto výhodu musí edukující sestra umět bez přehánění uvést do popředí.

Edukace musí probíhat neautoritativním způsobem bez slova „ne“, snažíme se dosáhnout spolupráce a dohody na určitých pravidlech. Cíle, které sestra edukátorka společně s klientem stanoví, musejí být splnitelné, ale nemůžeme čekat, že klient své návyky změní ze dne na den, proto musíme být trpěliví a nápomocní, aby dosáhl efektivního životního stylu či správného léčebného režimu (5, 6).

Průběh edukace závisí na aktivní spolupráci klienta a sestry, na vědomostech klienta, na jeho zdravotním stavu a stanovených cílech. Klient má mnoho informací

z různých stran (TV, rádio, tisk, billboardy), někdy není schopen rozlišit, které informace jsou pro něj zásadní a neumí s nimi zacházet. Rolí edukující sestry je, aby pomohla klientovi nalézt pro něj vhodné informace a naučit ho zacházet s nimi. Někdy je těžké přesvědčit klienta, aby změnil svůj způsob života. Problémy se vyskytují zejména u adolescentů a u starších občanů, kteří mají různý pohled na zdraví a zaběhlý způsob života. Z toho plyne, že se velmi podceňuje význam vhodného prostředí, kde klient žije. Proto sestra musí znát modely zdraví, jenž jsou popsány v kapitole 1.4, které mohou objasnit problémy při edukaci (10, 11, 27).

1.5.1 Jak edukovat

Pro sestru je znalost základů edukace velmi důležitá, neboť je součástí její každodenní práce.

Sestra edukátorka si v první řadě musí spolu s klientem stanovit cíl, kterého chtějí dosáhnout. Dále je třeba, aby si sestra uvědomila, jakého klienta bude edukovat, zda dítě, dospělého nebo seniora. Je třeba zvolit vhodný tón hlasu a vědět jakým způsobem informace podat atd. Sestra si musí promyslet, co chce klientovi sdělit, co všechno má informace obsahovat a kdo bude na podávání informace spolupracovat. Sestra by měla naplánovat datum a čas, zvolit vhodné prostředí (klidné, příjemné, čisté), které napomáhá k učení. Musí také zajistit funkční pomůcky a celou edukaci si řádně připravit a nacvičit. Klientovi je nutno poskytnout čas, aby informace mohl pochopit a vstřebat. Pro zapamatování a porozumění je důležité opakovat nebo si nechat zopakovat od klienta stěžejní věty či slova, tím sestra pozná, jestli si klient informace stihl zapamatovat a zda je pochopil. Dále je nezbytné nechat prostor pro kladení otázek. Je nutné, aby sestra během edukace mluvila srozumitelným jazykem, používala slova, jejichž význam klient zná, vyhýbala se odborným výrazům a pokud takový výraz použije, musí ho vysvětlit.

Co se týká získávání vědomostí, mají klienti rozdílné požadavky. „Potřeba učení je požadavkem na změnu chování a postojů“ (9, s. 278). Klient touží po poznání a po obohacení se novými poznatky, což jsou důležité prvky k získávání vědomostí. Klient je ochotný se učit, když si uvědomí potřebu učení, respektuje ji a vydává energii

na učení něčeho nového, což se poté projeví na jeho chování. Tyto požadavky jsou základním postojem člověka, který se učí a sestra je při své činnosti bere na vědomí.

Učení může ovlivnit životní styl klienta, jeho chování a zvládání problémů. Než sestra začne vyučovat/edukovat, musí znát faktory, které učení pomáhají a naopak faktory, které učení brzdí (9, 17, 27).

1.6 Faktory pomáhající učení

Motivace učit se je vnitřní pohnutka člověka. Když klient cítí potřebu učit se a věří, že pomocí vědomostí bude uspokojený, je motivace nejúčinnější. Ale nestačí, aby potřebu rozpoznala jen sestra, musí ji cítit i sám klient, proto je úlohou sestry pomoci mu, aby sám přišel na to, co potřebuje. Toho sestra docílí poskytnutím dostatečných informací o změně a motivuje klienta kvalitnějším životem.

„Ochota učit se, je projev motivace v určitém čase. Někdy se vyvine časem a úlohou sestry je tento vývoj podpořit“ (9, s. 282).

Aktivní zapojení klienta do plánování a diskusí dělá učení smysluplnějším, neboť si klient zachová více vědomostí a učení je i rychlejší na rozdíl od pasivního přijímání informací, které nezabezpečí optimální výsledek. Nejlépe se klienti učí, když vědí, že jsou akceptováni a neodsuzováni.

Pro rychlejší získávání vědomostí a dovedností je dobré seřadit informace od jednoduchých ke složitým a opakovat klíčové pojmy. Nutné je, aby čas mezi učením a využitím poznatků v praxi byl krátký. Když klient považuje získané vědomosti za důležité, rychleji si je osvojí.

Správné prostředí pro edukaci musí mít dostatečné, ale neoslňující osvětlení, optimálně vytopenou a větranou místnost. Na sestře edukátorce je, aby zvažila, zda pro klienta je vhodné učení ve skupině nebo v soukromí.

Pro sestru edukátorku je velmi důležitá zpětná vazba. Dozvídá se tím od klienta, jestli její edukování pro něj bylo přínosné, co by ona měla zlepšit nebo udělat navíc, aby edukační proces byl kvalitnější a pro něj srozumitelnější. Součástí je i pozitivní zpětná vazba od sestry edukátorky, např. pochvala. Často se však nevyhne ani negativní zpětné vazbě, kterou ale musí používat tak, aby klienta neodradila od učení (9).

1.7 Faktory překážející v učení

Největším problémem překážejícím v učení bývá onemocnění samotné. Překážkou může být i úzkost způsobená třeba neznámým prostředím či nevědomostí, co klienta čeká. Klienti nejsou schopni se soustředit a z edukace si pamatují jen malou část. Tomuto problému se dá přejít včasným poskytnutím informací, které odstraní úzkost a nejistotu. Naopak klientům, kteří mají pocit, že se jich celá věc netýká, je třeba předložit možné problémy, čímž můžeme zvýšit jejich zájem o dané téma a následně i motivaci k učení.

V potaz musí sestry brát i fyzické překážky jako je onemocnění samotné, bolest, porucha sluchu a zraku. Klient se za těchto podmínek nesoustředí a někdy není ani schopen vydávat energii k získávání vědomostí. Rušivým elementem může být také hluk, který odvádí pozornost a snižuje schopnost vnímat mluvené slovo.

Časté jsou také kulturní bariéry. Pro klienta, který nerozumí jazyku sestry je získávání informací velmi složité a namáhavé. Někdy sestra může mít rozdílné hodnoty, než klient, ale to se nesmí stát překážkou v učení. Sestra edukátorka také musí respektovat zvyky, tradice a celkový životní styl klienta. Musí mít vědomosti multikulturního ošetřovatelství, respektovat osobnost, názory a hodnoty klienta. Pro sestru je nezbytná znalost všech faktorů ovlivňujících učení, k tomu, aby předešla problémům při edukaci/vyučování klienta (9).

1.8 Vyučování

Vyučovací proces je součástí ošetřovatelství, je dynamickým vztahem mezi vyučujícím a učícím se. Je to soubor činností k získávání informací, vědomostí a dovedností. K učení je potřeba správná komunikace, totožné cíle sestry a klienta.

Jsou tři oblasti učení a na ně sestra edukátorka při edukaci nesmí zapomínat. První z nich je kognitivní oblast, někdy nazývaná jako mentální, obsahuje intelektové schopnosti jako myšlení, poznání, porozumění. Hodnoty, postoje, emoce a zážitky jsou zahrnovány pod oblast afektivní. A pod oblast psychomotorickou je zahrnována motorická zručnost.

Sestra edukátorka se musí zaměřovat na všechny tyto oblasti, protože jsou součástí vyučovacího procesu, navazují na sebe, jejich pořadí se může měnit a opakovat.

S vyučovacím procesem souvisí i principy výuky. Jako první je nutné stanovit očekávání a cíle, kterých chce klient dosáhnout. Pokud nechápe informace, které mu sestra podává, je nutné změnit způsob edukace. Dále je nutné si uvědomit, že k podpoře učení je důležitý stálý kontakt sestry edukátorky s klientem a vzájemná akceptace. Dalším úkolem edukátorky je využít stávající vědomosti a schopnosti klienta k osvojení nových dovedností. Následujícím bodem je vyučování, které musí probíhat jasně, stručně a pro klienta srozumitelnou řečí. Posledním principem je vybrat takové činnosti, které jsou efektivní a umožňují dosažení cíle.

Vše, co bylo v této kapitole, i v kapitolách předchozích zmíněno je součástí edukačního procesu, který musí každá sestra edukátorka znát a prakticky ovládat (9).

1.9 Edukační proces

Edukační proces je základem edukace, je dynamický, skládá se z pěti částí, které na sebe navazují, ale mohou se i opakovat a sestra se s klientem může zpětně k jednotlivým částem procesu vracet.

Sběr údajů je nejdůležitější částí edukace. Neuskutečňuje se jen na začátku, ale během celého procesu. Informace o klientovi můžeme získat pomocí pozorování, rozhovoru sním nebo jeho rodinou či přáteli a ze zdravotní dokumentace. Edukátorka se musí zaměřit na určení potřeby klienta. Odebírá anamnézu, fyzikální vyšetření a hodnotí kognitivní funkce. Získává údaje o zdravotním stavu, o způsobu životního stylu atd. Překážkou při získávání údajů je neúplná dokumentace a nespolupráce klienta (např. nekomunikuje).

Druhou částí edukačního procesu je diagnostika. Po dostatečném získání údajů edukující sestra stanovuje edukační problémy klienta, které se týkají nedostatku vědomostí nebo dovedností v určité oblasti.

Plánování zahrnuje stanovení cílů, které jsou dosažitelné a uspokojí potřeby klienta. Důležité je zvolit správnou metodu vyučování. Edukující musí vytvořit plán s přihlédnutím k věku, vzdělání a aktuálnímu fyzickému stavu klienta.

Realizace je praktické provedení plánu. Edukující sestra musí motivovat klienta ke spolupráci, vše mu vysvětlit, pomoci mu zapamatovat si nové informace a prakticky je využít. Opět je nutné brát v potaz věk a zdravotní stav klienta, zvolit klidné prostředí, správný čas a vymezit dostatek času. Součástí je i umění komunikace.

Poslední částí je hodnocení, kdy sestra edukátorka spolu s klientem hodnotí, zda učením došlo ke splnění cílů, posuzuje se, jestli byly použity správné vyučovací metody a v neposlední řadě probíhá zpětná vazba. Hodnocení by mělo probíhat opakovaně v průběhu edukace, na konci a také s časovým odstupem.

K tomu, aby edukační proces mohl kvalitně probíhat jsou nutné edukační materiály, jenž jsou v současnosti různorodé, ale mají určitá kritéria, jak by měly vypadat. Daná kritéria jsou popsána v následující kapitole (14).

1.10 Edukační materiály

Edukační materiály jsou nedílnou součástí edukačního procesu. Sestra edukátorka je může sama vytvářet (např. letáky, informace o onemocnění na nástěnce, přednáška - Power Point), proto by měla znát jejich kritéria.

Prvním kritériem je zaměření na klienta. Sestry musí vědět pro koho je edukační materiál určen, jestli bude sloužit jednotlivci, cílové skupině, rodině, jakému etniku, musí znát věk edukovaných, obsahovou zaměřenost, úroveň vědomostí, zkušeností a zručnosti klienta.

Druhým kritériem je použití jazyka a komunikace. Edukující sestra musí používat jednoduchý jazyk, srozumitelný, přiměřený věku a vzdělání. Používá se jednoznačný význam slov bez odborné terminologie. Ale pokud se jí nemůže vyhnout, přizpůsobí její frekvenci a jasně ji vysvětlí. Nepoužívá zákazy ani příkazy, protože vyvolávají strach, neschopnost a bezmocnost. Naopak je vhodné edukaci formulovat tak, aby byla pozitivní a bylo možné poskytnout jiné řešení, čímž se dosáhne motivace klienta. Poskytované informace musí být kvalitní a v přiměřeném rozsahu.

Třetím kritériem je struktura obsahu poskytovaného materiálu. Postupně obsahuje název a vymezení problematiky, cíle, potřebné vědomosti klienta, metodiku a pomůcky, obsah, závěr, shrnutí a zopakování důležitých informací. Dále zde mohou být různá upozornění, odkazy internetových stránek, kontrolní otázky a úlohy. Základem je postupovat od jednoduchého ke složitému, od známého k neznámému a od jedinečného k všeobecnému.

Čtvrtým kritériem je znázornění. Dobré je využívání krátkých příkladů s cílem porovnání, modelových situací, obrazové znázornění za pomoci tabulek, obrázků, využití nejčastějších chyb.

Pátým kritériem je grafická úprava materiálu. Kvalitní grafická úprava zvyšuje zájem klienta o využití materiálu. Z hlediska efektu používáme vhodný typ a velikost písma, dbá se na přehledné členění (nadpisy, odstavce), využití přehledných tabulek, obrázků, grafů a to vše v přiměřeném poměru.

Šestým a zároveň posledním kritériem je zpětná vazba. Díky ní sestry edukátorky zjistí, zda daný materiál má pro klienty nějaký přínos. Pomocí jejich názoru zjistí slabiny i pozitiva, což je nezbytné pro přípravu dalšího edukačního materiálu a pro spolupráci sestry edukátorky s klientem.

Aby však edukace, jejíž součástí jsou edukační materiály, vůbec mohla probíhat, je nutné vybrat správnou výukovou metodu (4).

1.11 Klasické výukové metody

Klasické metody jsou nejpoužívanějšími nejen v našem školství, ale i ve zdravotnických zařízeních při edukaci sestrou. Sestra uplatňuje ve veřejném zdravotnictví různé výukové metody, které nemusí být prováděny pouze v ordinaci, ale své znalosti a dovednosti může předávat i mimo zdravotnické zařízení, což je lepší pro dobrý pocit edukovaných, neboť je všeobecně známo, že lidé se ve zdravotnických zařízeních necítí dobře a to pak vede i k problémům v edukaci (22).

