

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka ŠMÍDOVÁ**
Osobní číslo: **Z11N0020P**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Edukace geriatrických pacientů**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanvit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Ddržet citační normu.

FAKULTA ZDRAVOTNCKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství 5341

Bc. Šárka Šmídová

Studijní obor: Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech

EDUKACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 15. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Jaroslavě Novákové za odborné vedení diplomové práce a poskytování rad. Mé poděkování za podporu patří též mé rodině.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 VÝZNAM EDUKACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ	10
2 EDUKACE	11
2.1 Edukační proces.....	12
2.1.1 Proces učení	13
2.1.2 Motivace v edukaci.....	13
2.1.3 Komunikace v edukaci.....	14
2.2 Typy edukace ve zdravotnictví.....	18
2.3 Edukační proces v ošetrovatelství.....	18
2.3.1 Posuzování	19
2.3.2 Diagnostika	19
2.3.3 Plánování.....	20
2.3.4 Realizace	21
2.3.5 Ovlivňující faktory a příprava na edukaci	22
2.3.6 Vyhodnocení	24
2.3.7 Didaktické principy edukace.....	25
2.4 Cíle edukace	26
2.5 Metody a formy edukace v ošetrovatelství.....	26
2.6 Prostředky a pomůcky při edukaci.....	30
2.7 Edukační záznam a standard.....	31
2.8 Zdravotník v roli edukátora.....	32
3 GERIATRICKÝ PACIENT.....	35
3.1 Stárnutí a stáří.....	36
3.2 Změny ve stáří	37
3.2.1 Psychosociální změny ve stáří.....	40
3.3 Vyrovnávání se stářím.....	41
3.4 Životní změny ve stáří.....	42
3.5 Starý člověk a rodina.....	43
3.6 Zdraví a nemoc ve stáří	44
3.7 Nejčastější ošetrovatelské problémy u geriatrických pacientů.....	46
3.8 Úloha sestry při edukaci geriatrických pacientů.....	47

4 FORMULACE PROBLÉMU	50
4.1 Hlavní problém	50
4.2 Dílčí problémy	50
5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	51
5.1 Hypotézy	51
6 VZOREK RESPONDENTŮ	52
7 METODIKA	53
7.1 Zpracování údajů	53
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ	55
9 DISKUSE	80
ZÁVĚR	92
SEZNAM ZDROJŮ	94
SEZNAM ZKRATEK	98
SEZNAM TABULEK	99
SEZNAM GRAFŮ	100
SEZNAM PŘÍLOH	102
PŘÍLOHY	103

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Šmídová Šárka

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukace geriatrických pacientů

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslava Nováková

Počet stran: číslované 93, nečíslované 28

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: edukace - edukační proces - geriatrický pacient

Souhrn:

Diplomová práce je zaměřena na edukaci a edukační proces u geriatrických pacientů. Část teoretická pojednává o významu edukace, o edukačním procesu, jeho fázích, ovlivňujících faktorech a didaktických principech edukace. Zmiňuje cíle edukace, pomůcky při edukaci, edukační záznam a roli zdravotníka edukátora. Definiuje také geriatrického pacienta, proces stárnutí a stáří a změny s ním související. Popisuje vztah rodina a starý člověk, zdraví a nemoci ve stáří, ošetrovatelské problémy a úlohu sestry při edukaci geriatrických pacientů. Praktickou část tvoří analýza dat kvantitativního průzkumu zaměřeného na všeobecné sestry pracující na standardních odděleních nemocnic. Jsou zde zpracovány údaje o jejich znalostech o edukaci a změnách ve stáří ovlivňující edukační proces, realitě provádění edukace v praxi a edukaci rodiny. Tato diplomová práce poukazuje na důležitost edukace u geriatrických pacientů, umění edukace a je příspěvkem k zamyšlení a doplnění znalostí na uvedené téma.

Annotation

Surname and name: Bc. Šmídová Šárka

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The education of geriatric patients

Consultant: Mgr. Jaroslava Nováková

Number of pages: numbered 93, unnumbered 28

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 52

Keys word: education - educational process -geriatric patient

Summary:

The dissertation is focused on the education and the educational process of geriatric patients. The theoretical part examines the education, the educational process and its phases, the influencing factors and didactic principles of the education. It mentions the aims of education, the aids in the education, the educational record and the role of a health educator. The thesis defines also the geriatric patient, the aging process, the old age and changes related to this. It describes the relationships between the family and the old man, the health and diseases in old age, the nursing problems and the role of nurse in the education of geriatric patients. The practical part consists of the analysis of quantitative research which focuses on the nurses working in standard wards of hospitals. In this part, the data about the nurses's knowledge in education and changes in old age, which influence educational process, are elaborated, also the actual implementation of education in practice and the education of family. This thesis emphasizes the significance of education of geriatric patients, the ability of education and it should help to all of us with our reflection and the completion of the knowledge about this topic.

ÚVOD

V současné době se zvyšuje počet geriatrických pacientů. Senioři se dožívají vyššího věku než dříve, ale s tím přichází i řada zdravotních problémů a jsou častěji hospitalizováni. Dle demografických průzkumů se prodlužuje střední délka života a trend populačního stárnutí bude dále pokračovat. Medicína se stále více geriatrizes díky procesu stárnutí populace a geriatrická problematika by měla být v centru pozornosti. Nemoci starých lidí řeší všechny klinické obory. Senior není hospitalizován pouze na geriatrických pracovištích, ale především na začátku hospitalizace je přijímán na akutní oddělení nemocnic. Odsud odchází domů nebo je překládán na další následná oddělení či zdravotnická zařízení.

Stáří s sebou přináší změny ve fungování organismu. Snižuje se fyzická zdatnost, odolnost, adaptace, dochází ke změnám ve smyslovém vnímání, motorice a celkově se snižuje potenciál zdraví a soběstačnost. S tím vším se musí senior vyrovnávat a navíc by se měl adaptovat na změny, které s sebou přináší nemoc i pobyt v nemocnici. To vše musí znát i respektovat ošetřující tým. Nelze předpokládat, že si pacient poradí zcela sám. Určující je též zdravotní stav a fáze nemoci.

Pro pacienta/seniora je obtížnější proces uzdravování, hůře snáší hospitalizaci a nejvíce ztrátu soběstačnosti. Hospitalizace je pro něj náročná životní situace. Očekává se, že bude spolupracovat. Pacient však také očekává, že mu někdo vše potřebné srozumitelně a trpělivě vysvětlí. Potřebuje informace, vysvětlení, návod jak postupovat. Vše co pacientovi vysvětlujeme, je v podstatě edukace. Edukace jako taková je součástí ošetrovatelské péče a významem edukace obecně je něco nového naučit, předat informace, předvést a naučit jak postupovat v praktické činnosti. U geriatrických pacientů má edukace svá specifika, dotýká se zdravotníků řady oddělení a pracovišť a také těch, kteří chtějí o svého blízkého pečovat v domácím prostředí.

Základem edukace jsou odborné znalosti personálu, znalosti o edukaci, umět učit a také mít zájem učit druhé. Proto mne zajímá a cílem mé práce je zjištění současné úrovně znalostí všeobecných sester o edukaci, ovlivňujících faktorech u geriatrických pacientů a uvedení reality související s edukací. Proces učení nás všechny provází celý život, ať si to uvědomujeme nebo ne. Tento proces je u starších lidí složitější, ale neznamená to, že se nemohou již nic nového naučit. Potřebují však více času, trpělivosti, mít sílu porazit každodenní problémy a smysl života. Umění edukace považuji z uvedených důvodů za důležité a aktuální.

1 VÝZNAM EDUKACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

„Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí.“ Talmud (3, s. 141)

Stárnutí populace vede k narůstání počtu pacientů v seniorském věku. Ze zdravého seniora se postupně či náhle může stát nemocný starý člověk, geriatrický pacient. Je hospitalizován. Ocítá se v náročné životní situaci. Musí se adaptovat na situaci, nemoc, prostředí. To co se kolem něj děje, je neobvyklé. Očekává se jeho spolupráce, on však také očekává, že mu někdo srozumitelně a trpělivě vysvětlí, co se děje a bude dít, co mu je, jak se vyléčí, co smí a nesmí. S tím souvisí i dotazy proč tohle musím, nesmím, jak to mám udělat, zvládnou to? Potřebuje informace, vysvětlení a návod jak postupovat. Otázkou je zda může, chce a ví jak o sebe pečovat a to i dále doma. V tom je možný význam edukace. Umožňuje předání informací, teoretických i praktických dovedností a tím také napomáhá větší samostatnosti a soběstačnosti geriatrických pacientů. Velmi důležitá je pro pacienta motivace, komunikace, adaptace a zájem nejbližších.

Edukace geriatrických pacientů nebo těch, kteří o ně chtějí dále pečovat v domácím prostředí, se může týkat výživy, dietního režimu, pohybu, polohování, sebek péče, péče o stomii, péče o permanentní močový katétr (či jiný invazivní vstup), manipulace s lůžkem, signalizací, respirační terapie, prevence a šíření infekce, prevence pádu (bezpečného prostředí doma), diabetického režimu apod. V případě dalšího pečování doma o svého blízkého, je otázkou zda někdo chce, může a ví jak pečovat. Proto by měla mít rodina či budoucí pečovatel možnost, si vše potřebné vyzkoušet a vědět na koho se případně obrátit. Zároveň zjistí, zda by danou nutnou péči o svého blízkého doma zvládli. Úkolem zdravotníků je vše potřebné naučit, umět naučit, mít trpělivost a čas pro edukaci.

Významem edukace obecně je něco nového naučit, předat informace, předvést a naučit jak postupovat v praktické činnosti, změna postojů a návyků. Cílem je určitá úroveň vědomostí, dovedností a odstranění chyb. Důležité je opakování a shrnutí naučeného. Na závěr nelze zapomenout na hodnocení, zpětnou vazbu a pochvalu.

Zpočátku nemožné, se může změnit na „Vím jak na to, zvládnou to.“

2 EDUKACE

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare*. V překladu to znamená vést vpřed, vychovávat. (7) Výraz edukace nahrazuje dřívější tradiční označení výchovy, vzdělání. V současné době se používá termín edukace a to i mezinárodně. (35)

Edukace je výchova a vzdělání jedince. Ovlivněním jeho chování, jednání usilujeme o rozvoj a navození pozitivních změn v jeho postojích, návycích, vědomostech či dovednostech. (7, 15)

Edukační procesy jsou v lidské společnosti velmi častou aktivitou. Od narození až do pozdního stáří se člověk učí. Učíme se pozorováním a napodobováním zkušených při činnosti, práci nebo jsme učeni cíleně, řízeně. Osvojujeme si jak různé pohybové činnosti (chůzi, hygienu, tanec, řízení automobilu, práci s nástroji), tak poznatky prostřednictvím jazyka (studium textů za účelem učení) a určité systémy hodnot, postojů, norem, dovednosti komunikovat v rodině, v práci a jiných prostředích. (35)

Teorii edukace se zabývá vědní obor didaktika. Ve zdravotnické praxi didaktika ošetřovatelství. Pojem didaktika znamená učit, vyučovat, učit se, učení i poučování. Obecně jde o teorii procesu správného vyučování. (15)

Edukační proces v ošetřovatelství je nejen osvojení teoretických dovedností, porozumění učivu, ale především rozvoj praktických schopností a dovedností. Zároveň napomáhá k vyšší soběstačnosti a samostatnosti jedinců. (7)

Edukace je součástí zdravotní péče o pacienta. Aktuálnost edukace v ošetřovatelství, má pozitivní vliv na spokojenost pacientů, snížení funkční disability i zmírnění strachu a úzkosti. Podílí se též na efektivnosti léčebného režimu a ovlivňuje i finanční náklady ve zdravotnickém systému. Efektivní edukace pacientů má vliv na aktivnější přístup pacienta k léčbě a rekonvalescence může být kratší. (38, 23)

Cílem edukace je určitá úroveň vědomostí, dovedností a postojů. Dosažení změn. Ve zdravotnictví je obecným cílem prevence, předcházení nemoci, navrácení zdraví a zkvalitnění života zdravých i nemocných. Primární edukační prevence je zaměřena na zdravé jedince, na udržení jejich zdraví, prevenci nemocí. Sekundární se zabývá dodržováním léčebného režimu, udržením soběstačnosti a prevencí recidivy onemocnění. Edukace terciární se zaměřuje na zlepšení kvality života, zabránění možných dalších komplikací a je orientována i na rodinné příslušníky pacientů. (7, 15)

2.1 Edukační proces

Edukační proces je činnost, při které dochází k učení subjektu. Tímto subjektem je učící se jedinec - edukant. Učí ho vyučující jedinec - edukátor. (35) Edukační proces vychází ze základních principů správné výuky a prohlubuje možnosti přenesení znalostí a dovedností od edukátora k edukovanému. (18)

Proces učení nás provází celý život. Může být záměrný nebo neuvědomovaný. Již jako děti se učíme jazykovým a komunikačním dovednostem, učíme se chodit, umývat. Tyto dovednosti nám předává matka, otec, jiní dospělí či vrstevníci. Jedním z rozšířených typů edukačních procesů je školní výuka, kdy učitelé učí žáky. Jde zejména o učení prováděné se záměrem, zevně řízené. Jedním z typů edukačních procesů je i trénink sportovce. Typické je speciální prostředí a učení určitých motorických dovedností. Dnes se také často používají edukační procesy u velkých skupin populace. Jde například o edukaci za účelem změn postojů lidí ke svému zdraví, ke zdraví škodlivým návykům nebo ekologickým problémům. Často jsou realizovány médii. Díky čtení novin či sledování televizních pořadů se člověk také učí, aniž by si uvědomoval, že díky osvojování různých poznatků k procesu učení dochází. Učí se, aniž by se chtěl učit. Jde o bezděčné, náhodné, spontánní učení. (35)

Edukanti (učící se), jsou různé subjekty edukačních (učebních) procesů, bez omezení věku či typu prostředí. Edukant může být jak předškolák, tak student vysoké školy či pacient. Obecně se učícími/vzdělávajícími osobami stává kdokoli v různé životní situaci. (35) Ve zdravotnickém prostředí je nejčastěji edukantem nemocný člověk. Může to být ale i zdravotník, který se dále vzdělává nebo osoba zdravá, kdy jde spíše o prevenci. Každá edukovaná osoba je individuální osobnost. Charakterizují ji fyzické, afektivní a kognitivní vlastnosti. U fyzických je to např. věk, pohlaví, zdravotní stav, s afektivními souvisí motivace, postoj a kognitivní představují schopnost učit se. Vliv má také sociální prostředí, víra a etnická příslušnost. (7)

Edukátorem může být učitel, lektor, instruktor, vychovatel, konzultant, trenér, školitel a všechny další osoby, které nějakým způsobem učí, instruují jiné osoby. (35) Ve zdravotnictví jsou to nejčastěji lékaři, sestry, fyzioterapeuti či nutriční terapeuti. (7) Sestra v roli edukátorky se podílí na upevnění zdraví, rozvoji soběstačnosti, sebezpěče, předcházení komplikacím a pomáhá pacientovi i rodině naučit se žít s dlouhodobým onemocněním a s nábívkou potřebných praktických dovedností. (30)

Další součástí edukačního procesu jsou **edukační konstrukty**. Tvoří je teorie, modely, plány, zákony, předpisy a další teoretické výtvoř, které se nějakým způsobem podílí na edukačním procesu. Patří sem např. jak učební osnovy vyučovacích předmětů, učební plány, kurikula, tak normy a standardy vzdělávání, které popisují, určují normu nebo hodnotí edukační procesy. Edukačními konstrukty jsou i učebnice, výukové filmy a počítačové programy, instrukce nebo rady lékaře pacientovi. (35)

Místem, kde edukace probíhá, se nazývá **edukační prostředí**. Typy těchto prostředí se liší obsahem, formou a intenzitou edukačních procesů. Vliv má nejen uspořádání vnitřního prostředí, ale i vnějšího. Vnější prostředí souvisí s vlivy ekonomickými, sociokulturními, demografickými či etnickými. Ve vnitřním prostředí se uplatňuje vliv osvětlení, barev, zvuku, prostoru, nábytku, klima (vztahy) a učební atmosféry. (35) Prostedí může působit i negativně. Jako bariéra v edukaci. Vliv na pacienta má prostorové vybavení, podmínky k bezpečí v prostředí, organizace práce, osobní image zdravotnických pracovníků, komunikace, úroveň vztahů a pozornost je zapotřebí věnovat i soukromí či důstojnosti. (38, 4)

2.1.1 Proces učení

Podstatou edukačního procesu je učení. (35) Schopnost učení je vrozená a mění se v závislosti na vývoji organismu. Velmi úzce souvisí se zvládnutím mechanismu řeči a funkcí paměti. V širším pojetí jde o neustálý, spontánní proces získávání individuálních zkušeností, přizpůsobování se novým životním podmínkám a učení se novým formám chování. V užším pojetí bývá nejčastěji označován jako z vnějšku záměrně navozená činnost edukanta. Výsledkem procesu učení je osvojení vědomostí, dovedností, návyků a též utváření postojů a určité hierarchie hodnot. (7) Záleží též na osobnosti edukanta, výkonnosti jeho paměti, zdravotním, psychickým stavu, inteligenci, vzdělání, jeho možnostech sociálních a na prostředí. Důležitá je pro edukanta zpětná vazba o výsledcích svého učení ve vztahu k naplánovanému cíli. Dalšími ovlivňujícími faktory je rozsah učiva, způsob opakování a také učitelovo pojetí výuky, jeho osobnost, zkušenost a odborná znalost. Je vhodné při výuce zařadit přestávky, dávat pozor na fixování chyb a sledovat během edukace stav, únavu edukanta. (7, 35)

2.1.2 Motivace v edukaci

Nejvýznamnějším faktorem, který ovlivňuje učení je motivace. Motivace je hybnou silou našeho jednání a konání. Pokud má jedinec potřebu naučit se něčemu

novému nebo změnit svoje jednání, jde o vnitřní motivaci. Vlastní zájem je zde hnací silou. Při vnější motivaci se snaží vzbudit zájem o učení edukátor. (7)

Příčiny či důvody lidského chování se nazývají motivy. Vysvětlují, proč se tak člověk chová, proč tímto způsobem. Lidské motivy se všelijak propojují a konkrétní čin je často kombinací více motivů. Jsou považovány za základní jednotku motivace a spolu se situačními faktory se projevují ve způsobu chování. V motivaci se také odráží psychický a somatický stav člověka a různé vlivy vnějšího prostředí. Vnitřním zdrojem motivace je nějaká potřeba. Ta se stává aktuálním osobním motivem a člověk se v podstatě snaží obnovit ztracenou rovnováhu. Vnější zdroj motivace je pobídka, nějaký vnější podnět, který se stal důležitým a vyvolá vznik potřeby. Dosažení určitých cílů znamená dosažení rovnováhy. Motivace je navíc umocňována i emočními prožitky a je komplexním duševním procesem. (50, 31)

Pro naplnění potřeb je důležitá síla, velikost motivace a schopnost jedince překonávat překážky. Potřeba vyjadřuje stav nedostatku či nadbytku, touhu po něčem, co nás vede k uspokojení potřeby, k dosažení životního optima a aktivizuje člověka. Pocit uspokojení je velmi individuální. Motivací pacientů by se měli zdravotníci intenzivně zabývat a pomáhat jim hledat cestu. Dokázat je povzbudit ke správnému postoji, zajistit jim informace, že to skutečně zvládnou a dávat jim svým chováním najevo, že věří v jejich schopnosti. Zejména seniorům věnovat čas a laskavým přístupem se je snažit přesvědčit o schopnosti zvládnout náhlé životní změny. Přesvědčit je o důležitosti vlastních snah, o důvěře ve vlastní schopnosti a najít smysl, cíle. U seniorů je důležité zaměřit se především na aktivity k dosažení soběstačnosti v denních činnostech a při plánování aktivit brát v úvahu i vlastní představu cíle seniora. (40, 11, 31)

Pouhý zájem jen o biologické potřeby pacienta je nedostatečný. Přístup zdravotníků by měl být komplexní, pracovat týmově a zabezpečit u pacientů i potřeby psychologické, sociální a spirituální. Posledně jmenované spirituální potřeby byly donedávna spíše tabu a přisuzovány pouze věřícím. Mají je ale i ostatní, kteří se právě v průběhu vážné nemoci začínají zabývat otázkami po smyslu života jako takového a smyslu života vlastního. (37)

2.1.3 Komunikace v edukaci

Komunikace obecně je proces předávání informací mezi lidmi. Způsob komunikace se odvíjí od jejich vzájemných vztahů. Probíhá na dvou úrovních – verbální

(komunikace slovní) a neverbální (komunikace beze slov). (21) Verbální komunikace přináší zejména informace. Obsah je vyjádřen slovem, písmem či jinými symboly. Význam sdělovaného dotváří neverbální část. (44) Ta vyjadřuje mezilidské postoje (emoce) a někdy je využívána místo verbálního sdělení. Jde zejména o řeč těla (mimiku, gesta, oční kontakt, pohyb těla, postoj, doteky, vzdálenost v prostoru), dále intenzitu a tón hlasu, tempo řeči, pomlky a také zacházení s časem. Dle psychologických výzkumů se na celkovém účinku komunikace podílí více než padesát procent neverbální komunikace (mimika, hlasová charakteristika řeči) a jen asi sedm procent obsahu toho co je sdělováno. (21) V praxi to znamená, že pokud si nejsme jisti významem slovního sdělení a neodpovídá ani neverbální projev, je nutné si význam sdělovaného ověřit. Nejvhodnější je využití naslouchání. Znamená to nejen poslouchat, ale především chápat a porozumět. Jde o projevení skutečné empatie. (33, 16)

Obecně platí, že nelze nekomunikovat a i mlčení má svůj význam sdělení. Komunikace je jak sdělování, tak sdílení (empatie). Spoluvytváříme ji a ovlivňujeme. Z profesního hlediska je druhem péče o pacienta. Nejdůležitější částí rozhovoru bývá označováno naslouchání. Znamená, že slyšíme, ale i chápeme a rozumíme. Díky naslouchání se vytváří podmínky k další komunikaci, umožňujeme druhému splnění jeho přání, možnost se svěřit a dáváme jím najevo ochotu pomoci. Nasloucháme ušima (slyšíme slova, vnímáme význam a charakteristiku řeči), očima (vidíme výraz v obličeji, pohled, postoj, pohyby) i srdcem (zapojení emocí). (44) Techniky aktivního naslouchání jsou povzbuzení (Řekněte mi o tom více), objasnění (Co si o tom myslíte), zrcadlení (Vidím, že vás to rozčílilo), parafrázování (Jestli tomu dobře rozumím), shrnutí (Dohodli jsme se, že budeme řešit..) a ocenění (Těší mě, že..). Umění naslouchat je dar, schopnost, kterou nemá každý ve stejné míře, lze se ho však naučit. (32)

V práci zdravotníků zaujímá komunikace a interakce s pacientem, s jeho okolím a i s kolegy významné místo. Veškeré dění se odehrává formou interakcí a komunikace. Interakce probíhá neustále a jde o reagování lidí navzájem. Při výměně informací jde o komunikaci. Komunikační dovednosti využíváme i v běžném životě, lze je stále zdokonalovat a ztráta možnosti, schopnosti komunikovat způsobuje často závažné ohrožení vztahů. (44)

Komunikační dovednost je u sestry součástí její profesionality. V praxi dělíme profesionální komunikaci s pacientem na sociální, specifickou a terapeutickou. Během sociální komunikace jde o běžný rozhovor a kontakt. Důležité je navázání vztahu s pacientem. U specifické komunikace jde o sdělování důležitých faktů, motivaci

pacienta či edukační proces. Důraz je kladen na srozumitelnost sdělovaného a vhodnou formu dle stavu pacienta. Nutností je ověření, zda a co pacient porozuměl. Komunikace terapeutická je forma rozhovoru, při kterém je pacientovi poskytována opora a pomoc v náročné životní situaci a adaptaci na změnu. (44)

Vztah mezi lidmi se vytváří nejen komunikací, ale i společným sdílením, prožíváním a reagováním na určitou situaci. Předmětem komunikace je pak to, jak na tuto situaci reagují a společně ji řeší. (32)

Úroveň komunikace a efektivita edukace spolu dle uvedeného velmi souvisí. Edukátor, který vysílá v komunikačním procesu sdělení posluchačovi/edukantovi, musí mít komunikační znalosti a dovednosti. Jde o jednosměrnou komunikaci, kdy se edukant snaží zprávu dekodovat a případně na ni reagovat = oboustranná komunikace. Situace, za níž komunikace probíhá, se nazývá situační kontext. Během komunikace může dojít ke komunikačním šumům – zkreslení informací. To může být způsobeno snížením pozornosti, koncentrace pacienta na edukaci díky únavě, bolesti. (7)

Cílem edukačního rozhovoru je zapojení pacienta do své léčby, něčemu ho naučit. Nejen, že my sami musíme ovládat to, co učíme, ale také musíme umět znalost a dovednost předat. Předávání informací je potřeba doplnit i názornou ukázkou, není nad příklad. Nelze pacienta odbýt brožurkou či návodem. Je nutné dbát na trpělivý přístup, motivaci, opakování, empatickou podporu, pochvalu a nezapomenout na závěrečné shrnutí a ověření si, zda pacient vše pochopil. Během edukačního rozhovoru je vhodné klást otázky. To co pacient sám vysloví, si mnohem lépe zapamatuje. (44)

Komunikace v edukačním procesu je prostředkem k uskutečnění edukace. Na jejím základě se předávají informace, zkušenosti, motivy, postoje i emoce. Je ovlivněna počtem účastníků edukace, metodou a formou edukace. (7)

Verbální komunikace by měla být při edukaci jednoduchá, výstižná, dobře načasovaná a přizpůsobená znalostem a schopnostem člověka, kterého edukujeme. Při komunikaci s pacientem by měl edukátor umět mluvit, mluvit spisovně, dávat přednost českým výrazům nebo odborné vhodně vysvětlit, nepoužívat slovní parazity (ééé, tedy, tudíž, že ano apod.), neodbíhat od tématu a mít na paměti ke komu mluvíme, proč, kde a kdy a jaký čas na komunikaci máme. Předávání informací by mělo být logicky uspořádané, srozumitelné a pro druhého zajímavé. Při slovní komunikaci musí edukátor přizpůsobit intenzitu hlasu prostředí, počtu edukantů a situaci. Posluchači by měli sdělované dobře slyšet. Vysoké tóny hlasu bývají hůře vnímány, stejně jako velká hlasitost či tichý hlas. Tempo řeči bychom měli během slovního projevu měnit

a přizpůsobit edukantům. Příliš rychlé nebo pomalé má negativní vliv na jejich pozornost a u rychlého projevu je obtížně vnímána řeč. Pomlky jsou součástí řečového projevu (dávají prostor pro přemýšlení). Délku projevu je nutné přizpůsobit věku, zdravotnímu stavu, schopnostem edukanta a též obsahu sdělení. A to tak, aby bylo, pro edukovaného možné nejen naslouchat, ale také se do komunikace zapojit. (7)

Neverbální komunikací, jak již bylo výše uvedeno, vyjadřujeme svoje postoje, prožívání a emoce. Komunikujeme i prostřednictvím přiblížení či oddálení mezi sebou. Tato komunikace se nazývá proxemika. Vzdálenost mezi subjekty může být různá. Rozdělujeme ji na 4 zóny:

- Veřejnou - odstup větší než 360cm (neosobní, využití většinou ve skupinové výuce)
- Společenskou - asi od 120cm do 360cm (projednávání neosobních věcí)
- Osobní zónu - přibližně od 30/45cm do 120cm (vstup pro blízké přátele, spolupracovníky, vhodná vzdálenost pro vedení rozhovoru, vidíme si dobře do tváře)
- Intimní zónu - asi do 30/45cm od těla (pouze pro nejbližší, zdravotník v rámci péče narušuje tuto zónu a vždy musí pacienta předem upozornit).

Dále se v neverbální komunikaci využívá miminka, výraz obličeje. Vyjadřuje emoce a výrazně odráží psychický stav. Záměrný pohyb, gesta nahrazují či doplňují slova, když něco vysvětlujeme, ukazujeme, hodnotíme či na něco upozorňujeme. Dorozumívání doteky se nazývá haptika. Podání ruky je nejčastější haptický kontakt a mělo by být spolu s představením součástí kontaktu zdravotníka s pacientem. Stejně důležitý je oční kontakt. Při rozhovoru by měly být oči obou komunikujících zhruba ve stejné úrovni. Při edukaci je proto vhodné sednout si k lůžku pacienta. Komunikace díky celkovému pohybu těla se nazývá kinetika a prostřednictvím postoje a polohy těla posturologie. Neverbálně tak komunikujeme pomocí těla a naznačujeme náš fyzický postoj k situaci. Při edukaci má komunikační význam i úprava zevnějšku edukátora. Zanechává ve druhé osobě dojem o nás. (7)

Komunikaci mohou provázet komunikační bariéry. Příčinou nezájmu komunikovat může být únava pacienta, stres. Pomaleji hovoří většinou starší pacienti. U nich bývají i větší problémy při komunikaci. Mohou mít různé zábrany, některá témata jsou pro ně tabu (sexualita, intimní záležitosti, nepříjemnosti v rodině). Bariérou

může být spěch, hluk nebo nedostatek soukromí. Specifickým problémem je nedoslýchavost, zhoršený zrak, poruchy řeči nebo demence. (45)

2.2 Typy edukace ve zdravotnictví

Základní – provádí se v případě, kdy pacient není vůbec o problematice informován, při nově diagnostikovaném onemocnění. (38) Jedinci jsou předávány nové vědomosti, dovednosti a zdravotníci se snaží o jeho motivaci ke změně svých postojů a pohledu na žebříček hodnot. (7)

Komplexní – jde o edukaci prováděnou etapově, nejčastěji v kurzech. (7) Tyto kurzy jsou pro pacienty s určitým onemocněním, které ho postihuje po celý život, zasahuje do způsobu stravování či do pohybového režimu (například kurzy pro diabetiky). (38)

Reedukace – napravující, pokračující a rozvíjející. Předchozí vědomosti či dovednosti opakujeme, aktualizujeme a poskytujeme i další informace při změně podmínek. (38)

2.3 Edukační proces v ošetrovatelství

Edukační proces v ošetrovatelství má z didaktického hlediska pět fází – posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Jde o proces záměrný, cílevědomý, řízený a plánovaný. Příprava souvisí se základními povinnostmi a kompetencemi sestry. Navazuje na činnosti sestry před edukací, při edukaci a i po edukaci. Realizace a kvalita edukačního procesu závisí na vzájemném vztahu a spolupráci edukátora a edukanta. Kvalita edukace též souvisí s osobnostními kvalitami zúčastněných, jejich postoji, hodnotách, názorech a zájmech. (15)

Proces edukace ve zdravotnických zařízeních je specifický a měl by být součástí a v souladu se systémem a metodami péče v těchto zařízeních. Zpravidla je edukace dělena také na pět fází. Fáze počáteční pedagogické diagnostiky, projektování, realizace, upevnění a prohlubování učiva, a fáze zpětné vazby. Uvedené fáze by měly být zahrnuty, propojeny s fázemi ošetrovatelského procesu. (7)

Fáze edukačního procesu z hlediska didaktického jsou z mého pohledu více identické s fázemi ošetrovatelského procesu, a proto jsem se rozhodla je uvést jako základní fáze edukace v teoretické části této práce.