1.11.1 Metody slovního projevu

Slovo mluvené i psané má nemalý význam pro edukaci. Tato metoda může být samostatnou nebo může doprovázet i jiné metody. Je nejstarší a nejpoužívanější metodou v edukaci klientů.

Metodu slovní lze rozdělit na monologickou, při níž je vedena řeč pouze z jedné strany (vyprávění vysvětlování, přednášky), a dialogickou, kdy edukátor a klient si vyměňují myšlenky (diskuse, dialog). „Základ je ve vnímání a pochopení řeči klientem“ (22, s. 187).

Využívání metod slovního projevu předpokládá věnovat náležitou pozornost i technice ústního podání. Jde především o to, aby řeč učitele byla srozumitelná, jasná a dostatečně výrazná. Její výraznost je dána pečlivou výslovností, správným přízvukem, rytmem, tempem i využíváním pauz mezi slovy a větami. Tempo řeči učitele při vyučování se obvykle nerovná běžnému hovoru. Uvedené momenty jsou společné všem slovním metodám a dají se využít kdykoliv a kdekoliv při setkání s klientem (22).

Mezi metody slovního projevu patří *vyprávění*. Vyprávění nachází v edukačním procesu funkční uplatnění, neboť člověk má potřebu vyjadřovat své poznatky a zkušenosti. „Charakteristickými rysy metody vyprávění jsou konkrétnost, epičnost, živost, bohatost představ“ (22, s. 187). Tato metoda se používá zejména pokud chceme, aby nám klient popsal konkrétní situaci, událost. Vyprávění ze strany sestry může mít funkci motivační. Častěji se používá u dětí a mladších klientů, u starších je využívána jako metoda pomocná. Využívá se v podpůrných skupinách a při vytváření kazuistik, kdy se vypráví o daném tématu. K dosažení optimálního vyprávění je potřeba zajistit nezbytné podmínky jako je tichá místnost s odpovídajícím vybavením (22).

Další z metod slovního projevu je *vysvětlování*. Uplatňuje se hlavně tehdy, pokud jde o osvojování látky pojmové povahy. Musí probíhat postupně a po krocích. Je třeba poznamenat si předem klíčová slova nebo věty na tabuli a během výkladu je opakovat či na ně upozornit gestikulací a tónem hlasu. Klient by měl pečlivě sledovat řeč, přemýšlet nad ní a odpovídat na otázky, čímž vyučující udržuje pozornost a kontroluje, zda jeho výkladu bylo porozuměno. Vysvětlování je zapojeno do denní

činnosti sestry, například když klientovi vysvětluje jakým způsobem má užívat léky, jak se starat o novorozence atd.

Nejnáročnější formou je *přednáška*. A to nejen pro sestru edukátorku, která musí být řečnický dokonalá, ale i pro klienty, protože je nutné koncentrovat pozornost na delší ucelený projev. Edukující musí podporovat aktivitu klientů a udržovat s nimi kontakt verbální i vizuální. Není dobré sedět, ale přiměřeně se pohybovat. Vhodné je využití obrazových materiálů, což přednášku obohatí a zpestří. Výhodou je rychlé seznámení s látkou. Pokud si klient chce dělat poznámky, měla by mu sestra edukátorka poskytnout dostatek času. Nevýhodou přednášky je, že sestra postupuje se všemi klienty stejným tempem, pro některé, může být příliš rychlé, pro některé naopak pomalé. Klienti nejsou aktivně zapojováni, což snižuje jejich koncentraci. Přednášku mohou sestry využít při poskytování rad klientům o zdravém životním stylu (18).

Rozhovor patří k nejstarším metodám, navazuje na běžné hovory, které vedeme v každodenním životě. Cílem je objasnit formou otázek a odpovědí nějaký jev. Rozhovor může být individuální nebo skupinový. Dále standardizovaný, kdy edukující si připraví otázky, jejichž pořadí je určeno a těchto otázek se drží, nebo nestandardizovaný, zde je nutné si připravit okruhy otázek, které budou kladeny, ale jejich obsah a pořadí záleží na edukovaném. Možné je využít i rozhovor volný, kdy sestra nechává klienta hovořit a do rozhovoru zasahuje jen nenásilně. Dále rozhovor můžeme rozdělit na diagnostický, který odhaluje fakta o klientovi, a terapeutický, který povzbuzuje, uklidňuje a zaměřuje se na řešení tíživé situace. Mohou se používat otázky zjišťovací, otevřené, zavřené, problémové (např. Proč...). Rozhovor je denní činností sestry, měla by vědět, jaký typ rozhovoru zvolit a plně ho ovládat, protože jej provádí s každým klientem.

Diskuze je rozhovor ve skupině, při níž si účastníci vyměňují názory. Je potřeba, aby sestra edukátorka diskuzi vedla a podporovala, dala prostor všem zúčastněným a popřípadě nenásilně zapojila stranící se členy. Při této metodě se vyžaduje takt, sebeovládání a respektování názorů druhých. Na závěr sestra provede shrnutí diskuze. Přínosem této metody je, že jeden klient může poskytnout motivaci jinému klientovi. Při diskuzi je možné získat nové informace nebo přehled o určitém tématu. Příkladem

jsou diskuze pořádané klubem stomiků, kde si lidé zasažení touto problematikou vyměňují své zkušenosti a poskytují si navzájem cenné rady.

Do metod slovního projevu a zároveň do skupinových výukových metod můžeme zařadit *brainstorming*. Požaduje se v krátkém čase vyslovení co největší množství spontánních nápadů, které se zapisují. Je možné ho použít i při práci s jedním klientem. Sestra tuto metodu může použít kdykoliv při hledání řešení daného problému klienta (15, 22, 29).

1.11.2 Metody názorně-demonstrační

„Metody názorně demonstrační uvádějí žáky do přímého styku s poznávanou skutečností, obohacují jejich představy, konkretizují abstraktní systém pojmů, podporují spojování poznávané skutečnosti s reálnou životní praxí“ (22, s. 195).

Mezi tyto metody patří *předvádění*. Předvádí se reálné předměty a jevy a to buď přímo, nebo pomocí přístrojů. Předvádění se musí organizovat a usměrňovat. Úkolem učícího se je pozorování. Můžeme rozlišit 4 typy pomůcek z hlediska vývoje: obrazy (plakáty, kresby, reálné modely), knihy, pomůcky zlepšující lidské smysly (mikroskop), počítač. Možné je dělení i podle typických znaků: reálné předměty (výrobky), modely, zobrazení, pomůcky zvukové, pomůcky dotykové, pomůcky literární (letáky), počítače. Tuto metodu můžeme použít při předvádění klientovi, jak se zachází s inzulínovým perem (15, 30).

Dále sem patří *instruktáž*. Ta je výukovou metodou, jež zprostředkovává vizuální, auditivní a hmatové podněty pro praktickou činnost učícího se. Může mít několik variant (slovní, písemné, hmatové a pohybové instrukce atd.). Při instruktáži je nutné použít všechny tyto varianty k tomu, aby edukace byla efektivní. Tuto metodu lze využít např. při edukaci klienta o převazu rány v domácím prostředí (15, 22).

1.11.3 Metody dovednostně-praktické

Mezi ně patří *vytváření dovedností*. Základem pro vytváření dovedností je potřeba, zájem a motivace učícího se. Musí aktivizovat své schopnosti a dovednosti, snažit se orientovat v situaci, aktivně hledat řešení. Dovednosti se tvoří a zdokonalují

v průběhu času, jedinec má možnost se nad nimi zamyslet a hlouběji pochopit danou činnost, což vede ke zdokonalení dovednosti (např. péče o stomii).

Další metodou dovednostně-praktickou je *napodobování*. „Napodobování se vymezuje jako proces přebírání určitých způsobů chování od jiných, zejména starších lidí, kteří mají autoritu“ (15, s. 97). Tato metoda vychází z demonstrace a klasickým příkladem je výchova dětí. Napodobování může ovlivnit racionalita člověka nebo naopak citová vazba k edukátorovi. Probíhá napodobováním přímo osoby, se kterou je učící se v kontaktu nebo nepřímo, zprostředkovaně z četby, z televize. Napodobovaný může však působit jak pozitivně, tak i negativně. Sestra by měla být člověkem, ke kterému lidé vzhlíží a měla by jít příkladem, aby docílila pozitivního přístupu klientů k prohlubování svého zdraví.

Dále sem můžeme zařadit *produkční metodu*. Do této metody patří motorické aktivity, činnost ruky a tělesné pohyby. Důležitý je výsledek praktické činnosti, kterým je konkrétní výkon. Jeho základ je v motorické činnosti. Nacvičují se pohybové dovednosti a jemná motorika. Metoda se může použít například u nácviku aplikace inzulínu (15, 22).

1.11.4 Komplexní výukové metody

Mezi skupinové výukové metody patří *frontální edukace*. Je to tzv. hromadné vyučování, při kterém je znát dominantní postavení edukujícího, který edukuje větší množství klientů. Edukující by se měl snažit udržet kontakt nejen s celou skupinou, jenž edukuje, ale i s jednotlivými klienty. Metodu sestry mohou využít při přednášení, poskytování rad klientům o zdravém životním stylu.

Dále sem patří metoda *skupinové edukace*. Pro ni je charakteristická spolupráce při řešení stejného problému. Sestry mají možnost tuto metodu využít při edukaci větší skupiny klientů, které rozdělí do skupin po čtyřech až pěti. Učící se si mohou sdělovat své poznatky, zkušenosti a mají možnost vzájemně si pomáhat a radit. Metodu lze využít například při edukaci o nových stomických pomůckách, kdy klienti si pomůcky mohou vzít do ruky, učí se, jak fungují a jak je mají používat.

Sestra může využít i *televizní výuku*. Fenomén televize otevřel další možnosti pro nový způsob edukace. Výukový televizní pořad se vždy zaměřuje na konkrétní skupinu lidí. Zaměření pořadu je výchovně-vzdělávací a odráží se v něm cíle edukace. Je uspořádán tak, aby bylo dosaženo optimálního edukačního výsledku. Tato výuka může být využívána v čekárnách při ordinacích a ve školách. Sestra musí po shlédnutí pořadu udělat zpětnou vazbu, aby zjistila, jestli si klienti pamatují pro ně důležité informace a jestli jim porozuměli. Pokud je klientům pouze puštěn výukový program, pak je edukace neefektivní.

Výuka pomocí počítače. K této metodě je nutná alespoň částečná počítačová gramotnost, která však může být velkým problémem u starších generací. Tato metoda je vhodná především pro děti, pro které je počítač hrou a umí s ním pracovat. Sestry edukátorky využívají počítač také k prezentacím při přednáškách (22).

V dnešní době je možné široké *využití internetu*, kde pro edukaci lze nalézt mnoho informací. Internet nám poskytuje informační materiály, písemné spojení mezi edukující sestrou a klienty či klientem. Sestra by měla doporučit vhodné a ověřené stránky o zdraví, neboť informace, které klient sám získává na internetu mohou být i nekvalitní, nesprávné a mohou ho poškodit. Sestry u obvodního lékaře se mohou zaměřit na edukaci očkování, preventivní prohlídky, kdy je možné poslat pozvánku nebo upozornění, že se blíží její datum. S pomocí obrázků či videa na internetových stránkách je možné se zaměřit na prevenci úrazů, užívání léků, přípravu k vyšetření, prevenci drogové závislosti, zdravý životní styl (obezita, kouření, požívání alkoholu, stres), léčebný režim. Stomatologická sestra s pomocí informací a obrázků z internetu může sestavit prezentaci a edukovat o preventivních prohlídkách, prevenci zubního kazu, paradentózy, o správném čištění chrupu, dostupných pomůckách, o zubních náhradách. Sestra v gynekologické ambulanci má možnost edukovat s pomocí videa a obrázků z internetu o preventivních prohlídkách, samovyšetření prsou, očkování (HPV), užívání antikoncepce, správné životosprávě a může poslat pozvánku na preventivní prohlídku těhotné ženě. Dnes už lze internet využít k jakémukoliv tématu edukace. Kvalitní využití internetu vyžaduje vědomosti a zručnost sester, ale také materiální a technické vybavení pracoviště (13, 15).

Výběr vyučovací metody je velmi důležitý, sestra při něm musí brát ohled na věk klienta, jeho nemoc a omezení, na úroveň chápání, časové možnosti atd., proto by bylo také vhodné, aby sestra vedla edukační záznam.

1.12 Záznam edukace

Záznam do dokumentace o provedení edukace by měl být základem edukačního procesu. Dokumentace by měla obsahovat edukační plán, záznam o klientových vědomostech, znalostech, zručnosti. Sestra by měla postupně zapisovat, co klient už umí, co mu jde a naopak s čím má problémy. Zapsán musí být i postup edukačního procesu. Záznamem edukace docílíme její kontinuity. Z těchto důvodů by měla být snaha o vytvoření edukačního standardu. „Edukační standard můžeme charakterizovat jako určitou dohodnutou úroveň kvality edukační činnosti u pacienta, jednotlivce, rodiny, skupiny. Smyslem edukačního standardu je koordinovat v nevyhnutelné míře rozsah a obsah tak, aby nebyl omezený jeho přístup, tvořivost“ (27, s. 105). Díky záznamu edukace by sestry měly přehled o jejím průběhu a mohly by tento proces objektivně hodnotit (27).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl1: Zjistit možnosti využití role sestry edukátorky ve veřejném zdravotnictví.

2.2 Hypotézy práce

H1: Role sestry edukátorky je možné využít ve veřejném zdravotnictví.

H2: Sestry mají zájem o uplatnění role edukátorky ve veřejném zdravotnictví.

H3: Sestry vnímají roli sestry edukátorky za podstatnou v systému veřejného zdravotnictví.

H4: O roli sestry edukátorky má zájem vedení organizací systému veřejného zdravotnictví.

3. Metodika

3.1 Použitá metoda sběru dat

Pro splnění cíle této bakalářské práce jsem použila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku dotazníku. Dotazník byl anonymní. Respondenti měli dostatek času na jeho vyplnění. Vlastní dotazník (příloha č. 1) se skládá z 28 otázek, z toho je jedna otevřená, dále deset otázek polootevřených a zbylé otázky jsou uzavřené. Statistické zpracování výsledků výzkumu do grafů a tabulek bylo provedeno tabulkovým procesorem Microsoft Excel, XP Professional.

Grafy jsou vyjádřeny procentuálně nebo v absolutních číslech a tabulky v absolutních číslech.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

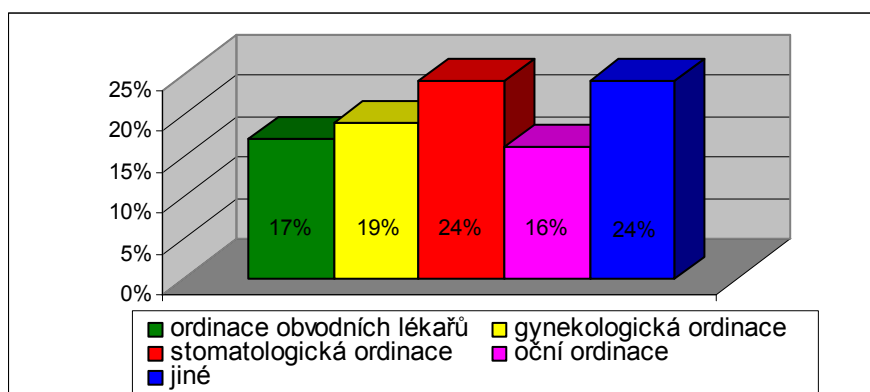
Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v ambulantních zařízeních ve městech Jindřichův Hradec a České Budějovice. Bylo rozdáno 20 dotazníků do ordinací obvodních lékařů, 23 do gynekologických, 28 do stomatologických, 19 do očních a 28 do jiných odborných ordinací.

Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž správně vyplněných a použitelných pro výzkum bylo 118 (100%). Návratnost tedy byla 79%. Správné odpovědi v dotazníku měly být sestrami zakřížkovány, případně měly odpověď u otevřené otázky vepsat.

4. Výsledky

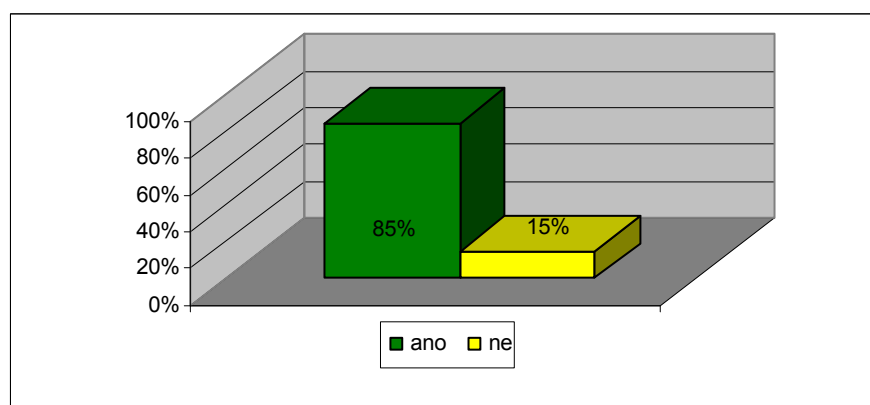
Zdroj všech grafů a tabulek vlastní.

Graf 1 Pracoviště respondentů



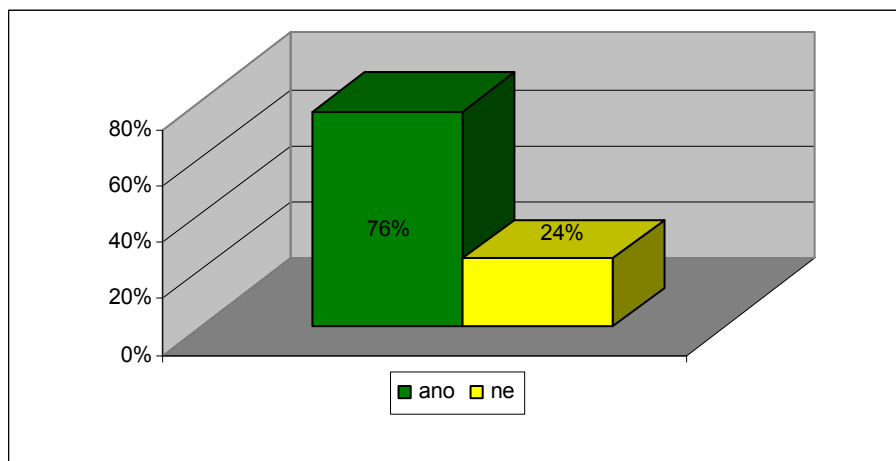
Z celkového počtu respondentů 118 (100%) pracuje 20 (17%) sester v ordinaci obvodního lékaře, 23 (19%) sester v gynekologické ambulanci, 28 (24%) sester ve stomatologické ordinaci a 19 (16%) sester v oční ordinaci. Jiné pracoviště uvedlo 28 (24%) sester.

Graf 2 Zájem o edukaci od klientů



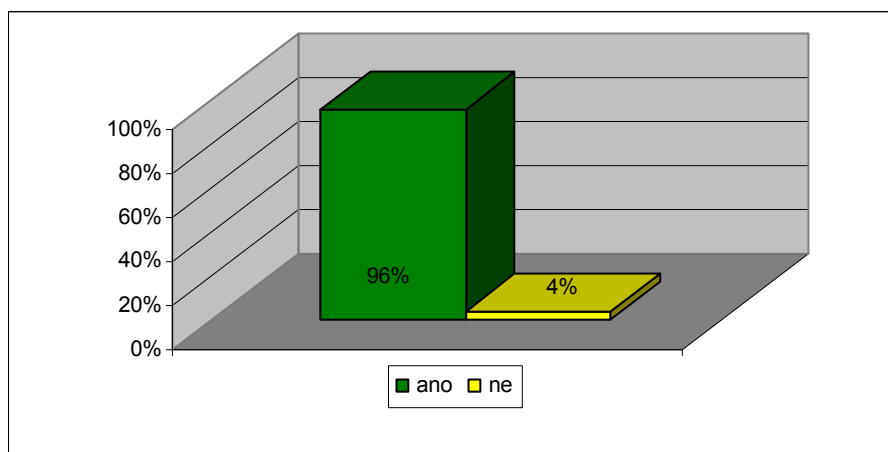
100 (85%) sester uvedlo, že klienti mají zájem o edukaci, 18 (15%) sester označilo nezájem o edukaci ze strany klientů.

Graf 3 Vyšší požadavky na edukaci ze strany klientů



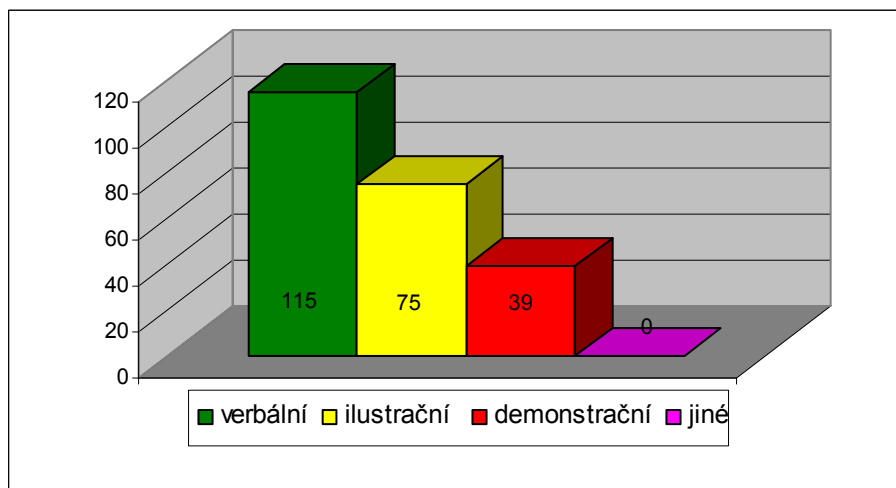
90 (76%) sester v současnosti vnímá ze strany klienta vyšší požadavky na edukaci, 28 (24%) sester nevnímá zvýšené požadavky na edukaci.

Graf 4 Edukace klientů všech věkových kategorií



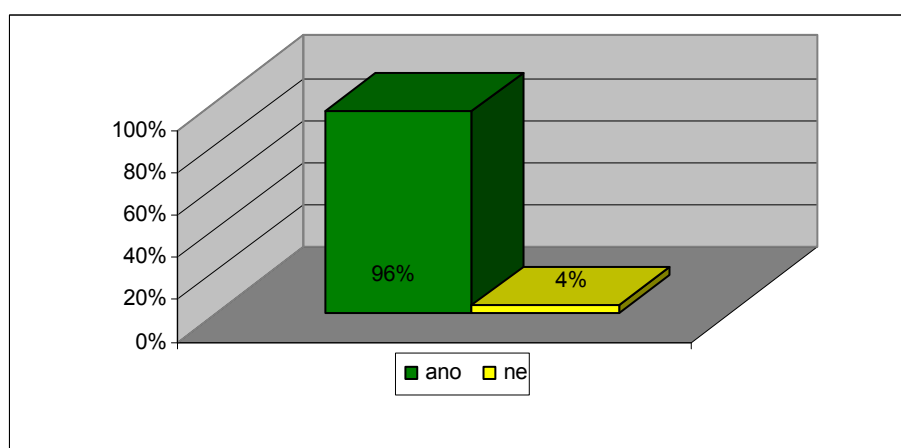
113 (96%) sester si myslí, že by měli být edukováni klienti všech věkových kategorií, 5 (4%) sester s tímto nesouhlasí.

Graf 5 Techniky edukace



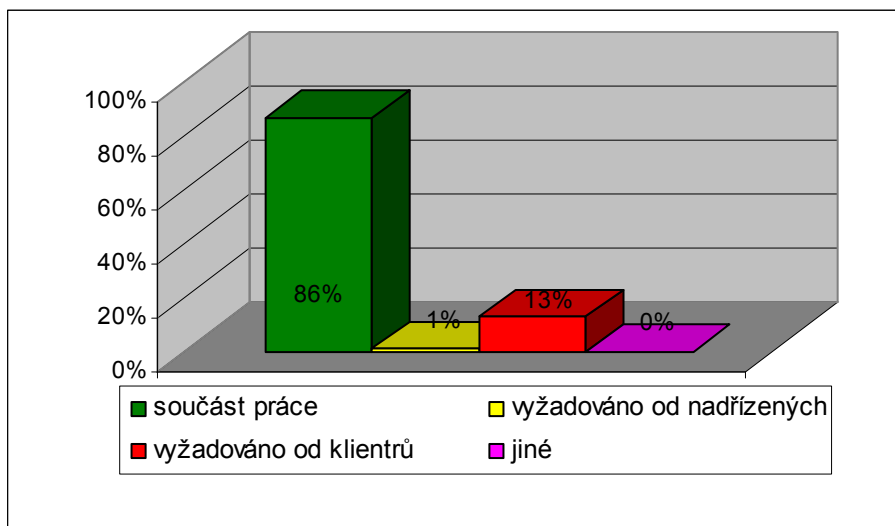
Z možnosti vybrat více odpovědí, z celkového počtu 118 (100%) sester jich 115 uvedlo, že využívá k edukaci verbální techniky, 75 názorně ilustrační a 39 názorně demonstrační. Jiné techniky nebyly uvedeny. Graf je uveden v absolutních číslech.

Graf 6 Zájem edukovat klienty



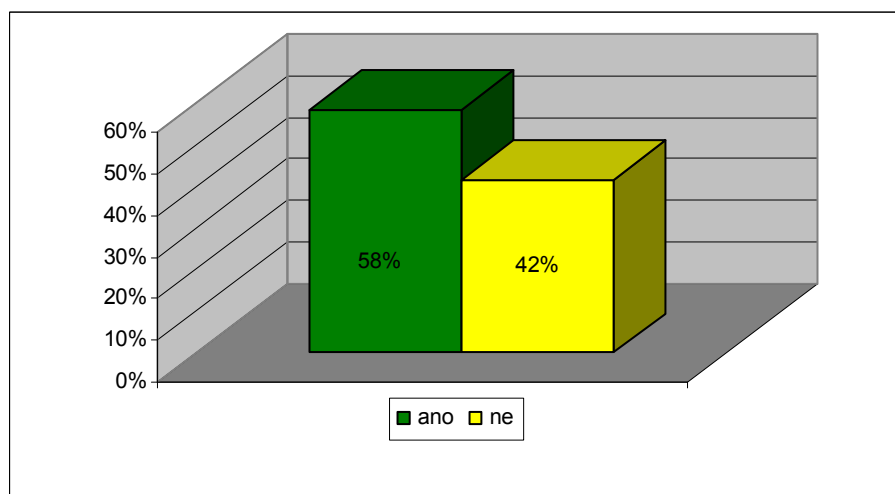
113 (96%) sester uvedlo, že má zájem edukovat klienty, 5 (4%) sester zájem edukovat nemá.

Graf 7 Důvod k provádění edukace



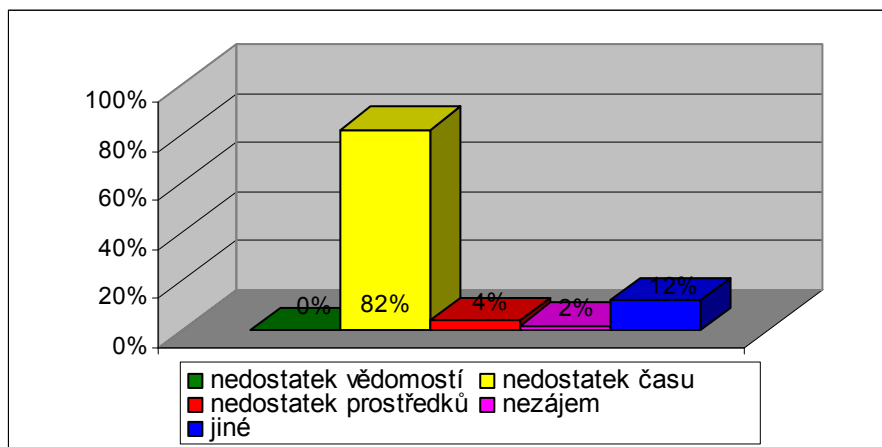
Jako důvod k edukaci klientů 102 (86%) sester uvedlo „je to součást mé práce“, 1 (1%) sestra „jsem nucena ze strany nadřízených“ a 15 (13%) sester „klienti si to vyžadují“. Jinou možnost neuvédla žádná ze sester.