2.3.1 Posuzování

Základem úspěšného edukačního procesu je pečlivý sběr, třídění a analýza údajů o pacientovi. Údaje o něm získáváme různými metodami – rozhovor, pozorování, dokumentace, dotazník či fyzikální vyšetření. Sestra zjišťuje u pacienta schopnost učit se a bere v úvahu další faktory, které mohou proces učení ovlivnit. Důležitou roli při edukaci hraje postoj jedince ke své nemoci, k sobě a ke svému životu. Ideální je, když potřeba učit se vychází přímo od pacienta, je jeho vnitřní motivací. Získané údaje sestra posoudí, ověří a shrne. (15)

Sběr informací o pacientovi/edukantovi by měl být součástí běžného shromažďování údajů v rámci zdravotnického týmu (lékařská, ošetrovatelská anamnéza). Dle těchto údajů lze určit edukační potřeby pacienta. Důležité je předávání informací o pacientovi mezi všemi členy týmu. Získávané informace jsou buď objektivní, lze je měřit, testovat nebo pozorovat, kdežto subjektivní údaje ne. Primárním a významným zdrojem informací jsou údaje od pacienta. Jsou doplněny o údaje ze sekundárních zdrojů, z dokumentace, od zdravotníků a příbuzných či doprovodu pacienta. V případě velmi vážného stavu či dezorientovanosti pacienta se pak používají jako zdroj primární. (15)

Proces edukace, učení ovlivňuje řada faktorů. Při získávání všeobecných informací se pro edukační účely zaměřujeme na úroveň dosavadních vědomostí, dovedností a návyků; na motivaci pacienta; jeho postoje a hodnoty; předpoklady k učení a učební styl; psychický a zdravotní stav (např. úroveň vnímání, myšlení, paměť, fáze a charakter nemoci, poruchy smyslů) a také zjišťujeme zázemí edukanta. (7)

2.3.2 Diagnostika

Druhá fáze edukace v ošetrovatelství označuje edukační potřeby a problémy pacienta, jejich příčiny a ovlivňující faktory. K označení se používají edukační diagnózy. Dělíme je podle důležitosti a priorit potřeb pacienta. Mohou být zaměřeny na zdraví a změněné zdravotní návyky nebo na potřebu pacienta se něco naučit. V ošetrovatelské edukaci mají často přednost postojové cíle před vzdělanostními. Je důležité porozumět problémům pacienta a jeho schopnosti aplikovat získané znalosti a dovednosti v běžném životě. (15)

Deficit dovedností, vědomostí či návyků (edukační potřebu) je nutné zaznamenat do edukační dokumentace. (7)

2.3.3 Plánování

Účelem plánování je sestavení edukačního plánu. V této fázi se stanovují cíle, aktivity, jejich frekvence, doba trvání a vybírají se edukační metody. Součástí plánování je také jeho organizační zabezpečení, kontrola a vyhodnocení. Obsah edukace je daný cílem vyplývajícím z potřeb pacienta a je jakousi ideální metou, která se má dosáhnout. Může jít jak o vědomosti, dovednosti, tak o dosažení změny postojů nebo osvojení návyků. Důležité je aby sestra správně stanovila a jasně zformulovala výchovně vzdělávací cíle. Ty stanoví ve spolupráci s pacientem. Pokud ne, tak určené cíle nemusí pacient přijmout za své a vůbec nemusí mít vnitřní motivaci ani přesvědčení se podle nich chovat. Cíle by měli mít formu doporučení, ne zákazů, které vedou často k opačnému chování. Měly by být dosažitelné, měřitelné a ověřitelné. Na základě hodnotících kritérií stanovených v plánovací fázi, se v páté fázi edukace hodnotí dosažení cílů. (4)

Při plánování edukace musí sestra respektovat tělesný i psychický stav pacienta a jeho právo na osobní svobodu a rozhodování. Na začátku je vhodné začít s tím, co pacienta zajímá, co ví a po zvládnutí základů postupovat dále. Téma, co ho trápí, by se mělo probrat jako první. (15)

Subjektem učení může být též rodina. V období před propuštěním blízkého z nemocnice se sestra zaměřuje na předvedení péče při běžných denních aktivitách (hygiena, výživa, pohybová aktivita). (1)

Přípravy a plánování edukace může být označeno také jako projektování. Přináší řadu otázek:

- Proč? – zamyšlení nad otázkou jaké jsou edukační potřeby pacienta, v jaké oblasti, k jaké změně má dojít a jaké budou přesné cíle
- Koho? – zvážení, koho se bude edukace týkat a jeho charakteristika vzhledem k pohlaví, věku, zdravotnímu, psychickému stavu a dalším ovlivňujícím faktorům
- Co? – promyšlení obsahu edukace, dle edukačních potřeb pacienta, jestli volit edukaci základní či reedukaci
- Jak? – volba nejvhodnější metody a formy edukace pro pacienta
- Kdo a kdy? – zvážení, který člen zdravotnického týmu provede ve správném čase edukaci, jaký bude harmonogram a časový rozvrh, podmínkou je spolupráce celého týmu a volba postupu o záznamu edukace

- Kde a za jakých podmínek? – volba prostředí, zda použít edukační materiály a i financování edukace
- S jakým výsledkem? – promyšlení procesu hodnocení (29)

Edukační plán by měl být sestaven v písemné podobě. Ideálně ve spolupráci s pacientem. Vychází z jeho edukačních potřeb a měl by být založen v dokumentaci. Záznam by měl obsahovat pojmenování edukační potřeby, dlouhodobý edukační cíl, časovou dotaci a téma jednotlivých sezení, k daným tématům uvést jméno zodpovědné osoby, krátkodobé cíle, metody, formy a pomůcky, obsah učiva (osnovu) a způsob průběžného i závěrečného hodnocení. (29)

Jednotlivá zdravotnická pracoviště mohou mít předběžně sestaveny typizované edukační plány dle jejich zaměření. Musí však obsahovat možnost individuální edukační potřeby. (29)

2.3.4 Realizace

Čtvrtá fáze edukace v ošetrovatelství je fáze realizace. Sestra aplikuje svoji teoretickou přípravu (učební plán) v konkrétních podmínkách. (15) Realizace edukace probíhá na základě vyhodnocení sběru informací, zjištěných edukačních potřeb, měla by vycházet z edukačního plánu a směřovat k naplánovanému cíli edukace. Podílet by se na ní měl dle stanoveného plánu, svých kompetencí a specializací celý ošetrovatelský tým (lékař, všeobecná sestra, nutriční terapeut, fyzioterapeut aj.). (29)

Na začátku realizace edukace je důležitá motivace, pak následuje sdělování nových poznatků (expozice) spolu se snahou o aktivní spoluúčast edukovaného pacienta. Pro fixaci vědomostí a dovedností je nutné, aby byly v průběhu opakovány a procvičovány. Pochopení učiva a zájem edukanta průběžně diagnostikujeme, prověřujeme a během aplikace se snažíme, aby dokázal vědomosti a dovednosti použít. Ve zdravotnické praxi by měl být kladen důraz na fixaci, zapamatování a prohlubování učiva. (29)

Aby byla edukace efektivní je zapotřebí přizpůsobit její tempo edukovanému jedinci, nepoužívat odborné termíny a zkratky, povzbuzovat pacienta a vhodně zvolit metody. Vhodné je obsah shrnout, přeformulovat a přiblížit informace učebním možnostem edukantů/pacientů. (15)

2.3.5 Ovlivňující faktory a příprava na edukaci

Úspěch edukace může ovlivnit řada faktorů, které vychází z individuality každého člověka. Jde o fyziologicko-biologické faktory, psychicko duchovní, sociálně-kulturní a faktory prostředí. Dále uváděné faktory patří mezi nejčastější, které musíme brát v úvahu při plánování a realizaci edukace. Mezi fyziologicko-biologické faktory řadíme pohlaví, věk (nese s sebou určitá specifika), úroveň soběstačnosti a zdravotní stav (fáze a typ onemocnění). Psychicko-duchovní faktory odráží psychický stav pacienta (strach, úzkost), vlastnosti osobnosti (např. temperament), postoje (ke zdraví, k sobě, k nemoci apod.) vliv motivace (vnitřní i vnější), schopnosti a dovednosti, návyky i zkušenosti, styl učení a víru. Sociálně-kulturní faktory s sebou nesou vliv typu zaměstnání, vzdělání, kulturní a etnické příslušnosti, rodinných vztahů a i ekonomické situace. Dalším faktorem je vliv prostředí, kdy záleží na místě edukace a vybavení tohoto prostředí. (7)

Úspěch edukace je závislý též na přípravě. Jde o přípravu zdravotníka, edukanta a také přípravu prostředí včetně materiálního zabezpečení. Zdravotník se připravuje zejména dlouhodobě (seznámení s hlavním cílem a plánem edukace) a na tuto přípravu navazuje příprava bezprostřední (konkrétní edukační téma). Způsob přípravy záleží na charakteru edukačního tématu, formách edukace, materiálních a organizačních podmínkách zdravotnického zařízení, kde bude edukace probíhat. Nejvhodnější je písemná forma (téma, cíl, metoda, forma, obsah edukace, pomůcky a způsob hodnocení). V praxi se dle literatury využívá k edukační tematické lekci více smíšená forma. Na začátku probíhá seznámení s cílem edukace a motivace, následuje opakování dříve probraného tématu, seznámení s novým učivem, opakování a procvičování, shrnutí podstatných bodů edukace (např. spolu s prostudováním edukační brožury) a seznámení s tématem další edukační lekce. Příprava edukanta/pacienta souvisí především s jeho zdravotním stavem a ochotou se do edukace zapojit. Předem by měl pacient znát důvod a cíl edukace. (7)

V období kdy je člověk zcela zdravý, má dost sil a energie aby mohla edukace proběhnout v celém rozsahu. V akutní fázi nemoci není schopen se dostatečně soustředit a vnímat edukaci. V této době se edukace zaměřuje pouze na podání informací k momentální situaci a na ty pro něj nejdůležitější. Nejvíce přístupný edukaci je pacient po odeznění akutní fáze nemoci. V tomto období je nutné pamatovat na vyčerpání a únavu pacienta z předchozích dnů a edukaci provádět po etapách. V chronické fázi nemoci se střídají fáze kompenzace a dekompenzace onemocnění. Záleží na způsobu

přijetí a prožívání chronického onemocnění U těchto pacientů je typické, že střídají období dodržování doporučení a kdy je nedodržují. Při zhoršení zdravotního stavu pacienta naplánovanou edukaci nelze uskutečnit. (7, 13)

Na sdělení závažné diagnózy reagují pacienti různým způsobem. Akceptace přijetí nemoci se mění. Liší se intenzitou prožitku a délkou jednotlivých fází. Neschopnost empaticky odhadnout v jaké fázi se pacient nachází, může vést k nedorozuměním až konfliktům a také k neúspěchu edukačních snah. V první fázi obvykle reaguje pacient popřením skutečnosti (ne, to není pravda, nemám tuto chorobu). V této době není pacient schopen ani ochoten přijímat rady nebo se učit. Je ponořen do svého neštěstí a může reagovat na běžné podněty neadekvátně. Tato fáze může být velmi krátká nebo trvat i velmi dlouhou dobu. Další období je fází revolty, vzbouření, odporu. Pacient může být agresivní, je zde riziko konfliktů s ošetřujícím personálem. Hledá viníka jeho potíží, nemoci, obviní kohokoli. Třetí fáze je obdobím smlouvání (ano, budu si píchat inzulin, ale jenom dvakrát denně). Poté následuje fáze deprese s nadějí (je mi špatně, musím se léčit, zvládnou to však?) V této fázi bývá pacient velmi vstřícný se učit, má zájem o výuku. Poslední fáze je přijetí, akceptování nemoci. Ne každý se sem dostane. Pacient totiž musí přijmout určitý díl zodpovědnosti za svoji léčbu. Být otevřený novým znalostem, dovednostem, přijímat opravy svých chyb a realizovat vše do praxe. Úkolem zdravotníka/edukátora je sledovat psychický stav pacienta, snažit se rozpoznat fázi, ve které ze zmíněných se právě nachází a upravit dle toho taktiku a cíle edukace. (17)

S přípravou edukace souvisí též příprava prostředí a pomůcek na edukaci. Ideální je místo klidné, kde nic neruší komunikaci a všichni se zde cítí dobře. Výběr místa by měl být přizpůsoben zvoleným metodám a formám edukace. Učební pomůcky musí být funkční a připraveny předem. (7)

Narušit, ovlivnit edukaci mohou i tzv. edukační bariéry. Jde o překážky/komplikace, které znesnadňují či zabraňují dosažení cíle edukace. Ze strany edukanta záleží na charakteru jeho nemoci (poruchy vědomí, Alzheimerova choroba), poruchách smyslového vnímání (ztráta zraku, hluchoněmý pacient), jazykových bariérách, mentálním handicapu a vliv na realizaci edukace mají i odlišné kulturní zvyky. Bariérou ze strany edukátora/zdravotníka může být nedostatečná příprava, nedostatečné edukační vědomosti a dovednosti, průběh edukace nahodile, nedostatek času, únava, malá spolupráce zdravotnického týmu a nedostatečná motivace zdravotníka k edukaci. (7)

2.3.6 Vyhodnocení

Poslední fází edukačního procesu je hodnocení výsledků a efektů edukace. Výsledkem jsou změny v oblasti kognitivní, afektivní a motorické. Za efekt se považuje účinek či důsledek edukace. Při nesplnění plánovaného cíle může být příčinou špatný odhad edukačních potřeb, vytyčení nereálných cílů, malá či žádná motivace, nepřiměřený časový plán, chyby v komunikaci nebo nevhodná strategie učení. (7)

Příznivý vliv na učení má pozitivní zpětná vazba. Pochvala od sestry pomáhá pozitivně měnit pacientovy postoje. Negativní zpětná vazba se v ošetrovatelské praxi nepoužívá. Výjimečně se uplatňuje slovní napomenutí, vysvětlování či postačí odstrašující příklad. Dostatečným ponaučením pro pacienta bývá vzniklý problém následující po nedodržení léčebného režimu. (15)

Proces hodnocení může být průběžný (formativní) nebo závěrečný (sumativní). Formativní hodnocení je zaměřeno na chyby a nedostatky v průběhu edukace. Jde o zjištění momentálního stavu vědomostí, dovedností a postojů. Vyjadřuje úroveň pokroku. Edukaci lze dle zjištěného aktuálně přizpůsobit potřebám edukanta. Sumativní hodnocení se provádí na závěr, je konečné, shrnující pokroky do celku. Využit lze např. před ukončením hospitalizace pacienta. Hodnocení může být verbální (ústní, písemné) nebo neverbální (mimika, gesta). (7)

Sestra hodnotí spolu s pacientem hlavně to, jak změnil své chování, jednání a pak i to, co se naučil. Dosažení cíle se hodnotí dle kritérií stanovených již v plánovací fázi. Metodou hodnocení v kognitivní oblasti jsou otázky v diskusi či rozhovoru. Písemné testy jsou pro pacienty nevhodné. Motorické dovednosti hodnotí sestra na základě pozorování pacienta. Postoje nebo systém hodnot pacienta se hodnotí podle odpovědí pacienta na cílené otázky. Sestra vyslechne jeho názory a pozoruje jeho chování. Změna v chování se může projevit až později. Zpětná vazba pacientovi poskytuje informace o tom, co se naučil dobře a co je ještě potřeba se naučit. Vždy se nejdříve zmiňují pozitiva, pochvala a pak co bylo méně dobré. Při hodnocení by měly zaznít i návrhy potřebných změn. Ve fázi hodnocení hodnotí sestra i sama sebe, svoji činnost v procesu edukace. Zda byla edukace správně, odborně připravená, realizovaná či hodnocená. Při nesplnění cíle či jen jeho částečném splnění je nutné učební/edukační plán opakovat nebo upravit. (7, 15) O edukaci by měl být proveden edukační záznam. Obsahuje mimo jiné i hodnocení edukace, zda byly splněny její cíle. Tento záznam by měl být součástí zdravotnické dokumentace. (7)

2.3.7 Didaktické principy edukace

Edukace v ošetrovatelství by měla být vedena v souladu s didaktickými principy. Didaktický princip je vyučovací princip. Jde o určité požadavky, zásady, které je zapotřebí respektovat. Ovlivňují průběh edukace a správný způsob dosažení cíle edukace. Vycházejí ze zásad vyučovacího procesu. V současné době se nejčastěji při edukaci dospělých uplatňují principy (zásady) názornosti, soustavnosti, přiměřenosti, individuálního přístupu, uvědomělosti a aktivity, trvalosti, aktuálnosti, spojení teorie s praxí, vědeckosti, kulturního kontextu a zpětné vazby. (7, 15)

Princip **názornosti** je důležitý pro pochopení informací. Zapojení více smyslů či možnost si dané vyzkoušet, usnadňuje edukantovi proces učení. Princip **soustavnosti** se využívá ve formě systematicky uspořádaných poznatků. Předávání vědomostí by mělo navazovat na edukantovy předchozí vědomosti, dovednosti a trvale je prohlubovat. Na začátku edukace by se měl edukant seznámit s cílem a obsahem edukace. V průběhu nebo až na konci je zapotřebí provést kontrolu, zda porozuměl probíranému učivu (např. položit kontrolní otázky) a shrnout nejdůležitější body. Princip **přiměřenosti** představuje adekvátní náročnost učiva dle možností a schopností edukanta. Postup od jednoduchého ke složitému. Souvisí s individuálním přístupem. Princip **aktivity** a také **uvědomělosti** předpokládá aktivní zapojení edukanta do edukace, využití jeho vnitřní a vnější motivace, dát mu příležitost se zapojit při výuce, být aktivní, samostatně pracovat a mít zpětnou kontrolu výsledků své práce. Princip **trvalosti** je při edukaci nutný pro zapamatování a využívání poznatků. Učební látka by se měla procvičovat, opakovat, edukanta motivovat a aktivně zapojit do edukace. Princip **vědeckosti** se týká obsahu vzdělávání, který by měl být v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky z oblasti ošetrovatelství, prevence, diagnostiky a léčby onemocnění. Vyžaduje od edukátorů soustavné celoživotní vzdělávání. Obsah edukace by měl být věcný, obsahovat podstatné informace, neměl by však být prezentován příliš odborně. **Spojení teorie s praxí** představuje upevnění vhodných, správných dovedností, vědomostí a postojů edukantů, které mají z praktického života a nesprávné se snažit změnit edukací v pozitivní tak, aby byli schopni je prakticky uplatnit. **Aktuálnost** udává pečlivý sběr informací o pacientovi a zároveň identifikování jeho edukačních potřeb. Dle toho lze doplnit nebo zkorigovat jeho vědomosti, dovednosti, postoje a návyky. Plánování, realizace i obsah edukace by měl vždy respektovat individuální zvláštnosti jednotlivce. **Individuální přístup** bere v úvahu zdravotní stav (akutní, chronická forma onemocnění, bolest apod.), psychický stav (emocionální stav, strach, úzkost apod.),

individuální potřeby, osobní zkušenosti, typ osobnosti (temperament, úroveň schopností a postoj k učení apod.), sociální podmínky a kulturní odlišnosti. **Kulturní kontext** vychází z požadavku respektování zvláštností jednotlivých kultur, sociálních skupin a pohlaví. Celou edukaci by měla provázet zpětná vazba. Edukátor musí mít přehled o tom, že edukant předloženým informacím rozumí, chápe je, pamatuje si je a je schopen je aplikovat v praxi. (7, 15)

2.4 Cíle edukace

Edukační cíle v ošetrovateľskej praxi lze označit jako očekávaný výsledek změn ve vědomostech, dovednostech, postojích či hodnotách, kterých chceme u pacienta dosáhnout. (7) Obecnými cíli edukace v ošetrovateľském procesy jsou obecné cíle výchovy a vzdělání. Vyjadřují rozvoj osobnosti, přípravu na život a uplatnění ve společnosti. Tvoří základ edukace v ošetrovateľství a celospolečenskou úlohu výchovy a vzdělávání populace při péči o zachování a obnovu zdraví. Cílem edukačního procesu je nejen naučit něčemu novému, ale zejména porozumět naučenému. V ošetrovateľství je cílem prevence onemocnění a aktivní zapojení pacienta do léčebného režimu. (15)

Cíle mohou být krátkodobé (či etapové) nebo dlouhodobé (cíl celé edukace). Správně stanovený cíl by měl být přiměřený, odpovídat schopnostem a také splnitelný. Příliš náročný cíl nebo podceňování schopností jedince vede k demotivaci učení. Dále musí být cíl formulován jednoznačně a je nutné mít možnost kdykoli zkontrolovat jeho dosažení. Stanovené dílčí cíle musí být konzistentní, být v souladu s hlavním cílem edukace a jsou mu podřízeny. Cíle by měly působit na celou osobnost edukanta, být komplexní. Zahrnovat jak oblast kognitivní (poznávací, vzdělávací cíle), tak afektivní (cíle v oblasti postojů, hodnot) a psychomotorickou (cíle motorických dovedností, výcvikové). Formulování cíle musí být vždy ze strany edukanta (u něj má nastat změna). K formulaci používáme slovesa vyjadřující, co má edukant umět, jeho činnost. Cíle musí být možné kontrolovat (kritéria kontroly). (7) Ke stanovení a formulaci cílů lze využít taxonomie (kategorizace) cílů. V současnosti je známo více taxonomií cílů pro jednotlivé oblasti (15). Podrobněji jsou uvedeny v přílohách 1, 2 a 3.

2.5 Metody a formy edukace v ošetrovateľství

Edukační metoda je označení pro promyšlené, cílené a plánované působení edukátora, směřující k dosažení cíle edukace. Stejně jako v předchozích částech

plánování edukace je nutné přihlédnout k vědomostem, dovednostem a zkušenostem edukanta, jeho osobnosti, stavu a prostředí. Důležitý je též cíl, obsah a forma edukace. Vše společně má vliv na výběr edukační metody. (7)

Vyučovací metody edukace, způsob práce sestry/edukátorky mohou být různé. Vychází z respektování vývoje poznávacích procesů, didaktických zásad a vytyčeného cíle. Dělí se nejčastěji dle zdroje poznatků nebo také dle druhu poznatků. Dle těchto kritérií se rozdělují na metody **slovní** (mluvené nebo tištěné slovo), **názorné** a metody **přímé zkušenosti**. Dle fáze vyučovacího procesu na metody motivačního, fixačního a expozičního charakteru. Podle způsobu interakce edukátor - edukovaný se rozdělují na metody frontální, skupinové a individuální. Klasifikací vyučovacích/edukačních metod se zabývala v odborné literatuře řada autorů a používají různá kritéria či hlediska. Obecně platí, že neexistuje jediná správná, ideální metoda pro každého. (15)

Edukace v ošetrovatelství má různé organizační formy. Individuální, skupinovou a hromadnou. U **individuální** formy edukace se učitel/edukátor věnuje pouze jednomu edukantovi. Je uplatňována zásada individuálního přístupu, respektování zvláštností jedince a je časově náročná. Nejčastěji jsou u této formy edukace používány metody rozhovoru, vysvětlování a instruktáže s praktickým cvičením. Výhodou je vysoká efektivita učení, neustálá aktivita edukanta a vysoká zpětná vazba. **Skupinová** forma edukace v ošetrovatelství se zaměřuje na jednotnou výuku skupiny jednotlivců (ideál je 3-5 osob). Vede ke spolupráci, diskusi a vzájemné výměně informací, zkušeností a k učení se jeden od druhého. Je časově a ekonomicky výhodnější než individuální způsob edukace. Zpětná vazba se při ní však ztrácí a díky tomu je úroveň kvality edukace u konkrétního jedince nižší než u individuální formy. (15) Ve zdravotnictví se nejčastěji využívá při edukaci skupiny pacientů se stejným problémem nebo v lázeňství. Výhodou oproti individuální formě edukace je zejména možnost spolupráce a výměny zkušeností mezi edukanty. Problémem bývá pasivita některých členů skupiny, kteří se tak schovají, vezou se a převaha aktivity je na nejlepších. (7) Další formou edukace je **hromadná** forma výuky. Využívá se při edukaci velkých skupin osob a výuka je též obsahově jednotná. Typickou metodou této formy edukace je přednáška. Stejně jako u skupinové formy je její výhodou sdělení informací větší skupině osob najednou, ale spolu s nízkou aktivitou edukantů, malým individuálním přístupem a nízkou zpětnou vazbou mezi edukátorem a účastníky edukace. (7)

V další části této kapitoly uvádím nejčastěji používané metody při individuální edukaci v ošetrovatelské praxi (u hospitalizovaných pacientů).

Nejběžněji jsou využívány slovní metody jako vyprávění, vysvětlování, popis a přednáška. Zdrojem informací pro pacienta je mluvená, psaná nebo tištěná řeč. Projev sestry by měl být srozumitelný, spisovný, bez odborných výrazů a během něj je nutné zřetelně artikulovat, udržovat vizuální kontakt a důležitá sdělení zdůraznit. Výklad by měl být logický, přesný, postupně vysvětlit fakta a neměl by v souvislé podobě přesáhnout 15-20minut. (15)

Na začátku vysvětlování, popisu či vyprávění je nutné jasně zformulovat cíle, dále rozdělit učivo na části, snažit se udělat výklad zajímavý s rychlým spádem aby byl logický a také stručný. Navazuje na pacientovy předcházející vědomosti a měl by být spojen s praxí. V závěru je zapotřebí shrnout hlavní body a reagovat zpětnou vazbou. Písemná příprava se během edukace nečte. (15) Metoda vysvětlování pomáhá pochopit podstatu problému a je vhodné ji doplnit názornými pomůckami (obrázky, schémata, modely). (7)

Metoda **přednášky** je při individuální edukaci v ošetrovatelství nejméně vhodnou metodou. Vhodnější je dialog než monolog. Mezi dialogické metody patří rozhovor, beseda a lze sem zařadit i pochvalu, povzbuzení, souhlas a přesvědčování, ale je to i nesouhlas či pokárání. (15) Výhodná je metoda přednášky při edukaci skupiny, kdy se mohou předat vědomosti uceleně v souvislém projevu, najednou všem. Typická je malá aktivita edukantů a nedostatečná zpětná vazba mezi přednášejícím a poslouchajícím. (7)

Při **rozhovoru** probíhá dialog mezi pacientem a zdravotníkem. Metodu rozhovoru a komunikační dovednosti by měl každý zdravotník ovládat, jelikož jsou součástí jeho každodenní práce. Při edukaci se během rozhovoru sdělují pacientovi nové informace, slouží k zapamatování a porozumění poznatků a také ke sběru informací o pacientovi. Základem je kladení otázek. Musí být formulovány správně a spisovně, být spíše stručné, obsahovat pouze jeden problém, jít logicky posloupně za sebou, pokud možno začínat: „Co“, „Jak“ nebo „Který“ a neměly by být sugestivní. Při správné odpovědi je důležitá pochvala a i část správně je potřeba vyzdvihnout. U chybné odpovědi je důležité vést edukanta k nápravě. Navést ho aby přišel na správnou odpověď sám. Otázky je potřeba si dopředu rozmyslet a při vedení rozhovoru dodržet zásady komunikace. (7)

Diskuse je součástí dialogu a je vhodná pro procvičení a upevnění vědomostí edukanta. Je možné vznášet argumenty, uvádět své myšlenky, nápady, prezentovat znalosti a přesvědčovat o svých schopnostech druhé. Pro úspěšný průběh diskuse je

důležité zadání tématu předem. Diskusi řídí edukátor, který na závěr provede její shrnutí a zformuluje správný závěr. (7)

Ve zdravotnictví se pro prodiskutování problémů u pacientů nejvíce používá metoda **konzultace**. Znamená setkání s poradcem, odborníkem, který pomáhá objasnit problém, konzultuje určitá doporučení nebo vysvětlí nejasnosti a dá instrukce jak postupovat. Konzultace jsou ve zdravotnictví využívány většinou u pacientů s chronickým onemocněním. Příkladem může být práce stomasestry, která s pacientem konzultuje problémy v péči o stomii a zároveň si během jeho návštěvy ověří vědomosti a dovednosti. Pak následuje edukace na téma zjištěných edukačních potřeb. (7)

Další metodou edukace je ve zdravotnictví často využívána **práce s textem** nebo **písemným materiálem**. Tištěné slovo může být uvedeno ve formě letáku, brožury, plakátu, článku v časopise nebo knize. Výhodou tištěných informací je možnost ovlivnění velké skupiny obyvatel při péči o své zdraví. (7, 15) Písemné materiály nelze však považovat za jediný zdroj informací pro edukovaného pacienta a edukace by měla být doplněna další edukační metodou např. vysvětlováním. Poskytované materiály by měl zdravotník dobře znát a orientovat se v nich. Měly by odpovídat zdravotnímu problému, věku a schopnosti vnímání edukanta. Pokud si písemný materiál sestavujeme sami, musíme mít jasný cíl, kterého chceme dosáhnout, vědět pro jakou cílovou skupinu bude materiál určen a přizpůsobit jazyk a styl čtenáři a účelu edukace. Věty by měly být věcné a krátké. Text by měl být čitelný (pamatovat na velikost písma u smyslových poruch) a též obsahovat obrázky i schémata k lepšímu pochopení textu. Efektivní grafické zpracování dokáže čtenáře více zaujmout. Při sestavování písemného materiálu je také zapotřebí vycházet ze specifík a standardů daného zdravotnického zařízení. (7)

Mezi další edukační metody patří **ukázka** - demonstrace činnosti a také pozorování. Návčik dovedností procesem napodobování je nejpřirozenější způsob učení. Člověk k tomu musí využít pozorování, umět pozorovat, dívat se a vytvořit si z toho adekvátní závěr. U této názorné metody se uplatňují přímé zkušenosti, názorné pomůcky a zdravotně výchovné působení je díky tomu přesvědčivější a srozumitelnější. Demonstrování příkladu musí být precizní a sám příklad má větší, silnější význam než jiné edukační metody. (15)

Názornou metodou edukace je **praktické cvičení** a předchází ji slovní instruktáž. Navazuje na teoretické vědomosti edukantů a vede k získání určité psychomotorické dovednosti. Vždy musíme napřed vysvětlit, co budeme dělat a jaký je očekávaný výsledek, cíl. První ukázka činnosti by měla být předvedena za slovního

doprovodu a pomalu. Je nutné zdůraznit správný postup a upozornit i na možné chyby, které se mohou edukantovi přihodit. Ve druhé fázi se předvede ukázka činnosti rychleji, přibližně v tempu, ve kterém by ji měl edukant provádět. Pak následuje opět předvedení činnosti pomalu, po jednotlivých krocích. Vše stále slovně výstižně a stručně komentujeme a zaměřujeme se na podstatné body postupu. Na tuto slovní instruktáž s ukázkou činnosti navazuje vlastní praktický nácvik činnosti. Může být individuální nebo ve skupině dvou i více edukantů. Individuální způsob je však výhodnější, jelikož máme větší možnost edukanta kontrolovat a odhalíme včas chyby v pracovním postupu.

U složitých činností postupujeme při edukaci po jednotlivých krocích. Při skupinové edukaci můžeme též požádat jednoho z edukantů, aby předvedl nácvik činnosti a slovně vše zkomentujeme. Zpočátku jsou pohyby edukanta nekoordinované, objevují se chyby (náročná fáze na trpělivost a pozornost edukátora) a postupně dochází na základě opakování ke zpřesňování pohybu. Důležitá je podpora motivace edukantů během celé edukace a zejména při opakovaném nacvičování činnosti, kdy většinou motivace prudce klesá. Stejně významné jsou při nácviku přestávky. Instruktáž i nácvik činnosti vyžaduje od edukátora promyšlenou přípravu včetně pomůcek. (7)

2.6 Prostředky a pomůcky při edukaci

Prostředkem edukace mohou být jak edukační metody a organizační formy, tak přímo předměty, které doplňují vyučovací proces a zefektivňují ho. Jde o další prostředky, didaktické pomůcky a techniku. (15) Přispívají k názornému zprostředkování obsahu učiva. Podporují též skutečnost, že člověk nejvíce informací vnímá zrakem (80%). Plní funkci jak informační a názornou, tak motivační, propojují teorii s praxí, rozšiřují a doplňují ji. (7)

Nezastupitelným prostředkem při edukaci je učitelovo **slovo**. Dále se využívají například textové pomůcky, vizuální a audiovizuální pomůcky, výukové filmy nebo interaktivní učební programy. Mezi prostředky edukace patří i vybavení učebních prostor a vybavení učitele či žáka. V ošetřovatelské praxi se používají specifické, reálně používané předměty, které se využívají při nácviku konkrétních postupů. Učebních pomůcek existuje celá řada a jejich výběr by měl být přizpůsoben tomu, koho, proč, co, jak a kde budeme učit. Dle výběru učební pomůcky následuje volba didaktické techniky. Předpokladem je znalost a umění obojí dobře ovládat. Před edukací je nutné provést kontrolu funkčnosti pomůcek i techniky. (7, 15)

Ve zdravotnictví se nejčastěji používají **textové učební pomůcky**. Mohou být použity samostatně nebo v kombinaci s jinými pomůckami. Výhodou je snadná manipulace, snazší zapamatovatelnost psaného textu, lze si k němu doplnit poznámky a učební tempo je libovolné. Nevýhodou textových pomůcek je malá zpětná vazba mezi edukovaným a edukátorem, aktuálnost může být ovlivněna dlouhou přípravou textu a jak již bylo zmíněno výše, není vhodné sdělovat informace pouze textem. **Vizuální pomůcky** se používají také často a to především při nácviu dovedností nebo názorné ukázce vědomostí. Využit lze různé tabule, projektory. Výhodou je názornost a využití pro větší počet edukantů současně. Nevýhodou těchto pomůcek je též malá zpětná vazba, většinou jsou nákladnější než textové pomůcky a edukant se nemůže k prezentovanému materiálu vrátit. Tam kde je potřeba zprostředkovat sluchové vjemy se využívají **auditivní učební pomůcky**. Například různé přehrávače nebo rozhlas. Výhodou je snadné použití a nevýhodou je chybějící vizualizace, klesající pozornost edukantů po několika minutách a také jejich pasivita. Zrakové i sluchové vjemy zprostředkovávají učební **pomůcky audiovizuální**. Využit lze televizi, digitální přehrávač, video nebo dataprojektor s počítačem. Výhodou je poutavost, zapojení zraku i sluchu a též využití u většího počtu edukantů současně. V současnosti jsou jako učební pomůcka více využívány **počítačové programy a internet**. Jsou velmi interaktivní, umožňují více zpětnou vazbu, volbu učebního tempa a volbu kdy bude výuka probíhat. Náročné jsou na znalosti a možnosti přístupu k počítači a internetu. Jde o ekonomicky náročnější pomůcku a nevýhodou je též určitá nespolehlivost či platnost informací z internetu. Zařazení učebních pomůcek a didaktické techniky do edukačního procesu je nutné zvážit předem. Nesmí narušit průběh edukace, její efektivnost a hloubku. Příliš pomůcek způsobuje nesoustředěnost edukanta a naopak bez pomůcek se učí jen suchá teorie. (7) Závěrem této kapitoly je důležité podotknout, že sebelepší pomůcka nebo technika nenahradí edukační činnost sestry v ošetrovatelské praxi. Osobní kontakt a vysvětlování jsou nenahraditelné. (15)

2.7 Edukační záznam a standard

Edukační záznam by měl být součástí zdravotnické dokumentace, být čitelný, srozumitelný, pravdivý a prováděn stejným odborným jazykem. Pro zdravotnický personál by měl být snadno dostupný. Vedení záznamu o edukaci podporuje kontinuitu, soustavnost a efektivnost edukace, informuje všechny členy ošetrovatelského týmu

o stavu edukace, umožňuje včas zachytit problém v edukační oblasti, usnadňuje hodnocení edukace a chrání zdravotnický personál před trestním stíháním. Edukační záznam by měl obsahovat úroveň znalostí edukanta (na začátku i na konci), cíl edukace, metody a formy edukace, obsah edukace (stačí osnova či odkaz na edukační standard), pomůcky, bariéry edukace, hodnocení cílů edukace (odezva na edukaci), kdo, kdy, kde a koho edukoval, podpis edukátora a edukanta. Formulář může být jednotný, bez rozdílu onemocnění pacienta/edukanta. Nebo specificky zaměřený např. pro diabetiky. Musí zde být však prostor na individuální odlišnosti edukantů. Odmítnutí edukace by mělo být též zaznamenáno. Zápis se provádí do zdravotnické dokumentace, včetně případného uvedení důvodu odmítnutí. Jiný zdravotník než lékař je povinen lékaře o odmítnutí edukace informovat a provést ještě zápis do ošetrovatelské dokumentace (datum, hodinu, jakému lékaři a jakým způsobem sdělil tuto informaci). (7)

Vedení zdravotnické dokumentace je povinností každého zdravotnického zařízení. Tato povinnost vychází z právních předpisů (Zákon č. 20/1966 Sb. a Vyhláška č. 385/2006 Sb.). (48) Vyhláška o zdravotnické dokumentaci umožňuje zdravotnickým zařízením vytvářet potřebné součásti ošetrovatelské dokumentace. Ošetrovatelskou anamnézu, plán ošetrovatelské péče a ošetrovatelskou propouštěcí zprávu může doplnit i další dokumentace – záznam rizik u pacienta spolu s realizací opatření, záznam o ošetřování ran a edukační záznam. Vytvořené edukační záznamy popisují priority výuky pacienta, jakých metod bylo použito a reakci pacienta. (34) Zdravotnická dokumentace slouží jako doklad poskytované péče a zároveň jako doklad, že poskytování péče bylo v souladu s odbornými pravidly, právními předpisy (lege artis). Správně vedená dokumentace je určitou ochranou zdravotnických pracovníků. (46)

Edukační standard je závaznou normou pro všechny edukátory, určuje minimální požadavky při edukaci, umožňuje díky kritériím hodnocení kvality edukace a ovlivňuje její kvalitu. Edukace může též standard pouze doplňovat. (7, 35) Co budeme potřebovat, co je třeba dělat a co lze očekávat, jsou základní kritéria standardů. Tato profesní norma kvality vymezuje minimální úroveň poskytované péče. (20, 29)

2.8 Zdravotník v roli edukátora

Zdravotník v roli edukátora by měl mít určité předpoklady k vykonávání úspěšné edukace. Základem jsou odborné znalosti, dovednosti a edukační znalosti. Dalším předpokladem je např. umění komunikace, empatického přístupu, pozitivní vztah

k lidem, trpělivost, tolerance, důslednost, zodpovědnost, zručnost, obratnost a schopnost přizpůsobit se. Důležité je též umět zanalyzovat edukační potřeby pacientů a operativně řešit problém. (7) Sestra v roli edukátora je oprávněna provádět edukaci pouze v rámci svých kompetencí, informace týkající se onemocnění podává lékař. (38)

Edukátor obecně poskytuje vědomosti a zkušenosti, je poradcem a podporovatelem edukanta. Plní úlohu jak realizátora edukace, tak hodnotitele. Pro zkvalitnění své práce a vyvarování se chyb by měl provádět sebereflexi. Jde o způsob sebehodnocení, kdy si v podstatě nastavuje zrcadlo sám sobě. Může ji provádět tak, že si klade otázky a sám si na ně odpovídá nebo lze použít hodnotící dotazník, rozhovor s edukantem či videozáznam. Funkcí sebereflexe je uvědomění si, jaký jsem edukátor, jaký mám při edukaci problém, co mohu zlepšit, řešit lépe. Přináší i uspokojení. (7)

Edukátor by měl souhrnně něco umět a měl by navíc umět učit. Ve světě je proto většinou pozice edukátora vnímána jako pozice pracovníka se specifickými dovednostmi. Také proto je před uskutečňováním vlastního procesu edukace pacientů zdravotníky, nutná edukace edukátorů/zdravotníků o tom jak správně edukovat. (18) V našich podmínkách je všeobecná sestra povinna provádět edukaci na základě povinnosti vyplývající ze zákona. Edukace se však může týkat jen ošetrovatelských postupů a přípravy informačních materiálů. Všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí mohou navíc edukovat i ve specializovaných ošetrovatelských postupech a v oblastech prevence onemocnění. (48)

Odborné znalosti zdravotníků se odvíjí od vzdělávacích programů. V rámci kvalifikační přípravy sester je v současnosti vyučován předmět Edukační činnost sestry a Výchova ke zdraví. Praktickým cílem je vytvoření edukačního programu pro prezentaci ve zdravotnickém zařízení a sestavení edukačního plánu s využitím znalostí i z jiných předmětů (didaktika, psychologie, komunikace). Znalosti o edukaci či prohloubení těchto znalostí lze též získat v rámci celoživotního vzdělávání. (42) Edukace zaměstnanců zdravotnických zařízení může probíhat k udržení existujících kompetencí, k vytvoření nových kompetencí (dovedností a znalostí) nebo být zaměřena na kvalitu a bezpečnost. Témata edukace by měla být zaměřena na skutečné potřeby oddělení a pacientů. Pro pacienta je však důležité, zda získané znalosti sestra také uvádí do praxe. (41)

Specializované odborné znalosti nemá každý pracovník. Ne každá sestra má např. specializaci v oboru Geriatrie či zvláštní odbornou způsobilost v péči o geriatrické pacienty.