Graf 8 Edukace všech klientů



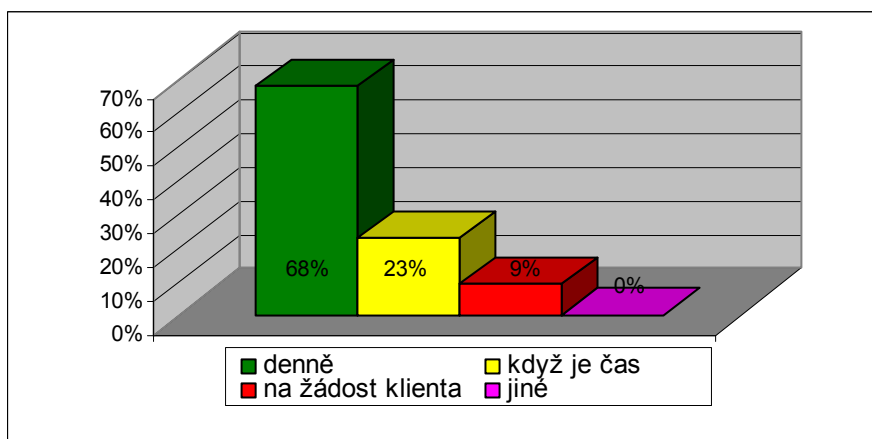
69 (58%) sester edukuje všechny klienty, 49 (42%) sester needukuje všechny klienty.

Graf 9 Důvod, proč sestry needukují všechny klienty



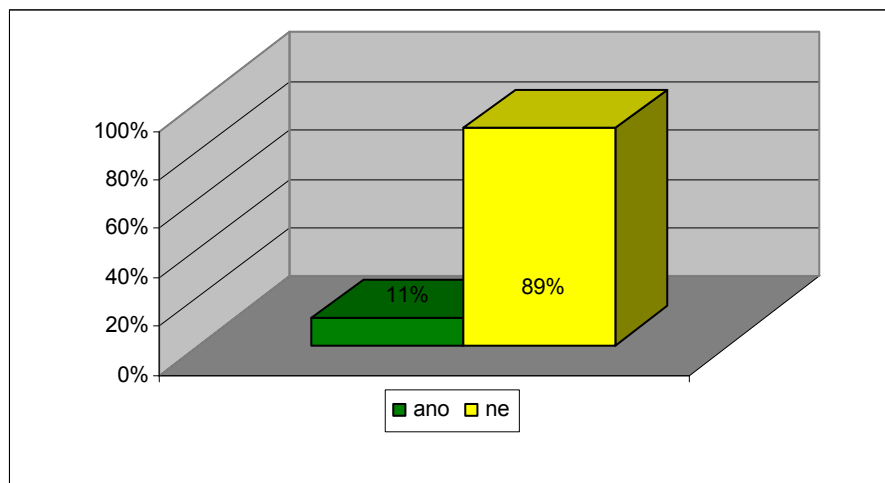
Žádná ze sester neuvvedla, že má nedostatek vědomostí k edukaci, 40 (82%) sester needukuje z nedostatku času a 2 (4%) sestry kvůli nedostatku prostředků. Nezájem, jako důvod proč needukovat, uvedla 1 (2%) sestra. Možnost „jiné“ označilo 6 (12%) sester. Bylo uvedeno 2x, že klienti nemají zájem, 2x, že nespolupracují, 1x nedovoluje zdravotní stav a 1x, že není nutné klienta edukovat.

Graf 10 Provádění edukace v čase



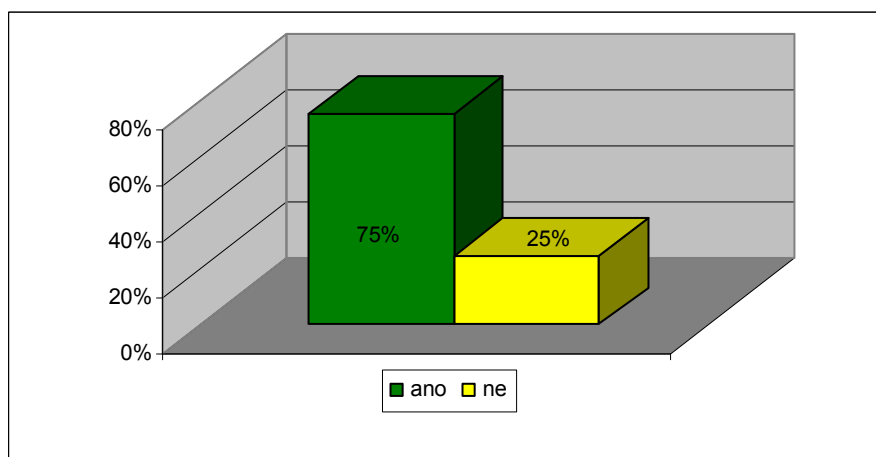
80 (68%) sester provádí edukaci denně, 27 (23%) sester když má čas a 11 (9%) když si to klient vyžádá. Jiné důvody nebyly uvedeny.

Graf 11 Kvalita edukace při poskytnutí letáku



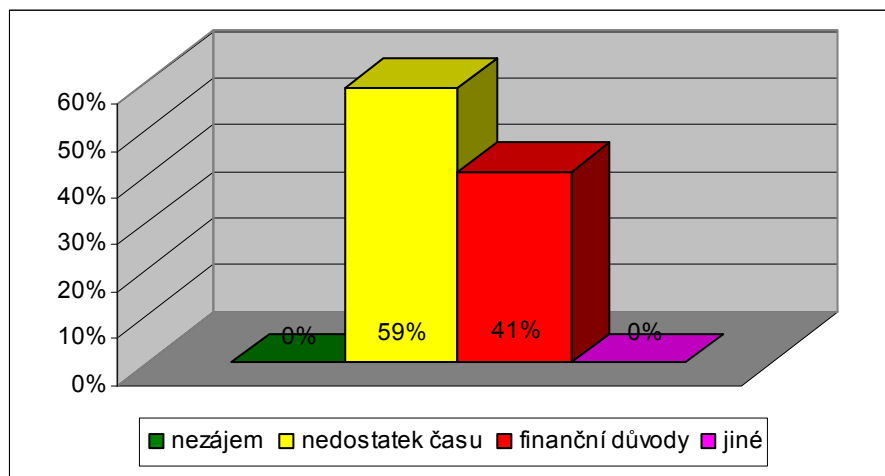
13 (11%) sester si myslí, že je edukace kvalitní, když klientovi poskytnou pouze informační leták. 105 (89%) sester to za kvalitní edukaci nepovažuje.

Graf 12 Zájem o kontinuální vzdělávání



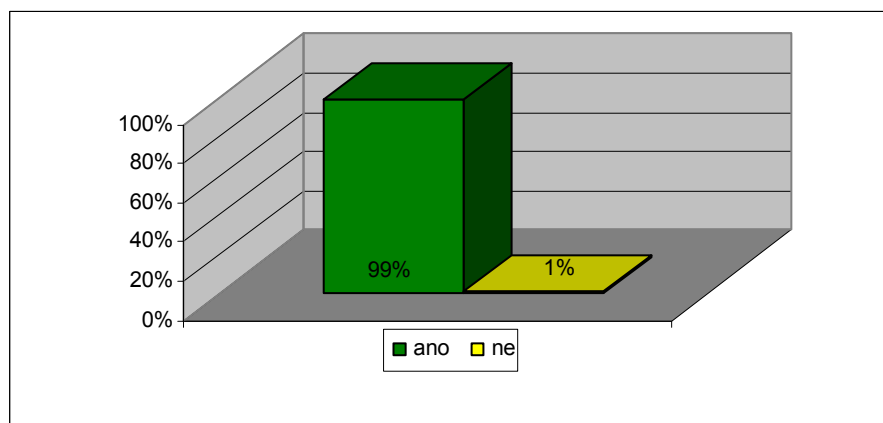
89 (75%) sester má zájem se kontinuálně vzdělávat a 29 (25%) sester o vzdělávání zájem nemá.

Graf 13 Důvod, proč se sestry nechtějí kontinuálně vzdělávat



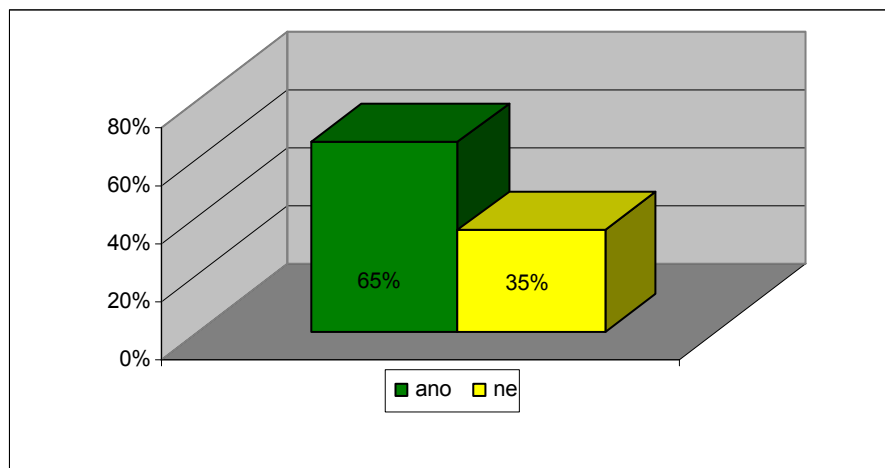
Jako důvod, proč se sestry nechtějí kontinuálně vzdělávat jich 17 (59%) uvedlo nedostatek času, 12 (41%) sester uvedlo finanční důvody. Nezájem a možnost jiné neuvedla žádná sestra.

Graf 14 Edukace podstatná pro veřejné zdravotnictví



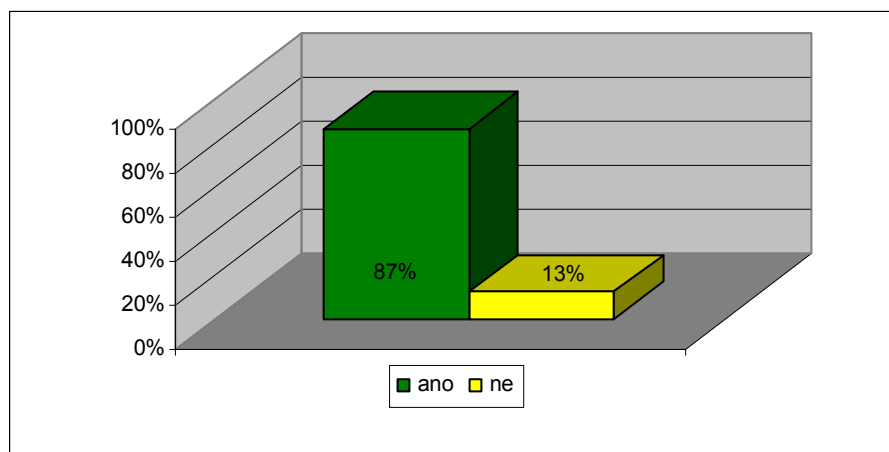
117 (99%) sester vnímá edukaci jako podstatnou součást veřejného zdravotnictví, 1 (1%) sestra ji takto nevnímá.

Graf 15 Dostatek času na edukaci



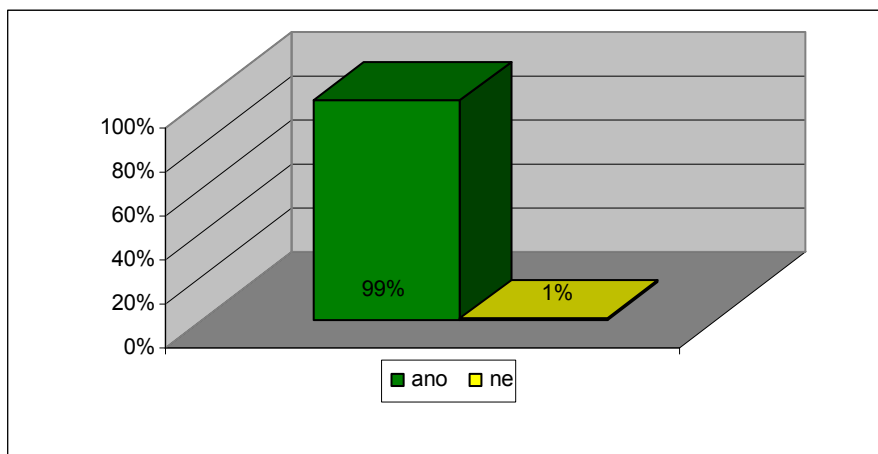
77 (65%) sester si vždy vymezí dostatek času na edukaci a 41 (35%) ne.

Graf 16 Edukace sestrou bez ohledu na zaměření ordinace



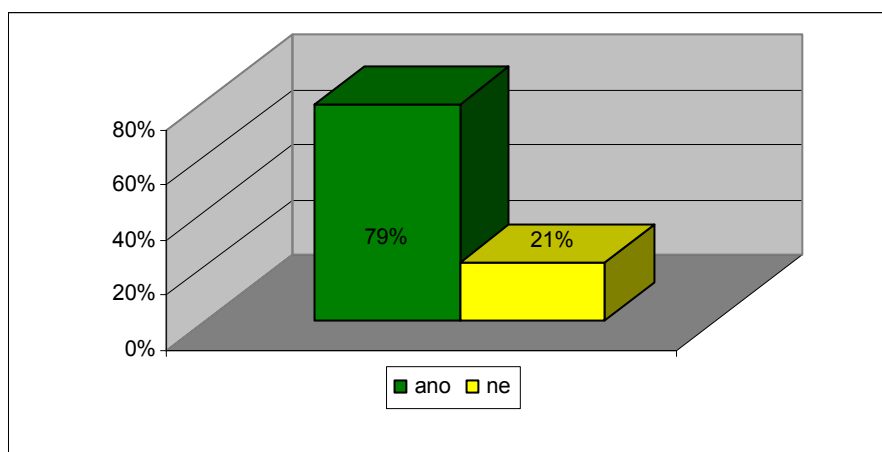
103 (87%) sester se domnívá, že by měly edukovat klienty všechny sestry bez ohledu na zaměření ordinace, kde pracují. 15 (13%) sester odpovědělo záporně.

Graf 17 Důležitost edukace



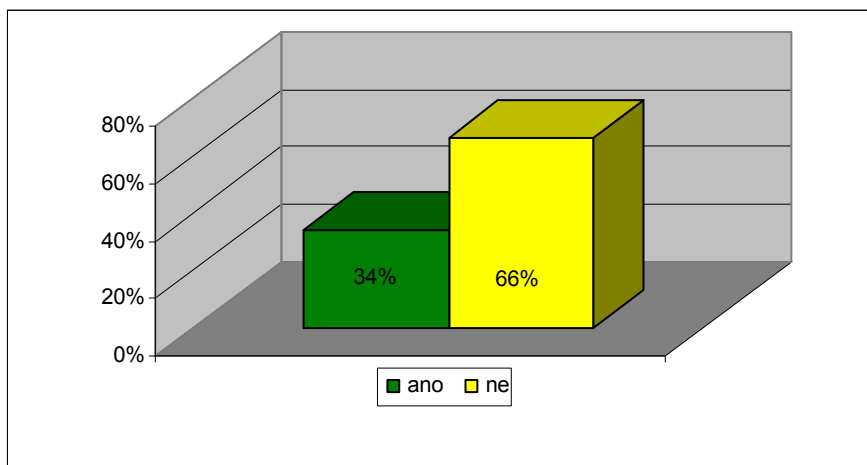
117 (99%) sester uvedlo, že edukace klienta je důležitá, 1 (1%) z dotazovaných si to nemyslí.

Graf 18 Podpora k edukaci ze strany nadřízených



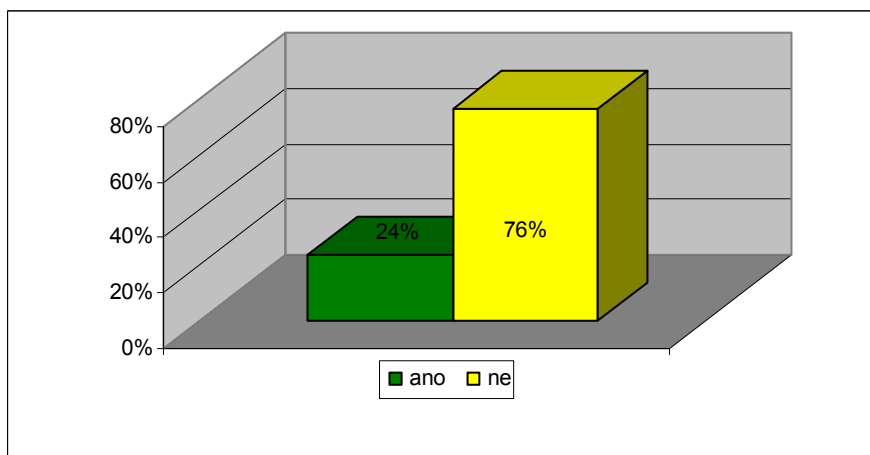
93 (79%) sester má ze strany nadřízených podporu v edukaci, 25 (21%) sester ji nemá.

Graf 19 Čas na edukaci



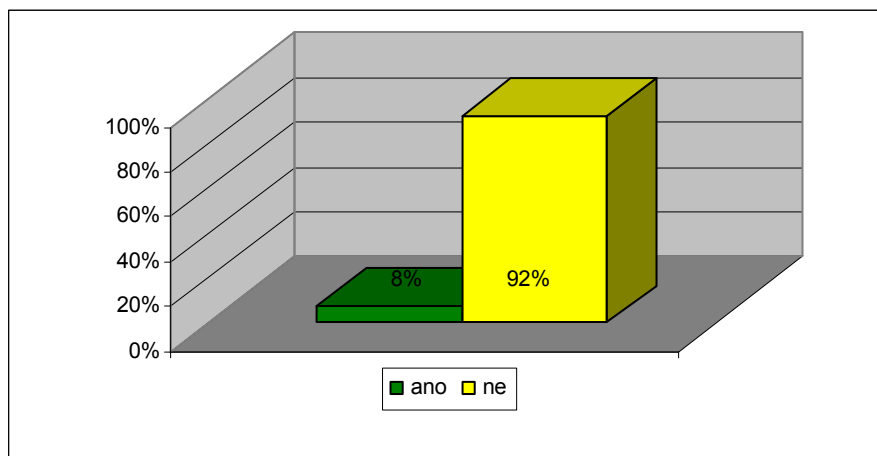
40 (34%) sester uvedlo, že má čas na edukaci, 78 (66%) sester označilo ne.

Graf 20 Kontrola edukace ze strany nadřízených



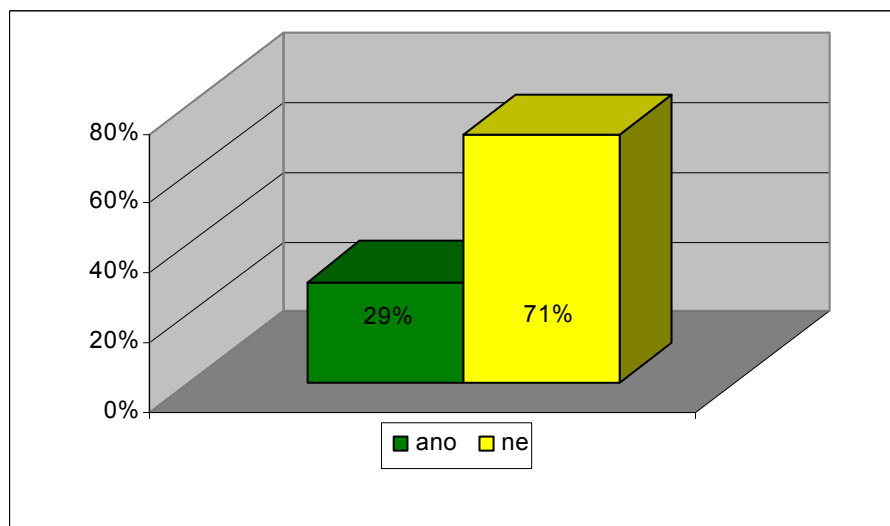
U 28 (24%) sester je prováděna kontrola edukace nadřízenými, u 90 (76%) sester není.

Graf 21 Dokumentace o edukaci



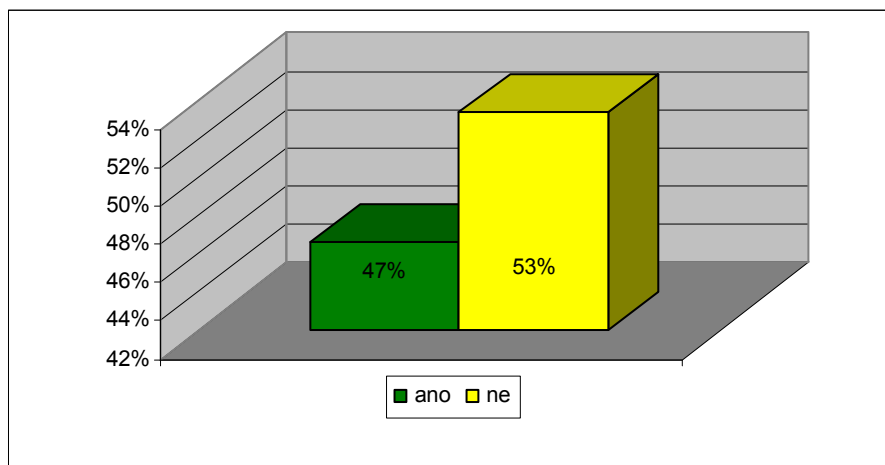
9 (8%) sester vede dokumentaci o edukaci, 109 (92%) sester ji nevede.

Graf 22 Vhodný prostor pro edukaci



34 (29%) sester má zajištěný vhodný prostor pro edukaci, 84 (71%) sester ho nemá.

Graf 23 Možnost kontinuálně se vzdělávat



55 (47%) sestrám je umožněno kontinuálně se vzdělávat, 63 (53%) sester tuto možnost nemá.

Tabulka 1

Prostředky k edukaci	počet odpovědí
reklamní letáky	98
názorné pomůcky	78
video	15
přednášky	14
internet	8
publikace v časopisech	7
knihy	4
jiné	2

Z více možných odpovědí byl jako prostředek využívaný k edukaci reklamní leták uveden 98krát, názorné pomůcky 78krát, video 15krát, přednášky 14krát, internet 8krát, publikace v časopisech 7krát a knihy 4krát. Jiné možnosti byly uvedeny 2 a to shodně „slovní poučení“.

Tabulka 2

Nejlepší prostředek k edukaci	počet odpovědí
reklamní letáky	50
názorné pomůcky	47
přednášky	6
video	5
internet	2
knihy	2
publikace v časopisech	0
jiné	6

Jako nejlepší formu edukace respondenti uvedli reklamní letáky 50krát, názorné pomůcky 47krát, přednášky 6krát, video 5krát, internet a knihy 2krát. Možnost jiné uvedlo 6 sester. Nikdo z respondentů neoznačil možnost publikace v časopisech.

Tabulka 3

Místo pro edukaci	počet odpovědí
ordinace	114
čekárna	38
vyhrazená místnost	18
přednáškový sál	3
doma u klienta	2
internetové stránky	0
časopisy	0
jiné	0

Z více možných odpovědí jako místo, kde probíhá edukace, byla 114krát označena ordinace, 38krát čekárna, 18krát vyhrazená místnost, 3krát přednáškový sál, 2krát doma u klienta. Nikdo z dotazovaných nevedl internetové stránky, časopisy a možnost jiné.

Tabulka 4

	Zaměření edukace	počet odpovědí
Ordinace obvodních lékařů	povinné očkování	28
	nepovinné očkování	39
	specifické onemocnění	63
	závislost a rizika návykových látek	3
	prevence obezity	16
	zdravá výživa	53
	prevence úrazů	7
	spánková hygiena	1
Gynekologické ambulance	očkování proti HPV viru	21
	prevence pohlavně přenosných chorob	13
	antikoncepce	17
	plánované rodičovství	15
	preventivní prohlídky v těhotenství	38
	kojení	27
Stomatologické ambulance	správné použití kartáčku při čištění chrupu	28
	dostupné pomůcky k čištění chrupu	28
	vhodné zubní pasty	28
	použití ústní vody	26
	prevence kazu	28
	prevence zánětu dásní	28
Oční ambulance a jiné	preventivní prohlídka zraku	19
	jiné	5

28 respondentů uvedlo, že edukují o povinném očkování, 39 o nepovinném očkování, 63 o specifickém onemocnění, 3 o závislosti a rizicích návykových látek, 16 o prevenci obezity, 53 o zdravé výživě, 7 o prevenci úrazů, 1 o spánkové hygieně, 21 o očkování proti HPV viru, 13 o prevenci pohlavně přenosných chorobách, 17 o antikoncepci, 15 o plánovaném rodičovství, 38 o preventivních prohlídkách v těhotenství, 27 o kojení, 28 o správném použití kartáčku, 28 o pomůckách k čištění chrupu, 18 o vhodné zubní pastě, 26 o použití ústní vody, 28 o prevenci kazu, 28 o prevenci zánětu dásní, 19 o preventivních prohlídkách zraku. 5krát byla uvedena jiná témata edukace.

Tabulka 5

Zvýšení kvality v oblasti role sestry edukátorky	počet odpovědí
více personálu	32
dostatek časového prostoru	18
nepřetěžování sester administrativou	12
snížit pracovní vytížení	10
zajištění vhodného místa	8
zvýšení platu	7
placené volno na vzdělání + následné finanční ohodnocení	6
podpora pro samostatnou činnost sestry ze strany nadřízených	3
více prostředků k edukaci	2
vymezit pravomoc sestry	2
vzdělávání	2
vyšší aktivita ze strany sester	1
nevím	15

Na otázku co si sestry myslí, že by bylo nutné udělat ke zvýšení kvality v oblasti role sestry edukátorky jich 32 odpovědělo více personálu, 18 dostatek časového prostoru, 12 nepřetěžování sester zbytečnou administrativou, 10 sester si myslí, že je nutné snížit pracovní vytížení, 8 zajištění vhodného místa, 7 zvýšení platu, 6 placené volno na vzdělání a následné finanční ohodnocení, 3 sestry by uvítaly podporu pro samostatnou činnost ze strany nadřízených, 2 více prostředků k edukaci, 2 vymezení pravomoci sester, 2 vzdělání, 1 vyšší aktivitu ze strany sester a 15 sester tuto otázku proškrtlo nebo odpověděly, že neví.

5. Diskuse

Předmětem výzkumné části bakalářské práce bylo získání informací o možnosti zapojení edukační činnosti sestry ve veřejném zdravotnictví. Cílem bylo zjistit možnosti využití role sestry edukátorky ve veřejném zdravotnictví.

Výzkumného šetření se zúčastnily sestry ambulantních pracovišť v Jindřichově Hradci a Českých Budějovicích. Mezi sestry jsem rozdala 150 dotazníků, z nichž pro výzkum bylo použitelných pouze 118.

První otázka v dotazníku byla zaměřena na pracoviště sester, které se účastnily výzkumu (graf 1). 20 (17%) sester pracuje u obvodního lékaře, 23 (19%) v gynekologické ordinaci, 28 (24%) ve stomatologické, 19 (16%) v oční ordinaci a 28 (24%) sester uvedlo, že pracuje v jiné ordinaci/ambulanci. Dotazníky jsem takto rozdělila záměrně, protože výzkum se týká veřejného zdravotnictví.