Znalostmi sester v oblasti gerontologie a geriatrie se zabývali v Americe, kde probíhal na toto téma průzkum. Méně než 1% zdravotních sester v nemocnicích zde mělo v roce 2005 certifikát k ošetřovatelství v gerontologii. Pro zlepšení péče o geriatrické pacienty v nemocnicích bylo prováděno hodnocení znalostí a dovedností sester v péči o tyto starší osoby. Účelem studií v následujících letech bylo i posouzení vzdělávacích potřeb sester a vyvinutí úsilí o zahájení geriatrického vzdělávání sester v akutní péči vzhledem k narůstající velikosti populace seniorů/pacientů a náročnosti v péči o ně. (49)

2. 9 Souhrn zásad edukace v ošetřovatelské praxi

- Edukace je součástí zdravotní péče o pacienta. (23)
- Koho? – pacient má na edukaci právo - informace o svém zdravotním stavu a léčebném režimu. (39) Subjektem učení může být též rodina. (1)
- Kdo? - edukátor – odborné znalosti, znalosti o edukaci. (7) Dle svých kompetencí (sestra - ošetřovatelské postupy, lékař informace o nemoci), spolupráce celého týmu. (7, 3, 6)
- Kde? – místo klidné, nerušící komunikaci, vliv uspořádání vnitřního prostředí, atmosféry, soukromí. (7, 35, 38)
- Téma? – edukaci zaměřit na skutečné potřeby pacientů. (30)
- Proč? – posouzení informací, označení edukační potřeby pacienta, stanovení cíle ve spolupráci s pacientem, k jaké změně má dojít, s jakým výsledkem; plán v dokumentaci. (7, 15)
- Jak? – brát v úvahu ovlivňující faktory, motivaci, komunikaci, schopnosti, smysl cíle, přípravu, výběr vhodné metody, pomůcek. (7, 11)
- Kdy? – nejvíce přístupný edukaci je pacient po odeznění akutní fáze nemoci, vliv edukačních bariér, nedostatku času, nedostatečné přípravy či nedostatečných vědomostí a dovedností edukátora. (7, 13)
- Efekt? – účinkem edukace jsou změny v oblasti kognitivní, afektivní či motorické, hodnotit průběžně dle kritérií z plánovací fáze ve vztahu k cíli, důležitá pochvala, zpětná vazba, záznam. (7, 15)
- Cíl = porozumění informacím, zapamatování, aplikace v praxi. (7, 15)

3 GERIATRICKÝ PACIENT

Věda zabývající se stárnutím organismu se nazývá Gerontologie. Teoretická, experimentální gerontologie se zabývá procesem a příčinami stárnutí. Gerontologie sociální se zabývá vztahy mezi seniory a společností a bere v úvahu život ve stáří s ohledem na řadu aspektů (demografických, ekonomických, politických, psychologických, technických). Gerontologie klinická se zabývá zdravotním a funkčním stavem seniora, zdravím ve stáří, zvláštnostmi chorob ve stáří, diagnostikou a jejich léčením, geriatrickou křehkostí, prevencí a rehabilitací. Klinická gerontologie se také nazývá geriatrie. Každý klinický obor má svou geriatrickou problematiku a je potřeba zajistit účinnou a bezpečnou péči o tyto geriatrické pacienty. Geriatřičtí pacienti jsou křehcí senioři vyžadující specifický diagnostický, léčebný i ošetrovatelský přístup. Jsou ohroženi typickými geriatrickými komplikacemi a riziky dlouhodobé hospitalizace. Mají zdravotní problémy geriatricky modifikované a spolu s involucí atypicky probíhající. Geriatrie má složku akutní, chronickou, preventivní, rehabilitační, paliativní a ošetrovatelskou. Práce je typicky týmová a vychází z komplexního geriatrického hodnocení pacienta. Součástí geriatrie je i dlouhodobá péče. (2)

Geriatrie jako samostatný medicínský obor poskytuje zdravotní péči pacientům vyššího věku. Obvykle od 65 let výše. (43) Věková hranice by neměla být indikátor. Tím se stává již zmíněná křehkost. (9) Geriatrická péče vychází ze zvláštností diagnostiky a terapie chorob ve stáří, zabývá se geriatrickými riziky a klade důraz na udržení fyzické zdatnosti a soběstačnosti. Cílem je zachování potenciálu zdraví s využitím prevence, včasné diagnostiky a léčby akutních stavů, sledování a léčby chronických stavů. Cílem geriatrické péče je dosažení co nejvyšší funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí pacienta. Geriatrická zdravotní péče přispívá zejména k udržení kvality života seniora. Od ostatních medicínských oborů se odlišuje šíří a komplexností přístupu, potřebou koordinované týmové péče a bere v úvahu i sociální vlivy. (41)

Starých a velmi starých lidí významně přibývá. Trend populačního stárnutí v České republice bude dále pokračovat. Medicína se tzv. geriatrizuje v procesu stárnutí populace a nastupuje dlouhověká společnost. (43, 8) Těmto trendům musí odpovídat přístup, vtažení geriatrické problematiky do centra pozornosti. (např. Národní program přípravy na stárnutí). (8) Britští sociologové se domnívají, že každé v dnešní době narozené dítě se dožije trojciferného vyjádření svého věku. (24)

3.1 Stárnutí a stáří

Stáří je přirozený, nevyhnutelný proces ve vývoji člověka. Proces stárnutí provází řada involučních změn, organismus se opotřebovává. Tyto změny postupně omezují výkonnost člověka. (39) Z medicínského hlediska jde o involuční úbytek potenciálu zdraví. (22) Involuční změny se v období stáří prolínají s chorobnými změnami a s projevy životního stylu (např. atrofií z nečinnosti). Výkonnost aktivního sedmdesátníka může odpovídat výkonnosti sedavě žijícího padesátníka. (2)

Rozlišuje se stáří biologické, kalendářní a sociální. Biologické je dáno mírou involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Jde o souhrn nezvratných změn provázaných se zdatností, odolností a adaptibilitou. Biologická involuce je do značné míry geneticky determinována. Vliv má subjektivní vnímání věku, výkonnosti a životní perspektivy = psychický aspekt. Kalendářní stáří je snadno a jednoznačně stanovitelné. Je dáno dosažením určitého věku. Někdo stárne však rychleji a dříve nebo naopak pomaleji a později a pak se biologický věk neshoduje s kalendářním věkem. Dle Světové zdravotnické komise se vyšší věk člení na období raného stáří (60-74 let), vlastního stáří (75-89 let) a dlouhověkost (90 a více let). (2)

Sociální stáří je dáno změnami sociálních rolí, souhrnem znevýhodnění a typickými životními událostmi pokročilého věku (např. odchod do penze, pokles životní úrovně, zastarávání znalostí, odchod dětí z rodiny, ovdovění, ztráta perspektivy obvykle v souvislosti s funkčními deficity). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován odchod do důchodu. V současnosti se toto kritérium rozostřuje, dochází k narůstání různorodosti ve schopnosti a zájmu pracovat/penzionovat (odlišně v různých profesích) a současně se do vyššího věku posouvají i další sociální události (uzavření manželství, pozdní rodičovství). (2) Vyčleňování seniorů ze společnosti mladších a ztráta životní smysluplnosti starých lidí je považováno za největší sociologickou obavu v souvislosti se stárnutím populace. S tím souvisí i nebezpečí věkové diskriminace – agismus (předsudky, mýty o stáří, infantilizace, omezování rozhodovacích kompetencí, podceňování schopností, nerespektování osobnosti, důstojnosti). (9)

Stárnutí a stáří může mít různé podoby. Za úspěšné stárnutí a aktivní, zdravé stáří lze označit takovou podobu, kdy zdravotní a funkční stav i psychická adaptace na stáří, odpovídají nárokům prostředí a sociální situaci. Vliv má též odpovídající ekonomická situace. Vše dohromady umožňuje spokojenost, seberealizaci a participaci

až do dlouhověkosti. Obvyklé stárnutí a stáří se projevuje nerovnováhou mezi všemi zmíněnými složkami a důsledkem je nedostatečná spokojenost, seberealizace či participace. U patologického stárnutí je vše výrazně horší, než odpovídá obvyklé situaci u vrstevníků. Choroby a funkční deficit jsou výraznější a nastupují dříve, objevuje se maladaptace, rezignace, závažná disabilita, ztráta soběstačnosti, sociální izolace či zalomení životního příběhu. Obvyklá je též chudoba. Na patologickém stáří se mimo involuční změny podílí zásadně zdravotní stav (např. Alzheimerova choroba), náročnost/vstřícnost prostředí, životní události (ovdovění), ekonomická situace a i typ osobnosti včetně problémů s komunikací a navazováním sociálních kontaktů. (2)

V období počínajícího stáří (60/65-74 let) se obvykle snaží mladí senioři věnovat tomu, na co při zaměstnání nebyl čas. Věnují se též velmi starým rodičům a vnoučatům. V čase vlastního stáří u starších seniorů (74-84/89 let) nastupují často zdravotní problémy, zvyšuje se potřeba rehabilitace a narůstá potřeba odpočinku. S dlouhověkostí (85/90 a více let) narůstá u velmi starých seniorů problém se soběstačností a nutností péče. I v této věkové kategorii jsou však mnozí lidé nezávislí a fit. (2)

Důležitější než věk je však funkční stav. Senioři schopní extrémních výkonů do vysokého věku jsou považováni za tzv. elitní. Za zdatné seniory jsou označováni ti, kteří zvládají život v náročném prostředí i náročné aktivity. Nezávislí senioři zvládají běžné životní situace, mají však nižší funkční rezervy, potenciál zdraví a při náročných situacích se dostávají do problémů. Křehcí senioři mívají labilní funkční i zdravotní stav a jsou ohroženi častými náhlými dekompenzacemi. Závislí senioři mají velmi nízký potenciál zdraví a potřebují podporu druhé osoby (systém dlouhodobé péče). Zcela závislí senioři potřebují trvalý dohled a péči. (2)

3.2 Změny ve stáří

Stárnutí je proces nezvratných změn v organismu. Má určitou časovou dynamiku, podléhá vlivům prostředí a vliv má i genetika. Obecně však platí, že všichni nestárnou stejně rychle a v průběhu stárnutí dochází ke změnám fyzickým, smyslovým, psychickým i sociálním. (28)

Nejvíce patrné fyziologické změny ve stáří jsou změny týkající se vzhledu, držení těla, pohybu, kvality kůže a vlasů. Během stárnutí ubývá svalová hmota, fyzická síla a výkonnost, zhoršuje se funkce jednotlivých orgánů, motorika, kvalita smyslového vnímání a dochází ke změnám v oblasti kognitivních funkcí. Během přirozeného

biologického stárnutí dochází také ke snížení odolnosti vůči zátěži, infekcím, úbytku kostní hmoty, snížení průtoku krve a k obtížnější adaptaci na změny. (28, 12)

Postupně dochází ke zpomalení většiny funkcí, atrofie postihne všechny orgány a tkáně a nejvíce je ohrožen mozek. Dle výzkumů používáme pouze 5% z mozkové kapacity a cvičením kognitivních funkcí můžeme docílit, že za vyřazená neuronová spojení převezmou funkci nevyužitá mozková okruhy. (11) Změny v pohybovém aparátu se projevují potížemi při cílených pohybech (navlékání niti do jehly, pohyby typu míření do terče apod.) Je to díky atrofii svalových vláken a úbytku svalové síly. Některé stereotypní, cvikem osvojené pohyby však zůstávají v relativně dobrém funkčním stavu až do vysokého stáří (např. hra na hudební nástroj). Změny v kardiovaskulárním systému se nejvýrazněji projevují na stavu cév (ateroskleróza). Důsledkem bývá hypertenze nebo mozková příhoda. Dalším problémem snížení elasticity cév je, že srdce je více zatěžováno, zhoršuje se jeho výkon a to se projevuje dušností. Srdeční chlopně též ochabují a člověk může být při zvýšené námaze také dušný. V průběhu stárnutí se zhoršuje plicní ventilace, což může vést k nedostatku kyslíku. Častěji vznikají infekce dýchacích cest díky snížené funkci řasinkového epitelu. (13, 11) S věkem se také zhoršuje regulace tělesné teploty. Problémem bývá zimomřivost a adaptace na výraznější změny teploty (zejména přechod z tepla do mrazu apod.) Změny v zažívacím traktu mohou vést k dyspeptickému syndromu. Snižuje se i percepce chuti pro slané a sladké podněty. Řada seniorů má potíže s vyprazdňováním. Činnost pohlavních orgánů též klesá. U žen končí menstruace a u mužů se snižujeotence. Klesá tvorba hormonů. U ledvin se snižuje koncentrační a očišťovací schopnost. Asi 15-30 % osob starších 60 let postihuje močová inkontinence. (11) S věkem přibývají poruchy spánku. Mění se délka a kvalita spánku. Seniori hůře usínají a mívají pocity nevyspání. Vhodný je spánek po obědě aby se regulační systém organismu zregeneroval a dále se podílel na řízení organismu. V průběhu stárnutí se setkáváme s řídnutím kostí, osteoporózou a častější jsou zlomeniny kostí. Mění se též stav chrupu, což může mít vliv na výslovnost a při jídle. Celkově se s přibývajícím věkem mění vzhled člověka. Přibývají a prohlubují se vrásky, vlasy šedivěji a řídnou. Objevuje se zvýšená pigmentace (stařecké skvrny) nebo naopak pigmentace na některých částech těla chybí. (13, 11)

Nejvýraznějším příznakem stárnutí jsou změny zrakové ostrosti. Zhoršuje se akomodace čočky a důsledkem je zhoršené vidění především nablízko. Zhoršuje se adaptace na tmou. Mění se i vnímání barev. Snižuje se schopnost pro vnímání červené

a modré barvy. Naopak žlutá je i ve stáří vnímána velice dobře. V oblasti sluchu se snižuje citlivost pro vysoké tóny, uši jsou citlivé na šumy a později se často vyskytuje nedoslýchavost. Zhoršení zraku a sluchu ve stáří s sebou nese omezení v činnostech, ve výkonu a ohrožuje bezpečnost seniora. Může přinášet i problémové momenty při komunikaci s druhými. (21, 13) Ve stáří ubývá i receptorů, které umožňují vnímat pohyb a polohu našeho těla, pocity síly, tlaku, tepla a chladu. Následkem může být neodhadnutí vzdálenosti či teploty předmětů a vzniká riziko úrazu. (11)

Všechny tyto změny, faktory mají vliv na hodnocení prostředí seniorem. Mnohdy jsou nespokojeni a spolu se zdravotními potížemi se pak obávají neovladnutí situace, nevěří si. Proto kladou důraz na stabilní prostředí, kde se cítí dobře, orientují se v něm. Pak zvládnou i vše kolem. Změny snáší často mnohem hůře než lidé mladší. (11)

Vliv stárnutí na řeč je různý. Co se týká obsahové stránky řeči, tak ta bývá relativně nedotčena až do vysokého stáří. Na druhé straně se prodlužuje doba odpovědi na otázku (tzv. latence odpovědi). (13)

V oblasti inteligence dlouho přetrvával názor, že s věkem klesá intelektová výkonnost. Z výzkumů však vyplynulo, že je věc podstatně složitější. Některé schopnosti se snižují rychleji, některé pomaleji nebo se téměř nemění. Základem bylo rozlišení dvou typů inteligence. Fluidní a krystalické. Fluidní inteligence představuje schopnost se rychle učit a reagovat na nové situace. Vrcholí v adolescenci. Krystalická inteligence představuje schopnost řešit úkoly na základě znalostí, zkušeností a dovedností získaných celoživotním vzděláním. Vrcholí v době raného stáří. Do určité míry kompenzuje nevyhnutelný pokles inteligence fluidní. Starší lidé však podávají horší výkon při časově limitovaných úkolech. (21, 13, 28)

U paměti stárnoucích lidí jsou velké rozdíly. Záleží na podnětech. Snižuje se výkon především v oblasti krátkodobé paměti. Paměť však lze trénovat, udržovat a rozvíjet. To se týká zejména dlouhodobé paměti a pamětních výkonů spojených s pracovní činností. Pouze přečtené si starší člověk hůře pamatuje. Lépe je, když sám vysloví, co si má zapamatovat. Když si něco zapamatuje je jeho schopnost naučené podržet v paměti skoro stejná jako u mladých lidí. Starý člověk si hůře pamatuje nové události, kdežto starší vzpomínky z minulosti uchovává v paměti. Bývají však často nadhodnoceny a posuzovány pouze kladně. Dle specifik vykonávaného povolání se vytváří během života tzv. profesní paměť, která může dobře fungovat i ve vysokém věku. U některých seniorů se zvláště ve vyšším věku (více než 80 let) objevují poruchy

paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Souvisí to s narůstáním výskytu deprese, demence a Alzheimerovy choroby. (21, 13, 28, 11)

Proces učení starších lidí je dle experimentálních studií složitějším úkolem. Snadné úkoly zvládají skoro stejně dobře jako mladší. Při složitějších úkolech rozdíl roste a mají větší těžkosti je zvládnout. Ve věku 60-69 let potřebují čtyřikrát delší dobu k naučení a udělají čtyřikrát více chyb při učení. K opakování a úplnému naučení potřebují dvaapůlkrát více času než mladí (26-29 let). To však neznamená, že by se nemohli nic nového naučit, dá jim to však více práce a trvá jim to déle. (13)

3.2.1 Psychosociální změny ve stáří

Probíhající změny v průběhu stáří přinášejí nejen změny biologické, ale vždy souvisí s prožíváním, chováním a postojem seniora ve společnosti. Osobnost jako celek je zachována, mění se poznávací schopnosti, klesají výkonnostní křivky, mění se intenzita citového prožívání, žebříček hodnot a zvyšuje se potřeba soukromí. (11, 12)

Změny psychiky se mohou projevit v kognitivní oblasti (pozornost, vnímání, paměť, myšlení). Emoce jsou ve stáří labilnější, i když události již seniory tak nezaujmou, nevzrušují jako mladé. Často se příliš soustředí na své vlastní problémy. Přecitlivělost může vést až k hypochondrii. Zlepšuje se však schopnost rozvahy. Senior má stálejší názory a vztahy. (21, 11, 12)

S rostoucím věkem přichází též potíže s adaptibilitou, flexibilitou, je zvýšena fixace na již zažitá, rostou potíže přijímat nové podněty, spojit naučené s novým a je snížena schopnost změnit své zvyky a postoje. (13)

Zhoršení soběstačnosti a změna sociální role mohou vést k sociální izolaci. Mnozí senioři si neřeknou o pomoc a obtížně přijímají fakt závislosti. Těživá situace nastává, když odejde jeden z partnerů. To vše má vliv na prožívání a kvalitu života seniora. (11)

Starý člověk více emotivně prožívá situace a snadno podlehne dojetí. Většina seniorů je snadno citově zranitelná, očekává ohledy a porozumění. Ztráta soběstačnosti, nutnost pomoci druhých, je však z hlediska psychosociálního zatěžuje snad nejvíce. Změny v citovém prožívání spolu se sníženou komunikační schopností mohou vést k pocitům osamělosti, méněcennosti a zbytečnosti. Člověk se též ocitá v sociální izolaci. (21, 11)

Změna psychomotorického tempa se projevuje zpomalením pohybů, zejména při chůzi. Vede k opatrnosti, váhavosti a senior potřebuje ke zvládnání běžných činností více

času. Na druhé straně může být tento nedostatek vyrovnán větší systematickostí a důkladností při činnostech. U někoho chybí nápaditost, vynalézavost, ale může se zvyšovat vytrvalost, trpělivost a pochopení. (11)

Záleží také na životních zkušenostech, rodinných a přátelských vztazích a přijetí nových životních rolí (odchod do penze, role prarodiče, vdovce). (11)

Psychosociální změny vychází z osobnosti člověka, z jeho vztahu k sobě, k okolí a k hodnotám. Záleží na jeho životní dráze, jaký měla směr, kdo při něm stál, jakou měl a má motivaci, vůli, zda má pro co žít. (13, 28)

„*Kdo nemá pro co žít, přestává žít.*“ uvádí V. E. Frankl. Smysl života lze hledat v zážitcích, ve vlastních činech a v postoji, k tomu co se děje. (14)

3.3 Vyrovnávání se stářím

„*Příprava na stáří je úkol celoživotní.*“ - Květoslav Šipr (14) K přípravě na stáří se vyjadřuje řada autorů a shodují se na celoživotní přípravě. Měla by být mnohostranná a směřovat k naplnění krátkodobých cílů a hlavního celoživotního cíle. Snahou by měla být minimalizace negativních vlivů a posilování pozitivních faktorů. (14)

Rozhodování seniora o svém cíli je do určité míry ovlivňováno fyziologickými a psychosociálními změnami ve stáří. Ne každý je však schopen se s projevy stáří vyrovnat. Přijmout fakt stárnutí je pro někoho těžký úkol. (13)

Stárneme celý život a čím dál více je zapotřebí přizpůsobit svůj život zdravotnímu stavu a úbytku sil. Přizpůsobit se ve stáří horším ekonomickým podmínkám, vyrovnat se ztrátou partnera, mít přátele mezi vrstevníky, neuzavírat se, ale taky nebýt břemenem a mít vhodný životní styl, životosprávu a smysl života. (13)

K pocitu důstojnosti, životní spokojenosti a začlenění do společnosti přispívají též vzdělávací aktivity seniorů. Umožňují jim lepší orientaci a rozhodování v nových životních situacích. Pedagogický obor zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů ve stáří, ale i ke stáří se nazývá Gerontopedagogika. (22)

S přípravou na stáří souvisí též nový obor, anti-aging medicína. Jde o obor zabývající se medicínou proti stárnutí. Cílem je udržení zdravotního stavu a navrhování opatření. Pacient by se měl zajímat o naměřené hodnoty a také znát a slyšet prevenci zdravotních rizik. Preventivní prohlídky však náleží i praktickému lékaři. (3)

Způsob vyrovnávání se stářím může mít různé podoby. **Konstruktivní strategie** představuje smíření, vyrovnání se s omezením, které stáří přináší. Člověk se snaží být

aktivní, má přiměřené cíle a plány. Je přizpůsobivý, tolerantní. Navazuje kontakty s druhými, rozvíjí své zájmy a má optimistický pohled na život. Jde o typ seniorů, kteří budou schopni vytvořit si podmínky pro eventuelní fyzická omezení a budou ochotni využívat i kompenzační pomůcky. **Strategie závislosti** směřuje k pasivitě, člověk spoléhá na pomoc druhých (ať se postarají). O ničem nerozhoduje sám, přesouvá zodpovědnost na partnera, děti nebo i zdravotníky. Má rád své pohodlí a bezpečí. Zájmy dětí se však nemusí shodovat s potřebami seniora a je důležité vyjasnit role a úkoly při péči o starého člověka. (11) **Obrannou strategií** zaujímají často lidé, kteří byli profesně a společensky úspěšní. Jsou přehnaně aktivní a chtějí si dokázat, že jsou zcela soběstační. Často odmítají pomoc, aby ukázali, že jsou nezávislí. Chtějí mít moc nad prostředím a bývají konfliktní. V podstatě podle sebe nejsou vlastně staří. (21, 11) **Strategie hostility** se vyznačuje nepřátelským postojem člověka vůči všemu a všem. Vždy je vše špatně. Chce být litován, hledá viníky za své životní neúspěchy, často je mrzutý, agresivní, podezřívavý, vyhledává konflikty a stále si na něco stěžuje. Vůči mladým bývají tito senioři nepřátelští, nerozumí si s nimi. Zřejmě jim závidí jejich mládí. (21, 11) **Strategie sebenávisti** představuje obracení zloby a nenávisti vůči sobě samému. Svůj dosavadní život hodnotí takový typ člověka kriticky a pohrdavě. Cítí se osamělý a zbytečný. Má pocit, že už si života užil dost. O nic se nesnaží a netouží nic dělat. (21, 11)

Ve stáří je nejdůležitější k přijetí změn životních podmínek statečnost. Znamená to rozhodnutí porazit každodenní problémy a najít sílu. (11) Může se však stát, že přes veškerou snahu se člověk stává závislým a bez asistence druhé osoby se neobejde. Závislost může být fyzická (problémy při vykonávání běžných denních aktivit) nebo psychická (porucha myšlení) či socioekonomická (neschopnost postarat se o stravování, bydlení). (3)

3.4 Životní změny ve stáří

Důležitým momentem v životě je odchod do penze. Čas byl dosud řízen prací a nyní nastává nové uspořádání života. Někdo využije tento čas k realizaci svých plánů, na které nebyl čas a pro někoho nastává pocit zavřených dveří, nejistoty, blízkosti smrti. Kariéra skončila, některé plány se už neuskuteční a ubývají síly. (21, 13)

Partnerova smrt je jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se člověk musí v životě vyrovnat. Jedna část jeho bytosti jakoby umírá. Pro někoho je to rána už na

celý další život. Ze světa však odchází postupně i řada vrstevníků a u seniora každá další smrt v jeho okolí může vyvolat strach, obavy, že příště to může být on. (21)

Rodinný život starších lidí provází řada změn. Odchod dětí z domova, stanou se prarodiči, hlídají vnoučata a snaží se udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Může to tak být, ale není to tak vždy. Jsou staří lidé, kteří žijí sami. (21)

Podobně jako u odchodu do penze je složitým obdobím, objeví-li se ve stáří nemoc. Chronická či těžká nemoc situaci obzvlášť zhoršuje. Člověk zjišťuje, že nezvládne, nestihne to, co by ještě chtěl udělat. Příchod nemoci je mu i varováním, upozorněním na možnost úmrtí. (13)

Velkou změnou v životě staršího člověka je změna bydliště. Znamená to pro něj rozloučit se s minulostí a se vším co bylo dosud součástí jeho života. Pokud tato změna přichází náhle nebo s ní člověk nesouhlasí, je pro něj velmi náročnou životní situací. (21)

3.5 Starý člověk a rodina

Vztahy v rodině procházejí v dnešní době velkými změnami. Mění se funkce rodiny, časté jsou rozvody a mění se také postavení muže a ženy v rodině. Více lidí než dříve volí život bez partnera a dětí. K soužití dvou generací převládá odmítavý postoj. (11) Členové rodiny jsou pracovně nebo jinak vytíženi. Kontakty s prarodiči bývají omezené a soužití tří generací pod jednou střechou bývá výjimečné. Díky rozvodům a nově vzniklým vztahům, v rodině přibývají vedle biologických rodičů a prarodičů i další rodinní příslušníci v jejich věku. (21) Soužití více generací s sebou nese určité problémy. Na jedné straně jsou odlišné názory na život, výchovu dětí, nedostatek klidu, soukromí a na druhé straně se obě generace potřebují a pomáhají si. Některé rodiny však pocítují tíživě, mají-li pečovat o svého starého ne již zcela soběstačného rodinného příslušníka. Tíží je to na duši i materiálně, brzdí se jim plány. (21)

Zodpovědnost dětí vůči rodičům je dnes často nadstandardní. Většinou se všeobecně předpokládá, že péče o seniory spadá do kompetence státu. Mění se však také podmínky možností rodin v pečování o nemocné. V našich podmínkách jsou pečující nedoceny, jak morálně tak ekonomicky. Péči doma v rodině senioři přijímají většinou kladně a společnost by měla poskytovat pečujícím dostatečnou podporu. (21)

Pro nás profesionály je úkolem zapojení rodiny v péči o seniora. Na jedné straně rodina často zaměňuje ztrátu soběstačnosti za nemoc, mají obavy, aby svojí pomocí

seniorovi neublížili. Na druhé však způsobují nesnáze v léčebném režimu a nedodržují například klid na lůžku pacienta nebo jeho dietní režim. Donáší zakázaná jídla, nápoje, vzbuzují nedůvěru ke způsobu léčení či přemlouvají pacienta k návratu domů. Příbuzní však potřebují vědět, jak a v čem mohou pomoci, jaká omezení senior má a jaké jsou jeho možnosti. Důležitý je rozhovor s rodinou, zjištění zda mají o spolupráci či další péči zájem. (11, 1) Postoj rodiny i její ochotu pečovat doma o pacienta doma ovlivňuje zejména závažnost onemocnění, dlouhodobost a prognóza. (1)

Význam rodiny v péči o svého nemocného člena rodiny je nezastupitelný. Dle zkušeností z řady vyspělých zemí nemůže úlohu rodiny v péči o své blízké nahradit žádná zdravotnická instituce. (1)

3.6 Zdraví a nemoc ve stáří

Během procesu stárnutí dochází k výše uvedeným biologickým, psychickým a sociálním změnám. Příčiny některých lze více či méně ovlivnit, genetickou dispozici nikoli. Stáří samo o sobě není nemoc, ale není bez nemocí. U starších lidí se vyskytuje častější a závažnější nemocnost. S přibývajícím věkem stoupá do popředí hodnota zdraví, na němž stojí schopnost sebe obsluhy, soběstačnost, nezávislost. (26, 27)

Za zdravého je starý člověk považován tehdy, pokud nemá zjevně přítomnu žádnou chorobu, je spokojený, zdravotně a sociálně adaptován. Zajímavé je, že řada seniorů (více než 60%) hodnotí svůj zdravotní stav jako dobrý. Vysvětlováno je to tím, že většinu svých potíží bagatelizují, myslí si, že jde o pouhé projevy stáří nebo, že se již nedají ovlivnit. Proto často lékaře ani nevyhledají. (52)

S věkem se zvyšuje výskyt chronických onemocnění. Typická je polymorbidita, atypický průběh nemoci, specifické geriatrické komplikace a odlišný způsob léčby. Je zde úzká vazba na sociální situaci. Typickými chorobami stáří jsou ischemická choroba, hypertenze, mozkové příhody, osteoporóza, artróza, Alzheimerova choroba, katarakta, makulární degenerace, diabetes mellitus a další. Dále ovlivňují zdravotní stav seniorů funkčně závažné involuční změny a životní styl (dekondice, poruchy výživy) a geriatrická křehkost. (26)

Geriatrickou křehkost vystihují pojmy rizikovost, zranitelnost. Způsobuje ji fyziologický pokles funkce orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty v důsledku dekonvice i malnutrice. Zhoršuje se mobilita, vytrvalost, svalová síla, koordinace pohybů, imunita, kognitivní a kardiovaskulární výkonnost. Jde také o ohrožení

disabilitou v provádění běžných činností, pády, zlomeninami a nesoběstačností. Zvýšené je riziko akutní dekompenzace zdravotního stavu s následnou hospitalizací a nutností dlouhodobé ústavní péče. (40, 26)

Nemoci ve stáří je široká řada. V podstatě není nemoc dospělých, která by se ve stáří nevyskytovala a s věkem jich přibývá. Prodlužuje se střední délka života, ale zdravotní stav populace se zhoršuje. Nemoci starých lidí řeší všechny klinické obory. Někdy určitá choroba u pacienta převládá a určuje obor, kde by se měl léčit. Klinická medicína se stále více geriatrizuje a vznikají tzv. oborové geriatrie. Zde by měl oborový specialista při léčbě respektovat zvláštnosti stáří a chorob ve stáří spolu s využitím specializovaných metod daného medicínského oboru. Proto je potřeba mít geriatrické znalosti i v jiných oborech. (27, 9)

Z medicínského hlediska provází nemoci starých lidí netypické příznaky nebo skoro žádné (mikrosympatologie). Platí to i o nežádoucích účincích léků. Nebo se objevují symptomy od jiného orgánu než je orgán postižený (naříká nevinný orgán). Časté jsou komplikace, kdy choroby vyvolávají řetězovou reakci nebo je příčinou akutní stav. Provází ho nápadné zhoršení zdravotního stavu. Vše doprovází propojení zdravotní a sociální situace. (27)

U geriatrických pacientů se koncentrují problémy patologického stáří. Důsledkem je ztráta soběstačnosti, růst závislosti, hroutí se adaptabilita na vlastní stáří a na nové problémy. Funkční rezervy postiženého orgánu se vyčerpaly, stav se dekompenzoval, vznikla disabilita nebo handicap. Důležité je zázemí pacienta. (27)

Nastává jakýsi terminologický střet. Dysfunkce vytlačují eufunkce a ne-moc, ne-mohoucnost, ne-samostatnost, ne-schopnost mohou být i bez předpony ne. Prognóza je různá, nejistá. (27)

Přítomny jsou typické geriatrické syndromy – imobilita, instabilita, intelektové a psychické poruchy (včetně demence), inkontinence a iatrogenní poškození (zejména poruchy vyvolané léky). (27)

Individuální rozdílnost biologická, psychická i sociální je mezi seniory/geriatrickými pacienty však velká a je třeba ji respektovat až do smrti. (27)

Ke stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů se používá komplexní geriatrické hodnocení. Cílem je stanovit celkový plán léčby pacienta. V podstatě jde o myšlenkové, pracovní jádro geriatrické medicíny. (8) Zhodnocení rizik, priorit a potřeb geriatrického pacienta poskytuje celému týmu východisko k účinné a bezpečné péči. Využít lze testy k hodnocení instrumentálních

činností, běžných denních činností, škálu rizika vzniku dekubitů, hodnocení kognitivních funkcí či nutričního stavu. (9)

Léčení se zaměřuje na nemoc, na důsledky nemoci, na potřeby vzniklé v důsledku chorob a na péči o člověka. Ošetrovatelská péče je cílená na rozpoznání problémů geriatrického pacienta. (27)

Intervence a opatření se liší dle závažnosti, průběhu a důsledků nemoci. Měli by být rozlišeni akutní a chroničtí geriatřiční pacienti. Akutní geriatrický pacient je starý člověk, u kterého došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu. Dekompenzuje se obvykle funkčně nejzranitelnější orgán. Často je to mozek (méně často ledviny, myokard). Proto se u těchto pacientů stává, že neurologicko-psychiatrické příznaky vytlačí všechny ostatní. Příčina akutní dekompenzace bývá, např. dehydratace, hypovolémie, anémie, zánět či sepse. Tyto stavy bývají reverzibilní. Významnou úlohu v péči o akutní geriatrické pacienty mají specializovaná geriatrická oddělení (znalosti, vybavení, geriatrický režim). Nejde zde však o péči dlouhodobou, kterou potřebuje chronický geriatrický pacient. U něj jsou procesy obvykle již neovlivnitelné. V praxi rozhoduje zdravotní stav pacienta a potřebný rozsah geriatrických služeb. Dle toho lze chronickým geriatrickým pacientům poskytovat další péči (domácí péči, sociální služby, ústavní péči). (27, 8)

Obecně se od někoho, kdo se stane pacientem, očekává, že bude něco dělat pro zlepšení svého zdravotního stavu. Ne každý je schopen vyrovnat se zdravotními potížemi ve stáří. Někdo k tomu potřebuje pomoc druhých, někdo pomoc odmítá, částečně se přizpůsobí a někdo ze svých chorob přímo žije. (5, 30)

3.7 Nejčastější ošetrovatelské problémy u geriatrických pacientů

Ošetrovatelských problémů u geriatrických pacientů je celá řada. Odvíjí se od zdravotního stavu pacienta a především jeho soběstačnosti a schopnosti sebezpeče. Nejčastěji se dle mých osobních zkušeností z praxe vyskytují problémy s pohyblivostí a soběstačností. Problémem může být i jen samotný pohyb na lůžku. Pacient se nemůže sám otočit, posadit, vstát, přesunout mimo lůžko či nemůže stát, chodit. Brání mu v tom buď choroba, celkový stav nebo díky změně stavu neví jak na to. Úkolem ošetrovatelského týmu je zhodnotit jak míru schopností, tak rizika spojená s daným problémem. U imobilních pacientů jde zejména o riziko vzniku dekubitů či pádu. Soběstačnost při hygieně, oblékání, výživě či vyprazdňování je u geriatrických pacientů

různá. Častá je větší míra závislosti na druhé osobě. Platí zde, nemohu i nechci i nevím jak, s jakými pomůckami. Úkolem ošetrovatelského týmu je jak komplexní péče při deficitu sebezpečí, tak dopomoc a především snaha vést geriatrické pacienty k sebezpečí a udržení soběstačnosti. Důležité je nespěchat na seniora a mít s ním trpělivost. Problematická bývá též komunikace. Ovlivňuje ji zdravotní i psychický stav, úroveň vědomí, vnímání a též poruchy zraku a sluchu. Pro personál jsou velmi důležité komunikační dovednosti, empatie a umění naslouchat. A také uvědomění si, že když pacient nemluví, tak nás ale slyší, vnímá nebo nemluví, protože neslyší, nemá nasazené naslouchátko nebo s ním neumí zacházet.