Potom se výzkum zaměřoval na to, jestli klienti vyjadřují zájem o edukaci (graf 2). 100 (85%) sester označilo odpověď „ano“ a 18 (15%) „ne“. Je příznivé, že klienti mají o edukaci zájem, naznačuje to i graf 7, kde 15 sester uvedlo, že edukaci klienti vyžadují. Klienty, kteří nemají o edukování zájem, by sestra měla pro edukaci umět získat pomocí svých znalostí a dovedností.

Dále jsem se zajímala o to, zda sestry v současnosti vnímají ze strany klientů vyšší požadavky na edukaci, než dříve (graf 3). 90 (76%) jich odpovědělo „ano“ a 28 (24%) „ne“. Je vidět, že klienti se o edukaci zajímají více, než dříve a zdraví jim není lhostejné, což je jistě pozitivní, jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Problémem je, že vyšší požadavky na edukaci vyžadují zcela určitě více času, který sestřám chybí, jak jsme se dozvěděli v grafu 19. Výsledek grafu 3 je však motivací pro sestry, aby prováděly kvalitní a srozumitelnou edukaci.

Další otázka se soustředila na to, zda si sestry myslí, že by měli být edukováni klienti všech věkových kategorií (graf 4). 113 (96%) sester odpovědělo „ano“ a 5 (4%) „ne“. Dotazník dále nezkoumal, proč sestry odpověděly záporně. Podle mého názoru edukace klienta jakékoliv věkové kategorie je důležitá, protože dítě, dospělý i starší člověk, jsou schopni přijímat informace od sestry a chovat se podle nich. Na sestře pak je informace správně podat.

Dalším bodem bylo zjištění používaných technik v edukaci (graf 5). U této otázky bylo možné označit více odpovědí. 115 sester používá verbální techniku, 75 názorně ilustrační a 39 názorně demonstrační. Možnost „jiné“ neuvedla žádná ze sester. Je vidět, že sestry nepoužívají pouze jednu techniku. Nejpoužívanější je však verbální technika, což potvrzuje i literatura (Obecná didaktika). Mluvené slovo má velký význam pro edukaci a sestry by jej měly plně ovládat, neboť ho využívají u každého klienta.

Následující otázka byla orientována na prostředky/pomůcky, které sestry k edukaci využívají (viz. tabulka 1). Opět zde byla možnost zaškrtnout více odpovědí. 98 sester používá reklamní letáky, 4 knihy, 78 názorné pomůcky, 15 video, 8 sester využívá internet, 7 publikací v časopisech, 14 přednášky a 2 sestry označily možnost „jiné“, sestry shodně vepsaly, že používají slovního poučení. Takovéto výsledky jsem očekávala. Největší využití reklamních letáků je zcela logické, protože sestry nemusí na přípravu letáku vynaložit žádné úsilí, čas, tedy pokud je sami nevytváří, a navíc bývají ve většině případů kvalitně připraveny a obsahují potřebné informace pro klienta. Avšak, dá-li sestra klientovi pouze leták, není edukace kvalitní. Názorné pomůcky jsou podle mého názoru v edukaci velmi efektivní a měly se používat co nejvíce, protože klienti se s jejich použitím lépe učí a informace si snáze zapamatují. Používání videa označilo pouze 15 sester, což je z výzkumného vzorku 13%. Řekla bych, že v současnosti se video využívá více, což ale tímto výzkumem nemohu dokázat. Často jsou v čekárnách vidět televize s puštěným výukovým tématem, klienti tak nenásilným způsobem mohou přijímat nové informace a zároveň si zkrátit čas v čekárně. Pro sestru je výhodou to, že edukace je pak snazší a časově méně náročná. 2 sestry vepsaly, že používá slovní poučení. Řekla bych, že mluvené slovo má pro sestry velký význam, potvrzuje to i graf 5, ale možná výsledek naznačuje i to, že sestry nechtějí, neumějí nebo nemají možnost pracovat při edukaci s jinými prostředky.

Dále jsem zjišťovala, s jakým prostředkem k edukaci sestry mají nejlepší zkušenosti (viz. tabulka 2). 50 sester označilo reklamní letáky, 47 názorné pomůcky, 6 přednášky, 5 video, 2 sestry mají nejlepší zkušenosti s internetem, 2 s pomocí knihy. Možnost „publikace v časopisech“ neoznačila žádná sestra. Možnost jiné označilo 6

sester, které se shodly, že nejlépe edukaci klienti přijímají od lékaře. Výsledky odpovídají předchozí otázce, sestry nejvíce edukují těmi materiály, se kterými mají nejlepší zkušenosti. Myslím si, že někteří klienti sestrám příliš nedůvěřují a spoléhají více edukaci od erudovaných lékařů. Můžeme se jen domnívat, proč tomu tak je. Klienti si můžou myslet, že sestry o daném tématu příliš nevědí, anebo důvěřují více lékaři, který má vždy vysokoškolské vzdělání. Sestry vzdělání na vysoké škole začaly získávat, až koncem minulého století. V současnosti se však zdravotní sestry musí vzdělávat na vysokých nebo vyšších školách, kde získávají dostatek informací na to, aby mohly být plnohodnotnými a kompetentními edukátorkami. Ale aby získaly důvěru klienta musí mít víc, než jen dobré vzdělání, důležité je i dobré chování, správná gestikulace a kvalitní komunikace.

Následovala otázka, na co sestry svou edukaci zaměřují (viz. tabulka 4). Opět bylo možné označit více odpovědí. Odpovědi u této otázky byly sestrám nabídnuty tak, aby pokryly preventivní výkony a edukaci, se kterou se sestry nejčastěji setkávají, a to v ambulanci s jakýmkoliv zaměřením. Nejčastější odpovědí byla možnost „specifické onemocnění daného klienta“. Dále se sestry zaměřují zejména na nepovinné očkování. 53 sester edukuje o zdravé výživě. Sice to je necelá polovina z výzkumného vzorku, ale i tak se mi zdá odpovědí dost, neboť já jsem nikdy žádnou sestru, se kterou jsem přišla do kontaktu, na toto téma edukovat neslyšela. 38 sester edukuje o preventivních prohlídkách v těhotenství. Zde jsem očekávala více odpovědí, protože těhotná žena by měla být edukována v ordinaci obvodního lékaře, na gynekologické ambulanci a u stomatologa. Byla uvedena i jiná témata edukace, například edukace o pravidelných gynekologických prohlídkách, o samovyšetření prsou, o ochraně zraku a o škodlivosti kouření. Všechny tyto témata jsou jistě aktuální a sestra edukátorka by jejich problematiku měla znát.

Dále dotazník zkoumal, jestli sestry mají zájem edukovat (graf 6). 5 (4%) sester odpovědělo „ne“ a 113 (93%) jich odpovědělo „ano“, čímž byla potvrzena hypotéza (H2), která zněla: Sestry mají zájem o uplatnění role edukátorky ve veřejném zdravotnictví. Jsem přesvědčena, že i sestry, které odpověděly záporně, také edukují.

Otázkou pak ale zůstává, jak taková edukace vypadá, zda je efektivní a z jakého důvodu ji sestry provádí.

Následujícím krokem bylo zjistit, jaký mají sestry důvod k provádění edukace (graf 7). 102 (86%) sester edukaci považuje za součást své práce, 1 (1%) sester uvedlo, že jsou nuceny ze strany nadřízených. 15 (13%) sester edukuje, protože si to od nich vyžadují klienti. Jinou možnost neuvedla žádná ze sester. Je zde vidět rozpor v tom, že 113 sester uvedlo zájem edukovat (graf 6), ale zároveň jen 102 sester říká, že edukují, protože je to součást jejich práce. Práce sester, které uvedly, že edukují, protože je nutí nadřízení nebo proto, že to klienti vyžadují, nevychází z moderního pojetí ošetrovatelství, neboť péče musí být aktivní a sestra musí být klientovi nápomocna ve všech směrech. „Jedním z cílů moderního ošetrovatelství je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich sociálním a kulturním prostředím“ (8, s.48). Z výsledků také plyne zájem ze strany klientů, což je pozitivní, protože nestačí jen zájem sestry edukátorky, ale je potřeba, aby klienti měli zájem edukaci přijímat. Pokud zájem nemají, je na sestře, aby jim pomohla změnit přístup k edukaci.

Dále jsem se ve výzkumu zajímala o to, jestli sestry edukují všechny své klienty. 69 (58%) jich odpovědělo „ano“ a 49 (42%) označilo zápornou odpověď (graf 8). Následovala otázka pouze pro sestry, které needukují všechny své klienty a zjišťovala důvod (graf 9). Žádná sestra neoznačila možnost „dostatek vědomostí k edukaci“, 40 (82%) postrádá dostatek času, 2 (4%) sestrám chybí prostředky k edukaci, nezájem, jako důvod proč needukovat, uvedla 1 (2%) sestra, jiné důvody uvedlo 6 (12%) sester. Bylo uvedeno 2x, že klienti nemají zájem, 2x, že nespolupracují, 1x nedovoluje zdravotní stav a 1x, že není nutné klienta edukovat. Nedostatek času může být pro sestru překážkou, ale i tak by měla u každého klienta provést kvalitní a efektivní edukaci. Také je těžké edukovat někoho, kdo nemá zájem. Sestry by však měly být dostatečně vzdělané a vědět, jak klienta pro edukaci získat. Způsoby jak toho dosáhnout popisuje například MUDr. Radim Honzák „Zdůrazňuji!!! Změny se nedělají snadno a sestra, která má pacientovi pomoci, musí být vnímavá, drobtáčko předvídavá a hodně trpělivá. Měla by umět říci pacientovi, že jeho rozpaky nad změnou jsou pochopitelné,

že to zažívá většina lidí a že ona mu rozumí. Měla by mít také schopnost ukázat nemocnému, že tyto nové postupy může dělat (nikoli musí dělat) a umět ho za to pochválit“ (5, s. 42).

V další otázce jsem se zaměřila na četnost provádění edukace (graf 10). 80 (68%) sester označilo možnost „denně“, 27 (23%) sester edukuje, když má dostatek času a 11 (9%), když si to klient vyžádá. Jinou možnost neuvedla žádná ze sester. V grafu 6 uvedlo pět sester, že nemá zájem edukovat, ale v tomto grafu, 11 sester říká, že edukuje, když si to klient vyžádá. Nechápu, proč tedy 6 sester, které mají zájem edukovat, edukují jen klienty, kteří si to vyžádají. Myslím, že i když všechny sestry neoznačily možnost „denně“, tak se tím nevylučuje tvrzení z článku časopisu *Sestra*, že edukace je každodenní součástí práce sestry.

Dále jsem se zajímala o to, jestli si sestry myslí, že je edukace kvalitní, když poskytnou klientovi pouze informační leták (graf 11). 13 (11%) odpovědělo „ano“ a 105 (89%) sester to za kvalitní edukaci nepovažuje. Samotné poskytnutí letáku klientovi nemůžeme považovat za kvalitní edukaci, ale pouze za její součást. Toto by si měly sestry uvědomit, protože 99% jich uvedlo, že edukace je důležitá (graf 17). *Sestra* musí nejdříve klienta edukovat ústně, je vhodné použít různé techniky a pomůcky, jak je popsáno v *Obecné didaktice*. Samozřejmě musí následovat zpětná vazba. Leták si s sebou může vzít klient domu, kde si zopakuje a připomene informace, které mu byly poskytnuty.

Další otázka se zaměřovala na zájem sester o kontinuální vzdělávání, aby klientovi mohly poskytnout aktuální informace. 89 (75%) sester má zájem se kontinuálně vzdělávat a 29 (25%) sester o vzdělávání zájem nemá. Následovala otázka pouze pro sestry, které nemají zájem se kontinuálně vzdělávat. 17 (59%) uvedlo nedostatek času, 12 (41%) sester nemá zájem o vzdělání z finančních důvodů. Nezájem a možnost jiné neuvedla žádná sestra. Je vidět, že některé sestry vnímají jako problém to, že vzdělávací semináře se konají v době volna a navíc jsou placené. Možná, kdyby se tyto překážky odstranily, vzrostl by zájem sester o kontinuální vzdělávání. Ale i přesto, že jsou semináře pořádané v době volna a některé i finančně náročné, měly by si sestry uvědomit, že jsou k provádění kvalitní a aktuální edukace nutné.

V další otázce sestry vyjadřovaly svůj názor, zda si myslí, že edukace je podstatnou součástí veřejného zdravotnictví (graf 14). 117 (99%) jich odpovědělo „ano“ a 1 (1%) sestra se s tímto názorem neztotožňuje. Tímto výsledkem se potvrdila hypotéza (H3): Sestry vnímají roli sestry edukátorky za podstatnou v systému veřejného zdravotnictví. Podle mého názoru u této otázky by všech 118 sester mělo označit kladnou odpověď, protože edukace je bezesporu důležitou částí veřejného zdravotnictví. „Edukace je nepostradatelnou součástí léčby pacienta. Poučený pacient bývá dobře spolupracující pacient“ (11, s. 27).

Následující otázka zjišťovala, zda si sestry vymezí vždy dostatek času na edukaci (graf 15). 77 (65%) sester si vždy vymezí dostatek času na edukaci a 41 (35%) ne. Jsem přesvědčena, že pokud si sestra nevymezí dostatek času na edukování, není správně a kompletně proveden celý edukační proces, to potvrzuje i K. Malíková v časopise *Sestra*. Edukace tedy není realizována kvalitně a efektivně a pro klienta je to stejné, jako kdyby nebyla provedena vůbec.

Poté sestry odpovídaly na to, kde provádí edukaci. U této otázky bylo možné zaškrtnout více odpovědí. 114 sester označilo ordinaci, 38 čekárnu, 2 doma u klienta, 3 přednáškové sály a pouze 18 sester edukuje ve vyhrazené místnosti. Možnost „jiné“ neoznačila žádná ze sester. Dle mého názoru sestry by měly mít vhodné místo na edukaci, za které považují například vyhrazenou místnost nebo přednáškový sál. Edukovat klienta v čekárně se mi zdá velmi nevhodné, řekla bych až zbytečné, protože k tomu, aby edukace byla efektivní, a to být musí, je zapotřebí klidné prostředí, což zmiňuje v literatuře i Kozierová, a především soukromí, tedy pokud nejde o edukaci skupinovou. „Hluk také odvádí pozornost od učení a ruší schopnost vnímat mluvené slovo a přemýšlet. Soukromí je jistě také důležité pro získávání určitých dovedností“ (9, s.282).

Pak jsem zjišťovala, zdali se sestry domnívají, že by měly edukovat klienty všechny sestry bez ohledu na zaměření ordinace, kde pracují. 103 (87%) sester se domnívá, že by měly edukovat klienty všechny sestry bez ohledu na zaměření ordinace, 15 (13%) sester odpovědělo záporně. Pokud si 99% sester myslí, že edukace je podstatná pro veřejné zdravotnictví (graf 14), měly by všechny sestry bez ohledu

na zaměření ordinace, provádět edukaci, neboť jak už bylo v diskusi řečeno, informace jsou schopni přijímat klienti všech věkových kategorií.

Dále jsem se ptala, jestli je edukace klientů důležitá. 117 (99%) sester uvedlo, že edukace klienta je důležitá, 1 (1%) z dotazovaných si to nemyslí. I když 117 sester považuje edukaci za důležitou, 49 jich neprovádí edukaci u všech svých klientů (graf 8). Možná si sestry dostatečně neuvědomují, jak moc důležitá edukace je. Edukovaný klient se méně bojí, lépe spolupracuje, léčba u něj je efektivnější, protože ví, jak dodržovat léčebný režim.

Poté jsem zkoumala, zda mají sestry podporu při edukaci ze strany nadřízených (graf 18). 93 (79%) sester odpovědělo „ano“ a 25 (21%) „ne“. Výsledek mne překvapil, čekala jsem více záporných odpovědí. Sice z výsledku nevím, jakým způsobem je sestřím dána podpora najevo, ale z grafu 9 (49 sester needukuje, protože nemají buď čas, potřebné pomůcky atd.) je patrné, že podpora je nedostatečná. Potvrdila se zde hypotéza (H4), která říká: O roli sestry edukátorky má zájem vedení organizací systému veřejného zdravotnictví, v jejichž čele jsou nadřízení sester.

Ve výzkumu jsem pokračovala otázkou, jestli sestry mají dostatek potřebného času na edukaci (graf 19). 40 (34%) jich označilo „ano“ a 78 (66%) „ne“. Vzhledem k tomu, že 117 sester vnímá edukaci jako podstatnou, jak ukazuje graf 14, je to smutný výsledek. A i když 78 sester nemá dostatek času na edukaci, v grafu 10 jich 80 uvedlo, že edukuje denně, z výsledku plyne jejich zájem i snaha o tuto činnost. Domnívám se, že sestry by potřebovaly na klienty více času. Nejenže edukace je pak kvalitnější, ale sestry mohou o klientech zjistit i víc informací a navázat s nimi snadněji důvěrný a přátelský vztah.

Následovala otázka, jestli jsou sestry kontrolovány ze strany nadřízených, zda provádějí edukaci (graf 20). 28 (24%) sester označilo odpověď „ano“ a 90 (76%) „ne“. Je zvláštní, že kontrola není prováděna u všech sester. Možná nadřízené zkrátka edukace nezajímá. Jak jinak si vysvětlit, že 93 sester má podporu v edukaci (graf 18), ale u 90 není prováděna kontrola nadřízenými. Můžeme se i domnívat, že někteří nadřízení sestře plně důvěřují, nemají potřebu ji kontrolovat a berou ji jako samostatného a kompetentního pracovníka. Pokud však není prováděna kontrola, chybí

i hodnocení edukace sestry a zároveň motivace, kterou může být například pochvala a uznání vyslovené nadřízeným.

Pak jsem se zaměřila na to, jestli je edukace vykazována v sesterské dokumentaci (graf 21). 9 (8%) sester odpovědělo „ano“ a 109 (92%) „ne“. Kladných odpovědí je velmi málo, sestry zřejmě nemají dokumentaci, ve které by bylo místo pro vedení záznamu edukace. Osobně se také nepamatuji, že bych se během školní praxe někdy setkala s vykazováním edukace v sesterské dokumentaci. Souhlasím s tím, aby se vykazovalo provádění edukace, protože to je důležitá součást práce sestry a neměla by se opomínat. Díky záznamu edukace sestry mají přehled o jejím průběhu a mohou ji objektivně hodnotit. V knize *Pedagogika v ošetrovatelstve* je napsáno: „Edukační standart můžeme charakterizovat jako určitou dohodnutou úroveň kvality edukační činnosti u pacienta, jednotlivce, rodiny, skupiny. Smyslem edukačního standartu je koordinovat v nevyhnutelné míře rozsah a obsah tak, aby nebyl omezený jeho přístup, tvořivost“ (25, s. 105).

Dále jsem se zajímala o to, zda mají sestry zajištěný vhodný prostor pro edukaci (graf 22). 34 (29%) sester odpovědělo „ano“ a 84 (71%) „ne“. Je překvapivé, že 93 sester má podporu v edukaci ze strany nadřízených (graf 18), ale 84 jich nemá vhodný prostor k edukování. Vhodný prostor, který je klidný, příjemný a čistý, je pro kvalitně provedenou edukaci nepostradatelný, toto potvrzuje v literatuře i Kozierová.

Další otázka se zajímala o to, je-li sestrám umožněno kontinuální vzdělávání zaměřující se na poskytnutí kvalitní edukace (graf 23). 55 (47%) sester označilo odpověď „ano“ a 63 (53%) „ne“. Tento výsledek bych opět porovnála s grafem 18, kde 93 sester říká, že má podporu v edukaci ze strany nadřízených, ale zde jich 63 odpovědělo, že jim není umožněno se vzdělávat. Výsledky jsou rozporuplné a v čem vidí sestry podporu nadřízených k edukaci se můžeme jen domnívat.

V poslední otázce měly sestry vepsat, co si myslí, že by bylo nutné udělat ke zvýšení kvality v oblasti role sestry edukátorky (viz. tabulka 5). 32 sester odpovědělo více personálu, 18 dostatek časového prostoru, 12 nepřetěžování sester zbytečnou administrativou, 10 sester si myslí, že je nutné snížit pracovní vytížení, 8 zajištění vhodného místa, 7 zvýšení platu, 6 placené volno na vzdělání a následné finanční

ohodnocení, 3 sestry by uvítaly podporu pro samostatnou činnost ze strany nadřízených, 2 více prostředků k edukaci, 2 vymezení pravomoci sester, 2 vzdělání, 1 vyšší aktivitu ze strany sester a 15 sester tuto otázku proškrtlo nebo odpověděly, že neví. Z těchto odpovědí je vidět, že největším problémem při edukaci je málo personálu a s tím související nedostatek časového prostoru, který už byl v předchozích grafech několikrát zmiňován (graf 9, 10, 13). Je asi na vedoucích organizací systému veřejného zdravotnictví, aby se tyto problém snažily odstranit.

Poslední dosud nezmíněná hypotéza (H1), že role sestry edukátorky je možné využít ve veřejném zdravotnictví, byla potvrzena. Sestra edukátorka je podstatnou a potřebnou součástí veřejného zdravotnictví a z dotazníkového šetření je vidět, že o edukaci sestrou mají klienti zájem a podporu mají i ze strany nadřízených. Práci sestry edukátorky je možné využít v jakékoliv ordinaci, při jakékoliv přednášce a třeba i při vzdělávání studentů ve škole. Sestra je klientovi rádcem, pomocníkem a podporou. Její edukační schopnosti jsou každodenně využívány mnoha klienty, kterým pomáhá udržet nebo zlepšit své zdraví. Sestrou edukátorkou můžeme nazývat kteroukoliv sestru, protože všechny musí umět edukovat, neboť je to součástí jejich práce, ať už pracují kdekoliv.

6. Závěr

Cílem práce bylo zjistit možnosti využití role sestry edukátorky ve veřejném zdravotnictví. Cíl práce byl splněn. Sestry edukátorky je možné využít v různých ordinacích, kde většina z nich denně edukuje s použitím různorodých technik, s pomocí rozmanitých prostředků k edukaci a pružně reaguje na potřeby klientů. Možnosti využití sestry edukátorky potvrzuje i zájem o její činnost ze strany nadřízených i ze strany klientů.

Byly stanoveny čtyři hypotézy. H1 zněla: Role sestry edukátorky je možné využít ve veřejném zdravotnictví. Byla potvrzena. H2 zněla: Sestry mají zájem o uplatnění role sestry edukátorky ve veřejném zdravotnictví. Hypotéza byla potvrzena, 113 sester v dotazníkovém šetření odpovědělo, že mají zájem edukovat. H3: Sestry vnímají roli sestry edukátorky za podstatnou v systému veřejného zdravotnictví. 99% sester roli edukátorky takto vnímá, hypotéza byla potvrzena. Poslední, H4 zněla: O roli sestry edukátorky má zájem vedení organizací systému veřejného zdravotnictví. Hypotéza byla potvrzena.

Výzkumný soubor tvořily všeobecné sestry pracující v ambulantních zařízeních. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z nichž správně vyplněných a použitelných pro výzkum bylo 118 (100%).

Výzkumem bylo zjištěno, že o edukaci se zajímají nejen sestry, jejich nadřízení, ale i klienti. Tím se edukace stává zásadní pro veřejné zdravotnictví, protože to musí reagovat na potřeby klientů. Zájem klientů je i dobrou motivací pro sestry k provádění kvalitní práce.

Práce je možné využít jako návod pro studenty i pracující sestry, jak vykonávat hodnotnou edukaci, jaké použít pomůcky či materiály a jak by měly správně vypadat. Práce však může být i připomenutím zásad edukace, neboť každý člověk zapomíná.

7. Seznam použitých zdrojů

1. FARKAŠOVÁ, D. a kol., *Ošetrovatelství – teorie*, 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, 211s. ISBN 80-8063-227-8
2. HANZLÍKOVÁ, A. a kol. *Komunitní ošetrovatelství*, 1. české vyd. Matrin: Osveta, 2007, 271 s. ISBN80-8063-257-1
3. HLINOVSKÁ, J., KOIŠOVÁ, H. Edukace v ošetrovatelství- prostředky k získání aktivního přístupu klienta/pacienta k vlastnímu zdraví. In: Dny Marty Staňkové III. *Vzdělání sester: současnost a očekávání*. Praha: Galén, 2006, s. 38. ISBN 80-7262-434-2
4. HOLMANOVÁ, E., ČÁP, J. Kritéria hodnotenia edukačných materiállov. *Profese*. 2007, roč. II., č. 2, s. 6-8. ISSN 1802-2081
5. HONZÁK, R. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. II., č. 1, s. 42. ISSN 1801-1349
6. HONZÁK, R. Některé psychologické prvky edukace. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2006, roč. II., č. 4, s. 178. ISSN 1801-1349
7. JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství*. Praha: ISV, 2000, 133 s. ISBN 80-85866-55-2
8. JIRKOVSKÝ, D. Edukační a ošetrovatelský proces v programu rozšířené primární preventivní péče. *Vojenské zdravotnické listy*. Č. 2. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie JEP, 2004, roč. LXXIII, č. 2., s. 48-49. ISSN 0372-7025

9. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVEROVÁ, R. *Ošetrovatelství 1*. Martin: Osveta, 1995, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
10. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. *Člověk-prostředí-výchova. K otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2
11. KROMEROVÁ, M. Spolupráce sestry a nemocného- edukace. *Sestra*, 2005, roč. XV., č. 5, s. 27. ISSN 1210-0404
12. *Lemon 4. Učební texty pro sestry a porodní asistentky*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997, 160 s. ISBN 80-7013-248-5
13. MAGERČIAKOVÁ, M. Využitie internetu v edukácii pacientov. *Florence*, 2006, roč. II., č. 1, s. 47-48. ISSN 1801- 464X
14. MALÍKOVÁ, K., Edukačný proces. *Sestra*, 2006, roč. V., č.11-12, s. 29-30. ISSN 1335-9444
15. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003, 219 s. ISBN 80-7315-039-5
16. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*, 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999, 164 s. ISBN 80-7013-277-9
17. ONDERKOVÁ, A. Edukační proces z pohledu komunikace mezi klientem a zdravotníkem. *Sestra*, 2007. roč. 17, č. 12, s. 17-18. ISSN 1210-0404
18. PETTY, G. *Moderní vyučování: praktická příručka*. Praha: Portál, 1996, 384 s. ISBN 80-7178-070-7

19. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*, 2. vyd. Praha: Portál, 2006, 271 s. ISBN 80-7178-944-5
20. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*, 3. vyd. Praha: Portál, 2001, 322 s. ISBN 80-7178-579-2
21. SEIFERT, B. a kol. *Primární péče, praktické lékařství*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 156 s. ISBN 80-246-0883-9
22. SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika 2*. Grada Publishing a.s., 2007, 322 s. ISBN 978-80-247-1821-7
23. *Strategické dokumenty: pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000, 95 s. ISBN 80-85047-20-9
24. STREJČKOVÁ, A. a kol. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna, 2007, 111 s. ISBN 978-80-7168-943-0
25. VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, 1. vyd. Praha: Triron, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9
26. ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2004, 154 s. ISBN 80-246-0467-1
27. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*, 2. vyd. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-8063-193-X
28. *Zdraví 21. Úvod do evropské zdravotní strategie*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004, 160 s. ISBN 80-85047-33-0

29. *Empirické zkoumání* <<http://ireferaty.lidovky.cz/304/4105/Metody-empirickeho-zkoumani>>[3.3.2008]
30. *Vyučovací metody* <<http://ireferaty.lidovky.cz/304/4103/Metody-vyucovani>>[5.3.2008]

8. Klíčová slova

Edukace

Sestra edukátorka

Veřejné zdravotnictví

Zdraví

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

1. Dotazník
2. Ideální postavení péče ve zdravotním systému
3. Edukační proces
4. Etický kodex sester
5. Práva pacientů
6. Popis sedmi teorií vzdělávání podle Yvese Bertranda

Příloha č. 1

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Hospodářová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulty oboru Všeobecná sestra 3. ročníku. Tento dotazník je určen pro výzkumné účely k vypracování mé bakalářské práce na téma: "Možnosti zapojení edukační činnosti sestry ve veřejném zdravotnictví". Vyplněné údaje budou použity pouze pro mou bakalářskou práci. Následující otázky si prosím pečlivě přečtěte a odpovědi označte křížkem. Dotazník je anonymní.