Péče o geriatrické pacienty je náročná. Tito pacienti se potýkají s řadou problémů. Hodně záleží na jejich adaptaci, na typu a stádiu onemocnění, postoji ke stáří, k nemoci, na míře soběstačnosti, vlivu prostředí a rodiny. (13)

Nemoc sama o sobě znamená pro každého člověka radikální změnu. Hospitalizace ji násobí. Přináší změnu jeho životního rytmu a člověk se ocitá v náročné životní situaci. Co je však pro něj zátěž, pozná jen on sám. (50, 39)

3.8 Úloha sestry při edukaci geriatrických pacientů

Edukační proces ve zdravotnickém zařízení, by měl být součástí a v souladu se systémem a metodami péče daného zdravotnického zařízení. (7) Propojení edukace s ošetrovatelským procesem jsem též zmínila již výše.

Geriatrický pacient je hospitalizován na různých odděleních zdravotnických zařízení a proto i personál těchto oddělení by měl vědět jak postupovat při edukaci těchto pacientů. Co je zapotřebí brát na zřetel, co ovlivňuje pacienta a edukaci jako takovou. Z mého pohledu by samozřejmostí měly být odborné znalosti zdravotníků, znalosti o edukaci, komunikační dovednosti, trpělivost a empatie.

Na začátku hospitalizace lékař i sestra hodnotí stav pacienta, jeho psychomotorické tempo, míru běžných denních aktivit a kognitivních funkcí. Údaje jsou získány jak z předchozí dokumentace, tak od pacienta či doprovodu. Probíhá fyzikální vyšetření, rozhovor a též pozorování. Je stanovena léčba a ošetrovatelské problémy. Ke zhodnocení aktivit a funkcí lze využít různé testy. Posuzuje se funkční dopad nemoci na seniora a navrhuje rozsah péče. (6)

Důležitostí geriatrického ošetrovatelského hodnocení se zabývali například v Kanadě, kde považují posouzení za základní kámen gerontologického

ošetřovatelského procesu. Při posuzování by měl být kladen důraz na provázanost hodnocení v obecných oblastech s obry geriatrické medicíny (u nás známými jako geriatrické syndromy). (25)

Součástí ošetřovatelské anamnézy, která slouží k určení ošetřovatelských problémů, by měl být výčet terapeutických a kompenzačních pomůcek, zhodnocení pohyblivosti, soběstačnosti, kognitivních funkcí, komunikace, výživy, dýchání, stavu kůže, bolesti, spánku, sociálních podmínek a i rizika pádu. Na základě svých odborných znalostí získané údaje sestra posoudí a shrne. Zjistí ošetřovatelské problémy a edukační potřeby pacienta.

Dále probíhá diagnostický a léčebný proces. Během této doby pacient potřebuje informace jak o své nemoci, zdravotním stavu, tak o postupu léčby a jak se adaptovat na tyto změny. Vše co je pacientovi vysvětlováno, je v podstatě edukace. Podílí se na tom celý ošetřovatelský tým. Úkolem sestry v edukaci geriatrických pacientů je zjistit ošetřovatelské edukační potřeby pacienta, realizovat edukaci a důležitá je dle situace a zájmu také edukace rodinných příslušníků či jiného pečovatele při plánované péči o seniora doma.

Cílem edukace u geriatrických pacientů je především zvýšení samostatnosti, sebeděče při běžných denních aktivitách, pomoci adaptovat se na prostředí a zamezit výskytu komplikací. (19)

Proces edukace v období stáří ovlivňuje řada změn a proto je třeba je znát a nezapomínat na ně. Uvádím je již v předchozí části práce a nyní následuje jen krátké shrnutí: **Aktuální stav** – má velký vliv na proces učení, **kognitivní funkce** – zhoršená schopnost si pamatovat, vybavit informace, nové informace se vštěpují hůře, změny ve smyslovém vnímání (sluch, zrak, atd.), **motivace** – velmi důležitá je vnitřní motivace, povzbuzení, zájem, **adaptace** – snížená schopnost adaptace na změny, **změny motoriky** – týkají se jak jemné, tak hrubé motoriky (přizpůsobit pomůcky), **psychické a emocionální změny** – labilita, sklon k dojetí, hněv, strach, úzkost, souvisí s postojem k nemoci a souvisejícími změnami, s funkčním stavem a soběstačností, **sociální změny** – omezení v sociální interakci s okolím, **ekonomické změny** – nižší finanční příjmy, **životní priority** – mění se, často preference základních biologických potřeb, ale nejvýše mohou být psychické, spirituální a sociální potřeby, **tempo a styl učení** – mění se, vliv předcházejícího vzdělání a také **předchozí zkušenosti** – s péčí o zdraví, s hospitalizací, s péčí rodiny, ale i obavy ze smrti, **komunikace** – souvislost s onemocněním, léčbou, s poruchou vnímání, myšlení, **specifika** – dbát na oslovení jménem, vyhýbat se

infantilizaci, odborným výrazům, nepodceňovat pacienta, respektovat zpomalení, zjistit komunikační bariéry a přizpůsobit komunikaci (sluch, zrak), složité informace opakovat nebo napsat, udržovat oční kontakt a ověřit si co pacient porozuměl. (19)

Pro pacienta je důležitý kontakt s rodinnými příslušníky. Je přirozeným pokračováním osobních vztahů. Potřebuje povzbuzení, může se cítit osamocen a nepotřebný pro své nejbližší. (1)

Podstatná je z mých zkušeností motivace pacienta k sebepéči, adaptace na změnu zdravotního stavu a s tím související handicap v soběstačnosti, samostatnosti. Dále je to zájem rodiny, nejbližších o pomoc v domácím prostředí. Postoje pacientů bývají z různých důvodů různé a nesoulad, problémy v rodině jsou často zásadní ovlivňující faktor k neřešitelnosti návratu domů a nutnosti jiné, další institucionalizované péče.

Nejčastějšími edukačními záležitostmi u našich pacientů na geriatrickém oddělení bývají běžné všední činnosti. Týkají se sebepéče, příjmu potravy, tekutin, pohybu, polohování na lůžku, osobní hygieny, vyprazdňování, přesunu z lůžka a chůze. Snaha je o udržení či zvýšení samostatnosti. Další v řadě je častá edukace pacienta v aplikaci inzulínu, diabetickém režimu či dietě. Prevence pádu je sice úkolem zdravotníků, ale pacient musí být informován o způsobu jeho zajištění, proč jsou některá opatření důležitá, na co si dávat pozor aby k pádu nedošlo a také jak se manipuluje se signalizací. Další možnosti edukace – manipulace s kompenzačními pomůckami, péče o stomii, respirační terapie nebo edukace o medikaci. Rodina má na našem geriatrickém oddělení možnost, si pod dohledem personálu vyzkoušet nutnou péči pro pobyt v domácím prostředí.

Úloha sestry při edukaci geriatrických pacientů je z mého pohledu náročná. Ve všech fázích edukace musí sestra i další pracovníci podílející se na edukaci respektovat osobnost pacienta, jeho možnosti, schopnosti, brát v úvahu fázi nemoci, handicap (disabilitu, zhoršený zrak, sluch), nepodceňovat ho však a brát v úvahu, že při učení senioři potřebují větší počet opakování, přestávky a dostatečný odpočinek. Mívají též větší obavy z neúspěchu a jejich nepřítelem je též časový stres. Sestra by měla mít navíc zájem o edukaci pacientů, umět ji, motivovat pacienta, mít s ním velkou trpělivost, mít na edukaci dostatečný časový prostor a chválit pacienta za každý malý pokrok.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Během své práce se každý den setkávám s hospitalizovanými geriatrickými pacienty, kteří se na našem oddělení Geriatrie léčí. Pobyt v nemocnici je pro ně náročná situace. Tito pacienti jsou k nám překládáni z akutních oddělení nemocnice. Je pro ně obtížnější proces uzdravování a častá je ztráta soběstačnosti. Proces adaptace a spolupráce je složitější. Otázkou je, jak to má pacient/senior zvládnout? Naučí se o sebe pečovat? Může o sebe dále pečovat? Chce? Ví jak? Umíme je to naučit?

Úkolem zdravotníků je předání informací, praktických dovedností či napomoci ke změně postojů. K tomu slouží edukace. Proces učení nás provází celý život, i když si to neuvědomujeme. Ve stáří má svá specifika, ale neznamena to automaticky, že se již senior nemůže nic nového naučit.

4.1 Hlavní problém

Geriatrický pacient je hospitalizován nejen na geriatrických odděleních, ale nemoci starých lidí řeší řada medicínských oborů. Znalosti specifik péče o tyto pacienty by měly být samozřejmé pro všechny zdravotníky. S tím souvisí i edukace. Jako hlavní problém, kterým se ve své práci zabývám, je míra znalostí zdravotníků – všeobecných sester o edukaci jako takové, zároveň mohou být problematické znalosti o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces a zajímá mne uvedená realita edukace na oddělení či ve vztahu k rodinným příslušníkům.

4.2 Dílčí problémy

Základem edukace jsou odborné znalosti všeobecných sester provádějící edukaci. Dále znalosti o edukaci, umět učit druhé a mít také zájem někoho něco naučit. Důležitá je též znalost ovlivňujících faktorů edukace ve stáří. Mít čas, trpělivost, vhodné podmínky jsou další nezbytnou součástí edukačního procesu. Vhodně zvolená metoda edukace je podmínkou úspěšné edukace a spolu s komunikačními dovednostmi skoro zásadní. Motivace, zájem rodiny a smysl dalšího života je pro seniora stěžejní. Mít vůli a sílu překonat překážky, vyrovnat se změnami, naučit se s nimi žít, je známka jeho statečnosti.

Otázkou je, když nevím jak, mám postupovat, mám se kam podívat? Máme standardní postup na provádění edukace? Je zájem si vědomosti doplnit?

5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem této diplomové práce je zjištění úrovně znalostí všeobecných sester o edukaci a o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces. Dále je cílem zjistit realitu, uvědomění si edukačního procesu v praxi, zda je edukována rodina, či jiný pečovatel před propuštěním do domácího prostředí.

Na závěr mne zajímá, zda vybraná zdravotnická zařízení mají ošetrovatelský standard na provádění edukace a zda by byl zájem o vzdělávací seminář na téma Jak postupovat při edukaci geriatrických pacientů.

Na základě zjištěného je mým cílem vytvořit vhodný edukační materiál.

5.1 Hypotézy

H1 – Míra znalostí všeobecných sester o edukaci je podmíněna úrovní jejich vzdělání.

H2 – Více než polovina dotazovaných všeobecných sester má velmi dobré znalosti o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces

H3 – Způsob provádění edukace u geriatrických pacientů uvede více než polovina dotazovaných všeobecných sester dle zásad edukačního procesu

H4 – Více než polovina dotazovaných všeobecných sester edukuje rodinu v péči o pacienta v domácím prostředí

6 VZOREK RESPONDENTŮ

Cílovou skupinu, kterou jsem oslovila, tvořily všeobecné sestry pracující na standardních odděleních nemocnic. Šlo o oddělení různých medicínských oborů, kde jsou hospitalizováni i senioři/geriatřiční pacienti. Oddělení dlouhodobé léčebné péče či sociální lůžka nebyly do průzkumu zařazeny.

Souhlas k umožnění sběru dat v rámci dotazníkového šetření v jednotlivých nemocnicích byl udělen na základě žádosti. Byly osloveny všeobecné sestry ve třech nemocnicích v Plzeňském kraji. Název zdravotnického zařízení není předmět zkoumání v této práci a nebude v diplomové práci uveden.

Rozdávání a sběr dotazníků se uskutečnil v měsíci lednu a začátkem února 2013. Celkem jsem oslovila 245 respondentů/všeobecných sester. Nevrátilo se mi 37 dotazníků a 4 byly neúplně vyplněné a vyřadila jsem je ze zpracování. Průzkumný soubor celkem vytvořilo 204 respondentů. Návratnost dotazníků (83,2%) považuji za velmi dobrou vzhledem ke stížnostem personálu při rozdávání dotazníků na zahlcení podobnými dotazníky a celkově dokumentační činností jako takovou. Za úspěšný považuji z těchto důvodů i počáteční počet oslovených respondentů.

Zastoupení všeobecných sester v základním souboru dle úrovně vzdělání a délky praxe bylo různé a podrobně je uvádím na začátku statistického zpracování údajů. Většinu souboru (70,1%) tvořily všeobecné sestry se středoškolským vzděláním, což mne překvapilo vzhledem k současným kvalifikačním požadavkům některých zaměstnavatelů. Dle délky praxe největší skupinu respondentů (35,8%) tvořily všeobecné sestry s praxí 21 a více let.

7 METODIKA

Praktická část této diplomové práce je zpracována metodou kvantitativní. Jde o popisnou studii s cílem znázornit současný stav vztahující se k danému tématu. Formulovala jsem hypotézy k ověření teorie, sestavila dotazník (uvádím v příloze 5) a po sběru dat jsem provedla třídění, kategorizaci údajů. K analýze a statistickému zpracování dat byl použit program Microsoft Excel (dále Excel).

Dotazník obsahoval k testování hypotéz 33 otázek. Otázky číslo 35 a 36 jsem směřovala pouze ke zjištění existence ošetřovatelských standardů na provádění edukace a zájmu o vzdělávací seminář. Strukturu dotazníku tvořily na začátku údaje o vzdělání a délce praxe respondentů, dále dotazník obsahoval otázky uzavřené s nabídkou odpovědí, jedna otázka byla otevřená a jedna filtrační. U možnosti jinak či jinde byla možnost doplnění odpovědi. Šlo o otázky polootevřené.

K hypotéze 1 se vztahovaly otázky číslo 1 až 12. Jednalo se o dotazy znalostní a odpovědi byly v závěrečném zpracování souhrnně zhodnoceny. K hypotéze 2 se vztahovaly otázky číslo 13 až 19. Tato část se také týkala znalostí a byla též souhrnně zpracována. K hypotéze 3 se vztahovaly otázky číslo 20 až 30 a k hypotéze 4 otázky číslo 31 až 33. Tyto otázky byly zpracovávány samostatně. Pro ověření srozumitelnosti dotazníku jsem oslovila své kolegyně na pracovišti. Znění otázek bylo pro všechny srozumitelné.

7.1 Zpracování údajů

Data získaná z dotazníků byla uspořádána do kategorií a následovala jejich analýza. Údaje byly zpracovány v Excelu do tabulek a zobrazeny v grafech. V některých případech jsem pro větší názornost a doplnění uvedla v praktické části i tabulky. Data jsou zapsána v relativních i absolutních četnostech. Absolutní četnosti jsou v popisech uvedeny v závorkách. Kategorizaci dat (kódování) jsem u hypotézy 1 (dále H) a H2 zvolila dle úrovně vzdělání a délky praxe respondentů. U H3 a H4 jsem využila možnosti analyzovat u některých otázek, jaká je realita v jednotlivých nemocnicích. Pro vyhodnocení H1 jsem zvolila souhrnné zhodnocení odpovědí/znalostí respondentů z otázek číslo 1-12.

Otázka č. 1: Co vyjadřuje pojem edukace?

Otázka č. 2: Za nejvýznamnější faktor ovlivňující edukaci je považován?

Otázka č. 3: Je schopnost učení vrozená neměnná?

Otázka č. 4: Při edukaci je potřeba klást zvýšený důraz zejména na?

Otázka č. 5: Na celkovém účinku komunikace při edukaci se verbální komunikace podílí kolika procenty?

Otázka č. 6: Ke zjištění porozumění edukace pacientem bysta zvolila otázku?

Otázka č. 7: Základem rozhovoru při edukaci je?

Otázka č. 8: Verbální komunikace při edukaci je?

Otázka č. 9: Jaké jsou fáze edukačního procesu?

Otázka č. 10: Je edukace součástí ošetřovatelského procesu?

Otázka č. 11: Na začátku edukace je nejdůležitější?

Otázka č. 12: Nejvíce přístupný edukaci je pacient ve fázi?

Jednotlivé odpovědi jsem obodovala. Správná odpověď - 1 bod, nesprávná - 0 bodů. Bylo možné získat maximálně 12 bodů za všechny odpovědi správně. Dle souhrnného počtu bodů jsem oznámkovala znalosti jako ve škole (známka 1 = 11 - 12 bodů, 2 = 10 - 9 bodů, 3 = 8 - 7 bodů, 4 = 6 - 5 bodů a 5 = 4 a méně bodů). Ze sumy známek jsem v jednotlivých kategoriích dle úrovně vzdělání zpracovala aritmetický průměr známek u respondentů v dané kategorii. Získané údaje jsem zobrazila v grafu. Vliv délky praxe na znalosti respondentů o edukaci jsem zpracovala stejným způsobem. V popisu je vyjádřen jak aritmetický průměr známek, tak absolutní četnosti respondentů.

Pro vyhodnocení H2 se jsem zvolila stejný způsob, jen známky byly přiděleny za jiný počet bodů. Souhrnně byly zhodnoceny otázky č. 13 – 19. (1 = 16 – 14 bodů, 2 = 13 – 11 bodů, 3 = 10 – 8 bodů, 4 = 7 – 5 bodů a 5 = 4 a méně bodů).

Otázka č. 13: Cílem péče o geriatrické pacienty je?

Otázka č. 14: Nejdůležitějším kritériem v období stáří je?

Otázka č. 15: Jaký je vliv procesu stárnutí na paměť?

Otázka č. 16: Co nejvíce zatěžuje seniora z hlediska psychosociálního?

Otázka č. 17: Je podoba vyrovnávání se stářím u všech seniorů stejná?

Otázka č. 18: Označte prosím, co z uvedeného má největší vliv na edukaci u seniora?

Otázka č. 19: Které z uvedených oblastí ovlivňující proces edukace v období stáří?

Aritmetický průměr známek tvořil podklad pro celkové zhodnocení úrovně znalostí. Zvolená kritéria: Výborné znalosti = průměr 1 - 1,4; velmi dobré = 1,5 – 2,4; dobré = 2,5 – 3,4; dostatečné = 3,5 – 4,4 a nedostatečné = 4,5 – 5.

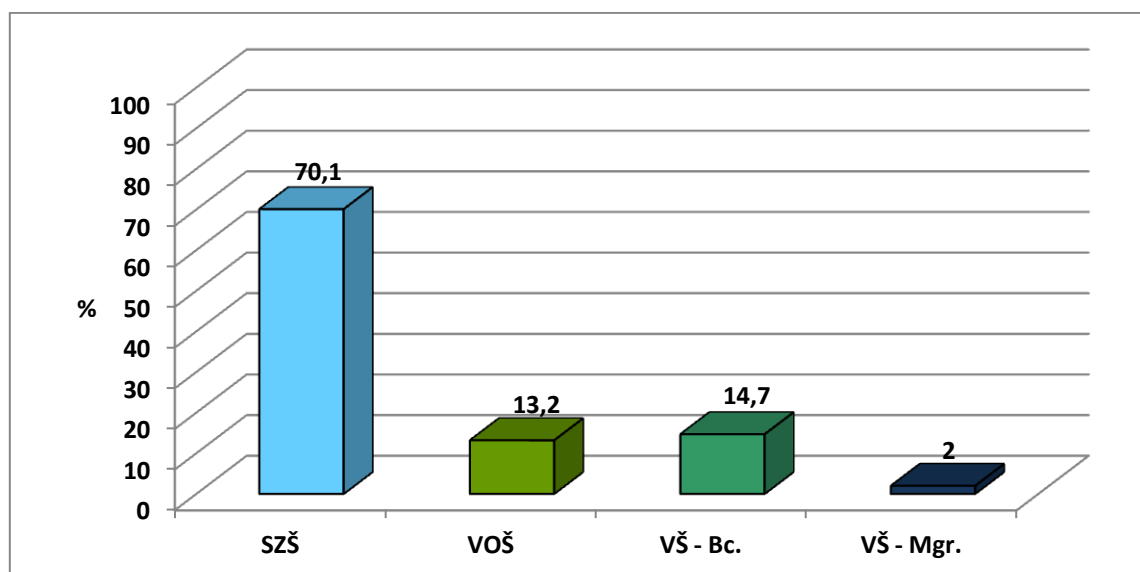
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ÚDAJŮ

Tabulka 1 Vzdělání respondentů

Vzdělání	Nemocnice A	Nemocnice B	Nemocnice C	Celkem	
				Σ	%
SZŠ	88	39	16	143	70,1
VOŠ	18	8	1	27	13,2
VŠ - Bc.	23	6	1	30	14,7
VŠ - Mgr.	2	2	0	4	2
Celkem	131	55	18	204	100

Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf 1 Zastoupení respondentů v souboru v závislosti na vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování

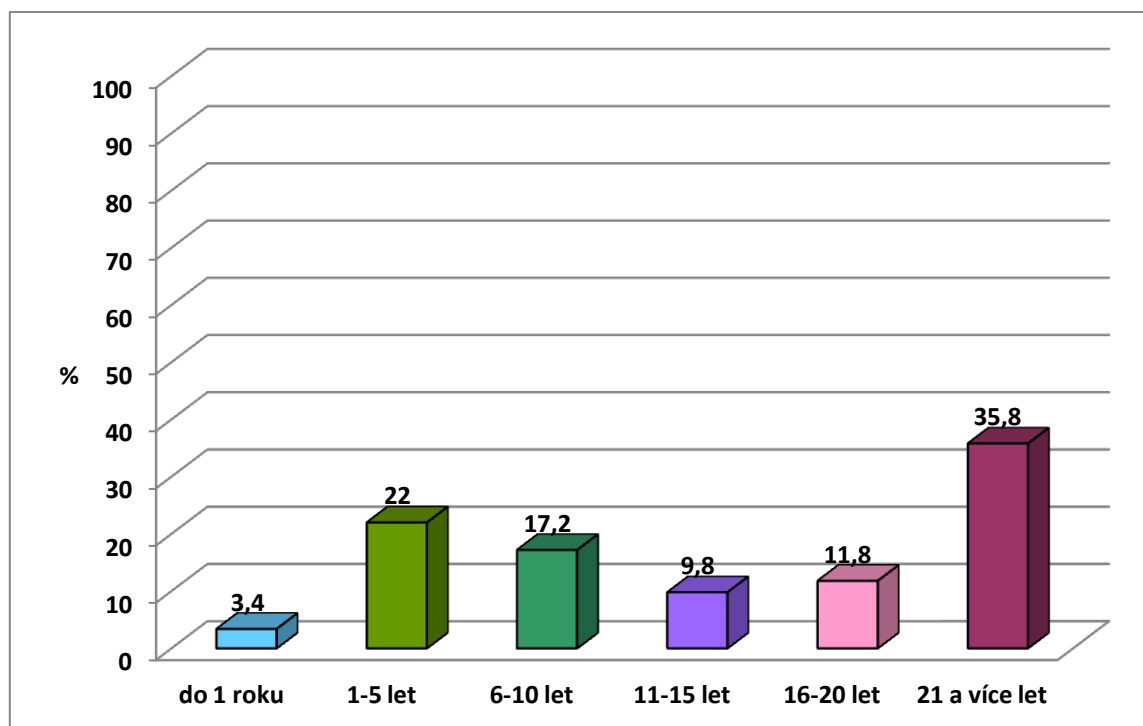
Tabulka a graf zobrazují zastoupení respondentů souboru v závislosti na vzdělání. Soubor respondentů tvořilo 204 (100%) dotazovaných všeobecných sester s různou úrovní vzdělání. Nejvíce bylo zastoupeno vzdělání středoškolské 70,1% (131), následovalo je vysokoškolské – bakalářské 14,7% (30), dále vyšší odborné 13,2% (27) a nejméně zastoupené bylo vzdělání vysokoškolské – magisterské 2% (4).

Tabulka 2 Délka praxe respondentů

Kategorie	Nemocnice	Nemocnice	Nemocnice	Celkem	
	A	B	C	Σ	%
Do 1 roku	4	3	0	7	3,4
1-5 let	31	10	4	45	22,0
6-10 let	25	8	2	35	17,2
11-15 let	14	4	2	20	9,8
16-20 let	13	7	4	24	11,8
21 a více let	44	23	6	73	35,8
Celkem	131	55	18	204	100

Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf 2 Zastoupení respondentů v souboru v závislosti na délce praxe

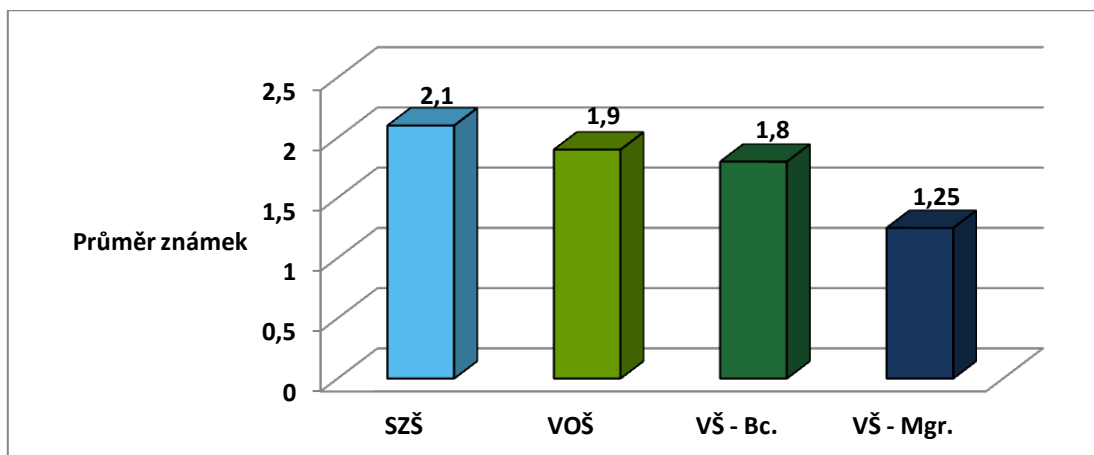


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Tabulka a graf zobrazují zastoupení respondentů v souboru dle délky praxe. Největší zastoupení měla kategorie 21 a více let praxe 35,8% (73), následovala kategorie 1-5 let 22% (45), dále 6-10 let 17,2% (35), 16-20 let 11,8% (24), 11-15 let 9,8% (20) a kategorie do 1 roku praxe 3,4% (7).

Otázka č. 1 – 12: Souhrnné hodnocení znalostí na téma edukace. Způsob hodnocení úrovně znalostí je uveden v kapitole Metodika.

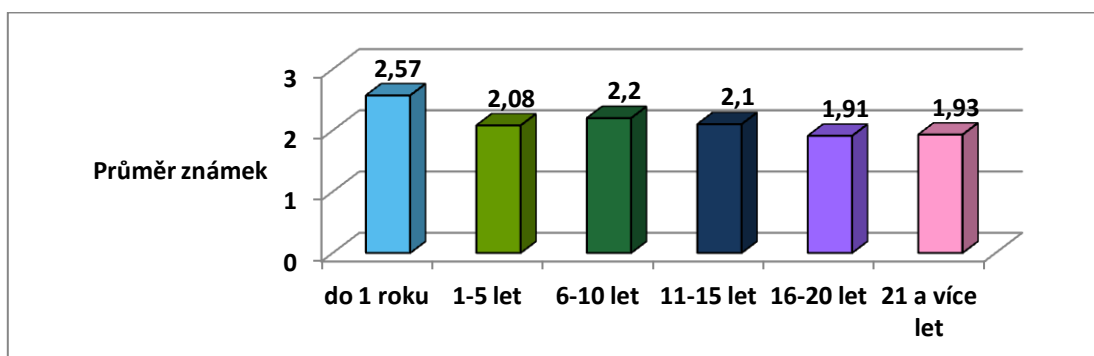
Graf 3 Souhrn úrovně znalostí v závislosti na vzdělání (1-12)



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje úroveň znalostí respondentů v závislosti na vzdělání, vyjádřenou aritmetickým průměrem známek. Nejvíce znalostí měla kategorie respondentů VŠ – Mgr. s průměrem známek 1,25 (4), následovala je VŠ – Bc., 1,8 (30), dále VOŠ, 1,9 (27) a kategorie SZŠ, 2,1 (143).

Graf 4 Souhrn úrovně znalostí v závislosti na délce praxe (1-12)



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje úroveň znalostí v závislosti na délce praxe. Nejvíce znalostí se ukázalo v kategorii 16-20 let s průměrem známek 1,91 (24), dále v kategorii 21 a více let 1,93 (73), následovala kategorie 11-15 let 2,1 (20), kategorie 6-10 2,2 (36), kategorie 1-5 let 2,08 (46) a kategorie do 1 roku praxe s průměrem 2,57 (5).

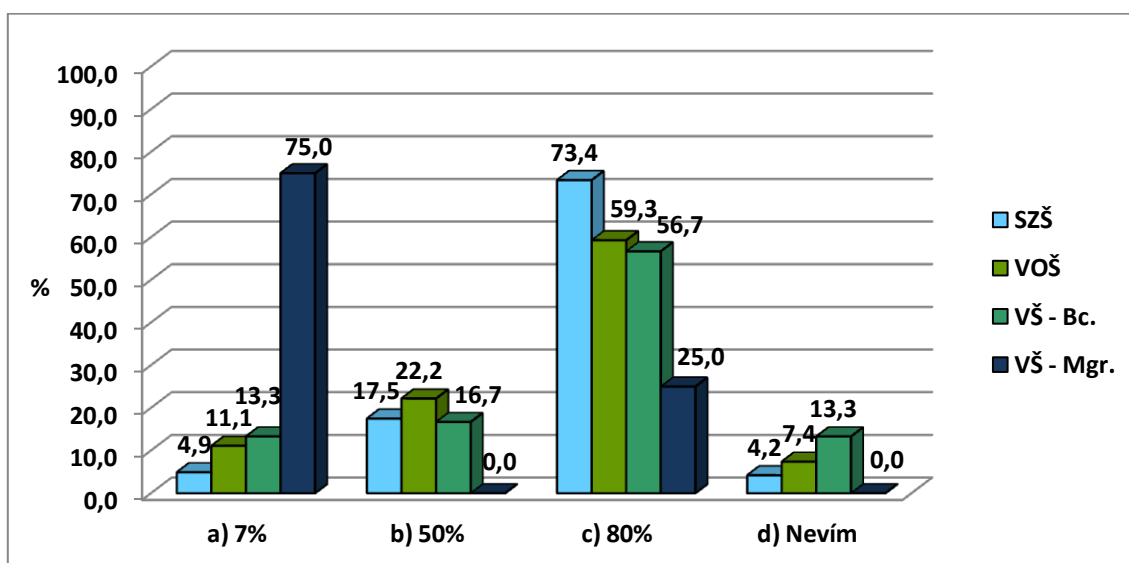
Otázka č. 5: Na celkovém účinku komunikace při edukaci se verbální komunikace podílí kolika procenty?

Tabulka 3 Úroveň znalostí o celkovém účinku verbální komunikace v závislosti na vzdělání

Možnosti	Vzdělání								Celkem	
	SZŠ	%	VOŠ	%	VŠ-Bc.	%	VŠ-Mgr.	%	Σ	%
7%	7	4,9	3	11,1	4	13,3	3	75	17	8,3
50%	25	17,5	6	22,2	5	16,7	0	0	36	17,7
80%	105	73,4	16	59,3	17	56,7	1	25	139	68,1
Nevím	6	4,2	2	7,4	4	13,3	0	0	12	5,9
Celkem	143	100	27	100	30	100	4	100	204	100

Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf 5 Úroveň znalostí o celkovém účinku verbální komunikace v závislosti na vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Tabulka zobrazuje vyjádření odpovědí na otázku č. 5 v absolutních i relativních četnostech. Graf 3 vyjadřuje úroveň znalostí o celkovém účinku verbální komunikace při edukaci. Správnou odpověď a) 7% uvedlo 75% (3) VŠ – Mgr., 13,3% (4) VŠ-Bc., 11,1% (3) VOŠ a 4,9% (7) SZŠ.

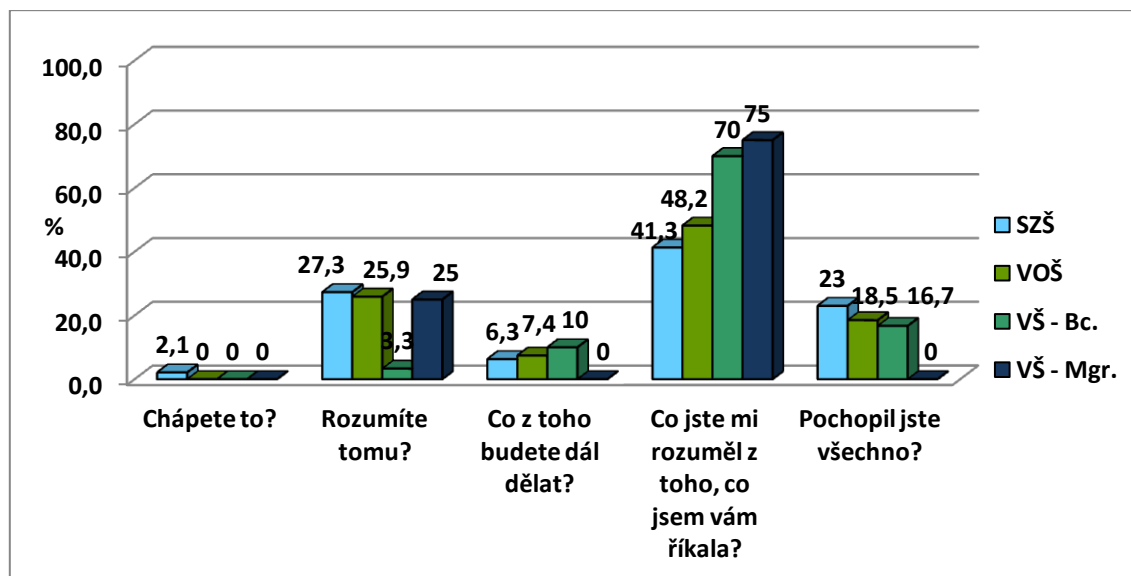
Otázka č. 6: Ke zjištění porozumění edukace pacientem byste zvolila otázku?