Předem Vám děkuji za odpovědi, ochotu a čas, který vyplňování tohoto dotazníku věnujete.

1. Jaké je Vaše pracoviště?

ordinace obvodního lékaře

gynekologická ordinace

stomatologická ordinace

oční ordinace

jiné.....

2. Vyjadřují klienti/pacienti zájem o edukaci?

ano

ne

3. Vnímáte v současnosti vyšší požadavky na edukaci ze strany klientů/pacientů, než dříve?

ano

ne

4. Měli by být edukováni klienti/pacienti všech věkových kategorií (tzn. od dětského věku po stáří)?

ano

ne

5. Jaké techniky používáte v edukační činnosti? (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

verbální

názorně ilustrační

názorně demonstrační

jiné.....

6. Které prostředky využíváte k edukaci? (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

reklamní letáky

knihy

názorné pomůcky

video

internet

publikace v časopisech

přednášky

jiné.....

7. S pomocí jakých prostředků máte nejlepší zkušenosti při edukaci?

pomocí reklamních letáků

pomocí knih

s názornými pomůckami

s videem

s internetem

publikací v časopisech

s přednáškami

jiné.....

8. Edukaci zaměřujete na: (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

povinné očkování

nepovinné očkování

specifické onemocnění daného klienta/pacienta

závislost a rizika návykových látek

prevenci obezity

zdravou výživu

prevenci úrazů

spánkovou hygienu

očkování proti HPV viru

prevenci pohlavně přenosných chorob

antikoncepci

plánované rodičovství

preventivní prohlídky v době těhotenství

kojení

správné použití kartáčku při čištění chrupu

dostupné pomůcky k čištění chrupu

vhodné zubní pasty

použití ústní vody

prevenci kazu

prevenci zánětu dásní

preventivní prohlídku zraku

jiné.....

9. Máte zájem edukovat klienty/pacienty?

ano

ne

10. Jaký máte důvod k provádění edukace?

- je to součástí mé práce
- jsem nucena ze strany nadřízených
- klienti/pacienti si to vyžadují
- jiné.....

11. Edukujete všechny své klienty/pacienty? (Pokud odpovíte ano, pokračujte na otázku č. 13)

- ano
- ne

12. Z jakého důvodu needukujete všechny své klienty/pacienty?

- nemám dostatek vědomostí
- nemám dostatek času
- nemám prostředky k edukaci
- nemám zájem edukovat
- jiné.....

13. Edukaci provádíte:

- denně
- když máte dostatek času
- když si to klient/pacient vyžádá
- jiné.....

14. Myslíte si, že je edukace kvalitní, když poskytnete klientovi/pacientovi pouze informačního leták?

- ano
- ne

15. Máte zájem o kontinuální vzdělávání, aby jste mohla klientovi/pacientovi předat aktuální informace? (Pokud odpovíte ano, pokračujte na otázku č. 17)

ano

ne

16. Z jakého důvodu se nechcete kontinuálně vzdělávat?

nemám o to zájem

nedostatek času

finanční důvody

jiné.....

17. Vnímáte edukaci jako podstatnou součást veřejného zdravotnictví?

ano

ne

18. Vymezíte si vždy dostatek času na edukaci?

ano

ne

19. Kde provádíte edukaci? (U této otázky můžete zaškrtnout více odpovědí)

v ordinaci

v čekárně

ve vyhrazené místnosti

doma u klienta/pacienta

v přednáškových sálech

na internetových stránkách

v časopisech

jiné.....

20. Domníváte se, že všechny sestry by měly edukovat své klienty/pacienty bez ohledu na zaměření (specializaci) ordinace, kde pracují?

ano

ne

21. Je edukace klienta/pacienta důležitá?

ano

ne

22. Máte podporu v edukaci ze strany nadřízených?

ano

ne

23. Máte dostatek potřebného času na edukaci?

ano

ne

24. Je prováděna kontrola ze strany nadřízených, zda provádíte edukaci?

ano

ne

25. Vykazujete provádění edukace v sesterské dokumentaci?

ano

ne

26. Máte zajištěn (vyhrazen) vhodný prostor pro edukaci?

ano

ne

27. Je Vám umožněno kontinuální vzdělávání zaměřující se na poskytnutí kvalitní edukace?

ano

ne

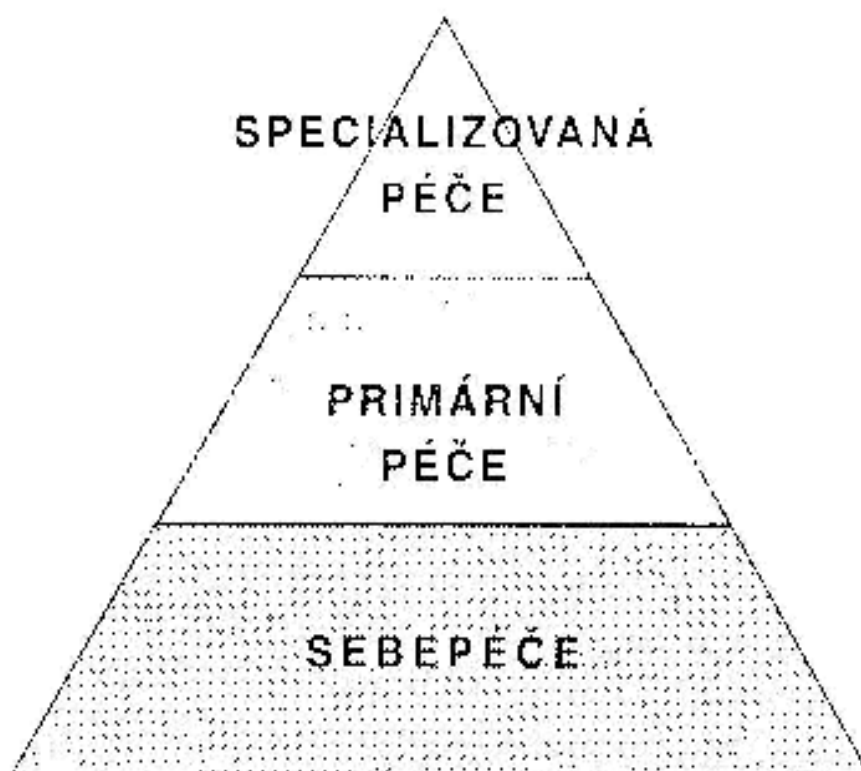
28. Co si myslíte, že by bylo nutné udělat ke zvýšení kvality v oblasti role sestry edukátorky? (Prosím doplňte)

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

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2

Ideální postavení sebepečce, primární
a specializované péče ve zdravotním systému



Příloha č. 3

Příklady činností sestry při uplatnění metodiky ošetrovatelského procesu

FÁZE		Příklad činnosti sestry
EDUKAČNÍHO PROCESU	OŠETŘOVATELSKÉHO PROCESU	
Projektování	Ošetrovatelská anamnéza	Společně s klientem doplňuje zpřesňuje informace získané v průběhu programu. Společně s klientem hodnotí výsledky programu a hledá souvislosti mezi jeho chováním a zdravotním stavem.
	Ošetrovatelská diagnóza	Společně s klientem se snaží najít a pojmenovat příčiny jeho stávajícího nebo potencionálního problému. Informuje klienta o jeho rizikovém chování, které je třeba změnit nebo alespoň zmírnit. Společně s klientem analyzuje dřívější pokusy o pozitivní změnu v péči o vlastní zdraví a eventuelně hledá příčiny jejich neúspěchu.
Realizace	Stanovení plánu ošetrovatelské péče	A) Stanovení cílů ošetrovatelské péče a ošetrovatelských intervencí: Na základě analýzy informací sestra společně s klientem konkretizuje potřebné změny v jeho chování, které formuluje jako měřitelné cíle. B) Realizace plánu ošetrovatelské péče: Srozumitelným způsobem předává informace klientovi, které mu napomohou dosáhnout stanovených cílů, nabízí klientovi další zdroje informací, kontakty na podpůrné skupiny, případně předává informace o aktivitách podporujících zdraví v regionu, zároveň průběžně podporuje činnost klienta v péči o vlastní zdraví.
Hodnocení	Zhodnocení výsledků	Společně s klientem sleduje výsledky jeho činnosti, hodnotí je a podporuje jeho snahu o udržení pozitivních změn v jeho chování.

Zdroj:8

Příloha č. 4

Etický kodex sester

Etický kodex sester vyjadřuje **základní standard pro jednání sestry** s nemocným, jeho rodinou, komunitou i veřejností. Mezinárodní radu sester (ICN) vypracovala hlavní etické (morální) zásady ošetrovatelského povolání, které byly sestorskou veřejností přijaty v roce 1973.

Etická pravidla zdravotní péče

Sestra je ve své práci povinna respektovat čtyři základní prvky ošetrovatelství:

1. pečovat o zdraví
2. předcházet nemocem
3. zlepšovat zdravotní stav
4. tišit bolest

Při veškeré zdravotní a ošetrovatelské péči je třeba respektovat lidský život, lidskou důstojnost a lidská práva. Zdravotní péče se poskytuje všem stejně bez ohledu na národnost, rasu, víru, barvu kůže, pohlaví, politické přesvědčení nebo sociální postavení. Sestra ve spolupráci s dalšími odborníky poskytuje péči jednotlivcům, rodinám i komunitě.

Sestra a spoluobčan

Sestra nese odpovědnost za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují. Při poskytování ošetrovatelské péče respektuje náboženské přesvědčení člověka, jeho život hodnoty a zvyky a snaží se mu zajistit takové podmínky, které by mohly vyhovovat jeho individuálním potřebám. Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace a pečlivě hodnotí, komu může tyto informace předat.

Sestra a ošetrovatelská praxe

Sestra nese plnou zodpovědnost za ošetrovatelské činnosti, které v praxi provádí a

rozvíjení svých odborných znalostí cestou neustálého kontinuálního vzdělávání. Sestra se snaží dodržovat co nejvyšší úroveň standardní péče v jakékoliv situaci. Je-li sestra pověřena určitým úkolem, bere na sebe zodpovědnost za jeho provedení jen v případě, že je k tomu kvalifikována. Rovněž tehdy, pokud určitou činnost předává jinému pracovníkovi, bere v úvahu, zda je pro ni kvalifikován. Svým jednáním přispívá sestra vždy k dobré pověsti ošetřovatelského povolání.

Sestra a společnost

Sestra podobně jako ostatní občané iniciuje a účastní se všech společenských aktivit, které se týkají zlepšení zdravotního a sociálního zabezpečení obyvatelstva.

Sestra a spolupracovníci

Sestra úzce spolupracuje se všemi zdravotnickými pracovníky, členy zdravotnického i ošetřovatelského týmu i s pracovníky dalších oborů. Pokud by byla jednáním některého spoluzaměstnance ohrožena péče o nemocného, je sestra povinna účinně zasáhnout.

Sestra a povolání

Sestra je povinna realizovat co možná nejvyšší úroveň zdravotní a ošetřovatelské péče získat co nejvyšší stupeň odborného vzdělání v oblasti, ve které pracuje. Sestra se aktivně účastní při definování odborného obsahu ošetřovatelské péče. Prostřednictvím odborné nebo odborové organizace sleduje sestra pracovní poměry a dodržování podmínek pro stanovení přiměřeného platu pro ošetřovatelské pracovníky.

Zdroj: 7

Příloha č. 5

Práva pacientů

V lednu 1991 ratifikovalo Federální shromáždění CSFR Listinu základních práv a svobod. V návaznosti na ni vznikl i etický kodex Práv pacientů. Tento kodex vstoupil v platnost 25. 2. 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních návštěv) může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se jich zúčastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření i léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace, vyšetření a léčba jsou věci

důvěrnou o musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, kteří lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě mu jsou k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další léčba.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas pacienta je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodů, z experimentu odstoupit, i když byl poučen o případných důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný má v závěru života právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce,

kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Zdroj: 7

Příloha č. 6

Sedm teorií vzdělávání podle Yvese Bertranda

1. Spiritualistické teorie. Jsou soustředěny na hodnoty nazývané duchovní, metafyzické nebo transcendentální.
2. Personalistické teorie. Vycházejí z teze, že jedinec musí řídit své vlastní vzdělávání; zdůrazňují svobodu žáka, jeho zájmy (např. koncepce C. Rogerse, R. Steinera aj.). Tyto teorie jsou základem hnutí tzv. svobodných nebo otevřených škol.
3. Kognitivně psychologické teorie. Vysvětlují vzdělávání na základě poznávacích procesů (usuzování, řešení problémů, vytváření reprezentací aj.) - např. J. PiageC. Silně ovlivnily moderní výzkumy učení (tzv. konstruktivistické koncepce).
4. Technologické teorie. Zdůrazňují, že ve vzdělávání má důležité místo komunikace a nové technické prostředky a postupy, zvl. počítačem zprostředkované učení (R. Glaser, L. N. Landa).
5. Sociokognitivní teorie. Kladou důraz na kulturní a sociální faktory ve vzdělávání, na vlivy prostředí (L. S. Vygotskij, J. S. Bruner).
6. Sociální teorie. Soustřeďují se na problémy sociální a kulturní nerovnosti, segregace a elitářství ve vzdělání (P. Bourdieu, I. Illich).
7. Akademické teorie. Zdůrazňují klasické obsahy ve vzdělávání odvozované z vědních oborů, kvalitu ve vzdělávání, práci a zodpovědnost v učení (M. J. Adler).