Tabulka 4 Volba otázky ke zjištění porozumění edukace pacientem

Možnosti	Vzdělání								Celkem	
	SZŠ	%	VOŠ	%	VŠ-Bc.	%	VŠ-Mgr.	%	Σ	%
Chápete to?	3	2,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,5
Rozumíte tomu?	39	27,3	7	25,9	1	3,3	1	25,0	48	23,5
Co z toho budete dál dělat?	9	6,3	2	7,4	3	10,0	0	0,0	14	6,9
Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala?	59	41,3	13	48,2	21	70,0	3	75,0	96	47,0
Pochopil jste všechno?	33	23,0	5	18,5	5	16,7	0	0,0	43	21,1
Celkem	143	100,0	27	100,0	30	100,0	4	100,0	204	100

Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf 6 Volba otázky ke zjištění porozumění edukace pacientem

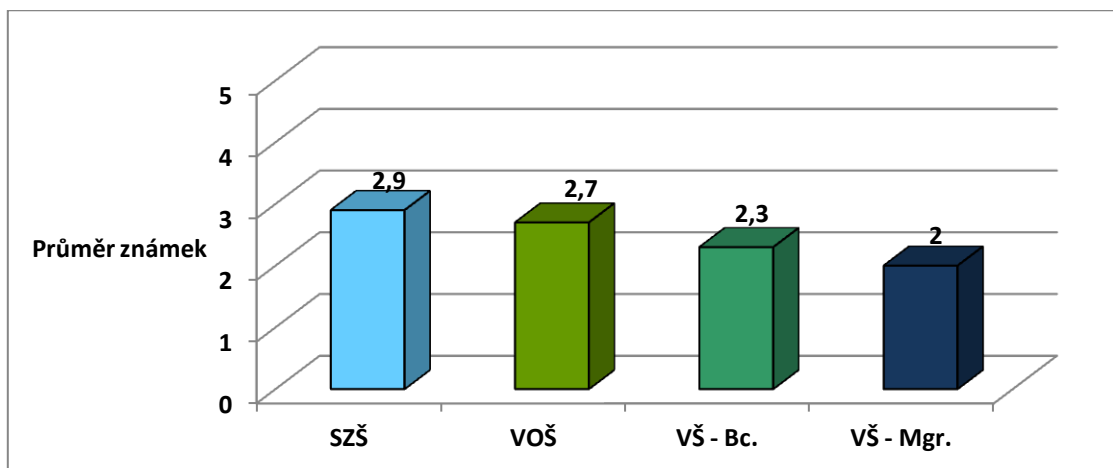


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Tabulka zobrazuje vyjádření odpovědí na otázku č. 4 v absolutních i relativních četnostech. Graf zobrazuje volbu otázky respondentů ke zjištění porozumění edukace pacientem. Správnou odpověď 'Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala?', zvolilo 75% VŠ-Mgr. (3), 70% VŠ-Bc. (21), 48,2% VOŠ (13) a 41,3% SZŠ (59).

Otázka č. 13 – 19: Souhrnné hodnocení znalostí všeobecných sester o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces. Způsob hodnocení znalostí je uveden v kapitole Metodika.

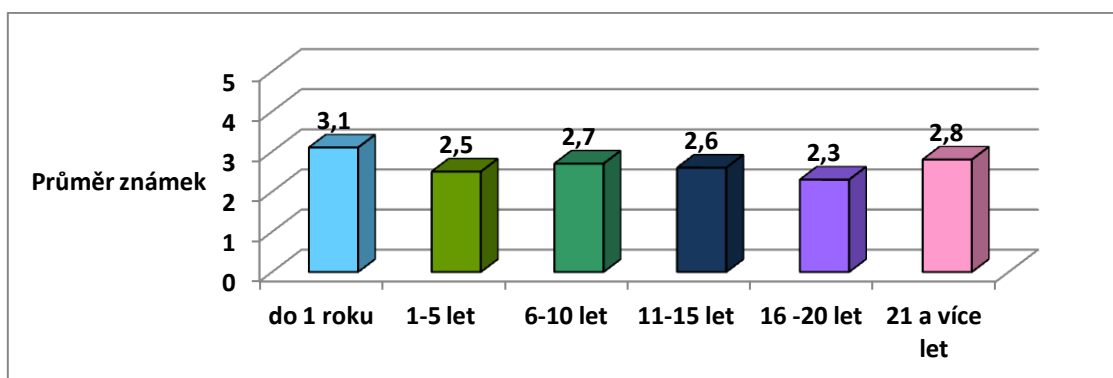
Graf 7 Souhrnné hodnocení znalostí o změnách ve stáří v závislosti na vzdělání



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí souhrnné hodnocení znalostí respondentů o změnách ve stáří v závislosti na vzdělání. Úroveň znalostí vyjadřuje průměr známek. Nejvíce znalostí měla kategorie VŠ-Mgr. s průměrem známek 2,0 (4), následovala je VŠ-Bc. - 2,3 (30), dále VOŠ - 2,7 (27) a SZŠ s průměrem 2,9 (143).

Graf 8 Souhrnné hodnocení znalostí o změnách ve stáří v závislosti na délce praxe

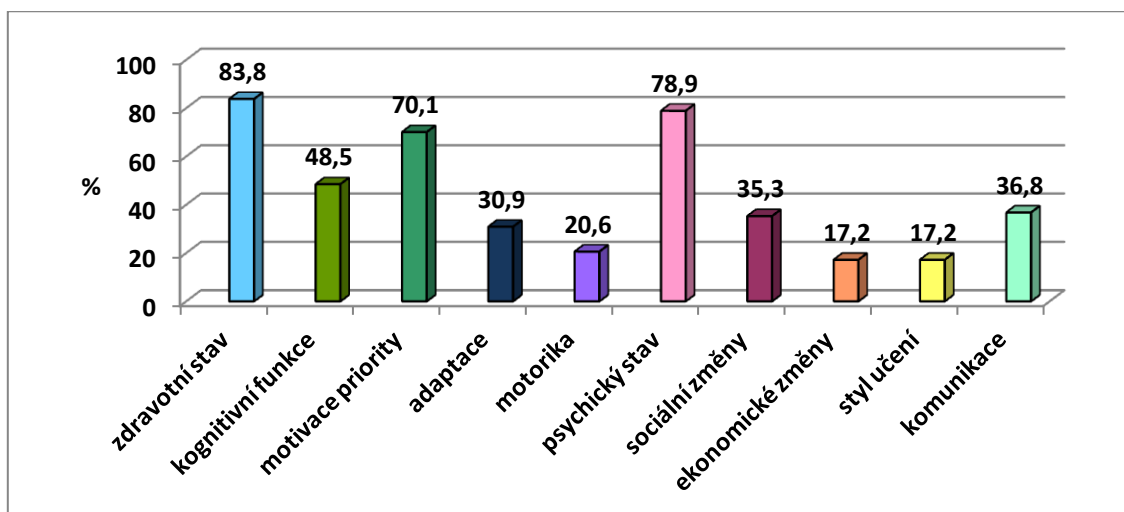


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje souhrnné hodnocení znalostí o změnách ve stáří v závislosti na délce praxe, vyjádřené průměrem známek. Nejvíce znalostí se ukázalo v kategorii 16-20 let s průměrem 2,3 (24), následovala kategorie 1-5 let - 2,5 (46), dále 11-15 let - 2,6 (20), 6-10 let - 2,7 (36), 21 a více let - 2,8 (73) a kategorie do 1 roku praxe - 3,1 (5).

Otázka č. 19: Které z uvedených oblastí ovlivňují proces edukace v období stáří?

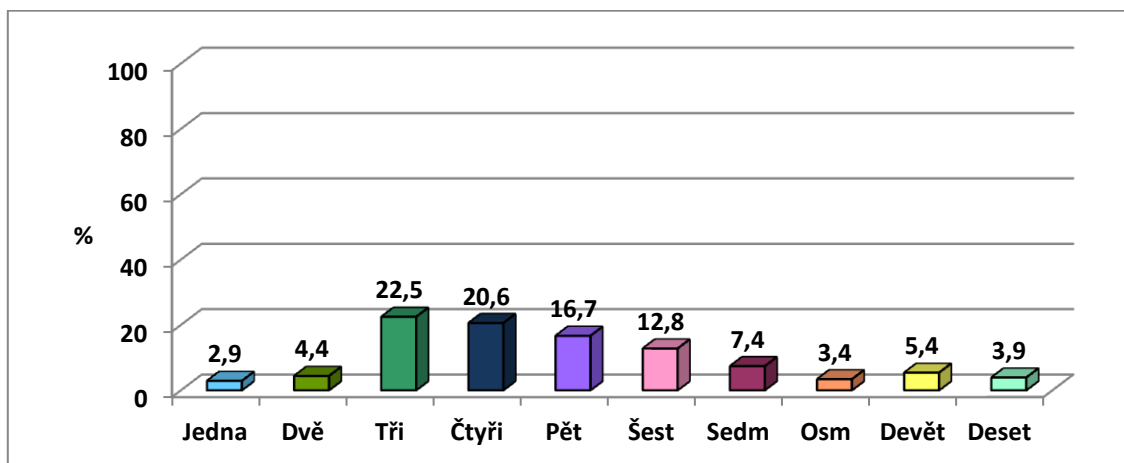
Graf 9 Oblasti ovlivňující proces edukace v období stáří



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Z celkového počtu možných odpovědí k jednotlivým daným oblastem - 204 odpovědi na oblast (100%), uvedli respondenti u zdravotního stavu 83,8% (171), následoval psychický stav 78,9% (161), dále motivace a priority 70,1% (143), kognitivní funkce 48,5% (99), komunikace 36,8% (75), sociální změny 35,3% (72), adaptace 30,9% (63), motorika 20,6% (42), ekonomické změny a styl učení 17,2% (35).

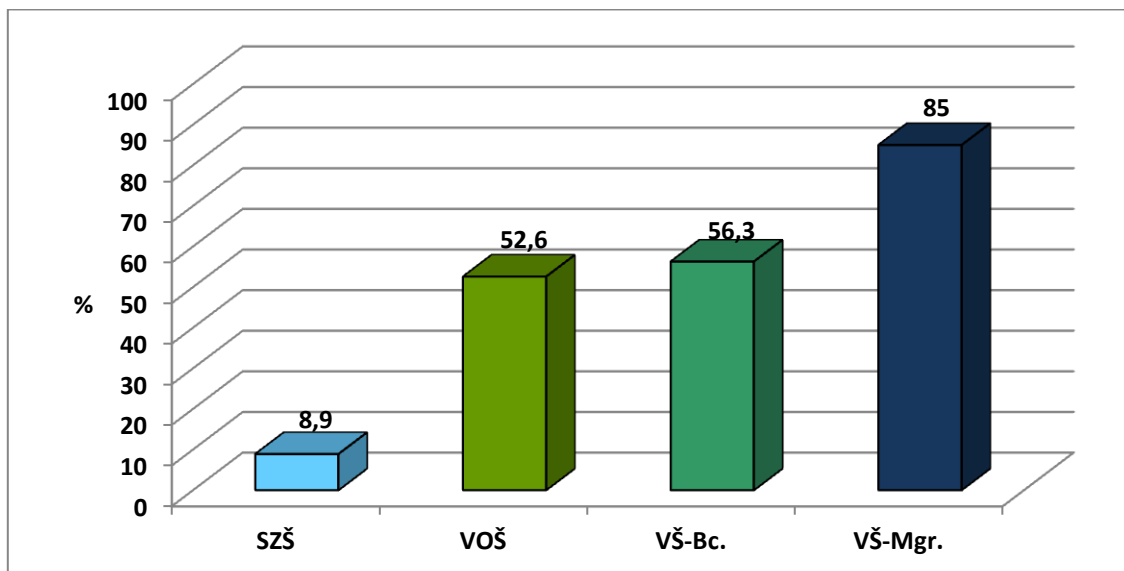
Graf 10 Výskyt správných odpovědí



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Z celého souboru respondentů 204 (100%) uvedlo všech 10 oblastí ovlivňujících proces edukace v období stáří 3,9% (8) respondentů.

Graf 11 Označení oblastí ovlivňujících edukaci v období stáří v závislosti na vzdělání

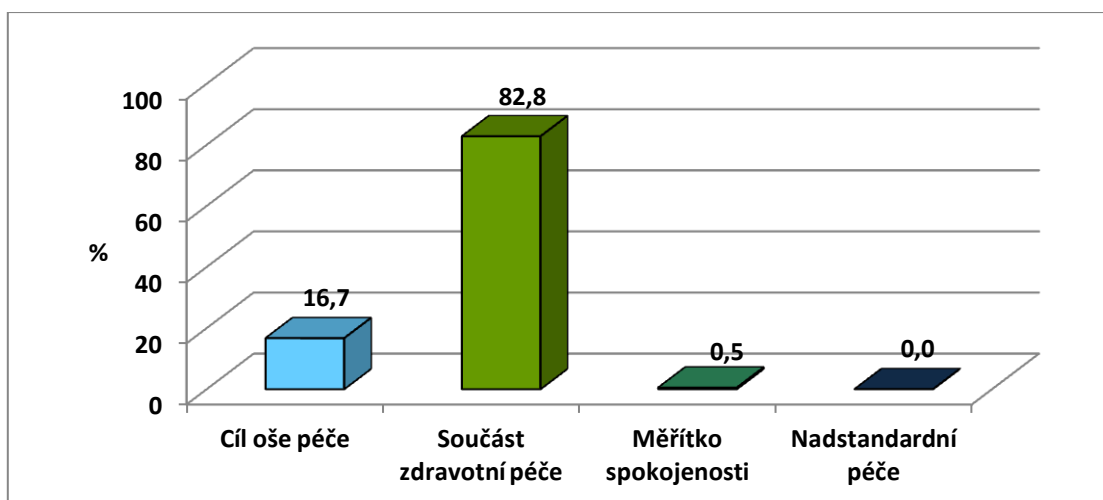


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí nejvíce označených oblastí ovlivňující proces edukace v období stáří v závislosti na vzdělání respondentů. Nejvíce označených oblastí uvedli vysokoškoláci. VŠ – Mgr. označilo 85% (34 odpovědí) z celkového počtu možných 40 odpovědí. VŠ - Bc. označilo 56,3% (169) z celkového možného počtu 300 odpovědí. V kategorii VOŠ bylo uvedeno 52,6% (142) odpovědí z celkového možného počtu 270 a SZŠ označily 8,9% (127) odpovědí z celkového počtu možných 1430.

Otázka č. 20: Edukační proces je podle Vás?

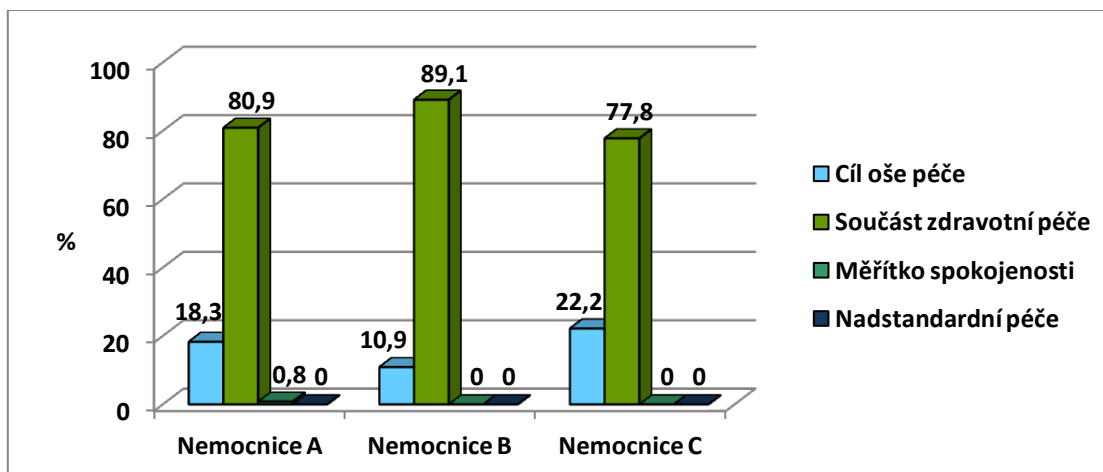
Graf 12 Označení edukačního procesu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje označení edukačního procesu. Jako součást zdravotní péce ho označilo 82,3 % (169) respondentů, cílem ošedovatelské péce 16,7 % (34), měřítkem spokojenosti 0,5% (1) a odpověď nadstandardní péce nezvolil žádný z respondentů.

Graf 13 Označení edukačního procesu v závislosti na nemocnici

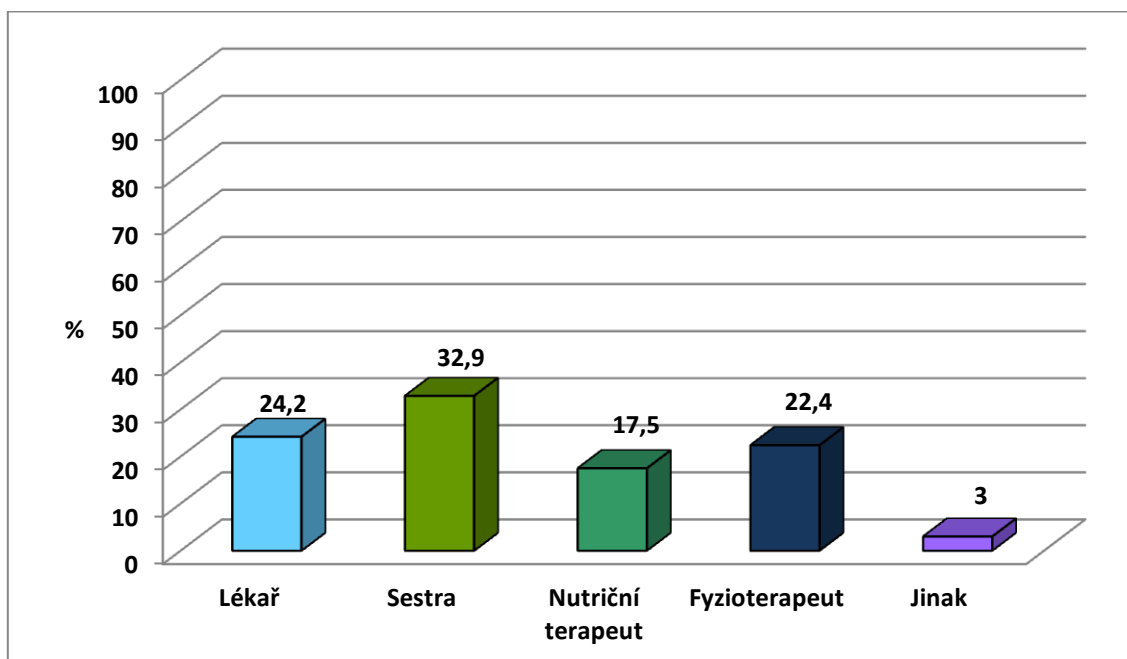


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí označení edukačního procesu v jednotlivých nemocnicích. Edukační proces jako součást zdravotní péce označilo v nemocnici A 80,9% (106) respondentů, v nemocnici B 89,1% (49) dotazovaných a C 77,8% (14).

Otázka č. 21: Edukaci na vašem oddělení provádí?

Graf 14 Provádění edukace na oddělení

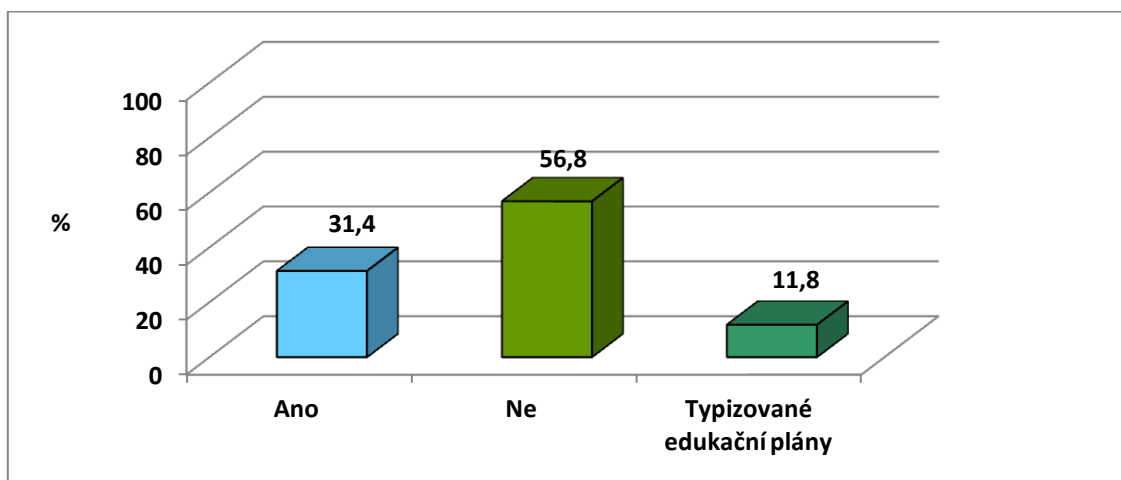


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje provádění edukace na oddělení. Z celkového počtu 554 odpovědí (100%) uvedlo 32,9% respondentů sestru (182), 24,2% lékaře (134), 22,4% fyzioterapeuta (124), 17,5% nutričního terapeuta (97) a 3% uvedlo možnost jinak(3). Jako jinak byl uváděn celý tým zdravotníků.

Otázka č. 22: Sestavujete na vašem oddělení edukační plán v písemné podobě?

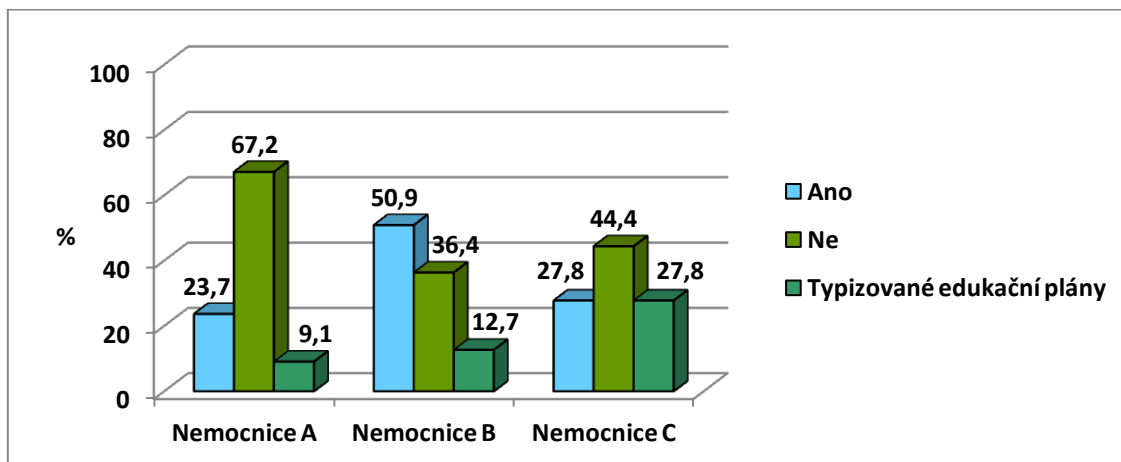
Graf 15 Sestavování edukačního plánu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí sestavování edukačního plánu na oddělení. Sestavování edukačního plánu v písemné podobě uvedlo 31,4% (64) respondentů, 56,8% (116) ho nesestavuje a 11,8% (24) využívá na oddělení typizované edukační plány.

Graf 16 Sestavování edukačního plánu v závislosti na nemocnici

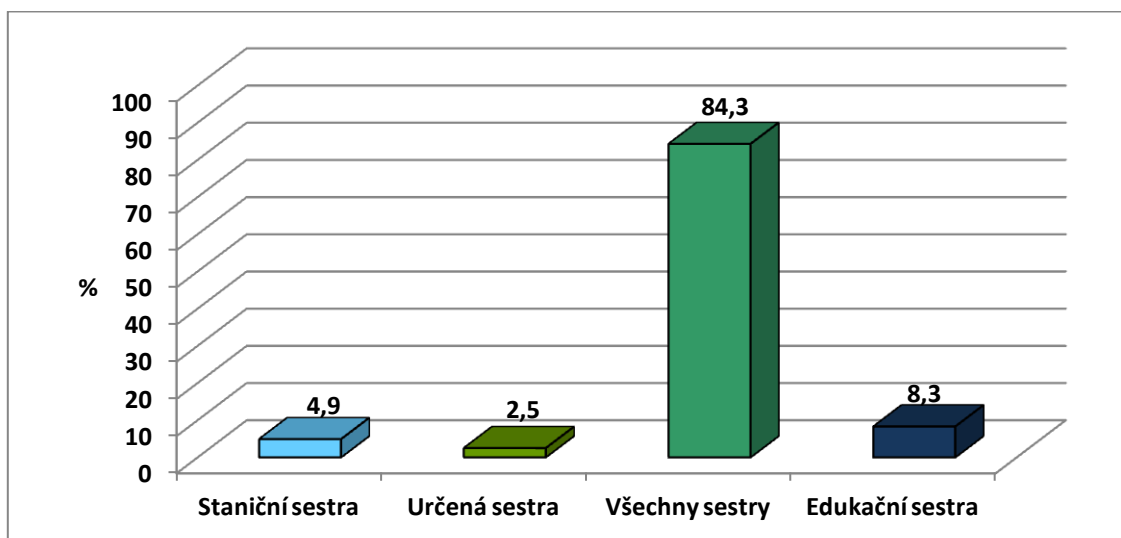


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje situaci sestavování edukačních plánů v jednotlivých nemocnicích. Většina respondentů 67,2% (88) v nemocnici A odpověděla, že edukační plány nesestavují, v nemocnici B uvedlo 50,9% (28), že edukační plány sestavují v nemocnici C 44,4% (8), že je nesestavují.

Otázka č. 23: Pokud provádí edukaci na vašem pracovišti sestra, jde o sestru?

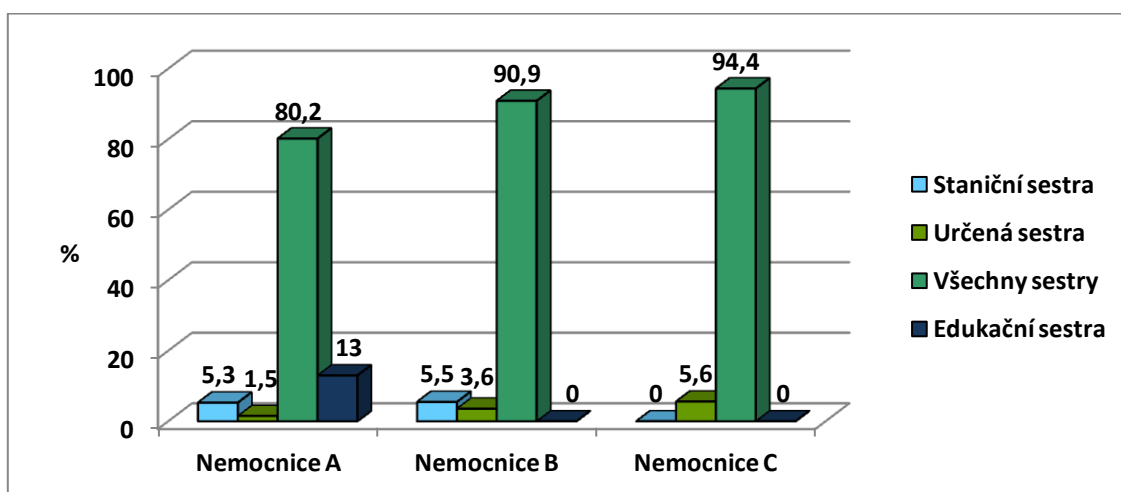
Graf 17 Provádění edukace na pracovišti



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje informace o sestrách provádějící edukaci. Všechny sestry na oddělení provádějící edukaci uvedlo 84,3% respondentů (172), 8,3% uvedlo edukační sestru (17), 4,9% staniční sestru (10) a 2,5% určenou sestru (5).

Graf 18 Provádění edukace na pracovišti v závislosti na nemocnici

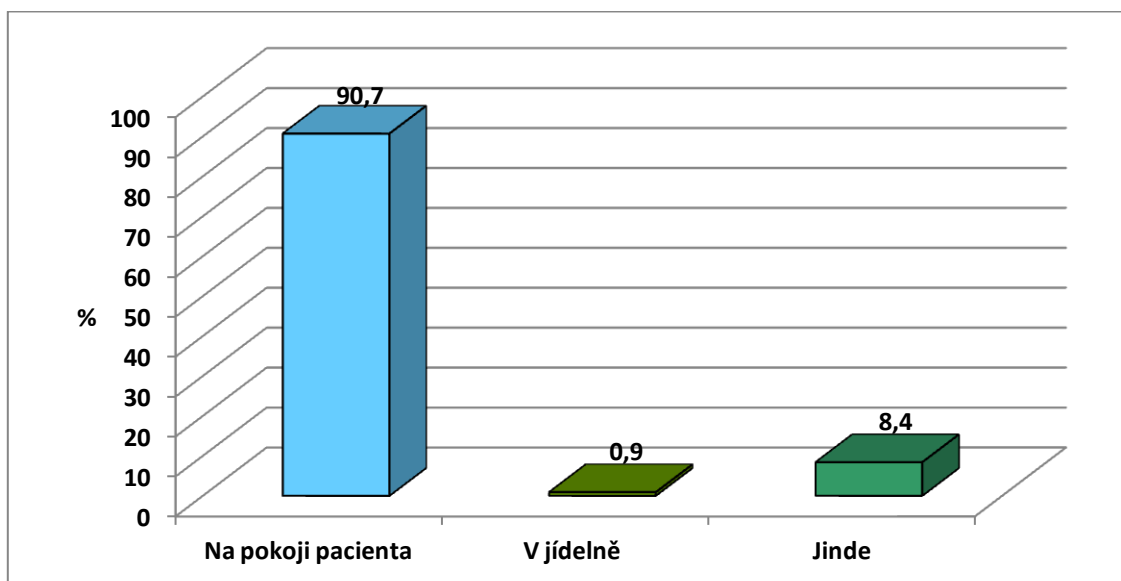


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí situaci provádění edukace sestrami v jednotlivých nemocnicích. Bylo uvedeno, že nejčastěji v nemocnicích provádí edukaci všechny sestry na oddělení. Nemocnice A – 80,2% (105), B – 90,9% (50) a C – 94,4% (17).

Otázka č. 24: Edukaci nejčastěji provádíte?

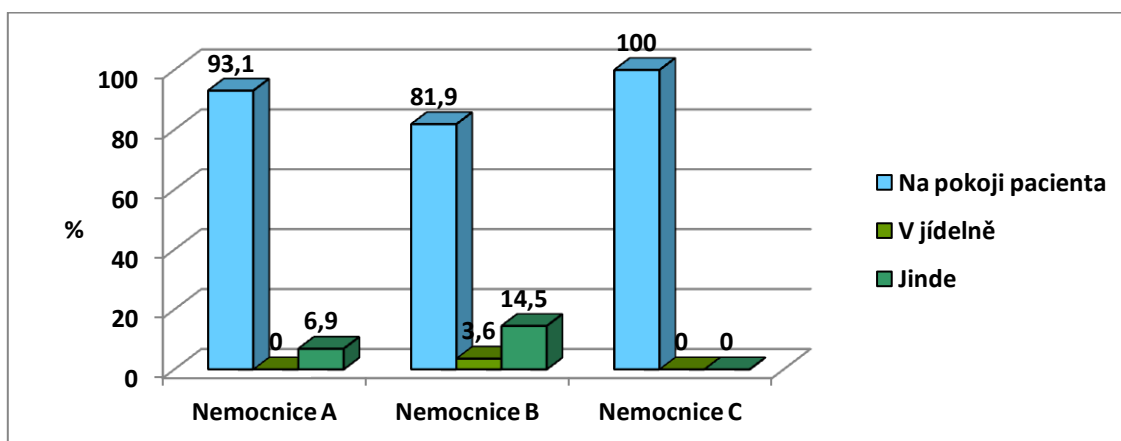
Graf 19 Nejčastější místo provádění edukace



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje, kde je edukace nejčastěji prováděna. Na pokoji pacienta uvedlo 90,7% (185) respondentů, v jídelně 0,9% (2), 8,4% uvedlo možnost jinde (17) – v soukromí a na vyšetřovně.

Graf 20 Nejčastější místo provádění edukace v závislosti na nemocnici

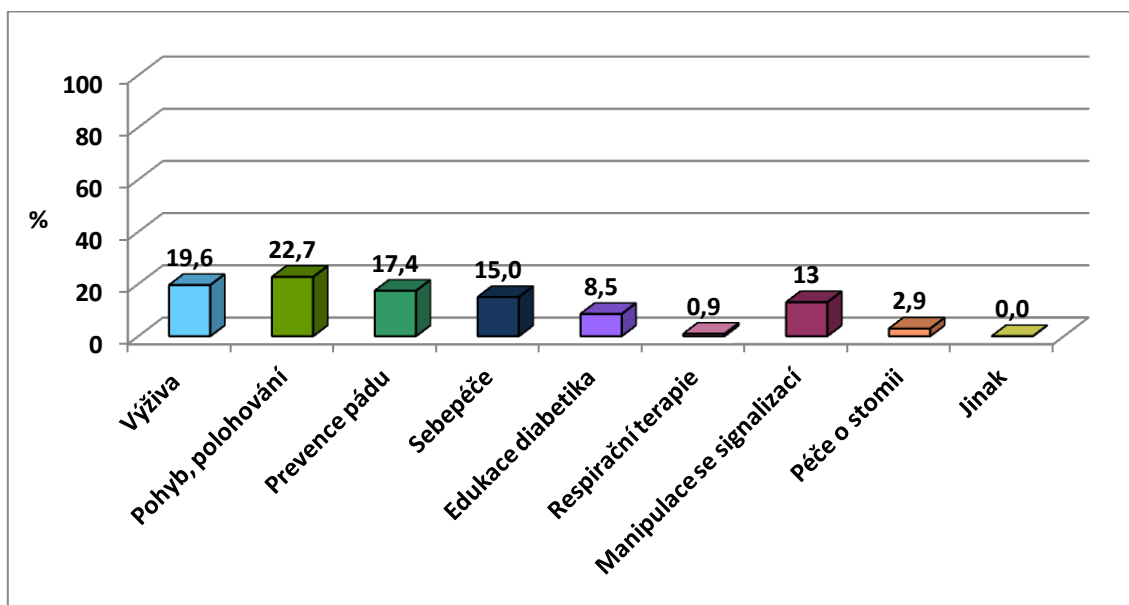


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje místa provádění edukace v jednotlivých nemocnicích. Většina sester uvedla provádění edukace na pokoji u pacienta. V nemocnici A ji uvedlo 93,1% (122) dotazovaných, v nemocnici B 81,9% (45) a v nemocnici C 100% (18).

Otázka č. 25: Edukaci geriatrických pacientů nejčastěji provádíte na téma?

Graf 21 Nejčastější témata edukace geriatrických pacientů

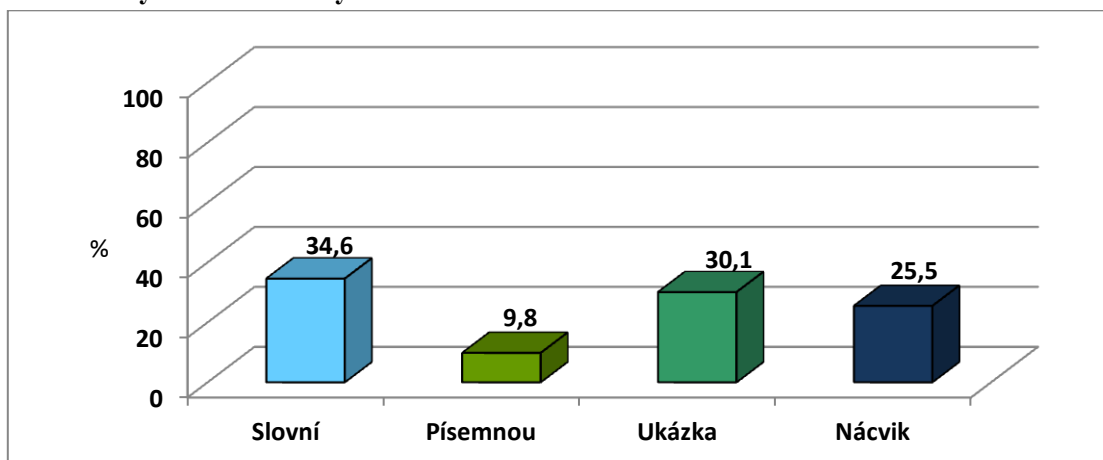


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje témata edukace geriatrických pacientů. Celkový počet odpovědí byl 604 (100%). Jako tři nejčastější témata byl označen pohybový režim - 22,7% (139 odpovědí), výživa, hydratace - 19,6% (120 odpovědí) a prevence pádu - 17,4% (106 odpovědí). Následovala sebepečte – 15% (92), dále manipulace se signalizací 13% (79), péče o stomii 2,9% (18) a respirační terapie 0,9% (6). Možnost jinak ne zvolil žádný z respondentů.

Otázka č. 26: Jaké využíváte metody edukace?

Graf 22 Využívané metody edukace

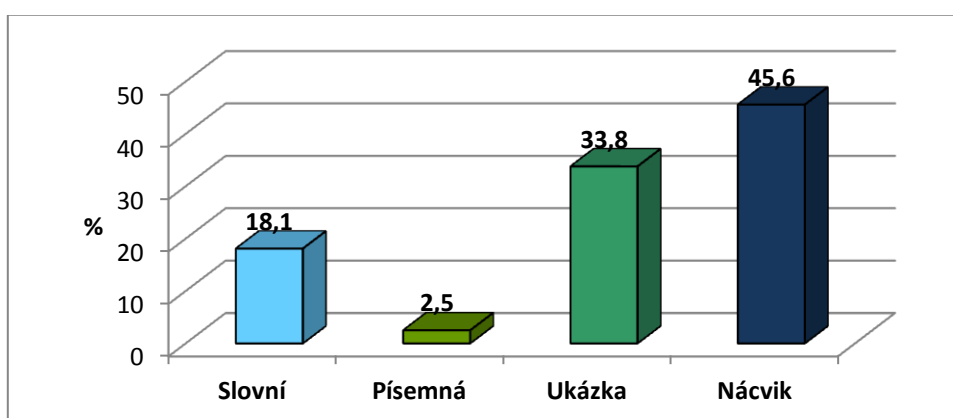


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf 20 uvádí využívání metod edukace. Z celkového počtu odpovědí 408 (100%) bylo uvedeno využívání slovní metody v 34,6% (141 odpovědí), písemná metoda 9,8% (40), ukázka 30,1% (123) a návčik tvořilo 25,5% (104 odpovědí).

Otázka č. 27: Která z uvedených metod má podle vás pro geriatrického pacienta největší přínos a proč? Vypište proč?

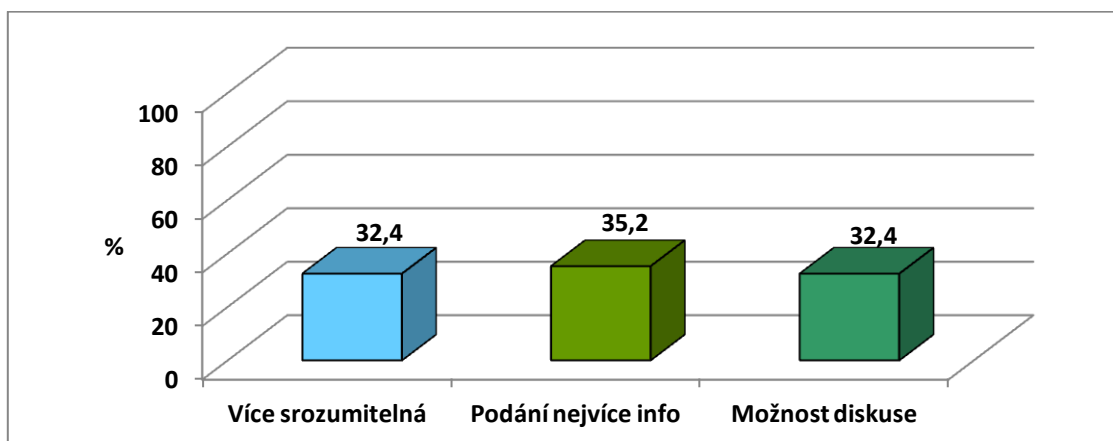
Graf 23 Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje největší přínos metody pro geriatrického pacienta. Největší přínos návčiku uvedlo 45,6% (93) respondentů, 33,8% (69) uvedlo ukázku, 18,1% (37) slovní metodu a nejmenší přínos pro geriatrického pacienta uvedlo 2,5% (5) respondentů u metody písemné.

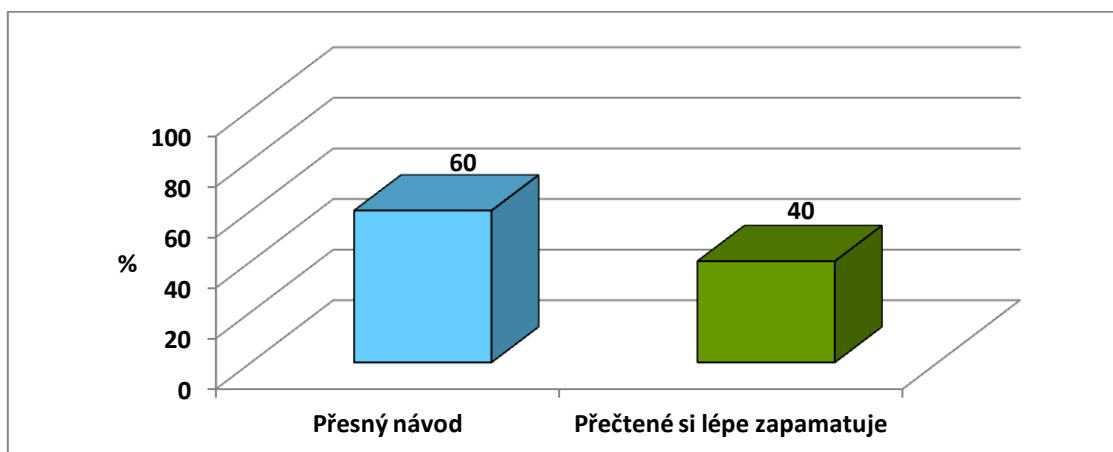
Graf 24 Zhodnocení přínosu slovní metody



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje vyjádření respondentů na otázku, proč má největší přínos pro geriatrického pacienta vybraná slovní metoda. Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do třech kategorií. Z celkového počtu 37 (100%) respondentů uvedlo 35,2% (13) jako největší přínos slovní metody podání nejvíce informací, 32,4% (12) ji uvedlo jako více srozumitelnou pro pacienta a 32,4% (12) vidí její přínos v možnosti diskuse.

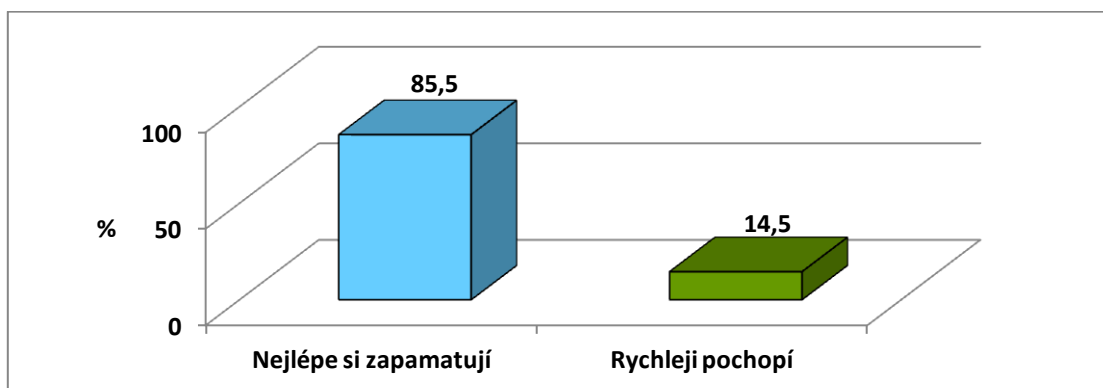
Graf 25 Zhodnocení přínosu písemné metody



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí vyjádření respondentů na otázku proč má vybraná písemná metoda největší přínos pro geriatrického pacienta. Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvou kategorií. Z celkového počtu 5 (100%) respondentů uvedlo 60% (3) jako největší přínos písemné metody přesný návod a 40% (2) uvedlo jako přínosné, že přečtené si pacient lépe zapamatuje.

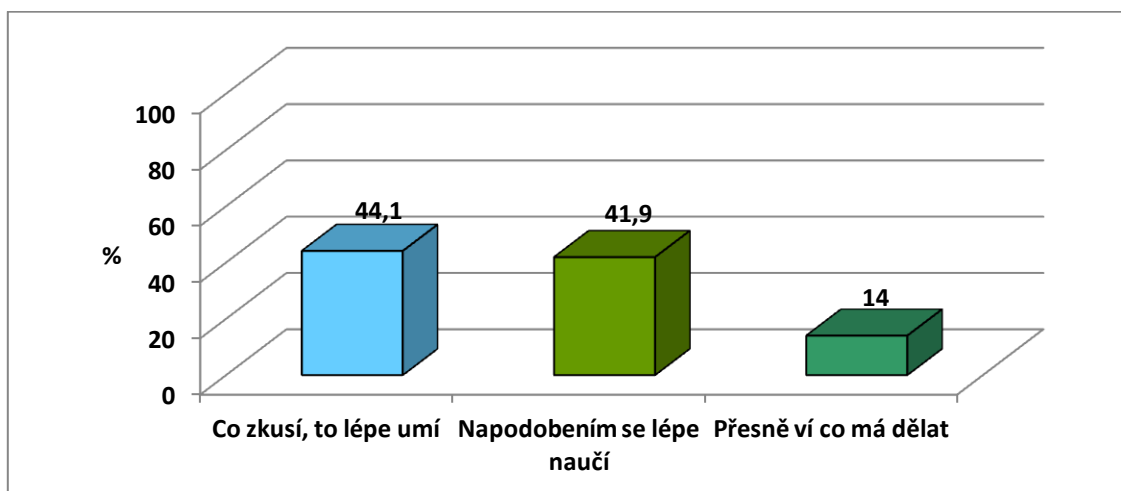
Graf 26 Zhodnocení přínosu metody ukázka



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje vyjádření respondentů na otázku proč má vybraná metoda ukázka největší přínos. Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do dvou kategorií. Z celkového počtu 69 (100%) respondentů uvedlo 85,5% (59) ukázku jako nejpřínosnější metodu pro geriatrického pacienta z důvodu lepšího zapamatování a 14,5% (10) uvedlo jako přínos rychlejší pochopení.

Graf 27 Zhodnocení přínosu metody nácvik

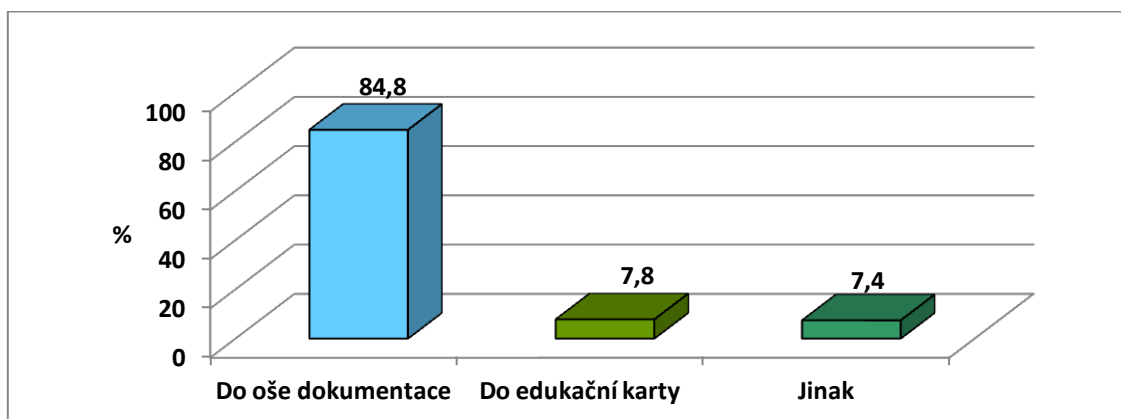


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí vyjádření respondentů na otázku proč má vybraná metoda nácvik největší přínos. Slovní vyjádření respondentů byla shrnuta do třech kategorií. Z celkového počtu 93 (100%) respondentů uvedlo 44,1% (41) jako přínosné co si pacient zkusí, tak to lépe umí, 41,9% (36) uvedlo, napodobením se lépe naučí a 14% (13) vidí největší přínos v tom, že pacient díky této metodě přesně ví, co má dělat.

Otázka č. 28: Reakci edukovaného pacienta zaznamenáváte?

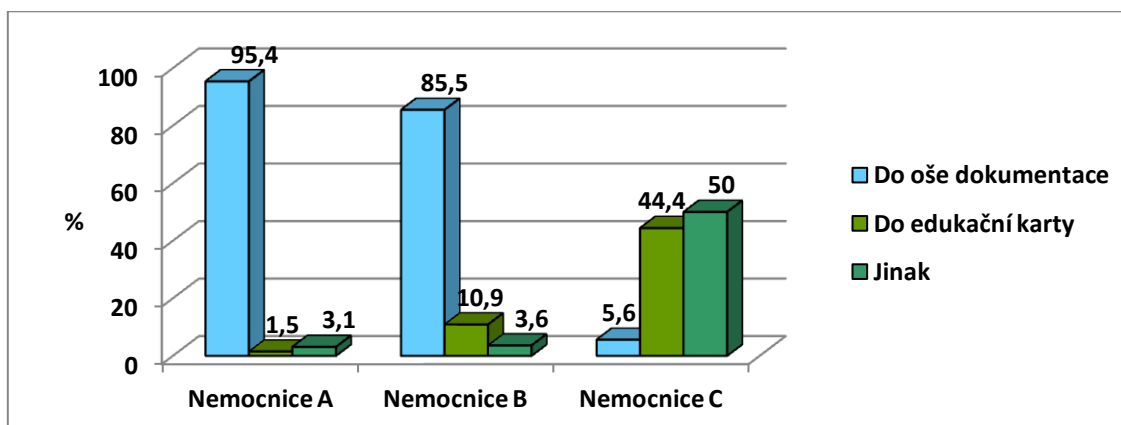
Graf 28 Záznam reakce pacienta na edukaci



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje způsob záznamu reakce edukovaného pacienta. Provádění záznamu o reakci pacienta na edukaci do ošetrovatelské dokumentace uvedlo 84,8% (173) respondentů, do edukační karty 7,8% (16) a možnost jinak označilo 7,4% (15). V možnosti jinak bylo uváděno neprovádění záznamu o reakci edukovaného pacienta.

Graf 29 Záznam reakcí pacienta na edukaci v závislosti na nemocnici

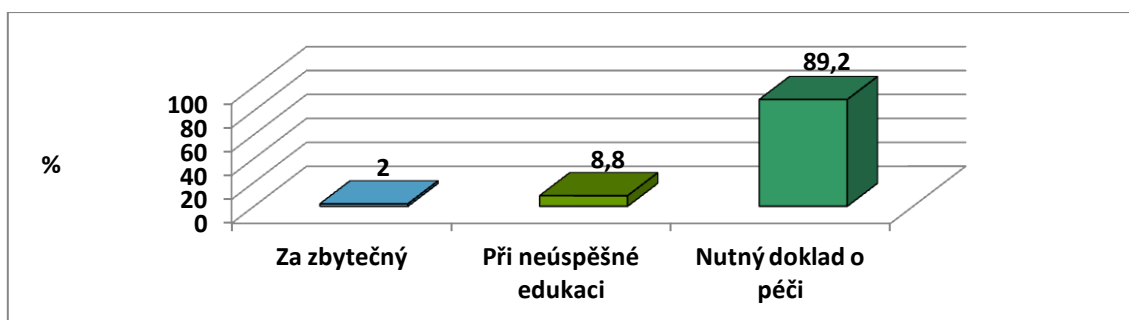


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje záznam reakcí pacienta na edukaci v jednotlivých nemocnicích. V nemocnici A uvedlo 95,4 % (125) respondentů nejvíce využívaný záznam do ošetrovatelské dokumentace a v nemocnici B 85,5% (47) dotazovaných. V nemocnici C naopak byla většinou volena možnost jinak – neprovádění záznamu uvedlo 50% (9) respondentů.

Otázka č. 29: Záznam o edukaci pacienta považujete?

Graf 30 Považování záznamu o edukaci pacienta

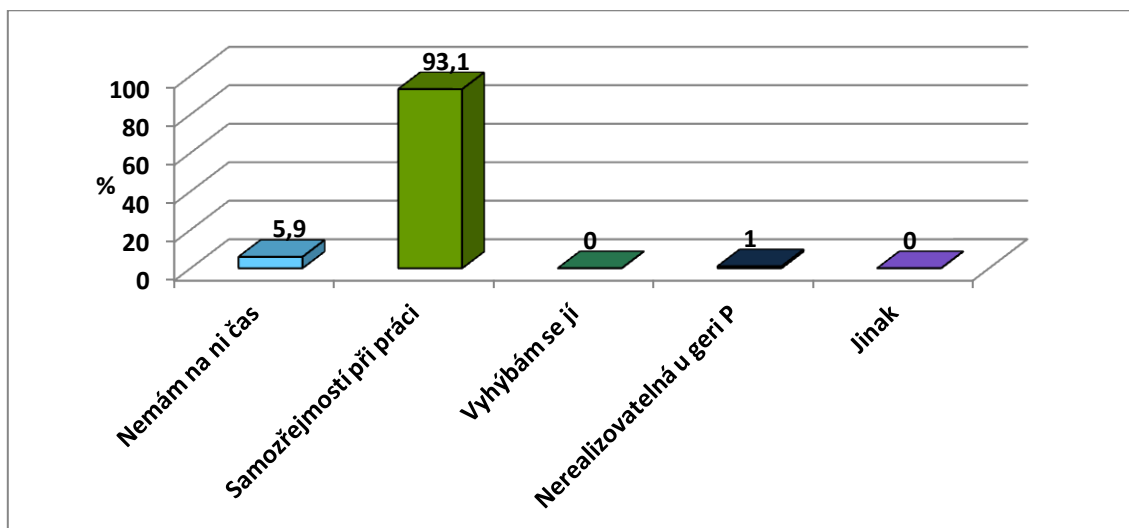


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí odpovědi respondentů na téma záznam o edukaci. Za zbytečný ho považuje 2% (4) dotazovaných, za důležitý jen v případě neúspěchu při edukaci pacienta či odmítnutí edukace ho považuje 8,8% (18) respondentů a 89,2% (182) ho považuje za nutný doklad o poskytování správné péče a ochranu zdravotníků.

Otázka č. 30: Edukaci geriatrických pacientů provádíte?

Graf 31 Provádění edukace geriatrických pacientů

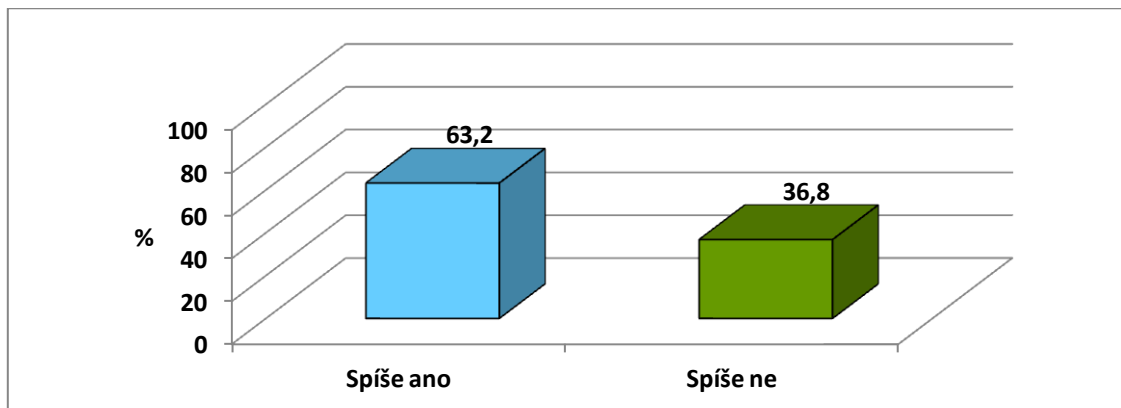


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Provádění edukace jako samozřejmost při své práci uvedlo 93,1% (190) respondentů, 5,9% (12) nemá na edukaci geriatrických pacientů čas a 1% (2) považuje edukaci geriatrických pacientů za nerealizovatelnou.

Otázka č. 31: Myslíte si, že máte k edukaci rodinných příslušníků pacientů na vašem oddělení vhodné podmínky?

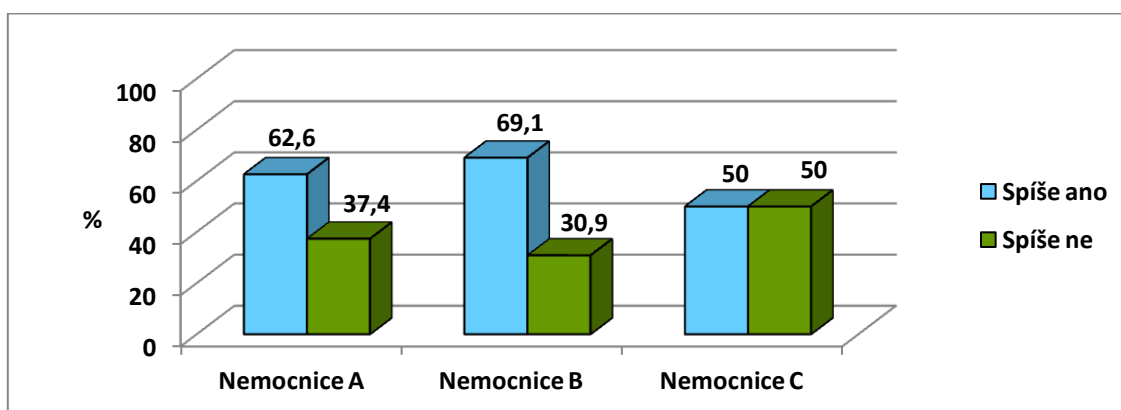
Graf 32 Vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků. Spíše ano uvedlo 63,2% (129) respondentů a 36,3% (75) spíše nemá podmínky k edukaci rodinných příslušníků

Graf 33 Vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků v závislosti na nemocnici

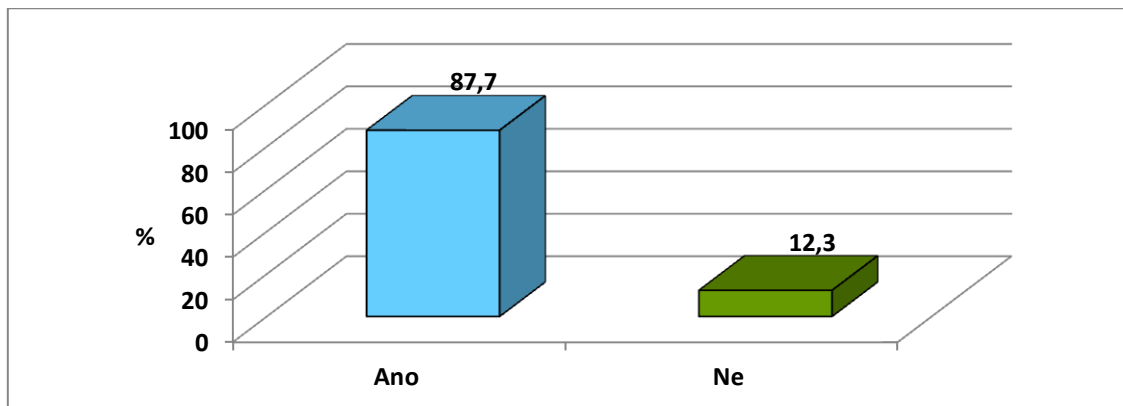


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků v jednotlivých nemocnicích. Spíše vhodné podmínky uvedlo 62,6% (82) respondentů v nemocnici A a 69,1% (38) v nemocnici B. V nemocnici C 50% (9) respondentů má spíše vhodné podmínky a 50% (9) spíše ne.

Otázka č. 32: Provádíte na vašem oddělení edukaci rodiny či jiného pečovatele ve způsobu možné péče v domácím prostředí?

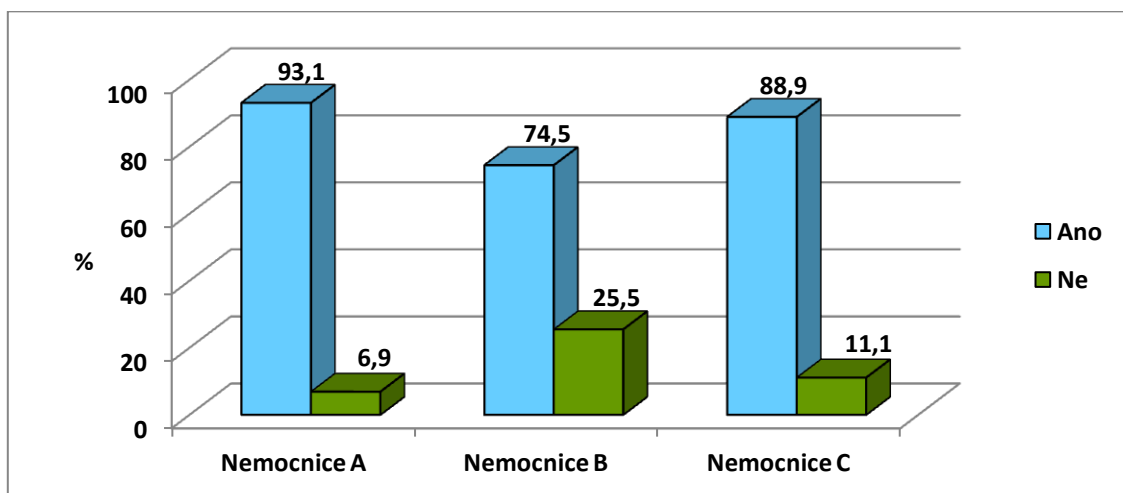
Graf 34 Provádění edukace rodiny na oddělení



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje provádění edukace rodiny či pečovatele na oddělení. 87,7% (179) respondentů uvedlo, že provádí edukaci rodiny či pečovatele a 12,3% (25) neprovádí na svém oddělení edukaci rodiny či pečovatele ve způsobu možné péče v domácím prostředí.

Graf 35 Provádění edukace rodiny či pečovatele na oddělení v závislosti na nemocnici

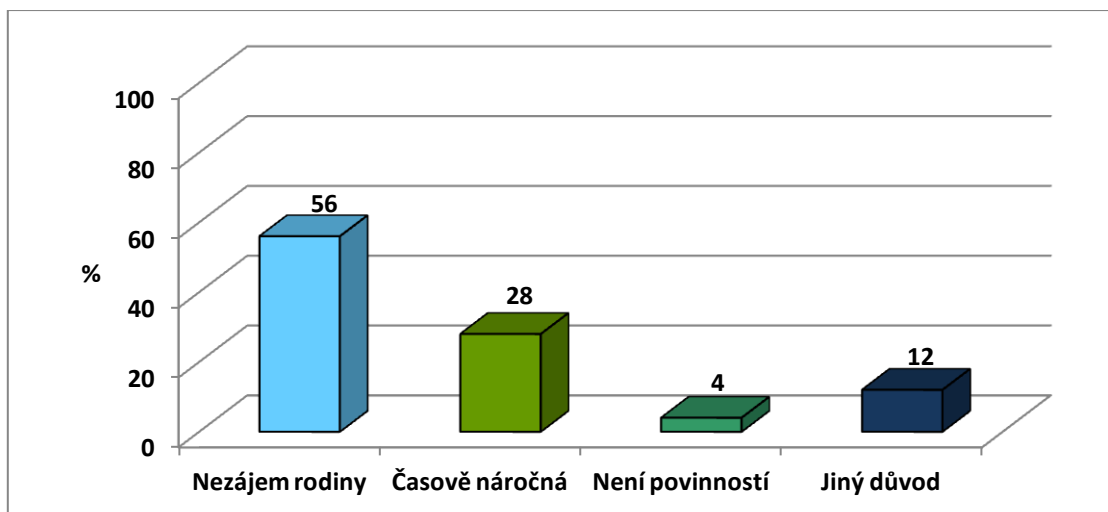


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf uvádí provádění edukace rodiny či pečovatele v jednotlivých nemocnicích. V nemocnici A provádí tuto edukaci 93,1% (122) respondentů, v nemocnici B 74,5% (41) a v nemocnici C 88,9% (16).

Otázka č. 32 a): Pokud zněla odpověď NE - Proč neprovádíte edukaci rodiny?

Graf 36 Důvody neprovádění edukace rodiny

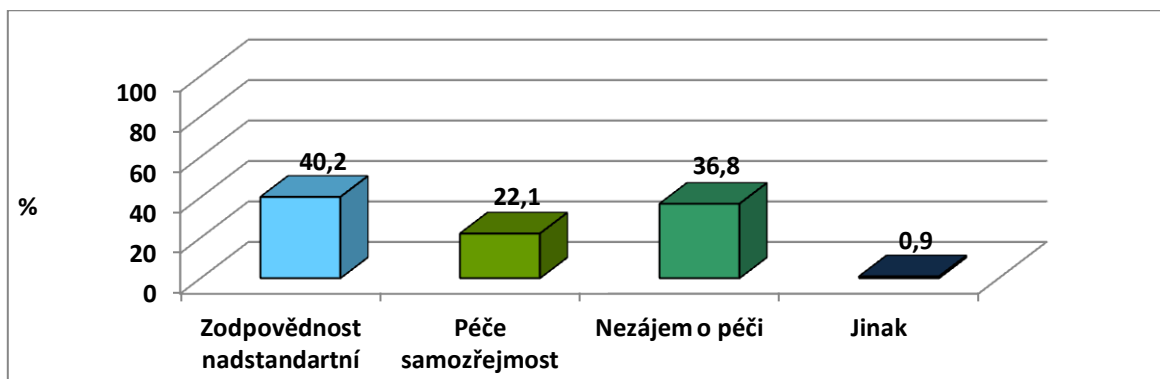


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Soubor respondentů, kteří uvedli, že neprovádí edukaci rodiny či pečovatele tvořilo 25 osob (100%). Z toho 56% (14) respondentů uvedlo jako důvod nezájem ze strany rodiny, 28% (7) uvedlo, že je pro personál příliš časově náročná, 4% (1) považuje za důvod, že to není jeho povinnost a 12% (3) uvedli jiný důvod. Jiným důvodem byly uvedeny chybějící vhodné prostory.

Otázka č. 33: Jaký je z vaší zkušenosti obecně vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí?

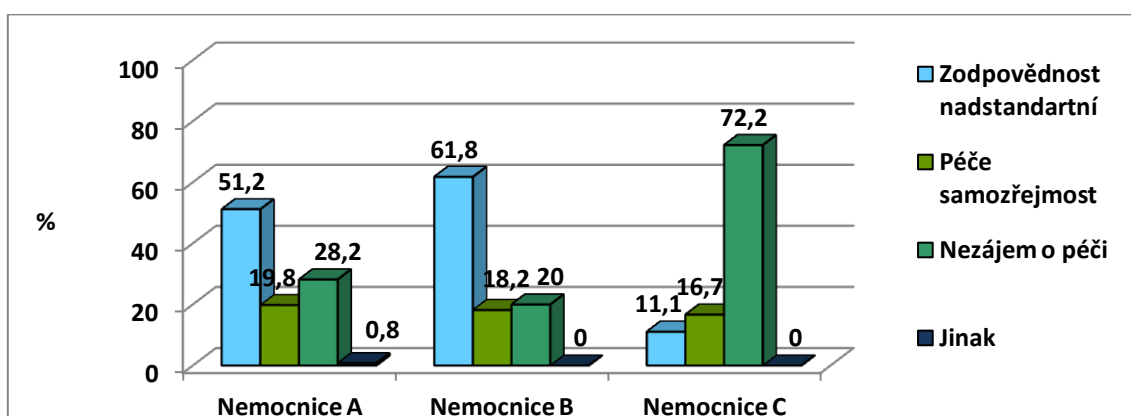
Graf 37 Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí. Zodpovědnost dětí vůči péči o rodiče za nadstandardní označilo 40,2% (82) respondentů, 22,1% (45) uvedlo, že péče o rodiče je ze strany rodiny považována za samozřejmost, 36,8% (75) uvedlo nezájem rodiny o péči v domácím prostředí a 0,9% (2) uvedlo možnost jinak. Jako možnost jinak byly uvedeny finanční důvody.

Graf 38 Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí v závislosti na nemocnici

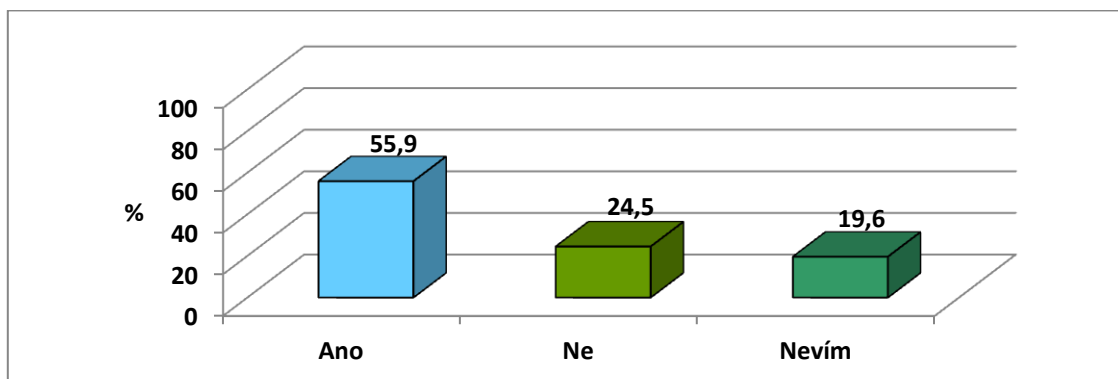


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Zodpovědnost dětí vůči péči o rodiče za nadstandardní uvedlo 51,2% (67) respondentů z nemocnice A a 61,8% (13) z nemocnice B. V nemocnici C uvedlo 72,2% (13) respondentů vlastní zkušenost s nezájmem o péči v domácím prostředí.

Otázka č. 34: Existuje ve vašem zdravotnickém zařízení ošetrovatelský standard na provádění edukace?

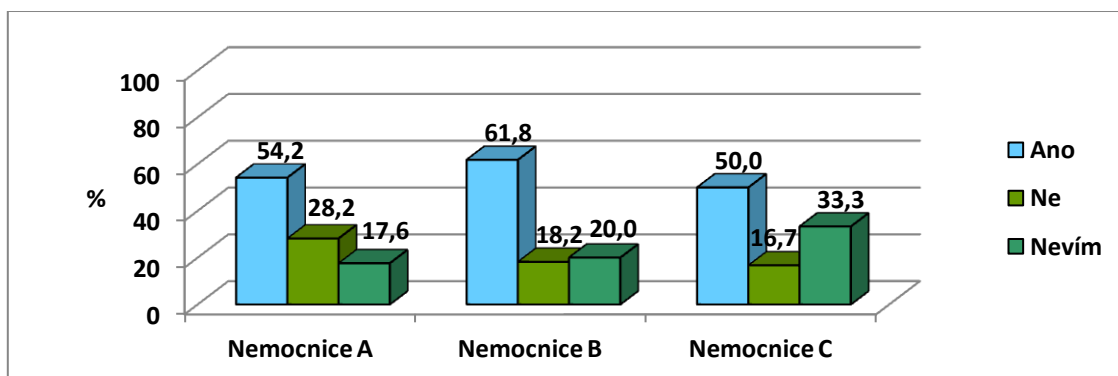
Graf 39 Existence ošetrovatelského standardu na provádění edukace ve zdravotnických zařízeních



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Graf zobrazuje existenci ošetrovatelského standardu ve zdravotnickém zařízení. 55,9% (114) respondentů uvedlo, že ho ve zdravotnickém zařízení mají, 24,5% (50), že ho nemají a 19,6% (40) neví, jestli ho mají.

Graf 40 Existence ošetrovatelského standardu na provádění edukace v závislosti na nemocnici

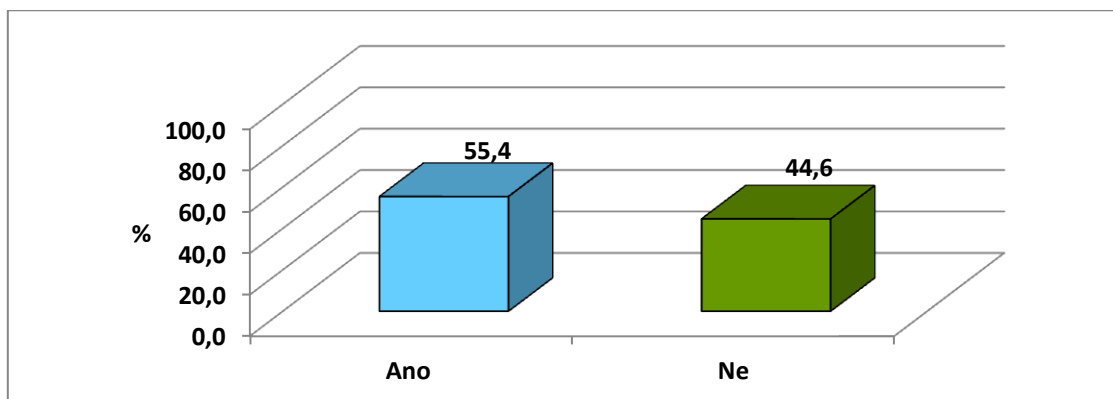


Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Existenci standardu uvedlo v nemocnici A 54,2% (71) respondentů, v nemocnici B 61,8% (34) a v nemocnici C 50% (9). Neexistenci standardu uvedlo v nemocnici A 28,2% (37) respondentů, v nemocnici B 18,2% (10) a v nemocnici C 16,7% (3). Zda uváděný standard mají, neví v nemocnici A 17,6% (23) respondentů, v nemocnici B 18,2% (10) a v nemocnici C 33,3% (6) dotazovaných.

Otázka č. 35: Máte zájem o vzdělávací seminář na téma Jak správně postupovat při edukaci geriatrických pacientů?

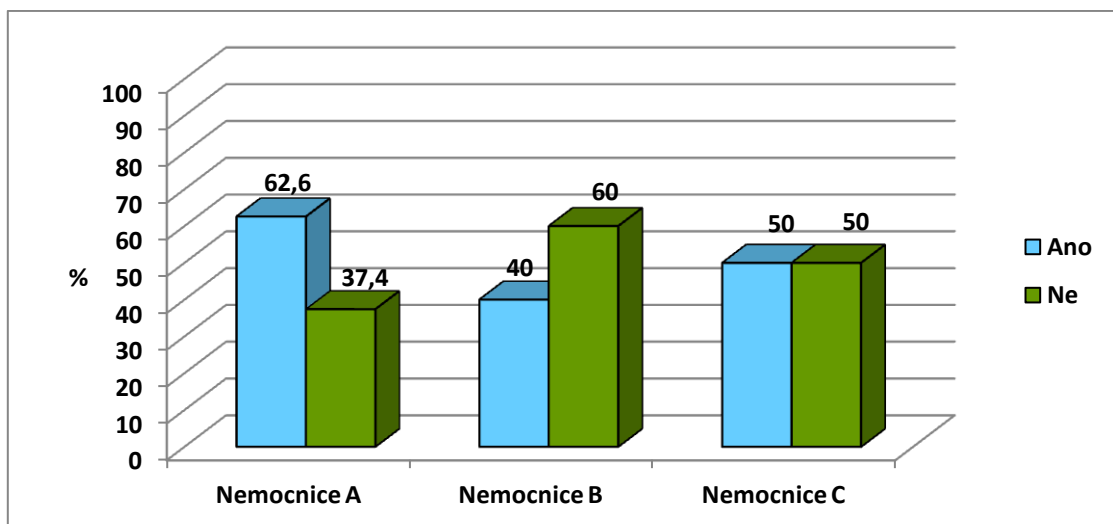
Graf 41 Zájem o vzdělávací seminář



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Zájem o vzdělávací seminář na téma edukace geriatrických pacientů uvedlo 55,4% (113) respondentů a nezájem 44,6% (91) z celého souboru dotazovaných

Graf 42 Zájem o vzdělávací seminář v závislosti na nemocnici



Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Zájem o vzdělávací seminář projevilo v nemocnici A 62,6% (82) respondentů, v nemocnici B pouze 40% (22) a v nemocnici C 50% (9). Nezájem o seminář uvedlo v nemocnici A 37,4% (49) respondentů, v nemocnici B 60% (33) a v nemocnici C 50% (9) z dotazovaných.

9 DISKUSE

Téma diplomové práce je Edukace geriatrických pacientů. Zabývám se v ní zjišťováním úrovně znalostí všeobecných sester o edukaci a o změnách ve stáří ovlivňující proces edukace. Zároveň zobrazuje oblast edukačního procesu a souvislosti s ním v praxi, a zda je edukována rodina, či jiný pečovatel před propuštěním pacienta do domácí péče. Cíle jsem volila na základě mých zkušeností z praxe. Víím, jak je pro seniora obtížný proces uzdravování, ztráta soběstačnosti, vyrovnání se změnami a proces učení složitější.

Oslovila jsem všeobecné sestry/respondenty pracující na standardních odděleních nemocnic z různých medicínských oborů, mimo oddělení dlouhodobé péče. Záměrem bylo zjištění jak znalostí sester, tak jejich realizace edukace u geriatrických pacientů hospitalizovaných právě na jiných odděleních než speciálně zaměřených na seniory.

Na základě prostudovaných zdrojů vztahující se k tématu a mých praktických zkušeností z práce sestry na oddělení Geriatrie byly stanoveny cíle práce a hypotézy. Následně jsem si připravila osnovu práce a sestavila dotazník pro sestry. Průzkumné šetření probíhalo ve třech nemocnicích. Soubor tvořilo 204 respondentů, což považuji za úspěšné vzhledem k již zmíněnému zahlcení sester podobnými dotazníky a dokumentací jako takovou. Některá zdravotnická zařízení, která jsem také oslovila, neměla vůbec zájem dotazníkové šetření provést, někde až po zjištění tématu. Proto jsem velmi ráda, že jsem získala odpovědi od uvedeného počtu respondentů.

Zastoupení respondentů v souboru v závislosti na vzdělání i délce praxe mne překvapilo. Nejvíce bylo všeobecných sester se středoškolským vzděláním a s délkou praxe 21 a více let. Pouhých 16,7% (34 respondentů) uvedlo vysokoškolské vzdělání a to vzhledem k současným požadavkům některých zaměstnavatelů mi přišlo málo. Větší zastoupení sester s delší praxí, potvrzuje bohužel tvrzení řady mých kolegyně, že péče o pacienty na standardních odděleních stojí na starší generaci sester.

Jednotlivé hypotézy jsem zhodnotila a doplnila diskusí nad zjištěním.

H1: Míra znalostí všeobecných sester o edukaci je podmíněna úrovní jejich vzdělání. K hypotéze se vztahovaly otázky č. 1 – 12. Kritéria souhrnného hodnocení těchto otázek jsou uvedeny v kapitole Metodika. Správné odpovědi vychází z teoretické části práce a porovnání s literaturou proběhlo během hodnocení odpovědí. Některé budou podrobněji zpracovány a okomentovány. Z výsledků vyplývá, že nejvíce znalostí,

nejlepší průměr známek měla skupina vysokoškolaček magister – 1,25. Celkově všeobecné sestry s vysokoškolským vzděláním uspěly nejlépe. Naopak sestry pouze se středoškolským vzděláním, kterých bylo v souboru nejvíce (143), získaly nejhorší průměr známek - 2, 1. Hypotéza 1 se potvrdila.

Zajímala mne též souvislost délky praxe s úrovní znalostí o edukaci. Nejvíce znalostí se ukázalo v kategorii 21 a více let, bez rozdílu úrovně vzdělání. Čím kratší délka praxe, tím byl spíše horší průměr známek. Mohlo by se říci, čím zkušenější sestra, tím více ví, zná, ale to je v tomto případě zavádějící, jelikož hodnocení délky praxe již nerozlišuje úroveň vzdělání u jednotlivých respondentek. Navíc průměr známek, znalosti sester v závislosti na délce praxe jsou u nejzkušenější kategorie sester horší než v závislosti na vzdělání. To mne přivedlo k podrobnějšímu prozkoumání jednotlivých odpovědí respondentek a některé jsem zpracovala a uvedla v praktické části samostatně. Otázku č. 5: Na celkovém účinku komunikace se verbální komunikace podílí kolika procenty?, jsem zpracovala jak do tabulky tak grafu. Z výsledků vyplynulo, že pouze 8,3% respondentů z celého souboru zná správnou odpověď – a) 7%. Pro srovnání, literatura uvádí pouze 7% obsahu toho, co je sdělováno, se podílí na celkovém účinku komunikace a více než 50% se na něm podílí komunikace neverbální. (21) V praxi to dle literatury znamená, že bychom si měli ověřit význam sdělovaného a využít naslouchání. (33) Zpracování této otázky v závislosti na vzdělání ukázalo procentuálně nejvíce správných odpovědí u magister (75% z počtu 4) a bakalářek (48,2% z 30). Vzhledem k většinovému zastoupení středoškolaček v souboru je nutné zmínit, že zde bylo úspěšných pouze 41,3% (ze 143). Do dotazníku jsem tuto otázku zařadila proto, abych zjistila, zda si sestry uvědomují, že to co slovně sdělí, nemusí být vždy na 100% druhou stranou pochopeno a při edukaci to považují za obzvláště důležité. Z výsledků vyplynulo, že většina sester si neuvědomuje možnost nepochopení slovního sdělení pacientem. Otázka č. 6: Ke zjištění porozumění edukace pacientem byste zvolila otázku?, byla zvolena v návaznosti na nutnost ověření si sdělovaného. A to nejen zda pacient porozuměl, ale co porozuměl. Jak literatura uvádí, neptáme se: „Rozumíte tomu?“, Chápete to?, ale zjišťujeme co, či jak tomu rozumí. (44) Správnou odpověď: Co jste mi rozuměl?, nevedla ani polovina respondentů (47%), což považuji za špatnou známku úrovně komunikace v praxi. Z pohledu dle úrovně vzdělání respondentů nejvíce správných odpovědí udaly opět vysokoškolačky a nejméně středoškolačky, což dokladuje pozitivní vliv úrovně vzdělání na tyto znalosti.

Ke zpracování diskuse jsem hledala práce na stejné či podobné téma a zjistila jsem, že edukací geriatrických pacientů se nezabývala žádná. Práce s edukací se spíše zaměřují na edukaci pacienta s určitým onemocněním či ošetrovatelským problémem. Proto jsem využila v této práci více srovnání s literaturou obsažené v teoretické části a doplnila svým vlastním názorem. Několik otázek z části podobných prací jsem nakonec porovnávala s některými v této práci. Jako celek nebylo srovnání možné.

H2 – Více než polovina dotazovaných všeobecných sester má velmi dobré znalosti o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces. K hypotéze se vztahovaly otázky č. 13 – 19. Kritéria souhrnného hodnocení odpovědí respondentů jsou uvedena v kapitole Metodika. Správné odpovědi vychází z teoretické části práce a jednotlivé odpovědi byly s ní porovnány již při bodování, hodnocení odpovědí. Z výsledků vyplývá, že nejlepší znalosti na uvedené téma měla kategorie vysokoškoláček a nejméně středoškoláčky. Potvrzuje se zde to co u předchozí hypotézy, že míra znalostí je podmíněna úrovní vzdělání. Mým cílem však bylo zjistit, zda jsou znalosti více než poloviny dotazovaných velmi dobré. Tato moje domněnka se nepotvrdila. V kategorii SZŠ (143 respondentek) byl aritmetický průměr známek 2,9 a v kategorii VOŠ (27 respondentek) byl 2,7. To značí, že celkem 83,3% všeobecných sester prokázalo znalosti dobré. Za velmi dobré by bylo možné považovat průměr známek do 2,5. Z pohledu délky praxe se pouze v kategorii 16-20 let ukázal průměr 2,3. Tato hypotéza se nepotvrdila.

Vzhledem k celkově horšímu průměru známek oproti předchozí hodnocené části mne dále zajímalo, kde byl největší problém, ztráty bodů. Nejvíce problematická se ukázala otázka č. 19. V nabídce byly dle literatury oblasti ovlivňující proces edukace v období stáří. Záměrně byly všechny nabízené možnosti správné. Všech deset oblastí, označilo pouze 3,9% respondentů. Dle úrovně vzdělání nejvíce oblastí označili vysokoškoláci a nejméně středoškoláci. V kategorii SZŠ s úspěšností 8,9% (pouhých 127 označených odpovědí) bych označila tyto znalosti za katastrofální. V podrobném zpracování jednotlivých oblastí byl nejvíce označen zdravotní stav, psychický stav a motivace, priority. Co mne nejvíce zarazilo, byl malý počet označení oblastí komunikace, pouze 36,8% (75) respondentů. Vzhledem k tomu, že komunikace je v edukačním procesu prostředkem k uskutečnění edukace, tak mě to přivádí k myšlence, že většina z dotázaných všeobecných sester nepřikládá komunikaci důležitost či větší význam. V předchozím hodnocení otázek vztahujících se k H1, jsem již zhodnotila způsob ověřování si porozumění edukace jako špatnou známku úrovně komunikace

v praxi a malý počet odpovědí u komunikace jako oblasti ovlivňující proces edukace v období stáří, mne v tom bohužel též utvrzuje. Shrnu-li celkově počet označených oblastí, tak celkově uvědomění si vlivů na proces edukace ve stáří je neuspokojivý. Proč tomu tak je? Možná to souvisí s celkovým pohledem na pacienta a uvědomování si souvislostí, na což může mít též vliv vzdělání, zkušenost či schopnost empatie. Z výsledků totiž vyplynulo, že více jsou vnímány pouze tři, čtyři z deseti oblastí, které mají vliv na proces edukace u seniorů.

H3 – Způsob provádění edukace u geriatrických pacientů uvede více než polovina dotazovaných všeobecných sester dle zásad edukačního procesu. K této hypotéze se vztahovaly otázky č. 20 – 30. Odpovědi na otázky jsem zpracovala jednotlivě a při hodnocení jsem se držela zásad edukace uvedené v literatuře.

Výsledky:

- 83,2% respondentů uvedla edukační proces za součást zdravotní péče o pacienta
- 3% respondentů uvedla provádění edukace na oddělení celým týmem zdravotníků
- 31,4% respondentů uvedla sestavování edukačních plánů v písemné podobě a 11,8% využívá typizované edukační plány = plán písemně uvedlo 43,2%
- 84,3% respondentů uvedla provádění edukace všemi sestrami na oddělení
- 90,7% respondentů uvedla provádění edukace nejčastěji na pokoji u pacienta
- jako 3 nejčastěji prováděná témata edukace byl uveden pohybový režim, polohování (22,7% odpovědí), dále výživa a hydratace (19,6%) a prevence pádu (17,4%); sebeděže byla uvedena pouze v 15% z celkového počtu 604 odpovědí
- z celkového počtu odpovědí 408, bylo uvedeno nejvíce využívání slovní metody edukace - 34,6% (141 odpovědí)
- 45,6% respondentů uvedlo největší přínos z uvedených edukačních metod pro geriatrického pacienta nácvik, 33,8% ukázkou
- Na otázku Proč?, z celkového počtu 37 (100%) respondentů uvedlo 35,2% (13 respondentů) největší přínos pro geriatrického pacienta u vybrané slovní edukační metody jako důvod podání nejvíce informací, 32,4% (12) ji uvedlo jako více srozumitelnou pro pacienta a 32,4% (12) vidí její přínos v možnosti diskuse.

- Z celkového počtu 5 (100%) respondentů uvedlo 60% (3 respondenti) za největší přínos u písemné metody přesný návod a 40% (2) uvedlo jako přínosné, že přečtené si pacient lépe pamatuje
- Z celkového počtu respondentů 69 (100%) uvedlo u největšího přínosu metody ukázka 85,5% (59 respondentů) a 14,5% (10) uvedlo jako přínos rychlejší pochopení
- Z celkového počtu 93 (100%) respondentů uvedlo u největšího přínosu metody nácvik 44,1% (36 respondentů) jako důvod, co si pacient zkusí, tak to lépe umí 41,9% (13) uvedlo, napodobením se lépe naučí a 14% (13) uvedlo, že vidí největší přínos v tom, že pacient díky této metodě přesně ví, co má dělat.
- 84% respondentů uvedlo provádění záznamu o reakci pacienta na edukaci do ošetrovatelské dokumentace, do edukační karty ji zaznamenává 7,8% = 92,6%
- 89,2% respondentů považuje záznam o edukaci pacienta za nutný doklad o poskytování správné péče a ochranu zdravotníků
- 93,1% respondentů uvedlo provádění edukace jako samozřejmost při své práci

Závěr:

Většina respondentů uvedla edukační proces jako součást zdravotní péče o pacienta. Méně než polovina dotazovaných uvedla provádění edukace na oddělení celým týmem zdravotníků. Méně než polovina uvedla písemnou podobu edukačního plánu. Většina uvedla provádění edukace všemi sestrami na oddělení. Většina uvedla provádění edukace na pokoji u pacienta. Většinou byla uvedena 3 témata edukace odpovídající nejčastějším problémům geriatrických pacientů, sebepéče je však až na čtvrtém místě. Většinou byla uvedena slovní metoda edukace jako nejčastěji využívaná metoda edukace. Většina uvedla jako nejpřínosnější pro geriatrického pacienta názorné metody edukace a uvedené důvody odpovídají významu těchto metod dle literatury. Většina respondentů uvedla provádění záznamu o reakci edukovaného pacienta, většina též považuje záznam o edukaci za nutný doklad a ochranu zdravotníků a pro většinu dotazovaných je provádění edukace samozřejmostí při své práci a má o ní zájem.

Z výsledků vyplynulo, že ve většině otázek více než polovina dotazovaných respondentů uvedla provádění edukace dle teorie zásad edukačního procesu. H3 se potvrdila.

V diskusi bych chtěla k této části práce zmínit několik věcí. Již k první otázce, vztahující se k H3 (otázka č. 20) bych chtěla říci, že při sestavování dotazníku jsem si dala práci s možnostmi odpovědí, ale nepředpokládala jsem, že je možné, aby některé

byly ve větším počtu označeny. Překvapilo mě označení edukačního procesu jako cíl ošetrovatelské péče. Označilo ji 16,7% (34) respondentů. Pro zajímavost jsem u některých otázek zpracovala i odpovědi respondentů dle jednotlivých nemocnic. V tomto případě zobrazení v závislosti na nemocnici téměř odpovídá procentuelnímu vyjádření odpovědi vztahující se k souboru respondentů jako celku. U otázky na to, kdo provádí edukaci, jsem očekávala ve větším počtu doplnění odpovědi jiné. Bylo možné doplnit kohokoli (např. logopeda) nebo napsat celý tým zdravotníků, což uvedlo pouze 3% respondentů. Vzhledem k tomu, že soubor tvořilo 204 respondentů a odpovědi bylo celkem 554 je zřejmé, že většina neuvedla ani všechny vyjmenované profese z nabídky možností. Z uvedeného vyplývá, že spolupráce celého ošetrovatelského týmu při edukaci pacientů, jak doporučuje literatura, není v praxi zcela běžná. Zjištění autorky L. Rybenské ve své bakalářské práci na téma Edukační činnost sestry na standardním oddělení však bylo odlišné. (36) Většina (98% dotazovaných sester z celkového počtu 50) uvedla, že nejčastěji provádí edukaci na standardním oddělení sestra, lékař a další členové ošetrovatelského týmu společně.

U otázky na sestavování edukačních plánů v písemné podobě, jsem shrnula odpovědi ano a využívání typizovaných plánů dohromady. Většina respondentů odpověděla, že je nesestavují, ani nevyužívají typizovaných. V jednotlivých nemocnicích se však odpovědi respondentů lišily. Z nemocnice B uvedla naopak většina 63,6% z dotazovaných respondentů sestavování plánů písemně či využití typizovaných. Edukační plán by dle literatury měl být sestaven v písemné podobě, ideálně ve spolupráci s pacientem a založen v dokumentaci (7). Jak je vidět není to vždy pravidlem. Porovnála jsem téma edukační plány s výsledky v diplomové práci na téma Ošetrovatelská dokumentace v praxi od autorky Bc. J. Zámečkové. (51) Ve své práci uvádí, že pouze 5% (35) z dotazovaných sester uvedlo edukační plán jako součást dokumentace. V mém průzkumu uvedlo písemnou formu edukačního plánu 31,4% (64) respondentů, z toho 11,8% (24) uvedlo využívání plánů typizovaných. Obojí je součástí ošetrovatelské dokumentace. Z porovnání vyplynulo, že edukační plány nejsou v praxi běžné a shoduje se to i s výsledkem mého zjištění.

Na otázku, kdo ze sester provádí edukaci na oddělení, uvedla většina všechny sestry z oddělení, což odpovídá povinnosti provádění edukace všeobecnými sestrami ze zákona. Pouze 8,3% (17) respondentů uvedlo edukační sestru. I toto malé procento mne potěšilo, protože jak je vidět i z dalšího zpracování v některých nemocnicích edukační sestra nebyla vůbec uvedena. Otázkou zůstává, v čem edukuje pacienty právě edukační

sestra na vybraných pracovištích. Zda se specializuje pouze na některá témata (např. edukace diabetiků) nebo se věnuje edukaci všech pacientů na oddělení?

Autorka Bc. J. Zámečková ve své práci též zjišťovala, kdo zajišťuje edukační činnost klientů. (51) Na standardním oddělení uvedlo každou sestru 85% (78) z dotazovaných, což je procentuálně shodné s mým zjištěním, že edukaci provádí všechny sestry z oddělení. Edukační sestru však uvedlo pouze 7% (6) z dotazovaných oproti mému zjištění 8,3% (17) z tázaných osob. Počet edukačních sester na standardních odděleních se tedy jeví v mém průzkumném šetření lépe. Možná je to však jak kde, jelikož autorka J. Zámečková se zabývala i odděleními následné péče a zde bylo uvedeno 10 edukačních sester (20% z 51 respondentů), a to mne velmi překvapilo, jelikož během mé práce a ani při praxích v rámci specializačního studia jsem se na odděleních následné péče nikde se statutem edukační sestry nesetkala i když by to bylo ku prospěchu.

Ideálním místem pro provádění edukace je místo klidné, nic nerušící komunikaci, vliv má uspořádání vnitřního prostředí, atmosféra, soukromí. To nám říká literatura (7, 18, 38). Většina respondentů uvedla provádění edukace nejčastěji na pokoji pacienta. V případě imobilních geriatrických pacientů to z mého pohledu z praxe, lze považovat většinou za jediné možné. Není totiž možné pacientovi vysvětlovat, jak se má otáčet, posazovat či manipulovat se signalizací a při tom nemít možnost přímo ukázat, jak to přesně udělat, byť pokoj pacienta spolu s dalšími pacienty není vždy ideálním místem klidu či soukromí. Proto jsem tyto odpovědi po zvážení hodnotila kladně. Očekávala jsem však větší vyjádření respondentů v možnosti jinde. Pouze 8,4% (17) respondentů uvedlo soukromí či vyšetřovnu bez dalších komentářů.

Ztráta soběstačnosti, růst závislosti a snížení adaptability u geriatrických pacientů přináší řadu problémů. Cílem edukace je především zvýšení samostatnosti, sebepečce při běžných denních aktivitách, pomoci adaptovat se na prostředí a zamezit výskytu komplikací. (27, 19) Za nejčastěji prováděná témata edukace byl respondenty uveden pohybový režim, výživa, hydratace a prevence pádu. Vše uvedené odpovídá ošetrovatelským problémům u geriatrických pacientů, postrádám zde však téma sebepečce, které je sice součástí uvedeného, ale je stěžejní a bylo uvedeno až na čtvrtém místě.

Nejběžněji jsou v ošetrovatelství využívány dle literatury, slovní metody edukace (rozhovor, vysvětlování, popis), osobní kontakt a vysvětlování jsou

nenahraditelné (15). Také respondenti uvedli z celkového počtu odpovědí 408 nejčastěji využívanou metodu slovní – 141 odpovědí (34,6 %).

Proces edukace, učení ovlivňuje řada faktorů. U geriatrických pacientů je tento proces složitější, pouze přečtené si hůře pamatují a potřebují více času na učení. A proto mne zajímalo, kterou z uvedených metod uvedou respondenti jako největší přínos pro tyto pacienty a proč? Největší přínos byl uveden u nácviku. Uvedlo jej 45,6% (93 respondentů) a následovala ukázka s 33,8% (69 respondentů). Z uvedeného je vidět, že většina sester si uvědomuje výhody názorných metod edukace.

A proč? Slovní metodu jako nejpřínosnější pro geriatrického pacienta uvedlo 37 respondentů. Z tohoto počtu jich 35,2% (13) uvedlo podání nejvíce informací největším přínosem, 32,4% (12) vidí tuto metodu jako více srozumitelnou pro pacienta a stejný počet vidí její přínos v možnosti diskuse. Jelikož slova a vysvětlování jsou při edukaci nenahraditelné, nezbyvá než obecně souhlasit, jen si nedokážu představit, že bych pouze slovně popsala postup při sebeděči nebo aplikaci inzulínu. (Pro větší přehled uvádím dále v diskusi jen četnosti respondentů) Pouze 5 respondentů vidí přínos v písemné metodě, 3 uvedli přesný návod a 2 vidí jako přínosné, že přečtené si pacient lépe zapamatuje. Z mé zkušenosti nemohu říci, že by leták či brožura měly pro geriatrického pacienta největší edukační přínos, spíše naopak. Většinou se jim drobný text špatně čte, návod rychle odloží, a hlavně si po přečtení zapamatují minimum z uváděného v textu. Metodu ukázka uvedlo 69 respondentů, z toho 59 v ní vidí největší přínos pro geriatrického pacienta z důvodu lepšího zapamatování a 10 jich uvedlo přínosem rychlejší pochopení. Nácvik jako nejpřínosnější metodu, uvedlo největší počet respondentů – 93. Nejpřínosnějším důvodem je pro 41 respondentů to, co si pacient zkusí, tak to umí lépe. Dalších 13 respondentů vidí přínos v tom, že pacient díky této metodě, přesně ví, co má dělat. Z uvedeného vyplývá, že většina respondentů uvedla názorné edukační metody jako nejpřínosnější a zároveň to, co na nich vidí, jako nejvíce přínosné odpovídá i tvrzením z literatury. Nácvik dovedností procesem napodobování je nejpřirozenější způsob učení a sám demonstrováný příklad má větší a silnější význam než jiné edukační metody (15).

Při zpracovávání této otázky, jsem se já nevyhnula myšlence, zda by nebyla přínosnější kvalitativní metoda, ale vzhledem k počtu respondentů ji nebylo možné provést. Metoda pozorování, při způsobu provádění edukace by jistě byla také objektivnější, ale jak jsem již zmínila, soubor respondentů je větší a pozorování takové skupiny mi časový limit na zpracování diplomové práce neumožňuje. Výpověď či

pozorování několika, řekněme do deseti respondentů, bych z mého pohledu nemohla považovat za validnější oproti současnému získání víceméně subjektivních výpovědí respondentů k danému tématu při využití kvantitativní metody.

Edukační záznam by měl být součástí dokumentace a většina respondentů uvedla, že tento záznam do ošetřovatelské dokumentace či edukační karty provádí. Graf 29 pak dokresluje situaci v jednotlivých nemocnicích. Záznam o edukaci pacienta považuje většina (89,2%) za nutný doklad poskytování správné péče a ochranu zdravotníků, 8,8% ho považuje za důležitý jen v případě odmítnutí edukace a za zbytečný ho považuje 2% respondentů. Provádění edukace u geriatrických pacientů považuje většina (93,1%) z dotazovaných všeobecných sester za samozřejmost, má o ni zájem. Tento počet mne překvapil, jelikož často slýchám od svých kolegyně z různých oddělení, jak mají přes všechnu tu dokumentaci málo času na pacienty. Nemám na ni čas, uvedlo pouze 5,9% dotazovaných a pouze 1% považuje edukaci geriatrických pacientů za nerealizovatelnou. I u této možnosti jsem očekávala více negativních odpovědí, jelikož obecně jsou z mých zkušeností senioři/pacienti personálem často podceňováni.

H4 – Více než polovina dotazovaných všeobecných sester edukuje rodinu v péči o pacienta v domácím prostředí. K hypotéze se vztahovaly otázky č. 31 – 33. Na otázku, zda mají všeobecné sestry na oddělení vhodné podmínky k edukaci rodinných příslušníků jich 63,2% (129) odpovědělo spíše ano a 36,3% (75) uvedlo, že spíše nemá podmínky. Jestliže většina považuje podmínky za vhodné, musím se vrátit k odpovědím na otázku č. 24, kde jsem se ptala na nejčastější místo provádění edukace. 90,7% dotazovaných uvedlo pokoj pacienta a jak je nyní vidět, toto místo je považováno za vhodné k edukaci.

Autorka L. Rybenská ve své práci uvádí zjištění vhodných podmínek pro realizaci edukační činnosti u 88% (44) respondentů, což je též většina ze souboru dotazovaných a shoduje se s mým zjištěním, že vhodné podmínky k edukaci na odděleních většinou jsou. (36)

Zajímalo mne též provádění edukace rodiny či jiného pečovatele na oddělení. Z celého souboru respondentů uvedlo 87,7% (179), že edukaci rodiny či pečovatele ve způsobu možné péče v domácím prostředí provádí a 12,3% (25) naopak neprovádí. Z pohledu na stav v jednotlivých nemocnicích je dle uvedených odpovědí v nemocnici A situace nejlepší, 93,1% (122) dotazovaných provádí edukaci nejbližších pacienta. Na otázku proč neprovádíte edukaci rodiny?, uvedlo 14 dotazovaných jako důvod nezájem

rodiny, 7 uvedlo, že je pro personál příliš časově náročná, 1 tázaná osoba to nepovažuje za svojí povinnost a 3 uvedli jiný důvod. Jako jiný důvod byly uvedeny chybějící vhodné prostory. Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí souvisí i s možnou edukací a proto jsem se dotazovala personálu, jaká je v tomto směru jejich zkušenost. Zodpovědnost dětí vůči péči o rodiče za nadstandardní uvedlo 40,2% tázaných, 22,1% uvedlo, že péče o rodiče je ze strany rodiny považována za samozřejmost, 36, 8% uvedlo nezájem rodiny o péči v domácím prostředí a 0,9% zvolilo možnost jinak. Jako jinak byl uveden nezájem o péči doma ze strany rodiny z důvodu finanční náročnosti. Můj názor a zkušenost je, že většina příbuzných předpokládá spíše péči státu, než aby považovali za samozřejmé sami řešit, jak zvládnou péči o seniora doma.

Shrnula jsem odpovědi a vyplývá z nich, že více než polovina dotázaných všeobecných sester má na oddělení podmínky k edukaci rodinných příslušníků provádí jejich edukaci. Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí je hodnocen z pohledu personálu spíše za nadstandardní či nezájem o tuto péči ze strany rodiny. Uveden byl celkem 77% respondenty a je to i moje osobní zkušenost z praxe. Pokud edukace rodiny či jiného pečovatele není prováděna, jako stěžejní byl uveden důvod nezájem rodiny. Z výsledků vyplynulo, že více než polovina dotazovaných všeobecných sester edukuje rodinu v péči o pacienta v domácím prostředí a to i přesto, že dle jejich uvedených zkušeností není vztah rodin k možnosti péči o nemocného seniora v domácím prostředí většinou samozřejmý. H4 se potvrdila.

Cílem mého průzkumu bylo zjistit úroveň znalostí všeobecných sester o edukaci a o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces. K těmto cílům se vztahovaly hypotézy H1 a H2. Míra znalostí všeobecných sester byla zjišťována znalostními otázkami. Testování hypotéz bylo provedeno v závislosti na úrovni vzdělání a pokusila jsem se zjistit i souvislost délky praxe s úrovní znalostí bez ohledu na úroveň vzdělání. Znalosti všeobecných sester o edukaci byly souhrnně zhodnoceny a zjištěny jako velmi dobré. S úrovní vzdělání stoupá i míra znalostí o edukaci. Délka praxe neukázala rozhodující vliv na míru znalostí. Při podrobnějším prozkoumání však vyplynulo, že většina sester si neuvědomuje možnost nepochopení slovního sdělení pacientem a ke zjištění porozumění edukace volí nevhodnou otázku. Zde si myslím je možnost zapůsobení a komunikační dovednosti vypilovat či vysvětlit si na semináři nebo prostudovat v literatuře. Znalosti všeobecných sester o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces se ukázaly pouze jako dobré. Největším problémem byly oblasti ovlivňující proces

edukace v období stáří. Většina z dotazovaných všeobecných sester bere v úvahu pouze tři až čtyři oblasti a oblast komunikace označila přibližně jen třetina z dotazovaných. Neznalosti oblastí ovlivňující proces edukace v období stáří považují za zásadní a stejně jako v případě komunikace by měly být v rámci dalšího vzdělávání doplněny.

Dalšími cíli bylo zjištění reality edukačního procesu v praxi, a zda je edukována rodina, či jiný pečovatel před propuštěním do domácího prostředí. Ukázalo se, že spolupráce celého ošetrovatelského týmu při edukaci pacientů není v praxi zcela běžná, plány edukace v písemné podobě se většinou nesestavují a málo se využívají typizované. Edukaci provádí většinou všechny sestry a potěšující je, že někde mají i edukační sestry. Edukace se provádí nejčastěji na pokoji u pacienta a nejvíce se využívá slovní metoda. Nejprínosnější metodou pro geriatrického pacienta byly uvedeny názorné metody – nácvik, ukázka. Nejčastějšími tématy edukace jsou obvyklé ošetrovatelské problémy u geriatrických pacientů a doufám, že se péče je součástí těchto témat, jelikož samostatné téma se péče bylo označeno až jako čtvrté nejčastější téma edukace. Záznam o edukaci pacienta je většinou prováděn a považován za nutný doklad poskytování správné péče a ochranu zdravotníků. Co se týká edukace rodiny či jiných pečovatelů má většina dotazovaných všeobecných sester k této edukaci na oddělení podmínky a provádí ji. A to i přesto, že dle jejich zkušeností není vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí většinou samozřejmý. Zde bych chtěla zmínit, že uvedená realita sice většinou odpovídala zásadám edukačního procesu, rodina edukována, ale jsou místa, kde by se dalo v praxi zapůsobit.

Na závěr mne zajímalo, zda vybraná zdravotnická zařízení mají ošetrovatelský standard na provádění edukace a zda by byl zájem o vzdělávací seminář na téma Jak postupovat při edukaci geriatrických pacientů. Při rozdávání dotazníků, jsem vnesla na vrchní sestry dotaz, zda mají v rámci nemocnic zmíněný standard. Ani jedna z oslovených nemocnic standard na provádění edukace nemá. O to větší bylo moje překvapení při zpracování odpovědí, když více než polovina (55,9%) všeobecných sester uvedla, že tento standard u nich v nemocnici mají. Dále 19,6% dotazovaných neví, jestli ho mají. Pouze 24,5% ze všech tázaných ví, že ho v nemocnici nemají. Myslím, že je to důsledek zahlcení řadou standardů, informovaných souhlasů a množstvím neustále přibývajících dokumentačních činností a informací o změnách. Tomuto zřejmě odpovídá i zájem sester o vzdělávací seminář. Zájem má pouze 55,4% dotazovaných. Jak je vidět, vytvoření byť návrhu standardu na téma edukace, by nemělo většího významu, jelikož i kdyby byl o něj ve zdravotnických zařízeních zájem, bude

sestrami podepsán, že ho četly a to bude v záplavě dalších standardů tak vše. Proto jsem se rozhodla na základě zjištění věnovat přípravě prezentace k semináři na téma Jak postupovat při edukaci geriatrických pacientů. Bude přiložena k této diplomové práci a je z mého pohledu pro sestry přínosnější.

ZÁVĚR

Učení je proces celoživotní. Uvědomovaný či bezděčný. Učíme se obstat v životě a vyrovnat se změnami. Stárnutí a stáří je nezvratné a přináší řadu problémů životních i zdravotních. V tomto období je proces učení složitější, ale neznamená to automaticky, že se již nic nového nemůžeme naučit. Edukace je důležitou součástí zdravotní péče o pacienty. U seniorů/geriatrických pacientů má svá specifika. Vzhledem ke stoupajícímu počtu těchto pacientů ve všech oborech medicíny nabývá na důležitosti respektování zvláštností stáří a chorob ve stáří. Návrat seniora do domácího prostředí je podmíněn jak jeho zdravotním stavem, tak mírou soběstačnosti a možné další dopomoci. Změnily se mu životní podmínky a je na něm jak se k nim postaví. K rozhodnutí porazit problémy, změnit návyky či postoje, musí mít sílu, smysl dalšího života a musí také vědět jak na to. Naučit jak si poradit, s jakými pomůckami je úkolem ošetrovatelského týmu. Personál musí vědět jak postupovat při edukaci těchto pacientů. Základem jsou odborné znalosti, znalosti o edukaci, umět ji a mít zájem učit druhé.

Výsledky v průzkumné části této práce ukázaly znalosti všeobecných sester o edukaci souhrnně jako velmi dobré. Byly zjištěny nedostatky v některých bodech týkající se zejména komunikace. Potvrdilo se, že úroveň znalostí o edukaci je podmíněna úrovní vzdělání. Délka praxe nemá rozhodující vliv. Znalosti všeobecných sester o změnách ve stáří ovlivňující edukační proces se ukázaly pouze jako dobré. Problematické bylo především uvědomění si oblastí, ovlivňující edukaci v období stáří. Tyto neznalosti byly zásadnějšího charakteru a můj předpoklad se v této části nepotvrdil. K další části bych chtěla uvést, že uvedená realita či uvědomění si edukačního procesu v praxi většinou odpovídala zásadám uváděným literaturou a rodina je v praxi většinou edukována. Zájem pečovat o nemocného seniora doma nebývá dle zjištěného rozhodně pravidlem.

Možnosti doplnění znalostí jsou jak na sestřích samotných, tak na zaměstnavatelích. Řada sester z mého okolí se ve svém volném čase dále vzdělává, zvyšuje si kvalifikaci. Zde vidím určitou záruku do nejbližší budoucnosti, že co neví dnes, budou vědět brzy díky studiu. Dát si věci do souvislostí a umět je využít v praxi je věc druhá. Zaměstnavatelé předkládají v rámci nemocnic odborníky dohodnutou úroveň různých ošetrovatelských postupů ve formě standardů. Je jich někdy možná až příliš, jelikož jak jsem zjistila, sestry ztrácí přehled, zda daný standard mají nebo ne. Aby bylo jasné co je edukace, kdo je geriatrický pacient, jak postupovat při edukaci těchto

pacientů, jaká jsou specifika, připravila jsem si prezentaci na seminář pro všeobecné sestry či další zdravotníky na téma Jak postupovat při edukaci geriatrických pacientů. Ke zpracování této prezentace jsem využila teoretickou část diplomové práce s uvedenými zdroji. Doufám, že bude přínosem.

SEZNAM ZDROJŮ

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
- 2) ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 3) DIENTEBIER, Zdeněk. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. 2. vyd. Praha: Radix, 2012. ISBN 978-80-87573-03.
- 4) FARKAŠOVÁ, Dana et al. *Ošetrovatelství teorie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-227-8
- 5) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- 6) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 7) JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 8) KALVACH, Zdeněk et al. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
- 9) KALVACH, Zdeněk. Geriatrie, geriatrický pacient a praktický lékař. *Medi news*, 2005, 4(4), 230-233. ISSN 1213-9866.
- 10) KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, c2006. ISBN 80-7262-455-6.
- 11) KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- 12) KRUTÍLKOVÁ, Eva. Geriatrický klient v domácí péči. *Sestra*, 2010, č. 6, s. 74-75. ISSN 1210-0404.
- 13) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 14) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- 15) KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-684-1.
- 16) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

- 17) KVAPIL, Milan. Edukace není možná bez empatie. *Medical tribune*, 2011. **7**(16), B8, ISSN 1214-8911.
- 18) KVAPIL, Milan. Edukace správně a nesprávně. *Medical tribune*, 2011. **7**(17), A6. ISSN 1214-8911.
- 19) MAGUROVÁ, Dagmar, MAJERNÍKOVÁ, Ludmila. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-4.
- 20) MASTILJAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství, systémový přístup. II. Díl 1.* vyd. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0428-0
- 21) MINIBERGOVÁ, Lenka a DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- 22) MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova universita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
- 23) NEMCOVÁ, Jana, HLINKOVÁ, Edita. *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.
- 24) Odhaleno: Čeká nás invaze seniorů, každé třetí novorozeně se dožije stovky [online]. Odhaleno: ©2013 [cit. 26.2.2013]. Dostupné z: <http://www.odhaleno.cz/exkluzivne/8292-ceka-nas-invaze-senioru-kazde-treti-novorozene-se-dozije-stovky.htm>
- 25) OLENEK, Katherine, SKOWRONSKI, Teresia a SCHMALTZ, Dianne. Geriatric nursing assesment. *Journal of Gerontological Nursing*. August 2003, vol. 29, no. 8, s. 5-9. ISSN 0098-9134.
- 26) ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
- 27) PACOVSKÝ, Vladimír. Zdravý senior, nemocný starý člověk, geriatrický pacient. *Praktický lékař*, 2001, **81**(8), 552-554. ISSN 0032-6739.
- 28) PETŘKOVÁ, Anna, ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Gerontagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0879-1.
- 29) PLEVOVÁ, Ilona et al. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
- 30) PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3557-3.
- 31) PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.

- 32) POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-440-2.
- 33) POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- 34) POLICAR, Radek. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.
- 35) PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 2. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4.
- 36) RYBENSKÁ, Lenka. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Západočeská universita. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana UHROVÁ.
- 37) SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- 38) SVĚRÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.
- 39) ŠAFRÁNKOVÁ, Alena, NEJEDLÁ, Marie. *Interní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1777-8.
- 40) ŠAMÁNKOVÁ, Marie et al. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 41) ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 42) ŠULISTOVÁ, Radka, TREŠLOVÁ, Marie. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2012. ISBN 978-80-7394-246-5
- 43) TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-365-5.
- 44) VENGLÁŘOVÁ, Martina a MAHROVÁ, Gabriela. 1. vyd. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
- 45) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 46) VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Právní minimum pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.
- 47) VONDRÁČEK, Lubomír, WIRTHOVÁ, Vlasta. *Sestra a její dokumentace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

- 48) Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2011. ISSN 1211-1244.
- 49) WENDEL, V. Inez, DURSO, Samuel C., CAYEA, Danelle, ARBAJE, Alicia I., TANNER, Elizabeth. Implementing Staff Nurse Geriatric Education in the Acute Hospital Setting *Medsurg Nursing*. September/October 2010, vol. 19, no. 5, s. 274-80. ISSN 1092-0811.
- 50) ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.
- 51) ZÁMEČKOVÁ, Jana. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Marie Trešlová, PhD.
- 52) ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

SEZNAM ZKRATEK

Aj. – a jiní

Apod. – a podobně

Excel – Microsoft Excel

H - hypotéza

Např. – například

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Vzdělání respondentů.....	55
Tabulka 2 Délka praxe respondentů.....	56
Tabulka 3 Úroveň znalostí o celkovém účinku verbální komunikace v závislosti na vzdělání.....	58
Tabulka 4 Volba otázky ke zjištění porozumění edukace pacientem	59

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Zastoupení respondentů v souboru v závislosti na vzdělání.....	55
Graf 2 Zastoupení respondentů v souboru v závislosti na délce praxe	56
Graf 3 Souhrn úrovně znalostí v závislosti na vzdělání (1-12).....	57
Graf 4 Souhrn úrovně znalostí v závislosti na délce praxe (1-12).....	57
Graf 5 Úroveň znalostí o celkovém účinku verbální komunikace v závislosti na vzdělání	58
Graf 6 Volba otázky ke zjištění porozumění edukace pacientem.....	59
Graf 7 Souhrnné hodnocení znalostí o změnách ve stáří v závislosti na vzdělání.....	60
Graf 8 Souhrnné hodnocení znalostí o změnách ve stáří v závislosti na délce praxe	60
Graf 9 Oblasti ovlivňující proces edukace v období stáří	61
Graf 10 Výskyt správných odpovědí.....	61
Graf 11 Označení oblastí ovlivňujících edukaci v období stáří v závislosti na vzdělání	62
Graf 12 Označení edukačního procesu.....	63
Graf 13 Označení edukačního procesu v závislosti na nemocnici.....	63
Graf 14 Provádění edukace na oddělení	64
Graf 15 Sestavování edukačního plánu	65
Graf 16 Sestavování edukačního plánu v závislosti na nemocnici	65
Graf 17 Provádění edukace na pracovišti	66
Graf 18 Provádění edukace na pracovišti v závislosti na nemocnici	66
Graf 19 Nejčastější místo provádění edukace.....	67
Graf 20 Nejčastější místo provádění edukace v závislosti na nemocnici.....	67
Graf 21 Nejčastější témata edukace geriatrických pacientů	68
Graf 22 Využívané metody edukace	69
Graf 23 Zhodnocení přínosu uvedených edukačních metod	69
Graf 24 Zhodnocení přínosu slovní metody	70
Graf 25 Zhodnocení přínosu písemné metody.....	70
Graf 26 Zhodnocení přínosu metody ukázka.....	71
Graf 27 Zhodnocení přínosu metody nácvik	71
Graf 28 Záznam reakce pacienta na edukaci	72
Graf 29 Záznam reakcí pacienta na edukaci v závislosti na nemocnici.....	72
Graf 30 Považování záznamu o edukaci pacienta.....	73
Graf 31 Provádění edukace geriatrických pacientů	73

Graf 32	Vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků	74
Graf 33	Vhodnost podmínek k edukaci rodinných příslušníků v závislosti na nemocnici	74
Graf 34	Provádění edukace rodiny na oddělení	75
Graf 35	Provádění edukace rodiny či pečovatele na oddělení v závislosti na nemocnici	75
Graf 36	Důvody neprovádění edukace rodiny	76
Graf 37	Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí	77
Graf 38	Vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí v závislosti na nemocnici.....	77
Graf 39	Existence ošetřovatelského standardu na provádění edukace ve zdravotnických zařízeních.....	78
Graf 40	Existence ošetřovatelského standardu na provádění edukace v závislosti na nemocnici.....	78
Graf 41	Zájem o vzdělávací seminář.....	79
Graf 42	Zájem o vzdělávací seminář v závislosti na nemocnici.....	79

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Bloomova taxonomie.....	103
Příloha 2 Krathwohlova taxonomie.....	104
Příloha 3 Daveova taxonomie.....	105
Příloha 4 Jak správně postupovat při edukaci geriatrických pacientů	106
Příloha 5 Dotazník.....	117

PŘÍLOHY

Příloha 1 Bloomova taxonomie

Nejznámější taxonomií vzdělávacích (kognitivních) cílů je klasifikace dle B. S. Blooma. Obsahuje šest základních hierarchicky uspořádaných kategorií cílů – znalost, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnocení. (15)

1. Znalost – zapamatování

Zapamatování poznatků vede k vědomostem a dovednostem. V této úrovni jde o vybavení pojmy, faktů, postupů, norem, neboli proces vybavení informací. Nejčastěji se při formulaci cílů používají slovesa: definovat, určit, opakovat apod.

2. Porozumění

Schopnost porozumět předloženým informacím ve slovní, symbolické nebo obrazové podobě a zpracování do smysluplné využitelné podoby. V této úrovni se zejména používají slovesa: vyjádřit vlastními slovy, vysvětlit apod.

3. Aplikace

Schopnost aplikovat znamená prakticky uplatnit poznatky a postupy pro danou situaci v běžném životě. Ke slovesům, která jsou typická, v této úrovni patří: aplikovat, řešit, demonstrovat apod.

4. Analýza

Analýza poznatků znamená schopnost rozebrat poznatky či problém a určit vztah jednotlivých dílčích částí i vztah k celkové struktuře. Jako typická slovesa se používají: zdůvodnit, specifikovat, rozčlenit, rozebrat, určit apod.

5. Syntéza

Schopnost spojit prvky a části do nového celku. Jako vhodná slovesa se v této úrovni používají: vytvořit, navrhnout, vyvodit závěry, shrnout apod.

6. Hodnocení

Schopnost vyhodnotit poznatky a informace na základě kritérií a standardů. Jde o schopnost odhalit nesrovnalosti v procesu nebo jeho výsledku, zjištění účinnosti postupu, kontrola shody, správnosti a kvality informací. K typickým používaným slovesům patří: posoudit, zdůvodnit, porovnat, zhodnotit apod. (7, 15)

Příloha 2 Krathwohlova taxonomie

Afektivní oblast se zaměřuje na výchovné cíle. Jedna z nejvhodnějších taxonomií je taxonomie dle B. Krathwohla.

1. Přijímání – vnímavost

Přijímání, vnímavost jedince vyjadřuje citlivost jedince na určité podněty a zaměření pozornosti na určité jevy

2. Reagování

Jedinec aktivně reaguje na situaci, jevy, bere v úvahu pravidla činnosti, zúčastňuje se jí a má pocit uspokojení.

3. Uznání hodnoty, ocenění

Dochází k vytváření kladného postoje, postupnému zvnitřňování hodnot a preferování určité hodnoty a činnosti

4. Integrovaní hodnot

Na této úrovni se tvoří vlastní hodnotový systém a dochází ke ztotožnění s odpovědností za svoji činnost.

5. Začlenění hodnot do charakterové struktury osobnosti

Tvoří vyšší společenské cíle a nová hodnota je součástí života jedince, přijal ji za svou. (7, 15)

Příloha 3 Daveova taxonomie

Pro oblast psychomotorických cílů, kdy se osvojuje motorická zručnost a návyky, lze využít například taxonomii cílů dle R. H. Davea

1. Imitace – nápodoba

Pozorování určité činnosti, kterou jedinec pak napodobuje.

2. Praktické cvičení – manipulace

Jedinec je schopen vybrat vhodnou činnost, postupovat při činnosti podle slovního návodu a procvičovat ji, zdokonalit ji.

3. Zpřesňování

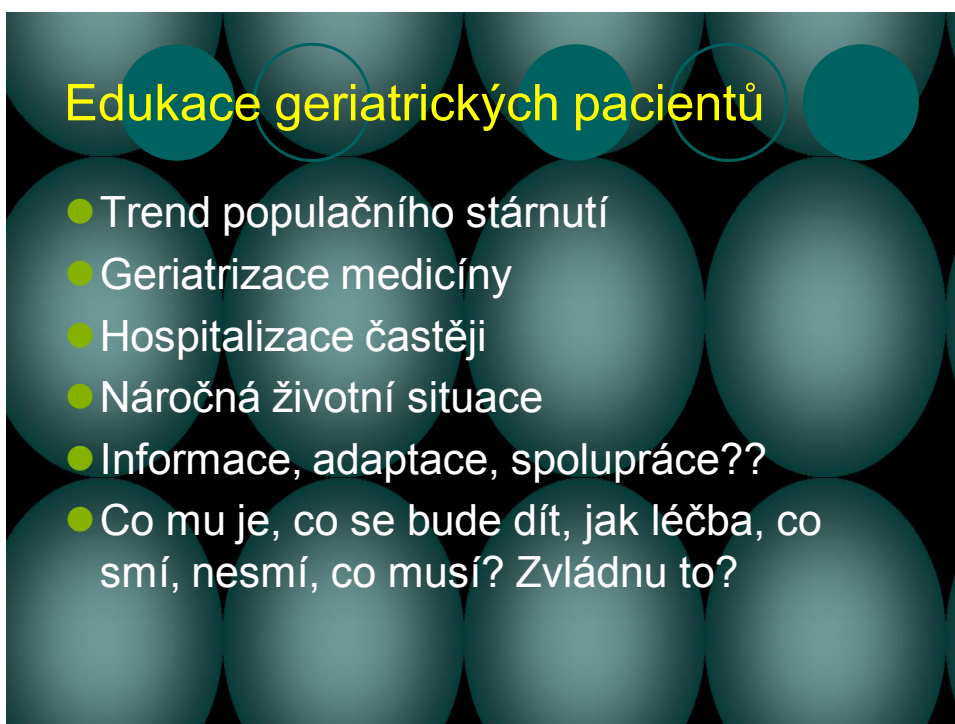
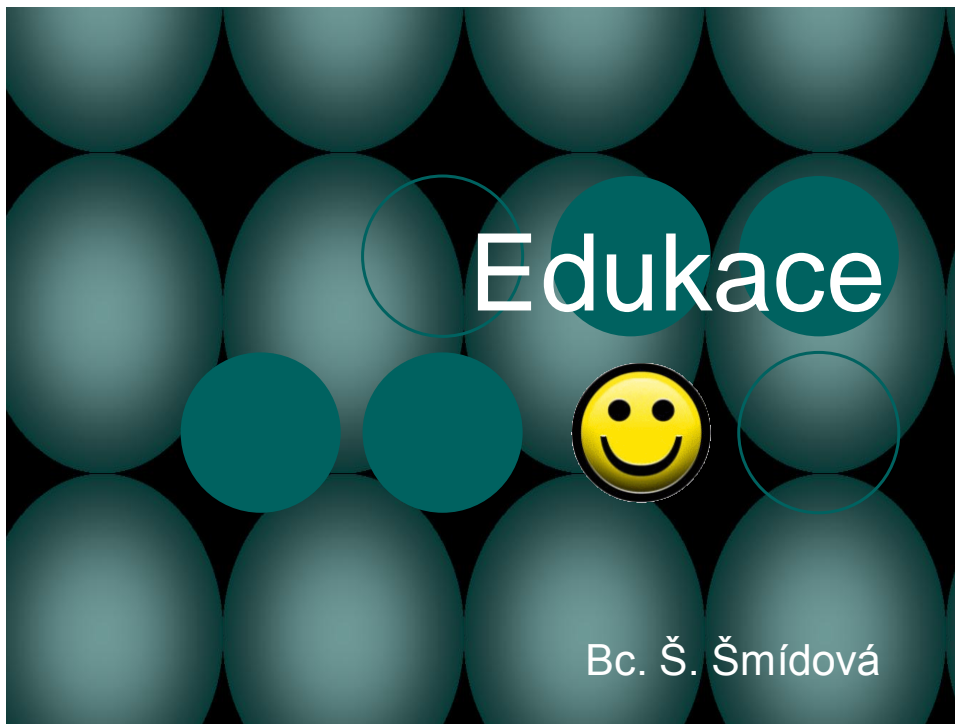
Postupně je činnost téměř samostatná a stále přesnější.

4. Koordinace

Činnost je vykonávána samostatně, přesně a koordinovaně.

5. Automatizace

Jedinec činnost vykonává zcela automaticky s minimálním úsilím. (7)



Edukace – význam, cíl

- Předat informace, něco nového naučit
- Ukázat jak postupovat
- Změna postojů a návyků
- **P právo, zdravotníci zákonná povinnost**
- Cíl = určitá úroveň vědomostí, dovedností, postojů, odstranění chyb, dosažení změn
- Opakování, shrnutí, hodnocení, zpětná vazba

Edukace

- Educare – vést vpřed, vychovávat
- Výchova a vzdělání
- Vědomě, bezděčně – napodobováním
- Teorie – didaktika – proces vyučování
- V ošetrovatelství – zejména rozvoj praktických dovedností, soběstačnosti
- Součást zdravotní péče - efektivnost léčebného režimu, finanční náklady

Geriatrický pacient

- Gerontologie, geriatrie
- Geriatrická problematika – každý obor
- Senior, obvykle od 65 let výše
- Indikátor – křehkost
- Polymorbidita, netypické příznaky, atypický průběh, časté komplikace
- Ztráta soběstačnosti, růst závislosti, hroutí se adaptabilita, disabilita, handicap

Geriatrický pacient

- Geriatrické syndromy
- Prognóza různá, nejistá
- Individuální rozdílnost – bio-psycho-socio
- Důležité – zázemí, rodina, vztahy, postoj ke stáří, ke zdraví, k nemoci, k životu
- Motivace, komunikace, soběstačnost!
- Mít smysl, cíl, důležitý funkční stav!

Edukační proces

- Proces učení
- Koho?, Kdo?, Jak?, Kde?, Kdy?, Efekt?
- Motivace – nejvýznamnější faktor
- **Komunikace** - prostředek edukace
- Verbální (7%), neverbální (50%), (účinek)
- Naslouchání – pochopení, empatie
- Klást otázky, chvála, ověřit co porozuměl
- Komunikační bariéry

Edukační proces

- Cílený, řízený, plánovaný
- Sestra dle svých kompetencí (povinnost)
- Spolupráce celého týmu
- Odborné znalosti, znalosti o edukaci, umět učit a mít zájem někoho něco učit
- 5 fází – posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení

Posuzování

- Sběr, třídění a analýza údajů o P
- Rozhovor, pozorování, dokumentace, dotazník, fyzikální vyšetření
- Faktory - vliv na učení? Potřeba učit se?
- Úroveň dosavadních vědomostí, dovedností, návyků? Motivace? Postoje?
- Hodnoty? Zdravotní a psychický stav?
- Zázemí? Úroveň vnímání, paměť?

Diagnostika

- Označení edukačních potřeb a problémů
- Příčiny, ovlivňující faktory
- Edukační diagnózy
- Rozdělení – dle priorit
- Záznam deficitu vědomostí, dovedností

Plánování

- Sestavení edukačního plánu, písemně
- Stanovení cíle, aktivit, frekvence, metody
- Obsah edukace – daný cílem
- Cíle stanovit – ve spolupráci s pacientem
- Cíle – dosažitelné, měřitelné, ověřitelné
- Subjektem učení i rodina – běžné aktivity
- Proč?, Koho?, Co?, Kdy? Jak?, Kdo?,
Kdy? Kde? S jakým výsledkem?

Plánování - cíle

- **Kognitivní** oblast – poznávací, úroveň požadovaných vědomostí
- **Afektivní** oblast – postoje (hodnoty, názory, pocity), nabízejí cestu ke změně postoje k dané problematice
- **Psychomotorická** oblast – dovedností, úroveň praktických dovedností
- Kritéria kontroly – co má umět, činnost

Realizace

- **Kdy?** Nejvíce přístupný P po odeznění akutní fáze nemoci, **Kde?** – ideální místo?
- Směřuje k cíli (co nejvyšší soběstačnost..)
- Podílet – celý ošetřovatelský tým
- Na začátku – motivace, sdělení poznatků,
- Vhodné tempo, slova, metody, povzbuzení
- Komunikace jednoduchá, spisovná, ...
- Opakovat, procvičovat, důraz na využití

Vyhodnocení

- Hodnotit **průběžně** (chyby), úroveň pokroku
- **Závěrečné** hodnocení – shrnutí do celku
- Jak změnil P své chování, jednání, co se naučil, dosažení cíle dle kritérií z plánu = odpovědi na cílené otázky, pozorování
- Nejdříve pozitiva, pochvala, pak co bylo méně dobré, návrhy změn- reedukace?
- Záznam edukace – součást dokumentace

Metody edukace, forma

- Slovní – vysvětlování, popis, přednáška, konzultace, leták, brožura
- Názorné – ukázka, nácvik – příklad silnější význam než jiné metody
- Metody přímé zkušenosti
- Forma individuální – Geri P
- Důležité – podpora motivace, opakování, přestávky, pomůcky

Záznam edukace

- Záznam o reakci P na edukaci
- Edukační karta, oše. dokumentac
- Kdo, kdy, kde, koho, co, cíl, znalosti
- Záznam neúspěchu i odmítnutí
- Doklad o poskytování správné péče a ochrana zdravotníků
- Hodnocení kvality edukace - standard

Ovlivňující faktory edukace Geri P

- Aktuální stav – velký vliv
- Kognitivní funkce – změny vnímání, paměť
- Motivace – velmi důležitá vnitřní motivace
- Adaptace – snížená
- Změny motoriky – přizpůsobit pomůcky
- Psychické a emocionální – sklon k labilitě
- Sociální změny – omezení kontaktů

Ovlivňující faktory edukace Geri P

- Ekonomické změny – nižší finanční příjmy
- Životní priority – mění se
- Tempo, styl učení – mění se, vliv vzdělání
- Předchozí zkušenosti - s hospitalizací atd.
- Komunikace – souvislost s onemocněním, léčbou, s poruchou vnímání, myšlení, ověření co pacient porozuměl

Specifika péče a edukace Geri P

- Komplexní geriatrické hodnocení stavu a ošetrovatelských problémů
- Posouzení funkčního dopadu nemoci
- Návrh rozsahu péče
- Cílem edukace u geriatrických P zejména zvýšení samostatnosti, sebedpéče, pomoci adaptovat, zamezit výskytu komplikací
- Na proces edukace vliv řady změn

Důležité aspekty při edukaci Geri P

- Zhoršený zrak, sluch, disabilita
- Orientace v prostředí - bezpečí
- Snížení odolnosti vůči zátěži
- Obtížnější adaptace na změny
- V paměti rozdíly – dle podnětů, nemoci
- Snížení výkonu krátkodobé paměti
- Proces učení složitější – čas, chyby

Závěr

- Učení proces celoživotní
- Učíme se žít a vyrovnat se změnami
- Edukace důležitá součást zdravotní péče
- U seniorů respekt zvláštností stáří
- P - mít sílu porazit problémy, smysl života
- My – naučit jak si poradit, s jakými pomůckami v péči o sebe či druhé

Zdroj: Vlastní zpracování, 2013

Příloha 5 Dotazník

Dobrý den,

Jmenuji se Šárka Šmídová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Západočeské univerzity v Plzni na Fakultě zdravotnických studií. Touto cestou bych Vás ráda požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma: „Edukace geriatrických pacientů“. Dotazník je anonymní a výsledky budou použity pouze ke zpracování diplomové práce.

Prosím o označení **pouze jedné** z možností, pokud nebude přímo u otázky uvedeno jinak.

Uved'te prosím, Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) Vysokoškolské - bakalářské
- d) Vysokoškolské – magisterské

Délka praxe?: do 1 roku 1-5let 6-10 let 11-15let 16–20 let 21 a více let

1. Co vyjadřuje pojem edukace?

- a) Zájem o činnosti
- b) Pečování o druhé
- c) Proces učení
- d) Nevím

2. Za nejvýznamnější faktor ovlivňující edukaci pacienta je považován?

- a) Věk pacienta
- b) Motivační potřeba pacienta
- c) Aktivita pacienta
- d) Nevím

3. Je schopnost učení vrozená, neměnná?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4. Při edukaci je potřeba klást zvýšený důraz zejména na?

- a) Hlasitost projevu
- b) Rychlost projevu
- c) Srozumitelnost projevu
- d) Nevím na co klást důraz

5. Na celkovém účinku komunikace při edukaci se verbální komunikace podílí kolika procenty?

- a) 7%
- b) 50%
- c) 80%
- d) Nevím

- 6. Ke zjištění porozumění edukace pacientem byste zvolila otázku?**
- Chápete to?
 - Rozumíte tomu?
 - Co z toho budete dál dělat?
 - Co jste mi rozuměl z toho, co jsem vám říkala?
 - Pochopil jste všechno?
- 7. Základem rozhovoru při edukaci je?**
- Nezasahovat, čekat až se pacient zeptá na to, co neví
 - Klást otázky a chválit pacienta
 - Předat informační leták a vytknout chyby, kterých se pacient dopouští
 - Nevím co je základem rozhovoru při edukaci
- 8. Verbální komunikace při edukaci by měla být?**
- Svižná, hlasitá, bez pomlk
 - Jednoduchá, načasovaná, spisovná
 - Odborně vysvětlit téma edukace
 - Nevím
- 9. Jaké jsou fáze edukačního procesu?**
- Posuzování, realizace, reedukace
 - Diagnostika, plánování, zpětná vazba
 - Posuzování, diagnostika, plánování, realizace, vyhodnocení
 - Nevím
- 10. Je edukace součástí ošetrovatelského procesu?**
- Ano
 - Ne
 - Nevím
- 11. Na začátku edukace je nejdůležitější?**
- Jasná formulace úkolů
 - Definování cíle edukace zdravotnickým týmem
 - Je vhodné začít s tím, o co má pacient nejmenší zájem
 - Ve spolupráci s pacientem stanovit cíle edukace
 - Nevím co je nejdůležitější na začátku edukace
- 12. Nejvíce přístupný edukaci je pacient ve fázi nemoci?**
- V akutní fázi nemoc
 - Po odeznění akutní fáze nemoci
 - V chronické fázi nemoci
 - Nevím, ve které fázi
- 13. Cílem péče o geriatrické pacienty je?**
- Navrácení zdraví a soběstačnosti
 - Co nejvyšší funkční zdatnost, soběstačnost
 - Léčba akutních stavů a návrat do domácího prostředí
 - Nevím co je cílem péče o geriatrické pacienty

14. Nejdůležitějším kritériem v období stáří je?

- a) Věk
- b) Funkční stav
- c) Odchod do důchodu
- d) Zhoršení smyslového vnímání – zrak, sluch
- e) Nevím

15. Jaký je vliv procesu stárnutí na paměť?

- a) V paměti stárnoucích lidí nejsou velké rozdíly
- b) Snižuje se výkon v oblasti krátkodobé paměti
- c) Přečtený text si starší člověk lépe zapamatuje
- d) Ve stáří se již nic nového nemohou naučit
- a) Nevím, jaký je vliv procesu stárnutí na paměť

16. Co nejvíce zatěžuje seniora z hlediska psychosociálního?

- a) Ekonomická situace
- b) Změna bydliště
- c) Ztráta soběstačnosti
- d) Nevím

17. Je podoba vyrovnávání se stářím u všech seniorů stejná?

- a) Ano, postupně se na něj celý život připravujeme
- b) Ne, každý není schopen vyrovnat se s projevy stáří
- c) Nevím

18. Označte prosím, co z uvedeného má největší vliv na edukaci u seniora?

- a) Smysl dalšího života
- b) Postoj k nemoci
- c) Zájem rodiny
- d) Nevím co má největší vliv

19. Které z uvedených oblastí ovlivňují proces edukace v období stáří?(možno označit více odpovědí)

- a) Aktuální zdravotní stav
- b) Kognitivní funkce
- c) Motivace, životní priority
- d) Adaptace
- e) Motorika
- f) Emocionální a psychický stav
- g) Sociální změny
- h) Ekonomické změny
- i) Styl učení
- j) Komunikace

20. Edukační proces je podle Vás?

- a) Cílem ošetrovatelské péče
- b) Součástí zdravotní péče o pacienta
- c) Měřítka spokojenosti pacientů
- d) Nadstandardní péče

21. Edukaci na vašem oddělení provádí? (můžete označit i více odpovědí)

- a) Lékař
- b) Sestra
- c) Nutriční terapeut
- d) Fyzioterapeut
- e) Jinak:.....

22. Sestavujete na vašem oddělení edukační plán v písemné podobě?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Využíváme typizované edukační plány

23. Pokud provádí edukaci na vašem pracovišti sestra, jde o sestru?

- a) Staniční sestra
- b) Určená jedna sestra
- c) Všechny sestry na oddělení
- d) Edukační sestra

24. Edukaci nejčastěji provádíte?

- a) Na pokoji u pacienta
- b) V jídelně
- c) Jinde:.....

25. Edukaci geriatrických pacientů nejčastěji provádíte na téma? (označte maximálně 3 odpovědi)

- a) Výživa, hydratace
- b) Pohybový režim, polohování
- c) Prevence pádu
- d) Sebepéče
- e) Edukace diabetika
- f) Respirační terapie
- g) Manipulace se signalizací
- h) Péče o stomii
- i) Jinak:.....

26. Jaké využíváte metody edukace? (můžete označit více odpovědí)

- a) Slovní
- b) Písemnou
- c) Ukázka
- d) Nácvik

27. Která z uvedených metod má podle vás pro geriatrického pacienta největší přínos a proč?

- a) Slovní
- b) Písemná
- c) Ukázka
- d) Nácvik

Vypište proč:.....

28. Reakci edukovaného pacienta zaznamenáváte?

- a) Do ošetrovatelské dokumentace
- b) Do edukační karty
- c) Jinak:.....

29. Záznam o edukaci pacienta považujete?

- a) Za zbytečný
- b) Za důležitý jen v případě neúspěchu při edukaci pacienta či odmítnutí edukace
- c) Je nutným dokladem o poskytování správné péče a ochranou zdravotníků

30. Edukaci geriatrických pacientů provádíte?

- a) Nemám na ni čas, zatěžuje personál od odborné práce
- b) Je samozřejmostí při mé práci, mám o ní zájem
- c) Vyhýbám se jí, neumím někoho něco učit
- d) U geriatrických pacientů je nerealizovatelná
- e) Jinak:.....

31. Myslíte si, že máte k edukaci rodinných příslušníků pacientů na vašem oddělení vhodné podmínky?

- a) Spíše ano
- b) Spíše ne

32. Provádíte na vašem oddělení edukaci rodiny či jiného pečovatele ve způsobu možné péče v domácím prostředí?

- a) Ano
- b) Ne

32. A) Pokud zněla odpověď NE – Proč neprovádíte edukaci rodiny?

- a) Není o ni zájem ze strany rodiny
- b) Pro personál je příliš časově náročná
- c) Není to moje povinnost
- d) Jiný důvod:.....

33. Jaký je z vaší zkušenosti obecně vztah rodin k možnosti péče o nemocného seniora v domácím prostředí?

- a) Zodpovědnost dětí vůči péči o rodiče je dnes často nadstandardní
- b) Péče o rodiče je ze strany rodiny považována za samozřejmost
- c) Nezájem o péči v domácím prostředí
- d) Jinak:.....

34. Existuje ve vašem zdravotnickém zařízení ošetrovatelský standard na provádění edukace?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

35. Máte zájem o vzdělávací seminář na téma Jak správně postupovat při edukaci geriatrických pacientů?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji za spolupráci Š. Šmídová